

חות דעת בנושא עלות האשפוז הגריאטרי הממושך

פרק א' – מבוא ותקציר מנהלים

רקע קצר

עבודה זו נכתבה לפי הזמנת א.ב.א, איגוד בתי אבות ודיור מוגן בישראל. העבודה הוכנה על ידי, ירום אריאב, ועל ידי ד"ר מאיר אמיר ומר מיקי גור. לפני כארבע שנים, במרץ 2012, השלמתי, יחד עם ד"ר אמיר, כתיבת מסמך כלכלי העוסק בתמחור יום אשפוז סיעודי בישראל עבור משרדי האוצר והבריאות. התמחור אותו הצענו אומץ על ידי משרדי האוצר והבריאות ולפיו נקבע הקוד הסיעודי שהוצג במכרז באותה שנה, הקוד שנמצא בתוקף עד היום, הקוד שקובע את המחיר שמקבל בית אבות סיעודי מהממשלה בגין יום אשפוז.

החלטת המשרדים אז לפנות ליועץ כלכלי חיצוני שיציע אומדן אובייקטיבי לחישוב עלות יום אשפוז סיעודי ממוצע התחייבה מההתפתחויות שהיו במכרז האשפוז הסיעודי הקודם לו, שיצא בשנת 2008. במכרז זה הוצע תעריף יום אשפוז ממוצע שהיה, לטענת בתי האבות, נמוך בצורה יוצאת דופן, תעריף שלא אפשר להם לכסות על העלויות שהם מתחייבים בהן מתוקף תקנות משרד הבריאות, עלויות שאינן מאפשרות להם להעניק קיום בכבוד למאושפזים שלהם. לאור זאת עתרו מספר בתי אבות לבית המשפט בטענה שמדובר במחיר בלתי סביר שאינו מאפשר קיום בכבוד ובסיום ההליך המשפטי קיבל בית המשפט את עמדת בתי האבות, פסל את המכרז של שנת 2008 ושלח את המדינה לחשב תעריף אשפוז סיעודי חדש. בעבודתנו אז נוכחנו כי התעריף שהציעה הממשלה בשנת 2008 היה אכן נמוך ואנו הצענו תעריף גבוה יותר, גבוה בכ- 15% מהתעריף שנקבע קודם לכן. עמדתנו באשר לגובה התעריף המומלץ התקבלה על ידי הממשלה.

כעת אנו מתבקשים לעשות חישוב דומה, מעודכן לשנת 2016¹, לעלות הממוצעת של יום אשפוז סיעודי, הפעם כאמור לבקשת איגוד בתי האבות. כאז כן עתה הודענו מראש, אז לממשלה ועתה לאיגוד, כי התחשיב שנציע יתבסס על עבודת הלימוד והבדיקה הכלכלית שנעשה אנו, בצורה מקצועית ונטולת פניות, ללא קשר לזהות

¹ עם זאת, התחשיב במסמך זה הינו תחשיב מעודכן של ממוצע שנת 2015 ומסתמך בעיקר על דיווחי שכר מפורטים מהחודשים מרץ אפריל (שנמסרו גם למשרד הבריאות במישרין), על הוצאות בפועל בשנת 2015 ועל הדו"חות המבוקרים של השנה הקודמת. (רק בימים אלה הולכים ונשלמים הדו"חות הכספיים המבוקרים לשנת 2015).

מזמין העבודה. הקביעה המספרית והצדקתה נעשית בצורה עצמאית על ידינו ועל אחריותנו בלבד ובהתאם ליושרה המקצועית שלנו.

ראוי לציין כי הייתה אפשרות שהתעריף שהצענו בזמנו לממשלה היה מגיע אף הוא לדיון משפטי ואז היינו צריכים להתייצב ולהגן עליו. כך גם יתכן ויקרה עם התעריף שנציע כעת לאיגוד. בכל מקרה, עמדתנו המקצועית ויושרתנו לא יאפשרו לנו להגן על עמדה וניתוח כלכלי שאינם משקפים את דעתנו ואת תפיסתנו. לדברים אלו יש משמעות רבה מבחינתנו, מבחינה מקצועית ומבחינה מוסרית.

על סוגיית המחיר ומשמעותה

ככלל, דעתנו היא כי משא ומתן בין הממשלה לבתי האבות אינו בגדר "משחק סכום אפס" שבו כל רווח של צד אחד זהה להפסד של הצד השני. לא כך אנו רואים את יחסי הממשלה, רוכשת השירות, לבין בתי האבות, ספקי השירות.

הממשלה רוצה לאפשר טיפול הולם ומכובד לאוכלוסיית המאושפזים הסיעודיים בבתי האבות, שאת רוב ההוצאה עליהם היא מממנת מתקציבה. היא דואגת לעדכן ולשדרג את סטנדרט הטיפול הנדרש, במקביל לעליית רמת החיים בישראל, השינויים הטכנולוגיים והדרישות המקובלות במקומות אחרים בעולם.

אין הממשלה מנסה להביא **למזעור בלתי סביר של הוצאותיה** בתחום זה.

הממשלה רוצה לשלם תשלום הוגן, שיאפשר מתן שירות הולם וראוי הכולל רווח סביר על הפעילות הזאת, שהרי מדובר בהתקשרות מתחדשת כל מספר שנים, עם אותם ספקי שירות באופן עקרוני, שמצטברת למתן שירות של עשרות שנים. אלו אינם יחסי שירות מקריים או מזדמנים ומדובר במאות ספקים, מרביתם יזמים פרטיים, בכל הארץ, אשר נדרשים לעמוד בתנאי הסף המפורטים שקובעת המדינה.

אכן חובתה של המדינה לוודא שלא יקבע תעריף שמשאיר רווח עודף אצל הספקים, ולשם כך היא רשאית וצריכה לעשות את כל הבדיקות הכלכליות המקדמיות.

גם בתי האבות צריכים להבין כי הממשלה לא תוכל להבטיח רווחיות מלאה לכל אחד מ-330 בתי האבות הסיעודיים במדינה שאתם היא מתקשרת. על הממשלה לאפשר רווחיות נאותה באופן ממוצע והיא גם **כפופה למגבלה תקציבית** שלא מאפשרת הגדלת תקציב חריגה, אף אם ניתן להציג סיבות טובות לכך.

במצב דברים זה, דינם של ספקים קטנים ולא יעילים לעזוב את השוק, מה שאכן קורה בפועל ואין פסול בכך.

האתגר העומד בפנינו, אם כך, הוא זה: **לחשב תעריף אשפוז סיעודי ממוצע שמאפשר את המשך פעילותו התקינה של ענף בתי האבות הסיעודיים, כולל המשך התפתחותו והתרחבותו בעתיד, תוך שאנו מביאים בחשבון את אילוצי התקציב הממשלתיים.**

זהו הטווח או המרחב שמגדיר את הפרמטרים של עבודתנו כאן. מאידך, ולא פחות חשוב מכך, על הממשלה להבטיח לבתי האבות הסיעודיים **וודאות רגולטורית** שמשמעה, **שכל שנוי בדרישות הרגולטוריות** שהיא מכתיבה לבתי האבות, שמחייב הוצאה נוספת של בית האבות, הוצאה שלא הובאה בחשבון בעת עריכת המכרז, **יהיה מלווה בפיצוי כספי מלא, כגובה ההוצאה הנוספת שבית האבות מתחייב בה.** הדבר צריך להיות מובנה בתוך הסכם ההתקשרות בין המדינה לבתי האבות **ולהתנהל באופן שקוף**, כדי לאפשר פעילות תקינה של בתי האבות, מניעת מחלוקות וסכסוכים מתוך **שיתוף פעולה הדדי ומלא מצד שני הצדדים.**

הענף ואופק הפיתוח שלו

כפי שנראה בהמשך, בשנתיים האחרונות לא חל גידול במספר המיטות הסיעודיות בישראל ואנו "תקועים" עם מצבת המיטות שהיתה בשנת 2014, כ- 21 אלף מיטות בלבד². תכניות ותחזיות משרד הבריאות מחייבות הגעה להיצע של כ- 30 אלף מיטות סיעודיות עד שנת 2025, משמע השקעה בבניה של כ- 1,000 מיטות בשנה, המתבטאת בהשקעה שנתית של כ- 350 מיליון ₪.

רוב ההשקעות הללו, כפי שקורה בשנים האחרונות, יתבצעו על ידי הסקטור הפרטי הנשען על מימון בנקאי ארוך טווח במינוף ממוצע של כ- 70%. עובדה זו צריכה לעמוד לנגד עינינו בבואנו לחשב את התעריף שישרור בשנים הקרובות; תעריף זה לא רק שצריך לאפשר רווח סביר לבתי האבות הפעילים כבר, שאת ההחלטה על ההשקעה כבר קיבלו בעבר, אלא גם **לאפשר ולתמרץ השקעות חדשות** שיבחנו על ידי משקיעים חדשים ועל ידי גופי המימון שמלווים אותם.

המתנדולוגיה של העבודה

העבודה התבצעה בחודשים אפריל מאי השנה.

² יש חשש שבשנתיים הקרובות יגרעו 3,000 מיטות ממצבת המיטות הנוכחית כתוצאה מסגירת בתי אבות סיעודיים שלא יעמדו בדרישות התקן של משרד הבריאות. כבר כיום מסתמן מחסור חריף במיטות אשפוז לתשושי נפש, שבהעדר מקום אשפוז הולם נסמכים על בני המשפחה, על כל המשמעות הקשה שבכך.

