



משרד ראש הממשלה

# היערכות להזדקנות האוכלוסייה: סקירה בתחום הסיעוד

אוקטובר 2015

ניר בריל  
עדי בויקו



## תודות

ברצוננו להודות לכל האנשים אשר תרמו מזמנם וניסיונם ושתובנותיהם בנושא סייעו רבות בגיבוש הסקירה, ובמיוחד :

דניאל גוטליב, מרים שמלצר ושרון אסיסקוביץ' מהמוסד לביטוח לאומי, טוביה חורב, ניר קידר ואיריס רסולי ממשרד הבריאות, רבקה לויפר מאגף תקציבים במשרד האוצר, שרונה פלדמן מאגף שוק ההון במשרד האוצר, ג'ני ברודצקי ושולי ברמלי גרינברג ממכון ברוקדייל ומרים בר גיורא ממשרד הרווחה.

תודה מיוחדת לישי ריבלין שעבודתו היוותה את הבסיס לסקירה זו.

## תוכן עניינים

1.....	תקציר מנהלים
5.....	רקע כללי
5.....	סיעוד בישראל – תמונת מצב
10.....	מימון
10.....	ההוצאה הפרטית ומשקי הבית
10.....	ההוצאה הפרטית על סיעוד
11.....	הוצאה למשק בית על סיעוד כתלות ברמת המוגבלות
12.....	הוצאה על סיעוד של נזקקים לסיעוד משמעותי כתלות ברמת הכנסה
15.....	ביטוח סיעודי – השפעה על יכולת המימון של משקי הבית
17.....	השפעה של משך הסיעוד על הנטל הכלכלי של משקי הבית
18.....	ההוצאה הציבורית על סיעוד
20.....	מימון - כיווני פעולה
22.....	אספקת שירותים
22.....	פיצול והיעדר תיאום בין הגופים האחראיים על שירותי סיעוד
25.....	טיפול בקהילה – מתן שירותים
25.....	אספקת שירותים בקהילה – מצב קיים ומגמות עתידיות
27.....	אספקת שירותי אשפוז סיעודי
28.....	אספקת שירותים - כיווני פעולה
29.....	נספח א' - הנחות
31.....	נספח ב'.....

## תרשימים

- 5..... תרשים 1 : מספר האנשים בישראל לפי גיל בשנת 2011 (באלפים)
- 6..... תרשים 2 : כמות סיעודיים לפי סוג טיפול בישראל, 2013
- 6..... תרשים 3 : השוואה בינ"ל של שיעור זכאים למימון ציבורי בגילאי 80 ומעלה (2007-8)
- 7..... תרשים 4 : התפתחות מס' הזכאים לגמלת סיעוד של ביטוח לאומי
- 8..... תרשים 5 : תמהיל רמות הזכאות לאורך זמן
- 9..... תרשים 6 : היצע מיטות לאשפוז בפיקוח משרד הבריאות ותחזית ביקוש
- 10..... תרשים 7 : התפתחות הוצאה פרטית על סיעוד בחלוקה לסוג טיפול, במיליארדי ש"ח
- תרשים 8 : עלייה משוערת בהוצאה חודשית על סיעוד בקהילה לפי רמת מוגבלות בחלוקה למימון פרטי וציבורי (בש"ח), 2013
- 11..... תרשים 9 : הוצאה ברוטו על טיפול סיעודי לנזקק סיעוד משמעותי בחלוקה לסוג טיפול ורמת הכנסה, 2009-2011
- 12..... תרשים 10 : עלייה בסך בהוצאות במעבר לסיעוד בחלוקה לסוג טיפול ורמת הכנסה, 2009-2011
- 14..... תרשים 11 : הוצאה ממוצעת על סיעוד למשק בית בחמישוני הכנסה 1-3 לפי גורם מממן
- 15..... תרשים 12 : הנטל הכלכלי לבעלי ביטוח במעבר לסיעוד בחלוקה לסוג טיפול ורמת הכנסה
- 16..... תרשים 13 : בעלות על ביטוח סיעוד לפי סוג ביטוח ורמת הכנסה
- 17..... תרשים 14 : נזקקי סיעוד משמעותי בחלוקה למשך המצב הסיעודי
- 19..... תרשים 15 : תרומת הגורמים השונים לעלייה בהוצאה על סיעוד בשנים 2005-2014 במלש"ח
- 20..... תרשים 16 : תחזית ההוצאה הציבורית על סיעוד לפי גורם מממן במיליארדי ש"ח
- 26..... תרשים 17 : התפתחות הביקוש למטפלים סיעודיים (באלפים)

# סקירה בתחום הסיעוד

## תקציר מנהלים

בין השנים 2014-2034, אוכלוסיית הקשישים בישראל צפויה לגדול מכ-900 אלף לכ-1.6 מיליון איש, מגמה אשר צפויה להשפיע על מגוון תחומי חיים. ברמת המשק צפויים שינויים בשוק התעסוקה, לצד ביקוש גובר לשירותים ציבוריים מרכזיים, בדגש על מערכות הבריאות והסיעוד. מספר הנזקקים לטיפול סיעודי צפוי לעלות ב-20 השנים הקרובות באופן חסר תקדים מכ-200 לכ-440 אלף איש.

הערכת המצב הכלכלית חברתית שהוצגה ביוני 2015 ואומצה על ידי ממשלת ישראל הצביעה על הצורך בהיערכות מערכת הסיעוד להזדקנות האוכלוסייה. הסקירה הנוכחית מפורסמת בהמשך להערכת המצב שהוצגה לממשלת ישראל ואומצה על ידה כחלק מהתהליך האסטרטגי הממשלתי. הסקירה כוללת ניתוח המצב הקיים והעתידי של מערך הסיעוד בישראל תוך מיקוד בדרכי המימון ואופן אספקת השירותים בתחום הסיעוד. הניתוח מתמקד בבחינת כשלים במערך הסיעוד הקיים והצעת כיווני פעולה אפשריים לביצוע לשם שיפור המצב הקיים ותוך היערכות להזדקנות האוכלוסייה.

המטרות המרכזיות של הסקירה וכיווני הפעולה המוצגים:

1. הקלה על הנטל הכלכלי והרגשי של נזקקי סיעוד ומשפחותיהם
2. שיפור איכות השירות הניתן לנזקקי הסיעוד
3. חיזוק האיתנות של מערך הסיעוד בראייה ארוכת טווח תוך היערכות להזדקנות האוכלוסייה

## רקע כללי

האחריות על מערך הסיעוד בישראל מפוצלת בין מספר גופים ממשלתיים, אולם האחריות על מתן שירותי סיעוד לרוב נזקקי הסיעוד מתחלקת בין שני מוסדות ציבוריים מרכזיים. כ-85% מנזקקי הסיעוד מקבלים טיפול בקהילה שבאחריות המוסד לביטוח לאומי וכ-15% שוהה במוסדות אשפוז שרובם בפיקוח משרד הבריאות. קופות החולים אחראיות על מתן שירותי בריאות לכלל נזקקי הסיעוד ומחזיקות בכלים וביכולות למניעה ודחיית ההידרדרות התפקודית. אולם כיום, אין לקופות תמריץ כלכלי להשקעה במניעה והפחתת שיעור הנזקקים לסיעוד. בעשור האחרון חל גידול בשיעור נזקקי הסיעוד מסך האוכלוסייה בגילאי 65 ומעלה שנבע ככל הנראה בעיקר מעלייה מתמשכת בתוחלת החיים של נזקקי הסיעוד. הגידול בשיעור נזקקי הסיעוד הינו בקהילה בלבד, כאשר בתחום האשפוז חלה ירידה קלה בשיעור המאושפזים הסיעודיים בגילאי 65 ומעלה. בשל המאפיינים השונים של הטיפול בקהילה והאשפוז, הניתוח של אופן המימון ואספקת השירותים נערך תוך התייחסות נפרדת לטיפול בקהילה ואשפוז. יש לציין כי הבעיה המרכזית שיש להיערך אליה כתוצאה מהזדקנות האוכלוסייה הינה הגידול המשמעותי בביקוש לשירותי סיעוד ומטפלי סיעוד שעלול להותיר עשרות אלפי נזקקי סיעוד ללא טיפול מתאים. הגידול המשמעותי צפוי לקרות עוד כעשור אולם על מנת להיערך לשינוי זה באופן מיטבי

נדרש לפעול כבר היום על ידי קידום צעדים בתחום בדגש על תמרוץ וקידום מניעה ופיתוח מודלים אלטרנטיביים לטיפול סיעודי.

### מימון שירותי הסיעוד

#### מאפיינים מרכזיים

1. שיעור נזקקי הסיעוד המקבלים מימון ציבורי מסך האוכלוסייה המבוגרת גבוה ביחס לעולם המפותח
2. תמהיל המימון הציבורי איננו מיטבי ומוטה לטובת נזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע קל לעומת נזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע רוב שעות היממה
3. בישראל שיעור המחזיקים בביטוח סיעודי מסחרי הוא מהגבוהים בעולם המפותח, והינו גבוה במיוחד בקרב בעלי הכנסות גבוהות
4. פוליסת ביטוח הסיעודי שמשווקות קופ"ח מספקת מענה מיטבי לנטל הכלכלי לבעלי הכנסות גבוהות אך איננה מותאמת לצרכי אוכלוסיות עם הכנסה נמוכה
5. האוכלוסייה שסובלת מהנטל הכלכלי הכבד ביותר הינה נזקקי הסיעוד שאינם מבוטחים בביטוח מסחרי וזקוקים לטיפול סיעודי בקהילה מעל חמש שנים.
6. ההוצאה הציבורית על סיעוד צפויה לעלות משמעותית ב-20 השנים הקרובות

#### כיווני פעולה מוצעים

1. שינוי תמהיל המימון הציבורי לטובת נזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע רוב שעות היממה.
  - א. הפחתת המימון הציבורי לנזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע מועט תוך הנגשה של שירותים חברתיים וקהילתיים.
  - ב. הגדלת המימון הציבורי לנזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע רוב שעות היממה.
  - ג. מיקוד במקבלי השלמת הכנסה ונזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע במשך 5 שנים ומעלה.
2. שיפור הכדאיות של ביטוח סיעודי לנזקקי סיעוד בעלי הכנסה נמוכה
  - א. בחינת השקת פוליסת ביטוח אחידה נוספת שישווקו קופות החולים שכוללת חוזר נמוך משמעותית מהקיים היום על אשפוז מוסדי.
  - ב. רצינון לפוליסה הנוספת – היקף ההוצאה של בעלי הכנסות נמוכות על אשפוז סיעודי נמוך משמעותית ביחס לבעלי הכנסות גבוהות.
3. חיזוק האיתנות הפיננסית של מערך הסיעוד
  - א. המשך קידום מהלך ממשלתי מתואם לטיפול בגרעון האקטוארי הכולל של המוסד לביטוח לאומי.
  - ב. ביצוע כלל השינויים בתחום הסיעוד ללא חריגה מסך התקציב הציבורי הקיים.
4. יצירת מאגר נתונים משותף בתחום הסיעוד לשם טיוב קבלת ההחלטות בתחום
  - א. מיפוי של נתונים נדרשים בתחום הסיעוד
  - ב. ניתוח אקטוארי של התפתחות והשינויים בתוחלת החיים של נזקקי סיעוד

- ג. ניתוח מעמיק של הוצאות משקי בית לפי רמות הכנסה, רמת מוגבלות וסוג טיפול  
 ד. הנגשת מידע ונתונים לציבור לשם קבלת החלטות מיטבית ברמת הפרט

### אספקת שירותי הסיעוד

#### מאפיינים

1. עלייה משמעותית בביקוש למיטות אשפוז סיעודי ולעובדי סיעוד ב-20 השנים הקרובות
2. היעדר תמריצים למניעת התדרדרות תפקודית עקב פיצול האחריות בין הגופים
3. נטל בירוקרטי משמעותי בשירותים מסוימים במערך הסיעוד
4. היעדר תיאום מספק בין הגופים האחראיים על מערך הסיעוד
5. מענה חלקי בלבד של המדינה לבני המשפחה המטפלים בנזקקי הסיעוד
6. מעורבות משמעותית של המגזר הציבורי בניהול וקביעת המחירים במערך הסיעוד

#### כיווני פעולה מוצעים

1. היערכות לגידול בביקוש לעובדים בסיעוד
  - א. בחינה וקידום של מודלים אלטרנטיביים למתן שירותים בקהילה להקטנת עתירות העבודה בשירותי הסיעוד הקיימים
  - ב. הקמת צוות עבודה בראשות משרד הכלכלה להיערכות לגידול הביקוש לעובדים בתחום הסיעוד תוך בחינה של תמהיל עובדים זרים/ישראלים מועדף ועידוד תעסוקה בתחום בקרב אוכלוסיות עם שיעורי תעסוקה נמוכים
  - ג. קידום פיילוטים לבחינת שימוש בטכנולוגיה כתחליף לחלק מהמעקב הרפואי והטיפול הסיעודי הנדרש
  - ד. בחינה של קידום כלי מדיניות נוספים לסיוע לבני המשפחה המטפלים בנזקקי הסיעוד
2. מניעה ודחייה של התדרדרות תפקודית
  - א. פיתוח מאגר מידע משולב של נתוני בטל"א ומשרד הבריאות שיאפשר את בחינת הקשר בין המצב הרפואי לירידה בתפקוד וקידום פיילוטים למניעה
  - ב. גיבוש מנגנון תמריצים ארוך טווח לקופות החולים לעידוד פעילויות לדחיית התדרדרות בתפקוד
  - ג. עידוד פיילוטים ייעודיים למניעה ודחייה של המוגבלות בתפקוד תוך מתן דגש על שימוש בטכנולוגיות
3. שיפור התיאום בין הגופים בתחום הסיעוד תוך מיקוד בהפחתת הנטל הבירוקרטי על המשפחות
  - א. מיסוד תהליכי שיתוף נתונים והיוועצות ותיאום תקופתיים בין הגופים הציבוריים והגורמים המטפלים האחראיים על סיעוד
  - ב. אפיון אוכלוסיות ייעודיות שלהן נדרש טיפול כוללני ומתואם בין הגורמים המטפלים (כגון חולים בדמנציה, קשישים עריריים ועוד)

- ג. הפחתת ביורוקרטיה באמצעות האחדת מבחני זכאות תפקודיים ככל האפשר
- ד. פישוט מבחני ההכנסה לילדי הנזקק הסיעודי לאשפוז ציבורי תוך קביעה של עד 3 רמות של השתתפות לילד
4. בחינה ושיפור מערך האספקה בתחום הסיעוד בקהילה בדגש על שימוש בטכנולוגיות
- א. בחינת דרכים להפחתת עלויות ניהול והגברת התחרות בראייה ארוכת טווח
- ב. קידום הנגשה ובקרה של שירותי סיעוד ושירותים חברתיים בכלים טכנולוגיים
5. היערכות לגידול במספר המיטות לאשפוז סיעודי
- א. גיבוש תחזית למיפוי הגידול הצפוי בביקושים למיטות סיעוד בחלוקה אזורית
- ב. קביעת תקציב ייעודי למימון הקמה של מיטות נוספות בהתאם לתחזית

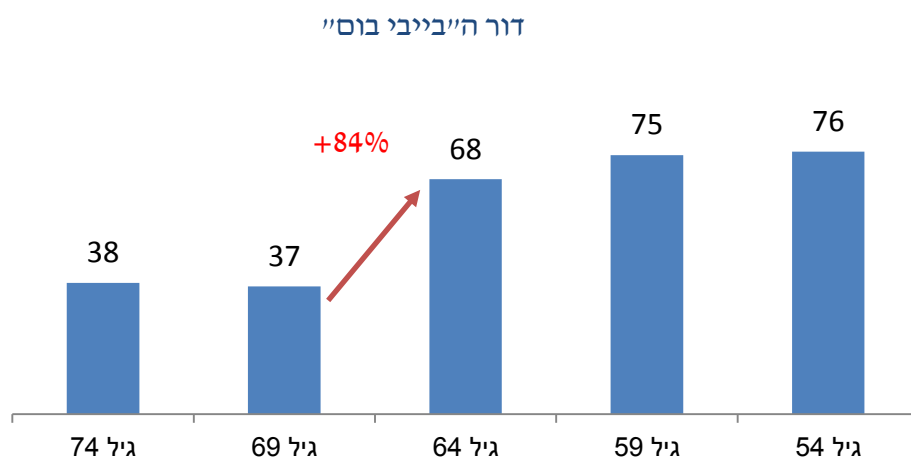


## רקע כללי

### הזדקנות האוכלוסייה

אוכלוסיית ישראל מזדקנת. לפי תחזיות הלמ"ס, בין השנים 2014-2034, האוכלוסייה הקשישה צפויה לגדול כמעט פי שניים, מכ-900 אלף לכ-1.6 מיליון איש. הגורם המשמעותי לגידול בשיעור אוכלוסיית בני 65 ומעלה הוא הזדקנות דור ה"בייבי בוס" הישראלי. תופעת ה"בייבי בוס" היא תופעה כלל עולמית, המאופיינת בגידול ניכר במספר הנולדים בכל שנתון בשנים הראשונות שלאחר מלחמת העולם השנייה.

