

**יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים:  
מלכ"רים לעומת מוסדות עסקיים**

**ישראל לוסקי ויהודית גבעון**

---

ירושלים, סיון תשס"ה, יולי 2005

---

**ערכה והביאה לדפוס:**  
דלית נחשון-שרון

**כתובת המרכז:** רחוב רב אשי 4, ירושלים, 93593  
**טלפון:** 6790471-02  
**פקס:** 6792676-02

**Email:** [info@taubcenter.org.il](mailto:info@taubcenter.org.il)  
**אתר באינטרנט:** [www.taubcenter.org.il](http://www.taubcenter.org.il)

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

## יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים : מלכ"רים לעומת מוסדות עסקיים

### תוכן העניינים

5	פתח דבר
7	1. מבוא
9	2. מלכ"רים : תפקידיהם והתנהגותם
12	3. ענף בתי האבות בישראל
21	4. שיטת המחקר והצגת המדגם
26	5. ממצאים ומסקנות
35	6. השלכות למדיניות
39	מקורות
41	נספחים :
41	נספח מס' 1 : רשימת משתנים
42	נספח מס' 2 : תוצאות האמידה האקונומטרית



## פתח דבר

הטיפול הסיעודי בישראל מורכב משתי חטיבות עיקריות: טיפול סיעודי וטיפול ביתי או קהילתי. מחקר זה עוסק בתפקודה של החטיבה הראשונה – טיפול מוסדי, והדגש בו הוא השוואת תפקודם של המוסדות הפועלים כפירמות עסקיות לעומת אלו הפועלים כמוסדות ללא כוונת רווח. ברקע הדיון עומדת הדילמה המוצגת לעתים קרובות: האם יש להעדיף בתי אבות עסקיים, שיעילותם רבה יותר, או שמא חשוב יותר לדאוג לאיכות הטיפול, המובטח על-ידי בתי אבות מלכ"רים. ההנחה הסמויה ממנה נובעת הדילמה היא, שאכן פועלת במציאות נוסחה ברורה שלפיה עסקי = יעיל, ומלכ"ר = איכות טיפול.

את תקיפותה של ההנחה הזאת באו לבחון חוקרינו פרופ' ישראל לוסקי וד"ר יהודית גבעון מאוניברסיטת בן-גוריון. ממצאי העבודה שלהם מאירים עיניים וראויים לתשומת לב – לא רק בהקשר של בתי אבות, אלא בהקשר הרחב יותר של מכלול השירותים החברתיים. המחקר של פרופ' לוסקי וד"ר גבעון מלמד, שמצד אחד אין שוני בין היעילות הכלכלית של מלכ"רים לזו של פירמות עסקיות, ומצד שני – מלכ"רים מספקים שירות באיכות גבוהה יותר בממוצע לעומת הפירמות העסקיות. בהתבסס על חישוביהם האקונומטריים טוענים החוקרים, כי חלק מההבדלים ביעילות ובאיכות קשור לצד המימון ולמדיניות הממשלה בעניין זה.

אנו מקוים, שממצאי המחקר יסייעו למשרדי הממשלה בגיבוש מדיניות שתביא לשיפור מקביל ביעילות ובאיכות הטיפול.

יעקב קופ

ירושלים, סיון תשס"ה, יולי 2005



## יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים: מלכ"רים לעומת מוסדות עסקיים

ישראל לוסקי ויהודית גבעון\*

### 1. מבוא

ענף בתי האבות מתפתח בשנים האחרונות בקצב מהיר מאוד, וצפוי שמגמה זו תימשך גם בעתיד, לאור עליית תוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה. חשיבותו של הענף הולכת וגדלה, הן מבחינת המשק הלאומי והן מבחינת הפרט הנוקק לשירותים אלה. לפיכך, השאלות של יעילות בתי האבות ואיכות השירות שהם מספקים הן בעלות חשיבות רבה.

אחד המאפיינים של הענף הוא, שחלק מבתי האבות פועלים כפירמות עסקיות ומכוונים להשגת רווח מקסימלי בעוד שחלקם האחר הם מלכ"רים, המנועים מלחלק רווחים ופועלים למען הציבור. איזה מסוגי הארגונים יעיל יותר, מי מספק שירות באיכות טובה יותר ומי אמין יותר - אלה הן שאלות מפתח בתחום זה ובהן נעסוק בעבודה זו. הדעה הרווחת בקרב חלק מהציבור (וגם במשרדי הממשלה) היא, שפירמות עסקיות הפועלות למטרות רווח הן יעילות, בעוד שמלכ"רים בזבזניים יותר ופחות יעילים, מפני שלא קיים אצלם המניע לרווח. מכאן קצרה הדרך לדרישה, הנשמעת בקרב חלק ממשרדי הממשלה, שיש לכפות על מלכ"רים שיטות ניהול עסקיות או מחשבה עסקית ובכך להקטין את הזבוז ולהגדיל את היעילות.

\* פרופ' ישראל לוסקי, המחלקה לכלכלה, אוניברסיטת בן-גוריון. ד"ר יהודית גבעון, המחלקה לכלכלה, אוניברסיטת בן-גוריון ומכללת אחוה.

אנו מודים לד"ר אהרון כהן, ראש האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, שעשה כל שביכולתו לסייע לנו במתן מידע ובהשגת נתונים לצורך ביצוע מחקר זה.

השוואת רמת היעילות בין מוסדות שונים איננה פשוטה, מכיוון שרמת האיכות של השירות איננה אחידה בין המוסדות השונים. התבוננות בהוצאות בלבד על מנת לקבוע יעילות אינה נכונה ואף מטעה. ברור שניתן לספק שירות באיכות ירודה ובעלות נמוכה, אך שילוב זה אינו מצביע על יעילות. לעומת זאת, שירות איכותי עשוי להיות כרוך בהוצאה גבוהה יותר ולכן עלול להיראות בלתי יעיל, אף כי ייתכן שהוא המענה לדרישה של קבוצות אוכלוסייה מסוימות. השוואה נכונה של היעילות חייבת להתייחס לשני בתי אבות המספקים שירות באותה רמת איכות. בתנאים אלה, המוסד המספק את השירות בעלות נמוכה יותר מהאחר – הוא מוסד יעיל יותר.

האיכות הינה גורם בעל חשיבות עבור מקבלי השירות וקיים שוני באיכות השירות שבתי אבות שונים מספקים. שאלה האיכות היא מורכבת הן מבחינת דרך האמידה, והן מבחינת זמינות האינפורמציה לגבי איכות השירות.

עניין נוסף בעל חשיבות רבה הוא תפקידו ותפקודו של משרד הבריאות. למשרד הבריאות תפקיד דומיננטי, בהיותו המממן של כ-70 אחוז מהמיטות הסיעודיות הקיימות. בנוסף, הוא קובע את התעריפים המשולמים למוסדות, את התקנים על פיהם מתנהלים המוסדות, ומוטלת עליו האחריות לרישוי המוסדות ולבקרה על איכות הטיפול הניתן בהם. אין ספק, שלמדיניות משרד הבריאות ישנה השפעה מכרעת על מבנה ענף בתי האבות ועל איכות השירות הניתן במוסדות. נרחיב את הדיון בנושאים אלה בהמשך, ננתח את המצב הקיים ולאור ממצאינו נגבש מסקנות לגבי המדיניות הקיימת ונציע שינויים אשר יביאו לשיפור הענף, הן בצד ההיצע והן בצד הביקוש, במטרה להגדיל את רווחת המשתמשים בשירותים שמספק הענף.

התמקדנו בענף בתי האבות, אך ההרחבה מתבקשת מאליה ובעיקר יישום של המסקנות לענפים נוספים. למלכ"רים בישראל יש חשיבות רבה בתחומי הכלכלה השונים ותרומתם לתוצר של המשק נאמדת בכ-10 אחוזים. יעילותם של המלכ"רים עשויה להשפיע על התוצר בכלל ובעיקר על מספר ענפים בהם פעילות המלכ"רים היא נרחבת, בתחום הבריאות, ההשכלה גבוהה, החינוך, הדת ועוד. יש לשער שמסקנות מחקר זה תקפות גם לענפים נוספים.

מבנה המאמר: בחלק הבא, סעיף 2, נסקור מודלים של התנהגות מלכ"רים, תוך השוואה לפירמות עסקיות. בסעיף השלישי נתאר את ענף



בתי האבות בישראל ובסעיף הרביעי נציג בקצרה את שיטת המחקר, את המדגם ואת מאפייניו הסטטיסטיים. בסעיף החמישי נציג את הממצאים ואת המסקנות מן המחקר ובחלק האחרון נתמקד בהשלכות של הממצאים למדיניות הממשלה.

## 2. מלכ"רים: תפקידיהם והתנהגותם

המלכ"רים פועלים בענפים רבים במשק והמאפיינים המיוחדים של כל ענף גורמים לשוני רב בתפקיד ובדרך הפעולה של המלכ"רים בתחומים השונים, דבר המחייב התייחסות נפרדת לסוגים השונים של מלכ"רים. בעבודה זו נעסוק במלכ"רים המספקים שירותים, תחום הפעולה העיקרי של המלכ"רים – בישראל הם מהווים כ-80 אחוז מכלל ארגוני המלכ"ר. קיים שוני באופי הפעילות בין פירמה עסקית, המספקת שירותים, לבין מוסד שהוא מלכ"ר. להלן נדון במספר אספקטים של סוגיה זו.

### א. מטרות המלכ"ר

מטרתה של פירמה עסקית היא מוגדרת – חתירה להביא את רווחיה למקסימום, אך לגבי המלכ"רים קיימות גישות שונות באשר למטרות: לפי אחת הגישות, מטרת המלכ"ר לפעול למען הציבור כולו או למען ציבור מסוים, ובהכללה – למלא שליחות של סיוע או קידום קבוצת אוכלוסייה מסוימת או פתרון בעיה כלשהי. לדוגמא, בתי אבות, הפועלים למען ציבור הקשישים כולו או למען קשישים נזקקים, ובתחומים אחרים עמותה לחינוך חרדי, הפועלת בתחום החינוך למען החרדים, עמותת יד שרה, הפועלת למען נכים ולמען קשישים, עמותות העוסקות בחלוקת מזון, לבוש או רהיטים, הפועלות לשם עזרה לעניים ועוד. גישה אחרת טוענת, שמטרת המלכ"ר היא להביא למקסימום את התפוקה, את צוות העובדים או תשומות אחרות. לדעתנו, גישה זו מובילה לתוצאות אשר אינן תואמות את המציאות ויתרה מכך, אין אפשרות לדון במסגרתה בשאלת האיכות.<sup>1</sup>

לפי גישה שלישית חלק מהמלכ"רים הם "מתחזים", שמטרתם האמיתית היא העברת כספים ליזמים או למנהלים בדרכים עקיפות. איננו שוללים קיומה של אפשרות כזו, אך ניתוח מעמיק של הנושא מחייב דיון בנושאים של בקרה ופיקוח, החורגים ממסגרת עבודה זו. לפיכך,

<sup>1</sup> Luski and Givon, 2005

במחקר זה נתבסס על ההנחה שהמלכ"ר פועל לטובת הציבור בכלל, או למען קבוצה מסוימת מתוכו.

### **ב. איכות ואמינות**

איכות השירות שמקבל הצרכן חשובה תמיד ועל אחת כמה וכמה כאשר מדובר בבית אבות. קיים קושי בהערכת האיכות של בית אבות, בעיקר כאשר מדובר במוסד סיעודי, כיוון שלמקבל ההחלטה על האשפוז אין מקורות אמינים למידע על איכות המוסד אלא חוות דעת, שניתנו על-ידי צוות המוסד או מטופלים אחרים, מראית עין וסימנים שונים אחרים. פעמים רבות יש לבחור מוסד סיעודי בדחיפות, כאשר מצבו של הקשיש הזקוק לאשפוז אינו מאפשר המתנה ארוכה ולעיתים, לאחר שהתקבלה ההחלטה והקשיש אושפז, המשפחה מגלה שהמוסד אינו עונה על ציפיותיה. למרות זאת העברה למוסד אחר תיעשה רק במקרים קיצוניים במיוחד.

האמינות קשורה למציאות של האינפורמציה החלקית שיש לצרכנים לגבי האיכות של המוסד. האם התמונה שמציג המוסד על איכות השירות הניתנת בו היא אמינה? כיוון שהאינפורמציה ביחס לאיכות אינה מלאה, ינסה הציבור/ הצרכן לבחור בספק שירות הנראה בעיניו אמין יותר.

אחד הפתרונות המוצעים היום בשוק זה לבני משפחה, המתחבטים בבעיות שהוזכרו, הם משרדי ייעוץ המסייעים בבחירת מוסד מתאים. כידוע, חלק ממשרדי הייעוץ "עובדים" עם מספר בתי אבות ודואגים להפנות אליהם לקוחות פוטנציאליים תמורת עמלה שמשלמים להם המוסדות. לפיכך, נראה שמשרדי הייעוץ הם פתרון חלקי בלבד לבעיה.

