

במסגרת עבודת הייעוץ הכלכלי לממשלה, חטיבת המחקר בבנק ישראל העבירה מסמך הכולל ניתוח של סוגיות עיקריות בתחום הסיעוד בישראל לגורמי המקצוע העוסקים בתחום. מטרת המסמך היא להוות תשתית לדיון בשאלה כיצד יש לעצב את מערכת הסיעוד בישראל. מדובר במסמך ראשוני, עליו ציפתה חטיבת המחקר לקבל את ההתייחסויות וההערות של גורמי המקצוע השונים, ולכן הוא לא פורסם בשלב זה לציבור.

המסמך אינו כולל המלצות מדיניות ספציפיות שכן עמדת חטיבת המחקר היא שנכון יהיה להקים צוות עבודה בין-משרדי או ועדה ציבורית, שיכינו המלצות מדיניות משותפת לממשלה.

לאור העובדה שהמסמך דלף מאחד מהגורמים שקיבלו אותו אל אחד מכלי התקשורת, בנק ישראל מפרסם את המסמך במלואו באתר האינטרנט של הבנק, על מנת לוודא שהדיון הציבורי בתוכן המסמך יתבסס על מידע שלם ואמין. יודגש שוב, שבשלב זה הניתוחים שבמסמך מהווים טיוטה ולא עמדה סופית של חטיבת המחקר בבנק ישראל.

הביטוח הסיעודי בישראל

גלעד כהן קובץ', תמר רמות ניסקה, מאיה הרן רוזן

ערך: יואב פרידמן

בנק ישראל, חטיבת המחקר

אוקטובר 2017

טיוטה פנימית בשלבי גיבוש

- ההוצאה הלאומית על סיעוד בישראל בשנת 2015 נאמדה ב-14.0 מיליארד ₪, כ-1.2% תוצר. ההוצאה הציבורית בישראל – 0.7% תוצר - נמוכה מהממוצע בקרב מדינות ה-OECD העומד על 1.3% תוצר, גם כאשר לוקחים בחשבון את ההבדלים הדמוגרפיים באוכלוסייה. עם זאת, בהתחשב בשונות הרבה הקיימת בין מדינות ה-OECD בהוצאה הציבורית על סיעוד, ההוצאה בישראל אינה נמוכה באופן חריג.
- התחזיות להוצאה על סיעוד בטווח הארוך, על בסיס הכיסוי הקיים, נעות בטווח רחב: בין גידול מזערי עד שנת 2045 ועד לתוספת של כאחוז תוצר ואף יותר מכך. הגורם העיקרי לגידול ההוצאה הוא מגמת הזדקנות האוכלוסייה, אך מידת הגידול רגישה לגמישות הביקוש ביחס להכנסה, למידת העלייה בנזקקות לסיעוד עם העלייה בתוחלת החיים, להתייקרות היחסית בעלות שירותי הסיעוד ולמידת הירידה בזמינות של בני-משפחה לשמש כמטפלים.
- עבור קבוצה לא קטנה בקרב אוכלוסיית הקשישים ההוצאות למימון טיפול סיעודי בקהילה גבוהות מאד ביחס ליכולתם לממן. המדובר בקשישים שהכנסתם נמוכה, שלא רכשו ביטוח פרטי ושאינן בידיהם חסכונות.
- שיעור הזכאים לביטוח הסיעוד הציבורי בישראל הוא רחב בהשוואה בינלאומית מאחר שסף אי-התפקוד לקבלת גמלת סיעוד נמוך. בנוסף, מבחני ההכנסה לגמלת הסיעוד מאפשרים לקשישים עד העשירונים השמיני והתשיעי ליהנות מהביטוח הציבורי. לעומת זאת, הגמלה לקשישים שמידת תלותם גבוהה והם נשארים בקהילה מכסה שיעור נמוך יחסית מההוצאה הנדרשת.
- בשנת 2015 כ-60% מהאוכלוסייה בישראל החזיקו בפוליסת ביטוח סיעוד פרטית כלשהי, לעומת כ-5%-15% במדינות אירופה. 48% מהאוכלוסייה החזיקו בפוליסת ביטוח סיעודי קבוצתי של קופות החולים הנתונות לרגולציה הדוקה.
- מי שהצטרפו לביטוח סיעודי במסגרת קופות החולים אחרי גיל 49 זכאים לכיסוי ביטוחי חלקי ולכן מצויים בתת-ביטוח. בנוסף, החיתום הרפואי מהווה חסם לרכישת ביטוח סיעודי עבור האוכלוסייה הסובלת ממצב רפואי כרוני. גם העובדה שהביטוח הפרטי מממן בד"כ טיפול סיעודי לתקופה של חמש שנים בלבד עלולה להביא לכך שקשישים סיעודיים השוהים במצבם תקופה ארוכה (בעיקר תשושי נפש) יוותרו ללא יכולת מימון.
- שיעור המבוטחים באוכלוסיות הערבית והחרדית נמוך משמעותית מאשר בשאר האוכלוסייה, ייתכן ובשל הסתמכות רבה יותר על שירותי סיעוד לא פורמאליים.
- הכיסוי שמעניק הביטוח הציבורי לבעלי הכנסות נמוכות שאין ברשותם נכסים הוא מספק, אך זאת בתנאי שהם מאושפזים במוסדות סיעודיים ולאחר מיצוי מבחני הכנסה ונכסים גם לילדיהם. לאוכלוסייה זו יש תמריץ להתאשפז במוסד סיעודי על פני קבלת טיפול בקהילה.
- דרישות ההכשרה של כוח האדם הסיעודי לטיפול בקהילה הן מן הנמוכות במדינות ה-OECD, בעוד שהנהלים באשפוז קובעים ככל הנראה דרישות מחמירות מדי לאיכות כוח האדם הרפואי.
- הפיקוח על מתן שירותי הסיעוד בקהילה הוא חלקי, וקיים פער ניכר בין כמות שעות הטיפול המדווחת ובין הכמות בפועל.

- השימוש בכח המונופסוני של המדינה לקביעת מחיר נמוך מדי לשירותי הסיעוד תורם למחסור בעובדי סיעוד ולפגיעה באיכות הטיפול.
- קיים טווח רחב של חלופות מדיניות להתמודדות עם בעיית נשיגות שירותי הסיעוד ושיפור איכות השירותים. החלופות מחייבות הגדלה של ההוצאה הציבורית לשירותי הסיעוד, בין אם מדובר בהוצאה ישירה להרחבת השירותים ובין אם מדובר בהוצאה לטובת מימון הרחבת הביטוחים הפרטיים עבור האוכלוסיות החלשות.
- הטווח הרחב של תחזיות ההוצאה ואי הוודאות לגבי התרחיש שיתממש מדגיש את החשיבות של קביעת מדיניות גמישה המבוססת על ידע וניסיון הנצבר במדינות בהן תהליך ההזדקנות מתקדם יותר.
- בשל ריבוי חלופות המדיניות, עלותן, פיזור האינפורמציה הרלוונטית בין גופים שונים, והצורך בהתאמות מוסדיות של רגולטורים וספקי שירות, חשוב שתמונה ועדה ציבורית או ועדת מומחים שתגבש מתווה למדיניות הסיעוד לקראת תקציב 2019. מסמך זה נועד לשמש תשתית לדיוני ועדה כזאת, ולא להמליץ על פתרון יחיד לסוגיה.

1. מבוא

ענף סיעוד הקשישים בישראל נמצא במגמת גידול מהירה בעשור האחרון, ויש הסתברות גדולה שהוא ימשיך במגמה זו. ההוצאה הלאומית על סיעוד בשנת 2015 נאמדה ב-14.2 מיליארד ₪ שהם כ-1.2% תוצר, כ-7.5 מיליארד ₪ היוו הוצאה ציבורית והשאר הוצאה פרטית (לא כולל את ערך הזמן של בני משפחה מטפלים). הזדקנות האוכלוסייה, העלייה ברמת החיים והירידה בזמינות של בני משפחה לשמש כמטפלים צפויים לפעול להגדלת חלקה של ההוצאה על סיעוד בתוצר בעשורים הקרובים.

על רקע העלייה בחשיבותה של סוגיית הסיעוד, וכן על רקע חוסר שביעות רצון מתפקודם של היבטים שונים בענף הסיעוד כיום, מקדם משרד הבריאות החל משנת 2011 רפורמה בענף, כאשר בעת האחרונה הנושא זוכה להתייחסות נרחבת בסדר היום הציבורי, לרבות בהסכמים הקואליציוניים בעת הקמת הממשלה הנוכחית. מספר גופים ציבוריים וגופי מחקר הקדישו אף הם תשומת לב רחבה לנושא (ראו: מכון ברוקדייל, 2011/2; המועצה הלאומית לכלכלה, 2015; מכון טאוב, 2017).

הצעת הרפורמה של משרד הבריאות עוסקת בעיקר במימון, בארגון ובאיכות השירותים של ענף הסיעוד בישראל. עיקר הרפורמה המוצעת הוא הגדלת המימון הציבורי בענף, וזאת באמצעות תוספת של כחצי אחוז למס הבריאות, אשר כנגדה יורחב ויועמק הכיסוי של ביטוח הסיעוד הציבורי – בעיקר זה הניתן לטובת טיפול בקהילה על ידי המוסד לביטוח לאומי. הצעת הרפורמה מתווה גם התייעלות ארגונית ושיפור של מבנה התמריצים של הגופים הציבוריים העוסקים בענף, וזאת באמצעות צמצום מספר הגופים הציבוריים המעורבים והעברת האחריות לטיפול בנזקקי סיעוד בקהילה, או חלקה, מהמוסד לביטוח לאומי לידי קופות החולים. הצעת הרפורמה מתייחסת גם לסוגיות של אספקת השירותים, אך התייחסותה לסוגיית הכשרת כוח האדם הסיעודי, וסוגיית השפעתה של המדינה – המהווה מונופסון בענף הסיעוד, על היצע השירותים ואיכותם, היא מצומצמת.

מהניתוח להלן עולות מספר בעיות מרכזיות במערכת שירותי הסיעוד הנוכחית:

(1) **מימון ציבורי נמוך הגורם לבעיה בנשיגות השירותים:** הביטוח הסיעודי הציבורי בישראל משרת שיעור גבוה מאוכלוסיית הקשישים הסיעודיים, כ-85 אחוזים מהם, אולם גובה המימון הציבורי שמקבלים הזכאים נמוך ביחס להוצאות הסיעוד. מסיבה זו קשישים שאין ברשותם אמצעים עצמיים מספיקים למימון הטיפול הסיעודי, יתקשו לממן את השירותים שהם זקוקים להם¹, המוגדרים לפי מידת תלותם הפיסית בסיוע הזולת. החזקה של ביטוח סיעודי פרטי פותרת את בעיית מימון השירותים – אך זאת רק עבור קשישים התלויים בסיוע הזולת לחלוטין, דהיינו קשישים שמידת התלות שלהם בזולת מקנה זכאות להפעלת הביטוח.

(2) **בהינתן תקציב הסיעוד, פרוגרסיביות נמוכה של הטיפול בקהילה פוגעת בנשיגות שירותי הסיעוד בקרב האוכלוסייה החלשה:** גמלת הסיעוד ניתנת לקשישים סיעודיים על פי קריטריון של הכנסה ומידת התלות בסיוע הזולת. אולם גובה הסיוע הוא אחיד עבור קשישים המשתייכים לעשירון הראשון עד השביעי בהינתן שהם נמצאים באותה רמה של תפקוד. ניתן,

¹ הצגת הנושא וניתוחו מובאים בפרק 4.

אם כן, לחזק יותר את הקשר בין רמת הסיוע וגובה ההכנסה, כך שהתקציב הציבורי יתמוך במידה רבה יותר בקשישים מהעשירונים הנמוכים, המתקשים לממן את הטיפול.

(3) הפיקוח והבקרה על איכות הטיפול הסיעודי נמוכים וזאת בעוד שהפיקוח על המחיר הדוק:

קיימות בעיות רבות בתחומי הפיקוח והאספקה של שירותי הסיעוד בקהילה ובמוסדות, הגורמות לשירות לקוי לאזרח ותורמות, כנראה, לקיומו של מחסור בכוח אדם. בנוסף, דרישות ההכשרה של כוח האדם הסיעודי לטיפול בקהילה הן מן הנמוכות במדינות ה-OECD, בעוד שהנהלים באשפוז קובעים ככל הנראה דרישות מחמירות מדי לאיכות כוח האדם הרפואי. כמו כן, ייתכן והמחירים שהממשלה קובעת לשירותים, תוך ניצול כוחה המונופסוניסטי, נמוכים מדי וגורמים להיצע נמוך ואיכות נמוכה של כח האדם בענף.

(4) איכות השירות לאזרח בקהילה ובמוסדות נפגעת בגלל פיצול בין רשויות וחוסר אחידות הקריטריונים:

שני הגופים המרכזיים האחראים על התווית המדיניות והפעלתה הם המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות. גורמים נוספים הפועלים בתחום זה הם משרד הרווחה, קופות החולים ומשרד הפנים. לכל אחד מגופים אלה קריטריונים שונים לקביעת הזכאות לסיוע ציבורי. קשיש הנקלע למצב סיעודי ובני משפחתו עלולים להיתקל בקשיים למיצוי זכויותיהם במערכת הציבורית ולחוות תסכול רב, פיצול הסמכויות בין רשויות שונות כנראה גורם גם לאי יעילות במערכת: לגורמים השונים אין עניין למנוע את הידרדרות מצבו של הקשיש, משום שבמקרים רבים כתוצאה מההדרדרות במצבו יעבור הקשיש, על העלויות הכרוכות בטיפול בו, לאחריות גורמי טיפול אחרים (ראו גם משרד הבריאות, 2011).

(5) שימוש נרחב בכוח עבודה זר בטיפול בקהילה: מערכת השירותים לטיפול בקשישים

סיעודיים בקהילה מבוססת במידה רבה על שירותיהם של עובדים מחו"ל, המהווים כמעט 40 אחוזים מסך המטפלים הסיעודיים בקהילה, ומספקים באופן כמעט בלעדי שירותי טיפול של 24 שעות ביממה בבתייהם של הקשישים התלויים בסיוע הזולת לחלוטין². העסקת עובדים זרים בהיקפים כה נרחבים מאפשרת את ביסוסה של מערכת הטיפול בקשישים סיעודיים בישראל על טיפול בקהילה, גם כאשר מדובר במטופלים בעלי צרכים מורכבים. יתרון נוסף שלה היא גמישותה, שכן הניסיון מראה שניתן להרחיב או לצמצם את מספר העובדים הזרים בסיעוד בצורה פשוטה יחסית. עם זאת, העסקת עובדי סיעוד זרים בהיקפים נרחבים ולמשך מספר שנים, בפרט בהינתן הצפי לגידול במספר הקשישים הסיעודיים, מעמידה את מדיניות ההגירה של ישראל מול אתגרים עליהם נכתב רבות במסגרות אחרות.³

מטרתו של נייר מדיניות זה להוות תשתית לדיון בשאלה כיצד יש לעצב את מערכת הסיעוד בישראל. בפרט, התשתית העובדתית והניתוח הכלכלי המוצגים בנייר זה נועדו לספק בסיס להבנת הצורך ברפורמה בביטוח הסיעוד הציבורי, של המשמעות הכלכלית בהרחבתו, וכן לפרוש בפני מקבלי ההחלטות אפשרויות שונות למענה על הצרכים ולדון בהן. בסופו של המסמך אנו מציעים מספר חלופות לשינויים במסגרת המימון של הביטוח הסיעודי. אולם רפורמה כוללת במערך השירותים לקשישים סיעודיים תצטרך להתייחס גם למבנה השירותים ואופן מעורבות המדינה

² אנו מניחים כי לעובדי סיעוד זרים המועסקים רק בבתייהם של מטופלים סיעודיים התלויים לחלוטין בסיוע הזולת משך רוב שעות היממה אין תחליף בדמות עובד ישראלי, באותה רמת שכר.
³ ראו, למשל, אקשטיין (2008).

באספקתם ובפיקוח עליהם, נושאים שהנייר כמעט שאינו עוסק בהם, והצעות לשינויים בהם אינן מובאות במסמך זה. בשל מורכבות הנושא וחשיבותו אנו מציעים להקים צוות מומחים או ועדה ציבורית שידונו בחלופות המדיניות ויכינו תכנית פעולה ממשלתית רב-שנתית, שיישומה יתחיל בשנת 2019.

המסמך כולל שישה חלקים מרכזיים. בפרק 2 אנו סוקרים את מערך הסיעוד בישראל, החל מהערכת הצרכים הסיעודיים באוכלוסייה, דרך הגורמים השונים – פורמאליים ולא פורמאליים, המעניקים טיפול סיעודי, ועד מימון שירותי הסיעוד באמצעות מערכת הביטוח הציבורית וביטוחי הסיעוד הפרטיים. בפרק 3 אנו עורכים השוואה בין-לאומית של ענף הסיעוד במדינות ה-OECD, לרבות המאפיינים של מערכות הביטוח הסיעודי הציבוריות. בפרק 4 אנו מציגים ניתוח של נשיגות שירותי הסיעוד בקהילה בישראל, אשר מטרתו לזהות מיהן קבוצות נזקקי הסיעוד אשר לא יכולות להרשות לעצמן לרכוש שירותי סיעוד בקהילה בכמות ובאיכות סבירים, וכן מה היקפן וחומרת מצבן. בפרק 5 מוצגת תחזית להתפתחות ההוצאה הלאומית על סיעוד, במטרה לתחום את מגמת הגידול הצפויה בענף הסיעוד, על משמעויותיה התקציביות. פרק 6 דן בהצדקה להתערבות המדינה בביטוח הסיעוד ובוחן את היתרונות והחסרונות של הרחבת ביטוח הסיעוד באמצעות המערכת הציבורית, אל מול הרחבתה באמצעות המערכת הפרטית. פרק 7 מציג בקווים כלליים חלופות לשינויים במסגרת המימון של הביטוח הסיעודי.

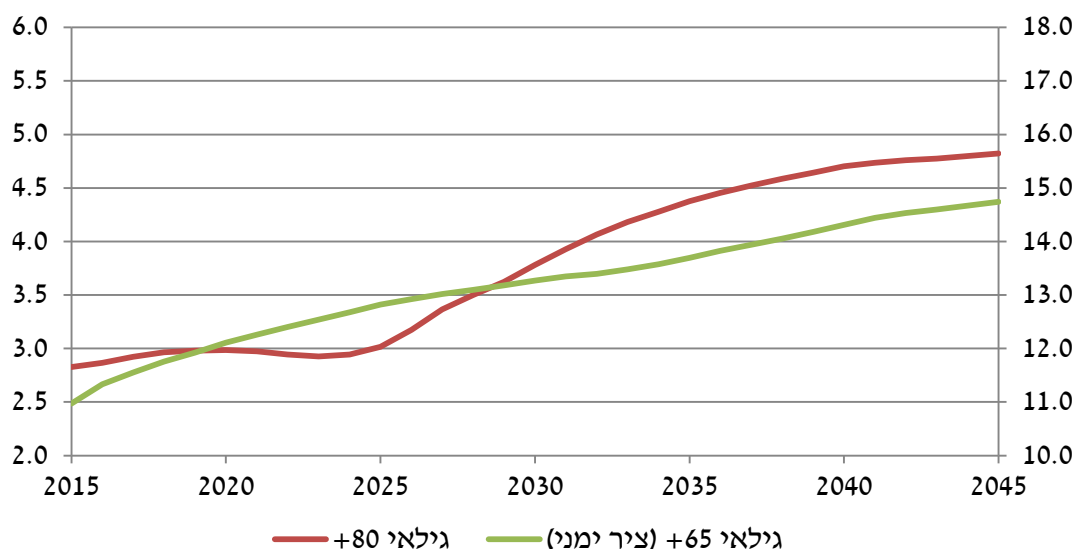
2. נזקקות לסיעוד ומבנה שוק הסיעוד בישראל

- כרבע מהאוכלוסייה של בני 65+ נזקקו בשנת 2015 לשירותי סיעוד, כאשר מעל גיל 80 שיעור זה גדל פי 2 עד פי 3. רובם המוחלט של הקשישים הסיעודיים טופלו בקהילה ומקצתם במוסדות אשפוז. הסיוע הציבורי למימון שירותי הסיעוד, שכולל גימלות סיעוד והשתתפות ציבורית במימון אשפוז מוסדי, ניתן אמנם ל-80 אחוזים מהקשישים הסיעודיים, אולם הוא מימן רק חלק מההוצאות שנדרשו לטיפול סיעודי ואת היתר נאלצו הקשישים ובני משפחותיהם לממן מכיסם.
- בנוסף לטיפול הפורמאלי בקשישים סיעודיים על ידי מטפלים ושירותים אחרים בתשלום, כשליש עד מחצית משעות הטיפול בהם סופקו על ידי בני משפחה וקרובים שלא קיבלו כל תמורה כספית.
- ההוצאה הלאומית על סיעוד בישראל בשנת 2015 נאמדה ב-14.0 מיליארד ₪, כ-1.2% תוצר, וזאת כאשר נלקח בחשבון הטיפול הפורמאלי בלבד. ההוצאה הציבורית בישראל – 0.7% תוצר - נמוכה מהממוצע בקרב מדינות ה-OECD העומד על 1.3% תוצר, גם כאשר לוקחים בחשבון את ההבדלים הדמוגרפיים באוכלוסייה. עם זאת, בהתחשב בשונות הרבה הקיימת בין מדינות ה-OECD בהוצאה הציבורית על סיעוד, ההוצאה בישראל אינה נמוכה באופן חריג.
- הביטוח הציבורי ואספקת שירותי הסיעוד בישראל מפוצלים בין מספר גופים ואין אחדות ביניהם בנוגע לקריטריונים לקביעת הזכאות לסיוע ציבורי.
- התערבות המדינה באספקת שירותי הסיעוד ופיקוח עליהם בעייתית – לעיתים היא רבה מדי ולעיתים מעטה מדי. כך, למשל, דרישות ההכשרה של כוח האדם הסיעודי לטיפול בקהילה הן מן הנמוכות במדינות ה-OECD, בעוד שהנהלים באשפוז קובעים ככל הנראה דרישות מחמירות מדי להרכב כוח האדם הרפואי. הפיקוח של המוסד לביטוח לאומי על מתן שירותי הסיעוד בקהילה הוא חלקי, וקיים פער ניכר בין כמות שעות הטיפול המדווחת ובין הכמות בפועל. בנוסף, השימוש בכח המונופסוני של המדינה לקביעת מחיר נמוך מדי לשירותי הסיעוד תורם למחסור בעובדי סיעוד ולפגיעה באיכות הטיפול.

2.1. נזקקות לסיעוד ומאפייני נזקקי הסיעוד בישראל

אוכלוסיית הקשישים בישראל גדלה במהירות בגלל הזדקנות מחזורי הלידה הגדולים שלאחר מלחמת העולם השנייה (דור ה-"Baby Boom") בשילוב העלייה הניכרת בתוחלת החיים. בהתאם לתחזיות האוכלוסייה העדכניות של הלמ"ס שיעור האוכלוסייה הקשישה (גילאי 65+) צפוי לעלות בצורה הדרגתית מכ-11% ב-2015 עד לכ-15% בשנת 2045. שיעור האוכלוסייה הקשישה מאד (גילאי 80+), בה שיעורי התלות הסיעודית גבוהים, צפוי להישאר ברמה של כ-3% עד לאמצע העשור הבא, ולאחר מכן לעלות בחדות עד ל-4.8% בשנת 2045 (איור 1).

איור 1- תחזית צמיחת האוכלוסייה הקשישה, 2015-2045*
באחוזים מכלל האוכלוסייה



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2017), תחזית אוכלוסיית ישראל עד שנת 2065.

מצב סיעודי מוגדר כמצב בו האדם תלוי במידה רבה בסיוע הזולת לביצוע פעולות יומיומיות כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע. תחת הגדרת מצב סיעודי אנו כוללים גם את אוכלוסיית תשושי הנפש: קשישים המסוגלים להתהלך בעצמם, אולם חווים ירידה משמעותית בתפקוד בגלל פגיעה בזיכרון, בהתמצאות או בשיפוט אשר בגללה הם זקוקים להשגחה וסיוע בפעילויות היומיום. את מידת התלות קובעים באמצעות מבחן תפקודי - ADL (Activities of Daily Living), המכמת את מידת הנזקקות לסיוע הזולת בביצוע הפעולות: נידות (תנועה בבית והימנעות מנפילות), הלבשה, רחצה, אכילה וטיפול בהפרשות. בנוסף המבחן מעריך את מידת הצורך בהשגחה בגלל פגיעה ביכולת הקוגניטיבית או בגלל הידרדרות הבריאות הנפשית או הפיסית. הציונים במבחן זה נעים בביטוח הלאומי בטווח 0-11. תוחלת החיים במצב זה עשויה להיות ממושכת, ולכן הטיפול בסיעודיים נקרא גם "טיפול ממושך" (Long Term Care of the Elderly או בקיצור LTC).

מצבם הסיעודי של כשלושה רבעים מהקשישים הסיעודיים נובע מקשיים ב-ADL, והנותרים סובלים מדמנציה (כ-70% ממקרי הדמנציה הם מקרים של מחלת האלצהיימר). רמת התלות של נזקקי הסיעוד אינה אחידה. חלקם זקוקים לסיוע קל יחסית, במשך שעות מועטות בכל יום, ואחרים זקוקים להשגחה רצופה בכל שעות היממה. אין בידינו נתונים מלאים לגבי התפלגות משך החיים של קשישים סיעודיים במצבם הסיעודי, אך ניתן להיעזר במידע חלקי. כך למשל, על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי מקבלי גמלת סיעוד - שהינם הקבוצה הגדולה ביותר מקרב הקשישים הסיעודיים, נשארו במצב סיעודי כ-5.5 שנים בממוצע.⁴

⁴ כ-68 חודשים בממוצע והחציון עומד על 55 חודשים; הנתון המצוטט הוא ממוצע משך הזמן הכולל שמלאי מקבלי הגמלה שנפטרו ב-2015 קיבלו אותה (אסיסקוביץ, 2017). ההבדל בין הממוצע לחציון מעיד על כך שמרבית מקבלי הגמלה נפטרים אחרי תקופה קצרה מהממוצע. הגמלה משולמת תקופה ארוכה יותר בד"כ לקשישים דמנטיים שבממוצע חיים יותר במצב תלות גבוה.

הקשישים הסיעודיים מקבלים טיפול במסגרת קהילתית - בבתיהם, במרכזי יום סיעודיים או בדיור מוגן בו הם שוהים, או במסגרת של מוסדות אשפוז - מוסדות סיעודיים ומחלקות סיעודיות בבתי אבות. לפי הערכתנו, בשנת 2015 היו כ-226 אלף קשישים נזקקי סיעוד בישראל, שהיוו 2.7% מהאוכלוסייה הכללית (ו-24% מאוכלוסיית בני 65+). כ-87% מהם טופלו במסגרת קהילתית והיתר במוסדות אשפוז (לוח 2). הערכה זו כוללת כ-160 אלף איש מעל גיל הפרישה הרשמי (62 לנשים ו-67 לגברים) אשר קיבלו גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי, כ-36 אלף קשישים סיעודיים נוספים המתגוררים בקהילה אך אינם זוכים לגמלה מצד המוסד לביטוח לאומי בגלל שרמת ההכנסה השוטפת שלהם גבוהה מהסף המקנה את הגמלה, וכ-30 אלף קשישים נוספים המאושפזים במוסדות סיעודיים.⁵ מקרב המאושפזים במוסדות סיעודיים, כ-14.5 אלף איש קיבלו ב-2015 סיוע במימון האשפוז באמצעות "קוד" ממשרד הבריאות,⁶ כ-8 אלף איש שהו במוסדות בפיקוח משרד הרווחה, והיתר אושפזו במוסדות בפיקוח משרד הבריאות ושילמו את מחיר האשפוז במלואו.

לוח 1 - חישוב שיעור התלות הסיעודית לפי גיל בשנת 2015 (% מקבוצת הגיל)
סיעודיים מעל גיל הפרישה

אומדן שיעור תלות סיעודית	סיעודיים במוסדות אשפוז****	סיעודיים בקהילה***	זכאים לגמלת סיעוד**	אוכלוסייה	
(2) + (3) = (4)	0.15 * (1) = (3)	1.22 * (1) = (2)	(1)	מס' מוחלט	גיל
אחוזים	אחוזים	אחוזים	אחוזים		
1.3	0.2	1.1	0.9	118,856	*64-62
3.6	0.5	3.1	2.6	264,719	*69-65
10.2	1.3	8.9	7.3	190,599	74-70
23.9	3.1	20.8	17.1	170,869	79-75
47.9	6.2	41.7	34.1	118,845	84-80
73.4	9.5	63.9	52.3	78,005	89-85
86.0	11.1	74.9	61.2	36,785	94-90
94.2	12.2	82.0	67.1	8,990	+95
225,777	29,265	196,512	160,760	987,668	סה"כ

מקור: נתוני הלמ"ס, המוסד לביטוח לאומי, השנתון הסטטיסטי לקשישים בישראל ועיבודי המחברים.
* בקבוצת הגיל 64-62 מצויות נשים בלבד. בקבוצת הגיל 65-69 מצויות נשים וגברים מעל גיל 67.
** ההערכה בקשר להתפלגות הזכאים לגמלת סיעוד בקבוצות הגילאים 85-89, 90-94 ו-95+ נעשתה בהתבסס על התפלגות הגילאים של הנבדקים במבחני תלות שמפרסם הביטוח הלאומי (דו"ח שנתי 2015, פרק 3).
*** שיעור הסיעודיים בקהילה מביא בחשבון את הקשישים שנדחו מקבלת גמלת סיעוד, או לא פנו לקבלת גמלת סיעוד, משום שהכנסתם מצויה מעל לסף ההכנסה המזכה בגמלה. על פי סקר הוצאות משקי בית של הלמ"ס לשנת 2015, הכנסתם של כ-18% מהקשישים היתה מצויה באותה שנה מעל הסף המזכה בגמלה. לפיכך אנו מכפילים את מספר זכאי גמלת סיעוד ב-1.22 לקבלת אומדן מספר הסיעודיים בקהילה $(1.22 = 1 / (1 - 0.18))$.
**** מספר המיטות לטיפול ממושך בפיקוח משרד הבריאות בשנת 2015 היה 21,137 מיטות, ומספר המיטות לתשואים בבתי אבות בפיקוח משרד הרווחה בשנת 2012 (נתון אחרון) עמד על 8,128 מיטות (קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2015). אין בידנו את התפלגות הגילאים של נזקקי הסיעוד המצויים במוסדות אשפוז, ולפיכך אנו מניחים כי התפלגות זו זהה להתפלגות הגילאים של זכאי גמלת סיעוד.

⁵ קשישים סיעודיים המאושפזים במוסדות נמצאים במוסדות סיעודיים לרבות בתי אבות, בתי חולים לחולים כרוניים, מחלקות סיעודיות בדיור מוגן, בבתי חולים כלליים ובקיבוצים, במוסדות גריאטריים ומחלקות סיעודיות בבתי אבות. בשנת 2015 היו בישראל 304 מוסדות סיעודיים בפיקוח משרד הבריאות ועוד 167 מוסדות בפיקוח של משרד הרווחה. התפוסה במוסדות אלו עומדת על יותר מ-90 אחוזים (בריל ובויקו, 2015).
⁶ הכולל השתתפות במימון האשפוז או אשפוז במחיר מוזל (ראו התייחסות לכך בהמשך).

