



משרד הבריאות  
מדינת ישראל

# ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד

מתווה לרפורמה

ירושלים, תמוז תשע"א

יולי, 2011





מדינת ישראל  
משרד הבריאות

# ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד

## מתווה לרפורמה

טוביה חורב, ניר קידר ועידן הרשקוביץ

אגף לכלכלה וביטוח בריאות  
משרד הבריאות  
רח' בן טבאי 2 ירושלים  
טלפון – 02-6705963

## דבר המנכ"ל

לעיצוב מבנה מערכת הבריאות השפעה כבירה על בריאות הפרט, חוזקו של המשק הכלכלי, אופי התמיכה החברתית ולכלל עוצמת המשק החברתי-כלכלי, אופייה ורוחה של החברה. על ראשי מערכת הבריאות מוטלת האחריות לעצב מדי יום את מבנה המערכת, תוך ניטור מתמיד של התמורות בשטח וצפי התהליכים הצפויים.

**לא ניתן להשאיר את מבנה הסיוע לחולה הסיעודי במצב שהוא היום** לאור הרבולוציה שהוא עתיד לעבור בכמות הקשישים, שיעור התחלואה, גידול בתוחלת החיים ומודעות גוברת בציבור לשירות וכסוי ראוי. באותה מידה אסור להשאיר זאת ל"כוחות השוק". על בסיס זה הצורך ברפורמה.

רפורמה בשירות חברתי כה חשוב מחייבת הצמדות לערכים של צדק ושוויון אך גם לאיחוד אחריות. ערכים אלו מחייבים אותנו לאפשר כסוי רחב, שירות אפקטיבי, נגישות לשירות, מימון פרוגרסיבי ואיחוד אחריות ככל שניתן.

אנשי המקצוע במשרד הבריאות-האגף לכלכלת בריאות, האגף לגריאטריה, האגף לתכנון תקצוב ותמחור, חשבות המשרד והאגף האחראי על קופות החולים – ערכו את הצעת הרפורמה תוך התעמקות בסוגייה הרחבה, הכרת המצב ההווה בשטח והתמורות הצפויות. נבדקו תרחישים, נעשו חישובים אקטואריים ובחנו חלופות שונות ולבסוף נבחרה הרפורמה המוצעת כמוצר מוגמר הכולל תזכיר חקיקה מוצע.

כל "רפורמה" באשר היא גוררת התנגדות. מעצם טבעה היא משנה "סדרי בראשית" באשר לגבולות אחריות, יכולת השפעה, משאבים וכדומה. גם הרפורמה המוצעת בחוברת זו. שלושה עקרונות מלווים אותה: הגדלת הזכאות ויצירת שירות אפקטיבי, הרחבת הזכאות לזכאות כוללת ואיחוד אחראיות. כל שינוי שכזה חייב להבחן עיניינית מצד מקבלי ההחלטות ללא שיקולים צרים וקצרי ראי. מאידך, הרפורמה המוצעת איננה "תורה מסיני" שיש לקבלה כמות שהיא. שינויים בה אפשריים כל עוד שלוש העקרונות שבבסיסה מושגים, הגם באופן הדרגתי עם אבני דרך ובחינה מחודשת בכל שלב.

בהגשת הדוח לא מסתיים חלקנו. מעת הגשת דוח זה משרד הבריאות יעשה ככל יכולתו לשכנע את קובעי המדיניות שעת לבצע שינוי-זאת המלצתנו המקצועית. האוכלוסיה הקשישה בישראל עומדת לגדול בשליש תוך 15 שנים-זה מחייב את כולנו למעשה, בנחישות ואומץ לב ציבורי.

בהזדמנות זו אני מבקש להודות לסגן השר ליצמן על רוח השינוי שהוא משרה עלינו- אנשי המקצוע ולרוח החיה מאחורי מסמך זה: ד"ר טוביה חורב, ד"ר אהרן כהן ומר ניר קידר.

בברכה,  
פרופ' רוני גמזו  
המנהל הכללי



## תודות

אנו מעוניינים להודות לכל האנשים שסייעו בגיבוש התוכנית ותרמו רבות מנסיונם. חברי ועדת ההיגוי המשרדית: אהרון כהן, איריס רסולי, חגי דרור ומיטל גבאי. לשאר אנשי המשרד שהיו שותפים לנושא (לפי סדר א-ב): נונה אבו דלו, טליה אגמון, אלי ביתן, מאיר בן ישעיהו, עמית בן צור, דודי גרשנוביץ, רויטל טופר-חבר טוב, חזי לוי, יואל ליפשיץ, אילן סופר ונתן סמוך.

תודה רבה לסגן שר הבריאות, ח"כ הרב יעקב ליצמן, אשר התווה את הדרך ומוביל את המהלך.

תודה מיוחדת למנכ"ל המשרד פרופ' רוני גמזו שיודע לחבר את החלקים, לראות פני עתיד ולדחוף כל העת קדימה.

תודה מיוחדת לגיני ברודסקי ממכון ברוקדייל, על עזרתה הרבה בגיבוש החומר והערותיה המועילות.

תודתנו נתונה גם לאנשי המקצוע הרבים עימם נפגשנו במהלך הדרך. השיחות עימם סייעו רבות בהבנת הנושא לעומקו (לפי סדר א-ב): רמי אדוט, איילת ברג-ורמן, שי בריל, יצחק בריק, שולי ברמלי גרינברג, רוני בר-צורי, גיוני גל, איסי דורון, בעז ים, נתן לבון, יפעת סולל, יוסי ענתבי, יעקב קופ ויוחנן שטסמן.

אין באמור לעיל כדי לאמר כי הכתוב בחוברת מבטא בהכרח את דעתם של האנשים אשר חלקו עמנו את דעותיהם וניסיונם.



## תוכן העניינים

עמוד	נושא
8	<b>תמצית מנהלים</b>
8	רקע כללי.....
9	השפעות ומשמעויות.....
11	ארגון השירותים.....
15	מוקדי אי יעילות במערכת הנוכחית.....
16	המטרות העיקריות שהוצבו.....
17	הנחות יסוד ועקרונות הרפורמה.....
20	עיקרי המודל המוצע.....
31	<b>א. חלק ראשון – רקע</b>
31	1. מבוא.....
34	2. רקע כללי.....
34	תוחלת החיים.....
35	הזדקנות האוכלוסייה בישראל.....
38	תחזית הזדקנות האוכלוסייה בישראל.....
39	יחס תלות.....
42	הקשישים ומיקומם בהשוואה לקו העוני.....
44	סיעוד ומגדר.....
44	אומדני מוגבלות פיזית בקרב קשישים.....
48	<b>ב. חלק שני – המצב הנוכחי</b>
48	1. האשפוז הממושך.....
48	התשתית החוקית.....
49	ארגון השירותים.....
50	תמהיל המימון הציבורי-פרטי.....
53	תשתיות פיזיות.....
57	תשתיות כוח אדם.....
58	היבטים הנוגעים לאיכות האשפוז הסיעודי.....
60	2. טיפול סיעודי במסגרת הקהילה.....
60	התשתית החוקית.....
62	חלוקת האחריות.....
62	ארגון השירותים.....
67	מתכונת הגמלה.....
70	השתתפות משקי הבית במימון הטיפול הסיעודי בקהילה.....
70	מאפייני התביעות למוסד לביטוח לאומי והיקפן.....
72	מגמות היסטוריות בכללי הזכאות במסגרת חוק סיעוד.....
74	הוצאות המוסד לביטוח לאומי למימון חוק הסיעוד.....
75	סוגיית המטפל העיקרי (מטפלים בלתי פורמאליים).....
78	היבטים בסוגיית העסקת עובדים זרים בתחום הסיעוד.....
	3. ממשקים ויחסי הגומלין בין אשפוז במוסדות לבין טיפול סיעודי ביתי.....
81	4. היבטים בביטוח הסיעוד המסחרי.....
85	5. ההוצאה הלאומית על שירותי סיעוד.....
90	
94	<b>ג. חלק שלישי – אי היעילות במצב הקיים והצעת הרפורמה</b>
94	1. מוקדי אי-יעילות במערכת הקיימת כיום.....
100	2. המטרות העיקריות בתוכנית משרד הבריאות.....
100	3. הנחות יסוד ועקרונות הרפורמה.....
102	4. המודל המוצע.....
116	<b>ד. סיכום</b>
118	מקורות נוספים.....
119	נספח א' – מדוע דווקא קופות החולים?.....
	נספח ב' - שירותים קהילתיים לקשיש שיישארו באחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים.....
122	

### טבלאות

34	טבלה מס' 1 – מגמות בתוחלת החיים בישראל 1985-2009
36	טבלה מס' 2 – הגידול הדמוגרפי 1960-2009
37	טבלה מס' 3- מגמות בשיעור ילדים וקשישים 1960-2009
37	טבלה מס' 4- שיעור נשים מכלל הקשישים לפי קבוצות גיל, 2009
39	טבלה מס' 5- תחזית הזדקנות האוכלוסייה בישראל 2009-2030
40	טבלה מס' 6 – יחס תלות מגמות רב שנתיות – השוואה בינלאומית
51	טבלה מס' 7 – התפלגות הזכאים לקוד אשפוז לפי גובה ההשתתפות העצמית, 2010
51	טבלה מס' 8 – התפלגות הזכאים לקוד אשפוז לפי גיל
53	טבלה מס' 9 – מגמות היסטוריות בשיעור מיטות האשפוז לטיפול ממושך 1960-2009
55	טבלה מס' 10 – מגמות בבעלות על מיטות אשפוז ממושך 1995-2009
56	טבלה מס' 11- תחזית הגידול במספר הדיירים במוסדות לפי סוג מוגבלות
64	טבלה מס' 12- רמות הזכאות לטיפול סיעודי בקהילה מכוח חוק סיעוד

### תרשימים

35	תרשים מס' 1 – שיעור הגידול במספר הקשישים לפי קבוצות גיל בין בשנים 1970- 2009 בקרב מדינות החברות ב-OECD
38	תרשים מס' 2 – שיעור הקשישים באוכלוסייה הכללית, לפי קבוצות גיל ולפי קבוצות אוכלוסייה
38	תרשים מס' 3 – בני 75 ומעלה כאחוז מבני 65 ומעלה
41	תרשים מס' 4 – יחס תלות במדינות OECD – 2009
41	תרשים מס' 5 – יחס תלות בישראל ומרכיביו – מגמות רב שנתיות
45	תרשים מס' 6 – אחוז מוגבלים בקרב קשישים מעל גיל 65
54	תרשים מס' 7 -התפלגות מיטות למחלות ממושכות לפי בעלות, 2009
68	תרשים מס' 8- השינויים במדדים שונים נבחרים בין השנים 1995-2010
71	תרשים מס' 9 – הוצאה למימון חוק סיעוד 1991-2009
71	תרשים מס' 10 – גובה גמלת סיעוד לנפש 1991-2009
72	תרשים מס' 11 – התפלגות מקבלי הגמלה לפי רמות מוגבלות 1991-2010
82	תרשים מס' 12 – האשפוז ושירותי הסיעוד בקהילה כמערכת של כלים שלובים
84	תרשים מס' 13 – חלוקת האחריות בנושא שירותי הסיעוד
90	תרשים מס' 14 - התפלגות ההוצאה הלאומית לסיעוד לפי מימון פרטי וציבורי
92	תרשים מס' 15 – התפלגות ההוצאה הלאומית לסיעוד לפי ענפים

## מתווה לרפורמה בסיעוד – תמצית מנהלים

### רקע כללי

**תוחלת חיים** – תוחלת החיים בישראל גדלה בקצב מהיר. תוחלת החיים של קשישים נזקקי סיעוד התארכה ובמהלך חמש עשרה השנים האחרונות הכפילה את עצמה. כיום היא עומדת על כ- 36 חודשים. **משמעות**: משך התקופה במהלכה דרוש סיוע לנזקק הסיעוד מתארכת.

**הזדקנות**: ישראל עדיין מדינה צעירה יחסית. אולם **קצב** הגידול במספר הקשישים בה, הוא מהגבוהים במדינות מערב. מאז 1970 גדל לדוגמא מספר הקשישים בני 80 ומעלה כמעט פי 8, הרבה יותר מהגידול שהיה באותה תקופה באוכלוסיה הכללית (פי 2.5). מכל מדינות ה-OECD, רק בקוריאה וביפן הודגם קצב גידול מהיר יותר. הקשישים בישראל מהווים כיום 9.8% מהאוכלוסייה, בשנת 2030 הם יהוו 13.7%. בעשור הקרוב, עיקר הגידול יתמקד בקרב קשישים "צעירים" (65-74), אולם בעשור שאחריו בעיקר בקרב בני 75 ומעלה. כיום שיעור בני 75 ומעלה באוכלוסייה הוא 4.6%. שיעור זה יעמוד בשנת 2030 על 6.7% מהאוכלוסייה.

**מוגבלים** – מספר הקשישים המוגבלים ב- 2008 נאמד בכ- 168,000 (במוסדות ובקהילה). התפלגות השוהים במוסדות – סיעודיים 63%, תשושי נפש 13%, תשושים 24%. מספר הקשישים המוגבלים צפוי להגיע בשנת 2020 ל- 233 אלף ועד 2030 יגיע מספרם ל- 342 אלף. שיעור המוגבלות בקרב אוכלוסיית הקשישים עולה עם הגיל. בקרב בני 75 ומעלה, שיעור זה גבוה פי 3 בהשוואה לקבוצת גיל 65-74. מעבר לגיל 75 השיעור עולה בתלילות. כך לדוגמא, שיעור הזכאות לשעות סיעוד מכוח חוק סיעוד, בקרב בני 80 ומעלה, מגיע לכדי 42%. כ- 21% מהקשישים השוהים בקהילה מוגבלים בביצוע פעולות יום-יומיות. שכיחות הדמנטיה בקרב קשישים כיום היא כ-17% ונמצאת במגמת עלייה, היא צפויה להגיע לכ- 21% בשנת 2030. **משמעות**: הארכת תוחלת החיים תביא עמה גם גידול בשיעור המוגבלים.

**מיגדר** – שיעור המוגבלות בקרב נשים גבוה בהשוואה לגברים. מרבית מקבלי גמלאות הסיעוד בקהילה ומרבית השוהים במוסדות לאשפוז ממושך הן נשים. מרבית המטפלים בקשישים סיעודיים, הן מטפל פורמאלי והן בלתי פורמאלי, הן נשים. כ- 60% בקרב הנשים מקבוצת גיל 65 ומעלה מתגוררות ללא בן זוג (בהשוואה ל- 22% בקרב הגברים). נושא זה הינו משמעותי לעניין היכולת להישאר בקהילה במצב בו קיימת נזקקות סיעודית.

**מצב חברתי-כלכלי של קשישים** – שיעור תשלומי ההעברה לקשישים השתפרו במהלך השנים האחרונות. אולם, דווקא בשל ההשפעה הדרמטית שיש לתשלומי העברה, והשיעור הניכר (למעלה מ- 30%) של קשישים שללא תשלומים אלה היו נותרים מתחת לקו העוני, ניתן להבין כי מדובר בהעברה טכנית אל מעבר לקו דמיוני וכי חלק ניכר מהקשישים מצוי **מעט** מעל קו העוני, אך הכנסתם נותרת נמוכה. כמו כן נמצא כי עומק העוני של אלה שנותרו מתחת לקו, גדל והולך. **משמעות** היכולת של מרבית אוכלוסיית הקשישים לממן בעצמם חלק משמעותי מצורכיהם, לאחר שהפכו לנזקקי סיעוד, מצומצמת מאוד.

**יחס תלות** – בישראל הוא הגבוה מבין המדינות ה-OECD ועומד על 60.5% (שיעור האוכלוסייה התלויה גדול יחסית לאוכלוסייה שנושאת בנטל מימון של השירותים החברתיים). בעתיד יחס זה צפוי לגדול והרכבו ישתנה (גידול יחסי של האוכלוסייה התלויה וכן הגדלה משמעותית של שיעור

הקשישים לעומת שיעור הילדים). **משמעות:** פחות ופחות אנשים יישאו בנטל המימון של רשת הביטחון החברתית, ואילו נטל ההוצאה על שירותי הסיעוד יגדל. יש להיערך למצב זה כבר כיום.

## השלכות ומשמעויות

### 1) השפעות על משק הבית

העומס הכלכלי הנובע מכיסוי ציבורי נמוך למימון הטיפול בנזקקי סיעוד כיום, מהווה נטל כבד מנשוא על משקי הבית.

א) **באשפוז** - השתתפות המדינה באשפוז הסיעודי מוגבלת וניתנת לאחר מבחני הכנסה, הבוחנים גם את הכנסות צאצאי הנזקק וחסכוניותיהם. חלק מאלה שאושר להם "קוד" אשפוז סיעודי (סיוע במימון), מקבלים אותו ב- 100% השתתפות עצמית. כלומר, הם משלמים את מלוא התעריף אותו משלם משרד הבריאות לספקי השירות מהם המשרד רוכש את שירותי אשפוז סיעודי. הם לא מקבלים מימון ממשלתי כלשהו אלא נהנים רק מ"הנחת המועדון" (התעריף לפיו משלם המשרד נמוך מהתעריף בשוק הפרטי).

ב) לא כולם מוכנים לעבור את ההליך הנזכר לעיל בין היתר בגלל תחושה של חדירה לפרטיות. כ-30% ממשקי הבית מממנים בעצמם את מלוא עלות האשפוז הסיעודי (12,500-15,000 ש"ח לחודש).

ג) **בקהילה** – כ- 5-10% אחוז מהקשישים הסיעודיים המוגבלים אינם זכאים כלל למימון שעות הסיעוד עקב העובדה שהכנסתם עולה על רף של פי 1.5 מהשכר הממוצע במשק. כ- 7% נוספים, שהכנסתם דומה לשכר הממוצע במשק ועד פי 1.5 ממנו - זכאים למימון בהיקף חלקי של 50% מהשעות להם זכאים אנשים במצב מוגבלות דומה להם, שהכנסתם נמוכה יותר.

ד) **המטפל 'העיקרי'** - במחקר שנערך במכון ברוקדייל נמצא כי משפחות של קשיש סיעודי נושאות בנטל כלכלי ורגשי כבד מאוד. הנטל העיקרי נופל על בן המשפחה שהוא ה'מטפל העיקרי'. ככל שחולף הזמן גוברת השחיקה. כ- 71% מקרב התומכים העיקריים בקשיש סיעודי, נמצאו בקבוצת סיכון לדיכאון.

ה) מחקרים בישראל מצביעים באופן עקבי כי הקצאה משמעותית של שעות טיפול באמצעות מטפל בשכר וכן החלפת המטפל העיקרי מידי פעם למספר ימים, מפחיתים את העומס הרגשי ואת הלחץ של המטפל העיקרי.

ו) כשלושה רבעים מהתומכים בקשיש, מקבל גמלת סיעוד (בני משפחתו), דיווחו שהם זקוקים לתוספת שעות של מטפל/ת.

ז) ממצאי המחקר הנ"ל מראים שהסיבה העיקרית לאשפוז של נזקק סיעוד היא **קריסת המטפל העיקרי**. מדינות רבות ראו במטפל העיקרי משאב שיש לשמרו ומקצות משאבים לתמיכה בו (רגשית וכלכלית). כל זאת, כדי לעודד ולאפשר, השארת נזקק הסיעוד בקהילה, כל עוד ניתן הדבר.

ח) במחקר שנערך בישראל בקרב בעלי היתר להעסיק עובד זר, שלא מימשו אותו והעדיפו להעסיק במקומו מטפל ישראלי, הסתבר כי כחמישית מהם מימנו

מכיסם, שעות סיעוד **מעבר** לשעות (למימון מטפל ישראלי) שקיבלו במסגרת מכסת המוסד לביטוח לאומי. התוספת הממוצעת עמדה על כ- 10 שעות שבועיות. בנוסף לכך, מי שלא מימשו את ההיתר להעסקת עובד זר דיווחו על שימוש מסיבי בבני משפחה בהיקף שעות, ללא שכר, שעמד על 26.5 שעות שבועיות בממוצע (נוסף על מטפלים בשכר).

ט) באותו מחקר נמצא שגם בקרב נזקקי הסיעוד אשר כן בחרו להעסיק עובד זר בהיתר, נדרשת השלמה משמעותית מתקציב משק הבית, לתשלום יתרת משכורתו של העובד הזר.

**משמעות:** שיעור לא מבוטל מהקשישים ששילמו לאורך שנים דמי ביטוח לאומי, שמגלמים בתוכם דמי ביטוח ייעודיים לביטוח סיעוד בשיעור הנקוב בחוק, לא מקבל בהגיעו למצב סיעודי כל סיוע ציבורי במתכונת של שעות סיעוד או מימון ציבורי אחר כלשהו. גם אלה שמקבלים סיוע, נדרשים לשאת בעצמם בחלק נכבד מנטל המימון. רכישת אשפוז ו/או שעות טיפול באופן פרטי יקרה יחסית. גם עלות רכישת ביטוח סיעוד בשוק הביטוח המסחרי, גבוהה. עלות האשפוז גבוהה לאין ערוך בהשוואה לעלות הטיפול בקהילה. בכל סכום נתון, מימון ציבורי רוכש יותר שעות טיפול/אשפוז בהשוואה למימון פרטי. סיוע למשק הבית בהגדלת שעות סיעוד במימון ציבורי, ותמיכה והדרכה של המטפל העיקרי, יתרמו להשתייך נזקק הסיעוד בקהילה, בקרב משפחתו, כל עוד ניתן הדבר.

## 2) השפעה על שוק העבודה

בני משפחה ובמיוחד המטפלים העיקריים בקשיש סיעודי, מדווחים על אובדן ימי עבודה ושעות עבודה עקב הטיפול בקשיש. חלקם אף עוזבים מסיבה זו את מקום העבודה כליל. המשמעויות על המשפחה ועל המשק כולו- כבדות. להלן סיכום ממספר מחקרים שנערכו בעניין זה במכון ברוקדייל<sup>1</sup>:

- א) הגיל הממוצע של תומכים לא פורמאליים בישראל הוא 55. רק שליש מהתומכים הוא מעל גיל 60. לשליש מהתומכים יש השכלה על-תיכונית.
- ב) כ-75% מהתומכים העיקריים בקשיש נזקק סיעוד, שהינם מתחת לגיל הפנסיה, מועסקים ומשתתפים בכוח העבודה.
- ג) כעשירית עד שליש מהתומכים במקבל גמלת סיעוד, שאינם עובדים מתחת לגיל פנסיה, דיווחו כי נאלצו לפרוש מעבודתם בעקבות הטיפול בקשיש.
- ד) כשני שליש מהתומכים במקבל גמלת סיעוד וכחמישית מקרב התומכים בחולים בדמנטיה דיווחו שהפסידו ימי עבודה ו/או שעות עבודה בשל הצורך לטפל בקשיש.
- ה) יותר מ-75% מהתומכים במקבלי גמלת סיעוד ומהלוקים בדמנטיה דיווחו שבמקום עבודתם הם עסקו בעניינים שקשורים לטיפול בקשיש, כגון שיחות טלפון וכד'. שליש מהתומכים ציינו שהטיפול בקשיש משפיע על איכות עבודתם וכ- 13% דיווחו שהיו צריכים לשנות את מקום העבודה.

<sup>1</sup> המקורות של ציטוטים הנזכרים בתמצית זו – מפורטים בגוף העבודה

(1) כ- 40% מהתומכים המועסקים מדווחים שהם עובדים פחות שעות ממה שהיו רוצים.

## ארגון השירותים

### 1. האשפוז במוסדות לאשפוז ממושך

**פיצול בין רשויות** – האחריות על אשפוז בתחום סיעוד מורכב היא בידי קופות חולים, סיעוד רגיל ותשושי נפש – באחריות משרד הבריאות, ותשושים – באחריות משרד הרווחה. אספקת מכשירי שיקום וניידות לנכים – מיטות, מזרונים נגד פצעי לחץ, קביים וכדו' – משרד הבריאות. לכל רשות כללים משלה הן לגבי הכרה במוגבלות והן לעניין מבחני ההכנסה הנדרשים כתנאי לקביעת גובה ההשתתפות העצמית. הפיצול בין הרשויות והמבטחים ומערך התמריצים הקיים כיום, לרבות גובה ההשתתפות העצמית, אינם מעודדים השארת הנזקק בקהילה לפרק זמן ממושך, ככל הניתן. **משמעות**: הפיצול הרב מפחית את היעילות הכלכלית, גורם לבלבול בקרב המבוטחים ולאיי מיצוי זכויותיהם ומקשה על בקרה ורגולציה אפקטיביות.

**תשתיות אשפוז** - מרבית המיטות הינן בבעלות פרטית. שיעור המיטות לאשפוז ממושך לאלף נפש בגיל 75 ומעלה (66.7) נמצא בירידה בהשוואה לראשית העשור. שיעור ימי האשפוז לאלף נפש נמצא בעלייה (1,029). אין היערכות עתידית לתוספת מיטות וכוח אדם הנדרש בגלל הזדקנות האוכלוסייה ובגלל התארכות תוחלת החיים הממוצעת של החולה הסיעודי. אם יישמרו שיעורי המיסוד הנוכחיים, עד שנת 2020, צפויה תוספת נדרשת של מקומות לדיירים במוסדות לסיעוד ולתשושי נפש בהיקף של 4,800 ו-1,100 בהתאמה. **משמעות**: קיים צורך לבצע תכנון ארוך טווח, בכל הקשור לתשתית מיטות וכוח אדם – מומחים לגריאטריה, אחיות וכוח עזר מיומן, ולוודא הערכות בהתאם במוסדות ההכשרה (בעיקר מומחים לגריאטריה).

**השתתפות ציבורית במימון האשפוז** - כ- 70% מהקשישים השוהים במוסדות לאשפוז סיעודי, מקבלים סיוע ממשרד הבריאות באמצעות הקצאת קודים. כ- 28% מהמאושפזים להם אושר קוד שילמו פחות מ- 2,000 ₪ לחודש, כ- 42% שילמו בין 2,000-3,000 ₪ ו- 30% שילמו מעל 3,000 ₪ לחודש. עלות המימון הציבורי של שהייה במוסד גבוהה באופן משמעותי מעלות המימון של נזקק סיעוד, באותה רמת מוגבלות, השוהה בקהילה.

**קריטריונים למבחני הכנסה** - אין אחידות בקריטריונים לקביעת גובה ההכנסה לעניין ההשתתפות העצמית הנדרשת מהקשיש. קיימים הבדלים ניכרים בקריטריונים בין רשויות שונות האחראיות על האשפוז וכן בין מערכות האשפוז והקהילה. מבחנים כאלה נערכים כל פעם מחדש כאשר הקשיש עובר מסטאטוס רפואי/תפקודי אחד למשנהו.

**ריבוי תפקידים של משרד הבריאות** - "ריבוי הכובעים" של משרד הבריאות כמבטח, נותן שירותים ובעלים של בתי חולים עלול להקשות עליו לבצע רגולציה ובקרה הולמת בתחום זה.

**איכות** - הפיצול שהוזכר לעיל, מתכונתו הנוכחית של המכרז להקצאת קודים לספקים של שירותי אשפוז סיעודי וריבוי התפקידים של המשרד, מקשים על אכיפת סטנדרטים של איכות.

## 2. נזקקי סיעוד בקהילה

שעות סיעוד בקהילה - החוק מזכה בשירותים בעין לנזקק סיעוד השוהה בביתו, מגיל פרישה ואילך. קיימות 3 רמות של גמלה. **הגבוהה** שבהם מזכה ב- 18 שעות טיפול שבועיות באמצעות מטפל סיעודי. למעסיקים עובד ישראלי ניתנת תוספת של 4 שעות שבועיות (ש"ש). הגמלה **הבינונית** מזכה ב- 16 ש"ש, **והנמוכה** ב- 9.75 ש"ש.

כ- 20% מהזכאים מקבלים את רמת הגמלה הגבוהה ביותר. מרבית הזכאים (55%) מקבלים את הנמוכה. **היקף הכיסוי בישראל במונחים של שעות סיעוד, נמוך בהשוואה למדינות מערביות אחרות**. משפחות נאלצות לרכוש שירותי סיעוד בהיקף משמעותי באופן פרטי בנוסף על השקעת השעות של בני המשפחה.

שחיקה אפשרית של הזכויות - הזכות לגמלת סיעוד מבוטאת בחוק במונחים כספיים עצמודים למדד המחירים לצרכן. מדד זה אינו משקף את עלויות רכישת שירותי סיעוד בקהילה. בניגוד למקובל למשל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בתחום זה של הטיפול הסיעודי במסגרת הקהילה אין בחוק (הביטוח הלאומי) עיגון של זכויות לנזקקי סיעוד במונחים של שירות בעין (שעות סיעוד).

פיצול בין רשויות - גם בתחום זה קיים פיצול רב בין רשויות מטפלות: ביטוח לאומי, קופת חולים, רשות מקומית, משרד הרווחה, משרד התמי"ת ומשרד הפנים (לגבי העסקת עובדים זרים), חברות כוח אדם, חברות ביטוח וכדומה.

בקרת איכות - השירות בקהילה ניתן על ידי מספר רב של עמותות וחברות שזכו במכרז מטעם המוסד לביטוח לאומי. קיים קשר בין איכות הטיפול הסיעודי ומצבו הרפואי של החולה, ולכן נחוצה הדרכה בכל הקשור למניעת נפילות, מניעת פצעי לחץ, שימוש בתרופות וכדו' ודרוש פיקוח על איכות הטיפול הסיעודי. כיום, לא קיימת בקרה שוטפת על הטיפול שנותנות החברות והמטפלים הסיעודיים בקשיש. אין וודאות לגבי קיומה של הדרכה ו/או איכות ההדרכה הניתנת למטפלים. כ- 50% מהמטפלים הישראלים לא עברו הכשרה כמטפלים סיעודיים. אין קשר בין צוות טיפולי הבית של קופת החולים למטפלים הסיעודיים המועסקים מטעם המוסד לביטוח לאומי.

קופות החולים - אין הגדרה ברורה של סמכויות ואחריות צוות טיפולי הבית של קופת החולים, לא לגבי הקשיש ולא לגבי המטפל העיקרי וודאי שלא כלפי מטפלים בשכר השוהים בבית הקשיש. הקופות כמעט ולא נושאות בסיכון כלכלי כאשר מבוטח שלהן הופך לנזקק סיעוד, מאחר והאשפוז של נזקקי סיעוד ממומן על ידי משרד הבריאות (סיעודיים) ומשרד הרווחה (תשושים). אין הגדרה ברורה לגבי סמכויות, בנושא העברה מהקהילה לאשפוז. פרויקט ניסיוני לעידוד שיקום בקהילה ומניעת אשפוז פועל, אך מצליח רק בחלקו, עקב קשיים בדיווח מצד חלק מקופות החולים.

מיצוי זכויות - הפיצול הקיים מקשה על מיצוי זכויות. לא קיים לדוגמא מנגנון בקרה אחר החמרה אפשרית במצבו הסיעודי של נזקק הסיעוד, או במצבו הכלכלי. דבר שעלול לגרום להימנעות מהגשת תביעה מחודשת לקבלת שעות סיעוד בהיקף רחב יותר, מזה שאושר לו תחילה.

עובדים זרים - בתחום שירותי הסיעוד, קיימים כ- 44,000 עובדים זרים חוקיים (כ- 10,000 נוספים השוהים בישראל שלא כחוק). עובדים זרים בסיעוד שוהים בדו"כ בישראל תקופה ארוכה יחסית. העסקת עובדים זרים מקטינה עלויות. אולם, לנושא זה קיימות השלכות רוחב רבות בהן עוסקת הממשלה באינטנסיביות.

**מרכזי יום** – קשיש סיעודי/תשוש נפש עד רמת מוגבלות מסוימת, יכול לשהות במרכז יום ששה ימים בשבוע. שם מקבל הקשיש שירותים שונים שאינם יכולים להינתן בביתו (הפעלה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, אינטראקציה חברתית וכד''). באותם מקרים המתאימים לכך, שימוש בשירות זה פועל לטובת הקשיש, מקל על בני המשפחה ומאפשר להם מידה מסוימת של שגרת חיים ותעסוקה. עלותו למערכת הציבורית נמוכה, יחסית לחלופות. יש לציין כי פחות מ- 10% משתמשים כיום בשירות זה. מימון השהות במרכז יום ממומנת באמצעות המרת שעות הסיעוד הניתנות במסגרת גמלת הסיעוד (לדוגמא, שהות של 7 שעות במרכז יום "עולה" לנוקק המצוי ברמת התלות הגבוהה, בכ- 2.75 שעות סיעוד השבועיות מתוך המכסה שהוקצתה לו במסגרת חוק סיעוד). במחקר על מקבלי גמלת סיעוד הסתבר כי כמחצית מהתומכים כלל לא ידעו כי ניתן להמיר את שעות המטפל בשירותים אחרים כגון מרכז יום. כ- 30% מהתומכים דיווחו שהקשיש אינו מבקר במרכז יום אך הם סבורים שהוא מתאים לכך וצריך לעשות זאת. **משמעות:** מדובר בשירות חשוב בהיבט הטיפולי והכלכלי, שחשוב לעודד השימוש בו.

**תמריצים להשאר הקשיש בקהילה** - אין תמריצים לקופה ולמוסד לביטוח הלאומי לקיים פיקוח על השירות ולמנוע אשפוז סיעודי. ברמת הכנסה בינונית ומטה קיים תמריץ כלכלי למשפחה להפנות את המבוטח לאשפוז ולא להשאירו בקהילה. עלות המימון הציבורי של חלופת האשפוז גבוהה באופן משמעותי מהחלופה בקהילה.

**מידע למבוטחים** – עקב הפיצול, נזקקי סיעוד ובני משפחותיהם צריכים להתרוצץ בין רשויות וחלקם "נופלים בין הכיסאות". הנטל הכלכלי והרגשי כבד ביותר. למבוטחים אין נגישות למידע בדבר זכויותיהם. המידע חסר, לא מרוכז במקום אחד ואינו נגיש ככלל ולאוכלוסיות חלשות בפרט.

**ההוצאה הממשלתית למימון שעות סיעוד** - ההוצאה למימון חוק סיעוד עומדת על כ- 4 מיליארד ₪. גובה הגמלה הממוצעת לנפש לשנה, במונחים קבועים, לא השתנה ב- 3 השנים האחרונות והיא עומדת על כ- 25 אלף ₪ (במונחי 2009).

### 3. ביטוח הסיעוד המסחרי

**שיעור המבוטחים** - היקף חדירת הביטוח גבוה ביותר (כ-65%), גבוה בהרבה ממדינות מערביות אחרות. פוליסות סיעוד קבוצתיות בבעלות קופות החולים הן גדולות מאוד גם במושגים כלל עולמיים.

**ההוצאה על ביטוחי סיעוד** - דמי ביטוח ברוטו המשולמים בענף זה מגיעים לכדי 1.6 מיליארד ₪. כ- 64 אחוז מתוכם בביטוח קבוצתי, שרובו הגדול מוצע על ידי קופות החולים למבוטחיהן. שוק זה ריכוזי ביותר - כיום הוא מרוכז בעיקר ב- 4 חברות ביטוח. לפי דיווח של המפקח על הביטוח ענף ביטוח זה הדגים במהלך השנים האחרונות את הגידול הגבוה ביותר מבין ענפים המרכיבים את תחום ביטוח הבריאות המסחרי.

**כפל ביטוח** - קיימת חפיפה עם הכיסוי הציבורי, ללא אפשרות לחלוקת חבויות בין המבוטחים (הביטוח המסחרי יוצא נשכר). כמו כן, לאור ריבוי פוליסות קבוצתיות של מעסיקים, איגודים מקצועיים, קופות חולים וכדו', קיימים מצבים בהם מבוטח מחזיק ביותר מפוליסת סיעוד אחת, לא תמיד בידעו והרבה פעמים ללא הבנה בדבר מהות הכיסוי הקיים בכל אחת מהפוליסות והחפיפה ביניהן.

**רציפות זכויות** - חיתום רפואי הנהוג בכניסה לפוליסת סיעוד של הקופות, ואובדן זכויות בפוליסה הקבוצתית למי שעוזב את קופת החולים בה הוא רשום, פוגעים בחופש המעבר של האוכלוסייה המבוגרת בין קופות החולים.

**עלויות** - גובה הפרמיות המשולמות על ידי המבוטחים בביטוחים הקבוצתיים הולכת ועולה. גובה הפרמיות וזכויות המבוטחים נבחנים מחדש אחת למספר שנים.. שיעור הנזק (loss ratio) בפוליסות אלה נמוך יחסית.

**משמעות** : בהיעדר כיסוי ציבורי ראוי, נאלץ הציבור להישען על ביטוח מסחרי במימון פרטי.

#### 4. ההוצאה הלאומית בגין הטיפול בנזקקי סיעוד

ההוצאה הלאומית בגין הטיפול בנזקקי סיעוד עומדת על כ- 9.7 מיליארד ₪. כ- 42% מתוכה – במימון פרטי. בניגוד להיקף ההוצאה הפרטית של משק בית בגין רכישת שירותי בריאות, כאן מדובר במימון חודשי שמשק הבית נדרש לשלם בגובה אלפי ₪ לחודש ולמשך תקופה ארוכה. מעבר להוצאה הנ"ל, להיקף הכיסוי הציבורי המצומצם וכפועל יוצא מכך להישענות על בני המשפחה בטיפול בנזקק הסיעוד קיימות השלכות על שוק התעסוקה ועל הפריון במשק שבאומדן זהיר מגיעות לכ- חצי מיליארד ₪ לשנה.

## **מוקדי אי-יעילות במערכת הנוכחית**

### **א. היבטי מאקרו ומדיניות כלכלית-חברתית**

- (1) חוסר יעילות כלכלית
- (2) תמריצים הפועלים בכיוונים לא רצויים
- (3) קשיים ברגולציה
- (4) ריבוי "כובעים" של משרד הבריאות
- (5) השפעה שלילית על שוק העבודה

### **ב. הכיסוי הביטוחי**

- (1) הכיסוי אינו אוניברסאלי
- (2) גם בקרב הזכאים, היקף הכיסוי הביטוחי - בלתי מספק
- (3) קיים חשש לשחיקה לאורך שנים של הכיסוי הביטוחי במונחים של שעות סיעוד
- (4) פיצול הביטוח בין מספר רשויות שונות
- (5) חוסר התייחסות לעדיפות השהייה בקהילה ולמעמד של מטפל עיקרי
- (6) כפל ביטוח (ציבורי/פרטי)

### **ג. מבנה וארגון המערכת**

- (1) אין גורם אחד, שהוא Accountable למצבם של נזקקי הסיעוד ברמה הלאומית
- (2) כפל תקורות ופיצול רב באספקת השירות
- (3) חוסר בהירות בהגדרת תחומי סמכות ואחריות בקהילה וקשר בין מטפלים
- (4) חוסר בקרה אחר איכות הטיפול הסיעודי בקהילה והיקפו
- (5) אין case manager - ניהול ברמת הפרט, הנזקק
- (6) העדר רצף טיפולי
- (7) קשיים בשמירה על איכות הטיפול במוסדות הטיפול הממושך
- (8) קושי בניהול התביעות מצד מטופלים (בעיקר במצבים של החמרה)
- (9) אין איסוף שיטתי של מידע רלוונטי
- (10) אין היערכות להבטחת תשתית מיטות והכשרה של כוח אדם מקצועי המותאם לצרכים עתידיים של נזקקי סיעוד
- (11) חוסר נגישות של מבוטחים למידע

## תוצאות עיקריות הנובעות מהמצב הנוכחי

את התוצאות של המצב הקיים ומוקדים שונים של אי-יעילות שהוצגו לעיל, אפשר לסכם בתמצית כדלקמן:

- (1) נטל כלכלי גדל והולך ברמה הלאומית
- (2) כיסוי ביטוחי ציבורי נמוך ולא אוניברסאלי, היוצר נטל כבד (כלכלי ורגשי) על משקי הבית
- (3) פיצול רב של מבטחים ונותני שירות הגורמים ל:
  - (א) אי יעילות כלכלית
  - (ב) חוסר רציפות טיפולית
  - (ג) סרבול בירוקראטי המקשה על נזקקי סיעוד ובני משפחותיהם
  - (ד) קושי בבקרה ופיקוח
- (4) אין תמריצים מספיקים להשעיית המבוטח בקהילה ולהשקעה בשיקום
- (5) אין דגש מספיק על הרצף הטיפולי ואיכות הטיפול הסיעודי והרפואי בקהילה
- (6) ריבוי ה"כובעים" של משרד הבריאות, עלול ליצור קושי בפעילות המשרד בתחום זה.
- (7) אין וודאות שתשתיות כוח אדם וציוד יתאימו לצרכים עתידיים

## המטרות העיקריות שהוצבו לרפורמה

- (1) השגת אחריותיות (accountability) מרבית
- (2) כיסוי אוניברסאלי בהיקף ראוי ובר קיימא לאורך שנים (sustainability)
- (3) הגברת היעילות של מערך אספקת השירותים לנזקקי סיעוד
- (4) שיפור הנגישות ואיכות שירותי השיקום והסיעוד לנזקק ומשפחתו
- (5) עידוד הטיפול הסיעודי במסגרת הקהילה והעצמת יכולת ההתמודדות של המשפחה
- (6) הגברת היעילות של פעילות הרגולציה והאכיפה
- (7) היערכות להתפתחויות עתידיות בתחום תשתיות הטיפול בחולה הסיעודי
- (8) שיפור הידע ושקיפות המידע למבוטחים

## הנחות יסוד ועקרונות הרפורמה

(1) **אחריותיות (Accountability)** – תושג באמצעות קביעת הגורם האחראי – Accountable – בכל רמה בהירארכיה הארגונית:

- א. משרד הבריאות כגורם מתכלל (אחריות-על בין משרדית, בדומה ליישום כיום של דו"ח שמיד בהקשר של ילדים בסיכון<sup>2</sup>)
- ב. קופת החולים כגורם נותן שירות (במתכונת הקיימת כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לעניין מתן שירותי בריאות)
- ג. צוות טיפולי הבית של הקופה - כמי שמרכז את הטיפול בנזקק ומשפחתו ומיצוי זכויות, תוך הגדרה ברורה של תחומי סמכות ואחריות של כלל בעלי התפקידים

(2) **הגברת יעילות כלכלית תושג באמצעות:**

- א. איחוד מבטחים
- ב. איחוד תקורות ניהוליות
- ג. שינוי מערך התמריצים (שיקום, קהילה וכד')
- ד. ניצול התקורות, הידע והניסיון הנצבר בקופות החולים באספקת שירותים קהילתיים והכנסתן כגורם ארגוני המרכז את הטיפול בנזקק הסיעוד
- ה. הגדרה ברורה של תחומי סמכות ואחריות
- ו. הסדרה מחודשת של יחסי הגומלין בין הביטוח הציבורי לביטוח המסחרי

(3) **שיפור הרגולציה והאכיפה יושג באמצעות:**

- א. הפרדת משרד הבריאות מתפקידו כמבטח וספק שירות
- ב. הכנסת הקופות כגורם משמעותי בתהליך
- ג. חיזוק אלמנט הבקרה באגף לגריאטריה ובלשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות
- ד. צמצום במספר הממשקים

(4) **הדגשת הטיפול בקהילה והעצמת יכולת המשפחה להתמודד, יושג באמצעות:**

- א. הרחבת הסיוע במונחים של שעות סיעוד ומימון מטפלים
- ב. הרחבת אחריות של צוות טיפולי הבית בקופות החולים, לרבות הדרכה ותמיכה במטפל העיקרי ובקרה והדרכה של המטפלים הסעודיים ויצירת "רצף טיפולי".
- ג. הגדרת Case manager מבין אנשי המקצוע הנמנים על צוות טיפול הבית
- ד. "חבילת סיוע" למטפל העיקרי

<sup>2</sup> המתכלל כיום על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים

**(5) שיפור בנגישות של נזקי הסיעוד ומשפחותיהם לשירותי הסיעוד יושג באמצעות:**

- א. כיסוי אוניברסאלי
- ב. צמצום השתתפויות עצמיות
- ג. הפשטת הליכי בדיקת זכאות כלכלית
- ד. הרחבת מעגל הזכאים
- ה. ילדי הנזקק לא ייכללו במבחני ההכנסה

**(6) שיפור המידע יושג באמצעות:**

- א. הפשטת ההליכים
  - ב. הקמת "תחנת מידע" באחריות משרד הבריאות
  - ג. אחריות הקופות על העברת מידע כלפי מעלה בהירארכיה הארגונית
  - ד. אחריות הקופות על העברת מידע למבוטחים
- (1) מידע כללי על זכויות
- (2) מידע פרטני לנזקק על ידי הצוות המטפל
- ה. עידוד מחקר בתחום מוגבלות, ביטוחי סיעוד ושירותי סיעוד

**(7) כיסוי אוניברסאלי בהיקף ראוי ובר קיימא:**

**שעות סיעוד בקהילה**

- כבסיס לפיו יומלץ היקף ראוי של שעות סיעוד בקהילה, נקבעו הנחות היסוד הבאות:
- א. הרחבה משמעותית של הסיוע הטיפולי תאפשר השהייה בקהילה, והימנעות מהעברה לאשפוז למשך זמן ארוך, ככל הניתן, בהתאם למצבו של הנזקק
  - ב. היקף שעות סיעוד אליו יש לשאוף במימון ציבורי לקשיש ברמת המוגבלות הגבוהה, אשר שוהה בקהילה, הוא כזה שיאפשר לבן משפחה עיקרי המטפל בו, להישאר בשוק העבודה ולתפקד בו באופן משמעותי ולצאת ליום עבודה מלא (או קרוב לכך) משך 5 ימים בשבוע.
  - ג. הזכאות תהיה אוניברסאלית. היקפה יהיה מדורג, כפי שיפורט להלן.
  - ד. דגש משמעותי בהרחבת שעות הסיעוד יינתן לנזקקי סיעוד בקהילה, שהם ברמות מוגבלות גבוהות יחסית.
  - ה. המימון העצמי יתמקד בהשלמת שעות סיעוד או הפעלת בן משפחה בעיקר בשעות הערב והלילה ובשבתות ומועדים.
  - ו. לאור העובדה שלא כולם יכולים להעסיק עובד זר, ועלות מטפל ישראלי יקרה יחסית, יינתן דגש משמעותי בהרחבת הסיוע למעסיקים עובד ישראלי.
  - ז. עקב היתרונות הטיפוליים והכלכליים, יש מקום לעודד שהייה במרכז יום, באותם מקרים המתאימים לכך.

- ה. שיעור השימוש בעובדים זרים יישאר במתכונתו הנוכחית. הסיוע במימון עובד זר למוגבלים ברמות הגבוהות, יוגדל גם הוא.
- ט. השגת כיסוי בר-קיימא לאורך שנים ומניעת שחיקתו מחייבים עיגון הזכאות במונחים של שעות סיעוד או הצמדת הגמלה הכספית (אם תושאר חלופה שכזו לצד הזכאות לשירות בעין) למדד שישקף את עלות שעות הסיעוד.

### אשפז

- א. איגום מבטחים יסייע בעידוד השיקום ויצירת רצף טיפולי
- ב. חיזוק הקהילה ואיגום מבטחים יתרום למניעת אשפוז לא חיוני
- ג. כיסוי אשפוזי הולם מחייב היערכות ארוכת טווח בתחום התשתיות על בסיס מודל חיזוי מורכב
- ד. הפשטת הליכי קביעת הזכאות הכלכלית יקטינו את שיעור המימון הפרטי בתחום זה

## עיקרי המודל המוצע

א. **כיסוי אוניברסאלי** – הזכאות לסיוע תהיה לכל תושב, הן באשפוז והן בקהילה, בהשתתפות עצמית המותאמת להכנסותיו.

### ב. **היקף הכיסוי הביטוחי**

**אשפוז** – אשפוז במוסדות הקשורים בהסכם עם הקופה, ללא הגבלת זמן, בהתאם למצבו הרפואי תפקודי של המבוטח, ובהשתתפות עצמית כמפורט להלן.

**קהילה** – הכיסוי הרפואי בקהילה יתבסס על:

**שירותי רפואה** – הרחבה וארגון מחדש של סל השירותים לנזקק סיעוד, כמפורט להלן,

בידי צוות טיפולי הבית של הקופה

**שירותי סיעוד** –

(1) תוספת זכאים גם בקרב בעלי רמות הכנסה שאינן זכאיות כיום

(2) הרחבת שעות הסיעוד הניתנות כיום במסגרת חוק סיעוד. להלן מספר דוגמאות

להרחבת הכיסוי בקהילה (לפירוט ראה טבלאות בעמ' 104).

**לדוגמא:** ברמת מוגבלות 3 (הגבוהה ביותר) – הרחבת הכיסוי למי שמעסיק מטפל ישראלי להיקף שנע בין 15.5 שעות שבועיות ועד 33 ש"ש (לפי רמת ההכנסה). תוספות משמעותיות יינתנו למי שפונים למרכז יום ולמי שמעסיקים עובד זר. ברמת מוגבלות 2 הכיסוי על ידי עובד ישראלי ינוע בין 12.5-29 שעות שבועיות. גם שם קיימת הרחבת זכאויות במרכז יום ולמי שמעסיקים עובד זר.

ניתן להמחיש את היקף הכיסוי, באמצעות חישוב היקף השעות בהן יימצא נזקק הסיעוד תחת השגחה של מטפל (היקף השעות בהן המטפל העיקרי יכול לצאת לעבודה). לדוגמא נזקק סיעוד ברמת מוגבלות אשר מעסיק מטפל ישראלי יזכה ל-33 שעות כיסוי שבועיות (למעלה משש שעות בימים ראשון עד חמישי, תוספת של 50% לעומת המצב הנוכחי), כיסוי זה יאפשר למטפל העיקרי להשתתף בכח העבודה. נזקק סיעוד, באותו המצב התפקודי, שבהסכמת המשפחה יופנה למרכז יום למשך חמישה ימים בשבוע, יזכה לכיסוי ציבורי שישחרר את המטפל העיקרי לזמן רב יותר. הוא ישהה במרכז היום בימי השבוע בין השעות שבע וחצי בבוקר לשלוש אחר הצהריים ויקבל בנוסף עוד 7 שעות סיעוד, אשר יאפשרו למטפל לעבוד במשרה של 40 שעות בשבוע לפחות.

### ג. **עקרונות ההשתתפות העצמית**

קופות החולים יגבו את ההשתתפות העצמית. הקופות לא תהיינה רשאיות לבצע מבחני הכנסה. אלה יתבצעו במוסד לביטוח לאומי, ויתבססו על מנגנונים ושיטות הערכה הקיימות כיום במוסד.

(1) **באשפוז** –

(א) כלל הזכאים יידרשו לשאת בהשתתפות עצמית במימון האשפוז. גובה

ההשתתפות העצמית יהיה תלוי ברמת ההכנסה של הקשיש ובן הזוג

(הכנסות מקצבה, רנטה, שכר דירה, ורווחי הון)

- (ב) ההכנסה של ילדי הקשיש לא תובא בחשבון לצורך קביעת גובה ההשתתפות העצמית באשפוז
- (ג) הרמה הגבוהה ביותר של ההשתתפות העצמית תעמוד על כ-7,000 ₪ לחודש.
- (ד) תבחן אפשרות להקנות לקופות החולים סמכויות גביה רחבות יותר, בהשוואה למצב כיום, או לבצע את הגביה על ידי הביטוח הלאומי.

## (2) בקהילה –

- (א) שעות סיעוד של מטפל ישראלי, בהיקף המוגדר בהמשך, ללא תשלום
- (ב) שעות סיעוד ו/או שהות במרכז יום 6 ימים בשבוע, במסגרת מכסת השעות האמורה לעיל – ללא תשלום (על בסיס יחס המרה כמקובל כיום)
- (ג) מטפל זר – השתתפות עצמית בגובה ההפרש שבין שווי המכסה האמורה לעיל (במונחים שקליים) לבין העלות המלאה של העסקת העובד. האחריות על העסקת העובד הזר הינה של נזקק הסיעוד ובני משפחתו.
- (ד) לרשות המטפל העיקרי בקשיש, יעמוד סל שירותים הכולל טיפול פסיכוסוציאלי (לתמיכה רגשית וליווי מקצועי), בהיקף ובתנאי תשלום כמקובל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי וכן זכאות להשתתפות בהוצאה עד תקרה שתיקבע, בגין הבראה למשך 3 ימים, פעמיים בשנה.

## ד. העברה לקופות החולים - ההיקף ומודל ההפעלה

- (1) **תחומי האחריות** - קופות החולים יהוו את הגורם המרכזי המטפל בקשיש הסיעודי. לשם כך, תועבר אליהן האחריות בתחומים הבאים:
- א. **אשפוז** - האחריות הביטוחית על כלל שירותי האשפוז הסיעודי הציבורי ירוכזו בידי קופות החולים. הקופות יספקו למבוטחיהן שירותי אשפוז של חולים בסטאטוס: סיעוד רגיל, סיעוד מורכב, תשושי נפש ותשושים.
- ב. **אספקת מכשירי ניידות ושיקום** הקיימים כיום בתוספת השלישית. אלה כוללים בין השאר כסאות גלגלים, מיטות, הליכונים וכד'.<sup>3</sup>
- ג. **הטיפול הרפואי והסיעודי בקהילה**
1. **טיפול רפואי** – מורחב, כמפורט להלן ותוך חיזוק המחויבות והסמכויות של צוות טיפולי הבית.
2. **טיפול סיעודי** – בשלב ראשון הקופה תפעל כנותן שירות למוסד לביטוח לאומי בפעילות הדרכה ובקרה של המטפלים הסיעודיים. בשלב זה המוסד לביטוח לאומי יישאר אחראי על ההסכמים עם נותני השירות ומימונם. בשלב הבא,<sup>3</sup> הקופה תתפקד, גם בתחום זה, כמבטח - במתכונת דומה לזו לפיה היא פועלת כיום מכוח

<sup>3</sup> שלב זה מוגדר כשלב ג', לפי שלבי היישום המפורטים להלן

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (נותנת שירותי בריאות בין בעצמה ובין בהסכמים עם ספקי שירותי סיעוד בקהילה).

3. הפעלת השירות על ידי הקופה יכול להיות באמצעות חטיבה אורגנית של הקופה או כחברת בת של הקופה.