### תרשים 1: מספר האנשים בישראל לפי גיל בשנת 2011 (באלפים)



מקור: למ"ס.

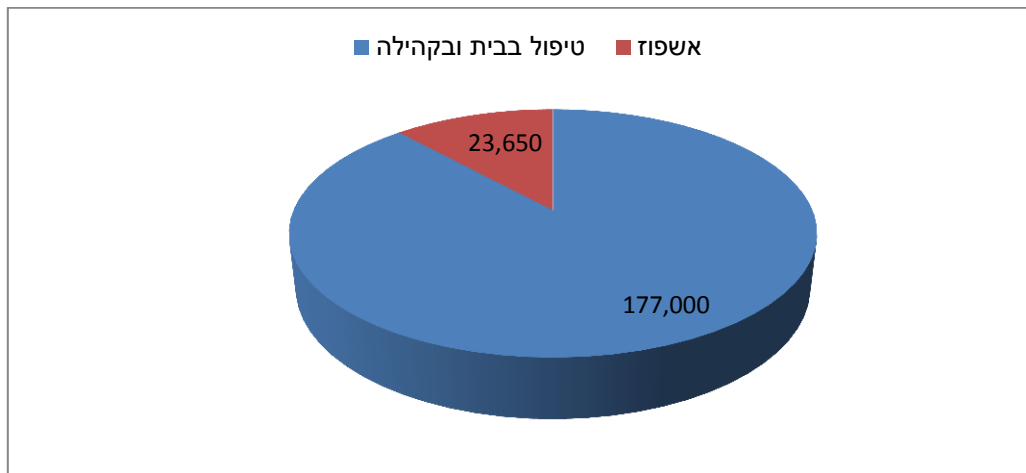
הגורם השני לעלייה בשיעור האזרחים המבוגרים בישראל הינו העובדה שתוחלת החיים בישראל היא מהגבוהות במערב ונמצאת בעלייה מתמדת. ב-30 השנים האחרונות תוחלת החיים מגיל 65 גדלה בקצב כמעט קבוע של כחודשיים בממוצע בשנה.

### סיעוד בישראל – תמונת מצב

בישראל כ-200 אלף נזקקים לסיעוד, כאשר רוב הנזקקים מקבלים טיפול בקהילה ומיעוטם מאושפז במוסדות. בשל השוני המהותי באופי הטיפול, העלויות וכן הגופים המטפלים נערך ניתוח של אוכלוסיית נזקקי הסיעוד<sup>1</sup> לפי סוג השירות – טיפול בקהילה או טיפול במוסד.

<sup>1</sup> נזקק סיעוד במסמך זה מוגדר כאדם הנזקק לשירותי סיעוד בגיל 65 ומעלה

## תרשים 2: כמות סיעודיים לפי סוג טיפול בישראל, 2013

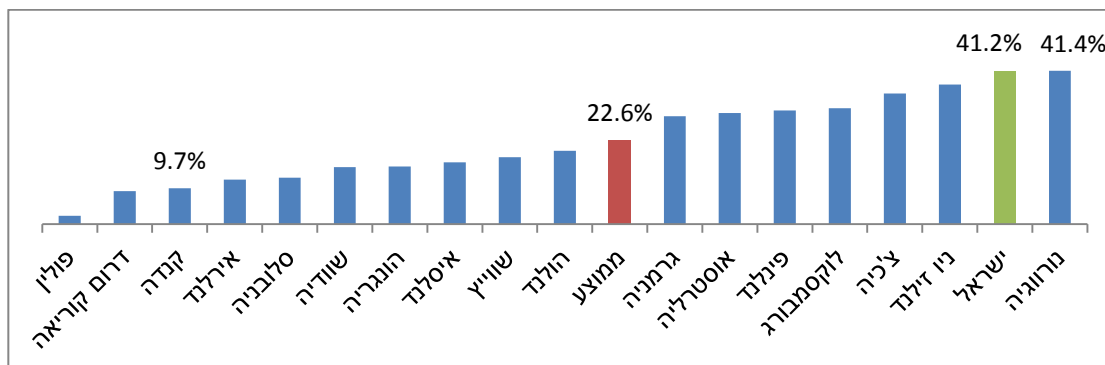


מקור: קשישים בישראל 2014 שנתון סטטיסטי, משרד הרווחה והירחון הסטטיסטי של בטל"א, עיבוד המועצה הלאומית לכלכלה<sup>2</sup>

שלושת הגופים הציבוריים המממנים בתחום הסיעוד הינם משרד הרווחה, משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי כאשר כ-85% מנזקי הסיעוד בקהילה ובמוסדות זכאים למימון ציבורי. דו"ח זה יתמקד במקבלי גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי ונזקי סיעוד המאושפזים במוסדות באחריות משרד הבריאות.<sup>3</sup>

בחינה של היקף הזכאים למימון ציבורי בסיעוד בישראל לעומת העולם מעלה כי שיעור הזכאים למימון ציבורי בסיעוד בישראל הינו השני בגובהו במדינות ה-OECD.<sup>4</sup>

## תרשים 3: השוואה בינ"ל של שיעור זכאים למימון ציבורי סיעודי בגילאי 80 ומעלה (2007-8)



\* הנתון מתייחס לזכאים לסיוע בקהילה ובאשפוז מלבד ישראל שכוללת את הזכאים לטיפול בקהילה בלבד.

מקור: OECD, ביטוח לאומי

<sup>2</sup> נתוני בטל"א ומשרד הבריאות מתייחסים לשנת 2014, בעוד נתוני משרד הרווחה מתייחסים לשנת 2013, לנתוני בטל"א על מקבלי קצבת סיעוד חושבה תוספת של כ-10% נזקי סיעוד בעלי הכנסה גבוהה שאינם זכאים לגמלת סיעוד, זאת בשל הכנסה גבוהה מהרף הקבוע בחוק ביטוח לאומי לקבלת גמלה

<sup>3</sup> זאת בשל העובדה שהיקף המטופלים באחריות משרד הרווחה מהווה אחד מסך הנזקים לסיעוד. התייחסות נרחבת לנושא ניתן למצוא בדו"ח הרפורמה לסיעוד של משרד הבריאות משנת 2011.

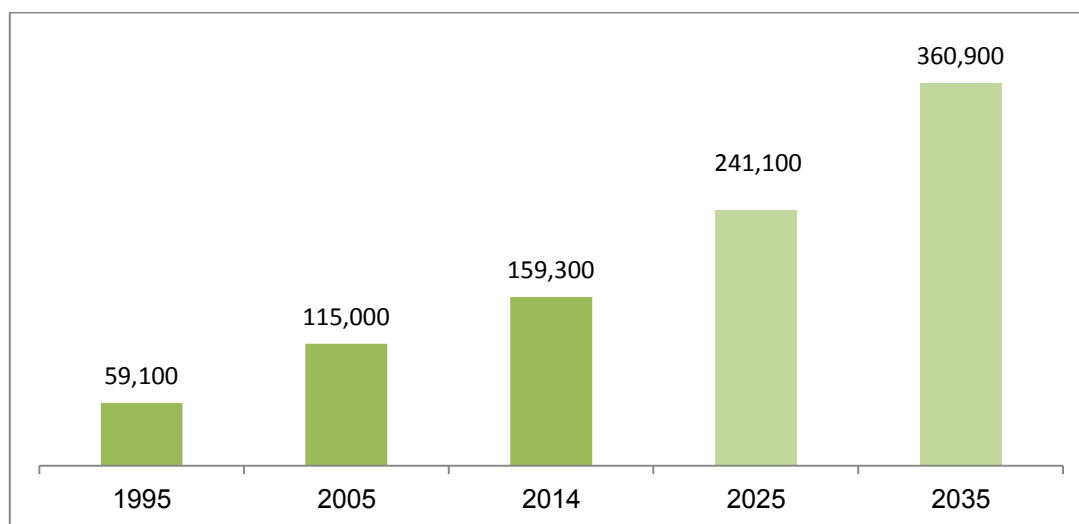
<sup>4</sup> מתוך סך האוכלוסייה בגילאי 80 ומעלה, השוואה בקרב גילאי 65 ומעלה ניתן למצוא בדו"ח השנתי של המוסד לביטוח לאומי לשנת 2012

ככל הנראה, גורם משמעותי לשיעור הגבוה של זכאים למימון ציבורי בסייעוד בישראל לעומת העולם הינה דרישות סף נמוכות לצורך קבלת גמלת סיעוד כלשהי. בישראל מוגבלות תפקודית נמוכה יחסית מזכה בגמלת סיעוד משמעותית, כאשר במדינות אחרות רמת מוגבלות כזו איננה מזכה בגמלה או מזכה בגמלה נמוכה בלבד.<sup>5</sup>

### שירותי סיעוד בבית ובקהילה – תמונת מצב

במדינת ישראל שירותי הסיעוד בבית ובקהילה ממומנים על ידי המוסד לביטוח לאומי ומשפחות נזקקי הסיעוד (חלקן בעזרת ביטוח פרטי). גמלת הסיעוד מביטוח לאומי משתנה בהתאם לרמת התלות של נזקק הסיעוד ומותנית במבחן הכנסה, כאשר בשנת 2014 כ-18% מאוכלוסיית הקשישים, שמהווים כ-160 אלף איש, קיבלו גמלת סיעוד כלשהי מבטל"א. כפי שניתן לראות בתרשים 4 מספר הזכאים לגמלת סיעוד גדל ב-40% בעשור האחרון. עלייה של כ-30% במספר הזכאים לגמלת סיעוד נבעה מגידול באוכלוסייה מעל גילאי 65, יתרת הגידול של כ-10% במקביל הקצבה נובע מהעלייה בשיעור הזכאים לקצבת סיעוד. שיעור הזכאים לסיעוד מתוך האוכלוסייה בגיל 65 ומעלה עלה מ-16.7% בשנת 2005 ל-18% בשנת 2014. מגמת העלייה במספר הסיעודיים צפויה להתגבר משמעותית בשנים הקרובות, כאשר בשל הזדקנות האוכלוסייה צפויה ב-20 השנים הקרובות עלייה של כ-125% במספר הזכאים.<sup>6</sup> הגידול המשמעותי בביקוש לשירותי סיעוד ומטפלי סיעוד עלול להותיר עשרות אלפי נזקקי סיעוד ללא מענה הולם במידה ולא תהיה היערכות מספקת.

#### תרשים 4: התפתחות מס' הזכאים לגמלת סיעוד של ביטוח לאומי



מקור: נתוני בטל"א, תחזית אוכלוסין של למ"ס, עיבוד המועצה הלאומית לכלכלה

<sup>5</sup> השוואה בין מספר מדינות ניתן למצוא במסמך הבא:

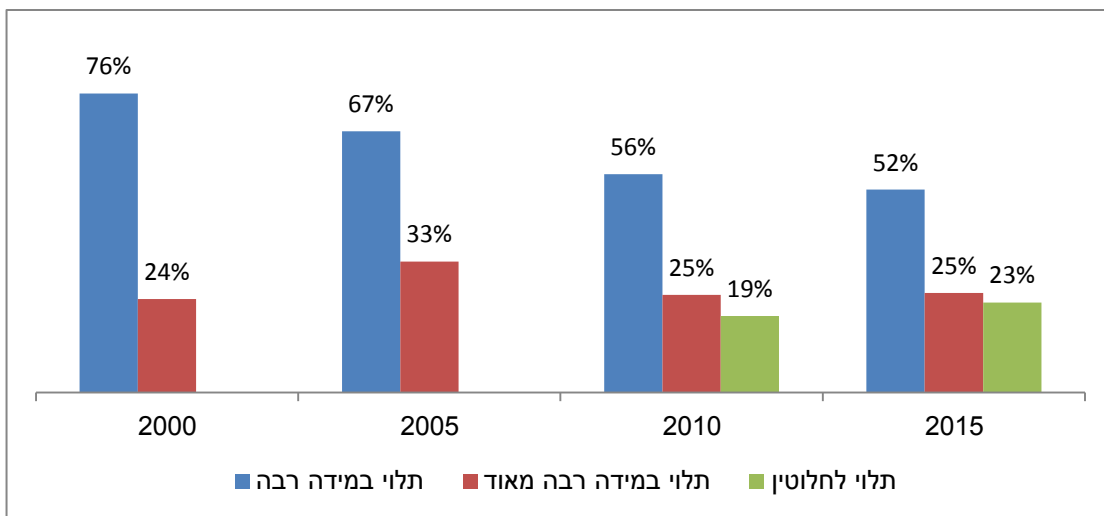
Financing long-term care programmes in health systems; with a situation assessment in selected high-, middle-, and low-income countries, World Health Organization Discussion Paper number 6, 2007

<sup>6</sup> בהנחה ששיעור הסיעודיים בכל קבוצת גיל יישאר ללא שינוי, ללא הנחה של המשך גידול בשיעור הזכאים לקצבת סיעוד מתוך אוכלוסיית הקשישים וללא הנחה של שינויי מדיניות

קצבת הסיעוד הציבורית ניתנת לנזקק הסיעוד כמימון שעות טיפול סיעודי,<sup>7</sup> כאשר מספר שעות הסיעוד בשבוע נקבע בהתאם לרמת המוגבלות של נזקק הסיעוד בחלוקה ל-3 רמות: תלוי במידה רבה (כ-10 שעות בשבוע), תלוי במידה רבה מאוד (כ-16 שעות בשבוע) ותלוי לחלוטין (כ-18 שעות בשבוע). כ-47% מהזכאים ל-2 הרמות הגבוהות מקבלים סיוע ממטפל זר, כאשר מספר העובדים הזרים בתחום נותר ללא שינוי ב-4 השנים האחרונות, ככל הנראה כתוצאה ממדיניות הממשלה לעידוד תעסוקה של מטפלים ישראלים והגבלת מספר העובדים הזרים.

ב-15 השנים האחרונות ישנו שינוי משמעותי בתמהיל המוגבלים בתפקוד אשר כולל ירידה מתמשכת בשיעור הנזקקים לסיעוד ברמת המוגבלות הנמוכה ("תלוי במידה רבה" לפי הגדרת המוסד לביטוח לאומי) ועליה בשיעור המוגבלים ברמה בינונית וגבוהה. בעבר היו קיימות רק שתי רמות הזכאות הנמוכות, אולם בשנת 2007 החליטה המדינה על הוספת רמת זכאות נוספת ("תלוי לחלוטין") ותוספת שעות טיפול סיעודי לנזקקי סיעוד שתלויים לחלוטין בעזרת הזולת. מאז שינוי מדיניות זה חל גידול משמעותי בשיעור המוגבלים ברמת הזכאות הגבוהות – ככל הנראה בשל עלייה במשך הנזקקות לסיעוד. המשך מגמה זו הינו בעל השלכות משמעותיות על היקף ותמהיל השירותים הנדרשים לנזקקי סיעוד ולכן נדרשת בחינה מעמיקה ומעקב אחר ההתפתחות של משך תקופת הסיעוד ברמות התלות הגבוהות.

