

הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל- 2010-2020 ו- 2020-2030

**דין וחשבון הועדה והמלצותיה
מוגש לפרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות**

יו"ר הועדה: פרופ' יוחנן שטסמן
ראש המכון לחקר הזקנה, המערך לשיקום וגריאטריה
בית החולים האוניברסיטאי "הדסה" הר הצופים, ירושלים

תודה והוקרה

ברצוני להודות לחברי הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל- 2010-2020 ו- 2020-2030 שנתמנו לתפקיד זה ע"י המנהל הכללי של משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, בכתב המינוי מיום 23/12/2010.

בישיבות הועדה, שנערכו בלהט ימי הקיץ, נידונו בכובד ראש הנושאים הכלולים בדין וחשבון זה, שמטרתו להצביע על הבעיות, הצרכים וחלק מהפתרונות המוצעים למתן שירותי קהילה ואשפוז לציבור הקשישים במדינה, בשני העשורים שלפנינו, ברמה המקצועית הגבוהה הראויה.

תודה מיוחדת לצוות המצומצם שסייע ופעל להכנת הערכות הסטטיסטיות והכמותיות, שהן לב לבו של דו"ח זה, ובכתבת הדו"ח הסופי: ד"ר אהרון כהן, ראש האגף לגריאטריה, ד"ר איריס רסולי, מנהלת המח' לשירותים קהילתיים באגף, גבי ג'ני ברודסקי, מנהלת המרכז לחקר הזקנה במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ולמר שמואל באר ממכון זה, שהקדיש מחשבה וזמן רב בהכנת הלוחות הסטטיסטיים הנספחים.

פרופ' יוחנן שטסמן



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות, ירושלים
Ministry of Health, Jerusalem

כתב מינוי מקורי של הוועדה
(ראה בהמשך רשימה מעודכנת של חברי הוועדה)

המנהל הכללי
Director General

ט"ז טבת תשע"א
23 דצמבר, 2010
אסמכתא: 13 - 103/238913 (מ)
(במענה: ציין אסמכתא)

לכבוד (לפי א"ב)
מר אהרון אזולאי, מנכ"ל המשרד לאזרחים ותיקים
גב' מרים בר גיורא, מנהלת שירות הזקן, משרד הרווחה והשירותים החברתיים
גב' גיני ברודסקי, מנהלת תחום זקנה, מאיירס גיונט, מכון ברוקדייל
פרופ' שי בריל, מנהל בית חולים "בית רבקה"
פרופ' יצחק בריק, מנכ"ל אשל
מר יאיר זילברשטיין, רפרנט בריאות באגף תקציבים, משרד האוצר
מר נבו ירדן, עוזר מנכ"ל, שירותי בריאות כללית
ד"ר אהרון כהן, ראש האגף לגריאטריה, משרד הבריאות
ד"ר ניקי ליברמן, ראש האגף הרפואי בחטיבת הקהילה, שירותי בריאות כללית
מר גיוני למברגר, ראש מינהלת הגריאטריה, מכבי שירותי בריאות
ד"ר יפה לרמן, מנהלת המערך הגריאטרי, המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
גב' ברנדה מורגנשטרן, המוסד לביטוח לאומי
מר יקותיאל צבע, מנהל אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים
ד"ר איריס רסולי, מנהלת המחלקה לשירותים קהילתיים, אגף לגריאטריה, משרד הבריאות
פרופ' יוחנן שטסמן, ראש המערך לשיקום וגריאטריה, בית חולים הדסה הר הצופים

שלום רב,

הנדון: תכנון המערך הגריאטרי הלאומי 2020 ו-2030

אני מתכבד למנותכם כצוות שיגיש לי המלצות תוך 6 חודשים.

המנדט בקווים כלליים: היערכות מדינת ישראל לטיפול בקשיש (+65) לקראת 10 השנים הקרובות.

אבקשכם להגדיר צרכים עתידיים בתחום הבריאות ולגבש תכנית פעולה עד 2020 הכוללת לוחות זמנים ודרישות תקציביות.

באופן מפורט אבקש כי ההתייחסות תהיה על פי התחומים הבאים:

1. היערכות קהילתית נדרשת – סוג מסגרות, קידום בריאות, רפואה ראשונית, שניונית, מסגרת שיקום.
2. היערכות אשפוזית נדרשת (אשפוז לטווח קצר ולטווח ארוך) ומסגרות לאשפוז יום.
3. היערכות להכשרת אנשי מקצועות הרפואה, הסיעוד והבריאות – לטיפול באוכלוסיית הקשישים.

2/..



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות, ירושלים
Ministry of Health, Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

אבקש כי תלמדו ממדינות שנמצאות כבר במשברים אלו (אירופה, יפן).
כיו"ר הועדה ישמש פרופ' יוחנן שטסמן.

בכבוד רב,

ד"ר רוני גמורו

העתק: פרופ' אהוד קוקיה, מנכ"ל מכבי שירותי בריאות
מר אלי דפס, מנכ"ל שירותי בריאות כללית
מר משה בר סימן-טוב, סגן הממונה על התקציבים, משרד האוצר
הנהלת המשרד

רשימה מעודכנת של חברי הועדה שמונו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות (לפי סדר א-ב)

מר אהרון אזולאי, מנכ"ל המשרד לאזרחים ותיקים
 גב' מזל אלבגלי, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות
 גב' מרים בר גיורא, מנהלת השירות לזקן, משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 גב' גיני ברודסקי, מנהלת תחום זקנה, מאיירס ג'וינט, מכון ברוקדייל
 פרופ' שי בריל, מנהל בית חולים בית רבקה
 פרופ' יצחק בריק, מנכ"ל אשל
 מר חגי דרור, מנהל תחום תקצוב, משרד הבריאות
 ד"ר דורית וייס, אחות ראשית, שירותי בריאות כללית
 מר יאיר זילברשטיין, רפרנט בריאות באגף תקציבים, משרד האוצר
 מר נבו ירדן, עוזר מנכ"ל, שירותי בריאות כללית
 ד"ר אהרון כהן, ראש האגף לגריאטריה, משרד הבריאות
 ד"ר ניקי ליברמן, ראש האגף הרפואי בחטיבת הקהילה, שירותי בריאות כללית
 מר ג'וני למברגר, ראש מינהלת הגריאטריה, מכבי שירותי בריאות
 ד"ר יפה לרמן, מנהלת המערך הגריאטרי, המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
 גב' ברנדה מורגנשטרן, המוסד לביטוח לאומי
 מר יקותיאל צבע, מנהל אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 ד"ר איריס רסולי, מנהלת המחלקה לשירותים קהילתיים, אגף לגריאטריה, משרד הבריאות
 פרופ' יוחנן שטסמן, ראש המערך לשיקום וגריאטריה, בית חולים הדסה הר הצופים (יו"ר)

הקדמה

1. הערכות מדינת ישראל לטיפול בקשישים בני 65+ בעשור הקרוב (2011-2020) ובזה שלאחריו (2021-2030) - במכלול היבטי הטיפול בתחומים הרפואי, הסיעודי, התפקודי והחברתי - תלויה ומתחילה בהערכה הדמוגרפית של הגידול הצפוי באוכלוסיות הקשישים בתקופה זו, ובעיקר בקשישים מאוד (+80) . לפיכך נכנסה הועדה לעומק הנושא הדמוגרפי וממנו נגזרו הצרכים העתידיים בתחומי בריאות הקשישים, וצורכיהם התפקודיים-סיעודיים והחברתיים.
2. ברור כי השינויים הדמוגרפיים שניתן לחזות היום אמורים להשפיע על ההערכות האשפוזיות הנדרשת הן באשפוז הכללי והן באשפוז הגריאטרי לסוגיו. האשפוז הכללי מתאפיין כבר היום בכך שהקשישים בני 65+ תופסים בו חלק ממוצע הגבוה פי כמה משיעורם באוכלוסייה, כאשר במחלקות מסוימות ובאזורים מסוימים בארץ, הקשישים מהווים רוב מוחלט בתוך מחלקות אשפוז כגון במחלקות הפנימיות. לכן השינויים הדמוגרפיים ישפיעו לא רק על המערכות הגריאטריות אלא גם ובמידה רבה על אופי דפוסי מחלקות האשפוז בבתי החולים הכלליים.
3. שינויים כבירים אמורים לחול במקביל גם באשפוז הגריאטרי **הפעיל** – הכולל גריאטריה שיקומית, גריאטרית תת-חריפה, סיעוד מורכב, הנשמה ממושכת וטיפול תומך בסוף החיים, וכן באישפוז הגריאטרי **הממושך**, לחולים סיעודיים ותשושי נפש ללא מורכבות רפואית. בתחומים אלה של האשפוז הגריאטרי הצרכים יהיו לא רק הגדלה כמותית אלא גם צפויים לחול שינויים איכותיים בטווח קצר וארוך.
4. בכדי לנסות ולמתן את העליה הצפויה בשעורי האשפוז הכללי והגריאטרי יש לפעול במימד הקהילתי. לצורך זה יש לפתח ולשפר התערבויות בריאותיות עבור אוכלוסית הקשישים לרבות קידום בריאות ומניעת תחלואה (ברמת הרפואה הראשונית), הערכה גריאטרית כוללת בקהילה, טיפול רפואי בבית ושיקום. במקביל יש לפתח מסגרות חברתיות וטיפוליות שונות האמורות לסייע בכך לפי הידע והניסיון בארץ ובחו"ל.
5. היסודות של התכנון מושתתים על שני צרכים מרכזיים: תקציב מתאים בכל עת, וכח אדם בהיקף מספיק ובאיכות גבוהה בכדי לבצע את הנדרש בטיפול בקשישים.
6. הועדה נכנסה לעומק הצרכים ולנושא התקציבי לאורך זמן, ולצרכים הגדלים בכח אדם לאורך הזמן, ונתנה לאלה מימדים כמותיים לתכנון המערכת בשנים שיבואו.
7. הועדה דנה והמליצה על הדרכים להעסיק ולהכשיר בעלי מקצועות ברפואה, סיעוד ובמקצועות הבריאות (פרהרפואיים) ואימצה חלק ממסקנות דו"ח הועדה על עתיד הגריאטריה בישראל (יו"ר פרופ' ארתור ליבוביץ) בשנת 2008, שעסקה בהרחבה בנושאים אלה. הועדה נמנעה מלהתפרס לנושאים חברתיים, פרט לאלה שיש להם השפעה ישירה על הבריאות, על שימוש בשירותי הבריאות ועל ארגון מערכות הבריאות. כן לא נכנסה הועדה לצרכים רבים אחרים של האזרחים

הוותיקים כולל סוגיות הביטחון הסוציאלי והעוני, מכיון שהם חורגים מתפקידה של הועדה.

8. ברצוננו להודות לפרופ' רוני גמזו, המנהל הכללי של משרד הבריאות, על התעניינותו ונחישותו לפעול בנושא הזקנה במערכת הבריאות ובחברה, ועל המנדט שנתן לנו לדון בנושאים אלה ולהכין דוח מקצועי מקיף עבור משרד הבריאות.

אנו מקוים כי מסקנות הועדה יאומצו, וכי בעקבות כך תהינה מערכת הבריאות והמערכות החברתיות הכלליות מוכנות לעמוד בכל האתגרים העתידיים בטיפול במבוגרים שבחברה.

תוכן העניינים

<u>עמ'</u>	<u>כותרת</u>	<u>סעיף</u>
9	הצרכים של אוכלוסית הקשישים והמענים הקיימים כיום	פרק א':
9	1. מאפיינים של בריאות וחולי בזקנה- מושגים כלליים	
11	2. השירותים החברתיים והרפואיים העיקריים עבור הקשישים בארץ - ומימונם	
11	2.1 שירותי בריאות – שבאחריות קופות החולים	
12	2.2 האשפוז הסיעודי	
13	2.3 שירותים סיעודיים וחברתיים בקהילה	
14	2.4 התייחסות למכלול השירותים שהוצג	
16	תחזית דמוגרפית ותפקודית של אוכלוסיות הקשישים - בתקופה 2010-2030	פרק ב':
16	1. מקור הנתונים ומתודולוגיה	
17	2. אומדני אוכלוסייה	
18	3. אומדני הירידה התפקודית	
20	תחזית ההיערכות האשפוזית הנדרשת והעלויות - בתקופה 2010-2030	פרק ג':
20	1. אשפוז קשישים בני +65 במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים	
21	2. אומדן מאושפזים במוסדות לטיפול ממושך בסיעודיים ותשושי נפש	
25	תחזית צרכי כוח אדם בשירותים הרפואיים לקשישים - בתקופה 2010-2030	פרק ד':
27	תחזית ההיערכות הנדרשת בקהילה	פרק ה':
27	1. שירותי רפואה קהילתית	
28	2. זכויות על פי חוק ביטוח סיעוד	
29	3. מפעלים ייחודיים לקשישים בעלי ירידה תפקודית	
32	נספחים 1: הצעת משרד הבריאות לרפורמה בביטוח הסוציאלי בתחום הסיעוד (תקציר)	נספחים
33	נספח 2: האוכלוסייה הקשישה בישראל 2009-2030: סדרת לוחות	

פרק א':**הצרכים של אוכלוסיית הקשישים והמענים הקיימים כיום****1. מאפיינים של בריאות וחולי בזקנה - מושגים כלליים**

מעל גיל 70 ובעיקר מעל גיל 80 משתנים הן הבריאות והן החולי כדלהלן:

שנויים חברתיים

שיעור התעסוקה יורד באופן תלול מעל גיל 70, לכן חלה גם ירידה בהכנסה החודשית ובביטחון הכלכלי. קצבאות הזקנה וגם הפנסיה אינן מהוות פיצוי הולם לאבדן מקור ההכנסה והעבודה, מה גם שלרוב הציבור אין כיום פנסיה כלל או פנסיה קטנה בלבד, לכן העוני שכיח מאוד בזקנה. יתר על כן, בקרב בעלי ההכנסה הנמוכה ובקרב העניים שיעורי התחלואה והתפקוד הלכוי גבוהים יותר, ותוחלת חייהם קצרה יותר.

בדידות ודיכאון

הבדידות והדיכאון הם שני מאפיינים חברתיים-רפואיים הקרובים אחד לשני מאוד, ושכיחותם עולה עם הגיל. אף כי לדיכאון יש טיפול רפואי, נמצא קשר בין דיכאון ובדידות לבין תחלואה, ותפקוד לקוי ונמצא כי תוחלת החיים קצרה יותר במצבים אלה.

שכיחות התחלואה

שיעור התחלואה החריפה לסוגיה עולה עם הגיל, כמו גם שילוב של מספר מצבי חולי (comorbidity) ותחלואה כרונית. כך למשל שכיחות יתר לחץ דם עולה ככל שעולה הגיל ובגיל 90 ל-90% מהאוכלוסייה יש מחלה זו. יתר על כן, גם מאפייני המחלות והסתמנותן הקלינית שונים בקרב חולים מעל גיל 70 בהשוואה לגילאים צעירים יותר (כגון בני ה-60-50). על אנשי המקצוע המטפלים באוכלוסית הקשישים (רופאים, עובדי הסיעוד והפרא רפואיים) להיות בקיאים בהבדלים בתסמיני המחלות ומודעים להם, בכדי להימנע מאבחנות לא מדויקות או שגויות המשפיעות כשלעצמן על הבריאות והחולי.

אופי התחלואה הגופנית

ככל שמתקדם הגיל, בעיקר מעל גיל 70, משתנים הן הבריאות והן המחלות. מצבי בריאות וחולי רבים מופיעים לראשונה מעל גיל 70 ובפרט מחלות האופייניות לגיל הגבוה כגון נפילות חוזרות, אוסטאופורוזיס ושברים (בעיקר שברי צוואר הירך), מחלות ריאה כרוניות, מחלת לב איסכמית ואי ספיקת הלב, אירועים מוחיים לסוגיהם וכיו"ב. אחת ההשלכות החמורות של תחלואה זו היא אבדן התפקוד או הגבלתו. פגיעות במוח, כגון במחלת אלצהיימר, מתרחשות בעיקר מעל לגיל 75 ולהן השפעה קשה לא רק על הבריאות אלא גם על רמת התפקוד ותחושת חוסר ביטחון אצל האדם שנפגע, ובהתאם יש להן השלכות חברתיות חמורות.

הפגיעה בחושים

ירידה בראיה בשל מחלות עיניים שונות (כגון קטרקט, גלאוקומה, מחלות הרשתית בעין) עולה באופן תלול עם הגיל. במקביל עולה עם הגיל השכיחות של ירידה בשמיעה. חשוב ביותר לטפל בפגיעות אלה בחושים, ולספק עזרים במידת הצורך כדי למתן את השפעתן, זאת היות והן מגבירות את הבדידות וגורמות לפגיעה קשה

באיכות חייו של הזקן, וביכולות התפקוד הגופני והכללי. הפגיעה בחושים מגבירה את הסיכון לבעיות בריאות נוספות (כגון נפילות, דיכאון, קושי בתקשורת עם מערכת הבריאות וסיכון מוגבר לסיבוכים יאטרוגניים ועוד), ונמצא שהיא כרוכה בתוחלת חיים קצרה יותר.

הפרעות בתפקוד

התחלואה הגוברת בחומרתה ובהיקפה מביאה לאבדן הדרגתי או חריף ביכולת התפקוד. בעוד שבחולים צעירים יותר. מטרת הטיפול הוא ריפוי המחלה או דיכוייה, הרי שבקרב הגילאים הגבוהים מתווספת לתחלואה הירידה התפקודית, בעיקר בתפקוד היום יומי. שיעור ניכר מהקשישים (קרוב ל-20%) סובל מירידה בתפקודי היום יום הבסיסיים (ADL - basic activities of daily living) בתחומי יכולת התנועה, התלבשות, רחצה, שימוש בשירותים, ואכילה, כפועל יוצא של בעיות הבריאות האופייניות בגילאים אלה. גם פעילויות היום-יום לניהול משק הבית (IADL- instrumental activities of daily living), המשקפות תפקוד המתוחכם יותר (כגון שימוש במכשירים ביתיים, יכולת קניה, שימוש בטלפון וכדומה) נפגע, ועמם נפגעים היכולת לנהל חיים עצמאיים ולתפקד במשפחה ובחברה. **ההפרעות התפקודיות והניסיון להתגבר עליהן או לחיות עימן הן מהנושאים המרכזיים בגרונטולוגיה וברפואה הגריאטרית, והשפעתן על התפקוד הבריאותי והחברתי מביא לצורך באשפוז ובמיסוד, או לעזרה מתמדת בחיי הבית.**

הירידה הקוגניטיבית

הירידה הקוגניטיבית עולה באופן תלול בשכיחותה עם הגיל. ירידה זו שחלקה הגדול נובע ממחלות הדמנציה ובעיקר מחלת אלצהיימר, גורמת באופן הדרגתי לאובדן היכולות האנושיות החשובות ביותר - התפקוד הרוחני, המילולי, החברתי והביצועי. רוב הפגיעות הקוגניטיביות הן בעלות מאפיינים כרוניים ובשל עיכוב במציאת תרופות ראויות, הן אינן הפיכות. קיימים גם מצבים של ירידה קוגניטיבית חריפה (דליריום) בעיקר על רקע תחלואה חריפה, אך גם מצבים אלה פגיעתם רעה והם נוטים להתפתח על רקע ירידה קוגניטיבית קלה יותר שהיתה קיימת קודם לכן, ולגרום להחמרתה. **הירידה הקוגניטיבית המתקדמת מביאה בהמשך התהליך גם לאובדן היכולות התפקודיות הגופניות.**

תחלואה חריפה

ריבוי התחלואה ושינוי אופייה מביאים לידי כך שציבור גילאי +70 ובעיקר +80 גודשים את מתקני הרפואה החריפה - מרפאות קופות החולים (רופאי משפחה ורופאים מומחים), חדרי המיון ומחלקות האשפוז. **שיעור אשפוז בני גילאים אלה עולה פי כמה על שיעורם באוכלוסייה כפי שיפורט להלן.** די אם נציין כאן כדוגמא ששיעור המאושפזים בני +65 בממוצע במחלקות הפנימיות הוא כ-60% וביחידות לטיפול נמרץ הוא כ-50%, לעומת שיעורם של הקשישים בכלל האוכלוסייה העומד על כ-10%. מאליו יובן, איפה, כי השיעור הגבוה של השימוש בשירותי הבריאות הציבורית על ידי גילאים אלו מביא לכך שהוצאה הלאומית בגין הרפואה החריפה לציבור זה הולכת ועולה ככל שעולה הגיל.

תחלואה כרונית וסיעוד

מאפיין מובהק של רפואת בני ה-70 וה-80 הוא הצורך ברפואה כרונית. רפואה זו לקשישים החולים במחלות כרוניות שאיבדו את יכולת התפקוד, התנועה וההליכה, באה לידי ביטוי בעיקר באשפוזם של החולים בהם במחלקות לסייעודיים ותשושי נפש, או במחלקות לסייעוד מורכב, הוספיס, גריאטריה תת חריפה והנשמה ממושכת. מחלקות אלה קרויות גם מחלקות גריאטריות בשל העובדה שכמעט כל מהמאושפזים בהם הם קשישים בגילאים הנזכרים.

בכדי להקטין את נזקי התחלואה הכרונית ואת המצב הסייעודי לסוגיו, קיימת רפואה גריאטרית שיקומית, המתבצעת במגוון מסגרות - החל מאישפוז מלא במחלקות שיקום, או אשפוז יום שיקומי ועד לשירותי שיקום קהילתיים וביתיים. מסגרות אלה פועלות באמצעות צוות רב מקצועי הכולל רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק, קלינאיות תקשורת ועובדים סוציאליים, זאת בכדי לשקם את החולים ולהחזיר להם את יכולת תפקודם באופן מלא או חלקי. כישלון הרפואה השיקומית או מניעת טיפול שיקומי מביא למצב הסייעודי הכרוני.

השיקום לסוגיו זוכה בשנים האחרונות לתשומת לב גבוהה באגף לגריאטריה במשרד הבריאות בשל חשיבותו להקטנת הצורך בסייעוד והחזרת החולה לתפקודו ולמסגרת חייו הרגילה ככל שניתן.

2. השירותים החברתיים והרפואיים העיקריים העומדים לרשות הקשישים בארץ - ומימונם

יש להבהיר כי בהסתכלות על שירותים לקשישים, הגדרת הגיל משתנה מעט בין השירותים השונים. כך במערכת הבריאות ככלל אין הבדלי זכאות על פי גיל¹, והקשישים נבדלים מיתר מבטוחי הבריאות על פי צרכיהם.

לעומת זאת, במערכת הרווחה והביטוח הלאומי הגדרת "זקן" הינה על פי גיל הפרישה בחוק: עד 30 ביוני 2004 גיל הפרישה היה 65 לגברים ו-60 לנשים. החל ב-1 ביולי 2004 גיל הפרישה אינו אחיד כפי שהיה, והוא נקבע בהתאם לתאריך הלידה, עד 67 לגברים ו-62 לנשים (בינתיים לא הוארך לגיל 64 כמתוכנן).

2.1 שירותי בריאות – שבאחריות קופות החולים

חלק ניכר משירותי הבריאות, כפי שיפורט להלן, ניתנים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, על ידי קופת החולים בה מבטוח האזרח – לרבות לאוכלוסיות הקשישים. יש לציין כי קופות החולים ממומנות על ידי מס בריאות הנגבה על פי חוק עבורן על ידי המוסד לביטוח לאומי, והשלמת המימון על ידי משרד הבריאות מתקציב המדינה (מדובר על תקציב כולל של כ-30 מיליארד ₪ לכלל האוכלוסיה). חלוקת המימון בין קופות החולים נעשה על פי "נוסחת הקפיטציה" הלוקחת בחשבון את גיל החולה ולאחרונה גם מגדר ומגורים

¹ פרט להנחות על השתתפות עצמית לגבי קבוצות קשישים מוגדרות- ר' להלן.

