



מאיירס - ג'זינט - מכון ברוקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

ביטוח סיעודי פרטי בישראל

שולי ברמלי-גרינברג ♦ רותי וייצברג ♦ רויטל גרוס

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות
ושירותי בריאות

דוח מחקר



דמ-575-12

ביטוח סיעודי פרטי בישראל

רויטל גרוס

רותי וייצברג

שולי ברמלי-גרינברג

מחקר זה מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי בריאות

דצמבר 2012

ירושלים

שבט תשע"ג

עריכה לשונית: מטי מויאל וג'ני רוזנפלד
תרגום לאנגלית: נעמי הלסטד
הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

כתובת באינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים נוספים של מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא זה

ברמלי-גרינברג, ש. וישראל, פ. 2012. "ביטוח משלים וביטוח מסחרי זה לצד זה בישראל בעשור האחרון – האם קיימת סכנה ליציבות השוק". מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.

<http://www.israelhpr.org.il/1054/484.htm>

ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר., יאיר, י. ועקיבא, א. 2011. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב- 2009 והשוואה לשנים קודמות. דמ-11-587

ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר'. 2010. ההתפתחויות בסלי השירותים של הביטוחים המשלימים - עשור לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. דמ-10-570.

ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר'; מצליח, ר'. 2007. תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים - ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006. דמ-07-495.

ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר'. 2003. שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל, 2001. דמ-03-403.

קיי, ר'; רוטר, ר'. 2001. ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה והמערב: דילמות וכיוונים. דמ-01-366.

גרוס, ר'; רוזן, ב'; שירום, א'. 2000. מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ת-01-116.

גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'. 2001. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999. דמ-01-362.

ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר'. 1999. ביטוח בריאות משלים ומסחרי, 1998: תמורות במדיניות, תמונות פיננסיות והתנהגות הצרכנים. דמ-99-349.

בנטור, נ'; ברודסקי, ג'. 1998. אשפוז וטיפול בחולים במצב סיעודי מורכב במוסדות סיעודיים בישראל: תמונת מצב והשלכות לעתיד. דמ-98-321.

להזמנת פרסומים ניתן לפנות למאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037,

טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

ניתן לעיין בפרסומים אלה גם באתר המכון: www.jdc.org.il/brookdale

תמצית מחקר

הקדמה

הטיפול בקשישים המוגבלים מהווה אתגר גדול למערכות בריאות ורווחה בכל העולם. בישראל, המדינה מסייעת למוגבלים עניים במימון הטיפול ובמתן שירותים, אולם, האחריות על המימון מוטלת על האנשים המוגבלים.

הטיפול הסייעודי כרוך בעלות גבוהה גם למערכת הציבורית וגם לקשיש ובני משפחתו. לנוכח המגבלות של מקורות המימון הציבוריים, גוברת ההכרה בצורך בשילוב בין מקורות פרטיים לציבוריים לצורך מימון הטיפול הסייעודי. ביטוח סיעודי פרטי, המבטח כנגד הצורך בטיפול סיעודי בקהילה או במוסדות סיעודיים, הוא אחת החלופות למימון הטיפול הסייעודי הנדונות כיום בקרב קובעי המדיניות.

בישראל קיימים כיום שלושה סוגי ביטוח סיעודי:

1. ביטוח סיעודי מסחרי לפרט
2. ביטוח סיעודי מסחרי קבוצתי
3. ביטוח סיעודי קבוצתי דרך קופות החולים

הדוח הנוכחי מסכם את ממצאי סקר אוכלוסייה שנערך ב-2006 על ידי מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא הביטוח הסייעודי וכן נתונים פיננסיים על השוק, פוליסות הביטוח הסייעודי המשוקות על ידי קופות החולים ופוליסות מרכזיות שמשוקות על ידי חברות הביטוח. המחקר בדק מגוון רחב ביותר של גורמים המשפיעים על הביקוש לביטוח סיעודי ומאפיינים של בעלי ביטוח זה, ועל כן תורם רבות להבנת התפתחות השוק של מוצר זה בישראל.

1. מטרת המחקר

- ♦ לתאר את שוק הביטוח הסייעודי הפרטי בישראל, כולל גודל השוק, שחקנים מרכזיים, סוגי הפוליסות ותפקיד הממשלה בשוק.
- ♦ לנתח את הגורמים המשפיעים על בעלות על ביטוח סיעודי.

