

מעריך השירותים הציבוריים לטיפול ממושך בקשישים בישראל

- שיעורם של הקשישים באוכלוסייה בישראל עלה מאוד מאז שנות ה-70, והוא צפוי להמשיך לעלות ביתר שאת בעתיד.
- הגידול של שיעור הקשישים באוכלוסייה מעלה את הביקוש לשירותים לטיפול בקשישים ולשירותי בריאות. ההוצאה על שירותים אלה צפויה אף היא לעלות מאוד בעתיד.
- על רקע הגידול הצפוי של מספר הקשישים ושל חלקם באוכלוסייה יש צורך בשיפור וביעול של שירותי הטיפול הממושך בקשישים; זאת תוך התחשבות בהשלכות הצפויות של השינויים הדמוגרפיים על מצבם הכלכלי של הקשישים ועל היצע המטפלים בהם.

(1) השינויים הדמוגרפיים והשלכותיהם על השירותים הציבוריים של סיוע לקשישים

מספר הקשישים (מעל גיל 65) בישראל, שיעורם באוכלוסייה ושיעורם באוכלוסייה של הקשישים מאוד (מעל גיל 80) בישראל עלו מאוד מאז שנות ה-70, ועל פי תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה¹ הם צפויים להמשיך לעלות במהירות בעתיד (לוח ח'-7). עליית שיעור הקשישים באוכלוסייה באה לידי ביטוי גם בגידול "יחס התלות" – יחסה של אוכלוסיית הקשישים לאוכלוסייה בגילי העבודה (20-64), ובגידול שיעורם של בני 65 ומעלה הסובלים ממגבלות גופניות המפריעות להם בביצוע פעולות יום-יומיות. הזדקנות האוכלוסייה הגדילה את הביקוש לשירותים הציבוריים והפרטיים לטיפול בקשישים ולשירותי הבריאות. הביקוש לשירותים אלה צפוי להתרחב ביתר שאת בעתיד, ולהגדיל את ההוצאות הציבוריות והפרטיות בגינם, מסיבות שהשפעתן צפויה להתעצם: שיעורם באוכלוסייה של הקשישים ושל הקשישים המוגבלים בביצוע פעולות יום-יומיות יעלה, יתעצמו המגמות הכלכליות והחברתיות המפחיתות מיכולתם של בני משפחה לשמש מטפלים עיקריים², ותעלה רמת החיים – ולכן גם הדרישה לעליית איכותם של שירותי הטיפול הממושך בקשישים.

הזדקנות האוכלוסייה ושירותי הטיפול הממושך³ לקשישים נמצאים במרכז הדיון הציבורי במדינות המפותחות⁴. בכל המדינות פועלות מערכות ציבוריות לתמיכה בקשישים, ובמוקד העניין נמצאים הנושאים הבאים, הנכונים גם לישראל: (1) מצבם הבריאותי של הקשישים, איכות החיים שלהם ושל בני משפחותיהם ויכולתם של האחרונים לשאת בעול הטיפול – הכספי, הפיזי והרגשי; (2) התקציב הציבורי המוקצה למעריך השירותים הציבוריים של טיפול ממושך בקשישים

¹ א' פלטיאל ואחרים (2011), "תחזית אוכלוסייה לישראל לטווח ארוך: 2009-2059", אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. תחזיות אלה מביאות בחשבון את המגמות הקיימות ובנות המדידה כיום. ההתפתחויות בפועל עשויות להיות מושפעות במידה רבה מהתפתחויות מדיניות, כלכליות, בריאותיות ועוד, שאינן ידועות לנו כיום.

² למשל מגורים של הקשישים בנפרד מבני משפחתם, ירידת הילודה, גידול השתתפות-בכוח-העבודה של נשים, שהן לרוב המטפלות העיקריות מקרב בני המשפחה.

³ Long Term Care: השירותים הטיפוליים והאישיים הניתנים לאדם מוגבל ביכולותיו הזקוק לסיוע לצורך ביצוע פעולות יום-יומיות.