בפריפריה. לדוגמה, המקדם לגברים בני 85+ גבוה פי 4.3 בהשוואה לבני 55-45, ופי 3.1 בהתאמה לנשים, וגבוה מעט יותר לאלה המתגוררים בפריפריה בהשוואה ליתר האזרחים.²

השירותים הניתנים ע"י הקופות מפורטים בתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי³, וכוללים שירותי רפואה ראשונית, מרפאות מומחים בקהילה (ובנוסף במרפאות חוץ בבתי חולים), מכוני בדיקה והדמיה, מעבדות, אשפוז בבתי חולים כלליים במחלקות השונות וביצוע פרוצדורות שונות, וכן אשפוז בבתי חולים גריאטריים ושיקומיים לסוגיהם (לרבות במחלקות סיעוד מורכב⁴, תת-אקוטית⁵, הנשמה ממושכת⁶, הוספיס, גריאטריה שיקומית, שיקום כללי נוירולוגי ואורטופדי) – למעט אשפוז לסיעודיים ותשושי נפש (ראה להלן).

יש לציין כי חלק משירותי הבריאות הניתנים ע"י הקופות כרוכים בתשלום השתתפות עצמית, אף כי נקבעו הנחות שונות על השתתפות עצמית בשירותים ספציפיים (תרופות, ביקור רופא ומכשירים ועוד) לגבי אוכלוסיות קשישים מוגדרות (כגון מקבלי גמלת הכנסה, ניצולי שואה, קשישים מעל גיל 75). בפרט יש לציין כי אשפוז סיעודי מורכב כרוך בהשתתפות עצמית על פי חוק (כיום כ- 107 ₪ ליום).⁷

2.2 האשפוז הסיעודי

אשפוז סיעודי (לחולים סיעודיים ותשושי נפש⁸), ניתן בסיוע מימוני של משרד הבריאות, בהתאם לתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. הסיוע ניתן בכפוף לנהלי המשרד הבריאות, ובהשתתפות המאושפז או משפחתו בעלות הטיפול, במסגרת תקציב מוגדר. המאושפזים ובני משפחותיהם מממנים בממוצע כ- 25% מעלות האשפוז הסיעודי, על פי כללים של מבחן הכנסות פרוגרסיבי, ומשרד הבריאות מממן את היתרה.

² ראה נוסחת הקפיטציה העדכנית ל- 2010

<http://www.equalhealth.org.il/wp-content/uploads/2011/02/2010-תקנת-קפיטציה-מתוקנת-2010.doc#Seif0>

³ ראה בקישורית http://www.nevo.co.il/Law_word/Law01/036_001.doc

⁴ חולים שתפקודם סיעודי אך סובלים בנוסף ממורכבות רפואית, כמוגדר בחוזר מינהל רפואה 4/2010 בנושא זה, http://www.health.gov.il/download/forms/a3722_mr04_2010.pdf

⁵ גריאטריה תת אקוטית - מחלקות לחולים קשישים שסיימו את ההליך האבחוני למחלתם החרפה (בביה"ח הכללי לרוב) ואשר זקוקים להמשך טפול רפואי וסיעודי במסגרת אשפוזית קצרה בעלת אופי של רפואה פנימית או גריאטריה חריפה.

⁶ הנשמה ממושכת - מחלקות מיוחדות לחולים שזקוקים להנשמה כרונית במכונות להנשמה חודרנית ואשר בהן גם ניתן לגמול לעיתים חולים ממכשירים אלה.

⁷ ראה בחוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושב"ן

http://www.health.gov.il/download/forms/a3942_sbn10_11.pdf

⁸ תשושי נפש - חולים עם מחלות דמנטיות כרוניות (כגון מחלת אלצהיימר) המסוגלים להלך בכוחות עצמם.

מרבית האשפוז הסייעודי שבאמצעות משרד הבריאות מתבצע על-ידי רכש שירותי אשפוז ממוסדות פרטיים, ציבוריים ואחרים, ופחות מ-5% מהאשפוז הסייעודי מתבצע במחלקות המתאימות בבתי חולים גריאטריים ממשלתיים המתקצבים ע"י המדינה. **בפועל האשפוז הסייעודי עבר הפרטה כמעט מלאה.**

המאושפזים באמצעות משרד הבריאות מהווים כ-70% מכלל המאושפזים המחלקות לסייעודיים ותשושי נפש. שירות זה אינו ייעודי לקשישים אך 95% ממאושפזים אלה הם מעל גיל 65 ומרביתם מעל גיל 80.

לגבי כ-30% המאושפזים הסייעודיים ותשושי נפש, אשר אינם מאושפזים באמצעות המשרד – אין מידע לגבי פילוח הגורמים המממנים, הכוללים מימון עצמי, ביטוח סיעודי, המוסד לביטוח לאומי (כגון לגבי נפגעי תאונות עבודה או פעולות איבה) משרד הבטחון (לגבי נכי צה"ל ובמידה מסוימת בני משפחותיהם). יש לציין כי מרבית אזרחי המדינה מבוטחים בביטוחים סיעודיים פרטיים (קבוצתיים או ביטוחי פרט), אך הכיסוי הביטוחי הניתן בפועל הוא לרוב חלקי בלבד.

2.3 שירותים סיעודיים וחברתיים בקהילה

סיעוד ביתי על פי חוק ביטוח סיעוד - המוסד לביטוח לאומי (טיפול ביתי ע"י מטפלות בית)

שירות זה ניתן ע"י המוסד לביטוח לאומי על פי חוק ביטוח סיעוד, לאנשים הזקוקים לסיוע בפעולות היום יום לאומי על פי קביעת הזכאות הסייעודית –תפקודית, ועל פי מבחן הכנסות. מסגרת סיוע זו היא הרחבה ביותר לקשישים – כוללת כ-15% מכלל הקשישים במדינה שהגיעו לגיל פרישה עפ"י חוק. קימות דרגות שונות של היקף הטיפול על פי הירידה התפקודית. ההיקף המירבי של שעות הטיפול, לאדם עם רמת התלות הגבוהה ביותר, היא 18 שעות שבועיות. במקום או בנוסף למטפלות בית ניתן לקשישים לקבל במסגרת חוק ביטוח סיעוד שירותים נוספים כגון: מרכזי יום, לחצן מצוקה, שרותי כביסה.

מטפלים זרים

ניתן לקבל ממשרד הפנים רישיון להעסקת עובד זר כמטפל סיעודי עד 24 שעות ביממה בבית המטופל הסייעודי לאחר קביעת זכאות סיעודית על ידי המוסד לביטוח לאומי. חלק ממימון שכר העובד הזר יכול לבוא ממסגרת חוק ביטוח סיעוד.

מרכזי יום – פירוט בהמשך

קהילות תומכות – פירוט בהמשך

אספקת ציוד רפואי ושיקומי (משרד הבריאות, יד שרה וארגונים נוספים)

משרד הבריאות משתתף במימון מכשירי שיקום וניידות, עפ"י התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועפ"י נוהלי המשרד, במסגרת תקציב מוגדר. שירות זה אינו ייעודי לקשישים אלא ניתן לכלל הגילאים.

קופות החולים מספקות ציוד ומכשור רפואי, חלקם בהשתתפות המטופל.

בנוסף, קיימות עמודות המספקות ו/או משאילות ציוד ומכשור רפואי ומכשירי שיקום וניידות (כגון יד שרה, עזר מציון ועוד).

סיוע להתאמת תנאי דיור למוגבלים בתנועה

סיוע זה ניתן ע"י ועדה משותפת למשרד הבריאות ולמשרד השיכון. שירות זה אינו ייעודי לקשישים אלא ניתן לכלל הגילאים.⁹

מוסדות לתשושים

אלה מוסדות ומחלקות לאשפוז חולים בעלי ירידה תפקודית קלה/בינונית שאינם יכולים לקבל טיפול בביתם בשל מגבלות סוציאליות. השירות מוגבל לזקנים בגיל הפרישה (כאמור לעיל) ומסובסד על ידי משרד הרווחה באמצעות הרשות המקומית ובהשתתפות הקשיש ובני משפחתו. הסיבסוד ניתן רק לחלק מהשוהים במוסדות אלה, ויתרתם ממומנים ממקורות אחרים, לרבות מימון פרטי.

2.4 התייחסות למכלול השירותים שהוצג

הפיצול באחריות ובמימון השירותים הרפואיים, הסיעודיים והחברתיים בין משרדי הממשלה, הביטוח הלאומי וקופות החולים מקורם בהתפתחות ההיסטורית של השירותים עוד קודם להקמת המדינה, ובשנים הראשונות להתפתחותה.

גורמי רווחה בממשלה ומחוצה לה יזמו את הקמת השירותים לקשישים בארץ בתחום זה, והטביעו את חותמם ביסודות הטיפול בקשיי התפקוד ובסיעוד, ע"י הקמת השרות לזקן במשרד הרווחה, מגוון שירותים בקהילה (לרבות מועדונים לקשיש, מרכזי יום, שכונה תומכת ושירותים נוספים). מערך המיסוד לתשושים גם הוא באחריות השרות לזקן במשרד הרווחה¹⁰. במקביל, גורמי הרווחה פעלו ודחפו לחקיקת חוק ביטוח סיעוד כפרק בחוק הבטוח הלאומי, למתן סיעוד ביתי לקשישים בקהילה עם מוגבלות תפקודית.

הטיפול הרפואי-בריאותי בקשישים התפתח כחלק מההתפתחות הכוללת של מערכת הבריאות בארץ. עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995 נשתמרה אחריות קופות החולים על הטיפול האשפוזי החריף בבתי חולים כללים, האשפוז השיקומי והאשפוז הסיעודי מורכב, שהיו שבאחריות הקופות עפ"י ההסכם ההיסטורי בין משרד הבריאות לשירותי בריאות כללית בשנות ה-80 (הסכם חבוט-פורת). אחריות הקופות

⁹ <http://www.gov.il/FirstGov/TopNav/Situations/SPopulationsGuides/SDisabled/SDMobility>

¹⁰ יש לציין את קווי הדמיון בין המיסוד לתשושים לבין האשפוז הסיעודי, כביטוי למקורו ההיסטורי של האשפוז הסיעודי כשירות רווחה.

כוללת גם מחלקות נוספות שהוגדרו בהמשך לתמהיל חולים זה (כולל גריאטריה תת אקוטית והנשמה ממושכת).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995 שימר את ההפרדה בין השירותים שבאחריות הקופות לבין האשפוז הסיעודי (לחולים סיעודיים ותשושי הנפש) שנותר באחריות משרד הבריאות, במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אמנם כוונת המחוקק היתה כי האשפוז הסיעודי יעבור לאחריות הקופות, יחד עם שירותים נוספים שבתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (לרבות שירותי בריאות הנפש). אולם עד כה לא בוצע מהלך זה לאור התנגדות קופות החולים ומשרד האוצר. כיום מקדם משרד הבריאות רפורמה בנושא (ראה תקציר הרפורמה בסיעוד בנספח, עמ' 31). היתרונות הצפויים של העברת האשפוז הסיעודי לאחריות הקופות הן שזה יהווה תמריץ לקופות להשקיע יותר בחלופות בקהילה, לרבות טיפול רפואי בבית ואשפוז בית, יעודד מגמות התמקצעות של הטיפול בקשיש ויתמרץ פיתוח קידום בריאות ומניעה לקשישים ויש להניח שיעודד גם פיתוח והרחבה של השיקום הגריאטרי. בראיה כוללת, רפורמה זו צפויה להגדיל את הצורך בסיעוד הביתי (ובהתאם את התקציב לנושא מטעם המוסד לביטוח לאומי). הרפורמה גם תגרום להסטת ביקושים ממימון פרטי למימון ציבורי, אולם לא ברור כיצד תשפיע הרפורמה על המספר הכולל של מיטות לסיעודיים ותשושי נפש ועל שיעורן ביחס לאוכלוסיה. אנו מניחים שאם התמריצים יפעלו נכון, יגדל שיעור האנשים שיעדיפו להישאר בבית. נושא הרפורמה בסיעוד מבוסס על דו"ח ועדת חורב, שהוקמה ע"י הנהלת משרד הבריאות. יש לציין כי נכון לכתבת דו"ח זה מסקנות הוועדה טרם הוסכמה ע"י קופות החולים, שעשויה להיות להם עמדה שונה.

הממשלה גם עודדה הקמת ביטוח סיעודי המופעל ע"י חברות הביטוח וקבעה את כלליו, כאשר מקרה הביטוח הוא שינוי במצב הבריאות והתפקוד ההופך אדם לחולה סיעודי, בדומה להגדרות משרד הבריאות.

הפיצול באחריות לשירותים הסיעודיים והגריאטרים הביאו לכך שגם נקבעו כללים שונים ורגולציה נפרדת לאישפוז הסיעודי לעומת הסיעודי מורכב (משרד הבריאות, קופות חולים) למיסוד לתשושים (משרד הרווחה) ושירותי סיעוד ביתי בקהילה עפ"י חוק ביטוח סיעודי (באחריות המוסד לביטוח לאומי).

הכל מבינים כי הפיצול באחריות לשירותים הרפואיים, החברתיים הסיעודיים והכרוניים אינו ראוי. הדעה הרווחת במשרד הבריאות הייתה כי ראוי להעביר את כל השירותים למסגרת קופות החולים, אך באופן היסטורי קופות החולים ומשרד האוצר הסתייגו בשל חששם מגרעונות כבדים שיווצרו להם ע"י צירוף האישפוז הסיעודי לסוגיו לאחריות הכוללת של קופות החולים.

בהצעה אחרת דובר על הקמת גוף ציבורי שייטול את האחריות על כלל החולים הסיעודיים הן מהממשלה, הן מקופות החולים והן ממשרד הרווחה ואולי גם את האחריות להפעלת חוק ביטוח סיעודי, אולם יש בעניין זה הרבה אינטרסים ומעט הסכמה. הועדה לא נכנסה לתחום זה ונמנע מהמלצות בנושא זה המטופל במשרד הבריאות, בנפרד.

פרק ב':**תחזית דמוגרפית ותפקודית של אוכלוסיות הקשישים בתקופה 2010-2030**

פרק זה מטרתו לספק מידע בסיסי המיועד לתמוך בפיתוח של שירותים לציבור הקשישים. המסמך מספק תמונה דמוגרפית עכשווית ועתידית של אוכלוסיית הקשישים, אומדנים לגבי היקף המוגבלות הצפוי של אוכלוסייה זו ואומדנים לגבי העלות הצפויה של שירותים ייעודיים עיקריים עבורה. מובן הדבר שבמידה ויחולו התפתחויות חדשות במערכת השירותים או שיתרחשו שינויי מדיניות הנוגעים, בין השאר, לקריטריונים לקבלת הזכאות לשירותים שונים, ישפיע הדבר גם על האומדנים הנוכחיים.

1. מקור הנתונים ומתודולוגיה

הנתונים המופיעים בפרק זה מקורם בארגונים הבאים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, המוסד לביטוח לאומי ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

נתוני האוכלוסייה כוללים אומדנים שוטפים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן הלמ"ס) לשנת 2009 ותחזיות לכל שנה בתקופה 2010-2020 ולשנים 2025 ו-2030. תחזיות אלה מבוססות על גודלה ועל הרכבה של האוכלוסייה בסוף שנת 2005 (החלופה הבינונית בתחזיות הלמ"ס).

בתחזית האוכלוסייה נעשה שימוש בהנחה שהפריון הכולל (מספר לידות לאשה) בקרב היהודיות, הנוצריות הערביות והאחרות לא צפוי להשתנות במהלך שנות התחזית, ואילו בקרב המוסלמיות והדרוזיות צפויה ירידה בפריון. הפריון הכולל בחומש האחרון של תקופת התחזית (2026-2030) ינוע בין 1.6 ל-2.6 לידות לאשה.

תוחלת החיים בלידה צפויה לגדול בתקופת התחזית ב-4 שנים ובחומש האחרון היא תנוע בין 79.8 ל-87.0 שנים, בהתאם לדת ולמין. לגבי מאזן ההגירה (עולים נטו, כלומר: עולים בניכוי "יורדים"), ההנחה היא שתהיה ירידה משמעותית במאזן זה. בחומש האחרון של תקופת התחזית צפויים להגיע 19 אלף עולים.

אמדני התפקוד התבססו על מספר מקורות: א. סקר בריאות של הלמ"ס משנת 2009; ב. מפקד דיירי המוסדות לטיפול ממושך שנערך ע"י מכון ברוקדייל בשנת 2000; ג. נתונים מנהליים של משרד הבריאות ושל משרד הרווחה לגבי דיירי המוסדות לטיפול ממושך בסוף 2009.

חישוב אומדני המוגבלות נערך לפי חתכים דמוגרפיים של גיל ומין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים ואחרים, ערבים) - שהם החתכים הזמינים בתחזיות האוכלוסייה.

ההתייחסות למוגבלות של קשישים הגרים בקהילה במסמך זה מתבססת על הנתונים מסקר בריאות שנערך ב-2009, בהקשר של שני מימדים:

(א) תפקודי היום-יום הבסיסיים (ADL) – כאן המוגבלות כוללת את מי שמתקשה או מי שלא יכול לבצע בעצמו לפחות אחת מהפעולות הבאות: להתלבש, לרחוץ פנים וידיים, להתיישב ולקום, להיכנס ולצאת מהמיטה, לאכול (כולל חיתוך האוכל);

(ב) ניידות מחוץ לבית – כאן המוגבלות מוגדרת כחוסר מסוגלות או צורך בעזרת אדם/מכשיר/מעקה כדי ללכת מחוץ לבית ו/או לעלות ולרדת קומה אחת.

דפוסי שימוש: אנו מציגים בפרק זה ובפרקים הבאים את דפוסי השימוש הקיימים בשירותים נבחרים ואת אומדני השימוש הצפויים בעתיד. דפוסי השימוש בשנת 2009, לפי חתכים של גיל ומין, הם הבסיס שלפיו חושבו האומדנים לשנים הבאות. כלומר, אנו "מצלמים" את המצב הקיים בשנת הבסיס (2009) ומשליכים זאת קדימה. פירוש הדבר, שהשינויים במספר המשתמשים בשנות התחזית ביחס לשנת הבסיס, משקפים אך ורק את השינויים הדמוגרפיים שיחולו בגודלה ובהרכבה (לפי גיל ומין) של אוכלוסיית הקשישים, מאז 2009 ועד השנה המתאימה בתחזית.

שיעורי מיסוד: בתחילת שנת 2000 נערך ב"משאב" מפקד מקיף של כל דיירי המוסדות לקשישים בארץ. אחת המטרות של המפקד הייתה לעדכן את שיעורי המיסוד של קבוצות שונות בקרב האוכלוסייה הקשישה. לשם אמידת מספר הדיירים במוסדות בשנים הבאות נעשה שימוש במאפיינים הבאים: א. שיעורי המיסוד הסגוליים של 2000 לפי חתכים של מצב תפקודי, קבוצת אוכלוסייה, גיל ומין, המסתמכים על המפקד הנ"ל; ב. שיעורי התפוסה שנמצאו בסוף 2009, לפי מצב תפקודי, על פי נתונים מנהליים של משרד הבריאות ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים.

2. אומדני אוכלוסייה (לוחות 1-2)

בסוף שנת 2009 מנתה אוכלוסיית הקשישים (בני +65) 742 אלף נפש והם היוו כ-10% מכלל האוכלוסייה. הקשישים המבוגרים יותר, דהיינו בני 75 ומעלה הם 48% מכלל הקשישים, ובני 80 ומעלה מהווים 28% מהאוכלוסייה הקשישה. הרוב המכריע (92%) של הקשישים הם יהודים ו"אחרים" (הכוונה לנוצרים שאינם ערבים ולא להם שהם בלתי מסווגים לפי דת) ורק 8% הם ערבים (מוסלמים, נוצרים-ערבים ודרוזים).

לפי תחזיות הלמ"ס, המבוססות על אומדני האוכלוסייה בסוף שנת 2005, צפוי שעד סוף שנת 2030 יגיע מספר הקשישים ל-1,367 אלף (1.367 מליון) נפש והם יהיו 13.7% מכלל האוכלוסייה באותה עת.

פירוש הדבר שבתקופה 2009-2030 צפוי גידול של 84% במספר הקשישים; זאת אומרת גידול שנתי ממוצע של 3.0%. לשם השוואה, יצוין שהגידול המקביל בקרב כלל האוכלוסייה (כל הגילאים) יעמוד על 32% בלבד בכל התקופה, כאשר אחוז הגידול השנתי הממוצע בכלל האוכלוסייה יהיה 1.3%.

שיעורי הגידול של הקבוצות הדמוגרפיות העיקריות שמהן מורכבת אוכלוסיית הקשישים אינם אחידים. כך, קצב הגידול של הגברים, עד שנת 2020, יהיה מהיר יותר מזה של הנשים. כתוצאה מכך, ירד במקצת שיעור הנשים בקרב האוכלוסייה הקשישה מ- 56.8% בסוף 2009 ויעמוד על 55.6% בסוף תקופת התחזית.

במהלכה של תקופת התחזית צפויה תמונה מעורבת של הגידול באוכלוסייה הקשישה לפי קבוצת גיל. אם בעבר היינו עדים לגידול מהיר, באופן יחסי, של אוכלוסיית הקשישים המבוגרים (בני +75), הרי מגמה זו תחזור על עצמה רק בעשור האחרון של התקופה הנסקרת (2020-2030), ואילו עד אז (2009-2020) צפוי גידול מהיר יחסית של הקשישים הצעירים (בני 65-74).

כתוצאה מתהליכים אלו, ירד משקלם של הקשישים המבוגרים (בני +75) מתוך כלל הקשישים באופן הדרגתי מ- 47% לפי נתוני 2009 ל-40% בשנת 2020, ובשנת 2030 צפוי שמשקלם מכלל הקשישים יחזור ויהיה דומה יותר לרמתו הנוכחית. כך גם לגבי בני +80 מ-28% בשנת 2009 ל-24% בשנת 2020, ו-28% בשנת 2030 (49%-1 ו-28% בהתאמה מתוך כלל הקשישים).

על פי התחזית, בשנת 2030 כ-12% מהקשישים ישתייכו למגזר הערבי לעומת כ-6% כיום; זאת בעקבות שיעורי גידול גבוהים במיוחד של הקשישים באוכלוסייה הערבית ביחס לאלה של האוכלוסייה היהודית – 176% לעומת 76% בהתאמה במהלך השנים 2009-2030. מספר הקשישים הערבים יגיע ל-165 אלף לעומת 60 אלף בסוף 2009.

3. אומדני הירידה התפקודית (לוחות 4-5)

בקהילה: בשנת 2009, כחמישית (21%) מאוכלוסיית הקשישים הגרים בקהילה (לא כולל דיירי מוסדות) התקשה או שלא יכלה לבצע פעולות היומיום בסיסיות כגון רחצה. מהנתונים עולה כי היקף האוכלוסייה הקשישה המוגבלת בפעולות היומיום דומה מאוד להיקף האוכלוסייה המוגבלת בניידות מחוץ לבית. לפיכך, באמזן מספר המוגבלים בעתיד, הסתפקנו בהצגת האמדנים לירידה תפקודית בהתייחס למוגבלים בפעולות היומיום בלבד.

