



האגודה הישראלית לגרונטולוגיה
ISRAEL GERONTOLOGICAL SOCIETY

נייר עמדה

אדר ב, תשע"ד – אפריל, 2014

השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל:

הצורך בעיצוב תכנית-אג לאומית

פרופ' יוסי קטן ז"ל

אוניברסיטת תל-אביב

פרופ' יצחק בריק

יו"ר האגודה הישראלית לגרונטולוגיה

פרופ' אסתר יקוביץ

אוניברסיטת בן גוריון בנגב

נייר עמדה זה הוא נוסח מתוקן ומחודש למסמך קודם

שפרסמו פרופ' אסתר יקוביץ ופרופ' יוסי קטן ז"ל בקיץ 2011

תוכן עניינים

3	תקציר מנהלים.....
13	1. מבוא.....
18	2. זקנים בישראל: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים.....
21	3. בעיות וצרכים: מצבם הכלכלי, הבריאותי והחברתי של הזקנים.....
28	4. מענים: מערכת השירותים לזקנים בישראל: מרכיבים עיקריים.....
41	5. פערים בין צרכים ומענים: סוגיות ובעיות עיקריות.....
48	6. צפי לעתיד: התפתחות ותמורות באוכלוסיית הזקנים בישראל.....
53	7. תכנית-האב הלאומית בתחום הזקנה בישראל: סוגיות מרכזיות להתייחסות.....
60	8. סיכום.....
61	מקורות.....

תקציר מנהלים

1. רקע

האוכלוסייה בישראל מזדקנת במהירות ותוחלת החיים בה היא מן הגבוהות בעולם. להזדקנות האוכלוסייה יש השלכות על כל תחומי החיים הן של הזקנים עצמם והן של כלל האוכלוסייה. על פי התחזיות, בשני העשורים הקרובים בישראל צפוי להתחולל שינוי דמוגרפי משמעותי, כשאוכלוסיית בני 65 ומעלה צפויה לגדול כפליים, מכ-833,000 נפש כיום לכ-1,640,000 נפש בשנת 2035. תהליך זה ניכר ברוב המדינות המפותחות, וברבות מהן החלו לפתח תכניות-אב לאומיות להתמודדות עם האתגרים הכרוכים בו. בישראל התפתחו ברבות השנים שירותים רבים שנועדו לסייע לזקנים להזדקן בבתייהם ובקהילותיהם ואף הטיפול המוסדי התפתח משמעותית, הן מבחינת כמות המיטות והן מבחינת איכות הטיפול. עם זאת, עדיין יש פערים בין הצרכים הרבים של אוכלוסייה זו לבין המענים שמערכת השירותים מספקת כיום ויש לצפות כי פערים אלו ילכו ויגדלו, אלא אם תינקטנה הפעולות הנדרשות למניעת התהליך.

כאמור, במדינות שונות השכילו לפתח תכניות-אב לאומיות כדי להתמודד עם אתגרי ההזדקנות של האוכלוסייה. בין היתר פותחו תכניות מקומיות שבהן לזקנים ניתן תפקיד חשוב בזיהוי צורכיהם ובעיצוב המענים להם. לעומת זאת, בישראל טרם השכילו לפתח תכנית-אב לאומית שכזו. מסמך זה נועד להתריע על המצב הקיים ועל השלכותיו ולהצביע על הצורך הדחוף בפיתוחה של תכנית כזאת. במסמך שישה חלקים ומתוארים בו מאפייני האוכלוסייה הזקנה בישראל וצרכיה, תוך זיהוי של קבוצות פגיעות במיוחד של זקנים, כגון נשים, עולים, ערבים וניצולי שואה, ובני משפחה המטפלים בהם. במסמך מובאת סקירה של השירותים הקיימים, מצוינים הפערים בין הצרכים למענים, מפורטות התחזיות הדמוגרפיות, ומוצעים אתגרים ופעולות שעל המדינה להתמודד עמם ולהיערך לקראתם.

מאפייני האוכלוסייה הזקנה בישראל:

- שיעורם היחסי של בני 65+ ומעלה בישראל כיום הוא 10.4% מכלל האוכלוסייה.
- תוחלת החיים בלידה בישראל עומדת על 79.9 שנים לגברים ועל 83.6 לנשים והיא מן הגבוהות בעולם. תוחלת החיים של גברים, בני 65-69 בישראל היא 18.7 שנים, ושל נשים בגילים אלו היא 21.1 שנים. תוחלת חיים של הגברים בישראל גבוהה מן הממוצע במדינות ה-OECD וזו של הנשים זהה לו.
- 56% מבני 65 ומעלה הן נשים ושיעורן היחסי עולה עם העלייה בגיל. 88.6% מהזקנים הם יהודים. בקרב היהודים ואחרים 17.8% הם ילידי הארץ, 50.1% ילידי אירופה-אמריקה ו-32.1% הם ילידי אסיה-אפריקה. 21.1% מהם הם עולים מארצות חבר העמים ו-0.9% עלו מאתיופיה במהלך 25 השנים האחרונות.
- 94% מהזקנים גרים ביישובים עירוניים וכמחציתם גרים באזור המרכז ותל אביב.
- רוב הזקנים נשואים. שיעור הגברים הנשואים כמעט כפול משיעור הנשים הנשואות. כשליש (29.4%) מבני 65+ הם אלמנים ושיעורם עולה עם העלייה בגיל. 24.8% מהזקנים גרים לבד ושיעור הנשים הגרות לבד גבוה מזה של הגברים. קרוב למחציתם גרים עם בן/בת זוג,

האחרים גרים עם ילדים או עם בני משפחה אחרים. 3.1% בלבד גרים במוסדות לטיפול ממושך.

- רק 14.5% מהזקנים הם בעלי השכלה של עד ארבע שנות לימוד. 20.7% הם בעלי השכלה יסודית חלקית עד מלאה, 30.9% הם בעלי השכלה תיכונית ו-33.9% הם בעלי השכלה על-תיכונית ואקדמאים.
- 16.7% מקרב בני 65+, רובם גברים, עודם עובדים. שיעור העובדים במגזר היהודי גבוה משמעותית משיעורם במגזר הערבי והוא גבוה במיוחד בקרב בעלי השכלה גבוהה. כיום יחס התלות (היחס בין גודל האוכלוסייה בגיל העבודה לגודל האוכלוסייה שמחוץ לגיל העבודה) של זקנים בישראל הוא 190 לכל 1,000 איש והוא נמוך מהמצוי במדינות רבות אחרות. זאת למרות יחס התלות הכללי הגבוה בישראל יחסית לאותן מדינות ובעיקר בגלל המספר הגבוה יחסית של ילדים בישראל. עד שנת 2035 יחס תלות זה צפוי לעלות ל-282 על כל 1,000 עובדים. משמעות הדבר היא שזקנים רבים יותר יהיו תלויים בביטוח הסוציאלי (קצבאות זקנה מהמוסד לביטוח לאומי וקרנות הפנסיה) כמקורות הכנסה עיקריים ובכך יגדל העומס התקציבי והאקטוארי על מערכות אלה.

2. בעיות וצרכים: מצבם הכלכלי, הבריאותי והחברתי של הזקנים

מצב כלכלי: רשת הביטחון הכלכלי של הזקנים בישראל מורכבת בעיקר מקצבאות זקנה של המוסד לביטוח לאומי וממערכת הפנסיה. כ-742,000 זקנים, רובם עולים ונשים, מקבלים קצבת זקנה מהמוסד לביטוח לאומי, מהם כ-160,000 מקבלים השלמת הכנסה לקצבת הזקנה הבסיסית. משמעות הדבר היא שהם היו חיים מתחת לקו העוני, לולא תשלומי העברה ותוספת השלמת הכנסה. מדו"ח העוני של המוסד לביטוח לאומי שפורסם בסוף שנת 2013 עולה, שבשנת 2012 עלה שיעור העוני בקרב הזקנים ל-22.7% בהשוואה לשנת 2011, אז עמד שיעור העוני על 19.4%. באותה שנה הזקנים היו קבוצת האוכלוסייה היחידה ששיעור העוני שלה עלה. לפי מדד הסיכון לעוני, המחושב על ידי הלמ"ס, שיעור הזקנים העניים גדל מ-28% ב-2001 לכ-32% ב-2011. נתון זה משקף את הכנסתם הנמוכה של רבים מהזקנים בישראל. רמת העוני בקרב הזקנים בישראל גבוהה לעומת זו הקיימת במדינות ה-OECD, ושיעור התחלופה בישראל עומד על כ-55%-60% בלבד, לעומת ממוצע של כ-70%-80% במדינות אירופה. רמת התחלופה הנמוכה היא פועל יוצא מקצבאות נמוכות, ממיעוט של זקנים שיש להם הסדרי פנסיה או פנסיה קטנה, משיעור נמוך של זקנים הממשיכים לעבוד ולהשתכר מעבודתם לאחר גיל הפרישה ומקיצוץ בזכויות עמית קרנות הפנסיה בשל גרעונות אקטואריים.

זקנים עניים מתקשים לקבל טיפולים רפואיים (כמו טיפולי שיניים), הכרוכים בתשלום, בהוצאותיהם על בריאות ובמצב של אי-ביטחון תזונתי. מחקרים שונים מצביעים על ההשלכות שיש לעוני על אורח החיים של הזקנים ועל ההשפעה השלילית שיש לכך על מצב בריאותם.

מצב בריאות: מצבם הבריאותי של הזקנים משתקף בהערכתם העצמית הנמוכה את מצב בריאותם. בהשוואה לגברים, נשים רבות יותר מדווחות על הערכת בריאות לא טובה. בהשוואה לכלל האוכלוסייה זקנים רבים יותר סובלים מבעיות בריאות שונות, כגון בעיות שינה, היסטוריה של התקף לב, יתר לחץ דם, סרטן וסוכרת. במיוחד ראוי להדגיש את השיעור הגבוה של זקנים הלוקים בירידה קוגניטיבית ובדמנציה. בשנת 2010 נאמד מספרם של אלו בכ-149,000 והוא צפוי לעלות ולהגיע לכ-350,000 בשנת 2035. אף לא אחד מהגופים הממשלתיים והלא-ממשלתיים נדרשים לצרכים המיוחדים והיחודיים של חולי דמנציה ושל בני משפחותיהם. נכון לאותה שנה, כ-24%

מהזקנים היו מוגבלים בתפקודם הגופני ו/או הקוגניטיבי ונזקקו לסיוע בפעולות יומיומיות. עם עליית הגיל מחריף מצבם הבריאותי והתפקודי והם נזקקים לשימוש אינטנסיבי יותר בשירותי הבריאות והסיעוד, המסופקים בקהילה ובבתי חולים.

בדידות וניתוק חברתי: הבדידות והניתוק החברתי הן בעיות חברתיות מרכזיות של הזקנים, הפוגעות משמעותית בבריאותם הגופנית ו/או הנפשית. בישראל כ-47% מבין בני 65 ומעלה דיווחו על תחושת בדידות, והיקף התופעה בישראל גבוה מזה הקיים במדינות כמו ארצות הברית, גרמניה והולנד. הבדידות נפוצה בעיקר בקרב אלה החיים לבד ובקרב נשים ובגילאים מבוגרים יותר והיא כרוכה בעלייה בשיעורי התחלואה והתמותה של הזקנים ופוגעת בבריאותם הנפשית ובאיכות חייהם.

התעמרות ואלימות כלפי זקנים: קיימות הערכות שונות לגבי היקף התופעה, אולם ניתן להניח שהמקרים הנחשפים משקפים רק קצהו של קרחון. בסקר שנערך בעבר בישראל נמצא כי 18.4% מהזקנים היו חשופים למקרי פגיעה והתעללות לסוגיה, מהם 18.1% דיווחו על הזנחה שבאה ליד ביטוי בהיעדר מענה לצורכי חיים בסיסיים בתחומים שונים.

עבודה: על פי חוק הפרישה 2004, נשים בגיל 62 וגברים בגיל 67 צריכים לפרוש מעבודתם. מרבית בני 62-67 הם אנשים בריאים ומסוגלים להמשיך לעבוד, אך תנאי שוק העבודה, מקשים על כך. מלבד הבעיות והצרכים הכלליים הנוגעים למגזרים רחבים של אוכלוסיית הזקנים בישראל יש להתייחס גם באופן ספציפי למספר קבוצות יעד, המחייבות התייחסות מיוחדת, ובייחוד ניצולי שואה, שאצלם שכיחים תחלואה כרונית רבה ושיעורי מוגבלות תפקודית גבוהים והם סובלים ממצוקה נפשית גבוהה. כיום חיים כ-50,000 מהם מתחת קו העוני.

מטפלים עיקריים: הטיפול בזקן מהווה נטל על המטפלים ועלול לפגוע בבריאותם הפיזית והנפשית וברווחתם ובמקרים שבהם מדובר במטפלים עובדים – להטיל עליהם גם נטל כלכלי. בעיות אופייניות שמשפחות נתקלות בהן הן חוסר מידע, קושי בגישה לשירותים והתמצאות בהם, קושי לממן שירותים ובעיות באיכות השירות. במדינות שונות פותחו אסטרטגיות ותכניות שונות כדי לתת מענה לצורכי המטפלים על מנת לתמרץ אותם למלא את תפקידם לאורך זמן.

3. מענים: מערכת השירותים לזקנים בישראל – מרכיבים עיקריים

השירותים החברתיים הפורמליים, האמורים לספק מענים הולמים למגוון הצרכים של הזקנים, הם מסועפים ומפוצלים מאוד. המרכיבים העיקריים של שירותים אלו כוללים:

- **מערכת הבטחת הכנסה ופנסיה.** נושא זה ובעיית העוני בקרב זקנים כבר נידון לעיל.
- **שירותי בריאות.** ככלל, זקנים מרבים להשתמש בשירותי בריאות שונים, יותר מהאוכלוסייה הכללית. נוסף על שירותי הבריאות המסופקים לכלל האוכלוסייה, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, פועלים כמה שירותים רפואיים המיועדים ספציפית לזקנים ובין היתר, יחידות לאשפוז יום בגריאטריה ומחלקות לגריאטריה בבתי חולים. בהשוואה לשנים קודמות, בשנת 2011 חל קיטון במספר המיטות המיועדות לגריאטריה חריפה ולסיעוד מורכב, לפי מספר מיטות ל-1,000 איש בני 65+.
- **שירותי רווחה וסיעוד בקהילה.** חוק ביטוח סיעוד 1986 נועד לתת סיוע לזקנים מוגבלים הממשיכים לחיות בבית. כיום מוגדרות בחוק שלוש דרגות סיוע, שעל פיהן הזקנים זכאים ל-16, 18, ו-9.75 שעות שבועיות. סל השירותים כולל גם ביקורים במרכז יום, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה והתחברות למשדר מצוקה. בספטמבר 2013 הגיע מספרם של מקבלי הגמלה לכ-158,000 איש (רובם נשים), שהם 17.6% מאוכלוסיית הזקנים בישראל.

שיעור הזכאים עולה עם העלייה בגיל. יותר ממחצית הפונים לקבלת שירותים אלו נדחים, רובם המכריע בנימוק שרמת המוגבלות שלהם אינה מספקת לזכאות. מספר רמות הגמלה בישראל (כאמור, שלוש) קטן מהקיים במדינות אחרות (שש-שבע רמות), הגמלאות נמוכות יותר במבדיונות אחרות וסל השירותים הניתן במסגרת גמלת הסיעוד מוגבל למדי.

המצב הכלכלי הגרוע, הירידה בתפקוד בשל הידרדרות מצב הבריאות, הבדידות והניתוק החברתי והפגיעה בגלל התעללות והזנחה הם מהסיבות העיקריות להזדקקות לסיוע של מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות. בשנת 2011 נזקקו לשירותים אלו כ-40% מבני 65+ באוכלוסייה ו-52% מהזקנים בני 75+ היו רשומים במחלקות הרווחה. שיעורם היחסי באוכלוסייה הכללית של הרשומים במחלקות הוא כפול, אם כן, מחלקם בכלל האוכלוסייה. בשנת 2011 סיפקו שירותי הרווחה העירוניים סיוע בניהול משק הבית לכ-6,000 זקנים. 1,140 קיבלו טיפול אישי, מהם כ-600 קיבלו ארוחות חמות. קבלת השירותים הללו מותנים במבחן הכנסות. באותה שנה הופעלו 38 תכניות לטיפול בזקנים נפגעי התעללות, ו-50 זקנים קיבלו סיוע באמצעות המרכזים למניעת אלימות במשפחה. המחלקות מופקדות על ביצוע חוקים שונים הרלוונטיים לזקנים ובראש הוועדות המקומיות, המופקדות על ביצוע חוק סיעוד, עומדים עובדים סוציאליים.

ישנם 172 מרכזי יום לזקנים, המספקים שירות ל-15,500 זקנים המוגבלים בתפקודם. במרכז יום רשומים בממוצע 90 מבקרים וממוצע הביקורים היומי הוא 51 איש (72% מהקיבולת). התכנית "קהילה תומכת" מאפשרת לזקנים להמשיך להתגורר בבתייהם על ידי כך שמספקים להם סל שירותים המסייעים להם בחיי היומיום. בכל קהילה תומכת חברים כ-200 בתי אב. בשנת 2012 פעלו בארץ 261 קהילות, שהשתייכו להן 38,831 בתי אב ובהם 51,336 זקנים. מחקרי הערכה, שנעשו על התכנית של "קהילה תומכת", מצביעים על התועלת הרבה שהיא מביאה למשתתפים בה.

נוסף על שירותים מרכזיים אלו מסופקים מגוון של שירותים נוספים, כגון:

- תכנית "בשיבה טובה", שמטרתה לסייע לזקנים אלו בשלושה תחומים עיקריים:
 1. בריאות (סבסוד תרופות, איתור בעיות שמיעה וראייה ואספקת אביזרי עזר רפואיים);
 2. דיור (שיפוץ בתים, תיקונים והשלמת ציוד ביתי);
 3. תזונה (שילוב זקנים בשירותי הסעדה המסופקים על ידי ארגונים הפועלים בקהילה).
- שירותי תעסוקה לזקנים: קיימים שלושה הסדרים מאורגנים לתעסוקה: 1. מועדוני תעסוקה (50 במספר, שבהם עובדים כאלפיים זקנים); 2. תעסוקה בבתייהם של הזקנים; 3. מרכזי תעסוקה להשמה של זקנים בעבודה בשוק החופשי. לאחרונה מינתה הממשלה ועדה בינמשרדית, שתפקידה לפתח תכניות לתעסוקת מבוגרים.
- "בתים חמים", שבהם מתכנסות קבוצות של עד 15 זקנים, המתגוררים בסמיכות איש לרעהו, למפגשים חברתיים בביתה של משפחה מארחת. ב-2013 פעלו כ-300 בתים חמים ובפעילותם השתתפו כ-3,600 זקנים.
- נופשוניים: קיימים 12 נופשוניים המיועדים לאפשר לזקנים לשהות תקופה מסוימת מחוץ לביתם בשל הצורך בתקופת מעבר לאחר שחרור מבית חולים, או היעדרות מטפל עיקרי או מתן אפשרות מנוחה לבני משפחה המטפלים בזקן.
- אספקת אביזרי עזר רפואיים ושיקומיים באמצעות משרד הבריאות וגופים התנדבותיים שונים.
- פעילויות נפש, חברה ותרבות בקהילה: מועדונים חברתיים המהווים מוקד לפעילות חברתית, בעיקר לזקנים עצמאיים, ובהם מתקיימות פעילויות חברתיות ותרבותיות.

ב-2011 פעלו בישראל כ-1,420 מועדונים חברתיים, ועל פי האומדן מספר המבקרים בהם היה בין 110,000-140,000 זקנים. השימוש המועט במועדונים אלו נובע מקושי בניידות והיעדר תחבורה מתאימה, מהיעדר עניין ומתדמית ירודה של המועדונים. מלבד המועדונים, ארגונים שונים מפעילים פעילויות תרבות, השכלה ותחביבים לזקנים.

- יש מספר מרכזים המספקים מידע, הסברה וייעוץ ללא תשלום: תחנות הייעוץ לקשיש של המוסד לביטוח לאומי, מוקד *8840 – המרכז לפניות ציבור האזרחים הוותיקים של המשרד לאזרחים ותיקים, מרכז ייעוץ ומידע רעות-אשל, מרכז הדסה-אשל – מרכז מידע תרופתי לבני 70 ומעלה ועמותת "יד ריבה", המספקת ייעוץ משפטי של מתנדבים לזקנים נזקקים. קיימים גם מספר אתרי אינטרנט המספקים מידע על שירותים לזקנים.
- קבוצות תמיכה למשפחות מטפלות, המופעלות על ידי המוסד לביטוח לאומי וגופים התנדבותיים שונים.
- דיור מוגן וטיפול מוסדי. קיים דיור מוגן למעוטי יכולת ולעולים חדשים, המנוהל על ידי גופים ממשלתיים וציבוריים, כגון חברות "עמיגור", "עמידר" וכדומה. כמו כן, קיים דיור מוגן המופעל על ידי ארגונים ציבוריים התנדבותיים כגון "משען", ארגון עולי מרכז אירופה". בדרך כלל דיור זה הוא ברמה גבוהה יותר, וחישוב התשלום נעשה על פי נוסחה דומה לזו שבמגזר הפרטי. הדיור המוגן לעשירונים העליונים ודרכי המימון מחושבים בדרך כלל על בסיס תשלום של דמי פקדון ודמי אחזקה חודשיים גבוהים שהדיירים משלמים. בשנת 2012- פעלו בארץ 184 תכניות של דיור מוגן ובהן כ-23,000 יחידות דיור. השירותים המוסדיים לטיפול ממושך מאורגנים בישראל לפי הגדרת מצבו התפקודי של הזקן הנזקק לשירותים אלו. בסוף שנת 2011 היו בארץ כ-390 מוסדות לטיפול ממושך, שבהם התגוררו 29,200 דיירים, מהם 8,731 תשושים, 20,478 סיעודיים ותשושי נפש ו-1,570 סיעודיים מורכבים. כ-220 מהמוסדות היו בבעלות פרטית, כ-150 מהם (39%) בבעלות של גופים וולונטריים וכ-10 מהם (3%) בבעלות ממשלתית. שיעורי המיסוד בישראל ירדו בשנים האחרונות ובשנת 2011 היה שיעור המיסוד 3.6 מיטות מכלל אוכלוסיית הזקנים, לעומת 4.4 בשנת 2005. שיעורי המיסוד בישראל נמוכים גם מהשיעורים הקיימים ברבות מהמדינות המפותחות.

4. פערים בין צרכים ומענים – סוגיות ובעיות עיקריות

להלן יפורטו כמה מהסוגיות והבעיות העיקריות המחייבות התייחסות בתכנון עתידי של השירותים לזקנים, שחלקן קשורות בפערים בין צרכים למענים וחלקן נוגעות לכשלים מערכתיים הפוגעים באפשרות הניתנת לזקנים לקבל מענה הוליסטי וכוללני לצורכיהם:

- היחלשות מערכת הסיוע הלא-פורמלית: המערכת הלא-פורמלית מהווה נדבך חיוני בסיוע לזקנים. מספר התפתחויות סוציו-דמוגרפיות, שהוצאו בשנים האחרונות, משפיעות על יכולתה של מערכת זו לסייע לזקנים לאורך זמן. ממחקרים עולה שרוב התומכים מדווחים על קשיים פיזיים שמשפיעים לרעה על בריאותם וכן על פגיעה בתפקודם החברתי והרוב מדווחים על עומס רגשי. מערכת השירותים הפורמלית מציעה כיום סיוע מועט בלבד למערכת הלא-פורמלית ובקהילה אין מספיק שירותים תומכים שעשויים להקטין את עומס הטיפול. קיים פער משמעותי בין הצרכים לתמיכה ולסיוע, שנדרשים למטפלים העיקריים, לבין מערכת השירותים הקיימת המיועדת למטרה זו.

- פיצול בין השירותים: זירת השירותים החברתיים לזקנים משופעת בארגונים העוסקים בהיבטים שונים של הקצאת השירותים. רבים מארגונים אלו מספקים במקביל שירותים דומים ללא תיאום ביניהם. הפיצול בין הארגונים מקשה גם על זקנים ו/או על בני משפחותיהם, הנאלצים לכתת את רגליהם בין מספר ארגונים. פיצול זה גורם גם לבזבוז משאבים של המוסדות, לפגיעה ברצף הטיפול בזקן, ולתפיסה לא-הוליסטית של מכלול צרכיו של הזקן.
- אי-שוויוניות בהיקף, באיכות ובזמינות השירותים: חוקים שונים, כגון חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק ביטוח סיעוד, אמורים לתרום להשגת מידה רבה של שוויוניות בהקצאת שירותים חברתיים שונים לזקנים. עם זאת, בין יישובים שונים קיימים פערים בהיקף ובאיכות השירותים המסופקים לזקנים ובין הזקנים קיימים פערים ביכולתם לרכוש שירותים שונים. הפערים בין יישובים נובעים מהבדלים ברמת ההקצאה לשירותים לזקנים מטעם משרדי ממשלה ובגורמים מקומיים ובמידת היזמות שהם מגלים בפיתוח שירותים לזקנים. פערים אלו גורמים שזקנים בעלי צרכים דומים, אבל המתגוררים באזורים וביישובים שונים, מקבלים שירותים בכמות ובאיכות שונים. הגורם השני להיווצרות פערים בהיקף ובאיכות השירותים לזקנים הוא ההבדל ביניהם ביכולתם הכספית.
- קצבאות הזקנה: אמנם תשלומי הקצבאות מחלצים ממעגל העוני כ-55% מהזקנים, אך ב-2012 עדיין כ-22% מהם הוגדרו עניים. נראה, אפוא, שתשלומי הקצבאות ממלאים רק תפקיד חלקי בהתמודדות עם בעיית העוני בקרב אלה מהזקנים שבשל היעדר מקורות הכנסה אחרים, מקור הכנסתם העיקרי הוא קצבת הזקנה בתוספת השלמת הכנסה. הגידול הריאלי בקצבת הזקנה בתוספת השלמת הכנסה לא הדביק את העלייה ברמת החיים של האוכלוסייה, בחישוב על פי תוצר לנפש. לכן קצבאות הזקנה בתוספת השלמת הכנסה אין בהן כדי לאפשר לזקנים קיום בכבוד וקיים פער משמעותי בין גובה הקצבה המשולם כיום לגובה הקצבה הנחוץ כדי להבטיח לזקנים קיום בכבוד.
- שעות הטיפול המסופקת במסגרת חוק סיעוד: מספר שעות הטיפול הניתנות במסגרת גמלאות הסיעוד מהמוסד לביטוח לאומי אינו מספיק כדי לענות לצרכים של זקנים המרותקים למיטה ו/או זקוקים להשגחה מסביב לשעון. במצב זה עיקר נטל הטיפול נופל על בני המשפחה ובמקרים רבים הם מתקשים להתמודד עם האתגר.
- אישפוז סיעודי: על פי דו"ח ועדת שטסמן (2011), אין בארץ מספיק מיטות מוסדיות ועד 2030 תידרש תוספת מיטות של לא פחות מ-84% לעומת הקיים כיום. אם שיעור המיסוד לסיעודיים ותשושי נפש יישאר ללא שינוי תידרש בשנת 2030 תוספת של כ-13,000 מיטות. תוספת מיטות תידרש גם לגריאטריה אקוטית, לסיעוד מורכב ולשיקום גריאטרי. חלק ניכר מהאשפוז המוסדי של זקנים ממומן באופן עצמאי והשאר מסובסדים על ידי משרדי הממשלה והרשויות המקומיות. הן במשרד הבריאות והן במשרד הרווחה המשפחה מחויבת בהשתתפות במימון החזקת הזקן במוסד והנטל הכספי על המשפחות קשה מנשוא. התחום המוסדי מפוצל ללא היגיון בין משרד הרווחה, משרד הבריאות וקופות החולים. כבר בשנים הקרובות צפוי מחסור משמעותי במיטות לזקנים בבתי החולים ובמוסדות השונים. והמערכת הארגונית פועלת בפיצול חסר היגיון.
- תת-שימוש בשירותים: רבים מהזקנים עצמם אינם משתמשים בחלק מהשירותים המוצעים להם, כגון מרכזי יום, שכונות תומכות ומועדונים חברתיים.