נתוני הביטוח הלאומי מאפשרים לנו להעריך גם את שיעור התלות הסיעודית בכל קבוצת גיל. בהיעדר נתונים מלאים, אנו מניחים, בהיעדר מידע מפורט יותר, כי התפלגות הגילאים של כלל נזקקי הסיעוד (כ-226 אלף) שווה להתפלגות הגילאים של הזכאים לגמלת סיעוד - כ-160 אלף איש, המפורסמת על ידי המוסד לביטוח לאומי (לוח 1). שיעור התלות הסיעודית מוגדר כסך הנזקקים לסיוע סיעודי מקבוצת הגיל. עלייה משמעותית בשיעור התלות הסיעודית מתרחשת בעשור התשיעי לחיים - התלות בגילאי 80-84 ו-85-89 קרובה ל-50% ו-75%, בהתאמה. שיעור התלות של קשישים המגיעים לגיל 90 ומעלה נאמד ב-90%.

על פי הערכתנו, ההוצאה הלאומית לסיעוד בשנת 2015 עמדה על כ-14.0 מיליארד ₪ - כ-1.2% תוצר. כמחצית מהוצאה זו מומנה מתקציב ציבורי והיתר באופן פרטי.⁷ לוח 2 מציג את סעיפי ההוצאה הלאומית לסיעוד וההוצאה בפועל, בהתאם לחישובים שערכנו.⁸ ההוצאה הלאומית המוצגת להלן איננה כוללת את העלות של טיפול לא פורמאלי, הבאה לידי ביטוי למשל בהפסד שעות עבודה.

לוח 2 - ההוצאה הלאומית על שירותי סיעוד, 2015

מיליארד ₪

הערות	סך הוצאה		ציבורי / פרטי	קהילה / אשפוז
	מיליארד ₪	אחוז מסך ההוצאה		
גמלת סיעוד המוסד לביטוח לאומי	5.4	38	ציבורי	קהילה
עלות העסקת עובדים זרים ומטפלים סיעודיים מעבר לתשלומי גמלת הסיעוד, או בקרב סיעודיים שאינם זכאים לגמלה	4.3	31	פרטי	
עלות אשפוז סיעודי משרד הבריאות (1.6), עלות אשפוז סיעודי מורכב קופות החולים (0.2), עלות אשפוז תשושי נפש משרד הרווחה (0.1)	1.9	13	ציבורי	אשפוז
השתתפות עצמית באשפוז סיעודי ציבורי, עלות אשפוז סיעודי פרטי	2.4	17	פרטי	
סה"כ הוצאה לאומית סיעוד	14.0			
מזה: הוצאה ציבורית	7.3	52		
מזה: הוצאה בקהילה	9.7	69		

מקור: נתוני המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, רשות האוכלוסין וההגירה ועיבודי המחברים.

⁷ הערכה זו תואמת את הערכתו של מכון טאוב (2017) להוצאה הלאומית על סיעוד ב-2014, כאשר מנכים מחישובם את הסעיף של פרמיות הביטוח הפרטי, וזאת כדי לשקף את ההוצאה בפועל על שירותי הסיעוד. הערכתנו גבוהה במקצת מהערכת משרד הבריאות, העומדת על כ-12.9 מיליארד ₪. ההבדלים נובעים מהנחה של הוצאה פרטית גבוהה יותר בקהילה ובמוסדות.

⁸ בנוסף להוצאה בפועל על שירותים, בשנת 2015 הוציאו משקי הבית סכום של 1.6 מיליארד ₪ נטו על תשלום דמי ביטוח סיעודי (קבוצתי או פרטי, תשלומי פרמיות בניכוי החזרי תביעות). סכום זה מבטא בעיקרו חיסכון לצורך מימון הוצאות סיעוד עתידיות, ולכן אינו נכלל בסך ההוצאה הלאומית.

2.2. הגופים המטפלים בנוזקקי הסיעוד

כ-87 אחוזים מהקשישים הסיעודיים בישראל קיבלו בשנת 2015 טיפול במסגרת קהילתית (כ-196 אלף איש מתוך 226 אלף, ראה לוח 3), והיתר אושפזו במוסדות. הטיפול בסיעודיים בקהילה מסופק על ידי שני גורמים מרכזיים: מטפלים ישראלים ומטפלים זרים. שירותי הטיפול מסופקים על ידי עובדים ישראלים בעיקר במסגרת חברות סיעוד אליהן העביר המוסד לביטוח לאומי את תשלומי גמלות הסיעוד.⁹ חברות אלה העסיקו ב-2015 כ-79 אלף מטפלים ישראלים ששכרם מומן, בחלקו לפחות, על ידי גמלת סיעוד. על פי נתוני רשות האוכלוסין וההגירה, באותה השנה הועסקו כמטפלים סיעודיים בקהילה כ-50 אלף עובדים זרים, שהיוו כ-40 אחוזים מסך המטפלים.¹⁰ במונחים של משרות מלאות חלקם גבוה בהרבה, לנוכח העובדה שרובם המכריע של העובדים הזרים (אם לא כולם), עובדים במשרה מלאה, ואילו המטפלים הישראלים מועסקים במשרות חלקיות. שעות העבודה הממושכות של העובדים הזרים משחררות את בני המשפחה מחלק גדול יותר מהטיפול הפיסי והאינסטרומנטלי בהשוואה למטפלים ישראלים. אולם העסקת מטפלים זרים בהיקפים נרחבים היא בעלת השלכות חברתיות, מוסריות וכלכליות, הקשורות בעיקר לעובדה ששכר הסף של עובדי הסיעוד הישראלים גבוה מזה של המטפלים הסיעודיים המגיעים מחו"ל (ראו למשל: אקשטיין ואחרים, 2008; איילון ואחרים, 2013).

בענף הסיעוד, בניגוד לענפים אחרים, לא קיימות מכסות למספר ההיתרים להעסקת עובדים זרים. ואולם, בשנת 2010 המדינה קבעה מנגנון שנועד להגביל את מספר העובדים הזרים המובאים לישראל כתלות בתעסוקה מלאה של העובדים שכבר נמצאים בארץ.¹¹ כנראה בהשפעתו של צעד זה, ואולי גם בזכות הגדלת שעות הסיעוד למעסיקי מטפלים ישראלים בלבד (שנכנס לתוקף החל ממארכ 2009) האט קצב הגידול של מספר הקשישים הסיעודיים המחזיקים היתרים להעסקת עובדים זרים ושל מספר העובדים שהועסקו בפועל – ואף חלה בהם ירידה זמנית במהלך חלק מהתקופה. מאז 2014 ייתכן כי התחדשה העלייה במספר העובדים הזרים בענף – אולם בגלל שבר בסדרה הממצא איננו וודאי (איור 2).

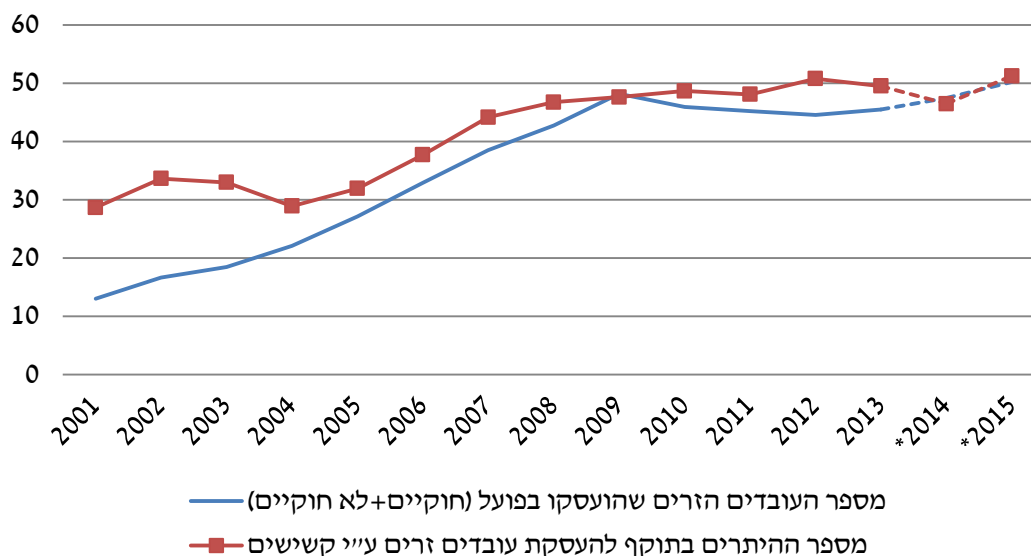
⁹ בשנת 2015 היו 121 חברות סיעוד, מהן כ-51 מלכ"רים והיתר חברות פרטיות.

¹⁰ לפי נתוני רשות האוכלוסין וההגירה (שהתקבלו בתכתובת ביולי, 2017), בשנת 2015 עבדו בענף הסיעוד בישראל כ-57.4 אלף עובדים זרים, 80 אחוזים מעובדים אלה היו בעלי היתר העסקה (חוקיים). כ-87 אחוזים ממחזיקי ההיתרים להעסקת עובדים זרים בענף הסיעוד הם קשישים סיעודיים. מכאן אנו מעריכים שכ-50.2 אלף עובדים זרים בישראל (חמישית מהם לא חוקיים) הועסקו כמטפלים בקשישים סיעודיים ב-2015.

¹¹ חברות הסיעוד מחויבות להעסיק 99% מהעובדים הנמצאים בארץ, וישנן מגבלות כמותיות על מספר העובדים שהן רשאיות להביא מדי שנה מחו"ל. בנוסף, המדינה מחייבת לרשום את העובדים הזרים בתאגידים מורשים ומסדירה את דמי התיווך המותרים בעת הבאתם ארצה, במטרה להגביר את הפיקוח בענף ולצמצם את התמריץ הכלכלי לחברות המטפלות בהבאתם ארצה. ראה נוהל העסקת עובדים זרים בסיעוד מינואר 2017:

https://www.gov.il/BlobFolder/policy/foreign_worker_employment_procedure/he/5.3.0002_0.pdf

איור 2- מספר הזרים המועסקים בענף הסיעוד בקהילה וההיתרים להעסקתם, 2015-2001
אלפים



מקור: רשות האוכלוסין וההגירה, משרד הפנים.

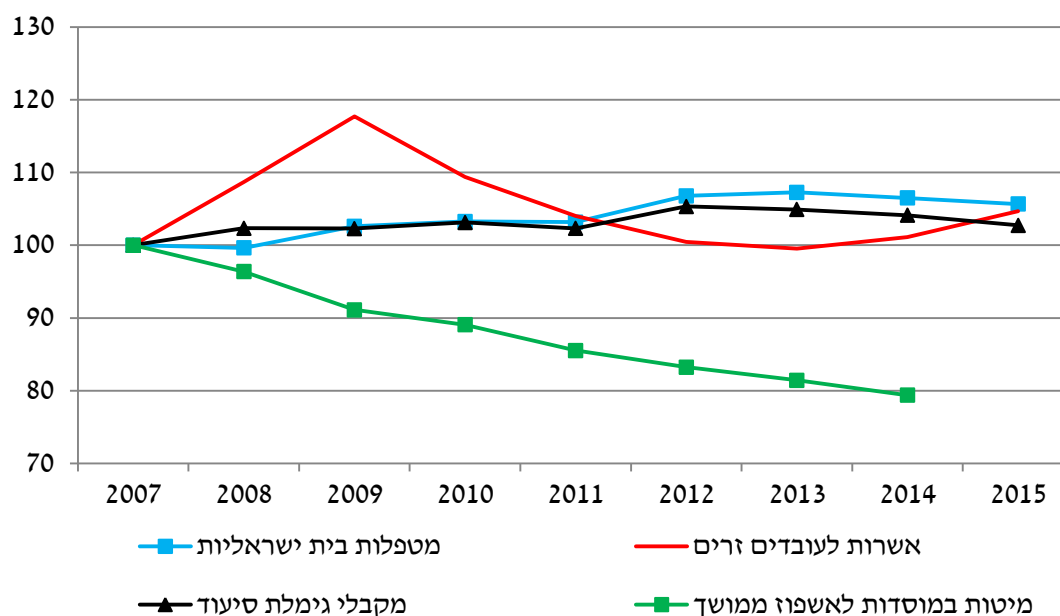
ענף הטיפול הסיעודי הוא ענף עתיר עבודה, שההתייעלות האפשרית בו איטית ומצומצמת. ההכשרה בענף מועטה ומדובר בעבודה קשה מבחינה פיסית ונפשית ובעלת תדמית נמוכה, אשר התגמול הכספי בעדה נמוך. על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, המטפלות הישראליות עבדו בעיקר במשרות חלקיות וכמעט כולן נשים מבוגרות - שעות העבודה הממוצעות שלהן היו כ-82 שעות בחודש (פחות מ-20 שעות בשבוע). יותר ממחציתן היו מעל גיל 50 וכרבע מהן היו בנות 60 או יותר (אסיסקוביץ 2017).¹²

איור 3 סוקר את גורמי הטיפול בקשישים סיעודיים בקהילה ובמוסדות ביחס לאוכלוסייה בשנים 2015-2007 – ובכך הוא מתקן את היצע גורמי הטיפול ביחס לצורך. בהתאם לאיור זה, מאז 2012 מספר מקבלי גמלת הסיעוד שומר על יציבות יחסית וכך גם מספר מטפלות הבית הישראליות, זאת לאחר תקופה בה שניהם עלו ביחס לאוכלוסיית בני 75+. במקביל, הלך והצטמצם בעקביות מאז 2007 שיעורן של המיטות לאשפוז ממושך ביחס לאוכלוסייה. ירידת היצע מיטות האשפוז ביחס לאוכלוסייה מבטא כנראה גם את הירידה בביקוש לאשפוז סיעודי המשקפת נטייה גוברת של הקשישים ובני משפחותיהם להעדיף את הטיפול בקהילה על פני הטיפול במוסדות, הן בשל התפיסה שהטיפול בקהילה מיטיב עם הקשישים וגם בגלל עלותו הגבוהה של האשפוז במוסדות.

¹² כ-60 אחוזים מהן היו וותיקות והיתר עולות; מחציתן טיפלו ביותר ממטופל אחד.

איור 3 - גורמי הטיפול בקהילה ובמוסדות בענף הסיעוד*, 2015-2007

מדד, שנת 2007 = 100



מקור: נתוני המוסד לביטוח לאומי, רשות האוכלוסין וההגירה, מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה ועיבודי המחברים.

* כל המספרים מתוקננים למספר הקשישים בני 75+. הנתונים בקשר למטפלות בית ישראליות נלקחו מסדרה שהתקבלה בהתכתבות ישירה עם המוסד לביטוח לאומי. מדובר במטפלות ישראליות שהועסקו במשקי בית ושכרן שולם, לפחות בחלקו, על ידי גמלת סיעוד בעין; הנתונים בקשר למקבלי גמלת סיעוד נלקחו מהמוסד לביטוח לאומי (סקירה שנתית 2015); נתוני האשרות לעובדים זרים התקבלו בהתכתבות ישירה עם רשות האוכלוסין וההגירה; נתוני המיטות במוסדות לאשפוז ממושך נלקחו ממאגר הנתונים של מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה באוניברסיטה העברית וכוללים את המיטות בפיקוח משרד הבריאות ובפיקוח משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

השכר שנקבע בפועל לשעת עבודה של מטפלת סיעודית לפי תעריף הביטוח הלאומי הוא שכר המינימום השעתי, והוא אינו כולל תשלום עבור זמן הנסיעה בין המטופלים. כנראה נהוג לדווח משמעותית ביתר על שעות עבודה - גם כדי להגדיל את השכר האפקטיבי לשעה. על מנת להתמודד עם הדיווח הבעייתי על שעות העבודה, החל מ-2018 הפיקוח על שעות העבודה בפועל של המטפלות ייעשה על ידי רישום נוכחות באמצעות הטלפון הנייד בביתו של הקשיש המטופל, אך עדיין לא ברור עד כמה שיטת הפיקוח החדשה תהיה אפקטיבית. אמנם פיקוח הדוק יותר על שעות העבודה של המטפלים ישפר את מצבם של המטופלים, אך הוא למעשה יוריד את שכר המטפלים ועלול להגביר את מחסור העובדים.

באשר לעובדים הזרים, אנו מעריכים כי עלות ההעסקה הכוללת של עובד סיעוד במשרה מלאה היא כ- 6,500-7,500 ₪ בחודש. עלות זו כוללת תשלום שכר מינימום,¹³ הוצאות מעסיק על זכויות סוציאליות, והוצאות נוספות, כדוגמת העסקת עובד ממלא מקום ביום החופשה השבועי של העובד הזר ובימים נוספים, כגון ימי חופשה לאומיים של מדינת המוצא של העובד. נוסף לעלות ההעסקה של מטפל, קשיש סיעודי נאלץ להוציא סכומי כסף לא מבוטלים על ציוד ושירותים הקשורים במצבו התפקודי (כגון הסעות, מכשירי סיוע לניידות, תרופות וחיתולים). לאור זאת אנו

¹³ שכר הנטו הכספי לעובד עשוי להיות נמוך יותר מכיוון שהמעסיק רשאי לקזז הוצאות שונות, כגון שכר דירה, ביטוח בריאות, והוצאות כלכלה מתשלום השכר ברוטו. (אתר האינטרנט של רעות-אש"ל - גוינט ישראל www.reutheshel.org.il)

מעריכים כי ההוצאה החודשית הכוללת הקשורה בטיפול סיעודי אישי בקהילה באמצעות עובד זר מסתכמת בכ-8,000 ₪ (סכום זה אינו כולל את הוצאות המחיה הרגילות).

התשלום עבור טיפול במוסדות סיעודיים יקר יותר בהשוואה לעלות העסקת עובד זר במשרה מלאה בקהילה. תשלום זה כולל את שירותי הדיור והוצאות המחיה האחרות המסופקים במוסדות האשפוז.¹⁴ לכאורה, העלות הכלכלית הכוללת במוסדות הסיעודיים עשויה להיות זולה יותר בהשוואה לקהילה, בשל קיומם של יתרונות לגודל - שכן מספר רב של קשישים מאוכלסים שם יחד. אולם בפועל נראה שמכיוון שבמוסדות הסיעודיים מועסקים עובדים עם מיומנות גבוהה יותר, היתרונות לגודל בקשר לכוח האדם הלא מקצועי המועסק במוסדות האשפוז מתקזזים אל נוכח עלויות כוח האדם המקצועי (רופאים ואחיות) הגבוהות, שקיימת מחלוקת אם הרכב כוח האדם הנדרש אכן מוצדק. גורם נוסף המייקר את האשפוז במוסדות סיעודיים ביחס לשהות בקהילה הוא שהעסקת עובדים זרים במוסדות סיעודיים אינה מותרת בחוק.

מבחינת המאפיינים הדמוגרפיים, קיימים הבדלים בין נזקקי הסיעוד בקהילה ובאשפוז (לוח 3). שיעורן של הנשים הנהנות מסיוע ציבורי בקהילה ובאשפוז דומה, ובכל מקרה הוא גבוה בהשוואה לגברים – בין היתר בגלל שלנשים תוחלת חיים גבוהה יותר. סביר כי אם קיימים הבדלים בין שתי הקבוצות, הם קיימים מבחינה תפקודית, כאשר מקבלי הקוד כנראה מצויים במצב חמור יותר. כנראה שקיימים גם הבדלים במצבם הכלכלי של המטופלים, כאשר מקבלי הקוד הם כנראה בממוצע בעלי הכנסות נמוכות יותר - משום שעבור בעלי הכנסות נמוכות שווי הסיוע של הקוד גבוה יותר ביחס לעלות הטיפול בהשוואה לסיוע המרבי בקהילה.

לוח 3 - מאפייני נזקקי סיעוד בקהילה ובאשפוז

זכאי קוד משרד הבריאות לאשפוז (2014)	מספרים מוחלטים	זכאי גמלת סיעוד בקהילה (2015)	מספרים מוחלטים	
				סך הכל
	13,595		160,760	<u>מזה:</u>
				נשים
69%	9,372	70%	113,051	עולים
	לא ידוע	25%	40,341	
22%	2,939	14%	21,762	עד 74
13%	1,829	18%	29,138	75-79
19%	2,590	25%	40,518	80-84
46%	6,237	43%	69,342	+85

מקור: נתוני המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות.

¹⁴ כמו כן תשלום זה כולל חלק משירותי הבריאות שהמאושפזים במוסדות מקבלים במוסד עצמו ואילו המתגוררים בקהילה צורכים דרך קופות החולים.

לצד של גורמי הטיפול הפורמאליים שהוצגו להלן, קיימים המטפלים הלא-פורמאליים. הטיפול והתמיכה של גורמים אלו - בעיקר ילדים, בני זוג ובני משפחה אחרים - בקשישים סיעודיים הינו נרחב וחשוב. טיפול זה מתבטא בסיוע במגוון תחומים - טיפול אישי ואחזקת הבית, תיווך ותיאום מול גורמים מטפלים ובירוקרטיה ותמיכה נפשית וחברתית.¹⁵ בחלק מן המקרים המטפלים הלא-פורמאליים הם המטפלים העיקריים ובחלק אחר של המקרים הם מעניקים טיפול וסיוע נוספים לטיפול הפורמאלי.¹⁶ בישראל, אוכלוסיית היהודים הוותיקים נוטה להשתמש יותר בשירותי סיעוד פורמאליים, ביחס לעולים ולערבים, אשר מסתמכים יותר על טיפול מגורמים לא פורמאליים (איילון, 2013).

כדי להעריך את החשיבות של הטיפול בסיעודיים על ידי גורמים לא פורמאליים, בדקנו מהו החלק של שעות הטיפול ממטפלים לא-פורמאליים מתוך כלל שעות הטיפול בנזקקי סיעוד. על בסיס עיבוד שערכנו לנתוני הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2006, שעסק בדפוסי הטיפול של האוכלוסייה בקרובים ובנזקקים (למ"ס, 2008), אנו מגיעים להערכה כי סך שעות הטיפול השבועיות של מטפלים לא-פורמאליים בשנת 2006 נע בין 2.3 ועד 4.9 מיליון שעות (לוח 4) שהיו כשליש עד מחצית מכלל שעות הטיפול האישי לנזקקי סיעוד ב-2006, וכל זאת כאשר איננו מביאים בחשבון את חלקם של המטפלים הלא פורמאליים בסיוע בפעולות יום-יום אינסטרומנטאליות (IADL) ובתמיכה חברתית – בהן משקלם גדול הרבה יותר.¹⁷

2.3. הביטוח הציבורי של שירותי הסיעוד

על מערך הביטוח הציבורי הסיעודי לקשישים בישראל מופקדים שני גופים עיקריים - המוסד לביטוח לאומי האמון על מתן שירותים בקהילה ומימון (סעיף 2.3.1 להלן) ומשרד הבריאות האמון על מימון שירותי האשפוז (סעיף 2.3.2 להלן), ולצידם גופים נוספים אשר תפקידם משני - קופות החולים, הרשויות המקומיות, משרד הרווחה ומשרד הפנים (רשות האוכלוסין) (סעיף 2.3.3 להלן).¹⁸ הזכאות לקבלת סיוע ציבורי מבוססת על מידת התלות של הקשיש והיקף הסיוע הכספי תלוי בנוסף גם במבחני הכנסות, אך אין אחידות בקריטריון הזכאות ובמבחני ההכנסה בין הגופים השונים.

¹⁵ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הסקר החברתי 2006.

¹⁶ מדינת ישראל היא היחידה במדינות העולם שעיינה בחוק את חבותם המשפטית של ילדים כלפי הוריהם הזקנים. כל עוד הקשיש נמצא בקהילה מימוש חבות זו נתון לשיקול דעתה ויכולתה של המשפחה. אולם הממשלה מוציאה אל הפועל חבות זו במימון הטיפול הסיעודי במוסדות (ברודסקי ואחרים, 2011). חבותם המשפטית של בני משפחה לרווחתו של הזקן מעוגנת במקום נוסף: החוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות), התשי"ט – 1959 קובע את זכותו של זקן לתבוע מזונות מבני משפחתו ואת רשותם של משרדי הממשלה לתבוע מבני המשפחה לדאוג לזקן.

¹⁷ גורמי מקצוע מצביעים על מורכבות התפקיד של המטפלים הלא-פורמאליים ומכירים בחשיבות התמיכה בהם באמצעות שירותים ציבוריים ייעודיים (כגון גמלות כספיות, ימי חופשה ייעודיים ותמיכה נפשית). בגלל שעל פני זמן יורדים שיעורי הילודה וגדלה הנטייה לחיות שלא בזוג, היחס בין מספר המטפלים הלא פורמאליים לקשישים הזקוקים לסיוע סיעודי ירד במרוצת השנים וצפוי לרדת אף יותר. כך שבצד עליית נחיצותו וההכרה בחשיבותו, זמינות הטיפול הלא פורמאלי צפויה להצטמצם - עובדה אשר תיתן רוח גבית להגדלת הביקוש לשירותי סיעוד פורמאליים (ברודסקי ואחרים, 2011). בישראל לא קיימות מסגרות מוסדיות לתמיכה במטפלים לא-פורמאליים.

¹⁸ קבלת היתר להעסקת עובד זר בסיעוד נחשבת אף היא לסיוע ציבורי.

לוח 4 - מטפלים לא-פורמאליים במערכת הסיעוד ותשומת העבודה שלהם, שנת 2006

שעות טיפול שבועיות (אלפים)					מספר מטפלים (אלפים)			
מטפלים בבני 60 ומעלה	מטפלים בקשיש	מטפלים באנשים עם קשיים בתפקוד הנובעים מגיל מבוגר			בני 60 ומעלה*	קשיש*	אנשים עם קשיים בתפקוד הנובעים מגיל מבוגר*	קבוצת גיל
270	169	116	39.7	9.7	70	44	30	24-20
1,609	1,133	745	45.4	11.4	310	218	143	44-25
2,154	2,101	1,191	42.9	13.4	374	365	207	64-45
572	599	173	42.0	16.2	84	88	25	74-65
298	287	108	41.3	16.6	43	42	16	+75
4,903	4,289	2,333	43.3	12.5	881	757	421	סה"כ

מקור: הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2006 ועיבודי המחברים.

* מטפלים בקשיש הוגדרו כבני 24-20 שדיווחו כי על טיפול בסבא או סבתא; בני 44-25 שדיווחו על טיפול בסבא או סבתא ועוד כמחצית מהמדווחים על טיפול בהורה או הורה של בן הזוג; בני 64-45 המטפלים בהורה או הורה של בן הזוג; בני 74-65 המטפלים בבן או בת הזוג, אח או אחות וכן הורה או הורה של בן הזוג; בני 75+ המטפלים בבן או בת הזוג או באח או אחות.

מטפלים בבני 60 ומעלה הוגדרו כמי שדיווחו על מטופל אחד לפחות שהיה בן 60 ומעלה. מטפלים באנשים עם קשיים בתפקוד הנובעים מגיל מבוגר הוגדרו כמי שדיווחו כי סיבת הנזקקות העיקרית של המטופל היתה "קשיים בתפקוד הנובעים מגיל מבוגר".

** ממוצע שעות הטיפול השבועיות חושב על סמך התפלגות הדיווח בקשר למספר שעות הטיפול בשבוע. מס' שעות הטיפול של הקבוצה שדיווחה על 0-4 שעות בשבוע נלקח להיות 2, של הקבוצה שדיווחה על 5-9 שעות להיות 7, של הקבוצה שדיווחה על 10-19 שעות להיות 14.5 ובקשר לקבוצה שדיווחה על למעלה מ-20 שעות טיפול בשבוע הנחנו 30 שעות טיפול.

*** משקל הטיפול האישי הוא שיעור המטפלים בקרב קבוצת הגיל אשר דיווחו כי הטיפול שהם מעניקים כולל מרכיב של טיפול אישי. סוגי טיפול אחרים הינם פעולות IADL: השגחה, עזרה בעבודות הבית, עזרה בפעילות מחוץ לבית, תמיכה כספית, פעילות פנאי ועזרה אחרת.

2.3.1 הביטוח הציבורי בקהילה במסגרת המוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי הוא הגורם המרכזי במימון ופיתוח שירותים לטיפול בקשישים סיעודיים בקהילה והוא מעניקם החל מ-1988 במסגרת תקנות הביטוח הלאומי (ביטוח סיעוד), התשמ"ח - 1988. השירותים בקהילה נתפסים כעדיפים בעיני רוב הקשישים וכן בעיני הממשלה. הטיפול בקהילה הוא בסביבת המגורים של הקשיש ובקרבת בני משפחתו ומעגלים חברתיים נוספים וסביבה זו נתפסת כמיטיבה עם הקשיש. מעבר לכך, מנקודת ראותה של הממשלה, עלות הטיפול בקהילה היא נמוכה בהשוואה לאשפוז במוסדות, בעיקר משום שבאשפוז יש לקחת בחשבון גם את עלויות הדיור והוצאות המחיה, כולל מגורים, תרופות ומזון, שבקהילה נושא בהן הקשיש, ובגלל שכוח האדם המועסק במוסדות הוא יקר יותר.

זכאים לקבל את הגמלה מי שגילם גבוה מגיל הפרישה (62 לנשים ו-67 לגברים) ובנוסף נמצאו תלויים לפחות "במידה רבה" בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום יומיות או שהם זקוקים להשגחה מתמדת. גמלת הסיעוד ניתנת לזכאים לרוב כגמלה בעין. היא משולמת לארגון המספק את שירותי הסיעוד לקשיש, שירותים הכוללים: טיפול אישי או השגחה בבית, הסעה וטיפול אישי במרכז יום, אספקת מוצרי ספיגה, שירותי מכבסה ומימון שימוש במשדרי מצוקה. מאוקטובר

2015 הגמלה גם יכולה להיות משולמת כגמלה כספית, למעסיקים מטפל צמוד לפחות ששה ימים בשבוע 12 שעות ביממה. רק קומץ מהזכאים (1.5 אחוזים מהזכאים) בחרו בדצמבר 2015 לקבל גמלה בכסף.¹⁹

במסגרת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעו שלוש רמות זכאות, לפי מידת התלות של הקשיש בסיוע הזולת שנקבעה במבחן ה-ADL. מידת התלות קובעת את רמת הגמלה במונחי שעות סיוע שבועיות או במונחי גמלה כספית (לוח 5). על פי שיטה זו, הקשר בין מידת התלות של הקשיש בסיוע הזולת לגמלת הסיעוד אינו קשר רציף ובכל רמת תלות רמת הגמלה היא אחידה. שיטה זו גורמת לכך שקשישים המוגדרים ברמת הזכאות הנמוכה, אך נמצאים קרוב לגבול העליון בניקוד צרכי הסיוע של רמת זכאות זו, מקבלים סיוע נמוך יחסית. בנוסף, כפי שמוצג בפרק 5, נראה שבקרב קשישים הנמצאים ברמות התלות הגבוהות, רמת הכיסוי היא נמוכה מדי ומכסה רק חלק קטן מהוצאות הטיפול.²⁰

גובה הגמלה נקבע בהתאם להכנסות הקשיש ובן זוגו - כאשר היא מוענקת כגמלה בעין, ולמקבלים גמלה בכסף נבחנות בנוסף הכנסות בן המשפחה המטפל בקשיש ומתגורר עמו. כאשר שני בני הזוג מגישים תביעה לגמלה, מחולק סך הכנסותיהם לשניים, ומבחן ההכנסות נעשה לכל אחד מהם כאילו היו יחידים. שווי הגמלה, בכפוף למידת התלות בסיוע הזולת, יקבע בהתאם למבחן ההכנסות באחת משתי רמות: גמלה מלאה או מחצית גמלה. כאשר ההכנסה עולה מעל הסף המזכה במחצית גמלה, לא יהיה הקשיש זכאי לגמלה כלל. סף ההכנסות לצורך זכאות לגמלה מלאה ליחיד הוא השכר הממוצע במשק, ולזוג הכנסה משותפת של 1.5 השכר הממוצע.²¹ מעל הכנסה זו ועד לרמת הכנסה של 1.5 מהשכר הממוצע (ליחיד) ו-2.25 מהשכר הממוצע (לזוג) הזכאות היא למחצית גמלה. מעל רמות הכנסה אלו, הקשיש אינו זכאי לגמלת סיעוד (לוח 5).

