

3. ביטוח סיעוד

א. כללי

תוכנית ביטוח סיעוד אושרה בכנסת ב-1980 במסגרת חוק הביטוח הלאומי והפעלתה החלה באפריל 1988. ביטוח סיעוד נועד לאפשר לקשישים להמשיך ולחיות במסגרת הקהילה זמן ממושך ככל האפשר, באמצעות מתן טיפול אישי לאלה מהם הזקוקים לעזרה בתפקוד היומיומי או להשגחה ובכך לסייע למשפחות המטפלות בהם. החוק חל על כל מי שמבוטח בביטוח זיקנה ושאיירים, על עקרות בית (נשים נשואות שאינן עובדות מחוץ לביתן) ועל עולים חדשים שאינם מבוטחים בביטוח זיקנה ושאיירים.

לגמלת סיעוד זכאי כל קשיש תושב ישראל המוגבל בתפקודו הפיזי או הקוגניטיבי והוא עומד במבחן הכנסות¹ על-פי התקנות. במבחן ההכנסות נבחנות הכנסות הקשיש וכן הזוג, בלבד. החוק מבחין בין מקבלי גמלה בכסף כחלק מהתוכנית הניסיונית לבין מקבלי גמלה בכסף משום שאי אפשר לספק להם שירות (גמלה בעין). לראשונים נערך מבחן הכנסות זהה בכלליו לזה הנערך למקבלי גמלה בעין. לאחרונים, כתנאי לקבלת גמלה בכסף, נבחנת גם הכנסת בן המשפחה המטפל בקשיש וגר עימו. ובמבחן תלות בעזרת הזולת לביצוע פעולות היומיום, ובתנאי שהוא מתגורר בקהילה (בביתו, בבית בן משפחה או ב"דוור מוגן"). מי ששוהה במוסד סיעודי או במחלקה סיעודית בבית אבות אינו זכאי לגמלה.

מבחן התלות (ADL) מעריך את מידת הנזקקות לסיוע הזולת לביצוע פעולות היומיום הבסיסיות: רחצה, הלבשה, ניידות (תנועה בבית ונפילות), טיפול בהפרשות ואכילה (כולל היכולת לחמם מזון ושתייה). מבחן התלות מעריך גם את הצורך בהשגחה בשל פגיעה ביכולת הקוגניטיבית, הידרדרות בבריאות הנפשית או בשל מצב רפואי-פיזי. את מבחן התלות בעזרת הזולת עושים מעריכים מקצועיים - אחיות/אחים, מרפאות/ים בעיסוק ופיזיותרפיסטים/ים העוברים הכשרה מתאימה.

קשיש שמלאו לו 90 שנים יכול להיבדק במבחן התלות בידי רופא מומחה בגריאטריה בבית חולים, במרפאה או ביישובים מסוימים במוסד ציבורי. ממאי 2012 ועד אפריל 2013 גם בני 80-89 בשלושה מסניפי המוסד יכלו, במסגרת תוכנית ניסיונית, לבחור להיבדק בידי רופא מומחה בגריאטריה. מאוקטובר 2013 הורחבה התוכנית הניסיונית לבני 80-89 לשלושה סניפים נוספים, והיא אמורה להתקיים עד יולי 2014 (ר' סעיף ב' להלן).

בינואר 2007 נקבעו **שלוש רמות של גמלת סיעוד**, שמותאמות לשלוש רמות תלות: גמלה בשיעור 91% מקצבת נכות מלאה ליחיד, המממנת 9.75 שעות טיפול ביתי שבועיות; גמלה בשיעור 150% מקצבת נכות מלאה ליחיד, המממנת 16 שעות טיפול ביתי שבועיות; וגמלה בשיעור 168% מקצבת נכות מלאה ליחיד, המממנת 18 שעות טיפול ביתי שבועיות. יחיד זכאי לגמלת סיעוד מלאה לפי רמת התלות שנקבעה, אם הכנסותיו אינן עולות על השכר הממוצע (8,828 ש"ח בשנת 2013), ולמחצית הגמלה - אם הכנסותיו גבוהות מהשכר הממוצע ועד 1.5 פעמים השכר הממוצע. אם הכנסותיו גבוהות מ-1.5 פעמים השכר הממוצע - הוא אינו זכאי לגמלה. זוג זכאי לגמלה מלאה כאשר הכנסותיו המשותפות אינן עולות על 1.5 פעמים השכר הממוצע, ולמחצית הגמלה אם הכנסותיו גבוהות מ-1.5

1 במבחן ההכנסות נבחנות הכנסות הקשיש וכן הזוג בלבד. החוק מבחין בין מקבלי גמלה בכסף משום שאי אפשר לספק להם שירות (גמלה בעין). לראשונים נערך מבחן הכנסות זהה בכלליו לזה הנערך למקבלי גמלה בעין. לאחרונים, כתנאי לקבלת גמלה בכסף, נבחנת גם הכנסת בן המשפחה המטפל בקשיש וגר עימו.

פעמים השכר הממוצע ועד 2.25 פעמים השכר הממוצע. זוג שהכנסותיו יותר מ-2.25 פעמים אינו זכאי לגמלת סיעוד. כאשר שני בני הזוג מגישים תביעה לגמלה, הכנסתם המשותפת מחולקת לשניים ומבחן הכנסות נעשה לכל אחד מהם כאילו היו יחידים. בינואר 2013 עודכנה גמלת הסיעוד בשיעור של 1.4%, ובינואר 2014 - בשיעור של 1.9% (בהתאם לעליית המחירים ב-2012 ו-2013).

מי שמקבל גמלת סיעוד באחת משתי הרמות הגבוהות של הגמלה, והוא מעסיק עובד ישראלי בלבד ואינו מעסיק כלל מהגר עבודה (הן במסגרת גמלת הסיעוד והן מחוץ למסגרת זו), זכאי לתוספת שעות טיפול שבועיות. מי שתלוי במידה רבה מאוד בעזרת הזולת, כלומר זכאי לגמלה בשיעור 150% מקצבת נכות מלאה, זכאי לתוספת של שלוש שעות טיפול שבועיות. מי שתלוי לחלוטין בעזרת הזולת וזכאי לכן לגמלה בשיעור 168% מקצבת נכות מלאה, זכאי לתוספת של ארבע שעות טיפול שבועיות. מי שזכאי למחצית הגמלה עקב הכנסות זכאי למחצית תוספת השעות לפי רמת התלות שנקבעה לו.

גמלת הסיעוד אינה משולמת בכסף, אלא ניתנת לזכאים כשירותים בידי ארגונים שהמוסד משלם להם בעבור שירותים אלה (גמלה בעין). סל שירותי הסיעוד שמכסה הגמלה כולל טיפול אישי או השגחה בבית, הסעה וטיפול אישי במרכז יום, אספקת מוצרי ספיגה, שירותי מכבסה ומימון שימוש במשדרי מצוקה. גמלה בכסף מוענקת לזכאים שאין בעבורם שירותים זמינים או שירותים שאפשר לספקם במועדים הנקובים בחוק ולזכאים במסגרת תוכנית ניסיונית המופעלת בסניפים אחדים של המוסד.

במארס 2008 החל המוסד לביטוח לאומי להפעיל **תוכנית ניסיונית של מתן גמלה בכסף** ביישובים השייכים לסניפי אשקלון, בני ברק, נהריה ורמת גן. במאי 2010 הורחבה התוכנית גם ליישובים השייכים לסניפי אשדוד, טבריה וירושלים, וביוני 2011 - גם ליישובים השייכים לסניפי חולון ונתניה. התוכנית הניסיונית במתכונתה זו הסתיימה באפריל 2013. במסגרת התוכנית, קשישים ביישובים הללו יכלו לבחור בגמלה בכסף בתנאי שהיו זכאים לגמלה בשיעור 150% או 168% מקצבת נכות מלאה (או למחצית הגמלאות, בגלל מבחן הכנסות) וקיבלו שירותי סיעוד בפועל ממטפל שאינו קרוב משפחה במשך שישה ימים בשבוע 12 שעות ביממה לפחות. הקשישים יכלו לבחור לעבור לגמלה בכסף או לחזור לגמלה בעין בכל עת שרצו. את התוכנית ליוו מחקרים, שבדקו את מאפייני הבוחרים בגמלה בכסף לעומת כלל הזכאים, וכן נעשתה בקרה על איכות הטיפול של המקבלים באזורים הללו ובאזורים אחרים. ממארס 2014 ועד סוף 2014 הורחב הניסוי של אפשרות בחירה בגמלה בכסף בכל הארץ (ר' סעיף ב' להלן).