- תעסוקה ופרישה: קיימים חסמים חוקיים, כלכליים וחברתיים, המונעים מזקנים להמשיך ולעבוד. בפועל קיים, אפוא, פער בין הרצון והצורך של חלק ניכר מאוכלוסיית הזקנים להמשיך לעבוד לבין האפשרויות הפתוחות בפניהם בגלל ההסדרים הקיימים, המונעים את הגשמת הצורך הזה.

5. התפתחות ותמורות באוכלוסיית הזקנים בישראל: מבט לעתיד

על פי התחזיות צפויים גידול באוכלוסיית הזקנים ובשיעורה באוכלוסייה הכללית, גידול באוכלוסיית הזקנים המבוגרים יותר, גידול מואץ ביותר באוכלוסיית הזקנים במגזר הערבי וגידול בשיעור היחסי של הנשים הזקנות בכלל אוכלוסיית הזקנים. לאלה עשויות להיות השלכות רבות משקל על צרכיה של אוכלוסייה זו ועל כן גם על המדיניות, שצריכה לנווט את המערכות השונות המספקות לה שירותים. במהלך 21 שנים הקרובות (עד 2035) צפויה אוכלוסיית הזקנים בני +75 לגדול ביותר מפי שתיים והגידול במספרם של בני +85 מואץ אף יותר. ההשלכות האפשריות של הגידול הצפוי במספר הזקנים, ובמיוחד במספר הזקנים בגילים גבוהים יותר, צפויות להעלות את יחס התלות של הזקנים ב-33% ואת יחס התמיכה בהורים ב-17%.

לנתונים על הגידול המואץ באוכלוסיית הזקנים ועל מאפייניו מספר השלכות בולטות, המחייבות התייחסות בתכנון תכנית האב לאוכלוסייה הזקנה:

- **מצבם הכלכלי של הזקנים**: הגידול באוכלוסיית הזקנים, במיוחד זקנים במגזר הערבי ונשים שגרות לבד, צפוי להגדיל את שיעורי העוני באוכלוסייה זו.
- **פרישה מעבודה ותעסוקת הזקנים**: זקנים רבים עשויים להיות מחוץ למעגל העבודה במהלך 20-30 שנים לאחר פרישתם. לכך יש משמעות רבה לא רק מבחינה כלכלית, אלא גם מבחינה אישית וחברתית.
- **גידול בהזקקות לשירותי סיעוד ובריאות**: הגידול במספר הזקנים צפוי להגדיל במידה ניכרת את ההזקקות של אוכלוסייה זו לשירותי סיעוד ובריאות. כבר כיום קיים מחסור הולך וגדל ברופאים, בעיקר רופאים גריאטריים ובאחיות, שמספרם נמוך מהקיים במדינות ה-OECD.
- **גידול בהזקקות לשירותי רווחה**: צפוי גידול ניכר בהזקקות הזקנים לשירותי רווחה, הן ברמה הקהילתית והן ברמה המוסדית.
- **גידול בהזקקות לשירותי נופשה, חברה ותרבות**: תיגבר הזקקות הזקנים לשירותי נופשה, חברה ותרבות ולשירותים המסייעים בהתמודדות עם בעיית הבדידות.
- **הצורך בהרחבה ניכרת של השירותים לזקנים ושל מספר העובדים בהם**: יהיה צורך להרחיב משמעותית את היקף השירותים החברתיים השונים לזקנים, את הקצאת המשאבים המיועדים להם ואת מספר העובדים המועסקים בהם.
- **הצורך בהערכות ארגונית שונה של השירותים לזקנים**: מערכת השירותים לזקנים מאופיינת בריבוי ארגונים רבים, שיש ביניהם פיצול וחוסר תיאום והדבר פוגע ביכולת המערכת לספק מענים הולמים לצורכי הזקנים.
- **הצורך בהתייחסות של מערכת השירותים לאוכלוסיית זקנים כאל אוכלוסייה מורכבת ומגוונת**: אוכלוסיית הזקנים בישראל היא מורכבת ורבגונית וכוללת אוכלוסיות בעלות מאפיינים כלכליים, חברתיים ותרבותיים שונים. גיוון זה משפיע גם על מורכבות צרכיה של

אוכלוסייה זו ומחייב הערכות הולמת של מערכת השירותים ושיתוף הזקנים בעיצוב השירותים המיועדים להם.

- **זיקת הזקנים למשפחותיהם:** האפשרות שמערכת השירותים הפורמליים לא תוכל לספק מענה הולם לצרכיה של האוכלוסייה ההולכת וגדלה של הזקנים תחייב מעורבות הולכת וגוברת של בני המשפחה בסיוע לזקנים.
- **הצורך בגידול ניכר בהוצאה החברתית לזקנים:** הגידול באוכלוסיית הזקנים והצורך בהרחבת השירותים לזקנים יחייבו העלאה ניכרת של ההוצאה הממשלתית המיועדת לאוכלוסייה זו.
- **תמיכה בתומכים:** השינויים הסוציו-דמוגרפיים ועומס הטיפול, כמו גם ציפיות גוברות מהמדינה ליטול אחריות רבה יותר לטיפול בזקניה, הביאו מדינות רבות לפתח מדיניות, תכניות ומתן תמריצים המיועדים להקל על בני משפחה מטפלים את העומס הטיפולי ולחזק בהם את המוטיבציה להמשיך ולמלא את תפקידיהם אלו לאורך זמן. תכניות כאלה עשויות גם לצמצם תופעות של התעמרות והתעללות בזקנים על ידי מטפליהם הבלתי פורמליים.
- **פיתוח סביבות עבודה ידידותיות למטפלים עובדים:** הדבר מחייב הגדלת מספר ימי חופשת מחלה שעובד זכאי לו בגין הורה חולה, מתן אפשרות לעבודה במשרה חלקית או נטילת חופשה ללא תשלום, בעיקר כשההורה הוא חולה סופני, והנהגת עבודה בשעות עבודה גמישות בגין טיפול בהורה זקן.
- **הטיפול בחולים עם דמנציה ובבני משפחותיהם:** יש לפעול מיידית ליישם בשלבים את "התכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות", שבאחריות משרד הבריאות.

6. תכנית-אב לאומית בתחום הזקנה בישראל: סוגיות מרכזיות

הסוגיות העיקריות שתכנית-האב הלאומית חייבת לעסוק בהן הן:

א. הבטחת רמת החיים והרווחה של האוכלוסייה הזקנה

- הבטחת שירותים חברתיים איכותיים העונים על הצרכים הרבגוניים של אוכלוסיית הזקנים;
- אינטגרציה ותיאום במערך השירותים: אינטגרציה של השירותים, רצף שירותים והכשרת כוח אדם;
- התייחסות ספציפית לצרכים של קבוצות אוכלוסייה מיוחדות: ניצולי שואה, זקנים עניים, זקנים שהם קרובן למעשי התעללות, התעמרות והזנחה, חולים באלצהיימר ובמחלות דמנציה אחרות.
- תכניות מיוחדות לבעיות וצרכים בולטים במיוחד, כגון בדידות ודמנציה;
- הבטחת זמינות ונגישות לשירותים איכותיים ומספקים ברחבי הארץ תוך הקפדה על שוויוניות בין מקומות שונים;
- איכות: דאגה תמידית להבטחת איכות גבוהה של השירותים המספקים לאוכלוסייה הזקנה

על ידי הכשרה מתאימה של מטפלים וניהול מנגנוני פיקוח ובקרה יעילים;

- מידע: הפצה רחבה של המידע על השירותים ועל קיומם של מרכזי מידע אקטיביים, שהזקנים ובני משפחותיהם יכולים לפנות אליהם בעת הצורך;

ב. פרישה מעבודה ותעסוקה

- פרישה מעבודה: שינוי החקיקה וההסדרים הקיימים כדי שהגיל יחדל להיות סיבה להפסקת עבודה וכדי לאפשר המשך תעסוקה למי שמעוניינים ומסוגלים להמשיך לעבוד;
- פיתוח תכניות המאפשרות למי שמעוניין בכך להמשיך ולעבוד, בין באותו תפקיד ובין בעיסוקים חדשים, במשרות מלאות או חלקיות;
- מתן תמריצים למעסיקים שיעסיקו זקנים;

ג. שירותי מניעה

מערכת השירותים לזקנים צריכה לפעול למניעה ככל האפשר של הידרדרות ומצוקה מחמת זיקנה. יש להבטיח ששירותי המניעה יהיו רכיב אינטגרלי במערכת השירותים לזקנים. לצורך זה יש לקדם תכניות בעלות המאפיינים הבאים:

- קידום בריאות: חינוך והסברה על אורח חיים בריא, מניעת עישון, חיסונים וכדומה;
- שיקום ומניעת הידרדרות תפקודית: הרחבת שירותי השיקום והמניעה (reablement) כדי לצמצם או לדחות את ההידרדרות התפקודית של זקנים;
- "זיקנה פעילה" ('active-aging'): המשך רציף של פעילות חברתית, כלכלית, תרבותית ורוחנית, כדי להבטיח תוחלת חיים בבריאות טובה;
- "ערים בריאות" ו"קהילות ידידותיות לזקנים" (age-friendly cities): פיתוח תכניות של ערים בריאות וידידותיות ברחבי הארץ על פי הפלטפורמה שפיתח ארגון הבריאות העולמי (WHO). במסגרת זו יש להתייחס גם לתכנון ערים ולתצורה שלהם, לרבות שירותי תחבורה, כדי לאפשר ניידות ופעילות של הזקנים במקומות מגוריהם;

ד. הבטחת מעורבות פעילה של הזקנים בעיצוב חייהם

יש להגביר השתתפותם של הזקנים בקביעת המדיניות והחקיקה המתאימה אליהם ובעיצוב דפוסי הפעילות של השירותים המסופקים להם.

- קבוצות מיקוד: שימוש רחב בקבוצות מיקוד של זקנים כדי ללמוד על הצרכים והבעיות שהם חווים;
- שיתוף נציגים של אוכלוסיית הזקנים בוועדות ובמועצות ציבוריות העוסקות בקביעת מדיניות ופיתוח תכניות למען אוכלוסייה זו;

ה. סיוע למטפלים העיקריים (בני המשפחה) המטפלים בזקנים באמצעות:

- תמיכה: פיתוח תכניות לתמיכה במטפלים העיקריים, בכלל זה קבוצות תמיכה, סיוע נפשי

וחברתי;

- מידע: הספקת מידע רחב ומקיף על השירותים, על הדרכים ועל האפשרויות להסתייע בשירותי הסיוע הפורמליים;
- הכשרה: פיתוח תכניות למתן הכשרה וידע למטפלים העיקריים בכל הנוגע לטיפול בזקנים הנזקקים לסיוע;
- שירותי הפוגה: אלו נחוצים כדי לאפשר למטפלים עיקריים מנוחה והפוגה ממשימות הטיפול בזקן, זאת באמצעות הוספת ימים ושעות פעילות של מרכזי יום, בכלל זה מרכזי לילה לתשושי נפש;
- מתן תמריצים למטפלים עיקריים הממשיכים לטפל בזקנים, בעיקר סיעודיים ומרותקים לבית;
- פיתוח סביבות עבודה ידידותיות למטפלים עובדים: באמצעות מתן תמריצים למעסיקים;

ו. הערכת ההוצאה הכספית שתידרש לצורך הבטחת הטיפול וההתפתחות של מערכות השירותים לזקנים

הבטחת שירותים הולמים לזקנים בתחומים השונים תחייב הקצאת משאבים כספיים הולמים. על כן ראוי להתייחס להיקף המשאבים שיידרשו ולדרכי גיוסם.

ז. הערכת החקיקה הקיימת בתחום השירותים לזקנים וציון השינויים הנדרשים בה החקיקה מספקת תשתית לרבים מהשירותים המסופקים לזקנים.

ח. הבטחת מעמדם וכבודם של הזקנים בחברה ומניעת תופעות של גילנות (ageism)

שילוב של תכנית-אב לאומית עם תכניות מקומיות. מתן מענים הולמים לצורכי האוכלוסייה הזקנה בהווה ובעתיד מחייב פיתוח תכנית-אב לאומית שתתייחס לנושאים שרק הממשלה המרכזית יכולה לטפל בהם בשיתוף עם גורמים ארציים נוספים. במקביל, יש לעודד יזמות מקומית שתתייחס לצרכים מקומיים ספציפיים. תכניות מקומיות ללא תכנית לאומית כוללת עלולה להגביר את אי-השוויוניות בין יישובים בהיקף השירותים ובאיכותם.

7. סיכום

תכנית-האב הלאומית צריכה לשקף ראייה כוללת, מקיפה וארוכת טווח של צורכי הזקנים ושימת דגש על היערכות ארגונית הולמת למתן מענים הולמים לצרכים אלו. היערכות זו חייבת לכלול שינויים במבנה הארגונים ובאופי הקשרים ובחלוקת התפקידים ביניהם. פיתוח תכנית-אב צריך להיעשות על ידי גוף שבו יהיה ייצוג לגורמים השונים העוסקים באספקת שירותים לזקנים ולהסתייע במומחים המתמחים במגוון התחומים של השירותים לזקנים.

נחוץ לגייס, לשמר ולהכשיר כוח אדם מקצועי בכל התחומים וכוח אדם סמך מקצועי (מטפלות בית, כוחות עזר) על מנת לתת מענה לריבוי ולמגוון של הצרכים.

לסיכום, נייר עמדה זה מציב בפני קובעי המדיניות בתחום זה תמרור אזהרה וקורא להם לעצב תכנית לאומית כוללת ארוכת טווח לקידום רווחת האוכלוסייה הזקנה בישראל. נייר עמדה זה אף מצביע על ההשפעות השליליות החמורות האפשריות על רווחת זקנים רבים בישראל אם תכנית כזו לא תפותח ותיושם ומפרט את הנושאים השונים שתכנית זו צריכה להתייחס אליהם.

1. מ ב א

א. רקע

בישראל ניכרים גידול משמעותי במספר הזקנים ועלייה מרשימה ומתמשכת בתוחלת החיים, שנגרמו במידה רבה הודות להתפתחות הרפואה ולשינויים באורח החיים ובאיכות הסביבה. גידול זה צפוי להימשך בשנים הבאות ואף להתעצם במידה ניכרת וההשלכות הדמוגרפיות, החברתיות, הכלכליות והפוליטיות שלו מטביעות את חותמן לא רק על רווחת הזקנים עצמם, אלא גם על הכלכלה והחברה בישראל בכלל.

מההיבט החברתי, שינוי זה כונה בשמות שונים, כגון "הצונמי החברתי" ו"המהפכה הדמוגרפית", שמהם משתקפים המשמעות הרבה של התהליך והצורך בהתייחסות ובהיערכות ראויות. התופעה היא חלק מתהליך כלל-עולמי, שמתחולל הן במדינות המפותחות והן באלו המתפתחות. אכן, במדינות רבות בעולם כבר החלו לפתח תכניות-אב לאומיות, המיועדות להתמודד עם האתגרים הכרוכים בתהליך.

בניגוד לכך, ממשלת ישראל טרם פיתחה תכנית-אב לאומית בתחום הזקנה. בעבר כבר היו בישראל תופעות חברתיות שהממשלה הכירה בצורך המתחייב מהן לפתח תכניות לאומיות, כגון "ועדת ראש הממשלה לילדים ונוער במצוקה" או "ועדת שמידט" לגיל הרך. בדומה לכך אנו משוכנעים שהגיעה העת לפתח תכנית-אב לאומית בתחום הזקנה. האגודה הישראלית לגרונטולוגיה, שחרתה על דגלה את הדאגה לזכויות האוכלוסייה המבוגרת בישראל ולרווחתה, החליטה להכין מסמך עמדה זה, שנועד להיות בסיס לפיתוח תכנית זו.

אמנם מסקירת הבעיות של אוכלוסיית הזקנים בישראל ופעילות מערכות השירותים המטפלות בה ניתן ללמוד על ההתפתחות הרבה של שירותים אלו ועל סוגי הסיוע הרבים שהם מספקים, אך עדיין אין הלימה בין הצרכים הרבים של אוכלוסייה זו לבין המענים שהמערכת מספקת כיום לרבים מהזקנים. משמעות הפער הזה והשלכותיו על רווחת הזקנים ועל איכות חייהם מודגשת ביתר שאת לנוכח הצפי שבמהלך שני העשורים הקרובים אוכלוסיית הזקנים בישראל תגדל כמעט כפליים. מכאן ברור שללא היערכות נאותה של מערכת השירותים לזקנים, שתכלול עיצוב תכנית-אב לאומית לאוכלוסייה הזקנה, לא יהיה אפשר להתמודד עם הבעיות הרבות שהתהליך עלול להביא עמו. תכנית כזאת תחייב שינויים יסודיים וחיוניים במדיניות הממשלה בתחום האוכלוסייה הזקנה וכן במבנה, בתפקוד ובדפוסי הפעולה של השירותים המדוברים. תכנית כזאת חיונית לא רק כדי לשפר את השירותים הניתנים כיום לאוכלוסיית הזקנים, אלא גם כדי למנוע כשלים חמורים בעתיד.

ב. לקחים מתכניות שפותחו בעולם

כאמור, בישראל לא פותחה עד כה תכנית-אב בתחום הזיקנה, אך בארצות אחרות הדבר אכן נעשה, ואפשר להפיק לקחים מהעיצוב ומהיישום של תכניות אלו.

בוועידת מדריד של האו"ם לנושא הזקנים (United Nations, 2002) גובש מסמך מדיניות מנחה, שיכול לשמש מדריך לגיבוש תכנית לאומית בתחום הזיקנה. מדינת ישראל היתה שותפה לוועידת מדריד ותמכה בתכנית שעוצבה בה. האגודה הישראלית לגרונטולוגיה בשיתוף עם אשל הוציאה לאור לאחרונה גרסה עברית של תכנית הפעולה של הוועידה מדריד.

הוועידה הכירה בחשיבותן של תכניות-אב לאומיות בתחום הזקנה וקראה לממשלות העולם ליזום, בשיתוף פעולה עם ארגוני החברה האזרחית והמגזר הפרטי, את הקמתן של ועדות לאומיות שתהיינה אחראיות לפיתוח וליישום תכניות כאלו. בין היתר התכנית קוראת לממשלות:

- להכיר בתרומה החברתית, התרבותית, הכלכלית והפוליטית של הזקנים;
- לשתף אותם בתהליכי קבלת החלטות בכל הרמות;
- לאפשר תעסוקה לכל האנשים הזקנים שמעוניינים לעבוד;
- לאפשר שוויון הזדמנויות בכל הקשור להמשך השכלה והכשרה;
- לחזק את הסולידריות בין הדורות, לצמצם את העוני בקרב הזקנים;
- לקדם תכניות שיאפשרו לכל העובדים לרכוש הגנה חברתית, ביטוח לאומי, פנסיה וביטוח בריאות;
- לפתח תכניות של קידום בריאות.

אכן, בין שהדבר נעשה בהשפעת המלצות ועידת מדריד ובין שהיזמה הייתה מקומית, מדינות שונות פיתחו תכניות-אב אסטרטגיות בתחום הזיקנה. שתי דוגמאות לתכניות כאלה יתוארו להלן.

- **סינגפור:** תכנית-האב הלאומית שפותחה בסינגפור (Mehta, 2002) ביקשה להבטיח מתן מענים הולמים לצרכים המשתנים של הזקנים במדינה זו באמצעות עיצוב מערכת שירותים הוליסטיות ואינטגרטיביות. על פי תכנית זו, המשפחה (המערכת הלא-פורמלית) נתפסת כעמוד התווך המרכזי בטיפול בזקנים בקהילה ואילו המסגרות החוץ-ביתיות נתפסות כמפלט אחרון. את תכנית-האב הלאומית בסינגפור פיתחה ועדה בת 21 איש, שייצגו את כל משרדי הממשלה הרלוונטיים וכן ארגונים לא-ממשלתיים. שלושה עקרונות הנחו את הוועדה: הזדקנות בכבוד ומעורבות פעילה בחברה ובקהילה, שילוב בין-דורי, ואחריות משותפת של המשפחה, של הקהילה ושל המדינה בדאגה לזקנים. בתכנית שהוועדה פיתחה ניתן ביטוי למכלול של נושאים, כגון בריאות, דיור, פרישה ועבודה, ביטחון כלכלי, מעורבות חברתית, טיפול ממושך וסיעוד. בשנת 2001 פרסמה הוועדה תכנית **חומש** לאומית, שהציעה בין השאר: 1. להקים תשתית מתאימה ומערכת חדשה של אספקת שירותים הכוללת הקמת מרכזים רב-שירותיים המיועדים לספק נקודת כניסה אחת (one-point entry) ומענים הולמים לצרכים של קבוצות שונות של זקנים ושל המטפלים בהם; 2. לבחון מחדש את מדיניות המימון של השירותים לזקנים; 3. לספק רצף של שירותים לזקנים בריאים ומוגבלים ולמטפלים בהם; 4. לפתח כוח אדם; 5. לבצע הערכת תכניות מקצועיות.
 - **פלורידה, ארה"ב:** "תכנית פלורידה" (שפותחה במדינה פלורידה בארצות הברית) התייחסה למכלול הנושאים הקשורים בזיקנה, והציבה שלוש מטרות-על: 1. טיפול ממושך בזקנים; 2. פיתוח מערכות תמיכה לא-פורמליות בזקנים וסיוע להן; 3. עיצוב שירותים הולמים וסביבה ידידותית לזקנים בתחומים שונים, כגון בריאות, רווחה, דיור, תחבורה ותעסוקה. מתוך מטרות אלו נגזרו יעדים ותכניות פעולה מפורטות.
- במדינות רבות המודל המקובל הוא בניית תכניות-אב מקומיות ולא כלל-ארציות. מודל זה הולם את המגמה הרווחת במדינות לא מעטות לשים דגש על המשילות המקומית, המתבטאת בירידת מעמדה של המדינה ובחזיקה הרשות המקומית וארגונים מקומיים אחרים כגורמים מרכזיים בפיתוח שירותים חברתיים. נציין להלן שלוש דוגמאות של ערים שבהן פותחו תכניות-אב מקומיות:
- **בקיוטו (יפן)** תוכננה תכנית-אב כללית לעיר (תכנית קיוטו), ובכלל זה התייחסות לאוכלוסיית הזקנים;

- **בדילסברג (Dillsberg) (פנסילבניה, ארה"ב)** פותחה-תכנית אב לזקנים (תכנית דילסברג), ששמה דגש על עיצוב ארכיטקטורה עירונית ידידותית לזקנים;
- **בלונדון (אונטריו, קנדה)** הוכנה תכנית פעולה בתחום הזיקנה (תכנית לונדון קנדה), שהתבססה במידה רבה על מידע שנאסף באמצעות קבוצות מיקוד של זקנים וספקי שירותים, שנועדו לזהות את הצרכים של אוכלוסיית הזקנים ושל תת-הקבוצות המרכיבות אותה. על בסיס המידע שנאסף עוצבה תכנית המתייחסת הן לצרכים של כלל אוכלוסיית הזקנים, בתחומים כגון בריאות, שעות הפנאי והשילוב החברתי, והן לצרכים של אוכלוסיות זקנים ספציפיות, כגון מהגרים. בתכנית הושם דגש מיוחד בשילוב ובתיאום בין הארגונים הפועלים בתחום זה.

ראוי לציין כי גם ארגון הבריאות העולמי עודד פיתוח תכניות מקומיות (תכנית WHO) השמות דגש בפיתוח ערים בריאות (healthy cities), השוקדות על שמירת בריאות האוכלוסייה, ובכלל זה האוכלוסייה הזקנה, וערים ידידותיות לזקנים (age-friendly cities), המתייחסות למכלול צורכי הזקנים ביישוב.

מהניסיון ממדינות אחרות ניתן ללמוד כי פיתוח תכניות כאלה הביא למעורבות ולהשתתפות רבה יותר של הזקנים עצמם ושל בני המשפחה המטפלים בהם במתן מענים הולמים יותר לצורכיהם. על בסיס זה פותחו רעיונות ותכניות חדשניים, תוך התייחסות למאפיינים המקומיים של כל מדינה ועיר. למשל, בכמה ערים ומדינות בארה"ב (כגון אטלנטה וניו יורק) פותחו מודלים של "קהילות לאורך החיים" (lifelong communities), שהתבססו על העקרונות שהותוו בתכניות-אב. במודלים אלו מתייחסים בין היתר להליכות (walkability) של הרחובות ולשטחים ירוקים המותאמים לניידות של זקנים, לתחבורה המותאמת לזקנים, לשיפור הנגישות לשירותים שונים, לשעות פעילות מיוחדות של בריכות שחייה ציבוריות ללא תשלום לזקנים, לפיתוח עסקים המוכרים מוצרים המושכים צרכנים זקנים, להקמת רשת של מועדוני בריאות, לבניית תחנות אוטובוס מוגנות עם מקומות ישיבה, לתעסוקה למבוגרים ועוד. תכניות כאלה הביאו לשילוב חברתי טוב יותר של הזקנים בקהילותיהם, להתמודדות טובה יותר עם עמדות גילניות ועוד (Morken, 2012).

ג. המצב בישראל

במהלך השנים פותחו גם בישראל תכניות-אב מקומיות, בין היתר באשדוד, בבאר שבע, בחיפה, בירושלים, בראשון לציון, ברמת גן, בשוהם ובתל אביב. תכניות אלו פותחו ביזמת "אש"ל – האגודה לתכנון ופיתוח שירותים לזקן בישראל", שאף יזמה עם מכון ברוקדייל פרסום של מדריך לתכנון תכנית-אב לפיתוח שירותים לזקנים ברמה המקומית (כורזים, 1994). על פי המדריך, התכונות העיקריות שצריכות לאפיין תכניות מקומיות הן ראייה כוללת ומקיפה של צרכים ומענים; ראייה ארוכת טווח של צרכים ומענים; שילוב ותיאום בין-ארגוני במתן מענה לצרכים; שימוש בידע מקצועי ובמידע שיטתי.

לאחרונה יוזם גם המשרד לאזרחים ותיקים פיתוח תכניות-אב מקומיות לזקנים, המכונה "חיים בגיל". התכנית פותחה על בסיס החלטת ממשלה, והיא מיועדת לפתח תכניות אב מקומיות המותאמות למאפייני הקהילה, תוך איגום המשאבים המקומיים. עד כה פותחו תכניות כאלה בעשרות יישובים ברחבי הארץ. לתכנית זו יש ערך רב, אך הוא חל בעיקר על תושבי היישוב עצמו ובהתאמה לאפשרויות, ליכולות ולצרכים המקומיים. התכנית אינה מתייחסת לצרכים ולבעיות המחייבות פעולה ברמה הלאומית מבחינת התכנון הלאומי, קביעת המדיניות, החקיקה, והקצאת המשאבים. לדוגמה, צרכים בתחומי הבטחת ההכנסה והבריאות מחייבים פיתוח מענים כוללים ברמה הארצית וללא מעורבות ברמה זו, הפיתוח והיישום של תכניות מקומיות, המותנים בנכונות

וביכולת של הגורמים המקומיים, עלולים להגביר את אי-השוויוניות בין יישובים בהיקף וברמה של השירותים לזקנים.

