

טיפול סיעודי בישראל: סוגיות מימון וארגון

דב צ'רניחובסקי, אביגדור קפלן,
איתן רגב ויוחנן שטסמן*

תקציר

האוכלוסייה בישראל צפויה להזדקן באופן משמעותי בעשורים הקרובים; חלקם של האזרחים הוותיקים באוכלוסייה, ובעיקר של גילאי 70 ומעלה, צפוי להכפיל את עצמו עד 2035. עקב כך, מדד אי התפקוד – שמטבע הדברים גבוה יותר בקרב קשישים – צפוי לגדול בקצב מהיר ב-16 אחוז מקצב הגידול של האוכלוסייה. התחלואה והירידה בתפקוד בקרב קשישים מביאות לצורך הולך וגדל בעזרה מתמדת בבית, ובמקרים חמורים יותר – באשפוז סיעודי במוסד. שינוי היחסים בין קבוצות הגיל – עלייה בשיעור בני 70 ומעלה ביחס לבני 15-69 – צפוי להחריף את סוגיית הטיפול הסיעודי, והנטל על משקי הבית ועל המשק בכללו ילך ויגדל.

נייר זה מציג את האתגרים המרכזיים במערכת הטיפול הסיעודי בישראל כיום: (א) היעדר כיסוי אוניברסלי ושאלות בנוגע למימון הטיפול; (ב) ריבוי רשויות הממונות על ניהול התחום והסדרתו; (ג) חוסר היערכות לעתיד, שכאמור טומן בחובו גידול משמעותי במספר המטופלים הסיעודיים. כמו כן, הוא בוחן את הצעות הממשלה להסדרת התחום העומדות כיום על הפרק ומראה את נקודות התורפה בהן.

מהשוואה בין-לאומית עולה שהמערכת בישראל אינה שוויונית ואינה יעילה בתחום הטיפול הממושך. חלקו של המימון הפרטי גבוה במיוחד ועומד על קרוב ל-50 אחוז – יותר מפי שלושה מהשיעור במדינות ה-OECD.

ההסתמכות הנרחבת על משקי הבית מביאה לחוסר שוויון בין משפחות ברמות הכנסה שונות, ויוצרת מערכת שאינה בת קיימא לאורך זמן. על בסיס הניסיון הבינ-לאומי מציע הנייר קווי מתאר להסדרת התחום, ובראשם: להגדיר את הטיפול הסיעודי בסל אוניברסלי, שיעוגן בחוק וינוהל בידי רשות ייעודית.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר ראשי ויו"ר תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב; פרופ' אביגדור קפלן, מנכ"ל משרד הרווחה; איתן רגב, חוקר בכיר במרכז טאוב; פרופ' יוחנן שטסמן, מנהל המכון לחקר הזקנה, בית החולים האוניברסיטאי הדסה הר הצופים. אנו מודים לנופר גואטה ולחן שרוני על הסיוע בכתיבת המסמך.

מבוא

סוגיות בנושא הטיפול הסייעודי (או הטיפול הממושך) עולות לדיון הציבורי חדשות לבקרים, מפני שהן מציבות אתגרים רבים בפני החברה ולכלכלה בישראל (חורב, קידר והרשקוביץ, 2011; צ'רניחובסקי וקורא, 2009; Chernichovsky et al, 2010). בעת האחרונה נדונה רבות בעיקר סוגיית המימון נוכח שתי יוזמות סותרות של הממשלה: הראשונה היא של משרד האוצר, ועניינה להפוך את הביטוח הסייעודי המבוסס כיום על פרמיה קבוצתית – הנמכר באמצעות קופות החולים, ארגוני גמלאים ומקומות עבודה – לביטוח המבוסס במידה רבה יותר על פרמיה אישית. ההצעה השנייה, של משרד הבריאות, מבקשת להפוך ביטוח זה לבעל מאפיינים ציבוריים נרחבים יותר, ולהנהיג ביטוח אוניברסלי באמצעות העלאת מס הבריאות והעברת ביצוע התקציב לקופות החולים. ההצעה הראשונה נועדה לקדם תשלום לביטוח מותאם אישית, המצמצם את הפוטנציאל לסכסוד צולב, כלומר מצב שבו קבוצות חזקות יותר (צעירים ובעלי הכנסות גבוהות יותר) יסבסדו קבוצות מוחלשות (אזרחים ותיקים ומעוטי הכנסות). ההצעה השנייה מבקשת לפעול בכיוון ההפוך, באשר היא מציעה לצמצם אפילו את אחריות המשפחה במימון הטיפול הסייעודי ולבטל את מבחן האמצעים הנערך כיום כתנאי לתמיכת המדינה במימון הטיפול.

משמעותן של ההצעות המנוגדות חורגת מתחום המימון בלבד; הן נוגעות לתפיסת משמעות הטיפול הסייעודי ולאחריות המדינה לגביו. עם זאת, הן משאירות ללא מענה שאלות מהותיות בנושאי זכאות לביטוח, ניהול וארגון השירות, למשל: האם הביטוח הסייעודי יהיה ממלכתי ויקיף את כל שירותי הסייעוד במדינה – המצויים כיום באחריות המוסד לביטוח לאומי, משרדי ממשלה, קופות חולים וגופים ציבוריים אחרים? מה הם תחומי האחריות של מוסדות שונים במימון, בניהול ובהספקתו, ומהי אחריות משקי הבית? נייר זה נועד לבחון את מימון הטיפול הסייעודי וביצועו בישראל בהשוואה בין-לאומית, ולהציע חשיבה מחודשת בנושא ופתרונות נוספים על אלה שהעלתה הממשלה. סעיפים 1 ו-2 מניחים את היסודות המושגיים הקשורים לנושא, בעיקר הבהרת הפונקציות הנכללות במערכת ומקורות המימון לטיפול הסייעודי. בהמשך מוצגת השוואה בין-לאומית (סעיף 3), והאתגרים המרכזיים שצפויים לעמוד בפני ישראל בתחום זה ב-20 השנים הבאות (סעיף 4). על רקע זה יוצגו בסעיף 5 פתרונות שנקטו מדינות שונות בעולם בהתמודדות עם אתגרים דומים, ובסעיף האחרון יוצגו קווים מנחים אפשריים לקראת רפורמה בתחום הביטוח הסייעודי.

1. הטיפול הסייעודי

טיפול סיעודי מוגדר כסיוע לאנשים בני כל הגילים הסובלים ממוגבלות תפקודית ארוכת טווח וזקוקים לסיוע תפקודי, נפשי או חברתי לצורך פעילות בחיי היום-יום. הסיוע כולל תמיכה בהתנהגות בריאה ובגישה לטיפול רפואי, המונעים או מאטים ככל האפשר הידרדרות נוספת בבריאות ובתפקוד.

מטבע הדברים יש מתאם גבוה ביותר בין גיל מבוגר להזדקקות לטיפול סיעודי. תקופת הזקנה, בעיקר מגיל 75 ומעלה, מאופיינת בריבוי מחלות של הפרט ובהחמרת תחלואה קיימת. עוד מופיעות בגיל זה מחלות חדשות, חלקן כרוניות, שאינן אופייניות לגילים

צעירים יותר ומתאפיינות בירידה קוגניטיבית ובפגיעה בחושים. תוצאות התחלואה באות לידי ביטוי בירידה תפקודית ובאובדן העצמאות בחיי היום-יום, ואלה מביאים לצורך הולך וגדל באשפוז סיעודי במוסד מתאים או בעזרה מתמדת בחיי הבית (שטסמן, 2011).

מושגי יסוד: מימון, הספקה, ארגון וניהול

מערכת הטיפול הסיעודי (ככל מערכת רווחה, ובפרט שירותי רפואה) כוללת כמה פונקציות מערכתיות בסיסיות. צ'רניחובסקי (Chernichovsky, 1995; 2002) הציע הבחנה ברורה בין שלוש פונקציות במערכות בריאות:

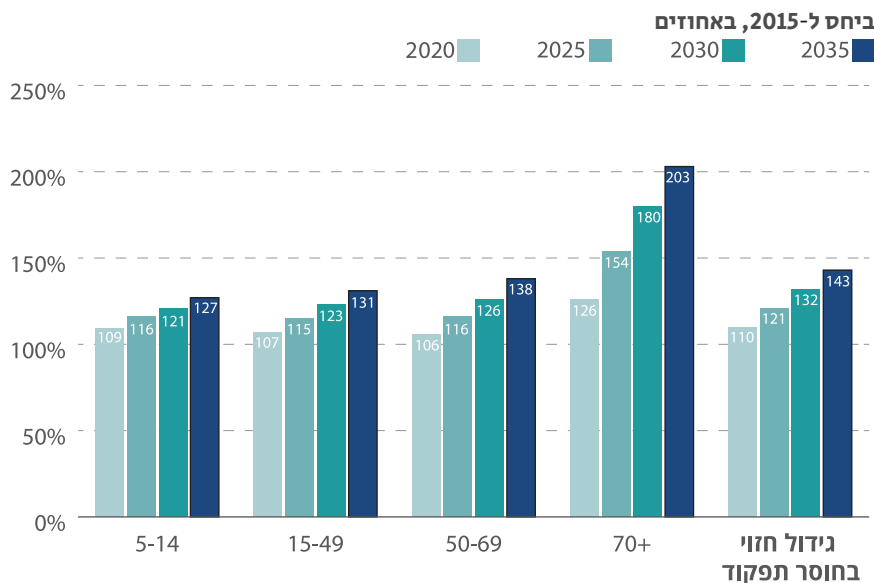
- א. מימון (תשלום מהכיס, תשלום באמצעות ביטוחים או מימון ציבורי)
- ב. הספקת השירות (מתן הטיפול בפועל)
- ג. ארגון וניהול צריכת השירות: פונקציה זו כוללת את הפן הארגוני של מערכת הבריאות, לרבות ניהול התקציב (Budget holding). מנהל התקציב הוא מוסד או ארגון המקבל תקציב שמקורו במימון ציבורי, או גובה את הכספים בשם המדינה, קובע את דפוסי קבלת השירות וממונה על חתימת הסכמים עם ספקים – כל זאת כדי להבטיח שהזכאות הציבורית לטיפול רפואי תתממש. מחזיקי התקציב במערכות בריאות עשויים להיות קופות החולים, כפי שקורה בגרמניה ובישראל, או גוף ממלכתי שאינו משרד הבריאות, נוסח שירותי הבריאות הלאומיים (NHS) באנגליה. המודל שבו קופות חולים הן מחזיקות התקציב ידוע כ"תחרות מנוהלת", ואילו המודל השני אינו תחרות. ניהול התקציב יכול להיות משולב בתפקידי מימון (ביטוחים משלימים, למשל). עם זאת, אין חובה שמנהל התקציב יהיה גם נותן השירות.¹ במרבית מדינות העולם – לרבות גרמניה ואנגליה, שכאמור נהוגות בהן שיטות שונות של ניהול תקציב – הספקת השירות אינה באחריות מחזיקי התקציב. מדינות אחדות אף אוסרות איחוד ארגוני בין שתי הפונקציות, כדי שמנהל התקציב ידאג לאינטרסים של המטופלים ולא של ספקי השירות.

