

## הגיעה העת לפתרון ממלכתי בתחום הטיפול הסיעודי

בימים אלה אנו עדים למשבר חמור בביטוח הסיעוד הקולקטיבי שנעשה באמצעות קופות החולים ומופעל באמצעות חברות הביטוח הפרטיות, אשר החליטו לצאת מתחום ביטוחי זה או לשנות באופן דרמטי את תנאי הזכאות בעת הפעלת אירוע ביטוחי. יוזכר כי הביטוח הקולקטיבי באמצעות קופות החולים החל כ"פתרון" של המפקח על הביטוח (דאז) למשבר שנוצר בשל הפסקת הביטוחים הסיעודיים הקולקטיביים במקומות העבודה, לפני כעשור.

עמדת מכון זולת היא שאין כל היגיון או הצדקה לכך שגופים למטרת מקסום רווחים יהיו אמונים על מתן מענה לטיפול נדרש. הטיפול הסיעודי חייב להפסיק להיות בן חורג בין טיפולי הבריאות. הגיעה העת לקדם פתרון מלא וממלכתי לטיפול הסיעודי ולהכניס אותו לסל השירותים. יש לחוקק חוק ביטוח סיעוד ממלכתי, להעלות את מס הבריאות ולאחד בין תקציבי משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי, כך שניתן יהיה לקבל מימון ציבורי מלא גם לטיפול סיעודי בקהילה.

### רקע

הכשל מתחיל מהותרת תחום הסיעוד מחוץ לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995. אז הוחלט כי לתחום זה (ולתחום הטיפול הפסיכיאטרי), יימצא פתרון במועד מאוחר יותר. הדחייה נבעה, בין היתר, מן העובדה, שתחום הטיפול הסיעודי פוצל כבר בשנות ה-80 בין שני מקורות אחריות – משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי.

עד שנות ה-80 הפתרון המקובל למטופלים סיעודיים (וגם למטופלים בתחומים אחרים) היה אשפוז במוסד. מאז אמצע שנות ה-80 התפתח נושא הטיפול בקהילה, וחלק ניכר מהטיפול בזקנים סיעודיים (ובבעלי מוגבלות אחרים) עבר ממוסדות, המרחיקים את המטופל מביתו, משפחתו וקהילתו, חזרה אל הבית, תוך מתן סיוע להמשך חיים פעילים, כמידת האפשר.

פרק הסיעוד בחוק הביטוח הלאומי נחשב בעת חקיקתו למתקדם ולכזה המאפשר למטופלים סיעודיים להמשיך לתפקד. הטיפול הסיעודי בבית, כאמור, נעשה בחוק הביטוח הלאומי ולא בחקיקת בריאות, בעוד שהאשפוז הסיעודי נותר באחריות משרד הבריאות.

### העדפת הטיפול בבית

עם השנים, הפך הטיפול בבית לאופן הטיפול המועדף על רוב הציבור גם במקרים בהם היקף הטיפול הנדרש הוא רב. מספר מיטות הסיעוד במוסדות עמד בשנת 2020 על 21,367, בעוד שמספר מקבלי קיצבת סיעוד בשלוש הרמות הגבוהות ביותר עמד באותה השנה על 120,803<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> סתוית הלל וצינונה חקלאי, [מיטות אשפוז ועמדות ברישוי – ינואר 2021](#), אגף המידע במשרד הבריאות (פברואר 2021); המוסד לביטוח לאומי, [מעקב אחר ההשפעה של הרפורמה בסיעוד](#), אתר המוסד לביטוח לאומי (ינואר 2021).

כאשר שעות הטיפול הסיעודי בבית הניתנות על-ידי גופים שמספקים את השירות למוסד לביטוח לאומי לא עלו באופן מספק, קמה דרישה לאפשר העסקתם של עובדים זרים בסיעוד (בישראל היום שיעור העובדים הזרים המועסקים בסיעוד הוא מהגבוהים בעולם).

לאחר דיונים רבים, בשנת 2018 תוקן חוק הביטוח הלאומי, כך שסך שעות הטיפול הסיעודי בבית הממומן על ידי המדינה עלה. אך גם לאחר התיקון, מקסימום שעות הטיפול הניתנות במימון המדינה למטופלים סיעודיים הזקוקים לטיפול מלא עומד על 30 שעות שבועיות (לטיפול על ידי ישראל, או שווה ערך ל-26 שעות טיפול שבועיות לעובד זר).

### הפער התקציבי בין מימון אשפוז למימון טיפול בבית

הפער בין מימון שעות טיפול סיעודי בבית לבין הסכום שהמדינה מממנת לשם אשפוז סיעודי רב. מטופל שכל הכנסותיו מקצבאות יהיה זכאי למימון מלא של אשפוז סיעודי - לכל הפחות 14,000 ₪ לחודש - אולם בכל מקרה לא יהיה זכאי ליותר מ-30 שעות טיפול סיעודי בבית בשבוע, או השתתפות בשיעור של 26 שעות שבועיות בשכרה של עובדת זרה.