בהתייחס להבדלי גיל ומגדר, נמצא כי שיעור הירידה התפקודית בקרב בני +75 גבוה פי 3 מזה של הקשישים בני 65-74 ושיעורה בקרב נשים קשישות גבוה פי 1.6 מזה של גברים קשישים. הנשים הקשישות, על אף יתר מוגבלותן התפקודית, מאריכות ימים יותר מגברים.

במוסדות: אמזן מספר הקשישים בעלי ירידה תפקודית השוהים במוסדות, כולל את השוהים במוסדות שהוגדרו כתשושים, כסיעודיים או כתשושי נפש. הנתונים מתבססים על התפוסה המוסדית בסוף שנת 2009 ועל שיעורי המיסוד הסגוליים שנמצאו במפקד הארצי של דיירי המוסדות לטיפול ממושך שנערך בשנת 2000.

האמדנים להלן מתבססים על ההנחה כי שיעורי המוגבלות על פי שכבות הגיל ומגדר יישארו ללא שינוי, וכך גם שיעורי המיסוד.

מספרם הכולל של הקשישים המוגבלים (בקהילה ובמוסדות) (לוח 5) בסוף שנת 2009 נאמד ב-176 אלף איש. מספר זה צפוי להגיע ל-233 אלף בשנת 2020 ול-342 אלף בסוף תקופת התחזית, דהיינו בשנת 2030. משקלם של הקשישים המוגבלים מתוך כלל הקשישים ינוע בין 21.8% (בשנת 2020) ל-25.1% (בשנת 2030). אחוז המוגבלים השוהים במוסדות, שהינו -13.3% בשנת 2009, צפוי לרדת ל-11.8% בשנת 2025 בשל השינוי היחסי בשכבות בגיל כמותואר.

לפי התחזיות, כאשר בוחנים את כל התקופה הנסקרת (2009-2030) – שיעור הגידול במספר המוגבלים יהיה מעט גבוה יותר מזה של כלל הקשישים - 95% ו-84% בהתאמה. בתקופה הראשונה (2009-2020) קצב הגידול במספר המוגבלים צפוי להיות נמוך מזה של כלל האוכלוסייה הקשישה (33% לעומת 44%), ואילו בתקופה השנייה (2020-2030) צפוי היפוך מגמה, כאשר שיעור הגידול במספר המוגבלים יהיה גבוה מזה של כלל הקשישים (47% לעומת 28%). הסיבה למגמות אלה היא שיעור הגידול של בני +75, קבוצה המאופיינת בשיעורי מוגבלות גבוהים יחסית, אשר יהיו גבוהים משמעותית לאחר שנת 2020 בהשוואה לשיעור הגידול של בני 65-74, קבוצה המאופיינת בשיעורי מוגבלות נמוכים באופן יחסי.

תחזית ההיערכות האשפוזית הנדרשת והעלויות - לתקופה 2010-2030

1. אשפוז קשישים בני +65 במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים

לוח 8 מפרט את אמדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית של בני +65 במחלקות לאשפוז כללי. לפי סוגי המחלקות בבתי חולים כלליים, לתקופות 2010-2030.

לוח 17 מפרט את אחוז הגידול במספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית ביחס לשנת 2009 בבתי החולים הכלליים. ניתן ללמוד ממנו כי תוספת האשפוזים והעלות הכללית (בה נלקח בחשבון אורך האשפוז הממוצע) של קשישים +65 עד שנת 2030 יעלה ביותר מ 85% של כ- 32% בגודלה של כלל האוכלוסיה בתקופה זו.

היות וצפויה עליה בשיעור בני +75 ובעיקר בני +80 (לוחות 1-2), הרי שהצורך במיטות הכלליות לקשישים לעומת האוכלוסייה הכללית יעלה עוד בשיעור ניכר במיוחד בעשור האחרון של התקופה. זאת, כיוון שבני גילים אלה לא רק צורכים הרבה יותר אשפוזים אלא ששהותם במחלקות האשפוז וטיפול נמרץ ארוכה יותר ויקרה יותר.

לנתונים אלה משמעות רבה. זאת כיוון שברור כי כבר כיום יש מחסור ניכר של מיטות אשפוז בבתי החולים הכלליים ובמיוחד יש בהם מחסור במיטות אשפוז לקשישים ומחסור זה יעלה באופן משמעותי בעשור הנוכחי, ועוד יותר בעשור שלאחריו. דפוסי האשפוז ישתנו ובתי החולים הכלליים יאשפזו בעיקר חולים קשישים להם מחלות חריפות ובעיקר קשישים מאד.

עד שנת 2020, בכדי לשמור על יחס המיטות הכלליות לאוכלוסיה הקשישה כפי שהיא כיום, תידרש תוספת של כ- 44% במספר המיטות לקשישים (בני +65) בבתי החולים הכלליים ועד 2030 תמריא התוספת הנדרשת לכ- 84%, לעומת הקיים כיום (מכ-5,900 כיום מיטות לכ-10,800 ב-2030).

על משרד הבריאות להכין כבר עתה את התקציבים הדרושים לתוספת המיטות ההכרחית ואת המימון להפעלתן, בהתאם ללוחות המפרטים את תוספת ההוצאה הדרושה המצורפת לדוח זה (לוחות 8-1-17). הלוחות אינם כוללים את עלויות ההקמה וההצטיידות של מחלקות נוספות ושל בתי חולים כלליים נוספים שללא ספק ידרשו בכדי לספק את מינימום האשפוז הכללי הנדרש, לפי אמות המידה הקיימות כיום, שגם הן נמוכות על פי סטנדרטים של מדינות מפותחות אחרות.

אם קצב גידול המיטות במחלקות ובבתי החולים הכלליים לא יגדל בהתאם לקצב השינויים הדמוגרפיים, הרי שכאמור, חלק מהמחלקות ובבתי החולים הכלליים יהפכו וידמו למחלקות גריאטריות פעילות.

קשה להגזים בחשיבות ההערכות הדחופה הנחוצה בהעלאת מספר המיטות בבתי החולים הכלליים על פי מחלקות (כפי שניתן ללמוד מלוחות המצ"ב).

בכדי לנסות ולמתן את העליה הצפויה בשעורי האשפוז הכללי והגריאטרי יש לפעול במימד הקהילתי. לצורך זה יש לפתח ולשפר התערבויות בריאותיות עבור אוכלוסית הקשישים לרבות קידום בריאות ומניעת תחלואה (ברמת הרפואה הראשונית), הערכה גריאטרית כוללת בקהילה, טיפול רפואי בבית ושיקום. במקביל יש לפתח מסגרות חברתיות וטיפוליות שונות האמורות לסייע בכך לפי הידע והניסיון בארץ ובחו"ל.

2. אומדן מאושפזים במוסדות לטיפול ממושך בסיעודיים ותשושי נפש

בלוח 14 מוצגים אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית לשנים 2010-2030. אם שיעורי המיסוד לסיעודיים ותשושי נפש ישארו ללא שינוי, בשנת 2020 צפויים 25,221 אשפוזים במוסדות סעודיים ותשושי נפש לעומת 20,683 בסוף 2010, עליה של כ- 4,500 מיטות (גידול של כ- 22%). בשנת 2030 ידרשו 37,600 מיטות, עליה של יותר משלוש עשרה אלף מיטות לעומת 2020 (גידול ב- 50% נוספים).

צרכים גדלים אלה דורשים תכנון ופריסה גיאוגרפית מתאימה של המיטות החדשות. על האגף לגריאטריה והנהלת משרד הבריאות לשקול האם להמשיך במגמת ההפרטה של המיטות לסעוד ותשושי נפש ולתת לכוחות השוק לתכנן ולבנות מוסדות סעודיים חדשים, או לחלופין להעלות את תמהיל המיטות הציבוריות, בפרט באזורי כשל שוק.

עלויות כלל האשפוז הסיעודי (ללא קשר לגורם המממן) בשנים 2010, 2020 ו-2030 תהיינה 1.98, 2.42 ו- 3.66 מיליארדי שקלים בהתאמה. כמחצית מתוך זה מהוות העלויות הציבוריות לא כולל השתתפות המשפחות. בהתאם, העלויות הציבוריות נטו לשנים אלה תהיינה 1.16, 1.44 ו- 2.09 מיליארדי שקלים בהתאמה (בהנחה שלא יחול שינוי במודל סבסוד האשפוז הסיעודי ע"י המדינה).

עוד יש לציין כי העלויות השנתיות שחושבו בלוח 14 לקחו בחשבון את מספר המיטות החדשות הנדרשות על סמך גידול מספר הקשישים בגילאי בני 75 ו-80 - בהנחת מחירים קבועים. אולם, סביר כי מחירי יום אשפוז סיעודי יעלו, בשל תביעות בעלי המוסדות והצעדים המשפטיים שליוו לאחרונה תביעות אלה. לאור זאת, אומדן העלויות יגדל מעבר לאמור - על פי עליית מחירי היום הממוצעים באשפוז הסיעודי במדינה. ניתן להניח כי עליה זו תהיה לפחות בשיעור של 10% יותר מהעלויות כיום.

הועדה העלתה את סוגיית ביטול ההשתתפות העצמית במימון האשפוז הסיעודי הכרוני, אשר מהווה כ-25% מההוצאה באשפוז הסיעודי המסובסד וקרוב ל- 50% מההוצאה הכוללת עבור אשפוז סיעודי (כולל כ- 30% מהמיטות לסיעודיים ותשושי נפש, שאינן מסובסדות כלל ע"י משרד הבריאות). השיקולים לביטול ההשתתפות הם חוסר ההיגיון והצדק בחיוב קשיש, בדרך כלל מעל גיל 80, למימון חלק מאשפוז סיעודי כרוני כאשר בהשוואה האשפוז הכללי פטור מהשתתפות זו, וכן רוב האשפוז בגריאטריה פעילה שבאחריות הקופות (למעט אשפוז סיעודי מורכב). העוול שבהשתתפות העצמית גדול ובוולט במיוחד לאור העובדה שבתקופת הזקנה אין עוד הכנסות מעבודה, והפנסיה וקצבת הזקנה בדרך כלל זעומים ומביישים. מדובר למעשה במס נוסף על הבריאות לאוכלוסיה שבפועל רובה המכריע מתחת, או קרוב, לקו העוני. יתר על כן, "מס" זה חל גם על בן/בת הזוג ובנים/בנות של המאושפז הסיעודי ומטיל עליהם נטל נוסף. מאידך, ביטול

ההשתתפות העצמית יצריך הכפלת תקציב המדינה במימון מיטות במוסדות ועלול גם להסיר חסמים למיסוד הקשיש, ובכך להטות את הכף מפתרונות קהילתיים לקשיש לפתרונות מוסדיים.

בהקשר זה יש לציין שגם השתתפות שגובות קופות החולים בגין אשפוז סיעודי מורכב – כ- 25% ממחיר יום ממוצע של סיעודי מורכב (כאשר בפועל נגבה בממוצע מחצית מכך) - ראוי לה שתתבטל ותעבור מן העולם בשל אותם הנימוקים.

3. אומדני מאושפזים בגריאטריה פעילה

3.1 גריאטריה שיקומית

בלוח מס' 11 ניתנים התחזיות לגידול האשפוז בגריאטריה שיקומית. כמו בסעיפים הקודמים, אומדן האשפוזים כולל בתוכו את מספר האשפוזים והעלות השנתית, הכוללת גם את ממוצע ימי האשפוז על פי גילאים.

לפי חישוב זה יהיה אומדן האשפוזים לשנים 2010, 2020 ו-2030, על פי דפוסי האשפוז הנוכחיים, 12,837, 16,233 ו- 23,565 בהתאמה. אולם, היות ולאגף לגריאטריה ולמשרד הבריאות יש מדיניות (מוצדקת מאוד) של הרחבת האשפוז השיקומי ומתן הזדמנות שיקומית לפלח רחב הרבה יותר מהאוכלוסיה הקשישה, לאחר אירועים שגרמו לפגיעה תפקודית קשה, הרי שניתן להניח (ולקוות) כי מספר מיטות השיקום יכפילו עצמן באופן מוחלט בעשור הקרוב מעל ומעבר לשיעורי הגידול באוכלוסיה הקשישה. להרחבה כזו של הגריאטריה השיקומית אמורה להיות השפעה ממתנת על שיעור הגידול הצפוי באשפוז הסיעודי וניתן להניח כי כנגד תוספת של כל 10 אשפוזים בשיקום יתאשפו חולה אחד פחות בסיעוד כרוני, ולדבר זה משמעות כספית משמעותית. מעבר לכך – צפוי גם צמצום שיעור המוגבלות בקהילה.

האגף לגריאטריה הכין תוכנית רלוונטית להגדלת שיעור המיטות השיקומיות לשנים הבאות (לוח מס' 9 א')

3.2 גריאטריה תת אקוטית

אומדן גידול האשפוזים ברפואה גריאטרית תת אקוטית הניתן בלוח 11 מייצג אף הוא מכפלה של מספר האשפוזים בשנת 2010 בשיעור גידול הקשישים לאורך שנות התחזית. יש לציין כי קטגוריית אשפוז זו עדיין אינה נפוצה באופן אחיד ברחבי הארץ (אינה קיימת בצפון הארץ, בדרום ובתל אביב וחלוקתה ביתר האזורים היא ככלל על פי מיקום המרכזים הרפואיים הגריאטריים (מרג"ים) הממשלתיים, ציבוריים ופרטיים. סדרי רצף האשפוז בין בתי החולים לבין המחלקות הגריאטריות התת-אקוטיות עדיין לא מיושמים בצורה מיטבית ולכן גם אין עדיין שיעור מוסכם או רצוי למספר מיטות אלה בארץ, ועדיין אין די ניסיון בכך. מיטות גריאטריה תת-אקוטית, בהגדרתן אמורות להחליף מיטות במחלקות אשפוז בבתי החולים הכלליים, בעיקר במחלקות פנימיות, נירולוגיות, ובמידה מסוימת גם בכירורגיה ואורתופדיה. עלויות האשפוז בגריאטריה תת אקוטית אמורות להיות כשליש עד חצי מעלויות יום אשפוז כללי והן מחליפות מיטות כלליות

בשיעור של אחת מול אחת. לכן קטגוריה זו, שרצוי וחשוב לפתח אותה, אמורה להקטין את הצורך במיטות כלליות, וזה התמריץ לפיתוחן. האגף לגריאטריה הכין תכנית רלוונטית בענין זה. (לוח מס' 9א').

3.3 סיעוד מורכב

לוח 11 גם מציג את העליה המשוערת באומדן האשפוזים בסיעוד מורכב לשנים שעד 2020 ו-2030, והגידול בהן חופף את גידול האוכלוסיה הקשישה בדומה לאשפוז הסיעוד הכרוני ותשושי הנפש. ניתן לשער גידול נוסף של 10% בתקופה של 2020-2030 בשל העליה באחוז הקשישים מאוד. יתכן כי יחול כאן שנוי באם הגדרות הסיעוד המורכב ישתנו לעומת הסיעוד הכרוני (למשל פצעי לחץ), אולם השיקולים המורכבים בעינין זה נתונים לפתחו של האגף לגריאטריה.

3.4 הנשמה ממושכת

קטגורית אשפוז זו היא חדשה יחסית, והתפתחה בממדים משמעותיים רק בעשור האחרון. התפתחות זו היא תוצאה של שיכלול שיטות ההחייאה בחולים קשים (כגון במחלות לב, מחלות נוירולוגיות קשות ובמחלות זיהומיות עם הלם ספטי). מתברר כי ציבור החולים ומשפחותיהם רוצים בהחייאות ורוצים בהנשמה ממושכת בין אם החולה בהכרה ובין אם הוא חסר הכרה. לכן הגענו בשנת 2010 ל-1,301 אשפוזים של הנשמה כרונית ממושכת, אשר עקב הטכנולוגיות המודרניות בהנשמה הם גם ארוכים למדי.

המספרים הניתנים בלוח 11 לאומדן האשפוזים לשנים 2010 ו-2020 גם הם מכפלה של המצב ב-2010 בגידול האוכלוסיה הצפוי. ניתן להניח כמעט בוודאות כי המספרים האמיתיים יהיו גדולים באופן משמעותי מהאמדן הדמוגרפי גרידא בשל אותן הסיבות שהביאו בשנים האחרונות לפיתוח ההנשמה הכרונית, והיינו מסתכנים בהערכה של הכפלת מספר מיטות ההנשמה לעומת התחזית הדמוגרפית.

האגף לגריאטריה הכין תוכנית רלוונטית לנושא זה (לוח מס' 9א').

3.5 תחליפי אשפוז

יש להבדיל בין פעולות רפואיות וחברתיות בעזרתן ניתן במידה ידועה למנוע תחלואה ואשפוז ואשר ידונו להלן, לבין תחליפי אשפוז.

תחליף האשפוז העיקרי כיום לקשישים הוא אשפוז בית או במידה פחותה טיפולי בית.

אשפוז בית כולל טפול במספר סוגי חולים :

א. חולים פנימיים, מאלה הכלולים בהגדרת גריאטריה תת אקוטית, מחלות לב לא מאוזנות בעיקר אי

ספיקת הלב, מחלות ריאה כרוניות, זיהומים הדורשים טפול ממושך וכדומה.

ב. חולים סעודיים מורכבים המאושפזים בבתיים ומקבלים טיפול זהה לאשפוז במחלקות לסעוד מורכב.

ג. חולים במחלות סופניות (בעיקר ממאירות) - מדובר בתחליפי "הוספיס" או תחליפי אשפוז כללי.

ד. חולים מונשמים כרוניים- כאן מדובר בתחליף ביתי לאשפוז מלא למחלקות להנשמה ממושכת.

הטכניקות להפעלת אשפוז בית לא ידונו בדו"ח זה.

בספרות הבינלאומית קיים אומנם ויכוח לגבי הכדאיות הכלכלית שבאשפוז בית. אולם ויכוח זה נכון רק לגבי אשפוז בית מהסוג של גריאטריה תת-חריפה (למרות שבארץ הוכחה כדאיותו הכלכלית). לגבי אשפוזי בית בסיעוד מורכב, מחלות סופניות והנשמה כרונית אין כל ספק ביעילות הכלכליות, זאת כיוון שאשפוז בית זה מחליף אחד לאחד אשפוז כרוני בסיעוד מורכב, מונשמים או הוספיס ועלותו אינה עולה 25% מעלות האשפוז הסעודי מורכב, מונשמים או הוספיס. לכן מן הראוי לעודד ולהרחיב את השימוש באשפוז בית בכל אזורי הארץ, בכל קופות החולים ולהשתמש בטכניקות מוגדרות בעלות יתרונות רפואיים וכלכליים כאחד.

לתחליף אשפוז זה, מלבד החשיבות המשפחתית והחברתית, יש פוטנציאל אמיתי להקטנת האשפוז הכללי והגריאטרי.

תחזית צרכי כוח אדם בשירותים הרפואיים לקשישים - בתקופה 2010-2030

להרחבת צרכי האשפוז לקשישים הצפויה בשני העשורים הקרובים על פי האומדנים שניתנו בפרקים הקודמים ובלוחות המצורפים אליהם, יש, מלבד משמעותם החברתית והכלכלית הגדולה, גם משמעות מקצועית במתן פתרונות לצרכי כוח אדם מקצועי. מדובר בצרכים גדולים של רופאים בעלי מומחיות או מיומנות לטיפול בקשישים החולים במחלות חריפות ומאושפזים במחלקות בבתי החולים הכלליים ובמחלקות הגריאטריות והסעודיות לסוגיהן.

לוחות מס' 26-22 מפרטים על בסיס שנתי את הצורך הכמותי שילך ויגבר בשני העשורים הקרובים ברופאים, אחיות, כוחות עזר, ובמקצועות הבריאות, הן באשפוז הכללי והן במערכות האשפוז הגריאטרי.

כבר כיום אין די רופאים מומחים בגריאטריה בכדי לאייש את כל תקני הרופאים במרכזים הגריאטריים ובמחלקות השיקומיות והסעודיות לסוגיהן, בתשושי הנפש ובמחלקות לתשושים. בהעדר מומחים במספר הנדרש ממלאים את מקומם בעיקר רופאים שאינם מומחים ואינם מתמחים, ברובם יוצאי מדינות חבר העמים הסובייטי לשעבר, אשר נקלטו בברכה גדולה במערכת האשפוז הגריאטרי בשנות ה-90 ובעשור שחלף. קליטת רופאים/ות אלה למערכת הגריאטריה היתה חד פעמית. קצב פרישתם לגמלאות של רופאים/ות אלה צפוי למדי, ואין כיום די מתמחים להחליף רופאים אלה.

ברור לכל כי בלא צעדים משמעותיים לעידוד רופאים בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ להתמחות ברפואה גריאטרית, ייווצר מחסור חמור ברופאים גריאטריים, וזאת עוד לפני חישוב התוספות ההכרחיות בשל הגידול הצפוי בכל דפוסי האשפוז הגריאטרי הפעיל והכרוני.

יש הכרח במתן תמריצים משמעותיים מאוד, כספיים ואחרים, להתמחות ולעבודה ברפואה גריאטרית, שאם לא כן לא יימצאו רופאים שיטפלו בחולים שבמערכת הגריאטרית. במקביל יש להכשיר תוספת של אחיות בקורסים על בסיסים רלוונטים וכן של כוחות עזר ובעלי מקצועות השקום (פיזיותרפיה, ריפוי בעסוק, קלינאות תקשורת) ומקצועות בריאות נוספים (לרבות תזונה ועבודה סוציאלית). לאשל (האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל ביסוד הגיוינט הנתמכת גם ע"י המדינה) יש יכולות וניסיון רב בתחום זה, ורצוי להשתמש במרכז ההכשרה שלהם ולהיעזר בהם. ככל שמצב כוח האדם הצפוי בשנים הקרובות חמור במערכת הגריאטרית, נראה כי המצב חמור אף יותר במערכת האשפוז הכללית.

במערכת האשפוז הכללית תופסים הקשישים (בעיקר גילאי +75) כבר כיום כשליש מהמיטות. בחלק מנתי החולים הכלליים אין יועצים גריאטרים ואין מחלקות גריאטריות. בפועל, ברוב בתי החולים אין רופאים בעלי מיומנות לטפל בבעיות הרפואיות האופייניות לגיל הזקנה, לרבות בבעיות התפקודיות והשיקומיות, בשיקולים הסיעודיים, בבעיות הקוגניטיביות ובחולים הדמנטיים.

המחסור במומחים בגריאטריה מביא ללא ספק לכך שהחולים שניתן לטפל בהם או לשקמם ולמנוע הפיכתם לחולים סעודיים, נשלחים לבתייהם או למוסדות סעודיים בלא שיקול מקצועי מספיק.

חולים רבים הנשלחים מאשפוז בבית חולים לבתייהם חוזרים לבית ריק או לבית בו בן הזוג חולה אף הוא ומתקשה לתפקד. חולים אלה אינם מסוגלים לדאוג לצרכיהם המינימליים, אינם יכולים לקבל את התרופות להם הם נזקקים בשל חוסר יכולת פיזית או מנטלית לבצע קניות, ללכת לבית המרקחת וכיוצא בכך. התוצאה היא לעיתים קרובות תחלואה נוספת, אשפוז נוסף והתדרדרות רפואית ותפקודית.

יש הכרח לקבוע תקנים מינימליים מחייבים של צוותים רב-מקצועיים באחריות רופא גריאטרי בכל בית חולים בארץ, ליעוץ לכל מחלקות ושרותי בית החולים.

