

פרק ז'

סוגיות ברווחה

חלק 1

התפתחות ההכנסה וההוצאה של משפחות צעירות עובדות

- « למלחמה היו השפעות שליליות ייחודיות על רווחתן של משפחות צעירות עובדות – בשל הצירוף של שירות מילואים, הכבדת נטל הטיפול בילדים ועבודה בצל המלחמה.
- « שיפור מצבן הכלכלי של משפחות צעירות עובדות היה רכיב חשוב במדיניות הכלכלית-חברתית של ממשלות ישראל בעשור האחרון, והוא בא לידי ביטוי במגוון צעדים שמוקדו באוכלוסייה זו.
- « ההכנסה הפנויה של משפחות צעירות עובדות עלתה בעקביות לאורך העשורים האחרונים – תוצאה של עלייה בהכנסות הכלכליות, במקביל לשינויים במדיניות שהגדילו את חלקה של ההכנסה הפנויה בהכנסה הכלכלית.
- « סך ההוצאות לחינוך מתוך ההכנסה הפנויה עלה בעשורים האחרונים, אולם העלייה בהוצאות החינוך לגיל הרך נבלמה בתחילת העשור הקודם, בזכות צעדי ממשלה לצמצומן.
- « שיעור המשפחות הצעירות הגרות בדיוור בבעלותן ירד בעקביות לאורך השנים.

1. מבוא

פרק זה עוסק במצב הכלכלי היחסי של משפחות צעירות עם ילדים בישראל, שבהן ההורים בני 25-40, ושניהם עובדים (להלן משפחות צעירות עובדות). משפחות אלה הן חלק משמעותי וחשוב של האוכלוסייה הישראלית, וחלקן הגדול משתייך, מבחינה כלכלית וחברתית, למעמד הביניים¹. ההורים במשפחות אלו נמצאים בעיצומה של השתלבות והתבססות בשוק העבודה, במקביל לגידול ילדים צעירים – על הנטל הכספי והשקעת הזמן הכרוכים בכך. מגבלות נזילות וביקוש קשיח לסעיפי צריכה שונים (למשל חינוך, דיור וטיפול בילדים צעירים) מקשים על החלקת התצרוכת של משקי בית אלו לאורך זמן². גם קובעי המדיניות ראו במשפחות הצעירות קבוצה שיש להתמקד בה ולפעול למען רווחתה הכלכלית, במיוחד לאחר המחאה החברתית ומסקנות ועדת טרכטנברג שבעקבותיה. ואכן בשני העשורים האחרונים חלו במדיניות שינויים ניכרים, שהשפיעו על משפחות צעירות. לצד צעדי מדיניות רחבים, שהשפיעו על כלל משקי הבית, ננקטו צעדי מדיניות הממוקדים במשפחות עם ילדים ובמיוחד במשפחות צעירות שבהן שני ההורים עובדים. בין אלה נכללו הטבות מס להורים עובדים, ובפרט הוספת נקודות זיכוי עבור ילדים והרחבת מענק העבודה (מס הכנסה שלילי), סבסוד מעונות יום, סבסוד צהרונים, החלת חוק חינוך חנים בגילי טרום-חובה ותוכניות לסבסוד רכישת דירות³. חלק מהטבות אלו צומצמו בשנים האחרונות. ברנדר וסטרבצ'ינסקי (2017)⁴ בחנו את מדיניות הממשלה ביחס להורים צעירים עד שנת 2012 בהשוואה למדינות אחרות ועל פני זמן ומצאו כי גם לאחר שחלק מהשינויים במדיניות נכנסו לתוקף עדיין ההטבות שניתנו למרבית סוגי המשפחות בישראל נותרו נמוכות מאלו שניתנו לסוגי משפחות דומים במדינות OECD. לא נמצאה במחקר האמור עדות להרעה משמעותית על פני זמן במצבם הכלכלי של הורים צעירים. עוד נמצא שבשוק הדיור גדל והלך חלקן של המשפחות הצעירות המתגוררות בדירה בשכירות, מגמה שלא נרשמה בקבוצות גיל אחרות.

ההשלכות הכלכליות של המלחמה הורגשו בכלל משקי הבית, אולם היו תופעות ייחודיות אצל משפחות צעירות שבהן שני הורים עובדים. משפחות אלו ספגו פגיעה כלכלית משולבת: היעדרויות מעבודה בגלל מילואים, שהשפיעו גם על היצע העבודה של בנות/בני הזוג (פרק ה' בדוח זה; בנק ישראל, 2023), היעדרויות בגלל פעילות מצומצמת של מסגרות החינוך וצורך לטפל בילדים צעירים. משפחות עם ילדים צעירים נפגעו משמעותית גם מן המצוקה הנפשית שחוו הם והוריהם⁵. גורמים אלו עלולים להשפיע על המשפחות הצעירות גם לאורך זמן.

¹ להרחבה על תפקידו וחשיבותו של מעמד הביניים בחברה ראו: אסנת פלד לוי (2020). "מעמד הביניים בישראל", סקר בנק ישראל 91, עמ' 109-150.

² החלקת תצרוכת היא התנהגות כלכלית שבה אנשים מאזנים את הצריכה שלהם לאורך זמן, באמצעות חיסכון או אשראי, כדי לשמור על יציבות ברמת החיים למרות שינויים בהכנסה. במרבית המודלים הכלכליים ההנחה היא שיש לאנשים תועלת מהחלקת התצרוכת.

³ תיבה ו' 1- בדוח בנק ישראל לשנת 2017: "הרחבת ההטבות להורים עובדים במסגרת התוכנית 'נטו משפחה'".

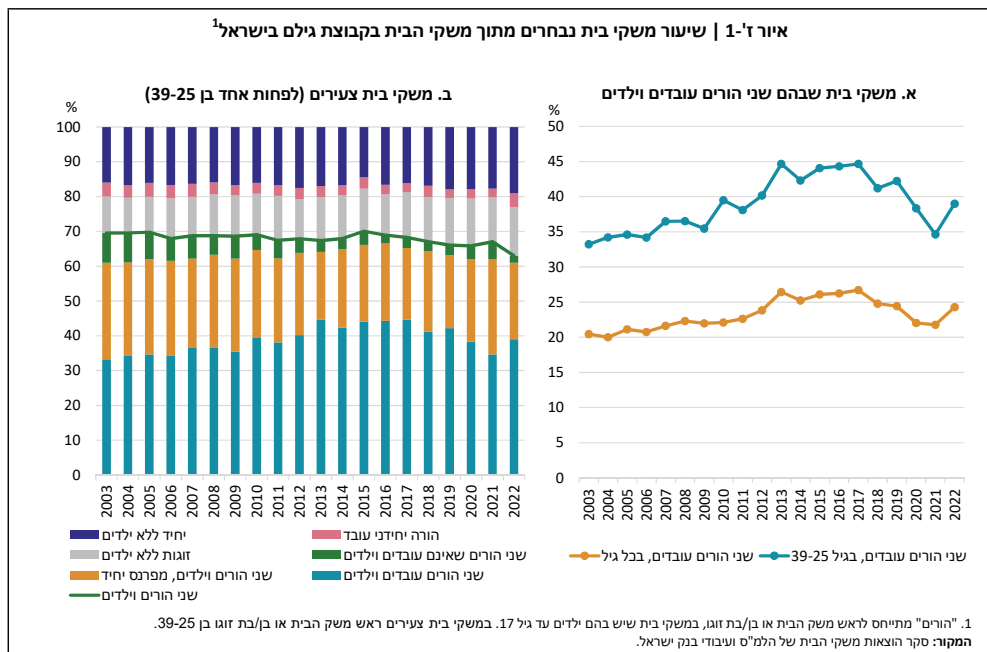
⁴ ע' ברנדר ומ' סטרבצ'ינסקי (2017). "מדיניות הממשלה ביחס להורים צעירים", הרבעון לכלכלה, 61, חוברת 3/4 – ספטמבר/דצמבר, 102-55.

⁵ ראו:

D. Shay, C. Blank, C. Navon and Y. Shavit (2024). The Impact of the Israel-Gaza War on Young Children and Their Parents: Longitudinal Survey Findings Post-October 7th, Taub Center for Social Policy Studies in Israel. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13825741>

2. משפחות צעירות שבהן שני הורים עובדים

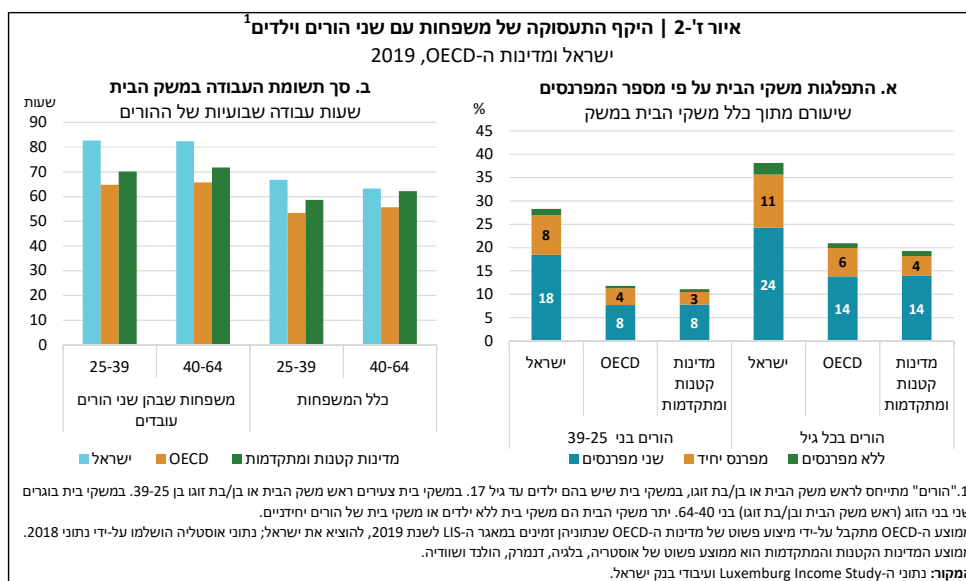
בשנת 2022 היו בישראל כ-890 אלף משקי בית שבהם ראש/ת משק הבית או בן/בת זוג/ה בגיל 39-25⁶. בכ-40 אחוזים מתוכם היו זוג הורים, ששניהם עובדים, וילדים, ובכ-4 אחוזים נוספים היו הורים יחידניים עובדים. לאורך השנים גדלו היקפי התעסוקה של קבוצה זו, בפרט עם כניסת מפרנס נוסף ממשק הבית לשוק העבודה, כך שעד שנת 2017 שיעור המשפחות הצעירות שבהן שני מפרנסים גדל (איור ז'-1). בשנים האחרונות, ובמיוחד בתקופת הקורונה, ירד שיעורם של משקי בית אלו. בשנת 2022 הוא עלה מעט.



שיעור המשפחות
הצעירות שבהן שני הורים
עובדים גבוה בישראל
בהשוואה לשיעורן
במדינות המפותחות
האחרות.

שיעור המשפחות הצעירות שבהן שני הורים עובדים גבוה בישראל בהשוואה למדינות המפותחות האחרות. עובדה זו מבטאת את הרכב הגילים בישראל, את השיעור הגבוה יחסית של משקי הבית המשפחתיים (בניגוד למשקי בית של יחידים) ואת שיעורם הגבוה של משקי הבית שיש בהם ילדים. גיל לידה צעיר ומספר ילדים גבוה יותר למשפחה משתקפים גם הם בשיעור הגבוה של משקי בית עם ילדים בישראל (איור ז'-2). בקרב המשפחות הצעירות בישראל (ב-2019) שיעור משקי הבית שבהם שני הורים עובדים גבוה יותר מאשר במדינות OECD – מה שמתבטא ביותר שעות עבודה ובנטל כבד יותר על ההורים. גם יחסית למשפחות שבהן שני הורים עובדים מספר שעות העבודה בישראל גבוה משמעותית מאשר במדינות OECD (איור ז'-2).