הגידול החזוי בצורך בטיפול סיעודי

תחזיות האוכלוסייה של ישראל עד שנת 2035 מצביעות על המשך תהליך ההזדקנות והעמקתו (תרשים 1). לפי התחזיות, אוכלוסיית בני 70 ומעלה תגדל ב-103 אחוז, לעומת גידול של כ-31 אחוז של שאר האוכלוסייה. כלומר, אוכלוסיית בני 70 ויותר צפויה להכפיל את עצמה במשך שני עשורים, מכ-610 אלף כיום לכדי 1.24 מיליון ב-2035. בהנחה שלא יהיה שיפור מהותי בתפקוד של בני 70 ומעלה,² התהליך הדמוגרפי יהיה מלווה בהעמקה של כ-43 אחוז במדד חוסר התפקוד, שהוא חלק מנטל התחלואה. על פי הנתונים המפורטים בתרשים 2, תרומת האוכלוסייה המבוגרת לסך חוסר התפקוד תעלה מכ-16 אחוז בשנת 2015 לכ-23 אחוז בשנת 2035.

1 הדוגמה הישראלית להסדר כזה היא "שירותי בריאות מכבי", אשר מספקת את מרבית שירותיה באמצעות הסכמים עם ספקים עצמאיים שעובדים במתקנים שאינם שייכים לקופה.
2 אם יחול שיפור בתפקוד, למשל עקב התקדמויות טכנולוגיות בעולם הרפואה, העלייה במדד חוסר התפקוד עלולה להידחות לקבוצות גיל מבוגרות יותר.

תרשים 1. שיעורי גידול חזויים: קבוצות גיל שונות ומדד חוסר תפקוד



מקור: דב צ'רניחובסקי וחיים בלייך, מרכז טאוב
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), תחזיות אוכלוסיות ישראל עד שנת 2035, לוח 10
(החישובים מבוססים על תחזיות "החלופה הבינונית")

אם כן, מאפיין בסיסי של 20 השנים הבאות בחברה ובכלכלה של ישראל הוא גידול אוכלוסייה חזוי של 1.5 אחוזים לשנה, וגידול במדד אי התפקוד בקצב של 1.8 אחוזים לשנה. במילים אחרות, קצב הגידול של אי התפקוד – וכך גם הצרכים הסיעודיים והרפואיים – גבוה בכ-16 אחוז לשנה מקצב גידול האוכלוסייה. אף שמדובר בשינוי מבורך המבטא את הארכת תוחלת החיים, הוא דורש היערכות של המערכת הסיעודית ושל המערכת הרפואית. בהשוואה לעולם המפותח ישראל צעירה יחסית (אף שקצב הזדקנות האוכלוסייה מהיר יותר), ושיעור בני 65 ומעלה באוכלוסייה במדינה צפויה להגיע לשיעור הקיים כיום במדינות ה-OECD המפותחות רק בשנת 2040. לאור זאת, ישראל יכולה ללמוד מניסיוןן של מדינות אלו בנושא מימון הטיפול הסיעודי וארגונו.

סוגי הטיפול הסיעודי

בהיבט מוסדי-ארגוני, ניתן לחלק את מערכת הטיפול הסיעודי בישראל לארבעה סוגי טיפול בסיסיים:

א. **טיפול רפואי בקהילה.** הגדרה זו כוללת את הטיפול הניתן במסגרת ציבורית בסניפי קופות החולים. סיוע זה אינו ייחודי לקשישים, אך הם נצרכים לו ביתר שאת נוכח ריבוי המצבים הכרוניים המאפיינים את הזקנה.

ב. סיוע בתפקוד בקהילה – שירותי סיעוד ביתיים. מטרת שירותי הסיעוד הביתיים היא לסייע לקשישים הלוקים בתפקודם לבצע את פעולות היום-יום בביתם. הסיוע ניתן מידי מטפלים סיעודיים ואינו כולל שירות רפואי של אחים ואחיות. מימון שירותי סיעוד ביתי מוענק כיום לפי מבחני תפקוד של המוסד לביטוח לאומי והשירות מסופק על ידי חברות סיעוד (ומטפלים זרים, באופן חלקי). הסיוע ניתן לכ-20 אחוז מאוכלוסיית הקשישים מעל גיל 65 בהיקף של 10-20 שעות טיפול שבועיות לקשיש.

ג. סיוע בתפקוד במוסד – דיור מוגן.³ הסדר דיור או אשפוז סיעודי לחולים המרותקים למיטה או לכיסא גלגלים בעקבות מחלה או בתאונה, ובדרך כלל סובלים גם מפגיעה באחד או יותר מתפקודי היום-יום (רחצה, שליטה בסוגרים, לבוש, אכילה עצמאית) ובפעולות עדינות אחרות. סוג טיפול זה כולל גם אשפוז "תשושי נפש": חולים הסובלים מדמנציה או מאלצהיימר. האשפוז הסיעודי מסובסד באופן דיפרנציאלי מתקציב משרד הבריאות, לפי מבחני הכנסה לחולה ולילדיו ושימוש בביטוח סיעודי פרטי.⁴ למסגרת תפקודית זו יש להוסיף גם אשפוז "תשושים", אשר ניתן באחריות השירות לזקן במשרד הרווחה. בהגדרה זו נכללים קשישים המתקשים לתפקד בשתיים או יותר מפעולות היום-יום בביתם וסובלים גם מבעיות סוציאליות. העונים להגדרה זו מאושפזים במסגרות מוסדיות המעניקות בעיקר סיוע בפעולות היום-יום, ובמידה מצומצמת גם טיפול רפואי וסיעודי. המימון למוסדות מקורו בתקציב משרד הרווחה וברשויות המקומיות.

ד. אשפוז סיעודי מורכב. אשפוז זה מיועד לחולים המוגדרים כחולים קשים שנוסף למצבם הסיעודי סובלים מבעיות רפואיות מורכבות, כגון אי ספיקת כליות סופנית, צורך בהנשמה חלקית או מלאה, פצעי לחץ בדרגה 3-4 או מחלות סופניות. אשפוז סיעודי מורכב ניתן באחריות ובמימון קופות החולים, לצד השתתפות של כ-10 אחוזים של החולה או משפחתו, אם הם מסוגלים לממן זאת. חולים אלו מאושפזים רק במחלקות מיוחדות בעלות רישיון לסייעוד מורכב.

לעתים קרובות הקו המפריד בין סיוע רפואי לסייע בתפקוד הוא דק ובלתי מוגדר. ככלל, הנטייה היא להותיר את המטופל בביתו (טיפול בקהילה), והמשימה העיקרית של הטיפול הסיעודי מוגדרת כסיוע מעשי, נפשי וחברתי בתפקוד, תוך צמצום ההתערבות הרפואית. במילים אחרות, הנטייה היא לצמצם ככל האפשר את הפן הרפואי של הטיפול הסיעודי, ובד בבד להגדיל את הפן החברתי שלו. לפיכך, נהוג לראות במערכת הבריאות ובמערכת הטיפול הסיעודי ענפים נפרדים של הביטוח הסוציאלי. מבין המדינות המפותחות, רק בבלגיה יש קשר מסוים בין מימון והפעלה של הטיפול הסיעודי לטיפול הרפואי (Francesca, Ana, Jérôme, and Frits, 2011).

בלוח 1 מפורטים סוגי הטיפול הסיעודי שהוזכרו לעיל בחלוקה לפי הפונקציות שפורטו לעיל. בהשוואה זו בולט פיזור האחריות בין גופים ממלכתיים וציבוריים שונים, נושא שכבר נכתב עליו בהרחבה (צ'רניחובסקי וקורא, 2009).

פונקציית הארגון והניהול (עמודה שנייה משמאל) חשובה במיוחד לעניין הטיפול הסיעודי, מפני שכאמור מעורבים במערכת הטיפול גורמים רבים והקשיש נמצא במעבר

3 המונח "דיור מוגן" רחב ביותר וכולל מגוון סוגי דיור, החל בהסדרים מוסדיים המתוארים כאן וכלה בדיור של בני גיל הזהב המתפקדים באופן עצמאי אך בחרו לגור במקומות שיש בהם תשתיות פיזיות וחברתיות אשר מסייעות להם בחיי היום-יום. ההסדרים המתוארים כאן מכונים גם "אשפוז לא מורכב".

4 תהליך קביעת הזכאות ידוע כ"שיטת הקודים".

מתמיד מגורם אחד למשנהו. במצב כזה היעדר ניהול מקצועי מתאים וכולל עלול לפגוע באיכות הטיפול, לתרום להידרדרות המצב וכמובן להגביר את סבל הקשיש ומשפחתו. לאור זאת, שאלת האחריות לארגון ולניהול הטיפול הסיעודי היא עניין מרכזי בכל רפורמה בנושא, כפי שיובהר בהמשך.

לוח 1. סוגי הטיפול הסיעודי הציבורי לפי הגורמים האחראים למימון, לארגון ולהספקת השירותים*

סוג הטיפול	ספק עיקרי	ארגון וניהול	מימון
טיפול רפואי בקהילה	קופות החולים וספקי שירות עצמאים (בעיקר בקופות הקטנות)	קופות החולים	המדינה (באמצעות המוסד לביטוח לאומי)**
שירותי סיעוד ביתיים	חברות פרטיות - עובדים מקומיים וזרים	משקי הבית	המוסד לביטוח לאומי (מכוח חוק הסיעוד)
דיוור מוגן	מוסדות פרטיים	בעיקר משקי הבית ומוסדות האשפוז, ובמידה מעטה משרדי הבריאות והרווחה	המדינה (באמצעות משרדי הבריאות והרווחה)
אשפוז סיעודי מורכב	קופות החולים וספקי שירות עצמאים (בעיקר בקופות הקטנות)	קופות חולים	המדינה (באמצעות הביטוח הלאומי)**

* הלוח מפרט את הגורמים הציבוריים בלבד, אולם משקי הבית משתתפים בצורה זו או אחרת במימון בכל סוג טיפול.

** כספי מס בריאות ומסים כלליים שהביטוח הלאומי מנהל מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מקור: צ'רניחובסקי, קפלן, רגב ושטסמן, מרכז טאוב

2. מימון הטיפול הסיעודי

כאמור לעיל, מימון הטיפול הסיעודי בישראל מגיע מכמה מקורות. לוח 2 מציג בפירוט את המימון לסוגי הטיפול השונים, לצד אומדנים של עלות הטיפולים והתפלגות בין הסוגים. החלוקה הבסיסית היא בין מקורות מימון ציבוריים למקורות פרטיים (אם כי במרבית הסעיפים יש חלוקת מימון בין השניים).