#### תרשים 5: תמהיל רמות הזכאות לאורך זמן



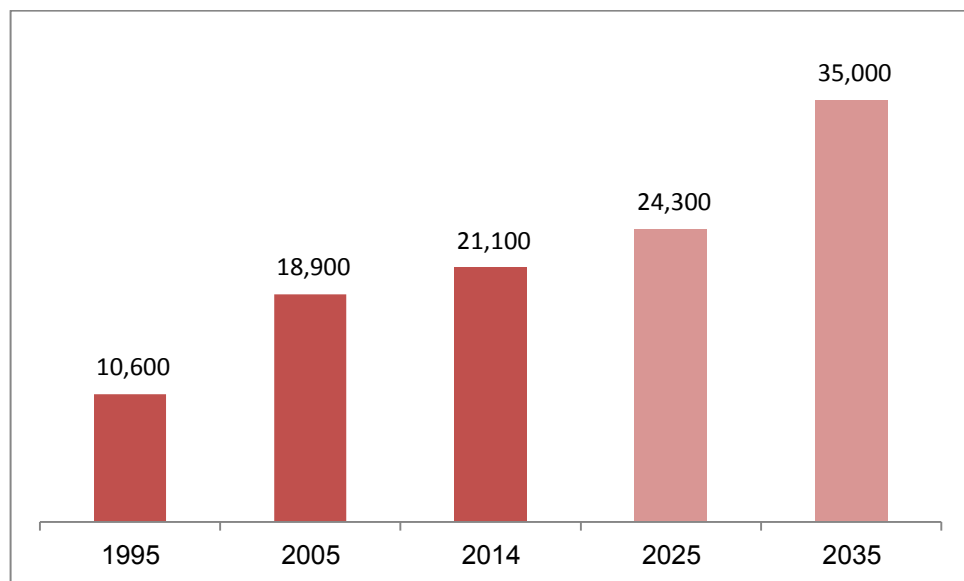
מקור: המוסד לביטוח לאומי

<sup>7</sup> מאז שנת 2008 קיימת אפשרות לקבלת גמלה כספית ברמות הזכאות הגבוהות, כאשר כ-4% מסך נזקקי הסיעוד בוחרים בקבלת גמלה כספית ולא שעות סיעוד

## אשפוז סיעודי – תמונת מצב

במדינת ישראל האשפוז הסיעודי נמצא בעיקר באחריות משרד הבריאות.<sup>8</sup> כמו כן, כ-30% מבין המאושפזים במוסדות סיעוד באחריות משרד הבריאות בוחרים להתאשפז במוסדות פרטיים ללא השתתפות המדינה במימון. זכאות לאשפוז סיעודי במימון ציבורי מותנית במבחן תלות כאשר המימון מתחלק בין נזקק הסיעוד, ילדיו ומשרד הבריאות בהתאם למבחני הכנסות ונכסים.<sup>9</sup> בשנת 2014 כ-2.4% מהאוכלוסייה בגיל 65 ומעלה, שמהווים כ-21 אלף איש, שהו באשפוז סיעודי בביקוח משרד הבריאות - ירידה יחסית לעומת 2.7% בשנת 2005. ירידה זו ככל הנראה קשורה לעלייה בשיעור מקבלי קצבת סיעוד בקהילה ולמדיניות הממשלה בעשור האחרון שכללה הגדלת קצבאות הסיעוד לנזקקי סיעוד ברמת מוגבלות גבוהה ושיפור השירותים בקהילה.

### תרשים 6: היצע מיטות לאשפוז בביקוח משרד הבריאות ותחזית ביקוש



מקור: מכון ברוקדייל, למ"ס, עיבודי המועצה הלאומית לכלכלה

<sup>8</sup> לא כולל כ-2,500 מיטות לתשושים שנמצאות באחריות משרד הרווחה  
<sup>9</sup> פרטים בחוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות מסי' 24/05 : [http://www.health.gov.il/hozer/mk24\\_2005.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/mk24_2005.pdf)

## מימון

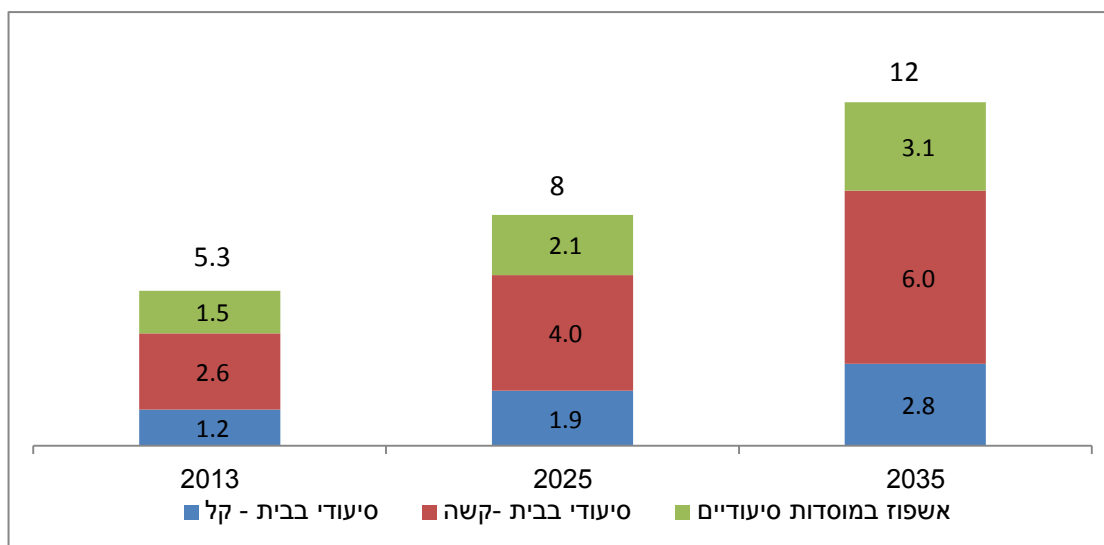
כמות משקי הבית הנזקקים לשירותי סיעוד צפויה לגדול משמעותית ב-20 השנים הקרובות, ולכן ישנה חשיבות רבה לבחינת הנטל הכלכלי על משקי הבית שנובע מהדרדרות תפקודית והצורך בטיפול סיעודי. כמו כן, ישנו צורך בניתוח ארוך טווח של ההתפתחות ההוצאה הציבורית בתחום הסיעוד לשם היערכות לגידול הצפוי בהיקף הזכאים לסיעוד ולעלייה המשמעותית בהוצאה הציבורית.

### ההוצאה הפרטית ומשקי הבית

#### ההוצאה הפרטית על סיעוד

ההוצאה הפרטית על סיעוד בשנת 2013 נאמדה בכ-5.3 מיליארד ש"ח.<sup>10</sup> מתוך סך ההוצאה, ההוצאה על טיפול סיעודי בקהילה מהווה כ-3.8 מיליארד ש"ח ו-1.5 מיליארד ש"ח הם הוצאות על אשפוז במוסדות סיעודיים. בשל העלייה הצפויה במספר הנזקקים לסיעוד היקף ההוצאה הפרטית על סיעוד צפוי לגדול ביותר מ-100% בכ-20 שנים.<sup>11</sup> יש לציין שהגידול בהוצאה הפרטית נובע בעיקר מעלייה במספר הנזקקים לסיעוד ולא מעלייה צפויה בהוצאה על סיעוד ברמת משק הבית.

#### תרשים 7: התפתחות הוצאה פרטית על סיעוד בחלוקה לסוג טיפול, במיליארדי ש"ח



מקור: למ"ס, משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי ומכון ברוקדייל, עיבודי המועצה הלאומית לכלכלה

קיימים הבדלים משמעותיים בין משקי הבית השונים בהיקף ההוצאה הפרטית על טיפול סיעודי, כאשר הגורמים המרכזיים שצפויים להשפיע על רמת ההוצאה של משק הבית על סיעוד הינם - רמת המוגבלות בתפקוד, הכנסת משק הבית, טיפול בקהילה או במוסד, משך תקופת הסיעוד,

<sup>10</sup> עיבודי המועצה הלאומית לכלכלה. הנחות מצורפות בנספח א'.

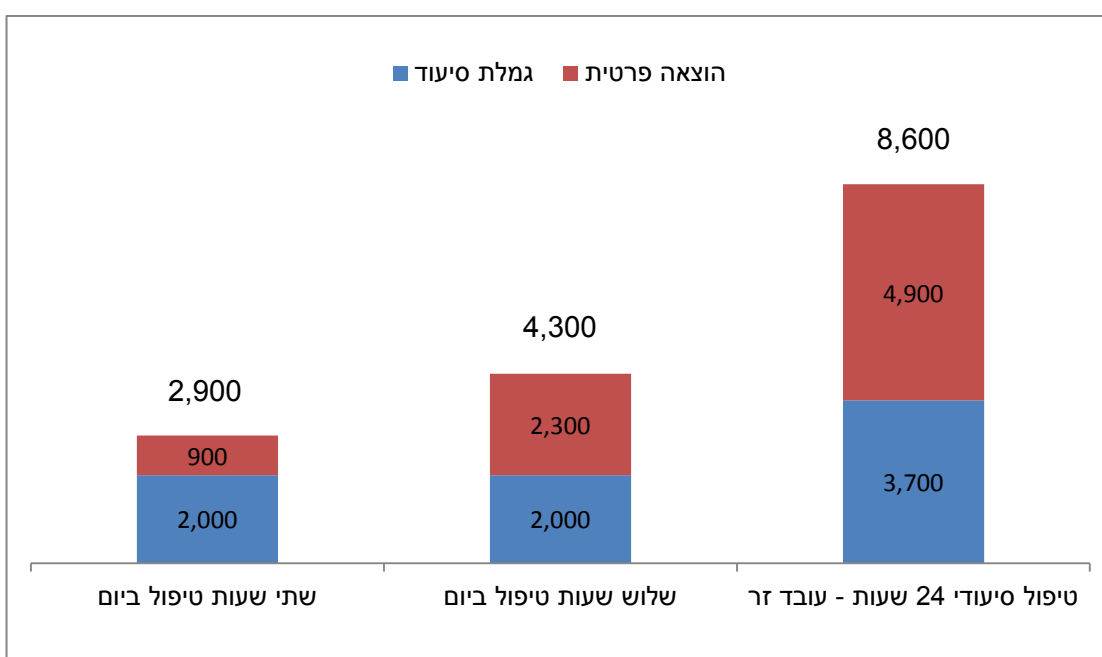
<sup>11</sup> זאת תחת ההנחה כי עלות ההוצאה על סיעוד עבור משק הבית נשארת קבועה והגידול בסך ההוצאה הפרטית מוסבר על ידי גידול במספר משקי הבית הזקוקים לסיעוד.

בעלות על ביטוח פרטי והיקף הסיוע מהמדינה. המשך פרק זה יעסוק בניתוח ההוצאה לסיעוד של משק הבית כתלות בגורמים אלו.

### הוצאה למשק בית על סיעוד כתלות ברמת המוגבלות

אחד הגורמים המרכזיים שמשפיעים על היקף העלייה בהוצאה על סיעוד הינו רמת המוגבלות של נזקק הסיעוד, כאשר ברמות מוגבלות נמוכות העלייה בהוצאה וכן היקף העזרה והתמיכה הנדרשים מבני המשפחה נמוכים יחסית.<sup>12</sup> בשל כך, ישנה חשיבות לבחינת הנטל הכלכלי של נזקקי הסיעוד לפי רמת המוגבלות בתפקוד והיקף הסיוע הנדרש לנזקק הסיעוד.

### תרשים 8: עלייה משוערת<sup>13</sup> בהוצאה חודשית על סיעוד בקהילה לפי רמת מוגבלות בחלוקה למימון פרטי וציבורי (בש"ח), 2013<sup>14</sup>



מקור: מ.מ.מ, אתר אופק זהב, לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, מוסד לביטוח לאומי, עיבוד המועצה הלאומית לכלכלה

כפי שעולה מתרשים 8, המימון הציבורי בישראל איננו מותאם לצרכי הנזקק הסיעודי, כאשר היקף ההוצאה על טיפול סיעודי הינו נמוך אצל שיעור המימון הציבורי גבוה. לעומת זאת, כאשר היקף ההוצאה על טיפול סיעודי הינו גבוה, שיעור המימון הציבורי נמוך יחסית.<sup>15</sup> ממצא זה תואם את העובדה שבישראל שיעור הזכאים למימון ציבורי בתחום הסיעוד גבוה ביחס לעולם ואת ההנחה שאחת הסיבות המרכזיות לכך הינה סיוע במימון ציבורי בהיקף משמעותי גם ברמות מוגבלות נמוכות. ניתוח דומה נעשה בשנת 2011 על ידי המוסד לביטוח לאומי שהמליץ על שינוי

<sup>12</sup> בקרב בני המשפחה, הנטל העיקרי הינו לרוב על המטפל העיקרי – בן המשפחה או בן הזוג שהינו המטפל והתומך העיקרי של נזקק הסיעוד

<sup>13</sup> תחת הנחה שנקודה במבחן תלות שקולה לשעת טיפול ביום.

<sup>14</sup> הניתוח מתייחס לנזקקי סיעוד ללא בן זוג בלבד. ככל הנראה במשקי בית בהם בן הזוג מסייע, הדבר מפחית משמעותית את ההוצאה הפרטית על סיעוד, בעיקר ברמות הנמוכות.

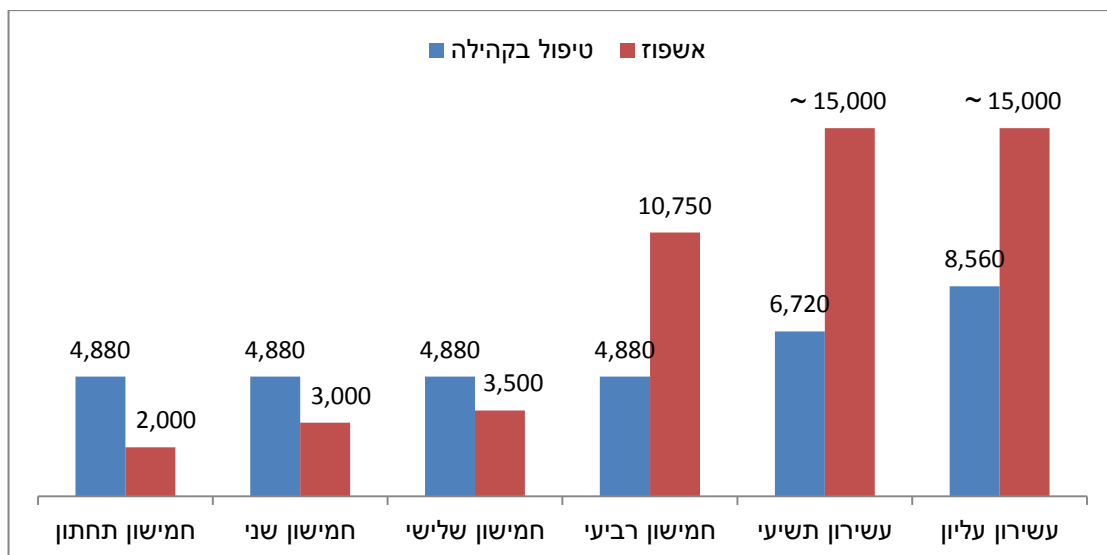
<sup>15</sup> מדובר בהערכה בלבד של הנטל הכלכלי ונדרשת בחינה אמפירית לתיקוף הקשר בין רמת המוגבלות לעלות הכלכלית הנדרשת לטיפול סיעודי. ההנחה בניתוח זה הינה בהתאם להנחה המקובלת של המוסד לביטוח לאומי שכל נקודה במבחן התלות שערך ביטוח לאומי שווה לצורך בשעת טיפול ביום. גם בשינוי קל של ההנחות, הניתוח מצביע על מסקנות דומות.