טיעון מקובל בספרות העוסקת בתחום הוא, שמלכ"רים נותנים מענה מסוים לבעיית האינפורמציה הקיימת בענפים כמו בתי האבות, בהיותם אמינים יותר מפירמות עסקיות. מלכ"ר נתפס כאמין יותר כיוון שאיננו מונע על-ידי שיקולים של רווח שיגרום להורדת איכות השירות. בנוסף, מלכ"ר פועל למען הציבור והורדת האיכות תפגע בציבור – מה שיהיה מנוגד למטרותיו.

### **ג. משתני ההחלטה של מלכ"ר**

כל בית אבות מקבל החלטות ביחס לשלושה משתנים: הכמות (גודל המוסד), רמת המחירים ואיכות השירות.

**גודל המוסד** נקבע לפי מקורות המימון, צרכי השוק וכדומה, ובתחום זה לא נראה לנו שקיים שוני מהותי בין מוסד עסקי למוסד שהוא מלכ"ר.

מדיניות **המחירים** במוסד עסקי נקבעת על פי המטרה של מקסום הרווחים בעוד שמלכ"ר ישתדל להימנע מגירעון, אשר עלול להביא לסגירתו. באופן עקרוני, המלכ"ר ישתדל לקבוע את המחיר הנמוך ביותר האפשרי, כך שלא יהיה גירעון.

גם רמת **האיכות** במלכ"ר תיקבע (בשילוב עם המחיר), תוך התחשבות במגבלה של הימנעות מגירעון. לנושא התרומות והמענקים ישנה השפעה רבה בעניין זה של האיכות, מפני שתורמים מעוניינים להתגאות במוסד לו הם תורמים ולכן קרוב לוודאי, שהם יימנעו מלתרום למוסדות המספקים שירות באיכות נמוכה. מצד שני, ייתכן שאיכות גבוהה מאוד תיעד את השירות לעשירים בלבד, וכידוע, מרבית התורמים ייטו להימנע ממתן תרומות לעשירים.

#### ד. מבנה ענף מעורב

בענף מעורב פועלים, זה לצד זה, מוסדות עסקיים ומוסדות ללא כוונת רווח. השאלה המעניינת היא, האם קיימת שיטתיות במבנה ענף מעורב, כלומר, האם מלכ"רים נוטים לספק שירות ברמת איכות מסוימת ופירמות עסקיות ברמות איכות אחרות? בדיון בנושא זה יש לקחת בחשבון מספר גורמים בעלי חשיבות, שעלולים להשפיע על מבנה הענף ועל איכות השירות שיספק כל אחד מסוגי הארגונים<sup>2</sup>:

1) ההוצאה על כוח אדם מהווה סעיף נכבד בהוצאותיו של כל בית אבות. ייתכן שמוסד עסקי עושה שימוש יעיל יותר בכוח האדם שהוא מעסיק, גם בגלל שוני באופן ניהול המוסד וגם בשל הרצון להביא למקסימום את הרווח, דבר שמצריך פעולה לצמצום ההוצאות למינימום. כתוצאה מכך, מוסד עסקי ישאף לרוב לשלם שכר נמוך, ככל האפשר. מלכ"ר נוטה לשלם שכר הוגן יותר לעובדיו (גם כחלק מפעילותו לטובת הציבור) ובמקרים רבים העובדים הם בעלי מוטיבציה גבוהה יותר לאור העובדה שהם מועסקים בארגון שמטרתו לפעול לטובת הציבור. קיומו של שוני כזה תלוי במידה רבה בגישה ובהתנהגות של מנהל הארגון. גורם נוסף הוא העסקת מתנדבים, המקובלת בעיקר במלכ"רים ופחות במוסדות עסקיים.

2) סביר להניח, שלמוסד עסקי תהיינה הוצאות נוספות, המיועדות להגברת האמון של הצרכנים ברמת האיכות עליה מצהיר המוסד. פעולת

<sup>2</sup> לדיון מורחב יותר, ראה Luski and Givon, 2005

השכנוע מחייבת יחסי ציבור מתאימים, פרסום, שיפור החזות החיצונית או כל פעולה אחרת שתגרום למוסד להיראות טוב ואמין יותר בעיני הצרכנים. דבר זה כרוך כמובן בהוצאה כספית.

3) פעילות המלכ"רים לא הייתה מתפתחת ללא תרומות מהציבור או מגופים אחרים. סביר להניח, כאמור, שהתורמים אינם נוטים להעניק תרומות למוסדות שאיכותם גבוהה מאוד או לאלה שאיכותם נמוכה מאוד. לפיכך, מרבית התרומות ניתנות, ככל הנראה, למוסדות המספקים שירות ברמה ובאיכות ממוצעת.

4) מדיניות הממשלה ביחס להטבות או היטלים מיוחדים, הניתנים לסוגים השונים של הארגונים הפועלים בענף, עלולה להשפיע על השוני בהוצאות ועל האיכות הנבחרת (מע"מ, ארנונה וכדומה).

5) זמינות האשראי לפירמות העסקיות גבוהה בעוד שלמלכ"רים יש קושי בהשגת אשראי בנקאי, דבר המגביל את יכולת הפיתוח שלהם ואת הגמישות בתפקוד השוטף ומגדיל את התלות בתרומות. למשל, יזם בתחום המלכ"רים, המעוניין בהקמת בית אבות, ייתקל בקשיים רבים: קבלת הלוואות מבנקים היא כמעט בלתי אפשרית, ואילו קבלת תרומות עלולה לעיתים להיות בעייתית.

כתוצאה מגורמים אלה קיים קושי בחיזוי מבנה הענף בו פועלות פירמות עסקיות לצד מלכ"רים. בהנחות סבירות ביחס למשתנים שהוזכרו, נקבל ענף בו השירות ברמה נמוכה יסופק בעיקר על-ידי פירמות עסקיות (ומחירו יהיה נמוך), מלכ"רים יספקו לרוב שירות באיכות ממוצעת-טובה ואילו השירות באיכות גבוהה מאוד יסופק בעיקר על-ידי פירמות עסקיות.

### 3. ענף בתי האבות בישראל

קיימת מגמה ברורה של גידול בחלקם של הקשישים (בני 65 ומעלה) מתוך כלל האוכלוסייה. כיום, כ-10 אחוז מהאוכלוסייה בישראל הם קשישים, בעוד שבשנת 1950 הם היוו רק 4 אחוזים מהאוכלוסייה. על פי התחזיות הדמוגרפיות, חלקם של הקשישים באוכלוסייה צפוי להגיע לכ-20 אחוז עד שנת 2050. אוכלוסיית הקשישים מאוד (בני שמונים ויותר) עתידה אף היא לגדול בשיעור ניכר, דבר המצריך היערכות מיוחדת, לאור העובדה שלאוכלוסייה זו יש צרכים ומאפיינים מיוחדים, ובכלל זה טיפול רפואי וסיעודי.

מוסדות לטיפול ממושך בזקנים הוקמו עוד לפני קום המדינה ותפקידם באותה תקופה היה להחזיק ולטפל באנשים, שהמשפחה או הקהילה לא היו מסוגלים להתמודד עם הטיפול בהם בביתם. מדובר באנשים בודדים, נכים בדרגות שונות, מוגבלים פיזית או נפשית, אשר אושפזו ברוב המקרים במקומות שרמתם הפיזית והמקצועית הייתה נמוכה בדרך-כלל. מספר המוסדות היה מועט מאוד והאשפוז בהם נעשה באופן פרטי או על-ידי הפניה מלשכות הסעד של העיריות.

עם הקמת המדינה ובואן של העליות הגדולות השתלב ארגון הגוינט בנושא זה, כגורם ציבורי הדואג לקשישים בודדים ומוגבלים. הגוינט סייע למוסדות, הן בהרחבת המבנים, שעמדו לרשותם והן מבחינה ארגונית, הוא הפנה אליהם קשישים ושילם עבור החזקתם. הגידול במספר הקשישים באותה תקופה הביא להקמה של גופים וולונטריים נוספים, כמו מוסדות מלב"ן, משען, וארגוני עולים שונים, שנועדו לענות על הביקוש שהלך וגדל. הגידול במספר הקשישים, בעיקר משנות השישים ואילך, דרש מציאת פתרונות אשפוז נוספים וכך נפתחו מוסדות רבים – פרטיים, ציבוריים וממשלתיים. תהליך גידול זה נמשך גם כיום ובישראל פועלים מאות בתי אבות.

#### א. סיווג בתי האבות

במרבית בתי האבות קיימות מספר מחלקות, אליהן מופנים הקשישים על פי מידת העצמאות שלהם בתפקוד, בדרך-כלל: עצמאים, תשושים, תשושי נפש, סיעודיים וסיעודיים מורכבים. הסיווג נעשה על פי קריטריונים כמו יכולת לתקשר עם הסביבה, התמצאות, זיכרון, מצב נפשי, יכולת לביצוע פעולות יומיומיות, כושר תנועה, שליטה על סוגרים וכדומה:

הקשישים המוגדרים **עצמאים** מסוגלים לבצע את מרבית הפעילויות היומיומיות בעצמם. קשישים **תשושים** אינם מסוגלים לבצע פעולות יומיומיות בחלק מהתחומים (למשל רחצה או הלבשה), מצבם הבריאותי הוא לעיתים ירוד עקב בעיות כרוניות והם זקוקים לעזרה חלקית ולבקרה כדי לשמור על בריאותם הפיזית והנפשית.

קשישים **תשושי נפש** סובלים מירידה שכלית בדרגות שונות, לעיתים מדובר בחוסר התמצאות בזמן ובמקום או בתוקפנות עד כדי סיכון עצמם וסביבתם. קשישים אלה זקוקים לטיפול סיעודי ולהשגחה של 24 שעות ביממה.

קשישים **סיעודיים** הם בלתי עצמאים לחלוטין, לרוב רתוקים למיטה או לכיסא גלגלים, מצבם מחייב טיפול רצוף ונדרש פיקוח רפואי וטיפול סיעודי מיומן במשך כל שעות היממה.

קשישים המוגדרים **סיעודיים מורכבים** זקוקים, בנוסף לטיפול סיעודי מלא של 24 שעות ביממה, גם לשירותים רפואיים מורכבים (זונדה, חמצן וכדומה).

לפי החוק, כל בית אבות הפועל בישראל חייב לקבל רישיון מידי הרשות הממשלתית האחראית, על פי המחלקות הקיימות במוסד. משרד הרווחה אחראי על פיקוח ורישוי של מחלקות לעצמאים ולתשושים ומשרד הבריאות אחראי על פיקוח ורישוי המחלקות לקשישים סיעודיים, תשושי נפש, סיעודיים מורכבים וקשישים במחלקות שיקומיות.

### **ב. בעלות על בתי האבות**

בשנת 2001 פעלו כ-390 בתי אבות ברישיון משרד הבריאות ו/או משרד העבודה והרווחה (בהתאם למחלקות הקיימות בהם)<sup>3</sup>. עוד מספר בלתי ידוע של בתי אבות פועלים ללא רישיון (יש להניח שקיימים כמה מאות כאלה, ברובם קטנים).

**סך-כל בתי האבות:** מבין בתי האבות הפועלים ברישיון, 75 הם בקיבוצים, 8 ממשלתיים, 110 מלכ"רים (28 אחוז) וכ-200 (51 אחוז) הם פירמות עסקיות.

כ-110 מוסדות (28 אחוז) הם בתי אבות המיועדים לעצמאים ו/או לתשושים בלבד, כשמרביתם (קרוב ל-80 אחוז) הן פירמות עסקיות והשאר מלכ"רים. ב-280 בתי אבות פועלות גם מחלקות סיעודיות: 75 בקיבוצים, 4 בבתי אבות ממשלתיים, 110 הם פירמות עסקיות (41 אחוז) ו-80 מלכ"רים (30 אחוז).

**מלכ"רים:** יותר ממחצית המלכ"רים פועלים במסגרת "רשתות" כמו אש"ל (15 בתי אבות), קופ"ח מכבי (15), קופ"ח מאוחדת (5), משען (7), הפועל המזרחי (5) וכדומה.

**בתי אבות עסקיים:** בתי האבות העסקיים הם בד"כ פירמות בודדות או שהם פועלים במסגרת רשתות של 2-4 מוסדות (לדוגמא, 3 בתי אבות של "בית בכפר", 2 בתי אבות של "עד מאה ועשרים", 4 בתי אבות של "נאות אבי", וכדומה).

<sup>3</sup> כך עולה מנתוני הרשויות הממשלתיות ומתוך פרסומים של בתי האבות עצמם.