מימון ציבורי משמש לשלושה סוגי טיפול עיקריים: טיפול אישי בקהילה, דיוור מוגן ואשפוז סיעודי מורכב.

המוסד לביטוח לאומי הוא המממן הציבורי העיקרי של שירותי הסיעוד הביתיים. הוא מסבסד את הטיפול לכ-160,000 קשישים בעלות של 5.31 מיליארד שקלים, שהם

כ-64 אחוז מסך המימון הציבורי לטיפול ממושך, ואת השאר מממנים משקי הבית. משרד הבריאות (באמצעות "הקודים") ומשרד הרווחה הם המממנים הציבוריים של דיור מוגן לכ-14,000 קשישים בעלות של 2.1 מיליארד שקלים (כ-26 אחוז מסך המימון הציבורי). המדינה (המוסד לביטוח לאומי), באמצעות קופות החולים, מממנת טיפול סיעודי מורכב לכ-1,597 קשישים בעלות של 891 מיליון שקלים, שהם כ-10 אחוזים מסך המימון הציבורי. סך המימון הציבורי בשנת 2014 מוערך בכ-8.3 מיליארד שקלים – כ-55 אחוז מסך ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי.

מימון פרטי משמש לשלושה סוגי הוצאות עיקריים: טיפול אישי בקהילה (השלמה למימון הציבורי), דיור מוגן ופרמיות ביטוח פרטי נטו (כלומר, לאחר שקוּוּזו מהסכום תשלומים של חברות הביטוח עבור טיפול ואשפוז). משקי בית בישראל מוציאים כ-2.6 מיליארד שקלים בשנה על העסקת עובדים זרים, המשמשים מטפלים אישיים לכ-44 אלף קשישים. חלקה של הוצאה זו עומד על כ-39 אחוז מסך ההוצאה הפרטית על טיפול סיעודי. כמו כן, משקי בית בישראל מוציאים כ-2.52 מיליארד שקלים בשנה (כ-37 אחוז מסך ההוצאה הפרטית) על דיור מוגן.

לוח 2. אומדני מימון הטיפול הסיעודי, 2014

לפי סוג הטיפול וגורם מממן

אומדן עלות (במיליארדי שקלים)	אומדן מספר מטופלים או מיטות אשפוז	מממן עיקרי	סוג הטיפול
שירותים ציבוריים			
5.31	157,846 מטופלים	המוסד לביטוח לאומי	טיפול אישי בקהילה**
2.10	כ-14,000 מיטות*	משרד הבריאות ומשרד הרווחה	דיור מוגן**
0.89	כ-1,597 מיטות לטיפול סיעודי מורכב	המדינה	אשפוז מורכב
8.30			סה"כ מימון ציבורי
שירותים פרטיים			
2.61	43,468 מטופלים (בהנחה שלכל עובד בעל היתר יש מטופל)	משקי בית	טיפול אישי בקהילה
2.52	כ-15,000 מיטות*	משקי בית	דיור מוגן**
1.60	כ-5.31 מיליון מבוטחים בביטוח סיעודי	משקי בית	פרמיות ביטוח פרטי נטו, לאחר תשלום עבור אשפוז
7.31			סה"כ מימון פרטי
15.64			סה"כ פרטי + ציבורי

לוח 2 (המשך). אומדני מימון הטיפול הסיעודי, 2014

לפי סוג הטיפול וגורם מממן

הערות	אחוז מכלל ההוצאה	סוג הטיפול
		שירותים ציבוריים
אומדן מספר הזכאים בסעיף זה כולל רק טיפול, ללא שירותים נוספים בקהילה שמספקים משרד הרווחה (כגון מרכזי יום לקשיש) או הקופות (כמו אשפוז בית)	35%	טיפול אישי בקהילה**
חושב על בסיס תקציב משרד הבריאות לטיפול סיעודי (שירותי טיפול מחלות, הוצאות בפועל) + הוצאות משרד הרווחה לטיפול סיעודי	14%	דיור מוגן**
חושב על בסיס מספר המיטות * 365 ימים * 1,550 שקלים ליום אשפוז במחלקה סיעודית מורכבת בבית חולים כללי	6%	אשפוז מורכב
	55%	סה"כ מימון ציבורי
		שירותים פרטיים
חושב על בסיס מספר בעלי ההיתרים לעבודה בתחום הסיעוד (נכון ל-2014), לפי עלות של 5,000 שקלים לחודש למשק בית	17%	טיפול אישי בקהילה
חושב לפי מחיר חודשי ממוצע של שהות בדיור מוגן: 14,000 שקלים	17%	דיור מוגן**
חושב על בסיס סך הפרמיות שנגבו עבור ביטוח סיעודי פרטי (2,970,000,000) בהפחתת סך התביעות הפרטיות (1,373,000,000)	11%	פרמיות ביטוח פרטי נטו, לאחר תשלום עבור אשפוז
	45%	סה"כ מימון פרטי

* בשל משך האשפוז הארוך (מעבר לשנה) מספר המיטות מייצג את מספר המטופלים השנתי.

** הערכת חלוקה בין מימון ציבורי לפרטי.

מקור: צ'רניחובסקי, קפלן, רגב ושטסמן, מרכז טוב

נתונים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, דוח שנתי (2014); משרד הבריאות, אגף המידע, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל (2014); תעריפון משרד הבריאות; רשות האוכלוסין וההגירה, האגף לתכנון מדיניות (2014), אגף שוק ההון במשרד האוצר, דוח לשנת 2014.

ביטוח סיעודי פרטי

כמוצג בלוח 2, עלותן הכוללת של פרמיות ביטוח פרטי נטו (לאחר שקוּווּו תשלומים של חברות הביטוח עבור אשפוז סיעודי לא מורכב) מוערכת ב-1.6 מיליארד שקלים – כ-22 אחוז מסך ההוצאה הפרטית על טיפול ממושך. סך עלות המימון הפרטי היא כ-7 מיליארד שקלים, מעט פחות ממחצית מסך ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי. בישראל שלושה סוגים עיקריים של ביטוח סיעודי פרטי:

1. ביטוח מסחרי לפרטים. הפוליסה נרכשת לפי העדפה ויכולת תשלום אישית. המבוטח יכול לבחור בהיקף הכיסוי ובמשך הכיסוי, והפרמיה נקבעת בהתאם לאופי הכיסוי ולרמת הסיכון האישי. סיכון זה הולך וגדל עם הגיל כמוֹבן, לכן הפרמיה למצטרפים בגיל מבוגר גבוהה יחסית להכנסה. הפוליסה יכולה להיות תקפה למשך כל חיי המבוטח, אלא אם כן הוא בחר אחרת.

2. ביטוח מסחרי קבוצתי. הפוליסה נרכשת על ידי ארגונים, כגון ועדי עובדים. נציגי הארגון הם בעלי הפוליסה, והכיסוי הביטוחי והפרמיה בדרך כלל אחידים לכל חברי הקבוצה. הפרמיה נקבעת לפי תחשיב אקטוארי של הסיכון הממוצע הקיים בקבוצה – כלומר, יש סבסוד צולב בין הפרטים (בעלי סיכון נמוך יותר עשויים לממן בעלי סיכון גבוה יותר). משך הפוליסה מוגבל בזמן וכאשר מבוטח פורש מהקבוצה, הביטוח בטל. משרד האוצר מבקש להפסיק את מכירת הביטוחים הללו במסגרת הרפורמה בתחום.

3. ביטוח של קופות החולים. פוליסת ביטוח שחברות הביטוח מוכרות באמצעות קופת החולים. הקופה היא בעלת הפוליסה ואחראית לבחירת חברת הביטוח המסחרית ולניהול המשא ומתן על תנאיה. הפוליסה אחידה וגובה הפרמיה תלוי בקבוצת הגיל, כלומר, גם בפוליסה זו קיים סבסוד צולב. פוליסה זו גם היא מוגבלת בזמן: מצטרפים חדשים לביטוח הסיעודי באמצעות קופות החולים חייבים בחיתום רפואי, והעובר מקופה לקופה מפסיק את הביטוח הסיעודי בקופה שהוא עוזב ומתחיל כמבוטח חדש בקופה שאליה הוא מצטרף.

הפיקוח וההסדרה של ביטוחים סיעודיים מסחריים לסוגיהם נמצאים בסמכותו של המפקח על הביטוח באגף שוק ההון, הביטוח והחיסכון במשרד האוצר.

מספר האנשים המחזיקים בביטוח סיעודי בישראל אינו ברור. לפי אומדן המפקח על הביטוח, נכון לשנת 2014 היה ביטוח סיעודי ל-5.31 מיליון איש בישראל. מתוכם 4.7 מיליון איש היו מבוטחים בביטוח סיעודי קבוצתי, בעיקר בביטוחים המשוקים באמצעות קופות החולים, וכ-610 אלף איש היו מבוטחים בביטוח סיעודי פרטי (משרד האוצר, 2014 – ראו לוח 2). אולם לפי סקר הוצאות המשפחה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, השיעור נמוך בהרבה: 20.2 אחוז מסך בתי האב, שהם כ-479 אלף, מדווחים על הוצאה על ביטוח סיעודי. גם אם נניח שרק הפרטים הבוגרים בכל משק בית מבוטחים, נותר פער בסדר גודל של 80-90 אחוז בין שני המקורות. לאור ידע מקצועי קודם, סביר להניח שחלק מהפער נובע מתת-דיווח בסקר ההוצאות בשל חוסר מודעות לביטוחים הניתנים באמצעות קופות החולים ומקומות העבודה. כך או כך, סביר להניח כי אין כיסוי ביטוחי מלא.

אשר להתפלגות הביטוח בין חמישוני ההכנסה, נראה כי יש פערי כיסוי משמעותיים בין קבוצות ההכנסה השונות (לוח 3). יש לסייג ולומר כי סביר להניח שתת-הדיווח גבוה יותר בחמישוני ההכנסה הנמוכים. כלומר, שיעורי הביטוח בחמישונים אלו גבוהים יחסית

למדווח, והתפלגות שיעורי הביטוח שוויונית יותר מאשר נתוני הלוח מראים. עם זאת, יש בנתונים אלו כדי להצביע על הנטל הצפוי שיוטל על המדינה עם התרחבות הצורך בטיפול סיעודי: העלייה בצורך לסבסד ביטוח סיעודי.