## 2) אופן ארגון אספקת השירותים בקהילה

לאור הרצף בין המצב הרפואי והסיעודי ולאור העובדה שצוות טיפולי הבית של קופת החולים (הכולל בין השאר עובד סוציאלי) מבקר בביתו של נזקק הסיעוד, מומלץ לפעול להגברת סמכויות צוות זה בכל הקשור לטיפול הסיעודי – עד למצב בו תועבר האחריות גם על הטיפול הסיעודי לקופות החולים. כל זאת, במסגרת תוכנית רב שלבית, בקהילה, על פי המפורט להלן:

### א. שלב א' (קהילה)

- (1) **המוסד לביטוח לאומי** ימשיך לתפקד כגורם **מבטח**.
- (2) אישור והפעלת **תוכניות הטיפול** ימשיכו להינתן באחריות וועדות המקומיות, שבאחריות **משרד הרווחה**. הוועדות הנוכחיות **יתוגברו בנציגים מ-3 קופות** שעד כה לא נכללו בהן.
- (3) **הסכמים עם נותני שירותי סיעוד** יישארו, בשלב זה, באחריות המוסד **לביטוח לאומי**.
- (4) **כל קופת חולים** תהא אחראית בקהילה, לגבי קשישים נזקקי סיעוד הרשומים בה, כדלקמן:
  - (א) טיפול רפואי בידי צוות רב-תחומי בראשות רופא מומחה לגריאטריה. בנוסף לרופא כאמור, שיבצע הערכה גריאטרית תקופתית, יכלול הצוות: אחות, עובד סוציאלי, קלינאי תקשורת, מרפא בעיסוק, ופיזיותרפיסט.
  - (ב) על פי החלטת הקופה, האחות או העובד הסוציאלי ישמשו כ – case manager
  - (ג) הצוות ידריך ויהיה בקשר שוטף עם בן המשפחה המוגדר כ'מטפל העיקרי', אם קיים כזה.
  - (ד) יקיים הדרכה למטפלים הסיעודיים/ים המועסקים בביתו של נזקק הסיעוד
  - (ה) יבצע בקרה אחר איכות הטיפול הסיעודי
  - (ו) יעקוב אחר תדירות התחלופה ומספר המטפלים הסיעודיים בקשיש
  - (ז) יבצע ניטור אחר המצב הרפואי והסיעודי ויפעל לעדכון המטפל העיקרי ומיצוי זכויות המבוטח ככל שישתנה מצבו
  - (ח) ידווח לרמה הממונה בהנהלת הקופה באופן שוטף, אודות קשישים נזקקי סיעוד שבטיפולו

- (ט) הגורם האחראי בהנהלת הקופה ידווח במרוכז ובאופן שוטף להנהלת הקופה, למשרד הבריאות ולמוסד לביטוח לאומי, אודות הטיפול בנזקקי סיעוד הרשומים בקופה, באמצעות דו"ח שמבנהו יוגדר בנוהלי משרד הבריאות, בתאום עם המוסד לביטוח לאומי
- (י) הגורם המוסמך בהנהלת הקופה רשאי להמליץ למוסד לביטוח לאומי על הפסקת התקשרות עם ספק שירות שלא עומד בדרישות הקופה (ובלבד שניתנה לו על כך התראה מראש)

במהלך שלב א', בגין משימות שהוגדרו בסעיפים (4)(ד)-(ט) לעיל, תקבל הקופה מהמוסד לביטוח לאומי תשלום שגובהו ייקבע בהסכם בין המוסד לקופה ובהסכמת שרי הבריאות והרווחה.

### **ב. שלב ב' (קהילה)**

**הערה:** בין שני השלבים בקהילה קיים שלב נוסף הנוגע להעברת האשפוז לקופות. ראה להלן בפרק שלבי היישום.

- (1) בשלב שני של התארגנות הקהילה, תועבר האחראיות על אספקת השירות (הקיים מכוח חוק סיעוד) לאחראיות קופות החולים.  
דהיינו, אלה ישמשו גורם 'מבטח'/'נותן שירות' במתכונת הנהוגה כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. שירותים של מטפלים סיעודיים יינתנו באחראיות הקופה ובאמצעות עובדים מטעמה או באמצעות נותני שירות הקשורים עמה בהסכם.
- (2) הקופה תגדיר את הסדרי הבחירה בין נותני שירותים מטעמה בתחום שירותי הסיעוד ותפרסם בקרב חבריה, כנהוג כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- (3) קביעת רמת המוגבלות, היקף הזכאות של המבוטח במונחים של שעות סיעוד, כמו גם הזכאות על בסיס מצבו הכלכלי, יישארו בידי המוסד לביטוח לאומי, במתכונת הקיימת כיום. דיווח על הזכאות יישלח במקביל למבוטח ולקופה בה הוא רשום.
- (4) תוכניות הטיפול הסיעודי יידונו ויקבעו בקופות החולים בהסכמה עם נזקק הסיעוד.

## ה. תפקידי משרד הבריאות

משרד הבריאות לא יעסוק יותר במימון שירותי אשפוז או בהערכת זכאות כלכלית של הפרט לשירותי אשפוז. בתחום הטיפול בנזקקי סיעוד יישא המשרד באחריות הכוללת לטיפול הרפואי-סיעודי בנזקקי הסיעוד. פעילותו תתמקד בעיקר בתחומים הבאים:

- (1) **התווית מדיניות וקביעת סטנדרטים**, בתחומים כגון:
  - א. זמינות השירות ואיכותו המחייבים את הקופות בכל הקשור להסכמים שלהם עם נותני שירות
  - ב. קריטריונים בכל הקשור להסדרי הבחירה בין נותני שירות מטעמה של הקופה בתחום זה (באשפוז ובקהילה)
- (2) **פיקוח בקרה ואכיפה** – באמצעות בקרה בשטח וריכוז וטיפול בתלונות מצד פרטים וארגונים. האגף לגריאטריה במשרד הבריאות ומחוזות המשרד יתוגברו באופן משמעותי, כדי להגביר את יכולת האכיפה כנגד מוסדות אשפוז שלא עומדים בקריטריונים, ומול קופות הקשורות בהסכם עם נותני שירות שאינם עומדים בקריטריונים (אשפוז וקהילה). האגף יעבוד מול הקופות במתואם עם האגף לפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות וידווח לו באופן שוטף.
- (3) **תכנון והבטחת תשתיות** של מיטות אשפוז וכוח אדם בהתאם לצרכים עתידיים וכן פעילות לעידוד פנייה למקצועות כגון: מומחים לגריאטריה/פסיכו-גריאטריה; אחריות בוגרות קורס על-בסיסי בגריאטריה; עבודה סוציאלית; וסייעת לאחות.
- (4) **ניטור וריכוז המידע** – מידע ניהולי, לרבות דיווחים שוטפים מהקופות ומידע באמצעות סקרים ומחקר
- (5) **תיאום בין משרדי** – גם לאחר יישם הרפורמה המתוארת כאן, וודאי שבמהלכה, יוותר כר נרחב לפעילות בנושאים הקשורים לטיפול בקשישים בכלל ונזקקי סיעוד בפרט, גם באחריות משרדים אחרים. המשרד יאתר את הממשקים וימנה באגף לגריאטריה אנשי קשר לכל אחד מהמשרדים הרלוונטיים. המשרד יפעל **לשיתופי פעולה בתחום הרגולציה** ויהיה בקשר שוטף עם רגולטורים אחרים דוגמת הממונה על שוק ההון הביטוח והחיסכון במשרד האוצר (בעניין הביטוח המסחרי), משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- (6) **מידע לציבור** – המשרד יפיק לציבור מידע שוטף אודות זכויות בתחום נזקקי סיעוד וינחה את הקופות לגבי מידע שהן אמורות לספק למבוטחיהן ואופן העברתו למבוטחים

## ו. המוסד לביטוח לאומי

- (1) בכל שלבי הרפורמה וגם במהלך השנים בעתיד, ימשיך המוסד לביטוח לאומי לתפקד כמי שאחראי על מדיניות הגבייה וההתאמה של דמי הביטוח לצרכים בתחום ביטוח הסיעוד הסוציאלי. כפי שמקובל כיום ביחס לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם בנושא זה, ההקצאה של עלות הסל לקופות החולים לא תהיה תלויה בדמי הביטוח שיגבה המוסד לביטוח לאומי

- (2) בנוסף על פי האמור לעיל, בשלב הראשון של הרפורמה המוסד לביטוח לאומי יישאר עדיין כגורם האחראי הן על מימון שירותי הסיעוד בקהילה והן על אספקתם
- (3) בשלב האחרון, לאחר העברת האחריות על השירותים לקופות החולים, המוסד יישאר כמבטח כאמור בסעיף 1 לעיל, האחראי על גביית דמי הביטוח והתאמתם לצרכים. בנוסף לכך הוא יהיה אחראי כדלקמן:
- (א) קביעת הזכאות של נזקקי הסיעוד (כמקובל כיום)
- (ב) קביעת רמת ההשתתפות העצמית של נזקק הסיעוד – לשירותי הסיעוד בקהילה ובאשפוז
- (ד) הערכות מצב תקופתיות, מתואמות עם משרד הבריאות לאור דיווחים מהקופות

## ז. תשתיות

- (1) **שימור תשתית האשפוז** - שוק האשפוז הסיעודי כולל כיום ריבוי מוסדות קטנים עם כושר מיקוח קטן מול קופות החולים. קיימת אפשרות שבמהלך תקופת ביניים עלולה להתרחש סגירה של מוסדות קטנים, שטרם הגיעו למסה קריטית המאפשרת ניהול כלכלי יעיל, בטרם נבנו חלופות. לאור זאת, על מנת להגן על ספקי השירות, מומלץ **לקבוע, בהוראת שעה, לתקופה מוגבלת, תעריפי מינימום סבירים לספקי השירות שיעבדו עם קופות החולים**, תוך התווית סטנדרטים של איכות וחיזוק מנגנוני האכיפה. תעריפי המינימום ייקבעו על ידי וועדה חיצונית ייעודית. נושא זה יאפשר גם עמידה טובה יותר ברף האיכות.
- (2) **תכנון עתידי** – האמור בגוף העבודה הנוכחית מצביע על צורך עתידי בתוספת ניכרת של מיטות לאשפוז הממושך, לסוגיו השונים. מומלץ לבצע אומדן, שיבוסס על מודל חיזוי מורכב, שיביא בחשבון משתנים נוספים שהוזכרו אך מפאת קוצר הזמן, לא נכללו בעבודה זו. המשרד יקים **וועדת מומחים שתבחן את היקף מיטות האשפוז הנדרשות וכן את היקף כוח האדם המקצועי והסעודי הנדרש בתחום זה**.

## ח. ביטוח סיעוד מסחרי

ככל שיתרחב הסל הציבורי כך יצטמצם הצורך במימון ההוצאה מהכיס הפרטי ו/או בסיוע במימון מצד ג' (חברת ביטוח). על פי הערכתנו, בטווח הרחוק, שוק הביטוח המסחרי יתאים עצמו למצב החדש שיווצר. הוא אף יפיק תועלת מהרפורמה עקב צמצום חשיפה וירידה ברמת הסיכונים של חברות הביטוח. עם זאת, לדעתנו כדי למנוע זעזועים בתקופת הביניים ולוודא שהכיוון אליו יצעד השוק יעלה בקנה אחד עם עקרונות החברתיים ומטרות הרפורמה, מתחייבים צעדי ליווי והסדרה בחוק<sup>4</sup> בתחומים הבאים: קביעת כללים לחלוקת הוצאה בין מבטחים (ציבורי/מסחרי); מניעת חפיפה בין כיסויים והכוונת שוק הביטוח המסחרי ל- ביטוח

<sup>4</sup> קיימת אפשרות להגביל את הרגולציה לפוליסות הקולקטיביות העיקריות המהוות את מרבית השוק – אלה המשווקות לחברי קופות החולים

סיעוד משלים לסל הבסיסי בלבד, במתכונת של תוספת שעות סיעוד בקהילה או פיצוי כספי ועידוד החברות להרחבת הכיסוי בקהילה.

להלן כיוונים מומלצים בביטוח הסיעוד המסחרי :

- 1) **שינוי מבנה הפוליסות לפוליסות משדרגות** (מציעות שירות בעין, מעבר לכיסוי הציבורי ו/או פיצוי כספי)
- 2) **דגש על קהילה** - לדוגמא – פיצוי מוגדל בקהילה, מימון שהייה זמנית של נזקקי סיעוד באשפוז קצר מועד (לרענון המטפל העיקרי), פיצוי מוגדל לשוהים במרכזי יום וכד'
- 3) עידוד חברות הביטוח להכליל בפוליסה **תגמול והטבות למטפלים עיקריים**
- 4) **הפחתת כפילות** – לדוגמא, עיגון בחוק נושא של חלוקת חבויות בין מבטחים (ציבורי ופרטי)
- 5) **חופש תנועה בין פוליסות קבוצתיות** (portability)
- 6) **אפשרות ל- downgrading בפוליסה קבוצתית** - למבוטחים בעלי וותק בפוליסה מעל 10 שנים, שאינם עומדים בעלות הפרמיות. היינו, אפשרות רכישה של פוליסה קבוצתית, מצומצמת יותר, שעלותה נמוכה יחסית, למי שלא יכול לעמוד בגידול בפרמיות לאורך זמן
- 7) **הקניית ערכי סילוק ופדיון** בפוליסות סיעוד קבוצתיות הגדולות שבעלות קופות החולים
- 8) **אחידות בקריטריונים** להגדרת מקרה הביטוח (הגדרת נזקק סיעוד) בביטוח הסוציאלי ובביטוח המסחרי (תגמול החל מ-ADL 2/ או שתהיה חפיפה לפחות עם 2 רמות המוגבלות הגבוהות שבחוק סיעוד)

## ט. מידע ומחקר

- 1) פיתוח/השלמת מנגנון לאיסוף מידע מקופות החולים ומספקי שירותי סיעוד (במוסדות ובקהילה) – מידע מנהלי
- 2) הקמת מאגר מידע לרשות מקבלי ההחלטות ומנהלים
- 3) הקמת "תחנת מידע" / מוקד טלפוני שיתמחה באספקת מידע בדבר זכויות, ונהלים
- 4) העצמת מבטחים באמצעות וועדת ערר ממשלתית, בין-משרדית
- 5) הקצאת מימון לעידוד מחקר בתחומים כגון: מדיניות הטיפול בנזקקי סיעוד, היבטים כלכליים של הטיפול בנזקקי סיעוד ; וביטוחי סיעוד
- 6) מחקרים כלכליים – כגון מעקב אחר משמעויות כלכליות של הטיפול בנזקקי סיעוד והמלצות שוטפות למדיניות
- 7) עדכון שיטת איסוף מידע רלוונטי ע"י הלמ"ס, הן בנושא הוצאות משקי הבית והן בתאום עם דרישות ה- OECD (חשבונאות לאומית בסיעוד).

## י. מודל המימון

- (1) **המודל האקטוארי** – מבין החלופות של pay as you go, מימון בין-דורי/עצמאי, המלצתנו – במהלך שלבי יישום הרפורמה המוצעת (עד 3 שנים מיום החלתה), לא לשנות את המתכונת הנוכחית של **שיטת** גביית דמי הביטוח הלאומי בנושא זה.
- (2) **מודל הגבייה** – חלק משמעותי, כמפורט להלן, יבוא מתשלום דמי ביטוח פרוגרסיביים (ראה מקורות המימון להלן). תשלום ייגבה הן מגמלאות מחלק השכר שמתחת ל- 60% מהשכר הממוצע במשק (תשלום מופחת), אולם עיקר המימון יבוסס על חלק ההכנסה שמעל 60% מהשכר הממוצע במשק.

## יא. מקורות מימון

- (1) **התקציב למימון סל שירותי הסיעוד במסגרת הרפורמה המוצעת יהיה "מסומן"**. חלק המימון שיועד לשירותי הסיעוד, יהיה מוצמד בגין שינויים דמוגרפיים ושינויי מחירים באופן שלא יביא לשחיקה בתקציב המגיע לקופות.
- (2) מקורות המימון של התוספת הנדרשת יכולים להתבסס על: הגדלת מס הבריאות; הגדלת דמי הביטוח הלאומי, הנהגת מס מעסיקים; מיסוי ייעודי; והקצאה ייעודית מתקציב המדינה - שילוב בין הנ"ל או שימוש בחלק מהם. לכך יתווסף חלק המימון/ההשתתפות העצמית של משקי הבית.

## עלות, מודל ההקצאה ומנגנון העדכון

### 1) עלות הסל (סה"כ, כולל אשפוז וקהילה)

- (א) להערכתנו על מנת ליישם את הרפורמה במלואה (על כל שלביה), תידרש תוספת למקורות הקיימים, בסך של כ- 1.25 מיליארד ₪ (במחירי 2010).
- (ב) עלות הסל ברוטו שתידרש להפעלה **כיום** (כולל המקורות הקיימים) – כ- 6.5 מיליארד ₪ (נדרשת הערכה אקטוארית לחישוב ארוך טווח – הערכה שכזו אמורה להתבצע בשתי"פ בין-משרדי ולהביא בחשבון שאלות מדיניות, כגון מימון בין-דורי).
- (ג) כאמור, הקצאה זו תהיה מקודמת כך שלא תהיה שחיקה בתקציב המיועד.

### 2) מנגנון העדכון-

- (א) **עלות הסל תיבחן אחת ל-5 שנים**, על בסיס המלצות של וועדת מומחים, שתתייחס למצב התביעות בשנים שחלפו, וכן לשינויים ומגמות עתידיות בנושאים כגון - עלייה בתוחלת החיים של נזקקי הסיעוד, השינוי בשיעורי מיסוד, שינוי בשיעור המוגבלים וכדו'. ההמלצות יובאו לאישור שר הבריאות.
- (ב) כדי להתאים במהלך 5 השנים את עלות הסל לשינויים בעלות אספקת השירותים, ייקבע **מדד ייעודי** (מדד יוקר שירותי הסיעוד) שיחושב על ידי הלמ"ס ויהיה מורכב מהמשתנים הבאים: מדד השכר בענף הסיעוד, מדד המחירים לצרכן, מדד השכר במגזר הבריאות. למדד זה תוצמד מידי שנה עלות הסל. גם הרכבו של מדד זה ייבחן אחת ל-5 שנים.
- (ג) עלות הסל תעודכן אחת לשנה בהתאם ל- 90% מהגידול המתוקנן במספר הקשישים.
- (ד) שינוי נדרש בהסדרי הגבייה של דמי ביטוח כדי להתאימם לעלות הסל, יתבצעו באחריות משרד האוצר ובתאום עם המוסד לביטוח לאומי. בכל מקרה, עלות הסל וההקצאה למימון הסל לא תהא תלויה בהיקף הגבייה של דמי הביטוח.

### 3) מודל ההקצאה

- (א) נוסחת הקפיטציה תשונה באופן שיביא לידי ביטוי את הגידול בהוצאות של קופות החולים על האוכלוסייה הקשישה. נוסחת ההקצאה, תיבחן אחת ל-4 שנים.
- (ב) מומלץ, שהנוסחה תתייחס למשתנים הבאים:
  - (1) 6 קבוצות הגיל הבאות: (65-69 ; 70-74 ; 75-79 ; 80-85 ; 85-89 ; 90 ומעלה).
  - (2) מיגדר בקרב הקבוצות הנ"ל
  - (3) פריפריה/ריחוק ממרכזים עירוניים של קבוצות הגיל הרלוונטיות
  - (4) מצב סוציו-כלכלי של קשישים

**י.ג. שלבי היישום המדורג**

מכיוון שמדובר ברפורמה מקיפה אשר באה לתת מענה לריבוי הגורמים הפועלים כיום במערכת הזכאות הסיעודית, מומלץ לממש את הרפורמה בשלבים. להלן המרכיבים העיקריים בכל אחד משלבי היישום:

**(1) שלב ראשון (12-18 חודש):**

- א) הרחבת הכיסוי למבוטחים השוהים בקהילה (אוניברסאליות+הרחבת היקף הכיסוי הקיים)
- ב) עיגון הזכאות מונחים של שעות סיעוד ו/או עדכון מנגנון ההצמדה של הגמלה
- ג) חיזוק משמעותי של המערך הגריאטרי וצוותי טיפולי הבית בקופות החולים
- ד) עדכון התוספת השנייה לעניין סל השירותים של צוות טיפולי הבית
- ה) הגדרת קופות החולים כמספקות שירותי בקרה, פיקוח והדרכה בהסכם עם המוסד לביטוח לאומי בגין שירותי הסיעוד בקהילה
- ו) הסכמים בין הקופות למוסד לביטוח לאומי ובניית התשתית הנדרשת בקופות.
- ז) הרחבה משמעותית של המידע למבוטחים ומשפחותיהם – באחריות ממשלתית
- ח) שינוי רגולציה בביטוח המסחרי (ליישום ממועד הארכת ההסכמים הקבוצתיים הקרובים עם קופות החולים)
- ט) איסוף מידע רלוונטי ומחקר
- י) הקמת וועדת מומחים לתכנון ארוך טווח של תשתיות נדרשות

**(2) שלב שני (18-24 חודש):**

- א) העברת האשפוז הסיעודי לאחריות הקופות
- ב) הרחבת הכיסוי האשפוזי סיעודי לאוניברסאלי ושינוי כללי ההשתתפות העצמית
- ג) קביעת תעריפי מינימום באשפוז סיעודי
- ד) העברת האחריות לאשפוז תשושים ממשד הרווחה והשירותים החברתיים לקופות החולים
- ה) שינויים מבניים בקופות החולים (חברת בת או חטיבה לגריאטריה, הרחבה משמעותית של צוותי טיפולי הבית וכד')
- ו) הרחבת מסגרות ההכשרה של כוח האדם הרלוונטי
- ז) הקופות נערכות להסכמים עם ספקי שירותי סיעוד, לקראת שלב ג'
- ח) הגדרת נוסחת הקפיטציה הייעודית ומדד יוקר שירותי הסיעוד (חדש)

**(3) שלב שלישי (יישום מ-החודש ה-24 ואילך):**

ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד

- א) העברת האחריות לאספקת שירותי הסיעוד בקהילה מהמוסד לביטוח לאומי לקופות החולים
- ב) התאמת נוסחת הקפיטציה ומדד יוקר שירותי הסיעוד
- ג) הרחבת תשתית המיטות וכוח האדם

\*\*\*\*\*

## חלק ראשון - רקע

### 1. מבוא

מדינת הרווחה המודרנית פורשת בפני תושביה רשת ביטחון אשר בבסיסה עקרונות של סולידאריות חברתית וצדק חברתי ותשתיתה הכלכלית מבוססת על תשלומים לביטוח הלאומי והשלמות מתקציב המדינה, שגם הוא מבוסס בעיקרו על הכנסות ממיסים. רשת הביטחון נועדה לתמוך בתושבים הן במהלך חייהם הפעילים בגיל התעסוקה, במתכונת של גמלאות מחליפות שכר למשל<sup>5</sup>, והן במהלך שנים מאוחרות יותר במהלך חייהם עת מגיעים הם לגיל זיקנה. כאן מורכבת רשת הביטחון מגמלאות ארוכות טווח, כגון קצבאות זקנה ושארים וגמלת סיעוד.

השאלה היא האם אותה רשת ביטחון אכן מבטיחה שבמקרה בו יהפך תושב ישראל לחולה סיעודי, תישא המדינה באמצעות קופת החולים או המוסד לביטוח לאומי בחלק משמעותי מנטל המימון של הטיפול בו, בין במהלך שהותו בקהילה ובין במוסד לאשפוז ממושך. חוק הסיעוד<sup>6</sup> מזכה נזקק סיעוד בגמלה שאמורה לאפשר קבלת טיפול סיעודי בבית, בהיקף שכיום מתורגם לכל היותר ל- 18 שעות בשבוע<sup>7</sup> (ברמת המוגבלות הגבוהה ביותר וברמת ההכנסה הנמוכה יותר). ממצאי מחקר שנערך בקרב משפחות של נזקקי סיעוד ברמת מוגבלות שניתן להגדירה כבינונית ומעלה, מעידים על תוספת שעות המושקעות על ידי בן המשפחה המוגדר כמטפל העיקרי, מעבר לסיוע הניתן מכוח חוק סיעוד, בהיקף של כ- 27 שעות בשבוע<sup>8</sup>. השתתפות המדינה באשפוז במוסד סיעודי, מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מוגבלת בהיקפה והיא מחייבת השתתפות עצמית שגובהה נקבע לאחר בדיקה מקיפה של היקף ההכנסות, הרכוש והחסכונות של נזקק הסיעוד ובן/ת זוגו (אם קיימת) וכן הכנסות ילדיהם. משמעות האמור לעיל היא שחלק ניכר מצרכי הטיפול הסיעודי מוטלים על נזקקי הסיעוד ומשפחותיהם.

כל עוד מצב זה עומד בעינו, הדאגה להתמודדות עתידית עם מצבי חולי ההופכים אדם לחסר עצמאות בתפקודיו היום-יומיים נותרת בגדר אחריותו האישית של כל אזרח ומחובתו של כל אדם לשאול עצמו מה עליו לעשות כבר היום כדי להתמודד עם האפשרות שייקלע בעתיד למצב בו יהפוך הוא או מי מבני משפחתו לנזקק סיעוד. אחריות זו מחייבת אימוץ אורח חיים בריא ומקדם בריאות ותכנון ארוך טווח, אשר מאפשר גם הקמת תשתית נאותה להתמודד פיננסית עם הצורך בעתיד בסיוע התפקודי, תוך שמירה על איכות חיים סבירה. התייחסות שכזו היא תלוית הכנסה, השכלה ותרבות, לכן חוסר מעורבות ממשלתית מספקת בתחום זה עלולה לתרום להעמקת אי השוויון החברתי-כלכלי ולפגיעה באוכלוסייה ככלל ובאוכלוסייה החלשה בפרט.

דאגה להורים שהינם נזקקי סיעוד יכולה לפגוע קשות בהכנסתם הפנויה של ילדיהם, בני דור הביניים. באותה תקופה בה דואגים הם לעתידם ולעתיד ילדיהם, נאלצים לעיתים ילדיהם של

<sup>5</sup> דוגמאות לגמלאות מחליפות שכר: דמי לידה, תגמולי מילואים, דמי אבטלה ודמי פגיעה (בעבודה).

<sup>6</sup> פרק י' לחוק הביטוח הלאומי

<sup>7</sup> בחלוקה לשישה ימים בשבוע מדובר ב-3 שעות ליום. יש לציין כי נזקק סיעוד המצוי ברמת המוגבלות הגבוהה ביותר וברמת ההכנסה הנמוכה ביותר ואשר אינו מעסיק עובד זר זכאי לתוספת של 4 שעות שבועיות

<sup>8</sup> בר-צורי ר. 2009. הנתונים נוגעים לבעלי היתר להעסקת עובד זר, שלא מימשו אותו ומעסיקים עובד ישראל.

נזקקי הסייעוד לכלות את חסכוניהם כדי להבטיח טיפול סיעודי הולם ושמירה על איכות חיים נאותה של הוריהם.

מחלות כרוניות כגון סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות פרקים ומחלות ריאה כרוניות מתאפיינות במהלך ממושך שבהמשכו מגיע פעמים רבות החולה למצב בו הוא נזקק לסיוע בתפקודיו היום-יומיים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתמודד בהצלחה עם הכיסוי הרפואי לטיפול שוטף במחלות אלה. אולם, הוא לא הקנה למבוטחים כלים להתמודד עם תוצאותיהן ארוכות הטווח. התמודדות מושכלת עם מצבי חולי המלווים בקשיי תפקוד ברמה כזו, דורשים התמצאות במבך שכיום הוא מפותל מאוד – האחריות על הטיפול בקשיי הסייעודי מפוצלת בין רשויות רבות דבר המביא למצב בו נזקקי סיעוד ומשפחותיהם עומדים לעיתים חסרי אונים בפני המערכת שאמורה לדאוג להם בשעתם הקשה.

בסקר שנערך בארה"ב על מדגם מייצג ברמה הלאומית נמצא כי הציבור חסר ידע אודות זכויותיו ואודות היקף ההשקעה הנדרש במצב סיעודי, כמו גם בדבר סיכוייו להיחפך במהלך חייו לנזקק סיעוד. כ- 51% מהנשאלים העריכו את עלות האשפוז במוסד סיעודי בהרבה מתחת לעלות הממוצע שהיתה בפועל, ו- 24% לא היו מסוגלים כלל לנחש. 61% מבני 45-54 חשבו בטעות שנושא זה מכוסה על ידי medicare, ו- 31% היו בטוחים שהם מכוסים על ידי פוליסה פרטית או דרך מקום העבודה למרות שהיקף הכיסוי באותה עת ברמה הארצית עמד על 6% בלבד.<sup>9</sup> סביר להניח שבישראל המצב אינו שונה בהרבה. מחקר שנערך ע"י מכון ברוקדייל מצא כי בקרב מאושפזים במוסדות סיעוד כ- 30% כלל לא ידעו אם המאושפז מבוטח בביטוח סיעודי (ונשלחו לברר). כמו כן נמצא כי קיים פער בין שיעור המדווחים על קיומו של ביטוח סיעודי קבוצתי בהסתמך על דיווח עצמי לעומת נתוני המפקח העל הביטוח במשרד האוצר, המיוחס בעיקר לחוסר ידע של המבוטחים (פער של 18%)<sup>10</sup>. במחקר אחר נמצא לדוגמא כי כ- 30% ממשפחות מקבלי גמלת סיעוד בישראל לא ידעו כלל על האפשרות להמיר את שעות הסייעוד המוקצות להם במסגרת הגמלה, למימון של שהייה במרכז יום<sup>11</sup>.

עם זאת, נראה כי הבעיה המרכזית אינה נעוצה רק בחוסר המידע או באי הבנת המערכת המורכבת, אלא בשני מימדים אחרים. האחד, ההיקף המוגבל של הכיסוי הציבורי והשני אי יעילות באספקת השירותים שמקורו בעיקר בפיצול הקיים כיום, במערכת תמריצים לקויה ובאופן הארגון של מערך השירות.

אוכלוסיית ישראל מזדקנת בקצב מהיר וחשיבותה של מערכת מורכבת זו של ביטוח הסייעוד הסוציאלי תלך ותגבר. לפיכך, חיוני לבחון את המדיניות הלאומית בתחום שירותי הסייעוד הנהוגה כיום, לחפש בה מוקדים של חוסר יעילות ולבחון דרכים לשפר אותה. בהמשך, להגדיר כיצד להיערך לשינויים, אם יידרשו כאלה, ולאן פניה של המדיניות הממשלתית העתידית בתחום זה של הטיפול בקשישים מוגבלים, נזקקי סיעוד.

<sup>9</sup> Gardyn R. Cost of Care. American Demographics 2002;24(4):10-11.

<sup>10</sup> ביטוח הסייעודי בישראל, שולי ברמלי-גרינברג ואחרים, 2010

<sup>11</sup> ברודסקי ואחרים 2010

## מטרות

מטרת העבודה הנוכחית הינה לתאר ולנתח את המצב הקיים בישראל בתחום ביטוח הסיעוד הסוציאלי. לאתר מוקדים אפשריים של חוסר יעילות ולהמליץ על מדיניות לטווח הקצר והארוך. כל זאת, במגמה להציג את עמדת משרד הבריאות באשר לאופי הראוי של מעורבות המדינה בתחום הביטוח הסיעודי וכדי ליצור רקע משותף לדיון עם שותפים בממשלה ועם מקבלי החלטות ברמה הלאומית, אודות המדיניות הראויה בתחום הסיעוד ברמה הלאומית.

## שיטה

העבודה תציג מגמות ותחזיות דמוגרפיות; תנתח את המצב הקיים בישראל בתחום הטיפול בקשישים נזקקי סיעוד, הן מהיבט הכיסוי הביטוחי והן מהיבט ארגון השירותים, תוך התייחסות לקשישים במוסדות כמו גם לקשישים הסיעודיים השוהים בקהילה. תבוצע גם השוואה של המצב בישראל למדינות מערביות אחרות (זו תוצג בחוברת נפרדת) ויוצגו המלצות למדיניות לאומית. העבודה לא תתייחס לשירותי סיעוד לאוכלוסיות מיוחדות דוגמת אלה המסופקים מכח חוק הסעד (טיפול במפגרים) תשכ"ט-1969; נפגעי עבודה (חוק הביטוח הלאומי); חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א – 1991 וחוק שירותי הסעד, תשי"ח-1958<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> כמו כן, יובהר כי במסגרת עבודה זו אין כוונה לתאר את מכלול פעילותם של ארגונים שונים ואת כלל השירותים העומדים לרשות קשישים בישראל דוגמת 'קהילה תומכת', דיור מוגן, פעילותם של ארגוני חסד ואחרים.

## 2. רקע כללי

### תוחלת החיים

תוחלת החיים של האוכלוסייה בישראל גדלה באופן משמעותי במהלך השנים. בין השנים 1950-54 היתה תוחלת החיים הממוצעת בלידה, בזכרים 67.2 שנה ובנקבות 70.1 שנה. בשנים 1960-64 עלתה תוחלת החיים הממוצעת לכדי 70.6 (בזכרים) ו- 73.1 (בנקבות). מגמה זו הלכה והתחזקה גם בהמשך והיא נמשכת גם ב- 3 העשורים האחרונים ועד לימים אלה ממש - ממוצע תוחלת החיים לשנים 2005-2009 עומד על 78.9 בזכרים ו- 82.7 בנקבות (ראה טבלה מס' 1). מהנתונים בטבלה עולה כי תוחלת החיים בקרב נשים גדולה יותר בכל קבוצת גיל.

גם קצב הגידול בתוחלת החיים מאז המחצית השנייה של שנות ה-80 שונה בין המגדרים. השוואת תוחלת החיים הממוצעת בין השנים 1985-1989 לזו שהיתה בין השנים 2005-2009 (הפער באחוזים) מראה שבתקופה זו של עשרים שנה אחוז הגידול בתוחלת החיים הממוצעת בקרב נשים, בכל אחת מקבוצות הגיל, גבוה יותר בהשוואה לגברים. אחוז הגידול הולך ועולה ככל שעולים בקבוצות הגיל. שיעור השינוי הגבוה ביותר היה בתוחלת חיים של גברים בגיל 85 (32%).

טבלה מס' 1: מגמות בתוחלת חיים בישראל 1985-2009

נקבות				זכרים				
פער באחוזים	תוחלת חיים ממוצעת			פער באחוזים	תוחלת חיים ממוצעת			תוחלת חיים בגיל
ממוצע 85- לעומת 05- ממוצע 09	2005-2009	1995-1999	1985-1989	ממוצע 85- לעומת 05- ממוצע 09	2005-2009	1995-1999	1985-1989	
6.8	82.7	80.0	77.4	6.9	78.9	76.1	73.8	0
15.5	48.5	46.0	42.0	10.5	45.1	42.7	40.8	35
22.0	20.5	18.5	16.8	21.1	18.4	16.4	15.2	65
25.9	6.8	5.8	5.4	32	6.6	5.6	5.0	85

מקור: עיבודים על נתוני למ"ס שנתון סטטיסטי 2010

הנתונים שבטבלה מתייחסים לממוצע בקרב כלל אוכלוסיה. ראוי לציין שגם בקרב מוגבלים שהינם נזקקי סיעוד<sup>13</sup>, קיימת מגמה של הארכה בתוחלת החיים מהשלב בו הקשיש הפך לנזקק סיעוד ועד לפטירתו. נתוני חברות הביטוח מצביעים על כך שבאמצע שנות ה-90 היתה תוחלת החיים של נזקקי סיעוד כ- 18 חודש ואילו כיום היא כ- 36 חודשים<sup>14</sup>. יש לציין כי בישראל חסר עדיין מידע מבוסס-מחקר, בתחום זה. ככל הידוע, הנתונים שבידי חברות הביטוח מתבססים בעיקר על האוכלוסייה המבוטחת בביטוח המסחרי, ומטבע הדברים, מדובר באוכלוסייה בעלת

<sup>13</sup> בעבודה זו השימוש במונח 'מוגבל' ו'נזקק סיעוד' מתייחס לאנשים שתלויים בעזרת הזולת באחת או יותר מפעולות היום-יום, ועומדים בקריטריונים, מבחינת רמת המוגבלות שלהם, בכל הנוגע לחוק ביטוח סיעוד וכן כאלה המאושפזים במוסדות לטיפול ממושך

<sup>14</sup> נתונים מהחברת ביטוח.

מאפיינים (השכלה, הכנסה) שאינם מייצגים בהכרח את כלל האוכלוסייה בישראל. כמו כן, בעשורים הקודמים מרבית פוליסות הביטוח הקבוצתיות הבטיחו כיסוי של עד 36 חודשים (כיום רובן מוגבלות ל-60 חודשים), כך שלחברת הביטוח לא היתה אפשרות לכאורה לעקוב אחר תוחלת חייו של הנזקק ממועד תום האחריות הביטוחית ועד פטירתו. הטיה נוספת קיימת עקב מועד הגשת התביעה לחברת הביטוח שלא תואם בהכרח את מועד הפיכת המבוטח לנזקק סיעוד, כהגדרתו במערכת הציבורית. לאור כל האמור לעיל, נראה כי תוחלת החיים של אוכלוסיית המוגבלים, שהוצגה לעיל, הינה שמרנית למדי. מידע אודות המגמות בתוחלת החיים של נזקק סיעוד אמור להשפיע על היערכות ארוכת טווח של המערכת הציבורית בהיבטים של אקטואריה, תשתיות (מיטות כ"א וכדו') וכדו'.

קצב הגידול בתוחלת החיים אם כן הוא גבוה ביותר ובמיוחד בקבוצות הגיל המבוגרות והוא צפוי לגדול גם בעתיד בקצב מהיר למדי. במקביל יש לזכור ששיעור הפרייון בישראל נמצא במגמת ירידה מ-111.4 בממוצע בתחילת שנות ה-60 דרך 102.6 בתחילת שנות ה-80 (ממוצע 84-80) ועד 89.5 בשנת 2009<sup>15,16</sup>. שילוב זה בין עלייה בתוחלת החיים וירידה בשיעור הפרייון מהווה מרכיב מרכזי<sup>17</sup> בתרומה להזדקנות האוכלוסייה בישראל.

### הזדקנות האוכלוסייה בישראל

בסוף שנת 2009 מנתה אוכלוסיית הקשישים (גיל 65 ומעלה) בישראל כ-742 אלף נפש והם היוו 9.8 אחוז מהאוכלוסייה. הקשישים המבוגרים בני 75 ומעלה היוו 4.7 אחוז מכלל האוכלוסייה ו-48% מכלל הקשישים ואילו קבוצת גיל 80 ומעלה היוותה 2.7 אחוז מכלל האוכלוסייה ו-28% מהקשישים.

בהשוואה למדינות מערביות אחרות, אוכלוסיית ישראל עדיין צעירה יחסית. בשנת 2009 היוותה קבוצת הגיל 65 ומעלה כ-9.8% מהאוכלוסייה הכללית בישראל. לשם השוואה, באותה שנה הגיע אחוז בני 65 ומעלה מקרב כלל האוכלוסייה ל-12.8% בארה"ב, 15.2% בהולנד, 15.8% באנגליה, 16.6% בצרפת, 20.3% בגרמניה, ו-22.8% ביופן. מתוך 34 מדינות OECD רק בטורקיה, מקסיקו וצילה, היה שיעור קשישים נמוך יותר בהשוואה לישראל<sup>18</sup>.

עם זאת, מספר הקשישים בישראל גדל בהתמדה, ובקצב מהיר יותר מרוב מדינות ה-OECD. תרשים מס' 1 מתאר את קצב הגידול במספר הקשישים בישראל, בהשוואה למדינות אחרות במערב. התרשים מתייחס לשיעור הגידול במספר הקשישים בין השנים 1970-2009 וממנו עולה כי שיעור הגידול בישראל הוא מהגבוהים ביותר בקרב מדינות המערב. רק יפן ודרום קוריאה הדגימו שיעור גידול גבוה יותר. האמור לעיל נכון הן לגבי שיעור הקשישים בני 65 ומעלה באוכלוסייה והן לגבי שיעור בני 80 ומעלה באוכלוסייה.

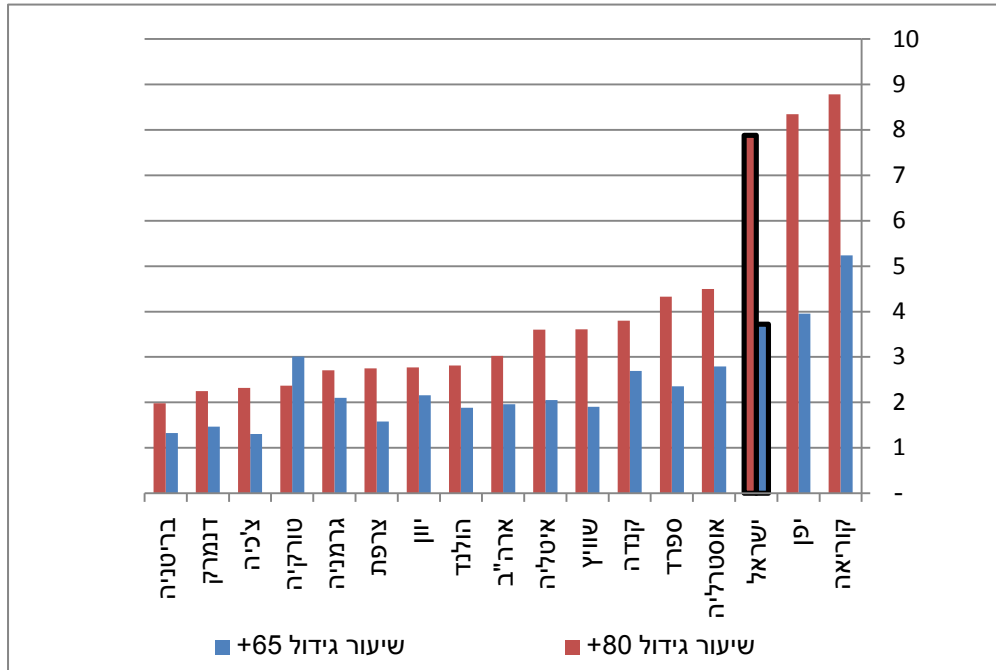
<sup>15</sup> למ"ס שנתון סטטיסטי - 2010

<sup>16</sup> קיים הבדל בקצב הירידה בשיעור הפרייון בין קבוצות אוכלוסייה. בקרב נשים יהודיות השיעור ירדו מ-96.6, בתחילת שנות ה-60, ל-87.9 בשנת 2009 ובקרב נשים מוסלמיות הירידה באותה תקופה היתה מ-277.9 ל-113.2

<sup>17</sup> לצד גורמים נוספים שחלקם הם בבחינת cohort effects  
<sup>18</sup> OECD, 2010 Health Data

**תרשים 1:** שיעור הגידול במספר הקשישים לפי קבוצות גיל בין השנים 1970-2009 בקרב מדינות

החברות ב-OECD



**מקור:** עיבוד על נתוני OECD.

בעשורים האחרונים קיימת מגמה מתמדת של התבגרות האוכלוסייה בישראל. במהלך התקופה שבין שנת 1960 ל-2009, עלה הגיל החציוני באוכלוסייה בישראל ב-20% – מגיל 24.4 שנים בשנת 1960 ל-29.3 ב-2009 (טבלה 2). הגידול באוכלוסיית הקשישים בישראל הינו אכן דרמטי ומומחש היטב כאשר בודקים את תרומת קבוצות הגיל השונות להתבגרות האוכלוסייה. ניתן להדגים זאת באמצעות נתונים המוצגים בטבלאות 2 ו-3 להלן: בין 1960 ל-2009 גדלה אוכלוסיית ישראל פי 3.5 (טבלה 2). אולם אם ניתוח שיעורי הגידול לפי קבוצות גיל (טבלה 3), מעיד על כך שבאותה תקופה שיעור הגידול של קבוצת הילדים בגיל 0-14 שנה היה פי-2.7 (נמוך מהגידול בכלל האוכלוסייה) ואילו הגידול בקרב הקשישים מעל גיל 65 היה בשיעור של פי 7; מספר הקשישים בני 75 ומעלה גדל במהלך אותה תקופה פי 10.

**טבלה מס' 2: הגידול הדמוגרפי 1960-2009 כלל האוכלוסייה**

שנה	גידול באחוזים	גידול מצטבר	גיל חציוני
1960			24.4
1970	40.5%	40.5%	23.5
1980	29.8%	82.4%	24.8
1990	23.0%	124.2%	26.0
2000	32.1%	196.2%	27.7
2009	18.6%	251.2%	29.3

**מקור:** עיבודים על נתוני למ"ס, שנתון סטטיסטי, שנים שונות

## טבלה 3: מגמות בשיעור ילדים וקשישים 1960 - 2009

גיל 75 ומעלה		גיל 65 ומעלה			גיל 0 עד 14		שנה
גידול באחוזים*	גידול מצטבר	שיעור ומעלה באוכלוסייה	גידול באחוזים*	גידול באחוזים*	גידול מצטבר	שיעור 0-14 באוכלוסייה	
		1.5%				36.0%	1960
77.2%	77.2%	1.9%	91.0%	91.0%	6.8%	28.6%	1970
229.8%	86.1%	2.8%	216.8%	65.8%	8.6%	68.3%	1980
463.2%	70.8%	3.8%	314.0%	30.7%	9.2%	93.0%	1990
739.2%	49.0%	4.3%	483.1%	40.8%	9.8%	134.8%	2000
976.3%	28.3%	4.7%	594.3%	19.1%	9.8%	172.5%	2009

מבוסס על נתוני למ"ס. לפי מספר נפשות בסוף כל שנה. גידול באחוזים\* - כל שנה לעומת קודמתה. גידול מצטבר - שנת הבסיס = 1960

הטבלה לעיל ממחישה מגמה זו גם במונחים של **שיעור** הקשישים באוכלוסייה - מאז ראשית שנות השישים גדל שיעור בני 65 ומעלה באוכלוסייה מ-5% ל-9.8%; שיעור בני 75 ומעלה גדל באותה תקופה מ-1.5% ל-4.7% ואילו שיעור בני 0-14 באוכלוסייה ירד מ-36% ל-27.9%.

**מגדר** - תוחלת החיים הארוכה יותר בקרב נשים תורמת למצב בו שיעורן גבוה יחסית בקרב הקשישים, והוא עולה עם התקדמות הגיל - הנתונים שבטבלה 4 ממחישים זאת. כפי שנראה בהמשך, מצב זה מביא לכך ששיעור המוגבלות בקרב נשים גבוה יחסית (survival effect) והוא מתקיים הן באוכלוסייה היהודית והן בערבית. עם זאת, יש לציין כי במחקרים נמצא ששיעור שתוחלת החיים הארוכה יחסית של נשים אינה הגורם המסביר היחיד את שיעור המוגבלות הגבוה יחסית בקרבן בהשוואה לגברים.

## טבלה 4: שיעור נשים מכלל הקשישים לפי קבוצות גיל - 2009

אחוז נשים בקב' 75 ומעלה	אחוז נשים בקב' 65 ומעלה	אחוז נשים בקב' 65-74	שיעור נשים מכלל האוכלוסייה	יהודים ואחרים
59.7%	57.1%	54.4%	50.8%	ערבים
56.3%	53.6%	52.2%	49.5%	סה"כ
59.6%	56.9%	54.4%	50.6%	

מקור: עיבודים על נתוני למ"ס, שנתון סטטיסטי, שנים שונות

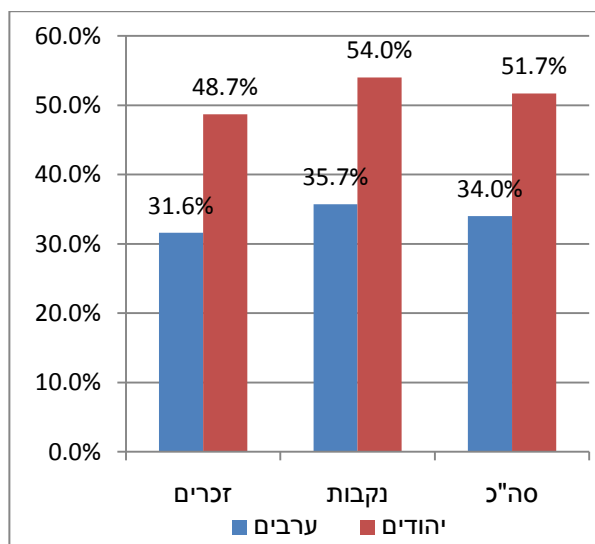
תוחלת החיים בקרב האוכלוסייה הערבית נמוכה בהשוואה ליהודית ומגד שיעור הילודה שם גבוה יחסית. מצב זה מביא לכך ששיעור הקשישים בתוך אותה קבוצה הוא קטן יחסית. מקרב כלל הקשישים בישראל 94% הם יהודים ואחרים<sup>19</sup> ורק 6% הם ערבים. זאת, לעומת גיל 0-14 שנה שם כ-72 אחוז הם ילדים יהודים ואחרים וכ-28 אחוז הם ילדים ערבים. לשם השוואה - באוכלוסייה הכללית כ-81% הם יהודים ואחרים וכ-19% הם ערבים.

תרשימים מס' 2 ו-3 ממחישים את ההבדלים בין קבוצות אוכלוסייה. מהתרשימים עולה כי האוכלוסייה היהודית מבוגרת יותר בהשוואה לערבית. שיעור הקשישים בני 65 ומעלה בקרב

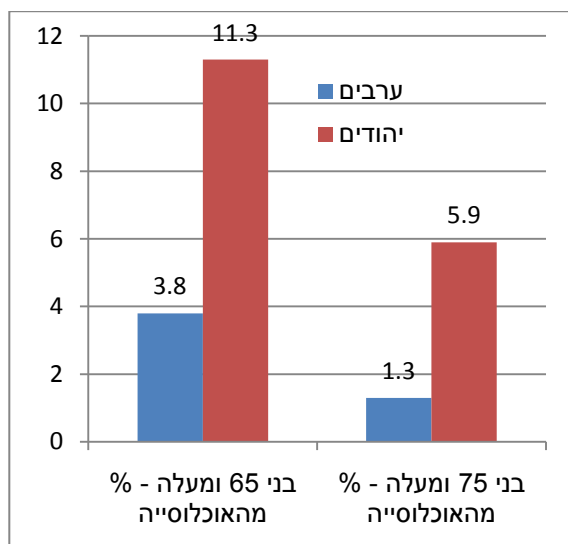
<sup>19</sup> אחרים - כולל נוצרים שאינם ערבים ובלתי מסווגים לפי דת

האוכלוסייה היהודית עומד על 11.3% בהשוואה ל-3.8% בקרב הערבית. תמונה דומה ניתן לראות בקרב בני 75 ומעלה (תרשים מס' 2). שיעור בני 75 ומעלה מתוך אוכלוסיית הקשישים עומד על כ-51% בקרב יהודים ועל כ-34% בקרב ערבים. בשתי הקבוצות שיעור נשים בנות 75 ומעלה כאחוז מקבוצת גיל 65 ומעלה, גבוה באופן משמעותי בהשוואה לגברים (תרשים מס' 3).

**תרשים מס' 3 – בני 75 ומעלה כאחוז מבני 65 ומעלה, 2009**



**תרשים מס' 2 – שיעור הקשישים באוכלוסייה הכללית, לפי קבוצות גיל ולפי קבוצות אוכלוסייה, 2009**



מקור: עיבודים על נתוני למ"ס, שנתון 2010

גם מבחינה גיאוגרפית התפלגות הקשישים בישראל אינה סימטרית. במחוזות חיפה ותל אביב קיים שיעור גבוה של קשישים (12% ו-15% בהתאמה) לעומת זאת בירושלים, הצפון, המרכז והדרום שיעור הקשישים באוכלוסייה נמוך יחסית (בין 7% ל-9%). בערים מסוימות שיעור הקשישים אף כפול מהמוצע הארצי, לדוגמה גבעתיים, רמת גן, ובת ים.

### תחזית הזדקנות האוכלוסייה בישראל

קצב הגידול של אוכלוסיית הקשישים גבוה בהרבה מקצב הגידול של האוכלוסייה הכללית. על פי התחזיות<sup>20</sup>, מספר הקשישים צפוי להגיע עד סוף 2030 ל-1.4 מיליון והם יהוו כ-13.7% מהאוכלוסייה. שיעור הגידול הדמוגרפי אינו אחיד והוא צפוי להיות מהיר יותר בקרב גברים. מספר הקשישים במגזר הערבי צפוי לגדול מ-60 אלף בסוף 2009 לכ-165 אלף בסוף 2030.

הגידול הצפוי באוכלוסיית הקשישים מושפע בין היתר מתחזית הגידול בתוחלת החיים. לדוגמה לפי תחזיות הלמ"ס<sup>21</sup>, צפויה תוחלת החיים בלידה של יהודים ואחרים להגיע בתוך פחות מ-20 שנה (ממוצע 2026-2030) ל-82.7 שנה בזכרים ו-87.0 שנה בנקבות.

<sup>20</sup> עיבודים על למ"ס, 2010, הלופה בינונית  
<sup>21</sup> תחזית אוכלוסיית ישראל עד שנת 2030, למ"ס 2010

העלייה הצפויה בגיל האוכלוסייה במדינת ישראל באה לידי ביטוי גם במונחים של היחס שבין מס' הנפשות בגיל 0-14 למספר הנפשות בגיל 65 ומעלה. יחס זה עמד בשנת 2009 על כ-2.8 והוא צפוי להגיע בשנת 2020 ל-2.1 וב-2030 לכ-1.8. גם הגיל החציוני של האוכלוסייה עתיד לעלות מ-29.3 שנה בשנת 2009 ל-30.7 ב-2020 ועד ל-32.2 ב-2030.

תחזיות בדבר מגמות עתידיות בהזדקנות האוכלוסייה בישראל משתקפות בנתונים המוצגים בטבלה מס' 5. מנתוני הטבלה עולה כי בעשור הקרוב יתרכז עיקר הגידול בקשישים "צעירים", בני 65-74, בעוד שבאותה תקופה שיעור הקשישים ה"מבוגרים" בני 75 ומעלה יישאר יציב. מצב זה יתהפך בעשור שלאחר מכן. קבוצת המבוגרים הצעירים תשמור על גודלה היחסי (ואף תקטן מעט) ועיקר הגידול יהיה בקרב הקבוצה המבוגרת יותר.