בשלב הראשון קיבלנו מא.ב.א. והורדנו מאתר משרד הבריאות למעלה ממאה מסמכים שונים שנכתבו על ידי הממשלה או על ידי גורמים אחרים בנושא ניהול ותמחור בתי אבות סיעודיים. אלו כללו את דוחות הביקורת התקופתית של משרד הבריאות בעשרות בתי אבות בשנה האחרונה, מכתבים והנחיות שהוציא משרד הבריאות לבתי אבות בשנים האחרונות, תחשיבים שונים של יום אשפוז שנערכו בעשור האחרון ומכתבים ומסמכים שנכתבו על ידי חברי א.ב.א.

כל זאת על מנת לעדכן ולרענן את הידע שצברנו בעבודתנו הקודמת בנושא לפני ארבע שנים. בשלב הבא קיבלנו לידינו את תחשיבי העלות ליום אשפוז, הוצאות שכר ותפעול, של למעלה מעשרה בתי אבות שעלו במדגם של משרד הבריאות והתבקשו למסור פרוט על עלויות שכר ותפעול, באופן מפורט, במתכונת דיווח שקבע המשרד, במחלקה סיעודית ממוצעת בשנת 2015. אחר כך קבענו סיורים ופגישות בחמישה בתי אבות על פי הצעת א.ב.א, פרטיים וציבוריים, שבהם נפגשנו לישיבות עבודה מפורטות עם המנכ"ל ומנהל הכספים. לפני הפגישות בקשנו וקיבלנו את המאזן המבוקר האחרון של כל בית אבות³ שביקרנו בו וכן ביקשנו למלא גיליון אקסל ובו פרוט ממוצע של הוצאות שכר ותפעול במחלקה סיעודית במתכונת זהה לזאת שדרש משרד הבריאות.

לאחר קיום אותן פגישות ובעקבות החומר והנתונים שקיבלנו לפני ואחרי אותן פגישות, הרכבנו מדגם של ששה בתי אבות, פרטיים וציבוריים, אשר שימש לנו כבסיס נתונים לצורך חישוב תעריף יום אשפוז סיעודי ממוצע בסעיפי השכר והתפעול. בבתי האבות שפקדנו, שבהם פועלות רק מחלקות סיעודיות, בדקנו את נתוני ההוצאה שנרשמו במאזן, למול דיווחי העלות שקיבלנו על מחלקה סיעודית ממוצעת. באשר לחישוב עלות ההון ליום אשפוז סיעודי, הוצאות הקמה ומימון, קיבלנו נתונים מארבעה פרויקטים חדשים שקמו או נמצאים בהקמה בימים אלו, פרוט השקעות ודו"חות שמאיים שהוגשו לבנק על ידי שמאי מטעמו, וכן ביצענו תחשיב ביקורת על בסיס מודל מימון שבו השתמשנו בעבודתנו הקודמת, עם מספר שנויים נדרשים. על בסיס כל הנתונים הללו קבענו כי כדי לכסות את ההוצאה השוטפת ליום אשפוז סיעודי, כולל הוצאה הונית הנגזרת מביצוע השקעות חדשות, יש להעלות את תעריף קוד האשפוז לשנת 2015, כולל מע"מ, ב – 16% כך שתעריף האשפוז לבית אבות בפרוגרמה החדשה, כולל מע"מ, ברמה של סל אשפוז S4, יעמוד על 503.24 ₪. (העליה בפרוגרמה הישנה היא של 13.3% והתעריף ברמה של בונוס B4, כולל מע"מ, יעמוד על 461.54 ₪).

³ כאמור, מאזן 2014 לעיתים הוא האחרון שפורסם.

יחד עם זאת איננו קובעים כי זהו התעריף שעל הממשלה לאמץ.

ראשית, יש הכרח לבדוק את כל השינויים הרגולטורים⁴ שנכנסו לתוקף לאחרונה (כולל שינויים שכבר בוצעו וחייבו הוצאות נוספות לאחר אפריל 2015 שלא נמדדו וחושבו בעבודה זאת) ולבצע התאמות ככל שיש צורך כדי לעדכן את תעריף הקוד למועד תחילת המכרז החדש.

שנית, יש לזכור כי התעריף מבוסס על שיעור תפוסה של 100%, תפוסה שאיננה ריאלית בשום מקרה ולו רק בגלל תחלופת מאושפזים עקב תמותה (על פי דו"ח משרד הבריאות, שיעור התפוסה הוא 94%).

מכיוון שרוב ההוצאות לתפעול מחלקה סיעודית אינן הוצאות משתנות, תעריף הקוד הינו, הגדרתי, תעריף - חסר כאשר התקצוב למאושפז (1/36) מניח תפוסה מלאה שאינה בת השגה. בנוסף, יש לזכור כי לגבי פתיחת מחלקות חדשות, נדרשת לפחות שנת פעילות אחת להרצה עד שהמחלקה החדשה מגיעה לתפוסה מלאה. גם עובדה זאת לא מוצאת את ביטוייה במודל הפיננסי שבנינו.

ושלישית, הממשלה היא זאת שרוכשת את 70% מהמיטות הסיעודיות בישראל ומבטיחה הכנסה ותפוסה לבתי האבות, כאשר יתרת 30% המיטות מוצעת ללקוחות פרטים במחיר גבוה יותר התורם לרווחיות בית האבות.

הממשלה, בתור הקונה הגדול של 70% מהיקף המיטות בבתי האבות, רכישה של שירות שנעשית בתנאי וודאות באשר לביקוש הצפוי ותנאי התשלום, יכולה להביא זאת בחשבון בעת הדיונים שהיא מנהלת עם האיגוד על תנאי המכרז.

לטעמנו, התעריף שיוצע במכרז החדש צריך להידון בדיאלוג פתוח בין הממשלה לנציגות בתי האבות טרם פרסומו, כמובן בזיקה לתחשיבים שנציג להלן ותחשיבי נגד של הממשלה, ככל שיהיו כאלו.

משמעות התעריף שחישבנו היא שאם כל התפוסה בבתיים היתה רק של בעלי קודים ממשלתיים, ואם התפוסה היתה 100%, אזי התעריף שחישבנו היה מביא לכסוי ההוצאה הממוצעת בפועל של מחלקה סיעודית, אבל כאמור לא אלה הם פני הדברים.

יודגש כי אין די בקביעת התעריף הנכון ליום תחילת המכרז. לדעתנו, נחוצה רגולציה משמעותית בשיטת ביצוע המכרז. יש מקום לשקיפות מלאה ולפירוט מלא של התחשיב הבסיסי ושל תחשיב העדכוני. כל שינוי רגולטורי הכרוך בעלויות כמוהו כשינוי תנאי המכרז ועל כן, כל שינוי חייב להתעדכן אוטומטית. ככלל, נחוץ לייסד מנגנון קבוע לקיום דיאלוג שוטף עם נציגות בתי האבות, כחלק ממערך המכרז, כדי להתמודד באופן שוטף עם שינויים

⁴ רשימת השינויים הרגולטורים לשנים 2015, 2016 כפי שנמסרה לנו על ידי א.ב.א. מפורטת בנספח.

ותהליכים שלא ניתן לחזותם מראש ובדרך זו להבטיח את קיומם של הסטנדרטים הנדרשים במערך האשפוז הסיעודי הממושך.

מבנה העבודה

בפרק הבא, **פרק ב'**, ניתן סקירה קצרה של ענף האשפוז הסיעודי בישראל, מבנה הענף וסדרי אשפוז, נתונים פיזיים וכמותיים ותחזיות ביקוש לעתיד.

פרק ג' יפרט את שיטת המכרז הנהוגה ואת התעריפים בפרוגרמות השונות ובדרוגים השונים, שיטת הבונוסים.

בפרק ד' נציג את האומדן שלנו לעלות השכר לחודש וליום אשפוז במחלקה סיעודית ממוצעת.

בפרק ה' נציג את האומדן שלנו לעלות התפעול החודשית והיומית למיטה סיעודית.

בפרק ו' נאמוד את העלות ההונית של תעריף יום אשפוז סיעוד.

בפרק ז' נציע את האומדן שלנו לעלות כוללת ממוצעת ליום אשפוז סיעודי החל משנת 2017 ואת מרחב המשא ומתן על המחיר שישרור בפועל.

בפרק ח' לעבודה נציע שורה של תיקונים ועקרונות לניהול ובקרת התעריף בתקופה שלאחר המכרז בשיתוף פעולה בין המשרדים לא.ב.א.

בסוף המסמך נציג את **רשימת המקורות** העיקריים ששימשו אותנו להכנת העבודה.

בנספח נציג רשימה של דרישות רגולטוריות שהמשרד מכתוב לבתים אשר יש לבחון באופן מפורט את המשמעות התקציבית של כל אחת מהן ולתקצבן על פי היישום בפועל.

פרק ב' – סקירה תמציתית של המערך לאשפוז גריאטרי ממושך

כללי

המערך לאשפוז גריאטרי ממושך מונה כ- 21,000 מיטות המצויות ב- 333 מוסדות גריאטריים (להלן: הבתים).⁵

מערך אשפוז זה אינו כולל ענפי סיעוד אחרים שעבודה זו איננה מתייחסת אליהם:

- א. מעל 5,000 מיטות המוקצות למחלקות ייעודיות כגון: מחלקה לסיעוד מורכב תומך, מחלקה תת אקוטית, מחלקה לגריאטריה שיקומית ומחלקה להנשמה ממושכת הנמצאות בפיקוח משרד הבריאות.
- ב. מעל 8,000 מיטות המיועדות לתשושים (להבדיל מתשושי נפש) הנמצאות בפיקוח משרד הרווחה.