לוח 3. שיעור המבוטחים בביטוח סיעודי וממוצעי הוצאה לפי חמישוני הכנסה, 2014

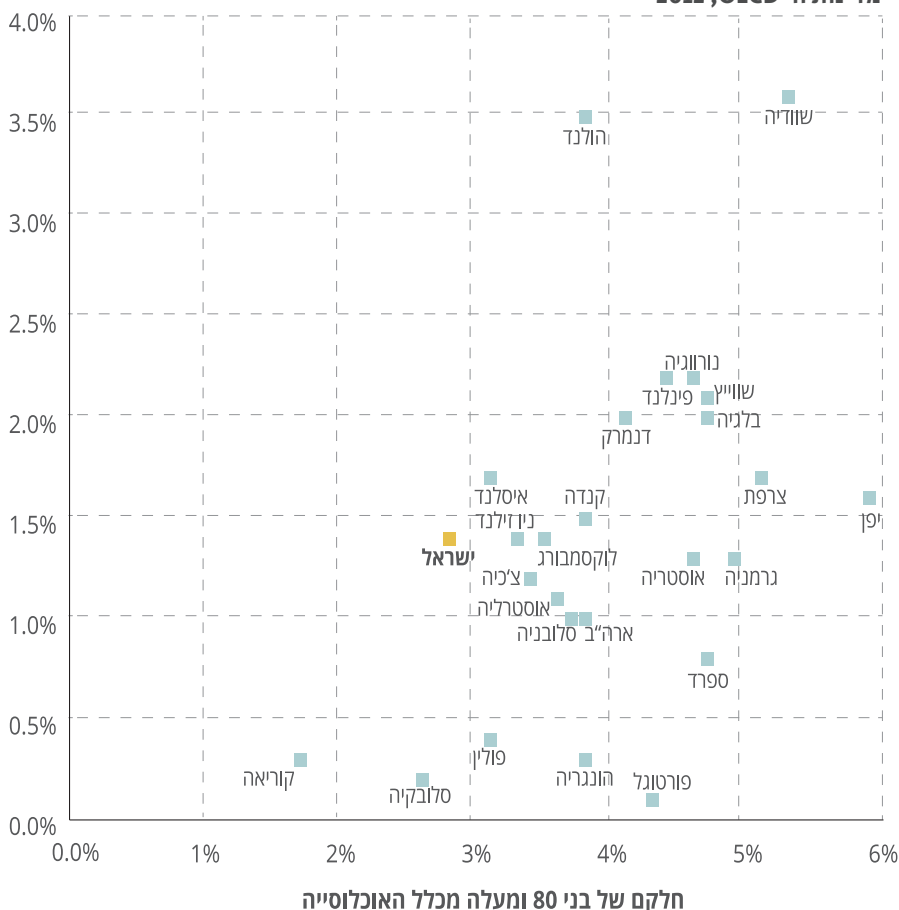
חמישון הכנסה	אחוז המדווחים על הוצאה (מתוך כלל משקי הבית בחמישון)	הוצאה ממוצעת של מדווחים (בשקלים)	הוצאה ממוצעת של כלל משקי הבית (בשקלים)
1	9	4.6	0.4
2	7	9.3	0.6
3	8	18.1	1.5
4	12	29.9	3.5
5	20	60.3	12.2
ממוצע	11	24.4	3.6
סטיית תקן	5	22.2	4.9
ההפרש בין חמישון עליון לחמישון תחתון	2	13.1	28.0

מקור: צ'רניחובסקי, קפלן, רגב ושטסמן, מרכז טאוב | נתונים: למ"ס, סקר הוצאות (2014)

3. ההיבט הבין-לאומי

ישראל מוציאה כ-1.4 אחוזים מהתמ"ג על טיפול סיעודי (תרשים 2). שיעור זה דומה לממוצע ה-OECD אם אין מתחשבים בגיל האוכלוסייה הממוצע כאומדן לצרכים. כאשר מוסיפים להשוואה את משתנה הגיל, התמונה משתנה. מיקומה היחסי של ישראל בהשוואה זו קרוב לקבוצה של מרבית מדינות סקנדינביה (להוציא שוודיה והולנד), שברובן מונהגת חובת ביטוח סיעודי ממלכתי עם כיסוי אוניברסלי - שאינו קיים בישראל. מנגד, רמת ההוצאה גבוהה יותר מאשר מדינות כגון אוסטריה, אוסטרליה, גרמניה, יפן וצרפת, אשר דומות יותר לישראל מבחינת תפיסת מדינת הרווחה. משמעות הנתונים היא שמצבה היחסי של ישראל אינו טוב משני היבטים: היא אינה מעניקה כיסוי אוניברסלי כמו מדינות אחרות באותה רמת הוצאה, ובכך פוגעת בשוויוניות, ובד בבד רמת ההוצאה היחסית שלה דומה למדינות שיש בהן ביטוח אוניברסלי, כלומר - היא אינה מצטיינת גם בהיבט של יעילות.

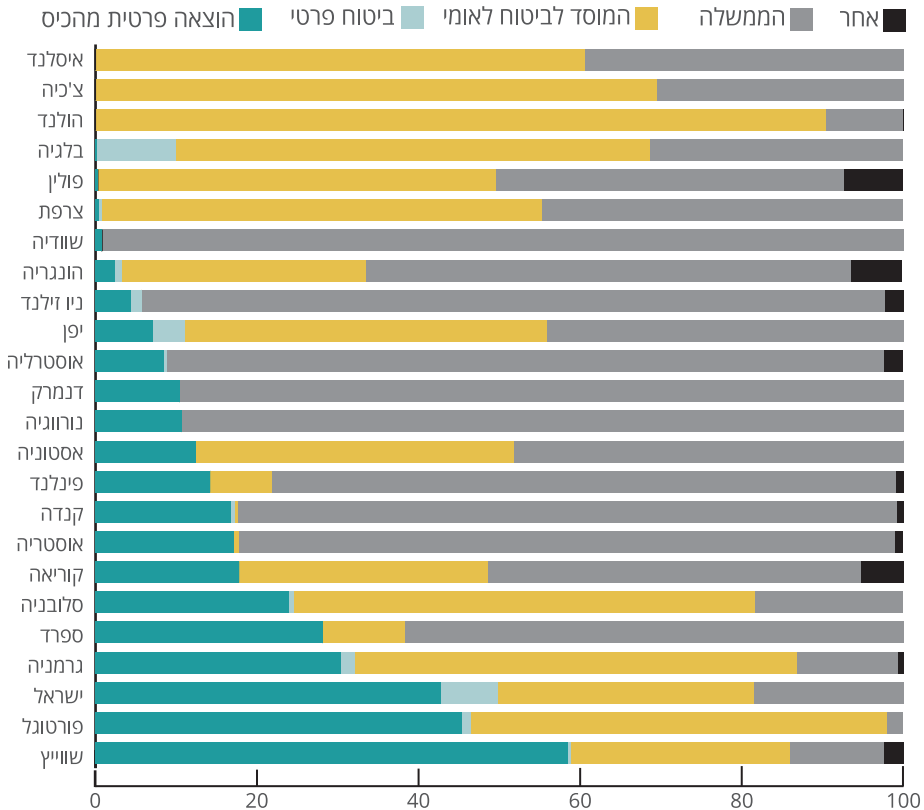
תרשים 2. שיעור בני 80 ומעלה מסך האוכלוסייה ושיעור ההוצאה על טיפול סיעודי מסך התמ"ג מדינות ה-OECD, 2012



מקור: OECD Dataset: Population; OECD Dataset: Health expenditure and financing

המאפיין הבולט ביותר של מימון הטיפול הסיעודי בישראל, בהשוואה למדינות ה-OECD, הוא חלקו של המימון הפרטי (תרשים 3). מבין כלל המדינות בארגון, רק בשווייץ ובפורטוגל שיעור המימון הפרטי גבוה יותר. השיעור הממוצע במדינות ה-OECD עומד על 16 אחוז בלבד, לעומת כ-45 אחוז בישראל – כלומר, שיעור המימון הפרטי של טיפול סיעודי בישראל גבוה כמעט פי שלושה מהשיעור ב-OECD. כמו כן, בולט שיעור ההוצאה לביטוח פרטי בישראל, השני רק לבלגיה.

תרשים 3. הוצאה על טיפול סיעודי ממושך לפי מקורות מימון מדינות ה-OECD, 2010-2011

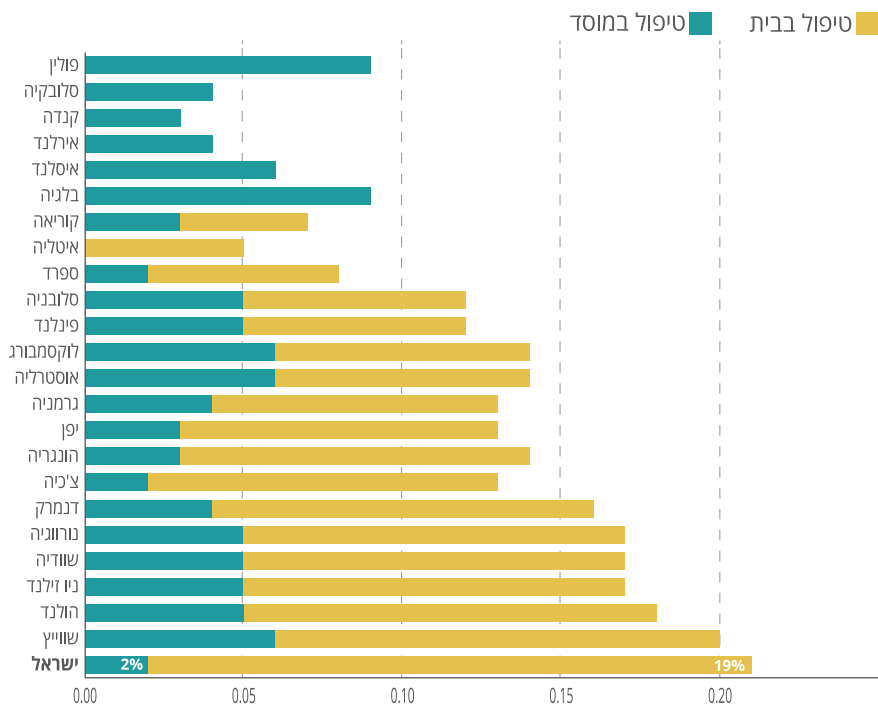


מדינות שיש עבורן נתונים. עבור חלק מהמדינות הנתונים על הוצאות מכיס הפרטי של הצרכנים עלולים להיות הערכת חסר בשל קשיי הערכה.

מקור: צ'רניחובסקי, קפלן, רגב ושתטמן, מרכז טאוב | נתונים: בריאות - OECD 2010; בנק ישראל 2012.