נראה כי דווקא המגמה לשים דגש על פיתוח תכניות אב מקומיות, המתייחסות לצרכים ספציפיים של זקנים המתגוררים ביישובים, מחייבת הכנת תכנית-אב לאומית כללית, שתבטיח התייחסות לצרכים המשותפים של כלל אוכלוסיית הזקנים, שהטיפול בהם מחייב מעורבות משמעותית של גורמים ארציים ובראשם הממשל.

במסמך הנוכחי נסקור השלכות שונות של הגידול באוכלוסיית הזקנים בישראל ובהרכבה, נצביע על הפערים הקיימים בין המענים לצרכים ונציע אמצעים שהחברה הישראלית חייבת לנקוט כדי שתוכל לספק מענים הולמים לאתגרים שהזדקנות האוכלוסייה מציבה בפניה.

יש להדגיש כי להערכות מתאימה באמצעות תכנית אב לאומית חשיבות רבה והשלכות מרחיקות לכת לא רק לגבי אוכלוסיית הזקנים עצמם, אלא גם לגבי בני משפחותיהם של הזקנים, לכלל החברה ולסולידריות בינדורית. זאת, ברוח התפיסה של "חברה לבני כל הגילים".

גישה זו אומצה גם על ידי כל הממשלות שהשתתפו בוועידת מדריד 2002, אשר גיבשה תכנית פעולה המציעה סדר יום חדש ואמיץ לטיפול בסוגיית ההזדקנות במאה ה-21, לדאוג לאיכות חיי הזקנים החיים בתוכה, להגן על זכויותיהם ולהבטיח להם חיים בכבוד (Madrid, 2002).

מלבד המבוא והסיכום, במסמך חמישה חלקים עיקריים:

- בפרק 2 מתוארים מאפיינים חברתיים, דמוגרפיים וכלכליים ובעיות עיקריות של אוכלוסיית הזקנים בישראל;
- בפרק 3 מובאת סקירה של מרכיביה העיקריים של מערכת השירותים לזקנים הפועלת כיום בישראל;
- בפרק 4 מתוארות ונבחנות כמה בעיות מרכזיות האופייניות לתפקוד מערכת השירותים ומשפיעות על יכולתה לספק מענים הולמים לצורכיהם של הזקנים. אמנם בחינה זו מראה שבישראל פועלת מערכת שירותים מורכבת ומסועפת, המספקת מגוון רחב של מענים לצרכים של הזקנים, אך היא גם מדגישה שצרכים חיוניים של זקנים רבים אינם זוכים למענה הולם.
- בפרק 5 מוצגות תחזיות על התפתחויות ועל תמורות צפויות באוכלוסיית הזקנים בישראל במהלך 20 השנים הקרובות ועל השלכותיהן על צורכיהם של הזקנים ועל תפקיד המערכות האמורות לספק להם שירותים. על פי התחזיות צפויים בישראל גידול ניכר באוכלוסיית הזקנים ושינויים בהרכבה ובצרכיה. מערכת השירותים הפועלת כיום מספקת רק מענים חלקיים לצרכים חיוניים של זקנים רבים במגוון תחומים ואין ספק שבמבנה ובמתכונת הפעילות הנוכחיים של המערכת לא יעלה בידה להתמודד עם האתגרים שהגידול באוכלוסיית הזקנים ובהרכבה יציבו בפניה כבר בעתיד הקרוב. לכן נחוצים שינויים יסודיים במערכת השירותים לזקנים ולאיתורם ועיצובם נחוצה תכנית-אב לאומית כוללת לאוכלוסייה הזקנה.
- בפרק 6 מוצגות סוגיות עיקריות שתכנית-האב הלאומית צריכה לעסוק בהן. בחירת הנושאים הנדונים כאן נעשתה הן לנוכח הסוגיות והבעיות המתוארות להלן והן על בסיס תכניות-אב שפותחו בארצות אחרות.

המסר המרכזי של מסמך מדיניות זה הוא, אפוא, שכבר כיום השירותים לזקנים בישראל מספקים רק מענה חלקי לצרכים החיוניים של אוכלוסייה זו. על פי התחזיות, כבר בעתיד הקרוב צפוי גידול ניכר במספר הזקנים – ובמיוחד במספר הזקנים המבוגרים יותר – ועל כן גם בהיקף הצרכים שלהם. המגמה הצפויה מחייבת עיצוב תכנית-אב לאומית בתחום הזקנה, שתאפשר לחברה הישראלית להתמודד עם האתגרים הנובעים מהתהליך. ללא עיצוב ויישום של תכנית אסטרטגית כללית כזאת יוחמר במידה ניכרת מצבם של רבים מהזקנים. תכנית-אב זו נדרשת לאתר את צורכי הזקנים ולהציע היערכויות ארגוניות ותכניות ספציפיות שצריכות לספק להם מענים הולמים.

בעיצובה של תכנית כזאת צריך שישתתפו הגורמים המעורבים בזירת קובעי המדיניות, מספקי השירותים לזקנים ונציגים של אוכלוסיית הזקנים. רק כך יהיה ניתן לגייס את המשאבים הדרושים לפיתוח השירותים הנחוצים, להגביר את התיאום בין הארגונים, לעצב תכניות משותפות ולהקל על יישומם של שינויים מבניים הכרחיים.

אמנם משרדי ממשלה האחראים על נושא הזקנה פיתחו תכניות בתחום הזיקנה (לדוגמה, המתווה לרפורמה בתחום הביטוח הציבורי בסיעוד שפרסם משרד הבריאות בשנת 2011, או התכנית האסטרטגית החדשה לטיפול בחולים דמנטיים), אולם אלה היו תכניות חלקיות בלבד. רפורמות אלו ודומות להן חלות על מגזרים מסוימים בתחום הזקנה, אך אינן מביאות בחשבון רבים מההיבטים הנוגעים לצורכי הזקנים, לדוגמה, קצבאות הזקנה, פנסיה, תעסוקה, דיור, סיעוד, בריאות, חברה ורווחה ופנאי.

אנו מקווים שהמסמך הנוכחי יהווה זרז לעיצובה וליישומה של תכנית-אב רחבת היקף, שתתייחס למכלול הבעיות והאתגרים הקשורים לתחום.

2. זקנים בישראל: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים*

א. השיעור היחסי של הזקנים בכלל האוכלוסייה

בסוף שנת 2013 מנתה אוכלוסיית מדינת ישראל כ-8.4 מיליון תושבים, מהם 6.2 מיליון יהודים ואחרים וכ-1.7 מיליון ערבים (הלמ"ס 2013א). אוכלוסיית הזקנים בני 65+ מנתה כ-833,000 איש, שהם כ-10.4% מכלל האוכלוסייה. באוכלוסיית בני 65+ מגיע שיעורם של בני 75+ לכ-46% (385,000) ושיעורם של בני 80+ ל-26.8% (הלמ"ס 2013ב). מהירות הגידול במספר הזקנים הייתה כפולה מזו של כלל האוכלוסייה. אוכלוסיית הזקנים גדלה משמעותית הן במספר המוחלט של הזקנים והן בשיעורם מכלל האוכלוסייה.

ב. תוחלת חיים

תוחלת החיים בלידה בישראל כיום עומדת על 79.9 לגברים ועל 83.6 לנשים. תוחלת החיים של נשים יהודיות ואחרות גבוהה יותר מזו של נשים ערביות (84 לעומת 80.7, בהתאמה) וגם תוחלת החיים של גברים יהודים ואחרים גבוהה יותר מזו של גברים ערבים (80.4 לעומת 76.9, בהתאמה). תוחלת החיים של הגברים בישראל בלידה היא מן הגבוהות בעולם והיא זהה לזו של אוסטרליה ויפן, המדורגות ראשונות בעולם בתחום זה. תוחלת החיים של הנשים בישראל נמוכה יותר ונמצאת במקום השישי, ודומה למדינות כגון גרמניה, יוון, קנדה, שבדיה, הולנד, פינלנד ודרום קוריאה. תוחלת החיים של גברים גילאי 65-69 בישראל היא 18.7 שנים ושל נשים בגילים הללו היא 21.1 שנים (ברודסקי, שנור, ובאר, 2013). נתון זה בקרב נשים זהה לממוצע במדינות ה-OECD ובקרב הגברים הוא אף גבוה מהממוצע במדינות אלה.

ג. מגדר

56% מהזקנים הם נשים ושיעורן עולה עם העלייה בגיל. הן מהוות 59% מבני 75+, 61% מבני 80+ ו-63% מבני 85+.

ד. דת

88.6% מהזקנים הם יהודים, 5.9% מוסלמים, 1.9% נוצרים, 0.8% דרוזים וכ-2.8% הם ללא סיווג דת (שם).

ה. מוצא

17.8% מבני 65+ בקרב אוכלוסיית היהודים ואחרים הם ילידי הארץ, 50.1% ילידי ארצות אירופה-אמריקה ו-32.1% הם ילידי ארצות אסיה-אפריקה (שם).

* אם לא צויין אחרת הנתונים המוצגים במסמך מבוססים על המקורות האלה: ברודסקי, ג', שנור, י', ובאר, ש' (2013); קשישים בישראל שנתון סטטיסטי 2012 ירושלים, אשל ומכון ברוקדייל; פרסומים ודו"חות שונים של הלמ"ס; דו"חות שנתיים של המוסד לביטוח לאומי; ודו"חות שונים של מכון ברוקדייל.

ו. מצב משפחתי

57.8% מהזקנים נשואים. שיעור הגברים הנשואים הוא כמעט כפול משיעור הנשים הנשואות (77.1% ו-42.9%, בהתאמה). כשליש (29.4%) מבני 65+ הם אלמנים, ושיעורם עולה עם העלייה בגיל: בקרב בני 80 ומעלה שיעור האלמנים מגיע 53.9% (הלמ"ס 2013ב).

ז. צורת מגורים

24.8% מהזקנים גרים לבד. 12% מהגברים גרים לבד לעומת 35% מהנשים. קרוב למחצית (45.3%) גרים עם בן/בת זוג. בקרב הגברים 83% גרים עם בת זוג, לעומת 47% מהנשים הגרות עם בן זוג. היתר גרים עם ילדים או עם בני משפחה אחרים (אחים, נכדים) (ברודסקי, שנור ובאר, 2013).

ח. ותק בישראל

21.1% מהזקנים הם עולים מארצות חבר העמים ו-0.9% עלו מאתיופיה במהלך 25 השנים האחרונות.

ט. צורת יישוב

94% מהזקנים גרים ביישובים עירוניים, 6% גרים ביישובים כפריים, ובהם קיבוצים, מושבים, ויישובים קהילתיים. 48.1% גרים באזור המרכז ותל אביב. רק 3.1% גרים במוסדות לטיפול ממושך (ברודסקי, שנור, ובאר, 2013).

י. השכלה

14.5% מהזקנים הם בעלי השכלה של עד ארבע שנות לימוד. אוכלוסייה זו כוללת עולים, בעיקר מארצות אסיה/אפריקה ונשים ערביות. 20.7% הם בעלי השכלה יסודית חלקית עד מלאה ועם אלה נמנים בעיקר גברים ערבים. 30.9% הם בעלי השכלה תיכונית ו-33.9% הם בעלי השכלה על-תיכונית ואקדמאים (רובם ילידי אירופה/אמריקה וישראל).

יא. תעסוקה

16.7% מקרב בני 65+ משתתפים בכוח העבודה (10.4% נשים ו-24.8% גברים). אחת הסיבות לשיעור נמוך זה היא גיל הפרישה המוחלט, העומד כיום על 70. גיל הפרישה המינימלי הועלה אצל גברים ל-67 ואצל נשים ל-62. לכן, בקבוצת הגיל 65-69 46.6% מהגברים עובדים לעומת 25% בלבד בקרב הנשים. שיעור העובדים במגזר היהודי גבוה משמעותית משיעורם במגזר הערבי והוא גבוה במיוחד בקרב בעלי השכלה גבוהה, אך נמוך או לא קיים כלל בקרב בעלי השכלה נמוכה או חסרי כל השכלה. יחס התלות של זקנים¹ בישראל נמוך מזה הקיים במדינות רבות אחרות באירופה, באסיה הרחוקה, ובאמריקה, והוא עומד על 190 בלבד, לעומת 413 ביפן ו-339 בגרמניה (שם). זאת למרות יחס התלות הכללי הגבוה בישראל לעומת מדינות אלה, הנובע בעיקר מהמספר הגבוה של ילדים² (צדיק, 2006). אמנם בשנים 1990-2010 היה יחס התלות יציב ועמד על כ-160 זקנים על כל 1,000 מבוגרים בגיל העבודה, אולם הוא צפוי לעלות עד שנת 2035 ל-282 (ברודסקי, שנור, ובאר, 2013). המשמעות של הגידול הצפוי היא שזקנים רבים יותר יהיו תלויים במערכות הביטוח הסוציאלי (קצבאות זיקנה מהמוסד לביטוח לאומי וקרנות הפנסיה) כמקורות הכנסה עיקריים, ומתוך כך יגדל העומס

¹ מספר בני 65+ מחולק במספר בני 20-64.

² מספר בני 0-19 ומספר בני 65+ מחולק במספר בני 20-64.

התקציבי והאקטוארי על מערכות אלו, בעיקר אלו המבוססות על השיטה השוטפת (pay as you go) במוסד לביטוח הלאומי. שתיים מהדרכים למנוע עלייה תלולה זו של יחס התלות היא העלאת גיל הפרישה או ביטולו ומתן אפשרות לאנשים להמשיך לעבוד כל עוד הם מעוניינים ומסוגלים לכך.

3. בעיות וצרכים: מצבם הכלכלי, הבריאותי והחברתי של הזקנים

א. מצב כלכלי

רשת הביטוח הכלכלי של הזקנים בישראל כוללת מספר רבדים, שהעיקריים בהם הם קצבאות הזקנה מהמוסד לביטוח לאומי ומערכת הפנסיה. כ-742,000 זקנים מקבלים קצבת זקנה מהמוסד לביטוח לאומי, מהם כ-57,000 עולים שמקבלים קצבה שלא לפי חוק הביטוח הלאומי. כ-160,000 מקבלים השלמת הכנסה לקצבת הזקנה הבסיסית, מהם כ-54,000 עולים שמקבלים השלמת הכנסה שלא לפי חוק הביטוח הלאומי. מבין מקבלי השלמת הכנסה לפי חוק הביטוח הלאומי כ-37,000 הם גברים וכ-70,000 הם נשים. הנתונים דומים לגבי מקבלי השלמת הכנסה שלא לפי חוק הביטוח הלאומי (כ-19,000 גברים לעומת כ-35,000 נשים) (המוסד לביטוח לאומי 2013ב). מכאן שהרוב הגדול של העולים³ ושיעור כמעט כפול של נשים יחסית לגברים, היו חיים מתחת קו העוני אלמלא קיבלו תשלומי העברה ותוספת השלמת הכנסה. במילים אחרות, בקרב עולים ונשים העוני שכיח יותר.

בדו"ח העוני של המוסד לביטוח לאומי, שפורסם בסוף שנת 2013, צוין שבשנת 2012 עלה שיעור העוני אצל משפחות הזקנים ל-22.7%. מההשוואה לשנת 2011, אז עמד שיעור העוני על 19.4%, מתברר שכ-30,000 זקנים נוספו לקבוצת החיים מתחת לקו העוני. בשנים 2009-2011 הוגדלו קצבאות הזקנים בחוק ושיעורן עומד כיום על 17.7% מהסכום הבסיסי ולכן שיעור העוני בקרב הזקנים נשמר באותה תקופה על אותה הרמה בקירוב, ואילו בשנת 2012 לא הוגדלו הקצבאות מעל העלייה האוטומטית, המתחייבת מהשינויים במדד יוקר המחיה, והתוצאה היא עלייה במספר הזקנים שסובלים מעוני. באותה שנה בישראל עלה שיעור העוני רק באוכלוסיית הזקנים (המוסד לביטוח לאומי 2013א). נראה, אפוא, שכחמישית מהזקנים בישראל הם עניים ומספר הזקנים החיים מתחת לקו העוני עלה וכמעט שלא חל שינוי בעומק העוני ובחומרתו ובשנת 2011 הוא נשאר בשיעור 26.8%.

9.8% מהזקנים חיים בעוני חמור (פחות מ-40% מההכנסה החציונית), 10% חיים בעוני מתון (-40% מ-50% מההכנסה החציונית), 19.8% חיים מתחת לקו העוני הרשמי (פחות מ-50% מההכנסה החציונית) ורק 9.1% חיים מעל קו העוני הרשמי, אך גם הם נתונים בסיכון לעוני⁴ (המוסד לביטוח לאומי 2013א). רף רמת ההכנסה שקבע המוסד לביטוח הלאומי כקו העוני נמוך מאוד (1502₪ קצבה בסיסית ליחיד ותוספת של 85₪ למי שמלאו לו 80 שנה, ו-2752₪ למי שזכאי לקבל השלמת הכנסה ליחיד שטרם מלאו לו 70, 2833₪ למי שטרם מלאו 80, ו-2961₪ למי שמלאו לו +80) (המוסד לביטוח לאומי 2013ב).

לעומת זאת, לפי מדד הסיכון לעוני בחישוב הלמ"ס, המסתמך על הכנסה גבוהה יותר כקו העוני, בשנת 2001 גדל שיעור הזקנים העניים מ-28% לכ-32% (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013ה). שיעור גבוה כל כך של עניים משקף היטב את הכנסתם הנמוכה של רבים מהזקנים בישראל. שימוש במדד עוני, על בסיס פרטים, מאפשר לבחון את העוני בקרב פרטים בגיל הפרישה והוא מראה כי

³ ארצות חבר העמים ואתיופיה שעלו במהלך שנית התשעים ואילך.

⁴ משקי בית שהכנסתם מעל קו העוני הרשמי אך מתחת לרף של 60% מההכנסה החציונית.

51.2% מהזקנים היו חיים מתחת לקו העוני לולא תשלומי העברה ומערכות הרווחה (בן דוד ובליד, 2013).

מקור ההכנסה של כרבע מכלל אוכלוסיית הזקנים (22%) הוא קצבאות הביטוח הלאומי ועל כן הם קיבלו גם השלמת הכנסה. קצבת הזקנה בתוספת השלמת הכנסה ליחיד בגיל 70 שנה היא 2,752₪, ולזוג 4,086. לגילאי 70-79 היא עומדת על 2,833₪ ליחיד ו-4,204₪ לזוג, ולגילאי 80 ומעלה גובה קצבת הזקנה עם השלמת הכנסה הוא 2,961₪ ליחיד ו-4,386₪ לזוג. עם זאת, יש להדגיש כי בבחינה של רמת ההכנסה במשק בית שבו ראש משק הבית הוא בן 65+ עולה כי רמת ההכנסה גדלה במהלך השנים 2001-2011, בהשוואה למשקי בית שבהם ראש משק הבית הוא מתחת לגיל 65 (11,312₪ ברוטו לחודש בהשוואה ל-8,500₪ לבני 65-74, ו-7,531₪ לחודש ברוטו בהשוואה ל-6,179₪ בקרב בני 75+, בהתאמה).

במשקי בית שבהם ראש המשפחה הוא בגילים 65-74 גידול זה מתבטא בעיקר במשפחות יהודיות ובקרב עולים, אך במשקי בית ערביים חל אף קיטון בהכנסה במהלך שנים אלו. לעומת זאת, בקרב משקי בית שראש המשפחה בהם הוא בן 75+ ההכנסה ברוטו לחודש גדלה אצל יהודים וערבים, אך פחתה בקרב עולים. הגידול בהכנסה נבע משילוב בין מספר מקורות הכנסה: שכר עבודה (כתוצאה מהעלייה בגיל הפרישה), חסכוניות (קופות גמל), פנסיה ותשלומי העברה מהמוסד לביטוח לאומי (קמחי ושרברמן, 2013).

מצבם הכלכלי הקשה של זקנים רבים בישראל נחשף גם בעיון בשיעורי התחלופה⁵ של הכנסות הזקנים בישראל בהשוואה לארצות אירופה. שיעור התחלופה בישראל עומד על 55%-60% בלבד לעומת ממוצע של 70%-80% במדינות אירופה (גלילי וטביבאן-מזרחי, 2004). כלומר, בהכנסת זקנים רבים בישראל חלה ירידה ניכרת לאחר הפרישה מהעבודה, שבאה לידי ביטוי בירידה משמעותית ברמת החיים. רמת העוני בקרב הזקנים בישראל גבוהה יחסית לזו שבמדינות ה-OECD, שם ממוצע העוני עומד על 14.8%, לעומת 20.7% בישראל (המוסד לביטוח לאומי, 2013א).

רמת התחלופה הנמוכה היא פועל יוצא מגורמים אחדים: 1. קצבאות נמוכות (נושא שיידון ביתר הרחבה בהמשך); 2. העובדה שרק למיעוט מהזקנים (כ-46%) יש הסדרי פנסיה, כאשר שיעור הנשים שלהן הסדר פנסיה נמוך מזה של הגברים (37% לעומת 59% בהתאמה). בקרב הבלתי מועסקים בני 65+ שיעור הזכאים לפנסיה הוא אף נמוך יותר (38.6%) כאשר שיעורם נמוך יותר נשים בהשוואה לגברים (30.3% לעומת 51.7%) (הלמ"ס 2013ג). גם אלו שמקבלים פנסיה היא במקרים רבים נמוכה וזאת בשל סיבות כמו שכר נמוך לפני הפרישה ותקופת עבודה קצרה; 3. שיעורם הנמוך של זקנים הממשיכים לעבוד ולהשתכר מעבודתם לאחר גיל הפרישה הפורמלי.

כאמור, רק כ-16.7% מבני 65+ משתתפים בכוח העבודה (24.8% מהגברים ו-10.4% מהנשים). נתון זה נובע מכמה גורמים ובהם חובת הפרישה בגיל מסוים הנהוגה במקומות עבודה רבים, אי-הנכונות של מעסיקים רבים להעסיק זקנים (גם אם יש להם כישורים גבוהים), או להתאים את מקום העבודה לדרישות מיוחדות של זקנים (כגון עבודה במשרה חלקית) ורצונם של הזקנים עצמם לפרוש מעבודתם, גם אם הדבר כרוך בהרעה של מצבם הכלכלי. כמו כן, בשל העלייה בתוחלת החיים, שבגינה קרנות הפנסיה צריכות לשלם פנסיות תקופה ארוכה יותר מכפי שחזו, ובשל תשואות נמוכות עד אפסיות בשוק ההון, שבו מושקעים רוב כספי הפנסיה, ועל מנת למנוע גירעון אקטוארי בקרנות הפנסיה קוצצו זכויות העמיתים (קמחי ושרברמן, 2013).

⁵ היחס שבין ההכנסה לאחר הפרישה מהעבודה לבין ההכנסה לפני הפרישה.

מצוקתם הכלכלית של זקנים רבים משתקפת גם בממצאי הסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2012. בסקר התבקשו המרואיינים לציין את מידת יכולתם לכסות את הוצאותיהם החודשיות ואת שביעות רצונם ממצבם הכלכלי. תשובותיהם של בני 65+ שהשתתפו בסקר היו כי כ-31% אינם מצליחים לכסות הוצאות חודשיות שוטפות ו-36% מבני 65-74 וכ-42% מבני 75+ לא היו שבעי רצון ממצבם הכלכלי (הלמ"ס 2013).

העוני גורם בין היתר לאי-ביטחון תזונתי בקרב זקנים. מסקר של מכון ברוקדייל משנת 2003 עולה ש-7% ממשקי הבית של בני 65+ סבלו מאי-ביטחון תזונתי חמור ו-12% מאי-ביטחון תזונתי בינוני. אי-ביטחון תזונתי משקף צמצום ניכר באיכות המזון ובהיקף צריכתו (ברג-ורמן וברודסקי, 2004). מסקר ביטחון תזונתי של המוסד לביטוח לאומי משנת 2011 (אנדבלד, ברקלי, פרומן, גאליה, וגוטליב, 2012) עולה כי 11.1% ממשקי הבית של קשישים דווחו על אי-ביטחון תזונתי, מהם 8.7% סבלו מאי-ביטחון תזונתי חמור, נתון המצביע על החמרה במצב הביטחון התזונתי של זקנים בהשוואה למחקר שנערך בשנת 2003. מחקרים אלו ואחרים מצביעים על ההשלכות שיש לעוני על אורח החיים של הזקנים, שלפעמים צריכים לבחור בין קניית תרופות או מזון ועל ההשפעה שיש לכך על מצב בריאותם.

ג. מצב בריאותי

מצבם הכלכלי הקשה של הזקנים העניים משתקף גם באי-יכולתם לקבל טיפולים רפואיים הכרוכים בתשלום (כגון טיפולי שיניים) ובהוצאותיהם על בריאות. הסקר החברתי (הלמ"ס 2013) מראה כי כ-64% מקרב בני 65-74 ציינו שהוצאותיהם על שירותי בריאות גדלו וכ-72% בקרב בני 75+ דיווחו שהוצאותיהם על בריאות גדלו.

העלייה בגיל מתאפיינת בעליה בתחלואה כרונית ומוגבלות תפקודית פיזית ו/או קוגניטיבית. המחוקק הכיר במצב זה ונתן לכך ביטוי בשיטת קפיטציה בחוק בריאות ממלכתי, שלפיו התגמול לקופות החולים למבוטח שמעל גיל 65 גבוה לעומת אלה שמתחת לגיל זה. מצבם הבריאותי של הזקנים משתקף היטב בהערכתם העצמית את מצב בריאותם. על פי ממצאי הסקר החברתי של הלמ"ס מ-2012 (הלמ"ס 2013), 41% מהזקנים בני 65-74 וכ-63% מבני 75 ומעלה מעריכים את מצבם הבריאותי כ"לא כל כך טוב" או "בכלל לא טוב", זאת לעומת 16.5% בכלל האוכלוסייה. נשים רבות יותר מגברים דיווחו על הערכת בריאות לא טובה (62.3% וכ-50%, בהתאמה) (ברודסקי ועמיתים, 2013). הערכתם העצמית של הזקנים תואמת נתונים רבים, המעידים שעם העלייה בשיעור הזקנים באוכלוסייה ובתוחלת החיים שלהם עולה גם שיעור הזקנים החולים במחלות כרוניות ומוגבלים בתפקודם.

בסקר של ברודסקי ועמיתיה (שם) יש נתונים רבים המשקפים את השיעור הגבוה של בני 65+ הסובלים מבעיות בריאות. יותר ממחצית (55.4%) הזקנים דיווחו על בעיות שינה, לעומת 39% בכלל האוכלוסייה; כ-9% מהנשים ושיעור כפול בקרב הגברים בני 65+ לקו בהתקף לב, לעומת 2% בכלל האוכלוסייה; כ-57% מהנשים וכ-49% מהגברים בני 65+ אובחנו כלוקים ביתר לחץ דם לעומת 11% בכלל האוכלוסייה; כ-8% מבני 65+ אובחנו חולים בסרטן, בהשוואה ל-1.6% באוכלוסייה הכללית; כ-23% אובחנו חולים בסוכרת בקרב בני 65+ לעומת כ-5% באוכלוסייה הכללית (ברודסקי ועמיתים, 2013). גם נתוני משרד הבריאות משנת 2010 משקפים מגמה דומה ומהם עולה שמספר המקרים החדשים של חולי סרטן בקרב הזקנים היה 14,500, בהשוואה לכ-28,000 בכלל האוכלוסייה (1,868 לאלף נפש לעומת 312, בהתאמה).