2. שיטות המחקר

במחקר נעשה שימוש במספר כלי מחקר. לצורך השגת המטרה העיקרית נותחו נתונים פיננסיים על השוק, פוליסות הביטוח הסייעודי המשוקות על ידי קופות החולים ופוליסות מרכזיות שמשוקות על ידי חברות הביטוח.

לצורך השגת המטרה השנייה, נאסף מידע במסגרת סקר אוכלוסייה (להלן: סקר האוכלוסייה), אשר לימד על התנהגות הצרכנים, בכלל, ועל הגורמים המשפיעים על בעלות על ביטוח סיעודי, בפרט. הסקר נערך בסוף שנת 2006 בקרב תושבי ישראל בני 22 ומעלה. הראיונות נערכו בטלפון באמצעות שאלון מובנה בעברית שתורגם גם לערבית ולרוסית. בסקר רואיינו 1,699 איש. שיעור ההיענות היה גבוה - 80%. למרות שהסקר בוצע ב-2006 עדיין יש מקום ללמוד ממנו על התנהגות הצרכנים ועל הגורמים

המשפיעים על בעלות על ביטוח סיעודי שכן שאלות אלו רלוונטיות גם להיום ולא בוצע עד כה שינוי דרמטי בשוק שעלול היה להשפיע על התשובות לשאלות אלו. יתרה מזאת, ממצאי סקרי דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד של מערכת הבריאות בישראל שנערכו במכון ברוקדייל ב-2007 וב-2009 (גרס ואחרים, 2007; ברמלי-גרינברג ואחרים, 2011) מאששים ומחזקים את ממצאי המחקר הנוכחי.

לצורך השלמת המידע שנאסף בסקר, בוצעה סקירת ספרות מקצועית כלכלית מקיפה כולל מספרות הכלכלה ההתנהגותית, אשר בחנה לעומק היבטים שונים של השוק וביניהם: הסברי שוק הקשורים לביקוש ולהיצע ולשאלה מדוע שוק הביטוח הסיעודי בכל העולם הוא קטן?; הגורמים המשפיעים על רכישת ביטוח סיעודי בעולם; ההטיה בתפיסת הסיכון האישי בעתיד; והנטייה לברירת מחדל ולסטטוס-קוו בקבלת החלטות.

ממצאים

1. שוק הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל

נתוני המפקח על הביטוח משנת 2010 (אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר) המבוססים על נתונים מקופות החולים ומחברות הביטוח מראים כי ל-4.56 מליון אנשים יש פוליסת ביטוח סיעודי כלשהי שנרכשה דרך קופת החולים או ישירות מחברת ביטוח מסחרית (שהם 60% מכלל האוכלוסייה; כולל ילדים). מרבית בעלי הביטוח הסיעודי (88%) הם בעלי ביטוח קבוצתי (ורוב רובם רכשו את הביטוח הקבוצתי דרך קופת החולים). יחד עם זאת, בסקר האוכלוסייה דיווחו רק 39% מבני 22 ומעלה על בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו. שיעור זה קטן בהרבה משיעור הבעלות על-פי הנתונים מהמפקח על הביטוח. מקורו העיקרי של ההבדל בין הדיווח העצמי לנתוני המפקח הוא בדיווח על ביטוח סיעודי הנרכש דרך הקופה (31% מדווחים שרכשו, כאשר למעשה כמחצית המבוטחים רכשו בפועל. על בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי דיווחו 18% (למחציתם יש ביטוח מסחרי וביטוח דרך הקופה גם יחד) אחוז דומה לזה שנשלף מן הנתונים המנהליים.

בדיקת התפלגות הבעלות על ביטוח משלים בקרב בעלי הביטוח הסיעודי מלמדת כי כמעט לכל בעלי ביטוח סיעודי דרך הקופה יש גם ביטוח משלים. ממצא זה תואם את הידוע כי בתחילת הדרך שיוק הביטוח הסיעודי כרכיב בתוך הביטוח המשלים, ולאחר ההפרדה בחוק (ב-1998) בין הביטוח המשלים לביטוח הסיעודי, צורפו מבוטחים קיימים באופן אוטומטי ומבוטחים חדשים רכשו את שני הכיסויים (משלים וסיעודי) כתבילה אחת.