**טבלה 5: תחזית הזדקנות האוכלוסייה 2009-2030**

2030	2025	2015	2010	2009*	
694.2	678.5	508.0	391.5	384.3	קב' גיל 74 - 65 (באלפים)
672.4	545.5	392.5	350.3	349.8	קב' גיל +75 (באלפים)
9,984.6	9,367.6	8,174.5	7,577.6	7,485.6	סך כל האוכלוסייה (באלפים)
7.0%	7.2%	6.2%	5.2%	5.1%	65-74 כאחוז מהאוכלוסייה הכללית
6.7%	5.8%	4.8%	4.6%	4.7%	75 ומעלה כאחוז מהאוכלוסייה הכללית
13.7%	13.1%	11.0%	9.8%	9.8%	65 ומעלה מהאוכלוסייה הכללית

הערה: התחזית בנויה על החלופה הבינונית של הלמ"ס. שנת 2009 = ממוצע 2009 מקור: עיבודים על נתוני למ"ס, שנתון 2010

הזכרנו את הארכת תוחלת החיים והקטנת שיעורי הפריור בישראל כרכיבים שתרמו להזדקנות אוכלוסייה. יש לזכור שקיימות גם סיבות נוספות. בעולם המערבי קיימת התייחסות למושג ה-Baby boomers, הכוונה לדור שנולד ממלחמת העולם השנייה ואילך בין השנים 1946 ל-1964, שנים אלה התאפיינו בשיעור גבוה יחסית של ילודה. ילידי אותו דור מגיעים בשנים אלה לגיל 65. תופעה דומה ניתן לראות גם בישראל. בישראל, מתווספת לכך גם השפעה של גלי העלייה לישראל.

### יחס תלות

לשינוי מגמה במספר הקשישים ובשיעורם באוכלוסייה יכולות להיות השלכות רבות. אם הזכרנו קודם את חשיבותה של רשת הביטחון החברתית, ראוי לציין בין השאר, את ההשלכות העתידיות של הגידול באוכלוסיית הקשישים על כוח העבודה במשק. מאחר ושיעור האוכלוסייה בגיל העבודה ילך ויצטמצם והנטל הכלכלי של האוכלוסייה המזדקנת ילך ויגבר, יידרש כוח עבודה מצומצם יחסית לשאת בהוצאות המשך קיומה של רשת הביטחון החברתית שעלותה תלך ותגדל. תופעה זו משתקפת במה שמוגדר כ"יחס תלות". יחס תלות הוא מדד המבטא את היחס בין מספר הילדים והקשישים באוכלוסייה (אוכלוסייה תלויה) לבין מספר התושבים בגיל העבודה (אוכלוסייה יצרנית)<sup>22</sup>. יחס תלות מחושב לפי היחס שבין התושבים בני 0-14 ובני 65 ומעלה

<sup>22</sup> במונחים של גיל ולא במונחים של השתתפות בכוח העבודה

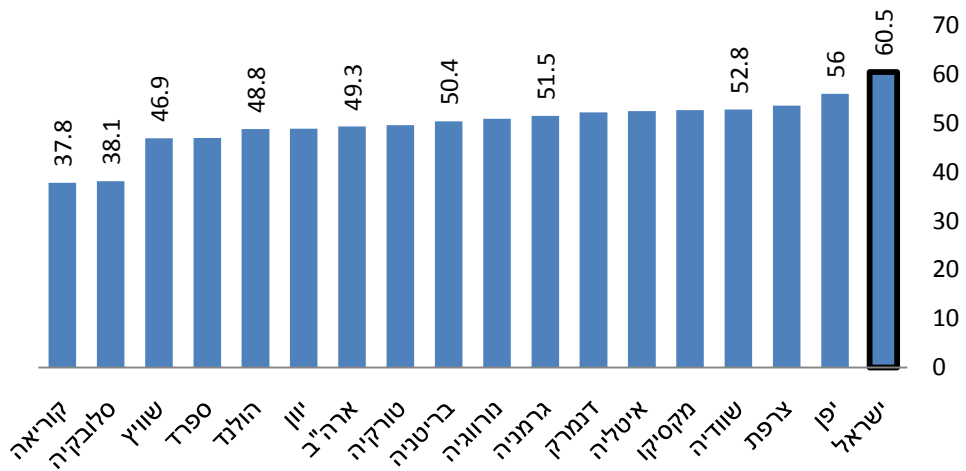
(התלויים) לבין התושבים בני 15-64 ('היצרניים'). ככל שיחס התלות גבוה יותר, המשמעות היא שהאוכלוסייה התלויה מהווה נטל גדול יותר על האוכלוסייה היצרנית, בגיל העבודה.

עקב הגיל הממוצע הנמוך יחסית בישראל, ריבוי הילדים ומספר גדל והולך של קשישים, יחס התלות בישראל הוא הגבוה ביותר בין מדינות ה-OECD. טבלה 6 מציגה את מקומה של ישראל בהשוואה למדינות האחרות ב-4 נקודות זמן. מהטבלה ניתן לראות כי על אף שיחס התלות בישראל ירד ב-2 העשורים האחרונים, היא שמרה על מקומה הראשון במונחים של יחס תלות, בכל אחת מהשנים המוצגות בטבלה. תרשים מס' 4 ממחיש עובדה זו.

טבלה מס' 6: יחס תלות מגמות רב שנתיות – השוואה בינלאומית (ממויך לפי שנת 2009)

	2009	2005	2000	1990	
	60.5	62	62.3	67.7	ישראל
	56	51.3	46.9	43.5	יפן
	53.6	53.5	53.6	51.8	צרפת
	52.8	53.1	55.5	55.6	שבדיה
	52.7	57.5	63.3	76	מקסיקו
	52.5	50.8	48.3	45.9	איטליה
	52.2	51.2	50	48.5	דנמרק
	51.5	49.8	47.2	42.9	גרמניה
	51.1	52.3	52.5	49.4	בלגיה
	50.9	52.3	54.3	54.4	נורבגיה
	50.5	49.9	49.4	48.6	פינלנד
	50.4	51.4	53.5	53.2	בריטניה
	50.3	50.5	52.7	52	ניו-זילנד
	49.6	52.3	54.7	64.6	תורכיה
	49.3	49.1	51	52	ארה"ב
	49.2	48.5	47.7	51.1	פורטוגל
	48.9	48.6	47	49.4	יוון
	48.8	48.2	47.5	45.1	הולנד
	48.4	51.1	53.5	55.3	איסלנד
	48.4	46.5	49.4	63	אירלנד
	48.2	48.4	49.3	44.5	לוקסנבורג
	48.1	48.5	49.5	49.5	אוסטרליה
	48	47.6	48.1	48.1	אוסטריה
	47.3	46.7	49.7	51	אסטוניה
	47	45.4	46.2	50.3	ספרד
	46.9	47.1	48.6	46.3	שוויץ
	46.4	49.2	54	56.4	צ'ילה
	45.9	45.4	46.7	50.6	הונגריה
	43.5	44.3	46.5	47	קנדה
	42.9	42.3	42.7	47.1	סלובניה
	40.3	40.7	43.4	51.4	צ'כיה
	40.3	42.2	46.4	53.4	פולין
	38.1	39.9	44.8	55.2	סלובקיה
	37.8	39.4	39.5	44.3	דרום קוריאה

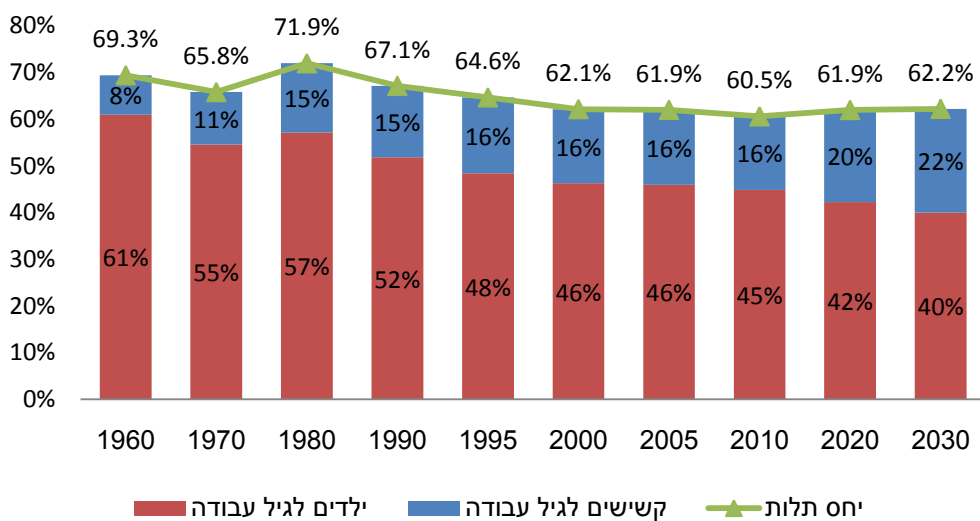
**תרשים מס' 4: יחס תלות במדינות OECD - 2009**



מקור: עיבוד על נתוני ה-OECD.

אומדנים שבוצעו על ידנו המתבססים על התחזיות הדמוגרפיות בישראל מראים כי מגמת הירידה ביחס התלות בישראל צפויה להיעצר ולאחריה תחול עלייה הדרגתית, כך שבשנת 2020 יחס התלות יעמוד על 62 וב-2030 על 62.2 אחוז. יש לציין שהשינוי הצפוי ביחס התלות בישראל לא יתבטא רק בשינוי מגמה בגובהו של יחס התלות. הוא בא לידי ביטוי גם בשינוי שיתרחש **במרכיבי** האוכלוסייה התלויה - אם בעבר המרכיב העיקרי שהביא ליחס התלות הגבוה בישראל היה שיעור הילדים עד גיל 14, הרי שבשנים הבאות משקלם היחסי של הקשישים מקרב האוכלוסייה התלויה גדל והולך. דבר זה הוא בעל משמעות רבה הן מהיבט תוחלת ההכנסה וגודלה היחסי של האוכלוסייה היצרנית והן מההיבט של הנטל הגדל והולך של מימון הגמלאות והשירותים הסוציאליים ככלל, והגידול הצפוי בהוצאה על שירותי סיעוד לקשישים בפרט (ראה תרשים מס' 5).

**תרשים מס' 5: יחס תלות בישראל ומרכיביו – אומדנים ומגמות רב שנתיות 1960-2030**



מקור: עיבוד על נתוני הלמ"ס.

## הקשישים ומיקומם בהשוואה לקו העוני

גם במצב אופטימאלי, הטיפול הסיעודי לקשישים לא יוכל להיבנות במלואו על מקורות מימון ציבוריים. מגבלות התקציב הממשלתי, כמו גם כיוון התמריצים הרצויים, דורש הישענות מסוימת על מימון פרטי. לפיכך, יש מקום לבחון את תוחלת ההשתכרות של קשישים ואת יכולתם לממן באופן עצמאי את הוצאותיהם השוטפות בהגיעם למצב סיעודי.

על אף הגידול בשיעור הקשישים, הארכת תוחלת החיים והעלאה מדורגת בגיל הפרישה, שיעור הקשישים המשתתפים בכוח העבודה האזרחי נמצא במגמת ירידה. לפי נתוני למ"ס<sup>23</sup>, הקשישים בני 65 ומעלה מהווים כ- 2.73% מכח העבודה האזרחי<sup>24</sup> (3.5% מקרב הגברים ו- 1.87% מקרב הנשים). שיעור ההשתתפות בכוח העבודה האזרחי יורד דרמטית עם הגיל. בשנת 2009 השתתפו בכוח העבודה האזרחי כ- 26.7% מקרב בני 65-69 לעומת כ- 5.9% מקרב בני 70 ומעלה. שיעור ההשתתפות בכוח העבודה בקרב קשישים קשור מאוד להשכלה. בקרב בני 65 ומעלה שיעור ההשתתפות של בעלי השכלה של 0-4 שנות לימוד היה 2.1% לעומת 22.3% מקרב קשישים בעלי השכלה של 16 שנות לימוד ומעלה.

הקשישים מהווים קבוצת אוכלוסייה ענייה יחסית. משקל הנפשות של קשישים (מעבר לגיל הפרישה הרשמי) מסך העניים שהוצאותיהם הכספיות לנפש תקנית מתחת לקו העוני, הוא 68 אחוז, עדות לעוני מתמשך בקרב קבוצה זו<sup>25</sup>. תחולת העוני בקרב קשישים (משפחות) לפי הכנסה לפני תשלומי העברה ומיסים עמדה בשנת 2009 על 54.5 אחוז ולאחר תשלומי העברה על 20.1 אחוז. בדצמבר 2009 עמד שיעור הקשישים המקבלים השלמת הכנסה, מכוח חוק הבטחת הכנסה, על 35% מכלל הקשישים<sup>26</sup>. הגם שתשלומי העברה, המופנים לקבוצה זו ע"י המוסד לביטוח לאומי, מצליחים להעלות רבים מהם מעל קו העוני, חלקם מתרומם אך מעט מעל קו זה והכנסותיהם נותרות נמוכות. יש להדגיש שגם לאחר תשלומי העברה ומיסים, מספר הקשישים העניים עומד (2009) על כ- 127,700 נפש (76,700 משפחות). אמנם, מבחינת תחולת העוני, בשנת 2009 הוטב מעט מצבם של הקשישים יחסית לשנת 2008 (20.1% ב- 2009 בהשוואה ל- 22.7% ב- 2008), אולם מצבם הורע מבחינת עומק העוני<sup>27</sup> (24.8% ו- 23.0% בהתאמה), דבר המבטא את מצבם הקשה של אלה מביניהם המצויים מתחת לקו העוני.

יש להדגיש כי בכל הקשור לתשלומי העברה, במשך השנים הוטב מצבה של אוכלוסיית הקשישים. כך לדוגמא בשנים 2004 ו- 2005 מספר המשפחות העניות שבראשן קשיש עמד על 95,400 ו- 94,300 בהתאמה (לעומת 76,700 ב- 2009). דבר זה נבע משינויים במדיניות הקצבאות לקשישים. בשנת 2005 ניתנה תוספת של כ- 10% מהקצבה לקשישים הזכאים להשלמת הכנסה (זו ניתנה בשתי מנות - בינואר וביולי). בנוסף, במאי 2005 הוחזרו לקשישים 2.5% מהקצבה מתוך ההפחתה של 4% שבוצעה במסגרת הוראת שעה אשר נכנסה לתוקף באמצע 2002. בינואר 2006 עודכנו קצבאות הזיקנה והשאירים ב- 1.8% (עדכון ראשון מאז 2001).

<sup>23</sup> עיבוד על נתוני למ"ס שנתון 2010

<sup>24</sup> לפי הגדרת הלמ"ס, **כוח העבודה האזרחי** הם אנשים בני 15 ומעלה, שהיו "מועסקים" או "בלתי מועסקים" (שחיפשו עבודה) ב"שבוע הקובע" במסגרת הסקר.

<sup>25</sup> דו"ח ממדי העוני והפערים החברתיים, 2009. המוסד לביטוח לאומי

<sup>26</sup> חברות בקופות חולים 2009. ז'ק בנדלק. המוסד לביטוח לאומי

<sup>27</sup> המרחק הממוצע מקו העוני

גם בהמשך חל גידול בשיעורי הקצבה. זו עלתה באפריל 2006 מ- 16.0% מה"סכום הבסיסי"<sup>28</sup> ל- 16.2% ומשם ל- 16.5% מהסכום. בנוסף לכך, החל מאפריל 2008 משולמת גם תוספת מיוחדת בגובה 1% מה"סכום הבסיסי" למי שמלאו לו 80 שנה. ב- 2009 הסתכם שיעור הגידול בקצבאות זיקנה ושארים ב- 3% ובינואר 2011 תושלם התוספת ל- 7.3%. זאת, בהתבסס על החלטה שהתקבלה בחוק ההתייעלות הכלכלית לשנת 2009 במסגרתה נקבע שקצבת הזקנה והשארים הבסיסיות יגדלו בהדרגה עד שנת 2011 בשיעור של כ- 7.3%. נקבע שהקצבאות יגדלו בשיעור אחיד כך שיישאר בעינו הפער הקיים בין גובה הקצבה למי שמלאו לו 80 למי שטרם מלאו לו 80. יש לציין כי לאור התוספת בת 3% שהוזכרה לעיל אליה התווסף עדכון קצבאות בשיעור 4.5% מינואר 2009 שנבע מעדכון בהתאם לעליית המחירים, כל אלה הביאו לכך שבשנת 2009 קצבאות הזקנה והשארים הבסיסיות (ליחיד עד גיל 80, ללא השלמת הכנסה) עלו בשיעור ריאלי של 2.9%.

בשנת 2009 עלתה קצבת הזקנה הבסיסית לקשישים יחידים עד גיל 80, מ- 15.2% מהשכר הממוצע לכ- 16.1% ממנו ולגבי קשישים בני 80 ומעלה מ- 15.9% מהשכר הממוצע לכ- 17.1% ממנו.

ראוי לציין גם כי בדצמבר 2009 כ- 31,425 קשישים נכים קיבלו קצבת זיקנה עם השלמה לנכות או קצבה חודשית נוספת (לנכה) (כ-4.9 אחוז מכלל מקבלי קצבת זקנה). כרבע מהם קיבלו גם השלמת הכנסה.

שינוי זה במדיניות ובהתייחסות לקצבאות זקנה ושארים, הצליח בשנים האחרונות לתקן במעט את הפגיעה והשחיקה בקצבאות אלה שחלה בשנים קודמות. כאמור, הקצבאות שהוזכרו לעיל ואחרות ששולמו לקשישים תרמו אכן להפחתת תחולת העוני בקרב קשישים<sup>29</sup>. תרומת סך כל תשלומי העברה והמיסים הישירים להפחתת העוני בקרב משפחות הקשישים היתה בשנת 2009 כ- 63%. תחולת העוני בקרב הקשישים, לפני תשלומי העברה ומיסים, היתה 55% והיא ירדה ל- 20% בלבד, לאחר תשלומי העברה ומיסים. עם זאת, כפי שצוין לעיל, עומק העוני בקרב הקשישים עלה וכן גם חומרתו.

כל האמור לעיל מצביע על כך שמדובר באוכלוסייה חלשה, שתשלומי העברה מצליחים אמנם להעלותה מעל אותו קו דמיוני המגדיר את "קו העוני" אך בפועל, הכנסתם נותרת זעומה.

מהנתונים שהוצגו עד כה אודות אוכלוסיית הקשישים עולה אם כן, כי השענות יתרה על מימון פרטי, בכל הקשור להוצאות סיעוד בקרב אוכלוסייה חלשה זו, היא בעייתית בלשון המעטה, אם מתייחסים לכושר השתכרותה והכנסותיה השוטפות. לפיכך, מידת המעורבות של המדינה במימון אספקת שירותי סיעוד לאוכלוסייה זו מצריכה דיון מעמיק.

<sup>28</sup> "הסכום הבסיסי" הוא הסכום לפיו משולמות מרבית הגמלאות של המוסד לביטוח לאומי. סכום זה מתעדכן ב-1 לינואר כל שנה בשיעור עליית מדד מחירים לצרכן שחלה בשנה שקדמה לה. לסכום הבסיסי תעריפים שונים לצורך עדכון הגמלאות השונות. ב- 2011 הסכום הבסיסי למרבית הגמלאות הוא 8,260 ש"ח

<sup>29</sup> ראוי לציין העובדה שהגידול בקצבאות לא מדביק את קצב הגידול בתוצר הלאומי. התשלומים של גמלאות לקשישים על ידי המוסד לביטוח לאומי היוו בשנת 2001 כ- 3.05% מהתמ"ג לעומת 2.76% בשנת 2005 ו- 2.6% בשנת 2009.

## סיעוד ומיגדר

לנשים תוחלת חיים ארוכה יותר ועם התקדמות הגיל עולה שכיחות הנזקקות הסיעודית ואכן מרבית החולים הסיעודיים, בקהילה ובמוסדות האשפוז, הן נשים (כשני שלישי מכלל הזכאים לקודים). רוב מקבלי גמלת הסיעוד הן נשים ורוב המטפלים בקשיש הסיעודי – פורמאליים ובלתי פורמאליים הן נשים. מחקר של מכון ברוקדייל (ברודסקי ואחרים 2005) הראה שכ-שני שלישי מהתומכים העיקריים בקשישים מוגבלים בישראל הן נשים. בארה"ב מעריכים שכשלושה רבעים משוכני המוסדות הסיעודי הן נשים וכ-שני שלישי ממקבלי השירות הסיעודי בבית הן נשים. במרבית המקרים, נשים הן גם המטפלות בנזקקי סיעוד, בבית (הן כמטפלות סיעודיות והן כמטפל עיקרי, בלתי פורמאלי<sup>30</sup>) ובמוסדות האשפוז. כך לדוגמא בארה"ב נמצא כי לפחות 7 מתוך 10 נותני שירות לא-פורמאליים הן נשים.

לעובדה שקשיש חי בגפו יש משמעות לעניין היכולת להישאר בקהילה במצב בו קיימת נזקקות סיעודית. שיעור הגברים בגיל 65 ומעלה אשר חי בגפו, ללא בת זוג נמוך בהרבה בהשוואה לנשים. כך לדוגמא, בשנת 2008 מנתה קבוצת גיל 65 ומעלה כ-406.6 אלף נשים (ממוצע שנתי), מתוכן כ-60% לא חיו עם בני זוג. זאת, לעומת כ-305.1 אלף גברים (ממוצע שנתי), מתוכם כ-22% לא חיו עם בנות זוג (רווקים, גרושים או אלמנים)<sup>31</sup>.

## אומדני מוגבלות פיזית בקרב קשישים

### מוגבלות בקהילה

בשנת 2009, כ-19.5% מהקשישים מעל גיל 65 הגרים בקהילה היו תלויים בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום-יום או הזקוקים להשגחה<sup>32</sup>. שיעור המוגבלות בקרב בני 75 ומעלה גבוה פי 5.6 מזה של קשישים בני 65-74 ושיעור הנשים המוגבלות בקהילה גבוה פי 1.8 מזה של גברים.

מבחינת חומרת המוגבלות בקרב קשישים בקהילה, ראוי לציין כי שיעור הקשישים הזכאים לרמת הגמלה הגבוהה ביותר (מכלל מקבלי גמלת הסיעוד לפי חוק הביטוח הלאומי), המתאימה למוגבלות גבוהה ביותר, גדל מאוד מכ-13.7% ב-2007, ל-19.5% ב-2010. בעל מוגבלות גבוהה מאוד מוגדר בחוק כמי שתלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות יום-יום<sup>33</sup> בכל שעות היממה, או הזקוק להשגחה מתמדת.

### מוגבלות במוסדות לאשפוז ממושך

מספר הקשישים מעל גיל 65 במוסדות לאשפוז ממושך עמד בשנת 2009 על כ-24 אלף נפש<sup>34</sup>. שיעור המיסוד הכללי עמד על כ-3.5% (שוהים במוסדות מתוך כלל אוכלוסיית הקשישים) והינו

<sup>30</sup> במסמך זה 'מטפל עיקרי' או 'מטפל בלתי פורמאלי' הכוונה לאדם הדואג ומארגן מתן עזרה, ומנהל את מערכות חייו של נזקק סיעודי, ללא תשלום (גם אם אינו נותן בעצמו את העזרה). בדרך כלל המטפל העיקרי הוא בן משפחה.

<sup>31</sup> למ"ס 2010

<sup>32</sup> אמדן זה כולל הערכה של כ-6% מתוך הקשישים הנזקקים לסיוע סיעודי בקהילה, אך לא מקבלים אותו מאחר ואינם עומדים בבחני ההכנסה של ביטוח לאומי, או כאלה שלא פנו לבקש תגמולים במסגרת חוק סיעוד.

<sup>33</sup> לבישה, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה, נייחות עצמית בבית

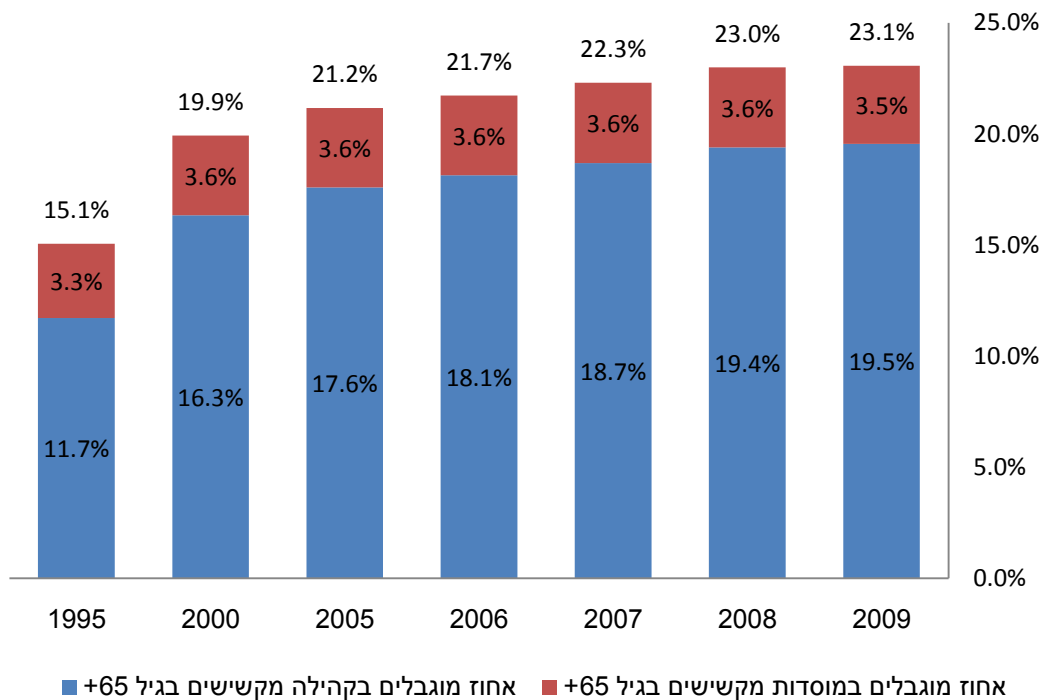
<sup>34</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2009. חלק א: מגמות באשפוז. ירושלים 2010. התחשיב כולל גם כ-6700 תושבים.

יציב בשנים האחרונות. שיעור המיסוד מתוך כלל אוכלוסיית הקשישים **המוגבלים** עומד על כ- 14.2%.

**סה"כ מוגבלות בקהילה ובמיסוד**

בשנת 2009 נאמד מספרם הכולל של הקשישים המוגבלים (במוסדות ובקהילה יחד) בכ- 169.3 אלף נפש<sup>35</sup>. באותה עת עמד מספר הקשישים בני 65 ומעלה על כ- 734 אלף<sup>36</sup> (השיעור הכולל של מוגבלים מקרב הקשישים עמד אם כן באותה תקופה על כ- 23.1%). תרשים מס' 6 מראה כי שיעור המוגבלות בישראל הולך ועולה עם השנים. בשנת 2005 שיעור המוגבלים בקרב הקשישים עמד על 21.2% ואילו בשנת 2009 על 23.1%. למגמה זאת יש לצרף את הנתון שהוזכר קודם לכן לגבי החרפת התמונה מההיבט של **רמת** המוגבלות בקרב הקשישים המוגבלים.

**תרשים מס' 6: אחוז מוגבלים בקרב קשישים מעל גיל 65**



מקור: עיבוד על נתוני למ"ס וביטוח לאומי

<sup>35</sup> כולל האומדן של 6% ו כ- 6700 תשושים.  
<sup>36</sup> למ"ס, שנתון סטטיסטי מס. 60, 2009

## תחזית עתידית לשיעור המוגבלים

האומדנים המוצגים להלן מבוססים על נתוני מאגר ארצי לתכנון בתחום הזקנה (משאב)<sup>37, 38</sup>. לפי אומדני משאב, מספר הקשישים המוגבלים צפוי להגיע בסוף שנת 2020 ל- 233 אלף ובשנת 2030 ל- 342 אלף<sup>39</sup>. ניתוח האומדנים מעיד כי חוקרי משאב צופים גידול של 5% בשיעור המוגבלים בשנת 2020 וגידול של 8% עד לשנת 2030<sup>40</sup>. קצב הגידול במספר המוגבלים צפוי להיות איטי בעשור הראשון ומואץ בעשור השני עד 2030 (עקב הגידול המשמעותי בגילאי +75 בעשור זה).

כפי שצינו, מספר הזכאים לחוק סיעוד בשנת 2010 עמד על 141,502 נפש. על פי תחזית משאב, צפוי מספר הזכאים בשנת 2020 לעמוד על 178 אלף ובשנת 2030 על 256 אלף נפש. אחוז הזכאים הצפוי בשנים אלה הינו 14.1% ו- 16.2% בהתאמה (מתוך אוכלוסיית המכוסה במסגרת חוק ביטוח סיעוד). באותן שנים צפויה אם כן תוספת של 37 אלף ו-115 אלף זכאים בהתאמה, ביחס למספרם ב- 2010. על פי תחזית זו אם יאומצו הגדרות הגיל החדשות לגבי גמלת סיעוד (גברים 67, נשים 64), יהיה האומדן נמוך בכ- 1% מהאומדנים הנ"ל.

על פי אומדני משאב, המספר החזוי של דיירים במוסדות יגיע בשנת 2020 ל- 33 אלף ובשנת 2030 ל- 48 אלף (בהנחה ששיעורי המיסוד הנוכחיים יישמרו). המשמעות- תוספת של שמונת אלפים דיירים עד 2020 ו- 23 אלף עד 2030, ביחס למספרם כיום<sup>41</sup>.

יש לציין כי, היקף המוגבלות בקרב קשישים מושפע רבות מאחת המחלות המאפיינות את הגיל המבוגר והיא הדמנטיה. זו, מתאפיינת בירידה בזיכרון ובתפקוד הקוגניטיבי היום-יומי. שיעורי המיסוד בקרב אוכלוסיית הסובלים מדמנטיה גבוהים יחסית. אחוז השוהים במוסדות מתוך כלל הקשישים הסובלים מדמנטיה עומד על 12-13%<sup>42</sup>. שכיחות הדמנטיה בקרב קשישים נאמדה בשנת 2005 בכ- 16.7% (אז הגיע מספרם לכ- 98 אלף נפש)<sup>43</sup>. בשלבים המוקדמים של המחלה אין עדיין מוגבלות תפקודית משמעותית והנפגע אינו עונה בהכרח על הקריטריונים של נזקק סיעוד. בשנת 2008 נאמד מספרם של הקשישים הסובלים מדמנטיה ב- 129 אלף. על פי התחזית בסוף שנת 2020 יגיע מספרם ל- 176 אלף ובשנת 2030 ל- 237 אלף. חלקם מתוך אוכלוסיית הקשישים צפוי להגיע בסוף 2030 לכ- 19.7% (18.1% בשנת 2020).

<sup>37</sup> מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזקנה. מכון ברוקדייל-המרכז לחקר הזקנה ואשל.  
<sup>38</sup> עקב הבדלים מתודולוגיים, אומדני שיעור המוגבלות של משאב הינם נמוכים בהשוואה לנתונים שהוצגו קודם לכן. זאת, מאחר ונתוני הפרק הקודם התבססו על נתונים מינהליים וביצעו אומדן רק על החלק החסר במידע המינהלי. בעוד שנתוני משאב מבוססים על סקרים תקופתיים (לא על נתונים מינהליים), בין השאר עקב חוסרים במידע המינהלי - מאחר ולא כל העונים להגדרה הנ"ל של מוגבלות, עומדים בקריטריונים לקבלת סיוע ממשלתי במסגרת חוק סיעוד למשל או סיוע למימון אשפוז סיעודי וגם בקרב אלה העומדים בכך, לא כולם פונים לקבלת סיוע.

<sup>39</sup> באר ש. משאב 2010  
<sup>40</sup> על פי הערכתם, משקלם של הקשישים המוגבלים מתוך כלל הקשישים (בני 65 ומעלה) צפוי לנוע בין 21.8% (בשנת 2020) ל- 25.0% בסוף 2030.

<sup>41</sup> יש להדגיש שתחזיות אלו של משאב בדבר תשתיות נדרשות בשנים הבאות, מהוות אומדן ראשוני, מאחר והן מניחות שלא יהיה שינוי של שיעור הנוכחי בכל הקשור לתוחלת החיים של נזקק סיעוד, לשיעור המוגבלים מקרב הקשישים ולשיעור המיסוד.

<sup>42</sup> נתוני משאב - ראה באר ש. 2010

<sup>43</sup> ארטמן א. ברודסקי ג'. קינג י. ואחרים. קשישים הלוקים בדמנטיה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים. ג'וינט- מכון ברוקדייל, ירושלים 2005, דמ-461-05

## מוגבלים שאינם קשישים

להשלמת התמונה נציין כי בנוסף לגמלת הסייעוד המוענקת לזכאים מגיל הפרישה ומעלה, קיימים בישראל עוד שלושה סוגים של גמלאות, המצויות באחריות המוסד לביטוח לאומי ומיועדות לטיפול באנשים מוגבלים שאינם קשישים: לילדים בני 0-18 שנה מוענקת קצבה לילד נכה – בשנת 2010 היו זכאים לכך כ- 27,870 ילדים<sup>44</sup>. מעל גיל 18 ועד גיל הפרישה מוענקת קצבה לשירותים מיוחדים לנכים – בשנת 2010 היו זכאים לכך כ- 33,134 איש. יש לציין כי גמלה זו האחרונה משולמת למקבלי קצבת נכות<sup>45</sup> שנכותם הרפואית היא 60% לפחות והם תלויים במידה רבה בעזרת הזולת כדי לבצע את פעולות היום-יום. כמו כן, משולמת קצבה לשירותים מיוחדים לנכים אשר עקב גילם או הכנסתם אינם מקבלים קצבת נכות ונכותם הרפואית היא 75% לפחות.

בנוסף, קיים הנתב של גמלה בגין פגיעה בעבודה. מקבלי קצבת נכות מעבודה יכולים, בהגיעם לגיל המזכה בקצבת זיקנה, לבחור בין המשך קבלת קצבת נכות מעבודה לבין קבלת קצבת זיקנה. מרבית מקבלי קצבת נכות צמיחה בגין פגיעה בעבודה<sup>46</sup> הם ברמות נכות/מוגבלות נמוכה. רק ל- 9% מהגברים ו- 7% מהנשים, נקבעה דרגת נכות גבוהה מ-80%. כ-21% מהגברים המקבלים קצבת נכות צמיחה הם בני 65 ומעלה ו-28% מהנשים הן בנות 60 ומעלה<sup>47</sup>.

### בעבודה זו לא נעסוק במוגבלים שאינם קשישים וכאלה שהוזכרו בפסקה זו.

#### רקע כללי - סיכום ביניים:

**תוחלת חיים** - גדלה בקצב מהיר. קצב הגידול אצל נשים מהיר יותר מזה של גברים. תוחלת חיים של קשישים נזקקי סיעוד, התארכה במהלך העשורים האחרונים. כיום היא עומדת על כ- 36 חודשים.  
**הזדקנות**: ישראל עדיין מדינה צעירה יחסית. אולם קצב הגידול במספר הקשישים בה היה עד כה גבוה ביותר, בהשוואה למדינות אחרות במערב (מקום שלישי בין מדינות OECD). מספר הקשישים הצפוי ב- 2030 נאמד בכ- 1.367 מיליון נפש (13.7% מהאוכלוסייה). בעשור הקרוב הגידול בעיקר בקרב קשישים "צעירים". בעשור שאחריו בעיקר בקרב בני 75 ומעלה. כיום שיעור בני 75 ומעלה באוכלוסייה הוא 4.6%. שיעור זה צפוי לעמוד בשנת 2030 על 6.7%. תכנון תשתיות ותקציבים עתידיים צריך להביא בחשבון את קצב הגידול **במספר** הקשישים והתבגרותם, בהשוואה למצב הנוכחי, ולא רק את שיעורם באוכלוסייה.

**יחס תלות** – בישראל הוא הגבוה מבין המדינות ה-OECD. שיעור האוכלוסייה התלויה גדול יחסית לאוכלוסייה שנושאת בנטל מימון של השירותים החברתיים. בעתיד יחס זה יגדל והרכבו ישתנה (הגדלה משמעותית של שיעור הקשישים). פחות ופחות אנשים יישאו בנטל המימון של רשת הביטחון החברתית, ואילו נטל ההוצאה על שירותי הסיעוד ילך ויגדל. חיובים להיערך למצב זה כבר כיום.

**מוגבלים** – 23% מהקשישים מוגבלים בביצוע פעולות יום-יומיות. שיעור המוגבלות בקרב בני 75 ומעלה גבוה פי 3 בהשוואה לבני 65-74. שיעור המוגבלים בקהילה (הזכאים לשעות סיעוד מכוח חוק סיעוד) בקרב בני 80 ומעלה, מגיע לכדי 42%. שכיחות הדמנטיה בקרב קשישים (כ-17%) – בעיה גדלה והולכת. מספר הקשישים המוגבלים ב- 2008 נאמד בכ- 168,000 (במוסדות ובקהילה). מספר זה צפוי להגיע בשנת 2020 ל- 233 אלף ועד 2030 יגיע מספרם ל- 342 אלף. שיעור המיסוד - כ- 3.5% מקרב כלל הקשישים וכ- 14% מקרב הקשישים המוגבלים. על פי התחזית עד שנת 2020 צפוי גידול של כ-8,000 דיירים במוסדות סיעוד (לסוגיהם), מעבר למספרם כיום. עד שנת 2030 הגידול נאמד בכ- 23 אלף דיירים.

**קשישים וקו העוני** – תשלומי העברה לקשישים, השתפרו אמנם במהלך השנים האחרונות. אולם, דווקא בשל ההשפעה הדרמטית שיש לתשלומי העברה, והשיעור הניכר של קשישים שללא תשלומים אלה היו נותרים מתחת לקו העוני, מלמד כי מדובר בהעברה טכנית אל מעבר לקו דמיוני. המשמעות – חלק ניכר מהקשישים מצוי מעט מעל קו העוני, אך הכנסתם נותרת זעומה. עומק העוני של אלה שנותרו מתחת לקו, גדל והולך. יכולתה של אוכלוסייה זו לממן ממשאבים פרטיים את צרכיהם הסיעודיים, נמוכה.

**מיגדר** – שיעור המוגבלות בקרב נשים גבוה בהשוואה לגברים. מרבית מקבלי גמלאות הסייעוד בקהילה ומרבית השוהים במוסדות, הן נשים. מרבית המטפלים בקשישים סיעודיים, הן מטפל פורמאלי והן בלתי פורמאלי, הן נשים. כ- 60% בקרב נשים בגיל 65 ומעלה חיות ללא בן זוג (משמעותי לעניין היכולת להישאר בקהילה במצב בו קיימת נזקקות סיעודית), בהשוואה ל- 22% מקרב גברים בקבוצת גיל זו.

<sup>44</sup> ע"פ נתוני המוסד לביטוח לאומי, 2010

<sup>45</sup> סה"כ מקבלי קצבת נכות בשנת 2010 - 207,174 איש

<sup>46</sup> בשנת 2009 קיבלו 30,899 איש קצבת נכות צמיחה מהביטוח הלאומי

<sup>47</sup> בעבודה זו לא נעסוק במוגבלים שאינם קשישים, או במוגבלים להם קיימת זכאות בגין פגיעה בעבודה

## חלק שני – המצב הנוכחי

### 1. האשפוז הממושך

#### תשתית החוקית

על פי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שירותי אשפוז גריאטרי ניתנים באחריות המדינה ובכפוף לנוהלי משרד הבריאות. התחומים הנוכחים באותה תוספת הם: אשפוז חולים סיעודיים גריאטריים; אשפוז תשושי נפש; אשפוז נכים סיעודיים צעירים; אשפוז חולים פסיכו-גריאטריים. החוק מבהיר במפורש כי שירותי האשפוז ניתנים בהשתתפות המאושפז או משפחתו בעלות הטיפול. אשפוז של 'תשושים' מצוי בתחום האחריות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים. החובה החוקית לאספקת השירותים נובעת מחוק שירותי הסעד, תשי"ח-1958 ותקנות שירותי הסעד (מבחני נזקקות), תשל"ל-1970, וכן תקנות שירותי הסעד (טיפול בנזקקים), התשמ"ו – 1986.

#### חלוקת האחריות

מאחר וקיימים היבטים שונים של טיפול אשפוזי בחולה הסיעודי, נוצר מצב בו מתפצלת למעשה האחריות על מימוש הזכאות לביטוח הסוציאלי בתחום האשפוז, אותו מספקת המדינה לנזקק הסיעוד בין מספר רשויות, בהתאם למצבו הרפואי. האחריות על האשפוז מתחלקת כדלקמן:

**חולים סיעודיים רגילים ותשושי נפש**<sup>48</sup> באחריות משרד הבריאות. במקרים אלה קיימת השתתפות עצמית בעלות האשפוז, של המאושפז ומשפחתו. זו, נקבעת לפי מבחני הכנסה מדורגים (הכוללים גם את צאצאיו של המאושפז)<sup>49</sup>.

אשפוזו של **חולה 'סיעודי מורכב'** מכוסה חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונמצא באחריות קופות החולים - האשפוז מחייב השתתפות עצמית של המאושפז אשר מעוגנת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. גובה ההשתתפות העצמית הינו אחיד (אין בחוק הנחה/פטור לבעלי הכנסות נמוכות).

<sup>48</sup> הגדרות: סיעוד, סיעוד מורכב; תשוש; תשוש נפש (מקור: תקנות הפיקוח על המעונות וכן אתר אשל) "זקן תשוש" - זקן אשר מפאת תפקודו הירוד זקוק לעזרה חלקית בפעולות היום-יום; "זקן סיעודי" - זקן שמצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע, או הסובל מבעיות רפואיות מורכבות ובלתי יציבות, הדורשות מעקב רפואי מיומן במסגרת בעלת אופי רפואי, במשך 24 שעות ביממה לתקופה ממושכת, ושנתקיים בו אחד או יותר מאלה:  
(1) הוא מרותק למיטה או לכיסא גלגלים;  
(2) אין לו שליטה על הסוגרים או על אחד מהם  
"תשוש נפש" - קבוצה זו מקיפה קשת רחבה של מצבי ירידה שכלית בדרגות חומרה שונות: הפרעות קלות, חולפות או קבועות, בזיכרון בלבד; מצבים של אדישות, חוסר עניין בסובב וירידת המודעות לצרכים אישיים; הפרעות חולפות בהתמצאות או חוסר התמצאות קבוע ביחסו למקום ולאנשים. לפעמים אנשים במצב כזה הם אלימים במיוחד או חסרי שליטה במעשיהם.  
"סיעודי מורכב" - אדם הזקוק בנוסף לעזרה בפעולות היומיומיות גם להשגחה רפואית עקב עירויים קבועים, פצעי לחץ חמורים או עקב התערבויות רפואיות קבועות אחרות.

<sup>49</sup> ראה חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 24/2005

מיסוד של חולים בסטטוס 'תשושים' נמצא באחריות משרד העבודה והרווחה<sup>50</sup> וגם הוא מחייב השתתפות עצמית של המאושפז ומשפחתו (מבחיני הכנסה הכוללים הן את צאצאי הנוקק והן חתנים וכלות).

קיימות גם קבוצות מאושפזים הנמנים על אוכלוסיית החולים הסיעודיים אך הן בסטטוס ביטוחי מיוחד. לדוגמא, נפגעי עבודה נמצאים באחריות ביטוחית של המוסד לביטוח לאומי אך על אספקת השירות אחראיות קופות החולים (גם כשמדובר באשפוז סיעודי רגיל ולא מורכב). מקרים אלה לא מחייבים כל השתתפות עצמית. לחולים סיעודיים או תשושי נפש שהם נפגעי רדיפות הנאצים קיימת זכאות מכוח חוק אחר שעל יישומו מופקד משרד האוצר. קיימות גם דוגמאות נוספות שלא יוצגו במסגרת זו. הקריטריונים לקביעת הזכאות לאשפוז וגובה ההשתתפות העצמית אינם אחידים וכל רשות מקיימת את המבחנים באופן שונה.

מיותר לציין שהדינאמיקה המאפיינת את מצבם של חולים אלה, מביאה פעמים רבות למצב בו מבוטח עובר מסטטוס אחד למשנהו, דבר שגורם לכך שכל פעם מחדש צריך לעמוד במבחני זכאות שונים.

### ארגון השירותים

אספקת שירותי האשפוז מתבצעת על ידי המשרדים האמורים באמצעות בתי חולים ומוסדות אחרים בהם קיימות מיטות לאשפוז תשושים, תשושי נפש, סיעודיים רגילים וסיעודי מורכב. כפי שיפורט להלן, מרבית המיטות הן מיטות בבעלות פרטית ומיעוטן מיטות בבעלות ציבורית. נזקקים אשר מקבלים סיוע במימון באמצעות הקצאת "קוד" על ידי משרד הבריאות מופנים לאשפוז למוסדות להם קיים הסכם עם המשרד. מדובר במוסדות שהיו מעוניינים להצטרף למכרז של משרד הבריאות ועמדו בקריטריונים. הטענה הקיימת כיום בפי נציגי המוסדות היא שמחיר יום אשפוז על פי תנאי המכרז נמוך מידי, והוא אינו משקף את מלוא עלות התשומות ועלול לפגוע באיכות הטיפול.

יש לציין כי בעת בחינת בקשת המשפחה להקצאת קוד לאשפוז, נבחן סטטוס התלות (סיעודי או תשוש נפש) וכן חלופות אשפוז בקהילה ומצבים דחופים כגון הכרח אשפוז, אולם לעתים יש קושי לבחון סוגיות אלו בשל פיצול האחריות על הטיפול בקהילה, כמתואר לעיל.

הסיבה העיקרית להפסקת הקצאת קוד היא פטירת המבוטח. אולם קיימות סיבות נוספות. לדוגמא, בשנת 2009, 3,718 אנשים השתחררו מאשפוז הסיעודי והופסק מימון הקוד בגינם. סיבות ה"שחרור" העיקריות היו: פטירה -80.7%; שינוי סטטוס לסיעוד מורכב 14.7%; שינוי סטטוס לתשוש 0.5%; שינוי סטטוס לשיקום 0.1%; מעבר לבי"ח גריאטרי או פסיכיאטרי 0.4%; ושחרור לקהילה 3.7%.<sup>51</sup>

מאחר וקופת החולים אינה מופקדת על מימון ואספקת שירותי אשפוז לחולים סיעודיים ולתשושים ולתשושי נפש, אין לה לכאורה עניין כלכלי במניעת הגעה למצב של נזקקות סיעודית

<sup>50</sup> לפי תקנות טיפול בנזקקים – האחריות על מימון השהות במעון התשושים מוטלת על הרשות המקומית ומשרד הרווחה  
<sup>51</sup> נתוני האגף לגריאטריה, משרד הבריאות

ושיקום ובהשארת הנזק בקהילה. בעניין זה התמריץ הנוכחי שלה הוא לכאורה בכוון הפוך – העברת הנזק לאשפוז תקטין את ההוצאה של הקופה<sup>52</sup>.

**מגמות בהקצאת קודים והמתנה לאשפוז** - בעבר היו תופעות של המתנה ל'קוד'. כך לדוגמא, בשנים 1995-1997 עלה מספר הממתינים לאשפוז סיעודי להיקף של מעל 1,000 איש. אולם, מ-1998 החל מספרם לרדת וביוני 2004 עמד מספרם על 979 כשכ-50% מתוכם מוכנים להתאשפוז בכל מקום והאחרים ממתינים למקום על פי העדפתם. בנוסף לנ"ל, באותה שנה היו מונחות במשרד הבריאות עוד 1,526 בקשות נוספות שנמצאו בשלבי טיפול שונים. כלומר סה"כ המתינו באותה עת 2,505 איש לקבלת פתרון מהמדינה לאשפוז סיעודי. כפי שציינו, פעלו באותה עת ברחבי הארץ עשרות מוסדות המטפלים בחולים סיעודיים ותשושי נפש ללא רישיון ממשרד הבריאות וסביר להניח כי חלק מהממתינים הנ"ל היו מאושפזים שם במהלך תקופת המתנה וחלקם אף נשאר שם מעבר לכך.

בשנים האחרונות, תמונת המצב שתוארה לעיל השתנתה לחלוטין. היקף הקודים הורחב משמעותית, וכיום חלה התייצבות ואפילו מעט ירידה בפניות לקבלת קוד לאשפוז סיעודי. לא קיימת כבר תופעה של המתנה, מעבר לזו הנדרשת להשלמת ההליך האדמיניסטרטיבי.

לגבי מיסוד בסטטוס 'תשושים', רק כ-34 אחוז מהמאושפזים בסטטוס תשושים ועצמאים מקבלים סיוע במימון מצד משרד הרווחה<sup>53</sup>. לפי נתוני משרד הרווחה, כ-20% מהמאושפזים בסטטוס זה יוצאים כל שנה ממערכת הרווחה, מחציתם עקב פטירה ומחציתם לאשפוז סיעודי. יש לציין כי הרישוי למוסדות האמורים והפיקוח עליהם מבוצעים באמצעות משרד הרווחה. זאת, מכוח תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א-2001.

עקב הפיצול המתואר לעיל עלולות להיווצר סיטואציות בהן מבוטחים "נופלים בין הכיסאות" בגלל חוסר מודעות של מבטח שהמבוטח הועבר לאחריותו ו/או חילוקי דעות בין מבטחים בדבר האחריות על המבוטח, בנוסף גורם הדבר לפגיעה ברצף הטיפול של המבוטח. לכך מצטרף גם חוסר הידע של מבוטחים ומשפחותיהם באשר לזכויותיהם בכל אחת מהמערכות ולאי מיצוי זכויותיהם.

## **תמהיל המימון הציבורי-פרטי**

### **סיעודיים ותשושי נפש**

בכל הקשור לאשפוז של סיעודיים רגילים ותשושי נפש, כ-30% מהנזקקים מממנים בעצמם בשוק הפרטי את מלוא עלות האשפוז<sup>54</sup>. עלות מיטה סיעודית/תשוש נפש, במחיר מלא, בשוק הפרטי עומדת על כ-12,000-15,000 ₪ לחודש. השאר מקבלים הקצאה של קוד אשפוז, מותנה בהשתתפות עצמית שכאמור גובהה מותאם לתוצאות של מבחני הכנסה הנערכים לקשיש, לבת

<sup>52</sup> בשנים האחרונות הונהג תמריץ כספי ייעודי בנסיון להשפיע על כיוון התמריצים. מוקדם עדיין לקבוע את השפעתו

<sup>53</sup> כ-6% מהמאושפזים הזכאים למימון מטעם משרד הרווחה הינם בסטטוס עצמאיים

<sup>54</sup> בין אלה נמצאים גם אלו המקבלים מימון באמצעות צד ג' כלשהו. לדוגמא: חברות ביטוח, ביטוח לאומי במקרה של תאונות עבודה, משרד הביטחון ועוד.

זוג וילדיו. כאמור, גובה ההשתתפות העצמית המינימאלית עומד על 32% מגובה קצבת הזקנה לזוג (695 ש"ח). גובה ההשתתפות העצמית הממוצעת עמד בשנת 2009 על 2,350 ₪ לחודש (סכום זה כולל הן השתתפות ישירה של נזקק הסיעוד ובני משפחתו והן קיזוז מקצבת זקנה). המדרגה הגבוהה ביותר של השתתפות עצמית היא – מימון 100% מעלות הקוד למשרד הבריאות. המשמעות היא שבמקרה שכזה נזקק הסיעוד משלם את מלוא עלות המיטה על פי התעריף שמשלם המשרד במסגרת המכרז. אמנם, תעריף זה נמוך יחסית לחלופה אותה היה משלם במימון פרטי מלא אך עם זאת, לא ניתן לומר שקבוצה זו נהנית ממימון ציבורי כלשהו.

כיום, משרד הבריאות מממן, באמצעות האגף לגריאטריה, אשפוז סיעודי לכ- 13,000<sup>55</sup> קודים לאשפוז של חולים סיעודיים ותשושי נפש במגזר הפרטי והציבורי, בתקציב של כ- 1.6 מיליארד ₪ בשנה. בנוסף הוא מתקצב מעל 600 חולים סיעודיים ותשושי נפש במגזר הממשלתי (מיטות "מתוקצבות"). טבלה מס' 7 להלן מפרטת את התפלגות הזכאים לקוד אשפוז לפי גובה ההשתתפות העצמית, נכון לפברואר 2011.

**טבלה מס' 7: התפלגות הזכאים לקוד אשפוז לפי גובה ההשתתפות העצמית – פברואר 2011**

סכום השתתפות עצמית חודשית	אחוז מקבלי הקוד
1-999	3.4%
1000-1999	24.6%
2000-2999	41.2%
3000-3999	13.7%
4000-4999	7.6%
5000-5999	4.2%
6000-6999	2.2%
7000-7999	1.3%
8000-8999	0.5%
9000-9999	0.8%
10000-10999	0.5%

מקור: נתוני אגף חשבות, משרד הבריאות

טבלה מס' 8 מפרטת את התפלגות הזכאים לקוד לפי גיל, נכון לסוף שנת 2009

**טבלה מס' 8: התפלגות הזכאים לקוד אשפוז לפי גיל**

קבוצת גיל	אחוז מכלל הזכאים
עד 64	8.7%
65-74	12.4%
74-84	36.5%
85-89	23.5%
90 ומעלה	18.8%
סה"כ	100%

מקור: אגף גריאטריה, משרד הבריאות

<sup>55</sup> נכון לדצמבר 2010- 13,352 קודים

## נתח האשפוז הסיעודי בתקציב משרד הבריאות

בשנת 2010 היה סך הכנסות משרד הבריאות בגין שירותי אשפוז גריאטרי כ- 425 מיליון ₪, כולל הכנסות מביטוח לאומי בגין העברה ישירה של קצבאות זקנה והשלמת הכנסה של מאושפזים סיעודיים (177 מיליון ₪), מחוק סיעוד (70 מיליון ₪)<sup>56</sup>, מרנטות והשתתפות של משפחות (248 מיליון ₪). סך ההשתתפויות מתוך התקציב מהוות כ-31%.

בתקציב לשנים 2011-2012 הוגדל תקציב האשפוז הסיעודי ב- 75 מיליון ₪ (ברוטו- 37.5 מיליון ₪ לכל שנה). בסכום זה באה לידי ביטוי תוספת של פתרונות נוספים לאשפוז, זו התווספה ל- 450 פתרונות אשפוז סיעודיים שנוספו לתקציב משרד הבריאות כבר בשנים 2009-2010. תוספות אלה נועדו לתת מענה לגידול האוכלוסייה, להזדקנותה ולגידול במספר הפונים לאשפוז סיעודי.