מצבם הבריאותי הפיזי והמנטלי של הזקנים משתקף גם בעובדה שבסוף 2010 כ-24% מהזקנים היו מוגבלים בתפקודם הפיזי או הקוגניטיבי, או בשילוב של השניים, ונזקקו לסיוע בלפחות אחת

מהפעולות השגרתיות היומיומיות. שיעור המוגבלות עולה עם הגיל ובקרב בני 85+ הוא מגיע לכ-50% בקרב הגברים ולכ-52% בקרב הנשים (שמש ונקמולי-לוי, 2009). נשים רבות יותר מגברים מוגבלות בתפקודן היומיומי (כ-29% ו-17%, בהתאמה) ושיעור המוגבלות בקרב הזקנים הערבים גבוה מזה שבקרב היהודים (כ-22% לעומת 45%, בהתאמה).

סוגיה חשובה במיוחד היא הדמנציה בקרב זקנים. יש כיום הסכמה רחבה כי ההתמודדות עם בעיית הדמנציה היא אחד האתגרים הגדולים ביותר בתקופתנו, לא רק בישראל אלא בעולם כולו. מדינות רבות, בהן אנגליה, אוסטרליה, נורבגיה, יפן וקנדה, פיתחו תכניות אסטרטגיות להתמודדות עם אתגר זה (משרד הבריאות, 2013). לעומת זאת, בישראל הגופים הממשלתיים (משרדי בריאות ורווחה, המוסד לביטוח לאומי) והגופים הלא-ממשלתיים (קופות חולים, עמותות מקומיות המטפלות בזקנים), המספקים שירותים לאוכלוסיית הזקנים, אינם נדרשים לצרכים המיוחדים והיחודיים של חולי דמנציה ושל בני משפחותיהם (ברודסקי ועמיתים, 2013).

בשנת 2010 נאמד מספר הזקנים הלוקים בירידה קוגניטיבית משמעותית ובדמנציה בישראל בכ-149,000 איש, שמהם 88,000 לוקים בדמנציה ברמה בינונית או קשה. בשנת 2035 מספר זה צפוי לעלות לכ-350,000 (ברודסקי, בנטור, לרון, ובן ישראל, 2013). שיעור הזקנים הלוקים בדמנציה עולה עם הגיל: בעוד שבקרב בני 65+ השיעור הוא 18%, הרי בגילאי 75+ הוא מגיע ל-26% ובגילאי 85+ לכ-47%. שיעור הנשים הלוקות בדמנציה גבוה יותר לעומת גברים (20.5% ו-15%, בהתאמה). יש להדגיש כי אצל יותר ממחצית הלוקים בדמנציה (54%) דרגת חומרת המחלה היא בינונית עד חמורה (ברודסקי ועמיתים, 2013).

מהנתונים שלעיל עולה, שבהשוואה לכלל האוכלוסייה, אוכלוסיית הזקנים מאופיינת בשיעור גבוה של תחלואה ושל מוגבלות, המחריפים עם ההתקדמות בגיל והם נזקקים לשימוש אינטנסיבי בשירותי בריאות וסיעוד, המסופקים בקהילה ובבתי חולים.

ג. בדידות וניתוק חברתי

תחושות של בדידות מתעוררות כשיש פער בין הקשרים החברתיים הרצויים לאדם לאלו שעומדים לרשותו בפועל. בדידות מוגדרת כחוויה סוביקטיבית המולידה לא אחת תחושות של סבל, הפוגעות באיכות החיים.

מחקרים לא מעטים שנעשו בישראל ובארצות אחרות מצביעים על התוצאות השליליות של הבדידות והניתוק החברתי ואף על תרומתן לעלייה בשיעורי התחלואה והתמותה של הזקנים שסבלו מהם. ממחקרים רבים שנערכו במדינות שונות עולה שהבדידות והניתוק החברתי הן בעיות חברתיות מרכזיות של הזקנים והן פוגעות משמעותית בבריאותם הפיזית ו/או הנפשית.

במחקר שנערך בישראל (שיוביץ-עזרא, 2009) נמצא כי הבדידות בזיקנה נפוצה מאוד: 47% מהמשתתפים במחקר בני 65+ דיווחו על תחושת בדידות ברמה כלשהי במהלך השבוע שלפני מילוי שאלון המחקר. עבור 12% מהם הבדידות היא חלק בלתי נפרד מהחיים, ו-5% מהם חווים אותה תמידית. היקף התופעה בישראל דומה להיקפה באיטליה, בצרפת ובאוסטריה, אך היא נפוצה יותר מבארה"ב, בגרמניה ובהולנד. הבדידות בישראל נפוצה בעיקר בקרב הפרודים (90%), האלמנים (70%) והנשים (50%) ובקרב גילאי 75-85 (50%). מהסקר החברתי האחרון (הלמ"ס, 2013) עולה כי 38% מבני 65+ חשים בדידות לעתים קרובות או לפעמים, ושיעור הנשים המדווחות על בדידות גבוה מזה של גברים (47% לעומת 26%, בהתאמה).

עוד נמצא (Iecovich, Jacobs, & Stessman, 2011; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010) שרמה גבוהה של בדידות קשורה לרמה גבוהה של דיכאון, והדבר משפיע קשות על הבריאות ועל איכות החיים בכלל (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey, & Thisted, 2006). לעומת זאת, שילובם של זקנים בתכניות

לבניית קשרי חברים ועיצוב קשרים לא-פורמליים הביאו לצמצום בתחושת הבדידות (שיוביץ-עזרא, 2008).

ד. התעמרות ואלימות כלפי זקנים

אחת התופעות הקשות בגיל הזקנה הוא השכיחות הגבוהה של התעללות, התעמרות, ניצול והזנחה של זקנים. הנושא אינו יורד מסדר היום הציבורי, ומדי פעם בפעם נודע לנו על מקרים קשים של התעמרות של בני משפחה, מטפלים פורמליים ונותני שירותים שונים, כמו גם מעשי אלימות ופשעים של עבריינים, הרואים בזקנים טרף קל לניצול ולהתעמרות. קיימות הערכות שונות לגבי היקף התופעה, בסקר שנערך בישראל (איזיקוביץ, לבנשטיין, ובנד-וינטרשטיין, 2005) נמצא כי 18.4% מהזקנים היו חשופים במהלך השנה שחלפה למחקר למקרי פגיעה והתעללות. 2% מהזקנים היו חשופים להתעללות פיזית ומינית, 8.1% מהזקנים דיווחו על התעללות מילולית או נפשית, 6.6% נוצלו מבחינה כלכלית ו- 2.7% מן הזקנים שנחקרו סבלו מהגבלת חופש. כמו כן דיווחו 18.1% מהם על הזנחה, שבאה ליד ביטוי בחוסר מענה לצורכי חיים בסיסיים בתחומים שונים. מממצאי הסקר עולה כי הפוגעים הם בדרך כלל בני המשפחה של הזקן. ניתן להניח שהמקרים הנחשפים משקפים רק את קצה הקרחון, זאת משום שקשישים רבים אינם ממהרים לדווח על פגיעה בהם, הנעשית על פי רוב בביתם, בשל הבושה, הפחד ורגשות אשם (קניג, אלון, ובן דוד, 2007). אמנם הענישה בתחום זה הוחמרה ויש מודעות רבה יותר לנושא מכפי שהייתה בעבר, הן בקרב הזקנים עצמם והן בקרב האוכלוסייה הרחבה, אך הבעיה עדיין עומדת בעינה.

ה. עבודה

בשל העלייה בתוחלת החיים והשיפור במצבם הבריאותי של הזקנים, רבים מהם רוצים להמשיך לעבוד אחרי גיל הפרישה. חלקם מעוניינים בכך משום שהירידה בהכנסה לאחר הפרישה לגמלאות מחייבת אותם למצוא דרכים להשלמת הכנסתם. אחרים, שמצבם הכלכלי שפיר, מעוניינים להמשיך לעבוד כדי להיות פעילים, תורמים ומועילים. על פי חוק הפרישה 2004 ניתן לפטר נשים בנות 62 וגברים בני 67 מעבודתם בגין גילם בלבד, וזאת אף שתוחלת החיים כיום היא כ-84 שנים לנשים וכ-80 שנים לגברים. לרבים מהעובדים הפרישה בגין הגיל הוא חובה (קמחי ושרברמן, 2013). הגדרות גילי הפרישה האלה יוצרות מצב שבו הזקנים אינם עובדים בממוצע כ-20 שנה. מרבית בני 62-67 הם אנשים בריאים ובעלי כושר פיזי ומנטלי טובים, והם מסוגלים להמשיך לעבוד. אילו היו מאפשרים להם להמשיך לעבוד הייתה בכך תרומה כפולה – הן לזקנים והן לחברה. לזקנים היה בכך תוספת הכנסה ושיפור באיכות החיים, והחברה הייתה יכולה ליהנות מהידע והניסיון שלהם ואף להפיק מהם תועלת כלכלית. כאמור, המערכת עצמה, וגם תנאי שוק העבודה מקשים על כך.

מהנתונים שבידינו עולה כי בגילאי 65-69 בישראל שיעור התעסוקה בקרב גברים גבוה מהממוצע במדינות ה-OECD, אך בגילאי 70-74 הוא נמוך מהממוצע במדינות אלו. בקרב הערבים בישראל והעולים החדשים שיעור התעסוקה נמוך משמעותית מזה של היהודים והוותיקים ובעשור האחרון הפער הזה הלך וגדל. בקרב הנשים שיעור התעסוקה בקבוצת גיל זו נמוך מהממוצע הקיים במדינות ה-OECD ואף כאן יש פער משמעותי בין נשים יהודיות ותיקות לנשים ערביות או עולות חדשות. ההשכלה והמעמד התעסוקתי הם מהגורמים העיקריים להבדלים בשיעורי התעסוקה בין קבוצות אוכלוסייה שונות בישראל. בקרב בעלי השכלה גבוהה והעצמאיים שיעור הממשיכים לעבוד גבוה יותר משיעורם בקרב בעלי השכלה נמוכה ושכירים, הכפופים לחוק גיל הפרישה (קמחי ושרברמן,

2013). שיעורי התעסוקה של ה"זקנים הצעירים", בני 65-74 גבוה משמעותית מזה של בני 75 ומעלה (קמחי ושרברמן, 2013).

מלבד הבעיות והצרכים הכלליים, הנוגעים למגזרים רחבים של אוכלוסיית הזקנים בישראל, יש להתייחס ספציפית לקבוצות יעד אחדות המחייבות התייחסות מיוחדת, ובהקשר זה נציין כאן במיוחד את ניצולי השואה. בשנת 2012 חיו בישראל כ-192,000 ניצולי שואה. כ-65% מהם בני יותר מ-80, וכ-40% בני יותר מ-86, וגילם הממוצע הוא 84. בשל הגיל הגבוה של חברי הקבוצה הזאת, מספרם הולך וקטן מדי שנה בשנה והערכה היא כי בשנת 2015 יפחת מספרם לכ-143,000 ובשנת 2025 לכ-47,000, כאשר בכל יום נפטרים כ-37 ניצולי שואה. אוכלוסייה זו מאופיינת (גם בשל גילה הגבוה) בתחלואה כרונית מרובה ובשיעורי מוגבלות תפקודית גבוהים והם סובלים ממצוקה נפשית גבוהה. המצב הזה שורר בעיקר בעיקר בקרב ניצולי שואה שעלו מארצות חבר העמים בשנות התשעים של המאה שעברה, בהשוואה לזקנים שלא חוו את מאורעות השואה. כ-50,000 מהניצולים חיים מתחת לקו העוני (ברודסקי, שרון, קניג, באר, ושנור, 2009).

1. מטפלים עיקריים

את רוב הטיפול בזקנים מספקת המערכת הבלתי-פורמלית, ובעיקר בני המשפחה. ממחקרים שנערכו בקרב זקנים מוגבלים, הן בארץ והן בעולם, עולה שלמרות פיתוחה המואץ של מערכת השירותים הפורמליים לזקנים, היקף הטיפול הבלתי-פורמלי נשאר רחב, והוא פועל במגוון תחומים. עם זאת, הגידול הצפוי במספר הזקנים המוגבלים בתפקודם והזקוקים לעזרה, בצד תהליכים סוציו-דמוגרפיים (כגון קיטון בילודה, יציאת נשים לעבודה) עלולים לצמצם את מספר המטפלים הפוטנציאליים בזקנים ואת יכולת המשפחה לתת מענה לצרכים אלה בטווח הארוך (ברודסקי, רזניצקי, וסיטרון, 2011; יקוביץ, 2011). הטיפול בזקן מהווה נטל העלול לפגוע בבריאותם הפיזית והנפשית של המטפלים וברוחותם וכשמדובר במטפלים עובדים הדבר עלול לפגוע בהם גם כלכלית בשל האילוץ להפחית את מספר שעות העבודה או להיעדר ממנה. מחקרים מראים שהמשפחות נתקלות במספר בעיות מרכזיות: חוסר מידע, קושי בנגישות לשירותים והתמצאות בהם (קשיים בירורקרטיים, פיצול בין שירותים), קושי לממן שירותים ובעיות באיכות השירות. ההכרה בתפקיד המפתח שממלאים בני משפחה ביישום של מדיניות ההזדקנות במקום גרמה למדינות שונות להכיר בקשיים של משפחות כאלה ולפתח אסטרטגיות ותכניות שונות כדי לתת מענה לצורכי המטפלים על מנת לתמרץ אותם למלא תפקיד זה לאורך זמן (יקוביץ, 2011). בכל המדינות שבהן האוכלוסייה מזדקנת הולכת וגוברת ההכרה בצורך לתמוך בתומכים על מנת להבטיח טיפול בזקן לאורך זמן.

סיכום

הסקירה על מצב אוכלוסיית הזקנים בישראל שמה דגש על בעיותיה ועל צרכיה של אוכלוסייה זו: מצוקה כלכלית, שיעורי תחלואה ומוגבלות גבוהים, בדידות וניתוק חברתי והזנחה והתעמרות. פועל יוצא מהמצב הוא העומס הכלכלי, הפיזי והנפשי על בני משפחותיהם של הזקנים, שרובם עובדים, המהווים את עמוד התווך במערך הסיוע של בני משפחותיהם הזקנים. הדגשתנו את הבעיות נובע מההכרה שבעיות וצרכים אלו מחייבים התייחסות הולמת של המדינה על שלוחותיה השונות.

עם זאת, לא יהיה זה מוצדק, מועיל ותואם את המציאות, להתייחס לאוכלוסיית הזקנים בכללה כאוכלוסייה רוויית בעיות. ראוי על כן להדגיש שאוכלוסיית הזקנים היא רבגונית ורבת פנים, וכי מצבם הכלכלי והחברתי של רבים מהזקנים הוא שפיר ואף מעבר לכך.

מבט רב-ממדי כזה על מצב הזקנים משתקף בנתונים של הסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2012 על שביעות הרצון של תושבי ישראל (בני 20+) מהיבטים שונים של חייהם. בלוח 1 מובאים נתונים על

השוואת רמת שביעות הרצון מהיבטים שנים של בני 65+ ושל כלל האוכלוסייה (בני 20+). (הנתונים בלוח מתייחסים לשיעור המשיבים שציינו שהם מרוצים או מרוצים מאוד).

לוח 1: שביעות הרצון מהיבטים שונים של החיים של הזקנים וכלל האוכלוסייה ב-20012 (באחוזים)

מרכיב שביעות הרצון	בני 65+	כלל האוכלוסייה
מהחיים	80	87
הקשר עם בני משפחה	89	96
הקשר עם שכנים	84	84
דירת המגורים	86	83
אזור המגורים	84	84
מצב כלכלי	62	56
הערכת מצב כלכלי עתידי	56	73

מהנתונים הללו עולה שהרוב המכריע של הזקנים מרוצה מחייו, מהקשר עם בני משפחה וחברים וממצב הדיור. אמנם רוב הזקנים מרוצים גם ממצבם הכלכלי ומתחושת הביטחון האישית שלהם, אך מיעוטם אינם מרוצים ממצבם בתחומים אלו (כ-40% מהמצב הכלכלי וכ-44% מהערכת מצב כלכלי עתידי). השירותים לזקנים אמורים לספק מענים הולמים לצורכי כל הזקנים, לרבות אלה שמצבם הכלכלי, הבריאותי והחברתי שפיר, אך הם חייבים להתרכז בצרכים של רבים מהזקנים הסובלים ממצוקה כלכלית, מחולי ומגבלות ומבדידות חברתית.

בפרק הבא של המסמך מובאת סקירת המענים הניתנים לזקנים באמצעות מערכת השירותים הפורמליים בישראל והמיועדת לספק מענים לצורכי הקשישים שתוארו בפרק זה, לבחינת נקודות חוזק ותורפה בפעילותה ולהערכה כוללת אם השירותים ממלאים את תפקידם באופן הולם בהווה ואם יהיו מסוגלים להתמודד באופן הולם עם האתגרים שיעמדו בפניהם בעתיד.

4. מענים: מערכת השירותים לזקנים בישראל: מרכיבים עיקריים

השירותים החברתיים הפורמליים אמורים לספק מענים הולמים למגוון הצרכים של הזקנים ואולם בישראל, כבארצות אחרות, מערכת הסיוע הלא-פורמלית, דהיינו בעיקר בני משפחה, חברים ושכנים, היא גורם חשוב מאוד במערך הסיוע לזקנים, במיוחד לזקנים מוגבלים הזקוקים לעזרה צמודה והמתגוררים בביתם. על כך מעידים מספר מחקרים (Lowenstein, 2007; Daatland & Lowenstein, 2005) וכן נתונים של הסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2012, שעל פיהם רק כ-13% מבני 65+ מרגישים שאין להם על מי לסמוך בעת משבר ומצוקה. גם בריק ודורון (2010), המסתמכים על מחקרים שנערכו על הנושא הזה, מציינים כי בני משפחה מעניקים את עיקר הטיפול האישי והאינסטרומנטלי בקרוביהם המוגבלים בתפקודם וכי לתמיכה זו יש חשיבות רבה בשמירה על איכות חייו ועל בריאותו של הזקן. יש לראות, אפוא, במערכת התמיכה הלא-פורמלית המשפחתית נדבך מרכזי בסיוע לזקנים רבים.

השירותים החברתיים הפורמליים הם מסועפים מאוד, ורכיביהם העיקריים יתוארו להלן.

א. מערכת הביטחון סוציאלי והבטחת הכנסה

הכנסתם של הזקנים באה מארבעה מקורות עיקריים: עבודה, חסכוניות אישיים, פנסיה וקצבאות מהמוסד לביטוח הלאומי. כאמור, רק 16.7% מכלל בני 65+ ממשיכים לעבוד לאחר גיל הפרישה ורק ל-38% מהזקנים יש פנסיה. מצבם של אלו שאינם עובדים והם חסרי פנסיה הוא הקשה ביותר, אך גם בין מקבלי הפנסיה ישנם גם רבים שמקבלים תשלום נמוך מאוד.

השירותים לביטחון סוציאלי והבטחת הכנסה של זקנים כוללים שני מרכיבים עיקריים: קצבאות הזקנה והשלמת הכנסה המשולמות על ידי המוסד לביטוח הלאומי ותשלומי פנסיה המשולמים על ידי קרנות פנסיה ומקומות עבודה (פנסיה תקציבית). כאמור, כ-22% ממקבלי קצבאות זקנה מקבלים גם השלמת הכנסה בהעדר מקורות הכנסה נוספים, מהם 65% הן נשים. זקנים שמלאו להם 80 שנים מקבלים תוספת לקצבה בשיעור של 1% מהסכום הבסיסי של הקצבה (המבוסס על השכר הממוצע במשק). ל-38.6% מהזקנים בישראל יש מקור הכנסה נוסף – תשלום חודשי של פנסיה, המבוססת על גובה שכר העבודה שלהם ושנות עבודתם. בשנת 2011 הייתה ההכנסה החודשית הממוצעת מפנסיה ₪4,906. יש פער ניכר בין שיעור הגברים המקבלים תשלומי פנסיה (51.7%) לשיעור הנשים (30.3%) (הלמ"ס 2013ג), וגם בגובה הסכום: ₪6,169 לגברים ו-₪4,197 לנשים (גברים +67 נשים +62). שיעור כה נמוך של מקבלי פנסיה הוא תולדה של העובדה שאין במדינת ישראל חוק פנסיה חובה. רק בינואר 2008 נכנס לתוקפו צו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק, לפי חוק הסכמים קיבוציים התשי"ז-1957, המסדיר את חובת הביטוח הפנסיוני לכלל העובדים והמעסיקים בישראל. הצו נחתם בעקבות החתימה על הסכם עבודה קיבוצי בין לשכת התיאום של הארגונים הכלכליים לבין ההסדרות הכללית החדשה. משמעות הצו היא כי בטווח הארוך כל עובד בישראל יהיה זכאי לפנסיה חודשית לאחר פרישתו, נוסף לקצבת הזקנה. השינוי עשוי להביא בעתיד להגדלת הכנסתם החודשית של השכירים לאחר פרישתם. מקורות הכנסה נוספים של חלק מהזקנים הם תשלומים לניצולי שואה וגמלאות המשולמות למשפחות שכולות ולנכים וכן חסכוניות אישיים (כמו קופות גמל).

ב. שירותי בריאות

בשל מצבם הבריאותי הזקנים מרבים להשתמש בשירותי בריאות שונים. לדוגמה, סקר הבריאות שנערך ב-2009 מדווח שמספר הביקורים הממוצע של בני 65+ אצל רופא משפחה הוא יותר מפי שלושה ממספר הביקורים הממוצע של כלל האוכלוסייה (כ-11% לעומת כ-3%, בהתאמה); בדומה לכך בהשוואה לכלל האוכלוסייה גבוהים יותר גם תכיפות הביקורים במהלך שנה אצל רוב סוגי הרופאים המומחים (למעט גניקולוגים ורופאי עור ומין), מספר בדיקות מעבדה והדמיה בקרב זקנים ומספר הביקורים במחלקות לרפואה דחופה. מהנתונים עולה גם שב-2010 שיעור האשפוזים של בני 75+ היה 641 ל-1,000 נפשות ושל בני 85+ היה 784 ל-1,000 נפשות, לעומת 146 בכלל האוכלוסייה. גם משך האשפוז בקרב בני 65+ ארוך מזה של כלל האוכלוסייה (5.4 ימים לעומת 4.1, בהתאמה) (ברודסקי, שנור, ובאר, 2013).

מלבד שירותי הבריאות המסופקים לכלל האוכלוסייה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הכוללים את מרפאות קופות החולים, את הרופאים המקצועיים ואת בתי החולים על מחלקותיהם השונות, פועלים כמה שירותים רפואיים המיועדים לאוכלוסיית הזקנים. אלו כוללים את הרכיבים הבאים:

- **יחידות בבתי חולים לאשפוז יום בגריאטריה:** ב-2011 פעלו שתי יחידות קהילתיות לאשפוז

יום בגריאטריה ושמונה יחידות בבתי חולים, שהיו בהם 105 מיטות.

- **מחלקות לגריאטריה בבתי חולים:** ב-2011 פעלו בבתי החולים 15 מחלקות לגריאטריה חריפה (478 מיטות), שבע מחלקות לגריאטריה תת-חריפה (243 מיטות), 20 מחלקות לגריאטריה שיקומית (977 מיטות) ו-36 מחלקות סיעודיות מורכבות (1,566 מיטות). מחלקות לגריאטריה חריפה ומחלקות שיקום היו בתפוסה מלאה ואף מעבר לכך, מה שמצביע על מחסור בסוגי מיטות אשפוז אלה. ובכל זאת, בשנת 2011 בהשוואה לפי מספר מיטות ל-1,000 בני 65+ אף חל קיטון לעומת שנים קודמות במספר המיטות המיועדות לגריאטריה חריפה ולסיעוד מורכב.

- **יחידות להמשך טיפול.** חוליה חשובה ברצף הטיפול בזקן המוגבל היא היחידות לטיפול המשך בבית. קופות החולים מקיימות מערכת של יחידות להמשך טיפול, המספקות טיפול בית ללקוחות המרותקים לביתם ומתקשים להגיע למרפאות לטיפול. הטיפול רחב ורבגוני, והוא כולל רפואה, סיעוד, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, עירוניים ועוד (יקוביץ, 2011).

- **הוספיס.** קופות החולים מקימות שירות של טיפול תומך פליאטיבי בכל רחבי הארץ. הטיפול ניתן בדרכים שונות. ישנם שלושה מרכזים לאשפוז חולים סופניים (הוספיס אשפוזי) ויש הוספיס בית, הניתן על ידי צוותים רב-מקצועיים. כמו כן, ישנם ארגונים (האגודה למלחמה בסרטן והאגודה לטיפול תומך), שנותנים סיוע לחולים סופניים.

ג. שירותי סיעוד

חוק ביטוח סיעוד מופעל מאז שנת 1988 והוא נועד לתת סיוע לזקנים מוגבלים הממשיכים לחיות בבית. עיקר החוק הוא במתן טיפול בית וכיום יש שלוש דרגות סיוע על פי מספר השעות השבועיות שהנזקק זכאי להן – 18, 16, ו-9.75 שעות שבועיות. מי שמעסיק עובד ישראלי זכאי לתוספת של 3-4 שעות שבועיות. נוסף על טיפול בית ניתן להסתייע בגמלת הסיעוד לצורך ביקורים במרכז יום, רכישת מוצרי ספיגה, שירותי כביסה והתחברות למשדר מצוקה. זכאי חוק סיעוד מהווים קרוב לשני שלישים ממבקרי מרכזי היום, אך רק חלק קטן מזכאי חוק סיעוד בוחרים להשתמש בגמלת

הסיעוד כדי לבקר במרכזי היום. שיעור המוגבלות הגבוה בקרב הזקנים משתקף היטב בנתוני המוסד לביטוח הלאומי על מספר הזקנים שהוכרו כזכאים לקבלת שירותי סיעוד במסגרת חוק ביטוח סיעוד. בדצמבר 2013 הגיע מספרם לכ-159,000(!), דהיינו הם מהווים 17.6% מאוכלוסיית הזקנים בישראל. מהם הוכרו כ"תלויים במידה רבה" כ-84,000 איש, "תלויים במידה רבה מאוד" כ-40,000, ו"תלויים לחלוטין" כ-34,000 איש. כ-70% מהזכאים הם נשים. שיעור הזכאים עולה עם העלייה בגיל (למשל, 40% מהזכאים הם בני 85 ומעלה), מחצית מהזכאים גרים לבד, 40% גרים עם בן/ת זוג והיתר גרים עם בן משפחה אחר (המוסד לביטוח לאומי, 2013). במילים אחרות, מדובר באוכלוסייה שהיא לא רק מוגבלת בתפקודה, אלא גם דלה במשאבים אישיים וחברתיים.