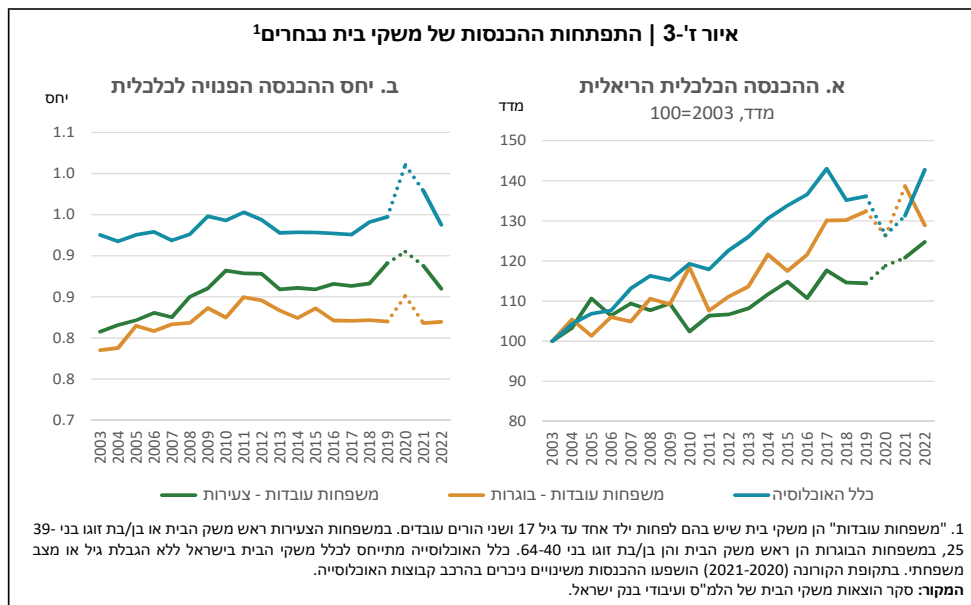
⁶ ראש משק הבית מוגדר בסקרי ההכנסות כאדם בן 18 ומעלה, שנבחר על פי מידת השתתפותו בכוח העבודה ובהיקף המשרה שלו (לפי הסדר: מועסק במשרה מלאה, מעל 35 שעות, מועסק במשרה חלקית, בלתי מועסק), וללא תלות בגיל, במין או בהכנסה. אם יש יותר מאדם אחד במשק הבית המתאים להגדרה ייחשב כראש משק הבית מי שהמרוויח מחשיב ככזה.



3. התפתחות ההכנסות של משפחות צעירות שבהן שני מפרנסים

ההכנסה הכלכלית הריאלית⁷ של משפחות צעירות שבהן שני הורים עובדים עלתה בעקביות מאז 2010. (פנל א' באיור ז' 3). בתחילת התקופה קצב עליית ההכנסה הכלכלית הריאלית של המשפחות הצעירות העובדות (2 הורים עובדים) היה נמוך מקצב עלייתה בכלל האוכלוסייה, עובדה המשקפת בין היתר את שינוי ההרכב של הקבוצה הנדונה, בעקבות הצטרפותם לקבוצה של משקי בית שכושר השתכרותם נמוך יחסית. קצב זה היה נמוך גם ביחס למשפחות הבוגרות יותר שבהן שני מפרנסים – דבר המשקף שחיקה מסוימת במצבן הכלכלי היחסי. קצב העלייה של

החל מ-2010 ההכנסות הכלכליות והפנויות של משפחות צעירות עובדות עלו בהתמדה, והיחס ביניהן נותר יציב



⁷ ההכנסה הכלכלית של משק הבית שווה לסך ההכנסות מעבודה (שכירה או עצמאית), מהון ומהעברות מפרטים – כלומר כל ההכנסות שמקורן הוא השוק החופשי ולא תמיכות או העברות ממשלתיות.

ההכנסה הפנויה (לאחר מסים וקצבאות) היה מהיר מזה של ההכנסה הכלכלית, דבר שעשוי לשקף את השינויים במדיניות המיסוי כלפי משפחות: שינויי המיסוי המשמעותיים בין השנים 2003 ו-2010 פעלו לטובת המשפחות שיש בהן שני מפרנסים, ולכן היחס בין הכנסתן הפנויה להכנסתן הכלכלית עלה בהן מהר יותר מאשר בכלל משקי הבית במשק (פאנל ב' באיור ז'-3). החל מ-2010 ההכנסות הכלכליות והפנויות עלו בהתמדה ובשיעורים דומים, כך שהיחס ביניהן נותר יציב.

4. ההוצאות של משפחות צעירות

משקי בית צעירים בישראל, ובפרט אלו הכוללים ילדים ושני מפרנסים, מתאפיינים בפרופיל הוצאות מובחן, המכתיב מגבלות פיננסיות ייחודיות. שלא כמשקי בית ללא ילדים צעירים, אשר בהם ההכנסה הפנויה מאפשרת חופש רב יותר בניהול התקציב, משפחות צעירות נתונות למערך התחייבויות בלתי גמיש, המתעדף צרכים חיוניים על פני צריכה דחוייה או השקעות הוניות. כתוצאה מכך חלוקת ההוצאה במשפחות אלו נוטה להתמקד בתחומי הדיוור, החינוך והתחבורה, בעוד שיכולתן להקצות משאבים לחיסכון או לצריכה שאינה הכרחית מצטמצמת. מעבר לכך, יכולתן להגיב על שינוי במחירים היחסיים היא לעתים קרובות מוגבלת יותר מזו של משקי בית אחרים. להבדיל מכלל המשפחות הצעירות (משקי בית עם ילדים שבהם לפחות אחד מההורים הוא בן 25–40), ההוצאות של המשפחות הצעירות שיש בהן שני מפרנסים נמוכות מהכנסתן הפנויה (שהיא גבוהה מזו של משפחות עם מפרנס יחיד); משמע שהן חוסכות. שיעור ההוצאה של משקי בית אלו על תצרוכת נותר קבוע לאורך השנים, למרות עלייה בהכנסתם הפנויה, ולמרות עלייה בהיקף תשומת העבודה של ההורים, המביא, בדרך כלל, לעליית ההוצאות הכרוכות ביציאה לעבודה (בפרט להשגחה על הילדים ולתחבורה). גם הרכב ההוצאות של המשפחות האלה לא השתנה משמעותית לאורך השנים. שיעור ההוצאה על הסעיפים המרכזיים בהכנסה הפנויה – דיוור (לא כולל תשלומים על משכנתה), תחבורה, חינוך⁸ ומזון – נותר בעינו לאורך רוב השנים. ואולם בתוך הוצאות הדיוור החלק המיוחס במשפחות אלה להוצאות כספיות, בניגוד לזקיפת הוצאות דיוור בעין⁹, הולך וגדל, והיכולת של משקי בית אלו לחסוך מצטמצמת בהתאם. יתר על כן, בקרב המשפחות העובדות הצעירות שיש להן משכנתה, שיעור תשלום המשכנתה מההכנסה הפנויה גבוה מאשר בקרב האוכלוסיה המקבילה המבוגרת יותר.

איור ז'-4 מתאר את הרכב ההוצאות של משקי בית מסוגים שונים. ניתן לראות שהרכב ההוצאות של משפחות צעירות עובדות דומה לזה של כלל המשפחות הצעירות מבחינת מרבית סעיפי ההוצאה, אולם שיעור ההוצאה שלהן על מזון נמוך מעט יותר, ושיעור ההוצאה על תחבורה גבוה מעט יותר. בהשוואה למשפחות עובדות בוגרות יותר (ראש/ת משק הבית ובן/בת זוג/ה בני 40–64) משפחות עובדות צעירות מוציאות יותר על חינוך ועל ביגוד והנעלה, ופחות על בריאות,

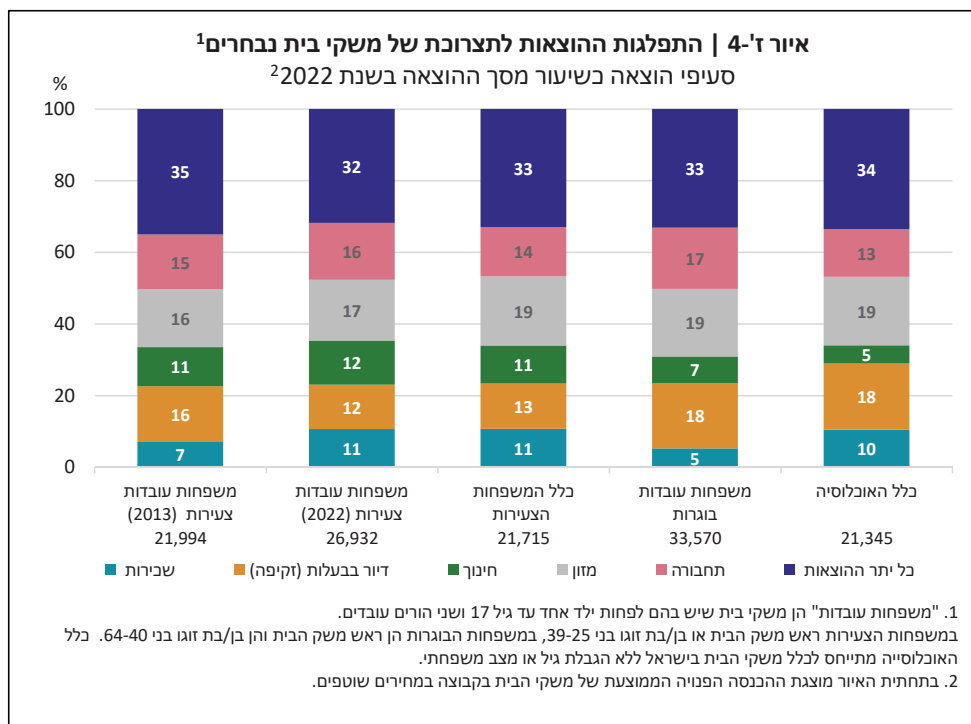
שיעור ההוצאה של
משפחות צעירות עובדות
על תצרוכת והרכבה,
נותרו יציבים לאורך
השנים.

⁸ בשנת 2019 שונו, בסקרי ההוצאות, ההגדרות והסיווגים של סעיפים שונים בהוצאות החינוך. השינוי מונע אפשרות השוואה עם שנים קודמות.

⁹ שני הרכיבים העיקריים בהוצאות הדיוור הם ההוצאה לשכר דירה בדירות שכורות וההוצאה לצריכת שירותי דיוור בדירות בבעלות. בדירות שכורות התקבלה עלות ההוצאה על שכר דירה ישירות ממשקי הבית שגרים בהן, ואילו לגבי דירות שבבעלות משקי הבית חושבה צריכת שירותי הדיוור על ידי זקיפת שכר דירה חלופי משוקלל בדירות שוות גודל באותם יישובים או באזורים דומים בארץ (שכר הדירה הזקוף נכלל גם בהכנסות משק הבית). נתוני הזקיפה של שכר הדירה נלקחו משלושה מקורות: (א) סקר שכר דירה השוטף שנערך לצורך חישוב מדד המחירים לצרכן; (ב) נתוני שכר הדירה של משקי הבית הגרים בדירות שכורות מתוך סקר הוצאות משק הבית עצמו; (ג) מקורות נוספים, מחוץ ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה. יצוין כי הוצאות הדיוור המוצגות להלן אינן כוללות החזרי משכנתה והלוואות אחרות לדיוור, שכן אלו נכללים בחיסכון.

שיעור ההוצאה הכספית
על שכר דירה עלה לאורך
השנים.

מזון ותחבורה. החלק המוקצה להוצאה על דיור הוא דומה, אלא שבקרב המשפחות העובדות הצעירות חלק גדול של ההוצאה היא כספית, בעיקר על שכירות, ואילו בקרב המשפחות העובדות הבוגרות מרבית ההוצאה היא זקיפה בגין מגורים בדירות בבעלותם. בהשוואה לעבר בולטת עלייה של שיעור ההוצאה הכספית על דיור לעומת ירידה של שיעור ההוצאה הזקופה על דיור לאנשים שגרים בדירה בבעלותם (בעיקר בשל הירידה של שיעור בעלי הדירות). יתר על כן, בקרב המשפחות העובדות הצעירות שיש להן משכנתה, שיעור תשלום המשכנתה מההכנסה הפנויה גבוה מאשר בקרב האוכלוסייה המקבילה המבוגרת יותר.