**ג. בתי האבות בפיקוח משרד הבריאות - קשישים סיעודיים ותשושי****נפש**

ענף בתי האבות לקשישים סיעודיים ותשושי הוא תחרותי וכניסה חופשית של פירמות היא אפשרית. יזם המבקש להקים בית אבות, שיכלול גם מחלקות לחולים סיעודיים או תשושי נפש, פונה לוועדת פרויקטים, הפועלת במשרד הבריאות ואשר דנה בבקשות לבנייה של מוסדות, המחייבים רישוי של המשרד. אישור מיטות חדשות מתבצע תוך הקפדה על מילוי הצרכים והדרישות המקצועיות. בעבר הייתה מגבלה לגבי השיעור המרבי של מיטות לסיעודיים ותשושי נפש ביחס לאוכלוסייה האזורית (60 מיטות לכל 1,000 בני 75 ומעלה) אולם בשנת 2001 הוסרה המגבלה. השיעור הארצי של מיטות אלו נאמד ב-59.8 מיטות בממוצע לכל 1,000 קשישים. משהוקם מוסד חדש נערכת בו בקרה מטעם הגורם המפקח. הרישוי הנדרש על-ידי משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה הוא ענייני לחלוטין, וניתן לכל מוסד העומד בתקנים הנדרשים.

המוסדות הגריאטריים בישראל או המוסדות בהם קיימות מחלקות לסיעודיים או לתשושי נפש, שבהם תתמקד עבודה זו, נמצאים תחת פיקוח של משרד הבריאות ופועלים כאמור במסגרות שונות על פי הבעלות (על המוסד: 1) מוסדות ממשלתיים (2) מוסדות ציבוריים (מלכ"רים) (3) מוסדות עסקיים הנמצאים בבעלות פרטית.

מספרן הכולל של המיטות לסיעודיים ותשושי נפש בסוף שנת 2001 היה 16,306.<sup>4</sup>

להלן חלוקת המיטות לפי הבעלות על המוסד:

במוסדות הממשלתיים –	1,135 מיטות (7 אחוזים)
במלכ"רים –	6,868 מיטות (42 אחוז)
במוסדות פרטיים –	8,303 מיטות (51 אחוז)

שיעור התפוסה הממוצע במחלקות לסיעודיים ותשושי נפש במוסדות השונים בישראל הוא כ-95 אחוז, כאשר במוסדות הממשלתיים קיימת תפוסה מלאה (100 אחוז), במלכ"רים כ-97 אחוז ובמוסדות הפרטיים כ-93 אחוז.

<sup>4</sup> הנתונים הם של משרד הבריאות. בסוף שנת 2003, מספר המיטות לקשישים סיעודיים ותשושי נפש הגיע ל-17,544.

#### ד. הקשר עם משרד הבריאות ומשרדי הייעוץ

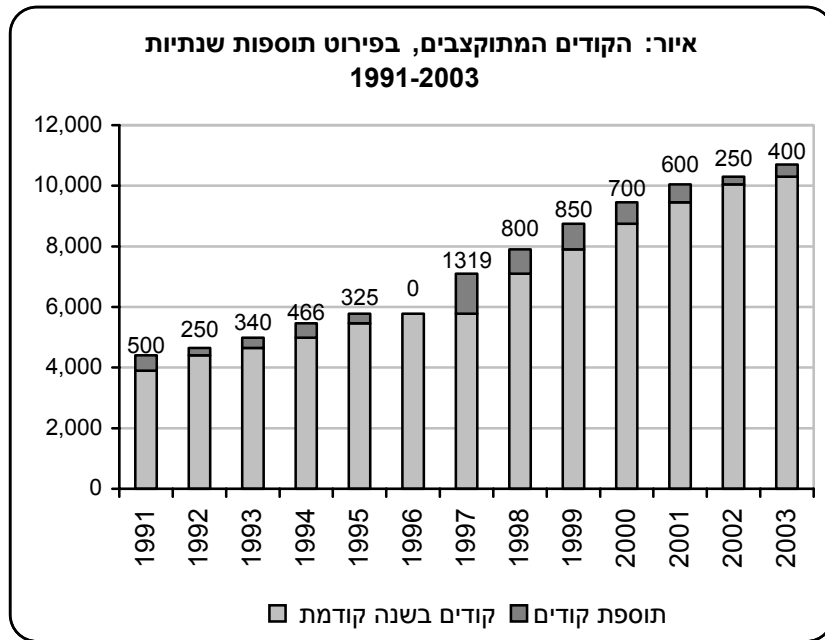
דרכו של קשיש המעוניין באשפוז סיעודי מוסדי, וזקוק לתמיכה כספית של המדינה, מתחילה בפנייה ללשכת הבריאות במקום מגוריו, ובהמשך הוא מופנה לגורם המאשפז המתאים למצבו ולצרכיו. התאמתו של הנזקק לאשפוז ורמת השתתפות המשפחה בדמי האשפוז נקבעות על-ידי ועדה מקצועית.

חלקו של משרד הבריאות במימון דמי האשפוז הסיעודי של הקשיש נקבע לפי הכנסותיו השוטפות של הקשיש ולפי הנכסים שבבעלותו (דירה, נכסים כספיים וכדומה). כאשר לקשיש יש ילדים בוגרים, הם חייבים, על פי החוק, להשתתף במימון האשפוז, והשתתפותם נקבעת לפי רמת הכנסותיהם ומצבם המשפחתי. קשיש שנמצא זכאי לעזרת המדינה במימון אשפוזו, חייב בתשלום דמי כניסה חד-פעמיים בגובה כפליים מסכום ההשתתפות החודשית שנקבעה. לעיתים הסכומים שיש לשלם למשרד הבריאות קרובים מאוד לסכום שעל המשפחה לשלם עבור אשפוז פרטי (הדבר תלוי כאמור במצב הכלכלי של הקשיש ובני משפחתו).

לאחר שנקבעה זכאותו של הקשיש להשתתפות המדינה במימון אשפוזו במוסד סיעודי, הוא מקבל מידע מלשכת הבריאות על המוסדות הקיימים באזור מגוריו ובוחר במוסד המתאים לו. המדינה משלמת למוסד את דמי האשפוז (אופן קביעת דמי האשפוז המשולמים למוסדות יפורט בהמשך) ועל המוסד נאסר לגבות מהקשיש או ממשפחתו כל תשלום נוסף.

כ-70 אחוז מהמאושפזים במוסדות זוכים להשתתפות משרד הבריאות ("קודים"). פירוט הקודים המתוקצבים על-ידי משרד הבריאות -1991 2003 מתואר באיור בעמוד הבא (התוספות השנתיות מובלטות ומספרן מופיע על גבי העמודה).





מקור: האגף לגריאטריה, משרד הבריאות.

**לגבי משרדי הייעוץ** – במרכז הארץ קיימים מספר משרדים העוסקים בייעוץ והכוונה לקשיש ולמשפחתו, בין היתר הם מסייעים גם בבחירת מוסד מתאים. למשרדים אלה יש בדרך-כלל הסכמים עם מספר בתי אבות, אליהם הם מפנים את הבאים לייעוץ. משרדי הייעוץ אינם גובים מהקשיש תשלום עבור הייעוץ וההכוונה אך מקבלים עמלה מהמוסדות. כאשר המדינה אינה מוצאת לנכון להשתתף בדמי האשפוז של הקשיש, הקשיש בוחר את המוסד המתאים לו (בעצמו או בעזרת משרד ייעוץ) ומשלם את דמי האשפוז ישירות למוסד. התעריפים ללקוחות אלה ("לקוחות פרטיים") נקבעים על-ידי המוסדות עצמם, ואין עליהם פיקוח של כל גורם שהוא.

**ה. התעריף הממשלתי לפי סוג המוסד**

קיים שוני בין התעריפים שמשלם משרד הבריאות לכל אחד מסוגי המוסדות לפי הבעלות (התעריף ליום אשפוז זהה לחולה סיעודי ולחולה תשוש נפש).

**1) המוסדות הממשלתיים.** כ-7 אחוזים מכלל המאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש שוהים במוסדות הממשלתיים, הפועלים על פי תקציב שנתי, כך שאינם ממומנים לפי מספר המאושפזים בפועל. העלות של יום אשפוז למדינה בשנת 2001 הייתה כ-500 ש"ח. התפוסה במוסדות אלה היא בדרך-כלל מלאה, היות שכל מיטה ריקה משמעותה הפסד למדינה (העלות שולמה מראש בתקציב).

בשנת 2002 החליטה הממשלה להפסיק בהדרגה להפעיל מיטות סיעודיות במוסדות של המדינה, וגובשה תכנית רב-שנתית על-ידי הנהלת משרד הבריאות, להסבת המיטות הללו למיטות לסיעוד מורכב וגריאטריה שיקומית. צעד זה מאפשר לנצל ביעילות גדולה יותר את התשתית והמשאבים הקיימים במוסדות הממשלתיים, ולתת מענה למחסור הקיים במיטות מסוג זה. בדרך זו גם ניתן להוזיל את עלות האשפוז הסיעודי למדינה, כיוון שהתעריף המשולם למלכ"רים ולמוסדות הפרטיים נמוך מהעלות למיטה במוסד ממשלתי.

**2) המוסדות הציבוריים (מלכ"רים).** כ-43 אחוז מכלל המאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש שוהים במוסדות ציבוריים – מלכ"רים (כולל מוסדות השייכים לקופות-החולים השונות). התעריפים שמשרד הבריאות משלם למוסדות אלה נקבעו בשנת 1981 על-ידי "ועדת דרבסי" ועודכנו במהלך השנים לפי שינויי המחירים במשק. ועדת דרבסי קבעה את תקני כוח האדם הנדרשים לעבודה תקינה של מחלקה סיעודית וחישבה את עלות כוח האדם על פי התקן שנקבע. לפי חישובי הוועדה, הוצאות כוח אדם מהוות כ-70 אחוז מסך ההוצאות השוטפות של מחלקה סיעודית ועליהן מתווספות הוצאות שונות של "קניות", המהוות כ-30 אחוז מההוצאות. התעריף אינו לוקח בחשבון הבדלים באיכות הטיפול הניתן במוסדות השונים אלא מבוסס על עלויות התפעול שתוארו לעיל בלבד. התעריף הממוצע למוסדות הציבוריים בשנת 2001 היה כ-300 ש"ח ליום אשפוז. חלק מהמוסדות הציבוריים מאוגדים "בארגון בתי האבות" (אב"א), המייצג אותם מול משרד הבריאות.

3) **המוסדות הפרטיים.** כמחצית מכלל המאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש שוהים במוסדות עסקיים שבבעלות פרטית. התעריפים המשולמים למוסדות אלה נקבעו בהסכם בין "ארגון בתי האבות הפרטיים" (בו חברים חלק גדול מהמוסדות הפרטיים) למשרד הבריאות, אשר עודכן לאחרונה בשנת 1997. התעריף למוסדות הפרטיים מחושב באופן דומה לזה של המוסדות הציבוריים אך תקני כוח האדם הנדרשים מבתי האבות הפרטיים נמוכים מאלה הנדרשים מהמוסדות הציבוריים וגם התעריפים המשולמים להם נמוכים יותר. התעריף הממוצע למוסדות הפרטיים היה בשנת 2001 כ-271 ש"ח ליום אשפוז. חלק מהמוסדות הפרטיים חברים בארגון אבי"א, עובדים לפי תקן האופטימום של מלכ"רים ומקבלים תעריפים גבוהים יותר בהתאם (תעריפיהם אף גבוהים מתעריפי רוב המלכ"רים).

#### ו. כוח אדם במחלקות סיעודיות

תקן כוח האדם למוסדות השונים מפורט בנהלי משרד הבריאות וכולל את כל סוגי בעלי התפקידים שחייבים להיות במחלקה סיעודית, החל במנהל וכלה בעובדי הניקיון. הנוהל מפרט את היקף המשרה הנדרש מכל בעלי התפקידים ביחס למספר המיטות במחלקה (התקן הנדרש במחלקות לסיעודיים ולתשושי נפש הוא זהה).

האחיות וכוח העזר ("מטפלות/ מטפלים") מהווים מרכיב חשוב בצוות העובדים במחלקה הסיעודית. לאחיות תפקיד מפתח במחלקה סיעודית, בהיותן נושאות באחריות להתנהלות השוטפת של המחלקה ובכלל זה בריאות החולים, גילוי מוקדם של בעיות רפואיות, ביצוע הטיפול הרפואי על פי הוראות הרופא, מעקב ופיקוח על תפקוד כוח העזר, תאום פעולות הגורמים השונים העוסקים בטיפול בחולים, דיווח ועוד. עובדי כוח העזר מבצעים חלק נכבד מהעבודה היומיומית במחלקה, כולל פעולות תמיכה ומילוי צרכים פיזיולוגיים ואחרים של המאושפזים.

תקן משרד הבריאות קובע את מספר האחיות ואת כוח העזר למיטה במחלקה סיעודית, כמפורט להלן, כאשר חובה על כל מוסד לעמוד לפחות בתקן המינימום.

