

3-4 בדצמבר

# כנס ים המלח ה-23 2025

## בריאות וזיקנה - ילכו שניהם יחדיו

### ע"ש פרופ' גור עופר ז"ל

יושבי ראש הכנס:

אורלי ברק צפריר

יוסי היימן



3-4 בדצמבר  
**2025**  
**כנס ים המלח ה-23**  
**בריאות וזיקנה - ילכו שניהם יחדיו**

**ע"ש פרופ' גור עופר ז"ל**

**יושבי ראש הכנס:  
אורלי בוק צפורי  
יוסי היימן**

כנס ים המלח עוסק בכל שנה בסוגיות מרכזיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות. הכנס נועד ללבן, לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון. הכנס אינו גוף מחליט. העמדות וההמלצות של משתתפי הכנס, מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני אליו הם משתייכים.

עיצוב גרפי: נאוה מוסקו

## תוכן עניינים

4	דבר יו"ר הוועד המנהל: נחמן אש
6	דבר היו"רים: אורלי ברק צפריר, יוסי היימן
8	תקצירי המלצות הצוותים
17	רשימת חברי הצוותים
18	תוכנית הכנס
20	מאפיינים דמוגרפיים של הזדקנות בעולם ובישראל
29	צוות 1: תמריצים בעולם הזיקנה
132	צוות 2: מענה מערכתית לכח אדם איכותי בעולם הזיקנה
184	צוות 3: חדשנות בשירות הזיקנה

## דבר יו"ר הוועד המנהל

אני שמח לפתוח את ספר הסיכום של כנס ים המלח לשנת 2025. בחרנו לעסוק השנה באתגר מרכזי של מערכות בריאות רבות בעולם - הזדקנות האוכלוסייה, תוך הדגשת העיסוק בבריאות בגיל המבוגר, כפי שהדבר בא לידי ביטוי בשם הכנס "בריאות וזיקנה - ילכו שניהם יחדיו", וזאת כדי להציב במרכז הדיון את הצורך להתמקד במניעה ושיקום.

אין זה שכיח שהמכון בוחר לעסוק בנושא שכבר נדון בעבר במסגרת כנס ים המלח: הכנס ה-12, שנערך בשנת 2011, דן בהיערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה. אף שחלפו רק 14 שנים מאז, סברנו שנכון לחזור ולדון בנושא זה על רקע השינויים הרבים שחלו מאז בחברה ובמערכת הבריאות, ולאור התחושה של רבים, שיש עוד הרבה מה לעשות בתחום וחשוב לכוון את המערכת ליעדים מעודכנים.

העיסוק בזיקנה ובבריאותו של הזקן, אינם רק נחלתה של מערכת הבריאות. בהתאם לכך, הכנס אורגן מתוך ראיית שיתוף הפעולה בין הגורמים המדינתיים השונים כערך מרכזי. לשמחתי, הסכים מנכ"ל ג'וינט אשל, מר יוסי היימן, להוביל את הכנס יחד עם ד"ר אורלי ברק צפירי, מנהלת ביה"ח השיקומי והמערך הגריאטרי במרכז הרפואי סוראסקי, ובכך הרחבנו את זווית הראייה שלנו בסוגיית ההזדקנות ונתנו ביטוי ממשי לעיסוק המרכזי בבריאות וזיקנה. בכנס עצמו השתתפו גורמים מכלל מערכת הבריאות, מארגונים רלבנטיים מחוצה לה ומהאקדמיה. יד הגורל קבעה את יום הדיון בתקציב המדינה בדיוק במועד הכנס, וכך נבצר מאנשי אגף התקציבים במשרד האוצר ובמשרד הבריאות להשתתף בכנס, אך הם היו שותפים מלאים לתהליך ההכנה של הכנס ויהיו חשופים כמובן לתוצאותיו.

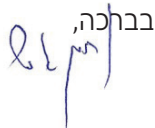
תוכן השיח עצמו מפורט בחוברת שלפניכם ועיקריו מסוכמים בקצרה במסגרת דברי יושבי ראש הכנס המובאים להלן. היומיים של הכנס התקיימו תוך תחושה של חשיבות רבה מעצם העיסוק בנושא שמאתגר וצפוי לאתגר עוד יותר את מערכת הבריאות על שלל גורמיה. לצד האתגרים הרבים נדונו פתרונות אפשריים בכל אחד מתתי הנושאים, והם מובאים להלן. המשימה העומדת בפני מקבלי ההחלטות, היא לתעדף את ההצעות הרבות לפעולה ולהוביל למימושם של הצעדים הנבחרים.

תודותיי ניתנות למר יוסי היימן וד"ר אורלי ברק צפריר, יושבי ראש הכנס המסורים, אשר בנו לנו יומיים מרתקים. תודות מקרב לב גם לראשי הצוותים וחבריהם, אשר עמלו על הכנת החומרים והובילו את הדיונים הפוריים במהלך הכנס בחוכמתם הרבה ותוך הסתמכות על ניסיונם העשיר. אין זה מובן מאליו, שאנשים שעסוקים כל כך בחיי היום יום, מתפנים מכל עיסוקיהם ונרתמים בכל מרצם וכשרונם למען קידום הרפואה הציבורית בארצנו.

התודות ניתנות גם לאנשי המכון שהובילו את ההכנה של הכנס, ובראשם המנהל המדעי היוצא, פרופ' חיים ביטרמן והמנהלת האדמיניסטרטיבית, ד"ר נעה טריקי. תודה גם לעינב, ליאור, שירה, לאנשי היח"צ שלנו: מהגוני, מעין, רותם ושי, לגרפיקאית נאוה מוסקו, למנכ"ל מלון וורט ואנשיו, ולצוות חברת ההפקה קליידוסקופ.

כפי שעשינו בשנה שעברה, אנחנו מבטיחים כי נחזור לנושא הזקנה גם בשנת 2026 כדי לדון בעשייה בתחום לאור ההמלצות שניתנו בכנס ים המלח.

לסיום, אני כותב את הדברים הללו ביום בו חזר החלל החטוף האחרון מעזה, רן גואילי ז"ל, ובכך מסתיימת תקופה בה היה לא פשוט לקיים אירועים של שגרה ודיונים על עתידה של מערכת הבריאות תחת המועקה מעצם המחשבה על החטופים, חיים וחללים, המוחזקים בעזה ימים רבים מנשוא. באירועים השונים של המכון בתקופה הזו הבענו את התפילה שכולם יחזרו הביתה ואנו שמחים כי סוף סוף הדבר התממש במלואו. אנחנו נמצאים בעיצומו של תהליך השיקום של החוזרים מהשבי, על כל המורכבויות שבו. אני מאחל להשתקמותם המלאה של כולם ומביע את השתתפותנו בצערן של המשפחות שיקריהם מצאו את מותם באירועי ה-7 באוקטובר או לאחריהם.

בברכה,  


נחמן

## היערכות מערכת הבריאות להזדקנות האוכלוסייה – כנס ים המלח 2025

העלייה בתוחלת החיים בעולם היא אחת התופעות החברתיות-כלכליות החשובות והמרתקות שהאנושות חווה במאתיים השנים האחרונות.

בזכות השיפור במערכות הבריאות, אימוץ אורחות חיים בריאים ועוד, האדם הממוצע זוכה כיום במתנה גדולה - עוד מספר עשורים של שנות חיים מלאים.

לצד ההישגים המרשימים של מערכת הבריאות הישראלית, אנו ניצבים מול אתגר הולך ומתגבר: ריבוי מחלות כרוניות, ירידה תפקודית ותלות ממושכת המכבידים על הזקנים עצמם, על משפחותיהם ועל המערכות הציבוריות. אם לא נפעל כעת, העומסים יאמירו בסדרי גודל. אם נפעל בחוכמה - נוכל לדחוק את התלות, לדחות תחלואה, ולמקסם שנות חיים בריאות.

המשימה היא לאומית ורב-מגזרית. הזדקנות מיטבית אינה נוצרת במחלקה אחת או במשרד ממשלתי אחד. היא תוצר של תיאום מאמצים, תמריצים ומידע בין בתי חולים וקופות החולים, בין מערכות הבריאות והרווחה, הביטוח הלאומי והרשויות המקומיות, ובשותפות עם תחומי השיכון, התחבורה, התכנון והקהילה. השאיפה: רצף טיפולי-שיקומי-קהילתי אחד, ממוקד-אדם, המבטיח מעבר חלק בין תחנות החיים.

כדי להגיע לשם, עלינו להרחיב משמעותית את תפיסת המניעה לכל אורך מעגל החיים: קידום אורח חיים פעיל ובריא, תזונה נבונה, שינה וקשב נפשי, פעילות חברתית - ובצדן מניעה שניונית ושיקום איכותי, נגיש ומהיר. אלו הם המנופים היעילים ביותר לדחיקת תלות ולהארכת השנים הבריאות מגיל 65 ואילך.

הון אנושי הוא תנאי להצלחה. טיפול בזקנים עדיין אינו נחשב דיו כתחום מבוקש ומוערך. נדרש מהלך מתכלל להגדלת היצע והאיכות בכל המקצועות - רופאות ורופאים, אחיות ואחים, מקצועות הבריאות והמטפלות והמטפלים בקהילה - לצד הכשרות ייעודיות, מסלולי קריירה מתמרצים, תפקידים חדשים ותמיכה במנהיגות קלינית.

חדשנות וטכנולוגיה הן מכפיל כוח - אם יכוונו לתועלת מוכחת ושוויונית: ניטור מרחוק, בינה מלאכותית תומכת החלטה, טלה-שיקום, עזרים מסייעים ובתי חולים "ידידותיים לגיל". עלינו להטמיע פתרונות מדידים, נגישים ובטוחים, המקדמים עצמאות בבית ובקהילה ולא מחליפים אנושיות.

עלינו גם לעקור גילנות מן השורש. שיקול דעת קליני ומדיניות ציבורית חייבים להיגזר מתועלת וצדק, לא מגיל כרונולוגי. כשילד שובר רגל, איש אינו מפקפק בצורך בריפוי מלא ושיקום. כך עלינו לנהוג גם בזקנה ששברה צוואר ירך: לטפל, לשקם, להשיב יכולת וחיים.

ישראל נמנית עם המובילות בעולם בתוחלת חיים; כעת עלינו לצמצם את הפער בתוחלת החיים הבריאה ולהוות מודל בינלאומי להזדקנות מיטבית. בחירה לעסוק בנושא זה בכנס ים המלח, זו הפעם השנייה מאז 2011, היא הצהרת כוונות וקריאת אחריות לאומית.

ספר זה מרכז את תוצרי עבודתן של שלוש קבוצות: כוח אדם, תמריצים וחדשנות. אלו, עמלו בחודשים האחרונים לקראת הכנס ובניהול הדיונים במהלכו, בהובלת ראשי הקבוצות וחברותיהן וחבריהן. בשם הציבור כולו, תודה מעומק הלב על המחשבה, המחקר והאומץ להציע.

אנו מצפים שהמלצות הצוותים יניבו תוצאות שאינן "עוד מאותו דבר", אלא סדר עדיפויות חד ובר-ביצוע: צעדים קונקרטיים, מתוקצבים ומדידים, בלוחות זמנים ברורים, שיחזקו את התשתיות, יסירו חסמים ויקדמו את רצף הטיפול. זו שעת מבחן של הנהגה - בממשלה, באקדמיה, במערכות הבריאות והרווחה, ובחברה האזרחית.

אם נבחר לפעול ביחד, בביטחון צנוע ובנחישות, נוכל להעניק לדורות הנוכחיים והבאים לא רק אריכות ימים - אלא חיים ארוכים וטובים.

"עם שמתייחס לזקנים שלו בצורה מכובדת וראויה, הוא עם שיש לו עתיד."



**יוסי היימן**

מנכ"ל ג'וינט-אשל  
יו"ר כנס ים המלח



**אורי ברק צפיר**

מנהלת ביה"ח השיקומי והמערך הגריאטרי  
במרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי, איכילוב  
יו"ר כנס ים המלח

## תקציר המלצות צוות התמריצים

### מטרת על

**יצירת מערכת תמריצים אחידה ומתואמת לאורך רצף הטיפול בזקן** - ממניעה וקידום בריאות לאורך מעגל החיים, דרך שיקום ומניעה שניונית, ועד לטיפול סיעודי בקהילה או במוסד. התמריצים יקדמו **נגישות, איכות, רצף טיפול והתאמת מסגרת הטיפול למצב הקליני-תפקודי**, ולא יובילו לעיוותים כמו "בחירת מטופלים", עיכובי שחרור, או תת השקעה במניעה.

### עקרונות מנחים לכל מנגנוני התמרוץ

- א. **"תשלום לפי צורך" (Needs-based)** - תגמול נגזר מהתשומות הנדרשות והמורכבות בפועל, ולא ממסגרות מיושנות/דיכטומיות.
- ב. **איכות כחלק ממודל התשלום** - שילוב מדדי איכות אפקטיביים בתוך מבחני תמיכה ובסיסי תגמול, תוך פיילוטים להיתכנות ומניעת תמריצים לא רצויים.
- ג. **רצף טיפול ולא "איים"** - תמרוץ מעבר נכון בין מסגרות (אשפוז-קהילה-טיפול מוסדי), תוך שמירה על רצף קליני ותפקודי.
- ד. **אחריות מערכתית** - גוף מתכלל שיכול להחזיק מדיניות רב-שנתית, תקציב, מדידה ודיווח שוטף.
- ה. **תמרוץ תפקודי ולא רק כרונולוגי** - מעבר לתמריצים המותאמים לסיכון תפקודי/שבריריות ולא רק עפ"י גיל.

### המלצות תתי הצוותים בפירוט:

#### 1. תמריצים להזדקנות מיטבית (מניעה ודחיקת תלות)

##### א. אחריות ואחריותיות - הקמת רשות לאומית להזדקנות

- ◆ קיימת פירוקיות (fragmentation) גבוהה בין משרדי הממשלה והגופים השונים.
- ◆ מומלץ להקים **רשות לאומית להזדקנות** במשרד ראש הממשלה, עם תקציב רב-שנתי, יכולת לתמרץ שיתופי פעולה, ולהוביל מדידה/בקרה ודיווח לממשלה ולכנסת.

## ב. תפקיד קופות החולים - "life-course" ומרשם חברתי

- ◆ לקופות יש יתרון של קשר ארוך טווח, מידע מצטבר וכלים לזיהוי סיכונים; תפקידן גם להפנות באופן מובנה לפתרונות מחוץ למערכת הבריאות ("כולל מרשם חברתי"), ולעקוב אחרי מימוש והתמדה.

## ג. תיקון התמריצים הכלכליים בקפיטציה

- ◆ הקפיטציה הנוכחית לא מייצרת תמריץ מספק להשקעה במניעה ובשימור תפקוד.
- ◆ מומלץ לקדם שינוי הדרגתי הכולל:
- ◆ פירוט קבוצות גיל והוספת קבוצות מעל גיל 75.

### ◆ הוספת מקדמי סיכון תפקודיים/תחלואה מרובה/שבריריות.

- ◆ הוספת רכיבי מימון רטרוספקטיביים לפי עמידה ביעדים.
- ◆ מבחני תמיכה ייעודיים ל-3-5 שנים לפיתוח תכניות - עם הערכה כלכלית והטמעת הצלחות בבסיס התקציב.

## ד. מקורות תקציב חדשים בעלי פוטנציאל גבוה ל-ROI חיובי

- ◆ הקצאת 2%-5% מרזרבות הביטוחים הסייעודיים, ובנוסף מקורות שיוקצו מקרנות המוסד לביטוח לאומי לקידום שימור עצמאות ודחיקת תלות, לצד מחקר פיילוט ל-5 שנים. הדבר מחייב הקמת שולחן משותף לגופים האמורים ובהשתתפות משרד האוצר.

## ה. מדידה: מדד שבריריות אחיד והערכה שנתית

- ◆ פיתוח מדד שבריריות אחיד לכל הקופות - לטובת הערכת תוכניות התערבות לקידום הזדקנות מיטבית ודחיקת תלות לאורך זמן, ולהערכת מצבו של מטופל בתחנות שונות. מדד כזה כבר פותח במסגרת תוכנית "גשר לבריאות" בשותפות משרד הבריאות, קופ"ח מאוחדת וג'וינט-אשל והוא עשוי לשמש כרפרנס בפיתוח. השימוש במדד מחייב זהירות למניעת Gaming.

## 2. תמריצים לשיקום גריאטרי ומניעה שניונית

### א. תיקון מודל התעריפים והתמחור

- ◆ **עדכון תעריפון משרד הבריאות** כך שהתעריף ייגזר מהגדרה מדויקת של תשומות טיפוליות בפועל (ולא תמחור כללי).
- ◆ **השוואת תעריפים** בין שיקום גריאטרי לשיקום "כללי" - מתוך ההנחה שתשומות שיקום בזקן אינן נמוכות ולעיתים גבוהות יותר.
- ◆ **עדכון סיווגי המטופלים** לרצף מצבי טיפול לפי סולם מורכבות ולא לפי חלוקה גילאית, כדי לצמצם "בחירת מטופלים" וליישר קו בין מורכבות לתגמול.

### ב. הגדלת היצע ותשתיות - לצד תמריצים "שליליים" לעיכוב

- ◆ הכרה במחסור החמור במיטות שיקום ובעיכוב מטופלים במחלקות פנימיות כתוצאה מכך.
- ◆ **תמרוץ קופות להקים מר"גים בבעלותן** (ולא להישען רק על יזמים פרטיים) עם תמרוץ גם להקמה וגם לתחזוקה.
- ◆ **בחינת מר"גים עם תשתיות אבחון** (מעבדה/הדמיה) כדי לצמצם העברות ולשמור על רצף ובטיחות.

### ג. מדדי איכות כמבחני תמיכה (עם פיילוטם)

- ◆ שילוב מדדי איכות בתוך מערך תגמול/פיצוי, ופרסום תוצאות - במודל מדורג וזהיר.

### ד. תמרוץ מעבר סטטוסים בתוך מוסדות

- ◆ תמרוץ **גמילה מהנשמה** ומעבר ממונשם לשיקומי/סיעודי מורכב.
- ◆ תמרוץ מעבר **מסיעודי/סיעודי מורכב לשיקומי**.

### ה. חיזוק השיקום בקהילה כ"המשך" ולא רק תחליף

- ◆ כיום השיקום הגריאטרי נתפס דיכוטומית (אשפוז או בית), והתכניות מתמקדות בעיקר באשפוז ביתי כתחליף ולא בקיצור אשפוז.
- ◆ מומלץ לבחון שני מודלים משלימים:
  1. **מוסד מעבר** בין שיקום אינטנסיבי לשחרור לקהילה
  2. **"חבילת שיקום"** - קיצור אשפוז + המשך מובנה בבית/מרכזי שיקום גריאטרי בקהילה (משג"ב).

### 3. תמריצים לטיוב המיסוד (התאמת setting והגנת רצף טיפול)

#### א. התאמת מסגרת טיפול - החלטה מקצועית עם ניטרליות כלכלית

- ◆ מערכת התמריצים הנוכחית עלולה להטות החלטות; מומלץ לקדם 'איגום מימון' שייצור אדישות למחיר מבחינת המטופל/משפחה, ויאפשר החלטה מקצועית רפואית-סוציאלית.
- ◆ החזרת הערכה תפקודית מלאה ובחינה מחדש של תדירות/אחריות על ביצועה.
- ◆ הכרה בכך שאשפוז סיעודי הוא חלק מרצף ולא "כישלון", ושילוב העדפות המטופל בהחלטה משותפת.

#### ב. מערך האשפוז הסיעודי - תכנון מיטות ותפיסה מחדש

- ◆ גיבוש תכנית חדשה לגריאטריה פעילה ומומושכת: תכנון היקף מיטות ועידוד יזמים להרחבה באמצעות תמריצים.
- ◆ שינוי תפיסתי ורגולטורי: מעבר ממודל "בית חולים" ל"בית לחיים", והשלכותיו על תקינה, תמחור ופיקוח.
- ◆ מעבר לסרגל מצבים סיעודיים רחב ומדורג, ותמחור לפי תמהיל מטופלים כדי לצמצם תמריצים שליליים לבחירת מטופלים.

#### ג. טיפול במרותקי בית - מעורבות קופות ושילוב תמריצי תמיכה

- ◆ צורך בהגברת מעורבות הקופות בטיפול במצב סיעודי מתקדם, ובשימוש במבחני תמיכה כדי לתמרץ זאת.
- ◆ דוגמאות למבחני תמיכה: קנסות על אשפוזים חוזרים, תגמול תגובה מהירה, יחידת המשך טיפול לאחר שחרור, תגמול על מניעת הידרדרות.

## תקציר המלצות צוות כוח אדם

### 1. כוח אדם מקצועי: לאפשר עבודה ב-Top of the Profession ("Top of License")

עקרון ההמלצה: לפנות את זמנם של בעלי הכשרה ארוכה למשימות מורכבות, באמצעות האצלה שיטתית של משימות פשוטות/שגרתיות והרחבת שכבות תפקידים תומכות, לרבות:

- ◆ **הגדלה והסדרה של דרגי עזר ותפקידי ביניים** תחת פיקוח (למשל עוזרי רופא, אחיות מומחיות קליניות, פרמדיקים בקהילה, ועוזרי מקצועות בריאות).
- ◆ **הגדרת "סל פעולות פשוטות"** שניתן להעביר מכ"א מקצועי לכ"א פחות מיומן (תרגולים בסיסיים, הדרכת משפחות, מעקבים שגרתיים, תיעוד וכד'), כדי שמומחים יעסקו בעיקר במה שמצריך מומחיות.
- ◆ **חיזוק תפקידי תכלול/ניהול מקרה ורצף טיפול:** תפקידי "נאמן גריאטריה", מנהל/ת טיפול ומתאם/ת מרשם חברתי שמחבר בריאות-רווחה-קהילה, ועוד.
- ◆ **התאמת תקינה ותמהיל עיסוקים** למחלקות עם עומס/מורכבות גבוהים ולמחלקות כלליות שבהן האוכלוסייה מזדקנת, תוך חיזוק מיומנויות גריאטריות.

### 2. כוח אדם ללא רישיון: הכשרה מקיפה יותר שתוביל להרחבת סמכויות (תחת פיקוח)

עקרון ההמלצה: למצות את הפוטנציאל של מטפלות/ים סיעודיים באמצעות "שדרוג מקצועי" מוסדר שמאפשר גם שיפור איכות וגם שחרור אנשי מקצוע מורשים לעבודה ב-Top of License. לרבות:

- ◆ **קידום תפקיד "מטפל/ת בכירה"** בקהילה עם יכולת לבצע מגוון פעולות בתחום הבריאות, ואף לסייע בהתמודדות עם בירוקרטיה. בשיתוף פעולה עם הביטוח הלאומי.
- ◆ **שימור כ"א איכותי** באמצעות שיפור שכר ותנאים למטפלות/ים בכירות/ים.
- ◆ **יישום מדיניות המאפשרת למלווה אישי של מטופל** (כולל מטפל סיעודי) לבצע פעולות טיפוליות בזקנים.

- ◆ **הכשרות ייעודיות לקהלים שונים:** הבחנה בין בני משפחה מטפלים (בשכר) / ללא שכר) לבין מטפלים אחרים, התאמת הכשרות לעובדים זרים, והסדרת תהליכי הבקרה על איכות הטיפול בשיתוף רשות ההגירה והביטוח הלאומי.
- ◆ **מודל עבודה עם כפיפות מקצועית לאחות בקהילה** למענים בריאותיים מסוימים, ובמקביל חיזוק שיתוף פעולה בין קופות לביטוח הלאומי ושילוב הרשויות המקומיות.

### 3. תמרוץ: לא רק כסף, גם תנאי עבודה, יוקרה, אופק קידום ותשתית אקדמית

עקרון ההמלצה: כדי למשוך ולשמר כוח אדם איכותי בעולמות הזקנה נדרשת השקעת משאבים גם בתמריצים שאינם כספיים וגם במסלולי מצוינות וקריירה:

- ◆ **הפיכת תחום הזיקנה לאטרקטיבי ומזוהה עם מצוינות:** חשיפה חיובית לאורך מסלולי ההכשרה, חיבור לתוכניות מנהיגות, ועידוד התמחות-על / התמקצעות.
- ◆ **בניית תשתית אקדמית ומסלול קריירה:** מרכזי ידע/מחקר והוראה, משאבים להשתלמויות וכנסים, וקידום מקצועי וניהולי מובנה.
- ◆ **תמרוץ, אוטונומיה וחיזוק העבודה בקהילה:** תמריצים כלכליים ושוויערך (תנאי עבודה), תמחור מותאם לעבודה בקהילה (כולל זמן רופא/ת משפחה לטיפול בזקנים), הרחבת סמכויות ואוטונומיה לאחיות מומחיות, וחיזוק עבודה רבת-תחומית.

## תקציר המלצות צוות חדשנות

### 1. רצף טיפול - שילוב כוחות לקידום הזדקנות מיטבית

**המטרה** - לייצר רצף טיפול ממוקד אדם, המכוון לדחיקת תלות, הנסמך על שפה אחודה, מדדים משותפים ושיתוף נתונים בזמן אמת, המאפשרים לנהל מערכת תמרוץ בהתאם.

**השותפים** - מערכת הבריאות (קהילה, בתי חולים, מוסדות גריאטריים/שיקומיים), ובמשק יעיל עם המערכות המרכזיות הנוספות המשפיעות - ביטוח לאומי, רווחה ורשויות מקומיות.

#### ההמלצות:

1. **דחיקת תלות** - יוגדר כיעד לאומי עליון

2. **פיתוח ואימוץ סטנדרטיזציה** - פיתוח והסכמה על מדד שבריריות (Frailty Index). המדד ישמש ככלי מוסכם במערכת לביצוע הערכה תפקודית מבוססת נתונים ומדידה אחידה, וככלי להתערבות ולחיזוי.

3. **נתונים, מדידה ותמרוץ** - יקבעו מדדים ויעדים, תתבצע מדידה אחודה ויוקמו תשתיות מידע משותפות (המחייבת החלת תקני שיתוף מידע בין הגופים ליצירת "תמונת מטופל אחת" בזמן אמת). ייקבע מודל תגמול (תמריצים מול קנסות) המבוסס על תוצאים קליניים, תפקודיים וחברתיים. היישום יבוצע באופן אחיד בכלל הגופים - קופות החולים, בתי החולים והמוסדות, הביטוח הלאומי, הרשויות המקומיות ומשרד הרווחה - תוך התבססות על שקיפות נתונים ודיווח שוטף.

4. **הנגשת ידע מותאמת אישית לאזרח** - מהנתונים הנ"ל תתאפשר הנגשת מידע ייעודי ופרסונלי לאזרחים הוותיקים, לבני משפחותיהם ולמטפלים העיקריים, שתסייע בהנגשת זכויות, ובתמיכה בקבלת החלטות בצמתים טיפוליים.

## 2. קידום חדשנות בגריאטריה

**מטרת העל -** לקדם מעבר שיטתי מ"חדשנות כפיילוטים נקודתיים" ל"חדשנות משנת מציאות" בגריאטריה.

**עיקרי התפיסה -** הטמעה רחבה, בטוחה ומדידה של פתרונות המבוססים על ערך, באופן שמחזק את רצף הטיפול בין אשפוז לקהילה, משפר תוצאות למטופלים ולמשפחות, ומפחית עומס ושחיקה בצוותים.

### ההמלצות:

#### 1. האצת יישום והרחבה (Scale-Up) של פתרונות מוכחים

- ◆ העברת מוקד התמרוץ ממימון פיילוטים - למימון הטמעה, סטנדרטיזציה והרחבה של פתרונות שהראו הוכחת ערך.
- ◆ מיקוד המדידה במדדים מבוססי ערך: אוטונומיה, תפקוד, איכות חיים, מניעת אשפוזים חוזרים, לצד מדדי ייעול וצמצום עומס על הצוותים.

#### 2. ביסוס מוכנות ארגונית ותרבות של ניסוי-למידה-הטמעה:

- ◆ עיגון תשתית קבועה בארגונים לחדשנות (ולא "פרויקט על-זמני"), באמצעות מינוי מובילי חדשנות עם זמן מוגן ותפקיד מוגדר.
- ◆ בניית מסגרות הכשרה וליווי לצוותים, כך שהחדשנות תיתפס כמרכיב עבודה שוטף וככלי לשיפור איכות הטיפול ורווחת העובדים.

#### 3. הסרת חסמים מערכתיים באמצעות מסגרת רגולטורית גמישה ומבוקרת:

- ◆ הקמת Regulatory Sandbox שיאפשר לבחון פתרונות רב מערכתיים בסביבה בטוחה, כולל סוגיות של פרטיות, שיתוף מידע, הסכמה מדעת בקרב ירידה קוגניטיבית, ושינויים בתפקידים/סמכויות.
- ◆ תרגום הצלחות ניסויים לשינויים רגולטוריים מחייבים וארוכי טווח.

#### 4. פיתוח פתרונות מותאמי-אדם באמצעות Co-Creation בקהילה:

- ◆ משרד הבריאות יפעל להקים רשת Living Labs להזדקנות בריאה כמרחב ניטרלי לשיתוף פעולה בין משרדי הבריאות, הרווחה, הביטוח לאומי, האקדמיה והתעשייה.
- ◆ במסגרת זו, המשרד יפעל לשילוב זקנים, בני משפחה ומטפלים (כולל מטפלים עיקריים ועובדים זרים) כבר משלב האפיון, כדי להבטיח

נגישות, התאמה תרבותית, הפחתת חרדה דיגיטלית ועומס קוגניטיבי, וקבלה בפועל של הפתרון.

### 5. יישור קו כלכלי ורגולטורי למודל מבוסס תוצאות:

- ◆ המשרד יפעל לקדם מעבר מתשלום לפי תשומות/פעולות למודלים כגון Bundled Payment או רגולציה מבוססת תוצאות, עם מדדי איכות שמגנים על המטופל ומייצרים תמריץ לחדשנות תהליכית.
- ◆ המשרד יפעל להפוך את החדשנות לכלי הכרחי להשגת יעילות מערכתית. זאת, מבלי לפגוע באיכות הטיפול ובבטיחות.

### 3. אוריינות דיגיטלית בגיל השלישי אל מול עולם טכנולוגי משתנה

**המטרה** - לשפר אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאותית דיגיטלית שתאפשר לאדם המבוגר להתנהל במרחב השירותים המודרני באופן עצמאי, רציף ובטוח, במטרה לשמר את איכות חייו ולצמצם את התלות בגורמי תיווך.

**התפיסה** - פיתוח ויישום תכנית לאומית לצמצום הפער הדיגיטלי ויצירת מנגנון תמיכה ממוסד, המתרגם את השירות הדיגיטלי לשימוש יומיומי יציב, תוך שמירה על בטיחות דיגיטלית ומניעת ניצול לרעה.

#### ההמלצות:

1. לגבש תוכנית אסטרטגית לאומית לאוריינות בריאותית-דיגיטלית - משולבת לארגוני הבריאות, משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות והמגזר השלישי, המחייבת את הגופים לעצב ממשקים פשוטים ואינטואיטיביים לזקן, בני משפחתו ומטפלים עיקריים. התכנית בין היתר תחתור למגר "גילנות דיגיטלית" ולחזק תחושת מסוגלות.
2. לקבוע ולאמץ מודל טיפול ושירות היברידי - המאזן בין טכנולוגיה (בין היתר רפואה מרחוק) למפגש פיסי, תוך שמירה על אוטונומיית המטופל וזכות הבחירה.
3. התייחסות לפער הנגישות לשירותים דיגיטליים - הנגשת שירותים ממוקדת לסובלים מפער בנגישות לשירותים דיגיטליים.

צוותי עבודה - כנס ים המלח ה-23			
3. חדשנות בשירות הזיקנה	2. מענה מערכתי לכח אדם איכותי בעולם הזיקנה	1. תמריצים בעולם הזיקנה	
תמי פורת-פקר - מרכז רפואי שהם	רביע חלאילה - המכללה האקדמית צפת	דן גרינברג - אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	יו"ר 1
אסתי שלי - משרד הבריאות לשעבר	ניר קידר - מרכז טאוב	גלית קאופמן - רשת בית בלב	יו"ר 2
אור ארליך-פיינגולד - סטודנטית, אוניברסיטת תל-אביב	אופיר גונן - מרכז טאוב	שרונה צדוק רוזנבלוט - האוניברסיטה העברית בירושלים ואוניברסיטת בן-גוריון בנגב	רכז
מירה מרם אדרי - מרכז רפואי שיקומי גריאטרי בית רבקה	הדר אלעד - משרד הבריאות	ליאור ברק - משרד הבריאות	4
יעל אוריון - שרן רפואה עד הבית	נטעלי בן - בית האבות הספרדי חיפה	טניה בוגסלבסקי - לאומית שירותי בריאות	5
אופיר בן נתן - ג'וינט-אשל	רייצ'ל ברנר שלם - משרד הבריאות	איציק הרמן - יזם עסקי וחברתי	6
יעקב בכנר - אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	ג'רמי גייקובס - בית חולים הדסה עין כרם	חמה ישראלי שמייסר - משרד הרווחה והביטחון החברתי	7
שירה גרינפלד - מכבי שירותי בריאות	יולי גת - א.ב.א איגוד בתי אבות ודור מוגן בישראל	יעל לינדברג - משרד האוצר	8
הגר וקסלר - מאוחדת	עומר חזן - משרד האוצר	נעמה קונסטנטיני - המרכז הרפואי שערי צדק	9
אנג'לה עירוני - אסותא מרכזים רפואיים	שני לובטון - שירותי בריאות כללית	ליסה קופר - מרכז רפואי רבין	10
יריב מן - משרד הרווחה והביטחון החברתי	ישי קום - מאוחדת	אינה שוגייב - מרכז רפואי פלימן	11
דניאל פדון - משרד האוצר	זוריאן רדומיסלסקי - מכבי שירותי בריאות	נריה שטאובר - משרד הבריאות	12
רמי שגיא - משרד הבריאות	ספי רויטבלט - שירותי בריאות כללית	עידו שריר - בית חולים שיקומי רעות ת"א	13
	שושנה רחמים - המוסד לביטוח לאומי		14

## 3-4 בדצמבר 2025 כנס ים המלח ה-23

### בריאות וזיקנה - ילכו שניהם יחדיו

מלון וורט, ים המלח

ע"ש פרופ' גור עופר ז"ל

יו"ר: אורלי ברק צפריר, יוסי היימן

יום ד', 3.12.25

09:00 - 10:00 הרשמה וכיבוד

11:00 - 10:00 מושב פתיחה יו"ר: נחמן אש - יו"ר המכון הלאומי

משה בר סימן טוב - מנכ"ל משרד הבריאות

יוסי היימן - מנכ"ל ג'וינט אשל

ליאור זלמנסון - ראש מעבדת AIMLAB לבינה מלאכותית בניהול,

אוניברסיטת תל אביב

סמכות מלאכותית - כיצד AI משנה תהליכי ניהול וקבלת החלטות?

12:00 - 11:00 תמונת מצב זיקנה 2025 - אורלי ברק צפריר, יוסי היימן

13:00 - 12:00 הצגת דו"חות: הצגת עבודת הצוותים

צוות 1: תמריצים בעולם הזיקנה

דן גרינברג, גלית קאופמן

צוות 2: מענה מערכתי לכח אדם איכותי בעולם הזיקנה -

ניר קידר, רביע חלאילה

צוות 3: חדשנות בשירות הזיקנה

תמי פורת פקר, אסתי שלי

14:00 - 13:00 ארוחת צהריים

16:00 - 14:00 דיונים בצוותים

16:00 - 16:30 הפסקת קפה

18:00 - 16:30 דיונים בצוותים

21:15 - 20:00 ארוחת ערב

22:00 - 21:15 אירוע חברתי

**יום ה', 4.12.25**

**10:30 - 08:30 דיונים בצוותים**

11:00 - 10:30 הפסקת קפה

**12:30 - 11:00 דיונים בצוותים**

13:30 - 12:30 ארוחת צהריים

**16:00 - 13:30 מליאת סיכום יו"ר: חיים ביטרמן**

הצגת סיכום דיוני הצוותים

**צוות 1: תמריצים בעולם הזיקנה**

דן גרינברג, גלית קאופמן

**צוות 2: מענה מערכתי לכח אדם איכותי בעולם הזיקנה**

ניר קידר, רביע חלאילה

**צוות 3: חדשנות בשירות הזיקנה**

תמי פורת פקר, אסתי שלי

תגובות:

מנכ"ל הקופות

נציגי בתי חולים

אפרת גיל

הגר מזרחי

נציג משרד הרווחה והבטחון החברתי

דיון בשיתוף הקהל

## מאפיינים דמוגרפיים של הזדקנות בעולם ובישראל

ארגון האו"ם מגדיר את הזדקנות האוכלוסייה כאחד ההישגים הגדולים ביותר של האנושות וגם אחד האתגרים הגדולים ביותר. העולם כולו הולך לכיוון הזדקנות האוכלוסייה, ובשנת 2040, מספר הזקנים יהיה גבוה פי 1.6 מאשר היום, ובני 65+ יהיו 17% מאוכלוסיית העולם, עם הבדלים משמעותיים בין אזורים: באירופה 26% ובאפריקה 8%.

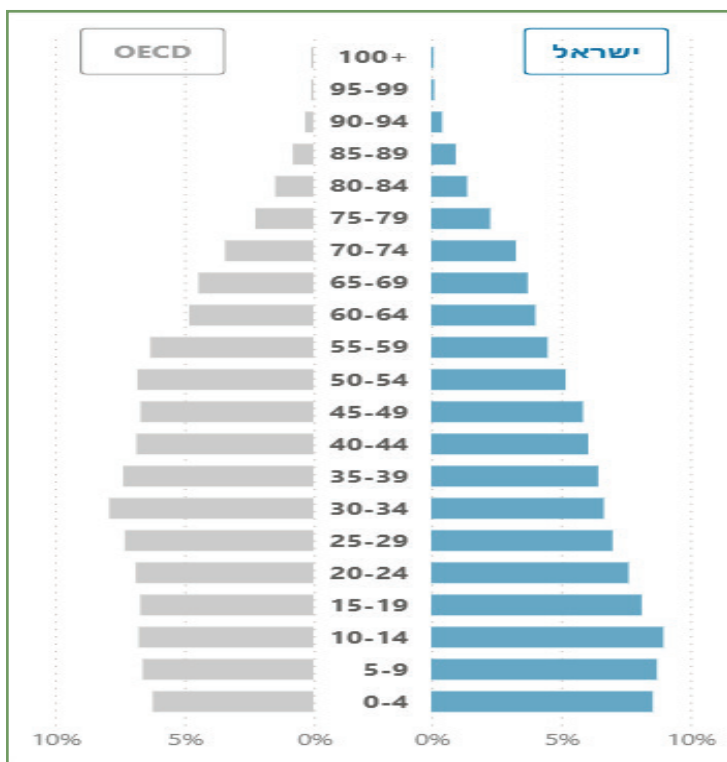
הזדקנות האוכלוסייה כתופעה אנושית גלובלית מתחילה לקראת סוף המאה ה-19, בעיקר עקב שיפור בתנאי היגיינה ורפואה בסיסיים המביאים לירידה בתמותת תינוקות. שינויים אלו מתרחשים בעיקר במערב אירופה ובארצות הברית וכתוצאה מכך, יש ירידה בשיעורי הפרייון (ילודה) במדינות אלו ועליה בתוחלת החיים. התפתחויות מדעיות ורפואיות תורמות אף הן לעליה בתוחלת החיים ובין 1850 ל-1950 עולה תוחלת החיים באירופה ב-25.7 שנים (שנור ודוידוביץ', 2025).

מאמצע המאה ה-20 ואילך הרפואה מתקדמת מאד בהתמודדות עם מחלות האופייניות לגיל מבוגר וכתוצאה מכך, תוחלת החיים ממשיכה לעלות. מ-1950 ועד 2020 עלתה תוחלת החיים באירופה ב-16.6 שנים נוספות (שם). תוחלת החיים בישראל היא בין הגבוהות בעולם. לפי נתוני OECD תוחלת החיים בישראל בשנת 2023 היא 83.8 ונמצאת במקום ה-4 בעולם אחרי שווייץ (84.3), יפן (84.1), ספרד (84.0) ([OECD.org](https://www.oecd.org)).

כתוצאה מירידה בשיעורי הפרייון (ילודה) מחד ועליה במשך החיים מאידך, מתרחשת תופעה של הזדקנות האוכלוסייה, דהיינו עליה בחלקם של הזקנים באוכלוסייה. הדוגמה הקיצונית לכך היא יפן בה הגיע אחוז בני 65+ באוכלוסייה ל-29.2% (2023). במדינות מערב אירופה אחוז בני 65+ נע בין 23.3% (גרמניה ומדינות נוספות) ל-20.5% (ספרד) (שנור ודוידוביץ', 2024).

ישראל שונה מבחינה זו, כיוון ששיעורי הפרייון בה יורדים בקצב איטי בהרבה בהשוואה למדינות מערב אירופה, אף על פי שתוחלת החיים בהן דומה לזו של ישראל. כתוצאה מכך, החלק היחסי של הזקנים באוכלוסייה בישראל נמוך בהשוואה למדינות אלו (12.1% ב-2023). פירמידת הגילים להלן, משווה את התפלגות הגיל בין ישראל לבין מדינות OECD. בולט חלקן הגדול יחסית של קבוצות הגיל הצעירות בישראל לעומת OECD, וחלקן הגדול יחסית של קבוצות הגיל המבוגרות במדינות OECD לעומת ישראל.

**גרף:** פירמידת הגילים בישראל לעומת יתר מדינות ה-OECD



**מקור:** מכון מאיירס ג'וינט ברוקדייל, מערכת מתושלח

עם זאת, כתוצאה מתוחלת החיים הגבוהה בישראל ומהגירה, מספר הזקנים בישראל גדל במהירות רבה. אחוז הגידול במספר בני 65+ בישראל בין 1980 ל-2023 הוא 247%, דומה לאחוז הגידול במדינות אסיה - שבהן תוחלת החיים נמוכה מזו שבישראל - ולא לאחוז הגידול במדינות מערב אירופה (60%-90%) (שנור ודודוביץ', 2024). **כלומר, אף על פי שאחוז בני 65+ בישראל נמוך מאשר במדינות עם תוחלת חיים דומה, מספר הזקנים בישראל גדל במהירות רבה הרבה יותר ולכן יש השפעה על תשתיות, מערכות שירותים בכלל ומערכת הבריאות בפרט.**

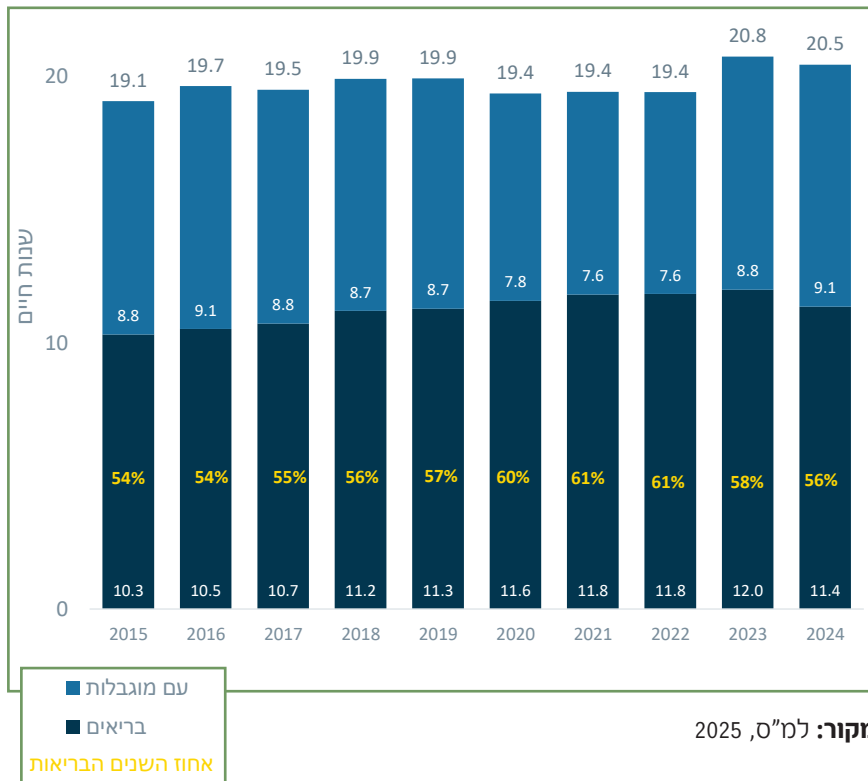
העלייה בתוחלת החיים והירידה בשיעורי הפריון היא תופעה עולמית ולכן אוכלוסיית בני 65+ בעולם גדלה בעשורים האחרונים וגם חלקה מכלל האוכלוסייה עולה. בשנת 2000 היו כ-420 מיליון בני 65+ בעולם והם היוו 6.9% מהאוכלוסייה (ברודסקי, שנור, באר, 2011). בשנת 2024 עומד מספרם של בני 65+ בעולם על 825.5 מיליון והם מהווים 10.3% מהאוכלוסייה (שנור ודודוביץ', 2024). כאמור, בשנת

2040 במדינות מערב אירופה וביפן אחוז בני 65+ ינוע בין 26% ל-35% מהאוכלוסייה.

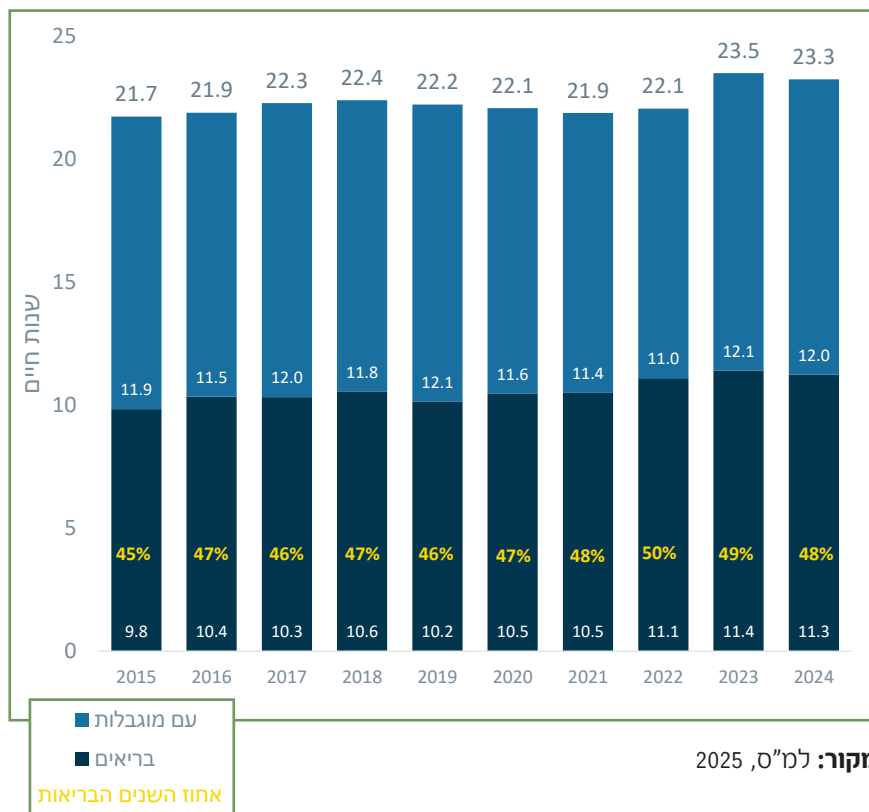
העלייה המרשימה בתוחלת החיים, במיוחד זו המבוססת על התמודדות עם מחלות האופייניות לגיל מבוגר, הגדילה את משך השנים בהן אנשים חיים עם מוגבלות או לא בבריאות טובה. על כן מעניין להסתכל על הנתון של תוחלת החיים בגיל 65 ולהשוות אותו למשך שנות החיים בבריאות טובה הצפויות בגיל 65 (ללא מוגבלות).

תוחלת החיים בגיל 65 לגברים היא 20.5 שנים ומתוכן 11.4 שנים צפויות להיות בבריאות טובה (56%). לנשים תוחלת החיים בגיל 65 היא 23.3 שנים ומתוכן 11.3 שנים צפויות להיות בבריאות טובה (48%). כלומר כמחצית משנות החיים לאחר גיל 65 אינן בבריאות טובה (בקרב גברים כ-45%). עם זאת, בעשור האחרון חל שיפור של כ-3 נקודות אחוז, באחוז השנים הבריאות בשני המינים.

**גרף:** תוחלת חיים בגיל 65+, ואחוז השנים הבריאות מתוכם, השוואה לאורך השנים - גברים -



**גרף:** תוחלת חיים בגיל 65+, ואחוז השנים הבריאות מתוכם, השוואה לאורך השנים - נשים

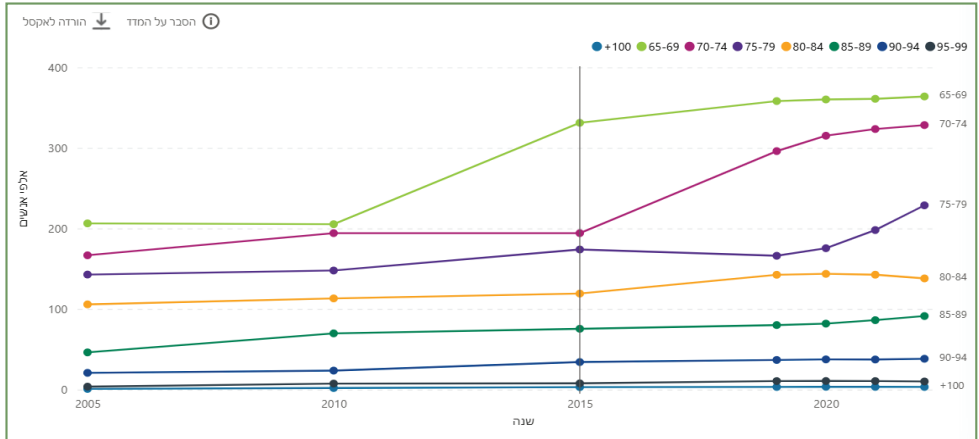


הסטטיסטיקה מתייחסת לבני 65+ אולם זוהי קבוצה גדולה עם מנעד גילים רחב והטרונגיות של מאפיינים וצרכים. העלייה בתוחלת החיים ותופעות דמוגרפיות (כמו דור ילידי 1955-1945, החריג בגודלו) גורמות לכך שגם קבוצת בני 65+ מזדקנת ומספרם של בני 75+ ובני 80+ הולך וגדל. לתופעה זו חשיבות רבה מאחר שאלו הם הצרכנים העיקריים של שירותי בריאות וסיעוד.

בשנת 1980 בני 75+ מנו 108.5 אלף איש והיוו 2.8% מכלל האוכלוסייה, בשנת 2022 הם מונים 509.7 אלף איש (פי 4.7) ומהווים 5.3% מכלל האוכלוסייה. באותה תקופה גדלה כלל אוכלוסיית בני 65+ פי 3.5 ואילו כלל האוכלוסייה במדינה גדלה פי 2.4. כלומר למרות שהאוכלוסייה בישראל גדלה - קבוצת הגיל של בני 75+ גדלה בשנים האחרונות בקצב מהיר בהרבה וגודלה המוחלט (יותר מחצי מיליון איש) משפיע על צריכת השירותים במערכות השונות.

הגרף להלן ממחיש את הגידול המהיר בשנים האחרונות בקבוצת הגיל 70-79. בשנים הקרובות קבוצה זו תעבור את גיל 80 ולכן צפויה להשפיע על הביקוש לשירותים בגיל זה.

**גרף:** בני 65 ומעלה - סוף שנה (אלפי אנשים) בשנים 2005-2022 בפילוח לפי קבוצת גיל

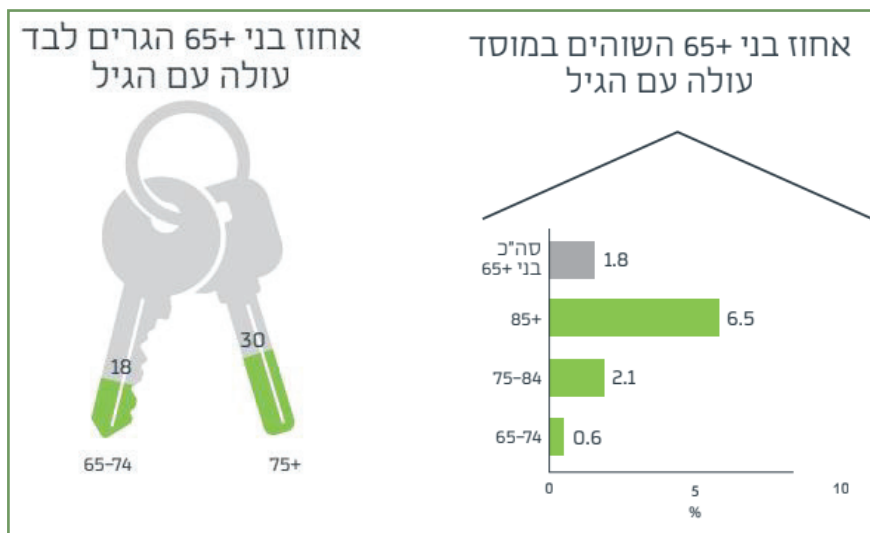


**מקור:** מכון מאיירס ג'וינט ברוקדייל, מערכת מתושלח

הגידול המהיר באוכלוסייה המבוגרת מחייב השקעה מיידית בתשתיות בריאות, סיעוד וקהילה, ובמציאת פתרונות לעבודה משותפת רב מערכתית לטובת הזקן.

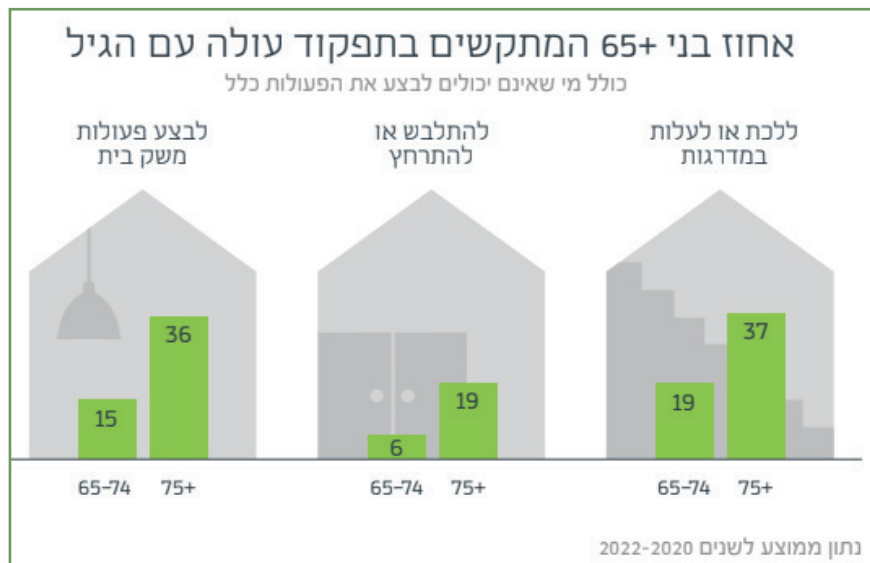
## מאפייני הזקנים בישראל

בשנת 2022 היו בישראל 1,201,800 אנשים בני 65 ומעלה המהווים 12.4% מהאוכלוסייה. תוחלת החיים בישראל היא 81 לגברים ו-85 לנשים. 18% מבני 74-65 ו-30% מבני 75+ גרים לבד; 12% מבני 65-74 ו-37% מבני 75+ הם אלמנים; 19% מהגברים ו-34% מהנשים מעל גיל 65 מדווחים על תחושת בדידות.



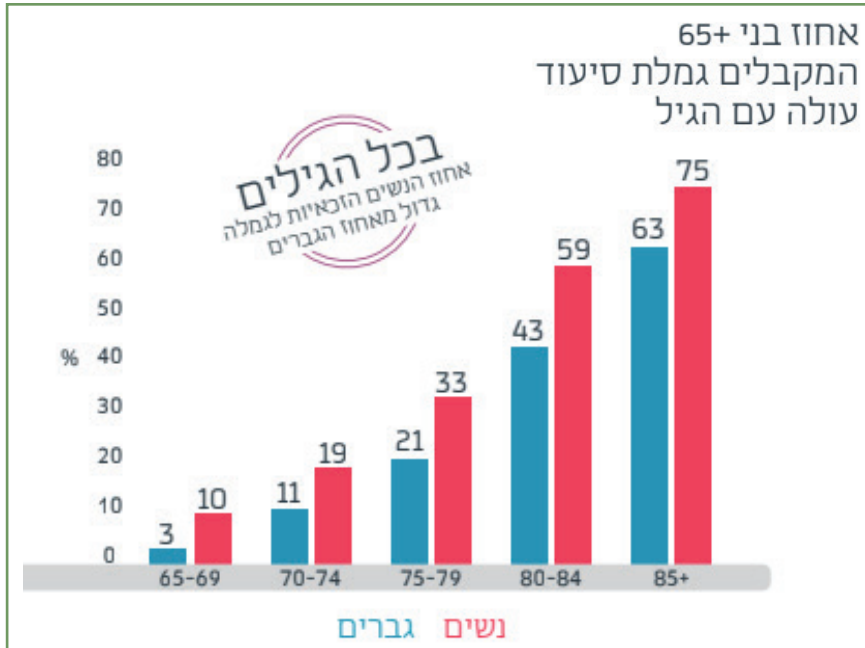
**מקור:** בני 65+ בישראל, שנתון סטטיסטי 2024

צורך בעזרה: 15% מבני 65-74 ו-36% מבני 75+ מתקשים בביצוע פעולות במשק הבית; 6% מבני 65-74 ו-19% מבני 75+ מתקשים להתלבש או להתרחץ; 19% מבני 65-74 ו-37% מבני 75+ מתקשים בהליכה או בעליית מדרגות.

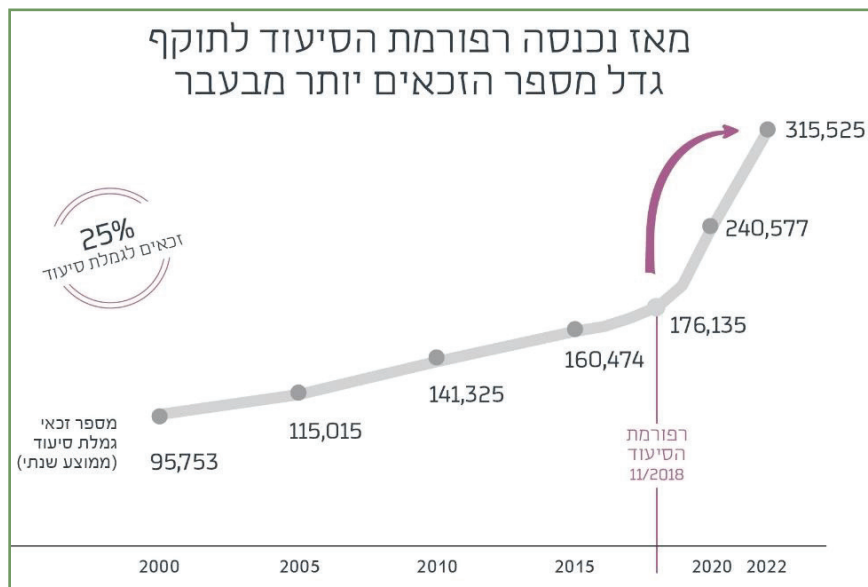


**מקור:** בני 65+ בישראל, שנתון סטטיסטי 2024

צריכת שירותים: 9% מבני 65-74 ו-27% מבני 75+ מטופלים בשירותי הרווחה.  
 שיעור מקבלי גמלת סיעוד עלה בשנים האחרונות בצורה משמעותית, בייחוד מאז  
 הרפורמה בסיעוד שהיתה בסוף שנת 2018.  
 אחוז מקבלי גמלת סיעוד עולה עם הגיל, ומגיע ל-75% בקרב נשים בנות 85+.



מקור: בני 65+ בישראל, שנתון סטטיסטי 2024



מקור: בני +65 בישראל, שנתון סטטיסטי 2024

## השלכות כלכליות

רמת הוצאות הבריאות לנפש משתנה לאורך זמן ותלויה במגוון רחב של גורמים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים, כמו גם בסידורי המימון וההסדרים הארגוניים של מערכת הבריאות במדינה.

בשנת 2022 הוערכה הוצאת הבריאות הממוצעת לנפש במדינות OECD (כאשר הותאמו להבדלים בכוח הקנייה) בכמעט 5,000 דולר, כאשר בארצות הברית הוערכה הוצאת הבריאות לנפש ב-12,555 דולר לכל אזרח. אך בישראל, הוצאת הבריאות לנפש הינה מתחת לממוצע של מדינות ה-OECD ועומדת על כ-3,400 דולר לנפש.

לפי נתוני בנק ישראל, הוצאת הבריאות על מבוגרים ובפרט בני +75, גבוהה באופן משמעותי מהוצאות על קבוצות גיל צעירות יותר. המימון הציבורי מכסה 70% מהוצאות הבריאות על מבוגרים (מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, 2025).

הגידול במספר הזקנים, לצד העלייה בתוחלת החיים ושיעורים גבוהים יותר של מחלות כרוניות, יובילו לעלייה דרמטית בביקוש לשירותי בריאות ובעיקר לטיפול סיעודי וגריאטרי (Madgavkar et al., 2025).

כתוצאה מהגידול בביקוש, ההוצאה הלאומית על הבריאות ובעיקר על החלק הציבורי שלה, תצטרך לגדול באופן ניכר לצורך מתן מענה. אם לא יבוצעו שינויים מהותיים במימון הציבורי, ההוצאות הפרטיות על הבריאות צפויות לעלות וכבר עכשיו הן גבוהות יחסית, דבר זה עלול לפגוע במשקי הבית של הקשישים ולהגברת אי שוויון (Wall Street Journal, 2025; Reuters, 2025). הגידול בביקוש יחייב גם היערכות ברמת כוח האדם הרפואי והסיעודי, וכן בהשקעות בתשתיות בקהילה, בבתי חולים ובאשפוז גריאטרי חריף וכרוני.

החלק של מערכת הבריאות בישראל - התל"ג 7.7% קבוע ולא השתנה מזה זמן רב. נוכח המלחמה המתמשכת, צפויה ירידה בהכנסות המדינה ובדירוג האשראי - התוצאה צמצום טבעי של הוצאות המדינה על הבריאות, למרות עליה בביקוש לשירותים רפואיים שנגרמו גם בעקבות המלחמה המתמשכת (טאוב, 2023).

## מקורות

ברוסקי, ג', שנור, י., באר, ש. (2002). קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2001. מכון ברוקדייל ואשל.

שנור, י., דוידוביץ, נ. (2024). בני 65+ בישראל שנתון סטטיסטי 2024. מאיירס ג'וינט ברוקדייל. שנור, י., דוידוביץ, נ. (2025). תמורות בתרבות הפרישה - הזדקנות האוכלוסייה כמנוע שינוי בתוך ר. אפלר-ח'טאב, ל. שוחט (עור'), הזדקנות ועבודה מבט רב תחומי (עמ' 211-229), הג'וינט.

[OECD.org](https://www.oecd.org), Life expectancy at birth.

<https://www.oecd.org/en/data/indicators/life-expectancy-at-birth.html>.

Retrieved 9/11/2025.

## תוכן עניינים פרק ראשון: תמריצים בעולם הזיקנה

31	<b>הקדמה:</b> תמריצים בעולם הזיקנה - סקירה ושאלות לדיון - כנס ים המלח
<b>34</b>	<b>חלק 1: תמריצים להזדקנות מיטבית</b>
34	1.1 רקע: מהי הזדקנות מוצלחת או הזדקנות מיטבית?
37	1.2 המשמעות הכלכלית של הזדקנות בריאה
43	1.3 מרשם חברתי (Social Prescribing) כהתערבות בקידום הזדקנות מיטבית
44	1.4 מפת המדדים הלאומיים להזדקנות מיטבית בישראל
50	1.5 מדידת והערכת השבריריות (Frailty) באוכלוסיית הזקנים
52	1.6 רשות מקדמת הזדקנות מיטבית - Muni100
55	1.7 שאלות לדיון
57	1.8 סיכום המלצות הצוות
62	1.9 מקורות
<b>65</b>	<b>חלק 2: תמריצים לשיקום ומניעה שניונית בקופות החולים, באשפוז ובבית</b>
65	2.1 רקע
67	2.2 שיקום - האבולוציה של ההמשגה
68	2.3 גישות עכשוויות לשיקום
70	2.4 מסגרות שיקום - מיפוי כללי
79	2.5 הרציונל: שיקום משתלם כלכלית - השקעה שמובילה לחיסכון
82	2.6 תעריפים ותמריצים - כשלים מרכזיים בתחום האשפוז בשיקום גריאטרי בישראל
89	2.7 שאלות לדיון
90	2.8 סיכום המלצות הצוות
94	2.9 מקורות
<b>100</b>	<b>חלק 3: תמריצים לטיוב מיסוד</b>
100	3.1 מהו "מיסוד" והסוגים השונים של טיפול סיעודי במוסד (גריאטריה מתמשכת)

104	3.2	היצע וביקוש באשפוז סיעודי מתמשך (סיעודי, ותשושי-נפש)
	3.3	נתונים השוואתיים ומגמות באשפוז סיעודי (במוסד) במדינות
106		ה-OECD ובישראל
114	3.4	ההוצאה על אשפוז סיעודי והעלות החלופית
119	3.5	תמריצים / תמחור ומנגנוני בקרה
122	3.6	תמריצים ותמחור בגריאטריה מתמשכת בטיפול בקהילה
123	3.7	שאלות לדיון - תמריצים לטיוב מיסוד
126	3.8	סיכום המלצות הצוות
130	3.9	מקורות

## תמריצים בעולם הזקנה - סקירה ושאלות לדיון

הזדקנות האוכלוסייה בישראל ובעולם מציבה אתגרים משמעותיים בפני מערכות הבריאות והרווחה והחברה כולה, ומחייבת חשיבה מעמיקה על אופן ההתמודדות עם צרכים גדלים והולכים. בעידן בו תוחלת החיים מתארכת, השאלה המרכזית אינה רק כמה שנים נחיה, אלא כמה שנים מתוכן יהיו שנות חיים בריאות. באיזו איכות חיים נחיה אותם, עם איזו מידה של עצמאות ותפקוד, ובאילו מסגרות שיקום וסיעוד יטופלו זקנים שיזדקקו לכך. פרק זה נועד להציג תמונה מקיפה של נושא התמריצים בעולם הזקנה על פני שלושה שלבים מרכזיים: קידום הזדקנות מיטבית, שיקום ומניעה שניונית, והטיפול הסיעודי. בכל שלב מוצגות ההגדרות המושגיות, הנתונים הרלוונטיים, ההשוואות הבינלאומיות ובסיום כל חלק - השאלות המרכזיות שעל מקבלי ההחלטות להתמודד עמן שיעלו לדיון בכנס. מטרת הפרק היא לשמש בסיס לדיון מעמיק בכנס ים המלח, תוך זיהוי פערים, הזדמנויות ואתגרים במערך הטיפול בזקנים בישראל.

נושא התמריצים בעולם הזקנה נידון במסגרות שונות ומוצג במספר דו"חות רלוונטיים. כנס ים המלח ה-12 שהתקיים בשנת 2011 עסק בהיערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה. כעשר שנים לאחר כנס ים המלח ה-12, בשנת 2021, הוקם הצוות למניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים, בהחלטה משותפת של שר הרווחה הביטחון החברתי ושר הבריאות (ועדת קידר). הרקע להקמת הצוות, כפי שמתואר בדו"ח, היה "האתגר המרכזי הגלום בעלייה בתוחלת החיים בישראל הוא השאיפה להבטיח כי הזדקנות האוכלוסייה תהיה מלווה בשימור איכות חייהם של האזרחים הוותיקים". מטרתו העיקרית של הצוות, כפי שבאה לידי ביטוי בכתב המינוי, הייתה לבחון את מבנה התמריצים בגמלת הסיעוד, תוך שימת דגש על מניעת הדרדרות תפקודית בקרב אזרחים ותיקים (דחיקת התלות). ההמלצות כוללות, בין השאר, השקעה בשירותים לדחיקת התלות למקבלי גמלת סיעוד בדרגות הנמוכות, שילוב משמעותי של קופות החולים במהלכים למניעת הדרדרות טרם המצב הסיעודי וברמות תלות נמוכות, חיזוק תוכניות למניעת הדרדרות תפקודית המיועדות לאזרחים ותיקים עצמאיים הניתנות באמצעות הרשויות המקומיות, קביעת סטנדרט אחיד ומוסכם להערכת תלות ולמידה של הדרדרות תפקודית ועוד. חלק מהנושאים, שנידונו בכנס ים המלח ה-12 ובוועדה, רלוונטיים במידה כזו או אחרת גם לדיונים בכנס ים המלח הנוכחי.

**החלק הראשון** עוסק בהזדקנות מיטבית (ובהגדרות נוספות שלה כמו הזדקנות מוצלחת והזדקנות בריאה). הפרק סוקר בהרחבה את העדויות הקיימות בספרות לגבי המשמעות הכלכלית והחברתית של הזדקנות בריאה. המחקרים מראים באופן עקבי שהשקעה בהזדקנות בריאה משתלמת מאוד כלכלית, הן ברמה האישית והן ברמה החברתית. בהמשך מתוארות דוגמאות ויוזמות למיפוי, מדידה וקידום הזדקנות בריאה בישראל ובכלל זה מפת המדדים הלאומית להזדקנות מיטבית, הערכת השבריריות באוכלוסייה המבוגרת ורשות מקדמת הזדקנות מיטבית (Muni100). אחד הנושאים שנידונו בכנס ים המלח ה-12 עסק בהזדקנות בריאה ופעילה. החזון שהוצע למדינת ישראל ולמערכת הבריאות בטיפול בקשישים לקראת כנס זה כלל, בין השאר, קריאה ל"חיזוק מסגרות קיימות ופיתוח מסגרות חדשות, הן לאוכלוסייה הקשישה והן לאוכלוסייה ה"טרם קשישה", כדי להבטיח שתוספת השנים לתוחלת החיים יהיו שנות בריאות ועם מינימום מוגבלות." ברמה הצהרתית קבעו חברי הצוות בכנס כי "יש צורך בהצהרת מדיניות לכיוון של אימוץ התפיסה של הזדקנות פעילה במונח הכולל והרחב עם ההשלכות הנדרשות לתכנון ויישום חינוך, רגולציה משאבים." חלק מההמלצות התייחסו לצורך בתוכנית לאומית המאפשרת מיצוי הזדמנויות, השתתפות חברתי ובטחון אישי לזקנים, המלצה על קביעת נהלים לקידום בריאות והטלת אחריות לביצוען על קופות החולים והשלטון המקומי, תוך איגום משאבים. חלק מהנושאים, שהועלו בכנס בשנת 2011 בהקשר זה, רלוונטיים גם כיום מכיוון שלמיטב ידיעתנו מרבית ההמלצות בחלק זה לא בוצעו או בוצעו באופן חלקי בלבד.

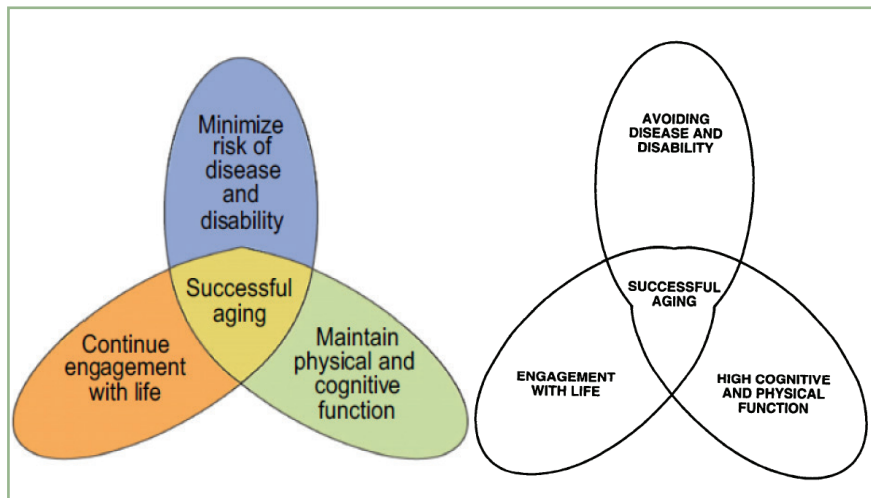
**החלק השני** מתמקד בשיקום ובמניעה שניונית. שיקום הוא שלב טיפולי בתהליך ריפוי מתמשך שמטרתו לשפר תפקודים מוטוריים וקוגניטיביים שנפגעו. בעולם המערבי חלה אבולוציה משמעותית בהמשגת השיקום - מהמודל הרפואי המסורתי שהתמקד בהחלמה פיזית, לגישות הוליסטיות יותר הכוללות היבטים ביו-פסיכו-סוציאליים. מודלים עדכניים מדגישים שיקום ממוקד אדם, עבודה רב-תחומית, והכרה בכך שמטרת השיקום היא אופטימיזציה של תפקוד ואיכות חיים, לא תמיד החלמה מלאה. בישראל קיים מחסור משמעותי בשירותי השיקום הגריאטרי בנוסף, קיימים פערי תעריפים משמעותיים בין שיקום לצעירים לשיקום גריאטרי והתעריפים לא מכסים את עלויות הטיפול האמיתיות, דבר שפוגע ביכולת לספק שירותים איכותיים ומהווה תמריץ שלילי להשקעה בתחום. כמו כן, אין מחקר או נתונים עדכניים לגבי מיצוי שירותי השיקום בקהילה על-ידי קשישים ונראה כי קיימים שיעורי שיקום נמוכים ביחס לפוטנציאל הקיים.

**בחלק השלישי** העוסק בטיפול סיעודי נתבקשו חברי הקבוצה להתייחס לתמריצים הקשורים לטיפול באדם הנמצא במצב סיעודי מתקדם בו הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום-יומיות (כאשר הטיפול הינו לזמן ממושך בבית או באשפוז במוסדות). הנתונים בפרק זה מתייחסים לגריאטריה ממושכת, דהיינו - גריאטריה סיעודית ותשושי נפש, ועל כן נושא התמריצים אינו מתייחס למניעת המצב הקליני אלא לדרך הנכונה ביותר לתת טיפול במצב הנתון. חומר הרקע בחלק זה עוסק בנושאים הבאים: מהו "מיסוד" והסוגים השונים של טיפול סיעודי במוסד (גריאטריה וסיעוד); היצע וביקוש באשפוז סיעודי; נתונים השוואתיים ומגמות באשפוז סיעודי במדינות ה-OECD ובישראל; ההוצאה על אשפוז סיעודי ועלות החלופות (גמלאות סיעוד בקהילה); תמריצים באשפוז סיעודי. כנס ים המלח ה-12 עסק, בין השאר, בתמריצים הנוגעים להשאת המטופל שכן מתאים לטיפול ביתי, בביתו. בכנס ים המלח הקודם שבו נדונה היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה, סיכומי קבוצת התמריצים בנושא עידוד הטיפול בקהילה כללו התייחסות להיעדר כיסוי משמעותי של גמלת הסיעוד להוצאות הטיפול של אדם סיעודי ברמת תלות גבוהה (רמות 5 ו-6). נושא זה עבר שינוי מהותי מאז הכנס הקודם ויידון בהרחבה בכנס.