והתאמת המימון הציבורי בהתאם לרמת המוגבלות של הקשיש. זאת תוך כדי הגדלת הסיוע הציבורי לנזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע 24 שעות ביממה והפחתת הסיוע הציבורי לנזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע מועט במהלך היום. בהמלצות המוסד לביטוח לאומי טמון פוטנציאל משמעותי לשיפור המצב הקיים, אך יש מקום לבחינת צעדי מדיניות שיאפשרו הסטה משמעותית אף יותר של המימון הציבורי לסיוע לנזקקי סיעוד שתלויים לחלוטין בעזרת הזולת. זאת בדגש על מענה לנזקקי סיעוד שמוגבלים משמעותית בתפקוד תקופה ארוכה ולכן סובלים מנטל כלכלי מהותי (פירוט נוסף בע' 17). לצד זאת, יש לתת מענה לצרכי נזקקי הסיעוד ברמת מוגבלות קלה שלרוב זקוקים יותר להנגשה של שירותים חברתיים וקהילתיים בסביבתם הקרובה. המשך הניתוח של הוצאות משקי הבית יתמקד בנטל הכלכלי שעומד בפני נזקקים לסיעוד שזקוקים לסיוע במשך יותר מ-9 שעות ביממה (להלן: **נזקקים לסיעוד משמעותי**) או ששוהים במוסדות אשפוז. זאת לשם מיקוד באוכלוסייה שנזקקת לסיוע המשמעותי ביותר ועומדת בפני הנטל הכלכלי הגבוה ביותר.

#### הוצאה על סיעוד של נזקקים לסיעוד משמעותי כתלות ברמת הכנסה

בשל כך שישנם גורמים רבים שמשפיעים על ההוצאה הפרטית של נזקקים לסיעוד משמעותי הניתוח להלן מוצג בחלוקה לקבוצות אוכלוסייה שלהן מאפיינים שונים כגון רמת הכנסה, משך סיעוד ועוד. הניתוח הראשוני מתייחס להבדלים בהוצאה על טיפול סיעודי כתלות ברמת הכנסה ובסוג הטיפול.

#### תרשים 9: הוצאה ברוטו על טיפול סיעודי לנזקק סיעוד משמעותי בחלוקה לסוג טיפול ורמת הכנסה, <sup>16</sup> 2009-2011 <sup>17</sup>



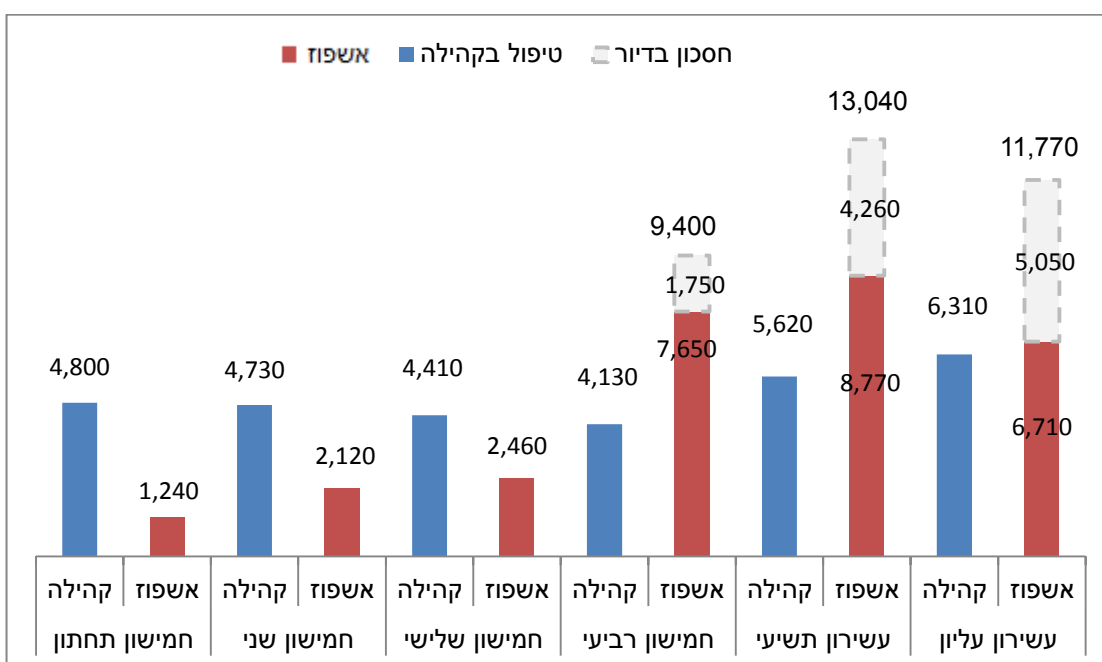
מקור: למ"ס, המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, עיבוד המועצה הלאומית לכלכלה.

<sup>16</sup> העלות מחושבת על בסיס עלות לנזקק סיעוד שחי לבד, כאשר ברוב הגדול של המקרים שבהם נזקק הסיעוד חי עם בן זוג, רוב הטיפול נעשה על ידי בן הזוג. במקרים רבים גם אצל נזקקי סיעוד שחיים לבדם, בן משפחה מסייע בטיפול. <sup>17</sup> ההוצאה על טיפול בקהילה מחושבת בהנחה שהטיפול בקהילה נערך על ידי עובד זר וללא סיוע משמעותי של בן זוג או בן משפחה בתפקוד היום יומי של נזקק הסיעוד. פירוט ההנחות לניתוח המובא בתרשימים 9-11 מצורף בנספח א'



כפי שניתן לראות בתרשים, כ-60% מנזקקי סיעוד משמעותי שהינם בעלי הכנסות ממוצעות ומטה נדרשים לתוספת הוצאה משמעותית לשם קבלת טיפול 24 שעות ביממה בקהילה, זאת מלבד מקרים שבהם בן הזוג או בן משפחה שאיננו עובד מטפל בקשיש הסיעודי. לעומת זאת, מעבר של נזקק סיעוד לאשפוז במוסד סיעודי ציבורי כרוך בנטל כלכלי נמוך יחסית. ממצא זה מצביע על כך שלאוכלוסייה זו תמריץ כלכלי משמעותי למעבר לאשפוז.<sup>18</sup> בנוסף, ניתוח ראשוני זה מצביע על עלייה משמעותית בהוצאות על סיעוד ככל שהכנסות משק הבית גבוהות יותר. אולם, על מנת להעריך באופן מיטבי את הנטל הכלכלי העומד בפני נזקק סיעוד יש לקחת בחשבון את כלל השינויים בהוצאות שכוללים גם ירידה בהוצאות שונות כגון בידור ותחבורה.<sup>19</sup> בשל כך שההוצאות על תחומים אלו גבוהות במיוחד בקרב משקי בית בעלי הכנסה גבוהה, צפויה גם ירידה גבוהה בהוצאות אלו עם המעבר לסיעוד, גורם שמפחית משמעותית את הנטל הכלכלי של ההוצאה על סיעוד במקביל לעלייה בהכנסה. מצ"ב ניתוח משוער של הגידול נטו בהוצאות על סיעוד בניכוי ירידה בהוצאות על תחומי חיים אחרים.

### תרשים 10: עלייה בסך הוצאות במעבר לסיעוד בחלוקה לסוג טיפול ורמת הכנסה, 2009-2011



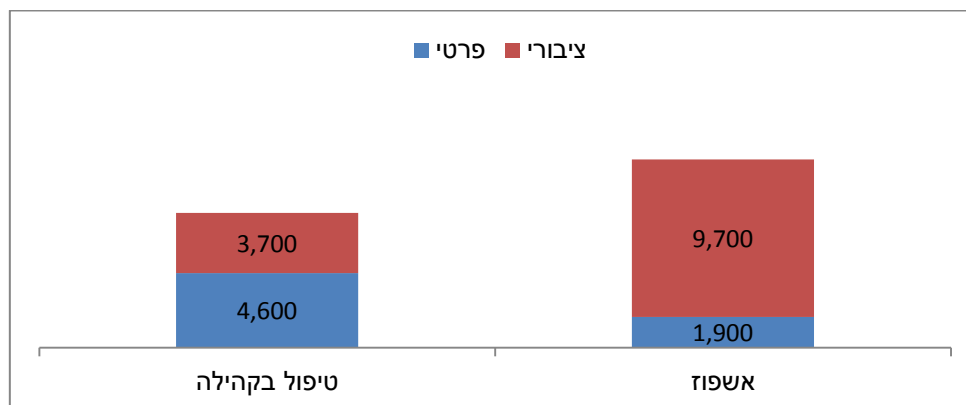
מקור: למ"ס, המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, עיבוד המועצה הלאומית לכלכלה.

ניתוח מעמיק יותר של הנטל הכלכלי בעקבות המעבר לסיעוד מצביע גם הוא על כך שישנו תמריץ כלכלי לבעלי הכנסה ממוצעת ומטה לעבור לאשפוז סיעודי. יש לציין כי במקרים רבים משקי בית עם הכנסה נמוכה יקבלו טיפול חסר בקהילה בשל היעדר אמצעים כלכליים ומימון מספק. תמיכה לטענה זו ניתן למצוא בעובדה ששיעור המעסיקים של עובד זר גדל בהתאם לעלייה בהכנסה, ככל הנראה בשל כך שבעלי הכנסות נמוכות אינם יכולים לממן את עלויות העובד הזר. ניתוח זה אינו לוקח בחשבון את העלייה בשכר המינימום בשנים 2015-2018 מ-4,300 ₪ לחודש עד ל-5,300 ₪

<sup>18</sup> תמריץ זה ככל הנראה אף גבוה יותר בפריפריה שבה ישנו קושי רב יותר להשיג מטפלים  
<sup>19</sup> יש לציין כי במעבר לאשפוז סיעודי ישנה ירידה משמעותית בהוצאות נוספות, בעיקר על מזון וכן ברוב המקרים ייתכן ירידה משמעותית בהוצאה על דירור (במשקי בית שבהם הקשיש הסיעודי חי בגפו ויכול להשכיר את ביתו).

לחודש שצפויה להגדיל תמריץ זה בשל כך שהעלייה בשכר צפויה להשפיע יותר על עלויות הטיפול בקהילה.<sup>20</sup>

**תרשים 11: הוצאה ממוצעת על סיעוד למשק בית בחמישוני הכנסה 1-3 לפי גורם מממן**



מקור: למ"ס, המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, עיבוד המועצה הלאומית לכלכלה.

הסיבה להבדל המשמעותי בעלויות למשק בית באשפוז למוטל טיפול בקהילה הינו ההבדל בהיקף המימון הציבורי בין סוגי הטיפול השונים. למרות שישנם יותר קריטריונים ותנאי סף לקבלת סיוע ציבורי באשפוז לעומת סיוע ציבורי בקהילה, בפועל הסבסוד הציבורי באשפוז גבוה משמעותית מהמימון הציבורי בקהילה. ההבדל בהיקף המימון הציבורי בין סוגי הטיפול אף היה גדול יותר בעבר וצומצם בשל מדיניות הממשלה בשנים 2007-2009 שהגדילה את הסיוע הציבורי בקהילה לנזקקי סיעוד משמעותי. יש לציין כי למרות התמריץ הכלכלי לאשפוז במוסדות, עדיין רוב נזקקי הסיעוד המשמעותי בוחרים בטיפול בקהילה.

כפי שניתן לראות בתרשים 10, בקרב החמישון העליון, העומס הכלכלי ביחס להכנסת משק הבית הנובע מקבלת טיפול בקהילה אינו גבוה משמעותית מזה של בעלי הכנסות נמוכות.<sup>21</sup> ממצא נוסף המצביע על יכולת התמודדות טובה יותר של בעלי הכנסה גבוהה הינו היקף החיסכון הממוצע של העשירון העליון בגילאים אלו העומד על כ-5,000 ₪ בחודש.<sup>22</sup> לעומת זאת, בתחום האשפוז, ההוצאות של חמישון ההכנסה העליון גבוהות משמעותית בהשוואה לבעלי הכנסות נמוכות יותר, זאת בעיקר בשל ההעדפה של בעלי הכנסה גבוהה לאשפוז סיעודי פרטי באיכות גבוהה. ניתן להבחין כי בקרב שני החמישוני העליונים השכרת דירה בבעלות, או לחילופין הפסקת שכירות, יכולים לצמצם את הנטל הכלכלי כתוצאה ממעבר לסיעוד בכ-30% עד 55%.<sup>23</sup> יש לציין כי ההחלטה להשכרת הדירה בבעלות אמנם מפחיתה מהותית את הנטל הכלכלי אולם אפשרית רק במידה והנזקק לסיעוד חי לבדו בבית ויישומה ככל הנראה מתרחש זמן רב לאחר האשפוז.

<sup>20</sup> צפויה עלייה ריאלית בשכר המינימום של כ-7% בשנה שמשמעותה עשויה להיות גידול שנתי של כ-4-5% בתעריף הסיעוד בקהילה ועלייה נמוכה יותר באשפוז הסיעודי ללא התייעלות. יש לציין כי בחוק ההסדרים לשנים 2015-2016 ישנה הנחיה להפחתת התעריף בכ-2% לשנים הקרובות בשל כך ששיעור גבוה מהתעריף לשעת סיעוד (כ-30%) לא כולל עלות שכר.

<sup>21</sup> למרות היעדר זכאות לסיוע ציבורי במימון טיפול בקהילה

<sup>22</sup> לפי עיבודי המועצה הלאומית לכלכלה לנתוני למ"ס בשנים 2009-2011

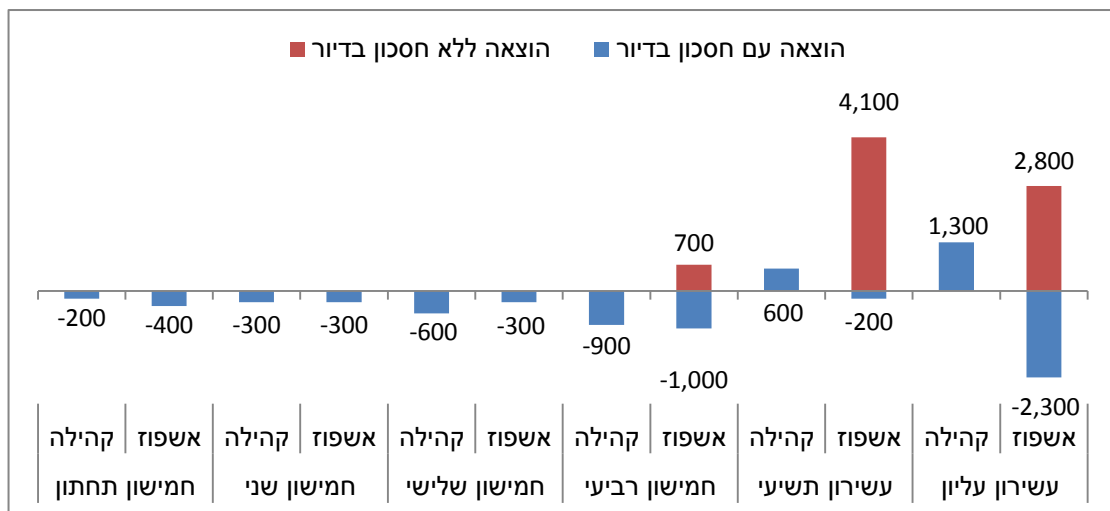
<sup>23</sup> צמצום הוצאות על דיור ותחזוקת דירה

## ביטוח סיעודי – השפעה על יכולת המימון של משקי הבית

בעלות על ביטוח סיעודי משפיעה באופן מהותי על יכולת מימון הטיפול הסיעודי של משקי הבית. ניתן לחלק את הביטוח הסיעודי ל-3 סוגי פוליסות עיקריות: פוליסות ביטוח קבוצתיות שמשווקות קופות חולים (להלן: **פוליסת קופ"ח**), פוליסות ביטוח קבוצתיות אחרות ופוליסות ביטוח פרט. הסקירה הנוכחית תתמקד בפוליסת קופ"ח בשל כך ששיעור גבוה מהאוכלוסייה מחזיק בפוליסה זו והשפעתה על יכולת המימון של הוצאות סיעוד ברוב משקי הבית בישראל מהותית.<sup>24</sup>

שיעור המחזיקים בביטוח סיעודי כלשהו בישראל הינו מהגבוהים בעולם, כאשר כ-50% מהאזרחים בישראל מחזיקים בפוליסת קופ"ח.<sup>25</sup> בהתאם לתנאי פוליסת קופ"ח, כאשר האדם מוגבל בתפקוד וזקוק לטיפול סיעודי, המבוטח זכאי לפיצוי כספי של 5,000-5,500 ש"ח בעת שהות בקהילה ושיפוי (החזר על תשלום בפועל למוסד) של עד 10,000 ש"ח בעת אשפוז במוסד עד למשך מקסימלי של 5 שנים.<sup>26</sup>

### תרשים 12: הנטל הכלכלי לבעלי ביטוח במעבר לסיעוד בחלוקה לסוג טיפול ורמת הכנסה



מקור: למ"ס, המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, עיבוד המועצה הלאומית לכלכלה.