⁴ ארגון OECD עסק בנושא בהרחבה בשניים מפרסומי האחרונים: Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy

ו- OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing.

(לרבות גימלאות סיעוד, הקמה של מוסדות אשפוז, פיקוח על פעילותם ומימון האשפוז והמערך הנלווה של השירותים החברתיים והארגוניים); (3) ההשפעות על שוק העבודה – עליית הביקוש למטפלים שאינם בני משפחתו של הקשיש ופגיעה בתפקודם-בשוק-העבודה של בני המשפחה המשמשים, באופן מסורתי, כמטפלים העיקריים בו; (4) התפתחות שוק הביטוחים הסיעודיים הפרטיים וגידול מספר המסגרות הפרטיות לטיפול סיעודי; אלה מתבטאים בגידול מואץ של ההוצאה הפרטית על סיעוד; (5) מבנה מערכת השירותים הציבוריים והשפעותיו על אי-השוויון ברמת הסיוע שזוכים לו קשישים בעלי רמות הכנסה שונות.

לוח ח'-7: חלק הקשישים באוכלוסייה ותוחלת החיים של גברים ושל נשים בלידה ובגיל 65

נתוני העבר ותחזית

2059	2019	2009	1975	
15.8	12.0	9.8	8.7	חלקם של בני 65 ומעלה באוכלוסייה (אחוזים)
6.2	3.0	2.8	1.1	חלקם של בני 80 ומעלה באוכלוסייה (אחוזים)
1,029.3	270.6	207.8	31.3	מספרם של בני 80 ומעלה (אלפים)
33.0	23.2	18.1	15.9	יחס התלות (בני 65+ חלקי האוכלוסייה בגיל 20-64, באחוזים)
גברים				
אין תחזיות לתוחלת החיים		79.7	70.3	תוחלת החיים בלידה
		18.5	14.1	תוחלת החיים בגיל 65 ¹
		71.8	-	תוחלת החיים בבריאות טובה ²
נשים				
אין תחזיות לתוחלת החיים		83.5	73.9	תוחלת החיים בלידה
		20.7	15.6	תוחלת החיים בגיל 65 ¹
		73.7	-	תוחלת החיים בבריאות טובה ²

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה; מסד הנתונים של מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה בישראל; European Health for All (HFA) database.

- נתונים ממוצעים לשנים 1975-1979, 2006-2010.
- נתונים אלה אינם זמינים לשנים 1975, 2009. הנתונים המוצגים מתייחסים לשנה הזמינה האחרונה (2007).

מערכת השירותים הציבוריים לטיפול ממושך באוכלוסיית הקשישים בישראל לוקה כבר עתה במספר מאפיינים בעייתיים, למשל: השירותים המוצעים והפיקוח עליהם מצויים באחריותם של מספר גורמים שונים – ללא גוף מקשר ביניהם – דבר המשפיע על איכות השירות למטופלים וגורם לחוסר יעילות; בחלק ממבחני ההכנסות כרוכים הליכים ביורוקרטיים מורכבים, הגורמים למיצוי לא מלא של זכויות המטופלים וגידול של הוצאותיהם ביחס לחלופות; מתרחב היקפם של שירותי הטיפול הממושך והביטוחים הסיעודיים הפרטיים – תהליך שעשוי להגדיל את אי-השוויון בצריכת שירותי הסיעוד בעתיד. על רקע הגידול הצפוי של מספרם של הקשישים ושל חלקם באוכלוסייה יש צורך חיוני בשיפור וביעול שירותי הטיפול הממושך בקשישים, תוך התחשבות בהשלכות הצפויות של השינויים הדמוגרפיים העתידיים על מצבם הכלכלי של הקשישים ועל היצע המטפלים בהם.