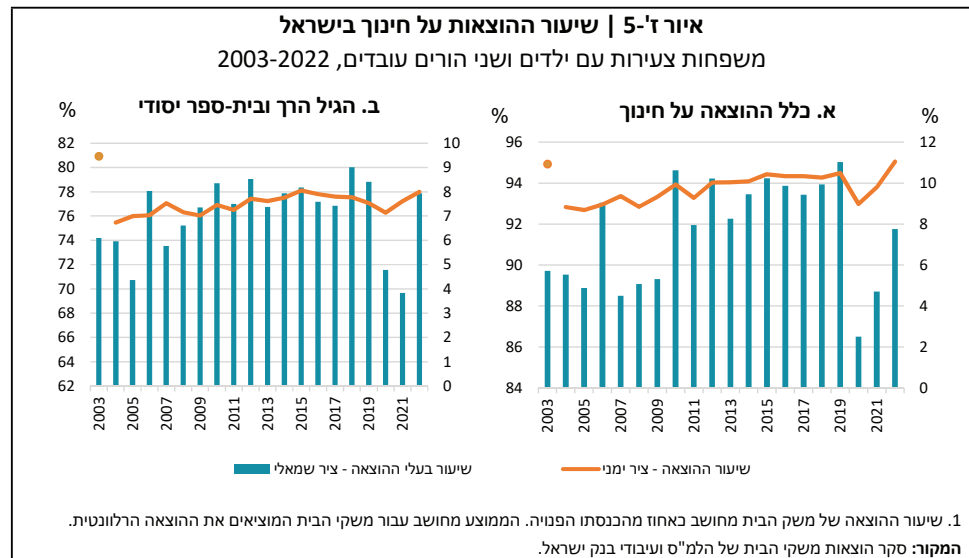


שיעור ההוצאות לחינוך
עלה בעשורים האחרונים,
אולם העלייה של הוצאות
החינוך לגיל הרך נבלמה
בתחילת העשור הקודם.

הוצאות החינוך¹⁰ הן חלק משמעותי מכלל ההוצאות של משפחות צעירות. על פי נתוני סקר ההוצאות כמעט לכל המשפחות הצעירות שבהן ההורים עובדים יש הוצאות חינוך כלשהן, וחלק מההכנסה המוקצה לכך גדל, בעיקר בתחילת התקופה (איור ז'-5). חלק מעליית ההוצאות נובע מעלייה של מספר הילדים במשק הבית, ובפרט ילדים צעירים, עד גיל 4, הזקוקים להשגחה צמודה, שעלויותיה גבוהות. אולם עלייה זו בגודל המשפחות אינה מסבירה את כל הגידול של הוצאות החינוך. רכיב הוצאה משמעותי במשפחות צעירות הוא הוצאה על חינוך לילדים בגיל הרך ולגילאי בית הספר היסודי. בתחילת התקופה עלו הן שיעור משקי הבית שיש להם הוצאה מסוג זה והן שיעורה מתוך ההכנסות הכלכליות של משק הבית. עלייתם של שני אלו התמתנה והתייצבה מאז 2012, ככל הנראה הודות לצעדי המדיניות שננקטו בתחום זה בעקבות המחאה החברתית של שנת 2011.

¹⁰ הוצאות חינוך הן תשלומים על שירותי חינוך, שבהם שלושה רכיבים עיקריים: (א) תשלום ישיר למוסדות חינוך ולרשויות; (ב) הוצאות עבור פעילויות חינוך לאחר שעות בית הספר – תשלום לחוגים שלא במסגרת בית הספר, צהרונים, שיעורים פרטיים ומבחנים; (ג) הוצאות עקיפות עבור ציוד לימודי. בשל שינויים שערכה הלמ"ס בהגדרה ובסיווג של הרכיבים השונים בהוצאות החינוך לא ניתן לעקוב אחר התפתחותם של רכיבים אלו על פני זמן. (ראו הערה 8).

ויישום חלק מההמלצות של ועדת טרכטנברג. בין היתר הורחב חוק חינוך חובה-חינם לגילאי טרום חובה, ונקבעה זכאות לסבסוד מעונות לילדים כתלות בתעסוקת ההורים, אולם מרבית משקי הבית שבהם זוג הורים עובדים אינם מקבלים סבסוד, משום שהכנסתם גבוהה מהתקרה שנקבעה. במקרים אחרים עודף ביקוש למעונות מסובסדים וזמינות נמוכה של מעונות כאלה אינם מאפשרים למשקי הבית למצות את ההטבה¹¹. זאת לצד העדפה של חלק ניכר מההורים למעונות פרטיים, שאיכותם נתפסת כגבוהה יותר.



שיעור בעלי הדירות בקרב המשפחות הצעירות העובדות ירד בעקביות לאורך השנים.

שיעור המשפחות הצעירות העובדות הגרות בדירה בבעלותן נמוך בהשוואה לשיעורן במדינות OECD אחרות.

רכיב מרכזי נוסף של ההוצאה במשקי בית צעירים הוא הוצאה על דיור. התייקרות מחירי הדיור מאז 2007 הפחיתה את היכולת של משקי בית צעירים לרכוש דירות¹², והדבר התבטא גם בירידה של שיעור המשפחות הצעירות המתגוררות בדיור בבעלותן (איור ז-6), ובהתאם לכך – בירידת שיעור בעלי המשכנתאות ועלייה של שיעור המשלמים על שכירות. תוכניות דיור במחיר מסובסד ("מחיר למשתכן", "מחיר מטר") שהממשלות הפעילו מאז אמצע העשור הקודם, תרמו להגדלת הסיכוי של משפחות צעירות לרכוש דירה, אולם כאמור לא קיזזו לחלוטין את הירידה של שיעור המתגוררים בדירה בבעלותם¹³. לצד זאת, בשנים האחרונות עלה מעט שיעור משקי הבית אשר יש בבעלותם דירה שאינה משמשת אותם למגורים.

שיעור המשפחות הצעירות שבהן שני הורים עובדים הגרות בדירה בבעלותן נמוך בישראל בהשוואה למדינות OECD, במיוחד בהשוואה למדינות קטנות ומתקדמות (איור ז-7). זאת אף על פי ששיעור הבעלות הכולל, ובפרט שיעור הבעלות של משפחות בוגרות יותר, אינו נמוך בהשוואה למדינות אלו. ממצא נוסף שעולה מהאיור הוא שבעוד שבמדינות האחרות שיעור הבעלות על דירות בקרב משקי בית צעירים (ובכלל) עם שני מפרנסים גבוה מאשר במשקי הבית האחרים, בישראל אין הבדל ניכר בשיעורי הבעלות על דירות.

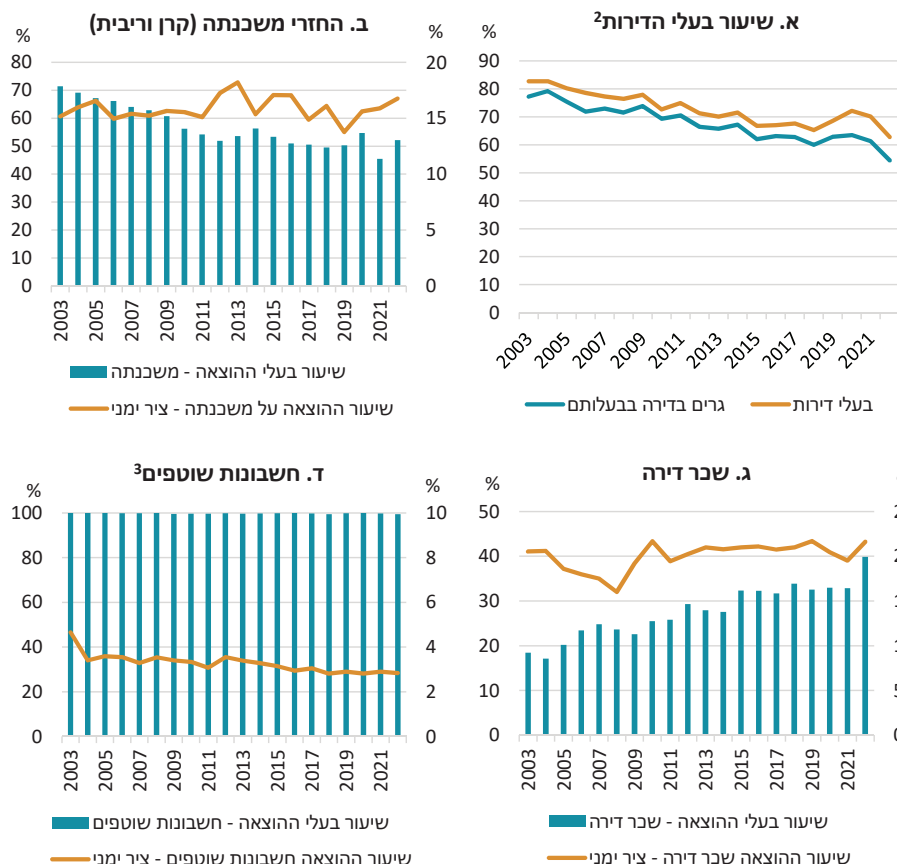
¹¹ אלה שחר (2012). עלות הטיפול בילדים בגיל הרך והשפעתה על היצע העבודה של נשים, בנק ישראל, סדרת מאמרים לדין, <https://www.boi.org.il/33380>

¹² קיריל שרברמן (2018). "עליית מחירי הדירות והשפעתה על יכולתם של משקי בית לרכוש דיור", פרק מתוך דוח מצב המדינה 2018 מכון טאוב, 2018.

¹³ דארין וייסמן (2023). מאפייני הרוכשים והתמורות שחלו בסיכוי לרכוש דירה לראשונה בשנים 2016–2019 לעומת השנים 2012–2015, בנק ישראל, סדרת מאמרים לדין. רבות מהדירות שנרכשו בתוכניות אלה עדיין לא הושלמו, ולכן הרוכשים שוכרים דירות אחרות ואינם נהנים משכר דירה עבור הדירות שרכשו.

איור ז'-6 | שיעור ההוצאות על דיור בישראל¹

משפחות צעירות עם ילדים ושני הורים עובדים, 2003-2022

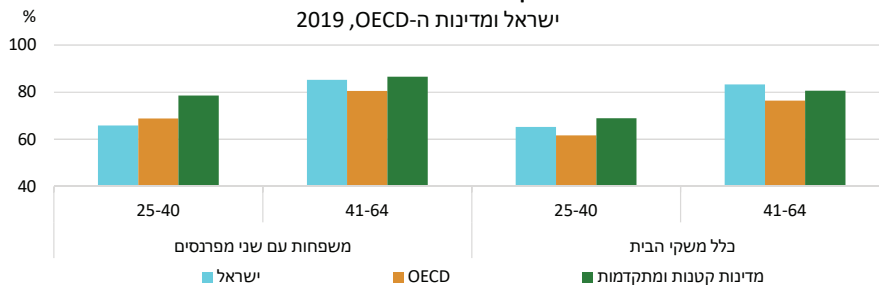


- שיעור ההוצאה של משק הבית מחושב כשיעור מהכנסתו הפנויה. הממוצע מחושב עבור משקי הבית המוציאים את ההוצאה הרלוונטית.
- שיעור בעלי הדירות - משקי הבית שיש בבעלותם דירה, חושב כסכום של שיעור משקי הבית המתגוררים בדירה בבעלותם ושיעור משקי הבית שאינם גרים בדירה בבעלותם אך יש להם הכנסות משכר דירה.
- חשבונות שוטפים כוללים תשלום עבור מים, חשמל, גז ודלק לבית.

המקור: סקר הוצאות משקי הבית של הלמ"ס ועיבודי בנק ישראל.