ככלל, ניתן לראות שפוליסת הביטוח שמשווקות קופות החולים מספקת מענה הולם ואף יותר מכך לנטל הכלכלי העודף של הרוב המוחלט של האוכלוסייה. פוליסות קופ"ח עדיפות וזולות בכ-50% מפוליסות פרט דומות שמשווקות ליחידים על ידי חברות הביטוח.<sup>27</sup> בשל כך, אין צורך

<sup>24</sup> רוב הפוליסות הקבוצתיות צפויות להתבטל בשל רפורמה בהובלת אגף שוק ההון במשרד האוצר, שיעור נמוך מהאוכלוסייה מחזיק בפוליסות פרט, כאשר ככל הנראה רוב המחזיקים בביטוח הפרט מחזיקים גם בביטוח קופ"ח.  
<sup>25</sup> לפי "Help Wanted", פרסום של ה-OECD משנת 2011, ארה"ב וצרפת הן מהמדינות המובילות בשיעור כיסוי של ביטוח סיעוד, ובהן שיעור הכיסוי בקרב גילאי 40 ומעלה הוא 5%-15% בהתאמה.  
<sup>26</sup> מקור: טיוטת העדכון לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים של אגף שוק ההון בנוגע לפוליסה אחידה בביטוח סיעודי. קישור:

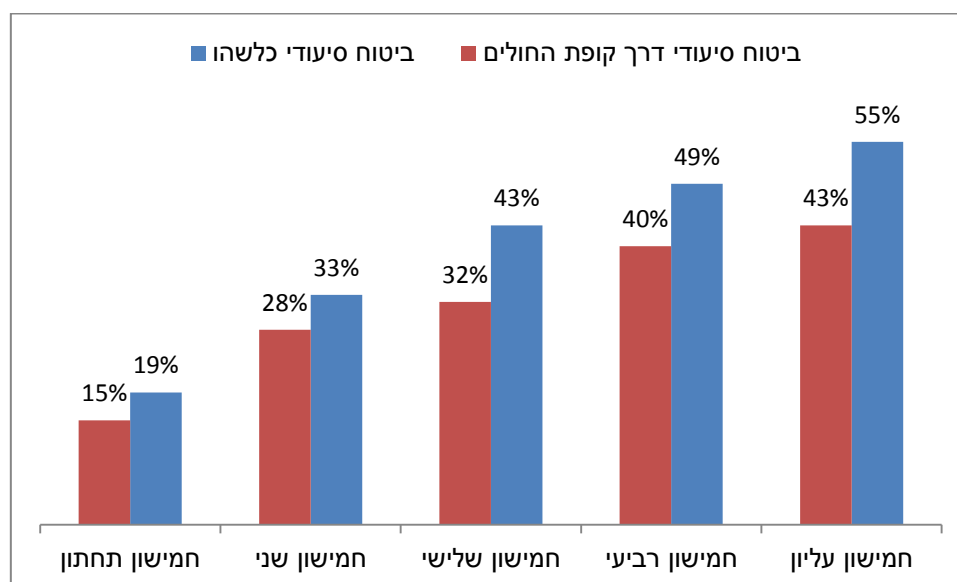
[http://mof.gov.il/hon/documents/%D7%94%D7%A1%D7%93%D7%A8%D7%94-%D7%95%D7%97%D7%A7%D7%99%D7%A7%D7%94/insurance/memos/tl\\_2015-24904.pdf](http://mof.gov.il/hon/documents/%D7%94%D7%A1%D7%93%D7%A8%D7%94-%D7%95%D7%97%D7%A7%D7%99%D7%A7%D7%94/insurance/memos/tl_2015-24904.pdf)

<sup>27</sup> עיבוד המועצה הלאומית לכלכלה לנתוני אופק זהב ופוליסות של מכבי זהב וכללית, תחת הנחת כניסה לביטוח בגיל 45 וסכימת פרמיות עד גיל 80.

בפוליסת ביטוח סיעודי פרט לרוב המוחלט של האוכלוסייה. זאת, מלבד פוליסות משלימות שמאפשרות זכאות לפיצוי החל מחמש שנים ממועד הזכאות לסיעוד. פוליסות אלו מספקות מענה משלים לפוליסת קופ"ח שבה הזכאות לתשלום הינה עד 5 שנים. מענה זה חשוב מבחינה כלכלית לאותם 20% מקרב הנזקקים לסיעוד אשר זקוק לסיוע לתקופה ארוכה יותר מחמש שנים. יש לציין כי הפוליסות שמשווקות על ידי קופות חולים עדיין מנוהלות על ידי חברות ביטוח פרטיות. מצב זה נדרש מכיוון שישנו צורך במקצועיות בניהול אקטוארי של הביטוח וכן בפיקוח של המפקח על הביטוח. אולם, ייתכן וניתן לשפר את השירות ולהפחית את העלויות של פוליסת קופ"ח על ידי העברת ניהול הפוליסה לחברות בנות של קופות החולים. חברות אלו יוגדרו שלא למטרת רווח, יעסקו בביטוח באופן ייעודי ויפוקחו על ידי המפקח על הביטוח במשרד האוצר וכך יביאו לחיסכון בשיעור הרווח הנוכחי של חברות הביטוח ולשיפור בשירות.

למרות העובדה שפוליסות קופ"ח נותנות מענה מספק לסיעוד, ישנו שוני מהותי ברמת הכדאיות של הפוליסה למשקי הבית השונים. בעלי הכנסות גבוהות בחמישון העליון אשר עוברים לאשפוז סיעודי פרטי, מקבלים מהפוליסה פיצוי בהיקף גבוה משמעותית (החזר של כ-10,000 ₪ לחודש) ממשקי הבית בחמישון הכנסה 1-3 שלרוב עוברים לאשפוז במימון ציבורי (החזר של כ-1,600 ₪ לחודש). בשל כך, התועלת הכלכלית של פוליסת הביטוח גבוהה יותר משמעותית לבעלי הכנסות גבוהות לעומת בעלי הכנסות נמוכות. כפי שניתן לצפות בהינתן ממצא זה, שיעור הבעלות על ביטוח סיעודי עולה ככל שהכנסת משק הבית גבוהה יותר. כאשר בסקרים רק כ-20% ממשקי הבית בחמישון ההכנסה התחתון מדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו לעומת יותר מ-50% בחמישון העליון.<sup>28</sup>

### תרשים 13: בעלות על ביטוח סיעוד לפי סוג ביטוח ורמת הכנסה



מקור: "ביטוח סיעודי פרטי בישראל", מכון ברוקדייל

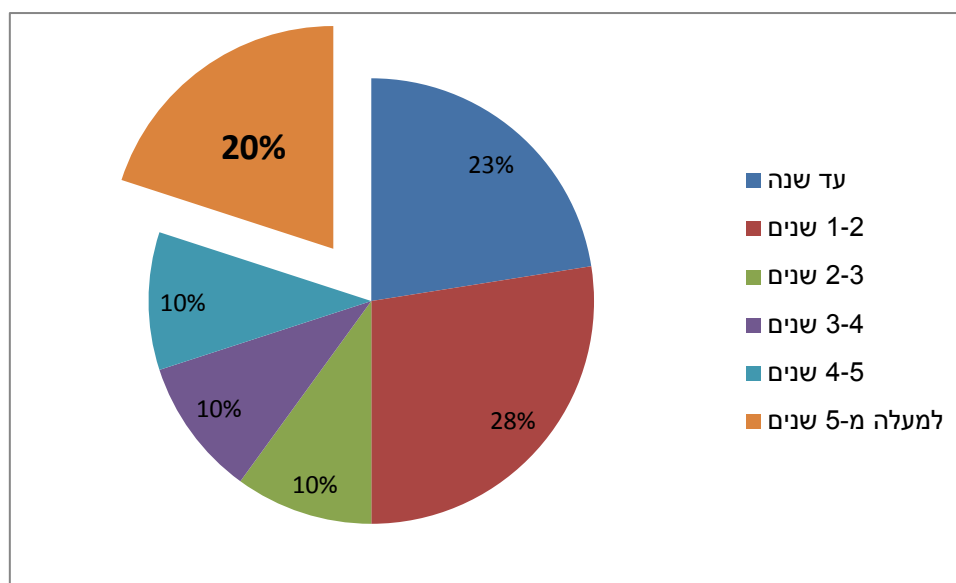
<sup>28</sup> בסקרים, שיעור הבעלות המוצהר על ביטוח סיעודי נמוך ביחס לשיעור הבעלות בפועל מכיוון שחלק מהמבוטחים אינם מודעים לכך שיש להם ביטוח סיעודי

משמעות ממצאים אלו היא שרוב בעלי ההכנסות הגבוהות לא צפויים לסבול מנטל כלכלי עם המעבר לסייעוד בקהילה ובאשפוז. לעומת זאת, נזקקי סיעוד משמעותי שהינם בעלי הכנסות ממוצעות ומטה ושוהים באשפוז סיעודי לא צפויים לסבול מנטל כלכלי משמעותי. אולם, רובם יתקשו לעמוד בנטל הכלכלי הנדרש לטיפול בקהילה במידה והם גרים לבדם וללא טיפול או סיוע כלכלי משמעותי של בני משפחה.

#### השפעה של משך הסייעוד על הנטל הכלכלי של משקי הבית

כאשר בוחנים את הנטל הכלכלי על משקי הבית כתוצאה מהירידה בתפקוד ישנו צורך להתייחס למשך הזמן שבו ישנו צורך בטיפול סיעודי משמעותי. זאת מפני שקיים הבדל מהותי בסך הנטל הכלכלי בין אדם שנזקק לטיפול סיעודי משמעותי פחות משנה לבין אדם שנזקק לטיפול סיעודי משמעותי למשך 5 שנים ומעלה. לשם כך, יש לבחון את התפלגות הסייעודיים בחלוקה למספר השנים שבהם הם נזקקים לטיפול סיעודי משמעותי. במיוחד ישנה חשיבות לזיהוי האוכלוסייה שנזקקת לסייעוד מעל 5 שנים, לאור העובדה שהכיסוי של פוליסת קופ"ח וכן רוב פוליסות ביטוח פרט מסתיימות לאחר תקופה זו.

#### תרשים 14: התפלגות נזקקי סיעוד משמעותי בחלוקה למשך המצב הסיעודי עד לתום הזכאות



מקור: נתוני בטל"א לשנת 2012, עיבודי המועצה הלאומית לכלכלה

כחמישית מהזקוקים לטיפול סיעודי משמעותי נזקקים לטיפול במשך יותר מ-5 שנים עד לתום הזכאות, כאשר מעל 70% מהם נשארים בקהילה במשך כל תקופת הסייעוד.<sup>29</sup> אולם, לשם בחינה של הנטל הכלכלי לנזקקי סיעוד לתקופה ארוכה יש להתייחס לקבוצות האוכלוסייה השונות:

1. משקי בית בעשירון העליון - סובלים מנטל כלכלי עודף שאיננו נמוך, אולם אוכלוסייה זו נהנית מרמת חיסכון גבוהה יחסית ושיעור גבוה מחזיק בפוליסת ביטוח סיעודי אחת או יותר.

<sup>29</sup> מקור: "היבטים בביטוח סיעוד 2013", שרון אסיסקוביץ' המוסד לביטוח לאומי, 2015

2. משקי בית בחמישוני הכנסה 1-3 - לרוב אינם מחזיקים בביטוח סיעודי ולכן צפויים לנטל כלכלי משמעותי במידה וירצו לקבל טיפול סיעודי בביתם, אולם הנטל הכלכלי הינו נמוך משמעותית באשפוז סיעודי.
3. משקי בית בעשירונים 6-9 - צפויים לסבול מנטל כלכלי משמעותי בשל תקופת סיעוד ארוכה בין אם בקהילה ובין אם במוסד, כאשר ההוצאה העודפת על סיעוד הינה משמעותית לכ-50% ממשקי הבית שאינם מחזיקים בפוליסת קופ"ח.

לסיכום, הנטל הכלכלי לכלל נזקקי סיעוד משמעותי בקהילה מעל 5 שנים ללא פוליסת ביטוח הינו משמעותי וככל הנראה גבוה מ-300 אש"ח. כמו כן, משקי הבית בעשירונים 6-9 צפויים לסבול מנטל כלכלי משמעותי לא רק בתקופת הטיפול בקהילה אלא גם בתרחיש של אשפוז סיעודי ממושך. לעומת זאת, כפי שהוצג בתחילת הפרק, נזקקים לסיעוד שזקוקים לסיוע מועט בתפקוד, סובלים מנטל כלכלי נמוך אך מקבלים סיוע ציבורי משמעותי. בהתאם לכך, יש לבחון הסטה של מימון ציבורי מנזקקי סיעוד ברמת מוגבלות נמוכה לנזקקי סיעוד משמעותי, במיוחד החל מהשנה החמישית או השישית של צורך בטיפול סיעודי משמעותי.

### ההוצאה הציבורית על סיעוד

#### מגמות בהוצאה הציבורית על סיעוד

הגידול במספר נזקקי הסיעוד צפוי להגדיל משמעותית את ההוצאה הציבורית על סיעוד, כאשר שיעור נזקקי הסיעוד מכלל האוכלוסייה צפוי לעלות מכ-2.4% לכ-4%. הגורמים המממנים את ההוצאה הציבורית על סיעוד הינם ביטוח לאומי, משרד הבריאות ומשרד הרווחה.<sup>30</sup> מבחינת התפלגות ההוצאה בין הגופים השונים, המוסד לבטל"א אחראי על כ-75% מסך ההוצאה.

בחינה של התפלגות ההוצאה הציבורית בקהילה לפי רמת המוגבלות של נזקקי הסיעוד מעלה כי כ-22% מהזכאים לסיוע בקהילה הם נזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע מועט של עד כשעתיים ביום. רמת מוגבלות זו הינה נמוכה וככל הנראה אינה מקנה זכאות לקצבת סיעוד בחלק גדול מהמדינות המפותחות.<sup>31</sup> כמו כן, היקף הסיוע הציבורי לנזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע של כשעתיים ביום זהה להיקף שניתן לאלו שזקוקים לסיוע של כ-5 שעות ביום (המימון הציבורי לאוכלוסייה זו עומד על כ-1.5 שעות סיוע ביום). יש לציין שהעלות השנתית של הקצבות לנזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע של כשעתיים ביום מסתכמת בכ-1 מיליארד ש"ח.

ניתוח של התפתחות ההוצאה של בטל"א על סיעוד לאורך זמן מצביע על שני גורמים עיקריים שיכולים להשפיע על הגידול בהוצאות - עלייה בכמות הזכאים לסיעוד ושינויים בתמהיל רמות הזכאות. לצד הגידול בכמות הזכאים לגמלת סיעוד, ניתן לזהות עלייה מתמשכת בשיעור הזכאים לסיוע משמעותי אשר מגדילה את היקף ההוצאה הציבורית על סיעוד. שינוי זה מצביע על עלייה מתמשכת במשך תקופת הסיעוד של נזקקי הסיעוד ברמות תלות גבוהות שיש לבחון את

<sup>30</sup> המוסד לבטל"א מספק גמלאות סיעוד בצורת שעות טיפול בכפוף למבחני הכנסה, משרד הבריאות מממן חלק מעלויות האשפוז הסיעודי ומשרד הרווחה משתתף בהוצאות על מעונות לתשושים.