⁵ נתוני האגף לגריאטריה של משרד הבריאות לשנת 2014

21,000 המאושפזים הסיעודיים מהווים כ-2.6% מאוכלוסיית בני ה-65+, אוכלוסייה שתוחלת החיים שלה עולה ושעתידה לגדול ב-33% בעשור הקרוב.

על פי דו"ח הועדה הלאומית לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי, מדינת ישראל תזדקק ל- 25,000 מיטות סיעודיות בשנת 2020 ול- 31,000 מיטות סיעודיות בשנת 2025. חרף הגידול בתחזית, בשנים 2014-2015 הצטמצם מספר המיטות ב-157.⁶

בתים, מחלקות וסדרי אשפוז

המערך לאשפוז גריאטרי ממושך פועל על פי הנחיות ונהלים מפורטים של משרד הבריאות ונמצא תחת בקרה קפדנית ומתמדת. פירוט מלא נמצא ברשימת המקורות המופיעה בסוף העבודה.

בפרק זה נסתפק בהצגת נתונים עיקריים שיש להם חשיבות להבנת התמונה הכוללת: א. כ-81% מהמיטות הסיעודיות מיועדות לאשפוז סיעודי רגיל וכ-19% מיועדות לאשפוז תשושי נפש.⁷

ב. המערך מאורגן במחלקות שמספר המאושפזים בהן נע בין מספר שוהים מצומצם ועד מחלקה סיעודית בתקן מלא. מחלקה סיעודית מלאה מונה 36 מאושפזים. מחלקה מלאה לתשושי נפש מונה 30 מאושפזים.

ג. הבתים פרוסים בכל רחבי הארץ ומאופיינים במגוון רב של תמהילים וסדרי גודל. בית קטן שבו מחלקה סיעודית בודדת עשוי להיות חלק מקומפלקס גדול של דיור מוגן או לחילופין, בית קטן ואוטונומי בקיבוץ.

בחלק מהבתים תמצאנה גם מחלקות של תשושים הנמצאים באחריות משרד הרווחה, ולעתים תמצאנה באותו בית גם מחלקות לסיעוד מורכב. המונח 'גודל הבית' בעבודה זו מתייחס אך ורק למספר המחלקות המשויכות לאשפוז הגריאטרי הממושך באחריות משרד הבריאות נשוא עבודה זו: קרי, המחלקות הסיעודיות ו/או המחלקות לתשושי נפש. לצורך הניתוח, בית המונה 6 מחלקות ומעלה ייקרא בית גדול.

ד. כ-70% מהמיטות (14,700 מיטות) מאוישות על ידי מאושפזים הממומנים על ידי משרד הבריאות על פי חוק, בשיטת הקוד⁸. יתרת 6,300 המיטות ממומנת על ידי המאושפזים ומשפחותיהם באופן פרטי.

⁷ היחס בין סיעודיים לתשושי נפש נכון לעת הזאת. ככל הידוע חלקם של תשושי הנפש נמצא במגמת עליה.
⁸ בכדי לא להאריך מעבר לרצוי אנו מניחים כי שיטת הקוד מוכרת לקורא. פירוט מלא בדבר השיטה והזכאות ושיעור ההשתתפות מצוי באתר משרד הבריאות.

ה. הבתים חייבים לקבל כל פונה לאשפוז העונה לקריטריונים הרפואיים על בסיס מקום פנוי בין שמדובר בפונה שבידו קוד של משרד הבריאות המזכה את המוסד במימון חודשי בתעריף שנקבע במכרז ובין שמדובר בפונה המגיע באופן פרטי וישלם תשלום חודשי גבוה

ממחיר הקוד, כפי שישכם עם המוסד. מבחינת כללי האשפוז והטיפול אין כל הבדל בין שני סוגי המאושפזים.

נתונים פיזיים וכספיים

נמחיש עתה באופן כללי את סדרי הגודל המאפיינים את הענף:

א. על פי הפרוגרמה העדכנית, מחלקה סיעודית בת 36 מאושפזים, המשוכנים שניים בחדר, משתרעת על פני 1,200 מ"ר.⁹ הסגל הטיפולי הנדרש לתפעול מחלקה מונה 24.5 תקני כוח אדם. מחירי האשפוז למטופלים הפרטיים בענף תחרותי זה נעים בין 13,000 ₪ לחודש ל – 20,000 ₪ לחודש.

ב. לצורך הדגמה בלבד נציין כי מחיר נפוץ של 15,000 ₪ לחודש או כ- 500 ₪ ליום¹⁰ משקף הכנסה שנתית ממאושפז הפרטי בסך של כ- 180,000 ₪. לעומת זאת, הכנסה יומית ממאושפז של משרד הבריאות בקוד של סל אשפוז ייצוגי עומדת בעת הזו על כ- 420 ₪ ליום (כל המחירים כוללים מע"מ) קרי: כ- 12,600 ₪ לחודש או 153,000 ₪ לשנה. כלומר, ההכנסה למחלקה סיעודית בתמהיל 70% מאושפזי קודים / 30% מאושפזים פרטיים תהיה כ- 5.8 מיליון ₪ בתפוסה מלאה.

ג. מכאן ניתן לראות כי ההכנסה השנתית בענף האשפוז הסיעודי (2015) עומדת על כ 3.4 מיליארד ₪, מהם כ- 2 מיליארד ממומנים ע"י משרד הבריאות בשיטת הקודים. קרי: המאושפזים בקוד, המהווים כ- 70% מכלל המאושפזים, תורמים רק כ- 58% מההכנסות. ד. יצוין כי המאושפזים מקבלי הקוד חייבים בהשתתפות עצמית בעלות האשפוז בהתאם למצבם הכלכלי. הגבייה ממאושפזים אלה, המוערכת בכ 25% מתקציב הקודים המועבר למוסדות האשפוז, מבוצעת במישרין על ידי המדינה. המדינה מעבירה למוסדות את מלוא התשלום לקוד כפי שנקבע במכרז בלי כל קשר להיקף הגבייה ולפיכך אין לשיעור הגבייה השפעה על המוסדות. עם זאת, מובן שתקציב הקודים העומד על סך של 2 מיליארד ₪ בשנת 2016 הינו תקציב שרבע ממנו מכוסה בהכנסות מהמאושפזים.

בפרק הבא נדון בהרחבה בשיטת הקודים ובמשמעויותיה, ואולם לפי שעה נציין רק כי שיטה זו, המבוססת על תחשיבים ממוצעים, אינה יכולה לתת מענה לכל בית ובית מעצם מהותה.

⁹ 1,200 מ"ר אינם כוללים את כל השטחים ההיקפיים. הנושא ידון בהרחבה בהמשך.
¹⁰ כולל מע"מ.

מאפייני הבתים

להלן רשימה המנהירה את מבנה המערך לאשפוז גריאטרי ממושך וממחישה את השונות השוררת בו. ההשלכות הכספיות של שונות זו ידונו בפרקים הבאים.

א. פרוגרמת הבנייה - למעלה ממחצית הבתים נבנו על פי פרוגרמה ישנה (B) שאינה תואמת את הסטנדרד העדכני שנקבע על ידי משרד הבריאות (S). להמחשה, מחלקה סיעודית ישנה כללה חדרים משותפים לשלושה ולארבעה מאושפזים בשטח ברוטו של 700 מ"ר, במחלקה חדשה החדרים הם זוגיים והשטח ברוטו הנדרש הינו 1,200 מ"ר. המשרד הודיע כי בשנה זו ייסגרו הבתים הישנים אך בפועל בתים רבים לא בצעו את השדרוג הנדרש לפרוגרמה החדשה אם עקב העלות, אם בגלל מחסור במימון ואם בגלל אילוצים פיזיים שיכולים להביא להקמת מחלקות תת תקניות וגרעוניות. נראה אפוא כי יש צורך להבין מדוע המעבר לפרוגרמה החדשה לא צלח בחלקו ולבצע הערכת מצב מחודשת כדי ליצור את התנאים למימוש.

ב. אופי הבעלות - מכלל 21,000 המיטות כ- 67% מופעלות על ידי הסקטור הפרטי¹¹, 33% מתופעלות על ידי מלכ"רים ועל ידי הממשלה עצמה¹². למבנה הבעלות יש השלכה מיידית על רמת ההוצאות. (לדוגמא, תשלומי מע"מ)

ג. מיקום גיאוגרפי - כ- 75% מכלל המיטות נמצאות בערים הגדולות ובמרכז. כ-25% במחוז הדרום ובמחוז הצפון.¹³ כמובן שמחיר הקרקע בפריפריה שונה ממחירה במרכז הארץ.

ד. גודל הבית - למעלה מ- 60% מהבתים הם בתים קטנים שבהם מחלקה או שתיים לכל היותר. בבתים אלה נמצאים כ- 30% מהמאושפזים. לבית גדול יש יתרונות לגודל כאשר תקורות הניהול ותקורות אחרות מתחלקות על פני מספר מחלקות וישנם יתרונות לגודל בהוצאות תפעול.

ה. משך השהות בבית - ממוצע השהות של המאושפזים מוערך בכשלוש שנים¹⁴ אך קיימת שונות רבה בין הבתים. יש בתים המאופיינים בשהות ממושכת ויש בתים המאופיינים בתקופת אשפוז קצרה.

¹¹ החשיבות של האבחנה בין סקטור פרטי לציבורי תובהר בהמשך. הסקטור הפרטי מעביר מיידית 17% מההכנסה לשלטונות המע"מ ואילו הסקטור הציבורי משלם מס שכר ולא רשאי לקזז מע"מ תשומות.