**לוח 1. תקן למיטה – אחיות וכוח עזר במחלקה סיעודית, לפי סוג המוסד**

מלכ"רים (מינימום ואופטימום)	מוסדות פרטיים	סה"כ
0.4 – 0.5	0.38	אחיות
0.16 – 0.2	0.10	כוח עזר
0.24 – 0.3	0.28	

**ז. הרפורמה בתעריפי משרד הבריאות**

בשנת 2002 החליט משרד הבריאות על שיטה חדשה לקביעת תעריפי האשפוז במוסדות הסיעודיים. השיטה החדשה אחידה לכל המוסדות (פרטיים ומלכ"רים) ומאפשרת בעיקרון לתגמל את המוסדות שאיכותם גבוהה יותר. השיטה מבוססת על מחיר בסיסי ליום, שחושב לפי עלות כוח אדם בהתאם לתקן שנקבע, בתוספת הוצאות תפעול אחרות. בנוסף, ניתן לצבור נקודות זכות לפי קריטריונים, כגון: משך (תוקף) הרישוי של המוסד, תחזוקה ותנאים פיזיים, ותק כוח האדם הסיעודי, הכשרה/השכלה של העובדים, מומחיות רופא המחלקה והמיקום הגיאוגרפי של המוסד.

על פי השיטה החדשה תקן כוח האדם יהיה אחיד למלכ"רים ולמוסדות הפרטיים: 0.16 אחיות למיטה ו-0.3 כוח עזר למיטה. התעריף הבסיסי היומי שנקבע הוא 281 ₪, כאשר המוסד יכול לצבור עד 26 נקודות זכות, שערך כל אחת מהן הוא 1₪. התעריף היומי המרבי הוא לפיכך 307 ש"ח. השיטה החדשה עדיין לא הופעלה בגלל התנגדותם של המוסדות, שאף פנו לבג"צ בטענה שהתעריף שנקבע מבוסס על עלויות נמוכות מידי, שאינן תואמות את המציאות.

**ח. רישוי, בקרה ופיקוח על המוסדות הסיעודיים**

הרישיון ממשרד הבריאות להפעלת המוסד כולל גם אישור על מספר המיטות לסוגיהן, אותן רשאי המוסד להפעיל. תקופת הרישוי הסטנדרטית היא שנתיים, אולם מוסד, שלא עמד בכל התנאים שמשרד הבריאות קבע, מקבל רישיון לתקופה קצרה יותר, עד לתיקון כל הליקויים.

משרד הבריאות פרסם קובץ נהלים מפורט ביותר, המתייחס לרוב תחומי הפעילות והחיים במוסדות הסיעודיים. נהלים אלה מהווים מסגרת מחייבת למוסדות המאשפזים ובסיס מנחה לפיקוח ולבקרה של נציגי המשרד במוסדות. מטרת הנהלים היא ליצור את הבסיס המשותף

והמחייב לטיפול סיעודי, רפואי ופרא-רפואי וכן לקבוע ולהגדיר את מסגרת השירותים השונים להם זקוק הקשיש לשמירה על בריאותו ולאיכות חייו. הנהלים הוכנו על-ידי אנשי מקצוע באגף לגריאטריה והופצו לכל המוסדות בהם מאושפזים חולים סיעודיים או תשושי נפש.

הפיקוח של משרד הבריאות על המוסדות מתבצע בשני רבדים: פיקוח של לשכות הבריאות האזוריות, שתפקידן השגחה שוטפת ופיקוח מטעם האגף לגריאטריה, העורך בקרות תקופתיות במוסדות. הלשכות המקומיות מבצעות את הבקרה בשיטה המבוססת על "שיטת הרף", שפותחה בג'וינט-מכון ברוקדייל. על פי השיטה, נערכת בדיקה לעומק של בעיות נבחרות ("מסמנים"), המייצגות תחומי טיפול שונים ויכולות לשמש בסיס להערכת איכות הטיפול הכוללת של המוסד.

האגף לגריאטריה מבצע את הבקרה על בסיס קריטריונים מוגדרים מראש ונהלים מפורטים וגלויים, הכוללים את התחומים הבאים:

- 1) בדיקת מצבת כוח אדם ביחס לתקן ומספר המאושפזים בפועל בהשוואה לרישיון.
- 2) טיפול רפואי וסיעודי, לרבות הרישום הרפואי והסיעודי.
- 3) שירותי מזון ותזונה.
- 4) פיזיותרפיה ומכשור רפואי.
- 5) פעילות תעסוקתית – ריפוי בעיסוק.
- 6) פעילות חברתית סוציאלית.
- 7) תנאים פיזיים.

הבקרה מבוצעת על-ידי צוות רב מקצועי, בסיומה נמסרת למוסד התרשמות בעל-פה ולאחר מכן נשלח למוסד דו"ח מפורט בכתב על ממצאי הבקרה, הערות והארות וכן ציון הערכה בכל אחד מהתחומים שנבדקו.

#### 4. שיטת המחקר והצגת המדגם

המטרה העיקרית של מחקר זה היא לבחון את היעילות של בתי אבות תוך שימת דגש על השוואת מוסדות שהם מלכ"רים עם בתי האבות שהם פירמות עסקיות. היעילות נמדדה על-ידי השוואת העלות ליום אשפוז במוסדות השונים תוך התחשבות ברמת האיכות. בנוסף לכך בדקנו משתנים נוספים המשפיעים על העלויות, על רמת האיכות במוסדות ועל המחיר שהם גובים מלקוחות שאינם זוכים למימון ממשרד הבריאות.

הבדיקה נערכה בהתייחס למחלקות לחולים סיעודיים ותשושי נפש במוסדות השונים.<sup>5</sup>

#### א. שיטת המחקר

המידע נאסף מארבעה מקורות: פרסומים של בתי האבות, פרסומים של משרד הבריאות, דוחות פנימיים של משרד הבריאות, ושאלונים שבתי האבות מילאו לצורך המחקר.<sup>6</sup>

קיימים קשרים מורכבים בין המשתנים השונים אשר חייבו שימוש במודלים אקונומטריים. מודלים אלו מאפשרים לבחון את הקשרים בין זוגות של משתנים תוך נטרול השפעתם של שאר המשתנים.

המודלים הבאים נבדקו:

(1) מודלים של הוצאות, שמטרתם לבחון את הקשר בין העלות ליום אשפוז למשתנים הבאים: איכות, בעלות (מלכ"ר או פירמה עסקית) ומשתנים נוספים שיכולים להשפיע על העלות, כמו גודל המוסד, רמת התחרות באזור ועוד.

(2) מודלים של איכות, שמטרתם לאתר את המשתנים הקובעים את האיכות, כמו בעלות, צוות טיפולי (אחיות וכוח עזר), אחוז המיטות הסיעודיות במוסד ואחרים. תשומת לב מיוחדת ניתנה להשפעת כוח האדם הטיפולי על האיכות.

(3) מודלים שמטרתם לנתח את המשתנים המשפיעים על המחיר ללקוחות פרטיים (שאינם מקבלים השתתפות במימון ממשרד הבריאות), כמו התעריף הממשלתי, האיכות, הבעלות, רמת התחרות באזור, רמת העוני באזור וכדומה.

בנוסף למודלים האקונומטריים, היעילות הכלכלית של מלכ"רים נבדקה גם על-ידי שימוש בשיטת ניתוח המעטפת (DEA), המשמשת לניתוחי יעילות כלכלית ופיריון. נבנה מודל המאפשר התאמת השיטה למקרים בהם השירות איננו הומוגני מבחינת איכותו, וזאת על-מנת

<sup>5</sup> בכל מקום בו מוזכרים חולים/מחלקות סיעודיות, הכוונה היא גם לתשושי נפש.

<sup>6</sup> שני המקורות הראשונים עומדים לרשות הציבור כולו. הדוחות הפנימיים של משרד הבריאות חסויים, כיוון שהם כוללים בין השאר מידע על בקורות האיכות הנערכות במוסדות, על תעריפים שמשרד הבריאות משלם למוסדות השונים וכדומה. המידע הושג על פי חוק חופש המידע, לאחר שניתנה התחיבות למשרד הבריאות שהמידע ישמש לצורך עיבודים סטטיסטיים בלבד. השאלונים שמולאו על-ידי המוסדות חסויים אף הם, והם המקור למידע על העלויות. חלק מהמוסדות מסרו לידינו דוחות כספיים, כך שניתן היה לאמת את המידע שבשאלונים.

ליישם את השיטה עבור ענף בתי האבות בישראל. בדיקת היעילות נערכה הן ביחס לעלות ליום אשפוז והן ביחס לרמת כוח האדם הטיפולי שמעסיקים המוסדות.

### ב. הערכת איכות המוסדות

השהייה בבית אבות נמשכת על פי רוב לכל ימיו של הקשיש, לפיכך, עבור קשישים רבים ובני משפחותיהם, בחירת בית אבות היא החלטה חשובה וקשה. על בית האבות לספק לדייריו את כל צורכיהם הפיזיים והנפשיים בהתאמה למגבלותיהם, ומאידך להגיש להם את הטיפול הרפואי, הסיעודי והשירותים הפרא-רפואיים והאחרים, על מנת להבטיח איכות חיים טובה, ככל הניתן.

איכות הטיפול הניתן במוסד ואיכות החיים של הקשיש המתגורר בו הם גורם חשוב בקבלת החלטה לגבי המוסד המתאים. הערכת האיכות מתבססת בעיקר על התרשמות מ"מראית עין" ועל מידע המתקבל מדיירים או מהצוות במוסד ומכאן שאמינותה מוטלת בספק. בתנאים אלה אין לצרכן דרך לקבל מידע אמין על איכות המוסד. כדי להתמודד עם האינפורמציה הלא-סימטרית ראוי לענות על כמה שאלות:

- 1) מהי הדרך הנכונה להערכת איכות של בית אבות?
  - 2) כיצד יש למדוד את האיכות, בהתחשב בנתונים הקיימים וביכולת להשיג אותם?
  - 3) כיצד יקבל הצרכן את המידע על האיכות?
- מדדי האיכות בהם השתמשנו נבנו על סמך תוצאות של הבקורות, שעורך האגף לגריאטריה של משרד הבריאות במוסדות שתחת פיקוחו. הבקורות מבוצעות, כאמור, על-ידי צוות רב-מקצועי הבודק את התחומים הבאים: רפואה, סיעוד, תנאים פיזיים, רווחה, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה ותזונה. בסיכומן ניתן לכל מוסד ציון בכל אחת מהקטגוריות שנבדקו, תוך דירוגם בארבע רמות אפשריות לציון – טוב מאוד, טוב, בינוני, כושל. לצורך חישוב המדדים ניתן לכל ציון ערך מספרי: טוב מאוד – 4; טוב – 3; בינוני – 2; כושל – נקודה אחת.

המדד המתקבל הוא ממוצע משוקלל של הציונים בכל אחת מהקטגוריות שנבדקו וערכיו נעים מ-1 ועד 100. חושבו מספר מדדים, שההבדל ביניהם הוא במשקלות שניתנו לקטגוריות הנבדקות. המשקלות נקבעו לאחר התייעצות עם מנהלי מוסדות גריאטריים, עם ראש האגף

לגריאטריה ועם חלק מראשי התחומים במשרד הבריאות, המבצעים את הבקורות.

להלן אופן חישוב המדד ששימש את האמידה האקונומטרית המוצגת במאמר זה: ההנחה הייתה, שישנם תחומים (מאלה הנבדקים בבקורות) המשפיעים במידה רבה על האיכות, ואחרים משמעותיים פחות. לדוגמא "סיעוד" משפיע יותר על האיכות מאשר תנאים פיזיים, כדומה.

כל אחת משבע הקטגוריות קיבלה משקל במדד כמפורט להלן:

סיעוד –	25%
רפואה –	20%
פיזיותרפיה –	18%
ריפוי בעיסוק –	16%
תזונה –	14%
רווחה –	3.5%
תנאים פיזיים –	3.5%

מתוך ממוצע משוקלל זה חושב המדד על בסיס 100.

במדד נוסף שחושב ניתן לכל אחת משבע הקטגוריות הנבדקות משקל שווה, לפי ההנחה שכל אחד מהתחומים הנ"ל תורם באותה מידה לקביעת איכות החיים של המאושפזים. כמו-כן, נבדקו מספר מדדים נוספים המתבססים על שקלולים נוספים. באמידה התקבלו תוצאות דומות עבור המדדים השונים.

#### ג. תיאור המדגם ומאפיינים סטטיסטיים

המדגם כולל 103 מוסדות, מהם 46 מלכ"רים ו-57 מוסדות עסקיים (המוסדות הממשלתיים והמוסדות בקיבוצים לא נכללו במדגם). במדגם 8,197 מיטות סיעודיות, שהן כמחצית מהמיטות הסיעודיות שהיו במדינה בשנת 2001. מתוכן: 3,624 מיטות (44.2 אחוז) נמצאות במוסדות שהם מלכ"רים ו-4,573 מיטות (55.8 אחוז) במוסדות עסקיים. לוח 2 להלן מפרט את המאפיינים הסטטיסטיים של המדגם.