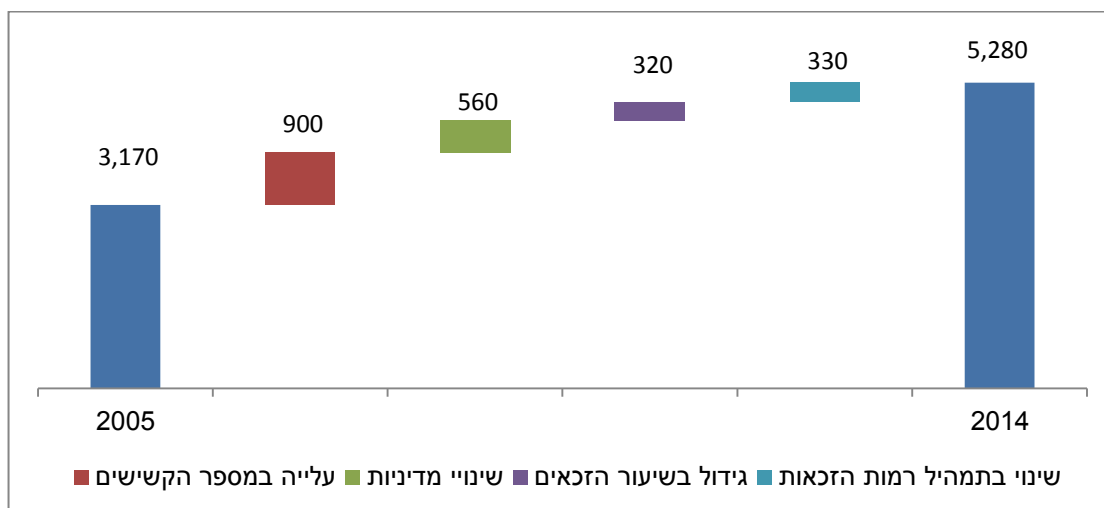
<sup>31</sup> השוואה בין מספר מדינות ניתן למצוא במסמך הבא:

Financing long-term care programmes in health systems; with a situation assessment in selected high-, middle-, and low-income countries, World Health Organization Discussion Paper number 6, 2007

התפתחותה לאורך זמן. המשך מגמה זו צפוי להוביל לעלייה משמעותית נוספת בהוצאות על סיעוד ובביקוש לשירותי סיעוד מעבר לגידול הצפוי בשל הזדקנות האוכלוסייה.

### תרשים 15: תרומת הגורמים השונים לעלייה בהוצאה על סיעוד בקהילה בשנים 2005-2014

#### במלש"ח



מקור: עיבודי המועצה הלאומית לכלכלה לנתוני המוסד לביטוח לאומי

בין השנים 2005 ל-2014 ההוצאה הריאלית על גמלאות סיעוד של ביטוח לאומי עלתה ביותר מ-2 מיליארד ש"ח. ניתוח של העלייה בהוצאות בטל"א על סיעוד בשנים אלו מצביע על מספר גורמים מרכזיים. הגורם המשפיע ביותר הוא הגידול באוכלוסייה בגילאי 65+ ואת השפעתו ניתן לאמוד בכ-900 מלש"ח, כ-45% מהעלייה בהוצאות. גורם נוסף בעל השפעה רבה הינו העלייה הריאלית בגובה גמלת הסיעוד, אשר בשנים אלו עלתה בעקבות מספר שינויי מדיניות, כאשר השינויים העיקריים הינם שינוי מבנה רמות הזכאות תוך הוספת רמת זכאות לתלויים לחלוטין בעזרת הזולת בשנת 2007 ומתן תוספת שעות למטופלים ע"י מטפל ישראלי בשנת 2009. השפעת שינויי המדיניות נאמדת בכ-560 מלש"ח, כ-27% מעליית ההוצאות. גורמים נוספים אשר השפיעו על עליית ההוצאות הינם גידול בשיעור הזכאים מתוך האוכלוסייה בגילאי 65 ומעלה וגידול בשיעור הנזקקים לסיעוד ברמות התלות הגבוהות מתוך כלל הזכאים לגמלת סיעוד.

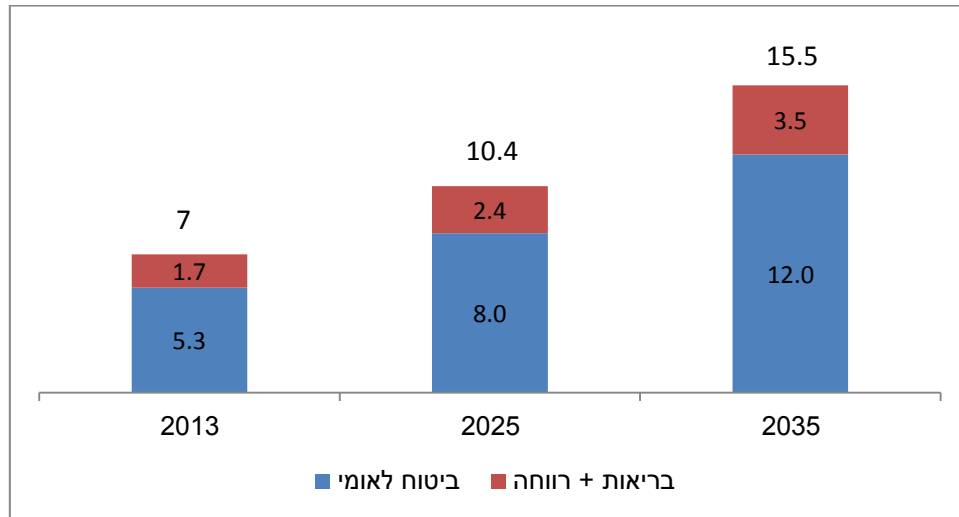
#### עתיד ההוצאה הציבורית על סיעוד

כאמור, הזדקנות האוכלוסייה צפויה להוביל לעלייה משמעותית בהוצאה הציבורית על סיעוד. ההוצאה של המוסד לביטוח לאומי על סיעוד צפויה לעלות מכ-5.3 מיליארד ש"ח ב-2013 ל-12 מיליארד ש"ח בשנת 2035.<sup>32</sup> ההוצאות של משרד הבריאות ומשרד הרווחה צפויות לעלות מ-1.5 מיליארד ש"ח ב-2012 ל-3.5 מיליארד ש"ח בשנת 2034. עליה זו בהוצאות הינה חלק משמעותי מהגידול הצפוי בהוצאה הציבורית בשל הזדקנות האוכלוסייה ב-20 השנים הקרובות אשר צפוי

<sup>32</sup> על בסיס תחזית האוכלוסייה שפרסם הלמ"ס. תחת הנחה של שיעור סיעודיים קבוע לנתן גיל בקרב אוכלוסיית הקשישים

להיות כ-1.5% מהתמ"ג<sup>33</sup>. הטיפול בנושא זה צריך להיערך במסגרת תהליך רוחבי להתמודדות עם הגידול בהוצאות בשל הזדקנות האוכלוסייה תוך מיקוד בטיפול בגרעון האקטוארי של המוסד לביטוח לאומי. השלכה משמעותית של הגידול בהוצאות שיש לקחת בחשבון הינה שכל תוספת מימון ציבורי בתחום הסיעוד תוכפל בתוך כ-20 שנה ותקשה על העמידה בהתחייבויות הממשלה.

#### תרשים 16: תחזית ההוצאה הציבורית על סיעוד לפי גורם מממן במיליארדי ש"ח



מקור: עיבודי המועצה הלאומית לכלכלה על בסיס תחזית אוכלוסייה של הלמ"ס

#### מימון – סיכום כיווני פעולה

1. שינוי תמהיל המימון הציבורי לטובת נזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע רוב שעות היממה:
  - א. הפחתת המימון הציבורי לנזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע מועט לצד הנגשה והרחבה של שירותים חברתיים וקהילתיים
  - ב. הגדלת המימון הציבורי לנזקקי סיעוד משמעותי תוך מיקוד באוכלוסיות הבאות:
    - (1) מקבלי השלמת הכנסה ללא דירה
    - (2) נזקקי סיעוד משמעותי שזקוקים לסיוע במשך 5 שנים ומעלה – בחינת של העלאת שעות סיעוד רק החל מהשנה החמישית או השישית בתקופת הסיעוד שיפור הכדאיות של ביטוח סיעודי אחיד לנזקקי סיעוד בעלי הכנסה נמוכה
    - א. בחינת השקת פוליסה ביטוח אחידה נוספת שישווקו קופות החולים שכוללת החזר נמוך משמעותית מהקיים היום על אשפוז מוסדי.
    - ב. רציונל לפוליסה הנוספת – היקף ההוצאה של בעלי הכנסות נמוכות על אשפוז סיעודי נמוך משמעותית לעומת בעלי הכנסות גבוהות.
  3. חיזוק האיתנות הפיננסית של מערך הסיעוד

<sup>33</sup> מקור: סקר בנק ישראל 87, 2013



- א. המשך קידום מהלך ממשלתי מתואם לטיפול בגרעון האקטוארי הכולל של המוסד לביטוח לאומי.
- ב. ביצוע כלל השינויים בתחום הסיעוד ללא חריגה מסך התקציב הציבורי הקיים.
4. הקמת מאגר נתונים משותף בתחום הסיעוד לשם טיוב קבלת ההחלטות בתחום
- א. מיפוי נתונים נדרשים בתחום הסיעוד
- ב. ניתוח אקטוארי של התפתחות והשינויים בתוחלת החיים של נזקקי סיעוד
- ג. מיקוד בהוצאות של משקי בית לפי רמות הכנסה, רמת מוגבלות וסוג טיפול
- ד. הנגשת מידע ונתונים לציבור לשם קבלת החלטות מיטבית ברמת הפרט כולל אפשרות של האזרח לקבלת מידע על מספר פוליסות הביטוח הסיעודי בבעלותו

## אספקת שירותים

הזדקנות האוכלוסייה צפויה להשפיע באופן מהותי על תחום אספקת שירותי הסיעוד בשל גידול משמעותי בביקוש לשירותי סיעוד ומטפלים. גידול זה עלול להותיר עשרות אלפי נזקקי סיעוד ללא טיפול מתאים. הגידול המשמעותי צפוי להתרחש עוד כעשור, אולם על מנת להיערך לשינוי זה באופן מיטבי נדרש לפעול כבר היום על ידי קידום צעדים בתחום בדגש על תמרוץ, קידום מניעה ופיתוח מודלים אלטרנטיביים לטיפול סיעודי. בנוסף, ישנו צורך בהמשך השיפור של התיאום בין הגופים בתחום וכן בחינה ושיפור מערך האספקה בתחום הסיעוד בקהילה.

### פיצול והיעדר תיאום בין הגופים האחראיים על שירותי סיעוד

האחריות על אספקה ומימון של שירותי סיעוד בישראל מפוצלת בין מספר גופים – המוסד לביטוח לאומי אחראי על מימון ופיקוח על מתן שירותי סיעוד בקהילה, משרד הבריאות אחראי על שירותי אשפוז לסיעודיים ותשושי נפש, משרד הרווחה אחראי על שירותי אשפוז לתשושים וקופות החולים אחראיות על מתן שירותים לחולים סיעודיים מורכבים ושירותי בריאות לכלל נזקקי הסיעוד. לשם מתן מענה מיטבי לאוכלוסיית נזקקי הסיעוד ישנה חשיבות לשיפור התיאום בין המערכות, הפחתת בירוקרטיה וקידום פעילויות למניעה ודחיית הדרדרות בתפקוד, בעיקר בשלבי המעבר של נזקקי הסיעוד בין השירותים השונים. הרוב המוחלט של הנזקקים לסיעוד מטופלים על ידי המוסד לביטוח לאומי (כ-80% מכלל הנזקקים לסיעוד) ועל ידי משרד הבריאות (כ-10% מכלל הנזקקים לסיעוד) ולכן ישנה חשיבות מהותית לתיאום בעיקר בין גופים אלו וכן ביניהם לקופות החולים שאחראיות על מתן טיפול רפואי לנזקקי הסיעוד.

למרות הקושי בתיאום בין הגופים האחראיים על סיעוד אין ממצאים ברורים המצביעים על יתרון משמעותי ליצירת מערך סיעוד מאוחד.<sup>34</sup> תחום הסיעוד לרוב דורש שילוב של שירותי רווחה לנזקק הסיעוד ולמשפחתו, שירותי בריאות בהתאם למצב הבריאותי של נזקק הסיעוד וסיוע פיזי בתפקוד היום יומי. כאשר בכל תחום פעילות יש צורך במומחיות ויכולות מקצועיות שונות. יותר מכך, ישנם הבדלים מהותיים באופי וסוג השירותים הנדרשים לקבוצות אוכלוסייה שונות בהתאם למצב הכלכלי, מיקום גיאוגרפי, מידת הסיוע מהמשפחה ואופי המוגבלות בתפקוד (לדוגמה, סובלים מדמנציה לעומת מוגבלים בתפקוד פיזי). לכן, גם שינוי מבני משמעותי לא צפוי ליצור מערך סיעוד מאוחד שייתן מענה אינטגרטיבי לכל האוכלוסיות. כיוון הפעולה הנדרש לשם מענה מיטבי לנזקקי סיעוד הינו מיסוד שיתוף פעולה בין הגופים המקצועיים האחראיים תוך אפיון ומתן מענה מותאם לקבוצות האוכלוסייה השונות הזקוקות לטיפול סיעודי.

### נטל בירוקרטי והבדלים בתנאי הזכאות לסיעוד

כיום ישנם כ-4 גופים מרכזיים שקובעים זכאות לשירות או פיצוי כספי למוגבלים בתפקוד: המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, משרד הרווחה וחברות הביטוח. כל הגופים בוחנים זכאות לפי רמת מוגבלות בתפקוד כאשר זכאות לסיוע במימון ציבורי מותנית גם במבחן הכנסות. כיום, כל אחד מהמוסדות קובע רף שונה לזכאות לסיעוד ודורש ביצוע מבחן נפרד לבחינת רמת

<sup>34</sup> "Help wanted? Providing and caring for long term care", OECD, 2011

תפקוד ורמת הכנסות. השוני בקביעת הזכאות נובעים מהבדלי מדיניות ובסוג הפיצוי אולם הנטל הבירוקרטי הקיים הינו גבוה וניתן להפחיתו.

**לוח 1: הבדלים בתנאי הזכאות לנזקקי סיעוד משמעותי במוסדות השונים**

חברות ביטוח (פוליסת קופ"ח)	משרד הרווחה	משרד הבריאות	מוסד לביטוח לאומי	
מוגבלות משמעותית ב-3 תפקודים או יותר	מוגבלות חלקית בתפקוד אחד או יותר	מוגבלות מלאה ב-2 תפקודים או יותר וצורך במעקב רפואי מתמשך	מוגבלות משמעותית ב-3 תפקודים או יותר	<b>רמת מוגבלות</b>
x	✓	✓	✓	<b>מבחן הכנסות</b>
x	✓	✓	x	<b>מבחן נכסים</b>
x	✓	✓	x	<b>מבחן הכנסות לילדי הסיעודי</b>
רופא	אחות ורופא	אחות ורופא	מעריכים מטעם המוסד לבטל"א	<b>אחראיים על אומדן תפקוד</b>

בימים אלו מתבצעת עבודת מטה בין משרדית לשיפור התיאום בין משרד הבריאות ומשרד הרווחה במבחני ההכנסה שצפויה להפחית את ההבדלים בתחום זה בין שני המשרדים. אולם, רוב נזקקי הסיעוד הינם בקהילה כאשר רובם מבוטחים בביטוח סיעודי מסחרי וחלקם עובר בשלב מסוים לאשפוז סיעודי במוסדות בפיקוח משרד הבריאות. בשל כך ישנה חשיבות משמעותית להגברת התיאום גם בין גופים אלו - בחינה של קביעת רף זכאות אחיד במבחני התפקוד לנזקקי סיעוד משמעותי בחלק מהמוסדות וכן מיסוד מבחן תלות משותף לכלל הגורמים לקביעת הזכאות.