(2) מערך השירותים הציבוריים לטיפול ממושך בקשישים

על מערך השירותים הציבוריים לטיפול ממושך בקשישים מופקדים בישראל המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה, משרד הבריאות, הרשויות המקומיות וקופות החולים⁵; אלה מפעילים את השירותים בעצמם או באמצעות גופים שנבחרו. פיצול השירותים בין המשרדים השונים מבטא את פיצול סמכויות הטיפול באנשים המצויים במצבים שונים של תלות בסיוע הזולת, בהתאם לאבחונים שעורך כל גורם בשרשרת הסיוע:

(1) המוסד לביטוח לאומי מעניק גמלת סיעוד לסיעודיים מעל גיל הפרישה המתגוררים בקהילה (בבתייהם או בדיור מוגן).

(2) משרד הבריאות מסייע לזקוקים לאשפוז סיעודי ומפקח על חלק ממוסדות האשפוז.

(3) קופות החולים מטפלות במי שמצבם הוא החמור ביותר – בנזקים לאשפוז סיעודי מורכב – אולם מספקות גם שירותי בריאות לכלל הקשישים המתגוררים בקהילה⁶.

(4) משרד הרווחה מטפל בקשישים עצמאיים (הסובלים, למשל, מבדידות, ממצוקות נפשיות או ממצוקות כספיות) ותשושים (הזקוקים לסיוע הזולת, אך אינם נחשב לסיעודיים), המתגוררים בקהילה או במוסדות. נוסף על כך מפעיל משרד הרווחה מסגרות לטיפול בקהילה בקשישים סיעודיים – למשל מועדונים חברתיים, משכן קשישים תשושים במוסדות ומפקח על חלק ממוסדות האשפוז. מרבית פעולותיו של משרד הרווחה בתחום זה מתנהלות בשיתוף עם הרשויות המקומיות, ואלה נושאות גם בכרבע מהעלויות.

הזכאות לשירותים ציבוריים לטיפול ממושך מבוססת על בחינת מידת התלות של הקשיש בעזרה לשם ביצוע פעולות יום-יומיות. היקף הסיוע הציבורי הניתן למימון שירותים אלה תלוי במבחני הכנסות הנערכים על ידי גופי הסיוע השונים – ואלה נבדלים זה מזה בחומרתם: המוסד לביטוח לאומי בודק את הכנסותיו של הקשיש ובן/בת זוגו בלבד כדי לקבוע את הזכאות לגימלת סיעוד; מבחן ההכנסות שעורך משרד הבריאות לשם קביעת הזכאות לסיוע באשפוז כולל גם את הכנסות ילדיו של הקשיש; מבחן ההכנסות שעורך משרד הרווחה לשם קביעת הזכאות לסיוע באשפוז כולל גם את הכנסות חתניו של הקשיש, וזאת נוסף על הכנסות הקשיש עצמו, בן/בת זוגו וילדיו. ההליכים הכרוכים בביצועם של מבחני ההכנסות מרתיעים את הציבור מפנייה לסיוע וגורמים לא פעם למיצוי חסר של זכויות הקשישים. כך, למשל, רבים ממשקי הבית מממנים את מלוא עלות האשפוז הסיעודי מכיסם, בתעריף השוק הפרטי, ומעדיפים שלא לפנות כלל לסיוע משרד הבריאות. זאת אף על פי שבגלל האוניברסליות של השירות, לו הגישו בקשה לסיוע ממשרד הבריאות, הם היו יכולים, לפחות, ליהנות מתעריף משרד הבריאות, שהוא נמוך יותר מהפרטי, במקרה שאינם זכאים לסבסוד ונדרשים לשלם אותו במלואו.