מספר הזכאים לקבלת שירותי סיעוד במסגרת החוק אינו משקף את שיעור המוגבלות התפקודית בקרב כל הזקנים וזאת מכיוון שיותר ממחצית הפונים לקבלת שירותים אלו נדחים – רובם המכריע בשל רמת מוגבלות שאינה מספקת לקבלת זכאות ומיעוטם בשל רמת הכנסה גבוהה. למשל, בשנת 2012 הגישו תביעות לגמלת סיעוד כ-81,000 איש, אולם רק 46.9% מהבקשות אושרו (המוסד לביטוח לאומי, 2013). כ-45,000 זקנים מעסיקים מטפלים זרים הגרים עמם⁶, מה שמחייב את הזקנים ואת משפחותיהם להשלים את עלות העסקה של מטפל זר, הנעה בין 6,000 ₪ עד 10,000 ₪ בחודש. רק כ-3.1% מהזקנים שוהים במוסדות לטיפול ממושך, ורק כ-20% מהזקנים המוגבלים מבחינה תפקודית שוהים במסגרות אלו, ואילו היתר ממשיכים להתגורר בבתיהם.

בהשוואה ל-17 מדינות OECD, ישראל מדורגת במקום הראשון, בצד מספר מדינות נוספות, מבחינת שיעור הזקנים המקבלים סבסוד ציבורי לשירותי סיעוד בקהילה ובמוסדות. עם זאת, מספר רמות הגמלה (3) בישראל נמוך מזה הקיים במדינות אחרות (6-7 רמות) וגם גובה הגמלות נמוך מבמדינות אחרות. למשל, הגמלה בישראל מכסה 25%-56 מצורכי הסיעוד של בעלי תלות נמוכה לעומת 27%-45 מצורכי הסיעוד של בעלי תלות בינונית לעומת 45% בגרמניה, ו-23%-35 מצורכי הסיעוד של בעלי תלות גבוהה, לעומת 38% בגרמניה (המוסד לביטוח לאומי, 2013). סל השירותים הניתן במסגרת גמלת הסיעוד מצומצם למדי, והוא מכיל רק חמישה סוגי שירותים: מטפלת בית (98.2%), טיפול אישי במרכז יום (7.2%), מוצרי ספיגה (21.8%), משדר מצוקה (12.1%) ושירותי כביסה (0.3%). מכאן עולה שהשירות העיקרי הניתן במסגרת גמלת הסיעוד הוא מטפלת בית לטיפול אישי.

ד. המחלקות לשירותים חברתיים

מהתיאור שלעיל של הבעיות והצרכים של זקנים רבים – מצבם הכלכלי הגרוע, הירידה בתפקוד בשל הידרדרות מצב הבריאות, הבדידות והניתוק החברתי והפגיעה מהתעללות ומהזנחה – מתבררת מידת ההיזקקות הגבוהה של זקנים רבים לסוגים שונים של סיוע שמספקות מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות. אכן, נתונים על אוכלוסיית הזקנים הרשומים במחלקות אלו (הלמ"ס, 2013) מראים כי בשנת 2012 היו רשומים בהן כ-266,000 בני +65, דהיינו 39.9% מכלל בני +65 באוכלוסייה. כ-64% מהרשומים היו נשים, וכ-68% מהם היו בקבוצת הגיל +75, כלומר חלקן של הנשים ושל הזקנים המבוגרים יותר עלה על חלקם באוכלוסיית הזקנים הכללית. הנתונים על שנים קודמות מראים כי לא חל שינוי משמעותי במספר הזקנים הרשומים במחלקות במהלך השנים 2004-2007, ואולם, בין 2007 ל-2009 חלה עלייה של 5.6% בשיעורם. ב-2009, 52% מהזקנים בני +75 היו רשומים במחלקות הרווחה. הזקנים הרשומים במחלקות מהווים כ-20% מסך כל הרשומים בכל הגילאים ו-31% מכלל משקי הבית המטופלים (בן שמחון, בן אליהו, וגורבטוב,

⁶ מטפלים זרים מהווים שליש ממתפלי הבית בישראל.

2012). משקלם בכלל האוכלוסייה של הרשומים במחלקות הוא אפוא כפול מחלקם באוכלוסייה (כ-10% (ברודסקי, גורבטוב, ורוזניק, 2010).

לכ-85% מהזקנים הרשומים במחלקות הרווחה הנזקקות הינה מוגבלות בגלל בעיות של זקנה, מצב סיעודי, מחלות אקוטיות/כרוניות או מגבלות ומומים פיזיים. הבעיה של כ-8% מהזקנים מוגדת כעוני וקשיי הכנסה (הלמ"ס, 2013ב). הסיוע של מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות כולל רכיבים שונים ובהם אבחון צרכיו של הזקן הפונה לקבלת סיוע, ייעוץ וטיפול בבעיות שונות, הקצאת סוגים שונים של סיוע חומרי, הקמה והנחייה של קבוצות לעזרה עצמית לזקנים בעלי בעיות וצרכים דומים, פיתוח תכניות מניעה של פגיעה והזנחה של זקנים על ידי בני משפחותיהם וגורמים אחרים, מתן מידע על ארגונים אחרים המספקים שירותים וקישור ותיווך בין הזקנים לשירותים אלו.

בשנת 2010 סייעו המחלקות לשירותים חברתיים לכ-29,000 זקנים בצרכים מיוחדים. שירות זה כולל סיוע באספקת ריהוט בסיסי (כמו ספה, שולחן וכיסאות, כלי בית, מכשירי חשמל ודוד שמש, הסעות לטיפולים רפואיים, מוצרי ספיגה). השירותים מסופקים על בסיס מבחן הכנסות. שירותים אלו, שאותם מספקות מחלקות הרווחה, עמותות וחברות פרטיות, ניתנים לזקנים שאינם זכאים לסיוע במסגרת חוק הסיעוד. בשנת 2011 סיפקו שירותי הרווחה העירוניים לכ-6,000 זקנים סיוע בניהול משק הבית ו-1,140 קיבלו טיפול אישי. המחלקות לשירותים חברתיים סיפקו ארוחות חמות לביתם של כ-600 זקנים. ארוחות חמות נועדו לאפשר לזקנים החיים בביתם לאכול מספר פעמים בשבוע אוכל חם ומזין. מדובר בעיקר בזקנים שאינם מבשלים מסיבות שונות, כמו ירידה תפקודית, בדידות. את הארוחות מספקים לזקנים בכמה דרכים, כמו אכילת ארוחה חמה במרכז יום או במועדון, קניית ארוחה תמורת תשלום במרכז יום או במועדון, או הבאת ארוחה לבית הזקן.

באותה שנה הופעלו ברחבי הארץ 38 תכניות לטיפול מרוכז בזקנים נפגעי התעללות, ובהן תשע תכניות לטיפול בזקנים והגנה עליהם במגזר הכפרי על רקע של בן ממשיך. כמו כן, קיימים 24 מרכזים למניעת אלימות ברשויות מקומיות שונות, ובשנת 2011 קיבלו בהם סיוע 50 זקנים (בר גיורא, גורבטוב, ובן שמחון, 2011). בנוסף, המחלקות מופקדות על ביצוע חוקים שונים הרלוונטיים לזקנים וחברות עם ארגונים אחרים (כמו עמותות מקומיות למען הזקן) העוסקים בפיתוח ובאספקת שירותים לזקנים. עובדים סוציאליים ממחלקות הרווחה עומדים גם בראש הוועדות המקומיות המופקדות על ביצוע חוק סיעוד. כפי שיובהר בהמשך, יש הבדלים גדולים בין יישובים בהיקף ובאיכות של השירותים שמספקות מחלקות הרווחה. בשנת 2011 עמד תקציב התקנים של משרד הרווחה והשירותים החברתיים לטיפול בזקנים בלשכות הרווחה על 16.5% בלבד מכלל התקנים להפעלת עובדים סמך מקצועיים (בן שמחון, בן משה, וגורבטוב, 2012).

ה. מרכזי יום

בתחילת שנות השמונים הוחל ברחבי הארץ בפיתוח מרכזי היום לזקן. כיום ישנם 172 מרכזי יום ב-140 יישובים עירוניים וב-32 יישובים כפריים, והם מספקים שירות ל-15,500 זקנים. מרכזי היום מיועדים בעיקר לזקנים מוגבלים. רוב באי מרכזי היום מגיעים למרכז בהסעה מיוחדת המותאמת להסעת מוגבלים. סל השירותים המסופק במרכזי היום כולל, בדרך כלל, ארוחות בוקר וצהריים, פעילות חברתית, תעסוקה, פעילות גופנית, פיזיותרפיה וטיפול אישי. רוב המרכזים פתוחים חמישה ימים בשבוע, אך יש גם כאלה הפתוחים שישה ימים בשבוע. 91.3% מהמשתמשים בשירות מבקרים בהם חמישה ימים, ו-7.4% מבקרים שישה ימים. בממוצע מרכז היום פתוח 5.1 ימים בשבוע למשך 32.1 שעות. בדרך כלל הפעילות היא משעה 8.00 בבוקר עד 14.00 אחה"צ. ב-9.3% מהמרכזים קיים יום ארוך והם פתוחים עד שעה 7.00 בערב. ב-57% מהמרכזים מתקיימת פעילות חברתית אחר הצהריים ובערב. במרכז יום רשומים 90 מבקרים בממוצע וממוצע הביקורים היומי הוא 51 איש

(72% מהקיבולת). את הפעלתם השוטפת של מרכזי היום מממן בחלקה (כשני שלישים) המוסד לביטוח לאומי, עבור זכאי גמלת סיעוד, ובחלקה משרד הרווחה והשירותים החברתיים והרשויות המקומיות.

בשנים האחרונות הפכו מרכזי היום למרכיב מרכזי במערכת השירותים הקהילתיים לזקנים. הם מיועדים בעיקר לזקנים מוגבלים ותרומתם חשובה למגמה הכללית של מתן אפשרות לזקנים המוגבלים להמשיך ולחיות בבתיהם ובקהילה. מכלל מרכזי היום בכשליש יש יחידה מיוחדת המיועדת לתשושי נפש וכעשירית מהמרכזים מיועדים לתשושי נפש בלבד. כשמבקרי מרכזי היום נשאלו לסיבת בואם 96% ענו שהם באים כדי להיות בחברת אנשים אחרים, 94% אמרו שהם באים כדי להשתתף בפעילויות ורק 24% אמרו שהם באים כדי לקבל טיפול בבעיות רפואיות. 84-5% חושבים שהמרכז נקי, יפה ומטופח (רזניצקי, באר, ניר, כורזים, וברודסקי, 2012).

ו. קהילות תומכות

התכנית "קהילה תומכת" נולדה בתחילת שנות התשעים בשכונת קרית משה בירושלים, ביזמת התושבים בראשותו של תושב השכונה יהודה ניר ז"ל. אשל ומשרד הרווחה אימצו את המודל הזה ופיתחו אותו ביישובים רבים ברחבי הארץ. הקהילה התומכת מאפשרת לזקנים להמשיך להתגורר בביתם על ידי כך שמספקים להם סל שירותים המסייע להם בחיי היומיום. סל השירותים כולל שירותי "אב שכונה", שמקיים קשר שוטף עם כל חברי התכנית ואחראי לתיקונים שונים בבית הזקן. בנוסף מותקן בכל בית אב, החבר בתכנית, מכשיר לקריאת מצוקה, המאפשר לדרי הבית להזעיק עזרה במקרה של מצוקה. התכנית מאפשרת גם הזמנת רופא לביקור בית בימים ובשעות שמרפאות קופות החולים אינן פועלות בהן ואמבולנס בשעת הצורך. התכנית כוללת גם פעילות חברתית.

בכל קהילה תומכת חברים כ-200 בתי אב. החברים משלמים כ-125₪ בחודש, ומעוטי היכולת מסובסדים על ידי משרד הרווחה. בשנת 2012 פעלו בארץ 261 קהילות, אליהן השתייכו 38,831 בתי אב ובהם 51,336 זקנים. החברים בקהילות התומכות הם, בדרך כלל, זקנים מבוגרים – הגיל הממוצע הוא 79, 74% מהם מעל גיל 75, 47% גרים לבד (בהשוואה ל-25% בכלל אוכלוסיית הזקנים). בדרך כלל מצבם הבריאותי של החברים ירוד והכנסתם נמוכה: מצב הבריאות של 59% מהם ירוד, 19% מהם מוגבלים בתפקודם היומיומי (ADL) ו-21% יכולים לצאת מהבית רק עם סיוע. 40% מהם חיים מתחת קו העוני, כשליש מהם זכאים להשלמת הכנסה, ואלו מסובסדים על ידי משרד הרווחה והרשות המקומית.

ממחקרי ההערכה שנעשו על התכנית הזו מתבררת התועלת הרבה שהיא מביאה למשתתפים בה. 80%-90% מהמשתתפים בתכנית דיווחו שהם מרוצים ממנה באופן כללי. בהתייחס לשירותים הספציפיים של התכנית 97% ציינו שהם מרוצים מהשירות של מכשיר המצוקה, 91% מהפעילות החברתית, ו-89% מהשירות הרפואי. כמו כן דיווחו 66% מהמשתתפים בתכנית שהיא נותנת להם הרגשת ביטחון, 44% אמרו שהיא מאפשרת להם להמשיך לחיות בביתם ו-32% ציינו שהתכנית תורמת להקלת המעמסה על ילדיהם (ברג-ורמן, ברודסקי, וגזית, 2010).

ז. תכנית "בשיבה טובה"

קהל היעד של התכנית הוא זקנים במצוקה, שהכנסתם החודשית מסתכמת בקצבת זקנה בתוספת השלמת הכנסה. מטרת התכנית היא לסייע לזקנים אלה בשלושה תחומים עיקריים: בריאות (סבסוד תרופות, איתור בעיות שמיעה וראייה ואספקת אביזרי עזר רפואיים), דיור (שיפוץ בתים,

תיקונים והשלמת ציוד ביתי, ותזונה (שילוב זקנים בשירותי הסעדה המסופקים על ידי ארגונים הפועלים בקהילה). ב-2009 פעלה התכנית בכ-30 יישובים והעניקה סיוע לכ-17,600 זקנים.

ח. שירותי תעסוקה לזקנים

חוק גיל הפרישה שנחקק בשנת 2004 קבע הסדרים המחייבים פרישה של גברים בגיל 67 ונשים בגיל 62. למרות זאת, ישנם גמלאים רבים שמעוניינים להמשיך לעבוד הן לצורך עצם העיסוק והן לצורך השלמת הכנסה. קיימים שלושה הסדרים מאורגנים לפיתוח אפשרויות תעסוקה לזקנים: מועדוני תעסוקה, תעסוקה בבתייהם של הזקנים, ומרכזי תעסוקה, המסייעים לגילאי 60+ המעוניינים בכך להשתלב בעבודה בשוק החופשי. בארץ פועלים כ-50 מועדונים תעסוקתיים שבהם משתתפים כ-2,000 זקנים. במועדונים אלו עוסקים בעבודות פשוטות שתמורתן הכספית נמוכה (בממוצע 500-800 שקל לחודש), כגון הרכבה של אביזרי חשמל (בר גיורא, גורבטוב, ובן שמחון, 2000). בשנים האחרונות פותחו מספר תכניות להשמה של זקנים בעבודה בשוק החופשי. תכניות אלו פותחו על ידי ארגונים שלא למטרות רווח, כגון אשל, "תלם" וארגון "והדרת". התכניות עדיין בשלב ניסיוני, והן נתמכות גם על ידי המוסד לביטוח לאומי. לאחרונה הוקמה על ידי הממשלה ועדה בין-משרדית שתפקידה לפתח תכניות לתעסוקת מבוגרים.

ט. בתים חמים

הבית החם מכנס קבוצות קטנות של עד 15 גברים ונשים מרקע תרבותי דומה, המתגוררים בסמיכות איש לרעהו, למפגשים חברתיים שבועיים או ד-שבועיים בביתה של משפחה מארחת. התכנית פותחה ביזמת אשל על פי מודל שמפעיל ארגון הגיוינט שבביל אוכלוסיית הזקנים בברית המועצות לשעבר, שעבורה פיתחו את התכנית מלכחילה ולאור הניסיון החיובי היא הורחבה לקבוצות אוכלוסייה נוספות, בהם זקנים שעלו מאתיופיה, חברי קיבוצים ותושבי כפרים ערביים. התכנית מיועדת בעיקר לזקנים עצמאיים ותרומתה העיקרית היא חברתית ותרבותית, בעיקר עבור זקנים בודדים. ב-2013 פעלו בכשבעה יישובים כ-300 בתים חמים, שבפעילותם השתתפו כ-3,600 זקנים. עלות הפעלת בית חם לשנה היא כ-10,000 ₪ והמימון הוא מתקציב אשל ומשרד הרווחה.

י. נופשונים ושירותי הפוגה

שירות זה מיועד לאפשר לזקנים לשהות תקופה מסוימת מחוץ לביתם בשל סיבות כגון הצורך בתקופת מעבר לאחר שחרור מבית חולים, היעדרות מטפל עיקרי ומתן אפשרות מנוחה לבני משפחה המטפלים בזקן. בישראל יש 12 נופשונים, רובם בבתי אבות, והם ניתנים בעיקר לצורכי החלמה לאחר אשפוז או לאפשר הפוגה למטפל העיקרי. הסידור נעשה באמצעות משרד הרווחה והרשויות המקומיות, אולם הזכאות היא סלקטיבית ותלויה במבחן הכנסות. בשנת 2010 היו בסך הכול כ-106 מיטות בכל הארץ (ברודסקי, שנור, ובאר, 2013). יש גם מספר מרכזי יום, דוגמת מרכזי היום לתשושי נפש בתל השומר ובבאר שבע, המאפשרים שירותי הפוגה בתשלום.

יא. חימום בחורף

המוסד לביטוח לאומי מעניק תשלום שנתי לצורך חימום הבית בחודשי החורף לבתי אב של זקנים הזכאים להשלמת הכנסה והגרים באזורים קרים. בחורף 2011/12 נהנו ממענק זה כ-43,000 זקנים שהתגוררו ב-70 יישובים עירוניים ו-10 מועצות אזוריות. לאחרונה הפעילה "קרן הידידות" תכנית מקיפה של סיוע לזקנים נזקקים לחימום בחורף.

יב. אספקת אביזרי עזר רפואיים ושיקומיים

משרד הבריאות וגופים התנדבותיים שונים, כגון יד שרה ועזר מציון, מספקים אביזרי עזר רפואיים ושיקומיים המותאמים לצרכים שונים של זקנים מוגבלים ומסייעים להם בשיפור התפקוד.

יג. שירותים לזקנים עיוורים ולזקנים חירשים

אלו מקבלים סיוע, באמצעות משרד הרווחה, הדומה לסיוע הניתן לאוכלוסיות אחרות של עיוורים וחירשים, כגון הדרכה שיקומית, סיוע ברכישת אביזרים שונים (כמו מכשירי שמיעה) ובשירותי תרגום לחירשים, וכן סיוע בתחום התעסוקה הנתמכת. יש לציין כי על פי תיקון לחוק בריאות ממלכתית זכאי כל כבד שמיעה בגיל 65+ לקבל סיוע בסכום של 3,249 ש"ח לכל מכשיר לכל אוזן.

יד. מועדונים חברתיים

אלו פועלים ברחבי הארץ ומהווים מוקד לפעילות חברתית, בעיקר לזקנים עצמאיים, אך פועלים גם מועדונים המיועדים לאוכלוסיות ספציפיות של זקנים, לדוגמה עיוורים וחירשים. במועדונים מתקיימות פעילויות חברתיות ותרבותיות, הכוללות הרצאות על נושאים שונים, מפגשים חברתיים, משחקים ומסיבות. ב-2011 פעלו בישראל כ-1,420 מועדונים חברתיים ב-218 רשויות מקומיות והם פועלים כחמישה ימים בשבוע כחמש שעות ביום (שרון, ברודסקי, ושנור, 2013). מספר המבקרים בהם נאמד בין 110,000-140,000 זקנים, המהווים רק 14-18% מאוכלוסיית בני 65 ומעלה (ברודסקי, שנור, ובאר, 2013). הסיבות למיעוט השימוש במועדונים אלה הן קושי בניידות של הזקנים והעדר תחבורה מתאימה, העדר עניין, ותדמית ירודה של המועדונים. כמו כן, המועדונים משרתים בעיקר נשים ואינם פתוחים בסופי שבוע, נושא שהוא משמעותי עבור זקנים בודדים (שרון, ברודסקי, ובאר, 2013).

טו. פעילויות תרבות, השכלה ופיתוח תחביבים אישיים

שירותי הלימוד וההשכלה ופיתוח התחביבים, שמציעים גופים כגון מתנ"סים, מיועדים לאפשר לאוכלוסיות שונות המעוניינות בכך, בכללן זקנים, לרכוש ידע והשכלה בתחומים מגוונים שבהם הם מעוניינים, כגון תיאטרון וספרות, ועיסוק מעשי בתחומים כמו אמנות, תיאטרון, גינון ומוסיקה. זקנים רבים משתתפים אפוא בפעילויות חברה ותרבות, המוצעות לאוכלוסיות שונות ולא דווקא באופן ייחודי לזקנים.

טז. מידע, הסברה וייעוץ

שירותים אלו כוללים את תחנות הייעוץ לקשיש של המוסד לביטוח לאומי ומידע טלפוני והם מספקים לזקנים מגוון שירותי מידע, כגון על השירותים לזקנים ועל מיקומם ועל הזכאות לקבלת שירותים. גורמים שונים גם מוציאים חוברות מידע הכוללות נתונים אלו. ישנם מרכזי מידע אחדים, ובהם:

- מוקד *8840 – המרכז לפניות ציבור האזרחים הותיקים של המשרד לאזרחים ותיקים. המוקד הוקם בשנת 2008 ועד לאמצע שנת 2012 היו אליו 250,000 פניות;
- מרכז ייעוץ ומידע רעות-אשל, אשר הוקם ע"י אשל ורעות בשנת 2004 ומטפל בכ-10,000 פניות בשנה;
- מרכז מידע תרופתי לבני 70 ומעלה, שהוקם ע"י אשל והדסה בשנת 2008;
- יד ריבה מספק ייעוץ משפטי לזקנים נזקקים. בכל אלו הייעוץ והמידע ניתנים ללא תשלום.

כמו כן ישנם אתרי אינטרנט שמספקים מידע על שירותים לזקנים, כמו אתר "אשלנט" ואתרים של ארגונים ספציפיים כגון עמדא, מלבב, עזר מציון, משפחה מטפלת ועוד.

יז. שירותים לזקנים ניצולי שואה

זקנים ניצולי שואה זכאים לתגמולים כספיים ייחודיים ולשירותים נוספים, כמו הקצאת תוספת של עד תשע שעות שבועיות לשעות הטיפול הניתנות המוסד לביטוח לאומי. את שעות הטיפול הנוספות האלה נותנת הקרן לרווחת ניצולי השואה על בסיס מבחן הכנסות לזכאים לאחת משתי רמות הגמלה במסגרת גמלת הסיעוד. קרן זו מסייעת גם ברכישת אביזרים, כגון מכשירים אורטופדיים ואופטיים, ציוד ביתי וכן בסבסוד טיפולים רפואיים שונים. עם זאת, סקר צרכים בקרב אוכלוסייה זו מצביע על חסר בסיפוק צרכים במספר תחומים ובהם צרכים הקשורים למצב הבריאותי-תפקודי (מוגבלים וחולים יותר), צרכים הקשורים למצבם החברתי ולרשת התמיכה החברתית (הם חשים יותר בודדים ומשתתפים פחות בפעילויות מחוץ לבית) וצרכים הקשורים להיבטים של רמת חיים, כגון תנאי דיור, קשיים כלכליים לחמם הדירה בחורף ורכישת מזון (ברודסקי ועמיתים, 2009). ארגון "עמך" מספק סיוע חברתי ונפשי לניצולי השואה בכמה מרכזים שהוא מפעיל ברחבי הארץ.

יח. התנדבות

ב-2012 התנדבו כ-18% מבני 65+ במסגרות שונות, שיעור גבוה משיעור המתנדבים בכלל האוכלוסייה (ברודסקי, שנור, ובאר, 2013). במתנדבים יש גברים רבים יותר מנשים (21.8% לעומת 15.4%, בהתאמה) (הלמ"ס, 2013). בין הארגונים המפעילים מספר גדול של מתנדבים בתחום הזקנה ראוי לציין את אלה:

- המוסד לביטוח לאומי שונים מקיים פעילות רחבה של התנדבות במסגרת "תחנות ייעוץ לקשיש". במחקר הערכה על מתנדבי המוסד לביטוח לאומי (כורזים, שמלצר, ניר, וברקלי, 2011) נמצא כי ב-22 סניפי השירות לייעוץ בקשיש בארץ פועלים כ-4,300 מתנדבים, שרובם עוסקים בביקורי בית אצל זקנים בודדים ונזקקים וחלקם הקטן עוסק במתן ייעוץ במינציו זכויות. האגף לייעוץ לקשיש מספק שירות לכ-170,000 זקנים.
- המשרד לאזרחים ותיקים מפעיל מספר תכניות למתנדבים: פרויקט "לעד – מתנדבים למען ניצולי שואה" מפעיל מערך של מתנדבים המבקרים בבתי ניצולי שואה ובמוסדות לזקנים: עד סוף 2012 סייעו ל-60,000 ניצולי שואה; פרויקט "והדרת פני זקן" מפעיל 650 בנות שירות לאומי במתן סיוע לאזרחים ותיקים; "ותיקים בתנועה" מפגיש חניכי תנועות נוער עם אזרחים ותיקים, וכן תכנית חדשה של מתנדבים זקנים המלווים חולים בבתי חולים.
- כ-120 עמותות למען הזקן ברחבי הארץ מפעילות כ-12,000 מתנדבים מבוגרים לסיוע לזקנים במרכזי יום, בקהילות תומכות, בבדיקות סינון ראייה ושמיעה (בריק וגרינשטיין, 2011).

יט. קבוצות תמיכה למשפחות מטפלות

לפני כשנתיים החל המוסד לביטוח לאומי להפעיל קבוצות תמיכה למטפלים עיקריים בכל רחבי הארץ. ממצאי מחקר הערכה (טרם פורסם) מצביעים על החשיבות הרבה של תכנית זו למטפלים עיקריים, בעיקר בכל הנוגע להקניית ידע, למיומנויות ולתמיכה הדדית. ארגון עמדא מקיים כבר שנים רבות קבוצות תמיכה למשפחות של חולי אלצהיימר ודמנציה ולאחרונה החלה גם עמותת יד שרה לקיים קבוצות תמיכה ותמיכה לתומכים ("יד לתומך").

כ. דיור מוגן

הדיור מוגן הוא מסגרת מוגנת הנמצאת על הרצף שבין השירותים בבית בקהילה לשירותים לטיפול ממושך (מוסדות). יש מערך גדול ורבגוני של תכניות לדיור מוגן המיועדות לזקנים עצמאיים, שבהן הדיירים מנהלים משק בית באופן עצמאי. בד בבד ניתנים בדיור מוגן שירותים כגון שירותי אם בית, רופא ואחות, שירותי עבודה סוציאלית, פעילות חברתית-תרבותית, פעילות גופנית והיענות לקריאת מצוקה בכל שעות היממה. התכניות כוללות יחידות דיור בנות חדר אחד או שניים ואף שלושה חדרים, עם שירותים ומטבחון. בשנים 1990-2012 גדל מספר יחידות הדיור פי 3.7, וב-2012 פעלו בארץ 184 תכניות של דיור מוגן ובהן כ-23,000 יחידות דיור.