גם בתנאי הזכאות על בסיס הכנסה ישנם הבדלים מהותיים בין המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות בשל הבדלי מדיניות וחקיקה. ההבדלים במדיניות ככל הנראה קשורים גם להבדלים המשמעותיים ברמות הסבסוד בין טיפול בקהילה ואשפוז. בעוד שהיקף המימון לנזקק סיעוד שניתן על ידי מוסד ביטוח לאומי הינו נמוך יחסית (עד כ-4,500 ₪ לחודש), כ-90% מהשוהים באשפוז סיעודי שזכאים למימון ציבורי נהנים מסבסוד ציבורי גבוה (לרוב 9,000-10,000 ₪ לחודש לנזקק סיעוד).<sup>35</sup> כיום מבחן ההכנסות לאשפוז מוסדי כולל גם מבחן הכנסות לילדים וקובע השתתפות עצמית לכל ילד של הסיעודי בהתאם להכנסות והוצאות הילדים. זאת בהתאם למדיניות הממשלה שהילדים של נזקק הסיעוד חולקים באחריות במימון הטיפול הסיעודי של ההורה. התהליך הקיים לקביעת השתתפות עצמית של ילדי הנזקק הסיעודי מהווה נטל בירוקרטי משמעותי שדורש איסוף נתונים מכל בני המשפחה. כל זאת בשלב של שינוי מהותי ומשברי בחיי נזקק הסיעוד וכלל המשפחה. ישנו צורך משמעותי בהפחתת הנטל הבירוקרטי למינימום בתהליך קביעת השתתפות העצמית של ילדי הנזקק לסיעוד אשר עדיין יאפשר יישום

<sup>35</sup> רמת הסבסוד הגבוהה של אשפוז ציבורי מהווה תמריץ משמעותי למעבר לאשפוז, בעיקר בקרב האוכלוסיות עם הכנסה נמוכה

מיטבי של המדיניות הממשלתית. חלופה אפשרית להפחתת הנטל הבירוקרטי הינה קביעה של 2-3 רמות של השתתפות עצמית לכל ילד על בסיס מספר מצומצם של קריטריונים ונתונים שנדרשים מבני המשפחה.

### מניעה ודחיית הדרדרות בתפקוד

מכיוון שירידה בתפקוד נובעת מהדרדרות במצב הרפואי של האדם, פעילויות למניעה ודחיית ההידרדרות בתפקוד דורשות ניתוח של הגורמים הרפואיים המרכזיים לירידה בתפקוד. אולם, כיום אין לאף אחד מהגופים העוסקים בתחום תמריץ כלכלי למניעת התדרדרות תפקודית. בישראל, קופות החולים שאחראיות על מתן שירותי בריאות לכלל הציבור, הינן הארגונים בעלי היכולת והכלים לפעול בתחום זה. אולם, כיום אין תמריץ כלכלי לקופות החולים לפעול למניעה ודחייה של תהליך ההתדרדרות תפקודית. בשל כך ישנו מחסור במשאבים ומיטות המוקצות לשיקום רפואי (שנמצא באחריות קופות חולים) וכן מחסור בנתונים ומעקב אחר תהליכי שיקום והאפקטיביות של תהליכים אלו בשיפור התפקוד<sup>36</sup>. כל זאת למרות שבישראל ישנו פוטנציאל משמעותי לקידום פיילוטים ושימוש בטכנולוגיות שיאפשרו דחייה של ההתדרדרות בתפקוד. לישראל יתרון תחרותי למול מדינות מפותחות אחרות מכיוון שהיא אחת מהמדינה היחידות שבה פועלות קופות חולים גדולות עם מאגרי מידע דיגיטליים, כמו כן ישראל נהנית מיתרון משמעותי ביכולות הטכנולוגיות ובסקטור הטכנולוגיה העילית. בשל כך שהזדקנות האוכלוסייה הינה תופעה כלל עולמית, פרויקטים שיסייעו במניעה של התדרדרות בתפקוד הינם בעלי פוטנציאל כלכלי משמעותי. לשם כך, ישנה חשיבות לשיתוף מידע בין המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים לשם ניתוח גורמי סיכון להתדרדרות תפקודית וגיבוש פיילוטים לטיפול בגורמים אלו. כמו כן, יש צורך בגיבוש מנגנון תמריצים כלכלי לקופות החולים לעידוד מניעה ודחייה של הדרדרות תפקודית.

ישנן שתי חלופות מרכזיות ליצירת מנגנון תמריצים מובנה לקופות החולים לקידום פעילויות לדחיית ההתדרדרות בתפקוד. חלופה אחת הינה העברת האחריות על אשפוז סיעודי לקופות החולים לשם הגדלת התמריץ למניעת אשפוז סיעודי (הוצגה בהצעה לרפורמה במערך הסיעוד שפרסם משרד הבריאות בשנת 2011). חלופה זו מספקת תמריץ לקופות החולים למנוע מעבר של נזקקי סיעוד לאשפוז סיעודי וכן פותרת את ניגוד האינטרסים הקיים כיום במשרד הבריאות שמהווה רגולטור בתחום הסיעוד וכן האחראי על אספקת השירותים. בנוסף, קופות החולים הינן בעלת יכולת תפעולית שעשויה לאפשר להם ניהול יעיל יותר של האשפוז הסיעודי.<sup>37</sup> אולם, לחלופה זו גם מספר חסרונות – היא איננה מתמרצת קופות חולים למנוע הדרדרות תפקודית בקהילה<sup>38</sup> וכן מוסיפה לקופות החולים לראשונה אחריות על שירות שהינו מותנה בהכנסה. כמו כן, שירותי סיעוד הינם שירותים שקשורים גם לשירותי רווחה, בעיקר אצל אוכלוסיות עניות ולקשישים עירייתים, כאשר לקופות החולים אין יתרון יחסי במתן השירות

<sup>36</sup> מקור: דו"ח מבקר המדינה 62 א' לשנת 2012

ראה קישור: [http://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report\\_117/f784ba16-1504-474e-87b7-16074a9b49e0/7531.pdf](http://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_117/f784ba16-1504-474e-87b7-16074a9b49e0/7531.pdf)

<sup>37</sup> יש לקחת זאת בערבון מוגבל כאשר מתייחסים לכך שהתעריפים בתחום האשפוז הסיעודי שקבע משרד הבריאות ומשרד האוצר אינם מאפשרים קיום וניהול מוסדות אשפוז וכשכתוצאה מפסיקה זו, נדרש משרד הבריאות והאוצר להעלות תעריפים. מה שמרמז על כך שיכולת ההתייעלות בתחום הינה נמוכה.

<sup>38</sup> יש לציין שבהצעה לרפורמה, משרד הבריאות הציע להעביר גם את האחריות על סיעוד בקהילה לקופות החולים, אך חלופה זו לא תיבחן במסגרת הסקירה הנוכחית.

לאוכלוסיות אלו. לבסוף, תחום הסיעוד הינו תחום שאינו בליבת העשייה של קופות החולים מכיוון שהינו בעיקרו קשור למלונאות וסיוע בתפקוד וברוחה ולכן צפוי להיות בשולי הפעילות של הקופה.

חלופה אפשרית נוספת לתמרוץ מניעה הינה גיבוש מנגנון להשתתפות בחיסכון הכספי בין קופות החולים והממשלה במקרה של ירידה בהיקף נזקקי הסיעוד ביחס לאוכלוסייה. היקף התמריץ ייקבע בהתאם לירידה בשיעור המאושפזים במוסדות או בשיעור מקבלי קצבת סיעוד מסך מבוטחי הקופה, תוך תקנון להרכב הגילאים. מנגנון זה, במידה שיוגדר באופן ברור ויובטח לתקופה ארוכה, יאפשר תמריץ משמעותי לקופות לפעול למניעת הדרדרות תפקודית ללא צורך בשינויים מבניים משמעותיים.

### טיפול בקהילה – מתן שירותים

#### אספקת שירותים בקהילה – מצב קיים ומגמות עתידיות

סל שירותי הסיעוד בקהילה כולל טיפול אישי הניתן בביתו של הקשיש או במרכז יום, הסעות למרכז יום, אספקת מוצרי ספיגה, שירותי מכבסה ומימון שימוש בלחצן מצוקה. שירותים אלה ממומנים בידי הביטוח הלאומי וניתנים לזכאים באמצעות חברות סיעוד ומרכזי יום המתקשרים עם המוסד לביטוח לאומי במכרז. כמעט כל הזכאים לגמלת סיעוד (כ-98%) מקבלים טיפול אישי בבית הקשיש. שיעור נמוך מהזכאים בוחרים גם בשירותים נוספים, כאשר 7.5% בלבד מבין הזכאים בוחרים גם בטיפול במרכז יום.

בשנת 2013 הועסקו בישראל בטיפול סיעודי כ-76,500 עובדים ישראלים (מתוכם כ-92% נשים) וכ-43,000 עובדים זרים כאשר הגיל הממוצע של מטפל סיעודי הינו 49.<sup>39</sup> התשלום למטפלים הסיעודיים מתבסס על תעריף לשעת טיפול בקהילה שנקבע במכרז שמפרסם המוסד לביטוח לאומי. משמעות הדבר הינה שהמכרז של ביטוח לאומי למתן טיפול בקהילה למעשה קובע את התעריפים לשירותים שהיקף פעילותם השנתי (ציבורי ופרטי) שווה לכ-9 מיליארד ₪ בשנה ואשר צפוי לגדול לכ-20 מיליארד ₪ בעוד כ-20 שנים. ההשפעה המשמעותית של מכרזים אלו דורשת בחינה מעמיקה של אופן קביעת המכרז, הפרמטרים המרכזיים בקביעת התעריף, התייחסות ליתרונות לגודל של חברות ועוד. בנוסף, ישנה חשיבות מהותית לאופן הפיקוח על מתן השירותים בקהילה בהתאם לצרכי וזכויות הקשיש הסיעודי ובהתייחס לזכויות העובדים בטיפול סיעודי. הגידול הצפוי בהיקף הפעילות הכלכלית, במספר העובדים וכן בהיקף השירותים הנוספים (כגון מרכזי יום) מחייב בחינה ארוכת טווח של התפתחות השירותים הקיימים וכן אופן הפיקוח על קבלת השירותים. בתחום הפיקוח על שירותי הטיפול הסיעודי וכן בבחינה של הנגשת שירותים חברתיים ואחרים לקשיש מומלץ לבחון שימוש מוגבר בטכנולוגיות מידע, כפי שכבר הוחל במוסד לביטוח לאומי בנושא קידום בקרה על נוכחות המטפלים אצל נזקק הסיעוד בפועל.<sup>40</sup>

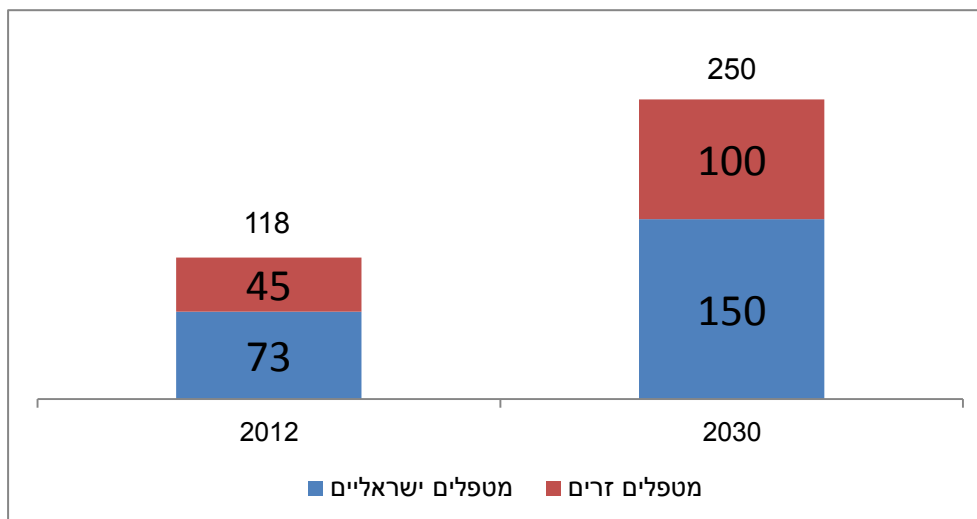
<sup>39</sup> עובדים זרים המועסקים באופן חוקי בתחום הסיעוד בשנת 2014. מקורות: "היבטים בביטוח סיעוד 2013", שרון אסיסקוביץ' המוסד לביטוח לאומי, 2015 ו-"נתוני זרים בישראל", האגף לתכנון מדיניות, רשות האוכלוסין וההגירה

<sup>40</sup> וועדת ביקורת המדינה משנת 2013, דברי מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי. קישור -

<https://okneset.org/committee/meeting/7882>

העלייה הצפויה של היקף הנזקקים לסיעוד צפויה להשפיע רבות על הביקוש למטפלים הסיעודיים ועל שוק העבודה בכלל. בהנחה של תרחיש עסקים כרגיל, עד שנת 2030 יהיה צורך בכ- 130 אלף מטפלים נוספים. אם יישמר חלקם של העובדים הזרים בתחום, מדובר בתוספת של כ-55 אלף מטפלים זרים וכ-75 אלף מטפלים ישראלים.

### תרשים 17: התפתחות הביקוש למטפלים סיעודיים (באלפים)



מקור: ג'וינט, בטל"א, ממי"מ ולמ"ס

עלייה דרמטית כזו בביקוש דורשת התאמות ופעולות משמעותיות להגדלת ההיצע. בכדי להבהיר את משמעות היקף הביקוש, כמות המטפלות הסיעודיות החדשות שיידרשו מהוות כ-24% מתוך סך הנשים שיתווספו לקבוצת האוכלוסייה בגילאי עבודה עד שנת 2030.<sup>41</sup> במידה וההיצע יפגר אחר הגידול בביקוש, יש לצפות למחסור במטפלים בתחום ולעלויות שכר. המחסור צפוי לפגוע בנזקקי הסיעוד ומשפחותיהם, להגדיל את הנטל על המטפל העיקרי בנזקק הסיעוד וכן לגרום לגידול בעלויות הציבוריות מעבר לעלייה הצפויה.

ישנם מספר כיווני פעולה מרכזיים אפשריים לשם מתן מענה לגידול הצפוי בביקוש לעובדי סיעוד. בשל כך שהטיפול בבית דורש למעשה עובד לכל נזקק סיעוד משמעותי, יש לבחון מודלים אלטרנטיביים שמספקים שירות טוב ואיכותי תוך הפחתת היחס בין מספר העובדים לנזקקי הסיעוד המשמעותי לעומת הטיפול בבית. בישראל קיימים מספר מודלים אלטרנטיביים לאספקת שירותים בקהילה (קהילות תומכות, מרכזי יום לתשושי נפש ועוד) כאשר יש לבחון אילו מודלים אפקטיביים וכיצד ניתן להרחיב עוד יותר את השימוש בשירותים אלו תוך התאמה לצרכים והמאפיינים של נזקקי הסיעוד המשמעותי.<sup>42</sup> בנוסף, יש לבחון כיצד ניתן לנצל את ההתפתחויות הטכנולוגיות לשם מתן מענה לצרכי נזקקי הסיעוד בין אם באמצעות ניטור ומעקב מרחוק ובין אם באמצעות טכנולוגיות לסיוע בטיפול בבית. לבסוף, ישנו צורך מהותי בבחינת תמהיל העובדים הזרים הנדרשים לשם טיפול סיעודי וכן בעידוד אוכלוסיות עם שיעורי תעסוקה נמוכים להשתלב בתחום כגון אוכלוסיות מהמגזר הערבי והחרדי וכן אוכלוסיית המבוגרים.

<sup>41</sup> על בסיס תחזית האוכלוסין של הלמ"ס, ללא שינוי בהיקף המשרה של מטפלת סיעודית

<sup>42</sup> ישנם מספר מחקרים בתחום שערך מכון ברוקדייל כגון "מחקר הערכה בנושא קהילה תומכת", 2010 ומחקר בנושא "מאפייני מרכזי היום לזקן – דפוסי שימוש, תרומות וכיוונים לעתיד", 2012

בתחום העובדים הזרים, מומלץ לבחון הגבלת הזכויות לעובד זר לנזקקי סיעוד שסובלים מרמת מוגבלות משמעותית יותר מהרמה המוגדרת היום.<sup>43</sup>

אחת ההשלכות המרכזיות של גידול במספר נזקקי הסיעוד בקהילה הינו גידול משמעותי במספר המשפחות שמסייעות לקשיש סיעודי. משפחות של קשיש סיעודי נושאות בנטל כלכלי ורגשי כבד, כאשר הנטל העיקרי נופל על בן המשפחה שהוא המטפל העיקרי (ברוב המקרים המטפל העיקרי הינו בן הזוג או אחד מילדי הנזקק הסיעודי). נטל זה אף עשוי לגדול בעתיד ובמידה ויתפתח מחסור במטפלים סיעודיים. למטפל העיקרי חשיבות מרכזית לטיפול בנזקק הסיעוד בקהילה, כאשר אחת הסיבות המרכזיות לאשפוז הינה קריסה של מטפל עיקרי.<sup>44</sup> לכן, ישנה חשיבות משמעותית לבחינה והרחבה של כלי המדיניות הקיימים היום לסיוע למטפל העיקרי.<sup>45</sup> כלי המדיניות המרכזיים לפיתוח בתחום זה הינם ייעוץ והנגשת מידע למטפל העיקרי, תמיכה רגשית וכן סיוע בטיפול בנזקק הסיעוד, בדגש על אספקת פתרונות חלופיים על מנת לאפשר פסק זמן למטפל העיקרי.

