



# מקבלי גמלת סיעוד ברמות 1-6: מאפיינים וצרכים

איילת ברג-ורמן      שירלי רזניצקי      יפית כהן  
יניב כהן

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק  
תרגום לאנגלית (תקציר): עמי אשר  
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

המחקר הוזמן על ידי המוסד לביטוח לאומי ומומן בסיועו.

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | תמוז תשפ"ה | יולי 2025

# תקציר

## רקע

התארכות תוחלת החיים ופיתוח שירותים בגישה של 'הזדקנות בקהילה' (aging in place) תורמים להעלאת מספר הזקנים המוגבלים בתפקוד הזקוקים לשירותי סיעוד בביתם. משום כך, עולה הצורך בהתאמת המענים שמספקת המדינה באמצעות מערכות הסיעוד לצרכים המגוונים של אוכלוסייה זו. המוסד לביטוח לאומי פנה למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל וביקש לערוך מחקר שיאפיין את מקבלי גמלת סיעוד ואת המענים שהם מקבלים, וזאת כדי לסייע בתכנון עתידי של מתן השירות.

## מטרות המחקר

לבחון את המאפיינים של מקבלי גמלת סיעוד בכל שש רמות הזכאות וכן ללמוד על תהליך בחירת סוג השירות, דרכי השימוש בגמלה, שביעות הרצון ממנה וקיומם של צרכים לא מסופקים.

## שיטת המחקר

ראיונות טלפוניים עם מדגם מקרי של 750 מקבלי גמלת סיעוד. שיעור ההיענות עמד על 51%. הראיונות בוצעו בחודשים ינואר עד מאי 2023.

## ממצאים עיקריים

- הסיבה העיקרית להגשת בקשה לגמלת סיעוד היא הידרדרות הדרגתית במצב הבריאות והתפקוד. למרות זאת כמחצית מן המרואיינים מקבלי הגמלה הופנו מבית חולים להגשת בקשה לגמלת סיעוד
- יש דמיון בין רמת המוגבלות של מקבלי גמלה ברמת גמלה 1 ורמה 2, ברמת גמלה 3 ורמה 4 וברמת גמלה 5 לרמה 6
- רוב מקבלי הגמלה ברמות 5–6 מוגבלים ביותר מחמש פעולות בסיסיות (ADL). לעומת זאת, כשליש ממקבלי הגמלה ברמה 1 וכחמישית ממקבלי הגמלה ברמה 2 דיווחו כי הם אינם מוגבלים כלל
- נמצאה שביעות רצון רבה (90%) מסוג הגמלה שנבחרה, מן המטפלת (96%) ומן החברה המספקת את שירותי הסיעוד (95%)
- 61% מן המרואיינים מקבלי הגמלה מקבלים מטפלת (בת משפחה או שאינה בת משפחה), 12% משלמים למטפלת באופן פרטי ולעוד 14% יש מטפלת זרה. 12% מן המרואיינים מקבלי הגמלה לא מקבלים כלל שירותים במסגרת הגמלה ועוד 1% מקבלים שירותים אך לא מטפלת (מרביתם ברמת גמלה 1)
- מבין המטופלים שיש להם מטפלים שהם בני משפחה, 43% מהם הם בנות, בנים, כלות או חתנים של המטופל; 25% הם בנות או בני זוג; 15% הם נכדים; ולשאר קרבה אחרת למטופל

- כמחצית מן המרואיינים מקבלי הגמלה שיש להם מטפלת דיווחו שהיא נוהגת למלא את כל שעות הזכאות
- כ-90% מן המרואיינים מקבלי גמלה בכסף דיווחו כי הם משתמשים בכספי הגמלה לצורכי טיפול, כמו תשלום על שירותי מטפלת, תרופות, מוניות, שירותי שיקום ושירותי ניקיון. יחד עם זאת, כשליש מן המרואיינים דיווחו על שימוש בכספי הגמלה למטרות אחרות, כמו פנאי והעשרה, סיוע לילדים ותשלום שכר הדירה

## המלצות לקובעי מדיניות

### המלצות מרכזיות

1. **שינוי הפרמטרים להערכת התלות וחידוד הקריטריונים לכניסה לשירות:** יש לבחון האם יש מקום לקבוע סף כניסה גבוה יותר לשירות, ולהחליט האם ייקבע לפי תפקוד בטיפול אישי (ADL) או לפי תפקוד בניהול משק בית (IADL). נוסף על כך יש לבחון מחדש את אופן ביצוע הערכת התלות ולחדד את הקריטריונים לכניסה לשירות
2. מתן גמלה בכסף ברמות גמלה גבוהות מ-1: יש להעביר את האפשרות לקבלת גמלה בכסף לרמות גבוהות יותר או לחייב שחלק מיחידות השירות יהיו בקבלת שירותים, כדי לסייע בקידום מטרות של דחיקת תלות ושימור תפקוד

### המלצות משנה

1. **חלוקה לשש רמות גמלה:** יש לתקף את החלוקה לשש רמות ולבחון את התאמת השירות לרמת התפקוד, כולל בחינת התמהיל של יחידות השירות בין הרמות השונות
2. **בחינת תהליכי הכניסה לגמלה דרך בית חולים:** יש לבחון לעומק את תהליכי הכניסה לשירות מבתי החולים וכן את הדרכים להקטין את ההמשכיות של גמלה זמנית ללא צורך
3. **ליווי בשעת משבר:** יש לפתח שירות חדש שסייע בהתארגנות הזקן והמשפחה בעקבות מצבים אקוטיים
4. **בחירת סוג השירות:** יש להגביר את המודעות לאפשרויות הבחירה בגמלה
5. **פיקוח על שעות עבודת המטפלת:** יש לבחון את הדרכים להגברת הפיקוח על מילוי שעות העבודה של המטפלת ולבחון חלופות שונות להסדרת הנושא
6. **שימור תפקוד ושיקום:** יש לפעול כדי לעודד זקנים לצאת מן הבית, בדגש על פעולות להורדת החשש לצאת מן הבית ולמניעת נפילות
7. **שירותים חברתיים:** יש לתת מענה לתחושות הבדידות והדיכאון, למשל על ידי עידוד ההצטרפות ל'קהילה תומכת' או למרכזי יום ו/או בחינת חיבור למשרדי ממשלה או גופים נוספים כדי לעודד השתתפות בפעילות חברתית

# תוכן עניינים

1	1. רקע
4	2. המחקר
4	2.1 מטרת המחקר
4	2.2 אוכלוסיית המחקר
4	2.3 שיטת המחקר
5	2.4 כלי המחקר
5	2.5 ניתוח הנתונים
5	2.6 אתיקה
6	3. ממצאים
6	3.1 מאפייני רקע
7	3.2 רמת תפקוד
9	3.3 ניידות
11	3.4 מצב הבריאות
12	3.5 מצב קוגניטיבי
14	3.6 תהליך הפנייה לקבלת גמלת סיעוד
14	3.7 סוג גמלה
16	3.8 בחירת סוג הגמלה
18	3.9 סוגים של שירותי גמלה, שעות הטיפול והמטפלת
23	3.10 שימוש בכספי הגמלה
23	3.11 צרכים לא מסופקים
25	3.12 דחיקת תלות ושימור תפקוד
30	3.13 שירותי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק
31	3.14 רווחה נפשית
32	4. מגבלות המחקר
32	5. המלצות למדיניות
32	5.1 המלצות מרכזיות
33	5.2 המלצות משנה
35	עוד פרסומים של המכון בנושא
36	מקורות

## רשימת לוחות ותרשימים

5	לוח 1: איסוף הנתונים
6	תרשים 1: מאפייני הרקע של המרואיינים
7	תרשים 2: מרואיינים מקבלי גמלה המתקשים לבצע בעצמם פעולות יום-יומיות
8	תרשים 3: מספר ממוצע של פעולות יום-יומיות בסיסיות (ADL) שהמרואיינים מתקשים לבצע לפי רמת הגמלה
9	תרשים 4: קושי בביצוע פעולות יום-יומיות אינסטרומנטליות (IADL), לפי רמת הגמלה
10	תרשים 5: יכולת להתנייד בבית ומחוצה לו, לפי רמת הגמלה
10	תרשים 6: תדירות היציאה מן הבית, לפי רמת הגמלה
11	תרשים 7: נפילה בשנה האחרונה, לפי רמת הגמלה
11	תרשים 8: הערכה עצמית של מצב הבריאות, לפי רמת הגמלה
12	תרשים 9: בעיות בריאות – סך הכול
12	תרשים 10: דיווח בני המשפחה על יכולת מקבלי הגמלה לזכור ולהתרכז, לפי רמת הגמלה
13	תרשים 11: דיווח בני המשפחה על דמנציה בקרב מקבלי הגמלה ברמות גמלה 5 ו-6
14	תרשים 12: גורם מפנה לקבלת גמלת הסיעוד – סך הכול
15	תרשים 13: התפלגות סוג הגמלה לפי רמת גמלה
15	תרשים 14: תשובות המרואיינים בנוגע לסוג הגמלה שיש להם
16	תרשים 15: הסיבות לבחירה בגמלה בכסף בקרב מקבלי גמלה זו
16	תרשים 16: סיבות לבחירה בגמלה בעין
17	תרשים 17: הסיבות לבחירה בגמלה משולבת
17	תרשים 18: שביעות רצון מסוג הגמלה
18	תרשים 19: סוג השירות לפי רמת גמלה
19	תרשים 20: כרופילים של אופן קבלת השירות
20	תרשים 21: מילוי שעות הזכאות השבועיות – סך הכול
21	תרשים 22: יחס הקרבה למטופל – סך הכול
21	תרשים 23: תדירות השיתוף של המטפלת בנושאים אישיים
22	תרשים 24: שביעות רצון מחברת הסיעוד ומן המטפלת
23	תרשים 25: שימוש בכספי הגמלה
24	תרשים 26: קבלת עזרה ממטפלת בפעולות ADL ו-IADL
24	תרשים 27: קבלת עזרה ממטפל פורמלי וצרכים לא מסופקים ב-ADL וב-IADL
25	תרשים 28: תפקודה של המטפלת, לפי רמת גמלה
26	תרשים 29: הגישו בקשה להחמרה בשנה האחרונה, לפי רמת גמלה

27	תרשים 30: פרופיל המאפיינים של מגישי בקשה להחמרה בשנה האחרונה
28	תרשים 31: פרופילים של פעילות גופנית
28	תרשים 32: פרופילים של הקפדה על תזונה נכונה
29	תרשים 33: סיבות שלא מבקרים במרכז יום
30	תרשים 34: פרופילים לאפיון המשתתפים בפעילות חברתית כלשהי
31	תרשים 35: קיבלו שירותי שיקום בחצי השנה האחרונה
31	תרשים 36: תחושות בדידות, עצב ודיכאון ושביעות רצון מן החיים – סך הכול

# 1. רקע

התארכות תוחלת החיים לצד פיתוח שירותים התומכים בגישה של 'הזדקנות בקהילה' (aging in place) תורמים להעלאת מספר הזקנים המוגבלים בתפקוד אשר זקוקים לשירותי סיעוד בביתם. תהליכים אלו, לצד העובדה כי שיעור הזקנים בישראל המקבלים טיפול ארוך טווח בקהילה הוא מן הגבוהים במדינות OECD (שנור ודוידוביץ, 2024), מעלים את הצורך לבחון לעומק את המאפיינים והצרכים המגוונים של כלל מקבלי גמלת סיעוד, כדי להתאים להם את המענים שמספקת המדינה באמצעות מערכות הסיעוד. להלן יתוארו סוגיות מרכזיות הנוגעות בטיפול בזקנים המוגבלים בתפקוד בישראל (להלן: זקנים סיעודיים).

## ארגון ומימון שירותים לטיפול ארוך טווח בקהילה

בשנת 1986 חוקק [חוק הביטוח הלאומי \(תיקון מס' 61\), תשמ"ו-1986](#) והוא הוחל בשנת 1988. חוק זה הוא המסגרת המרכזית שדרכה ניתנים השירותים לזקנים סיעודיים בישראל (המוסד לביטוח לאומי, 2012). זהו חוק ביטוחי, כלומר חובת הממשלה לספקו לכל מי שזכאי על פי הקריטריונים ללא כל מגבלת תקציב. המוסד לביטוח לאומי מממן את הפעלת החוק (יחד עם משרד האוצר) ואחראי לקביעת הזכאות וארגון השירותים. הזכאות מתבססת לא רק על מצב התפקוד של האדם אלא גם על מבחן הכנסות. אספקת השירותים החלה במתן שירותים בעין: מטפלות בית, ביקורים במרכז יום, מוצרי ספיגה, לחצן מצוקה וקהילה תומכת (שירות שהורחב לאחרונה). בשנים האחרונות מתחוללים בישראל שני תהליכים מקבילים הנוגעים למתן שירותי סיעוד ביתי. האחד הוא הרפורמה בסיעוד שמוביל המוסד לביטוח לאומי משנת 2018 (המוסד לביטוח לאומי, מנהל תכנון ומחקר, 2020). הרפורמה כוללת מעבר משלוש רמות סיעוד לשש רמות סיעוד, אפשרות לבחור בגמלה בכסף, מתן אפשרות להעסיק בת משפחה מטפלת במסגרת הגמלה וכן שינויים באופן ובדרכי הערכת התלות. התהליך האחר הוא "מפת הדרכים לענף המטפלים הישראלים בקשישים סיעודיים" (רזניצקי ואח', 2022) (ראה פירוט בהמשך).

תהליכים אלו הביאו להכפלת מספר מקבלי גמלת סיעוד בישראל מ-176,135 איש בשנת 2018 ל-376,987 איש בפברואר 2025 (בממוצע לחודש) (המוסד לביטוח לאומי, 2025). כך ששיעור הזקנים המקבלים טיפול ארוך טווח הוא מן הגבוהים במדינות ה-OECD. בשנת 2021, 26.4% מבני 65+ קיבלו טיפול ארוך טווח בקהילה. לעומת זאת, בשנה זו היה שיעורם בגרמניה 16.6%, באוסטרליה 8.5%, בצרפת 5.6% ובשוודיה 11.8% (OECD, n.d.). יש לציין כי כ-1.4% מן הזקנים בישראל שהו באותה שנה במוסדות סיעודיים (OECD, n.d.).

נכון לאפריל 2023 25% ממקבלי גמלת סיעוד קיבלו גמלה בעין, 15% קיבלו גמלה בכסף ו-60% קיבלו גמלה משולבת. 81.5% (265,000 איש) ממקבלי הגמלה בעין קיבלו טיפול אישי בבית; 3.8% (2,300 איש) קיבלו טיפול במרכז יום, 11.9% (38,700) קיבלו מוצרי ספיגה, 7.4% (23,900) קיבלו משרד מצוקה, 0.2% (700) קיבלו שירותי כביסה ו-0.8% (2,600) קיבלו קהילה תומכת.

אחד הרכיבים החשובים ביותר בקיומה של מערכת שירותים לטיפול ממושך הוא מקורות המימון שלה ויציבותה הפיננסית. הרפורמה בסיעוד הביאה גם לגידול ניכר בהוצאות הציבוריות: מ-7.2 מיליארד ש"ח בשנת 2018 ל-16.1 מיליארד ש"ח בשנת 2023 (קידר ואח', 2024). שינויים אלו, יחד עם הצפי לגידול העתידי באוכלוסייה, ובדומה למדינות אחרות בעולם, מחזקים את הצורך



להתייחס ליכולתה של המדינה להמשיך לספק שירותים לטיפול ממושך לזקנים הזקוקים לעזרה, בהיקף שיידרש בעתיד, תוך הבטחת איכותם וקיימותם לטווח ארוך.

## **דחיקת תלות**

כדי להבטיח איכות חיים בזקנה יש צורך לעבור מגישה מסורתית ריאקטיבית לגישה מודרנית פרואקטיבית המדגישה מניעה. המטרה היא למנוע או לדחוק את הצורך בשירותי טיפול פורמליים בקהילה או מעבר למיסוד. בשנים האחרונות מתרחבת התפיסה לפיה אפשר, באמצעות התערבויות מתאימות, לעכב את המוגבלות בתפקוד, לשמר את יכולות התפקוד של הזקן ולדחות את התלות באחרים. לשירותי רווחה תפקיד מרכזי במניעה ובהבטחת סביבה נגישה שמונעת אי-הכללה של זקנים בחברה. זאת מתוך הבנה שאי אפשר לקדם הזדקנות בבריאות טובה בלי להתייחס לגורמים חברתיים לאורך החיים.

הגידול הניכר במקבלי גמלת סיעוד והתהליכים שתוארו לעיל הביאו בשנת 2022 להקמת ועדה בין-משרדית, שתפקידה היה לגבש המלצות בנוגע למניעת הידרדרות תפקודית (זילברטל, 2022). הוועדה מצאה כי הבעיות המרכזיות הקיימות כיום הן פיצול השירותים בין גורמים שונים, מיקוד בטיפול וכחות במניעה, מחסור בתמריצים (או תמריצים שליליים) לדחיקת תלות והיעדר מדיניות ממשלתית כוללת לשימור תפקוד. המסקנה העיקרית של הוועדה הייתה שיש לשנות את סדרי העדיפויות בטיפול הסיעודי בישראל באופן דיפרנציאלי, כך שהמשאבים המושקעים כיום ברמות הסיעוד הנמוכות לצורכי טיפול יופנו ברובם לטובת שירותי מניעת הידרדרות. עקרונות הפעולה שעליהם המליצה הוועדה היו השקעה רבה במניעת הידרדרות, הכנסת שירותי דחיקת תלות ברמות הנמוכות של גמלת הסיעוד, שילוב משמעותי של קופות החולים באספקת שירותי מניעת הידרדרות, הרחבת שירותי הרווחה בגמלת הסיעוד, שינוי מבנה התמריצים בגמלת הסיעוד כך שיעודדו דחיקת תלות, חיזוק מעמד המטפלות הסיעודיות והגברת שיתוף הפעולה והסנכרון בין הגופים השונים. ההתערבויות יכולות להיות מגוונות ולכלול פעילות למניעת מחלות כרוניות (כגון בדיקות סקר) ומניעת הידרדרות תפקודית (כגון פעילות גופנית, תזונה), מתן שירותי שיקום בבית ומחוז לבית לאחר אירועים חריפים, ושירותים לשימור המצב הנפשי והחברתי, כדי להתמודד עם בידוד חברתי. עם זאת, עלו קשיים רבים בהטמעתה וביישומה של תפיסה זו (זילברטל, 2022). טור-סיני ואח' (2023) מביאים דוגמאות לכמה מדינות, כגון דנמרק, אשר החלו לספק בשנים האחרונות שירותי מניעה ושיקום בתוך הבית כדי לצמצם אובדן ביכולות התפקוד, למנוע או לדחוק צורך בשירותי טיפול פורמלי בקהילה או מעבר למיסוד. במקצת מן המדינות שירותי המניעה כוללים גם שירותים לשימור המצב הנפשי והחברתי, כדי להתמודד עם בידוד חברתי.