2. גורמים המשפיעים על בעלות על ביטוח סיעודי

א. מאפיינים אישיים ובריאותיים

שיעור המדווחים שיש להם ביטוח סיעודי כלשהו גבוה יחסית בקרב דוברי עברית, בני 45-64, אקדמאים ובעלי הכנסה גבוהה. שיעור גבוה נמצא גם בקרב המעריכים כטוב עד טוב מאוד את מצב בריאותם או את מצב הבריאות של בן זוגם. שיעור הבעלות נמוך יחסית בקרב החולים במחלות בדרכי העיכול ובדלקת מפרקים.

ב. ההסתברות להיות סיעודי והערכת הנזק הכרוך בכך לפי תפיסת הפרט

כשליש מהמרואיינים העריכו שההסתברות שיהיו סיעודיים היא גבוהה עד גבוהה מאוד. כמחצית המרואיינים, העריכו את עלות הטיפול הסיעודי במוסד כגבוהה יחסית (מעל 7,000 ש"ח לחודש). כצפוי, לשני גורמים אלה יש השפעה על בעלות על ביטוח סיעודי. מנגד, רק כרבע מהאוכלוסייה מעריכים את עלות הטיפול הסיעודי בקהילה כגבוהה יחסית. נמצא כי לגורם זה אין קשר לבעלות על ביטוח סיעודי.

ממצא מעניין נוסף שעלה מהמחקר היה השיעור הגבוה של האנשים (כחמישית מכלל האוכלוסייה וכשליש מבני 65 ומעלה) הפוחדים לחשוב על הנושא. פחד שכזה עלול למנוע היערכות מתאימה של הפרט לאפשרות שיום יבוא ויזדקקו לטיפול סיעודי. יש אשר יטענו כי מכיוון שחלק משמעותי בציבור (מעל מחצית) מבוטח בביטוח סיעודי, קבוצתי או פרטי, ניתן מענה חלקי לפחות לבעיית המימון, ולפיכך, אין בעיה משמעותית בהיערכות הציבור. אולם, יש לזכור כי רבים אינם מודעים להיותם בעלי ביטוח סיעודי והדבר מהווה מחסום משמעותי בשימוש בביטוח.

ג. תפיסות לגבי מימון הטיפול הסיעודי

המרואיינים נשאלו איך להערכתם ימומן טיפול סיעודי, אם יזדקקו לו (ניתנה אפשרות לענות יותר מתשובה אחת ועל כן האחוזים מסתכמים ביותר מ-100%). חמישים וארבעה אחוזים ענו כי הם סומכים על עצמם במימון רוב הטיפול הסיעודי; 54% ענו כי לדעתם המדינה או גוף ציבורי אחר יממנו את רוב הטיפול (אבל כמחציתם ענו גם שהם סומכים על עצמם). שיעור נמוך יחסית (34%) ענו כי להערכתם המשפחה תממן את רוב הטיפול (אבל 61% מהם אמרו גם שהם סומכים על עצמם). המימון הציבורי של הטיפול הסיעודי, אף שהוא מוגבל, מהווה חלופה זולה בעבור הפרט לביטוח הסיעודי. ואכן, הממצאים מראים שהמאמינים כי המדינה או גוף ציבורי יממנו את הטיפול נוטים פחות לרכוש ביטוח סיעודי.

ד. הקשר עם הילדים

מהספרות עולה כי השפעת הקשר עם הילדים על בעלות על ביטוח סיעודי איננה חד-משמעית. מחד, מחקרים מלמדים כי הורים בעלי קשר טוב עם ילדיהם נוטים לסמוך עליהם שיטפלו בהם, ולכן פחות מוטרדים מהטיפול הסיעודי וממימונו. מאידך, מחקרים אחרים מראים כי הורים בעלי קשר טוב עם ילדיהם אינם רוצים להכביד עליהם עם טיפול סיעודי ומעדיפים לא להיות תלויים בהם בנושא.

