

A D V A ה **ו** ד **א**
C E N T E R

INFORMATION ON EQUALITY AND SOCIAL JUSTICE IN ISRAEL
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל
מרכז «אדפה» - מלומות חול המסוואה والعءالاة الاجءماعیة فی إسرائیل

ביטחון סוציאל וחסר ביטחון סוציאל בקרר קשישים בישראל

עו"ד נוגה דגן-בוזגלו

אוקטובר 2007

מרכז אדפה, ת.ד. 36529, תל-אביב 61364, טל. 03-5608871, פקס. 03-5602205
Adva Center, POB 36529, Tel Aviv 61364, Tel. 03-5608871, Fax. 03-5602205
e-mail: advainfo@bezeqint.net web site: <http://www.adva.org>

תוכן העניינים

3	מבוא
5	מקורות הכנסה בגיל הפרישה
5	פנסיה
8	תכניות ביטוח וחיסכון
9	קצבאות זקנה, שאירים והשלמת הכנסה
13	אי שוויון במקורות הכנסה בקרב קשישים
16	בריאות בגיל הזקנה
18	ביטוח סיעוד – טיפול ממושך בקהילה ובמוסדות
18	גמלת הסיעוד ושירותים לקשישים בקהילה
21	אשפוז סיעודי – טיפול ממושך לחולים סיעודיים ותשושי נפש
23	סיוע על פי חוק שירותי הסעד
25	סיכום
27	ביבליוגרפיה

תודות
להסתדרות הגמלאים בישראל ולעמותת "כן לזקן" על יוזמת הדו"ח ושיתוף הפעולה
לקרן החדשה לישראל על התמיכה הכספית
להסתדרות הגמלאים בישראל על תרומתה להדפסת הדו"ח

מבוא

בכל המדינות המפותחות ישנו תהליך של גידול בחלקם של קשישים באוכלוסייה, הנובע מירידה בילודה לצד עליה בתוחלת החיים. גם בישראל שיעור הקשישים מצוי בעליה. בסוף 2006 היו בישראל כ-702 אלף בני 65 ומעלה המהווים כ-10% מהאוכלוסייה¹. העלייה בתוחלת החיים הביאה להארכת תקופת החיים שלאחר פרישה מעבודה. הארכה זו יצרה בעיית מימון: העלות של מערך הביטחון הסוציאלי לקשישים גדלה והולכת - קצבאות הזקנה והשאירים, ביטוח הסיעוד וקרנות הפנסיה.

בשנת 2006 היו 336.8 אלף משקי בית שבהם כל בני משק הבית היו מעל גיל העבודה (+60 לנשים ו-65 לגברים), שהם כ-16.8% מכלל משקי הבית בישראל².

כשליש מן הקשישים החיים כיום בישראל הם חסרי מקורות הכנסה עצמיים והם תלויים כמעט לחלוטין במערך הביטחון הסוציאלי. והנה, דווקא בתקופה זאת, ההוצאה הציבורית לרווחה ולביטוח סוציאלי מצטמצמת ביחס לתוצר: בלוח שלהן ניתן לראות ירידה יחסית בהוצאה הציבורית הכללית לרווחה, בתחום התמיכות לקשישים, בבריאות ובסיעוד.

ההוצאה הציבורית לרווחה בישראל, 2002-2006 באחוזים מהתמ"ג

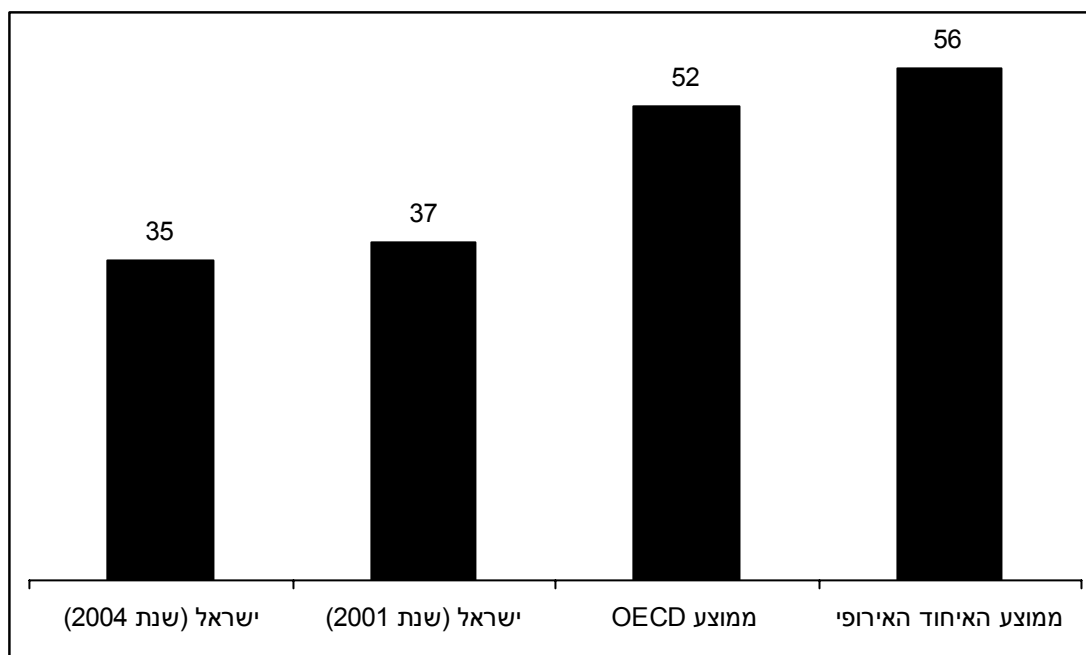
2006	2005	2004	2003	2002	סעיף ההוצאה
15.99	16.28	16.88	18.04	18.62	סך ההוצאה הציבורית לרווחה
4.82	4.91	5.10	5.35	5.17	תמיכות לקשישים
5.35	5.37	5.43	5.73	5.88	בריאות וסיעוד

הערה: בסך ההוצאה הציבורית לרווחה נכללים: תמיכות לחיילים משוחררים, סל קליטה, תמיכות לנפגעי נאצים תמיכות בעין של ביטוח לאומי, מוסדות לאומיים, רשויות מקומיות, מלכ"רים ממשלתיים ומשרד הרווחה.
מקור: המוסד לביטוח לאומי, סקירה שנתית 2006. לוח 1, עמ' 37.

הירידה בהוצאה הציבורית לרווחה בולטת עוד יותר אם נזכור כי בהשוואה בינלאומית, התמיכה בקשישים בישראל נמוכה מזו המקובלת במרבית המדינות המפותחות: בישראל התמיכה לנפש קשישה ביחס לתוצר לנפש נמוכה בהרבה מהממוצע של ארגון הארצות המפותחות (OECD) ונמוכה עוד יותר מהממוצע של האיחוד האירופי.

¹ הלמ"ס, 24.9.07.
² ש.ם.

תמיכה כספית ציבורית לנפש קשישה כאחוז מהתמ"ג לנפש, 2001 באחוזים



הערה: נתוני ישראל לא כוללים פנסיה לעובדי מדינה שברוב המדינות נכללת בפנסיה התעסוקתית הפרטית ולא הממלכתית.
מקור: המוסד לביטוח לאומי 2005. סקירה שנתית 2004: 38, 39.

בשנת 2006 המשיכה לרדת התמיכה הכספית הציבורית לקשישים והיא עמדה על 30.5% מהתוצר לנפש³.

התמיכה הכספית הנמוכה מסבירה את תחולת העוני בקרב קשישים בישראל, שהיא גבוהה מזו של ארצות מפותחות אחרות. על פי נתוני פרוייקט לוקסמבורג, שבמסגרתו נבדקה תחולת העוני בקרב קשישים (משפחות שבראשן עומד קשיש) ב-23 ארצות בשנים 1999-2001, נמצא כי בישראל, 25% מכלל הקשישים הם עניים. שיעורים גבוהים יותר נמצאו רק בטייוואן, אירלנד, מקסיקו וארה"ב (המוסד לביטוח לאומי, 2006: 94). הקיצוצים שנערכו בקצבאות הביטוח הלאומי העמיקו עוד יותר את העוני בקרב קשישים וגרמו לירידה מתמשכת ברמת החיים ולקושי גדל לעמוד בצרכים של גיל הזקנה: תרופות וביקורי רופא, שירותי סיעוד, הוצאות חשמל ומים ועוד.

בעמודים הבאים נסקור בקצרה את מקורות ההכנסה העומדים כיום לרשותם של קשישים בישראל - הכנסות עצמיות מחסכון, פנסיה, קופת גמל וביטוחים פרטיים, והכנסות ממערך הביטחון הסוציאלי שמספקת המדינה: קצבאות הזקנה והשאירים וביטוח הסיעוד. כמו כן נסקור את שירותי הבריאות ואת שירותי הרווחה.

התמונה המתקבלת מצביעה על צמצום מקורות הקיום של הקשישים הישראלים בהווה כמו גם על הקשיים הצפויים לדור הקשישים הבא.

³ המוסד לביטוח לאומי, 2007: 42.

1. מקורות הכנסה בגיל הפרישה: פנסיה, ביטוח וחסכון, קצבת זקנה ושארים וקצבת השלמת הכנסה

נהוג לחלק את מקורות ההכנסה של קשישים למספר רבדים:

1. רובד תעסוקתי: רובד זה כולל הכנסה מתכניות פנסיה תעסוקתית ומקופות גמל;
2. רובד וולונטרי: רובד זה כולל הכנסה מחסכונות ומביטוחים משלימים פרטיים;
3. רובד של ביטחון סוציאלי: רובד זה כולל את קצבת הזקנה, המשולמת לכל הקשישים בהגיעם לגיל הפרישה (וקצבת שאירים המשולמת לאלמן/ה), ואת קצבת השלמת הכנסה, המשולמת לקשישים שאין להם הכנסות משמעותיות אחרות מעבר לקצבת הזקנה.