## **כוח אדם סיעודי**

[החלטת ממשלה מס' 43 מה-31/5/2020](#) – מפת הדרכים לענף המטפלים הישראלים בקשישים הסיעודיים – סימנה שינוי ניכר בציפיות מעבודת המטפלת (רזניצקי ואח', 2022). מפת הדרכים מסמנת את המדדים שבהם נמדדת איכות החיים של הזכאי וכן את הנדרש מן המטפלים בזקנים סיעודיים. בכך היא מאפשרת לזהות את הפערים בין צורכי הזכאי ובין המענים הניתנים לו. משמעות החלטת הממשלה היא שינוי ענף המטפלות לענף 'דוחק תלות', וזאת באמצעות הרחבת סמכויותיה של המטפלת גם לתחום הבריאותי, לתחום הרגשי ולתחום החברתי. המהלך כולל החלת שינוי מהותי בתפיסת תפקיד המטפלת – מעבר ממיקוד

בצרכים הבסיסיים כגון גוף, לבוש, אוכל, היגיינה ובריאות, לטיפול בצרכים נוספים כגון שייכות, קרבה, משמעות, בריאות ואוטונומיה, תוך התמקדות בשימור תפקוד, במטרה לצמצם את הפער בין הצרכים למענים.

נוסף על כך בשנים האחרונות חל שינוי באיזון בין מערכת הטיפול הפורמלית למערכת הטיפול הלא פורמלית בישראל. זאת עקב האפשרות למנות בן משפחה כמטפל דרך נותן השירות במסגרת גמלת הסייעוד. אפשרות זו, שהורחבה במקביל לרפורמה בחוק הסייעוד, הייתה אפשרית קודם לכן רק במקרים מיוחדים ובעיקר בקרב האוכלוסייה הערבית. בשנת 2024 מחצית מן המטפלים הסייעודיים (80,000 מתוך 160,000 מטפלים) היו בני משפחה הרשומים כמטפלים. שאלות רבות עולות סביב תופעה זו ובהן מהן הסיבות לבחירתם להירשם כמטפלים? האם חלו שינויים בתעסוקתם בעקבות רישומם כמטפלים? מה ההבדלים בינם ובין מטפלים שאינם בני משפחה, בין היתר מבחינת איכות הטיפול בזקן והצרכים שלהם? בימים אלו נערך מחקר במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל העונה על שאלות אלו ואחרות.

## **בני משפחה מטפלים**

על פי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנערך בשנת 2019 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2021), 1.2 מיליון איש, שהיוו 21.3% מן האוכלוסייה הבוגרת של מדינת ישראל, טיפלו בבן משפחה, שסבל ממחלה או ממוגבלות, רובם טיפלו בקרוב משפחה זקן (נגר אידלמן ואח', 2023), וביתר פירוט, 58% מהם טיפלו בבן משפחה מבוגר (הורה, חם, סבא), 6% טיפלו בבן זוג, 25% טיפלו בבן משפחה אחר כמו אח או אחיין ו-10% טיפלו בילד או בנכד. התמיכה שנדרשו לספק עשויה להיות בביצוע פעולות היום-יום (ADL), בניהול משק הבית (IADL), בליווי ובסיוע בטיפולים רפואיים, בתיווך מול גורמים ממשלתיים-ציבוריים בתהליכים בירוקרטיים, במימוש שירותים וזכויות וכדומה. שירותי הבריאות והרווחה בישראל מספקים לחולים ולמוגבלים שירותים רבים במסגרת מערך הטיפול הפורמלי בקהילה ובמוסדות, אך אלו עדיין רכיב חלקי בכלל הטיפול הנדרש. ההערכה היא כי 80% מן הטיפול בקהילה ניתן על ידי בני המשפחה המטפלים. לדבר משמעות רבה, שכן כ-98% מן הזקנים בישראל חיים בקהילה ויותר ממחציתם מתגוררים עם בני משפחתם (שנור ודודוביץ, 2024).

תפקידיהם המרובים של בני המשפחה המטפלים מטילים עליהם עומס רב המתבטא בהיבטים נפשיים, כלכליים, חברתיים, תעסוקתיים, ואף בריאותיים. כך לדוגמה, בני משפחה מטפלים עלולים לשלם מחיר כלכלי אישי ותעסוקתי כבד בשעה שהם מנסים ליישב בין חובתם למקום העבודה, ובין חובתם לטפל בהוריהם הזקנים (רזניצקי וכהן, 2020; Cès et al., 2019). בשנים האחרונות פותחה בישראל מדיניות סיוע לבני משפחה מטפלים (ראו למשל הוראות נציב המדינה לסיוע לבני משפחה מטפלים), אך יש עוד מקום להרחבת השירותים כגון שירותי הפוגה (respite), הטבות בנקודת זיכוי במס (טור-סיני ואח', 2024) וביסוס מדיניות סדורה להכרה ותמיכה בבני המשפחה כאוכלוסיית מטרה (חורב ולדאני, 2024).

## 2. המחקר

המוסד לביטוח לאומי פנה למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל וביקש לערוך מחקר שיאפיין את מקבלי גמלת הסיעוד ואת המענים שהם מקבלים, וזאת כדי לסייע בתכנון עתידי של מתן השירות. המחקר לווה על ידי ועדה מייעצת שבה היו שותפים: המוסד לביטוח לאומי, משרד האוצר, משרד ראש הממשלה וג'וינט-אשל.

### 2.1 מטרת המחקר

לבחון את המאפיינים של מקבלי גמלת סיעוד, לרבות תהליך בחירת סוג השירות, דרכי השימוש בגמלה, שביעות הרצון מן הגמלה וצרכים לא מסופקים.

### 2.2 אוכלוסיית המחקר

מקבלי גמלת סיעוד בשש רמות הזכאות (ברמות 5–6 רואיינו בני משפחה)

#### דגימה

דגימת שכבות המבוססת על מפת דגימה הכוללת את הממדים האלה:

- רמת גמלה – 1, 2, 3, 4, 5–6
- בודד/לא בודד
- סוג גמלה – גמלה בכסף, גמלה בעין (שירותים) + גמלה משולבת
- דור א' (התחילו לקבל גמלה לפני הרפורמה בשנת 2018) / דור ב' (התחילו לקבל גמלה לאחר 2018 (ברמות 5 ו-6))
- תגבור של מקבלי גמלה זמנית ברמות 1 ו-2

### 2.3 שיטת המחקר

נעשה שימוש בשיטת מחקר כמותית. בוצעו 751 ראיונות טלפוניים בחודשים ינואר עד מאי 2023. רואיינו 500 מקבלי גמלה ברמות גמלה 1–4 ועוד 251 בני משפחה של מקבלי גמלה ברמות גמלה 5–6 וכן מקבלי גמלה ברמה 4 שיש להם סעיף השגחה. שיעור ההיענות הכללי עמד על 51.1%; ברמות 1–2 השיעור היה גבוה (65.3%) מן השיעור ברמות 3–6 (כ-46%) (לוח 1).

## לוח 1: איסוף הנתונים

6-5		4-3		2-1		סך הכול		רמות גמלה
%	n = 550	%	n = 576	%	n = 387	%	N = 1,513	סך הכול נדגמו
	19		19		4		42	נפטרו
100.0	531	100.0	557	100.0	383	100.0	1,471	שייכים לאוכלוסייה
47.3	251	44.9	250	65.3	250	51.1	751	רואיינו
13.7	73	2.2	12	5.5	21	7.2	106	סירבו
-	-	14.9	83	6.5	25	7.3	108	לא כשיר
4.5	24	8.8	49	6.3	24	5.9	97	טלפון שגוי
2.6	14					1.0	14	ראיון חלקי
31.8	169	29.3	163	16.4	63	26.9	395	לא נוצר קשר עד לסיום המחקר

## 2.4 כלי המחקר

הראיון הטלפוני כלל את הנושאים האלה: מאפייני רקע דמוגרפיים, תפקוד ובריאות, תהליך הגשת הבקשה לגמלה ובחירת סוג הגמלה, שימוש בשירותים ושימוש בכספי הגמלה, מערכות תמיכה, סוגי העזרה וצרכים לא מסופקים, שביעות רצון מן השירותים, שיקום, שימור תפקוד ודחיקת תלות.

## 2.5 ניתוח הנתונים

במחקר נעשו התפלגויות וצילוחים של המשתנים שנבדקו וחושבו ממוצעים של משתנים רציפים כמו גיל. כדי להגיע לכרופילים (תכונות אופייניות של מקבלי כל שירות) של סוגי השירות נעשה שימוש במתודולוגיה סטטיסטית של עצי החלטה המיועדת לאמוד מודל המנבא את משתנה היעד על ידי הבנת הקשרים בין משתנה היעד ובין המשתנים המנבאים. עץ ההחלטה מורכב מענפים, וכל ענף מייצג משתנה מנבא. מיקומו של כל ענף בהיררכייה מתאר את עוצמת הקשר בין המשתנה המנבא ובין משתנה היעד (ענף ראשון = המנבא החזק ביותר). על פי רוב, מספר רב של ענפים במודל מייצג מודל מדויק יותר, ואילו כשמספר הענפים הוא מוגבל – המודל ברור ונגיש יותר.

## 2.6 אתיקה

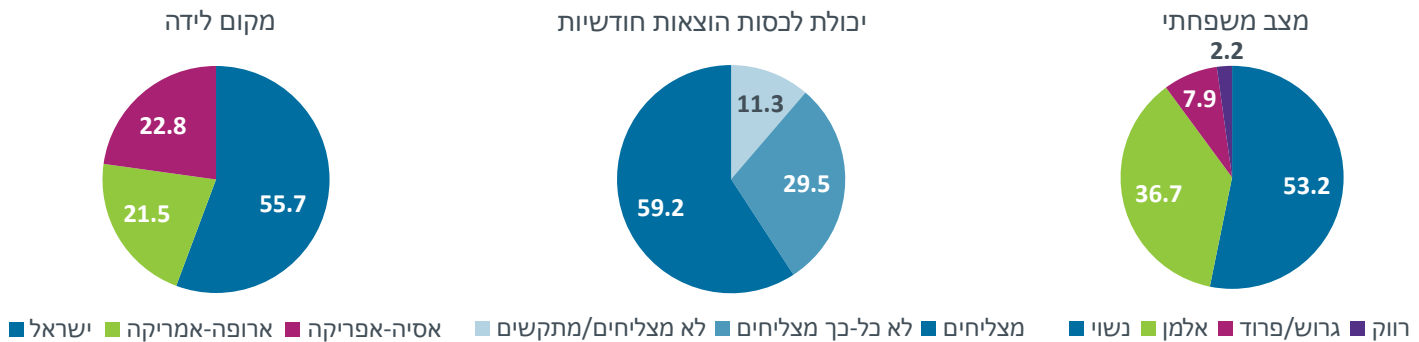
המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. על פי כללי האתיקה המקובלים, המראיון הסביר למראיון את מטרת המחקר, מהלכו ואת כללי השמירה על סודיות והראיון נערך רק לאחר קבלת הסכמתו להתראיין.

## 3. ממצאים

### 3.1 מאפייני רקע

70% ממקבלי הגמלה שרואיינו הן נשים; 55% היו בעת המחקר בני 80+ (הגיל הממוצע הוא 81), 53% נשואים, 56% ילידי ישראל ו-59% דיווחו שהם מצליחים לכסות את הוצאותיהם החודשיות (תרשים 1). ניתוח המאפיינים הדמוגרפיים מלמד גם כי ממקבלי הגמלה, 20% הם שורדי שואה ו-10% עלו לישראל לאחר שנת 1990 (לא מופיע בתרשים).

תרשים 1: מאפייני הרקע של המרואיינים (n = 750; באחוזים)

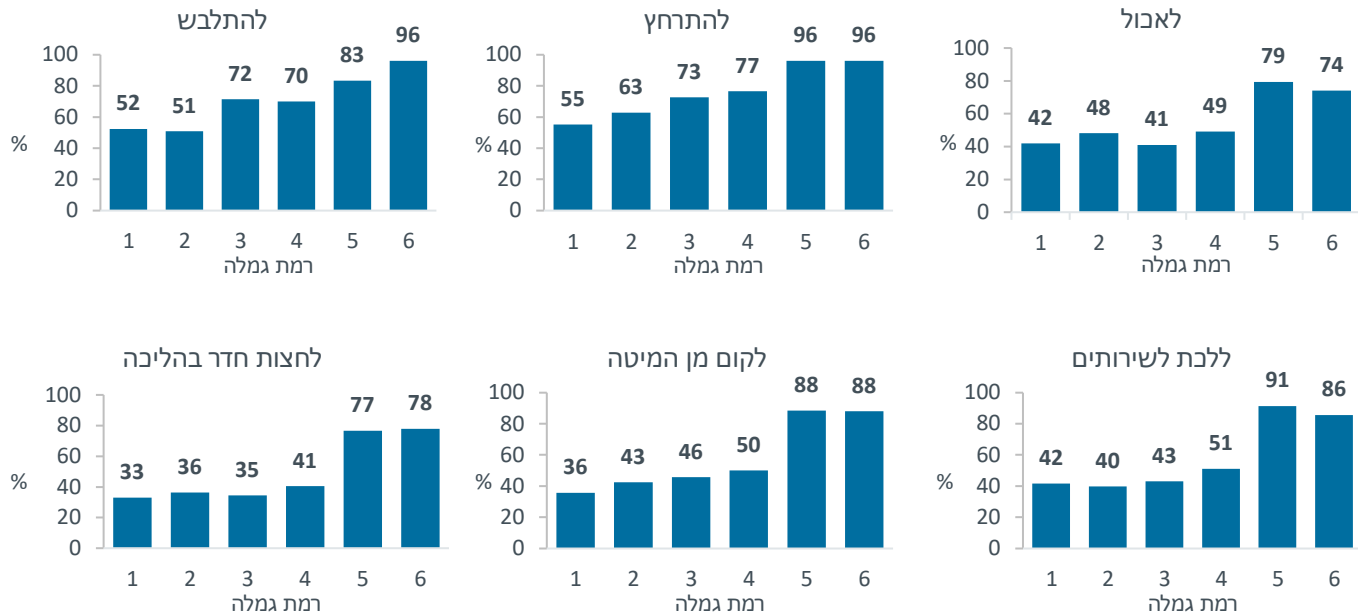


## 3.2 רמת תפקוד

בעוד ברחצה והלבשה  
יש עלייה במוגבלות  
ככל שהרמה עולה,  
בשאר הפעולות יש  
יציבות ברמות 4-1  
ועלייה ניכרת ברמות 5-6

**תרשים 2** מציג את אחוז המרוויינים מקבלי הגמלה המתקשים לבצע בעצמם פעולות יום-יומיות בסיסיות (ADL) בכל רמת גמלה. מטבע הדברים שיעור המתקשים עולה ככל שעולה רמת הגמלה. עם זאת בעוד ברחצה ובהלבשה העלייה היא עקבית, בשאר הפעולות ניכרת יציבות ברמות 1-4 וקפיצה בשיעור המתקשים ברמות 5-6.

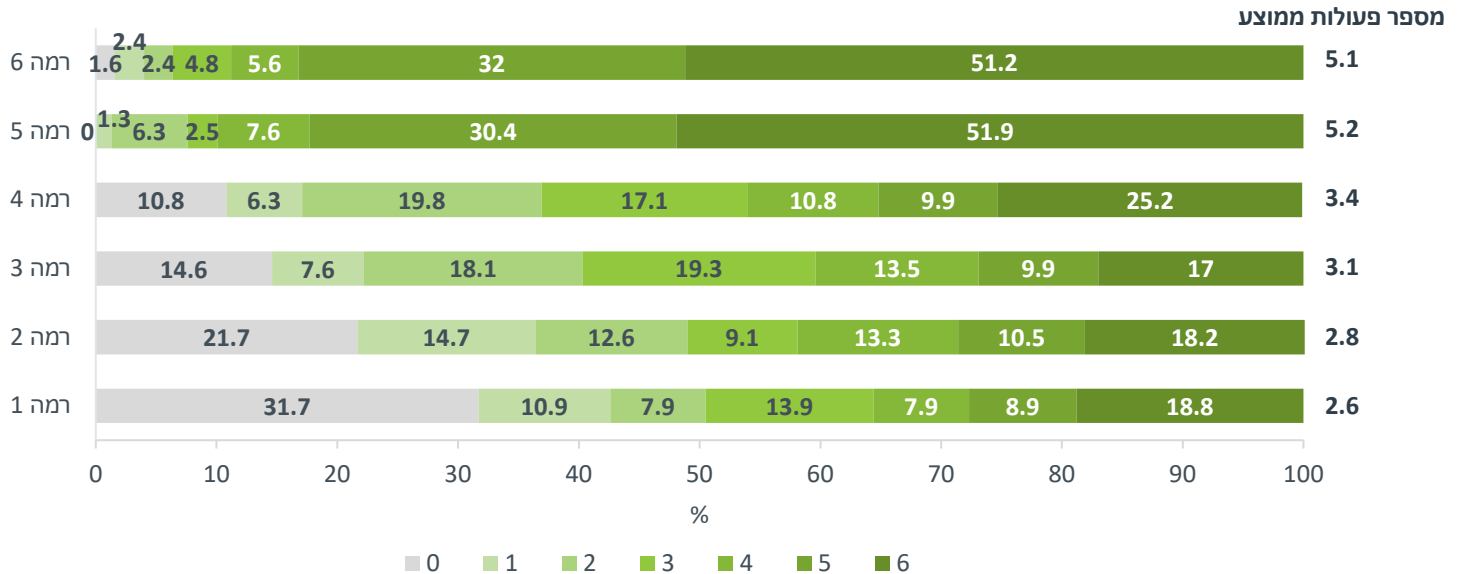
תרשים 2: מרוויינים מקבלי גמלה המתקשים לבצע בעצמם פעולות יום-יומיות (ADL) ( $n = 701$ ; באחוזים)



**ממוצע מספר הפעולות היום-יומיות  
הבסיסיות שיש קושי לבצע  
עולה עם רמת הגמלה.  
כשליש ממקבלי גמלה ברמה 1  
וכחמישית ממקבלי גמלה ברמה 2  
אינם מוגבלים בפעולות  
יום-יומיות בסיסיות.**

דרך נוספת להציג את רמת המוגבלות בביצוע פעולות יום-יומיות בסיסיות היא ציון מספר הפעולות שהמרוויינים מתקשים לבצע בכל רמת גמלה (תרשים 3). מן התרשים עולה כי מספר הפעולות הממוצע שהמרוויינים מתקשים לבצע עולה ככל שעולה רמת הגמלה: כשליש מן המרוויינים מקבלי גמלה ברמה 1 דיווחו כי אינם מוגבלים כלל בביצוע פעולות; כרבע מן המרוויינים מקבלי גמלה ברמה 2 דיווחו כי אינם מוגבלים כלל בביצוע פעולות, ואילו כמחצית מן המרוויינים מקבלי גמלה ברמות 5–6 דיווחו כי הם מוגבלים בביצוע שש פעולות.