בשנת 2015 היו זכאים לגמלת סיעוד כ-160 אלף קשישים, מהם כרבע הוכרו ברמת התלות הגבוהה ביותר, רבע ברמה הבינונית ומחציתם ברמה הנמוכה (איור 4). בין השנים 2000 ל-2015 עלה מספר זכאי גמלת סיעוד מ-100 אלף ל-160 אלף, גידול של 60%, קצב גבוה מקצב גידול אוכלוסיית הקשישים בני 75+ באותה התקופה. בשנים האחרונות גדל גם שיעור מקבלי הגמלה ברמת התלות הגבוהה.

¹⁹ תכנית הטיפול בקשיש - אילו שירותים יש לספק ומי מספק אותם, נקבעת על ידי ועדות מקומיות הכוללות נציג של הרשות המקומית, אחות קופת חולים ונציג הביטוח הלאומי. הקריטריונים לקבלת גמלת סיעוד מתעדכנים מדי פעם, ובשנים האחרונות נעשו בהם מספר שינויים שנועדו להקל על חלק מן האוכלוסיות הנזקקות בתהליך הביורוקרטי לקבלת הגמלה. למשל, מתאפשר לקשישים מעל גיל 90 לבצע את מבחן התלות אצל רופא מומחה לגריאטריה, ואישור הזכאות על פי מסמכים רפואיים במקרים אחרים. שינוי משמעותי נוסף היה תוספת לגמלה למעסיקים מטפלים ישראלים החל משנת 2009.

²⁰ טענה זו מופיעה גם בדוח הביטוח הלאומי לשנת 2011.

²¹ כאשר רק אחד מבני הזוג סיעודי ומגיש תביעה לקבלת גמלה.

לוח 5 - גמלת הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי

שווי הגמלה**		טווח הציונים במבחן ה-ADL*	רמת התלות בסיוע הזולת
(שעות טיפול שבועיות בעין או גמלה כספית) (בסוגריים : כולל התוספת למעסיקי עובד ישראלי)			
מחצית הגמלה	גמלה מלאה***		
5 שעות ₪ 996 (אין תוספת למעסיקי עובד ישראלי)	9.75 שעות ₪ 1,992 (אין תוספת למעסיקי עובד ישראלי)	2.5—5.5 נקודות ADL	תלוי במידה רבה
8 שעות ₪ 1,642 (₪ 1,940)	16 שעות ₪ 3,284 (₪ 3,879)	6—8.5 נקודות ADL	תלוי במידה רבה מאד
9 שעות ₪ 1,839 (₪ 2,235)	18 שעות ₪ 3,678 (₪ 4,470)	9—11 נקודות ADL	תלוי לחלוטין

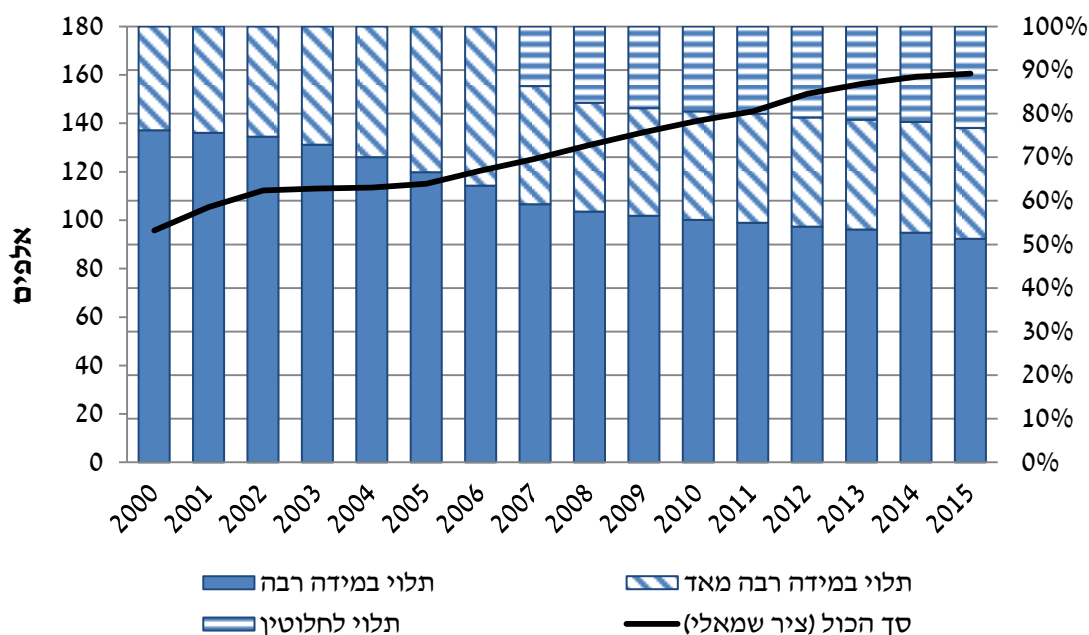
המקור : המוסד לביטוח לאומי (2012), סקירה שנתית 2011, פרק 3 ; המוסד לביטוח לאומי (2016), סקירה שנתית 2015, פרק 3.

* במבחן ה-ADL ניתן לצבור לכל היותר 11 נקודות. הסעיפים המזכים בניקוד הרב ביותר (7 נקודות) הם ניידות (תלות מוחלטת בסיוע בהליכה, בקימה, בשיבה או ביציבה) ובשימוש בשירותים וטיפול בהפרשות והצורך בהשגחה (9 נקודות), כאשר אין כמעט רמות ביניים בסעיפים אלה. עם זאת, מידת התלות בביצוע פעולות ADL של הנמצאים ברמת הגמלה הנמוכה נעה בין יכולת חלקית לבצע פעולות אלה, לתלות מלאה בסיוע לשם ביצוען של פעולות כמו אכילה, רחצה והתלבשות (המזכות בניקוד ADL נמוך יותר). מושג לגבי ההתאמה בין הניקוד במבחן למידת התלות בסיוע הזולת בביצוע פעולות יומיומיות מסוימות ניתן למצוא ב"טופס הערכת תלות של רופא מומחה בגריאטריה לבני 90 ומעלה" המוסד לביטוח לאומי.

** גובה הגמלה נקבע כ-91%, 150%-ו-168% מקצבת נכות מלאה ליחיד, בהתאמה, לפי מידת התלות, ומחצית מזה למקבלי מחצית הגמלה. הסכומים המצוינים הם לשנת 2015.

*** המעסיקים עובד ישראלי בלבד זכאים לתוספת שעות בשבוע (3 שעות לרמת הזכאות הבינונית ו-4 שעות לגבוהה ; מחצית מתוספת זו יקבלו הזכאים למחצית הגמלה).

איור 4 - זכאים לגמלת סיעוד, סה"כ ובחלוקה לפי רמת תלות*, 2000-2015



מקור: המוסד לביטוח לאומי והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
* רמת הגמלה "תלוי לחלוטין" נוספה מ-2007.

2.3.2 הביטוח הציבורי באשפוז במסגרת משרד הבריאות

כ-30 אלף קשישים שהו במוסדות סיעודיים ב-2014 – כ-13 אחוזים מכלל הקשישים הסיעודיים. רובם המוחלט של מוסדות האשפוז הסיעודיים מצויים בפיקוח משרד הבריאות והיתר במוסדות בפיקוח משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. כ-21 אלף קשישים שהו במוסדות בפיקוח משרד הבריאות בשנת 2015 אולם רק שני שלישים מהם נהנו מתשלום מופחת באמצעות "קוד" – שהוא נוהל ההשתתפות של משרד הבריאות במימון האשפוז הסיעודי.²² במסגרת הסדר זה שילמו המשפחות סכום השתתפות עצמית שנע בין המינימום, כ-750 ₪ לחודש (כ-32 אחוזים מגובה קצבת זקנה לזוג), ועד המקסימום - תעריף משרד הבריאות שעומד על 425 ₪ ליום אשפוז או כ-12.9 אלף ₪ בחודש.²³ בקביעת ההשתתפות העצמית נלקחים בחשבון ההכנסות והנכסים של המועמד לאשפוז ובן/בת זוגו וכן הכנסותיהם של ילדיו. ההשתתפות העצמית החודשית הממוצעת למאושפז בקוד משרד הבריאות עמדה על כ-3,000 ₪.²⁴

בגלל מורכבות הביצוע של מבחן ההכנסות, שחל גם על ילדיו של הקשיש, קשה להעריך את מידת הפרוגרסיביות של הסיוע באמצעות הקוד, אך ברור כי השתתפות עצמית נמוכה מאפיינת רק בעלי הכנסות נמוכות מאוד. כמו כן, אין אנו יודעים עד כמה שימוש בקוד משרד הבריאות מפחית את

²² אנו מתייחסים להלן למנגנון המימון של מיטות האשפוז המפוקחות על ידי משרד הבריאות בלבד.

²³ מתוך מצגת של משרד הבריאות בנושא רפורמה בביטוח הסיעודי הציבורי, יולי 2016. הסיוע ניתן אך ורק באחד מהמוסדות הסיעודיים עמם יש למשרד הבריאות הסכם. הזכאות לסיוע נקבעת בהתאם למסמכים רפואיים של הקשיש המוגשים למשרד הבריאות, ובהמשך לפגישה של בני המשפחה עם אחות ועובדת סוציאלית מלשכת הבריאות המחוזית המאשרות את בקשת הזכאות.

²⁴ השתתפות עצמית זו כוללת את סכומן של גימלות הסיעוד שמועברות ישירות מהמוסד לביטוח לאומי למשרד הבריאות, שאילולי כן היו מועברות למשקי הבית. המידע המוצג מבוסס על התכתבות עם משרד הבריאות, מאי 2017 ועיבודי המחברים.

עלויות האשפוז ביחס לאלטרנטיבה שהיא אשפוז ללא שימוש בקוד, תוך שמירה על איכות טיפול קבועה.

2.3.3 גופים נוספים העוסקים בטיפול בקשישים סיעודיים

משרד הבריאות, בנוסף לסיוע במימון אשפוז סיעודי, משתתף במימון השימוש במכשירי שיקום וניידות לקשישים סיעודיים השוהים בקהילה. זכאים לסיוע קשישים המקבלים הפנייה מקופת החולים ומצוידים בדוח רפואי וסוציאלי. ההשתתפות של משרד הבריאות היא בגובה 75 אחוזים מעלות המכשיר או מתקרת ההשתתפות שנקבעה בנוהל, ואת היתר משלם הקשיש הסיעודי או בני משפחתו. הזכאות לסיוע היא על בסיס רפואי תפקודי בלבד, ולא על בסיס הכנסות.

משרד הרווחה מפעיל באמצעות "השירות לזקן" מרכזי יום ומועדונים חברתיים, "שכונות תומכות" וכן הוא מעניק טיפול אישי, עזרה ביתית וסיוע בצרכים מיוחדים (הסעות לטיפולים, השלמת ציוד בית, ארוחות, מוצרי ספיגה). השירותים שמעניק המשרד נועדו לאזרחים וותיקים (מעל גיל הפרישה הרשמי) שאינם זכאים לגמלת סיעוד לפי חוק ביטוח סיעוד (למשל מכיוון שהם אינם מוגבלים דיים), אך נמצא שאינם יכולים לתפקד בעצמם. רבים מהקשישים המקבלים סיוע ממשרד הרווחה הם קשישים עניים המטופלים ע"י המחלקות לשירותים חברתיים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2015). השירות מממן מתקציב משרד הרווחה, וההוצאה על שירותים אלה עמדה בשנת 2014 על סך כ-13 מיליון ₪ (למימון סיוע בטיפול אישי ועזרה בניהול משק הבית בלבד).²⁵

2.4 הביטוח הפרטי של שירותי הסיעוד

2.4.1 סוגי פוליסות הסיעוד

שוק ביטוח הסיעוד בישראל ריכוזי יחסית: את פוליסות הסיעוד מספקות 7 חברות ביטוח, וב-2015 שלוש חברות הביטוח הגדולות החזיקו ב-99% מהפוליסות הקבוצתיות ו-72% מפוליסות הפרט. הגוף המפקח על ביטוח הסיעוד הפרטי הוא רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון (להלן - "רשות שוק ההון" או "הרגולטור"). בשנת 2015 היו בישראל 4.96 מיליון פוליסות קבוצתיות ועוד 0.66 מיליון פוליסות פרט, כך שמספר פוליסות הביטוח הסיעודי הכולל עמד על כ-5.6 מיליון.

הביטוח הסיעודי הפרטי הוא מוצר המבוסס על תשלום פרמיה לאורך תקופה ארוכה והוא מקנה בעת אירוע פיצוי כספי או שיפוי (החזר) חודשי למשך תקופה קצובה. מאחר והסיכון להפעלת הביטוח עולה באופן משמעותי עם הגיל, הפרמיות משלמים מבוטחים המצטרפים לביטוח בגיל צעיר נמוכות מאד. פוליסות הסיעוד הפרטיות כוללות מרכיב חיסכון כך שפרטים שהחלו לבטח את עצמם בביטוח סיעודי בגיל צעיר יותר ישלמו פרמיית ביטוח שהיא אמנם נמוכה, אך גבוהה מהעלות האקטוארית המתאימה לגיל. המטרה של מרכיב החיסכון היא להחליק את תוואי הפרמיה על פני השנים ולהפחית את נטל התשלומים בגילאים המבוגרים. החל משנת 2003,

²⁵ בשנת 2014 נהנו מעזרה בניהול משק הבית כ-5,500 קשישים; כ-4,500 זכו למימון שהות במרכזי יום; וכ-34,000 איש זכו לסיוע בצרכים מיוחדים.

בפוליסות פרט נשמרות זכויותיו של מבוטח המבקש לבטל את הפוליסה לאחר תקופה מסוימת של תשלום פרמיות, וניתן לו ביטוח חלקי, בהתאם לגובה הפרמיות ששילם.²⁶

ההצטרפות לביטוח סיעודי מותנית בחיתום רפואי (underwriting). הפעלת הביטוח כרוכה במבחן לביצוע פעולות שגרתיות (ADL), כשרשות שוק ההון מפקחת על הנהלים לביצועו. התנאי להפעלת הפוליסה הוא קושי בביצוע 3 מתוך 6 פעולות ADL או מצב של תשישות נפש - תנאי מחמיר יותר מהתנאי לקבלת גמלת סיעוד של המוסד לביטוח לאומי.²⁷ בכל פוליסות הביטוח הפיצוי הכספי או השיפוי הוא גבוה יותר לסיעודיים המקבלים טיפול במוסדות סיעודיים, ביחס לאלה המקבלים טיפול בקהילה.²⁸

החלק הארי של המבוטחים בביטוח סיעוד - כ-4 מיליון פוליסות בסוף שנת 2015, הם בעלי פוליסות הנרכשות דרך קופות החולים. החל משנת 2015 פוליסות אלו הן במבנה של פוליסה קבוצתית אחידה שתנאיה נקבעים, מעודכנים ומפוקחים על ידי רשות שוק ההון. תנאי הפוליסות זהים בין קופות החולים וקיימים הבדלים קלים בתמחור (אחוזים בודדים). נכון להיום, הפרמיה המקסימאלית היא 200 ₪ בחודש למצטרפים בגיל מבוגר.²⁹ הפוליסות בקופות החולים מספקות תשלום חודשי כתלות בגיל ההצטרפות בגובה של 3,500-5,500 ₪ לטיפול בקהילה ו-4,500-10,000 ₪ לתשלום למוסד (לוח 6).

הקבוצה השנייה בגודלה של מבוטחי הסיעוד היא בעלי פוליסות קבוצתיות-פרטיות. בסוף שנת 2015 היו בישראל כמעט מיליון פוליסות קבוצתיות אשר לא נרכשו דרך קופות החולים. על פי רוב מדובר בקבוצות עובדים אשר רכשו ביטוח סיעוד דרך המעסיק או בתיווך ועד העובדים. הפוליסות הקבוצתיות, הן של קופות החולים והן הפרטיות, אמורות לנצל את היתרונות הטמונים בגודל של הקבוצה למטרת הקטנת הסיכון למבטח מחד, והגדלת כושר המיקוח מאידך. כמו כן, הן כוללות מרכיב משמעותי של סבסוד צולב בין המבוטחים הצעירים והמבוגרים. הבעיה העיקרית בפוליסות אלו היא שסיום יחסי עובד-מעביד מביא לסיום הפוליסה ומשאיר את הפרטים ללא ביטוח סיעודי, לעיתים לאחר שנים רבות של תשלום פרמיית הביטוח.

בשנים האחרונות רשות שוק ההון מנסה לטפל בבעיות הקיימות בביטוחים אלה. החל מסוף שנת 2017 הרשות מתכוונת שלא לאפשר חידוש של פוליסות קבוצתיות מהמבנה הישן אלא רק

²⁶ מאפיין זה נכון לגבי פוליסת פרט בלבד. אם סכום התגמול המגיע למבוטח אשר הפסיק את תשלום הפרמיה במהלך התקופה הוא פחות מ-800 ₪ בחודש אזי המבוטח יכול לבחור למשוך ערכי פדיון כתשלום הוני.

²⁷ כנראה שמבחן ה-ADL שנהוג לערוך בחברות הביטוח מחמיר יותר בהשוואה למבחן שעורכים במוסד לביטוח לאומי, וייתכן שבעקבות המעבר להתבססות על הערכות התלות של המוסד לביטוח לאומי יערכו חברות הביטוח הערכה מחודשת של יכולתן לעמוד בתשלומי פיצויי הביטוחים הסיעודיים ובהתאם ייעשה גם תמחור מחודש של הפוליסות (שיחת טלפון עם אורנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, 19.05.2017).

²⁸ בפוליסות הסיעוד הפרטיות אין אפשרות לקבל זכאות חלקית, וזאת בשונה מהביטוח הציבורי המאפשר גמלה חלקית.

²⁹ מידע זה התקבל בהתכתבות מרשות שוק ההון. רשות שוק ההון דואגת שהפוליסה מתומחרת כך שהמבטח יעמוד בתשלום הוצאות הסיעוד של הקבוצה הנוכחית בקופת החולים לכל ימי חייה של הקבוצה אם היא נשארת סגורה ולא מצטרפים מבוטחים חדשים. כוונת הרגולטור היא שייצבר הון המבטח את החיסכון הנדרש לתשלום הוצאות הסיעוד בעתיד. בנוסף, הרגולטור מעוניין כי לחברות הביטוח יהיה חלק בסיכון, ולפי מידע שברשותנו רשות שוק ההון מתכוונת לקבוע לחברות הביטוח חובת תשלום של 20% מעלות הסיעוד מחשבונו הנוסטרו שלהן, כאשר השאר ישולם מקרן ייעודית לאוכלוסיית קופת החולים שמטרתה לוודא תשלום תביעות לכל ימי הקבוצה. כך, במקרה של שינוי בחברה המבטחת יישארו העודפים שנצברו מפרמיות משנים קודמות.

פוליסות קבוצתיות במבנה חדש, הנמכרות עם כיסוי לכל החיים בדומה לפוליסות פרט.³⁰ פתרון זה לא מתייחס לקבוצת המבוטחים הנוכחית בפוליסות הקבוצתיות הישנות שעומדת לאבד את הכיסוי הביטוחי שלה. בהתייחס לקבוצה זו, בכוונת הרגולטור לאפשר לחברי הפוליסות הקבוצתיות הישנות לעבור לפוליסות קבוצתיות של קופות החולים או לפוליסות פרטיות בתום ההסכם הקבוצתי ללא חיתום רפואי. עבור האוכלוסייה המבוגרת, עלות הכיסוי הביטוחי הפרטי מגיעה למאות שקלים בחודש ואף יותר מכך, ולכן סביר שיצטרפו לביטוח הסיעוד הקבוצתי בקופות החולים. לפי הערכות רשות שוק ההון מתוך כ-200 אלף בעלי פוליסות קבוצתיות בגילאים מבוגרים, כמחצית נמצאים כבר היום בביטוח הקבוצתי בקופות החולים.

לוח 6- מאפייני פוליסות ביטוח סיעוד פרטי

מאפיינים/סוג הפוליסה	קופ"ח	פרט וקבוצתי חדש	קבוצתי ישן
חיתום רפואי	+	+	+
זכויות לפי גיל כניסה	+	+	-
תוואי הפרמיה	לפי גיל נוכחי	קבועה / גידול של 4% בשנה	קבועה או משתנה
תשלום קהילה	פיצוי (כתלות בגיל הצטרפות) 5,500 ₪ - עד 49 4,500 ₪ - 50-59 3,500 ₪ - 60+	פיצוי	פיצוי
תשלום מוסד*	שיפוי (כתלות בגיל הצטרפות) 10,000 ₪ - עד 49 6,500 ₪ - 50-59 4,500 ₪ - 60+	פיצוי או שיפוי	פיצוי או שיפוי
זכויות בביטול (ערכי סילוק / פדיון)	-	+	-
הערות	ההתקשרות בין הקופה והמבוטח מתחדשת באמצעות מכרז כל 5 שנים	ביטוח מותאם אישית לפרט או לקבוצה	הפוליסה מתבטלת עם סיום יחסי עובד-מעביד
תקופת פיצוי	5 שנים	3 שנים, 5 שנים, כל החיים	3 שנים, 5 שנים, כל החיים

מקור: אתר האינטרנט של קופת חולים כללית (אפריל 2017), פוליסת הביטוח הסיעודי של הפניקס סכומי הפיצוי אחידים בין הקופות. וממצגת של רשות שוק ההון בנושא סיעוד.
 * בכל מקרה, סכום הפיצוי לא יעלה על 80 אחוזים מהסכום שהמבוטח שילם למוסד (בקופות החולים).
 ** פוליסות עם תקופות אכשרה ארוכות הן לרוב פוליסות סיעוד משלימות לכיסוי ביטוחי סיעודי אחר. לדוגמה: תקופת אכשרה של 5 שנים זה לפוליסות משלימות לפוליסות הקבוצתיות בקופות החולים

לפוליסות הפרט אין מבנה אחיד והכיסוי וגובה הפרמיות משתנה בין חברה לחברה ובתוך כל חברה בין פוליסה לפוליסה. הפוליסות הנפוצות מתחלקות לארבע קטגוריות: (א) כיסוי לכל החיים; (ב) כיסוי לתקופה מוגבלת (לרוב חמש שנים בדומה לפוליסה האחידה בקופות החולים); (ג) ביטוח סיעודי משלים המעניק תשלומים רק אחרי תקופה מסוימת (לרוב אחרי 5 שנים); (ד) ביטוח סיעודי הנותן פיצוי מוגדל במקרה של אשפוז.

³⁰ יש להעיר כי רשות שוק ההון מנסה לבטל את החידוש של הפוליסות האלו כבר מספר שנים ללא הצלחה.

2.4.2. שיעור הכיסוי והיקף ההוצאה

בביטוח הסיעודי מתאפשר כפל ביטוח (החזקה בפוליסה של קופת החולים במקביל לפוליסה קבוצתית פרטית או לפוליסת פרט). כדי להעריך את שיעור הכיסוי הביטוחי באוכלוסייה יש לקחת בחשבון את גודל האוכלוסייה שברשותה ביטוח כפול.³¹ נתונים מנהליים שכאלה אינם בנמצא, אולם מחישוב שנערך במכון ברוקדייל בהתאם לסקר משנת 2006 (ברמלי ואחרים, 2012) מחצית מבעלי פוליסות הביטוח שנרכשו ישירות מחברות הביטוח רכשו גם פוליסה דרך קופות החולים.³² על פי הנחה זו מספר המבוטחים בשנת 2015 עמד על 4.8 מיליון, שהיוו כ-60% מאוכלוסיית ישראל.^{34,33} זהו שיעור כיסוי חריג בהשוואה לעולם.

שיעור הכיסוי בפוליסת סיעוד פרטית מתואם עם הכנסת הפרט. בלוח 7 אנחנו מציגים אומדן של הכיסוי הביטוחי בקרב בני 20 ומעלה לפי קבוצות הכנסה, המבוסס על הסקר החברתי לשנת 2010. בהסתמך על החישוב בלוח 7, נראה כי קיימת שונות רבה בין קבוצות הכנסה בשיעור הכיסוי של ביטוח סיעודי פרטי בישראל, כאשר בקרב השלישון התחתון שיעור הכיסוי בפוליסות של קופ"ח נאמד ב-25% בלבד ביחס לכיסוי הקרוב ל-60% בשלישון העליון, והבדלים אלה גדולים עוד יותר בפוליסות הפרטיות האחרות.

קיימים גם הבדלים מהותיים בשיעורי הכיסוי בין קבוצות האוכלוסייה השונות: לפי הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2010 הכיסוי בביטוח סיעודי נפוץ כמעט פי חמישה בקרב האוכלוסייה היהודית, בקרבה עמד באותה השנה שיעור הכיסוי על 43 אחוזים, בהשוואה לאוכלוסייה הערבית, שאצלה הוא עמד על 9 אחוזים בלבד.³⁵ שיעור הכיסוי הנמוך בא ביחד עם השימוש המצומצם של אוכלוסייה זו בשירותי הסיעוד הפורמאליים. סקר זה מראה גם כי שיעור המבוטחים בביטוח סיעודי עולה עם הגיל - בביטוח סיעודי של קופות החולים היו מבוטחים כ-45 אחוזים מבני 45 ומעלה לעומת 30 אחוזים בלבד בקרב בני 20-44.

כאמור, שיעורם הגבוה של מבוטחים בביטוח סיעוד פרטי בישראל חריג בהשוואה לעולם. אחת הסיבות המרכזיות לתפוצתו הרחבה של הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל היא חוק ההסדרים של שנת 1998 שקבע כי כל מי שהיה ברשותו באותה עת ביטוח משלים של קופות החולים (שב"ן) יצורף באופן אוטומטי לביטוח סיעוד. סיבה נוספת לתפוצה הרחבה נובעת מכך שקופות החולים משמשות כמשווקות של ביטוח הסיעוד והן בעלות עניין בהרחבת הביטוח לאוכלוסייה רחבה ככל האפשר.

³¹ כפל ביטוחים אינו מעיד בהכרח על כשל שוק או "עודף ביטוח" – מקרה בו אנשים מבוטחים בכפל אך לא יכולים להפעיל שתי פוליסות במקביל. אדם המחזיק בשני ביטוחי סיעוד רשאי לקבל פיצוי כפול, כך שהחזקה ביותר מפוליסה אחת עשויה לשקף שנאת סיכון גבוהה יותר של המבוטח.

³² הסקר של מכון ברוקדייל כלל 1,700 נסקרים. לפי הסקר שיעור הכיסוי הכללי באוכלוסייה בשנת 2006 עמד על 40%, כאשר בחמישון התחתון השיעור היה 19% בלבד ביחס ל-55% בקרב החמישון העליון.

³³ מתוך אוכלוסייה של 8.3 מיליון. אם מניחים שאין כפל ביטוח שיעור הכיסוי עולה ל-68% ואם מניחים שיש כפל ביטוח מלא בין פוליסות פרט לפוליסות קבוצתיות מגיעים לשיעור כיסוי של 48%.

³⁴ ילדים נהנים מביטוח סיעודי חינם בפוליסות הביטוח הנמכרות דרך קופות החולים, כך ששיעור המבוטחים בביטוח סיעודי בקרב המבוגרים הוא מעט נמוך יותר. מתוך כ-4 מיליון פוליסות שנרכשו דרך קופות החולים, קרוב ל-40 אחוזים היו של ילדים עד גיל 18, בעוד חלקם של הילדים באוכלוסייה הוא כ-35 אחוזים.

³⁵ נציין כי שיעור הכיסוי הכולל על פי העולה מתשובות הנסקרים לסקר החברתי נמוך מזה העולה מהנתונים המנהליים.

לוח 7- אומדן שיעור הכיסוי בביטוח הפרטי בשנת 2015, לפי קבוצות הכנסה

פוליסות סיעוד פרטיות אחרות** (%)	פוליסות סיעוד קופ"ח** (%)	קבוצת הכנסה* (הכנסה ממוצעת לנפש במשק בית)
4	25	שלישון תחתון
14	43	שלישון אמצעי
33	58	שלישון עליון
<u>15</u>	<u>49</u>	כלל האוכלוסייה

מקור: הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2010, נתוני רשות שוק ההון ועיבודי המחברים.
 * הסקר החברתי מונה שלוש קבוצות הכנסה כדלקמן: הכנסה ברוטו ממוצעת לנפש במשק בית מתחת ל-2,000 ₪; בטווח שבין 2,000 ל-4,000 ₪; מעל 4,000 ₪. קריטריון זה מחלק את המדגם, בקירוב, ל-3 קבוצות שוות בגודלן.
 ** החישוב מבוסס על נתוני הסקר החברתי לשנת 2010 ונתוני רשות שוק ההון. בסקר החברתי מדווח שיעור הכיסוי הכולל באוכלוסיית בני 20 ומעלה, ובחלוקה ל-3 קבוצות הכנסה לפי הכנסת משק הבית. בהסתמך על נתוני רשות שוק ההון אנו מכפילים את הנתונים מהסקר החברתי ב-1.12, בהתאם ליחס בין שיעור פוליסות הסיעוד (ולא שיעור המבוטחים – שכאמור איננו ידוע בגלל כפילויות) מתוך האוכלוסייה ב-2010 (60%) ובין שיעור זה ב-2015 (67%) $(0.67 / 0.60 = 1.12)$.

2.5. התערבות המדינה בקביעת האיכות והמחיר של שירותי הסיעוד

ההרכב, ההכשרות והשכר של כוח האדם בענף הסיעוד נמצאים תחת התערבות הדוקה של המדינה בשלושה מובנים מרכזיים. ראשית, הממשלה שולטת בהכשרת כוח האדם במקצועות הסיעוד השונים,³⁶ ובכך קובעת במידה רבה את הכמות והאיכות של כוח האדם בענף. שנית, הממשלה משמשת כקניין מרכזי (מונופסון) של שירותי הסיעוד וככזו היא קובעת גם את התעריפים בענף (המוסד לביטוח לאומי קובע את התעריף עבור חברות הסיעוד, ומשרד הבריאות עבור מוסדות סיעודיים). שלישית, הממשלה מפעילה פיקוח ורגולציה במוסדות הסיעודיים. בפרט, היא קובעת את התקנים להרכב כוח האדם המועסק והיחס בין הרכב זה למספר המאושפזים.