הכנסה מפנסיה תעסוקתית

מסלול החסכון הראשי לקראת הפרישה מעבודה הוא פנסיה תעסוקתית: הפרשה לקופת פנסיה במהלך שנות ההשתתפות בשוק העבודה. תכניות פנסיה מבוססות על הפרשות של העובדים ושל המעבידים. בדרך כלל, תכניות פנסיה נהנות מתנאי חיסכון טובים מאלה של תכניות חסכון בנקאיות. עם הגיע העובד/ת לגיל פרישה, קופת הפנסיה משלמת לזוה קצבה חודשית.

בישראל, רק מעט מעל שליש מהקשישים נהנים מקצבה פנסיונית:

- בין השנים 1998-2004 נע שיעור הקשישים מקבלי הפנסיה בין 30.9% ל-37.2% מכלל הקשישים (נשים מעל גיל 60 וגברים מעל גיל 65).
- בשנת 2005, רק 34.4% מכלל הקשישים קיבלו פנסיה⁴.

הכנסה מפנסיה: לא תמיד היא מספיקה לקיום בכבוד

השכר הקובע לפנסיה הוא בדרך כלל שכר היסוד והוא אינו כולל תוספות בלתי קבועות כגון גמול שעות נוספות ודמי נסיעות. גובה הפנסיה החודשית עומד על 70% משכר היסוד – אך רק למי שהשלים את תקופת הצבירה המינימאלית, שהיא 30 שנה לפחות. מבוטחים שלא עבדו ברציפות 30 שנה או עובדים שלא כוסו בתכנית פנסיה בחלק ממקומות עבודתם, זכאים לקצבת פנסיה חלקית ומצומקת. בשנת 2005 עמדה ההכנסה הממוצעת מפנסיה לראש משק בית בגיל 65 ומעלה שאינו עובד על 3,995 ₪ לחודש⁵, בעוד השכר הממוצע לעובד שכיר באותה עת היה 7,582 ש"ח.

רוב העובדים בישראל אינם מגיעים לתקופת צבירה של 30 שנה: סקר הלמ"ס משנת 2002 מצא, כי 80% מהעובדים המבוטחים בקרן פנסיה או בקופת גמל צברו זכויות עבור לא

⁴ הלמ"ס, פברואר 2007.
⁵ עיבוד של הלמ"ס לסקר הכנסות 2005.

יותר מ-20 שנה. כמחציתם צברו זכויות של 5 שנים בלבד. כלומר, חלק ניכר מהעובדים הישראליים המבוטחים בקרן פנסיה נהנים מכיסוי במשך תקופות קצרות מאד וצפויים לקצבה מצומקת⁶.

השלכות העלאת גיל הפרישה

כדי להתמודד עם העלייה בתוחלת החיים נחקק בשנת 2004 חוק גיל פרישה התשס"ד-2004. החוק מעלה את גיל הפרישה בהדרגה, במהלך 6 שנים, עבור גברים מגיל 65 לגיל 67 ועבור נשים מגיל 60 לגיל 64. גברים שיפרשו אחרי גיל 60 ולפני גיל 67 ונשים שתפרושנה אחרי גיל 60 ולפני גיל 64 יהיו זכאים לפנסיה מוקטנת והם גם ישלמו עליה מס הכנסה; רק עם הגיעם לגיל הפרישה הרשמי הם יקבלו פנסיה מלאה. גם קצבאות הזקנה הותאמו לגיל הפרישה החדש.

העלאת גיל הפרישה תסייע לאיזון האקטוארי של קרנות הפנסיה ושל קופת קצבת הזקנה במוסד לביטוח הלאומי. באשר לעובדים/ות, התמונה מורכבת: במקרה של עובדי מקצועות הצווארון הלבן, הדרישה להמשיך ולעבוד עוד מספר שנים היא סבירה; לעומת זאת, במקרה של עובדים בענפי השירותים, שחלקם מועסקים בעבודות הדורשות מאמץ גופני, מדובר בדרישה קשה. צריך לזכור כי בתחומים אלה, עובדים רבים מפוטרים או מפסיקים את עבודתם עוד לפני גיל 60, בשל שחיקה נפשית או פיזית, בעיות בריאות ותאונות עבודה. עבור עובדים אלה, העלאת גיל הפרישה יוצרת תקופה של העדר הכנסות מעבודה - ושל המתנה ממושכת לקצבת הזקנה או לפנסיה.

האם בדור הבא יוכלו קשישים להסתמך על הכנסה מפנסיה או מביטוחים פרטיים?

לפי הנתונים האופטימיים ביותר, שיעור השכירים/ות המבוטחים כיום בקרן פנסיה עומד על כ-60%⁷.

על פי הסקר החברתי של הלמ"ס שהוקדש להסדרי פנסיה וחסכון לקראת פרישה, נכון לשנת 2002:

- כ-60% מהאוכלוסייה בגילאי 25-44 וכ-65% מבני ה-44-64 בישראל היו מכוסים לפחות בהסדר אחד של פנסיה או חסכון לקראת פרישה (קרן פנסיה, פנסיה תקציבית, ביטוח מנהלים, ביטוח חיים עם מרכיב חיסכון, קופת גמל);
- רמת הכיסוי של גברים עמדה על כ-60% ושל נשים על כ-46%;
- שיעור הכיסוי עולה ככל שעולה רמת ההכנסה⁸.

משמעות הנתונים היא כי גם בדור הבא רק חלק מהקשישים יינה מהכנסה מפנסיה. חוסר היכולת להבטיח פרישה בכבוד בדור הבא נובע משתי סיבות עיקריות:

⁶ הלמ"ס, 2005: 7, 28.

⁷ סבירסקי וקונור-אטיאס, 2007: 27.

⁸ הלמ"ס, 2005: 15-16, 26-27.

הסיבה האחת היא, שבישראל אין חוק פנסיה חובה. רוב הסדרי הפנסיה הקיימים קבועים בהסכמים קיבוציים, אלא שמאז שנות ה-1980 יש ירידה בשיעור העובדים המאורגנים ובשיעור העובדים המכוסים על ידי הסכמים קיבוציים. כיום, שיעור העובדים הנכללים בהסכמים קיבוציים המחייבים הסדר פנסיה עומד על פחות מ-40% מהשכירים במשק. בהעדר חובת הפרשה לפנסיה, מעסיקים רבים אינם מפרישים לקופת הפנסיה של עובדיהם.

הסיבה השנייה היא, שרמת השכר בישראל היא נמוכה. נכון לשנת 2004, כ-61% מהעובדים השכירים משתכרים עד 5,220 ₪ ברוטו לחודש, כמחצית מתוך אלה משתכרים עד 3,500 ₪ ברוטו בחודש. רמת השכר הנמוכה אינה מאפשרת ליצור חיסכון משמעותי לתקופת הפרישה מהעבודה, שיאפשר להתקיים בכבוד מפנסיה. בשוק העבודה המשני, הכולל עובדי קבלן, עובדים במשרה חלקית ומהגרי עבודה והמתאפייין בשיעור גבוה של נשים, השכר נמוך עוד יותר. בנוסף, בשוק העבודה המשני, העדר כיסוי פנסיוני הוא הנורמה השלטת.

ב-19.7.07 חתמו הסתדרות העובדים הכללית החדשה ולשכת התיאום של הארגונים הכלכליים על הסכם קיבוצי לביטוח פנסיוני מקיף במשק. ההסכם אמור להיכנס לתוקף בינואר 2008, לאחר ששר התמ"ת יוציא צו הרחבה אשר יחיל את הסכם על כל העובדים במשק אשר אינם נהנים מביטוח פנסיוני כיום. להערכת ההסתדרות מדובר בכמיליון עובדים. אולם, ההסכם שנחתם הוא הסכם מקפח ביחס להסדרים הפנסיוניים הקיימים כיום בשני עניינים מהותיים: גובה ההפרשה לפנסיה שנקבע בהסכם יגיע למקסימום של 15% משכר העובד בשנת 2013 לעומת הפרשה של 17.5% מהשכר בהסכמים הקיימים כיום. שנית, ההסכם מחייב את המעביד להפריש כספים לביטוח פנסיוני רק לאחר 9 חודשי עבודה, ובכך נותן יד למצב הקיים בו עובדים, ובמיוחד עובדי קבלן, מפוטרים בתום תשעת חודשי עבודה כדרך של המעבידים להימנע מתשלום תנאים סוציאליים. ההסכם יוצר הסדר פנסיה נחות דוקא לעובדים החלשים ביותר במשק, שהם חסרי כח מיקוח ומשתכרים שכר נמוך ומשום כך לא רק שלא יפתור אלא אף יחריף את מצבם של הגמלאים בדור הבא.

דרך המלך להבטחת הכנסותיהם של קשישים בגיל הפרישה הינה חקיקת חוק פנסיה חובה שירחיב את שורת המבוטחים בביטוחים פנסיוניים ויתקן את הפגיעה בתכניות הפנסיה בשנים האחרונות.

חוק פנסיה חובה יעיל צריך לכלול:

- ערבות ממשלתית לקרנות הפנסיה;
- קביעת תקרה נמוכה יותר של דמי ניהול מזו הנהוגה כיום;
- קביעת תשואה מינימאלית על חלק הפנסיה המושקע בשוק ההון, על מנת להגדיל את מידת הוודאות של סכומי הפרישה הצפויים למבוטחים;
- חיוב בהפרשות לפנסיה גם עבור העובדים במשרות חלקיות;

- חישוב הביטוח הפנסיוני על סמך כל רכיבי השכר ולא רק על סמך שכר היסוד⁹. אולם, אם לא יחול שיפור ברמות השכר, גם חוק פנסיה חובה יתקשה להבטיח קיום בכבוד מפנסיה בתקופת הפרישה ולא יפתור את הצורך ברובד של סיוע ממשלתי בדמותן של קצבאות הזקנה והשלמת הכנסה.