על-פי החוק, על שר הרווחה והשירותים החברתיים למנות ועדות מקומיות מקצועיות, שבהן עובד סוציאלי ברשות המקומית, אחות קופת חולים ונציג המוסד לביטוח לאומי. על הוועדה לקבוע את תוכנית הטיפול לקשיש הזכאי לגמלה - אילו שירותים יש לספק לו ומי יספק אותם. על הוועדה גם לדאוג שהשירותים אכן יסופקו, או לחילופין לקבוע במפורש שאין שירותים זמינים בעבור אותו קשיש. הוועדה גם רשאית שלא להיענות לבקשה לקבל גמלת סיעוד בכסף במסגרת התוכנית הניסיונית, אם היא סבורה שהקשיש ומשפחתו אינם כשירים להשתמש בכספי הגמלה למטרות שאליהן נועדה, וכן רשאית לקבוע האם המטפל הצמוד מתאים והאם שירותי הסיעוד שמקבל הקשיש מספקים. הוועדה יכולה לשלול תשלום גמלה בכסף ולחייב לקבל גמלה בעין.

2 ממארס עד ספטמבר 2009 שולמה תוספת זו על-פי הסכם עם משרד האוצר ובמימונו. מאוקטובר 2009, בהתאם לחוק ההתייעלות הכלכלית לשנים 2009-2010, התוספת משולמת על פי חוק הביטוח הלאומי ובמימונו.

ב. שינויי חקיקה ושינויים מינהליים

• תשלום גמלה בכסף

התוכנית הניסיונית למתן גמלה בכסף בתשעה מ-23 סניפי המוסד לביטוח לאומי הסתיימה ב-30.4.2013. ב-31.7.2013 התקבל תיקון בחוק, ולפיו מי שזכאים לגמלת סיעוד והם מעסיקים מטפל צמוד שישה ימים בשבוע 12 שעות ביממה לפחות, שאינו בן משפחה, יוכלו לקבל גמלה בכסף. שיעורי הגמלה בכסף - 80% משיעורי גמלת הסיעוד בעין³. התיקון אינו מגביל את קבלת הגמלה בכסף לפי רמות גמלה, סוג המטפל (ישראלי או זר) או אזורים בארץ.

התיקון לחוק קבע כי החוק ייקבע כהוראת שעה למן פרסום תקנות ליישום הוראות החוק ועד ה-31.12.2014. במהלך תקופה זו מחויב המוסד לביטוח לאומי לעקוב במחקר אחרי יישומו והשלכותיו. תיבה 1 מציגה את מסקנות המחקר המלווה שעשה מכון ברוקדייל עבור המוסד לביטוח לאומי.

ב-6.2.2014 פורסמו תקנות נוספות, שלפיהן מי שיתחילו להעסיק מטפל זר או יחדשו היתר להעסקת מטפל זר שהותלה, יתבקשו לבחור בעת הגשת הבקשה אם לקבל את הגמלה בעין או בכסף.

ב-1.3.2014 נכנס לתוקף תיקון נוסף, שלפיו הזכאים רשאים לעבור בין הגמלאות - כסף ובעין - בכל זמן, והמעבר יחל להתבצע בחודש שלאחר אישור הבקשה. הזכאים גם יכולים לקבל שירותי סיעוד נוספים, לפי החוק, ומשווי גמלתם המלאה ינוכה שווי שירותי הסיעוד הנוספים, ומההפרש - יופחתו 20% (כך שערך הגמלה בכסף יהיה 80% מערך הגמלה בעין).

עוד נקבע, כי המקבלים גמלה בכסף ומעסיקים מטפל זר זכאים לבקש מהמוסד לנכות מקצבתם 12% משכר המינימום לקופת גמל לקצבה עבור המטפל, ואם יעשו כן רואים אותם כמי שמילאו את חובתם להפריש כספים לפיקדון לפי חוק עובדים זרים.

• הערכת תלות לבני 80-89

ב-30.4.2013 הסתיימה התוכנית הניסיונית המאפשרת לבני 80-89 ביישובים השייכים לסניפי הביטוח לאומי בטבריה, בירושלים ובפתח תקוה, להיבדק למבחן תלות בידי רופא מומחה בגריאטריה (מסקנות התוכנית מוצגות בתיבה 2)⁴. התוכנית הורחבה לשלושה סניפים נוספים - באר שבע, נהריה ורמת גן, והיא תימשך עד סוף יולי 2014.

על הערכת התלות להיעשות בבית התובע ולא במרפאת הרופא, בידי רופא במסגרת עבודתו במוסד רפואי בבעלות ציבורית. התובעים אינם נדרשים לשלם בעבור ההערכה, חוץ מהשתתפות עצמית לפי כללי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הם יכולים לבחור גם במעריכות/ים מטעם הביטוח הלאומי שיעשו את הערכת התלות, כבעבר.

• הוועדה לבחינת מבחן הבדיקה בסיעוד ובשר"מ במסגרת הביטוח הלאומי (ועדת בן יהודה): ביולי 2012 התכנסה ועדה ציבורית בראשות פרופ' אריה בן יהודה, רופא מומחה בגריאטריה מבית החולים הדסה עין כרם, כדי לבחון את מבחן הערכת התלות הקיים בסיעוד ובשירותים מיוחדים (שר"מ בענף נכות כללית). הוועדה, שבה היו חברים רופאים מומחים בגריאטריה,

3 הפער בין ערכי גמלת סיעוד בעין ובכסף נובע מהעלויות הנוספות החלות על חברות סיעוד, שיחידים אינם נדרשים להן; תשלום מע"מ ועלויות העסקת בעלי מקצוע כגון עובדים סוציאליים.

4 לפי סעיף 224(ג) לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, מאוגוסט 2008 בני 90 ויותר יכולים לבחור ברופא/ה מומחה/ית בגריאטריה לביצוע הערכת התלות במקום במעריך/ה מטעם המוסד לביטוח לאומי.

תיקוני חקיקה
נוספים הוכנסו בנוגע
לגמלאות בכסף ובעין
גם ב-2014

ב-30.4.2013 הסתיימה
התוכנית הניסיונית
המאפשרת לבני 80-89
להיבדק למבחן תלות
בידי רופא מומחה
בגריאטריה

מומחית בגרונטולוגיה, נציגים מהביטוח הלאומי ונציגים ממשרד הבריאות וממשרד הרווחה - הגישה באפריל 2013 את מסקנותיה למנכ"ל המוסד לביטוח לאומי⁵.

הוועדה מונתה כדי להעריך את מבחן התלות הקיים לאור הביקורת המקצועית והציבורית עליו ולאור הצורך בבחינה תקופתית בעקבות התפתחות הידע בתחומי הסייעוד, הרפואה והגרונטולוגיה והצורך בהשוואה למדינות אחרות. הוועדה נדרשה גם לעניין שיפור המבחן הקיים וחיזוק הלגיטימציה הציבורית לפעולת הביטוח הלאומי בתחום זה.

הוועדה המליצה להותיר על כנו את המבחן הקיים אך להכניס בו שיפורים, בהם הערכה על הצורך בהשגחה עקב שינויים קוגניטיביים, מגבלות בניידות וטיפול בהפרשות, פישוט השימוש במבחן והגדרה ברורה יותר של שיטת הניקוד. מבחני ההערכה הנהוגים בעולם נפסלו כיוון שהם עוסקים בהיבטים רפואיים, פסיכולוגיים וחברתיים ולא במידת הצורך בטיפול ביתי. הוועדה המליצה להוסיף ולדבוק בהמלצות ועדת בריל⁶ ולצמצם את הצורך בביצוע הדגמות שיש בהן תחושה של פגיעה בצנעת הפרט.

אגף הסייעוד במינהל הגמלאות בשיתוף מינהל המחקר והתכנון בדק את המבחן המוצע והמבחן הקיים, כדי לוודא שהשימוש במבחן החדש אכן מקל על הנבדקים ועל הבודקים ומנקד באופן דומה את רמת התלות. נעשו גם הערכות כיצד השימוש במבחן המוצע ישפיע על מספר הזכאים ועל רמות התלות שלהם. המלצות הוועדה אושרו בידי שר הרווחה והשירותים החברתיים, מנכ"ל הביטוח הלאומי ומינהלת המוסד. עד כה עדיין לא הושלמה ההיערכות לשימוש במבחן החדש.

תיבה 1

מתן גמלת סיעוד בכסף – מחקר מלווה¹

מבוא ומטרות

התוכנית הניסיונית למתן גמלת סיעוד בכסף הופעלה ממארכ 2008 עד אפריל 2013 בסניפים אשקלון, בני ברק, נהריה ורמת גן. במאי 2010 הורחבה התוכנית לסניפים אשדוד, טבריה וירושלים, וממאי 2011 גם לחולון ונתניה. השתתפו זכאים לגמלת סיעוד ברמות 150% או 168% (וכן מחצית הגמלאות הללו מפאת מבחן הכנסות), המתגוררים ביישובים השייכים לסניפים אלה ומעסיקים מטפל צמוד שאינו בן משפחה שישה ימים בשבוע, 12 שעות ביום לפחות. הם יכלו לבחור בין גמלה בעין או בכסף ואף לעבור בין שתי שיטות מתן הגמלה בכל זמן וללא הגבלת מספר המעברים.