הגידול הגדול הצפוי באכלוס מחלקות בתי החולים בקשישים כפי שתואר, ובתוספת מחלקות ובתי חולים בארץ שאין מנוס ממנו, יחמיר את המחסור ברופאים בעלי מומחיות וידע בטפול בקשישים.

מצב זה נכון אף בקהילה. כפי שיתואר בפרק הקהילתי, כמעט שאין בנמצא רופאים בעלי מומחיות ברפואה גריאטרית במסגרת מרפאות קופות חולים או בקרב המומחים העצמאיים, וזאת על אף העובדה שהקשישים הם הלקוחות העיקריים של רופאי המשפחה ושל מרפאות קופות חולים.

נראה כי הפתרון ההכרחי למחסור ברופאים גריאטריים וברופאים בעלי ידע ויכולות טפול בקשישים הוא שילוב ההתערבויות הבאות:

א. הרחבת לימודי הגריאטריה בבתי הספר לרפואה לחודשיים ימים (לפחות), במקום שבועיים כיום, במהלך השנה החמישית או השישית ללימודי הרפואה.

ב. הכשרת כל רופא במהלך שנת הסטאז' בחודש חובה במרכז גריאטרי מוכר.

ג. על כל המומחים והמתמחים ברפואה פנימית וברפואת המשפחה לעבור השתלמות ברפואה גריאטרית. יש הכרח לחייב על ידי המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית ומשרד הבריאות כל רופא מתמחה ברפואה פנימית וברפואת המשפחה לעבור קורס קליני של כשלושה חדשים ברפואה גריאטרית על פי תכנית מוגדרת, בכדי לבנות את הבסיס של הידע לטפול בחולים העיקריים והקשים שלהם - הקשישים והקשישים מאד.

באם כל רופא פנימי או רופא משפחה ידע לטפל ולכוון טפול בבעיות הרפואיות, התפקודיות הקוגניטיביות והסוציאליות הבסיסיות של החולים הקשישים המטופלים על ידיו, תיפתר הבעיה העיקרית של הטיפול בקשישים בקהילה ובאשפוז.

ד. מתן תמריצים גדולים ובעלי משמעות להתמחות ברפואה גריאטרית בכדי לייצר את מומחי הדור הבא במקצוע זה, ואת המנהלים העתידיים של הגריאטריה האשפוזית לסוגיה, וכן את הרופאים הגריאטריים הנדרשים בקהילה.

פרק ה'

תחזית ההיערכות הנדרשת בקהילה

השירותים הקהילתיים בתחומי הבריאות והרווחה לקשישים ניתנים לחלוקה ל-3 קבוצות עיקריות.

- א. שרותי רפואה קהילתית
- ב. זכויות על פי חוק ביטוח סיעוד
- ג. מפעלים יחודיים לקשישים עם ירידה תפקודית

1. שירותי רפואה קהילתית

מדובר בעיקר במרפאות קופות החולים הפרוסות בערים, בעיירות ובהתיישבות ברחבי הארץ, ובמרכזי רפואה קהילתיים אחרים, בהם ניתנים שרותי רפואה ראשונית או רפואת משפחה, טיפולי סיעוד (ע"י אחיות קהילתיות – בפרט במרפאות ראשוניות), מרפאות מומחים קהילתיות, וכן שרותי שיקום קהילתיים (פיזיותרפיה ורפוי בעיסוק).

רופאי המשפחה במרפאות קופות החולים הם הרופאים הראשונים לכל ציבור הקשישים במדינה, אשר מתדפקים על דלתות המרפאות יותר מכל קבוצת גיל אחרת. ניתן לומר כי למעט רפואת הילדים, הרפואה לקשישים היא עיסוקם העיקרי של מרפאות קופות החולים ובתי המרקחת שלהם. ביקורי הקשישים במרפאות אמורים לעלות מאד בשני העשורים הבאים בהתאם לשנויי הדמוגרפיה שתוארו. מלוח מס' 27 ניתן ללמוד כי ב-2010 היה אומדן עלות סל הבריאות לקשישים בני +65 **ללא אשפוזים** - 4.8 מיליארד ₪. סכום זה מתחלק באופן הבא: 2.5 מיליארד ₪ (52%) על הוצאות על מרפאות בקהילה (מרפאות ראשוניות, מרפאות מומחים, סיעוד ופרא רפואיים); הוצאות לתרופות - 1.3 מיליארד ₪ (26%); אשפוז יום ומרפאות חוץ של בתי חולים - 0.9 מיליארד ₪ (19%) וביקורים במיון 0.13 מיליארד ₪ (3%). סך כל ההוצאות לשירותים אלה מהוות כמחצית מהעלות הכוללת של הקופות בגין הקשישים, כאשר היתרה מיועדת לאשפוז, ומהווה, המהווה כ-52% מעלות כוללת זו (נתון שלא מופיע בלוח). מלוח זה ניתן עוד ללמוד כי קרוב למחצית אומדן עלות שרותי הרפואה לקשישים ללא אשפוזים הם על בני +75. אם נשליך קדימה את העלויות לנפש הנכונות ל-2010 (לוח 28), אזי בשנת 2020, צפויה ההוצאה הכוללת של קופות החולים, ללא אשפוז, להגיע ל-6.88 מיליארד ₪ - גידול של 42% ביחס לנתונים 2010 (לוח 29).

בלוח מס' 29 ניתנת תחזית העלויות של קופות החולים לפי סל 2010 ומחירי 2010 לשנים 2010-2020 ו-2020-2030. גם הוצאות הרפואה הקהילתית יעלו בשיעורים דומים לשעורי עלויות האשפוז. **המקום בו ניתן להתערב בהרכב ההוצאות הוא כאן. יש לפעול להקטנת הוצאות האשפוז לסוגיו על ידי רפואה מונעת לקשישים, הערכה גריאטרית במרפאות ובמרכזי הערכה גריאטרית ייעודיים שימוקמו במרכזיים גריאטריים קהילתיים. בד בבד יש להרחיב את מערך הטיפול הרפואי בבית ואת אשפוז בית כפי שתואר לעיל וכן את מתן שירותי השיקום הרפואי בבתי הקשישים הנזקקים לשירותים אלה.**

יש להקים בכל עיר ובכל איזור בארץ מרכז לשיקום יום קהילתי ובו כל השירותים השיקומיים המקובלים, בכדי לתת שיקום לכל מי שצריך שירותים אלה ויכול לוותר על המלונאות של בתי החולים. ניתן לשקול שימוש במתקני מרכזי היום הפזורים ברחבי הארץ למטרה זו, כמפורט להלן.

2. זכויות על פי חוק ביטוח סיעוד

פרק ביטוח סיעוד בחוק ביטוח לאומי קובע מתן עזרה ביתית על ידי מטפלי בית לזכאים להם על פי מבחן התלות. מבחן זה אמור לאבחן ירידה תפקודית לקשישים בפעולות היום יום בדרגות שונות. הסיוע ניתן בשעות טפול לפי קושי התפקוד. כיום מקבלים כ-15% מציבור הקשישים במדינה עזרה ביתית ע"י מטפלות בית הניתנת על ידי כ-80,000 מטפלות. הקשישים המוגבלים ביותר, שדרגת נכותם ותלותם על פי מבחני התלות גבוהה, יכולים לקבל עזרה ממטפל זר בביתם 24 שעות ביממה. מימון המטפל הזר בחלקו מזכויות הקשיש על פי חוק ביטוח סיעוד והשלמת המימון היא פרטית על ידי הקשיש ומשפחתו. הוצאות המוסד לביטוח לאומי לפי חוק ביטוח סיעוד, שהן הוצאות גימלה לכל דבר (הניתנת בעין, לא בכסף) עלו מאוד בשנים האחרונות והגיעו ב-2010 לכ-4 מיליארד ש"ח, כאשר מספר הזכאים הגיע ל 142,000 נפש (ר' לוח מס' 31).

מדובר כאן בעזרה ביתית בתפקוד שחשיבותה רבה ביותר, אך איננה קשורה לעלויות הרפואה הגריאטרית. אין כל הוכחה עד כה כי להוצאות בגין ביטוח סיעוד יש השפעה על הקטנת ההוצאה על אשפוז קשישים כללי או סיעודי (או שגורמות לשינוי כלשהו אחר).

החוק קובע רק שאין כפל סיוע מהמדינה, וקשיש שאינו יכול עוד לשהות בביתו, ומאושפז במוסד סיעודי, תופסק גמלתו על פי חוק ביטוח סיעוד. במקביל, הוא יכול לפנות לקבל סיוע לסידור מוסדי על פי מצבו (ממשרד הבריאות לגבי סיעודיים ותשושי נפש או משרד הרווחה לגבי תשושים).

שאלות רבות ונושאים חשובים עדיין פתוחים לגבי הפעלת חוק ביטוח סיעוד, אך ככל שהם משמעותיים, אין להם קשר ישיר למנדט ועדה זו ולכן לא נכנסנו לדיון בהם. יש לזכור כי חוק ביטוח סיעוד הוא גמלה על פי חוק ואינו יכול לשמש כמקור כספי למימון שירותים רפואיים כלשהם, חריפים או כרוניים.

ניתן ורצוי לנצל את חוק ביטוח סיעוד לתמיכה בהגדלת אשפוז סיעודי או סיעודי מורכב במסגרת אשפוז בית על ידי תמיכה במשפחות המוכנות לאשפוז בית על ידי מתן תוספת שעות למטפלות בית במימון קופות חולים. בפועל נעשה הדבר כבר כיום באופן מצומצם, היות ואשפוז בית הוא מחליף אשפוז ממשי (במסגרות מסוימות) הרי שיש לעודד הרחבת טיפולי הבית לחולים אלה.

בסופו של יום יש לבחון האם נוסחת הקפיטציה רלוונטית כפי שהיא כיום, או שיש לערוך בה תיקונים שישקפו את העלויות הגדולות והגדלות עם הזמן של מתן הטיפול הראוי לסוגיו לאוכלוסייה הקשישה.

3. מפעלים ייחודיים לקשישים בעלי ירידה תפקודית

שירותי הרווחה, ובעיקר ארגונים ציבוריים יזמו, הקימו והפעילו שירותים שונים לרווחת ציבור הקשישים, ובעיקר לרווחת הקשישים דלי האמצעים, שהם הרוב הגדול. נזכיר כאן את הבולטים והחשובים שבהם:

מרכזי יום

כ-170 מרכזי יום לקשישים הוקמו בשני העשורים הקודמים ביוזמת אש"ל ובתמיכת המוסד לביטוח לאומי בערים, בעיירות ובמועצות מקומיות ואזוריות ברחבי הארץ. זאת בכדי לאפשר לקשישים, בעיקר בעלי ירידה תפקודית למצוא מקום בו תהיה להם תשומת לב, עיסוק ליום, הפעלה, רחצה עפ"י הצורך וארוחה חמה. מפעל מפואר זה אכן ממלא מבחינה מקצועית את ייעודו וניתן להשתמש בו גם לזכאי חוק ביטוח סיעוד כחלק מזכאותם לשעות טיפול. ב-2008 היו רק כ-15,500 ביקורים של קשישים במרכזי היום. מדובר במשאב קהילתי בפריסה ארצית שחשוב לעודדו ולטפחו, ולבצע בו פעולות של רווחה ורפואה מונעת, להקים בו מרכזי שיקום יום, כולל פעילות גופנית שערכה לתפקוד תקין ולתוחלת חיים ארוכה יותר כפי הוכח בספרות הרפואית זה מכבר.

קהילות תומכות

מדובר בעוד מפעל מבורך מבית היוצר של אשל ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים, שפרח בארץ בשנים האחרונות. מדובר בקשישים החיים בשכונה או באיזור מוגדר אשר קשורים טלפונית עם "אב בית" המכיר אותם ואת בעיותיהם, ומסוגל לתת להם פתרונות לצרכיהם המגוונים, כולל עזרה תפקודית ורפואית. ב-2008 היו כבר כ-220 קהילות תומכות בהם יותר מ-45,000 חברים, ועוד היד נטויה.

נופשוניים

נופשוניים הם יחידות לשהייה קצרה של מוגבלים בתפקודם בכדי לאפשר מנוחה או חופשה או נופש לבני משפחה המטפלים בהם. קיימים נופשוניים שונים, בעיקר בערים הגדולות ובמספר ערים קטנות. בסה"כ מדובר בכ-100 מיטות נופשון לחולים תשושים בכל הארץ. בשנים האחרונות מפעיל משרד הבריאות בשיתוף עם משרד הרווחה פרויקט של נופשוניים לחולים סיעודיים ותשושי נפש, ומתוכנן להרחיב פתרונות אלה.

לסיכום:

מפעלים אלה ויוזמות חברתיות אחרות הם בעלי חשיבות רבה וראויים לעידוד רב. הועדה קיבלה לתשומת ליבה הצעה ראשונית מחבר הועדה, פרופ' יצחק בריק, מנכ"ל אשל, להקמת "מערך סיעוד אינטגרטיבי" לקשיש הסיעודי בקהילה. מדובר ברעיון מעניין ותכנית נסיונית הכוללת נושאים רבים בתחום החברתי והסיעודי בקהילה, כולל ניסיון למצוא חלופה לעובדים זרים בסיעוד ע"י עובדים ישראלים והגדלת שעות הסיעוד ע"י המוסד לביטוח לאומי. זאת בשילוב מערך תמיכה ארגוני בדומה לקהילה תומכת. הרעיון הוא

בשלבי התהוות ויש הרבה משוכות בדרכו עד להפיכתו לתוכנית אופרטיבית, ולכן לא נכנסנו לדיון בפרטי היוזמה.

יש עוד להוסיף כי כל המפעלים החברתיים הקיימים לתמיכה בקשישים, בעיקר לאלה הסובלים מירידה תפקודית ותחלואה רבה, הם מבורכים וראויים. **אולם, אין כל ראייה משמעותית בספרות המקצועית והמדעית לתרומתם להקטנת הצורך או השימוש בשירותי בריאות אשפוזיים או קהילתיים.** החברה והמדינה רשאים וחייבים להקים מפעלים לתמיכה בציבור הקשישים, ובעיקר הקשישים מאוד, ללא קשר לחשיבותם מבחינת היותם חלק ממערכת הבריאות. מערכת הרווחה בהיבט הרחב עומדת על עומדה בזכות עצמה ואין ערוך לחשיבותה. היקף התמיכה הניתנת ע"י המדינה לקשישים בקצבאות זקנה, ובקצבאות סיעוד של הביטוח הלאומי הם דוגמא לכך.

מימדי העוני בקרב משפחות שבראשן עומד קשיש בן 65 ומעלה הגיעו בשנת 2009 ל-54.5% מהמשפחות ו-51% מהנפשות (לעומת 33.2% ו-33.9% בכלל האוכלוסייה, בהתאמה). לאחר קצבאות הביטוח הלאומי נשארו כ-20% מהמשפחות והנפשות של הקשישים מתחת לקו העוני (לעומת 20.5% ו-25% באוכלוסייה הכללית בהתאמה). לכן עלינו לזכור כי בפועל יותר מ-50% מציבור הקשישים הוא עני או קרוב מאוד לכך.

המשך פיתוח השירותים החברתיים והרפואיים לקשישים הוא חובת המדינה וגם זכות גדולה עבורה.

נספחים

נספח 1: הצעת משרד הבריאות לרפורמה בביטוח הסוציאלי בתחום הסיעוד

(במקור טיוטה לדיון, נכתב ע"י האגף לכלכלת בריאות)

המצב הקיים

- ההוצאה הלאומית על שירותי סיעוד בישראל עומדת על כ- 9 מיליארד ₪.
- אמנם אוכלוסיית ישראל צעירה יחסית, אולם קצב הזדקנותה הינו מהגבוהים ביותר בין מדינות ה-OECD. שיעור הקשישים בישראל צפוי לגדול מ-9.8% היום ל-13.7% תוך 20 שנים. עיקר העלייה יהיה בגילאי +75
- כ-25% מהקשישים בישראל זקוקים היום לטיפול סיעודי (כ-150 אלף בקהילה וכ-300 אלף במוסדות אשפוז).
- שירותי הסיעוד הניתנים במימון ציבורי אינם נותנים מענה מספק:
 - האחריות למימון ואספקת שירותי הסיעוד מפוצלת בין גורמים רבים. מוביל ל-חוסר יעילות, פגיעה ברצף הטיפול, תמריצים הפועלים בכיוון הפוך מהרצוי, סרבול ובירוקרטיה לנזקק הסיעוד ובני משפחתו ופגיעה במימוש הזכויות.
 - אין גורם אחד שהוא Accountable למצבם של נזקקי הסיעוד.
 - לא קיים מנגנון הדואג לבקרה אחר השירות הניתן על ידי מטפלים סיעודיים הפועלים מטעם חברות כוח אדם והעמותות הרבות הפועלות בתחום זה
 - מבחני ההכנסה כוללים לעיתים לא רק את הכנסתו של נזקק הסיעוד ובת זוגו אלא גם את רכושם, חסכוניותיהם והכנסות ילדיהם, דבר המונע בחלק המקרים את הזכאות לטיפול סיעודי.
 - קיים סיכוי שתושבים שנמנו על המעמד הבינוני-גבוה ושילמו דמי ביטוח סיעוד במהלך חייהם לא יזכו בבוא העת לסיוע באמצעות מימון ציבורי מכל סוג שהוא, עקב מבחני הכנסה הקיימים כיום
 - אין אחידות בקריטריונים שנמצאים בשימוש ברשויות השונות (רווחה, מ"ל ובריאות)
 - גם אלה שנמצאו זכאים לסיוע, צריכים להשלים במימון פרטי חלק ניכר מעלות הטיפול בנזקק הסיעוד
 - היעדר מענה ציבורי הולם גורם לפחות לאחד מבני המשפחה להשקיע שעות רבות במהלך השבוע בטיפול בנזקק הסיעוד. במקרים רבים זה מחייב אותו להוריד אחוזי משרה ואף לפרישה משוק העבודה.
 - היעדר מענה ציבורי הולם תורם לכך ששיעור המבוטחים בביטוח סיעודי פרטי בישראל עומד על כ-65% מהאוכלוסייה והינו מן הגבוהים ביותר בעולם המערבי.

הצעת משרד הבריאות

- משרד הבריאות, באמצעות קופות החולים, יהיה Accountable לטיפול הרב-תחומי בנזקקי סיעוד (במוסדות ובקהילה), דבר שיוביל לאיחוד גורמים מטפלים, יצמצם בירוקרטיה, ישמר את הרצף הטיפולי בנזקק הסיעוד ויעודד השקעה במניעת מוגבלות ושיקום
- עידוד השארת הנזקק בקהילה תוך הרחבת שעות הסיעוד ברמות המוגבלות החמורות יחסית (כ-65 אלף איש).
- הזכאות תהיה אוניברסאלית – גם בעלי הכנסות בינוניות וגבוהות יהיו זכאים לקבל את שירותי הסיעוד.
- הסיוע יכוון גם לעידוד העסקה של מטפלים ישראלים ולשימוש במרכזי יום.
- אחידות בקריטריונים, הפשטת הליכי גביה ומבחני הכנסה שיתייחסו להכנסות הקשיש, ולא ילדיו.
- **שלבי יישום:** חיזוק הזכאות הרפואית והסיעודית בקהילה והפעלת הקופות כגורם המבצע בקרה גם על המטפלים הסיעודיים; העברת האשפוז ממשרד הבריאות לקופות החולים; העברת אחריות כוללת על שירותי סיעוד בקהילה לאחריות קופות החולים והעברת אשפוז תשושים ממשרד הרווחה לקופות

עלות התוכנית ומקורות מימון

- התוספת הנדרשת למימון עלות התוכנית הינה כ-1.2 מיליארד ₪. מתוכם כ-800 מיליון לתוספת שעות סיעוד בקהילה, הרחבת הסיוע הרפואי והכללת אוכלוסיות מעמד הביניים ומעלה בכללי הזכאות.
- מקורות מימון – מימן מתקציב המדינה (שינוי סדרי עדיפויות) או העלאת דמי ביטוח בריאות לגבי חלק השכר המחייב בתשלום מופחת של דמי ביטוח ב-0.1% והעלאת ב-0.5% בחלק המחייב תשלום המלא, יגדילו את הגבייה בכ-1.1 מיליארד ₪.
- אפשרויות מימון אחרות נוספות/אחרות העלאת דמי הביטוח הסיעודי הכלול בתשלומי הביטוח הלאומי וכן לרבות שילוב בין כל הנ"ל.

נספח 2:

האוכלוסייה הקשישה בישראל 2009-2030

סדרת לוחות בנושאים:

דמוגרפיה, ירידה תפקודית, מערכת האשפוז, שירותים נבחרים בקהילה

הוכנה עבור הועדה של תכנון המערך הגריאטרי הלאומי 2020 ו-2030 על ידי

שמואל באר וג'ני ברודסקי

המרכז לחקר הזיקנה, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

תודתנו נתונה לפרופ' יוחנן שטסמן, יו"ר הועדה, לד"ר אהרון כהן, מנהל האגף לגריאטריה ולד"ר איריס רסולי, מנהלת האגף לשירותים קהילתיים באגף לגריאטריה, על עצותיהם וההכוונה שנתנו לנו בגיבוש הלוחות.