בסקר, 82% מהמרואיינים דיווחו שיש להם לפחות ילד אחד ולכ-50% יש לפחות ילד אחד מעל גיל 18. בנינו ארבעה מדדים לבחינת הקשר עם הילדים:

1. מדד תפיסת הקשר עם הילדים ותפקיד הילדים (להורים לא מגיע לקבל חזרה חלק ממה שנתנו לילדיהם),
2. מדד עצמאות כלכלית מהילדים,
3. מדד הטיב ועוצמת הקשר הרגשי עם הילדים,
4. מדד האמון שבני הזוג וילדיהם יממנו טיפול סיעודי במידת הצורך.

מצאנו הבדלים בבעלות על ביטוח סיעודי לפי מדדים אלה: בקרב אלו שיש להם פחות ילדים ובקרב אלו שקיבלו ציון גבוה בכל ארבעת מדדי הקשר עם הילדים, שיעור גבוה יותר מדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי (כלשהו, דרך הקופה ודרך חברת ביטוח).

ה. העדפת מקום המגורים במקרה שלא יוכל לגור לבד בעת זקנה

כל המרואיינים נשאלו: "אם לא תוכל לחיות יותר לבדך בעת זקנה ותהיה לך אפשרות לבחור בין מגורים עם מטפלת (או מטפל) בבית לבין מגורים משותפים עם ילד או עם בן משפחה אחר ובין מגורים במוסד, מה היית מעדיף?" לשאלה זו השיבו 53% כי הם מעדיפים להמשיך לגור בבית, אך עם מטפלת או מטפל, 22% מעדיפים מגורים משותפים עם ילד או עם בן משפחה אחר (בביתם או בבית הילד) ו-19% מעדיפים לגור במוסד. שישה אחוזים סירבו לענות ואמרו שהם לא יודעים מה הם מעדיפים או שהם יעדיפו להתאבד במקרה כזה.

הממצאים מצביעים על כך שהעדפות לגבי מקום המגורים בעת הזקנה משפיעות על בעלות על ביטוח סיעודי. שיעור גבוה יותר באופן מובהק מקרב בעלי ביטוח סיעודי כלשהו מעדיפים לגור עם מטפלת או מטפל בבית, לעומת אלו שאין להם כל ביטוח סיעודי (63% לעומת 47%, בהתאמה). במקביל, נמצא שיעור נמוך יותר בקרב בעלי ביטוח סיעודי המעדיפים לגור עם ילד או עם בן משפחה (13% לעומת 27%, בהתאמה). לעומת זאת, אין הבדלים בשיעור המעדיפים לגור במוסד לפי בעלות על ביטוח.

ו. ניתוח רב-משתני

בניתוח רב-משתני בדקנו את ההשפעה העצמאית של כל אחד מהגורמים על בעלות על ביטוח סיעודי (להוציא קשר עם הילדים¹). מצאנו כי, פרט למאפיינים האישיים, משפיעים על בעלות על ביטוח סיעודי, גם המשתנים הקשורים לשנאת סיכון, לתפיסות הסיכון להיות סיעודי, להכרת חולה סיעודי ולמידת האמון בקופות החולים ובחברות הביטוח.

סיכום ודין

מחקר זה הוא הראשון מסוגו בישראל וניכרת תרומתו במידע חשוב על הביקוש לביטוח סיעודי ועל הגורמים המשפיעים עליו. מידע זה צפוי לסייע לקובעי המדיניות לנצל באופן מיטבי חלופת מימון זו במצב שבו הטיפול הסיעודי עדיין לא נכלל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

1. שוק הביטוח הסיעודי

ממצא עיקרי במחקר הוא גודל שוק הביטוח הסיעודי בישראל (כ-60%), לעומת שיעורים נמוכים הרבה יותר במדינות אחרות. מנוף השיווק העיקרי של הביטוח הסיעודי, שהיה דרך ביטוחי הבריאות האחרים (משלים ומסחרי), הוא כנראה הסיבה המרכזית לכך. ממצא זה מעלה סוגיה ערכית לגבי המידה ש"הצטרפות אוטומטית" כ"ברירת מחדל"² רצויה לכיסוי מצבי קטסטרופה שלקופת החולים או למדינה יש עניין לכסות באמצעות מערכת הביטוחים הקיימת. מצד אחד, צירוף אוטומטי יעיל מבחינת השגת המטרה של כיסוי רחב; מצד שני, ייתכן שיש בכך פגיעה בזכות הצרכן לבחירה מודעת ומושכלת.