לבקשת הביטוח הלאומי, ביצע מכון ברוקדייל מחקר מעקב אחר התוכנית. למחקר היו ארבע מטרות: (א) לבחון את היקף הבחירה בגמלה בכסף ואת מאפייני הבוחרים; (ב) לבחון את השיקולים לבחירה ולא-בחירה בגמלה בכסף; (ג) לבחון את השלכות הגמלה בכסף על איכות הטיפול, היענות לצרכים והעסקת המטפל הסייעודי; (ד) לבחון את התמורה הנתפסת, הקשיים ושביעות הרצון מההסדר. תיבה זו מציגה תמצית של המחקר והממצאים העיקריים העולים ממנו.

1 המחקר המלא: ברודסקי ג', רוניצקי ש' וכהן י' (2013). תכנית ניסיונית למתן גמלאות כספיות במסגרת חוק ביטוח סיעוד, מחקרים לדיון 112. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי/מינהל המחקר והתכנון ומאירס-ג'וניט-מכון ברוקדייל/ המרכז לחקר הזיקנה. תיבה זו מביאה את עיקרי התקציר המופיע בפרסום זה.

5 הוועדה לבחינת כלי הבדיקה בסייעוד ובשר"מ במסגרת הביטוח הלאומי, דוח סופי, אפריל 2013.
6 הוועדה לבדיקת הסדרי ביצוע מבחן תלות לקבלת גמלה לפי חוק סיעוד, בראשות ד"ר שי בריל, מנהל בית החולים בית רבקה, הגישה את המלצותיה ב-5 ביולי 2005.

היקף הבחירה

חלקו הראשון של המחקר התבסס על ניתוח נתונים מינהליים של המוסד לביטוח לאומי על כלל הזכאים לרמות הגמלה 150% ו-168% ביולי 2012, כדי לעמוד על היקף הבחירה ועל מאפייני הבוחרים והלא-בוחרים. מתחילת הניסוי עד יולי 2012, 1,953 זכאים קיבלו גמלה בכסף בתקופה מסוימת. 83% מהבקשות לגמלה זו אושרו בידי הוועדות המקצועיות המקומיות. הסיבות העיקריות לדחיית בקשות היו העדר היתר בתוקף להעסקת מטפל זר והעדר חוזה העסקה עמו.

בכל תשעת הסניפים קיבלו ביולי 2012 1,224 זכאים גמלה בכסף - כמעט כולם העסיקו מטפלים זרים - ואלה היו כ-4.5% מכלל הזכאים הפוטנציאליים. 9.8% מבעלי ההיתר למטפל זר בחרו בגמלה בכסף - מ-5.9% בסניף נהריה עד 18.7% בסניף אשקלון. עם זאת, ההבדלים בין הסניפים לא נבדקו לעומק במחקר זה.

לזכאים מוגבלים יותר, שלתומכים העיקריים בהם משאבים רבים יותר, היה סיכוי גבוה יותר לקבל גמלה בכסף. בניתוח רב-משטני שכלל את מאפייני הזכאים ואת מאפייני התומך העיקרי, נמצא שבעלי הסיכוי היחסי לקבלת גמלה בכסף היו זכאים שאינם עולים משנות התשעים ואילך, בעלי רמת גמלה של 168%, שהתומך העיקרי שלהם אינו עולה משנות התשעים ואילך, הוא בעל רמת השכלה גבוהה למדי ומצבו הכלכלי מוערך על ידו כטוב למדי. לא נמצא הבדל בסיכוי לקבל גמלה בכסף בין מי שהיו זכאים להשלמת הכנסה לבין מי שלא, וגם לא בין מי שהיו זכאים לגמלת סיעוד לפני תחילת התוכנית הניסיונית לבין מי שהחלו לקבלה לאחר מכן.

שיטת המחקר

נתונים נוספים של המחקר נאספו אף הם באמצעות ראיונות עם התומכים העיקריים של הזכאים - 1,176 בני משפחה: 307 מקרב מקבלי גמלה בכסף באזורי התוכנית, 307 מקרב מקבלי גמלה בעין באזורי הביקורת, 281 מקרב מקבלי גמלה בעין באזורי התוכנית, 281 מקרב מקבלי גמלה בעין באזורי הביקורת. הראיונות נערכו בטלפון באמצעות שאלונים מיוחדים בידי מראיינים שהוכשרו לכך, והם ביקשו לבדוק את ההבדלים בין מקבלי שתי הגמלאות. לכן, כדי להבטיח שהקבוצות יהיו דומות, הזכאים בקבוצת הביקורת נבחרו באמצעות זיווג על-פי תשעה מאפיינים, שעשויים להשפיע על מצבו של הזכאי ועל הטיפול בו: גיל, מין, מגורים לבד או עם אחרים, האם הזכאי עלה לארץ משנות ה-90 ואילך או לא, האם הוא זקוק להשגחה מתמדת על-פי מבחן התלות, האם יש לו היתר להעסקת מטפל זר, גובה הגמלה, האם הזכאי מקבל השלמת הכנסה. כמו כן הובא בחשבון אזור מגורים בדגימה ובזיווג עם קבוצות הביקורת².

במסגרת המחקר נערכו גם 190 תצפיות וראיונות בבתי הזכאים: 95 תצפיות על מקבלי גמלה בכסף באזורי התוכנית (רמת גן ואשקלון), 95 תצפיות על מקבלי גמלה בעין באזורים האחרים (באר שבע והרצליה) ו-132 ראיונות עם זכאים. גם בתצפיות נדגמו וזווגו הזכאים בדומה לשיטה ששימשה לדגימת בני המשפחה כדי להבטיח שהקבוצות יהיו דומות ככל האפשר. חלק מהמידע נאסף באמצעות ראיונות עם הזכאים, כאשר הדבר היה אפשרי, ובעיקר באמצעות תצפיות בבתיהם על מצבם ועל סביבת מגוריהם. ביקורי הבית נעשו בידי אנשי מקצוע מתחום הבריאות שהועסקו ישירות בידי צוות המחקר של מכון ברוקדייל.

שיקולים לבחירה ולא-בחירה בגמלה בכסף

מקור מידע מרכזי של התומכים על גמלת סיעוד בכסף היה המוסד לביטוח לאומי. עם זאת, במחצית המקרים, מקורות המידע היו חברים או התקשורת. לתומכים שבחרו בגמלה בכסף היה מידע ברור, אך רבים מהם היו מעוניינים במידע נוסף בנוגע לגמלה ולהעסקת המטפלת. 44% מבעלי ההיתרים למטפל זר באזורי התוכנית דיווחו כי לא ידעו שביכולתם לעבור לגמלה בכסף. רק 26% מהזכאים (ובני משפחותיהם) באזורי התוכנית היו יכולים בפועל לבחור בגמלה בכסף, כלומר, העסיקו מטפלת צמודה וידעו על הגמלה.

לוחות 1 ו-2 מציגים את השיקולים העיקריים לבחירה בגמלה בכסף (לוח 1) ולבחירה בגמלה בעין (לוח 2).

לוח 1

שיקולים עיקריים לבחירה בגמלה בכסף

| שיעור מהמשיבים שהצביעו על השיקול | השיקול |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 82% | חיסכון כספי |
| 69% | רצון לנהל את הטיפול באופן עצמאי |
| 39% | שליטה רבה יותר על עבודת המטפלת |
| 32% | חוסר שביעות רצון מחברת הסיעוד |

לוח 2

שיקולים עיקריים שלא לעבור לגמלה בכסף

| שיעור מהמשיבים שהצביעו על השיקול | השיקול |
|----------------------------------|---|
| 79% | שביעות רצון מחברת הסיעוד |
| 58% | לא חשבו שהדבר עשוי לחסוך להם כסף |
| 58% | חשש מקשיים בהתמודדות עם העסקת מטפלת ללא סיוע מחברת הסיעוד |
| 45% | לא שקלו באופן מעמיק לעבור לגמלה בכסף |
| 33% | חשבו שתהליך המעבר לגמלה בכסף הוא מסובך |
| 29% | המכתב מהמוסד לביטוח לאומי בנושא הגמלה בכסף לא היה מספיק ברור |
| 22% | חברת הסיעוד פעלה להניא אותם מלעבור לגמלה בכסף |
| 20% | חשש שמעבר לגמלה בכסף יפגע בשירותי סיעוד נוספים על הטיפול האישי בבית במסגרת גמלת סיעוד |

ממצאים: איכות הטיפול הסיעודי

המחקר בחן היבטים שונים של הטיפול, מידת ההיענות לצורכי המטופל, תנאי ההעסקה של המטפלים והשוואה בין מקבלי שתי הגמלאות. מן הממצאים עלה, שמקבלי שתי הגמלאות היו שבעי רצון מהטיפול. במרבית הפרמטרים לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות, ובאחרים נמצא הבדל קטן בלבד (גם אם מובהק סטטיסטית) לטובת המקבלים גמלה בכסף. בשום פרמטר לא נמצא

כי זכאים לגמלה בעין מקבלים טיפול טוב יותר מזכאים לגמלה בכסף או שתנאי ההעסקה של המטפל טובים יותר.