תודה שלוחה גם לאנשים הבאים על הסיוע בקבלת הנתונים המופיעים במסמך זה (לפי א"ב):
ד"ר פנחס ברקמן, מנהל המחלקה לשירותים מוסדיים באגף לגריאטריה במשרד הבריאות
גבי ציונה חקלאי, מנהלת תחום מידע בשירותי מידע ומחשוב במשרד הבריאות
ד"ר שרה לוי, אחראית ארצית על הסיעוד בגריאטריה, האגף לגריאטריה במשרד הבריאות
מר ניר קידר, האגף לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות
גבי ורד שחם, מפקחת ארצית על המעונות, השירות לזקן, משרד הרווחה והשירותים החברתיים

רשימת הלוחות

אוכלוסייה

- לוח 1 : אוכלוסיית בני +65 וכלל האוכלוסייה - אומדן לשנת 2009 ותחזית לשנים 2015-2030
- לוח 2 : אוכלוסיית בני +65 וכלל האוכלוסייה - שיעור הגידול בתקופות נבחרות בשנים 2009-2030
- לוח 3 : אחוז הגידול של האוכלוסייה הכללית ושל אוכלוסיית הקשישים, כל שנה ביחס לשנת 2009, לפי קבוצת גיל

ירידה תפקודית

- לוח 4 : ירידה תפקודית בפעולות יומיומיות ובניידות מחוץ לבית בקרב האוכלוסייה הקשישה הגרה בקהילה (לא כולל דיירי מוסדות)
- לוח 5 : אומדנים לגבי היקף הירידה התפקודית בפעולות היומיומיות (ADL), בקרב הקשישים, לפי מסגרת המגורים ומאפיינים דמוגרפיים, 2009-2030

מיטות, אשפוזים, ימי אשפוז ועלותם, לפי סוג האשפוז

- לוח 6 : מאפייני האשפוז הכללי של בני +65, לפי סוג מחלקה, 2009
- לוח 7 : שיעור האשפוזים וימי האשפוז של בני +65 באשפוז הכללי, לאלף בני +65 באוכלוסייה, 2000 ו-2009
- לוח 8 : אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית של בני +65, במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009
- לוח 9 : מאפייני האשפוז במחלקות לגריאטריה פעילה, לפי סוג מחלקה, 2009
- לוח 9א : המלצות אנף הגריאטריה לגבי הצורך במיטות במחלקות לגריאטריה פעילה, 2012-2020, 2025 ו-2030
- לוח 10 : שיעור האשפוזים וימי האשפוז במחלקות לגריאטריה פעילה, לאלף בני +65 באוכלוסייה, 2000 ו-2009
- לוח 11 : אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009 (בהתייחס למאושפוזים בכל הגילאים)
- לוח 12 : מאפייני האשפוז במחלקות לטיפול ממושך, לפי סוג מחלקה, 2009
- לוח 13 : שיעור האשפוזים וימי האשפוז במחלקות לאשפוז ממושך, לאלף בני +65 באוכלוסייה, 2000 ו-2009
- לוח 14 : אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית במוסדות לטיפול ממושך, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009
- לוח 15 : אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, 2009
- לוח 16 : אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009
- לוח 17 : אומדן אחוז הגידול במספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, כל שנה ביחס לשנת 2009
- לוח 18 : אומדן אחוז הגידול במספר המיטות, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, תקופות נבחרות

- לוח 19 : אומדן אחוז הגידול במספר האשפוזים, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, תקופות נבחרות
- לוח 20 : אומדן אחוז הגידול במספר ימי האשפוז, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, תקופות נבחרות
- לוח 21 : אומדן אחוז הגידול בעלות האשפוז, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, תקופות נבחרות

תקינה של כוח אדם בסוגי האשפוז השונים

- לוח 22 : אומדן מספר תקני הרופאים שיידרשו עבור בני +65 במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס התקינה של משרד הבריאות ונתוני המערכת לשנת 2009
- לוח 23 : אומדן מספר תקני האחיות שיידרשו עבור בני +65 במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס התקינה של משרד הבריאות ונתוני המערכת לשנת 2009
- לוח 24 : אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס התקינה הנוכחית של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009
- לוח 24א : אומדן תקני כוח אדם סיעודי שיידרשו במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס התקינה המומלצת של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009
- לוח 25 : אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לסיעודיים ולתשושי נפש, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס התקינה של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009
- לוח 26 : אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לתשושים, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס התקינה של השירות לזקן במשרד הרווחה ונתוני המערכת לשנת 2009

שירותים נבחרים בקהילה : שירותי קופות החולים וחוק ביטוח סיעוד

- לוח 27 : אומדן העלות של קופות החולים ביחס לאוכלוסיית הקשישים, ללא אשפוזים, לפי סעיף הוצאה ומאפיינים דמוגרפיים, 2010 (מליוני ש"ח)
- לוח 28 : אומדן העלות לנפש של קופות החולים ביחס לאוכלוסיית הקשישים, ללא אשפוזים, לפי סעיף הוצאה ומאפיינים דמוגרפיים, 2010 (ש"ח)
- לוח 29 : אומדן העלות של קופות החולים ביחס לאוכלוסיית הקשישים, ללא אשפוזים, לפי סעיף הוצאה ומאפיינים דמוגרפיים, 2011-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני 2010 (מליוני ש"ח)
- לוח 30 : מאפיינים של ביצוע חוק ביטוח סיעוד, 2009
- לוח 31 : אומדן מספר הזכאים לקבלת גמלה מחוק ביטוח סיעוד, שעות הטיפול והעלות השנתית, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009

לוח 1: אוכלוסיית בני 65+ וכלל האוכלוסייה - אומדן לשנת 2009 ותחזית⁽¹⁾ לשנים 2015-2030
אלפים, סוף שנה

2030	2025	2020	2015	2009	
1,366.6	1,224.0	1,069.1	900.5	741.5	בני 65+
9,984.6	9,367.6	8,770.0	8,174.5	7,552.0	כלל האוכלוסייה
13.7	13.1	12.2	11.0	9.8	אחוז בני 65+ באוכלוסייה
					נתונים על בני 65+
					מין
607.2	543.3	473.6	395.7	320.6	גברים
759.3	680.7	595.5	504.8	420.9	נשים
55.6	55.6	55.7	56.1	56.8	אחוז הנשים
					גיל
694.2	678.5	646.5	508.0	387.4	בני 65-74
672.4	545.5	422.6	392.5	354.1	בני 75+
380.7	279.0	258.5	226.1	207.9	מזה: בני 80+
49.2	44.6	39.5	43.6	47.8	אחוז בני 75+
27.9	22.8	24.2	25.1	28.0	אחוז בני 80+
					קבוצת אוכלוסייה
1,202.1	1,100.9	975.6	828.4	682.0	יהודים ואחרים ⁽²⁾
164.5	123.1	93.5	72.1	59.6	ערבים
12.0	10.1	8.7	8.0	8.0	אחוז הערבים

מקור: למ"ס, קובץ האוכלוסייה של 2009; תחזיות אוכלוסיית ישראל עד שנת 2030, הודעה לעתונות מס' 056/2008 (באינטרנט)

1. החלופה הבינונית

2. כולל: יהודים, נוצרים שאינם ערבים ואוכלוסייה ללא סיווג דת

לוח 2: אוכלוסיית בני 65+ וכלל האוכלוסייה - שיעור הגידול בתקופות נבחרות בשנים 2009-2030
אחוזים, סוף שנה

	-2025 2030	-2020 2025	-2015 2020	-2009 2015	-2020 2030	-2009 2020	-2009 2030	
								בני 65+
	12	14	19	21	28	44	84	סה"כ גידול בתקופה
	2.2	2.7	3.5	3.3	2.5	3.4	3.0	גידול שנתי ממוצע
								כלל האוכלוסייה
	7	7	7	8	14	16	32	סה"כ גידול בתקופה
	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	1.4	1.3	גידול שנתי ממוצע
								נתונים על בני 65+ (סה"כ גידול בתקופה)
								מין
	12	15	20	23	28	48	89	גברים
	12	14	18	20	28	41	80	נשים
								גיל
	2	5	27	31	7	67	79	בני 65-74
	23	29	8	11	59	19	90	בני 75+
	36	8	14	9	47	24	83	מזה: בני 80+
								קבוצת אוכלוסייה
	9	13	18	21	23	43	76	יהודים ואחרים*
	34	32	30	21	76	57	176	ערבים

מקור: למ"ס, קובץ האוכלוסייה של 2009; תחזיות אוכלוסיית ישראל עד שנת 2030, הודעה לעתונות מס' 056/2008 (באינטרנט)

* כולל: יהודים, נוצרים שאינם ערבים ואוכלוסייה ללא סיווג דת

**לוח 3 : אחוז הגידול של האוכלוסייה הכללית ושל
אוכלוסיית הקשישים, כל שנה ביחס לשנת 2009, לפי
קבוצת גיל**

האוכלוסייה הכללית	בני 65+			
	בני 75+	בני 65-74	סה"כ	
1.3	1.7	4.1	3.0	2010
2.6	3.5	8.6	6.2	2011
3.9	5.3	13.5	9.6	2012
5.3	7.1	18.9	13.3	2013
6.8	8.9	24.7	17.2	2014
8.2	10.8	31.1	21.4	2015
9.7	12.4	37.2	25.4	2016
11.2	14.1	43.7	29.6	2017
12.8	15.8	50.8	34.1	2018
14.4	17.5	58.5	39.0	2019
16.1	19.3	66.9	44.2	2020
24.0	54.1	75.1	65.1	2025
32.2	89.9	79.2	84.3	2030

מקור : למ"ס, קובץ האוכלוסייה של 2009 ; תחזיות
אוכלוסיית ישראל עד שנת 2030, הודעה לעתונות מס'
056/2008 (באינטרנט)

לוח 4: ירידה תפקודית בפעולות יומיומיות ובניידות מחוץ לבית בקרב האוכלוסייה הקשישה הגרה בקהילה (לא כולל דיירי מוסדות)

אחוז הקשישים (בני +65) עם ירידה תפקודית						אומדן מספר הקשישים עם ירידה תפקודית (אלפים, סוף 2009)	הגדרת הירידה התפקודית	סוג הפעילות
נשים	גברים	בני 75+	בני 65-74	ס"ה	20.9			
25.1	15.6	32.6	11.0	20.9	145.0	יכול אך מתקשה או לא יכול לבצע בעצמו לפחות אחת מהפעולות הבאות: להתלבש, לרחוץ פנים וידיים, להתיישב ולקום, להיכנס ולצאת מהמיטה, לאכול (כולל חיתוך האוכל)	פעולות יומיומיות (ADL)	
25.8	16.4	33.6	11.5	21.6	150.0	לא מסוגל או צריך עזרת אדם/מכשיר/מעקה כדי ללכת מחוץ לבית ו/או לעלות ולרדת קומה אחת	ניידות מחוץ לבית	

מקור: למ"ס, עיבוד מיוחד על סקר בריאות 2009

לוח 5: אומדנים לגבי היקף הירידה התפקודית בפעולות היומיומיות (ADL), בקרב הקשישים, לפי מסגרת המגורים ומאפיינים דמוגרפיים, 2009-2030

סוף שנה

אחוז הגידול			אלפים*					
2030-2020	2020-2009	2030-2009	2030	2025	2020	2015	2009	
								קשישים עם ירידה תפקודית אלפים**
47	33	95	342.4	284.1	233.2	203.7	175.8	
15	-8	6	25.1	23.2	21.8	22.6	23.7	אחוז מתוך האוכלוסייה הקשישה
28	44	84						כלל הקשישים בארץ
								מסגרת המגורים
47	33	96	299.5	250.5	203.3	177.1	152.5	בקהילה
43	28	84	42.9	33.6	30.0	26.6	23.3	במוסדות לטיפול ממושך
								אחוז עם ירידה תפקודית השוהים במוסדות מתוך:
			12.5	11.8	12.8	13.0	13.3	כלל הסובלים מירידה תפקודית אוכלוסיית הקשישים
			3.1	2.7	2.8	3.0	3.1	
								מאפיינים דמוגרפיים
51	36	106	113.6	93.3	75.3	65.0	55.2	גברים
45	31	90	228.8	190.8	157.9	138.7	120.6	נשים
21	64	99	87.9	80.3	72.5	56.8	44.3	74-65
58	22	94	254.5	203.8	160.7	146.8	131.5	75+

מקורות: למ"ס, משאב-מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה

* אלא אם נאמר אחרת

** האומדנים עבור היקף הירידה התפקודית בניידות מחוץ לבית עבור כלל הקשישים, גבוהים ב-3% מהאומדנים עבור ירידה תפקודית בפעולות היומיומיות (ADL), לאורך כל תקופת התחזית

לוח 6: מאפייני האשפוז הכללי של בני +65, לפי סוג מחלקה, 2009

סך הכל	אחוז האשפוזים של בני +65 מתוך האשפוזים של בני +15			משך שהייה ממוצע* (ימים)	אומדן מספר האשפוזים*	אומדן מספר המיטות	אחוז ימי האשפוז של בני +65 מתוך ימי האשפוז של בני +15			
	בני 75+	בני 65-74	סה"כ בני 65+				אומדן מספר האשפוזים*	אומדן מספר המיטות	אחוז ימי האשפוז של בני +65 מתוך ימי האשפוז של בני +15	
	העלות האומדן (מליוני ₪)	תעריף יום אשפוז (₪)	אחוז ימי האשפוז של בני +65 מתוך ימי האשפוז של בני +15	אומדן ימי אשפוז*	משך שהייה ממוצע* (ימים)	אומדן מספר האשפוזים*	אומדן מספר המיטות	בני 75+	בני 65-74	סה"כ בני 65+
סך הכל	4,160	1,859	51	2,237,199	4.9	452,195	5,866	25	16	41
פנימית	1,672	1,641	62	1,019,093	4.7	214,600	2,650	39	20	59
ריאות	17	1,641	39	10,602	8.3	1,277	29	22	21	43
גריאטרייה חריפה	275	1,440	96	190,865	11.5	16,555	481	84	12	96
נוירולוגיה	95	2,146	40	44,120	7.0	6,306	124	17	16	33
אונקולוגיה	79	2,129	41	37,223	8.1	4,612	103	17	23	40
עור ומין	39	2,017	37	19,200	8.6	2,244	30	20	15	35
השתלת מוח עצם	3	2,101	7	1,658	10.7	155	4	2	10	12
טיפול נמרץ כללי	132	2,017	55	65,341	7.1	9,149	183	32	19	52
טיפול נמרץ לב	119	2,306	52	51,425	3.1	16,436	143	26	23	49
טיפול נמרץ נשימתי	8	2,017	68	3,743	8.7	428	12	54	18	72
כירורגיה כללית	719	2,237	42	321,631	4.1	78,244	814	17	14	31
אורתופדיה	347	2,138	46	162,528	7.5	21,754	446	22	15	36
אורולוגיה	146	2,202	47	66,170	4.9	13,592	211	20	19	40
נוירו-כירורגיה	76	2,133	38	35,564	7.8	4,554	66	18	16	34
כירורגיה חזה ולב	138	2,131	51	64,671	7.9	8,165	149	22	26	48
כירורגיה כלי דם	70	2,183	58	32,290	5.4	5,938	84	29	26	55
כירורגיה פלסטית	33	2,176	30	15,110	5.7	2,668	49	18	11	29
עיניים	77	2,017	61	38,277	2.0	19,269	177	37	27	64
אף-אוזן-גרון	40	2,215	21	18,096	4.6	3,969	53	6	8	14
פה ולסת	3	2,197	15	1,233	5.0	246	5	5	6	11
נשים	33	2,235	6	14,898	4.1	3,591	37	1	2	3
השהיה	38	1,641	38	23,460	1.3	18,442	18	23	13	36

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב

* של חולים ששוחררו במהלך 2009

** עלות זו מתייחסת לימי האשפוז בלבד ולא כוללת את הפרוצדורות שלגביהן יש תעריף דיפרנציאלי (DRG)

לוח 7: שיעור האשפוזים וימי האשפוז של בני 65+ במחלקות לאשפוז כללי, לאלף בני 65+ באוכלוסייה, 2000 ו-2009

שיעור ימי אשפוז			שיעור אשפוזים			
אחוז השינוי	2009	2000	אחוז השינוי	2009	2000	
-10	3,047	3,382	0	616	618	סה"כ
-15	1,388	1,640	-9	292	322	פנימית
-21	14	18	-36	2	3	ריאות
-9	260	284	-7	23	24	גריאטרייה חריפה
-17	60	73	7	9	8	נוירולוגיה
18	51	43	-15	6	7	אונקולוגיה
13	26	23	25	3	2	עור ומין
387	2	0.5	264	0.2	0.1	השתלת מוח עצם
50	89	59	49	12	8	טיפול נמרץ כללי
-10	70	78	-3	22	23	טיפול נמרץ לב
-29	5	7	-39	1	1	טיפול נמרץ נשימתי
-7	438	469	14	107	94	כירורגייה כללית
-1	221	225	9	30	27	אורתופדיה
-15	90	106	-2	19	19	אורולוגיה
34	48	36	68	6	4	נורו-כירורגיה
-2	88	90	-2	11	11	כירורגייה חזה ולב
14	44	39	23	8	7	כירורגייה כלי דם
-60	21	52	-48	4	7	כירורגייה פלסטית
-25	52	70	-6	26	28	עיניים
-6	25	26	1	5	5	אף-אוזן-גרון
-27	2	2	-39	0.3	1	פה ולסת
-29	20	29	-20	5	6	נשים
154	32	13	119	25	11	השהיה

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב

לוח 8: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית של בני +65, במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009

ס'ה"כ מחלקות	פנימית	ריאות	גריאטרייה	טיפול			טיפול			כירורגיה כללית	
				חריפה	נירולוגיה	אונקולוגיה	עור ומין	מוח עצם כללי	השתלת נמרץ		טיפול נמרץ לב
2010											
אומדן מיטות	2,729	30	496	127	106	31	4	188	147	12	838
אומדן אשפוזים	220,039	1,314	16,890	6,487	4,755	2,306	161	9,388	16,904	438	80,438
אומדן ימי אשפוז	1,044,919	10,908	194,727	45,392	38,376	19,727	1,719	67,050	52,888	3,830	330,646
עלות שנתית (מיליוני ₪)	1,715	18	280	97	82	40	4	135	122	8	740
2011											
אומדן מיטות	2,813	31	511	131	109	32	4	194	151	12	864
אומדן אשפוזים	225,800	1,353	17,238	6,682	4,908	2,372	167	9,642	17,404	449	82,780
אומדן ימי אשפוז	1,072,280	11,236	198,733	46,752	39,616	20,290	1,785	68,864	54,453	3,921	340,274
עלות שנתית (מיליוני ₪)	1,760	18	286	100	84	41	4	139	126	8	761
2012											
אומדן מיטות	2,904	32	528	136	113	33	4	200	156	13	892
אומדן אשפוזים	231,910	1,395	17,598	6,890	5,074	2,442	173	9,912	17,939	460	85,282
אומדן ימי אשפוז	1,101,296	11,587	202,892	48,209	40,951	20,890	1,857	70,793	56,126	4,017	350,562
עלות שנתית (מיליוני ₪)	1,807	19	292	103	87	42	4	143	129	8	784
2013											
אומדן מיטות	3,001	33	545	140	116	34	4	207	162	13	922
אומדן אשפוזים	238,396	1,441	17,973	7,113	5,252	2,517	181	10,200	18,511	471	87,959
אומדן ימי אשפוז	1,132,094	11,964	207,214	49,771	42,387	21,532	1,935	72,845	57,918	4,118	361,565
עלות שנתית (מיליוני ₪)	1,858	20	298	107	90	43	4	147	134	8	809
2014											
אומדן מיטות	3,106	34	564	145	120	35	4	214	167	14	954
אומדן אשפוזים	245,286	1,489	18,363	7,352	5,443	2,597	189	10,506	19,125	484	90,824
אומדן ימי אשפוז	1,164,815	12,368	211,709	51,445	43,933	22,217	2,020	75,031	59,837	4,225	373,340
עלות שנתית (מיליוני ₪)	1,911	20	305	110	94	45	4	151	138	9	835
2015											
אומדן מיטות	3,218	35	585	150	125	37	5	222	173	14	988
אומדן אשפוזים	252,613	1,542	18,769	7,609	5,650	2,683	197	10,832	19,782	497	93,892
אומדן ימי אשפוז	1,199,610	12,801	216,389	53,241	45,599	22,950	2,113	77,360	61,895	4,338	385,951
עלות שנתית (מיליוני ₪)	1,969	21	312	114	97	46	4	156	143	9	863
2016											
אומדן מיטות	3,322	36	604	155	129	38	5	229	179	15	1,020
אומדן אשפוזים	259,292	1,590	19,126	7,846	5,842	2,761	205	11,130	20,389	508	96,720
אומדן ימי אשפוז	1,231,327	13,202	220,508	54,901	47,149	23,624	2,200	79,492	63,794	4,440	397,577
עלות שנתית (מיליוני ₪)	2,021	22	318	118	100	48	5	160	147	9	889

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

לוח 8: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית של בני +65, במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

מחלקות	סה"כ	פנימית	ריאות	גריאטרייה	נוירולוגיה	אונקולוגיה	עור ומין	מוח עצם	טיפול		כירורגיה כללית	
									השתלת מוח	טיפול נמרץ כללי		
2017												
אומדן מיטות	7,602	3,434	38	624	160	133	39	5	236	185	15	1,055
אומדן אשפוזים	567,533	266,401	1,641	19,501	8,100	6,048	2,846	214	11,448	21,039	521	99,744
אומדן ימי אשפוז	2,800,747	1,265,083	13,630	224,827	56,678	48,813	24,344	2,294	81,764	65,827	4,547	410,007
עלות שנתית (מיליוני ₪)	5,224	2,076	22	324	122	104	49	5	165	152	9	917
2018												
אומדן מיטות	7,867	3,554	39	646	166	138	41	5	245	191	16	1,091
אומדן אשפוזים	584,619	273,974	1,697	19,894	8,373	6,270	2,936	224	11,788	21,735	534	102,981
אומדן ימי אשפוז	2,883,989	1,301,050	14,090	229,358	58,582	50,601	25,115	2,395	84,188	68,003	4,661	423,314
עלות שנתית (מיליוני ₪)	5,382	2,135	23	330	126	108	51	5	170	157	9	947
2019												
אומדן מיטות	8,152	3,682	40	669	172	143	42	5	254	198	16	1,131
אומדן אשפוזים	602,884	282,054	1,756	20,307	8,665	6,508	3,032	234	12,150	22,481	547	106,451
אומדן ימי אשפוז	2,972,933	1,339,418	14,583	234,118	60,626	52,525	25,940	2,505	86,779	70,338	4,783	437,576
עלות שנתית (מיליוני ₪)	5,551	2,198	24	337	130	112	52	5	175	162	10	979
2020												
אומדן מיטות	8,458	3,821	42	694	178	148	44	5	263	206	17	1,173
אומדן אשפוזים	622,431	290,683	1,820	20,741	8,978	6,764	3,135	245	12,538	23,282	562	110,173
אומדן ימי אשפוז	3,068,080	1,380,394	15,113	239,120	62,821	54,596	26,824	2,623	89,549	72,844	4,911	452,878
עלות שנתית (מיליוני ₪)	5,731	2,265	25	344	135	116	54	6	181	168	10	1,013
2025												
אומדן מיטות	9,683	4,374	48	795	204	170	50	6	301	236	19	1,343
אומדן אשפוזים	733,333	345,935	2,098	25,941	10,358	7,664	3,660	265	14,813	26,946	683	127,986
אומדן ימי אשפוז	3,623,079	1,642,776	17,424	299,070	72,477	61,855	31,312	2,840	105,792	84,310	5,963	526,100
עלות שנתית (מיליוני ₪)	6,749	2,696	29	431	156	132	63	6	213	194	12	1,177
2030												
אומדן מיטות	10,811	4,884	53	887	228	189	56	7	336	263	22	1,500
אומדן אשפוזים	840,001	399,704	2,357	31,215	11,646	8,473	4,158	281	17,007	30,383	802	144,790
אומדן ימי אשפוז	4,158,401	1,898,116	19,577	359,873	81,486	68,389	35,576	3,003	121,467	95,064	7,007	595,174
עלות שנתית (מיליוני ₪)	7,727	3,115	32	518	175	146	72	6	245	219	14	1,331

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

לוח 8: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית של בני +65, במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