הרעה בתנאי תכניות הפנסיה

ב-2003 הלאימה הממשלה את קרנות הפנסיה ובכך הפקיעה את השליטה בהן מידי הסתדרות העובדים. בהמשך, הממשלה הפריטה את קרנות הפנסיה ומכרה אותן לחברות ביטוח, הפועלות מתוך שיקולי רווח. ההפרטה היתה מלווה בהרעה של תנאי הפנסיה:

* הפרשות העובדים המבוטחים בקרנות הפנסיה הוותיקות הועלו;

* קופות הפנסיה חויבו להשקיע את מרבית כספי המבוטחים בניירות ערך סחירים; לפני ההלאמה וההפרטה, מרבית כספי המבוטחים הושקעו באגרות חוב מיועדות של הממשלה, מה שהבטיח את גובה התשואה. כיום, כספי המבוטחים חשופים לסיכונים השוק והממשלה אינה מציעה ערבות כלשהי. בהעדר ערבות ממשלתית, הסיכון הכרוך בהשקעת כספי הפנסיה מוטל על המבוטחים.

שינוי נוסף שהביאה הרפורמה הוא בשיטת חישוב גובה הפנסיה: בעבר, הפנסיה חושבה לפי גובה השכר בשלוש שנות העבודה האחרונות. כיום, הוא מחושב על פי השכר ב-35 שנות עבודה. שיטה זו פחות כדאית לעובדי מדינה, ששכרם עולה על פי ותק והם נהנים מ"דרגות פרישה"; מצד שני, היא מיטיבה עם עובדי התעשייה והשירותים, ששכרם יורד בדרך כלל באופן משמעותי לקראת הפרישה¹⁰. פתרון עדיף, המיטיב עם כל סוגי העובדים במשק הוא לאפשר חישוב על סמך כל שנות העבודה, או 3 שנים אחרונות, לפי ההסדר המיטיב עם המבוטח.

תכניות פרטיות של ביטוח וחסכון

מסלול חסכון שני לקראת פרישה כולל תכניות פרטיות של ביטוח ושל חסכון.

קופות גמל הן אמצעי חסכון לטווח ארוך, שניתן להמירו להסדר פנסיוני. מודל אחד שנהיה נפוץ בשנות ה-1990 הוא "ביטוח מנהלים". מדובר בתכניות הדומות לתכניות פנסיה תעסוקתיות, מבחינה זו שהן מבוססות על הפרשות העובד והמעביד. מצד שני הן שונות בתנאי הפדיון שלהן - את הסכום שנחסך ניתן לקבל בעת הפרישה כסכום חד פעמי

⁹ להרחבה ר' סבירסקי, ב., 2001.
¹⁰ ספיבק ויוסף, 2005.

אך גם בצורה של קצבה חודשית, או כשילוב של השניים. דמי ניהול שמשלמים המבוטחים גבוהים יותר מאשר בקרנות הפנסיה וכתוצאה מכך, הקצבה החודשית שניתן לקבל נמוכה מזו שמקבלים עמיתי קרנות הפנסיה.

מסלול חסכון אחר הוא במסגרת ביטוחי חיים הכוללים מרכיב של חסכון לפרישה. כאן ניתן למצוא רבים מן העצמאים בישראל: שליש מן העצמאים נמנים עם המבוטחים, בעוד שבקרב קרנות הפנסיה, העצמאים מהווים רק כ-7%.

במסלול החסכון והביטוח, שיעור הכיסוי של גברים כפול, כמעט, מזה של נשים¹¹.

קצבת הזקנה

נוכח רמת השכר הנמוכה הנהוגה בישראל ונוכח הכיסוי הנמוך והחלקי של הסדרי פנסיה, נודעת בישראל חשיבות גדולה במיוחד לקצבת הזקנה.

בישראל, קצבת הזקנה היא אוניברסלית: היא משולמת לכל אדם שהגיע לגיל הפרישה וחי בישראל בגיל הזכאות המוחלט (ב-2006 גברים בני 66 ונשים בנות 61, בעתיד נשים וגברים בגיל 70). ניתן לקבל קצבת זקנה המותנית במבחן הכנסות (גברים בגילאי 67-70 ונשים בגילאי 64-70). ב-2006 קיבלו קצבאות זקנה 623,756 קשישים¹².

קצבת הזקנה הבסיסית ניתנת לכל הקשישים בשיעור אחיד, שעמד על 15.3% מהשכר הממוצע במשק ליחיד בשנת 2006¹³. חלק מן הקשישים נהנה מתוספות לקצבת הזקנה, בהתאם להיסטוריה התעסוקתית של הקשיש/ה ומצבו/ה המשפחתי: תוספת תלויים עבור ילדים, תוספת ותק למבוטחים מעל 10 שנים ותוספת דחייה למי שדוחה את מועד קבלת הקצבה עקב הכנסה מעבודה. קצבת הזקנה ממומנת באמצעות דמי ביטוח לאומי שמשלמים עובדים ומעסיקים למוסד לביטוח לאומי. קשישים עולים, שהיגרו לישראל בגיל מבוגר ולא הספיקו לצבור זכויות ביטוחיות, מקבלים קצבת זקנה הממומנת על ידי משרד האוצר.

קצבת הזקנה אינה מספיקה לקיום כשלעצמה: מאז ינואר 2007 עומדת קצבת הזקנה לקשיש יחיד על 1,159 ₪. מסכום זה מנוכים דמי בריאות. גובה הקצבה נמוך בהשוואה לארצות המפותחות.

¹¹ הלמ"ס, 2005: 28-30.

¹² הלמ"ס, 2007.

¹³ במחירי 2006, כפי שמדדה הלמ"ס. מקור: המוסד לביטוח לאומי, 2007: 59.

קצבאות שאירים

משולמות לאלמנים ואלמנות ולצאצאיהם של מבוטחים שנפטרו, על פי תנאי הזכאות המפורטים בחוק הביטוח הלאומי: שיעור רגיל לאלמנות או אלמנים שילדם חי עמם או שהם עצמם עברו את גיל 50 ושיעור מופחת לשאירים מעל גיל 40 שאין עימם ילדים. הזכאות לקצבה נמשכת עד להגיע האלמן/ה לגיל הזקנה ובתנאי שלא נישא/ה מחדש. אלמן הזכאי לקצבת זקנה וקצבת שאירים יקבל את מלוא קצבת הזקנה אך רק מחצית מקצבת השאירים. אלמנות שהן עקרות בית מופלות לרעה בעניין זה בהשוואה ליתר המבוטחים, שכן עם הגיען לגיל הזכאות לקצבת זקנה הן מאבדות לגמרי את זכאותן לקצבת שאירים.

שחיקת ערך קצבת הזקנה בשל שינוי שיטת ההצמדה

עד שנת 2001 היתה קצבת הזקנה צמודה לשכר הממוצע במשק אולם בחוק הסדרים 2003 הוחלט על הצמדתה למדד המחירים לצרכן, החל מינואר 2006. שינוי שיטת ההצמדה הוחל על קצבאות נוספות ומשקף את המגמה הכללית בשנים האחרונות של צמצום ההוצאה לביטחון סוציאלי. השינוי מביא לשחיקת ערך הקצבה, שכן בדרך כלל, השכר הממוצע במשק עולה בשיעור גבוה מזה של מדד המחירים לצרכן. זאת משום שהשכר הממוצע מושפע מהצמיחה במשק, בעוד שבכל הנוגע לאינפלציה הממשלה חותרת במודע להקטנתה ובנוסף שמירה על אינפלציה נמוכה הוא תפקידו הראשי של בנק ישראל. על פי תחשיבי המוסד לביטוח לאומי, הפער בין עלית המחירים (המדד) לעליית השכר במשק מגיע לכ-1.5% במוצע רב שנתי¹⁴. לפי בדיקה של מרכז אדוה, בשנים 1970-2002 עלה השכר יותר מהמדד בשיעור של כ-87%.

בשנים 1971-1979 עלה השכר ב-33% יותר מאשר המדד; בשנים 1980-1989 היה ההפרש בין המדד לשכר 28% לטובת השכר; בשנים 1990-1999 עלה השכר ב-11% יותר מאשר המדד¹⁵.

בשנות האלפיים הצטמצם הפער בין השכר למדד, בין היתר בשל המיתון והקפאת השכר במגזר הציבורי. בינואר 2007 ירד המדד והקצבאות לא עודכנו כלל. השכר הממוצע עלה באותה עת ב-2.1%. במחצית שנת 2007 ההפרש לגמלת זקנה ליחיד הנובע משינוי שיטת ההצמדה עומד על 62 ₪ לחודש. לגבי קשישים הזכאים לקצבת זקנה והשלמת הכנסה מגיע ההפרש ל-110 ₪ לחודש.

הפער הקטן בין השכר למדד בשנים אלה מטשטש את ההשפעה ארוכת הטווח של הצמדת הקצבאות למדד.

¹⁴ המוסד לביטוח לאומי, יולי 2007.
¹⁵ מרכז אדוה, 2003.

קצבת הזקנה מהוות כיום את מקור ההכנסה העיקרי של יותר משליש מהקשישים בישראל; בנוסף היא מהווה השלמת הכנסה הכרחית לחלק ניכר מהקשישים המקבלים פנסיה נמוכה. ללא תשלומי העברה ומיסים תחולת העוני בקרב משפחות שבראשן עומד קשיש מגיעה כמעט ל-60% (ר' פרק השלמת הכנסה בהמשך). על כך יש להוסיף קבוצה נוספת של קשישים החיים על סף קו העוני. יוצא, שקצבאות הזקנה הן מרכיב חיוני בהכנסתו של רוב ציבור הקשישים בישראל.

הקיצוצים והשחיקה בקצבאות הזקנה מהווים פגיעה בעקרון הביטוח הסוציאלי. על פי עקרון זה, נוצר חוזה ביטוחי בין האזרח המפריש דמי בטוח במשך שנות עבודתו, לבין המדינה המחויבת בכיסוי ביטוחי עם קרות האירוע המזכה, במקרה זה הגעה לגיל הפרישה. פגיעה בקצבאות וקביעת שיעורן על פי סדר עדיפויות תקציבי משתנה של הממשלה מהווה פגיעה בזכות הביטוח הסוציאלי שרוכש הפרט על ידי השתתפותו במימון המערכת. הדבר נכון במיוחד לגבי קצבאות הזקנה, ענף שמימוןו מבוסס על תשלום דמי ביטוח כאשר השתתפות הממשלה נמוכה יחסית ומכסה את קצבאות הקשישים העולים.