לוח 2. מאפיינים סטטיסטיים של בתי אבות במדגם\*

מוסדות	פרטיים		ממוצע		מוסדות	מלכ"רים		ממוצע		סך-הכל מוסדות	משתנה
	מוסדות	חציון	ס.תקן	חציון		ס.תקן	ממוצע	%			
57	20	26.5	28.9	45	15	33.9	30.3	102	29.5	% פריטים	
57	100	33	70	46	44.1	26.7	50	103	60	% מילות סיעודיות % ממיטות	
57	72.2	26.1	66.5	45	78.3	33.6	68.2	102	67.2	במימון מש' הבריאות	
57	95.8	11.8	92.2	46	100.05	13.8	97.8	103	94.7	% תפוסה אחיות	
57	0.16	0.058	0.2	41	0.193	0.043	0.2	98	0.2	אחיות	
57	74.8	12.9	73.8	41	78.5	13.4	78.3	98	75.7	איכות גודל מוסד	
57	99	87.39	134.8	46	166	163.1	204.7	103	166	כוח עזר	
57	0.339	0.081	0.4	41	0.328	0.103	0.4	98	0.4	מס' מיטות סיעודיות	
57	67	49.1	80.2	46	54	61.5	78.8	103	79.6	עלות יום אשפוז**	
16	280.5	60.4	300.1	30	311.6	47.6	319.4	46	312.7	שנת הקמה	
57	1992	1986	1986	46	1982	1975	1975	103	1981	תעריף	
57	304	58.1	315.1	46	331.1	84.3	357.6	103	334.0	לפרטים	
54	273.1	18.0	280.6	44	298.9	14.9	297.8	98	288.3	תעריף ממעלתי	

\* הסבר על מהות המשתנים ועל מקורות התונים ראה נספח 1.  
 \*\* העלות כוללת היוצאת תפעול משתנות בלבד

לוח 2 מציג את המאפיינים הסטטיסטיים של בתי האבות שבמדגם. הממצאים הבולטים מלוח זה הם: המלכ"רים גדולים יותר מהמוסדות העסקיים והם בדרך-כלל מוסדות מעורבים, הכוללים סוגים שונים של מיטות – לעצמאים, לתשושי-נפש ולסיעודיים. לעומת זאת, במחצית מהמוסדות העסקיים יש מיטות סיעודיות בלבד. התפוסה במלכ"רים גבוהה יותר, בדרך-כלל, אך לא קיים הבדל משמעותי בין אחוז המאושפזים הפרטיים לפי סוג הבעלות (מלכ"רים או מוסדות עסקיים), למרות שהתעריף שהם משלמים במלכ"רים גבוה יותר בממוצע.

משרד הבריאות מממן בממוצע 67 אחוז מהמיטות במדגם – העלות ליום אשפוז במלכ"רים גבוהה יותר מאשר במוסדות עסקיים, והאיכות הממוצעת במלכ"רים אף היא גבוהה יותר. אין הבדל בין המלכ"רים למוסדות העסקיים בממוצעים של העסקת אחיות וכוח עזר למיטה. כמו-כן, המוסדות שהם מלכ"רים ותיקים יותר, ומחציתם הוקמו לפני עשרים שנה ויותר.

## 5. ממצאים ומסקנות

נציג עתה את עיקרי הממצאים והמסקנות של המודלים האקונומטריים (תוצאות מפורטות מוצגות בלוחות המופיעים בנספח).

### א. יעילות

כפי שצינו, הדעה המקובלת בקרב גורמים רבים היא שיש לצפות שפירמה עסקית תהיה יעילה יותר ממלכ"ר, מכיוון שהיא חותרת למקסם את רווחיה ובתוך כך היא תפעל להקטנת ההוצאות, ולעומת זאת, מלכ"ר שאינו ממקסם את רווחיו איננו מחויב להביא למינימום את הוצאותיו. ניתוח תיאורטי של המשתנים המשפיעים על העלויות של פירמה עסקית לעומת מלכ"ר מראה, שחלק מהמשתנים מעלים את ההוצאות של פירמה עסקית, כמו, למשל, הוצאות על פרסום ויחסי ציבור, ואילו משתנים אחרים, כמו העסקת מתנדבים ופטור ממיסים שונים מורידים את ההוצאות של מלכ"ר. לעומת זאת, תשלום שכר הוגן יותר, כמקובל בחלק מהמלכ"רים, עלול להגדיל את הוצאותיו של מלכ"ר. מכאן, שמבחינה תיאורטית, כל יחס בין הוצאותיו של מלכ"ר להוצאות פירמה עסקית הוא אפשרי, ותלוי במשתנים שהוזכרו לעיל.

הבדיקה האמפירית מראה, שאמנם העלות ליום אשפוז במוסדות שהם מלכ"רים גבוהה מהעלות במוסדות העסקיים אך יחד עם זה, איכות השירות שמספקים המלכ"רים גבוהה יותר. לכן, ניתן לייחס את השוני בעלויות לשוני באיכויות, ואין להסיק מכך על שוני ביעילות. האמידה האקונומטרית מראה, שאין הבדל מובהק בין העלות ליום אשפוז במלכ"ר לעומת פירמה עסקית, עבור אותה רמת איכות. תוצאה זו אומתה גם בבדיקה שנערכה לפי שיטת ניתוח המעטפת, באמצעותה נבדקה היעילות, הן ביחס לעלות ליום אשפוז והן ביחס לרמת כוח האדם הטיפולי שמעסיקים המוסדות.

לסיכום, על פי הממצאים שהתקבלו בעבודה זו, המסקנה היא, שאין שוני ביעילות של מלכ"רים לעומת הפירמות העסקיות.

כמה גורמים נוספים משפיעים על רמת היעילות: ראשית, מספר המיטות התפוסות, כאשר הגדלת אחוז המיטות התפוסות במוסד מצמצמת את העלות למיטה. הגורם השני הוא אחוז המיטות הסיעודיות במוסד: ככל שהאחוז גדול יותר – כך עולה היעילות במוסד. ניתן להסביר זאת בכך, שמוסדות שבהם אחוז המיטות הסיעודיות הוא גבוה מתמחים למעשה בסוג זה של שירות וההתמחות מגדילה את היעילות.

יש לציין כי הבדיקות שנערכו לפי שיטת ניתוח המעטפת, מלמדות שמרבית המוסדות בענף, ללא קשר לבעלות על המוסד, אינם פועלים ביעילות מקסימלית. אחד מהגורמים להפסד יעילות הוא חוסר ניצול של יתרונות לגודל. בחלק מהמוסדות ניתן להגדיל את היעילות על-ידי הגדלת היקף הפעילות של המוסד.

## **ב. איכות השירות**

על פי ממצאינו, מלכ"רים מספקים שירות באיכות גבוהה יותר בממוצע לעומת הפירמות העסקיות. שני גורמים מסבירים את השוני הזה: ראשית, הנטייה של מלכ"ר לפעול לטובת הציבור שמתבטאת בהעלאת האיכות; שנית, כתוצאה ממדיניות משרד הבריאות לגבי אופן קביעת המחיר ליום אשפוז סיעודי, התעריפים לבתי אבות שהם מלכ"רים גבוהים מאלו של בתי אבות שהם פירמות עסקיות. הממצאים הראו שהמוסדות הפועלים בענף מתאימים את האיכות שהם מספקים לתעריף המשולם להם על-ידי משרד הבריאות. למוסד עסקי בעל תעריף גבוה כדאי לשפר את האיכות על מנת למשוך לקוחות נוספים, ולכן האיכות בו תהיה גבוהה מזה של מוסד עסקי המקבל תעריף נמוך. גם אצל המלכ"רים נמצאה תוצאה דומה: תעריף גבוה מגדיל את הכנסות

המלכ"ר, אך האיסור על יצירת רווחים מחייב להוציא יותר כספים למטרות שונות, כולל שיפור האיכות. לפיכך, האיכות הגבוהה יותר של השירות המסופק על-ידי המלכ"רים נובעת בחלקה מהעובדה שהתעריף המשולם להם על-ידי משרד הבריאות הוא גבוה יותר.

נזכיר שהממשלה מהווה גורם דומיננטי בשוק זה, כיוון שהיא משלמת למוסדות עבור כ-70 אחוז מהמיטות הסיעודיות לפי התעריפים שהיא קובעת, ובדרך זו משפיעה באופן ניכר על האיכות.

על פי ממצאינו, קיימים גורמים נוספים המשפיעים על האיכות: במוסדות עסקיים, ככל שאחוז המיטות הסיעודיות במוסד גבוה יותר האיכות נמוכה יותר – יש להדגיש, שקשר זה קיים במוסדות עסקיים בלבד ולא במלכ"רים. כמו כן, מצאנו שבמלכ"רים גודל המוסד (המספר הכולל של מיטות במוסד) אינו משפיע באופן מובהק על האיכות, בעוד שבמוסדות העסקיים האיכות גבוהה יותר במוסדות גדולים יותר. עבור המוסדות העסקיים, שהוקמו עד שנת 1984, נמצא שהאיכות יורדת עם השנים, אך בשנים האחרונות ניתן להבחין בשינוי במגמה, כאשר איכות המוסדות העסקיים עולה ככל שהמוסד חדש יותר. ניתן להסביר ממצאים אלה כאשר בוחנים את ההיסטוריה של ענף בתי האבות בישראל. מחסור חמור במיטות סיעודיות הביא במהלך השנים לפתיחת מוסדות עסקיים שבחלקם הגדול ישנן מחלקות סיעודיות בלבד. תקני כוח האדם שנקבעו למוסדות אלה הם נמוכים ממה שהיה מקובל בענף. כניסת הפירמות העסקיות לענף הביאה לצמצום עודף הביקוש, אך תוך כדי פשרה על איכות המוסדות. בשנים האחרונות ניתן לראות שמגמה זו השתנתה והוקמו מוסדות עסקיים, שרובם מיועדים לעצמאים ותשושים. המוסדות החדשים הם גדולים יותר ואחוז המיטות הסיעודיות בהם קטן יחסית. מוסדות אלה הם בעלי איכות גבוהה וחלקם אף מקבלים לקוחות פרטיים בלבד.

מן הממצאים עולה תוצאה מעניינת הקשורה למגדר/למינו של מנהל המוסד – מסתבר שבמוסדות המנוהלים על-ידי נשים האיכות גבוהה יותר. הממצא בולט בעיקר במלכ"רים (מרבית המוסדות העסקיים שבמדגם מנוהלים על-ידי גברים, בעוד שבמלכ"רים ישנן יחסית יותר נשים מנהלות).

באשר להשפעות הסביבה על איכות המוסדות, מצאנו שמספר רב יותר של מיטות סיעודיות באזור (לפי שיעור המיטות הסיעודיות לכל 1000 קשישים בני 75 ומעלה) מעלה את האיכות במוסדות העסקיים אך אינו

משפיע באופן ברור על האיכות במוסדות שהם מלכ"רים. כלומר, בית אבות שהוא מלכ"ר קובע את איכות הטיפול שיינתן בו בלי קשר לרמת התחרות באזור בו הוא פועל ואילו מוסד עסקי מגיב על תחרות רבה בהעלאת האיכות.

### ג. כוח אדם ואיכות

היקף כוח האדם המועסק במחלקה סיעודית והשפעתו על האיכות הוא נושא בעל חשיבות רבה. מרבית העבודה היומיומית במחלקה סיעודית מבוצעת על-ידי כוח האדם ה"טיפולי", דהיינו אחיות וכוח עזר. על פי ממצאינו, האיכות במלכ"רים היא כאמור גבוהה יותר לעומת המוסדות העסקיים. נזכיר שלפי המאפיינים הסטטיסטיים של המדגם (לוח 2), ממוצעי ההעסקה של אחיות וכוח עזר זהים במלכ"רים ובפירמות העסקיות אך קיים שוני בחציון: לגבי אחיות (מספר אחיות למיטה תפוסה), החציון גבוה יותר במלכ"רים (0.193) לעומת מוסדות עסקיים (0.16). לעומת זאת, מוסדות עסקיים משתמשים בכוח עזר בשיעור רב מזה של מלכ"רים (החציון במוסדות עסקיים הוא 0.339 לעומת 0.328 במלכ"רים).