אורתופדיה	אורולוגיה	כיורוגיה	חזה ולב	כלי דם	כיורוגייה	פלסטית	עיניים	אף-אוזן-פה	גרון	ולסת	נשים	השהיה
2010												
460	217	68	154	87	50	183	54	5	38	18	אומדן מיטות	
22,337	13,985	4,686	8,412	6,107	2,738	19,797	4,093	253	3,710	18,916	אומדן אשפוזים	
166,884	68,081	36,589	66,622	33,212	15,505	39,327	18,660	1,271	15,392	24,063	אומדן ימי אשפוז	
357	150	78	142	73	34	79	41	3	34	39	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2011												
474	224	70	158	89	52	188	56	5	39	19	אומדן מיטות	
22,958	14,405	4,826	8,676	6,288	2,812	20,360	4,226	261	3,838	19,419	אומדן אשפוזים	
171,519	70,126	37,686	68,718	34,197	15,923	40,446	19,267	1,311	15,926	24,703	אומדן ימי אשפוז	
367	154	80	146	75	35	82	43	3	36	41	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2012												
489	231	72	164	92	53	194	58	5	40	19	אומדן מיטות	
23,618	14,855	4,976	8,960	6,482	2,890	20,962	4,369	270	3,977	19,954	אומדן אשפוזים	
176,456	72,316	38,861	70,968	35,251	16,368	41,640	19,921	1,354	16,502	25,383	אומדן ימי אשפוז	
377	159	83	151	77	36	84	44	3	37	42	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2013												
505	239	74	169	95	55	201	60	6	42	20	אומדן מיטות	
24,323	15,337	5,138	9,266	6,690	2,974	21,603	4,524	279	4,128	20,521	אומדן אשפוזים	
181,719	74,663	40,119	73,387	36,380	16,842	42,915	20,624	1,401	17,125	26,105	אומדן ימי אשפוז	
388	164	86	156	79	37	87	46	3	38	43	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2014												
523	247	77	175	99	57	208	62	6	43	21	אומדן מיטות	
25,074	15,854	5,310	9,594	6,912	3,063	22,289	4,690	289	4,290	21,125	אומדן אשפוזים	
187,334	77,180	41,469	75,987	37,589	17,346	44,278	21,382	1,451	17,799	26,873	אומדן ימי אשפוז	
400	170	88	162	82	38	89	47	3	40	44	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2015												
542	256	80	181	102	59	215	64	6	45	21	אומדן מיטות	
25,877	16,409	5,496	9,947	7,151	3,158	23,023	4,869	300	4,465	21,768	אומדן אשפוזים	
193,329	79,880	42,916	78,785	38,886	17,883	45,735	22,199	1,505	18,527	27,691	אומדן ימי אשפוז	
413	176	92	168	85	39	92	49	3	41	45	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2016												
559	264	82	187	106	61	222	66	6	46	22	אומדן מיטות	
26,613	16,921	5,667	10,275	7,371	3,245	23,698	5,036	310	4,630	22,355	אומדן אשפוזים	
198,830	82,377	44,254	81,382	40,084	18,375	47,075	22,959	1,556	19,209	28,438	אומדן ימי אשפוז	
425	181	94	173	88	40	95	51	3	43	47	עלות שנתית (מיליוני ₪)	

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

לוח 8: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית של בני +65, במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

	אורתופדיה	אורולוגיה	כירורגיה חזה ולב	כירורגיה כלי דם	כירורגיה פלסטית	עיניים	אף-אוזן-פה גרון	ולסת	נשים	השהיה	
2017											
אומדן מיטות	578	273	85	193	109	63	230	6	48	23	
אומדן אשפוזים	27,399	17,470	5,851	10,627	7,607	3,337	24,418	321	4,806	22,980	
אומדן ימי אשפוז	204,700	85,050	45,687	84,167	41,365	18,898	48,507	1,610	19,941	29,233	
עלות שנתית (מיליוני ₪)	438	187	97	179	90	41	98	4	45	48	
2018											
אומדן מיטות	598	282	88	200	113	65	238	7	50	24	
אומדן אשפוזים	28,238	18,059	6,047	11,004	7,859	3,436	25,189	332	4,997	23,647	
אומדן ימי אשפוז	210,971	87,914	47,222	87,157	42,738	19,457	50,038	1,668	20,731	30,081	
עלות שנתית (מיליוני ₪)	451	194	101	186	93	42	101	4	46	49	
2019											
אומדן מיטות	620	293	91	207	117	67	246	7	51	25	
אומדן אשפוזים	29,136	18,690	6,258	11,410	8,130	3,541	26,014	344	5,202	24,358	
אומדן ימי אשפוז	217,679	90,988	48,869	90,371	44,210	20,054	51,678	1,730	21,582	30,986	
עלות שנתית (מיליוני ₪)	465	200	104	193	97	44	104	4	48	51	
2020											
אומדן מיטות	643	304	95	215	122	70	256	7	53	25	
אומדן אשפוזים	30,098	19,369	6,485	11,847	8,420	3,654	26,899	358	5,423	25,119	
אומדן ימי אשפוז	224,863	94,290	50,639	93,829	45,791	20,693	53,435	1,797	22,500	31,954	
עלות שנתית (מיליוני ₪)	481	208	108	200	100	45	108	4	50	52	
2025											
אומדן מיטות	737	348	109	246	139	80	293	8	61	29	
אומדן אשפוזים	35,347	22,335	7,482	13,511	9,739	4,319	31,415	407	6,036	29,790	
אומדן ימי אשפוז	264,084	108,732	58,422	107,010	52,962	24,458	62,406	2,044	25,044	37,896	
עלות שנתית (מיליוני ₪)	565	239	125	228	116	53	126	4	56	62	
2030											
אומדן מיטות	822	388	121	275	155	90	327	9	68	33	
אומדן אשפוזים	40,376	25,101	8,412	15,031	10,974	4,961	35,709	452	6,562	34,318	
אומדן ימי אשפוז	301,655	122,194	65,685	119,048	59,680	28,093	70,936	2,268	27,225	43,656	
עלות שנתית (מיליוני ₪)	645	269	140	254	130	61	143	5	61	72	

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

לוח 9: מאפייני האשפוז* במחלקות לגריאטריה פעילה, לפי סוג מחלקה, 2009

תעריף יום אשפוז (ש, אפריל 2011)	אומדן העלות השנתית (מליוני ₪)	אחוז האשפוזים של בני 65+ מסך האשפוזים							סה"כ בני 65+	
		משך שהייה ממוצע** (ימים)	מספר האשפוזים	מספר המיטות	בני 75+	בני 65-74	בני 65+	סה"כ		
875	821	1,065,548	43.8	24,327	3,106					סך הכל
340	1,008	337,810	26.9	12,558	895	72	19	91		גריאטריה שיקום
312	589	529,832	64.3	8,240	1,659	63	19	82		סיעודית מורכבת
47	****742	63,901	28.2	2,266	228	**	**	**		גריאטריה תת-חריפה
175	1,303	134,004	106.1	1,263	324	**	**	**		הנשמה ממושכת

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב

* של החולים בני כל הגילאים

** של חולים ששוחררו במהלך שנת 2009

*** לא התקבלו נתונים

**** תעריף שאינו רשמי המהווה הערכה המבוססת על התקינה

לוח 9א: המלצות אגף הגריאטריה לגבי הצורך במיטות במחלקות לגריאטריה פעילה, 2012-2020, 2025 ו-2030*

<u>הנשמה ממושכת</u>	<u>גריאטריה תת-חריפה</u>	<u>סיעודית מורכבת</u>	<u>גריאטריה שיקום</u>	
שיעור רצוי : 0.83 מיטות לכל אלף בני +65	שיעור רצוי : 4 מיטות לכל אלף בני +75	שיעור רצוי : 7 מיטות לכל אלף בני +75	שיעור רצוי : 6 מיטות לכל אלף בני +75	
358	228	1,659	895	מצאי קיים ב-2009
				אחוז הגידול השנתי הדרוש בתקופה 2009- 2019 כדי להגיע לשיעור הרצוי בשנת 2019
9.1	22.0	5.8	10.8	
				מצאי המיטות הצפוי אם יתממש אחוז הגידול השנתי : 2012-2019
465	414	1,964	1,218	2012
507	505	2,078	1,349	2013
553	616	2,198	1,495	2014
604	752	2,326	1,657	2015
659	917	2,461	1,836	2016
719	1,119	2,603	2,034	2017
784	1,365	2,754	2,254	2018
855	1,665	2,913	2,497	2019-השנה בה יתממש השיעור הרצוי
887	1,690	2,958	2,535	2020
1016	2,182	6,001	3,273	2025
1134	2,689	7,396	4,034	2030

* מקור : משרד הבריאות, אגף הגריאטריה

לוח 10: שיעור האשפוזים וימי האשפוז במחלקות לגריאטריה פעילה*, לאלף בני +65
באוכלוסייה, 2009 ו-2000

	שיעור ימי אשפוז			שיעור אשפוזים			
	אחוז השינוי	2009	2000	אחוז השינוי	2009	2000	
סה"כ	2	1,182	1,164	15	28	25	
גריאטריה שיקום	-24	460	605	5	17	16	
סיעודית מורכבת	29	722	559	36	11	8	

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב
* בשנת 2000 לא פעלו מחלקות של גריאטריה תת-חריפה ושל הנשמה ממושכת

לוח 11: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009 (בהתייחס למאושפזים בכל הגילאים)

הנשמה ממושכת	גריאטריה תת-חריפה	סיעודית מורכבת	גריאטריה שיקום	סה"כ מחלקות	
2010					
334	235	1,697	915	3,180	אומדן מיטות
1,301	2,333	8,428	12,837	24,899	אומדן אשפוזים
137,987	65,800	541,902	345,321	1,091,011	אומדן ימי אשפוז
180	49	319	348	896	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2011					
344	242	1,736	936	3,258	אומדן מיטות
1,341	2,406	8,625	13,130	25,501	אומדן אשפוזים
142,258	67,837	554,571	353,187	1,117,854	אומדן ימי אשפוז
185	50	327	356	918	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2012					
355	250	1,778	958	3,341	אומדן מיטות
1,384	2,483	8,832	13,436	26,135	אומדן אשפוזים
146,841	70,023	567,882	361,432	1,146,178	אומדן ימי אשפוז
191	52	334	364	942	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2013					
367	258	1,822	981	3,428	אומדן מיטות
1,430	2,566	9,049	13,758	26,804	אומדן אשפוזים
151,762	72,369	581,882	370,084	1,176,097	אומדן ימי אשפוז
198	54	343	373	967	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2014					
380	267	1,868	1,005	3,520	אומדן מיטות
1,480	2,656	9,279	14,096	27,510	אומדן אשפוזים
157,048	74,890	596,621	379,171	1,207,730	אומדן ימי אשפוז
205	56	351	382	994	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2015					
393	277	1,917	1,030	3,617	אומדן מיטות
1,534	2,752	9,520	14,451	28,257	אומדן אשפוזים
162,729	77,599	612,154	388,727	1,241,209	אומדן ימי אשפוז
212	58	361	392	1,022	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2016					
406	286	1,960	1,053	3,705	אומדן מיטות
1,583	2,841	9,737	14,769	28,930	אומדן אשפוזים
167,996	80,111	626,110	397,279	1,271,496	אומדן ימי אשפוז
219	59	369	400	1,047	עלות שנתית (מיליוני ₪)

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

לוח 11: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009 (בהתייחס למאושפזים בכל הגילאים) (המשך)

הנשמה ממושכת	גריאטריה תת-חריפה	סיעודית מורכבת	גריאטריה שיקום	סה"כ מחלקות	
2017					
420	295	2,007	1,076	3,798	אומדן מיטות
1,637	2,936	9,967	15,105	29,644	אומדן אשפוזים
173,641	82,802	640,872	406,312	1,303,627	אומדן ימי אשפוז
226	61	377	409	1,075	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2018					
434	306	2,056	1,102	3,898	אומדן מיטות
1,694	3,039	10,210	15,459	30,402	אומדן אשפוזים
179,698	85,691	656,503	415,860	1,337,752	אומדן ימי אשפוז
234	64	387	419	1,104	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2019					
450	317	2,108	1,129	4,003	אומדן מיטות
1,755	3,149	10,468	15,835	31,207	אומדן אשפוזים
186,204	88,793	673,073	425,965	1,374,036	אומדן ימי אשפוז
243	66	396	429	1,134	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2020					
467	329	2,163	1,157	4,115	אומדן מיטות
1,821	3,267	10,741	16,233	32,062	אומדן אשפוזים
193,201	92,130	690,659	436,671	1,412,661	אומדן ימי אשפוז
252	68	407	440	1,167	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2025					
535	376	2,637	1,418	4,966	אומדן מיטות
2,085	3,740	13,097	19,899	38,821	אומדן אשפוזים
221,195	105,479	842,114	535,284	1,704,072	אומדן ימי אשפוז
288	78	496	539	1,402	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2030					
597	420	3,109	1,679	5,806	אומדן מיטות
2,328	4,176	15,442	23,565	45,511	אומדן אשפוזים
246,955	117,763	992,931	633,903	1,991,552	אומדן ימי אשפוז
322	87	585	639	1,633	עלות שנתית (מיליוני ₪)

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מ ידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

לוח 12: מאפייני האשפוז* במחלקות לטיפול ממושך, לפי סוג מחלקה, 2009

מזה:	אומדן העלות השנתית (מליוני ₪)	תעריף יום אשפוז (₪), אפריל	משך שהייה ממוצע** (ימים)	מספר האשפוזים	אחוז האשפוזים של בני 65+ מסך האשפוזים			סה"כ בני 65+		
					מספר המיטות	בני 65-74	בני 75+			
1,185	2,562	288	8,880,522	323.1	27,488	29,281				סך הכל
1,018	1,941	327	5,930,795	292.4	20,283	19,918	85	10	95	האשפוז הסיעודי
***	1,606	324.02	4,957,843	286.2	17,323	16,169	***	***	***	גריאטריה סיעודית
***	335	344.14	972,952	328.7	2,960	3,749	***	***	***	תשושי נפש
168	621	210.39	2,949,727	409.4	7,205	9,363	90	8	98	תשושים****

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב; משרד הרווחה, השירות לזקן

* של החולים בני כל הגילאים

** של חולים ששוחררו במהלך שנת 2009

*** לא התקבלו נתונים

**** ההתפלגות הגילאית התקבלה מהמפקד הארצי שנערך ב-2000. נעשה שימוש בהנחה שמספר האשפוזים זהה למספר המאושפוזים (כלומר, כל דייר מתאשפז פעם אחת)

לוח 13: שיעור האשפוזים וימי האשפוז במחלקות לאשפוז ממושך, לאלף בני 65+
באוכלוסייה, 2000 ו-2009

	שיעור ימי אשפוז			שיעור אשפוזים			
	אחוז השינוי	2009	2000	אחוז השינוי	2009	2000	
סה"כ	33	12,096	9,125	1	37	37	
אשפוז סיעודי	13	8,078	7,169	5	28	26	
גריאטריה סיעודית	13	6,753	6,002	4	24	23	
תשושי נפש	14	1,325	1,167	11	4	4	
תשושים	105	4,018	1,956	-7	10	11	

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לזקן

לוח 14: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית במוסדות לטיפול ממושך, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009

גריאטריה סיעודית ותשושי נפש					סך הכל	אשפוז ממושך
תשושי נפש	תשושי נפש	גריאטריה סיעודית	סך הכל	סך הכל	אשפוז ממושך	
2010						
9,733	3,823	16,489	20,312	30,044	אומדן מיטות	
7,490	3,018	17,665	20,684	28,173	אומדן אשפוזים	
3,066,226	992,181	5,055,826	6,048,007	9,114,233	אומדן ימי אשפוז	
645	341	1,638	1,980	2,625	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
174			1,038	1,212	מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)	
2011						
9,921	3,900	16,819	20,719	30,640	אומדן מיטות	
7,634	3,079	18,020	21,099	28,733	אומדן אשפוזים	
3,125,506	1,012,077	5,157,211	6,169,288	9,294,794	אומדן ימי אשפוז	
658	348	1,671	2,019	2,677	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
177			1,058	1,236	מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)	
2012						
10,115	3,979	17,162	21,141	31,256	אומדן מיטות	
7,784	3,142	18,386	21,528	29,312	אומדן אשפוזים	
3,186,657	1,032,680	5,262,196	6,294,875	9,481,532	אומדן ימי אשפוז	
670	355	1,705	2,060	2,731	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
181			1,080	1,261	מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)	
2013						
10,315	4,061	17,516	21,578	31,893	אומדן מיטות	
7,938	3,207	18,767	21,973	29,911	אומדן אשפוזים	
3,249,779	1,054,031	5,370,996	6,425,028	9,674,807	אומדן ימי אשפוז	
684	363	1,740	2,103	2,787	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
185			1,102	1,287	מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)	
2014						
10,522	4,147	17,884	22,031	32,554	אומדן מיטות	
8,097	3,274	19,161	22,435	30,532	אומדן אשפוזים	
3,314,983	1,076,178	5,483,846	6,560,023	9,875,007	אומדן ימי אשפוז	
697	370	1,777	2,147	2,845	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
188			1,126	1,314	מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)	
2015						
10,736	4,235	18,267	22,502	33,238	אומדן מיטות	
8,262	3,344	19,570	22,914	31,176	אומדן אשפוזים	
3,382,386	1,099,167	5,600,995	6,700,162	10,082,548	אומדן ימי אשפוז	
712	378	1,815	2,193	2,905	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
192			1,150	1,342	מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)	
2016						
10,922	4,313	18,601	22,914	33,837	אומדן מיטות	
8,405	3,405	19,929	23,334	31,739	אומדן אשפוזים	
3,441,016	1,119,310	5,703,634	6,822,943	10,263,960	אומדן ימי אשפוז	
724	385	1,848	2,233	2,957	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
195			1,171	1,366	מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)	

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לזקן

לוח 14: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית במוסדות לטיפול ממושך, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

גריאטריה סיעודית ותשושי נפש					סך הכל אשפוז ממושך	
תשושי נפש	תשושי נפש	גריאטריה סיעודית	סך הכל			
2017						
11,117	4,394	18,951	23,346	34,462		אומדן מיטות
8,554	3,469	20,304	23,773	32,328		אומדן אשפוזים
3,502,158	1,140,383	5,811,015	6,951,398	10,453,557		אומדן ימי אשפוז
737	392	1,883	2,275	3,012		עלות שנתית (מיליוני ₪)
199			1,193	1,392		מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)
2018						
11,319	4,479	19,318	23,797	35,116		אומדן מיטות
8,710	3,536	20,697	24,233	32,944		אומדן אשפוזים
3,565,960	1,162,447	5,923,445	7,085,891	10,651,851		אומדן ימי אשפוז
750	400	1,919	2,319	3,070		עלות שנתית (מיליוני ₪)
203			1,216	1,418		מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)
2019						
11,531	4,568	19,702	24,271	35,801		אומדן מיטות
8,873	3,607	21,109	24,715	33,588		אומדן אשפוזים
3,632,579	1,185,566	6,041,253	7,226,819	10,859,399		אומדן ימי אשפוז
764	408	1,957	2,365	3,130		עלות שנתית (מיליוני ₪)
206			1,240	1,446		מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)
2020						
11,751	4,662	20,105	24,767	36,518		אומדן מיטות
9,043	3,681	21,540	25,221	34,264		אומדן אשפוזים
3,702,190	1,209,812	6,164,801	7,374,613	11,076,803		אומדן ימי אשפוז
779	416	1,998	2,414	3,193		עלות שנתית (מיליוני ₪)
210			1,265	1,476		מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)
2025						
14,870	5,859	25,268	31,127	45,997		אומדן מיטות
11,443	4,626	27,072	31,697	43,140		אומדן אשפוזים
4,684,627	1,520,490	7,747,915	9,268,405	13,953,031		אומדן ימי אשפוז
986	523	2,510	3,034	4,019		עלות שנתית (מיליוני ₪)
266			1,590	1,856		מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)
2030						
18,055	7,077	30,521	37,597	55,652		אומדן מיטות
13,894	5,587	32,699	38,286	52,180		אומדן אשפוזים
5,688,049	1,836,543	9,358,418	11,194,961	16,883,010		אומדן ימי אשפוז
1,197	632	3,032	3,664	4,861		עלות שנתית (מיליוני ₪)
323			1,921	2,244		מזה: עלות ציבורית (מיליוני ₪)

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לזקן

לוח 15: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות* השנתית, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, 2009

אשפוז ממושך	גריאטריה פעילה	אשפוז כללי (של בני +65)	סך הכל	
מספרים מוחלטים				
29,281	3,106	5,866	38,253	מיטות
27,488	24,327	452,195	504,010	אשפוזים
8,880,522	1,065,548	2,237,199	12,183,269	ימי אשפוז
323	44	5	24	משך שהייה ממוצע (ימים)
2,562	875	4,160	7,596	עלות (מליוני ש"ח)
288	821	1,859	624	עלות ממוצעת של יום אשפוז (ש"ח)
אחוזים				
76.5	8.1	15.3	100.0	מיטות
5.5	4.8	89.7	100.0	אשפוזים
72.9	8.7	18.4	100.0	ימי אשפוז
33.7	11.5	54.8	100.0	עלות (מליוני ש"ח)

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לזקן

* עלות זו מתייחסת לימי האשפוז בלבד ולא כוללת את הפרוצדורות שלגביהן יש תעריף דיפרנציאלי (DRG)

לוח 16: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009

		אשפוז		
אשפוז ממושך	גריאטריה פעילה	כללי (של בני +65)	סך הכל	
2010				
30,044	3,180	6,041	39,265	אומדן מיטות
28,173	24,899	464,152	517,224	אומדן אשפוזים
9,114,233	1,091,011	2,295,788	12,501,033	אומדן ימי אשפוז
2,625	896	4,270	7,791	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2011				
30,640	3,258	6,228	40,126	אומדן מיטות
28,733	25,501	476,864	531,098	אומדן אשפוזים
9,294,794	1,117,854	2,358,027	12,770,675	אומדן ימי אשפוז
2,677	918	4,388	7,983	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2012				
31,256	3,341	6,428	41,025	אומדן מיטות
29,312	26,135	490,391	545,838	אומדן אשפוזים
9,481,532	1,146,178	2,424,202	13,051,913	אומדן ימי אשפוז
2,731	942	4,512	8,185	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2013				
31,893	3,428	6,644	41,965	אומדן מיטות
29,911	26,804	504,796	561,511	אומדן אשפוזים
9,674,807	1,176,097	2,494,624	13,345,528	אומדן ימי אשפוז
2,787	967	4,645	8,399	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2014				
32,554	3,520	6,875	42,948	אומדן מיטות
30,532	27,510	520,149	578,191	אומדן אשפוזים
9,875,007	1,207,730	2,569,629	13,652,365	אומדן ימי אשפוז
2,845	994	4,787	8,625	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2015				
33,238	3,617	7,124	43,979	אומדן מיטות
31,176	28,257	536,527	595,960	אומדן אשפוזים
10,082,548	1,241,209	2,649,583	13,973,340	אומדן ימי אשפוז
2,905	1,022	4,938	8,865	עלות שנתית (מיליוני ₪)
2016				
33,837	3,705	7,354	44,896	אומדן מיטות
31,739	28,930	551,531	612,201	אומדן אשפוזים
10,263,960	1,271,496	2,722,751	14,258,207	אומדן ימי אשפוז
2,957	1,047	5,077	9,081	עלות שנתית (מיליוני ₪)

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לזקן

לוח 16: אומדן מספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

אשפוז		אשפוז		סך הכל	
אשפוז ממושך	גריאטריה פעילה	כללי (של בני +65)	אשפוז		
2017					
34,462	3,798	7,602	45,862	אומדן מיטות	
32,328	29,644	567,533	629,505	אומדן אשפוזים	
10,453,557	1,303,627	2,800,747	14,557,930	אומדן ימי אשפוז	
3,012	1,075	5,224	9,311	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2018					
35,116	3,898	7,867	46,881	אומדן מיטות	
32,944	30,402	584,619	647,965	אומדן אשפוזים	
10,651,851	1,337,752	2,883,989	14,873,592	אומדן ימי אשפוז	
3,070	1,104	5,382	9,555	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2019					
35,801	4,003	8,152	47,956	אומדן מיטות	
33,588	31,207	602,884	667,679	אומדן אשפוזים	
10,859,399	1,374,036	2,972,933	15,206,368	אומדן ימי אשפוז	
3,130	1,134	5,551	9,815	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2020					
36,518	4,115	8,458	49,092	אומדן מיטות	
34,264	32,062	622,431	688,757	אומדן אשפוזים	
11,076,803	1,412,661	3,068,080	15,557,544	אומדן ימי אשפוז	
3,193	1,167	5,731	10,091	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2025					
45,997	4,966	9,683	60,646	אומדן מיטות	
43,140	38,821	733,333	815,294	אומדן אשפוזים	
13,953,031	1,704,072	3,623,079	19,280,183	אומדן ימי אשפוז	
4,019	1,402	6,749	12,170	עלות שנתית (מיליוני ₪)	
2030					
55,652	5,806	10,811	72,269	אומדן מיטות	
52,180	45,511	840,001	937,691	אומדן אשפוזים	
16,883,010	1,991,552	4,158,401	23,032,963	אומדן ימי אשפוז	
4,861	1,633	7,727	14,220	עלות שנתית (מיליוני ₪)	