גורמי מקצוע שונים התריעו על המחסור בכוח אדם בענף הסיעוד שקיים כבר היום וצפוי להחריף בעתיד ללא שינוי מדיניות מתאים.³⁷ כך, למשל, הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ("ועדת שטסמן") קבעה ב-2011 כי אין די רופאים מומחים בגריאטריה כדי לאישר את כל התקנים הנדרשים ובלא צעדים לעידוד ההתמחות בתחום זה ייווצר מחסור חמור יותר בעתיד. כמו כן התייחסה ועדת שטסמן לצורך להכשיר באופן מתאים את הצוות הסיעודי והפרא-רפואי. משרד הבריאות (2011) בהצעתו לרפורמה בביטוח הציבורי בתחום הסיעוד חזק את הדרישה לשפר את הכשרת כוח האדם, בפרט אחיות וכוח עזר במוסדות לאשפוז ממושך. משרד הבריאות קבע כי "אין היערכות להבטחת [...] הכשרה של כוח אדם מקצועי המותאם לצרכים עתידיים של נזקקי סיעוד". במקביל, פנה איגוד בתי האבות אל הכנסת בבקשה לאפשר להעסיק עובדים זרים

³⁶ כולל כוח אדם רפואי, פרא רפואי ומטפלים סיעודיים. מטפלים עוברים הכשרה מצומצמת, אם בכלל.
³⁷ ראו התייחסות לנושא זה גם בפרק 3 העוסק בהשוואה בין לאומית.

במוסדות סיעודיים על מנת להתמודד עם המחסור בכוח האדם.³⁸ המחסור במטפלים סיעודיים במוסדות ובמשקי בית עקבי עם דירוגו הגבוה והמתמשך על פני זמן של משלח יד זה ברשימת המקצועות בעלי שיעור המשרות הפנויות הגבוה ביותר.³⁹ במילים אחרות, התמונה שעולה היא כי קיים מחסור בעובדי סיעוד - החל ממטפלים סיעודיים ועד רופאים גריאטריים, וכי איכות ההכשרה של המטפלים הסיעודיים אינה מספקת, זאת למרות שהטיפול הסיעודי נהיה מורכב יותר בגלל עליה בצרכים של האוכלוסייה המטופלת ושינויים טכנולוגיים על פני הזמן.

המחסור בעובדי סיעוד ורמת הכשרתם הנמוכה קשורים לתפקידה של המדינה כקניין מרכזי של שירותי סיעוד. המוסד לביטוח לאומי משמש כקונה עיקרי של שירותי הסיעוד בקהילה (מונופסון) וככזה הוא יכול לקבוע מחיר נמוך מהמחיר שהיה מתקבל בשוק תחרותי, בהנחה שהביקוש היה נותר בשוק זה בעינו. בנוסף, שעות הטיפול המוענקות דה-פקטו לנזקקי סיעוד הן כנראה נמוכות משמעותית משעות הטיפול המגיעות להם דה-יורה מכוח גמלת הסיעוד.⁴⁰ כיוון שתעריף גמלת הסיעוד לכל שעת טיפול הוא נמוך מהמחיר שהיה נקבע בשוק תחרותי, הדבר פוגע באיכות כוח האדם ובטיב ההכשרה האפשריים בענף, וגורם לכך שבתעריף הנתון הביקוש גדול מההיצע וקיים מחסור בעובדי סיעוד. מצב דומה מתרחש גם במוסדות הסיעודיים, אם כי בעוצמה פחותה. משרד הבריאות רוכש שירותי מחצית ממיטות האשפוז במוסדות סיעודיים באמצעות נוהל ההשתתפות במימון האשפוז ("קוד"), ומשתמש בכוח השוק שלו להפחתת תעריף האשפוז. ואולם, התעריף הנמוך עלול לפגוע באיכות כוח האדם במוסדות ולפערים בין איכות הטיפול הניתן במוסדות שבהסדר עם משרד הבריאות ואלה שאינם.

המחסור בכוח אדם בקהילה נובע גם מהמדיניות להעסקת מטפלים זרים. במהלך השנים האחרונות הושטו על המעסיקים עלויות שונות שנועדו להשוות את עלות ההעסקה של העובדים הזרים לישראלים ולצמצם את התמריץ הכלכלי בהבאתם לארץ, וזאת במטרה לעודד תעסוקה של ישראלים.⁴¹ ייתכן שכתוצאה מכך פחת קצב העלייה במספר העובדים הזרים המועסקים בענף, כמתואר לעיל.

איכות הכשרה נמוכה וליווי מקצועי מצומצם של מטפלי הבית (הישראלים והזרים), בנוסף לשכר הנמוך לשעת עבודה, פוגעים בתדמיתו של המקצוע ותורמים להתמדה הנמוכה בו – המאפיינת את המטפלים הישראלים. הטיפול בקשישים סיעודיים דורש מיומנויות מקצועיות, לרבות ידע טכני ורפואי בסיסי, וכן מיומנויות, ידע וכלים רגשיים שיסייעו להתמודד עם הקשיים הנפשיים הכרוכים בטיפול באוכלוסייה שמצבה התפקודי והנפשי מעורערים וימתנו את השחיקה המקצועית. היעדר ידע מתאים עלול להתפרץ בצורה של שחיקה רבה, מצוקה נפשית של המטפלים ואף אלימות כלפי המטופלים. התבטאויות אפשריות אלה חמורות במיוחד אצל מטפלי הבית, אשר אינם משתייכים לרשת מקצועית של מטפלים הקיימת במוסדות האשפוז.

³⁸ נתן, ג. (2011), הטיפול באנשים עם צרכים סיעודיים (צורכי כוח אדם ומדיניות תעסוקה בענף הסיעוד), הכנסת, מרכז המחקר והמידע.

³⁹ על פי סקר משרות פנויות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ואולם, זוהי אינה אינדיקציה חד משמעית למחסור – אלא יכול להיות שזאת גם אינדיקציה לתחלופה גבוהה של כוח אדם בתחום.

⁴⁰ שיחת טלפון עם אורנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד במוסד לביטוח לאומי, 15.05.2017, וכן טיוטת דוח מבקר המדינה (טרם פורסם).

⁴¹ עם זאת, גם אחרי צמצום הפערים בעלויות ההעסקה, יתרונם המשמעותי של העובדים הזרים על פני הישראלים הוא זמינותם לעבודה במהלך כל שעות היממה.

3. ענף הסיעוד בישראל בהשוואה בינלאומית

- בשנים האחרונות ניכרת מגמה של עלייה בהוצאות הסיעוד במדינות ה-OECD, עלייה שהיא מעבר לעלייה בהוצאות הבריאות. העלייה בולטת יותר במדינות בהן הוצאת הסיעוד היו נמוכות.
- מגמה נוספת שניכרת בנתונים היא התרחבות הטיפול בקהילה והרחבת אפשרויות הבחירה של הפרט באופן קבלת הסיוע הציבורי.
- ההוצאה הציבורית בישראל על סיעוד נמוכה מממוצע ההוצאה בקרב מדינות ה-OECD, גם כאשר לוקחים בחשבון את ההבדלים הדמוגרפיים באוכלוסייה. עם זאת, בהתחשב בשונות הרבה הקיימת בין מדינות ה-OECD בהוצאה הציבורית על סיעוד, וכן בעובדה שההכנסה בישראל נמוכה יחסית לממוצע מדינות ה-OECD, לא ניתן לומר כי ההוצאה על סיעוד בישראל היא נמוכה באופן חריג.

3.1. דמוגרפיה

ישראל היא מדינה צעירה יותר ממרבית מדינות ה-OECD, ומגמת הזדקנות האוכלוסייה בה איטית יותר. מדינות ה-OECD מצויות היום במצב שבו מדינת ישראל צפויה להיות בעוד 20-30 שנה.⁴² שיעורם של בני 65 ומעלה במדינות אלה עמד בשנת 2010 על 15% בממוצע והוא צפוי להגיע ל-27% בשנת 2050 (OECD, 2015). לשם השוואה, בישראל שיעור זה עמד על 10% ב-2010 וצפוי להיות 15% בשנת 2050.

3.2. מערכות הסיעוד הציבוריות במדינות ה-OECD

המערכות הציבוריות לביטוח סיעוד במדינות ה-OECD מאופיינות בשונות רבה. ההבדלים העיקריים נוגעים להיקף האוכלוסייה המכוסה, לעומק הכיסוי הביטוחי, וכן לרוחב היריעה של השירותים שניתנים מעבר לסיוע בטיפול אישי. הבדלים חשובים אחרים נוגעים לאופן השימוש במבחני הכנסה ונכסים, לריכוז או ביזור האחריות על המערכת הסיעודית בין רשויות, וכן לאופן המימון של שירותי הסיעוד. נסקור להלן את התמונה הבין-לאומית בסעיפים האלה.

היקף, עומק ומגוון השירותים בביטוחי הסיעוד הציבוריים

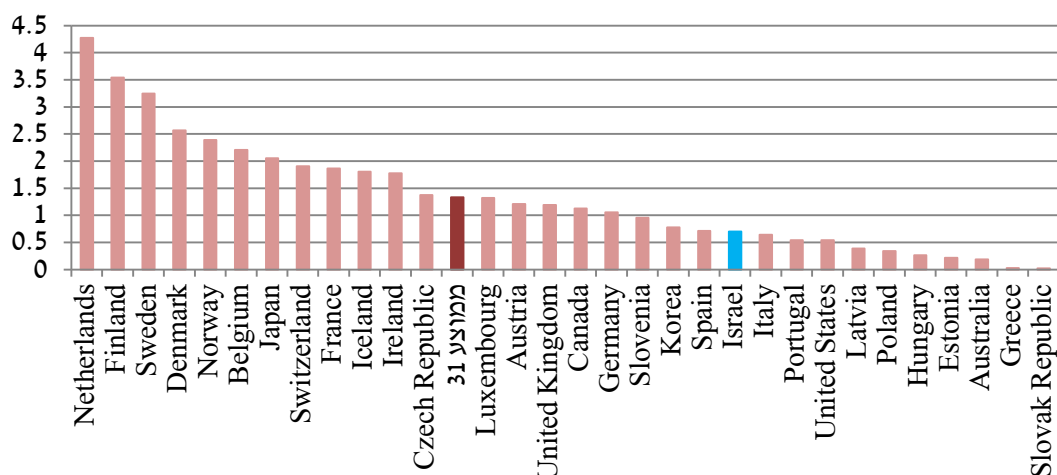
ההוצאה הציבורית על ביטוח ושירותי סיעוד ציבוריים ביחס לתוצר מתאפיינת בשונות גדולה בין 31 ממדינות ה-OECD (איור 5).⁴³ ההוצאה הציבורית בישראל – 0.7% תוצר, נמוכה מהממוצע

⁴² במדינות האיחוד האירופי (EU) שיעור בני 80 ומעלה עמד על 5% ב-2010 וצפוי להיות 11% בשנת 2050 (OECD, 2015), וזאת בהשוואה לשיעור של 2.8% בישראל ב-2010 וצפוי של 5% לשנת 2050.

⁴³ נתוני ה-OECD אודות ההוצאה הציבורית על סיעוד במדינות שונות עלולים שלא להיות אחידים. הוצאות הסיעוד מסווגות תחת מערכות הבריאות והרווחה, ובמקרים מסוימים אחד המרכיבים הללו חסר בדיווח. הנתון לישראל כולל את סך ההוצאה הציבורית לסיעוד, כך שמבחינה זו, ככל שיש הטייה בהשוואה הבין-לאומית היא לכיוון הוצאה גדולה של ישראל ביחס לשאר מדינות ה-OECD. (ראה "Note on Data Comparability" בכתובת: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>).

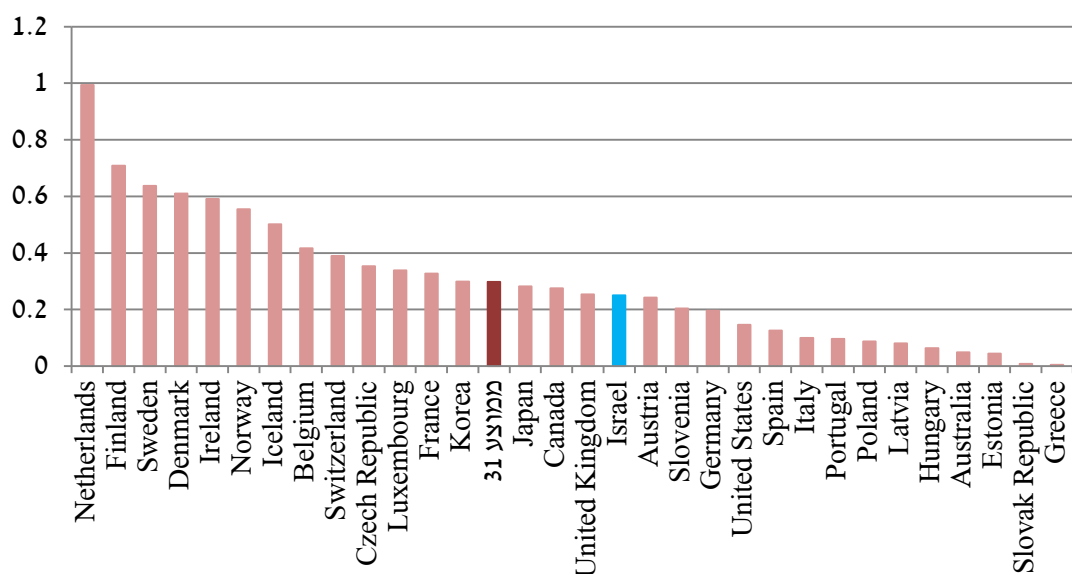
העומד על 1.3% תוצר. ההוצאה היחסית של ישראל גבוהה במעט כאשר לוקחים בחשבון את ההבדלים הדמוגרפיים בין המדינות (איור 6). באיור 6 ההוצאה הציבורית מחולקת בשיעור בני 80 ומעלה באוכלוסייה – המהווה קירוב לשיעורה של האוכלוסייה הסיעודית (להלן – "הוצאה ציבורית מתוקנת"). ניתן לחלק את המדינות באיור 6 לשלוש קבוצות לפי ההוצאה הציבורית. קבוצת המדינות בהן ההוצאה היא הגבוהה ביותר כוללת את המדינות הנורדיות (שוודיה, נורווגיה, דנמרק, פינלנד ואיסלנד), הולנד ואירלנד - המאופיינות בהוצאה ציבורית ממוצעת מתוקנת לגודל אוכלוסיית בני ה-80 של כ-0.65% מהתוצר לנפש. קבוצה אחרת של מדינות מאופיינת בהוצאה ציבורית מתוקנת ממוצעת נמוכה יותר של כ-0.3% תוצר לנפש (ביניהן בלגיה, שווייץ, אוסטריה, צרפת, בריטניה וגרמניה), ובקבוצה זו מצויה גם ישראל עם הוצאה של 0.25% תוצר לנפש. בחלק התחתון של ההתפלגות מצויות מדינות עם ביטוח ציבורי מצומצם, אשר ממוצע ההוצאה הציבורית המתוקנת שלהן הוא כ-0.1% תוצר לנפש בלבד (ביניהן ארה"ב, ספרד ואיטליה).

איור 5 - ההוצאה הציבורית על סיעוד ב-31 מדינות OECD, 2014*
הוצאה באחוזי תוצר



מקור: עיבודי המחברים לנתוני ה-OECD.
* הנתונים אודות אוסטריה ויפן מתייחסים לשנת 2013. הנתונים אודות ישראל מבוססים על חישוב המחברים (ראה לוח 2 בפרק 2) ולא על נתוני ה-OECD.

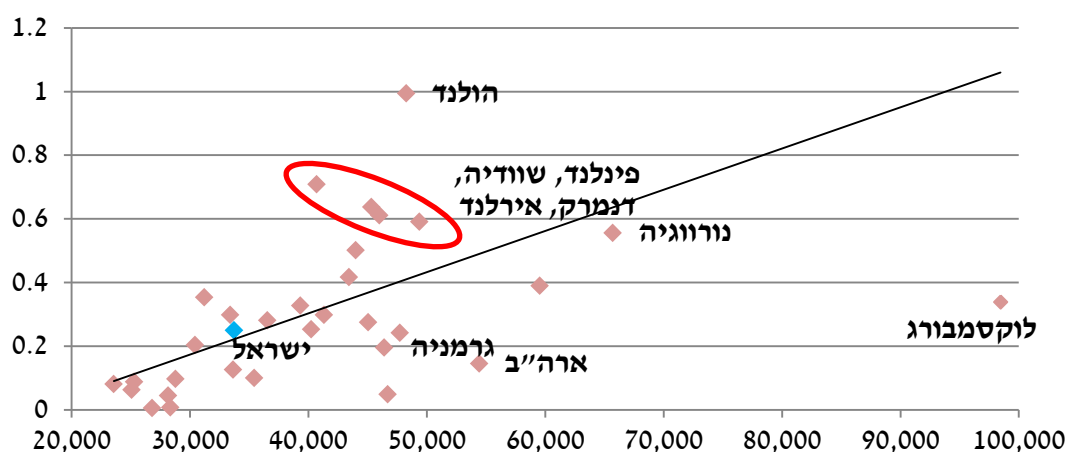
איור 6 - הוצאה ציבורית מתוקנת על סיעוד ב-31 מדינות OECD, 2014*
הוצאה באחוזי תוצר מתוקנת לאחוז אחד של בני 80 ומעלה באוכלוסייה



מקור: עיבודי המחברים לנתוני ה-OECD.
* הנתונים אודות אוסטרליה ויפן מתייחסים לשנת 2013. הנתונים אודות ישראל מבוססים על חישוב המחברים (ראה לוח 2 בפרק 2) ולא על נתוני ה-OECD.

רמת ההכנסה לנפש במדינות ה-OECD מתואמת עם ההוצאה הציבורית המתוקנת על סיעוד (איור 7) – עלייה של 15,000 דולר בתוצר לנפש מתואמת עם עלייה ממוצעת של 0.1% תוצר בהוצאה המתוקנת. רמת ההוצאה המתוקנת בישראל תואמת את ההוצאה החזויה על פי המגמה המקובלת בקרב המדינות החברות בארגון. מאיור 7 עולה גם כי השונות הרבה בין מדינות בהוצאה הציבורית המתוקנת נשמרת גם כאשר הבדלי ההכנסה נלקחים בחשבון.

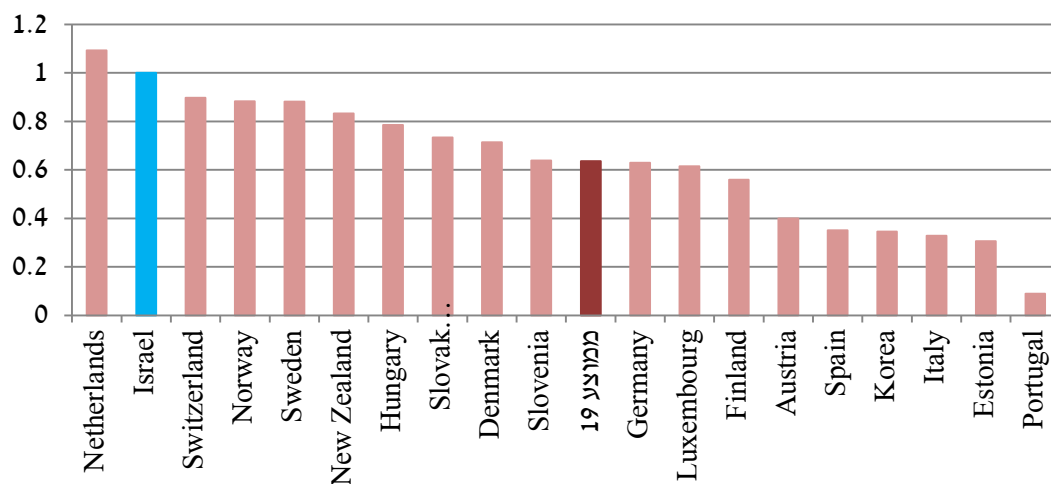
איור 7 - הוצאה ציבורית מתוקנת ביחס לתוצר לנפש ב-31 מדינות OECD, 2014*
ציר אנכי – הוצאה ציבורית מתוקנת באחוזים מהתוצר לנפש; ציר אופקי – תוצר לנפש (דולרים מתוקן ל-PPP)



מקור: עיבודי המחברים לנתוני ה-OECD.
* קו המגמה אינו כולל את לוקסמבורג. הנתונים אודות אוסטרליה ויפן מתייחסים לשנת 2013. הנתונים אודות ישראל מבוססים על חישוב המחברים (ראה לוח 2 בפרק 2) ולא על נתוני ה-OECD.

ההבדלים ברמת ההוצאה הציבורית המתוקנת נובעים בין היתר מהבדלים בסל השירותים הסיעודיים. כך, למשל, בדנמרק ובשוודיה ניתן סיוע בעזרה ביתית, בדיור מוגן, בהתאמות לבית הקשיש, בהסעות ובמכשירי עזר - פרט לסיוע בטיפול האישי. ביוון, לעומת זאת, ניתנת תמיכה ציבורית אך ורק לטיפול במוסדות סיעודיים. אולם עיקר ההבדל נובע מהיקף האוכלוסייה המכוסה (שיעור הזכאים לתמיכה ציבורית מכלל הקשישים נזקקי הסיעוד) ומעומק הכיסוי הביטוחי (שיעור התמיכה הציבורית הניתנת לזכאים מתוך הוצאות הסיעוד), אשר בשניהם ניכרת שונות רבה (איורים 8 ו-9, בהתאמה; נתוני חלק מהמדינות אינם מלאים ולא מאפשרים לבצע הבחנה זו ולכן קבוצת המדינות באיורים חלקית). היקף האוכלוסייה בישראל הנהנה מביטוח סיעודי ציבורי הוא מהגבוהים מתוך המדינות לגביהן נערכת ההשוואה (פי 1.5 בערך מהמוצע), ושני רק להולנד (איור 8).

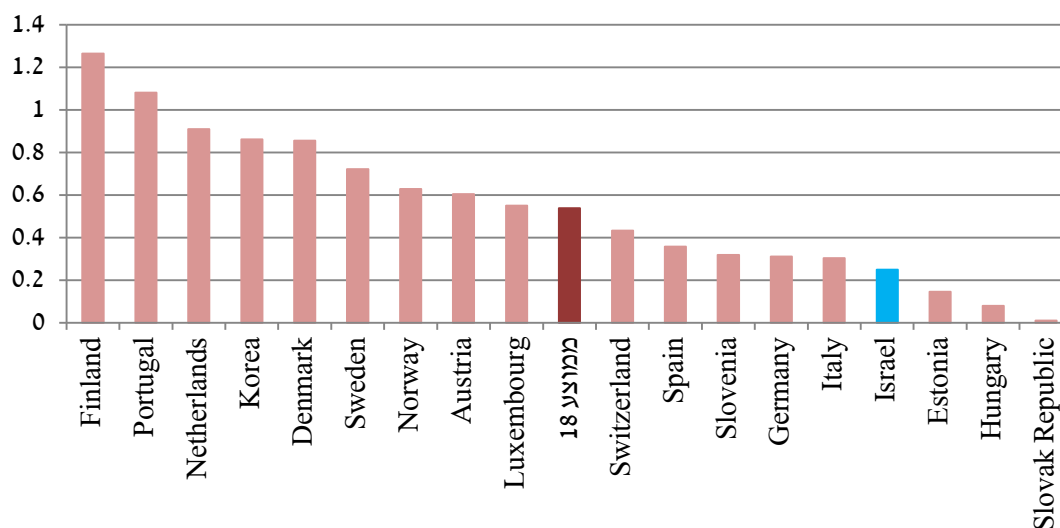
איור 8 – היקף הכיסוי של ביטוח הסיעוד הציבורי ב-19 מדינות OECD*, 2014
מקבלי סיוע ציבורי מתוקן למשקל בני ה-80 ומעלה באוכלוסייה



מקור: עיבודי המחברים לנתוני ה-OECD.
* נתוני חלק מהמדינות אינם מלאים ולא מאפשרים לבצע הבחנה זו ולכן קבוצת המדינות באיורים חלקית.

בשונה מכך, עומק הכיסוי הביטוחי בישראל הוא מן הנמוכים במדינות בהן נערכת ההשוואה - הוא נמוך בחצי בערך מהמוצע וב-75% בערך משלוש המדינות הראשונות (איור 9). היקף ועומק הכיסוי של ביטוח הסיעוד הציבורי אינם מתואמים במדינות ה-OECD (מתאם שלילי של -0.1 ב-18 המדינות המשותפות לאיורים 8 ו-9). כך, למשל, בהולנד היקף ועומק הכיסוי גבוהים; באיטליה שניהם נמוכים יחסית; בפינלנד עומק הכיסוי גבוה אך היקף הכיסוי ממוצע; בשווייץ, בדומה לישראל, היקף הכיסוי גבוה אך עומק הכיסוי נמוך מהמוצע.

איור 9- עומק הכיסוי של ביטוח הסיעוד הציבורי ב-19 מדינות OECD*, 2014
הוצאה באחוזי תוצר לאחוז אחד מהאוכלוסייה של מקבלי סיוע ציבורי



מקור: עיבודי המחברים לנתוני ה-OECD.
* נתוני חלק מהמדינות אינם מלאים ולא מאפשרים לבצע הבחנה זו ולכן קבוצת המדינות באיורים חלקית.

על אף השונות הרבה במגוון השירותים ובהיקף ועומק הכיסוי של מערכות ביטוח הסיעוד הציבוריות במדינות ה-OECD, ישנם היבטים מסוימים בהם ניכרת התכנסות בין המערכות והיבטים אחרים בהם קיימת מגמה משותפת. ראשית, קיימת התכנסות כלפי מעלה בגודל ההוצאה הציבורית – העלייה בהוצאה הציבורית על סיעוד היתה גדולה יותר במדינות בעלות ביטוח ציבורי מצומצם. עם זאת, עלייה מהירה בהוצאה נרשמה כמעט בכל מדינות הארגון – נתון התואם את מגמת הזדקנות האוכלוסייה: בעשור האחרון קצב הגידול הממוצע של ההוצאה הציבורית על סיעוד במדינות ה-OECD היה גבוה ביחס לקצב גידול ההוצאה על בריאות - חציון קצב גידול ההוצאה השנתי ב-22 מדינות OECD שיש עבורן נתונים עמד בשנים 2005-2013 על 3.8% (OECD, 2015), ועל פי התחזיות הוא צפוי להמשיך לגדול בקצב מהיר (Colombo et al., 2011).⁴⁴

שנית, קיימת מגמה משותפת של חיזוק מערכי הטיפול בקהילה. בתגובה להעדפות של אנשים לקבלת טיפול סיעודי בבית, מדינות רבות ב-OECD יישמו תכניות לתמיכה בטיפול בקהילה, ושיעור המקבלים טיפול בקהילה עלה בין השנים 2000 ו-2013 ב-12 מתוך 13 מדינות שנסקרו על ידי ה-OECD (OECD, 2015).⁴⁵ שיעור המקבלים טיפול בקהילה בשנת 2013, לפי נתוני ה-OECD, עמד על כ-65% מהקשישים הסיעודיים בממוצע של 13 מדינות הארגון.⁴⁶ תכניות

⁴⁴ ההוצאה הציבורית על סיעוד גדלה בין 2005 ל-2013 בקצב ממוצע של 3.9% בשנה ב-22 מדינות ה-OECD (OECD, 2015) שיש עבורן נתונים, וההוצאה הריאלית על בריאות ב-3.1% (ממוצע פשוט של המדינות). Colombo et al. (2011) מציינים גידול של כ-7% בממוצע במדינות בהן ערכו השוואה.

⁴⁵ פינלנד היא יוצאת דופן, וזאת בגלל מגמה של מעבר לצורת טיפול המכונה "service housing", הדומה לדיור מוגן, ונרשמת כטיפול במוסד.

⁴⁶ מדינות מסוימות ב-OECD, דוגמת יוון, אינן מעניקות תמיכה ציבורית לטיפול בקהילה. מדינות אחרות מעניקות תמיכה שכזו, אך נתוני ההתפלגות בין הקהילה והאשפוז אינם זמינים.

התמיכה בטיפול בקהילה מלוות לעיתים בהגבלה מכוונת של קיבולת האשפוז של מוסדות סיעודיים, כפי שנעשה בשוודיה למשל. למרות הדמיון בין ישראל ומדינות ה-OECD במגמת המעבר לטיפול בקהילה, שיעור המטופלים בקהילה בישראל - כ-87%, הוא גבוה מאד בהשוואה בינלאומית. לשם השוואה, שיעור זה בגרמניה, שוודיה, ונורווגיה עומד על כ-70%, ואילו בארה"ב על כ-40% בלבד.

שלישית, ישנה מגמה בחלק מהמדינות של מיקוד הסיוע הציבורי בקשישים סיעודיים עם רמת צרכים גבוהה. באשר להיקף הזכאות כתלות ברמת ההכנסה ישנן מגמות מעורבות, כאשר בחלק מהמדינות היקף הזכאים מורחב בעקבות הפחתת הסף במבחני ההכנסה, ובאחרות מורחב עומק הכיסוי לנזקקים בעלי ההכנסות הנמוכות יותר.

רביעית, קיימת מגמה להגדלת הבחירה של נזקקי סיעוד בקבלת השירות, הבאה לידי ביטוי, בין היתר, בהעדפת מתן גמלה כספית על פני שירות בעין, או בבחירה בין קבלת שירותים פורמאליים ובין קבלת סיוע לא פורמאלי מהמשפחה (Colombo et al., 2011).

שימוש במבחני הכנסה ונכסים

השימוש בקריטריונים של הכנסה ונכסים לקביעת ההשתתפות של הביטוח הציבורי בעלויות הסיעוד אינו אחיד במדינות ה-OECD. אנו מבחינים בשלוש קבוצות עיקריות. הקבוצה הראשונה, והקטנה ביותר, מכילה מדינות בהן ניתנים קצבת סיעוד או שירותי סיעוד ללא קשר למצב הכלכלי של הקשיש. כך למשל, בסקוטלנד, באיטליה ובצ'כיה ניתן שירות או גמלה כספית כתלות בחומרת המצב הסיעודי של הקשיש, אך ללא קשר להכנסותיו. יש לזכור, עם זאת, כי מתן סיוע ללא תלות במצב הכלכלי אין פירושו כי הסיוע נדיב (באיטליה, למשל, עומק הכיסוי למבוטח נמוך יחסית).

במרבית המדינות נעשה שימוש בקריטריונים של הכנסה ונכסים של הקשיש ובן זוגו לקבלת שירותי הסיעוד. עם זאת, בחלק מהמדינות נעשה שימוש אך ורק במבחני הכנסה ללא בחינת הנכסים. בין מדינות אלו נכללות מדינות עשירות כמו קנדה, נורבגיה, שבדיה ופינלנד; ומדינות פחות עשירות כמו פולין, הונגריה, ויוון.⁴⁷ מכאן שאין מתאם ברור בין עושרה של מדינה ובין העדר השימוש במבחני נכסים. בקבוצה השלישית נעשה שימוש במבחני הכנסה ונכסים, כאשר מבחן הנכסים חל על פי רוב באשפוז הסיעודי הציבורי – בדומה לישראל (לוח 8). ככל הידוע לנו ישראל היא מהמדינות בקבוצה השלישית הנמצאות במיעוט העורך מבחני הכנסה גם לילדיו של הקשיש הסיעודי (Muir, 2017).

⁴⁷ בקנדה, למשל, הזכאות לאשפוז סיעודי תלויה בהכנסות בלבד. בפינלנד ההשתתפות העצמית של נזקקי סיעוד בטיפול בקהילה או באשפוז סיעודי נקבעת אך ורק כתלות בהכנסות. באוסטריה עד שנת 2007 היה קיים מענק אוניברסאלי לנזקקי סיעוד התלוי אך ורק בחומרת המצב הסיעודי, אך מאותה שנה ניתן מענק נוסף אשר הזכאות לו מבוססת על הכנסות. בצרפת מענק הסיעוד מבוסס על מבחן הכנסות, כאשר לחישוב ההכנסות נוספת זקיפת שכר דירה בדירה שנייה.