התוצאות שהתקבלו באמידה האקונומטרית מצביעות על שוני רב בין מלכ"רים לפירמות עסקיות ביחס להשפעת רמת ההעסקה של אחיות, כוח עזר וכוח האדם הטיפולי בכללותו על האיכות. במוסדות העסקיים מצאנו שכוח האדם הטיפולי לסוגיו משפיע חיובית על האיכות וזאת עד לרמת העסקה מסוימת, וממנה ואילך תוספת כוח אדם משפיעה שלילית על האיכות. החישובים שערכנו מראים, שבלמעלה מ-10 אחוזים מהמוסדות העסקיים, מועסק כוח אדם רב מדי, שאינו תורם לאיכות. במלכ"רים לעומת זאת, לא נמצא קשר בין רמת ההעסקה של כוח האדם הנ"ל לבין האיכות. מכאן, שהאיכות הגבוהה יותר שמספקים המלכ"רים אינה נובעת **מכמות** כוח האדם הטיפולי המועסק במחלקות הסיעודיות, אלא יכולה להיות מוסברת על-ידי גורמים אחרים, כמו שוני באופן הניהול של המוסד, שוני במוטיבציה של העובדים או מודעות גבוהה יותר של העובדים והנהלה לחשיבות של איכות הטיפול. בכל זאת, התוצאה המצביעה על כך, שהגדלת רמת כוח האדם למיטה במלכ"רים איננה משפיעה על האיכות חייבת להטריד אותנו. קרוב לוודאי, שיש מקום לשיפור השימוש בכוח אדם במוסדות בכלל, ובמוסדות שהם מלכ"רים בפרט.

#### ד. התעריף ליום אשפוז ללקוחות פרטיים

כל מוסד קובע בעצמו את התעריף ליום אשפוז עבור הלקוחות הפרטיים, המשלמים ישירות לבית האבות ללא השתתפות כלשהי של משרד הבריאות. מניתוח הגורמים המשפיעים על קביעת תעריף זה מסתבר, שמלכ"רים קובעים, בממוצע, תעריף גבוה מזה הנקבע על-ידי מוסדות עסקיים. עוד מסתבר, לגבי הקשר בין התעריף הממשלתי לבין התעריף לפרטיים, שקיים קשר חיובי בין שני התעריפים במוסדות העסקיים אך לא במלכ"רים.

על-מנת ללמוד על השפעת רמת ההכנסה באזור בו ממוקם בית האבות על התעריף לפרטיים השתמשנו במשתנה "עוני", שהוא אחוז מקבלי השלמת הכנסה מתוך מקבלי קצבת זקנה ביישוב. מסתבר, שבתי אבות שהם מלכ"רים מתחשבים בהיקף העוני באזור וקובעים תעריף נמוך יותר ללקוחות פרטיים באזורים עניים. קרוב לודאי, שתוצאה זאת נובעת מכך שניתן לגייס תרומות ומענקים גדולים יותר עבור בתי אבות הממוקמים באזורי עוני. קשר זה בין ההכנסות הנמוכות באזור לבין התעריפים לפרטיים איננו קיים אצל בתי אבות עסקיים.

המחיר ללקוחות הפרטיים משקף את נכונותו של הציבור לשלם למוסד. אנו מצפים שעבור איכות גבוהה יותר ייקבע תעריף גבוה יותר. הציבור מוכן לשלם מחיר גבוה, כאשר הוא סבור שהאיכות גבוהה, אך כזכור, לציבור אין אינפורמציה מלאה ביחס לאיכות. מסתבר שבפועל קיים קשר בין איכות השירות לבין גובה התעריף לפרטיים בבתי אבות עסקיים, אך לא כך במלכ"רים. ייתכן שדבר זה נובע מכך שהמלכ"רים קובעים את המחיר לפי משתנים אחרים ולא דווקא לפי האיכות. למשל, באזורים בהם הכנסות התושבים נמוכות, נוטים המלכ"רים לקבוע מחירים נמוכים למרות שהם מספקים איכות גבוהה. הלקוחות הפוטנציאליים בודקים את טיב המוסד, ונכונותם לשלם מתבססת על מספר סיגנלים (איתותים) בעזרתם הם אומדים את איכות המוסד.

האמידה האקונומטרית מצביעה על כך, שקיימים כמה משתנים הממלאים תפקיד של סיגנל (איתות) ואשר משפיעים על נכונותו של הציבור לשלם: סוג המוסד (עסקי או מלכ"ר, כאשר מלכ"ר מאותת על איכות יותר גבוהה), אחוז המיטות הסיעודיות במוסד (ככל שאחוז זה נמוך יותר, הציבור סבור שהאיכות יותר גבוהה), התנאים הפיזיים (מבנה נאה ומודרני, גינון וכדומה, מאותתים על איכות גבוהה), ומינו של המנהל

(מוסד המנוהל על-ידי אישה הוא איתות על איכות גבוהה יותר ממוסד המנוהל על-ידי גבר).

#### ה. מטרת המלכ"רים: לפעול לטובת הציבור

ההשערה העומדת בבסיס עבודה זו היא שמלכ"רים פועלים לטובת הציבור. מטרה זו נוסחה על פי התיאוריה הכלכלית כבעיית מקסימיזציה של עודף הצרכן. מלכ"ר יכול להגדיל את עודף הצרכן בדרכים שונות, למשל על-ידי מכירה במחיר נמוך ממחיר השוק או באמצעות אספקת שירותים באיכות גבוהה יותר. לאור העובדה שבישראל רוב המאושפזים במוסדות הסיעודיים ממומנים על-ידי משרד הבריאות, המשלם למוסדות עבור האשפוז בהתאם לתעריפים הנקבעים על ידו, נוקטים המלכ"רים בדרך של העלאת האיכות, המשפרת את מצבם של הצרכנים בכלל ושל מעוטי יכולת בפרט. התוצאות האמפיריות מראות כאמור, שהאיכות שמספקים מוסדות שהם מלכ"רים גבוהה יותר מזו שמספקים מוסדות עסקיים. דבר זה בולט בעיקר אצל מלכ"רים הפועלים באזורים בהם אוכלוסיית הקשישים ענייה יותר. הממצאים מלמדים, שמוסדות קובעים את רמת האיכות שהם מספקים בלא התייחסות להכנסות התושבים בסביבה.

כ-30 אחוז מהנוזקים לאשפוז סיעודי משלמים עבור האשפוז בעצמם. הממצאים מראים כאמור שהתעריף ללקוחות פרטיים במלכ"רים גבוה מזה שבמוסדות העסקיים. בלוח 2 לעיל (בסוף סעיף 4) ניתן לראות שקיים שוני ניכר בתעריף הממוצע: המלכ"רים גובים מלקוחות פרטיים 357.6 שקל ליום אשפוז, בעוד שהתעריף הממוצע בפירמות העסקיות הוא 315.1 שקל. אפשר להסביר את הפער בתעריף הפרטי ליום אשפוז בין בתי אבות עסקיים לבין בתי אבות שהם מלכ"רים בכך, שסביר שהלקוחות הפרטיים שייכים לקבוצת הכנסה גבוהה בעוד שלקוחות הממומנים על-ידי משרד הבריאות הם בעלי הכנסות נמוכות (נזכיר כי זהו הקריטריון העיקרי של משרד הבריאות למתן זכאות למימון ממשלתי). ייתכן שההכנסות הגבוהות מהלקוחות הפרטיים משמשות גם למימון העלאת האיכות המטיבה את מצבם של הלקוחות הפחות מבוססים כלכלית. מלכ"ר המעונין לשפר את מצבם של הלקוחות בעלי הכנסות נמוכות יכול לעשות זאת על-ידי העלאת התעריף הפרטי והוא מפנה את ההכנסה הנוצרת עקב כך להעלאת האיכות. יש לציין שבמוסדות שאיכותם גבוהה מאוד אין שוני מובהק בתעריף לפרטיים במלכ"רים ובמוסדות עסקיים. ייתכן שבתחומי איכות אלו פערי האמינות בין בתי אבות עסקיים

למלכ"רים מצטמצמים, דבר המחייב קביעת תעריפים דומים לשני הסוגים של בתי האבות.

בנוסף, התוצאות מראות, שבאזורים בהם הכנסות הצרכנים הפוטנציאליים של האשפוז הסיעודי נמוכות, המלכ"רים גובים מחיר נמוך יותר מזה שגובות הפירמות העסקיות ואיכות השירות שלהם גבוהה מזו שמספקים המוסדות העסקיים. קרוב לוודאי, כאמור, שלמלכ"רים הפועלים באזורי הכנסות נמוכות קל יותר לגייס תרומות. כספי התרומות (וכספים ממקורות נוספים) מאפשרים לקבוע תעריף נמוך לפרטיים ובכך הם פועלים לטובת הציבור.

#### ו. אמינות המלכ"רים

הדעה המקובלת היא שמלכ"רים אמינים יותר מפירמות עסקיות. במסגרת עבודה זו לא ניתן היה לאסוף נתונים שיאפשרו לבחון השערה זו באופן ישיר. עם זאת, מתוך הניתוחים הסטטיסטיים עולים מספר ממצאים הנוגעים לנושא זה, ואשר מאפשרים התייחסות לשאלת האמינות והסקת מסקנות:

(1) ממבנה הענף ניתן לראות שפירמות עסקיות נוטות לספק איכות נמוכה ומלכ"רים נוטים לספק איכות בינונית וגבוהה. ממצא זה תואם את ההשערה שמלכ"ר אמין יותר מפירמה עסקית.

(2) הממצאים האמפיריים מראים, שכאשר צרכן משלם עבור האשפוז באופן פרטי, הוא מוכן לשלם מחיר גבוה יותר למוסד שהוא מלכ"ר מאשר לפירמה עסקית, גם אם האיכות של שני המוסדות שווה.

(3) המאפיינים הסטטיסטיים של המדגם (לוח 2) מראים, כי התפוסה במלכ"רים גבוהה יותר מאשר במוסדות העסקיים (התפוסה הממוצעת במלכ"רים 97.8 אחוז לעומת 92.2 אחוז במוסדות העסקיים, כאשר במחצית מהמלכ"רים קיימת תפוסה מקסימלית - 100 אחוז). עובדה זו יכולה אולי להעיד על כך, שהציבור מעדיף מלכ"רים כיוון שהם מצטיירים בעיניו כאמינים יותר. הממצאים בעבודה זו מראים, שהאיכות במלכ"רים גבוהה יותר, אך יש לזכור שהאיכות אינה ידועה לציבור, כלומר הוא אינו בוחר במלכ"רים כיוון שהוא **יודע** שהאיכות גבוהה יותר, אלא בגלל שהוא **מאמין** שהאיכות גבוהה יותר.

לפיכך, סביר שהמלכ"רים נתפסים בעיני הציבור כאמינים יותר מהפירמות העסקיות.



### ז. הערכת האיכות

עסקנו בשאלה, מהי הדרך הנכונה למדידת האיכות ומטרותנו הייתה להציג מדד איכות שיהיה נכון מבחינה תיאורטית כמייצג את רמת האיכות בצורה טובה, ועם זאת, אפשרי לאמידה. המדד ששימש להערכת האיכות בעבודה זו נותן לכל מוסד ציון איכות לפי קריטריונים שנקבעו על-ידי רשות מקצועית ומוסמכת. סביר להניח, שקריטריונים אלה מהווים אמת מידה טובה לאיכות, ובוודאי עדיפה על מדדי איכות אחרים, כמו שיעור תמותה, מספר תלונות לרשויות וכדומה, המקובלים במחקרים בשנים האחרונות. יתרה מכך, המדדים המקובלים בספרות בודקים לרוב תופעות שאינן יומיומיות, ולפיהן מעריכים איכות, בעוד שהמדד בו השתמשנו מתייחס להערכת האיכות כפי שהיא מתבטאת בתפקוד השגרתי של מחלקה סיעודית.

הבעיה היא, שהמדד מתייחס רק לקריטריונים שנקבעו על-ידי משרד הבריאות וחסרים בו דברים אחרים, בעלי חשיבות למאושפזים במוסד סיעודי, הקובעים במידה רבה את איכות הטיפול ואת איכות החיים שלהם, למשל יחס אישי, הניתן על-ידי הצוות המטפל, המהירות בה נענה הצוות לצרכים המידיים של המאושפז, וכדומה. גורמים מסוג זה אינם מקבלים ביטוי מספיק במדד בו השתמשנו וגם לא במרבית המדדים המקובלים אחרים.

בהיותנו ערים לעניין זה, שקלנו את האפשרות של בדיקת שביעות רצונם של המאושפזים במחלקות הסיעודיות מאיכות הטיפול הניתן להם, כדי שניתן יהיה להרחיב את מדד האיכות הקיים או להשתמש במדד נוסף, שיביא לידי ביטוי את האלמנטים החסרים. אולם יש לזכור, שהקשישים המאושפזים במחלקות סיעודיות אינם מסוגלים לדאוג לעצמם ותלויים כמעט לחלוטין בצוות המטפל, אשר אמור לסייע בסיפוק כל צורכיהם, כולל הצרכים הפיזיים האלמנטריים ביותר. חלק גדול מהקשישים נמצאים בדרגות שונות של דמנציה ולכן אינם צלולים, סובלים מבעיות זיכרון והתמצאות ולעיתים אינם מזהים אף את בני משפחתם הקרובים. קשישים אלה הם הצרכנים של השירות הניתן במחלקות הסיעודיות של בתי האבות, אך רובם יתקשו לענות על שאלות הנוגעות לאיכות חייהם ולאיכות הטיפול הניתן להם. קיימת אפשרות לשאול את דעתם של בני המשפחה של המאושפזים על איכות הטיפול. בחירה בדרך זו מחייבת תשומת לב למספר בעיות שעלולות להביא לידי כך שאמינות המדד תהיה מוטלת בספק:

1) סביר שיקשה על בני המשפחה להעריך את איכות הטיפול הניתן במוסד, כיוון שאין להם אינפורמציה על הטיפול הניתן במוסדות אחרים, כך שאין ביכולתם להשוות ולשפוט אם הטיפול הוא טוב.