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לזקן

לוח 17: אומדן אחוז הגידול במספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, כל שנה ביחס לשנת 2009

		אשפוז		
אשפוז ממושך	גריאטריה פעילה	כללי (של בני +65)	סך הכל	
2010				
2.6	2.4	3.0	2.6	אומדן מיטות
2.5	2.4	2.6	2.6	אומדן אשפוזים
2.6	2.4	2.6	2.6	אומדן ימי אשפוז
2.5	2.4	2.7	2.6	עלות שנתית
2011				
4.6	4.9	6.2	4.9	אומדן מיטות
4.5	4.8	5.5	5.4	אומדן אשפוזים
4.7	4.9	5.4	4.8	אומדן ימי אשפוז
4.5	5.0	5.5	5.1	עלות שנתית
2012				
6.7	7.6	9.6	7.2	אומדן מיטות
6.6	7.4	8.4	8.3	אומדן אשפוזים
6.8	7.6	8.4	7.1	אומדן ימי אשפוז
6.6	7.7	8.5	7.8	עלות שנתית
2013				
8.9	10.4	13.3	9.7	אומדן מיטות
8.8	10.2	11.6	11.4	אומדן אשפוזים
8.9	10.4	11.5	9.5	אומדן ימי אשפוז
8.8	10.6	11.7	10.6	עלות שנתית
2014				
11.2	13.3	17.2	12.3	אומדן מיטות
11.1	13.1	15.0	14.7	אומדן אשפוזים
11.2	13.3	14.9	12.1	אומדן ימי אשפוז
11.0	13.6	15.1	13.5	עלות שנתית
2015				
13.5	16.5	21.4	15.0	אומדן מיטות
13.4	16.2	18.6	18.2	אומדן אשפוזים
13.5	16.5	18.4	14.7	אומדן ימי אשפוז
13.4	16.9	18.7	16.7	עלות שנתית
2016				
15.6	19.3	25.4	17.4	אומדן מיטות
15.5	18.9	22.0	21.5	אומדן אשפוזים
15.6	19.3	21.7	17.0	אומדן ימי אשפוז
15.4	19.8	22.0	19.5	עלות שנתית

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לזקן

לוח 17: אומדן אחוז הגידול במספר המיטות, האשפוזים, ימי האשפוז והעלות השנתית, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, כל שנה ביחס לשנת 2009 (המשך)

אשפוז ממושך	גריאטריה פעילה	אשפוז כללי (של בני +65)		סך הכל	
		אשפוז	אשפוז		
2017					
17.7	22.3	29.6	19.9		אומדן מיטות
17.6	21.9	25.5	24.9		אומדן אשפוזים
17.7	22.3	25.2	19.5		אומדן ימי אשפוז
17.6	22.9	25.6	22.6		עלות שנתית
2018					
19.9	25.5	34.1	22.6		אומדן מיטות
19.8	25.0	29.3	28.6		אומדן אשפוזים
19.9	25.5	28.9	22.1		אומדן ימי אשפוז
19.8	26.2	29.4	25.8		עלות שנתית
2019					
22.3	28.9	39.0	25.4		אומדן מיטות
22.2	28.3	33.3	32.5		אומדן אשפוזים
22.3	29.0	32.9	24.8		אומדן ימי אשפוז
22.2	29.7	33.4	29.2		עלות שנתית
2020					
24.7	32.5	44.2	28.3		אומדן מיטות
24.6	31.8	37.6	36.7		אומדן אשפוזים
24.7	32.6	37.1	27.7		אומדן ימי אשפוז
24.6	33.4	37.8	32.8		עלות שנתית
2025					
57.1	59.9	65.1	58.5		אומדן מיטות
56.9	59.6	62.2	61.8		אומדן אשפוזים
57.1	59.9	61.9	58.3		אומדן ימי אשפוז
56.9	60.3	62.2	60.2		עלות שנתית
2030					
90.1	86.9	84.3	88.9		אומדן מיטות
89.8	87.1	85.8	86.0		אומדן אשפוזים
90.1	86.9	85.9	89.1		אומדן ימי אשפוז
89.7	86.7	85.7	87.2		עלות שנתית

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לזקן

לוח 18: אומדן אחוז הגידול במספר המיטות, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, תקופות נבחרות

				אשפוז	
				כללי (של בני +65)	גריאטריה פעילה
				אשפוז ממושך	אשפוז ממושך
				סך הכל	סך הכל
סך הכל גידול					
90	87	84	89	2030-2009	
25	32	44	28	2020-2009	
14	16	21	15	2015-2009	
10	14	19	12	2020-2015	
52	41	28	47	2030-2020	
26	21	14	24	2025-2020	
21	17	12	19	2030-2025	
גידול שנתי ממוצע					
3.1	3.0	3.0	3.1	2030-2009	
2.0	2.6	3.4	2.3	2020-2009	
2.1	2.6	3.3	2.4	2015-2009	
1.9	2.6	3.5	2.2	2020-2015	
4.3	3.5	2.5	3.9	2030-2020	
4.7	3.8	2.7	4.3	2025-2020	
3.9	3.2	2.2	3.6	2030-2025	

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב

לוח 19: אומדן אחוז הגידול במספר האשפוזים, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, תקופות נבחרות

אשפוז				סך הכל
אשפוז ממושך	גריאטריה פעילה	כללי (של בני +65)	אשפוז	
סך הכל גידול				
90	87	86	86	2030-2009
25	32	38	37	2020-2009
13	16	19	18	2015-2009
10	13	16	16	2020-2015
52	42	35	36	2030-2020
26	21	18	18	2025-2020
21	17	15	15	2030-2025
גידול שנתי ממוצע				
3.1	3.0	3.0	3.0	2030-2009
2.0	2.5	2.9	2.9	2020-2009
2.1	2.5	2.9	2.8	2015-2009
1.9	2.6	3.0	2.9	2020-2015
4.3	3.6	3.0	3.1	2030-2020
4.7	3.9	3.3	3.4	2025-2020
3.9	3.2	2.8	2.8	2030-2025

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב

לוח 20: אומדן אחוז הגידול במספר ימי האשפוז, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, תקופות נבחרות

אשפוז			
אשפוז ממושך	גריאטריה פעילה	כללי (של בני +65)	סך הכל
סך הכל גידול			
90	87	86	89 2030-2009
25	33	37	28 2020-2009
14	16	18	15 2015-2009
10	14	16	11 2020-2015
52	41	36	48 2030-2020
26	21	18	24 2025-2020
21	17	15	19 2030-2025
גידול שנתי ממוצע			
3.1	3.0	3.0	3.1 2030-2009
2.0	2.6	2.9	2.2 2020-2009
2.1	2.6	2.9	2.3 2015-2009
1.9	2.6	3.0	2.2 2020-2015
4.3	3.5	3.1	4.0 2030-2020
4.7	3.8	3.4	4.4 2025-2020
3.9	3.2	2.8	3.6 2030-2025

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב

לוח 21: אומדן אחוז הגידול בעלות האשפוז, לפי סוג האשפוז המיועד לקשישים, תקופות נבחרות

אשפוז			
אשפוז ממושך	גריאטריה פעילה	כללי (של בני +65)	סך הכל
סך הכל גידול			
90	87	86	87 2030-2009
25	33	38	33 2020-2009
13	17	19	17 2015-2009
10	14	16	14 2020-2015
52	40	35	41 2030-2020
26	20	18	21 2025-2020
21	16	14	17 2030-2025
גידול שנתי ממוצע			
3.1	3.0	3.0	3.0 2030-2009
2.0	2.7	3.0	2.6 2020-2009
2.1	2.6	2.9	2.6 2015-2009
1.9	2.7	3.0	2.6 2020-2015
4.3	3.4	3.0	3.5 2030-2020
4.7	3.7	3.3	3.8 2025-2020
3.9	3.1	2.7	3.2 2030-2025

מקור: משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב

לוח 22: אומדן מספר תקני הרופאים שיידרשו עבור בני +65 במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס התקינה של משרד הבריאות ונתוני המערכת לשנת 2009

כירורגיה כללית	טיפול נמרץ נשימתי	טיפול נמרץ לב	טיפול נמרץ כללי	השתלת מוח עצם	עור ומין	אונקולוגיה	נוירולוגיה	גריאטריה חריפה	ריאות	פנימית	סך הכל*	התקינה**
4.89	0.95	1.72	1.69	2.20	2.34	3.62	2.79	6.20	5.13	5.16		
168	2	29	38	1	6	21	25	97	6	546	1,206	2010
173	2	30	39	1	6	22	26	100	6	563	1,244	2011
178	3	31	40	1	7	23	27	104	6	581	1,284	2012
184	3	32	41	1	7	23	28	107	7	600	1,327	2013
191	3	33	43	1	7	24	29	111	7	621	1,373	2014
198	3	35	44	1	7	25	30	115	7	644	1,423	2015
204	3	36	46	1	8	26	31	118	7	664	1,469	2016
211	3	37	47	1	8	27	32	122	8	687	1,518	2017
218	3	38	49	1	8	28	33	127	8	711	1,571	2018
226	3	40	51	1	8	29	34	131	8	736	1,628	2019
235	3	41	53	1	9	30	36	136	8	764	1,689	2020
269	4	47	60	1	10	34	41	156	10	875	1,934	2025
300	4	53	67	1	11	38	46	174	11	977	2,159	2030

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

* מתייחס ל-22 מחלקות כלליות המופיעות בלוח זה (כולל לוח ההמשך)

** מבוסס על הכלל: עד 30 מיטות התקינה היא רופא אחד לכל 5 מיטות; מעל ל-30 מיטות התקינה היא רופא נוסף אחד לכל 8 מיטות נוספות. הגודל הממוצע של כל סוג מחלקה התקבל מנתוני 2009

לוח 22: אומדן מספר תקני הרופאים שיידרשו עבור בני +65 במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס התקינה של משרד הבריאות ונתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

התקינה*	אורתופדי	אורולוגיה	כירורגיה נירון-	חזה ולב	כירורגיה כלי דם	כירורגיה פלסטית	עניים	אף-אוזן-גרון	פה ולסת	נשים	השהיה
1.06	3.90	3.86	2.87	2.54	1.47	1.82	2.87	2.50	0.89	3.67	1.06
2010	92	43	14	31	17	10	37	11	1	8	4
2011	95	45	14	32	18	10	38	11	1	8	4
2012	98	46	14	33	18	11	39	12	1	8	4
2013	101	48	15	34	19	11	40	12	1	8	4
2014	105	49	15	35	20	11	42	12	1	9	4
2015	108	51	16	36	20	12	43	13	1	9	4
2016	112	53	16	37	21	12	44	13	1	9	4
2017	116	55	17	39	22	13	46	14	1	10	5
2018	120	56	18	40	23	13	48	14	1	10	5
2019	124	59	18	41	23	13	49	15	1	10	5
2020	129	61	19	43	24	14	51	15	1	11	5
2025	147	70	22	49	28	16	59	17	2	12	6
2030	164	78	24	55	31	18	65	19	2	14	7

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

** מבוסס על הכלל: עד 30 מיטות התקינה היא רופא אחד לכל 5 מיטות; מעל ל-30 מיטות התקינה היא רופא נוסף אחד לכל 8 מיטות נוספות. הגודל הממוצע של כל סוג מחלקה התקבל מנתוני 2009

לוח 23: אומדן מספר תקני האחיות שיידרשו עבור בני +65 במחלקות לאשפוז כללי, 2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס התקינה של משרד הבריאות ונתוני המערכת לשנת 2009

כירורגיה כללית	טיפול נמרץ נשימתי	טיפול נמרץ לב	טיפול נמרץ כללי	השתלת מוח עצם	עור ומין	אונקולוגיה	נירולוגיה	גריאטרייה חריפה	ריאות	פנימית	סך הכל*	התקינה**
0.75	3.50	2.80	3.50	0.75	0.65	0.85	0.75	0.65	0.85	0.85		
663	42	411	658	3	20	90	96	338	27	2,425	5,879	2010
683	43	424	678	3	21	93	99	348	27	2,500	6,061	2011
705	45	438	700	3	22	96	102	360	28	2,581	6,257	2012
729	46	452	723	3	22	99	105	372	29	2,667	6,466	2013
754	48	468	749	3	23	102	109	385	30	2,760	6,691	2014
782	50	485	776	3	24	106	113	399	31	2,860	6,933	2015
807	51	501	801	4	25	109	116	411	32	2,953	7,158	2016
834	53	518	828	4	25	113	120	425	33	3,052	7,398	2017
863	55	536	857	4	26	117	125	440	35	3,158	7,656	2018
894	57	555	888	4	27	121	129	456	36	3,273	7,934	2019
928	59	576	921	4	28	126	134	473	37	3,396	8,232	2020
1,063	67	660	1,054	5	32	144	153	542	42	3,888	9,425	2025
1,186	75	736	1,177	5	36	161	171	605	47	4,340	10,522	2030

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

* מתייחס ל-22 מחלקות כלליות המופיעות בלוח זה (כולל לוח ההמשך)

** מתייחסת למיטה בודדת. האומדנים כוללים גם תקינה עבור אחות אחראית במחלקה בה יש לפחות 21 מיטות. הגודל הממוצע של כל סוג מחלקה התקבל מנתוני 2009

לוח 23 : אומדן מספר תקני האחיות שיידרשו עבור בני +65 במחלקות לאשפוז כללי,
2010-2020, 2025 ו-2030, על בסיס התקינה של משרד הבריאות ונתוני המערכת
לשנת 2009 (המשך)

השנה	נשים	פה ולסת	אף-אוזן-גרון	עיניים	כירורגיה פלסטית	כירורגיה כלי דם	כירורגיה חזה ולב	נירו-כירורגיה	אורולוגיה	אורתופדיה	התקינה**
0.65	0.75	0.65	0.65	0.65	0.75	0.75	1.4	1.4	0.7	0.75	
12	29	3	35	119	38	65	215	95	152	345	2010
12	29	3	36	122	39	67	222	98	157	355	2011
13	30	4	38	126	40	69	229	101	162	367	2012
13	31	4	39	131	41	72	237	104	167	379	2013
13	32	4	40	135	43	74	245	108	173	392	2014
14	34	4	42	140	44	77	254	112	179	406	2015
14	35	4	43	145	46	79	262	115	185	420	2016
15	36	4	45	149	47	82	271	119	191	434	2017
15	37	4	46	155	49	85	280	123	198	449	2018
16	38	5	48	160	51	88	290	128	205	465	2019
17	40	5	50	166	53	91	301	133	213	483	2020
19	46	5	57	190	60	104	345	152	243	552	2025
21	51	6	63	212	67	116	385	170	272	617	2030

מקורות: משרד הבריאות, שירותי מידע ומיחשוב ואגף הגריאטריה

* מתייחס ל-22 מחלקות כלליות המופיעות בלוח זה (כולל לוח ההמשך)

** מתייחסת למיטה בודדת. האומדנים כוללים גם תקינה עבור אחות אחראית במחלקה בה יש לפחות 21 מיטות. הגודל הממוצע של כל סוג מחלקה התקבל מנתוני 2009

לוח 24: אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, ו-2020 על בסיס התקינה הנוכחית של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009

טכנאי הנשמה	רנטגן	מעבדה	רוקח	פסיכולוג	קלינאית תקשורת	דיאטנית	עו"ס	מדריכת תעסוקה	ריפוי בעיסוק	סייעת ל-PT	פיזיותרפיסט	כוח עזר	מוסמכות מזה:	אחיות	מומחים מזה:	רופאים	
התקינה⁽¹⁾																	
0.30	1.25	1.25	1.00	0.25	0.95	1.75	3.25	1.25	5.25	1.50	7.00	40.00	29.50	68.00	4.50	14.50	סך הכל⁽²⁾
	0.25	0.25	0.2	0.25	0.75	0.5	0.75	0.5	2.0	1.0	2.5	11.0	7.5	13.5	1.5	3.5	גריאטריה שיקום
	0.5	0.5	0.2		0.5	0.5	0.25	0.5			0.5	8.0	8.0	17.0	1.0	3.0	סיעודית מורכבת ⁽³⁾
	0.5	0.5	0.4		0.5	1.0	0.5	0.75	0.5	1.5	11.0			13.5	1.0	4.0	גריאטריה תת-חריפה
0.3			0.2		0.2	0.25	1.0		2.0		2.5	10.0	14.0	24.0	1.0	4.0	הנשמה ממושכת: 24 מ' ⁽⁴⁾
0.25			0.2		0.2	0.25	1.0		1.5		1.5	5.0	8.0	13.0	1.0	3.0	הנשמה ממושכת: 12 מ' ⁽⁵⁾
2010																	
4	33	33	20	6	22	43	63	28	107	29	132	867	762	1,566	106	312	סך הכל⁽²⁾
-	6	6	5	6	19	13	19	13	51	25	64	280	191	343	38	89	גריאטריה שיקום
-	24	24	9	-	-	24	24	12	24	-	24	377	377	801	47	141	סיעודית מורכבת
-	3	3	3	-	-	3	7	3	5	3	10	72	-	88	7	26	גריאטריה תת-חריפה
4	-	-	3	-	3	3	14	-	28	-	35	139	195	334	14	56	הנשמה ממושכת: 24 מ'
7	-	-	6	-	6	7	28	-	42	-	42	139	222	361	28	83	הנשמה ממושכת: 12 מ'
2011																	
4	34	34	20	6	22	44	65	28	110	29	135	889	781	1,606	108	320	סך הכל⁽²⁾
-	6	6	5	6	19	13	19	13	52	26	65	286	195	351	39	91	גריאטריה שיקום
-	24	24	10	-	-	24	24	12	24	-	24	386	386	820	48	145	סיעודית מורכבת
-	3	3	3	-	-	3	7	3	5	3	10	74	-	91	7	27	גריאטריה תת-חריפה
4	-	-	3	-	3	4	14	-	29	-	36	143	201	344	14	57	הנשמה ממושכת: 24 מ'
7	-	-	6	-	6	7	29	-	43	-	43	143	229	373	29	86	הנשמה ממושכת: 12 מ'
2012																	
4	35	35	21	7	23	45	66	29	113	30	139	912	802	1,648	111	328	סך הכל⁽²⁾
-	7	7	5	7	20	13	20	13	53	27	66	293	199	359	40	93	גריאטריה שיקום
-	25	25	10	-	-	25	25	12	25	-	25	395	395	840	49	148	סיעודית מורכבת
-	3	3	3	-	-	3	7	3	5	3	10	76	-	94	7	28	גריאטריה תת-חריפה
4	-	-	3	-	3	4	15	-	30	-	37	148	207	355	15	59	הנשמה ממושכת: 24 מ'
7	-	-	6	-	6	7	30	-	44	-	44	148	237	385	30	89	הנשמה ממושכת: 12 מ'

מקור: משרד הבריאות, אגף הגריאטריה

1. מתייחסת ל-36 מיטות, אלא אם נכתב אחרת
2. כולל המחלקות: גריאטריה שיקום, סיעודית מורכבת, גריאטריה תת-חריפה, הנשמה ממושכת: 24 מיטות
3. משנת 2016 ואילך תקני הסיעוד הם כדלהלן: אחיות=13.0 (כולן מוסמכות); כוח עזר=11.5
4. משנת 2016 ואילך תקני הסיעוד הם כדלהלן: אחיות=21.0 (כולן מוסמכות); כוח עזר=13.0
5. משנת 2016 ואילך תקני הסיעוד הם כדלהלן: אחיות=12.0 (כולן מוסמכות); כוח עזר=6.0

לוח 24: אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, על בסיס התקינה הנוכחית של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

רפאים	מומחים	מזה:	אחיות	מוסמכות	מזה:	כוח עזר	פיזיותרפיה	סייעת ל-PT	בעיסוק	ריפוי	תעסוקה	מדריכת	עו"ס	דיאטנית	תקשורת	קלינאית	פסיכולוג	רוקח	מעבדה	רנטגן	הנשמה	טכנאי
2013																						
																						סך הכל⁽²⁾
337	114	1,692	823	936	142	31	116	30	68	46	23	7	21	36	36	5						
95	41	368	204	300	68	27	54	14	20	14	20	7	5	7	20	14	20	14	7	7	7	-
152	51	860	405	405	25	-	25	13	25	13	25	-	10	25	25	13	25	13	25	25	25	-
29	7	97	-	79	11	4	5	4	7	4	4	-	3	4	7	4	3	4	4	4	4	-
61	15	367	214	153	38	-	31	-	4	15	3	-	3	4	15	3	3	4	15	3	4	5
92	31	398	245	153	46	-	46	-	31	8	6	-	6	8	31	6	6	8	31	6	8	8
2014																						
																						סך הכל⁽²⁾
346	117	1,739	846	962	146	32	119	31	70	48	24	7	22	37	37	5						
98	42	377	209	307	70	28	56	14	21	14	21	7	6	7	21	14	21	14	7	7	7	-
156	52	882	415	415	26	-	26	13	26	13	26	-	10	26	26	13	26	13	26	26	26	-
30	7	100	-	82	11	4	6	4	7	4	4	-	3	4	7	4	3	4	4	4	4	-
63	16	380	222	158	40	-	32	-	4	16	3	-	3	4	16	3	3	4	16	3	4	5
95	32	411	253	158	47	-	47	-	32	8	6	-	6	8	32	6	6	8	32	6	8	8
2015																						
																						סך הכל⁽²⁾
356	120	1,789	870	989	151	32	122	31	72	49	25	7	23	38	38	5						
100	43	386	215	315	72	29	57	14	21	14	21	7	6	7	21	14	21	14	7	7	7	-
160	53	905	426	426	27	-	27	13	27	13	27	-	11	27	27	13	27	13	27	27	27	-
31	8	104	-	85	12	4	6	4	8	4	4	-	3	4	8	4	3	4	4	4	4	-
66	16	393	230	164	41	-	33	-	4	16	3	-	3	4	16	3	3	4	16	3	4	5
98	33	426	262	164	49	-	49	-	33	8	7	-	7	8	33	7	7	8	33	7	8	8
2016																						
																						סך הכל⁽²⁾
365	123	1,565	1,283	1,255	155	33	126	32	74	50	25	7	23	39	39	5						
102	44	395	219	322	73	29	58	15	22	15	22	7	6	7	22	15	22	15	7	7	7	-
163	54	708	708	626	27	-	27	14	27	14	27	-	11	27	27	14	27	14	27	27	27	-
32	8	107	-	87	12	4	6	4	8	4	4	-	3	4	8	4	3	4	4	4	4	-
68	17	355	355	220	42	-	34	-	4	17	3	-	3	4	17	3	3	4	17	3	4	5
102	34	406	406	203	51	-	51	-	34	8	7	-	7	8	34	7	7	8	34	7	8	8

מקור: משרד הבריאות, אגף הגריאטריה

2. כולל המחלקות: גריאטריה שיקום, סיעודית מורכבת, גריאטריה תת-חריפה, הנשמה ממושכת: 24 מיטות

לוח 24: אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס התקינה הנוכחית של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