איור ז'-7 | שיעור הגרים בדירה בבעלותם¹

ישראל ומדינות ה-OECD, 2019



- שיעור משקי הבית הגרים בדירה בבעלותם, מתוך כלל משקי הבית בקבוצה. משפחות הן משקי בית שיש בהם ילדים עד גיל 17. במשקי בית צעירים ראש משק הבית או בן/בת זוג בן 25-40. במשקי בית בוגרים שני בני הזוג (ראש משק הבית ובן/בת זוג) בני 41-64.
- ממוצע ה-OECD מתקבל על-ידי מיצוע פשוט של מדינות ה-OECD שנחשבו זמינים במאגר ה-LIS לשנת 2019, להוציא את ישראל; נתוני אוסטרליה הושלמו על-ידי נתוני 2018. ממוצע המדינות הקטנות והמתקדמות הוא ממוצע פשוט של אוסטרליה, בלגיה, דנמרק, הולנד ושוודיה.

המקור: נתוני ה-Luxembourg Income Study ועיבודי בנק ישראל.

חלק 2

השפעתה הצפויה של רפורמת יציב על מספרם ואיכות הכשרתם של הרופאים בישראל

« "רפורמת יציב" להסדרת לימודי הרפואה בפקולטות בחו"ל צפויה להפחית את מספר הרופאים החדשים (מקבלי הרשיון) בכ-400–600 בכל שנה החל מ-2026. צפוי כי השפעתה של הרפורמה תורגש במיוחד באזורים פריפריאליים.

« בשנים האחרונות יושמו מספר צעדים להגדלה משמעותית במספר הרופאים החדשים. יחד עם זאת, אמורות לעבור מספר שנים בין השפעת הרפורמה, החל מ-2026, לבין הבשלת צעדים אלה, מה שעלול להביא למחסור ברופאים חדשים בשנים הקרובות.

« השפעתה של "רפורמת יציב" והעלייה הצפויה בביקוש לרופאים בשנים הקרובות, מדגישות את חשיבות יישומן של התוכניות להגדלת מספר הרופאים החדשים בישראל עם דגש על הפיזור הגיאוגרפי.

1. רקע

בשנת 2020 58 אחוזים מהרופאים שהיו פעילים בישראל הוכשרו מחוץ לגבולותיה, שיעור גבוה באופן חריג ביחס למדינות OECD אחרות (OECD, 2023). קבוצת הרופאים שהוכשרה בחו"ל כוללת גם עולים חדשים, אך רובה ישראלים שנסעו ללמוד רפואה בחו"ל; זאת בעיקר בגלל רף הקבלה הגבוה ללימודי רפואה בישראל, תוצאת היצע מוגבל של מספר המקומות לסטודנטים בפקולטות הישראליות. במציאות זו מערכת הבריאות הישראלית מסתמכת במידה רבה על רופאים שהוכשרו בחו"ל, ולכך מספר חסרונות; למשל: אי אפשר לפקח על איכות ההכשרה; הלימודים העיוניים והקליניים אינם תואמים בהכרח למקובל במערכת הבריאות הישראלית; וגדלה ההסתברות להגירת אנשים מוכשרים מהארץ.

מערכת הבריאות הישראלית מסתמכת במידה רבה על רופאים ישראלים שלמדו רפואה בחו"ל.

המוסדות בחו"ל שבהם ישראלים לומדים מגוונים מבחינת רמת ההכשרה המקצועית והאקדמית שהם מעניקים, והדבר משפיע על המקצועיות של בוגריהם. בשנים 2017–2018 התקבלו במשרד הבריאות תלונות על סטאז'רים חסרי ניסיון קליני, שהוכשרו בחלק מהמוסדות בחו"ל (ברנר שלם ואחרים, 2023)¹. על רקע טענות אלה בחן האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות את המוסדות ללימודי רפואה בחו"ל, והגדיר את הקריטריונים המקצועיים הנדרשים מהם כדי שבוגריהם יוכלו לעבוד בישראל כרופאים (להלן "רפורמת יציב")². על פי הקריטריונים אושרו כל המוסדות הנמצאים במדינות ה-OECD ומוסדות מסוימים במדינות שאינן ב-OECD (למשל מספר מוסדות בירדן וברומניה), ושאר המוסדות נפסלו. בהתאם לכך הוחלט שישראלים אשר החלו את לימודיהם בשנת 2019 ואילך במוסדות שאינם מאושרים לא יוכלו לגשת לבחינות הרישוי בישראל. השפעתה של הרפורמה צפויה אפוא להתבטא החל משנת 2025³, וזאת בשני אופנים עיקריים – ירידה של מספר הרופאים החדשים ושיפור באיכות הממוצעת של הכשרת הרופאים עקב פסילת המוסדות החלשים. חלק זה בוחן את ההשפעות הצפויות של הרפורמה וסוקר את הצעדים המתוכננים כדי להתמודד עם הירידה הצפויה במספר הרופאים החדשים, בפרט בפריפריה.

משרד הבריאות החליט לפסול פקולטות לרפואה בחו"ל המקנות הכשרה קלינית ברמה נמוכה החל מ-2019 ("רפורמת יציב").

2. השפעתה הצפויה של "רפורמת יציב" על זרם הרופאים החדשים החל משנת 2026

בעוד שתרומת הרפורמה לשיפור איכות ההכשרה של הרופאים מוסכמת וברורה, שוררת פחות בהירות לגבי השפעתה הצפויה על מספר הרופאים החדשים. בשנים 2019–2021⁴ מספר הרופאים החדשים בוגרי הפקולטות שנפסלו היה כ-500–600 בשנה, כ-30 אחוזים מהרופאים החדשים שקיבלו רשיון באותן שנים (איור ז'-8). בהתאם למגמת העלייה שאפיינה את השנים האחרונות סביר להניח שבשנים 2022–2024 מספר זה גדל מעבר ל-600. חוסר הבהירות לגבי השפעת הרפורמה נובע מהקושי לחזות את שיעור הרופאים שאלמלא הרפורמה היו לומדים במוסדות אשר

¹ כיום מבחני הרישוי ברפואה הם עיוניים בלבד, וייתכן שמשום כך הם אינם מציבים חסם אפקטיבי בפני רופאים אשר לא עברו הכשרה קלינית איכותית. משרד הבריאות שוקל לכלול במבחנים אלה בעתיד גם חלקים קליניים.

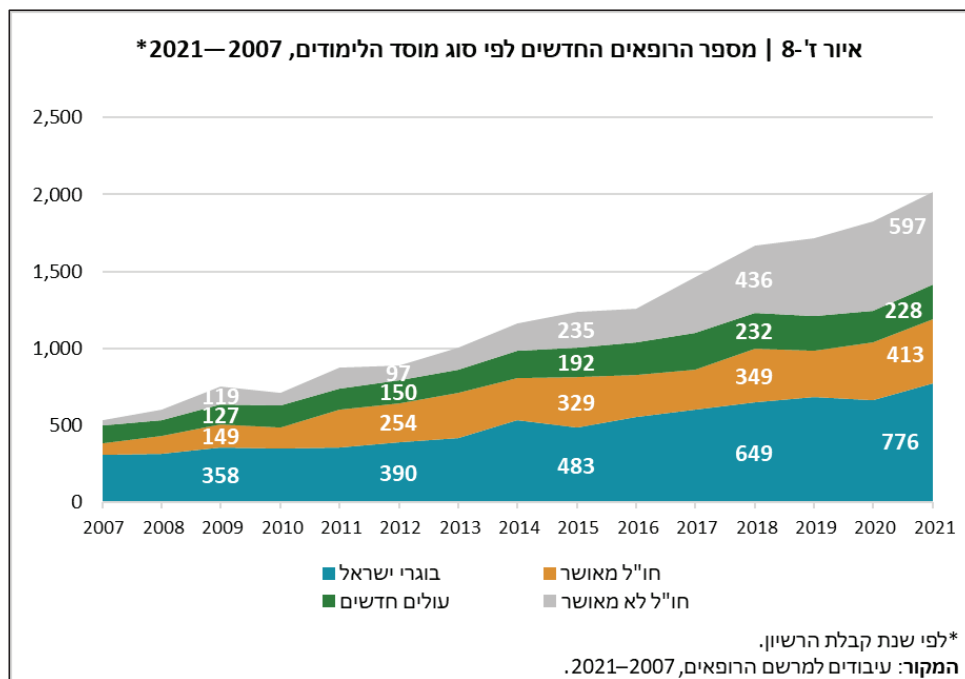
² בבדיקה נמצא שבחלק מהאוניברסיטאות רמת הלימודים אינה מספקת וההכשרה הקלינית מצומצמת בהיקפה או לא קיימת כלל. בהתאם לכך אחוזים נמוכים בלבד מהלומדים באוניברסיטאות אלה מצליחים לעבור את מבחן הרישוי, וגם בקבוצה זו רמת ההכשרה הנמוכה ניכרת בהמשך דרכם (ברנר, שלם ואחרים, 2023).

³ בהתאם למסלול הכשרת הרופאים צפויה בשנת 2025 ירידה של מספר הסטאז'רים, ובשנת 2026 – ירידה של מספר הרופאים הפוטנציאליים להתחלת התמחות.

⁴ השנים האחרונות שעליהן יש נתונים מלאים מפורטים.

נפסלו, ובעקבותיה יוותרו על לימודי הרפואה, וכנגד זאת – את שיעורם של אלה שיפנו ללמוד במוסדות המאושרים.⁵

על אף קושי זה ניתן ללמוד משהו על הירידה הצפויה מניתוח הפערים בין קבוצות הרופאים



ההערכה היא שמספר
הרופאים החדשים
יקטן כתוצאה מיישום
"רפורמת יציב" בכ-400–
600 בשנה, החל מ-2026.

מבחינת הישגיהם בבחינה הפסיכומטרית. ישנם פערים משמעותיים בין שלוש קבוצות הנבדלות זו מזו במקום הלימודים – פקולטות ישראליות, פקולטות מאושרות בחו"ל ופקולטות בחו"ל שנפסלו במסגרת הרפורמה. הציונים ושיעורי ההיבחנות של בוגרי המוסדות הישראליים גבוהים במידה ניכרת מאלה של בוגרי הפקולטות המאושרות בחו"ל, ונתונייהם של אלה גבוהים במידה ניכרת מנתונייהם של בוגרי הפקולטות בחו"ל שנפסלו במסגרת הרפורמה (איור ז-9).^{6,7} הפערים הגדולים לרעתם של בוגרי הפקולטות הלא מאושרות בחו"ל עשויים לרמז כי רבים ממי שאלמלא הרפורמה היו לומדים רפואה במוסדות שנפסלו יתקשו להתקבל ללימודים בפקולטות המאושרות בחו"ל, לא כל שכן בישראל. יחד עם זאת, ניתוח לפי האחוזונים ה-25 וה-75 מצביע על חפיפה לא מבוטלת בין בוגרי חו"ל במוסד לא מאושר לבוגרי חו"ל במוסד מאושר. זו עשויה להצביע על האפשרות שחלק ממי שאלמלא הרפורמה היו לומדים בפקולטות שנפסלו יוכלו להתקבל לפקולטות שאושרו במסגרתה.

⁵ חוסר הבהירות קשור גם במגבלת נתונים, משום שאין נתונים לגבי סטודנטים ישראלים הולמים רפואה בחו"ל כל עוד הם לא חזרו לישראל ונבחנו במבחני הרישוי.