מרבית שירותי הטיפול הממושך בקשישים בישראל ניתנים בקהילה, בדומה למצב ברבות ממדינות OECD. החל מ-1988 מעניק המוסד לביטוח לאומי גימלאות סיעוד – שהן אמצעי הסיוע העיקרי (מבחינה התקציב המופנה לטובתן ומבחינת מספר הנהנים מהסיוע). הגימלאות ניתנות

⁵ כן פועלים בתחום הסיוע לקשישים: משרד הבינוי והשיכון, בביצוע התאמות בדירות מגורים של קשישים; המשרד לאזרחים ותיקים ומשרד הפנים, המטפל באשרות לעובדים זרים בענף הסיעוד. משרד הבינוי והשיכון ומשרד הקליטה מפעילים גם בתי דיור מוגן – המיועדים בעיקר למי שעלו החל משנות ה-90 (כרבע מבני 65+), אך אלה מיועדים לקשישים עצמאיים.

⁶ על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.

מתוקף חוק ביטוח סיעוד, המשקף תפיסה של העדפת הטיפול בקהילה על פני הטיפול המוסדי – משום טובתו של הקשיש, טובת החברה ועלות הטיפול הממושך, שהיא נמוכה יותר בקהילה.⁷ בשנת 2010 כ-141 אלף קשישים (בממוצע חודשי) היו זכאים לקבל גימלת סיעוד; זכאותם של 56 אחוזים מהם הייתה לרמת הגימלה הנמוכה, אולם שיעור הזכאים לרמת הגימלה הגבוהה ביותר עולה בהתמדה.⁸ גימלת הסיעוד ניתנת כשירותים בעין, ורמתה מציינת כמה שעות טיפול ביתי מממנת הגימלה – על פי תעריף שקובעת ועדת תעריפים ממשלתית.⁹ (רמת הגימלה הנמוכה ביותר מממנת 9.75 שעות שבועיות של טיפול ביתי, ורמת הגימלה הגבוהה ביותר מממנת 18 שעות). במארס 2008 הוחל בניסוי למתן גימלה כספית כתחליף לשירותים בעין, ובעקבותיו המליץ המוסד לביטוח לאומי על הרחבת מתן הגימלה באופן זה.¹⁰

איור ח'- 16 מתאר שלוש התפתחויות חשובות מבחינת השימוש בשירותים לטיפול ממושך בעידן חוק ביטוח הסיעוד: (1) השימוש בשירותי הסיעוד בקהילה עולה בהתמדה, ובקצב מהיר מזה של גידול אוכלוסיית הקשישים, דבר המתבטא בעלייה מהירה של מספר מקבלי גימלאות הסיעוד ושל מספר המועסקים הישראלים והזרים במשקי הבית; (2) מספר המיטות לאשפוז ממושך עלה רק במתינות – תהליך המבטא את התחלופה בין השירותים בקהילה לשירותי האשפוז; (3) בולטת מאוד עליית מספרם של מטפלי הבית הזרים, שהם המטפלים-בתשלום העיקריים במשקי הבית (במונחים של משרות מלאות).

בענף הסיעוד התבסס מעמדם של העובדים הזרים כחלק מרכזי ממערך הטיפול הממושך בקשישים, ומספרם של העובדים הזרים בענף הסיעוד עמד בשנת 2010 על 54 אלף.¹¹ המדיניות הממשלתית לצמצום מספר העובדים הזרים במשק וקביעת מכסות להעסקתם אינה חלה על ענף הסיעוד. בהשוואה בין-לאומית, שיעורם של המטפלים הזרים מקרב המועסקים במשקי הבית בטיפול ממושך גבוה בישראל מאוד (כ-40 אחוזים); מבין המדינות החברות ב-OECD רק באיטליה וביוון שיעור זה גבוה יותר, אך שם חלק ניכר מהמהגרים המועסקים בענף אינם חוקיים.¹² העסקת העובדים הזרים בסיעוד היא בעלת יתרונות בלתי מבוטלים: היא מאפשרת גם לקשישים התלויים מאוד בסיוע להמשיך להתגורר בקהילה ודוחה את אשפוזם, ובזאת היא מפחיתה מנטל העלויות על משקי הבית והקופה הציבורית ותורמת לפרוגרסיביות הטיפול, ובמקרים מסוימים אף מיטיבה עם הקשישים. אולם לכך גם השפעות חיצוניות (externalities) שליליות, שעליהן נכתב רבות.¹³