רופאים	מומחים	מזה:	אחרות	מוסמכות מזה:	כוח עזר	פיזיותרפי ה	PT	סייעת ל-	בעיסוק	ריפוי	תעסוקה	מדריכת	עו"ס	דיאטנית	תקשורת	קלינאית	פסיכולוג	רוקח	מעבדה	רנטגן	הנשמה	טכנאי
2017																						
375	126	1,606	1,316	1,288	159	34	129	33	76	51	26	7	24	39	39	5						
סך הכל⁽²⁾																						
105	45	404	224	329	75	30	60	15	22	15	22	15	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
גריאטריה שיקום																						
167	56	725	725	641	28	-	28	14	28	28	14	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
סיעודית מורכבת																						
33	8	111	-	90	12	4	6	4	6	4	4	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
גריאטריה תת-חריפה																						
70	17	367	367	227	44	-	35	-	35	-	35	17	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
הנשמה ממושכת: 24 מ'																						
105	35	420	420	210	52	-	52	-	52	-	52	35	9	7	7	7	7	7	7	7	7	7
הנשמה ממושכת: 12 מ'																						
2018																						
385	130	1,650	1,352	1,322	163	35	132	34	78	53	27	8	25	40	40	5						
סך הכל⁽²⁾																						
107	46	413	230	337	77	31	61	15	23	15	23	15	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
גריאטריה שיקום																						
171	57	742	742	657	29	-	29	14	29	29	14	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
סיעודית מורכבת																						
34	8	115	-	93	13	4	6	4	6	4	4	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
גריאטריה תת-חריפה																						
72	18	380	380	235	45	-	36	-	36	-	36	18	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
הנשמה ממושכת: 24 מ'																						
109	36	434	434	217	54	-	54	-	54	-	54	36	9	7	7	7	7	7	7	7	7	7
הנשמה ממושכת: 12 מ'																						
2019																						
396	133	1,697	1,390	1,359	168	36	136	35	80	54	27	8	25	42	42	6						
סך הכל⁽²⁾																						
110	47	423	235	345	78	31	63	16	24	16	24	16	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
גריאטריה שיקום																						
176	59	761	761	673	29	-	29	15	29	29	15	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
סיעודית מורכבת																						
35	9	119	-	97	13	4	7	4	7	4	4	9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
גריאטריה תת-חריפה																						
75	19	394	394	244	47	-	38	-	38	-	38	19	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
הנשמה ממושכת: 24 מ'																						
113	38	450	450	225	56	-	56	-	56	-	56	38	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8
הנשמה ממושכת: 12 מ'																						
2020																						
407	137	1,747	1,431	1,398	173	37	140	36	83	56	28	8	26	43	43	6						
סך הכל⁽²⁾																						
112	48	434	241	354	80	32	64	16	24	16	24	16	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
גריאטריה שיקום																						
180	60	781	781	691	30	-	30	15	30	30	15	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
סיעודית מורכבת																						
37	9	123	-	100	14	5	7	5	7	5	5	9	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
גריאטריה תת-חריפה																						
78	19	409	409	253	49	-	39	-	39	-	39	19	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
הנשמה ממושכת: 24 מ'																						
117	39	467	467	234	58	-	58	-	58	-	58	39	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8
הנשמה ממושכת: 12 מ'																						

מקור: משרד הבריאות, אגף הגריאטריה

2. כולל המחלקות: גריאטריה שיקום, סיעודית מורכבת, גריאטריה תת-חריפה, הנשמה ממושכת: 24 מיטות

לוח 24: אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030 על בסיס התקינה הנוכחית של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

טכנאי הנשמה	רנטגן	מעבדה	רוקח	פסיכולוג	קלינאית תקשורת	דיאטנית	עו"ס	מדריכת תעסוקה	ריפוי בעיסוק	סייעת ל-PT	פיזיותרפיה	כוח עזר	מוסמכות מזה:	אחיות	מומחים מזה:	רופאים	
2025																	
סך הכל⁽²⁾																	
7	52	52	31	10	34	67	99	43	168	45	206	1,680	1,716	2,093	165	489	גריאטריה שיקום
-	10	10	8	10	30	20	30	20	79	39	98	433	295	532	59	138	גריאטריה שיקום
-	37	37	15	-	-	37	37	18	37	-	37	842	952	952	73	220	סיעודית מורכבת
-	5	5	4	-	-	5	10	5	8	5	16	115	-	141	10	42	גריאטריה תת-חריפה
7	-	-	4	-	4	6	22	-	45	-	56	290	468	468	22	89	הנשמה ממושכת: 24 מ'
11	-	-	9	-	9	11	45	-	67	-	67	267	535	535	45	134	הנשמה ממושכת: 12 מ'
2030																	
סך הכל⁽²⁾																	
7	61	61	36	12	40	79	115	51	195	52	240	1,958	1,995	2,433	193	569	גריאטריה שיקום
-	12	12	9	12	35	23	35	23	93	47	117	513	350	630	70	163	גריאטריה שיקום
-	43	43	17	-	-	43	43	22	43	-	43	993	1,123	1,123	86	259	סיעודית מורכבת
-	6	6	5	-	-	6	12	6	9	6	18	128	-	158	12	47	גריאטריה תת-חריפה
7	-	-	5	-	5	6	25	-	50	-	62	323	522	522	25	100	הנשמה ממושכת: 24 מ'
12	-	-	10	-	10	12	50	-	75	-	75	299	597	597	50	149	הנשמה ממושכת: 12 מ'

מקור: משרד הבריאות, אגף הגריאטריה

2. כולל המחלקות: גריאטריה שיקום, סיעודית מורכבת, גריאטריה תת-חריפה, הנשמה ממושכת: 24 מיטות

לוח 24א: אומדן תקני כוח אדם סיעודי שיידרשו
 במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030,
 על בסיס התקינה המומלצת* של אגף הגריאטריה
 ונתוני המערכת לשנת 2009

אחיות			
מוסמכות	כוח עזר	סך הכל	
התקינה עבור מחלקה של 36 מיטות			
			סך הכל
	33.1	49.7	82.8
	10.8	16.2	27.0
	10.8	16.2	27.0
	11.5	17.3	28.8
2010			
	859	1,288	2,147
	274	412	686
	509	764	1,273
	75	113	188
2011			
	879	1,319	2,198
	281	421	702
	521	781	1,302
	77	116	194
2012			
	901	1,351	2,252
	287	431	718
	533	800	1,334
	80	120	200
2013			
	923	1,385	2,308
	294	441	735
	547	820	1,366
	83	124	207
2014			
	947	1,421	2,368
	301	452	753
	560	841	1,401
	86	128	214
2015			
	973	1,459	2,431
	309	463	772
	575	863	1,438
	89	133	221

* על פי המלצות אגף הגריאטריה מיוני 2011

לוח 24א: אומדן תקני כוח אדם סיעודי שיידרשו
 במחלקות לגריאטריה פעילה, 2010-2020, 2025 ו-2030
 על בסיס התקינה המומלצת* של אגף הגריאטריה
 ונתוני המערכת לשנת 2009 (המשך)

אחיות		סך הכל	
מוסמכות	כוח עזר		
2016			
סך הכל			
995	1,493	2,488	
316	474	789	גריאטריה שיקום
588	882	1,470	סיעודית מורכבת
91	137	229	גריאטריה תת-חריפה
2017			
סך הכל			
1,019	1,529	2,549	
323	484	807	גריאטריה שיקום
602	903	1,505	סיעודית מורכבת
95	142	236	גריאטריה תת-חריפה
2018			
סך הכל			
1,045	1,568	2,613	
331	496	826	גריאטריה שיקום
617	925	1,542	סיעודית מורכבת
98	147	245	גריאטריה תת-חריפה
2019			
סך הכל			
1,072	1,608	2,681	
339	508	846	גריאטריה שיקום
632	948	1,581	סיעודית מורכבת
101	152	253	גריאטריה תת-חריפה
2020			
סך הכל			
1,101	1,652	2,753	
347	521	868	גריאטריה שיקום
649	973	1,622	סיעודית מורכבת
105	158	263	גריאטריה תת-חריפה
2025			
סך הכל			
1,337	2,005	3,342	
425	638	1,064	גריאטריה שיקום
791	1,187	1,978	סיעודית מורכבת
120	181	301	גריאטריה תת-חריפה
2030			
סך הכל			
1,571	2,357	3,928	
504	756	1,260	גריאטריה שיקום
933	1,399	2,332	סיעודית מורכבת
134	202	336	גריאטריה תת-חריפה

* על פי המלצות אגף הגריאטריה מיוני 2011

לוח 25: אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לסיעודיים ולתשושי נפש, 2010-2020, ו-2025, על בסיס התקינה של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009*

ריפוי									
רופאים אחיות כוח עזר פיזיותרפיה בעיסוק תעסוקה עו"ס דיאטנית רוקח									
התקינה									
מחלקה סיעודית של 36 מיטות									
0.036	0.18	0.36	0.5	0.18	0.5	10.8	5.76	0.5	
מחלקה לתשושי נפש של 30 מיטות									
0.036	0.15	0.3	0.5	0.18	0.25	10.8	5.76	0.4	
2010									
21	102	203	293	105	261	6,323	3,372	280	סיעודיים ותשושי נפש
16	82	165	229	82	229	4,947	2,638	229	סיעודיים
5	19	38	64	23	32	1,376	734	51	תשושי נפש
2011									
21	104	207	299	107	266	6,450	3,440	286	סיעודיים ותשושי נפש
17	84	168	234	84	234	5,046	2,691	234	סיעודיים
5	19	39	65	23	32	1,404	749	52	תשושי נפש
2012									
22	106	211	305	110	272	6,581	3,510	291	סיעודיים ותשושי נפש
17	86	172	238	86	238	5,148	2,746	238	סיעודיים
5	20	40	66	24	33	1,432	764	53	תשושי נפש
2013									
22	108	216	311	112	277	6,717	3,582	297	סיעודיים ותשושי נפש
18	88	175	243	88	243	5,255	2,803	243	סיעודיים
5	20	41	68	24	34	1,462	780	54	תשושי נפש
2014									
23	110	220	318	114	283	6,858	3,658	304	סיעודיים ותשושי נפש
18	89	179	248	89	248	5,365	2,862	248	סיעודיים
5	21	41	69	25	35	1,493	796	55	תשושי נפש
2015									
23	113	225	324	117	289	7,005	3,736	310	סיעודיים ותשושי נפש
18	91	183	254	91	254	5,480	2,923	254	סיעודיים
5	21	42	71	25	35	1,525	813	56	תשושי נפש

מקור: משרד הבריאות, אגף הגריאטריה

* הנתונים מבוססים על תקינה של 36 מיטות במחלקה סיעודית ו-30 מיטות במחלקה לתשושי נפש. נכון לסוף 2009, ב-45% מהמחלקות הסיעודיות יש פחות מ-36 מיטות וב-19% מהמחלקות לתשושי נפש יש פחות מ-30 מיטות. משמעות הדבר היא שאם היינו לוקחים בחשבון נתונים אלה אזי הנתונים בלוח, בעיקר לגבי אחיות, מהווים אומדני חסר

לוח 25: אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לסיעודיים ולתשושי נפש, 2010-2020, 2025 ו-2030
על בסיס התקינה של אגף הגריאטריה ונתוני המערכת לשנת 2009* (המשך)

ריפוי									
תעסוקה עו"ס דיאטנית רוקח				כוח עזר פיזיותרפיה בעיסוק		רופאים אחיות			
2016									
24	115	229	330	119	294	7,133	3,804	316	סיעודיים ותשושי נפש
19	93	186	258	93	258	5,580	2,976	258	סיעודיים
5	22	43	72	26	36	1,553	828	58	תשושי נפש
2017									
24	117	233	336	121	300	7,267	3,876	322	סיעודיים ותשושי נפש
19	95	190	263	95	263	5,685	3,032	263	סיעודיים
5	22	44	73	26	37	1,582	844	59	תשושי נפש
2018									
25	119	238	343	123	306	7,408	3,951	328	סיעודיים ותשושי נפש
19	97	193	268	97	268	5,795	3,091	268	סיעודיים
5	22	45	75	27	37	1,612	860	60	תשושי נפש
2019									
25	121	243	350	126	312	7,555	4,029	335	סיעודיים ותשושי נפש
20	99	197	274	99	274	5,911	3,152	274	סיעודיים
5	23	46	76	27	38	1,645	877	61	תשושי נפש
2020									
26	124	248	357	128	318	7,710	4,112	341	סיעודיים ותשושי נפש
20	101	201	279	101	279	6,032	3,217	279	סיעודיים
6	23	47	78	28	39	1,678	895	62	תשושי נפש
2025									
32	156	311	449	161	400	9,690	5,168	429	סיעודיים ותשושי נפש
25	126	253	351	126	351	7,580	4,043	351	סיעודיים
7	29	59	98	35	49	2,109	1,125	78	תשושי נפש
2030									
39	188	376	542	195	483	11,704	6,242	518	סיעודיים ותשושי נפש
31	153	305	424	153	424	9,156	4,883	424	סיעודיים
8	35	71	118	42	59	2,548	1,359	94	תשושי נפש

מקור: משרד הבריאות, אגף הגריאטריה

* הנתונים מבוססים על תקינה של 36 מיטות במחלקה סיעודית ו-30 מיטות במחלקה לתשושי נפש. נכון לסוף 2009, ב-45% מהמחלקות הסיעודיות יש פחות מ-36 מיטות וב-19% מהמחלקות לתשושי נפש יש פחות מ-30 מיטות.

משמעות הדבר היא שאם היינו לוקחים בחשבון נתונים אלה אזי הנתונים בלוח, בעיקר לגבי אחיות, מהווים אומדני

חסר

לוח 26: אומדן תקני כוח האדם שיידרשו במחלקות לתשושים, 2010-2020,
 2025 ו-2030 על בסיס התקינה של השירות לזקן במשרד הרווחה ונתוני
 המערכת של שנת 2009*

רופאים אחיות כוח עזר פיזיותרפיה בעיסוק תעסוקה עו"ס							התקינה במחלקה של 36 מיטות
0.27	0.16	0.09	0.144	4.68	2.52	0.36	
73	43	24	39	1,265	681	97	2010
74	44	25	40	1,290	694	99	2011
76	45	25	40	1,315	708	101	2012
77	46	26	41	1,341	722	103	2013
79	47	26	42	1,368	737	105	2014
81	48	27	43	1,396	752	107	2015
82	49	27	44	1,420	765	109	2016
83	49	28	44	1,445	778	111	2017
85	50	28	45	1,471	792	113	2018
86	51	29	46	1,499	807	115	2019
88	52	29	47	1,528	823	118	2020
112	66	37	59	1,933	1,041	149	2025
135	80	45	72	2,347	1,264	181	2030

מקור: נתונים שנמסרו על ידי משרד הבריאות, אגף הגריאטריה

לוח 27: אומדן העלות* של קופות החולים ביחס לאוכלוסיית הקשישים, ללא אשפוזים, לפי סעיף הוצאה ומאפיינים דמוגרפיים, 2010 (מליוני ש"ח)

אשפוז יום					
ומרפאות ביקורים במיון		מרפאות תרופות		מרפאות בקהילה	
חוץ	במיון	חוץ	במיון	סך הכל	
125	906	1,275	2,534	4,840	סך הכל בני 65+
3	19	26	52	100	אחוזים
גיל					
56	496	613	1,372	2,537	74-65
69	410	663	1,162	2,303	75+
מין					
55	453	565	1,009	2,081	גברים
70	453	711	1,525	2,759	נשים
גיל-מין					
26	242	278	574	1,120	74-65 : גברים
30	254	334	798	1,417	74-65 : נשים
29	211	286	435	961	75+ : גברים
40	199	376	727	1,342	75+ : נשים

מקור: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות
 * הנתונים בלוח מהווים הערכה גסה בלבד על פי הנתונים שעמדו לרשות ועדת הקפיטציה. נתוני השימוש בפועל מורכבים יותר

לוח 29: אומדן העלות* של קופות החולים ביחס לאוכלוסיית הקשישים, ללא אשפוזים, לפי סעיף הוצאה ומאפיינים דמוגרפיים, 2011-2020, על בסיס נתוני 2010 (מליוני ש"ח) 2025 ו-2030

ביקורים במיון			אשפוז יום ומרפאות			תרופות			מרפאות בקהילה			סה"כ			שנה וגיל
סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	
2011															
73	57	130	474	475	949	740	591	1,332	1,593	1,060	2,653	2,881	2,183	5,064	בני 65+
33	28	60	271	259	530	357	298	655	852	615	1,467	1,512	1,200	2,712	בני 74-65
40	30	70	203	216	419	383	293	677	742	445	1,186	1,368	984	2,352	בני 75+
2012															
75	59	134	489	491	980	762	611	1,373	1,642	1,097	2,739	2,968	2,259	5,227	בני 65+
34	29	63	283	271	554	372	312	685	889	644	1,533	1,578	1,256	2,834	בני 74-65
41	30	71	206	220	426	390	299	688	753	453	1,207	1,390	1,003	2,393	בני 75+
2013															
77	61	138	505	509	1,014	785	632	1,418	1,695	1,138	2,832	3,063	2,340	5,402	בני 65+
36	30	66	296	284	580	390	328	717	929	676	1,605	1,650	1,318	2,968	בני 74-65
42	31	73	210	224	434	396	305	700	765	462	1,228	1,412	1,022	2,434	בני 75+
2014															
80	63	143	523	527	1,050	810	655	1,465	1,751	1,181	2,932	3,164	2,427	5,591	בני 65+
37	32	69	310	299	609	408	344	752	974	710	1,684	1,729	1,385	3,114	בני 74-65
42	31	74	213	229	442	402	311	713	777	471	1,249	1,435	1,042	2,477	בני 75+
2015															
82	66	148	542	548	1,089	837	679	1,516	1,812	1,228	3,040	3,273	2,520	5,793	בני 65+
39	34	73	325	315	640	429	362	791	1,023	747	1,770	1,816	1,458	3,273	בני 74-65
43	32	75	216	233	449	409	317	725	790	480	1,270	1,458	1,062	2,520	בני 75+
2016															
84	68	152	560	566	1,126	862	701	1,563	1,870	1,270	3,140	3,376	2,605	5,981	בני 65+
41	35	76	341	329	670	449	379	827	1,070	781	1,852	1,900	1,524	3,425	בני 74-65
44	33	76	219	237	456	414	322	736	800	489	1,288	1,476	1,080	2,556	בני 75+

מקור: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות

לוח 29: אומדן העלות* של קופות החולים ביחס לאוכלוסיית הקשישים, ללא אשפוזים, לפי סעיף הוצאה ומאפיינים דמוגרפיים, 2011-2020, 2025 ו-2030, על בסיס נתוני 2010 (מליוני ש"ח) (המשך)

<u>ביקורים במיזן</u>			<u>אשפוז יום ומרפאות</u>			<u>תרופות</u>			<u>מרפאות בקהילה</u>			<u>סה"כ</u>			שנה וגיל
סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	
2017															
87	70	157	579	586	1,165	889	724	1,614	1,932	1,315	3,247	3,487	2,696	6,182	בני 65+
43	37	80	357	344	702	470	397	867	1,122	818	1,940	1,992	1,596	3,588	בני 74-65
44	33	77	222	241	463	419	328	746	810	497	1,307	1,495	1,099	2,594	בני 75+
2018															
90	72	162	600	607	1,206	918	750	1,668	1,998	1,364	3,362	3,605	2,793	6,398	בני 65+
45	39	84	375	361	736	494	416	910	1,178	858	2,036	2,092	1,674	3,766	בני 74-65
45	34	78	225	246	470	424	333	758	820	506	1,326	1,514	1,119	2,633	בני 75+
2019															
93	75	167	622	629	1,251	949	777	1,726	2,070	1,416	3,486	3,733	2,897	6,630	בני 65+
47	40	88	394	379	774	519	437	956	1,239	901	2,140	2,199	1,758	3,958	בני 74-65
45	34	80	228	250	478	430	339	769	831	515	1,346	1,534	1,139	2,673	בני 75+
2020															
96	78	173	646	654	1,300	982	805	1,788	2,147	1,472	3,619	3,871	3,009	6,880	בני 65+
50	43	92	415	399	814	547	460	1,007	1,305	948	2,253	2,317	1,850	4,166	בני 74-65
46	35	81	231	254	485	436	346	781	842	524	1,367	1,554	1,159	2,714	בני 75+
2025															
111	91	201	730	753	1,483	1,129	936	2,066	2,443	1,684	4,127	4,413	3,463	7,876	בני 65+
52	45	97	435	419	855	573	483	1,056	1,368	996	2,364	2,429	1,943	4,372	בני 74-65
59	46	104	295	333	628	556	453	1,009	1,075	687	1,763	1,985	1,520	3,504	בני 75+
2030															
125	103	228	805	844	1,649	1,267	1,058	2,325	2,713	1,876	4,590	4,910	3,881	8,792	בני 65+
53	46	99	442	433	875	582	498	1,081	1,389	1,028	2,417	2,467	2,005	4,472	בני 74-65
72	57	129	363	412	774	685	559	1,244	1,324	849	2,172	2,443	1,876	4,320	בני 75+

מקור: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות

לוח 30: מאפיינים של ביצוע חוק ביטוח סיעוד, 2009

שעות שבועיות	אחוזים	התפלגות הזכאים לפי רמת גמלה	נשים 60+	גברים בני 65+	סך הכל	
	100.0	סך הכל	מספר הזכאים (סוף שנה)			
9.75	54.1	תלוי במידה רבה-גמלה מלאה	98,689	40,729	139,418	סך הכל
5	2.5	תלוי במידה רבה-מחצית גמלה				
16	23.1	תלוי במידה רבה מאד-גמלה מלאה				
8	1.5	תלוי במידה רבה מאד-מחצית גמלה	1,255		1,255	60-64
18	17.4	תלוי לחלוטין-גמלה מלאה	4,890	1,015	5,905	65-69
9	1.3	תלוי לחלוטין-מחצית גמלה	11,589	4,917	16,506	70-74
			20,171	8,166	28,337	75-79
		ממוצעים משוקללים	60,784	26,631	87,415	80+
	12.48	שעות שבועיות לזכאי	אחוז הזכאים מתוך האוכלוסייה המתאימה			
	54.23	שעות חודשיות לזכאי				
	2,268	קצבה חודשית (שח)	16.8	12.7	15.3	סך הכל
	41.82	עלות שעת טיפול (שח)				
			0.7		0.7	60-64
			4.7	1.1	3.0	65-69
			10.9	5.7	8.6	70-74
			24.2	13.0	19.4	75-79
			47.7	33.1	42.0	80+

מקור: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון

לוח 31: אומדן מספר הזכאים לקבלת גמלה מחוק ביטוח
 סיעוד, שעות הטיפול והעלות השנתית, 2010-2020, 2025 ו-
 2030, על בסיס נתוני המערכת לשנת 2009

אחוז הגידול ביחס לשנת *2009	העלות השנתית (מיליוני ₪)	שעות הטיפול (מיליונים)	מספר הזכאים	
1.6	3,856	92	141,664	2010
3.3	3,919	94	143,986	2011
5.0	3,985	95	146,389	2012
6.8	4,052	97	148,878	2013
8.6	4,123	99	151,458	2014
10.6	4,195	100	154,134	2015
13.5	4,308	103	158,285	2016
16.7	4,428	106	162,666	2017
20.0	4,554	109	167,294	2018
23.5	4,687	112	172,190	2019
27.2	4,828	115	177,373	2020
49.1	5,658	135	207,854	2025
83.6	6,966	167	255,912	2030

* מקור: המוסד לביטוח לאומי, אגף מחקר ותכנון
 * לפי המודל, מספר הזכאים, שעות הטיפול והעלות השנתית יגדלו
 באותו שיעור