¹² הממשלה מפעילה ישירות כ- 1000 מיטות. עלות יום האשפוז במוסדות הממשלתיים עולה בעשרות אחוזים על עלות הקוד הסיעודי ולמרות זאת חלק גדול מהם מצוי בגירעון.

¹³ המשמעות של הפריסה הגיאוגרפית תובהר בהמשך. לדוגמא, מחיר הקרקע או מחיר שכירות למבנה בפריפריה שונים מהותית ממחירה בתל אביב.

¹⁴ בעת כתיבת מסמך זה לא התקבל נתון מהימן.

ו. **שיעור התפוסה** – מטבע הדברים אין בהכרח התאמה מלאה בין הביקוש להיצע בכל נקודת זמן ויתרה מזאת, כאשר כרבע עד שליש מהמאושפזים מתחלפים מדי שנה נוצרים בהכרח פערי זמן בהם המיטות נותרות בלתי מאוישות. שיעור התפוסה מוערך בכ - 94% וקיימת שונות בין הבתים הבאה כמובן לידי ביטוי בגובה ההכנסה השנתית למיטה.

עלות האשפוז מושפעת באופן מהותי מכל המרכיבים שפורטו לעיל: סוג הפרוגרמה, תמהיל המחלקות, גודל הבית, אופי הבעלות, המיקום הגיאוגרפי, שיעור התפוסה, משך השהות הממוצע וכמובן, מאיכות הניהול ומחוייבתו. בפרקים הבאים נרחיב את הדיון בסוגיה זו.

פרק ג' - תעריפי מכרז 2012 ועדכונים

במרץ 2012 פורסם המכרז הפומבי לרכישת שירותי אשפוז גריאטריים, הקובע באופן מפורט את כללי ההתנהלות בענף וכמובן גם את מחיר הקוד.¹⁵ נזכיר כי מטרת המכרז היא להבטיח לקשישים שהגיעו לאשפוז גריאטרי ממושך איכות חיים טובה ככל האפשר, באמצעות טיפול רפואי ורמת שירות מצוינים.

במכרז נקבעו תעריפי קוד באופן הבא:

ראשית, הבתים חולקו לשתי קטגוריות: בתים שנבנו על פי הפרוגרמה הישנה (B) ובתים שנבנו על פי הפרוגרמה החדשה (S). בתחום תשושי הנפש נקבעו שני תעריפים, אחד לכל פרוגרמה. בתחום הסיעודי, חולקו הבתים בכל אחת מהפרוגרמות ל -8 סלי אשפוז שנועדו לשקף את רמת השירות בבית ולתמרץ את שיפורה.

תעריפי הקוד המקוריים במכרז שנת 2012 מוצגים בטבלה הבאה:

¹⁵ מסמך מס' 17 ברשימת המקורות.

תעריפי הקוד בעת פרסום מכרז 2012			
פרוגרמה חדשה		פרוגרמה ישנה	
תעריף קוד	סיווג	תעריף קוד	סיווג
כולל מע"מ	סיווג	כולל מע"מ	סיווג
סיעודיים			
379.26	S1	358.63	B1
384.26	S2	363.63	B2
388.26	S3	367.63	B3
391.26	S4	370.63	B4
393.26	S5	372.63	B5
396.26	S6	375.63	B6
399.76	S7	379.13	B7
404.26	S8	383.63	B8
תשושי נפש			
415.62	S	394.46	B

על פי כללי המכרז בוצעו ארבעה עדכונים מאז פרסומו בשנת 2012. (בחודשי פברואר 2013-2016).

בכל העדכונים נשמר היחס הקבוע בין 18 סלי האשפוז השונים. כסל ייצוגי נבחר הסל B4 וממנו ניתן לגזור מיידיית את יתר תעריפי הסלים בכל אחד מהעדכונים. יש לציין כי יחס התעריפים בין שתי הפרוגרמות בסלים זהים הינו כמעט קבוע כאשר תעריפי הפרוגרמה החדשה (S) גבוהים בכ- 5.2% - 5.5% מתעריפי הפרוגרמה הישנה (B). הפער בתשלום בגין רמות השירות השונות של סלי האשפוז מרמה 1 הנמוכה עד רמה 8 הגבוהה ביותר משקף בחלקו עלויות הנדרשות לשיפור השירות ובחלקו מבטא הערכה על הצטיינות בשירות שנקבעת בעת ביצוע הבקרה התקופתית של משרד הבריאות. (פירוט כל הקריטריונים לקביעת רמת השירות בסעיף 12.7 במכרז). הטבלה הבאה מציגה את מרכיביו העיקריים של הקוד הייצוגי, סל B4 : השכר, עלות התפעול, עלות ההון והרווח כפי שנקבעו לשנים 2012 עד 2016. המרכיבים חושבו על ידנו כאומדן מושכל של חישובי משרד הבריאות, ללא קבלת פירוט מהמשרד למעט סך הקוד.

מרכיבי התימחור של תעריף הקוד 2012-16 - עלות יומית למיטה					
אומדן של תחשיבי משרד הבריאות: פרוגרמה ישנה B4					
2016	2015	2014	2013	2012	שנה
213.19	204.73	193.44	180.26	180.23	שכר
89.15	89.68	89.26	87.90	87.08	תפעול
40.86	41.10	40.91	40.29	39.91	הון
343.20	335.51	323.61	308.44	307.22	סיכום ביניים 1
13.73	13.42	12.94	12.34	12.29	רווח
356.92	348.93	336.55	320.78	319.51	סיכום ביניים 2
<u>60.68</u>	<u>62.81</u>	<u>60.58</u>	<u>54.53</u>	<u>51.12</u>	מע"מ
417.60	411.74	397.13	375.31	370.63	ס"ה

תעריף הקוד, שהוא למעשה עלות האשפוז המוכרת על ידי משרד הבריאות למיטה ליום, נגזר מהעלות הכוללת של מחלקה סיעודית תקנית בת 36 מיטות בתפוסה מלאה כמפורט בטבלה הבאה.

בטבלה הבאה מוצגת העלות החודשית של מחלקה סיעודית תקנית.¹⁶

מרכיבי התימחור של תעריף הקוד 2012-16 - עלות חודשית למחלקה					
אומדן של תחשיבי משרד הבריאות: פרוגרמה ישנה B4					
2016	2015	2014	2013	2012	שנה
233,311	224,057	211,698	197,273	197,244	שכר
97,566	98,146	97,686	96,196	95,300	תפעול
44,716	44,982	44,771	44,088	43,678	הון
375,593	367,184	354,155	337,557	336,221	
15,024	14,687	14,166	13,502	13,449	רווח
390,617	381,871	368,321	351,059	349,670	
66,405	68,737	66,298	59,680	55,947	מע"מ
457,021	450,608	434,619	410,739	405,617	ס"ה

בפרקים הבאים נשווה את תמחור המכרז לאומדן העלויות המעודכנות והריאליות שלנו בכל אחד ממרכיבי התעריף ונציע תעריף מעודכן לשנת 2015 כחלק ממהיערכות לפרסום מכרז חדש למערך האשפוז הגריאטרי הממושך בשנת 2017.

¹⁶ חודש ממוצע לצורך התחשיב הינו בן 30.4 ימים

פרק ד' – אומדן מרכיב עלות השכר

בפרק זה אנו מציגים אומדן שלנו לתמחור עלות השכר לשנת 2015 שבוצע באופן הבא :

א. נאספו נתונים ממשכורות מרץ אפריל 2015 בשישה בתים יצוגיים. (22 מחלקות)¹⁷ הנתונים זהים לנתונים שהוגשו למשרד הבריאות לצורך בקרה בבתים הרלוונטים. בחלק מהמקרים בוצע אימות מול הדו"חות הכספיים של 2015 ובמרביתם, בקרה על פי דו"חות 2014.

ב. העלות שנלקחה בחשבון היא העלות בפועל של כח האדם שהועסק. לא ניתנה תוספת למשרות חסרות. יש לציין שקיים מחסור כרוני בתחום כוח העזר וכן קיים מחסור באחיות. חלק מהמחסור מפוצה על ידי תשלום שעות נוספות. מכל מקום, במסמך זה מוצגת עלות המעביד הריאלית הכוללת כפי ששולמה.

ג. לצורך חישוב ממוצע משוקלל, נקבע כי אחוז המלכ"רים הינו 33%.

ד. מס מעסיקים בשיעור של 7.5% קוזז מעלות השכר במלכ"רים.

ה. עלויות שכר חריגות במשרות רופא, מנכ"ל, מנהל תחזוקה לא הוכנסו לתחשיב.¹⁸

על פי חשובינו אלה, עלות השכר בפועל במחלקה סיעודית ממוצעת גבוהה ב- 14.2% ממרכיב השכר בתעריף הקוד בשנת 2015.

¹⁷ עם זאת, זהו אינו מדגם מייצג מבחינה מדעית סטטיסטית.