## סיעוד מורכב

כאמור האחריות על האשפוז של חולים סיעודיים מורכבים מוטל, מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי על קופות החולים. החולה מחויב בהשתתפות עצמית שהיקפה נקבע בחוק – 104 ₪ ליום (כ- 3,120 ₪ לחודש), כאשר עלות חודשית של מיטה עומדת על כ-15 אלף ש"ח. בניגוד להשתתפויות אחרות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, לא נקבעו לעניין זה אוכלוסיות שזכאיות לפטור מתשלום או להנחה. מדובר בתשלום גרסיבי המוטל על מבוטח הנמצא במצב קשה ביותר. מאחר והמבוטח ומשפחתו לא שולטים בשאלה אם לאשפוז או לא, לא ניתן לתרץ חובת תשלום זו בניסיון למנוע שימוש עודף בשירותי בריאות (או כ- moral hazard). עם זאת, ידוע שהקופות מפעילות במסגרת ועדות חריגים או מנגנונים אחרים לאוכלוסיות שמתקשות בתשלום. ככל הידוע אין שקיפות של הקריטריונים למתן הנחה או פטור מתשלום, וככל הנראה אין אחידות בקריטריונים בין הקופות.

## תשומים

אומדנים שבוצעו בנושא המימון המוסדי לתשומים ועצמאים (ברודסקי 2011) הראו כי בשנת 2005 היתה עלות מיטה של תשומים/עצמאים כ- 5,000 ₪ לחודש. על פי האומדן באותה שנה שיעור המיטות ששולמו במלואן באופן פרטי בגין תשומים ועצמאים היה 66% (מתוך כ- 10,000 מיטות באותה עת<sup>57</sup>). אחוז המימון בידי משפחות, מתוך המיטות **המסובסדות** בידי משרד הרווחה עמד באותה עת על 35%. ההשתתפות העצמית הממוצעת של המשפחה בגין אשפוז באותן מיטות מסובסדות, עומדת על כ-3,000 ₪ לחודש, כמחצית מעלות האשפוז. אומדן סך כל המימון של אשפוז תשומים ועצמאים בידי משפחות עמד אז על כ- 80% מההוצאה. יש לציין כי אחריות משרד הרווחה היא גם על עצמאיים. יחד עם זאת, כ-94% מהמאושפזים במימון משרד הרווחה הינם תשומים.

<sup>56</sup> ראה להלן הסבר בדבר הכנסות מהביטוח הלאומי ומחוק סיעוד  
<sup>57</sup> 9,300 מיטות, מתוכן 560 לעצמאים והשאר לתשומים

**תשתיות פיזיות**

**מגמות בשיעור מיטות האשפוז הכרוני/סיעודי**

ככלל, שירותי האשפוז הגריאטרי ניתנים באמצעות בתי חולים כלליים, בתי חולים למחלות ממושכות ובתי אבות סיעודיים. בסוף שנת 2009 היו בישראל 311 מוסדות לאשפוז הממושך, שהכילו 23,795 מיטות.

בשנת 2008 היתה התפלגות ה**שוהים** במוסדות לפי מצב תפקודי כדלקמן- סיעודיים 58%, תשושי נפש – 13% ותשושים – 29%<sup>58</sup> (נתוני משאב).

טבלה מס' 9 מציגה את המגמות במספר ובשיעור מיטות האשפוז הממושך מאז שנת 1960. מהטבלה עולה כי שיעורן של מיטות האשפוז הממושך לאלף נפש נמצא באופן קבוע במגמת עלייה כלומר שיעור המיטות עלה ביחס לגידול הכללי באוכלוסייה, אולם במקביל ניתן לראות תנודתיות רבה בשיעור מיטות לאשפוז ממושך לאלף נפש בני 75 ומעלה. לאחר ירידה דרמטית בשיעור המיטות שנמשכה על פני שלושה עשורים, החל מראשית שנות ה-2000 החל שיעור המיטות לעלות והוא התייצב במחצית הראשונה של שנות 2000 על כ- 68 מיטות לאלף נפש בני 75 ומעלה. מאז חלה ירידה וכיום שיעור המיטות עומד על פחות מ 67 לאלף נפש בני 75 ומעלה. תנודתיות ניכרת קיימת גם בשהייה הממוצעת. שיעור ימי האשפוז הממושך לאלף נפש נמצא מאז ראשית שנות ה-90 במגמת עלייה, אולם אחוזי התפוסה שהיו במגמה מתמדת של ירידה מאז ראשית שנות ה-80 התייצבו בשנים האחרונות (בשנת 2009 – 90.5%). יתכן שהדבר משקף את העובדה שהגידול במספר המיטות משיג את הגידול במספר ימי האשפוז. בכל מקרה נראה כי בשנים האחרונות היתה ירידה בשהייה הממוצעת ועליה במספר ימי האשפוז הממושך ל-1,000 נפש.

יש להדגיש כי הטבלה משקפת את מספר המיטות שבתקן שבאחריות משרד הבריאות. קיימות גם מיטות לא תקינות. לפי אומדן שנערך ב-1999 היקף התופעה של מיטות "לא מורשות" ("פיראטיות") נע בין 700-1500 מיטות. האומדנים לסוף שנת 2010 מראים על ירידה משמעותית במספר המיטות הלא מורשות לסך של כ-150 מיטות.

**טבלה מס' 9: מגמות היסטוריות בשיעור מיטות האשפוז לטיפול ממושך 1960-2009**

שנה	מספר מיטות	שיעור לאלף נפש	שיעור לאלף נפש בני 75 ומעלה	אחוזי תפוסה	שהייה ממוצעת (ימים)	שיעור ימי אשפוז לאלף נפש
1960	1,760	0.82	78.2	83.6	70	284
1970	3,015	1.00	64.7	97.5	242	413
1980	5,595	1.43	57.7	98.9	192	549
1990	9,264	1.92	52.8	98.1	172	700
2000	18,260	2.87	68.3	92.8	155	985
<b>2009</b>	<b>23,315</b>	<b>3.09</b>	<b>66.7</b>	<b>91.3</b>	<b>154</b>	<b>1,074</b>

מקור: מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל – 2009, משרד הבריאות (לא כולל מיטות לתשושים)

יש לציין שעל פי נתוני משרד הבריאות, נכון לספטמבר 2010 מספר המיטות ברישוי לסיעודיים ולתשושי נפש מתוך סך המיטות לטיפול ממושך עומד על 20,164. לפי חישובי האגף לגריאטריה, שיעור המיטות לסיעודיים ולתשושי נפש ל-1,000 נפש בגיל 75 ומעלה עמד על 57.4 (ספט' 2010)

<sup>58</sup> מוסדות לתשושים - באחריות משרד הרווחה

ואילו שיעור הקודים ל-1,000 נפש בקבוצת גיל זו עמד בסוף שנת 2010 על 38.0 (דהיינו, כ- 67% מהמיטות ממומנות חלקית באמצעות קודים של משרד הבריאות); בנוסף ניתן אשפוז סיעודי באמצעות המדינה במיטות בבעלות ממשלתית (מתקצבות) כך שסה"כ שיעור פתרונות המדינה ל- 1000 נפש בגיל 75 ומעלה הינו כ- 40.0 (כ- 70%).

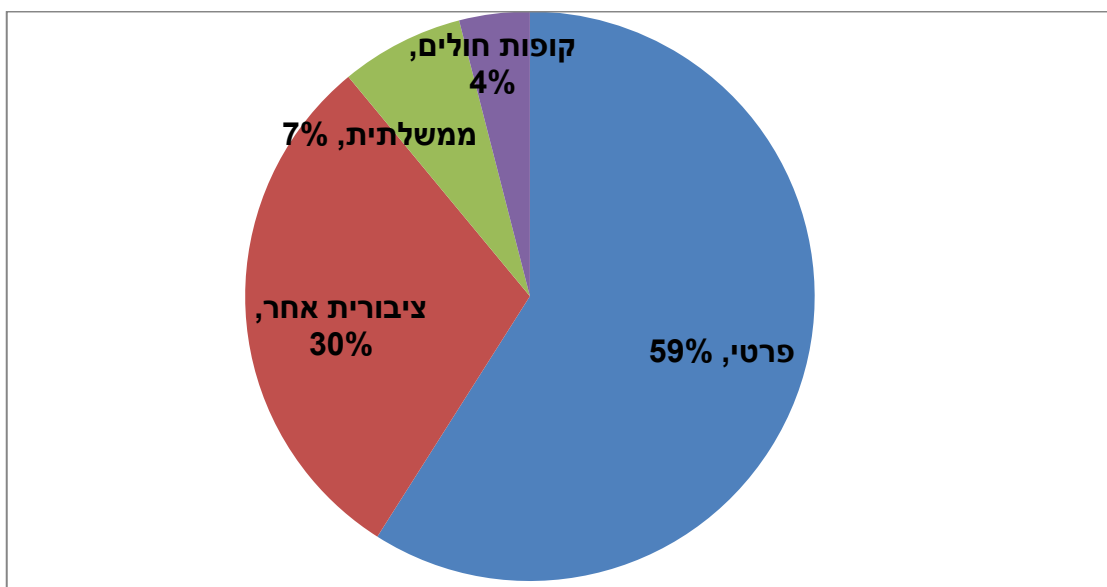
אשר למיטות של 'תשושים ועצמאים', סה"כ המיטות בתחום עמד על 9,300, מתוכם 560 מיטות של עצמאים והשאר תשושים. שיעורי התפוסה בתחום זה עומדים על 77%.

### מגמות בבעלות על מיטות לאשפוז ממושך

בתחום האשפוז הגריאטרי פועלים בישראל 311 בתי חולים למחלות ממושכות (כולל מחלקות סיעודיות בבתי חולים כלליים, וכן בבתי אבות ובקיבוצים). מתוכם, 5 בתי חולים ממשלתיים, 2 בתי חולים בבעלות שירותי בריאות כללית, 6 מוסדות בבעלות מכבי שירותי בריאות, 4 מוסדות בבעלות קופת חולים מאוחדת, 138 מוסדות בבעלות ציבורית אחרת, 143 מוסדות פרטיים ומוסד אחד בבעלות רשות מקומית.

תרשים מס' 7 מציג את התפלגות המיטות לפי הבעלות, נכון לשנת 2009. מהגרף עולה כי מיטות בבעלות ממשלתית מהווה כ- 7% בלבד מסך כל המיטות וכי מרבית המיטות הסיעודיות (59%) נמצאות בבעלות פרטית, פחות משליש נמצא בבעלות ציבורית אחרת (כולל הדסה) או מיסיון (30%) – 4% בבעלות של קופת החולים (כללית ומאוחדת).

**תרשים מס' 7: התפלגות מיטות למחלות ממושכות לפי בעלות, 2009**



מקור: עיבודים על נתוני למ"ס 2010

בבחינת מגמות לאורך שנים נראה כי בעשור האחרון מאז 1995 קיימת ירידה בשיעור הבעלות הממשלתית על מיטות סיעוד ועלייה נכרת בשיעור הבעלות הפרטית. טבלה מס' 10 מדגימה זאת היטב.

## טבלה מס' 10: מגמות בבעלות על מיטות אשפוז ממושך 1995-2009

בעלות	מס' מיטות בשנת 1995	מס' מיטות בשנת 2009	מס' מיטות שנוספו/נגרעו	השינוי באחוזים ביחס ל-1995
ממשלתית	1,802	1,715	-87	95.2%
קופות חולים	692	962	270	139.0%
ציבורית אחרת או מיסיון	5,418	7,018	1,600	129.5%
פרטי	4,788	13,630	8,842	284.7%
<b>סה"כ</b>	<b>12,700</b>	<b>23,325</b>	<b>10,625</b>	<b>183.7%</b>

מקור: נתוני למ"ס שנתון סטטיסטי שנים שונות

אם נתרכז במספר המיטות שבטבלה ולא בשיעורן בכל אחת מהקטגוריות, נמצא כי השינוי בשיעור המיטות הממשלתיות לאורך השנים לא נובע מצמצום משמעותי במספרן של המיטות הממשלתיות אלא בעיקר מגידול במספר המיטות שבקטגוריות האחרות.

השינוי בשיעור המיטות הממשלתיות נובע בעקב מגידול במספר המיטות בתחום הגריאטריה הפעילה (סיעודי מורכב, גריאטריה שיקום, הנשמה ממושכת, ועוד) זאת כפועל יוצא מתהליך הסבת מיטות סיעודיות למיטות גריאטריה פעילה.

#### תחזית צרכים מול מספר המיטות לאשפוז הממושך/סיעודי

על פי אומדנים של משאב<sup>59</sup>, מספר הדיירים הסייעודיים השוהים במוסדות שעמד בשנת 2008 על כ- 14.5 אלף צפוי להגיע בשנת 2020 לכ- 19 אלף וב- 2030 לכ- 28 אלף; מספר הדיירים בסטטוס **תשושי הנפש** שעמד על כ- 3,300 נפש ב-2008, יגיע בעתיד ל- 4 אלפים ו- 6 אלפים, בהתאמה. מספר הדיירים בסטטוס **תשושים** ועצמאים שעמד ב- 2008 על 7,300 נפש, יגיע לכ- 10,000 ב- 2020 ולכ- 14,000 בשנת 2030. נראה אם כן כי לפי תחזית זו, מדובר במצב בו עד שנת 2030 יהיה צורך לכאורה להכפיל את מספר המיטות בכל קטגוריה לעומת מספרן כיום.

<sup>59</sup> באר ש. משאב, דצמבר 2010.

טבלה מס' 11 : תחזית הגידול במספר הדיירים במוסדות לפי סוג מוגבלות

2030		2020		2008	
תוספת צפויה בהשוואה ל- 2008	מס' דיירים	תוספת צפויה בהשוואה ל- 2008	מס' דיירים	מס' דיירים <sup>60</sup>	
13,400	27,900	4,800	19,300	14,500	סיעוד רגיל
3,100	6,400	1,100	4,400	3,300	תשושי נפש
6,700	14,000	2,300	9,600	7,300	תשושים ועצמאים
<b>23,000</b>	<b>48,400</b>	<b>8,200</b>	<b>33,400</b>	<b>25,200</b>	<b>סה"כ</b>

מקור: משאב. האומדן על בסיס הנחה של שיעורי מיסוד ומוגבלות קבועים, כמפורט להלן

יש להדגיש כי לאור אי וודאות הקיימת במספר משתנים, בוצעו אומדנים אלה על בסיס המגמות במספר הקשישים ושיעורם באוכלוסיה, תוך קיבוע משתנים אחרים. נציג כדוגמא שני משתנים נוספים שעלולים להשפיע על התחזית בכיוון מטה – שיעור מוגבלות ושיעורי מיסוד, ומשתנה נוסף שעשוי להשפיע בכיוון מעלה – תוחלת חיים של נזקק סיעוד.

אם נתייחס לדוגמא לשיעור המוגבלות ניוכח שמחקרים ממדינות שונות מצביעים על מגמה ברורה למדי של ירידה בשיעור המוגבלים בכל אחת מקבוצות הגיל המבוגר<sup>61</sup>. בסוף שנות ה-90 היה היחס של DFLE/ LE (Disability free life expectancy of life expectancy) בגברים כדלקמן: בהולנד 79%<sup>62</sup>; בבריטניה 58%<sup>63</sup> ובארה"ב 49%<sup>64</sup>. ירידה בשיעור המוגבלים מאפשרת גידול מתון יותר במספר מיטות האשפוז. בישראל, קיימת עדות לירידה בהיקף המוגבלות בקרב קשישים 'צעירים' (65-74) והעלאת הגיל הממוצע בו אדם עלול להפוך לנזקק סיעוד, תופעה זו עשויה להתבטא בעתיד ב'הזת' גיל הנזקקות. יחד עם זאת, ראינו קודם לכן כי שיעור המוגבלות בישראל בקרב קשישים הולך ועולה עם השנים, בעיקר בגיל המבוגר.

משתנה אחר שרצוי להביא בחשבון הוא שיעור המיסוד. ממצאים שבדקו מגמות ב-8 מדינות בארה"ב הראו כי מאז שנות השמונים ב-7 מתוך השמונה נצפתה ירידה בכל קבוצות הגיל בשיעור השוהים במוסדות (כאחוז מבני 65 ומעלה). מצב זה יכול לשקף לא רק ירידה בשיעור המוגבלות אלא גם שינוי בדפוסי התנהגות האוכלוסייה, בכל הקשור למיסוד לעומת העדפת הטיפול בחולה הסיעודי במסגרת הביתית<sup>65</sup>. בישראל, שיעור המיסוד מקרב כלל הקשישים נמוך יחסית למדינות אחרות. ניתוח של התפלגות המוגבלים בין קהילה לאשפוז מראה כי גם בישראל מסתמנת ירידה

<sup>60</sup> מדובר במספר הדיירים (ממוצע שנתי) ולא במספר המיטות

<sup>61</sup> לדוגמא תוצאות סקר ה-NLTCS בארה"ב, מחקריהם של Manton and Gu (2001) של Fogel and Costa (1997) ושל Cutler (2001)

<sup>62</sup> נתוני – 2000. לעומת 70% ב-1990

<sup>63</sup> ללא שינוי מאז 1981

<sup>64</sup> נתוני 1990. לעומת 48% ב-1980

<sup>65</sup> יש לציין שבפוליסות סיעוד (מסחריות) קיימות שם לעיתים רבות הטבות שנועדו לתמרץ ולסייע בהשאת הקשיש הסיעודי בקהילה

מסוימת בשנים האחרונות בחלק היחסי של האשפוז ועלייה בשיעור הקשישים המוגבלים אשר נשארים בקהילה<sup>66</sup>.

כאמור, במקביל למגמת העלייה בתוחלת החיים בכלל האוכלוסייה, קיימת במשך השנים גם עלייה בתוחלת החיים של נזקקי סיעוד. הנתונים המקובלים כיום בישראל מדברים על כך שבאמצע שנות ה-90 עמדה תוחלת החיים של נזקק סיעוד על כ-18 חודש ואילו כיום היא כ-36 חודשים<sup>67</sup>.

לאור ההשפעות הצפויות של המשתנים שהוצגו לעיל, נראה שבכל הקשור לתחזיות ארוכות טווח בעניין תשתיות, יש מקום לשקול הפעלת מודל חיזוי נוסף, מעט מורכב יותר מזה שתואר לעיל, כזה שיתייחס למספר רב יותר של משתנים והנחות יסוד חלופיות, לדוגמא - גידול בנזקקות **במקביל** לגידול בשיעור הקשישים; "הזזה" של גיל הנזקקות, ללא שינוי משמעותי בהיקף הנזקקים; שילוב של שתי האפשרויות הנ"ל, היינו גידול בנזקקות שלא יהיה פרופורציוני לגידול בשיעור הקשישים; וכן לשיעור המיסוד בקרב המוגבלים. כמוכך, שלכך רצוי להוסיף הנחות יסוד אחרות הקשורות למדיניות הממשלתית והתנהגות הציבור (כגון מדיניות עובדים זרים, שיעורי השתתפות באשפוז/קהילה וכד').

### תשתיות כוח אדם

בשנים האחרונות קיים גידול הן במספר הרופאים המומחים לגריאטריה והן בשיעורם לאוכלוסייה. בשנת 2009, מספר הרופאים (עד גיל 65) בעלי מומחיות בגריאטריה היה 274 (שיעור של 0.78 רופאים ל-1,000 נפש בני 75 ומעלה), בהשוואה ל-137 בשנת 2000 (0.51 ל-1,000 בני 75 ובמעלה). יחד עם זאת, דיווחים מקופות החולים מצביעים על מחסור במומחים בתחום זה.

בשנת 2009 הונפקו כ-20 רישיונות מומחה חדשים בגריאטריה. קצב הנפקת רישיונות מומחה במהלך 5 השנים האחרונות (ממוצע 2005-2009) עומד על 16 רופאים – תוספת שנתית ממוצעת של כ-6.8% מכלל הרופאים המומחים בתחום זה. לאור קצב הגידול עד כה **במספר** הקשישים בני 75 ומעלה וזה החזוי לשנת 2030, המליצה וועדה של משרד הבריאות לפעול להגדלת שיעור המומחים לכדי – 24 מומחים לשנה<sup>68</sup>.

מספר האחיות (עד גיל 60) בישראל מצוי במגמת ירידה. הוא נמוך בהשוואה לשיעורן במדינות מערביות אחרות. מספר האחיות בוגרות קורס- על בסיסי בגריאטריה עמד בשנת 2009 על 868 אחיות. על רקע המחסור הקיים באחיות ותחזיות בדבר החרפת המצב בשנים הבאות<sup>69</sup>, נראה כי בתחום האשפוז הממושך קיים צורך בתגבור ניכר של אחיות וכוח עזר כדי להיערך לצרכים העתידיים. ניסיוןן של מדינות אחרות מעיד על כך שכוח עזר מיומן שכזה יעיל ביותר במיוחד במוסדות לאשפוז ממושך שם חלק ניכר מהפעילות הנדרשת מצריכה רמת מיומנות המתאימה לכוח אדם שכזה. כאמור משרד הבריאות פועל לביסוס מקצוע זה והרחבת מסגרות ההכשרה.

<sup>66</sup> נתוני ברוקדייל, ברודסקי 2011 (מצגת)

<sup>67</sup> מבוסס על מידע מהברות ביטוח

<sup>68</sup> דו"ח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל, משרד הבריאות, יוני 2010

<sup>69</sup> דו"ח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל, משרד הבריאות, יוני 2010

**לסיכום**, האמור בפרק זה מצביע על צורך להיערך לגידול הנדרש בתשתיות חיוניות לאשפוז וטיפול בקשישים מוגבלים. נתונים ראשוניים מצביעים שעיקר הצורך בתוספת מיטות יהיה משנת 2020 ואילך. עם זאת, מומלץ לבצע כבר עתה חיזוי מספר המיטות לאשפוז ממושך וכוח אדם הנדרש בשנים הבאות באמצעות מודל מורכב שיביא בחשבון מרכיבים כגון גידול האוכלוסייה, הארכת תוחלת החיים והגידול הצפוי בשיעור הקשישים, היקף המוגבלות של קשישים כפונקציה של איכות השירות הרפואי, והיקף השימוש בשירותי הסיעוד בקהילה כתחליף לשירותי אשפוז. כל זאת, באמצעות וועדת מומחים. ממצאי הוועדה יאפשרו היערכות של תשתיות האשפוז ושל כוח האדם הנדרש לתחום זה.

### היבטים הנוגעים לאיכות האשפוז הסיעודי

התגמול הניתן למוסדות המספקים את שירותי האשפוז הסיעודי עבור משרד הבריאות, מבוסס על מחיר חודשי בעבור מיטה תקנית ("קוד"). המוסד מקבל מהמשרד תשלום בהתאם למספר הקודים שאושרו לו. במקביל המוסד רשאי לאשפוז חולים פרטיים המשלמים את הוצאות האשפוז ישירות למוסד (בעלות גבוהה יותר מתעריף הקוד). קיים קשר בין התעריף אותו משלם המבטח לספק השירות לבין איכות השירות הניתן למאושפז. מתחת לרף מסוים עלול הספק לחוש שמיצה את אמצעי ההתייעלות העומדים לרשותו והוא עלול לנקוט צעדים שמשמעותם פגיעה באיכות התשתיות והשירות הניתן למאושפז. מצב זה דורש איזון בין השאיפה של המבטח (במיוחד כשמדובר במבטח רב עוצמה כגון השירות הממשלתי או קופות חולים) לצמצום עלויות לבין השאיפה של הרגולטור לשמור על רמת השירות. נושא זה ממחיש כי קיים פוטנציאל לקושי במילוי מיגוון התפקידים שממלא משרד הבריאות בכל הקשור לאשפוז הסיעודי – כבעלים של מיטות אשפוז סיעודיות המעוניין לכאורה להגדיל רווחים ולהשיג יתרון מול מתחרים, כמבטח האמור לצמצם הוצאות ורגולטור המכתיב מדיניות ומפקח על ספקי שירות (ומבטחים).

קיימות דוגמאות רבות למרכיבי איכות, המהווים חלק ממדדים מקובלים לבקרת איכות שירותי האשפוז הסיעודי בישראל. בכל הקשור למדדי **תשומות/מבנה** – ההתייחסות המקובלת במדינות רבות היא לתשתיות פיזיות כגון סניטציה, בטיחות המבנה, נגישות לנכים, גודל וצפיפות החדרים, צוות – הכשרה ותמהיל. בכל הקשור למדדי **תהליך**: ההתייחסות המקובלת היא לנושאים כגון זמינות רשומות רפואיות, מנגנונים להבטחת זכויות המטופל, תהליכי קבלה ושחרור יעילים, שירותי תזונה, שירותי שיקום. **בהיבט של מדדי תוצאה**: ההתייחסות המקובלת היא לפצעי לחץ, תזונה לקויה (כולל הצדקה לזונדה, ניטור מקרי התייבשות וכו'), ירידה בנזקקות בפעולות ה-ADL, טיפול בכאב, שכיחות השימוש בתרופות אנטי פסיכוטיות, שכיחות ההאכלה בזונדה, וירידה בשיעור הנפילות. מדדים אלה ורבים נוספים משמשים גם את המערכת הישראלית (להרחבה בנושא מדדי איכות בשירותי בריאות לקשישים בישראל לפי נושאים, ראה פרסומי האגף לגריאטריה באתר האינטרנט של משרד הבריאות)<sup>70</sup>.

המשרד מבצע את הבקרה והפיקוח באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות. היקף כוח האדם הנוכחי מאפשר להגיע לביקורת לכל מוסד לפחות פעם בשנה. עם זאת, המשרד חובש בעניין זה

<sup>70</sup> לפירוט כלי הבקרה במוסדות השונים ובתחומים השונים (רפואה, סיעוד פיזיותרפיה, תשתיות וכד') ראה גם באתר האגף לגריאטריה של משרד הבריאות <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=39&catId=677&PageId=3785>

מספר "כובעים" - כ'מבטח' (המחזיק בתקציב גלובאלי שאינו ייעודי רק למטרה זו ומעוניין לצמצם ככל הניתן בהוצאה); כ'נותן שירות' שבבעלותו חלק ממיטות האשפוז; כגורם הקובע את מחיר יום האשפוז הסיעודי; וכגורם המבצע בקרה על נותני שירותי אשפוז סיעודי. מגוון תפקידים שכזה עלול להקשות על פעילות המשרד כרגולטור ומפקח על השירותים ולגרום לחשדנות כלפיו בביצוע תפקידיו אלה מצד נותני שירותים. מצב זה מהווה סיבה נוספת בגינה מוצדק להוציא את האחריות הביטוחית וזו הכרוכה באספקה ישירה של שירותים, מידי משרד הבריאות ולפעול להעברתם לקופות החולים.

מעבר לשאלת הבקרה וסוג מדדי האיכות בהם ראוי להשתמש, קיימת שאלת התמריצים וסוג התגמול המאפשר שמירה על איכות סבירה. הזכרנו את הקונפליקט בין השאיפה להגבהת/שמירת רף איכות לבין הרצון לשמור על היקף סביר של ההוצאה הציבורית. פועל יוצא של נושא זה, העומד מזה זמן על הפרק אשר אותו ראוי לדעתנו לבחון, ותינתן לו התייחסות בהמשך עבודה זו הוא שאלת תעריפי המינימום של ספקי שירותי האשפוז הסיעודי הציבורי. קביעת תעריפים שכאלה בגובה הולם, עשויים למנוע ירידה דרסטית בתעריפים כתוצאה מתחרות פרועה בין המתחרים, או ניצול לרעה של כוחו של מבטח גדול, שתוצאתה ירידה מתחת לרף המאפשר אספקת שירות באיכות סבירה ואולי אף סגירת מוסדות וצמצום במספר המיטות.

**האשפוז הממושך - סיכום ביניים :**

**פיצול בין רשויות** – האחריות על האשפוז של נזקקי סיעוד לסוגיהם מפוצלת. לדוגמא, האחריות לסיעוד מורכב – בידי קופת חולים, סיעוד רגיל ותשושי נפש – משרד הבריאות, תשושים- משרד הרווחה, נזקקי סיעוד שהם נפגעי עבודה – באחריות המוסד לביטוח לאומי ועוד.

**קריטריונים בלתי אחידים** – אין אחידות בקריטריונים של הרשויות השונות, ובמעבר מהקהילה לאשפוז וכן במהלך האשפוז, במעבר מסטאטוס תפקודי אחד למשנהו, הנזקק ומשפחתו נדרשים לעבור מבחני ההכנסה שונים כדי לקבוע את גובה ההשתתפות העצמית של הנזקק ומשפחתו. במקרים מסוימים מבחני ההכנסה כוללים את צאצאי הנזקק ולעיתים אף אנשים בדרגת קרבה רחוקה יותר (חתנים וכלות).

**כיסוי לא אוניברסאלי** – כ- 30% מהמאושפזים הסיעודיים ותשושי נפש וכ- 66% מהתשושים מממנים בעצמם את מלוא עלות האשפוז. חלק מאלה שהוכרו כזכאים ל"קוד", מחויבים לשלם את מלוא עלות הקוד (היינו, הם אינם מקבלים השתתפות כלשהי במימון ציבורי)

**חוסר תמריצים למניעה והשהיית הנזקק בקהילה** - הפיצול בין תחומי האחריות מביא למצב בו מרגע בו עובר המבוטח לאשפוז האחריות על המימון עוברת לגורם המאשפז. הקופה והמוסד לביטוח לאומי חדלים לשאת בהוצאות שהיו להם כל עוד הנזקק שהה בקהילה.

**תשתיות** - מרבית המיטות – בבעלות פרטית. שיעור מיטות לאלף נפש בגיל 75 ומעלה (66.7) בירידה בהשוואה לראשית העשור. שיעור ימי אשפוז לאלף בעליה (1,029). עד שנת 2020 צפוי גידול של ההיקף הנדרש בכ- 8,000 מיטות ועד 2030 – 23 אלף. אין היערכות עתידית לתוספת מיטות הנדרשת בגלל הזדקנות האוכלוסייה ובגלל התארכות תוחלת החיים הממוצעת של החולה הסיעודי. קיים צורך להיערך גם בכוח אדם – מומחים לגריאטריה, אחיות וכוח עזר מיומן.

**איכות** - הפיצול הקיים ומתכונתו הנוכחית של המכרז להקצאת קודים לספקים, גורמים גם לקושי באכיפת סטנדרטים של איכות.

**גובה ההשתתפות העצמית במימון האשפוז** - מקרב אלה הזכאים להשתתפות בעלות האשפוז במימון המדינה, גובה ההשתתפות העצמית הממוצעת הנדרשת מאלה בסאטוס סיעודיים או תשושי נפש (משרד הבריאות) היא כ- 2,350 ₪ לחודש. בקרב התשושים (משרד הרווחה) כ- 3,000 ₪ לחודש וסיעודיים מורכבים (קופת חולים) כ- 3,120 ₪ לחודש.

העלות הציבורית של מימון שהיית נזקק סיעוד במוסד ציבורי גבוהה בלמעלה מפי- 3 מעלות המימון של נזקק סיעוד השוהה בקהילה.

**חוסר תמריצים למניעה ולפתרונות קהילתיים** - הפיצול בין הרשויות והמבטחים ומערך התמריצים הקיים כיום אינם מעודדים השקעה במניעת נזקקות והשאת הנזקק בקהילה לפרק זמן ממושך, ככל הניתן.

**מידע למבוטחים** - הפיצול עלול לגרום לבלבול בקרב מבוטחים ואי מיצוי זכויותיהם.

**ריבוי תפקידים של משרד הבריאות** - "ריבוי הכובעים" של משרד הבריאות כמבטח, נותן שירות ובעלים של בתי חולים מקשה עליו לבצע רגולציה ובקרה הולמת בתחום זה.

**חוסר יעילות בארגון השירותים ובבקרה** – הפיצול הקיים גורם לכפל תקורות ולקשיי רגולציה ובקרה.

## 2. טיפול סיעודי במסגרת הקהילה

### התשתית החוקית

#### פרק י' לחוק הביטוח הלאומי (חוק ביטוח סיעוד)

שיעור הקשישים המוגבלים, בני 65 ומעלה הגרים בקהילה עמד בשנת 2009 על כ- 19.5% מכלל הקשישים בני 65 שנה ומעלה. הסיוע לקשישים אלה מבוסס בעיקרו על מה שיכונה להלן 'חוק ביטוח סיעודי' ואשר למעשה מהווה את פרק י' לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995, שכותרתו "ביטוח סיעוד".

חוק ביטוח סיעוד אושר בכנסת בשנת 1980 והפעלתו החלה באפריל 1988. החוק חל על כל מי שמבוטח בביטוח זיקנה ושאינם, על עקרת בית שאינה עובדת מחוץ לביתה ועל עולים חדשים שאינם מבוטחים בביטוח זיקנה ושאינם. לגמלה זכאי כל קשיש (מגיל פרישה) תושב ישראל המתגורר בקהילה, שעל פי מבחן תלות נמצא שהוא מוגבל בתפקודו ותלוי בעזרת הזולת בפעולות היום-יום ובלבד שרמת הכנסתו אינה עולה על הסף שנקבע. מי ששוהה במוסד סיעודי או במחלקה סיעודית בבית אבות אינו זכאי לגמלה. קשישים בני 90 ומעלה משוחררים ממבחן תלות ורשאים להגיש את הבקשה על בסיס הערכה תפקודית של רופא מומחה לגריאטריה.

גמלת הסיעוד מחושבת כאחוז מסכום בסיסי מסוים המהווה נקודת ייחוס המקובלת על ידי המוסד לביטוח לאומי לחישוב הקצבאות המשולמות לפי חוק הביטוח הלאומי ('הסכום הבסיסי' – ראה פירוט להלן). על אף האמור לעיל, ככלל, גמלת הסיעוד אינה משולמת בכסף אלא ניתנת לזכאים במתכונת של שירותי סיעוד ושירותים אחרים שהוגדרו בחוק. השירותים ניתנים בידי ארגונים הקשורים בהסכם עם המוסד לביטוח לאומי (למעט בפרויקט ניסיוני שיפורט להלן).

מדובר בחוק סוציאלי במסגרתו מעוגנת זכות האזרח לקבל את השירות (כאמור, שירות בעין ולא פיצוי כספי), ללא התניה למסגרת התקציבית בשנה כזו או אחרת. הזכאות נקבעת בידי המוסד לביטוח לאומי, באמצעות מבחן תפקודי שקובע את רמת הזכאות בהתאם למידת יכולתו של הנזקק לבצע באופן עצמאי פעולות יום-יומיות בסיסיות (אכילה, רחצה, הלבשה, קימה משכיבה לשיבה, ניידות, שליטה על הפרשות) וכן את מידת הצורך בהשגחה עליו. תוצאות המבחן קובעות את רמת הגמלה ממנה נגזר ההיקף של השירותים שיוענקו. גובה הגמלה תלוי גם ברמת ההכנסה של הקשיש (כפי שיפורט להלן).

חוק הביטוח הלאומי הגדיר את גובה התשלומים למוסד לביטוח לאומי בו מחויב כל תושב (דמי הביטוח הלאומי). לוח י' לחוק האמור פירט את התפלגות התשלומים לרכיביהם. בין היתר, מפרט החוק את חובתו של עובד לעניין תשלום של דמי ביטוח סיעוד. לדוגמא, בגין חלק השכר העולה על 60% מהשכר הממוצע חייב העובד להפריש שיעור של- 0.23%, כתשלום של דמי ביטוח לענף סיעוד<sup>71,72</sup>. תשלום דמי הביטוח הלאומי אינו בגדר מס, אלא בגדר תשלום של דמי ביטוח סיעוד כפי שהוגדר בסעיף 335 לאותו חוק. לצד חובת תשלום דמי ביטוח, אמורה להתקיים

<sup>71</sup> בנוסף ל- 0.06 אחוז מחלק ההכנסה שאינו עולה על 60 אחוז מהשכר הממוצע

<sup>72</sup> נכון לאפריל 2011. לפירוט מלא של דמי ביטוח בענף סיעוד, ראה לוח י' בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) תשנ"ה-1995.

לכאורה חובה של המדינה לספק תגמולי ביטוח/גמלה בהתקיים הנסיבות בגינן בוצע הביטוח (בהתקיים 'מקרה הביטוח'). בביטוח סוציאלי יתכן אמנם מצב בו פרטים שונים יקבלו גמלה בגובה שונה בהתאם לקריטריונים מסוימים (דוגמת גובה הכנסת המבוטח במועד קרות מקרה הביטוח). אולם לא אמור להיות מצב בו על אף ההתמדה בתשלום דמי הביטוח ("הפרמיות") במשך שנים רבות, בהגיע המבוטח לגיל זיקנה ובהתקיים בו מקרה הביטוח, לא יהיה הוא זכאי לגמלה כלשהי. במצב הנוכחי, בכל הקשור לגמלה שאמורה לאפשר קבלת שירותי סיעוד בקהילה, גם אם התקיים מקרה הביטוח והמבוטח הפך לנזקק סיעוד, אם הכנסתו באותו מועד עולה על סף הכנסה מסוים, הוא לא יהיה זכאי כלל לגמלת סיעוד וזאת אף אם התמיד בתשלומי הביטוח שנים רבות.

יוצא אם כן, שככל שמבוטח שילם במהלך שנות עבודתו סכומים גבוהים יותר (עקב הכנסה גבוהה) עבור הביטוח הסוציאלי במסגרת המוסד לביטוח לאומי, ובתוך כך גם עבור הביטוח הסיעודי במסגרת חוק סיעוד, כך גדל הסיכוי שעם הפיכתו לנזקק סיעוד לא יקבל מאומה במסגרת אותו ביטוח סיעודי סוציאלי עבורו שילם במהלך חייו.

#### חוק ביטוח בריאות ממלכתי

קשישים מוגבלים השוהים בקהילה זכאים לשירותי בריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חוק זה הגדיר סל שירותים לו זכאי כל תושב, בהתאם למצבו הרפואי. קופות החולים הוכרו כינותן שירותי לפי החוק על מרבית השירותים שבסל (כמפורט בתוספת השנייה לחוק) ואילו משרד הבריאות הינו נותן שירות של שאר השירותים (המפורטים בתוספת השלישית לחוק). לעניין הרכב סל השירותים ותנאי אספקתו, לא הבדיל החוק בין נזקק סיעוד השוהה בקהילה לבין כל מבוטח אחר. הקופה חייבת לספק את סל השירותים שהוגדר בחוק לכולם. גם חוק זה מבוסס על אספקת שירות בעין ולא על גמלה כספית, אלא שכאן, בניגוד למצב בחוק ביטוח סיעוד, היקף השירות בעין לו מחויבת המדינה, מוגדר במפורש בחוק.

זכויותיהם של קשישים השוהים באשפוז ממשוך בסטטוס של סיעודיים או תשושי נפש מוגדרים בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כאמור, משרד הבריאות הוא האחראי על אספקת השירות. גם כאן קיים מצב בו אם רכשו והכנסותיו של המבוטח (או של צאצאיו) עולים על סף שנקבע, המבוטח לא יהיה זכאי למימון ציבורי כלשהו כהשתתפות המדינה בעלות האשפוז הסיעודי, וזאת על אף ששילם דמי ביטוח בריאות<sup>73</sup>.

<sup>73</sup> זהו השירות היחיד בחוק ביטוח בריאות ממלכתי שאינו אוניברסאלי למעשה (מהיבט של שירות במימון ציבורי). עם זאת, מן הראוי לציין כי בניגוד לטיפול הסיעודי בנזקקי סיעוד בו יתכן מצב בו על אף תשלום סדיר של דמי ביטוח סיעוד, המבוטח לא יקבל בסופו של דבר כיסוי סיעודי כלל, הרי שבביטוח בריאות ממלכתי - תמורת תשלומי דמי ביטוח בריאות המבוטח נזקק הסיעוד גם אם לא יקבל השתתפות ציבורית במימון האשפוז הסיעודי הוא עדיין זכאי לכיסוי ביטוחי-רפואי רחב בתחומים האחרים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

## חלוקת האחריות

### שירותי סיעוד

בדומה לפיצול הקיים בכל הקשור לאחריות על האשפוז הממושך, גם האחריות על הטיפול הסייעודי הביתי מפוצלת בין מספר רשויות. האחריות על קביעת הזכאות למטפלות סיעודי והמימון לזכאים מכח חוק ביטוח סיעוד, מוטלת על המוסד לביטוח לאומי<sup>74</sup>; וועדה מקומית מקצועית מטעם הרשות המקומית אמורה לדאוג לאספקת השירות; הטיפול הסייעודי האישי ניתן בביתו של הקשיש על ידי ארגונים הקשורים בהסכם עם המוסד לביטוח לאומי; הטיפול בקשישים סיעודיים במרכזי יום ניתן באמצעות ארגונים אחרים ואולם הוא ממומן בעיקר באמצעות "שעות הסיעוד" שמקבלים הנזקקים מתוקף חוק סיעוד. קיימים שירותים נוספים לקשיש נזקק המסופקים בקהילה בידי משרד הרווחה וארגונים הקשורים עמו<sup>75</sup>. על הנפקת היתר למטפל זר סיעודי אחראי משרד הפנים; שירותים סוציאליים מכוח חוק סיעוד אמורים להינתן בידי עובדים סוציאליים מטעם רשות הרווחה של הרשות המקומית. אולם שירותי עבודה סוציאלית ניתנים לחולים סיעודיים מרותקי בית גם על ידי עובדים סוציאליים של קופת החולים. לא ברור מי הגורם האחראי למתן שירותי ייעוץ לקשיש לשם התאמת תנאי הדיור במקום בו הוא שוהה למגבלה ממנה הוא סובל (לדוגמא שינויים ברוחב מעברים בדירה על מנת לאפשר מעבר של כסא גלגלים או שינויים בחדר הרחצה) – סיוע למימון השינויים מחייב פנייה למשרד הבינוי והשיכון.

כפי שהובהר לעיל, גם האחריות על הטיפול הרפואי מפוצלת בין קופת החולים שאחראית על אספקת תרופות וטיפולים רפואיים, לבין משרד הבריאות שאחראי על אספקת מכשירי שיקום וניידות לנכים – מיטות, מזרונים נגד פצעי לחץ, קביים וכדו' וכן על אספקת שירותי בריאות הנפש.

גם בקהילה אם כך קיים פיצול בין גורמים מטפלים. אין רציפות טיפולית והממשקים בין המטפלים לא תמיד ברורים. היעדר התיאום בין כלל הגורמים שהוזכרו לעיל, פוגע ברציפות הטיפול בקשיש הנזקק וביעילותו.

## ארגון השירותים

גמלת הסיעוד ניתנת כשירותים המסופקים בידי ארגונים הקשורים בהסכם עם המוסד לביטוח לאומי. סל שירותי הסיעוד כולל טיפול אישי הניתן בביתו של הקשיש או במרכז יום, השגחה, הסעות למרכז יום, אספקת מוצרי ספיגה, שירותי מכבסה, ומימון שימוש בלחץ מצוקה.

הועדות המקומיות ברשויות המקומיות פועלות מכוח חוק ביטוח סיעוד. הן כוללות עובד/ת סוציאלית, אחות ועובד המוסד לביטוח לאומי שתפקידם לקבוע את תוכנית הטיפול של הקשיש, אילו שירותים יש לספק לו ומי יספק אותם. על הועדה גם לדאוג שהשירותים אכן יסופקו. בתחום זה כמעט ולא מבוצעת בקרה ובמקרים רבים הוועדה מאשרת בדיעבד את שבחרו הזכאים<sup>76</sup>. יש

<sup>74</sup> יש לציין כי משרד הבריאות ממשיך במימון טיפול אישי למספר קטן של זכאים השוהים בבית ולא במוסד סיעודי ואשר היו בטיפול שכזה טרם החלת חוק ביטוח סיעוד.

<sup>75</sup> פרטים נוספים אודות שירותי רווחה בקהילה המיועדים למוגבלים/קשישים – ראה נספח  
<sup>76</sup> ראה לדוגמא דו"ח מבקר המדינה 61ב לשנת 2010

להזכיר כי בשנים האחרונות היה על רקע זה משבר בין המוסד לביטוח לאומי לבין מרכז השלטון המקומי ואף הוקפא תקציב שאמור היה לעבור בשנים 2009 ו-2010 למרכז השלטון המקומי לביצוע תפקידיו דלעיל<sup>77</sup>. במסגרת הליך ליישוב חילוקי הדעות, הוקמה וועדה בין-משרדית שמגבשת את הגדרת המשימות של הוועדה המקומית ואת מפתחות תקינת כוח האדם הדרושה לביצוע מטלות אלה. ככל הידוע, קיימת טיוטת דו"ח אך המלצות הוועדה טרם הוגשו ואין שינוי בהיערכות שהיתה עד כה<sup>78</sup>.

אישוש לכך שלא מבוצעת בקרה אחר הטיפול הסייעודי במסגרת חוק סיעוד פורסם לאחרונה גם בדו"ח של מבקר המדינה לשנת 2010 שמצא כי המוסד לביטוח לאומי לא מקיים ביקורות מספקות, לא על מערך המבצע את מבחני התלות ולא על נותני שירותי סיעוד מטעמו, וכי בדיקות שבוצעו ע"י רואי חשבון העלו "ליקויים של ממש"<sup>79</sup>. גובה גמלת הסיעוד מבוטא באחוזים, כשיעור מסכום שהוגדר בסעיף 200 לחוק הביטוח הלאומי (פרק ט' -ביטוח נכות) כ'קיצבה מלאה ליחיד'. גובה הקצבה המלאה ליחיד הוא 25% מ'הסכום הבסיסי' שקבע המוסד לביטוח לאומי לעניין חישוב הגמלאות המשולמות במסגרתו. הסכום הבסיסי עמד ב- 1.1.2011 על סך של 8,260 ₪ לחודש והוא מתעדכן אחת לשנה בהתאם למדד המחירים לצרכן.

מינואר 2007, קיימות שלוש רמות של גמלת סיעוד – לפי היקף התלות של נזקק הסיעוד: גמלה בשיעור 91% מהקצבה המלאה ליחיד (למי שתלוי במידה רבה בעזרת הזולת); גמלה בשיעור 150% מקצבה זו (תלות רבה מאוד); וגמלה בגובה 168% מהקצבה האמורה (למי שתלוי לחלוטין בעזרת הזולת). היקף שעות הטיפול המכסימאלי הניתן ברמת התלות הגבוהה הוא 18 שעות שבועיות. קשיש שהכנסותיו עולות מעבר לשכר הממוצע ועד פי 1.5 מהשכר הממוצע במשק, זכאי רק למחצית הגמלה המגיעה בהתאם לחומרת מצבו התפקודי על פי הרמות הנ"ל (רמת התלות). מי שרמת הכנסתו עולה על פי 1.5 מהשכר הממוצע במשק אינו זכאי לגמול כלשהו במסגרת חוק ביטוח סיעוד. נזקק סיעוד שהוא נשוי, יקבל רק מחצית מהגמלה אם ההכנסות המשותפות של שני בני הזוג עולות על סכום שהוא פי 1.5 ועד פי 2.25 מהשכר הממוצע במשק ולא יהיה זכאי לכל סיוע אם הכנסותיהם גבוהות יותר.

כאמור, בכל אחת מרמות המוגבלות קיימות 2 דרגות זכאות (בהתאם לגובה ההכנסה של המבוטח). יוצא אם כן שלמעשה קיימות 3 רמות מוגבלות אך 6 רמות זכאות.

החל ממרץ 2009 הוכנס תמריץ להעסקת מטפל ישראלי. מי שמקבל גמלת סיעוד בשתי הרמות הגבוהות של הגמלה והוא מעסיק עובד ישראלי בלבד, זכאי לתוספת של שעות טיפול סיעודי. אם רמת המוגבלות שלו מזכה אותו לגמלה בשיעור של 150%, יקבל תוספת בהיקף של כ- 27% לגמלה (תוספת של 3 שעות שבועיות) ומי שזכאי לגמלה בהיקף של 168% יקבל תוספת של כ- 36% לגמלה (תוספת של 4 שעות שבועיות). גם תוספות אלה מותאמות באופן יחסי לרמת ההכנסה כאמור.

הטבלה שלהלן מפרטת את רמות הזכאות וכן את התוספת הניתנת בגין אי העסקת מטפל זר.

<sup>77</sup> מכתב בעניין זה (16.5.2010 סימוכין 7587) נשלח מטעם יו"ר מרכז השלטון המקומי לשר הרווחה והשירותים החברתיים  
<sup>78</sup> ראה טיוטת דו"ח הוועדה לבדיקת הנוסחה הקיימת להקצאת כח אדם לנושא חוק סיעוד  
<sup>79</sup> דוח מבקר המדינה 61.ב. עמוד 225.

טבלה מס' 12: רמות הזכאות לטיפול סיעודי בקהילה מכוח חוק סיעוד

זכאות מופחתת עקב הכנסה <sup>80</sup>		זכאות מלאה		תאור זכאות
תוספת בגין אי העסקת מטפל זר	מספר שעות שבועיות	תוספת בגין אי העסקת מטפל זר	מספר שעות שבועיות	
-	5	-	9.75	תלוי במידה רבה בעזרת הזולת (91%)
1.5	8	3	16	תלוי במידה רבה מאוד בעזרת הזולת (150%)
2	9	4	18	תלוי לחלוטין בעזרת הזולת (168%)

הערה: המספרים בסוגריים מבטאים את אחוז הגמלה מכוח חוק סיעוד

מנתוני חודש דצמבר 2010 עולה כי כ- 19.9% מכלל הזכאים מקבלים את הגמלה הגבוהה ביותר (168%) – מתוכם 63.2% מקבלים תוספת בגין העסקת מטפל ישראלי<sup>81</sup>. חלקם של מקבלי הגמלה הגבוהה עולה בהתמדה. כ- 25.0% מהזכאים מקבלים את הגמלה השנייה בגודלה – מתוכם 36.8% מקבלים את התוספת הנ"ל. כ- 55.1% מקבלים את הגמלה הנמוכה (91% מקצבת נכות ליחיד).

במסגרת הגמלה שאושרה מאפשר החוק לקבל שירותים מתוך סל הכולל: עזרה של מטפלת בבית המבוטח (הקצאת שעות), טיפול במרכז יום לקשיש, אספקת מוצרי ספיגה חד פעמיים, מוקד מצוקה ושירותי כביסה. קיימת לדוגמא אפשרות להמיר שעות מטפלת לשהות במרכז יום. אולם, הרוב המכריע (99.1%) של מקבלי השירות בדצמבר 2009 בחר לקבל את הטיפול האישי של מטפלת/ת בבית (כפריט יחיד או לצד שירותים נוספים). כ- 69.0% מהמקבלים טיפול אישי בבית קיבלו אותו כפריט יחיד בסל השירותים. 7.3% קיבלו טיפול אישי במרכז יום (7.2% מהם מקבלים זאת כפריט יחיד), 19.8% קיבלו מוצרי ספיגה ו- 12.9% קיבלו משדר מצוקה ורק 0.4% קיבלו שירותי מכבסה. כל אחד מ-3 השירותים האחרונים נצרך במרבית המכריע של המקרים כפריט נוסף לצד טיפול אישי או מרכז יום. רק בכ- 0.3% מהמקרים הוא נצרך כפריט יחיד.

בעניין זה יש להזכיר נוהג במסגרתו עמותות וחברות כוח אדם בתחום הסיעוד מתנדבות לספק למשפחה של מי שהפך לנזקק, וממתין לתשובה לתביעתו במסגרת חוק סיעוד, 6 שעות סיעוד שבועיות ללא תשלום, במה שמכונה לעיתים "טרומ חוק". צעד זה מהדק את הקשר עם אותה חברה ועם המטפלת ובמידה מסוימת מפחית את הסיכוי לקבלת החלטה להעביר את הקשיש למרכז יום. חוסר בקרה מצד הרשויות המתווסף לרמת ידע נמוכה של משקי הבית באשר לזכויותיהם, מביא ליצירת תלות גבוהה בנותן השירות ומשפיע גם על התמהיל של השירותים הניתנים. במחקר שנערך במכון ברוקדייל (ברודסקי 2011) נמצא שכמחצית מהתומכים העיקריים בקשיש נזקק סיעוד כלל לא ידעו למשל כי ניתן להמיר את שעותיה של המטפלת בשירותים אחרים כגון מרכז יום. כ- 30% מהתומכים העיקריים במקבלי גמלת סיעוד סברו שאכן רצוי

<sup>80</sup> מעבר לסף של הכנסה שהוזכר לעיל, אין זכאות כלל, גם לא מופחתת.  
<sup>81</sup> נתוני העסקת מטפלים ישראליים הם של דצמבר 2009

שהקשיש יבקר במרכז שכזה. כמו כן, אותו מחקר הראה שחלק מהתומכים בקשיש ידעו אמנם על זכותם להחלפת המטפלת הסיעודית אך לא על זכותם להחלפת את חברת כוח האדם במסגרתה מועסקת המטפלת. מערך נותני שירותי הסיעוד הקשור עם המוסד לביטוח לאומי כולל כ-140 נותני שירות בכ-350 סניפים ברחבי הארץ. המוסד מתקשה בביצוע בקרה שוטפת ובמהלך שנים 2008-2009 רובם של הסניפים לא נבדקו כלל<sup>82</sup>.

יש לציין גם כי קיימת אפשרות לקבל גמלה זמנית, באותם מצבים בהם המגבלה היא זמנית, בעקבות ניתוח וכדומה. עם זאת שיעור המקבלים קצבה זמנית הינו זניח. בעניין זה ראוי לציין העובדה כי קיימות מדינות בהן הסיוע הסוציאלי הסיעודי מוגבל למצבים בהם מדובר בנזקקות קבועה שצפויה להימשך 6 חודשים לפחות (גרמניה כדוגמא). הרציונאל העומד בבסיס החלטת מדיניות זו, דומה לרציונאל של תקופת המתנה בביטוח סיעוד מסחרי – תכליתו, למקד את התקציב לבעיות המשמעותיות יותר, כאלה שמהוות נטל כלכלי מתמשך על משק הבית ולא להקדיש משאבים על מצבים זמניים שמטבעם הם כאלה שמאפשרים בדרך כלל למשפחה למצוא/לרכוש פתרון זמני. הרחבת הכיסוי למצבים זמניים (ששכיחותם באוכלוסייה גבוהה יחסית) עלולה להביא לגידול בעלויות ומשפיעה על גובה הפרמיות.