במציאות הנוכחית, דרך המלך להבטיח הכנסה סבירה לקשישים היא באמצעות הגדלת קצבת הזקנה הבסיסית האוניברסאלית לשיעור של 25%-30% מהשכר הממוצע והצמדת ערכה של הקצבה לשכר הממוצע במשק.

ביום 25.7.07 עברה בכנסת בקריאה ראשונה הצעת חוק של ח"כ משה שרוני מסיעת הגמלאים, המשמש כיו"ר ועדת העבודה והרווחה בכנסת. הצעת החוק מבקשת להעלות את קצבת הזקנה לשיעור של 20% מהשכר הממוצע במשק, במקום מעט מעל 15% כיום. בנוסף, ההצעה קוראת להחזרת השיטה הקודמת של הצמדת ערך הקצבה, לשכר הממוצע במשק. על פי הצעת החוק ייהנו הקשישים בישראל מתוספת של כ-400 ₪ לחודש, שתשולם בהדרגה במשך 3 שנים. **ההצעה מיטיבה את מצבם של הקשישים כיום, אולם גובה הקצבה המוצעת עדיין נמוך מהמקובל במדינות אירופה, 25% - 30% מהשכר הממוצע.** יצוין כי בעת הקריאה הראשונה זכתה ההצעה בתמיכת 70 חברים - למרות התנגדות הממשלה¹⁶.

השלמת הכנסה

קשישים שאין להם מקורות הכנסה משלהם זכאים לקבל, בנוסף על קצבת הזקנה, גם קצבת השלמת הכנסה. כיום, כשליש מציבור הקשישים בארץ מקבלים קצבת השלמת הכנסה.

¹⁶ צבי לביא, 26.7.07.

החל מינואר 2007 קשיש יחיד הזכאי להשלמת הכנסה מקבל סכום כולל של 2,038 ₪. הכנסתם של זוג קשישים הזכאים לקצבת זקנה והשלמת הכנסה עומדת על 3,018 ₪ ברוטו. גם סכום מוגדל זה אינו מספיק לפרנס בכבוד קשישים, במיוחד לאור העובדה שבגיל הפרישה הצרכים הבריאותיים גדלים. זו הסיבה לכך שקשישים רבים נאלצים לוותר על קניית תרופות או להתפשר על טיבן, או מתקשים לממן אמצעי חימום וצרכים בסיסיים נוספים.

תרומת קצבת הזקנה וקצבת השלמת הכנסה לצמצום העוני בקרב קשישים

תחולת העוני בקרב קשישים גבוהה יותר מתחולת העוני בקרב כלל האוכלוסייה: ב-2005 היוו הקשישים (גברים בני 65+ ונשים בנות 60+) 19.4% מכלל המשפחות באוכלוסייה, אך 23% מקרב המשפחות באוכלוסייה הענייה (לאחר תשלומי העברה ומיסים). בשנת 2006 חלה ירידה בתחולת העוני בקרב קשישים שהיוו 20.9% מהמשפחות העניות בישראל¹⁷. מדובר ב-84,500 משפחות עניות בראשן עומד קשיש. השיפור בשנת 2006 נובע בעיקר מביטול ההפחתה בקצבאות הזקנה והשלמת ההכנסה.

קצבאות המוסד לביטוח לאומי מצליחות לצמצם את תחולת העוני בקרב קשישים. בלוח שלהלן ניתן לראות בבירור את השפעתן: שיעור הירידה בתחולת העוני בקרב משפחות של קשישים עקב תשלום קצבאות הביטוח הלאומי גבוה יותר מאשר אצל כל סוגי המשפחות האחרים. הנתונים מצביעים הן על מיעוט מקורות ההכנסה העצמאיים של קשישים והן על החשיבות העצומה של מערך הביטוח הסוציאלי עבור אוכלוסייה זו.

תחולת העוני בקרב משפחות, לפי טיפוס משפחה 2005/6 באחוזים

שיעור ההפחתה	לאחר תשלומי העברה ומסים	לפני תשלומי העברה ומסים	
39.2	20.0	32.9	סך כל האוכלוסייה
61.7	21.5	56.2	ראש המשפחה קשיש
33.3	12.4	18.4	ראש המשפחה עובד
25.1	66.6	90.4	ראש המשפחה לא עובד (בגיל העבודה)
19.6	25.5	32.4	משפחות עם ילדים

מקור: כהן רפאלה. אנדבלד מירי. אוגוסט 2007. *ממדי העוני והפערים בהכנסות 2006 ממצאים עיקריים*. המוסד לביטוח לאומי. עמ' 10.

¹⁷ המוסד לביטוח לאומי, 2006.

אי שוויון במקורות ההכנסה בקרב קשישים

פערי ההכנסות בין קבוצות שונות באוכלוסייה הכללית מיתרגמים לפערים גדולים במיוחד בגיל הזקנה. באופן כללי ניתן לומר כי הכנסות מפנסיה ומחסכונות נפוצות אצל יהודים יותר מאשר אצל ערבים, אצל גברים יותר מאשר אצל נשים, אצל ותיקים יותר מאשר אצל עולים ואצל חילונים יותר (כפול) מאשר אצל חרדים.

- מספר הגברים המכוסים בהסדרי פרישה גבוה ממספר הנשים: בשנת 2005 קיבלו 34.4% מהקשישים פנסיה על פי החלוקה הבאה: 48% גברים ו-27.5% נשים.¹⁸
- ב-2002 60% מכלל הגברים הבוגרים היו מכוסים בהסדר כלשהו לקראת פרישה, זאת לעומת כ-46% מכלל הנשים הבוגרות. חלקם היחסי של גברים גבוה בכל הסדרי החסכון לפנסיה שנבדקו, למעט הפנסיה התקציבית. ביטוח מנהלים הוא ההסדר בו חלקן של הנשים הוא הנמוך ביותר.
- ב-2002, רק 26% מכלל האוכלוסייה הערבית היו מכוסים בהסדר פנסיה או חסכון לקראת פרישה, לעומת 58% באוכלוסייה היהודית. מקרב מקבלי תשלומי פנסיה בני 60 ומעלה נמצא כי כ-97% ממקבלי הפנסיה הם יהודים ורק כ-3% ערבים (ב-2005 קשישים ערבים היוו 6.6% מאוכלוסיית הקשישים בני 65+).
- רק 38% מעולי שנות ה-90 ואילך מכוסים בהסדרי פרישה, זאת לעומת 61% בקרב ותיקים.¹⁹

אי שוויון בהכנסות מפנסיה בדור הבא של הקשישים

אם נדע מי מפריש כיום לפנסיה וכמה, נדע מי ייהנה מפנסיה, ומאיזו פנסיה, בעתיד.

ב-2005, ההפרשה הממוצעת לפנסיה בשני העשירונים העליונים של משקי הבית בישראל היתה גבוהה פי 32 מההפרשה לפנסיה בקרב שני העשירונים התחתונים של משקי הבית.²⁰

כמו כן ישנו פער גדול בין ענפי הכלכלה שבהם יש איגודים מקצועיים, שם אחוז המכוסים בהסדרי פנסיה או חסכון לקראת פרישה הוא גבוה, לבין ענפים כדוגמת השירותים והחקלאות, שבהם רוב העובדים אינם חברי איגודים מקצועיים ואינם נהנים מהגנתם של הסכמים קיבוציים. כך, למשל, בענף המינהל הציבורי כ-93% מהעובדים מכוסים בהסדר פרישה אחד לפחות; בענף החשמל השיעור הוא 86% ובענף השירותים למשק בית השיעור הוא 11%.²¹

¹⁸ הלמ"ס, פברואר 2007.

¹⁹ הלמ"ס, אוגוסט 2005: 15, 27, 30.

²⁰ סבירסקי וקונור-אטיאס, 2007: 28.

²¹ הלמ"ס, פברואר 2007.

אי שוויון בתחולת העוני ובהזדקקות לקצבאות

בישראל בכללותה, כשליש מהקשישים מתקיימים רק מקצבאות המוסד לביטוח לאומי. אלא שביישובים רבים, שיעורם של קשישים אלה גבוה יותר: הדבר בולט במיוחד בכפרים ערביים ובעיירות פיתוח. לעומת זאת, בישובים המבוססים עומד שיעור מקבלי הבטחת הכנסה על פחות מ-15%.

מקבלי השלמת הכנסה מתוך מקבלי קצבאות זקנה ושירים, לפי רשות מקומית, 2005

יישובים נבחרים, באחוזים, לפי סדר יורד

רשות מקומית	שיעור מקבלי השלמת הכנסה
כסייפה	73.6
שגב-שלום	73.6
בני עיי"ש	70.5
ערערה בנגב	68.8
לקייה	66.3
אריאל	65.4
רהט	62.1
מעלות תרשיחא	60.3
כרמיאל	59.3
ערד	59.3
נצרת עילית	59.1
אופקים	58.8
נתיבות	56.5
שדרות	55.4
ירוחם	49.8
ביר אל-מכסור	49.4
דימונה	49.4
יקנעם עילית	48.3
באר שבע	48.3
לוד	42.3
חורה	42.2
טובא זנגרייה	37.6
טירה	31.0
חצור הגלילית	30.6
חיפה	25.2

19.3	כפר סבא
14.5	תל אביב-יפו
12.9	קריית אונו
12.7	הוד השרון
11.3	אלפי מנשה
10.2	קרית טבעון
9.0	זכרון יעקב
6.4	אורנית
6.3	גבעתיים
5.4	רמת השרון
1.9	עומר
1.0	להבים

מקור: ברודצקי, ג'ני. שנור, יצחק ובר, שמואל, עורכים. 2007. **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2006**. ג'וינט-מכון ברודקייל לגרונטולוגיה, משאב- מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזקנה ואשל- האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל. לוח 3.17.