⁷ יי בריק, "הזדקנות בקהילה", וג' ברודסקי, "סוגיות ודילמות הקשורות לטיפול בית בזקנים חולים כרוניים ומוגבלים בתפקודם", בתוך: א' יקוביץ (עורכת) (2011), *טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם: סוגיות, שירותים ותוכניות*, ג'וינט ישראל, אשל בשיתוף המשרד לאזרחים וותיקים.

⁸ המוסד לביטוח לאומי (2011), "סקירה שנתית 2010".

⁹ ניתן להשתמש בגימלת הסיעוד למימון שירותים נוספים, מלבד הטיפול הביתי – ביניהם שהות במרכז יום, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה ולחצן מצוקה.

¹⁰ ר' גרא (2010), "גימלת סיעוד בכסף – מחקר מלווה לניסוי", המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, מחקרים 103.

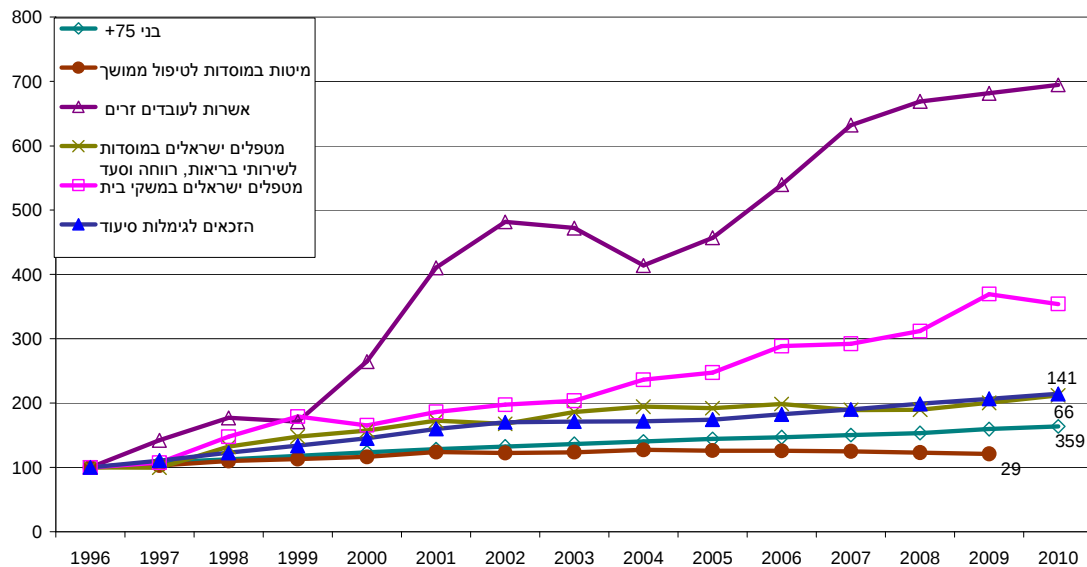
¹¹ 43.5 אלף מתוכם חוקיים. כ-65 אחוזים מהעובדים הזרים בענף הסיעוד מועסקים כמטפלים בקשישים זכאי חוק ביטוח סיעוד. כמחצית מיתר העובדים מועסקים כמטפלים בקשישים שלא דרך חוק ביטוח סיעוד, ומחציתם האחרת מועסקים כמטפלים בנכים שאינם קשישים.

¹² Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

¹³ לפירוט ראו "דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים", המפורסם באתר האינטרנט של משרד ראש הממשלה.