2) ייתכן שבני המשפחה אינם מגיעים לבקר את הקשיש בתדירות גבוהה, כך שיתקשו לתת חוות דעת מבוססת מספיק (מצב זה אינו נדיר בקרב משפחות של חולים סיעודיים).

3) יש לזכור שהפתרון המוסדי משחרר את בני המשפחה מהעול הכבד של טיפול יומיומי בקשיש הסיעודי, כך שיתכן שכל מוסד יראה להם "טוב" או בוודאי טוב יותר מהמצב ללא מוסד.

4) יש ספק אם בני המשפחה יהיו מוכנים לתת חוות דעת אמיתית ולהשמיע דברי ביקורת, מחשש שמא הדבר יפגע בבן משפחתם המאושפז. נראה, אפוא, שקיים קושי ניכר לתת ביטוי כמותי, לא כל שכן אובייקטיבי, להערכות מסוג זה. לפיכך, סביר שהערכת האיכות, כפי שנעשתה בעבודה זו והמתבססת על הביקורת של משרד הבריאות, משקפת באופן טוב (אם כי לא מלא) את איכות הטיפול במחלקות הסיעודיות (נציין שאיסוף המידע הדרוש לצורך בניית מדד האיכות ארך זמן רב ולווה בקשיים על-אף קיומו של חוק חופש המידע).

#### ח. בעיית האינפורמציה

בענף בתי האבות קיימת בעיה של אינפורמציה לא סימטרית ביחס לאיכות השירות הניתן לצרכנים. הצרכן אינו יודע את האיכות האמיתית של השירות אלא רק זמן מה לאחר שרכש אותו. כדי לקבל מידע על האיכות בטרם הרכישה, מנסה הצרכן להסתמך על סיגנלים – כלומר, סימנים או איתותים אשר יכולים ללמד על רמת איכות. כאמור, הממצאים מראים שקיימים מספר משתנים אשר יכולים לשמש כסיגנלים:

- 1) הבעלות על המוסד: התוצאות מראות שבמלכ"רים האיכות גבוהה יותר.
- 2) אחוז המיטות הסיעודיות במוסד: התוצאות מראות שכאשר אחוז המיטות הסיעודיות במוסד נמוך יותר, האיכות גבוהה יותר.
- 3) התנאים הפיזיים במוסד: התוצאות מראות שכאשר התנאים הפיזיים במוסד טובים יותר האיכות לרוב גבוהה יותר.
- 4) מינו של מנהל המוסד: התוצאות מראות שבמוסדות המנוהלים על-ידי נשים האיכות גבוהה יותר.

יש להדגיש, שהסיגנלים שנמצאו בעבודה זו מתייחסים למדד האיכות בו השתמשנו לצורך האמידה וכפי שהוסבר לעיל, קיימים אלמנטים נוספים המשפיעים על האיכות אשר לא ניתן היה לתת להם ביטוי כמותי במסגרת המדד. בנוסף, יש לזכור שסיגנלים יכולים לשמש כסימן בלבד ואין בהם די כדי לתת תמונה ודאית על רמת האיכות.

## 6. השלכות למדיניות

ממחקר זה נובעות מספר תוצאות הרלבנטיות לגבי מדיניות הממשלה ביחס למגזר המלכ"רים בכלל ולשירות הניתן לחולים סיעודיים בפרט. נזכיר שהממשלה מהווה גורם דומיננטי בשוק זה, כיוון שהיא משלמת עבור כ-70 אחוז מהמיטות הסיעודיות הקיימות. בנוסף לכך, היא קובעת את התעריפים המשולמים למוסדות, את התקנים על פיהם מתנהלים המוסדות ואחראית לרישוי שלהם ולבקרה על איכות הטיפול הניתן בהם. בשנים האחרונות אנו עדים להתגברות הדעה שעסקי הוא יעיל, ואילו מלכ"רים, אשר אינם פועלים לפי עקרונות עסקיים, נוהגים בזבזנות ופועלים בצורה שאינה יעילה. גישה זו הביאה לניסיונות לכפות על המלכ"רים דרך ניהול "עסקית" יותר. בעבודה זו, העוסקת בארגונים המספקים שירותים באיכויות שונות ופועלים בענף מעורב, לא מצאנו שוני בין היעילות הכלכלית של מלכ"רים לזו של פירמות עסקיות. יתרה מכך, ממצאי העבודה הצביעו על כך, שהמלכ"רים הפועלים בענף בתי האבות תורמים לרווחת הציבור על-ידי העלאת האיכות או הורדת המחיר. לפיכך, לא ברור אם כפיית דרך ניהול "עסקית" על המלכ"רים תשפר את מצבו של הציבור.

הממצאים הצביעו על כך, שהממשלה משפיעה באופן משמעותי על איכות השירות בענף בתי האבות באמצעות התעריפים שהיא קובעת למוסדות. מן הראוי היה, שהתעריף הממשלתי ייקבע לפי איכות המוסד אך בישראל הדבר אינו נעשה בדרך זו. משרד הבריאות יזם תכנית לרפורמה בענף (המתוארת בחלק 3 במאמר זה), לפיה אמורים התעריפים המשולמים למוסדות להיקבע לפי איכות המוסדות ולא כפי הנעשה כיום. התכנית אף קובעת תקני כוח אדם ותעריפים אחידים למלכ"רים ולמוסדות העסקיים, דבר שיבטל את האפליה הקיימת בין שני סוגי המוסדות. שינויים אלה נראים סבירים והגיוניים, אך יש לשים לב

למספר ממצאים שהתקבלו בעבודה זו ואשר מחייבים חשיבה נוספת על אופן ביצוע הרפורמה :

- תקן כוח האדם שנקבע למוסדות על פי תכנית הרפורמה הוא 0.16 אחיות למיטה ו-0.3 כוח עזר למיטה (התכנית אינה מציעה תגמול על תוספת כוח אדם מעבר לתקן). במצב הקיים כיום, המוסדות הפועלים בענף מעסיקים בממוצע 0.2 אחיות למיטה ו-0.4 כוח עזר למיטה, כלומר לפחות 25 אחוז מעל לתקן החדש (נדגיש שוב, שאין הבדל במוצעים בין מלכ"רים לפירמות עסקיות). אם המוסדות יצמצמו את מצבת כוח האדם שלהם, סביר להניח, שתחול ירידה באיכות הטיפול, כלומר ספק אם השינוי המוצע בתקנים יהיה לטובת הצרכנים בענף (נזכיר, שהממצאים מראים שבמוסדות העסקיים העסקת כוח אדם משפיעה חיובית על האיכות, כמו כן, מוסדות עסקיים אינם נוטים בדרך-כלל להעסיק כוח אדם מיותר).

- קבלת התעריף המקסימלי האפשרי לפי הרפורמה מותנית בקריטריונים שמרבית המוסדות לא יוכלו לעמוד בהם, למשל: תנאים פיזיים, שלצורך שיפורם נדרשת השקעה רבה; רמת הוותק של צוות האחיות (אחיות שמספר שנות הוותק שלהן במוסד הוא 13 שנה או פחות לא יזכו את המוסד בתוספת לתעריף); הכשרה והשכלה של צוות האחיות (תארים אקדמיים, אחיות מוסמכות, השתלמויות בגריאטריה ועוד). כתוצאה מכך, יקבלו חלק מהמוסדות בענף תעריף נמוך יותר מהתעריף הנוכחי. ממצאינו מראים, שהמוסדות מתאימים את איכות הטיפול לתעריף הממשלתי כך שהורדת התעריף תגרום לירידת האיכות בחלק גדול מהמוסדות.

- גם לפי הרפורמה בתעריפי משרד הבריאות, התעריפים לא ייקבעו בצורה ישירה לפי איכות המוסד. הרפורמה מציעה קביעת תעריפים לפי כמות התשומות ואיכותן (כוח אדם טיפולי למיטה, רמת ההשכלה והניסיון של עובדים אלו, וכדומה) אולם ידוע, ואף נמצא במחקר זה, שהקשר בין תשומות אלו לבין רמת האיכות איננו קיים אצל מלכ"רים, ואף אצל בתי אבות עסקיים הוא בעייתי. תמוה, שמשרד הבריאות איננו משתמש לקביעת האיכות במידע המצוי בידיו, לאור הבקורות שהוא עורך במוסדות.

אין ספק, שרפורמה בענף המוסדות הגריאטריים רצויה, אך לאור ממצאינו, ראוי שמשרד הבריאות ישקול שנית את פרטי הרפורמה המוצעת.

הערכת האיכות כפי שבוצעה בעבודה זו משקפת באופן נכון, אם כי לא מלא, את איכות הטיפול במחלקות הסיעודיות. בידי משרד הבריאות נמצא מידע רב שבו ניתן לעשות שימוש, כדי לשפר את הערכת האיכות, וזאת על-ידי שילוב של קטגוריות נוספות בתוך המדד (למשל שיעור תמותה ביחס לתמהיל המאושפזים במוסד, פצעי לחץ וכדומה). בנוסף, הזכרנו את החשיבות הרבה שיש לגורמים כמו יחס הצוות הסיעודי לחולה, והמהירות בה נענה הצוות לצרכיו המידיים, והוסברה הבעייתיות הקיימת באמידת גורמים חשובים אלה. מן הראוי שהאגף לגריאטריה ישלב בבקורות הנערכות על-ידיו התייחסות מסודרת לנושאים אלה. הערכה של אנשי המקצוע המבצעים את בקורות האיכות תוסיף לבקורות מידע חיוני שראוי להיכלל בציון האיכות של כל מוסד. הרחבת הבקורות כפי שהוצע ושימוש בכל המידע הקיים במשרד הבריאות (כולל ממצאי הבקורות הנערכות על-ידי לשכות הבריאות המחוזיות), יאפשרו הערכה טובה ואמינה של איכות המוסדות.

קיומה של בעיית אינפורמציה בענף בתי האבות מקשה על הצרכנים ומאלצת אותם להיעזר בסיגנלים כדי לקבל מידע. הסיגנלים, כאמור, יכולים לשמש כסימן בלבד ואין בהם די כדי לתת תמונה ודאית על רמת האיכות. הפתרון לבעיית האינפורמציה של הצרכנים בנוגע לאיכות השירות הוא פשוט, ובידי משרד הבריאות קיימת היכולת לבצעו. הצעתנו היא, שמשרד הבריאות יביא לידיעת הציבור את תוצאות הבקורות הנערכות על ידו, וכך יוכל הציבור לדעת, ביחס לכל מוסד, באיזו מידה הוא עומד בדרישות משרד הבריאות. ניתן לפרסם את המידע על האיכות בצורת "דירוג כוכבים", בדומה לדירוג שהיה מקובל עבור בתי מלון (5 כוכבים, 4 כוכבים וכדומה). צעד כזה יביא לשיפור ניכר במצבם של צרכני השירותים הסיעודיים.

מלכ"רים ממלאים תפקיד חשוב בענפים בהם קיים מצב של אינפורמציה לא מלאה. במידה ותתקבל המלצתנו לפרסום המידע על איכות המוסדות הסיעודיים, יהיה מקום להעלות את השאלה האם בתנאים בהם לא קיימת בעיית אינפורמציה, עדיין ישנה הצדקה לפעילות מלכ"רים בענף. נראה, שגם אם תיפתר בעיית האינפורמציה של הצרכנים, עדיין תהיה חשיבות רבה לקיומם של מלכ"רים בענף זה, משתי סיבות עיקריות:

ראשית, ממצאי עבודה זו מראים שהמלכ"רים פועלים לטובת הציבור, הן על-ידי גביית מחיר נמוך מצרכנים נזקקים, כאשר המלכ"ר קובע

בעצמו את המחיר והן על-ידי אספקת שירות באיכות גבוהה יותר. יציאתם של המלכ"רים מהענף תגרום לפגיעה בציבור הצרכנים, ובעיקר במעוטי יכולת.

שנית, המלכ"רים מספקים בממוצע שירות באיכות גבוהה מזו של הפירמות העסקיות, דבר המחייב את הפירמות העסקיות הפועלות בענף להעלות את איכות השירות שהן מספקות, כדי להתחרות עם המלכ"רים. ייתכן שאם בענף יפעלו מוסדות עסקיים בלבד יביא הדבר לירידה באיכות השירות ולעלייה במחיר שמשלמים הצרכנים הפרטיים. הסיבה לכך היא שלפירמות העסקיות יש מניע להוריד את האיכות כדי לחסוך בהוצאות ולהגדיל את רווחיהן.