2. בריאות בגיל הזקנה

מערכת הבריאות הישראלית נחשבת טובה בהשוואה בינלאומית. עם זאת, תקציב הבריאות בישראל ויחד עמו שירות הבריאות הציבורי מצויים בתהליך של שחיקה. במקביל לשחיקת תקציב הבריאות, ההוצאה הפרטית של משקי הבית על בריאות עולה, ויחד עמה גדל האי-שוויון בנגישות לשירותי בריאות. בין השנים 1995 ל-2006, חלקם של משקי הבית בהוצאה הלאומית לבריאות גדל מ-25.6% ל-33.2%.²²

תהליכים אלה פוגעים במידת הנגישות לשירותי בריאות. הנפגעים העיקריים הם בעלי ההכנסות הנמוכות, ובהם הקשישים, הצורכים שירותי בריאות יותר מכלל האוכלוסייה.

- במשקי בית של קשישים, ההוצאה על בריאות עומדת על כ-9% מכלל תצרוכת משקי בית, בהשוואה לכ-5% בכלל האוכלוסייה.²³ כלומר, כאשר יש גידול בהוצאות משקי הבית על בריאות, הדבר מורגש במיוחד אצל קשישים. זאת, דווקא בתקופה שבה העמיק העוני בקרב קשישים, עקב הקיצוצים בקצבאות הביטוח הלאומי.
- קשישים צורכים יותר תרופות ולכן מושפעים במידה גדולה יותר מהצמצום במימון הציבורי של תרופות. בישראל, ההוצאה הציבורית (הממשלתית) על תרופות נמוכה מן המקובל בארצות מפותחות (ב-2002, 52% מן ההוצאה הלאומית על תרופות). פירוש הדבר שמשקי בית בישראל נאלצים לממן תרופות מכיסם יותר ממקביליהם בארצות אלה.²⁴

בריאות כגודל הכיס

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מ-1994 הגדיל את הנגישות לשירותי הבריאות, בכך שהוא הבטיח שירותי בריאות גם למי שלא היו חברים באחת מקופות החולים. (עובדים זרים וחסרי מעמד אזרחי אינם זכאים לשירותים מכוח החוק). החוק מושתת על תפיסה של שירותי בריאות ציבוריים אחידים לכל, ומבחינה זאת הוא מתקדם ביותר. החסרון העיקרי של החוק הוא, שהוא לא קבע מנגנון לעדכון מלא של סל השירותים, בהתאם לשינויים דמוגרפיים ולחידושים טכנולוגיים. יתרה מזאת, לאחר חקיקת החוק הוכנסו בו שינויים באמצעות חוקי ההסדרים שנועדו לצמצם את ההוצאה התקציבית הכרוכה בהפעלתו. כתוצאה מכך, במהלך השנים חלה שחיקה של המימון הממשלתי לסל שירותי הבריאות והוכבד נטל המימון על צרכני שירותי הבריאות.

ב-1998 הוכנס תיקון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המאפשר לקופות החולים לגבות השתתפות עצמית עבור ביקור אצל רופאים מומחים, אבחונים, בדיקות במכונים

²² הלמ"ס, 2007: לוח 6.3.

²³ הלמ"ס, 27.9.06, הלמ"ס, 24.9.07.

²⁴ סבירסקי ב., 2007: 20.

ובמרפאות החוץ של בתי החולים ולהעלות את גובה ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות (ההשתתפות גדלה אז ב-30%, לערך²⁵). כיום, רק קשישים המקבלים קצבת הבטחת הכנסה פטורים מהשתתפות עצמית בדמי ביקור אצל רופא; יתרת הקשישים נושאים בתשלום.

העדר מנגנון עדכון לסל הבריאות הביא להתפתחות של שוק של ביטוחי בריאות מסחריים, המשלימים את השירותים והתרופות שאינם כלולים בסל הבריאות. מדובר בביטוחים המשלימים של קופות החולים וכן בביטוחי בריאות וסיעוד שמציעות חברות הביטוח. הרכישה של ביטוחים נוספים אלה היא מה שעומד מאחורי העלייה בהוצאות של משקי הבית על בריאות.

כיום, כשני-שלישים מכלל הקשישים בני ה-65 + הם בעלי ביטוח בריאות משלים או מסחרי והם נהנים מסל שירותי בריאות רחב יותר.

בשנת 2005:

67% מקרב בני 65 + היו בעלי ביטוח בריאות משלים של אחת מקופות החולים;
18% מהקשישים היו בעלי ביטוח בריאות פרטי בחברת ביטוח;
36% מקרב הקשישים היו בעלי ביטוח סיעוד פרטי²⁶.

השיעור הגובר של המימון הפרטי מצביע על התרחקות מהמודל של שירותי בריאות אוניברסאליים, שעמד ביסוד חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בנוסף להבדלי נגישות לשירותי בריאות בין בעלי ביטוחים פרטיים לקשישים התלויים בסל הציבורי, ומעבר לפערים הנוצרים כתוצאה מהגידול בהוצאה הפרטית לבריאות, מערכת הבריאות מתאפיינת בפערים בין מרכז לפריפריה. הדבר מתבטא בעיקר בשירותי רופא משפחה, רפואה שניונית, מחלקות גריאטריות, שיקום ובתי חולים גריאטריים. במרכז הארץ, שירותים אלה זמינים יותר מאשר בדרום ובצפון. על כך יש להוסיף כי רמת הבריאות ביישובים הערביים נמוכה מזו של היישובים היהודיים, בראש ובראשונה בגלל היעדר תשתיות ראויות, כדוגמת ביוב ותחבורה²⁷.

מה ניתן לעשות?

על מנת להבטיח שירותי בריאות טובים לכל הקשישים צריך לנקוט אמצעים להגברת הנגישות לתרופות ושירותים. דרך המלך לעשות זאת היא להרחיב את סל הבריאות ולקבוע מנגנון עדכון לשירותים ותרופות כך שייווצר סל תרופות עדכני ואוניברסלי. כדי לצמצם את הפערים בנגישות לשירותים יש לתת העדפה לחיזוק שירותי הבריאות בפריפריה ותשתיות הבריאות ביישובים הערביים.

²⁵ סבירסקי, ב., 2006: 7.

²⁶ ברודצקי ואח', 2007: לוח 2.68.

²⁷ סבירסקי, ב., 2006: 12, 14.

3. ביטוח סיעוד - טיפול ממושך בקהילה ובמוסדות

אחד הצרכים הנפוצים בגיל הזקנה הוא סיוע בתפקוד יומיומי. לכך נועדה גמלת הסיעוד, שהונהגה ב-1988. גמלת הסיעוד ממומנת על ידי הפרשות של עובדים ומעסיקים, כחלק מדמי ביטוח לאומי, וכן על ידי השלמה שמעביר משרד האוצר. האוצר מממן גם גמלת סיעוד לעולים חדשים שלא צברו זכויות בביטוח הלאומי.

גמלת הסיעוד היא אחת התכניות המוצלחות במערך הביטחון הסוציאלי לקשישים בישראל. הגמלה מאפשרת סיוע חיוני לקשישים בני המעמד הנמוך והבינוני אשר אין להם את היכולת הכלכלית לרכוש שירותי סיעוד ומשפרת באופן ניכר את איכות חייהם.

עלות הסיוע במסגרת גמלת סיעוד, לקשיש הממשיך להתגורר בביתו, נמוכה מעלות הטיפול בקשישים המאושפזים במוסדות. עלות אשפוז סיעודי במימון משרד הבריאות (קוד) לשנה עמד בשנת 2005 על כ-108,000 ₪²⁸. לשם השוואה, עלות גמלת סיעוד מלאה בדרגה הגבוהה עמדה באותה שנה על מעט פחות מ-31,000 ₪ לשנה ועלות גמלת הסיעוד בדרגה הנמוכה ביותר היתה כ-10,000 ₪ לשנה²⁹.

גמלת הסיעוד ושירותי סיעוד לקשישים עצמאיים החיים בקהילה

גמלת הסיעוד ניתנת לקשישים החיים בביתם וכן לקשישים החיים בבתי אבות ובדוור מוגן שאינם מוגדרים כסיעודיים. קבלת גמלת סיעוד מותנית במבחן הכנסה ובמבחן תלות הקובע את רמת התפקוד העצמאי של הנבדק.

גמלת הסיעוד ניתנת בשלוש רמות (החל משנת 2007), לפי יכולת התפקוד של הקשיש/ה: סיוע סיעודי בהיקף של 9.75, 16 ו-18 שעות שבועיות. קשישים הנזקקים לסיוע נוסף משלימים את הפרש השעות מכיסם. הגמלה ניתנת בעיקר לצורך העסקת מטפלת אישית - מעל 95% ממקבלי גמלת סיעוד מקבלים טיפול אישי בבית. אבל יש גם שימושים נוספים בסיוע: שהות במרכזי יום לקשישים, קניית מוצרי ספיגה, שירותי כביסה ומשדרי מצוקה. כיום מקבלים את הגמלה כ-120,000 קשישים.

מאפייני הזכאים לגמלת סיעוד:

- שיעור הזכאים עולה עם הגיל: כ-80% מהזכאים הם בני 75 ומעלה;
- נשים הן הנזקקות העיקריות לגמלת סיעוד - הן מהוות למעלה מ-70% מהזכאים;
- כ-6% מהזכאים לגמלת סיעוד הם ערבים. שיעור הזכאים הערבים דומה לשיעורם בקרב אוכלוסיית הקשישים;
- רבע ממקבלי הגמלה היהודים הם עולים חדשים;

²⁸ מבקר המדינה, 2006: 583 הערה 20.
²⁹ המוסד לביטוח לאומי, ינואר 2007: לוח 3.5.

- בקרב קשישים הגרים בגפם, ההזדקקות לגמלת הסיעוד גבוהה יותר מאשר בקרב קשישים החיים עם בני משפחה. היא גם גבוהה במעט בהשוואה לקשישים החיים עם בן/בת זוג³⁰.