¹ מדדי הקשר עם הילדים לא הוכנסו כמשתנים מסבירים בניתוח הרב-משתני, בגלל הקשר הסיבתי של המשתנים הבלתי-תלויים האחרים למדדים. ניתוח רב-משתני שיביא בחשבון את הקשר הסיבתי יפורסם במאמר נפרד.

² מי שאינו מעוניין בביטוח סיעודי, נדרש להודיע על כך לקופה ביוזמתו.

ממצאי המחקר מלמדים כי שיעור המדווחים שיש להם ביטוח סיעודי גבוה בקרב השכבות החזקות יותר באוכלוסייה, ולא דווקא בקרב אלה המצויים בסיכון גבוה. לא נמצאו הבדלים בשיעורי הבעלות בין החולים הכרוניים לבין האחרים בביטוח סיעודי כלשהו (39%). אולם, שיעורי הבעלות על ביטוח סיעודי דרך הקופה וביטוח מסחרי נמוכים יחסית בקרב אלה שהיו חולים אי-פעם במחלות כרוניות מסוימות. ממצא זה יכול להיות קשור לכשל שוק של סלקציה שלילית מצד המבטחים.

2. כלים להגברת הידע, המודעות והשימוש המושכל של הצרכנים בביטוח הסיעודי

ייתכן שנדרשת התערבות פעילה של המדינה גם להגברת הידע והמודעות בציבור, ואולי אף לעידוד הרכישה בקרב קבוצות יעד במעמד הביניים. ניתן להפוך את הביטוח הסיעודי לכלי יעיל יותר למימון הטיפול הסיעודי באמצעות פעולות מתאימות, כגון: המשך הסדרת הביטוח הסיעודי על-מנת לעורר את אמון הציבור במוצר זה והפצת מידע על מצב סיעודי ומידע לגבי אפשרויות המימון (הציבורי והפרטי) שסייעו לאנשים להתגבר על הפחד והרתיעה ממחשבה על הנושא ועודדו אותם להתכונן באופן מעשי לקראת האפשרות שבבוא היום יזדקקו לטיפול סיעודי. יש לזכור כי רמה נמוכה של ידע ומודעות לצורך בביטוח סיעודי יכולה אף היא למנוע את רכישת הביטוח הסיעודי והשימוש בו.

כאשר שוקלים את הביטוח הסיעודי כחלופה למימון הטיפול הסיעודי, יש להביא בחשבון את החסמים העומדים בפני האנשים המעוניינים לרכוש ביטוח סיעודי, הקשורים למאפייני הביטוח (ההטבות הניתנות בביטוח ומחיר הביטוח), וכן, את העמדות שיש לציבור כלפי חברות הביטוח (אמון וביטחון ביציבות החברות). לדוגמה, הביטוח הסיעודי אינו מכסה מוגבלות קלה של קשישים סיעודיים (כאלו המוגבלים בפחות משלוש פעולות ADL או חולי אלצהיימר בשלבים הראשונים של המחלה), גם אם יש בבעלותם פוליסה. אנשים אלה אמנם זקוקים לעזרה, אך לא יוכלו להיעזר בביטוח. לפיכך, יש מקום להסדרה נוספת של התחום (למשל הרחבת הכיסוי גם למקרים אלה), כך שהביטוח הסיעודי יוכל להיות רכיב משמעותי יותר במימון הטיפול הסיעודי.

לאור השיעור הגדול של בעלי ביטוח סיעודי שאינם מודעים לכך (כ-20%), נדרשת להערכתנו הסדרה של קשרי הגומלין בין חברות הביטוח לגופים ציבוריים (כמו משרד הבריאות וקופות החולים). כך ניתן יהיה לנצל באופן יעיל יותר מקורות מימון הקיימים במערכת. שיתוף פעולה אפשרי ייתכן בתפר שבין בעלות על ביטוח סיעודי לבין סבסוד האשפוז הסיעודי על-ידי משרד הבריאות (מתן "קוד" לחולה סיעודי).