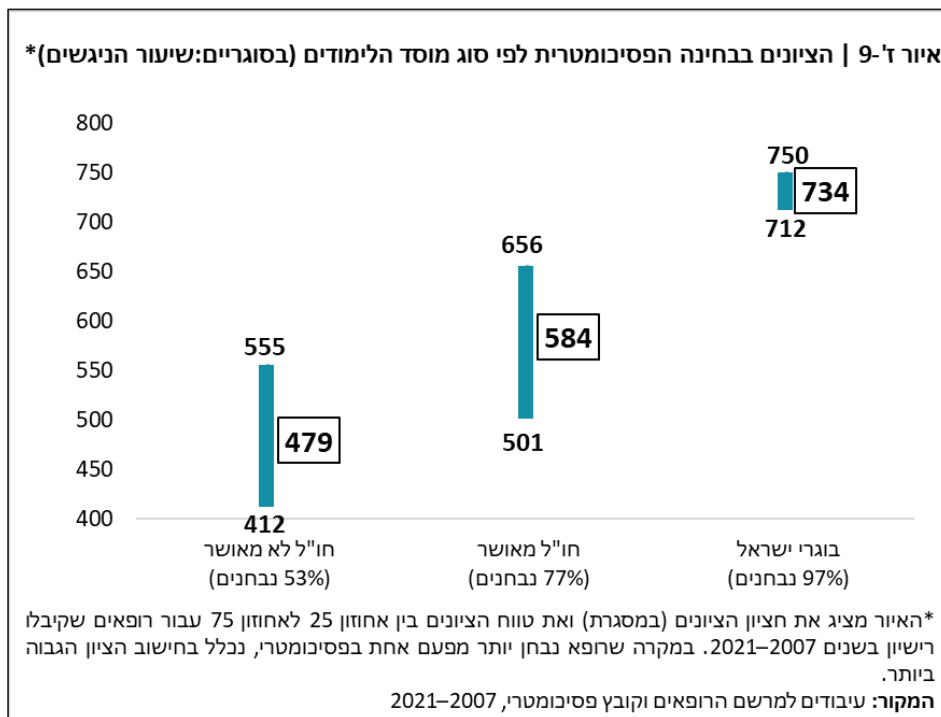
⁶ מעט הבוגרים של הפקולטות בישראל שלא נבחנו בבחינה הפסיכומטרית הם ככל הנראה רופאים שלמדו במסגרת תוכנית ארבע שנתית לבוגרי תואר ראשון, כך שקבלתם ללימודי הרפואה התבססה על הישגיהם בלימודי התואר הראשון שהקבלה אליו לא בהכרח דרשה פסיכומטרי.

⁷ בהתאם להתפלגות ציוני המבחן הפסיכומטרי בקרב כלל הנבחנים הציון החציוני של בוגרי ישראל (734) מקביל לאחוזון ה-99, הציון החציוני של בוגרי חו"ל מפקולטה מאושרת (584) מקביל לסביבת האחוזון ה-60, והציון החציוני של בוגרי חו"ל מפקולטה לא מאושרת (479) מקביל לסביבת האחוזון ה-27 (הדוח הסטטיסטי לבחינה הפסיכומטרית של המרכז הארצי לבחינות ולהערכה, 2023).

לכן סביר לצפות כי ירידת מספרם של הרופאים החדשים בשנים הבאות כתוצאה מהרפורמה תהיה נמוכה במקצת ממספר הרופאים שלמדו בפקולטות שנפסלו בשנים האחרונות, דהיינו כ-400–600 רופאים. הערכה כללית זו דומה להערכות נוספות, שהופיעו בדוחות אשר עסקו בנושא (למשל: ברנר שלם ואחרים, 2023; גמזו, 2022).

מנתוני הבחינה הפסיכומטרית עולות שתי נקודות נוספות: ראשית, ככל שההישגים בבחינה משקפים את היכולות הקוגניטיביות של הנבחנים, או לפחות מתואמים עמן, "רפורמת יציב" צפויה להתבטא בשיפור הרמה הממוצעת של יכולות הרופאים בישראל. אמנם איכות הטיפול והרמה המקצועית של רופאים קשורות במשתנים רבים נוספים, חלקם תכונות שאינן נצפות בנתונים, אולם סביר שמשתנים אלה מתואמים גם עם יכולותיהם הקוגניטיביות. שנית, הפערים הגדולים בציוני הבחינה בין בוגרי מוסדות בישראל לבוגרי מוסדות בחו"ל (גם המאושרים שבהם), עשויים ללמד כי מי שנסעו ללמוד בחו"ל אינם בהכרח אלה שציוניהם היו קרובים לסף הקבלה הישראלי. נראה אפוא שישראלים מוכשרים רבים מוותרים על לימודי רפואה בגלל הרף הגבוה, ובוחרים ללמוד מקצועות אחרים או שנוסעים ללמוד רפואה בחו"ל ולא חוזרים לישראל בסיום לימודיהם. משמע שהסף הגבוה מאוד ללימודי רפואה בישראל גורם למערכת הבריאות הישראלית להפסיד רופאים מוכשרים רבים⁸. ייתכן שהממצא האמור תומך בהגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בפקולטות הישראליות ככלי המרכזי להגדלת מספר הרופאים בישראל.

הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בפקולטות הישראליות צריכה להיות כלי מרכזי להגדלת מספר הרופאים בישראל.



⁸ תיבה זו מתמקדת בנקודת המבט של מערכת הבריאות, ולא דנה בשאלה אם מבחינות כלכליות ואחרות עדיף שצעירים מוכשרים אלה ילמדו דווקא רפואה ולא מקצועות אחרים, כגון הנדסה ומדעים.

איור ז' 10 | שיעור הרופאים בוגרי פקולטות שנפסלו לפי מחוז המגורים ב-2022, באחוזים*



* בקרב רופאים שקיבלו את הרישיון בין השנים 2007–2021.
 המקור: עיבודים למרשם הרופאים ומרשם האוכלוסין, 2007–2021.

3. השפעתה הצפויה של "רפורמת יציב" – פילוח לפי אזורים גיאוגרפיים

שכיחותם של הרופאים בוגרי המוסדות שנפסלו במחוזות הצפון והדרום גבוהה משמעותית מאשר במחוזות המרכז.

ההתפלגות הגיאוגרפית של מגורי הרופאים אשר הוכשרו במוסדות שנפסלו אינה אחידה. בפרט, שכיחותם של הרופאים מקבוצה זו במחוזות הצפון והדרום גבוהה משמעותית מאשר במחוזות המרכז ותל אביב (איור ז' 10)⁹. ממצא זה עשוי להוביל לשתי תובנות עיקריות: ראשית, שיעור גבוה יחסית מהרופאים באזורי הפריפריה מתאפיינים ברמת הכשרה נמוכה ביחס לרופאים באזורי המרכז, מה שיכול להשפיע על איכות שירותי הבריאות הניתנים באותם אזורים; שנית, סביר להניח שללא נקיטת צעדים בנושא השפעתה של הרפורמה על מספר הרופאים צפויה להיות מורגשת במיוחד באזורים אלה. לנקודה זו חשיבות רבה, מפני שהאזורים הפריפריאליים סובלים כבר היום ממחסור במומחים (זונטג, 2025). משרד הבריאות נוקט בשנים האחרונות מספר צעדים להגדלת מספר הרופאים בפריפריה ושיפור איכותם הממוצעת¹⁰.

4. התייחסות למדיניות

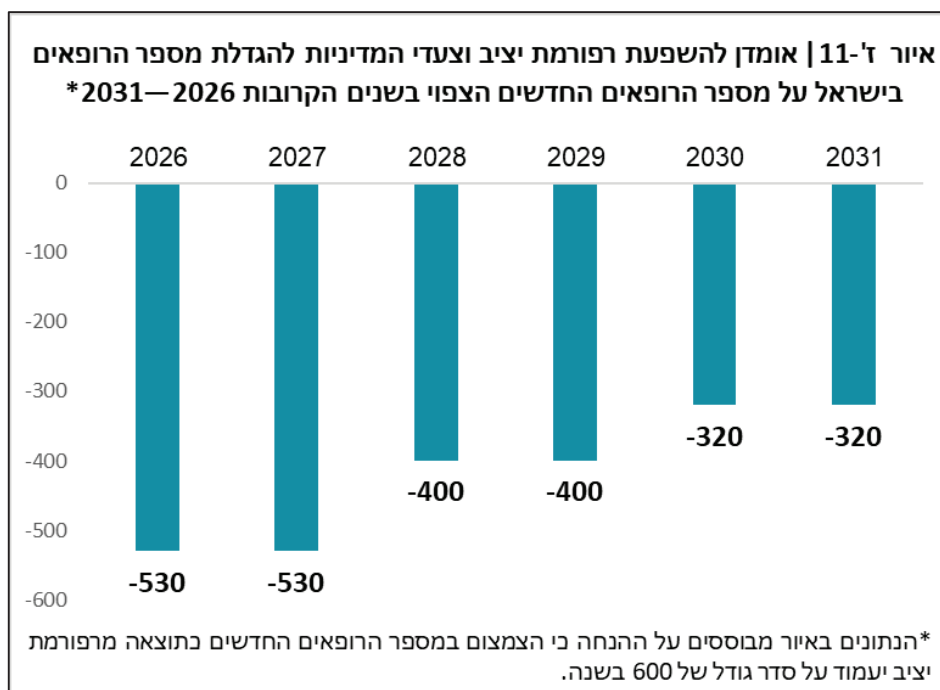
רוב הצעדים שננקטו להגדלת מספר הרופאים יבשילו רק כמה שנים לאחר השפעת הרפורמה על ירידת מספרם.

על רקע הירידה הצפויה של 400–600 רופאים חדשים החל מ-2026 כתוצאה מיישום הרפורמה החל משרד הבריאות בשנים האחרונות לנקוט צעדים להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל, לטיפול הקשר עם סטודנטים ישראלים שנסעו ללמוד במוסדות מאושרים בחו"ל ולעידוד עלייה של רופאים. הצעדים העיקריים שננקטו בנושא זה החל מ-2019 (אז החל יישומה של "רפורמת יציב")

⁹ השימוש במקום המגורים (ולא במקום העבודה) נובע ממגבלת נתונים. מחקר שהתפרסם בנושא מצא שעל אף אפשרות היוממות, יש מתאם חזק בין מקום המגורים של הרופאים לבין מקום עבודתם (זונטג, 2025).

¹⁰ תוכנית "אילנות צוערים לרפואה", המתמקדת בסטודנטים לרפואה שגדלו בפריפריה, תוכנית "כוכבי הצפון והדרום", המעודדת מתמחים מצטיינים להתמחות בפריפריה, ותוכנית "אופקים", המעניקה הלוואות מותנות לישראלים שנוסעים ללמוד רפואה בפקולטות איכותיות בחו"ל, ומתכננת לפטור מהחזר מלא או חלקי של ההלוואה את אותם רופאים שלאחר חזרתם לישראל יתמחו בפריפריה.

כוללים: פתיחת בית ספר לרפואה באריאל ב-2019 (70 סטודנטים), ביטול תוכניות לסטודנטים מחו"ל והסבת התשתיות לסטודנטים ישראלים מ-2023 (130 סטודנטים), אישור פתיחת פקולטה פרטית ללימודי רפואה באוניברסיטת רייכמן ב-2025 (80 סטודנטים), מתן הלוואות מותנות לסטודנטים שנוסעים ללמוד רפואה בפקולטות מאושרות בחו"ל במסגרת תוכנית "אופקים" החל מ-2024 (100 סטודנטים בשנה), ותוכניות נוספות, שהיקפן קטן יותר. כמו כן, שתי פקולטות חדשות לרפואה, במכון ויצמן ובאוניברסיטת חיפה, נמצאות בתהליכי אישור וצפויות להיפתח בשנים הבאות. בהתאם לחוק ההסדרים 2025¹¹ עמד מספר הסטודנטים החדשים לרפואה בישראל בשנת הלימודים 2024 על 1,228, ומתוכנן כי מספר זה יעלה עד 2027 ל-1,700, כחלק מתוכנית להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל. הגידול הניכר בשנים האחרונות (איור ז'-8) והגידול המתוכנן בשנים הבאות (לפי חוק ההסדרים) צפויים למתן במידה רבה את השפעתה של "רפורמת יציב". יחד עם זאת כפי שעולה ממספר דוחות שעסקו בנושא, קיימים מספר גורמים נוספים, המדגישים את הצורך ליישם את הצעדים להגדלת מספר הרופאים בישראל. עם גורמים אלה נמנים גידול האוכלוסייה והזדקנותה, התפלגות הגילים של הרופאים בישראל, המצביעה על פרישה צפויה של רופאים רבים בשנים הקרובות, יחס הרופאים לגודל האוכלוסייה, שהוא בישראל נמוך ביחס לממוצע מדינות ה-OECD (3.48 ביחס ל-3.7 ב-2022) וגורמים נוספים (דוח וועדת גמזו, 2022; OECD, 2023). בנוסף, חשוב לבחון את התוכנית אחת למספר שנים כדי לעדכן אותה בהתאם להתפתחויות השונות במערכת הבריאות. כמו כן, יש להביא בחשבון שקיים פער של מספר שנים בין השפעתה הצפויה של הרפורמה (מ-2026) לבין הבשלת מרבית הצעדים להגדלת מספר הרופאים החדשים בישראל. פער זה, המוצג באיור ז'-11, עלול לייצר מחסור מצטבר של כ-2,500 רופאים בשנים הקרובות.