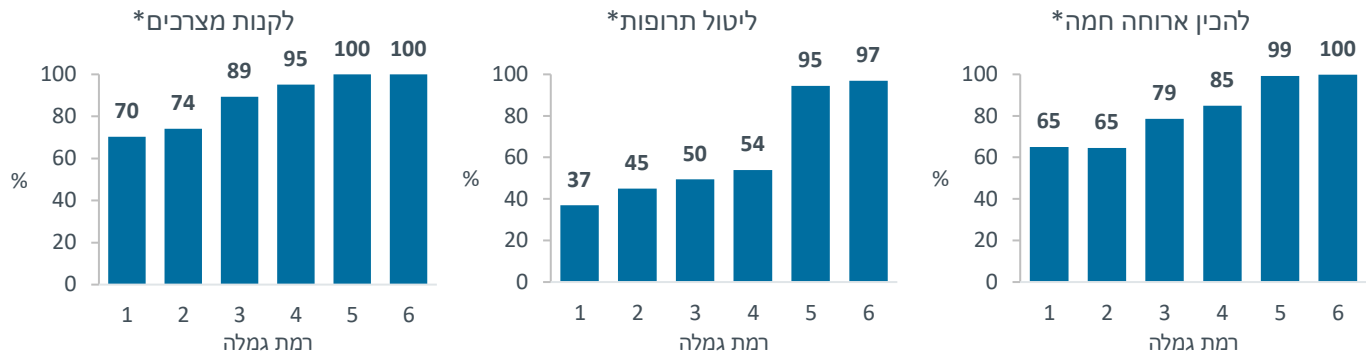
**תרשים 3: מספר ממוצע של פעולות יום-יומיות בסיסיות (ADL) שהמרוויינים מתקשים לבצע לפי רמת הגמלה (באחוזים)**



**הקושי בביצוע פעולות אינסטרומנטליות עולה עם רמת הגמלה**

**תרשים 4** מציג את אחוז המרואיינים מקבלי הגמלה המתקשים לבצע שלוש פעולות יום-יומיות אינסטרומנטליות (IADL), שהן מורכבות יותר מן הפעולות הבסיסיות שהוצגו לעיל: להכין ארוחה חמה; ליטול תרופות; לקנות מצרכים. התרשים מעיד על מגמת עלייה בשיעור המתקשים בביצוע הפעולות עם העלייה ברמת הגמלה, בדומה לפעולות היום-יומיות הבסיסיות.

**תרשים 4: קושי בביצוע פעולות יום-יומיות אינסטרומנטליות (IADL), לפי רמת הגמלה (n = 701; באחוזים)**



$p < .05^*$

### 3.3 ניידות

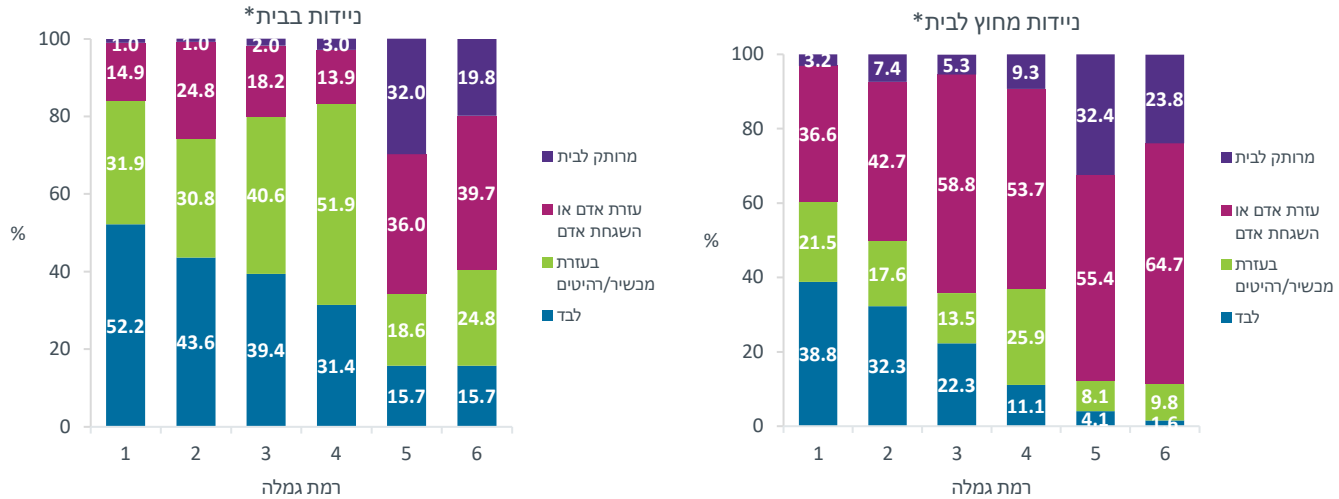
**תרשים 5** מציג את היכולת של המרואיינים מקבלי הגמלה להתנייד בבית ומחוץ לבית. התרשים מציג עלייה ברמת המוגבלות להתנייד עצמאית בבית ומחוצה לו ככל שעולה רמת הגמלה. כך, בעוד ברמות גמלה 1-2 כ-40% מן המרואיינים מקבלי הגמלה זקוקים לעזרת אדם או להשגחה כדי להתנייד/רהיטיסיד מחוץ לבית או שאינם יכולים לעשות זאת כלל (מרותקים לבית), ברמות 6-5 שיעורם מתקרב ל-90%. באשר להתניידות בתוך הבית, 44%-52% מן המרואיינים ברמות גמלה 1 ו-2 מתניידים ללא עזרה ושיעורים אלו יורדים ל-16% ברמות 5 ו-6.

**ככל שעולה רמת הגמלה, שיעור גבוה יותר זקוקים לעזרה אדם, בעיקר בהתניידות מחוץ לבית:**

<b>כ-38%</b>	<b>כ-12%</b>	<b>כ-82%</b>	<b>כ-37%</b>	<b>כ-80%</b>	<b>כ-55%</b>
מחוץ לבית	בתוך הבית	מחוץ לבית	בתוך הבית	מחוץ לבית	בתוך הבית
רמות גמלה 5-6		רמות גמלה 3-4		רמות גמלה 1-2	

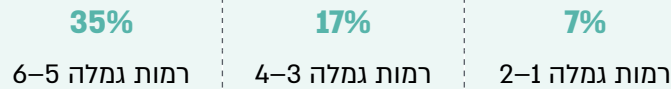


**תרשים 5: יכולת להתנייד בבית ומחוצה לו, לפי רמת הגמלה (n = 701; באחוזים)**



$p < .05^*$

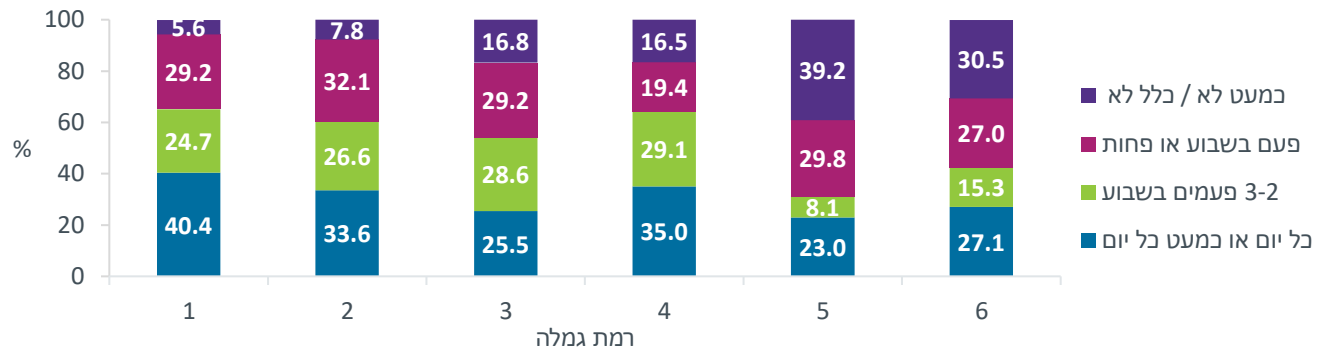
**תדירות היציאה מן הבית יורדת עם רמת הגמלה: לא יוצאים כמעט או שכלל לא יוצאים מן הבית**



מדד נוסף לבחינת רמת ניידות היא תדירות היציאה מן הבית. **תרשים 6** מציג את מספר היציאות של המרואיינים מקבלי הגמלה מן הבית בשבוע החולף. מן התרשים עולה כי המרואיינים ברמות גמלה 1-2 יוצאים מן הבית בתדירות גבוהה (פעמיים בשבוע לפחות) יותר מן המרואיינים ברמות גמלה 5-6 (יותר מ-60% לעומת פחות מ-40%, בהתאמה). המרואיינים נשאלו גם מהן הסיבות שבעטיין הם לא יוצאים מן הבית. הסיבה השכיחה שצוינה היא מצב הבריאות (96%) ולאחריה חשש מנפילה (26%, מהם כ-33% ברמות גמלה 1-4).

פחות מ-40%, בהתאמה). המרואיינים נשאלו גם מהן הסיבות שבעטיין הם לא יוצאים מן הבית. הסיבה השכיחה שצוינה היא מצב הבריאות (96%) ולאחריה חשש מנפילה (26%, מהם כ-33% ברמות גמלה 1-4).

**תרשים 6: תדירות היציאה מן הבית, לפי רמת הגמלה (n = 701; באחוזים)\***

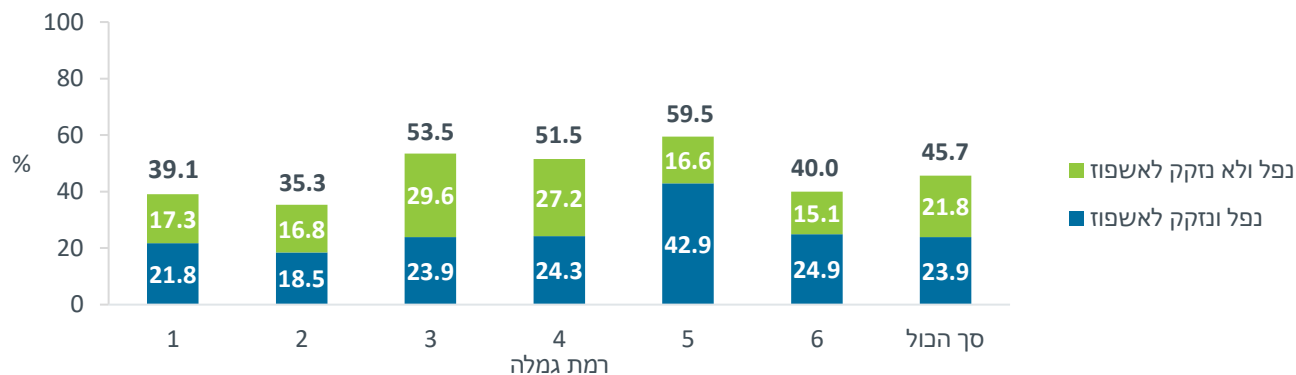


$p < .05^*$

**כמחצית ממקבלי הגמלה נפלו בשנה האחרונה. מבין מי שנפל, כמחצית התאשפזו בבית חולים עקב הנפילה.**

נפילה בגיל מבוגר משפיעה לרעה על מצב הבריאות ועל איכות החיים. **מתרשים 7** עולה כי 45.7% מן המרואיינים מקבלי הגמלה נפלו לפחות פעם אחת בשנה האחרונה. המרואיינים נשאלו גם על מידת הביטחון שיש להם להתנייד בבית: 11.3% השיבו 'במידה מעטה', 15.8% השיבו 'בכלל לא' ו-4.5% השיבו שהם מרותקים למיטה (לא מופיע בתרשים).

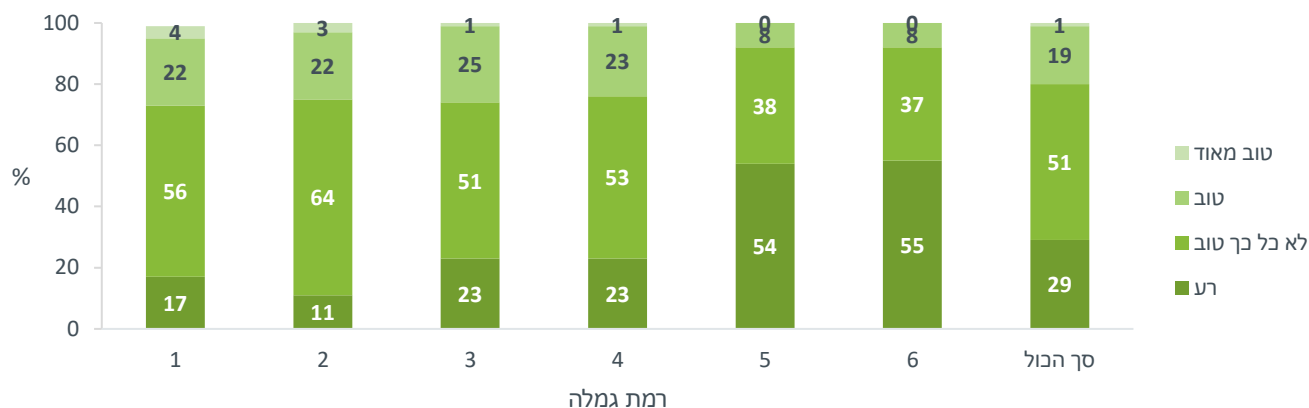
**תרשים 7: נפילה בשנה האחרונה, לפי רמת הגמלה (n = 700; באחוזים)**



### 3.4 מצב הבריאות

המרואיינים התבקשו להעריך את מצב בריאותם (**תרשים 8**). 20% מן המרואיינים מקבלי הגמלה העריכו כי מצב בריאותם הוא טוב או טוב מאוד, 51% העריכו כי הוא לא כל כך טוב ו-29% העריכו כי הוא רע. מן הראינות עולה כי מצב הבריאות של מקבלי הגמלה טוב פחות ככל שרמת הגמלה גבוהה יותר.

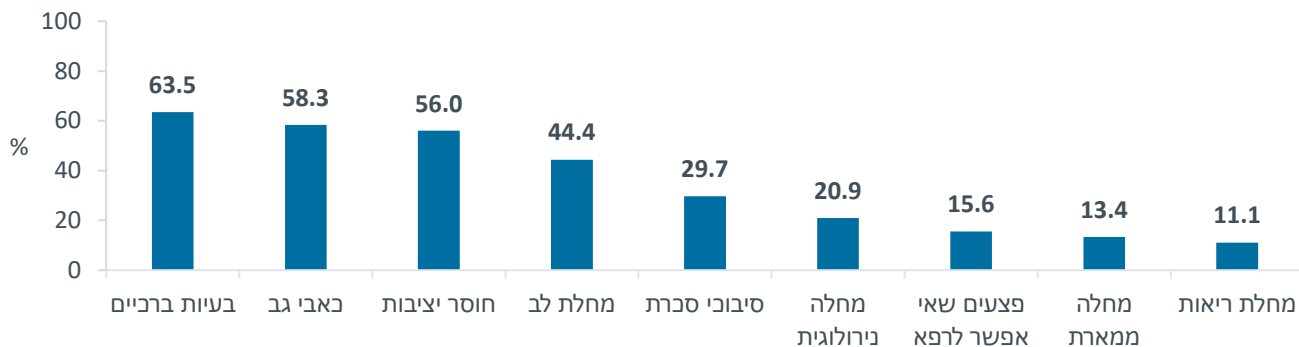
**תרשים 8: הערכה עצמית של מצב הבריאות, לפי רמת הגמלה (n = 730; באחוזים)\***



**מצב הבריאות מידרדר  
ככל שרמת הגמלה עולה.  
בעיות הבריאות השכיחות הן בעיות  
ברכיים וכאבי גב וחוסר יציבות.**

המרוויינים נשאלו אם יש להם בעיות בריאות (**תרשים 9**). מן התרשים עולה כי הבעיות השכיחות הן אורתופדיות, כמו בעיות בברכיים (63.5%) ובגב (58.3%). עוד דיווחו המרוויינים על בעיות של חוסר יציבות (56.0%), מחלת לב (44.4%), סיבוכי סכרת (29.7%) ומחלות נירולוגיות כמו פרקינסון (20.9%). שיעורים נמוכים יותר דיווחו על פצעים שאי אפשר לרפא, על מחלה ממארת ועל מחלת ריאות.