הנתונים מבטאים גם את המבנה המיוחד של הטיפול הסיעודי בישראל ביחס למדינות OECD. בהשוואת סוג הטיפול, ישראל מובילה בשיעור הקשישים המטופלים בקהילה (תרשים 4). בהקשר זה יש לציין כי אחוז בני 80 ומעלה מבין כלל האוכלוסייה הוותיקה (גילאי 65 ומעלה) בישראל אינו נמוך יותר מאשר במדינות ה-OECD (26.6 אחוז לעומת 26.3 אחוז, בהתאמה) – כלומר, אין לייחס את שיעור הטיפול המוסדי הגבוה יותר במדינות הללו להתפלגות הגילים.

**תרשים 4. שיעור צרכני טיפול סיעודי ממושך בקרב גילאי 65 ומעלה*
לפי סוג הטיפול, מדינות ה-OECD, 2014**



* מדינות שיש עבורן נתונים בני השוואה. הנתונים עבור אירלנד הם מ-2015; עבור סלובניה – מ-2013; עבור קנדה ודנמרק – מ-2012; עבור צ'כיה – מ-2009; עבור איסלנד – מ-2010; עבור יפן – מ-2006. בנתונים עבור יפן קיימת הערכת חסר של אחוז צרכני הטיפול הסיעודי המטופלים במוסדות מכיוון שקשישים במדינה מקבלים טיפול סיעודי בבתי חולים. לפי קמפבל ואחרים (2009), יפן מספקת הטבות ציבוריות ל-13.5 אחוז מאוכלוסיית גילאי 65 ומעלה. הנתונים עבור אוסטריה מייצגים את אחוז מקבלי הקצבאות הכספיות לרכישת טיפול סיעודי

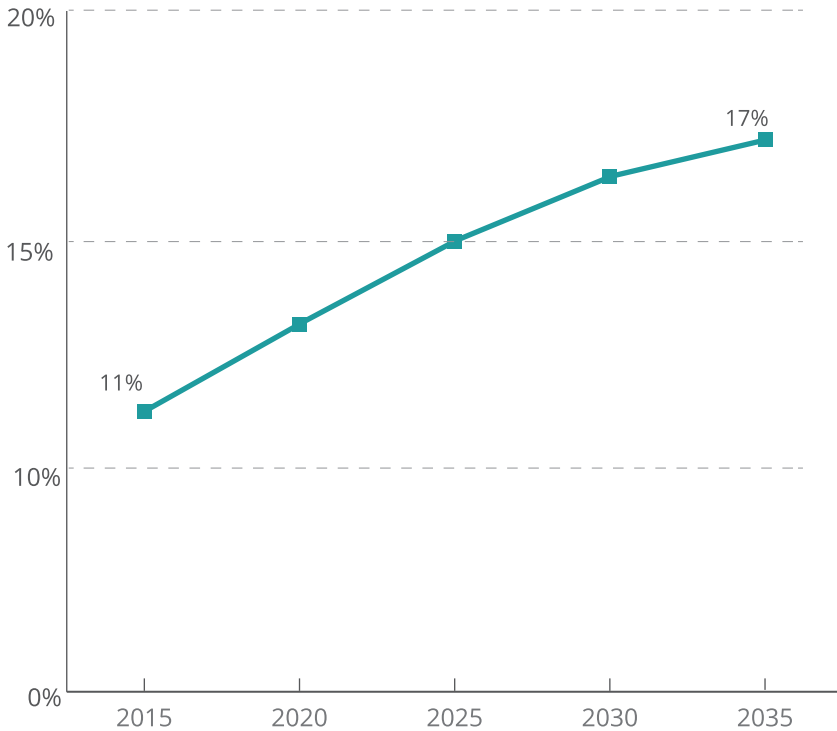
מקור: OECD (2016), עיבוד מרכז טאוב.

ניתן לראות במבנה הייחודי בישראל הישג מרכזי של פרק י' בחוק הביטוח הלאומי, המבטיח סיוע לקשישים בקהילה. עם זאת, השיעור הגבוה של המטופלים בקהילה לעומת מדינות ה-OECD האחרות עלול להצביע גם על אפשרויות מוגבלות יחסית של טיפול מוסדי, ועל כך שחלק גדול מהנטל נופל על משקי בית על כל המשתמע מכך, לרבות אובדן ימי עבודה. אפשר למצוא תימוכין להנחה זו ברמה הגבוהה של המימון הפרטי המוקדשת לטיפול סיעודי, בין השאר באמצעות עובדים זרים (לוח 2 לעיל). במצב עניינים זה ברור כי יש משקי בית שאינם יכולים לשאת בנטל המימון של עובדים זרים, ובהיעדר פתרון מוסדי ראוי הם חייבים לטפל בנוקקים בעצמם.

4. האתגרים המרכזיים בתחום הטיפול הסיעודי

ישראל עומדת בפני מציאות מאתגרת וייחודית בעולם המפותח בנושא הטיפול הסיעודי וביצועו, בשל כמה גורמים שהוזכרו לעיל: (א) היעדר הסדר ביטוח בעל אופי ציבורי (ביטוח ממלכתי או חובה) אשר מבטיח לכל תושב מימון טיפול סיעודי בסיסי, כולל טיפול במוסד; (ב) פיצול הסדרי המימון והאחריות לשירותים ובאספקתם בין גורמים שונים, המונע רצף טיפולי איכותי ויעיל; (ג) הגידול הצפוי בחלקם של בני 65 ומעלה באוכלוסייה והזדקנותם של האזרחים הוותיקים בני ימינו, אשר יביאו לכך שצורכי המימון יגדלו בשיעור גבוה יותר ממה שהסדרי המימון הנוכחיים עשויים לממן. יכולת המימון הפרטי תלך ותפחת ככל שחלקם של הקשישים באוכלוסייה יגדל על חשבון גילאי העבודה (תרשים 5). שינוי זה (הקרוי גם "יחס התלות") יפגע גם ביכולת המימון הציבורית.⁵

תרשים 5. מספר גילאי 70 ומעלה ביחס למספר גילאי 15–69: תחזית



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל | נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) תחזיות אוכלוסיות ישראל עד שנת 2035. לוח 10. החישובים מבוססים על תחזיות "הלופה הבינונית"

5 יש להביא בחשבון גם את עליית שכרם הריאלי של העובדים הזרים.

הגידול החד בצרכים צפוי להחריף את סוגיית הטיפול בבני משפחה קשישים ויטיל נטל הולך וכבד על משקי הבית, על המשמעויות הכלכליות הכרוכות בכך (בהיבט של שוק העבודה) ורווחתם של בני הבית המטפלים (ברודסקי, רוניצקי וסיטרון, 2011). בפרט צפויים גידול והרעה במצבן של "קבוצות ביניים" מהמעמד הבינוני התחתון, אשר אינן יכולות להרשות לעצמן מימון של עובד סיעוד פרטי, ונד בבד אינן יכולות לקבל סיוע ראוי לצורך טיפול מוסדי מפני שאינן עומדות במבחן הזכאות. חלק בלתי מבוטל מהקושי של משקי בית נובע מפיצול האחריות לניהול הטיפול הסיעודי בין הגופים השונים, המאלץ את בני המשפחה להתרוצץ בין המוסדות השונים.

אתגרי הביטוח הסיעודי הפרטי

אחת הגישות להסדרת נושא הטיפול הסיעודי – בפרט זו של משרד האוצר – גורסת שיש לטפל בבעיות בתחום באמצעות הרחבת הביטוחים הסיעודיים הפרטיים. אלא שלדעת המחברים, זו אינה יכולה להיות תשובה הולמת לבעיות בשוק הטיפול הסיעודי. ענף הביטוח הסיעודי הפרטי חשוף לכשלי שוק מכמה סיבות (Pestieau and Ponthiere, 2010):

- סיכון מוסרי גבוה יחסית: תושבים אינם נוטים לרכוש ביטוח פרטי, מתוך אמונה שגורם אחר (בעיקר המדינה) ידאג לרווחתם אם יגיעו למצב סיעודי, גם אם אין ברשותם ביטוח מתאים.
 - בסיס כלכלי צר יחסית שישמש לתשלומי תביעות: הבסיס הצר נובע כך שקהל היעד עלול להיות מצומצם למדי. מחד גיסא, בעלי הכנסה נמוכה אינם יכולים להרשות לעצמם את הביטוח. מאידך גיסא, בעלי הכנסה גבוהה עשויים להעדיף לשאת בהוצאות באופן ישיר ולא לרכוש פוליסת ביטוח, בפרט לנוכח עלות גבוהה. נוסף לכך, הביקוש לביטוח פרטי עשוי להיות נמוך בשל הסבירה שיש חלופות ציבוריות, אף שבדיעבד הן עשויות להתגלות כבלתי מספקות.
 - אקטואריה בעייתית בשל הקושי לחזות לטווח ארוך את הגידול באוכלוסייה הסיעודית ואת צורכי הטיפול: אי ודאות זו תורמת גם לפרמיות הגבוהות יחסית בביטוח הסיעודי.
 - צבירת עתודות ביטוח לאורך זמן מחייבת השקעות שיהיו חשופות לסיכונים שוק ההון.
 - קיים חשש להתפתחותה של "בחירה שלילית" (adverse selection): פרטים שנמצאים בסיכון גבוה יותר (ובעיקר כאלו שסיכוניהם קשים לאיתור) נוטים לרכוש ביטוח בשיעורים גבוהים יותר.²
- הגורמים השונים קשורים זה לזה. חוסר הרצון של צעירים לרכוש ביטוח – בעיקר בקרב אלה שנולדו למציאות של ביטוח בריאות ממלכתי – נובע הן מקוצר ראות וחוסר מודעות לצרכים עתידיים והן מחוסר היכרות עם שוק הביטוח הסיעודי, המוביל לאמונה שבבוא היום יזכו לטיפול מספק בזכאות ציבורית.
- עוד בעיה מבנית בביטוח הסיעודי היא חוסר סימטריה משמעותי במאזן הכוחות בין המבוטח למבטח בעת הצורך להפעיל את הביטוח: בעת הצורך בשיפוי המבוטח נמצא

2 הספרות חלוקה במידת החשיבות של כשל שוק זה בהקשר של ביטוחי חיים, פנסיה, סיעוד וירושה, היות שהמידע המצוי בידי הפרט אינו עולה בהכרח על התחזית שבידי חברת הביטוח בהינתן תיק רפואי מלא של המבוטח (Hendel and Lizzeri, 2003).

במצב שאינו מאפשר לו למצות את זכויותיו ללא סיוע.