## חלק 1: תמריצים להזדקנות מיטבית

### 1.1 רקע: מהי הזדקנות מוצלחת או הזדקנות מיטבית?

המונח "הזדקנות מוצלחת" (Successful aging) בהשוואה ל"הזדקנות רגילה" (Normal aging) נטבע לראשונה לפני כשלושה עשורים במודל של Row & Kahn (Row & Kahn, 1997) ופותח בהמשך במאמרים נוספים (ראה למשל: Row & Kahn, 2020). המודל להזדקנות מוצלחת הוא מודל תלת-ממדי הכולל שלושה מרכיבים מרכזיים: הסתברות נמוכה למחלה ומוגבלות - לא רק היעדר מחלה אלא גם היעדר גורמי סיכון למחלה (low probability of disease-related disability), שמירה על תפקוד פיזי וקוגניטיבי גבוה (high physical and cognitive capacity) ומעורבות פעילה בחיים (active engagement in life) הכוללת שני מרכיבים עיקריים: קשרים בין-אישיים (interpersonal relations) ופעילויות פרודוקטיביות (productive activity). המחברים מציגים במודל ארבע קבוצות באוכלוסייה המזדקנת: אנשים עם מחלה ומוגבלות, אנשים עם מחלה ללא מוגבלות, אנשים ללא מחלה אבל עם גורמי סיכון גבוהים ("הזדקנות רגילה") ואנשים ללא מחלה ועם גורמי סיכון נמוכים ("הזדקנות מוצלחת"). המודל מוצג באיורים הבאים: האיור הימני מתוך המאמר המקורי (Row & Kahn, 1997) והאיור השמאלי המהווה עיבוד מסוים למודל המקורי.



איור 1: מודל להזדקנות מוצלחת - Successful aging (Row & Kahn, 1997)

מאז פורסם המודל לראשונה, הוא זכה לביקורת לא מעטה ובמהלך השנים נוספו פיתוחים שונים למודל המקורי, הכוללים בין השאר הגדרות סובייקטיביות של הזדקנות והתייחסות למעגל החיים השלם. אחת הביקורות הבולטות טוענת כי המודל מתאר מצב שהוא "סטטי" הבודק היעדר מחלה, תפקוד טוב ומעורבות חברתית בזמן נתון בעוד שתהליכי ההזדקנות דינאמיים ומשתנים לאורך זמן (Stove & Cooney, 2014). הביקורת הנוספת טוענת כי הדרישה של היעדר מחלה או נכות היא חשובה, אך לא תמיד מציאותית, וחולים רבים במחלות כרוניות נהנים מחיים משמעותיים עם תפקוד גבוה וסיפוק אך עדיין לא עומדים בתנאים של הזדקנות מוצלחת לפי המודל של Row & Kahn. כך, למשל, במחקר שבוצע בארצות הברית בקרב 867 קשישים, נמצא כי השיעור של אלו שהעריכו את עצמם כמזדקנים בהצלחה עמד על 50.3%, לעומת 18.8% שסווגו כך לפי הקריטריונים של Row & Kahn. למרות שהיעדר מצבים כרוניים ושמירה על תפקוד היו קשורים באופן חיובי להזדקנות מוצלחת בשתי ההגדרות, רבים מהמשתתפים, שסבלו ממצבים כרוניים ומקשיים תפקודיים, עדיין דירגו את עצמם כמזדקנים הזדקנות מוצלחת (Strawbridge, Wallhagen & Cohen, 2022). ביקורת משמעותית נוספת נוגעת לכך שפרדיגמת ההזדקנות המוצלחת של Row & Kahn שמה דגש על אחריותו האישית של הפרט לעיצוב חוויית ההזדקנות שלו וממעיטה מההקשר החברתי-מבני שבתוכו חי האדם, המגבילים את יכולתו להביא להזדקנות מוצלחת (Rubinstein & de Medeiros, 2015). גישה זו, המתעלמת או הממעיטה בהקשר הרחב יותר של ההזדקנות, עלולה להביא להבחנה בין זקנים המזדקנים בהצלחה לבין כאלה שלא ובכך לחזק הדרה ואי-שוויון בקרב אוכלוסיית הזקנים.

מחקרים חדשים והצעות עדכון לפרדיגמה המקורית קוראים לשלב במודל גם את הנגישות למשאבים חברתיים כלכליים, את המשמעות הרוחנית / הקיום העצמי, את הגמישות והקבלה של מוגבלות ואת ההבדלים התרבותיים בין אוכלוסיות במדינות שונות ואף באותה מדינה. מתוך מודעות לביקורת על המודל המקורי שלהם, Row & Kahn בעצמם מציעים מספר עדכונים למודל (Successful aging) על מנת שיתאים טוב יותר למאה ה-21. מתוך הבנה שהיכולת ל"הזדקנות מוצלחת" תלויה לא רק בפעולותיו של האדם עצמו, אלא גם בתנאים החברתיים והמבניים שמאפשרים או מונעים זאת, הם קוראים לעיצוב מחדש (Reengineering) של מוסדות חברתיים בסיסיים כגון מערכות בריאות, חינוך, תעסוקה ופנסיה כדי שיתמכו טוב יותר בזקנים. המודל העדכני מתייחס להזדקנות כאל תהליך שכולל את כל מעגל החיים (Life course) מהילדות ועד הזקנה ולכן לגורמים מוקדמים יותר במעגל החיים כגון תזונה בילדות, השכלה, וחוויות חיים מוקדמות, יש השפעה

משמעותית על האפשרות להזדקן בהצלחה. גם ההון האנושי (Human capital) והמשאבים אותו צובר האדם לאורך חייו, כגון השכלה, קשרים חברתיים, יכולת להתמודד ולהסתגל לשינויים, מאפשרים לאנשים להתמודד טוב יותר עם אתגרי הזקנה (Row & Kahn, 2015).

בסקירה שפורסמה לאחרונה (Waddel et al., 2025) טוענים המחברים כי חוסר ההסכמה הקיימת לגבי הגדרה אופרציונלית של "הזדקנות מוצלחת" מהווה אתגר הן לחוקרים והן לגיבוש מדיניות ציבורית. השימוש במונח הזדקנות "מוצלחת" יוצר דיכוטומיה בעייתית בין הצלחה לכישלון ועשויה להדיר קבוצות רבות של זקנים עם מחלות כרוניות. המחברים קוראים לאימוץ גישה כוללת יותר ושימוש במושג "הזדקנות טובה" (Aging well) המתחשבת בגורמים סוציו-אקונומיים, תרבותיים ובחוויה הסובייקטיבית של הזקנים עצמם תוך הפחתת הסטיגמה המובנית במודל המסורתי של "הזדקנות מוצלחת".

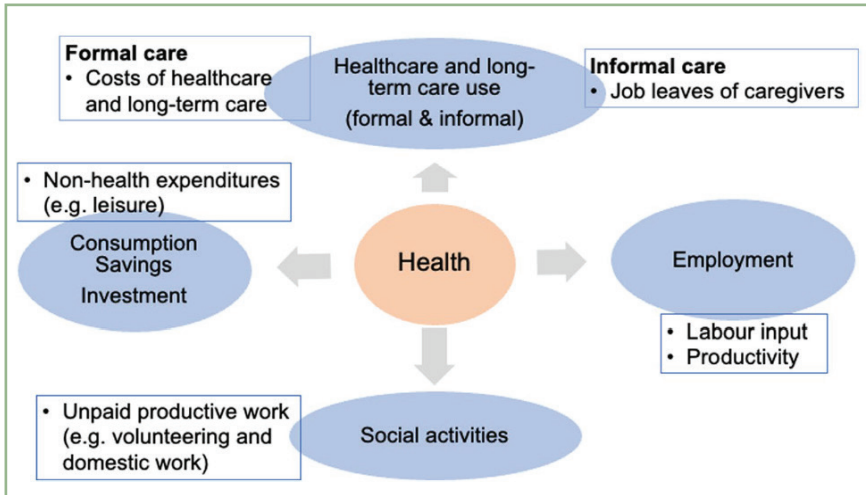
בספרות הגרונטולוגית ובארגונים כגון ארגון הבריאות העולמי (WHO) ניתן למצוא מונחים נוספים המדגישים היבטים שונים של הזדקנות טובה. כך, למשל, "הזדקנות בריאה" (Healthy aging) מתמקד בשמירה על בריאות גופנית ונפשית לאורך החיים תוך קידום אורח חיים בריא (כגון תזונה בריאה ופעילות גופנית), נגישות לשירותי רפואה מונעת וניהול של מחלות כרוניות. "הזדקנות פעילה" (Active aging), מונח שטבע ארגון הבריאות העולמי, שם דגש על השתתפות מלאה ומתמשכת של זקנים בכל תחומי החיים: החברתיים, התרבותיים והרוחניים לצד שמירה על בריאות, ביטחון והזדמנויות למימוש עצמי. מונחים נוספים הקיימים בספרות מתייחסים ל"הזדקנות פרודוקטיבית" (Productive aging) המדגישה את תרומתם של מבוגרים דרך עבודה, טיפול בקהילה ותרומה לקהילה (Fernández-Ballesteros, et al 2013).

לסיכום, ל"הזדקנות מיטבית" קיימת התייחסות רחבה בספרות והגדרות שונות, חלקן כוללניות יותר וחלקן פחות. ההבדלים בין המונחים השונים משקפים את השונות הקיימת בין מודלים תיאורטיים שונים. המשותף לכל המונחים הוא שהם כוללים היבטים מעבר להיעדר מחלה או נכות וכולם מתכנסים לרעיון משותף של הזדקנות מעצימה ורבת ממדים.

## 1.2 המשמעות הכלכלית של הזדקנות בריאה

במדינות מתועשות רבות, כולל במדינת ישראל, ההתמודדות עם אתגרים כלכליים הקשורים להארכת תוחלת החיים ולהזדקנות האוכלוסייה ובמיוחד ההתמודדות עם עלויות שירותי הבריאות והטיפול הסיעודי ארוך הטווח, מהווה יעד חשוב של מערכות הבריאות, הרווחה וסקטורים אחרים בחברה. דאגה להזדקנות בריאה והארכת תוחלת החיים הבריאה מהווה את אחד האמצעים להתמודדות עם אתגר הזדקנות האוכלוסייה. ברמה המקרו-כלכלית, הזדקנות האוכלוסייה קשורה בירידה בכוח העבודה במשק ופגיעה בצמיחה הכלכלית (OECD, 2025). עם זאת, ניתן למתן ירידה זו אם האוכלוסייה בגיל הביניים והאוכלוסייה המבוגרת תישאר בבריאות טובה. לכן, מצב הבריאות של האוכלוסייה הוא מניע חשוב לכלכלות של מדינות. המחקר מראה כי הזדקנות בריאה המפחיתה את ההסתברות להופעתם של מצבים כרוניים ומגבלות תפקודיות יוצרת ערכים כלכליים גדולים לזקן עצמו ולחברה (Goldman et al., 2023; Scott et al. 2023).

בריאות טובה היא מרכיב חשוב בהון האנושי של הפרט ושל החברה (איור 2). בריאות קובעת את הפרודוקטיביות של האדם, את הזמן המוקדש לפעילויות כלכליות בשוק העבודה (Employment), פעילות חברתית (Social activities), כולל עבודה במשק הבית ופעילויות התנדבות ועלויות רפואיות קצרות וארוכות טווח, כולל טיפול פורמלי (Formal care) וטיפול בלתי-פורמלי (Informal care) וכן צריכה, חסכון והשקעות (Consumption, savings, investment). ברמה המיקרו-כלכלית, הידרדרות בריאותית מפחיתה משמעותית את הפרודוקטיביות וההשתתפות בכוח העבודה, כמו גם השתתפות פעילה בפעולות אחרות במשק הבית ובחברה. זקנים בריאים רבים תורמים, במיוחד לאחר יציאת לגמלאות משוק העבודה, לפעילות לא מתוגמלת (Unpaid activities), כגון פעילות התנדבות, סיוע בטיפול בנכדים ועבודה במשק הבית.



**איור 2:** הזדקנות בריאה והמשמעויות החברתיות / כלכליות (Okamoto, et al. 2023)

המחקרים מראים באופן עקבי שההשקעה בהזדקנות בריאה משתלמת כלכלית באופן משמעותי, הן ברמה האישית והן ברמה החברתית. ארגון המדינות המתועשות (ה-OECD) העריך לאחרונה (OECD, 2025) את ההשפעה הכלכלית של מדיניות לקידום הזדקנות בריאה על הוצאות הבריאות והטיפול ארוך-הטווח, בהתבסס על נתונים ממחקרי אורך בינלאומיים ונתוני הוצאות בריאות מ-2006 עד 2021. ההערכות מבוססות על נתונים ממספר מקורות כגון: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), מחקר האורך האנגלי על הזדקנות (HRS) Health and Retirement Survey (ELSA), בארצות הברית, וכן נתוני ה-OECD על הוצאות בריאות. נבחנו שני סוגים מרכזיים של מדיניות: הגברת ההשקעה במניעה בריאותית, וקידום טיפול ביתי כחלופה לטיפול מוסדי. הממצאים מצביעים על כך שהשקעה במניעה ובטיפול ביתי עשויה להפחית את הוצאות הבריאות בטווח הארוך, לשפר את בריאות האוכלוסייה ולהגביר את היעילות הכלכלית של מערכות הבריאות במדינות החברות.

גישה אחת לבחון את התועלת שבהזדקנות בריאה מוצגת בניתוח שבוצע בארצות הברית ואמד את הערך הכלכלי של טיפולים הממוקדים בהאטת תהליך ההזדקנות לעומת טיפולים במחלות ספציפיות (Sinclair, Scott & Ellison, 2021). התועלת הוערכה במונחים של "ערך חיים סטטיסטי" (Value of statistical life-VSL), כלי כלכלי הנמצא בשימוש שנים רבות לקביעת מדיניות בריאות ומאפשר לחשב בכסף את התועלת הכלכלית והחברתית הנוכחית והעתידית

של התערבויות המכוונות להזדקנות. כלי זה נמצא בשימוש שנים רבות במדינות שונות להערכת התערבויות בתחום מדיניות בריאות כמו גם בתחומים אחרים (למשל, לחישוב הערך הכלכלי במניעת זיהום אוויר). ממצאי המחקר מצביעים כי האטת תהליך ההזדקנות עשויה להניב ערך כלכלי עצום: עיכוב ההזדקנות בשנה אחת בלבד נאמד בכ-38 טריליון דולר, ובעשר שנים בכ-367 טריליון דולר. עוד נמצא כי שיפור הבריאות הבא לידי ביטוי בצמצום תקופת החולי (Morbidity compression) ללא הארכת חיים, תורם יותר לכלכלה מהארכת חיים בלבד, וכי ככל שהחברה מזדקנת ומאריכה ימים, כך גדל הערך הכלכלי של כל שיפור נוסף בתהליך ההזדקנות. מסקנת החוקרים היא שהשקעה בטיפולים המכוונים להזדקנות עצמה עשויה להיות בעלת תשואה חברתית וכלכלית גבוהה במיוחד, וליצור "מעגל חיובי" (Virtuous circle) שבו שיפור בתהליך בהזדקנות מגדיל את הערך של המשך השיפור בעתיד. מעגל זה נוצר כיוון שהרווחים החברתיים מעיכוב ההזדקנות עולים ככל שגיל האוכלוסייה הממוצע גבוה יותר, איכות החיים בגיל המבוגר משתפרת, ומספר הזקנים באוכלוסייה גדל. בכך נוצר דפוס ייחודי לעומת טיפולים הממוקדים במחלות ספציפיות - שבהם התועלת פוחתת לאחר גילוי טיפול יעיל.

כאמור, הגישה הכוללת ביותר היא לטפל בפנוטיפי הזקנה ולא רק במחלות בודדות. מחקרם של Okamoto et al. (2023) ואחרים (Okamoto et al., 2023) בחן את ההשפעות של הזדקנות בריאה, תוך התמקדות בהגבלות תפקודיות, אובדן הכנסות והוצאות רפואיות וסיעודיות באוכלוסיית יפן. ממצאי המחקר הראו כי הגבלת תפקודית קשורה לסיכוי גבוה יותר לפרישה, במיוחד בגיל 60-69, ולעלייה בהוצאות הבריאות הכוללות. בנוסף, הוצאות רפואיות וסיעודיות נוספות שנגרמו מהגבלות תפקודיות הוערכו בכ-72.7 מיליארד דולר, כאשר הוצאות הסיעוד היו הגורם העיקרי לעלויות אלו, במיוחד בקרב אנשים בגיל 85 ומעלה. כמו כן, נמצא כי אנשים עם הגבלות תפקודיות מעורבים פחות בעבודות במשק הבית. ההפסדים מהכנסות שנגרמו מהגבלות תפקודיות הוערכו בכ-266.4 מיליון דולר, בעיקר בקרב אנשים בשנות ה-60 לחייהם. החוקרים מציינים כי התערבויות בריאותיות יכולות להניב תועלות כלכליות על ידי מניעת יציאה משוק העבודה בשל בעיות בריאות והפחתת הוצאות רפואיות וסיעודיות. לשם כך, הם ממליצים על מדיניות שמקדמת הזדקנות בריאה, כולל התערבויות קליניות והתנהגותיות, כמו גם מדיניות בין-מגדרית, על מנת להפחית את העומס הכלכלי של הזדקנות האוכלוסייה.

הערכת התרומה הכלכלית הקשורה לבריאות בגיל המבוגר, מעבר למערכת הבריאות, עשויה להיות מאתגרת מבחינה אמפירית בשל הקשר המוגבל של

זקנים לשוק העבודה לאחר פרישתם לגימלאות. במחקר שבוצע באנגליה (Santos & Cylus., 2024) ניתחו החוקרים כיצד מצב הבריאות הנתפס של זקנים משפיע על הזמן שהם מקדישים לפעולות יצרניות שאינן קשורות לשוק העבודה (Non-market productive activities), כגון טיפול בבית, התנדבות וסיוע לאחרים. החוקרים מצאו כי זקנים בני 65+, בעלי בריאות טובה, משקיעים יותר זמן בפעילויות אלו, המיתגמות לערך משמעותי שאינו נמדד במדדי התוצר הרגילים. ההבדל בערך החודשי בין בריאות "טובה מאוד" ל"רעה מאוד" נע בין כ-£439 בקרב בני 65-74 ל-£629 בקרב בני 75-84. עוד נמצא כי שיפור בריאותי של 10% בקרב מבוגרים בעלי בריאות ירודה עשוי לתרום כ-278 מיליון ליש"ט לערך הפעילות שאינה קשורה לשוק העבודה. החוקרים מסכמים כי מדיניות המעודדת הזדקנות בריאה אינה רק בעלת ערך בריאותי, אלא גם תורמת משמעותית לכלכלה הלאומית באמצעות הגדלת תרומתם הבלתי נמדדת (Not observed) של זקנים לחברה. שיטת מדידת הערך הכספי של הבריאות בה נעשה שימוש במחקר ניתנת להתאמה למדינות ומערכות אחרות, ומספקת בסיס כלכלי חזק להשקעה בקידום הזדקנות בריאה.

מחקר של McKinsey Health Institute (2025) בחן 17 התערבויות שונות בשמונה אפיקים לקידום הזדקנות בריאה בארצות הברית (ראה איור 3 להלן מתוך הדו"ח). האפיקים שנבדקו כללו תמיכה בהשתתפות חברתית (Social participation), השקעה במחקר מדעי, חיזוק מערכות הבריאות, טיפול בגורמים חברתיים הקובעים בריאות (Social determinants of health), קידום רווחה צרכנית, אספקת טכנולוגיות מתקדמות, הבטחת כלכלה מכילה ושיפור הבטיחות הציבורית (Public safety).

### A host of societal, scientific, and technological interventions within eight avenues offers a path to holistic healthy aging.

#### Eight avenues influencing healthy aging



##### Support societal participation

Formal employment, lifelong learning, community engagement, volunteering (eg, employment reentry, volunteer-matching programs)



##### Invest in science

Specialized research for aging pathways (eg, geroscience research)



##### Strengthen healthcare

Prevention-focused and resourced healthcare facilities (eg, reskill/hire specialized workers for specialized care)



##### Address social determinants

Accessible housing, transportation, education, etc (eg, home modifications to prevent falls)



##### Promote consumer-driven wellness

User-focused wellness products (eg, wearable fitness trackers)



##### Provide technology

Technology-driven supports (eg, at-home medication reminder technology)



##### Ensure financial inclusivity

Economic security and wealth retention (eg, financial coaching)



##### Enhance public safety

Proactive public safety and standards for consumer goods (eg, scam awareness training programs)

McKinsey & Company

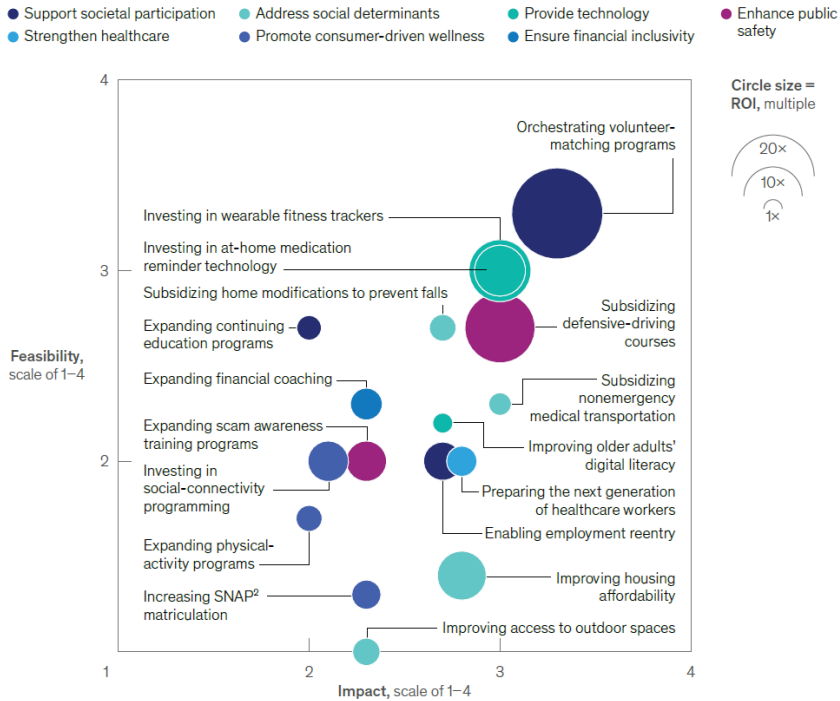
**איור 3:** שמונה אפיקים לקידום הזדקנות בריאה (McKinsey Health Institute, 2025)

הממצאים העיקריים מצביעים על תשואה כלכלית (Return on investment-ROI) משמעותית. כל דולר שמושקע בהזדקנות בריאה מניב שלושה דולר בתועלות כלכליות ובריאותיות לחברה (ראה איור 4 להלן מתוך הדו"ח).

מחברי הדו"ח מציגים דוגמאות למספר התערבויות להשגת התנהגות בריאה שנוסו ברחבי העולם והראו תוצאות טובות. עם השקעות נוספות מהמגזר הציבורי, החברתי והפרטי, התערבויות אלה מציגות פוטנציאל משמעותי להמשך שיפור חייהם ופרנסתם של אנשים מבוגרים. אחת הדוגמאות המוצגות בדו"ח היא פעולות הננקטות למניעת נפילות של זקנים בביתם. נפילות הן הגורם המרכזי לפציעות בקרב מבוגרים בני 64 ומעלה (אחד מכל ארבעה מבוגרים מדווח על נפילה מדי שנה). נפילות מהוות לא רק נטל כלכלי משמעותי - עם יותר מ-50 מיליארד דולר בשנה המוקדשים להוצאות רפואיות הקשורות לפציעות מנפילות שאינן קטלניות אלא גם גורמות לפגיעה בניידות ולירידה באיכות החיים. ההתערבות שנבחנה היא סבסוד התקנת התאמות בבית שתומכות בתנועה עצמאית (כגון מוטות אחיזה, מעקות במדרגות, שטיחוני אמבטיה נגד החלקה). הדו"ח מציע גישה אקו-מערכתית רב-מגזרית, בה המגזר הציבורי, הפרטי והאקדמי משתפים פעולה ליישום ההתערבויות. ההמלצה המרכזית היא שרק באמצעות מאמץ משותף של בעלי עניין מרובים, החברה תוכל להשיג צמיחה כלכלית מהשקעות בהזדקנות בריאה.

### Investing in healthy aging generates positive returns across 17 interventions, with ROI ranging from one to 24 times.

Healthy aging interventions, by feasibility, impact, and ROI<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Feasibility calculated by scoring cost, speed, and stakeholder engagement on a scale of 1 to 4, and averaging the results. Impact was calculated by scoring size, novelty of the program, and relevance on a scale of 1 to 4, and averaging the results. Benefits and costs have been projected to occur by 2030 (and annualized), recurring annually. ROI was not evaluated for the "invest in science" intervention in the geroscience avenue, because of its long-term nature, uncertain impact, and the inherent challenges in quantifying future scientific progress.  
<sup>2</sup>Supplemental Nutrition Assistance Program.

**איור 4:** החזר על השקעה על התערבויות לקידות הזדקנות בריאה (McKinsey Health Institute, 2025)

### 1.3 מרשם חברתי (Social Prescribing) כהתערבות בקידום הזדקנות מיטבית

ה"מרשם החברתי" (Social Prescribing) הוא שיטה חדשנית המשתמשת בפעילויות חברתיות וכלים קהילתיים, במטרה לשפר את איכות החיים של זקנים, להוביל להזדקנות מיטבית, בריאה וחיובית יותר, באמצעות פתרונות המותאמים אישית לכל זקן. נושא זה נידון בהקשר שונה גם בפרק החדשנות בכנס זה. מרשם חברתי מתייחס להפניה של אנשי מקצוע מתחום הבריאות לפעילויות או שירותים קהילתיים שאינם רפואיים, במטרה לחזק את הרווחה האישית, להפחית בדידות, לעכב את הופעת הצורך בטיפול סיעודי, ולסייע לאנשים לחיות באופן עצמאי לאורך זמן. מדובר בגישה ממוקדת-אדם שמקשרת את המטופל עם תמיכה בקהילה - חברתית, חינוכית, תעסוקתית ובריאותית - בהתאמה אישית (OECD, 2025). הרעיון של מרשם חברתי צובר בשנים האחרונות תאוצה במדינות רבות החברות ב-OECD כגון בריטניה, אוסטרליה, קנדה, גרמניה, פורטוגל, ספרד וישראל. חברת Agewise מובילה את יישום המודל הבריטי של "המרשם החברתי" בישראל, בשילוב טכנולוגיה וליווי אישי (Ynet). השיטה משלבת בין עולם הרפואה לבין משאבים קהילתיים קיימים כגון עמותות, מתנ"סים וחוגים.

אף שהרעיון אינטואיטיבי ובעל פוטנציאל חברתי ובריאותי, אין עדיין ראיות מחקריות רחבות לתרומת השיטה, זאת בשל אופייה המקומי של ההתערבות, ההטרופיות שלה, גודל המדגמים הקטן ושיעורי נשירה משמעותיים במחקרים.

סקירה שיטתית בחנה שבעה מחקרים בקרב מבוגרים בגיל ממוצע של 76.1 שנים, והראתה כי הפניות חברתיות עשויות לשפר השתתפות חברתית (Social participation) ורווחה נפשית (Well-being), אך ההשפעה על השימוש בשירותי בריאות הייתה מעורבת (Percival A, et al., 2022). רוב המחקרים היו מחקרים של "לפני ואחרי" (Before and after) ללא קבוצת ביקורת, עם שיעורי השלמה חלקיים בלבד של פרוטוקול המחקר, מה שמצביע על הצורך במחקרים איכותיים נוספים. המחקרים ממליצים לשלב הפניות חברתיות עם שותפים קהילתיים ומקצועיים, ולהתמקד בתוצאות משמעותיות הן עבור המבוגר והן עבור מערכת הבריאות, על מנת למקסם את היעילות והשפעת ההתערבויות לאורך זמן.

בסקירה שיטתית אחרת (Grover et al., 2023) בה נסקרו שמונה מחקרים נמצא כי פעולות הקשורות למרשם חברתי שיפרו במידה מסוימת את הרווחה הנפשית והגופנית של המשתתפים, אולם מחקרים אלה היו עם מספר משתתפים נמוך

יחסית ותקופת מעקב קצרה. המחברים מתארים גורמי סיוע וגורמים נוספים המשפיעים על יישום ההתערבויות, אותם יש לשקול בקפידה בעת תכנון תוכניות נגישות ושוויוניות על ידי ארגונים קהילתיים, ספקי שירותי בריאות ומקבלי החלטות, כדי להבטיח שחווית המשתמש תהיה מתואמת, מותאמת אישית ונגישה.

עם זאת, הממצאים הקיימים מחלק מהמחקרים מצביעים על שיפורים מסוימים באיכות החיים, בבריאות הפיזית והנפשית, ברווחה האישית וביכולת ניהול עצמי של המשתתפים. מרשמים חברתיים גם תורמים לשיפור שילוב הטיפול והפחתת ביקורים חוזרים אצל ספקי שירותי הבריאות, מה שמדגיש את הפוטנציאל שלהן ככלי להעצמת מבוגרים ושיפור תפקוד המערכת הבריאותית (OECD, 2025).

#### 1.4 מפת המדדים הלאומיים להזדקנות מיטבית בישראל

בהחלטת ממשלת ישראל מספר 127 מחודש יולי 2021 ([https://www.gov.il/he/pages/dec127\\_2021](https://www.gov.il/he/pages/dec127_2021)) הוחלט "לאמץ את "מפת המדדים הלאומיים להזדקנות מיטבית" שגובשה בצוות עבודה משותף למשרדי הממשלה (משרד ראש הממשלה, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הבריאות, המשרד לשוויון חברתי, משרד האוצר, המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבינוי והשיכון), ג'וינט - אשל, מכון מאירס, ג'וינט ברוקדייל, מרכז הידע לחקר ההזדקנות בישראל והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ההחלטה היא בהמשך להחלטות ממשלה קודמות "ונוכח ההשלכות החברתיות, הכלכליות והמעשיות הצפויות מהזדקנות האוכלוסייה והצורך לכוון את המדיניות הלאומית והמענים המסופקים כך שישפיעו בכיוון הרצוי ובאופן מיטבי."

מפת המדדים להזדקנות מיטבית מוצגת באיור 5 שלהלן וכוללת שלושה מדדי על: **בריאות** (שנות חיים בריאות ותפקוד), **משמעות** (מדדי רווחה ואיכות חיים) ו**חוסן כלכלי** (שיעור העוני, אי-שוויון ויכולת להסתדר כלכלית).



**איור 5:** מפת המדדים להזדקנות מיטבית (הלמ"ס, 2022)

בדברי הפתיחה לדו"ח הראשון של מפת היעדים הלאומיים להזדקנות מיטבית בישראל, מציינת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) כי "הזדקנות מיטבית הינה אתגר לאומי אשר דורש הקצאת משאבים ושיתופי פעולה בין מגזריים ובין גופים שונים. מדובר בתהליך מורכב אשר דורש התגייסות, התאמות וסנכרון בין מערכות שונות המקיפות את האזרח הוותיק ומשפחתו. החלטת ממשלה 127 המשותפת לחמישה משרדים, קביעה של (מפת) המדדים ואימוצה והגדרת מנגנון מעקב דו-שנתי (דו"ח המדדים הלאומיים להזדקנות מיטבית) הינם אבן פינה בתהליך דינמי ומתמשך לקידום הזדקנות מיטבית. אלו ישמשו בסיס איתן לאבני דרך נוספות בתהליך, כגון: הטמעת התפיסה ומפת המדדים בתהליכי קביעת מדיניות בדגש בקרב משרדי הממשלה והרשויות המקומיות, לטובת דיוק וטיוב השירותים והמענים לאזרחים ותיקים; קביעת יעדים לאומיים למדדים; שדרוג וטיוב המדדים, מקורות הנתונים ואופן הנגשתם."

נתוני המדדים מבוססים על מידע מינהלי ועל סקרים שוטפים המבוצעים על ידי הלמ"ס (הסקר החברתי, סקר כוח אדם וסקר הוצאות משק בית) וכן על מידע שנאסף ומחושב על ידי גורמים מקצועיים מחוץ ללמ"ס: התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה, המרכז הלאומי לבקרת מחלות וסקר SHARE של מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה בישראל.

הדו"ח הראשון שפורסם על-ידי הלמ"ס בשנת 2022 (למ"ס, 2022) כולל 40 מדדים מתוך המדדים שהוגדרו למדידה עבור אוכלוסיית בני 65 ומעלה במפת המדדים להזדקנות מיטבית בשנים 2015-2020 (חלק מהמדדים עודכנו בשנת 2023). 15 מדדים מציגים את תמונת המצב של מדדי העל בתחומים בריאות, משמעות וחוסן כלכלי. 25 מדדים נוספים מציגים את תמונת המצב של המדדים המנבאים בתחומים ניהול בריאות, אורח חיים בריא, אורח חיים חברתי פעיל ואוריינות דיגיטלית. מדדים בתחום של התנהלות פיננסית נמצאים עדיין בפיתוח ולא נכללים בדו"ח הנוכחי. המדדים המוצגים להלן הם ציטוט מדויק מתוך דו"ח הלמ"ס לשנת 2022 שפורסם בשנת 2024. בדו"ח הלמ"ס האחרון נוספו 11 מדדים חדשים לתחומי בריאות, חוסן כלכלי, ניהול בריאות, אורח חיים חברתי פעיל ומוכנות כלכלית.

"מדד מנבא הזדקנות מיטבית הינו מדד התנהגותי או תפיסתי (בשונה ממדדים קשיחים כגון מין והשכלה לדוגמה) אשר נמצא בספרות המחקרית כבעל השפעה להשגת הזדקנות מיטבית. נמצא כי התערבות במדדים הללו בכל גיל תהיה בעלת השפעה חיובית מובהקת על ההזדקנות המיטבית. עצם העובדה שמדד מנבא הינו התנהגותי או תפיסתי, משמעות הדבר שניתן להשפיע עליו באמצעות תוכניות התערבות ושירותים וקביעת מדיניות כגון רגולציה וחקיקה, ותקציבים לאומיים." (למ"ס, 2022)

### מדדי על:

**בריאות** (9 מדדים) - מצב הבריאות משפיע על יכולות פיזיות וקוגניטיביות המאפשרות הזדקנות מיטבית. ניתן למדוד את מצב הבריאות של הפרט באמצעות מדדים הקשורים לתחלואה (כגון, שיעורי הימצאות של מחלות שונות) ובאמצעות מדדים הקשורים למצב התפקודי של האדם (כגון, היכולת לבצע פעולות יום-יומיות ADL ו- IADL). בדו"ח לשנת 2022 (למ"ס, 2024) קיימת התייחסות ל-10 מדדים שנחלקים ל-35 מדדים ותתי-מדדים.

**משמעות** (3 מדדים) - משפיעה על המוטיבציה הפנימית של האדם לממש היבטים שונים בחייו.

**חוסן כלכלי** (4 מדדים) - מעיד על היכולת של האדם להתמודד עם צורכי ניהול משק הבית ועם שינויים כלכליים לא צפויים בחייו. אפשר למדוד חוסן כלכלי באמצעות מדדים אובייקטיביים (כגון הכנסה פנויה) וסובייקטיביים (כגון דיווח עצמי על היכולת להסתדר כלכלית). מספר המדדים בדו"ח האחרון של הלמ"ס עודכן לחמישה (למ"ס, 2024).

### מדדים מנבאים להזדקנות מיטבית

**ניהול בריאות** (3 מדדים) - מתייחס לכלל המיומנויות הנדרשות להשגת בריאות טובה ושמירה עליה. המיומנויות לניהול בריאות כוללות את היכולת להבין ולדון בהנחיות רפואיות לצד פעולות יישום כגון חיפוש מידע, מימוש מרשמים, לקיחת תרופות ומימוש תוכניות טיפול. בדו"ח האחרון של הלמ"ס לשנת 2022 (למ"ס, 2024) מוגדרים שבעה מדדים של ניהול בריאות.

**אורח חיים בריא** (6 מדדים) - מתייחס לכלל ההתנהגויות אשר מאפשרות לאדם להפחית את הסיכון לפגיעה בבריאות ולשפר את רמת הבריאות בכלל ובזקנה בפרט. חמש ההתנהגויות בריאות המוזכרות ביותר הן: תזונה, פעילות גופנית, אי עישון, אי שתיית אלכוהול ובקרת לחצים. בדו"ח האחרון של הלמ"ס מוזכרים חמישה מדדים שנחלקים לשמונה מדדים ותתי-מדדים (למ"ס, 2024).

**אורח חיים חברתי פעיל** (12 מדדים) - מתייחס לכלל ההתנהגויות והתפיסות של הפרט על הקשרים החברתיים שלו. רשתות של קשרים חברתיים מהוות בסיס לשגרה יום-יומית ומסייעות ליכולת התמודדות עם מצבי סיכון ומשברי חיים. רשת קשרים חברתיים מוגדרת לפי שלושה מאפיינים: גודל הרשת (מספר חברים), פונקציונליות (במה אני נעזר או מה אני עושה באמצעות הרשת), איכות האינטראקציות (לדוגמה שביעות רצון). מספר המדדים עודכן בדו"ח האחרון ל-13 מדדים שנחלקים ל-14 מדדים ותתי מדדים (למ"ס, 2024).

**אוריינות דיגיטלית** (3 מדדים) - מתייחסת ליכולת להבין את סביבת המחשב והאינטרנט. אוריינות דיגיטלית מרחיבה במידה רבה את יכולת ההתמודדות של הפרט במגוון תחומי החיים ולכן היא משפיעה באופן רוחבי על הזדקנות מיטבית. ניתן לאפיין אוריינות דיגיטלית לפי שלושה גורמים: גישה למכשירים/תשתיות דיגיטליות, גיוון במיומנויות (לשימוש בכלים דיגיטליים) ומוטיבציה (גישה והנעה לפעולה בנושא למידה והתאמה לעולם משתנה).

מדדים נוספים כוללים **מוכנות כלכלית** (3 מדדים שנחלקים ל-5 מדדים ותתי-מדדים).

הדו"ח הראשון של הלמ"ס שפורסם, כאמור, בסוף שנת 2022 מתמקד בנתונים המתייחסים לשנים 2015-2020 ומציג את תמונת המצב של אוכלוסיית בני 65 ומעלה ברמה הלאומית. בנוסף, בהתאם לזמינות הנתונים, ניתוח המדדים והצגתם כולל השוואות בין-לאומיות, פילוחים לפי מין וקבוצת אוכלוסייה והשוואה בין קבוצות גיל שונות בקרב בני 65 ומעלה. עבור 31 מתוך 40 המדדים, זמינים נתונים

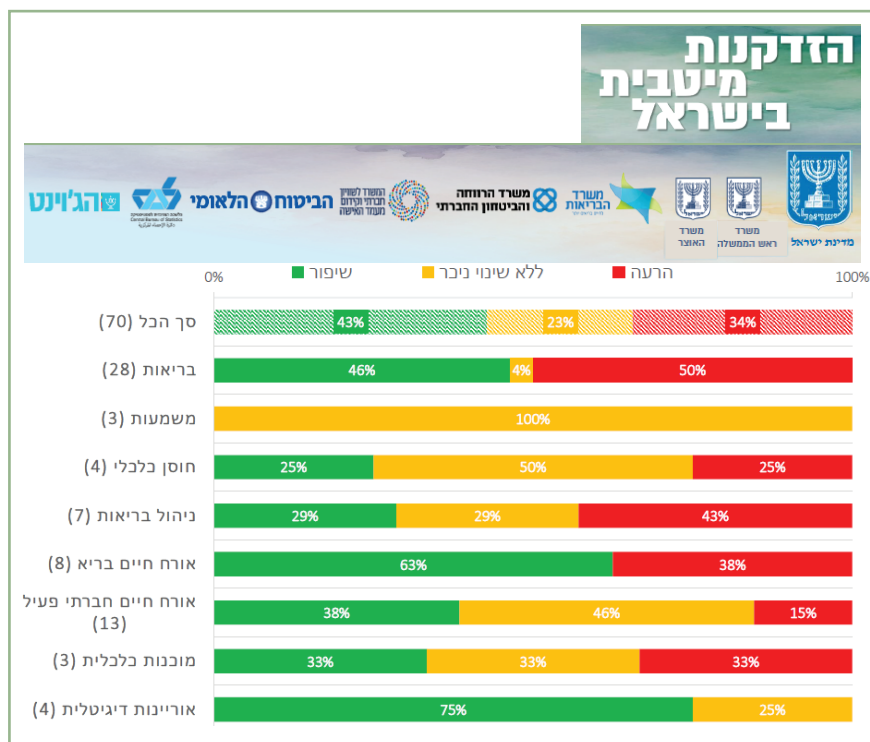
המאפשרים להציג מגמת שינוי בטווח השנים של הדו"ח. במרבית המדדים ותת-המדדים ובמיוחד במדדים בתחום הבריאות נרשם שיפור בשנת 2020 בהשוואה לשנת הבסיס (2015).



**איור 6:** שינויים במדדים בין 2022 לשנת הבסיס (2015)

בחינה השוואתית בין המדדים בשנת הבסיס (2015) ושנת 2022 (למ"ס, 2024) מראה כי בחלק מהמדדים יש שיפור ניכר, חלק מהמדדים הם ללא שינוי ובחלק מהמדדים יש הרעה (איור 7 להלן). כפי שנכתב בדו"ח זה: "בקרוב אוכלוסיית בני 65 ומעלה בישראל, מתוך 70 מדדים ותתי-מדדים שעבורם קיימת השוואה לשנת

הדיווח הקודמת, ב-30 מדדים ותתי-מדדים נרשם שיפור, מתוכם ב-14 מדדי על (רובם מתחום בריאות) וב-16 מדדים מנבאים. ב-16 מדדים ותתי-מדדים לא נרשם שינוי ניכר, מתוכם כל שלושת מדדי העל מתחום משמעות ועוד 6 מדדים מנבאים מתחום אורח חיים חברתי פעיל. ב-24 מדדים ותתי-מדדים נרשם שינוי לרעה, 14 מהם מדדי על מתחום בריאות ו-9 מהם מדדים מנבאים מתחומים שונים. "למ"ס, (2024).



**איור 7:** מגמות שינוי במדדים בין 2022 לשנת הבסיס (2015)

## 1.5 מדידת והערכת השבריריות (Frailty) באוכלוסיית הזקנים

שבריריות (Frailty) נחשבת למדד מרכזי לניבוי תוצאות בריאותיות שליליות בגיל המבוגר. אוכלוסיית הזקנים השבריריים מאופיינת בירידה בתפקוד הפיזי וביכולת ההתאוששות ממחלות או מצבי דחק, דבר שמוביל לסיכון מוגבר לנכות, אשפוזים חוזרים, תלות בסיעוד ואף תמותה מוקדמת. לכן, מניעת שבריריות היא חלק מהותי מקידום הזדקנות מיטבית. קיימים מספר מדדים עיקריים להערכת שבריריות הנבדלים בחלק ממרכיביהם. הגישה הראשונה, המכונה הפנוטיפ של Fried Frailty Phenotype - Fried מתמקדת בהיבט הפיזי בלבד של השבריריות ומבוססת על חמישה קריטריונים: ירידה בלתי מכוונת במשקל, חולשה שרירית (grip נמוך), עייפות סובייקטיבית מדווחת (self-reported exhaustion), האטה בהליכה ורמת פעילות גופנית נמוכה (Fried et al., 2001). לפי מדד זה, אדם נחשב שברירי (Frail) אם מתקיימים  $\geq 3$  קריטריונים מתוך החמישה וקדם שברירי אם מתקיימים 1-2 קריטריונים. גישה נוספת להערכת שבריריות הוצעה על-ידי Rockwood ו-Mitnitski (Rockwood & Mitnitski, 2007) ובוחנת את השבריריות כתוצאה מהצטברות של חסרים פיזיים, רגשיים וחברתיים - תפיסה מערכתית המזהה את השבריריות כביטוי לאובדן הקישוריות בין מערכות הגוף. מדד זה (Frailty Index-FI) הוא מדד רציף בין 0-1 המחושב לפי מספר ה"חסרים" (Deficits) מתוך רשימה ארוכה של פריטים המתייחסים למחלות כרוניות, מגבלות תפקודיות, תסמיני מחלה, בעיות קוגניטיביות וחסרים אחרים. אם הערכת המדד, למשל, נעשית תוך שימוש ב-50 מדדים ולאדם יש חסרים ב-10 מהם, אז מדד השבריריות הוא 0.2 (10/50) כך שכלל שהערך גבוה יותר, השבריריות גדולה יותר. תיעוד המידע על מטופלים ברשומה הרפואית הממוחשבת (Electronic Health Record - EHR) מאפשר חישוב של מדד שבריריות אלקטרוני (Electronic Frailty Index - EFI). גישה זו הוצעה לראשונה על-ידי Cleg ועמיתיו (Cleg et al., 2016). המדד כולל 36 חסרים פיזיים, קוגניטיביים וחברתיים ומסווג את האדם לארבע רמות של שבריריות: בריא (Fit), בעל שבריריות קלה (Mild), שבריריות בינונית (Moderate) ושבריריות קשה (Severe).

מדד השבריריות האלקטרוני הוכח במחקרים רבים כבעל תוקף ניבוי גבוה לתוצאות אשפוז, שימוש בשירותי בריאות, הצורך במעבר למוסד סיעודי ותמותה. במחקר עוקבה רטרוספקטיבית (Retrospective cohort study) שכלל 518,449 מטופלים בארצות הברית נעשה שימוש במדד שבריריות שכלל 31 חסרים הקשורים לגיל

שניתן לאבחן באמצעות קודים של אבחנות ופרוצדורות בתיק הרפואי הממוחשב (Kochar et al., 2025). רמת השבריריות חולקה לארבע קטגוריות: איתן (בריא) - robust (EFI<1), קדם שבריריות- (0.2-0.1), שברירי (0.2-0.3) ושברירי מאוד (>0.3). מרבית המטופלים (גיל ממוצע 72) היו במצב איתן, 16% היו במצב של קדם-שבריריות, 7% היו שבריריים ו-4% סווגו כשבריריים מאוד. החוקרים מצאו כי ככל שרמת השבריריות גבוהה יותר, כך גדל הסיכון לתמותה, פניות לטיפול במצבים אקוטיים (Acute care visits) ואשפוזים חוזרים בבית חולים תוך 90 יום מהשחרור. משתתפים בקבוצת השבריריים מאוד הציגו סיכון מוגבר פי 4.14 לתמותה, פי 5.52 לפניות דחופות ופי 2.11 לאשפוזים חוזרים תוך 90 ימים, בהשוואה למשתתפים האיתנים. מסקנת החוקרים היא כי מדד השבריריות האלקטרוני מאפשר זיהוי מוקדם של זקנים בסיכון גם ללא מפגש רפואי מלא, ומספק כלי אפקטיבי לניהול אוכלוסיות מזדקנות ולתכנון התערבויות למניעת סיבוכים בריאותיים.

מחקרים הבודקים את הקשר בין שבריריות ותמותה בוצעו בשנים האחרונות גם בישראל. במחקר שפורסם לפני כ-10 שנים על ידי חוקרים ממכון ברוקדייל (בנטור ואחרים, 2015) מציינות החוקרות כי: "שבריריות בקרב זקנים מהווה את אחד הנושאים המרכזיים המעסיקים כיום ספקי שירותים וקובעי מדיניות טיפול בזקנים. אחד ממוקדי ההתעניינות בנושא זה הוא המהלך ומסלול ההתפתחות של השבריריות (trajectory of frailty) משום שהכרתו עשויה להוביל לזיהוי קבוצות זקנים הנתונות בסיכון לתוצאות שליליות בתוך שנים מעטות, ובעקבות זאת לתכנון התערבות וטיפול בעבורם. החוקרות מצאו קשר בין שבריריות והחמרה בשבריריות לשיעורי תמותה ושימוש בשירותי רפואה. החוקרות ממליצות, בין השאר, שיש להרחיב את ההצגה של הנושא במפני קובעי מדיניות במערכת הבריאות, במיוחד בקהילה כדי שיבינו את משמעותו, חשיבותו והשלכותיו. כמו כן הן מציעות להרחיב את הפעילות לאיתור שבריריות ולהתמודדות איתה בקרב רופאי הקהילה.

במחקר עוקבה רטרוספקטיבי שבוצע בקרב מבוטחי קופת חולים מאוחדת וכלל 43,737 זקנים בגיל 75 ומעלה, עם משך מעקב של 2-8 שנים, חושב מדד השבריריות האלקטרוני באמצעות הימצאות של מחלות כרוניות וחסרים בריאותיים הקשורים לגיל (Lewis et al., 2024). הממצאים הראו כי 44.3% מהזקנים סווגו כשבריריים: 28.0% קלה, 12.7% בינונית ו-3.7% חמורה. שיעורי התמותה היו גבוהים משמעותית בקרב זקנים שבריריים בכל דרגות החמרה לעומת כאלה שלא היו שבריריים, ללא תלות בגיל, מגדר או מגזר.

מחקרים רבים מראים כי קיים קשר בין מדד השבריריות, רווחה נפשית, רווחה פיזית ואיכות החיים הקשורה לבריאות (Health-related quality of life - HRQoL). בסקירת ספרות שיטתית ומטה-אנליזה לבחינת הקשר בין שבריריות ואיכות חיים בקרב זקנים החיים בקהילה (Community-dwelling older people) נמצא שזקנים המוגדרים כשבריריים או כקדם-שבריריים הציגו ציון נמוך משמעותית בתפקוד הפיזי והמנטלי לעומת לא-שבריריים. מסקנתם המרכזית היא ששבריריות קשורה באופן עקבי לירידה באיכות החיים, והפחתת השבריריות עשויה להביא גם לשיפור איכות החיים (Kojima et al., 2020). ממצאים דומים מדווחים גם בסקירה מוקדמת יותר (Crocker et al., 2029) המצביעה אף היא על קשר חזק בין שבריריות ואיכות חיים הקשורה לבריאות בקרב זקנים החיים בקהילה. המחברים מדגישים את הצורך במתן שירותים המתמקדים במדידת ושיפור איכות החיים של זקנים שבריריים.

התיקים הרפואיים הממוחשבים והמידע הקליני והאדמיניסטרטיבי הנאסף באופן שגרתי עבור המבוטחים בארבע קופות החולים בישראל, מאפשר לפתח ולתקף מדד שבריריות אלקטרוני המותאם למידע הקיים בקופות החולים ולצרכים המקומיים בישראל. מחקר שנועד לפתח ולתקף מדד כזה בוצע לאחרונה על-ידי חוקרים מקופת חולים מאוחדת, ג'וינט-אשל ומשרד הבריאות (Sikron et al., 2024). במחקר עוקבה-רטרוספקטיבי זה בקרב 120,986 מבוטחים במאוחדת בגיל 65 ומעלה, הוערך מדד השבריריות באמצעות מדדים חסרים רפואיים, תפקודיים וחברתיים. גם במחקר זה, כמו במחקרים אחרים שתוארו בסקירה זו, נמצא כי הסיכון לתמותה ולאשפוז היה גבוה משמעותית בקרב זקנים שבריריים בהשוואה לכאלה שאינם שבריריים. סיכון זה היה גבוה פי 2.07 בקרב מטופלים עם שבריריות קלה, פי 3.35 בקרב מטופלים עם שברירות בינונית ופי 4.4 בקרב זקנים עם שבריריות חמורה. כמו כן, נמצא קשר חיובי בין חומרת שבריריות וקבלת קצבאות סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי.

## 1.6 רשות מקדמת הזדקנות מיטבית - Muni100

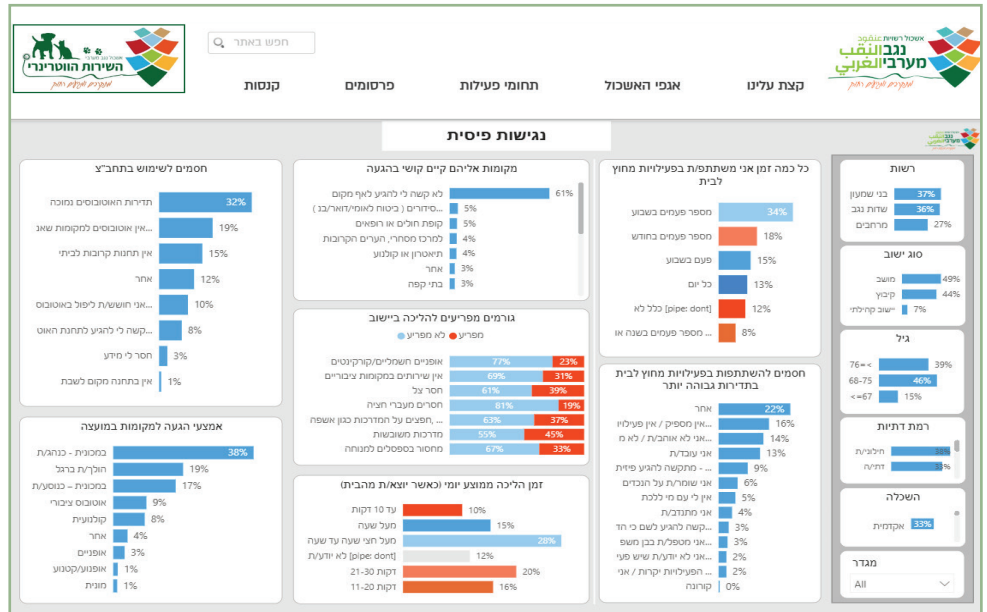
מיזם Muni100 הוא יוזמה של ג'וינט-אשל בשיתוף משרדי ממשלה ורשויות מקומיות שמטרתה לקדם את ההזדקנות המיטבית בישראל. המהלך פועל כדי להגביר את הנוכחות וההשתתפות הפעילה של אזרחים ותיקים במרחב הציבורי בהיבטים החברתיים, הכלכליים והבריאותיים באמצעות תכנון מותאם לאוכלוסייה זו. המהלך מפותח ומנוהל בשותפות רחבה עם משרדי ממשלה, קרנות, ארגונים ובעלי עניין, ובהם: משרד הרווחה והביטחון החברתי, המשרד לשוויון חברתי,

משרד הבריאות, משרד האוצר, משרד ראש הממשלה, משרד הבינוי והשיכון, משרד התחבורה, אגף הקרנות בביטוח לאומי, מפעל הפיס, מרכז השלטון המקומי, קרן דליה ואלי הורביץ וג'וינט-אשל. המודל בישראל מתבסס על למידה ממודל 'ערים ידידותיות גיל' (Age-friendly cities) שפיתח ארגון הבריאות העולמי (WHO) (<https://www.thejoint.org.il/news/muni100>). המודל שפותח על-ידי ה-WHO מתמקד ביצירת קהילות שמקלות על הזדקנות פעילה ומכילות שירותים, תשתיות ותמיכה חברתית המותאמים לצרכים הפיזיים, החברתיים והפסיכולוגיים של גיל מבוגר. הוא מתבסס על שמונה תחומים מרכזיים: (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework>)

- 1) תחבורה נגישה - תחבורה ציבורית נגישה, שבילי הליכה בטוחים, חנייה נוחה;
- 2) דיור מותאם - דירות ובתים שניתנים להתאמה לצרכים משתנים עם הגיל, נגישות בבית ובסביבה; (3) שירותי בריאות ותמיכה בקהילה - שירותי רפואה זמינים, קלות בקבלת טיפול, תמיכה בקהילה; (4) השתתפות חברתית ותרבותית-פעילויות פנאי, תרבות, חוגים, התנדבות, שמירה על קשרים חברתיים; (5) כבוד והכלה חברתית - מניעת גילנות, העצמת זקנים בקהילה; (6) תעסוקה והזדמנויות להתנדבות - אפשרויות להשתתף בפעילות כלכלית או בהתנדבות; (7) תקשורת ומידע - גישה למידע ברור ונגיש על שירותים, פעילויות והזדמנויות; (8) מרחב חיצוני ובניינים - סביבות ציבוריות נוחות, בטוחות ונגישות (פארקים, מדרכות, בתי כנסת או מרכזי קהילה).

בשנת 2022 הושק הפיילוט הארצי של המיזם ונבחרו להשתתף בו 20 רשויות מקומיות שכללו ערים גדולות, ערים בינוניות ואשכולות אזוריים. כ-38% מאוכלוסיית הזקנים בישראל גרים ביישובים המשתתפים בפיילוט. בכל רשות הוקם צוות ייעודי למיפוי צרכים של תושבים ותיקים ולגיבוש תוכנית אסטרטגית עירונית להזדקנות מיטבית ופותרו כלים דיגיטליים להערכה עצמית של הרשויות. בשנת 2023 החל היישום וההטמעה של תוכניות ראשוניות ובכלל זה שיפורים במרחב הציבורי, כגון שבילי הליכה, ספסלים, תחבורה נגישה ותוכניות שונות לקידום הבריאות בקהילה. בשנת 2024 הושלם מודל המדידה הארצי והוגדרו מדדי הצלחה ברשויות ובאשכול. מדדים אלה כוללים מדדי פרט (הליכתיות, מוביליות, השתתפות), מדדי מערכת (נגישות פיזית, נגישות למידע, נגישות כלכלית ונגישות חברתית) ומדדים ארגוניים לרשות (מדיניות תקציבים, הכשרת עובדי הרשות, דאטה ביחס לזקנים ומנהיגות זקנים). כחלק ממיפוי המצב הקיים וזיהוי הדרכים להערכות מותאמת ברשויות, התקיים סקר מקומי בקרב המועצות האזוריות בהשוואה לסקר ארצי על מדדי המהלך. מדדים אלה הוטמעו במסגרת המהלך לקידום הזדקנות מיטבית ברשויות

המקומיות המשתתפות. בנוסף, הערכת ביצועי הרשות המקומית המשתתפת במהלך מול אמות מידה (benchmark) מתוקפות ברמה הארצית והצבעה על נקודות שיש לחזק ונקודות לשמר ברמה המקומית. דוגמה לתוצאות סקר כזה מאשכול נגב מערבי מובא באיור שלהלן. (<https://www.westnegev.org.il/>) (muni100).



**איור 8:** תוצאות סקר נגישות פיזית, אשכול נגב מערבי

נכון לשנת 2025, המיזם נכנס לשלב של פיתוח מודל ארצי שיאפשר הטמעה רחבה של התפיסה בכל הרשויות בישראל באמצעות ליווי מקצועי, שיתוף ידע ובנייה של מדד לאומי להזדקנות מיטבית תוך שאיפה לקדם מדיניות ממשלתית התומכת בעקרונות המודל.

## 1.7 שאלות לדין

**נושא הדין במושב זה הוא תמריצים להזדקנות מיטבית.** לקידום הזדקנות מיטבית, הזדקנות בריאה, הארכת שנות החיים בבריאות טובה ודחיקת התלות יש חשיבות חברתית וכלכלית מכרעת. תוכניות התערבות שונות לקידום הזדקנות מיטבית דורשות השקעת משאבים משמעותית בטווח הקצר, לעיתים עוד לפני גיל הזקנה (+65) בעוד שרבות מהתוצאות וההחזר על ההשקעה יהיו בטווח הבינוני והארוך יותר. קידום ההזדקנות המיטבית מחייב פעולה מתואמת של גופים ובעלי ענין רבים.

**1. מי צריך להיות אחראי (אחריותיות - Accountable) לתוכניות ההתערבות השונות וכיצד מתחלקת האחריותיות בין בעלי העניין והשחקנים השונים במערכת?**

**מי צריך לקדם ולממן השקעות בהזדקנות מיטבית, מה התמריצים שיש לכל אחד מהשחקנים העיקריים במערכת?**

- ◆ משרדים ממשלתיים, כגון משרד הבריאות, משרד האוצר, משרד הרווחה והבטחון החברתי
- ◆ קופות החולים
- ◆ גופים האמונים על ביטוח סיעודי (המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים, חברות ביטוח פרטיות)
- ◆ רשויות מקומיות
- ◆ המגזר השלישי (עמותות, גופים פילנתרופיים אחרים)
- ◆ המגזר העסקי והחברתי-עסקי
- ◆ האזרחים עצמם והקהילה

**2. מה התוכניות השונות החשובות ביותר שיש לקדם על מנת להביא לשיפור בהזדקנות המיטבית של האוכלוסייה ומה המידע הדרוש ממחקרי פיילוט (Pilot studies) שיוכחו יעילות ותרומה כלכלית לפרט ולמשק (לא בהכרח חסכון כספי)?**

- ◆ מה המדדים העיקריים שיש להשתמש בהם לצורך הערכה של יעילות והערך הכלכלי של תוכניות התערבות להזדקנות מיטבית?

- ◆ מי צריך לתכנן את מחקרי הפיילוט? מי צריך לממן אותם? מי צריך להעריך את התוצאות?
  - ◆ מה טווח הזמן (time horizon) הנכון למדידת התרומה והערך הכלכלי של תוכניות ההתערבות (טווח קצר וטווח ארוך)?
3. מפת ההזדקנות המיטבית משמשת להערכת שינויים על פני שנים במדדים עיקריים ברמה הלאומית. לעומת זאת, מדד השבריריות האלקטרוני (EFI) שהוכח כבעל תוקף ניבוי לשימוש בשירותי בריאות, מעבר למוסדות סיעודיים ותמותה, מאפשר לארגוני בריאות לזהות אוכלוסיות ופרטים בסיכון מבלי להוסיף עומס תפעולי או כלכלי משמעותי. הבנת מרכיבי השבריריות, מדידה וזיהוי מוקדם שלהם מאפשרים התערבות רפואית וחברתית שמטרתה לצמצם סיכונים אלה. התערבויות בריאותיות שמקדמות תזונה, פעילות גופנית, תמיכה חברתית וניהול מחלות כרוניות עוד לפני גיל הזיקנה יכולים להאט או למנוע שבריריות וכך לקדם הזדקנות מיטבית.
- ◆ בהינתן ריבוי הגופים ובעלי העניין המעורבים, האם ניתן להציג מדד שבריריות אלקטרוני אחיד לכל בעלי העניין המטפלים בזקנים?
  - ◆ כיצד ניתן לשלב מדדים נוספים מקופות החולים במפת המדדים הלאומית כך שיהוו מצפן לקביעת מדיניות והערכת הצלחתן של תוכניות התערבות לאורך שנים?
  - ◆ באיזו תדירות יש להעריך את המדד לכל אחד מהזקנים כדי לשמור על רלוונטיות ואפקטיביות של תוכניות התערבות לאורך זמן?
  - ◆ כיצד ניתן להשתמש במדד זה על מנת לתמרץ את קופות החולים, כמו גם גופים אחרים, על מנת לקדם פעולות להזדקנות מיטבית?
  - ◆ האם נוסחת הקפיטציה הקיימת כיום להקצאת תקציבים לקופות החולים משקפת את התשומות שאמורות להיות מושקעות בזקן להשגת הזדקנות מיטבית?

## 1.8 סיכום המלצות הצוות

### תמריצים ופעולות להזדקנות מיטבית

לקידום הזדקנות מיטבית, הזדקנות בריאה, הארכת שנות החיים בבריאות טובה ודחיקת התלות יש, כאמור, חשיבות חברתית וכלכלית מכרעת. תוכניות התערבות שונות לקידום הזדקנות מיטבית דורשות השקעת משאבים משמעותית בטווח הקצר, לעיתים קרובות לאורך מעגל החיים ועוד לפני גיל הזקנה. קידום ההזדקנות המיטבית מחייב פעולה מתואמת של גופים ובעלי ענין רבים. ההמלצות הבאות מתמקדות, בין השאר, באחריות ואחריותיות לקידום הזדקנות, בתפקידן של קופות החולים והתמריצים הכלכליים, ובמקורות אפשריים למימון תוכניות התערבות.

### אחריות ואחריותיות

#### הקמת רשות לאומית להזדקנות

המשרד לאזרחים ותיקים הוקם בשנת 2007 כמשרד ייעודי שמטרתו לקדם מדיניות לאומית לטיפול באוכלוסיית האזרחים הוותיקים בישראל. בין תפקידיו המרכזיים נכלל קידום תיאום וקישור בין משרדי הממשלה והגופים השונים העוסקים בהיבטים מגוונים של הזדקנות האוכלוסייה, ובהם בריאות, רווחה וביטוח לאומי. אף שהמשרד תרם לקידום סוגיות חשובות, כגון הנגשת שירותים לאזרחים ותיקים, עידוד מעורבות חברתית ומיצוי זכויות, לא הוענקו לו סמכויות ביצועיות משמעותיות, תקציבו היה מוגבל, ויכולתו לשמש גוף מתכלל אפקטיבי להתמודדות עם אתגרי ההזדקנות הייתה מצומצמת. בשנת 2015 אוחד המשרד לאזרחים ותיקים לתוך המשרד לשוויון חברתי. כיום, הטיפול בהיבטים השונים של הזדקנות האוכלוסייה בישראל מאופיין ברמת פירוקיות (fragmentation) גבוהה, והוא מצוי באחריותם של מספר משרדי ממשלה, ובהם משרד הבריאות, משרד האוצר, משרד הרווחה והביטחון החברתי, משרד הפנים והמשרד לשוויון חברתי, לצד גופים נוספים כגון קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי וארגוני חברה אזרחית, ובראשם ג'וינט'אשל.

**בהתאם לכך, מומלץ להקים רשות לאומית להזדקנות כגוף מתכלל וחוצה משרדים, שיוקם במשרד ראש הממשלה. הרשות תיתמך בתקציב ייעודי, משמעותי ורב־שנתי, אשר ישמש לתיאום ולתמרוץ שיתופי פעולה בין משרדיים, לקידום הזדקנות מיטבית ולמימון התערבויות חוצות משרדי ממשלה וארגונים נוספים מהחברה האזרחית וגופים עסקיים. כמו כן, הרשות תוביל מערך מדידה**

**והערכה של תוכניות ההתערבות לקידום הזדקנות מיטבית לאורך מעגל החיים, ותהיה אחראית לבקרה ולדיווח שוטף לממשלה ולכנסת.**

### **תפקידן של קופות החולים**

התערבות אפקטיבית לקידום הזדקנות מיטבית צריכה להתחיל לאורך כל מעגל החיים, הרבה לפני גיל הזיקנה (life-course intervention). ישנה הסכמה שלקופות החולים בישראל צריך להיות תפקיד מרכזי בקידום ההזדקנות המיטבית נוכח הקשר ארוך הטווח עם המבוטחים ושיעור המעברים הנמוך בין הקופות לאורך מעגל החיים ובמיוחד בגילאים המבוגרים יותר. רציפות המידע הרפואי על כל אחד מהמבוטחים על פני שנים ושימוש בכלי AI מתקדמים מאפשר זיהוי מוקדם של גורמי סיכון רפואיים, תפקודיים וחברתיים. הטיפול בגורמי סיכון רפואיים, כגון ריבוי מחלות כרוניות, ריבוי שימוש בתרופות ושימוש יתר בשירותים רפואיים אחרים ינוהל ישירות על-ידי קופות החולים. **לאחר זיהוי גורמי סיכון אחרים, כגון בדידות ותפקוד חברתי נמוך, תפקידן של קופות החולים אינו בהפעלת המענים עצמם אלא בהפניה יזומה, מובנית ומתועדת בתיק הרפואי לפתרונות מתאימים מחוץ למערכת הבריאות, לרבות שירותי רווחה, תוכניות ייעודיות ברשויות המקומיות ותוכניות בניהול ארגוני חברה אזרחית.** הפניות כאלה, לרבות הפניה לתוכניות "מרשם חברתי" (social prescribing), צריכות להיות חלק אינטגרלי בתהליך הטיפולי ובאחריות קופות החולים לעקוב אחר מימוש ההפניה, התמדה בהשתתפות בתוכנית והערכת השפעתה על מצבו הרפואי והתפקודי של המטופל.

### **תמריצים כלכליים לקופות החולים להשקעה בקידום הזדקנות מיטבית ודחיקת התלות**

קיימת הסכמה רחבה כי מנגנון הפיזיו הנוכחי לקופות החולים, המבוסס על נוסחת הקפיטציה הקיימת, אינו משקף באופן מספק את הצורך בהשקעה שיטתית ומתמשכת בקידום הזדקנות מיטבית לאורך מעגל החיים. נוסחת הקפיטציה כוללת רכיבים של מספר המבוטחים בכל קופה, קבוצות גיל רחבות, מין ומקדם פריפריה; אולם, בשונה ממערכות בריאות אחרות, מנגנון הפיזיו אינו כולל רכיבים המשקפים את מצב הבריאות והתפקוד של המבוטחים (למעט תגמול מוגבל עבור מחלות קשות). כתוצאה מכך, הנוסחה אינה מייצרת תמריץ כלכלי מספק להשקעה במניעה ובהתערבויות ארוכות טווח שמטרתן שימור תפקוד ודחיקת התלות. גם במקרים שבהם מוקצים לקופות החולים מקורות מימון נוספים, כגון באמצעות מבחני תמיכה ייעודיים, מדובר במקורות הנתונים למשא ומתן מול משרדי הבריאות והאוצר, מוגבלים בזמן ואינם מעוגנים בבסיס התקציב. מדיניות זו

אינה מבטיחה כי המשאבים המועברים לקופות החולים יופנו באופן עקבי להשקעות ארוכות טווח בקידום בריאות והזדקנות מיטבית.

מומלץ לקדם שינוי הדרגתי במנגנון התמרוץ והתקצוב של קופות החולים המבוסס על העקרונות הבאים:

- 1. חלוקה מפורטת יותר של קבוצות הגיל בנוסחת הקפיטציה והוספת קבוצות גיל מעל גיל 75.** חלוקה כזו לקבוצות גיל הומוגניות יותר תביא להפחתת העדפה לפי גיל בכל אחת מהקבוצות ובמיוחד בגיל המבוגר. הצעה ברוח זו שנידונה גם בהמלצות קודמות ולא יושמה עד כה, אינה מחייבת בשלב הראשון תוספת תקציב אלא שינוי מקדמי הקפיטציה בנוסחה הקיימת.
- מעבר להישענות על גיל כרונולוגי, מין ומקדם פריפריה בנוסחת הקפיטציה, יש להוסיף לנוסחה מקדמי סיכון הרגישים לסיכון תפקודי, תחלואה מרובה ושבריריות (frailty).
- יש לשלב בתקציבים המועברים לקופות החולים רכיבי מימון רטרופקטיביים המתבססים על עמידה ביעדים מוגדרים מראש בקידום בריאות ומניעת תחלואה בכל מעגל החיים ובמיוחד באוכלוסייה המבוגרת.
- 4. מומלץ להפעיל מבחני תמיכה ייעודיים לתקופה מוגבלת של 3-5 שנים אשר יאפשרו לקופות החולים לפתח וליישם תוכניות התערבות לקידום הזדקנות מיטבית.** תוכניות אלו ילוו בהערכה מקיפה של היבטי יעילות וכדאיות כלכלית. התערבויות מוצלחות יכללו בבסיס תקציב סל השירותים תוך עיגון המימון וצביעת התקציב למטרות שהוגדרו.

### **מקורות תקציב נוספים למימון תוכניות התערבות לקידום הזדקנות מיטבית**

הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים המוצעים על-ידי קופות החולים, כמו גם גמלת הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי עשויים להוות תשתית ייחודית להשקעה מוקדמת בשימוש עצמאות, דחיקת תלות תפקודית ובקידום הזדקנות מיטבית.

היעדר האפשרות המעשית לניוד בין ביטוחים סיעודיים יוצר מצב שבו החיסכון העתידי הצפוי מקידום הזדקנות מיטבית יצטבר באתם גופים ביטוחיים: ביטוחי סיעוד קבוצתיים של קופות החולים והמוסד לביטוח לאומי. במצב זה מתקיים פוטנציאל ברור להחזר על ההשקעה: כל דחייה בכניסה למצב סיעודי וכל הפחתה בחומרת התלות מתורגמות להפחתה מצטברת בתשלומי גמלת הסיעוד ובהיקף תביעות הביטוח הסיעודי לאורך שנים. לפי מחקרים מהעולם, התערבויות כאלה גם

מאופיינות בהחזר גבוה על ההשקעה (ROI). ממצאים ראשוניים מתוכניות התערבות כגון "בטוח בבית" בירושלים מצביעים על ירידה משמעותית בשיעור התביעות הסיעודיות בקרב המשתתפים בתוכנית בהשוואה לממוצע הארצי, באופן שיכול להצביע על החזר השקעה אקטוארי מתוכניות התערבות הם השקעה תקציבית קטנה יחסית.

הגידול המתמיד בשנים האחרונות במספר מקבלי גמלת הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי ובהוצאה התקציבית הכוללת נובע, בין השאר, מגידול בתוחלת החיים עם מוגבלות, אפשרות קבלת גמלה כפיצוי כספי, שינויים באופן הערכת התפקוד לצורך קביעת זכאות ומיצוי זכויות גבוה משמעותית ממה שהיה בעבר. לעומת זאת, הביטוח הסיעודי הקבוצתי לחברי קופות החולים שהיה על סף קריסה נמצא כיום, בעקבות הקשחת תנאי הזכאות ביציבות יחסית וצפי לגידול משמעותי בקרן המבוטחים בשנים הקרובות.

**מומלץ, להקדיש באופן קבוע חלק קטן (2%-5%) מרזרבות קרן המבוטחים בביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, כמו גם תקציבים ייעודיים שיתקבלו מקרנות המוסד לביטוח לאומי לקידום פעולות לשימור עצמאות ודחיקת התלות. יתכן ועל מנת לייעד את התקציבים כמוצע יידרשו שינויים רגולטוריים. מומלץ לבצע מחקר פיילוט מלווה לתקופה של חמש שנים להערכת השפעת תוכניות ההתערבות שיוצעו על-ידי קופות החולים וגופים נוספים, כגון הרשויות המקומיות, על שינויים בהיקף שעות הטיפול הסיעודי, הפחתת תביעות בביטוח סיעודי ודחיית גיל הכניסה לגמלת סיעוד.**

#### **ביצוע מחקרי פיילוט לבחינת תוכניות התערבות לקידום הזדקנות מיטבית**

בישראל פועלות בשנים האחרונות מספר יוזמות לקידום הזדקנות בריאה ודחיקת התלות, כגון רשות מקדמת הזדקנות מיטבית (Muni100) בניהולו של ג'וינט-אשל, פרויקטים המופעלים על-ידי הרשויות המקומיות בתמיכת קרנות המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות ותורמים נוספים שנועדו להגביר את הבטיחות האישית של זקנים בסביבת מגוריהם ולמנוע תאונות ביתיות. אחת הדוגמאות הבולטות הוא מיזם "בטוח בבית" בירושלים שהחל לפני מספר שנים וכולל התקנת ערכת בטיחות ביתית ללא עלות לכל תושב מעל גיל 70. המיזם מחזק גם את הקשר הקהילתי ומחבר את הוותיקים לשירותים עירוניים נוספים. יוזמות דומות כגון ערכות זה"ב (זהירות בבית) של עיריית אשקלון קיימות גם ברשויות מקומיות אחרות. יוזמה נוספת היא "המרשם החברתי". מומלץ לפתח תוכניות התערבות נוספות.

מומלץ ללמוד מתוכניות ומודלים קיימים לקידום הזדקנות מיטבית שהצליחו במקומות שונים בעולם וגם בישראל (למשל בקיבוצים) ולפתח תוכניות נוספות. מיזמים אלה יכולים להיות במימון המוסד לביטוח לאומי, הרשויות המקומיות, גופים וקרנות פילנתרופיים. כל תוכנית ההתערבות צריכה להיות מלווה בהערכה מקיפה שתעשה על-ידי גוף מחקרי חיצוני (כגון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, מכון ברוקדייל) בהיבטים שונים כגון של תחושת בטחון, מעורבות חברתית, איכות חיים הקשורה לבריאות ושימוש בשירותי רפואה ועלות כוללת של התוכנית.