**תרשים 9: בעיות בריאות – סך הכול (n = 709; באחוזים)**

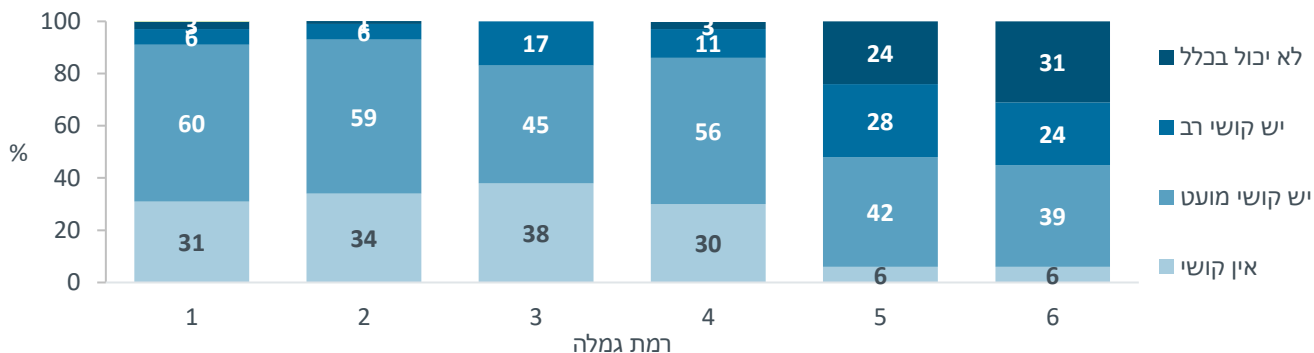


**ברמות 5–6 ליותר מ-50% מן המרוויינים  
מקבלי הגמלה יש קשיים קוגניטיביים  
וכ-30% ברמות 5–6 סובלים מדמנציה קשה.**

### 3.5 מצב קוגניטיבי

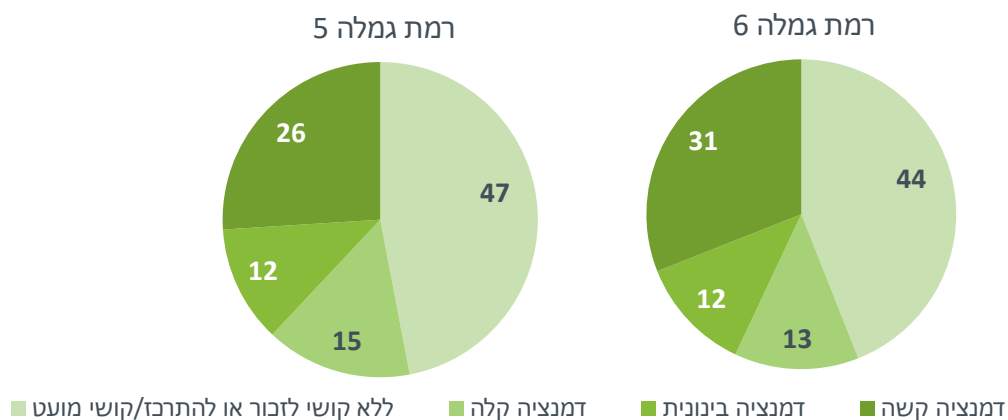
**מתרשימים 10–11** עולה כי בעוד ברמות גמלה 1–4 פחות מ-20% דיווחו שהם לא יכולים לזכור או להתרכז או שיש להם קושי רב בכך, ברמות 5–6 שיעורם מגיע לכ-53% (על פי דיווחי בני המשפחה שרואיינו על אודות מקבלי הגמלה).

**תרשים 10: דיווח בני המשפחה על יכולת מקבלי הגמלה לזכור ולהתרכז, לפי רמת הגמלה (n = 629; באחוזים)\***



$p < 0.05^*$

תרשים 11: דיווח בני המשפחה על דמנציה בקרב מקבלי הגמלה ברמות גמלה 5 ו-6 (n = 110; באחוזים)



#### סיכום: מצב תפקודי, בריאותי וקוגניטיבי

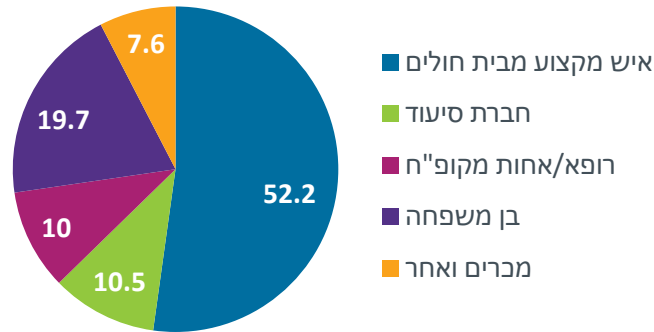
- ככל שרמת הגמלה עולה מדרדר מצבם התפקודי, הבריאותי והקוגניטיבי של מקבלי הגמלה
- יש דמיון בין רמות התפקוד של מקבלי הגמלה ברמה 1 ורמה 2, ברמה 3 ורמה 4 וברמה 5 ורמה 6
- בין חמישית לשליש מן המרואיינים מקבלי גמלה ברמות 1 ו-2 אינם מוגבלים בביצוע פעולות ADL
- יותר ממחצית מן המרואיינים מקבלי הגמלה זקוקים לעזרה בניידות מחוץ לבית ויותר מרבע זקוקים לעזרה בניידות בתוך הבית
- תדירות היציאה מן הבית של מרואיינים מקבלי גמלה ברמות 1-4 היא גבוהה יחסית (שני שלישים יוצאים לפחות פעמיים בשבוע), וברמות 5-6 היא נמוכה (שליש כמעט לא יוצאים מן הבית)
- בעיות הבריאות השכיחות: מחלות אורתופדיות וחוסר יציבות
- לרבע מן המרואיינים מקבלי הגמלה יש קושי לזכור או להתרכז
- כמחצית נפלו בשנה שקדמה לריאיון

### 3.6 תהליך הפנייה לקבלת גמלת סיעוד

כמחצית מן ההפניות להגשת בקשה לגמלת סיעוד מגיעות מבית החולים

המרוויינים נשאלו מי הפנה אותם להגיש בקשה לקבלת גמלת סיעוד. **תרשים 12** מציג את התפלגות תשובותיהם. 52% מן הפונים לקבלת גמלת סיעוד הופנו על ידי איש מקצוע בבית החולים, 20% הופנו על ידי בן משפחה, 10% על ידי רופא או אחות מקופת החולים, 10% על ידי נותן השירות או גורמים אחרים (8%). ניתוח הנתונים בנוגע לסיבות להגשת הבקשה לגמלה מלמד כי מרבית הפונים (81.6%) הגישו את הבקשה בעקבות הידרדרות הדרגתית במצבם ואילו 38.5% בגלל הידרדרות פתאומית (אפשר היה להשיב יותר מתשובה אחת אשר לסיבה לפנייה להגשת הבקשה). סיבות נוספות שצוינו היו: 'כדי להקל על המשפחה' (3%), 'רוצה לקבל כסף' (3%), 'בעקבות משבר משפחתי' (2%). ייתכן ששיעור ההפניות הגבוה מבית החולים הוא תוצאה של חוסר מענים מתאימים בקהילה.

תרשים 12: גורם מפנה לקבלת גמלת הסיעוד – סך הכול (n = 724; באחוזים)



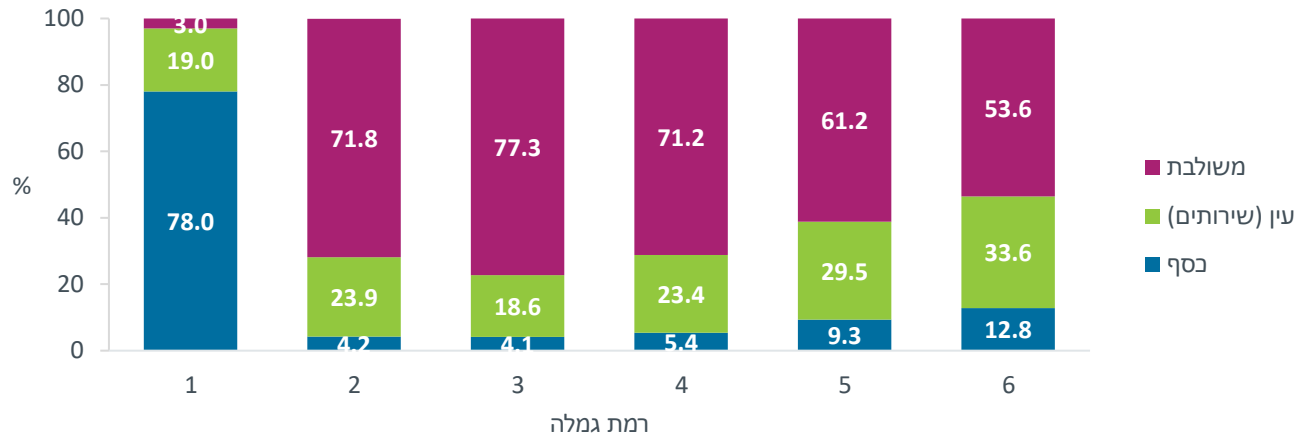
### 3.7 סוג גמלה

רמת הגמלה נקבעת על פי מידת המוגבלות בתפקוד של הפונה – רמת גמלה 1 מייצגת מוגבלות נמוכה ואילו רמת גמלה 6 מייצגת את רמת המוגבלות הגבוהה ביותר. שירותי הסיעוד ניתנים על פי רמת הגמלה וצורכי הזכאי. סוגי הגמלה הקיימים הם: גמלה בכסף לשם קניית שירותים, גמלה בעין (כלומר קבלת שירותי סיעוד) וכן שילוב של גמלה בכסף וגמלה בעין ('גמלה משולבת'). השירותים בעין שאפשר לקבל הם: מטפלת לטיפול אישי, מרכז יום, מוצרי ספיגה, חברות בקהילה תומכת, שירותי כביסה ולחצן מצוקה.

**תרשים 13** מציג את התפלגות סוג הגמלה בכל רמת גמלה, על פי נתונים מנהליים שהתקבלו מן המוסד לביטוח לאומי באמצע שנת 2023. בתרשים בולט חלקה של הגמלה בכסף ברמה 1 (78.0%) ואילו בשאר הרמות מרבית מקבלי הגמלה מקבלים גמלה משולבת (53.6%-77.3%). שכיחות הגמלה בעין נעה בין 19.0% ל-33.6%.

רמה 1: הרוב מקבלים גמלה בכסף  
רמות 2-6: הרוב מקבלים גמלה משולבת

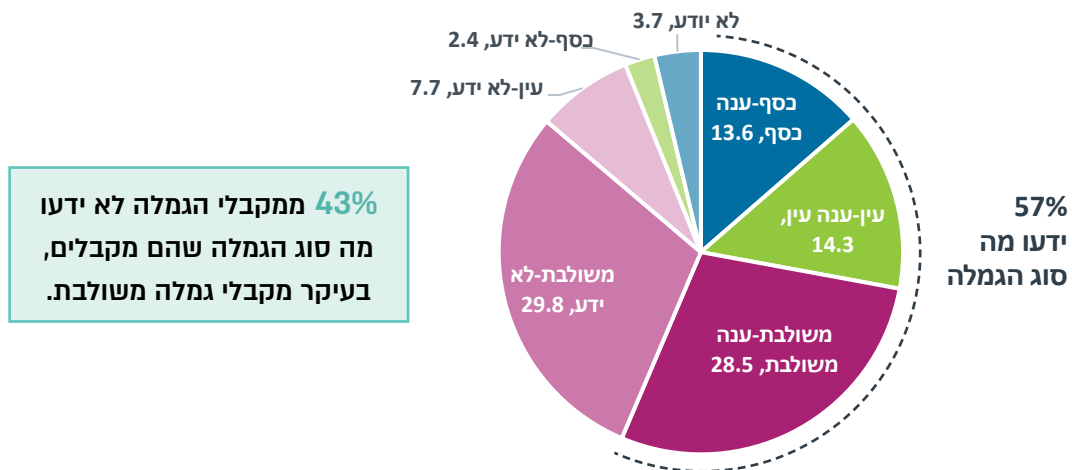
**תרשים 13: התפלגות סוג הגמלה לפי רמת גמלה (באחוזים)**



מקור הנתונים: נתונים מנהליים מן המוסד לביטוח לאומי

המרוויינים מקבלי הגמלה נשאלו מהו סוג הגמלה שהם מקבלים. **מתרשים 14** עולה כי רק 57% מהם ציינו את סוג הגמלה שהם מקבלים ודיווחם תאם למידע המנהלי של המוסד לביטוח לאומי. חוסר ההתאמה (או חוסר הידיעה) מאפיין בעיקר את המרוויינים מקבלי הגמלה המשולבת (29%). 8% מן המרוויינים מקבלי גמלה בעין לא ידעו שהם מקבלים גמלה בעין ו-2% מן המקבלים גמלה בכסף לא ידעו שהם מקבלים גמלה בכסף. 4% השיבו 'לא יודע' לשאלה. ייתכן כי חלק מן ההבדלים בין תשובות המרוויינים לנתונים המנהליים נובעים משינויים שחלו בין מועד הריאיון ובין מועד העדכון של הנתונים המנהליים.

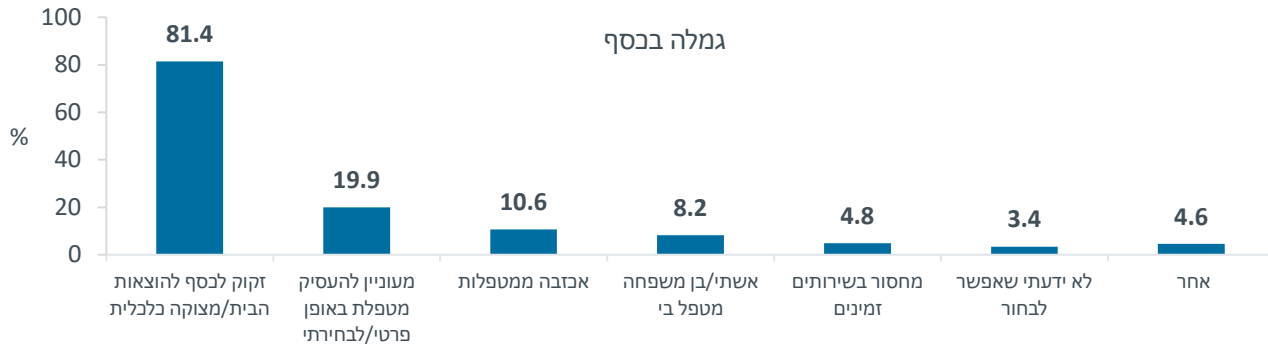
**תרשים 14: תשובות המרוויינים בנוגע לסוג הגמלה שיש להם (n = 694; באחוזים)**



### 3.8 בחירת סוג הגמלה

81.4% מן המרואיינים מקבלי גמלה בכסף נימקו את בחירתם בגמלה זו בכך שהיו זקוקים לכסף לצורכי מחיה, 18.9% העדיפו לשלם בכסף הזה למטפלת באופן פרטי, 10.6% משום שהתאכזבו ממתפללות ולא היו מעוניינים עוד במטפלת דרך חוק סיעוד, 8.2% דיווחו שבן משפחתם כבר מטפל בהם, 4.8% ציינו שאין באזור מגוריהם מטפלות, 3.4% לא ידעו שיש אפשרות לבחור בסוג גמלה אחר ו-4.6% ציינו סיבות אחרות, כמו 'לא מעוניינים להכניס מטפלת בגלל הקורונה', 'מעוניינים לשלם למנקה או לבית אבות' (תרשים 15).

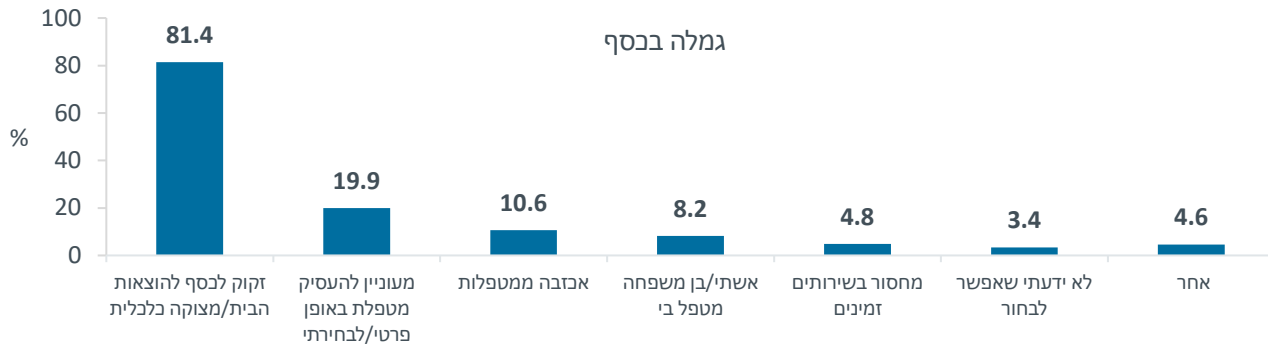
תרשים 15: הסיבות לבחירה בגמלה בכסף בקרב מקבלי גמלה זו<sup>א</sup> (n = 290; באחוזים)



<sup>א</sup> אפשר היה להשיב יותר מתשובה אחת, לכן האחוזים מסתכמים ליותר מ-100%

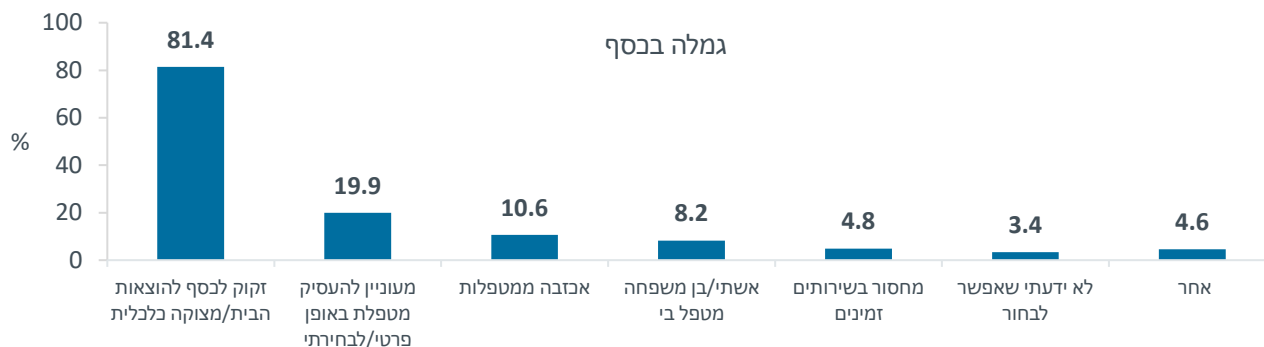
95.4% ממקבלי הגמלה בעין בחרו בגמלה זו משום שהיו מעוניינים בעזרה של מטפלת, 9.1% טענו ש'אין בני משפחה שיכולים לטפל' בהם, 8.1% טענו שהם רוצים את תמיכתה של חברת הסיעוד, 6.2% טענו שהם מעוניינים להשתמש בגמלה כדי להעסיק בן משפחה כמטפל. 5.3% ציינו שלא ידעו שיש אפשרות לבחור את סוג הגמלה ו-9.8% ציינו סיבות אחרות, כמו 'זה מה שקבעו לי בביטוח לאומי' (תרשים 16).