לוח 8- מבחני הכנסה ונכסים במדינות נבחרות

המדינה	מבחני ההכנסה והנכסים
בריטניה	מבחן אמצעים ביחס לחסכוניות בקשר לתמיכה באשפוז סיעודי, כך שנוקק סיעוד עם חסכוניות של מעל 23,000 ליש"ט (כ-9 פעמים השכר החודשי הממוצע בבריטניה) אינו זכאי לכל תמיכה ציבורית באשפוז, ובעלי חסכוניות מעל 14,000 ליש"ט (כ-5.5 פעמים השכר החודשי הממוצע) זכאים לתמיכה חלקית.
אוסטרליה	מבחני הכנסה ונכסים הם תנאי לזכאות להשתתפות באשפוז סיעודי. קשישים בעלי הכנסה שנתית נמוכה מ-21,000 דולר אוסטרלי (כ-4 פעמים השכר החודשי הממוצע באוסטרליה) ונכסים של פחות מ-37,000 דולר אוסטרלי (כ-6.5 פעמים השכר החודשי הממוצע), זכאים להשתתפות מלאה בעלויות הטיפול (אך לא בעלויות המגורים) באשפוז הסיעודי.
גרמניה	ההשתתפות הציבורית באשפוז הסיעודי מותנית בהערכה של ההכנסות, הנכסים ונסיבות חברתיות נוספות.
ארה"ב	תכנית Medicaid משתמשת בכללי הכנסה ונכסים כתנאי לזכאות.
ספרד	נערך מבחן המביא בחשבון הון, נדל"ן והכנסות שוטפות הקובע את ההשתתפות העצמית באשפוז (בטווח של 70%-90%) ועזרה ביתית (בטווח של 10%-65%).
סלובקיה	הזכאות לסיוע ציבורי בסיעוד מותנית בחסכוניות נמוכים מ-40,000 יורו (כ-44 פעמים השכר החודשי הממוצע בסלובקיה), וההשתתפות העצמית אף היא נקבעת כתלות בנכסים, בחסכוניות ובהכנסה.
אירלנד	זכאים לאשפוז סיעודי נדרשים לתרום 80% מהכנסתם ו-5% משווי נכסיהם, בתנאי ששווים מעל 36,000 יורו ליחיד (כ-9 פעמים השכר החודשי הממוצע באירלנד).

מקור: Colombo et. al., 2011.

חלוקת האחריות על המערכת הסיעודית בין רשויות והסדרי המימון של הביטוח הסיעודי

הסדרי המימון של תכניות הביטוח הציבורי במדינות ה-OECD הם מגוונים. חלק מהמדינות מממנות את הביטוח הסיעודי באמצעות מסים ייעודיים, בעוד אחרות משתמשות במס כללי או במספר מקורות מיסוי שונים. כמו כן, יש מדינות בהן חלק מהמימון מגיע מהרשויות המקומיות, ולא רק מהממשל המרכזי.

כך למשל, מימון הביטוח הסיעודי בצ'כיה מתבסס כולו על תקציב ממשלתי ממיסוי כללי, בעוד במדינות הנורדיות חלק גדול מגיע ממסים מקומיים. בשוודיה, מעל 80% מהמימון מקורו במסים מוניציפליים. באוסטריה, שגם בה יש מימון של הרשויות המקומיות, היקפו בסך המימון נמוך יותר, כ-15% בלבד. בגרמניה, הולנד ולוקסמבורג, וכן ביפן ובקוריאה, בהן קיימות תכניות מרכזיות לביטוח סיעוד ציבורי, חלק משמעותי מהמימון מגיע מהפרשות חובה ייעודיות מהשכר.

3.3. הביטוח הסיעודי הפרטי במדינות ה-OECD

שוק ביטוחי הסיעוד הפרטיים במדינות ה-OECD קטן מאוד בהיקפו בהשוואה למערכות הסיעוד הציבוריות, ובדרך כלל הביטוחים הפרטיים משלמים את הכיסוי של הביטוח הציבורי או מספקים ביטוח במקרים שאותם הביטוח הציבורי אינו מכסה. בהקשר זה ישראל חריגה משום שהיקף הכיסוי של האוכלוסייה בביטוחים פרטיים הוא כ-60%.

ככלל, היקף הכיסוי של הביטוחים הפרטיים במדינות הארגון נמוך. צרפת היא המדינה עם שיעור הכיסוי הגבוה ביותר ב-OECD והוא עומד על 15% בקרב בני 40 ומעלה (Colombo et al., 2011). בגרמניה כ-12% מהאוכלוסייה מכוסה בביטוחים פרטיים מסוגים שונים, ובארה"ב כ-5% מהאוכלוסייה בגיל 40 ומעלה מכוסה בביטוחים כאלו. בבריטניה, יש ביטוח סיעוד פרטי ל-40,000 איש בלבד, פחות מעשירית האחוז מהאוכלוסייה.⁴⁸

יוצאת דופן בין המדינות המפותחות היא סינגפור, שאינה חברה ב-OECD, אשר השיקה בשנת 2002 את תכנית Eldersfield, הדומה לביטוחי הסיעוד של קופות החולים בישראל. תכנית זו משותפת למגזרים הציבורי והפרטי: הביטוח מעוצב על ידי הממשלה אך מתומחר, נמכר ומנוהל על ידי חברות מסחריות. התכנית רושמת אוטומטית את כל בני ה-40 ומעלה, כאשר מי שאינו מעוניין להשתתף רשאי לצאת מהתכנית אך במידה וירצה להצטרף בעתיד יידרש לחיתום וישלם פרמיה יקרה יותר. סף הזכאות לקבלת סיוע בתכנית הוא קושי בביצוע 3 מתוך 6 פעולות ADL, בדומה לישראל. בשנת 2006, כ-50% מהאוכלוסייה מעל גיל 40 הייתה מכוסה ב-Eldersfield. תקופת תשלום הפרמיה היא בגילים 40 עד 65, והפרמיה תלויה בגיל ובמין. בנוסף ישנה שמירת זכויות בביטול הפוליסה (ערכי סילוק).

מדינות ה-OECD נוקטות בגולציות שונות שנועדו להגן על הצרכנים ולעודד רכישת ביטוחים פרטיים: רגולציה דוגמת קביעת תנאים מינימאליים בפוליסה ואף פוליסות אחידות, או הגבלת היכולת של מבטחים לשנות את גובה הפרמיות בנסיבות שונות; תמריצי מס דוגמת הכרה בביטוח סיעודי כהוצאה לצרכי מס (להרחבה אודות האפקטיביות של תמריצי מס לביטוח סיעודי ראה פרק 7 להלן); הגברת התיאום בין הביטוח הציבורי והפרטי למניעת תמריצים מנוגדים. כך למשל, בארה"ב נקבעו כללים אשר הבטיחו כי קבלת פיצוי מחברת ביטוח לא תגרום להפחתת הזכאות ל-MedicAid; עידוד רכישת ביטוחי סיעוד קבוצתיים במקום העבודה; שילוב של ביטוח סיעוד במכשירים פיננסיים אחרים, כאשר הדוגמא הבולטת לכך היא שילוב פוליסת סיעוד בביטוח חיים.

⁴⁸ ישנן כמה סיבות המסבירות את היקף הכיסוי הנמוך בביטוח הסיעוד הפרטי: ראשית, בעיית הבחירה השלילית (Adverse Selection) גורמת להתייקרות הביטוח עבור מי שאינו בעל סיכון בריאותי גבוה במיוחד. שנית, הפוליסות יקרות גם בגלל גורמי סיכון אחרים. בארה"ב, למשל, הראו Brown ו-Finkelstein (2003) כי הפרמיה גבוהה משמעותית מתוחלת התשלום. בנוסף, חלק מפוליסות הביטוח כוללות סעיף המאפשר לייקר את הפרמיה במידה ורמת הסיכון של כלל המבוטחים עולה (בארה"ב, למשל, בעקבות המשבר הכלכלי האחרון בעלי הפוליסות הסיעודיות היו חשופים לעלייה בפרמיה). שלישית, קיימת הערכת חסר של הציבור לגבי הסיכון בהפיכה לנזקק סיעוד. לבסוף, תכניות הביטוח הציבוריות גורמות לדחיקה של הביטוחים הפרטיים, וכך גם זמינותם של בני משפחה המפחיתה את הביקוש לביטוח הפרטי.

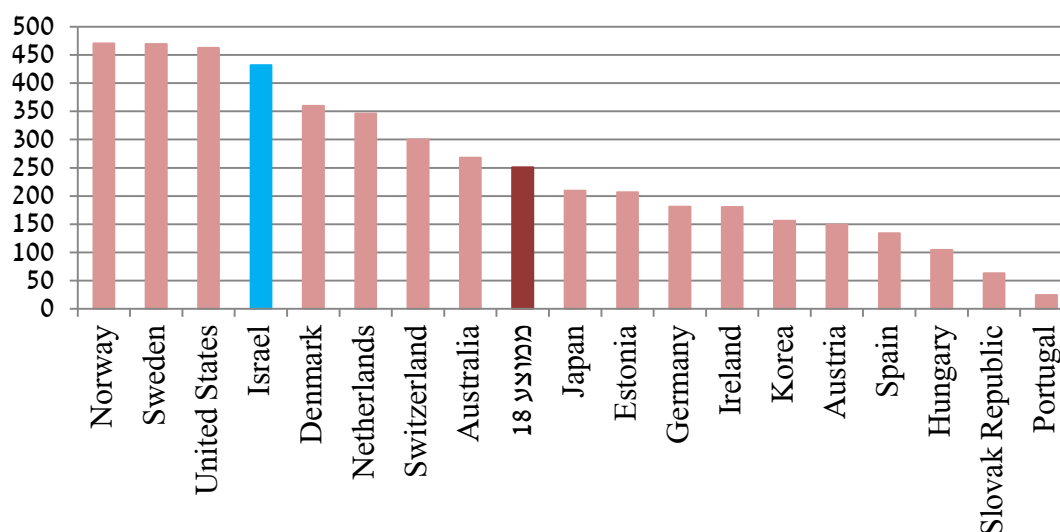
3.4. אספקת שירותי הסייעוד

השוואות בינלאומיות בקשר להיקף הטיפול הלא פורמאלי מורכבות, משום שהנתונים לגביהן מוגבלים והן דורשות התחשבות ביחסים הדמוגרפיים שבין האוכלוסייה נזקקת הסייעוד ובין אוכלוסיית המטפלים. בהינתן סייג זה, נתוני ה-OECD מראים על מתאם שלילי בין שיעור המטפלים הלא פורמאליים באוכלוסייה ובין היקף הטיפול הפורמאלי (OECD, 2015), ממצא המראה על תחליפיות בין שני גורמי הטיפול. שיעורן של נשים בקרב המטפלים הלא פורמאליים בגיל 50 ומעלה נע בין 55% ל-70% ובממוצע כ-60% ב-17 מדינות OECD (OECD, 2015). בשיעורם של בני ה-50 ומעלה המעניקים טיפול לא פורמאלי יש שונות רבה, כמעט 20% בבליה ואסטוניה, לעומת מעט למעלה מ-10% בישראל ואוסטרליה, אך ייתכן כי הנתון הנמוך בישראל מושפע מהתפלגות הגילאים של המטפלים הלא פורמאליים בישראל – שכן מעל 40% משעות הטיפול בישראל ניתנות על-ידי מטפלים בני פחות מ-50 (ראה לוח 3 בפרק 2). עצימות הטיפול בישראל בקרב בני 50 ומעלה – הנמדדת על ידי שיעור המטפלים הלא פורמאליים המעניקים טיפול על בסיס יומי, היא מהגבוהות ביותר ב-OECD (יחד עם ספרד וסלובניה, אשר גם בהן שיעור המטפלים הלא פורמאליים בגילאי 50 ומעלה הוא יחסית נמוך).

באשר להיקף הטיפול הפורמאלי, הנתונים מלמדים כי מספר עובדי הסייעוד בישראל ביחס לאוכלוסייה בגיל 80 ומעלה הוא מהגבוהים ב-OECD – מעל 400 עובדים לכל 1,000 בני 80 ומעלה, לעומת ממוצע של 250 עובדים ב-18 מדינות OECD (איור 10). נתון זה נובע מהיקף הזכאות הנרחב לשירותי סיעוד בישראל, וכן משיעורם הגבוה של המטופלים בקהילה בישראל (87% מכלל הסייעודיים)⁴⁹. בהתאמה עובדי הסייעוד בקהילה מהווים בישראל כ-90% מכלל העובדים בענף הסייעוד, בהשוואה לממוצע של כ-50% ב-14 מדינות OECD. גם במדינות ה-OECD רוב עובדי הסייעוד הם נשים (כ-90%) העובדות בחלקיות משרה. עובדים זרים ומהגרים שלא למטרות עבודה (למשל פליטים) מהווים חלק משמעותי מעובדי הסייעוד במדינות הארגון, אך הנתונים בקשר לכך לוקים בחסר, בין היתר בגלל שהעסקתם של עובדים לא חוקיים נפוצה. בחלק מהמדינות, למשל בארה"ב ובקנדה, עובדים זרים מגויסים לענף הסייעוד מתוך מדינות המקור שלהם, כך שהתעסוקה בענף מהווה מסלול להגירה. במדינות אחרות, למשל בבריטניה, נפוצה העסקה של מהגרים שכבר הגיעו למדינה. בממוצע של 16 מדינות ה-OECD כ-30% מעובדי הסייעוד הן אחיות והיתר הם מטפלים אישיים אשר הכשרתם הפורמאלית מצומצמת יותר. על פי נתוני הארגון ישראל מצויה במקום השני מלמטה מתוך מדינות אלה, עם שיעור אחיות של פחות מ-4% מכלל עובדי הסייעוד.

⁴⁹ ייתכן גם כי חלק מהפער נובע מפערים בהיקף המועסקים במשרות חלקיות בענף.

איור 10- עובדי סיעוד ב-18 מדינות OECD, 2014*
 כלל עובדי הסיעוד בקהילה ובאשפוז ל-1,000 בני 80 ומעלה



מקור: עיבודי המחברים לנתוני ה-OECD.
 * הנתונים אודות גרמניה ודנמרק מתייחסים לשנת 2013.

מדינות רבות קבעו בשנים האחרונות דרישות השכלה והכשרה גבוהות יותר למטפלים האישיים, וזאת בשעה שהדרישות בישראל באשר להכשרתם של המטפלים האישיים בקהילה הן מן הנמוכות ב-OECD. המכרזים שעורך המוסד לביטוח לאומי דורשים מחברות הסיעוד כי 30% מהמטפלים הישראליים בקהילה המועסקים דרכן יהיו בעלי הכשרה פורמלית של 67 שעות, וכלפי יתר המטפלים אין דרישת הכשרה כלשהי.⁵⁰ העובדים הזרים המועסקים בישראל נדרשים לעבור הכשרה כלשהי בארץ המוצא וחברות הסיעוד נדרשות להדריך טרם תחילת העבודה. הדרישות בישראל דומות לדרישות ההכשרה במדינות כמו ארה"ב, קנדה, צ'כיה וקוריאה. מדינות רבות ב-OECD, לעומת זאת, דורשות הכשרה עיונית ומעשית ארוכה בהרבה, אשר אורכת בדרך כלל מעל חצי שנה וכוללת 200 ויותר שעות הכשרה (לוח 9). באוסטרליה, למשל, נדרשת הכשרה עיונית של כ-400 שעות, ובצרפת כ-500 שעות. עם זאת, בחלק מהמדינות קיימים פערים בין דרישות ההכשרה הפורמאליות ובין ההכשרה הניתנת בפועל למטפלים. כך, למשל, בהולנד, על פי הערכות, רק בין 40% ל-80% מהעובדים בענף הסיעוד מחזיקים בהכשרות הנדרשות; באוסטרליה כ-70% אחוזים מהמטפלים הסיעודיים בקהילה מחזיקים בהכשרה הנדרשת; ובגרמניה כמחצית ממטפלי הבית מחזיקים בהכשרה הנדרשת.

⁵⁰ שיחת טלפון עם אורנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד במוסד לביטוח לאומי, מיום 25 יוני 2017.

לוח 9 - דרישות ההכשרה הפורמאליות של מטפלי בית בענף הסיעוד, מדינות נבחרות

רמת הדרישות	המדינה	שם התפקיד	דרישות ההכשרה
רמה נמוכה	צ'כיה	Social and health care helper	השכלה תיכונית.
	ארה"ב	Home health aid	הכשרה בת שבועיים.
	קוריאה		120 שעות הכשרה.
	קנדה	Worker of basic social care	הכשרה עיונית של 150 שעות וכן 24 שעות הכשרה שנתיות.
רמה בינונית	הולנד	Care worker assistant	הכשרה בת שנה, מרביתה בהכשרה מעשית.
	אירלנד	Care assistant for the elderly	הכשרה בת 36 שבועות, מתוכם 5 שבועות בהכשרה תוך כדי עבודה.
	אנגליה	Care and support worker	ההכשרה הבסיסית נמשכת שנה וחצי. יעד ממשלתי ל-2008: מחצית מעובדי הסיעוד יהיו בעלי הכשרה זו.
	אוסטריה	Home assistants	200 שעות של הכשרה תיאורטית ובנוסף 200 שעות הכשרה מעשית.
	גרמניה	Elderly carer	תכנית הכשרה של 3 שנים הכוללת 200 שעות הכשרה עיונית, ו-2,500 שעות הכשרה מעשית.
רמה גבוהה	דנמרק	Social and health care assistant	הכשרה בת 20 חודשים: 32 שבועות של לימודים עיוניים ובנוסף 48 שבועות של הכשרה מעשית.
	אוסטרליה	Ancillary worker	430 שעות לימוד פורמליות ובנוסף הכשרה מעשית של 5 שבועות.
	צרפת	Household assistant	דרישת רקע של עבודה כלשהי בהיקף של 3,000 שעות ב-10 השנים האחרונות. בנוסף, תכנית ההכשרה כוללת 504 שעות לימוד עיוניות ובנוסף 560 שעות לימוד מעשיות.
	פינלנד	Long term care worker	הכשרה מקצועית במשך 3 שנים, רבע ממנה תוך כדי עבודה.

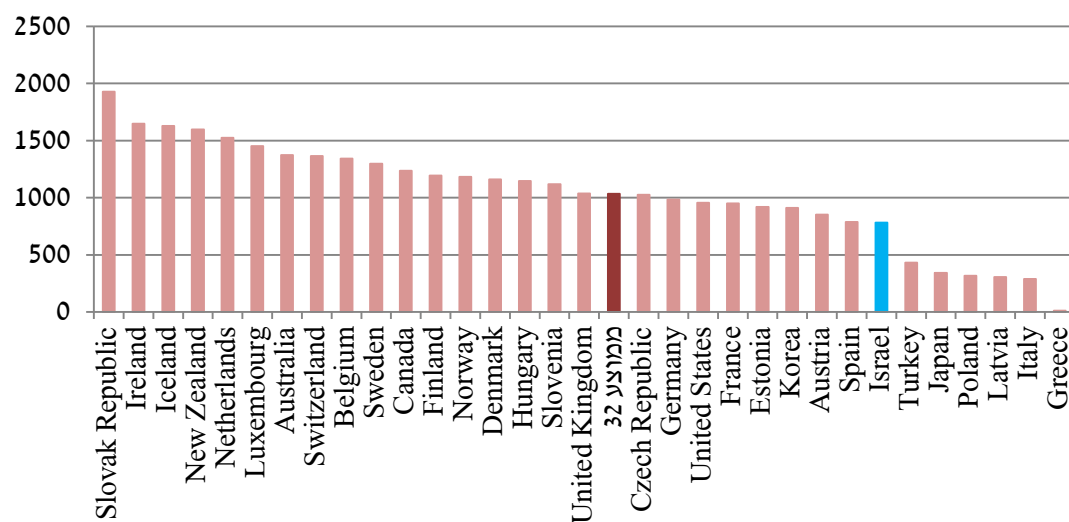
מקור: Fujisawa ו-Colombo (2009).

* השוואה זו מתמקדת במטפלים סיעודיים המקבילים למטפלי הבית בישראל. במקרים בהם לא היה ברור מהו סוג המטפל המקביל, נלקח המטפל בעל ההכשרה הנמוכה ביותר במערכת.

מספר המיטות במוסדות סיעודיים או מחלקות סיעודיות בבתי חולים עמד בשנת 2014 במדינות ה-OECD על ממוצע של כ-1,030 מיטות ל-1,000 איש בגיל 80 ומעלה, בעוד ישראל היתה מצויה מתחת לממוצע עם כ-780 מיטות (איור 11). שיעור המיטות הנמוך יחסית בישראל תואם את שיעורם הנמוך יחסית של הזכאים לסיוע באשפוז סיעודי (כ-13% מהסיעודיים), והוא משקף תמונה לפיה מרבית הקשישים הסיעודיים מטופלים בבתיים. מדינות ה-OECD רשמו בממוצע עלייה קלה במספר המיטות לסיעודיים בעשור וחצי האחרונים, אך גם במגמה זו קיימת שונות. שוודיה, שנמצאת כיום עם מספר מיטות מעל הממוצע הפחיתה באופן משמעותי את מספר

המיטות ביחס לשנת 2000. לעומת זאת בקוריאה נרשם דווקא גידול במספר המיטות בהמשך להחלת תכנית ביטוח ציבורית ב-2008. בישראל לא נרשם שינוי משמעותי במספר המיטות ביחס לאוכלוסיית הקשישים בין השנים 2000 ו-2013.

איור 11- מיטות אשפוז סיעודי ב-32 מדינות OECD, 2014*
מיטות במוסדות סיעודיים ובתי חולים ל-1,000 בני 80 ומעלה



מקור: עיבודי המחברים לנתוני ה-OECD.
* הנתונים אודות גרמניה וספרד ואיטליה מתייחסים לשנת 2013. הנתונים אודות בלגיה, קנדה, לוקסמבורג והולנד מתייחסים לשנת 2012. הנתונים אודות דנמרק מתייחסים לשנת 2011.

4. נשיגות (affordability) שירותי הסיעוד בקהילה

- אנו מעריכים כי 1 מכל 5 קשישים סיעודיים יתקשה לממן קבלת שירותי סיעוד, כאשר רובה של קבוצה זו, כ-75%, מורכבת מקשישים שאין להם ביטוח סיעודי פרטי והיתר הם קשישים שהביטוח הסיעודי לא עונה על צרכיהם מסיבות שונות.
- בעיית הנשיגות קיימת בעיקר בקרב קשישים המקיימים כמה תנאים במקביל: (א) היעדר ביטוח סיעוד פרטי; (ב) הכנסה שוטפת נמוכה; (ג) היעדר נכסים פיזיים או פיננסיים הניתנים למימוש; (ד) היעדר בני משפחה התומכים כלכלית או מעניקים סיוע אישי נדרש (בחלקם כאלו שיהנו בעתיד מנכסי הקשיש כירושה).
- נראה כי בעיית הנשיגות בקרב האוכלוסייה החרדית אינה חריפה יותר מאשר בקרב האוכלוסייה היהודית הלא-חרדית, בעיקר הודות לשיעור בעלות יחסית גבוה על דירות בקרב חרדים מבוגרים עם הכנסה שוטפת בחציון התחתון של ההתפלגות. רמת הנשיגות של שירותי הסיעוד בקרב האוכלוסייה הערבית נמוכה יותר.

בפרק זה נבחן באיזו מידה קשישים בישראל הנזקקים לשירותי סיעוד יכולים לעמוד בהוצאות שירותי הסיעוד כאשר אלו ניתנים בקהילה. כפי שתואר בפרק השני, שירותי הסיעוד בישראל ניתנים הן בקהילה והן במוסדות אשפוז ייעודיים. אנו מעריכים כי אין בעיית נשיגות בקבלת שירותי סיעוד במוסדות אשפוז, זאת על סמך העובדה שמשרד הבריאות מממן באופן כמעט מלא את שירותי האשפוז עבור קשישים שאין ביכולתם לממן את האשפוז בעצמם ובאמצעות בני משפחתם, וכן על סמך ההבנה כי אין מחסור במיטות אשפוז במוסדות אלו.⁵¹

בעיית הנשיגות עשויה להתעורר, אם כן, במידה שהקשיש הנדרש לשירותי סיעוד, או בני משפחתו, מעוניינים ששירותי הסיעוד יינתנו בקהילה או אם הקריטריון לאשפוז מחמיר מדי. עקב הפער הקיים בין מבחן ההכנסה לקבלת סיוע לשירותי סיעוד בקהילה, המבוסס על ההכנסה השוטפת של הקשיש, ובין מבחן ההכנסות לקבלת שירותי סיעוד במוסד, המבוסס על ההכנסות השוטפות והנכסים הן של הקשיש והן של בני משפחתו, יתכן מצב בו בני המשפחה יעדיפו להשאיר את בן משפחתם בקהילה, אך לא יהיה בהכנסה השוטפת שלו ואולי גם בנכסיו מספיק בכדי לממן את שירותי הסיעוד הנדרשים לו. במצב זה הקשיש הנזקק לשירותי סיעוד עלול להיוותר ללא קבלת עזרה מספקת.

אנו מעריכים כי 1 מכל 5 קשישים סיעודיים יתקשה לממן קבלת שירותי סיעוד, כאשר רובה של קבוצה זו, כ-75%, מורכבת מקשישים שאין להם ביטוח סיעודי פרטי (סעיף 4.1 להלן), והיתר הם קשישים שהביטוח הסיעודי לא עונה על צרכיהם מסיבות שונות (סעיף 4.2 להלן). אנו גם דנים בקצרה בגורמים הצפויים להשפיע על הנשיגות בעתיד (סעיף 4.3).

⁵¹ סיוע המדינה במימון הוצאות אשפוז במוסדות סיעודיים ניתן רק בתנאי שאין ביכולת הקשיש ובני משפחתו לממן את הוצאות האשפוז בעצמם. במובן זה, המושג נשיגות בהקשר של מימון אשפוז במוסד סיעודי כולל את יכולתם של הילדים לממן את שירותי האשפוז עבור הוריהם. מושג זה שונה ממושג הנשיגות המתאפיין במצב רגיל ליכולתו של משק הבית לממן את השירות המבוקש.

4.1 השפעת היעדר ביטוח סיעוד פרטי על נשיגות הסיעוד

מטבע הדברים, היכולת לממן שירותי סיעוד תלויה במאפיינים רבים של משק הבית של הקשיש: היקף הטיפול הסיעודי הנדרש ומשכו; עלות שירותי הסיעוד; רמת ההכנסה של הקשיש והנכסים שברשותו; הזכאות לביטוח ציבורי; וכן הבעלות על ביטוח סיעוד פרטי. הגישה בה אנו נוקטים היא עריכת סימולציות של כושר המימון של שירותי סיעוד בקרב בעלי ביטוח פרטי וחסרי ביטוח פרטי. הסימולציות מתייחסות לנזקקי סיעוד בעלי רמת תלות מלאה, כלומר כאלה הזקוקים לעזרה או השגחה של 24 שעות ביממה, והן מתחקות אחר מבנה הביטוח הציבורי הקיים. גישה דומה ננקטה במחקר של ה-OECD שנערך לאחרונה (Muir, 2017) אשר בחן את נשיגות שירותי הסיעוד ב-14 ממדינות הארגון ומדינות האיחוד האירופי.⁵²

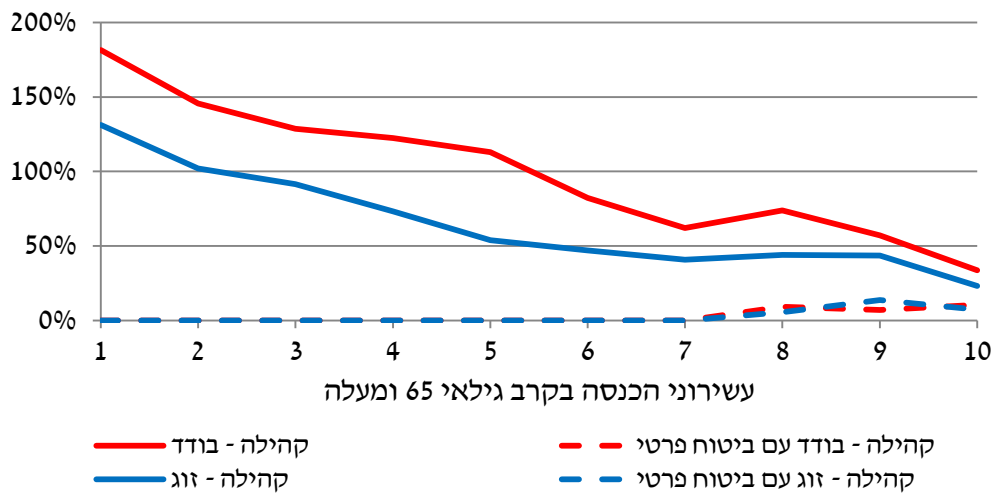
באזור 12 אנו מציגים את שיעור ההוצאה הפרטית על שירותי סיעוד מההכנסה נטו עבור קשישים המטופלים בקהילה. האזור מבוסס על ההערכה כי ההוצאה החודשית הכוללת לטיפול סיעודי אישי בקהילה מסתכמת בכ-8,000 ₪ (ראה סעיף 2.2 לעיל), כאשר ההוצאה הפרטית המוצגת בו היא ההוצאה נטו ממקורות עצמיים, דהיינו בניכוי תקבולים בעין או תקבולים כספיים הניתנים על ידי הביטוח הציבורי ו/או הפרטי. ההכנסה אליה אנו מתייחסים היא הכנסה חודשית כוללת נטו של משק הבית של הקשיש הסיעודי (ללא גמלת סיעוד).⁵³ מהאזור ניתן לראות כי בהיעדר ביטוח פרטי, הטיפול בקהילה מהווה הוצאה כבדה – מעל 100 אחוזים מההכנסה השוטפת נטו עבור חלק ניכר מהאוכלוסייה, כאשר רק עבור קשישים השייכים לעשירון העליון (של התפלגות ההכנסה בקרב גילאי 65 ומעלה) ההוצאה יורדת אל מתחת ל-40 אחוזים מההכנסה השוטפת נטו.

נציין כי התייצבות שיעור ההוצאה כאחוז מההכנסה סביב העשירון השביעי עבור קשישים החיים בגפם וסביב העשירון ה-5 עבור קשישים החיים בזוג נובעת מקיזוז קצבת הסיעוד עם העלייה בהכנסה השוטפת של משק הבית. עוד ניתן לראות מהאזור כי ביטוח סיעוד פרטי מהסוג הניתן בקופות החולים פותר את קשיי המימון לחלוטין, גם עבור קשישים בעשירון התחתון של ההכנסות.

⁵² הנייר מתמקד בחמישה תרחישים השונים זה מזה ברמת התלות הסיעודית ובסוג הטיפול (תלות סיעודית חמורה – בקהילה ובאשפוז, תלות סיעודית בינונית – בקהילה או בטיפול לא פורמאלי, תלות סיעודית קלה – בקהילה). בכל תרחיש בוחן הנייר את עלות השירותים, שיעור הכיסוי של הביטוח הציבורי, ההוצאות הישירות שנתרות לאחר מתן הביטוח, ומידת הנשיגות של הוצאות אלה. הנייר מוצא כי ברוב המדינות הכיסוי לטיפול בקהילה עבור סיעודיים בעלי רמת תלות בינונית או חמורה בדרך כלל אינו מספיק, ומותיר את הקשישים עם הוצאות ישירות כבדות. במקביל, הנייר מוצא כי האשפוז הסיעודי נשיג בכל המדינות. הנייר מדגיש כי למרות שהכיסוי הציבורי משתנה כתלות בהכנסה, בעיית הנשיגות קיימת עדיין בקרב בעלי ההכנסות הנמוכות ביותר. ברוב המדינות הטיפול בקהילה, גם לסיעודיים בעלי תלות בינונית, אינו נשיג לבעלי הכנסות נמוכות.