ככמה שאלות דומות שנשאלו בני המשפחה והזכאים - אם כי אין מדובר על מקרים שבהם הזכאי ובן משפחתו נשאלו, שכן המדגמים היו עצמאיים - נמצאה מידה גבוהה של התאמה בין התפלגויות התשובות בשתי הקבוצות.

מהראיונות עם בני המשפחה **לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות** בפרמטרים האלה: בתחומים שבהם המטפלת מסייעת לזכאי; בתקשורת בין המטפלת לזכאי; בצורך בעזרה נוספת של הזכאי בטיפול אישי; באחוז הזכאים המבקרים במרכז יום או באחוז הזכאים בקהילה תומכת; בתפיסת בן המשפחה את הכשרת המטפל; בתחושת בן המשפחה שהוא יכול לסמוך על המטפל; בשביעות הרצון ממגוון היבטים בעבודת המטפל; בעזרה שבני המשפחה נותנים לזכאי; במידת התחלופה ובקשיים בגיוס המטפל; בהיבטים שונים הקשורים לתנאי ההעסקה של המטפל; בקושי למצוא מטפל מחליף כשהמטפל הקבוע בחופש; בבחינת האפשרות שהזכאי יעבור למוסד.

מהראיונות עם בני המשפחה **נמצאו הבדלים מובהקים לטובת הזכאים לגמלה בכסף** בפרמטרים האלה: פחות צורך בעזרה נוספת של הזכאי בניהול משק הבית, בליווי מחוץ לבית לטיפולים ולסידורים וביציאה מהבית לטיול; פחות עומס על בן המשפחה המהווה תומך עיקרי; שיעור גבוה יותר של מקבלי גמלה בכסף חתמו על הסכם העסקה וערוכים לשלם פיצויים; יותר מקבלי גמלה בכסף סבורים שהמטפל עוזר לזכאי להישאר בקהילה ולא לעבור למוסד.

מהראיונות עם הזכאים **לא נמצאו הבדלים מובהקים בשתי הקבוצות** בפרמטרים האלה: המטפל מסייע להם בטיפול אישי ובניהול משק הבית; אין בעיות תקשורת עם המטפל בגלל הבדלי השפה; מרביתם מרגישים שלמטפל לא חסרה הכשרה; מרביתם סומכים על המטפל; מרביתם מרוצים מעבודת המטפל בממדים שונים של הטיפול.

מהראיונות עם הזכאים **נמצאו הבדלים מובהקים לטובת הזכאים לגמלה בכסף** בפרמטרים האלה: מקבלים יותר סיוע מהמטפלת בליווי מחוץ לבית לצרכים רפואיים ולסידורים; מקבלים יותר סיוע מהמטפלת בניקיון הבית; אחוז גבוה יותר דיווחו שאינם חשים חוסר נעימות לבקש מהמטפלת לעשות דברים אחרת או להעיר לה על טיב העבודה; אחוז גבוה יותר דיווחו שהם מרגישים בנוח מאז כניסת המטפלת לבית ושזו מארחת להם חברה ומסייעת להפיג את הבדידות.

מהתצפיות בבתי הזכאים **לא נמצאו הבדלים מובהקים** בפרמטרים האלה: מצב הרוח של הזכאים; מצבם האישי (ניקיון אישי וכדומה), שבשתי הקבוצות היה ברובו המכריע טוב; מצב סביבת הדיור שברובו המכריע היה טוב; מצב התזונה ותכולת מצרכי המזון בבתיהם, שהיו נאותים ברוב המכריע של המקרים; ובתנאי העבודה של המטפלות.

מהתצפיות בבתי הזכאים **נמצאו הבדלים מובהקים לטובת הזכאים לגמלה בכסף** בפרמטרים האלה: מצב רגשי רגוע יותר בבתי שבהם נמצא אוכל מבושל.

ממצאים: שביעות רצון

כ-85% מהזכאים שקיבלו גמלה בכסף קיבלו לפני כן שירות מחברת סיעוד, ו-77% מבני משפחתם של אלה טענו כי המעבר לגמלה זו חסך להם כסף. סכום החיסכון השכיח היה 400-600 ש"ח, אך חלק ניכר מהם לא יכלו לנקוב בסכום מדויק. 46% מהתומכים העיקריים דיווחו שהם חשים

שליטה רבה יותר בטיפול שהזכאי מקבל. 14% מהתומכים דיווחו שההתעסקות בהעסקת המטפל מכבידה עליהם פחות ו-14% שמכבידה יותר, 65% דיווחו שהם לא חשים שינוי, והיתר לא ידעו להגייד. 77% מהתומכים דיווחו שלא היה שינוי בשכר המטפל בעקבות המעבר, 22% אמרו שהעלו את השכר, ותומכים מעטים דיווחו שהורידו את השכר.

מכלל התומכים של מקבלי הגמלה בכסף שנשאלו, 98% דיווחו שהם מרוצים מאוד או מרוצים מההסדר, ו-97% המליצו ליישמו בכל הארץ. היתרון הבולט שדווח הוא תחושה של שליטה רבה יותר בטיפול וכי סידור זה נוח ומקל עליהם מבחינת ההסדרים הביורוקרטיים של תשלום למטפל. תומכים ספורים ציינו כי חסרה להם העזרה של חברת הסיעוד במציאת מחליף למטפל כשיש צורך. כחמישית ציינו שהם רוצים מידע נוסף על זכויות המטפל.

ממצאי המחקר, שנערך כאמור בידי מכון ברוקדייל, דומים לממצאים במחקר קודם של המוסד לביטוח לאומי, שלפיהם ניכרת שביעות רצון רבה מההסדר של גמלה בכסף³. גם במחקר זה התומכים ציינו חיסכון כספי ותחושת שליטה בטיפול בזכאי בעקבות המעבר לגמלה זו. המחקר לא מצא עדות לקשיים בקרב מי שבחר בגמלה בכסף בתחום ההעסקה הישירה של מטפל מבחינת הסדרי התשלום ומציאת מטפל חלופי בעת הצורך.

3 ר' גרא ר' (2010). גמלת סיעוד בכסף - מחקר מלווה לניסוי, מחקרים 103, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, דצמבר.

תיבה 2

תוכנית ניסיונית לבחירה ברופא מומחה בגריאטריה לביצוע הערכות תלות לבני 80-89¹

הנחיות החוק

ב-9 בינואר 2012 קיבלה הכנסת תיקון לחוק, שלפיו תוחל תוכנית ניסיונית המאפשרת לבני 80-89 להיבדק לצורך מבחן תלות בידי רופא מומחה בגריאטריה במסגרת עבודתו במוסד רפואי. התוכנית החלה ב-1.5.2012 והסתיימה ב-30.4.2013, והמוסד נדרש בחוק ללוותה במחקר²

החוק קבע כי אין להתנות את הערכת התלות בתשלום מצד מי שמבקש להיבדק, חוץ מהשתתפות עצמית על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הוסכם בין המוסד לביטוח לאומי ומשרד האוצר ובין מערכת הבריאות והרופאים הגריאטריים כי הביטוח הלאומי ישלם למוסדות הרפואה הציבוריים בעבור הערכות התלות שיעשו רופאיהם במסגרת עבודתם הציבורית ולא הפרטית: 1,000 ש"ח לבדיקה של בני 80-89, שעליה להתקיים לפי החוק בביתו של התובע, ו-500 ש"ח לבדיקה של בני 90 ויותר, היכולה להתקיים במרפאת הרופא או בביתו של התובע. ההפרש בין התעריפים נובע מהתחשבות בעלות הזמן והנסיעה של הרופא הכרוכה בבדיקה בבית.

1 המחקר המלא מפורסם באתר המוסד בשם זה.
2 מאוגוסט 2008 בני 90 ויותר בכל הארץ יכולים לבחור ברופא מומחה בגריאטריה לביצוע הערכת תלות כתנאי זכאות לגמלת סיעוד.

זמינות רופאים מומחים בגריאטריה

החוק החיל את התוכנית הניסיונית על שלושה סניפים: טבריה, ירושלים ופתח תקוה. השיקולים לבחירה באוכלוסייה השייכת לסניפים אלו היו גיוונה מבחינה אתנו-לאומית, עירונית/כפרית וסוציו-דמוגרפית: באוכלוסייה זו יהודים וערבים, עירוניים וכפריים, רמות סוציו-אקונומיות שונות, חילוניים, דתיים וחרדים, ועולים וותיקים. באזורים אלה יש הבדלים גם במידת הזמינות של מוסדות הרפואה הציבוריים והרופאים המומחים, ושיעורים שונים של הערכות תלות שנעשו בידי רופאים לבני 90 ויותר.

