



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 לגריאטרייה 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 לגריאטרייה 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

1. מבוא

מדעי הגרונטולוגיה והגריאטרייה מלמדים, שאף-על-פי שגיל מתקדם אינו כשלעצמו מחלה, הוא מלווה במספר גדל והולך של מחלות ובנסיגה מתמדת ביכולת התפקוד הפיזית והנפשית, ועקב כך, בהגברת התלות של הקשיש בזולתו ובמשפחתו (שטסמן, 2000; Rice, 1989). עם התבגרות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים, גדלה גם ההסתברות שאדם יהיה במהלך חייו מוגבל מבחינה תפקודית וקוגניטיבית, וגדל שיעורם באוכלוסייה של בעלי מוגבלות כלשהי¹. למשל, בארצות הברית הסיכוי למוגבלות יום-יומית אחת לפחות של אדם בן 85 גבוה פי שבעה מהסיכוי של אדם בין 70-74 (35% לעומת 5%, בהתאמה) (Cohen et al., 2005). גם בישראל עולה שיעור המוגבלים בפעולת יום-יום אחת לפחות מכ-11% בקרב בני 65-74 ל-37% בקרב בני 75 ומעלה (אומדן לכלל הקשישים, כולל דיירי מוסדות, מתוך: ברודסקי, שנור ובאר, 2011 לוח 2.27). לא רק הסיכון האבסולוטי למוגבלות עולה עם הגיל, אלא גם הסיכון שהמוגבלות תהיה חמורה.

הטיפול בקשישים ובמוגבלים מהווה אתגר לא פשוט למערכות בריאות ורווחה בכל העולם. טיפול יכול להינתן באופן בלתי-פורמלי בידי בני משפחה וחברים או באופן פורמלי בידי מטפלים בקהילה או במסגרות אשפוז (Cohen, 2003). עלות הטיפול ארוך-הטווח במוגבלים (טיפול סיעודי) גבוהה, הן בעבור המערכת הציבורית והן בעבור הקשיש ובני משפחתו. שאלות על מתן השירות ומימונו מטרידות את קובעי המדיניות בכל העולם והנושא הפך להיות אחד התחומים החשובים בכלכלת הבריאות בשנים האחרונות.

בישראל, האחריות למימון הטיפול הסיעודי מוטלת על הפרט, והמדינה מסייעת חלקית במימון ומעורבת במתן שירותים. סוג והיקף העזרה נקבעים לפי מצבם הבריאותי והכלכלי של הקשישים. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, האשפוז הסיעודי עדיין נמצא באחריות המדינה (במסגרת התוספת השלישית לחוק) ומופרד משירותי הבריאות הניתנים על-ידי קופות החולים (בתוספת השנייה לחוק). מכיוון שתקציב המדינה המיועד לטיפול הסיעודי מוגבל, הקשישים עצמם ובני משפחותיהם מממנים חלק ניכר מהעלויות. משמעות הדבר היא שהזדקקות לטיפול סיעודי היא אחד הסיכונים הכלכליים הגדולים לקשישים. ביטוח סיעודי פרטי, המבטח כנגד הצורך בטיפול סיעודי בקהילה או במוסדות סיעודיים, הוא אחת החלופות האפשריות למימון הטיפול הסיעודי של קשישים. מקור זה יכול להפחית את הנטל על האדם הנזקק לטיפול ועל בני משפחתו, כמו גם על הקופה הציבורית.

1.1 הזדקנות האוכלוסייה והזדקקות לטיפול סיעודי

תהליך הזדקנות האוכלוסייה הוא כלל עולמי, וצפוי להאיץ בעשורים הקרובים. בארצות המפותחות, שיעור הגידול גבוה במיוחד בקרב קבוצת בני השמונים ומעלה, שבה שכיחות החולים הסיעודיים היא הגבוהה ביותר. לדוגמה, בארצות הברית, מספרם של בני השמונים ומעלה צפוי לעלות בכ-270%

¹ קיימות שלוש הגדרות של מוגבלות בקרב האוכלוסייה הקשישה: 1. מוגבלות בפעולות היום-יום (ADL) - קשישים הזקוקים לעזרה בביצוע פעולה אחת או יותר מפעולות היום-יום הכוללות: רחצה, הלבשה, אכילה, ישיבה וקימה מהכיסא, כניסה ויציאה מהמיטה, שליטה על הסוגרים וניידות בתוך הבית; 2. מוגבלות בניהול משק הבית (IADL) - קשישים הזקוקים לעזרה בביצוע פעולה אחת או יותר מאלה: בישול, ניקיון, כביסה, קניות וסידורים; 3. מוגבלות קוגניטיבית - ירידה בתפקודים הקוגניטיביים: חשיבה, זיכרון, התמצאות במרחב ובזמן. ההשלכות של המוגבלות הקוגניטיבית תלויות בחומרתה - מוגבלות קוגניטיבית קלה עלולה להשפיע על ה-IADL ומוגבלות קשה על ה-ADL.

בארבעים השנים הקרובות; בגרמניה, מספרם צפוי לעלות ב-160%; וביפן - ביותר מ-300% (Karlsson, 2002). באנגליה, מספר האנשים בני 65 ומעלה צפוי לעלות בכ-80% בין השנים 2002 ל-2041 ומספר בני 85 ומעלה צפוי לעלות ב-190% (Wittenberg et al., 2006). בישראל, אחוז המבוגרים מעל גיל 65 צפוי לגדול מ-9.8% בשנת 2009 ל-13.7% בשנת 2030, כלומר, אוכלוסיית הקשישים תגדל מ-741,500 ל-1,366,600 נפשות בשני העשורים הבאים (למ"ס, 2008). זהו גידול של 84% על פני התקופה לעומת גידול של 32% בכלל האוכלוסייה. גידול זה אף גבוה מגידול האוכלוסייה המבוגרת במדינות OECD אחרות באותה תקופה: ארה"ב 78%, אירופה (ממוצע) 39% ויפן 27% (כנס ים המלח ה-12, 2011).

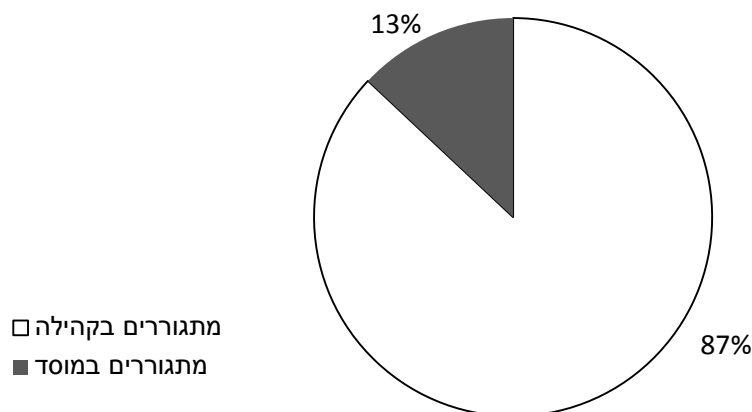
אוכלוסיית הקשישים עצמה מזדקנת גם היא. בסוף שנת 2009 מנתה אוכלוסיית ישראל כ-7.6 מיליון נפש, ואוכלוסיית הקשישים (בני 65 ומעלה) מנתה 742,000 נפש. מאז 1955 גדלה אוכלוסיית המדינה פי 4.2, ואוכלוסיית הקשישים גדלה פי 8.7. כלומר, קצב הגידול של הקשישים היה כפול מזה של האוכלוסייה הכללית. קצב הגידול של הקשישים בני 75 ומעלה היה מהיר יותר מזה של הקשישים בני 65 ומעלה. כך למשל, בשנת 1980 32% מהקשישים היו בני 75 ומעלה, ובסוף שנת 2009 - 48% היו בני 75 ומעלה (ברודסקי, שנוור ובאר, 2011). לפי תחזיות של הלמ"ס, אוכלוסיית המבוגרים בני 65 עד 74 תגדל בין השנים 2009 ל-2030 ב-79% (לעומת גידול של 32% בכלל האוכלוסייה); אוכלוסיית הקשישים בני 75 ומעלה תגדל ב-90% באותה תקופה (כנס ים המלח ה-12, 2011).

עם הגידול במספר הקשישים צפוי לגדול גם מספר הנזקקים לטיפול סיעודי. באנגליה, בהתבסס על תחזיות הזדקנות האוכלוסייה, מוערך הגידול בדרישה לטיפול סיעודי בקהילה בין 85% ל-110% ובמוסדות ב-115% בין השנים 2002-2041 (Wittenberg et al, 2006). בישראל היקף המוגבלים בקרב בני 65 ומעלה יעלה ב-95% בין 2009 ל-2030, לעומת גידול של 84% במספר בני 65+ ו-32% בכלל האוכלוסייה (כנס ים המלח, 2011). זאת ועוד, יחס התלות (מספר אנשים בני 65 ומעלה מחולק במספר האנשים בני 20-64) צפוי לגדול בהרבה בעשורים הקרובים. למשל, בארצות הברית יחס התלות לגדול מ-215 לאלף נפש ב-2009 ל-280 לאלף נפש ב-2020 ול-354 לאלף ב-2030; ביפן צפוי יחס התלות לגדול בשנים אלו מ-373 לאלף נפש ל-508 ול-548 לאלף נפש; ובישראל מ-182 לאלף נפש ל-221 ו-245 לאלף נפש (ברודסקי, שנוור ובאר, 2011).

בקרב הקשישים בני ה-65 ומעלה, כ-24% מוגבלים בפעולה יום-יומית אחת לפחות בשנת 2009. אחוז זה צפוי לעלות ל-25% ב-2030, כלומר מ-176 אלפים קשישים מוגבלים ל-342 אלף, גידול של 95% (כנס ים המלח, 2011; לוח 12). 87% מהמוגבלים מתגוררים בקהילה וכ-13% במוסדות לטיפול ממושך. יחס זה לא צפוי להשתנות בשני העשורים הבאים (כנס ים המלח 2011; לוח 13). ככלל רמת המוגבלות של קשישים במוסדות גבוהה מזו של קשישים בקהילה. חמישית מהקשישים החיים בקהילה נחשבים למוגבלים משמעותית בפעולות היום-יום (ADL), ואילו במוסדות כ-20% מהקשישים מוגבלים במידה משמעותית. שיעור גידול במספר הקשישים המוגבלים בין 2009 ל-2030 יהיה מעט גבוה מזה של כלל הקשישים – 95% ו-84% בהתאמה (שטסמן, 2011).

בישראל גדל מאוד בשנים האחרונות מספר הקשישים הסובלים ממוגבלות, ובהם מספר האנשים המוגדרים כסיעודיים. מרבית הקשישים הסיעודיים, כ-87% (שהם 21% מכלל הקשישים), גרים בקהילה, ו-13% גרים במוסד (תרשים 1).

תרשים 1: קשישים המוגבלים בביצוע פעולות היום-יום, לפי מקום מגורים, 2009 (באחוזים)



מקור: משא"ב - מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל, שנתון קשישים 2011

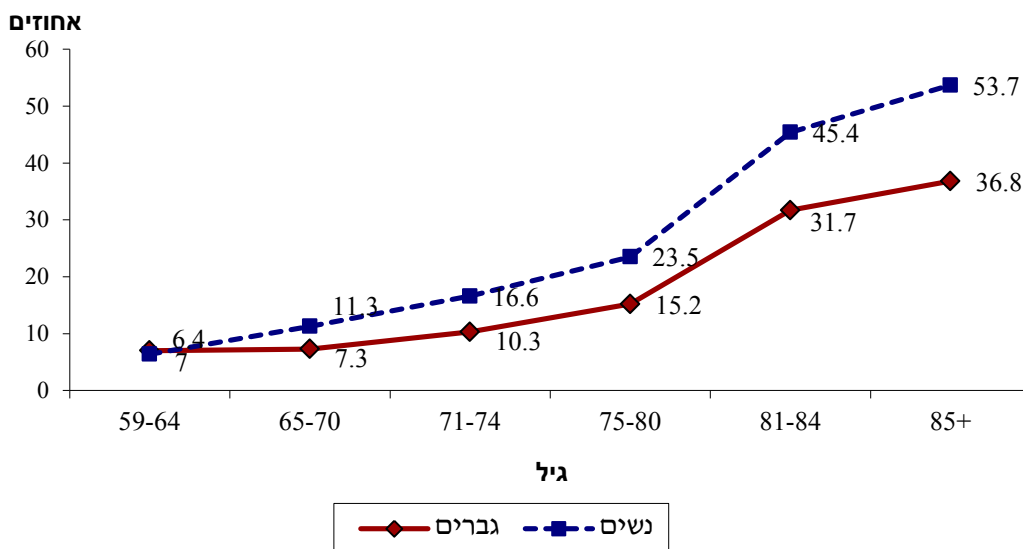
רוב הקשישים המוגבלים החיים בקהילה מקבלים גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי מתוקף חוק ביטוח סיעוד (1988)². בסוף 2009, 139,418 קשישים (גברים בני 65 ומעלה ונשים בנות 60 ומעלה) קיבלו מהמוסד לביטוח לאומי גמלת סיעוד, שהם 15% מכלל הקשישים (על-פי נתוני המוסד לביטוח לאומי).

במוסדות לטיפול ממושך (כולל סיעודיים, תשושים ותשושי נפש) שוהים 24,400 קשישים (שהם 3% מכלל הקשישים). שיעור הנשים השוהות במוסדות אלו כפול משיעור הגברים. כמו כן, שיעור המיסוד עולה עם הגיל, והוא גבוה במיוחד בקרב ילידי אירופה/אמריקה ובקרב יהודים ואחרים. חלק גדול יותר מקרב הקשישים-הסיעודיים ותשושי הנפש (בעלי מוגבלות קוגניטיבית כמו חולי אלצהיימר וקשישים עם דמנטיה) נמצא במוסד (ברודסקי, שנור ובאר, 2011).

שיעור המוגבלים עולה בהתמדה עם העלייה בגיל (תרשים 2). העלייה החדה ביותר היא בין הגילים 75-84. שיעור הנשים המוגבלות גדול יותר בכל קבוצות הגיל, והפער בין המינים הולך וגדל מגיל 75.

² לפי חוק זה, קשישים סיעודיים המתגוררים בקהילה זכאים לגמלת טיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי. השירותים המסופקים לפי חוק זה לקשישים מוגבלים מסייעים אמנם לקשישים רבים, אבל במידה צנועה.

תרשים 2: קשישים המוגבלים בפעולה יום-יומית אחת לפחות, לפי מין וגיל (באחוזים)



מקור: ברמלי-גרינברג, 2004

מניתוח נתוני סקר הקשישים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנערך במאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל עלה כי, בנוסף לגיל ולמין, המשתנים בעלי ההשפעה החזקה ביותר על הימצאות של מוגבלות ADL אחת לפחות הם: מחלה כרונית, השכלה יסודית, ארץ מוצא שאינה אירופה או אמריקה ואלמנות. בנוסף לכך, מבין הסובלים ממוגבלות אחת לפחות, בעלי הסיכון הגדול ביותר להיות בעלי מוגבלויות רבות הם: קשישים בני 81 ומעלה (המשתנה בעל ההשפעה העצמאית החזקה ביותר), בעלי השכלה יסודית, אנשים הסובלים מהרגשת בדידות, אנשים שמוצאם אינו מאירופה או מאמריקה ובני 80-75 (ברמלי-גרינברג, 2004).

1.2 הטיפול הסיעודי בישראל ומימונו³

בשנים האחרונות, בנוסף לעלייה במספר ובשיעור הקשישים באוכלוסייה חלה עלייה בעלות הטיפול הסיעודי, ובעיקר, בעלות האשפוז הסיעודי. כמו כן, הירידה בשיעור הילודה ברוב המדינות המפותחות, ובהן ישראל, בעשורים האחרונים הובילה לירידה ביחס התמיכה⁴. כל אלה מעלים את החשש שההוצאה הציבורית על הטיפול הסיעודי תעלה בצורה חדה, ואילו היכולת לממן אותה תפחת (Wittenberg et al, 2006 ; Norton, 2000; Karlsson, 2002).

א. מערכת הטיפול הסיעודי בקשישים בישראל

על הטיפול הסיעודי לסוגיו אחראים גורמים שונים, וקיימת בעיה של פיצול במתן השירותים ובמימונם (בנטור, 2002 ; שטסמן, 2000) :

³ סעיף זה נלקח בחלקו ממאמרו של ברמלי-גרינברג, גרוס, רסולי ואשכנזי (2008).
⁴ יחס תמיכה הוא היחס בין מספר האנשים בגיל העבודה לבין מספר הילדים והקשישים באוכלוסייה.

- ◆ **סיעוד קל**, הדורש בעיקר עזרה בפעולות היום-יום, ניתן לקשישים בקהילה על-פי חוק ביטוח סיעוד שבאחריות המוסד לביטוח לאומי.
 - ◆ **השמה מוסדית של הסובלים ממצוקה סוציאלית וליקוי קל בתפקוד** (עצמאיים ותשושים) מבוצעת באחריות לשכות הרווחה העירוניות, במימון חלקי לפי מבחן הכנסות של השירות לזקן במשרד העבודה והרווחה, ובפיקוחו המלא.
 - ◆ **אשפוז סיעודי** ממומן בידי החולה או בני משפחתו. במקרה של מחסור במשאבים, ניתן להיעזר במימונו של משרד הבריאות באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות, על-פי מבחן הכנסות (כמפורט בתת-הפרק הבא).
 - ◆ חולים סיעודיים הסובלים, בנוסף למחלתם הכרונית והליקויים בתפקוד, גם ממחלות פנימיות פעילות או מפצעי לחץ או שהם מטופלים בדיאליזה או סובלים ממחלה ממארת ממושטת, מוגדרים **כחולים סיעודיים מורכבים**. הטיפול בחולים אלו הוא באחריות ובמימון קופות החולים עם השתתפות עצמית קבועה, עליה ניתן לקבל הנחות סוציאליות.
 - ◆ קיימים **שירותים נוספים** לקשישים במימון קופות החולים, ובכללם: טיפול רפואי אקוטי בבית חולים ובקהילה, שיקום גריאטרי, הערכה גריאטרית ואשפוז בית.
- מן המצב הקיים נובעות שתי בעיות מרכזיות: הפגיעה באיכות ורצף הטיפול כתוצאה מפיצול השירותים ובעיית מימון השירותים.

ב. הטיפול הסיעודי וחוק ביטוח בריאות ממלכתי

בעיית הפיצול בשירותים היא בעיה ידועה במערכת הבריאות ונמצאת על סדר היום הציבורי כבר שנים רבות. הן ועדת נתניהו בהמלצותיה (1992) והן חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהוחל ב-1995, קבעו את הצורך בהעברת האחריות לאשפוז הסיעודי לידי קופות החולים כפתרון לבעיית הפיצול.

לפיצול השירותים בין גורמים ממשלתיים שונים ובין קופות החולים נודעים חסרונות רבים. אלה פוגעים בטיפול בקשיש הסיעודי ועלולים לגרום לו ולמשפחתו מצוקה קשה. הקשיש ובני משפחתו המסייעים לו נאלצים להתרוצץ בין מטפלים שונים ולטבוע בים הביורוקרטיה המתלווה לכך. רצף הטיפול והתיאום הרפואי בין גורמים מטפלים שונים נפגע, וכתוצאה מכך, נפגעת איכות השירות והטיפול. במצב זה, לגורם האחראי לטיפול הרפואי והשיקומי (קופות החולים) גם אין תמריץ כלכלי להשקיע במניעת הידרדרות למצב סיעודי, שכן האחריות למימון הטיפול הסיעודי עוברת לגורם מוסדי אחר (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, 2002).

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי בתום תקופת ביניים של שלוש שנים, תועבר האחריות לאשפוז סיעודי ממשרד הבריאות לקופות החולים. מאז, נעשו מספר יוזמות חקיקה בנושא, אולם, עד עתה לא יושם סעיף זה בחוק.

ב-2011 משרד הבריאות גיבש מתווה לרפורמה מקיפה במימון הטיפול הסיעודי בה מוצע ליצור "ביטוח ציבורי בתחום הסיעודי". הכוונה להכליל את הטיפול הסיעודי בסל הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כאשר הספקת טיפול זה, הן בקהילה והן במוסדות, יעבור לאחריות קופות

החולים. כך כל הטיפול הסיעודי בשלביו השונים יהיו תחת אחריות של גוף אחד, מתוך כוונה להבטיח רצף טיפולי ושיפור איכותו. לפי הרפורמה המוצעת הטיפול הסיעודי יהיה אוניברסלי וימומן על ידי ביטוח חובה ("ביטוח סיעודי ציבורי") בדומה למס הבריאות הקיים. הביטוח הסיעודי הציבורי יאחד את כל מקורות המימון של הטיפול הסיעודי ויתן כיסוי אוניברסלי לטיפול זה. על פי משרד הבריאות, הביטוח הסיעודי הציבורי עשוי להוביל מבוטחים רבים לדחוק את הביטוח הסיעודי הפרטי (crowd out) או להפוך את הביטוחים הקיימים לביטוחים המשלימים את הביטוח הציבורי באופן דומה לביטוחי הבריאות הפרטיים עם סל הבריאות (חורב, קידר והרשקוביץ, 2011).

בבסיס הרעיון להעביר את השירותים לקשיש שבאחריות משרד הבריאות לאחריותן של קופות החולים ניצבת הגישה שיש לרכז תחת קורת גג אחת (קרי: קופות החולים) את האחריות הכוללת לאספקת רוב שירותי הבריאות. כך ניתן יהיה להבטיח את רצף הטיפול הרפואי, את שיפור השירות לחולה הקשיש ואת שיפור יעילות הטיפול הרפואי על כל שלביו. בפרט, צעד זה צפוי ליצור תמריץ למניעת מוגבלות באמצעות הגברת התערבויות מניעתיות ושיקומיות. כמו כן, יש הטוענים, שארגון שונה של האשפוז הסיעודי יכול להשיג חיסכון, בין היתר מאחר שהוא יאפשר מעבר קל יותר בין מיסוד ובין טיפול בקהילה. אולם, אחרים חוששים שמתן זכאות בחוק עלול להוביל לגידול רב בביקוש, ובכך, להגדיל מאוד את הוצאות הקופות, ולהגדלת התמריץ ל"גריפת שמנת" ולפגיעה בקשישים. כמו כן, יש החוששים כי התהליך שבו עוברים מקונה שירותים עיקרי (משרד הבריאות) לארבעה קונים (קופות החולים) יביא לירידה באיכות הטיפול הסיעודי. בגלל הורדה בכוח הקנייה של כל קופה בנפרד, לעומת קונה יחיד גדול. כאמור, עד היום, לא נפתרה סוגיית הפיצול בשירותים, ושירותי האשפוז הסיעודי עודם מצויים באחריותה הישירה של המדינה (שטסמן, 2000, 2011; גרוס, רוזן ושירום, 1999).

ג. מימון הטיפול הסיעודי

בפני האדם הרוצה להתכונן לקראת האפשרות שיזדקק לטיפול סיעודי עומדות מספר אפשרויות מימון: חיסכון וצבירת מקורות מימון עצמיים של הטיפול ו/או היערכות ביטוחית (למשל, ביטוח סיעודי). בהיעדר אלה, הוא יכול להסתמך על תמיכה כלכלית ועל טיפול בלתי-פורמלי של בני משפחה וחברים או לשים ביטחונו במימון של המדינה.

מניתוח סקר אוכלוסייה של מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל משנת 2003 עולה כי רק רבע מהציבור (23%) ידעו שהטיפול הסיעודי איננו נכלל בסל השירותים הבסיסי של קופות החולים. בקרב קבוצות מסוימות – קשישים, דוברי ערבית, דוברי רוסית ובעלי הכנסה בחמישון התחתון – נמצאה רמת ידע נמוכה במיוחד: רק 13%-16% ידעו שהטיפול איננו נכלל בסל. להערכתם של כמחצית המרואיינים, עלות האשפוז עומדת על 10,000 ש"ח או פחות, אך למעשה העלות במימון פרטי במוסדות מסוימים עשויה להגיע ל-15,000 ש"ח ואף ליותר. לצד חוסר הידע, אנשים לא מעטים חשים פחד מהנושא ונמנעים בשל כך מלחשוב עליו. וכך, 39% מכלל המשיבים בסקר ו-68% מהקשישים אינם רוצים או פוחדים בכלל לחשוב על כך שיזדקקו אי-פעם לאשפוז סיעודי. מובן שחששות מסוג זה עלולים למנוע מאנשים להיערך לכך מבעוד מועד (גרוס ואחרים, 2005).