### שירותי הבריאות

חובת הגשת הטיפול הרפואי השגרתי מוטלת על קופת חולים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הקופה אחראית כלפי מבוטחיה על הגשת טיפול רפואי, לרבות לאלה המרותקים לביתם, בהתאם לסל השירותים המפורט בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. לגבי מרותקי בית, אספקת השירות מבוצעת בדרך כלל באמצעות צוות טיפולי בית. עם זאת, החוק לא הגדיר חובת קיומו של צוות שכזה, וודאי שלא סל שירותים ייעודי המיוחס לקשיש נזקק הסיעוד, כגון - צורך בביצוע הערכה גריאטרית יזומה ותדירותה. אין הגדרה בחוק או בתקנות המתייחסת להרכבו של הצוות וסמכויותיו, כמו גם קריטריונים של סטנדרט שירות, ומינוח אחיד. עקב העובדה שעבודת הצוותים לא מוסדרת באופן אחיד ומבוקר קיימת שונות גבוהה בין מחוזות ובין קופות. סיבות אלה קיים גם קושי באיסוף מידע על ידי משרד הבריאות לשם הגברת הפיקוח והבקרה<sup>83</sup>. גם אם חברים מצוות רפואי של הקופה מגיעים לביתו הקשיש הנזקק, אין מסגרת המחייבת אותם להדריך את הקשיש, את בני משפחתו ואת המטפל הסיעודי בקשיש בעניינים הנוגעים לנזקק הספציפי האמור, בנושאים כגון מניעת נפילות, שימוש נכון בתרופות או מניעת פצעי לחץ. הקופה אחראית על אשפוז הנזקק בבית חולים כללי במקרה של הידרדרות במצבו הבריאותי, אולם היא אינה חייבת במימון או הסדרת האשפוז במוסד סיעודי. יש להדגיש כי עקב הממשק בין המערכות קיימים במקרים רבים עיכובים בשחרור חולים נזקקי סיעוד מבתי החולים עקב אי קיומה של מערכת קולטת וצורך בקשר בין עובדים סוציאליים ובעלי תפקידים נוספים ממספר רשויות שונות.

במצבים של כפל תחלואה שאינה מחייבת אשפוז, שירותים בתחום בריאות הנפש למרותקי בית כנראה שלא קיימים במסגרת ציבורית. כזכור, שירותי בריאות הנפש אכן כלולים בחוק ביטוח

<sup>82</sup> עולה מממצאי דו"ח מבקר המדינה 61ב לשנת 2010.  
<sup>83</sup> דו"ח מבקר המדינה 61ב לשנת 2010

בריאות ממלכתי. על פי הוראות החוק, כל עוד לא הועברה לקופות החולים האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש, מוטלת זו על משרד הבריאות. הקופות מספקות חלקית שירות פסיכו סוציאלי ומשרד הבריאות מספקו במסגרת מרפאות בריאות הנפש שהנגישות אליהן אינה מיטבית גם למי שאינו מרותק לביתו. לא הקופות ולא המשרד אינם ערוכים וגם לא נדרשים לספק את השירות במסגרת הביתית למרותקים לביתם.

קשישים ובני זוג של קשישים מתקשים לעיתים בקריאה והבנת טקסטים מורכבים. דבר זה מתווסף למוגבלות הפיזית והקוגניטיבית שעלולה להביא לאי מיצוי זכויות הקיימות במערכת מורכבת כמו זו המתוארת במסמך זה. אין גורם שהוא נגיש מספיק לקשיש שמייצע לנזקק ומשפחתו בדבר מיצוי זכויותיהם, לדוגמא במקרים בהם הוחמר המצב התפקודי (או הכלכלי) באופן שמצדיק הגשת תביעה חוזרת למוסד לביטוח לאומי להרחבת שעות סיעוד מעבר להיקף שאושר לו בעבר. גם הפניות של נזקקי סיעוד לגורמים רפואיים עלולות להיתקל לעיתים קרובות בקשיי מימוש עקב מגבלה פיזית או קוגניטיבית ו/או חוסר שיתוף פעולה מצד הקשיש. קיים צורך חיוני בעל תפקיד שירכז את הטיפול בקשיש הנזקק, על היבטיו השונים.

מספר מחקרים שנערכו במכון ברוקדייל (ברודסקי ואחרים 2004, ברודסקי ואחרים 2005) הצביעו על צורך משמעותי בהרחבת המידע למשפחות. כשני שלישי מהתומכים במקבלי גמלת סיעוד דיווחו שהיו רוצים לקבל מידע נוסף. למעלה משליש מהתומכים דיווחו שהם מעוניינים במידע אודות הטיפול היום-יומי בחולה ואודות המחלה שלו והמוגבלות שלו. כפי שצינו קודם לכן, כמחצית מהתומכים העיקריים בקשיש לא ידעו כלל על אפשרות המרת שעות סיעוד לשם הפנייה למרכז יום ורבים לא ידעו כלל כי הם רשאים להחליף את חברת כוח האדם במסגרתה מועסקת המטפלת בקשיש.

פועל יוצא מהאמור לעיל הוא שכיום חסר במקרים רבים גורם שמתפקד כ- case manager של החולה הסיעודי. בני המשפחה חסרי ידע לבצע זאת. והגורמים המקצועיים שסביב החולה רואים כל אחד את המסגרת המחייבת אותם ולא בהכרח את התמונה הכוללת.

בנוסף לאמור לעיל, ארגון שירותים מחייב שלרשות מקבלי ההחלטות בכל רמה יעמוד מידע רלוונטי. מידע שכזה חסר כיום. ניסיון של משרד הבריאות לעודד את הקופות להעביר מידע אודות צוותי טיפולי הבית לא צלח עד כה והמידע שהגיע הוא חלקי בלבד.

**מתכונת הגמלה – גמלה כספית מול שירות בעין**

כפי שתואר לעיל, הזכאות במסגרת חוק סיעוד מנוסחת כגמלה כספית שהיקפה מבוטא במונחים של אחוז מ'קיצבת יחיד מלאה'. קיצבה זו נגזרת מ'סכום הבסיסי', המשמש כבסיס ממנו נגזרות גמלאות המוסד לבטוח לאומי. החל משנת 2001, סכום הבסיס מתעדכן לפי מדד המחירים לצרכן. אמנם החוק מצביע על כך שהגמלה ניתנת למימון שירותים בעין, אולם הוא לא מפרט את הזכאות במונחים של היקף שעות הסיעוד שיינתנו לזכאי. לעובדה זו עלולות להיות השלכות ארוכות טווח שעיקרן - שחיקת המקורות המשפחתיים לאורך השנים וחשיפת הנזקים לסיכונים ארוכי טווח הקשורים לשינויים בעלויות בשוק שירותי הסיעוד.

סכום הבסיס היה צמוד עד שנת 2001 לשכר הממוצע במשק ומאותו מועד ואילך הוא מתעדכן לפי מדד המחירים לצרכן. גם אם בגמלאות מסוימות כגון כאלה המחליפות שכר (לדוגמא דמי אבטלה) ואולי אפילו בגמלת זקנה ושארם – שנועדו לשמר את יכולת ההתמודדות של משק הבית עם הוצאות המחיה, יש מקום להצמיד למדד המחירים לצרכן, אין הגיון בהצמדה למדד מסוג זה גם גמלה שנועדה לספק שעות סיעוד, שעלותם משתנה שלא בהתאם למדד יוקר המחיה.

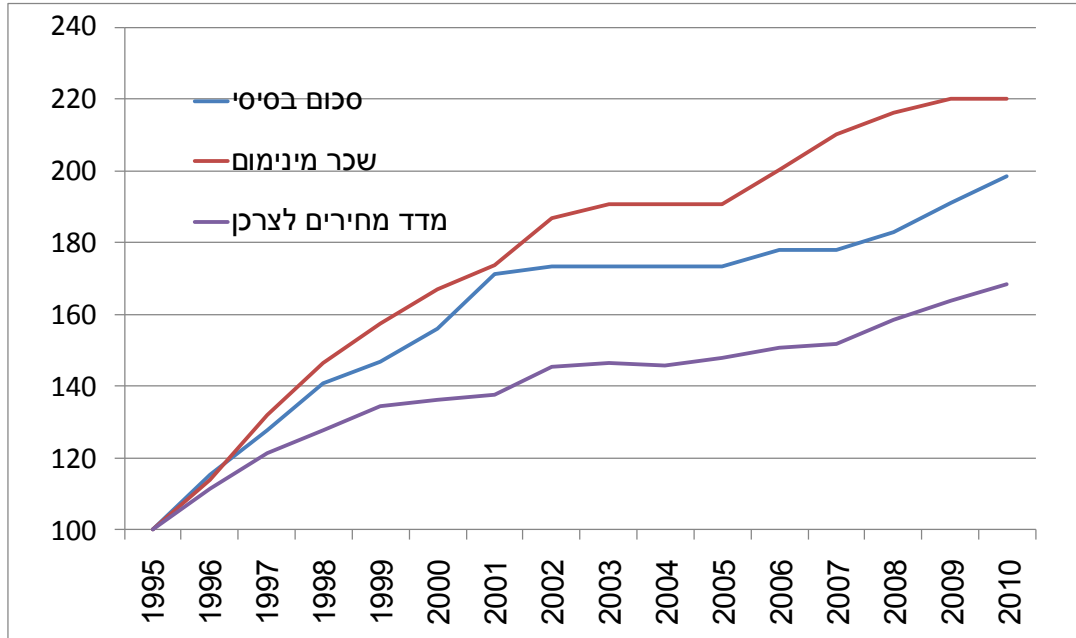
תרשים מס' 8 מציג את המגמות ב-15 השנים האחרונות בשלושה פרמטרים: 'סכום הבסיסי' אליו צמודה גמלה הסיעוד, מדד המחירים לצרכן (כאמור, עקב שינוי במדיניות, החל משנת 2001 סכום הבסיס צמוד לשינויים במדד המחירים לצרכן) ושכר המינימום במשק – המשקף בקירוב את השינוי בעלות שעות סיעוד.

הפער בין מדד שכר המינימום לבין מדד המחירים לצרכן מאז 1995 המוצג בתרשים, ממחיש את היקף השחיקה שעלולה להיווצר במשך 15 שנה בזכאות של קשישים במונחים של שעות סיעוד, וזאת עקב שחיקת הערך של סכום הגמלה שיעמוד לרשותם. פער זה מבהיר שגמלה הצמודה למדד המחירים שוחקת בטווח הארוך את יכולת המשפחה לרכוש היקף ראוי של שעות סיעוד.

מן הנתונים ניתן לראות כי שכר המינימום עלה באותן שנים ב-120% ואילו הסכום הבסיסי אליו צמודה גמלת הסיעוד עלה ב-98% בלבד. את ההפרש בגידול בין השניים ניתן לתרגם גם לשעות סיעוד. כלומר, ללא ההצמדה של הסכום הבסיסי למדד המחירים לצרכן ב-2001, ניתן היה לקבל כיום כ-4 שעות סיעוד נוספות לרמת המוגבלות הגבוהה (17% תוספת). באם הייתה מתבצעת ההצמדה כבר ב-1995, הפער כיום היה עומד על כ-30%. ניתן מכאן להסיק את השחיקה העתידית הצפויה ביכולת רכישת שעות סיעוד בגין הגמלה, אם נתמיד במנגנון ההצמדה הנוכחי.

הממצאים המוצגים לעיל מעלים חשש משחיקה משמעותית לאורך השנים בהיקף שעות הסיעוד ופגיעה הדרגתית, בזכויותיהם של נזקקי הסיעוד.

תרשים מס' 8: השינויים במדדים שונים נבחרים בין השנים 1995-2010 (שנת 1995=בסיס 100)



כפי שצוין לעיל, כפי שחוק ביטוח סיעוד מנוסח כיום – הוא לא מעגן זכות במונחים של היקף שעות סיעוד אלא רק את גובה הגמלה (במונחים כספיים). כאשר מחויבות המדינה לקשיש הסיעודי נמדדת במונחים של שעות סיעוד, זכותם של נזקקי הסיעוד לאורך השנים נשארת קבועה והמדינה היא שנושאת בסיכונים אקטואריים הנובעים משינויים בעלות של שעת סיעוד/מטפל רשמי. לעומת זאת, כאשר הזכאות אינה לשירותים בעין אלא לגמלה כספית, ובעיקר אם זו צמודה למדד המחירים לצרכן ולא למדד המשקף את תשומות שירותי הסיעוד (שכר המינימום למשל), ציבור נזקקי הסיעוד הוא שיישא בסיכון האקטוארי האמור.

מדובר אם כן במצב בו המדינה מתחלקת עם נזקקי סיעוד עתידיים ומשפחותיהם בשני היבטים של מימון שירותי הסיעוד: האחד, **היקף המימון** (cost sharing) - המדינה מממנת חלק מסוים משעות הסיעוד הנדרשות לנזקק, את יתר השעות נדרש הנזקק להשלים באופן עצמאי (מכיסו). ההיבט השני הוא **הסיכון האקטוארי** - על פי המצב הנוכחי, גם באותו חלק בו המדינה מתחייבת לשאת את חלקה, היא משתפת את הנזקק בסיכונים עתידיים של שינויי מחירים בשוק הסיעוד (risk sharing). יוצא שנזקק הסיעוד חולק עם המדינה את הסיכון לשינויי מחירים כבר מהשקל הראשון להוצאה העתידית שלו והשאלה היא אם רשת הביטחון שאמורה המדינה להקנות לנזקק סיעוד לא אמורה לספק לו ביטחון הולם לפחות לגבי היקף מסוים של שעות סיעוד.

פתרון הולם למצב המתואר לעיל הוא שלגבי אותו חלק המוגדר כיום כהשתתפות המדינה בשירותים לנזקקי סיעוד השוהים בקהילה, תעוגן זכאות המבוטח במונחים של שעות סיעוד.

לחילופין ניתן לשנות את מנגנון העדכון של הגמלה ולהביא לכך שהיא תוצמד למדד המשקף בצורה הולמת יותר את עלות אספקת שירותי הסיעוד (לדוגמא מדד המשקף את השינויים בשכר המינימום במשק).

הנטייה של המדינה לעודד שימוש בגמלה כספית במקום שירותים בעין (לדוגמא באמצעות הפיילוט שיפורט להלן), מעלה גם חשש שלאורך השנים שחיקת הזכאות תהיה קלה יחסית מאחר והמודעות להיקף הזכאות במונחים של שעות הסיעוד תקטן ולא יהיה לחץ ציבורי להשאתה בהיקף מסוים.

כפי שהוזכר לעיל, על אף העיקרון של אספקת שירות בעין, אושרה בכנסת (כהוראת שעה) הצעת חוק ממשלתית בדבר ניסוי ומחקר חלוץ (פיילוט) לעניין תשלום כספי של גמלת סיעוד. התוכנית הניסיונית החלה לפעול על ידי המוסד לביטוח לאומי החל ממרץ 2008 בשלושה אזורים. (סניף אשקלון, בני ברק, רמת גן ונהריה). באזורי הניסוי, רשאי המטופל או בן המשפחה לבחור בגמלה כספית בתנאי שנזקק הסיעוד צבר לפחות 6 נקודות במבחן התלות והוא מקבל שירותי סיעוד בפועל ממטפל שאינו קרוב משפחה, מרבית שעות היממה ובמשך ששה ימים בשבוע. גובה הגמלה למי שבחר במסגרת הניסוי בגמלה כספית, נמוכה מזו המשולמת לנזקק אשר בחר לקבל שירותים בעין, ואשר הוא בעל רמה דומה של מוגבלות תפקודית והכנסה. על פי ממצאי השלב הניסיוני הראשון נראה כי באזורי הניסוי **רק - 3.9 אחוז בחרו באפשרות של קבלת גמלה כספית**. מאפייני הבוחרים בגמלה בכסף היו: הכנסה גבוהה מהשכר הממוצע במשק, גרים ברמת גן (פחות מאזור בני ברק ונהריה) ופחות בקרב עולים וערבים. כמו כן, הבוחרים בגמלה ככסף התאפיינו ברמת תלות גבוהה יחסית, במצב כלכלי טוב, הם גרו בגפם, וזכו יותר לעזרה מקרובי משפחה לצורך מימון הטיפול. במקור הוראת השעה הייתה אמורה להסתיים בדצמבר 2009, אך היא הוארכה עד לסוף שנת 2012 באמצעות שני תיקוני חקיקה של חברי הכנסת שלי יחימוביץ' וחיים כץ. במסגרת תיקונים אלו הוספו שישה אזורים נוספים. קיימת טענה שאחוז ההשתתפות הנמוך בניסוי נובע בין השאר מפרסום לקוי של המידע אודותיו.

בנוסף להשלכות הנוגעות לשחיקת הגמלה לאורך השנים, קיימת גם שאלה האם לא ראוי לתגמל במסגרתה את המטפל העיקרי (אף אם הוא בן משפחה), מעבר לסכום שנועד למימוש סל השירותים להם זקוק המבוטח עצמו, ועוד. יש לחזור ולהדגיש את העובדה כי כאמור הביקוש לגמלה הכספית במסגרת הפיילוט אפיין שיעור מצומצם מאוד מקרב הזכאים להשתתף (כ-4%) וכי תוצאות המחקר עד כה מראות שהתגמול הכספי שירת בעיקר אוכלוסיות חזקות כלכלית.

לאור כל האמור לעיל, מומלץ אם כן לעגן את הזכאות של נזקקי סיעוד במונחים של שעות סיעוד. גם אם יושאר, במקביל לכך, חופש בחירה בגמלה כספית יש לוודא שהוא יישאר כאופציה נוספת לצד הזכאות הבסיסית כאמור לעיל, ולהצמידה למדד המשקף את תשומות שירותי הסיעוד. בנוסף, יש להתוות את אופציית הגמלה הכספית בהוכחה ששירותים בעין אכן מסופקים לנזקק הסיעוד ולשלב במנגנון שמוצע במסגרת הרפורמה, שיבטיח ניהול ובקרה שוטפים אחר שירותי הסיעוד הניתנים לנזקקי הסיעוד בקהילה.

### השתתפות משקי הבית במימון הטיפול הסיעודי במסגרת הקהילה

בדצמבר 2009 סופקו במסגרת חוק הסיעוד כ- 7.3 מיליוני שעות טיפול אישי בבתייהם של נזקקים, באמצעות ספקי השירות השונים (70.8% ארגונים פרטיים; 16.6% עמותות מט"ב; 12.7% עמותות ציבוריות ואחרות).

חוק ביטוח סיעוד מחייב את המוסד לביטוח לאומי לשלם עבור סעיפים נוספים הקשורים לביטוח הסיעוד. כך לדוגמה נקבע כי - 15% מהתקבולים השנתיים מוקצבים למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה למימון הגדלת מספר המאושפזים במוסדות.

היקף התשלומים שהועברו על ידי המוסד לביטוח לאומי למימון חוק סיעוד היה בשנת 2010 כ- 4 מיליארד ₪. 3.8 מיליארד ₪ הועברו למתן שירותים לנזקקים, והיתר לפיתוח שירותים של מוסדות ושירותים בקהילה ולביצוע מבחני תלות. כ-85 מיליון ₪ הועברו למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה לצורך הגדלת המאושפזים במוסדות סיעודיים, ולמשרד הרווחה, לשירותי בריאות כללית ולמערכים לצורך הכנת תוכניות טיפול לזכאים ולביצוע מבחני תלות.

שעות הסיעוד, אשר מוקצות במסגרת חוק ביטוח סיעוד, למבוטחים בשתי רמות המוגבלות הגבוהות, נמוכות יחסית לצרכים והמשפחה נאלצת מעבר לטיפול של בני המשפחה עצמם להוסיף שעות מטפל בשכר במימון עצמי. מחקר שנעשה בשנת 2009 במשרד התמי"ת בקרב משפחות של נזקקי סיעוד שקיבלו היתר למטפל זר ובחרו שלא לנצל את ההיתר ולשכור שירותי מטפל ישראלי, גילה כי בממוצע כל משפחה דיווחה על תוספת של 26 שעות בשבוע הניתנות על ידי המטפל העיקרי או בני משפחה אחרים (ללא תשלום)<sup>84</sup>. עוד עלה מהמחקר, שכרבע ממקבלי ההיתר להעסקת עובד זר, מממנים באופן מלא את העסקתו של העובד הזר. מחישוב שנערך באגף לכלכלה וביטוח במשרד הבריאות עולה כי כיום ההוצאה הכוללת להחזקת מטפל זר הינה כ-7,000 ₪ בחודש. גם עבור מקבלי גמלת סיעוד מדובר בהשלמה של אלפי שקלים בחודש לפחות. יש לציין כי מי שמחזיק במטפל ישראלי, במסגרת חוק סיעוד, מכסה בדרך כלל היקף שעות סיעוד מצומצם בהרבה והוא נדרש בדרך כלל לסיוע מצד המטפל העיקרי ובני המשפחה. בנוסף נגרמת לו במקביל הוצאה נוספת בגין רכישת שעות מטפל סיעודי, שעלותה הממוצעת נאמדת בכ- 1,600 ₪ לחודש.

אשר למימון הפרטי בגין שירותי הבריאות לנזקק הסיעוד בקהילה, יש לציין כי הטיפול הרפואי בנוקקי סיעוד בקהילה ניתן כחלק מהשירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתית. אין לכך מקור כספי מסומן ולא נאסף מידע מדויק אודות עלות כלל השירותים הרפואיים לאוכלוסייה זו וודאי שלא אלה הניתנים במסגרת פרטית.

### מאפייני התביעות למוסד לביטוח לאומי והיקפן

במהלך שנת 2009 עמד מספר התביעות שהוגשו למוסד לביטוח לאומי מכח חוק סיעוד על 77,003 (כולל תביעות חוזרות)<sup>85</sup>. מספר הזכאים לגמלה עמד באותה שנה על 136,606 (כולל זכאים שהמשיכו לקבל גמלה על בסיס תביעה משנים קודמות). בשנת 2010 עמד מספר מקבלי גמלת

<sup>84</sup> בר-צורי ר. 2010

<sup>85</sup> כ- 59% מכלל התביעות ב- 2009 היו תביעות חוזרות

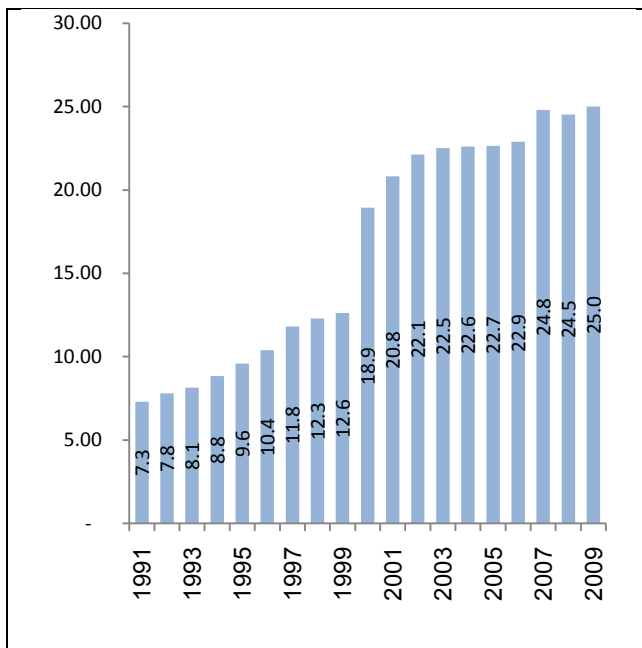
הסיעוד (ממוצע לחודש) על כ- 141.5 אלף נפש. גידול שנתי של כ- 3.6% לעומת שנת 2009. מקבלי גמלת הסיעוד היוו בשנת 2010 כ- 19.8 אחוזים ממספר הקשישים בני 65 ומעלה באוכלוסייה.

היקף ההוצאה למימון חוק סיעוד עולה במהלך השנים. בשנים הראשונות למימוש החוק ההוצאה עלתה בתלילות, עקב רמת מודעות נמוכה של האזרחים בשנות ההפעלה הראשונות והעלאתה בהמשך הדרך. במהלך השנים שלאחר מכן היא המשיכה לעלות באופן הדרגתי, כך גם בשנים האחרונות. עם זאת, יש לציין כי על אף רמת המודעות הקיימת כיום, למעלה מ- 20 שנה לאחר חקיקת החוק, בעבודת מחקר המתבצעת כיום באוניברסיטה העברית נמצא כי קיימים הבדלים ניכרים בכל הקשור לאחוז המימוש של חוק סיעוד בקרב קשישים מיישובים שונים.

תרשים מס' 9 מציג את כלל ההוצאה במסגרת חוק סיעוד במונחים קבועים (מחירי 2009) ואילו תרשים מס' 10 מציג את ההוצאה **לנפש** במונחים של אלפי ₪ לשנה במחירים קבועים (מחירי 2009). ניתן לראות כי לאחר שנים של מגמת עלייה, החל משנת 2003 כמעט ולא היה גידול בגובה ההוצאה לנפש במונחים קבועים, למעט משנת 2007 בה התווספה רמת מוגבלות נוספת (168%). מאז שנת 2007 נשמרה יציבות בגובה ההוצאה. משמעות שני התרשימים היא שהגידול בשנים האחרונות נובע מהגידול בכמות ובשינוי תמהיל הנזקקות.

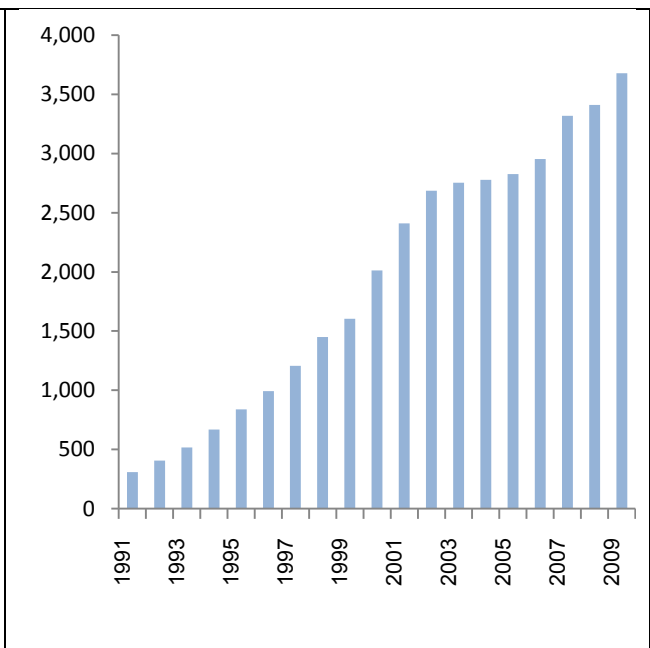
**תרשים מס' 10: גמלאות סיעוד לנפש 1991-2009**

(אלפי ₪ לשנה במחירי 2009)



**תרשים מס' 9: הוצאה למימון חוק סיעוד 1991-2009**

(מיליוני ₪ במחירי 2009)



מקור: עיבוד על בסיס נתוני המוסד לביטוח לאומי, סקירה שנתית 2009

בשנת 2009 גדל היקף התשלומים במסגרת חוק ביטוח סיעוד (לרבות העברות למשרדי הבריאות, הרווחה וכד') במונחים קבועים בכ- 7.9%. תשלומי הגמלאות גדלו ב- 5.9% כתוצאה מגידול במספר הזכאים לגמלת סיעוד, בייחוד בקרב הזכאים לגמלה הגבוהה ביותר. רמת הגמלה עלתה במונחים קבועים בכ- 1.7%, אולם רמת הגמלה הממוצעת במחירים קבועים אכן נותרה בשלוש השנים האחרונות כמעט ללא שינוי.

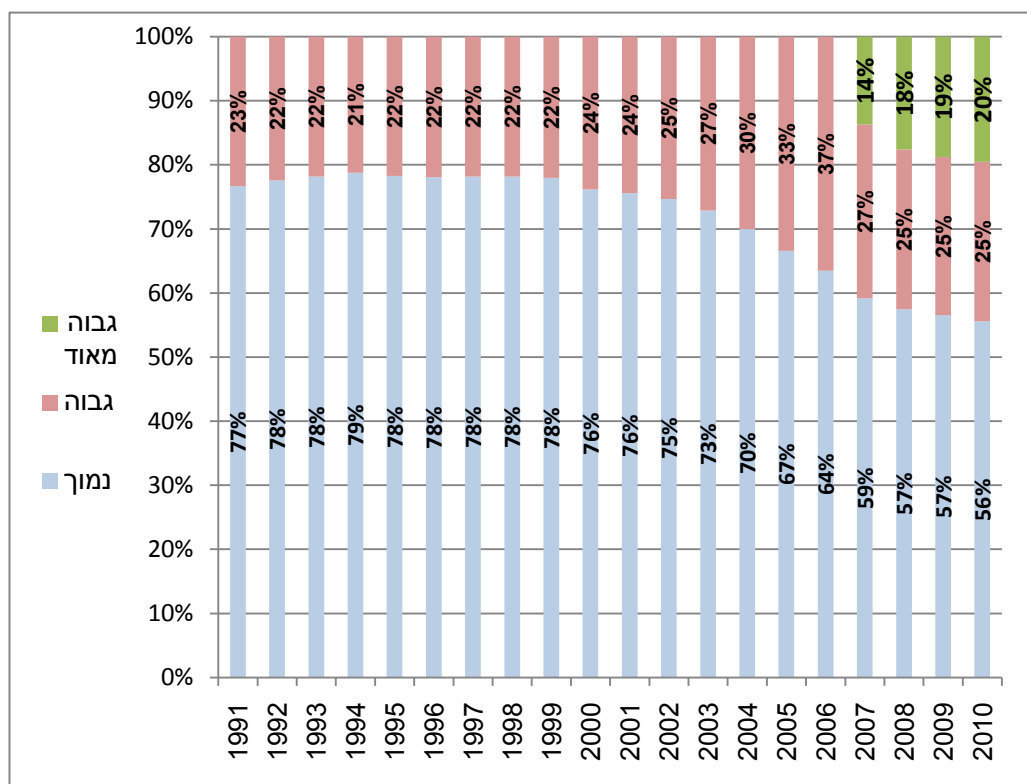
השפעה אפשרית לגידול בהיקף התשלומים וחומרת המוגבלות ניתן ליחס גם לשינוי החקיקה אשר אפשר לקשישים מעל לגיל 90 להגיש תביעה לקבלת גמלת הביטוח מבלי לחייבם לעבור מבחן תלות בידי בודקים מטעם המוסד לביטוח לאומי, ולהסתפק בחוות דעת שתינתן לנזקק בידי רופא מומחה בגריאטריה.

יש לציין גם כי תקופת השהייה של הזכאים לגמלה עד יציאתם ממערכת הסיעוד הסוציאלי התארכה לאורך השנים<sup>86</sup>. קיימים בנושא זה נתונים שונים (לרוב מחברות ביטוח מסחריות), כאמור הדעה המקובלת מעריכה שתוחלת החיים הממוצעת של קשיש נזקק סיעוד עלתה מ- 18 חודש (ממועד הפיכתו לנזקק סיעוד) באמצע שנות ה-90 לכ- 36 חודש כיום.

### מגמות היסטוריות בכללי הזכאות במסגרת חוק סיעוד

במשך השנים חלו שינויים בתמהיל מקבלי הגמלאות, לפי רמת המוגבלות. תרשים מס' 11 מתאר את התפלגות מקבלי הגמלה לפי רמות מוגבלות.

תרשים מס' 11 : התפלגות מקבלי הגמלה באחוזים לפי רמות מוגבלות (1991-2010)



מקור : עיבוד על בסיס נתוני המוסד לביטוח לאומי, שנים נבחרות

**הערה :** יש לציין כי כפי שיפורט להלן במהלך השנים חלו שינויים בגובה הגמלה (כאחוז מבסיס הקיצבה), הן ברמת המוגבלות הנמוכה והן בגבוהה ביותר. העמודה האדומה משקפת זכאים

<sup>86</sup> ברוקדייל – קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי 2004 וכן ר' גרא ואחרים "מקבלי גמלת סיעוד, 2003".

לגמלה בגובה של 150%. ברמה זו של גמלה לא חלו שינויים למעט העובדה שכללי הזכאות לה השתנו לאורך השנים (לדוגמה עם הוספת הרמה העליונה של 168%).

בעשור הראשון להפעלת התוכנית שיעור התביעות שאושרו היה גבוה יחסית. לדוגמה בשנת 1995 הוא עמד על כ- 50.6% מכלל התביעות שהוגשו באותה שנה. בשנת 2009 אחוז התביעות שאושרו עומד על 46% לעומת 47.4% ב- 2008. בשנים האחרונות, אחוז התביעות החוזרות (לאחר דחייה או לאחר שהזכאות הופסקה) עומד על כ- 59%. כמו כן, נמצאה מגמה של ירידה קלה באחוז תביעות הסרק (ניקוד מ- 0.5 נקודה ומטה) – שיעורן של אלה האחרונות עמד בשנת 2009 על 28.0% מכלל התביעות. נתונים בדבר שינויים בשיעורי הזכאות לאורך השנים אינם מצביעים על מגמה ברורה. השנה בה שיעור האישורים היה הגבוה ביותר היתה 1995 (50.6%) והשנה בה הוא היה הנמוך ביותר היתה 2003 (43.2%).

מספר הזכאים לגמלת סיעוד גדל בין 1991 ל- 2010 ב- 349% למרות העלאת גיל הזכאות. זהו שיעור גידול גבוה ביותר והוא גבוה באופן ניכר מהגידול במספר הקשישים באותה תקופה. אחוז הזכאים לגמלה מתוך הקשישים באוכלוסייה עלה מ- 6% בשנים הראשונות להפעלת החוק ועד 17.7% ב- 2009.<sup>87</sup> כאמור, בשנת 2010 עמד מספר מקבלי גמלת סיעוד (ממוצע לחודש) על כ- 141.5 אלף נפש שהיוו באותה עת כ- 19.8 אחוזים ממספר הקשישים בני 65 ומעלה באוכלוסייה.<sup>88</sup>

כ- 62.4% מכלל מקבלי הגמלה הם בגיל 80 ומעלה; 70.9% מכלל מקבלי הגמלה הן נשים. כמו כן, יש לציין כי כ- 46.9% מכלל מקבלי הגמלה חיים בגפם. לגבי אוכלוסייה זו האחרונה, קיימת בעיה לעיתים באיתור מטפלים לא פורמאליים לשם השלמת שעות הסיעוד מעבר לאלה הניתנות על ידי המדינה, בשל היעדרו של מטפל עיקרי מבני המשפחה.

במהלך השנים עודכנו כללי הזכאות. עד יולי 2003 היו נהוגות 2 רמות של זכאות – 100% ו- 150%. מיולי 2003 עד ינואר 2007 הפחיתו את הרמה הראשונה וכתוצאה מכך 2 הרמות עמדו על 93% ו- 150% מקצבת הנכות. כאמור, החל מינואר 2007 נקבעו 3 רמות זכאות – 91%, 150% ו- 168% מ'קצבת יחיד מלאה'. תרשים מס' 11 מתאר את המגמות בהתפלגות הזכאים לפי אחוזי הגמלה לה הם זכאים. יש לזכור את השינויים באחוזי הגמלה שהתרחשו במהלך השנים, כמתואר לעיל. ראויה לציין העובדה שעל אף שחלו שינויים בקבוצת הגמלה הנמוכה והגבוהה ביותר, משך כל השנים נשמרה בקביעות רמת הגמלה של 150%. שיעור הזכאים לגמלה בשיעור 150% ומעלה גדל במשך השנים. כך לדוגמה בשנת 2000 הוא עמד על 24% מהזכאים, בשנת 2003 על 27%, בשנת 2007 על 41% וב- 2009 על 45%. אם כי כאמור, המדרגה הנמוכה יותר השתנתה במהלך השנים (מ- 100%, דרך- 93% ל- 91%).

<sup>87</sup> שיעור זה חושב מתוך אומדן של מספר הקשישים בגילאי הזכאות לקיצבה – 62 לנשים ו- 64 לגברים. חישוב זה שונה מעט מחישוב קודם בו הצגנו את הזכאים לגמלת סיעוד כאחוז משיעור הקשישים בני 65 ומעלה באוכלוסייה

<sup>88</sup> מספר מקבלי גמלת סיעוד בממוצע לחודש בשנת 2009 (לפי נתוני הדו"ח השנתי, של המוסד לביטוח לאומי) כשיעור ממספר הממוצע לשנת 2009 של קשישים בני 65 ומעלה, (לפי נתוני למ"ס, שנתון סטטיסטי 2010)

### הוצאות המוסד לביטוח לאומי למימון חוק הסיעוד

חוק ביטוח סיעוד מחייב את המדינה/המוסד לשלם עבור סעיפים נוספים הקשורים לביטוח הסיעוד. כך לדוגמה נקבע כי - 15% מהתקבולים השנתיים מוקצבים למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה למימון הגדלת מספר המאושפזים במוסדות.

לפי דיווחי המוסד לביטוח לאומי<sup>89</sup>, היקף התשלומים שהועברו על ידי המוסד לביטוח לאומי למימון חוק סיעוד היה בשנת 2009 על כ- 3.7 מיליארד ₪ (מחירי 2009). 3.4 מיליארד הועברו למתן שירותים לנזקקים, והיתר לפיתוח שירותים של מוסדות ושירותים בקהילה ולביצוע מבחני תלות. 78.9 מיליון ₪ הועברו למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה לצורך הגדלת המאושפזים במוסדות סיעודיים. סכום של 81 מיליון ₪ הועבר למשרד הרווחה ולשירותי בריאות כללית ולמערכים לצורך הכנת תוכניות טיפול לזכאים ולביצוע מבחני תלות. ב- 2009 (בעקבות ההחלטה בדבר תמרוץ להעסקת מטפלים ישראלים) העביר משרד האוצר סך של 80 מיליון ₪ למוסד לביטוח לאומי למימון תוספת שעות טיפול שבועיות שניתנו בגין התמריץ הנ"ל בתקופה שבין מרץ-ספטמבר 2009.

בשנת 2009 עמדה ההוצאה של המוסד לביטוח לאומי בגין הגמלאות של ענף סיעוד על 3.681 מיליארד ₪ (במחירי 2009), מתוכם 3.599 מיליארד ₪ בגין גמלאות לפי חוק הביטוח הלאומי. סך הגבייה מהציבור בגין ענף זה עמד על 498.6 מיליון ש"ח. גרעון שוטף של כ- 2.377 מיליארד ₪ באותה שנה. יש לציין שלצד ענפי הביטוח הלאומי קיים עודף ניכר בענף ילדים (כ-12 מיליארד) המאפשר לכאורה מידה מסוימת של סבסוד צולב בין ענפי הביטוח, אם כי אין בו כדי לסגור את הפער הקיים בין היקף הגבייה לענפי הביטוח לבין סך כל התשלומים של ענפי הביטוח הלאומי.

יש לציין כי שיעור הגבייה של דמי הביטוח הלאומי ככלל בישראל נמוכים בהשוואה למדינות ה-OECD. השיעור הממוצע שם הוא 26.4% בהכנסות הנמוכות ו- 32% בגבוהות ואילו בישראל 7.4% ו- 17.4% בהתאמה. כמו כן, החלוקה בין עובד למעסיק שונה. ברוב המדינות חלקו של המעסיק גבוה מחלקו של העובד. השיעור הממוצע (הגבוה) לעובד במדינות ה-OECD הוא 11.5% ושל המעסיק 20.4% בישראל המגמה הפוכה – 12% לעובד ו-5.4% על המעסיק.

החלטה אם לאפשר סבסוד צולב בין ענפי הביטוח הלאומי, כמו גם שאלות כגון האם להסתמך על גביית דמי הביטוח כמקור מימון העיקרי של רשת הביטחון החברתית ככלל וביטוח הסיעוד בפרט, ומהו התמהיל הראוי בין מקורות המימון השונים – שעיקרם, דמי הביטוח ותקציב המדינה, כל אלה הינן החלטות מדיניות כבדות משקל שחורגות מתחומה של עבודה זו. הנושא הוצג במסגרת זו רק כדי להבהיר שבמציאות הנוכחית של אופן מימון הגמלאות של המוסד לביטוח לאומי, תוספת המקורות שתידרש לביצוע הרפורמה המוצעת יכול שתבוא מהעלאה של דמי הביטוח (הלאומי או הבריאות), שכיום הם נמוכים יחסית למקובל בעולם ו/או מהרחבת חלקו של המעסיק בתשלום דמי הביטוח. עם זאת, במציאות הנוכחית בה הגבייה לענפי הביטוח הלאומי מממנת 52% בלבד מההוצאות בגין תשלומים של ענפי הביטוח הלאומי, וכ- 63% בלבד מתשלומי הביטוח הלאומי בגין גמלאות גבייתיות (השאר ממומן בעיקר מתקציב במדינה), יכול

<sup>89</sup> ביטוח לאומי. סקירה שנתית 2009.

שהמימון הנדרש לרפורמה יבוא גם מתקציב המדינה, ללא העלאת בדמי הביטוח. כמובן, ששילוב בין הני"ל גם הוא אפשרי.

נציין בתמצית נושא נוסף בעל חשיבות והוא המימון הבין-דורי של דמי הביטוח, בעיקר בכל הקשור למימון של גמלאות ארוכות טווח כגון הסיעוד. מדינות רבות מתלבטות כיום בשאלה אם להמשיך במודל של pay as you go, הנהוג כיום גם בישראל במסגרתו הדור הנוכחי של משלמי דמי הביטוח מממן את הוצאות בגין הגמלאות המשולמות כיום לקשישים, ללא קשר לכאורה לחישוב האקטוארי המתאים לסיכון הביטוחי העתידי של המשלמים עצמם. חלופה אחת היא, גבייה בהתאם לעלות האקטוארית של המשלמים. אפשרות זו בעייתית מכמה סיבות לדוגמה עקב העלות הגבוהה בתקופת הביניים בה המשלמים יאלצו לכאורה לממן הן את העלויות של הדור הנוכחי של הקשישים והן שלם דמי ביטוח התואמים את הסיכון האקטוארי שלהם בעתיד. קיימים גם פתרונות אחרים, שלא כאן המקום לפרטם. סוגיה אקטוארית זו היא מורכבת ביותר, נוגעת כאמור לכל הגמלאות ארוכות הטווח, וככל הידוע היא נמצאת כיום על המדוכה של וועדה ייעודית במשרד האוצר. מאחר וגם נושא זה נוגע להיבט הרחב של גמלאות המוסד לביטוח לאומי, בחרנו להציאו אל מחוץ למסגרת הדיון הנוכחי.

#### סוגיית המטפל העיקרי (מטפלים בלתי פורמאליים)

מטפל עיקרי (בלתי פורמאלי) מוגדר כמי שמסייע לנזקק סיעוד, ללא תמורה כספית, בפעולות היום-יום. בישראל, רובם המכריע (97%) של המטפלים העיקריים בחולה הם בני משפחה – בני זוג 27%; בני/בנות 62%. 43% מהתומכים גרים עם הקשיש הדמנטי. מרבית המטפלים בקשישים הן נשים. כח עבודה זה תורם להקטנת ההוצאה הלאומית על שירותי סיעוד. אולם, עקב העומס הפיזי והרגשי המוטל על התומכים הלא-פורמאליים קיימת שחיקה משמעותית ביכולת תפקודם לאורך השנים. כ- 80% מקרב התומכים העיקריים בקשיש המקבל גמלת סיעוד שהוא מוגבל במידה רבה/גבוהה ו-71% בקרב התומכים בקשיש שמוגבל במידה בינונית דיווחו על עומס כבד או כבד מאוד. 96% דיווחו על עומס רגשי, 75% דיווחו גם על עומס פיזי, ואותו שיעור על פגיעה בתפקוד החברתי והפנאי. במחקר שנערך בישראל דיווחו כשליש עד שני שלישי מהתומכים העיקריים (בהתאם לאוכלוסייה הנחקרת) כי אין להם עזרה נוספת קבועה או חלופית וכי אין מי שיחליפם בעת מחלה או חופשה (ברודסקי ואח' 2011). מרבית הנשאלים דיווחו על צורך לקבל סיוע רחב יותר של מטפלים פורמאליים.

אשר למידע הקיים לרשות המטפלים העיקריים ולקשר עם אנשי מקצוע, 42% מהמטפלים העיקריים דיווחו כי אין להם קשר עם איש מקצוע. אלה שדיווחו כי קיים קשר הצביעו על קשר עם רופא המשפחה. רק 8% דיווחו שקיבלו ייעוץ או הדרכה מגורמים מקצועיים (ברודסקי ואח' 2011).

להשאתו של החולה הסיעודי בבית עם עזרה של מטפל סיעודי יש משמעויות החורגות מעבר לשביעות הרצון שלו ושל המשפחה. העלויות של הטיפול הביתי למשפחה ולמדינה הן נמוכות בהרבה בהשוואה לחלופת האשפוז. לפיכך, חשיבותם של המטפלים הלא פורמאליים בחולה הסיעודי, שבמרבית המקרים הם בני המשפחה, היא רבה ביותר ומדינות רבות הכירו בכך

שלמדינה קיים אינטרס מובהק לשמר את התומך הלא-פורמאלי בכשירות טובה. בארה"ב למשל ניתן לזהות שתי מגמות אשר תפסו תאוצה בשלוש השנים האחרונות – Consumer Directed Care (CDC), וגידול במימון ל – Home and Community-based Services (HCBS). כ – 8 מיליון אמריקאים נזקקו בשנת 2002 לשירותי סיעוד. רובם לא היו זכאים לסיוע מצד ה – Medicaid מאחר והוא מוגבל לשכבות הסוציו-אקונומיות הנמוכות ביותר, ולכן גם שם הכירו בתלות הרבה מצד המדינה באותן מיליוני שעות סיוע בלתי-משולמות אשר ניתנות באופן שוטף במהלך השנה לחולים הסיעודיים מצד בני משפחה וידידים<sup>90</sup>. מדיניות דומה לעידוד מטפלים עיקריים קיימת גם באירופה (ראה בחוברת 'הניסיון הבינלאומי בטיפול בנזקקי סיעוד'<sup>91</sup>). יש לציין כי יש הטוענים כי הפיילוט המבוצע כיום בדבר האפשרות להענקת גמלה כספית במקום שירות בעין, נותן פתרון גם לסוגיית המטפל העיקרי, שהרי ניתן יהיה לכאורה להשתמש בכספי הגמלה גם לצרכיו. אולם, המשמעות של טענה זו היא שהמדינה לא תומכת למעשה במטפל העיקרי, אלא היא 'מאפשרת' תמיכה במטפל על חשבון הורדת שעות סיעוד מהמטופל שלו. פתרון שבסיסו הערכי והמעשי, מוטל בספק.

יש להדגיש גם כי עצם קיומם של המטפלים הלא-פורמאליים כמו גם מספרם והזמן המושקע על ידם בטיפול בחולה הסיעודי משפיעים על תעריפי החברות המסחריות והמוסדות ועל היקף ההוצאה הלאומית על שירותי הסיעוד. מערך לא פורמאלי זה משפיע על התנהגות השוק ומהווה במידה מסוימת גורם מאזן ותחליף לפתרון שעלול היה להצטייר אחרת לו היה הטיפול בחולה הסיעודי מתבסס בעיקר על כוחות הפועלים במסגרת כללים של שוק חופשי מסחרי. למרות זאת, סל השירותים (בין זה שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובין זה שבחוק סיעוד) לא כולל סיוע למטפל העיקרי (המטפל הלא-פורמאלי), בנושאים כגון תמיכה רגשית בו או מימון הוצאותיו ו/או תחלופה שלו למטרות רענון ומנוחה וכן שירותים נוספים הקיימים במדינות אחרות.

מחקר שבוצע בישראל (ברודסקי 2011) מצא כי בני משפחה ובמיוחד המטפלים העיקריים בקשיש סיעודי, מדווחים על אובדן ימי עבודה ושעות עבודה עקב הטיפול בקשיש. חלקם אף עוזבים מסיבה זו את מקום העבודה כליל. המשמעויות על המשפחה ועל המשק כולו- כבדות. ממצאים ממספר מחקרים שנערכו בעניין זה במכון ברוקדייל מעידים כי הגיל הממוצע של תומכים לא פורמאליים בישראל הוא 55. רק שליש מהתומכים הוא מעל גיל 60. לשליש מהתומכים יש השכלה על-תיכונית. כעשירית עד שליש מהתומכים מתחת לגיל פנסיה שאינם עובדים, דיווחו כי נאלצו להפסיק עבודתם בעקבות הטיפול בקשיש. כ-75% מהתומכים העיקריים בקשיש נזקק סיעוד, שהינם מתחת לגיל הפנסיה, מועסקים ומשתתפים בכוח העבודה. כשני שליש מהתומכים העיקריים במי שמקבל גמלת סיעוד דיווחו שהפסידו ימי עבודה או שעות עבודה בשל הצורך לטפל בקשיש. יותר משלושה רבעים מהתומכים במקבלי גמלת סיעוד ומהלוקים בדמנטיה דיווחו שבמקום עבודתם הם עסקו בעניינים שקשורים לטיפול בקשיש, כגון שיחות טלפון וכד'. שליש מהתומכים ציינו שהטיפול בקשיש משפיע על איכות עבודתם וכ-13% דיווחו שהיו צריכים לשנות את מקום העבודה. כ-40% מהתומכים המועסקים מדווחים שהם עובדים פחות שעות ממה שהיו

<sup>90</sup> Nauth KK. Stay at Home Subsidies. Secure Retirement 2002; 11(5):12-16.

<sup>91</sup> פרסום של האגף לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות ' הניסיון הבינלאומי בנזקקי סיעוד' נמצא בשלבי הכנה. טרם פורסם.

רוצים. מדובר אם כן בעומס כבד על בן המשפחה שהוא המטפל העיקרי, הפוגע בפריון ובכושר ההשתכרות שלו.

מושג על המימדים הכלכליים של היקף הבעיה ניתן ללמוד ממחקר שנעשה באוניברסיטת ברנדיס בארה"ב<sup>92</sup>. שם הסתבר כי במהלך חייהם מטפלים בנזקקי סיעוד מאבדים בממוצע כ – 659 אלף דולר עקב אובדן משכורות, ופגיעה בהטבות הסוציאליות ובפנסיה. מחקר קודם העריך שהעלות של מעבידים נעה בין 11-29 מיליארד דולר לשנה עקב עובדים שמטפלים בנזקקי סיעוד – עקב חוסר פרודוקטיביות, אובדן שעות עבודה, הכשרת עובדים חדשים וכדו'. עלות שלא חושבה כלכלית, שגם בה נושא המטפל הלא פורמאלי היא - לחץ, תשישות והידרדרות במצב הבריאות (עלויות רפואיות בלתי ישירות).

אומדן זהיר שנעשה באגף לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות אמד את העלות בגין אובדן ימי ושעות עבודה והפסקת עבודה של מטפלים עיקריים בישראל בכחצי מיליארד ₪ לשנה. זאת, עוד לפני שמובאים בחשבון הפגיעה בזכויות הסוציאליות של עובדים אלה והוצאות ישירות למימון הטיפול בקשיש. לסוגיית המטפלים הלא פורמאליים יש גם השפעה על השוויוניות. עלות אשפוז במוסד סיעודי היא גבוהה ביותר. אופציה זו לא עומדת בפני משפחות משכבות החלשות ושכבות הביניים (החלשות אמנם מקבלות קוד אשפוז אולם לא תמיד יכולות לעמוד בתשלום ההשתתפות העצמית). חלקן הגדול לא יכול גם להתמודד עם מטפל זר הן מסיבות כלכליות והן עקב חוסר מקום בבית, בעיות תקשורת ושפה, והבדלי תרבות, זאת כאשר עלות מטפל ישראלי גבוהה יחסית. משפחות אלה צריכות להתמודד עם טיפול סיעודי בבית, רבים מהם נאלצים להתפטר מעבודה או לצמצם את היקף המשרה (פגיעה במשק), ללא פיצוי ממשי מהמדינה. פגיעה שכזו נחסכת מקבוצות בעלות הכנסה גבוהה יחסית היכולים לממן אשפוז במוסד או להכניס מטפלת זר לביתם.

מחקר שנערך בישראל (ברג-ורמן ואחרים 2010) בקרב מטפלים עיקריים של קשישים סיעודיים או תשושי נפש שלאחר ששהו בקהילה תקופה מסוימת הגישו בקשה לקבלת קוד אשפוז למשרד הבריאות הראה כי נסיבות עיקריות שקדמו לפנייה לאשפוז היו הידרדרות במצב בריאותי שכללה במקרים רבים אירוע בריאותי משברי כגון נפילה, קושי להגיע למרפאה וחוסר רצון או שיתוף פעולה של הקשיש להגיע למרפאה וכן עומס כבד עד כבד מאוד על המטפל העיקרי. החוקרים הגיעו למסקנה כי 4 עולמות תוכן משפיעים על ההחלטה – היכולת לספק השגחה וטיפול רפואי (לרבות עקב קושי להביאו למרפאה); שחיקה של המטפל; תנאים סביבתיים; ואירוע משפחתי חריג.

יש לציין כי אכן תשישות/התמוטטות של מטפל עיקרי בנזקק סיעוד השוהה בקהילה, משמעותה במרבית המקרים אשפוז של נזקק הסיעוד במוסד, בין אם הדבר נדרש עקב מצבו הרפואי ובין אם לאו (בהעדר פתרון ביתי אחר). לכך יש משמעותיות הן במונחים של נטל רגשי ומתחים במשפחתו של נזקק הסיעוד, הן במונחים כלכליים המהווים נטל כבד על המשפחה והן במונחים כלכליים ברמה הלאומית. עלות החזקת מטפל במוסד סיעודי ממוצע גבוהה בערך פי 3 מאחזקתו בבית עם עובד זר ופי 2 מפתרון המשלב שהות במרכז יום במשולב עם מטפל ישראלי בשעות בהן הוא שוהה בביתו. מדינות רבות הכירו בכך ובמסגרת החקיקה הקצו במימון הציבורי נתח

<sup>92</sup> על ידי The National Alliance for Caregiving ו- National Center for Women Aging

המבטיח מימון למטפל העיקרי כגון יציאה לחופשה למטרות מנוחה, טיפול תומך, סדנאות וקבוצות תמיכה. בישראל, משתמע לכאורה מסעיף 26 (ב) לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי שהוא מחייב לספק טיפול תומך, פסיכותרפי ע"י עובד סוציאלי כתמיכה במשפחתו של נזקק סיעוד למניעת אשפוז. אולם הפרשנות של הסעיף אינה ברורה וככל הידוע במרבית המקרים הוא לא מיושם.