### אספקת שירותי אשפוז סיעודי

רוב האשפוז הסיעודי בישראל הינו באחריות משרד הבריאות וכולל נכון לשנת 2014 כ-21,100 מיטות אשפוז שמהן כ-17,000 לסיעודיים וכ-4,100 לתשושי נפש. כל זאת במסגרת כ-309 מוסדות לטיפול ממושך בביקוח משרד הבריאות, שרובם בבעלות פרטית של עמותות או חברות עסקיות. כפי שצוין ברקע, במהלך העשור האחרון ישנה ירידה מתמשכת בשיעור המאושפזים מכלל המבוגרים שלפחות בחלקה נובעת מגידול במספר הסיעודיים בקהילה. אולם, בשל הזדקנות האוכלוסייה צפויה עלייה בביקוש למיטות אשפוז של כ-3,000 מיטות עד שנת 2025 ועוד כ-10,000 עד שנת 2035.<sup>46</sup> כיום, אין היערכות ממשלתית לגידול הצפוי בביקוש למיטות אשפוז סיעודי למרות העובדה שנדרש זמן רב לתכנון והקמת מוסדות אשפוז בישראל. כמו כן, בשל כך שהתעריף הממשלתי לתשלום על אשפוז סיעודי ציבורי הינו רווחי רק למיטות קיימות, אין כיום תמריץ למוסדות להגדיל את מספר מיטות האשפוז. כמו כן, כבר היום ישנו מחסור בעובדים בתחום האשפוז הסיעודי שצפוי להתגבר משמעותית עם העלייה בביקוש.<sup>47</sup>

הצורך בגידול במספר מיטות האשפוז במימון ציבורי צפוי להיות גבוה יותר במחוזות צפון ודרום שבה 98% מהמיטות הן מיטות במימון ציבורי לעומת 86% במרכז ובחיפה. לשם היערכות לגידול הצפוי, ישנו צורך בהקצאת תקציב ייעודי להגדלת מספר המיטות לאשפוז סיעודי

<sup>43</sup> כיום, גם נזקקי סיעוד שזקוקים לסיוע של כ-4-5 שעות ביום זכאים לעובד זר

<sup>44</sup> מקור – "מתווה לרפורמה בתחום הסיעוד", משרד הבריאות, 2011

<sup>45</sup> פירוט לגבי ההיבטים הקשורים לטיפול של בני משפחה בנזקקי סיעוד כולל כלי מדיניות קיימים והמלצות לכיווני פעולה נוספים מפורטים בדו"ח מחקר של ברוקדייל "בחירת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה", 2011

<sup>46</sup> כיום שיעור התפוסה במוסדות באשפוז ממושך הינו 92%, ייתכן שניתן לתת מענה חלקי לגידול בביקוש הנדרש במיטות אשפוז על ידי הגדלת שיעור התפוסה במוסדות אלו. מקור: "היבטים כמותיים של מערכת האשפוז הסיעודי על פני הזמן כולל בחינת המגמות בדפוסי הביקוש ל"קודים"', שמואל באר וגיני ברודסקי, מכון ברוקדייל.

<sup>47</sup> מקור: "הטיפול באנשים עם צרכים סיעודיים (צורכי כוח-אדם ומדיניות תעסוקה בענף הסיעוד)", ד"ר גלעד נתן, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2011

בהסתכלות אזורית תוך מיקוד בפריפריה. כמו כן, יש לבחון דרכים להגדיל את היצע העובדים במוסדות האשפוז כחלק מההיערכות הכוללת לגידול בביקוש בתחום זה.

### אספקת שירותים - כיווני פעולה

1. היערכות לגידול בביקוש לעובדים בסיעוד
  - א. בחינה וקידום של מודלים אלטרנטיביים למתן שירותים בקהילה להקטנת עתירות העבודה בשירותי הסיעוד הקיימים תוך שימוש נרחב בטכנולוגיה ובמתנדבים
  - ב. הקמת צוות עבודה בראשות משרד הכלכלה להיערכות לגידול הביקוש לעובדים בתחום הסיעוד תוך בחינה של תמהיל עובדים זרים/ישראלים מועדף ועידוד תעסוקה בתחום בקרב אוכלוסיות עם שיעורי תעסוקה נמוכים
  - ג. קידום פיילוטים לבחינת שימוש בטכנולוגיה כתחליף לחלק מהמעקב הרפואי והטיפול הסיעודי הנדרש
  - ד. בחינה של קידום כלי מדיניות נוספים לסיוע לבני המשפחה המטפלים בנוקד הסיעוד
2. מניעה ודחיית התדרדרות תפקודית
  - א. פיתוח מאגר מידע משולב של נתוני בטל"א ומשרד הבריאות שיאפשר את בחינת הקשר בין המצב הרפואי לירידה בתפקוד וקידום פיילוטים בהתאם
  - ב. גיבוש מנגנון תמריצים ארוך טווח לקופות החולים לעידוד פעילויות לדחיית התדרדרות בתפקוד
  - ג. עידוד פיילוטים ייעודיים למניעה ודחיית המוגבלות בתפקוד תוך מתן דגש על שימוש בטכנולוגיות
3. שיפור התיאום בין הגופים בתחום הסיעוד תוך מיקוד בהפחתת נטל בירוקרטי
  - א. מיסוד תהליכי היוועצות ותיאום תקופתיים בין הגופים הציבוריים האחראיים על סיעוד וכן גורמי הטיפול בקהילה
  - ב. אפיון אוכלוסיות ייעודיות שלהם נדרש טיפול כוללני ומתואם בין הגורמים המטפלים (כגון חולים בדמנציה, קשישים עריריים ועוד)
  - ג. הפחתת בירוקרטיה באמצעות האחדת מבחני זכאות תפקודיים ככל האפשר
  - ד. פישוט מבחני ההכנסה לילדי הנזקק הסיעודי לאשפוז ציבורי תוך קביעה של עד 3 רמות של השתתפות לילד
  - ה. העלאת רמת המוגבלות המינימלית המקנה היתר לעובד זר
4. בחינה ושיפור מערך האספקה בתחום הסיעוד בקהילה בדגש על שימוש בטכנולוגיות
  - א. בחינת דרכים להפחתת עלויות ניהול והגברת התחרות בראייה ארוכת טווח
  - ב. קידום הנגשה ובקרה של שירותי סיעוד ושירותים חברתיים בכלים טכנולוגיים
5. היערכות לגידול במספר המיטות לאשפוז סיעודי
  - א. גיבוש תחזית למיפוי הגידול הצפוי בביקושים למיטות סיעוד בחלוקה אזורית
  - ב. קביעת תקציב ייעודי למימון הקמה של מיטות נוספות בהתאם לתחזית



## נספח א' - הנחות

### זכאות לגמלת סיעוד

תכנית ביטוח הסיעוד, מכוח חוק הביטוח הלאומי, נועדה לסייע לקשישים בבית ובקהילה אשר כתוצאה מליקוי נהיו תלויים בזולת לביצוע רוב פעולות ADL הכוללות הלבשה, רחצה, אכילה, ניידות בבית וטיפול בהפרשות, בשל מוגבלות, ולקשישים הנזקקים להשגחה.

רמת גמלת הסיעוד אשר לה זכאי המבוטח נקבעת באמצעות מבחן, אשר מתייחס לציון הגבוה באחת משתי קטגוריות – תלות בזולת לביצוע פעולות היום-יום או מידת הצורך בהשגחה. מנעד הציונים נע בין 0 ל-11, כאשר בין 2.5 ל-5.5 נקודות תלות המבוטח זכאי לגמלה בשיעור של 91%, בין 6 ל-8.5 נקודות תלות המבוטח זכאי לגמלה בשיעור של 150%, כאשר 9 נקודות תלות ומעלה מזכות את המבוטח בשיעור גמלה של 168%. קשישים החיים בגפם מקבלים תוספת ציון.<sup>48</sup>

קבלת גמלת סיעוד מותנית במבחני הכנסה. נכון ל-01.01.2015 אדם בודד זכאי לגמלה מלאה במידה והכנסותיו לא עולות על 9,260 ש"ח ולגמלה מופחתת בשיעור של 50% במידה והכנסותיו עולות על 9,260 ש"ח אך אינן עולות על 13,890 ש"ח. במידה והכנסותיו עולות על סכום זה הוא אינו זכאי לגמלה כלל. בנוגע לזוג מדרגות ההכנסה הרלוונטיות הן 13,890 ש"ח ו-20,835 ש"ח בהתאמה.

### סך ההוצאה הפרטית על סיעוד

לצורך חישוב ההוצאה הפרטית על סיעוד נעשה שימוש בהנחות הבאות:

- נקודה במבחן התלות שקולה לשעת טיפול ביום
- בן זוג מספק 50% משעות הטיפול הדרושות
- סך התשלום עבור עובד זר 24/7 לקוח מאתר אופק זהב ומסמך של מ.מ.מ
- היקף האשפוז גדל בקצב זהה לגידול הביקוש לקודים לפי תחזית מכון ברוקדייל

### חישוב העלויות והנטל הכלכלי על משקי הבית

- כלל הניתוח מתייחס למשקי בית בהם ראש משק הבית הוא מעל גיל 65, לא עבד בשלושת החודשים שקודמים לדגימה, אינו נשוי וזקוק להשגחה צמודה.
- שיעור גמלת הסיעוד של ביטוח לאומי לפי רמת הכנסה נשען על ניתוח ההכנסות בקרב האוכלוסייה המדוברת. ניתוח זה מעלה כי ארבעת חמישוני ההכנסה הנמוכים עוברים את מבחני ההכנסה של בטל"א, העשירון התשיעי זכאי למחצית הגמלה והעשירון העליון לא זכאי לגמלה כלל.

<sup>48</sup> "היבטים בביטוח סיעוד 2013", שרון אסיסקוביץ', המוסד לביטוח לאומי וחוק ביטוח לאומי פרק י'

• מגבלות נתונים :

- הנתונים האידיאליים לניתוח צמצום ההוצאות הכרוך במעבר לסייעוד הינם נתוני הכנסות והוצאות משק הבית בהצלבה עם נתוני המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות, וזאת על מנת לזהות את נזקקי הסייעוד ולהבחין בין סוגי הטיפול (קהילה ואשפוז).
- בהעדר נתונים אלה, העבודה התבצעה על בסיס ההנחות והניתוחים הבאים :
  - הוצאות הבסיס הינן ההוצאה הממוצעת בשנים 2009-2011 לפי קטגוריות הוצאה מרכזיות ולפי רמת הכנסה.
  - שיעור ירידת ההוצאות לפי קטגוריה במעבר לסייעוד בקהילה נסמך על הניתוח המצורף בנספח ב', אשר מתאר את השפעת ההוצאה של משק הבית על מטפלת סיעודית<sup>49</sup> על ההוצאה על קטגוריות מרכזיות במונחי שיעורי שינוי. הקבוצה הנדגמת הינה משקי הבית בהם גיל ראש משק הבית הינו 65 ומעלה שלא עבד ב-3 החודשים הקודמים לדגימה. היות ושני חמישוני ההכנסה הנמוכים בקרב קבוצה זו מהווים 10% בלבד ממשקי הבית אשר מוציאים כסף על מטפלת סיעודית במדגם, התייחסנו לניתוח כאינדיקציה לשלושת חמישוני ההכנסה העליונים בלבד.
  - בנוגע לשני חמישוני ההכנסה נמוכים, הנחנו כי במעבר לסייעוד בקהילה לא חל צמצום בהוצאות משק הבית, מלבד בקטגוריה של תחבורה ותקשורת בו חל צמצום בשיעור שינוי דומה לחמישוני העליונים.
  - בנוגע לשיעור ירידת ההוצאות לפי קטגוריה במעבר לאשפוז סיעודי, הנחנו כי חל צמצום של כ-80% במזון ופירות וירקות, של כ-70% בחינוך, תרבות ובידור ובתחבורה ותקשורת, וכן עלייה של 30% בהוצאות על בריאות לכל רמות ההכנסה. כמו כן, הניתוח מתייחס לאפשרות של השכרת דירה בבעלות (או הפסקת שכירות קיימת) בקרב שני חמישוני ההכנסה העליונים, כאשר הנחנו צמצום הוצאות בשיעור של 80% בהוצאה על דיור ובתחזוקת דירה.

סך ההוצאה הציבורית על סיעוד

- ההוצאה הציבורית לשנת 2013 נסמכת על נתוני הירחון הסטטיסטי של ביטוח לאומי, נתוני משרד הרווחה ונתוני אגף תקציבים על הוצאות משרד הבריאות.
- תחזית התפתחות ההוצאות של ביטוח לאומי התבצעה על בסיס התחזית הדמוגרפית של הלמ"ס לפי חתכי גיל ומין, והתפתחות ההוצאות של משרד הרווחה ומשרד הבריאות התבצעה על בסיס תחזית הביקוש לקודים של מכון ברוקדייל.

<sup>49</sup> משתנה בינארי אשר קובע האם קיימת הוצאה כזו בקרב משק הבית

**נספח ב'**

**השפעת השימוש במטפלת סיעודית פרטית על שיעור שינוי בהוצאה לפי קטגוריות עיקריות<sup>50</sup> על בסיס השנים 2009-2013<sup>51</sup>**

VARIABLES	(1) Food	(2) Fruits & Vegetables	(3) Housing	(4) House Maintenance	(5) Furniture	(6) Clothing	(7) Health	(8) Education Culture and Entertainment	(9) Transportation and Communication	(10) Other
LTC Use	-0.117*** (0.0431)	-0.0243 (0.0480)	0.0636 (0.0466)	-0.101** (0.0464)	-0.345*** (0.110)	-0.471*** (0.107)	-0.0273 (0.0661)	-0.403*** (0.0744)	-0.424*** (0.0720)	0.101 (0.0906)
ln(Net Income)	0.383*** (0.0146)	0.368*** (0.0163)	0.502*** (0.0158)	0.632*** (0.0157)	0.467*** (0.0365)	0.423*** (0.0337)	0.681*** (0.0226)	1.019*** (0.0253)	1.137*** (0.0247)	0.532*** (0.0298)
Persons	0.161*** (0.00828)	0.113*** (0.00919)	-0.0386*** (0.00906)	0.0199** (0.00897)	0.0193 (0.0200)	0.0707*** (0.0165)	-0.0507*** (0.0130)	-0.0543*** (0.0143)	0.0823*** (0.0139)	0.0559*** (0.0158)
Age	0.0252 (0.0256)	0.0665** (0.0289)	0.0355 (0.0281)	-0.0137 (0.0277)	-0.00189 (0.0684)	-0.169*** (0.0632)	0.0191 (0.0414)	0.0930** (0.0445)	-0.0543 (0.0434)	0.0112 (0.0556)
Age <sup>2</sup>	-0.000254 (0.000165)	-0.000529*** (0.000187)	-0.000249 (0.000181)	3.87e-05 (0.000179)	-9.31e-05 (0.000444)	0.00104** (0.000412)	-0.000168 (0.000267)	-0.000707** (0.000287)	3.42e-05 (0.000280)	-0.000211 (0.000360)
Constant	2.745*** (1.003)	0.216 (1.130)	2.242** (1.099)	1.838* (1.085)	1.552 (2.646)	8.255*** (2.442)	-0.159 (1.614)	-6.117*** (1.739)	-0.00598 (1.697)	0.858 (2.154)
Observations	4,973	4,874	4,995	5,006	3,199	2,265	4,713	4,917	4,925	3,735
R-squared	0.280	0.198	0.186	0.292	0.070	0.112	0.178	0.277	0.413	0.122

<sup>50</sup> בקרב משקי בית בהם ראש משק הבית בן 65 ומעלה ולא עובד  
<sup>51</sup> מקור – סקרי הוצאות והכנסות משק הבית של למ"ס