### הערכה גריאטרית סדירה ומדד תפקודי אחיד בין קופות החולים

שבריריות (frailty) נחשבת למדד מרכזי לניבוי תוצאות בריאותיות שליליות בגיל המבוגר. המדד משקף סיכון עתידי לתחלואה, אשפוזים ותמותה. לכן, מניעת שבריריות, האטה בקצב העלייה במדד ואף שיפור היא חלק מהותי מקידום הזדקנות מיטבית ואחד המדדים המרכזיים להערכת הצלחת תוכנית התערבות בתחום זה. אחת ההצעות לקידום הזדקנות מיטבית ומניעת התדרדרות תפקודים של זקנים שעלתה בכנס היא הערכה גריאטרית שנתית, תיעוד ומעקב והתערבות מוקדמת במקרה הצורך.

מומלץ לפתח מדד שבריריות אחיד לכל קופות החולים על מנת שתהיה אפשרות להעריך תוכניות התערבות לקידום הזדקנות מיטבית ודחיקת תלות לאורך זמן. כמו בכל מדד איכות, יש להשתמש במדד זה באופן מושכל ובזהירות רבה על מנת למנוע מצבים של Gaming בהם המטרה המרכזית היא שיפור הציון הכולל או חלקים ממנו ולא שיפור המניעה והטיפול.

## 1.9 מקורות

Crocker, T., Forster, A., Young, J., Parker, S., & Roderick, P. (2019). Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: Systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(11), 2941–2955

Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, Article 298012

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M156

Goldman DP, Cutler D, Rowe JW, et al. (2013). Substantial health and economic returns from delayed aging may warrant a new focus for medical research. *Health Affairs (Millwood)*; 32:1698–1705

Grover, S., Sandhu, P., Nijjar, G. S., & Chudyk, A. (2023). Older adults and social prescribing experience, outcomes and processes: A meta-aggregation systematic review. *Public Health*, 218, 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.02.016>

Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722–727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>

Kochar, B., Cheng, D., Araka, E., Ritchie, C. S., Orkaby, A. R., Lehto, H.-R., Jain, N., & Bernacki, R. (2025). Application of an electronic frailty index to identify high-risk older adults using electronic health record data. *Journal of the American Geriatrics Society*, 73(2), 456–463. <https://doi.org/10.1111/jgs.19389>

Kojima, G., Iliffe, S., Jivraj, S., & Walters, K. (2020). Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 29(4), 895–903

Lewis, M., Heymann, A., Zacay, G., & Justo, D. (2024). Frailty and its association with long-term mortality among community-dwelling older adults aged 75 years and over. *Israel Journal of Health Policy Research*, 13(1), Article 26

McKinsey Health Institute (2025). The economic case for investing in healthy aging: Lessons from the United States. <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/the-economic-case-for-investing-in-healthy-aging-lessons-from-the-united-states>

OECD (2025). The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care, OECD Health Policy Studies, OECD. Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en>

Okamoto, S., Sakamoto, H., Kamimura, K., Komamura, K., Kobayashi, E., & Liang, J. (2023). Economic effects of healthy ageing: functional limitation, forgone wages, and medical and longterm care costs. *Health Economics Review*, 13(1), Article 28

Percival, A., Newton, C., Mulligan, K., Petrella, R. J., & Ashe, M. C. (2022). Systematic review of social prescribing and older adults: Where to from here? *Family Medicine and Community Health*, 10(Suppl 1), e001829

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st

century. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593-596

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440

Rubinstein, R. L., & de Medeiros, K. (2015). "Successful aging," gerontological theory and neoliberalism: A qualitative critique. *The Gerontologist*, 55(1), 34-42

Santos, M. R., & Cylus, J. (2024). The value of healthy ageing: Estimating the economic value of health using time use data. *Health Economics*, 33(4), 945-959

Scott, A. J., Ellison, M., & Sinclair, D. A. (2021). The economic value of targeting aging. *Nature Aging*, 1(7), 616-621

Sikron, F. H., Schenker, R., Koom, Y., Segal, G., Shahar, O., Wolf, I., Mazengya, B., Lewis, M., Laxer, I., & Albukrek, D. (2024). Development and validation of an electronic frailty index in a national health maintenance organization. *Aging (Albany NY)*, 16(20), 13025-13038

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733

Stowe, J. D., & Cooney, T. M. (2015). Examining Rowe and Kahn's concept of successful aging: Importance of taking a life course perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 43-50

בנטור נטע, שטרנברג שלי, שולדינר ג'ניפר. שבריריות בקרב זקנים. דו"ח מחקר  
מ-685-15, מכון ברוקדייל, ינואר 2015

במקום תרופות-המרשם החברתי החדש לאוכלוסייה המבוגרת מחולל מהפכה בהזדקנות מיטבית ובריאה. <https://www.ynet.co.il/economy/transport/article/hkclpb11c0> Ynet, 25/9/2024

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מדדים להזדקנות מיטבית בישראל, 2020 (פרסום 1877, 10/11/2022)

<https://www.cbs.gov.il/he/publications/Pages/2024/%D7%9E%D7%93%D7%93%D7%99%D7%9D-%D7%9C%D7%94%D7%96%D7%93%D7%A7%D7%A0%D7%95%D7%AA-%D7%9E%D7%99%D7%98%D7%91%D7%99%D7%AA-%D7%91%D7%99%D7%A9%D7%A8%D7%90%D7%9C-2022.aspx>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מדדים להזדקנות מיטבית בישראל, 2022 (פרסום 1940, 19/11/2024)

<https://www.cbs.gov.il/he/publications/Pages/2024/%D7%9E%D7%93%D7%93%D7%99%D7%9D-%D7%9C%D7%94%D7%96%D7%93%D7%A7%D7%A0%D7%95%D7%AA-%D7%9E%D7%99%D7%98%D7%91%D7%99%D7%AA-%D7%91%D7%99%D7%A9%D7%A8%D7%90%D7%9C-2022.aspx>

אתגר ההזדקנות - תוכנית עבודה של ג'וינט-אשל לשנת 2024

<https://www.thejoint.org.il/digital-library/eshel-2024/>

## חלק 2: תמריצים לשיקום ומניעה שניונית בקופות החולים, באשפוז ובבית

### 2.1 רקע

שיעורי המוגבלות עולים בהתמדה ברחבי העולם. אמנם קיימת הטרוגניות ניכרת בין מדינות בגורמים הדומיננטיים למוגבלות אולם נטל המחלות העולמי עבר ממחלות מדבקות למחלות כרוניות. מחלות כרוניות מרובות קשורות לרמות גבוהות יותר של מוגבלות, ושיעור המבוגרים המדווחים על מצבים כרוניים מרובים עולה עם הזמן (Clark, Kotronia & Ramsay, 2021; Sun & Li, 2023). למוגבלות השפעה עצומה על איכות חייהם של אנשים ושל המטפלים בהם והיא מעלה את הצריכה והעלויות של שירותי הבריאות (Danovi, Olgiate & D'Amico, 2021; Gill, Gahbauer, Han) (Allore, 2009). בשנת 2019, לאחד מכל שלושה אנשים בעולם (2.41 מיליארד) היו מצבים רפואיים שהיו עשויים להשתפר משיקום במהלך מחלתם. מחלות של מערכת השלד והשרירים, ליקויים חושיים ומחלות נשימה כרוניות הן התורמות המשמעותיות ביותר לתחלואה של אנשים מעל גיל 65 (Cieza et al., 2024).

בישראל, נכון לשנת 2024 מנתה אוכלוסיית בני ה-65+ 1,162,500 איש המהווים 12.4% מכלל האוכלוסייה. התחזית היא כי עד 2045 אוכלוסייה זו תעמוד על למעלה מ-2 מיליון איש ותהווה 14.7% מכלל האוכלוסייה. הזדקנות האוכלוסייה מביאה עמה מגבלות וקשיים משמעותיים ההולכים וגדלים עם הגיל בפעולות יומיומית שונות (לוח 1 להלן).

**לוח 1:** אומדן מגבלות וקשיים בקרב זקנים בישראל

מגבלה או סוג הקושי	בני 65+	בני 75+
קושי רב בהליכה או בעלייה במדרגות	25.2%	36.8%
קושי רב להתלבש או להתרחץ	11.1%	19.2%
קושי משמעותי בפעולות הקשורות למשק הבית	22.6%	36.3%
קשיים קוגניטיביים משמעותיים	6.5%	9.7%
קושי בראייה	4.2%	12.4%
קושי בשמיעה	6.6%	10.3%

מקור: נתוני למ"ס 2024

נכות או מוגבלות הן תוצא שכיח בקרב זקנים עם רזרבה תפקודית מוגבלת. אשפוזים עלולים להוביל לתוצאים תפקודיים שליליים גם כאשר מחלת הבסיס מטופלת בהצלחה. ישנה עדות לכך כי כשליש מהמבוגרים חווים ירידה תפקודית הקשורה לאשפוז (HAFD - hospital-associated functional decline) או מוגבלות הקשורה לאשפוז, קרי, אובדן היכולת לבצע פעילות בסיסית אחת או יותר של חיי היומיום [ADL] (Loyd et al., 2020). תקופות אשפוז קשורות גם לסיכון מוגבר לירידה קוגניטיבית ודמנציה (Ehlenbach et al., 2010).

שיקום הוא שלב טיפולי בתהליך ריפוי מתמשך שמטרתו לשפר תפקודים מוטוריים וקוגניטיביים ספציפיים שנפגעו על ידי מחלה או פגיעה להגביר עצמאות ולהפחית תלות בזולת לקראת חזרתו של המטופל לסגנון חיים פעיל ובריא (חוזר מנכ"ל, 2009). חוזר מנכ"ל משרד הבריאות (4/2009) הגדיר את אמות המידה להפניה לטיפול שיקומי, אפיין את אופן מתן הטיפול השיקומי והתווה את רצף תהליך הטיפול באשפוז ובקהילה.

השיקום מאפשר ליחידים לשפר את המצב התפקודי מבחינה גופנית, מבחינה קוגניטיבית, מבחינה חברתית ומבחינה נפשית ולנהל אורח חיים פעיל ובריא ככל האפשר. שיקום עשוי להפחית את ההשפעה השלילית על עצמאות בתפקוד, של מגוון רחב של מחלות אקוטיות או כרוניות, מחלות או פציעות. הוא משלים התערבויות בריאותיות אחרות, כגון התערבויות רפואיות וכירורגיות, ומסייע בהחלמה. בנוסף, שיקום יכול לסייע במניעה, הפחתה או ניהול סיבוכים הקשורים לפגיעות ושברים. לבסוף, שיקום מסייע למזער או להאט את ההשפעות המגבילות של מחלות כרוניות, כגון מחלות לב וכלי דם, סרטן וסוכרת, על ידי הקניית אסטרטגיות לניהול עצמי, או על ידי טיפול בכאב או בסיבוכים אחרים. ככזה, הוא תורם להזדקנות בריאה (British Geriatric Society, 2024).

צורכי השיקום ברחבי העולם עולים בהתמדה, בין היתר, עקב שינוי דמוגרפי עולמי של הזדקנות אוכלוסייה מהירה (Cieza et al., 2024). מתוך הכרה בצרכים הגדלים והלא מסופקים של האוכלוסייה המזדקנת, הכריזו האומות המאוחדות (UN) וארגון הבריאות העולמי (WHO) על 2021-2030 כ"עשור ההזדקנות הבריאה" (WHO, 2023). זאת ועוד, ארגון הבריאות העולמי הכיר בתפקיד השיקום ביישום היעיל של האסטרטגיה ותוכנית הפעולה הגלובלית בנושא הזדקנות ובריאות 2016-2020 (WHO, 2023). למרות זאת, צורכי השיקום נותרו במידה רבה בלתי מסופקים בכל קבוצות הגיל.

בישראל, גוברת ההכרה בצורך בניסוח אסטרטגיה לשיקום. מספר ניירות עמדה ותוכניות הוקדשו לנושא (אסטרטגיה לשיקום בישראל, 2024; מסמך מניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים, 2022). עם זאת, מסמכים אלה עדיין אינם מתכנסים לתוכנית פעולה מובנית. סקירה זו תתייחס להמשגה, למודלים ומסגרות שיקום, לרציונל הכלכלי של שיקום כמניעה, לפערי התעריפים וכשלי השוק בעולם השיקום.

## 2.2 שיקום – האבולוציה של ההמשגה

ההמשגה של שיקום מבוגרים עברה אבולוציה משמעותית במהלך העשורים האחרונים. באופן מסורתי, המודל הרפואי ייצג את הגישה הדומיננטית עם דגש על החלמה פיזית לאחר מחלה או פציעה. בהמשך אומצו יותר ויותר פרדיגמות הוליסטיות, ממוקדות אדם ורב-תחומיות. התפתחות זו משקפת הכרה גוברת ביחסי הגומלין המורכבים בין הזדקנות ביולוגית, מחלות כרוניות, ירידה תפקודית, גורמים פסיכו-סוציאליים וגורמים חברתיים רחבים יותר המשפיעים על הבריאות. (Alhadi & Abdulhakim, 2017).

### מודלים מושגיים לשיקום

מבחינה היסטורית, שיקום נתפס כאמצעי להשבת רמת התפקוד הקודמת של המטופל. מודל זה, המכונה לעתים קרובות **המודל הרפואי או הביו-רפואי (The Biomedical Model)**, מתייחס לפציעה או מחלה כתהליך ביולוגי לא תקין. המודל מדגיש אבחון וטיפול - קרי, זיהוי הגורם הפיזי לפגיעה/מחלה וטיפול בו. (Engel, 1977; Nettleton, 2006).

**המודל החברתי (The Social Model)** של מוגבלות, לעומת זאת, מציג מוגבלות כתוצאה מבעיה שמקורה חברתי, ואינה תוצא של גורמים אישיים/רפואיים. המודל החברתי רואה את מקור המוגבלות בסביבה הפיזית ו/או החברתית (Durell, 2014; Owens, 2015).

**המודל הביו-פסיכו-סוציאלי (The Bio-Psycho-Social Model - BPS)** משלב בין שלושה ממדים - רכיבים ביו-רפואיים, פסיכולוגיים וחברתיים. על פי המודל, גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים (למשל, קוגניציה, רגשות ותפיסות) וחברתיים (למשל, כלכליים, סביבתיים ותרבותיים) משחקים ממלאים תפקיד חשוב בתפקוד ובאינטראקציה של יצירת לקות או מחלה או החלמה ממנה.

**מודל הסיווג הבינלאומי של לקויות, מוגבלויות ונכויות (ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)** הוא מודל לינארי שבדומה למודל הביו-רפואי מתמקד במחלה ובתחלואה הנלווית ומתעלם מהשפעת הפרט והסביבה על המוגבלות (Robinson, 1985).

בשנת 2001 פרסם ארגון הבריאות העולמי (WHO) מודל לבריאות ולתפקוד **ICF (The International Classification of the Health and Function)**. המודל מקשר בין שלושה מושגים: בריאות, מוגבלות ותפקוד. השלושה הם מושגים דינמיים ואינטראקטיביים הקשורים זה לזה ומשפיעים זה על זה ובריאותו של האדם מושפעת ממרכיבי האישיות שלו ומגורמי הסביבה הפיזית והחברתית בה הוא חי. המודל הטמיע שפה בין-לאומית משותפת ומשמש מסגרת התייחסות לתיאור אדם המתמודד עם מוגבלות במצבי בריאות שונים (Steiner WA et al., 2002).

**מודל השיקום הקהילתי (CBR - Community Based Rehabilitation)** שואף לשפר את איכות חייהם של אנשים עם מוגבלות ומשפחותיהם, על ידי ביצוע מטלות יומיומיות באופן עצמאי, ועל ידי השתתפות פעילה בקהילה שלהם. CBR נוצר כדי להעצים אנשים עם מוגבלות ליהנות מהשכלה, מעבודה, שירותי בריאות, קהילה ושירותים חברתיים.

**מודל איכות החיים הקשורה לבריאות (HRQoL - Health-Related Quality of Life Model)** מדגיש את הערכת איכות החיים כמרכיב קריטי בשיקום. איכות חיים הקשורה לבריאות זוהתה על ידי מומחים וחוקרים בתחום הבריאות כמודל המנחה את הפרקטיקה הקלינית והמחקר (Ferrans et al., 2005).

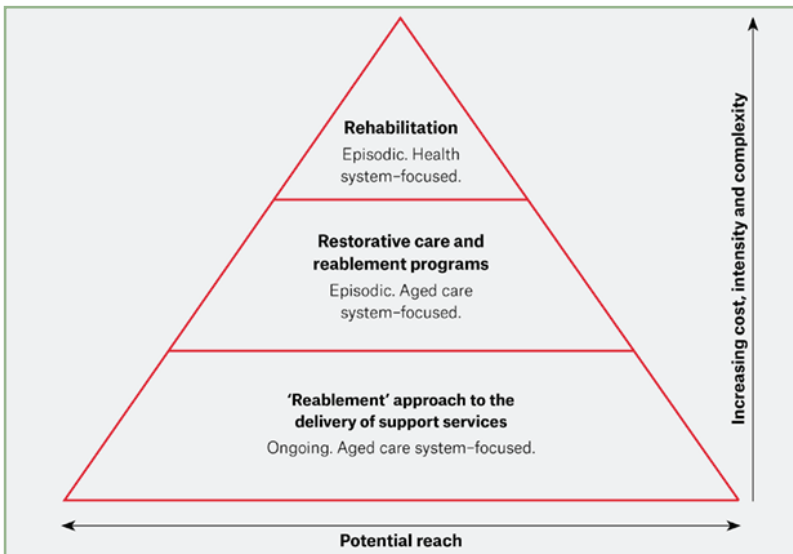
## 2.3 גישות עכשוויות לשיקום

מודלים עכשוויים של שיקום עבור זקנים מאמצים מסגרת רחבה יותר. בראש ובראשונה הם שמים דגש על תפקוד על פני ריפוי מתוך הכרה בכך שלא תמיד החלמה מלאה אפשרית. היעד הוא אופטימיזציה של תפקוד, עצמאות ואיכות חיים. טיפול ממוקד אדם הוא מרכיב נוסף תוך הדגשת מטרותיו, העדפותיו וערכיו של הפרט. עבודת צוות רב תחומי היא יסוד מרכזי במודלי השיקום העכשוויים בדגש על שילוב אנשי מקצוע מתחום הרפואה, הסיעוד, הפיזיותרפיה, הריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, פסיכולוגיה, תזונה ועבודה סוציאלית. לבסוף, הכרה בגורמים סביבתיים וחברתיים היא אינטגרלית לתפיסת השיקום העדכנית - בתפקיד סביבת הבית, משאבי הקהילה ותמיכת המטפלים.

מודלים עדכניים מתמקדים יותר בהתערבויות אינטנסיביות מוגבלות בזמן השואפות להפחית את הצורך של אנשים זקנים ברמות טיפול מוגברות על ידי שיפור תפקודם ועצמאותם. התערבויות אלו מתקיימות באופן מדורג תחת המונחים הרחבים של שיקום (rehabilitation), חידוש היכולת (reablement) או טיפול משמר (restorative care). גישות אלו מאוגדות בספרות כ-R3 ומייצגות בעיקר המשגה המקובלת באוסטרליה - פיתוח של ARIA (Aged Care Research and Industry Innovation Australia) (Gough et al., 2025). גישות אלו אומצו ויושמו בהתלהבות ב-20 השנה האחרונות כאשר הדגש בהן הוא לא לעשות עבור הזקן אלא לעשות איתו כאשר ההקפדה היא שמירה או שיפור של היכולות הפיזיות והקוגניטיביות של הזקנים ותמיכה בעצמאותם.

בעוד ששיקום מוגדר כקבוצת התערבויות המיועדת לשיפור בתפקוד והפחתת מוגבלות ביחידים עם מחלות באינטראקציה עם הסביבה (WHO, 2024), חידוש היכולת מוגדרת כגישה הוליסטית, ממוקדת אדם המחזקת את תפקודו ולשימור עצמאותו בפעילויות יומיומיות במקום מושבו (Metzelthin, Rostgaard, Parsons & Burton, 2022). טיפול משמר, לעומת זאת, הוא גישה המשמשת לדחיית הצורך של האדם בטיפול מוסדי. תוכניות קצרות מועד ופחות אינטנסיביות, המתקיימות בקהילה ולרוב מורכבות יותר מתוכנית שיקום רגילה (Poulos & Poulos, 2019).

**תרשים 1:** הבחנה בין הרמות השונות של גישות ה-R3:



מקור: Poulos & Poulos, 2019

באוסטרליה, תוכניות Reablement וטיפול משמר לרוב אינטנסיביות פחות משיקום, בד"כ מנוהלות על ידי אנשי מקצוע בתחום הבריאות והאחיות, לעיתים קרובות מערבות צוותים אחרים (למשל, עוזרי בריאות ועובדי סיעוד) ומשפחה כדי ליישם היבטים שונים של התוכנית, ורובן מתרחשות בקהילה. כמו כן, תוכניות ה-Reablement והטיפול המשמר מורכבות יותר ויקרות פחות בהשוואה לשיקום. עם זאת, פוטנציאל ההיקף שלהן עשוי להיות רחב יותר (Poulos & Poulos, 2019). ההמשגה הבריטית העכשווית מתווה מדיניות של שילוב שירותי שיקום על פני כל הרצף הטיפולי. בשלב העצמאי של הזקן מדובר בתוכניות המעודדות פעילות גופנית סדירה, תזונה איכותית וקשרים חברתיים. הדגש הוא על פיתוח סביבות ידידותיות גיל וגישות ממוקדות לתמיכה בתנועה והפחתת הסיכון לנפילות ולשברים (British Geriatric Society, 2023). עבור זקנים הנמצאים בסיכון לבריאות לקויה, מוצעות התערבויות פרואקטיביות תומכות לשימור הבריאות והעצמאות. טיפול פרואקטיבי יכול לכלול התערבויות כגון בחינה מחדש של הטיפול התרופתי והפחתת השימוש בתרופות (polypharmacy). בשלב המחלה החריפה או ההידרדרות הפוטנציאלית, יש להבטיח את היכולת של הזקן לקבל את הטיפול בבית או קרוב לבית. כאן מושם דגש על שירותי בריאות דחופים בקהילה המספקים טיפול אינטנסיבי קצר טווח באמצעות אשפוז ביתי, וכן שירותי טיפול ביניים ביתיים ומכוני מטרה המספקים טיפול ביתי הממטבים את ההחלמה באמצעות שיקום ו-Reablement (British Geriatric Society, 2022).

בצד האקוטי (של הרצף) מצביעה החברה הגריאטרית הבריטית על הצורך להתאים את מודל האשפוז המסורתי עבור זקנים. כיוון אחד הוא טיפול אקוטי בבית חולים המותאם לאתגרים תקשורתיים, קוגניטיביים ואנרגטיים (עייפות); כיוון אחר הוא טיפול אמבולטורי וחץ-מרפאתי מחדש כמו מרפאות מותאמות לאוכלוסיית הזקנים ומרכזי טיפול אמבולטורי קהילתיים (British Geriatric Society, 2024).

## 2.4 מסגרות שיקום - מיפוי כללי

### מסגרות שיקום בעולם

חלק זה יעסוק במיפוי שירותי שיקום שונים הקיימים בעולם וניסיון למפותם. בשונה מהחלק הקודם שעסק בהמשגה כאן יסקרו השירותים הניתנים בפועל.

בסדרה של מחקרים עדכניים Seijas ועמיתיה (Seijas et al., 2024) מבקשים למפות את שירותי השיקום לזקנים הקיימים כיום. בסקירה מקיפה נבחנו 283 מחקרים

מהשנים 2015-2022 בהם השתתפו 69,257 משתתפים. החוקרים מצביעים על שישה מודלים של שיקום:

טיפול אמבולטורי (outpatient) שיוצג ב-24% מן המאמרים, שיקום מרחוק (telerehabilitation) שיוצג ב-22%, שיקום בית (home rehabilitation) שיוצג ב-18.5% מהמאמרים, שיקום בקהילה (community) שיוצג ב-16.3% מהמאמרים, שיקום באשפוז (inpatient) שיוצג ב-14.6% וטיפול בזקנים (eldercare) שיוצג ב-4.7% מן המאמרים. מודלים אלה נמצאו בטיפול הראשוני, בטיפול השניוני או בשילוב של השניים. הגישה הדומיננטית הייתה ממוקדת מחלה תוך התמקדות במצב נוירולוגי, אורתופדי, שרירי-שלד, וכד'. שבץ מוחי היה יעד שיקומי בכרבע מהמקרים בעוד הבעיות הבריאותיות השכיחות של האוכלוסייה המזדקנת כגון: כאב, ירידה בשמיעה ובראייה ומניעת נפילות, היו יעדי שיקום פחות נפוצים. צוותים רב-תחומיים ועקרונות של טיפול אינטגרטיבי שימשו לעיתים קרובות כדי לספק שיקום. ההתערבויות כללו תרגילי פיזיותרפיה (54.1%), הדרכה לניהול עצמי (40.1%), והערכה של יעדים ממוקדי אדם (40%). התערבויות נוספות, כגון טכנולוגיה מסייעת (1%) והתאמות סביבתיות (7.4%) היו פחות שכיחות.

במאמר נוסף שהתמקד בקהילה, ערכו החוקרים ניתוח משנה של נתונים אלה. נכללו נתונים מ-96 מחקרים עם 31,956 משתתפים. ניתוח זה העלה חמישה מודלים לשיקום לזקנים במסגרת תוכנית שיקום אישית: קהילה, בית, שיקום מרחוק, טיפול אמבולטורי וטיפול בזקנים. המטפלים השכיחים ביותר היו אחיות, פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק. ההתערבויות הנפוצות ביותר היו הערכת תפקוד, תיאום שיקום, פעילות גופנית טיפולית, התערבויות פסיכולוגיות וחינוך לניהול עצמי. התאמות של סביבת המטופל וטכנולוגיה תומכת היו בשימוש מועט. החוקרים מסיקים כי לרפואה הראשונית תפקיד מרכזי בשיקום - החל מהערכת התפקוד, דרך תיאום תהליכי השיקום ומתן התערבויות. הבנה של מודלים למתן שירותי שיקום ברפואה הראשונית עשויה לסייע בפיתוח שירותים מקיפים, שוויוניים וגגישים המותאמים לצורכי הזקנים. (Seijas et al., 2024).

במחקר עדכני, נערך סקר בינלאומי מקוון שנערך בשמונה שפות ויועד עבור עובדי בריאות המעורבים והמנוסים במתן שיקום לאנשים מעל גיל 60. השאלון עסק במאפיינים של מודלים של שירותי שיקום, זמינותם ויישומם באזורים שונים ברחבי העולם ו-1285 עובדים מ-124 מדינות השלימו את הסקר (Seijas et al., 2025). ממצאי הסקר חושפים כי זמינות ומצב יישום ששת המודלים שזוהו (אשפוז, אמבולטורי, טלה-שיקום, בית, קהילה וטיפול בזקנים) הייתה נמוכה במדינות

בעלות הכנסה נמוכה ובינונית בהשוואה למדינות בעלות הכנסה גבוהה אולם אף אחד מהמודלים לא היה זמין למטופלים או מיושם באופן מלא ברחבי המדינה באף אזור או רמת הכנסה. פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, אחיות ורופאי שיקום נמצאו עובדי הבריאות השכיחים ביותר המספקים שירותי שיקום בכל המודלים והאזורים. השיקום לעיתים קרובות מבוזר וצוותים רב מקצועיים זמינים לעיתים רק במודל האשפוז. טכנולוגיה תומכת זמינה כמעט תמיד במדינות בעלות ההכנסה הגבוהה אולם מגיעה רק ל-50% במדינות בעלות ההכנסה הנמוכה (Seijas et al., 2025).

סקירה עדכנית אחרת שמקורה מאוסטרליה עסקה בהמשגת ה-R3 (Rehabilitation, reablement and restorative care) תוך מיקוד בגישות השיקום העכשוויות. ארבעים ואחד מחקרים נכללו ורובם (68%) דיווחו על שיקום בטיפול בזקנים. רק 14 סקירות (34%) הגדירו את הגישה שיושמה במחקר. הסקירות היו ממוקדות בשירותים לאנשים זקנים בבית או בקהילה במגוון של מסגרות כולל קהילה, בית חולים ודיוור מוגן. עשרה נושאים מובהקים מדגישים את החשיבות של צוותים רב-תחומיים, טיפול אינטגרטיבי, סיכון לנפילות, שבר בצוואר הירך, הפחתת עצמאות תפקודית וסוגים ספציפיים של התערבויות כולל פעילות גופנית, טכנולוגיה, שיקום קוגניטיבי, קביעת מטרות והתערבות במעברי טיפול. החוקרים מציינים את חוסר ההבחנה (בהגדרות) בין גישות השיקום העדכניות (Gough et al., 2025).

החברה הבריטית לגריאטריה (British Geriatric Society) הוציאה לאחרונה מסמך מקיף המתאר וממפה את כלל פעילויות השיקום המתקיימות בממלכה. השירותים להלן יוצגו על פני רצף הטיפול - מהתערבות מניעתית ועד שירותי תגובה דחופים.

עבור זקנים הנתונים בסיכון, ננקטת גישה פרואקטיבית והתערבות מוקדמת. הכנה מקדמה (**pre-habilitation**) מיועדת להפחית סיכוני בריאות או למנוע הידרדרות מהירה עבור אנשים הממתינים לעבור ניתוח מתוכנן או טיפולים אונקולוגיים. המטופלים עוברים הערכה בזמן ההמתנה לטיפולים המתוכננים, ההכנה מתמקדת בעידוד הפעילות הפיזית, שיפור התזונה, ותמיכה רגשית ופסיכולוגית. **Reablement** הוא גישה לשירותי טיפול בבית, המוצעת לזקנים בסיכון לירידה תפקודית. הוא משמש כאמצעי שיקום עבור אנשים המשתמשים בשירותי רווחה. בניגוד לשירותי טיפול בבית המסורתיים, Reablement מוגבל בזמן (לרוב בין שישה ל-12 שבועות) והוא גישה אינטנסיבית, ממוקדת אדם ומכוונת למטרות, שמעודדת וממקסמת עצמאות ורווחה. **שיקום קהילתי**

(community rehabilitation) ניתן על ידי אנשי מקצועות הבריאות בבית, באשפוז יום, במרכזי טיפול אמבולטוריים, בבתי חולים קהילתיים או דיור מוגן. ניכרת גמישות במרכיבי ההתערבות - יחידי, קבוצתי - תוך פיקוח על ידי צוות רב-תחומי.

Reablement ושיקום קהילתי הם שני מרכיבים עיקריים של **טיפול ביניים** (Intermediate care) - מגוון של שירותים משולבים שמטרתם: לקדם התאוששות ממחלה; למנוע אשפוזים בלתי נחוצים בבתי חולים ואשפוזים מוקדמים במוסדות טיפול ארוך טווח; לתמוך בשחרור בזמן מבית החולים; ולמקסם חיים עצמאיים. שירותים אלה מסופקים בדרך כלל למשך שבוע או שבועיים בלבד ולא יותר משישה שבועות. מרביתם של טיפולי הביניים מתבצע בבית, אך ישנם אנשים המקבלים טיפול ביניים 'שלב למעלה' או 'שלב למטה' במיטות ייעודיות בבתי חולים קהילתיים או במוסדות סיעודיים. בבריטניה, בתי החולים הקהילתיים מציעים סביבה ביתית למדי עבור אנשים זקנים העונה על הצורך השיקומי (Young et al., 2020).

שירותים קהילתיים דחופים עשויים לספק טיפול אינטנסיבי בבית באמצעות מחלקות וירטואליות ושירותי "בית חולים בבית", וכן שירותי שיקום ייעודיים בבית, ששואפים לייעל את תהליך ההתאוששות וההחלמה. שירותים הולמים כוללים צוות רב-מקצועי בראשות קלינאים שיכולים לספק הערכה גריאטרית כוללת, בדיקות אבחון ראשוניות וליצור תוכניות טיפול אקוטיות ושיקומיות. פריסת שירותי אשפוז הבית בבריטניה מאופיינת בשונות גבוהה - עובדה שהחברה אינה גאה בה (Jalilian et al., 2024; British Geriatric Society, 2024).

## מסגרות שיקום בישראל

בישראל, אדם לרוב יופנה לשיקום לאחר שאושפז במחלקה אקוטית ולאחריה עבר הערכה תפקודית על ידי גריאטר או רופא שיקום מומחה או שעבר הערכה על ידי בעלי מקצוע במחלקה/נציגי קופות החולים. החולה שהופנה לשיקום יועבר לטיפול שיקומי באחת משלוש מסגרות הטיפול הבאות:

### **שיקום במחלקה אשפוזית**

בסוף 2023 היו 27,300 מיטות בתקן באשפוז הגריאטרי, מהן 22,077 (81%) לגריאטריה ממושכת (גריאטריה סיעודית ותשושי נפש) ו-5,223 (19%) לגריאטריה פעילה. מסוף 2010 נוספו 1,708 מיטות לגריאטריה ממושכת ו-1,530 לגריאטריה פעילה, גידול ב-8% וב-57% בהתאמה, משנת 2010 וגידול ב-5% וב-36% בהתאמה, משנת 2015.

באשפוז השיקומי היו 1,001 מיטות לשיקום בסוף 2023, כולל שיקום כללי, שיקום ילדים, שיקום אורתופדי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי וטיפול נמרץ שיקומי למחוסרי הכרה. שיעור המיטות היה 0.101 ל-1,000 נפש בסוף 2023 - גידול ב-3% משנה קודמת וירידה ב-2% משנת 2015.

את השינוי על פני זמן במספר המיטות לאשפוז גריאטרי בתקן ניתן לראות בלוח 2.

**לוח 2: מספר המיטות לאשפוז גריאטרי בתקן לפי סוג, דצמבר 2010-2023**

מחלקה	2010	2015	2020	2022	2023	שינוי 2023/2010
סה"כ גריאטריה ממושכת	20,369	21,015	21,178	21,488	22,077	1,708
גריאטריה סיעודית	16,512	16,857	16,761	16,862	17,277	765
תשושי נפש	3,857	4,158	4,417	4,626	4,800	943
סה"כ גריאטריה פעילה	3,318	3,852	4,134	4,937	5,223	1,905
גריאטריה שיקום	895	1,227	1,257	1,581	1,720	825
סיעוד מורכב תומך	1,707	1,620	1,719	1,934	2,078	371
טיפול תומך פליאטיבי	76	79	79	79	76	
שחפת	10	10	10	10	10	
גריאטריה תת חריפה	228	303	297	345	345	117
הנשמה ממושכת	402	613	772	988	994	592
סה"כ	23,687	24,867	25,312	26,425	27,300	3,613

מקור: מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, דצמבר 2023

הדו"ח "מתרגם" את הנתונים הישראליים לשפה או יחידות המדידה של ה-OECD. בהתאם להגדרות ה-OECD בסוף שנת 2023 היו בישראל 3,066 מיטות לטיפול שיקומי, מהן 1,001 מיטות לשיקום, 1,720 מיטות לשיקום גריאטרי ו-345 מיטות לגריאטריה תת חריפה. כמו כן, בסוף 2023 היו 3,691 מיטות לטיפול ממושך בבתי חולים, מהן 789 לפסיכיאטריה פעילה ממושכת, 1,832 לסייעודי מורכב תומך, 994 להנשמה ממושכת ו-76 לטיפול תומך פליאטיבי.

שיעור המיטות בבתי חולים לטיפול שיקומי ל-1000 נפש, עומד על 0.3 בישראל בהשוואה למוצע ה-OECD העומד על 0.5. שיעור המיטות בבתי חולים לטיפול ממושך (ל-1,000 בני 65 ומעלה) עומד על 3.0 בישראל לעומת 3.5 בממוצע במדינות ה-OECD. לבסוף, שיעור המיטות במוסדות סיעוד (ל-1,000 בני 65 ומעלה) עומד על 16.5% לעומת 42.1% ממוצע ה-OECD (מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, דצמבר 2023).

מספר מיטות השיקום צפוי לגדול לאור הוספת מיטות בבתי חולים שיקומיים הנבנים כעת במרכז רפואי צפון (פוריה) ובבית החולים הדסה הר הצופים, כמו גם מחלקה נוספת במרכז הרפואי עדי נגב בדרום שנבנה לאחרונה ועוד. מחלקות שיקום בבית חולים כללי או בית חולים שיקומי כוללות צוות רב מקצועי: רפואת שיקום, סיעוד, פיזיותרפיה, תזונה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה. מטופל ישהה במחלקה שיקומית במשך פרקי זמן הנעים בין שבועות בודדים למספר חודשים. משך הזמן המדויק משתנה מאוד בהתאם למצבו הרפואי והתפקודי של כל מטופל ומטופל ונקבע על ידי רופא השיקום בשיתוף צוות המטפלים.

### שיקום אמבולטורי

**שיקום יום אמבולטורי קהילתי** - מודל זה מעתיק את מחלקת השיקום למרחב קהילתי או משתמש במחלקת השיקום בבית החולים כמרכז ללא אשפוז. שיקום היום מאפשר למטופל להגיע ליום טיפול או למספר טיפולים לכמה שעות, לפי תכנית. המטופל יכול לשהות בביתו ויכול ליהנות לעיתים גם מצידוד מגוון, טכנולוגיה וטיפול רב- מקצועי.

**שיקום מרחוק** - שיקום מרחוק הוא טיפול שיקומי המתקיים בסיוע מערכת טכנולוגית, המקשרת בין המטופל הנמצא בביתו (או בכל מסגרת בה הוא מתגורר) לבין מטפל ממקצועות הבריאות ומהווה ערוץ טיפול שיקומי נוסף. לשיקום מרחוק יתרונות רבים וביניהם:

- ◆ הנגשת השירות השיקומי לאנשים שאינם יכולים להגיע לקליניקה או למרכז שיקום מסיבות שונות (ניידות פיזית או קושי רגשי) וכן במקומות שמטפלים לא יכולים להגיע בתדירות מספקת או שנדרשת התמחות ספציפית שלא קיימת בכל מקום.
- ◆ שמירה על רצף טיפולי כגשר בין מסגרות השיקום השונות.
- ◆ שילוב שיקום מרחוק בתהליך השיקומי, לטיוב הטיפול השיקומי לדוגמה - מעקב מדדים וביצוע טיפול ושיעורי בית וכן העלאת אינטנסיביות השיקום.
- ◆ טיפול במסגרת הסביבה הטבעית של האדם לצורך חזרה לתפקוד יומיומי מיטבי.

עם זאת, שיקום מרחוק לא מתאים לכל מטופל ולכן נלקחים בחשבון מספר גורמים - בטיחות המטופל והמידה בה מטרות השיקום ניתנות למימוש בפורמט זה.

**משגבים - מרכזי שיקום גריאטריים בקהילה -** הוקמו ביחזמה משותפת של משרד הבריאות עם ג'וינט-אשל ב-2017. מרכזים אלה מיועדים לאוכלוסיית זקנים עם ירידה תפקודית מאירועים בריאותיים שונים. במהלך 2018-2019 - נבחרו שישה גופים ליישום הפיילוט. מרכז שיקום כזה בקהילה עובד שישה ימים בשבוע, שלוש משמרות שיקום ביום מ- 08:00-20:00. המרכז נותן שירות לכ-67 מטופלים ביום. במסגרת השיקום מתקיימות קבוצות פרקינסון, MS, שיקום נירולוגי ושיקום אורתופדי. המטופלים במסגרת זו הם אנשים שללא השירות היו מגיעים לשיקום המוסדי. השיקום האמבולטורי בקהילה נבדל הן מהאשפוז השיקומי והן מהאשפוז הגריאטרי בהיבטים של היקף, מתן ומתקן. עם זאת, יש לו ערך רב בשימור התפקוד של המטופל.

### שיקום בתמיכה טכנולוגית

שיקום באמצעים טכנולוגיים בישראל כולל יישומים רפואיים כמו מציאות מדומה וניטור לביש לשיפור איכות החיים. יוזמות כמו "של"ב" של משרד הבריאות משלבות טכנולוגיה בשיקום רפואי מרחוק, ורשות החדשנות מקדמת השקעות בפייילוטים לטכנולוגיות שיקום פיזי כגון רובוטיקה וממשקי מוח-מכונה. קיימים גם מרכזים המספקים שיקום משולב טכנולוגי, כמו מרכזי נאמן המשלבים ביופידבק ומשחק.

**שיקום בייתי -** שיקום בייתי מתייחס להתערבויות טיפוליות מובנות (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תוכניות פעילות גופנית לעיתים בעבודת צוות רב מקצועי) המוענקות בביתו של האדם, ולא בבית חולים או במרפאה. השיקום הבייתי מיועד בעיקר לקשישים הסובלים מירידה תפקודית, לאחר מחלה חריפה, ניתוח או מגבלה כרונית (Hotta, 2015).

במטרה להגביר את נגישות האנשים לשירותי שיקום, עלה הצורך בהתאמת מתן השירותים לרבות השימוש בשיקום בית או שיקום מרחוק (Brennan, 2009). שירותי שיקום בבית עשויים להפוך לאפשרות הנפוצה ביותר בתהליך ההתאוששות של המטופלים, לא רק כחלופה למגבלות נגישות, אלא גם כתוספת למתן השיקום הקונבנציונלי (Velez, Lugo-Agudelo, Patiño Lugo et al., 2023). יעדי שיקום הבית זהים ליעדי סוגי השיקום האחרים. מטרתו לאפשר לאנשים לחזור לפעילויותיהם, לשפר את איכות חייהם, להפחית את העומס על המטופלים ולמנוע סיבוכים (Hotta, 2015). שיקום ביתי נועד לספק את יתרונות הטיפול היעיל לאנשים עם נגישות נמוכה לטיפול במרכזי שיקום (Stolee, 2012). הוא מספק שירותי שיקום בסביבה מוכרת ובטוחה למטופל, מאפשר תרגול משימות

יומיומיות הקשורות לסביבה המיידית (כגון: עליה במדרגות, שימוש בשירותים) וכן עידוד עצמאות והזדקנות בבית. כמו כן, שיקום בייתי מתמקד בשיפור השתתפות האנשים בטיפול שלהם וביכולת שלהם להעריך את עצמם ולקבוע מטרות להחלמתם בסביבת הבית. במסגרתו מיושמות אסטרטגיות לניהול עצמי בפעילויות יומיום, אימון גופני והשתתפות בפעילויות שמטרתן חזרה לתפקוד (Steihaug, 2016).

סוגי השירותים הניתנים בשיקום הבייתי מותאמים לצורכי השיקום האישיים של המטופל. אלה עשויים לכלול הערכת הבית והסביבה והתאמתה לצרכים הקיימים, טיפול ראשוני על ידי רופאים כלליים ומטפלים עם השירותים הנדרשים לשמירה על בריאות, רווחה ומניעת סיבוכים (Rezaei, 2019). בסקירות של Cochrane נמצא כי שיקום בית אינדיבידואלי עשוי להיות יעיל כמו שיקום במוסד (Anderson et al., 2012; Coupard et al., 2017). סקירה נוספת של Cochrane מצאה כי שיקום בית עבור אנשים המחלימים משבץ מוחי עשוי להפחית את הסיכון למיסוד לאחר שישה חודשים ועשוי לשפר את שביעות רצון המטופלים בהשוואה לטיפול בבית חולים (Gonçalves-Bradley et al., 2017).

בישראל ניתנים שירותי שיקום על ידי ספקי שירותי בריאות כחלק מלא ומקיף לשיקום מוסדי. השירות כולל ליווי וטיפול שיקומי אישי בסביבה הטבעית. צוות השיקום כולל רופא מומחה בשיקום, המתאים לכל מטופל תוכנית שיקום אישית על פי מצבו. כל מטופל זוכה לטיפול אינטנסיבי של צוות שיקומי רב תחומי - רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, דיאטניות, ועובדים סוציאליים. חבילת השיקום כוללת ליווי וזמינות טלפונית של אחות 24/7, הדרכה על מיצוי זכויות מול קופות החולים, ביטוח פרטי, ביטוח לאומי, פתרון בעיות רפואיות נלוות - איזון כאב, מחלת חום, טיפול בפצע ניתוחי, איזון גורמי סיכון של מחלות רקע וייעוץ להתאמת הסביבה הביתית ולהתאמת אביזרי שיקום וניידות (כנס ים המלח, 2022).

כמו כן, בשנת 2024 התפרסם מבחן תמיכה ייעודי לשיקום בבית. מטרת התמיכה היא תגבור הטיפול השיקומי באמצעות הפעלת מערך שיקום בית, כחלופה לאשפוז שיקומי בבתי חולים ובמוסדות ייעודיים. התכנית הוצגה לקופות על מנת לעודד את פעולות השיקום הניתנות בבית בדגש על יישובי פרפריה הגאוגרפית או ביישובים וברשויות המיעוטים.

לסיכום, מודל שיקומי זה מיועד למטופלים הזקוקים לשיקום ומתאימים לשיקום בבית כחלופה או כהמשך לשיקום באשפוז בהתקיים תנאים מסוימים אותם

התווה משרד הבריאות. לשיקום הבייתי מגוון יתרונות ביניהם העובדה שהוא מאפשר לחולה להתנסות במרחב הבייתי שלו, בו הוא נדרש לתפקד באופן עצמאי (או בעזרת מטפל) בחיי היום יום וללא סיוע של ציוד או מכשירים מיוחדים. מהצד השני, חסרונו של שיקום הבית הוא החוסר בציוד ובטכנולוגיות אשר קיימות במרכזי השיקום השונים וכן הקושי בפיקוח על איכות הטיפול ותוצאותיו.

### תמונת מצב עכשווית

בשנת 2013 פעלו בישראל 11 מרכזי שיקום יום בקהילה בלבד. בשנים האחרונות גדל היצע מרכזי השיקום בקהילה: לפי הרשימה האחרונה שהתפרסמה באתר משרד הבריאות, ב-2021 ההיצע גדל ל-29; לפי רשימה שנערכה ע"י האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום, פעלו 39 מרכזי שיקום יום בקהילה ברחבי הארץ נכון ל-2023. עם זאת, המרכזים שנפתחו התקשו להגיע לאיזון כלכלי בתנאים הקיימים, עקב מיעוט הפניות מטופלים ורגולציה ודרישות מקצועיות שאינן עומדות בהלימה לתעריף. מתוך שבעת המרכזים שנפתחו, פעילים כיום ארבעה מרכזים ברחבי הארץ. ניסיון השנים האחרונות מלמד שהגדלת היצע השירותים לא הביאה בהכרח לעלייה מספקת בצריכתם. עיקר האתגר אינו פתיחת מרכזים חדשים אלא הפעלתם לאורך זמן בנפח פעילות מלא תוך שמירה על איכות הטיפול. בשנת 2024 פרסם אגף השיקום במשרד הבריאות מבחן תמיכה חדש בשיקום, העוסק בהקמת מרכזי שיקום יום חדשים בקהילה ע"י קופות החולים. בעקבותיו, נפתחו מספר מרכזים וצפויים להיפתח עוד בשנת 2025.

במסמך תובנות של ג'וינט אשל הם מדגישים את הצורך בהגדלת היקף הפעילות השיקומית ולא רק בהקמת מרכזים חדשים; את ההשקעה הגבוהה הנדרשת בשירותים הניתנים לבני +65; ואת חשיבות הפעולה לפתיחת מרכזי שיקום יום במסגרות קהילתיות ולא רק בהפעלה בתוך בתי החולים (ג'וינט אשל, 2024).

באוגוסט 2025 יצא מבחן תמיכה להערות הציבור, אם כי טרם התפרסם. קובץ המבחנים אמנם לא מתמקד בשיקום גריאטרי בקהילה, אך חלק מהתקציב עבורו צבוע לאוכלוסייה הזקנה.

חשוב לציין כי תעריפי משרד הבריאות נקבעים על ידי ועדת מחירים בלתי-תלויה, שחברים בה נציגי משרד הבריאות ומשרד האוצר. הוועדה פועלת מכוח החלטת ממשלה ומעדכנת את התעריפים על פי אומדן העלות הצפויה למימוש הדרישות

הרגולטוריות של משרד הבריאות, לרבות תקינת כוח אדם, ציוד קבוע ומתכלה, ובהתחשב בעלויות השכר וההפעלה הממוצעות במשק. בהתאם לעבודתה המקצועית קבעה ועדת מחירים בשנת 2021 לעלות את תעריפי האשפוז במחלקת סיעודי-מורכב, במקביל לעדכון תעריף השיקום וההנשמה הממושכת.

בחוק הקאפ האחרון, הוחל מודל חדש להתחשבות בין קופות החולים לבתי החולים במחלקות הפנימיות, אשר נועד לתמרץ את קופות החולים להוציא "מעוכבי אשפוז" מהמחלקות הפנימיות ולהעבירם למסגרות גריאטריות מתאימות. כמו כן, בשנת 2024 פרסם משרד הבריאות מבחן תמיכה לקופות החולים, שמטרתו לעודד שיפור סטנדרט במחלקות סיעודי מורכב ושיקום גריאטרי של מרכזים רפואיים גריאטריים. לפי המבחן, קופת חולים המעדכנת את הסכמי הרכש שלה כך שהמחיר נטו הממוצע לאשפוז במחלקות סיעודי-מורכב ושיקום גריאטרי יעלה ביחס לשנת 2023, תהיה זכאית לתמיכה ייעודית. היקף התמיכה עומד על 54.75 מלש"ח בשנת 2024, ועל כ-73 מלש"ח בשנת 2025. בשנת 2026 צפוי מנגנון התמיכה להפוך להיות מוטמע בסל שירותי הבריאות, כך שתוספת התקציב תעוגן במנגנון הקצאת המקורות הקבוע של קופות החולים ותהווה חלק אינטגרלי ממערך התמריצים לשיפור איכות השירות והסטנדרט במוסדות הגריאטריים.

## 2.5 הרציונל: שיקום משתלם כלכלית - השקעה שמובילה לחיסכון

השקעה בשיקום בזקנים מספקת תשואה חיובית על ההשקעה על ידי שיפור העצמאות, עיכוב או מניעה של טיפול ארוך טווח, צמצום אשפוזים חוזרים בבתי חולים והפחתת עלויות הבריאות הכוללות. מחקרים מראים כי הוצאות מוגברות על שיקום מובילות לפחות שנות חיים עם מוגבלות ולעלייה ביתרונות בריאות הציבור, מה שהופך אותה לאסטרטגיה חסכונית לטיפול בר-קיימא בזקנים (British Geriatric Society, 2024).

הספרות המחקרית מציעה מספר עדויות ליעילות הכלכלית של תוכניות שיקום לסוגיו. סקירה שיטתית בחנה יחס עלות-תועלת של הכנה מוקדמת-**pre-habilitation** עבור מטופלים הממתינים לניתוח אלקטיבי בהשוואה לטיפול מקובל לפני הניתוח. נכללו 45 מחקרים ונערכו ארבעה סוגי ניתוחי עלות-תועלת: ניתוחי עלות-שימוש (cost usage) ניתוחי עלות-רווח (cost benefit), ניתוחי עלות-תוצא (cost outcome) וניתוחי הפחתת עלויות (cost minimize). הממצאים

מלמדים כי בשלושה מתוך ארבעת סוגי ניתוחי העלות-תועלת שנבדקו (75%) מצאו שה-*prehabilitation* - הינה משתלמת, קרי, אפקטיבית ו/או יקרה פחות מאשר הטיפול הסטנדרטי (Rombey et al., 2023).

מספר מחקרים בחנו את היעילות של תוכניות *Reablement*. כך, ניסוי מבוקר רב-מרכזי הכולל 47 רשויות מקומיות בנורבגיה מצא השפעות טיפול משמעותיות מתוכנית *Reablement* של ארבעה עד עשרה שבועות בהשוואה לשירותים הביתיים המסורתיים עם יתרון מתמשך עד 12 חודשים (Langeland et al., 2019). מודל כלכלי שפורסם בבריטניה על ידי *National Institute for Health and NICE* (Care Excellence) מתייחס לכך ששירותי השיקום הביתיים מסוג *Reablement* הם בעלי סבירות גבוהה לחיסכון כלכלי וממליץ להציע אותם כאופציה הראשונה לאנשים המועמדים לקבלת שירותים ביתיים וכחלק מתהליך הביקורת או ההערכה מחדש של אנשים שכבר מקבלים שירותים ביתיים (NICE, 2017).

דו"ח עדכני של *Nuffield Trust* ניתח נתוני מסגרת של תוצאות הטיפול הסוציאלי הדיגיטלי למבוגרים של *NHS* על שיעור האנשים המבוגרים בבית 91 ימים לאחר ששוחררו מבית החולים לשירותי שיקום או *reablement* בבית או במוסד לטיפול ביניים. בין השנים 2011 ל-2020 מדד זה של הצלחה היה עקבי בסביבות 82% עם ירידה ל-79% (Nuffield Trust, 2022).

סקירת הראיות הנוגעות לשיקום קהילתי שבוצעה על ידי *NICE* בעיקר של שיקום מוחי או לבבי בקהילה, דיווחה על רמות גבוהות של קבלת מטופלים, פחות פניות לרופא משפחה ופחות כניסות לבית חולים לאחר שישה חודשים והפחתת משך השהות בבית החולים (NICE, 2018).

אנליזת עלות-תוצאים (*cost outcomes*) של ניסוי קליני אקראי אוסטרלי של שחרור מוקדם נתמך בשיקום קהילתי עבור אנשים מבוגרים עם פגיעות גופניות מצאה ששיקום קהילתי היה פחות יקר (חיסכון בעלות: £3238 לכל מטופל) והניב תוצאות טובות יותר (פחות דליריום, איכות חיים טובה יותר, פחות תקופת אשפוז ותקופת טיפול, רמת שביעות רצון גבוהה יותר של המטופלים, רמת שביעות רצון גבוהה יותר של המטפלים ורמת שביעות רצון גבוהה יותר של רופאי המשפחה) בהשוואה לשיקום במוסדות (Caplan et al, 2006). בנוגע לטיפול הביניים (*sub acute* *Intermediate care*), זקנים במרכז הטיפול לזקן באונטריו, קנדה (*sub acute* *care for elderly - SAFE*) חוו אשפוז קצר יותר, השתחררו לרוב הביתה, והיו להם תוצאות טיפול אקוטי ב-30 יום דומות למטופלים בקבוצת הביקורת לאחר השחרור (Robert et al., 2021).

הבנת החזר ההשקעה (ROI) של שיקום חשובה לשיפור קביעת העדיפויות התקציביות לטיפול שיקומי. מספר מחקרים בדקו מדדים אלה. במחקר עדכני הוערך הקשר בין הוצאות שיקום לבין שנות חיים עם מוגבלות וכן נערך ניתוח החיסכון הצפוי מהשקעות שיקום מוגדלות. מחקר הנטל הגלובלי של המחלה של המכון למדדי בריאות והערכה סיפק נתונים על שנות חיים עם מוגבלות, ומסד הנתונים של הוצאות הבריאות הגלובליות של ארגון הבריאות העולמי שימש לזיהוי סך הוצאות השיקום בין השנים 2016 ל-2018 עבור 88 מדינות. בוצעו מודלים של גרסיה סדרתית כדי להעריך את השפעת הוצאות השיקום על שנות חיים עם מוגבלות וחיסכון מוערך עם ערך משתנה של שנות חיים סטטיסטיות. החוקרים מצאו כי הגדלת הוצאות השיקום ב-10% מפחיתה את מספר שנות החיים הממוצע עם מוגבלות עד 6%. הם מסיקים כי יש צורך בהגדלת המשאבים הציבוריים הזמינים להרחבת הגישה לטיפול שיקומי (Ramos et al., 2024). בניתוח כלכלי שמקיים שירות הבריאות הממלכתי בבריטניה (NHS) לקראת פתיחת המרכז השיקומי הלאומי שלו נערך הניתוח הבא: עלות הטיפול במרכז הרפואי השיקומי החדש היא £37,000 למטופל שיקבל שמונה עד 12 שבועות של שיקום אינטנסיבי. השיקום עתיד לחסוך למערכת הבריאות האנגלית £500,000 בעלויות בריאות ורווחה למשך שארית חייו של אותו אדם (National Rehabilitation Center, 2024).

Lorenz & Doonan (2021) ניתחו את ההחזר הצפוי לשיקום רב תחומי לאחר פגיעה מוחית נרכשת (ABI). השיקום מוביל לשיפור תפקודי מתמשך, שיפור באיכות החיים, חזרה מוגברת לעבודה וצורך מופחת בטיפול ארוך טווח. ניתוח מדיניות של שבעה מחקרים (2009-2019) שבחנו תוצאות וחיסכון בעלויות כתוצאה מגישה לשיקום רב-תחומי, זיהה חיסכון ממוצע לכל החיים של 1.5 מיליון דולר לאדם, כאשר העלויות מוחזרות תוך 18 חודשים.

חברת הון-סיכון Faster Capital ערכה ניתוח עלות-תועלת של כל תעשיית השיקום ופרסמה את הדו"ח שלה באפריל 2025. בראש ובראשונה, טוען הדו"ח כי יש לייצר תנאים לעלות-תועלת בשיקום. התנאים לקיומו תלויים ראשית באופטימיזציה של משאבים, למשל, באמצעות שיקום מקוון שצמח כשירות חדשני החוסך בעלויות ובביקורים פיזיים במרפאות. תנאי נוסף הוא מדידת תוצאות - קביעת מדדים סטנדרטיים למדידת תוצאות. דוגמה לכך הוא מדד העצמאות הפונקציונלית (FIM) בשימוש נרחב להעריך את התקדמות המטופל ואת היעילות של התערבויות שיקום. הרחבת פעילות של שירותי שיקום באופן המפחית את העלות של יחידת השירות הבודדת עשויה אף היא להניב תועלת. עבודת צוות רב מקצועי, באופן כזה שיפחית שירותים חופפים, עשויה לסייע

בהפחתת עלויות. תוכניות טיפול מותאמות אישית עשויות גם הן למנוע טיפולים עודפים. הכנסת טכנולוגיות ושילובן בטיפולים עשויה להניב תוצאות טובות למטופל ולאורך זמן להפחית עלויות. לבסוף, שינויים במודלים של החזרי בריאות ממודל של תשלום עבור שירותים למודל של טיפול מבוסס ערך, יכולים לעודד שיטות עבודה חסכוניות (Faster Capital, 2025).

בניתוח ההשפעה הכלכלית העכשווית של שירותי השיקום הדו"ח מצביע על ניתוח ROI המראים החזר גבוה על כל יום שיקום בהפחתת עלויות הטיפול ארוך הטווח ובשיפור הפרייון. שירותי שיקום תורמים למשק בהחזרת אנשים לשוק העבודה - בין אם מדובר במטופלים עצמם ובין אם מדובר במטפליהם העיקריים. באמצעות הפחתת הצורך בטיפול ארוך טווח ומניעת מצבים משניים, שירותי שיקום יכולים להוביל לחיסכון משמעותי בהוצאות הבריאות (Faster Capital, 2025).

## 2.6 תעריפים ותמריצים - כשלים מרכזיים בתחום האשפוז בשיקום גריאטרי בישראל

המערכת מצויה כיום באתגר מהותי במתן מענה הולם לאוכלוסיית המטופלים הזקוקים לשיקום גריאטרי. בשנת 2023 פורסם דו"ח ברוקדייל שעסק בנושא "אתגרי אשפוז במחלקות לגריאטריה פעילה: בחינת חוסר יעילות וכשלי שוק". הדו"ח מתייחס לכלל תחום הגריאטריה הפעילה, כאשר השיקום הגריאטרי, המהווה כ-30% ממנה, הוא אחד מארבעת השירותים המרכזיים הנכללים בה. במחקרם של רזניצקי ואחרים (2023) אותרו פערים משמעותיים במתן שירותי הגריאטריה בישראל, ומופו כשלי שוק המשפיעים על תפקודה היעיל של המערכת ועל היכולת לספק שירות מותאם ואיכותי לאוכלוסייה המזדקנת.

### 1. ריכוזיות גבוהה וחוסר תחרותיות

- ◆ קיים מספר מצומצם של ספקים (4-7 מוסדות) מלבד מחוז מרכז שבו פועלים 14 מוסדות.
- ◆ אחת מקופות החולים המחזיקה בנתח שוק גדול במיוחד בקרב בני +75, מה שמעניק לה כוח רכישת שירותים משמעותי.

## 2. תעריפים

- ◆ ישנם הבדלים מהותיים בין תעריפי אשפוז במחלקות שיקום גריאטרי במוסדות גריאטריים לעומת שיקום גריאטרי ושיקום כללי בבתי חולים כלליים.
- ◆ לקופות החולים כוח מיקוח גבוה במחוזות מסוימים אשר מאפשר להן לקבל הנחות גבוהות שמשפיעות על האיזון הכלכלי של חלק מהמוסדות.

## 3. רגולציה

- ◆ דרישות רבות ותקנות מרובות יוצרות עומס ועלויות גבוהות.
- ◆ האכיפה חלקית, לאור המציאות של מחסור מיטות.

## 4. מחסור בכוח אדם מקצועי

- ◆ קיים קושי בגיוס רופאים, אחיות, מטפלים ומקצועות הבריאות המתמחים בגריאטריה.
- ◆ השחיקה גבוהה, ותנאי ההעסקה אינם תומכים בשימור כוח אדם איכותי.

## 5. איכות הטיפול

- ◆ איכות הטיפול אינה אחידה בין המוסדות ונובעת מהבדלים בתשתיות, בכוח אדם ובהכשרה מקצועית.
- ◆ היעדר מדדים מוסדרים למדידת איכות ובקרה גורם לכך שרמת השירות אינה נבחנת באופן סדור.
- ◆ בתי חולים חסרי תמריץ כלכלי לגמול חולים מהנשמה, לקבל חולים מורכבים או למנוע סיבוכים כמו פצעי לחץ.

כתוצאה מכך, מוסדות גריאטריים מנהלים את פעילותם במטרה למקסם רווחים או לצמצם הפסדים, באמצעות סגירת מחלקות לא רווחיות ופתיחת מחלקות רווחיות, יישום חיסכון תפעולי, סבסוד צולב בין מחלקות וניצול מקורות הכנסה משלימים. מהלכים אלה מצמצמים את יכולת הבחירה של החולים ומקשים על אשפוז חולים מורכבים, בעוד קופות החולים נוהגות להעדיף מוסדות המציעים הנחות גבוהות, לעיתים על חשבון התאמה רפואית מיטבית. במוסדות ממשלתיים, הסבסוד מאפשר שמירה על איכות הטיפול ומתן מענה לחולים מורכבים ולא רווחיים, אך אינו מספק תמריץ ליעילות כלכלית (רזניצקי, אוסטרובסקי-ברמן ודר, 2023).

בהמשך לדו"ח ברוקדייל, יש לבחון מלמטה את שלל התמריצים של השחקנים בהיבטי רגולציה, תעריפים והבעלויות השונות:

### 1. תעריפי משרד הבריאות

להלן, תעריפי משרד הבריאות מעודכנים כיום:

#### לוח 3: תעריפי משרד הבריאות

שם תעריף	סכום עדכני
יום אשפוז, מחלקת שיקום בבית חולים כללי	3,460
יום אשפוז, מחלקת גריאטריה שיקום בבית חולים כללי	2,093
יום אשפוז, מחלקת גריאטריה שיקום בבתי חולים ומרכזים גריאטריים	1,509

#### מקור: תעריפון משרד הבריאות

מן הלוח עולה כי ישנם שלושה שירותים שונים המתומחרים בפערים מהותיים. יש לבחון את סוגי השירותים השונים ולהבין ממה נובעים הפערים ובכלל זה דרישות רגולטוריות, תקינה, הוצאות תפעוליות וטכנולוגיות.

**2. ריכוזיות גבוהה וחוסר תחרותיות** - כבר היום הביקוש לשיקום גריאטרי גבוה משמעותית מההיצע הקיים, והפער רק צפוי להתרחב בשנים הקרובות עם העלייה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה בישראל. לראיה, היקף המעוכבים בבתי החולים הכלליים עומד על בין 60-70 מטופלים בכל יום, אשר ממתנים לרוב או לשיקום גריאטרי או למיטת סיעודי מורכב (תחום שסובל גם הוא ממחסור ניכר).

**3. גילנות** - אפליה על רקע גיל היא תופעה הקיימת במערכת הבריאות. בהקשר של שיקום, תיעדוף של שיקום צעירים ובמיוחד עכשיו עם הילת "חרבות ברזל", תורמים לדחיקת שיקום הזקנים לשוליים, גם במידה והמבוגרים אינם חוזרים לשוק העבודה כמו הצעירים, יש להציב כערך עליון את הטיפול באוכלוסייה זו. מדובר בתופעה שמן הראוי לפעול נגדה. החולה הזקן זקוק להשקעת משאבים לפחות כמו החולה הצעיר. כמות המשאבים הכוללת צריכה להיות לפחות זהה - אם לא גבוהה יותר - ללא קשר לגיל. הגיל המוגדר היום ע"י משרד הבריאות לאשפוז במחלקת שיקום גריאטרי עומד על 65. חלוקה זו אינה נכונה ואינה רלוונטית כאשר ישנה

הבנה הולכת וגוברת שהטיפול הרפואי צריך להינתן על פי הצרכים הספציפיים של אותו אדם, בהתאם להתוויה הנדרשת ולרקע הרפואי שלו, ואינו תלוי גיל. נדרש עדכון מהותי בהגדרה זו אשר יאפשר את התאמת התעריפים והמחלקות לצרכים השונים, תוך הבנה שהגיל הינו משתנה אחד בצרכי המטופל ולא בהכרח המרכזי בצרכי המטופל ובתשומות הנדרשות לטיפול בו. שינוי זה ישפיע על כלל מערכת הבריאות ובתקווה יאזן את פערי הביקושים הדרמטיים לשיקום גריאטרי כבר היום.

**4. העדפת מטופלים -** כאמור, ישנם מעוכבים רבים בבתי החולים הכלליים אשר ממתנינים לשיקום גריאטרי וזאת נוסף על מטופלים אשר ממתנינים לעיתים בביתם. מעבר למחסור במיטות ולתמריצי קופות החולים למציאת פתרונות, ישנו קושי של המחלקות המאשפזות לקבל מטופלים הדורשים תשומות מיוחדות, בוודאי לאור תמונת הביקושים הקיימת. על כן, מטופלים אלה - מטופלים עם זיהומים עמידים, בעלי משקל עודף, בעלי אבחנה פסיכיאטרית ועוד, נתקלים במענה עוד יותר קטן של מיטות. הקושי נובע מכך שלאותם מטופלים יש עלויות השקעה גבוהות מהמטופל הממוצע ולכן יש לבחון פתרונות למניעת העדפה בבחירת המטופלים בעת הקליטה למוסד.

**5. רגולציה -** מוסדות המפעילים מחלקות לגריאטריה פעילה מחויבים ברישיון ממשד הבריאות וכפופים לדרישות רגולטוריות. כחלק מהדרישות, על המוסדות הגריאטריים לעמוד בתקינת כוח אדם אחידה, הנחיות מקצועיות ובפרוגרמת בינוי הכוללת הגדלת שטח המחלקה, הקמת חדרי טיפול ייחודיים וצמצום מספר מיטות בחדרים כדי לעמוד בתקני מרחב ופרטיות. יש לפעול להתאמה או הפחתה של דרישות רגולטוריות במטרה לאפשר למוסד תפעול גמיש יותר או להתמודד עם אילוצים מבניים וכלכליים.

**6. מחסור בכוח אדם איכותי -** מוסדות גריאטריים מתקשים לגייס כוח אדם מקצועי ואיכותי, בין היתר משום שבתי חולים כלליים נתפסים כמקום עבודה מבוקש ואטרקטיבי יותר ונהוגים בהם הסכמי שכר/הסכמים קיבוציים, אפשרויות קידום, הכשרות ועוד. לכן, מוסדות גריאטריים, ובפרט אלה שאינם כפופים להסכמי שכר או להסכמים קיבוציים, סובלים יותר ממחסור בכוח אדם, בעיקר כוח אדם איכותי, ולא מצליחים ליהנות מיציבות תעסוקתית. דבר שפוגע בטיב הטיפול שהמאושפזים זוכים לו.

**7. איכות הטיפול -** חשוב להדגיש כי ההשקעה באיכות הטיפול במוסד גריאטרי אינה באה לידי ביטוי בתעריף. כיום, אין מדדים אופרטיביים לרמת ההשקעה,

לדוגמה: שיעור פצעי לחץ בקרב המאושפזים, אחוז הצלחה בגמילה מהנשמה, אחוז חולים המגיעים לשיקום מיטבי תוך פרק זמן מוגדר, ושביעות רצון משפחות החולים. נתונים אלה ממחישים כי איכות טיפול גבוהה מצריכה משאבים משמעותיים, שאינם משוקללים כיום במחיר האשפוז, ולכן חשוב להכיר בתרומתם האמיתית להצלחת המוסד ולבריאות המטופלים.

יש לנקוט בגישה מערכתית כלפי סוגי השירותים בגריאטריה השיקומית ולהבחין במאפיינים השונים שלהם, במקום להסתמך על חלוקה דיכוטומית לפי גיל, כפי שנעשה כיום באופן שגוי. בנוסף, יש להכיר באתגרי הטיפול במטופלים בעלי צרכים מיוחדים (כגון זיהומים, עודף משקל וכו') ולפתח מנגנונים שיאפשרו מענה הולם למטופלים הדורשים משאבים ותשומות מעבר למה שמספק מערך התמחור הקיים, אשר כיום יוצר מחסור במענה עבור אוכלוסייה זו.

### מניעת הידרדרות תפקודית

הבנת המסלולים האפשריים להידרדרות תפקודית, תוך זיהוי גורמי הסיכון ותהליכים קליניים אופייניים, חיונית לשיפור תהליכי השיקום ולפיתוח אסטרטגיות מניעה מותאמות. במקביל, זיהוי גורמים מקדמי שיקום קריטיים לשיפור תוצאי בריאות של זקנים. הבנה לגבי סיכויי שיקום מוצלח, כבר בזמן הקבלה לאשפוז, עשויה לסייע בידי אנשי המקצוע לבצע חיזוי של יעדי השחרור ולהתאים את תוכניות השיקום ואת תכנון השחרור לקהילה כבר משלב מוקדם (Tillson et al., 2018; Van Balen et al., 2019). בסקירה של גורמים הקשורים לשיקום מוצלח לאחר שיקום גריאטרי באשפוז נכללו תשעה מחקרים. הממצאים מלמדים כי מתוך 18 גורמים, חמישה נמצאו קשורים באופן מובהק לשיקום מוצלח: קיומו של מטפל עיקרי, תחלואה נלווית, תפקוד מוטורי, מצב תזונתי, זמן (קצר) מהתפרצות מצב אקוטי (Van Der Laag et al., 2021).

בישראל, במסגרת עבודת צוות ממשלתי אינטגרטיבי (מנהל אסטרטגיה, תכנון כלכלי, מחקר ורגולציה, 2022), נערך מיפוי של הגורמים המרכזיים, הפיזיים והקוגניטיביים, העשויים לתרום להידרדרות תפקודית בקרב אזרחים ותיקים, וזוהו הבעיות והחסמים העיקריים המונעים מהמגזר הציבורי בישראל לספק שירותי מניעת הדרדרות לאוכלוסייה זו. ממצאיו העיקריים של הצוות היו כי נכון להיום לא רק שלא קיים בישראל גוף שתכליתו העיקרית היא שימור תפקוד ומניעת הדרדרות תפקודית בת מניעה, אלא שגם לגופים הקיימים אין תמריץ משמעותי, אם בכלל, לדאוג לדחיקת התלות של הזקנים. הדבר נובע, בין השאר, ממאפיינים

מבניים במערכת אספקת השירותים הציבוריים לזקנים המקשים על הגשמתה של מטרת מניעת ההידרדרות.

להלן המסקנות העיקריות עליהן המליץ הצוות:

### 1. שינוי מבנה גמלת הסיעוד ברמות הנמוכות (רמות 1-2).

- המיקוד יהיה בשירותי מניעה ברמות הנמוכות, ולא בשירותי טיפול. גמלת הסיעוד תשתנה כך שתורכב מהרכיבים הבאים:
- ◆ קצבה חודשית לזקן. קצבה כספית אשר תינתן לזקן דרך. המוסד לביטוח לאומי, ללא הגבלה על אופי השימוש בקצבה.
- ◆ שירותי מניעה - רכש ואספקה של ביטוח לאומי או אספקה באמצעות קופות החולים.
- ◆ שירותי רווחה - רובד מסוים משירותי הרווחה יהיה רובד מחייב, כך שזקן לא יוכל להמיר את השירות האמור בקצבה בכסף.

2. שינוי מבנה התמריצים לחברות ועמותות הסיעוד. שינוי מבנה התמריצים במרכז הסיעוד של הביטוח הלאומי כך שיעודד מניעת ההידרדרות ודחיקת תלות.

3. שילוב משמעותי של קופות החולים במהלכים למניעת הדרדרות טרם המצב הסיעודי וברמות הנמוכות של הגמלה. זאת באמצעות תמרוץ קופות החולים בתחומים הבאים: מניעת ודחיית הדרדרות תפקודית של זקנים שטרם הגיעו למצב סיעודי; שימור תפקוד ודחיית הדרדרות של זקנים ברמות 1-2 של גמלת הסיעוד. מימון השירותים יתבצע או באמצעות תוכניות המניעה או באמצעות מבחני תמיכה לקופות החולים.

4. חיזוק תוכניות למניעת הדרדרות תפקודית המיועדות לזקנים עצמאיים שניתנות באמצעות הרשויות המקומיות. באמצעות מגוון תוכניות שמופעלות במימון של משרד הרווחה, המשרד לשוויון חברתי ותוכניות נוספות שיוזמות הרשויות המקומיות.

5. הסדרת היחסים בין גורמי הטיפול בקהילה. הגדרת גבולות אחריות מוסכמים וסנכרון בין המטרות, דרכי הפעולה והתוצאות הרצויות של הגופים השונים למען יצירת תמהיל מענים מיטבי וגמיש עבור זקנים התואם את צרכיהם, ויצירת רצף טיפול מקיף וכוללני.

**6. פיתוח מערכות מידע תומכות.** על הגופים השונים - ביטוח לאומי, קופות החולים, משרד הרווחה וכלל השותפים - לפתח ממשק העברת מידע מהיר ויעיל לגבי הזקנים בישראל. על אופי המידע שיועבר להיות בצורת "מטריצה תפקודית", אשר מסכמת את כלל ענייניו הבריאותיים והתפקודיים של הזקן, בדגש על אירועים חריגים.

**7. קביעת סטנדרט אחיד ומוסכם להערכות תלות ולמדידה של הדרדרות תפקודית.** יצירת מבחן תלות אחיד ומוסכם על כלל הגורמים: הביטוח הלאומי, משרד הרווחה ומערכת הבריאות, וכן קביעת מדדים נוספים לבחינת הדרדרות תפקודית ליצירת פרספקטיבה כוללת על כלל צרכיו של הזקן.

**8. השקעה במטפלות ושדרוג ההון האנושי.** פיילוט בנוגע למודל ההכשרות של המטפלות הוא צעד ראשון. על הביטוח הלאומי לפעול ליצירת פיקוח איכותי לרמת הטיפול של המטפלים הסיעודיים ואיכותו.