הקושי המרכזי שבו נתקלה התוכנית היה אי-זמינות של רופאים מומחים בגריאטריה באחדים מהאזורים, ובייחוד בפריפריה. בסניפי ירושלים ופתח תקוה נעשו כמעט כל ההערכות בידי רופאים ביישובים גדולים, ובסניף טבריה, שבו מעטים הרופאים המומחים בתחום זה, נעשו הערכות מעטות. לעומת זאת, המעריכות מטעם הביטוח הלאומי היו זמינות לביצוע הערכות תלות בפרק זמן קצר בכל יישוב.

ממצאים: היקף הפנייה לרופאים לביצוע הערכות תלות

בתקופה שבין מאי 2012 לאפריל 2013 נעשו בשלושת הסניפים 7,489 הערכות תלות, 374 בהן (5.0%) בידי רופאים (לוח 1). בפועל, הביקוש להערכות התלות גבוה יותר, בכשליש עד מחצית, שכן אין מידע על הערכות בידי רופאים שלא לפי הכללים (ברוב המקרים משום שנעשו במרפאה או במסגרת עבודה פרטית של רופאים) ונפסלו. הגם שמספר הערכות תלות בידי רופאים עודנו קטן, נרשמה בחודשים מאי - דצמבר 2012 עלייה הדרגתית, כך שבדצמבר 2012 8.5% מהערכות התלות לבני 80-89 בשלושת האזורים נעשו בידי רופאים - 57 בסך הכל. מחודש ינואר 2013 נרשמה ירידה בשיעור ההערכות בידי רופאים - כ-6.7% בממוצע חודשי (7.0%-7.3% בחודשים ינואר-מארס 2013 ו-5.0% באפריל 2013).

בדצמבר 2012 8.5% מהערכות התלות לבני 80-89 בשלושת האזורים נעשו בידי רופאים - 57 בסך הכל

לוח 1

הערכות תלות שבוצעו בידי רופאים מומחים בגריאטריה, סניפים נבחרים

| סניף | מספר הערכות תלות בידי רופאים | סך כל הערכות התלות שבוצעו | שיעור הערכות התלות בידי רופאים מכלל הערכות התלות |
|----------|------------------------------|---------------------------|--|
| סך הכל | 374 | 7,489 | 5.0 |
| טבריה | 15 | 1,315 | 1.1 |
| ירושלים | 221 | 3,836 | 5.8 |
| פתח תקוה | 138 | 2,334 | 5.9 |

ממצאים: השוואה בין הקבוצות לפי סוג הבדוק

ניתוח נתוני הערכות התלות והנבדקים מעלה את הממצאים האלה³:

- התפלגויות ניקוד התלות ורמות הגמלה המומלצות על ידי הרופאים נוטות במידה רבה לכיוון רמת הגמלה הגבוהה יותר (1.1% מהערכות לא זיכו בגמלה, 23.4% זיכו בגמלה ברמה

3 השימוש במילים **רופאים ומעריכות** נעשה על-פי עיקרון הרוב בכל קבוצה. יש להבהיר כי בכל קבוצה גברים ונשים.

91%, 25.3% - ברמה של 150%, ו-50.2% זיכו ברמת גמלה של 168%). אצל המעריכות המצב הפוך: 17.3% מן ההערכות לא זיכו בגמלה, 48.4% זיכו בגמלה ברמה של 91%, 21.2% - רמה של 150%, ו-13.0% זיכו ברמת גמלה של 168%. אי אפשר להצביע על הגורם לפער זה, שכן התוכנית הניסיונית אינה מאפשרת ביצוע מערך ניסוי (הקצאה רנדומלית של מוערכים בין סוגי מעריכים) או השוואה (העברת הערכות בידי רופאים ומעריכות לאותם אנשים באותה נקודת זמן).

- רופאים נוטים במידה רבה יותר לתת המלצה להשגחה מתמדת או חלקית בכל אחד מהמצבים לעומת מעריכות - 10.7% ו-4.8% בהתאמה. הסיבה אינה רק הבדלים אפשריים בין שתי הקבוצות (למשל, אל הרופאים מגיעים המקרים הקשים יותר), אלא גם התפיסה השונה בין רופאים למעריכות בדבר הצורך בהשגחה מנקודת מבט סיעודית (המוסד לביטוח לאומי מדריך רק את המעריכות).
- שיעור מקבלי השלמת הכנסה היה נמוך יותר בקרב הנבדקים בידי רופאים לעומת שיעורם בקרב מעריכות - 28.4% לעומת 32.1% בהתאמה, ושיעורם של נשים ועולים גבוה יותר: 68.7% נשים ו-30% עולים בקרב רופאים לעומת 65.5% נשים ו-23.9% עולים בקרב מעריכות. בהתפלגות לפי גיל - הנבדקות והנבדקים בידי רופאים היו מבוגרים יותר (48.8% מהנבדקות ו-43.5% מהנבדקים היו בני 80-84 לעומת 60.6% מהנשים ו-59.6% מהגברים שנבדקו בידי מעריכות). שיעור חברי קופת חולים כללית, שבה חברים מרבית תובעי גמלאות סיעוד, בקרב הנבדקים בידי מעריכות היה גבוה משיעורם בקרב הנבדקים בידי רופאים (70.3% לעומת 60.1%).
- נמצאו הבדלים בין נשים לגברים לפי הרכב משק הבית בשתי קבוצות הנבדקים - בידי רופאים ובידי מעריכות (לוח 2).

שיעור מקבלי השלמת הכנסה היה נמוך יותר בקרב הנבדקים בידי רופאים לעומת שיעורם בקרב מעריכות - 28.4% לעומת 32.1% בהתאמה

לוח 2

התובעים גמלת סיעוד לפי מין והרכב משק הבית (אחוזים)

| מין | מתגוררים בגפם | גרים עם בן-זוג | אחרים | סך הכל |
|--------------------|---------------|----------------|-------|--------|
| נבדקו בידי רופאים | | | | |
| סך הכל | 37.2 | 38.6 | 24.2 | 100.0 |
| נשים | 41.9 | 27.4 | 30.6 | 100.0 |
| גברים | 27.0 | 62.6 | 10.4 | 100.0 |
| נבדקו בידי מעריכות | | | | |
| סך הכל | 38.1 | 40.3 | 21.6 | 100.0 |
| נשים | 47.0 | 25.4 | 27.6 | 100.0 |
| גברים | 21.6 | 68.0 | 10.4 | 100.0 |

ממצאים: ראיונות עם זכאים ועם תומכים עיקריים

בראיונות רואיינו תובעי גמלת סיעוד או תומכיהם שנכחו בהערכות התלות בנושאים שונים. מתוך 411 ראיונות 167 נעשו עם התובעים עצמם (20 שנבדקו בידי רופאים ו-147 שנבדקו בידי מעריכות), ו-244 עם בני משפחה (71 שנבדקו בידי רופאים ו-173 בידי מעריכות). להלן הממצאים:

- ל-53.8% מהנבדקים בידי רופא נודע מרופא המשפחה על האפשרות למבחן בידי רופא. רוב מכריע של הנבדקים בידי מעריכות לא ידעו כי הם יכולים להיבדק בידי רופא (92.1%).
- מהראיונות עלו עדויות לקושי לאתר רופאים לביצוע ההערכה בבתיים: 31.0% אמרו שהיה להם קשה למצוא רופא מומחה, בעוד 64.0% אמרו שלא היה להם קשה. עם זאת, העדויות לקושי פחותות מההערכה הראשונית.
- הן רופאים והן מעריכות ביקשו מן התובעים להדגים חלק מפעולות היומיום הבסיסיות - 56.6%-86.4% מהנבדקים בידי הרופאים ו-43.1%-90.2% מהנבדקים בידי מעריכות⁴. פעולת קימה מהכיסא/מיטה היתה הפעולה שהשיעורים הגבוהים ביותר של נבדקים בשתי הקבוצות התבקשו להדגים, והכנת מזון - השיעורים הנמוכים ביותר. בחלק קטן יותר של המקרים רופאים ומעריכות הסתפקו בשאלות על יכולת התובעים לבצע פעולות אלה.
- שביעות הרצון הכללית מדרך הבדיקה של המעריכות נמוכה במידה ניכרת בהשוואה לשביעות הרצון הכללית מדרך הבדיקה של רופאים (82.0% לעומת 100% בהתאמה), אך בהיבטים אחרים של שביעות רצון מהבדיקה הפערים מצומצמים יותר: התייחסות בכבוד - 93.4% לעומת 100% בהתאמה, והתייחסות בסבלנות - 92% ו-96.7% בהתאמה.