¹¹ אחת הסוגיות בחוק ההסדרים 2025 עוסקת בצעדים להגדלת מספר הרופאים בישראל כדי להתמודד עם המחסור הצפוי (בזמן כתיבת סוגיה זו חוק ההסדרים טרם עבר את אישור הכנסת).

מקורות

ברנר שלם, רייצ'ל, אלכסיי בלינסקי, יונתן עוזיאל, נעמה יונה ואיילת גרינבאום אריזון (2023). הרפורמה בכוח אדם רפואי – מדיניות משרד הבריאות בתחום המענה למחסור הרופאים בישראל והעצמת הנגב והגליל, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי משרד הבריאות.

גמזו, רוני (יו"ר) (2022). תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל, משרד הבריאות והמכון הלאומי לחקר שירותי בריאות.

זונטג, נעם (2025). התפתחויות בשכר ובתעסוקה של רופאים בישראל בעקבות הסכם שכר 2011, סדרת מאמרים לדיון, חטיבת המחקר, בנק ישראל.

OECD (2023). Report on medical education and training in Israel.

חלק 3

משבר הביטוח הסיעודי בישראל

- « במרבית משקי הבית שבהם מתגוררים כיום זקנים ההוצאה על טיפול סיעודי בזיקנה, אם הם זקוקים לכזה, עולה על ההכנסה השוטפת משכר, פנסיה וקצבאות (לרבות גמלת סיעוד) בניכוי ההוצאה השוטפת לתצרוכת.
- « שינויי מדיניות הנוגעים לקביעת הזכאות לגמלת סיעוד וגידול במיצוי הזכויות הכפילו בתוך עשור את ההוצאה הציבורית על גמלות סיעוד לכ-0.9 אחוז תוצר, תוספת של כ-9 מיליארדי ש"ח במונחי התוצר ב-2024.
- « שינויים הנוגעים לקביעת הזכאות וגידול במיצוי הזכויות בביטוח הסיעודי הפרטי, שמחזיקים יותר ממחצית האוכלוסייה, הגדילו את תשלומי התביעות. סוגיה זו בעייתית במיוחד בפוליסות הקבוצתיות המשווקות באמצעות קופות החולים, שבהן מחזיקים רוב המבוטחים. חשש מהותי למשבר יציבותי של הביטוח הסיעודי חייב התערבות מייצבת של רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון, התערבות שכללה פגיעה בכיסוי הביטוחי.

1. מבוא

שיעור ההוצאה הציבורית על גמלות סיעוד הוכפל תוך עשור וגדלו גם תשלומי חברות הביטוח למבוטחים בתחום הסיעוד.

בביטוח הסיעודי בישראל שני רבדים: רובד ראשון ציבורי ורובד שני פרטי. האחרון מתחלק לביטוחים פרטיים קבוצתיים – המשווקים באמצעות קופות החולים¹² – ולביטוחי פרט. בשני רבדים אלה, הציבורי והפרטי, עלו תשלומי הביטוח למשקי הבית בשנים האחרונות עלייה מהירה, ולכך תרמו שינויים רגולטוריים הנוגעים לקביעת הזכאות וגידול במיצוי הזכויות. ברובד הציבורי – ההוצאה של המוסד לביטוח לאומי על גמלות סיעוד (שהיא מרבית ההוצאה ברובד זה), באחוזי תוצר, הוכפלה בין השנים 2012 ו-2024, והגיעה ל-0.9 אחוז תוצר (כ-18 מיליארדי ש"ח). באותה תקופה בערך, בין 2012 ל-2022, גדל שיעור המקבלים גמלת סיעוד מהאוכלוסייה בגיל +65 מ-18 אחוזים ל-26 אחוזים – עלייה בולטת, לאחר שמראשית שנות ה-2000 עד 2018 שיעור זה נשמר יציב (ואף ירד מעט בשנים 2015–2018).

בסוף 2024 הגיע לשיאו משבר בביטוחים הסיעודיים הפרטיים (הקבוצתיים) של קופות החולים.

ברובד הפרטי – בדצמבר 2024 הגיעה לשיאה בעיה שנוצרה בשנים האחרונות בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים בעקבות עלייה מהירה של מספר התביעות אשר אושרו בהם: חברות הביטוח, אשר העריכו כי גדל הסיכון שקרן המבוטחים תיקלע בעתיד לגירעון, לא הגישו שום הצעה לחידוש פוליסת מבוטחי קופת חולים "כללית" – הקבוצה הגדולה ביותר של מבוטחי הסיעוד הקבוצתיים¹³. הדבר העלה חשש שיהיה צורך להפעיל את "סעיף ההמשכיות" בפוליסה, ללא חידושה. במצב כזה חברת הביטוח הקיימת הייתה מחויבת להעביר את המבוטחים לפוליסה המשכית במתכונת של ביטוח הדדי, ללא הצטרפות מבוטחים חדשים, תוך פגיעה בזכויות המבוטחים וללא אפשרות להפסקת ההתקשרות מצד חברת הביטוח.

בעקבות התערבות רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון ב-2023–2024 הוחמרו תנאי ההכרה במקרה הביטוח הסיעודי והופחתו תגמוליו.

מימוש סעיף ההמשכיות נדחה בשנתיים (לסוף 2026), משנכנסו לתוקף, בסוף 2024, הוראות רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון. ההוראות החמירו את תנאי ההכרה במקרי הביטוח, קבעו שכעבור שנתיים תבוטל החובה של חברות הביטוח לצרף מבוטחים קיימים לפוליסת המשך קבוצתית (במקרה שהביטוח לא יחודש לכלל המבוטחים בפוליסה הקיימת), ונוסח סעיף המחליף אותה. זאת כאשר פוליסות הביטוחים הסיעודיים שמשווקות קופות החולים הן הפוליסות הפרטיות היחידות הניתנות לרכישה למצטרפים חדשים בישראל (אחרי הפסקת שיווקן של פוליסות הפרט, ב-2019 – כלומר ביטול האפשרות לרכוש ביטוח סיעודי פרטי – וביטולם של הביטוחים הקבוצתיים שלא דרך קופות החולים, שלרוב נרכשו דרך המעסיק, ב-2017). ראו התייחסות לכך בהמשך). להלן נציג את הסיבות לגידול המהיר של תשלומי המוסד לביטוח לאומי וחברות הביטוח ברבדים הראשון (הציבורי) והשני (הפרטי) ואת חשיבותם עבור משקי הבית, ונצביע על כיווני מדיניות להתמודדות עם הבעיות שנוצרו כתוצאה מגידול ההוצאות.

2. שירותי הסיעוד והביטוח הסיעודי בישראל

הזדקנות האוכלוסייה מגדילה את הצורך בשירותים ייעודיים לטיפול בזקנים, בשל גידול בתחלואה, הגורמת לירידה קוגניטיבית ולפגיעה בתפקוד, תופעה ששכיחותה עולה מאוד עם הגיל (קידר,

¹² בעבר היו גם ביטוחים קבוצתיים דרך מקומות העבודה. אלה נסגרו ב-2017 (פרט לביטוחים של נכי צה"ל וגמלאי צה"ל), ומרבית המבוטחים בהם הצטרפו לביטוחים הקבוצתיים שמשווקות קופות החולים, ולכן כמעט כל הפוליסות הקבוצתיות הן כאלה ששווקו באמצעות קופות החולים.

¹³ זאת למרות צעדים מייצבים שבוצעו בסוף 2023, ובין היתר, הפחיתו את סכומי תגמולי הביטוח למבוטחים השוהים בביתם ב-10 אחוזים. ראו פירוט של הצעדים המייצבים בדוח השפעת האסדרה (RIA) של רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון מיום 22 בדצמבר 2024.

דוידוביץ' ווייס, 2024). ההוצאה על טיפול ממושך היא הוצאת הבריאות הציבורית בעלת קצב הגידול המהיר ביותר במדינות OECD, ושלושה גורמים דוחפים אותה להוסיף ולגדול: תהליך ההזדקנות, התייקרות השירותים (בעיקר עליית השכר של המטפלים) ועליית איכות השירות המבוקשת, כתוצאה מעליית רמת החיים (OECD, 2024). על פי תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שיעורם של בני ה-65+ באוכלוסייה צפוי לגדול מכ-12 אחוזים ב-2022 לכ-14 אחוזים ב-2040, ושיעורם של בני ה-80+, המהווים כ-57 אחוזים מהזכאים לתשלומי הרובד הראשון, צפוי לגדול מכ-3 אחוזים ב-2022 לכ-5 אחוזים ב-2040. תהליך זה צפוי ללחוץ לעליית הביקוש לשירותי סיעוד.

רוב שירותי הסיעוד בישראל ניתנים בקהילה (ולא במוסדות אשפוז או בבתי אבות), ובכך מבטאים את התפיסה שההזדקנות של אדם בביתו או בסביבתו החברתית והמשפחתית עדיפה, חברתית ובריאותית¹⁴. מימון השירותים נעשה על-ידי הוצאה פרטית וציבורית. ההוצאה הלאומית לסיעוד הסתכמה בשנת 2022 בכ-24 מיליארדי ש"ח (כ-1.25 אחוזי תוצר, וכאמור, הוסיפה לגדול בשנתיים הבאות), מהם כ-70 אחוזים הוצאה ציבורית, והיתר פרטית (קידר, דוידוביץ' ווייס, 2024)¹⁵. תיאור מערך שירותי הסיעוד כולו מובא אצל הרן-רוזן, כהן-קובץ' ורמות-ניסקה (2018).

קבלת גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי ברובד הביטוח הראשון מותנית במבחן הכנסות ומבחן תפקוד¹⁶. מבחן ההכנסות קובע אם שיעור הגמלה יהיה מלא, מחצית או אפסי, בהתאם להכנסות משק הבית ולהרכבו (אם מדובר ביחיד או בזוג). בהתאם למידת התלות נקבעת רמת הגמלה כאחת מ-6 רמות, והסיוע הוא למשך תקופת הזכאות, שאינה מוגבלת בזמן. ב-2024 התפלגו הזכאים וההוצאות כך: כשליש מהם קיבלו את הגמלה בשתי הרמות הנמוכות (16 אחוזים מסך ההוצאה); כ-40 אחוזים קיבלו את שתי רמותיה הבינוניות (42 אחוזים מסך ההוצאה); כ-27 אחוזים קיבלו את הגמלה בשתי רמותיה הגבוהות (41 אחוזים מסך ההוצאה).

מספרם של מחזיקי פוליסת סיעוד פרטיות (ברובד השני) היה גבוה ממחצית אוכלוסיית ישראל בסוף 2023: 5 מיליון מפוליסות הסיעוד הפרטיות היו קבוצתיות, כ-900 אלף היו פוליסות פרט, וחלק מן המבוטחים החזיקו בשני הסוגים. כמעט כל הפוליסות הקבוצתיות (כ-4.9 מיליונים) היו פוליסות שנרכשו בביטוח סיעודי קבוצתי למבוטחי קופות החולים. הפוליסות הנרכשות דרך קופות החולים הן במבנה של פוליסה קבוצתית אחידה, שתנאיה נקבעים, מעודכנים ומפוקחים על ידי רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון. תנאי הפוליסות זהים בין קופות החולים, וישנם הבדלים קלים בתמחור. הפוליסות בקופות החולים מספקות תשלום חודשי של 3,200–5,000 ש"ח לטיפול בקהילה ו-4,500–10,000 ש"ח לשהות במוסד, והתשלום מוגבל ל-5 שנים. תשלום הביטוח אינו תלוי בהכנסה, אלא בגיל ההצטרפות לביטוח¹⁷.