קיפאון בענף הסיעוד

בעשור הנוכחי ענף ביטוח הסיעוד מצוי בקיפאון ואינו מתרחב. מדו"חות המוסד לביטוח לאומי ניתן להבין כי הקיפאון משקף מדיניות של החמרת הקריטריונים לאישור תביעות, גידול במספר החלטות המקנות זכאות זמנית לשירותי סיעוד וייזום בדיקות חוזרות מצד המוסד. מחקר שערך רמסיס גרא מן המוסד לביטוח לאומי מעלה, כי בשנים 2001-2003, בכחצית מהמקרים בהם המוסד לביטוח לאומי יזם בדיקה חוזרת הופסקה הזכאות לגמלה³¹.

בשנים 1995-2003 חלה ירידה עקבית בשיעור התביעות לגמלת סיעוד שאושרו: מ-50.6% מהתביעות ב-1995 ל-43.4% ב-2003³². שיעור התביעות המאושרות עלה לראשונה בכ-3% בשנת 2005 ועמד על 46.7% מכלל התביעות³³.

כאמור, רוב הנזקקים לגמלת סיעוד הם קשישים מעל גיל 75. בלוח שלהלן ניתן לראות כי מגמת העלייה במספר הזכאים שאפיינה את שנות התשעים נבלמה וכי החל ב-2002 שיעור מקבלי הגמלה מצוי בירידה.

מקבלי גימלת סיעוד, 1990-2006

נתונים נבחרים

שנה	מקבלי גמלת סיעוד (באלפים)	שיעור שינוי שנתי	סך בני 75 ומעלה (באלפים)	שיעור מקבלי גמלת סיעוד מתוך בני 75 ומעלה	סך תשלומי גמלת הסיעוד (במיליארדי ₪, במחירי 2006)
1990	25.0	א.נ.	178.3	14%	0.59
1995	59.0	א.נ.	210.6	28%	1.12
2000	95.7	8.8%	270.4	35%	א.נ.
2001	105.4	10.1%	281.4	37%	א.נ.
2002	112.2	6.5%	290.7	39%	2.60
2003	113.0	0.7%	298.9	38%	2.54
2004	113.4	0.4%	306.9	37%	2.56
2005	115.0	1.4%	315.4	36%	2.60
2006	120.4	4.7%	322.8	37%	2.72

מקור: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי, שנים שונות. המוסד לביטוח לאומי, סקירה שנתי 2005. המוסד לביטוח לאומי. רבעון סטטיסטי לז' 1/2006.

³⁰ גרא, 2003: 18-14; ברודצקי ואח', 2004: 5-6.

³¹ המוסד לביטוח לאומי, 2006: 76; גרא, 2004: 22-21.

³² גרא, 2004: 3.

³³ המוסד לביטוח לאומי, 2006: 227.

אספקת שירותי סיעוד

המוסד לביטוח לאומי מעניק את גמלת הסיעוד לגופים המספקים שירותי טיפול, ולא לקשישים עצמם; הגמלה מועברת לקשיש עצמו רק כאשר אין בנמצא שירותי סיעוד זמינים. לפי הנחיות המוסד לביטוח לאומי, 30%-35% מסכום הגמלה שמעביר המוסד לביטוח לאומי לספקי השירות משמשים בידם למימון הוצאות המנהל, תשלומי מעסיקים ולרווח. ישנם ספקי שירות שחורגים מן השיעורים הללו, ופירוש הדבר פגיעה בהטבות הסוציאליות של עובדות הסיעוד.

מרבית הגופים המספקים שירותי טיפול – כשני שלישים – הם גופים עסקיים. חלק מהגופים המספקים את שירותי הטיפול, ובמיוחד העסקיים שבהם, מעסיקים את המטפלות, ובמיוחד את אלה מתוכן שהן מהגרות עבודה, בתנאים שהם לעתים קרובות פוגעניים: והם אינם מקפידים על תשלום תנאים סוציאליים לעובדים ו/או שהם מגלגלים את התשלום אל המטופלים הקשישים. תנאי ההעסקה מקפחים את עובדי הסיעוד ואף פוגעים בקשישים הנזקקים, משום שהם מביאים לתחלופה גבוהה של עובדים ולנדידה בין ספקים³⁴.

ביום 12.9.06 החליטה הממשלה (החלטה 448) להגביר את הפיקוח על ספקי שירותי הטיפול, כולל החמרת התנאים למתן היתר לספקי השירות, חופש מעבר של עובדים בין מעסיקים וספקי שירות, הפקדת ערבות להבטחת התשלום לעובד/ת בשנה הראשונה להעסקתם וקביעת נוהל מפורט לשירותים שנותנים ספקי השירות. באוגוסט 2007 היו התנאים החדשים אמורים להיכנס לתוקף, אולם עתירה לבג"צ מטעם 53 סוכנויות סיעוד המתנגדות להסדר ההעסקה החדש עצרה את המהלך.

שירות בעין או גמלה כספית

בינואר 2007 תוקן פרק הסיעוד בחוק הביטוח הלאומי כך שיאפשר את ביצועו של פרויקט ניסיוני, שעיקרו העברת גמלת הסיעוד ישירות לקשיש הזכאי ובאמצעותו – למטפל הסיעודי. הניסוי נועד להיערך במספר אזורים, בקרב קשישים הנעזרים במטפלים במשך רוב שעות היממה ולפחות 6 ימים בשבוע; ובמלים אחרות, הניסוי נועד להתמקד במטפלים שהם מהגרי עבודה³⁵.

מהגרי עבודה העוסקים בסיעוד מובאים לארץ ומושמים בעבודה על ידי חברות כוח אדם שקיבלו היתר לכך. השכר שלהם מורכב מגמלת הסיעוד של הביטוח הלאומי, המועברת להם דרך אחד מספקי השירות המוכרים על ידי המוסד, לאחר קיזוז של כ-20% דמי תיווך. במקרה של מהגרי העבודה, ספקי השירות אינם מספקים השמה, הכשר ופיקוח אלא משמשים רק צינור להעברת כספים לעובדים.

³⁴ קטן, 2001; אייזנשטט ורוזנהק, 2001; קו לעובד, 2007.

³⁵ חוק הביטוח הלאומי [תיקון מס' 92 – הוראת שעה], התשס"ז. 2007.

עוד טרם התחיל הניסוי יזם משרד האוצר תיקון חקיקה לפרק ביטוח הסיעוד בחוק הביטוח הלאומי, באמצעות חוק ההסדרים לשנת 2008. על פי התיקון, ההסדר שהוצע בניסוי - תשלום ישיר של גמלת הסיעוד לקשישים המוגדרים כ"תלויים לחלוטין" והנעזרים במטפלים במשך רב שעות היממה - יחול דרך קבע ובכל הארץ, כלומר על כ-12% מהזכאים לגמלת סיעוד. במקביל נקבעה הוראת שעה לפיה החל מ-1 ביוני 2007 ולמשך שנתיים תופחת גמלת הסיעוד לשיעור של 80% מהגמלה המשולמת כיום³⁶.

המתנגדים לשיטת התשלום הישיר מצביעים על החשש מניצול כלכלי של קשישים בידי סביבתם ושימוש בגמלה למטרות אחרות. ניתן להעלות גם טענות נוספות. ראשית, העברת גמלת הסיעוד למשפחת הקשיש הנזקק אין בה בהכרח כדי להבטיח תשלום הוגן יותר לעובדת הסיעודית. שנית, החיסכון בדמי התיווך אינו מתועל לידי העובדים אלא נשאר בקופת המדינה. יתרה מכך, לא ניתן לפקח על תשלום שכרם של עובדי סיעוד כאשר הוא משתלם על ידי המטופל ו/או משפחתו וללא תלושי שכר. גם במקרה של מהגרות העבודה, נדמה שניתן למצוא פתרון טוב יותר להבטחת תשלום שכרן, כגון קביעת דמי תיווך נמוכים יותר והידוק הפיקוח על הספקים.

מבחינת הקשישים הזכאים לגמלה ובני משפחותיהם, תשלום ישיר של הגמלה פירושו גם איתור ופיקוח על המטפלת באופן ישיר, או תשלום באופן פרטי לספקי שירות שיעשו זאת.

מעל לכל, יש להביא בחשבון אפשרות כי הסדר התשלום הישיר איננו אלא נדבך נוסף במדיניות צמצום ההוצאה התקציבית על ביטחון סוציאלי. תשלום ישיר של הגמלה עלול להוביל לדעיכת סוכנויות התיווך ולירידה בשיעור המיצוי של הגמלה, ובמסגרת זו, הקטנה של ההוצאה הכוללת על גמלת הסיעוד. זאת, מכיוון ששיעור המיצוי הגבוה של היום נובע במידה רבה מפעילותן של סוכנויות התיווך. התמוטטות ענף שירותי הטיפול עלולה להוביל לקריסתו של מערך הסיעוד לקשישים בביתם – מערך שמאז הקמתו סייע לשפר באופן משמעותי את חיי היום-יום של עשרות אלפי קשישים בישראל.

אשפוז סיעודי - טיפול ממושך לחולים סיעודיים ותשושי נפש

אשפוז סיעודי מיועד לקשישים שהם חולים סיעודיים, דהיינו זקוקים לעזרה ברוב או בכל פעולות היום-יום ולמעקב רפואי ממושך וכן לקשישים תשושי נפש, אשר זקוקים לסיוע בתפקוד היום יומי בשל התדרדרות שכלית (כגון בעיות זיכרון, שיפוט, התמצאות בזמן ובמקום).

האשפוז מתבצע בבתי חולים סיעודיים או במחלקות סיעודיות בבתי אבות ודיור מוגן. בתי חולים סיעודיים חייבים ברישיון "בית חולים" של משרד הבריאות, הגורם המפקח

³⁶ משרד האוצר, 5.8.07.

עליהם. ב-2005 פעלו 104 בתי חולים לחולים כרוניים, 8 מחלקות סיעודיות בבתי חולים וכ-110 מחלקות סיעודיות בקיבוצים ובדיר מוגן.³⁷

מרבית המוסדות מופעלים על ידי גופים לא ממשלתיים, עסקיים ולא עסקיים כאחד. רק חלק קטן מהם מופעל על ידי הממשלה. הממשלה מעודדת הפרטה של התחום מאחר ועלות אשפוז במוסד פרטי או ציבורי זולה יותר מעלותו במוסד ממשלתי.³⁸

בעיית פיצול השירות

האחריות על מערך האשפוז הסיעודי נחלקת בין שלושה גורמים: קופות החולים, האחראיות על אשפוז סיעודי מורכב; משרד הרווחה, האחראי על השמת קשישים תשושים בבתי אבות ובדיר מוגן; ומשרד הבריאות, האחראי על הטיפול בקשישים תשושי נפש ובחולים סיעודיים.