לבעיות יסוד אלו מתווספות כמה סוגיות המאפיינות את שוק הביטוח הפרטי בישראל:

- ביטוח סלקטיבי: מכיוון שחברות הביטוח אינן מחויבות לקבל כל פונה, בדרך כלל האוכלוסייה הנוקקת ביותר – קשישים וחולים – נותרת ללא הגנה מבחינת ביטוח. לכאורה אפשר היה לטעון שהקשישים של היום היו צריכים לדאוג לביטוח מבעוד מועד, אולם שוק ביטוחי הסיעוד הוא חדש למדי ולכן טענה זו חסרת יסוד. יתרה מכך, כל עוד אין חובת ביטוח אוניברסלית מוסדרת (גם באמצעות הטלת מס), תמיד צפויה להיות קבוצה שלא רכשה ביטוח בגיל צעיר ותיאלץ להיוותר ללא טיפול סיעודי – או לקבל טיפול על חשבון הציבור – אם תזדקק לכך.
- מחסור במידע מספק לבחירה מושכלת: אין בידי הציבור כיום כלים הולמים לבחירה מושכלת בין פוליסות ביטוח שונות, בעיקר בכל הנוגע למידע בתחומי הכיסוי ותנאי הפוליסה (החרגות, הצמדת התגמולים למדד וכו'). כמו כן, חסר לציבור מידע על הסיכון להפוך לחולה סיעודי. היקף חוסר הידע בא לידי ביטוי בשיעור הניכר של מבוטחים שאינם יודעים כלל אם הם מבוטחים בביטוח סיעודי, קל וחומר שאינם מצויים בתנאי הפוליסה ובהיקף הכיסוי שרכשו.
- הגבלה של רמת הכיסוי הביטוחי: תגמולי הביטוח מוגבלים בתקרה המוגדרת מראש. בשיטה זו המבוטח חשוף לסיכון של עלייה במחיר שירותי הטיפול הסיעודי, ואין לו ערובות לכך שדמי הביטוח העתידיים יהיו בעלי ערך ריאלי (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003). נוסף על כך, לרוב המבוטחים בביטוח סיעודי אין כסוי לכל תקופת הצורך בטיפול סיעודי והם מוגבלים פרקי זמן של שלוש עד חמש שנים. כאשר אדם נתון במצב סיעודי פרק זמן ממושך יותר, ייתכן שמשפחתו תיאלץ לממן את כל עלות הטיפול כשתקופת המימון שמקצה המבטח הסתיימה. פרקי הזמן הקצרים מפחיתים את רמת הסיכון של המבטח – ועקב כך את הפרמיה למבוטח – אולם הם מגבירים מאוד את אי הוודאות של המבוטח בדבר זכויותיו העתידיות אם יצטרך לממש את הביטוח.
- פגיעה ברצף הביטוחי: בעיית הרצף הביטוחי מתעוררת כאשר מבוטחים בביטוח קבוצתי עוזבים את הקבוצה (עקב פרישה, פיטורים וכדומה), וכאשר הביטוח הסיעודי של הקבוצה אינו מתחדש בתום תקופת הביטוח. במקרים אלו המבוטחים בפוליסה נותרים ללא כיסוי. בעיה זו חמורה במיוחד בעבור מבוטחים קשישים או חולים, שהסבירות שחברת ביטוח חדשה תסכים לבטחם נמוכה. הוראות המפקח על הביטוח נועדו לפתור את בעיית הרצף בכך שהן מחייבות את החברה המבטחת לאפשר לפרט לרכוש פוליסה פרטית ללא חיתום מחדש. אולם הוראות אלו נותנות פתרון חלקי לבעיה, שכן העלות הגבוהה של פוליסת פרט לעומת הפוליסה הקבוצתית אינה מאפשרת לרבים מן המבוטחים לרכוש ביטוח מחדש, וכך למעשה נמנעת מהם הגנת הביטוח.

5. הפתרון הבין-לאומי לסוגיית הטיפול הסיעודי

ההשוואה הבין-לאומית מגלה כי נוכח הבעייתיות של הסתמכות על ביטוח פרטי בשוק הטיפול הסיעודי, כמעט אין מדינות הנוקטות פתרון זה בצורה נרחבת (ראו תרשים 3 לעיל). אפילו בארצות הברית, ששוק הבריאות הפרטי בה נחשב מפותח במיוחד, היו 8.1 מיליון פוליסות ביטוח סיעודי ב-2012 – נתון השווה ל-3.9 אחוזים מאוכלוסיית בני 25 ומעלה.

באותה השנה נקנו כ-322 אלף פוליסות חדשות בלבד. במדינות סקנדינביה כאמור נהוג טיפול סיעודי ציבורי בזכאות אוניברסלית. גם המדינות המפותחות הקרובות לישראל בהיבטים של מימון שירותי הרווחה בחרו בפתרונות של ביטוח אוניברסלי בעל אופי ציבורי, לעתים לצד מימון פרטי מצומצם (לוח 4).

לוח 4. מודלים של מימון טיפול סיעודי – מדינות נבחרות

מאפיינים ייחודיים	זכאות	צורת שיפוי	מקור מימון	צרפת
משקי בית בעלי הכנסות גבוהות נדרשים לממן ביטוח פרטי	אוניברסלית ברובה	מזומנים בלבד	מס כללי	
משקי בית בעלי הכנסות גבוהות רשאים לא לרכוש ביטוח, מתוך אמונה שבעת הצורך יוכלו לממן טיפול בעצמם	אוניברסלית	שירות או מזומנים	מס על שכר	גרמניה
-	אוניברסלית לגילאי 65 ומעלה	שירות בלבד	מס הכנסה מס כללי פרמיה מבוססת הכנסה	יפן
הממשלה מממנת את דמי ביטוח החובה לבעלי הכנסות נמוכות	אוניברסלית	שירות או מזומנים	מס הכנסה השתתפות עצמית (לפי יכולת תשלום)	הולנד
-	לפי מבחן אמצעים	שירות או מזומנים	מיסוי כללי	בריטניה

מקור: צ'רינחובסקי, קפלן, רגב ושטסמן, מרכז טאוב | נתונים: OECD (2016)

לביטוח הסיעודי במדינות הללו יש כמה מאפיינים שווים:

- הביטוח הוא ענף נפרד של מערכת הרווחה ואינו משתייך למערכת הבריאות.
- הביטוח הוא חובה לכל. המימון לתשלומים למבוטחים מגיע מכספי מסים או מביטוח חובה המבוסס על יכולת תשלום, ולפיכך יש בו סבסוד צולב.
- הכיסוי הוא אוניברסלי, לעתים בכפוף לזכאות על פי מבחני הכנסה – מה שמחזק את אלמנט הסבסוד הצולב.
- המערכות מבוססות על העיקרון של Pay as You Go³ ולא על קרנות צוברות.

3 בשיטת Pay as You Go, ההכנסות בכל תקופת זמן – שנה בדרך כלל – מכסות את ההוצאות, להוציא הפרשים העשויים להיווצר בין תקופות בשל ניהול הכספים. בקרנות צוברות, לעומת זאת, ההוצאות על שיפוי המבוטחים נלקחות מתוך כספי הכנסות שהצטברו על פי חישובים אקטואריים ארוכי טווח, שמטרתם להבטיח שאלה שמשלמים יצברו בממוצע את הסכום שהם צפויים להוציא בבוא היום, אנג השקעות מתאימות של הקרן.

- השיפוי בעבור טיפול ניתן באמצעות שירותים בעין (הטבות שוות ערך לכסף), מזומן או שילוב של השניים.
 - תשלום על ביטוח פרטי, בעיקר בארצות הברית אך גם ביפן ובגרמניה, מקנה זיכוי מס.
 - ביטוח החובה האוניברסלי הוא חלק חשוב ביכולת לממן טיפול סיעודי לכלל האוכלוסייה. הצורך בו נובע מכך שאנשים צעירים אינם נוטים לרכוש ביטוחים סיעודיים, וחובת התשלום מונעת מצב דומה למתרחש היום בישראל, שבו הם אינם רוכשים ביטוח פרטי בזמן ונאלצים להסתמך על המערכת הציבורית. כמו כן, היא מחייבת את הדור הצעיר להשתתף במימון ולא להטיל את מעמסת הטיפול בהוריהם על ציבור בעלי הביטוחים הפרטיים בלבד.
- כאמור, תפקיד הביטוח הפרטי במדינות ההשוואה הוא שולי – להוציא המקרה של צרפת, שם קבוצות בעלות הכנסה גבוהה נדרשות לממן ביטוח פרטי (Francesca, Jérôme, and Frits, 2011).

6. קווים מנחים לרפורמה בטיפול הסיעודי בישראל

כאמור בסעיף הקודם, במדינות מפותחות אחרות שוק הביטוח הפרטי לא הצליח להשתלב בצורה מהותית בפתרון סוגיית המימון של הטיפול הסיעודי, ומרבית המדינות המפותחות (להוציא שווייץ וארצות הברית כמובן) ויתרו עליו למעשה.

כפי שהודגם בסעיף 2 לעיל, הפתרון העיקרי בישראל כיום מבוסס על רכישת ביטוח סיעודי קבוצתי במסגרת העבודה, או ביטוח הכולל פרמיה קבוצתית במסגרת פוליסות שמוכרות קופות החולים (אשר רוכשות את הפוליסות מחברות הביטוח הפרטיות). פתרון זה אינו נותן מענה לחלקים נרחבים באוכלוסייה, בעיקר לאנשים מעוטי ההכנסה ולא לה שאינם עובדים במקומות עבודה המציעים ביטוח קבוצתי. יתרה מזו, הוא אינו עונה על הגידול בצרכים ובביקושים לטיפול סיעודי הצפוי לאור הזדקנות האוכלוסייה. גישת האוצר, הגורסת כי יש להרחיב את השימוש בפוליסות ביטוח פרטיות (בין השאר על ידי ביטול ביטוח קבוצתי במקומות העבודה) ככלי עיקרי להתמודדות עם הצרכים הסיעודיים של האוכלוסייה בעתיד, עומדת בניגוד למגמה הבין-לאומית. לעומת זאת המהלך של משרד הבריאות, החותר לאוניברסליות (ולו חלקית) של ביטוח סיעודי, תואם את המגמות הללו וראוי מבחינת עקרונות המימון הציבורי שבבסיסו.

ברוח זו יותוו בסעיף זה אפשרויות לרפורמה המבוססת על המגמות הבין-לאומיות, המשלימה את הרכיבים החסרים בהצעה הנוכחית של משרד הבריאות.

זכאות – רובד בסיסי

ראשית, מוצע להסדיר את חובת הביטוח הסיעודי בחקיקה כוללת חדשה. הטיפול הסיעודי עשוי להיות מוגדר כסל שירותים בסיסי כולל – כפי שנקבע, למשל, בתחום הבריאות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בשלב הראשון המדינה יכולה לכלול בסל זה את הטיפולים הניתנים כבר כעת במימון ציבורי מעבר לשירותים הרפואיים הניתנים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ראו לוחות 1 ו-2 לעיל). סל זה צריך לכלול גם שירותים סיעודיים בעיקרם מתחומים אחרים, כמו רווחת הפרט.