¹⁸ קוזזו עלויות שהן מעל 1.5 ביחס לממוצע הבתים האחרים. (בבחינת הוצאה לא מוכרת)

עלות כח אדם למחלקה סיעודית ממוצעת 2015					
מכרז	מכרז	מכרז	מכרז	מכרז	מכרז
בפועל	מכרז	מכרז	בפועל	מכרז	מכרז
עלות מעביד למחלקה 2015	עלות מעביד למחלקה 2015	תקן למחלקה	עלות מעביד למשרה 2015	עלות מעביד למשרה 2015	מקצוע
12,922	8,833	0.50	25,843	17,666	רופא
87,133	71,219	5.76	15,127	12,364	אחות
91,927	86,999	11.80	7,790	7,373	כוח עזר
6,859	5,680	0.50	13,718	11,360	פיזיותרפיסט
1,480	1,875	0.18	8,222	10,417	מרפא בעיסוק
3,607	3,394	0.36	10,020	9,429	עובד סוציאלי
2,793	3,933	0.50	5,586	7,865	עובד תעסוקה
1,512	1,976	0.18	8,400	10,976	תזונאי
1,090	811	0.07	15,137	11,260	רוקח
1,805	1,563	0.15	12,034	10,417	קלינאי תקשורת
12,656	7,078	0.33	38,351	21,448	מנהל
2,260	2,642	0.33	6,849	8,005	מזכירה
3,051	3,350	0.33	9,245	10,153	אב בית
2,277	2,111	0.25	9,108	8,444	עובד אחזקה
2,087	1,763	0.25	8,348	7,051	מחסנאי
3,312	3,171	0.33	10,037	9,608	טבח ראשי
6,864	6,854	1.00	6,864	6,854	עובד מטבח
10,455	8,882	1.50	6,970	5,921	עובד נקיון
1,153	1,307	0.17	6,783	7,687	משגיח כשרות
729	679	0.09	8,095	7,539	חצרן/גנן
255,972	224,118	24.58			סה"כ
233.89	204.73				למיטה ליום אשפוז
14.2%					הגידול באחוזים
			11,626	8,211	ממוצע עלות מעביד

פרק ה' – אומדן מרכיב עלות התפעול

בפרק זה אנו מציגים תמחור של עלות התפעול למחלקה סיעודית ממוצעת לשנת 2015 שבוצע באופן הבא:

א. נאספו נתונים משישה בתים ייצוגיים כמפורט בפרק השכר. חלק מהנתונים נמסרו לגבי שנת 2014 בהתאמה מלאה לדו"חות הכספיים המבוקרים ותוקנו בגובה עליית מדד המחירים לצרכן. הנתונים זהים לנתונים שהוגשו למשרד הבריאות לצורך בקרה בבתיים הרלוונטים

- ותואמים את הדו"חות הכספיים.¹⁹
- ב. העלות שנלקחה בחשבון היא עלות התפעול בפועל. אין בתחשיב זה אמירה כלשהי בדבר ביצוע חלקי או מלא של הנחיות משרד הבריאות.
- ג. לצורך חישוב ממוצע משוקלל, נקבע כי אחוז המלכ"רים הינו 33%.
- ד. מס ערך מוסף בשיעור של 18% קוזז מעלות התפעול במלכ"רים.
- ה. קוזזו עלויות תפעול חריגות.²⁰
- על פי חישובינו עלות התפעול בפועל במחלקה סיעודית ממוצעת גבוהה ב- 17.3% ממרכיב התפעול בתעריף הקוד בשנת 2015.

מרכיב התפעול 2015			
התחשיב החדש בהשוואה לקוד הקיים			
התחשיב	השינוי	הקוד הקיים	
22.52	8.7%	20.71	כללי כולל אחזקה
13.77	23.4%	11.16	אנרגיה
22.74	-2.1%	23.23	מזון
27.91	34.4%	20.77	מצרכים ושירותים רפואיים
18.24	32.1%	13.81	אחרות כולל הסעות
105.18	17.3%	89.68	סה"כ

בטבלה הבאה מפורטת עלות סעיפי התפעול העקריים.

¹⁹ עם זאת, שני בתים מסרו נתונים גם ל 2015.

²⁰ לדוגמא: באחד מבתי האבות עלות המזון היתה כפולה מהממוצע. העלויות שמעל 1.5 ביחס לממוצע הבתים האחרים הופחתו. (בבחינת הוצאה לא מוכרת).

עלות התפעול של מחלקה סיעודית ממוצעת 2015					
עלות יומית, ממוצעת למיטה ש	עלות יומית, ממוצעת למיטה ש		עלות חודשית ממוצעת למחלקה ש	תפעול	
	0.63		686	דואר, טלפניה, תקשורת	כלי
	5.53		6,050	אחזקת בית	
	3.92		4,291	ארנונה	
	0.73		799	ראיית חשבון וביקורת	
	0.71		779	הנהלת חשבונות	
	0.83		911	משפטיות	
	2.44		2,670	רווחת העובדים	
	0.89		969	משרדיות	
	1.65		1,809	רכבים	
	2.21		2,415	שמירה	
	1.83		2,005	ביטוח	
	1.16		1,264	מחשוב	
22.52		24,647		סה"כ	
	9.06		9,913	חשמל	אנרגיה ותשתית
	1.96		2,150	גז/סולר	
	2.75		3,011	מים וביוב	
13.77		15,074		סה"כ	
	22.74		24,886	מדון	מדון
22.74		24,886		סה"כ	
	1.35		1,475	שירותי אמבולנסים	מצרכים ושירותים רפואיים
	6.45		7,056	תרופות	
	5.34		5,842	ציוד רפואי מתכלה	
	10.30		11,277	טיטולים ומוצרי ספיגה	
	2.41		2,634	תוספי מזון	
	2.06		2,255	שירותים רפואיים (יועץ גריאטרי)	
27.91		30,540		סה"כ	
	0.38		421	כלי מטבח	אחרות
	5.92		6,482	חומרי ניקוי	
	7.79		8,522	הסעות עובדים (שבת וחג)	
	0.14		158	תספורות	
	1.42		1,550	שירותי כביסה (שכירות מכונות)	
	2.58		2,822	שונות	
18.24		19,956		סה"כ	
105.18		115,105		סה"כ תפעול בפועל	סיכום

פרק ו'- מרכיב הפחת ועלות ההון

עלות ההון כוללת שלושה רכיבים : עלות קרקע, עלות בנוי ועלות ציוד.
בתעריף יום האשפוז רכיב ההון אמור לכסות את הוצאות בית האבות בשלושה סעיפים אלו.

הקמת בית אבות חדש שבו שלוש מחלקות סיעודיות מחייבת השקעה של כ- 40 מיליון ₪ לערך.

בבתי אבות ציבוריים סכום זה מגויס בדרך כלל במימון רך של מענקים והשתתפויות של גופים ציבוריים כמו קופות חולים ורשויות מקומיות, לצד תורמים פרטים ומוסדות ממלכתיים כמו הביטוח הלאומי.

נראה כי יכולתם של כל הגופים הללו להעמיד מימון רך להקמת בתי אבות חדשים היא מוגבלת ורוב בניינו של הענף, התרחבותו ופיתוחו, יבוא מהסקטור הפרטי הנשען על מינוף בנקאי. יחד עם זאת, בתי האבות הציבוריים הפועלים לפי הפרוגרמה הישנה ידרשו להשיג משאבים כספיים על מנת לעבור, בשלב זה או אחר, לפרוגרמה החדשה. ארבעה בתי אבות שנבחנו, שהוקמו או נמצאים בהקמה בימים אלו, הם כולם בבעלות פרטית ונשענים על מימון בנקאי ארוך טווח בשיעור של 70%.

בפועל יש שתי שיטות מימון לבתי אבות חדשים: מימון נפרד של החלק ההוני על ידי משקיעי אקוויטי ובנקים ומימון על ידי היזם המפעיל שפועל הן כיוזם נדל"ן והן כיוזם מפעיל של בית אבות סיעודי.

כדי לחשב את החזר ההשקעה בחלופת משקיע נדל"ן, נציג להלן את תחשיב הריבית או התשואה שיוזם נדל"ן דורש לעצמו בבואו להשקיע בהקמת בית אבות כנכס מניב, אותו ישכיר בשכירות חודשית ארוכת טווח ליזם המפעיל את בית האבות.

חישוב התשואה על ההון בפרוייקט השקעה סיעודי	
4%	ריבית על אשראי בנקאי לטווח ארוך
14%	ריבית על ההון העצמי
30%	מרכיב ההון העצמי במימון,
70%	מרכיב ההון הזר
7.0%	ריבית משוקללת על ההון

הריבית כיום בפועל נמוכה מ- 4% אבל צפוי שהיא תהיה גבוהה יותר בטווח הארוך. תשואה ברוטו נדרשת של 14% על ההון העצמי נראית לנו סבירה.

הריבית הכוללת של 7% אף היא סבירה, בחישובי השמאים של הבנקים נהוג לקחת ריבית כוללת על ההשקעה של 8%, כך על בסיס מספר מסמכים שנמצאים בידינו. חישוב המרכיב ההוני בתעריף מוצג להלן, מנקודת מבטו של משקיע נדל"ן.

חישוב עלות ההון בתעריף יום האשפוז. ש"ח	
1,400	שטח ברוטו כולל למחלקה
36	מספר מאושפזים במחלקה
39	מ"ר למאושפז
6,000	עלות בניה למ"ר
3,000	עלות קרקע למ"ר
9,000	עלות כוללת למ"ר
350,000	עלות השקעה למיטה סיעודית
7.00%	תשואה על ההון
24,500	תשואה שנתית נדרשת למיטה סיעודית
2,042	עלות שכירת מיטה לחודש
67.1	עלות שכירת מיטה ליום בתעריף
3.9	עלות ציוד ליום
71.0	עלות הון כוללת ליום

מדובר בעלות יומית של 67.1 ₪ למיטה בפרוגרמה הגבוהה שעליה מתווספת עלות ציוד ליום של 3.9 ₪ שבה נושא המפעיל, ובסך הכל עלות הון כוללת של 71 ₪ לפני מע"מ. מתוך תעריף זה חלקו של משקיע הנדלי"ן הוא כאמור 67.1 ₪.