ניתן, בתנאים מסויימים, להמיר את שעות הסיעוד לגימלה בכסף. סכום הגימלה המקסימלי למעסיק עובדת זרה עומד על 5,578 ₪ בחודש, ולמעסיק עובדת ישראלית 6,437 ₪.<sup>2</sup>

### העול והעיוות במדיניות הממשלה

מדיניות הממשלה מסתמכת על כך שרוב הציבור אינו מעוניין באשפוז ועל כן מגלגלת את רוב הוצאות הטיפול בבית על המטופלים הסיעודיים ובני משפחותיהם. על מנת שיוכלו לעמוד בכך, נכנסות למשחק חברות הביטוח, אשר מטרתן אינה לאפשר לספק שירותים, אלא למקסם רווחים.

הוצאות הציבור הישראלי על ביטוחים סיעודיים – קולקטיביים ופרטיים – גבוה באופן משמעותי מהמקובל במדינות אירופה. במחקר שערך בנק ישראל בשנת 2015 עלה כי 60% מהציבור משלם על ביטוחים פרטיים לעומת 5%-15% באירופה. העלויות של הביטוח הפרטי והפרטי-קולקטיבי גבוהות מאד ושיעורי הרכישה שלו נמוכים מאד בקרב הציבור החרדי והערבי.<sup>3</sup>

המדינה מממנת, כאמור, באופן מלא את האשפוז הסיעודי בלבד, והמדיניות מסתמכת על כך שרוב הציבור מעוניין בטיפול בבית ועל כן ישלם מכספו. זהו אחד התחומים בהם תת-התקצוב של המדינה הוא מהחמורים ביותר, כחלק מהתנערות המדינה מחובותיה כלפי ציבור הזקנים בישראל.

<sup>2</sup> אפשרות לקבל קצבה בכסף, אתר הביטוח הלאומי.

<sup>3</sup> מאיה הרן-רוזן, תמר ניסקה-רמות, גלעד כהן-קובץ' ויואב פרידמן, הביטוח הסיעודי בישראל, אתר בנק ישראל (מרץ 2018).

### הפתרון הנדרש – ביטוח סיעודי ממלכתי וביטול האבחנה המימונית בין אשפוז לטיפול בבית

הטיפול הסיעודי בישראל הוא דוגמא להתנערות המדינה מחובותיה כלפי האזרחים ובראש ובראשונה כלפי אזרחיה הזקנים. ישראל מגלגלת את רוב האחריות על הטיפול הסיעודי על הזקנים ועל בני משפחותיהם. הביטוח הקולקטיבי באמצעות קופות החולים נתן מענה חלקי, אשר כעת מתברר כי אף הוא אינו מחזיק לאורך זמן.

רוב מוחלט של הזקנים הסיעודיים ממשיך לחיות בקהילה, ואילו המדינה משתתפת במימון השירותים בקהילה בהיקף מצומצם, אשר אינו מכסה צרכים מינימליים ומחייב זקנים סיעודיים ובני משפחותיהם לממן מכיסם טיפול בסיסי.

עמדת מכון זולת היא כי יש לקדם ביטוח סיעודי ממלכתי, לשלבו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ולהוציא מהמשוואה את חברות הביטוח הפרטיות.

ממחקרים שנעשו במשרד הבריאות עלה כי הוספה של חצי עד שלושת רבעי אחוז לביטוח הבריאות תכסה את עלויות הביטוח הסיעודי, אולם ממשלות ישראל התנגדו לכך בשל עקרון של הימנעות מהעלאת מיסים ובשל תפיסת עולם המבקשת להיטיב עם גופים פיננסיים פרטיים.

המשבר הנוכחי מבהיר כי לא ניתן להמשיך בדרך זו. יש לקדם באופן מיידי חוק ביטוח סיעודי ממלכתי, שיבטיח כי כל תושב בישראל יזכה להזדקן בכבוד גם אם הוא נדרש לטיפול סיעודי, וכי יוכל לקבל טיפול כאמור בקהילה או במוסד, לפי בחירתו.

במסגרת חוק זה יש לבחון גם את הסוגייה של אופן מתן הטיפול הסיעודי, ובכלל זה את מדיניות העסקת עובדות הסיעוד ושכרן. בנוסף יש לבחון את קידומם של פתרונות דיור קהילתיים קולקטיביים, המאפשרים חיים בקהילה ולא רק בבית, כמקובל בעולם.

כתיבה וייעוץ משפטי: עו"ד יפעת סולל