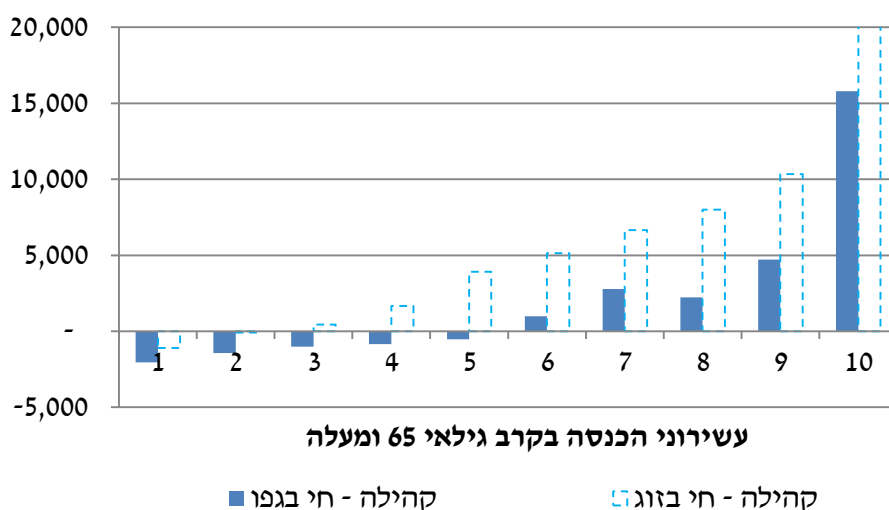
⁵³ ההכנסה החודשית הכוללת נטו אינו מכילה מרכיב של זקיפה על שירותי דיור.

איור 12- שיעור ההוצאה על טיפול סיעודי מההכנסה הכוללת נטו, טיפול בקהילה



איור 13 מציג את ההכנסה השוטפת נטו בניכוי הוצאות הסיעוד של קשיש בקהילה החי בגפו או בזוג, נזקק לשירותי סיעוד מלאים ואין בידו ביטוח סיעודי פרטי. מהאיור עולה בבירור כי למעט קשישים מהעשירון העליון של התפלגות ההכנסה השוטפת, קשישים בודדים שאין בבעלותם דירה או חיסכון אחר אינם יכולים לממן את הוצאות שירותי הסיעוד בקהילה (כך גם לגבי קשישים החיים בזוג מחציון ההכנסה התחתון). ברמה המעשית, ניתן להעריך כי גם קשישים שיש בבעלותם דירה אך אין להם חיסכון נוסף יתקלו בקושי לממן את הוצאות הסיעוד. כזכור, אנו מעריכים כי שיעורם של בני 45 ומעלה שאין ברשותם ביטוח סיעודי כלשהו עומד על כ-40% (ראה בסעיף 2.4 לעיל).

איור 13 - הכנסה בניכוי הוצאות סיעוד, תרחיש ללא ביטוח פרטי קשיש החי בגפו או בזוג ומקבל שירותי סיעוד בקהילה



חלק מהקשישים המתגוררים בקהילה הם בעלי נכסים פיננסיים הניתנים למימוש, או נכסים פיזיים מניבים כגון נדל"ן, ולאחרים יש ילדים המסייעים להוריהם מבחינה כלכלית, חלקם כאלו

העתידים לרשת את נכסיהם – כמו את דירת המגורים. אף על פי שקיים מתאם בין היות הקשיש בעל הכנסה נמוכה, ובין היותו חסר נכסים או נעדר ילדים בעלי יכולת כלכלית, עוצמתו אינה ברורה.

במילים אחרות, בעיית הנשיגות קיימת בעיקר בקרב קשישים המקיימים כמה תנאים במקביל: (א) היעדר ביטוח סיעוד פרטי; (ב) הכנסה שוטפת נמוכה; (ג) היעדר נכסים פיזיים או פיננסיים הניתנים למימוש; (ד) היעדר בני משפחה התומכים כלכלית או מעניקים סיוע אישי נדרש (בחלקם כאלו שיהנו בעתיד מנכסי הקשיש כירושה). בלוח 10 אנו מציגים קירוב לשיעור הקשישים המקיימים את שלושת הקריטריונים הראשונים, בדמות שיעור הקשישים שאין ברשותם ביטוח סיעוד פרטי וגם אין בבעלותם דירה, שכן בעלות על דירה מתואמת עם קיומם של נכסים פיננסיים אחרים. ייתכן כי בקרב קשישים שאין בבעלותם דירה ישנם מי שמחזיקים בנכסים פיננסיים משמעותיים. מנגד, בעלות על דירה, בהיעדר נכסים פיננסיים נזילים, אינה מבטיחה את מימון שירותי הסיעוד, שכן קשיש המטופל בקהילה זקוק לדירתו למגורים. במצב הנוכחי בישראל, בהיעדר הסדרי מימון נוחים דוגמת "משכנתא הפוכה", למרבית הקשישים המטופלים בקהילה אין אפשרות להישאר בדירתם ולממן את הטיפול הסיעודי באמצעות הדירה שבעלותם, למרות שהדירה מהווה למעשה חיסכון. עם זאת, קשיש בעל דירה עשוי למכור את הדירה ולעבור למגורים בשכירות⁵⁴.

על פי לוח 10, בעוד שכ-40% מאוכלוסיית בני 45 ומעלה מחוסרי ביטוח סיעודי פרטי, ל-16% אין גם דירה בבעלותם. שיעור זה גבוה יותר בחציון ההכנסה התחתון ועומד על 28%, כך שבקירוב 1 מכל 7 מבוגרים הוא חסר ביטוח סיעוד פרטי, חסר דירה ומשתייך לחציון ההכנסה התחתון.

לוח 10 - שיעור מבוגרים (בני 45+) שאין ברשותם ביטוח סיעודי ודירה בבעלות

מכלל האוכלוסייה (%)	מהיהודים ללא חרדים (%)	מהחרדים (%)	מהערבים (%)
אומדן חסרי ביטוח סיעוד			
כלל האוכלוסייה	41	35	49
חציון הכנסה תחתון*	58	49	79
אומדן חסרי דירה וחסרי ביטוח סיעוד			
1	41	42	23
2	24	20	14
3 חמישון*	16	14	12
4	10	10	11
5	4	3	5
כלל האוכלוסייה	16	13	14
חציון הכנסה תחתון	28	24	17

מקור: עיבודי המחברים לסקר הוצאות של הלמ"ס לשנים 2014-2015.
* התפלגות ההכנסות מתייחסת לגילאי 65 ומעלה.

⁵⁴ אי הזמינות של שכירות לטווח ארוך מקשה על פרטים למכור את דירתם ולעבור לדירה שכורה.

ממצאים חשובים עולים גם מהחלוקה המגזרית בלוח. ניתן לראות כי בקרב האוכלוסייה הערבית שיעור אי-הבעלות על דירה וביטוח סיעודי הוא פי 2.5 לערך בהשוואה לאוכלוסייה היהודית (35% אל מול 13%-14%). ממצא זה נובע משיעור ההחזקה הנמוך של האוכלוסייה הערבית בביטוח סיעודי (הקשור גם להכנסה הנמוכה), ולא משיעור בעלות נמוך על דירות. אף על פי שרמת הנשיגות של שירותי הסיעוד, כפי שנמדדת בלוח, היא נמוכה יותר במגזר הערבי, ניתן לשער כי בפועל הפערים מצומצמים בהרבה, שכן היקף הטיפול הלא פורמאלי בחברה הערבית הוא רחב יותר - ילדים נוהגים לגור בסמוך להוריהם ונשים רבות אינן מועסקות ועשויות לספק עזרה לא פורמאלית (Azaiza et al., 1999).

ממצא מעניין נוסף הוא שיעור אי-הבעלות על דירה וביטוח סיעודי בחברה החרדית. למרות ששיעור חסרי ביטוח סיעוד פרטי הוא גבוה יותר בקרב חרדים (54% ביחס ל-49%, בקרב חציון ההכנסה התחתון), שיעור אי-הבעלות על דירה וביטוח סיעודי דווקא נמוך יותר (17% ביחס ל-24%, בקרב חציון ההכנסה התחתון). ממצא זה נובע משיעור הבעלות הגבוה יחסית על דירה בקרב חרדים (כ-70% בקרב חציון ההכנסה התחתון). עם זאת, ייתכנו הבדלים בין החרדים מהדור המבוגר, אשר השתתפו בשוק העבודה, ובין החרדים הצעירים אשר מצבם הכלכלי פחות טוב. גם בנוגע לציבור החרדי ניתן לשער כי מצבם של הקשישים החרדיים טוב יותר ביחס לרמה הנמדדת בלוח, וזאת בזכות מספר הילדים הגדול של משפחה חרדית וכן בזכות מערכת התמיכה הקהילתית המפותחת.

יש להעיר כי היעדר ביטוח סיעודי אינו נובע תמיד מהנטל הכלכלי שברכישות הביטוח (או העדפות אישיות). ישנם בעלי בעיות רפואיות כרוניות או מצב בריאותי ירוד אשר מנועים מלרכוש ביטוח בגלל הליך החיתום הקיים בכל הביטוחים הפרטיים. ואולם, אין נתונים על היקפה של אוכלוסייה זו המודרת מהצטרפות לביטוחים סיעודיים פרטיים.

4.2 מקרים בהם הביטוח הסיעודי הפרטי אינו פותר את בעיית הנשיגות

כפי שתואר לעיל, הביטוח הסיעודי פותר במקרים רבים את בעיית מימון הוצאות שירותי הסיעוד, אך במקרים מסוימים אין הדבר כך. מקרה אחד מתייחס לקשישים שיש בבעלותם ביטוח סיעוד פרטי, אך מצבם הסיעודי הוא גבולי לעניין הקריטריונים של חברות הביטוח, כך שהם אינם זוכים להפעלת הביטוח שברשותם. קריטריון הזכאות שמפעילות רוב הפוליסות של חברות הביטוח בישראל הוא אי-יכולת לבצע 3 מתוך 6 פעולות ADL או צורך בהשגחה רצופה עקב פגיעה מנטאלית.⁵⁵ סף זה גבוה מהסף הנוהג בביטוח הלאומי, ואנו מעריכים כי רק כמחצית מהקשישים זכאי גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי היו עוברים את הסף של פוליסות הביטוח הפרטיות, אילו נבדקו לפי.⁵⁶ נראה כי הקריטריונים המחמירים יחסית להפעלת הביטוח הסיעודי משאירים קבוצה רחבה של קשישים הנדרשים לסיוע סיעודי ובעלי ביטוח, ללא סיוע מהביטוח.

⁵⁵ בארה"ב סף הזכאות של מרבית פוליסות ביטוח הסיעוד הפרטיות מקל יותר - אי-ביצוע 2 מתוך 6 פעולות ADL בלבד (Colombo et al., 2011). אין ברשותנו מידע בקשר למדינות נוספות.

⁵⁶ שיחה עם גברת אורנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, מיום 5 יוני 2017. סולם ציוני ה-ADL של המוסד לביטוח לאומי נע בין 0 ל-11, כאשר הציונים על פעולות ההלבשה, האכילה והרחצה הם בטווח של 0-1, 1.5-0 ו-1.5-0, בהתאמה, והציונים על פעולות הניידות והשליטה בסוגרים הן 0-7, 0-2 ו-7, 0-1.5 ו-7. לפי הערכתנו

מקרה אחר בו הביטוח הסיעודי אינו נותן כיסוי מספק הוא כאשר תקופת הנזקקות הסיעודית נמשכת תקופה ארוכה של מעל 5 שנים. הביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, וכן של רוב ביטוחי הפרט, מעניקים כיסוי לתקופה מקסימאלית של 5 שנים מקרות המצב הסיעודי, כך שלאחר תקופה זו, הצורך במימון המשך הטיפול הסיעודי חוזר לפרט. על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, כמחצית מזכאי גמלת סיעוד שנפטרו בשנת 2015 קיבלו את הגמלה לתקופה של יותר מ-4.5 שנים (אסיסקוביץ', 2015). תקופת נזקקות סיעודית ארוכה מאפיינת בעיקר קשישים דמנטיים, אשר מחלתם מתקדמת בקצב איטי, ולעתים עלולים לשהות גם 10 שנים ויותר במצב סיעודי.

מקרה נוסף בו הכיסוי הביטוחי עלול שלא לספק הוא הביטוח של קופת החולים לקשישים שהצטרפו לביטוח בגיל מבוגר ולפיכך הביטוח שלהם הוא מופחת. על פי נתוני רשות שוק ההון, כ-6.5% מבעלי הביטוח הסיעודי של קופות החולים זכאים לביטוח מופחת המעניק פיצוי של 4,500-3,500 ₪ בקהילה ושיפוי של עד 4,500-6,500 ₪ באשפוז (לעומת 5,500 ₪ ו-10,000 ₪ בביטוח המלא, בהתאמה).^{57 58}

4.3 גורמים הצפויים להשפיע על הנשיגות בעתיד

שני גורמים עלולים להביא לירידה בנשיגות שירותי הסיעוד בעתיד. ראשית, על פי הנתונים הדמוגרפיים, האוכלוסייה שתהפוך להיות קשישה בעשורים הקרובים היא בעלת מספר ילדים קטן יותר ביחס לדור הקשישים הנוכחי (ראה סעיף 5.4.2 בפרק 5). הירידה במספר הילדים הממוצע, במיוחד במגזר הערבי, תפחית את זמינות הטיפול הלא פורמאלי, הניתן על ידי בני המשפחה וכולל כאמור גם סיוע במימוש הזכאות לביטוח הסיעוד הציבורי והפרטי. יתירה מכך, הפחתת מספר הילדים תקטין את יכולת התמיכה הכלכלית של המשפחה בנזקק הסיעוד. שנית, כיוון שלא ברור עד כמה יושגו שינויים משמעותיים בפריון העבודה בענף הסיעוד בעתיד, העלות היחסית של שירותי הסיעוד עשויה לגדול (ראה סעיף 5.4.1 בפרק 5). מנגד, תיתכן עלייה בשיעור הבעלות על ביטוח סיעוד בקרב הדורות הצעירים אשר תתרום לנשיגות טובה יותר.

הזכאים לגמלת הסיעוד בדרגה הנמוכה ("תלוי במידה רבה", ציון של 2.5-5.5 נק'), המהווים כ-50% מכלל הזכאים, אינם עוברים את הקריטריון של אי-ביצוע 3 מתוך 6 פעולות ADL.

⁵⁷ התכתבות עם מר אודי לוי, מנהל מחלקת ביטוח סיעודי, רשות שוק ההון, מיום 28 מאי 2017.

⁵⁸ קבוצה נוספת אשר נשיגותה לשירותי סיעוד היא מוגבלת בהינתן מערך הסיעוד הנוכחי היא קשישים עריריים. על פי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס לשנים 2013-2014, שיעור העריריים (אינם נשואים וללא ילדים) מקרב בני 65 ומעלה הוא כ-3%. קשישים עריריים, גם אם יש ברשותם ביטוח סיעוד פרטי, עשויים להתקשות בקבלת שירותי סיעוד נאותים, משום שאין בידם לקבל מידע בקשר לזכאותם וסיוע במימוש זכאותם, הנעשים בדרך כלל על ידי הילדים. בנוסף, קשישים עריריים המצויים במצב סיעודי סובלים מבידוד חברתי ברמה חמורה יותר בהשוואה לקשישים סיעודיים אחרים.

5. תחזית ארוכת טווח לענף הסיעוד בישראל

- הגידול באוכלוסיית הקשישים והעלייה בעלות שירותי הסיעוד צפויים להביא לגידול בהוצאות הסיעוד בכל תרחיש סביר. עם זאת, אי הוודאות לגבי מידת הירידה במשקל הנזקים לסיעוד בכל קבוצת גיל עם העלייה בתוחלת החיים, משאירה טווח יחסית גדול בתחזית ההוצאה
- הנחה של ביקוש שאינו קשיח לחלוטין לשירותי סיעוד, כמו גם ההנחה שהיקף שעות הסיוע של המטפלים הלא-פורמאליים עשוי לגדול ככל שההוצאות על סיעוד עולות, ממתנת את הגידול בהוצאה הלאומית על סיעוד

בפרק זה נציג תחזית של התפתחות ענף הסיעוד בישראל. תחילה נציג את המתודולוגיה העומדת בבסיס התחזית (סעיף 5.1). לאחר מכן נציג את התחזיות המפורטות בקשר לגורמי הביקוש וההיצע הרלבנטיים ונדון בגמישויות המתאימות להם (סעיפים 5.2-5.4) בהמשך לכך נציג את התחזית להתפתחות ההוצאה הלאומית לסיעוד בישראל (סעיף 5.5).

5.1. מתודולוגיית התחזית

התחזית שאנו מציגים בפרק זה מבוססת על הגישה הכללית בתחזית ה-OECD שפורסמה ב-2013 (Maisonneuve and Martins, 2013), שהיא גישה חשבונאית (Accounting Framework) המביאה בחשבון גורמי ביקוש והיצע בולטים, אך אנו עורכים בה כמה שינויים והתאמות נדרשים.⁵⁹ תחילת התקופה בתחזית היא שנת 2015, והיא נערכת ל-30 שנים קדימה, עד 2045. אנו מניחים כי ההוצאה לסיעוד כאחוז מהתוצר ניתנת לתיאור על ידי המשוואה הבאה:

$$LTC_t = LTC_0 \times Dependency_t \times I_t^{\alpha-1} \times LTC\ Cost_t^\beta$$

כאשר LTC_t היא ההוצאה הלאומית לסיעוד ביחס לתוצר בזמן t , ו- LTC_0 היא ההוצאה ביחס לתוצר בתחילת התקופה; $Dependency_t$ הוא שיעור נזקי הסיעוד באוכלוסייה הכללית בזמן t ביחס לאותו שיעור בתחילת התקופה, והוא מהווה גורם ביקוש לשירותי הסיעוד (סעיף 5.2 להלן); I_t היא ההכנסה הממוצעת למשק בית בזמן t ביחס להכנסה בתחילת התקופה, והיא גורם ביקוש נוסף לסיעוד, ונמדדת בקירוב על ידי התוצר לנפש (סעיף 5.3 להלן); הפרמטר α מבטא את גמישות ההוצאה לסיעוד ביחס להכנסה. כאשר $\alpha = 1$ ההוצאה על סיעוד גדלה בשיעור זהה לשיעור הגידול בהכנסה (ובתוצר), כך שגידול בהכנסה אינו משפיע על חלקה של ההוצאה על

⁵⁹ תחזית ה-OECD חוזה את הוצאות הבריאות והסיעוד הציבוריות כאחוז מהתוצר בשנים 2030 ו-2060, עבור כל אחת ממדינות ה-OECD וכן עבור מספר מדינות נוספות שאינן חברות בארגון. עם זאת, ישנם מספר חסרונות בתחזית ה-OECD המצדיקים עריכת תחזית מפורטת עבור ישראל. ראשית, תחזית ה-OECD מתייחסת לשתי נקודות זמן בלבד - 2030 ו-2060, והיא לא מאפשרת להעריך את תוואי ההתפתחות של ההוצאה לסיעוד. שנית, תחזית ה-OECD מאפשרת מרחב מוגבל למאפיינים ייחודיים של כל מדינה. כך למשל, תחזית ה-OECD נסמכת על תחזיות הארגון להתפתחות התוצר בישראל, הפיריון הכולל ושיעורי ההשתתפות כפי שהללו מופיעים ב-OECD Economic Outlook (OECD, 2012). מטבע הדברים תחזיות ספציפיות לישראל הן ככל הנראה מדויקות יותר. שלישית, עריכת תחזית פרטנית לישראל מאפשרת לנו לנקוט בגישה שונה לחיזוי ההיצע הלא פורמאלי ולאמידת השפעתו.

סיעוד בסך ההכנסה; $LTC Cost_t$ היא עלות שירותי הסיעוד בזמן t ביחס לאותה עלות בתחילת התקופה, והיא מהווה גורם היצע (סעיף 5.4 להלן). β היא גמישות ההוצאה לסיעוד ביחס לעלות שירותי הסיעוד, כאשר הסימן של β תלוי בגמישות הביקוש לשירותי סיעוד. גמישות ביקוש יחידתית פירושה ששינויים בעלות שירותי הסיעוד מתקזזים באופן מלא עם הכמות המבוקשת, כך שסך ההוצאה על שירותי סיעוד אינה תלויה במחיר⁶⁰. ככל שהביקוש לסיעוד קשיח (פחות גמיש, $\beta > 0$), כך התייקרות שירותי הסיעוד תוביל לעלייה בסך ההוצאה על סיעוד. $\beta = 1$ משמעו שהביקוש לשירותי הסיעוד קשיח לחלוטין וכל עלייה במחיר תתבטא באופן מלא בסך ההוצאה על שירותי הסיעוד.

שיעור נזקי הסיעוד באוכלוסייה הכללית מחושב באמצעות המשוואה הבאה:

$$Dependency_t = \sum_{age\ group=1}^j Demographic\ Weight_{j,t} \times Dependency\ Ratio_{j,t}$$

כאשר $Demographic\ Weight_{j,t}$ היא משקלה באוכלוסייה של קבוצת הגיל j (60-64, 65-69, ... , 90-94, +95) בזמן t , ואילו $Dependency\ Ratio_{j,t}$ הוא שיעור הסיעודיים בקרב קבוצה זו.⁶¹ אנו מניחים שני תרחישי בסיס בהקשר של שינויים על פני זמן בשיעור הסיעודיים בכל קבוצת גיל: בתרחיש אחד אנו מניחים כי שיעור זה אינו משתנה על פני זמן, למרות העלייה בתוחלת החיים, ובתרחיש השני אנו מניחים ירידה הדרגתית בשיעור הסיעודיים בכל קבוצת גיל, מתוך הנחה שעם העלייה בתוחלת החיים נדחה גם גיל הנזקקות הסיעודית (לדיון בשני התרחישים ראה סעיף 5.2 להלן).⁶² עלות שירותי הסיעוד מורכבת מעלות שירותי הסיעוד הפורמאליים והבלתי פורמאליים:

$$LTC\ Cost_t = FS\ Weight_t \times FS\ Cost_t + IFS\ Weight_t \times IFS\ Cost_t$$

$FS\ Weight_t$ הוא המשקל של המטפלים הפורמאליים (מטפלי בית, עובדים זרים, אחיות וכד') בתוך סך שעות הסיעוד הניתנות לנזקקים, ו- $IFS\ Weight_t$ הוא משקלם של המטפלים הלא פורמאליים (בני משפחה וקרובים). $FS\ Cost_t$ הוא היחס בין עלות שירותי הסיעוד הפורמאליים בתקופה t ובתחילת התקופה, והוא נמדד בקירוב על ידי השינויים בתוצר לעובד (ראה דיון בסעיף 5.4.1). $IFS\ Cost_t$ הוא היחס המקביל בהתייחס לעלות שירותי הסיעוד הלא פורמאליים. כיוון

⁶⁰ גמישות ההוצאה ביחס למחיר שווה לגמישות הביקוש ביחס למחיר ועוד אחד. כאשר גמישות הביקוש ביחס למחיר היא יחידתית (כלומר שווה למינוס 1), $\beta = 0$. כאשר גמישות הביקוש ביחס למחיר היא אפס (הביקוש אינו תלוי במחיר), $\beta = 1$.

⁶¹ הבחירה בגיל 60 כגיל הסף לספירת קשישים סיעודיים היא במידה מסוימת שרירותית ונובעת מכך שהמוסד לביטוח לאומי מעניק גמלת סיעוד לנשים מגיל 62 ומעלה (גיל הפרישה לנשים). כיוון ששיעור הסיעודיים בקבוצת גיל זו נמוך מאד, להגדרת גיל סף שונה (65 או גילאי הפרישה לנשים ולגברים) אין השפעה על התוצאות.

⁶² מהלך השינוי בשיעור הסיעודיים בכל קבוצת גיל מוגדר באופן הבא:

$$Dependency\ Ratio_{j,t} = Max[Dependency\ Ratio_{j,0} \times (1 + \delta)^t, 0]$$

כך למשל, אם שיעור הסיעודיים בתחילת התקופה הוא 10% בקרב בני 74-70 ו-50% בקרב בני 84-80, הרי שבהינתן קצב שינוי שנתי של 1% - אזי אחרי 10 שנים שיעור סיעודיים בקרב בני 74-70 יפחת בכ-10 אחוזים ויעמוד על כ-9% ובקרב בני 84-80 הוא יעמוד על כ-45%.

ששירותי הסיעוד הלא פורמאליים ניתנים ללא תשלום או קובעים את עלותם להיות אפס לאורך כל תקופת התחזית (אנו דנים בהנחה זו בסעיף 5.4.2). אנו מגדירים את משקל המטפלים הלא פורמאליים באופן הבא:

$$IFS\ Weight_t = IFS\ Weight_0 \times Demographic\ Ratio_t \times Average\ Hours\ Supply_t$$

כאשר $IFS\ Weight_0$ הוא משקל המטפלים הלא פורמאליים בתחילת התקופה; $Demographic\ Ratio_t$ הוא השינוי ביחס הדמוגרפי בין אוכלוסיית המטפלים לאוכלוסיית נזקקי הסיעוד בין תקופה t לתחילת התקופה; $Average\ Hours\ Supply_t$ הוא היחס בין סך שעות הטיפול הממוצע שמעניקה אוכלוסיית המטפלים בתקופה t לבין אותו היחס בתחילת התקופה, אשר לגביו אנו מניחים הנחות שונות (ראה דיון בסעיף 5.4.2).

5.2. שיעור התלות הסיעודית באוכלוסייה

השיעור העתידי של נזקקי סיעוד באוכלוסייה מחושב, כאמור, כמכפלה של שיעורן החזוי של קבוצות הגיל הקשירות באוכלוסייה (גילאי 60-64, 65-69, ..., 90-94, +95) בשיעור התלות הסיעודית בכל קבוצת גיל. שיעורן באוכלוסייה של קבוצות הגיל השונות נלקח מתוך תחזית האוכלוסייה הבינונית של הלמ"ס (למ"ס, 2017) ושיעור התלות הסיעודית לפי גיל בתחילת התקופה נלקח מהחישוב שהצגנו בפרק 2 (לוח 1 לעיל).

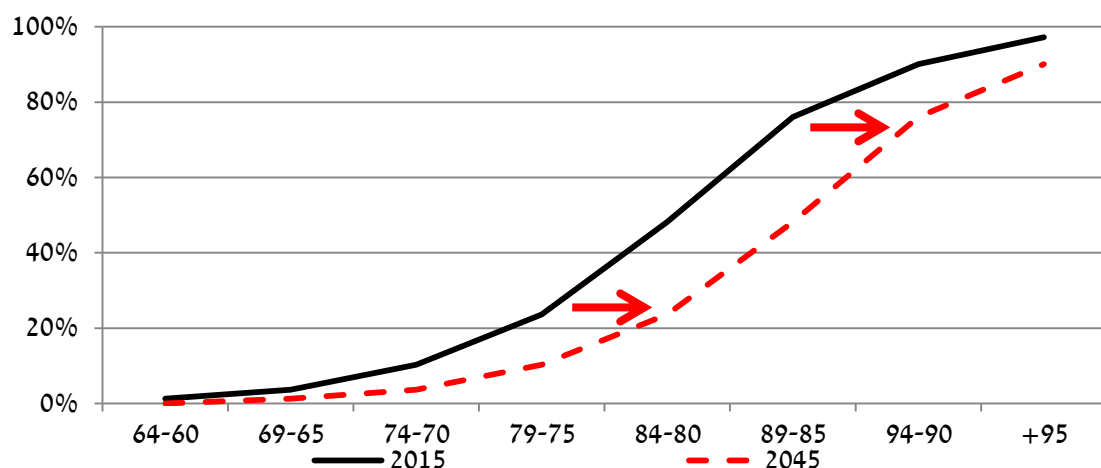
התארכות תוחלת החיים והעלייה באיכות ובזמינות השירותים הרפואיים לאורך תקופת החיים ובפרט בגילאים המבוגרים, עשויים להשפיע על הנזקקות הסיעודית בעתיד בכיוונים שונים. מחד, שיפורים ברפואה, בתזונה ובסגנון החיים תורמים למגמת "הזדקנות בריאה" (Healthy Ageing), הפועלת לדחיית גיל הנזקקות הסיעודית. מאידך, עוצמת השפעתה של מגמה זו, בפרט על נזקקות סיעודית, אינה ברורה, והשיפור בשירותים הרפואיים עלול אף להאריך את משך החיים במצב הסיעודי. כך למשל, בישראל לא נרשם שינוי מהותי בשיעור הזכאים לגמלת סיעוד בקבוצות הגיל השונות בין השנים 2000 ו-2015.⁶³ במחקר של ה-OECD אודות שינויים על פני זמן בנזקקות סיעודית של קשישים, אשר נערך בקרב 12 ממדינות הארגון, נמצאו מגמות סותרות (Lafortune and Balestat, 2007). חלק מהמדינות הציגו שיפור עקבי בשיעורי התלות הסיעודית, אחרות הציגו יציבות ושלוש מדינות אף הציגו הרעה בשיעור זה.

לפיכך אנו מציגים שני תרחישים בקשר לקצב השינוי בשיעור התלות על פי גיל. התרחיש האחד מניח כי המגמות שצוינו יקזזו האחת את השנייה כך שלא יחולו שינויים בשיעור התלות. התרחיש השני מניח שהמגמות שצוינו יביאו להארכת תוחלת החיים הבריאים, כך שגיל הנזקקות הסיעודי יידחה. באופן ספציפי אנו מניחים כי עקומת התלות הסיעודית תידחה ב-5 שנים עד סוף תקופת התחזית, וזאת מבלי שיחול שינוי בשיעור העקומה.

⁶³ שיעור הזכאים בגילאים 60-74 ירד מעט בין 2000 ל-2015, ככל הנראה בהשפעת העלאת גיל הפרישה המהווה גיל סף לקבלת גמלה. במקביל, שיעור הזכאים בגילאים 75-84 עלה מעט. ייתכן גם כי חלה עלייה במיצוי הזכויות של אוכלוסיית הקשישים לאורך התקופה, עובדה המשפיעה על ההשוואה בין התקופות.