להלן מספר הערות באשר לפרמטרים של התחשיב :

שטח ברוטו למחלקה - הפרוגרמה של משרד הבריאות היא של 1,200 מ"ר בלבד לעומת 1,400 מ"ר שנלקחו על ידנו. בבדיקות שלנו, על בסיס פרוגרמות של בתי אבות שהוקמו לאחרונה ועל בסיס בתי אבות קיימים, נוכחנו כי השטח צריך להיות 1,400 מ"ר, עקב דרישות רגולטוריות שונות כמו גודל ממ"ד, הקצאת חדרים בפועל לאנשי צוות, שטחים הנמצאים מחוץ למחלקה כמו מטבח מרכזי, מכבסה, חדרי מכונות וגנרטורים, מחסני ציוד וסעיפים אחרים כולל חניה תת קרקעית במקרים מסוימים. באחד מבתי האבות הציבוריים שפקדנו שטח המחלקה גופא, ללא השטחים הנוספים היה קרוב ל- 1,200 מ"ר.

עלות קרקע למ"ר – מחיר של 3,000 ₪ למ"ר הוא המחיר שנוקב בו משרד הבריאות, על פי מסמך של עוזי קרן ממשרד הבריאות משנת 2012. למרות שחלפו מאז ארבע שנים שבהן חלה עליה במחירי הקרקעות במדינה, לא מצאנו לנכון להעלות מספר זה לאור בדיקות שעשינו שבהם מצאנו כי העלות למ"ר בפועל אינה עוברת את הרף שקבע המשרד לפני ארבע שנים.

עלות בניה למ"ר - גם כאן הנתון של 6,000 ₪ למ"ר הוא נתון של משרד הבריאות משנת 2012 ובדיקותינו, על בסיס מפרט מכרז שקבלנו, דוח שמאי של אחד הבנקים ודוח כספי המסכם השקעה שכבר הושלמה. כל אלו הצביעו שמחיר של 6,000 ₪ למ"ר הוא מחיר סביר.

עלות ציוד למ"ר – תחשיב זה המופיע בטבלה להלן מתבסס על עלויות שנקב בהן בזמנו עוזי קרן, וכן הנחה שהניח כי יש להחליף את הציוד אחת לשמונה שנים בממוצע, כאשר 40% מעלות ההחלפה ממומנת בתעריף התפעול.

חישוב מרכיב הציוד הלא מתכלה בתעריף ליום אשפוז		
	5,000	עלות ציוד למאושפז בדולרים
	60%	מרכיב הציוד שמוחלף תקופתית
	3,000	החלפת ציוד תקופתית בדולרים
	11,400	החלפת ציוד תקופתית בש"ח
	8	מספר שנים להחלפת ציוד
₪ 3.90		עלות יומית של ציוד למאושפז

על מנת לבחון את סבירות המספר שאליו הגענו, 71 ₪ ליום, (התעריף כיום הוא 59 ₪ ליום אשפוז) הרצנו מודל של תזרים מזומנים של מרכיב ההון בלבד בבית אבות סיעודי. הפרמטרים הם אותם פרמטרים שהצגנו קודם לכן, אבל ההשקעה, השיפוצים והחלפת הציוד נעשית על ידי היזם המפעיל: החלפת 60% מעלות הציוד בכל שמונה שנים וביצוע שיפוץ עמוק אחת לעשר שנים בשיעור של 20% מעלות הבניה הראשונית. כן הונח כי ההשקעה ההקמה נעשית במשך שנתיים וערך המבנה והציוד לאחר 25 שנות תפעול משקפים את ערכם לאחר פחת של 2% לשנה למבנה ו- 12.5% לציוד מאז השיפוץ או החלפת הציוד האחרונה. כן הנחנו הכנסה הוגנית של 71 ₪ למיטה ליום, על פי השיעור שאליו הגענו בתחשיבנו לעיל. תזרים מתומצת (לא כל השנים מוצגות בטבלה) מוצג להלן:

תזרים השקעות, הוצאות והכנסות הוגיות עבור מחלקה סיעודית בהנחה של מחיר הון של 71 ₪ ליום למיטה סיעודית. ₪ במחירים קבועים.										
	26	25	22	11	10	9	1	הקמה 2	הקמה 1	
קרקע	2,100,000	-	-	-	-	-	-	-1,050,000	-1,050,000	
מבנה	7,941,818	-	-	-	-	-	-	-4,200,000	-4,200,000	
שיקום עמוק			-1,680,000	-1,680,000	-			-	-	
הצטיידות	410,400	-410,400				-410,400	-684,000	-	-	
הכנסות		932,940	932,940	932,940	932,940	932,940	932,940	-	-	
סה"כ	10,452,218	522,540	-747,060	-747,060	932,940	522,540	248,940	-5,250,000	-5,250,000	
					1,855	NPV				
					6.66%	IRR				

המודל מראה על תשואה כוללת להשקעה של 6.66%. אם נוסיף מקדם של 4% רווח נקבל תשואה של 7% כפי שקיבלנו בתחשיב הקודם. המודל הפיננסי לא לוקח בחשבון כי נדרשת לפחות שנת פעילות אחת להרצה עד שהמחלקה החדשה מגיעה לתפוסה מלאה. עסקות השוואה – נהוג בפרקטיקה השמאית להשוות את המחיר שחושב למחירים שהתקבלו בעסקות דומות באותו מועד לערך. כזכור קיבלנו בתחשיב עלות שכירות לחודש של 2,042 ₪. בבדיקה שערכנו מצאנו נתונים על עשר עסקאות שנעשו בשלוש השנים האחרונות של השכרת מיטה סיעודית, ללא ציוד, על בסיס תשלום שכירות חודשית. טווח המחירים נע בין 1,950 ₪

ל- 2,300 ₪ לחודש כך שנראה כי התעריף שאליו הגענו הוא סביר. ראינו גם עסקות של מכירת בית אבות במחיר קרוב ל- 350 אלף ₪ למיטה.

נראה לנו אפוא כי תעריף כולל של 71 ₪ ליום למיטת אשפוז יסייע להמשך השקעות נדל"ניות בענף מצד משקיעי נדל"ן ובגבוי של הסקטור הבנקאי. תעריף זה יעודד שדרוג בתים לפרוגרמה הגבוהה, מה שנדרש כמובן באופן דחוף.

פרק ז' – תחשיב קוד חדש למכרז הסייעודי

עתה, לאחר שאמדנו את כל אחד ממרכיבי העלות : שכר עבודה, תפעול והון, יש באפשרותנו להציע אומדן מעודכן בהתבסס על אותם עקרונות שהותוו למכרז הנוכחי. כפי שצוין במבוא, תעריף S4 המעודכן עומד על 503.24 ₪ כולל מע"מ במחירי 2015 (עליה של 16%). תעריף B4 המעודכן עומד על 466.54 ₪ כולל מע"מ (עליה של 13.3%).

תחשיב אומדן קוד לשנת 2015 (S4, B4)						
פרוגרמה חדשה S4			פרוגרמה ישנה B4			
תחשיב		קוד	תחשיב		קוד	
אומדן קוד	השינוי	בפועל	אומדן קוד	השינוי	בפועל	
2015	באחוזים	2015	2015	באחוזים	2015	
₪		₪	₪		₪	
233.89	14.2%	204.73	233.89	14.2%	204.73	שכר
105.18	17.3%	89.68	105.18	17.3%	89.68	תפעול
71.00	20.3%	59.03	41.10	0.0%	41.10	הון
410.07	16.0%	353.44	380.17	13.3%	335.51	סיכום ביניים א'
16.40	16.0%	14.14	15.21	13.3%	13.42	רווח
426.47	16.0%	367.58	395.38	13.3%	348.93	סיכום ביניים ב'
76.77	16.0%	66.16	71.17	13.3%	62.81	מע"מ
503.24	16.0%	433.74	466.54	13.3%	411.74	מחיר הקוד

בטבלה הבאה מפורטים תעריפי הקוד המעודכן של כל סלי האשפוז לשנת 2015, ללא שינוי ביחסים בין הסלים על פי תעריפי הקוד שהיו בתוקף לשנה זו.

תעריף סלי האשפוז - אומדן קוד לשנת 2015					
פרוגרמה חדשה S			פרוגרמה ישנה B		
אומדן קוד	הקוד בתוקף		אומדן קוד	הקוד בתוקף	
₪	₪		₪	₪	
		סיעודיים			סיעודיים
488.42	420.97	S1	451.77	398.71	B1
494.64	426.33	S2	457.93	404.14	B2
499.89	430.86	S3	462.84	408.48	B3
503.24	433.74	S4	466.54	411.74	B4
506.11	436.21	S5	469.00	413.91	B5
509.45	439.09	S6	472.68	417.16	B6
514.23	443.21	S7	477.00	420.97	B7
519.97	448.16	S8	482.53	425.85	B8
		תשושי נפש			תשושי נפש
534.73	460.88	S	496.51	438.19	B

פרק ח' – דיון בשיטת הקודים, מכרז 2012 והמלצות לשיפור

כפי שכבר כתבנו בפרק המבוא, אומדננו באשר לעלות התפעול הממוצעת של מיטה סיעודית לשנת 2015 יכולה להוות נקודת התייחסות למשא ומתן בין הממשלה לאיגוד באשר לקוד הסיעודי שיוצע במכרז הבא, התעריף ליום אשפוז.

לשני הצדדים יש אינטרס להגיע להסכמה ולהבנה לפני היציאה למכרז ולכל צד יש נקודות נוספות שאותן יעלה במשא ומתן שאנו מקווים שיתקיים.