המימון הציבורי של האשפוז הסיעודי מוגבל, והוא ניתן רק למעוטי היכולת. בעיית המימון נובעת מכך שהאחריות החוקית למימון הטיפול מוטלת על הקשיש הנזקק ועל בני משפחתו, בניגוד למצב בנוגע לבעיות רפואיות אחרות. הטיפול הסיעודי יקר מאוד ונמשך לפעמים מספר שנים, ולא לכל הנזקקים לו יש מקורות מימון כנדרש.

משרד הבריאות אחראי אמנם לטיפול בקשישים סיעודיים ותשושי נפש, אולם, האשפוז הסיעודי ממומן בידי הקשיש ובני משפחתו, בהתאם ליכולתם הכספית, וההפרש בין השתתפות המשפחה לעלות האשפוז בפועל ממומן על-ידי משרד הבריאות במסגרת התקציב השנתי (תקציב "הקודים"). השתתפות משרד הבריאות במימון האשפוז נקבעת על-פי מבחן ההכנסות, תוך התחשבות בקצבאות, הכנסות, נכסים כספיים והכנסות מנכסי דלא-ניידי של הקשיש וילדיו (שטסמן, 2000).

מאומדני האגף לגריאטריה במשרד הבריאות לשנת 2009 עולה כי 70% מהמיטות ברישוי המיועדות לחולים סיעודיים ותשושי נפש מסובסדות על-ידי משרד הבריאות. השתתפות הממוצעת של החולה מהמחיר עומדת על כ-3,000 ש"ח בממוצע לחודש⁵. סך עלות מיטה ממוצעת (כולל ההשתתפות העצמית והתמיכה הממשלתית) עומדת על כ-12,000-15,000 ש"ח לחודש. בסך הכול, בעבור חולה השוהה שלוש שנים במוסד לטיפול ממושך, העלות הממוצעת היא 486,000 ש"ח (חורב ואחרים, 2011).

תקציב משרד הבריאות לאשפוז סיעודי ב-2009 עמד על כ-800 מיליוני ש"ח, כ-48 מיליון ש"ח יותר מתקציב 2008. ב-2010 הוגדל תקציב האשפוז הסיעודי בכ-48 מיליון ש"ח נוספים. הגידול בתקציב מבטא תוספת של 450 "קודים" לאשפוז סיעודי. על-פי הצעת התקציב (2009), תוספת זו נועדה לתת מענה לגידול האוכלוסייה ולהזדקנותה ולגידול במספר הנזקקים לאשפוז הסיעודי. על-פי תקציב זה, סך "הקודים" שמשרד הבריאות נתן בשנת 2010 היה כ-14,000 (משרד האוצר, 2009).

1.3 מקומו של הביטוח הסיעודי במימון טיפול סיעודי

בהינתן ההסתברות הגבוהה להזדקק לטיפול סיעודי בגיל מבוגר ובהינתן העלות הגבוהה של הטיפול הסיעודי, קיימת החלופה של מימון פרטי של הטיפול הסיעודי באמצעות ביטוח סיעודי פרטי. פוליסות ביטוח סיעודי מכסות טיפול סיעודי בקהילה או במוסד.

א. מבנה שוק הביטוח הסיעודי

בישראל קיימים כיום שלושה סוגי ביטוח סיעודי:

1. **ביטוח סיעודי מסחרי לפרט** (individual) - נמכר ישירות לפרטים על-ידי חברות הביטוח; הקונים יכולים לבחור את הפוליסה לפי העדפתם האישית והפרמיה נקבעת לפי היקף הכיסוי והסיכון האישי.
2. **ביטוח סיעודי מסחרי קבוצתי** (collective) - נמכר על-ידי חברות הביטוח לקבוצות כמו איגודי עובדים; הפוליסה והפרמיה אחידות לכל הקבוצה.

⁵ גובה השתתפות העצמית הממוצעת של חולים סיעודיים או תשושי נפש (משרד הבריאות) היא כ-2,350 ש"ח לחודש, בקרב תשושים (משרד הרווחה) כ-3,000 ש"ח לחודש וסיעודיים מורכבים (קופות החולים) כ-3,120 ש"ח לחודש.

3. ביטוח סיעודי דרך קופות החולים - סוג של ביטוח קבוצתי, שנעשה דרך חברת ביטוח; הפוליסה אחידה לכל המבוטחים, אבל התגמול משתנה לפי גיל ההצטרפות והפרמיה נקבעת לפי קבוצת גיל.

הקריטריונים לקבלת גמלה בביטוח סיעודי, אשר נקבעו לפני מספר שנים בידי המפקח על הביטוח, הם מוגבלות בשלוש מתוך שש פעולות היום-יום (ADL - רחצה, הלבשה, אכילה, ישיבה וקימה מהכיסא, כניסה ויציאה מהמיטה, שליטה על הסוגרים וניידות בתוך הבית). בשוק קיימות גם פוליסות המזכות בגמלה כאשר יש מוגבלות בשתי פעולות יום-יום, אם אחת מהן היא אי-שליטה בסוגרים. זכאים לביטוח סיעודי גם תשושי נפש הזקוקים להשגחה 24 שעות ביממה.

לפי קריטריונים אלה (לא כולל תשישות נפש), כ-6% מהקשישים בארץ היו זכאים לגמלה אילו היה להם ביטוח סיעודי. שיעור הזכאים לגמלה לפי מידת מוגבלותם עולה עם הגיל והוא מתייזב על כ-20% מהקשישים בגיל 81 ומעלה (ברמלי-גרינברג, 2004)

ב. פוליסות ביטוח סיעודי פרט (individual)

מכיוון שתהליך ההסדרה של פוליסות הפרט הסתיים בשנת 2002⁶, רוב הפוליסות המשווקות על-ידי חברות הביטוח הן פוליסות סטנדרטיות. דוגמאות לפוליסות מרכזיות בשוק: מגדל "דואגים למחר"; כלל "אחריות לעתיד"; פניקס "עתיר כבוד"; מנורה "הבטחה לעתיד"; אליהו "לחיות בכבוד"; איילון "תמיכת זהב"; הכשרת היישוב "הכי סיעודי".

הפוליסות הסטנדרטיות נבדלות בעיקר בגובה הפרמיות. למשל, בעבור 10,000 ש"ח פיצוי לחמש שנים גבר בן 60 ישלם, במגדל "דואגים למחר" במחירי 2009, - 524 ש"ח, בכלל "אחריות לעתיד" - 524 ש"ח, בפניקס "עתיר כבוד" - 506 ש"ח, במנורה "הבטחה לעתיד" - 493 ש"ח, באיילון "תמיכת זהב" - 467 ש"ח, בהכשרת היישוב "הכי סיעודי" - 465 ש"ח, ובאליהו "לחיות בכבוד" - 430 ש"ח.

בין הגורמים המשפיעים על גובה הפרמיה בין המבטחים: חוסר ידע על הרכב השוק, שיווק של סוכני הביטוח, המוניטין שיש לחברת הביטוח בטיב השירות ויציבות חברת הביטוח.

כל פוליסות הפרט הנמכרות הן מסוג של פיצוי. כלומר, המבוטח, עם הפיכתו לסיעודי על-פי הקריטריונים הקבועים בפוליסה, מקבל גמלה חודשית (שאינה מותנית בהצגת קבלות), גם אם הוחלט שבו משפחה יטפל באדם הסיעודי וגם אם מקבלים כסף ממקורות אחרים (דהיינו, אין תיאום הטבות או קיזוז עם מקורות אחרים).

נוסף על אלה, מוצעות בשוק פוליסות פרט מיוחדות שהעיקריות בהן:

◆ פוליסות פרט "סיעודי משלים" – פוליסות המאפשרות מימוש זכויות וקבלת תגמולי סיעוד לתקופה ארוכה יותר מזו הניתנת כיום בפוליסה הקבוצתית. המימוש על-פי פוליסות אלו יהיה רק לאחר סיום התקופה של הפוליסה הקבוצתית באופן מצטבר של כל חודשי המימוש המכוסים בפוליסה (שלוש או חמש שנים). פוליסות אלה נרכשות כרובד נוסף לפוליסות הקבוצתיות. היות

⁶ לתיאור וניתוח של הסדרת שוק הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל ראו ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003.

שלפוליסות אלו סיכון קטן יותר, הן זולות יותר ומציעות ביטחון למקרה בו האדם הסיעודי זקוק לטיפול סיעודי של יותר מחמש שנים המכוסות בפוליסה הקבוצתית.

- ◆ פוליסות המקנות סכום חד-פעמי קבוע וידוע מראש.
- ◆ פוליסות אשר תשלום הפרמיה בהן הוא עד גיל 65, ואחר כך ערך הסילוק עומד על 100%⁷ (בתכניות אלה גיל ההצטרפות מוגבל ל-50-55 והפרמיות בדרך כלל גבוהות יותר).

ג. פוליסות ביטוח סיעודי הנמכרות דרך קופות החולים

מאז חוק ההסדרים 1998, הביטוח הסיעודי שנרכש דרך קופות החולים הוא סוג של ביטוח קבוצתי שנעשה דרך חברת ביטוח. כל קופות החולים משווקות ביטוח סיעודי קבוצתי: כללית עם חברת הביטוח דקלה, מכבי עם חברת הביטוח כלל בריאות, מאוחדת עם הפניקס, ולאומית עם חברת הביטוח הראל⁸. בלוח 1 מוצגת השוואה בין הפוליסות המשווקות על-ידי קופות החולים על-פי פרמטרים עיקריים שלפיהם מומלץ להשוות בין הפוליסות. כפי שעולה מהלוח, קיימת שונות בין הפוליסות בפרמטרים הבאים:

- ◆ תקופת תשלום הגמלה, הנעה בין 3-5 שנים
- ◆ סכום ביטוח מרבי במוסד תלוי בגיל ההצטרפות לביטוח ונע בין 3,500-13,000 ש"ח
- ◆ סכום גמלה לטיפול בבית תלוי בגיל ההצטרפות לביטוח ונע בין 1,400-5,000 ש"ח (בחלק מהתכניות ניתן החזר על סמך קבלות, ולא פיצוי כספי)
- ◆ בכללית, במכבי ובמאוחדת, אם המבוטח מאושפז בבית חולים כללי או שיקומי, לא ניתנים תשלומי גמלה (במאוחדת - כולל מאושפזים במצב סיעודי מורכב).

⁷ בפוליסות פרט קיים סעיף של ערך מסולק, אשר בא להגן על המבוטח במקרה שלא יוכל להמשיך לשלם את הפרמיות החודשיות עבור הביטוח. סעיף זה מאפשר לאדם ששילם את הפרמיה שנים רבות והפסיק לשלם לקבל תגמול חלקי מחברת הביטוח במקרה שיהיה חולה סיעודי. גובה התגמול שיקבל במקרה כזה נקבע לפי מספר השנים שבהן שילם פרמיות ולפי הכללים שקבע המפקח על הביטוח. טבלת התגמולים החלקיים לפי שנות התשלום מופיעה בפוליסה. במקרה המצוין לעיל יש פוליסות אשר הייחוד שלהן הוא בקביעת ערך סילוק של 100% עם ההגעה של המבוטח לגיל 65. מבוטח יכול אפוא להפסיק הביטוח ולהמשיך להיות מבוטח על החלק היחסי שצבר ולקבל זכויות מופחתות בעתיד או בצורת פיצוי חד-פעמי למי שצבר זכויות מעטות או לחלופין תגמולי ביטוח חודשיים.

⁸ לשם הקיצור יכוננו קופות החולים כדלקמן: שירותי בריאות כללית – כללית, מכבי שירותי בריאות – מכבי, קופת חולים מאוחדת – מאוחדת, קופת חולים לאומית – לאומית

לוח 1: השוואה בין פוליסות הביטוח הסייעודי של קופות החולים

לאומית (כלל בריאות ¹²)	מאוחדת (הפניקס ¹¹)	מכבי (כלל בריאות ¹⁰)	כללית (דקלה ⁹)	
ADL 3/6 תשוש נפש חודשיים	ADL 3/6 תשוש נפש אין	ADL 3/6 תשוש נפש אין	ADL 3/6 תשוש נפש אין	מקרה הביטוח
חודשיים	חודש	חודש	3 חודשים	תקופת אכשרה
אין	מאושפז בבית חולים כללי/ שיקומי או סיעודי מורכב	מאושפז בבית חולים כללי	מאושפז בבית חולים כללי או שיקומי	תקופת המתנה
100% ל-3 שנים ראשונות + 60% מזכויות אלה לשנתיים נוספות + 40% מהזכויות לכל החיים	3 שנים ועוד 60% לשנתיים	5 שנים	6 שנים מדורג	סייגים לכיסוי
שיפוי - 3,900 או 7,000 ש"ח לפי גיל הצטרפות	שיפוי - 7,000-4,500 ש"ח לפי גיל הצטרפות	שיפוי - 10,000 ש"ח למבוטחי סיעודי זהב ו-5,000 ש"ח לסייעודי כסף	שיפוי - 9,000 -2,400 ש"ח לפי גיל הצטרפות	תקופת תשלום הגמלה
פיצוי 2,600 או 4,500 ש"ח לפי גיל הצטרפות	3 שנים ראשונות: קבלת שירות - 36 שעות טיפול שבועיות ו-21 שעות טיפול לשנתיים לאחר מכן. או 3,000- 5,000 ש"ח פיצוי לפי גיל הצטרפות ועוד 60% מזכויות אלה לשנתיים	קבלת שירות - 36 שעות טיפול שבועיות לסייעודי זהב ו-25 שעות לסייעודי כסף. או פיצוי חודשי עבור מטפל זר 4,500 ש"ח לסייעודי זהב ו-3,500 לסייעודי כסף. או פיצוי חודשי 4,000 ש"ח לסייעודי זהב ו- 3,000 לסייעודי כסף.	פיצוי -1,500 - 5,000 ש"ח לפי גיל הצטרפות	תקרת התגמול הסייעודי החודשי במוסד
				תקרת התגמול הסייעודי החודשי בטיפול בבית

מקור: פוליסות ביטוח סיעודי של קופות החולים, 2012

בלוח 2 מוצגים תעריפי הפרמיות של הפוליסות הקבוצתיות של קופות החולים נכון לכתיבת דוח זה בשנת 2012. הפרמיות נמוכות בצורה משמעותית לעומת פרמיות פוליסות הפרט. אולם, יש לזכור שבפוליסות הפרט גם הגמלה בדרך כלל גבוהה יותר. כמו כן, יש לשים לב כי בדרך כלל הגמלה משתנה לפי גיל ההצטרפות של המבוטח לפוליסה.

⁹ פוליסה מעודכנת לאפריל 2012: http://www.clalit.co.il/NR/rdonlyres/A3728477-A005-41C9-9ECC-030A1D2069AA/0/siudi_polisa.pdf

¹⁰ פוליסה מעודכנת לאפריל 2012: http://camp.d-say.co.il/clalabriut/macabi_website/20-0028-02_Polisa%20macabi_08.pdf

¹¹ פוליסה מעודכנת לאפריל 2012: <https://www.meuhedet.co.il/meuhedet/downloads/policyC.pdf>

¹² פוליסה מעודכנת לאפריל 2012: <http://www.leumitsiud.co.il/ItemPics/Polica.pdf>

עוד עולה מן הלוח כי קיימים הבדלים בין הפרמיות של הקופות. אולם, חשוב לזכור כי קיימים הבדלים בין הפוליסות של הקופות בגמלה, בתקופת התשלום וכדומה, וכי הבדלים אלה יכולים להצדיק את ההבדלים בין הפרמיות.

לוח 2: פרמיות לפי גיל (בש"ח) ל-2010-2009

גיל	כללית (דקלה)	מכבי (כלל בריאות)	מאוחדת (הפניקס)	לאומית (כלל בריאות) ¹³
51-55	16.8	46.66	67	74.83
56-60	16.8	46.66	84	86.09
61-65	40.23	63.13	89.5	99.65
66-70	48.22	74.03	106	113.41
71-75	71.53	99.89	117.5	127.66
76-80	71.53	112.82	123	135.40
+81	71.53	123.22	128.5	135.40

מקור: פוליסות ביטוח סיעודי של קופות החולים, 2012

בנובמבר 2012 הציג משרד האוצר מתווה לרפורמה במבנה הביטוחים האלו בה מוצע ליצור ביטוח סיעודי אחיד לכל הקופות. לטענת המשרד, ההבדלים הקיימים בין הביטוחים המשווקים כיום על ידי הקופות גורמים לתחרות בין הקופות על הביטוח הסיעודי, ולא על שירותי הבריאות הניתנים על ידם. הביטוחים הסיעודיים של הקופות שונים זה מזה בכל התחומים וקשה להשוות ביניהם: בסכומי ביטוח הניתנים לאדם מוגבל השוהה בבית (הנע בין 3,600 ₪ ל-5,300 ₪) או במוסד (בין 6,300 ₪ ל-11,300 ₪), בתקופת תגמולי ביטוח, במבנה הפרמיה (עלויות ומדרגות עליה), בתקופת ההמתנה ובאופן מתן תגמולי ביטוח (שיפוי ופיצוי). המצב הקיים גם פוגע בתחרותיות בין הקופות כיוון שבמעבר בין קופה לקופה נאלץ המבוטח לבטל את הביטוח הקודם ולרכוש ביטוח חדש בחברת הביטוח בעלת ההסכם עם הקופה החדשה, וכן לעבור חיתום רפואי מחדש. הרפורמה המוצעת על ידי משרד האוצר תציע פוליסה אחידה לכל הקופות, פרמיה וכיסויי אחידים ומעבר בין קופות וביטוחים סיעודיים ללא חיתום רפואי. כך גם מקווים להתגבר על בעיית "גריפת השמנת" (סלקציה של מבוטחים בעלי סיכון נמוך) של קופות החולים באמצעות הביטוח הסיעודי.

1.4 מטרות המחקר

1. לתאר את שוק הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל, כולל: גודל השוק, שחקנים מרכזיים, סוגי הפוליסות ותפקיד הממשלה בשוק.
2. לזהות את הגורמים המשפיעים על הביקוש והבעלות על ביטוח סיעודי.

חשיבות המחקר ברמה הלאומית היא בכך שלראשונה בישראל הוא מספק נתונים על הביקוש לביטוח סיעודי פרטי מנקודת מבט צרכנית וביכולתו לעזור בקביעת מדיניות בכל הקשור להיערכות הציבור

¹³ מחירים מעודכנים לאפריל 2012:

<https://online2.leumit.co.il/ShabanPrices/default.aspx?siud=true&shaban=false>

לקראת הצורך בטיפול סיעודי ובמימון הטיפול הסיעודי. ברמה הבינלאומית המחקר מאפשר בחינה מעמיקה של הביקוש לביטוח סיעודי בשוק הישראלי שבו שיעור הבעלות על הביטוח הוא גבוה יחסית למדינות אחרות בעולם (ראו פרק 2).

המחקר מפנה את תשומת ליבם של קובעי מדיניות למספר כשלי שוק בשוק הביטוח הסיעודי, הדורשים התערבות ממשלתית: העובדה שהיקף רחב של בעלי ביטוח סיעודי איננו מודע לבעלות (20%) ולכן ביטוח זה אינו נצרך באופן יעיל. שנית, הממצאים מראים כשל שוק של סיכון מוסרי וגריפת שמנת שכן הציבור בעל סיכון הכי גבוה להיות סיעודי איננו מבוטח. נמצא כי מתבקשת התערבות בהסדרת הביטוח הסיעודי בדומה להסדרת הביטוח המשלים על מנת לשפר את המוצר ולהפוך אותו לאמצעי מימון יעיל ואפקטיבי לאדם הסיעודי, וכן הגברת הידע והמודעות בציבור על הסיכון להיות סיעודי וחלופות להיערכות לקראת מצב זה.

כיום מתהוות שתי רפורמות בשוק הביטוח הסיעודי האחת על ידי משרד האוצר והשנייה על ידי משרד הבריאות, במטרה לתקן את כשלי השוק של המוצר. מחקר זה מהווה בסיס נתונים חשוב למעצבי מדיניות זו ומציג את הנקודות החשובות שיש לקחת בחשבון בקבלת ההחלטות הקשורות לנושא. מכאן חשיבותו של המחקר בעיצוב שוק הביטוח הסיעודי הייחודי של ישראל וכן תכנון המימון של הצרכים העתידיים של האוכלוסייה הישראלית המזדקנת בקצב מהיר.

2. רקע מדעי

עלות הטיפול הסיעודי היא גבוהה. באנגליה, ההוצאות על טיפול סיעודי צפויות לעלות ב-325% מ-2002 ל-2041 (מ-13 מיליארד ל-55 מיליארד לירות). הוצאות הטיפול הסיעודי כ-10% מהתמ"ג צפויות לעלות מ-1.43% מהתמ"ג ב-2002 ל-2.64% ב-2041, עליה של 90% (Wittenberg et al, 2006). תחזית של Comas-Herrera ואחרים (2006) צופה כי סך ההוצאות על טיפול סיעודי יעלו באופן דרמטי בין השנים 2000-2050 בגרמניה (ב-437%), בספרד (ב-509%), באיטליה (ב-378%) ובבריטניה (ב-392%). אחת התחזיות של אחוז העלייה של הוצאות אלו כ-168% מהתמ"ג בין השנים 2000-2050 היא של 168% בגרמניה, 149% בספרד, 138% באיטליה ו-112% בבריטניה.

משרד התקציב של הקונגרס האמריקני (The US Congressional Budget Office) אמד את ההוצאה הכוללת לשירותי טיפול סיעודי לקשישים (ללא העלות של הטיפול הבלתי-פורמלי) ב-135 מיליארדי דולרים ב-2004 (שהיוו 1.5% מה-GDP), ובאומדן גס - ב-15,000 דולרים לכל קשיש מוגבל (Congressional Budget Office - CBO, 2004). בגרמניה, ב-1998, כ-2.2% מהאוכלוסייה קיבלו גמלה מחוק הביטוח הסיעודי הממלכתי בעלות כוללת של 17 מיליארד דולרים (Geraedts, Heller & Harrington, 2000).

בישראל, על פי אומדן שבוצע באגף הכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות הגיעה בשנת 2010 ההוצאה הלאומית על שירותי סיעוד (אשפוז וקהילה) לכ-9.7 מיליארד ₪, המהווים כ-1.3% מהתמ"ג באותה שנה. הוצאות אלו מתחלקות ל-42% מימון פרטי ו-58% מימון ציבורי. ההוצאה הלאומית על

סיעוד לפי ענפים מתפלגת 65% הוצאות בקהילה (6.2 מיליארד ₪), 26% באשפוז סיעודי (2.5 מיליארד ₪), 6% אשפוז תשושים ו-3% אשפוז סיעודי מורכב (חורב, קידר והרשקוביץ, 2011).

משרד הבריאות הוציא ב-2009, 1,045 מיליון ש"ח על קניית שירותי אשפוז במוסדות גריאטריים (סך של 13,900 מיטות "קודים"); כ-240.1 מיליון ש"ח מתוכם הוחזרו למשרד במסגרת השתתפות עצמית של המשפחות (17,300 ש"ח בממוצע לחולה לשנה או 1,400 ש"ח לחודש). ידוע כי המשפחות משלמות מכיסן גם מעבר לתשלומי ההשתתפות העצמית. ברמלי-גריןברג ואחרים (2010) מצאו כי 56% מבני משפחה של מאושפזים סיעודיים ותשושי נפש מקבלי קוד ממשרד הבריאות השלימו את מימון השהות במוסד מכספם.

בנוסף, כשליש מהמאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש אינם מקבלים עזרה ממשרד הבריאות; הם מאושפזים באופן פרטי ומשלמים מכיסם עבור כל הטיפול. הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי ועלות הטיפול הסיעודי צפויים לגדול באופן ניכר בשנים הקרובות. לדוגמה, לפי תחזית של היחידה לחקר שירותים חברתיים הממשלתית בבריטניה (PSSRU) לשנים 2010-2030, מספר האנשים בני 65 ומעלה יעלה ב-51%, ומספר בני 85 מעלה צפוי לגדול אף מהר יותר: ב-101%. רוב הגידול הזה ייגרם מהעלייה הצפויה בתוחלת החיים של גברים. לפי ההערכה, מספר הקשישים עם בעיות בלפחות פעולה אחת של ADL יגדל ב-61% ומספר הקשישים התלויים (בעלי מוגבלות בינונית וחריפה) יגדל בשנים אלה ב-66% וההוצאה על טיפול סיעודי תגדל ב-117%: מ-20.6 מיליארדי ל"ש ב-2010 ל-44.8 מיליארדי ל"ש בשנת 2030 (Wittenberg et al., 2011).. בארצות הברית, משרד התקציב של הקונגרס האמריקני (CBO) העריך שגם אם רמות המוגבלות ייוותרו בעינן, ההוצאה תעלה ל-484 מיליארדי דולרים בשנת 2040, או כ-2% מהתל"ג האמריקני (CBO, 2004).