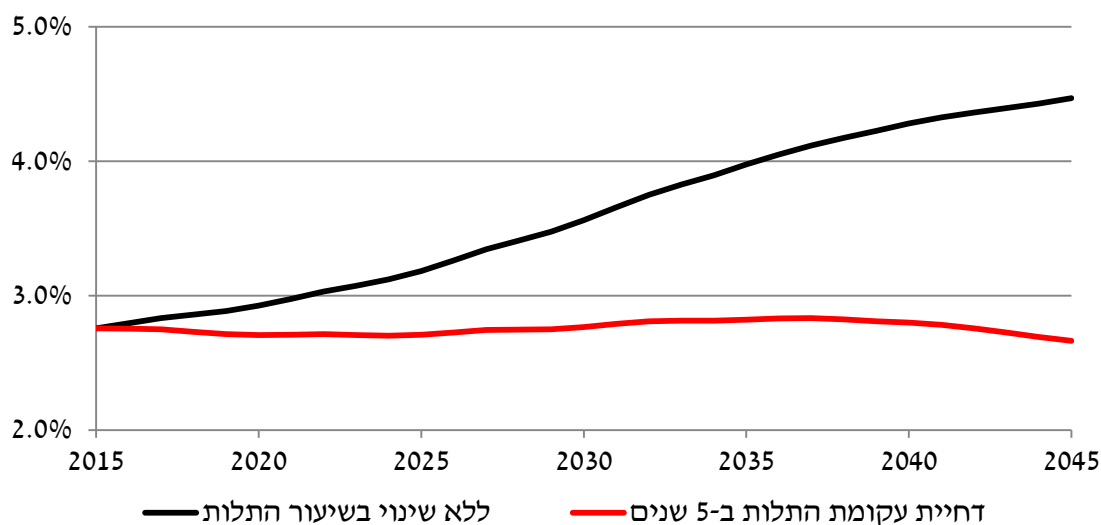
איור 14 מציג את שיעור התלות הסיעודית בתחילת התקופה (שהינו גם שיעור התלות הסיעודית בתרחיש הראשון) לצד השיעור החזוי בשנת 2045 תחת התרחיש השני. עיקר ההשפעה בתרחיש של ירידה בשיעור התלות היא בקרב קבוצות גילאי הביניים. כך למשל, שיעור התלות הסיעודית בגילאים 79-75, הנאמד בתחילת התקופה ב-24%, צפוי לפחות לרמה שמאפיינת את גילאי 74-70 בתחילת התקופה – 10% בלבד. שיעור התלות הסיעודית הכולל - עבור גילאי +60, עמד בשנת 2015 על 18%. ללא שינוי בשיעור התלות הסיעודית צפוי שיעור התלות הסיעודית הכולל לעמוד בשנים 2030 ו-2045 על 20.7% ו-23.8%, וזאת כתוצאה מעליית חלקן היחסי של קבוצות הגיל הקשישות יותר בקרב קבוצת בני +60. בתרחיש השני - ירידה בשיעור התלות, שיעור התלות הסיעודית הכולל בקרב גילאי +60 בשנים 2030 ו-2045 יפחת לרמה של 16.1% ו-14.2%, בהתאמה.

איור 14 - תחזית שיעורי התלות הסיעודית על פי גילאים - 2045-2015



איור 15 מציג את תחזית שיעור התלות הסיעודית הכולל באוכלוסייה ($Dependency_t$). שיעור נזקקי הסיעוד באוכלוסייה הכללית עמד בשנת 2015 על 2.8%, וללא שינוי בשיעור התלות הוא צפוי לגדול לרמה של 3.6% ו-4.4% בשנים 2030 ו-2045, בהתאמה. בהנחה כי תחול מגמה של ירידה בשיעור התלות, בהתאם לתרחיש שהצגנו, צפוי שיעור נזקקי הסיעוד באוכלוסייה לשמור על יציבות (2.8% ב-2030 ו-2.7% ב-2045).

איור 15 - תחזית שיעור התלות הסיעודית באוכלוסייה - 2015-2045



5.3. הכנסה

שינויים ברמת החיים, המתבטאים בעלייה ריאלית בהכנסת משקי הבית, מהווים גורם ביקוש נוסף לשירותי סיעוד. גמישות ההוצאה על סיעוד ביחס להכנסה היא חיובית, אך לא קיים קונצנזוס בשאלה האם היא גדולה או קטנה מאחד. מחקרים רבים ניסו לאמוד את גמישות ההוצאה על בריאות ביחס להכנסה, והם הגיעו למסקנות סותרות. תחזית ה-OECD מניחה בתרחיש הבסיס גמישות יחידתית ($\alpha = 1$), דהיינו ההוצאה על שירותי סיעוד כאחוז מההכנסה אינה משתנה, ובבדיקות הרגישות גמישות גבוהה יותר ($\alpha = 2$) (Maisonnette and Martins, 2013). אנו מאמצים את ההנחות הללו. אנו משתמשים בתוצר לנפש כאומדן להכנסה של משק הבית, ומשתמשים בתחזית התוצר של חטיבת המחקר (ארגוב וצור, טרם פורסם). תחזית חטיבת המחקר צופה גידול של 18% בתוצר לנפש עד 2030 ו-34% עד 2045.⁶⁴

5.4. עלות שירותי הסיעוד

5.4.1. עלות שירותי הסיעוד הפורמאליים

עלות שירותי הסיעוד הפורמאליים, הכוללים בעיקר עלות עבודה, משפיעה באופן ישיר על ההוצאה על סיעוד. אנו מניחים, בדומה לתחזית ה-OECD, כי קצב עליית השכר הריאלי במשק מהווה קירוב טוב לקצב גידול עלויות שירותי הסיעוד. המנגנון המרכזי העשוי להביא לכך מבוסס על ההנחה שבתחום הסיעוד לא צפויים שיפורים מהותיים בפריזון העבודה ובטכנולוגיית השירות, כך שהתפוקה לשעת עבודה לא צפויה להשתנות, ולפיכך העלות ליחידת תפוקה - שעת סיעוד,

⁶⁴ תחזית התוצר לנפש של ישראל אשר הוצגה ב-OECD Economic Outlook (OECD, 2012) מניחה גידול דומה עד 2030 לצד האצה יחסית בצמיחה בין 2030 ועד 2045. כיוון שתחזית חטיבת המחקר מותאמת לישראל בצורה טובה יותר, אנו משתמשים בה בתחזית הוצאות הסיעוד.

תושפע באופן מלא מהשינויים בשכר העבודה במגזר הסיעוד. אנו מניחים כי השכר במגזר הסיעוד צפוי לעלות בקצב דומה לקצב עליית השכר בשאר המגזרים.

אנו משתמשים בתוצר לעובד כאומדן לעלייה בשכר העבודה בענף הסיעוד, ומשתמשים גם כאן בתחזית של חטיבת המחקר (ארגוב וצור, טרם פורסם).⁶⁵ אנו מאמצים את הנחות תחזית ה-OECD ומניחים בתרחיש הבסיס כי הביקוש לשירותי סיעוד אינו קשיח לחלוטין, ולכן גידול בעלות שירותי הסיעוד יביא לעלייה בשיעור ההוצאה על סיעוד מתוך התוצר, אך בשיעור נמוך יותר משיעור ההתייקרות של שירותי הסיעוד ($\beta=0.5$). כמו כן אנו בוחנים תרחיש נוסף המניח כי הביקוש לשירותי הסיעוד קשיח לחלוטין כך שגידול בעלות שירותי הסיעוד יבוא לידי ביטוי במלואו בשיעור ההוצאה על סיעוד מתוך התוצר ($\beta=1.0$).

5.4.2. המשקל העתידי של היצע המטפלים הלא פורמאלי

חלקם העתידי של המטפלים הלא פורמאליים בטיפול בקשישים סיעודיים מחושב על פי חלקם בהווה ומגמת השינוי הצפויה בו. מגמת השינוי מושפעת משני גורמים עיקריים. מחד, היחס הדמוגרפי בין הפרטים העשויים להידרש לטיפול בקרוביהם (להלן - "מטפלים פוטנציאליים") לבין אוכלוסיית נזקקי הסיעוד (להלן - "יחס מטפלים-נזקקים"), ומאידך ממוצע שעות הטיפול שיעניק כל מטפל פוטנציאלי. משקלם של המטפלים הלא פורמאליים בתוך כלל שעות הטיפול האישי לנזקקי סיעוד נאמד בכשליש עד מחצית מהשעות (ראה סעיף 2.2 בפרק 2), ואנו מניחים לצורך התחזית, על בסיס משקל הקבוצה שהשיבה כי הם "מטפלים באנשים עם קשיי תפקוד הנובעים מגיל מבוגר" כי משקל המטפלים הלא פורמאליים בתחילת התקופה הוא 35%.

נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2006 מלמדים כי חלקה הגדול של אוכלוסיית המטפלים הלא-פורמאליים - כ-80%-90%, מורכב מילדים או קרובי משפחה מתחת לגיל 65, כאשר המגמות הדמוגרפיות בישראל מביאות להתהוות משפחות בהן היחס בין ההורים - הנזקקים, ובין מספר הילדים - המטפלים, הוא קטן יותר. בחישוב יחס מטפלים-נזקקים אנו נסמכים על התפלגות הגילאים של המטפלים הלא פורמאליים כפי שזו עולה מנתוני הסקר החברתי של הלמ"ס (ראה לוח 4 בפרק 2).

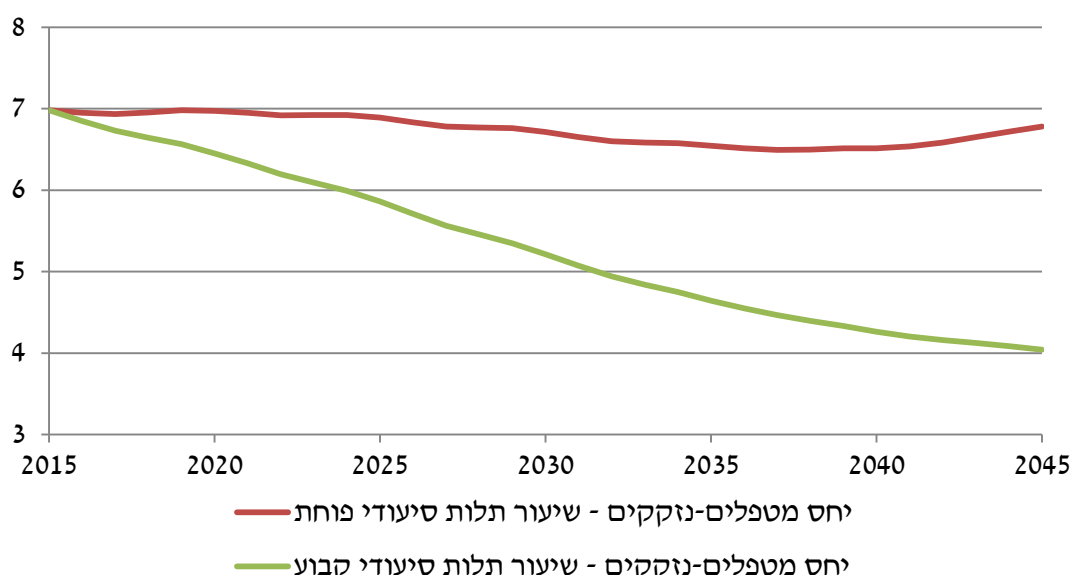
באיור 16 אנו מציגים את יחס המטפלים-נזקקים. יחס זה עמד על 7.0 מטפלים פוטנציאליים לכל נזקק סיעוד ב-2015, ובתרחיש שבו שיעור התלות הסיעודי בכל קבוצת גיל נותר קבוע הוא צפוי לרדת לרמה של 5.3 ו-4.0 מטפלים פוטנציאליים לנזקק עד השנים 2030 ו-2045. כלומר, בתרחיש זה יחס המטפלים-נזקקים צפוי לרדת בכ-25% עד 2030 ובכ-40% עד 2045 ולהגביר את עומס

⁶⁵ תחזית ה-OECD משתמשת בשינויים בפריון הכולל (TFP) כאומדן לשינויים בשכר העבודה בענף הסיעוד. על פי תחזית צמיחת התוצר של בנק ישראל הפריון הכולל צפוי לעלות בקצב שנתי של 0.5% בין 2015 ו-2045, כלומר ב-8% עד 2030 וב-16% עד 2045 (ארגוב וצור, טרם פורסם). נתוני ה-OECD Economic Outlook (OECD, 2012) בקשר לישראל מניחים גידול של 9%-31% עד 2030 ו-2045, בהתאמה.

הטיפול על קרובי משפחה וילדים המטפלים בהוריהם וקרוביהם. מנגד, בתרחיש שבו שיעור התלות הסיעודי פוחת נשמרת יציבות ברמה של 6.7-6.8 מטפלים פוטנציאליים לנזקק.⁶⁶

קשה להעריך כיצד ישתנה ממוצע שעות הטיפול שיעניקו מטפלים לא פורמאליים בעתיד משום שקיימות כאן השפעות מנוגדות. מצד אחד, הירידה ביחס בין מספר המטפלים הלא-פורמאליים לנזקקי הסיעוד, המבטאת למעשה את הירידה בגודל המשפחה, צפויה ללחוץ על כל אחד מבני המשפחה להשקיע יותר שעות טיפול בנזקקי הסיעוד, ומצד שני שיעור התעסוקה של המטפלים הפוטנציאליים צפוי לעלות בעתיד ולהפחית את זמינותם. כך למשל, שיעור ההשתתפות של נשים בגילאים 50-64 - קבוצה המהווה כשליש מהמטפלים הלא פורמאליים, צפוי לעלות בכ-8 נק' אחוז בין 2015 ועד 2045.

איור 16 - תחזית ליחס הדמוגרפי בין מטפלים לא פורמאליים ונזקקי סיעוד - 2015-2045



מקור: יחס מטפלים-נזקקים מחושב כשיעורן באוכלוסייה של קבוצות הגיל המטפלות לפי לוח 5 לעיל שבפרק 2, כאשר המשקולות הן שעות הטיפול של אותן קבוצות המופיעות באותו לוח, ביחס לשיעור נזקקי הסיעוד החזוי.

שעות הטיפול שיוענקו על ידי מטפלים לא פורמאליים תלויות בהיקף הנזקקות הסיעודית, בעלויות הטיפול הפורמאלי, בהכנסה של משק הבית ובמחיר שירותי הסיעוד ביחס לשכר של המטפלים הפוטנציאליים. לפיכך אנו מניחים הנחות חלופיות בהתאם לתרחישים השונים. בתרחישים בהם המגמות הדמוגרפיות צפויים להפעיל לחץ גדול יותר על ההוצאה על סיעוד, אנו מניחים כי ממוצע שעות הטיפול של מטפלים לא פורמאליים יעלה ב-30%. בתרחישים האחרים, בהם שיעור התלות הסיעודית צפוי לפחות, אנו מניחים יציבות בשעות.⁶⁷ המשמעות של הנחות

⁶⁶ הירידה ביחס מטפלים-נזקקים מורכבת מירידה משמעותית ביחס המטפלים בגילאי 65 ומטה, לצד ירידה מתונה ואף עלייה קלה (בתרחיש של ירידה בשיעור התלות) ביחס המטפלים בגילאי 65 ומעלה. כלומר, חלקם של בני זוג כמטפלים לא פורמאליים צפוי לפחות באופן מתון יותר בהשוואה לחלקם של הילדים.

⁶⁷ תחזית ה-OECD נוקטת בגישה אחרת לאמידת השפעת ההיצע הלא פורמאלי, וזאת באמצעות שיעור ההשתתפות של נשים בגילאים 50-64. בחירת שיעור ההשתתפות של נשים בגילאים 50-64 כאומדן למגמת ההיצע הלא פורמאלי מבטא את ההנחה כי הגורם המרכזי הצפוי להשפיע על ההיצע הלא פורמאלי הוא העלייה בשיעורי התעסוקה של נשים מבוגרות, אשר משקלן בקרב המטפלים הלא פורמאליים עומד במדינות ה-OECD על כ-60% (OECD, 2015).

אלה היא כי בקבוצת התרחישים הראשונה משקל הטיפול של המטפלים הלא פורמאליים יפחת באופן מתון מרמה של 35% בתחילת התקופה לרמה של 26% בשנת 2045, ואילו בקבוצת התרחישים השנייה משקלם ישמור על יציבות.

אנו אמנם מניחים כי העלות של הטיפול הלא פורמאלי היא אפס, אך יש להדגיש כי זוהי עלות חשבונאית ולא עלות כלכלית, שכן הטיפול בבן משפחה כרוך בעלויות כספיות ולא כספיות שונות. כפי שהודגש בפרק 2 חלק מהמטפלים הלא פורמאליים יוצאים משוק העבודה בעקבות נטל הטיפול, ואחרים מפחיתים את שעות עבודתם. חלק מהטיפול הלא פורמאלי הוא בחזקת פעילות התנדבותית אשר נעשית על חשבון שעות הפנאי.

5.5. תחזית ההוצאה הלאומית לסיעוד

שיעור נזקקי הסיעוד באוכלוסייה הוא המשתנה החשוב ביותר בהסבר התפתחות ההוצאה הלאומית לסיעוד, וכיוון שקיימת אי-ודאות לגבי מגמת השינוי של שיעור התלות הסיעודית בקבוצת הגיל השונות, אנו מחלקים, כאמור, את התחזיות לשתי קבוצות תרחישים - האחת שבה שיעור התלות הסיעודית נותר קבוע, והשנייה שבה הוא פוחת (לוח 11).

בנוסף, בכל קבוצת תרחישים אנו מציגים שלושה תרחישים בהתייחס לגמישות הביקוש לשירותי סיעוד ביחס להכנסה וגמישות ההוצאה על שירותי סיעוד ביחס למחיר השירות. בתרחיש הבסיס אנו מניחים כי גמישות הביקוש ביחס להכנסה שווה לאחת ($\alpha = 1$), כך שעלייה נתונה בהכנסה אינה משנה את היחס בין הוצאות הסיעוד והתוצר, וכן כי הביקוש לסיעוד קשיח יחסית, כך שגמישות ההוצאה ביחס לעלות שירותי הסיעוד היא חצי ($\beta = 0.5$). בשני התרחישים הנוספים אנו משנים את ההנחות בקשר לגמישויות ביחס להכנסה ולעלויות ($\alpha = 2$ או $\beta = 1$).

החלק העליון של לוח 11 מציג את התחזית לקבוצת התרחישים הראשונה, שבה שיעור התלות הסיעודית קבוע. ההוצאה הלאומית על סיעוד כאחוז מהתוצר עמדה בשנת 2015 על 1.2% תוצר, ובתרחיש הבסיס היא צפויה לגדול לרמה של 1.8% תוצר ב-2030 ו-2.4% תוצר ב-2045. בתרחיש שבו הביקוש לשירותי סיעוד קשיח לחלוטין, הגידול בעלות שירותי הסיעוד הפורמאליים לצד ירידת חלקם של המטפלים הלא פורמאליים, צפוי להגדיל את ההוצאה הלאומית מעט יותר, לרמה של 2.9% תוצר ב-2045. בתרחיש שבו גמישות הביקוש לסיעוד ביחס להכנסה הוא 2 היא תעמוד על 3.2% תוצר בשנת 2045.

החלק התחתון בלוח 11 מציג את התחזית לקבוצת התרחישים השנייה. כאן בתרחיש הבסיס, בהנחה ששיעור התלות יפחת על פני זמן, ההוצאה צפויה לעלות אך מעט לרמה של 1.3%-1.4%.

תחזית ה-OECD קובעת את גמישות ההוצאה על סיעוד כאחוז מהתוצר ביחס לשיעור ההשתתפות של נשים בגילאים 64-50. המשמעות של גמישות זו היא כי עלייה בת 10% בשיעור ההשתתפות של נשים (למשל מ-60% ל-66%), תביא לעלייה של כ-7% בהוצאות הסיעוד.

לפי תחזית הצמיחה של חטיבת המחקר (ארגוב וצור, טרם פורסם), שיעור ההשתתפות של נשים בגילאים 64-50, אשר עמד על כ-62% בשנת 2015, צפוי לעלות ל-68% בשנת 2030 ו-70% בשנת 2045 (עלייה של 9% ו-12% בהתאמה). לפי גישה זו לאמידת השפעת ההיצע הלא פורמאלי, העלייה בשיעור ההשתתפות של נשים בישראל עד שנת 2045 צפויה לפעול להגדלת ההוצאה על שירותי סיעוד פורמאליים בכ-8%.

תוצר בלבד. בהינתן ביקוש קשיח לשירותי הסיעוד או גמישות ביקוש גבוהה ביחס להכנסה צפויה ההוצאה לגדול מהר יותר לרמה של 1.6% תוצר ו-1.8% תוצר, בהתאמה.

לוח 11 - תחזית ההוצאה הלאומית לסיעוד 2015-2045, תרחישים שונים

תרחיש	תת-תרחיש	2015	2030	2045
שיעור תלות סיעודי קבוע	תרחיש בסיס ($\beta = 0.5 ; \alpha = 1$)		1.8%	2.4%
	גמישות הכנסה גבוהה ($\beta = 0.5 ; \alpha = 2$)		2.1%	3.2%
	ביקוש קשיח לחלוטין ($\beta = 1 ; \alpha = 1$)		2.0%	2.9%
שיעור תלות סיעודי פוחת	תרחיש בסיס ($\beta = 0.5 ; \alpha = 1$)	<u>1.2%</u>	1.3%	1.4%
	גמישות הכנסה גבוהה ($\beta = 0.5 ; \alpha = 2$)		1.6%	1.8%
	ביקוש קשיח לחלוטין ($\beta = 1 ; \alpha = 1$)		1.5%	1.6%

6. הביטוח הסיעודי הציבורי והביטוח הפרטי

- ההצדקה לקביעת מדיניות שמטרתה לדאוג לכיסוי ביטוח סיעודי בהיקף נאות עבור האוכלוסייה נובעת מכך שפרטים לוקים בקוצר רואי ובאופטימיות לגבי מצבם הרפואי. בנוסף, קיים הסיכון המוסרי, לפיו פרטים עשויים לוותר על ביטוח סיעודי מתוך הנחה (סבירה) שבעת הצורך, הטיפול יינתן להם על ידי המדינה או על ידי בני המשפחה.
- יתרון מרכזי של ביטוח סיעודי ציבורי היא היכולת לשלב בו שיקולי חלוקה נורמטיביים, שאינם קיימים במערכת פרטית, כמו חלוקה פרוגרסיבית.
- הבדל חשוב בין הביטוח הציבורי והביטוחים הפרטיים הוא חלוקת הסיכון בין הסקטור הפרטי לממשלה. בביטוח הסיעוד הציבורי, הסיכון המערכתי הבין-דורי שמקורו בחוסר הוודאות לגבי ההתפתחות על פני זמן של עלויות הסיעוד ושל שיעור הנזקקות הסיעודית באוכלוסייה נופל על הממשלה, בעוד שבביטוח הפרטי סיכון זה נופל על חברת הביטוח או על המבוטח.

מעבר למצב סיעודי הוא סיכון אשר הנזק בהתממשותו גדול, ומכיוון שהפרטים הם שונאי סיכון קיימת לפרטים תועלת מביטוח (Colombo et al, 2011). אנשים לא מעטים מסיימים את חייהם במצב סיעודי, אולם קיימת אי-ודאות רבה לגבי חומרת המצב הסיעודי ומשכו וכתוצאה מכך גם לגבי ההוצאות בגין מצב סיעודי.⁶⁸ ההוצאה השנתית במקרה של מצב סיעודי קשה מוערכת בכ- 100 אלף ₪, וכיוון שתוחלת החיים במצב סיעודי היא כ-5 שנים, ההוצאות עשויות להגיע לחצי מיליון ₪ ואף יותר מכך.⁶⁹ אי-הודאות בקשר לשאלה האם, מתי, לכמה זמן ובאיזה היקף יזדקק אדם לטיפול סיעודי הופכת את הביטוח הסיעודי ליעיל יותר בהשוואה לחיסכון אישי (Cutler et al, 1994). הביטוח הסיעודי מאפשר לחלק את הסיכון (risk sharing) של מספר רב של אנשים כך שהם יכולים לשלם כפרמיה רק את תוחלת הסיכון ולא את מלוא הסכום הנדרש לכיסוי עלויות. עם זאת, ההסתברות הגבוהה לקרות האירוע הביטוחי שההוצאה בגינו גבוהה, יוצרת הסדר תשלום פרמיות בביטוח סיעוד פרטי הדומה לחיסכון ארוך טווח; מאחר וצריך לחסוך באמצעות הפוליסה לאורך השנים חלק גדול מהעלות לצורך התשלום העתידי.

ההצדקה לקביעת מדיניות שמטרתה לדאוג לכיסוי ביטוח סיעודי בהיקף נאות עבור האוכלוסייה נובעת מכך שפרטים לוקים בקוצר רואי (myopia) ובאופטימיות לגבי מצבם הרפואי. כתוצאה מכך הם מעריכים בחסר את ההסתברות להיקלע למצב סיעודי ואת ההוצאה הצפויה בהינתן מצב זה, ומתקשים לקבל החלטה בתנאים של אי-ודאות רבה לגבי העתיד, ולכן אינם מבטחים את עצמם או אינם חוסכים מספיק (Brown and ; Hanley and Wiener, 1991 ; Cutler et al, 1994 ; Barr, 2010 ; Finkelstein, 2007).

בנוסף, קיים הסיכון המוסרי, לפיו פרטים עשויים לוותר על ביטוח סיעודי או חיסכון לתקופה בה הם יידרשו לטיפול סיעודי, מתוך הנחה (סבירה) שבעת הצורך, הטיפול יינתן להם על ידי המדינה או על ידי בני המשפחה. גורמים אלה מצדיקים התערבות של המדינה לקביעת היקף ועומק

⁶⁸ ביטוחים סיעודיים פרטיים מבטחים גם כנגד המקרה הנדיר יותר של התממשות המצב הסיעודי בגיל צעיר. הדיון להלן מתייחס להתממשות המצב הסיעודי בגיל זקנה.

⁶⁹ אנו מעריכים כי עלות הטיפול בקהילה בנזקק סיעודי ברמת תלות מלאה היא כ- 8,000 ₪ לחודש, שהם 96,000 ₪ בשנה. ההוצאה על טיפול במוסד סיעודי אמנם גבוהה יותר, אך היא גם חוסכת הוצאות מגורים והוצאות מחיה.

הכיסוי הביטוחי הסיעודי באוכלוסייה. התערבות זו יכולה להיות מושגת באמצעות ביטוח סיעוד ציבורי, עידוד ביטוחי סיעוד פרטיים או שילוב של השניים כפי שמתרחש בישראל. בישראל, לחלק ניכר מהציבור ביטוח סיעוד פרטי (דרך מקום העבודה, קופת החולים, או באופן ישיר מול חברות הביטוח) לצד זכויות המוקנות לפרטים ממוסדות המדינה במידה שהם נדרשים לשירותי סיעוד. ההיקף הרחב של האוכלוסייה המכוסה בביטוח פרטי ממתן חלק מהחולשות המובנות בביטוח שאינו לכלל האוכלוסייה, תוך שהוא מבטיח התחייבות חוזית לכיסוי בעת התרחשות מקרה הביטוח. להלן נתאר את ההבדלים המרכזיים בין מערכת ביטוח ציבורית למערכת ביטוח פרטית.

יתרון מרכזי של ביטוח סיעודי ציבורי היא היכולת לשלב בו שיקולי חלוקה נורמטיביים שאינם קיימים במערכת פרטית כמו חלוקה פרוגרסיבית. ללא התערבות ממשלה, חלק ניכר מהאוכלוסייה בשכבות החלשות תוותר על הביטוח ו/או על החיסכון מפאת מחסור במשאבים. כמו כן, התערבות ממשלתית יכולה לתת מענה לפרטים עם גורם סיכון גבוה למעבר למצב סיעודי שיתקשו לעבור חיתום רפואי ולבטח את עצמם כנגד הסיכון. ביטוח ציבורי מאפשר לפתור בעיות אלו על ידי הבטחת ביטוח לכלל האוכלוסייה, מימון פרמיית הביטוח באמצעות מס פרוגרסיבי, ו/או מימון הוצאות הסיעוד באמצעות מבחני הכנסה/רכוש שגם הם פרוגרסיביים.⁷⁰

עם זאת, ביטוח ציבורי פרוגרסיבי – כזה התלוי במבחני הכנסה ורכוש, מגביר את החשש מניסיון להסתיר הכנסות ונכסים על ידי העברתם לבני משפחה (Lakdawalla and Philipson, 2001). העברת נכסים בישראל לבני משפחה היא פשוטה יחסית ולכן חשש זה הוא מהותי. כפי שתואר בפרקים 2 ו-3 לעיל, דרך התמודדות אפשרית עם בעיה זו בעת מימון אשפוז במוסד סיעודי היא על ידי בחינת הנכסים וההכנסות לא רק של הפרט הזקוק לסיוע סיעודי אלא גם של ילדיו. יחד עם זאת, החדירה לפרטיות הכרוכה במבחנים אלו עלולה לגרום להימנעות מקבלת השירות הציבורי, וכפי שעולה מההשוואה הבינלאומית בחינת הכנסות הילדים נהוגה במעט מדינות. ביטוח ציבורי אוניברסלי - המספק תגמול זהה לכל האוכלוסייה ללא תלות במבחני הכנסה או כזה המותנה במבחנים שאינם נוקשים, מקטין את התמריץ להסתיר נכסים. יתרון נוסף של ביטוח אוניברסלי הוא שככל שפלח רחב יותר באוכלוסייה, ובמיוחד השכבות החזקות מבחינה סוציו-אקונומית, נהנה מהביטוח הציבורי, כך התמיכה הציבורית בביטוח, חזקה יותר (Poterba, 1996).⁷¹

הבדל חשוב אחר בין הביטוח הציבורי והביטוחים הפרטיים הוא חלוקת הסיכון בין הפרט לממשלה. בשונה מביטוחים אחרים בהם מרכיב הסיכון האינדיבידואלי הוא מרכזי, בענף הסיעוד הסיכון המרכזי הוא סיכון מערכתי, בין-דורי, הנובע מחוסר הוודאות לגבי ההתפתחות על פני זמן של עלויות הסיעוד (Cutler and Zeckhauser, 2000) ושל שיעור הנזקקות הסיעודית באוכלוסייה (ראו פרק 5 לעיל). חברות הביטוח המסחריות נדרשות להקצות כרית הון כדי להבטיח עצמן מסיכון זה, המהווה אחת הסיבות לעלות הגבוהה של ביטוחי הסיעוד הפרטיים בחו"ל, ותורם לשכיחות הנמוכה שלהם באוכלוסייה (Barr, 2010).⁷² דרכים נוספות בהן חברות הביטוח מגנות על עצמן מפני סיכון זה היא באמצעות מתן תגמולים נומינאליים לתקופת נזקקות הקצובה בזמן,

⁷⁰ לרוב שכלל שהפרמיה ו/או המימון הציבורי של שירותי הסיעוד הם פרוגרסיביים יותר, כך גדלה העלות המושתת על בעלי ההכנסות הגבוהות.

⁷¹ סוגיה נוספת המשפיעה על התמיכה בביטוח ציבורי היא דפוס התשלומים והתגמולים הבין-דורי (Poterba, 1996).

⁷² החל מיוני 2017 חברות הביטוח בישראל יעמדו תחת דירקטיבת "Solvency II", המחייבת עליה בדרישות ההון על הביטוח הסיעודי. כרית הון זו אמורה להבטיח התמודדות טובה יותר של חברות הביטוח במקרה של עלייה בהוצאות עבור ביטוח זה, אך היא צפויה להעלות את מחיר הביטוח.

ושאינם צמודים לעלות שירותי הסיעוד. ביטוח סיעודי ציבורי אינו יכול להרשות לעצמו הגבלת זמן למתן שירותי הסיעוד ובדרך כלל הוא גם יבטיח מתן שירות ברמה מסוימת, ללא קשר לעלות השירות או להתפתחות שיעור הנזקים לשירות.