את תכניות הדיור המוגן ניתן לחלק לשני סוגים עיקריים: דיור מוגן ציבורי למעוטי יכולת ולעולים חדשים חסרי דיור, ודיור מוגן לאוכלוסיה מבוגרת ממעמד הביניים והעליון. הדיור למעוטי יכולת ולעולים החדשים הוקם ומנוהל בדרך כלל על ידי גופים ממשלתיים וציבוריים כגון "עמיגור", "עמידר", "חלמיש" וכדומה.

רבות מהתכניות ממומנות מכספי הממשלה ומכספי תרומות, כדי לאפשר דיור מתאים לאוכלוסיית העולים, שהגיעו בשנות התשעים מברית המועצות לשעבר. לדוגמה, חברת "עמיגור" מפעילה 52 תכניות של דיור מוגן ובהן כ-6,334 דיירים, שכמעט כולם עולים שהגיעו לישראל בשנות התשעים. בדרך כלל בתכניות אלו יחידות הדיור הן קטנות ויש בהן מועדון לפעילות חברתית, אם בית, ומערכת קריאת מצוקה. רוב הדיירים מעוטי הכנסה והם משלמים תשלום חודשי מסובסד.

הדיור המוגן שמפעילים ארגונים ציבוריים התנדבותיים כגון "משען" או "ארגון עולי מרכז אירופה" הוא בדרך כלל ברמה גבוהה יותר וחישוב שיטת התשלום בו דומה לנהוג שבמגזר הפרטי.

הדיור המוגן לעשירונים העליונים התפתח בעיקר בעשרים השנים האחרונות. את התכניות האלה פיתחו בשנים האחרונות חברות עסקיות. שני שלישים מתכניות הדיור המוגן (48% מיחידות הדיור) מסובסדות ע"י הממשלה ו/או ארגונים וולונטריים, והאחרות (52%) מופעלות על יד חברות עסקיות במימון מלא של הדיירים. בתי דיור מוגן הפרטיים נבנו בסטנדרטים גבוהים עם שטחי ציבור רחבים ומרווחים, יחידות דיור מודרניות, חדרי כושר, בריכות ומסעדות. ברוב התכניות יש גם מחלקות סיעודיות, וכך מתאפשר לדיירים שמצבם הבריאותי והתפקודי הידרדר לעבור למחלקה הסיעודית באותו אתר. בדרך כלל המימון מורכב מתשלום של דמי פיקדון שהדיירים משלמים, שממנו מופחת סכום של כ-3% בשנה עד מסוים למשך 12-15 שנים. בנוסף הדיירים משלמים דמי אחזקה חודשיים עבור השירותים השוטפים. התשלומים גבוהים למדי, ולכן יכולים לרכוש את השירות הזה רק בני המעמד הבינוני והגבוה.

כא. מוסדות לטיפול ממושך

השירותים המוסדיים לטיפול ממושך מאורגנים בישראל לפי הגדרת מצבו הסיעודי של הזקן הנזקק להם:

- **תשׁוּשׁ:** זקנים שלוקים בבריאות ותפקוד ירודים, אינם יכולים להמשיך לחיות בביתם וזקוקים לסיוע חלקי בפעילותם היומיומית. אלו שוהים במחלקות לתשׁוּשׁים, שבפיקוח ובסיוע כספי של משרד הרווחה והשירותים החברתיים, האחראי למתן רישוי מכוח חוק הפיקוח על המעונות התשכ"ה-1965;
- **סיעוד:** זקנים הזקוקים לעזרה מלאה בכל פעולות היום יום שלהם, בגין מצבם הבריאותי והתפקודי הירוד;

- **תשׁוש נפש** (שיטיון, קיהיון, דמנציה): זקנים הסובלים מירידה משמעותית בתפקודם הקוגניטיבי וזקוקים לעזרה מלאה בפעילות היומיום שלהם. מתן הרישוי והפיקוח על המוסדות לסייעודיים ותשׁושי הנפש הוא באחריות משרד הבריאות, שגם משתתף במימון החזקת הזקן הסייעודי במוסד, בהתאם למצבה הכלכלי של המשפחה;

- **סייעודי מורכב**: זקן עם מוגבלות תפקודית קשה ובעיות רפואיות מורכבות. אלו מטופלים באמצעות קופות החולים ובמסגרת המימון של הקופות בהשתתפות הזקן ו/או המשפחה.

התהליך לסידור מוסדי של זקן הזקוק לכך היא באמצעות משרד הרווחה והרשות המקומית לגבי התשׁושים או באמצעות לשכות הבריאות האזוריות במקרה של סייעודיים ותשׁושי נפש. סידור הזקנים עם בעיות של סייעוד מורכב נעשה באמצעות קופות החולים. במקביל לכך ניתן לסדר זקנים במוסדות השונים באופן פרטי על חשבון הזקן ו/או משפחתו לפי התעריף של כל מוסד ומוסד.

בסוף שנת 2011 היו בארץ כ-390 מוסדות לטיפול ממושך, שבהם התגוררו 29,200 דיירים, שמהם 8,731 תשׁושים, 20,478 סייעודיים ותשׁושי נפש, ועוד 1,570 סייעודיים מורכבים. כ-220 מהמוסדות היו בבעלות פרטית, כ-150 מהם (39%) בבעלות של גוף וולנטרי וכ-10 מהם (3%) בבעלות ממשלתית. בשנים האחרונות ירדו שיעורי המיסוד (מספר מיטות ל-1,000 לגילאי +65) בישראל. בשנת 2011 היה שיעור המיסוד 3.6% מכלל אוכלוסיית הזקנים, לעומת 3.8% בשנת 2010 ו-4.4% בשנת 2005. שיעורי המיסוד בישראל גם נמוכים מאלה הקיימים בחלק גדול מהמדינות המפותחות, לדוגמה, שיעור המיסוד בקנדה הוא 6.4%, בצרפת 4.5%, בדנמרק 4.2% ובארצות הברית 4.1%.

כב. ההוצאה הלאומית של שירותים לזקנים

ההיקף הרחב של השירותים, כפי שנסקרו לעיל, משקף את ההשקעה הכספית של ארגונים אלו בפיתוח השירותים ובאחזקתם. הממשלה היא גורם מרכזי במימון השירותים השונים לזקנים. ניתוחים שנעשו במרכז טאוב על תמורות שחלו לאורך השנים בהוצאה החברתית הכללית של הממשלה ובהקצאתה לנושאים ספציפיים, מצביעים על גודל ההוצאה על שירותים לזקנים ועל הנתח שהיא תופסת בכלל ההוצאה החברתית. בין היתר עולה מהנתונים האלה שבשנים 1980 עד 2005 גדלה ההוצאה הממוצעת לזקן במונחים ריאליים מכ-21,000 ₪ לכ-31,000 ₪, כי באותן שנים גדל נתח ההוצאה הממשלתית לזקנים מההוצאה החברתית הכללית מ-21% ל-27% (קופ ובר-צורי, 2008). עם זאת, ניתוח התמורות בהוצאה החברתית של הממשלה במונחים של אחוזים מהתוצר המקומי הגולמי (התמ"ג) מצביע על ירידה לאורך השנים בהוצאה לשירותים לזקנים, אך ירידה זו הייתה נמוכה בהרבה מהירידה בהוצאה החברתית הכוללת. בין השנים 2001 ל-2009 ירד השיעור היחסי של ההוצאה החברתית הממשלתית הכוללת מהתמ"ג בכ-3%, אך הירידה בתמיכה הכספית בזקנים הייתה 0.4% ובשירותים בעין (שירותי בריאות וסייעוד) 0.9%. נראה, אפוא, כי מהיבט זה השירותים לזקנים אמנם נפגעו, אך פחות משירותים חברתיים אחרים.

ראוי להדגיש כי נוסף על המימון הממשלתי השירותים לזקנים מקבלים מימון מרשויות מקומיות ומארגונים לא-ממשלתיים כמו הגיוינט, קרנות שונות, ארגונים וולונטריים ארציים ומקומיים וגורמים עסקיים.

סיכום

מסקירת השירותים החברתיים לזקנים עולה תמונת הרבגוניות שלהם וריבוי הגורמים המספקים אותם ולכאורה קשה להצביע על צורך כלשהו של זקנים שלא פיתחו שירות שייתן לו מענה חלקי או שלם. את המענים הללו פיתחו ארגונים שונים ובהם משרדי ממשלה, כגון משרד הבריאות, משרד

הרווחה, המשרד לאזרחים ותיקים, המוסד לביטוח לאומי, וגורמים ארציים, כגון קופות החולים, אש"ל, הסוכנות היהודית, רשויות מקומיות, קרנות, ארגונים וולונטריים ארציים ומקומיים וארגונים עסקיים. בזירת שירותים זו פועלים מאות ארגונים ובהם כ-120 עמותות מקומיות למען הקשיש, העוסקות בפיתוח ובאספקה של שירותים לזקנים בקהילה.

לשירותים החברתיים שפותחו בסיוע המימון הממשלתי וההקצבות הכספיות של גורמים אחרים יש פוטנציאל גדול והם מספקים מגוון רחב של מענים לצורכי הזקנים ומשקפים מחויבות, יזמות ויצירתיות של הארגונים והעובדים הפועלים בתחום זה. נראה כי מידת היזמות בפיתוח שירותים לזקנים אינה נופלת מרמת היזמות בתחומי שירות אחרים ואולי היא אף עולה עליה.

עם זאת, הבעיה העיקרית היא שרבים מהשירותים אינם מגיעים לכלל אוכלוסיית הזקנים, העשויים להזקק להם, ואינם מספקים מענים הולמים לרבים מצורכיהם החיוניים בתחומי הבריאות, הביטחון הסוציאלי והרווחה. כמה סוגיות בעייתיות האופייניות לזירת השירותים הקהילתיים לזקנים מחייבות יזמות ויצירתיות של הארגונים ושל העובדים הפועלים בתחום זה. כמה מהסוגיות האלו יתוארו להלן.

5. פערים בין צרכים ומענים : סוגיות ובעיות עיקריות

בחינת השירותים לאוכלוסייה הזקנה מצביעה על כמה סוגיות ובעיות עיקריות המחייבות התייחסות בתכנון עתידי של שירותים אלו, חלקם פערים בין צרכים למענים וחלקם כשלים מערכתיים, הפוגעים ביכולת הזקנים לקבל מענה הוליסטי וכולל לצורכיהם.

א. היחלשות מערכת הסיוע הלא-פורמלית

במערכת הלא-פורמלית משתתפים בעיקר בני משפחה, אך גם קרובים אחרים, חברים ושכנים. בישראל, כברוב הארצות, מערכת זו היא נדבך חיוני בסיוע לזקנים. עם זאת, התפתחויות אחדות, שהואצו בשנים האחרונות, משפיעות על יכולתה של מערכת זו לסייע לזקנים לאורך זמן. בין התפתחויות אלו ניתן לציין את התהליך ההולך וגובר בישראל, כבארצות מפותחות אחרות, של הצטרפות נשים למעגל העבודה ושל הגידול במספר המשפחות החד-הוריות, כשברוב המקרים בראש משפחה כזאת עומדת אישה שצריכה לעסוק במקביל בעבודה ובגידול הילדים. תהליכים אלו מצמצמים את מספר המטפלים הפוטנציאליים מקרב בני המשפחה ומטילים נטל כבד על אותם מטפלים שממשיכים בסיוע. לעומס הגובר על בני משפחה המטפלים בזקנים עלולות להיות השלכות שליליות לא רק על המטפלים עצמם אלא גם על הזקנים המטופלים ובין היתר הוא יכול להיות מהגורמים להזנחה ולאלימות. ממחקרים שונים עולה שיותר משני שלישים מהתומכים מדווחים על קשיים פיזיים, שמשפיעים על הרעת בריאותם, יותר משני שלישים מהם מדווחים על פגיעה בתפקוד החברתי והפנאי והרוב (90%) מדווחים על עומס רגשי. מחקרים שנעשו בישראל בשנים האחרונות מצביעים על השלכות של מתן טיפול על עצם ההשתתפות של התומכים בשוק העבודה. בין 14% ל-25% מדווחים כי ויתרו על עבודתם בגלל הצורך לטפל בזקן (ברודסקי, רזניצקי, וסיטרון, 2005).

כיום מערכת השירותים הפורמלית מציעה סיוע מועט בלבד למערכת הלא-פורמלית ובקהילה אין מספיק שירותים תומכים, שיוכלו להקטין את עומס הטיפול, במיוחד כשמדובר בסיוע לזקנים המרותקים למיטותיהם ולתשושי נפש, הזקוקים לעזרה מסביב לשעון. כמו כן, אין הסדרי סיוע מספיקים לבני משפחה, שבמקביל לסיוע שהם מספקים לקרוביהם הזקנים הם מועסקים במקומות עבודה, ועל כן הם נאלצים במקרים רבים להפסיק עבודתם, להיעדר מהעבודה, או לצמצם את היקפה או, לחלופין, לצמצם את היקף הסיוע שהם מושיטים לקרוביהם.

יש פער משמעותי בין הצרכים לתמיכה ולסיוע שנדרשים למטפלים העיקריים לבין מערכת השירותים הקיימת המיועדת למטרה זו.

ב. פיצול בין השירותים

כמתואר לעיל, זירת השירותים החברתיים לזקנים משופעת בארגונים, העוסקים בהיבטים שונים של הקצאת השירותים, הכוללים מימון, קביעת סל השירותים ומי זכאים להם, ייצור השירותים, הספקתם לצרכנים ובקרה על תהליך הספקתם. בשירותי הסיוע לזקנים מעורבים משרד הבריאות, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים, מחלקות הרווחה המקומיות, מאות עמותות מקומיות וארציות וארגונים עסקיים. במרכזי היום ובקהילות התומכות מעורבים משרד הרווחה, אשל, מחלקות הרווחה ומספר רב של עמותות מקומיות וארציות וארגונים עסקיים. בשירותי הדיור המוגן מעורבים משרד השיכון, משרד הרווחה, הסוכנות היהודית, חברות שיכון עירוניות, עמותות

וארגונים עסקיים. בשירותים המוסדיים מעורבים משרד הבריאות, משרד הרווחה, עמותות וארגונים עסקיים. בשירותי התעסוקה לזקנים מעורבים משרד הרווחה, אשל, המוסד לביטוח לאומי, משרד הכלכלה והתעסוקה, עמותות וארגונים עסקיים. רבים מארגונים אלו מספקים במקביל שירותים דומים ללא תיאום ביניהם.

השירותים האמונים על טיפול בזקנים חולים כרוניים ומוגבלים בתפקודם עשויים להדגים בעייתיות זו. בקופות החולים פועלות יחידות לטיפול בית בזקנים חולים כרוניים. רבים מהם מוגבלים בתפקודם ומקבלים גם שירותי טיפול ביתי ממטפלות, המועסקות על ידי חברות סיעוד, המספקות שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד שעל יישומו אחראי המוסד לביטוח לאומי. בין קופות החולים, הביטוח הלאומי וחברות הסיעוד התיאום הוא חלקי ביותר. פיצול זה של שירותים חריף אף יותר כשמדובר בסידור חוץ-ביתי של זקנים. בתחום זה פועלים במקביל השירות לזקן במשרד הרווחה, האחראי על השמה במוסדות של זקנים עצמאיים ותשושים, האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, האחראי על השמה במוסדות של זקנים סיעודיים ותשושי נפש וקופות החולים, העוסקות בשיקום ובסיעוד מורכב. במקרים רבים הזקנים /או בני משפחותיהם (ולעתים גם העובדים המקצועיים) אינם מצליחים להבחין באמות המידה ובהגדרות של מצבים בריאותיים ותפקודיים שונים, המשליכים על קביעת הגורם האחראי לטיפול בזקן. עם זאת, ראוי לציין כי בשנים האחרונות הארגונים השונים הפועלים בזירה זו משתמשים בטפסים אחידים.

פיצול התפקוד בין הארגונים מקשה גם על זקנים /או על בני משפחותיהם הזקוקים במקביל לכמה שירותים ונאלצים לכתת רגליהם בין מספר ארגונים. לדוגמה, קבלת שירותי סיעוד מחייבת פנייה פורמלית למוסד לביטוח לאומי. הכתובת לקבלת ייעוץ בנושאים שונים הקשורים לזקנה הם ארגונים הפועלים במקביל לו, כגון מחלקת הרווחה המקומית, עמותה מקומית, קו חם לייעוץ ושירותי הייעוץ של המוסד לביטוח לאומי. קבלת סיוע וייעוץ בתחום הדיור מחייבת פנייה לארגונים כמו משרד השיכון, חברת דיור עירונית (ביישובים שבהם חברה כזאת פועלת) ומחלקת הרווחה המקומית. ריבוי הארגונים ופעילותם הנפרדת בתחומי שירות מרכזיים לזקנים יוצרים אפוא פיצול, חוסר תיאום ובירוקרטיה סבוכה, המקשים על יכולת ההתמצאות של זקנים ובני משפחותיהם ובזבוז משאבים. על כך התריעו כבר מוסדות הבקרה: "יש לבחון דרכים להגברת התיאום בין השירותים השונים בקהילה ובמוסדות ... באופן שיספק את השירות הציבורי לקשישים ולבני משפחותיהם." (דו"ח בנק ישראל, 2011, עמ' 321). וכן: "בעת הזדקקותם לטיפול או לעזרה של המוסדות, ניצבים הזקנים מול קשת רחבה של רשויות ... הזקן ובני משפחתו לא תמיד יודעים לאן ולמי לפנות." (דו"ח מבקר המדינה, 1998, עמ' 183).

קיימות אפוא מערכות מקבילות ומיותרות של הפניה, אבחון, מימון, דיווח, פיקוח ובקרה, והפיצול במערכת השירותים לזקנים גורם לבזבוז משאבים ולמעמסה וסבל מיותרים לזקן ולמשפחתו. יתרה מזו, הפיצול הזה גורם גם לבזבוז משאבים של המוסדות, לפגיעה ברצף הטיפול בזקן ולראייה לא-הוליסטית של מכלול צרכיו.

ג. אי-שוויוניות

חוקים שונים, כמו חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק ביטוח סיעוד, אמורים לתרום להשגת מידה רבה של שוויוניות בהקצאת שירותים חברתיים שונים לזקנים מבחינת היקף השירותים, איכותם וזמינותם. אבל שני גורמים מרכזיים פוגעים בהשגת יעד זה: 1. פערים בין יישובים בהיקף ובאיכות השירותים המסופקים לזקנים, 2. פערים בין הזקנים ביכולתם לרכוש שירותים שונים. הפערים בין יישובים נובעים מרמת ההקצאה לשירותים לזקנים ביישובים שונים של משרדי ממשלה, כגון משרדי הרווחה והקליטה וגורמים ארציים נוספים, דוגמת קופות החולים, וכן רמת ההקצאה של

גורמים מקומיים, כגון הרשות המקומית וארגונים וולונטריים ועסקיים, ומידת היזמות שהם מגלים בפיתוח שירותים לזקנים.

נתונים שונים אכן מצביעים על פערים, לעתים ניכרים, בין אזורים ויישובים שונים בסוג, בהיקף וברמה של השירותים המוצעים לזקנים המתגוררים בהם. בהקשר זה ניתן להביא כדוגמה את הפערים בין מספרי המיטות במחלקות לגריאטריה באזורים שונים בארץ. במחוז המרכז מוצעות שלוש מיטות לכל 1,000 בני 65+, במחוז ירושלים 0.4, במחוז הדרום 0.9, במחוז חיפה 1.8 ובמחוז תל אביב 0.7. בשל פערים אלו נוצר מצב שבו זקנים בעלי צרכים דומים, המתגוררים באזורים וביישובים שונים, מקבלים שירותים בכמות ובאיכות שונים. אין ספק שיזמה קהילתית מקומית בפיתוח שירותים שונים לזקנים ראויה לברכה ולעידוד, אך עם זאת יש להבטיח שמתן מענה לצרכים חיוניים של זקנים לא יהיה מותנה במקום מגוריהם.

הגורם השני להיווצרות פערים בהיקף ובאיכות השירותים לזקנים הוא ההבדלים ביניהם ביכולתם הכספית. בשנים האחרונות התפתחה בארץ רפואה פרטית, הכוללת בתי חולים פרטיים ורופאים מומחים העובדים במסגרת פרקטיקה פרטית. זקנים בעלי אמצעים יכולים לנצל אפשרויות אלו ולקנות שירותים רפואיים, כגון ביקורים אצל רופאים מומחים וניתוחים, וזאת בלי להמתין זמן רב בתור. אפשרויות אלה אינן בנות השגה לזקנים חסרי אמצעים.

פערים אלו, בהיקף ובאיכות של השירותים, הנובעים מפערים בין יישובים ואזורים שונים ומהיכולת הכלכלית של הזקנים עצמם, הם אחד המאפיינים המרכזיים של השירותים לזקנים.

ד. קצבאות הזקנה

על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, בספטמבר 2013 קיבלו כ-741,400 זקנים קצבת זקנה מהמוסד (מהם כ-57,000 שלא לפי חוק הביטוח הלאומי), כ-160,000 מהם (כ-22%) קיבלו השלמת הכנסה וזאת מכיוון שקצבת הזקנה היא מקור ההכנסה היחיד או העיקרי שלהם. כיום גובה הקצבה הבסיסית עומד על 16.2% מהשכר הממוצע ליחיד ו-24.3% לזוג. מי שמלאו לו 80 שנה מקבל תוספת לקצבה בשיעור של 1% מהסכום הבסיסי. השלמת ההכנסה מעלה את סכום הקצבה ל-29.7% מהשכר הממוצע - ליחיד ו-44.1% לזוג (המוסד לביטוח לאומי, 2013). אמנם תשלומי הקצבאות מחלצים כ-55% מהזקנים ממעגל העוני, אך ב-2012 עדיין כ-22% מהם נשארו עניים. נראה אפוא שתשלומי הקצבאות ממלאים רק תפקיד חלקי בהתמודדות עם בעיית העוני בקרב אותם זקנים, שבשל העדר מקורות הכנסה אחרים (כמו פנסיה), קצבת הזקנה בתוספת השלמת הכנסה היא מקור הכנסתם העיקרי.

אמנם במהלך השנים חל גידול ריאלי בקצבת הזקנה בתוספת השלמת הכנסה, אך גידול זה לא הדביק את העלייה ברמת החיים של האוכלוסייה, המתבטאת בתוצר לנפש. לדוגמה, בין 2004 ל-2008 גדל התוצר לנפש בישראל ב-13%, בזמן שקצבת הזקנה הממוצעת בתוספת השלמת הכנסה גדלה ב-4% בלבד. ב-2009 חל במצב זה שיפור מסוים בשל גידול של 3% בקצבה הממוצעת, לעומת ירידה קלה בתוצר לנפש. הסיבה העיקרית לפער זה היא המעבר מעדכון קצבת הזקנה לפי שינויים בשכר הממוצע - המשקף שינויים ברמת החיים הכללית - לשינויים במדד, הנותנים פיצוי עבור שחיקה ביוקר החיים (בן דוד, 2010). סוגיה זו ניכרת במיוחד בשנת 2012, שבה לא בוצעה הגדלת הקצבה בחוק (אלא רק על פי המדד) וכתוצאה מכך נוספו עוד 30,000 זקנים למעגל העוני. קצבאות הזקנה בתוספת השלמת הכנסה אינן מאפשרות קיום בכבוד לזקנים ומציבה אותם בסיטואציה של אי-ביטחון תזונתי ואי-יכולת לקיים אורח חיים סביר (המוסד לביטוח לאומי, 2013). השוואת גובה קצבת הזקנה לשכר הממוצע במשק יכולה לספק היבט נוסף על הפער בין הצורך במתן קצבה שתאפשר קיום בכבוד לעומת קצבה המאפשרת רק מינימום קיום. בשנת 2013 היה גובה השכר

הממוצע במשק כ- 9,000 שקל וקצבת הזקנה המקסימלית בתוספת השלמת הכנסה ליחיד הייתה כ- 2,800 שקל.

יש פער משמעותי בין גובה הקצבה המשולם כיום לגובה הקצבה הנדרש כדי להבטיח לזקנים קיום בכבוד.

ה. שעות הטיפול

גמלאות הסיעוד ניתנות לפי שלוש רמות של מוגבלות, שהגבוהה ביותר בהן מקנה 18 שעות טיפול בשבוע. מי שיש לו היתר להעסקת מטפל זר, אך מעסיק עובד ישראלי מקבל תוספת של 3-4 שעות טיפול בשבוע. ניצולי שואה יכולים לקבל תוספת שעות טיפול בהיקף של תשע שעות שבועיות וזאת על פי מבחן הכנסות. מטרת החוק היא לספק טיפול לזקנים מוגבלים מאוד, הזקוקים לסיוע בכל שעות היממה או ברובן. עם זאת, מקסימום שעות הטיפול השבועיות שזקן מוגבל יכול לקבל הן 31 שעות ומספר זה של שעות טיפול אינו עונה לצרכים של זקנים המרותקים למיטה ו/או זקוקים להשגחה מסביב לשעון. הבעיה הזאת באה לביטוי במחקר שנערך על ידי מכון ברוקדייל (ברודסקי, נאון, רזניצקי, ובן-נון, 2004). במצב זה עיקר נטל הטיפול נופל על בני המשפחה ובמקרים רבים אלו מתקשים להתמודד עם אתגר זה.

ראוי לציין גם שסל השירותים המסופק לזקנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד הוא מצומצם וסטנדרטי ואינו מאפשר מענה אינדיווידואלי לצרכיו הספציפיים של הזקן. יש פער משמעותי בין מספר שעות הטיפול הדרושות לזקנים המוגבלים לבין מה שניתן בפועל על ידי המוסד לביטוח לאומי.

ו. אישפוז סיעודי

יש שלוש סוגיות עיקריות בתחום האשפוז המוסדי: ראשית, האם מספר המיטות לאשפוז הזקנים הזקוקים לכך מספיק, ובמיוחד במבט לצרכים העתידיים? שנית, האם דרכי המימון הנהוגות כיום מוצדקות? ושלישית, הסוגיה הארגונית, דהיינו איך צריך להיות מאורגן הטיפול האשפוזי והמוסדי הממושך מבחינת אחריות המוסדות הממלכתיים, הזקנים ומשפחותיהם והשוק הפרטי.

- **מספר המיטות**: על פי דוח ועדת שטסמן (שטסמן, 2011) "עד שנת 2020 בכדי לשמור על יחס המיטות הכלליות לאוכלוסיה הקשישה כפי שהיא כיום, תידרש תוספת של כ-44% במספר מיטות לקשישים (בני 65-69 בבתי החולים הכלליים) ועד 2030 תמריא התוספת הנדרשת לכ-84% לעומת הקיים כיום (מכ-5,900 ל-10,800 ב-2030)". לגבי אשפוז סיעודיים ותשושי נפש שטסמן אומר שאם שיעור המיסוד לסיעודיים ותשושי נפש יישאר ללא שינוי, יהיה צורך בשנת 2020 בתוספת של 4,500 מיטות (גידול של כ-22%) ובשנת 2030 תידרש תוספת של עוד כ-13,000 מיטות. תוספת מיטות תידרש גם לגריאטריה אקוטית, לסיעוד מורכב ולשיקום גריאטרי.