ניתן לצפות שהאוכלוסייה ברוב המדינות המפותחות תזדקן במהלך העשור הראשון של המאה העשרים ואחת. "הנחשול" הדמוגרפי צפוי להכות כמעט בכל מקום. שיעור המוגבלים הגבוה ביותר נמצא בקרב בני 80 ומעלה וקבוצת גיל זו צפויה לגדול במהלך העשורים הקרובים. בארצות הברית, לדוגמה, עקב הזדקנות דור ה-"baby boom", היא צפויה לגדול ב-270% בארבעים השנים הקרובות. בגרמניה, היא צפויה להתרחב ב-160%, וביפן – ליותר מ-300%. לכן, יש לצפות לעלייה בביקוש לטיפול סיעודי בהתאם (Karlsson, 2002; CBO, 2004). בניו-זילנד, אוכלוסיית בני 65 ומעלה צפויה להתרחב במהלך חמישים השנה הקרובות מ-12% מכלל האוכלוסייה ל-25%; חלקם של בני 85 ומעלה בכלל האוכלוסייה צפוי לגדול מ-1.3% ל-5.3%. בהתאמה, האוכלוסייה שתזדקק לטיפול מוסדי תשולש, ואף יותר (Ashton & St. John, 2005). באנגליה, צפוי שהיקף הטיפול הסיעודי יתרחב ב-61% לערך בין 1995 ל-2031 כדי להדביק את קצב גידול אוכלוסיית הקשישים (Wittenberg et al., 1998; Comas-Herrera and Wittenberg, 2003).

אולם, הגורם המכריע לביקוש לטיפול סיעודי הוא שיעור המוגבלות משום ששיעור זה, יותר מאשר גיל, הוא זה המגדיר את הצורך. קיימים מחקרים שהראו שתחזית ההוצאה על טיפול סיעודי רגישה להנחות שנעשות לגבי מגמות במוגבלות. כאמור, תחזיות אוכלוסייה ברוב המדינות מצביעות על ירידה בשיעורי התמותה ועלייה בתוחלת החיים. בהקשר זה עולה שאלה חשובה: האם שיעורי המוגבלות

ירדו, יישארו כמו שהם או אולי אף יעלו? Comas-Herrera and Wittenberg (2003, 2006, 2011) שרטטו תרחישים, לפיהם שיעורי המוגבלות בעתיד יידחו במספר השנים שהושגו בתוחלת החיים יכולים להיות בעלי השפעה חשובה בעתיד על ההוצאה על טיפול סיעודי ויותר אנשים יוכלו להרשות זאת לעצמם. הם סיכמו באומרם שאם שיעורי המוגבלות קשורי הגיל ירדו, מספר הקשישים התלויים עשוי בהתאם לעלות לאט יותר.

עם זאת, עלינו להביא בחשבון שעלות הטיפול הסיעודי היא גבוהה ותעלה באופן משמעותי; חלקה בתמ"ג הוא יותר מ-1% ברוב העולם המפותח (למשל הוצאות על טיפול סיעודי ב-2007 בגרמניה היוו 1.3% מהתמ"ג, בפינלנד 2.1%, בצרפת וביפן 1.6%, בהולנד 3.4% ובשוודיה 3.5%) בשנת 2010, סך כל ההוצאה על טיפול סיעודי בישראל הייתה 1.3% מהתמ"ג. על פי תחזיות של כנס ים המלח 2012, **ההוצאה הציבורית** בגין בריאות וסיעוד (בקהילה ומוסדות) צפויה לעלות מ-15,400 מיליוני ₪ ב-2010 ל-38,400 מיליוני ₪ ב-2030, עלייה של 250% בשני העשורים הבאים. הוצאה זו מתוך התוצר צפויה לעלות מ-1.92% ב-2006 ל-2.61% ב-2030. תחזית של **ההוצאה הפרטית** צופה גידול של 87% בין 2010-2020 ושל 44% בין 2020 ל-2030 (לשם השוואה ההוצאה הפרטית על שירותי סיעוד בעשור האחרון – 2010-2000 גדלה ב-53%).

בכל מדינות אירופה, משקי בית פרטיים נדרשים לשאת בחלק לא מבוטל בעול הטיפול, הן מבחינה כלכלית והן בהספקת רוב שעות הטיפול שלהם החולים סיעודיים זקוקים. תשלומים פרטיים מורכבים מהשתתפות עצמית לטיפול שסופק בתכניות ציבוריות ומתשלומים מהכיס הפרטי (Huber, 2008). בו בזמן, אוכלוסיית העובדים אשר משלמת את רוב התשלומים הפרטיים הללו צפויה להצטמצם ברוב המדינות, כך שעלולה להיווצר בעיה במימון שירותי הטיפול הסיעודי (Karlsson, 2002; CBO, 2004).

כל אלה מעלים חששות לגבי מי ידאג להם או מי ישלם על הטיפול בהם? מדינות שונות בחרו פתרונות השונים זה מזה בתמריצים, בחלוקת האחריות בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי ובתוצאות החלוקה. באופן כללי, קיימים שלושה מודלים למימון (קיי, 1999; Kay, 2008):

1. רוב הטיפול ומימונו מוטלים על הקשיש בעל המוגבלות ומשפחתו. כל אדם אחראי על מילוי צורכי הטיפול הסיעודי (העתידי). המימון הציבורי מוגבל, בין אם הוא ניתן רק לעניים ביותר ובין אם הוא מסייע לקשישים רבים, אך במידה מועטה. בהקשר של הביטוח סיעודי, תפקיד הממשלה במודל זה הוא לעודד את רכישת הביטוח הסיעודי ולפקח (רגולציה) על שוק הביטוח הסיעודי. ברוב מדינות המערב, כולל ארצות הברית וישראל, משתמשים במודל זה.
2. הטיפול הסיעודי ממומן באמצעות מיסים לאומיים או מקומיים (אוסטרליה, אוסטריה, דנמרק ושבדיה הן בין המדינות העושות שימוש במודל זה).
3. מיסי ביטוח סיעודי ייעודיים נגבים במיוחד למימון הטיפול הסיעודי (אוסטריה, יפן, גרמניה¹⁴, לוקסמבורג והולנד משתמשות במודל זה) (קיי, 1999).

¹⁴ לדוגמה, המטרה המוצהרת הראשונה של חוק הביטוח הסיעודי בגרמניה הייתה "להקל על רוב הנטל הכלכלי שבמוגבלות ומחלה ממושכות" (Geraedts, Heller & Harrington, 2000).

כיום, ביטוח סיעודי וולונטרי הוא אפשרות המימון הנדונה ביותר ברחבי העולם (Desonia, 2004; Norton, 2000).

2.1 ביטוח סיעודי

ביטוח סיעודי מבטח כנגד הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי. הוא מיועד לאנשים ההופכים למוגבלים בפעולות היום-יום או בתפקוד קוגניטיבי (ראו לעיל). לפי תיאוריות הביטוח הסטנדרטי, בהינתן הסתברות גבוהה להזדקקות לטיפול סיעודי בזיקנה ובהינתן העלות הגבוהה של שירותי הטיפול הסיעודי, אנשים "שונאי סיכון" ירכשו ביטוח סיעודי.

מחקרים רבים מראים כי שיעור בעלי ביטוח סיעודי פרטי בעולם נמוך מאוד (Johnson & Uccello, 2005; Brown & Finkelstein, 2004a; 2007). למשל, בארצות הברית, ב-2007 היה לכשמונה מיליון אנשים בלבד היה ביטוח סיעודי פרטי (נמסר בדואל במארס 2007 בידי Jesse Slome, מנכ"ל הארגון האמריקני לביטוח סיעודי - AALTCI); ובצרפת, למעט יותר משני מיליון אנשים יש ביטוח כזה (Taleyson, 2003). בספרד, שהיא שנייה רק לאיטליה באירופה בשיעור הקשישים, כ-26% בלבד היו מוכנים לרכוש ביטוח סיעודי לו המחיר היה סביר (Costa & Font, 2001).

מספר מחקרים אמפיריים נערכו במטרה לבחון את הגורמים המשפיעים על רכישת ביטוח סיעודי במועד מסוים. מרבית המחקרים שנערכו במדינות אחרות התמקדו בסיבות להעדפה לא לרכוש ביטוח סיעודי פרטי והתרכזו באוכלוסיית הלא-קונים והסבירו מדוע ביטוח סיעודי נרכש לעתים רחוקות. מחקרים אלה בחנו בדרך כלל רק חסם אחד או שניים בפני רכישת ביטוח סיעודי (Norton, 2000). מספר מחקרים אמפיריים בחנו מדוע אנשים אכן רוכשים ביטוח סיעודי, דבר שאפשר ניתוח הגורמים המשפיעים על ההחלטה לרכוש מנקודת מבט נוכחית בזמן נתון.

הממצאים האמפיריים מהמחקרים ברחבי העולם מצביעים בדרך כלל על שני מאפיינים של שוק הביטוח הסיעודי:

1. חלקם של האנשים הרוכשים ביטוח סיעודי פרטי הוא מוגבל
2. בעלי ביטוח סיעודי פרטי הם מבוגרים יחסית

א. מדוע שוק הביטוח הסיעודי הוא קטן?

כאמור, אחוז האנשים הרוכשים ביטוח סיעודי ברחבי העולם הוא בדרך כלל קטן. ממצא זה עורר דאגה רבה שהביטוח הסיעודי לא יצליח להפוך למממן העיקרי של הטיפול הסיעודי ולא יתמוך בצורכי אוכלוסיית הקשישים בעידן של צמצום המימון הציבורי. יש ממשלות שנקטו צעדים רחבים והתערבו בשוק הביטוח הסיעודי במדינותיהן. יפן, גרמניה והולנד אף חוקקו חוק ביטוח סיעודי סוציאלי. רוב המחקרים שנערכו התמקדו בסיבות שאנשים מעדיפים לא לרכוש ביטוח סיעודי פרטי.

ניתן לסווג את החסמים בפני רכישת ביטוח סיעודי לשתי קטגוריות עיקריות: אחת הקשורה להיבט הביקוש בשוק והשנייה - להיבט הספקת השירות. מספר גורמים מיוחדים למאפיינים הייחודיים של הביטוח הסיעודי, לדוגמה, יחסי הגומלין בין הביטוח הפרטי לבין המימון הציבורי (כדוגמת מדיקיד -

(Medicade) וחוסר היכולת לבטח כנגד סוגי סיכון מסוימים (ביטוח סיעודי אינו מבטח בדרך כלל נגד הסיכון לעלייה משמעותית במחיר הטיפול הסיעודי). גורמים אחרים משותפים לרוב שוקי הביטוח, ובייחוד לחדשים שבהם; אלה כוללים עלויות אדמיניסטרטיביות, יציבות הפרמיה וברירת מבוטחים (Cutler, 1993; Sloan & Norton, 1997; Wiener Brown & Finkelstein, 2007; Meier, 1999; Norton, 2000; Cohen, 2003; CBO, 2004; Norton & Newhouse, 1994; Hanley, 1991).

Brown and Finkelstein (2007) העלו גם את האפשרות שרציונאליות מוגבלת של הצרכן יכולה לצמצם את הדרישה לביטוח סיעודי פרטי. לדוגמה, אנשים מתקשים להבין מהי הסתברות נמוכה ומהו נזק גדול. אולם, רציונאליות מוגבלת של הצרכן לא נבחנה באופן אמפירי בתחום הספציפי של הביטוח הסיעודי.

הסברי שוק הקשורים לביקוש ולהיצע:

1. עלויות עסקיות ואדמיניסטרטיביות גבוהות. עלויות עסקיות יכולות לנבוע מהעלות הבלתי-נמנעת של מכירות ביטוח ושל תביעות; ליתר דיוק, מדובר בעלויות השיוק, החיתום, הניהול, הפרסום והליכי הטיפול בתביעות. כידוע, התחרות הלא-משוכללת או העלות הגבוהה של איסוף מידע על הבריאות בעת תהליך החיתום יכולות להגדיל עלויות אלה ולהעלות את מחירי הביטוח הסיעודי (Nyman, 2003; Brown & Finkelstein, 2007). מכירת פוליסה קבוצתית באמצעות מקום העבודה, לדוגמה, יכולה לחסוך עלויות אדמיניסטרטיביות, ואילו מכירה לפרטים היא הרבה יותר יקרה. מספר חברות בארצות הברית מציעות ביטוח סיעודי כהטבה שולית לעובדים, המובילה לכך שהביטוח הסיעודי נמכר בדרך כלל כביטוח פרט, הגורר גידול בעלויות העסקיות (Norton, 2000).

2. סיכון בין-דורי נצבר של עלויות גדולות של טיפול סיעודי. Cutler ו-Cutler (1993) טענו שכיסוי לתקופה ארוכה שבדרך כלל נרכש יכול לתרום לגודל הקטן של השוק. ביטוח סיעודי הוא ביטוח "טווח ארוך"; אנשים הרוכשים פוליסת ביטוח סיעודי בגיל 65 סביר שיזדקקו לתגמול עשרים שנה או יותר. בשוק ביטוחי הבריאות הרכיב הראשוני של הסיכון הוא cross-section hazard של אירוע באוכלוסייה (סיכון תוך-דורי). בשוק הביטוח הסיעודי, הסיכון לטיפול סיעודי תלוי בחלקו בשינויים בעלות הממוצעת של הטיפול הסיעודי על-פני זמן. העובדה שנוכחות הסיכון הבין דורי גבוהה מהסיכון התוך-דורי מהווה גורם מפתח לכשלי שוק.

3. מידע א-סימטרי: ברירת מבוטחים או סיכון מוסרי. בדומה לביטוח בריאות, הביטוח הסיעודי מועד לכשלי השוק הידועים - ברירת מבוטחים וסיכון מוסרי, אם כי בדרכו שלו.

סיכון מוסרי (Moral hazard): בשוק הביטוח הסיעודי, סיכון מוסרי מיוחס לעתים קרובות להחלטות שמקבלים ילדי המוטב של הביטוח הסיעודי (כלומר, האדם הנזקק לטיפול סיעודי), אשר יכולות להיות מנוגדות לרצונותיו של המוטב. ביטוח יכול לספק לילדים תמריץ למסד את הוריהם, היות שהוא מוריד את עלות המיסוד (Sloan & Norton, 1997; Pauly, 1990; Norton, 2000). הזקן המעדיף לא להיכנס למוסד ירכוש כיסוי ביטוחי קטן, כך שיוכל לגרום לילדיו לטפל בו (Zweifel & Struwe, 1996).

סלקציה שלילית (Adverse selection): לפי התאוריה הכלכלית, אנשים הרוכשים ביטוח סיעודי יכולים לראות סיכוי גבוה יותר שישתמשו בטיפול סיעודי בעתיד, מאשר אנשים שלא רוכשים ביטוח. אפשרות זו אינה נכללת במידע שמבטחים אוספים כאשר הם עורכים רשימות של לקוחות של הפוליסות שלהם. אם מבטחים מאמינים שכשל השוק סלקציה שלילית מתקיים, הם יציעו את הפוליסות עם פרמיות גבוהות יותר מאשר המחיר האקטוארי ההוגן (כלומר, המחיר המוצדק לפי הסיכון האמיתי להזדקקות לטיפול סיעודי של בעלי הפוליסות) (Norton, 2000; Sloan & Norton, 1997; Brown & Finkelstein, 2007; CBO, 2004).

מעניין לציין כי במחקרם, לא מצאו Finkelstein and McGarry (2003) כל ראיה לכך שאנשים שהיה להם יותר ביטוח סיעודי השתמשו יותר בטיפול במוסד סיעודי (סיכון מוסרי). אולם, הם מצאו שאמונותיהם של אנשים לגבי השימוש העתידי שלהם במוסד הסיעודי נשאר המנבא החיובי המובהק מבחינה סטטיסטית לשימוש עתידי בפועל במוסד סיעודי.

ממצאים אלה תואמים את ממצאיהם של Cutler and Zeckhauser (2000), אשר טענו שבעולם האמיתי של שוק הביטוח, המידע זמין לפרטים ולחברות הביטוח באופן שווה או אף מוטה לטובת חברות הביטוח. למבטחים יש כלים מתוחכמים לחזות את העלויות העתידיות של ביטוח הפרט. מצוידים בידע זה, הם יכולים לתמחר טוב יותר את הביטוח לפי הסיכון האמיתי של שימוש בביטוח, מאשר בעלי ביטוח. הדבר נכון במיוחד בביטוח "ארוך-טווח" כמו ביטוח סיעודי.

נראה שסלקציה שלילית אינה מהווה בעיה בטווח הרחוק (Finkelstein & McGarry, 2004; CBO, 2003). אולם, נראה כי שימוש בתהליך חיתום יקר ומתוחכם זה כדי להעריך את העלויות העתידיות של הטיפול הסיעודי באנשים בקבוצת גיל מסוימת מעלה את פרמיית הביטוח הסיעודי שלא לצורך.

4. **"הכשרה לא מספקת" בקרב חתמי ביטוח.** חסם נוסף לצד ההיצע קשור למומחיות הנדרשת לחיתום ולניהול הביטוח הסיעודי, שהם שונים מאוד מאלה הדרושים למוצרי ביטוח בריאות מסורתיים. בהינתן שביטוח סיעודי הוא מוצר חדש יחסית, יש מחסור קבוע באנשים שעברו הכשרה לחיתום הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי. נראה שהתעשייה רק החלה ללמוד כיצד לבנות פוליסות ביטוח סיעודי ולטפל בתביעות (Cohen, 2003).

תמחור גבוה: עלויות אדמיניסטרטיביות, מידע א-סימטרי הגורם לסלקציה שלילית או רווחי חברת הביטוח עלולים להוביל להעמסה (loading) משמעותית על המחיר של פוליסות הביטוח הסיעודי מעבר למחיר האקטוארי ההוגן. הדבר עלול לרסן בשל כך רכישת כיסוי ביטוחי לטיפול סיעודי (Brown & Finkelstein, 2007). בארצות הברית, חששות לגבי השפעות המחירים הגבוהים הובילו לסבסוד הביטוח הסיעודי הפרטי באמצעות מערכת המס (Brown & Finkelstein, 2007; Kofman, 2003).

Brown and Finkelstein (2007) מצאו שאכן בפוליסות ביטוח סיעודי גורם ההעמסה גבוה מאוד, ועל כן, המחיר הממוצע של הפוליסות גבוה יחסית לתגמולים. אף שהממצאים שלהם מראים

שהגבלות מצד ההיצע אכן קיימות בשוק, הגבלות אלה אינן האחראיות הבלעדיות להגבלת גודל השוק. נראה אפוא כי גורמים בהיבט הביקוש הם גם האחראיים על כך.

5. הרצון להשאיר ירושה : הספרות המקצועית איננה חד-משמעית לגבי השפעת רצון האדם להשאיר ירושה על הביקוש לביטוח סיעודי. חוקרים אחדים טענו שהרצון להשאיר ירושה עשוי להגדיל את הביקוש לביטוח סיעודי (Sloan & Norton, 1997; Norton, 2000). אולם, כאמור, אדם המעדיף את תשומת הלב של ילדיו על-פני עזרה בתשלום עשוי להחליט לא לרכוש את הביטוח הסיעודי, אף שרצונו הוא להשאיר ירושה. במודל הסימולטני להחלטה לרכוש ביטוח סיעודי, מצאו Zweifel and Struwe (1996) שאדם שרכש ביטוח סיעודי עשוי להדגיש את יחסי הגומלין בין השארת ירושה לקבלת טיפול כדי להשיג את תשומת הלב של ילדיו. הם טענו שאם הורה משתמש בו-זמנית בכספי ירושה ובביטוח סיעודי כדי לשלוט במידת הטיפול שהוא מקבל מילדיו, יש לצפות שהוא ירכוש כיסוי קטן יחסית לטיפול סיעודי.

6. הזמינות של חלופות לא מושלמות אך זולות

א. סיוע ממשלתי : מימון ציבורי, אף שהוא מוגבל, מהווה חלופה זולה יותר לביטוח סיעודי פרטי. מחקר מקיף על דחיקה החוצה ("crowding out") של הביטוח הסיעודי הפרטי כתוצאה מהמימון הציבורי נערך בארצות הברית, שם המדיקייד מצמצם את הסיכון להוצאה המוטלת על קרובי משפחה של דיירי מוסדות סיעודיים. אולם, מפני שהמדיקייד מיועד לספק כיסוי לעניים בלבד, הוא דורש ניכוי של כל הנכסים וההכנסות בפועל. במובן זה, מדיקייד וביטוח סיעודי פרטי מהווים חלופות לא מושלמות (Sloan & Norton, 1997; Norton, 2000; Cohen, 2003).

Kotlikoff (1989) פיתח מודל להסברת השפעת המדיקייד על החסכונות. בהדמיות שערך על בסיס המודל הוא מצא שהמדיקייד מצמצם את השקעה בחסכונות באופן משמעותי. חוקרים אחרים מצאו גם ראיות אמפיריות לכך שהמדיקייד מצמצם ביקוש לביטוח סיעודי פרטי (Brown and Finkelstein, 2004b; Sloan and Norton, 1997; Norton and Newhouse, 1994). למעשה, המדיקייד מקטין באופן משמעותי את התועלת מהביטוח הסיעודי הפרטי. זו הסיבה לכך שגם הפחתה משמעותית בפרמיה (לדוגמה באמצעות סבסוד מיסים) לא תספיק כדי למשוך בעלי בריאות רופפת לרכוש ביטוח סיעודי (Brown & Finkelstein, 2004b).

ב. טיפול לא-פורמלי בידי בני משפחה : כאמור, סביר שהמשפחה תשפיע על הביקוש לביטוח סיעודי, אף שהכיוון של השפעה זו אינו חד-משמעי. תפקיד המשפחה במתן טיפול לא-פורמלי מוסיף היבט לנושא זה. הטיפול הלא-פורמלי מהווה חלופה כלכלית לביטוח, ועל כן, הוא עשוי להפחית את הביקוש לביטוח סיעודי (Norton & Newhouse, 1994; Norton, 2000; Brown & Finkelstein, 2004b). אולם, חוקרים אחדים הצביעו בדאגה על מגמות דמוגרפיות וחברתיות מסוימות: פחות ילדים למשפחה, יותר נשים עובדות ושינוי הגישה כלפי אחריות המשפחה. מגמות אלה גורמות לכך שהטיפול הלא-פורמלי בזקן אינו הולם. אחת הסיבות המוצהרות ביפן להענקת חשיבות לתכנית לביטוח סיעודי ציבורי מנדטורי הייתה שהמערכת היפנית

המסורתית לטיפול לא-פורמלי נתפסת באופן כללי כשרויה במשבר (Campbell and Ikegami, 2000).

7. תפיסה שגויה של הצורך בטיפול סיעודי: ייתכן שאנשים מבוגרים ממעיטים במידת ההסתברות שלהערכתם יזדקקו לטיפול סיעודי, ואף מתכחשים לסיכון להזדקק לו (Wiener & Hanley, 1991; Norton, 2000; Brown & Finkelstein, 2007). הדבר תואם את הנתון שחלק גדול מהאנשים מאמינים שהם בריאים יותר, שהביטחון הכלכלי שלהם טוב יותר ושהם נהגים טובים יותר, לעומת האדם הממוצע (Sandroni & Squintani, 2004). מעניין לציין שבעוד שנראה כי אנשים מוכנים לקבל את האפשרות שהם יצטרכו לבקר אצל רופא או להתאשפז בבית חולים, מעטים בלבד יסכימו להודות שהם מתמודדים עם סיכון משמעותי במהלך החיים למוגבלות ולשירותי אשפוז במוסד סיעודי או להשגחה וטיפול בבית (Hanley, 1991 Wiener &).

ממצאי סקר מגלים כי אנשים רבים אינם מאמינים שהם יזדקקו לטיפול סיעודי. Cohen (2003) מצא שפחות מאמריקני אחד לכל שלושה בני 55 ומעלה מאמין שיש סיכוי גבוה מ-50% שיזדקק לטיפול במוסד סיעודי בעתיד. אחד הממצאים הבולטים ביותר במחקרו היה המידה הרבה של התכחשות לאפשרות להזדקק בעתיד לטיפול במוסד סיעודי. ממצאים ממחקר ישראלי שנערך בשנת 2003 מחזקים ממצאים אלה: 15% מבני 65 ומעלה מאמינים שלעולם לא יזדקקו לטיפול סיעודי מכל סוג שהוא (מוסד סיעודי או טיפול בית); שני שלישים מהם דיווחו שהם לא רצו או חששו לחשוב על האפשרות להזדקק לטיפול סיעודי בעתיד (Gross & Brammli-Greenberg, 2003).