תרשים 16: סיבות לבחירה בגמלה בעין (n = 209; באחוזים)



85.7% ממקבלי הגמלה המשולבת העדיפו סוג גמלה זה משום שרצו גם כסף וגם עזרת מטפלת. 18.8% השיבו שהיו מעוניינים לקבל את כל הגמלה בכסף אך הדבר לא אפשרי ו-13.2% ציינו סיבות אחרות, כמו שהיו מעדיפים לשלם למטפלת באופן פרטי, זקוקים לכסף למוניות ולתרופות, רוצים לשלם לעזרה בבישול או 'זה מה שקבעו בביטוח לאומי' (תרשים 17).

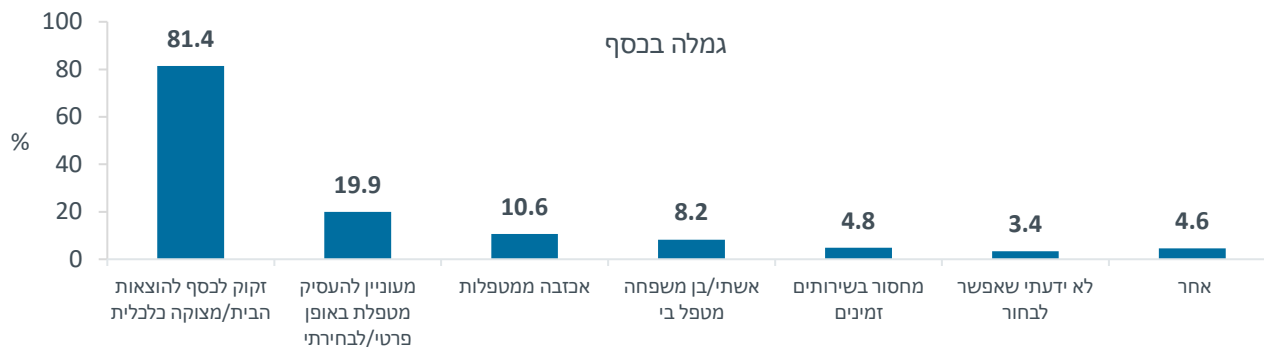
תרשים 17: הסיבות לבחירה בגמלה משולבת (n = 224; באחוזים)



אם מחברים את הסיבות לבחירה בסוג הגמלה שהוצגו לעיל ומחשבים את השכיחויות מקרב כלל מקבלי הגמלה מתקבל שיותר מ-85.0% בחרו בסוג הגמלה שלה נזקקו. מניתוח שאר הסיבות עולה ש-9.7% התקשו למצוא מטפלת שמתאימה להם ו/או היו מעוניינים לבחור בעצמם את המטפלת, 8.8% מכלל מקבלי הגמלה היו מעוניינים שבן המשפחה יטפל בהם ולכן בחרו גמלה בכסף או גמלה בעין, עוד 5.8% היו מעוניינים לקבל גמלה בכסף אך הדבר לא אפשרי ולכן נאלצו לקבל גמלה משולבת ואילו 2.0% לא ידעו שאפשר לבחור את סוג הגמלה (הם אלו שמקבלים גמלה בעין או משולבת).

**תרשים 18** מציג את שביעות הרצון של מקבלי הגמלה על פי סוג הגמלה שיש להם. מן התרשים עולה שביעות רצון גבוהה והיא דומה בשלושת סוגי הגמלה (88.2%-92.6%).

תרשים 18: שביעות רצון מסוג הגמלה (n = 724; באחוזים)





### 3.9 סוגים של שירותי גמלה, שעות הטיפול והמטפלת

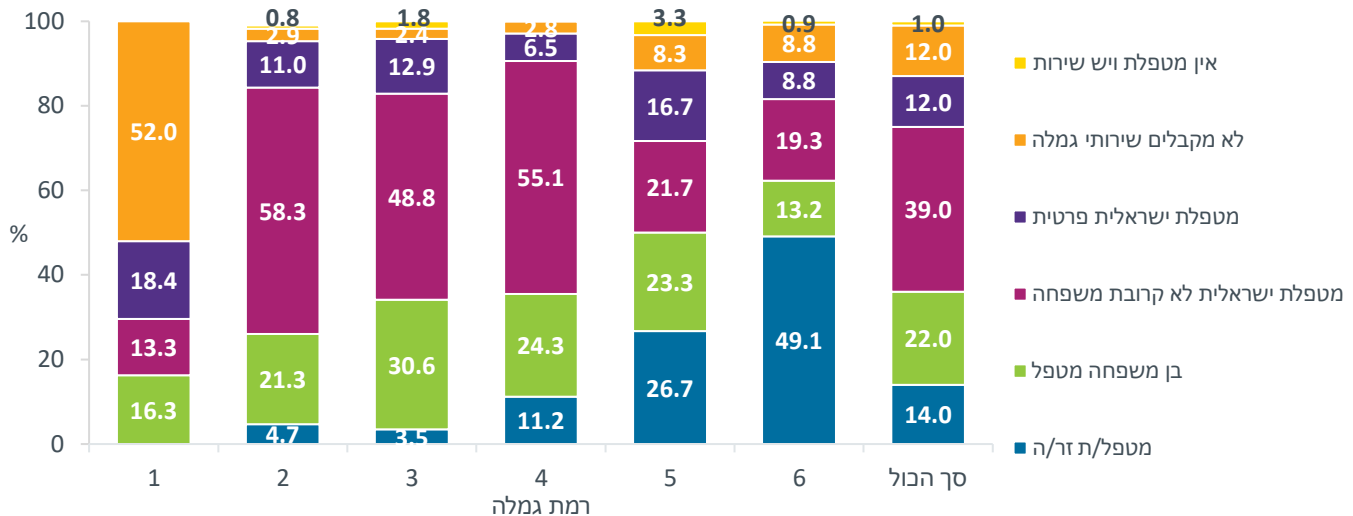
בפרק זה מוצגים ממצאים על סוגי השירותים בעין שמקבלים מקבלי הגמלה, וכן מאפייני המטפלת, העזרה שניתנת, צרכים לא מסופקים ושביעות רצון מן הטיפול.

#### סוגי השירותים

**תרשים 19** מציג את סוגי השירותים הניתנים במסגרת הגמלה. מן התרשים עולה כי ל-39% מן המרואיינים מקבלי הגמלה יש מטפלות שאינן בנות משפחה של המטופל (להלן: מטפלת 'רגילה'), ל-22% נוספים יש מטפלות בנות משפחה הרשומות כמטפלות בנות השירות (להלן: 'בני משפחה מטפלים'), ל-14% יש מטפלות זרות ול-12% מטפלות המועסקות באופן פרטי. לאחוז אחד אין מטפלת אך הם מקבלים שירות אחר במסגרת הגמלה (מרכז יום, קהילה תומכת ו/או מוצרי ספיגה) ו-12% לא מקבלים כלל שירותי גמלה. עוד עולה מן התרשים כי כ-50% מן המרואיינים מקבלי הגמלה ברמה 1 לא מקבלים כלל שירותי גמלה, ברמות 2-4 כ-50% מן המרואיינים מקבלי הגמלה מקבלים מטפלת ישראלית רגילה ואילו ברמה 6 כ-50% מקבלים מטפלת זרה.

**כמחצית ממקבלי גמלה ברמה 6 מקבלים מטפלת זרה.**  
**כמחצית ממקבלי גמלה ברמה 1 לא מקבלים שירותי סל, אך כחמישית מעסיקים מטפלת באופן פרטי.**  
**שכיחותם של בני משפחה מטפלים נמוכה ברמות 1 ו-6 לעומת שאר הרמות.**  
**שכיחותה של מטפלת ישראלית שאינה קרובת משפחה גבוהה ברמות 2-4**

תרשים 19: סוג השירות לפי רמת גמלה (n = 700; באחוזים)\*



p < .05\*

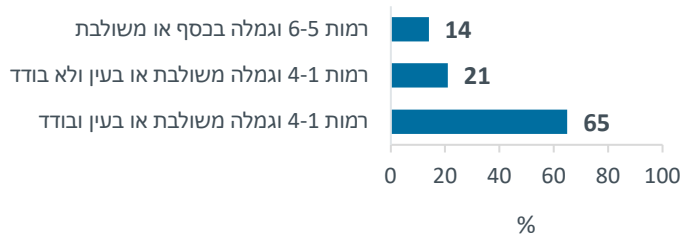
## פרופילים לאפיון סוג השירות

כדי ללמוד על המאפיינים העיקריים של מקבלי הגמלה בכל סוג שירות ננקטה שיטת הניתוח 'עצי החלטה' (decision trees), ולפיה בכל סוג שירות מתקבלים המאפיינים העיקריים תוך בחינה של המאפיין הדומיננטי. הפרופילים של אופן קבלת השירות והמאפיינים הדומיננטיים מופיעים **בתרשים 20**. אפשר לראות שהמאפיין הדומיננטי של מקבלי מטפלת זרה הוא קבלת גמלה בעין ברמות 5-6; המאפיינים הדומיננטיים של מקבלי מטפלת שאינה בת משפחה הם: קבלת גמלה משולבת או בעין ברמות 1-4 והגדרה 'בוודד' במוסד לביטוח לאומי (גרים לבד); למקבלי מטפלת בת משפחה יש כמה מאפיינים אך אין מאפיין דומיננטי בולט; המאפיין הדומיננטי של מעסיקי מטפלת פרטית הוא קבלת גמלה בעין ברמות 5-6; המאפיינים הדומיננטיים של מי שלא מקבל אף שירות גמלה הם גמלה בכסף ומוגבלות נמוכה.

### תרשים 20: פרופילים של אופן קבלת השירות (באחוזים)

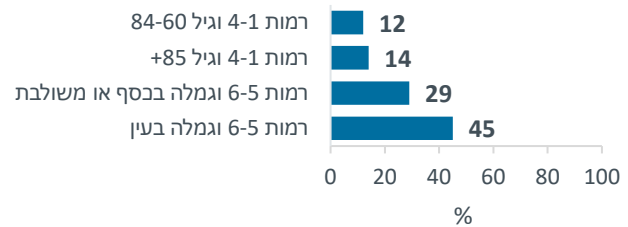
**הפרופיל הבולט (65%) הוא השילוב בין רמות גמלה 1-4, בוודד ללא גמלה בכסף**

מטפלת שאינה בת משפחה (n = 217)



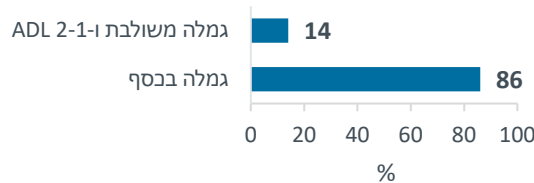
**המאפיין הנפוץ הוא רמת גמלה 5-6 (74%)**

מטפלת זרה (n = 102)



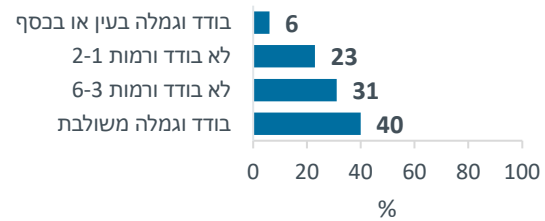
**המאפיין הבולט: גמלה בכסף**

אין אף שירות (n = 84)

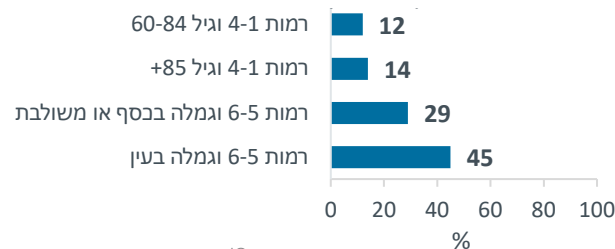


**המאפיין של בוודד/לא בוודד הוא משמעותי במטפלת בת משפחה (שיעורם מתוך הלא בוודדים כפול). אין דפוס ברור של אפיון**

מטפלת בת משפחה (n = 159)



מטפלת פרטית (n = 87)



**כשלושה רבעים הם ברמות גמלה 5-6. כשליש מקבלים גמלה בכסף או משולבת**

### סיכום: סוגי שירותי הגמלה

- דפוסי קבלת השירות מגוונים: 61% מקבלים שירותי מטפלת ישראלית ('רגילה' או בת משפחה) ועוד 12% מעסיקים מטפלת באופן פרטי ו-14% מעסיקים מטפלת זרה; 12% לא מקבלים שירותי גמלה כלל
- דפוסי קבלת השירות משתנים לפי רמת הגמלה (למשל, ברמת גמלה 6 כמחצית מקבלים מטפלת זרה, ברמת גמלה 1 כמחצית לא מקבלים שירותי גמלה כלל)

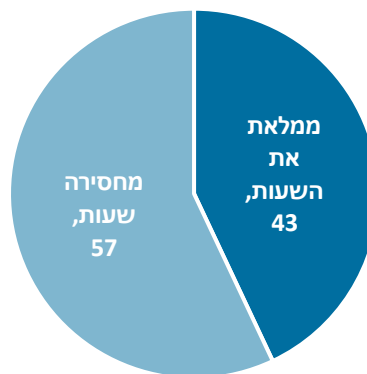
פרופילים בולטים:

- מטפלת זרה: רמות 5-6
- מטפלת ישראלית שאינה בת משפחה: השילוב בין רמות גמלה 1-4, בודד וללא גמלה בכסף
- מטפלת ישראלית בת משפחה: בודד/ לא בודד משמעותי באפיון, אך מלבד זאת אין מאפיין בולט
- מטפלת פרטית: קניית שירותי מטפלת בגמלה בכסף/משולבת
- אין שירותי גמלה: גמלה בכסף, מוגבלות נמוכה

### שעות הטיפול

המרואיינים נשאלו על הפער בין מספר השעות שלהן הם זכאים במסגרת הגמלה ובין מספר השעות שהמטפלת עובדת בפועל. **תרשים 21** מציג את הפער וממנו עולה כי 43% מן המרואיינים השיבו שהמטפלת ממלאת את מספר השעות שלו הם זכאים במסגרת הגמלה ו-57% השיבו שהיא מחסירה שעות שבועיות.

תרשים 21: מילוי שעות הזכאות השבועיות – סך הכול (n = 247; באחוזים)



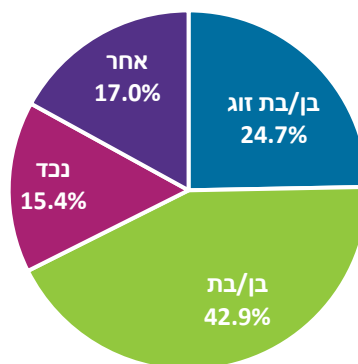
**43%** מן המרואיינים דיווחו שהמטפלת נוהגת למלא את כל שעות הזכאות

## המטפלת

**43% מבני המשפחה הרשומים כמטפלים הם בן/בת של המטופל. 25% הם בני זוג.**

כאמור, 22.0% מן המרואיינים שיש להם מטפלת ציינו שהיא בת משפחה הרשומה בנותן שירות. **תרשים 22** מציג את יחס הקרבה למטופל: ב-42.9% מן המרואיינים האלה מטפלים בנם או בתם (שהם 6.4% מכלל מקבלי הגמלה), ב-24.7% מן המרואיינים האלה מטפלים בני או בנות הזוג (3.7% מכלל מקבלי הגמלה). ניתוח הנתונים מלמד כי ברמת גמלה 1 ההתפלגות שונה מעט מבשאר הרמות, שכן מרבית בני המשפחה המטפלים הם בן או בת של המטופל ואילו חלקם של בני או בנות הזוג מגיע לאחוזים בודדים (לא מופיע בתרשים).

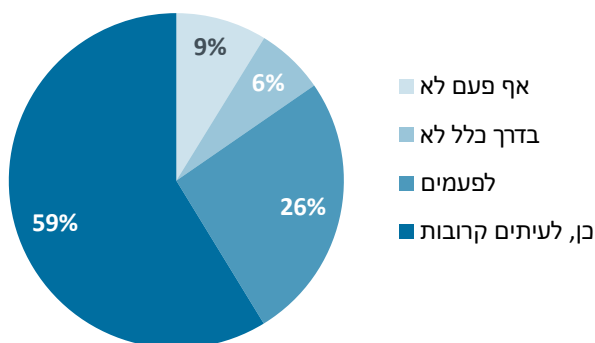
תרשים 22: יחס הקרבה למטופל – סך הכול (n = 111; באחוזים)



## שביעות רצון מן הטיפול

אחד המדדים לבחינת הקשר בין המטופל למטפלת הוא תדירות השיתוף בהדדי בנושאים אישיים ומשפחתיים. **מתרשים 23** עולה כי 59.0% מן המטופלים נוהגים לשתף את המטפלת בנושאים אישיים לעיתים קרובות. ניתוח הנתונים מלמד כי תדירות השיתוף הגבוהה ביותר היא כאשר המטפלת היא בת משפחה (92% לעומת 41% כשהמטפלת אינה בת משפחה) (לא מופיע בתרשים).