המלצות נוספות כוללות הגדרת מדדים להצלחת השינוי ובחינתם באופן תדיר; בחינה שוטפת של שביעות הרצון של מקבלי השירות ובני המשפחה המטפלים; המשך חשיבה על המענים שניתנים לזקנים סיעודיים ברמות 3-6 והתאמת המענים לצרכים; הקמת שולחנות עגולים ברשויות המקומיות לתכלול המענים שניתנים לזקנים ברמה הרשותית; בחינת של תעודף מקורות ממשלתיים להשקעה בפיתוח מענים טכנולוגיים למניעת הדרדרות תפקודית ולטיפול בזקנים במצב סיעודי; חיזוק המהלכים לזקנים עצמאיים שניתנים על ידי המשרד לשוויון חברתי ומשרד הרווחה; ביצוע בחינה מחודשת של מנגנון הערכת התלות; ועוד.

**לסיכום,** המסקנה העיקרית אליה הגיע הצוות היא **שיש לשנות את סדרי העדיפויות בטיפול הסיעודי בישראל באופן דיפרנציאלי, כך שהמשאבים המושקעים כיום ברמות הסיעוד הנמוכות לצורכי טיפול יופנו ברובם לטובת שירותי מניעת הדרדרות.** אופן הקצאת המשאבים יודא כי לספקי השירותים למניעת הדרדרות יהיה את הידע, היכולת והפריסה הארצית לטובת אספקת השירותים באופן מיטבי, וכן ירחיב את מרחב הגמישות לספקים עבור התאמה אישית של סוג השירות, תוך שימת דגש מיוחד על מנגנון ההקצאה אשר יכלול תמריצים כלכליים למניעת הדרדרות (מניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים, 2022).

## 2.7 שאלות לדיון

נושא העל של מושב זה הוא **תמריצים לשיקום ומניעה שניונית**.

אנו חיים במציאות בה קיימים אתגרים משמעותיים במשק הגריאטרי בכלל ובשיקום הגריאטרי בפרט. השאיפה היא כי ניצר דיון ער על פיתוח מודלים כלכליים הפותרים את כשלי השוק.

להלן מוצעות שאלות רחבות לדיון:

1. כיצד ניתן להתגבר על כשלי השוק בתחום הגריאטריה השיקומית וליצור מודלים כלכליים בני קיימא המבטיחים טיפול איכותי, שיווני וגניש?
  - ◆ כיצד ניתן לעצב מודל המעודד רצף טיפולי - מהאשפוז דרך השיקום ועד הקהילה?
  - ◆ כיצד ניתן לקשור בין מדידה לבין איכות בשיקום?
  - ◆ מה תפקידם של תמריצים כלכליים (או היעדרם) בתיקון כשלי השוק?
2. כיצד מייצרים מציאות הוגנת המקדמת איכות, בטיחות והתפתחות בשיקום?
  - ◆ האם ישנה הצדקה לפערים בתעריפים של השיקום הגריאטרי לשיקום צעירים ובין התעריפים בשיקום בבתי החולים הכלליים למוסדות (מר"גים)?
  - ◆ אילו פעולות עשויות לעודד את הקופות/המוסדות להשקיע בשיקום כך שיתקיימו וימדדו תהליכי איכות ושיפור?
  - ◆ מהם הצעדים המתאימים לחיזוק הרצף הטיפולי בין המוסדות לקופות החולים?
3. כיצד משנים את מודל התגמול באופן המעודד שימור תפקוד בדגש על מניעת הידרדרות?
  - ◆ כיצד ניתן יהיה ליישם תוכניות מסוג של pre-habilitation, reablement וטיפול משמר (תוכניות אלו הוכחו כיעילות כלכלית - יש להתבסס על חיסכון זה במימוןם)
  - ◆ מי קובע כי המטופל שיקומי ומי הגורם המתוגמל לצורך יישום?
  - ◆ כיצד ניתן להכליל את המשתנה "שינוי סטטוס" (בהיבט של שיפור תפקוד) לצורך מדידת איכות ותגמול.

## 2.8 סיכום המלצות הצוות

### תמריצים ופעולות לשיקום ומניעה שניונית

מערכת השיקום הגריאטרי והמניעה השניונית מתמודדת עם מחסור חמור במיטות אשפוז, עם הגדרה בלתי מספקת של התשומות הנדרשות ועם תעריפים נמוכים באופן משמעותי בהשוואה למיטות שיקום גריאטרי בבתי החולים הכלליים. מאפיינים מבניים אלה יוצרים תמריצים שליליים לבחירת מטופלים ועלולים להשפיע על נגישות ואיכות הטיפול. הבעלות על מיטות האשפוז השיקומי מפוזרת בין מוסדות ציבוריים, מוסדות בבעלות קופות החולים ומוסדות פרטיים, מצב המחייב רגולציה מערכתית כוללת. רגולציה זו נדרשת להתייחס הן לרצף הטיפולי ברמת המטופל הבודד והן לפעולת המערכת בכללותה, לרבות מנגנוני התגמול והתמרוץ הפועלים בה.

### תמחור ותעריפים

#### שינוי תעריפון משרד הבריאות ושינוי שיטת הקביעה של התעריף

קביעת התעריפים בשיקום הגריאטרי צריכה להתבסס על הגדרה מדויקת של התשומות הנדרשות לטיפול במטופל, ומתוכה צריך להיגזר התעריף הראוי. מעבר ממודל של תמחור כללי, שאינו משקף את התשומות בפועל, למודל המבוסס על הגדרת תשומות טיפוליות יאפשר תמחור מדויק והוגן יותר, ובכלל זה יצמצם את האפליה הקיימת בין מוסדות טיפול שונים. זאת מכיוון שאין הבדל מהותי בתמהיל הטיפולי הנדרש למטופל המאושפז במיטת שיקום בבית חולים כללי לעומת מטופל במיטת שיקום במוסד רפואי גריאטרי (מר"ג), והבחנה זו אף עשויה לשקף הטיה גילנית.

התשומות הנדרשות לשיקומו של אדם מבוגר גבוהות בדרך כלל מאלו הנדרשות לשיקום אדם צעיר, אשר מתבצע לרוב במסגרת בתי חולים כלליים. לפיכך, התקינה המינימלית במוסדות גריאטריים שיקומיים צריכה להיות זהה לזו הנהוגה ב"שיקום כללי". עיקרון זה צריך לבוא לידי ביטוי בתעריפים הנקבעים ליום אשפוז במיטת שיקום, באופן שיצמצם את הפערים הקיימים בין תעריפי בתי החולים הכלליים לבין תעריפי המוסדות הגריאטריים, תוך התכנסות לכיוון תעריפי בתי החולים הכלליים.

לשם הגדרה מדויקת יותר של התשומות הנדרשות, יש מקום לעדכן את סיווגי המטופלים ומחלקות האשפוז השיקומי כך שיכללו רצף רחב יותר של מצבי טיפול,

המבוסס על סולם חומרה ולא על חלוקה דיכוטומית בין מחלקות, כפי שנהוג כיום. שינוי זה יתרום להתאמה טובה יותר בין התשומות הנדרשות בפועל לבין התגמול, באופן שישקף נאמנה את תמהיל המטופלים בכל נקודת זמן.

בנוסף, הגדרה מדויקת יותר של מצבי המטופלים, בשילוב מנגנוני תגמול מותאמים (תעריפים המשקפים את מורכבות הטיפול הנדרשת), עשויה למתן תופעה משמעותית בתחום האשפוז השיקומי הגריאטרי-בחירת מטופלים. במבנה התעריפים הקיים כיום, **מתקיים תמריץ שלילי לקליטת מטופלים מורכבים**, תמריץ המוחרף נוכח המחסור החמור במיטות אשפוז שיקומיות.

אף שקיימים כיום מדדי איכות בתחום, הם אינם נותנים מענה מספק למבנה התגמול הנהוג. עדכון כללי התגמול, בשיתוף משרד הבריאות, כך שישלבו מדדי איכות אפקטיביים (שישולבו כמבחני תמיכה), עשוי לשמש תמריץ חיובי לשיפור איכות הטיפול. עם זאת, מאחר שמדידת איכות בשיקום גריאטרי היא מורכבת, נדרש ללוות שינויים אלו במחקרי פיילוט ייעודיים שיבחנו את היתכנותם ואת השפעתם על תוצאות הטיפול.

**בהתאם לנאמר לעיל, מומלץ להגדיר את תשומות הטיפול הנדרשות על פי סולם הגדרות מטופלים מעודכן ולגזור משם את התעריף המתאים כך שישקף נכונה את הטיפול הנדרש ואת הטיפול שיש לספק. הדבר יביא לתגמול תואם תשומות טיפוליות ויעזור במיתון תופעת בחירת המטופלים. עוד מומלץ כי יוצגו מדדי איכות ברורים שיתווספו למערך התגמול/פיצוי של המוסדות המטפלים וכי תוצאות מדדים אלו יפורסמו כפי שנעשה בבתי החולים הציבוריים.**

### **השקעה בתשתיות מחד והוספת סנקציות על בתי החולים הכלליים ועל קופות החולים מנגד**

קיים מחסור ברור במיטות אשפוז גריאטרי שיקומי והפער בין ההיצע הקיים לבין קצב גידול האוכלוסייה המבוגרת רק הולך וגדל. מצב זה מביא לכך שמטופלים "נתקעים" במחלקות האשפוז הפנימיות מאחר ואין אפשרות לקבלם במסגרות שיקום מתאימות. כתוצאה מכך חלה לעיתים הידרדרות במצבם התפקודי ולעיתים אף חשיפה והדבקה בזיהומים עמידים המועברים בסופו של דבר למוסדות הגריאטריים. נכון להיום עלה כי לא קיימות סנקציות אפקטיביות כלפי בתי החולים הכלליים בגין העברת זיהומים למר"גים ולכן יש מקום להטיל את האחריות על הטיפול בזיהום בחיידק עמיד על בית החולים הכללי שבו נדבק המטופל.

- ◆ הוצע כי יש לפעול לתמרוץ קופות החולים כך שיקימו מר"גים בבעלותם (ולא לחכות רק ליזמים פרטיים) קופות שיקימו מר"גים בבעלותם יקבלו תמרוץ הן בהקמת המר"ג והן בתחזוקה שלו.
- ◆ יש לבחון את ההיתכנות של מר"גים הכוללים תשתיות לאבחון (כגון הדמיה ומעבדות) ולא רק לטיפול וזאת כדי לאפשר מתן מענה שלם במסגרת המר"ג ללא צורך בהעברה לבתי חולים כלליים וחזרה (גם בהקשר של מניעת העברת זיהומים).
- ◆ עוד הוצע להגדיר תקציב ייעודי ממשד הבריאות לצורך השתתפות בעלויות הכשרת רופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות האחרים במר"גים שעושים זאת.
- ◆ הוספת תמרוץ שלילי לעיכוב מאושפדים בבתי החולים הכלליים.
- ◆ תמרוץ קופות החולים (באופן חיובי או שלילי) על הסכמים עם כל המר"גים ועם מוסדות אחרים.
- ◆ ככל שישונו התעריפים - הגברת הסדרי הבחירה של המטופלים לעידוד תחרות.

### שינויי סטטוס בתוך המוסדות הסיעודיים

- קיימת מערכת תמריצים שאינה תומכת בשינוי סטטוס בתוך המר"גים. לצורך עידוד ושיפור הרפואה הניתנת יש להכניס למערכת התגמול תמריצים לעידוד שינויי הסטטוסים הבאים, השקעה בטיפול במטופלים ושינוי מצבם הרפואי בתחומים הבאים:
- ◆ גמילה מהנשמה - חשוב שינתן תמריץ למוסדות לגמול מהנשמה ולשנות את סטטוס המטופל ממונשם לשיקומי או לסיעודי מורכב.
- ◆ שינוי סטטוס - מטופלים ממצב סיעודי או סיעודי מורכב למצב שיקומי.

### חיזוק השיקום בקהילה

שיקום בקהילה מתאים בעיקר למטופלים בעלי מורכבות קלינית ותפקודית נמוכה יחסית, שכן בסביבה הביתית אין בדרך כלל כוח עזר זמין, ויש להתייחס למשמעויות הפיזיות והלוגיסטיות הכרוכות בטיפול במטופלים מורכבים כחלק בלתי נפרד מההתערבות השיקומית. כיום, השיקום הגריאטרי נבחן במידה רבה באופן דיכוטומי: הפניית המטופל לשיקום במסגרת אשפוזית, ככל שקיימת מיטה

זמינה, או שיקום בביתו. בהתאם לכך, התוכניות הקיימות מתמקדות בעיקר במתן חלופה לאשפוז שיקומי מלא (אשפוז שיקומי בבית), ואינן נותנות מענה מספק לאפשרות של קיצור משך האשפוז השיקומי.

**מוצע לבחון שני מודלים משלימים**, אשר עשויים לתרום לקיצור משך האשפוז במוסדות גריאטריים שיקומיים, מבלי לפגוע ברצף הטיפול. המודל הראשון הוא הקמת מוסדות מעבר, שישמשו שלב ביניים בין שיקום אינטנסיבי במסגרת אשפוזית לבין שחרור לקהילה, בדומה למודלים הקיימים בארצות הברית. המודל השני מבוסס על מעבר מובנה להמשך שיקום בבית המטופל עם סיום השלב האינטנסיבי, במסגרת "חבילת שיקום" הכוללת קיצור משך האשפוז בבית החולים והמשך טיפול שיקומי בבית.

יישום מודלים אלה מחייב התאמה פיזית של סביבת המגורים, שילוב טכנולוגיות תומכות והיערכות מתאימה של שירותי הקהילה. עם זאת, עיקר תרומתם טמונה ביצירת הבחנה ברורה בין מיטות שיקום אקוטיות קצרות טווח לבין מיטות שיקום ארוכות טווח, ובפיתוח מודל אספקת שירותים לטיפול ביניים, אשר עשוי לייעל את השימוש במשאבי האשפוז ולשפר את הרצף והאיכות של הטיפול השיקומי.

## 2.9 מקורות

חקלאי, צ., הלל, ס. (2022). מיטות אשפוז ועמדות ברישוי דצמבר 2023. אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות מידע ומחקר.

קרמל-שיפמן, א., כהן, י., ברג-ורמן, א., רזניצקי, ש. (2022). שירותי 'Telecare' לזקנים בישראל. מאיירס-ג'וינט ברוקדיל.

אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים. (2009). חוזר מנכ"ל 04/2009. משרד הבריאות, מנהל רפואה.

המלצות הצוות למניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים (2022). מנהל אסטרטגיה, תכנון כלכלי, מחקר ורגולציה.

אסטרטגיה לשיקום בישראל (2024). אגף השיקום ומנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.

רזניצקי, ש., אוסטרובסקי-ברמן, א. ודר, א. (2023). אתגרי אשפוז במחלקות לגריאטריה פעילה: בחינת חוסר יעילות וכשלי שוק. דמ-970-23. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

Adams D, Wolfe AJ, Warren J, et al. Initial Findings From an Acute Hospital Care at Home Waiver Initiative. *JAMA Health Forum*. 2023;4(11):e233667. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.3667

Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Dean SG, Jolly K, Taylor RS. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No: CD007130. [DOI: 10.1002/14651858.CD007130.pub4]

Brennan DM, Mawson S, Brownsell S. Telerehabilitation: enabling the remote delivery of healthcare, rehabilitation, and self management. *Studies in Health Technology and Informatics [Información técnica de Stud Health]* 2009;145:231-48

British Geriatrics Society, 2022. Bringing hospital care home: Virtual wards and Hospital at Home for older people. Available at: [www.bgs.org.uk/virtualwards](http://www.bgs.org.uk/virtualwards)

British Geriatric Society (2023). Joining the Dots: A blueprint for preventing and managing frailty in older people. [www.bgs.org.uk/Blueprint](http://www.bgs.org.uk/Blueprint)

British Geriatric Society (2024). Reablement, Rehabilitation, Recovery: Everyone's business. [www.bgs.org.uk/Rehab](http://www.bgs.org.uk/Rehab)

Caplan GA, Coconis J, Board N, Sayers A, Woods J. Does home treatment affect delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment (The REACH-OUT trial). *Age and Ageing*. 2006; 35(1):53-60

- Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the global burden of disease study 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*. (2020) 396(10267):2006-17. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0
- Clark, D., Kotronia, E., & Ramsay, S. E. (2021). Frailty, aging, and periodontal disease: Basic biologic considerations. *Periodontology 2000*, 87(1), 143-156
- Coupar F, Pollock A, Legg LA, Sackley C, Vliet P. Home-based therapy programmes for upper limb functional recovery following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No: CD006755. [DOI: 10.1002/14651858.CD006755.pub2]
- Danovi, A., Olgiati, S., & D'Amico, A. (2021). Living longer with disability: Economic implications for healthcare sustainability. *Sustainability*, 13(8), 4467
- Decade of healthy ageing 2021-2030. (2021) (cited March 26, 2023). Available online at: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Durell S. How the social model of disability evolved. *Nurs Times* 2014; 110:20-2
- Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 1977; 196:129-36
- Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, Haneuse SJ, Carson SS, Curtis JR, Larson EB. Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA*. 2010 Feb 24;303(8):763-70. doi: 10.1001/jama.2010.167. PMID: 20179286; PMCID: PMC2943865
- Faster Capital (2025). Rehabilitation Cost effectiveness: Scaling Up: Cost effective Expansion in the Rehabilitation Industry
- Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE et al. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs* 2005; 37:336-42
- Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Functional trajectories in older persons admitted to a nursing home with disability after an acute hospitalization. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:195
- Gough, C., Damarell, R.A., Dizon, J. et al. Rehabilitation, reablement, and restorative care approaches in the aged care sector: a scoping review of systematic reviews. *BMC Geriatr* 25, 44 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05680-8>

Gonçaves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No: CD000356. [DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4]

Global strategy and action plan on ageing and health. (cited December 12, 2023). Available online at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>

Global strategy and action plan on ageing and health 2016-2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. Sixty-Ninth World Health Assembly; Geneva, 23-29 May; 2016. [Google Scholar]

Hotta F. Home Rehabilitation. *Japan Med Assoc J.* 2015 Jun 1;58(1-2):40-3. PMID: 26557462; PMCID: PMC4597919

Jalilian A, et al. Length of stay and economic sustainability of virtual ward care in a medium-sized hospital of the UK: a retrospective longitudinal study. *BMJ Open* 2024

Langeland, E., Tunntland, H., Folkestad, B. Førlund, O., Jacobsen, F.F., & Kjekken I. (2019). A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatr* 19, 29 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1038-x>

Iemmi V, Blanchet K, Gibson LJ et al. Community-based rehabilitation for people with physical and mental disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Dev Eff* 2016:1-20

Lorenz, L. S., Doonan, M. (2021). Value and Cost Savings From Access to Multi-disciplinary Rehabilitation Services After Severe Acquired Brain Injury. *Front. Public Health*, Volume 9 - 2021 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.753447>

Loyd, C., Markland, A. D., Zhang, Y., Fowler, M., Harper, S., Wright, N. C., ... & Brown, C. J. (2020). Prevalence of hospital-associated disability in older adults: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(4), 455-461

Megido I, Sela Y, Grinberg K. Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2023 Feb 2;21(1):13. doi: 10.1186/s12962-023-00424-0. PMID: 36732792; PMCID: PMC9893595

Mousavi Baigi SF, Sarbaz M, Sobhani-Rad D, Kimiafar K. A Comparative Study of Rehabilitation Information Systems in 8 Countries: A Literature Review. *Iranian Rehabilitation Journal.* 2022; 20(4):1-16. <http://dx.doi.org/10.32598/irj.21.1.1766.1> : <http://dx.doi.org/10.32598/irj.21.1.1766>

National Institute for Health and Care Excellence, 2017. NICE guideline 74: Intermediate care including reablement. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng74>

National Institute for Health and Care Excellence, 2018. NICE guideline 94 - Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation: Chapter 13: community rehabilitation. Available at: [www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/13.community-rehabilitation-pdf-172397464600](http://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/13.community-rehabilitation-pdf-172397464600)

National Rehabilitation Center, 2024. News Update. <https://nationalrehabilitationcentre.nhs.uk/latest-news/news-updates/1727-our-rehabilitation-plans-reflect-the-darzi-report-and-will-help-the-economy-get-back-to-health>

Nettleton S. The Sociology of Health and Illness. 2 edition. Polity, 2006

Nuffield Trust, 2022. QualityWatch: Supporting older people's recovery after illness or injury. Available at: [www.nuffieldtrust.org.uk/resource/supporting-older-people-s-recovery-after-illness-or-injury](http://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/supporting-older-people-s-recovery-after-illness-or-injury)

Owens J. Exploring the critiques of the social model of disability: the transformative possibility of Arendt's notion of power. *Sociol Health Illn* 2015; 37:385-403

Poulos CJ, Poulos RG. A function-focused approach in primary care for older people with functional decline: making the most of reablement and restorative care. *Aust J Gen Pract*. 2019;48(7):434-9

Ramos, Q. M. R., Neill, R., Bachani, A. M., Trujillo, A. J. (2024)

The return of investing healthcare resources in rehabilitation: should governments push the pedal or slowdown? *Research Square*

DOI:10.21203/rs.3.rs-4219351/v1

Resolution: Strengthening rehabilitation in health systems. (2023) (cited March 26, 2023). Available online at: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB152/B152\(10\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152(10)-en.pdf)

Rezaei M, Sharifi A, Vaccaro AR, Rahimi-Movaghar V. Home- based rehabilitation programs: promising field to maximize function of patients with traumatic spinal cord injury. *Asian Journal of Neurosurgery* 2019;14(3):634. [DOI: 10.4103/ajns.AJNS\_86\_17] [DOI]

Robert Benoît, Sun Annie H., Sinden Danielle, Spruin Sarah, Hsu Amy T. A Case-Control Study of the Sub-Acute Care for Frail Elderly (SAFE) Unit on Hospital Readmission, Emergency Department Visits and Continuity of Post-Discharge Care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021;22(3): 544-550. e2

Robinson D. The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *Int Rehabil Med* 1985; 7:60-60

Rombey et al. *BMC Medicine* (2023) 21:265 <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02977-6>

Seijas, V., Maritz, R., Fernandes, P., Bernard, R. M., Lugo, L. H., Bickenbach, J., & Sabariego, C. (2024). Rehabilitation delivery models to foster healthy ageing—a scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5, 1307536

Seijas, V., Maritz, R., Mishra, S. et al. Rehabilitation in primary care for an ageing population: a secondary analysis from a scoping review of rehabilitation delivery models. *BMC Health Serv Res* 24, 123 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10387-w>

Seijas V, Maritz R, Morsch P, Kleinitz P, Morgan C, Yee J, Moreira B, Hodel J, Mishra S, Sabariego C. International stakeholder consultation on models of rehabilitation service delivery to foster healthy ageing: results of a cross-sectional survey involving 124 countries and all World Health Organization regions. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2025 Apr;61(2):161-172. doi: 10.23736/S1973-9087.25.08669-1. Epub 2025 Apr 9. PMID: 40202278; PMCID: PMC12105042

Steiner WA, Ryser L, Huber E et al. Use of the ICF Model as Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Phys Ther* 2002; 82:1098-107

Steihaug S, Lippestad JW, Werner A. Between ideals and reality in home-based rehabilitation. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2016;34(1):46-54. [DOI: 10.3109/02813432.2015.1132888] [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Stolee P, Lim SN, Wilson L, Glenn C. Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2012;26(5):387-402. [DOI: 10.1177/0269215511423279] [DOI]

Sun, X., & Li, X. (2023). Aging and chronic disease: public health challenge and education reform. *Frontiers in public health*, 11, 1175898

Tillson, T. et al. Use of a functional mobility measure to predict discharge destinations for patients admitted to an older adult rehabilitation ward: a feasibility study. *Australas J Ageing*, (2018)

United Nations, Second World Assembly on Ageing; Madrid, Spain: 2020. Political Declaration and Madrid International Plan on Action on Ageing. 8-12 April. [Google Scholar]

van Balen R, Gordon AL, Schols JMGA, Drewes YM, Achterberg WP. What is geriatric rehabilitation and how should it be organized? A Delphi study aimed at reaching European consensus. *Eur Geriatr Med*. 2019 Dec;10(6):977-987. doi: 10.1007/s41999-019-00244-7. Epub 2019 Oct 8. PMID: 34652774

Van der Laag PJ, Arends SAM, Bosma MS, van den Hoogen A. Factors associated with successful rehabilitation in older adults: A systematic review and best evidence synthesis. *Geriatr Nurs*. 2021 Jan-Feb;42(1):83-93. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.11.010. Epub 2020 Dec 31. PMID: 33387828. Velez M, Lugo-Agudelo LH, Patiño Lugo DF, Glenton C, Posada AM, Mesa Franco LF, Negrini S, Kiekens C, Spir Brunal MA, Roberg AB, Cruz Sarmiento KM. Factors that influence the provision of home-based rehabilitation services for people needing rehabilitation: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Feb 10;2(2):CD014823. doi: 10.1002/14651858.CD014823. PMID: 36780267; PMCID: PMC9918343

World Health Organization (2019). Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: WHO, 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Health Organization, Rehabilitation. Geneva WHO. 2024 [cited 2024 Apr 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Young J, Hulme C, Smith A, Buckell J, Godfrey M, Holditch C, Thiebaud J. (2020). Measuring and optimising the efficiency of community hospital inpatient care for older people: the MoCHA mixed-methods study. *Health Serv Deliv Res*

### חלק 3: תמריצים לטיוב מיסוד

בחלק זה נתבקשו חברי הקבוצה להתייחס לתמריצים למניעת מיסוד (טיפול ארוך טווח במוסדות סיעודיים). שלב זה מתייחס למצב בו המטופלים נמצאים במצב בו הם תלויים לחלוטין בעזרת אחר לביצוע פעולות יומיומיות ועל כן נושא התמריצים אינו מתייחס למניעת המצב הקליני, אלא לדרך הנכונה ביותר לתת טיפול במצב הנתון. עוד נציין כי בחלק זה נדון בטיפול הסיעודי במוסדות אשפוז / קהילה למטופלים סיעודיים ותשושי נפש.

הנושא "תמריצים בעולם הזקנה" שהינו הנושא של קבוצה זו, מתייחס לשלבים שונים במערך "עולם הזקנה". לשם כך נבקש להדגיש כי היות ובחלק זה אנו מבקשים לדון בשלב האחרון של הטיפול הסיעודי, כלומר כאשר אדם הפך להיות תלוי לחלוטין באחר בביצוע פעולות יומיומיות, תמריצים המתייחסים לשלבים הקודמים נידונים בחלקים הקודמים של קבוצה זו ("תמריצים בעולם הזקנה") לפי הנושאים הבאים: תמריצים למניעת כניסה למצב סיעודי (או דחיה) נדונים בפרק "תמריצים במערכות הציבוריות לקידום הזדקנות מיטבית" ואילו תמריצים בנוגע לגריאטריה פעילה נדונים בפרק "תמריצים לשיקום כמניעה שניונית".

### 3.1 מהו "מיסוד" והסוגים השונים של טיפול סיעודי במוסד (גריאטריה מתמשכת)

#### רקע כללי על התפתחות הטיפול הסיעודי בקהילה ובמוסדות בישראל

עיון במטרות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (חבב"מ) ובגוף החוק עצמו (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994), מלמד כי המחוקק מתייחס למונח "בריאות" ככולל טווח רחב של תחומים רפואיים המביאים להחלמה ממצבי מחלה שונים ולרווחה גופנית, נפשית וחברתית של האזרח, אך הוא אינו כולל את התחום הסיעודי המאפיין את שלבי החיים המאוחרים. בשונה מטיפול בריאות אחרים, טיפול סיעודי מאופיין בכך ששיעור הנצרכים לו גבוה, מרביתו מתבצע בקהילה והוא נדרש לאורך זמן (Grignon & Bernier, 2012; OECD, 2020). מדינת ישראל היתה בין המדינות הראשונות בעולם שחוקקו חוק ביטוח סיעודי, אך הוא התמקד בטיפול הסיעודי הניתן בקהילה בלבד. כבר בשנת 1980, פורסמה הצעת חוק הכוללת ענף ביטוח סיעודי בחוק הביטוח הלאומי כגמלה בעין הניתנת לטיפול סיעודי בקהילה (תיקון 42 חוק הביטוח הלאומי, התשכ"ח-1980). בשנת

1986, פורסמה הצעת חוק הכוללת תיקון משמעותי נוסף לחוק (תיקון 61 חוק הביטוח הלאומי, התשכ"ח-1986).<sup>1</sup> יישום החוק החל באפריל 1988, כך שמדינת ישראל יישמה ביטוח סיעודי בקהילה, שנים לפני שהדבר נעשה בגרמניה (1995) ביפן (2000) ובדרום קוריאה (2008) (Fischer, 2022). עם השנים, האחריות על הטיפול הסיעודי התחלקה בין מספר רב של גורמים בישראל: הטיפול הסיעודי בקהילה נמצא באחריות המוסד לביטוח לאומי, האשפוז הסיעודי באחריות משרד הבריאות ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים, התאמות בבית משרד השיכון, רשויות מקומיות (שאינן מעורבות דיין) ולכל אלו יש להוסיף את הרשויות הנוגעות לביטוח הסיעודי המסחרי - חברות הביטוח והרגולטור על רשות שוק ההון הביטוח והחסכון. כל זאת כדי לציין כי אמנם בפרק זה אנו מדגישים את נושא האשפוז הסיעודי (שגם הוא מבוזר בין כמה גורמים), אך לכל מדיניות בנושא האשפוז הסיעודי יש משמעות מקבילה ב-settings האחר בו מתקיים הטיפול הסיעודי (קהילה: בית ומרכזי יום ומערך השיקום הגריאטרי).

---

1 חוק הביטוח הלאומי עבר חקיקה מחודשת בשנת 1995 ובו הביטוח הסיעודי מופיע כפרק י. תיקון אחרון לחוק נעשה עם תיקון 203 בשנת 2018 ומפורט בהמשך (חוק הביטוח הלאומי, התשנ"ה-1995).

האשפוז הסיעודי נוסף בתוספת השלישית לחבב"מ (ראו להלן)<sup>2</sup> וכולל מטופלים סיעודיים גריאטריים, מטופלים תשושי נפש ומטופלים פסיכו-גריאטריים.<sup>3</sup>

אשפוז חולה סיעודי מורכב מכוסה מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי כחלק מסל שירותי הבריאות ונמצא באחריות קופות החולים ומאושפזים בסטטוס של "תשושים" נמצאים באחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים (חוזר מנכ"ל מיוחד מס' 105 - עדכון תחשיב השתתפויות של האזרח הוותיק ובני משפחתו בסידורו בבית אבות, 2016). ראוי לציין כי הגדרה של מצב סיעודי בישראל אינה זהה בכל הגורמים המעורבים בשוק זה. הגדרות משרד הבריאות מתייחסות למצבים סיעודיים הדורשים טיפול מוסדי (והובאו להלן), הגדרת מצב סיעודי לפי מבחני

2 מתוך חוק בריאות ממלכתי: התוספת השלישית:

(1) שירותי אשפוז באחריות המדינה ובכפוף לנוהלי משרד הבריאות:

(א) אשפוז חולים סיעודיים גריאטריים

(ב) אשפוז תשושי נפש

(ג) אשפוז נכים סיעודיים צעירים

(ד) אשפוז חולים פסיכוגריאטריים

הערה: שירותי האשפוז ניתנים בהשתתפות המאושפז או משפחתו בעלות הטיפול.

3 הגדרות: מטופל סיעודי; תשוש נפש; סיעודי מורכב (משרד הבריאות, 2017א):

"מטופל סיעודי" - מטופל מוגדר כמטופל סיעודי כאשר מתקיימים בו שני התנאים גם יחד:  
א. מצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע גופני או מנטלי, והוא סובל מבעיות רפואיות הדורשות מעקב רפואי מיומן במסגרת בעלת אופי רפואי לתקופה ממושכת.

ב. מתקיים בו אחד או יותר מהמצבים להלן:

הוא מרותק למיטה או לעגלת נכים

אין לו שליטה על הסוגרים

הוא מתהלך בקושי רק עקב פתולוגיה או סיבוכי מחלות

"תשוש נפש" - [הגדרה לצורך השמה במחלקת תשושי נפש בלבד] מטופל מתהלך הסובל מירידה משמעותית בתפקוד המוח (ירידה קוגניטיבית) במישורי זכרון, התמצאות ואינטלקט במידה כזאת, שהוא זקוק לעזרה מלאה בפעילות היום יום, לרבות רחצה, הלבשה, אכילה, שימוש בשירותים (עקב אי שליטה על הסוגרים), הכוונה בניידות והשגחה על בטיחותו בכל שעות היממה.

"סיעודי מורכב" - חולה המוגדר כחולה סיעודי או תשוש נפש באופן קבוע ובנוסף נדרשים טיפול והשגחה ע"י צוות עם מיומנויות מקצועיות גבוהות כתוצאה מעומס טיפולי סיעודי ומצב רפואי כמפורט להלן: (מקוצר) מטופל סיעודי במצב בלתי יציב, עירוים קבועים, פצעני לחץ, בעיות נשימתיות, דיאליזה וטיפולים רפואיים קבועים אחרים.

"תשוש" - אדם אשר מפאת תפקודו הירוד זקוק לעזרה חלקית בפעולות היומיום.

התפקוד של הביטוח לאומי מפורטים בחוזרים למעריכי התלות כאשר רמת גמלה 1 הינה ניקוד של 2.5-3 "נקודות תלות" ועד רמה 6 שהינה 9.5-10.5 "נקודות תלות".<sup>4</sup> המימון הציבורי לטיפול סיעודי אינו אוניברסלי. הזכאות לגמלת סיעוד דרך המוסד לביטוח לאומי כפופה למבחני הכנסה. הזכאות לתעריף ציבורי ('קוד') לאשפוז סיעודי שבאחריות משרד הבריאות כפופה למבחני הכנסה ונכסים. האשפוז הסיעודי המורכב כולל השתתפות עצמית של המאושפז כאשר גובה ההשתתפות העצמית הינו אחיד (המשמעות בפועל היא מס גרסיבי אשר מנוגד לתכלית חוק ביטוח בריאות ממלכתי). אשפוזם של תשושי הנפש מחייב השתתפות עצמית המותנית במבחני הכנסה של החולה ובני משפחתו. בעוד חוק ביטוח בריאות ממלכתי אוניברסלי, תחום הסיעוד אינו כך ומותר חלק נכבד מהטיפול הסיעודי למימון פרטי.

מקורות מימון האשפוז הסיעודי תלויים בסוג האשפוז. האשפוז הסיעודי שבאחריות משרד הבריאות ממומן מתקציב משרד הבריאות (כלומר מיסוי כללי), הכנסות מביטוח לאומי בגין העברות של קצבאות זקנה והשלמת הכנסה של מאושפזים סיעודיים, העברות בשל חוק הסיעוד, רנטות והשתתפות של משפחות עבור קודי אשפוז.<sup>5</sup> מימון האשפוז הסיעודי המורכב אשר באחריות קופות החולים, מגיע בחלקו ממס הבריאות אשר נגבה עם המיסוי על השכר ומועבר לקופות החולים באמצעות המוסד לביטוח לאומי, יחד עם העברות תקציב המדינה למערכת הבריאות ובחלקו על ידי תשלומי ההשתתפות העצמית של המאושפזים.<sup>6</sup> המימון של הטיפול באדם "תשוש" הנזקק לטיפול מוסדי, מבוסס על מבחני הכנסה של המטופל ובני משפחתו ומרבית מיטות האשפוז של מטופלים אלו ממומנות על ידם.

4 חוזר ביטוח לאומי שעודכן במאי 2023 כולל פירוט של הערכת התלות למעריכי התלות של הביטוח הלאומי. לדוגמא: אדם הזקוק לעזרה מלאה של הזולת (תמיכה פיזית מתמשכת והכרחית) בניידות ונמצא בסיכון גבוה לנפילות חוזרות מוגדר כ-2 נקודות תלות ולכן אינו זכאי לגמלת סיעוד. באותו אדם זקוק גם לעזרה חלקית בביצוע חת מפעולות היום יום האחרות (תמיכה פיזית בביצוע חלק הפעולה) הוא יהיה זכאי לנקודת תלות נוספת. סה"כ זכאות לגמלת סיעוד ברמה 1 (שכן הניקוד הכולל עומד על 3 נקודות תלות). מבחן התפקוד כולל גם ניקוד למצב של ירידה קוגניטיבית משמעותית המחייבת השגחה. (המוסד לביטוח לאומי, 2023).

5 השתתפות מלאה, נכון לאוקטובר 2025, לפי מחשבון של משרד הבריאות עומדת על 18,227 ש"ח לחודש אשפוז

(<https://nursingcalculator.health.gov.il/#/patient-spouse>).

6 85.7 ש"ח ליום אשפוז נכון לאוקטובר 2025. בממוצע כ-2,571 ש"ח לחודש.

ישנן מספר מיטות אשפוז אשר מסובסדות על ידי משרד הרווחה והבטחון החברתי, אך גם לגביהם שיעור השתתפות של המטופל ובני משפחתו גבוה. מקורות ההכנסה של המשרד הם תקציב המשרד (מיסוי כללי) והשתתפות המשפחות בעלויות האשפוז. המימון הציבורי של האשפוז הסיעודי מגיע מתקציב המדינה ומפורט בהמשך.

מימון הטיפול הסיעודי בקהילה, שהינו עיקר ההוצאה הציבורית על הטיפול הסיעודי, עומד ברובו על גמלאות הסיעוד של הביטוח הלאומי. כפי שיפורט בהמשך, היות וכל החלטת מדיניות בנוגע לאשפוז סיעודי מהווה עלות אלטרנטיבית לטיפול בקהילה, נתוני ההוצאה הציבורית על גמלאות סיעוד של הביטוח הלאומי מובאים בהמשך חלק זה.

בחלק זה נבקש לדון בתמריצים הקשורים לטיפול באדם הנמצא במצב סיעודי מתקדם בו הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום-יומיות (כאשר הטיפול הינו לזמן ממושך בבית או באשפוז במוסדות). הנתונים בחלק זה מתייחסים **לגריאטריה ממושכת** דהיינו - גריאטריה סיעודית ותשושי נפש (שיקום גריאטרי מופיע בתת החלק הקודם).

### 3.2 היצע וביקוש באשפוז סיעודי מתמשך (סיעודי, ותשושי-נפש)

ספרות רבה נכתבה בשלושת העשורים האחרונים בנושא היצע וביקוש של טיפול סיעודי בכלל וטיפול סיעודי במוסדות. מצד הביקוש, פרמטרים שונים משפיעים על הרצון של המטופל ומשפחתו באשר ללסביבה או המסגרת של הטיפול. בין היתר מדובר במצב הקליני של המטופל, במערכת התמיכה הלא פורמלית הקיימת (בעיקר של המשפחה הקרובה), אמונות ודעות באשר לאחריות המשפחה והחברה לטיפול באדם במצב סיעודי, האמון בטיב הטיפול הניתן במוסדות וכן העלות המושתתת על המטופל ומשפחתו (והעלות האלטרנטיבית של בחירת מקום טיפול אחר). אשפוז סיעודי מהווה טיפול יקר מהותית ביחס לטיפול בקהילה שכן הוא כולל עלויות מלונאות ועלויות כוח אדם מקצועי. יחד עם זאת, לעיתים הטיפול במוסד יעיל יותר מטיפול בקהילה, במיוחד לאנשים עם צרכים אינטנסיביים, וזאת בשל היתרון לגודל והעובדה שהמטפלים המקצועיים אינם צריכים לנסוע לכל מטופל (OECD, 2019). חשוב להדגיש כי על אף שמטופלים רבים מעדיפים להישאר בביתם זמן רב ככל האפשר, המעבר לטיפול במוסד עשוי להיות האפשרות

המתאימה ביותר (כאשר אין רשת תמיכה קרובה והמטופל בודד וזקוק להשגחה וטיפול ללא הפסקה (Wiener et al., 2009) או במקרה והמטופל חי באזור מרוחק עם תמיכה מוגבלת בטיפול ביתי (פורמלי ולא פורמלי)).<sup>7</sup>

בשל התארכות משך החיים הסיעודיים ובכלל זה משך השהות במוסד סיעודי, מדיניות באשר להיצע נכון של מיטות אשפוז סיעודי מהווה סוגיה משמעותית מבחינת קובעי המדיניות ובמיוחד ככל שהדבר קשור בהוצאה הלאומית על טיפול סיעודי.

פערי ההיצע קיימים במדינות רבות בעולם. מסקירת ספרות שיטתית (systematic review), עולה כי השכיחות המצטברת של צרכים לא מסופקים בנוגע לטיפול סיעודי בקשישים בקרב אוכלוסיות המחקר עומד במוצע על כ-25% מהקשישים. השכיחות גבוהה יותר בנוגע לטיפול הקשור ל-ADL (23.8%) מאשר ל-IADL (11.0%). תושבים באזורים פריפריאליים (כפריים) סבלו משכיחות גבוהה יותר של צרכים לא מסופקים בטיפול סיעודי (Rahman et al., 2022). פערי היצע אלה מתייחסים הן לטיפול בקהילה והן לטיפול במוסדות. הנתונים מובאים לצורך ההדגשה כי **הדיון בשיעור המיסוד והאם ההיצע במדינה מסוימת מספק או עודף הוא חייב להיעשות תמיד אל מול ההיצע לטיפול בקהילה (בבית ובמרכזי יום).**

בצד קביעת מדיניות ההיצע של מיטות אשפוז סיעודי, בפני מקבלי ההחלטות עומדים מספר משתנים. כאמור, עלות הטיפול המוסדי מהווה משתנה חשוב בקביעת מדיניות ובמדינות רבות הנטייה היא להגדיל את שיעור הטיפול בקהילה על חשבון שיעור הטיפול במוסדות. כמובא בהמשך, במדינות בהן שיעור המיסוד היה גבוה מאוד ביחס למוצע ה-OECD, המדיניות הכתיבה את צמצום ההיצע של המוסדות הסיעודיים. ישנם משתנים חיצוניים הגורמים להגבלה במספר מיטות האשפוז במדינה מסוימת והם מחסור בכוח אדם מיומן (בעיה כלל עולמית), אך גם תמחור אשר לא מאפשר לעמוד בתנאים נדרשים לצורך טיפול הולם. ישנם היבטים מבניים נוספים הכוללים רגולציה של מוסדות אשפוז ומבנה השוק (בעלות ציבורית או פרטית למטרות רווח או שלא למטרות רווח) ועל כך נכתב רבות אך נושא זה מעבר לגבולות הדיון הנוכחי.

7 הפיילוט שנעשה במוסד לביטוח הלאומי בשנים 2008-2018 בו אישר למטופלים בפריפריה לקבל גמלת סיעוד בכסף במקום גמלת סיעוד בעין וזאת בשל הקושי לגייס מטופלים המוכנים לעבוד המקומות מרוחקים. המימון הכספי לא פותר את בעיית כוח האדם באזורים מרוחקים ולעיתים כאשר המצב הקליני מחייב זאת נכון להעביר את המטופל למוסד סיעודי.

ניהול שיעור המיסוד (המדד המקובל הינו שיעור בני ה-65 המטופלים במוסדות סיעודיים) מהווה אחת הדרכים של מדינות בפעולה לבלימת ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי מצד ההיצע. כמפורט בהמשך, מדינות רבות נקטו בגישה זו וביניהם אנגליה, קנדה, אירלנד, פינלנד, ניו-זילנד, נורבגיה, איטליה, ספרד, שבדיה צ'כיה, פולין, ארה"ב, גרמניה ויפן (Gori & Luppi, 2022). למעשה, מספר מדדים מאפשרים זיהוי של מדינות אשר פעלו בדרך זו. העיקרית שבהן היא זיהוי מגמת קיטון במספר מיטות האשפוז הסיעודי לאורך השנים (מובא בהמשך). יחד עם זאת, יש לציין כי תופעה של גידול ברשימות ההמתנה ומשך ההמתנה לקבלה למוסד סיעודי (במיוחד אלה במימון ציבורי) במדינות או מחוזות שונים (תופעה זו מוכרת ממדינות שונות כגון יפן וספרד) יכולה להצביע על פגיעה בטיפול הסיעודי בשל מדיניות למיתון ההוצאה.

### 3.3 נתונים השוואתיים ומגמות באשפוז סיעודי (במוסד) במדינות ה-OECD ובישראל<sup>8</sup>

כאמור, אשפוז סיעודי יקר לאין ערוך ביחס לטיפול בקהילה. הנתונים קושרים בין ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי ושיעור בני ה-65 אשר מטופלים במסגרת אשפוזית. עובדה זו תורמת למדיניות של צמצום מיטות אשפוז סיעודי בעיקר במדינות בהן ההוצאה הלאומית גדולה. מיטות אשפוז לטיפול סיעודי מהווה מדד לשיעור המטופלים המקבלים טיפול סיעודי שלא בביתם. הגדרת מיטות אשפוז בנתוני ה-OECD היא מיטות במוסדות הנותנים טיפול סיעודי ומגורים כ"חבילה אחת".

**להלן מספר דוגמאות למדינות אשר מדיניות שיעור המיסוד היוותה סוגיה משמעותית ברפורמות בטיפול סיעודי:**

#### הולנד:

לא ניתן להתייחס להוצאה הגבוהה של הולנד על טיפול סיעודי ללא נתוני שיעור הטיפול המוסדי במדינה. נתונים משנת 2014 מראים כי כ-7% מבני 65 ומעלה היו מאושפדים במוסדות סיעודיים (Kroneman et al., 2016). שיעור זה הינו גבוה ואחת ממטרות הרפורמה המוצהרות היתה העברת חלק משמעותי של הטיפול

8 הנתונים השוואתיים מתייחסים למיטות אשפוז למטופלים סיעודיים ותשושי נפש ולא למיטות אשפוז סיעודי מורכב.

ממוסדות סיעודיים לטיפול ביתי. בבחינת מספר מיטות במוסדות סיעודיים ובבתי חולים גריאטריים לא ניתן להצביע על שינוי בעקבות הרפורמה (בשנת 2017 היו 76.4 מיטות פר 1,000 נפש (מעל 65) כאשר ממוצע ה-OECD עמד על 47.2).

השינוי במספר המיטות בהולנד משנת 2010 ל-2019 הינו +1.1 מיטות פר 1,000 נפש (OECD, 2021). כבר בשנת 2019, Alders and Schut הצביעו על כך שהרפורמה כוללת תמריצים מבניים להעברת עלויות מרשות אחת לשנייה. הם טוענים כי בשל קיצוץ תקציב הרשויות המקומיות ובשל העובדה כי התקציב עבור טיפול סיעודי ברשויות המקומיות אינו צבוע (Earmarked) הרי שלרשויות אלו, האמונות על הטיפול הסיעודי הסוציאלי, יש תמריץ ויכולת להעביר את המטופלים לבסיס התקציב ולאחריות של מבטחי הבריאות (לטיפול סיעודי בקהילה) או לקבל טיפול תחת התקציב של הביטוח הסיעודי המטפל במטופלים במוסדות סיעודיים ובמטופלים בקהילה, הנדרשים להשגחה של 24 שעות ביממה (Alders & Schut, 2019). במחקרם העוקב הם מצביעים על כך שנתונים אמפיריים מראים העברת עלויות אלו וטוענים כי התופעה קיימת בשל התמריץ להעביר מטופלים לתקציב אחר ובשל העובדה כי רשויות מקומיות יכולות לחסוך בשעות הטיפול הניתנות על ידן ובכך לעודד את המטופלים לבקש טיפול סיעודי במוסד סיעודי או לכל הפחות לקבלו ממבטחי הבריאות ואף לדחוק במטופלים ולדרוש מהם לעבור הערכה ברשות המרכזית שתבחן את זכאותם לקבל טיפול תחת הביטוח הסיעודי הציבורי. זכותן של הרשויות למנוע טיפול ממי שאינו משתף פעולה עם בקשתן להערכת תפקוד מהרשות המרכזית וכן למנוע טיפול ממי שהוכר כזכאי תחת חוק הביטוח הסיעודי הציבורי (Alders & Schut, 2022). **דוגמה זו מצביעה על כך שרפורמה מבנית (בין הרשויות השונות בהולנד) יצרה מערכת תמריצים שלא נלקחה בחשבון והביאה להשתת עלויות על טיפול יקר וכן על התפקיד שיש להערכת התפקוד (מי מבצע אותה? מה הפרמטרים? מי מחליט על סוג הטיפול הסיעודי המתאים) כחלק ממנגנון וויסות המטופלים בין מסגרות הטיפול השונות.**

### גרמניה:

בגרמניה, הערכה תפקודית מבוצעת כך שהחלטה על דרך הטיפול והאם יש אפשרות לטיפול בקהילה, גם במצבי תלות מלאה, היא חלק אינטגרלי מהתהליך. במסגרת ההערכה התפקודית, נבחנת יכולתו של המטופל להמשיך לגור בביתו, ואם אין המצב כך (משום שאין קרובי משפחה שיכולים לטפל בו או שהוא זקוק לטיפול בידי מטפלים מקצועיים במשרה מלאה) הוא מופנה לטיפול במוסד סיעודי.

מרבית הטיפול מבוצע בקהילה, וניתן לבחור בין גמלת סיעוד בכסף או בעין כאשר סכום גמלת הסיעוד בהתאם להערכה התפקודית.

גמלת הסיעוד הציבורית מכסה את הטיפול האישי בבית, ציוד שנדרש, אשפוז חלקי (לתקופות קצרות) וטיפול סיעודי במוסד. עם זאת, עלויות לינה ומזון אינן מכוסות, הן בטיפול בקהילה והן בטיפול במוסד, שכן ההנחה היא שעלויות אלו מתרחשות בין אם המטופל זקוק לטיפול סיעודי ובין אם לאו (Fleßa, 2024). כך על אף הכיסוי הציבורי הנרחב, שיעורי ההשתתפות במימון הטיפול הסיעודי בגרמניה והמימון הפרטי הן בין הגבוהות במדינות עם ביטוח סיעודי ציבורי ועומדים על כ-30% מההוצאה הלאומית.

### יפן:

יישום חוק הביטוח הסיעודי הציבורי ביפן החל בשנת 2000. הרקע לחוק היה היעדר כיסוי ציבורי שהביא בפועל לאשפוזים לזמן ארוך (ואף יותר לשנה) בבתי החולים הכלליים. שיעור ההוצאה על טיפול סיעודי ביפן הינו נמוך ובשנת 2019 עמד על כ-2% מהתמ"ג (OECD, 2021), אך קיימת שונות גדולה בין המחוזות השונים. ניירות עמדה ומחקרים מסוימים מצביעים על תופעה של ביקוש מונע היצע (Induced demand) ברשויות מסוימות אך מנגד בפער גדול הקיים בין מספר הזכאים לקבלת טיפול סיעודי פורמלי ובין מי שבפועל מקבלים אותו (Jin et al., 2022; Marukawa, 2022). בעוד מספר רב של מטופלים נמצאים ברשימות המתנה לקבלה למוסדות סיעודיים, דבר המצביע על פער בין זכאות וביקוש ובין היצע מיטות אשפוז, יש הטוענים כי פער זה נובע לא מהגבלת מיטות האשפוז, אלא מהגדרת זכאות לטיפול מוסדי שהינה מוגברת ולא נכונה קלינית וכלכלית (Jin et al., 2022; Marukawa, 2022).

### שוודיה:

ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי בשוודיה בשנים האחרונות עומדה על כ-3.5% מהתמ"ג (Fukushima et al., 2010; OECD, 2021). שוודיה היא מבין ארבעת מדינות ה-OECD בעלות שיעור ההוצאה הלאומית הגבוה ביותר. בשנת 2008 כ-7% מהאוכלוסייה המבוגרת בשוודיה טופלה במוסדות אשפוז סיעודי (Colombo et al., 2011). בעוד בשנת 2014 שיעור המיסוד ירד ל-4% מהאוכלוסייה המבוגרת (Muir, 2017). בנתוני ההשוואה המוצגים בהמשך ניתן לראות כי בשוודיה פעלו לצמצום מיטות האשפוז לאורך עשרים השנים האחרונות.

## קנדה:

שיעור הטיפול במוסדות סיעודיים בקנדה בשנים 2008-2009 עמד על כ-4% מתוך האוכלוסייה שמעל גיל 65 (Colombo et al., 2011) ונשאר כך בשנת 2014 (Muir, 2017). יש הטוענים כי שיעור הטיפול המוסדי בקנדה אינו אופטימלי כאשר ישנם מטופלים הנמצאים ברשימות המתנה למוסדות סיעודיים, שמבחינה טיפולית מתאימים יותר לטיפול בבית אך במקביל כ-7% ממיטות האשפוז במערכת הבריאות מאוישות על ידי מטופלים הנדרשים לטיפול סיעודי במוסדות סיעודיים ולא במוסדות רפואיים (Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), 2014; Torjman, 2013).

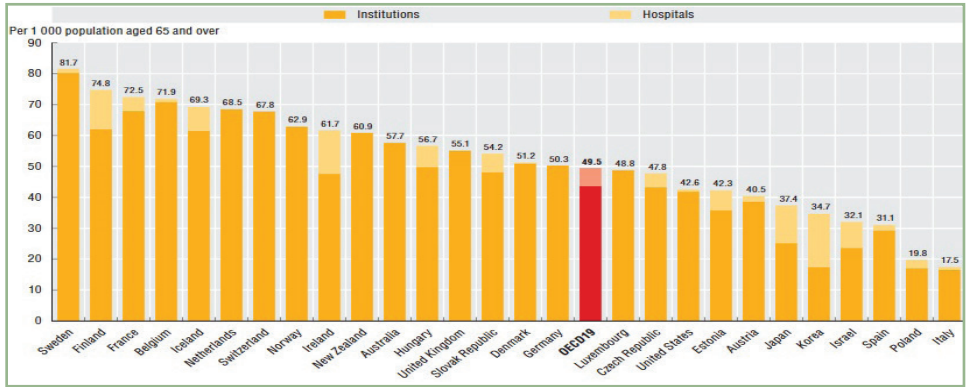
## השוואה בין ישראל לעולם בהיצע מיטות אשפוז סיעודי ומגמות לאורך השנים

האיורים והלוחות הבאים מציגים נתונים על מספר מיטות אשפוז סיעודי ל-1,000 נפש (באוכלוסייה מעל גיל 65), והמגמות לאורך השנים. המגמות השתנו לאורך השנים ולכן מובאים נתונים מהשנים 2009, 2017 ו-2021.

### נתונים משנת 2009:

הממוצע במדינות ה-OECD לכל 1,000 איש בני 65 ומעלה עמד על 44 מיטות במוסדות סיעודיים (LTC Facilities) ו-6 מיטות בבתי חולים כלומר סה"כ 49.5 מיטות. בישראל בשנת 2009 מספר מיטות האשפוז הסיעודי עמד על 32.1 (במוסדות ובבתי חולים יחד).

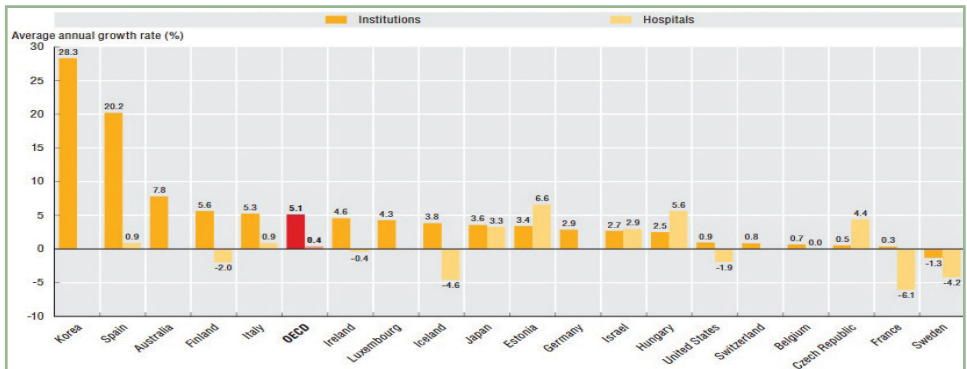
**איור 1:** מספר מיטות גריאטריה ממושכת (במוסדות ובתי חולים) ל-1,000 נפש בגילאי 65+ בשנת 2009 (או השנה הקרובה)



מקור: OECD-Health at a Glance (2011)

נתון נוסף כולל את המגמות במיטות האשפוז הסיעודי. לא קיימים נתונים על המגמות בישראל (שהצטרפה מאוחר יותר ל-OECD) אך ניתן לראות כי קיימת שנות גדולה בין המדינות באשר לשינוי במספר מיטות האשפוז הסיעודי בעוד הממוצע עמד על גידול של 5.1 מיטות ל 1,000 נפש (מעל גיל 65).

**איור 2:** מגמות במיטות אשפוז סיעודי במוסדות ובבתי חולים 2009-2000 (או השנה הקרובה)

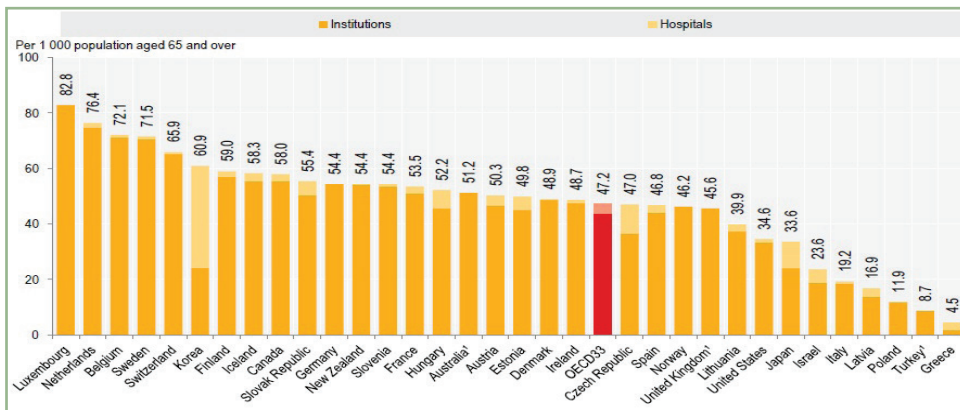


מקור: OECD-Health at a Glance (2011)

## נתונים משנת 2017:

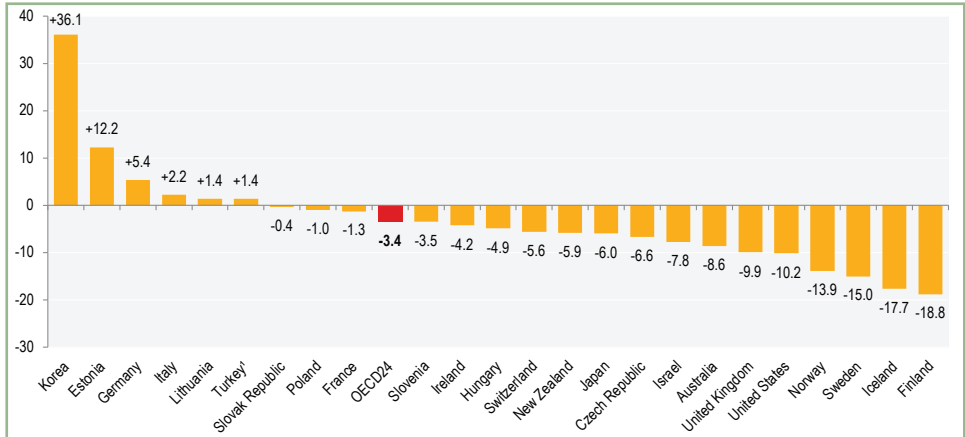
הממוצע במדינות ה-OECD לכל 1,000 איש בני 65 ומעלה עמד על 44 מיטות במוסדות סיעודיים (LTC Facilities) ו-3 מיטות בבתי חולים כלומר סה"כ 47 מיטות. הנתון מצביע על ירידה ממוצעת של 3.4 מיטות לכל 1,000 איש בגיל 65 ומעלה. הנתון הממוצע מסתיר את השונות הגדולה הקיימת בין המדינות השונות. במהלך תקופה של עשר שנים, שבדיה, איסלנד ופינלנד הפחיתו את מספר מיטות האשפוז הסיעודי ב-15 או יותר (לכל 1,000 נפש). בקצה השני קוריאה הגדילה את מספר המיטות ב-36. השונות מצביעה על הבדלים במדיניות במהלך התקופה. שבדיה התפתחו באותן שנים שירותי סיעוד קהילתיים בעוד בקוריאה הביטוח סיעודי ציבורי החל רק ב-2008. בישראל בשנת 2017 מספר מיטות האשפוז הסיעודי עמד על 23.6 (במוסדות ובבתי חולים יחד). נתון זה מהווה ירידה של 7.8 מיטות ל-1,000 נפש.

**איור 3:** מספר מיטות גריאטריה ממושכת (במוסדות ובתי חולים) ל-1,000 נפש בגילאי 65+ בשנת 2017 (או השנה הקרובה)



מקור: OECD-Health at a Glance (2019)

**איור 4:** מגמות במיטות אשפוז סיעודי במוסדות ובבתי חולים (או השנה הקרובה)

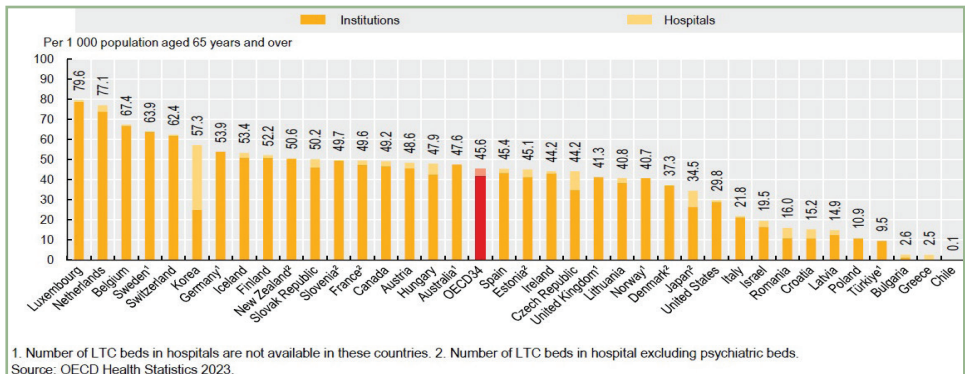


מקור: OECD-Health at a Glance (2019)

**נתונים משנת 2021:**

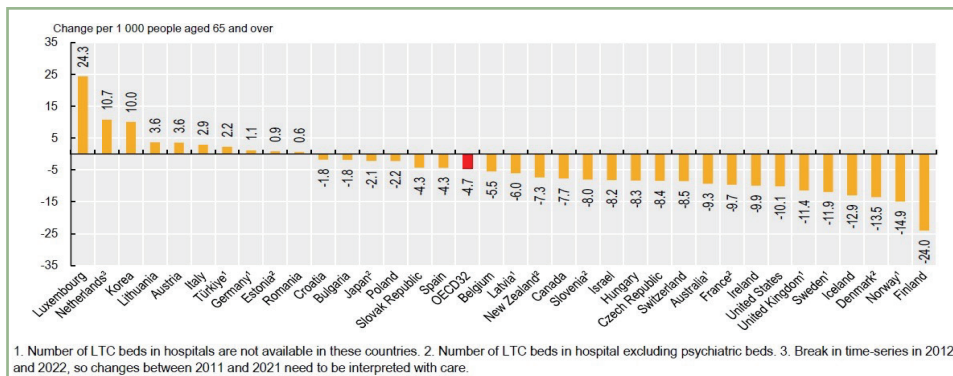
המוצע במדינות ה-OECD לכל 1,000 נפש בני 65 ומעלה עמד על 42 מיטות במוסדות סיעודיים (LTC Facilities) ופחות מ-4 מיטות בבתי חולים כלומר סה"כ 45.6 מיטות. בישראל בשנת 2021 מספר מיטות האשפוז הסיעודי עמד על 19.5 (במוסדות ובבתי חולים יחד).

**איור 5:** מספר מיטות גריאטריה ממושכת (במוסדות ובתי חולים) ל-1,000 נפש בגילאי 65+ בשנת 2021 (או השנה הקרובה)



1. Number of LTC beds in hospitals are not available in these countries. 2. Number of LTC beds in hospital excluding psychiatric beds. Source: OECD Health Statistics 2023.

**איור 6:** מגמות במיטות אשפוז סיעודי במוסדות ובבתי חולים 2011-2021 (או השנה הקרובה)



מקור: Health at a Glance (2023)

## שיעורי המיסוד בישראלי (שיעור בני ה- 65+ המקבלים טיפול סיעודי במוסד)

שיעור המיסוד בישראל היה נמוך כל השנים. בשנת 2014 כ-2% מבני 65+ בישראל טופלו במוסדות אשפוז סיעודי כאשר ממוצע מדינות ה-OECD עמד על כ-4% (Muir, 2017). Dwolatzky ואחרים מצביעים על שיעור של כ-3.5% מהאוכלוסייה המבוגרת המאושפזים במוסדות סיעודיים (Dwolatzky et al., 2017). ייתכן והבדל זה נובע ממיטות אשפוז של חולים סיעודיים מורכבים, אשר מדווחים לבסיסי המידע של ה-OECD באשפוז ממושך רפואי ולא סיעודי (אפשרות זו עלולה להסביר את ההבדל בדיווח על שיעור ההוצאה על אשפוז סיעודי בישראל במקורות שונים).

### לסיכום:

- ◆ קיימת שונות גדולה בין המדינות במספר מיטות האשפוז הסיעודי (ושיעור המיסוד)
- ◆ שיעור המיסוד בישראל היה תמיד בין הנמוכים בעולם (סביב ה-2.5% מהאוכלוסייה מעל גיל 65 לסך מיטות הגריאטריה הפעילה והלא פעילה ונמוך מכך - 1.7% לגריאטריה פעילה לשנת 2020 (שנור & כהן, 2023)).

- ◆ מגמת הקטנת מספר מיטות האשפוז הסיעודי החלה במרבית המדינות סביב שנת 2010. המדינות שהקטינו משמעותית את מספר המיטות הינן המדינות הסקנדינביות, אנגליה, צרפת הונגריה, קנדה, ישראל ועוד. קוריאה לעומתן הגדילה את מספר מיטות האשפוז הסיעודי וזאת לאור יישום חוק ביטוח סיעודי ציבורי שהחל רק בשנת 2008.
- ◆ על אף שיעור המיסוד הנמוך, בישראל צומצמו מספר מיטות האשפוז הסיעודי לאורך השנים: בשנת 2009 היו בישראל 32.1 מיטות אשפוז סיעודי ל-1,000 נפש (בגילאי 65+), בשנת 2017 23.6 ובשנת 2021 19.5 המהווים פחות ממחצית ממוצע המיטות במדינות ה-OECD.

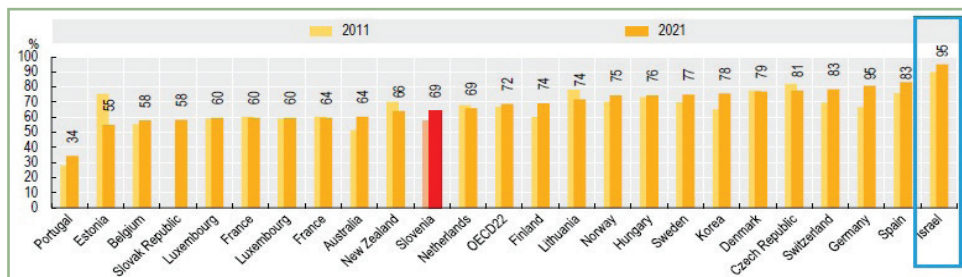
### 3.4 ההוצאה על אשפוז סיעודי והעלות החלופית

כאמור, הדיון באשר לקביעת מדיניות בנושא האשפוז הסיעודי מחייב התייחסות להוצאה על אשפוז סיעודי ולחלופות הקיימות לטיפול זה. החלופה הקיימת עבור אדם הנצרך לטיפול סיעודי במוסד הינה טיפול בביתו כאשר מרבית המטופלים הסיעודיים בבית מקבלים גמלת סיעוד כלשהי במסגרת חוק ביטוח לאומי. בפרק זה נביא נתונים על ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי (הן טיפול במוסדות אשפוז סיעודי והן בבית), נציג בקצרה את הרפורמה בגמלאות הסיעוד לטיפול בקהילה ונציג נתונים ומגמות באשר לגמלת הסיעוד מהמוסד לביטוח לאומי.

### ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי בישראל

ההוצאה הלאומית כוללת את ההוצאה הציבורית והפרטית על טיפול סיעודי. מרבית ההוצאה הלאומית הינה על טיפול בבית וישראל שבה שיעור המיסוד נמוך - שיעור המטופלים בביתם הינו מבין הגבוהים בעולם (השיעור הגבוה ביותר בקרב המדינות המוצגות בלוח זה):

**איור 7:** שיעור מטופלים סיעודיים (בני 65+) המקבלים טיפול בביתם בשנים 2011 ו-2021 (או השנה הקרובה)



מקור: OECD-Health at a Glance (2023)

בטבלה 1 מוצגת ההוצאה הלאומית על הטיפול הסיעודי. בהוצאה על מוסדות קיימת עליה מתונה הנובעת מעליית מחירים גם במוסדות פרטיים ולעומת זאת יש לציין את קצב הגידול המהיר וההוצאה המדאיגה בסעיף גמלת הסיעוד המשולמת על ידי המוסד לביטוח לאומי (המהווה כאמור ההוצאה הציבורית העיקרית בטיפול סיעודי).

**טבלה 1:** ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי בישראל (במיליוני ₪)

שנה	2015	2018	2022	2024
סה"כ הוצאה	14,500	14,416	23,613	
טיפול ביתי (כולל גמלת סיעוד בקהילה)		10,202	18,719	
מתוכו גמלת סיעוד ביטוח לאומי	5,300	6,773	14,683	*18,595
אשפוז סיעודי (בתי אבות + סיעודי + מורכב)	4,400	4,214	4,894	
מתוכם הוצאה פרטית	6,815 (46%)	5,284 (37%)	6,908 (29%)	

מקור נתונים:

בכחול - (קידר et al., 2024)

בשחור - (המוסד לביטוח לאומי, 2018, 2019, 2020, 2021, 2023)

באדום - (רוזן הרן et al., 2018)

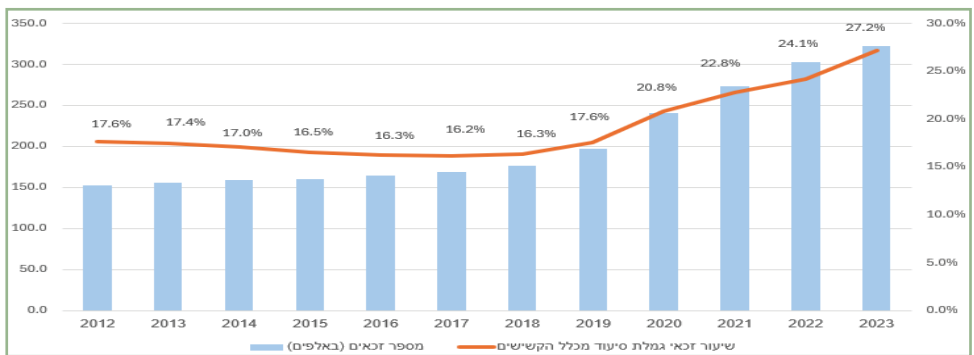
\* ירחון סטטיסטי אתר המוסד לביטוח לאומי

אין חולק כי קצב גידול ההוצאה בגמלת הסיעוד מדאיג ביותר, אך היות וסקירה זו מתמקדת בנושא האשפוז הסיעודי, יוסבר בקצרה על הרפורמה בגמלאות הסיעוד ועל המרכיבים השונים שהביאו לגידול בהוצאה. כל זאת כדי להסביר את הנתונים מתוך המידע הנ"ל הרלוונטיים לדיון בנושא האשפוז הסיעודי.

### הרפורמה בביטוח הסיעודי הציבורי לטיפול בקהילה (גמלאות סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי)

הרפורמה הממשלתית בגמלאות הסיעוד אושרה במסגרת תיקון 190 לחוק הביטוח הלאומי בשנת 2017 ויושמה בשלוש פעימות. הראשונה בשנת 2018 והאחרונה בשנת 2021. לרפורמה שלושה היבטים: הראשון, שינוי בסולם רמות הגמלה כך שהזכאות לרמות גמלה שונתה ל-6 רמות (במקום 3 שהיו). השני, הזכאות להמרת חלק מהגמלה לגמלה כספית (תיקון 203 לחוק ביטוח לאומי, 1968) והשלישי הגדלת שעות הטיפול הניתנות לחלק מהרמות.

**איור 8:** זכאים לגמלת סיעוד בממוצע לחודש ושיעור בכלל האוכלוסייה בגיל פרישה

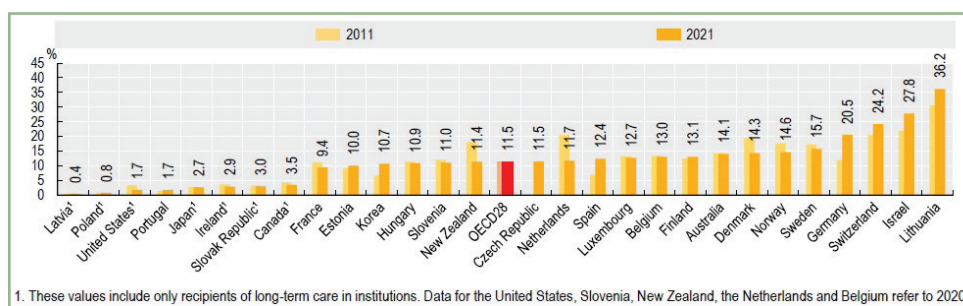


**מקור:** המוסד לביטוח לאומי, דו"חות שנתיים 2016-2023

השינוי במספר הזכאים וברמות הגמלה לא נבע רק משינוי החקיקה בהקשר לרפורמה אלא משינויים נוספים שהתרחשו וביניהם תהליך ההערכה התפקודית שמבוצע על ידי המוסד לביטוח לאומי. יש לציין כי נכון לשנת 2021 כ-90% מהתביעות אושרו על סמך מסמכים רפואיים ושיחת טלפון לעומת כ-2% בשנת 2014. בנוסף, שיעור אישור תביעות החמרה (רמת גמלה גבוהה יותר) עלה משמעותית וההוראה כי לא ניתן לדרוש בדיקה חוזרת (ולעשות roll back לרמת גמלה נמוכה יותר במידה וישנו שיפור קליני) הגדילו את ההוצאה על גמלאות הסיעוד בקצב מהיר.

בהשוואה בינלאומית ניתן לראות ששיעור מקבלי מימון ציבורי (כלשהו) לטיפול סיעודי בקהילה או במוסד בישראל הינו כמעט הגבוה בעולם ובפער גדול מאוד ממוצע מדינות ה-OECD.<sup>10</sup> לציין כי בישראל ניתנו גמלאות סיעוד לזכאים רבים בדרגות 1 + 2 אשר במדינות אחרות אינם מהווים דרגת תלות המזכה בגמלת סיעוד ציבורית.

**איור 9:** שיעור מטופלים סיעודיים (בני 65+) המקבלים גמלת סיעוד או השתתפות במימון טיפול סיעודי במוסד 2011 ו-2021 (או השנה הקרובה)



מקור: OECD-Health at a Glance (2023)

### זכאי גמלת סיעוד בקהילה ברמת תלות גבוהה

שיעור בני ה 65+ המקבלים מימון ציבורי לטיפול סיעודי (איור 9 מעלה) ראוי לדיוק היות וכאשר בוחנים את ההוצאה האלטרנטיבית על אשפוז סיעודי, נכון לעשות זאת לדרגות סיעוד שהן מקבילות קלינית למצבים המתאימים לטיפול במוסד. אשר על כן, מוצגים בטבלה 2 נתוני זכאי גמלאות סיעוד ברמה 3 עד סוף 2017 (עד תחילת הרפורמה) וזכאי גמלאות סיעוד ברמות 5+6 מינואר 2018 (לאחר תחילת הרפורמה).