הוצאה מוקדמת מידי של מבוטח לאשפוז, מבלי שקיים צורך רפואי, על שינוי הסביבה הכרוך בכך, הזיהומים האפשריים בבתי חולים וגורמים נוספים, כל אלה עלולים להביא במקרים רבים להידרדרות במצבו. ולכן הדעה המקובלת היא שמבחינה רפואית, תפקודית וכלכלית, כל עוד ניתן - רצוי להשאיר את המבוטח בקהילה, בקרב משפחתו.

### היבטים בסוגיית העסקת עובדים זרים בתחום הסיעוד

מי שקיבל רישיון להעסקת עובד זר ומעוניין בכך, המוסד לביטוח לאומי מעביר את השתתפותו בתשלום לחברת כוח האדם המעסיקה את המטפל. שווה ערך כספי בהתאם לרמת המוגבלות שנקבעה על ידי המוסד. הסכום המכסימאלי המועבר (למוגבלים ביותר) הוא שווה ערך כספי של גמלה בגובה 168% שמגיעה לנזקק (עד מכסימום של 18 שעות שבועיות לבעלי המוגבלות הגבוהה ביותר ורמת השכר הנמוכה) ואת היתרה המשפחה מממנת מכיסה.

על פי נתוני רשות האוכלוסין ההגירה ומעברי הגבול<sup>93</sup> – בסוף שנת 2010 היו בישראל 76,825 עובדים זרים חוקיים. מתוכם 43,870 בתחום הסיעוד. על פי הערכתם, קיימים עוד כ- 9,900 עובדים זרים העוסקים בתחום הסיעוד ושוהים בישראל שלא כחוק. יש לציין כי האמור לעיל הוא בגדר הערכת חסר ואינו כולל אנשים ממדינות כגון רומניה, בריה"מ לשעבר, קולומביה ונפאל שהגיעו לישראל באשרת תייר ונשארו בה, לאחר שפג תוקפה, ואין בידם היתרי שהייה כדין<sup>94</sup>. יש לשער שגם בקרב אלה האחרונים קיימים כאלה המועסקים בסיעוד, אולם אין נתונים על כך.

נתוני סקר שבוצע על ידי משרד התמ"ת בקרב בעלי היתר להעסקת עובד זר בסיעוד<sup>95</sup>, מעידים כי באפריל 2009 החזיקו כ-46 אלף איש ואשה בהיתר להעסקת עובד זר בסיעוד<sup>96</sup>. כ-87.9% מבעלי ההיתר קבלו את ההיתר על רקע בעיות ומגבלות כרוניות ואילו 12.1% הם בעלי היתר זמני להעסקת עובד זר עקב בעיות בריאות מוגבלות בזמן<sup>97</sup> (תאונה, ניתוח, או מחלה). כ-89.7% מבעלי ההיתר (כ-41.5 אלף), מימשו את ההיתר שבידם ומעסיקים עובד זר, אולם כ-10.3% ממי שקבלו היתר להעסקת עובד זר אינם מעסיקים בפועל עובד כזה. רוב העובדים הזרים המועסקים בסיעוד בהיתר הן נשים (89.2%), בהן 48.2% עובדות מהפיליפינים. יש להדגיש כי שעור ניכר מכאלה שקיבלו היתר לעובד זר אך לא ממשו אותו, דיווחו שהם נעזרים בבני משפחה (ללא שכר), הן לניקיון (75%) והן בסיוע ברחצה והאכלה (64%). עלות ההעסקה

<sup>93</sup> יחידת תכנון ומחקר, איכות ומצוינות, רשות האוכלוסין ההגירה ומעברי הגבול, 15 בדצמבר 2010

<sup>94</sup> סה"כ בסוף 2009 שהו בישראל כ-110,500 תיירים ללא אשרה בתוקף

<sup>95</sup> בר-צורי ר. בעלי היתר להעסקת עובדים זרים בסיעוד – מבט על, משרד התמ"ת, מינהל מחקר וכלכלה, ינואר 2010.

<sup>96</sup> זכאים מכוח חוק סיעוד וכן חוקים נוספים

<sup>97</sup> לאו דווקא במסגרת חוק סיעוד. יתכן שמכוח היתרים אחרים.

היותה סיבה עיקרית לאי מימוש היתר העסקת עובד זר (כשלושה רבעים מהמעסיקים עובד זר דווחו על שכר הנמוך משכר המינימום).

בהתחשב בהיקף שעות התעסוקה של העובד הזר ומגוון העבודות לסיוע לנזקק ובעבודות הבית בהן הוא מועסק, עלות העסקת עובד זר בסיעוד, בהינתן רמת האכיפה המינימלית של חוקי העבודה, ליחידת תפוקה, נמוכה אם כן לאין ערוך בהשוואה למטפל סיעודי ישראלי. העלות הנמוכה של תעסוקת העובדים הזרים פוגעת באפשרות התעסוקה של ישראלים לא-מיומנים ובשכרם. להעסקת עובדים בהיקף כה נרחב ולמשך תקופה ארוכה יחסית יש השלכות חברתיות וכלכליות ארוכות טווח, היא מרחיבה את ממדי העוני ואי השוויון בהכנסות ומעוררות שאלות אתיות הומאניות ומשפטיות ומובילה להתרחבות קבוצת מיעוט בעלת זיקה רופפת לזהות הלאומית. להערכת וועדה שבדקה את הנושא יוצא שכפועל יוצא של החלפת עובדים לא ישראלים בעובדים ישראלים בעלי מיומנויות נמוכות, בד בבד עם עלייה בשכרם, ההכנסה הממוצעת של משקי בית בחמישון התחתון צפויה לגדול בשיעור מצטבר של 4 אחוזים לפחות עד 2010, ולהביא לצמצום תחולת העוני ב- 0.4 נקודת אחוז לפחות, וכפי הנראה הרבה יותר מכך.<sup>98</sup>

מתוך כ- 123 אלף קשישים שהיו בשנת 2006 זכאים לסיוע בקהילה מתוקף חוק סיעוד כ-48.8% עמדו בכללים המאפשרים העסקה של עובדים זרים. בפועל הועסקו באותה עת עובדים זרים אצל כ-78% מהזכאים להיתר.

הגידול בביקוש לשירותים של מטפלים זרים נובע לא רק מהגידול הדמוגרפי והארכת תוחלת החיים, אלא גם מעלייה ברמת החיים, שינוי בדפוסי צריכת שירותים, בנורמות ובהתרופפות התמיכה באמצעות מטפל לא פורמאלי הקשור לעלייה בתעסוקת נשים וכן שינויים במבנה התא המשפחתי.

יש לציין כי מהסקר הנ"ל של משרד התמי"ת עולה כי כ- 9.1% מבעלי ההיתר מעסיקים, בנוסף לעובד הזר, עובד מקומי בשכר, כגון עוזרת בית, המועסק בהיקף של 15.7 שעות שבועיות בממוצע. כ-63.2% נעזרים גם באנשים נוספים שלא בשכר, בהם בני משפחה, בהיקף של 17.9 שעות שבועיות בממוצע. כ- 25.7% מהמעסיקים עובד זר מממנים באופן עצמאי (המטופל ו/או בני משפחתו) את מלוא עלות השכר וההחזקה של העובד הזר ואילו ב- 74.3% מהמקרים, הביטוח הלאומי ו/או גורם אחר, מוסדי, משתתף במימון.

על פי ממצאי אותו סקר, ההוצאה על שכר למטפל הזר היתה קרובה לרמה של שכר המינימום במשק, באותה עת. בנוסף לכך, כמעט כל (94%) מעסיקי עובדים זרים בסיעוד דיווחו שהם משלמים את כל התשלומים הנלווים שלהלן: דמי כיס לעובד ביום החופשי שלו, דמי הבראה, ימי חופשה שנתית, ביטוח לאומי עבור העובד, ביטוח רפואי, תשלומים נוספים עבור פדיון ימי חג כשלא יצא לחופש, תשלום עבור עבודה ביום החופשי שלא- אם הוא עובד בו, מתנות לחגים. נמצא גם שעל אף שהחוק מחייב מתן 14 ימי חופשה בשנה, הממוצע היה 21 ימים. על אף שהחוק מאפשר זאת, פחות מ- 17% מהמעסיקים עובד זר בסיעוד מנכים משכרו את הוצאות הכלכלה שלו. יש לציין כי קיימות גם הערכות שהמצב בקרב כלל העובדים הזרים שונה מנתוני הסקר וכי במקרים רבים קיימת הפרה של חוקי העבודה.

<sup>98</sup> דו"ח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים. יו"ר פרופ' צ. אקשטיין. הוגש בספטמבר 2007 למנכ"ל משרד האוצר ולחברי פורום האג'נדה הכלכלית-חברתית, ב-2007

אשר לרמת המוגבלות של אלה המסתייעים בעובד זר, כ- 73.7% דיווחו שהמטפל הזר מסייע בין היתר בלילה בעזרה לקום לשירותים, דבר המצביע על נזקקים ברמת מוגבלות גבוהה. מאידך, 47% דיווחו שהם נעזרים בעובד הזר ביציאה לפעילויות תרבות וקשר חברתי, כגון (מסעדות, מפגשים עם חברים וכד'), דבר המעיד על שיעור ניכר של בעלי מוגבלות נמוכה יחסית המעסיקים עובד זר (בר צורי 2010).

בעלי היתר להעסקת עובד זר, שלא ניצלו את ההיתר שניתן להם להעסקת עובד שכזה, העסיקו מטפל מהמוסד לביטוח לאומי בהיקף ממוצע של כ- 16 שעות שבועיות מכוח חוק סיעוד ובנוסף, כ- 26.5 שעות שבועיות על ידי בני משפחה (מטפל עיקרי ו/או בני משפחה אחרים). כחמישית מהם העסיקו גם מטפל, במימון עצמי, בהיקף ממוצע של כ- 10 ש"ש. יש לציין שלאור העובדה שכאמור לעיל ההיתר ניתן גם לנזקקי סיעוד ברמת מוגבלות נמוכה יחסית, תוספת השעות במימון עצמי גבוהה יותר בקרב אנשים ברמת מוגבלות גבוהה.

כאן המקום לציין גם כי בישראל מספר ההיתרים להעסקת עובדים זרים זמניים כמטפלים המתגוררים בבית המטופל ושיעורם של עובדים אלה מסך המועסקים בענף, נרחב מהמקובל במדינות אחרות, שברובן כנראה לא ניתנים היתרים לכך<sup>99</sup>.

מכל האמור לעיל עולה כי על אף שבמקרים מסוימים המטפלים הזרים בתחום הסייעוד חיוניים, ניתן במצבים רבים, בעיקר ברמות המוגבלות הנמוכות יחסית, להחליפם במטפלים ישראלים. ולכן לדעתנו ראוי היה לשקול החמרה בקריטריונים להעסקת עובד זר לקשישים ברמת מוגבלות נמוכה יחסית – לדוגמא להעלות את הרף ל- 6.0 נקודות ומעלה (וודאי לגבי אלה שלא חיים בגפם). עם זאת, לאור מורכבותה של הרפורמה המוצגת במסמך זה, ולאור העובדה שבימים אלה שוקדת ממילא וועדה בין-משרדית בראשות משרד האוצר על בחינת משמעויות העסקת עובדים זרים, לא מצאנו לנכון במסגרת הרפורמה הנוכחית, להמליץ על שינוי משמעותי במדיניות העסקה של העובדים הזרים בתחום הסייעוד. המלצתנו, היא ללמוד תחילה את המלצות הוועדה הבין-משרדית ולעקוב אחר מגמות בתחום זה במהלך יישום הרפורמה.

#### **הטיפול בחולה הסייעודי בקהילה - סיכום ביניים:**

**הזכאות אינה אוניברסאלית** – נזקק סיעוד שהכנסתו עולה על רף שנקבע אינו זכאי לסיוע כלשהו מהמדינה, זאת על אף ששילם דמי ביטוח סיעוד למוסד לביטוח לאומי משך שנות עבודתו

**היקף הזכאות במסגרת חוק** – היקף השעות אינו מספק, חלק מהתומכים חייבים לעזוב את משרתם, אחרים מאבדים ימי ושעות עבודה. לפי אומדן ראשוני בוצע, הפגיעה בפריזון למשק מוערכת – בכ- חצי מיליארד ₪ בשנה

**שחיקת הגמלה** – גמלת הסייעוד מבוטאת בחוק במונחים כספיים ומאז 2003 היא צמודה למדד המחירים לצרכן. מדד זה לא משקף את עלות שירותי סיעוד בקהילה, דבר שיביא לשחיקת הגמלה במונחים של שעות סיעוד. עיגון בחוק של הזכאות במונחים של שעות סיעוד (כמקובל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי), יבטיח למבוטחים שזכאותם תישמר לאורך זמן.

**נטל על משק הבית** – מרבית משקי הבית נאלצים להשלים שעות סיעוד במימון עצמי. הנטל על התומכים – כלכלי ורגשי – כבד ביותר. בניגוד למדינות אחרות, אין סיוע לתומכים בלתי פורמאליים

**פיצול בין רשויות** – הטיפול מפוצל בין המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים, משרד הבריאות, משרד הפנים, משרד הרווחה ועוד.

**היעדר רציפות טיפולית** – קושי ניכר בהסדרת רצף טיפולי בין גורמי רפואה לבין מטפלים סיעודיים וכן בין המערכת המאשפזת לקהילה

**טיפול רפואי ביתי** – אין הגדרה ברורה של הרכב הצוות, סמכויותיו, תדירות הביקור, סל השירותים ותפקודו בממשק עם המטפל הסייעודי

**חוסר יעילות בארגון השירותים ובקרה** – הפיצול הקיים גורם לכפל תקורות ולקשיי רגולציה ובקרה. קופות החולים מגיעות במרבית המקרים למעונו של הנזקק (צוות טיפולי בית), אולם מאחר והנושא לא הוגדר כתפקידן, הן לא מבצעות כל בקרה ו/או הדרכה על הצוות הסייעודי השווה במקום **בקרת איכות** – לא מתקיימת בקרה משמעותית אחר הטיפול של מטפלים סיעודיים. הפיצול הקיים מקשה על בקרה ורגולציה משמעותית

**המטפל העיקרי** – מטפלים בלתי פורמאליים משקיעים מיליוני שעות טיפול בנזקקי סיעוד בשנה. ללא השקעה זו, היקף המימון שהיה נדרש על ידי המדינה היה גדול בהרבה. קריסה של מטפל עיקרי מביאה בדרך כלל לאשפוז במוסד, גם אם מצבו של נזקק הסייעוד אינו מחייב זאת. עלות האשפוז למדינה יקרה לאין ערוך בהשוואה לעלות הסיוע בקהילה. בניגוד למדינות רבות, שהכירו בצורך לשמר את יכולת המטפל העיקרי לספק שירותים אלה, בישראל לא הוכרה זכותו של המטפל לקבלת סיוע כאמור לעיל.

**מידע למבוטחים** – הפיצול גורם לבלבול בקרב מבוטחים ואי מיצוי זכויותיהם. אין כמעט שימוש בחלופות כגון מרכזי יום.

**עובדים זרים** – על פי הערכת רשות האוכלוסין, בסוף 2010 הועסקו בסייעוד בישראל כ- 53 אלף עובדים זרים. כ- 10% מהמחזיקים בהיתר להעסקת עובד זר, לא מממשים אותו. השלמת המימון הנדרשת להחזקת עובד זר גבוהה יחסית. קיימים נתונים המעידים על כך שחלק מהעובדים הזרים מועסקים בקרב נזקקי סיעוד ברמת מוגבלות נמוכה יחסית. נראה שפתרון זה מצמצם את עלויות המדינה, ומסייע לחלק ממשקי הבית, אך קיימות לו השלכות רחב למשק הישראלי.

### 3. ממשקים ויחסי הגומלין בין אשפוז במוסדות לבין טיפול סיעודי ביתי

מרבית מדינות המערב רואות בהשהיית הקשיש הסיעודי זמן רב ככל הניתן בקהילה יעד ראוי. הסיבות לכך מגוונות, בין השאר הן נעוצות בערכים תרבותיים (המשתנים מחברה לחברה) הקשורים לחשיבות המיוחדת להשארת הקשיש בקרב בני משפחתו, התחושה של 'הזנחת' המטופל עם הוצאתו מהבית. ידוע למשל כי שינוי סביבת המגורים לחולים סיעודיים ובעיקר בקרב חולי דמנטיה עלול להחריף בצורה ניכרת את מצבם הרפואי/תפקודי. גם סיבות כלכליות הקשורות לעלות של החזקה במוסד לעומת עלות ההחזקה של קשיש סיעודי בבית, מהוות מרכיב חשוב בהחלטה של המשפחה האם לאשפז את הקשיש. נושא זה עומד בהתאמה גם להיבט של עלות המימון הציבורי (למדינה). קיימת אם כן העדפה כל עוד מצבו של הקשיש מאפשר זאת, לעודד שהייה בקהילה. דבר זה עולה בקנה אחד גם עם השקפתן של מדינות מערביות אחרות<sup>100</sup>.

ממחקרים שבוצעו בישראל ניתן להסיק כי שלוש קבוצות של מרכיבים עלולים להשפיע על הסיכוי להעברה מהקהילה לאשפוז. האחת – **הידרדרות בריאותית-תפקודית** של הנזקק, כשבמקרים רבים זה מלווה באירוע חריף כגון שבר בצוואר הירך, פצע לחץ, קריסת מערכת וכד'. ההידרדרות עלולה להיות קשורה לקשיי נגישות לשירותי בריאות או לאיכות הטיפול. פעמים אחרות דבר זה יכול להיגרם מטיפול סיעודי לקוי בבית, נפילות שתוצאתן שבר בצוואר הירך, שימוש לקוי בתרופות, חוסר תשומת לב והקפדה על שינויי תנוחה שתוצאתן פצע לחץ וכד'.

קבוצה שנייה של רכיבים שתורמת לסיכוי להגיע לאשפוז קשורה ל**מטפל העיקרי**. כפי שצינו קודם לכן, העומס הכלכלי והרגשי על המטפל הוא עצום וקשה לעמוד בו לאורך שנים. קריסה של המטפל העיקרי תזרוז את העברת הנזקק הסיעוד למוסד, גם אם לא היה שינוי במצבו הרפואי/תפקודי. מדינות רבות הכירו בתרומתו של המטפל ובצורך לשמר את תפקודו ברמה טובה לאורך זמן ולכן קיימות מדינות שמשמרות אותו באמצעים שונים, לדוגמה – גמלה כספית למטפל, מימון החלפתו למספר ימים מספר פעמים בשנה (רענון), תמיכה רגשית, סדנאות וקבוצות תמיכה ועוד.

מרכיב שלישי הוא מערכת ה**תמריצים** הקיימת. הזכרנו את היעדר התמיכה למטפל העיקרי. גם באשר להיבט הכלכלי הכיוון בו פועלים התמריצים לקוי. כיום לדוגמה בגין נזקק סיעוד ברמת מוגבלות נתונה וברמת הכנסה נמוכה יחסית, גובה ההוצאה הנדרשת מהמשפחה לשם מימון שעות הסיעוד בקהילה הדרושות לה, בנוסף לאלה המוקצות לה מכוח חוק סיעוד, גבוה בהרבה מגובה ההשתתפות העצמית הנדרשת בגין הקצאה של קוד אשפוז ממשלתי.

גם התמריצים הניצבים במתכונת הנוכחית בפני קופות החולים אינם מעודדים אותן להשקיע במניעת נזקקות סיעודית ושיקום. זאת, מאחר ומרגע בו הופך הקשיש ל'תשוש' או לסיעודי עוברת האחריות למימון אשפוזו מקופת החולים למשרדי הרווחה והשירותים החברתיים ולמשרד

<sup>100</sup> עם זאת, ראויה לציון העובדה ששיעור המיסוד בישראל בקרב קשישים הוא כ- 3.5 אחוז. שיעור זה נמוך יחסית, אולם יש להתייחס בזהירות לממצאים של השוואות בינלאומיות בעניין זה, בעיקר עקב הבדלים בהגדרות של נזקק סיעודי ושל 'מוסדות'.

הבריאות, בהתאמה. גם למוסד לביטוח לאומי שמממן את הטיפול הסיעודי בקהילה אין תמריץ למנוע העברתו לאשפוז, שהרי מרגע שעבר למוסד, מסתיימת גם אחריות המוסד לביטוח לאומי בכל הקשור לאספקת שעות סיעוד.

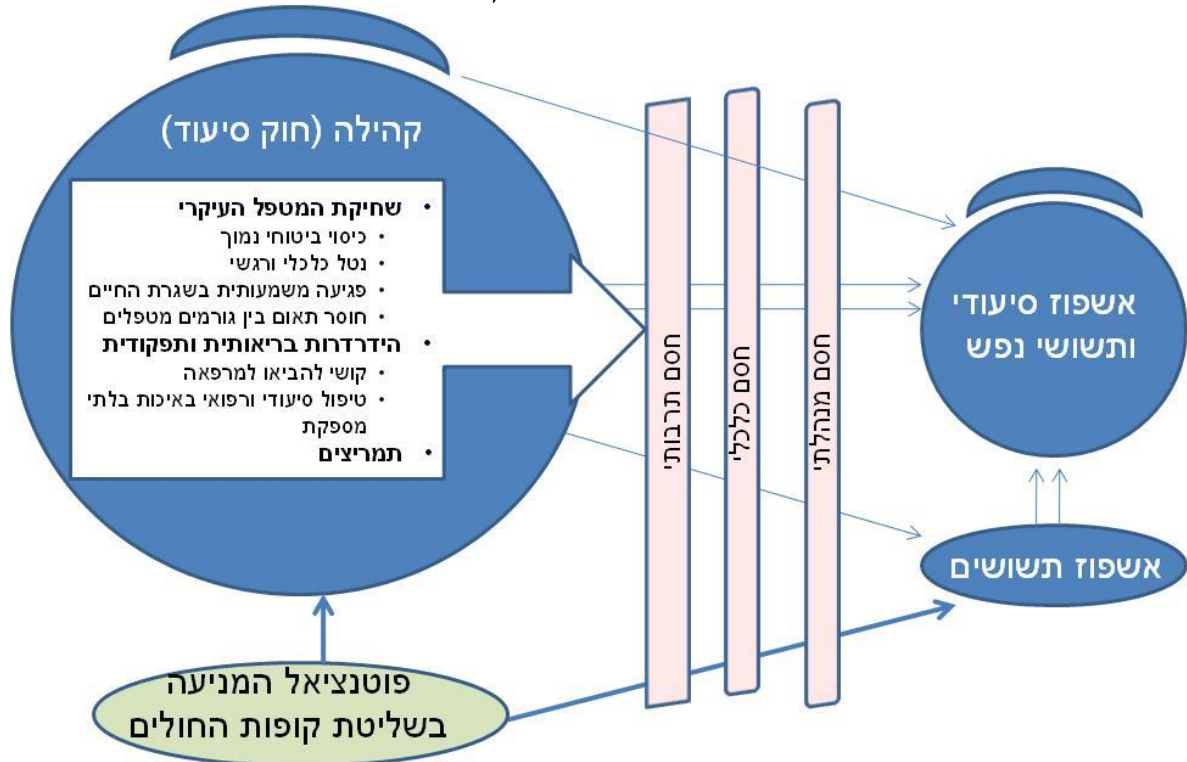
מול כל הגורמים הנ"ל שיכולים לתפקד כימנועי הדוחף לאשפוז, ניצבים מספר חסמים, המהווים מעין "מסנן" (פילטר). חלקם תרבותיים (לגביהם השליטה של המדינה מוגבלת), חלקם כלכליים – כאלה המתייחסים בעיקר לגובה ההשתתפות העצמית של המשפחה באשפוז לעומת השהות בקהילה, וחלקם - מנהלתיים המתייחסים למתכונת של הליכי אישור מקדים טרם הפנייה לאשפוז והקריטריונים לאשפוז במימון ציבורי. כל אחד מסוגי החסמים האלה ראוי להבחן אל מול המצב הרצוי. כמובן שמנגד, כל שינוי במדיניות הממשלתית שמשפיע על החסמים צריך להבחן אל מול ההשפעה האפשרית על המעבר מהקהילה לאשפוז.

העברת האשפוז הסיעודי ואשפוזם של תשושים למשל לאחריות קופות החולים, יחד עם הפשטה של הליכי גביית השתתפות עצמית, יש בה הגיון בכל הקשור ליצירת תמריצים של הקופות להשקעה בשיקום ובמניעה. אולם, צעד חד כיווני שכזה, ללא צעדים נלווים שיחזקו את הטיפול בקהילה, ייצרו רצף טיפולי רפואי-סיעודי, יגבירו את האחריות והסמכויות של קופות החולים בכל הקשור לטיפול בנזקק סיעוד, ויגבירו את יכולת המשפחה להתמודד, עלול להביא להסטה משמעותית של נזקקים מהקהילה לאשפוז ולשנות את האיזון הקיים כיום.

יש להדגיש שאין הכוונה לכך שיש להימנע מצעדים שנוגעים לשינוי כללי ההשתתפות העצמית באשפוז אלא שיש ללוותם בצעדים נוספים.

תרשים מס' 12 ממחיש את מערכת הכלים השלובים שתוארה לעיל.

**תרשים מס' 12 האשפוז ושירותי הסיעוד בקהילה כמערכת של כלים שלובים**

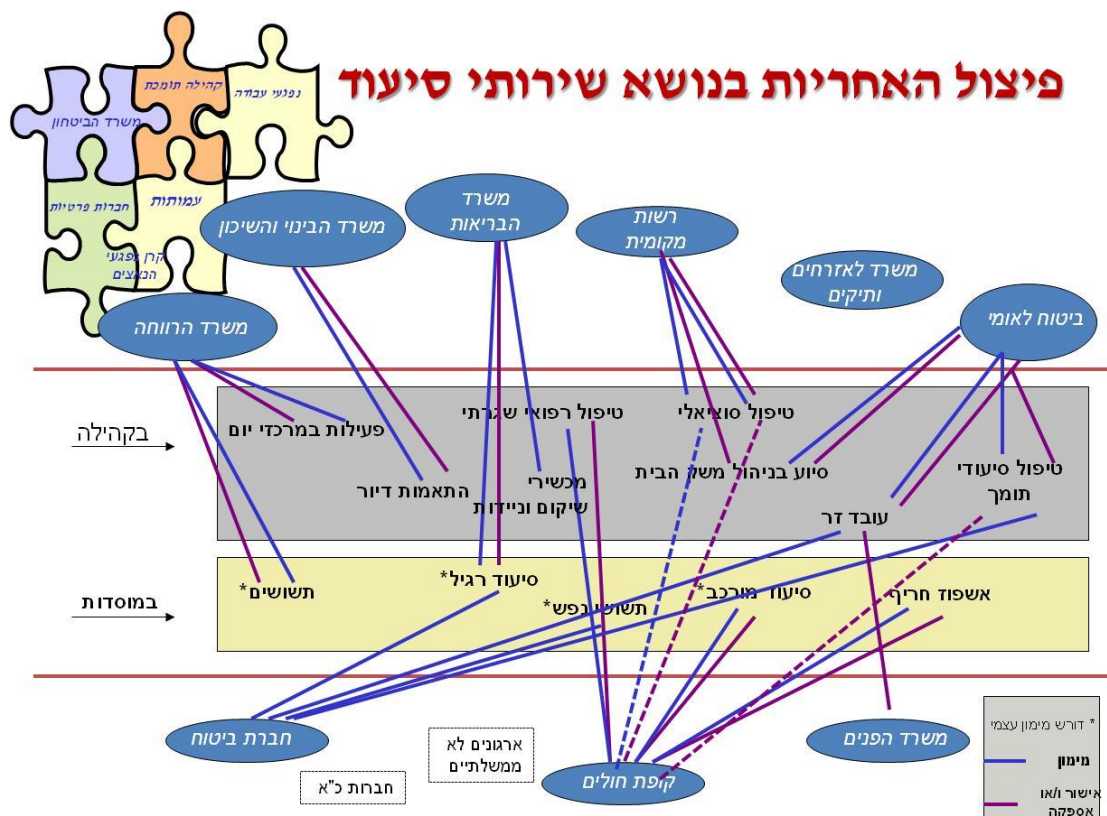


במתכונת הנוכחית הממשק בין הקהילה לבין מערך האשפוז סובל מהפיצול הקיים, הן בהקשר לאחריות על ארגון השירותים והן על מימונם. אין כיום במערכת זו רשות אחת – שתפקידה לתכלל – ולהיות accountable על כל ההיבטים של הטיפול בקשיש המוגבל. באין גורם שכזה אין גם מי שיקבל החלטת מדיניות בנושאים כגון העדפת הפתרון הקהילתי על פני המוסדי (או אי העדפה).

כך לדוגמא, כפי שתואר לעיל האחריות על הטיפול בקשיש סיעודי השווה בקהילה נחלקת בין המוסד לביטוח לאומי (סיוע במטלות-ADL); קופות חולים (שירותים רפואיים שבסל); שירותי הרווחה של הרשות המקומית; משרד הבריאות בכל הקשור למכשירי שיקום וניידות לרבות מיטות, מזרנים וכריות מיוחדים למניעת פצעי לחץ, כסאות גלגלים, מנופים ביתיים והליכונים; וחברת הביטוח (במקרים בהם קיים ביטוח מסחרי). אם הוא זקוק להתאמת דיור (כגון שינוי במעבר בין החדרים וחדר הרחצה לכסא גלגלים) מצוי הדבר באחריות משרד הבינוי והשיכון. אם המשפחה בחרה להסתייע בשירותי עובד זר, נכנס לתמונה גם משרד הפנים. בכל הקשור לאשפוז של קשישים גם כאן קיים פיצול בין משרד הבריאות (סיעוד רגיל ותשושי נפש, למי שעומד בקריטריונים סוציאליים-כלכליים), קופת החולים (אשפוז חריף ואשפוז סיעוד מורכב) ומשרד הרווחה (מימון האשפוז של תשושים).

כאשר מדובר בקבוצות בעלי זכויות נוספות קיימים כמובן גורמים נוספים כגון משרד הביטחון (לנכי מערכת הביטחון), משרד האוצר (לנפגעי נאצים), הביטוח הלאומי (נפגעי פעולות איבה), חברות ביטוח ועוד. במספר מקרים גוף ציבורי אחד אחראי לאספקת השירות ואחר למימונו (לדוגמא בהקשר לנפגעי עבודה). בחלק ניכר מהמקרים הטיפול דורש מימון עצמי בהיקפים גדולים. חוק הסיעוד מאפשר המרת מימון של שעות סיעוד לשם מימון שהות של קשישים סיעודיים במרכזי יום לקשישים כגון במקרים של תשושים ותשושי נפש אולם לא ברור באחריות מי לאתר ולהפנות את הקשיש למרכזים המתאימים למצבו.

תרשים מס' 13: חלוקת האחריות בטיפול ובמימון החולה הסיעודי כיום



ריבוי המטפלים וחוסר גורם משמש כ- case manager מביא לאי מיצוי זכויות, בלבול של מבוטחים ומשפחותיהם, חוסר רציפות בטיפול, ומשפיע על איכותו של הטיפול ועל איכות חייהם של נזקקי הסיעוד ומשפחותיהם.

כפי שתואר לעיל, במקרים רבים קופות החולים כבר מבקרות בבתיים של אותם נזקקי סיעוד המרותקים לביתם (טיפול בית). הקופות גם מיומנות בפיתוח שירותים בקהילה, פיתוח מדדי איכות ובקרה אחר נותני שירות מסוגים שונים. הפוטנציאל של הקופות לבצע בקרה גם בתחום זה הוא גדול. אך הוא לא מנוצל כיום כיוון שהנושא אינו בתחום אחריותן.

ריבוי הממשקים והגורמים המטפלים גורם לא רק לפגיעה באיכות הטיפול ובאיכות חייהם של קשישים נזקקי סיעוד ובני משפחתם, כמו גם לקשיי רגולציה ובקרה. הוא תורם לכך שאין ראייה כוללת של הכיסוי הביטוחי הסוציאלי הראוי, לחוסר ניטור ואיסוף שיטתי של מידע ולהתנהלות שאינה מכוונת מטרות ויעדים ואינה מבוססת על נתונים. נציג להמחשה רק דוגמא אחת, למרות שחלפו למעלה מ- 23 שנים ממועד יישומו של חוק סיעוד, ככל הידוע, לא נאסף עד כה מידע אודות מגמות רב-שנתיות בכל הקשור למשך חיים ממוצע של נזקק סיעוד ממועד בו הוא הופך לנזקק ברמה קלה יחסית ועד פטירתו (הן בתקופות בהן שהה בקהילה והן במוסדות). דבר זה הוא בעל משמעות לכל תכנון והיערכות עתידית – אקטוארית כמו גם תשתיתית.

## 4. היבטים בביטוח הסיעוד המסחרי

היקף חדירת ביטוח הסיעוד המסחרי בישראל הוא מהגבוהים במדינות המערב. במרבית מדינות אירופה בהן רשת הביטוחן הסוציאלית כוללת כיסוי משמעותי של שירותי הסיעוד, לא קיים כלל או קיים במידה מועטה ביותר ביטוח סיעוד מסחרי. אפילו בגרמניה בה לגבי חלק מהאוכלוסייה קיימת אפשרות לצאת (opting out) מהמערכת הציבורית ולבצע ביטוח בריאות וסיעוד (חובה) באמצעות חברות ביטוח מסחריות ואשר בה קיימות במקביל לכך לרשות כלל האוכלוסייה פוליסות וולונטריות שונות של ביטוח סיעודי עם כיסוי רחב יותר מזה המוצע בסל הבסיסי, מגיע היקף החדירה של כלל הביטוח הסיעודי המסחרי לכדי 11% מהאוכלוסייה<sup>101</sup>. בישראל, בשנת 2009 שיעור הכיסוי של ביטוח הסיעוד המסחרי היה כ- 65% מהאוכלוסייה. אמנם, מרבית הפוליסות בתחום זה הן פוליסות קבוצתיות (במרביתן קופת החולים משמשת כ"בעל הפוליסה" ובמקצתן – מעסיק גדול או איגוד מקצועי הם בעלי הפוליסה), אולם קיים גם שיעור גבוה יחסית של פוליסות פרט.

ההוצאה על תשלומי פרמיה לחברות הביטוח בשנת 2009 היוותה כ- 9% מההוצאה הלאומית על בריאות וכ- 22% מההוצאה הפרטית על בריאות.

בחינת התפלגות דמי הביטוח ברוטו לפי תת ענפים בביטוח הבריאות, עולה כי הסיעוד מהווה 31% מכלל דמי הביטוח ששלמו בשנת 2009 בתחום הבריאות<sup>102</sup>. בשנת 2009 היקף דמי הביטוח ברוטו ששלמו בביטוח הסיעודי עמד על כ- 1.6 מיליארד ₪ מתוכם 1.025 מיליארד בביטוח הקבוצתי ו- 0.583 בביטוחי פרט (יחס הפרמיות קבוצתי/פרטי = 1.8). לעומת זאת, היקף התביעות ברוטו (2009) היה 649.5 מלש"ח בקבוצתי לעומת 140.5 בביטוח פרט (יחס קבוצתי/פרטי של 4.6).

לפי דיווח של הממונה על הביטוח, ענף ביטוחי זה הדגים בשנים האחרונות את הגידול הגבוה ביותר מבין הענפים המרכיבים את תחום ביטוח הבריאות המסחרי. שיעור הנזקים (loss ratio)<sup>103</sup> בתחום זה נמוך יחסית ובשנת 2008 הוא נאמד ב- 50.6% (קבוצתי 69.6 ופרטי 21.6%) לעומת 53.6% בשנת 2003. שוק ביטוח זה, ובמיוחד הקבוצתי שבו, עקב הדומיננטיות של קופות החולים, מתאפיין בריכוזיות גבוהה ביותר יחסית לענפים אחרים של ביטוחי הבריאות (בקבוצתי- concentration ratio CR3= 98.4%).

בחינת מגמות ברגולציה של תחום הביטוח הסיעודי מעידה על התקדמות ניכרת בהגנה על הצרכן, בהמשך למגמה אותה הובילה לאורך השנים ארה"ב. דבר זה בא לידי ביטוי בחוזרים ותקנות שהוצאו במהלך השנים על ידי האגף לשוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר בכל הקשור לכללים בנושאים כגון "גילוי נאות", הגדרת מקרה הביטוח (הגדרת "נזקק סיעוד"), חיתום במעמד התביעה, הגבלת השימוש בסעיף "מחלות קודמות", רציפות זכויות ועוד<sup>104</sup>. יחד עם זאת, קיימים עדיין מוקדים הטעונים שינוי. לדוגמא, במקרים בהם עלול להיפגע חופש המעבר של

<sup>101</sup> OECD: LTC 2005, וכן IZA 2007 ו-Munich-Re

<sup>102</sup> לא כולל תת-ענף "אובדן כושר עבודה"

<sup>103</sup> ברמלי-גריןברג ש., רוס וישראל, מכון מאיירס, ג'וינט ברוקדייל. ע"ב נתוני הממונה על הביטוח, משרד האוצר.

<sup>104</sup> שיעור הנזקים – מדד המבטא את הסיכון של חברת הביטוח ומחושב לפי היחס שבין ההוצאה על תביעות לבין הפרמיות שנגבו להרחבה בנושא זה ראה חורב ט. **מגמות בביטוח סיעוד מסחרי בישראל**. מרכז טאוב, ירושלים 2007

אוכלוסיית הקשישים בין קופות החולים. כיום, קשיש המבקש לעבור קופה מאבד את זכויותיו בפוליסת הסיעוד הקבוצתית. ההצטרפות לפוליסה הקבוצתית בקופה החדשה מחייבת חיתום רפואי. הוא יכול אמנם לרכוש במקום זאת פוליסת פרט אולם עלותה של זו גבוהה מאוד יחסית לפוליסה שבידו. לפיכך, קיים צורך לפעול לשמירה על רציפות בביטוח הקבוצתי בעת מעבר בין פוליסות קבוצתיות. אחת האפשרויות היא הפעלת עקרון של portability - זה, קיים לדוגמה בחלק מהפוליסות הקבוצתיות בארה"ב והוא נוגע למקרים בהם מבוטח החליף מעסיק או יצא לגמלאות). ככל הידוע, גם בישראל קיימות פוליסות קבוצתיות שמאפשרות לאנשים אחרי פרישתם ממקום עבודה (גם אם המשיכו אחר פרישה לעבוד במקום אחר) להישאר בביטוח הסיעוד הקבוצתי במקום העבודה הקודם (לדוגמה אגד ומשרד הביטחון). ראוי ליישם מודל זה גם בהקשר לפוליסות הקבוצתיות המוצעות במסגרת קופות החולים, דבר שיאפשר רציפות זכויות וחופש גדול יותר במעבר של אנשים בגיל המבוגר בין קופות חולים, זאת מתוך ראיית כלל המבוטחים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כקולקטיב אחד.

מחקר שבדק בין היתר את המודעות של מבוטחים לקיומה של פוליסת סיעוד (ברוקדייל 2010) מצא כי בכל הקשור לשיעור המבוטחים במסגרת פוליסת ביטוח קבוצתית בתחום הסיעוד, קיים פער של כ-18% אחוז בין נתוני הממונה על הביטוח במשרד האוצר לבין נתונים המתקבלים על בסיס דיווח עצמי (בכל הקשור לפוליסות פרט, הנתונים שהתקבלו משני המקורות היו דומים). ממצאים אלה משתקפים תמונה המצביעה על אפשרות שחלק ניכר מהמבוטחים בביטוח מסוג זה לא יודע כלל שקיימת ברשותו פוליסת ביטוח סיעוד<sup>105</sup>. המחקר בדק גם את הידע של משפחות מאושפזים במוסדות סיעוד ומצא שגם בעת בה ניתן למצות את הזכויות בפוליסה, קיים חוסר ידע בדבר קיומה של פוליסת סיעוד (כ-30% נשלחו לברר וכ-6.5% מהמקרים הסתבר שאכן נזקק הסיעוד אכן מבוטח בפוליסת סיעוד).

ההתייחסות כיום בתקנות ובחוזרים של המפקח על שוק ההון הביטוח והחיסכון אל פוליסות סיעוד הקבוצתיות הגדולות (פוליסות ענק בקנה מידה בינלאומי) שמוצעות במסגרת קופות החולים, הכוללות מיליוני מבוטחים, הינה כאל כל פוליסה קבוצתית אחרת, לרבות כזו שבעלות מעסיק, קטן ככל שיהיה. אין לדוגמה תקנה נפרדת והנחיות נפרדות לחובות של קופת חולים כבעלת פוליסה, לחובות של המבטח כלפיה או למבנה/תכולת מינימום של סל שירותי הסיעוד שאמור להיות בפוליסה שבעלותה. פוליסות קבוצתיות אלה נמצאות למעשה בתווך בין שני רגולטורים – משרד האוצר כרגולטור של חברות הביטוח ומשרד הבריאות כרגולטור של קופות החולים והסדרת הממשק ביניהם במסגרת הסכם או חוזר משותף, הינה חיונית ביותר לטובת המבוטחים.

אשר להרכב הפוליסות, בניגוד למקובל בפוליסות בארה"ב לדוגמה, בישראל אין עדיין בפוליסות הטבות שתכליתן שימור המטפל העיקרי בנזקק הסיעוד (לדוגמה מימון תחלופת נופש, או אשפוז קצר מועד של הנזקק, למטרת רענון של המטפל העיקרי), דבר שתורם למניעת שחיקה של המטפל ומסייע בהשגת נזקק הסיעוד לאורך זמן בקהילה.

<sup>105</sup> יש לציין שרק בשנה האחרונה הורה הממונה על הביטוח במשרד האוצר ליידע את המבוטחים בפוליסות הקבוצתיות על קיומה של פוליסה ותנאיה העיקריים, במתכונת של דיווח שנתי

בעיה נוספת היא אי מיצוי הפוליסות, עקב חוסר ידע על קיומן ו/או על הזכויות המוקנות במסגרתן. לא קיימת גם אמירה ברורה לגבי תפקידן של קופות החולים כבעלות פוליסה – לרבות במישור של אספקת מידע שוטף למבוטח אודות זכויותיו בביטוח הסיעודי ובכלל זה מידע המבוסס על הרשומה הרפואית שלו.

היקף תשלומי הפרמיות בשוק ביטוח זה וקצב הגידול שלהן לאורך השנים, כמו גם השינויים בהרכב הפוליסות, מעידים על שוק דינאמי שפועל על רקע חוסר כיסוי ביטוחי משמעותי הקיים במישור הציבורי. המגמה הקיימת הן באשר להרכב הפוליסות, הן עקב הארכת תוחלת החיים וגידול בהיקף התביעות והן עקב מדיניות אקטוארית שמרנית של משרד האוצר, כל אלה יובילו במהלך השנים הקרובות לגידול משמעותי בגובה הפרמיה הממוצעת לאדם בביטוח הקבוצתי, דבר שישפיע עוד יותר על ההוצאה הלאומית ככלל ועל ההוצאה הפרטית בפרט. המצב הנוכחי בו משקי הבית מוציאים מכיסם סכומים גבוהים ביותר למימון ביטוח סיעוד מסחרי, מביא לכך שהשירות הסיעודי הניתן לתושבים, הן מבחינת המהות והן מבחינת האיכות, מותנה באופן ישיר ברמת ההכנסה של המבוטח.

תשומת לב מיוחדת יש לתת לפוליסות קולקטיביות בהן תשלומי המבוטחים בדרך כלל קשורים לגיל המבוטח ובמסגרתן אחת ל-5 שנים מתחדשת הפוליסה. באותה הזדמנות מתעדכנות הפרמיות (בנוסף לעדכון השוטר בהתאם למדד) ועלולים גם להשתנות הכיסויים שבפוליסה. הפרמיות משולמות בהתאם לגיל המבוטח. כל אלה, עלולים להביא לכך שמבוטח ששילם שנים רבות פרמיות, עלול להגיע למצב בו דווקא בגיל המבוגר לא יוכל עוד לעמוד בעלות הפרמיות שגדלו באורח ניכר בהשוואה לאלה אותן שילם בתחילת הדרך, והוא יאלץ לעזוב את הפוליסה דווקא בעת שהוא חשוף ביותר לסיכון להפוך לסיעודי ולאחר ששילם אלפי שקלים במהלך השנים עבור הביטוח. פתרונות לכך יכולים להיות בכיוון של מעבר לפוליסה קבוצתית זולה יותר (הצעת רובד ביטוחי נמוך), וכן בתנאים מסוימים גם הקניית ערכי סילוק ופדיון גם בפוליסות קבוצתיות<sup>106</sup>.

כאשר הכיסוי הביטוחי נשען במידה רבה במיוחד על מחויבותם של מספר מצומצם של גופים עסקיים, עולה שאלת החשיפה של המבוטחים ומידת הביטחון שלהם בעתידה של תוכנית הביטוח לה הם משלמים במיטב כספם. יש הטוענים כי במקום בו מתקשה המגזר הציבורי לממן באופן ישיר חלק משמעותי משירותי הסיעוד, והוא נשען על ביטוח סיעוד מסחרי, בשוק ריכוזי ביותר, בעל היקף חדירה מאוד משמעותי, ראוי לשקול מעורבות גבוהה של המדינה בדאגה למבוטחים כנגד סיכונים של קריסה כלכלית של מבטח. זאת ניתן להיעשות לא רק באמצעות רגולציה קפדנית של חברות הביטוח המסחריות, אלא גם במתן ערבויות מדינה **למבוטחים** בביטוח סיעודי<sup>107</sup>. כך לדוגמא, בארבע מדינות בארה"ב קיימת **התחייבות למבוטח** בפוליסת סיעוד פרטית הקובעת כי היה והפוליסה תסתיים והמבטח לא יוכל עוד להמשיך בהתחייבויותיו, יוכל המבוטח להמשיך בכיסוי (המפורט בפוליסה) באמצעות Medicaid וזאת ויהיה זכאי לקבלת השירותים

<sup>106</sup> לערכי סילוק ופדיון קיים יתרון גם לעניין שמירה על זכויות בגין הפוליסה בעת המעבר בין קופות חולים  
<sup>107</sup> להרחבה בנושא הרגולציה של ביטוחי הסיעוד בישראל ראה: חורב ט. מגמות בביטוח סיעוד מסחרי בישראל-נייר עמדה. מרכז טאוב, ירושלים 2007.

בעת קרות מקרה הביטוח גם מבלי שיצטרך להוכיח תחילה שאיבד את רכושו (כיום ה-medicaid מיועדת רק לבעלי הכנסות נמוכות-חסרי רכוש). התכנית החלה בשנת 2000<sup>108</sup>.

בישראל קיימת סוגיה נוספת הראויה לבחינה מחדש. זכויות שצבר מבוטח בפוליסה מסחרית לא מובאות בחשבון בחישוב הכנסותיו לעניין גובה ההשתתפות העצמית הנדרשת מהנוקק ו/או ממשפחתו בעת הדיון בפנייה לאישור "קוד אשפוז" (וכן לא בדיון לחישוב זכאותו לגמלה מכוח חוק סיעוד). מאחר ובמקרה של אשפוז סיעודי מבוטח בפוליסות הקבוצתיות הגדולות כיום רק שיפוי לכיסוי הוצאות המבוטח במוסד. המשמעות היא שכאשר קיימת לאדם פוליסת ביטוח סיעוד של חברת ביטוח מסחרית והוא אושפז במוסד סיעודי. היה ואושר לו "קוד" בהשתתפות עצמית נמוכה יחסית, השיפוי שיקבל מחברת הביטוח יהיה נמוך (בהתאם להשתתפות העצמית בה הוא חויב בגין הקוד). כתוצאה מכך, ההוצאה של חברת הביטוח בגין מבוטח זה תהיה נמוכה בהשוואה להוצאה שאמורה היתה להיגרם לה, לו היה הוא נדרש להשתתפות עצמית בסכום גבוה יותר. במקרה שכזה, על אף שהמבוטח שילם שנים רבות פרמיה לחברת הביטוח, תצא חברת הביטוח נשכרת והמדינה היא שתספוג את מרבית עלות האשפוז. במקרה שכזה המדינה לא יכולה לחלוק בהוצאה עם חברת הביטוח (אפשרות שנהוגה כיום כאשר מדובר בחלוקת חבויות בין שתי חברות ביטוח המחויבות בשיפוי כלפי אותו אדם). קיים כאן סבסוד שניתן למערכת הפרטית על ידי המערכת הציבורית. פתרונות אפשריים לסוגיה זו הם: הבטחת תשתית חוקית שתאפשר חלוקת חבויות בין המבטחים (הציבורי והפרטי). לחילופין, שינוי הפוליסה כך שבמקרה של אשפוז יהיה המבוטח זכאי ל**פיצוי** כספי<sup>109</sup>, בהיקף השווה להוצאה שהייתה למבטח המסחרי לו לא היה קיים בנוסף גם מבטח ציבורי.

הרחבת המימון הציבורי לכדי כיסוי משמעותי של הוצאות הטיפול בנוקק סיעוד בקהילה ובמוסדות ושיפור הפוליסות הקבוצתיות, יאפשרו הכוונת השוק המסחרי על ידי הרגולטור לשיווק פוליסות סיעוד איכותיות יותר שירחיבו את זכויות המבוטחים ויהוו בעיקר השלמה לכיסוי הקיים במימון ציבורי (סל הסיעוד הבסיסי)<sup>110</sup>. עלות פוליסות שכאלה למבוטח צפויה להיות נמוכה יחסית לפוליסות הנוכחיות שמתיימרות לכסות את ההוצאות "מהשקל הראשון".

סביר להניח גם שכאשר יהיה כיסוי משמעותי במימון ציבורי היקף החזירה של הפוליסות המסחריות יקטן, אם כי לא צפוי שהוא יגיע לערכים הנמוכים הקיימים במדינות אירופה.

<sup>108</sup> Meiners MR. Partnership insurance: An innovation to meet LTC financing needs. Caring 2001;20(4):26-7.

<sup>109</sup> **שיפוי** – החזר הוצאות שנגרמו למבוטח בגין מקרה הביטוח (כנגד קבלות) בתנאים וההגבלות הנקובים בפוליסה. **פיצוי**- תשלום כספי הנקוב בפוליסה אותו יקבל המבוטח, ללא קשר להוצאה שהיתה לו בגין מקרה הביטוח (אין צורך בהצגת קבלות)

<sup>110</sup> דוגמאות לאפשרות שדרוג הפוליסות הקבוצתיות הגדולות מעל הזכויות שבסל הבסיסי יכולות להיות הרחבת הפוליסה לכל חיי הנוקק וכן הגדרת "נוקק סיעוד", כך שתכלול גם מוגבלות ב- ADL 2

**ביטוח סיעוד מסחרי- סיכום ביניים :**

**שיעור המבוטחים** - היקף חדירת הביטוח גבוה ביותר. דמי ביטוח ברוטו משולמים בענף זה מגיעים לכדי 1.6 מיליארד ₪. כ- 64 אחוז מתוכם בביטוח קבוצתי, שרובו הגדול מוצע על ידי קופות החולים למבוטחייהן. שוק זה ריכוזי ביותר. כיום הוא מרוכז בעיקר ב- 4 חברות ביטוח. בשנים האחרונות ענף ביטוח זה הדגים את הגידול הגבוה ביותר מבין ענפים המרכיבים את תחום ביטוח הבריאות המסחרי. פוליסות הביטוח הקבוצתי בתחום הסיעוד בישראל הן ענקיות בקנה מידה בינלאומי- אולם הרגולציה כלפיהן אינה שונה מפוליסות קבוצתיות אחרות שהיקפן מצומצם בהרבה.

היקף החדירה הזה מעיד על חוסר ביטחון בקרב הציבור בגין חולשתו של הביטוח הסוציאלי בתחום הסיעוד. **עלויות** - כ- 65% מהתושבים מבוטחים בביטוח סיעוד, מרביתם בפוליסות קבוצתיות. עלות פוליסות אלה מתייקרת והולכת כל מספר שנים. בנוסף גובה הפרמיה עולה ככל שעולה גיל המבוטח. חלק גדול מהמשלמים כיום, לא יוכלו בהגיעם לגיל מבוגר להתמיד בתשלומי הפרמיה. הם יאלצו לפרוש מהפוליסה ויוותרו ללא ביטוח. אם הוא ירצה לרכוש במקום זאת (בפרמיה נמוכה) פוליסת פרט, יקבל מוצר נחות בהרבה ולא תהיה לו מטריה של בעל פוליסה. גובה הפרמיות המשולמות על ידי המבוטחים בביטוחים הקבוצתיים הולכת ועולה וקיימת מגמה של אגף שוק ההון הביטוח והחיסכון להעביר את השוק כולו לפוליסות פרט, שעלותן גבוהה במיוחד. שיעור הנזק בפוליסות אלה נמוך יחסית

**קושי בהתמדה לאורך שנים** – פוליסות הביטוח הקבוצתיות מתחדשות אחת לכ-5 שנים. באותו מועד מתבצעים שינויים בפרמיה ולעיתים בכיסוי הביטוחי. התייקרות הפוליסה לאורך השנים, במקביל להתבגרות המבוטח מביאה למצב בו קיים קושי להתמיד בתשלומי הפרמיות הגבוהות ומבוטחים נאלצים לפרוש מהפוליסה דווקא בשנים בהן קיים סיכוי גבוה שיהיו זקוקים לסיוע. יציאה מהפוליסה פירושה אובדן זכויות. לפוליסות אלה אין ערכי סילוק או פדיון.

**רציפות זכויות** - חיתום רפואי הנהוג בכניסה לפוליסת סיעוד של הקופות, יוצר קושי במעבר של אוכלוסייה קשישה בין קופות החולים.

**פוליסות קבוצתיות** – הפוליסות הקבוצתיות של קופות החולים הן בסדר גודל ענק במושגים בינלאומיים. למרות זאת אין הסדרה הממוקדת בפוליסות אלה וההתייחסות אליהן בתקנות דומה לזו הקיימת כלפי פוליסה בבעלות מעסיק, קטן ככל שיהיה.