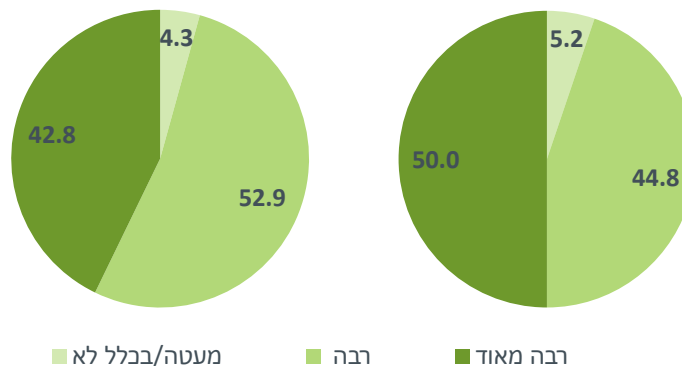
תרשים 23: תדירות השיתוף של המטפלת בנושאים אישיים (n = 320; באחוזים)



**מתרשים 24** עולה כי כ-95% מן המרואיינים היו שבעי רצון במידה רבה או רבה מאוד מחברת הסיעוד ומן המטפלת. ניתוח הנתונים מלמד כי שביעות הרצון הייתה גבוהה יותר כאשר המטפלת היא בת משפחה (97% לעומת 89% כאשר המטפלת אינה בת משפחה) (לא מופיע בתרשים).

**תרשים 24: שביעות רצון מחברת הסיעוד (n = 172) ומן המטפלת (n = 329) (באחוזים)**

שביעות רצון מחברת הסיעוד      שביעות רצון כללית מן המטפלת



דווחה שביעות רצון גבוהה מן המטפלת ומנותן השירות; 59% מן המרואיינים דיווחו שהם מדברים עם המטפלת על נושאים אישיים לעיתים קרובות

### סיכום: הטיפול והמטפלת

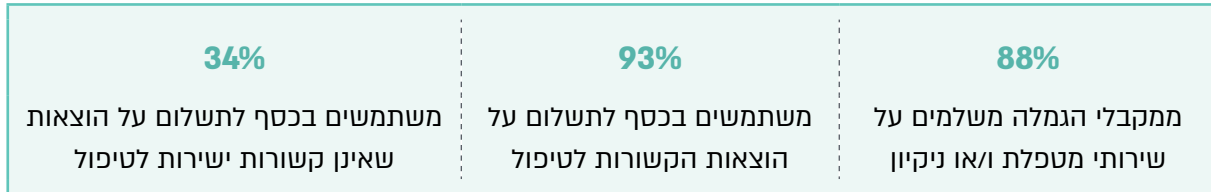
- כמחצית מן המטפלות הן מטפלות שאינן בנות משפחה וכחמישית הן בנות משפחה
- יותר ממחצית מן המרואיינים דיווחו כי המטפלת לא ממלאת את כל שעות הזכאות
- דווחה שביעות רצון גבוהה מאוד מן המטפלת ומנותן השירות

מטפלת ישראלית – בת משפחה:

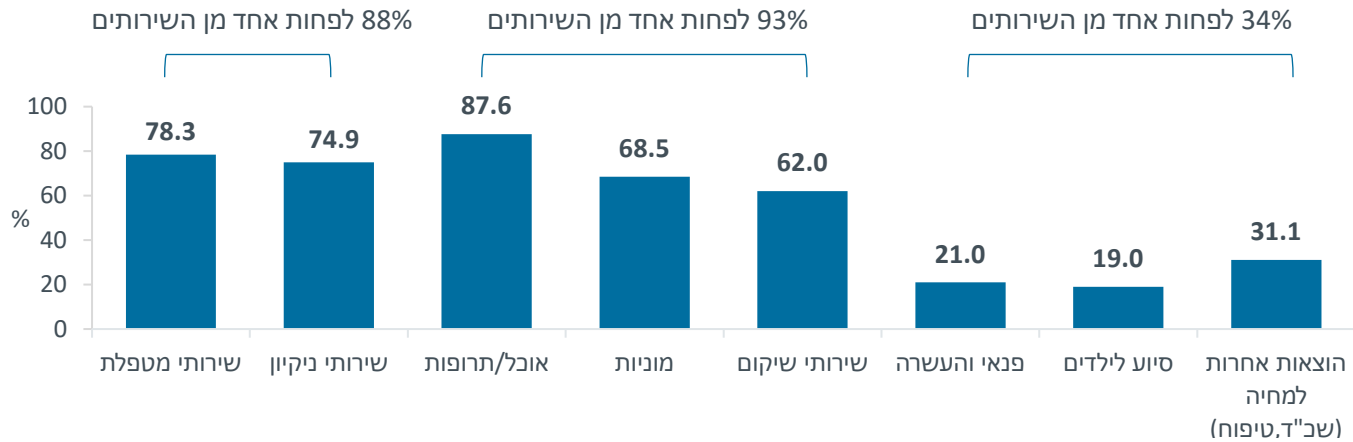
- ברמת גמלה 1 מרבית בני המשפחה המטפלים הם הבן או הבת של מקבל הגמלה; בשאר הרמות שיעורם הוא כ-40%
- שביעות הרצון מן המטפלת ותדירות השיתוף של המטפלת בנושאים אישיים גבוהות יותר כאשר המטפלת היא בת משפחה

### 3.10 שימוש בכספי הגמלה

מקבלי הגמלה בכסף נשאלו על השימוש שהם עושים בכספי הגמלה. **תרשים 25** מציג את תשובותיהם וממנו עולה כי השימושים השכיחים הם קניית אוכל ותרופות (87.6%), תשלום על שירותי מטפלת (78.3%) ותשלום על שירותי ניקיון (74.9%). כמו כן 68.5% דיווחו על הוצאות למוניות ו-62.0% על תשלום לשירותי שיקום. מן התרשים עולה גם כי כשליש מן המרואיינים משתמשים בכספי הגמלה לצרכים שאינם קשורים לטיפול עצמי.



תרשים 25: שימוש בכספי הגמלה (n = 507; באחוזים)



### 3.11 צרכים לא מסופקים

המרואיינים שיש להם מטפלת נשאלו אם קיבלו ממנה עזרה ואם הם זקוקים לעזרה כלשהי בביצוע שמונה פעולות ADL ו-IADL. תשובותיהם מוצגות ב**תרשים 26**. מבין מי שיש לו מטפלת, 65% ויותר דיווחו כי המטפלת עוזרת להם בפעולות בסיסיות של התלבשות ורחצה ובפעולות מורכבות יותר של הכנת ארוחה חמה, קניית מצרכים וליווי מחוץ לבית.

רוב מקבלי הגמלה מקבלים עזרה מהמטפלת

76%–70%

IADL-ב

70%–54%

ADL-ב

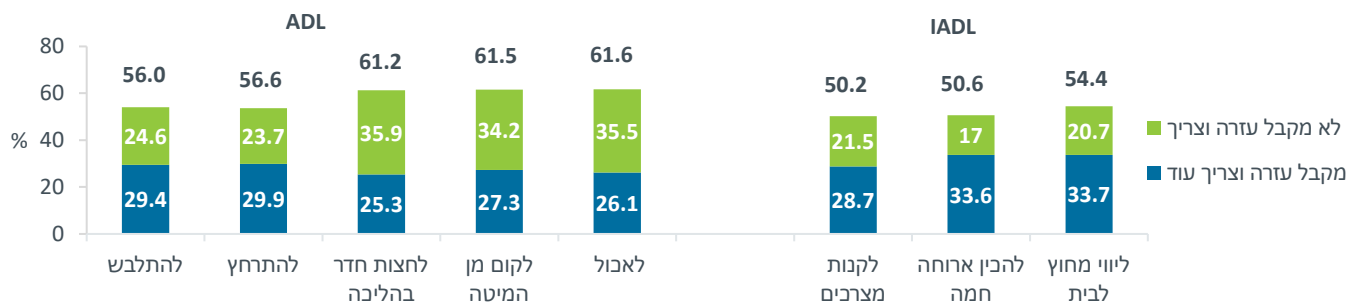
יחד עם זאת, מחצית ויותר זקוקים לעזרה/עזרה נוספת בפעולות אלה, בעיקר בהתניידות בבית, בהאכלה ובליווי מחוץ לבית

תרשים 26: קבלת עזרה ממטפלת בפעולות ADL ו-IADL (n = 198; באחוזים)



**תרשים 27** מציג את הצרכים הלא מסופקים בפעולות יום-יומיות, בין המטפלת עוזרת בהן והמטופל זקוק לעזרה נוספת ובין הוא אינו מקבל כלל עזרה ממנה והוא זקוק לעזרה. בפעולות הבסיסיות (ADL) בולט הצורך בעזרה בהתניידות בבית ובהאכלה (יותר מ-60% מן המרואיינים) ובפעולות המורכבות (IADL) בולט הצורך בליווי מחוץ לבית (54.4%).

תרשים 27: קבלת עזרה ממטפל פורמלי וצרכים לא מסופקים ב-ADL וב-IADL (n = 198; באחוזים)



### סיכום: שימוש בכספי הגמלה והעזרה מן המטפלת

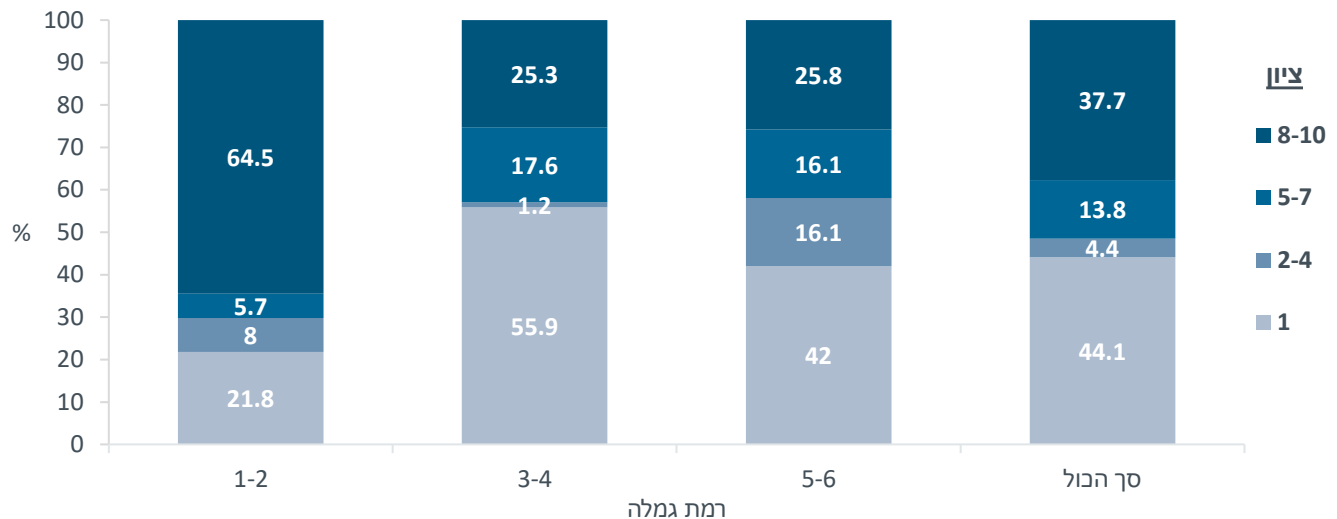
- כשלושה רבעים דיווחו שהם משלמים על שירותי מטפלת ו/או על שירותי ניקיון
- כ-90% דיווחו שהם משתמשים בכסף לתשלום על הוצאות הקשורות לטיפול
- כשליש דיווחו שהם משתמשים בכסף לתשלום על הוצאות שאינן קשורות ישירות לטיפול
- כשני שלישים ויותר מקבלים עזרה ממטפלת במרבית פעולות היום-יום, עם זאת כמחציתם זקוקים לעזרה בעיקר בהתניידות בבית ובהאכלה

## 3.12 דחיקת תלות ושימור תפקוד

### דחיקת תלות

התפיסה שהמטפלת אמורה לשמר את תפקודו של המטופל ולדחוק את התלות שלו בסביבתו על ידי מתן אוטונומיה בחייו, מתן אפשרויות בחירה בהתנהלות היום-יומית שלו ועידודו לפעילות גופנית וחברתית, נבדקה באמצעות שאלה המבקשת לדרג את תפקודה של המטפלת בין 1 (המטפלת עושה הכול במקומי) ל-10 (המטפלת מעודדת לעשות פעילות עצמאית). התשובות מוצגות בתרשים 28. 44.1% מן המרואיינים מקבלי הגמלה דיווחו שהמטפלת נוהגת לעשות הכול בעצמה (נתנו ציון 1) ו-37.7% השיבו שהיא מעודדת אותם לבצע פעולות בעצמם (נתנו ציונים 8-10). תשובה זו בולטת במיוחד ברמות גמלה 1-2 (64.5%).

תרשים 28: תפקודה של המטפלת, לפי רמת גמלה (n = 288; באחוזים)



הציונים נעו בין 1=עושה הכול במקומי ועד 10=מעודדת לעשות פעילות עצמאית



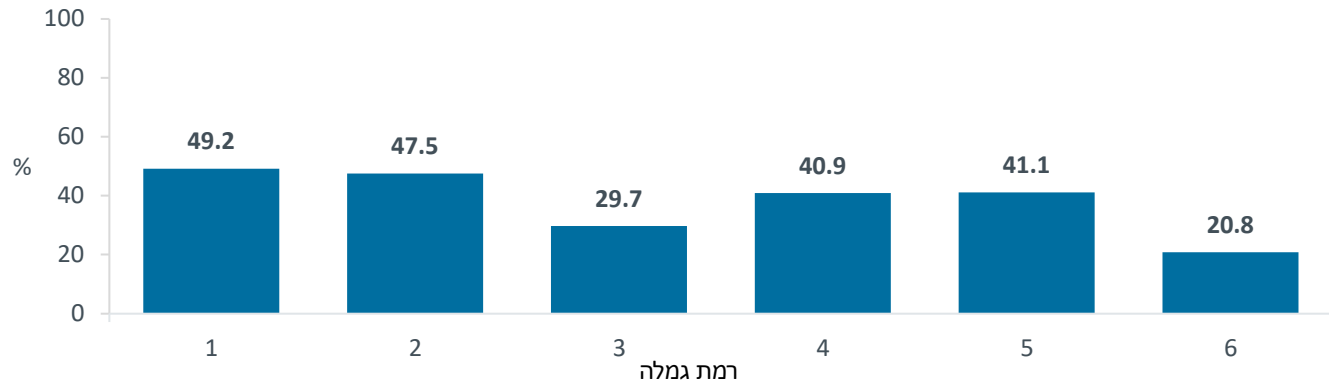
## הגשת בקשה למוסד לביטוח לאומי לבדיקה מחדש לצורך הגדלת זכאות (החמרה)

הגשת בקשה להחמרה קיימת בכל הרמות.  
אחוז גבוה יחסית נמצא ברמות הגמלה  
הנמוכות ובקרב מי שמצב בריאותו טוב.

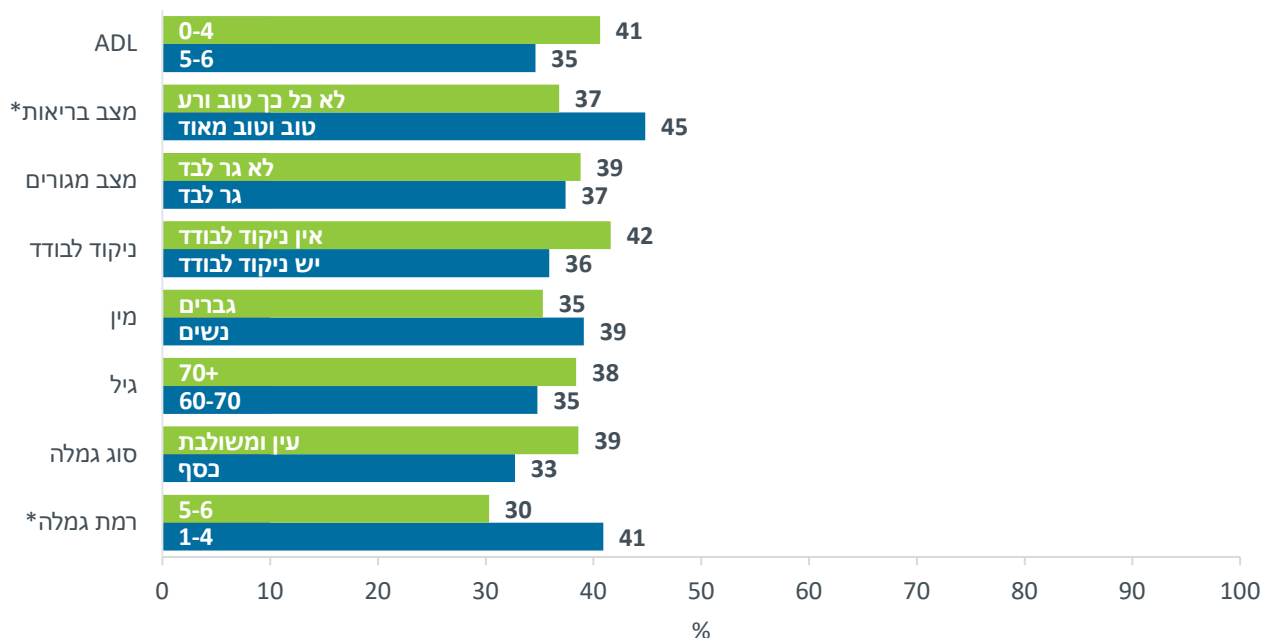
הידרדרות במצב הבריאות והחמרה במצב התפקוד מאפשרות למקבל הגמלה להגיש בקשה למוסד לביטוח לאומי לבדיקה מחדש לצורך הגדלת הזכאות (בקשה להחמרה). 38.0% מן המרואיינים מקבלי הגמלה דיווחו שהגישו בקשה כזו בשנה שקדמה לריאיון. **תרשים 29** מציג את שיעור

המרואיינים בכל רמת גמלה שהגישו בקשה להחמרה (יצוין כי לא ידוע אם כבר עברו לגמלה גבוהה יותר או לא). מתשובותיהם עולה כי כמחצית מן המרואיינים מקבלי הגמלה ברמות גמלה 1 ו-2 הגישו בקשה להחמרה. מניתוח עצי ההחלטה שמופיע בתרשים **30** עולה שמי שמצב בריאותם הוא טוב או טוב מאוד נטו אף הם להגיש בקשה להחמרה. מגישי הבקשה להחמרה נשאלו על הסיבות להגשתה, ניתוח תשובותיהם מלמד כי כשלושה רבעים מהם פנו בגלל הידרדרות הדרגתית במצבם והיתר בגלל הידרדרות פתאומית (לא מופיע בתרשים).