<sup>10</sup> הפער בין שיעור מקבלי גמלת סיעוד בכלל האוכלוסיה בגיל פרישה ונתוני ההשוואה ב-OECD נובעים מכך שנתוני ה-OECD כוללים גם את מי שמקבל מימון ציבורי כלשהו לטיפול מוסדי ומכך שאוכלוסית הבסיס היא כל האוכלוסיה בגיל 65 ומעלה בעוד נתוני הביטוח הלאומי כוללים אוכלוסיה בגיל פרישה.

**טבלה 2:** ממוצע זכאי גמלאות סיעוד ברמות התלות הגבוהות ביותר 2007-2023

שנה	זכאי גמלה ברמה 3 (לפני רפורמה) או 5 ו-6 (אחרי הרפורמה)	שיעור הגידול ביחס לשנה קודמת
2007	17,135	
2008	22,966	134%
2009	25,567	111%
2010	27,504	108%
2011	28,932	105%
2012	31,720	110%
2013	33,381	105%
2014	34,883	104%
2015	37,387	107%
2016	46,361	124%
2017	54,731	118%
2018*	59,011 / 48,007	
2019	56,741	
2020	71,601	126%
2021	79,504	111%
2022	87,539	110%
2023	92,550	106%
2024	96,790	105%

**מקור:** ירחון סטטיסטי המוסד לביטוח לאומי

\* בעקבות כניסת הרפורמה בנובמבר 2018, הממוצע השנתי הוא לשני החודשים האחרונים בשנה. ממוצע עשרת החודשים הראשונים ברמה 3 (הקודמת לרפורמה) עמד על 59,011

**לסיכום:**

◆ קצב הגידול בהוצאה הציבורית על גמלאות סיעוד בקהילה נובע מזכאות מוגברת ביחס למקובל בעולם (רמות 1+2), ומתקנות רגולטוריות שהקלו הן את תהליך הגשת התביעה והן את ההערכה התפקודית ומהקלות בתביעות החמרה.

- ◆ קיימות שתי חלופות בלבד לטיפול באדם סיעודי במצב תפקודי ירוד: טיפול במוסד סיעודי או טיפול בביתו בקהילה. מרכזי יום קשורים לטיפול באנשים במצב תפקודי גבוה ובינוני או בשיקום גריאטרי אך לא מעורבים בטיפול בגריאטריה ממושכת.
- ◆ מספר מיטות האשפוז בגריאטריה ממושכת קטן עם השנים ביחס לאוכלוסייה בעוד קצב הגידול באנשים במצב תפקודי ירוד עולה (כמצופה עם הגידול בקצב הזדקנות האוכלוסייה).

### 3.5 תמריצים / תמחור ומנגנוני בקרה

#### תמריצים ותמחור בגריאטריה מתמשכת במוסדות

מיטות בגריאטריה ממושכת נחלקות לשתי קטגוריות טיפול ואחריות עיקריות - גריאטריה ממושכת בפיקוח משרד הבריאות (ומה שרלוונטי ל'קוד אשפוז') לאנשים במצב סיעודי (תלויים במידה רבה עד לחלוטין בעזרה בזולת) ותשושי נפש, ומיטות בפיקוח משרד הרווחה למטופלים במצב 'תשוש'. תמחור מיטת גריאטריה ממושכת באחריות משרד הבריאות ואילו תמחור מיטה בבית אבות למטופלים תשושים באחריות משרד הרווחה והבטחון החברתי.

היצע של מיטות הגריאטריה הממושכת ומיטות בבתי האבות תלוי גם במבנה השוק (התמהיל הציבורי/פרטי של הבעלות על מוסדות הגריאטריה הממושכת). בישראל נכון להיום כ-68% ממיטות הגריאטריה הממושכת שבפיקוח משרד הבריאות הם בבעלות פרטית ולמטרות רווח.

**טבלה 3:** מיטות לטיפול ממושך בפיקוח משרד הבריאות, לפי סוג מיטה ובעלות, 2010

בעלות המוסד	סה"כ מיטות	לסיעודיים	לתשושי נפש
סה"כ	20,260	16,403	3,857
ממשלתי	1,055	742	313
וולונטרי	6,626	5,586	1,040
פרטי	12,579	10,075	2,504

מקור: ברודסקי ושותפים, 2012

**טבלה 4:** מיטות לטיפול ממושך בפיקוח משרד הבריאות, לפי סוג מיטה ובעלות,

2021

בעלות המוסד	סה"כ מיטות	לסיעודיים	לתשושי נפש
סה"כ	20,874	16,418	4,456
ממשלתית	775	532	243
וולונטרי	5,835	4,619	1,216
פרטי	14,264	11,267	2,997

**מקור:** שנור וכהן, 2023

לפי הנתונים, על אף הגידול באוכלוסיית בני ה-65+ בין השנים 2010 ל-2021, מספר המיטות לסיעודיים לא גדל כלל ומספר המיטות לתשושי נפש גדל במעט. במיטות לסיעודיים ישנה ירידה במספר המיטות שבבעלות ממשלתית, ירידה במיטות בבעלות וולונטרית וגידול קטן במספר המיטות הסיעודיות. גם במיטות לתשושי הנפש ישנה ירידה במספר המיטות בבעלות ממשלתית, גידול קטן במיטות בבעלות וולונטרית וגידול קטן במיטות בבעלות פרטית. לציין כי בחלק ממסגרות הדיור המוגן, ההתחייבות לאגפים סיעודיים ולתשושי נפש קיימת כחלק מהסכם הדיור המוגן כך שיתכן והתחייבות זו מהווה את התמריץ העיקרי להשאיר מחלקות אלו פתוחות אך לא להרחיבן משמעותית.

מעבודת ייעוץ עסקי שביצע משרד סומך חייקין עבור א.ב.א. (ארגון בתי אבות ודיור מוגן) בשנת 2021, עולה כי תמחיר המכרז לרכישת שירותי סיעוד מבוסס על הוצאות שאינן עדכניות וכי שיעור הרווחיות הנמוך המתומחר (4%) גורם לבקרת הוצאות הדוקה שאינה מותאמת לעלויות בפועל.<sup>11</sup> עוד עולה כי כ-70% מהמטופלים במיטות למטופלים סיעודיים ותשושי נפש מאושפדים תחת 'קוד אשפוד' משמע, כי במידה ומחירון המכרז נמוך מהעלויות בפועל (התמחיר אינו תואם את עלויות כוח האדם, את התקינה המחוייבת והוצאות אחרות) הדבר עלול להביא לירידה באיכות הטיפול ואף לחדלות פירעון של מוסדות סיעודיים רבים.

11 תעריף קוד מיטת אשפוד סיעודי (סל 6 תשתית גבוהה) נכון לאוגוסט 2025 עומד על 590 ש"ח ליום ותעריף קוד מיטת תשושי נפש (סל 6 תשתית גבוהה) עומד על 616 ש"ח ליום.

בעבודה מוצגים נתוני השוואה של ההוצאות המהוות בסיס לתמחור 'קוד אשפוד' אל מול הוצאות בפועל במחלקות אלו ואל מול מתודולוגיות תקינה של מחירים בפיקוח (תקינה תיאורטית). התמונה העולה מהשוואות אלו היא שמחירון משרד הבריאות למיטת אשפוד למטופלים סיעודיים או תשושי נפש אינה מאפשרת מתן טיפול ראוי ויכולה אף להוות תמריץ לסגירת מחלקות אלו (סומך חייקין, 2021).

התמונה אינה שונה בנוגע למחירון הטיפול בבתי אבות - מחלקות לתשושים שבפיקוח משרד העבודה והבטחון החברתי. מדו"ח שהוכן עבור עמותת קדם<sup>12</sup> עולה כי התעריף במרכז למיטות אלו נמוך ב-20% לפחות בהשוואה למרכז 'קוד אשפוד' של משרד הבריאות (וזאת לאחר הפחתה של תקינת כוח אדם לנדרש במוסדות של תשושים והפחתת הוצאות תפעול ב-10% מאלו של מוסדות סיעודיים) ונמוך בכ-57% ביחס להוצאות בפועל של מוסדות סיעודיים<sup>13</sup>, כאשר הפער מתבטא בעיקר בהוצאות התפעול וההון (תמחור ועלויות הפעלת בתי אבות ונופשונים בבתי אבות, 2024) בבחינה של נתוני פתיחת מוסדות סיעודיים או סגירתם (אלו שבפיקוח אגף גריאטריה: מוסדות לאשפוד תשושי נפש וסיעודיים), המגמה מצביעה על עדיבת שחקנים בשוק שאין בו רווחה כלכלית. בין 2013 ל-2019 עודף המוסדות שנסגרו על החדשים שנפתחו (הגרעון) עמד על 54 מוסדות (סומך חייקין, 2021).

חשוב לציין כי הוצאות תפעול גבוהות שאינן מוחזרות מהוות תמריץ לסגירת מחלקות לגריאטריה ממושכת ולבתי אבות, והחזר נמוך עד שלילי על ההון מהווה תמריץ שלילי על השקעה במחלקות חדשות כך ששני המרכיבים הללו יכולים להביא, ולא בזמן ארוך, להחלטות של בעלי המוסדות לסגירה של מחלקות אלו ולפגיעה גדלה במטופלים הזקוקים לטיפול ממושך במוסד סיעודי.

12 קדם היא עמותה המייצגת למעלה מ-200 בתי אבות, דיור מוגן ומוסדות סיעוד בהם מתגוררים כ-26,000 דיירים.

13 ההשוואה בוצעה אל מול עבודת הייעוץ העסקי של סומך חייקין באשר למוסדות סיעודיים.

### 3.6 תמריצים ותמחור בגריאטריה מתמשכת בטיפול בקהילה

באשר לתמריצים הנוגעים להשאר המטופל שכן מתאים לטיפול ביתי, בביתו, ככנס ים המלח הקודם שבו נדונה היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה, סיכומי קבוצת התמריצים בנושא עידוד הטיפול בקהילה כללו התייחסות להיעדר כיסוי משמעותי של גמלת הסיעוד להוצאות הטיפול של אדם סיעודי ברמת תלות גבוהה (רמות 5 ו-6). (כנס ים המלח ה-12 היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה, 2011).

נושא זה עבר שינוי מהותי מאז הכנס הקודם. בעבר עיקר העלויות בטיפול בקהילה הושטו על המטופל ומשפחתו (בהיעדר מענה משמעותי של גמלת סיעוד) והדבר היווה תמריץ לבקשת המשפחה לקוד אשפוז מתוך הערכה כי שיעור ההשתתפות העצמית שלהם יהיה נמוך מעלויות הטיפול בבית (כנס ים המלח ה-12 היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה, 2011). היום, גמלת הסיעוד, (ובמיוחד במצב בו יש שני בני משפחה המקבלים רמה מסוימת של גמלה), גדלה משמעותית ומכסה חלק משמעותי מהוצאות הטיפול. לאלו שיש בידם כיסוי ביטוחי סיעודי במסגרת הפוליסות הקבוצתיות שבבעלות קופות החולים, גמלת הסיעוד המוגברת וקצבת הסיעוד מהווים כיסוי משמעותי התורם לעידוד הטיפול בבית<sup>14</sup> יחד עם הביקורת על ההוצאה ההולכת וגדולה על גמלאות הסיעוד של הביטוח הלאומי ראוי לציין כי ברמת גמלה גבוהה הדבר כן מהווה תמריץ ועידוד לטיפול בקהילה.

---

14 ראוי להדגיש את החשיבות שבהשאר הפוליסות הקבוצתיות הללו כאפשרות כיסוי נוספת לטווח הארוך.

### 3.7 שאלות לדין – תמריצים לטיוב מיסוד

#### הנחות הנובעות מסקירת הספרות

1. אין בישראל עודף מיסוד. שיעור המיסוד בהשוואה בינלאומית נמוך ויש ירידה במספר המיטות הסיעודיות ביחס לגידול באוכלוסייה (השוואה בינלאומית לאורך זמן).
2. ההחלטה להמשיך טיפול בקהילה לא תמיד תואמת למצב המטופל (קלינית וסוציאלית).
3. קיימים היום תמריצים שאינם תורמים לניהול נכון של תמהיל המטופלים ומקום הטיפול (לדוגמה תמרוץ הנשמה ממושכת) אך נושא זה נדון בחלק השיקום.

#### שאלות לדין:

**“נושא העל” של מושב זה הינו: הצורך בדיוק ה-Setting של טיפול סיעודי (קהילה / אשפוז) כך שמטופלים יקבלו את הטיפול ההולם את מצבם ודין על תמריצים לתמיכה בכך.**

♦ **כיצד קובעים מהו המקום הנכון של הטיפול במטופל סיעודי התלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע בפעולות היום יום?**

כפי שמשתקף בסקירה לעיל, שיעור המיסוד בישראל היה ונשאר נמוך ביחס למדינות אחרות בעולם. כלומר, המטרה איננה מניעת מיסוד, אלא דיוק בהפניה של מטופלים במצב ובנקודת זמן המחייבים טיפול במוסד סיעודי. עוד עולה מהסקירה כי להערכה תפקודית יכולה להיות חלק ביצירת תמריצים לא מתוכננים במבנה בו האחריות התקציבים של מסגרות הטיפול השונות נמצאת בידי גורמים שונים (לדוגמה הולנד).

♦ **מי מגדיר מהם הפרמטרים שיש לקחת בחשבון בעת קביעת מקום ומערך הטיפול?**

♦ **מה ההשפעה של ההערכה התפקודית על מערכת התמריצים ואיך ניתן להגיע להערכה כמה שיותר “אובייקטיבית” שתביא לטיפול ההולם את מצבו**

של המטופל? (יש להתייחס גם למי צריך לבצע את ההערכה התפקודית)

◆ באיזו תדירות נכון לבצע את ההערכות התפקודיות?

◆ **מהם התמריצים שיביאו להתאמה בין ביקוש (על בסיס הערכה תפקודית וסביבתית) לבין היצע מיטות אשפוז סיעודי?**

כפי שמשתקף בסקירה, הביקוש לאשפוז סיעודי מושפע מגורמים רבים. ירידה בביקוש נובעת מרצון המטופל ומשפחתו להישאר בבית בסביבה מוכרת ונעימה כמו גם הרצון בבקרת הוצאות (מצד המשפחה). עליה בביקוש יכולה לבוא בהיעדר תמיכה מספקת בבית או בשל שינוי במצב הקליני של המטופל. גורמים שונים יכולים להשתנות במשך הזמן ובמיוחד לאור כך שמשך החיים הסיעודיים, אף אלו של מטופלים במצב תפקודי נמוך, הולך ומתארך. על היצע המיטות משפיעים בעיקר תמריצים שונים וביניהם תמחור ימי אשפוז סיעודי ומדיניות כללית של קובעי המדיניות.

◆ האם מספר המיטות הקיים היום מתאים לביקוש או שיש לדאוג לתמריצים שיביאו להיצע מיטות כך שמי שמצבו הקליני והסוציאלי מחייב טיפול במוסד סיעודי יקבל טיפול ראוי?

◆ אלו תמריצים יכולים לתמוך בהיצע מתאים של מיטות גריאטריה ממושכת ללא יצירת עודף היצע הגורר ביקוש (induced demand Supplier)?

◆ **האם ניתן למנוע הדרדרות בתוך המערך המוסדי (לדוגמה מעבר ממחלקה עצמאית בבית אבות למחלקה סיעודית או מעבר ממחלקה סיעודית לטיפול סיעודי-מורכב בשל הידרדרות רפואית ובהעדר תמריצים מתאימים)?**

מוסדות שונים כוללים תמהילים שונים של מחלקות. לדוגמה, יש בתי אבות (בפיקוח משרד הרווחה) עם מחלקות לתשושים בלבד ויש בתי אבות עם מחלקות לתשושים ומחלקות נוספות לתשושי נפש ומאושפדים סיעודיים (מחלקות בפיקוח האגף לגריאטריה של משרד הבריאות).

◆ שאלה זו מתייחסת בעיקר לתמחור כמערכת תמריצים - אילו מודלים עשויים לתמרץ את מסגרות הגריאטריה הממושכת למנוע הדרדרות סיעודית ורפואית בתוך המוסדות? (יש להתייחס לתמריצים השונים בהתאם לתמהיל המוסד (תמריץ למניעת הדרדרות בתוך המוסד במעבר ממחלקה למחלקה לעומת תמריץ למניעת העברה למוסד אחר בשל הדרדרות

סיעודית) ובהתאם למחירון השונה של מיטת האשפוז (תשוש, תשוש נפש, סיעודי, סיעודי מורכב).

◆ האם נכון לעשות מבחני תמיכה למניעת הדרדרות סיעודית בתוך המוסד וכיצד?

**מהם התמריצים שיכולים לשמש חיזוק של התשתית הרפואית והסוציאלית הקיימת בקהילה**

◆ (כלומר לא רק מה התמריצים שיעודדו טיפול בבית, אלא איך לוודא שהן ישמשו לשיפור איכות הטיפול הרפואי בקשישה הסיעודית)?

◆ כיצד ניתן לתמרץ הכשרה למטפלי הבית כך שאיכות הטיפול הסיעודי בקהילה באדם בתפקוד ירוד תעלה? (המטרה היא שיפור איכות הטיפול בבית)

◆ מהם התמריצים שיביאו להגברת המערך הרפואי לטיפול בבית במיוחד בשלב קליני שבהיעדר תגבור זה יחייבו אשפוז סיעודי? תמריצים כלכליים ולא כלכליים (כולל תמריצים לקופה לתת טיפול ביתי יותר מקיף - לא רק למנוע אשפוז מוסדי). בעת טיפול בבית איך מנהלים את מעורבות קופות החולים בהיבטים הרפואיים של הטיפול?

◆ האם נכון לעשות מבחני תמיכה בנוגע לאחריות הקלינית למניעת הדרדרות רפואית בקהילה? האם רק לקופת החולים?

◆ מהם התמריצים לעידוד כח אדם לטיפול איכותי בקהילה שיתרום לטיפול איכותי במטופל בביתו ( על ידי מדדי איכות)?

◆ אלו תמריצים נוספים יכולים לפתור אתגרים הקיימים בטיפול באדם התלוי לחלוטין בזולת בטיפול ביתי?

### 3.8 סיכום המלצות הצוות

#### תמריצים לטיוב המיסוד

חלק זה של הדיון התמקד בתמריצים לטיוב המיסוד, מתוך ההבנה כי בישראל לא קיים עודף מיסוד אלא להיפך, וכי ההחלטה להמשיך טיפול בקהילה לא תמיד תואמת את מצבו הקליני והסוציאלי של המטופל. בקבוצה היתה הסכמה כי אין לראות באשפוז הסיעודי ככשלון אלא כשלב המשכי המתאים לחלק מהמטופלים היותר מורכבים מבחינה רפואית וסיעודית.

#### קביעת המסגרת הטיפולית (סל שירותים / מסגרת הטיפול בקהילה או במוסד סיעודי)

בדיון באשר לקביעת מסגרת הטיפול הנכונה (setting) למטופל הסיעודי (קהילה/אשפוז) שתביא לכך שהמטופלים יקבלו את הטיפול ההולם את מצבם הוסכם כי יש להתייחס להיבטים הבאים:

1. סוגיית המימון הציבורי והשפעת המימון על החלטה של בני המשפחה.
2. ההערכה התפקודית וההחלטה על מסגרת טיפולית מתאימה.
3. תפיסת שלב הטיפול הסיעודי במוסד ואופי הטיפול במוסדות לאשפוז סיעודי.

הוסכם כי מערכת התמריצים הקיימת כיום פוגעת בתהליך קבלת ההחלטות ויכולה להשפיע על הבחירה המתאימה של המסגרת הטיפולית. הוצע לפתור בעיה זו באמצעות **איגום מימון הטיפול הסיעודי** באופן שייצור אדישות למשמעות הכספית של החלטה זו עבור המטופל ומשפחתו. עוד הוסכם כי קביעת מקום הטיפול צריכה להיות החלטה מקצועית רפואית וסוציאלית הלוקחת בחשבון את המצב של המטופל ואת התמיכה הקיימת, ושהחלטה תיתמך תמריצית (על ידי כך שתנאי המימון וסכומי המימון הציבורי לטיפול בקהילה ולטיפול בבית יהיו זהים מבחינת העלות למשפחה). במקום מצב שבו התמריצים הכלכליים ישפיעו על החלטות טיפוליות, יש להגדיר את הצורך בטיפול, את סל השירותים ואת המסגרת הטיפולית, ולוודא שמערכת התמריצים מתואמת לכך וכוללת מנגנוני פיקוח ובקרה נאותים. **כחלק מהפיקוח והבקרה יש להחזיר את ההערכה התפקודית המלאה ולבחון מחדש את תדירות ביצועה והאחריות על ביצוע הערכה זו.**

עוד הוסכם כי הטיפול במוסד סיעודי הינו חלק מרצף הטיפול באדם הסיעודי ואינו בהכרח מעיד על "כשלון". הטיפול באדם סיעודי בשלב מתקדם ובמיוחד במקרים של מורכבות רפואית גבוהה, יכול להגיע לשלב בו יש להוציאו מהמסגרת הטיפולית

ולהעבירו לטיפול מוסדי. שלב זה יכול להתרחש לאחר שהות ממושכת של טיפול בבית או במקרים בהם המצב הסיעודי וסביבתו המשפחתית הקרובה כבר אינם מאפשרים טיפול הולם במסגרת הביתית. בהקשר זה הודגש כי יש לתת משקל רב יותר לרצונותיהם והעדפותיהם של המטופלים גם בטווח הארוך. יש להציג בפניהם את היתרונות והחסרונות לטיפול בבית או במוסד סיעודי כך שהחלטה על מסגרת הטיפול תתקבל במשותף על-ידי המטופלים, בני משפחותיהם ויחד עם מעריכי התפקוד.

הוצע כי לנוכח הקושי בתיקון עיוותים מערכתיים ארוכ־טווח במסגרת זמן קצרה, יש לפתוח בתוכנית פיילוט המתמקדת במטופלים בעלי מאפיינים המאפשרים בחינה של שינוי מהותי בתוצאות הטיפול. במסגרת התוכנית ירוכזו המידע הרפואי והתפקודי, מנגנוני המימון והאחריות הניהולית - רצוי בידי קופות החולים, בהיותן הגורם המחזיק במידע הרלוונטי.

מאפייני התוכנית:

1. חולים המצויים בסיכון משמעותי להידרדרות סיעודית.
  2. מטופלים שלגביהם קיימת היתכנות להשגת הישגים טיפוליים מדידים.
  3. יישום התוכנית יכול להתבצע כפיילוט מקומי או ארצי.
- הערכת התוכנית תתבצע על בסיס מדדי איכות מוגדרים מראש.

### **מערך האשפוז הסיעודי (גריאטריה ממושכת ומוסדות רווחה - בתי אבות)**

הוסכם כי העובדה שמספר המיטות לגריאטריה ממושכת שלא השתנה כלל על אף הגידול באוכלוסייה המבוגרת והסיעודית מעידה כי ההחלטה להמשיך טיפול בבית גם במצב בו נכון להעביר את המטופל למסגרת אשפוזית נובעת לעיתים מהיצע נמוך של מיטות. **לפיכך, מומלץ לגבש תוכנית חדשה לגריאטריה פעילה וגריאטריה ממושכת שתכלול תכנון חדש של מספר המיטות הנדרש וכן עידוד יזמים להרחיב את מספר המיטות הקיים באמצעות מנגנוני תמרוץ מתאימים.**

הוסכם כי קיימת בעיה מהותית באופן שבו נתפסים מוסדות האשפוז הגריאטרי הממושך וכי קיים עודף מדיקליזציה של המוסדות הללו. תפיסה זו משפיעה על דרישות התקינה שמשרד הבריאות מחייב ובהתאם גם על עלות מיטה סיעודית וכן על אופי הטיפול עצמו. **לפיכך, יש לשנות את הגדרת המוסדות כך שלא יוגדרו עוד כבתי חולים אלא כ"בית לחיים" ולגזור משם את המשמעויות הטיפוליות, התמחוריות ומנגנוני הפיקוח המתאימים.**

באשר למחירון מיטות האשפוז בגריאטריה הממושכת עלתה אי הסכמה בנוגע למידת התאמתו לתקינה הנדרשת ולעלות של טיפול באיכות מקובלת. **הוצע לבחון את השינויים שבוצעו במסגרת המכרז האחרון** (אוגוסט 2025) כשנתיים לאחר פרסומו תוך התמקדות בהיבטים של תעריפים, תמריצים והטיפול בפועל במוסדות לגריאטריה ממושכת.

הוצע כי במקום הגדרות נוקשות ובלתי מספקות של מצבים סיעודיים וגזירה של תמחור מיטת אשפוז סיעודי **יש לעבור לסרגל רחב ומדורג יותר של מצבים סיעודיים**. בהתאם לכך, הוצע לשנות את מנגנון הפיצוי למוסדות כך שתמחור מיטות האשפוז של מוסד מסויים יקבע על פי תמהיל המטופלים הסיעודיים בהתאם לסרגל המורחב. מטרת מהלך זה היא לנסות ולצמצם את התמריצים השלייליים הקיימים היום הפועלים לבחירת מטופלים, תופעה הבולטת בעיקר בגריאטריה הפעילה אך קיימת גם בגריאטריה הממושכת.

### **הטיפול במטופלים סיעודיים (בתפקוד נמוך) בקהילה**

הוסכם כי קופות החולים אינן מעורבות במידה מספקת בטיפול בחולים במצב סיעודי מתקדם וכי העומס על המשפחות כבד ביותר הן מבחינה בירוקרטית והן מבחינה רפואית. עוד עלה כי המידע הרפואי והטיפולי מצוי בידי קופות החולים וכי נכון להיום מבנה התמריצים הקיים מעודד את קופות החולים להעדיף את העברת המטופל הסיעודי ברמת תפקוד נמוכה לאחריות משרד הבריאות. הוצע כי איגום המשאבים והמימון תחת רשות אחת שתעביר מימון לטיפול בבית ולטיפול במוסדות סיעודיים עשוי לסייע בפתרון תמריץ שלילי זה. לא היתה הסכמה מלאה לגבי זהות האחראי לטיפול המלא במטופל הסיעודי בשלב מתקדם במובן של case manager המתכלל את כלל הצרכים אל מול בני המשפחה המטפלים. עם זאת, הוסכם כי **על קופות החולים להיות מעורבות הרבה יותר בטיפול הרפואי במטופלים מרותקי הבית**.

באשר למבחני התמיכה, הוסכם כי הם אינם תמיד טובים אך לכל הפחות יש להשתמש בהם כדי לנסות ולתמרץ טיפול טוב יותר את מעורבות קופות החולים במטופלים מרותקי בית.

דוגמאות למבחני תמיכה מתאימים:

1. קנסות על אשפוזים חוזרים בבתי חולים.
  2. תגמול על תגובה מהירה לטיפול במטופלים מרותקי הבית.
  3. תגמול יחידה להמשך טיפול המרכזת את הטיפול לאחר שחרור מבית החולים.
  4. תגמול קופות החולים על מניעת הדרדרות של חולים במצב סיעודי
- עוד הוצע כי יבוצעו מחקרים יזומים של המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות בנושא מבחני התמיכה.
- הוצעו גם לבחון תמריצים לשיפור איכות הטיפול הניתן על ידי מטפלים סיעודיים, אך מסגרת הזמן לא אפשרה דיון נרחב בנושא.

### מקורות 3.9

- Alders, P., & Schut, F. T. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy*, 123(3), 312-316. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.010>
- Alders, P., & Schut, F. T. (2022). Strategic cost-shifting in long-term care. Evidence from the Netherlands. *Health Policy*, 126(1), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.008>
- Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA). (2014). CLHIA report on long-term care policy: Improving the accessibility, quality, and sustainability of long-term care in Canada
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Dwolatzky, T., Brodsky, J., Azaiza, F., Clarfield, A. M., Jacobs, J. M., & Litwin, H. (2017). Coming of age: health-care challenges of an ageing population in Israel. *The Lancet*, 389(10088), 2542-2550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30789-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30789-4)
- Fischer, J. (2022). The social long-term care insurance model: comparing actor configuration across countries and time. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 38(2), 93-110. <https://doi.org/10.1017/ics.2022.9>
- Fleßa, S. (2024). Social Long-Term Care in Germany. In *Sustainable Aging: Cases and Cooperation in China and Germany*. Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-69139-7>
- Fukushima, N., Adami, J., & Palme, M. (2010). The Swedish Long-term Care System (89). <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>
- Gori, C., & Luppi, M. (2022). Cost-containment LTC policies for older people across the OECD\_a scoping review. *Aging & Society*, 44(9). <https://doi.org/doi:10.1017/S0144686X22001076>
- Grignon, M., & Bernier, N. F. (2012). Financing Long-Term Care in Canada (33; IRPP Study, Issue March)
- Jin, X., Iwagami, M., Sakata, N., Mori, T., Uda, K., & Tamiya, N. (2022). Regional variation in long-term care spending in Japan. *BMC Public Health*, 22(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14194-6>
- Marukawa, T. (2022). The demand for and supply of elderly care in Japan. *The Japanese Political Economy*, 48(1), 8-26. <https://doi.org/10.1080/2329194x.2022.2039070>

- Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care (Issue 93)
- OECD. (2019). Health at a Glance 2019. OECD. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD. (2020). Long-Term Care and Health Care Insurance in OECD and Other Countries. <https://www.oecd.org/daf/fin/insurance/Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.pdf>
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021. OECD. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Rahman, M. M., Rosenberg, M., Flores, G., Parsell, N., Akter, S., Alam, M. A., Rahman, M. M., & Edejer, T. (2022). A systematic review and meta-analysis of unmet needs for healthcare and long-term care among older people. Health Economics Review, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4>
- Torjman, S. (2013). Financing Long-Term Care : by Financing Long-Term Care: More Money in the Mix. Caledon Institute of Social Policy, February
- Wiener, J., Anderson, W., & Brown, D. (2009). Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining? (Real Choice System Change Grant Program). [www.hcbs.org/files/160/7990/SCGNursing.pdf](http://www.hcbs.org/files/160/7990/SCGNursing.pdf)
- ברודסקי, ג., שניר, י., & באר, ש. (2012). קשישים בישראל שנתון סטטיסטי 2011. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל אשל [www.jdc.org.il/mashav](http://www.jdc.org.il/mashav)
- המוסד לביטוח לאומי. (2018). דו"ח שנתי 2017
- המוסד לביטוח לאומי. (2019). דו"ח שנתי 2018
- המוסד לביטוח לאומי. (2020). דו"ח שנתי 2019. [https://www.btl.gov.il/Publications/Skira\\_shnatit/2019/Pages/siud.aspx](https://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2019/Pages/siud.aspx)
- המוסד לביטוח לאומי. (2021). דו"ח שנתי 2020
- המוסד לביטוח לאומי. (2023). דו"ח שנתי 2022
- המלצות הצוות למניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים. (2022)
- חוזר מנכ"ל מיוחד מס' 105 - עדכון תחשיב השתתפויות של האזרח הוותיק ובני משפחתו בסידורו בבית אבות (2016)
- כנס ים המלח ה-12 היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה. (2011). [www.israelhpr.org.il](http://www.israelhpr.org.il)
- סומך חייקין. (2021). יעוץ עסקי בתחום תמחיר אשפוז במוסדות סיעודיים
- קידר, נ., דוידוביץ, נ., & וייס, א. (2024)
- רוזן הרן, מ., כהן קובץ, ג., & רמות ניסקה, ת. (2018). הביטוח הסיעודי בישראל
- שנור, י., & כהן, י. (2023). בני 65+ בישראל שנתון סטטיסטי 2023 (Issue 25). מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל אשל

## תוכן עניינים פרק שני: מענה מערכתי לכח אדם איכותי בעולם הזיקנה

<b>133</b>	<b>הקדמה</b>
<b>135</b>	<b>חלק 1: תמהיל העיסוקים בתחום הגריאטריה בישראל</b>
135	1.1 מבוא
136	1.2 סקירת תמהיל העיסוקים הקיים היום בגריאטריה, בישראל
141	1.3 ניתוח פערים בתמהיל הקיים
146	1.4 מקצועות חדשים מוצעים לתחום / למערך הגריאטריה
151	1.5 השוואה בין ישראל לעולם
155	1.6 סיכום חלק תמהיל עיסוקים
158	1.7 סיכום המלצות הצוות
161	1.8 מקורות
<b>163</b>	<b>חלק 2: מטפלים בתחום הזקנה שאינם בעלי רישיון במערכת הבריאות</b>
163	2.1 מבוא
163	2.2 נתונים
	2.3 המלצות הוועדה הבין משרדית לנושא המטפלים הישראליים בזקנים והמצב העדכני
164	
168	2.4 המטפלים ומערכת הבריאות
169	2.5 שאלות לדיון בכנס
169	2.6 סיכום המלצות הצוות
170	2.7 מקורות
<b>171</b>	<b>חלק 3: תמריצים לכוח אדם בגריאטריה</b>
171	3.1 כוח אדם גריאטרי במדינות נבחרות
174	3.2 כוח אדם גריאטרי בישראל
180	3.3 שאלות לדיון
180	3.4 סיכום המלצות הצוות
182	3.5 מקורות

## הקדמה

ישראל מזדקנת, אך בקצב מתון יחסית למדינות OECD בשל ילודה גבוהה, ולכן האתגר איננו רק במספרים המוחלטים אלא בעיקר במורכבות הטיפול וברצף השירותים. בראשית 2024, שיעור בני 65+ באוכלוסייה עמד על כ-12% - יותר ממיליון ורבע אזרחים ותיקים - ומגמת העלייה מתמשכת (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [הלמ"ס], 2024). לפי תחזיות הדמוגרפיה הרשמיות, עד 2040 יעלה משקל בני 65+ לכ-14%-15% מן האוכלוסייה, ובתרחישים ארוכי טווח אף ל-17%-18% סביב אמצע המאה, מה שיגדיל את הביקוש לשירותי טיפול ממושך בבית, בקהילה ובמוסדות (מבוסס נתוני תחזית הלמ"ס).

האתגר המרכזי של מערכת הבריאות בעשור הקרוב הוא התאמתה להזדקנות האוכלוסייה ולגידול החד במספר הקשישים הסיעודיים ובזקנים החיים עם תחלואה כרונית מרובה. מערכת זו ניצבת בפני דרישה מתרחבת לשירותים רפואיים, סיעודיים וקהילתיים, תוך שמירה על איכות, נגישות ושוויון. בתוך מכלול זה, נושא מערך כוח-האדם בגריאטריה בישראל תופס מקום מרכזי - הוא מגדיר מי הם אנשי המקצוע הפועלים במערכת, מה תחומי אחריותם, כיצד מתחלקים התפקידים ביניהם, ומהם יחסי הגומלין הדרושים כדי לספק טיפול כוללני, מתואם ואנושי לאוכלוסייה המזדקנת.

הפרק הנוכחי בוחן שלושה מרכיבים משלימים של מערך כוח-האדם בגריאטריה בישראל.

**החלק הראשון**, תמהיל העיסוקים, מתמקד בהרכב בעלי המקצוע המועסקים כיום במערכת - רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, דיאטנים, פסיכולוגים, מטפלים סיעודיים ואחרים - ומציג את האיזונים, החסרים והפערים בין הצרכים הדמוגרפיים והבריאותיים לבין היצע כוח-האדם הקיים. הדיון כולל גם התייחסות להרחבת תחומי אחריות ולפיתוח תפקידי ביניים חדשים, שיכולים לתרום לגמישות התפעולית ולייעול מתן השירותים.

**החלק השני** עוסק במטפלים בתחום הזקנה שאינם בעלי רישיון במערכת הבריאות בישראל - קבוצה רחבה הכוללת מטפלים סיעודיים, עובדים זרים, מתנדבים ובני משפחה מטפלים. חלק זה מדגיש את תרומתם החיונית למערך הטיפול, לצד הצורך בהסדרה, הכשרה והגדרת תחומי אחריות ברורים, שיבטיחו איכות טיפול ושמירה על כבוד המטופלים והמטפלים גם יחד.

**החלק השלישי** מתמקד בתמריצים לכוח-האדם בגריאטריה - תחום שנמצא בלב מאמצי המדיניות לשימור ולגיוס עובדים. בפרק זה נבחנים מנגנוני תמרוץ קיימים ונדרשים, כגון שיפור תנאי שכר, הרחבת מסלולי קידום מקצועי, עידוד הכשרות מתקדמות, ויצירת סביבת עבודה המשלבת תמיכה רגשית, הכרה מקצועית וחוסן ארגוני.

בשלושת מישורים אלו יחד, נבנית תמונה מקיפה של המערכת: ההרכב האנושי, מסגרות ההעסקה, והמנגנונים הכלכליים-חברתיים הנחוצים כדי לחזק את תחום הגריאטריה בישראל. מטרת הפרק היא להציע תובנות וצעדים מעשיים שיאפשרו לפתח מערך מקצועי ובר-קיימא של כוח-האדם בגריאטריה בישראל, שייתן מענה איכותי לדור המזדקן ויתמוך בבני המשפחה והקהילה סביבו.

## חלק 1: תמהיל העיסוקים בתחום הגריאטריה בישראל

### 1.1 מבוא

רוב מוחלט מן הזקנים בישראל מתגוררים בביתם ובקהילה, ורק מיעוט שווה במסגרת מוסדית (בתי אבות/אשפוז ממושך/דיר מוגן). מדיניות ישראל, בדומה למגמת ה-OECD, נשענת בעיקר על תמיכה קהילתית ושירותי בית, ורק במקרים של תלות גבוהה במיוחד או צורך רפואי-סיעודי מתמשך עוברים למסגרת מוסדית. בתוך מערך התמיכה הקהילתי, מנגנון מרכזי הוא גמלת הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי: בשנת 2023 עמד מספר הזכאים על ממוצע חודשי של כ-322,000 קשישים, ובדצמבר 2023 נספרו כ-346,500 זכאים, ונכון לחודש אוגוסט 2025, 387,000 זקנים בישראל זכאים לקבל את גמלת הסיעוד שממומנת על ידי המוסד לביטוח לאומי - גידול המשקף הן את הזדקנות האוכלוסייה והן הרחבת המענים בקהילה (המוסד לביטוח לאומי, 2024). בהשוואה לגודל קהילת בני ה-65+, מדובר בשיעור ניכר מן האוכלוסייה המבוגרת המקבלת תמיכה שוטפת בבית במסגרת החוק, כיום זהו האחוז הגבוה ביותר ובהפרש משמעותי מהשאר, גם בקרב מדינות ה (המוסד לביטוח לאומי, 2024).

מנקודת מבט תכנונית, המשמעות כפולה: (1) עיקר הביקוש ימשיך להיות לשירותי בית וקהילה - ניהול מקרים, אחיות מומחיות, פיזיותרפיה/ריפוי בעיסוק ביתיים, תזונה, טיפול נפשי ותמיכה חברתית - לצד טכנולוגיות מסייעות לניטור, בטיחות וחיבור לשירותים; (2) במקביל, יתקיים ביקוש מתגבר למקומות אשפוז ממושך ושיקום גריאטרי עבור הזקנים התלויים ביותר, מה שמחייב תוספת תקנים, כוח אדם מיומן ושיפור רצף המידע בין קהילה למוסד. במילים אחרות, בעוד שרוב בני 65+ ימשיכו להזדקן בביתם, שיעור בעלי התלות הגבוהה שיזדקקו לטיפול ממושך - בבית/קהילה ובמוסדות - יגדל באופן מוחשי בעשור-שניים הקרובים (הלמ"ס, 2024; המוסד לביטוח לאומי, 2024).

בחלק זה ייסקר תמהיל העיסוקים הקיים בתחום הגריאטריה בכלל המערכת המטפלת בזקן, ינותחו פערים ובעיות בתמהיל זה, תוצג השוואה למגמות בעולם, ויוצעו המלצות מדיניות לחיזוק והרחבת התפקידים. לבסוף יובאו שאלות פתוחות לדיון, כהכנה לכנס (כנס ים המלח 2025) שבו ידונו בהמשך פיתוח התחום.

## 1.2 סקירת תמהיל העיסוקים הקיים היום בגריאטריה, בישראל

הטיפול הגריאטרי בכלל והטיפול הממושך בפרט מבוסס על צוות רב-תחומי הכולל מטפלי רפואה, אחיות, מטפלי מקצועות הבריאות, ועובדים בתחומי הרווחה ובריאות הנפש. להלן סקירה של התפקידים המרכזיים:

### 1. רפואה (מומחים בגריאטריה וברפואת משפחה או מומחים ברפואת

**משפחה מיומנים בגריאטריה):** הרופאים מהווים סמכות רפואית ראשית בקהילה ובמוסדות. רופאי המשפחה בקהילה ובבתי האבות עוקבים אחר מצבם הבריאותי של זקנים, מנהלים מחלות כרוניות, רושמים תרופות ומפנים לייעוצים לפי הצורך. למעשה כלל הרופאים במערכת, למעט רופאי ילדים ונשים, עוסקים רבות במתן טיפול לאוכלוסייה הזקנה. רופאים מומחים בגריאטריה מבצעים הערכה גריאטרית כוללת (Comprehensive Geriatric Assessment) במרפאות ייעודיות רב-תחומיות, בונים תוכניות טיפול אישיות, מאבחנים ומנהלים מצבי דמנציה והפרעות התנהגות, ומפנים למקצועות הבריאות בהתאם לצורך. בנוסף, גריאטרים משמשים לעיתים כמנהלים רפואיים של מחלקות או מוסדות ומעורבים בקביעת כשירות משפטית על סוגיה. בפועל, מספר הגריאטרים בישראל קטן ביחס ל-OECD, וחלקם עובדים למעשה כרופאי משפחה בקהילה או לקראת פרישה, דבר המחייב את רופאי המשפחה למלא תפקיד מוגבר בטיפול בזקנים. בעולם, תחום הגריאטריה מוכר כמומחיות מרכזית; בבריטניה למשל, זוהי אחת המומחיות הגדולות בבתי החולים, המתמודדת עם חולים מרובי-תחלואה, תוך גישה הוליסטית ועבודה בצוות רב-מקצועי.

### 2. אחיות (סיעוד):

האחיות הן עמוד תווך בטיפול היומיומי. אחיות מוסמכות (RN) במוסדות הגריאטריים מבצעות הערכות ראשוניות, מעקב אחר מצבו הסיעודי והבריאותי של הזקן, הדרכה לקידום בריאות ומניעה, ותיאום בין אנשי הצוות. אחיות רבות רוכשות הכשרה על-בסיסית (השתלמות מתקדמת) בגריאטריה, טיפול מוגבר, טיפול בפצעים, שיקום, פליאציה וכד', על מנת לתת מענה ייעודי לצורכי הזקנים. בשנים האחרונות החל פיתוח תפקיד אחות מומחית קלינית בתחומים שונים (<https://www1.health.gov.au/nursing/study/specializa-tion-studies>), שכוללת גם התמחות בגריאטריה - תפקיד מקביל ל-Nurse Practitioner - המאפשר לאחות בעלת הכשרה מתקדמת לערוך הערכות גריאטריות כוללתיות, לרשום תרופות (בסמכויות מוגדרות) ולהפנות לבדיקות וייעוצים רפואיים באופן עצמאי. אחיות מומחיות כאלו פועלות במסגרת אשפוז בית ובקהילה לניהול טיפול בזקנים מורכבים, ומהוות "יד מאריכה" לרופא

באמצעות ביצוע ביקורי בית, התאמת תוכניות טיפול ומעקב אחר יישומן. יש לציין כי בשנת 2024 ([chrome-extension://efaidnbmninnnibpcajpcglclefindmkaj/](https://www1.health.gov.il/media/e3ffftu/specialization-responsibilities.pdf)) <https://www1.health.gov.il/media/e3ffftu/specialization-responsibilities.pdf>) עודכן החוק בישראל להתיר לאחיות מומחיות לממש סמכויות רחבות כגון רישום תרופות באופן עצמאי, צעד המסייע בהגדרת תפקידן והתרחבות תחומי אחריותן בתחום הגריאטרי. עם זאת, מספר האחיות המומחיות הפעילות עדיין נמוך ולא ממוצה ביחס לגודל אוכלוסיית הזקנים. כיום ישנן 1,300 אחיות מומחיות בלבד (בכל התחומים), ובמשרד הבריאות שואפים שהמספר יגדל ל-5,000. ([https://www.ynet.co.il/health/article/yokra14331622#google\\_vignette](https://www.ynet.co.il/health/article/yokra14331622#google_vignette)). יש לציין כי תחת תחום האחיות שוכן אדמיניסטרטיבית גם תחום כוחות העזר או המטפלים, אשר ידון בהרחבה בפרק על כ"א בגריאטריה שאינו בעל רישיון.

**3. פיזיותרפיה:** הפיזיותרפיסטים אחראים לשיקום תפקודי, שימור ושיפור ניידות, ומניעת נפילות. הם מעניקים טיפולים פרטניים לשיפור כוח, שיווי משקל והליכה, כולל במסגרת מכוני פיזיותרפיה וגם בבית הזקן במקרה של מטופלים מרותקי בית. בנוסף, הם מנהלים תוכניות ותרגולים קבוצתיים במסגרת סל הבריאות, כגון קבוצות למניעת נפילות, התעמלות בריאותית לזקנים, וסדנאות פעילות גופנית מותאמות לבעלי מחלות כרוניות (סוכרת, יתר לחץ דם וכו'). בפעילותם בקהילה, פיזיותרפיסטים מעבירים הרצאות במרכזי יום, משתתפים במרכזי שיקום יום, ותורמים לפרויקטים יזומים כמו "גשר לבריאות" לאיתור וטיפול בזקנים עם סרקופניה או פרויקט "בטוח בבית" למניעת נפילות. במוסדות האשפוז הגריאטריים, הפיזיותרפיסטים הינם חלק מצוות רב-מקצועי במחלקות שיקום גריאטרי וסיעוד מורכב, מסייעים בשיקום תנועתי לאחר אשפוז, ממליצים על אביזרי שיקום וניידות, ואף מבצעים הערכות תפקוד או זכאות לגמלת סיעוד.

**4. ריפוי בעיסוק:** מרפאים בעיסוק מסייעים בקידום עצמאות תפקודית ואיכות החיים של זקנים. הם מבצעים הערכות קוגניטיביות ותפקודיות, ומתאימים תוכניות התערבות אישיות - הן טיפול פרטני והן טיפול קבוצתי - לשיפור יכולות יום-יומיות, מיומנויות קוגניטיביות ועיסוקי פנאי. במרפאות גריאטריות בקהילה, המרפאים בעיסוק ממליצים על התאמות בסביבת הבית למניעת נפילות (כגון שינוי דור, מעקות, התאמת אביזרי עזר). הם אף מייצרים סדים אורתופדיים לפי צורך, ובונים תוכנית למילוי הזמן בפעילויות משמעותיות על מנת להפיג בדידות ולשמור על עצמאות הזקן. במוסדות אשפוז, המרפאים בעיסוק שותפים בצוות המחלקה השיקומית או הסיעודית, ועובדים גם בצוותי אשפוז בית של קופות החולים לטיפול במרותקי בית. חלקם מוכשרים למשימות מיוחדות: למשל, מרפאות בעיסוק

עוסקות בשיקום נהיגה לזקנים באמצעות סימולטורים ייעודיים. הם אף מנחים קבוצות תמיכה לבני משפחה מטפלים בחולי דמנציה, בהן מלמדים אסטרטגיות התמודדות פרקטיות עם אתגרי הטיפול. תרומתו הייחודית של צוות הריפוי בעיסוק לצוות הגריאטרי חיונית במניעה ובהאטת התדרדרות תפקודית, כפי שמודגש במסמכים מקצועיים: "תחום הגריאטריה צריך ראייה רב-צוותית - לכל תחום תרומה ייחודית משלו".

**5. קלינאות תקשורת:** קלינאי התקשורת מטפלים בהפרעות תקשורת, שפה ובליעה האופייניות בזקנה. תפקיד מרכזי שלהם הוא אבחון וטיפול בדיספגיה (הפרעות בליעה) - הם מבצעים הערכות בליעה קליניות, ממליצים על התאמת מרקם מזון ושתייה ליכולות המטופל, ומדריכים את הצוות והמשפחה לגבי האכלה בטוחה. בכך הם תורמים להעלאת איכות החיים ומניעת סיבוכים (כגון שאיפות מזון) אצל דיירים במוסדות. בנוסף, הם מטפלים בהפרעות בדיבור ובשפה הנגרמות עקב מצבים נוירולוגיים כגון שבץ, פרקינסון או דמנציה. הם משקמים יכולות שפה, הבנה והבעה, ומתאימים אמצעי תקשורת חלופיים במקרים של אובדן יכולת הדיבור. קלינאי התקשורת משולבים גם בצוותי אשפוז בית ושיקום, ונותנים שירות בבית המטופל כחלק מצוות רב-מקצועי. במסגרת זו הם מוודאים שסביבת הבית מותאמת מבחינה תקשורתית ותזונתית לבטיחות המטופל. בנוסף, הם מדריכים צוותים רפואיים ומשפחות - למשל מלמדים מטפלים לתקשר עם מטופלים הסובלים מדמנציה, ומייעצים לאחיות לגבי האכלה נכונה ותמיכה תקשורתית. חלק מהקלינאים מבצעים בדיקות שמיעה והתאמת מכשירי שמיעה, ואף מפעילים קבוצות לאימון שמיעה עבור רוכשי מכשירי שמיעה חדשים. ישנו דגש גם על קידום בריאות בתחום השמיעה והתקשורת: למשל הרצאות על הקשר בין ירידה בשמיעה לנפילות ולירידה קוגניטיבית, ופרויקטים קהילתיים לניצולי שואה להגברת מודעות לבעיות שמיעה בגיל השלישי.

**6. תזונה (דיאטנות):** דיאטנים קליניים משתלבים בצוות הגריאטרי כדי לטפל בהיבטי התזונה והמטבוליזם של הזקן. בקהילה, דיאטניות במרפאות הראשוניות מאתרות זקנים בסיכון לתת-תזונה, פועלות למניעה ולטיפול בתת-תזונה קיימת, ומסייעות בהתאמת הדיאטה למצבי חולי כרוניים אופייניים בזקנה. הדיאטנית מלווה מטופלים גריאטריים הן במסגרת המרפאה הגריאטרית (על פי הפניית הרופא) והן באמצעות ביקורי בית למרותקי-בית. היא מבצעת מדידות הרכב גוף והערכה של סרקופניה (אובדן מסת שריר תלוית-גיל) ומתאימה התערבויות תזונתיות לכך. כמו כן, ננקטת יוזמה פרואקטיבית לפנות למטופלים בסיכון (למשל, זקן שירד במשקל או מתגורר לבדו) ולהציע ייעוץ תזונתי בטרם יפתח תת-תזונה חמורה. הדיאטנים

מהווים חלק אינטגרלי מהצוות הרב-מקצועי במוסדות ובמרפאות, ותרומתם באיזון מצבי תזונה מורכבים (כמו איזון סוכרת או מחלות כליה בתפריט הזקן) חיונית לבריאות המטופלים.

**7. עבודה סוציאלית:** העובדים/ות הסוציאליים עוסקים בצדדים הפסיכו-סוציאליים של הטיפול בזקן ובמשפחתו. הם מבצעים הערכה פסיכו-סוציאלית של מצב המטופל ומשפחתו, ובונים תוכנית טיפול בהתאם לצרכים הרגשיים, החברתיים והסביבתיים. במסגרת זו, העובדת הסוציאלית מעניקה תמיכה והדרכה רגשית להתמודדות עם השינויים במצב הבריאותי, מסייעת לזקן ולמשפחתו להבין ולקבל את המציאות החדשה, ומגדירה איתם יעדים לשיפור התפקוד ואיכות החיים תוך שינוי הרגלים והתאמת ציפיות. תפקיד מרכזי הוא הנגשת שירותים וזכויות - העו"ס מקשרת את המשפחה לגורמי סיוע רלוונטיים בקהילה ובמוסדות (ביטוח לאומי, משרד הבריאות, עמותות), ועוזרת במימוץ זכויות כגון קצבת סיעוד, גמלת נכות, שירותי שיקום וכד'. כמו כן, העובדת הסוציאלית מאתרת במידת הצורך מקרים של אלימות והזנחה ומערבת גורמי רווחה מתאימים. בתחום התכנון לעתיד, היא מסייעת לזקן ולמשפחתו במילוי הנחיות מקדימות לטיפול ובקידום מינוי 'יפוי כוח מתמשך' או אפוטרופסות בעת הצורך. בנוסף לטיפול פרטני, עובדים סוציאליים מנחים קבוצות תמיכה וסדנאות: למשל קבוצות לבני משפחה מטופלים של חולי דמנציה, סדנאות התמודדות לגילאי 65+ בנושאי פרישה וסדנאות להפגת בדידות, התאלמנות, וכן סדנאות ייעודיות (כגון לסבים וסבתות והקשר הבין דורי). באופן זה, העבודה הסוציאלית במוסדות הגריאטריים ובקהילה משלימה את הטיפול הרפואי-סיעודי בכך שהיא מסייעת לבני המשפחה בהמתמודדת עם ההיבטים הנפשיים, המשפחתיים והחברתיים של הזיקנה.

**8. פסיכולוגיה גריאטרית:** פסיכולוגים (קליניים ושיקומיים) עוסקים בבריאות הנפש וברווחה רגשית של זקנים במוסדות. הם מעניקים טיפול נפשי פרטני במגוון בעיות שכיחות בגיל המבוגר: דיכאון וחרדה על רקע אובדן ושכול, בדידות, קשיי הסתגלות למסגרות חדשות (כמו מעבר לדיור מוגן), מתחים וקונפליקטים במשפחה (למשל ניתוק קשר עם ילדים בוגרים) ועוד. לצד הטיפול הפרטני, פסיכולוגים מנחים סדנאות וקבוצות טיפוליות, כגון קבוצות לשיפור תפקודי מוח וזיכרון והפחתת מתח, קבוצות "סקירת חיים" לסיכום ביוגרפי, וסדנאות ייעודיות לאלמנים/ות או לפורשים ממעגל העבודה במטרה לסייע בעיבוד השינוי. הפסיכולוג הגריאטרי גם מעלה מודעות בקרב רופאי המשפחה ואנשי הצוות להפניה לטיפול נפשי בעת הצורך. במצבים של סוף חיים, פסיכולוגים לעיתים מלווים את המטופל ובני משפחתו, ותומכים בתהליך הפרידה ועיבוד האבל. חשיבות הפסיכולוגיה

בצוות הגריאטרי עולה ככל שמבינים כי הרווחה הנפשית היא חלק בלתי נפרד מבריאותו הכוללת של הזקן. כיום יש מעט פסיכולוגים גריאטריים וברוב המוסדות אין פסיכולוגים. כך, הגדלת מספר הפסיכולוגים הגריאטריים יאפשר מתן טיפול הוליסטי המותאם גם להתמודדות הנפשית עם הזקנה.

**9. רוקחות (כולל רוקחות קלינית):** הרוקחים במוסדות ובקהילה ממלאים תפקיד משמעותי בניהול התרופתי עבור זקנים. מטופלים גריאטריים נוטים ליטול תרופות רבות (polypharmacy), ורוקח קליני מסייע לבצע "בחירה תרופתית" - סקירה מקיפה של כל התרופות, איתור כפילויות ואינטראקציות, והמלצה לצמצום תרופות לא נחוצות. שילוב רוקחים קליניים בצוות המטפל עשוי לשפר את משטר הטיפול התרופתי ולמנוע סיבוכים הנובעים ממינונים שגויים או מתופעות לוואי בין-תרופתיות. הרוקח מייעץ לרופאים לגבי התאמות מינונים בזקנים (למשל במצבי ירידה בתפקוד הכלייתי), עוקב אחר בדיקות דם רלוונטיות לתרופות, ומדריך את הצוות, המטופלים ובני המשפחה על השימוש הנכון בתרופות. בחלק מהמוסדות והמרפאות, השתתפות של רוקח בתהליכי ההערכה הגריאטרית הכוללת (CGA) הפכה מקובלת בעולם, מתוך הבנה שתכנון תרופתי אופטימלי הוא מרכיב קריטי בטיפול בזקן. בישראל, שירותי ייעוץ רוקחי החלו להתפתח: למשל קופות החולים מציעות ייעוץ רוקח קליני פרואקטיבי לזקנים ליישום "Deprescribing" (הפסקת תרופות לא נחוצות) למניעת עומס תרופתי. כדי לפנות את זמנם של הרוקחים לתפקיד ייעוצי מתקדם זה, ממליץ משרד הבריאות על ייעול עבודת הרוקח באמצעות אוטומציה והעסקת עוזרי רוקח - כך הרוקח ישתחרר להתמקד בייעוץ קליני, לרבות באמצעות טלה-רפואה וביקורי בית. במוסדות סיעודיים, הרוקח מבצע בקרה תקופתית על ניפוק התרופות, וידוא שאין טעויות במרשמים, ורענון הנחיות בטיחות תרופתית לצוות הסיעודי.

**10. מנהלים קליניים ותפקידי ניהול:** לצד אנשי הטיפול הישיר, במערכת הגריאטרית פועלים גם בעלי תפקידים ניהוליים התומכים בטיפול ומובילים אותו. בחלק מהקופות, יש מנהלים רפואיים לגריאטריה (גריאטרים מחוזיים) - רופאים מומחים האחראים מקצועית על תחום הזקנה במחוז, לרבות פיתוח שירותים חדשים, הנחיית הרופאים והאחיות וקביעת נהלי עבודה. קיימים גם מנהלי מקצועות הבריאות האחראים מקצועית על שירותי הפיזיותרפיה, הריפוי בעיסוק, התזונה וכו' במסגרת גריאטרית. בנוסף, בארגוני הבריאות השונים מפותחות תוכניות ייעודיות לזקנים: למשל, מנהל צוות רב מקצועי להפעלת תכנית למניעת נפילות, או צוות לאיתור והתמודדות עם דמנציה בקהילה. במוסדות הגדולים, פועלים מנהל מחלקה גריאטרית (אחראי על צוות המחלקה והטיפול הרפואי בה), מנהלת סיעוד

(אחראית על כלל האחיות והטיפול הסייעודי) ולעיתים אחראי רב-מקצועי (סגן מנהל רפואי) המתאם בין כל מקצועות הבריאות במוסד. תפקידים נוספים שקיימים בקופות ובארגונים הם מתאמי טיפול - אחיות ייעודיות שתפקידן לתאם את רצף הטיפול במטופלים מורכבים, במיוחד במעבר מבית החולים לקהילה, לדוגמה: אחות קש"ב: אחות מטעם מכבי שנמצאת בבתי חולים ומאתרת חולים שמצבם דורש התערבות במעבר לקהילה; ויחידת "מצפן" שמתאמת את השחרור ומלווה את המטופלים אחרי אשפוז. תפקידים כאלה מסייעים למנוע 'נפילה בין הכיסאות' ולוודא שכל גורמי המקצוע פועלים בסינרגיה. בנוסף, ישנם מרכזי מתנדבים המסייעים בהפעלת מתנדבים המספקים חברה ותמיכה לזקנים, וכן מנהלי מסגרות דיור מוגן ומנהלי בתי אבות המטפלים בצדדים הניהוליים-תפעוליים (כוח אדם, תקציב, תחזוקה) תוך הבטחת סטנדרט טיפול נאות. בקופת חולים מאוחדת לאור הזדקנות האוכלוסייה, הוקם מנהל אזרחים וותיקים (+65), המהווה גוף ייעודי האחראי על פיתוח, תיכנון וניהול תחומי הרפואה הגריאטרית ועל קידום תוכניות רב מקצועיות למניעה ודחיקת דרדור של הוותיקים (גרונטולוגיה). הובלת המנהל נעשית ע"י מנהל ארצי בשילוב עם רופאה גריאטרית ראשית. להגברת שיתופי פעולה קיים ייצוג לכלל המקצועות המטפלים בגריאטריה בקופה.

ניתן לסכם, שהמנהלים הקליניים והמנהליים, משמשים חוליה מקשרת בין הדרג הטיפולי לשלטונות הבריאות, ומוודאים יישום מדיניות, עמידה בתקנים, ופיתוח מתמשך של השירות הגריאטרי.

### 1.3 ניתוח פערים בתמהיל הקיים

למרות ריבוי התפקידים המתואר לעיל, מערכת הטיפול הגריאטרי בישראל מתמודדת עם פערים משמעותיים בתמהיל כוח האדם ובמימוש ומיצוי הסמכויות של בעלי התפקידים הקיימים. להלן הפערים המרכזיים:

**1. מחסור כמותי בכוח אדם מומחה:** ברמה הלאומית, מורגש מחסור חמור באנשי מקצוע בכל הדרגים. לפי נתוני 2025 של משרד הבריאות, בישראל פחות מ-700 רופאים מומחים בגריאטריה רשומים, ולפי דוח כוח אדם במקצועות הבריאות 2023 יש 369 רופאים מתמחים בגריאטריה (<chrome-extension://efaidnbmnfnkibaahiihlbngelbkpnhoh>) [https://www.gov.il/BlobFolder/reports/health-professions-manpower/he/files\\_publications\\_units\\_info\\_ma](https://www.gov.il/BlobFolder/reports/health-professions-manpower/he/files_publications_units_info_ma). חלק מהרופאים המוכשרים בתחום כלל לא עוסקים בו בפועל (משובצים כרופאי משפחה) וחלקם עומדים לצאת לפנסיה, כך שההיצע האמיתי אף קטן יותר. מצב זה מביא לכך

שמשרות גריאטרים רבות במוסדות ואף במרפאות קהילה נותרות לא מאוישות. למעשה, בעשור האחרון נסגרו עשרות מוסדות גריאטריים בארץ, עקב קריסה כלכלית וחוסר בכוח אדם רפואי מתאים. גם מחלקות גריאטריות חדשות שנבנו בבתי חולים אינן נפתחות מחוסר רופאים. **הפער אינו רק ברופאים:** תקינת כוח האדם הסיעודי ומקצועות הבריאות ביחס לאוכלוסייה לוקה בחסר. מנהלי בתי אבות מעידים כי לפי דרישות משרד הבריאות, כל מוסד שיקומי חייב רופא מומחה בגריאטריה, אחות גריאטרית ופיזיותרפיסט - "כל המקצועות האלה נמצאים בחוסר" - והמציאות היא שאין מספיק אנשי מקצוע כאלה למלא את התקנים. משכי ההמתנה הארוכים לטיפול פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ושירותים אחרים מעידים על מחסור: תורים ארוכים פוגעים בזמינות השירות, כך שקשה לקבל טיפול רציף ותדיר דיו בקהילה. המצב חמור במיוחד בטיפול הביתי - מספר המטפלים בתחומי הסיעוד, השיקום והרפואה הביתית קטן ביחס לגידול בצורך, ורבים אינם מעוניינים לעבוד במתכונת של ביקורי בית בשל העומס הלוגיסטי והעדר תגמול הולם. כתוצאה מכך חלק גדול מהזקנים המרותקים לביתם אינם זוכים לביקורי בית תקופתיים כנדרש ונותרים באחריות מרפאות קופות החולים, שאינן מצליחות להגיע אליהם בתדירות מספקת. לסיכום, קיים פער כמותי משמעותי בין הצורך הגובר לבין היצע כוח האדם המיומן - הן ברמה הארצית והן במוקדים מסוימים (למשל, אזורים פריפריים). לפי כל הדוחות של משרד הבריאות שיעור המועסקים במקצועות הבריאות ורופאים בכל ההתמחויות נמוך במחוזות הצפון והדרום משאר המחוזות.

**2. היעדר מוטיבציה לעבוד או להישאר בתחום הגריאטריה:** גם בעולם מתמודדים עם האתגר של משיכת כ"א רפואי לתחום הזקנה. סקר בקרב בוגרי רפואה בבריטניה מצא שרק כ-1.5% מהם בחרו בקריירה בגריאטריה 5 שנים לאחר סיום לימודיהם (אם כי נרשמה עלייה קלה לעומת שנים קודמות). נתון זה מדגים את הצורך בשיפור משיכה של רופאים לתחום, אפילו במדינות בהן הגריאטריה ותיקה וממוסדת. הנשירה קיימת גם בקרב מקצועות אחרים - למשל, פרמדיקים רבים שעובדים עם זקנים בקהילה (במסגרת נטלי, מוקדי חירום וכד') נוטים לעזוב לטובת תחומי רפואת חירום או לימודים מתקדמים, כך שלא נוצרת מסה קריטית שתשתלב בטיפול הראשוני בזקנים. שחיקה היא גורם נוסף: העבודה הגריאטרית עלולה להיות תובענית רגשית וגופנית (התמודדות עם סוף חיים, מטופלים עם דמנציה קשה, עומס בירוקרטי מול משפחות וכו'), מה שמוביל עובדים לעזוב לאחר מספר שנות שירות. מסיבות אלו, קיימת אי-יציבות בכוח האדם - מה שפוגע בהמשכיות הטיפול ובניסיון הנצבר במערכת.

**3. נשירה ודימוי מקצועי נמוך:** תחום הגריאטריה סובל ממיעוט מצטרפים חדשים, בין היתר עקב תדמיתו המתגרת. בקרב רופאים צעירים, ההתמחות בגריאטריה אינה מבוקשת - בישראל, נכון ל-2023, תקני מתמחים בגריאטריה נותרים לעיתים בלתי מאוישים, בניגוד להתמחויות מבוקשות כמו קרדיולוגיה או אונקולוגיה. ד"ר גלית קאופמן, מנכ"לית רשת מוסדות גריאטריים בית בלב, ציינה כי "זה לא מקצוע פופולרי בקרב רופאים" והסבירה שיש לכך מספר סיבות: שכר נמוך יחסית, יוקרה מקצועית נמוכה, ותפיסה שגויה של התחום כמדכדך או פחות מתגמל.

**4. פערי איכות וחפיפה בטיפול במקרים מורכבים:** הפערים הכמותיים משליכים גם על איכות הטיפול בזקנים מורכבים. ברמת המאקרו, היעדר צוות מספק, פוגע בעבודה בצוות רב-מקצועי אינטנסיבי. זקנים בעלי צרכים מורכבים (ריבוי מחלות, ירידה קוגניטיבית ותפקודית) דורשים שיתוף פעולה הדוק בין רופא, אחיות ומטפלים שונים. בפועל, עקב עומס ותקנים חסרים, אין תמיד אפשרות לקיים ישיבות צוות רב-תחומי סדירות ולהכין תכניות טיפול משותפות. הדבר מוביל לטיפול מקוטע ותגובה פחות אופטימלית לצרכי המטופל. בנוסף, יש מקרים של כפילויות או אי בהירות בחלוקת התפקידים: למשל, עובדים סוציאליים בקופות חולים מבצעים חלק מתפקידיהן של עובדות הרווחה ברשויות המקומיות, ולהיפך, ללא תיאום מלא. דוגמה נוספת היא הגדרת תחום ה"פסיכו-גריאטריה" - בישראל אין בהירות האם מדובר בפסיכיאטריה של הזקן (תת-התמחות בפסיכיאטריה) או חלק אינטגרלי מעבודת הגריאטר (שעוסק גם בנפש המטופל). מסמך מיפוי פנימי מציין שקיימת אי-בהירות לגבי הגדרת מקצוע "פסיכוגריאטריה" בישראל. חוסר בהירות זה מקשה על הגדרת סמכויות: לדוגמה, האם חולה הסובל מדמנציה עם הפרעת התנהגות יקבל טיפול פסיכיאטרי מחוץ למוסד או שהגריאטר אמור לטפל בכך בתוך המחלקה. בהיעדר הגדרה, האחריות "נופלת בין הכיסאות". גם בהיבט תרופתי - היעדר רוקחים קליניים במערך הקהילתי גורם לרופאים להתמודד לבד עם ניהול פוליפרמסיה, ולעיתים אין מעקב תרופתי מספק. סקרים מעלים שלמעלה מחצי מהזקנים בישראל נוטלים 5 תרופות ויותר, אך רק בחלק קטן מהמקרים נערכת להם ביקורת תרופתית שנתית שיטתית. יש לציין שמופעלת מזה כעשור תוכנית תיאום טיפול המשלבת בצוות - עו"ס עם אחות בטיפול בזקנים במצבים ירודים מוגדרים, שהחלה כפיילוט בישראל, אשר קיבלה הכרה ותקצוב והיא חלק מהחלטת ממשלה לרפורמה בסיעוד (2018). התוכנית פועלת כיום בכ-36 רשויות עם 58 צוותים. שותפים בתוכנית - משרדי הבריאות, שלוש מתוך ארבע קופות חולים, משרד הרווחה, הביטוח הלאומי, רשויות מקומיות וג'וינט אשל.

**5. היעדר תפקידים חיוניים חדשים והגדרות סמכויות לא ברורות:** חלק מפערי התמהיל קשורים לכך שישנם תפקידים הנחשבים סטנדרטיים בעולם, אך כמעט ואינם קיימים או לא מוגדרים בישראל. כבר הזכרנו את האחות המומחית ועמית הרופא - תפקידים המצויים בתהליכי פיילוט והטמעה אך עדיין לא נפוצים בשטח הגריאטרי (מספר האחיות המומחיות הפעילות בגריאטריה עדיין זעום, ועמיתי רופא ספורים בלבד מוכשרים מדי שנה). דוגמאות נוספות: גרונטולוגים קליניים - למרות ההכרה בערכם כמתאמי טיפול וכמקדמי בריאות, אין היום תפקיד מובנה לגרונטולוג במסגרת מוסדית. מתאמי טיפול - אף שקיימות יוזמות של קופות ורשויות (שילוב אחיות קופה עם עובדים סוציאליים ברשות המקומית לתיאום טיפול), התפקיד אינו ממוסד או בעל הגדרת סמכויות אחידה. במוסדות גריאטריים עצמם, פעמים רבות אין תקן ייעודי ל"מתאם טיפול" במחלקה; התפקיד נופל על מנהל המחלקה או עובדת סוציאלית ככל שיספיק זמנה. כמו כן, עוזרי מקצועות בריאות בדרג ביניים: בעוד שבעולם קיימים עוזרי פיזיותרפיסט ורפוי בעיסוק (Rehab Aides / Therapy Assistants) המאפשרים פריסה רחבה יותר של שירותי שיקום בהנחיית המטפל הראשי, בישראל המקצועות הללו לא קיימים רשמית. המשמעות היא שפיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק מבזבזים זמן על משימות פשוטות (הפעלת קבוצות תרגול בסיסיות, תיעוד שוטף) שיתכן שניתן היה להסמיך עוזר לבצען תחת פיקוחם. לבסוף, ליווי רוחני - על אף החשיבות המוכרת של תמיכה רוחנית ונפשית בזקן המתמודד עם מחלות קשות או סוף חיים, רק מסגרות בודדות (בעיקר הוספיסים או ביוזמות עמותות) מציעות מלווה רוחני, ובמערכת הציבורית התפקיד אינו מוגדר כלל. מומחים ממליצים לשלב מלווים רוחניים בקהילה ובמוסדות, אך נכון להיום מדובר בפער שירות ברור. הוואקום בתפקידים אלה מותיר צרכים לא מסופקים: זקנים ובני משפחותיהם עלולים לחוות חוסר אונים בניווט במערכת (בהיעדר מתאם טיפול), ירידה באיכות החיים (היעדר מענה רוחני/נפשי מספק), ושירותי שיקום מוגבלים (בהיעדר כוח עזר לפריסה רחבה). הפתרון דורש הן הגדרת תפקידים חדשים רשמית והן הקצאת תקנים ותקציבים לכך.

**6. כשלי תקינה ומיצוי כוח אדם קיים:** גם כאשר בעלי תפקידים אכן קיימים, לעיתים התקינה המוסדית הנוכחית אינה תואמת את הצרכים. עולה השאלה האם התקן הרשמי (מספר מטפלים ל-100 מיטות, למשל) מאפשר מתן שירות סביר. רבים סבורים שהתשובה שלילית - התקנים נקבעו היסטורית לפני כשלושה עשורים כאשר אוכלוסיית המאושפזים הייתה צעירה ופחות מורכבת, ואילו כיום המטופלים זקנים יותר, סיעודיים יותר, עם צרכים מרובים. יתרה מזאת, ישנם

מטפלים הקיימים במערכת אך אינם מנוצלים ביעילות בשל מגבלות רגולציה או דפוסי עבודה מיושנים. למשל, עד לאחרונה אחות מומחית, שהוכשרה באופן ייעודי, עדיין לא הורשתה לרשום מרשמים בגלל הגבלה חוקית, מה שמנע מימוש מלא סמכויותיה. גם כאשר הוסרו חסמים רגולטוריים, לעיתים המעסיקים עצמם אינם מודעים לסמכויות החדשות או שאינם משנים את מבנה העבודה, בשל "קיבעון" בהרגלים. כך, למשל, תואר שבמקומות בהם הוכשרה אחות מומחית, עדיין כל שינוי בתרופה בוצע רק ע"י רופא כי "כך היה תמיד", במקום לאפשר לאחות לנצל הכשרתה ולהקל עומס מהרופא. דוגמה נוספת: כיום חלק מהרופאים מבצעים משימות מנהלתיות רבות (מילוי טפסים, זימון תורים, בירורים טלפוניים) שאינן רפואיות גרידא. משימות אלו יכלו להיעשות על ידי מזכירה או באמצעים דיגיטליים, וכך "לשחרר" זמן רופא לטיפול קליני - אולם בפועל לא תמיד יש תמיכה מנהלית מספקת, והרופא מתבזבז על בירוקרטיה. פערי התקינה והניצול מתבטאים גם בהיעדר שירותים יזומים: למשל, הנחיית משרד הבריאות קובעת שחולים מרותקי בית זכאים לשירותי בריאות, הכוללים ביקורים של רופא ואחות, במסגרת היחידה להמשך טיפול בית של קופת החולים. זכאות זו נועדה להנגיש את הטיפול הרפואי בבית המטופל, אך כמות הביקורים וסוגם אינם מוגדרים כביקור שנתי אוטומטי לרופא ואחות בלבד. הביקורים מתבצעים לפי צורך, וכוללים בהם גם טיפולי מקצועות בריאות נוספים (חוזר מנהל הרפואה 4.2017 : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgl-clfindmkaj/https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr04-2017/he/files\_circulars\_mr\_MR04\_2017.pdf). אולם, קופות רבות אינן עומדות אף ביעד מינימלי זה בשל עומס ומחסור בכ"א. הפער בין סל השירותים הנדרש לבין היישום בפועל הוא סוגיה מהותית בתמהיל כוח האדם.

**לסיכום סעיף זה,** ניתן לומר כי המערכת הגריאטרית בישראל מתמודדת עם "מלכוד" של מחסור בכוח אדם, נשירה וקושי לגייס חדשים, לצד אי ניצול מלא של הכוחות הקיימים וחוסרים בתפקידים חדשים ייעודיים. התוצאה היא זמינות שירות נמוכה, איכות השירות נמוכה, תורי המתנה ממושכים, ועומס רב על העובדים הנמצאים בשטח. פערים אלו מדגישים את הצורך בשינוי מערכתי וחשיבה מחדשת על תמהיל העיסוקים הרצוי, כפי שיידון בהמשך.