איור ח'-16: מדדים להיצע השירותים לטיפול ממושך בקשישים¹

(100=1996) והמספר המוחלט ב-2010 (אלפים)



מקורות הנתונים: עיבודי בנק ישראל לסקרי כוח האדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה; רשות האוכלוסין וההגירה; המוסד לביטוח לאומי – רבעון סטטיסטי; מסד הנתונים של מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה בישראל; משרד התמ"ת.
הערות:

1. לפי נתוני הביטוח הלאומי (שאינם זמינים כסדרה רב-שנתית) הועסקו בסוף 2010 67.8 אלף עובדים כמטפלים בבתי קשישים במימון חוק ביטוח סיעוד. הנתונים המוצגים בגרף חושבו על סמך סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כדי להציג לאפשר הצגת סדרה רב-שנתית. הרמה של נתונים אלה היא כשליש מהעובדים שהועסקו בפועל על פי נתוני הביטוח הלאומי ב-2010. ההבדל בין האומדנים נוצר, כנראה, משום שמשרתם העיקרית של רבים מהמועסקים הישראלים אינה כמטפלים סיעודיים. עם זאת סביר כי מגמת ההתפתחות במספר המועסקים הישראלים המשתקפת מסקרי כוח האדם על פני השנים ומוצגת בגרף אכן תואמת להתפתחויות בפועל.

אין נתונים היסטוריים זמינים על מספר העובדים הזרים שהועסקו בפועל בענף הסיעוד, לכן מוצגים נתונים האשרות להעסקתם, המשקפים את מגמת הביקוש לעובדים אלה. השינויים החדים במספר האשרות למטפלים זרים בענף הסיעוד בשנים 2003–2005 נובעים מסיבות טכניות, ואינם משקפים ירידה ממשית של מספרם. חלק קטן שמהעובדים הזרים בענף הסיעוד מועסקים במשקי בית של נכים וסיעודיים שאינם קשישים.
נתוני מספר המיטות במוסדות לטיפול ממושך ל-2010 אינם זמינים.

בשנים האחרונות ננקטו מספר צעדים שנועדו לעודד העסקת ישראלים כמטפלים סיעודיים במשקי הבית: בתחילת 2007 התווספה רמה נוספת (גבוהה) של גימלת הסיעוד, וממאס 2009 הוגדלה גימלת הסיעוד למעסיקי ישראלים¹⁴ – אולם תרומתם של אלה לתעסוקת הישראלים צנועה. עבור מרבית הקשישים העסקת עובד ישראלי במשק הבית אינה נתפסת כחלופה לעובד הזר, בפרט עבור מי שכבר מעסיקים עובדים זרים, וזאת בעיקר בגלל עלות העסקתם הנמוכה, יחסית לחלופות¹⁵. זמינותם ושכרם הנמוך יחסית של העובדים הזרים בענף הסיעוד בישראל אמנם מספקת אמצעי מרכזי לטיפול בקשישים בקהילה – אולם בה בעת היא דוחקת את גיבושם של פתרונות נוספים על אלה שכבר קיימים – בפרט הרחבת השירותים הציבוריים בקהילה – ופוגעת בהרחבת האפשרויות להעסקת ישראלים בענף.

¹⁴ המוסד לביטוח לאומי (2011), "סקירה שנתית 2010", פרק 3: פעילות ומגמות בתחום הגימלאות – סיעוד.

¹⁵ ר, בר-צורי (2010), "בעלי היתר להעסקת עובדים זרים בסיעוד – מבט על", משרד התמ"ת, מינהל מחקר וכלכלה.

(3) ההוצאה בגין שירותי הטיפול הממושך בקשישים

בשנת 2010 עמדה ההוצאה הציבורית על טיפול ממושך בקשישים על כ-5.8 מיליארדי ש"ח¹⁶ – כ-0.7 אחוז תוצר (לוח ח'-8). לגבי אותה שנה העריך משרד הבריאות את ההוצאה הפרטית¹⁷ לטיפול ממושך בקשישים בכ-4.1 מיליארדי ש"ח – כמחצית מהם למימון טיפול בקהילה והיתר למימון אשפוז. לפיכך, סך ההוצאה הלאומית לטיפול ממושך בקשישים הגיע בשנה זו לכ-9.9 מיליארד ש"ח.