הצורך להתמודד עם גורמים שונים מקשה על הקשישים הזקוקים לאשפוז ועל בני משפחותיהם. בעיית פיצול השירותים לקשישים עלתה כבר בשנות ה-1990 בעקבות ממצאי ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו). בשנת 2000 פורסמו המלצות ועדה בין-משרדית בראשות פרופ' שטסמן שמונתה לבחינת רה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים. בעקבות המלצות הועדה הוכנו נהלים שנועדו להקל על משפחות במעבר בין הגורמים השונים; אולם מבקר המדינה מצא כי נהלים אלה יושמו באופן חלקי בלבד.³⁹

מימון טיפול ממושך

האשפוז הסיעודי כרוך בעלויות גבוהות. בשונה מן האשפוז רגיל של כל חולה בישראל, הממומן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הרי שהוצאות האשפוז הסיעודי מוטלות במקרים רבים מדי על החולה.

עלות השהות בבתי חולים סיעודיים נעה בין 7,000 ₪ ל-15,000 ₪ לחודש. משרד הבריאות מושיט סיוע, המותנה במבחן הכנסה. משרד הבריאות מעריך כי הוא מממן כ-70% מעלות האשפוז לזכאים, בעוד שהמשפחות נושאות בנטל 30% הנותרים.⁴⁰ תקציב הסיוע של משרד הבריאות אינו מספיק לכיסוי כל הנזקקים, ובמשך שנים היה מחסור בקודים לאשפוז סיעודי. הוספת 1200 קודים בשנת 2006 צמצמה את רשימות ההמתנה הארוכות לאשפוז וכיום עומד משך ההמתנה על כ-4 חודשים. עם זאת, נטל המימון עדיין מכביד על קשישים רבים ובני משפחותיהם, אשר אינם עומדים במבחן ההכנסות המזכה בסיוע של משרד הבריאות.

³⁷ ברודצקי ואח', 2007: לוח 4.36.

³⁸ להרחבה ראה סבירסקי, ב., 2007: 42.

³⁹ מבקר המדינה, 2006: 572.

⁴⁰ סבירסקי, ב., 2007: 43.

כאשר מצבו של קשיש מוגדר כ"סיעודי מורכב" (כלומר הוא נזקק לטיפול רפואי נוסף כגון עירוי, הזנה בזונדה, דיאליזה וכד') אשפוזו מצוי באחריות קופת החולים בה הוא חבר וכרוך בתשלום דמי השתתפות עצמית.

על מנת להבטיח אשפוז סיעודי ראוי לכל קשיש הנזקק לכך יש לפתור קודם כל את בעיית המימון. הדרך העדיפה היא הכללת כל סוגי האשפוז הסיעודי בסל שירותי הבריאות של קופות החולים ומימון הצעד על ידי העלאה של מס הבריאות. פתרון זה הומלץ על ידי ועדת נתניהו כבר בשנת 1990 והוא תואם את הצעת משרד הבריאות מ-2006 להעלות את מס הבריאות ולהעביר את האחריות לקופות החולים. הצעת חוק בעניין הכללת אשפוז סיעודי בסל שירותי הבריאות עברה בקריאה טרומית בכנסת ה-17. לפי ההצעה יועלה מס הבריאות מ-4.8% ל-5.3% מהשכר בכדי לממן את הכללת האשפוז הסיעודי בסל הבריאות. לחלופין, ניתן להנהיג ביטוח סיעודי משלים חובה בעלות נמוכה ובתנאים אחידים בכל קופות החולים.

4. סיוע על פי חוק שירותי סעד

מערכת נוספת של סיוע לקשישים ניתנת במסגרת השירות לזקן של משרד הרווחה. שירותים אלה ניתנים מכוח חוק שירותי הסעד התשי"ח – 1958. זהו חוק מיושן החסר מרכיב בסיסי: הגדרה של השירותים להם זכאים הנזקקים. החוק מטיל את עיקר האחריות לאספקת שירותים על השלטון המקומי, לצד אחריות מצומצמת של השלטון המרכזי. כיום, 75% מעלויות שירותי הסעד ממומנות על ידי משרד הרווחה ו-25% במימון הרשות המקומית. בהשוואה בינלאומית מדובר בשיעור גבוה של מימון מקומי⁴¹, מה עוד שבפועל, רשויות רבות משלמות יותר. יצוין כי בארצות רבות במערב ישנם חוקי סעד הכוללים קריטריונים מפורשים לזכאות, המבוססים על מידת מוגבלות ועל יכולת כלכלית.

העובדה שהאחריות לאספקת הסיוע מוטלת על הרשות המקומית פוגעת ברמת השירות הכללית, שכן הקצאת משרד הרווחה מועברת רק כנגד הקצאת הרשות המקומית; במקרים של מחסור במשאבים ברשויות מקומיות, הנפגעים הם הנזקקים לשירותי רווחה. דא עקא, דווקא ביישובים חלשים מבחינה כלכלית יש ריכוז גבוה של קשישים נזקקים. התוצאה היא פערים גדולים בשירותי רווחה בין יישובים מבוססים ובלתי מבוססים. שלא כמו בארצות אחרות, בישראל אין ניסיון ממשי לפקח על רמת השירותים שמספקות הרשויות המקומיות או לצמצם את הפערים ברמת השירותים בין הרשויות⁴².

בלוח שלהלן ניתן לראות כי אין מתאם בין מספר הקשישים נזקקים ביישוב לשיעור ההוצאה המקומית על רווחה. ביישובים ערביים, ובמיוחד בנגב, מצויים השיעורים

⁴¹ ינאי ואח', 2007: 19-16.
⁴² ש.ם.

הגבוהים ביותר של קשישים נזקקים - אך ההוצאה לרווחה, הנמדדת כאחוז מהתקציב הרגיל של היישוב, נמוכה מאד. בעיירות הפיתוח יש שיעור גבוה של נזקקים וההוצאה לרווחה בינונית עד גבוהה. ביישובים מבוססים שיעור הנזקקים הוא מזערי וההוצאה לרווחה היא בינונית או נמוכה. מעבר לכך, התקציב הרגיל של רשויות ביישובים מבוססים גבוה ביחס לתקציב הרשויות בעיירות פיתוח וביישובים ערביים. כלומר, שיטת המדידה של הוצאות הרווחה כאחוז מתקציב הרשות משקף רק חלק מהפערים בהוצאה לנפש בין יישובים מבוססים ליישובים בלתי מבוססים.

שיעור קשישים והוצאות רווחה, יישובים נבחרים

יישוב	רמה חברתית כלכלית (אשכול 10 הגבוה ביותר)	שיעור קשישים מקבלי השלמת הכנסה מקשישים ביישוב	הוצאה לרווחה כאחוז מההוצאה בתקציב הרגיל
ערעה-בנגב	1	68.8%	3%
טירה	4	31.0%	10%
נתיבות	3	56.5%	13%
כרמיאל	6	59.3%	12%
הוד השרון	8	12.7%	7%
רמת השרון	9	5.4%	8%

מקורות: למ"ס, קובץ רשויות מקומיות 2005; ברודצקי ואח'. 2007. קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2006.

הזכאות לשירותי השירות לזקן ברשות המקומית תלויה ביכולת כלכלית לפי קריטריונים הנקבעים על ידי משרד הרווחה ובהתאם למשאבים המצויים בידי הלשכה לשירותים חברתיים ברשות המקומית.

השירות לזקן במשרד הרווחה אחראי על תקצוב, פיתוח ופיקוח על שירותים קהילתיים לקשישים: מרכזי יום, מועדונים, פיקוח על מעונות (בתי אבות ודור מוגן) והשמת קשישים תשושים בהם. בנוסף מספק משרד הרווחה שירותי סיוע אישיים לזקנים מוגבלים שאינם זכאים לגמלה מכוח ביטוח סיעוד אך בכל זאת אינם מסוגלים לתפקד בכוחות עצמם (טיפול אישי, עזרה במשק הבית, השלמת ציוד ביתי, ארוחות חמות וכד'). משרד הרווחה אחראי גם על יישום חוק אזרחים ותיקים ובכלל זה הנפקת תעודת קשיש ופיקוח על מימוש ההנחות לקשישים הקבועות בחוק: בתחבורה ציבורית, באגרת טלוויזיה, בארנונה ובכניסה למופעים ולגנים לאומיים.

כאמור, חוק שירותי הסעד אינו מגדיר את היקף השירותים המסופקים מכוחו, ומשרד הרווחה אינו מגדיר סל שירותים. לפיכך היקף השירותים משתנה ונקבע ברשויות המקומיות. משרד הרווחה אינו מפרסם נתונים על היקף השירותים הניתנים בכל רשות ולכן נציג ריכוז נתונים אודות סיוע לפי חוק שירותי הסעד:

- ב-2005 קיבלו 5000 קשישים עזרה בניהול משק בית, 560 קבלו טיפול אישי וכ-770 שילוב של עזרה במשק בית וטיפול אישי⁴³.
- בחורף 2005/06 קיבלו כ-5% מהקשישים, 38,300 מענק חימום⁴⁴.
- בשנת 2005 פעלו כ-850 מועדונים חברתיים לקשישים, 180 מרכזי יום וכ-120 מוקדים של בית חם⁴⁵.
- בשנת 2006 נהנו כ-6000 קשישים שאינם זכאים לגמלת סיעוד משירותי סיוע אישיים של שירותי הרווחה⁴⁶.
- בשנת 2006 היו רשומים במחלקות העירוניות לשירותים חברתיים 225,355 בני +65, כשני שלישים מתוכם בני +75⁴⁷.