ב. גיל ההצטרפות לביטוח הסיעודי

גיל בעלי הביטוח הסיעודי הוא גבוה יחסית. בארצות הברית, לדוגמה, ממוצע גיל בעלי ביטוח סיעודי עומד על 67 (Cohen, 2003).

משקי בית אינם מצליחים בדרך כלל לחשב את שיעורי החיסכון או לצמצם את הצריכה הנוכחית לטובת צריכה בעתיד (Thaler & Benartzi, 2004). בשל כך, הגיל הגבוה יחסית של בעלי הביטוח הסיעודי מדאיג קובעי מדיניות רבים ברחבי העולם. כדי שביטוח סיעודי ישמש חלופה אמיתית למימון ציבורי של טיפול סיעודי, חשוב שאנשים יתחילו לשלם לביטוח מסוג זה בגיל צעיר יחסית ומאגר המבוטחים יכלול גם אנשים צעירים (Cohen, 2003; Meier, 1999).

כאשר גובר הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי עם עליית גיל המבוטח, פרמיית הסיכון עולה גם היא. על כן, פוליסות הביטוח הסיעודי יקרות יותר לרוכשים אותן בגיל מבוגר יותר. לדוגמה, הפרמיה לפוליסה מלאה עלולה להיות כפולה לאדם הרוכש אותה בגיל 75 מאשר לאדם הרוכש אותה בגיל 65. נוסף על כך, אנשים מבוגרים יותר יתקשו לעמוד בתנאי חברת הביטוח לצורך החיתום, ולכן, לא יוכלו כלל לרכוש את הפוליסה.

ג. גורמים המשפיעים על רכישת ביטוח סיעודי: כלל "ההחלטה האישית"

מחקרים אמפיריים בחנו את הסיבות לרכישת ביטוח סיעודי, והם אפשרו לנתח את הגורמים המשפיעים על ההחלטה לרכוש מנקודת מבט נוכחית בזמן נתון בלבד. לפי הספרות העוסקת בביטוח,

קיימים שלושה סוגים של גורמים המשפיעים על רכישת ביטוח סיעודי (Meier, 1999; Norton, 2000; Cutler, 1993; Sloan and Norton, 1997; Wiener and Hanley, 1991; Norton and Newhouse, 1994; Zweifel and Struwe, 1996):

1. **מאפיינים אישיים:** מאפיינים דמוגרפיים (כולל גיל), שנאת סיכון, יחסים בין-דוריים, שיקולים הקשורים לירושה, תפיסת הסיכון בעתיד (כלומר, האם אדם צופה שיזדקק לטיפול סיעודי וכמה יקר להערכתו הוא יהיה);
2. **מחיר:** מחיר הביטוח הסיעודי ומחיר החלופות האחרות (פרטיות וציבוריות) למימון הטיפול הסיעודי;
3. **איכות "המוצר":** התגמולים שמציע המבטח, יחסית לפרמיות.

גורמים אלה כוללים שיקולים אוניברסליים (לדוגמה, שנאת סיכון ויחסים בין-דוריים), כמו גם שיקולים הקשורים לנסיבות מקומיות ספציפיות (כגון שוק הסיעוד, התרבות והיצע הביטוח הסיעודי).

"תפיסת האדם את הסיכון בעתיד" כוללת את הערכתו את ההסתברות למוגבלות הדורשת טיפול סיעודי ולאפשרות של ההפסד הפיננסי מטיפול סיעודי. אף שקיימת האפשרות שאדם ימעיט בערך ההסתברות להזדקקות לטיפול סיעודי או אף יתכחש לסיכון, סביר להניח שבכל זאת הוא יהיה חשוף לסוגים שונים של מידע שמהם יוכל ללמוד על הסיכון שלו. בין אלה נכלל מידע הקשור להיכרות הסובייקטיבית שלו עם אנשים אחרים (הורים, קרובי משפחה או חברים) הנזקקים לטיפול סיעודי והערכה שאנשים פועלים לפי "חוק המספרים הקטנים", כפי שיוסבר להלן.

ד. תפיסת הסיכון האישי בעתיד

פסיכולוגים וכלכלנים תיעדו את ההטיה בתפיסת סיכון (הערכת הסבירות ותפיסות הנוזק). להבדלים בתפיסת הסיכון (תפיסת ההסתברות כגבוהה לעומת נמוכה) בין פרטים ובין קבוצות יש יותר חשיבות מאשר להבדלים בגישה לסיכון (שנאת סיכון לעומת אהבת סיכון) בהסברת הבחירה שאנשים עשו (Weber, 2003; Johnson et al., 1993). בחינת תהליך קבלת ההחלטות לגבי בעלות על ביטוח יכולה להוות הזדמנות לבחינת הבחירות (Johnson et al., 1993).

מחקרים רבים הראו הבדלים בתפיסת הסיכון בין צרכנים בעלי מאפיינים אישיים שונים. לדוגמה, ידוע היטב כי קיימים הבדלים בין המינים בתפיסת הסיכון: נשים רואות בסיכונים בריאות, ביטחון, כספים ואתיקה כיותר בעייתיים מאשר גברים (Weber, 2003).

הכלכלה ההתנהגותית מסווגת בדרך כלל מחקרים בתחום קבלת החלטות לשתי קטגוריות: שיפוט ובחירה. מחקר שיפוטי עוסק בתהליכים שבהם אנשים משתמשים כדי להעריך את ההסתברות. מחקרי בחירה עוסקים בתהליכים שאנשים משתמשים בהם כדי לבחור פעולה, בהתחשב בכל שיפוט רלוונטי שהם עשו (Camerer & Loewenstein, 2004).

שיפוט והסתברות אירועים הם רכיבים מרכזיים בחיים בכלל, ובכלכלה בפרט. האם אאבד את עבודתי במהלך תקופת שפל כלכלי? האם אי-פעם אזדקק לרופא או לאשפוז בבית חולים? האם אהפוך למוגבל

ואזדקק לטיפול במוסד סיעודי או לטיפול בית? שאלות אלה מקבלות תשובה בתהליך שיפוט ההסתברות.

אחד המנגנונים שהציעו פסיכולוגים קוגניטיביים לבחינת תהליך אמידת/שפיטת הסתברות הוא "חוק המספרים הקטנים". אנשים מקבלים החלטות לפי מדגמים קטנים כאילו הם מייצגים את מאפייני התהליך הסטטיסטי שיצר אותם (בהשוואה ל"חוק המספרים הגדולים" המבטיח שמדגמים גדולים אכן ייצגו היטב את האוכלוסייה)¹⁵ (Tversky & Kahneman, 1971; Kahneman, 2002).

Rabin (2002) הסביר שכאשר סוכנים כלכליים מאמינים ב"חוק המספרים הקטנים", הם נותנים דגש גדול מידי למידע המגיע אליהם מתוך צפייה באירועים בודדים. הם מאמינים כי מידע זה משקף נאמנה את ההתנסות של האוכלוסייה מתוך האירועים שמהם הוא עולה. כאשר אין ביטחון לגבי ההסתברות, אנשים נוטים לחשוב שההסתברות היא גבוהה יותר ממה שהיא באמת. כאשר אדם מסיק לגבי שכיחות, כאשר ההסתברות מבוססת על מקורות שונים המתבססים על מספר תצפיות כל אחד, הוא ייטה להגזים במידת השונות שיש בהסתברות הזו.

Frank (2004) טען שבמקרה של שוקי הבריאות, דעה ראשונית של רופא על טיפול מסוים, למשל, יכולה להיות מעוצבת על בסיס של דיווחים מחברים, ממשפחה ומרופאים אחרים (גם אם דיווחים אלה שונים מהעדויות העולות מהספרות המקצועית לגבי הטיפול הספציפי). הדיווחים של חברים ובני משפחה אחד לשני בדרך כלל יהיו מבוססים על מספר קטן יחסית של מפגשים עם אנשי מקצוע בתחום הרפואה. יתר על כן, "חוק המספרים הקטנים" אף מסביר בחלקו את השונות הקיימת בשימוש של הליכים רפואיים מסוימים, לדוגמה, לפי אזור גאוגרפי.

באשר לתפיסת הפרט את ההסתברות שיהפוך למוגבל ויזדקק לטיפול סיעודי, סביר להניח שכאשר אדם רואה סימנים הקשורים למידת ההזדקקות לטיפול סיעודי - כגון הורה מוגבל - הוא יקיש מהם לגבי הסתברות שהוא יזדקק לטיפול סיעודי; לפי חוק המספרים הקטנים, היינו מצפים שאדם זה יעריך יתר על המידה את ההסתברות הזו.

כאמור, אף על פי שחלקם של המבוגרים יותר אשר רכשו כיסוי לטיפול סיעודי נותר קטן, היקף מכירות הביטוח הסיעודי הפרטי גדל בהתמדה במשך הזמן (Desonia, 2004). נראה שהספרות על ביטוח סיעודי החלה לחפש סיבות לכך. שניים ממניעי השוק המרכזיים המובאים בחשבון הם השכלה גבוהה יותר ומודעות הצרכן (Cohen, 2003). בדוח לשנת 2000 של איגוד ביטוח הבריאות של אמריקה (Health Insurance Association of America - HIAA) נמצא כי בשנת 1995, רק כשניים מתוך חמישה בני 55 ומעלה שמעו על ביטוח סיעודי, וכי בשנת 2000, עלו מספרים אלה לכשלושה מתוך חמישה (HIAA, 2000).

¹⁵ אנשים פועלים כאילו כל מקטע בהשתלשלות אקראית אכן משתקף בפרופורציה נכונה; אם ההשתלשלות סוטה מחלקה באוכלוסייה, יש לצפות להטיה מתקנת בכיוון ההפוך. הדבר מכונה "דעתו של המהמר".

2.2 נטייה לברירת מחדל ולסטטוס-קוו בקבלת החלטות

בישראל, עד שנות התשעים, שווק הביטוח הסיעודי כרכיב בביטוחים המשלימים או כנספח לביטוח בריאות מסחרי. החלו לשווק ביטוח זה במסגרת פוליסת פרט באמצע שנות התשעים. במסגרת חוק ההסדרים (1998), נקבעו כללים חדשים להסדרת ביטוח הבריאות הפרטי בישראל, וביניהם גם כללים להסדרת הביטוח הסיעודי. בחוק נקבע כי השב"ן (ביטוח משלים) לא יכלול ביטוח סיעודי, אולם קופות החולים רשאיות לצרף לתכנית השב"ן רכיב לביטוח סיעודי, אשר יסופק על-ידי חברת ביטוח. המבוטחים בביטוחים המשלימים של קופות החולים מכבי ומאוחדת לפני חוק ההסדרים 1998 צורפו באופן אוטומטי לתכניות הביטוח הסיעודי של קופות אלו (כברירת מחדל). בנוסף, למצטרפים חדשים, הביטוח הסיעודי של קופות החולים נמכר בדרך כלל כחבילה אחת עם הביטוח המשלים של הקופות. בגלל החשיבות של ברירת המחדל וההטיה של הסטטוס-קוו בתהליך ההחלטה על בעלות על ביטוח סיעודי, מובאת להלן סקירת הספרות בתחום.

בניגוד לנושאים הקודמים שנדונו בסקירת הספרות הנוכחית, נושא הנטייה לברירת המחדל ולסטטוס-קוו בקבלת החלטות הוא חדש יחסית בספרות הכלכלית ופורסמו לגביו מאמרים ספורים בלבד. אולם, יש ראיות חותכות לכך שאפשרויות ברירת מחדל יכולות להוביל להבדלים בבחירות ולכך שיש להן השפעה כלכלית משמעותית.

א. "החלטה פסיבית" וברירת מחדל

ברירת מחדל מלכתחילה לא נועדה לשנות את החלטת הפרט, אם הוא מאמין בערך בחירתו ואם העדפת ברירת המחדל היא קלה. למעשה, אנשים מעדיפים ברירות מחדל על-פני הצורך להחליט, גם כאשר אלה הן ברירות מחדל גרועות.

Choi ועמיתיו (2004) מצאו שכשלושה רבעים מהמשתתפים בתכנית החיסכון 401(k) אשר עבדו בחברה עם רישום אוטומטי בתכנית החזיקו הן בגובה התשלום שנקבע בברירת המחדל והן בברירת המחדל להקצאת נכסים.

בבחינת הבחירה בתכנית לביטוח רכב, בדקו Johanson ועמיתיו (1993) האם ערכה של זכות התביעה, אשר כלולה בתכנית כתגמול בפוליסה "במחיר מלא", גבוה יותר כאשר הפוליסה סופקה כברירת מחדל או כאשר היא נרכשה. בהינתן ההבדל המובהק בין פוליסה "במחיר מלא" לבין פוליסה אחרת פחות יקרה, מפתיע לגלות שערך זכות התביעה לפי דיווח האנשים היה תלוי במידה רבה בכך שהזכות הייתה ברירת מחדל או אפשרות שנבחרה באופן אקטיבי.

Johnson and Goldstein (2003) בחנו את השפעת ברירות המחדל של מדיניות פשוטה על ההחלטה להיות לתורם איברים. הם מצאו שלברירת המחדל יש השפעה רבה ושהיא מעלה באופן מובהק את שיעורי התרומה. בשני ניסויים מקוונים, הראו Johnson, Bellman and Lohse (2002) שלברירת המחדל יש תפקיד חשוב בקביעת קשר נוסף עם האתר, בכלל, והסכמה לקבל דיוור בדואר אלקטרוני, בפרט.

יש אנשים שיקבלו בברכה צד שלישי טוב לב המעוניין לקבל בעבורם החלטות וליישמן באופן אוטומטי אשר להם ייקח זמן ומאמץ לעשות. בנוסף, אנשי תכנון חברתי מעדיפים ברירת מחדל המקדמת באופן

אגרסיבי מטרות חברתיות, כגון תרומת איברים או חיסכון לפנסיה. אולם, ברירות מחדל רצויות בחברה רק כאשר הן מיטיבות עם האנשים אשר עליהם מופעלת ברירת המחדל. אף על פי כן, גם ברירת מחדל שנבחרה בקפידה יכולה להיות בלתי-רצויה אם לפרטים יש צרכים הטרוגניים (Choi et al., 2005; Choi et al., 2003).

החלטות אקטיביות הן חלופה לברירת המחדל. בצד החיובי, מנגנוני החלטה אקטיבית נמנעים מהנטיות המוצגות בברירת המחדל מפני שהם אינם "כולאים" את הפרטים בכיוון ברירת המחדל. מנגנון הבחירה האקטיבית מעודד את האנשים לחשוב על החלטה חשובה. בצד השלילי, מנגנון החלטה אקטיבי מאלץ את האנשים להתחבט בנוגע להחלטה היכולה לדרוש זמן רב - שייתכן שאינם מוכשרים לקבלה - ואז להביע בבירור את בחירתם (Choi et al., 2005).

ב. נקודת מבט דינמית

במחקרם על היעילות היחסית של מנגנוני בחירה שונים¹⁶ להצטרפות לתכנית החיסכון (k)401, מצאו Choi ועמיתיו (2005) כי מנגנוני החלטה אקטיביים העלו את חלקם הראשוני של מועסקים שנרשמו ב-28 נקודות אחוז, מעבר למה שהתקבל בברירת מחדל סטנדרטית של אי-הרשמה. יתר על כן, בהחלטות אקטיביות, כל מועסק בחר בממוצע שיעור חיסכון הדומה לשיעור שהיה לוקח לו שלוש שנים להשיג בהרשמה סטנדרטית.

מגמה הפוכה נמצאה כאשר Choi ועמיתיו (2004) השוו בין החלטה אקטיבית לבין הצטרפות ברישום אוטומטי (כלומר, ברירת מחדל של הצטרפות). הצטרפות אוטומטית לא רק מאיצה את תהליך ההפצה, אלא כנראה - בעת המחקר - העלתה את רף ההפצה.

רמת ההשתתפות בתכנית (k)401 של עובדים שהחלו לעבוד לפני ההצטרפות האוטומטית הייתה בתחילה נמוכה, עלתה במהירות רבה יחסית במהלך החודשים הראשונים להעסקה, והמשיכה לעלות בקצב איטי יותר לאחר מכן. שיעור ההשתתפות בתכנית (k)401 של עובדים שהועסקו תחת הרשמה אוטומטית הגיע לכמעט 90% במהלך החודש השלישי והחודש הרביעי של ההעסקה (מספר החודשים שלקח לעובד חדש להצטרף באופן אוטומטי).

ג. נטייה לשמור על הסטטוס-קו בקבלת החלטה

ניתן לשאול מדוע אנשים מעדיפים להישאר בברירת המחדל, ולא לעזוב אותה. שאלה זו הפכה למושא התעניינות גוברת לאלו העוסקים בכלכלה התנהגותית. מודלים מודרניים של בעיות דומות עושים שימוש בתפיסה של "הנחה היפרבולית". פרטים בעלי תפיסה היפרבולית מעכבים החלטה משום שהם חושבים (בטעות) שכל מה שיעשו מאוחר יותר לא יהיה חשוב כמו מה שהם עושים עכשיו (Thaler and Samuelson and Zeckhauser, 2004). השהיית החלטה יוצרת נטייה חזקה לאדישות או מה ש-Samuelson and Zeckhauser (1988) כינו "נטייה לסטטוס-קו".

¹⁶ נבחנו שלושה מנגנוני החלטה להצטרפות: רישום אוטומטי (דהיינו, הרישום כברירת מחדל), רישום סטנדרטי (אי-הרשמה כברירת מחדל) והחלטה אקטיבית (דהיינו, אין ברירת מחדל ובחירת חובה)

Samuelson and Zeckhauser (1988) טענו שניתן לראות את השפעת הנטייה לסטטוס-קוו כתוצאה של אלה:

- ◆ יש נטייה לסטטוס קוו כאשר קיימת עלות ליציאה מברירת המחדל. למשל, אם עולה כסף או אם התוצאה אינה ודאית. גם אם אדם אינו בטוח לגבי התועלת שהוא יפיק מהיציאה מסטטוס קוו למצב החדש, הוא יישאר עם בחירתו כל עוד התועלת שהוא מפיק ממנה היא משביעת רצון.
- ◆ תפיסה קוגניטיבית מוטעית (כלומר, הסטטוס-קוו הוא נקודת ההתייחסות, האדם שוקל את ההפסדים הפוטנציאליים מהעדפת ברירת מחדל כגדולים יותר מהרווחים הפוטנציאליים): Kahneman and Tversky (1979) כינו תופעה זו "שנאת הפסדים". Thaler (1980) כינה נטייה זו "אפקט התרומה".
- ◆ עלות שקועה: ככל שההשקעה באפשרות הסטטוס-קוו יותר גדולה, כך סביר יותר שהיא תישאר.
- ◆ הפחד מחרטה, כלומר, אנשים מפחדים מפני חרטה בגין השלכות שליליות שהן תוצאה של פעולות חדשות יותר מאשר השלכות שליליות זהות שהן תוצאה של אי-פעולה. הם נוטים להימנע מהשלכות אשר עשויות לגרום להם, לאחר מעשה, להיראות כאילו בחירתם שגויה.
- ◆ הנעה להתמדה או דיסוננס קוגניטיבי, כלומר, האדם מונע להשיג עקביות בהחלטה. עם הדימוי העצמי כמסוגל לקבל החלטה עולה הצורך להצדיק החלטות, בין אם הוכחה הצלחתו, בין אם לאו.

לסיכום, השאלה מה גורם לאדם להישאר בברירת מחדל קיבלה יותר תשומת לב בספרות מאשר השאלה מה גורם לאנשים לצאת מברירת מחדל. Frank (2004) בחן את תכנית המדיקייר בארצות הברית כדי לבדוק מדוע אנשים עוזבים. יש הטרוגניות רבה במספרן ובסוגן של תכניות של תחרות מנוהלת (managed care plans) הזמינות למוטבי המדיקייר ברחבי ארצות הברית. אולם, בכל השווקים יש תכנית ברירת מחדל: תכנית מדיקייר המסורתית של תשלום לפי שירות (FFS). קובעי מדיניות וחוקרים הופתעו לא פעם מהשיעורים הנמוכים של ההצטרפות לתכניות של תחרות מנוהלת של המדיקייר, בהינתן המגוון הרחב של כיוויי ביטוח שהן מציעות לעתים קרובות (לדוגמה, תרופות מרשם ללא תשלום פרמיה נוספת). הבנת הגורמים המשפיעים על הרצון לעזוב את ברירת המחדל חשובה לקובעי מדיניות (Frank, 2004).

3. שיטת מחקר

במחקר נעשה שימוש במספר כלי מחקר המספקים מידע מגוון מנקודות מבט שונות. כדי להיטיב ולהבין את שוק הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל, נערכו ראיונות עומק עם אנשי מפתח בתחום ממשד הבריאות, ממשד האוצר, מקופות החולים ומחברות הביטוח. ראיונות העומק נערכו בשני שלבים: לפני בניית שאלון הסקר ולאחר ניתוח הממצאים מהסקר.

לצורך תיאור שוק הביטוח הסיעודי ומדידה של המשתנים האקסוגניים המשפיעים על ההחלטה לרכוש ביטוח סיעודי, נותחו נתונים פיננסיים על השוק, שהתקבלו מהמפקח על הביטוח בממשד האוצר, ונתונים מהאגף לגריאטריה בממשד הבריאות לגבי עלות הטיפול הסיעודי בקהילה ובמוסד

ולגבי רמת ההשתתפות במימון של משרד הבריאות ללקוחות נזקקים. כמו כן, לשם קבלת נתונים על פרמיות וגמלאות, נותחו פוליסות הביטוח הסיעודי שמשווקות קופות החולים ופוליסות מרכזיות שמשווקות חברות ביטוח מסחריות. בנוסף נותחו נתונים פיננסיים של מדינות נבחרות ב-OECD על ההוצאות על טיפול סיעודי הקיימות ותחזיות לעתיד, וכן נעשתה סקירת ספרות רחבה בתחום הביטוח הסיעודי בישראל ובעולם, תיאוריות כלכליות על שוק זה לרבות כשלי השוק.

המידע על התנהגות הצרכנים, בכלל, ועל הגורמים המשפיעים על ההחלטה לרכוש ביטוח סיעודי, בפרט, נאסף במסגרת סקר אוכלוסייה של מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, אשר שימש כלי המחקר המרכזי.

הסקר נערך בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2006. אוכלוסיית המחקר כללה את תושבי הקבע של ישראל בני 22 ומעלה. המסגרת לדגימה הייתה מאגר מספרי הטלפון הממוחשב של בזק. בכל בית אב נדגם אקראית מרואיין אחד. הראיונות נערכו בטלפון בידי מראיינים שהוכשרו לכך במיוחד, באמצעות שאלון מובנה בעברית שתורגם גם לערבית ולרוסית. השאלון הסופי של הסקר נבנה לאחר פיילוט, שנערך בחודשים מאי-יוני 2006 ובמסגרתו רואיינו 150 אנשים, ולאחר בדיקות תוקף ומהימנות. בסקר רואיינו 1,699 איש, ושיעור ההיענות היה גבוה - 80%. להרחבה על שיטת המחקר ותוצאות עבודת השדה של הסקר ראו נספח א'.

4. ממצאים

4.1 שוק הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל – תמונת מצב

בפני אדם הרוצה להתכונן לאפשרות שיזדקק בעתיד לטיפול סיעודי עומדות מספר חלופות למימון הטיפול. הוא יכול אמנם להסתמך על תמיכה כלכלית ועל טיפול בלתי-פורמלי של בני משפחה וחברים או לשים מבטחו במימון מטעם המדינה. אך, האפשרות העיקרית היא חיסכון וצבירת מקורות מימון עצמיים לטיפול ו/או היערכות ביטוחית כגון רכישת ביטוח סיעודי. ביטוח סיעודי הוא ביטוח כנגד הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי הניתן למוגבלים ב-3-4 פעולות יום-יום או תשושי נפש הזקוקים להשגחה 24 שעות ביממה. הביטוח הסיעודי מכסה טיפול סיעודי בקהילה או במוסד סיעודי.

בישראל קיימים כיום שלושה סוגי ביטוח סיעודי:

1. **ביטוח סיעודי מסחרי לפרט** - נמכר ישירות על-ידי חברות הביטוח לפרטים; הפרמיה נקבעת לפי היקף הכיסוי והסיכון האישי.
2. **ביטוח סיעודי מסחרי קבוצתי** - נמכר על-ידי חברות הביטוח לקבוצות כמו איגודי עובדים; הפוליסה והפרמיה אחידות לכל הקבוצה.
3. **ביטוח סיעודי דרך קופות החולים** - סוג של ביטוח קבוצתי, שנעשה דרך חברת ביטוח.