אשר לשאלת התניית הזכאות במבחן אמצעים: כאמור, מדינות שונות נוקטות גישות שונות בנושא זה. מחד גיסא, נראה כי כדי להתאים לגישה האוניברסלית של הביטוח

הסוציאלי בישראל, שלפיה הכל נהנים מהקצבאות בצורה שווה (קצבאות זקנה, למשל), יש להפוך גם את הזכאות לטיפול סיעודי לאוניברסלית. גישה כזו עשויה גם לסייע מבחינה פוליטית להחלטה להגדיל את בסיס המימון של הרובד הבסיסי. מאידך גיסא, בשל העלויות הגבוהות של הטיפול הסיעודי – שעוד צפויות לגדול בעשורים הקרובים – ייתכן שיש לשמר את מבחני ההכנסה ואף להעמיקם, כדי להבטיח פתרון מימון בר קיימא. יתרה מזו, סוגיית הסיכון המוסרי – "ניצול יתר" של הטיפול הסיעודי בשל היותו בסבסוד ציבורי – היא מהותית, ודורשת התייחסות בכל הצעה לתקצוב ציבורי לעניין (Bakx et al., 2015).

מימון הרובד הבסיסי

מימון הטיפול יהיה מבוסס בחלקו על המקורות הציבוריים הקיימים, ויהיה צורך להוסיף לכך מקורות חדשים. על הפרק עומדות שתי חלופות. הראשונה היא הצעת משרד הבריאות להגדיל את מס הבריאות ב-0.5 אחוז, תוך ביטול מבחן האמצעים ("הקודים"); השנייה היא הצעה למימון ייעודי בלתי תלוי במערכת הבריאות – באמצעות ביטוח חובה, מסים או שילוב של השניים.

לחלופה שמציע משרד הבריאות שני היבטים. מבחינה מהותית, היא כרוכה בשילוב מימון הטיפול הסיעודי במימון מערכת הבריאות. כאמור, הניסיון הבין-לאומי אינו תומך בפתרון כזה, ובמרבית המדינות מערכת הטיפול הסיעודי אינה משתייכת למערכת הבריאות. חשוב להדגיש כי גם אם המימון יגיע מהרחבת מס הבריאות, אין הכרח שהתקציב המיועד לטיפול סיעודי יועבר דווקא לקופות החולים.

ההיבט השני הוא מעשי – המשמעות התקציבית של הגדלת מס הבריאות. אם תתקבל הצעת משרד הבריאות לבטל את מבחן האמצעים, חלק ניכר מהגבייה הנוספת יוקדש להמרת השתתפות משקי הבית בטיפול הסיעודי המוסדי בסבסוד המדינה. למרות הגישה המבורכת והרחבת האחריות הממלכתית העולות מן ההצעה, מבחינת המימון אין בהצעה בבחינת בשורה היות שהסכום למימון ביטוח סיעודי מוסדי גבוה בהרבה, ועומד היום על כ-3.13 מיליארד שקלים. גם אם מניחים כי מחצית הסכום נובעת מבחירה חופשית של משק הבית (למשל בדיוור מוגן לקשישים מתפקדים), זהו עדיין סכום קטן מכדי להקל משמעותית את הנטל על משקי הבית.

לאור זאת, יש לשקול חלופה להגדלת מס הבריאות. על הפרק עומדות כמה אפשרויות,

ובהן:

- התבססות על מס כללי: השיטה הדומיננטית במדינות המפותחות, כמפורט לעיל, לרבות מסי הביטוח הלאומי.
- הטלת מס ייעודי: אפשרות דומה באופייה להרחבת מס הבריאות, אך מנותקת ממערכת הבריאות.
- הנהגת ביטוח חובה בקרנות צוברות, בנוסח הביטוחים הנרכשים כיום באמצעות קופות החולים או מקומות עבודה. אפשר שבביטוחים אלו יהיה סבסוד צולב, בדומה לביטוחים הפועלים כיום.

אין מניעה לשלב בין מקורות מימון שונים, למשל לממן את הזכויות הקיימות כבר כיום במערכת הציבורית ולגבות ביטוח חובה, אפילו בקרנות צוברות, לצורך טיפול סיעודי אוניברסלי כולל.⁴

מקור מימון אפשרי חדש להרחבת האחריות הציבורית לביטוח הסיעודי טמון במהלך להעלאת גיל הפרישה במשק, תחילה לנשים ובהמשך גם לגברים. התאמת גיל הפרישה להתארכות בתוחלת החיים תביא לחיסכון שנתי של מיליארדי שקלים בתקציב המדינה, הן בכספי המוסד לביטוח לאומי והן בסיוע המוענק לקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר. חיסכון זה יכול להיות מופנה במלואו לטובת שירותי סיעוד. לכריכת נושא העלאת גיל הפרישה בנושא הרפורמה בסיעוד יש הצדקה מעשית. יתר על כן, מאחר ששני הנושאים נוגעים לאותה אוכלוסייה, יש בכך כדי להגדיל את סיכויי ההצלחה הפוליטית להשגת הסכמה על שני המהלכים, לעומת הסכמה על כל מהלך בנפרד.

כפי שמשמע מהגידול בחלקם של הקשישים באוכלוסייה ביחס לגילאי העבודה, צורכי הטיפול הסיעודי בישראל צפויים לגדול בקצב מהיר יותר מקצב גידול התוצר הלאומי. קרוב לוודאי שעקב כך יואט גם קצב הגידול של המשאבים שהמדינה תוכל להעמיד לצורך מימון הטיפול הסיעודי. לפיכך, יש לשקול שילוב בין מנגנון ציבורי, אשר מבוסס על מיסוי ותשלומי חובה במערכת בשיטת Pay as You Go, ובין מנגנון נוסף של ויסות בין-דורי, אשר יעמיד לרשות המערכת מקורות יציבים בצורת תשלום ביטוח חובה צובר לאורך זמן. ביטוח צובר ייצור מנגנונים לצבירת עודף שוטף, ואלו יהיו עתודה כספית למימון עלות הטיפול הסיעודי בעתיד. בד בבד, אם יוחלט להתבסס על מערכת צוברת ביסודה יש לקבוע מנגנון ציבורי אשר ימנע זעזועים במימון עקב תנודות אפשריות בשוק ההון.

רצוי לקבוע בהסדר שכל המימון לטיפול הסיעודי ייגבה על ידי המוסד לביטוח לאומי בקרן המיועדת לכך. המוסד גובה כבר היום כשלושה רבעים מהמימון הציבורי של המערכת (לוח 2 לעיל), כלומר יש להעביר אליו את רק תקציבי משרדי הרווחה והבריאות המוקצים לתחום (בדיוק כפי שהמדינה נוהגת כיום בתקציב משרד הבריאות, המוקצה למוסד לביטוח לאומי לצורך העברה לקופות החולים).⁵

ביטוח סיעודי משלים

אין מניעה לאפשר ביטוחים אינדיבידואליים פרטיים, אם הם יוצעו בשוק הביטוח, להשלמת הרובד הבסיסי האוניברסלי אשר מוצע לעיל. לשם כך יהיה צורך להגדיר מחדש את חווי הביטוח הסיעודי שמציעה קופות החולים. לפי המתווה של ביטוח אוניברסלי, חלק מהתשלומים לקופות החולים יהפכו לביטוחי חובה (בדומה להמרת המס האחיד שהיה נהוג בזמנו למס הבריאות). החלק הנותר יוגדר כביטוח קבוצתי וולונטרי (בכפוף להסדרת הביטוחים הקבוצתיים הכוללים סכסוד צולב).

4 במובנים מסוימים יש דמיון בין הצעה זו למימון מערכת הבריאות באמצעות מס מחד גיסא ולביטוחים משלימים מאידך גיסא. בביטוחים המשלימים, שאינם מוגדרים כחובה אך כ-83 אחוז מהציבור מחזיקים בהם, יש אלמנטים של סכסוד צולב והם משלימים את המימון הציבורי. מהניסיון במערכת הבריאות, הסיכון בהסדר כזה הוא שלאורך זמן הממשלה ממירה באופן שיטתי את חלקה במימון (המגיע ממסים) במימון באמצעות ביטוחים משלימים, הכרוכים בהסדרים בלתי שוויוניים ובלתי יעילים.

5 גם הצעת משרד הבריאות להשתמש בכספי מס הבריאות למימון טיפול סיעודי תדרוש גבייה באמצעות המוסד לביטוח לאומי.

לפי המודל המוצע, הביטוחים הסיעודיים באמצעות הקופות יישארו בתוקף (בכפוף להסדרים החדשים ובניכוי ביטוח החובה כפי שיקבע) עד גמר החוזים בין חברות הביטוח והקופות. החל בתאריך מוסכם ייפכו ביטוחים אלו לביטוחים משלימים וולונטריים. הכיסוי הביטוחי שיוצע בהם יהיה אחיד לכל הקופות ויהיה רצף ביטוחי שיישמר בעת המעבר מקופה לקופה. המפקח על הביטוח יקבע כללים להעברת עתודות ביטוח מחברת ביטוח אחת לחברת ביטוח אחרת בעת מעבר המבוטח מקופה לקופה.

ראוי לציין כי הסדר זה מחייב מעורבות של קופות חולים כמתווכות בין המבוטחים לבין חברות הביטוח. אם הקופות בכל זאת ייוותרו מעורבות בתחום, יש לחייב אותן לנהל את הביטוח הסיעודי בתאגיד נפרד, אשר יתבסס על המקורות הכספיים המיועדים למטרה זו ויהיה אחראי למימון השירותים שחברי הקופה יהיו זכאים להם על פי חוק.

ארגון וניהול השירות (החזקת התקציב)

מרכיב מרכזי בהצעת משרד הבריאות הוא העברת האחריות לארגון ולניהול צריכת הטיפול הסיעודי – בניגוד להספקת השירותים עצמם – לקופות החולים (למעט הטיפול בקהילה ושירותים באחריות משרד הרווחה). אולם הצעה זו אינה כוללת איגוד של כל השירותים לקשיש הניתנים במימון ציבורי, והסוגיה הבסיסית של הפיצול במערכת, על השלכותיו, נותרת בעינה. העברה כזו פירושה שארגון וניהול צריכת הטיפול הסיעודי יתרחשו בשוק של תחרות מנוהלת, ויש לכך כמה השלכות (Bakx et al., 2015).