על מנת לשפר את שירותי הסעד לקשישים דרוש קודם כל שינוי בחוק שירותי הסעד: עיגון סל של שירותי רווחה (כולל מנגנון עדכון) ובכלל זה שירותי רווחה לקשישים, ועיגון של תנאי הזכאות. בכדי להבטיח שירותים אחידים ושוויוניים יש לשנות את מבנה המימון ולהקטין את התלות בתקציב הרשויות המקומיות. לאור הפגיעה בשירותי הרווחה ברשויות מקומיות המצויות בגירעונות, יש מקום לשקול הסדר של תקציב מיועד ומסומן לרווחה המופק בחשבון מוגן כך שלא ניתן לעשות בו שימוש למטרות אחרות, בדומה להסדר שהונהג בתחום החינוך.

סיכום

העלייה בתוחלת החיים הביאה להארכת תקופת הפרישה, אולם בשל המדיניות הכלכלית חברתית בתחום הביטחון הסוציאלי והשינויים בשוק העבודה, מקורות ההכנסה בגיל הפרישה אינם מספיקים למימון צרכיהם של חלק ניכר מהקשישים בישראל.

כשליש מן הקשישים החיים בישראל כיום חסרים מקורות הכנסה עצמיים והם תלויים באופן מוחלט בקצבאות המוסד לביטוח לאומי ובעזרה משפחתית. תמונה עגומה זו לא צפויה להשתנות גם בדור הבא, שכן רוב העובדים במשק אינם מסוגלים להבטיח לעצמם פנסיה ראויה לעת זקנה: רמת השכר הנמוכה במשק מיתרגמת לפנסיות מצומקות. ממילא, רק קצת מעל מחצית מהעובדים נהנים מכיסוי פנסיוני.

בתנאים אלה, נודעת חשיבות עצומה לקצבאות הזקנה. אולם קצבת הזקנה בישראל נמוכה ביחס לנהוג במדינות המפותחות; גם בתוספת השלמת הכנסה מדובר בסכום שהוא קצת מעל מחצית שכר המינימום במשק, סכום שאינו מספיק למילוי הצרכים הבסיסיים בגיל הזקנה.

⁴³ ברודצקי ואח', 2007: לוח 2.46, לוח 4.6.

⁴⁴ שם: לוח 4.7.

⁴⁵ שם: 254.

⁴⁶ מדינת ישראל, 2006: 64.

⁴⁷ הלמ"ס, 2007: לוח 7.13.

השילוב של רמת שכר נמוכה, כיסוי פנסיוני חלקי וקצבאות נמוכות הביא להעמקת העוני בקרב קשישים, ואכן ישראל מובילה בשיעור הקשישים העניים בקרב המדינות המפותחות.

ללא נקיטת צעדים מכוונים להעלאת רמת ההכנסה של קשישים ישועתק מצבם של הקשישים כיום גם לדורות הבאים לכשיגיעו לגיל הפרישה.

בתחום הבריאות, שחיקת המימון הממשלתי לסל הבריאות והעליה בהוצאה הפרטית של משקי בית על בריאות משפיעה במיוחד על קשישים, שהם צרכני בריאות אינטנסיביים. כדי לספק את צרכי הבריאות אשר אינם נכללים בסל השירותים הממלכתי נאלצים קשישים לרכוש בכספם ביטוחים משלימים מקופות החולים ולשאת בהשתתפות עצמית על רכישת תרופות וביקורי רופא. התוצאה היא פערים בנגישות לשירותי בריאות בין שני שלישים מהקשישים שהם בעלי ביטוחים משלימים ובין כשליש מהקשישים התלויים בסל השירותים הציבורי.

ביטוח הסיעוד לקשישים הוא אחת התכניות החשובות והמוצלחות בתחום הביטחון הסוציאלי. גמלת הסיעוד מאפשרת לקשישים רבים להמשיך לגור בביתם גם כאשר הם נזקקים לטיפול סיעודי והיא הורידה באופן ניכר את שיעורי האשפוז של קשישים. אולם, בעשור האחרון ביטוח הסיעוד מצוי בקיפאון והוא כמעט ולא התרחב. חוק ההסדרים לשנת 2008 מציע הנהגת תשלום ישיר של הגמלה לזכאים וצמצום שיעור הגמלה בדרגה הגבוהה. הצעה זו מצביעה על שאיפה ממשלתית לצמצם את ההוצאה התקציבית על ביטוח הסיעוד, תוך פגיעה בשירות.

בתחום האשפוז הסיעודי, עלות האשפוז גבוהה ותקציב הסיוע של משרד הבריאות אינו מספיק לכל הנזקקים. כתוצאה מכך נאלצים קשישים להתאשפז במוסדות פרטיים זולים יותר הפועלים ללא פיקוח ובתת תנאים. בנוסף, לא נפתרה בעיית פיזור השירות בין משרד הבריאות ומשרד הרווחה, דבר המקשה על משפחות הנזקקים.

את הנדבך האחרון במערך הביטחון הסוציאלי לקשישים מהווים שירותי הרווחה לקשישים. שיטת התקצוב של שירותי הרווחה והעדרה של הגדרת סל רווחה בסיסי בחוק שירותי הסעד יוצרים מצב בו היקף שירותי הרווחה בכל יישוב שונה ותלוי במידה רבה במשאבי הרשות המקומית. במצב זה נוצרים פערים גדולים בין יישובים מבוססים בעלי תקציבים גדולים ושיעור נמוך של קשישים נזקקים, לבין יישובים בלתי מבוססים, בהם יש שיעור גבוה של קשישים נזקקים אך תקציבי הרווחה המיועדים להם קטנים בהרבה.

ביבליוגרפיה

- ברודצקי, אייזנשטט, מימי ורזנהק, זאב. 2001. "הפרטה ודפוסי מעורבות חדשים של המדינה: תכנית הסיעוד בישראל". **ביטחון סוציאלי** 60. יולי 2001.
- ברודצקי, ג'ני, דניז נאון, שירלי רזניצקי, שלומית בן-נון, ברנדה מורגנשטיין, רמסיס גרא ומרים שמלצר. 2004. **מקבלי גמלת סיעוד – מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. ג'וינט-מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי. ירושלים.
- ברודצקי, ג'ני, יצחק שנור, ושמואל באר (עורכים). 2004. **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2003**. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, משאב-מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזקנה ואשל-האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.
- ברודצקי, ג'ני, יצחק שנור ושמואל באר (עורכים). 2007. **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2006**. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, משאב-מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזקנה ואשל-האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.
- גרא, רמסיס. 2004. **מקבלי גמלת סיעוד 2003**. המוסד לביטוח לאומי.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 27.9.06. **הודעה לעיתונות: נתונים לרגל יום הקשיש הבינלאומי**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 24.9.07. **הודעה לעיתונות: נתונים לרגל יום הקשיש הבינלאומי**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. אוגוסט 2005. **הסקר החברתי 2002: הסדרי פנסיה וחסכון לקראת פרישה**. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2007. **שנתון סטטיסטי לישראל 2007**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ינואר 2007. **הוצאה הלאומית לבריאות 1962 – 2005**. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (פברואר) 2007. **סקר הוצאות משק הבית וסקר הכנסות 2005**.
- המוסד לביטוח לאומי. ינואר 2007. **רבעון סטטיסטי**, כרך לו 4.
- המוסד לביטוח לאומי. אוגוסט 2007. **מדדי העוני והפערים בהכנסות 2006 – ממצאים עיקריים**.
- המוסד לביטוח לאומי. 2005. **סקירה שנתית 2004**.
- המוסד לביטוח לאומי. 2006. **סקירה שנתית 2005**.
- המוסד לביטוח לאומי. 2007. **סקירה שנתית 2006**.
- המוסד לביטוח לאומי. התייחסות המוסד לביטוח לאומי להצעת המחליטים במסגרת המדיניות הכלכלית לשנת 2008. www.btl.gov.il.
- ינאי, אורי. פלורנס בראון וחניתה קושר. מרץ 2007. **שירותי רווחה אישיים בפרספקטיבה בינלאומית משווה. נייר עמדה של קבוצת המחקר במדיניות חברתית**. בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית ומשרד הרווחה.
- לביא, צבי. 26.7.07. **"ח"כ טיבי סייע לגימלאים בהגדלת קצבאות הזקנה"**. Ynet.co.il
- מבקר המדינה. 2006. **דו"ח שנתי 56 לשנת 2005 ולחשבונות שנת הכספים 2004**. ירושלים.
- מדינת ישראל. 2006. **הצעת תקציב לשנת הכספים 2007** ודברי הסבר, מוגשים לכנסת השבע-עשרה. משרד הרווחה והסעיפים הצמודים לו. ירושלים.
- משרד האוצר. 5.8.07. **הצעת שר האוצר למדיניות הכלכלית לשנת 2008**. www.mof.gov.il.
- סבירסקי, ברברה. 2001. **פנסיה חובה עכשיו**. המלצות הפורום לקידום חוק פנסיה חובה.
- סבירסקי, ברברה. 2006. **תקציב חסר הופך לנורמה: תקציב מערכת הבריאות הציבורית לשנת 2007**. מרכז אדוה ורופאים לזכויות אדם (ישראל). תל אביב
- סבירסקי, ברברה. יולי 2007. **ההפרטה במערכת הבריאות בישראל: ביטוייה והשלכותיה**. מרכז אדוה. תל אביב.
- סבירסקי, שלמה וקונור-אטיאס, אתי. 2007. **תמונת מצב חברתית 2006**. מרכז אדוה. תל אביב.
- ספיבק, אביה ויוסף, רמי. 2005. **הרפורמה בענף הפנסיה בישראל והשלכותיו על העמיתים. רבעון לכלכלה**. 51. מרס 2005.
- קו לעובד. 2007. **מכתב לשר הרווחה מר יצחק הרצוג בעניין קביעת אזורי ניסוי לתשלום ישיר של גמלת הסיעוד**.
- קטן, יוסף. 2001. **"יישום מדיניות ההפרטה בשירותי ביטוח סיעוד – לקחים ראשונים. ביטחון סוציאלי** גיליון 60. יולי 2001. 129-155.