**כפל ביטוח** - קיימת חפיפה עם הכיסוי הציבורי, ללא אפשרות לחלוקת חבויות בין המבוטחים (הביטוח המסחרי יוצא נשכר מכך)

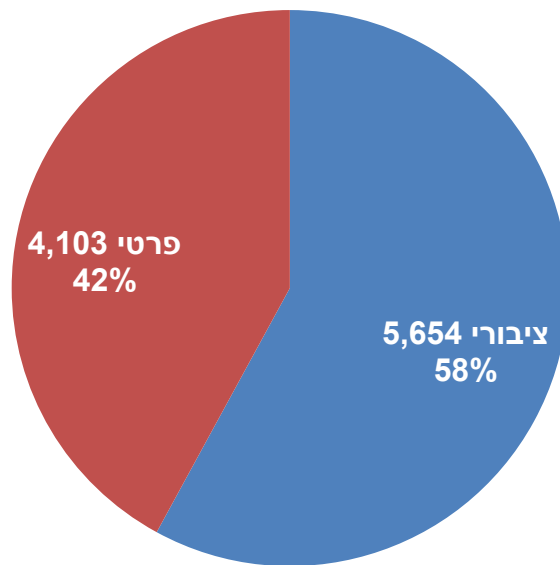
**מידע**- לאור ריבוי פוליסות קבוצתיות של מעסיקים, איגודים מקצועיים, קופות חולים וכדו', קיימים מצבים בהם מבוטח שבבעלותו יותר מפוליסת סיעוד אחת, לא מודע לכך והרבה פעמים ללא הבנה בדבר מהות הכיסוי הקיים בכל אחת מהפוליסות והחפיפה ביניהן. באחד המחקרים נמצא כי-18% מהמבוטחים לא ידעו על קיומה של פוליסת סיעוד קבוצתית שהיתה ברשותם.

## 5. ההוצאה הלאומית על שירותי הסיעוד (מוסדות וקהילה)

על פי אומדן שבוצע באגף לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות הגיעה בשנת 2010 ההוצאה הלאומית על שירותי סיעוד (אשפוז וקהילה) לכ- 9.7 מיליארד ₪ המהווים כ- 1.3 אחוז מהתמ"ג באותה שנה. לשם השוואה על פי נתוני ה-OECD, שיעור ההוצאה על טיפול ממושך (אשפוז וקהילה) כאחוז מהתמ"ג במדינות השונות אינו אחיד וניתן למצוא שיעורים כגון - 1.3% בגרמניה, 2.1% בפינלנד, 1.6% בצרפת וביפן ועד 3.4% בהולנד ו-3.5% בשבדיה (נתוני 2007). יש לנקוט מישנה זהירות בהשוואה שכזו, לא רק עקב ההבדלים הדמוגרפים ושינויי ההגדרות של טיפול ממושך אלא גם בגלל ההבדלים הגדולים בגודל התוצר של המדינות השונות ובהגדרות הבינלאומיות השונות.

בחינת ההוצאה הלאומית על שירותי סיעוד בישראל מצד המימון, מראה כי כ-42% מהמימון עבור שירותי סיעוד בישראל הינו פרטי ו-58% מהמימון הינו ציבורי. בשורות הבאות נסקור את התפלגות ההוצאה הלאומית על סיעוד ומקורות מימונה לפי סוגי ההוצאה השונים.

**תרשים מס' 14 : התפלגות ההוצאה הלאומית לסיעוד לפי מימון פרטי וציבורי במיליוני ₪ 2010**



מקור: עיבוד על נתוני למ"ס, ביטוח לאומי ומשרד הבריאות

יש לזכור שמדובר ב- 42% מנטל המימון של שירותים שצריכתם השוטפת נמשכת שנים ושעלותם החודשית למשק הבית גבוהה יחסית וכי מדובר בקשישים שמרביתם נמצאים ברמת הכנסה שקרובה לקו העוני (משני צידיו).

## התפלגות ההוצאה הלאומית על סיעוד

### א. קהילה

עלות הטיפולים בקהילה כוללת את ההוצאות בגין חוק סיעוד, השלמה של נזקי הסיעוד ובני משפחותיהם למימון שניתן במסגרת החוק, מימון של אוכלוסיות אשר עקב מצבן הכלכלי לא זכאיות לקבל סיוע במסגרת חוק סיעוד וכן הוצאות נוספות בעיקר של גורמים המסייעים לניצולי שואה (הרשות לזכויות ניצולי השואה וקרן לרווחה נפגעי השואה בישראל). סך ההוצאה בקהילה נאמדת בכ- 6.2 מיליארד ₪, כאשר 4 מיליארד ₪ הינם במימון ציבורי ו-2.2 מיליארד ₪ הינם במימון פרטי. כלומר, על פי הערכה תמהיל המימון הפרטי הציבורי בקהילה הינו 64% ממקורות מימון ציבוריים ו-36% ממקורות פרטיים.

### ב. אשפוז

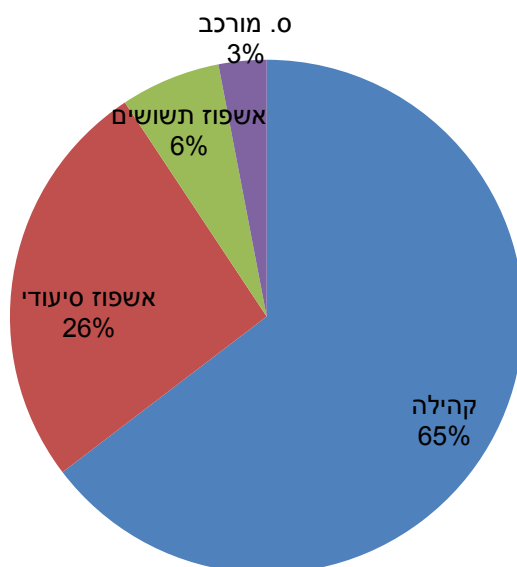
עלות הטיפולים באשפוז נחלקת לשלושה תחומים: אשפוז סיעודי, אשפוז תשושים ואשפוז סיעודי מורכב. החלק הארי של העלות הינו באשפוז הסיעודי. אומדן ההוצאה על אשפוז סיעודי בישראל הינו כ-2.5 מיליארד ₪, כאשר 1.3 הינו תקציב ציבורי שמגיע ממשרד הבריאות ועוד 1.2 מיליארד מימון פרטי. המימון הפרטי מתחלק לשני חלקים עיקריים: 0.5 מיליארד השלמה פרטית למימון הציבורי הניתן במסגרת השירותים להם אחראי משרד הבריאות ועוד 0.8 מיליארד הוצאות אשפוז סיעודי על-ידי משקי בית שבחרו לרכוש את האשפוז הסיעודי ללא סיוע של משרד הבריאות. תמהיל המימון באשפוז הסיעודי הינו 50% מימון ציבורי ו-50% מימון פרטי.

בנוסף, קיימת הוצאה על אשפוז תשושים. סך ההוצאה על אשפוז תשושים בישראל נאמדת בכ- 0.6 מיליארד ₪. כאשר, 0.1 מיליארד מכוסים מתקציב משרד הרווחה והשירותים החברתיים והשאר הינו ממקורות מימון פרטיים.

סעיף נוסף בהוצאה על אשפוז סיעודי הינו אשפוז סיעודי מורכב הנמצא באחריות קופות החולים. על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קיימת על נזקק הסיעוד חובת השתתפות עצמית לכל יום של אשפוז סיעודי מורכב. סך ההוצאה הכוללת על אשפוז סיעודי מורכב נאמדת בכ-0.3 מיליארד ₪, כאשר 85% מהמימון הוא מימון ציבורי ו-15% השתתפות עצמית של משקי הבית (בהנחה של 80% גבייה).

סך ההוצאה השנתית על אשפוז של נזקי סיעוד לסוגיהם, עומדת על כ- 3.5 מיליארד ₪ מתוכם כ- 51.5% ממקורות מימון פרטיים וכ- 48.5 אחוז ממקורות ציבוריים.

**תרשים מס' 15: התפלגות ההוצאה הלאומית לסיעוד לפי ענפים (2010)**



מקור: עיבוד על נתוני למ"ס, ביטוח לאומי ומשרד הבריאות

**הוצאות משקי הבית**

עלות מצטברת של 3 שנות תמיכה בלבד בחולה סיעודי אשר מאושפז במוסד סיעודי, ללא סיוע של משרד הבריאות, יכולה להגיע עד לכדי 500,000 ₪; אם המשפחה תבחר להשאירו בבית ולטפל בו באמצעות מטפל זר או מטפל ישראלי, במימון עצמי, יכולה ההוצאה המצטברת להגיע גם כן לעשרות-מאות אלפי ₪. יש להביא בחשבון גם אובדן הכנסה כתוצאה מפרישה מוקדמת או הקטנת משרה של המטפל הלא פורמאלי אשר משלים את עבודת המטפל הפורמאלי. נוסף לכל אלה יש להביא בחשבון הוצאות ישירות נוספות כגון תרופות, טיטולים, הסעות וכד' והוצאות בלתי ישירות כגון אובדן ימי עבודה, לחץ נפשי וכד'. כפי שהוזכר קודם, יש גם להביא בחשבון את העובדה שהנטל על המטפל הלא פורמאלי בחולי אלצהיימר למשל כבד מאוד. בספרות המקצועית מייחסים חשיבות רבה לטיפול המטפל העיקרי ורואים בשמירה על רווחתו של המטפל חלק אינטגרלי מהטיפול בחולה עצמו<sup>111</sup>. בישראל נושא זה לא בא לידי ביטוי עד כה בזכויות המוקנות למטפל העיקרי מכוח חוק סיעוד או חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

כאמור, באומדן ראשוני שנערך באגף לכלכלה וביטוח במשרד הבריאות נאמדה העלות של אובדן ימי עבודה ושעות עבודה בגין טיפול בנזקק על ידי המטפל העיקרי בלבד (ללא בני המשפחה האחרים) בכחצי מיליארד ₪ לשנה. זאת, לפני שהובאו בחשבון פגיעה בזכויות סוציאליות של עובדים שעזבו מקומות עבודה או ירדו בהיקף המשרה.

בסקר הוצאות משקי הבית אשר נערך על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לא נשאלת שאלה ספציפית על שירותי סיעוד, ולמעשה המידע אודות סוג הוצאה זה נמהל שם בסעיף 'עזרה ביתית' סעיף שכולל גם הוצאה בגין שירותים של עוזרות בית באופן כללי, ואינו מוגבל למשקי בית בהם

<sup>111</sup> Bullock R. The needs of the caregiver in the long-term treatment of Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2004 Apr-Jun;18 Suppl 1:S17-23.

קיים נזקק סיעוד. כתוצאה מכך כאשר נמדדות הוצאות משקי הבית על בריאות נלקחות בחשבון רק הוצאות בגין אשפוז במוסד סיעודי. לכאורה, אין מקום להבדיל בין שני סוגי הוצאה אלה (בית או מוסד) מאחר והן מיועדות לאותה מטרה. במצב זה, לא ניתן כיום לחשב את היקף הנטל הנופל בתחום זה על משקי הבית וניתן רק לשער את היקפו, כתוצאה מכך קשה כיום לחשב במדויק את ההוצאה הלאומית על שירותי סיעוד. בהתאם לכך, יש להתייחס בזהירות הראויה להערכת מיקומנו בנושא זה בהשוואה למדינות מערביות אחרות.

שיטת המימון הנוכחית אינה מעודדת השארת הנזקק בקהילה דבר שבמקרים רבים נכון רפואית וכלכלית. הכיסוי בקהילה מוגבל ביותר, ובהתחשב בעובדה שהפתרון של מטפל זר אינו מתאים כלכלית ותרבותית לחלק ניכר מהמשפחות, יוצא שקוד האשפוז הניתן למשפחות שמצבן הכלכלי נמוך הופך להיות עבורן חלופה נבחרת, במקום המשך טיפול בקהילה. עלות האשפוז גבוהה לאין ערוך בהשוואה לחלופה.

הנטל הכבד על המשפחות מביא למצב בו משפחות נאלצות לעיתים לקחת הלוואות ובמקרים חמורים אף למכור או למשכן נכסים שנצברו במשך שנים רבות. במצב זה אדם ששילם כל חייו את תשלומי הביטוח הלאומי וציפה שבעת זקנתו, עם הפיכתו לסיעודי, יקבל סיוע מהמדינה, נאלץ יחד עם משפחתו להגיע למצב בו המדינה תסייע רק לאחר שהם יכלו את חסכוניותיהם או ימכרו את דירתו של הקשיש. לכאורה נראה כי רשת הביטחון החברתית שנפרשה בתחום זה אינה משמעותית מספיק. ההוצאה הפרטית המוטלת על מרבית משקי הבית גבוהה ביותר ומהווה נטל שקשה לעמוד בו לאורך שנים.

#### **ההוצאה הלאומית על סיעוד**

ההוצאה הלאומית על סיעוד מוערכת בכ- 9.7 מיליארד ₪ לשנה (כ- 1.2 אחוז מהתמ"ג). כ- 42% מתוכה מגיעה ממקורות מימון פרטיים ו- 58% ממקורות ציבוריים. נטל המימון נופל על משקי הבית בגין שירותים שצריכתם השוטפת נמשכת שנים ושעלותם החודשית למשק הבית גבוהה יחסית (בהשוואה דוגמא לשירותי בריאות אחרים). מדובר בשירותים לקשישים שמרביתם נמצאים ברמת הכנסה שקרובה לקו העוני (משני צידיו).

העלות למשק בשל אובדן ימי עבודה ושעות עבודה בגין טיפול בנזקק על ידי המטפל העיקרי בלבד (ללא בני המשפחה האחרים) מוערכת בכחצי מיליארד ₪ לשנה. זאת, לפני שהובאו בחשבון פגיעה בזכויות סוציאליות של עובדים שעזבו מקומות עבודה או ירדו בהיקף המשרה.

## חלק שלישי – אי היעילות במצב הקיים והצעת הרפורמה

### 1. מוקדי אי-יעילות במערכת הקיימת כיום

לאור כל המתואר בפרקים הקודמים, יוצגו להלן הבעיות העיקריות המשתקפות מהמצב הנוכחי, לפי ההיבטים הבאים: היבטי מאקרו ומדיניות חברתית-כלכלית; הכיסוי הביטוחי; ובעיות הקשורות למבנה וארגון המערכת.

#### א. היבטי מאקרו ומדיניות כלכלית-חברתית

(1) **חוסר יעילות כלכלית** - מערכת המתאפיינת בריבוי גורמים מטפלים, וחוסר אחידות בקריטריונים להגדרת נזקק סיעוד, אינה יעילה כלכלית מטעמים כגון כפל תקורות, השקעה כפולה של משאבי זמן מצד המטפלים ומצד משפחת הנזקק בשל הצורך בהגשת בקשות ותביעות לגורמים שונים, חוסר רצף בין מימשקים, הצורך בהשקעה בהכשרת הסגל במערכות השונות להבנת המורכבות וקושי בבקרה וביישום השוטף.

(2) **תמריצים הפועלים בכיוונים לא רצויים** - מבנה המערכת הביטוחית הקיים כיום מביא למצב בו לקופות החולים אין תמריץ מספיק למנוע הידרדרות במצבם של קשישים לכיוון של נזקקות סיעודית, ולהשקיע בשיקום של קשיש בשלב של טרם נזקקות מלאה. זאת, מאחר וכיום, מרגע בו הקשיש הופך לנזקק סיעוד או תשוש נפש, מימון אשפוז עובר למדינה, באמצעות משרד הבריאות או למשרד הרווחה (תשושים).

ניתוח התמריצים הקיימים כיום מצביע לכאורה על כך שמבחינת קופת החולים עדיף שנוזקק הסיעוד יאושפו (פחות עומס על צוות טיפולי הבית). לביטוח הלאומי אין לכאורה תמריץ לשמר את הקשיש נזקק הסיעוד בקהילה (במקרה הטוב, הם אדישים לסוגיה זו), שהרי כל עוד הוא בקהילה הם מממנים את הטיפול הסיעודי בו מכוח חוק סיעוד. חיבור התמריצים הנ"ל וכן העובדה שלמשרד הבריאות כמממן השירות, יש אמנם תמריץ להמעיט באשפוז ובאישורי קודים, אך מאידך אין לו השפעה על הנעשה בקהילה והוא לא יכול לשלוט במספר הפניות לאשפוז, מביא לכך שלמעשה התמריצים הקיימים כיום בפני הארגונים המעורבים בטיפול בקשיש הסיעודי, פועלים בכיוון של מיסוד.

קיימת גם בעיה מהיבט התמריץ הקיים למשפחה להשאיר את הקשיש בקהילה. יודגש כי להשארת הקשיש בקרב משפחתו קיימים היבטים רבים ביניהם כאלה שהינם תלויי תרבות. עם זאת, לאור העומס הממושך הקיים על משפחות אם נבחן את היבט התמריץ הכלכלי למשל ניווכח כי במקרים רבים עלות ההשתתפות העצמית של משפחת הקשיש בגין קוד האשפוז הסיעודי נמוכה משמעותית מעלות החזקתו בבית. נושא זה מקבל משמעות כשהוא מתווסף לנטל הרגשי והכלכלי המוטל כיום על המטפל העיקרי והגורם לאורך זמן לשחיקתו. שיעור נזקקי הסיעוד שמאושפזים עקב קריסת המטפל העיקרי וקריסת מערך התמיכה המשפחתי נאמד בעשרות אחוזים מכלל המאושפזים.

3) **קשיים ברגולציה** - ריבוי הרשויות האחראיות בקהילה באספקת שירותים ומימון שירותים לנוקקי סיעוד כפי שתוארו בעבודה זו מקשים על רגולציה יעילה ובקרה של ספקי השירות בשטח. הפיצול בין הרשויות פוגם גם ביכולת איסוף המידע הרלוונטי ועיבודו. הערכות תפקודיות של גורמים ממלכתיים שונים מתבצעות על פי כלים לא אחידים כך שיתכנו מצבים בהם קשיש מוגדר נזקק סיעוד על ידי מערכת אחת (כגון ביטוח לאומי) אך לא על ידי מערכת אחרת (לדוגמא קופת חולים או חברת ביטוח).

4) **השפעה על שוק העבודה** - על פי נתוני רשות ההגירה היקף המטפלים הזרים בעלי היתר שהייה ועבודה בישראל בתחום הסיעוד נאמד בכ- 43 אלף. אומדן זה שמרני למדי לאור קיומם של מטפלים ללא היתר. התבססות על השוק הפרטי של מטפלים זרים מקשה על רגולציה ובקרה בתחום הטיפול הסיעודי הקהילתי ומביאה להורדת מחירים שלא מאפשרת כניסה משמעותית של עובדים ישראליים לתחום זה. הכיסוי הביטוחי המוגבל במסגרת חוק הסיעוד מאלץ את בני המשפחה לקצר את העבודה או היקף המשרה שלהם ולעיתים אף לפרוש מעבודתם כדי לסייע בטיפול בנוקק הסיעוד, דבר הפוגע גם הוא בפיריון ברמה הלאומית.

5) **בסיס אקטוארי בלתי הולם (דמי הביטוח)** - דמי הביטוח הלאומי כוללים ביטוח סיעוד. שיעור הגבייה אינו מכסה את מרבית ההוצאה, דבר המביא לכך שקיים סבסוד צולב בין הגמלאות השונות של המוסד לביטוח לאומי. בנוסף, ככל הידוע עד כה לא נקבעה מדיניות בשאלת המודל האקטוארי ההולם (pay as you go), סבסוד בין דורי או גבייה באמצעות מודל הדומה למתכונת של פנסיה צוברת).

## ב. הכיסוי הביטוחי

1) **הכיסוי אינו אוניברסאלי** – על אף שבתשלומי הביטוח הלאומי המופרשים מידי חודש מהכנסותיהם מעבודה של תושבי ישראל, קיים נתח המופרש לביטוח סיעוד, לא כל המשלמים יהיו זכאים לקבלת הגמלה בבוא העת וזאת גם אם יהפכו לסיעודיים. נוצר מצב בו ככל שהכנסותיו מעבודה של תושב ישראל במהלך שנות עבודתו היו גבוהות יותר, כך גדל הסיכוי שכשיגיע חס וחלילה למצב סיעודי לא יזכה לכיסוי ביטוחי כלשהו. קשישים מעל רמת הכנסה מסוימת לא זכאים לשעות סיעוד בקהילה מכוח חוק סיעוד. גם באשפוז קרוב לוודאי שהם יצטרכו לממן את מלוא עלות הקוד ולא יזכו למיומן ציבורי כלשהו.

2) **גם בקרב הזכאים, היקף הכיסוי הביטוחי - בלתי מספק**. מערכת האשפוז - כ- 30% מכלל המאושפזים הסיעודיים לא מקבלים סיוע ממשלתי כלשהו. בחלק מהמקרים בהם אושר קוד לאשפוז סיעודי הוא מותנה בהשתתפות עצמית בהיקף של 100% מהעלות שלו למדינה. כל אלה, מעידים על צורך בהרחבה של הכיסוי הביטוחי באשפוז. בקהילה - על אף הגידול שהיה לאורך השנים במספר התביעות שאושרו על ידי המוסד לביטוח לאומי ואפילו הרחבה מסוימת בהיקף הכיסוי (העלאת התקרה המקסימאלית ל-18 שעות שבועיות – כ- 3 שעות בממוצע ליום, ששה ימים בשבוע), היקף זה מצריך עדיין היערכות מצד משפחת הנזקק להשלמת השעות במימון עצמי ו/או טיפול על ידי בן משפחה. האפשרות להכנסת מטפל זר הביתה אינה ריאלית לגבי חלקים גדולים

מהאוכלוסייה עקב תנאי מגורים, קשיי תקשורת או סירוב על בסיס עקרוני. כפי שגם ציינו, לפתרון זה חסרונות לא מעטים ובכל מקרה נדרשת גם כאן השלמת מימון מצד משפחת הקשיש המגיעה לאלפי שקלים בחודש..

3) **חשש לשחיקת הכיסוי לאורך שנים** – עיגון הזכאות כיום במונחים של גמלה כספית ולא במונחי שעות סיעוד, כמו גם מנגנון הצמדה שאינו משקף את עלות שעות הסיעוד, עלול להביא לכך שלאורך השנים יצטמצם היקף הסיוע הציבורי במונחים ריאליים של שעות סיעוד.

4) **פיצול הביטוח בין מספר רשויות** – האחריות הביטוחית הן בתחומי האשפוז השונים והן בקהילה מפוצלת כיום בין רשויות שונות. הקשיש ומשפחתו הולכים לאיבוד בסבך ביורוקרטי, דבר המקשה על מיצוי הזכויות ואף עלול להשפיע לא רק על איכות החיים של הקשיש אלא גם על מצבו הבריאותי ותוחלת חייו.

5) **חוסר התייחסות לעדיפות הקהילה ולמעמד של מטפל עיקרי** - העומס הרגשי והכלכלי על המטפל העיקרי בקשיש שהינו נזקק סיעוד הוא עצום. על אף שמעמדו של המטפל העיקרי בנזקק סיעוד מוכר לעניינים מסוימים ואף מזכה בהקלות מס מסוימות, אין כיום מערכת התומכת במטפל העיקרי רגשית וכלכלית. ידועה התופעה לפיה שיעור גבוה של קשישים סיעודיים שוהים במוסדות (לעיתים באיכות ירודה מאוד) לא מאחר ומצבם התפקודי-רפואי מצריך זאת, אלא עקב התמוטטות המטפל העיקרי (אין כיום אומדן מוסכם בדבר היקפה של תופעה זו). עקרונות ההתערבות האפשרית – תמיכה רגשית בהיקף מוגדר בחוק, מימון נופשונים לאשפוזים קצרי מועד, מימון הבראה/נופש תקופתי, מחליף במקום בו לא ניתן להפעיל נופשון וביטוח תאונות אישיות. כמו כן הרחבה ופיתוח התשתית של מרכזי יום לתשושי נפש.

6) **כפל ביטוח (ציבורי/פרטי)** - החסר הקיים בביטוח הציבורי מביא לפריחתו של שוק הביטוח המסחרי, הן הקבוצתי והן הפרטי. מצב זה מעמיק את הפערים בין אוכלוסיות מבוססות לאחרות ומבזבז משאבים של משקי הבית שיכלו להיות מתועלים למימון ביטוח ציבורי רחב יותר ונגיש יותר בהשוואה לזה הקיים כיום בפוליסות הביטוח המסחריות. מעבר לכך, כפל הביטוח הקיים בין המבטח הציבורי לפרטי פועל לטובת המבטחים המסחריים, על חשבון התקציב הציבורי.

### ג. מבנה וארגון המערכת

- 1) **אין גורם אחד, שהוא ה- Accountable** למצבם של נזקקי הסיעוד, במישור הלאומי.
- 2) **כפל תקורות ופיצול רב באספקת השירות.**
- 3) **חוסר בהירות בהגדרת תחומי סמכות ואחריות בקהילה וקשר בין מטפלים** - ריבוי הממשקים בין הגורמים המטפלים בנזקק הסיעוד כגון: בין בית חולים חריף לקהילה; בין בית חולים חריף למוסד לאשפוז ממושך; בין עו"ס קופת חולים לעו"ס רשות מקומית וכדו' מביאים לכך שתחומי הסמכות והאחריות לא ברורים, לא למטפלים וודאי שלא לקשיש ומשפחתו.
- 4) **אין case manager** – אין גורם אחד שהוא אחראי על ניהול המקרה ברמת הפרט הנזקק, על ההיבטים השונים של הטיפול ומיצוי הזכויות.

(5) **חוסר בקרה אחר איכות הטיפול הסיעודי בקהילה והיקפו** - קיימים יחסי גומלין בין איכות הטיפול הסיעודי בקהילה לבין מצבו הרפואי-תפקודי של נזקק הסיעוד. נפילות שבעטיין שברי צוואר ירך, שימוש בלתי נכון בתרופות, פצעי לחץ – כל אלה דוגמאות לממשק הקיים בין עבודת המטפל הסיעודי לצוותים הרפואיים. אין כיום מעקב הולם אחר הטיפול הסיעודי הניתן על ידי מגוון חברות כוח אדם ועמותות המפעילות שירותים של מטפלים סיעודיים במסגרת חוק סיעוד. פעילות הדרכה, אם מתקיימת כזו מתבצעת ללא הכוונה ותיעוד. כ-50% מהמטפלים הסיעודיים לא קבלו הסמכה לתפקידם במסגרת קורס רשמי<sup>112</sup>. לא קיימת הגדרה ברורה של תחומי האחריות והסמכות של צוות טיפולי הבית של הקופה ואין למעשה קשר בין חברי הצוות לבין המטפלים האמורים.

(6) **קשיים בפיקוח ובקרה על איכות הטיפול במוסדות הטיפול הממושך** - כאמור מרבית הטיפול הממושך מתבצע במוסדות בבעלות פרטית. מרבית המוסדות נמצאים בפיקוח וברישוי של משרד הבריאות ומקצתם פועלים ללא רישוי ופיקוח. גם במוסדות שבפיקוח קיימות מיטות "פיראטיות". ריבוי תפקידים של משרד הבריאות בתחום זה עלול להשפיע על יכולת הבקרה והפיקוח מצד המשרד ועל תפיסתו כגורם חסר פניות, מצד המבוקרים.

בחירת המוסדות המספקים "קודים" נעשית באמצעות מכרז. כתוצאה מכך, ומהעובדה שהתעריף שנקבע נמוך יחסית, נוקטים המוסדות בצעדים נואשים לאיזון בין הכנסות והוצאות, כשהקטנת הוצאות משמעותה פגיעה באיכות הטיפול הניתן בהם.

יש לציין גם, שבמוסדות רבים בהם קיים שילוב של מיטות פרטיות וציבוריות, הרצון לעמוד בסטנדרט איכות גם במיטות הציבוריות משפיע על שמירת התעריף הפרטי גבוה יחסית, דבר שדה-פאקטו מהווה סבסוד צולב בין החולים המאושפזים – נזקקי סיעוד פרטיים מסבסדים לכאורה את נזקקי הסיעוד שבמיטות הציבוריות.

(7) **אי מיצוי זכויות וקושי בניהול התביעות מצד מטופלים (בעיקר במצבים של החמרה) - אחד** המאפיינים של הקשיש מרגע בו הוא הופך ל- frail (שברירי הנמצא בסיכון להפוך לסיעודי) או לנזקק סיעוד היא דינאמיות בין סטטוסים בהם מצוי החולה. לדוגמא המעבר מתשוש לתשוש נפש, או ממצב של סיעודי רגיל לסיעודי מורכב; משהות בקהילה למוסד ומאשפוז חריף לאשפוז ממושך. מאפיין זה יוצר קושי בהבטחת זכויות ושמירה על המערכת התקציבית מפני שימוש יתר בלתי מוצדק. לדוגמא, מאחר והגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי מזכה את החולה בהתאם למצבו ברגע נתון, הזכאות נקבעת על פי מצבו במועד הגשת התביעה. קיים צורך בעדכון זכויותיו בהתאם לשינויים במצבו. מאחר והגשת התביעה היא זכות של הקשיש או משפחתו, עלולים להיווצר מצבים בהם מחוסר מודעות והבנה לא מוגשת תביעה חוזרת למוסד לביטוח לאומי. דבר זה יוצר קושי למשל במצבים בהם נקבעת בתחילת הדרך זכאות חלקית שאינה מתעדכנת ונפגעות זכויותיו של המבוטח<sup>113</sup>.

<sup>112</sup> נתונים שנמסרו בשיחה עם נציגים מהנהלת עמותת מט"ב

<sup>113</sup> מאידך, יתכנו מצבים בהם נגרם הפסד למערכת הציבורית עקב גמלה שאושרה וממשיכה להיות משולמת על אף שהמבוטח עבר לסטטוס אחר (בין אם כשלב ביניים או קבוע). בעיה זו קיימת גם ואולי אף ביתר שאת בכלל הקשור למיצוי זכויות במערכת ביטוח הסיעוד המסחרי

8) **בעיה באיסוף שיטתי של מידע רלוונטי** - מידע חיוני החשוב לבניית תהליך של שיפור ולהיערכות עתידית חסר. להלן מספר **דוגמאות**. ככל הידוע אין איסוף שיטתי ורציף של מידע באשר להיקף המוגבלות ורמתה; כמו כן, לא נאסף מידע על תוחלת החיים של הקשיש הסיעודי, ממועד הפיכתו לסיעודי ואילך. כתוצאה מכך, לא קיים גם מידע המאפשר ניתוח תוחלת החיים לפי הגורם המטפל – מוסד לעומת קהילה. נושא זה הוא בעל השלכות לקביעת מדיניות, ולהיערכות לטווח הבינוני והארוך בכל הקשור להכנת תשתיות ועבודות מיון, הן בכל הקשור לשירותים מכוח חוק סיעוד והן באשפוז הסיעודי.

לא קיים מידע מספק על הוצאות משקי הבית על טיפול בקשיש הסיעודי. לדוגמה בסקר הוצאות משקי הבית שמבצעת הלמ"ס אין שאלה נפרדת על נושא זה והנתונים מעורבים עם סיוע ביתי של עוזרות בית "רגילות", ללא קשר לנזקקות סיעודית של מי מבני המשפחה. האמור לעיל, כמו גם חוסר של מידע נוסף, מביא לכך שאין כיום נתון חד משמעי בדבר ההוצאה הלאומית על סיעוד.

נתוני קופות החולים על פעילות צוות טיפולי הבית בנוקקי סיעוד החלו להתקבל רק לאחרונה וגם זאת באופן לא סדיר. חסרים נתונים בקהילה על היקף תחלופת מטפלים בקשיש נזקק הסיעוד (זרים וישראלים), על שביעות רצון ועל איכות הטיפול (מאחר ועיקר שירותי האשפוז מתבססים על מיטות בבעלות פרטית חסרים גם נתונים אודות זמינות שירותי האשפוז ואיכותם).

9) **אין היערכות להבטחת תשתית מיטות והכשרה של כוח אדם מקצועי המותאם לצרכים**

**עתידיים של נזקקי סיעוד** – חוסר מידע מספיק, כמו גם העדרו של מנגנון לתכנון ארוך טווח במשרדי הממשלה להם יש נגיעה בנושא זה והפיצול ביניהם, פוגעים בהערכות העתידית להתמודדות עם הגידול הדרמטי למדי הצפוי בשיעור הקשישים באוכלוסייה והגידול במספר המוגבלים, נזקקי הסיעוד. היערכות זו צריכה להיות הן במישור הכשרת כוח אדם של רופאים מומחים בתחום הגריאטריה<sup>114</sup>, והן כוח אדם סיעודי של אחיות, החל מכוח עזר מיומן (סייעות) ועד אחיות בוגרות קורס על-בסיסי בגריאטריה. היערכות מקבילה אמורה להתבצע במסגרת תוכנית ארוכת טווח להכנת תשתיות האשפוז ארוך הטווח (מחלות ממושכות).

ההיערכות לעיל אמורה להביא בחשבון לא רק את הגידול הצפוי באוכלוסייה, אלא גם אומדן של מגמות עתידיות בתחומים כגון התמהיל העתידי של אשפוז/קהילה, מגמות בתוחלת החיים של נזקקי סיעוד, תמהיל המטפלים זרים/ישראלים ועוד.

10) **חוסר נגישות של מבוטחים למידע** - המידע העומד כיום לרשות מבוטחים מקורו, בדרך

כלל, ביוזמות של ארגוני מגזר שלישי. אין מידע מרוכז ומפורט, יזום על ידי המדינה, המרכז את כלל הזכויות והנהלים הרלוונטיים של הטיפול בקשיש נזקק הסיעוד, המאפשר התמצאות במבוך שבין משרדי הממשלה השונים. אין גם מאמץ מרוכז, כל עוד אין כיסוי מספיק על ידי המדינה, לעורר בקרב האזרחים את המודעות לצורך בתכנון מוקדם והיערכות מוקדמת למקרה של הגעה למצב סיעודי. דוגמה ליוזמה שניתן לאמץ מקורה דווקא בארה"ב. שם במדינות שונות מתבצעת פעילות שמטרתה להעלות את המודעות הציבורית לחשיבות התכנון המוקדם למצב של נזקקות ולעורר דיון ציבורי ברמה הלאומית

<sup>114</sup> ראה המלצות הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי 2010, משרד הבריאות

בסוגיה זו<sup>115</sup>. מספר מדינות בארה"ב יצרו קמפיין להעלאת מודעות להתארגנות הולמת לקראת מצבים סיעודיים. הקמפיין מומן על ידי CMS, חברות סיעוד, חברות ביטוח מסחריות ו – Medicaid והוא נקרא – CMS Long Term Care Awareness Campaign. הרעיון שם היה להקים גוף שירכז את המידע, שיהווה תחנת ממסר שתייעץ ותכוון אנשים הזקוקים למידע וייעוץ אודות האפשרויות העומדות בפניהם בעת התכנון העתידי להתארגנות לקראת מצב סיעודי, וכן מידע למטפלים וייעוץ לנזקקים ומשפחותיהם באשר לזכויותיהם אם מצב שכזה אירע כבר. מדובר על 'תחנת ממסר' אשר נשענת על 4 נדבכים – מוקד מידע טלפוני; אתר אינטרנט הכולל מידע כללי ומחשבון אישי לייעוץ המותאם למאפייני ההכנסה ורמת הסיכון הביטוחי; מוקד מידע מיידי על זכויות ואפשרויות המותאמות באופן אישי למי שהפך לנזקק סיעוד; וקמפיין להעלאת המודעות של הציבור לנושא הסיעודי<sup>116</sup>.

### תוצאות עיקריות הנובעות מהמצב הנוכחי

את התוצאות של המצב הקיים ומוקדים שונים של אי-יעילות שהוצגו לעיל, אפשר לסכם בתמצית כדלקמן:

- (1) נטל כלכלי גדל והולך ברמה הלאומית
- (2) כיסוי ביטוחי ציבורי נמוך ולא אוניברסאלי, היוצר חוסר וודאות ונטל כבד (כלכלי ורגשי) על משקי הבית
- (3) שחיקה אפשרית בכיסוי הביטוחי בטווח הבינוני והארוך
- (4) פיצול רב של מבטחים ונותני שירות הגורמים ל:
  - (א) אי יעילות כלכלית
  - (ב) חוסר רציפות טיפולית
  - (ג) סרבול בירוקרטי המקשה על נזקקי סיעוד ובני משפחותיהם
  - (ד) קושי בבקרה ופיקוח
- (5) אין תמריצים מספיקים להשהיית המבוטח בקהילה ולהשקעה בשיקום
- (6) אין דגש מספיק על הרצף הטיפולי ואיכות הטיפול הסיעודי והרפואי בקהילה
- (7) ריבוי ה"כובעים" של משרד הבריאות מקשה על פעילותו בתחום זה
- (8) אין וודאות שתשתיות כוח אדם וציוד יתאימו לצרכים עתידיים

<sup>115</sup> Kempthorne D. State Efforts toward Creating a National Policy on Healthy Aging and Long Term Care. Caring 2004;23(10):52-70.

<sup>116</sup> CMS Long Term Care Initiative, Participant Manual, February 2004.

## 2. המטרות העיקריות שהוצבו בתכנית הרפורמה של משרד הבריאות

- (1) השגת accountability מרבית
- (2) כיסוי אוניברסאלי בהיקף ראוי ובר קיימא לאורך שנים (sustainability)
- (3) הגברת היעילות של מערך אספקת השירותים לנזקקי סיעוד
- (4) שיפור הנגישות ואיכות שירותי השיקום והסיעוד לנזקק ומשפחתו
- (5) עידוד הטיפול הסיעודי במסגרת הקהילה והעצמת יכולת ההתמודדות של המשפחה
- (6) הגברת היעילות של פעילות הרגולציה והאכיפה
- (7) היערכות להתפתחויות עתידיות בתחום תשתיות הטיפול בחולה הסיעודי
- (8) שיפור הידע ושקיפות המידע למבוטחים

**הערה:** נושא המודל האקטוארי לפיו יש לגבות את דמי הביטוח נדון בימים אלה במסגרת וועדה ייעודית במשרד האוצר ולכן לא הוצב כמטרה המחייבת התייחסות במסגרת מסמך זה.

## 3. הנחות יסוד ועקרונות הרפורמה המוצעת

(1) **Accountability** – תושג באמצעות קביעת הגורם האחראי – Accountable – בכל רמה

בהירארכיה הארגונית:

- א. משרד הבריאות כגורם מתכלל (אחריות-על בין משרדית)<sup>117</sup>
- ב. קופת החולים כגורם נותן שירות (במתכונת הקיימת כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לעניין מתן שירותי בריאות)
- ג. צוות טיפולי הבית של הקופה - כמי שמרכז את הטיפול בנזקק ומשפחתו ומיצוי זכויות

(2) **הגברת יעילות כלכלית תושג באמצעות:**

- א. איחוד מבטחים
- ב. איחוד תקורות ניהוליות
- ג. שינוי מערך התמריצים (שיקום, קהילה וכד')
- ד. ניצול התקורות, הידע והניסיון הנצבר בקופות החולים באספקת שירותים קהילתיים והכנסתן כגורם ארגוני המרכז את הטיפול בנזקק הסיעוד
- ה. הגדרה ברורה של תחומי סמכות ואחריות
- ו. הסדרה מחודשת של יחסי הגומלין בין הביטוח הציבורי לביטוח המסחרי

<sup>117</sup> בדומה ליישום כיום של דו"ח שמיד בהקשר של ילדים בסיכון. התכלול מתבצע על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים

**(3) שיפור הרגולציה והאכיפה יושגו באמצעות:**

- א. הפרדת משרד הבריאות מתפקידו כמבטח וספק שירות
- ב. הכנסת הקופות כגורם משמעותי בתהליך
- ג. חיזוק אלמנט הבקרה באגף לגריאטריה ובלשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות
- ד. צמצום במספר הממשקים

**(4) הדגשת הטיפול בקהילה והעצמת יכולת המשפחה להתמודד, יושגו באמצעות:**

- א. הרחבת הסיוע במונחים של שעות סיעוד ומימון מטפלים
- ב. הרחבת אחריות של צוות טיפולי הבית בקופות החולים, לרבות הדרכה ותמיכה במטפל העיקרי ובקרה והדרכה של המטפלים הסעודיים
- ג. הגדרת Case manager מבין אנשי המקצוע הנמנים על צוות טיפול הבית
- ד. "חבילת סיוע" למטפל העיקרי

**(5) שיפור בנגישות של נזקי הסיעוד ומשפחותיהם לשירותי הסיעוד יושג באמצעות:**

- א. כיסוי אוניברסאלי
- ב. צמצום השתתפויות עצמיות
- ג. הפשטת הליכי בדיקת זכאות כלכלית
- ד. הרחבת מעגל הזכאים
- ה. ילדי הנזקק לא ייכללו במבחני ההכנסה

**(6) שיפור המידע יושג באמצעות:**

- א. הפשטת ההליכים
- ב. הקמת "תחנת מידע" באחריות משרד הבריאות (one stop shop)
- ג. אחריות הקופות על העברת מידע כלפי מעלה בהירארכיה הארגונית
- ד. אחריות הקופות על העברת מידע למבוטחים
- 1) מידע כללי על זכויות
- 2) מידע פרטני לנזקק על ידי הצוות המטפל
- ה. עידוד מחקר בתחום מוגבלות, ביטוחי סיעוד ושירותי סיעוד

**(7) כיסוי אוניברסאלי בהיקף ראוי**

**שעות סיעוד בקהילה**

- כבסיס לפיו יומלץ היקף ראוי של שעות סיעוד בקהילה, נקבעו הנחות היסוד הבאות:
- א. הרחבה משמעותית של הסיוע הטיפולי תאפשר השתייה בקהילה, והימנעות מהעברה לאשפוז למשך זמן ארוך, ככל הניתן, בהתאם למצבו של הנזקק.

- ב. היקף שעות סיעוד אליהם יש לשאוף במימון ציבורי לקשיש ברמת המוגבלות הגבוהה, אשר שוהה בקהילה, הוא כזה שיאפשר לבן משפחה עיקרי המטפל בו, להישאר בשוק העבודה באופן משמעותי ולצאת ליום עבודה מלא (או קרוב לכך) במשך 5 ימים בשבוע.
- ג. הזכאות תהיה אוניברסאלית. היקפה יהיה מדורג, כפי שיפורט להלן.
- ד. דגש משמעותי בהרחבת שעות הסיעוד יינתן לנזקקי סיעוד בקהילה, שהם ברמות מוגבלות גבוהות יחסית.
- ה. המימון העצמי יתמקד בהשלמת שעות סיעוד או הפעלת בן משפחה בעיקר בשעות הערב והלילה ובשבתות ומועדים.
- ו. לאור העובדה שלא כולם יכולים להעסיק עובד זר, ועלות מטפל ישראלי יקרה יחסית, יינתן דגש משמעותי בהרחבת הסיוע למעסיקים עובד ישראלי.
- ז. עקב היתרונות הטיפוליים והכלכליים, יש מקום לעודד שהייה במרכז יום, באותם מקרים המתאימים לכך.
- ח. שיעור השימוש בעובדים זרים יישאר במתכונתו הנוכחית. הסיוע במימון עובד זר למוגבלים ברמות הגבוהות, יוגדל גם הוא.
- ט. השגת כיסוי בר-קיימא לאורך שנים ומניעת שחיקתו מחייבים עיגון הזכאות במונחים של שעות סיעוד והצמדת הגמלה הכספית (אם תושאר חלופה שכזו לצד הזכאות לשירות בעין) למדד שישקף את עלות שעות הסיעוד.

#### **אשפוז**

- א. איגום מבטחים יסייע בעידוד השיקום ויצירת רצף טיפולי
- ב. חיזוק הקהילה ואיגום מבטחים יתרום למניעת אשפוז לא חיוני
- ג. כיסוי אשפוזי הולם מחייב היערכות ארוכת טווח בתחום התשתיות על בסיס מודל חיזוי מורכב
- ד. הפשטת הליכי קביעת הזכאות הכלכלית תקטין את שיעור המימון הפרטי בתחום זה

#### **4. המודל המוצע**

מורכבותה של מערכת הטיפול הסיעודי והממשק ההדוק שלה עם מערכת הבריאות והרווחה, יוצרים מערכת של כלים שלובים בין אשפוז לקהילה ובין מערכות ממשלתיות שונות שמחייבות ראייה כוללת של המערכת וההשפעות ההדדיות. טיפול בענף אחד בלבד תוך התעלמות מההשלכות הרב-מערכתיות אינו נכון. מודל כוללני שיציע לטפל, בעת ובעונה אחת, בכל תחלואי המערכת הנוכחית לא יהיה נכון. המתואר בנייר זה מחייב הצגת מודל כוללני שיאפשר התמודדות רב-ממדית, במוקדים שונים של חוסר יעילות ובהיבטים שונים המחייבים טיפול במערכת הנוכחית. עם זאת, יישומו אמור להיות במסגרת תוכנית פעולה רב-שנתית.

על רקע האמור בפרקים הקודמים, בחרנו להציג מודל כוללני רב שלבי שתכליתו להשיג את המטרות המפורטות להלן:

**א. כיסוי אוניברסאלי** – הזכאות לסיוע תהיה לכל תושב, הן באשפוז והן בקהילה, בהשתתפות עצמית המותאמת להכנסותיו. עקרונות הסולידאריות החברתית במערכת הבריאות והמערכת החברתית בישראל מיייתרים לכאורה את הדיון בשאלה אם להנהיג כיסוי אוניברסאלי או להשאיר את הכיסוי הציבורי רק בידי החלשים בחברה. אנו רואים חשיבות רבה בהכללת כללי האוניברסאליות הקיימים בשאר השירותים תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם על שירותי הסיעוד. האמור לעיל כולל הן את האשפוז הסיעודי, לרבות תשושים, תשושי נפש וסיעודיים (רגילים ומורכבים) והן את הטיפול הרפואי והסיעודי בקהילה. למען הסר ספק, מדובר בכך שכל קשיש תושב ישראל יהיה זכאי לאספקת שירות בעין במימון המדינה או בהשתתפות המדינה במימון חלק מההוצאה הנגרמת בגין האשפוז/הטיפול מאלה האמורים לעיל. כפי שיבואר להלן, שיעור השתתפות המדינה בהוצאה יכול להיות דיפרנציאלי.

## **ב. מהות הכיסוי הביטוחי**

**אשפוז**: כל תושב, כאמור לעיל, העונה לקריטריונים של נזקק סיעוד, יהיה זכאי לקבל הפנייה לאשפוז בהתאם למצבו הרפואי והתפקודי, מטעם קופת החולים בה הוא רשום, אצל נותן שירות הקשור עם הקופה בהסכם. המבוטח יהיה מחויב בתשלום השתתפות עצמית, על בסיס מתווה שיפורט להלן.

**קהילה**: כל תושב העונה להגדרת נזקק סיעוד, והינו מרותק לביתו, יהיה זכאי לטיפול רפואי באמצעות צוות רב תחומי (צוות טיפולי בית) הכולל: רופא מומחה לגריאטריה, אחות, עובד סוציאלי, תזונאית, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט וקלינאי תקשורת. המבוטח יהיה זכאי לסל שירותים הכולל אבחון גריאטרי ראשוני ושוטף (תקופתי), טיפול רפואי ואחר דוגמת לקיחת בדיקות מעבדה בביתו על ידי בעלי המקצוע כאמור לעיל, בהתאם לנדרש במצבו. העובד הסוציאלי או האחות (בהתאם למצבו התפקודי), ירכזו את הטיפול המקצועי-רפואי בידי כלל המטפלים בקשיש והעובד הסוציאלי מטעם הקופה יהיה אחראי על ייעוץ וליווי הקשיש ומשפחתו למיצוי זכויותיהם בכל המערכות העיקריות בו לטיפול תומך תקופתי בידי עובד סוציאלי קליני מטעם הקופה. צוות טיפולי הבית של הקופה ידריך את המטפלות/הסיעודיות של הקשיש בכל הקשור לשימוש בתרופות, מניעת נפילות ומניעת פצעי לחץ. גורם ממונה מטעם הצוות ינהל בקרה אחר הטיפול הסיעודי (של המטפל הביתי) הניתן לרבות התאמת השעות למצבו התפקודי של הקשיש ואיכות הטיפול הסיעודי.

## **ג. היקף הכיסוי הביטוחי**

**אשפוז** – אשפוז במוסדות הקשורים בהסכם עם הקופה, ללא הגבלת זמן, בהתאם למצבו הרפואי-תפקודי של המבוטח, ובהשתתפות עצמית כמפורט להלן.

**קהילה** – הכיסוי בקהילה יתבסס על:

**שירותי רפואה** – הרחבה וארגון מחדש של סל השירותים לנזקק סיעוד, כמפורט להלן, בידי צוות טיפולי הבית של הקופה.

**שירותי סיעוד** –

- (1) תוספת זכאים גם בקרב בעלי רמות הכנסה שאינם זכאים כיום.
- (2) הרחבת שעות הסיעוד הניתנות כיום במסגרת חוק סיעוד (ראה הטבלאות להלן).

**רמת מוגבלות 3 (הגבוהה ביותר) – התוספת המוצעת לעומת המצב כיום\***

מטפל זר			מרכז יום			מטפל ישראלי			מצב כלכלי <sup>118</sup>
סה"כ	תוספת	היום	סה"כ	תוספת	היום	סה"כ	תוספת	היום	
23	5	18	25.5	3.5	22	33	11	22	1
22	4	18	25	3	22	31	9	22	2
11	2	9	12.5	1.5	11	15.5	4.5	11	3
11	11	0	12.5	12.5	0	15.5	15.5	0	4

\*במונחים של שעות סיעוד שבועיות

**רמת מוגבלות 2 – התוספת המוצעת לעומת המצב כיום\***

מטפל זר			מרכז יום			מטפל ישראלי			מצב כלכלי
סה"כ	תוספת	היום	סה"כ	תוספת	היום	סה"כ	תוספת	היום	
21	5	16	23.5	1.5	19	26	7	19	1
20	4	16	20	1	19	24.5	5.5	19	2
10	2	8	10.5	1	9.5	12.5	3	9.5	3
10	10	0	10.5	10.5	0	12.5	12.5	0	4

\*במונחים של שעות סיעוד שבועיות

ניתן להמחיש את היקף הכיסוי, באמצעות חישוב היקף השעות בהן יימצא נזקק הסיעוד תחת השגחה של מטפל (היקף השעות בהן המטפל העיקרי יכול לצאת לעבודה). לדוגמה נזקק סיעוד ברמת מוגבלות אשר מעסיק מטפל ישראלי יזכה ל-33 שעות כיסוי שבועיות (למעלה משש שעות בימים ראשון עד חמישי, תוספת של 50% לעומת המצב הנוכחי), כיסוי זה יאפשר למטפל העיקרי להשתתף בכח העבודה. נזקק סיעוד, באותו המצב התפקודי, שבהסכמת המשפחה יופנה למרכז יום למשך חמישה ימים בשבוע, יזכה לכיסוי ציבורי שישחרר את המטפל העיקרי לזמן רב יותר. הוא ישהה במרכז היום בימי השבוע בין השעות שבע וחצי בבוקר לשלוש אחר

<sup>118</sup> רמה 1 – מקבלי קצבת זקנה עם השלמת הכנסה. רמה 2- הכנסה של עד השכר הממוצע במשק לאלו שאינם מקבלים קצבת זקנה עם השלמת הכנסה. רמה 3- הכנסה מעל השכר הממוצע במשק ועד פעם וחצי השכר הממוצע במשק. רמה 4- מעל 1.5 פעמים השכר הממוצע במשק.

הצהריים ויקבל בנוסף עוד 7 שעות סיעוד, אשר יאפשרו למטפל לעבוד במשרה של 40 שעות בשבוע לפחות.

#### ד. עקרונות ההשתתפות העצמית

קופות החולים יגבו את ההשתתפות העצמית. הקופות לא תהיינה רשאיות לבצע מבחני הכנסה. אלה יתבצעו במוסד לביטוח לאומי, ויתבססו על מנגנונים ושיטות הערכה הקיימות כיום במוסד.

##### 1) באשפוז –

(א) כלל הזכאים יידרשו לשאת בהשתתפות עצמית במימון האשפוז. גובה ההשתתפות העצמית יהיה תלוי ברמת ההכנסה של הקשיש ובן הזוג (הכנסות מקצבה, רנטה, שכר דירה, ורווחי הון).

(ב) ההכנסה של ילדי הקשיש לא תובא בחשבון לצורך קביעת גובה ההשתתפות העצמית באשפוז.

(ג) הרמה הגבוהה ביותר של ההשתתפות העצמית תעמוד על כ-7,000 ₪ לחודש.

(ד) תבחן אפשרות להקנות לקופות החולים סמכויות גביה רחבות יותר, בהשוואה למצב כיום, או לבצע את הגביה על ידי הביטוח הלאומי.

##### 2) בקהילה –

(א) שעות סיעוד של מטפל ישראלי, בהיקף כמוגדר בטבלאות לעיל, ללא תשלום.

(ב) שעות סיעוד ו/או שהות במרכז יום 6 ימים בשבוע, במסגרת מכסת השעות האמורה לעיל – ללא תשלום (על בסיס יחס המרה כמקובל כיום).

(ג) מטפל זר – השתתפות עצמית בגובה ההפרש שבין שווי המכסה האמורה לעיל (במונחים שקליים) לבין העלות המלאה של העסקת העובד. האחריות על העסקת העובד הזר הינה של נזקק הסיעוד ובני משפחתו.

(ד) לרשות המטפל העיקרי בקשיש יעמוד סל שירותים הכולל טיפול פסיכוסוציאלי (לתמיכה רגשית וליווי מקצועי), בהיקף ובתנאי תשלום כמקובל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי וכן זכאות להשתתפות בהוצאה בגין הבראה, עד תקרה שתקבע, למשך 3 ימים, פעמיים בשנה.

#### ה. העברה לקופות החולים - ההיקף ומודל ההפעלה

1) תחומי האחריות - קופות החולים יהוו את הגורם המרכזי המטפל בקשיש הסיעודי. לשם כך, תועבר אליהן האחריות בתחומים הבאים:

(א) אשפוז - האחריות הביטוחית על כלל שירותי האשפוז הסיעודי הציבורי ירוכזו בידי קופות החולים. הקופות יספקו למבוטחיהן שירותי אשפוז של חולים בסטאטוס: סיעוד רגיל, סיעוד מורכב, תשושי נפש ותשושים.

(ב) אספקת **מכשירי ניידות ושיקום** הקיימים כיום בתוספת השלישית. אלה כוללים בין השאר כסאות גלגלים, מיטות, הליכונים וכד'.<sup>119</sup>

**ג) הטיפול הרפואי והסיעודי בקהילה**

(1) טיפול **רפואי** – מורחב, כמפורט להלן ותוך חיזוק המחויבות והסמכויות של צוות טיפולי הבית.

(2) טיפול **סיעודי** – בשלב ראשון הקופה תפעל כשותף/נותן שירות למוסד לביטוח לאומי בפעילות הדרכה ובקרה של המטפלים הסיעודיים. בשלב זה המוסד יישאר אחראי על ההסכמים עם נותני השירות ומימונם. בשלב הבא<sup>119</sup>, הקופה תתפקד, גם בתחום זה, כנותן שירות/מבטח - במתכונת דומה לזו לפיה היא פועלת כיום מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי (נותנת שירותי בריאות בין בעצמה ובין בהסכמים עם ספקי שירותי סיעוד בקהילה).