אתגרים ביישום החוק

משיחות עם גורמים במוסד לביטוח לאומי ועם כמה רופאים שביצעו הערכות תלות עלו כמה בעיות בנוגע ליישום התוכנית:

- **אי-זמינות רופאים מומחים בגריאטריה.** בישראל מספר מצומצם של רופאים מומחים בגריאטריה, חלקם אינם עובדים כל הזמן במגזר הציבורי, כך שמספר הרופאים הזמינים למבחנים קטן למעשה עוד יותר.
- **אי-שוויון בין הנבדקים.** כיום, הערכות התלות המבוצעות בידי מעריכות ורופאים אינן זהות מבחינת הרקע המקצועי, ההכשרה ודרך הבדיקה. מעריכות בוחנות תפקוד או צורך בהשגחה לפי יכולות ביצוע בעוד רופאים בוחנים על-פי המצב הרפואי בהווה ובתחזית לעתיד. מצב זה יוצר אי-שוויון בין הנבדקים.
- **אי-שוויון בין אזורי הארץ.** הנגישות לרופאים מומחים בגריאטריה אינה אחידה בכל אזורי הארץ, ולעיתים אף בתוך האזורים עצמם עשויים להיווצר פערים בין יישובים שונים, ואף בתוך יישובים גדולים.
- **העדר בקרה על הערכות הרופאים.** כיום אין מערכת בקרה על הערכות הרופאים. כאשר החלטות הרופאים מיתרגמות להוצאה ציבורית לגמלאות, יש צורך במערכת בקרה בדומה לבקרה הקיימת על עבודת המעריכות.
- **חשש לתשלום באופן פרטי בעבור הערכות התלות.** יש חשש כי תובעי גמלת סיעוד המעוניינים להיבדק בידי רופא משלמים או נדרשים לשלם במקצת המקרים כדי להקדים תור, ובעיקר כדי לקבל הערכת תלות שתענה על ציפיותיהם.

4 לקום מכיסא/מיטה, לנוע בבית, לשטוף פנים/ידיים, להכין מזון, ללבוש בגד על בגד.

שביעות הרצון הכללית
מדרך הבדיקה של
המעריכות נמוכה
במידה ניכרת
בהשוואה לשביעות
הרצון הכללית מדרך
הבדיקה של רופאים

- **קושי בשיתוף פעולה בין המוסד לביטוח לאומי, מוסדות רפואה ורופאים מומחים בגריאטריה.** ביזור ביצוע הערכות תלות באמצעות רופאים לגורמים רבים מחייב תיאום רב.
- **התהליכים הביורוקרטיים מסורבלים.** ההסברה בקרב הציבור ובקרב הרופאים היתה מצומצמת מדי ולא ברורה דיה, ולכן הוראות החוק לא קוימו במקרים רבים - רופאים בדקו במסגרת עבודה פרטית, או במרפאות קופות החולים או בבתי חולים; התובעים נאלצו לחזור על ההערכות או "לבחור" בהערכה על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי. הטיפול בתביעות אלה הטיל עומס רב על פקידי המוסד ועוררו מורת רוח וביקורת על המוסד מצד התובעים ובני משפחותיהם.

ג. תביעות לגמלת סיעוד

מספר התביעות לגמלת סיעוד עלה ב-2013 ב-2.8% לעומת 2012 והגיע ל-83.1 אלף⁷. 40.8% מהתביעות היו תביעות ראשונות (לעומת 40.5% ב-2012) ו-59.8% תביעות חוזרות (לעומת 59.5% ב-2012). מספר התביעות הראשונות והחוזרות עלה ב-2.8% לעומת 2012 (לוח 1). 53.5% מהתביעות הראשונות ב-2013 אושרו (לעומת 55.1% ב-2012) ו-46.5% נדחו (לעומת 44.9% ב-2012). לעומת זאת, 38.2% מהתביעות החוזרות ב-2013 אושרו (לעומת 41.4% ב-2012) ו-61.8% נדחו (לעומת 58.6% ב-2012). בסך הכל אושרו ב-2013 44.1% מהתביעות לגמלת סיעוד ו-55.9% נדחו (לעומת 46.9% ו-53.1% ב-2012, בהתאמה). שיעור התביעות שאושרו ירד ב-46.9% ב-2012 ל-44.1% ב-2013. ירידה דומה היתה גם בשיעור התביעות החוזרות שאושרו.

מספר התביעות לגמלת סיעוד עלה ב-2013 ב-2.8% לעומת 2012

שיעור **תביעות הסרק** (תביעות שבהן התקבל ציון 0 או 0.5 בחלק של ה-ADL במבחן התלות⁸ ולא נקבעה זכאות בגין צורך בהשגחה) בכלל התביעות עלה מ-35.3% ב-2012 ל-36.8% ב-2013. שיעור המקבלים 2.5 נקודות בהערכת התלות - סף ניקוד הזכאות לגמלה - בכלל התביעות ירד

לוח 1

תביעות, תביעות שאושרו, תביעות ראשונות ותביעות חוזרות* (מספרים מוחלטים ואחוזים), 2009-2013

| שנה | סך כל התביעות (מספרים) | שיעור גידול שנתי | אחוז תביעות שאושרו | אחוז תביעות ראשונות שאושרו | אחוז תביעות חוזרות | אחוז תביעות חוזרות שאושרו |
|------|------------------------|------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|
| 2009 | 77,003 | 3.9 | 46.0 | 52.7 | 59.4 | 41.3 |
| 2010 | 77,926 | 1.2 | 44.1 | 51.6 | 59.9 | 39.1 |
| 2011 | 79,542 | 2.1 | 45.0 | 52.1 | 61.0 | 40.4 |
| 2012 | 80,885 | 1.7 | 46.9 | 55.1 | 59.5 | 41.4 |
| 2013 | 83,130 | 2.8 | 44.1 | 53.5 | 59.2 | 38.2 |

* (1) לא נכללו בחישוב תביעות של מי שהגישו תביעות ונפטרו ומי שזכאותם מושהית. (2) מוצגות תוצאות תביעות בהחלטת זכאות ראשונה. (3) תביעות כוללות תביעות שהטיפול בהן לא הסתיים ב-2013. אחוז תביעות שאושרו, אחוז תביעות ראשונות שאושרו, אחוז תביעות חוזרות ואחוז תביעות חוזרות שאושרו כולל רק תביעות שהטיפול בהן הסתיים ב-2013.

7 כולל תביעות שהטיפול בהן לא הסתיים.

8 ר' סקירה שנתית לשנת 2011, עמ' 125.

מ-16.8% ל-15.7% בין שתי השנים⁹. שיעור תביעות הסרק בתביעות ראשונות עלה מ-33.6% ל-34.8%, ובתביעות חוזרות - מ-36.4% ל-38.1%. שיעור המקבלים 2.5 נקודות בהערכת התלות בתביעות ראשונות ירד מ-17.2% ל-16.7%; בתביעות חוזרות - ירד מ-16.5% ל-15.1%.

ד. זכאים לגמלת סיעוד

1. כללי

מספר הזכאים לגמלת סיעוד הוסיף לגדול בשנת 2013 והגיע ל-156.6 אלף במוצע חודשי - גידול של 2.9%

מספר הזכאים לגמלת סיעוד הוסיף לגדול בשנת 2013 והגיע ל-156.6 אלף במוצע חודשי - גידול של 2.9% (לוח 2). מספר הזכאים עלה מ-1991 עד 2013 פי 5 למרות העלאת גיל הזכאות. זהו שיעור גידול גבוה ביותר, והוא גבוה באופן ניכר מהגידול במספר הקשישים באותה התקופה. הסבר אפשרי לכך עשוי להיות הגדלת שיעור מיצוי הזכאות לקצבה לנוכח עליית המודעות לה במהלך השנים. במהלך 2009 הגיע גיל הזכאות לנשים ל-62, והוא יישאר בתוקפו עד סוף 2016. גיל הזכאות לגברים הגיע ב-2009 לסוף תהליך העלאת גיל הזכאות, והוא 67. בשנת 2013, כמו בשנת 2012, גיל הזכאות לנשים ולגברים לא השתנה מתחילת השנה ועד סופה. אחוז הזכאים לגמלה בקרב הקשישים באוכלוסייה עלה עלייה ניכרת, מכ-6% בשנים הראשונות להפעלת החוק ל-17.7% בשנת 2013 (לפי אומדן). שיעור זכאים זה חושב מתוך אומדן למספר הקשישים בגילי הזכאות לגמלה (62 לנשים ו-67 לגברים).

לוח 2

זכאים לגמלת סיעוד, קשישים בישראל ושיעור כיסוי, 2009-2013

| שנה | זכאי סיעוד* | | קשישים בישראל** | |
|-------------|----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | מספרים (אלפים) | שיעור גידול שנתי | מספרים (אלפים) | שיעור גידול שנתי |
| 2009 | 136.4 | 4.0 | 788.4 | 4.7 |
| 2010 | 141.1 | 3.4 | 812.7 | 3.1 |
| 2011 | 144.8 | 2.7 | 840.3 | 3.4 |
| 2012 | 152.1 | 5.0 | 861.9 | 2.6 |
| 2013 | 156.6 | 2.9 | 884.3 | 2.6 |

* ממוצע חודשי.
 ** הנתונים לשנים 2009-2013 הם לגברים בני 67 ויותר ונשים בנות 62 ויותר, לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 *** מספר הזכאים לגמלה כאחוז ממספר הקשישים.
 **** הנתון ל-2013 הוא אומדן.