לוח ח'-8: השירותים הציבוריים לטיפול ממושך בקשישים הממומנים על ידי המוסדות השונים

וההוצאה הציבורית בגינם ב-2010

הגוף	שירותים בקהילה	שירותים במוסדות	ההוצאה ב-2010
המוסד לביטוח לאומי	בעיקר תשלומי גימלת סיעוד, ובנוסף פיתוח שירותים בקהילה והעברות תקציבים לגורמי חוץ המספקים שירותים בקהילה	מימון אשפוז במוסדות סיעודיים	4 מיליארד ש"ח (98 אחוזים מהם למימון גימלת סיעוד)
משרד הבריאות	השתתפות במימון השימוש במכשירי שיקום וניידות	מימון אשפוז במוסדות סיעודיים ופיקוח על מוסדות	1.3 מיליארד ש"ח
קופות החולים	אספקת טיפולי בית	מימון אשפוז סיעודי מורכב	245 מיליון ש"ח (עבור אשפוז סיעודי מורכב)
משרד הרווחה ("השירות לזקן")	הפעלת מרכזי יום מועדונים חברתיים ו"שכונות תומכות"	מימון שיכון קשישים עצמאיים ותשושים במעונות (בתי אבות), מימון מסגרות של דיור מוגן ונופשונים לקשישים ופיקוח על מוסדות אלה	216 מיליון ש"ח ¹ (45 אחוזים מהם למימון שירותים בקהילה)
ס"כ ההוצאה ¹	5.8 מיליארד ש"ח (2.8 אחוזים מכלל ההוצאה הציבורית; 0.7 אחוז מהתוצר)		

המקור: משרד הרווחה: סקירת השירותים החברתיים לשנת 2009 ונתוני השירות לזקן; המוסד לביטוח לאומי – רבעון סטטיסטי; ט' חורב, נ' קידר וע' הרשקוביץ (2011), "ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מתווה לרפורמה", משרד הבריאות.

1. נוסף על כך הוציאו הרשויות המקומיות כשליש מסכום זה למימון פעולות השירות לזקן המקומיות בהן.

¹⁶ נוסף על כך הוציאו קופות החולים כ-255 מיליון ש"ח על אשפוז סיעודי מורכב – הוצאה המגולמת בנוסחת הקפיטציה.

¹⁷ ט' חורב, נ' קידר וע' הרשקוביץ (2011), "ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מיתווה לרפורמה", משרד הבריאות.

יחס ההוצאה הציבורית לתוצר בישראל נמוך מאשר במדינות OECD, גם כאשר מביאים בחשבון שהאוכלוסייה בארץ צעירה יחסית למדינות החברות בארגון¹⁸. נוסף על כך שיעורה של ההוצאה הפרטית על טיפול ממושך בקשישים בסך ההוצאה (הציבורית והפרטית) על טיפול ממושך בישראל גבוה ביחס למדינות החברות ב-OECD. בעוד שבישראל ההוצאה הפרטית נופלת רק במעט מההוצאה הציבורית, במדינות OECD ההוצאה הציבורית גדולה בממוצע פי ארבעה מאשר ההוצאה הפרטית. מכאן שבישראל ההוצאה הציבורית על טיפול ממושך בקשישים נמוכה וההוצאה הפרטית גבוהה ביחס למדינות המפותחות. בישראל ההתפתחויות הדמוגרפיות בלבד צפויות להגדיל את ההוצאה הציבורית על טיפול ממושך בקשישים בסדר גודל של 30 אחוזים (במחירים קבועים), לפחות, עד שנת 2019, וביותר מ-300 אחוזים עד שנת 2059; זאת בהנחה ששיעור הנזקקים לשירותי טיפול ממושך בקרב קבוצות הגיל יישאר כפי שהוא היום¹⁹.