ממצאי המחקר הוצגו בפני שר הבריאות, השר לענייני גמלאים והנהלות משרדיהם, בפני המפקח על הביטוח ובכירים באוצר ובפני הצוות המנהל של האגף לגריאטריה במשרד הבריאות. כמו כן, הממצאים היוו בסיס לדיון על ביטוחים סיעודיים בכנס ים המלח 2011 על היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה. בעולם, ממצאי המחקר הוצגו בסמינר בינלאומי ב-London School of Economics: "Recent developments in financing LTC in USA, UK, Japan and Israel" אשר אורגן על ידי The Personal Social Services Research Unit (PSSRU).

מחקר זה מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי בריאות.

דברי תודה

אנו מודות למכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות על סיוע במימון המחקר ועל הבמה המכובדת שהעניק לנו להצגת הממצאים בכינוסים שארגן. ממצאי המחקר הוצגו בפני שר הבריאות, השר לענייני גמלאים והנהלות משרדיהם, בפני המפקח על הביטוח ובכירים באגף ובפני הצוות המנהל של האגף לגריאטריה במשרד הבריאות. אנו מודות למשתתפים בהרצאות אלו על תרומתם להבנת הממצאים.

תודה מיוחדת לד"ר אהרון כהן, ד"ר איריס רסולי וד"ר פנחס ברקמן מהאגף לגריאטריה במשרד הבריאות ולעו"ד ידן ענתבי, עו"ד ליאורה הירשהורן ושרונה ששון מהמפקח על הביטוח על הערותיהם המועילות ועל תמיכתם לאורך כל מהלך המחקר, כתיבת הדוח והצגת הממצאים.

לאורך המחקר נעזרנו גם בהערותיו והארותיו החכמות של פרופ' קובי גלזר ואנו מודות לו על כך מאד.

אנו מודות גם לעמיתינו ממאייירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ברוך רוזן וגיק חביב על הערותיהם לדוח המחקר. תודה מיוחדת לסוזאן חסן, אשר החלה את דרכה במכון ברוקדייל כמנהלת עבודת השדה של סקר האוכלוסייה שהוא בסיס הנתונים של המחקר. איכות הנתונים בקובץ, ייצוגיות המדגם ושיעור ההיענות הגבוה הושגו במידה רבה בזכות עבודתה המקצועית של סוזן.

אנו מודות לדורית גנות-לוינגר על התמיכה האדמיניסטרטיבית ועיצוב המצגות, למטי מויאל ולגיני רוזנפלד על העריכה ולסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס.

צוות המחקר וכל צוות מרכז סמוקלר למדיניות בריאות במכון ברוקדייל מיצרים על מותה בטרם עת של פרופ' רויטל גרוס. פרופ' גרוס הייתה חברה בצוות המחקר בשלביו המוקדמים אך לא הספיקה ליהנות מפרותיו הסופיים. יהי זכרה ברוך.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 הזדקנות האוכלוסייה והזדקקות לטיפול סיעודי
4	1.2 הטיפול הסיעודי בישראל ומימונו
4	א. מערכת הטיפול הסיעודי בקשישים בישראל
5	ב. הטיפול הסיעודי וחוק ביטוח בריאות ממלכתי
6	ג. מימון הטיפול הסיעודי
7	1.3 מקומו של הביטוח הסיעודי במימון טיפול סיעודי
7	א. מבנה שוק הביטוח הסיעודי
8	ב. פוליסות ביטוח סיעודי פרט (individual)
9	ג. פוליסות ביטוח סיעודי הנמכרות דרך קופות החולים
11	1.4 מטרות המחקר
12	2. רקע מדעי
15	2.1 ביטוח סיעודי
15	א. מדוע שוק הביטוח הסיעודי הוא קטן?
19	ב. גיל ההצטרפות לביטוח הסיעודי
19	ג. גורמים המשפיעים על רכישת ביטוח סיעודי: כלל "ההחלטה האישית"
20	ד. תפיסת הסיכון האישי בעתיד
22	2.2 נטייה לברירת מחדל ולסטטוס-קוו בקבלת החלטות
22	א. "החלטה פסיבית" וברירת מחדל
23	ב. נקודת מבט דינמית
23	ג. נטייה לשמור על הסטטוס-קוו בקבלת החלטה
24	3. שיטת מחקר
25	4. ממצאים
25	4.1 שוק הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל – תמונת מצב
26	4.2 ניתוח הגורמים הקשורים לפרט המשפיעים על רכישת ביטוח סיעודי
27	א. היקף הבעלות על ביטוח סיעודי פרטי
29	ב. בעלות על ביטוח סיעודי לפי מאפיינים דמוגרפיים וכלכליים-חברתיים
31	ג. בעלות על ביטוח סיעודי לפי מאפיינים בריאותיים
32	ד. תפיסת הפרט לגבי ההסתברות שלו להפוך לסיעודי ולגבי עלות ומשך הטיפול הסיעודי
34	ה. תפיסות לגבי מימון הטיפול הסיעודי
35	ו. הקשר עם הילדים
37	ז. העדפת מקום המגורים במקרה שלא יוכל לגור לבד בעת זקנה
40	4.3 פרופיל בעלי ביטוח סיעודי ברבדים השונים
43	4.4 השפעת המשתנים הקשורים להיצע על בעלות על ביטוח סיעודי
44	5. כיווני פעולה ואתגרים עתידיים
47	רשימת מקורות
55	נספח א': שיטת המחקר
55	1. אוכלוסיית הסקר והמדגם