רוב ההוצאה הלאומית לסיעוד בישראל היא ציבורית, והיא גדלה במהירות.

¹⁴ היתרונות הבריאותיים של הטיפול בקהילה נובעים מתרומתה האפשרית להאטת ההידרדרות בתפקוד.

¹⁵ ההוצאה הלאומית לסיעוד אינה מפורסמת באופן רשמי, ולכן יש להתבסס על אומדנים. הרן-רוזן, כהן-קובץ' ורמות-ניסקה (2018) אמדו את ההוצאה הלאומית לסיעוד ב-2015 בכ-1.2 אחוזי תוצר, כמחצית מכך הוצאה ציבורית.

¹⁶ במבחן ההכנסות נמנות: ההכנסות מעבודה, פנסיה, הון וקצבאות ביטוח לאומי. להרחבה על מבחן ההכנסות והתפקוד ראו המוסד לביטוח לאומי (2024).

¹⁷ התשלום פוחת עם גיל ההצטרפות לביטוח, בשלוש מדרגות: המצטרפים לביטוח הסיעודי עד גיל 49 יקבלו את התשלום המקסימלי, והוא פוחת עבור המצטרפים בגיל 50–59, ופוחת יותר עבור המצטרפים בגיל 60 ואילך.

3. הבעיה הכלכלית ברמת משק הבית – עלות שירותי הסיעוד בקהילה ביחס להכנסה

בעשירוני ההכנסה הנמוכים מהחציון, ההוצאה הפרטית על שירותי סיעוד עלולה להיות גבוהה מהכנסה הפנויה.

ההוצאה על שירותי סיעוד עשויה להיות גבוהה מאוד ביחס להכנסות משקי הבית, במיוחד לנזקקים לסיוע רב, ובעיית המימון חמורה יותר למשקי בית של יחידים. ערכנו סימולציה¹⁸ לבחינת ההוצאה על סיעוד ביחס להכנסת משקי הבית במצב שבו הקשיש מעסיק מטפלת בית (לרוב אישה) במשרה מלאה, כלומר שמסייעת לו במשך מרבית שעות היממה. ההוצאה במקרה זה כוללת את שכר העבודה של המטפלת, ברמת שכר המינימום, והיא מועסקת גם בסופי השבוע. החישוב כולל הוצאות העסקה נוספות, כתשלום לביטוח לאומי, פנסיה חובה, דמי הבראה וחופשות. על פי הערכתנו, הוצאה זו מסתכמת לכל הפחות בכ-9,400 ש"ח בחודש.

בהתאם לחישובים שערכנו, קשישים המשתייכים, על פי הכנסותיהם, למשקי בית עד לעשירון 195 יהיו זכאים לגמלת סיעוד מלאה (רובד ראשון), וכן גם חלק קטן מן המשתייכים לעשירון 6 (אם הם גרים בגפם) ומרבית משקי הבית של זוגות המשתייכים לעשירונים עד 5; למחצית הגמלה זכאים קשישים המשתייכים לעשירונים 6-8 (וכן מעטים מן היחידים המשתייכים לעשירון 9). על פי ההכנסות המדווחות בסקר קשישים המשתייכים לעשירונים 9 ו-10 לא יהיו זכאים לגמלה כלל, וכך גם חלק מהזוגות המשתייכים לעשירון 8. חשוב לציין שייתכן כי ההכנסות מתקבולים שוטפים מהון ונכסים אינן משוקפות במדויק בסקר ההוצאות, ואם אכן כך, רמת ההכנסות בפועל גבוהה מהמדווחת. דבר זה משפיע על הזכאות לגמלה, וכן על היכולת לשאת בהוצאות הסיעוד.

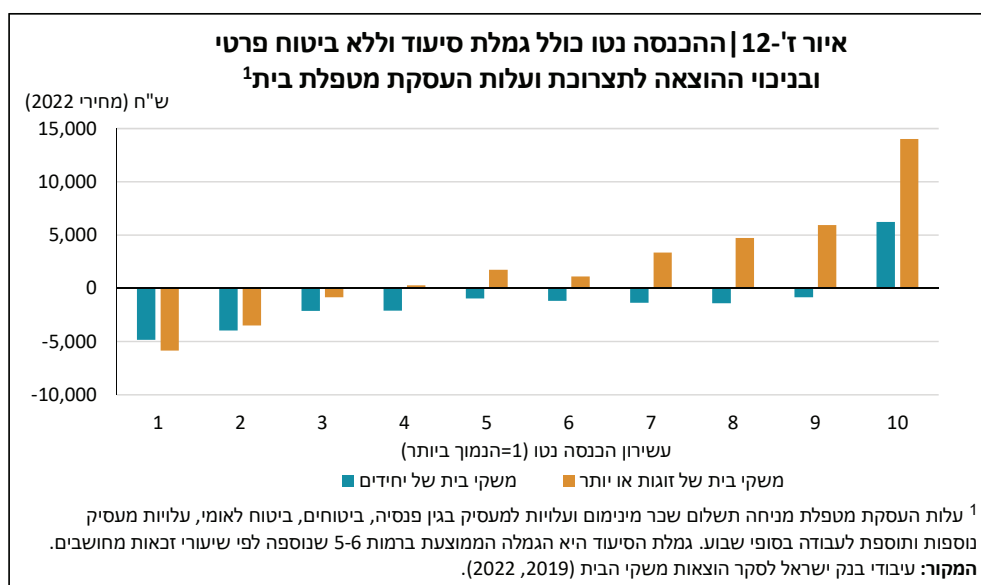
ההוצאה (הזקופה, כמתואר) על העסקת מטפלת בית במשרה מלאה עולה על הכנסות משקי הבית של יחידים שהכנסתם נמוכה מהחציונית, ועבור זוגות ההוצאה עולה על ההכנסות רק למשקי בית המשתייכים לעשירון הראשון והשני²⁰. אולם בהתחשב בהוצאתם של משקי הבית על תצרוכת ובזכאותם לגמלת סיעוד (בהנחה שהם מקבלים את אחת משתי רמות הגמלה הגבוהות), רק משקי בית של זוגות המשתייכים לפחות לעשירון 4, ושל יחידים המשתייכים לעשירון 10 נהנים מהכנסה שוטפת המאפשרת לכסות את ההוצאה לתצרוכת ונוסף עליה את ההוצאה על העסקת מטפלת. בחלק מן המקרים ההכנסה השוטפת הנוותרת בידיהם נמוכה (אזור ז' 12-)²¹. לכן נודעת חשיבות רבה למקורות מימון שאינם חלק ממקורותיו השוטפים של משק הבית, ובפרט לגמלת סיעוד לצורך מימון הטיפול הסיעודי, ונוסף עליה, למשל, לתגמולי ביטוח סיעודי פרטי, חיסכון או סיוע של בני משפחה בטיפול ישיר או במימון הטיפול.

¹⁸ הסימולציה נערכה באמצעות סקר הוצאות משקי הבית לשנת 2019 (טרם הקורונה) ולשנת 2022, השנה האחרונה שלגביה ישנם נתונים. החישוב על סמך נתונים לשתי שנים נדרש כדי לא להתבסס על תצפיות מעטות.

¹⁹ החלוקה לעשירונים נערכה בקרב משקי הבית שבהם גרים לכל הפחות אישה בת 62+ או גבר בן 67+.

²⁰ לצורך חישוב נטל ההוצאה הנחנו שני טיפוסים של משקי בית – של יחידים ושל זוגות, שני המבנים שעל פיהם נקבעת הזכאות לגמלת סיעוד. עוד הנחנו כי ההוצאה הנדרשת על טיפול סיעודי היא ההוצאה בגין העסקת מטפלת בית במשרה מלאה, מתוך הנחה שמשקי הבית הזקוקים לסיוע בהיקף כזה הם אשר יימצאו זכאים לקבלת שיפוי הביטוח הפרטי, במקרה שהם מחזיקים בפוליסה זו. קבלת גמלת סיעוד תתאפשר גם במצב תלות קל יותר.

²¹ לצורך החישוב זקפנו עבור משקי הבית את גמלת הסיעוד שלה הם היו זכאים על פי הכנסותיהם (גמלה מלאה או חלקית), והגמלה ששימשה לצורך החישוב היא זו הממוצעת ברמות 5-6).



4. המשבר בביטוח הסיעודי

שני רכיבים של מימון ההוצאה הלאומית על סיעוד גדלו במיוחד בשנים האחרונות – ההוצאה של המוסד לביטוח לאומי על גמלות סיעוד (הרובד הראשון) ותשלומי חברות הביטוח (הרובד השני). הוצאות אלה גדלו בקצב מהיר ביחס לגידול אוכלוסיית הזקנים ולהוצאות אחרות הקשורות לזיקנה (איור ז'-13): כך, תשלומי הגמלה הציבורית עלו מכ-0.5 אחוז תוצר בשנת 2018 לכ-0.9 אחוז ב-2024, ותשלומי הביטוחים הפרטיים עלו באותה התקופה מ-0.2 ל-0.3 אחוז תוצר. גידולם של תשלומי גמלת הסיעוד נבעו משינויי מדיניות, שחלקם נקבעו בחקיקה, וחלקם נקבעו באמצעות נהלים פנימיים של המוסד לביטוח לאומי. אלה כללו את הרפורמה בגמלת הסיעוד ב-2018 והתפתחויות אחרות: (1) ביקורת ציבורית על אופן עריכת מבחני התלות הובילה עוד בשנים 2008–2016 לשינויי חקיקה, שאפשרו את הערכת התלות על פי בדיקת רופא שבחר המבקש, או מסמכים רפואיים שבחינתם מלווה בשיחות טלפון (במקום באמצעות מעריכים בבית המטופל). מאז מגפת הקורונה הפכה ההערכה באופן זה לערוץ העיקרי שבו נקבעת הזכאות התפקודית לגמלת סיעוד; (2) בעקבות הרפורמה הורחבה האפשרות לקבל את הגמלה או חלק ממנה בכסף ולא כשירותים בעין, וזאת בהתאם למגמה הרווחת במדינות נוספות (טור-סיני ושות', 2021); (3) מיצוי הזכויות עלה, עקב פעילותן של חברות למיצוי זכויות, וכנראה גם עקב שינויי מדיניות במסגרת הרפורמה, בעניין בחינה חוזרת של בקשות בעקבות החמרת מצב הקשיש, בחינה שבכל מקרה לא מביאה להפחתתה של הגמלה.