**תרשים 29: הגישו בקשה להחמרה בשנה האחרונה, לפי רמת גמלה (n = 700; באחוזים)**



תרשים 30: פרופיל המאפיינים של מגישי בקשה להחמרה בשנה האחרונה ( $n = 700$ ; באחוזים)



$p < .05$  \*

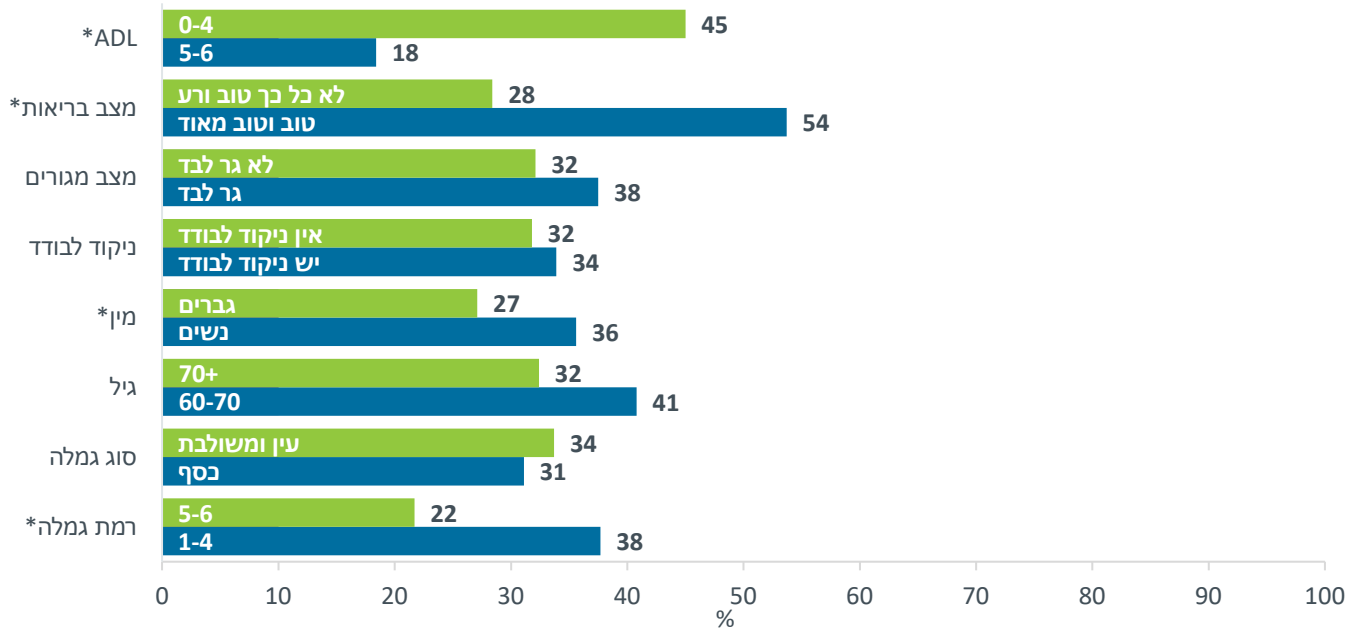
### שימור תפקוד והתנהגות מקדמת בריאות

התנהגות מקדמת בריאות נבדקה באמצעות שתי שאלות: האם המרואיין מקפיד על תזונה נכונה והאם הוא נוהג לעשות פעילות גופנית לפחות פעם בשבוע. מתשובות המרואיינים עלה ש-56% מהם נוהגים לשמור על תזונה נכונה ו-43% נוהגים לעשות פעילות גופנית לפחות פעם בשבוע. משילוב התשובות לשתי השאלות יחד עולה כי 71% מן המרואיינים נוהגים לקדם את בריאותם דרך תזונה נכונה ו/או פעילות גופנית.

**כמחצית ממקבלי הגמלה בכל הרמות נוהגים לעשות פעילות גופנית ומקפידים על תזונה נכונה**

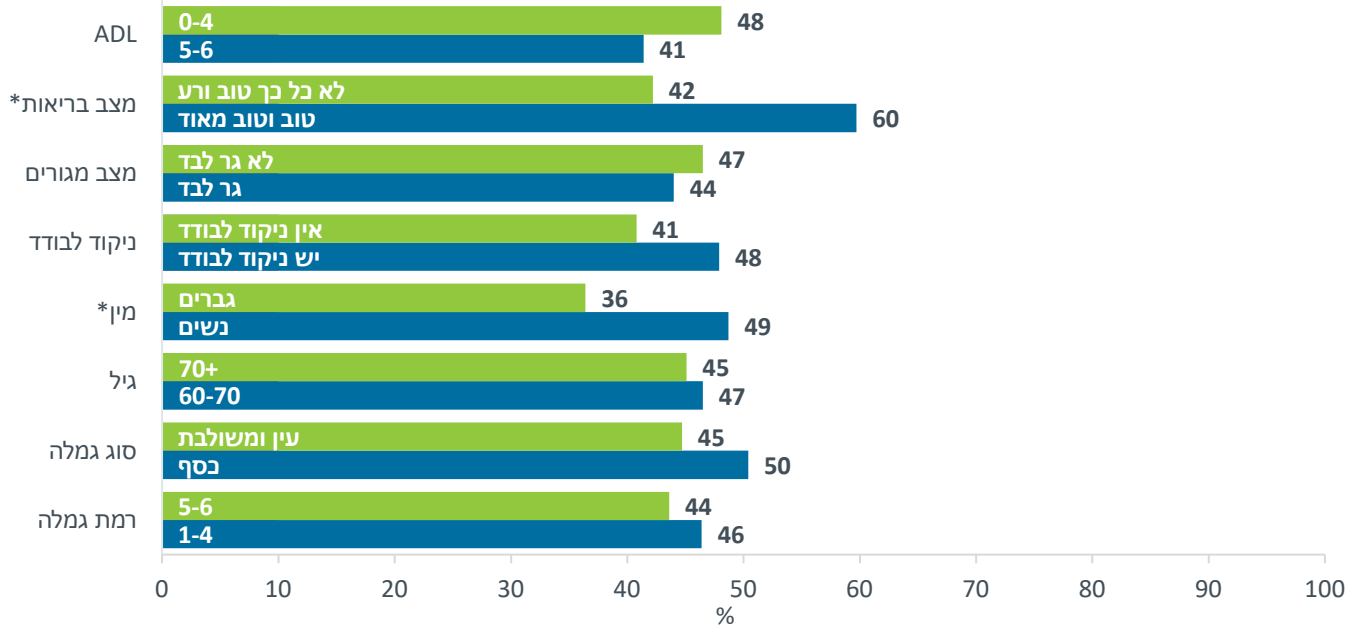
ניתוח עצי החלטה לאפיון תכונותיהם של מי שנוהגים לבצע פעילות גופנית לפחות פעם בשבוע מלמד כי המאפיינים הדומיננטיים של המבצעים פעילות גופנית הם מקבלי גמלה במצב תפקודי עצמאי יחסית – מי שמצב בריאותם טוב או טוב מאוד והם ברמות גמלה 1-4 (תרשים 31), ואילו המאפיינים הדומיננטיים בתחום התזונה הם: מצב בריאות טוב או טוב מאוד ומין (נשים) (תרשים 32).

תרשים 31: פרופילים של פעילות גופנית (באחוזים)



$p < .05$  \*

תרשים 32: פרופילים של הקפדה על תזונה נכונה (באחוזים)



$p < .05$  \*

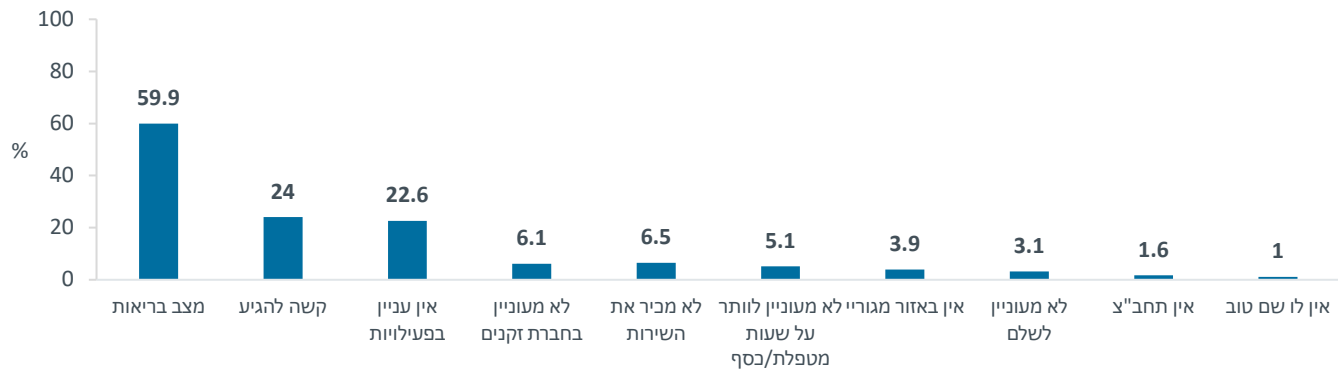
## שימור תפקוד ופעילות חברתית

כשליש ממקבלי הגמלה משתתפים בפעילות חברתית כלשהי. מיעוט מהם מבקרים במרכז יום. סיבות לאי הגעה: בעיות בריאות, קשיי נגישות וחוסר עניין בפעילות

פעילות חברתית מסייעת, פרט לאיכות החיים של הזקן, גם לשימור התפקוד הפיזי והמנטלי שלו. 20% מן המרואיינים מקבלי גמלה ציינו שהם משתתפים בפעילות חברתית כמו מועדון, מתנ"ס או חוגים, 9% חברים בתוכנית קהילה תומכת, 4% נוהגים לבקר במרכז יום ו-2% מתנדבים בקהילה. 28% מן המרואיינים מקבלי גמלה משתתפים לפחות באחת מן הפעילויות הללו.

מבין מי שציינו שאינם מבקרים במרכז יום, הסיבה השכיחה היא מצב הבריאות (59.9%). אף על פי שיש הסעות למרכז היום, 24.0% נימקו בכך שקשה להם להגיע או שאין תחבורה ציבורית למרכז (1.6%). סיבות נוספות שצוינו: חוסר עניין בפעילויות שבמרכז יום (22.6%), 'לא מעוניינים בחברה של אנשים זקנים' (6.1%), 'לא מוכן לוותר על שעות המטפלת' (5.1%) או 'לא מעוניין לשלם על השירות' (3.1%). 6.5% השיבו שאינם מכירים את השירות (תרשים 33).

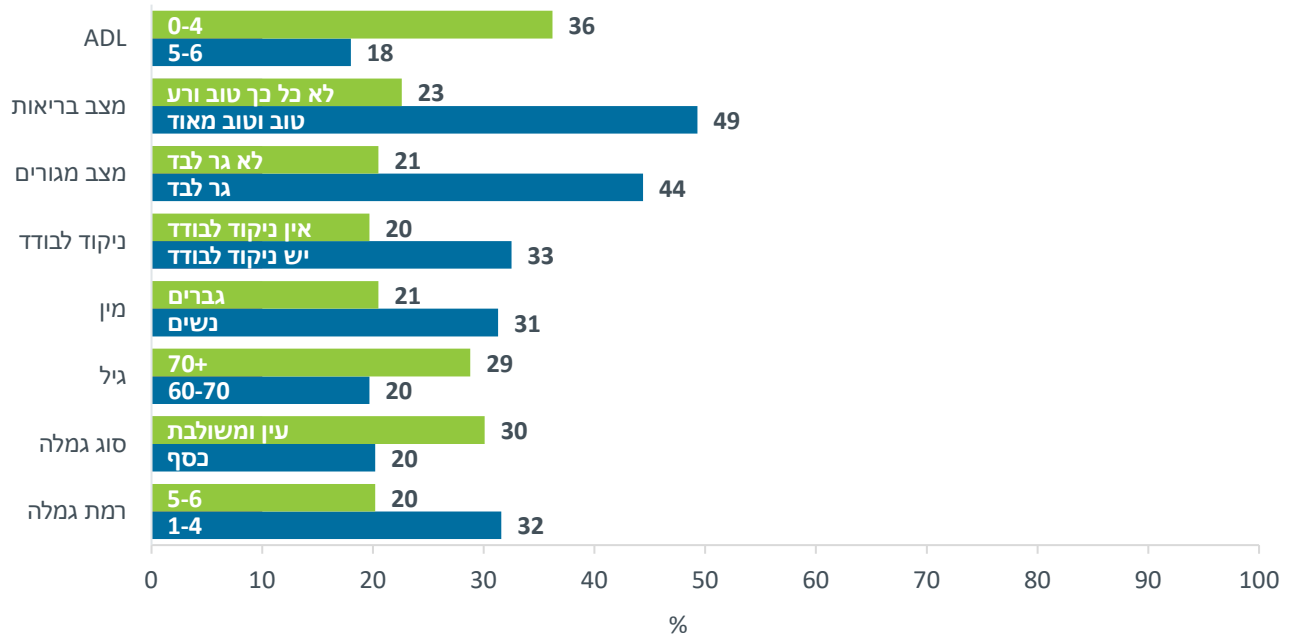
תרשים 33: סיבות שלא מבקרים במרכז יום (n = 491; באחוזים)



התוכנית "קהילה תומכת" נועדה לספק חברה, תוכן בעל משמעות, שירותים רפואיים ועזרה בתיקונים בבית. בשנים האחרונות אפשר להמיר חלק משעות הזכאות בחברות בקהילה תומכת. 8.9% מן המרואיינים מקבלי גמלה ציינו שהם חברים בתוכנית ועוד 41.7% אינם חברים בה אך היו מעוניינים להצטרף אליה. לדברי החברים בתוכנית תרומתה העיקרית היא לחצן המצוקה המסופק לחברי התוכנית (71.0% מן החברים ציינו זאת). 13.0% ציינו את השירות הרפואי, 5.8% את אב הקהילה ו-2.9% את הפעילות החברתית.

כדי ללמוד על המאפיינים הדומיננטיים של המשתתפים בפעילות חברתית כלשהי נעשה ניתוח של עצי החלטה. ממנו עולה כי המאפיינים הם: מצב בריאות טוב, מגורים לבד ומוגבלות תפקודית נמוכה (תרשים 34).

**תרשים 34: פרופילים לאפיון המשתתפים בפעילות חברתית כלשהי (באחוזים)**



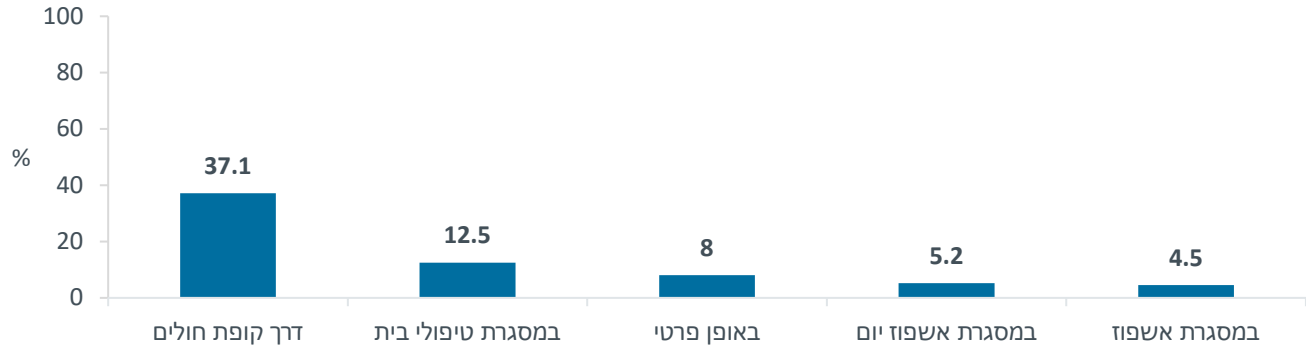
**סיכום: דחיקת תלות ושימור תפקוד**

- כמחצית מן המרואיינים מקבלי גמלה דיווחו על שמירה על תזונה נכונה ועל פעילות גופנית קבועה
- כרבע מן המרואיינים מקבלי גמלה דיווחו כי הם משתתפים בפעילות חברתית. מעטים הולכים למרכז יום. אלו שלא הולכים תולים זאת במצב בריאותם

**3.13 שירותי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק**

59.6% מן המרואיינים מקבלי גמלה קיבלו שירותי פיזיותרפיה או ריפוי בעיסוק (שיקום) בחצי השנה שלפני הריאיון, מרביתם דרך קופת החולים (37.1% מהם). היתר קיבלו את השירותים דרך שירות טיפולי בית (12.5%), באופן פרטי (8.0%) או במסגרת אשפוז בבית חולים (5.2%) או אשפוז יום (4.5%) (**תרשים 35**). עם זאת, 52.4% ממי שקיבלו פיזיותרפיה ציינו שהם זקוקים לשירותי פיזיותרפיה נוספים (לא מופיע בתרשים).

תרשים 35: קיבלו שירותי שיקום בחצי השנה האחרונה (n = 576; באחוזים)

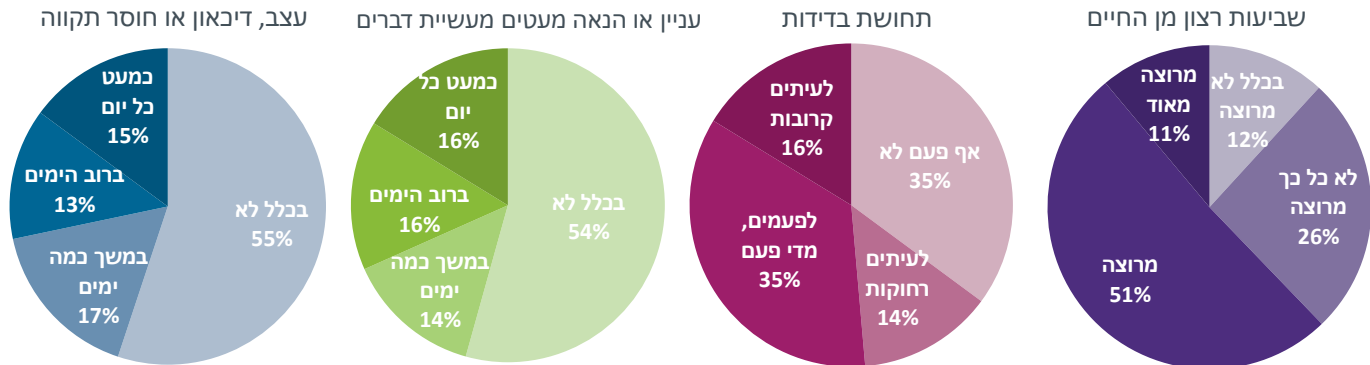


3.14 רווחה נפשית

כמחצית ממקבלי הגמלה חשים תחושות בדידות, עצב ודיכאון; כמחצית שבעי רצון מן החיים

רווחה נפשית נבדקה באמצעות שאלות על תחושות בדידות, עצב ודיכאון ועל משמעות. כמחצית מן המרואיינים מקבלי גמלה דיווחו כי לא חוו תחושות אלו או חוו אותן לעיתים רחוקות וכמחצית חוו תחושות אלו לעיתים קרובות או לפעמים. 62% מן המרואיינים מקבלי הגמלה דיווחו כי הם מרוצים או מרוצים מאוד מן החיים, 26% לא כל כך מרוצים ו-12% לא מרוצים כלל (תרשים 36).