לא לנו לקבוע מה יהיה הקוד הסיעודי שיקבע בסופו של יום, תפקידנו היה להציב את הפרמטרים ולפרט את המשמעויות.

אך מלאכתנו לא תושלם אם לא נדון בקצרה בבעיות בדרך ההתנהלות של משרדי הממשלה מול הבתים, לאחר תום המכרז, לאחר שנקבע התעריף ונקבעו הבתים שיוורשו לספק אשפוז סיעודי.

להלן נצביע על ליקויים הקיימים בשיטת המכרז הנוכחית ונציע דרכים לתיקונם. כמו כן, נצביע על מספר התרשמויות מהפגישות שקיימנו עם מנהלי בתים.

א. שינויי רגולציה – משרד הבריאות מוציא דרך קבע הנחיות רגולטוריות חדשות שמטרתן בד"כ היא שיפור הטיפול הרפואי, שיפור השירות, שיפור דרכי הבקרה וכיוב'. מעשית, המשמעות של הנחיות אלה היא שינוי חד צדדי של תנאי המכרז ללא מתן פיצוי כספי הולם על העלות הנוספת לעמידה בדרישה החדשה.

מנגנון העדכון של הקודים איננו מתייחס כלל לבעיה זו. להמחשה: משרד רואי החשבון ליאון, אורליצקי ושות' פרסם בדצמבר 2015 חוות דעת חלקית המחשבת את העלויות הנוספות שנגרמו לבתים בגין שש דרישות שלא היו קיימות בעת פרסום המכרז²¹. עלות הדרישות בתחומים אלה: אבטחת מידע, ברז תרמוסטטי, חיסונים, תעריף מים²², ממונה בטיחות ושינוי בתמהיל האחיות הסתכמו ב 14.78 ₪ ליום. במונחי כלל הבתים, המשמעות הענפית של סעיפים אלה היא אי הכרה בהוצאה נוספת של 75.5 מיליון ₪ שהוכתבה על ידי המדינה לאחר פרסום המכרז. בנספח לעבודה זו מפורטות 37 דרישות רגולטריות שרוכזו על ידי א.ב.א. באומדן שהצגנו בפרקים הקודמים לא נבדקה העלות התיאורטית של יישום דרישות אלו. אנו בחנו את העלות בפועל במחצית 2015 לעומת הקוד ועל בסיס העלות אמדנו את העלות הממוצעת. מובן אפוא כי לדרישות רגולטריות הנמצאות בשלבי יישום שונים אין ביטוי בתחשיב זה המבוסס על ההוצאות בפועל. והן חייבות להילקח בחשבון לקראת המכרז הבא (פירוט בנספח).²³

ב. כוח אדם - בפגישות שקיימנו, שמענו ממנהלי כל הבתים כי ענף האשפוז הגריאטרי סובל ממחסור כרוני הולך וגובר באחיות ובכוח עזר (למעלה מ- 11,000 עובדים). יש גם מחסור חמור ברופאים גריאטרים. במאמר מוסגר נציין כי לבעיית המחסור בכוח אדם יש השפעות שליליות על טיב השרות (תחלופה, כח אדם לא מיומן, אי מתן שירות הולם). המחסור בכוח אדם פוגע קשות בכל המטרות שהמכרז חותר להשיגן. אנו סבורים כי המדינה חייבת לתת לבעיה זו פתרונות מיידים כגון אישור להעסקת עובדים זרים בבתי אבות ולא רק בבתי פרטים של קשישים סיעודיים. העבודה בסיעוד גריאטרי איננה אטרקטיבית, המחסור מאלץ את הבתים לקלוט כוח עזר בלתי מתאים שתחלופתו גבוהה ובלתי סבירה ולכך יש גם עלויות בהכשרה וקליטה עובדים, שלעתים עוזבים לאחר זמן קצר מחוסר התאמה. המחסור יצר גם עלויות גבוהות של הסעת עובדים ממרחקים.

במציאות זו, חוקי השוק מביאים לעליית שכר בלתי נמנעת בענף הסיעוד הגריאטרי ושכר מינימום של 25 ₪ לשעה כבר אינו מאפשר מציאת כוח עזר לטיפול.

ג. תיקון מנגנון העדכון לתעריף הקוד - על פי המכרז, הקוד מתעדכן אחת לשנה על פי הכלל הבא:

²¹ מסמך מס' 6 ברשימת המקורות.
²² שנוי תעריף מים לבתי אבות הינו החלטה רגולטרית של רשות המים ולא של משרד הבריאות. גם משרדי ממשלה ורשויות אחרות מפרסמים מעת לעת הנחיות הכרוכות בעלויות נוספות על הבתים, הנחיות שלא היו קיימות בעת המכרז.
²³ נספח זה הינו נספח שהוכן על ידי א.ב.א., מרכיביו אינם כלולים בתחשיב וכל הכתוב בו אינו חלק מהעבודה. זוהי רשימה של נושאים לדיאלוג ולבדיקה לפני פרסום המכרז הבא.

1. הוצאות תפעול מתעדכנות על פי מדד המחירים הכללי לצרכן.
2. הוצאות השכר מתעדכנות על פי הסכמי השכר של הממשלה ותוספת היוקר.
- מנגנון העדכון של המכרז אינו כולל שיטה המאפשרת לערוך תיקונים לנוכח שינויים מהותיים המתרחשים בענף הסיעוד עצמו. אנו סבורים כי יש לבנות מנגנון לעדכון נכון של עלויות האשפוז הגריאטרי. כפי שנאמר, כל השתה של עלויות רגולטורית, כמוה כשינוי בתנאי המכרז, ועליה להיות מעודכנת באופן אוטומטי בתעריף הקוד, בעתוי הנכון כמובן. ככלל, התמחור במכרז חייב להיות מותאם למציאות המשקית של ענף הסיעוד הגריאטרי ולהתעדכן בהתאם לעלויות האמיתיות. במכרז הנוכחי, לא זו בלבד שהעדכון אינו כולל את השינויים הרגולטורים ואת השינויים בענף, גם העדכון החלקי לפי מדד המחירים לצרכן ועדכון הסכמי שכר מתבצעים רק פעם בשנה וכך נגרם גרעון נוסף לבתים. לנוכח השינויים הרגולטורים והמשקיים התכופים מומלץ לעבור לעדכון קוד רבעוני, כמקובל במשרדי ממשלה אחרים.
- ד. **סלי האשפוז** – במסמך זה לא נבדקה שיטת סלי האשפוז מבחינת יעילותה והשגת מטרותיה. שיטה זו נועדה לתמרץ ולתגמל את הבתים כדי לשפר את רמת השירות. השיטה מעניקה לבית ספציפי, תוספת או הפחתה של עד 3.5% מעלות הקוד של סל ממוצע מס' 4, בהתאם לממצאי הבקרה של צוותי המשרד. התרשמנו כי בשיטה הקיימת קיימים ליקויים לא מבוטלים כולל תמחור בחסר שהופכת את השדרוג האופציונלי לבלתי כדאי או דרישה להשגת כוח אדם שנמצא במחסור כגון: רופאים מומחים בגריאטריה. אנו סבורים כי יש מקום להקים צוות משותף למומחי משרד הבריאות ולמנהלי בתים מנוסים ומצטיינים כדי לדון ולבחון במשותף את ההגיון הפנימי והישימות של שיטת סלי האשפוז.
- ה. **מתודולוגיית התמחור ושקיפות** – כדי להשיג את מטרת המכרז, להבטיח רמת שירות הולמת למאושפזים הגריאטריים, יש להטמיע במכרז החדש כללי התנהלות חדשים כדלקמן:
 1. התמחיר יתבסס על תחשיבים מפורטים ככל האפשר.
 2. תתקיים שקיפות מלאה של כל תחשיבי המכרז ושל עדכוניו.
 3. העדכונים יהיו שוטפים ויכללו אוטומטית את כל השינויים הרגולטורים המהווים שינוי בתנאי המכרז מכל הסוגים.
 4. יתקיים דיאלוג שוטף ופתוח עם הבתים. משרד הבריאות יהיה קשוב למופקדים על המלאכה ויראה לעצמו חובה להנהיר באופן מלא את התחשיב ועדכוניו.

ו. **שיטת הממוצעים** - בתחום הסיעוד הגריאטרי יש להיזהר מיישום עיוור של שיטת הממוצעים. שיטת מכרז זו, כשהיא מיושמת בענפי משק רגילים, גורסת כי מי שאינו מסוגל לעמוד בעלות הממוצעת יצא מהענף או "יתיעל". ואולם במכרז הסיעודי מוכתבת לבתים המשתתפים במכרז מעין "פונקציית ייצור" במלואה. יש מרחב צר למדי להתייעלות וכמובן שהתייעלות שתבוא חלילה על חשבון רמת השירות אינה קבילה. בית אינו רשאי לוותר על

נוכחותה של אחות בכל רגע נתון, גם אם מחירה כפול מתחשיב המכרז. משמעותה של שיטת התחשיב הממוצע הינה שבחלק מהבתים, העלות בפועל למיטה גבוהה מתעריף הקוד ומאידך, בבתים אחרים העלות נמוכה מתעריף הקוד. דינם של בתים קטנים ומיושנים להיסגר אך באשר לרוב הבתים, התייעלות כמצופה בענפי משק רגילים אינה מצדיקה אי מתן תעריף הולם. התעריף שייקבע במכרז החדש חייב לתת מענה נכון לרוב הבתים כדי להבטיח, הלכה למעשה, שתישמר רמת השירות הנדרשת על ידי המדינה באשפוז הסיעודי הממושך בישראל.