2. מאפייני הזכאים

7 מכל 10 זכאים הן נשים, ושיעורן היחסי בכלל הזכאים ירד במעט בהשוואה ל-2012

בחינת המאפיינים הדמוגרפיים של הזכאים ב-2013 מעלה ש-7 מכל 10 זכאים הן נשים, ושיעורן היחסי בכלל הזכאים ירד במעט בהשוואה ל-2012. בחלוקה לפי גיל, כ-2/5 בני 85 ויותר וכ-2/3 בני 80 ויותר. בדומה לשנת 2012, גם בשנת 2013 הגידול העיקרי במספר הזכאים היה בקרב בני 85 ויותר, שחלקם בסך המקבלים עלה מ-39.4% ל-40.5%, בעוד שחלקם של בני 84 או פחות יורד בהתמדה. המגמה של הזדקנות מקבלי הגמלה נמשכת: כך למשל בשנת 2001 בני 85 ויותר היוו פחות משליש (32.1%) מהזכאים ובני 80 ויותר היוו פחות מ-3/5 (55.2%). מגמה זו משקפת את מגמות ההזדקנות

9 סף הכניסה למערכת סיעוד הוא 2.5 נקודות בהערכת התלות למי שאינו יחיד ("בודד") או 2 נקודות בהערכת התלות בתוספת 0.5 נקודה ליחיד.

בחברה הישראלית, ובייחוד את הגידול בחלקם של הזקנים יותר, והיא נובעת בחלקה מהעלאת גיל הפרישה: קבוצת הנשים בנות עד 64 הזכאיות לגמלה מצטמצמת וכך גם קבוצת הזכאים בני/בנות 65-69, בשל העלאת גיל הפרישה לגברים.

לוח 3

זכאים לגמלת סיעוד לפי מאפייני דמוגרפיה ורמת הגמלה (ממוצע חודשי), 2013

| מאפיינים | מספרים מוחלטים | אחוזים |
|---------------------------|----------------|--------------|
| סך הכל | 156,621 | 100.0 |
| מין | | |
| גברים | 45,784 | 29.2 |
| נשים | 110,837 | 70.8 |
| גיל | | |
| עד 64* | 1,117 | 0.7 |
| 69-65 | 6,333 | 4.0 |
| 74-70 | 14,947 | 9.5 |
| 79-75 | 29,526 | 18.9 |
| 84-80 | 41,276 | 26.4 |
| +85 | 63,422 | 40.5 |
| הרכב משפחה | | |
| גרים בגפם | 74,086 | 47.3 |
| גרים עם בן זוג | 62,486 | 39.9 |
| גרים עם בניהם או עם אחרים | 20,049 | 12.8 |
| ותק בישראל | | |
| ותיקים | 117,167 | 74.8 |
| עולים** - סך הכל | 39,454 | 25.2 |
| מזה: עלו אחרי 1999 | 5,420 | 3.5 |
| מקור מימון הגמלה | | |
| ביטוח לאומי | 125,366 | 80.0 |
| אוצר המדינה | 31,255 | 20.0 |
| רמת גמלה | | |
| גמלה נמוכה (91%) | 83,645 | 53.4 |
| גמלה גבוהה (150%) | 39,444 | 25.2 |
| גמלה גבוהה מאוד (168%) | 33,532 | 21.4 |
| זכאים לתוספת 3 שעות | 23,984 | ***60.8 |
| זכאים לתוספת 4 שעות | 15,157 | ***45.2 |

* קבוצת הגיל כוללת נשים בלבד.

** מי שעלו לישראל משנת 1990 ואילך.

*** זכאים לתוספת שעות כאחוז מכלל הזכאים ברמת הגמלה.

בתחום הרכב המשפחה¹⁰ נשמרה יציבות ב-2013 בהשוואה ל-2012: כמעט מחצית מהזכאים מתגוררים בגפם, שניים מכל חמישה מתגוררים עם בן זוג, ואחד מכל שמונה מתגורר עם מישהו אחר - בדרך כלל בן או בת.

יציבות בין שתי השנים קיימת גם בנוגע לוותק בישראל: אחד מכל ארבעה זכאים עלה לישראל לאחר 1989, אחד מכל שמונה עולים עלה לאחר 1999. חלקם של הזכאים שעלו לישראל לאחר 1989 מכלל הזכאים עלה מ-25.1% ב-2012 ל-25.2% ב-2013 וחלקם של הזכאים שעלו לישראל לאחר 1999 עלה מ-3.3% ל-3.5% בין שתי השנים. בין הזכאים, 589 בממוצע חודשי, עלו לישראל לאחר 2009. משרד האוצר מממן את עלות גמלת סיעוד למי שעלו לישראל בגיל 62 או יותר. בשנת 2013, גמלאותיהם של כ-20% בממוצע חודשי מומנו בידי אוצר המדינה, לעומת 20.7% ב-2012. בשנים האחרונות קטן חלקם היחסי של הזכאים שגמלאותיהם ממומנות מאוצר המדינה בכלל הזכאים, ומספרם החדודי הממוצע ירד ב-2013 בכ-200 לעומת 2012.

עם הזדקנות אוכלוסיית הזכאים נוצרה מגמה של שינוי בהרכב הזכאים לפי רמות הגמלה, שבאה לידי ביטוי גם בין 2012 ל-2013: משקלם של מקבלי גמלה ברמה הנמוכה (91% מקצבת נכות מלאה ליחיד) ירד, מ-54.0% ל-53.4%; של המקבלים ברמה הגבוהה (150%) - עלה - מ-25.1% ל-25.2%; ומשקלם של מקבליים ברמה הגבוהה ביותר (168%) עלה אף הוא, מ-20.9% ל-21.4% בין שתי השנים (לוח 3).

חלקם של הזכאים לגמלה ברמה הגבוהה ביותר עולה בהתמדה - מ-17.6% ב-2008 עד 21.4% ב-2013. שיעור הגידול של קבוצה זו הוא הגבוה ביותר. בהשוואה ל-2012 גדל מספר מקבלי הגמלה ברמה הנמוכה ב-2013 ב-1.7%, ברמה הגבוהה - ב-3.3%, וברמה הגבוהה מאוד גדל מספרם ב-5.8% לעומת שנת 2012.

במארס 2009 נוספו שעות טיפול למי שמעסיק עובד ישראלי בלבד. מספרם של המעסיקים מטפלים ישראלים בשתי רמות הגמלה הגבוהות גדל ב-2013 לעומת 2012: בכ-1,600 ברמה הגבוהה ובכ-1,000 ברמה הגבוהה מאוד. הגורם העיקרי לכך הוא המחסור היחסי במטפלים זרים בסיעוד - מיוני 2010 הטילה הממשלה מכסות בענף הסיעוד.¹¹ השפעת תוספת השעות לעידוד העסקת מטפלים ישראלים קיימת ככל הנראה, אך היא מצומצמת יותר.¹²

ה. ארגונים המספקים שירותי סיעוד ושירותים שסופקו

השירותים הניתנים במסגרת ביטוח סיעוד מסופקים באמצעות ארגונים רשמיים המוכרים בידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים כספקי שירותים מורשים על פי חוזה שנערך ביניהם לבין המוסד לביטוח לאומי. בסוף 2009 פורסמו התוצאות של המכרז האחרון ושמות החברות הזכאיות לספק שירותי סיעוד.

ספק שירותי סיעוד יכול להיות ארגון ציבורי ללא מטרת רווח כגון מט"ב (מטפלות בית) או מרכז יום, וארגון פרטי הפועל כארגון עסקי. בסוף 2013 פעלו 117 ספקי שירותי סיעוד: 49 מלכ"רים (42%)

10 בנתונים לשנת 2011 חל שינוי בהגדרות מתגוררים עם בן זוג ומתגוררים עם בניהם או עם אחרים: הגדרת מגורים עם בן זוג כוללת עתה גם את מי שמתגוררים עם בן זוג ועם אנשים נוספים.
 11 אם 1% או יותר מהעובדים הזרים בסיעוד הנמצאים בישראל בהיתר אינם מועסקים במהלך השנה, לא ניתן אישור להבאת מטפלים זרים נוספים. לשכות פרטיות שקיבלו היתר להביא לישראל מטפלים סיעודיים, מורשות להגדיל את מספר העובדים הזרים ב-10% מדי שנה, אם שיעורי ההשמה שלהן אינם נמוכים מהרף שנקבע בנהלי רשות ההגירה והאוכלוסין במשרד הפנים (97%).
 12 לעניין השפעת תוספת השעות לעידוד העסקת מטפלים ישראלים, ראו פרק ביטוח סיעוד בסקירה השנתית לשנת 2010.