56	2. שיטת הדגימה והשקלול
57	3. איסוף הנתונים וכלי המחקר
57	4. שיטות ניתוח הנתונים
58	נספח ב' : מאפייני רקע חברתיים-כלכליים ובריאותיים
60	נספח ג' : הקשר הבין-דורי
61	נספח ד' : מטריצת הקורלציה בין המשתנים הבלתי-תלויים במודלים הרב-משתניים
63	נספח ה' : בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו - משתני רקע וגורמים הקשורים להחלטה

רשימת לוחות

10	לוח 1: השוואה בין פוליסות הביטוח הסיעודי של קופות החולים
11	לוח 2: פרמיות לפי גיל
28	לוח 3: בעלות על ביטוח בריאות מסחרי ועל ביטוח משלים בקרב בעלי ביטוח סיעודי, לפי סוג הביטוח
30	לוח 4: בעלות על ביטוח סיעודי לפי מאפיינים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים ולפי סוג ביטוח
31	לוח 5: בעלות על ביטוח סיעודי לפי מאפיינים בריאותיים
33	לוח 6: תפיסת הסיכון להפוך לסיעודי והערכה לגבי עלות ומשך טיפול סיעודי לפי משתני רקע מרכזיים ובעלות על ביטוח סיעודי
35	לוח 7: תפיסת הגורם המממן לטיפול הסיעודי לפי משתני רקע מרכזיים ובעלות על ביטוח סיעודי
37	לוח 8: בעלות על ביטוח סיעודי לפי משתנים הקשורים לילדים ומדדי הקשר עם הילדים, בקרב הורים לילדים
39	לוח 9: היכן המרואיין מעדיף לגור, אם לא יוכל לחיות יותר לבד בעת זקנה
42	לוח 10: בעלות על ביטוח סיעודי, לפי משתני רקע וגורמים הקשורים להחלטה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית
44	לוח 11: השפעת משתנים הקשורים להיצע על בעלות על ביטוח סיעודי, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית
55	לוח א1: תוצאות עבודת השדה בסקר האוכלוסייה 2006
56	לוח א2: מאפיינים נבחרים לפי מדגם סקר ביטוח סיעודי 2006 ולפי לנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 2005
56	לוח א3: התפלגות המבוטחים בקופות החולים, לפי מדגם סקר ביטוח סיעודי 2006 ולפי נתוני הביטוח לאומי 2007

- 58 לוח ב1 : התפלגות האוכלוסייה הכללית לפי מאפייני רקע חברתיים-כלכליים ובריאותיים
- 60 לוח ג1 : חלוקת משתנים על הקשר הבין דורי לפי סוגי קשר (מבוסס על ניתוח גורמים)
alpha reliability-ו
- 63 לוח ה1 : בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו, לפי משתני רקע וגורמים הקשורים להחלטה, ניתוח
רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

רשימת תרשימים

- 3 תרשים 1 : קשישים המוגבלים בביצוע פעולות היום-יום, לפי מקום מגורים, 2009
- 4 תרשים 2 : קשישים המוגבלים בפעולה יום-יומית אחת לפחות, לפי מין וגיל
- 28 תרשים 3 : התפלגות המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי, לפי סוג הביטוח28
- 29 תרשים 4 : בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי ודרך הקופה