בשנת 2010, לכחמישה מליון אנשים היה ביטוח סיעודי פרטי שנרכש דרך קופת החולים או ישירות מחברת ביטוח מסחרית. מרבית בעלי הביטוח הסיעודי (87%) הם בעלי ביטוח קבוצתי (רוב-רובם רכשו ביטוח קבוצתי דרך קופת החולים) (משרד האוצר, 2010). עם זאת, רבים מהמבוטחים אינם

מודעים כלל לכך שהם מבוטחים. למשל, בסקר שנערך במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בשנת 2005 דיווחו רק 34% מהמרוויינים כי יש להם ביטוח סיעודי: 26% דרך הקופה ו-15% ישירות מחברת ביטוח (ל-7% יש את שני סוגי הביטוח). לפירוט שיעורי הבעלות במחקר הנוכחי ראו פרק 4.2 סעיף א'.

היחס בין דמי התביעה לדמי הביטוח שהמבוטחים משלמים¹⁷ יכול ללמד על רווחיות הביטוח לחברות המבטחות. מנתוני המפקח על הביטוח עולה כי ב-2010 בביטוח פרט שילמו המבוטחים 664 מיליון ש"ח וכי חברות הביטוח שילמו דמי תביעה בסך 161 מיליון ש"ח. היחס בין דמי התביעה לפרמיות בביטוח פרט הוא כ-24%. במקרה זה, התביעות מהוות רק כחמישית מסך דמי הפרמיות המשולמים על-ידי המבוטחים¹⁸. אולם, יש לזכור כי חלק מהפער בין דמי הביטוח לדמי התביעה נובע מכך שהביטוח הסיעודי הוא ביטוח צעיר יחסית, ורבים מהמבוטחים עדיין לא תבעו את הביטוח ובנוסף תקנות המפקח על הביטוח מחייבות את החברות להשאיר עתודות כספיות. בביטוח קבוצתי (לא כולל מכבי מגן) שילמו המבוטחים 1,269 מיליון ש"ח דמי ביטוח בשנת 2010, וחברות הביטוח שילמו 731 מיליון ש"ח דמי תביעה. היחס בין דמי התביעה לפרמיות בביטוח הקבוצתי עומד על 58%¹⁹.

בשנים האחרונות ננקטו פעולות להסדרת ביטוח הפרט על-ידי המפקח על הביטוח, אך הסדרת הביטוח הקבוצתי מורכבת הרבה יותר, ועדיין יש נושאים שטרם הוסדרו באופן מלא²⁰. במקביל להסדרת הביטוח הקבוצתי, פועל המפקח על הביטוח להסדרת הקשר בין חברות הביטוח לקופות החולים. הפוליסה של כלל בריאות לחברי מכבי שירותי בריאות היא תוצאה של פעולות אלו של המפקח.

כמו כן, המפקח על הביטוח פועל להתרת הקשר בין שירותי בריאות כללית לבין חברת הביטוח דקלה, שכן, 35% מהמניות של דקלה הם בבעלות כללית ויש בכך משום ניגוד אינטרסים.

זאת ועוד, נראה שהשוק נמצא עדיין בהתהוות. חברות ביטוח אשר כמעט לא פעלו בתחום הביטוח הסיעודי מצטרפות לשוק, ואף הוקמה חברת ביטוח חדשה ("הפניקס בריאות") שעיקר עניינה הוא הביטוח הסיעודי. בין 2005 ל-2006 חל גידול של 15% בדמי הביטוח ששולמו לביטוח סיעודי פרט, וגידול של כ-7% בדמי הביטוח לביטוח סיעודי קבוצתי. במקביל, בשנים אלו חל גידול של 41% בדמי התביעות ששילמו החברות בביטוח סיעודי פרט, וגידול של 8% בלבד - בביטוח סיעודי קבוצתי. בין 2003 ל-2010 חל גידול של 257% בדמי הביטוח ששולמו לביטוח סיעודי, בממוצע עלייה של 20% בשנה בעשור האחרון.

4.2 ניתוח הגורמים הקשורים לפרט המשפיעים על רכישת ביטוח סיעודי

ביטוח סיעודי פרטי הוא מוצר חדש יחסית בשוקי ביטוח בעולם: שיווקו החל לראשונה בתחילת שנות השבעים. יחסית למוצרי ביטוח אחרים, נערכו בעולם מחקרים מעטים לבחינת הביקוש לביטוח סיעודי. רוב הספרות המקצועית בנושא בוחנת את החסמים לרכישה ומציעה הסברים שונים לתופעת

¹⁷ לשם חישוב שיעור הנזקים (Loss Ratio) המלא בשוק, יש לחשב את היחס בין התביעות ברוטו (תביעות ששולמו ושינוי בתביעות תלויות) לבין דמי הביטוח שהורווחו והשינוי בעתודות.

¹⁸ לשם השוואה, היחס בין דמי התביעה לפרמיות בביטוח פרט מחלות קשות עומד על 49%.

¹⁹ לשם השוואה, היחס בין דמי התביעה לפרמיות בביטוח קבוצתי מחלות קשות עומד על 95%.

²⁰ להרחבה על הסדרת שוק הביטוח הסיעודי בידי המפקח על הביטוח ראו: דוח הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, 2005; ברמלי-גרינברג ואחרים, 2008; ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003.

שיעור הבעלות הנמוך (Norton, 2000). הסברים אלה ניתן לסווג לשתי קבוצות של חסמים ברכישת ביטוח סיעודי:

◆ חסמים הקשורים בפרט, כגון: החלופה של טיפול בלתי-פורמלי, הקשר של האדם עם ילדיו והרצון להשאיר ירושה;

◆ חסמים הקשורים למאפייני הביטוח, כגון: מידע א-סימטרי ו-Adverse Selection, תחרות לא משוכללת בשוק ועלויות עסקה גבוהות.

מתוך סקירת הספרות המקצועית שהוצגה לעיל²¹, סיווגנו את הגורמים אשר יכולים להשפיע על הביקוש לביטוח סיעודי לכמה סוגים ואותם בדקנו במחקר:

1. מאפיינים אישיים (מאפיינים דמוגרפיים של הפרט, ובעיקר גיל, מין ומצב משפחתי; מאפיינים חברתיים-כלכליים כמו הכנסה והשכלה; ומאפיינים בריאותיים).

2. שנאת סיכון

3. תפיסת הפרט את הסיכון שלו להפוך לסיעודי והערכתו את הנזק שבלהיות סיעודי (עלות ומשך הטיפול סיעודי) ומִכָּר סיעודי

4. קיום תחליפים לביטוח הסיעודי למימון הטיפול הסיעודי (מימון הטיפול על-ידי המדינה או על-ידי נכסים אישיים והמשפחה; הקשר עם הילדים והאמון בילדים, בבן הזוג, בקופות החולים ובחברות הביטוח)

5. גורמים הקשורים לביטוח (מחיר הפוליסה)²².

כעת יוצגו תוצאות הניתוח הדו-משתני, ולאחריהן יוצגו תוצאות הניתוח הרב-משתני.

א. היקף הבעלות על ביטוח סיעודי פרטי²³

בסקר האוכלוסייה, 39% דיווחו על בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו. שיעור זה קטן בהרבה משיעור הבעלות בפועל העומד על כמחצית מהאוכלוסייה הבוגרת בשנת הסקר (2006). מקורו העיקרי של הבדל הוא בהבדל בין שיעור המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי שנרכש דרך הקופה (31% בלבד בקרב בני 22 ומעלה) לבין המבוטחים בפועל (כמחצית מקבוצת גיל זו). לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שני המקורות לגבי מספר בעלי ביטוח סיעודי ישירות מחברות הביטוח.

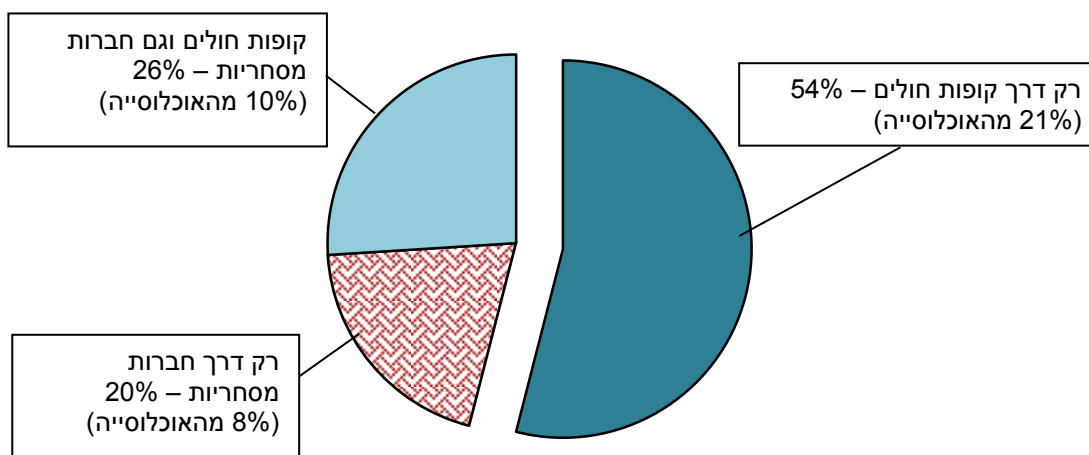
²¹ ראו בסקירת הספרות: Brown & Finkelstein, 2004a; Meier, 1999; Norton, 2000; Cutler, 1993; Sloan & Norton, 1997; Wiener & Hanley, 1991; Norton & Newhouse, 1994; Zweifel & Struwe, 1996; Brau et al., 2004; Mellor, 2000; Costa & Garcia, 2001.

²² גם רמת הכיסוי מתוארת בספרות כגורם משפיע. אולם, בישראל, בביטוח פרט, הגמלה היא פיצוי כספי והפרמיה משולמת לפי הגמלה הנרכשת והתקופה (למשל, פרמיה ל-5,000 ש"ח גמלה חודשית למשך חמש שנים); בביטוח קבוצתי, הגמלה משולמת בדרך כלל כשיפוי (שיעור מתוך ההוצאה) ותלויה בגיל הכניסה. כמו כן, יש פוליסות (כגון מאוחדת זהב) אשר מפחיתות את שיעור השיפוי לאחר תקופה מסוימת. בשל המורכבות הנוצרת עקב ההבדלים האלו בין שיטות החישוב של הגמלה, רמת הכיסוי לא הוכנסה כמשתנה מסביר.

²³ נתוני הסקר אשר יוצגו להלן כוללים רק את המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי, ולא את כלל מחזיקי פוליסות ביטוח סיעודי בארץ.

מתרשים 3 עולה כי 21% מהאוכלוסייה בעלי ביטוח סיעודי רק דרך קופת החולים. נתון מעניין נוסף הוא כי 10% מהאוכלוסייה (שהם 55% מהמדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי ו-32% מהמדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי דרך הקופה) דיווחו שהם מבוטחים בשני סוגי הביטוח.

תרשים 3: התפלגות המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי, לפי סוג הביטוח (באחוזים)



בדקנו את התפלגות הבעלות על ביטוח בריאות מסחרי ועל ביטוח משלים בקרב בעלי ביטוח סיעודי (לוח 3). מהבדיקה עולה כי כמעט לכל בעלי הביטוח הסיעודי דרך הקופה יש ביטוח משלים. ממצא זה מחזק את האמור לעיל כי בתחילת הדרך שווק הביטוח הסיעודי כרכיב בתוך הביטוחים המשלימים, ולאחר ההפרדה בחוק בין הביטוח המשלים לביטוח הסיעודי, צורפו מבוטחים קיימים באופן אוטומטי, ומבוטחים חדשים רכשו את שני הכיסויים (משלים וסיעודי) כחבילה אחת.

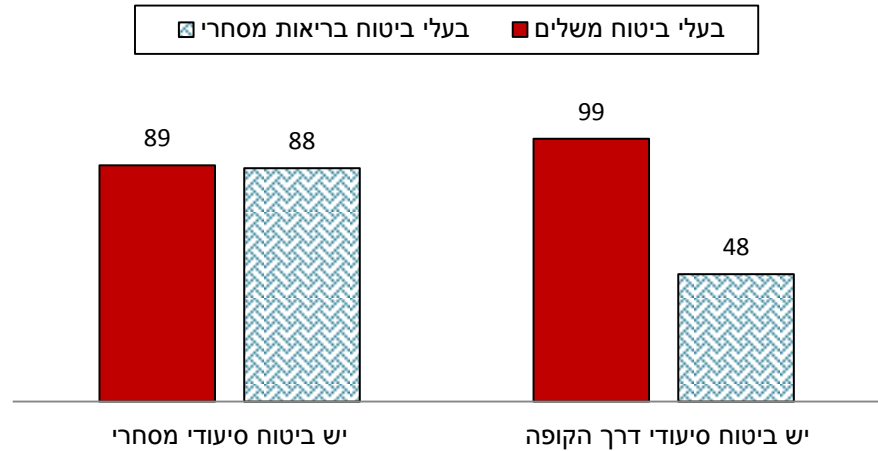
לוח 3: בעלות על ביטוח בריאות מסחרי ועל ביטוח משלים בקרב בעלי ביטוח סיעודי, לפי סוג הביטוח (באחוזים)

סוג ביטוח	בעלי ביטוח מסחרי	בעלי ביטוח משלים
סה"כ	33	77
ביטוח סיעודי דרך הקופה	*	*
יש	48	99
אין	26	68
ביטוח סיעודי מסחרי	*	*
יש	88	89
אין	21	75

* p<0.01

עוד עולה מלוח 3 כי לכ-90% מבעלי הביטוח הסיעודי המסחרי יש גם ביטוח משלים, וכן, כי לשיעורים גבוהים מבעלי ביטוח סיעודי כלשהו יש ביטוח בריאות מסחרי. הדבר מלמד על הקשר ההדוק בין סוגי הביטוח, אשר אינו נובע בהכרח רק מן הביקוש, אלא גם מההיצע, ובעיקר, מאופן השיווק של שני סוגי הביטוחים ביחד.

תרשים 4 : בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי ודרך הקופה (%)



ב. בעלות על ביטוח סיעודי לפי מאפיינים דמוגרפיים וכלכליים-חברתיים

בלוח 4 מוצגים שיעורי הבעלות לסוגיה על ביטוח סיעודי, לפי מאפייני דמוגרפיים וכלכליים-חברתיים. בפרק 4.3 ובנספח ה' מוצג הניתוח הרב-משטני בפירוט, ובכלל זה, לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על בעלות על ביטוח. להתפלגות האוכלוסייה הכללית לפי מאפייני רקע שונים ראו נספח ב'.

קופת חולים

שיעורי הבעלות על ביטוח סיעודי דרך הקופה גבוהים יותר בקרב מבוטחי מכבי (50%), לעומת מבוטחי מאוחדת (30%), כללית (25%) ולאומית (21%). קיימים הבדלים בין מבוטחי הקופות השונות גם בשיעורי הבעלות של ביטוח סיעודי מסחרי. הבדלים אלה נובעים ככל הנראה מההבדלים בין הקופות במאפייני רקע של המבוטחים.

מאפיינים דמוגרפיים

הגיל מוזכר בספרות המקצועית כמשתנה מרכזי המשפיע על בעלות על ביטוח סיעודי פרטי. בדומה לכך, מצאנו הבדלים מובהקים בשיעורי הבעלות על ביטוח סיעודי מסחרי בין קבוצת הגיל 45-64 לבין גילאי 22-44 ובין קבוצת המבוגרים בני 65 ומעלה. גם לגבי הבעלות על ביטוח מסחרי דרך הקופה נמצאו הבדלים: שיעורי הבעלות בקרב גילאי 45-64 גבוהים יותר מאשר בגילאים האחרים. יתר על כן, נמצא הבדל מובהק בין קבוצת גיל זו לבין קבוצת הצעירים בני 22-44 (37% ו-25%, בהתאמה).

באשר להבדלים בין המינים, נמצא הבדל מובהק בשיעורי הבעלות רק בביטוח המסחרי: 20% בקרב הגברים לעומת 15% בקרב הנשים.

קיימים הבדלים בשיעורי הבעלות גם לפי מאפיינים דמוגרפיים אחרים. שיעורי הבעלות על שני סוגי הביטוח גבוהים יותר בקרב יוצאי אירופה, אמריקה ואוסטרליה לעומת יוצאי אפריקה ואסיה, ישראל ובריה"מ לשעבר. השיעורים גבוהים יותר גם בקרב דוברי עברית מאשר דוברי ערבית ורוסית. בנוסף, קיימים הבדלים לפי מצב משפחתי, כך ששיעורי הבעלות על שני סוגי הביטוח גבוהים יותר בקרב הנשואים ובקרב החיים עם בני זוג, לעומת אלו החיים לבד, וכן, בקרב להורים לילדים.

לוח 4: בעלות על ביטוח סיעודי לפי מאפיינים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים ולפי סוג ביטוח (באחוזים)¹

מאפיינים דמוגרפיים	בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו	בעלות על ביטוח סיעודי דרך קופת החולים	בעלות על ביטוח סיעודי דרך חברה מסחרית
סה"כ	39	31	18
קופת חולים	*	*	*
כללית	35	25	18
מכבי	56	50	23
מאוחדת	36	30	14
לאומית	24	21	9
משתנים דמוגרפיים			
גיל	*	*	*
44-22	33	25	14
64-45	46	37	23
65 ומעלה	39	34	15
מין			
זכר	38	29	20
נקבה	39	33	15
מוצא (ארץ לידת האב)	*	*	*
ישראל	28	20	11
אירופה, אמריקה ואוסטרליה	59	47	28
אפריקה ואסיה	44	37	20
ברית המועצות לשעבר	22	17	11
שפה	*	*	*
עברית	47	38	21
ערבית	20	14	8
רוסית	17	12	10
מצב משפחתי	*	*	*
נשוי או חי עם בן/בת זוג	43	33	21
חי לבד (רווק, גרוש או אלמן)	28	25	9
יש ילדים	*	*	*
כן	43	33	20
לא	21	19	6
משתנים חברתיים-כלכליים			
השכלה	*	*	*
יסודית ומטה	27	21	9
תיכונית	39	33	16
על-תיכונית ואקדמית	43	33	21
הכנסה	*	*	*
חמישון תחתון	19	15	6
חמישון שני	33	28	11
חמישון שלישי	43	32	21
חמישון רביעי	49	40	24
חמישון עליון	55	43	31
איזור מגורים	*	*	*
חיפה והצפון	36	27	17
ירושלים והסביבה	34	28	15
תל אביב והמרכז	43	36	20
באר שבע והדרום	33	27	14

¹ לבדיקת ההשפעה העצמאית של המשתנים השונים ראו פרק 4.3

* p<0.05

משתנים חברתיים-כלכליים

אין זה מפתיע לגלות ששיעורי הבעלות על ביטוח סיעודי פרטי גבוהים יותר בקרב השכבות החזקות (בעלי השכלה תיכונית ומעלה ובעלי הכנסה גבוהה). שיעורי הבעלות גבוהים יותר גם בקרב אלו הגרים בתל אביב ובמרכז, לעומת אלה הגרים באזורים אחרים בארץ.

ג. בעלות על ביטוח סיעודי לפי מאפיינים בריאותיים

לא נמצאו הבדלים בשיעורי הבעלות בין החולים הכרוניים לבין האחרים (לוח 5). אולם, שיעורי הבעלות על ביטוח סיעודי דרך הקופה נמוכים יחסית בקרב אלה שהיו חולים אי-פעם במחלה כרונית בדרכי העיכול (18%) ובקרב החולים בדלקת מפרקים (15%). שיעורי הבעלות על ביטוח סיעודי מסחרי נמוכים יחסית בקרב אלה שאי-פעם היו חולים במחלת לב (8%), במחלה כרונית בדרכי העיכול (11%), בדלקת מפרקים (6%) ובחרדה או דיכאון (8%). הדבר כנראה קשור לכשל השוק סלקציה שלילית (adverse selection) וראוי לבדיקה ולמחקר מעמיק יותר.

מעניין לציין כי קיימים הבדלים מובהקים לפי הערכה סובייקטיבית של המרואיין את מצב בריאותו ואת מצב הבריאות של בן/בת הזוג. וכך, שיעורי הבעלות על שני סוגי הביטוח גבוהים יותר בקרב המעריכים את מצב בריאותם ואת מצב בריאותו של בן זוגם כטוב עד טוב מאוד.

לוח 5: בעלות על ביטוח סיעודי לפי מאפיינים בריאותיים (באחוזים)¹

בעלות על ביטוח סיעודי דרך חברה מסחרית	בעלות על ביטוח סיעודי דרך קופת החולים	בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו	
18	31	39	סה"כ
			חולה כרוני
17	31	39	כן
18	31	39	לא
			אי-פעם סבל
17	30	38	יתר לחץ דם
* 8	27	32	מחלת לב
* 11	* 18	* 23	מחלה כרונית בדרכי העיכול
15	23	35	סרטן
21	35	43	סכרת
* 6	* 15	* 18	דלקת מפרקים
22	33	43	בעיית ריאות כרונית
*8	33	36	חרדה או דיכאון
			הערכת מצב הבריאות טוב או טוב מאוד
*	*	*	כן
20	34	43	לא
9	20	25	
			הערכת מצב הבריאות של בן/בת זוג טוב או טוב מאוד
*	*	*	כן
24	37	48	לא
11	19	26	

¹ לבדיקת ההשפעה העצמאית של המשתנים השונים ראו פרק 4.3 ; p < 0.01** ; p < 0.05 *

ד. תפיסת הפרט לגבי ההסתברות שלו להפוך לסייעודי ולגבי עלות ומשך הטיפול הסייעודי

עלות הטיפול הסייעודי קשורה להסתברות להפוך לסייעודי, למחיר הטיפול הסייעודי ולמשך הזמן שהאדם שרוי במצב סיעודי. אשר על כן, התפיסה הסובייקטיבית של הפרט את שלושת המשתנים הללו (ההסתברות, מחיר ומשך הזמן) מהווה גורם המשפיע על ההחלטה לרכוש ביטוח סיעודי.

יש לציין, כי לצורך בחינת שאלת המחקר, אין חשיבות לאמיתות התשובה שניתנה, אלא לאופן שבו הפרטים תופסים את רמת הסיכון.

בלוח 6 מוצגים משתנים שונים לפי בעלות על ביטוח סיעודי ומאפייני רקע: הערכת ההסתברות להזדקק לטיפול סיעודי בעתיד כגבוהה או גבוהה מאוד; הערכת העלות החדשית של הטיפול סיעודי בבית כעלות נמוכה יחסית (עד 7,000 ש"ח); הערכת עלות הטיפול הסייעודי במוסד כעלות נמוכה יחסית (עד 7,000 ש"ח); והערכת משך השהות במוסד הסייעודי כקצר יחסית (עד שלוש שנים)²⁴.

הנשאלים התבקשו להעריך את ההסתברות שהם יהפכו אי-פעם בחיים לסייעודיים לפי סולם הנע בין "גבוהה מאוד" לבין "בכלל לא גבוהה". לשאלה זו ענו 24% כי הם לא יודעים או הם מפחדים לחשוב על זה. משיבים אלה התבקשו לנסות לאמוד את הסיכוי: האם הוא בערך רבע, פחות מרבע או יותר מרבע²⁵. לשאלה זו הסכימו רובם לענות (10% עדיין התקשו במתן תשובה ולא נתנו הערכה). המשיבים שציינו סיכוי גבוה מרבע צורפו למרואיינים אשר העריכו את ההסתברות שלהם להפוך לסייעודיים כגבוהה עד גבוהה מאוד (מהשאלה המקורית).

לגבי הערכת עלות הטיפול הסייעודי בבית, ענו 11% כי הם לא יודעים או שאינם יכולים לתת הערכה או מפחדים לחשוב על זה. תשובה דומה ענו 19% לגבי הערכת עלות הטיפול הסייעודי במוסד, ו-35% לגבי הערכת משך השהייה באשפוז סיעודי. בקרב המבוגרים (בני 65 ומעלה) בלט שיעורם הגבוה של אלו שלא ידעו או פחדו להעריך את אחד מרכיבי סיכון: הערכת הטיפול הסייעודי בבית - 23%, הערכת עלות הטיפול הסייעודי במוסד - 32% והערכת משך השהייה במוסד סיעודי - 51%.