רשימת מקורות

2016	www.abaisrael.co.il		איגוד בתי אבות ודיור מוגן בישראל	1
2016	רשימת דרישות רגולטוריות		איגוד בתי אבות ודיור מוגן בישראל	2
2016	תיקון תעריפי המכרז הארצי	סולומון פרדי	משרד הבריאות	3
2015	דו"חות כספיים ומאזני בוחן מבתי אבות שונים		איגוד בתי אבות ודיור מוגן בישראל	4
2015	הצעת חוק האשפוז הסיעודי	חנין ואחרים	הכנסת העשרים	5
2015	חוות דעת כלכלית בדבר עלויות נוספות	מהלא אבישי	ליאון, אורליצקי ושות'	6
2015	מערכת הבריאות בישראל בראי ה OECD	קידר, פלוטניק	משרד הבריאות	7
2015	פרספקטיבה על האשפוז הגריאטרי	ברקמן פנחס	משרד הבריאות	8
2015	ממצאי דו"חות בקרה באשפוז הגריאטרי		משרד הבריאות	9
2015	נהלי רוחב להקמת בתי חולים סיעודיים		משרד הבריאות	10
2015	מדריך לבחירת מוסד לזקנים סיעודיים ותשושי נפש		משרד הבריאות	11
2015	תמחור יום אשפוז במחלקה סיעודית במסגרת המכרז		משרד הבריאות	12
2014	דין וחשבון על האשפוז הגריאטרי		משרד הבריאות	13
2013	שירותי בריאות בבתי דיור מוגן פרטיים	טל - ספירו אורי	כנסת ישראל - מרכז המחקר והמידע	14
2012	קביעת תעריף ליום אשפוז גריאטרי	אריאב, אמיר	ירום אריאב בע"מ	15
2012	פירוט עלויות לבנייה והצטיידות של מוסד סיעודי	קרן עוזי	משרד הבריאות	16
2012	מכרז פומבי לרכישת שירותי אשפוז גריאטריים		משרד הבריאות ומשרד האוצר	17
2011	הערות למכרז האשפוז הסיעודי	ברימר דודי	ביחד - בתי הורים	18
2011	ששת אלפים מיטות סיעודיות מחכות ליזם	ששון-עזר שירלי	כלכליסט	19
2011	כשמשרד האוצר מזלזל בקיום בכבוד	פלד מיקי	כלכליסט	20
2011	דו"ח הועדה לתכנון המערך הגריאטרי	שטסמן יוחנן	משרד הבריאות	21
2011	נתונים כלכליים מוסדות גריאטריים	כהן אהרון	משרד הבריאות	22
2011	דו"ח תמחיר יום אשפוז סיעודי	דרבסי ראובן	ראובן דרבסי, יועץ כלכלי וחברתי	23
2011	ביטוח ציבורי בתחום הסיעודי		משרד הבריאות	24
2009	ביקורת מכרז פיילוט לרכישת שירותי אשפוז סיעודי		משרד מבקר המדינה	25
2008	בחינת תעריף יום האשפוז - חוות דעת מומחה	בוועז דוד	דוד בוועז - ייזום וייעוץ עסקי בע"מ	26
2007	מכרז פומבי לרכישת שירותי אשפוז גריאטריים		משרד הבריאות ומשרד האוצר	27
2005	מימון האשפוז הסיעודי הכרוני על ידי המתאשפז		משרד הבריאות	28
רשימה חלקית של דרישות רגולטוריות מהשנה האחרונה				
2016	תחנות שאיבה לשפכים - מערכות הולכה		משרד הבריאות	29
2015	תנאי אחסון והובלה של תכשירים		משרד הבריאות	30
2015	מניעת זיהומים		משרד הבריאות	31
2016	ניהול הטיפול התרופתי		משרד הבריאות	32
2015	השתלמות לכה עזר / מטפלים סיעודיים		משרד הבריאות	33
2015	סדציה פליאטיבית		משרד הבריאות	34
2015	הגדרת תפקידי ניהול		משרד הבריאות	35

	דרישות רגולטוריות שלא תוקצבו ואינן נכללות בקוד - פברואר 2016
1	- שינוי בסיווג הארנונה ממגורים לבתי חולים (מעל לפי 4) במקום 23 ₪ למ"ר במכרז כ- 95 ₪ למ"ר
2	חוק הפנסיה כיום 5.5%, לא מתומחרים
3	- הכשרת רופאי מוסדות בגריאטריה קורס של הכשרה גריאטרית לא מומחה 6,000 ₪ לסמסטר 2*
4	- חיסון עובדי מערכת הבריאות עלות חיסון מנטו \$ 25 שאר החיסונים עוד כ- 100 ₪ לעובד
5	- הבהרות לנוהל רוקחות של משרד הבריאות, טמפרטורת מים חמים עלות ברז חשמלי כולל מגביל טמפרטורה 550 ₪ + מע"מ
6	דרישת אגף הרוקחות לשעות רוקח למחלקות קטנות בניגוד למכרז עלות שעת רוקח 110 ₪
7	תוכנית ניטור שפכים כ- 3,000 ₪ עלות כל פינוי נדרש לפחות 3 פעמים בחודש. לא מתומחר
8	- תקן אבטחת מידע ISO 27799 עלות תהליך של איזו דומה 25,000 ₪ + כל שנה אישור עלות 5,000 ₪
9	- תשלום השתתפות עצמית למזון תרופתי עלות פחית 4 ₪
10	קורסים כגון "קשיי בליעה" עלות לקורס כולל חישוב שעות העבודה המשולמות כ- 5,000 ₪
11	- ממונה בטיחות עלות חודשית של 2,500 ₪ + מע"מ
12	כיבוי אש- אינטגרציה מעליות, חלונות, דלתות אש לא תומחר עדיין. כ- 22,000 ₪ לשנה חידוש אישורים. (7 מח')
13	הגנה על מידע במערכות ממוחשבות 2015 הקמת מערכת: עלות חד פעמית 60,000 ש"ח + עלות חודשית של 2,500 ₪
14	- מדדי איכות במחלקות שונות עלות התאמת התוכנה 30,000 ₪ + עלות אחות מוסמכת בחצי משרה 10,000 ש"ח לחודש
15	העלאת תעריפי שמירה וניקיון צו הרחבה כבר חל על חברות שמירה וניקיון ולא תומחר. עשוי לחול גם על בתי אבות
16	דרישה לרופא מומחה שעבר קורס ברפואה פליאטיבית, פסיכולוג עלות רופא 5,000 ש"ח ופסיכולוג מומחה באותה עלות. לא תומחר.

\

17	נוהל טיפול בחולה פליאטיבי
	לפי ההגדרה כל החולים זקוקים לטיפול פליאטיבי
18	השתלמות לכוח עזר ומטפלים בבתי אבות
	עלות השתלמות מעל 10,000 ₪ ל-120 שעות. עלות קורס ושכר עבודה שעת 85 ₪
19	קורס נאמני נושא (מזון וכו')
	עלות הקורס 5,000 ₪ לעובד
20	מתקן כלוריניזציה
21	נוהל תחזוקה וטיפול בסולר במערך אספקה לדיזל גנרטורים לשעת חירום
22	דרישות איכות הסביבה. מאגרי מים, בדיקות מים, דרישות איכות הסביבה פיננסיים
23	הנחייה בדבר תשלום שכר מינימום לעובדים סוציאליים (צו הרחבה)
24	מיפוי ואפיון אוכלוסיות מטופלים המוגבלים פיזית וכימית בבתי חולים גריאטריים
25	- החובה לטיפולי שיניים
26	תשלום מענק חד פעמי לעובדים במגזר הציבורי
27	הסכם האוצר בדבר התוספות לעובדים וגם לאחיות
28	החלטה על תוספת ימי חופשה לעובדים.
29	- דיווחי חובה על אשפוזים למשרד הבריאות
30	- יומן התערבויות רוקח
31	הפרש תעריף אשפוז (תוספת של 20 אגורות)
32	- מחשוב תהליך הודעות פטירה ורישיון קבורה
33	- כרטיס חכם
34	- דרישה של 5.76 תקנים של אחיות גם במחלקות סיעודיות קטנות
35	- תברואה - דרישה לחדר קונדיטוריה במקום פינת קונדיטוריה במטבח
36	הכרח בבביצוע הסעות כולל שבתות וחגים
37	שינוי בתעריפי המים
	כללי
38	קוד פברואר 2016 לא כולל את העלויות החדשות שהונחתו ב 2015 (לפחות 35 ₪ לקוד)
39	עובדים מתקדמים עם ותק ועלותם גדלה. עובדים לא נשארים בשכר מינימום
40	אין די רופאים מומחים גריאטרים. ניקוד לא הגיוני
41	אין להטיל קנס או סנקציה לפני השמעת ערעור
42	יש לתת בונוס על איכות טיפול גבוהה בבקרת פתע
43	משוב הבקרה חייב להינתן במהירות
44	שינוי בתמהיל האחיות. מתן סמכויות לאחיות מעשיות.

²⁴ הנספח כולל נקודות שהועלו על ידי נציגי א.ב.א. ועל ידי מנהלי בתי אבות כפי שנמסרו לנו. מתודלוגיית תמחור הקוד שהוצגה במסמך זה מבוססת על עלות בפועל בלבד ולכן כוללת אך ורק את עלות הביצוע של דרישות חדשות **שאכן יושמו**, ככל שיושמו, על ידי בתי האבות שנכללו במדגם 2015. העלויות העתידיות של דרישות רגולטוריות שטרם בוצעו בעת בדיקת העלויות אינן כלולות בתחשיבי הקוד שהוצגו.