## 1.4 מקצועות חדשים מוצעים לתחום / למערך הגריאטריה

**1. גרונטולוג:** במקביל להתמחויות הקלאסיות, עלתה בשנים האחרונות המודעות לצורך בשילוב גרונטולוגים - מומחים לגרונטולוגיה (מדעי הזקנה) - במערך הטיפול. גרונטולוגים אינם מקצוע קליני מוסדר (בניגוד לרופא או אחות), אלא בעלי השכלה אקדמית בהיבטים פסיכו-חברתיים וביולוגיים של ההזדקנות. בארגונים שונים צוין כי מומחי גרונטולוגיה יכולים לשמש **"מקדמי בריאות"** ייעודיים לקשישים, המסייעים בהפעלת תוכניות מניעה בקהילה, הגברת אוריינות בריאות דיגיטלית בקרב קשישים, יעוץ כלכלי ומיצוי זכויות, ועידוד לאורח חיים בריא. אחד הרעיונות הוא לפרוס בשטח מקדמי בריאות גרונטולוגיים שעברו לימודי גרונטולוגיה, היכולים לפגוש קשישים באופן אישי וקבוצתי - במרפאה, מרחוק או בבית - במטרה למנוע התדרדרות תפקודית ולדחות תלות. תחומי פעילותם עשויים לכלול עידוד פעילות גופנית ותזונה מתאימה, שיפור היענות לטיפול הרפואי, הגברת האוריינות הדיגיטלית לבריאות, סיוע בניווט במערכת הבריאות, ותיאום עם שירותי תמיכה ברשות המקומית (מועדונים, פעילויות חברתיות וכד'). כמובן, גרונטולוג שיש לו רקע מקצועי נוסף (כמו סיעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק וכו') יוכל לקבל סמכויות המתאימות להכשרתו המקצועית הנוספת. בארץ, עדיין אין תקינה רשמית לתפקיד "גרונטולוג בשטח", אך חלק מהקופות החלו להעסיק בעלי תואר בגרונטולוגיה ברמת מטה הארגון (למשל לצורך פיתוח סדנאות לקידום בריאות לקשישים). גרונטולוגים מביאים עמם ראייה רחבה ורב-תחומית של תהליכי הזקנה, והם מתמקדים לא רק בהיבטים רפואיים אלא גם בגורמים חברתיים, נפשיים וסביבתיים המשפיעים על בריאות הזקן. בכך, שילובם עשוי לתרום לגיבוש מדיניות ותוכניות התומכות בהזדקנות מיטבית בקהילה (<https://www.decent.com/blog/>) ([what-is-a-gerontologist-understanding-their-role-in-senior-health-care](https://www.decent.com/blog/what-is-a-gerontologist-understanding-their-role-in-senior-health-care)).

**2. מלווה רוחני (Spiritual Care):** בעולם מוכר תפקיד המלווה הרוחני כחלק חשוב במיוחד בטיפול פליאטיבי (תמיכה רוחנית ונפשית לחולים במצבי סוף-חיים), וכבר יש ניסיונות לשלב מלווים רוחניים גם בקהילה ובבתי חולים במסגרת הגריאטרית בישראל. תפקיד המלווה הרוחני הוא לתמוך במטופל ובמשפחתו בהתמודדות הרוחנית והנפשית עם מחלות קשות, זקנה וסוף חיים - באמצעות שיחות על משמעות החיים, טקסים דתיים או רוחניים לפי רצון המטופל, וסיוע במציאת תקווה ומשמעות. כיום מלווים רוחניים בקהילה פועלים בעיקר ביוזמות פרטיות או וולונטריות, ובמקומות בודדים במרכזים רפואיים, אך אין עדיין תקן ממשלתי מובנה לכך. מומחי גריאטריה מצביעים על הצורך להכיר בתפקיד זה

באופן רשמי ולהכשיר כוח אדם מתאים. בספרות מודגש כי הטיפול הרוחני הוא חלק מגישת "הרפואה ההוליסטית" - התייחסות לצרכי האדם בפרספקטיבה - סוציו-רוחניות ולא רק פיזיות ([pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)). מחקרים מצביעים שעבור מטופלים מבוגרים, סוגיות אקזיסטנציאליות ורוחניות (כמו תקווה, משמעות ואמונה) משפיעות על חוסנם הנפשי ועל יכולת ההתמודדות שלהם עם מחלה ואובדן ([pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)). לפיכך, שילוב ליווי רוחני בטיפול עשוי לשפר את רווחת המטופלים והמשפחות בעולם כבר פותחו תוכניות הכשרה בין-מקצועיות לצוותים המטפלים בקשישים, להענקת כלים בתחום הרוחני, מתוך הבנה שהיבט זה הוא חלק בלתי נפרד מהרווחה הכוללת של הקשיש.

**3. מתאמי טיפול ומרשמים חברתיים (Care Coordinators / Social Prescribing Facilitators):** מושג חדשני בשנים האחרונות הוא "מרשם חברתי" (Social Prescribing) - מודל שפותח בבריטניה, בו רופא או מטפל "רושם" למטופל פעילות חברתית או קהילתית במקום (או בנוסף) לטיפול תרופתי, כדי לחזק את בריאותו הגופנית והנפשית. בארץ החלו צעדים ראשונים בתחום: סטארט-אפים וארגונים (למשל: חברת AgeWise הישראלית) מיישמים את שיטת המרשם החברתי ([agewise.health](http://agewise.health)). הרעיון הוא לחבר את הקשיש למגוון פעילויות ושירותים בקהילה - חוגי העשרה והתעמלות, התנדבות, מפגשים חברתיים, מועדוני גיל זהב, קבוצות תמיכה וכד' - כ"תרופה" להפגת בדידות, שיפור מצב הרוח, ועידוד פעילות בריאה. **מתאם מרשם חברתי** הוא תפקיד שלרוב ממלאים עובדים סוציאליים, אחיות או גורמים קהילתיים כמו גרונטולוגיים שהוכשרו לכך. הם מקבלים הפנייה מצוות רפואי לגבי מטופל מבוגר, נפגשים איתו, מזהים צרכים חברתיים/רגשיים, ומתאימים לו "מרשם" אישי לפעילות בקהילה. לאחר מכן הם מלווים אותו בכניסה לפעילות ועוקבים אחר השתלבותו. תפקיד זה, שכבר נפוץ בבריטניה, מגשר בין שירותי הבריאות לשירותי הרווחה עבור המטופל הקשיש - במקום עוד תרופה, המטופל מקבל המלצה להשתתפות בפעילות שתעשיר את חייו. בכך מצמצמים עומס על מערכת הבריאות, מפחיתים ביקורים מיותרים, ותומכים בהזדקנות בריאה ופעילה. בישראל הבסיס לעשייה בתחום זה כבר קיים: מודלים להפעלת **רכז מרשם חברתי** מיושמים בפיילוטם בקופות וביישובים, ובתקווה יהפכו לחלק מהמערך השגרתי בטיפול בזקנים. המטרה היא שבדומה לבריטניה, בה כל רופא משפחה יכול להפנות למתאם חברתי, גם בארץ יאומץ המודל באופן רחב, תוך שיתוף פעולה בין מערכת הבריאות, הרשויות המקומיות והעמותות.

#### 4. מקצועות עזר למקצועות הבריאות: עוזרי פיזיותרפיסט וריפוי בעיסוק

##### **Occupational Therapy Assistants - PTA) ו- (Physical Therapy Assistants - OTA)**

עזר בתחום מקצועות הבריאות, כגון עוזר לפיזיותרפיסט (PTA) ועוזר למרפא בעיסוק (OTA) - בעלי הכשרה ייעודית המסייעים לפיזיותרפיסטים או למרפאים בעיסוק במתן הטיפול, תחת פיקוחם. עוזרי פיזיותרפיה מסייעים בהדרכת המטופלים בביצוע התרגילים, בניידות, בהפעלת מכשור שיקומי, ובמעקב אחרי התקדמות המטופל, ובכך מאפשרים לפיזיותרפיסט המטפל לטפל ביותר מטופלים או להתמקד במקרים מורכבים (provocollege.edu). הם תורמים במיוחד בהפעלת תוכניות שיקום שגרתיות - למשל הדרכת קבוצות תרגול לקשישים או ביקורי בית לפיזיותרפיה בסיסית - בהנחיית הפיזיותרפיסט. בדומה לכך, עוזרי מרפאים בעיסוק (OTA) מסייעים בקיום מפגשי טיפול בעיסוק, בהדרכת מטופלים בתרגול מיומנויות יומיומיות, בהתקנת אביזרי עזר ושינויים בבית, וכן בתיעוד ומעקב. בארה"ב, למשל **OTA בגריאטריה** תורם לתחזוקת עצמאות הקשישים בכך שהוא עובד עם המטופלים על פעילויות יום-יום (ADL) כמו לבוש, אכילה והיגיינה, מלמד שימוש באביזרי עזר (הליכון, כיסא רחצה וכד'), ומבצע הערכת בטיחות בבית למניעת נפילות (brooklinecollege.edu). הכנסת תפקידי עזר כאלה בישראל - תחת רגולציה ופיקוח מתאימים - עשויה להגדיל את נפח וטווח שירותי השיקום הניתנים לקשישים, לאפשר טיפול בתדירות גבוהה יותר ולצמצם רשימות המתנה. חשוב לציין שעוזרי מקצועות בריאות אינם עצמאיים; הם פועלים כחלק מהצוות בהנחיית המטפל המוסמך, מה שמבטיח שמירה על איכות הטיפול. מהלך כזה יצריך יצירת מסלולי הכשרה והסמכה מתאימים (למשל במכללות או אוניברסיטאות), וחקיקה שתאפשר העסקתם במסגרת חוגית ומוגדרת.

#### 5. עמית / עוזר רופא (Physician Assistant - PA): המקצוע "עמית רופא" הוא

מקצוע בריאות חדש בישראל והוא מתווסף למקצועות הבריאות הקיימים היום [בחק החדרת העיסוק במקצועות הבריאות, תשס"ח - 2008](https://www.gov.il/he/pages/licensing-medical-physician-assistance). המקצוע הוסדר לאחרונה במסגרת תיקון מספר 8 לחוק שנכנס לתוקף ב- 07.08.2024 (<https://www.gov.il/he/pages/licensing-medical-physician-assistance>). מדובר בבעלי הכשרה רפואית מתקדמת (לרוב פרמדיקים או חובשים בעלי תואר שני) המסייעים לרופאים בביצוע בדיקות, אבחון ראשוני וטיפול שוטף. על-פי החוק, עוזרי הרופא יהיו בעלי תואר שני ייעודי, ויעברו בחינת רישוי של משרד הבריאות (בדומה למבחני הרישוי לרופאים). במסגרת תפקידם, ובהתאם

להגדרת סמכויות בחוק, PA בישראל יורשה לאבחן מחלות, לקבוע ולנהל תוכנית טיפול, לרשום תרופות ולבצע פרוצדורות רפואיות מתקדמות - תמיד תחת אחריות ופיקוח רופא. המודל דומה למקובל בארה"ב, שם עובדים כיום מעל 160 אלף עוזרי רופא בתחומי התמחות שונים. כבר כיום, יש בישראל כ-100 עוזרי רופא (בעיקר פרמדיקים לשעבר) המשולבים בעיקר בחדרי מיון בבתי חולים. שילוב PA במחלקות גריאטריות יכול לסייע להקל את עומס הרופאים, לקצר זמני המתנה ולשפר נגישות לטיפול רפואי שוטף - למשל, PA יכול לבצע קבלה והערכה ראשונית של מטופלים, לעקוב אחר מצב כרוני, ולהשתתף בסבבים רפואיים, בעוד הרופא מתפנה להתערבויות המורכבות. שילוב נרחב ומושכל של עוזרי רופא במערך הגריאטרי, עשוי לשפר את זמינות הרופא, במיוחד בשעות כוננות ותורנויות, ולאפשר טיפול מהיר יותר במקרי חירום או שינוי במצבו של דייר במוסד.

**6. מקצועות טיפוליים מלווים:** בנוסף לצוות הרפואי והשיקומי, נדרשת בגריאטריה שכבה של מקצועות טיפול מלווים כמו: תרפיה באמנות, מוזיקה, דרמה, מחולתנועה, ביבליותרפיה, גינון טיפולי, טיפול באמצעות בעלי-חיים (כלבנות טיפולית) ואף ליצנות רפואית, המשלימים את המענה הביו-פסיכו-חברתי. מטפלים אלה מסייעים בוויסות התנהגותי-רגשי ובהפחתת אי-שקט, חרדה ודיכאון; בשימור תפקודים קוגניטיביים (זיכרון, קשב, תפקודים ניהוליים) ובהגברת מוטיבציה לשיקום; בשיפור תקשורת, שיתוף פעולה והיענות לטיפול (כולל אכילה, הידרציה ופעילות גופנית עדינה); ביצירת חוויה משמעותית ואיכות חיים, ובתמיכה בבני משפחה ומטפלים. היישום בשטח נתקל באתגרים: מחסור בתקנים וכוח אדם מיומן בזקנה, היעדר תקצוב והחזרי סל סדורים, שונות ברגולציה ובהסמכה, קושי במדידת תוצאות מיידיות והטמעת מדדים בתיק הרפואי, מגבלות פיזיות של מרחב וזמן במחלקות, נהלי בטיחות, והמשכיות טיפול בין אשפוז לקהילה. שילוב מתוכנן כחלק מתכנית שימור יכולות ושיקום אינטרדיסציפלינרית, עם פרוטוקולי הפניה, מטרות מדידות ותיעוד שיטתי-מגדיל את הערך הקליני והמערכתי של מקצועות אלו.

**7. טכנולוגיות מסייעות:** רובוטיקה ובינה מלאכותית בטיפול - בשנים האחרונות גובר העניין בפתרונות טכנולוגיים להשלמת כוח האדם והגברת העצמאות של זקנים.

- ◆ **טכנולוגיות מתקדמות** כגון רובוטים חברתיים, בינה מלאכותית (AI), עוזרים קוליים ומערכות בית חכם, מציעות מודלים חדשניים לתמיכה בצוות המטפל. כבר כיום, ממשקי קול כדוגמת Alexa או Siri מאפשרים לזקן לבצע פעולות באמצעות דיבור (למשל לברר מידע, להדליק מכשירים), ובכך להפחית תלות בזולת. רובוטים חברתיים דוגמת "Cari" - רובוט שפיתחה חברת Intuition Robotics הישראלית, משמשים כעוזרי סיעוד וכחברים אלקטרוניים: הם מסוגלים לתקשר (בשיחה ובשפת גוף), לזהות רגשות ודפוסי התנהגות, להזכיר נטילת תרופות או מפגשים, להדריך בתרגילי התעמלות מותאמים, ולהעניק חברה ותחושת נוכחות בהתאם לצורכי כל זקן ([beitor.co.il](http://beitor.co.il)). מומחים מציינים שרובוטים כאלה אינם "רובוטי שירות" בלבד - עבור זקנים בודדים הם עשויים להרגיש כמו חברים של ממש, כיוון שהם לומדים את ההרגלים והאישיות של כל מטופל ומתאימים את עצמם אליו, מה שתורם להפגת בדידות, לשימור התפקוד הקוגניטיבי ולהעלאת איכות החיים. עם זאת, המומחים מדגישים כי המטרה של הרובוטים אינה להחליף אינטראקציה אנושית, אלא למלא חללים שבהם אין יד אנושית זמינה. רובוט חברתי נועד להיות "בן לוויה" כשאינן אדם ליד הזקן - להקשיב, לשוחח, להזכיר שיש מי שצריך אותך - אך לא למנוע מגע אנושי כשזה אפשרי.
- ◆ במקביל, **מערכות AI לניטור ובריאות מרחוק** נכנסות לבתים ולמוסדות: חיישנים ביתיים ומצלמות חכמות יכולים לזהות נפילה של זקן ולהזעיק עזרה באופן אוטומטי. פרויקט ניסויי בגרמניה מצא שמערכת AI כזו, המסוגלת לזהות נפילות והפקת דו"ח אירוע, עשויה להפחית משמעותית את עומס העבודה של הצוות הסיעודי - אם ההוכחה תצלח, זו תהיה אבן דרך שתוכיח כי בינה מלאכותית מסוגלת כבר כיום לקחת על עצמה משימות שגרתיות בטיפול ([ergo.com](http://ergo.com)).
- ◆ טכנולוגיות נוספות כוללות רובוטים לשינוע ולוגיסטיקה בתוך המוסד (להעברת מצעים, תרופות, מזון), זרועות רובוטיות לסיוע בהרמה והעברת מטופלים בעלי מוגבלות תנועה, ורובוטים לווין לתמיכה בתקשורת מרחוק ([telepresence](http://telepresence)), המאפשרים לרופא או לבן משפחה "לבקר" את הזקן דרך רובוט נע. ביפן - המדינה עם שיעור הזקנים הגבוה בעולם (כ-30% בני +65 בשנת 2023) - מושקעים משאבים רבים בפיתוח רובוטי טיפול כדי להתמודד עם מחסור מטפלים: אבטיפוס רובוט ה-AIREC (משקל 150 ק"ג) שנבחן שם ב-2025 מתוכנן לבצע מטלות פיזיות קשות כגון הרמת מטופל או סיוע בהלבשה והיגיינה אישית, משימות שמעיקות פיזית על צוות סיעודי אנושי ([rgo.com](http://rgo.com)).

יישום טכנולוגיות בינה מלאכותית ורובוטיקה במערך הגריאטרי מעלה גם שאלות אתיות ופרקטיות: יש להבטיח שהטכנולוגיה קלה לשימוש עבור הזקנים, שלא תגרום לתחושת ניכור או פגיעה בכבוד, ושתתלב תוך פיקוח של הצוות. שילובן באופן נכון יכול להפחית עומסים מהצוות, להגביר בטיחות (לדוגמה מניעת נפילות באמצעות חיישנים חכמים), להגיש פעילויות חברה לכל זקן (למשל רובוט משוחח למי שבודד), ולאפשר הזדקנות פעילה ובטוחה יותר בסביבה הביתית והמוסדית. זוהי מגמה עולמית שאף מערכת בריאות מודרנית לא תוכל להתעלם ממנה בשנים הבאות.

**לסיכום חלק זה**, הצוות הגריאטרי כולל מגוון רחב של מקצועות - רפואיים, סיעודיים, מקצועות בריאות, מקצועות תומכים וניהוליים - כל אחד מהם ממלא תפקיד משלים בשרשרת הטיפול ההוליסטית בזקן.

## 1.5 השוואה בין ישראל לעולם

האתגרים המתוארים אינם ייחודיים לישראל - מדינות רבות מתמודדות עם הזדקנות אוכלוסייה ועם הצורך בהתאמת מערך כוח האדם. עם זאת, ישנם הבדלים משמעותיים בהכרה במקצוע הגריאטריה, בארגון השירותים ובתמהיל הצוות בין ישראל לבין מדינות אחרות. להלן כמה נקודות להשוואה:

**1. הכרה והתמחות בגריאטריה:** בישראל הגריאטריה היא התמחות רפואית מוכרת מאז שנות ה-80, אך שיעור הרופאים הבוחרים בתחום נותר נמוך - פחות מ-1% מהרופאים הצעירים, בדומה לנתוני בריטניה - ביחס לגודל אוכלוסיית הזקנים. עם זאת, בבריטניה נתפסת הגריאטריה כתחום מוביל אקדמית וקלינית, והמדינה נחשבת לחלוצה עולמית בטיפול באוכלוסייה המבוגרת, עם איגוד מקצועי חזק (BGS) ותשתית מחקר מפותחת. על אף שמספר הגריאטרים בבריטניה נמוך יחסית לגודל האוכלוסייה (כ-1,500 גריאטרים מומחים - גריאטר אחד על כ-4,800 זקנים, לעומת כ-700 בישראל - גריאטר אחד על כ-3,000 זקנים), התחום נחשב שם חזק במיוחד. זאת משום שהמערכת הבריטית מבוססת על חלוקת אחריות רחבה: רופאי משפחה וצוותים רב-מקצועיים - ובהם אחיות, פיזיותרפיסטים ועובדים סוציאליים - מובילים את מרבית הטיפול בקהילה, בהתאם למדיניות ה-NHS המדגישה טיפול קהילתי ומניעתי (<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/>) (roles-doctors/medicine/geriatric-medicine). כך נוצר בבריטניה מענה כולל, אפקטיבי ורב-תחומי לאוכלוסייה המזדקנת, גם עם מספר מצומצם יחסית של

גריאטרים מומחים. מנגד, יש מדינות שבהן הגריאטריה עדיין אינה מוכרת כלל כמומחיות: בסקירה מ-2021 צוין כי בכמה מדינות בבלקן, למשל, אין התמחות גריאטריה רשמית, והטיפול בזקן מתבצע על ידי רופאי משפחה או רופאים פנימיים ללא הכשרה ייעודית. במקומות אלו, עקרונות הגריאטריה "אינם ידועים או ממומשים", מה שמהווה מחסום בפני טיפול מותאם לגיל המבוגר. בהיבט זה, ישראל במצב ביניים - קיימת מומחיות רשמית, אך היא דלה בכוח אדם ואינה זוכה לעדיפות גבוהה. מדינות מובילות (כמו בריטניה, קנדה, אוסטרליה) משקיעות בתמריצים לעידוד רופאים להיכנס לגריאטריה, מתוך הבנה שהביקוש רק יגדל. לדוגמה, ממשלת בריטניה מציינת ש"זה זמן מרגש להיות בגריאטריה" - יש יותר תקנים ליועצים (Consultants) מאשר ברוב התחומים האחרים, ומתפתחות תתי-התמחויות חדשות, שכן תחומים אחרים ברפואה מבינים את הערך שגריאטר יכול להביא לצוות שלהם. נרשמת עלייה בשילוב גריאטרים בצוותים כירורגיים (לניתוחים בזקנים), במחלקות מיון, ובהובלת תוכניות לטיפול אינטגרטיבי בקהילה. בישראל ניצנים כאלה רק מתחילים להופיע, למשל הכשרת רופאים פנימיים בגריאטריה.

**2. צוות רב-מקצועי וטשטוש גבולות מקצוע:** בעולם המערבי, המודל הרב-מקצועי בטיפול בזקן מושרש ונתפס כמהותי להצלחה. לדוגמה, בבריטניה ובארה"ב, עבודה בצוות רב תחומי Multidisciplinary Team היא אבן יסוד: "אחת ההנאות הגדולות בעבודה בגריאטריה היא הצוות הרב-תחומי - מטופלינו זקוקים לפיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, רוקחים, עובדות סוציאליות וכו' כחלק מהטיפול" מצוין רופא בריטי. גם איגוד הגריאטריה האמריקאי (AGS) מדגיש שצוותי הזקנה הם מטבעם בין-מקצועיים (Interprofessional): חברי AGS כוללים לא רק גריאטרים, אלא גם אחיות גריאטריות מומחיות, עובדים/ות סוציאליים, רופאי משפחה, עוזרי רופא, רוקחים ועוד, כולם שותפים לקידום הטיפול ההוליסטי בזקן. התרבות המקצועית בגישה זו מעודדת טשטוש גבולות חיובי: כל בעל מקצוע מביא מומחיות משלו, אך ישנה חפיפה מסוימת בסמכויות כדי להבטיח שאף צורך לא יזנח. למשל, בארה"ב Nurse Practitioners גריאטריים רשאים לבצע רבות מהפעולות שרופא היה עושה (מרשמים, הפניות), ופועלים בצמוד לרופא אך גם באופן עצמאי; עוזרי רופא (Physician Assistants) משתלבים בבתי אבות ובמרפאות גריאטריות ומרחיבים את הנגשת השירות הרפואי. בישראל, כאמור, תפקידים אלה רק בחיתוליהם. בבריטניה קיימות אחיות מתאמות (Case Managers) בכל מחוז, העוקבות אחר חולים גריאטריים מורכבים בקהילה; בארץ תפקיד דומה קיים ביוזמות נקודתיות אך לא באופן גורף. הבדל נוסף: בארה"ב קיים מקצוע של Geriatric Care Manager - לרוב בעלת תואר סיעוד

או עבודה סוציאלית המתמחה בניהול כולל של טיפול בזקן, בשכר פרטי, עבור משפחות מבוססות. בארץ תפקיד כזה אינו נפוץ (למעט מספר אחיות פרטיות שעובדות כ"מנהלות טיפול" במשפחות שיכולות לממן זאת מכיסן).

**3. הכשרת כוח עזר ותפקידי ביניים:** במדינות רבות הוכנסו בשנים האחרונות תפקידי ביניים (במודל של ריבוד מקצועי) כדי להתמודד עם מחסור בכוח אדם מקצועי. בבריטניה, למשל, פותח תפקיד ה-Nursing Associate לסייע לאחיות, ובקנדה ואוסטרליה נפוצים ה-Occupational and Physiotherapy Assistant ו-Therapy Assistant שמאפשרים להרחיב שירותי שיקום. בישראל, כפי שצוין, אין עדיין הסדרה של עוזרי מקצועות בריאות, אך לאחרונה משרד הבריאות החליט במאי 2025 (<https://www.gov.il/he/pages/manpower-assitant-care-giver>) להקים ועדה אשר תבחן את האפשרות לשלב בישראל העסקת "עוזר מטפל למקצועות הבריאות" במתארים (פורמטים) שונים. בעולם, מודל זה הוכיח עצמו ביכולת להגיע ליותר מטופלים: לדוגמה, בארה"ב צוות פיזיותרפיה במחלקת שיקום, מורכב לרוב מפיזיותרפיסט מוסמך אחד המשגיח על 2-3 Assistants שמבצעים טיפולים שגרתיים - כך יכול כל פיזיותרפיסט להכפיל את מספר המטופלים שלו. פער זה מחדד את הצורך בישראל לאמץ מגמות דומות, במיוחד לאור העובדה שרבים מהזקנים זקוקים לשיקום ביתי בקהילה.

**4. תפקידי רוקחות ופרמדיקים בקהילה:** במדינות כמו ארה"ב, קנדה ובריטניה, רוקחים קליניים משולבים בצוותי טיפול ראשוני. זקן המשוחרר מבית חולים נבדק ע"י רוקח קליני בקהילה לבדיקת התאמת התרופות החדשות, ובמקרים של ריבוי תרופות ניתן להתייעץ עם רוקח. בישראל רק מתחילה מגמה כזו, בעיקר בקופות: למשל מכבי מפעילה שירות "התייעצות עם רוקח" טלפונית או פרונטלית למטופלים עם מעל 10 תרופות, אך בהיקף מוגבל. כמו כן, בעולם מתפתח תחום ה-Community Paramedicine - פרמדיקים המבקרים בבית מטופלים כרוניים כדי לבצע הערכות בסיסיות, בדיקות דם, מתן עירויים ואף טיפולים דחופים פשוטים, כגיבוי לרופא. בישראל עדיין לא קיים מסלול רשמי לכך, אך הועלו הצעות לשלב פרמדיקים במרפאות וביחידות הבית (לאור העובדה שרבים מהם פורשים מרפאות החירום ומחפשים אפיקים אחרים). משרד הבריאות אכן קיבל בקשות להתיר לפרמדיקים לעבוד במוקדי רפואה דחופה ואף להשתתף בצוותי אשפוז בית (למשל לקחת בדיקות דם בבית מטופל במקום רופא). בעולם הרחב תפקידי הפרמדיק והרוקח בקהילה הותאמו כדי להקל על העומס מהרופאים, בעוד בישראל פוטנציאל זה עדיין לא ממומש.

**5. השקעה באינטגרציה וברצף טיפול:** מדינות מובילות משקיעות בפיתוח מודלים אינטגרטיביים לטיפול בזקן, החוצים בין בית, קהילה ובית חולים. למשל, בניו זילנד ובאירלנד נוסו מודלים של מרכזי שילוב (Integrated Care for Older People. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope>) שבהם צוות רב-מקצועי מוביל את המטופל ברציפות בין אשפוז לבית. בצרפת פותחה תכנית "מסלול בריאות אישי לזקן בסיכון לאובדן עצמאות" המאגדת תוכנית פעולה רב-מקצועית תחת אחריות רופא המשפחה. מטרת כולם - לשמור את הזקן בקהילה ככל האפשר ולמנוע הידרדרות תפקודית ואשפוזים מיותרים. בישראל, תפיסת הרצף הטיפולי עדיין מתקשה למימוש: קיימים פערים בין קופות חולים למוסדות אשפוז (למשל העברת מידע רפואי חלקית), וקשר חלש בין בית האבות לקופת החולים של הדייר. בעולם מבינים שהפרדה כזו אינה יעילה - בבריטניה, לדוגמה, אם זקן מתאשפז בבית אבות, המידע שלו עדיין זמין לרופא המשפחה דרך מערכת משותפת; בישראל דבר זה נדיר. נושא נוסף הוא תקינת כוח אדם ורגולציה: מדינות סקנדינביה, למשל, קובעות יחס מטפלים-מטופלים גבוה יותר מאשר בישראל, ומשקיעות יותר בתקני כוח עזר. השוואה שנערכה העלתה כי מספר שעות הטיפול הסייעדי לדייר ביום בנוורבגיה כפול מאשר בבית אבות ממוצע בישראל, מה שמתבטא באיכות טיפול גבוהה יותר (למשל פחות פצעי לחץ וקשירה מגבילה). אלו דוגמאות לכיוונים שישראל יכולה לשאוף אליהם. יש לציין שבימים אלו רץ פרויקט בשם "גשר לבריאות" בשותפות בין משרד הבריאות, קופ"ח מאוחדת וג'וינט אשל המנסה להתמודד יותר ביעילות עם רצף טיפול - אשפוז-קהילה, ובמסגרת הפיילוט פותח גם מדד שברירות לישראל.

**6. תמיכה מערכתית ומדיניות:** בעולם מתחזקת ההבנה שצריך לתמרץ צעירים להיכנס למקצועות הגריאטריה. בארה"ב, האגודה האמריקאית לגרונטולוגיה (GSA) וארגונים אחרים פועלים לשיפור הדימוי של מקצועות הזקנה - קמפיינים, מלגות לסטודנטים, וחברות חינוך לאגודה עבור מתמחים, כדי למשוך דור חדש. נושא זה יפורט בפרק התמריצים.

בבחירת המצב הכולל, ניתן לומר שישראל נמצאת בפיגור מסוים בהטמעת חלק ממגמות העולם המערבי בתחום הגריאטריה. בעולם כבר קיבלו את העובדה שהטיפול בזקן אינו רק עניין רפואי צר אלא מערב צוות רחב, דורש גמישות בהאצלת סמכויות, ושילוב טכנולוגיות וחדשנות ארגונית. עם זאת, ישראל ערה לפערים ומתחילה בצעדים הראשונים לסגירתם - כפי שיפורט בהמלצות המדיניות.

## 1.6 סיכום חלק תמהיל עיסוקים

תחום הגריאטריה במוסדות הטיפול הממושך ובקהילה בישראל ניצב בפני צומת דרכים. מצד אחד, המחסור בכוח אדם והפערים בתמהיל הקיים מהווים איום על יכולת המערכת לספק טיפול איכותי לאוכלוסיית הזקנים ההולכת וגדלה. מצד שני, קיימים פתרונות ויש מגמות חיוביות - תפקידי מומחיות חדשים, נכונות לאמץ טכנולוגיות, ותשומת לב גוברת של קובעי המדיניות להזדקנות האוכלוסייה. בסקירה זו בחנו את המצב הנוכחי - מגוון התפקידים הקיימים ותרומתם הייחודית - וזיהינו את המקומות הדורשים חיזוק ושינוי. ההשוואה הבין-לאומית מחדדת שישראל יכולה ללמוד רבות ממדינות אחרות בתחום ארגון הצוות הגריאטרי, אם כי עליה להתאים את הפתרונות לתנאים המקומיים.

השוואה בין המלצות כנס ים-המלח ה-12 בעניין תמהיל העיסוקים לבין פרק 'תמהיל העיסוקים בגריאטריה בישראל' בכנס ים המלח ה-23 המתוכנן

<b>הצעות לדיון בכנס ים המלח ה-23 - תמהיל העיסוקים בגריאטריה בישראל"</b>	<b>ספר כנס ים-המלח ה'12</b>	<b>תחום</b>
<p>מתוארת חלוקה מפורטת של כלל בעלי המקצוע - רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, דיאטנים, פסיכולוגים ואחרים - וכן המעברים בין קהילה (בית), אשפוז בבי"ח והמוסד</p>	<p>הודגש הצורך בעבודה רב-תחומית, בתיאום בין מערכות הבריאות, הרווחה והעבודה, ובהקמת מנגנוני תיאום קבועים ברמה הלאומית והקהילתית.</p>	<p>צוות רב-מקצועי ורצף טיפול</p>
<p>יצוין המחסור החרیف בכוח-אדם והצורך בעדכון תקינה ובהרחבת ההכשרות המקצועיות. אשר ידון בכנס.</p>	<p>הומלץ להסדיר תקנים לצוותים, לפתח מערך הכשרות ייעודיות בתחומי הגריאטריה, ולהקים מערך פיקוח מקצועי ותמריצים לשימור כוח-האדם.</p>	<p>הכשרה ותקינה</p>
<p>הוצעו תפקידים חדשים ומוגדרים: גרונטולוג לקידום בריאות, עוזר רופא, מתאם מרשם חברתי, מלווה רוחני, עוזרי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק, ומטפלים משלימים.</p>	<p>נכתב על הצורך בהרחבת תחומי אחריות ובהקמת תפקידי ביניים במערכת הבריאות והסיעוד, אך לא פורטו שמות של תפקידים ספציפיים כמו עוזר רופא או עוזרי מקצועות בריאות.</p>	<p>תפקידי ביניים וחדשים</p>
<p>יוקדש במסמך התייחסות לנושא השילוב של טכנולוגיות מתקדמות - רובוטיקה טיפולית, ניטור מרחוק, טלה-רפואה, עיבוד נתונים ותמיכה בהחלטות קליניות.</p>	<p>לא נידונה באופן ישיר בהקשר של תמהיל העיסוקים.</p>	<p>טכנולוגיה ובינה מלאכותית</p>

לקראת כנס ים המלח 2025 שבמסגרתו ידונו נושאים אלה, נציע כמה שאלות פתוחות למחשבה ולדיון, על מנת לכוון את השיח ולחדד נקודות מפתח להמשך הדרך:

1. אילו סמכויות חדשות אפשר לתת לבעלי מקצוע קיימים? ואיזה תחומי אחריות צריך להוריד מהם לטובת בעלי תפקידים אחרים (דרגי ביניים חדשים)? איך מבטיחים מיצוי מלא של הפוטנציאל המקצועי שלהם? מה הוא התמהיל הנכון/יעיל למתן טיפול איכותי והוליסטי בגריאטריה?
2. באילו יחסים של מטפל-מטופל (רופא, אחות, פיזיותרפיסט וכו') צריך לעמוד מוסד סיעודי/שיקומי כדי להבטיח טיפול איכותי? מהי התקינה הרצויה במוסדות הגריאטריים וכיצד לעדכנה? ומה יהיו מקורות המימון להעלאת/שינוי התקינה - ממשלה, ביטוחים סיעודיים, השתתפות המטופלים?
3. כיצד לשלב מקצועות ותפקידים חדשים במערכת הקיימת? - אם נגדיר תפקידים כמו גרונטולוג, מקדם בריאות, מלווה רוחני, עוזר פיזיותרפיה / מרפא בעיסוק, עמית רופא - מה יהיו צעדי ההטמעה? מי יפקח מקצועית על עבודתם (למשל, תחת איזה אגף במשרד הבריאות הם ייפעלו)? איך נמדוד את תרומתם כדי להצדיק הרחבתם? ואיך נביא את השטח (מנהלים ועובדים / איגודים מקצועיים) לתמוך ולקבל שינויים אלו במקום להתנגד? איך ואיפה תשתלב הטכנולוגיה והבינה המלאכותית במערך הטיפולי? וכיצד נבטיח איכות הטיפול?

שאלות אלו הן רק חלק מסוגיות רבות שראויות לדיון. המשותף לכולן הוא השאיפה להעמיד את המטופל הזקן במרכז, ולבנות סביבו מערכת מטפלת מיטבית - כזו המשלבת ידע רפואי, סיעודי, שיקומי, נפשי ורוחני, עם כוח אדם מנוסה ומסור, בתנאים ארגוניים ותשתיתיים ראויים. התשובות אינן טריוויאליות, אך דיון פתוח ושיתוף מגוון הדיסציפלינות יתרמו למציאת פתרונות חדשניים וישימים. המסגרת האקדמית-מקצועית של כנס ים המלח מאפשרת לחשוב ולעצב יחד את עתיד הטיפול בזקנים בישראל, בתקווה להתקדם ממערך במצוקה למערכת איתנה, יעילה וחומלת.

## 1.7 סיכום המלצות הצוות

### חלק 1: תמהיל העיסוקים בתחום הגריאטריה בישראל

#### המלצות לתמהיל העיסוקים העתידי:

1. דרגי ביניים ועוזרי מקצועות בריאות

◆ אימוץ מודל מקצועות ביניים בדומה למדינות אחרות: עוזרי רופא, אחיות מומחיות קליניות (להרחיב את הקיים), שילוב פרמדיקים בקהילה, ועוזרי מקצועות בריאות (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, דיאטנות, הפרעות בתקשורת) הפועלים תחת פיקוח מקצועי.

◆ הגדרת רשימת פעולות פשוטות שניתן להאציל לדרג ביניים ולעוזרי מקצועות הבריאות (תרגולים שיקומיים בסיסיים, הדרכת משפחה, מעקבים שגרתיים ותיעוד), כדי לפנות את זמנם של בעלי ההכשרה הארוכה למשימות המורכבות יותר.

2. תפקידים חדשים בגריאטריה

◆ "נאמן גריאטריה" ברפואת המשפחה: רופאי משפחה בעלי הכשרה גריאטרית ייעודית, שינהלו את תחום הזיקנה במרפאה, יבצעו הערכות גריאטריות מקיפות ויהוו כתובת לייעוץ לצוות.

◆ מנהל טיפול ומתאם מרשם חברתי: בעלי מקצוע (לרוב אחות או עובד סוציאלי עם הכשרה בגרונטולוגיה \ גריאטריה) שירכזו את ניהול המקרה המורכב, יחברו בין שירותי בריאות, רווחה וקהילה ויסייעו בהתמודדות עם בדידות, זכויות וסוגיות משפחתיות.

◆ יחידות גריאטריות ניידות בבתי החולים: צוות גריאטרי רב־מקצועי המטפל במאושפזים זקנים בכל המחלקות, בדומה למודלים שפותחו במרכזים רפואיים בעולם, במקום להסתפק באגף גריאטרי נפרד.

3. התאמת התקינה ותמהיל העיסוקים:

◆ העלאת התקינה במחלקות שיקום ובסיעודי מורכב: בחינת יחסי צוות- מטופל בשיקום גריאטרי ובמחלקות סיעוד מורכב, שבהן מטופלים המקרים הקשים ביותר, והבאת התקינה לרמה שאינה נמוכה משיקום כללי.

◆ שינוי התקינה במחלקות המטפלות באנשים מבוגרים: הכרה בכך שתמהיל המטופלים ברוב מחלקות בית החולים מזדקן, ולכן יש להכניס יותר מיומנויות גריאטריות - למשל עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים עם הכשרה בגריאטריה/גרונטולוגיה - גם למחלקות פנימיות, נירולוגיות, מלר"ד, חדרי ניתוח וכירורגיות.

#### 4. הגדרת תפקיד הגרונטולוג

◆ יש להקים ועדה מקצועית שתגדיר מודל מוסדר לתפקיד הגרונטולוג במערכת הבריאות, כולל סמכויות, אחריות ושילובו ברצף הטיפול - מהקהילה, דרך האשפוז ועד סוף החיים.

◆ הגרונטולוג יכול לשמש כרכז פרויקטים רוחביים (מניעת נפילות, סוף החיים, מתאם מרשם, מקדם בריאות, התמודדות עם בדידות וכו') לצד ליווי אישי של זקנים ומשפחותיהם, בהתאם להכשרתו הבסיסית (עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, סיעוד אחריות וכו').

#### 5. חיזוק תחום הגריאטריה במקצועות בריאות ובדרג ביניים

◆ הרחבת ההתמחות הגריאטרית עבור פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, דיאטנים וקלינאי מרפאות בדיבור, כדי לאפשר טיפול מקצועי יותר מותאם גיל.

◆ הכשרת עוזרי מקצועות בריאות ייעודיים לגריאטריה (לכל מקצוע/או עוזר לכל המקצועות), הפועלים בקהילה ובמוסדות ומבצעים את הטיפולים השגרתיים והבסיסיים, בעוד המומחים מתמקדים בהערכה, תכנון וטיפול במקרים מורכבים.

#### 6. חיזוק תחום הגריאטריה בקהילה

◆ הקצאת זמן ביקור מובחן לזקן ברפואת המשפחה והתגמול לרופא בהתאם, המאפשר הערכה גריאטרית מעמיקה ולא "ביקור קצר רגיל".

◆ הרחבת סמכויות האחות המומחית הקלינית בקהילה, תוך התאמת תוכניות ההכשרה לתחום הגריאטריה.

◆ הרחבת הסמכויות של אחות מומחית בגריאטריה שבמקור ניתנו במסגרת בתי חולים - לצרכים הקהילתיים.

◆ פיתוח/הרחבת האשפוז אקוטי בקהילה לזקנים, הדורש צוותים גריאטריים מיומנים, מקצועות בריאות, עוזרי מקצועות בריאות עם ידע בגרונטולוגיה, כוחות עזר ותמיכה טכנולוגית לניטור מרחוק.

#### 7. רצף נתונים ושיתוף פעולה בין מוסדי

◆ יצירת מנגנונים לשיתוף מידע בין בתי החולים, הקופות ושירותי הרווחה, כך שרופא המשפחה והצוות הקהילתי יקבלו מידע מלא על האשפוז ויוכלו להמשיך את הטיפול ללא "ניתוק".

◆ חיזוק הקשר עם הרשות המקומית - גרונטולוג רשותי, מקדם בריאות עירוני וצוותים משותפים - כדי לחבר בין שירותי בריאות, רווחה, דיור וקהילה סביב הזקן.

#### 8. הכשרה, טיפוח מנהיגות ויוקרה מקצועית

◆ הגדלת משקל הגריאטריה והגרונטולוגיה בלימודי רפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות, כולל סטאז'ים ייעודיים בגריאטריה, בקהילה ובאשפוז ומתן תמריצים לסטז'רים ולבוגרים העובדים במסגרות גריאטריות.

◆ התאמת הקורסים העל-בסיסיים לגריאטריה, ובעיקר בסיעוד, לצרכי הקהילה ולא רק לבתי החולים, ופיתוח הכשרות המשך לעובדים בקהילה - שם מרבית הזקנים מטופלים.

◆ בחינת התמחות משולבת פנימית-גריאטריה והגדרה מחדשת של תפקיד המומחה בגריאטריה, כולל אחריות ייעוץ רוחבית במוסדות ובקהילה.

◆ טיפוח מנהיגות גריאטרית בקרב כל הדרגים - רופאים, אחיות, מקצועות הבריאות - כדי להציג את התחום כמרכזי, מורכב ובעל משמעות גבוהה.

◆ שימוש בתמריצים סלקטיביים: מלגות, מסלולי התמחות על אחרי משפחה/פנימית בגריאטריה, הכשרות קצרות בחו"ל לכלל מקצועות הבריאות ומסלולי קידום מקצועי במוסדות ובקהילה.

## 1.8 מקורות

1. בית אור - מגזין הגיל השלישי. (ללא תאריך). בינה מלאכותית ורובוטיקה תחפושות מתקדמות - המהפכה בשירותי סיעוד למבוגרים. <https://www.beitor.co.il/בינה-מלאכותית-ורובוטיקה-חדשניים-מפרי/#:~:text=רובוטים%20חברתיים%20כעוזרי%20סיעוד>
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2024). נתונים דמוגרפיים על בני 65 ומעלה בישראל לפי קבוצות גיל. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2024/311/11\\_24\\_311b.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2024/311/11_24_311b.pdf)
3. המוסד לביטוח לאומי. (2024). גמלת סיעוד - מספר מקבלי גמלת הסיעוד לפי שנה. דו"ח השנתי לביטוח הלאומי. <https://www.btl.gov.il/mediniyut/situation/statistics/btlstatistics.aspx?type=2&id=6>
4. משרד הבריאות (2017). חוזר מנהל הרפואה מס' 4/2017: שירותי בריאות בבית למטופלים לאחר אשפוז. משרד הבריאות. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr04-2017/he/files\\_circulars\\_mr\\_MR04\\_2017.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr04-2017/he/files_circulars_mr_MR04_2017.pdf)
5. משרד הבריאות. (2023). כוח אדם במקצועות הבריאות, [ 2023 דוח שנתי על כוח האדם במקצועות הבריאות]. משרד הבריאות. ממשלת ישראל
6. משרד הבריאות. (2024). התמחויות ולימודי מומחיות בסיעוד. משרד הבריאות. <https://www1.health.gov.il/nursing/study/specialization-studies/specialization-studies-page/>
7. משרד הבריאות. (2025). ועדה לבחינת האפשרות להעסקת "עוזר מטפל למקצועות הבריאות". <https://www.gov.il/he/pages/manpower-assitant-care-giver-committe>
8. משרד הבריאות. (2024). עמית רופא - רישוי והסדרת העיסוק במקצוע. <https://www.gov.il/he/pages/licensing-medical-physician-assistance>
9. משרד הבריאות. (2024). ריכוז הסמכויות שנוספו לליבת העיסוק של האחות המומחית. משרד הבריאות
10. משרד הבריאות (2025). ועדה לבחינת האפשרות להעסקת "עוזר מטפל למקצועות הבריאות". משרד הבריאות. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gov.il/BlobFolder/reports/manpower-assitant-care-giver-committe/he/files\\_publications\\_units\\_financial-strategic-planning\\_publications\\_man-power\\_care-giver-assitant-report\\_booklet\\_12\\_2024.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gov.il/BlobFolder/reports/manpower-assitant-care-giver-committe/he/files_publications_units_financial-strategic-planning_publications_man-power_care-giver-assitant-report_booklet_12_2024.pdf)

11. Ynet בריאות (2025). ממרשם ועד הכנסת צנתר: מהפכת מקצוע האֶחָיוּת מתרחבת. [https://www.ynet.co.il/health/article/yokra14331622#google\\_vignette](https://www.ynet.co.il/health/article/yokra14331622#google_vignette)
12. AgeWise. (n.d.). Social prescribing for older adults [Webpage]. AgeWise. <https://agewise.health> AgeWise
13. Brookline College. (2024, May 15). 7 top occupational therapy assistant specialties. Brookline College Blog. <https://www.brooklinecollege.edu/blog/top-occupational-therapy-assistant-specialties/>
14. ERGO. (2025). The growing importance of AI and robots in elderly care. ERGO Radar Magazine. <https://www.ergo.com/en/radar-magazine/digitalisation-and-technology/2025/ai-artificial-intelligence-humanoid-robots-elderly-nursing-care#:~:text=The%20ministry%20is%20already%20funding,the%20end%20of%20this%20year>
15. NHS Health Careers. (n.d.). Geriatric medicine. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/medicine/geriatric-medicine>
16. Provo College. (n.d.). The growing role of PTAs in geriatric care. Provo College Blog. <https://www.provocollege.edu/blog/the-growing-role-of-ptas-in-geriatric-care/#:~:text=needs%20of%20older%20adults,their%20mobility%2C%20strength%2C%20and%20independence>
17. Soman, N. (2024, January 4). What is a gerontologist? Understanding their role in senior health care. De cent. <https://www.decent.com/blog/what-is-a-gerontologist-understanding-their-role-in-senior-health-care>.
18. Stelcer, B., Bendowska, A., Karkowska, D., & Baum, E. (2023). Supporting elderly patients in strengthening their personal and spiritual health resources. *Frontiers in Psychology*, 14, 1237138. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1237138>
19. World Health Organization. (2017). Integrated care for older people (ICOPE). <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope>

## חלק 2: מטפלים בתחום הזקנה שאינם בעלי רישיון במערכת הבריאות

### 2.1 מבוא

הממשק בין המטפלים (שאינם בעלי רישיון) לבין מערכת הבריאות, הוא קריטי להצלחת הטיפול בזקנים בקהילה, הוא מבטיח רצף טיפול בין הבית לקהילה ולבית החולים ומאפשר זיהוי מוקדם של הידרדרות.

תחום הסיעוד והטיפול בזקנים בישראל מתאפיין במורכבות רבה ובאתגרים משמעותיים. בין היתר מדובר בעובדים עם שכר נמוך שנדרשים לעבודה פיזית קשה עם עומס נפשי גבוה. מרבית מהעובדים בתחום זה אינם בעלי רישיון או הכשרה רפואית פורמלית, מה שמעלה שאלות חשובות בנוגע לאיכות הטיפול, הפיקוח והרגולציה. בנוסף, בניגוד לשאר העובדים במערכת הבריאות, חלק ניכר מהעובדים הללו הינם עובדים זרים. אנו עדים בשנים האחרונות גם למחסור בעובדים וקושי באיוש משרות גם על ידי עובדים ישראלים וגם על ידי עובדים זרים. לצד המחסור והמאפיינים הדמוגרפיים של העובדים בתחום, אתגרים נוספים כוללים את הכשרת העובדים והקשר שלהם עם גורמי המקצוע במערכת הבריאות. על נושאים אלו נרחיב בפרק זה.

### 2.2 נתונים

#### 1. זקנים סיעודיים בקהילה

נכון לחודש אוגוסט 2025, 387,000 קשישים בישראל זכאים לקבל את גמלת הסיעוד שממומנת על ידי המוסד לביטוח לאומי (ירחון סטטיסטי, המוסד לביטוח לאומי). הזקנים שזכאים לגמלת סיעוד יכולים לבחור מסל השירותים טיפול אישי בבית, שמבוצע ע"י מטפלת ישראלית או לבחור טיפול ע"י עובד זר במתכונת של 24 שעות שבעה ימים בשבוע (כ-15% מהזכאים). חברות פרטיות ועמותות מספקות את המטפלים הישראלים והזרים ומקבלות מהביטוח הלאומי תשלום עבור שעות הטיפול שדווחו. בנוסף, הזכאים יכולים להמיר חלק מהגמלה לכסף.

מספר המטפלים הישראלים מטעם הביטוח הלאומי נכון לשנת 2025, עומד על כ-190 אלף איש (נתונים שנמסרו על ידי הביטוח הלאומי). אוכלוסיית המטפלים הישראלים מבוגרת יחסית. הגיל הממוצע הוא מעל 49 כאשר כמחצית מהמטפלים

הם מעל גיל 50, חלקם בני 70 וחלקם נושקים אף ל-80. כ-40% מהמטפלים הישראלים הם עולים, מרביתם מבריה"מ לשעבר. מאפייני התעסוקה בענף המטפלים בזקנים הם תעסוקה חלקית, לא רציפה ועם אחוז נשירה גבוה, במיוחד בשנה הראשונה. 60% - מהמטפלים הישראלים בקהילה מטפלים בזקן אחד. מרבית המטפלים הם נשים כ-88%.

יש לציין שגמלת סיעוד של הביטוח לאומי כפופה לעמידה במבחן הכנסה. ההערכה היא שכ-10% מהאוכלוסייה לא זכאים לגמלת סיעוד בגלל ההכנסה והם רוכשים את שירותי הסיעוד (כולל עובדים זרים) באופן פרטי ללא סיוע ציבורי. בנוסף, בעקבות מבחן ההכנסה חלק מהזכאים מקבלים מחצית מהגמלה.

ולמעשה את הנקודה לסוף

לפי נתוני רשות האוכלוסין כ-84,000 מטופלים מחזיקים בהיתר להעסיק עובד זר. היום נמצאים בארץ 78,725 עובדים זרים שנכנסו לעבוד בענף הסיעוד באשרת כניסה. 62,238 מהם חוקיים, ו-16,487 לא חוקיים.

## 2. מטפלים במוסדות

במסגרות האשפוז נמצאים היום כ-30 אלף זקנים סיעודיים (מרכז טאוב, 2024). נכון ל-2020 ההערכה של משרד הבריאות היא, כי הזקנים הנמצאים במענים החוץ-ביתיים מקבלים טיפול מכ-10,000 מטפלים אשר 3,000 מהם הם מטפלים ישראלים (שאר המטפלים במוסדות הם חסרי מעמד ושוהים בלתי חוקיים) (המלצות הוועדה הבינמשרדית לנושא המטפלים הישראלים בזקנים, 2022).

## 2.3 המלצות הוועדה הבין משרדית לנושא המטפלים הישראלים בזקנים והמצב העדכני

במאי 2020, התקבלה החלטת ממשלה מספר 43 בנושא "מפת דרכים לענף המטפלים הישראלים בזקנים הסיעודיים". בעקבות החלטת הממשלה הוקם צוות בין משרדי. המלצות הצוות כללו:

- ◆ הגדרה חדשה לתפקיד המטפל ויצירת דרגות קידום - מהלך שיאפשר אופק תעסוקתי, ירחיב את תחומי האחריות של המטפלים וכיר במטפל כשותף מרכזי במערך הטיפול המקצועי
- ◆ פיתוח הכשרות וקביעת סטנדרטים לגופי הכשרה
- ◆ תמריצי שכר למטפלים

- ◆ הקמת מערך תמיכה למטפלים
- ◆ פיתוח מנגנונים להתאמה מיטבית בין פרופיל המטפל לצורכי המטופל
- ◆ הקמת מערך פיקוח ובקרה
- ◆ פיתוח מענים לבני משפחה מטפלים
- ◆ קידום מהלכים לשינוי התדמית של המטפלים
- ◆ גיבוש תמריצים למעסיקים

ההמלצה המרכזית של הצוות הייתה ביחס לאופק הקידום של המטפלים ויצירת חמש דרגות שמטפלים יכולים לנוע ביניהן בכפוף לצבירת ניסיון רלוונטי ולהשלמת קורסי הכשרה: מטפל מתחיל, מטפל מיומן, מטפל בכיר, מנטור, רכז טיפול.

- ◆ מטפל מתחיל מסייע בפעולות היומיום, פועל לחיזוק יכולות וחתירה לשימור תפקוד של הזקן.
- ◆ מטפל מיומן בנוסף גם עוסק בעבודה מערכתית הכוללת קשר עם בני המשפחה וממשיק עבודה עם גורמי מקצוע בקהילה.
- ◆ מטפל בכיר מיועד לטפל בזקנים עם מוגבלות תפקודית ברמת תלות גבוהה, בזקנים עם חולי אקוטי, בזקנים עם דמונציה וזקנים עם קשיים נפשיים. בנוסף, מטפל בכיר מורשה לבצע פעולות תומכות בריאות: ניטור סימנים חיוניים באמצעות מכשור אלקטרוני (דופק, לחץ דם, חום), לקיחת דגימות לבדיקות, שימוש בגלוקומטר, החלפת שקית בצנתר שתן, מריחת משחה, חבישת פצעי לחץ בדרגת חומרה 1-2 ועוד. בכפוף להסכמה בכתב של המטופל (או של בא כוחו). המטפל הבכיר מורשה לבצע פעולות נוספות על תקן מלווה אישי: שאיבת הפרשות דרך טרכאוסטום, חיבור וניתוק למכונת הנשמה לצורך שאיבת הפרשות, צינתור שלפוחית השתן, האכלה דרך זונדה או גסטרוסטום, ביצוע בדיקה של רמת הסוכר והזרקת אינסולין ועוד.
- ◆ רכז טיפול מסייע בביצוע ביקורי בית, הערכת צרכים, קביעת תוכנית טיפול והדרכת המטפל.

### תמונת המצב כיום:

ג'וינט אשל, בשותפות עם ביטוח לאומי, מובילים מהלך של פתיחה קורס הכשרת מנחים מקרב נותני השירותים בסיעוד. בקורס משתתפים אנשי מקצוע, אחים ואחיות, עובדים סוציאליים וגרונטולוגים שתפקידם להוביל את הכשרת המטפלות לדרגת **מטפל מיומן** דרך קורסי הכשרה מטעם חברות סיעוד. תהליך הכשרת

המנחים כולל גם סופרוויז'יון, וזאת על מנת להכשיר את המנחים ולייצר דרג מקצועי של סוכני שינוי בתוך הארגונים. התהליך כולל התייחסות כוללנית להכוונת הענף להזדקנות מיטבית והתייחסות לרגולציה תומכת ולנושא הכשרת כוח האדם, המטפלים, העובדים המקצועיים והמנהלים בענף.

נבנה מערך הכשרה ארצי שכולל כ-450 מנחים מקרב חברות הסיעוד. כמו כן, ביטוח לאומי הקים מערך לבקרת איכות על ההכשרות. עד היום הוכשרו כ-7,000 מטפלות מיומנות (ג'וינט אשל, 2025).

לגבי דרגת **מטפל בכיר**, תהליך בחינת הסמכויות שיינתנו למטפלים בקהילה עדיין בעיצומו ונעשה בשותפות עם משרד הבריאות ועם קופות החולים. עדיין לא נקבעו תחומי העיסוק, הפעילות ומשימות התפקיד, ותכנית הכשרה ייעודית לתפקיד.

### החסמים שעומדים בפני הובלת התהליך של דרגת מטפל מיומן:

ג'וינט אשל הקים ועדה מייעצת "למהלך הסיעוד" בהשתתפות אנשי מקצוע מתחום הבריאות והרווחה כולל נציגים של מינהל האחיות במשרד הבריאות.

נקודות עיקריות שעלו בדיון:

- ◆ הודגש שהקשר בין קופות החולים, ביטוח לאומי ומוסדות הרווחה חיוני למתן מענים מותאמים לצרכי הזקן במיוחד סביב זקנים מרותקי הבית.
- ◆ יצוין שבבתי חולים ומוסדות סיעודיים מטעם משרד הבריאות ואף במוסדות הרווחה, הוטמע בהצלחה תהליך של הגדרת תחומי עיסוק של כוח עזר מיומן, תפקיד שדומה לתפקיד המטפלת הבכירה. התהליך נעשה בהובלה של מינהל האחיות במשרד הבריאות, הוגדרה גם הכפיפות המקצועית והמנהלית. הפעילויות שהוגדרו לביצוע ע"י כוח עזר מיומן נותנות מענה לצרכי מטופלים במצבי בריאות שונים, זאת בכפוף להוראתה, הנחייתה ופיקוחה של האחיות המוסמכת האחראית על ניהול הטיפול במטופל.

לעניין הטמעת פעילויות המטפל הבכיר בטיפול הביתי מטעם הביטוח הלאומי, יש מספר חסמים שמקשים על הטמעת התפקיד.

### חסמים רגולטורים:

- ◆ הביטוח הלאומי מתקשר לחברות הסיעוד במכרז לנותני שירותים, במכרז מתוארות הפעילויות שהמטפלת רשאית לבצע. בקרוב עומד להתפרסם מכרז חדש.
- במכרז יש התייחסות לתפקיד המטפל המיומן ושאר דרגות. במכרז אין התייחסות לתנאי השכר של מטפל מיומן עקב התנגדות האוצר שביקש שהתפקיד יוטמע תחילה בשטח ובהמשך יקבעו תוספות השכר.
- ◆ התפקיד החדש כולל הרחבת פעילויות שמבצעת המטפלת, שבתהליך עבודה לא מקצועי או בטיחותי עלול לגרור סיכון למטופל ואף להגדיל את הסיכון לפגיעה. חברות הסיעוד צריכות לבחון אם נדרשת הרחבה של הכיסוי הביטוחי לנזקי גוף.

### חסמי פיקוח והכשרה

- יצוין שכיום חלק מהמטפלות מבצעות פעילויות אלו במהלך הטיפול בזקן מבלי שעברו הכשרה לתפקיד וללא פיקוח.
- ◆ המטפלת מבצעת את תפקידה בבית הזקן, נמצאת תחת פיקוח מוגבל של איש מקצוע מטעם חברות הסיעוד (מטפל מקצועי צריך לבקר את הזקן פעם בשנה). לצורך היערכות למדרג החדש, נדרש לקבוע את המסגרת הכוללת, להחליט מי ינהל ויקבע את תוכנית הטיפול, מי ינחה את המטפלת, מי יפקח ומי נושא באחריות.
- במקביל להטמעת תפקיד מטפל בכיר יש צורך בהרחבת תפקיד דרגת רכז הטיפול שתפקידו יהיה לבנות את תוכנית הטיפול ולפקח על יישומה ע"י המטפלת הבכירה.
- ◆ תיעוד ודיווח: כיום המטפלות לא מתעדות את העשייה שלהן ברשומות החברה, לא מדווחות באופן שוטף על הפעילויות שביצעו, או על מצב המטופל. חלקן מדווחות לבני משפחה, אך לא מדובר בתהליך דיווח שיטתי ומסודר.
- הרחבת סמכויות המטפלת לפעילויות של ניטור ופעולות תומכות בריאות מחייבות תיעוד שוטף של הממצאים ודיווח בעת סטייה מהנורמה.
- ◆ הכשרת המטפלות לתפקיד מטפל מיומן: חברות הסיעוד מקבלות שיפוי על הכשרת המטפלות. מטפל שיוכשר לדרגת מטפל מיומן יצטרך לעבור הכשרה

במוסדות בעלי מומחיות להכשרת צוות רפואי. עדיין לא ברור האם העלות תגולם בחלק מהתקורה, האם החברות יקבלו שיפוי על הכשרת המטפל והאם החברות צריכות לשאת במימון הכשרת המטפלות.

## 2.4 המטפלים ומערכת הבריאות

להצלחת הטיפול בזקנים בקהילה, הממשק בין המטפלים (שאינם בעלי רישיון) לבין מערכת הבריאות הוא קריטי: הוא מבטיח רצף טיפול בין הבית לקהילה ולבית החולים, מאפשר זיהוי מוקדם של הידרדרות (כאב, בלבול, נפילות, פצעי לחץ), תומך בהיענות לתרופות ולהנחיות רפואיות, ומצמצם אשפוזים חוזרים ומיותרים. חלק ניכר מהמטפלים נמצאים עם הזקן רוב שעות היום ומהווים "חיישן" קליני-חברתי ראשון; ללא ערוץ תקשורת מובנה עם מערכת הבריאות - מידע קריטי הולך לאיבוד. לפיכך, עיצוב סטנדרטי של נקודות המגע הבריאותיות והתפקודיות בחיי הזקן וקביעת הממשקים בין המטפלים למערכת הבריאות הוא קריטי על מנת להבטיח הזקנות מיטבית של הזקנים.

כדי לבנות תוכנית טיפול מותאמת לצרכי הזקן, יש לאפשר ממשק של העברת מידע עדכני לגבי מצבו של המטופל בין גורמי מקצוע, בין קופות החולים, ביטוח לאומי וחברות הסיעוד. היום, על פי חוק, לא ניתן להעביר מידע רפואי בין גורמים מטפלים שאינם מתוך מערכת הבריאות ואינם נמצאים תחת פיקוח של משרד הבריאות ושלא לצורך טיפול רפואי. לצורך כך, יש לבנות מנגנונים של העברת מידע בצורה מאובטחת ולשמור על סודיות המידע הרפואי.

בכל הקשור לדיווח של המטפלים, יש לקבוע את המסגרת ואת הפלטפורמה לדיווח. יש לקבוע למי מדווחת המטפלת (לגורם המקצועי בחברת סיעוד? למשפחה? לגורמי מקצוע בקופ"ח?).

יצוין כי המטפלים הזרים המטפלים בזקנים מורכבים השוהים בביתם, לעיתים מבצעים פעילויות מורכבות, כגון ניטור רצוף של מצב המטופל, השגחה על מתן עירוי, טיפול בחולה מונשם וכדומה. כיום, אחות קופת החולים מדריכה את המטפל הזר לביצוע נכון של פעולות אלו. אולם המשפחה של המטופל נושאת באחריות לפיקוח וניהול המטפל. עולה השאלה האם מודל זה נכון? האם המשפחה כגורם ללא הסמכה רפואית יכולה לפקח על העובד הזר או שהמשפחה עושה זאת מחוסר ברירה.

## 2.5 שאלות לדין בכנס

- ◆ האם יש סמכויות נוספות שניתן לתת למטפלים שעברו הכשרה מתאימה?
- ◆ אילו ערוצי קשר (אישיים ודיגיטליים) יש ליצור בין המטפלים לבין מערכת הבריאות?
- ◆ כיצד מערכת הבריאות יכולה לסייע בהתמודדות עם המחסור במטפלים סיעודיים מיומנים?

## 2.6 סיכום המלצות הצוות

### חלק 2: מטפלים בתחום הזיקנה שאינם בעלי רישיון במערכת הבריאות

- א. משתתפי הכנס הדגישו את החשיבות והפוטנציאל הטמונים בעבודת המטפלות הסיעודיות. לצד זאת צוין כי כיום העשייה אינה מכוונת במידה מספקת למניעת הידרדרות תפקודית, וכי יש לקדם מהלכים שיחזקו את היכולות והכישורים של המטפלות בתחום זה.
- ב. בהתאם להמלצות הצוות הבין־משרדי, מומלץ לקדם את תפקיד "מטפלת בכירה", שתוכל לבצע מגוון פעולות בתחום הבריאות. בנוסף, הועלתה האפשרות להרחיב את המענים הניתנים על ידי המטפלת גם לסיוע בהתמודדות עם בירוקרטיה במערכת הבריאות ובמערכות חברתיות נוספות. הודגש כי צעדים אלה מחייבים מערך הכשרה והדרכה ייעודי; ללא הכשרה מתאימה לא ניתן יהיה להעניק את הסמכויות הנלוות לתפקיד.
- ג. הודגש כי כדי להבטיח שמטפלות בכירות איכותיות יישארו במערך השירותים לזקנים, נדרש שיפור משמעותי ברמות השכר.
- ד. עלתה חשיבות הטמעת חוזר חטיבת הרפואה (3/25), המאפשר למלווה אישי של מטופל (לרבות מטפל סיעודי) לבצע פעולות טיפוליות בזקנים.
- ה. המשתתפים הדגישו את הצורך בהשקעה משמעותית בהכשרה ובהדרכה לכלל המטפלים. בתוך כך צוין הצורך להבחין בין בני משפחה מטפלים (בשכר) ושלא בשכר) לבין מטפלים אחרים, ולהתאים הכשרות ייעודיות לעובדים זרים.
- ו. במסגרת הצורך לשפר את הקשר בין המוסד לביטוח לאומי לחברות הסיעוד, הוצע לבחון מודל שבו מטפלות בכירות ייתנו מענים בריאותיים מסוימים

לזקנים, תוך כפיפות מקצועית לאחות בקופת החולים. מהלך זה עשוי לאפשר מתן מענה מותאם תוך שמירה על רצף טיפולי, לצד הדרכה וליווי מקצועיים.

ז. משתתפי הכנס ייחסו חשיבות רבה לחיזוק הקשר בין קופות החולים לבין המוסד לביטוח לאומי בכל הנוגע לשירותי בריאות וסיעוד בקהילה. בנוסף, הודגש הפוטנציאל בשילוב הרשויות המקומיות במהלכים לאומיים לשיפור המענים לזקנים.

## 2.7 מקורות

1. מכון ברוקדייל. (2023). מפת הדרכים למטפלים - המלצות הוועדה הבין-משרדית לנושא המטפלים הישראלים בזקנים. נלקח מתוך <https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2023/06/המלצות-2.pdf>
2. כנסת ישראל. (מרץ 2025, 18). המלצה לחוקק הוראת שעה לעובדים זרים בסיעוד [הודעה לעיתונות]. נלקח מתוך <https://main.knesset.gov.il/news/pressreleases/pages/press18032025i.aspx>
3. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. (2023). ביטוח סיעודי בישראל. נלקח מתוך <https://www.taubcenter.org.il/pr/ltc/>

### חלק 3: תמריצים לכוח אדם בגריאטריה

הזדקנות האוכלוסייה היא אחת המגמות הדמוגרפיות המרכזיות בעולם, המציבה אתגר רב מימדי בפני מערכות הבריאות והרווחה. מגמה זו מובילה לעלייה חדה בביקוש לשירותים גריאטריים, בעוד כוח האדם המקצועי אינו גדל בקצב מספק. האתגר אינו נובע מהגידול הגובר בלבד, אלא גם מגורמים כגון שיעורי נטישה גבוהים, שחיקה וחוסר אטרקטיביות של המקצוע. לאורך השנים, ניסו להשתית תמריצים שונים שהתחלקו לתמריצים כלכליים ישירים (כמו בונוסים או סליחת חובות), ותמריצים מבניים לא-כלכליים (כמו רפורמות בהכשרה, יצירת מסלולי קריירה ושיפור תנאי העבודה). כבר בכנס ים המלח ה-12 (2011), הודגש הצורך בהטמעת צעדים מסוג זה - שילוב תמריצים, תקני כוח אדם ופיתוח מסלולי הכשרה ייעודיים - לצורך חיזוק המקצוע הגריאטרי והבטחת המשכיותו.

אתגר זה אינו בלעדי למדינות ספציפיות. ארגון ה-OECD העריך כי כדי לשמר את היחס הקיים של כחמישה עובדים בתחום הטיפול ארוך הטווח (כלל מקצועות הבריאות העוסקים בגריאטריה למעט רופאים) לכל 100 אנשים בני 65 ומעלה, יהיה צורך להגדיל את מספר העובדים במגזר בכ-13.5 מיליון איש עד שנת 2040 (OECD, 2020).

לחלק זה של הפרק שלושה חלקים עיקריים: הראשון כולל סקירת ספרות קצרה בנושא תמריצים לכ"א גריאטרי, ואילו החלק השני ממוקד בהצגה של התמריצים שהתבצעו בישראל. החלק השלישי מפנה את הזרקור לרשמים שהתקבלו מראיונות עם אנשי מקצוע המתעסקים בתחומים הגריאטריים במשרד הבריאות, בקופות החולים ובמוסדות גריאטריים שונים בארץ. בסופו של החלק מוצגות שאלות לדיון.

#### 3.1 כוח אדם גריאטרי במדינות נבחרות

##### בריטניה:

בבריטניה הופעלו תמריצים שאינם כלכליים עבור רופאים גריאטריים. הייתה זו יוזמה של אגודת הגריאטריה הבריטית (BGS) ללא שיתוף של הממשלה (בינתיים). זוהי אגודה וולונטרית שמאגדת את העוסקים בגריאטריה: רופאים, אחיות, מרפא בעיסוק או כל בעל תפקיד אחר שתחום עיסוקו הוא גריאטריה. האגודה יצרה תוכנית אסטרטגית הממפה את חסמי המקצוע ואת הפתרונות שיש ליישם. פתרון

הבעיות יהיה בין היתר על ידי איסוף תרומות ונתינתן לטובת דרכי הפעולה שהם יצרו (British Geriatrics Society, 2022).

להלן החסמים המרכזיים שה-BGS מצאו: ראשית, כ-821 מומחים צפויים לפרוש בחמש השנים הקרובות. שנית, מספר מקומות ההתמחות מוגבל, רק כ-118 מקומות בשנה, כאשר כ-37% מהמתמחים עובדים במשרה חלקית, מה שמקטין את היקף העבודה האפקטיבי. מעבר לכך, קיימים עומסי עבודה גבוהים, שיעורי שחיקה משמעותיים ותחרות עם תחומים רפואיים אחרים כגון רפואת משפחה (British Geriatrics Society, 2022).

כדי להתמודד עם המחסור, ה-BGS מציעה יעד לאומי ברור: יחס של רופא גריאטרי אחד לכל 500 בני +85. לשם כך יש להוסיף כ-300 מקומות התמחות בשנה עד 2030, וחיזוק הכשרות אזוריות מותאמות דמוגרפיה. דרכי הפעולה שהם הציעו הן:

1. יצירת מעקב צמוד על מספר הגריאטרים שיש בכל מחוז על מנת להבין את הביקוש.
2. הגמשת תנאי העבודה כמו חלקיות משרה ושעות נוחות כדי להגדיל את שביעות הרצון של המומחים.
3. הסברה על תחום הגריאטריה בכל בתי הספר למקצועות הרפואה.
4. יצירת מלאי תפקידים רלוונטי כך שהרופא לא ירגיש שהכל מונח תחתיו בלבד, אלא חיזוק עבודת הצוות בתחום זה.

### אוסטרליה:

באוסטרליה, התמריצים המרכזיים שהופעלו לטיפול במחסור בכוח אדם במגזר הגריאטריה הם תמריצים כלכליים שהיו מיועדים בעיקרם לכוח אדם גריאטרי שאינו רופאים, כלומר אחיות ומקצועות פרא רפואיים אחרים. התוכנית הממשלתית שקמה בעקבות ועדה מלכותית בנושא, תוקצבה ב-11.3 מיליארד דולר על מנת לשפר את שכרם, מעמדם והכשרתם המקצועית של העובדים בתחום הגריאטרי (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2023; Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2021).

הוועדה המלכותית מצאה שהחסמים העיקריים שפוגעים בתחום הגריאטריה הם: שחיקת מימון סל השירותים הסיעודי לאורך השנים (באופן ריאלי), שהביאה לשחיקת שכר העובדים במוסדות הגריאטריים, מיעוט כוח אדם במוסדות

הגריאטריים שביגנו המטופלים המורכבים ביותר מקבלים מעט מידי זמן טיפול וישנה הידרדרות ניכרת במצבם הבריאותי ודחיקת הצרכים של הזקנים שבאזורים כפריים בשל מחסור משמעותי מאוד בגריאטריה באזורים אלו (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2021).

כדי להתמודד עם המחסור, הממשלה והרגולטורים הציעו ויישמו תוכנית תמריצים ממוקדת:

1. העלאת שכר של 15% לצוותי הטיפול: התמריץ הכלכלי הגדול ביותר הוא העלאת שכר מינימום של 15% לכלל העובדים הגריאטריים שאינם רופאים (אחיות מוסמכות, אחיות מעשיות, קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים, מטפלים אישיים ועוד) (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2023A).

2. תמריצי שימור כספיים לאחיות: הופעלו תשלומים חד-פעמיים של עד \$6,000 לאחיות מוסמכות, עם תוספות למי שעובד באזורים כפריים או מרוחקים, במטרה לשמר כוח אדם קיים (Department of Health, 2023).

3. גיוס והכשרה: הקצאת משאבים להגדלת מסלולי הכשרה אזורים וגיוס כוח אדם, תוך מיקוד במקצועות הסיעוד והמטפלים האישיים (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2023B).

כל אלו נועדו להבטיח עמידה בסטנדרטים החדשים שהממשלה קבעה, לפיהם:

א. חובה נוכחותה של אחות מוסמכת 24/7 בכל מוסד טיפול בזקנים.

ב. קביעת דרישות חובה למינימום דקות טיפול יומיות לכל זקן.

## **גרמניה:**

בגרמניה, שיפור מעמד הרפואה הגריאטרית נעשה באמצעות סדרה של חוקי רפורמה לאומיים ויצירת תוכנית אסטרטגית על מנת לפתור בעיות של יוקרת המקצוע, שכר המקצוע ומחסור מתמיד בכוח אדם. הפתרונות היו בעיקרם עבור כוח האדם הגריאטרי שאינם רופאים וכלל גם מימון הכשרה אחידה עבור חלק מהמקצועות.

שלושת החסמים המרכזיים שהתגלו במגזר הגריאטרי בגרמניה היו: שכר נמוך והיעדר אחדות בהכשרת כלל עובדי הטיפול הישיר ביניהם מטפלים אישיים, עוזרי טיפול ואחיות, מחסור במומחים ותקינה לא יעילה, שכן שיעורי התקינה הישנים

היו לא אחידים ולא שיקפו את הצרכים הקליניים האמיתיים של המטופלים וכן נטל כלכלי כבד מאוד על הזקנים ובני משפחותיהם עקב עלויות הטיפול הגבוהות (Bundesministerium für Gesundheit, 2021).

כדי להתמודד עם המחסור בכוח אדם, הממשלה והרגולטורים הפעילו תוכנית תמריצים רחבה המשתמשת ברגולציה ובמימון ציבורי:

1. העלאת שכר מחייבת: נחקק שכר מינימום מגזרי מחייב ספציפית למגזר הטיפול, העולה באופן מדורג ומבטיח תשלום בהתאם להסכם קיבוצי. מוסדות שאינם עומדים בכך אינם זכאים למימון דרך קופות הביטוח (Bundesministerium für Gesundheit, 2021).