מלוח 6 עולה כי שיעור גבוה יותר מבעלי ביטוח סיעודי כלשהו מעריכים את ההסתברות שלהם כגבוהה או גבוהה מאוד להפוך לסייעודיים (42%, לעומת 31% מהאחרים). זאת ועוד, אחוז נמוך מבעלי ביטוח סיעודי כלשהו העריכו את העלות הטיפול הסייעודי במוסד כנמוכה (38%) לעומת האחרים (54%).

שני המשתנים הללו הוכנסו כמשתנים מסבירים לניתוח הרב-משתני להסברת הבעלות על ביטוח סיעודי. אולם, רק אחד מהם - הערכת ההסתברות להפוך לסייעודי כגבוהה עד גבוהה מאוד - נמצא בעל השפעה עצמאית חיובית על בעלות על ביטוח סיעודי (פרק 4.3 ונספח ה').

בקרב המדווחים על הכרת אדם שזקק לטיפול סיעודי לתקופה של יותר משלושה חודשים העריכו שיעורים גבוהים יותר את ההסתברות להפוך לסייעודי כגבוהה או גבוהה מאוד: 40%, לעומת 27% מהאחרים.

²⁴ השאלות היו סגורות והפרט היה צריך לבחור מבין כמה קטגוריות בהתאם לשאלה
²⁵ המספר רבע נבחר לפי הסיכוי האמיתי הממוצע של אנשים להפוך לסייעודיים.

שיעורים גבוהים יותר בקרב הנשים, בקרב גילאי 45-64, בקרב בעלי השכלה גבוהה ובקרב הכנסה גבוהה העריכו את ההסתברות שלהם להפוך לסייעודיים כגבוהה או גבוהה מאוד. לגבי עלות הטיפול הסייעודי בבית, שיעורים נמוכים יותר בקרב בני 65 ומעלה, בקרב גברים, בקרב בעלי הכנסה גבוהה ובקרב דוברי רוסית העריכו אותה כנמוכה יחסית. לגבי עלות הטיפול הסייעודי במוסד, שיעורים נמוכים יותר בקרב בני 65 ומעלה, בקרב נשים, בקרב בעלי השכלה גבוהה, בקרב בעלי הכנסה גבוהה ובקרב דוברי עברית העריכו אותה כנמוכה יחסית. הערכת תקופת האשפוז הסייעודי כקצרה יחסית התקבלה יותר מבין המבוגרים בני 65 ומעלה, בעלי השכלה יסודית ומטה, בעלי הכנסה בחמישון תחתון ודוברי רוסית.

לוח 6: תפיסת הסיכון להפוך לסייעודי והערכה לגבי עלות ומשך טיפול סייעודי לפי משתני רקע מרכזיים ובעלות על ביטוח סייעודי (באחוזים)

הערכת ההסתברות להפוך לסייעודי כגבוהה עד גבוהה מאוד	הערכת עלות טיפול סייעודי בבית כנמוכה יחסית (עד 7,000 ש"ח)	הערכת עלות טיפול סייעודי במוסד כנמוכה יחסית (עד 7,000 ש"ח)	הערכת תקופת האשפוז הסייעודי כקצרה יחסית (עד שלוש שנים)
35	46	75	42
*	*	*	*
ביטוח סייעודי כלשהו			
יש	38	77	49
אין	54	77	41
*	*	*	*
הכרת חולה סייעודי			
כן	48	81	44
לא	49	71	44
משתני רקע			
גיל			
44-22	56	81	54
64-45	43	75	38
65 ומעלה	36	70	29
*	*	*	*
מין			
זכר	51	76	45
נקבה	45	79	43
*	*	*	*
השכלה			
יסודית ומטה	60	77	30
תיכונית	49	76	46
על-תיכונית ואקדמית	46	80	47
*	*	*	*
הכנסה			
חמישון תחתון	61	80	37
חמישון שני	49	75	39
חמישון שלישי	43	80	49
חמישון רביעי	44	80	46
חמישון עליון	41	69	51
*	*	*	*
שפה			
עברית	41	76	48
ערבית	76	84	39
רוסית	53	74	18

* p<0.05

ה. תפיסות לגבי מימון הטיפול הסיעודי

המימון הציבורי של הטיפול הסיעודי, גם אם הוא מוגבל, עשוי להוות חלופה זולה יחסית לביטוח הסיעודי. כאמור, מחקרים רבים מצביעים על תופעת "הדחיקה החוצה" שגורם המימון הציבורי לביטוח הסיעודי הפרטי. גם התפיסה כי המשפחה תממן את הטיפול הסיעודי יכולה לדחוק החוצה את הביקוש לביטוח סיעודי פרטי. המרואיינים נשאלו אם יזדקקו לטיפול סיעודי, איך להערכתם ימומן הטיפול הסיעודי²⁶. חמישים וארבעה אחוזים ענו כי הם סומכים על עצמם במימון רוב הטיפול הסיעודי; 54% ענו כי המדינה או גוף ציבורי אחר יממנו את רוב הטיפול, אבל כמחציתם אמרו שהם קודם כל סומכים על עצמם. אחוז נמוך יחסית (34%) ענו כי המשפחה תממן את רוב הטיפול, אך 61% מהם אמרו גם שהם סומכים על עצמם. ממצאים אלה ניתן ללמוד כי אנשים מעדיפים לא להכביד על יקיריהם בטיפול הסיעודי. בפועל, אין זה המצב, וחלק ניכר מהטיפול הסיעודי בקהילה ניתן בידי בני המשפחה והם גם מממנים אותו.

לוח 7 מתאר את תפיסת הציבור לגבי אופן המימון של הטיפול הסיעודי לפי משתני רקע מרכזיים ולפי בעלות על ביטוח סיעודי פרטי. מהלוח עולה כי אחוז גבוה יותר מאלה שאין להם ביטוח סיעודי אומרים שהם סומכים על המדינה או גוף ציבורי אחר שיממן את רוב הטיפול הסיעודי (60%) מאשר בעלי ביטוח סיעודי כלשהו (46%). מנגד, שיעורים גבוהים יותר מבעלי ביטוח סיעודי סומכים על עצמם במימון הטיפול הסיעודי, לעומת אלה שאין להם ביטוח סיעודי: 76% לעומת 40%. הניתוח הרב-משתני מחזק את הממצאים הללו (ראו פרק 4.3 ונספח ה').

קיים קשר חיובי בין הכרת חולה סיעודי לבין אחריות אישית על המימון: 58% מהמדווחים כי הכירו חולה סיעודי אמרו שהם סומכים על עצמם במימון רוב הטיפול, לעומת 48% מאלו שלא דיווחו כך.

נוסף על אלה, נמצאו הבדלים לפי מאפייני רקע. בקרב הצעירים, בעלי השכלה גבוהה, בעלי הכנסה גבוהה ודוברי עברית - שיעור גבוה יותר מדווחים שהם סומכים על עצמם. מנגד, בקרב בעלי השכלה יסודית ומטה, הכנסה נמוכה ודוברי הערבית, רבים יותר מדווחים שהם סומכים על המדינה או על גוף ציבורי אחר במימון רוב הטיפול הסיעודי.

²⁶ המרואיינים יכלו לציין יותר מאפשרות אחת.

לוח 7: תפיסת הגורם המממן לטיפול הסיעודי לפי משתני רקע מרכזיים ובעלות על ביטוח סיעודי (באחוזים)

סומך על המדינה	סומך על המשפחה	סומך על עצמו	
54	34	54	סה"כ
*		*	ביטוח סיעודי כלשהו
46	36	76	יש
60	34	40	אין
		*	הכרת חולה סיעודי
54	33	58	כן
53	36	48	לא
		*	משתני רקע
	*	*	גיל
55	44	58	44-22
54	30	57	64-45
53	17	36	65 ומעלה
		**	מין
56	34	56	זכר
52	35	51	נקבה
*		*	השכלה
67	31	33	יסודית ומטה
54	35	52	תיכונית
52	37	62	על-תיכונית ואקדמית
*		*	הכנסה
70	37	29	חמישון תחתון
57	33	47	חמישון שני
51	31	55	חמישון שלישי
47	34	67	חמישון רביעי
42	37	74	חמישון עליון
*	*	*	שפה
46	34	63	עברית
87	55	32	ערבית
60	11	29	רוסית

** p<0.01 ; * p<0.05

1. הקשר עם הילדים

מהספרות עולה כי השפעת הקשר עם הילדים על ביטוח סיעודי אינה חד-משמעית. יש מחקרים המלמדים כי הורים בעלי קשר טוב עם ילדיהם סומכים עליהם שיטפלו בהם, ולכן, פחות מוטרדים מהטיפול הסיעודי ומימונו מתוך האמונה בנכונות ילדיהם לטפל בהם. לעומתם, מחקרים אחרים מראים כי הורים שנמצאים בקשר טוב עם ילדיהם אינם רוצים להכביד עליהם עם טיפול סיעודי ומעדיפים לא להיות תלויים בהם, הן בטיפול והן במימונו. יתר על כן, הקשר עם הילדים משפיע על רצונם של ההורים להשאיר ירושה ולהגן על הנכסים - סיבה נוספת לביקוש לביטוח סיעודי (Sloan, Picone & Hoerger, 1997; Bernheim, Shleifer & Summers, 1985; Sloan & Norton, 1997)

82% מהמרואיינים שיש להם לפחות ילד אחד. לכמחצית המרואיינים יש לפחות ילד אחד מעל גיל 18 (62% מאלה שיש להם ילדים). על בסיס המחקר של Lowenstein ועמיתיה (2002)²⁷ שאלנו שאלות הקשורות לממדים שונים של הקשר עם הילדים (רק הורים לילד אחד לפחות מעל גיל 18 ענו על שאלות אלו²⁸). השאלות בדקו את טיב הקשר הבין-דורי, את מידת הקרבה לילדים, את מידת האמון בילדים ואת טיב התקשורת. נוסף על כך, נשאלו כל המרואיינים על תפיסותיהם לגבי הזקנה, על עמדותיהם לגבי האחריות של ילדים בוגרים כלפי הוריהם ולגבי התפיסות הכלכליות שלהם.

באמצעות ניתוח גורמים (factor analysis) נבנו ארבעה מדדים לבחינת הקשר עם הילדים: מדד תפיסות כלליות על קשר עם ילדים ותפקיד הילדים, מדד העצמאות הכלכלית מהילדים, מדד טיב ועוצמת הקשר הרגשי עם הילדים, ומדד האמון שהילדים ובני הזוג יממנו את הטיפול הסיעודי במידת הצורך (נספח ג').

בקרב אוכלוסיית ההורים לילדים בדקנו את התפלגות הבעלות על ביטוח סיעודי, לפי משתנים הקשורים לילדים ומדדי הקשר עם הילדים.

מלוח 8 עולים הבדלים בבעלות על ביטוח סיעודי לפי משתנים הקשורים לילדים ולקשר עם הילדים. נמצאו אפוא שיעורים גבוהים של מדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי (כלשהו, דרך הקופה או דרך חברת ביטוח) בקרב אלו שיש להם פחות ילדים ובקרב אלו שקיבלו ציון גבוה במדדי הקשר עם הילדים. אולם, לא כל ההבדלים מובהקים סטטיסטית.

ראו גם: Bengston and Roberts, 1991; Magen, Bengston & Landry, 1987

²⁷ המרואיינים שדיווחו שאין להם ילדים או שאין להם ילדים מעל גיל 18 (30%) נשאלו שאלות המתארות את הקשר עם הוריהם, בתנאי שלפחות הורה אחד בחיים (92.6% מהם). מפאת קוצר היריעה, הממצאים בנושא זה אינם מוצגים כאן.

²⁸

לוח 8: בעלות על ביטוח סיעודי לפי משתנים הקשורים לילדים ומדדי הקשר עם הילדים, בקרב הורים לילדים (באחוזים) (N=1,324)

בעלות על ביטוח סיעודי דרך חברות מסחריות	בעלות על ביטוח סיעודי דרך קופות החולים	בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו	סה"כ מאוכלוסיית ההורים
20	33	43	סה"כ מאוכלוסיית ההורים
*			מצב משפחתי
21	33	43	86 נשוי/חי עם בן זוג
14	34	40	14 אחר
*	*	*	מספר ילדים
24	37	47	69 3-1 ילדים
13	27	35	31 4 ילדים או יותר
			בנות
20	32	43	80 יש
20	38	44	20 אין
*	*	*	מדד 1 - להורים מגיע לקבל חזרה חלק ממה שנתנו לילדיהם
13	24	32	27 מסכים מאוד
23	37	47	73 מסכים/לא כל כך מסכים/לא מסכים
			מדד 2 - עצמאות כלכלית של ההורים מהילדים
*	*	*	
27	41	52	44 מסכים מאוד
15	27	34	56 אחרת
			מדד 3 - טיב ועוצמת הקשר הרגשי עם הילדים
*	*	*	
27	41	52	29 גבוה מאוד
15	27	34	71 אחרת
		*	מדד 4 - מידת האמון בילדים ובבן זוג למימון טיפול סיעודי במקרה הצורך
23	36	46	52 במידה רבה מאוד
20	31	41	48 אחרת

¹ המדדים לא הוכנסו כמשתנים מסבירים בניתוח הרב-משתני בגלל הקשר הסיבתי החזק של המשתנים הבלתי-תלויים האחרים למדדים. ניתוח רב-משתני מסוג ניתוח נתיבים (path analysis) יבוצע ויפורסם במאמר נפרד. $p < 0.05^*$

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

בעלות על ביטוח סיעודי מוזילה את עלויות האשפוז הסיעודי בעת הצורך. הביטוח הסיעודי מהווה תמריץ לילדים לאשפוז ביתר קלות את הוריהם במוסד סיעודי כאשר יש להם ביטוח סיעודי (זוהי צורה מעניינת של הופעת כשל השוק סיכון מוסרי - moral hazard). יש אף הטוענים כי בשל כך, אנשים המעדיפים לא להתאשפוז במוסד סיעודי לא ירכשו ביטוח סיעודי (Zweifel & Struwe, 1996).

כל המרואיינים נשאלו "אם לא תוכל לחיות יותר לבדך בעת זקנה ותהיה לך אפשרות לבחור בין מגורים עם מטפלת בבית לבין מגורים משותפים עם ילד או עם בן משפחה אחר ובין מגורים במוסד - מה היית מעדיף?" יש לזכור, כי הביטוח הסיעודי מכסה טיפול סיעודי בקהילה ובמוסד.

מלוח 9 עולה כי 53% אמרו כי במצב כזה הם מעדיפים להמשיך לגור בבית, אך עם מטפלת. העדפת מגורים משותפים עם ילד או עם בן משפחה אחר (בביתם או בבית הילד) צוינה בידי 22% ; 19% מעדיפים לגור במוסד ; 6% סירבו לענות ואמרו שהם לא יודעים מה הם מעדיפים או שהם יעדיפו להתאבד במקרה כזה.

מהלוח עולה כי בקרב בעלי ביטוח סיעודי כלשהו, שיעור גבוה יותר באופן מובהק מעדיפים לגור עם מטפלת בבית מאשר אלו שאין להם ביטוח סיעודי כלשהו (63% ו-47%, בהתאמה). שיעור נמוך יותר בקרב בעלי ביטוח סיעודי מעדיפים לגור עם ילד או עם בן משפחה לעומת אלו שאין להם ביטוח כזה (13% ו-27%, בהתאמה). לעומת זאת, אין הבדלים בשיעור המעדיפים לגור במוסד, לפי בעלות על ביטוח.

שיעור גבוה יותר מאלו שהכירו אדם סיעודי מעדיפים לגור בבית עם מטפלת מאשר האחרים (56% ו-49%, בהתאמה). כמו כן, שיעור נמוך יותר מהם מעדיפים לגור עם ילד או עם בן משפחה אחר : 19%, לעומת 26% מהאחרים.

קיימים הבדלים בהעדפות המגורים גם לפי מאפייני הרקע. עם העלייה בגיל נראית ירידה בולטת בשיעור המעדיפים לגור עם ילד או עם בן משפחה : 28% בקרב הצעירים גילאי 22-44 ; 17% בקרב גילאי 45-64 ו-14% בלבד בקרב בני 65 ומעלה. במקביל, כרבע מבני 65 ומעלה אמרו שהם מעדיפים לגור במוסד.

לוח 9: היכן המרואיינ מעדיף לגור, אם לא יוכל לחיות יותר לבד בעת זקנה (באחוזים) (N=1,631)

מספר	מעדיף לגור בבית עם מטפלות	מעדיף לגור עם ילד או בן משפחה אחר	מעדיף לגור במוסד
סה"כ	53	22	19
ביטוח סיעודי כלשהו *			
יש	63	13	19
אין	47	27	18
הכרת חולה סיעודי *			
כן	56	19	19
לא	49	26	18
משתני רקע			
גיל *			
44-22	49	28	17
64-45	58	17	18
65 ומעלה	54	14	24
מין *			
זכר	49	22	21
נקבה	57	22	17
השכלה			
יסודית ומטה	53	26	13
תיכונית	54	22	19
על-תיכונית / אקדמית	53	21	20
הכנסה *			
חמישון תחתון	47	35	12
שני	52	23	19
שלישי	55	16	20
רביעי	52	19	24
חמישון עליון	63	13	18
שפה *			
עברית	57	17	18
ערבית	54	36	8
רוסית	32	29	32

* p<0.05

הבדל בולט נוסף הוא ההבדל לפי הכנסה: שיעור גבוה יותר מבעלי הכנסה בחמישון התחתון מעדיפים לגור עם ילד או עם בן משפחה אחר, לעומת שיעור נמוך מבעלי הכנסה גבוהה יותר. כמו כן, שיעור גבוה יותר מבעלי הכנסה בקרב החמישון העליון מעדיפים לגור עם מטפלות בבית לעומת שיעור נמוך יותר מבעלי הכנסה נמוכה יותר. ייתכן קשר בין הבדלים אלה להבדלים לפי שפה, שכן, שיעור גבוה יותר בקרב הערבים מעדיף לגור עם ילד או עם בן משפחה אחר לעומת דוברי העברית והרוסית.

4.3 פרופיל בעלי ביטוח סיעודי ברבדים השונים

בתחום הבעלות על ביטוח סיעודי ניתן להגדיר שלושה רבדים²⁹:

1. אין ביטוח סיעודי כלל
2. יש ביטוח סיעודי של הקופה
3. יש ביטוח סיעודי מסחרי או את שניהם.

אמנם, כל אחד מהרבדים של הביטוח מכסה את הסיכון להפוך למוגבל סיעודי. אולם, לכל אחד מהרבדים יש מאפיינים שונים הקשורים לתנאי הביטוח (מחיר, גמלה, תקופת המתנה וכדומה) ולגוף המשווק (קופת חולים לעומת חברת ביטוח). לכן, תיאור מלא של הביקוש לביטוח סיעודי צריך להביא בחשבון גם את ההבדלים בין הרבדים במאפייני האוכלוסייה בעלת ביטוח סיעודי. כדי לבחון את הייחוד בפרופיל האנשים אשר בחרו כל אחד מהרבדים, ערכנו את הניתוח הרב-משתני באופן הבא:

1. **המודל הראשון** בחן את הפרופיל של המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי של הקופה, לעומת אלה שאין להם ביטוח;
2. **המודל השני** בחן את הפרופיל של המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי (כולל בעלי שני סוגי הביטוחים), לעומת אלו שאין להם ביטוח;
3. **המודל השלישי** בחן את הפרופיל המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי, לעומת המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי של הקופה (אלה שאין להם ביטוח ואלה שדיווחו שיש להם את שני סוגי הביטוח הוצאו מהניתוח).

המודלים לרגרסיה נבחרו לאחר בדיקת חוזק המודלים ויציבותם (robustness). בתהליך הבדיקה נכנסו בשלבים משתנים שונים שנמצאו מובהקים בניתוח הרב-משתני, ולבסוף, נבחרו המודלים שבהם שיעור השיפור הוא הגבוה ביותר ומבחן ה-Hosmer & Lemeshow הטוב ביותר.

מטריצת הקורלציה בין המשתנים הבלתי-תלויים מופיעה בנספח ד'. כמו כן, בניתוח collinearity diagnostics לא נמצאה עדות למולטיקוליניאריות.

בלוח 10 מוצגים ממצאי הניתוח הרב-משתני. המשתנים הבלתי-תלויים שנכנסו לניתוח הם:

- ◆ מאפיינים אישיים: משתנים דמוגרפיים (מין, גיל, לאום, מצב משפחתי ומספר ילדים); משתנים חברתיים-כלכליים (הכנסה והשכלה); יש לפחות מחלה כרונית אחת
- ◆ משתנים הקשורים לשנאת סיכון: יש חסכוניות לעת זקנה, מספר עבודות בהם עבד בעשר השנים האחרונות ובעלות על ביטוח חיים (המשתנה יש חסכוניות לעת זקנה משקף גם את ההשפעה של חלופות בשוק למימון הטיפול הסיעודי על הבעלות על ביטוח סיעודי)
- ◆ משתנים הקשורים לתפיסות הפרט לגבי הסיכון והכרת אדם סיעודי

²⁹ בבחירה בין שלושת רבדים אלו לא מתקיימת הנחה ה-IIA (Independence of Irrelevant Alternatives) ולכן, אין מקום להריץ רגרסיה מסוג מולטינומל.

◆ משתנים הקשורים לאמון: אמון בחברות ביטוח; אמון בקופות החולים; והאם סומך על המדינה במימון הטיפול הסיעודי במידת הצורך

◆ בשלב השני הוכללו המשתנים הקשורים לביטוח (ראו פרק 4.4).

מהניתוח הרב-משתני עולה כי על בעלות על ביטוח סיעודי דרך קופת החולים (לעומת אין ביטוח סיעודי כלל) משפיעים באופן חיובי המשתנים: מין- אישה, גיל 45 ומעלה, משתני שנאת הסיכון - יש ביטוח חיים ויש חסכונות לעת זקנה, הכרת אדם סיעודי מעל שלושה חודשים והערכת הסיכוי להזדקק לטיפול סיעודי כגבוה. כמו כן, אמון במידה רבה מאוד בקופות החולים משפיע באופן חיובי על בעלות על ביטוח סיעודי דרך הקופה. המשתנים הבאים משפיעים באופן שלילי: מצב משפחתי - רווק, דובר ערבית או רוסית, והכנסה לנפש נמוכה.

בדומה לביטוח סיעודי דרך הקופה, על בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי (לעומת אין ביטוח סיעודי כלל) משפיעים באופן חיובי המשתנים: גיל 45 ומעלה, משתני שנאת הסיכון, הכרת אדם סיעודי, והערכת הסיכוי כגבוה. המשתנים: מצב משפחתי - רווק, דובר רוסית והכנסה נמוכה משפיעים באופן שלילי. בניגוד לביטוח סיעודי דרך הקופה, המשתנה "אמון במידה רבה מאוד בחברות הביטוח" משפיע באופן חיובי. כמו כן, המשתנה - סומך על המדינה במימון הטיפול הסיעודי משפיע באופן שלילי על בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי.

לעומת בעלות על ביטוח סיעודי דרך הקופה, על בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי משפיעים באופן חיובי המשתנים הקשורים לשנאת סיכון, שפה ערבית ואמון בחברת ביטוח. השפעה שלילית נמצאה למשתנים מין - אישה, להיות רווק, סומך על המדינה במימון הטיפול הסיעודי ואמון בקופות החולים. באופן כללי, לעומת שני המודלים הקודמים, קיימים פחות הבדלים במאפייני בעלי ביטוח מסחרי (לעומת בעלי ביטוח דרך הקופה), דהיינו, פחות משתנים מובהקים מבחינה סטטיסטית.

בנספח ה' מוצג הניתוח הרב-משתני הבוחן את הבעלות על ביטוח סיעודי כלשהו (של הקופה, מסחרי או שניהם) לפי משתני הרקע וגורמים הקשורים להחלטה.