(4) התפתחויות בתחום המדיניות

בישראל, כבמדינות מערביות אחרות, הזדקנות האוכלוסייה מגבירה את הביקוש לשירותי הבריאות והרווחה, בפרט במסגרת של הטיפול הממושך בקשישים. גידול הביקושים מואץ גם בגלל עליית רמת החיים וגידול השתתפותן של נשים בכוח העבודה. ההתפתחויות הדמוגרפיות החזויות לעתיד והתגברותן של ההשפעות הנוספות צפויות להגדיל במידה ניכרת את ההוצאה הציבורית והפרטית על טיפול ממושך בקשישים ואת הביקוש למטפלים.

מערכות השירותים הציבוריים בישראל לטיפול ממושך בקשישים עברו מספר שינויים במהלך השנים, ולאחרונה עלו מספר הצעות לשינויים בניהולן, במימוןן ובאספקת השירותים; משרד הבריאות מנסה לקדם רפורמה מקיפה בארגון ובהפעלה של מערך השירותים הציבוריים לטיפול ממושך בקשישים סיעודיים²⁰. זו אמורה להפוך את שירותי הסיעוד הציבוריים לאוניברסליים, ולהציב את קופות החולים כגופים המרכזיים שינהלו בפועל את שירותי הסיעוד, יספקו אותם ויעמדו בקשר שוטף עם המטופלים, ואת משרד הבריאות – כמפקח ומתווה מדיניות. המוסד לביטוח לאומי ימשיך לבצע את מבחני התלות לקשישים. ועדת טרכטנברג²¹ התבססה על עקרונות תוכנית שהוכנה במינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי, והמליצה לשנות את אופן החלוקה של גימלת הסיעוד – למקד את הסיוע בקשישים שהזדקקותם לו רבה יחסית, בגלל תלותם בזולת ובגלל מצבם הכלכלי. שתי ההצעות ממליצות לחזק את המערך לתמיכה בקשישים בקהילה ולהגביר את הקשר בין הגופים המטפלים בקשישים. משרד הבריאות גם הציג תוכנית מפורטת לביצוע שינויים אלה.

פיצול שירותי הטיפול הממושך בין גופים שונים ללא גורם מתאם וקיומם של מבחני הכנסה שונים מביאים, כפי הנראה, למיצוי-חסר של זכויות המטופלים, לעומס ביורוקרטי ולפגיעה באיכות השירות לקשישים ולבני משפחותיהם. יש למצוא דרכים להגברת התיאום בין השירותים השונים בקהילה ובמוסדות וביעול מבחני ההכנסות באופן שישפר את השירות הציבורי

¹⁸ במדינות OECD נמצא מיתאם חזק בין שיעורם של בני 80+ באוכלוסייה לחלק ההוצאה הציבורית על טיפול ממושך בקשישים בתוצר. לפי קו הרגרסיה בקרב מדינות OECD, שיעור ההוצאה בישראל היה צריך להיות כאחוז תוצר.

¹⁹ שיעור הנזקקים לסיוע סיעודי עשוי גם לגדול, למשל בגלל עליית שיעורם באוכלוסייה של בני 80+ ועליית שיעור התלות עם הגיל, או לקטון, למשל בגלל ירידה אפשרית של התלות בסיוע בקבוצות גיל צעירות יותר.

²⁰ ט' חורב, נ' קידר וע' הרשקוביץ (2011), "ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מיתווה לרפורמה", משרד הבריאות.

²¹ דוח "הוועדה לשינוי כלכלי-חברתי" (ועדת טרכטנברג) <http://hidavrut.gov.il>.

- לקשישים ולבני משפחותיהם ויסייע להם למצות את זכויותיהם. אשר לרפורמות המוצעות –
- מומלץ כי יישומן יתמקד בתכנון מבנה השירותים הציבוריים לקשישים – בקהילה ובמוסדות –
- ואופן מימנם, בהתאם להתפתחויות הדמוגרפיות הצפויות.