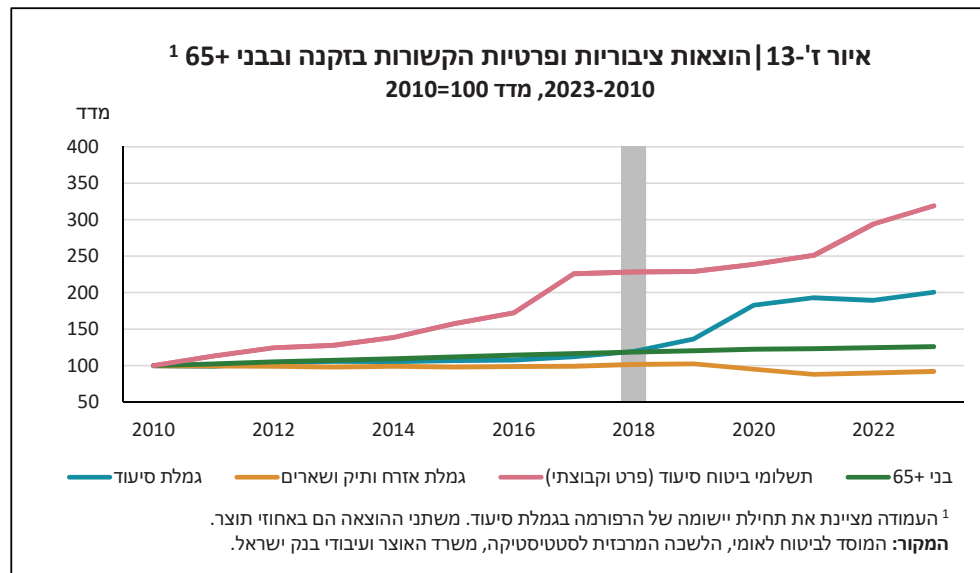
שינויים רגולטוריים הביאו גם לשינויים מהותיים במבנה ענף ביטוחי הסיעוד הפרטיים. נתח השוק של הפוליסות הקבוצתיות לחברי קופות החולים גדל לאחר שבהוראת רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון חברות הביטוח הפסיקו (ב-2017) לשווק ביטוחים קבוצתיים שלא דרך קופות החולים. פוליסות אלה בוטלו, ובהמשך (ב-2019) הופסק גם שיווקן של פוליסות פרט. שינויים גם בוצעו באופן אישור התביעות: רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון הנחתה את חברות הביטוח²² (בשנת 2018) להכיר

גידולם של תשלומי גמלת הסיעוד נבע משינויי מדיניות, שחלקם נקבעו בחקיקה, וחלקם נקבעו באמצעות נהלים פנימיים של המוסד לביטוח לאומי.

עיקר העליה בתשלומי חברות הביטוח למבוטחים בביטוח סיעוד גדלו בשנים האחרונות מסיבות רגולטוריות, ומסיבות נוספות.

²² חוזר ביטוח 1-2018-12 מיום 27 בנובמבר 2018, רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון.

בבדיקות הערכת תפקוד שנערכו מטעם חברת ביטוח אחרת או המוסד לביטוח לאומי²³. האחרונות, כאמור, הוקלו מאוד, אך ייתכן כי עובדה זו השפיעה על הגידול באישורי התביעות בביטוחים הפרטיים רק באופן חלקי, מפני שלחברות הביטוח הותר לדרוש הערכת תפקוד נוספת (שתהיה הקובעת לצורכי הביטוח). כנראה תרמו לגידול תשלומי הביטוח גם סיבות שאינן רגולטוריות, ובהן פעילותן של סוכנויות למיצוי זכויות ועליית תוחלת החיים. (ראו התייחסות אצל רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון ואגף התקציבים, 2024). בשל הגידול המהיר של הוצאות הביטוחים הוכנס בסוף 2023 תיקון בהוראות, שנועד לייצב את קרנות הביטוח הקבוצתיות (באמצעות הפחתת סכומי תגמולי הביטוח ב-10 אחוזים למבוטחים בכל קבוצות הגיל השווים בבית), ובסוף 2024, הוחמרו, כאמור, התנאים להכרה במקרה הביטוח.



5. כיוונים למדיניות

בהעדר שינוי מדיניות נוסף, ההוצאה הציבורית על גמלות סיעוד יכולה להגיע ב-2040 לכ-1.3 אחוזי תוצר, לעומת 0.9 כיום.

המצב הקיצוני שמערך הביטוח הסיעודי הפרטי הקבוצתי בישראל נקלע אליו הוא אחת התוצאות של תהליך התרחבות ההכרה במקרי ביטוח סיעודי – בחירה של קובעי המדיניות להקל את הנטל על אוכלוסיית הזקנים הסיעודיים וקרוביהם; אך זו הובילה לבעיה אקטוארית. הפעולות שננקטו בסוף 2023 ו-2024 כדי להתמודד עם הבעיה האקטוארית – הקשחת התנאים להכרה במקרי הביטוח בביטוחים המשווקים למבוטחי קופות החולים בהפחתת תגמולי הביטוח – מבטאות גישה הפוכה: הן ייצבו את הביטוחים באמצעות צמצום זכויות המבוטחים, אך מדובר בפתרון זמני. זאת מפני שמרכיב נוסף ברגולציה שננקטה הוא ביטול החובה לצרף את המבוטחים לפוליסת המשך (במקרה של אי-חידוש הביטוח) החל מעוד שנתיים. זו עלולה לפגוע ברמת הוודאות של המבוטחים לגביי הכיסוי בטווח הארוך. הבעיה שהחריפה בביטוחים הפרטיים הקבוצתיים מתבטאת גם בהוצאה ההולכת ותופחת של המוסד לביטוח לאומי בסעיף הסיעוד. על פי הערכתנו, בהעדר שינוי מדיניות

²³ הרגולציה קבעה כי אם חברת הביטוח לא תסתפק בבדיקות ההערכה שבוצעו על ידי גורם אחר, יהיה עליה לנמק זאת ולעדכן את המבוטח בשיקוליה.

נוסף – אם ההוצאה הציבורית על גמלות סיעוד תגדל בהתאם לגידולה של אוכלוסיית בני ה-65, היא תרד עד שנת 2040 לכ-0.8 אחוז תוצר; אך אם ההוצאה הציבורית תגדל בהתאם לגידולה של אוכלוסיית בני ה-80, שחלקה בזכאים הוא גבוה יותר, היא תעלה ל-1.1 אחוזי תוצר; ואם הוצאה זו תגדל כפי שגדלה בממוצע בשנים 2004–2018, עוד לפני הרפורמה שהאיצה את קצב הגידול, ההוצאה תגיע לכדי 1.3 אחוזי תוצר²⁴. המשבר הנוכחי מחייב לבחון את קיימות המודלים הנוכחיים למימון שירותי הסיעוד ולקביעת הזכאות, כדי להחליט על דרכי הפעולה לאיזון המצב האקטוארי של הביטוחים הפרטיים (הקבוצתיים) ולייצוב ההוצאה של המוסד לביטוח לאומי. לצורך בחינה זו נדרשת התכנסות של נציגי הגופים המקצועיים הרלוונטיים, שיבחנו את הסוגיות השונות ויציעו פתרונות בני קיימא המתמודדים עם העלות הכרוכה בהקלת מימוש הזכויות.

ברובד הראשון, סוגיה עיקרית שיש לבחון מחדש היא השלכותיה התקציביות של האפשרות הנרחבת להכרה (של המוסד לביטוח לאומי) במקרה סיעודי על סמך מסמכים רפואיים בליווי שיחות טלפוניות ולא על סמך בדיקה פיזית. אפשרות זו הייתה מרכזית בשינויי המדיניות שחלו בשנים האחרונות, ולצד ההקלה בנטל האדמיניסטרטיבי על הציבור היא כנראה תרמה לגידול הזכאות לגמלה (וכנראה, במידה מסוימת גם בביטוחים הפרטיים, ובפרט הקבוצתיים); בשנים האחרונות הועלו מספר הצעות לשינוי בגמלת הסיעוד ברובד הראשון, שחלקן עשויות להוביל לריסון ההוצאות, למשל שינוי מבנה גמלת הסיעוד, כלומר הפיכתה לגמלת שירותי מניעת הידרדרות, לזכאים ברמות 1–2 (בדומה להמלצת "הצוות למניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים וותיקים", שפעל ברמות 1–2), כך שהיא תכלול רכיב משמעותי של שירותי מניעת הידרדרות. צעדים נוספים שעשויים לסייע לרסן את ההוצאה על גמלת סיעוד הוא שילוב משמעותי של קופות החולים בפעילות למניעת הידרדרות תפקודית בזיקנה באמצעות תמריצים כלכליים לקופות²⁵; שינוי מבנה התמריצים של חברות הסיעוד, כך שהוא יעודד אותן למנוע את הידרדרות מצבם של הקשישים, ובחינת השפעתן של הסוכנויות למיצוי זכויות.

אשר לרובד השני (הפרטי) – הביטוחים הקבוצתיים המשווקים באמצעים קופות החולים השיגו בישראל כיסוי רחב מאוד של האוכלוסייה, אך כתוצאה מגידול ההסתברות להכרה במקרי ביטוח, כפי שתואר לעיל, גבר החשש ליציבותם. בהינתן הכיסוי הרחב שכבר קיים לאוכלוסייה בישראל, ביטול אפשרי של ביטוחי הסיעוד ישפיע מהותית על אופן מימון השירותים ועל היקפם. לפיכך, ומפני חשיבותם הרבה של הביטוחים הללו, חשוב לבחון את תנאי הביטוח הסיעודי הקבוצתי ולעדכן אותם בשנה או בשנתיים הקרובות, כפי שנקבע בהוראות רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון. החלופות לביטוח הסיעודי הנוכחי, אם יתברר כי ביטוח זה במסגרת קופות החולים אינו בר-קיימא – הן במנעד שבין חיסכון לביטוח (חובה או רשות), לבין פוליסת פרט או קבוצתית. בבחינת הפתרונות האפשריים יש להתייחס להיבטים שונים: ביטוח חובה (פרוגרסיבי) קיים כבר כיום במסגרת הביטוח הלאומי, והרחבתו שקולה להעלאת מסים (בשל הקשר הרופף בין התשלומים של הפרט לזכויות הנצברות), תוך סבסוד אוכלוסיית גילאי העבודה המממעת לעבוד. חסכון חובה עשוי להיות דומה במהותו לחסכון החובה הקיים בפנסיה, אולם הגדלתו באופן כפוי פועלת נגד בחירתם של משקי הבית להחליק תצרוכת במהלך חייהם. אפשרות זו יש לבחון לאור החיסכון שכבר נצבר אצל משקי הבית במסגרת החיסכון הפנסיוני. זאת ועוד, מאחר שאירוע סיעודי הוא הסתברותי, מודל אשר

יש לבחון את קיימות המודלים למימון שירותי הסיעוד ולקביעת הזכאות לביטוחים הסיעודיים ברובד הראשון והשני.

הביטוחים הקבוצתיים של קופות החולים השיגו כיסוי רחב של האוכלוסייה, וחשיבותם רבה.

²⁴ חישובים אלה רגישים להנחות לגבי קצב הגידול של התוצר והשכר (בעיקר שכר המינימום) בשנים הקרובות.

²⁵ נושא זה נידון בהרחבה אצל חורב, קידר והרשקוביץ (2011), וכן בדוח של משרד הרווחה והביטחון החברתי, המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות (2022).

יעודד חיסכון פרטי למקרה של התרחשות האירוע ידרוש מהפרט להפריש מהכנסתו השוטפת סכום גבוה יותר משידרוש מודל המחלק את הסיכון בין המבוטחים. נושא מהותי נוסף שיש לדון בו הוא קביעת תנאי הזכאות להפעלת הביטוח או צריכת החיסכון.

מקורות

- הרן-רוזן, מאיה, גלעד כהן קובץ ותמר רמות-ניסקה (2018). "הביטוח הסיעודי בישראל", ניירות תקופתיים 2018.01, בנק ישראל, ירושלים.
- חורב, טוביה, ניר קידר ועידן הרשקוביץ (2011). "ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה", האגף לכלכלה וביטוח הבריאות, משרד הבריאות.
- טור-סיני אביעד, נטע בנטור ודבי רנד (2023). "סקירה ומיפוי הצעדים והדרכים להתמודדות עם אתגרי הטיפול הממושך בזקנים במדינות מפותחות", דוח מחקר, מומן באמצעות קרן המחקרים של המוסד לביטוח לאומי.
- המוסד לביטוח לאומי (2024). דוח שנתי 2023, ירושלים.
- משרד הרווחה והביטחון החברתי, המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות (2022). "המלצות הצוות למניעת הידרדרות של אזרחים וותיקים", ספטמבר.
- קידר, ניר, נדב דוידוביץ' ואבי ווייס (2024). "הביטוח הסיעודי בישראל", מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית.
- רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון ואגף התקציבים (2024), "צוות לבחינת סוגיית ביטוחי הסיעוד – דוח ביניים".
- [OECD \(2024\). Is Care Affordable for Older People?, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/450ea778-en](https://doi.org/10.1787/450ea778-en)