- **מימון**: נתח ניכר מהמימון של האשפוז המוסדי של זקנים הוא ממקורות עצמאיים: 30% אצל סיעודיים ותשושי נפש ו-66% אצל תשושים ועצמאים. השאר מסובסדים על ידי משרדי הממשלה והרשויות המקומיות. הן במשרד הבריאות והן במשרד הרווחה המשפחה מחויבת בהשתתפות במימון החזקת הזקן במוסד (משרד הבריאות, מתווה לרפורמה, 2011). על סוגיה זו נטושה מחלוקת כבר שנים רבות. לאחרונה הומלץ לבטל את ההסדר הזה במסגרת מתווה הרפורמה של משרד הבריאות, אך כידוע ההמלצה לא יושמה;

- **ארגון:** כאמור, בתחום המוסדי יש פיצול בלתי הגיוני בין המוסדות השונים. משרד הרווחה יחד עם הרשות המקומית אחראים לעצמאים ולתשושים, משרד הבריאות לסייעודיים ולתשושי נפש, וקופות החולים לסייעודיים מורכבים ושיקום; מכאן שבשנים הבאות צפוי מחסור משמעותי במיטות לזקנים בבתי החולים ובמוסדות, הנטל הכספי על המשפחות קשה מנשוא, והמערכת הארגונית פועלת בפיצול חסר היגיון.

ז. תת-שימוש בשירותים

במקביל לכיסוי החלקי של חלק מצורכי הזקנים בולט השימוש הנמוך של הזקנים עצמם בחלק מהשירותים המוצעים להם. תופעה זו משתקפת במספר תחומים:

ב-2012 השתמשו רק כ-15,500 זקנים בשירותי מרכזי היום שבמרבית היישובים. יש הבדלים בין יישובים בהיקף השימוש. ביישובים לא מעטים, ובהם אילת, אשדוד, באר שבע, בת ים, הרצליה, חולון וירושלים, היקף השימוש הוא בין 1% ל-2% מאוכלוסיית הזקנים. לעומת זאת, ביישובים אחרים כמו אכסאל, ירוחם, כפר יונה, כפר מנדא, פרדסייה וקריית עקרון היקף השימוש הוא יותר מ-10%, ובחלקם יותר מ-20%. גם אם נביא בחשבון שמרכזי היום משרתים בעיקר זקנים מוגבלים, שיעור השימוש בהם הוא עדיין נמוך.

גם שיעור השימוש בקהילות התומכות נמוך. ב-2011 פעלו בארץ 253 קהילות כאלו ומספר החברים בהן היה כ-6% מכלל הזקנים תושבי היישובים שבהם הם פעלו. גם כאן יש הבדלים גדולים בשיעור השימוש בשירותי הקהילה התומכת בין יישובים שונים. לדוגמה, באור יהודה, באשדוד, בחולון ובטבריה שיעור השימוש לא עלה על 5%. לעומת זאת, יש יישובים שבהם השיעור חצה את ה-10%, דוגמת אור עקיבא, גבעת שמואל, גן יבנה, וסחנין. במספר יישובים, כמו טירת הכרמל ומעלות תרשיחא, כשליש מהזקנים היו חברים בקהילה התומכת.

תת-השימוש שכיח גם במועדונים החברתיים לזקנים. ב-2011 שיעור המבקרים בהם היה כ-14-18% בלבד מאוכלוסיית הזקנים.

גם בתחום השירותים הניתנים במסגרת גמלת הסיעוד יש פערים בשיעור הזכאים בין יישובים הדומים זה לזה במיקומם ובדירוגם החברתי-כלכלי. לדוגמה, ביישובים בדווים בנגב הסמוכים זה לזה שיעורי הזכאות ב-2011 היה בין 23.4% ברהט ל-31.8% בלקיה ול-15.7% בתל שבע. ביישובים יהודיים בדרום השיעור היה בין 31% בשדרות, ל-30.2% בקריית מלאכי ל-24.6% בירוחם. פערים אלו, המצביעים על שיעורים נמוכים של זכאות ברבים מהיישובים, מחייבים התייחסות.

ח. תעסוקה ופרישה

העלייה המהירה בתוחלת החיים, המלווה בבריאות מנטלית ופיזית של חלק גדול מהאוכלוסייה המבוגרת, יצרה מציאות שבה רבים מהזקנים יכולים ומעוניינים להמשיך לעבוד, אולם ישנם חסמים חוקיים, כלכליים וחברתיים המונעים מהם להגשים את רצונם. החסמים הללו הם בראש ובראשונה חוק גיל הפרישה, וכן ההסדרים הפורמליים בכל המוסדות הציבוריים ובחלק מענפי המשק, המונעים מאנשים להמשיך לעבוד לאחר גיל הפרישה הפורמלי. לכך יש להוסיף את הסטיגמה הרווחת בחברה לגבי היכולות של הזקנים לעבוד בגילים מבוגרים.

ט. המחסור בכוח אדם לטיפול בזקנים

בדו"ח שהגישה ועדת שטסמן (2011) מצוין המחסור החריף הצפוי בעובדים מקצועיים בתחומי האשפוז הסייעודי והטיפול הקהילתי. למשל, עד שנת 2030 יידרשו בתחום האשפוז בבתי חולים 2,160 תקני רופאים באשפוז כללי (כיום יש כ-1,300), ו כ-10,500 תקני אחיות (כיום יש כ-6,000).

כמו כן, יידרשו תקנים נוספים בכל התחומים הפרה-רפואיים: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, עבודה סוציאלית וכוחות עזר. תוספת תקנים משמעותית תידרש גם במוסדות לאשפוז ממושך בכל התחומים המקצועיים. הדו"ח מצביע על מחסור חריף ברופאים גריאטרים מומחים. מאחר שרוב האוכלוסיה הזקנה גרה בקהילה, הרי שסוגיה זו של כוח אדם מקצועי בכל התחומים רלוונטית גם למערכות שירותי הבריאות והרווחה בקהילה.

יש מחסור הולך וגובר בכוח אדם מקצועי וסמך מקצועי בטיפול בזקנים, למשל כבר כיום ניכר מחסור הולך וגדל במטפלות בית לזקנים שמקבלים שירותי סיעוד באמצעות המוסד לביטוח לאומי, ומחסור זה בא לידי ביטוי בביקוש הולך וגדל למטפלים זרים.

ס י כ ו ם

מסקירת מערכת השירותים לזקנים והבעיות האופייניות לה מתברר שבמהלך השנים פותחה בישראל מערכת רחבה ומסועפת של שירותים המספקים מענים רבים לצרכיה של אוכלוסייה זו וכן פועל משרד מיוחד לאזרחים ותיקים. עם זאת, בבחינה ביקורתית של המערכת מתברר שהמערכת ממלאת רק חלק מיעדיה ושזקנים רבים אינם מקבלים מענה הולם לצרכיהם. על פי תחזיות, בשנים הקרובות צפויות תמורות עמוקות באוכלוסיית הזקנים בישראל, מבחינת גודלה, הרכבה וחלקה היחסי באוכלוסייה. העובדה שהמערכת, כפי שהיא פועלת כיום, מספקת רק מענים חלקיים לצרכים חיוניים של זקנים רבים היא בבחינת תמרור אזהרה לגבי הצפוי בעתיד אם לא יחולו בשירותים המיועדים לאוכלוסייה זו. נחוץ שאת התמורות ההכרחיות האלה תנחה תכנית-אב לאומית, שאותה חיוני לפתח בדחיפות.

6. צפי לעתיד: התפתחות ותמורות באוכלוסיית הזקנים בישראל

על פי תחזיות הלמ"ס על אוכלוסיית הזקנים בישראל עד שנת 2030, צפויות כמה התפתחויות דמוגרפיות משמעותיות, שיש להן השלכות חשובות על צרכיה של אוכלוסייה זו ועל כן גם על המדיניות, שצריכה לנווט את המערכות המספקות לה שירותים. אחד הגורמים העיקריים לגידול במספר הזקנים בכלל ובמספר הזקנים בגילים גבוהים יותר בפרט הוא העלייה בתוחלת החיים. תוחלת החיים של בני 65 בשנים 1980-1984 הייתה 14.6 שנים לגברים ו-16.0 לנשים והיא עלתה בשנים 2007-2011 ל-18.7 לגברים ול-20.8 לנשים. אם קצב זה של עלייה יימשך הרי ניתן לצפות שבשנת 2035 בגיל +65 תגיע תוחלת החיים של גברים לכ-22 ושל נשים לכ-24.

תחזיות אלו מתייחסות לגידול באוכלוסיית הזקנים ובשיעורה באוכלוסייה הכללית וספציפית יותר לגידול באוכלוסיית הזקנים המבוגרים יותר (בני +75 ו-+85), לגידול מואץ מאוד באוכלוסיית הזקנים במגזר הערבי ולגידול בשיעורן היחסי של נשים זקנות, במיוחד באוכלוסיית הזקנים המבוגרים יותר. התפתחויות אלו נובעות בעיקר מהארכת תוחלת החיים של הזקנים בישראל והן משפיעות בין השאר על יחס התלות של הזקנים (היחס שבין הזקנים לגילאי 20-64) ועל יחס התמיכה בהורים (היחס שבין הזקנים בגילאי +85 לבני משפחתם בגילאי 50-64).

להלן יוצגו נתונים אלו בפירוט.

א. הגידול באוכלוסיית הזקנים ובחלקה באוכלוסייה

נתוני תחזיות הלמ"ס על בני +65 ועל חלקם בכלל האוכלוסייה בשנים 2012-2035 מצביעים על שלוש חלופות אפשריות: נמוכה, בינונית וגבוהה. שלוש החלופות מוצגות להלן בלוח 1.

לוח 1. אוכלוסיית הזקנים בני 65+ בשנת 2012 ושלוש חלופות של תחזית אוכלוסיית בני 65+ (במספרים מוחלטים) וחלקם בכלל האוכלוסייה (באחוזים בשנים 2015-2035)

שנה	חלופה	מספר הזקנים (באלפים)	שיעור בכלל האוכלוסייה
2012		814.2	10.3
2015	נמוכה	935.4	11.4
	בינונית	938.1	11.2
	גבוהה	940.4	10.9
2025	נמוכה	1,292.9	14.1
	בינונית	1,303.2	13.2
	גבוהה	1,312.7	12.5
2035	נמוכה	1,640.9	16.4
	בינונית	1,660.0	14.6
	גבוהה	1,680.7	13.2

הנתונים על שלוש החלופות מצביעים על גידול ניכר ביותר במספר הזקנים ובשיעורם באוכלוסייה. לפי שלוש התחזיות צפויה אוכלוסיית הזקנים לגדול, בתוך 23 שנים (2012-2035), בקרוב ל-850 אלף נפש. מהירות הגידול של אוכלוסיית הזקנים מואץ הרבה יותר מקצב הגידול של כלל האוכלוסייה. בלוח 2 להלן מסוכמות התחזיות על הגידול הצפוי בקבוצות גיל שונות של בני 75+, והוא מוסיף נדבך נוסף להבנת משמעותם של שינויים אלו ושל השלכותיהם האפשריות.

לוח 2. אוכלוסיית הזקנים בני +75 בשנת 2012 ושלוש חלופות של תחזית אוכלוסיית בני

75+ ו-85 (במספרים מוחלטים) וחלקם באוכלוסיית הזקנים (באחוזים) בשנים 2012-2035

שנה	חלופה	מספר הזקנים		שיעורם	
		בני +75 (באלפים)	באוכלוסייה הזקנים בני +65	בני +85 (באלפים)	באוכלוסיית הזקנים בני +65
2012		379.1	46.6	108.4	13.3
2015	נמוכה	417.1	44.6	126.8	13.6
	בינונית	418.2	54.6	127.1	16.6
	גבוהה	419.2	44.6	127.4	13.5
2025	נמוכה	595.3	46.1	175.4	13.5
	בינונית	600.2	46.1	176.7	13.6
	גבוהה	604.6	46	178	13.6
2035	נמוכה	869.3	53.0	287.6	17.5
	בינונית	878.8	53.0	290.6	17.5
	גבוהה	889.2	52.9	202.3	12.0

בשנת 2012, ששימשה בסיס לתחזית, מספרם של בני +75 היה 379,000 נפש, ושיעורם באוכלוסיית הזקנים היה 46.6%. מספר בני +85 היה 108,400 ושיעורם באוכלוסיית בני +65 היה 13.3%. נראה, אפוא, שבמהלך 23 שנים (עד 2035) צפויה אוכלוסיית בני +75 לגדול ביותר מפי שתיים והגידול במספרם של בני +85 מואץ אף יותר מזה. לפי שלוש התחזיות, בשנת 2035 יהיו כמחצית מהזקנים בני +75, וכ-33% מהם יהיו בני +85. אוכלוסיית הזקנים בישראל נמצאת, אפוא, בתהליך תמידי של גידול, הניכר במיוחד באוכלוסיית הזקנים המבוגרים יותר. גידול מואץ במיוחד אופייני לאוכלוסיית הזקנים במגזר הערבי, ולפי תחזית הלמ"ס, עד 2035 היא צפויה לגדול לכ-234,000 נפש, דהיינו יותר מפי שלוש, בהשוואה ל-2012 (67,700 זקנים ערבים). במקביל, בתקופה זו צפוי שיעור הזקנים הערבים בכלל אוכלוסיית הזקנים לגדול מ-8.3% ל-12.8%. עם העלייה בגיל, הגידול באוכלוסיית הזקנים המבוגרים אמור להשתקף בפערים הולכים וגדלים בין מספר הנשים למספר הגברים. שיעור הנשים באוכלוסיית גילאי +65 הוא כ-56%, אך בגילאי +85 הוא מגיע לכ-63%. לפי תחזית הלמ"ס, ב-2035 יהיה מספר הנשים בנות +65 גדול ממספר הגברים בגילים אלו בכ-175,000.

ההשלכות האפשריות של הגידול הצפוי במספר הזקנים, במיוחד במספר הזקנים בגילים הגבוהים יותר, משתקפות היטב בשני נתונים נוספים שהלמ"ס מדווחת עליהם, המתייחסים ליחס התלות של הזקנים וליחס התמיכה בהורים (כאמור, יחס התלות הוא היחס בין גילאי +65 לגילאי האוכלוסייה

שבגיל העבודה 20-64. יחס התמיכה בהורים הוא היחס שבין גילאי +80 לגילאי 50-64). בלוח 3 מוצגים הנתונים על יחסים אלו מהשנים 2000-2005 והתחזית לשנים 2010-2025.

לוח 3. יחסי תלות של זקנים* ויחס תמיכה בהורים** בשנים נבחרות

שנה	יחס תלות	יחס תמיכה בהורים
2000	184	181
2005	185	192
2011	191	201
2015	212	214
2025	258	239
2035	282	243

* גילאי +65 מחולקים בגילאי 25-64.

** גילאי +80 מחולקים בגילאי 50-64.

נתוני הלוח משקפים צפי של עלייה של כ-33% ביחס התלות ושל כ-17% ביחס התמיכה בהורים מ-2011 עד 2035.

לסיכום, הנתונים מצביעים על כמה מגמות בולטות שישפיעו על זירת השירותים לזקנים בשנים הקרובות:

- גידול מואץ באוכלוסיית הזקנים ובחלקה באוכלוסייה הכללית.
- גידול מואץ ביותר במספר הזקנים בגילאים מבוגרים יותר.
- גידול מואץ באוכלוסיית הזקנים במגזר הערבי.
- גידול במספר הנשים הבודדות.

ב. השלכות התחזית על צורכי הזקנים והיזקקותם לשירותים חברתיים

לנתונים על הגידול המואץ באוכלוסיית הזקנים ועל מאפייניו מספר השלכות בולטות המחייבות התייחסות בתכנון תכנית-האב לאוכלוסייה הזקנה. השלכות אלו יתוארו בקצרה להלן.

מצבם הכלכלי של הזקנים. הגידול באוכלוסיית הזקנים, במיוחד של הזקנים במגזר הערבי ושל הנשים הגרות לבד, צפוי להגדיל את שיעורי העוני באוכלוסייה הזקנה.

הפרישה מעבודה ותעסוקת הזקנים. משמעות העלייה בתוחלת החיים היא שזקנים רבים עשויים להיות מחוץ למעגל העבודה 20 או אף 30 שנים אחרי פרישתם מהעבודה. לכך יש משמעות רבה לא רק כלכלית, אלא גם מבחינה אישית וחברתית.

גידול בהיזקקות לשירותי סיעוד ובריאות. הגידול במספר הזקנים, ובמיוחד של הזקנים המבוגרים צפוי להגדיל במידה ניכרת את ההיזקקות של אוכלוסייה זו לשירותי סיעוד ובריאות המסופקים בקהילה ובבתי חולים. עם זאת, על פי הנתונים, כבר כיום יש מחסור הולך וגדל ברופאים, בעיקר רופאים גריאטרים, ובאחיות, שכבר כיום הוא נמוך מזה שבמדינות ה-OECD (צ'רניחובסקי ואיתן,

2013). ועדה שטסמן, שמונתה על יד משרד הבריאות, הצביעה על הפערים ההולכים וגדלים בין כוח האדם הרפואי והפרה-רפואי הקיים ובין זה הדרוש כדי לתת מענה לצרכים ההולכים ורבים.

גידול בהיזקקות לשירותי רווחה. בדומה לעלייה הצפויה בביקוש לשירותי בריאות קהילתיים ומוסדיים צפוי גידול ניכר גם בהיזקקות הזקנים לשירותי רווחה קהילתיים (כגון שירותי טיפול סיעודי ביתי, מרכזים לזקנים, קהילות תומכות, שירותי הזנה, שירותי ייעוץ וסיוע של מתנדבים) ומוסדיים (מסגרת מוסדות לזקנים).

גידול בהיזקקות לשירותי נופשה, חברה ותרבות. בדומה להיזקקות הולכת וגוברת לשירותי בריאות ורווחה תגבר היזקקות הזקנים לשירותי נופשה, חברה ותרבות, ולשירותים המסייעים להתמודד עם הבדידות.

הצורך בהרחבה ניכרת של השירותים לזקנים ושל מספר העובדים בהם. מהתחזיות להכפלת מספר הזקנים בעוד כ-20 שנים מתחייבת הרחבה משמעותית מאוד בהיקף השירותים החברתיים לזקנים (שירותי הבטחת הכנסה, בריאות, רווחה, דיור וכדומה), וכן בהוצאה המוקצית להם ובמספר העובדים המקצועיים והסמך-מקצועיים המועסקים בהם. לדוגמה, ניתן להניח שב-2035 שירותי הסייעות הביתיים המסופקים במסגרת חוק הסייעות, שבהם מועסקים כיום כ-80,000 עובדות, יצטרכו לגייס מספר דומה של עובדות נוספות, וזאת כדי לספק את צורכי האוכלוסייה שתיזקק לשירותי סיעוד. בד בבד יהיה צורך להגדיל במידה ניכרת את מספר הרופאים והאחיות בשירותי הבריאות.

הצורך בהיערכות ארגונית שונה של השירותים לזקנים. למערכת השירותים לזקנים אופיינית מעורבות של ארגונים רבים ואי-תיאום הולם ביניהם. פיצול ארגוני זה פוגע ביכולת המערכת לספק מענים הולמים לצרכים רבים של הזקנים, ואין ספק שהוא יקשה על יכולתה להתמודד עם האתגרים שיעמדו בפניה בעתיד בשל הגידול במספר הזקנים, ובמיוחד הזקנים המבוגרים יותר.

הצורך בהתייחסות של מערכת השירותים לאוכלוסיית זקנים כאל אוכלוסייה מורכבת ומגוונת. אוכלוסיית הזקנים בישראל היא מורכבת ורבגונית, והיא כוללת אוכלוסיות בעלות מאפיינים כלכליים, חברתיים ותרבותיים שונים, כגון ניצולי שואה, ערבים, עולים ממגוון ארצות, נשים שגרות לבד, חולי נפש ומפגרים מתבגרים. רבגוניות זו של אוכלוסיית הזקנים, המשפיעה גם על מורכבות צרכיה של אוכלוסייה זו, מחייבת היערכות הולמת של מערכת השירותים ושיתוף הזקנים בעיצוב שירותים שונים המיועדים להם.

הזיקה בין הזקנים ומשפחותיהם. מבחינת המשפחה (מערכת הסיוע הלא-פורמלית), יש שתי השלכות עיקריות להארכת תוחלת החיים של הזקנים, שמשמעותה גידול ניכר במספר הזקנים בגילים גבוהים: גידול בהיקף הסיוע הנדרש מהמשפחה, והתהוות שני דורות של זקנים באותה משפחה (בני 65-70 ובני 90+), הגורמת לכך שבמקרים לא מעטים בנות ובנים יצטרכו להושיט סיוע לא רק להוריהם אלא גם לסביהם. האפשרות שמערכת השירותים הפורמליים לא תוכל לספק מענה הולם לצרכיה של האוכלוסייה ההולכת וגדלה של הזקנים, עשויה לחייב מעורבות הולכת וגוברת של בני המשפחה בסיוע לזקנים, על כל הבעיות הכרוכות בכך מבחינת מחויבויות אחרות של המשפחה (עבודה וכדומה).

הצורך בגידול ניכר של הקצאת הכסף של החברה לזקנים. הגידול באוכלוסיית הזקנים, המחייב הרחבה ניכרת של השירותים השונים המסופקים לה, ובכללם שירותי הבטחת הכנסה, בריאות, רווחה ונופשה, יחייבו העלאה ניכרת בהוצאה הממשלתית המיועדת לאוכלוסייה זו. כבר כיום ההוצאה לאוכלוסייה הזקנה, הכוללת בעיקר את ההוצאה לקצבאות הזיקנה, לשירותי בריאות, לשירותים המסופקים במסגרת חוק ביטוח סיעוד ולשירותי רווחה, תופסת נתח של כ-30% מכלל ההוצאה החברתית של הממשלה (וזאת כשהזקנים מהווים רק כ-10% מהאוכלוסייה). הרחבת

השירותים לזקנים תחייב תוספת ניכרת להוצאה הממשלתית, המיועדת לאוכלוסייה זו. להעלאה זו, שהיא חיונית לצורכי האוכלוסייה ההולכת וגדלה של הזקנים, עשויות להיות השלכות כלכליות וחברתיות שונות והיא עלולה להיתקל בהתנגדות של גורמים כלכליים וחברתיים שונים, שעשויים להסתייג מהגידול בהוצאה הממשלתית וממתן עדיפות לאוכלוסיית הזקנים על פני אוכלוסיות אחרות.

תמיכה בתומכים. השינויים הסוציו-דמוגרפיים, הבאים לידי ביטוי בקיטון פוטנציאלי של מספר המטפלים הבלתי פורמליים, בירידה בזמינותם, בעיקר אם מדובר במטפלים עובדים, ובעומס הטיפול, הגורם עם הזמן לשחיקה פיזית ונפשית, כמו גם ציפיות גוברות מהמדינה שתיטול אחריות לטיפול בזקניה, גרמו לכך שמדינות רבות פיתחו מדיניות ותכניות המיועדות לסייע למטפלים בלתי פורמליים למלא את תפקידם לאורך זמן. הן עושות זאת באמצעות מתן תמריצים שונים ובאמצעות תכניות ושירותים, המיועדים להקל עליהם את העומס הטיפולי ולחזק בהם את המוטיבציה להמשיך ולמלא תפקידים אלה לאורך זמן. תכניות כאלה עשויות גם לצמצם תופעות של התעמרות והתעללות בזקנים על ידי מטפליהם הבלתי פורמליים, כתוצאה מההשלכות השליליות של עומס הטיפול לאורך זמן. לכן, יש לראות בהם קבוצת יעד להתערבות. התערבות זו צריכה לכלול, בין היתר, את התחומים האלה:

- הערכת צרכים ושירותים למטפלים;
 - מידע ועזרה בנגישות לשירותים;
 - ייעוץ אישי, קבוצות תמיכה, הדרכת מטפלים;
 - שירותי מנוחה/הפוגה (respite) במסגרת הבית, במרכז יום או במסגרת מוסדית, לרבות בסופי שבוע או בלילות;
 - פיתוח סביבות עבודה ידידותיות למטפלים עובדים. הדבר מחייב הגדלת מספר ימי חופשת מחלה בגין הורה חולה, מתן אפשרות לעבודה במשרה חלקית, או חליית (חופשה ללא תשלום), בעיקר במצבים של חולים סופניים, עבודה בשעות עבודה גמישות בגין טיפול בהורה זקן.
- הטיפול בחולים עם דמנציה ובני משפחותיהם.** יש לפעול מיידית ליישום בשלבים של התכנית האסטרטגית לטיפול בחולי דמנציה ובבני משפחותיהם. תכנית זו כוללת מספר נושאים מרכזיים:
- העלאת מודעות הציבור למחלת אלצהיימר ולדמנציות אחרות ומניעת הסטיגמה הקשורה בהן;
 - קידום מערך שירותי הבריאות בקהילה במטרה להעניק לחולה טיפול מקיף בכל שלבי המחלה;
 - קידום מערך שירותי הרווחה בקהילה;
 - פיתוח פתרונות יעילים לתמיכה ישירה בבני משפחה מטפלים;
 - התאמת מערך שירותי האשפוז הסיעודי הממושך לצרכים בפועל;
 - פיתוח והרחבה של מערך הכשרת כוח האדם בקהילה ובאשפוז מחקר ופיתוח (ברודסקי ועמיתים, 2013).

סיכום

מצב הזקנים בישראל בהווה והתפתחויות והתמורות באוכלוסייה זו הצפויות בשנים הקרובות ואחריהן מחייבות לעצב תכנית לאומית שתציע ותיישם שינויים יסודיים במדיניות היחס לזקנים והטיפול בהם ובמבנה ובדפוסים של הפעילות של מערכות השירותים המטפלות באוכלוסייה זו. ללא תכנית כזו תתקשה החברה הישראלית להתמודד עם הגידול הניכר במספר הזקנים ובהיקף צרכיהם הצפויים בעתיד.

7. תכנית-האב הלאומית בתחום הזקנה בישראל: סוגיות מרכזיות להתייחסות

בפרק זה של המסמך יוצגו הנושאים העיקריים שתכנית-האב הלאומית צריכה להתייחס להם מבחינת קווי המדיניות שנחוץ לאמץ והשינויים המבניים שיש לבצע, כדי לאפשר למערכת השירותים הניתנים לזקנים למלא את מטרותיה. להלן תיאור הסוגיות העיקריות שמעצבי התכנית נדרשים להתמקד בהן. כל אחת מהסוגיות הללו מחייבות דיון מעמיק וגיבוש תכנית עבודה ארוכת טווח, כדי שבסופו של דבר תעוצב תכנית-אב לאומית בתחום הזקנה לשנים הבאות.

א. הבטחת רמת החיים והרווחה של האוכלוסייה הזקנה

השגת יעד זה מחייבת התייחסות לסוגיות הבאות:

- הבטחת רמת קצבאות הזקנה והשלמת הכנסה המשולמות על ידי הביטוח הלאומי, שיאפשרו קיום בכבוד;
- דאגה לחוסנם הפיננסי של משאבי הביטוח לאומי המיועדים לסיוע לאוכלוסייה זו;
- הבטחת יציבותן וחוסןן של קרנות הפנסיה.

ב. הבטחת שירותים חברתיים איכותיים העונים על הצרכים הרבגוניים של אוכלוסיית הזקנים

הגידול במספר הזקנים מחייב הרחבה ושינוי מערך השירותים, תוך התייחסות לסוגיות הבאות:

- אינטגרציה ותיאום במערך השירותים: אינטגרציה של השירותים ברמת המדיניות וברמת הספקת השירות בקהילה והבטחת שיתוף פעולה ותיאום מרבי בין הרשויות השונות;
- רצף שירותים: יצירת רצף שירותים, המאפשר התאמת השירות לנזקק ומעבר נוח בין השירותים בהתאם לשינויים במצבו של הזקן;
- כוח אדם: גיוס, הכשרה ושימור של עובדים מקצועיים ולא-מקצועיים שיידרשו לצורך הפעלה הולמת של השירותים, שיגדלו ויתרחבו. המדובר ברופאים גריאטריים, בעובדים סוציאליים, באחיות, בעובדי שיקום, במטפלות בית וביתר מקצועות העזר. במסגרת זו יש לגבש מדיניות ברורה בנושא העסקת מטפלים זרים בסיוע.