2. יצירת מודל תקינה מבוסס צרכים קליניים (Rothgang et al., 2020):

- א. קביעה בחוק אודות תפקידיה המוגדרים של האחות.
- ב. פיתוח מודל תקינה חדש שקובע את הצורך בכוח אדם לא לפי יחס קבוע של מטופלים ודיירים, אלא לפי הצרכים הקליניים של הדיירים.
- ג. המודל החדש קובע את כמות כוח האדם הנדרשת לפי ארבע רמות הסמכה שונות, ומייצר דרישה כוללת לתוספת של כ-115,000 משרות מלאות ברחבי המדינה.

3. גיוס והכשרה: המדינה מימנה את בתי הספר ללימוד סיעוד הכלליים והגריאטריים בפרט (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

## 3.2 כוח אדם גריאטרי בישראל

באסטרטגיה הכלכלית-חברתית לשנת 2015 זוהתה הזדקנות האוכלוסייה כאחת משש הסוגיות המרכזיות העומדות בפני הממשלה. בהתאם לכך הומלץ על פיתוח תכניות רב-שנתיות, בטווחי זמן בינוניים וארוכים, לשם גיבוש מענה מקיף (המועצה הלאומית לכלכלה, 2015). בעשור האחרון הלך והתחזק הצורך בהתמודדות מערכתית, בין היתר בעקבות רפורמת ביטוח הסיעוד שנכנסה לתוקף בשנת 2018. רפורמה זו שינתה באופן מהותי את מבנה הקצבאות, כאשר במקום שלוש רמות זכאות, נקבעו שש רמות בהתאם לציון התלות התפקודית. השינוי יצר הרחבה משמעותית של אוכלוסיית הזכאים, כאשר בין אוקטובר 2018 לאוקטובר 2024 נרשמה עלייה של כ-100% במספר המבוטחים המקבלים קצבת סיעוד (המוסד לביטוח לאומי, 2025).

הרחבה זו של מעגל הזכאים, חידדה את הצורך הכפול: מחד, חיזוק הזקנים עצמם באמצעות שירותים מותאמים המונעים או מאטים את ההידרדרות התפקודית; ומאידך, חיזוק כוח האדם המטפל, אשר נדרש להתמודד עם עומס הולך וגובר. במקביל, הוקמה במשרד הבריאות תוכנית "מדדי איכות לאומית בגריאטריה", שמטרתה לנטר את איכות השירותים הניתנים לאוכלוסייה המבוגרת. ואולם, לצד פעולות המיפוי והמעקב, נדרשת גם השקעה ממשית בהרחבת המשאבים האנושיים.

### בהיבט הרפואי:

- ◆ מאז 2011 ניתנו מענקים כספיים לרופאים מומחים או מתמחים העוברים לעבודה בפריפריה או במקצועות עם ביקוש נמוך כולל בגריאטריה. עם זאת, תוכנית המענקים האישיים הופסקה בשנת 2020 (נציבות שירות המדינה, 2011).
- ◆ בשנים 2021-2024 הופעל מבחן תמיכה לבתי החולים המעסיקים מתמחים בגריאטריה במקום מענקים לרופאים עצמם. סך התקצוב הנוסף שהועבר לבתי החולים עמד על 15 אלף שקלים לכל חודש התמחות בפועל. החל מ-2024, ההסכמים עבור מתמחים חדשים פסקו, אך המענקים למתמחים הקיימים נותרו בעינם (משרד הבריאות, 2025).
- ◆ כיום, שנת 2025, נחתמו הסכמי שכר קיבוציים חדשים שכוללים פירוט נוסף למקצועות המוגדרים כ"משימה לאומית", ביניהם מקצוע הגריאטריה. עבור רופא מומחה בגריאטריה במרכז גריאטרי (מר"ג), הרופא יקבל תוספת שכר של 2,500 שקלים מידי חודש. עבור רופא מומחה בגריאטריה שעובד במר"ג מעל 5 שנים, התוספת תעמוד על 5,000 שקלים מידי חודש (נציבות שירות המדינה, 2024).
- ◆ בנוסף, ישנה תוספת גם לרופאים מומחים בגריאטריה בקהילה שתתחיל באופן הדרגתי: בששת החודשים הראשונים להסכם, התוספת תעמוד על 1,500 שקלים ולאחר מכן היא תגדל ל-3,000 שקלים מידי חודש (נציבות שירות המדינה, 2024).
- ◆ יתר על כן, גריאטריה הוגדרה בישראל כתחום רפואי במצוקה, ולכן חלים עליו הסדרים ייחודיים בהעסקת רופאים ותיקים. למעשה, מנהלי בתי חולים מוסמכים לאשר הארכת שירות מעבר לגיל פרישת חובה לרופאים גריאטריים, כל עוד הם עוסקים בעבודה קלינית. מהלך זה מהווה תמריץ נוסף לשימור כוח

האדם בתחום, במיוחד נוכח שיעור גבוה של מומחים מבוגרים במקצוע (נציבות שירות המדינה, 2020).

- ◆ **נכון לשנת 2023, פועלים בישראל 546 רופאים מומחים בגריאטריה, אולם כ-60% מהם בני 55 ומעלה (משרד הבריאות, 2023ב).**

#### **בהיבט הסיעוד (אחיות):**

- ◆ החל משנת 2013, פועל מסלול ייחודי להכשרת אחות מומחית קלינית בגריאטריה. מסלול זה מקנה לאחיות סמכויות מתקדמות, לרבות אבחון, התאמת טיפול תרופתי וניהול מצבים מורכבים של מטופלים זקנים. מהלך זה תואם את אחת ההמלצות המרכזיות של כנס ים המלח ה-12 (2011), שבו הודגש הצורך ביצירת מסלולי התמחות ייחודיים והגדרת תפקידים מקצועיים חדשים בתחום הסיעוד הגריאטרי (משרד הבריאות, 2023א).

- ◆ יתרה מכך, בשנת 2024 החל מענק שנתי חד פעמי של 5,000 שקלים עבור אחות המועסקת במשרה מלאה במר"ג. קבלת המענק עבור אחיות בחלקיות משרה יהיה ביחס לאחוזי משרתה (נציבות שירות המדינה, 2023).

- ◆ **נכון לשנת 2023, פועלות בישראל 144 אחיות מומחיות קליניות בגריאטריה ועוד 1,654 אחיות בוגרות קורס על בסיסי בגריאטריה (משרד הבריאות, 2023ב).**

#### **בהיבט מקצועות הבריאות:**

- ◆ באפריל 2025 נחתם הסכם שכר קיבוצי עבור עובדי מקצועות הבריאות, ביניהם: פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, דיאטנים ומפקחי מזון. ההסכם מציג מענקי היקף משרה בסכום של עד 22 אלף שקל. ההסכמים נועדו לעודד את העובדים להגדיל את היקף המשרה שלהם ובתמורה לקבל על כך מענק בשיפוי מלא מהמדינה, כלומר המעסיק לא משלם על המענק כלל. היקף המענק הוא בהתאם להגדלת היקף המשרה (העלאה ל-70%-79% משרה מעניקה מענק של 12 אלף שקלים, העלאה ל-80%-89% משרה מעניקה מענק של 17 אלף שקלים ואחוזים משרה גבוהים מ-90% מזכים במענק של 22 אלף שקלים) (נציבות שירות המדינה, 2025).

- ◆ ההסכם אמנם אינו מכוון ישירות לעובדים בתחום הגריאטריה, אך קובע כי קבלת המענק מותנית בהעלאת אחוזי משרה במקומות שבהם מנהל בית

החולים מזהה צורך מוגבר. כתוצאה מכך, כוח האדם מופנה בפועל למחלקות ולתחומים שבהם ניכרת מצוקת כוח אדם, בהתאם לשיקול הדעת הניהולי.

מאז כנס ים המלח ה-12 (2011), שבו הודגש הצורך במתן תמריצים ובפיתוח מסלולי קריירה ותפקידים מתקדמים, נפתח בישראל תפקיד האחות המומחית הקלינית בגריאטריה ונראה כי ההכשרות העל בסיסיות נהפכו למוקד משיכה עבור האחיות המוסמכות. כך, בין השנים 2020 ל-2023 עלה שיעור האחיות בעלות מומחיות על-בסיסית או מומחיות קלינית בגריאטריה מ-2.27 ל-4.05 לאלף אחיות מוסמכות. בנוסף, נחתמו הסכמי שכר חדשים שהכירו בגריאטריה כתחום במצוקה והעניקו תוספות ייעודיות. עם זאת, המחסור ברופאים גריאטריים, שכבר תואר בכנס 2011 על רקע התבגרותם של עולי ברית המועצות ששימשו אז חלק ניכר מהכוח הרפואי, נמשך גם כיום ואף יועמק בעקבות 'רפורמת יציב'. בשנת 2025, נחתמו הסכמי שכר המגדירים את הגריאטריה כתחום משימה לאומית ומעניקים תוספות ייעודיות לרופאים מומחים ומתמחים, אך עדיין מוקדם להעריך אם צעדים אלה ישפיעו על היקף כוח האדם בהתמחות זו.

### **ממצאי ראיונות – אתגרי כוח אדם ותמריצים בגריאטריה בישראל**

במסגרת העבודה, נערכו ראיונות עומק עם אנשי מפתח במערכת הבריאות, במטרה להבין את האתגרים המרכזיים ואת דרכי ההתמודדות הקיימות והאפשרויות בתחום הגריאטריה. בין המרואיינים: איילת גרינבאום אריזון - סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, ד"ר אפרת גיל - ראש אגף גריאטריה במשרד הבריאות, ד"ר גלית סגל - רופאה גריאטרית ראשית בקופת חולים מאוחדת, ד"ר דב אלבווקרק - מנהל חטיבת הרפואה בקופת חולים מאוחדת, ד"ר הדר אלעד - ראש אגף רפואה קהילתית במשרד הבריאות, ד"ר רועי ורונה - גריאטר מחוזי בכללית, רייצ'ל ברנר שלם - מנהלת אגף בכיר לתכנון כוח אדם במשרד הבריאות, יפעת עירשי בס - מנהלת תחום בכיר לתכנון וחיזוי כוח אדם, ד"ר שי בריל - הגריאטר הראשי של שירותי בריאות כללית ומנהל המרכז הרפואי הגריאטרי "בית הבקה" וכן, ד"ר זויריאן רדומיסלסקי - מנהל גריאטריה ארצי, מכבי שירותי בריאות.

ממצאי הראיונות מצביעים על תמונה עקבית של אתגרים מבניים במקצוע הגריאטריה. כמעט כל המרואיינים עמדו על כך שהתחום סובל מתדמית נמוכה וממחסור מתמשך בכוח אדם איכותי. הגריאטריה נתפסת בעיני רבים כתחום שאינו אטרקטיבי, ולעיתים אף כמדכא, והבחירה לעסוק בו נובעת בעיקר מתחושת שליחות ולא משיקולי יוקרה או תגמול. דבר זה מצמצם את מספר האנשים שניגשים לעסוק בתחום.

לכך מתווספת בעיה מבנית נוספת: עד כה חלק ניכר מן המתמחים הגיעו מבתי ספר לרפואה בחו"ל שאינם עומדים ברף שנקבע ב'רפורמת יציב'. זרם זה צפוי להיפסק בקרוב, ומשמעות הדבר היא כי קבוצת רופאים זו לא תוכל עוד להוות מקור לגיוס מתמחים לגריאטריה ('רפורמת יציב') קובעת כי בוגרים של בתי הספר בחו"ל שאינם בארצות ה-OECD, למעט יוצאי דופן, לא יורשו לגשת לבחינות רישוי בישראל עם תום לימודיהם בשל פערים ברמת הלמידה). לכך יש להוסיף את העובדה ששיעורי הנשירה מההתמחות בגריאטריה הם הגבוהים ביותר מכלל מקצועות הרפואה, ומבין אלו שמסיימים, רבים בוחרים לעבור לתחומים אחרים - ובראשם רפואת המשפחה, הנתפסת כמתגמלת יותר הן מבחינה כלכלית והן מבחינת יוקרה מקצועית.

נושא תנאי העבודה עלה שוב ושוב כחסם מרכזי. השכר והתנאים בתחום נתפסים כנמוכים ביחס לאלטרנטיבות, במיוחד לנוכח היעדר אפשרויות לפרקטיקה פרטית רחבה. בפריפריה, הפערים אף מחריפים בשל תשתיות מוגבלות, נסיעות מרובות ומיעוט הזדמנויות תעסוקה משלימות. מנגד, מרואיינים ציינו כי מתן תמריצים כספיים בלבד לא יספיק כדי לשכנע רופאים ואנשי מקצוע לעבור לפריפריה, וכי נדרשת השקעה רחבה יותר בתחבורה, חינוך, תעסוקה ותרבות כדי להפוך את האזור לאטרקטיבי למשפחות עובדים.

### **לצד התמונה הקשה, עלו גם שורה של רעיונות לפתרון:**

**תמריצים כלכליים:** במקרה זה מדובר על מענקים, מבחני תמיכה ותוספות שכר, כפי שנעשה בהסכם השכר האחרון למקצועות מוגדרים כ"שליחות לאומית". הודגש כי המענקים צריכים להיות גם בדגש לאזור הגיאוגרפי משום שהמחסור בפריפריה חמור אף יותר. בנוסף, הוצעו תמריצים כלכליים בצורות נוספות, כגון תמריץ על בסיס ביצועי (Comprehensive Geriatric Assessment) CGA ותמריץ המבוסס על גיל וניסיון מקצועי. כך למשל, ניתן לשקול מתן מענק על בסיס כמות ביצועי CGA או לקבוע מדרג מענקים לפי שנות ניסיון וגיל, שיתמרץ המשכיות והישארות במערכת לאורך זמן. תמריצים אלו רלוונטיים הן עבור הרופאות והן עבור האחיות.

בנוסף, רבים ציינו את "תוכנית הכוכבים" כפתרון הולם לסיטואציה. התוכנית מושתת על רעיון של יצירת מנהיגות רפואית מקצועית וחברתית באזורים גיאוגרפיים ובתחומים שבהם חסרה מסה קריטית של כוח אדם איכותי, באמצעות הכשרת ארוכת טווח של מתמחים מצטיינים והצבתם בעמדות מפתח. כיום אין תקצוב שמיועד לפתיחת תוכנית כוכבים עבור גריאטריה אך לאור הנאמר, ניתן

להסיק כי תקצוב תוכנית שכזו עשוי לא רק להתמודד עם המחסור בכוח אדם אלא גם לייצר דור מנהיגותי חדש שיוביל את התחום ברמה הלאומית והאזורית.

**חינוך וחשיפת סטודנטים:** המרואיינים הציעו שילוב תכני גריאטריה בתקשורת ובמערכת החינוך, הדגשת הצדדים החיוביים של הזקנה והזדקנות בריאה/מיטבית, והצגת אוכלוסיית הזקנים כגורם משמעותי ותורם בחברה. ברמה המעשית, הוצע להכניס תכנים גריאטריים בהתמחויות נוספות כדי שתהיה "גישה גריאטרית" בכל התמחות, לחשוף את הסטודנטים לסיעוד ולרפואה גם למוסדות גריאטריים, סיעודיים ואף מוסדות לתשושי נפש. מבחינת תחום הסיעוד הוצע להגדיל תקנים של אחיות גריאטריות וכתוצאה מכך יגדלו התקנים לאחיות מומחיות בגריאטריה ולאחיות עם הכשרת קורסי על בסיסיים. כל אלו יוכלו להוות מנוף לתדמית של התחום בקרב האחיות.

**תמריצים שאינם כלכליים:** תמריצים אלו נועדו לחזק את יכולת השימור והמשיכה של כוח האדם בגריאטריה על ידי תמריצים שיהיו מיועדים לתחום הגריאטריה בלבד. אלו כוללים, בין היתר, יצירת מסגרות תומכות כגון ימי גיבוש, שמירת זמן ייעודי למחקר, כנסים מקצועיים נוספים, מימון השתלמויות בחו"ל ואפשרויות ל-fellowship, לצד תמיכה טכנולוגית להפחתת עומס בירוקרטי. במקביל, הוצע לפתח "חליפות אישיות" לעובדים - התאמת תנאי העבודה לצרכים האישיים כמו שעות גמישות ויצירת אופק תעסוקתי מקצועית ואקדמית עבור המתמחים החדשים. צעדים אלו, למעט ה-fellowship, נועדו לשמש את האחיות והרופאות כאחד. מטרתם העיקרית היא ליצור מחויבות ארוכת טווח ובניית עתודה מקצועית וניהולית שתתרום לחיזוק מעמד התחום.

בסיכומו של דבר, הראיונות מציירים אתגר כפול: מחד, הצורך המיידי בגיוס וגם שימור כוח אדם איכותי כדי להתמודד עם הזדקנות האוכלוסייה; ומאידך, הצורך האסטרטגי בשינוי עומק של תדמית המקצוע והמסגרות המכשירות, על מנת להפוך את הגריאטריה לבחירה מקצועית ראויה ומוערכת במערכת הבריאות הישראלית.

### 3.3 שאלות לדיון

- ◆ אילו צעדים יכולים לשפר את התדמית הציבורית והמקצועית של הגריאטריה בישראל? האם יש הצדקה ליצור מערכת תמריצים נבדלת לגריאטריה על פני התמחויות אחרות? אם כן, מהם?
- ◆ מהם הגורמים שישפיעו על בחירתם של הסטודנטים, בוגרי רפואה, בוגרי מקצועות בריאות וסיעוד (אחיות) לבחור בגריאטריה כמסלול ההתמחות שלהם?
- ◆ מהם מקדמי השחיקה העיקריים של הגריאטרים ומקצועות הבריאות האחרים? מהם צעדי המדיניות אשר רצוי לנקוט על מנת למזער את השפעתם של גורמי השחיקה ולגרום לשימור ארוך טווח של הגריאטרים ושל מקצועות הבריאות והסיעוד בישראל?
- ◆ כיצד ניתן להרחיב את הידע ומיומנויות הטיפול של רופאי משפחה עם אוכלוסיית הזקנים, ואילו תמריצים צריך לתת בכדי לעודד את הטיפול באוכלוסייה זו?

### 3.4 סיכום המלצות הצוות

#### חלק 3: תמריצים לכוח אדם בגריאטריה

##### 1. משיכת כוח אדם וטיפול מצוינות

- הפיכת הגריאטריה למקצוע אטרקטיבי המחויב לאיכות ולמנהיגות, תוך הגדלת "השמיכה" של רופאים ואנשי צוות איכותיים.
- ◆ הגדרת התחום ואחריות: הגדרת המקצוע כ"מקצוע בהתעוררות", הטלת אחריות על אנשי הגריאטריה להעלאת הרמה בהתמחות ולחיזוק המנהיגות של כלל התחומים העוסקים בזקנה.
  - ◆ הגברת חשיפה חיובית: הגברת החשיפה החיובית למקצוע באופן שיטתי, ארוך טווח, ועל פני כל מסלולי ההכשרה, כולל בהתמחויות שאינן בהכרח גריאטריה.

- ◆ מסלולי מצוינות: הגדלת החשיפה לעולם הזיקנה בתוכניות למנהיגות (כגון "כוכבים" ו"אילנות"), תוך עבודה ממוקדת על הבנת הצרכים של הסטודנטים ומה מניע אותם לבחירה.
- ◆ עידוד התמחות-על: מתן תמיכה ועידוד לרופאים בעלי מומחיות מתחומים אחרים (בעיקר רפואת משפחה ופנימית) לבצע התמחות-על בגריאטריה.

## 2. בניית תשתית אקדמית ואופק קריירה

- יצירת בסיס אקדמי איתן שיעניק יוקרה, ידע ורצף קריירה ברור.
- ◆ מרכזי ידע ומחקר: הקמת מרכזי מחקר ומרכזי הוראה בתחום (או חיזוק משמעותי של קיימים) אשר יהוו מוקדי ידע ופיתוח.
- ◆ קידום סגל: הבטחת קידום אקדמי מסודר על ידי מתן מינויים אקדמיים למובילים בתחום, הקצאת משאבים להשתלמויות בחו"ל, השתתפות בכנסים ושליחויות למחלקות בחו"ל.
- ◆ אופק תעסוקתי: יצירת אופק ומסלול קריירה מובנה - מקצועי וניהולי - המגדיר שלבי התקדמות ברורים לרופאים.ות ולאנשי צוות.

## 3. תמרוץ, אוטונומיה וחיזוק הקהילה

- הפניית משאבים ותשומת לב לטיפול בזקן בקהילה, תוך תמרוץ הולם של אנשי המקצוע וחיזוק הצוות הרב-מקצועי.
- ◆ תמרוצים: יש צורך להמשיך את מתן התמרוצים הנוכחי לצד יצירת תמרוצים שהם אינם כספיים בלבד.
- ◆ תמחור שונה בקהילה: יש צורך לתמחר אחרת את שעות העבודה של הגריאטר בקהילה, כולל תוספת בגין תפוקות עודפות (כמו ביקורי בית והערכות גריאטריות).
- ◆ העצמת סיעוד ואוטונומיה: התאמת הנוהל של אחות מומחית קלינית בגריאטריה והרחבת סמכויות כך שיתאים לעיסוק בקהילה. יש לפעול למיצוי רחב יותר לסמכויות שיש לאחיות (וכל שכן לאחות מומחית) והגדלת האוטונומיה שלהן.
- ◆ רפואת המשפחה: יש צורך לתת יותר זמן לרופאי המשפחה לצורך טיפול בזקנים, בין היתר על ידי תמחור שעת קבלה של זקן באופן אחר.
- ◆ חיזוק הצוות: יש צורך לחזק את עבודת הצוות הרב-תחומי בטיפול הגריאטרי.

### 3.5 מקורות

1. Australian Government Department of Health and Aged Care. (2023A). Better and fairer wages for aged care workers.  
<https://www.health.gov.au/topics/aged-care-workforce/what-were-doing/better-and-fairer-wages>
2. Australian Government Department of Health and Aged Care. (2023B). Workforce initiatives  
<https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-09/workforce-initiatives.pdf>
3. British Geriatrics Society. (2023). Our strategy. <https://www.bgs.org.uk/our-voice/about-bgs/our-strategy>
4. Department of Health (2023). Aged Care Registered Nurses Payment (G06557). [https://www.grants.gov.au/Go/Show?GoUUid=0e570204-ec43-43be-b327-6f168b7743eb&utm\\_source=chatgpt.com](https://www.grants.gov.au/Go/Show?GoUUid=0e570204-ec43-43be-b327-6f168b7743eb&utm_source=chatgpt.com)
5. OECD. (2020). Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly.  
[https://www.oecd.org/en/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers\\_92c0ef68-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en.html)
6. Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. (2021). Final Report: Care, Dignity and Respect.  
<https://www.royalcommission.gov.au/aged-care/final-report>
7. Rothgang, H., Fünfstück, M., Kalwitzki, T., & el. (2020). Abschlussbericht: Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen (PeBeM). GS-QSA Pflege.  
[https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Ab-schlussbericht\\_PeBeM.pdf](https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Ab-schlussbericht_PeBeM.pdf)
8. Bundesministerium für Gesundheit. (2017). Pflegeberufereformgesetz (Pfl-BRefG).  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegeberufereformgesetz-pflbrefg.html>
9. Bundesministerium für Gesundheit. (2021). Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG).

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsver-sorgungsweiterentwicklungsgesetz.html>

10. המוסד לביטוח לאומי. זכאים לגמלת סיעוד, לפי רמת הגמלה ומין. אתר הביטוח הלאומי. [https://www.btl.gov.il/Publications/quarterly/long\\_term\\_care/Pages/%D7%96%D7%9B%D7%90%D7%99%D7%9D%20%D7%9C%D7%92%D7%9E%D7%9C%D7%AA%20%D7%A1%D7%99%D7%A2%D7%95%D7%93.aspx](https://www.btl.gov.il/Publications/quarterly/long_term_care/Pages/%D7%96%D7%9B%D7%90%D7%99%D7%9D%20%D7%9C%D7%92%D7%9E%D7%9C%D7%AA%20%D7%A1%D7%99%D7%A2%D7%95%D7%93.aspx)
11. משרד הבריאות. (2023א). אחות מומחית בקהילה. חוזר מספר: 07/2019. משרד הבריאות.  
<https://www.gov.il/he/pages/mk07-2019>
12. משרד הבריאות. (2023ב). דוח כוח אדם רפואי בישראל 2023. משרד הבריאות.  
<https://www.gov.il/he/pages/27032025-01>
13. משרד ראש הממשלה, המועצה הלאומית לכלכלה (2015). הערכת מצב אסטרטגית כלכלית-חברתית 2015.  
[https://www.gov.il/he/pages/socio\\_economic\\_assessment](https://www.gov.il/he/pages/socio_economic_assessment)
14. נציבות שירות המדינה. (2011). הסכם קיבוצי לרופאים. אתר הממשלה.  
<https://www.gov.il/he/pages/doctors-collective-agreement-25082011>
15. נציבות שירות המדינה. (2020). עדכון רשימת המקצועות הרפואיים במצוקה לצורך אישור הארכת שירות.  
<http://bit.ly/4mRFxLc>
16. נציבות שירות המדינה. (2023). הסכם קיבוצי לאחיות. אתר הממשלה.  
<https://www.gov.il/he/pages/nursesagreement1112023>
17. נציבות שירות המדינה. (2024). הסכם קיבוצי לרופאים. אתר הממשלה.  
<https://www.gov.il/he/pages/doctors-collective-agreement-22092024>
18. נציבות שירות המדינה. (2025). הסכם מקצועות הבריאות. אתר הממשלה.  
<https://www.gov.il/he/pages/para-collectiveagreement-22042025>

## תוכן עניינים פרק 3: חדשנות בשירות הזיקנה

<b>186</b>	<b>חלק 1: חדשנות בשירות הזיקנה</b>
186	1.1 מהי חדשנות?
189	1.2 מודלים של חדשנות בבריאות ודוגמאות מישראל
192	1.3 מסגרות תומכות חדשנות
196	1.4 חדשנות בגריאטריה
198	1.5 מודלים חדשניים בגריאטריה בעולם
202	1.6 החזר על השקעה בחדשנות בבריאות ובגריאטריה
205	1.7 חדשנות בגריאטריה בישראל - תהליך גריאטרי משולב 2023
208	1.8 תובנות מרכזיות בנושא חדשנות מספר כנס ים-המלח ה-12: "היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה" (2011)
209	1.9 תהליך העבודה של הצוות
	<b>חלק 2: רצף הטיפול - שילוב כוחות לאומי לקידום הזדקנות מיטבית,</b>
<b>214</b>	<b>מפרגמנטציה לאינטגרציה</b>
214	2.1 מגמת ההזדקנות: מאפיינים דמוגרפיים והשלכות כלכליות
214	2.2 אורח חיים ורפואה מונעת בגיל השלישי +65
215	2.3 דחיקת תלות, מניעת בדידות ושימור איכות חיים בגיל המבוגר
217	2.4 מיפוי השירותים לגיל השלישי
220	2.5 ניווט והכוונה (coordination) של האוכלוסייה הגריאטרית במערכת הבריאות
222	2.6 פלטפורמה לשיתוף מידע
224	2.7 מיזמי ניהול טיפול פרטניים בקהילה
227	2.8 משברים ואי יציבות לאומית
228	2.9 שאלות לדיון
	2.10 סיכום הדיון בנושא "רצף הטיפול - שילוב כוחות לאומי לקידום הזדקנות מיטבית, מפרגמנטציה לאינטגרציה"
228	
229	2.11 המלצות להמשך

**חלק 3: היבטים מערכתיים לקידום חדשנות בגריאטריה**

- 231 3.1 רקע: אתגר ההזדקנות והצורך בחדשנות
- 231 3.2 לראות את האדם: התאמה אישית ומדדים מבוססי ערך
- 233 3.3 מהישרדות לחדשנות: פיתוח מוכנות ארגונית לחדשנות מתמשכת
- 234 3.4 המעטפת הלאומית: מדיניות, רגולציה ובניית אקוסיסטם
- 236 3.5 שאלות לדיון
- 237 3.6 סיכום הדיון בנושא "היבטים מערכתיים לקידום חדשנות בגריאטריה"
- 238 3.7 המלצות להמשך

**חלק 4: אוריינות דיגיטלית לגיל השלישי אל מול עולם טכנולוגי משתנה**

- 242 4.1 כיצד לקדם אורח חיים בריא ושלומות (wellbeing), באמצעות הגברת השימוש של זקנים בכלים דיגיטליים?
- 247 4.2 איך משנים תפיסות של הציבור, של המערכת ושל זקנים עצמם ביחס לשימוש של זקנים בישראל בכלים דיגיטליים לצורך קידום בריאות ושלומות?
- 249 4.3 הילכו השנים יחדיו - האיזון בין שירות פיזי מסורתי לשירות דיגיטלי בטיפול בגיל השלישי
- 253 4.4 שאלות לדיון
- 253 4.5 סיכום הדיון בנושא "אוריינות דיגיטלית בגיל השלישי אל מול עולם טכנולוגי משתנה"
- 255 4.6 המלצות להמשך
- 257 4.7 רשימת מקורות

## חלק 1: חדשנות בשירות הזיקנה

### 1.1 מהי חדשנות?

חדשנות מלווה את ההיסטוריה האנושית בגילויים ובהמצאות ששינו את דפוס החיים והיוו מנוף להתפתחויות עתידיות. עם זאת, קיים הבדל משמעותי בין העבר להווה: אם בעבר התנהלו הפצת החידושים והשפעתם על חיי האדם באיטיות יחסית, הרי שהתקופה המודרנית מתאפיינת בקצב שינויים מואץ המשפיע על כל תחומי החיים. כבר במחצית השנייה של המאה ה-20, תיארו אליון טופלר וג'ראלד הוקינס כיצד התפתחות המדע והטכנולוגיה מתרחשת בגלים הולכים ומתרבים (Toffler, *Future Shock*; Hawkins, *Mindsteps to the Cosmos*). לטענתם, גלים אלו נשענים על 'קפיצות ענק' בתובנות חדשות, המעצבות את התרבות והתודעה באופן בלתי הפיך. בשנים האחרונות אנו עדים לקפיצה נוספת ומודגשת, בדמות פריצתה המהירה של הבינה המלאכותית, אשר הופכת רעיונות שנראו דמיוניים למציאות יומיומית במגוון תחומים (Tang, 2020).

תפיסת החדשנות עברה גלגולים היסטוריים משמעותיים. בעבר הרחוק ובעיקר בימי הביניים, נשאה החדשנות קונוטציה שלילית: היא זוהתה עם כפירה, מרדנות ואף אנוכיות. רק במאה ה-18, עם עליית הקפיטליזם, החלו לראות בה מנוע לשינויים חברתיים וכלכליים, המקדמים את רווחת הפרט והמדינה. לאחר המהפכה התעשייתית, קיבלה החדשנות משמעות של קידמה טכנולוגית ובעלת ערך כלכלי (גת וליון, 2023).

הכלכלן ג'וזף שומפטר הטביע בתחילת המאה ה-20 חותם משמעותי על הגדרת החדשנות הכלכלית, כשהבחין בין יזם, ממציא, בעל הון ומנהל. לטענתו, היזם הוא הדמות המרכזית שמביאה לידי ביטוי את החדשנות הכלכלית. היזם עושה זאת באמצעות יצירת מוצרים חדשים, שיפור משמעותי של מוצרים קיימים, גילוי שווקים חדשים, פיתוח שיטות ייצור והפצה מתקדמות, או בנייה של מבנים ארגוניים חדשים. תפקידו המרכזי של היזם, כפי שראה זאת שומפטר, הוא "לפרוץ את שגרת ההרגל של החיים הכלכליים" (Schumpeter, תרגום 2023). שומפטר גם זיהה כי החדשנות חודרת בהכרח לכלל השחקנים בשוק - ואין אפשרות להתעלם ממנה (גת וליון, 2023). רעיון קרוב לזה ניתן למצוא אצל מרשל מקלוהן, שטען בתאוריית הדטרמיניזם הטכנולוגי כי "המדיום הוא המסר", כלומר שהטכנולוגיה ואמצעי התקשורת הם הכוח המעצב את פני החברה, ולא להפך (מקלוהן).

במאה ה-21 התרחבה ההגדרה של חדשנות, וכיום היא נתפסת כתהליך וכמוצר גם יחד. לפי (Crossan & Apataydin, 2010), חדשנות היא "ייצור או אימוץ, הטמעה וניצול של חידוש בעל ערך מוסף - חידוש במוצרים, בשירותים ובשוקים, פיתוח שיטות ייצור חדשות ובניית מערכות ניהול חדשות." הם מסכמים: "חדשנות היא גם תהליך וגם תוצאה." הגדרה משלימה, המופיעה במדריך אוסלו (OECD & Eurostat, 2018), מדגישה כי חדשנות היא מוצר או תהליך חדש או משופר, השונה באופן מהותי מקודמיו, אשר הועמד לרשות משתמשים פוטנציאליים או נכנס לשימוש בפועל. בעוד ששתי ההגדרות מתייחסות לחדשנות כתוצר שיש לאמצו, הראשונה מדגישה את חשיבות הערך המוסף, ואילו השנייה את מהות השינוי והיישום שלו. כיווני חשיבה נוספים רואים בחדשנות גם תהליך חברתי-פוליטי, המתואר כ"הליך שבו שחקן מפעיל עוצמה על אחרים, באופן שמאלץ אותם לשנות את התנהגותם בהתאם לשינוי שיצר" (גת ולוין, 2023).

בנוגע לסיווג, הספרות המקצועית מציעה סיווגים שונים לחדשנות, רבים מהם חופפים. מטיאס ואחרים (2024) מציעים הבחנה בין סוגים שונים, כגון חדשנות מוצר וחדשנות שוק, חדשנות תהליכית וחדשנות ארגונית, וכן הבחנות נוספות כגון חדשנות טכנולוגית, חדשנות פרדיגמטית, חדשנות תוספתית וחדשנות משבשת.

### חדשנות בבריאות

בזכות התפתחויות במדעי הבריאות, בטכנולוגיה, בניהול ובחברה, תחום הבריאות מהווה כר פורה לחדשנות (Scarborough & Kyratsis, 2022). הגדרות לחדשנות בבריאות מתייחסות למאפיינים ייחודיים של התחום. אומצ'ו ואינספרוך (2010) הגדירו אותה כ"הכנסה של קונספט, רעיון, שירות, תהליך או מוצר חדשים שמטרתם לשפר את הטיפול, האבחון, החינוך, ההסברה, המניעה והמחקר, ועם מטרת ארוכות טווח של שיפור האיכות, הבטיחות, התוצאות, היעילות והפחתת העלויות". קוסיוול ואחרים (2024) הדגישו את החדשנות כ"מאמץ מכוון ומתואם להכניס שינויים טרנספורמטיביים ומתמשכים שישפרו את תוצאות הבריאות, היעילות הארגונית והכלכלית ואת חוויית המשתמש".

החדשנות בבריאות היא מקור לפריצות דרך ולקידום איכות הטיפול, אך במקביל היא מציבה בפני מערכות הבריאות אתגרים מתמשכים: עלויות גבוהות, צורך בהכשרת צוותים, התאמת תשתיות ושיטות עבודה. בשל כך, גם המצאה מבטיחה אינה בהכרח מאומצת או מצליחה (Flessa & Hunber, 2021). קושי נוסף נובע מריבוי בעלי עניין, שכל אחד מהם מקדם אג'נדה שונה ולעיתים אף מנוגדת

(Herzlinger, 2006). מישרה וג'יין (2025) ציינו שלושה אתגרים מרכזיים באימוץ והטמעה של חדשנות בבריאות: התאמת תוצרי החדשנות לצרכים ולציפיות המשתמשים; פיתוח מודלים עסקיים המאזנים בין מטרות חברתיות וכלכליות; ושילוב מערכות טכנולוגיות בתוך האסטרטגיה הארגונית הקיימת. ניהול תהליך חדשנות מחייב התייחסות לכל שלביו, עד להפיכת החידוש לסטנדרט טיפולי (Flessa & Hunber, 2021).

בעולמות הבריאות, מעבר לחדשנות טכנולוגית הנפוצה באקדמיה ובתעשייה, הולכות ומתבססות גישות של חדשנות מבוססת-צרכים. כך, "חשיבה עיצובית" (Design Thinking) מתמקדת במשתמש ומבוססת על שלבים של אמפתיה, הגדרת בעיה, רעיונאות, אבטיפוס ובדיקה - במטרה לאזן בין היבט קליני להקשר סביבתי (Oliveira et al., 2021; Altman, 2000). מונח נוסף הוא "חדשנות רזה" (Lean Innovation), שמקורה בתעשייה ובחברות הזנק, שואפת לפתח במהירות מוצר מינימלי בר-קיימא (Minimal Viable Product), גרסה ראשונית בעלת פונקציונליות בסיסית המספקת ערך למשתמשים לפני השקעה מלאה (Akmal et al., 2020; Arandia et al., 2023). גישת הביודיזיין (Biodesign) מציעה תהליך מובנה של זיהוי צרכים רפואיים בלתי פתורים, בחינת פתרונות אפשריים ותכנון אסטרטגיית כניסה לשוק, תוך שילוב רפואה, הנדסה ועסקים. עקרונ היסוד שלה: אפיון מדויק של צורך הוא הבסיס לכל המצאה מוצלחת (Yock et al., 2015).

גם קיומם של פיילוטים אינו מבטיח הצלחה. כדי שחדשנות לא תישאר בגדר ניסוי חד-פעמי, נדרשים שיתוף פעולה בין בעלי העניין, לצד מנגנוני למידה, התאמה ומיסוד. למידה מהידע המקומי, לעיתים סמוי, חיונית להטמעת החידוש. מנגנון ההתאמה מבטיח התאמה למאפיינים המקומיים תוך שמירה על פוטנציאל יישום רחב, בעוד שמנגנון המיסוד מתייחס לכוחות החברתיים, הכלכליים והרגולטוריים - שעשויים לשמש לא רק כחסם, אלא גם כמנוף להפצת חדשנות (Scarborough & Kyratsis, 2022).

על מנת לטפח חדשנות, נדרשת מוכנות ארגונית. ואן דן הוד ואחרים (2022) מציינים ארבעה תנאים מרכזיים: אסטרטגיה מוכוונת חדשנות הכוללת תוכנית ותהליכי עבודה, לצד שיתופי פעולה בין-ארגוניים; אקלים המעודד חדשנות באמצעות תרבות ארגונית ומרחב למידה; מנהיגות מוכוונת חדשנות - הן של ההנהלה הבכירה והן של מנהלי הביניים כמקדמי תהליכים; ולבסוף, מחויבות ארגונית המתרגמת להתנהגות חדשנית של העובדים ולפיתוח כישורים כגון פתיחות, יצירתיות ונכונות לקחת סיכונים.

גם קוסיוול ואחרים (2024) מדגישים את חשיבות התרבות הארגונית כבסיס לחדשנות: ממשל תקין המייצר יציבות ואמון; מנהיגות אותנטית המעודדת יוזמה וחילופי רעיונות; תקשורת רב-מקצועית המשלבת נקודות מבט שונות; סביבת עבודה המבוססת על אמון ותמיכה; ולבסוף - התמדה וחוסן ארגוני המאפשרים להתמודד עם הקשיים הבלתי נמנעים שבתהליכי חדשנות.

## **1.2 מודלים של חדשנות בבריאות ודוגמאות מישראל**

חדשנות בארגוני בריאות מהווה נדבך מרכזי במאמצים לשיפור איכות השירות, לייעול תהליכים קליניים ולהגברת הנגישות של המטופלים למערכת הבריאות. על רקע אתגרים גלובליים דוגמת הזדקנות האוכלוסייה, עומסים כרוניים על מערכות הבריאות וציפיות גוברות מצד הציבור - נדרש שינוי מבני ותפיסתי באופן הפעלת השירותים הרפואיים. התפיסה המסורתית, הרואה בשירותי בריאות מערכת המבוססת על בתי חולים או על קהילה, עוברת כיום טרנספורמציה לעבר מודלים חדשניים הנשענים על טכנולוגיה, אינטגרציה בין-תחומית והעצמת מעורבות המטופל בתהליך קבלת ההחלטות.

בעולם יושמו מגוון גישות לחדשנות בבריאות: מרכזי חדשנות, טיפולים דיגיטליים, שינוי במודלים עסקיים, ואימוץ עקרונות של טיפול מותאם אישית. אף שאין מודל יחיד המתאים לכל הקשר, הספרות מצביעה על מספר עקרונות משותפים החוזרים ברוב המקרים: הנהגה מחויבת, תרבות ארגונית תומכת, מנגנוני מדידה והערכה מתמשכים ויכולת הרחבה (scalability) של הפתרון. מטרת סקירה זו היא למפות את הדגמים המרכזיים לחדשנות בשירותי הבריאות בעולם, להציג את מאפייניהם, לאתר את האתגרים ביישומם, ולהצביע על תנאי ההצלחה המאפשרים את מיסודם.

### **מודלים תפיסתיים**

#### **שירותי בריאות מרחוק**

שירותי בריאות מרחוק הפכו בעשור האחרון לאחד המודלים החדשניים והנפוצים ביותר בשירותי הבריאות. גישה זו כוללת שימוש במפגשים רפואיים מקוונים, ניטור ביתי מרחוק ומערכות דיגיטליות לניהול מצבים חריפים וכווניים. מחקרים מצביעים על כך שבתחומים רבים התוצאות הרפואיות דומות ולעיתים אף עדיפות לעומת הטיפול המסורתי (Roberts et al., 2023).

שירותים אלה מאפשרים להרחיב את הנגישות למטופלים באזורים מרוחקים, לקצר זמני המתנה, ולהגביר את אוטונומיית המטופלים את המטופלים באמצעות ניטור עצמי רציף בבית. עם זאת, לצד היתרונות, קיימים גם אתגרים משמעותיים: פערי תשתית טכנולוגית, פערי אוריינות דיגיטלית בקרב משתמשים, שאלות של פרטיות מידע ואתגרים רגולטוריים הכרוכים במיסוד השירותים.

בישראל, כל קופות החולים מפעילות כיום שירותי טלה-רפואה אינטגרליים כחלק מסך השירותים, במגוון מקצועות בריאות ורפואה - רפואת משפחה, ילדים, נשים, בריאות הנפש ועוד. בהקשר ייעודי לגריאטריה, נציין את המרכז רפואי בית רבקה, המפעיל מודל הערכה גריאטרית מרחוק בשיתוף מרפאות הקהילה בשירותי בריאות כללית, כמענה לצורכי האוכלוסייה המבוגרת ולשמירת רצף הטיפול (אתר בית רבקה - מרכז רפואי שיקומי גריאטרי, 2025).

### חדשנות במודלים עסקיים

חדשנות במודלים עסקיים בשירותי בריאות מייצגת שינוי יסודי במבנה מתן השירותים ובאופן ארגונם. היא כוללת מגוון גישות, ובהן: סטנדרטיזציה של שירותים; פירוק והפרדה בין מרכיבים שונים של הטיפול; ומיקוד בצרכים של אוכלוסיות מוחלשות באמצעות שילוב עובדי בריאות קהילתיים ותכניות לניהול מקרים (Castano, 2014).

מודל זה מחייב חשיבה מחדש על שרשרת הערך הרפואית, הגדרה של מדדי הצלחה מותאמים, ובנייה של מערכות תגמול חדשות. האתגר המרכזי טמון ביכולת לאזן בין קיימות כלכלית לבין מתן מענה לצרכים החברתיים והבריאותיים המגוונים של אוכלוסיות שונות.

דוגמה למודל עסקי חדשני, שכבר הפך לסטנדרט, היא אשפוז בית, מודל שממיר אשפוז מוסדי לטיפול ביתי רציף ומנוהל: ביקורי צוות רפואי וסיעודי יומיומיים, זמינות טלפונית 24/7, ותוכנית מותאמת למצבו הקליני והסיעודי של המטופל. המודל מייצר ערך כפול: למטופלים - נוחות, התאוששות ושיקום בסביבה מוכרת תוך צמצום חשיפה לזיהומים, נפילות, הפרעות שינה ובעיות תזונה; למערכת - הקטנת עומסים ואשפוזים חוזרים באמצעות מעקב יזום ומתמשך. היישום מתמקד בעיקר באשפוזים אקוטיים למצבים קליניים מוגדרים ומאושרים על ידי הרגולטור (חוזר חטיבת הרפואה, משרד הבריאות, 2022). בהיבטים מסוימים, האוכלוסייה הזקנה היא

קהל יעד מצוין לאשפוז בית, והדבר עשוי להוריד סיבוכי אשפוז כמו דליריום ורכישת חיידקים עמידים. אך חשוב לזכור שסיבת אשפוז של זקן היא לעיתים קרובות מורכבת מכדי לאפשר אשפוז בבית ועשויה למנוע את מימוש פתרון זה.

### טיפול ממוקד אדם (Person-centered care)

מודלים של טיפול ממוקד אדם נשענים על ראייה הוליסטית של המטופל, הכוללת תיאום בין מקצועות שונים, שימוש בהנחיות קליניות מבוססות ראיות, ושיילוב המטופל עצמו בתהליך קבלת ההחלטות (Rossi et al., 2023). גישה זו מדגישה גם מנגנוני שיפור איכות ועמידה בסטנדרטים קליניים. יתרונותיה של הגישה כוללים שיפור במדדי בריאות, רמות שביעות רצון גבוהות יותר בקרב מטופלים, והפחתת עומסים על מערכות הבריאות. עם זאת, יישומה מחייב הקמה של תשתיות מידע אינטגרטיביות, הכשרות ייעודיות לצוותים מקצועיים, ורציפות טיפול לאורך זמן.

במספר מרכזים רפואיים ברחבי הארץ, פועלות מרפאות מעקב ייעודיות לנשים בסיכון גבוה לסרטן השד והשחלה, המציעות יום מרוכז המאחד בדיקות קליניות והדמייתיות לנשאות BRCA וגנים נוספים, לרבות כירורג שד, ממוגרפיה, אולטרה-סאונד ולעיתים MRI, ובמקביל בדיקת גניקולוג או אולטרסאונד אגן ותוספים נקודתיים לפי צורך (האגודה למלחמה בסרטן, 2025). מודל רב-מרכזי זה, מצמצם פרגמנטציה ותלות בריבוי תורים באמצעות ארגון תהליכי תחת מסגרת מובנית אחת. בהיבט יישומי, הפריסה הרחבה מאפשרת ניהול סיכונים עקבי ושיטתי לאוכלוסייה מוגדרת, תוך איזון בין עומסים מקומיים לנגישות הוגנת לשירותים משלימים.

### חדשנות דיגיטלית

חדשנות דיגיטלית מתייחסת להטמעה של טכנולוגיות מתקדמות כגון ניטור מרחוק, אפליקציות רפואיות, מכשירים לבישים וניתוח מידע רפואי בזמן אמת. יישום טכנולוגיות אלה מחייב מבנה ארגוני גמיש, תשתיות טכנולוגיות מותאמות ויכולת הטמעה אפקטיבית (Flessa & Huebner, 2021). חדשנות דיגיטלית מאפשרת שיפור משמעותי ביכולת לאסוף ולנתח נתונים קליניים, לקדם מניעה ולטפל באופן מותאם אישית. בנוסף, מאפשרת לחזק את הקשר בין מטופלים לצוותים רפואיים. עם זאת, ההטמעה מלווה באתגרים מהותיים ובהם אבטחת מידע,

חסמים טכנולוגיים בקרב חלק מהמשתמשים, והתמודדות עם דרישות רגולציה משתנות.

שתי דוגמאות לחדשנות דיגיטלית הן (1) היישומונים (אפליקציות) למבוטחים של קופות החולים, בהן המבוטחים יכולים לצפות בתוצאות בדיקות, לנהל תורים, לבקש התחייבויות, לצפות במרשמים ומגוון שירותים דיגיטליים נוספים. (2) השימוש במוצר TytoCare בקופות החולים, שמאפשרת בדיקה קלינית מרחוק באמצעות אביזר לשימוש ביתי למשתמש שאינו מיומן (Zeltzer et al., 2023). התצורה המאוחדת של מכשיר ואפליקציה מאפשרת מגוון בדיקות פיזיקליות כמו האזנה ללב ולריאות, בדיקת אוזניים וגרון ומדידת חום, לצד שידור מדיה קלינית בזמן אמת או באופן אסינכרוני לסקירה, באופן שמצמצם את השונות בין המשתמשים. מנקודת מבט מערכתית, השימוש בשירות יכול להחליף ביקורים במוקדי רפואה דחופה מחוץ לשעות פעילות המרפאות ועוד.

### 1.3 מסגרות תומכות חדשנות

#### מרכזי חדשנות

מרכזי חדשנות הם אחד המודלים המרכזיים שהוטמעו בארגוני בריאות במטרה להניע תהליכים של שינוי, פיתוח והטמעת פתרונות חדשניים (Bhattacharyya, Shapiro, & Schneider, 2022). מרכזים אלו יכולים לפעול במוסדות רפואיים, במרכזים אקדמיים, במכוני מחקר ובמסגרות נוספות. מרכזי חדשנות תפקודיים מארגנים את הפעילות סביב מספר קטגוריות משלימות. מסגרות לדוגמה כוללות יחידת העברת טכנולוגיה (TTO = Technology Transfer Office) המנהלת איתור טכנולוגיות, הגנות IP ורישוי, לצד אגפי דאטה ו-BI התומכים איסוף נתונים, הקמת מאגרים וניהול הגישה אליהם, ניהול הרשאות, ועוד. מסגרות אלו ועוד, פועלות בתוך גופי בריאות ומעניקות תשתית יציבה לצוותים קליניים ומנהלתיים. רשתות חדשנות כוללות אקוסיסטמים (Ecosystem) וקהילות המחזקות שותפויות עם האקדמיה והתעשייה ויוצרות בריתות בין-ארגוניות המאפשרות שיתוף רעיונות, תקנון פרקטיקות ופיתוח משותף בין הגופים. "האבים" (Innovation Hubs), הם מבנים ארגוניים גמישים המשמשים כמרחב מפגש בין יזמים, חוקרים, אנשי צוות קליני ומנהלים, ומציעים תשתית פיזית או וירטואלית המאפשרת העלאת רעיונות, ביצוע פיילוטים ובניית שותפויות (Speck, Weisberg, & Fleisher, 2015).

בנוסף, ישנם מנגנונים ממוקדי-יעד כגון אקסלרטור, תחרות אתגרים, וסנדבוקס רגולטורי/קליני, שמסדירים בדיקות היתכנות והטמעה מדורגת. מרכז חדשנות כזה, הפועל בתוך ארגון, ממקד חדשנות בצרכי הליבה, מסיר חסמים תפעוליים, ומקצר את הדרך ממחקר ליישום קליני, כאשר הליבה הארגונית נשענת על תיאום רציף בין כל הקטגוריות להלן, ולא על מהלך אחד לינארי.

הגדרות נוספות שחשוב להכיר הן חדשנות פנימית, הקורית כאשר מרכז החדשנות מתמקד ברעיונות שמקורם בתוך הארגון עצמו. הוא פועל בשיתוף פעולה הדוק עם צוותים קליניים, טכנולוגיים וניהוליים במטרה לתת מענה לבעיות קיימות ולשפר תהליכים ארגוניים ושירותיים (Krelle, Martinez, Garry, & Horwitz, 2023). מהצד השני, ישנה חדשנות חיצונית, במסגרתה המרכז מתפקד כשער לאקו-סיסטם החיצוני, ומחפש שיתופי פעולה עם חברות טכנולוגיה, סטארטאפים, גופים אקדמיים וארגונים נוספים. במודל זה הדגש הוא על הכנסת רעיונות, טכנולוגיות ושיטות עבודה חדשות מן החוץ אל תוך המערכת (Cresswell, Williams, 2020). (Carlile, & Sheikh, 2020).

בארץ, פועלים מרכזי חדשנות רבים ומגוונים; המרכז לחדשנות ARC במרכז הרפואי שיבא תל השומר, אשר מהווה פלטפורמה לשיתופי פעולה בין צוותים קליניים, יזמים וחברות טכנולוגיה לפיתוח פתרונות בתחום הרפואה הדיגיטלית. דוגמה נוספת היא I-Next Tech חברת היזום וחדשנות של המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב), אשר אחראית על הקניין הרוחני של בית החולים דרך חיבור בין עובדי בית החולים, מהנדסים וחברות טכנולוגיה לפיתוח פתרונות חדשניים ופורצי דרך לטובת המטופלים. בקהילה, מכון KSM של מכבי שירותי בריאות פועל לקידום מחקר מבוסס נתונים ויישום פתרונות מבוססי בינה מלאכותית, וכן מכון החדשנות Clalit Innovation שמהווה את זרוע החדשנות של שירותי בריאות כללית, המספקת תשתית לקידום פיילוטם, שיתופי פעולה עם סטארטאפים ופרויקטים בתחום הבינה המלאכותית.

### חממה (Incubator)

חממה היא מסגרת תמיכה פורמלית לסטארטאפים בראשית דרכם, המספקת ליווי מובנה וצמוד לאורך תקופה מוגדרת - לרוב שנה עד שנתיים. החממה מעניקה למיזמים, שנבחרים בקפידה, שילוב של השקעה כספית, גישה למומחים בתחומים שונים (טכנולוגיה, רגולציה, שיווק ועוד), ותמיכה בתהליכי פיתוח המוצר. בחלק מהחממות ניתנת גם גישה לתשתיות חיוניות, כגון: מעבדות, מערכות מידע או

שותפים קליניים. בדרך כלל, בתמורה לשירותים ולתמיכה, החממה מקבלת אחוזי בעלות בחברה ונוטלת חלק פעיל במעקב אחר התקדמותה העסקית והמקצועית.

דוגמה לחממה היא EHealth Ventures - חממה המתמחה בבריאות דיגיטלית, הפועלת בישראל בשותפות עם גופים כמו מכבי שירותי בריאות, Medison ו-Mayo Clinic. החממה בוחרת מיזמים ייעודיים בתחום זה, משקיעה בהם בשלב מוקדם, ומלווה אותם בתהליך הכולל פיתוח טכנולוגי, קליני ועסקי.

### אקסלרטור (Accelerator)

אקסלרטור הוא תוכנית ייעודית, שמטרתה לקדם במהירות מיזמים חדשניים בשלבי הפיתוח המוקדמים. תוכניות אלו משלבות ליווי צמוד של מומחים, גישה למקורות מימון וחיבור ישיר לשטח הקליני. באקוסיסטם של שירותי הבריאות, אקסלרטורים מתמקדים לרוב בטכנולוגיות רפואיות, פתרונות דיגיטליים או מודלים חדשים של טיפול (Bhattacharyya, Shapiro, & Schneider, 2022). מרכיבים קריטיים בהפעלת אקסלרטור כוללים תהליך סינון קפדני של מיזמים, מסגרות להערכת תוצאות, וחיבור הדוק להנהלה הארגונית ולרגולטורים. יתרונה המרכזי הוא ביכולת להאיץ את המעבר מרעיון למוצר ישים, להפחית חסמים ביורוקרטיים, ולהגדיל את סיכויי ההצלחה בשוק הבריאות המורכב והתחרותי.

ניתן לציין כדוגמה את Leumit-WeCcelerate, תוכנית האצה ייעודית של קופת חולים לאומית. התוכנית נועדה לקדם חדשנות רפואית באמצעות שיתופי פעולה עם יזמים וחברות סטארט-אפ, ומתמקדת בפיתוח פתרונות מבוססי טכנולוגיה דיגיטלית לשיפור שירותי הבריאות. ייחודה של התוכנית הוא בשימוש בנתוני אמת מתוך המערכת הקלינית של לאומית, המאפשרים ניסוי והטמעה מוקדמת של מוצרים חדשניים בסביבה טיפולית ממשית. בנוסף, היא מספקת לסטארט-אפים ליווי מקצועי, גישה למימון ולסביבות ניסוי, ובכך תורמת להאצת תהליך המעבר מפיתוח ראשוני ליישום בפועל במערכת הבריאות. דוגמה נוספת היא אקסלרטור טכנולוגיות בשיקום, שהפעיל מסלול ארגוני ממוקד שהמיר אתגר שיקומי לפתרון משולב שירות-טכנולוגיה בתוך הארגון (משרד הבריאות, 2024). המסלול הונחה בידי אגף השיקום ואגף בריאות דיגיטלית בקהילה, בשותפות עם מיזם ענבר וארגון מעוז, ושילב הכשרה, מנטורינג ועבודה בצוותים רב תחומיים. התהליך קידם מיפוי אתגר, עיצוב פתרון, פיתוח MVP ותכנית עבודה להטמעה, והשתתפו בו צוותי טיפול, רפואה, ניהול ושירות מארגוני בריאות ושיקום בקהילה ובבתי חולים.

### מעבדת מייקרים (Maker Lab)

מעבדת מייקרים היא מרחב פיזי המצויד במגוון כלים טכנולוגיים מתקדמים - מדפסות תלת-ממד, מכונות חיתוך בלייזר, ציוד לאלקטרוניקה, סדנאות נגרות ועוד. במרחב זה פועלים יחד יזמים, מהנדסים, אנשי צוות קליני, מטופלים ובני משפחותיהם, במטרה לפתח פתרונות מותאמים אישית לצרכים רפואיים וקליניים ייחודיים. יתרון המרכזי של מעבדות המייקרים הוא ביכולתן לאפשר פיתוח מהיר, גמיש ויצירתי של אבי-טיפוס, תוך שיתוף ידע בין-תחומי ושילוב נקודת המבט של המטופל ומשפחתו כבר בשלבי התכנון הראשונים.

Tikkun Olam Makers מפעילה רשת קהילתית גלובלית שמחברת מייקרים ואנשים עם צורך מוגדר לפיתוח אבטיפוסים נגישים וקוד פתוח, לרוב בפורמט מייקרתון (TOM Global, 2025). מילבת-שיבא פועלת בתוך מערכת הבריאות ומספקת ייעוץ, התאמה ופיתוח של טכנולוגיות מסייעות עם אימות קליני ושילוב בקהילה (מילבת-שיבא, 2025). יחד הן יוצרות רצף עבודה ברור - מאיתור צורך ועד פתרון מותאם ומיושם - שמקצר לוחות זמנים, משפר נגישות ומעלה את הסיכוי לשימוש בפועל.

### אקוסיסטם לקידום חדשנות

אקוסיסטם הבריאות הוא רשת מתואמת של שחקנים עצמאיים - חברות מסחריות, גורמים קליניים, מוסדות מחקר ורגולטורים - הפועלים בשיתוף פעולה סימביוטי המייצר ערך הדדי ומחזק את היתרון התחרותי של המערכת (Viswanadham, 2021). מודלים אלה מאפשרים זרימת ידע דו-כיוונית, חשיפה לרעיונות חדשים והאצה של תהליכי אימוץ טכנולוגיות. עם זאת, לצד הפוטנציאל, קיימים אתגרים משמעותיים: ניהול זכויות קניין רוחני, פערי תרבות בין מגזרים שונים, וקצב הסתגלות שונה בין השותפים המעורבים.

AgingIL, קהילה בין-מגזרית שמחברת יזמים, משרדי ממשלה, רשויות וארגוני חברה אזרחית כדי לפתח פתרונות לאתגרי ההזדקנות בישראל. היא פועלת כשותפה רשמית של משרד הכלכלה והתעשייה, משרד הבריאות, משרד הרווחה, משרד הנגב והגליל, רשות החדשנות, שיתופים וג'וינט-אשל, וכן הוקמה ביוזמת ג'וינט ישראל-אשל ואשוקה ישראל. כיום הקהילה מונה מעל 1600 חברים ופועלת כ"זירת חיבור לעשייה" - מאיתור צורך, דרך פיילוט, ועד יישום בקנה מידה ארצי (AgingIL, 2025). דוגמאות נוספות הן רשת הבריאות 8400 -

ארגון בין-מגזרי ישראלי שהוקם ב-2017 ופועל להפיכת תחום ה-HealthTech למנוע צמיחה לאומי באמצעות רשת של כ-400 מובילי אקוסיסטם, תכניות מנהיגות ויזמות תשתית בתחומי הון אנושי, מדיניות, שיתוף ידע ועוד (8400 The Health Network, 2025). האקוסיסטם לחדשנות בבריאות HealthIL, שהוקם ב-2018, נועד לגשר בין מערכות הבריאות לטכנולוגיה באמצעות בניית תשתיות חדשנות והסרת חסמים רגולטוריים. החל מ-HealthIL 2025 פועל תחת 8,400, באופן היוצר רצף בין פיתוח פתרונות לבין הטמעתם בקנה-מידה ארצי (HealthIL, 2025). (HealthIL LinkedIn, 2025).

## 1.4 חדשנות בגריאטריה

התפתחות הטכנולוגיה תרמה לעלייה בתוחלת החיים, וזו הובילה לאתגרים חדשים כמו עלייה בשכיחות של מחלות כרוניות ויכולת של מערכת הבריאות לספק שירותי בריאות יעילים (Flessa & Hunber, 2021; Bertolazzi et al., 2024). כשמדובר בטכנולוגיה המיועדת לאוכלוסייה הזקנה - לאתגרים הקיימים בתחום הבריאות מתווספים אתגרים נוספים אופייניים. הגרונטכנולוגיה הוא תחום העוסק בטכנולוגיה המספקת מענה לצרכי האוכלוסייה הזקנה ובכך תורמת לשיפור איכות חייהם (Halicka & Surel, 2021).

להאצת החדשנות בגריאטריה נלווה שינוי במבנה הסמכות הבין-דורית: בעבר זקנים נתפסו כבעלי ניסיון חיים, חוכמה ותפקיד של "חכמי שבת", ואילו כיום קצב מחזורי הטכנולוגיה והכוח הטמון במיומנויות דיגיטליות מעבירים את מרכז הכובד לדור הצעיר, הנתפס כבעל ידע רלוונטי ומעודכן. שינוי זה משפיע על תחושת הערך וההשפעה של המטופלים הזקנים בתוך המפגש הטיפולי והמערכת הבריאותית, ולעיתים מצמצם את ההכרה בשיקול דעתם, בחוכמתם ובניסיונם המצטבר כבני אדם.

על רקע שינוי זה, הולכת וגדלה גם הדרישה למיומנויות דיגיטליות בסיסיות לשם השתתפות פעילה בשירותי בריאות מודרניים - החל מכניסה מאובטחת לחשבון ואימות משתמש, דרך ניווט בפורטלים ובאפליקציות, זימון תורים וחיידוש מרשמים, ועד פנייה מאובטחת לצוות המטפל וצפייה בתוצאות בדיקות. פער במיומנויות אלו מתורגם לאי-שוויון בנגישות, לתסכול גובר בקרב מטופלים ולתלות מוגברת בבני משפחה, מה שמוביל לשחיקה הן בקרב המטופלים והן במערכות השירות.

הואנג ואוטנג (2023) בחנו את הגורמים התורמים לאימוץ הטכנולוגיה בקרב זקנים ומציינים שהגורמים שנמצאו כתורמים לאימוץ הם שימושיות - טכנולוגיה העונה על הצרכים של הזקנים ומסייעת בשמירה על בריאות טובה, עצמאות ותקשורת עם הסביבה. טכנולוגיה ידידותית למשתמשים נמצאה כקלה לאימוץ ותרמה לבטיחות השימוש, עם זאת, ייתכן וקלות השימוש היא תוצאה של מיומנות אישית. גם הגורמים הסוציאליים כגון: הדרכה וסיוע של מטפל או דמות משמעותית תרמו לאימוץ. בנוסף, גם הרצון לא להיתפס כמיושנים נמצא כגורם המעודד. הגורמים שנמצאו כחסמים באימוץ טכנולוגיה הם גורמים אישיים והתנהגותיים כגון אוריינות נמוכה, חרדה, תפקוד פיזי או קוגניטיבי ירוד ועוד. גם עלות המוצרים יכולה להוות חסם.

יתר על כן, ברטולזי ואחרים (2024) סיווגו את הגורמים המעכבים את אימוץ הטכנולוגיה בקרב הזקנים ל-5 קטגוריות: מאפיינים דמוגרפיים ומאפיינים סוציו-אקונומיים כגון היעדר השכלה והכנסה נמוכה; גורמים הנובעים ממצב בריאותי דוגמת, ירידה בשמיעה, ראייה או ירידה קוגניטיבית; קטגוריה המתייחסת לאמונות, גישות והתנהגויות אופייניות, כמו אי פתיחות לשינויים וחשש מהונאה; גורמים טכניים המהווים מכשול לאימוץ הטכנולוגיה בקרב האוכלוסייה הזקנה, החל מבעיות התחברות, דרך עיצוב הממשק ועד לנוחות השימוש (בציוד לביש לדוגמה) וכן דיוק העברת המסרים באמצעות הטכנולוגיה (בטלה-רפואה); במקרים מסוימים גם הגורמים הסוציאליים יכולים להוות מכשול באימוץ הטכנולוגיה, בין היתר עקב היעדר חומרה מתאימה (מחשב, טלפון חכם, תקשורת אינטרנטית) - המאפיינת בעיקר אוכלוסיות מהפריפריה הכלכלית-חברתית.

האבחנה בין אוריינות דיגיטלית בסיסית לבין אוריינות בריאות, חיונית כדי להבין נכונה את האתגרים הקיימים. אוריינות דיגיטלית היא היכולת הטכנית לתפעל ולהתמצא בסביבות מקוונות: להשתמש באפליקציות, לנווט באתרים, לנהל הגדרות פרטיות ולזהות ממשקי שירות אמינים, תוך הפגנת ערנות לניסיונות הונאה (כגון "דיוג נתונים" - Phishing - שבו גורמים עוינים מתחזים לגופים מוכרים כדי לגנוב סיסמאות, מידע אישי ועוד). לעומתה, אוריינות בריאות היא היכולת המהותית לאתר מידע רפואי אמין, להבין מושגים קליניים, להעריך סיכונים ותועלות ולקבל החלטות טיפוליות מושכלות. ערבוב שני המושגים מטשטש את מקור הבעיה: אדם יכול להיות מיומן דיגיטלית אך חסר הבנה רפואית, או להפך - להבין את התוכן הרפואי אך להתקשות בתפעול המערכת. לכן, יש להעריך ולזהות נכונה את הפערים והחסמים השונים באימוץ חדשנות וטכנולוגיה בבריאות.

## 1.5 מודלים חדשניים בגריאטריה בעולם

בשנים האחרונות, לאור הזדקנות האוכלוסייה הגלובלית והצורך הדחוף בהתאמת שירותי הבריאות לזקנים, פותחו ואומצו ברחבי העולם מספר מודלים חדשניים בגריאטריה. כניסתן לשימוש של גישות חדשניות, משפרות את איכות הטיפול הרפואי, הרצף הטיפולי ורווחת הזקן. גם בישראל הוטמעו ונוסו טכנולוגיות ומודלים; אלו שהוצגו לצוות מפורטים מטה (ראו סעיף 1.7) המתאר את פעילותן. להלן מספר דוגמאות מובילות:

### Senior Friendly Care-1 Age-Friendly Health Systems

Age-Friendly Health Systems היא יוזמה שהושקה בשנת 2017 בארצות הברית על ידי The John A. Hartford Foundation בשיתוף עם The Institute for Healthcare Improvement, במטרה להטמיע עקרונות ידידותיים לגיל המבוגר בכל מערכות הבריאות. מדובר במסגרת מערכתית לשיפור איכות הטיפול בזקנים, באמצעות שינוי מבני ותרבותי בארגוני בריאות. המודל מתמקד בארבעה עקרונות מרכזיים הידועים בשם "Ms4", והם: Medication (התאמת התרופות ומניעת תרופות מזיקות), Mentation (התייחסות לבריאות הנפשית ומניעת דליריום ודמנציה), Mobility (שמירה על ניידות תפקודית והימנעות מריתוק), What Matters (התמקדות ברצונות ובמטרות האישיות של המטופל). בפועל, ארגוני בריאות שמיישמים את המודל מקימים צוותים ייעודיים, שבוחנים את התאמת התרופות הניתנות לזקנים, מפתחים נהלים לאיתור סובלים מהפרעות קוגניטיביות, מאמצים אמצעים לשימור יכולת ניידות, ומקיימים שיחות מובנות עם המטופלים ובני משפחתם במטרה להבין מה הם הדברים שחשובים להם. לדוגמה, ב-Anne Arundel Medical Center במרילנד, הוטמע תהליך זיהוי יומי של גורמי סיכון לדליריום תוך שימוש בצוות רב-תחומי, מה שהביא לירידה של כ-30% בשיעור הדליריום בקרב מאושפזים זקנים (Institute for Healthcare Improvement, 2024).

מודל קנדי מקביל הוא sfCare המציע מערך ייעודי לטיפול ידידותי לזקנים בארגוני בריאות, ומציג מפת דרכים מעשית הכוללת הרכבת צוות בין-תחומי בהשתתפות אנשי צוות ובני משפחה, ביצוע הערכה עצמית, גיבוש מסרים ארגוניים, איתור הזדמנויות ממוקדות ויצירת תכנית פעולה מדידה. בליבת המערך עומדות עשר המלצות מערכתיות המשולבות בתכנון האסטרטגי של הארגון, בהכשרת כלל העובדים, בהערכה בין-מקצועית מבוססת ידע, במדידת חוויות ותוצאות, ובעיצוב סביבתי המקטין פגיעות ומקדם עצמאות, לשם הטמעה עקבית לאורך רצף השירותים (Regional Geriatric Program of Toronto, 2019).

## INTERCARE Model

מודל שפותח בשנת 2017 בשווייץ, במטרה לצמצם את שיעור האשפוזים הלא נחוצים של דיירים במוסדות סיעודיים. המודל נשען על שילוב אחיות מומחיות (נקרא Advanced Practice Nurses - APNs) בתפקידי מפתח, כדי לתגבר את המענה הרפואי במצבי שינוי תפקודי או התדרדרות רפואית פתאומית. אחיות אלו עוברות הכשרה ייחודית, ומבצעות הערכות קליניות, מפתחות תוכניות טיפול פרטניות, מתקשרות עם רופאים ומדריכות את צוותי הטיפול. בפועל, בכל מוסד שמשתתף ביזמה מיושם על ידי ה-APN פרוטוקול תצפית ושגרה יומיומית, אשר מזהה סימנים מוקדמים לשינוי קליני. בנוסף, נבנית עבור כל דייר תוכנית טיפול מותאמת הכוללת מטרות תפקודיות, שגרת מעקב, ועדכונים שבועיים עם הצוות הרב-תחומי. בשילוב מערכות תיעוד דיגיטליות, מתאפשר מעקב אחר מדדים תפקודיים ודיווח שוטף לרופא מרחוק (Telemedicine). בבית האבות Diakoniewerk Neumünster באזור סנט גאלן דיווחו על ירידה של כ-40% באשפוזים לא דחופים תוך שנה אחת מרגע ההטמעה (Zúñiga et al., 2022).

## Digital Twin for Aging in Place

תאום דיגיטלי לתמיכה בהזדקנות בבית הינו מודל וירטואלי דינמי של האדם המבוגר, המתעדכן באופן רציף מנתוני חיישנים ביתיים, מידע רפואי ודפוסי תנועה וסביבה, ומאפשר התאמה אישית של שירותי בריאות לצד גילוי מוקדם של הידרדרות תפקודית ורפואית כדי לצמצם אשפוזים ולחזק רציפות טיפול בקהילה (Wang et al., 2025). המערכת פועלת על ידי ניטור ביתי נטול מצלמות ומיקרופונים: חיישנים נפרסים בבית המטופל, ואלגוריתם מבוסס רשתות נוירונים מנתחות תנחות ופעילויות יומיומיות, וההתנהגויות מתורגמות למדדים שימושיים כמו דפוסי שינה, שימוש בשירותים, זמן מחוץ לבית ותנאי סביבה. בניסוי היתכנות שנערך בשני בתים במשך חודשיים, התקבל זיהוי אמין של הדפוסים הללו, באופן שמדגים פוטנציאל לקבלת תמונת מצב רציפה על שגרת זקנים עיריים תוך צמצום פגיעה בפרטיות, אם כי בשלב זה מדובר בפיילוט מחקרי שטרם הוטמע תפעולית בקנה מידה מערכתית (Wang et al., 2025).

## Jean Bishop Integrated Care Centre

מודל בריטי פורץ דרך, שהוקם בעיר הול בשנת 2018 מתוך מטרה לשפר את איכות החיים של אזרחים ותיקים עם תחלואה מרובה ולצמצם אשפוזים מיותרים. המרכז מאגד תחת קורת גג אחת שירותים רפואיים וקהילתיים, ונבנה סביב צוות

רב-תחומי הכולל רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, רוקחים ועובדים סוציאליים. כל מטופל עובר הערכה הוליסטית במעמד הגעתו, ובהתאם לכך מותאמת לו תוכנית טיפול אישית אשר מתבצעת בביתו, תוך תיאום עם הרופא המטפל והקהילה המקומית. תוצאות המודל הצביעו על ירידה ניכרת במספר האשפוזים ובפניות למיון, לצד שיפור משמעותי בשביעות רצון המטופלים וביכולת ההתמודדות שלהם עם מחלות כרוניות (Neville, 2025).

### AgeTech Collaborative by AARP

יזמה חדשנית שהושקה בשנת 2021 על ידי American Association of Retired Persons, ארגון ללא מטרת רווח המונה 38 מיליון איש מגיל 55 ומעלה בארצות הברית, במטרה לקדם פתרונות טכנולוגיים יישומיים התומכים בהזדקנות מיטבית בקהילה. מדובר בפלטפורמה שמאגדת סטרטאפים, חברות טכנולוגיה, משקיעים ומוסדות בריאות, ומקדמת פיתוח והטמעה של טכנולוגיות בתחום הבריאות הדיגיטלית, מעקב ביתי, תקשורת, קוגניציה וניידות בגיל המבוגר.

בפועל, המיזם פועל כמאיץ (accelerator) ומרחב התנסות (sandbox) עבור פתרונות חדשניים, החל מחיישנים לזיהוי נפילות בזמן אמת, דרך אפליקציות ניהול תרופות ועד טכנולוגיות מציאות מדומה לטיפול בדמנציה. חלק מהחברות המשתתפות זכו להטמעה במסגרות ציבוריות וקהילתיות, למשל מערכת ElliQ, רובוט אינטראקטיבי המספק שיחות יומיומיות, תזכורות וידוא לקיחת תרופות וניטור קוגניטיבי, ששווק דרך מחוזות בריאות במדינת ניו יורק. היזמה כוללת גם מחקרים קליניים לבחינת האפקטיביות של המוצרים ושילובם בשירותי הרפואה (AgeTech Collaborative from AARP, 2025).

### מערכת דיגיטלית לניהול תיעוד קליני בקהילה

פלטפורמה דיגיטלית מתקדמת המבוססת על הטכנולוגיה של חברת "Omaha System" מייעלת תיעוד ותיאום טיפול ברפואת הקהילה באמצעות שפה אחידה להערכת צרכים, תכנון התערבויות ומדידת תוצאות לאורך זמן (The Omaha System, 2025). המערכת, שיושמה בארה"ב והותאמה להולנד, שוודיה ונורבגיה, מציגה מבנה תלת שכבתי לבניית תכנית טיפול: זיהוי בעיות, תיאור ההתערבות, ודירוג התקדמות לפי ידע, התנהגות ומצב בפועל. ייחודה נובע משילוב נתונים סיעודיים, רגשיים, תפקודיים וחברתיים תחת טרמינולוגיה אחת, המאפשרת שיתוף פעולה בין מקצועי וניטור רציף ויעיל. התיעוד האחיד יוצר בסיס לתובנות מבוססות נתונים על תהליכי הזדקנות וסיכונים תפקודיים, מחזק קבלת החלטות מותאמת

אישית, ומחבר בין צוותים רפואיים, סיעודיים וקהילתיים בזמן אמת.