עם הזדקנות אוכלוסיית הזכאים נוצרה מגמה של שינוי בהרכב הזכאים לפי רמות הגמלה

לוח 4

מספר שעות טיפול אישי שסופקו, לפי סוג נותן השירותים (ממוצע חודשי), 2013

| סוג נותן השירותים | מספרים (אלפים) | אחוזים |
|-------------------|----------------|--------|
| סך הכל | 8,011 | 100.0 |
| ארגון פרטי | 5,840 | 72.9 |
| מלכ"ר | 2,171 | 27.1 |

מכלל החברות) ו-68 חברות פרטיות (58% מכלל החברות). בסך הכל סיפקו נותני השירותים ב-2013 בממוצע חודשי כ-8.011 מיליון שעות טיפול אישי בבתיהם של הזכאים לגמלת סיעוד: כ-5.840 מיליון שעות (72.9%) סיפקו ארגונים פרטיים וכ-2.171 מיליון שעות (27.9%) סיפקו ארגונים ללא כוונת רווח (מלכ"רים) (לוח 4).

מספר שעות הטיפול הכולל בממוצע חודשי גדל בין 2012 ל-2013 ב-3.1% מ-7.767 מיליון ל-8.011 מיליון. מספר השעות שהוענקו בידי חברות פרטיות גדל ב-3.8% מ-5.628 מיליון ב-2012 ל-5.840 מיליון ב-2013, ובידי מלכ"רים גדל ב-1.5% מ-2.139 מיליון ל-2.171 מיליון. חלקן של החברות הפרטיות בכלל השעות גדל מ-72.5% ל-72.9% בין שתי השנים.

הרוב המכריע (98.6%) של המקבלים שירותי סיעוד¹³ בחודש דצמבר 2013 קיבלו טיפול אישי בבית בידי מטפלת מקומית או מטפלת זרה, 7.5% קיבלו טיפול אישי במרכז יום, 22.7% קיבלו מוצרי ספיגה ו-11.6% קיבלו משדר מצוקה (לוח 5).¹⁴ 68.3% מהמקבלים טיפול אישי בבית קיבלו אותו כפריט יחיד בסל השירותים. רק 6.1% מהמקבלים טיפול אישי במרכז יום קיבלו אותו כפריט יחיד, והשאר שילבו אותו עם שירותים אחרים. יש לזכור שזכאי לגמלה יכול לקבל יותר מסוג שירות אחד, ולכן סך כל המקבלים שירותי סיעוד גדול ממספר הזכאים לגמלה.

מספר שעות הטיפול הכולל בממוצע חודשי גדל בין 2012 ל-2013 ב-3.1%

הרוב המכריע (98.6%) של המקבלים שירותי סיעוד בחודש דצמבר 2013 קיבלו טיפול אישי בבית בידי מטפלת מקומית או מטפלת זרה

לוח 5

מקבלי שירותי סיעוד לפי סוג השירות, דצמבר 2013

| סוג השירות | מספר המקבלים | אחוז המקבלים | |
|----------------------|--------------|------------------|--------------------------------|
| | | מסך המקבלים גמלה | כפריט יחיד מתוך מקבלי שירות זה |
| סך הכל* | 222,791 | - | - |
| טיפול אישי בבית | 155,738 | 98.6 | 68.3 |
| טיפול אישי במרכז יום | 11,777 | 7.5 | 6.1 |
| מוצרי ספיגה | 35,866 | 22.7 | 0.3 |
| משדר מצוקה | 18,938 | 11.6 | 0.4 |
| שירותי מכבסה | 472 | 0.3 | 1.1 |

* זכאי לגמלה יכול לקבל יותר מסוג שירות אחד, לכן סך כל המקבלים שירותי סיעוד בלוח גדול ממספר מקבלי הגמלה (ללא המסרבים לקבל שירותים) בדצמבר 2013 - 157,964.

13 מכלל הזכאים ללא המסרבים לקבל שירותים - קשישים זכאים שהוצע להם סל שירותים, אך סירבו לקבל את השירות או לקבל שירות מספק מסוים. כ-97.9% מכלל הזכאים (כולל המסרבים), 159,110 במספר, קיבלו טיפול אישי בבית במסגרת זכאותם לגמלת סיעוד.

14 מכלל הזכאים ללא המסרבים לקבל שירותים. מכלל הזכאים (כולל המסרבים) השיעורים הם 7.2%, 12% ו-21.7% בהתאמה.

1. היקף התשלומים

במקביל לתשלומי הגמלאות הישירות, חוק הביטוח הלאומי מחייב תשלום בעבור סעיפים נוספים הקשורים בביטוח סיעוד. 15% מהתקבולים השנתיים מוקצבים למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה והשירותים החברתיים, למימון הגדלת מספר המאושפזים במוסדות. בפועל משרד הבריאות מנצל בדרך כלל את מלוא ההקצבה ומשרד הרווחה מנצל רק חלק קטן מאוד ממנה. מוקצבים גם כספים לקרן לפיתוח שירותים קהילתיים ומוסדיים לקשישים.

בשנת 2013 סך התשלומים שהועברו למימון ביטוח סיעוד הגיע לכ-5.0 מיליארד ש"ח (במחירי 2013): כ-4.8 מיליארד ש"ח למתן השירותים לזכאים והיתר לפיתוח שירותים של מוסדות ושירותים בקהילה ולביצוע מבחני תלות (לוח 6). סכום של כ-107 מיליון ש"ח הועבר למשרדי הבריאות והרווחה והשירותים החברתיים לצורך הגדלת מספר המאושפזים במוסדות סיעודיים. כמו כן הועבר סכום של כ-101.8 מיליון ש"ח למשרד הרווחה והשירותים החברתיים, לקופות החולים ולמעריכים, להכנת תוכניות טיפול לזכאים ולביצוע מבחני תלות.

בשנת 2013 גדלו התשלומים במסגרת ביטוח סיעוד ב-6.3% במחירים קבועים (מחירי 2013). תשלומי הגמלאות גדלו ב-6.1% כתוצאה מגידול במספר הזכאים לגמלה, בייחוד הזכאים לגמלה הגבוהה ביותר. רמת הגמלה הממוצעת¹⁵ במחירים קבועים עלתה בשנת 2013 בשיעור של 0.3% במונחים ריאליים.

בשנת 2013 גדלו התשלומים במסגרת ביטוח סיעוד ב-6.3% במחירים קבועים

לוח 6

סך כל התשלומים במסגרת ביטוח סיעוד לפי סוג התשלום (מיליוני ש"ח, מחירי 2013), 2009-2013

| שנה | סך הכל | גמלאות סיעוד | העברה לגורמי חוץ* | פיתוח שירותים | מאושפזים במוסדות סיעוד | על חשבון הסכמים עם משרד האוצר |
|------|---------|--------------|-------------------|---------------|------------------------|-------------------------------|
| 2009 | 4,036.0 | 3,746.1 | 88.9 | 24.0 | 86.5 | 90.5 |
| 2010 | 4,269.0 | 4,035.9 | 90.7 | 46.8 | 91.8 | 3.6 |
| 2011 | 4,350.3 | 4,126.2 | 93.0 | 31.4 | 97.2 | 2.5 |
| 2012 | 4,750.3 | 4,528.0 | 99.2 | 26.2 | 94.0 | 2.9 |
| 2013 | 5,048.9 | 4,806.0 | 101.8 | 30.9 | 107.0 | 3.3 |

* העברות למשרד הרווחה והשירותים החברתיים ולקופת חולים כללית להכנסת תוכניות טיפול לזכאים, והעברות לביצוע מבחני תלות.

15 גמלה ממוצעת, לו היו גמלאות הסיעוד משולמות לכלל הזכאים בעבור כל השעות בחודש זכאות נתון. תשלומי גמלאות סיעוד נמוכים יותר באחוזים ספורים כיוון שחלק מהזכאים אינם מקבלים גמלאות סיעוד בעבור חלק מהחודש בשל הסיבות האלה: הזכאי נפטר, עבר למוסד סיעודי או התאשפז בבית חולים ליותר מ-14 ימים; חברת הסיעוד לא סיפקה את כל שעות הסיעוד שנדרשו ממנה כיוון שהמטפלת לא יכלה להגיע ולא נמצאה מטפלת חלופית; שיעורים שונים ומועדי עדכון שונים לגמלה ולתעריפי התשלומים השונים כגון שעות טיפול. חברות הסיעוד מקבלות תשלום בעבור שעות הטיפול או שירותים אחרים שסיפקו בפועל. הנתון בלוח 7 על הוצאה על גמלאות סיעוד הוא ההוצאה בפועל.