לוח 10: בעלות על ביטוח סיעודי, לפי משתני רקע וגורמים הקשורים להחלטה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי (לעומת אלו שיש להם רק ביטוח דרך הקופה)	בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי כולל שני הסוגים (לעומת אלו שאין להם ביטוח)	בעלות על ביטוח סיעודי דרך קופת החולים (לעומת אלו שאין להם ביטוח)	משתנה
Odds ratio (CI) N=518	Odds ratio (CI) N=1,286	Odds ratio (CI) N=1,359	
משתנים דמוגרפיים			
**0.50 (0.30-0.80)	NS	**1.6 (1.2-2.2)	אישה
NS	*1.6 (1.05-2.3)	*1.4 (1.03-1.9)	גיל +45
~0.26 (0.07-1.03)	*0.3 (0.1-0.9)	**0.45 (0.28-0.72)	רווק
NS	NS	NS	יש ילדים
**8.2 (3.07-22.0)	NS	**0.4 (0.23-0.66)	דובר ערבית
NS	**0.3 (0.19-0.57)	**0.12 (0.07-0.23)	דובר רוסית
משתנים חברתיים-כלכליים			
NS	**0.3 (0.19-0.62)	**0.56 (0.37-0.86)	הכנסה לנפש בחמישון תחתון
NS	NS	NS	השכלה יסודית ומטה
מצב בריאות			
NS	NS	NS	סובל מלפחות מחלה אחת ¹
שנאת סיכון			
**2.9 (1.7-4.9)	**4.3 (2.9-6.2)	*1.4 (1.06-1.99)	יש ביטוח חיים
~1.6 (0.9-2.7)	**2.3 (1.6-3.3)	**1.7 (1.3-2.3)	יש חסכוניות לעת זקנה
NS	NS	NS	מספר עבודות בעשר השנים האחרונות

לוח 10: בעלות על ביטוח סיעודי, לפי משתני רקע וגורמים הקשורים להחלטה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית (המשך)

משתנה	בעלות על ביטוח סיעודי החולים (לעומת אלו שאין להם ביטוח)	בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי כולל שני הסוגים (לעומת אלו שאין להם ביטוח)	בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי (לעומת אלו שיש להם רק ביטוח דרך הקופה)
	Odds ratio (CI) N=1,359	Odds ratio (CI) N=1,286	Odds ratio (CI) N=518
תפיסות והיכרות			
מכיר אדם סיעודי מעל שלושה חודשים	*1.4 (1.01-1.8)	**1.8 (1.3-2.6)	NS
הערכת הסיכוי להזדקק לטיפול סיעודי כגבוה	**1.6 (1.2-2.2)	*1.6 (1.09-2.22)	NS
אמון			
סומך על המדינה במימון הטיפול הסיעודי	NS	**0.4 (0.28-0.58)	**0.23 (0.13-0.41)
אמון בקופות חולים	**1.85 (1.3-2.6)	~0.68 (0.43-1.06)	**0.3 (0.17-0.59)
אמון בחברות ביטוח	NS	**3.9 (2.6-5.9)	**4.4 (2.5-7.7)
χ^2 (Hosmer & Lemeshow)	(NS) 2.98	(NS) 5.4	(NS) 6.8
Improvement	14.1%	30.7%	22.1%

p<0.001**

p<0.05*

p<0.01~

1. יש לפחות מחלה אחת מבין המחלות האלה: יתר לחץ דם, התקף לב או מחלת לב כלשהי, מחלה כרונית בדרכי העיכול, סרטן, סוכרת, דלקת מפרקים, אסטמה, ברונכיט כרונית או בעיית ריאות כרונית אחרת וחרדה או דיכאון

4.4 השפעת המשתנים הקשורים להיצע על בעלות על ביטוח סיעודי

כדי לבחון את ההשפעה של משתנים הקשורים לצד ההיצע על בעלות על ביטוח סיעודי, הוספנו למודלים הרב-משתניים שהוצגו לעיל את משתנה הפרמיה באופן הבא: למודל הראשון (בעלות על ביטוח סיעודי של הקופה לעומת אלו שאין להם ביטוח) הוספנו את המשתנה פרמיה שהאדם משלם / היה משלם לביטוח סיעודי דרך הקופה (הפרמיה נקבעת לכל אדם לפי גילו ולפי הקופה שאליה הוא משתייך). למודל השני (בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי או בעלות על שניהם) (לעומת אלו שאין להם ביטוח) הוספנו את משתנה הפרמיה אשר חושבה לכל נדגם (לפי גיל ומין) כממוצע של הפרמיות

הקבועות שמציעות ארבע חברות הביטוח המובילות בשוק הביטוח הסיעודי פרט³⁰ לכיסוי של גמלה חודשית של 10,000 ש"ח לתקופה של חמש שנים (לפי גיל ומין). למודל השלישי (בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי לעומת בעלות על ביטוח סיעודי של הקופה) הוספנו את שני משתני הפרמיה. כמו כן, בדקנו במודל רביעי את ההשפעה של משתני הפרמיה על בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו.

לוח 11 מציג את תוצאות הניתוח הרב-משתני בעבור משתני ההיצע בארבעת המודלים³¹. מהלוח עולה כי, לאחר הפיקוח על מאפייני הרקע של הפרט (ובפרט על גיל, מין, מחלה כרונית והכנסה), אין השפעה עצמאית למשתני הפרמיה על הביקוש לביטוח סיעודי באופן כללי ולפי סוג הביטוח³². עם זאת, יש לציין ש-14% מכלל האוכלוסייה אמרו שללא קשר למחיר, הם לא יקנו ביטוח סיעודי. בקרב האחרים, 30% אמרו שלא היו מוכנים לשלם יותר ממאה ש"ח לחודש (לכיסוי של 10,000 ש"ח גמלה לחודש). כלומר, במבנה השוק הקיים (מבחינת מבנה הפרמיה, גובה הפרמיה ביחס לתגמולים ואופן ההצטרפות) משתנה ההיצע (לאחר פיקוח על מין, גיל והכנסה) אינו מהווה שיקול בהחלטה על בעלות על ביטוח סיעודי.

לוח 11: השפעת משתנים הקשורים להיצע על בעלות על ביטוח סיעודי, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

בעלות על ביטוח סיעודי החולים ¹	בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי ²	בעלות על ביטוח סיעודי מסחרי כולל שני הסוגים ¹	בעלות על ביטוח סיעודי דרך קופת החולים ¹	
Odds ratio (CI) N=1,699	Odds ratio (CI) N=518	Odds ratio (CI) N=1,286	Odds ratio (CI) N=1,359	משתנה
NS	NS	---	NS	פרמיה קופה (לפי גיל ולפי קופה)
NS	NS	NS	--	פרמיה מסחרי (ל-10,000 ש"ח פיצוי)
(NS) 9.4	(NS) 7.0	(NS) 5.7	(NS) 3.2	χ^2 (Hosmer & Lemeshow)
18.8%	24.4%	31.0%	18.1%	Improvement

¹ לעומת אלו שאין להם ביטוח
² לעומת אלו שיש להם רק ביטוח דרך קופת החולים

5. כיווני פעולה ואתגרים עתידיים

הטיפול בקשישים ובמוגבלים מהווה אתגר מרכזי למערכות בריאות ורווחה בכל העולם. לנוכח המגבלות של מקורות המימון הציבוריים, גוברת ההכרה בצורך לשלב בין מקורות פרטיים למקורות

³⁰ החברות הן: הראל, מגדל, כלל והפניקס
³¹ עם הוספת משתני ההיצע, לא חל שינוי בתוצאות הרגרסיה בעבור משתני הביקוש שהוצגו בלוח 10 ובנספח 4, ולכן, הם אינם מוצגים גם כאן.
³² תוצאה זו נשמרת גם בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית מולטינומלית ואורדינלית.

ציבוריים, לצורך מימון הטיפול הסיעודי בקהילה או במוסדות סיעודיים. ביטוח סיעודי פרטי מהווה אחת החלופות למימון הטיפול הסיעודי הנדונות כיום בקרב קובעי המדיניות.

המחקר מלמד כי רבים בציבור מפחדים לחשוב על הנושא, פחד אשר עלול למנוע היערכות מתאימה לאפשרות שבבוא היום יזדקקו לטיפול סיעודי. מאידך, חלק משמעותי בציבור (מעל מחצית) מבוטח בביטוח סיעודי, קבוצתי או פרטי, הנותן מענה, חלקי לפחות, לבעיית המימון. אולם, רבים אינם מודעים לבעלותם על ביטוח סיעודי. ייתכן כי מנוף השיווק העיקרי של הביטוח הסיעודי באמצעות ביטוחי הבריאות האחרים (משלים ומסחרי) הוא הסיבה המרכזית לכך. ממצא זה מעלה סוגיה ערכית לגבי המידה שבה רצויה "הצטרפות אוטומטית" כברירת מחדל (אלה שאינם מעוניינים, נדרשים להודיע על כך באופן אקטיבי) לכיסוי מצבי קטסטרופה שלקופת חולים או למדינה יש עניין לכסות באמצעות מערכת הביטוחים הקיימת. מחד, צירוף אוטומטי יעיל להשגת המטרה של כיסוי רחב; מאידך, ייתכן שיש בכך פגיעה בזכות הצרכן לבחירה מודעת ומושכלת.

ממצאי המחקר מלמדים עוד כי שיעור המדווחים שיש להם ביטוח סיעודי גבוה יחסית בקרב דוברי עברית, בני 45-64, אקדמאים ובעלי הכנסה גבוהה. שיעור גבוה נמצא בקרב אלו המעריכים את מצב בריאותם כטוב עד טוב מאוד ובקרב המעריכים את מצב בריאות בן זוגם כטוב עד טוב מאוד. שיעורים נמוכים נמצאו בקרב החולים במחלות לב, במחלות בדרכי העיכול ובדלקת מפרקים (כנראה בגלל פעולות הסלקציה בתהליך החיתום הרפואי). מאפיינים אלה מעוררים חשש ל"גרירת שמנת" על-ידי המבטחים. נשאלת השאלה האם יש צורך להסדיר ביטוח זה בדומה להסדרה של הביטוח המשלים (כלומר לחייב מבטחים לקבל כל פונה), ובכך, להבטיח נגישות רחבה לביטוח לאלו עם הסיכון הגבוה להשתמש בו. כמו כן, ראינו כי בניתוח הרב-משתני בלטו בהשפעתם המשתנים הקשורים לשנת סיכון, לתפיסות הסיכון להפוך לסיעודי, הכרת חולה סיעודי ומידת האמון בקופות החולים ובחברות הביטוח.

ייתכן שהבעלות על ביטוח סיעודי הרווחת יותר בקרב השכבות היותר חזקות באוכלוסייה, ולא דווקא אלו הזקוקים לו, דורש התערבות פעילה של המדינה להגברת הידע והמודעות, ואולי אף לעידוד הרכישה בקרב קבוצות יעד הזקוקות לביטוח סיעודי כמקור מימון נוסף. ניתן להפוך את הביטוח הסיעודי לכלי יעיל יותר באמצעות פעולות מתאימות, כגון: המשך הסדרת הביטוח הסיעודי על-מנת לעורר את אָמון הציבור במוצר זה, הפצת מידע על מצב סיעודי ומידע לגבי אפשרויות המימון (הציבורי והפרטי). פעולות אלה עשויות לסייע לאנשים להתגבר על הפחד והרתיעה ממחשבה על הנושא ויעודד אותם להתכונן באופן מעשי לקראת האפשרות שבבוא היום יזדקקו לטיפול סיעודי. יש לזכור, כי חוסר מודעות לבעלות על הביטוח יכולה אף למנוע את האפשרות להשתמש בו.

כאשר חושבים על הביטוח הסיעודי כחלופה למימון הטיפול הסיעודי, יש להביא בחשבון את החסמים העומדים בפני האנשים המעוניינים לקנות ביטוח סיעודי, הקשורים למאפייני הביטוח (ההטבות הניתנות בביטוח ומחיר הביטוח), וכן, את העמדות שיש לציבור כלפי חברות הביטוח (אמון וביטחון ביציבות החברות). כמו כן, הביטוח הסיעודי בדרך כלל 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 זקוקים לעזרה, אך אינם יכולים להיעזר בביטוח.

לפיכך, יש מקום להסדרה נוספת של התחום כדי שביטוח סיעודי אכן יוכל להוות חלופה למימון הטיפול הסיעודי.

הניתוח הפיננסי לימד על רווח יחסית גבוה לחברות בשוק הביטוח הסיעודי (פרט וקולקטיב), בד בבד עם עלייה מתמשכת בדמי הביטוח ועלייה קטנה מאוד במספר התביעות שהוגשו במסגרת הביטוח הסיעודי הקבוצתי. נתונים אלו מעלים את השאלה האם השינויים בפרמיה מוצדקים ומצביעים על נושאים נוספים שחשוב להסדיר: בקרת השינויים בפרמיה לאורך זמן ומתן אפשרות לפרמיה מסולקת גם בביטוח קבוצתי, שמירה על יחס הוגן בין הפרמיה לבין התגמול של הביטוח, תוך כדי שמירה על יציבות פיננסית של תכנית הביטוח הסיעודי.

בנוסף, לאור השיעור הניכר של אנשים שיש בבעלותם ביטוח סיעודי, אך הם אינם מודעים לכך (כ-20%), נדרשת להערכתנו הסדרה של קשרי הגומלין בין חברות הביטוח לגורמים ציבוריים, כמו משרד הבריאות וקופות החולים, כדי 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).

המחקר הנדון בדוח זה הוא הראשון מסוגו בישראל, ותרומתו בהגדלת היקף המידע ובהעמקת הידע על הביקוש לביטוח סיעודי, על מאפייניו ועל הגורמים המשפיעים עליו. המחקר גם יכול לסייע לקובעי המדיניות בהחלטותיהם לגבי הכללת הטיפול הסיעודי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי וכן לגבי אופן אסדרת השוק של ביטוחי הסיעוד הפרטיים.

ממצאי המחקר הוצגו בפני שר הבריאות, השר לענייני גמלאים ולהנהלות משרדיהם, בפני המפקח על הביטוח ובכירים באגף ובפני הצוות המנהל של האגף לגריאטריה במשרד הבריאות.

רשימת מקורות

- בנדלק, ז'. 2006. **חברות בקופת חולים 2005-2004**. המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון, ירושלים. http://www.btl.gov.il/NR/rdonlyres/7BE15990-DDD7-4515-BFA7-E99A3CBC7BDC/0/seker_203.pdf
- בנטור, נ'. 2002. "נגישות שירותי בריאות בקרב קשישים חמש שנים לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי". הרצאה במסגרת האסיפה הכללית של האגודה לזכויות החולה.
- ברודסקי, ג'; שנור, י'; באר, ש'. 2011. **קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2010**. פמ-69-11. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים. <http://mashav.jdc.org.il/?CategoryID=233&ArticleID=162>
- ברמלי-גרינברג, ש'. 2004. **טיפול סיעודי וביטוח סיעודי פרטי בישראל 2003 - מודל הסתברותי**. עבודת גמר לקראת תואר שני, בית הספר לכלכלה ע"ש איתן ברגלס, אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב.
- ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'; רסולי, א'; אשכנזי, י'. 2008. "ביטוח סיעודי פרטי – הצרכנים, המבטחים והמדינה". **גרונטולוגיה** לה(3): 33-47.
- ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'. 2003. **שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל**. דמ-403-03. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'; סלוצקי, א'. 2010. **מימון האשפוז הסיעודי וביטוח סיעודי פרטי**. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל. דוח המחקר הוגש למכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות.
- ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'; יאיר, י'; עקיבא, א'. 2011. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות**. דמ-587-11. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'; מצליח, ר'. 2007. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2005, והשוואה לשנים קודמות**. דמ-487-07. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר'; רוזן, ב'; שירוס, א'. 1999. "מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי". **ביטחון סוציאלי** 54 : 11-34.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2006. **שנתון סטטיסטי לישראל 2006**. מס' 57. http://www1.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew_site.htm

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2008. תחזית אוכלוסיית ישראל עד שנת 2030, הודעה לעיתונות מס' 056/2008 באינטרנט :

http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=200801056

הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון. 2005. פרק פעילות אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון בדוח שנתי 2004. משרד האוצר, ירושלים. http://www.mof.gov.il/hon/2001/general/doch_2004/shukhon.pdf

הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון. 2010. פעילות אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון בדוח שנתי 2010 – פרק הפעילות בענפי הביטוח כללי. משרד האוצר, ירושלים. http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/general/doch_2010/ins.pdf

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ספר החוקים 1469, י"ז בתמוז התשנ"ד.

חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1998), התשנ"ח-1998.

כנס ים המלח השלישי. 2002. התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, תל-השומר.

כנס ים המלח ה-12. 2011. היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, תל-השומר.

מכבי שירותי בריאות. 2007. תקנון קרן הסיעוד "מכבי מגן זהב" : <http://www.maccabi-health.co.il/site/HE/macabi.asp?pi=119>

משרד האוצר. 2009. "הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2009-2010".

<http://www.mof.gov.il/BUDGETSITE/STATEBUDGET/BUDGET2009/MINISTERIESBUDGET/socialBudget/Pages/HealthMinistry.aspx>

חורב, ט. ; קידר, נ. ; הרשקוביץ, ע. 2011. "ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה". ירושלים, משרד הבריאות.

קופת חולים לאומית. 2007. פוליסת ביטוח "לאומית סיעוד" :

<http://www.leumit.co.il/editor/uploadfiles/leumit-harel.pdf> (כניסה 27.01.2007).

קופת חולים מאוחדת. 2007. תקנות ביטוח סיעודי "מאוחדת זהב" :

<https://www.meuhedet.co.il/meuhedet/downloads/policyC.pdf> (כניסה 27.01.2007).

קיי, 1999. "הביטוח הסיעודי לאן?" בטחון סוציאלי 54 : 92-109

שירותי בריאות כללית. 2007. פוליסת ביטוח "דיקלה סיעודי מושלם" :

<http://www.clalit.org.il/NR/rdonlyres/186C5723-43CC-425C-B2C7-A771F95E1446/0/siuidi.pdf>

שטסמן, י. 2000. סיכום דיונים והמלצות של ועדת המומחים הבין משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים בישראל. הוגש לשרי העבודה והרווחה והבריאות, ירושלים.

שטסמן, י. 2011. הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010-2020 ו-2020-2030. דין וחשבון הועדה והמלצותיה, מוגש לפרופ' גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות, ירושלים.

Ashton, T.; St John, S. 2005. "**Financing of Long Term Residential Care in New Zealand: Swimming against the Tide**". Paper presented at the Fifth World Congress of the International Health Economists Association (iHEA), Barcelona, Spain.

Bengston, V.; Roberts, R. 1991. "Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction". **Journal of Marriage and the Family** 53:856-870.

Bernheim, B.D.; Shleifer, A.; Summers, L.H. 1985. "The Strategic Bequest Motive". **Journal of Political Economy** 93(6):1045-1076.

Brau, R.; Bruni, M.L.; Pinna, A.M. 2004. "Public vs Private Demand for Covering Long Term Care Expenditures". In: **Working Papers - Center for North South Economic Research (CRENOS)** at Cagliari University and Sassari University. <http://www.crenos.it/working/pdf/04-08.pdf>

Brown, J.R.; Finkelstein, A. 2007. "Why is the Market for Long-Term-Care Insurance so Small?". **Journal of Public Economics** 91(10):1967-1991

Brown, J.R.; Finkelstein, A. 2006. "The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market". In: **National Bureau of Economic Research**, NBER Working Paper no. 10989.

Brown, J.R.; Coe, N.B.; Finkelstein, A. 2006. "Medicaid Crowd-Out of Private Long-Term Care Insurance Demand: Evidence from the Health and Retirement Survey". In: **National Bureau of Economic Research**, NBER Working Paper no. 12536.

Brown, J.R.; Finkelstein, A. 2004a. "Supply or Demand: Why is the Market for Long-Term Care Insurance so Small?". Working Paper 10782 – **National Bureau of Economic Research**. <http://www.nber.org/papers/w10782>

Brown, J.R.; & Finkelstein, A. 2004b. "**The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market**" Unpublished working paper. <http://www.nber.org/~afinkels/papers/BFMcaid.pdf>

Camerer, C.R.; Loewenstein, G. 2004. "Behavioral Economics: Past, Present and Future". In: **Advanced in Behavioral Economics**. Camerer, C.R.; Loewenstein, G.; Rabin, M. (eds.). Princeton University Press, Princeton, NJ

- Campbell, J.C.; Ikegami, N. 2000. "Long-Term Care Insurance Comes to Japan". **Health Affairs** 19(3): 26-39.
- Choi, J.J.; Laibson, D.; Madrian, B.C.; Metrick, A. 2005. "**Optimal Default and Active Decision**". NBER: Working Paper No. W11074 <http://www.nber.org/papers/w11074>
- Choi, J.J.; Laibson, D.; Madrian, B.C.; Metrick, A. 2004. "For Better or For Worse: Default Effects and 401(k) Saving Behavior". In: **Perspectives in the Economics of Aging**. Wise, D.A. (ed.) . University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Choi, J.J.; Laibson, D.; Madrian, B.C.; Metrick, A. 2003. "Passive Decisions and Potent Defaults". **American Economic Review** 93(2):180-185.
- Cohen, M.A.; Weinrobe, M.; Miller, J., Ingoldsby, A. 2005. "Becoming Disabled after the Age 65: The Expected Lifetime Costs of Independent Living". **AARP Public Policy Institute Report**. http://policycouncil.nationaljournal.com/NR/rdonlyres/37F2305B-744C-4082-B1D0-8CE415D65EFC/0/AARP_costofliving.pdf.
- Comas-Herrera, A.; Wittenberg, R. 2003. "**European Study on Long-Term Care Expenditure**", Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/european_study_long_term_care_en.pdf#page=112 .
- Comas-Herrera, A.; Picard L.; Wittenberg, R.; Davies, B.; Darton, R. 2005. "Future Demand for Long-Term Care, 2001 to 2031. Projections of Demand for Long-Term Care for Older People in England". **PSSRU**, Discussion Paper 1980. London School of Economics and Political Science, London.
- Comas-Herrera, A.; Wittenberg, R.; Costa-Font, J.; Gori, C.; Di Maio, A.; Patxot, C.; Pickard, L.; Pozzi, A.; Rothgang, H. 2006. "Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom". In **Ageing & Society**, 26: 285 Soc
- Congressional Budget Office (CBO). 2004. **Financing Long-Term-Care for the Elderly**. Congress of the United States, Washington, DC.
- Cutler, D. 1993. "Why Doesn't the Market Fully Insure Long-Term Care?" **NBER** Working Paper No. W4301. <http://ssrn.com/abstract=227014>
- Cutler, D.M.; Zeckhauser, R.J. 2000. "The Anatomy of Health Insurance". In: **Handbook of Health Economics**, Culyer, A.J.; Newhouse, J.P. (eds), Chapter 11, pp. 563-643, Elsevier, North Holland.
- Cohen, M.A. 2003. "Private Long-Term Care Insurance: A Look Ahead". **Journal of Aging and Health** 15(1):74-101.

- Cohen, M.A.; Kumar, N.; Wallack, S.S. 1994. "Long-Term Care Insurance and Medicaid". **Health Affairs** 13(4):127-139. <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/13/4/127.pdf>
- Costa, I.; Garcia, J. 2001. "Demand for Private Health Insurance: Is There a Quality Gap?". UPF Economics and Business Working Paper No. 531. <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/531.pdf>
- Costa I.; Font, J. 2001. "Long Term Care Expenditure Projections in Spain: Public and/or Private Responsibility?". Paper presented at the workshop "Ageing Population in the EU" in Berlin, 8-9 February 2001. <http://www.enepri.org/PapersPastWorkshops/papercostaifont.pdf>
- Cutler, D. 1993. "Why Doesn't the Market Fully Insure Long-Term Care?" Working Paper National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA
- Desonia, E.A. 2004. "The Promise and the Reality of Long-Term Care Insurance" **NHPF Background Paper**, National Health Policy Forum, The George Washington University. http://nhpf.ags.com/pdfs_bp/BP_LTCI_07-31-04.pdf
- Finkelstein, A.; McGarry, K. 2003. "Private Information and its Effect on Market Equilibrium: New Evidence from Long-term Care Insurance". **NBER** Working Paper No. W9957. <http://www.nber.org/papers/w9957>
- Finkelstein, A.; McGarry, K.; and Sufi, A. 2005. "Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from Long-Term Care Insurance". **NBER**, Working Paper No. w11039. <http://www.nber.org/papers/w11039>
- Frank, R.G.2004. "Behavioral Economics and Health Economics". **NBER** Working Paper No. 10881. <http://www.nber.org/papers/w10881>
- Geraedts, M.; Heller, G.V.; Harrington, C.A. 2000. "Germany's Long-Term-Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice". **The Milbank Quarterly** 78 (3): 375-401
- Finkelstein, A. 2007. "The Market for Private Long-Term Care Insurance". In: National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/reporter/spring07/finkelstein.html>
- Health Insurance Association of America (HIAA). 2000. **Who Buys Long-Term Care Insurance in 2000? A Decade of Study of Buyers and Non-buyers**. HIAA, Washington, DC.
- Holtz-Eakin, D. 2004. **Financing Long-Term Care for the Elderly**, Congressional Budget Office, USA. <http://www.cbo.gov/ftpdocs/54xx/doc5400/04-26-LongTermCare.pdf>
- Huber, M. 2008. "Expenditure on Long-Term Care in Europe". **Health and Ageing** 18:5-8.