ג. התייחסות ספציפית לצרכים של קבוצות אוכלוסייה מיוחדות

אוכלוסיית הזקנים היא רבגונית ורבת פנים, אך יש בה קבוצות אחדות שזקוקות להתייחסות מיוחדת:

- **ניצולי שואה:** דאגה מיוחדת לניצולי השואה, שאצלם ההתמודדות עם תהליך ההזדקנות משולבת עם ההתמודדות עם הטראומה של השואה ותוצאותיה;
- **זקנים עניים:** צמצום משמעותי של העוני אצל אוכלוסיית הזקנים באמצעות מערכות הבטחת הכנסה, דיור, בריאות, שירותי רווחה ופנאי;

- **זקנים שסובלים מהתעמרות ומהזנחה**: העמקת דרכי האיתור, החשיפה והדיווח על תופעות התעמרות והזנחה, טיפול בנפגעים ופיתוח תכניות מניעה;
- **חולים באלצהיימר ובמחלות דמנציה אחרות**: יישום התכנית הלאומית שעל ביצועה הוחלט במשרד הבריאות בסוף שנת 2013 בעקבות המלצותיה של ועדה בין-מקצועית.

ד. תכניות מיוחדות לבעיות ולצרכים בולטים במיוחד

- בתוך כלל הבעיות והצרכים העולים במהלך תהליך ההזדקנות, ישנן בעיות מיוחדות המחייבות התייחסות ספציפית בגלל היקפן הגדול או בגלל המצוקה המיוחדת:
- **בדידות**: הסבל הנפשי הקשה וההיקף הרחב של בעיית הבדידות מחייבים פיתוח תכניות מיוחדות להתמודדות עם בעיה קשה זו;
 - **דמנציה**: מחלות הדמנציה, בעיקר האלצהיימר, גורמות סבל רב לא רק לזקן אלא גם לסביבתו הקרובה. אמנם עדיין לא נמצאה התרופה למחלה, אך ניתן לעשות רבות כדי להקל על החולה ועל משפחתו.

ה. הבטחת זמינות של שירותים איכותיים ומספקים ברחבי הארץ

- השגת יעד זה מחייבת התייחסות לבעיית אי-השוויוניות בזמינות של שירותים שונים לזקנים ובאיכותם באזורים שונים בארץ ואיתור דרכים להבטחת שוויוניות בזמינות של שירותים בין יישובים במרכז הארץ ובפריפריה ובין אוכלוסיות ברמות חברתיות-כלכליות שונה:
- **שוויוניות גיאוגרפית**: דאגה להבטחת רמה אחידה של השירותים בכל הארץ, עם מבט ספציפי לפריפריה;
 - **נגישות וזמינות**: הבטחת נגישות פיזית לשירותים השונים והפיכתם לזמינים וברי השגה מבחינת דרכי פעילותם ועלותם;
 - **איכות**: דאגה תמידית להבטחת איכות גבוהה של השירותים המסופקים לאוכלוסייה הזקנה על ידי הכשרה מתאימה של מטפלים והפעלת מנגנוני פיקוח ובקרה יעילים;
 - **מידע**: הפצה רחבה של המידע על השירותים ועל קיומם של מרכזי מידע אקטיביים שאליהם הזקנים ובני משפחותיהם יכולים לפנות בעת הצורך ושימוש בטכנולוגיות מודרניות למתן מידע זה בשפות שונות.

ו. פרישה מעבודה ותעסוקה

שינוי החקיקה וההסדרים הקיימים לגבי חובת פרישה מעבודה כדי שהגיל כשלעצמו יחדל להיות גורם מצדיק להפסקת עבודה ובכך יהיה אפשר לאפשר המשך תעסוקה למי שמעוניינים בכך ומסוגלים להמשיך לעבוד ולתרום לכלכלה ולחברה. פיתוח תכניות המאפשרות למי שמעוניינים להמשיך לעבוד, בין בעיסוק הוותיק שלהם ובין בעיסוקים חדשים, בין במשרה מלאה ובין במשרה חלקית. מתן תמריצים למעסיקים שיעסיקו זקנים.

ז. הבטחת שירותי מניעה

מערכת השירותים לזקנים צריכה להתייחס לא רק למצבים בעייתיים שכבר אופייניים לאוכלוסייה זו, כגון חולי ועוני, אלא לפעול למניעת היווצרותם של מצבים אלו. על כן יש להבטיח ששירותי מניעה יהיו מרכיב אינטגרלי במערכת השירותים לזקנים. לשם כך יש לקדם תכניות בעלות המאפיינים הבאים:

- **קידום בריאות**: חינוך והסברה על אורח חיים בריא, מניעת עישון, חיסונים וכדומה;

- **שיקום ומניעת הידרדרות תפקודית:** הרחבת שירותי השיקום והמניעה (reablement) כדי לצמצם או לדחות את ההידרדרות התפקודית של זקנים, הכרוכה בהוצאה ציבורית גדולה למימון שירותי סיעוד;
- **"זיקנה פעילה" (active aging):** המשך רציף של פעילות מבחינה חברתית, כלכלית, תרבותית ורוחנית, ולא רק פעילות גופנית, כדי להבטיח תוחלת חיים בבריאות טובה;
- **"ערים בריאות" ו"קהילות ידידותיות לזקנים" (age-friendly cities):** פיתוח תכניות של ערים בריאות וידידותיות ברחבי הארץ על פי הפלטפורמה שפיתחה ארגון הבריאות העולמי (WHO). במסגרת זו יש להתייחס גם לתכנון ערים ולקונפיגורציה שלהם, כולל שירותי תחבורה, כדי לאפשר ניידות ופעילות של הזקנים במקומות מגוריהם.

ח. הבטחת מעורבות פעילה של הזקנים בעיצוב חייהם

- השגת יעד זה מחייבת איתור דרכים להגברת השתתפותם של הזקנים בקביעת המדיניות והחקיקה המתייחסת אליהם ובעיצוב דפוסי הפעילות של השירותים המסופקים להם.
- **קבוצות מיקוד:** שימוש רחב בשיטה של קבוצות מיקוד של זקנים כדי ללמוד באופן שוטף על הצרכים והבעיות שהם חווים;
 - **שיתוף:** שיתוף נציגים של אוכלוסיית הזקנים בוועדות ובמועצות ציבוריות העוסקות בקביעת מדיניות ופיתוח תכניות למען אוכלוסייה זו.

ט. סיוע למטפלים העיקריים (בני המשפחה) המטפלים בזקנים

- השגת יעד זה כרוכה באיתור דרכים לסייע למערכת הלא-פורמלית להושיט סיוע לזקנים, תוך יצירת קשרים הולמים בין מערכת זו למערכת הפורמלית, שיבטיחו איזון הולם ביניהם שימצה את היתרונות הגלומים בכל אחד מהם.
- **תמיכה:** פיתוח תכניות לתמיכה במטפלים העיקריים, בכלל זה קבוצות תמיכה, סיוע נפשי וחברתי;
 - **מידע:** הספקת מידע רחב ומקיף על השירותים, על הדרכים ועל האפשרויות להסתייע בשירותי הסיוע הפורמליים;
 - **הכשרה:** פיתוח תכניות למתן הכשרה וידע למטפלים העיקריים בכל הנוגע לטיפול בזקנים הנזקקים לסיוע.
 - **שירותי הפוגה:** פיתוח שירותי הפוגה כדי לאפשר למטפלים עיקריים מנוחה והפוגה ממשימות הטיפול בזקן, זאת באמצעות הרחבת הימים והשעות של פעילות מרכזי היום, בכלל זה מרכזי לילה לתשושי נפש;
 - **תמריצים:** מתן תמריצים חומריים למטפלים עיקריים הממשיכים לטפל בזקנים, בעיקר סיעודיים ומרותקים לבית;
 - **פיתוח סביבות עבודה ידידותיות למטפלים עובדים:** באמצעות מתן תמריצים למעסיקים.

י. הערכת ההוצאה הכספית שתידרש לצורך הבטחת התפקוד התקין וההתפתחות של מערכות השירותים לזקנים

הבטחת שירותים הולמים לזקנים בתחומים השונים (ביטחון סוציאלי, בריאות, רווחה, דיור וכדומה) תחייב הקצאת משאבים כספיים הולמים. על כן ראוי להתייחס להיקף המשאבים שיידרשו ולדרכי גיוסם.

יא. הערכת החקיקה הקיימת בתחום השירותים לזקנים ואיתור השינויים הנדרשים בה

החקיקה מספקת תשתית לרבים מהשירותים המסופקים לזקנים. יש להעריך חקיקה זו ולהצביע על שינויים הנדרשים בה.

יב. הבטחת מעמדם וכבודם של הזקנים בחברה ומניעת תופעות של גילנות (ageism)

השגת יעד זה מחייבת התייחסות להיקף תופעת הגילנות, לגורמיה בציבורים חברתיים שונים ולדרכי ההתמודדות עמה.

יג. שילוב של תכנית-אב לאומית עם תכניות מקומיות

כפי שכבר הודגש, מתן מענים הולמים לצורכי האוכלוסייה הזקנה בהווה ועתיד מחייב פיתוח תכנית-אב לאומית שתתייחס לנושאים שהטיפול בהם יכול להיעשות רק על ידי הממשלה המרכזית בשיתוף עם גורמים ארציים נוספים. במקביל יש לעודד יזמות מקומית של פיתוח תכניות מקומיות, שתתייחסנה לצרכים מקומיים ספציפיים. לעומת זאת, עידוד תכניות מקומיות ופיתוח שירותים מקומיים בלבד ללא תכנית לאומית כוללת עלול להגביר את אי-השוויוניות בין יישובים בכמות השירותים ובאיכותם. כאמור, אי-השוויוניות בין אזורים ויישובים בארץ היא אחד המאפיינים של השירותים לזקנים בישראל.

יד. הכשרת כוח אדם מקצועי וסמך-מקצועי

הגידול באוכלוסיית הזקנים, בהיקפה ובמגוון צרכיה מחייב היערכות מתאימה מבחינת גיוס, הכשרה ושימור כוח אדם לטיפול בזקנים בבית ובקהילה, כמו גם במסגרות לאשפוז כללי וממושך. לצורך זה יש לבנות מערכת תמריצים שיהיה בהם כדי למשוך כוח אדם לתחום זה של טיפול בזקנים.

סיכום

בפירוט הסוגיות שתכנית-האב הלאומית חייבת להתייחס להן, הדגשנו שני היבטים עיקריים שצריכים לאפיין את פיתוח התכנית: ראייה כוללת, מקיפה וארוכת טווח של צורכי הזקנים ודגש על היערכות ארגונית הולמת למתן מענים הולמים לצרכים אלו. היערכות זו חייבת לכלול שינויים הן במבנה הארגונים המספקים שירותים לזקנים והן באופי הקשרים ובחלוקת התפקידים ביניהם. את פיתוח התכנית צריך לעשות גוף שיהיה בו ייצוג לגורמים השונים העוסקים באספקת שירותים לזקנים (משרדי ממשלה, רשויות מקומיות וארגונים לא-ממשלתיים ארציים ומקומיים ולארגונים המייצגים את אוכלוסיית הזקנים). גוף זה צריך להסתייע במומחים המתמחים בתחומים שונים של השירותים לזקנים.

אכן, בשנים האחרונות עלה נושא הזקנה וההזדקנות לסדר היום הציבורי ומשרדי הממשלה השונים התייחסו לסוגיה ברמת המדיניות ואכן הונהגו והוצעו רפורמות ותכניות שונות. בין אלו יש לציין

שבשנת 2011 עשה משרד הבריאות שלושה מהלכים חשובים: הצעת הרפורמה בתחום הסיעוד (חורב, 2011), המלצות לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי לשנים 2020-2030 (שטסמן, 2011) ו"כנס ים המלח", שעסק בהיערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה. כמו כן, החל משרד הבריאות בשנת 2013 בקידום התכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת הדמנציה (אלצהיימר). המשרד לאזרחים ותיקים פיתח את התכנית "חיים בגיל", הממוקדת בפיתוח תכניות-אב ברשויות המקומיות. בשנת 2013 החליטה המועצה הלאומית לכלכלה בראשותו של פרופסור יוג'ין קנדל להציב את נושא הזקנה בין ששת היעדים האסטרטגים של הממשלה. בהתאמה הוקמה אחרי כן ועדה ממשלתית משותפת עם המשרד לאזרחים ותיקים, והיא החלה לגבש תכנית בתחומי תעסוקת זקנים ו"זקנה פעילה".

אמנם אלו הם מהלכים ראשוניים חשובים, אך גם אם הרפורמות האלה יתגשמו במלואן עדיין יהיה נחוץ לפתח תכנית-אב לאומית. בעולם הזיקנה יש היבטים רבים, וצורכיהם של הזקנים רבגוניים מאוד. לכן חשוב לגבש תכנית-אב לאומית שתהיה לה גושפנקא ממלכתית, אשר תתייחס לזיקנה ולהזדקנות מההיבטים הכלכליים, הבריאותיים, החברתיים והרווחתיים – ותתווה רפורמה רב-שנתית על בסיס התחזיות של הזדקנות האוכלוסייה ב-20 עד 30 השנים הקרובות.

8. סיכום

נייר עמדה זה מציב בפני קובעי המדיניות בתחום זה תמרור אזהרה וקורא להם לעצב תכנית לאומית כללית לקידום רווחת האוכלוסייה הזקנה בישראל. המסמך גם מצביע על ההשפעות השליליות החמורות האפשריות על רווחת רבים מהזקנים בישראל, אם לא יפתחו ויישמו תכנית כזאת, ומצביע על התחומים השונים שתכנית זו חייבת להתייחס אליהם.

במבט לעתיד, אוכלוסיית הזקנים הולכת לתפוס מקום נכבד בחברה הישראלית. בעשורים הקרובים צפויים מספר הזקנים ושיעורם היחסי בכלל אוכלוסייה להמשיך לגדול. מצבם של רבים מהזקנים האלה אינו טוב: הם סובלים ממצוקה כלכלית, תחלואה, מוגבלות פיזית ומבדידות. רבים עוד יותר מהם בריאים ועצמאים, אך הם זקוקים למערכות שירותים בתחומי הפנאי, התעסוקה, והפעילות כדי להבטיח משמעות ואיכות חיים לאורך השנים הארוכות בשלב הגמלאות.

לדעתנו, התחזיות על התמורות באוכלוסייה הזקנה, כפי שהוצגו בנייר עמדה זה, מחייבות את הממשלה בשיתוף גורמים נוספים לעצב תכנית-אב לאומית שתספק מענים הולמים למצב זה. התחזיות הצופות גידול משמעותי במספר הזקנים בישראל, במיוחד הזקנים המבוגרים יותר, גורמות לכך שהצורך בפיתוח תכניות זו וביישומה הם חיוניים מאוד.

בתכנית שאפתנית מעין זו המוצעת כאן, האתגר הוא לא רק לפתח אותה, אלא בעיקר ליישם אותה. אשר על כן אפשר לטעון שהניסיון שהצטבר בישראל עד כה מוכיח שכמה תכניות לאומיות רחבות היקף שהוצעו בעבר בתחומים שונים (כגון תכניות להתמודדות עם העוני), לא יושמו עד כה בגלל גורמים כגון מחסור במשאבים והיעדר גורם מרכזי שייטול על עצמו את יישום התכנית. אך בנימוקים אלו אין כדי לכבול את ידי אלו (דוגמת כותבי המסמך הנוכחי) המשוכנעים שהכנת תכנית-אב לאומית היא חיונית והכרחית, כדי שאם יתקיימו התנאים לשיפור מערכת התמיכה בזקנים ובבני משפחותיהם, ובמקרה הגרוע, כשתגיע העת שהמציאות תכפה עלינו להקצות את המשאבים ולתת את הפתרונות, לא נאבד זמן ברה-אוריינטציה, אלא המפה תהיה בידינו והדרכים עליה מסומנות.

מקורות

אייזיקוביץ, צ'י, לבנשטיין, א', ובנד-וינטרשטיין, ט' (2005). **סקר התעללות והזנחה של זקנים בישראל**. חיפה: אוניברסיטת חיפה, המרכז לחקר ולימוד הזיקנה.
אנדבלד, מ', ברקלי, נ', פרומן, א', גאליה, א', וגוטליב, ד' (2012). בטחון תזונתי 2011: מהלך הסקר וממצאים עיקריים. הורד מהאינטרנט:

http://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_108.pdf

בן דוד ד' (עורך) (2009). **דו"ח מצב המדינה. חברה כלכלה ומדיניות ל-2009**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

בן דוד, ד', ובליד, ח' (2013). עוני ואי שוויון בישראל: התפתחויות לאורך זמן ובהשוואה למדינות ה-OECD. ירושלים: מכון טאוב. הורד מאתר האינטרנט:

<http://taubcenter.org.il/tauborgilwp/wp-content/uploads/H2013.03-Poverty-Ben-David-Bleikh-4.pdf>

בן שמחון, מ', בן משה, א', וגורבטוב, ר' (2012). מבחר נתונים על אוכלוסיות היעד של המשרד ועל תקציבו. הורד מאתר האינטרנט:

<http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/ResearchAndEvaluation/Documents/027-062.pdf>

בר גיורא, מ', גורבטוב, ר', ובן שמחון, מ' (2012). אוכלוסיית הזקנים. הורד מאתר האינטרנט:

<http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/ResearchAndEvaluation/Documents/431-458.pdf>

ברג-ורמן, א', וברודסקי, ג' (2004). **השפעת המצוקה הכלכלית של זקנים על תנאי חייהם: דו"ח מחקר**. ירושלים: מכון ברוקדייל.

ברג-ורמן, א', ברודסקי, ג', וגזית, ז' (2010). **קהילה תומכת: מחקר הערכה**. ירושלים: מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

ברודסקי, ג', בנטור, נ', לרון, מ', ובן ישראל, ש' (2013). תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות. קבוצת מומחים רב-ארגונית ורב-מקצועית: מסמך מסכם. הורד מאתר האינטרנט:

http://brookdaleheb.jdc.org.il/Uploads/PublicationsFiles/Dementia_strategy_heb_report_RR-648.pdf

ברודסקי, ג', נאון, ד', רוניצקי, ש', ובן-נון, ש' (2004). **מקבלי גימלת סיעוד המאופיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. ירושלים: מכון ברוקדייל.

ברודסקי, ג', שנור, י', ובאר, ש' (2013). **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2012**. ירושלים: מכון ברוקדייל ואשל.

ברודסקי, ג', גורבטוב, ר', ורוזניק, ד' (2010). אוכלוסיית הזקנים. בתוך ק' צבע (עורך), **סקירת השירותים החברתיים 2009** (עמ' 337-364). ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

ברודסקי, ג', רוניצקי, ש', וסיטרון, ד' (2010). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה. הורד מאתר האינטרנט:

<http://brookdaleheb.jdc.org.il/Uploads/PublicationsFiles/508-11-Issues-in-Family-Care-REP-HEB.pdf>

בריק, י', וגרינשטיין, מ' (2011). העמותות המקומיות למען הזקן בישראל: מאפיינים עיקריים, גיוס תרומות והפעלת מתנדבים, **גרונטולוגיה, לח (4)**, 11-34.

בריק, י', ודורון, י' (2010). עיצוב הזיקה שבין המשפחה לבין המדינה: המדיניות החברתית בישראל. בתוך י' בריק, וא' לבנשטיין (עורכים), **הזקן והמשפחה: סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים** (עמ' 17-39). ירושלים: אשל.

גילילי, י', וטביביאן-מזרחי, מ' (2004). הסדרי פנסיה: בחינה השוואתית. ירושלים, כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע (הורד מהאינטרנט).

הלמ"ס. (2013א). שנתון סטטיסטי. הורד מאתר האינטרנט:

http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=824

הלמ"ס. (2013ב). הודעה לעיתונות: לקט נתונים לרגל יום הקשיש הבינלאומי. הורד מהאינטרנט:

http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201311267

הלמ"ס. (2013ג). הודעה לעיתונות: לקט נתונים מתוך הסקר החברתי 2012 בנושא הסדרי פנסיה. הורד מאתר האינטרנט:

http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201319222

הלמ"ס. (2013ד). הסקר החברתי. הורד מאתר האינטרנט:

<http://surveys.cbs.gov.il/Survey/survey.htm>

הלמ"ס. (2013ה). פני החברה בישראל מס' 6- ישראל מאין ולאן. הורד מאתר האינטרנט:

http://www.cbs.gov.il/publications13/rep_06/pdf/part02_h.pdf

המוסד לביטוח לאומי (2013א). סקירה שנתית. הורד מאתר האינטרנט:

http://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2012/Documents/oni.pdf

המוסד לביטוח לאומי (2013ב). רבעון סטטיסטי. הורד מאתר האינטרנט:

<http://www.btl.gov.il/Publications/quarterly/Pages/default.aspx>

חורב, ט', קידר, נ', והרשקוביץ, ע' (2011). ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד-מתווה לרפורמה, משרד הבריאות, ירושלים.

יקוביץ, א' (2011). תכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם- סקירת ספרות. הורד מאתר האינטרנט:

<http://www.btl.gov.il/Publications/research/Pages/mehkar105.aspx>

יקוביץ, א', קיי, כ', סמסון, ט, וקוגון, א' (2011). יחידות לטיפול רפואי בבית, בתוך א' יקוביץ, (עורכת), **טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם-סוגיות, שירותים ותכניות**. ירושלים, אשל, (2011-244).

כורזים, מ', שמלצר, מ', ניר, נ', וברקלי, נ' (2011). שירותי ביקור בית ויעוץ לקשישים במוסד לביטוח לאומי: מחקר הערכה. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי ומכון ברוקדייל. הורד מאתר האינטרנט:

http://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_106.pdf

כנס ים-המלח ה-12 (2011). **היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסיה**, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

צדיק, ע' (2006). הקשיש במדינת ישראל: זכויות, חובות ושירותים. ירושלים, כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע (הורד מהאינטרנט).

מגמות <https://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01775.pdf> צ'רניחובסקי, ד', ורגב, א' (2013). **מגמות במערכת הבריאות בישראל**. ירושלים: מכון טאוב. הורד מאתר האינטרנט:

<http://taubcenter.org.il/tauborgilwp/wp-content/uploads/H2103.14-Healthcare-Chernichovsky-Regev-3.pdf>

קופ, י', ובר-צורי, ר' (2008). **קווים למדיניות זקנה בישראל: הזקנה בין נטל לנכס**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קורא, מ', וצ'רניחובסקי, ד' (2007). **קווים לרפורמה בניהול ובמימון של הטיפול הממושך בקשישים בישראל**. ירושלים: כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע ואוניברסיטת בן גוריון בנגב.

קמחי, א', ושרברמן, ק' (2013). **מגמות בדפוסי התעסוקה וההכנסה של קשישים בישראל**. ירושלים: מכון טאוב. הורד מאתר האינטרנט:

<http://taubcenter.org.il/tauborgilwp/wp-content/uploads/H2013.07-Elderly-Employment-Kimhi-Shraberman-3.pdf>

קניג, א', אלון, ש', ובן-דוד, ו' (2007). **התעללות בזקנים: התערבות ומניעה**. ירושלים: אשל. רוניצקי, ש', באר, ש', ניר, ש', כורזים, מ', וברודסקי, ג' (2012). **מאפייני מרכזי היום לזקן: דפוסי שימוש, תרומות וכוונים לעתיד**. ירושלים: מאירס, גוינט, ומכון ברוקדייל.

שטסמן, י' (2011). **הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010-2020 ול-2030** (דו"ח הועדה). ירושלים: משרד הבריאות.

שויביץ-עזרא, ש' (2008). **מרכזיותה של תחושת הבדידות בקשר שבין פעילות לרווחה אישית בתקופת החיים המאוחרת. גרונטולוגיה לה, (2), 87-109.**

שויביץ-עזרא, ש' (2009). **בדידות לעת זיקנה: ממצאים מישראל אירופה ואר"ב. יום עיון בנושא: תמורות ואתגרים בחינוך, במחקר, בפרקטיקה ובמדיניות בעבודה סוציאלית**. ירושלים: בית הספר לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית ע"ש ברוואלד. יום העיון התקיים ב-25.5.2009.

שמש, ע', ונקמולי-לוי, ד' (2009). **אנשים עם מוגבלויות בקהילה**. ירושלים, משרד הבריאות (הורד מהאינטרנט).

http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Econ_Disabilities.pdf שרון, א', ברודסקי, ג', ובאר, ש' (2013). **מועדונים חברתיים לזקנים: תפרוסת ארצית, דפוסי פעילות ומאפייני המבקרים**. הורד מאתר האינטרנט:

<http://brookdaleheb.jdc.org.il/?CategoryID=156&ArticleID=300>.

תכנית פלורידה:

<http://elderaffairs.state.fl.res/english/pubs/pubs/Masterplan/Fullcopy/>

תכנית קיוטו :

<http://www.scribd.com/doc/21945418/master-plan-of-Kyoto-city>

תכנית לונדון, קנדה :

<http://www.london.ca/aboutlondon/pdf/working-together-to-support-London's-seniors-community-action-plan.pdf>

תכנית דילסברג :

http://www.ssri.psu.edu/smartspace/research/dillsberg_strategic_plan.pdf

תכנית WHO :

<http://www.Belfasthealthycities.com/images/stories/PDF/current-picture/pdf>

Cacioppo, J.T., Huges, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses, *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.

Daatland O.S. & Lowenstein A. (2005) Intergenerational solidarity and the family welfare balance. *European Journal of Ageing* 2(3), 174-182.

Iecovich E., Jacobs, J., & Stessman, J. (2011). Loneliness, social networks and mortality: 18 years of follow up from the Jerusalem Longitudinal Study. *International Journal of Aging and Human Development*, 72 (3), 243-263.

Johri M., Beland F & Bergman H (2003) International experiments in integrated care of the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18(3), 222-235.

Lowenstein A. (2007) *Intergenerational solidarity: strengthening economic and social ties – background paper*. New York, United Nations Headquarters.

Mehta. K.K. (2002) *National policies on ageing and long-term care in Singapore: A case of cautious wisdom*. Retrieved from:

<http://elderaffairs.state/fl.res/english/pubs/Masterplan/fullcopy.pdf>

<http://www.scribd.com/doc/21945418/master-plan-of-Kyoto-city>

http://www.SSRI.PSU.Edu/smartspace/research/disselberg_strategic_plan.pdf

<http://www.london.ca/about-London/PDF/working-together-to-support-London's-senior-community-action-plan.Pdf>

<http://www.belfast-healthy-cities.com/images/stories.PDF/current-picture-pdf>

Morken, L. (2012). New York City and Atlanta: Cities Plan for the Aging Population Available at: <http://s3.amazonaws.com/mildredwarner.org/attachments/000/000/181/original/c63bbcf692ec7da9f1478dc2613cf85b>

Shiovitz-Ezra S. & Ayalon L. (2010) Situational versus chronic loneliness as risk factor for all cause mortality. *International Psychogeriatrics* 22, 455-462.

United Nations (2002) Report of the Second World Assembly on Aging. Available at: <http://www.un-ngls.org/orf/pdf/MIPPA> par.