תרשים 36: תחושות בדידות, עצב ודיכאון ושיעור רצון מן החיים – סך הכול (n = 423; באחוזים)



## 4. מגבלות המחקר

למחקר זה, על אף חשיבותו הרבה, יש מגבלות אחדות, מרביתן נובעות מבעיות בזיכרון של המרואיינים ובייחוד של מקבלי הגמלה הזקנים. מגבלה זאת רלוונטית בעיקר לשאלות המתייחסות לשעות העבודה, לסוג הגמלה שמקבלים המרואיינים ולתהליך הפנייה לקבלת גמלה.

מגבלה נוספת נובעת מפרק הזמן שחלף ממועד קבלת הנתונים המנהליים על אודות המרואיינים ועד מועד הראיונות. מגבלה זו יכולה להשפיע על אי ההתאמות אשר לסוג הגמלה, רמת הגמלה וסוגי השירותים המסופקים.

עם זאת, אנו סבורים שמחקר זה עשוי לתרום רבות לגיבוש החלטות מדיניות המתייחסות לארגון השירותים וכוח האדם ולקידום נושא תחיקת התלות באוכלוסייה המבוגרת.

## 5. המלצות למדיניות

ממצאי המחקר מספקים תמונה מקיפה של ההצלחות והאתגרים של חוק סיעוד בעת הנוכחית. להלן יובאו המלצות למדיניות. תחילה יובאו המלצות מרכזיות שיכולות להביא לשינוי ניכר במערכת, ולאחר מכן המלצות משנה שעשויות גם הן לתרום לטיוב השירות.

### 5.1 המלצות מרכזיות

1. **שינוי הפרמטרים להערכת התלות וחידוד הקריטריונים לכניסה לשירות:** ממצאי המחקר עולה כי ברמות הגמלה הנמוכות (1 ו-2) חלק מן המרואיינים מקבלי השירות אינם מוגבלים בתפקוד ב-ADL. משום כך יש לבחון את סף הכניסה לשירות ולהחליט אם הוא ייקבע לפי תפקוד בטיפול אישי (ADL) או לפי תפקוד בניהול משק בית (IADL). נוסף על כך על פי מקורות מנהליים, רוב ההערכות התלות בכניסה לשירות נעשות על פי מסמכים רפואיים. **הדבר מביא לכך שניתן משקל יתר לאבחנות רפואיות על פני מצב התפקוד.** לכן, יש לחדד את הקריטריונים לכניסה לשירות.

2. **מתן גמלה בכסף ברמות גמלה גבוהות מ-1:** הרפורמה בסיעוד הרחיבה את האפשרות לקבל גמלה מלאה בכסף ברמות גמלה 1 ו-6, וגמלה משולבת ברמות גמלה 2-5. המחקר מלמד כי חלק גדול מן המרואיינים מקבלי גמלה ברמת גמלה 1 מקבלים גמלה בכסף, ורובם לא קונים בכסף שירותי טיפול (כמו מטפלת). לעומת זאת ברמת גמלה 6, מקבלי הגמלה בכסף קונים שירותי גמלה (בעיקר מטפל זר). זאת ועוד, הגמלה בכסף מעודדת אנשים להיכנס לשירות גם ללא צורך של ממש בקבלת עזרה בטיפול אישי, בשל הרצון לקבל כסף והקלות בקבלת הגמלה (לעומת טיפול של מטפלת בבית או שירות אחר בעין). לכן, **מומלץ להעביר את האפשרות לקבלת גמלה בכסף לרמות גמלה גבוהות יותר** או לחייב שחלק מיחידות השירות יהיו בקבלת שירותים. הדבר יאפשר גם ל"הרגיל" או "ללמד" את מקבלי הגמלה לצרוך שירותים במסגרת הגמלה. קבלת השירותים ברמת גמלה 1 עשויה לקדם מטרות של דחיקת תלות ושימור תפקוד. כלומר, לשפר את האיזון בין מתן הגמלה בכסף, הגמלה בעין ושירותים דוחקי תלות.

## 5.2 המלצות משנה

שתי ההמלצות לעיל יכולות לסייע בשינוי לטובה של מערכת הסיעוד. נוסף על כך להלן מובאות המלצות נוספות שיכולות לדייק את התאמת השירות לצרכים של זקנים סיעודיים:

1. **חלוקה לשש רמות:** נראה כי יש צורך לחדד את ההבחנה בין רמות הגמלה השונות. כלומר, מממצאי המחקר עולה כי מקבלי גמלת סיעוד ברמות תפקוד דומות מקבלים כמות שונה של יחידות שירות. כמו כן כיום יש קריטריונים המשפיעים על הניקוד ועל קבלת רמת הגמלה. למשל אדם המוגדר 'בודד' זכאי לתוספת של חצי נקודה, המאפשרת לו לקבל גמלה ברמה גבוהה יותר. נוסף על כך כאשר שני בני הזוג זכאים לקבלת השירות, שניהם מוגדרים 'בודדים' (מה שמאפשר תוספת של יחידות שירות). מומלץ, לכן, לבחון מחדש נושא זה, **לתקף את החלוקה לשש רמות**, ולבחון את התאמת השירות לרמת התפקוד, כולל בחינת התמהיל של יחידות השירות בין הרמות השונות (למשל העברה מרמות הביניים לרמות הגבוהות), וכן לבחון את **האיזון של יחידות השירות בין מתן גמלה בכסף, גמלה בעין ושירותים דוחקי תלות בהתאם לצרכים של כל אחת מן הרמות.**
2. **בחינת תהליכי הכניסה לגמלה דרך בית חולים:** בית החולים משמש צומת מרכזי בהכנייה לגמלת סיעוד, זאת אף על פי שהסיבה המרכזית היא הידרדרות הדרגתית בתפקוד, שככל הנראה התרחשה עוד לפני האשפוז בבית החולים. עם זאת, יש תהליכים שהמוסד לביטוח לאומי עודד כדי להקל על הביורוקרטיה, להנגיש את השירות ולעודד מיצוי זכויות כמו למשל 'מחלקה ראשונה' (הגשה של בקשות לחוק סיעוד בסיוע עובדות סוציאליות בבית חולים) ואישור מידי על קבלת גמלה זמנית בעקבות אשפוז בבית חולים. נוסף על כך בבית חולים יש מוקדי זכויות כמו יחידות סגולה, בדיקות גריאטריות בזמנות גבוהות ואפשרות לקבל שירותי טרום סיעוד. זאת ועוד מצב תפקודו של הזקן בעת השחרור מבית החולים משקף מצב זמני ולעיתים בר חלוף – הן בשל התאוששות ממצבים של דה-קונדישנינג (deconditioning – הידרדרות תפקודית הנגרמת בשל האשפוז עצמו), הן בשל החלמה טבעית או שיקום לאחר האירוע האקוטי שהביא לאשפוז. **תהליכים אלו יכולים לעודד כניסות עודפות של זכאות לגמלה, ולכן מומלץ לבחון לעומק את תהליכי הכניסה לשירות מבתי החולים** וכן את **הדרכים להקטין את ההמשכיות של גמלה זמנית ללא צורך.**
3. **ליווי בשעת משבר:** שירות חדש שאפשר לפתח ויכול לסייע בהתארגנות הזקן והמשפחה בעקבות מצבים אקוטיים, כמו אשפוז בבית חולים, הוא שירות של ליווי בשעת משבר הכולל מתן ידע, סיוע בהיערכות למצב החדש, ליווי, תמיכה והכוונה וסיוע במיצוי זכויות.
4. **בחירת סוג השירות – מודעות לסוג הגמלה:** כמחצית מן המרואיינים מקבלי גמלת סיעוד ברמות 2-4, לא היו מודעים לסוג הגמלה שהם מקבלים, ורובם מקבלים גמלה משולבת. יש להגביר את המודעות לאפשרויות הגמלה והבחירה בהן; הדבר יאפשר מיצוי מיטבי של השירותים הניתנים במסגרת הגמלה.
5. **פיקוח על שעות עבודת המטפלת:** להערכת יותר ממחצית מן המרואיינים המטפלת לא ממלאת את שעות הזכאות. למרות זאת, שביעות הרצון מעבודת המטפלת היא גבוהה. ישנם הסברים אפשריים שונים לפער הזה: ייתכן שיש הסדרים שונים בין המטפלות למקבלי הגמלה, כגון ביצוע עבודות שלא במסגרת התפקיד (כמו ניקיון יסודי) תמורת הפחתת שעות; ייתכן שזו



הדרך של המטפלת לקבל "פיצוי" על שכר שעתי נמוך; ייתכן שחלק מן הפער נובע מהטיות בדיווח של המרואיינים; וייתכן שמקבלי הגמלה אכן מרוצים מעבודת המטפלת בשעות שבהן היא נוכחת (ללא קשר להסדר כלשהו שנעשה עימה). לכן, יש לבחון את הדרכים להגברת הפיקוח על מילוי שעות העבודה של המטפלת ולבחון חלופות שונות להסדרת הנושא.

6. **שימור תפקוד ושיקום:** בשנים האחרונות מושם דגש רב על פעולות למניעת הידרדרות, דחיקת תלות ושימור תפקוד. במחקר עלה כי כשני שלישים מן המרואיינים מקבלי הגמלה יוצאים מן הבית לפחות פעמיים בשבוע, אך עם זאת, ברמות גמלה 5-6, כשליש כמעט לא יוצאים מן הבית. עוד עלה כי שיעור לא מבוטל מן המרואיינים מקבלי הגמלה דיווחו על נפילות, וכמחציתם התאשפזו בעקבותיהן. לפיכך:

א. יש לפעול כדי **לעודד זקנים לצאת מן הבית** בכל רמות הגמלה, בדגש על פעולות להורדת החשש לצאת מן הבית בעיקר ברמות הביניים (3-4)

ב. יש לנקוט פעולות **למניעת נפילות** במסגרת הגמלה או בדרכים אחרות

ממצאי המחקר מעידים על הצורך לבחון התערבויות נוספות בנושאים של דחיקת תלות, מניעה, אוטונומיה ושימור תפקוד, במסגרת החוק או בחיבור לגופים אחרים בקהילה. דרכים אפשריות לכך:

א. תוכנית ההכשרה למטפלות: בשנים האחרונות פיתחו המוסד לביטוח לאומי וג'וינט-אשל תוכנית הכשרה בקורס 'מטפל מיומן' ששמה דגש על אוטונומיה ודחיקת תלות, על ידי הכוונת המטפלת לעידוד המטופלים ליציאה מן הבית ולביצוע פעילות גופנית ופעילויות פנאי. יש להרחיב תוכניות כאלה למטפלות ולגייס מטפלות נוספות להכשרה זו

ב. מניעת נפילות: בשנים האחרונות הפעילו קרן הסייעות של המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות תוכנית למניעת נפילות על ידי התקנת ערכה בבית הזקנים בשלוש רשויות. בתחילת שנת 2025 הורחבה התוכנית ל-19 רשויות/אשכולות נוספים. במחקר הערכה עלה כי התקנת הערכה תרמה בטווח הקצר להפחתת מספר הנפילות, מספר הנפילים ומספר האשפוזים. יש להמשיך ולבחון את תרומת הערכה בטווח הארוך, ולבחון לשלב זאת בסל השירותים (ברג-ורמן וכהן, 2024)

7. **שירותים חברתיים:** כרבע מן המרואיינים מקבלי הגמלה דיווחו שהם משתתפים בפעילות חברתית וכמחציתם דיווחו על תחושות בדידות, עצב ודיכאון. יש לבחון דרכים **שייתנו מענה לתחושות הבדידות והדיכאון** במסגרת הגמלה, למשל על ידי עידוד ההצטרפות ל'קהילה תומכת' או למרכז יום, וכן לבחון חיבור למשרדי ממשלה אחרים או לגופים נוספים כדי לעודד השתתפות בפעילות חברתית.

## עוד פרסומים של המכון בנושא

שנור, י., וייס, ד. ורזניצקי, ש. (2021). מבחן ההכנסה בחוק סיעוד: בחינת השפעתו על מצבם הכלכלי של זקנים סיעודיים. דמ 21-848.

ברודסקי, ג'., רזניצקי, ש. וכהן, י. (2013). תכנית ניסיונית למתן גמלאות כספיות במסגרת חוק ביטוח סיעוד. המוסד לביטוח לאומי ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. [https://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar\\_112.pdf](https://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_112.pdf)

ברודסקי, ג'., רזניצקי, ש. ובן נון, ש. (2004). מקבלי גמלת סיעוד – מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים. דמ-04-440.

ברודסקי, ג'., רזניצקי, ש., נאון, ד., בן נון, ש. ומורגנשטרן, ב. (2004). קשישים מוגבלים מקבלי גמלה בכסף (גמלת שרותים מיוחדים לנכים) ומקבלי גמלה בעין (גמלת סיעוד). דמ-04-441.

נאון, ד. ושטרסברג, נ. (1995). שינויים בדפוסי מיסוד של קשישים מוגבלים בעקבות החלת חוק סיעוד: ממצאים נבחרים. דמ-95-242.

ברודסקי, ג'., נאון, ד. וקניג, י. (1993). השלכות הרחבת הטיפול הביתי על מצבם של קשישים בעקבות החלת חוק סיעוד. ד-93-204.

נאון, ד., פקטור, ח. ומורגנשטרן, ב. (1990). חוק ביטוח סיעוד: השוואה בין המקבלים והעלות בפועל לבין התחזיות הראשונות. ש-01-90. מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל והמוסד לביטוח לאומי מינהל המחקר והתכנון.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

## מקורות

- ברג-ורמן, א. וכהן, י. (2024). התקנת ערכות למניעת נפילות בבתיהם של זקנים: מחקר הערכה מעצבת. דמ-978-24. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/home-modifications-for-preventing-falls-by-older-adults-living-in-the-community>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2021). הסקר החברתי 2019. פרסום מספר 1829. [https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2021/seker\\_hevrati19\\_1829/h\\_print.pdf](https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2021/seker_hevrati19_1829/h_print.pdf)
- המוסד לביטוח לאומי. (2012). ביטוח סיעוד. בתוך דוח שנתי 2012 (עמ' 111–126). [http://www.btl.gov.il/Publications/Skira\\_shnatit/2012/Documents/siud.pdf](http://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2012/Documents/siud.pdf)
- המוסד לביטוח לאומי, מנהל מחקר ותכנון. (2020). הרפורמה בביטוח סיעוד: תמונת מצב ומגמות (נובמבר 2018–אפריל 2020) [https://www.btl.gov.il/Medinyut/Situation/ReformaSiud/Documents/Siud\\_042020.pdf](https://www.btl.gov.il/Medinyut/Situation/ReformaSiud/Documents/Siud_042020.pdf)
- המוסד לביטוח לאומי. (2025). סטטיסטיקה לפי יישובים – נתונים סטטיסטיים עבור סיעוד. נדלה בתאריך 4/5/2025 מ: [https://www.btl.gov.il/medinyut/situation/statistics/btlstatistics.aspx?id=6&type=2&utm\\_source=chatgpt.com](https://www.btl.gov.il/medinyut/situation/statistics/btlstatistics.aspx?id=6&type=2&utm_source=chatgpt.com)
- זילברטל, ע. (עורך). (2022). המלצות הצוות למניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים. משרד הרווחה והביטחון החברתי, המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות. <https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2023/06>
- חורב, ט ולדאני, ר. (2024). בדרך למדיניות של הכרה ותמיכה בבני משפחה מטפלים. ספרי ניב.
- טור-סיני, א., בנטור, נ. ורנד, ד. (2023). סקירה ומיפוי הצעדים והדרכים להתמודדות עם אתגרי הטיפול הממושך בזקנים במדינות מפותחות. המוסד לביטוח לאומי. <https://www.btl.gov.il/Medinyut/BakashatNetunim/dohot/Documents/toursinai.pdf>
- נגר אידלמן, ר., קונסטנטינוב, ו. וברלב, ל. (2023). מאפייניהם וצורכיהם של מטפלים לא פורמליים בישראל המטפלים באנשים עם מוגבלות ובזקנים. דמ-943-23. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/characteristics-and-needs-of-informal-caregivers-of-people-with-disabilities-and-older-adults-in-israel>
- קידר, נ., דוידוביץ, נ. וויס, א. (2024). ביטוח סיעודי בישראל. מכון טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. [LTC-HEB-2024-3.pdf](https://brookdale.jdc.org.il/publication/LTC-HEB-2024-3.pdf)
- רזניצקי, ש. וכהן, י. (2020). בני משפחה מטפלים בעולם העבודה. דמ-838-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/family-caregivers-in-the-world-of-work>
- רזניצקי, ש., שנור, י., אוסטרובסקי-ברמן, א. וכהן, י. (2022). מפת מדדים לאומיים להזדקנות מיטבית. מאירס-ג'וינט ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/optimal-aging>

שנור, י. ודודוביץ, י. (2025). בני 65+ בישראל שנתון סטטיסטי 2024. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.  
[brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2025/02/shnaton-2024-internet.pdf](http://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2025/02/shnaton-2024-internet.pdf)

Cès, S., Hlebec, V., & Yghemonos, S. (2019). *Valuing informal care in Europe: Analytical review of existing valuation methods*. Eurocarers. <https://eurocarers.org/publications/valuing-informal-care-in-europe/>

OECD. (n.d.). OECD Data Explorer. <http://stats.oecd.org>