Johnson, R.W.; Uccello, C.E. 2005. "Is Private Long-Term Care Insurance the Answer?" In: **An Issue in Brief – Center for Retirement Research at Boston College**, 29 (march).

<http://www.urban.org/UploadedPDF/1000795.pdf>

Johnson, E.J.; Bellman, S.; Lohse, G.L. 2002. "Defaults, Framing and Privacy: Why Opting In-Opting Out". **Marketing Letters** 13(1):5-15.

Johnson, E.J.; Goldstein, D. 2003. "Do Defaults Save Lives?" **Science** 302(5649):1338-1339.

Johnson, E.J.; Hershey, J.; Meszaros, L.; Kunreuther, H. 1993. "Framing, Probability Distortions, and Insurance Decisions". **Journal of Risk and Uncertainty** 7:35-51.

Kahneman, D. 2002. "Maps of Bounded Rationality: A Perspective on Intuitive Judgment". Nobel Prize Lecture.

Kahneman, D.; Tversky, A. 1979. "Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk". **Econometrica** 47(2):263-292.

Karlsson, M. 2002. **Comparative Analysis of Long-term Care Systems in Four Countries**. IIASA Interim Report IR-02-003. Vienna: IIASA.

Kaye, R. 2008. "Long Term Care – The Next Revolution?" In: Rosen,R.; Saltman, R.; Shani, M. (eds.) **Health Systems: Are We in a Post Reform Era?** Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

Kofman, M. 2003. "Private Long-Term Care Insurance Fact Sheet". **Long-Term Care Financing Project**, Georgetown University, Washington, DC.

Lowenstein, A.; Katz, R.; Mehlhausen-Hassoen, D.; Prilutzky, D. 2002. "**The Research Instruments in the Oasis Project : Old Age and Autonomy, the Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity.**" Working Paper, Centre for Research and Study of Ageing, University of Haifa, Haifa, Israel.

Lowenstein, A.; Ogg, J. 2003. **OASIS – Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity**. Final Report. <http://oasis.haifa.ac.il/downloads/oasis-final-report.pdf>

Mangen, D.; Bengston, V.; Landry, P. (eds). 1987. **Measures of Intergenerational Relations**. Beverly Hills/London: Sage Publications.

Meier, V. 1999. "Why the Young Do Not Buy Long-Term Care Insurance". **Journal of Risk and Uncertainty** 8:83-98.

Mellor, J.M. 2000. "Private Long-Term Care Insurance and the Asset Protection Motive". **The Gerontologist** 40(5): 596-604.

Ministry of Finance, Capital Market, Insurance and Savings Division,. 2005. "**The Insurance Commissioner's Annual Report**". (Hebrew).

Norton, E.C. 2000. "Long Term Care". In: Culyer, A.J.; Newhouse, J.P. (eds.) **Handbook of Health Economics**, Chapter 17, pp.955-994. Elsevier, North Holland.

Norton, E.C; Newhouse, J.P. 1994. "Policy Options for Public Long-Term Care Insurance". **Journal of American Medical Association** 271(19):1520-1524.

Nyman, J.A. 2003. **The Theory of Demand for Health Insurance**. Stanford University Press, Stanford, California.

Nyman, J.A. 1989. "The Private Demand for Nursing Home Care". **Journal of Health Economics** 8:209-231.

Pauly, M. 1990. "The Rational Non-purchase of Long-Term-Care Insurance". **The Journal of Political Economy** 98(1): 153-168.

Rabin, M. 2002. "Inference by Believers in the Law of Small Numbers". **The Quarterly Journal of Economics** 117(3):775-816(42).

Rice, D.P. 1989. "Health and Long-Term Care for the Aged". **The American Economic Review** 79(2):343-348.

Samuelson, W.; Zeckhauser, R. 1988. "Status Quo Bias in Decision Making". **Journal of Risk and Uncertainty** 1:7-59.

Sandroni, A.; Squintani, F. 2004 "The Overconfidence Problem in Insurance Markets". *ELSE* Working Paper No. 2005 – 2.

Sloan, F.A.; Norton, E.D. 1997."Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market". **Journal of Risk and Uncertainty** 15:201-219.

Sloan, F.A.; Picone, G.; Hoerger, T.J. 1997. "The Supply of Children's Time to Disabled Elderly Parents". **Economic Inquiry** 35(2): 295-308.

Taleyson, L. 2003. "Long-Term Care Insurance: International Comparisons". In: **International Center for Research and Development of LTCI - SCOR** Technical Information, January 2003. http://www.scor.com/www/fileadmin/uploads/publics/NT2003_09_es_NTS9es.pdf

Thaler, R.H. 1980. "Toward a Positive Theory of Consumer Choice". **Journal of Economic Behavior and Organization** 1:39-60.

Thaler, R.H.; Benartzi, S. 2004. "Save More Tomorrow: Using Behavioral Economics to Increase Employee Savings". **Journal of Political Economy** 112(2):164-187.

Tversky, A.; Kahneman, D. 1971. "Belief in the Law of Small Numbers". **Psychological Bulletin** 76(2):105-110.

Weber, E.U. 2003. "Who's Afraid of a Poor Old-Age? Risk Perception in Risk Management Decisions". **Pension Research Council (PRC)** Working Paper No. 2003-8, The Wharton School, University of Pennsylvania, Philadelphia.

Wiener, J.M.; Hanley, R.J. 1991. "Long-Term Care Financing: Problems and Progress". **Annual Reviews Publication Health** 12:67-84.

Wittenberg, R.; Pickard, L.; Comas-Herrera, A.; Davies, B.; Darton, R. 1998. "Demand for Long-Term Care: Projections of Long-Term Care Finance for Elderly People" **PSSRU**, The University of Kent, England. <http://www.ukc.ac.uk/PSSRU>

Wittenberg, R.; Comas-Herrera, A.; King, D.; Malley, J.; Pickard, L.; Darton, R. 2006. "Future Demand for Long-Term Care, 2002 to 2041: Projections of Demand for Long-Term Care for Older People in England", **PSSRU Discussion Paper 2330**, England. <http://www.pssru.ac.uk/archive/pdf/dp2330.pdf>

Wittenberg, R.; Hu, B.; Hancock, R.; Morciano, M., Comas-Herrera, A.; Malley, J. and King, D. 2011, "Projections of Demand for and Costs of Social Care for Older People in England, 2010 to 2030, under Current and Alternative Funding Systems". **Report of research for the commission on funding of care and support, Personal Social Services Research Unit** – PSSRU Discussion paper 2811/2. Available at: <http://eprints.lse.ac.uk/40720/1/2811-2.pdf> (last visited 30.4.12).

Zweifel, P.; Strüwe.1996. "Long-Term Care Insurance and Bequests as Instruments for Shaping Intergenerational Relationships". **Journal of Risk and Uncertainty** 12:65-76.

נספח א': שיטת המחקר

בדוח זה מוצגים ממצאים מסקר אוכלוסייה שנערך ב-2006, בפרק זה תוצג שיטת הדגימה ותוצאות עבודת השדה.

1. אוכלוסיית הסקר והמדגם

סקר האוכלוסייה כלל את כל התושבים בני 22 ומעלה. המסגרת לדגימה הייתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של בזק, ובכל דירה נדגם אקראית אחד הדיירים.³³ התוצאות מפורטות בלוח א'1.

לוח א'1: תוצאות עבודת השדה בסקר האוכלוסייה 2006

מספר	
3,036	הטלפונים שנדגמו
912	הטלפונים השייכים לאוכלוסיית המחקר ¹
2,124	הנדגמים
1,699	סך מרואיינים (חלקי ומלא)
80%	שיעור ההיענות
	סיבות לאי-ריאיון:
13.6%	סירוב
6.4%	קשיים ביצירת קשר (שפה, קושי מנטלי, בעיות רפואיות, איתור)

¹ במחקר לא נכללו מספרי טלפון של בתי עסק, מוסדות, תושבים זרים, פקס, מודם וצעירים מתחת לגיל 22. כמו כן, לא נכללו מספרי טלפון שבהם במשך חודשיים הקו לא היה תקין או שלא הייתה תשובה.

ערכנו השוואה בין מאפייני המדגם ב-2006 לבין מאפייני האוכלוסייה בישראל מתוך נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה³⁴ ונתוני המוסד לביטוח לאומי על התפלגות המבוטחים לפי קופת חולים (בנדלק, 2006). נמצא כי מאפייני האוכלוסייה דומים במשתנים האלה: גיל, לאום, מין וחברות בקופת חולים. הבדלים נמצאו במשתנים השכלה, עולים מברית המועצות לשעבר וארץ לידה. שיעור המדווחים על השכלה על-תיכונית ואקדמית גבוה יותר בקרב המרואיינים, לעומת שיעור בעלי ההשכלה האקדמית בנתוני הלמ"ס 2005 (הנמצאים בשנתון 2006 מס' 57). ושיעור המדווחים על היותם ילידי ישראל גבוה יותר בקרב המרואיינים לעומת שיעורם בנתוני הלמ"ס 2005.

³³ לצורך דגימה אקראית, המראיינת ביררה כמה אנשים מתגוררים בבית ומה גילם. באמצעות לוח מספרים מקריים דגמה אקראית את בן הבית שירואיין (הצעיר ביותר, המבוגר ביותר וכן הלאה).

³⁴ שנתון סטטיסטי לישראל 2006, מס' 57: http://www1.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew_site.htm

לוח א2: מאפיינים נבחרים לפי מדגם סקר ביטוח סיעודי 2006 ולפי לנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 2005 (באחוזים)

המשתנה	מדגם סקר ביטוח סיעודי (2006)	נתוני הלמ"ס על כלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל (2005)
גיל		*
64-22	83	80
65 ומעלה	17	20
לאום		
יהודי / לא ערבי	85	85
ערבי	15	15
עולים מאז 1989 מברית המועצות לשעבר	13	*17
מין		
זכר	48	48
נקבה	52	52
השכלה		**
יסודית ומטה	13	13
תיכונית	32	46
על-תיכונית	55	41
ארץ לידה (בקרב יהודים)		*
אירופה / אמריקה / ברית המועצות לשעבר	28	34
אסיה / אפריקה	13	13
ישראל	59	53

* נתוני הלמ"ס מתייחסים לבני 20 ומעלה, ואילו הסקר מתייחס לבני 22 ומעלה.

** נתוני הלמ"ס לגבי השכלה מתייחסים לבני 15 ומעלה, ואילו הסקר מתייחס לבני 22 ומעלה.

לוח א3: התפלגות המבוטחים בקופות החולים, לפי מדגם סקר ביטוח סיעודי 2006 ולפי נתוני הביטוח לאומי 2007 (באחוזים)

קופת חולים	מדגם סקר ביטוח סיעודי (2006)	נתוני הביטוח הלאומי (2007)
כללית	57	55
מכבי	25	25
לאומית	8	9
מאוחדת	10	11

2. שיטת הדגימה והשקלול

כדי שאומדני המחקר יהיו מדויקים, המדגם שוקלל בשני שלבים:³⁵ בשלב הראשון קיבל כל אדם משקל המבטא את הסתברותו להידגם. יחס הדגימה נקבע לפי מספר הטלפונים באזור החיוג שממנו נדגם, לפי מספר הבוגרים מעל גיל 22 במשק הבית ולפי מספר קווי הטלפון בבית. בשלב השני חולקה האוכלוסייה לשמונה שכבות, לפי קבוצת אוכלוסייה (ערבים או יהודים), מין (גברים או נשים) וגיל

³⁵ חישוב המשקלות נעשה על-פי ייעוץ של שירותי היעוץ הסטטיסטי של האוניברסיטה העברית בירושלים.

(מעל או מתחת לגיל 65). כל שכבה במדגם קיבלה משקל המביא בחשבון את גודלה באוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס. חישוב המשקלות לכל נדגם נעשה לפי הנוסחה:³⁶

$$w_i = \frac{P_s}{p_s} * M_j * \frac{1}{T_j} * \frac{N_h}{n_h}$$

3. איסוף הנתונים וכלי המחקר

נתוני המחקר נאספו בעזרת שאלונים שמולאו בראיונות טלפוניים שהתבצעו במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. כל ראיון ארך כ-15 עד 20 דקות במוצע. הראיונות בוצעו בידי מראיינים שהוכשרו לכך במיוחד. השאלונים תורגמו לערבית ולרוסית, כדי להתאימם לאוכלוסיות העיקריות שאינן דוברות עברית. שאלון המחקר כלל את רשימת נושאים: ידע ודעה על שירותים סיעודיים ביטוח סיעודי (עלויות ומשך צורך) ועל בעלות על ביטוח סיעודי; תפיסות אישיות על הצורך וטיב הטיפול הסיעודי; הסיבות ושיקולים לרכישה או לאי-רכישת הביטוח; תפיסות כלכליות ושנאת סיכון; הקשר הבין-דורי ותפיסות לגביו; מצב בריאותי והערכת מצב בריאותי; רקע חברתי כלכלי.

4. שיטות ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). ניתוח דו-משתני נעשה באמצעות מבחני χ^2 לבדיקת קשר בין משתנים לא רציפים. ניתוח רב-משתני נעשה באמצעות רגרסיה לוגיסטית; המשתנה התלוי דיכוטומי. ברגרסיה זו מדד ה-Odds Ratio מבטא את עוצמת ההשפעה העצמאית של כל אחד מהמשתנים הבלתי-תלויים הנכללים במודל.³⁷ כאשר המשתנה התלוי הוא בעל יותר משתי קטגוריות, אך אינו רציף, נעשה שימוש ברגרסיה קטגוריאלית מסוג CATREG (Regression with Optimal Scaling). ברגרסיה זו הסטטיסטי F מבטא את עוצמת ההשפעה העצמאית של כל אחד מהמשתנים הבלתי-תלויים הנכללים במודל. כל הלוחות מוצגים בנספחים לדוח זה.

³⁶ w_i = המשקל שקיבל הפרט i ; $\frac{P_s}{p_s}$ הנו היחס בין מספר הטלפונים באוכלוסייה לכל אזור חיוג (02, 03, 04 וכן

הלאה) לבין מספר הטלפונים במדגם בכל אזור חיוג (כולל נפל ואפס); M_j הוא מספר הבוגרים במשק

הבית T_j - ו- T_j הוא מספר קווי הטלפון במשק הבית. היחס $\frac{N_h}{n_h}$ שווה ליחס בין מספר הפרטים באוכלוסייה

(לפי נתוני הלמ"ס) בשכבה h לבין מספר הפרטים במדגם בשכבה h .
³⁷ משמעותה של השפעה עצמאית חיובית של משתנה היא שבעלי מאפיין זה נוטים לענות בחיוב על המשתנה התלוי יותר ממי שאין להם מאפיין זה. השפעה עצמאית שלילית משמעותה שבעלי מאפיין זה נוטים לענות בחיוב על המשתנה התלוי פחות ממי שאין להם מאפיין זה.

נספח ב': מאפייני רקע חברתיים-כלכליים ובריאותיים

לוח ב1: התפלגות האוכלוסייה הכללית לפי מאפייני רקע חברתיים-כלכליים ובריאותיים (באחוזים)

מאפייני רקע	אחוז באוכלוסייה
גיל	
44-22	46
64-45	38
65 ומעלה	16
מין	
זכר	48
נקבה	52
מוצא	
ישראל	28
אירופה, אמריקה ואוסטרליה	21
אפריקה ואסיה	35
ברית המועצות לשעבר	16
השכלה	
יסודית ומטה	13
תיכונית	32
על-תיכונית ואקדמית	55
הכנסה	
חמישון תחתון	21
חמישון שני	23
חמישון שלישי	19
חמישון רביעי	20
חמישון עליון	17
איזור מגורים	
חיפה והצפון	29
ירושלים והסביבה	12
תל אביב והמרכז	47
באר שבע והדרום	12
שפה	
עברית	72
ערבית	15
רוסית	13
מצב משפחתי	
נשואי או חי עם בן/בת זוג	73
חי לבד	27
מצב בריאותי	
סובל ממחלה כרונית	
כן	26
לא	74
סובל ממחלה או בעיה רפואית חריפה	
כן	39
לא	61
הערכת מצב בריאותי טוב מאוד או טוב	
כן	79

מאפייני רקע	אחוז באוכלוסייה
לא	21
הערכת מצב בריאותי של בן/בת זוג טוב מאוד או טוב	
כן	77
לא	23
יש ילדים	
כן	82
לא	18
קשר עם הילדים טוב וטוב מאוד	
כן	76
לא	24

p<0.01 **

p<0.05 *

נספח ג': הקשר הבין-דורי

לוח ג1: חלוקת משתנים על הקשר הבין דורי לפי סוגי קשר (מבוסס על ניתוח גורמים)
 1-alpha reliability

load	שאלות הבודקות את סוג הקשר	מדדי הקשר עם הילדים
0.436	ילדים בוגרים צריכים לגור בקרבת הוריהם כך שיוכלו לעזור אחד לשני	1. תפיסות כלליות על קשר ותפקיד הילדים
0.520	קשישים צריכים לסמוך על עזרת ילדיהם הבוגרים, שיעשו בשבילם דברים שהם זקוקים להם	
0.522	מגיע להורים לקבל בחזרה חלק ממה שנתנו לילדיהם	
0.596 = alpha reliability		
0.531	חשוב להיות מוכן מבחינה כספית לעת זקנה	2. עצמאות כלכלית של ההורים מהילדים
0.562	אדם צריך לעשות ככל יכולתו כדי שילדיו לא יצטרכו לתמוך בו לעת זקנה מבחינה כספית	
0.704 = alpha reliability		
0.744	כיצד אתה מגדיר את הקשר שלך עם ילדיך?	3. טיב ועוצמת הקשר הרגשי עם הילדים
0.591	במקרה של מחלה האם אתה חושב שאחד הילדים יעזור לך?	
0.641	עד כמה קרוב אתה מרגיש לילדיך?	
0.712	בסך הכל, עד כמה אתה וילדיך מסתדרים אחד עם השני?	
0.721	איך התקשורת בינך לבין ילדיך – אתם מתחלקים ברעיונות או מדברים על הדברים שבאמת מעסיקים אותך בשלב זה של החיים?	
0.791 = alpha reliability		
0.88	באיזו מידה אתה נותן אמון בילדיך שיעזרו לך אם תזדקק לטיפול סיעודי?	4. מידת אמון
0.88	באיזו מידה אתה נותן אמון בן/בת זוגך שיעזרו לך אם תזדקק לטיפול סיעודי?	
0.704 = alpha reliability		

כפי שניתן לראות מהלוח, המדד הראשון (תפיסות כלליות על קשר ותפקיד משפחתי) אינו חזק מספיק (0.596 = alpha reliability). לכן, בחרנו לעבוד עם המשתנה המייצג את הקבוצה (load factor הכי גבוה) והוא מידת ההסכמה עם המשפט "מגיע להורים לקבל בחזרה חלק ממה שנתנו לילדיהם". למדדים 2 ו-3 בנינו מדד המהווה סכום של המשתנים המרכיבים אותו. המשתנה "אמון בילדים" מהווה ממד בפני עצמו.

נספח ד': מטריצת הקורלציה בין המשתנים הבלתי-תלויים במודלים הרב-משתניים

אמון בחברות ביטוח	אמון בקופות חולים	סומך על המדינה במימון הטיפול הסייעודי	הערכת הסיכוי לטיפול סייעודי כגבוה	מכיר אדם סיעודי מעל שלושה חודשים	מספר עבודות בעשר השנים האחרונות	יש חסכוניות לעת זקנה	יש ביטוח חיים	סובל ממחלה אחת לפחות	השכלה יסודית ומטה	הכנסה לנפש בחמישון תחתון	דובר רוסית	דובר ערבית	יש ילדים	רווק	גיל +45	
-0.007	-0.015	-0.036	*0.054	*0.052	**0.064	**0.078	**0.121	0.035	-0.010	0.014	0.017	-0.019	*0.056	**0.071	0.024	מין - אישה
-0.032	-0.002	-0.009	0.033	**0.101	**0.241	*0.053	**0.101	**0.303	**0.213	**0.067	**0.154	**0.116	**0.364	**0.372		גיל +45
**0.069	**0.107	0.004	-0.037	-0.021	**0.269	-0.020	**0.134	**0.103	**0.075	-0.013	**0.089	0.031	**0.859			רווק
*-0.054	**0.100	0.007	0.028	0.030	**0.252	0.029	**0.134	**0.104	**0.066	0.044	**0.090	-0.031				יש ילדים
-0.032	**0.328	**0.282	0.010	-0.046	**0.113	**0.191	**0.207	-0.027	**0.308	**0.358	**0.164					דובר ערבית
**0.085	*-0.057	*0.048	0.014	-0.040	**0.067	-0.044	0.001	**0.154	**0.116	0.002						דובר רוסית
-0.030	**0.143	**0.167	**0.074	-0.017	-0.037	**0.228	**0.251	0.040	**0.233							הכנסה לנפש בחמישון תחתון
-0.034	**0.116	**0.093	-0.013	-0.004	**0.117	**0.147	**0.184	**0.142								השכלה יסודית ומטה
-0.014	0.026	**0.086	**0.115	**0.087	-0.042	*-0.057	**0.121									סובל ממחלה אחת לפחות
**0.136	-0.042	**0.107	0.031	0.018	0.029	**0.246										יש ביטוח חיים
*0.064	-0.046	**0.099	*0.061	**0.078	*0.023											יש חסכוניות לעת זקנה
0.037	-0.042	-0.007	0.025	0.018												מספר עבודות בעשר השנים האחרונות

אמון בחברות ביטוח	אמון בקופות חולים	סומך על המדינה במימון הטיפול הסיעודי	הערכת הסיכוי להזדקק לטיפול סיעודי כגבוה	מכיר אדם סיעודי מעל שלושה חודשים	מספר עבודות בעשר השנים האחרונות	יש חסכוניות לעת זקנה	יש ביטוח חיים	סובל ממחלה אחת לפחות	השכלה יסודית ומטה	הכנסה לנפש בחמישון תחתון	דובר רוסית	דובר ערבית	יש ילדים	רווק	גיל +45	
0.004	0.013	0.012	**0.129													מכיר אדם סיעודי מעל שלושה חודשים
-0.019	0.022	0.042														הערכת הסיכוי להזדקק לטיפול סיעודי כגבוה
0.026	**0.146															סומך על המדינה במימון הטיפול הסיעודי
**0.208																אמון בקופות חולים

** p<0.001

*p<0.05

נספח ה': בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו - משתני רקע וגורמים הקשורים להחלטה

לוח 1: בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו, לפי משתני רקע וגורמים הקשורים להחלטה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

משתנה	Odds ratio (CI)	בעלות על ביטוח סיעודי דרך קופת החולים (לעומת אלו שאין להם ביטוח)
משתנים דמוגרפיים		
מין - אשה	~1.26 (0.98-1.6)	
גיל +45	**1.5 (1.1-1.9)	
רווק	*0.48 (0.24-0.9)	
יש ילדים	NS	
דובר ערבית	*0.6 (0.4-0.9)	
דובר רוסית	**0.22 (0.14-0.33)	
משתנים חברתיים-כלכליים		
הכנסה לנפש בחמישון תחתון	**0.48 (0.33-0.69)	
השכלה יסודית ומטה	NS	
משתנה בריאותי	NS	
סובל ממחלה אחת לפחות ¹		
שנאת סיכון		
יש ביטוח חיים	**2.2 (1.7-2.9)	
יש חסכוניות לעת זקנה	**1.9 (1.5-2.4)	
מספר עבודות בעשר השנים האחרונות	NS	
תפיסות והיכרות		
מכיר אדם סיעודי מעל שלושה חודשים	**1.5 (1.2-1.9)	
הערכת הסיכוי להזדקק לטיפול סיעודי כגבוה	**1.6 (1.2-2.1)	
אמון		
סומך על המדינה במימון הטיפול הסיעודי	0.7** (0.5-0.9)	
אמון בקופות חולים	NS	
אמון בחברות ביטוח	**1.6 (1.2-2.2)	
χ^2 (Hosmer & Lemeshow)	(NS) 10.8	
Improvement	19%	

¹ יש לפחות מחלה אחת מבין המחלות: יתר לחץ דם, התקף לב או מחלת לב כלשהי, מחלה כרונית בדרכי העיכול, סרטן, סוכרת, דלקת מפרקים, אסטמה ברונכיט כרונית או בעיית ריאות כרונית אחרת וחרדה או דיכאון.