(3) הפעלת השירות על ידי הקופה יכול להיות באמצעות חטיבה אורגנית של הקופה או כחברת בת של הקופה.

**2) אופן ארגון אספקת השירותים בקהילה**

לאור הרצף בין המצב הרפואי והסיעודי ולאור העובדה שצוות טיפולי הבית של קופת החולים (הכולל בין השאר עובד סוציאלי) מבקר בביתו של נזקק הסיעוד, מומלץ לפעול להגברת סמכויות צוות זה בכל הקשור לטיפול הסיעודי – עד למצב בו תועבר האחריות גם על הטיפול הסיעודי לקופות החולים. כל זאת, במסגרת תוכנית רב שלבית בקהילה, על פי המפורט להלן:

**1. שלב א' (קהילה)**

- (1) **המוסד לביטוח לאומי** ימשיך לתפקד כגורם **מבטח**.
- (2) אישור והפעלת **תוכניות הטיפול** ימשיכו להינתן באחריות הוועדות המקומיות, שבאחריות **משרד הרווחה**. הוועדות הנוכחיות **יתוגברו בנציגים מ-3 קופות** שעד כה לא נכללו בהן.
- (3) **הסכמים עם נותני שירותי סיעוד** יישארו, בשלב זה, באחריות המוסד **לביטוח לאומי**.
- (4) **כל קופת חולים** תהא אחראית בקהילה, לגבי קשישים נזקקי סיעוד הרשומים בה, כדלקמן:
  - (יא) טיפול רפואי בידי צוות רב-תחומי בראשות רופא מומחה לגריאטריה. בנוסף לרופא כאמור, שיבצע הערכה גריאטרית תקופתית, יכלול הצוות: אחות, עובד סוציאלי, תזונאית, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט וקלינאי תקשורת.
  - (יב) על פי החלטת הקופה, אחד מחברי הצוות ישמש כ- case manager.

<sup>119</sup> שלב זה מוגדר כשלב ג', לפי שלבי היישום המפורטים להלן

- (יג) הצוות ידריך ויהיה בקשר שוטף עם בן המשפחה המוגדר כי מטפל העיקרי, אם קיים כזה.
- (יד) יקיים הדרכה למטפלים הסיעודיים המועסקים בביתו של נזקק הסיעוד.
- (טו) יבצע בקרה אחר איכות הטיפול הסיעודי.
- (טז) יעקוב אחר תדירות התחלופה ומספר המטפלים הסיעודיים בקשיש.
- (יז) יבצע ניטור אחר המצב הרפואי והסיעודי ויפעל לעדכון המטפל העיקרי ומיצוי זכויות המבוטח ככל שישתנה מצבו.
- (יח) ידווח לרמה הממונה בהנהלת הקופה באופן שוטף, אודות קשישים נזקקי סיעוד שבטיפולו.
- (יט) הגורם האחראי בהנהלת הקופה ידווח במרוכז ובאופן שוטף להנהלת הקופה, למשרד הבריאות ולמוסד לביטוח לאומי, אודות הטיפול בנזקקי סיעוד הרשומים בקופה, באמצעות דו"ח שמבנהו יוגדר בנוהלי משרד הבריאות, בתאום עם המוסד לביטוח לאומי.
- (כ) הגורם המוסמך בהנהלת הקופה רשאי להמליץ למוסד לביטוח לאומי על הפסקת התקשרות עם ספק שירות שלא עומד בדרישות הקופה (ובלבד שניתנה לו על כך התראה מראש).
- (5) במהלך שלב א', בגין משימות שהוגדרו בסעיפים (4)-(ד)-(ט) לעיל, תקבל הקופה מהמוסד לביטוח לאומי תשלום שגובהו ייקבע בהסכם בין המוסד לקופה ובהסכמת שרי הבריאות והרווחה והשירותים החברתיים.

## 2. שלב ב' (קהילה)

- הערה:** בין שני השלבים בקהילה קיים שלב נוסף הנוגע להעברת האשפוז לקופות. ראה להלן בפרק שלבי היישום.
- (1) בשלב שני של התארגנות הקהילה, תועבר האחריות על אספקת השירות (הקיים מכוח חוק סיעוד) לאחריות קופות החולים.
  - (2) הקופות ישמשו גורם 'מבטח' / 'נותן שירות' במתכונת הנהוגה כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. שירותים של מטפלים סיעודיים יינתנו באחריות הקופה ובאמצעות עובדים מטעמה או באמצעות נותני שירות הקשורים עמה בהסכם.
  - (3) הקופה תגדיר את הסדרי הבחירה בין נותני שירותים מטעמה בתחום שירותי הסיעוד ותפרסם בקרב חבריה, כנהוג כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
  - (4) קביעת רמת המוגבלות, היקף הזכאות של המבוטח במונחים של שעות סיעוד, כמו גם הזכאות על בסיס מצבו הכלכלי, יישארו בידי המוסד לביטוח לאומי, במתכונת הקיימת כיום. דיווח על הזכאות יישלח במקביל למבוטח ולקופה בה הוא רשום.

(5) תוכניות הטיפול הסיעודי יידונו ויקבעו בקופות החולים בהסכמה עם נזקק הסיעוד.

## ו. תפקיד משרד הבריאות

משרד הבריאות לא יעסוק יותר במימון שירותי אשפוז או בהערכת זכאות כלכלית של הפרט לשירותי אשפוז. בתחום הטיפול בנזקקי סיעוד תתמקד פעילות המשרד בתחומים הבאים:

- (1) **התווית מדינית וקביעת סטנדרטים**, בתחומים כגון:
  - (א) זמינות השירות ואיכותו המחייבים את הקופות בכל הקשור להסכמים שלהן עם נותני שירות.
  - (ב) קריטריונים בכל הקשור להסדרי הבחירה בין נותני שירות מטעמה של הקופה בתחום זה (באשפוז ובקהילה).
- (2) **פיקוח ובקרה** – באמצעות בקרה בשטח וריכוז וטיפול בתלונות מצד פרטים וארגונים.
- (3) **אכיפה** - האגף לגריאטריה במשרד הבריאות ומחוזות המשרד יתוגברו באופן משמעותי, כדי להגביר את יכולת האכיפה כנגד מוסדות אשפוז שלא עומדים בקריטריונים, ומול קופות הקשורות בהסכם עם נותני שירות שאינם עומדים בקריטריונים (אשפוז וקהילה). האגף יעבוד מול הקופות במתואם עם האגף לפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות וידווח לו באופן שוטף.
- (4) **תכנון והבטחת תשתיות** של מיטות אשפוז וכוח אדם בהתאם לצרכים עתידיים וכן פעילות לעידוד פנייה למקצועות כגון: מומחים לגריאטריה/פסיכו-גריאטריה; אחיות בוגרות קורס על-בסיסי בגריאטריה; ועבודה סוציאלית.
- (5) **ניטור וריכוז המידע** – מידע ניהולי, לרבות דיווחים שוטפים מהקופות ומידע באמצעות סקרים ומחקר.
- (6) **תיאום בין משרדי** – גם לאחר יישום הרפורמה המתוארת כאן, וודאי שבמהלכה, יוותר כר נרחב לפעילות בנושאים הקשורים לטיפול בקשישים בכלל ונזקקי סיעוד בפרט, גם באחריות משרדים אחרים. המשרד יאתר את הממשקים וימנה באגף לגריאטריה אנשי קשר לכל אחד מהמשרדים הרלוונטיים. המשרד יפעל **לשיתופי פעולה בתחום הרגולציה** ויהיה בקשר שוטף עם רגולטורים אחרים דוגמת הממונה על שוק ההון הביטוח והחיסכון במשרד האוצר (בעניין הביטוח המסחרי), משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- (7) **מידע לציבור** – המשרד יפיק לציבור מידע שוטף אודות זכויות בתחום נזקקי סיעוד וינחה את הקופות לגבי מידע שהן אמורות לספק למבוטחיהן ואופן העברתו למבוטחים.

## ז. המוסד לביטוח לאומי

- (1) בכל שלבי הרפורמה וגם במהלך השנים בעתיד, ימשיך המוסד לביטוח לאומי לתפקד כמי שאחראי על מדיניות הגבייה וההתאמה של דמי הביטוח לצרכים בתחום ביטוח

הסיעוד הסוציאלי. כפי שמקובל כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם בנושא זה ההקצאה של עלות הסל לקופות החולים לא תהיה תלויה בדמי הביטוח שיגבה המוסד לביטוח לאומי.

(2) בנוסף על פי האמור לעיל, בשלב הראשון של הרפורמה המוסד לביטוח לאומי יישאר עדיין כגורם האחראי הן על מימון שירותי הסיעוד בקהילה והן על אספקתם.

(3) בשלב האחרון, לאחר העברת האחריות על השירותים לקופות החולים, המוסד יישאר כמבטח כאמור בסעיף 1 לעיל, האחראי על גביית דמי הביטוח והתאמתם לצרכים. בנוסף לכך הוא יהיה אחראי כדלקמן:

(א) קביעת הזכאות של נזקקי הסיעוד (כמקובל כיום).

(ב) קביעת רמת ההשתתפות העצמית של נזקק הסיעוד – לשירותי הסיעוד בקהילה ובאשפוז.

(ג) הערכות מצב תקופתיות, מתואמות עם משרד הבריאות לאור דיווחים מהקופות.

## ה. קופות החולים

על אף תקורות מסוימות שכבר קיימות כיום בקופות החולים, לרבות צוותי טיפולי הבית והמערך הגריאטרי, יישום הרפורמה במתכונת המוצעת, מחייב התארגנות מחדשת, בקנה מידה רחב, בקופות החולים. מדובר הן בשלב הראשון בו הקופות יגישו שירותי בקרה, הדרכה ופיקוח על ספקי השירות מכוח חוק סיעוד (הקופות ישמשו לעניין זה כנותני שירות למוסד לביטוח לאומי בתמורה לתשלום שייקבע) והן בשלב המאוחר יותר בו תועבר אליהם אחריות מלאה כנותני שירותי סיעוד. להלן מספר הדגשים הנוגעים לצורך בשדרוג התשתית הארגונית בקופות החולים. הנושאים העיקריים בהם תידרש התארגנות מיוחדת הם כדלהלן:

(1) הרחבת תשתיות של שירותי הגריאטריה בקופות החולים.

(2) הקמת מערך ייעודי לנושא הסיעודי לצד שאר שירותי הבריאות הניתנים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, במשולב או כמערך נפרד בהתאם להחלטת הקופה.

(3) הסכם עם המוסד לביטוח לאומי, בדבר תפקוד הקופה כגורם-על המפקח ומתאם שירותים מכוח חוק סיעוד והקמת מערך בקרה אחר הטיפול הסיעודי בקהילה, כחלק מהמערך הגריאטרי ומשימות צוות טיפולי הבית.

(4) חיזוק/הקמת הממשק עם המוסד לביטוח לאומי.

(5) קביעת קריטריונים ברורים בדבר גבולות אחריות הקופה על נזקקי סיעוד והממשקים עם מערכות אחרות בקהילה – במסגרת נהלים פנימיים של הקופה, מתואמים עם הנחיות משרד הבריאות, ומינוי אנשי קשר מול מערכות מתממשקות.

(6) הקמת מערך דיווח ותשתית מיחשוב.

(7) בכל הקשור לנזקקי סיעוד השוהים בקהילה - התאמת עבודת צוות טיפולי הבית לסל השירותים החדש.

(8) הסכמים עם נותני שירות (בעיקר לקראת שלב ב'):

- (א) שירותי סיעוד בקהילה  
(ב) נותני שירותי בתחום האשפוז הממושך

## ט. תשתיות

- (1) **שימור תשתית האשפוז** - שוק האשפוז הסיעודי כולל כיום ריבוי מוסדות קטנים עם כושר מיקוח קטן מול קופות החולים. קיימת אפשרות שבטווח הארוך ההשפעה תהיה לכיוון של פיתוח מוסדות גדולים יותר בעלי יתרון לגודל ויעילים כלכלית, על חשבון סגירה של מוסדות קטנים. קיימת אפשרות שבמהלך תקופת ביניים עלולה להתרחש סגירה של מוסדות קטנים, שטרם הגיעו למסה הקריטית המאפשרת ניהול כלכלי יעיל, ובטרם נבנו חלופות. לאור זאת, על מנת להגן על ספקי השירות, מומלץ **לקבוע, בהוראת שעה, לתקופה מוגבלת, תעריפי מינימום לספקי השירות שיעבדו עם קופות החולים**, תוך התווית סטנדרטים של איכות וחיזוק מנגנוני האכיפה. תעריפי המינימום ייקבעו על ידי וועדה חיצונית ייעודית. נושא זה יאפשר גם עמידה טובה יותר ברף האיכות.
- (2) **תכנון עתידי** – האמור בעבודה הנוכחית מצביע על צורך עתידי בתוספת ניכרת של מיטות לאשפוז הממושך, לסוגיהן השונים. מומלץ לבצע אומדן, שיבוסס על מודל חיזוי מורכב, שיביא בחשבון משתנים נוספים שהוזכרו אך לא נכללו בעבודה זו. המשרד יקים **וועדת מומחים שתבחן את היקף מיטות האשפוז הנדרשות וכן את היקף כוח האדם המקצועי והסיעודי הנדרש בתחום זה**.

## י. ביטוח סיעוד מסחרי

ככל שיתרחב הסל הציבורי כך יצטמצם הצורך במימון ההוצאה מהכיס הפרטי ו/או בסיוע במימון מצד ג' (חברת ביטוח). על פי הערכתנו, בטווח הרחוק, שוק הביטוח המסחרי יתאים עצמו למצב החדש שיווצר. הוא אף יפיק תועלת מהרפורמה עקב צמצום חשיפה וירידה ברמת הסיכונים של חברות הביטוח. עם זאת, לדעתנו כדי למנוע זעזועים בתקופת הביניים ולוודא שהכיוון אליו יצעד השוק יעלה בקנה אחד עם העקרונות החברתיים ומטרות הרפורמה, מתחייבים צעדי ליווי והסדרה בחוק<sup>120</sup> בתחומים הבאים: קביעת כללים לחלוקת הוצאה בין מבטחים (ציבורי/מסחרי); מניעת חפיפה בין כיסויים והכוונת שוק הביטוח המסחרי ל- ביטוח סיעוד משלים לסל הבסיסי בלבד, במתכונת של תוספת שעות סיעוד בקהילה או פיצוי כספי ועידוד החברות להרחבת הכיסוי בקהילה.

להלן כיווני פעולה מומלצים בביטוח הסיעוד המסחרי:

- (1) **שינוי מבנה הפוליסות לפוליסות משדרגות** (מציעות שירות בעין, מעבר לכיסוי הציבורי ו/או פיצוי כספי)

<sup>120</sup> קיימת אפשרות להגביל את הרגולציה לפוליסות הקולקטיביות העיקריות המהוות את מרבית השוק – אלה המשוקות לחברי קופות החולים

- (2) **דגש על קהילה** - לדוגמא – פיצוי מוגדל בקהילה, מימון שהייה זמנית של נזקקי סיעוד באשפוז קצר מועד (לרענון של המטפל העיקרי), פיצוי מוגדל לשהים במרכזי יום וכד'
- (3) עידוד חברות הביטוח להכליל בפוליסה **תגמול והטבות למטפלים עיקריים**
- (4) **הפחתת כפילות** – לדוגמא, עיגון בחוק נושא של חלוקת חבויות בין מבטחים (ציבורי ופרטי)
- (5) **חופש תנועה בין פוליסות קבוצתיות** (portability)
- (6) **אפשרות ל- downgrading בפוליסה קבוצתית** - למבוטחים בעלי וותק בפוליסה מעל 10 שנים, שאינם עומדים בעלות הפרמיות. היינו, אפשרות רכישה של פוליסה קבוצתית, מצומצמת יותר, שעלותה נמוכה יחסית, למי שלא יכול לעמוד בגידול בפרמיות לאורך זמן
- (7) **הקניית ערכי סילוק ופדיון בפוליסות סיעוד קבוצתיות גדולות שבעלות קופות החולים**
- (8) **בחירת האפשרות לאחידות בקריטריונים** של מוגבלות סיעודית מול המקובל במערכת הציבורית

#### יא. מידע ומחקר

- שינוי משמעותי מחייב ליווי מחקרי, ניטור קפדני של ההתקדמות למול יעדים שיוצבו ומידע שוטף למקבלי ההחלטות. להלן נושאים עיקריים עליהם מומלץ לשים דגש:
- (1) פיתוח/השלמת מנגנון לאיסוף מידע מקופות החולים ומספקי שירותי סיעוד (במוסדות ובקהילה) – מידע מנהלי
  - (2) הקמת מאגר מידע לרשות מקבלי ההחלטות ומנהלים
  - (3) הקמת "תחנת מידע"/מוקד טלפוני שיתמחה באספקת מידע בדבר זכויות ונהלים
  - (4) העצמת מבטחים באמצעות וועדת ערר ממשלתית, בין-משרדית
  - (5) הקצאת מימון לעידוד מחקר בתחומים כגון: מדיניות הטיפול בנזקקי סיעוד; היבטים כלכליים של הטיפול בנזקקי סיעוד; וביטוחי סיעוד
  - (6) מחקרים כלכליים – כגון מעקב אחר משמעויות כלכליות של הטיפול בנזקקי סיעוד והמלצות שוטפות למדיניות
  - (7) עדכון שיטת איסוף מידע רלוונטי ע"י הלמ"ס, הן בנושא הוצאות משקי הבית והן בתאום עם דרישות ה- OECD (חשבונאות לאומית בסיעוד).

## י.ב. מודל המימון

**(1) המודל האקטוארי** – שאלת המימון בביטוח סיעוד ציבורי (על היבטיו השונים) נוגעת לשאלת המגמות הרב שנתיות ומחויבות בין דורית. הגידול בשיעור הקשישים ושיעור המוגבלים וההיערכות לפיה נפרשה רשת הביטחון החברתית בישראל, מביאה לכך שבשיטת המימון הנוכחית הפרשות סוציאליות של הדור הנוכחי לא מהוות יעודה לצרכיהם בעתיד אלא מממנות את צרכי הסיעוד של הקשישים הסיעודיים כיום. שיטת מימון זו מוגדרת כ – pay as you go. מולה ניצבת שיטה לפיה ההפרשות הסוציאליות של כל דור, במהלך חייו הבוגרים, צריכות לממן את צרכיו העתידיים. מדובר בשאלה ערכית, אולם גם פרקטית מאחר ותקופת המעבר לחלופה השנייה היא בעייתית לפיה הדור הנוכחי יצטרך לממן גם את עצמו וגם את קשישים כיום שלא צברו עתודות מספיקות<sup>121</sup>. **המלצתנו** – במהלך שלבי יישום הרפורמה המוצעת (עד 3 שנים מיום החלטה), לא לשנות את המתכונת הנוכחית של **שיטת** גביית דמי הביטוח הלאומי בנושא זה ולבחון את הנושא שנית לאור המלצות וועדת המומחים במשרד האוצר שבוחנת בימים אלה היבטים שונים של סוגיה זו.

**(2) מודל הגבייה** – חלק משמעותי, כמפורט להלן, יבוא מתשלום דמי ביטוח פרוגרסיביים (ראה מקורות המימון להלן). תשלום ייגבה הן מחלק השכר שמתחת ל- 60% מהשכר הממוצע במשק (תשלום מופחת), אולם עיקר המימון יבוסס על חלק ההכנסה שמעל 60% מהשכר הממוצע במשק.

## י.ג. מקורות מימון

- (1) התקציב למימון סל שירותי הסיעוד במסגרת הרפורמה המוצעת יהיה "מסומן". חלק המימון שיועד לשירותי הסיעוד, יהיה מוצמד בגין שינויים דמוגרפיים ושינויי מחירים באופן שלא יביא לשחיקה בתקציב המגיע לקופות.**
- (2) מקורות המימון של התוספת הנדרשת יכולים להתבסס על: הגדלת מס הבריאות; הגדלת דמי הביטוח הלאומי; הנהגת מס מעסיקים; מיסוי ייעודי; והקצאה ייעודית מתקציב המדינה - שילוב בין הנ"ל או שימוש בחלק מהם. לכך יתווסף חלק המימון/ההשתתפות העצמית של משקי הבית.**

<sup>121</sup> יש המגדירים תקופת ביניים זו כחלופה נוספת המוגדרת כמימון בין דורי. קיימים גם פתרונות משולבים שלא פורטו במסגרת זו

יד.

### עלות, מודל ההקצאה ומנגנון העדכון

#### 1) עלות הסל (סה"כ, כולל אשפוז וקהילה):

- (א) להערכתנו על מנת ליישם את הרפורמה במלואה (על כל שלביה), תידרש תוספת למקורות הקיימים, בסך של כ- 1.25 מיליארד ₪ (במחירי 2010).
- (ב) עלות הסל ברוטו שתידרש להפעלה **כיום** של כל שלבי הרפורמה (כולל המקורות הקיימים) – כ- 6.5 מיליארד ₪ (נדרשת הערכה אקטוארית לחישוב ארוך טווח – הערכה שכזו אמורה להתבצע בשת"פ בין-משרדי ולהביא בחשבון שאלות מדיניות, כגון מימון בין-דורי).
- (ג) כאמור, הקצאה זו תהיה מקודמת כך שלא תהיה שחיקה בתקציב המיועד.

#### 2) מנגנון העדכון:

- (א) **עלות הסל תיבחן אחת ל-5 שנים**, על בסיס המלצות של וועדת מומחים, שתתייחס למצב התביעות בשנים שחלפו, וכן לשינויים ומגמות עתידיות בנושאים כגון - עלייה בתוחלת החיים של נזקקי הסיעוד, השינוי בשיעורי מיסוד, שינוי בשיעור המוגבלים וכדו'. ההמלצות יובאו לאישור שרי הבריאות והאוצר
- (ב) כדי להתאים במהלך 5 השנים את עלות הסל לשינויים בעלות אספקת השירותים, ייקבע **מדד ייעודי** (מדד יוקר שירותי הסיעוד) שיחושב על ידי הלמ"ס ויהיה מורכב מהמשתנים הבאים: מדד השכר בענף הסיעוד, מדד המחירים לצרכן, מדד השכר במגזר הבריאות. למדד זה תוצמד מידי שנה עלות הסל. גם הרכבו של מדד זה ייבחן אחת ל-5 שנים.
- (ג) עלות הסל תעודכן אחת לשנה בהתאם ל- 90% מהגידול המתוקנן במספר הקשישים.
- (ד) שינוי נדרש בהסדרי הגבייה של דמי ביטוח כדי להתאימם לעלות הסל, יתבצעו באחריות משרד האוצר ובתאום עם המוסד לביטוח לאומי. בכל מקרה, עלות הסל וההקצאה למימון הסל לא תהא תלויה בהיקף הגבייה של דמי הביטוח.

#### 3) מודל ההקצאה

- (א) נוסחת הקפיטציה תשונה באופן שיביא לידי ביטוי את הגידול בהוצאות של קופות החולים על האוכלוסייה הקשישה. נוסחת ההקצאה, תיבחן אחת ל-4 שנים.
- (ב) מומלץ, שהנוסחה הייעודית תתייחס למשתנים הבאים:
- (1) 6 קבוצות הגיל הבאות: (65-69; 70-74; 75-79; 80-85; 85-89; 90 ומעלה)
  - (2) מיגדר בקרב הקבוצות הנ"ל
  - (3) פריפריה/ריחוק ממרכזים עירוניים של קבוצות הגיל הרלוונטיות
  - (4) מצב סוציו-כלכלי של קשישים

## טו. שלבי היישום המדורג

מכיוון שמדובר ברפורמה מקיפה אשר באה לתת מענה לריבוי הגורמים הפועלים כיום במערכת הזכאות הסיעודית, מומלץ לממש את הרפורמה בשלבים. להלן המרכיבים העיקריים בכל אחד משלבי היישום:

### 1) שלב ראשון (12-18 חודשים):

- א) הרחבת הכיסוי למבוטחים השוהים בקהילה (אוניברסאליות+הרחבת היקף הכיסוי הקיים)
- ב) עיגון הזכאות מונחים של שעות סיעוד ו/או עדכון מנגנון ההצמדה של הגמלה
- ג) חיזוק משמעותי של המערך הגריאטרי וצוותי טיפולי הבית בקופות החולים
- ד) עדכון התוספת השנייה לעניין סל השירותים של צוות טיפולי הבית
- ה) הגדרת קופות החולים כמספקות שירותי בקרה, פיקוח והדרכה בהסכם עם המוסד לביטוח לאומי בגין שירותי הסיעוד בקהילה
- ו) הסכמים בין הקופות למוסד לביטוח לאומי ובניית התשתית הנדרשת בקופות
- ז) הרחבה משמעותית של המידע למבוטחים ומשפחותיהם – באחריות משרד הבריאות
- ח) שינוי הרגולציה בביטוחים המסחריים (ליישום ממועד הארכת ההסכמים הקבוצתיים הקרובים עם קופות החולים)
- ט) איסוף מידע רלוונטי ומחקר
- י) הקמת וועדת מומחים לתכנון ארוך טווח של תשתיות נדרשות

### 2) שלב שני (12-24 חודש):

- א) העברת האשפוז הסיעודי ואשפוז תשושים לאחריות הקופות
- ב) הרחבת הכיסוי האשפוזי לאוניברסאלי ושינוי כללי ההשתתפות העצמית
- ג) קביעת תעריפי מינימום באשפוז סיעודי
- ד) שינויים מבניים בקופות החולים (חברת בת או חטיבה לגריאטריה, הרחבה משמעותית של צוותי טיפולי הבית וכד')
- ה) הרחבת מסגרות ההכשרה של כוח האדם הרלוונטי
- ו) הקופות נערכות להסכמים עם ספקי שירותי סיעוד, לקראת שלב ג'
- ז) הגדרת נוסחת הקפיטציה הייעודית ומדד יוקר שירותי הסיעוד (חדש)
- ח) עיגון הזכאות במונחים של שעות סיעוד

### 3) שלב שלישי (יישום מ-החודש ה-24 ואילך):

- א) העברת האחריות לאספקת שירותי הסיעוד בקהילה מהמוסד לביטוח לאומי לקופות החולים
- ב) התאמת נוסחת הקפיטציה ומדד יוקר שירותי הסיעוד

ג) הרחבת תשתית המיטות וכוח האדם

**תמצית ההצעה**

- **זכאות:** אוניברסאלית (בקהילה ובמוסדות) ככל שירות הקיים בסל הבריאות הממלכתי, והגדרתו במונחים של סל שירותים
- **אחריות:** משרד הבריאות באמצעות קופות החולים (הן באשפוז הסיעודי והן בקהילה)
- **נותן השירות:** איחוד האחריות על אשפוז של תשושים, תשושי נפש, סיעודיים, וכן הטיפול בני"ל במסגרת הקהילה בידי קופות החולים
- **סל השירותים:**
  - הרחבת סל שירותי הסיעוד בקהילה
  - רה- ארגון בכללי ההשתתפות העצמית באשפוז ובקהילה
  - הגדרת הזכאות בקהילה במונחים של שעות סיעוד
  - אפשרות להשארת חופש בחירה בגמלה כספית – שתוצמד למדד שכר המינימום במשק
  - הגדרת סל שירותים ייעודי לנוקק סיעוד ולמטפל עיקרי במסגרת התוספת השנייה לחוק
- **מימון:** באמצעות הגדלת דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות ובתוספת השלמות מתקציב המדינה
- **ניהול כתקציב מסומן** (במהלך 5 השנים הראשונות)
  - ייקבע גובה התקציב הייעודי והוא יעודכן מידי שנה בהתאם מדד ייעודי
  - אחת ל- 5 שנים תבוצע התאמת מדדים (ע"ב דמוגרפיה ומצב תביעות)
- **שיטת הקצאה לקופות:** נוסחת קפיטציה ייעודית
- **יישום מדורג:**
  - **שלב א'**
    - הרחבת הזכאות לשירותים בקהילה
    - הרחבת אחריות וסמכויות של קופות החולים בטיפול במוגבלים (בתוספת השנייה)
    - קופות החולים מבצעות בקרה על מימוש ואיכות "שעות הסיעוד" ויצירת רצף טיפולי
    - האחריות הכוללת על אספקת השירותים עדיין בידי המוסד לביטוח לאומי
    - עיגון הזכאות בקהילה במונחים של שעות סיעוד
  - **שלב ב'**
    - העברת האשפוז הסיעודי (כולל תשושים) לאחריות קופות החולים
    - שינוי כללי הזכאות הכלכלית
  - **שלב ג'**
    - העברת האחריות על מימוש "חוק סיעוד" לקופות החולים
    - הרחבת תשתיות

## סיכום

עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אימצה ישראל בשנת 1995 את הגישה האירופאית בהתייחסות לביטוח הבריאות הסוציאלי, היא דומה למדינות אירופה גם בהקשרים סוציאליים אחרים והגיעה העת לאמץ גישה זו גם בכל הקשור לטיפול בחולה הסיעודי. המודל בו מעוגנת זכותו של מבוטח לסל שירותים מבטיח לאורך שנים יציבות בכל הקשור לשמירה על זכויות המבוטח ומניעת השחיקה בשירותים הניתנים לאזרח במימון ציבורי. עקב מגבלת התקציב הציבורי ולאור המאפיינים וההיקף של הצרכים בתחום שירותי הסיעוד, בכל מודל שיושם יידרשו נזקקי סיעוד ומשפחותיהם להשלמה באמצעות מימון פרטי. דווקא מסיבה זו חשוב למנוע שחיקה של אותו סל שירותים שניתן על ידי המדינה.

היעדרו של גורם אחד שהוא אחראי, הן כאשר מדובר ברמת המאקרו (בממשלה) והן בהקשר של המטופל היחיד, על כלל ההיבטים של הטיפול בחולה הסיעודי והפיצול הקיים, מביאים לחוסר יעילות ולהזנחתה של האוכלוסייה הפגיעה ביותר, זו שפעמים רבות הקריבה את מיטב שנותיה לפתוחה ושגשוגה של המדינה והגיעה באחרית ימיה למצב של נזקקות סיעודית.

האמור במסמך זה מעיד כי קיים צורך מיידי לשינוי רחב-היקף שיביא להתארגנות מחודשת במשרדי הממשלה הרלוונטיים כמו גם בארגונים כגון קופות החולים ורשויות מקומיות.

הציבור הרחב בישראל תומך בשינוי שכזה ואף מוכן לממנו, כפי שהשתקף ממספר סקרים שהדגימו את העובדה ששיעור משמעותי ממשקי הבית הביע נכונות להעלאת מס לצורך הרחבת הביטוח הסוציאלי בתחום הסיעוד. לדוגמה, סקר שנערך ב-2006 גילה כי למעלה מ-85% מהציבור תומך בהרחבת שירותי הסיעוד הציבוריים, גם אם המשמעות הינה עליה של 10-100 ₪ בתשלום החודשי של דמי ביטוח בריאות. בקרב האוכלוסייה הצעירה, שיעור התמיכה היה גבוה יותר ועמד על 91% ואילו בין רמות הכנסה שונות, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בתמיכה בהרחבת שירותי הסיעוד הציבוריים<sup>122</sup>.

רפורמה בתחום שירותי הסיעוד אמורה להתייחס לשלושה היבטים עיקריים; היקף הכיסוי הביטוחי, אופן ארגון השירותים ושיטת המימון. היא צריכה להיות ברת-ביצוע במונחים של העלות הציבורית והפרטית ולוודא שמובטחת קיומה של התשתית הפיזית לאספקת השירותים והמשאבים הכספיים לטווח הבינוני והרחוק. ואכן במסמך הנוכחי ניסינו להתייחס למוקדי אי היעילות של המערכת, ולהצביע על האופן בו לדעתנו ראוי לבצע שינוי שיטפול במוקדים אלה, תוך הדגשת התחומים האמורים לעיל, והבלטה של היבטים עליהם יש לתת את הדעת בעת תכנון רפורמה שכזו ובמהלך יישומה.

ניסיוןן של מדינות מערביות אחרות מלמד שההיקף הראוי בחברות מערביות בעלות ערכים חברתיים דומים לישראל, מצדיקה הגדלה משמעותית של המימון הציבורי למערך שירותי הסיעוד והגדלת מעורבות המדינה באחריות הביטוחית, הן במוסדות והן בקהילה. מערך אספקת השירותים כיום מפוצל בין רשויות, הוא מתנהל ללא בקרה מספקת, באופן לא יעיל ומשפיע באופן שלילי על היקף ואיכות השירות הניתן למבוטח, ששילם כל חייו את תשלומי הביטוח הלאומי וציפה בזקנתו לרשת ביטחון הולמת.

<sup>122</sup> אישור למגמה זו התקבל גם מממצאי סקר שערכה הסתדרות הגמלאים

ברמה הלאומית, למצב הנוכחי קיימות השפעות מאקרו-כלכליות וחברתיות שליליות הנוגעות בין השאר לשוק התעסוקה והן בעלות השפעה על הפריון של המשק, על הלכידות החברתית ועל תחושת הערבות ההדדית.

מגמות הזדקנות האוכלוסייה בישראל מחייבות תכנון רב-שנתי הן בתחום התשתיות והן בכל הקשור לצורך בצבירת עתודות וגבייה מושכלת של דמי הביטוח הסוציאלי.

קצב ההזדקנות בישראל היה עד כה מהיר, מהיר אף יותר ממדינות אחרות. אם לא ניערך עוד היום להתמודדות עם מגמות ההזדקנות של האוכלוסייה, הדבר ישפיע על יכולת המדינה להתמודד בעתיד עם תוצאות ההזדקנות, בכל המישורים - הכלכלי, הבריאותי והסיעודי. ביטוח סיעוד ציבורי, כמו גם פרטי, דורש משאבים לא מעטים ומחייב בבסיסו הכנת תשתיות וצבירת עתודות אותן ראוי ליצור כבר מהיום.

יש להדגיש עם זאת, כי במהלך עבודת המטה לא התעלמנו מסוגיית האחריות אישית של אדם במהלך חייו, והיערכותו לגיל המבוגר ולאפשרות של חולי ומגבלות תפקודיות. זאת, בין באמצעות חסכוניות ובין באמצעות ביטוח סיעוד וולונטרי. מעורבות המדינה אינה תחליף לאחריות אישית ואין ספק שחלק מהמימון חייב לבוא מהפרט הנזקק עצמו (או משפחתו). אולם, השאלה שעמדה בפנינו במהלך הכנת העבודה היא שאלת התמהיל הנכון בין המימון הציבורי לפרטי, בתחום זה. המודל המוצע מהווה להערכתנו תמהיל ראוי בין משאבים ציבוריים לבין השלמת המימון שתידרש ממילא מהנזקק וממשפחתו.

ההמלצות המוצגות במסמך זה הם תוצאה של עבודת מטה שנערכה במשרד הבריאות והם מבטאים את השקפת משרד הבריאות. הם אינם בבחינת 'כזה ראה וקדש', אולם אנו מקווים שסביבם ניתן יהיה לקיים דיון בממשלה ועל בסיסם ניתן יהיה להגיע למודל הרצוי, לו ראויים אזרחי ישראל. בחירת המדיניות הראויה ויישומה של רפורמה שתכליתה הבטחת הביטחון הסוציאלי בתחום הסיעוד לתושבי ישראל הם צו השעה, ויפה שעה אחת קודם.

\*\*\*\*\*

## מקורות נוספים

באר ש. הקשישים בישראל היום ובעתיד: אוכלוסייה, אומדני מוגבלות, ואומדני שימוש בשירותים נבחרים. מסמך רקע עבור תוכנית החומש התשיעי של 'אשל' לשנים 2011-2015. משאב. מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה, דצמ' 2010.

ברג-ורמן א. בנטור נ. ברודסקי ג'. ואח'. הגורמים המשפיעים על בני משפחה להעביר את הזקן למוסד סיעודי. ברוקדייל 2010.

ברודסקי ג' ואחרים. מקבלי גמלת סיעוד- מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמאלית ובלתי פורמאלית וצרכים בלתי מסופקים. דמ-04-440, מאיירס- ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים 2004.

ברודסקי ג' ואחרים. קשישים החולים בדמנטיה: שכיחות, זיהוי צרכים בלתי מסופקים ועדיפות בפיתוח שירותים. דמ-05-461. מאיירס- ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים 2005.

ברודסקי ג', רזניק ש., סיטרון ד. בחינת סוגיות בטיפולים של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסיוע והדרכה. דמ-11-508. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל. ירושלים 2011.

ברמלי-גרינברג ש. גרוס ר. פביאן י. דו"ח מחקר ביטוח בריאות פרטי בישראל. מאיירס ג'וינט מכון ברוקדייל.

בר-צורי ר. בעלי היתר להעסקת עובדים זרים בסיעוד – מבט על. משרד התעשייה, מינהל מחקר וכלכלה, ינואר 2010.

גלעד נתן. השפעתם של עובדים זרים ללא אשרת עבודה על שוק העבודה בישראל. הכנסת, מרכז המחקר והמידע, ינואר 2011

גלעד נתן. דו"ח מטעם מרכז המידע והמחקר בכנסת, 2011

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי – שנים שונות.

המוסד לביטוח לאומי. סקירה שנתית 2010. מינהל כלכלה ומחקר. המוסד לביטוח לאומי.

המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות 2006

הסתדרות הגמלאים

מבקר המדינה דו"ח לשנת 2010: היבטים בתחום הטיפול בקשישים.

אתר אשל: <http://www.eshelnet.org.il/default.asp?catid={2BBB8A12-EA25-414C-B166-8DB272DF3E31>

## נספח א' מדוע דווקא קופות החולים?

### א. הדגשים בבחינת האפשרות להעברת האחריות לקופות החולים

העברת האחריות על האשפוז לקופות החולים מחד והקניית סמכויות פיקוח ובקרה לקופות על הטיפול הסיעודי בבית, יחד עם חיזוק יכולת הטיפול הביתי יוצרים מצב בו לקופה קיימת גם סמכות וגם כדאיות לפקח על יישומו של חוק סיעוד. מאחר ויישום מוצלח יגביר את הסיכוי שההוצאה בגין האשפוז תחסך ומאידך המבוטח יישאר בקהילה בקרב משפחתו ויקבל טיפול ותמיכה התואמים את מצבו.

בשלב הראשון של הרפורמה, הקופה תקבל תגמול מהמוסד לביטוח לאומי על הפיקוח שכיום למעשה לא קיים (כיום, חברת כוח האדם מפקחת למעשה על עצמה). התגמול יחד עם הקצאה במסגרת הסכמי התמיכה יאפשרו חיזוק משמעותי של צוות טיפולי הבית והקמת אגף גריאטרי חזק בכל קופה, והרחבה משמעותית של תקורות קיימות. במהלך השלבים השני והשלישי, האחריות הכוללת לאספקת השירותים (לרבות בקהילה ובאשפוז) תעבור לקופות החולים.

להלן עקרי הראציונל העומד בבסיס ההמלצה להפעיל את קופות החולים בתחום זה:

#### 1) היערכות בקהילה

- א) תואם את תפקידה של קופת החולים כמי שנושאת באחריות הכוללת למצבו הרפואי-תפקודי של הקשיש מינקות ועד זקנה ומאפשר יצירת רצף טיפולי
- ב) ממסד תמריץ למניעה והשאת המבוטח בקהילה ככל הניתן, בהתאם למצבו הרפואי תפקודי
- ג) הקופות מספקות כבר כיום שירותים רפואיים למרותקי בית, באמצעות צוות רב-תחומי הכולל עובד סוציאלי, מודל אותו ניתן להרחיב ולמסד
- ד) שירותי בריאות כללית קשורה גם כיום בהסכם ישן עם המוסד לביטוח לאומי, במסגרתו נציגיה שותפים לוועדות המקומיות (הקיימות מכוח חוק סיעוד) ואף מחויבים במסגרתו לביצוע בקרה בקרב חלק ממקבלי גמלת הסיעוד – מודל זה ניתן להרחבה ושיפור
- ה) מכוח הסכם עם המוסד לביטוח לאומי, מספקות הקופות שירותי סיעוד למי שהוכרו כנפגעי עבודה
- ו) למעלה ממחצית המבוטחים מכוסים בביטוח סיעודי בקופות החולים ומקבלים כבר כיום שירותי סיעוד מטעמה של הקופה כבעלת פוליסה ביטוח סיעוד
- ז) הקופות מספקות כיום שירותי ייעוץ לשינויי דיור לחולים סיעודיים ולרשותם מערך של עובדים סוציאליים

- (ה) לקופה קיים ניסיון רב-שנים בכל הקשור נותני להסכמים ופיקוח על נותני שירותים בקהילה בתחומים מגוונים. ניסיון זה יכול לשמש אותה גם מול ספקים בתחום הסיעוד
- (ט) לקופות קיימת כבר תשתית של מרכזי מידע טלפוני, בהדרכה נכונה והרחבה, יכולים הם לכוון ולהשיב לשאלות גם בנושאים אלה

## **2) אשפוז במוסדות**

- (א) בבעלות של חלק מהקופות קיימת כבר תשתית חלקית של מוסדות לאשפוז סיעודי
- (ב) לקופה קיים ניסיון רב-שנים בכל הקשור נותני להסכמים ופיקוח על נותני שירותי אשפוז לסוגיהם. ניסיון זה יכול לשמש גם מול ספקים בתחום הסיעוד
- (ג) לקופות קיימים גם כיום הסכמים עם מוסדות סיעוד מסוימים (לדוגמא בתחום הסיעוד המורכב)
- (ד) לקופה קיימים כבר תשתית ניהולית ומנגנונים לבקרת אשפוז, ולכן דרושה רק הרחבה של תשתית קיימת לשם בקרה על מוסדות הסיעוד
- (ה) המבוטחים מורגלים לפנות לקופה בעת הצורך באשפוז ולקופה ניסיון בתהליכים של בחינת הזכאות לאשפוז

## **ג. תמריצים שעשויים להיווצר מהעברה לקופות החולים**

- 1) תמריץ להשקיע במניעה שלישונית ובטיפול משקם (במצב הנוכחי קיים לקופות תמריץ שלילי, מאחר ומרגע שחולה עובר לסטאטוס סיעודי עיקר המימון נופל על המשפחה והמדינה)
- 2) תמריץ לטיפול במסגרת הקהילה (בהנחה שהקופות יקבלו את האחריות הן לאשפוז והן למימוש חוק סיעוד ושהתשלום יהיה קפיטטיבי)
- 3) עידוד השימוש במרכזי יום, מעבר למקובל כיום
- 4) תמריץ לספקים להתייעל ולהשקיע בשירות איכותי (הגברת האטרקטיביות בפני הקופות)
- 5) אפשרות להסדרה יעילה יותר של שוק המטפלים הסיעודיים (חברת כוח האדם לא תעבוד מול מטופל/משפחה בודד/ת אלא מול קופה)

### ג. יתרונות בהעברה לקופות החולים

- 1) הביטוח הלאומי יתפקד כגורם מבטח-על, ללא צורך בפיתוח תשתיות ומנגנוני בקרה ופיקוח
- 2) ריכוז האחריות על אספקת השירות בידי גורם אחד עיקרי
- 3) תמריצים להשקעה במניעה שלישונית ושיקום באוכלוסייה המבוגרת
- 4) איחוד מנגנוני זכאות (צמצום במספר הוועדות המטפלות)
- 5) רציפות הטיפול הסיעודי-רפואי ברמת הפרט הנזקק
- 6) כתובת אחת לנזקק הסיעוד ומשפחתו אליה הם יפנו
- 7) ניצול הניסיון של הקופות בניהול שירותים באמצעות ספקים בקהילה ובאשפוז
- 8) צמצום כפילויות בתקורות הפרדת משרד הבריאות מתפקידו כספק שירותים בתחום זה
- 9) הגברת יכולת הפיקוח והאכיפה מצד המדינה (משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי)

\*\*\*\*\*

## נספח ב'

### שירותים קהילתיים לקשישים הקיימים כיום ויישארו גם להבא באחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים<sup>123</sup>

השירותים בקהילה שבאחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים ניתנים ע"י למעלה מ- 700 עובדים סוציאליים, המטפלים בזקנים במסגרת מרכזי יום ומועדונים המופעלים באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, המרכזות את כל העבודה הקשורה בטיפול, בזקן ובבני משפחתו. לצורך מתן שירותים אלה נעזרים העובדים הסוציאליים בעובדים סמי-מקצועיים ובמתנדבים. ומדריכים אותם בעבודתם עם הזקן.

#### סוגי השירותים

##### **טיפול מקצועי פרטני, קבוצתי וקהילתי לזקן ולבני משפחתו**

סיוע, ייעוץ, תמיכה או הפניה ותיווך עם גורמים מוסדיים אחרים, עריכת ביקורי בית ע"י עובדים סוציאליים. המטפלים בזקנים ומפגשים לטיפול שיחתי או קבוצתי עם הזקנים ובני משפחותיהם יש צורך בהגברת התאום עם עו"ס קופת החולים בה רשום הנזקק.

#### **שירותים בבית**

סיוע לאדם המבוגר להישאר לגור בביתו ולהמשיך ולחיות בו בכבוד ותוך שמירה על איכות חייו גם כאשר כוחותיו, הפיזיים או הנפשיים נחלשים. שירותים אלה כוללים:

- טיפול אישי ועזרת בית - שעתיים עד ארבע שעות שבועיות
- אספקת ארוחות מוכנות - מדי יום או למשך כל השבוע
- אספקת ציוד ביתי בסיסי, כגון מקרר, כיריים ודוד שמש
- אספקת מוצרי ספיגה חד פעמיים
- אספקת משדר מצוקה
- הסעות לטיפולים רפואיים או עזרה ברכישת מכשירים רפואיים שאינם במימון משרד הבריאות או קופ"ח.
- חימום בתי זקנים בחודשי החורף באזורים קרים מאוד שהוגדרו ע"י המשרד ולזקנים המתקיימים. אספקת משדר מצוקה
- עזרה של מטפלת בית בפעולות היומיום, הכוללת: השגחה, הלבשה, רחצה, האכלה, טיפול בהפרשות. ניידות בבית ומחוצה לו. עזרה בניהול משק הבית, הכוללת ניקיון, כביסה, הכנת אוכל, קניות וכדומה.

<sup>123</sup> מקור: מבוסס על מידע של משרד הרווחה והשירותים החברתיים – באתר האנטרנט <http://www.molsa.gov.il>

## **מרכזי יום**

מרכזי היום הנם מסגרות יומיות לטיפול בזקנים מוגבלים הפתוחות כל יום משעות הבוקר ועד לשעות הצהריים, 5 – 6 ימים בשבוע. השירותים המוצעים במרכז היום כוללים הסעה האוספת את הזקנים מבתים ומשיבה אותם, ארוחות בוקר וצהריים. רחצה, פעילות חברתית, שירותי כביסה, שירותי עובד סוציאלי ואחות, פעילות תעסוקתית ועוד. בארץ פועלים כיום כ - 160 מרכזי יום המספקים שירותים לכ - 12,000 זקנים.

## **מועדוני תעסוקה**

מסגרות תעסוקה יומית לזקנים, הפועלות במועדונים בהם מבקרים הזקנים ומאפשרת לזקנים המעוניינים בכך. להעלות את הכנסותיהם ע"י עבודה המותאמת ליכולתם. בארץ פועלים כ - 45 מועדונים תעסוקתיים ובהם כ - 400 זקנים.

## **פעילויות כלליות**

משרד הרווחה, בשיתוף עם גופים מקצועיים נוספים יוזם פעילויות במטרה להביא לקידום עניינה של אוכלוסיית הזקנים בארץ, לפיתוח מודעות לצורכי הזקנים בציבור ובקרב מקבלי ההחלטות ולעודד עבורם פעילות. שתאפשר להם ניצול שעות פנאי ומתן משמעות בחיי היומיום.

**בתי ספר לפעילים זקנים** - תוכניות שמטרתן להכשיר זקנים לפעילות בתחומי חיים שונים בקהילותיהן, ניהול מועדונים, קידום איכות חייהם של זקנים, הפעלת מתנדבים וכד'.

**שבוע הזקן הבינלאומי** - שבוע הזקן הבינלאומי נקבע ע"י ארגון האומות המאוחדות ומתקיים מדי שנה במטרה להביא למודעות הציבור את תרומתם של הזקנים לחברה ולהביע בפני הזקנים את ההערכה לפועלם.

**פעיל בכל גיל** - תוכנית שמטרתה לאפשר פעילות ותרומה הדדית לזקנים ובני נוער בבתי ספר. התוכנית מופעלת. במשותף ע"י השירות למען הזקן, משרד החינוך, אש"ל והחברה למתנ"סים, במהלך שבוע זה מתקיימים אירועים אזוריים ומקומיים ברשויות המקומיות הכוללים טכסים, ימי עיון, טיולים, הרצאות, קבלות פנים ומתן פרסים ותעודות הוקרה לזקנים.

**חגים ומועדים** - מדי שנה בשנה יוזם השירות בשיתוף עם יחידת ההתנדבות של המשרד פעילות למען הזקנים: בראש השנה ובפסח.

## **בתי אבות**

כל בתי האבות והמעונות לזקנים בארץ חייבים ברישיון ועוברים תהליך של בדיקות ופיקוח של משרד הרווחה ומשרד הבריאות (סיעודיים ותשושי נפש). כיום קיימים בארץ כ- 190 בתי אבות ומעונות לזקנים עם רישיון. משרד הרווחה מפקח על בתי אבות לעצמאיים ותשושים בלבד, כקבוע בתקנות הפיקוח על המעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים) התשס"א- 2001 :

**קשישים עצמאיים** - זקנים אשר מבחינת תפקודו מסוגל לבצע את פעולות היומיום בלא עזרה.

**קשישים תשושים** - זקנים אשר מפאת תפקודם הירוד זקוקים לעזרה חלקית בפעולות היומיום: הפיקוח מתבצע על ידי מפקחים, עובדים סוציאליים ואחיות מוסמכות וכולל את כל תחומי החיים במעון. תקינות המבנים הפיזיים והתאמתם לצורכי הזקן; תקינות הציוד; תקן כוח - אדם והכשרתו; ומימוש זכויות הדיירים.

ההפניה לבתי אבות מתבצעת לאחר בדיקת נזקקתם וזכאותם של הזקנים באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. לאחר מכן ניתנת לקשיש רשימה של מספר מעונות ובתי אבות שעונים. לצרכיו והבחירה בידו.

### **דיור מוגן**

הדיור המוגן הנו מסגרת מגורים המיוחדת לזקנים, בבניין רב קומות או במבנים צמודי קרקע. דיור זה מצויד בגישה נוחה, בטיחותית ומוגנת בפני זרים ומפני מעידות. הדירות מאובזרות לפי צורכי הדיירים ומצוידות במערכת תקשורת פנימית ובמכשירי מצוקה. השירותים הבסיסיים הניתנים במקום הם שירותי אם בית, עובד סוציאלי, רכז חברתי ואיש אחזקה.

### **סוגי הדיור המוגן**

**הדיור המוגן הממשלתי** - נבנה על ידי הממשלה וממומן על ידה, באמצעות משרד הבינוי והשיכון ומשרד הרווחה. דיור זה מיועד כולו לחסרי דיור והכנסה, מרביתם עולים, והוא מנוהל על ידי חברה שזכתה במכרז בהתאם לתנאי הבסיס שהוצבו על ידי הממשלה. כיום קיימים כ- 80 אתרים ובהם כ- 8,000 חידות דיור לבודדים ו/או זוגות. הדיור המוגן המנוהל ע"י עמותה ציבורית מיועד גם הוא לחסרי יכולת, כ- 20 אתרים ובהן כמה מאות יחידות דיור.

**הדיור המוגן המסחרי** - מציע שירותים בסיסיים ונוספים במחירי עלות או עלות פלוס, מיועד לאוכלוסייה היכולה לממן שירותים אלה. כיום קיימים 58 אתרים, חלקם עדיין בבנייה ובהן כ- 9,000 יחידות דיור.

### **פרוייקט "שכונה תומכת"**

משרד הרווחה, בשיתוף עם אש"ל העמותה לפיתוח תוכניות לזקנים והמחלקות לשירותים חברתיים, יוזם ומקים שכונות תומכות לזקנים ברחבי הארץ. השכונות התומכות מאפשרות לזקנים, במתחם שכונתי בעיר, בעירה במושב או בקיבוץ, ליהנות בביטחון ושירותים בבתייהם ולהשתתף בפעילות לטובת קהילת הזקנים והקהילה בכלל.

**המרכיבים העיקריים הקיימים בשכונה תומכת:** בכל שכונה קיים אב בית אשר מתפקידו לדאוג לשלומם של הזקן ולתקינות ביתו. קיים מכשיר מצוקה למענה חירום וניתנת אפשרות להזעקת רופא ואמבולנס 24 שעות ביממה תמורת מחיר סמלי. כמו כן, קיים בכל שכונה מועדון חברתי ודואגים לאבטחת נגישותם של שירותים עירוניים, ייזום פעילויות חברתיות ועוד. כיום מתגוררים כ- 10,000 זקנים בשכונות תומכות ברחבי הארץ.

.....

## נספח ג'

### מבחן תלות – ביטוח לאומי

#### טווח נקודות לפי סעיפי בדיקה<sup>124</sup>

- א. ניידות – תנועה – 0-1
- ב. ניידות נפילות – 0-1
- ג. הלבשה - 0-1
- ד. רחצה – 0-1.5
- ה. אכילה ושתייה – 0-1.5
- ו. הפרשות – 0-3
- ז. השגחה- 0-6.5 (כנראה שהמכסימום עודכן ל- 9 נקודות)

#### סה"כ מכסימום אפשרי – 18 נקודות

#### רמות מוגבלות לפי ניקוד

- רמות מוגבלות – 0-2.0 - לא זכאי לשעות סיעוד
- 2.5-5.5 – תלוי במידה רבה בעזרת הזולת – 9.75 ש"ש
- 6.0-8.5 תלוי במידה רבה מאוד בעזרת הזולת – 16 ש"ש
- 9.0 ומעלה – תלוי לחלוטין בעזרת הזולת – 18 ש"ש

<sup>124</sup> מתבסס על החוברת – תדריך לביצוע הערכה תפקודית. ביטוח סיעוד, שר"מ וילד נכה. המוסד לביטוח לאומי, יולי 2006.