בחירה שלילית (adverse selection) היא בעיה מרכזית בביטוח, ועניינה הוא שפרטים בעלי סיכון מוגבר נוטים לרכוש ביטוח בשיעור גבוה יותר מיתר הפרטים, כאשר לחברות הביטוח קיימת יכולת מוגבלת לזהות את הסיכון של כל פרט ופרט. כתוצאה מאי-היכולת לתמחר את הביטוח באופן מושלם על פי פוטנציאל התממשות מקרה הביטוח עבור כל פרט ופרט, מחיר הביטוח הממוצע גבוה מעלותו אילו כלל האוכלוסייה הייתה מבוטחת. עם זאת, סביר כי בעיית הבחירה השלילית המאפיינת את הביטוחים הפרטיים היא חלשה יותר בתחום הסיעוד משום שאנשים רוכשים את הביטוח שנים רבות לפני שההסתברות למעבר למצב סיעודי הופכת למשמעותית, ולא ברור כי קיימים פערי אינפורמציה בין המבטח למבוטח בעת רכישת הביטוח.⁷³ בנוסף, בישראל בעיית הבחירה השלילית ממותנת בזכות העובדה שקבוצת המבוטחים בביטוחי סיעוד (כולל קופות החולים) היא רחבה מאד. בביטוח ציבורי, בו כלל האוכלוסייה מבוטחת, בעיה הבחירה השלילית אינה קיימת מאחר שההנחה על התחלואה הממוצעת של האוכלוסייה זהה לזו של הקבוצה המבוטחת (Cutler et al, 1994).

בהיבט של עלות הביטוח, הביטוח הציבורי חוסך עלויות שיווק, הפצה וחיתום ברכישה, המאפיינות את חברות הביטוח המסחריות, ואף ייתכנו לגביו יתרונות לגודל בהיבטים של פיקוח ותפעול, כאשר גם גורמים אלה פועלים להפחתת עלותו היחסית. בישראל יתרון זה של הביטוח הציבורי פחות משמעותי בגלל המבנה הייחודי של הביטוח הפרטי בישראל אשר בחלקו הגדול נרכש בתיווך קופות החולים. קופות החולים פועלות כמשווקות עבור חברות הביטוח וכנושאות ונותנות עבור המבוטחים, ומשווקות החל משנת 2016 מבנה של פוליסה אחידה אשר תנאיה ואף מחירה מפקחים על ידי רשות שוק ההון.

כאשר באים לקבוע את רמת הכיסוי הביטוחי יש להתחשב בסיכון מוסרי נוסף שהוא החשש מהעמדת פנים בקשר לחומרת המצב הסיעודי. חשש זה גדל ככל שעומק הכיסוי הביטוחי רחב יותר. מדובר בבעיה נוספת הקיימת למעשה בכל ביטוח והיא משותפת הן לביטוח הציבורי והן לביטוח הפרטי. אחד המניעים לקביעת סף זכאות גבוה מבחינה תפקודית בביטוחי הסיעוד הפרטיים (3 מתוך 6 פעולות ADL) נובע מכך שהעמדת הפנים קשה יותר ככל שהסף גבוה יותר. בתיאוריה, ניתן להפחית בעיה זו גם על ידי מתן שירותים בעין (Poterba, 1996), אך הקושי התפעולי והרצון לאפשר לאזרחים לבחור בין ספקי שירות שונים גורם לכך שהמגמה העולמית היא דווקא בכיוון של מתן גמלה כספית (Colombo et al., 2011). נקודה נוספת הקשורה לרמת הכיסוי הביטוחי היא שביטוח עלול לדחוק טיפול לא פורמאלי של בני משפחה (Lakdawalla ו- Philipson (2001) וגם (2015) Cremer et al.).

⁷³ למעשה יתכן אפילו מצב של בחירה חיובית (advantageous selection) לפיו הפרטים שרוכשים ביטוח הם דווקא הפרטים שדואגים לעתידם ועושים מאמץ לשמור על בריאותם.

7. חלופות להרחבת הביטוח הסיעודי בישראל

- על מנת לצמצם את בעיית נשיגות שירותי הסיעוד ניתן להרחיב את המימון הציבורי המוקצה כיום לנזקקי סיעוד. הרחבת המימון יכולה להיעשות על ידי הרחבת השירותים שנותן הסקטור הציבורי לנזקקי הסיעוד או על ידי סבסוד רכישת ביטוחים פרטיים לכלל האוכלוסייה או לאוכלוסייה החלשה.
- הבחירה בין החלופות היא בעיקרה בחירה נורמטיבית, אם כי יש לקחת בחשבון גם את מידת היעילות בה ניתן ליישם כל אחת מהחלופות המוצעות.

על פי הניתוח שערכנו, לאחר מיצוי כל מקורות ההכנסה יתקשו מספר קבוצות אוכלוסייה לממן טיפול סיעודי בקהילה, וקבוצות אלה הוגדרו על ידינו כבעלות בעיית נשיגות. קבוצות אלה כוללות קשישים בעלי רמת תלות נמוכה-בינונית והכנסות נמוכות (אפילו אם הם מחזיקים בביטוח סיעודי פרטי), וקשישים בעלי רמת תלות בינונית וגבוהה והכנסות נמוכות-בינוניות שאין ברשותם ביטוח סיעודי פרטי. סיכום של נשיגות הטיפול הסיעודי לפי הממדים של מידת תלות והכנסה מובא בלוח 12. אנו מניחים בלוח זה כי רק קשישים סיעודיים ברמת התלות הגבוהה ביותר עומדים בקריטריון הנדרש לאשפוז סיעודי בהשתתפות המדינה, ועוברים את הסף המזכה בהפעלת ביטוח סיעודי פרטי – אם ישנו ברשותם.

אפיון רפורמה במערך השירותים לקשישים סיעודיים מונע משיקולים רבים לרבות בחירה חברתית לגבי מידת המעורבות הציבורית במימון ואספקה של שירותים חברתיים, ובחירת האוכלוסיות שיהנו משירותים אלה. רפורמה מקיפה בתחום הסיעוד תצטרך להתייחס למידת המימון הציבורי של שירותי הסיעוד, לתפקידה של המדינה כמבטחת ישירה (מעבר לחלקה במימון), ולאופן האספקה של שירותי הסיעוד והפיקוח עליהם.

בסעיף זה נציג מספר חלופות למימון הציבורי של ביטוח הסיעוד ולאופן שבו המדינה דואגת לקיומו של ביטוח סיעודי לאוכלוסייה. המטרה של החלופות המוצעות היא לצמצם עד כמה שניתן את בעיית הנשיגות הקיימת בקבלת שירותי הסיעוד בקרב חלק מהאוכלוסייה. החלופות מייצגות רעיונות שונים של חלוקת האחריות בין הפרטים למדינה לגבי הצורך בחיסכון לטובת השגת משאבים לטיפול בנזקקי סיעוד בעת הצורך. הבחירה בין החלופות השונות, שהן כמובן רק חלק ממגוון רחב של חלופות אפשריות, היא בחירה נורמטיבית, אם כי היכולת ליישם כל אחת מהחלופות המוצעות בצורה יעילה צריכה גם היא להילקח בחשבון בעת הבחירה בין החלופות. אנו מתמקדים בשתי קבוצות של חלופות: (1) עיבוי מערכת הביטוח הציבורי (2) הרחבת היקף הכיסוי של מערך הביטוח הפרטי.

לוח 12 - נשיגות הטיפול הסיעודי בישראל, על פי רמת התלות ורמת ההכנסה¹

כתום כהה: בעיית נשיגות חמורה, לבן: אין בעיית נשיגות

רמת תלות גבוהה	רמת תלות בינונית	רמת תלות נמוכה	רמת הכנסה / מידת התלות
הגדרה לפי המוסד לביטוח לאומי:			
תלוי לחלוטין (ADL 9—11 נקודות)	תלוי במידה רבה מאד (6—8.5 נקודות ADL)	תלוי במידה רבה (ADL 2.5—5.5 נקודות)	רמת הכנסה נמוכה (בערך עד עשירון 4)
קיימת בעיית נשיגות לטיפול בקהילה לאוכלוסייה שאין ברשותה ביטוח פרטי, אך אין בעיית נשיגות עבור אשפוז.	קיימת בעיית נשיגות: הביטוח הציבורי מעניק כיסוי חלקי, ואין זכאות לאשפוז סיעודי או להפעלת ביטוח פרטי – גם אם ישנו.	טווח ציוני ה-ADL בקטגוריה זו רחב. מי שמידת תלותם נמצאת בחלק העליון נתקלים כנראה בבעיית נשיגות משום שהם זקוקים לסיוע רב יותר מזה המוענק על ידי הביטוח הציבורי.	
עשויה להיות בעיית נשיגות לטיפול בקהילה לאוכלוסייה שאין ברשותה ביטוח פרטי. אין בעיית נשיגות עבור אשפוז.	קיימת בעיית נשיגות: הביטוח הציבורי מעניק כיסוי חלקי, ואין זכאות לאשפוז סיעודי או להפעלת ביטוח פרטי – גם אם ישנו.	ייתכן כי למצויים בטווח התחתון מבחינת הכנסות, ובטווח העליון מבחינת תלות יש בעיית נשיגות.	רמת הכנסה בינונית (בין עשירון 4 ל-8)
עשויה להיות בעיית נשיגות בקהילה עבור קשישים המשתייכים לעשירון 8 שאינם מחזיקים בביטוח פרטי.	אין בעיית נשיגות.	אין בעיית נשיגות.	

7.1 עיבוי מערכת הביטוח הציבורי

7.1.1 חלופה ראשונה - הרחבה של הביטוח הציבורי בצורה אוניברסאלית⁷⁴

חלופה זו מתייחסת למצב בו מורחב הביטוח הציבורי לכלל האוכלוסייה באופן שייתן כיסוי שווה ערך לכל האוכלוסייה: הביטוח הציבורי הקיים יוותר על כנו ובנוסף לכך המדינה תרכוש לאוכלוסייה כולה ביטוח פרטי כפי שמוצע כיום ע"י קופות החולים. כל פרט יצטרף לביטוח סיעודי זה במימון המדינה, בקופת החולים בה הוא מבוטח. המדינה תמשיך להקצות את גמלת הסיעוד והסיעוד הציבורי באשפוז סיעודי על פי הקריטריונים הנהוגים כיום.

הרעיון של ביטוח ארוך טווח, שהוא למעשה חיסכון במימון ציבורי המנוהל על ידי הסקטור הפרטי, דומה במידה רבה לחיסכון בקרנות פנסיה צוברת של עובדי המדינה. הכסף הציבורי המושקע בביטוח סיעודי מקנה זכויות לפרטים (ברמה האישית), הנצברות עם הזמן. בשיטה זו, המחויבות של המדינה כלפי ההסדר היא חזקה מאוד ושינויים בהסדר לא יפגעו בדרך כלל בזכויות שהפרטים צברו בביטוח עד למועד השינוי. בדומה להסדר בקרנות הפנסיה הצוברת, ניתן לדרוש השתתפות אישית בתשלומי הפרמיה ועל ידי כך לחזק את החיבור שבין הפרט לביטוח האישי ולצמצם את העלות הציבורית של הסדר מסוג זה (ראה להלן ביטוח פרטי חובה בסעיף 7.2.1).

על מנת להעריך את גודל ההוצאה הציבורית בגין אפשרות זו בצענו סימולציה המבוססת על ההנחה שעלות הפרמיה בביטוח תהיה דומה לזו הקיימת היום בביטוחים הסיעודיים דרך קופות החולים. מימון ציבורי של ביטוח קבוצתי נוסח קופות החולים שיקנה פיצוי של 3,000 ₪ לחודש בעת הפעלת הביטוח, שהוא מצומצם יותר מהנהוג היום,⁷⁵ יסתכם בתוספת תקציב ציבורי של 2.3 מיליארד ₪ בשנה, שהם כ-0.2% תוצר, במחירי 2017. אספקה לאוכלוסייה כולה של ביטוח קבוצתי נוסח קופות החולים, המקנה פיצוי דומה לנוכחי, תסתכם בתוספת תקציבית של 4.8 מיליארד ₪ (כ-0.4% תוצר). כל זאת בהשוואה להוצאה הציבורית הנוכחית הכוללת על סיעוד, המסתכמת ב-0.7% תוצר (לחישוב תוספת ההוצאה הנדרשת לביטוח האוכלוסייה דרך קופות החולים ראה נספח). תוספת זו להוצאה הציבורית על סיעוד מתייחסת להתפלגות הגילאים באוכלוסייה בשנת 2017 והיא צפויה לגדול עם הגידול הצפוי בהוצאה הלאומית על סיעוד.

הצעה זו תכניס למסגרת הביטוח ה"פרטית" אוכלוסייה שאיננה מבוטחת היום ותייתר רכישה עצמאית של ביטוח פרטי.⁷⁶ ההצעה תפתור את בעיית הנשיגות לאוכלוסייה בעלת רמת תלות גבוהה בזולת, משום שרק רמת תלות זו תאפשר את הפעלת הביטוח. ההצעה לא תפתור את בעיית הנשיגות עבור האוכלוסייה ברמות התלות הנמוכה והבינונית שהכנסותיה השוטפות נמוכות מדי.

⁷⁴ חלופה נוספת ברוח זו יכולה להיות הותרת מבחני ההכנסה על כנס תוך הכפלת מספר שעות הסיעוד המוקנות בקהילה. כך, ברמת התלות המוחלטת יזכו הקשישים ב-36 שעות סיעוד שבועיות, השוות ערך למשרה מלאה.

⁷⁵ בהשוואה לפיצוי של 5,500 ₪ לחודש לשוהים בקהילה ו-10,000 ₪ לחודש לשוהים במוסדות, הנהוג בפוליסות הסטנדרטיות בקופות החולים כיום.

⁷⁶ מלבד המקרה בו אנשים יעדיפו להחזיק ביטוחים נוספים.

על מנת לפתור את בעיית הנשיגות של האוכלוסייה ברמות התלות הנמוכה והבינונית נדרש צעד נוסף, למשל הגדלת גמלת הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי בטווח התלות הנמוך יותר באופן ממוקד לבעלי הכנסות נמוכות (עד עשירון 4).

7.1.2. חלופה שנייה - הרחבה של הביטוח הציבורי באופן דיפרנציאלי, באופן המתמקד באוכלוסיות בעלות בעיית הנשיגות

בחלופה זו תוגדל גמלת הסיעוד באופן ממוקד באוכלוסיות שזוהו כסובלות מתת כיסוי ביטוחי, כלומר מבעיית נשיגות. גמלת הסיעוד תגדל ב-50% עבור פרטים מעשירונים 1-4 ברמת התלות הנמוכה והבינונית (רק אלה שנמצאים ברמת תלות שמעל 3 נקודות ADL) ועבור קשישים מעשירונים 5-8 ברמת התלות הבינונית. הצעה זו זולה יותר מהחלופה הראשונה, אך היא איננה מתמודדת עם הקושי ברמת התלות הגבוהה. כמו כן עלול לקטון התמריץ לרכוש ביטוח סיעודי, בעיקר עבור אוכלוסיות בעלות הכנסות נמוכות (שכנראה גם ככה הוא נמוך). אנו מעריכים את עלותה של חלופה זו בתוספת תקציבית של 1.7 מיליארד ש"ח, שהם כ-0.15% תוצר (להסבר חישוב העלות ראה נספח).

מימון שתי החלופות הנוגעות להרחבת הביטוח הציבורי אפשרי באמצעות 'מס סיעוד' ייעודי – בדומה למס הבריאות המבטיח ביטוח בריאות לכלל האוכלוסייה או באמצעות המיסוי הכללי. יתרונו של מס ייעודי הוא בקביעת מסגרת מימונית ידועה מראש המהווה מחויבות הצהרתית כלפי האזרחים בתחום הסיעוד. חסרונו הוא בכך שהקבוצה העיקרית שתידרש לשלם אותו לא תיהנה משיפור בזכויותיה, דבר העלול לפגוע בתמיכתה בצעד זה.

7.2. הרחבת מערך הביטוח הפרטי

7.2.1. חלופה ראשונה - ביטוח פרטי חובה במימון חלקי של המדינה

חלופה זו כוללת הרחבה של הביטוח הפרטי לכלל האוכלוסייה, עם מרכיב פרוגרסיבי במימון רכישת הביטוח. חלופה זו תהווה פתרון לפרטים בעלי בעיית נשיגות התלויים לחלוטין בסיוע הזולת. בחלופה זו כל פרט יהיה מחויב לרכוש ביטוח סיעודי פרטי בתצורה של הפוליסה האחידה מקופות החולים,⁷⁷ זאת בנוסף לביטוח הציבורי כפי שהוא קיים היום. המדינה תסייע לפרטים במימון הפוליסה לאורך כל חייהם וכתלות בהכנסתם, באופן שינוע ממימון מלא ועד מימון אפסי. מנגנון אפשרי להפעלת סיוע זה הוא מנגנון matching – בו המדינה והמבוטח משלמים את אותו החלק לאורך תקופת צבירת הזכויות, אולם ניתן גם לקבוע יחס תשלומים אחר בין תשלומי המדינה והמבוטחים. מודלים מסוג זה מאפשרים לשמר יתרונות של מדיניות פרוגרסיבית.

חישוב גס מעלה כי חלופה שבה המדינה תממן באופן מלא ביטוח פרטי נוסח קופות החולים לבעלי הכנסות מעשירונים 1-2, תממן את מחצית העלות לבעלי הכנסות מעשירונים 3-4 ותממן רבע

⁷⁷ הפוליסות יהיו בתצורה של ביטוח קבוצתי שיתבטל ברגע שאדם יפסיק להפקיד פרמיות (ללא ערכי סילוק). מאחר שמדובר בביטוח חובה, הפוליסה תתבטל רק אם אדם מפסיק להיות אזרח המדינה, נפטר או נכנס למצב סיעודי.

מהעלות לבעלי הכנסות מעשירון 5, תסתכם בכ-1.5 מיליארד ₪ שהם כ-0.13% תוצר. בחלופה זו יש סיכון מסוים לפגיעה בתמריצים לעבודה בקרב אוכלוסיות בגיל העבודה שאינן משתתפות בשוק התעסוקה באופן מתמשך, שניתן לצמצמו אם המימון הממשלתי יותנה בסף מסוים של הכנסות מעבודה, למשל תוך מימון זמני למובטלים ולעובדות/ים בחופשת לידה.

הקושי המרכזי בחלופה זו הוא חיוב האוכלוסייה ברכישת ביטוח פרטי וקביעת מבחני הכנסה להשתתפות המדינה. ניתן לעודד את האוכלוסייה לרכוש ביטוח על ידי תשלום אוטומטי מההכנסה החודשית (ניכוי במקור) בדומה לחיסכון פנסיוני או מקצבאות שאנשים מקבלים מהמדינה (זאת בדומה למנגנון הנהוג בתוכנית "חיסכון לכל ילד", שהגדלת ההפקדה משולמת מתוך קצבאות הילדים), ושיפוי המדינה בהתאם לגובה ההכנסות. חיוב תשלום עבור ביטוח לאוכלוסייה שאינה עובדת ולא מקבלת קצבאות מהמדינה יכול להיעשות בדומה לגביית הביטוח הלאומי היום.

7.2.2. ביטוח פרטי-רשות

תחת חלופה זו תעודד המדינה את הפרטים לרכוש ביטוח סיעודי פרטי נוסח קופות החולים, על ידי צירוף פרטים לביטוח הסיעודי במנגנוני 'ברירת מחדל', כפי שנעשה למשל בישראל בשנת 1998 כאשר פרטים ששילמו עבור השב"ן צורפו כברירת מחדל לביטוח הסיעודי בקופת החולים, או כפי שנעשה בסינגפור, בה פרטים המגיעים לגיל 40 מצורפים אוטומטית לביטוח סיעודי, והם נדרשים לפעולה אקטיבית על מנת לבטל את הביטוח. צעד משלים לצירוף פרטים לביטוח הסיעודי כברירת מחדל עשוי להיות בהסברה וכן בשילוב תמריצי מס או *matching* מנגנון, כדוגמת "מענק הכנסה", לצמצום שיעור המבקשים לצאת מהביטוח אליו הם הוכנסו כברירת מחדל.

- Akerlof, George A. (1970). "The Market for "Lemons": Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism", *Quarterly Journal of Economic*, 84 (Aug.): 488–500.
- Argov, A. and S. Tsur. (forthcoming). "A Long Run Growth Model for Israel". Bank of Israel Working Paper.
- Azaiza, F., Lowenstein, A. and J. Brodsky. (1999). "Institutionalization for the Elderly is a Novel Phenomenon among the Arab Population in Israel". *Journal of Gerontological Social Science*, 31:65-85.
- Barr, N. (2010). "Long term care: a suitable case for social insurance", *Social policy & administration*, 44.4 (2010): 359-374.
- Brown, J.R., and A. Finkelstein (2008). "The interaction of public and private insurance: Medicaid and the long-term care insurance market." *The American Economic Review*, 98.3: 1083-1102.
- Brown, J. R., and A. Finkelstein (2007). "Why is the market for long-term care insurance so small?." *Journal of Public Economics* 91.10 : 1967-1991.
- Colombo, F. et. al (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing, Chapter 8.
- Cremer, Helmuth, Jean-Marie Lozachmeur, and Pierre Pestieau (2016). "The design of long term care insurance contracts." *Journal of Health Economics* 50: 330-339.
- Cutler, D., Sheiner, L. M. (1994). "Policy options for long-term care", NBER.
- Cutler, D. and R.J. Zeckhauser. (2000). "The Anatomy of Health Insurance". In *Handbook of Health Economics*, Culyer, A.J. ; Newhouse, J.P. (eds.), Chapter 11, pp.563-643, Elsevier, North Holland.
- Lakdawalla, D. and T. Philipson. (2001). "Public Financing and the Market for Long-Term Care". NBER.
- Lafortune, G. and G. Balestat. (2007). "Trends in Severe Disability Among Elderly People", OECD Health Working Paper, no. 26.
- Maisonneuve, C. and J. O. Martins. (2013). "A Projection Method for Public Health and Long Term Care Expenditures".
- Muir, T. (2017), "Measuring Social Protection for Long Term Care", OECD Health Working Paper, no. 93.
- Poterba, J. (1996). "Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why?". NBER.
- Shavell, S. "Risk sharing and incentives in the principal and agent relationship." *The Bell Journal of Economics* (1979): 55-73.

Wiener, J.M. and R.J. Hanley. (1991). "Long Term Care Financing: Problems and Progress". *Annual Reviews Publication Health*, 12:67-84.

OECD (2015), *Health at a Glance*, OECD indicators.

איילון, ל. (2013), "שנת החיים האחרונה: ממצאים ראשוניים", בתוך: *תמורות במחצית השנייה של החיים – ממצאים עדכניים מסקר האורך SHARE ישראל* בעריכת לאה אחדות והווארד ליטוין.

איילון, ל., א. גרין, ת. אליאב, ש. אסיסקוביץ' ומ. שמלצר (2013), *שירותי סיעוד ביתיים לזקנים – דוח מחקר*, אוניברסיטת בר אילן והמוסד לביטוח לאומי – מינהל המחקר והתכנון.

אסיסקוביץ, ש. (2015), *היבטים בביטוח סיעוד 2014*, מינהל המחקר והתכנון - המוסד לביטוח לאומי, סקרים תקופתיים 273.

אסיסקוביץ, ש. (2017), *היבטים בביטוח סיעוד 2015*, מינהל המחקר והתכנון - המוסד לביטוח לאומי, סקרים תקופתיים 285.

אקשטיין, צ. ואחרים (2008), *דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים*

ברודסקי, ג., ש. רוניצקי וד. סיטרון (2011), *בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה*, מאירס – ג'וינט – מכון ברוקדייל, המרכז לחקר הזקנה.

ברמלי-גרינברג, ש., ר. וייצברג ור. גרוס (2012), *ביטוח סיעודי פרטי בישראל*, מאירס – ג'וינט – מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.

מבקר המדינה (2008), *דוח שנתי 58 לשנת 2007 ולחשבונות שנת הכספים 2006*, ירושלים.

המוסד לביטוח לאומי (2015), *דוח שנתי 2014*, מינהל המחקר והתכנון.

המוסד לביטוח לאומי (2017), *מערכת הביטוח הלאומי בישראל*, מינהל המחקר והתכנון.

בריל, נ. וע. בויקו (2015), *היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד*, המועצה הלאומית לכלכלה.

מבורך, ג' (2015) "אוכלוסיית האזרחים הוותיקים", בתוך: *משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, סקירת השירותים החברתיים לשנת 2014*, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה.

משאב (2016), *קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי*.

משרד הבריאות (2011), *ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה*.

משרד הבריאות (2015), *סיכום שנת 2014*, האגף לגריאטריה.

משרד הבריאות (2016), מצגת בנושא רפורמה בביטוח הסיעודי הציבורי.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2015), *סקירת השירותים החברתיים 2014*, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה.

נתן, ג. (2011), *הטיפול באנשים עם צרכים סיעודיים (צורכי כוח אדם ומדיניות תעסוקה בענף הסיעוד)*, מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

פליטאל, א., מ. ספולקר, א. קורנילנקו ומ. מלדונדו (2012), *תחזית אוכלוסייה לישראל לטווח ארוך: 2009–2059*, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

שטסמן, י. (2011), *הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי-2010–2020 ו-2020–2030*, דין וחשבון הועדה והמלצותיה.

נספח לפרק 7 – פירוט החישובים לחלופות השונות

1. עיבוי מערכת הביטוח הציבורי – הרחבה של הביטוח הציבורי בצורה אוניברסלית, כך שהמדינה תממן ביטוח פרטי לכלל האוכלוסייה. אנו מציגים להלן שתי אפשרויות: (1) כיסוי מלא של הביטוח הפרטי הקבוצתי נוסח קופות החולים (המקנה פיצוי ממוצע של 6,150 ₪ בחודש); (2) פיצוי נמוך יותר מזה הקיים היום בסך 3,000 ₪ בחודש. הפיצוי יינתן למי שיעמדו בקריטריונים המאפשרים כיום להפעיל את הביטוח הסיעודי הפרטי. לצורך החישוב, נניח כי היחס בין תשלום הפרמיה לפיצוי שיינתן ע"י חברת הביטוח יישמר כשם שהוא היום.

לוח 1: תעריפי פרמיות הביטוח הסיעודי הקבוצתי בקופת חולים כללית, ינואר 2017,

ואוכלוסיית ישראל לפי קבוצות גיל, 2017

קבוצת הגיל	אוכלוסייה בקבוצת הגיל	פרמיה חודשית לפי גיל	סה"כ תשלומי פרמיה לחודש, בש"ח
סה"כ אוכלוסייה	8,789,544		
00-04	905,898	0	-
05-09	837,532	0	-
10-14	750,525	0	-
15-19	690,414	0	-
20-24	628,921	10.06	6,326,941
25-29	605,065	10.06	6,086,956
30-34	590,680	26.1	15,416,761
35-39	563,838	36.2	20,410,927
40-44	548,377	45.27	24,825,022
45-49	481,558	69.39	33,415,303
50-54	410,501	87.48	35,910,588
55-59	390,745	95.52	37,323,930
60-64	369,997	115.67	42,797,529
65-69	342,515	149.94	51,356,628
70-74	249,863	172.05	42,988,886
75-79	166,107	183.1	30,414,188
80-84	130,421	192.15	25,060,308
85-89	78,031	192.15	14,993,732
90-94	36,859	192.15	7,082,488
95+	11,699	192.15	2,247,937
סה"כ לחודש, במיליוני ₪			397
סה"כ לשנה, במיליוני ₪			4,760

לוח 2: סך ההוצאה הנדרשת לביטוח כלל האוכלוסייה

סעיף החישוב	ההוצאה/מספר מבוטחים
פיצוי קיים, לפרט (בש"ח לחודש, ממוצע משוקלל בין פיצוי עבור אשפוז במוסדות ובקהילה)	6,150
פיצוי חלקי שיממון ע"י הממשלה, לפרט, ש לחודש	3,000
סה"כ הוצאה ציבורית ליישום פיצוי של 3,000 ש בחודש, במיליוני ש, לשנה, במחירי 2017 ¹	2,322
סה"כ הוצאה ציבורית ליישום החלופה, באחוזי תוצר	0.20%
סה"כ הוצאה ציבורית ליישום פיצוי כפי שנהוג כיום, במיליוני ש, לשנה, במחירי 2017 ¹	4,760
סה"כ הוצאה ציבורית ליישום החלופה, באחוזי תוצר	0.41%

הערות ללוח: חישוב זה לוקח בחשבון את התפלגות הגילאים של האוכלוסייה ב-2017 ואת מבנה תשלומי הפרמיות לפי גילאים.

2. עיבוי מערכת הביטוח הציבורי - הרחבה של הביטוח הציבורי באופן דיפרנציאלי, באופן המתמקד באוכלוסיות בעלות בעיית הנשיגות. תחת חלופה זו אנו מציעים להרחיב את הביטוח הציבורי לעשירונים 1-4 ברמת תלות נמוכה-בינונית ולעשירונים 5-8 ברמת תלות בינונית. במסגרת זאת, החישוב להלן מניח שהמדינה תגדיל ב-50% הפיצוי שמעניקה גימלת הסיעוד לעשירונים 1-4 הנמצאים ברמות התלות הנמוכה והבינונית. לקשישים מעשירונים אלה ברמת התלות הנמוכה תגדיל המדינה את גימלת הסיעוד ב-50% רק לנמצאים ברמות ניקוד ADL הגבוהות מ-3 נקודות, ואנו מניחים שקבוצת ניקוד זו מהווה 2/3 ממקבלי הגימלה ברמת התלות הנמוכה. לקשישים מעשירונים 5-8 הנמצאים ברמת התלות הבינונית אנו מציעים שיגדל ב-50% הפיצוי שמעניקה גימלת הסיעוד.

המצב הקיים (נתוני ומחירי 2015)			
מספר מקבלי גימלה רגילה / סכום הגימלה לחודש (ש), לפרט		גימלה כולל תוספת להעסקת עובד ישראלי	
1,992	77,762	רגילה	רמת תלות נמוכה
3,284	37,967	רגילה	רמת תלות בינונית
3,879	13,946	עם תוספת להעסקת עובד ישראלי	

הכפלת גימלת הסיעוד פי 1.5, בהתבסס על נתוני ומחירי 2015	
620	רמת תלות נמוכה (נגדיל את הגימלה רק ל 2/3 מהמקבלים, בעלי ניקוד ADL גבוה מ-3 נקודות)
1,073	רמת תלות בינונית
1,692	סה"כ, תוספת הוצאה שנתית במיליוני ₪
0.15%	סה"כ, תוספת הוצאה שנתית באחוזי תוצר

3. הרחבת מערך הביטוח הפרטי - חלופה ראשונה - ביטוח פרטי חובה במימון חלקי של המדינה: המדינה תממן ביטוח שווה ערך לביטוח הקבוצתי הנהוג כיום בקופות החולים עבור 20% מהאוכלוסייה (עשירונים 1-2), מחצית מעלותו עבור 20% מהאוכלוסייה (עשירונים 3-4) ורבע מעלותו עבור 10% מהאוכלוסייה (עשירון 5)

האוכלוסייה	עשירונים 1-2	עשירונים 3-4	עשירון 5
איזה שיעור מעלות הביטוח הפרטי יכוסה ע"י תקציב ציבורי	100%	50%	25%
הוצאה שנתית נדרשת להרחבת הביטוח הפרטי במסגרת קופות החולים לכלל האוכלוסייה (2015, במיליוני ₪)	4,760	4,760	4,760
סה"כ תוספת הוצאה נדרשת לכיסוי ביטוח פרטי לתת האוכלוסייה ע"י התקציב הציבורי (במיליוני ₪, לשנה, במחירי 2015)	952	476	119
סה"כ תוספת הוצאה נדרשת (באחוזי תוצר)	0.08%	0.04%	0.01%
סה"כ תוספת שנתית נדרשת (במיליוני ₪), למימון החלופה סה"כ תוספת שנתית נדרשת (באחוזי תוצר) למימון החלופה	1,546 0.13%		