ראשית, הקשישים חייבים לבחור לאיזו קופת חולים הם רוצים להשתייך, ובשל שיקולי נוחות יש סיכוי גבוה שהם יישארו בקופה שהם חברים בה גם אם אינה מיטבית בנושא הטיפול הסיעודי. שנית, שילוב המימון לטיפול סיעודי במערכת הבריאות ייצור אפשרות לסבסוד צולב בין הביטוח הסיעודי לשאר השירותים הרפואיים הכלולים בסל הבריאות הבסיסי. הסיכון לכך עלול להיות גדול לנוכח גירעונות הקופות והכוח הפוליטי הדל של הקשישים. שלישית, יהיה צורך לפתח נוסחת הקצאה שלפיה יחושב הסכום שיועבר לקופות למימון הביטוח הסיעודי או לשכלל את הנוסחה הקיימת, אשר גם בצורתה הקיימת היא בעייתית ובלתי מפותחת ביחס לעולם. שווייץ ובלגיה למשל ניסו לנסח נוסחה מתאימה אך ללא הצלחה יתרה, אף שמערכות הקפיטציה בהן מפותחות ביותר ביחס לנוסחה הישראלית. מכך עולה השלכה רביעית: הקופות יכולות להפלות קשישים משיקולים פיננסיים. נוסף לעניינים אלו, ולסוגיה הבסיסית של הפיכת הטיפול הסיעודי למבוטח-רפואה, נשאלת גם השאלה: באיזו מידה קופות החולים בישראל ערוכות להתמודד עם הטיפול הסיעודי כיום, ועם המכלול הרצוי בבוא היום?

לאור סוגיות אלו, יש לשקול כי במסגרת החקיקה החדשה ייקבע כי האחריות לטיפול הסיעודי על כל מרכיביו תוטל על רשות לאומית ייעודית. נוסף למניעת הבעיות שהוזכרו בהקשר של ניהול בקופות החולים, למהלך כזה יש כמה יתרונות:

מוטב לטפל באוכלוסייה הסיעודית ובאוכלוסייה העצמאית למחצה יחד, הן בהיבט חברתי-כלכלי והן בהיבטים המקצועיים של רצף טיפולי; מטבע הדברים מצבם הבריאותי של חלק מהזכאים לגמלת סיעוד מידרדר בהדרגה עד כדי תלות מוחלטת בזולת והגדרתם כחולים סיעודיים.

ניהול משותף של הביטוח הסיעודי האוניברסלי יביא בטווח הארוך לחיסכון כספי ולשיפור ברווחת הציבור, שכיום נאלץ להתמודד עם סיבוכים ביורוקרטיים בשל הפיצול הקיים במערכת (צ'רניחובסקי וקורא, 2009).

רשות ההגירה תוכל לפקח ביתר קלות על שהייתם של מטפלים זרים בארץ ותחום הסיוע הביתי יוסדר על כל היבטיו: כללים להוצאת אישורים לסיוע צמוד, איתור עובד זר למי שיימצא זכאי והסדרת ההעסקה של עובדים זרים במוסדות סיעודיים.

טיפול בחולה סיעודי בביתו מחייב הוצאות שונות שאינן רפואיות, כגון שכרו של עובד זר ורכישת חיתולים ואביזרים רפואיים. קופות החולים ערוכות לספק חלק מהשירותים והמוצרים הללו, או לרכוש אותם מספקי שירותים חיצוניים, הן אינן ערוכות לשלם למבוטחיהן החזר על שירותים אלו בהיקפים גדולים. הטלת האחריות על רשות מיוחדת עשויה לתת מענה הולם לסוגיה זו.

הספקת השירותים

בניגוד לסוגיות הניהול והארגון, פונקציית הספקת השירותים אינה דורשת רפורמה מבנית. המתכנתת המקובלת כיום – הספקת הטיפול בידי גורמים פרטיים מצד אחד, ובאמצעות קופות החולים מצד אחר – יכולה להישאר על כנה. האתגר הוא לבחור מנהל תקציב כולל, שירכוש שירותים לפי הצורך.

סיכום

האוכלוסייה בישראל צפויה להזדקן באופן משמעותי בעשורים הקרובים. עקב כך, מדד אי התפקוד – שמטבע הדברים גבוה יותר בקרב קשישים – צפוי לגדול בקצב מהיר יותר מקצב הגידול של האוכלוסייה. התפתחות זו, בשילוב שינוי היחסים בין קבוצות הגיל – עלייה במספרם של בני 70 ומעלה ביחס לבני 15-69 – צפויים להחריף את סוגיית הטיפול הסיעודי (אף שהוא אינו מיועד רק לקשישים).

מהשוואה בין-לאומית עולה שהמערכת בישראל אינה שוויונית (אין בה ביטוח אוניברסלי) ואינה יעילה בתחום הטיפול הממושך. מאפיין בולט ביותר של הטיפול הסיעודי בישראל הוא חלקו הגבוה במיוחד של המימון הפרטי, העומד על קרוב ל-50 אחוז – יותר מפי שלושה מהשיעור במדינות ה-OECD. ישראל בולטת גם בשיעור בני 65 ומעלה המטופלים בקהילה: כ-19 אחוז לעומת ממוצע של כ-9 אחוז במדינות ה-OECD. נתון זה עלול להעיד על מחויבות גדולה יותר לטיפול בקהילה בישראל, אך הוא עלול גם להצביע על אפשרויות מוגבלות יחסית של נגישות לטיפול מוסדי. במצב זה חלק גדול מהנטל נופל על משקי הבית, מה שמביא לחוסר שוויון בין משפחות ברמות הכנסה שונות.

התלות הרבה יחסית במימון פרטי יוצרת מערכת שאינה בת קיימא לאורך זמן. על בסיס בחינת הניסיון הבין-לאומי, ובהתבסס על ההצעות להסדרת התחום שהעלו משרד האוצר ומשרד הבריאות, מוצע לבחון את הפתרון לאתגר מימון הטיפול הסיעודי וארגונו על פי הצעדים הבאים:

- קביעת סל בסיסי אוניברסלי לטיפול סיעודי. הסל ימומן מאיגום כל המשאבים הציבוריים המוקצים כיום לתחום במשרד הרווחה, במוסד לביטוח לאומי ובמשרד הבריאות בחשבון המיועד לכך.
- הנהגת ביטוח סיעודי ממלכתי בניהול גוף ייעודי שיוקם למטרה זו, או במסגרת המוסד לביטוח לאומי.
- המרת חלק מהביטוחים הפרטיים הנמכרים בקופות לביטוח ממלכתי. המדינה עשויה

- לסבסד את תשלום הביטוח עבור אוכלוסייה חלשה, בכפוף למבחן הכנסה.
- הסדרת הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים שנמכרים בקופות, שיהפכו לביטוחים משלימים לביטוח הממלכתי.
 - בחינה מחדש של הגדרת חולה סיעודי, לאור ריבוי התלונות בנושא (בתחילת התהליך אפשר להתבסס על ההגדרה המקובלת כיום בחברות הביטוח הפרטיות).
 - הפעלת מנגנון מקצועי (מטעם הגוף הייעודי שיוקם) שיבחן את זכאותם של חולים סיעודיים לקבלת "גמלת סיעוד".
 - הגדלה עתידית של גמלת הסיעוד תיבחן מעת לעת, על פי צורכי החולים הסיעודיים מחד גיסא והיכולת של הקופה הציבורית לממן את התשלומים לכלל המבוטחים מאידך גיסא.

מקורות

- בנק ישראל (2012), **דוח בנק ישראל 2011**, בנק ישראל, פרק ח', עמ' 293-322.
- ברודסקי, ג'ני, שירלי רוניצקי ודניאלה סיטרון (2011), **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע לתמיכה**, מאירס ג'וינט מכון ברוקדייל, המרכז לחקר הזיקנה.
- ברמלי-גרינברג, שולי ורויטל גרוס (2003), **שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל**, 2001, ג'וינט – מכון ברוקדייל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013), **תחזית אוכלוסייה לישראל עד שנת 2035**, לוח 10.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015), **סקר הוצאות המשפחה 2014**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016), **שנתון סטטיסטי לישראל מס' 66**, 2015, פרק 6.
- המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון (2015), **דוח שנתי 2014**, עמ' 151.
- חורב, טוביה, ניר קידר ועידן הרשקוביץ (2011), **ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה**, משרד הבריאות.
- משרד האוצר, אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון (2015), **דוח לשנת 2014**, פרק ג', עמ' 17.
- משרד הבריאות (2015), **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל**, 2014, אגף המידע, עמ' 149.
- משרד הבריאות, **תעריפון, עדכונים במחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז** (תאריך תחולה: 01.01.2014), תעריף ליום אשפוז, מחלקה סיעודית מורכבת בבית חולים כללי.
- צ'רניחובסקי, דב (2011), **שינוי בהקצאה לקופות החולים לצמצום פערים בין מרכז ופריפריה – האומנם?**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, דב ומיכל קורא (2009), "מימון וארגון הטיפול הממושך בישראל – סוגיות וקווים לרפורמה", **גרונטולוגיה**, לו (1), עמ' 117-149.
- רשות האוכלוסין וההגירה (2016), **כוח אדם בענף הסיעוד כמבט השוואתי: תמונת מצב וכיוונים השוואתיים**.
- רשות האוכלוסין וההגירה (2016), **ענף הסיעוד בישראל ובעולם – לאן? נתונים משנת 2014**, האגף לתכנון מדיניות.
- שטסמן, יוחנן (2011), **הוועדה לתכנון המערכת הגריאטרי הלאומי ל-2010-2020 ו-2020-2030**: דין וחשבון הוועדה והמלצותיה, משרד הבריאות.

American Association for long-term care (2014), [Long-Term Care Insurance Facts - Statistics](#).

Bakx, Pieter, Dov Chernichovsky, Francesco Paolucci, Erik Schokkaert, Maria Trottmann and Juergen Wasem (2015), "Demand-Side Strategies to Deal with Moral Hazard in Public Insurance for Long-Term Care," *Journal of Health Services Research & Policy*, 20 (3), pp. 170–176.

Chernichovsky, Dov (1995), "Health System Reforms in industrialized Democracies: An Emerging Paradigm," *The Milbank Quarterly*, 73 (3), pp. 339–372.

Chernichovsky, Dov (2002), "Pluralism, Public Choice, and the State in the Emerging Paradigm in Health Systems," *Milbank Quarterly*, 80 (1), pp. 5–39.

Chernichovsky, Dov, Michal Koreh, Sharon Soffer and Shirley Avrami (2010), "Long-Term Care in Israel: Challenges and Reform Options," *Health Policy*, 96 (3), pp. 217–225.

Colombo, Francesca, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier and Frits Tjadens (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD.

Hendel, Igal and Alessandro Lizzeri (2003), "The Role of Commitment in Dynamic Contracts: Evidence from Life Insurance," *Quarterly Journal of Economics*, 118 (1, Feb), pp. 299–327.

Jouvet, Pierre-André, Pierre Pestieau and Gregory Ponthiere (2010), "Longevity and Environmental Quality in an OLG Model," *Journal of Economics*, 100 (3), pp. 191–216.

OECD (2016), [OECD Labour Force Statistics 2015 - Demography - Elderly Population](#).

OECD Dataset: [Population, OECD: Dataset: Health Expenditure and Financing](#).