## מקורות

- גדרון ב., כץ ח. ובר מ., (2003), **המגזר השלישי בישראל, בין מדינת רווחה לחברה אזרחית**, הקיבוץ המאוחד.
- גדרון ב., כץ ח. ובר מ., (2000), **המגזר השלישי בישראל 2000 – תפקידי המגזר**, המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי, אוניברסיטת בן-גוריון, באר-שבע.
- גדרון ב., אלון י. ובן-נון ר., (2003), **זו"ח מסד הנתונים של המגזר השלישי בישראל**, המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי, אוניברסיטת בן-גוריון, באר-שבע.
- גוינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, (2002), **קשישים בישראל-שנתון סטטיסטי**, ירושלים.
- משרד הבריאות, (2001), **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2001**, משרד הבריאות, תחום המידע, שירותי מידע ומחשוב, ירושלים.
- משרד הבריאות, (1994), **קובץ נהלים מטעם האגף למחלות ממושכות וזקנה**, משרד הבריאות, מדינת ישראל.
- שפרלינג י., (1997), **ניהול מוסד גריאטרי – תיאוריה ומעשה**, הוצאת הגיגים.

- Arrow K.J., (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53, 941-973.
- Ben-Ner A., (1986), "Non-profit organizations: Why do they exist in market economies?", in: Rose-Ackerman S. (Ed.), *The Economics of Nonprofit Institutions: Studies in Structure and Policy*, Oxford University Press, Oxford.
- Brown E. and Slivinski A., (2005), "Nonprofit organizations and the market", in W. W. Powell & R. Steinberg (Eds.), *The nonprofit sector: A research handbook* (2nd ed.), New Haven, CT: Yale University Press.
- Chen L. W. and Shea D. G., (2002), "Does prospective payment really contain nursing Home Costs?", *Health Services Research* (37), 251.

- Francois P., (2001), "Employee care and the role of nonprofit organizations", *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 157, 443-464.
- Luski I. and Givon J., (2005), "A Theory of nonprofit organizations: Behavior and equilibrium", Working Paper, the Monaster Center for Economic Research, Ben-Gurion University, Israel
- Schlesinger M. and Gray B., (2005), "Nonprofit organizations and health care: The paradox of persistent attention", in W. W. Powell & R. Steinberg (Eds.), *The nonprofit sector: A research handbook* (2nd ed.). New Haven, CT: Yale University Press.
- Slivinski A., (2002), "Team incentives and organizational form", *Journal of Public Economic Theory* 4, 185-206.



## נספח מס' 1: רשימת משתנים

שם המשתנה	הסבר	מקור
מס' המיטות לסיעודיים במוסד ביחס למס' המיטות הכולל במוסד	אחוז המיטות הסיעודיות	מס' המיטות לסיעודיים במוסד ביחס למס' המיטות הכולל במוסד
אחוז מיטות במימון משרד הבריאות	% לקוחות משרד הבריאות כפול שיעור התפוסה במוסד	
אחוז תפוסה	מס' המיטות הסיעודיות התפוסות מחולק למספר המיטות הסיעודיות במוסד	
אחיות	מס' האחיות למיטה תפוסה	חושב על סמך מידע שהתקבל ממשרד הבריאות
איכות	מדד איכות שחושב כפי שהוסבר לעיל	חושב על סמך מידע שהתקבל ממשרד הבריאות
בעלות	משתנה דמי המקבל ערך של 1 כאשר המוסד הוא מלכ"ר	מידע שהתקבל מהמוסדות ו/או ממשרד הבריאות
גודל	המספר הכולל של מיטות במוסד (עצמאים, תשושים תשושי נפש וסיעודיים)	פרסומים של המוסדות
הרפינדל	מדד הרפינדל לריכוזיות באזור (ככל שערך המדד נמוך יותר, התחרות רבה יותר)	חושב מנתונים המופיעים בפרסומי משרד הבריאות
כוח אדם טיפולי	אחיות וכוח עזר למיטה תפוסה	חושב על סמך מידע שהתקבל ממשרד הבריאות
כוח עזר	מס' המטפלות למיטה תפוסה	חושב על סמך מידע שהתקבל ממשרד הבריאות
מיטות סיעודיות באזור	מיטות סיעודיות ל-1000 בני +75 באזור בו שוכן המוסד	פרסומי משרד הבריאות
מיטות תפוסות	מס' המיטות הסיעודיות התפוסות	פרסומי משרד הבריאות
מנהל	משתנה דמי המקבל ערך של 1 כאשר מנהל המוסד הוא גבר	מידע שהתקבל מהמוסדות
מס' מיטות סיעודיות	המס' הכולל של מיטות לסיעודיים במוסד	פרסומי משרד הבריאות
עוני	אחוז מקבלי השלמת הכנסה מתוך מקבלי קצבת זיקנה ביישוב	קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי
עלות	עלות ליום אשפוז	מידע שהתקבל מהמוסדות
שנה	שנת ההקמה של המוסד	פרסומים של המוסדות
תנאים פיזיים	ציון האיכות שניתן למוסד בתחום זה בבקרה של משרד הבריאות	מידע שהתקבל ממשרד הבריאות
תעריף לפרטיים	המחיר שגובה המוסד מלקוחות שאינם ממומנים ע"י משרד הבריאות	מידע שהתקבל מהמוסדות
תעריף ממשלתי	התעריף שמשלם משרד הבריאות למוסד עבור אשפוז חולה סיעודי	מידע שהתקבל ממשרד הבריאות

### נספח מס' 2: טבלאות של תוצאות האמידה האקונומטרית

בטבלה 1 מובאות תוצאות האמידה האקונומטרית שמטרתה לבחון את הגורמים המשפיעים על העלות ליום אשפוז.

#### טבלה 1: המשתנה התלוי: עלות ליום אשפוז

(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	משתנה/מודל
OLS	OLS	LOG(cost) 2 SLS	2 SLS	OLS	OLS	שיטת האמידה
231.66 (0.00)	304.19 (0.00)	5.17 (0.00)	1931.30 (0.07)	2122.42 (0.02)	2079.98 (0.02)	חותך
1.365 (0.03)	—	0.0089 (0.05)	2.43 (0.06)	1.137 (0.04)	1.101 (0.03)	איכות
—	25.28 (0.05)	*	*	-3.53 (0.78)	—	בעלות
—	*	*	-0.89 (0.09)	-0.912 (0.05)	-0.891 (0.05)	שנה
—	—	-0.28 (0.00)	-101.01 (0.00)	-110.4 (0.00)	-109.46 (0.00)	% מיטות סיעודיות
—	0.21 (0.00)	*	*	—	—	גודל
-0.373 (0.00)	-0.58 (0.00)	*	*	—	—	מיטות תפוסות
—	—	—	—	-0.06 (0.08)	-0.05 (0.08)	הרפינדל
41	46	41	41	41	41	מס' תצפיות
0.30	0.47	0.30	0.42	0.55	0.55	R <sup>2</sup>
0.26	0.43	0.27	0.37	0.49	0.50	Adjusted R <sup>2</sup>

\* לא מובהק עבור  $\alpha = 0.1$   
 - מציין שהמשתנה לא נכלל במודל  
 בסוגריים: ערכי P-value

בטבלה 2 מובאות תוצאות האמידה האקונומטרית שמטרתה לבחון את הגורמים המשפיעים על איכות הטיפול במוסדות השונים.

**טבלה 2: המשתנה התלוי : איכות<sup>1</sup>**

(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	משתנה מודל
עסקיים בלבד	עסקיים בלבד	עסקיים בלבד	מלכ"רים בלבד <sup>2</sup>	המדגם כולו <sup>2</sup>	המדגם כולו <sup>2</sup>	המדגם כולו	תצפיות שנכללו
77.3 (0.00)	93855 (0.00)	10.61 (0.69)	-50.64 (0.21)	-541.48 (0.04)	-703.43 (0.02)	-294.5 (0.05)	חותך
-	-	-	-	-	4.88 (0.09)	6.33 (0.02)	בעלות
-	-	0.22 (0.02)	0.40 (0.00)	0.258 (0.00)	-	-	תעריף ממשלתי
-	-94.86 (0.00)	*	*	0.270 (0.04)	0.39 (0.01)	0.19 (0.02)	שנה
-	0.024 (0.00)	-	-	-	-	-	שנה בריבוע
-	0.06 (0.00)	-	*	-	-	*	גודל
-17.71 (0.00)	-	-	*	-	-	-	% מיטות סיעודיות
-	-	*	-12.81 (0.00)	-9.549 (0.00)	-8.77 (0.00)	-	מנהל
-	-	*	0.58 (0.00)	0.427 (0.00)	0.32 (0.01)	-	עוני
0.12 (0.02)	*	*	*	-	*	*	מיטות סיעודיות באזור
57	57	57	28	77	82	98	מס' תצפיות
0.26	0.32	0.10	0.54	0.42	0.25	0.08	R <sup>2</sup>
0.23	0.28	0.08	0.48	0.38	0.21	0.07	Adjusted R <sup>2</sup>

\* לא מובהק עבור  $\alpha = 0.1$

- מציין שהמשתנה לא נכלל במודל

בסוגריים : ערכי P-value

(1) כל המודלים נאמדו בשיטת OLS.

(2) במודל זה נכללו רק מוסדות שהוקמו החל משנת 1970.

בטבלה 3 מובאות תוצאות האמידה האקונומטרית שמטרתה לבחון את הקשר בין האיכות להעסקת כוח אדם טיפולי במוסדות השונים.

טבלה 3: הקשר בין כוח אדם לאיכות - המשתנה התלוי: איכות<sup>1</sup>

(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	משתנה/מודל
מלכ"רים בלבד	מלכ"רים בלבד	עסקיים בלבד	עסקיים בלבד	עסקיים בלבד	תצפיות שנכללו
59.26 (0.09)	104.41 (0.00)	-8.88 (0.75)	36.93 (0.01)	1.933 (0.94)	חותך
-	-73.54 (0.47)	-	-	231.92 (0.01)	כוח אדם טיפולי
-	46.03 (0.55)	-	-	-171.74 (0.02)	כוח אדם בריבוע
194.84 (0.53)	-	-	346.2 (0.02)	-	אחיות
-475.60 (0.49)	-	-	-703.95 (0.04)	-	אחיות בריבוע
-	-	422.28 (0.00)	-	-	כוח עזר
-	-	-508.11 (0.00)	-	-	כוח עזר בריבוע
41	41	56	57	57	מס' תצפיות
0.02	0.03	0.14	0.13	0.15	R <sup>2</sup>
-0.03	-0.02	0.11	0.10	0.11	Adjusted R <sup>2</sup>

\* לא מובהק עבור  $\alpha = 0.1$ 

- מצוין שהמשתנה לא נכלל במודל

בסוגריים: ערכי P-value

(1) כל המודלים נאמדו בשיטת OLS.

בטבלה 4 תוצאות האמידה האקונומטרית שמטרתה לבחון את הגורמים המשפיעים על התעריף שגובים המוסדות ממאושפזים פרטיים.<sup>7</sup>

**טבלה 4: המשתנה התלוי : תעריף לפרטיים<sup>1</sup>**

משתנה/מודל	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
תצפיות שנכללו	המדגם כולו	המדגם כולו, איכות מעל 80	מלכ"רים בלבד	מלכ"רים בלבד	עסקיים בלבד	עסקיים בלבד, מעל 50% לקוחות מש' הבריאות
חותך	345.30 (0.00)	353.93 (0.00)	504.12 (0.00)	480.48 (0.00)	91.57 (0.32)	440.5 (0.07)
בעלות	120.81 (0.00)	5.95 (0.83)	-	-	-	-
תעריף ממשלתי	*	-	*	-	0.74 (0.03)	1.01 (0.01)
עוני* בעלות	-2.73 (0.00)	-	-	-	-	-
עוני	*	-	-2.01 (0.01)	-	*	-
תנאים פיזיים	16.07 (0.03)	-	*	-	19.94 (0.00)	31.06 (0.00)
מנהל* בעלות	-45.72 (0.03)	-	-	-	-	-
מנהל	-	-	-46.81 (0.01)	-	*	-
% מיטות סיעודיות	-111.53 (0.00)	-	-137.85 (0.00)	-	-69.86 (0.00)	-
% מיטות במימון משרד הבריאות	-	-	-	-1.80 (0.00)	-	-12.76 (0.03)
% מיטות במימון מש' הבריאות בריבוע	-	-	-	-	-	0.08 (0.05)
מס' תצפיות	97	38	46	45	53	44
R <sup>2</sup>	0.59	0.00	0.53	0.51	0.51	0.51
Adjusted R <sup>2</sup>	0.56	-0.02	0.50	0.49	0.48	0.46

\* לא מובהק עבור  $\alpha = 0.1$   
 - מציין שהמשתנה לא נכלל במודל  
 בסוגריים : ערכי P-value

(1) כל המודלים נאמדו בשיטת OLS.