### Community Paramedicine for Geriatrics

מודל התערבות קהילתית, שצבר תאוצה החל מ-2016, בעיקר באוסטרליה, קנדה וארצות הברית. הרעיון המרכזי הוא להרחיב את תפקידי שירותי החירום, כך פרמדיקים יוכשרו לספק טיפול מונע וביקורי מעקב בבתי זקנים, מחוץ למסגרת המענה הדחוף. המודל מיועד בעיקר לאזורים כפריים או כאלו עם נגישות נמוכה לשירותי רפואה.

בפועל, פרמדיקים מבצעים ביקורי בית יזומים, מעריכים מדדים רפואיים, מדריכים את הזקנים בנוגע לניהול מחלות כרוניות, מבצעים חיבורים לשירותי קהילה, ולעיתים משתמשים במערכות טלה-רפואה כדי לתקשר עם רופא בזמן אמת. לדוגמה, בתוכנית שהופעלה בניו סאות' וויילס באוסטרליה, נמצא שהפרויקט הפחית את מספר שיחות החירום מבתי זקנים ב-22% תוך חצי שנה, ותרם לעלייה בשביעות הרצון ובתחושת הבטיחות של המטופלים (NSW Ambulance, 2025).

### GATEKEEPER

מיזם אירופי רחב היקף, שמטרתו ליצור סביבה חכמה ומבוססת טכנולוגיה להזדקנות פעילה, עצמאית ובריאה בקהילה. הפרויקט מחבר בין מערכות בריאות, חברות טכנולוגיה, יזמים, אזרחים ותיקים והקהילות בהן הם חיים, תוך יצירת פלטפורמה פתוחה ואמינה לשיתוף פעולה בין רעיונות, צרכים ותהליכים. הפלטפורמה עושה שימוש בטכנולוגיות מתקדמות של תקשוב ובינה מלאכותית כדי לחזות, לנטר ולהתערב בזמן אמת בהתדרדרות בריאותית או תפקודית בקרב מבוגרים. לדוגמה, באמצעות שעונים חכמים, חיישנים סביבתיים ואפליקציות אישיות - נאספים באופן שוטף נתונים על פעילות גופנית, מדדים חיוניים, מצב רגשי ותפקוד קוגניטיבי, כאשר אלגוריתמים של למידת מכונה מנתחים את הנתונים ומפיקים התראות או המלצות לפעולה לצוות הרפואי או לבני המשפחה. מעבר לכך, GATEKEEPER שואף לשפר את יעילות מערכות הבריאות באירופה על ידי התאמת שירותים מדויקים יותר, מניעה מוקדמת של סיבוכים, וצמצום אשפוזים מיותרים - תוך שמירה על איכות חיים ועצמאות למטופלים. מדובר באחד הפרויקטים הבולטים באיחוד האירופי בתחום הבריאות הדיגיטלית לגריאטריה, המחבר בין פתרונות טכנולוגיים מתקדמים לבין ערכים של נגישות, שותפות ואמון (GATEKEEPER Project, 2025).

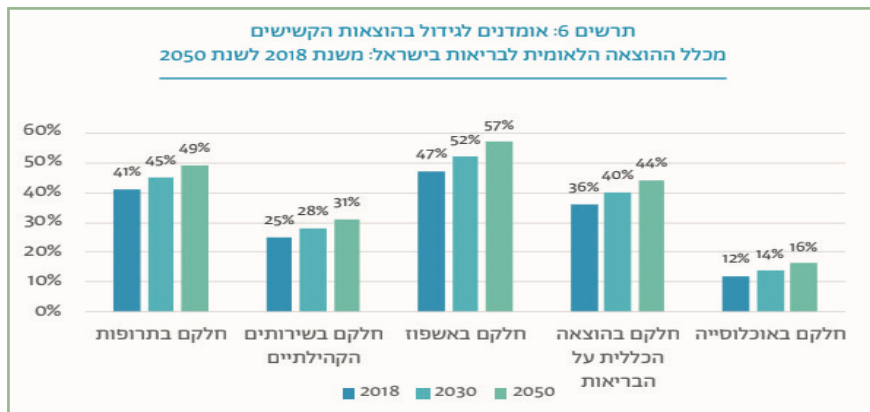
## CAPABLE - Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders

מודל שפותח בארצות הברית בשנת 2012, אך יושם בהיקפים משמעותיים רק לאחר 2015, בעיקר הודות למענקים פדרליים ועניין גובר בשימור עצמאות בגיל המבוגר. הוא פותח באוניברסיטת ג'ונס הופקינס (Johns Hopkins School of Nursing), ומטרתו לאפשר לזקנים בעלי מגבלות תפקודיות להמשיך לחיות בביתם בצורה בטוחה, תוך שיפור איכות החיים וצמצום תלות בטיפול סיעודי. בפועל, המודל כולל ביקורים בבית המטופל מצד שלושה אנשי צוות לאורך 5 חודשים: אחות, מרפא בעיסוק ואיש טכני (Handyman). האחיות מתמקדות במצבים רפואיים, איזון תרופתי והצבת מטרות אישיות; המרפא בעיסוק מאבחן קשיים תפקודיים בסביבה הביתית ומציע פתרונות מותאמים אישית; והאיש הטכני מבצע שינויים פשוטים בבית כמו התקנת מעקות, הגבהת מושב שירותים, תאורה מתאימה ועוד. המודל משלב שימוש במכשור ביתי חכם וטלה-רפואה למעקב אחרי בריאות המטופל לאורך זמן. ההשפעה של CAPABLE נמדדה במספר מחקרים, שהראו ירידה של 30% בדיווחים על מגבלות תפקודיות, שיפור באיכות החיים והפחתה של כ-10,000\$ בהוצאות רפואיות שנתיות למשתתף לעומת קבוצת ביקורת. המודל הוטמע גם במסגרות Medicaid במספר מדינות, והורחב לשיתופי פעולה עם חברות ביטוח (Johns Hopkins School of Nursing, 2025).

### 1.6 החזר על השקעה בחדשנות בבריאות ובגריאטריה

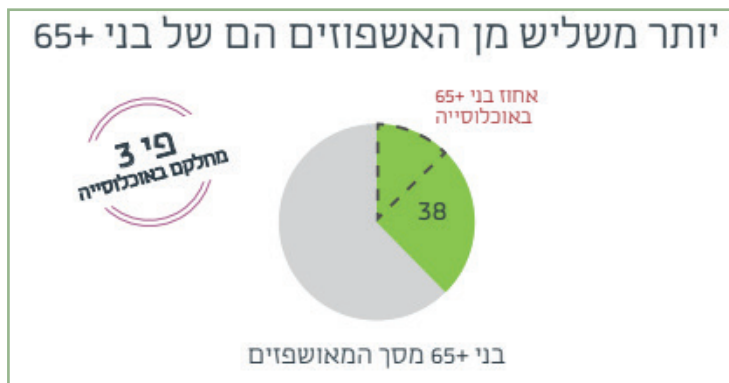
חדשנות בבריאות, ובמיוחד בטיפול הגריאטרי, מהווה הזדמנות השקעה קריטית המניבה תשואות משמעותיות, הן בהיבטים פיננסיים והן במונחי תמותה ואיכות חיים. בעולם המזדקן במהירות, כאשר עד שנת 2050 אחד מכל שישה אנשים יהיה מעל גיל 65 (United Nations, 2019), הערכת החזר ההשקעה (ROI - Return on Investment) בחדשנות בבריאות הופכת חיונית עבור קובעי מדיניות ומנהלי מערכות הבריאות (Thusini et al., 2024). הצורך מודגש אף באומדנים שפרסם משרד הבריאות הצפי לגידול בחלקם היחסי של הזקנים מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות.

**איור 1:** אומדנים לגידול בהוצאות הקשישים מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל: משנת 2018 לשנת 2050



**מקור:** "מגמות-מעצבים את מערכת הבריאות 2030", משרד הבריאות

**איור 2:** בני 65+ מסך המאושפדים



**מקור:** "לקט נתונים אינפוגרפי בני 65+"

**החזר על השקעה.** ראיות מצביעות על כך שהשקעה בחדשנות בבריאות מניבה תשואה גבוהה. ניתוח של התערבויות בריאות הציבור מצא החזר השקעה חציוני של 14.3 ל-1, כאשר התערבויות מקומיות הניבו החזר גבוה אף יותר - 29.4 ל-1 (Masters et al., 2017). בתחום הגריאטריה, חדשנות טכנולוגית מציגה יחס תועלת-עלות מרשים. כך, התערבויות טלה-רפואה לניהול מחלות כרוניות - נפוצות בקרב מבוגרים - הפחיתו אשפוזים ב-20% וחסכו כ-1,600 דולר לחולה בשנה

(Bashshur et al., 2016). נוסף על כך, תרופות חדשניות למצבים הקשורים לגיל הוכיחו ערך כלכלי משמעותי (Scott et al., 2021). התקדמות טכנולוגית בטיפול בהתקפי לב הוסיפה שנה לתוחלת החיים בעלות של כ-40,000 דולר - נמוך בהרבה מספי יעילות-עלות מקובלים (Cutler & McClellan, 2001). בהתאם להכרה זו בערך הכלכלי, אף פותחו כלים ייעודיים לכימות ההחזר, דוגמת המדריך המתודולוגי וניתוח הקיים העסקי (Business case) שפרסם ארגון Institute of Healthcare Improvement לחישוב החזר על ההשקעה בתכניות כוללניות של Age Friendly Hospitals (Institute for Healthcare Improvement, 2019).

**הפחתת תמותה.** השקעות בחדשנות בבריאות מניבות יתרונות הישרדות ברורים. מחקר מצא כי השקת תרופות חדשות בשנים 1982-2001 הגדילה את תוחלת החיים ב-1.27 שנים, בעיקר בקרב אוכלוסיות מבוגרות (Lichtenberg, 2014). באופן דומה, טכנולוגיות רפואה מונעת הובילו ליתרונות הישרדות משמעותיים (Wang & Wang, 2021). בתחום הסרטן, שיפורים באבחון ובטיפול בין השנים 1988-2000 תרמו ל-86,800 שנות חיים נוספות בקרב מבטחי "מדיקר", שערכן נאמד בכ-598 מיליארד דולר (Howard et al., 2010).

**איכות חיים.** שיפורים בממד זה מהווים את הממד השלישי בהערכת החזר ההשקעה. חדשנות בבריאות דיגיטלית שינתה את הטיפול בקשישים (Jimenez et al., 2023). סקירה של 80 מחקרים על טלה-רפואה הראתה שיפור בשליטה גליקמית, ירידה באשפוזים ושביעות רצון גבוהה יותר בקרב מטופלים מבוגרים (Ekeland et al., 2010). טכנולוגיות מסייעות נוספות שיפרו היענות לטיפול תרופתי ב-22%, הפחיתו נפילות ב-30% וחיזקו קשרים חברתיים בקרב קשישים (Khosravi & Ghapanchi, 2016).

**רפואה מונעת ו-AI.** התערבויות מניעה גריאטריות מציעות תשואות גבוהות אף יותר. סקירה מצאה יחס תועלת-עלות של מעל 5:1, ובמקרים מסוימים אף 250:1 (Owen et al., 2018). יישומי בינה מלאכותית בתחום הבריאות עשויים להפחית עלויות טיפול עד 50% ולשפר תוצאות ב-30-40%, כאשר מבוגרים עם מחלות כרוניות מרובות הם הנהנים העיקריים (Jiang et al., 2017).

**לסיכום,** העדויות בספרות תומכות באופן גורף בכך שהשקעה בחדשנות בבריאות ובגריאטריה מניבה תשואה גבוהה ורב-ממדית: חסכון בעלויות, הפחתת תמותה ושיפור איכות חיים. על רקע הזדקנות האוכלוסייה העולמית, השקעה אסטרטגית בחדשנות מתגלה לא כאפשרות - אלא כתנאי הכרחי לקיימות מערכות הבריאות.

## 1.7 חדשנות בגריאטריה בישראל - תהליך גריאטרי משולב 2023

המגמה העולמית של הזדקנות האוכלוסייה והתמורות הטכנולוגיות והדיגיטליות, בפרט בתחום הרפואה, הביאו את HealthIL<sup>1</sup>, להתניע בשנת 2023 "תהליך גריאטרי משולב" בשיתוף המרכזים הרפואיים הגריאטריים המובילים בישראל וגורמים מגוונים באקוסיסטם הישראלי לצורך מיפוי האתגרים והפערים בתחום הגריאטריה, להעלאת המודעות, לאיתור ולתכנון פתרונות טכנולוגיים, דיגיטליים ותהליכיים.



במפגש הלמידה הראשון זוהו ששת האתגרים המרכזיים, שגובשו למפת אתגרים מפורטת שעסקה בתחומים:

איור 3



1 קהילת חדשנות בבריאות, שהוקמה ב-2018 ללא מטרת רווח תחת המכון לחדשנות, ופועלת בשותפות עם הממשלה כחלק מהחלטת הממשלה "בריאות דיגיטלית כמנוע צמיחה", ומטרתה לגשר בין ארגוני בריאות לטכנולוגיה: סיוע בבניית תשתיות חדשות, חיבור לפתרונות מתאימים, והסרת חסמים. בשנת 2025 במסגרת שינוי ארגוני חברה לארגון אקוסיסטם נוסף בתחום הבריאות - 8400.

בתום שלב המיפוי, התקיים מפגש חשיפה מקוון בו הוצגו עשרות טכנולוגיות המציעות פתרונות לאתגרים שמופו לצורך קידום שיתופי פעולה עם התעשייה.

מפגש הלמידה השני עסק בקניין רוחני וכן בהיבטים השונים של שילוב רובוטים בטיפול באוכלוסייה המבוגרת וכמענה לאתגר הבדידות.

מפגש הסיכום נערך בשיתוף עם חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים. המפגש עסק ב"חדשנות בגריאטריה הלכה למעשה" במהלכו הוצגו סיפורי הצלחה בתוכניות מחקר ויזמות רפואית והתקיימו שולחנות עגולים שעסקו בהיבטי חדשנות ומחקר המעסיקים את ארגוני הבריאות: איך מתחילים - מבעיה לאתגר לשיתוף פעולה?; הזדמנויות מיומן לפעילות חדשנות במרכזים רפואיים; מה עושים עם יזמות של אנשי צוות?; היבטים עסקיים - שיתופי פעולה עם חברות; תשתיות נתונים; מחקר הלסינקי - התמודדות עם טכנולוגיות מתקדמות. את השולחנות העגולים הובילו מומחים מרשות החדשנות, HealthIL, איכילוב טק, משרד הבריאות, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים וארגוני הבריאות.

### עיקרי התובנות

במסגרת הדיונים, שהתקיימו בשולחנות העגולים במפגש הסיכום, עלו חסמים וצרכים של המרכזים הרפואיים הגריאטריים לצד תובנות והדרכים האפשריות להתמודדות. מתוך התובנות עלה, שלא ניתן לקיים חדשנות ללא "משוגע לדבר" ולכן חשוב לזהות את היזמים והחוקרים הפוטנציאליים בארגון. בנוסף, יש להקים צוותי חדשנות ומחקר שיניעו את תהליכי החדשנות וההכשרות לצורך יצירת שפה משותפת. תובנה חשובה נוספת הייתה, שבנוסף לקלינאים "משוגעים לדבר" - נדרשת מעטפת של בעלי תפקידים ייעודיים כגון יועצים משפטיים, יועצי פטנטים, יועצים כלכליים, מומחי מערכות מידע ואבטחת מידע ותפקידים נוספים.

תחום המחקר בגריאטריה, שמהווה חלק בלתי נפרד מתהליכי החדשנות, לא נמצא בראש סדר העדיפויות של הרופאים והמטפלים, לכן נדרש שינוי מדיניות מצד ההנהלות לקידום הנושא עידוד המחקר בגריאטריה (לדוגמה: הקצאת זמן ייעודי למחקר או חיוב המתמחים לביצוע מחקר בארגון), ותמיכה בחוקרים (סיוע בכתיבת הצעות מחקר, מתן ייעוץ סטטיסטי וסיוע בקשר עם מנחים). תנאי נוסף לקיום פעילות חדשנות ומחקר הוא קיומה של תשתית טכנולוגית המאפשרת גישה נוחה וישירה לנתונים קליניים ושיתוף פעולה של מחלקת מערכות מידע ואבטחת מידע.

סוגיה חשובה עסקה בטכנולוגיות החדשות והפיילוטים שמאתגרים לא רק את המטפלים אלא גם את הרגולטור, כשמדובר בשילוב של מוצרים לא רפואיים (לדוגמה: מציאות מדומה או בינה מלאכותית) ולכן נדרשת בחינה של כל מקרה לגופו. לצורך זה קמה ועדה מייעצת לניסויים קליניים באמצעים רפואיים דיגיטליים.

לבסוף, הודגש כי יש להסדיר מנגנון שיתופי מובנה בין המרכזים הרפואיים הגריאטריים ובינם לבין חברות הזנק והתעשייה, כדי לאפשר למידה והתאמה מיטבית של הטכנולוגיות למטופלים המבוגרים וליצור ערך כלכלי למרכזים, שיופנה לרווחת המטופלים ולפיתוח התשתיות.

בסיכום, במסגרת "תהליך גריאטרי משולב" נוצר שיח ראשון מסוגו בנושא האתגרים וההיבטים השונים של הטיפול בזקנים באשפוז, בקהילה ובמעבר בין המסגרות - נושא שמהווה קרקע פורייה לחדשנות, מחקר ושיפור מתמיד באיכות חיי הזקנים. לאורך התהליך נוצרו והתהדקו קשרים בקרב הגורמים הפועלים באקוסיסטם ונוצרה שפה משותפת בין קלינאים, קובעי מדיניות ורגולציה, אקדמיה, אנשי חדשנות ומחקר בארגוני הבריאות. על אף שלא ניתן מענה לכל האתגרים, נוצרו תשתית והזדמנות לדיוני המשך ושיתופי פעולה ממוקדים, לצורך קידום תשתיות חדשנות ומחקר בגריאטריה. ועל כן, חשוב להמשיך ולפעול להסדרה ותקצוב של פעילות גורמי החדשנות במרכזים הרפואיים הגריאטריים.

#### איור 4



## 1.8 תובנות מרכזיות בנושא חדשנות מספר כנס ים-המלח ה-12: "היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה" (2011)

ההמלצות מכנס ים המלח ה-12 משנת 2011, מצביעות על עקרונות פעולה הרלוונטיים לתחום החדשנות בגריאטריה, גם ללא מסגור או ציון מפורש של חדשנות כתחום נפרד. במרכזן ניצבים חיזוק רצף השירותים הן ברמת הפרט, בין כלל נותני השירות, והן ברמת המערכת, בין הארגונים המטפלים והמממנים. עיצוב ממשקי עבודה בין הקהילה ובתי החולים ותיאום שוטף עם רופאי המשפחה, לצד צמצום פערים גיאוגרפיים ברמה הלאומית. בהמשך לכך מוצע לפתח ולבחון מודלים אינטגרטיביים להבטחת רצף ותיאום, לרבות הסתמכות על דגמים בינלאומיים כגון PACE.

ברמת הממשל והשותפות, ההמלצות משרטטות תפיסה של "קידום בריאות חוצה קווים" - מעורבות מתואמת של גופים ארציים ומקומיים בשדות הבריאות והרווחה, בהכוננת משרד הבריאות וקופות החולים. בתוך כך, מודגשת הבטחת שיתוף האוכלוסייה המבוגרת בתכנון השירותים, כמרכיב מבני להתאמת השירות לצורכי הקצה ולהגדלת רלוונטיות התוצרים.

ברמת הממשל והשותפות, ההמלצות משרטטות תפיסה של "קידום בריאות חוצה קווים" - מעורבות מתואמת של גופים ארציים ומקומיים בתחומי הבריאות והרווחה, בהכוננת משרד הבריאות וקופות החולים ותיאום עם המוסד לביטוח לאומי. במסגרת זו, מערכת הסיעוד בקהילה - שבאחריות הביטוח הלאומי ושבה כ-385 אלף זקנים החיים בקהילה מקבלים גמלת סיעוד - מהווה רכיב תשתיתי בנקודת הממשק בין שירותי הבריאות לשירותים החברתיים. לצד זאת, יש לעגן את תפקידה המוביל של הרשות המקומית במשולש זה כגורם מארגן, מתכלל ומחבר בין המערכות ובין התושבים, תוך הבטחת שיתוף שיטתי של האוכלוסייה המבוגרת בתכנון השירותים לצורכי הקצה ולהגדלת הרלוונטיות והאפקטיביות של התוצרים.

במימד הטכנולוגי והתשתיתי, מוצגת קריאה לעידוד פיתוח ויישום טכנולוגיות מתקדמות של מחשוב ותקשורת לניטור, מעקב והעצמת זקנים בביתם, בצמוד להרחבת שירותים ייעודיים לאנשים עם דמנציה ולבני משפחותיהם תוך ניצול טכנולוגיות חדשות. דגש מיוחד ניתן לרציפות מידע: העברת מידע בין רכיבי המערכת, ניצול מערכות מידע קיימות למניעת כפילויות, והקמת בסיס מידע

דיגיטלי מאוחד, מעודכן ונגיש. בהיבט ההנגשה המעשית מוצע להסתייע במדיה דיגיטלית ובכלי מענה פשוטים - טלפון ומוקדים נגישים במקומות שבהם מצויים זקנים.

בהיבט הכלכלי-צרכני, ההמלצות כוללות הקמת מאגר מידע ציבורי להשוואה בין מסגרות ביטוח - סל בסיסי, שב"ן וביטוחים מסחריים - לצד צעדים להגברת מודעות המבוטחים ולאפשרות לכל מבוטח לברר את היקף הכיסוי הביטוחי שבידו. רכיב זה מרחיב שקיפות ונגישות מידע ותומך בקבלת החלטות מושכלת מצד הציבור.

ארבע-עשרה שנים מאז פרסום ההמלצות וניתן לראות כי המונחים "חדשנות" ו"טכנולוגיה" התרחבו והועמקו - מעבר להטמעת מערכות מידע בסיסיות - אל מודלים אינטגרטיביים, פרקטיקות של שותפות ציבור ופתרונות דיגיטליים תומכי רצף.

לסיכום, במסגרת העבודה על פרק זה נבחן היישום בפועל של רכיבי ספר 2011, זוהו המלצות שלא מומשו ונותחו הגורמים לפערים מוסדיים, מקצועיים ורגולטוריים - ואלו הוטמעו בתהליך הכנת החומרים.

## 1.9 תהליך העבודה של הצוות

במהלך מספר חודשים, התקיים תהליך עבודה קבוצתי מובנה, אשר התבסס על מפגשים דו-שבועיים במתכונת מקוונת. מטרת התהליך הייתה להכיר את עולם החדשנות ולהעמיק את ההבנה המשותפת של אתגרי החדשנות במערכת הבריאות בכלל, ובתחום הגריאטריה בפרט. המפגשים שימשו פלטפורמה ללמידה רב-תחומית ולשיח ביקורתי, תוך חשיפה למודלים שונים של חדשנות ארגונית, רגולטורית וטכנולוגית וכן במה לחוויית האדם הזקן בעולם המשתנה. הדוגמאות שלהלן הוצגו ונידונו במסגרת תהליך העבודה המשותף, כמדגם נבחר, שנועד להמחיש פרקטיקות מרכזיות ולהעמיק את הלמידה.

תהליך הלמידה המשותף נפתח עם הרצאות מבוא לגריאטריה ומבוא לחדשנות, שנועדו לבסס תשתית ידע אחידה בקרב חברי הצוות. במסגרת המפגש, הוצגו מגמות הזדקנות האוכלוסייה על בסיס נתוני הלמ"ס וסקרים ציבוריים, לצד אתגרי הליבה של מערכת הבריאות בעבודה עם בני הגיל המבוגר. דנו בשאלה החשובה - "מהי חדשנות?", ובהמשך ישיר לכך, הוצגה סקירה של סוגי חדשנות והשפעתם במערכת הבריאות (תפעולית, טכנולוגית, תהליכית וכלכלית), סקר מגמות באורח

החיים ובאימוץ טכנולוגיות בגיל השלישי. הוצג מבנהו ופעולתו של צוות חדשנות גריאטרי רב תחומי, וכן האקוסיסטם השותף שלו (מוסדות רפואיים, אקדמיה, שלטון מקומי, תעשייה ועמותות), הוצגו אתגרים מרכזיים בהזדקנות בריאה, תשתיות נתונים ומחקר, והיבטי הטמעת פתרונות חדשניים, תוך עיון בדוגמאות מפרויקטים באקדמיה ובבתי חולים להתאמת טכנולוגיה לגיל המבוגר. לבסוף הוצגו שלבים אפשריים בתהליכי חדשנות פנים מערכתיים.

בממד היישומי, הוצגו מסגרות המשלבות תשתית ארגונית, שותפויות והטמעה קלינית מבוססת צורך. בית רבקה שימש דוגמה לחדשנות קלינית ותפעולית הנשענת על צוות ייעודי ושיתופי פעולה עם אקדמיה ותעשייה, תוך שילוב טלה-גריאטריה והרחבת מרחב השיקום מעבר לשעות הטיפול. אלי"ן, למרות היותו מרכז שיקומי לילדים ונוער, הציג מודל מחקרי יישומי המתחיל מזיהוי Unmet Need ומגובה ב-Protected Time, שבו קלינאים מובילים הטמעה ומדיניות ממוקדת פתרון הכוללת העברת קניין רוחני לשותפים לאחר POC. לאחר מכן, הוצג I-NEXT, מרכז חדשנות לפיתוח מוצרים מבוססי נתונים במרכז הרפואי איכילוב, וכן ניתנו דוגמאות לאופן פעילותו - ארגון מידע קליני בענן, הפעלת מערכות חיזוי ופתרונות genAI והטמעתם ישירות בתהליכי העבודה בזמן אמת. שירות הזקנה בג'וינט אשל ואקוסיסטם AgingIL המקדם נושאי AgeTech, הרחיבו את המבט לרמה המערכתית באמצעות מפת הזדקנות מיטבית, פעולות להכלה דיגיטלית והכשרת דור מקצועי בין תחומי, לצד חיזוק קהילה רב מגזרית והדגשת אחריות מוסדית לנגישות ולצמצום הפער בין ההתקדמות הטכנולוגית לקצב האימוץ החברתי.

בהמשך התהליך הוצגו היבטי יישום משולבים בקהילה, באשפוז ובמדיניות. המרכז הרפואי הגריאטרי "שהם" הציג את חזון המרכז להפוך לזירת חדשנות ויזמות, תוך הישענות על נכסים קיימים - תשתיות רפואה ממוחשבות, פעילות מחקרית, ידע קליני מתקדם וקשר רציף עם הקהילה המדעית. הוצג מודל סדור להערכת טכנולוגיות חדשות - החל מהאיתור הראשוני, דרך בחינת פוטנציאל קליני ותפעולי, ועד כינון שיתופי פעולה ויישום בשטח, ובליווי שותפויות עם האקדמיה, חברות סטארט-אפ וצוותים רב תחומיים. לבסוף גובשה תוכנית פעולה מוסדית להובלת חדשנות המשלבת מחויבות ניהולית, תכנון אסטרטגי, הקצאת משאבים ייעודיים, תמיכה משפטית ותקשורתית והמשגת תהליך עבודה מסודר המבטיח תעדוף, מדידה והטמעה. במכבי שירותי בריאות הוצגה הפעילות במחלקת מדיקל אינפורמטיקס, וכיצד מתכננים ומטמיעים שינויים בתיק הקליני. ביניהם, זיהוי מדויק של הלקוחות, שיתוף רופאים כבר בשלב התכנון, הגדרת מוצר בר השקה

לבדיקת ערך מוקדמת ושותפות הדוקה עם מערכות המידע, לצד מומחיות חווית משתמש ופיילוטים מצומצמים המותאמים לצוות. רשת בית בלב הציגה את מרכז מחקר בדאטה שהוקם, מינוף דאטה וטכנולוגיה וחיבורים חוצי מערכות במתכונת חדשנות פתוחה, עם מדדי התקדמות ופיילוטים קליניים לרבות שימוש במציאות מדומה. במקביל, משרד הרווחה והביטחון החברתי הציג תפיסה מערכתית להזדקנות מיטבית המתמקדת במניעה, חיזוק שייכות וצמצום תלות באמצעות העצמת שלטון מקומי ורשת שירותים רחבה, תוך עבודה אינטגרטיבית הנשענת על שיתופי נתונים לטובת תכנון מבוסס ראיות וזיהוי מוקדם של סיכונים באוכלוסיות מגוונות.

במישור המוניציפלי, הוצגה פעילות רשויות מקומיות במסגרת מהלך Muni100, אשר הדגימה תכנון עירוני וחברתי המותאם להזדקנות האוכלוסייה. מהלך זה פועל בישראל מזה כשנתיים, משתתפות בו 18 רשויות מקומיות ו-2 אשכולות אזוריים, כאשר 38 אחוזים מהזקנים בישראל מתגוררים ברשויות אלו. כך למשל בקריית ביאליק הוטמעו כלים מבוססי נתונים, ובהם שאלון ממופה מסוג Maptionnaire, שהנחו התאמות סביבתיות וחברתיות לעידוד שותפות קהילתית, הליכות וניידות בקרב בני הגיל השלישי, לצד הקמת פורום מנהיגות ותיקה וצעדים לשיפור נגישות חברתית ופיזית (פורום אזרחים ותיקים הוקם בכל הרשויות המשתתפות במהלך). בנוסף, בשפרעם הוצגה תכנית הזדקנות מיטבית ומיזם הנגשה פיזית-חברתית, ובמרכזם שביל הליכה בשכונת עוסמאן שמטרתו לשלב פעילות בין דורית ולחזק הון קהילתי. לנוכח שיעורי סוכרת גבוהים מהממוצע הארצי (כ-80 ל-1,000 לעומת כ-60 ל-1,000) פותחו מנגנוני נגישות רפואית בקהילה, כולל ניידת בדיקות לצורך אבחון והסמכת אחיות סוכרת בקופות.

במישור החברתי, פגשנו שלושה פעילים חברתיים אשר סיפרו לנו על פועלם. הוצג חזון להקמת מרכזים רב תחומיים לרפואה גריאטרית בקהילה, המקודם על ידי אזרחית ותיקה בעלת ניסיון ניהולי ממושך במשרד הרווחה, מתוך מטרה לצמצם פרגמנטציה של הטיפול, לחזק הסברה לאוכלוסייה המבוגרת ולתאם מענים רגשיים וחברתיים עם המשפחות. בנוסף, הוצג מודל להתמודדות עם בדידות בגיל השלישי מבוסס איתור יזום, מערך מתנדבים מוכשר ושיתופי פעולה קהילתיים, הכולל מיזמים בין דוריים ותמיכה מותאמת גם לבית, מתוך תפיסה כי בדידות היא אתגר חברתי בר פתרון. לבסוף, הוצעה תשתית לקידום פלטפורמה קהילתית לוותיקים, המשלבת בריאות, חדשנות והובלה אזרחית באמצעות שילוב ותיקים בצוותי חשיבה ויזמות, הקמת מרכז חדשנות עירוני, האקטונים וחיבורים לאקדמיה ולתעשייה. הדגשים התמקדו בהעצמה ומשמעות, שיפור שירותי הבריאות

והזדמנויות כלכליות, תוך הכרה בוותיקים כשותפים פעילים בעיצוב מדיניות ופתרונות.

בהמשך, הוצגו מסגרות טיפול ושיקום בבית אשר מבוססות על נהלי ומדדי איכות של משרד הבריאות, ביניהן - אשפוז בית, הוספיס בית, מונשמים ושיקום בית, שירות למרותקי בית ואשפוז בית פסיכיאטרי - לצד יתרונות הסביבה המוכרת, הפחתת סיבוכי אשפוז, ניהול מחלה כרונית ושיפור איכות החיים למשפחות, וכן שימוש בטכנולוגיות לתקשורת, הדרכה ומדידה מרחוק. במקביל הוצפו אתגרי יישום, כגון: תלות במטפל עיקרי, אי אחידות בין קופות ורצף מידע שאינו אחיד.

בהמשך לכך, הוצג חוק ניווד מידע רפואי והרפורמה המבוססת על סטנדרטיזציה של נתונים, שליטה של המטופלים בשיתוף מידע ונגישות ישירה למידע האישי, בתוכנית פריסה מדורגת לשנים 2025-2029 ובהחלה רוחבית על גופי מערכת בריאות ורווחה.

בהמשך למיפוי המסגרות והכלים הפועלים בזירה הקלינית והקהילתית, הוצגה גישה למדידה מבוססת דאטה המשרתת תעדוף והקצאה מושכלת של משאבים. במסגרת זו, הוצג מדד השבריריות האלקטרוני של קופת חולים מאוחדת, המבוסס על מודל של ליקויים מצטברים ומתרגם מידע שגרתי מן התיק הרפואי למדד סיכון רציף המזהה מבוגרים שבריריים ללא צורך בהערכה קלינית ישירה. תהליך הפיתוח הוגדר כתהליך רב תחומי ומדורג הכולל סריקת נתונים, עיצוב אלגוריתמי, בדיקות תוקף ושיפורים הדרגתיים לשיפור איכות ההגדרות והמידע. התוצר התפעולי הוא שכבת סיווג אוכלוסייה המאפשרת תעדוף והתאמת התערבויות, מעקב אורכי והקצאת משאבים ברמת המערכת. הממצאים מצביעים על מתאם עקבי בין רמות שבריריות לתמותה ולעלות טיפולית, ובכך מחזקים את ערך המדד ככלי תומך החלטה קליני וניהולי באוכלוסייה המזדקנת.

הרכב הקבוצה שיקף גיוון מקצועי וניהולי רחב, שאפשר בחינה מרובדת של נושא החדשנות במערכת הבריאות מזוויות שונות. הקבוצה כללה שותפים מתחומי המדיניות, התכנון והניהול, לצד מומחים קליניים ורפואיים, אנשי שטח ממגוון שירותים קהילתיים וצוותים העוסקים בפיתוח טכנולוגיות ותשתיות מידע בריאות. שילוב זה בין רמות העשייה - האסטרטגית, הרפואית, הניהולית והטכנולוגית - תרם ליצירת דיון עשיר ומרובה פרספקטיבות, אשר העמיק את ההבנה הקבוצתית באשר להזדמנויות ולחסמים בהובלת חדשנות רפואית, בדגש על שירותים לאוכלוסייה המבוגרת.

לצד הצגת תכנים עדכניים, ניתנה במה לתהליכי חשיבה קבוצתיים, אשר אפשרו לחברי הקבוצה לעבד תובנות ולבחון את הרלוונטיות שלהן בהקשרים מגוונים של מדיניות ושירות. עם התקדמות התהליך, התגבשה מתוך השיח מסגרת מושגית משותפת, אשר אפשרה לקבוצה להתפצל לשלוש תת-קבוצות עבודה. כל אחת מן התת-קבוצות התמקדה בשאלה מהותית אחת, במטרה לייצר חשיבה ממוקדת, מבוססת-ידע, הנשענת על עקרונות של יצירתיות, מערכתיות וראייה ביקורתית. תהליך זה שיקף אינטגרציה בין חשיפה תיאורטית רחבה לבין עבודה יישומית מונחית-מטרה, ותרם ללמידה משותפת מעמיקה ולגיבוש תוצרים רלוונטיים לשדה העשייה.

להלן שלושת קבוצות העבודה במסגרת נושא קידום החדשנות בזקנה:

1. רצף הטיפול - שילוב כוחות לאומי לקידום הזדקנות מיטבית, מפרגמנטציה לאינטגרציה
2. היבטים מערכתיים לקידום חדשנות בגריאטריה
3. אוריינות דיגיטלית בגיל השלישי אל מול עולם טכנולוגי משתנה

## חלק 2: רצף הטיפול - שילוב כוחות לאומי לקידום

### הזדקנות מיטבית, מפרגמנטציה לאינטגרציה

#### 2.1 מגמת ההזדקנות: מאפיינים דמוגרפיים והשלכות כלכליות

הזדקנות האוכלוסייה היא תהליך עולמי המונע מעלייה בתוחלת החיים ומלווה בחלק מהמדינות בירידה בשיעורי הילודה. כתוצאה מכך, שיעור האוכלוסייה המבוגרת גדל; במדינות ה-OECD, אחוז בני 65+ עלה מכ-9% ב-1961 לכ-18% ב-2021. בישראל, מגמה זו קיימת גם כן, ותוחלת החיים היא מהגבוהות בעולם (81 לגברים ו-85 לנשים). אף ששיעור בני ה-65+ בישראל (12.4% ב-2022) עדיין נמוך מממוצע ה-OECD, קצב הגידול של אוכלוסייה זו מהיר, במיוחד בקרב בני 75+ (קצב גידול של כ-6% בשנה). על פי התחזיות, עד שנת 2030 קבוצת גיל זו (+75) תהווה כ-49.7% מכלל אוכלוסיית בני ה-65+ בישראל. הזדקנות זו מיתרגמת לעלייה בצרכי התמיכה: בקרב בני 75+, 36% נזקקים לעזרה במשק הבית ו-19% נזקקים לעזרה בפעולות כמו רחצה או הלבשה.

הגידול במספר הקשישים, בשילוב העלייה בתוחלת החיים ובשכיחות מחלות כרוניות, צפוי להוביל לעלייה בביקוש לשירותי בריאות, ובעיקר לטיפול סיעודי וגריאטרי. נתונים מראים כי הוצאת הבריאות על מבוגרים, בפרט בני 75+, גבוהה באופן ניכר מזו של קבוצות גיל צעירות, כאשר המימון הציבורי מכסה כ-70% מעלות זו. בישראל, ההוצאה לנפש על בריאות (כ-3,400 דולר) נמוכה מממוצע ה-OECD (כ-5,000 דולר), ושיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתל"ג נותר יציב (7.7%). תחזיות (כגון של מרכז טאוב) חזות גידול משמעותי בקצב הצטרפות בני 75+ לאוכלוסייה, עובדה שתחייב הגדלה ניכרת של ההוצאה הציבורית לבריאות. בהיעדר שינוי מדיניות, קיים חשש לעלייה בהוצאות הפרטיות על בריאות ולהגברת אי-השוויון, וכן נוצר צורך להיערך בהיבטי כוח אדם רפואי וסיעודי ובתשתיות אשפוז מתאימות.

#### 2.2 אורח חיים ורפואה מונעת בגיל השלישי 65+

בגיל המבוגר עולה השכיחות הן של מחלות כרוניות והן של תחלואה חריפה. בהתאם, עולים השימוש בתרופות ובשירותי בריאות. תחלואה עלולה להוביל להחמרה תפקודית - זמנית או קבועה.

בכלל קבוצות הגיל, מגיל 65 ומעלה, המאפיינים החשובים ביותר למניעת ולהפחתת תחלואה, תמותה ופגיעה בתפקוד הם אימוץ אורח חיים בריא, הכולל בין השאר ביצוע פעילות גופנית, תזונה נכונה, הימנעות מהשמנת-יתר, והימנעות מעישון. ההמלצות מבוססות על נייר העמדה של ההסתדרות הרפואית בישראל בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת (ההסתדרות הרפואית בישראל, 2022).

## 2.3 דחיקת תלות, מניעת בדידות ושימור איכות חיים בגיל המבוגר

### שימור התפקוד

שימור איכות החיים בקרב אוכלוסייה מבוגרת, מבוסס על מניעה ומתמקד בשלושה תחומים מרכזיים - ירידה תפקודית, ירידה קוגניטיבית, תחושת בדידות ובידוד חברתי.

שמירה על תפקודים בסיסיים ואינסטרומנטליים<sup>2</sup> היא מפתח לאיכות חיים, כאשר המטרה היא שימור עצמאות ולא רק בריאות פיזית. שימור התפקוד ברמת הפרט מאפשר חיים עצמאיים ואיכות חיים טובה יותר וברמת המדינה, מונע שימוש עודף בשירותי בריאות, שירותי סיעוד וצורך במיסוד.

ב-2021 אימצה הממשלה את מפת המדדים הלאומיים להזדקנות מיטבית (ממשלת ישראל, 2021). אלו כללו:

- ◆ שיעור ומספר השנים בבריאות מתוך תוחלת החיים הצפויה בגיל 65.
- ◆ שיעור בני ה-65 ומעלה המתקשים בתפקוד.
- ◆ שיעור בני 65 ומעלה המדווחים על תחושת בדידות.
- ◆ ציון במדד Cantril's Ladder for Self Perception לאיכות חיים (CASP), מדד המשקף התייחסות לתחושת אוטונומיה, שליטה, הגשמה עצמית ומשמעות) עבור בני 65 ומעלה.

2 תפקודים בסיסיים (Basic Activities of Daily Living = BADL) כוללים פעולות כמו רחצה, הלבשה, הליכה, מעברים, שליטה על סוגרים ואכילה. תפקודים אינסטרומנטליים (IADL) כוללים ניהול תרופות, כספים, קניות, תחבורה, עבודות בית ועוד

## גורמי התלות

ירידה תפקודית: המעבר ממחלה לנכות כולל מספר שלבים - מחלה < הפרעה < מוגבלות < נכות. אשפוזים מהווים גורם סיכון משמעותי לירידה תפקודית, במיוחד בקרב זקנים. תוכניות כמו Hospital Elder Life Program (HELP) נועדו למנוע ירידה זו (Hshieh, 2018).

ירידה קוגניטיבית: מאמר סקירה גדול ב- Lancet מ-2024 שעסק במניעה ועיכוב של הופעת דמנציה ציין כי היות והשלב הפרה-קליני של דמנציה הוא מאוד ממושך, ישנם גורמים רבים בעזרתם ניתן להשפיע על מהלך המחלה וקצב התקדמותה. הוא ממליץ לטפל בגורמי סיכון קרדיווסקולריים - מניעת עישון והפחתת צריכת אלכוהול, איזון סוכרת, יתר לחץ דם והיפרליפידמיה, טיפול בהשמנה, וכן טיפול בדיכאון ובהפרעות שמיעה וראיה. כמו כן, יש המלצות לפעילות גופנית, המשך פעילות קוגניטיבית ופיתוח קשרים חברתיים. סטימולציה קוגניטיבית הוכחה במחקרים רבים כמשמרת רזרבה קוגניטיבית. בדידות הוכחה כגורם סיכון להחמרת דמנציה. השתתפות בפעילויות חברתיות הוכחה מחקרית כמפחיתה סיכון לדמנציה (Livingston et al., 2024).

בדידות ובידוד חברתי: בדידות (Loneliness) מוגדרת כפער הנתפס באופן סובייקטיבי, בין הקשרים החברתיים הרצויים לאדם לבין אלו שעומדים לרשותו בפועל. תחושת בדידות תתעורר כאשר האדם יתפוס פער זה כלא רצוי. ההגדרה זו, שונה מההגדרה של בידוד חברתי (Social Isolation) שהוא מצב חברתי אובייקטיבי אשר מתייחס לכמות הקשרים החברתיים שיש לאדם ולא בהכרח לאיכותם. לא תמיד ניתן להפריד בין שני מצבים אלה. בנוסף, בדידות ובידוד חברתי נמצאו כקשורים לריבוי תחלואה:

- ◆ תחלואה גופנית מוגברת - עליה בסיכון לסוכרת, יתר לחץ דם, סרטן, מחלות קרדיו-ווסקולריות, COPD, אי ספיקת לב, מחלות זיהומיות ותמותה.
- ◆ תחלואה פסיכיאטרית - עליה בסיכון לדיכאון, חרדה, פסיכזה וניסיונות התאבדות.
- ◆ תסמונות גריאטריות - עליה בסיכון לתת תזונה, ירידה תפקודית, הפרעות קוגניטיביות ומחלת אלצהיימר.

## 2.4 מיכוי השירותים לגיל השלישי

### מערכת השירותים לבני 65+

מדיניות שירותי הבריאות והרווחה בישראל דוגלת בהשאת הזקן במסגרת הבית והקהילה ובמניעת העברתו למסגרת מוסדית, במידת האפשר. הדבר מתבטא בתגבור המשאבים המיועדים לשירותים הקהילתיים השונים ובהגברת המאמצים לפיתוח שירותים חדשים. מערכות תמיכה למבוגרים כוללות מגוון שירותים וארגונים שמטרתם לסייע לאזרחים ותיקים ולבני משפחותיהם. שירותים אלה כוללים בין השאר: סיוע סיעודי, דיור מוגן, ייעוץ משפטי, תמיכה נפשית, פעילויות פנאי וסיוע במציאת עבודה. האחריות מתחלקת בין המשרדים והארגונים השונים, על-פי סוג השירות ובהתאם למצבו התפקודי של הזקן.

### המוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי מופקד על הביטחון הסוציאלי של תושבי ישראל. תפקידו העיקרי להבטיח אמצעי מחיה למי שאינם מסוגלים להתפרנס למחייתם. הביטוח הלאומי משלם קצבאות לזכאים וכן מציע שירותי ייעוץ על זכויות והטבות, וכן שירותי תמיכה וסיוע.

- ◆ קצבת אזרח ותיק (קצבת זיקנה) נועדה להבטיח לתושבי ישראל הכנסה חודשית קבועה לעת זקנה. התשלום ניתן לזכאים מגיל פרישה - גברים 67, נשים בין 60-65, תלוי בשנת לידה (המוסד לביטוח לאומי, 2025).
- ◆ קצבאות נוספות כוללות: השלמת הכנסה - למקבל קצבת אזרח ותיק, בעל הכנסה נמוכה העומד במבחן הכנסות וביתר תנאי הזכאות; גמלת אזרח ותיק מיוחדת - לאנשים שעלו לארץ בגיל מבוגר ולא זכאים לקצבת אזרח ותיק; מענק חימום - ניתן אחת לשנה; מענק פטירה - ניתן לבן זוג או ילדים של נפטר.
- ◆ גמלת סיעוד ניתנת לזקנים התלויים בזולת, על פי קריטריונים מובנים. היא ניתנת לזקנים בגיל פרישה הגרים בקהילה וזקוקים לעזרה בתפקוד יומיומי ועל פי מבחן הכנסות. זכאי לגמלת סיעוד יכול לבחור לקבל את הגמלה בשירותים שיסייעו לו בביצוע פעולות היום יום ובניהול משק הבית - הכל לפי צרכיו, או לשלב שירותי סיעוד עם גמלה בכסף. לפי נתוני הביטוח הלאומי, מספר הזכאים לגמלת סיעוד עומד על קרוב ל-385 אלף תושבים.
- ◆ שירותי הסיעוד כוללים עזרה טיפולית בפעולות היומיום (רחצה, הלבשה, אכילה, טיפול בהפרשות ובניידות), בניהול משק הבית והשגחה על הזקן.

כמו כן, ניתן לקבל לחצן מצוקה, שירותי מכבסה, טיפול במרכז-יום לקשישים ואספקת מוצרי ספיגה.

### משרד הרווחה והביטחון החברתי

מתמקד בפיתוח ומתן שירותים בקהילה ומערכי הדיור והוא פועל לקידום איכות חייהם וצרכיהם של האזרחים הוותיקים. המינהל מציע סל שירותים שמטרתו:

- ◆ מתן מענה מותאם אדם.
- ◆ העמקת תחושת השייכות והמשמעות על ידי יצירת הזדמנויות לאינטראקציה חברתית.
- ◆ גישה לפעילויות תרבות ופנאי.
- ◆ מתן תמיכה.
- ◆ אספקת שירותים והזדמנויות לקידום רווחה.
- ◆ יצירת הזדמנויות להתרועע.
- ◆ עיסוק בפעילויות משמעותיות ופיתוח קהילות חזקות ותומכות.

פעילויות משרד הרווחה כוללות הפעלת מרכזי יום, מועדונים חברתיים, פיקוח על מחלקות תשושים ודיור מוגן, קהילות תומכות, תוכניות קהילתיות-חברתיות ותוכניות להפגת בדידות ולהגברת שייכות, מניעת התעללות והזנחה ועוד. כמו כן, ניתן דגש מיוחד על אוכלוסיות יעד ייחודיות - אזרחים ותיקים בודדים ללא עורף משפחתי, אזרחים ותיקים עם ירידה בתפקוד, אזרחים ותיקים החיים בעוני, נפגעי התעללות והזנחה וניצולי שואה (מינהל אזרחים ותיקים, 2025).

### משרד הבריאות

מציע שירותי בריאות וסיוע לאזרחים ותיקים, כולל טיפול במחלות כרוניות והתמודדות עם בעיות בריאותיות. כל בתי החולים בארץ וקופות החולים כפופים רגולטורית למשרד הבריאות. בנוסף, בתוך משרד הבריאות פועל האגף לגריאטריה.

האגף לגריאטריה אחראי על תחום הגריאטריה והמחלות הממושכות במוסדות אשפוז גריאטריים, בבתי החולים הכלליים ובקהילה. אוכלוסיית היעד לפעולות האגף: בני ה-65 ומעלה וכן חולים במחלות ממושכות עם מגבלות תפקודיות קשות. בין תפקידי האגף: תכנון, קביעת מדיניות, פיתוח שירותים וכח אדם, קביעת סטנדרטים ונהלים מקצועיים, רישוי, פיקוח, בקרה ופיתוח אמצעי אכיפה. האגף אחראי גם על הניהול המקצועי והתקציבי עבור מתאשפזים באמצעות משרד

הבריאות ("הקודים"), על פי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. האגף פועל בתיאום ובשיתוף עם הגריאטרים המחוזיים בלשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות ועם גורמים רלוונטיים במשרד ומחוצה לו.

### קופות החולים

בישראל, ארבע קופות חולים המספקות שירותי בריאות לתושבים: כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית. כל תושב בישראל מחויב להיות מבוסס באחת מהן. כל קופות החולים מחויבות לספק את אותם שירותי הבסיס על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי לכל אזרחי מדינת ישראל. אחוז בני ה-65 מכלל המבוטחים בקופות, כללית 14%, מכבי 13%, מאוחדת 10% ולאומית 12% (בר זוסמן וגוטלסון, 2024).

### מסגרות מוסדיות לקשישים

לקביעת הסיווג התפקודי ("סטטוס") חשיבות רבה בכל הנוגע לטיפול המומלץ ולמענים מותאמים, למסגרת המגורים המתאימה ולסיוע הנדרש עבור האזרח הוותיק. סיווג זה מחולק למצבי התפקוד הבאים ונקבע על פי מצב תפקודי, מצב קוגניטיבי, מסוכנות ומורכבות רפואית.

- ◆ עצמאי - אדם אשר אינו נזקק לסיוע בביצוע פעולות היומיום.
- ◆ תשוש - קשיש הסובל מירידה קלה עד בינונית בתפקודי היומיום הבסיסיים וזקוק לעזרה חלקית בפעולות אלה.
- ◆ סיעודי - קשיש הסובל מירידה קשה וקבועה בניידות, בתפקודי היומיום הבסיסיים ובמצב הבריאות, כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע, ואשר זקוק לטיפול ומעקב במסגרת אשפוז רפואית סיעודית לתקופה ממושכת.
- ◆ סיעודי-מורכב - חולה המוגדר כחולה סיעודי או תשוש נפש באופן קבוע ובנוסף נדרשים טיפול והשגחה ע"י צוות עם מיומנויות מקצועיות גבוהות כתוצאה מעומס טיפולי סיעודי ומצב רפואי.
- ◆ תשוש נפש - קשיש המסוגל להתהלך, אולם סובל מירידה משמעותית וקבועה בתפקודי המוח אשר מתבטאת בירידה בזיכרון, בהתמצאות, בשיפוט וכו', במידה כזו שהוא זקוק לעזרה מלאה בפעילויות היומיום לרבות הלבשה, רחצה, אכילה, שימוש בשירותים, הכוונה בניידות והשגחה על בטיחותו בכל שעות היממה.

## 2.5 ניווט והכוונה (coordination) של האוכלוסייה הגריאטרית במערכת הבריאות

ירידה תפקודית, ירידה קוגניטיבית ובדידות הן תסמונות גריאטריות מרכזיות המשפיעות על תוחלת ואיכות החיים. הטיפול בהן דורש שיתוף פעולה בין הזקן לבין גורמים רפואיים, חברתיים ומשפחתיים.

מגמת הזדקנות האוכלוסייה, בדומה למלחמה המתמשכת והפנדמיה, הינה אתגר שדורש היערכות של הגורמים השונים שלוקחים חלק ואחריות בניהול בריאות ואיכות חיי האוכלוסייה של בני +65. כיום, קיימת חלוקה של אחריות מקצועית ומימונית בין גורמים שונים במדינה. כך למשל, משרד הרווחה והביטחון החברתי אחראי על טיפול בזקנים עצמאיים ותשושים, בעוד שמשרד הבריאות אחראי על טיפול בזקנים סיעודיים ותשושי נפש, ולבסוף, קופות החולים אחראיות על טיפול בזקנים במצב סיעודי מורכב.

יש לחשוב על "גורם מתכלל" שיעזור למטופל הזקן לשלב את כל הגורמים שיכולים לעזור לו למנוע את הנזקים לטווח הארוך ולשמר את תפקודו ככל הניתן.

### דוגמאות מהנעשה בעולם ליצירת "גורם מתכלל"

ניווט והכוונת מטופלים הוא שיטה להפחתת מחסומים ולגישור על פערים בשירות, המהווים חסמים משמעותיים. נקודת הגישה המרכזית במערכת הבריאות צריכה להיות הטיפול הראשוני (Registered Nurses' Association of Ontario, 2014). מטופלים שהינם מורכבים מבחינה רפואית או סוציאלית חווים פיצול ופערים במתן שירותים, ורפורמות בטיפול הראשוני הכוללות מערכת ניווט עשויים לתמוך בניהול אוכלוסיית מטופלים זו (Manderson et al., 2012).

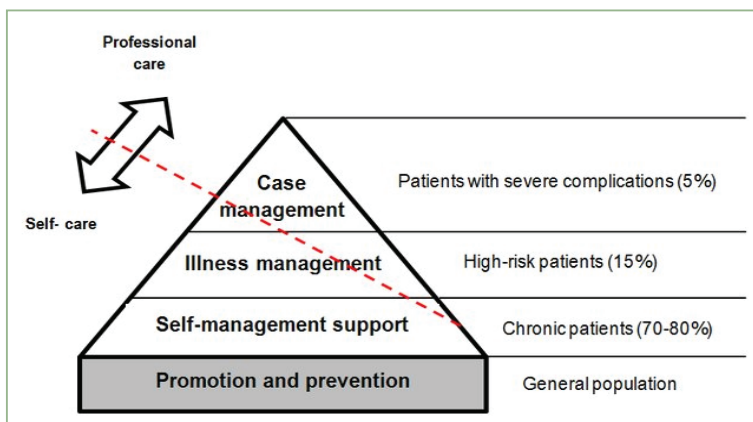
המורכבות הגדלה של מתן שירותי בריאות, הזדקנות האוכלוסייה, תחלואה גוברת וחוסר השוויון החברתי בבריאות, מביאים לצורך בשינוי מערכתי (Carter et al., 2018). יתר על כך, הגדרת נווטים במערכת מסייעת בצמצום הפיצול של מערכת הבריאות באמצעות שיטות שונות כולל: הקלת גישה לטיפול (Clark et al., 2009) או התמצאות בנבכי המערכת והשירותים (Palinkas et al., 2011).

הטיפול הראשוני מתאים היטב למושג הניווט במערכת, שכן ממרכיבי הטיפול הראשוני הוא תיאום הטיפול בין ספקי שירותי בריאות ושירותים למען טיפול ממוקד אדם, כך לפי סקירתם של קרטור ואחרים (2018). במסגרת סקירה זו, נמצאו

34 מחקרים תיאוריים העוסקים במיזמים של ניווט חולים. במרבית המחקרים דובר באנשי מקצוע מנווטים, שהינם ממקצוע האחיות ופותחו כדי לענות על הצרכים של אוכלוסיות ספציפיות של מטופלים. מן הסקירה עולה כי נוטים מסייעים בצמצום הפיצול המערכתי בבריאות כולל יצירת ערוצי תקשורת, גישה לטיפול, ניווט במערכת ובשירותים, והצורך בטיוב מעברים טיפוליים. השירותים הללו מוצעים לאוכלוסיות מיוחדות על פי מחלה או על פי חסמים לשירותי בריאות, לרבות חסמים גיאוגרפיים.

### בחירת האוכלוסייה

ארגון הבריאות האמריקאי Kaiser Permanente נותן שירות לכ-9.6 מיליון חברים. ארגון זה פיתח מודל טיפול אינטגרטיבי, המבוסס על ריבוד האוכלוסייה ומתן שירותים שונים בהתאם לצרכים. האוכלוסייה מקבלת קידום בריאות ושירותי מניעה במטרה להפחית גורמי סיכון. כ-80% מהמטופלים סובלים ממחלות כרוניות, מקבלים תמיכה בניהול עצמי של מחלתם. מטופלים בסיכון גבוה מקבלים טיפול במחלות וניהול מקרה, המשלב ניהול עצמי וטיפול מקצועי.



Satyrganova, A. (2016). Integrated care models: An overview. WHO: מקור: Regional Office for Europe

הסוכנות למחקר ואיכות שירותי בריאות מגדירה טיפול מתואם (Coordinated Care) כ"שילוב מכוון של פעילויות טיפול בחולים בין שני משתתפים או יותר המעורבים בטיפול בחולה, בכדי להקל על מתן שירותי בריאות נאותים" (McDonald et al., 2007). הטיפול המתואם שואף לטפל במערכות בריאות מקוטעות, להקל על התקשורת בין מטופל לספק שירותי בריאות ובין ספק אחד

לספק שירותי בריאות אחר, לשפר את המשכיות הטיפול בין ספקים ולשפר את התוצאות הקשורות לבריאות ואת חוויית הבריאות (Schultz & McDonald, 2014). עבור מבוגרים עם מצבים רפואיים מורכבים, הדבר עשוי לכלול תיאום בין בדיקות רפואיות, תוכניות טיפול, טיפול אקוטי ומעקב לאחר אשפוז, ניטור ושינויים בתרופות, פסיכותרפיה והתערבויות התנהגותיות, וחינוך לניהול עצמי של המחלה. תיאום כזה מאתגר הן עבור מטופלים והן עבור ספקי שירותי בריאות: מעבר למצב המצוין בדרך כלל של רופאי משפחה עמוסים יתר על המידה, קיימים חסמים מערכתיים רבים התורמים לחוויית תיאום גרועות הן עבור מטופלים והן עבור רופאי משפחה, כולל היעדר רשומות רפואיות אלקטרוניות ניתנות לתפעול הדדי, היעדר קודי החזר ומודלי תשלום בני קיימא עבור צוות ייעודי (למשל, מתאם טיפול, עובד בריאות קהילתי, מנהל טיפול, אחיות וכו'), וחוסר במערכות טיפול משולבות בין מסגרות, כגון רפואה ראשונית וטיפול מיוחד או טיפול אשפוזי ואמבולטורי (Bodenheimer, 2011; Fagnan et al., 2011; Friedman et al., 2016).

## 2.6 פלטפורמה לשיתוף מידע

בעקבות העלייה במורכבות הטכנולוגיות וצמיחת המערכות הטיפוליות השונות הפועלות במערכת הבריאות בישראל, עלה צורך בהעברת מידע על המטופלים בין מסגרות טיפול שונות.

מאז 2011, מופעלת בישראל רשת שיתוף מידע קליני - מערכת "אופק" - אשר החלה כרשת פנימית בשירותי בריאות כללית כבר משנת 2005. בהמשך, הופצה והורחבה ברמה הלאומית. מערכת זו מבוססת על רשומות רפואיות ממוחשבות ממקורות שונים (כגון מעבדות, מערכות דיאגנוסטיות, תיקים רפואיים ממוחשבים), ומשולבת בתי-חולים-קהילה. ייחודיותה של המערכת היא ביכולתה לאסוף ולאחד את המידע מנותני שירותים רפואיים שונים לאובייקט וירטואלי יחיד לכל מטופל ולהעבירו לגורם המטפל בנקודת הטיפול. מערכת זו צפויה להפחית טעויות רפואיות ובדיקות חוזרות, לשפר תקשורת בין רופאים בקהילה ובבתי-החולים, ליעל את הטיפול הרפואי, לשפר את איכות הטיפול ולהביא לחסכון בעלויות (ניראל ואחרים, 2006).

בשנת 2015, הושקה מערכת "איתן" - פלטפורמה מתקדמת יותר לשיתוף וניהול מידע רפואי בין קופות חולים ובתי חולים. השימוש ב"איתן" מונע טעויות רפואיות חמורות, מביא לשיפור בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ומהווה בסיס לרפואה המותאמת לצרכיהם של המטופלים. הפרויקט פורץ הדרך, הייחודי בהיקפו ובתכנון

ומיצב את ישראל כמובילה עולמית בתחום שיתוף המידע הרפואי. הפרויקט בהובלת משרד הבריאות ובשיתוף מטה ישראל דיגיטלית במשרד לשוויון חברתי (משרד הבריאות, 2016).

כבר היום, קופות החולים וחלק מבתי החולים מאפשרים נגישות מקוונת של מטופלים למידע הרפואי שלהם בתיק הרפואי הממוחשב - כולל צפייה בתוצאות בדיקות, סיכומי מפגשי רפואיים ועוד.

חוק ניווד מידע רפואי התשפ"ד אושר על ידי מליאת הכנסת ביום 24/07/2024. מטרת החוק להסדיר את זכותו של כל אדם לניוד המידע הרפואי על אודותיו בין ארגוני בריאות. זאת, לשם שיפור הטיפול הרפואי בו ומצבו הבריאותי, בין השאר באמצעות טיפולים רפואיים חדשניים ורפואה מונעת, מותאמת אישית ויזומה, והכול תוך שמירה על פרטיותו ובהסכמתו. החוק מסמיך את משרד הבריאות לקבוע הוראות שונות למימושו (משרד הבריאות, 2024).

משרד הבריאות פרסם הוראות שניחו את התשתיות למימוש אינטראופרבייליות בתקן FHIR (שמשמעו Fast Healthcare Interoperability Resources) במערכת הבריאות, בהתאם לחוק, בנושאים הבאים: דרישות המידע; הנחיות יישום; מיפוי פרופילים לסלי מידע; FHIR Technical Guidelines; נוהל סיווג מידע מכוח חוק ניווד מידע רפואי; הנחיות לנותני שירותי בריאות לפי סעיף 21(ב) לחוק לעניין הגנה על פרטיות, אבטחת מידע, ניהול סיכונים והגנת סייבר וחובות זיהוי ותיעוד. לטובת מימוש דרישות החוק, משרד הבריאות פרסם את תוכנית הסרטיפיקציה לניוד מידע. התוכנית מגדירה את שלבי הביצוע של תכולות החוק בתוכנית חמש שנתית. בנוסף, התוכנית מגדירה תהליכי בדיקה וכלי בדיקה שיאפשרו לארגונים עצמם ולמשרד הבריאות לבחון כי אכן המידע שהוגדר כבר-ניוד זמין ואיכותי וניתן לשיתוף בהתאם לסטנדרטים שהוגדרו. כניסת חוק ניווד המידע והגדרת תקן ה-FHIR מהווים פרויקט פורץ דרך, ייחודי בהיקפו ובתכנון וימצב את ישראל כמובילה עולמית בתחום שיתוף המידע הרפואי.

ליישום טכנולוגיה ובינה מלאכותית (AI) בתחום הבריאות יש פוטנציאל להתמודד עם חלק מאתגרי ההיצע והביקוש של עולם הבריאות. הזמינות הגוברת של נתונים רב-מודאליים (גנומיקה, כלכלה, דמוגרפיה, קלינית ופונטיפית) בשילוב עם חידושים טכנולוגיים בתחומי המובייל, האינטרנט של הדברים, כוח מחשוב ואבטחת נתונים מבשרים רגע של התכנסות בין שירותי בריאות לטכנולוגיה, כדי לשנות באופן מהותי מודלים של אספקת שירותי בריאות באמצעות מערכות בריאות מבוססות בינה מלאכותית.

## 2.7 מיזמי ניהול טיפול פרטניים בקהילה

### שירותי בריאות כללית

מיזם תכנון שחרור מאשפוז אשר סיווג את כלל המשוחררים מאשפוז לשלוש קבוצות שונות לפי רמות סיכון לאשפוז חוזר - וכך, המעקב הנדרש בקהילה נגזר על פי השייך הקבוצתי.

### קופת חולים מאוחדת

מדד השבריריות האלקטרוני (MEFI) Meuhedet Electronic Frailty Index, המבוסס על גישת "ליקויים מצטברים" ונועד לזהות מבוגרים שבריריים בהתבסס על מידע קיים בתיק הרפואי, ממגוון מקורות מידע קליניים, ללא צורך בהערכה קלינית ישירה. המטרה לזהות אוכלוסיות יעד מותאמות לתוכניות התערבות, הערכת אפקטיביות של תוכניות קיימות, מעקב אחר תפקוד ומגמות לאורך זמן, כלי תומך לקבלת החלטת קלינית וכלי ניהול לתכנון והקצאת משאבים באוכלוסייה מזדקנת. המדד מורכב מ-36 ליקויים וקיים מדרג של שבריריות על סמך הניקוד המצטבר - איתנים, קדם-שבריריים, שבריריים, ומורכבים. נמצא כי קיימת קורלציה ברורה בין רמת השבריריות לעלות ממוצעת שנתית למטופל ושהתמותה עולה בהתאמה לרמת השבריריות. בסיכום, המדד מאפשר תיעוד שיטתי ואפקטיבי של שבריריות בקרב מבוגרים, ומהווה כלי משמעותי לקבלת החלטות טיפוליות, ניהוליות ומערכתיות. הוא מבוסס נתונים, רב תחומי, מתוקף ונמצא בשימוש בפועל לשיפור הטיפול באוכלוסייה המבוגרת בקופת חולים מאוחדת.

### מכבי שירותי בריאות

**מומה 2012:** מוקד רב תחומי, אשר פעל בין השנים 2012-2020 במכבי שירותי בריאות. בשיאו המוקד נתן מענה לכ- 6,000 מטופלים הסובלים ממחלות כרוניות שונות. הגישה הטיפולית התבססה על עקרונות המודל לטיפול כרוני (Chronic Care Model), כאשר "חבילת הטיפול" כללה מערך טיפולי יוזם, תמיכה במיומנויות ניהול עצמי, תמיכה בקבלת החלטות ומערכות מידע קליניות ואינטגרציה מול שירותי הקהילה. מודל הטיפול וביצועיו הכלכליים נבחנו במחקר ונמצאו יעילים (Porath et al., 2017). התכנית פעלה בעזרת מימון חיצוני, ובסיום המימון נמצא כי העלות הייתה גבוהה יחסית לתוצאות התכנית, ולכן הופסק.

**מצפן 2015:** קיים מערך של 5 יחידות מחוזיות, הקרויות "מצפנים", האחראיות על תיאום הטיפול בחולה המשתחרר מאשפוז. המצפן הינו גוף מקצועי מחוזי המייעץ, מכון ומתאם את מערך הטיפול במסגרת הקהילה עבור מבטחים המשתחררים מבתי חולים לקהילה או המאותרים בקהילה. אחיות המצפן יוצרות קשר עם המטופלים שהשתחררו מאשפוז בתוך יומיים משחרורם. בכל יחידה רופא, אחות, מומחים קליניים יועצים, רוקח קליני, עובד אדמיניסטרטיבי ולעיתים מקצועות בריאות נוספים. המצפן מהווה כתובת אחת עבור משוחררים מבתי החולים (באמצעות אחיות קשר ובקרה) ועבור רופאים ואחיות בקהילה, להפניית אוכלוסיית היעד. המטרה העיקרית של השירות היא הבטחת רצף הטיפול בכל מטופל המשתחרר מבית חולים לקהילה ובמטופלים המורכבים העוברים בין מסגרות הטיפול השונות בקהילה, תוך זיהוי והתערבות בנקודות קריטיות לשמירת הרצף.

**אינטגרציה 2016:** לתוכנית היו שלוש מטרות מרכזיות: שיפור תוצאי בריאות, שיפור חוויית המטופל וצמצום עלויות. המודל הציב את המטופל המורכב במרכז ועבורו נבנתה תכנית טיפול מותאמת אישית בליווי צוות רב מקצועי. הטיפול היה היקפי מתוך שאיפה להביא לשיפור ברווחת המטופל. תוצאי הבריאות נבחנו במחקר ונמצאו יעילים (Irony et al., 2019). תכנית זו פועלת, אך באופן לא עקבי ושיטתי בכל המחוזות.

תוכניות אלה דרשו פיתוח יכולות במערכות המידע לצורך איתור אוכלוסיות היעד, מדידת יעילות ההתערבות והבטחת רצף המידע ושיתופו בזמן אמת.

### תכנית תיאום טיפול

"תוכנית תיאום טיפול" היא תכנית משותפת של הרשויות המקומיות, משרד הבריאות ומשרד הרווחה, המיועדת לסייע לאוכלוסיות מורכבות כמו זקנים עם ריבוי בעיות, או אנשים המתמודדים עם קשיים בתחום בריאות הנפש, על ידי תיאום בין כלל הגורמים המטפלים. מטרתה ליצור מענה הוליסטי, יעיל ומותאם אישית לכל אדם, לחבר בין שירותי הבריאות והרווחה ולשפר את איכות החיים והתפקוד בקהילה. התוכנית פועלת בשלושה מודלים: מודל משולב, שבו עובדת סוציאלית מן המחלקה לשירותים חברתיים ואחות מקופת חולים פועלות יחד במחלקה לשירותים חברתיים; מודל משולב עם סיוע של מלווה מנהלי שבו הצוות פועל במחלקה לשירותים חברתיים; ומודל פנים-קופתי, שבו עובדת סוציאלית מקופת חולים ואחות מקופת חולים פועלות יחד בקופת החולים.

התוכנית מופעלת על ידי ג'ונט-אשל. התכנית פועלת כיום ב-38 רשויות מקומיות באמצעות 58 צוותים, ושותפות של שלוש קופות חולים ומחלקות רווחה של הרשויות הרלוונטיות (שנור ואחרים, 2024).

## דוגמאות נוספות שאינן מיושמות בישראל

### מרשם חברתי

הפניית רופא לשירותים קהילתיים מותאמים. במסגרת ההפניות בביקור הרופא, קיימת הפניה ייעודית לשירותים חברתיים, דוגמה זו נוסתה באנגליה. השירותים כוללים, בין השאר, פעילות חברתית להפגת בדידות, תכנית "בית חם", תכנית "קהילה תומכת", מועדון יום, פעילות גופנית, אספקת ארוחות חמות, אימון קוגניטיבי, אוריינות דיגיטלית ועוד. הרופא מדפיס את ההפניה ומסמן למטופל את ההמלצות. בטופס יש דרכי יצירת קשר עם הרווחה גם בטלפון וגם בסריקת ברקוד הנכנס לאתר המתאים. הגעה לשירותים חברתיים דרך הפנית רופא עוזרת הן ביצוע שיקול דעת מקצועי בהפניה והן בהשגת היענות גבוהה יותר של המטופל.

### AGEWISE

חברה פרטית העוזרת בהפניה של מבוגרים לצורך שירותים חברתיים, רגשיים ובריאותיים הקיימים בקהילה, על-ידי "מלווה דרך" (link worker). השירות מותאם לפי צורך אישי של כל מטופל בהתאם לפרמטרים הייחודיים שלו. מדובר בכלי ליווי בו מפונה המטופל לפעילות חברתית או קהילתית כחלק מההתמודדות עם מצב רפואי או שיקומי. מלווה הדרך יוצר תוכנית מותאמת לאדם על פי תחומי עניין, נגישות ומטרות תפקודיות. הליווי מאפשר התערבות טיפולית ברמות של בדידות, דיכאון, הימנעות, חוסר מוטיבציה ויוצר הנעה לפעולה. מלווה הדרך רותם על פי רוב גם את בני המשפחה המטפלים, על מנת שיתמכו בתהליך הליווי ויסייעו לעגן אותו. במצבים של שיקום, מחלה כרונית או תפקוד ירוד, מרשם חברתי מאפשר חזרה הדרגתית לפעילות (גם במצב גופני מוגבל), תחושת שליטה עצמית והשתתפות (ולא רק תפקוד) ושיפור ברווחה הנפשית, שזהו גורם קריטי בתהליך ריפוי. התהליך בנוי מכלי דיגיטלי למיפוי צרכים, עבודה פרטנית עם סוכן קשר ועבודה עם סוכני השינוי בקהילה - רכזים חברתיים, אחראי אזרחים ותיקים וקופות החולים.

## 2.8 משברים ואי יציבות לאומית

בשנים האחרונות מדינת ישראל התמודדה עם אתגרים ומשברים משמעותיים, דוגמת פנדמית הקורונה ומלחמת "חרבות ברזל". אוכלוסיית הזקנים ידועה כאוכלוסייה בסיכון להידרדרות בריאותית ותפקודית בעתות אלה. כך למשל, מחקר של מכון מאירס-ג'וניט-ברוקדייל שבחן את מצבם של בני משפחה המטפלים בזקנים ובעלי מוגבלות בראשית מלחמת "חרבות ברזל", מצא כי חלה הרעה משמעותית במצבם הכלכלי, החברתי והבריאותי של המטפלים. במקביל, גם בקרב הזקנים המטופלים עצמם חלה הרעה ניכרת בתחום הרגשי-נפשי, ביכולת הניידות ובמצבם החברתי והגופני. עוד עלה מהמחקר כי הצורך המרכזי שהתגבר בקרב המטופלים היה תיאום טיפולים רפואיים, וכי מרביתם כלל לא נעזרו בשירותים ייעודיים, על אף שדיווחו על צורך עז בתמיכה רגשית וכלכלית (הרקוביץ ואחרים, 2024). אתגרים אלו, שהתחדדו בעת המשבר, המחישו את הצורך באיגום משאבים, יצירת שיתופי פעולה בין משרדי הממשל השונים ושימוש בפלטפורמות ייעודיות לשיתוף מידע, למידה והפקת תובנות.

### פנדמית הקורונה

מדינת ישראל התמודדה עם פנדמית הקורונה בזכות מערך רחב של גופים ממשלתיים, רפואיים, ביטחוניים ואזרחיים שהיו שותפים במאמץ הלאומי, כל זאת באמצעות פלטפורמות לשיתוף מידע, חלוקת תחומי אחריות ותהליכי קבלת החלטות וקביעת מדיניות שהונגשו באופן רציף לידיעת הציבור. בין הגופים המרכזיים היו משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים, פיקוד העורף, משרד ראש הממשלה, משרד האוצר, משרד החינוך, הרשויות המקומיות, המשטרה וצה"ל. הפלטפורמות המובילות לשיתוף מידע כללו את מערכת "מגן ישראל", אתר משרד הבריאות, מערכת דיווחים פנימית בין משרדי הממשלה, אפליקציות ייעודיות כמו "המגן" (משרד מבקר המדינה, 2024).

### מלחמת "חרבות ברזל"

ב-7 באוקטובר 2023 חוותה ישראל מתקפת פתע רחבת היקף שתוצאותיה הקשות הצריכו היערכות מהירה ומיידית של כלל מערכות הממשל, החירום והחברה. הפגיעה הקשה בעוטף עזה ובתושביה, חייבה מענה נרחב והביאה להקמת מנהלת 'תקומה', אשר פעלה יד ביד עם הרשויות, תוך חיבור עמוק לשטח, על ידי צוות

מקשר שהיה אמון על התכנון והתיאום בין הגורמים השונים, ואפשר ערוץ ישיר עבור הקהילות והרשויות.

### 2.9 שאלות לדין

- ◆ מהי המדיניות החדשנית שתגשר על פני ההפרדה המובנית בין המערכות ותבטיח רצף טיפולי אמיתי לזקן, תוך יצירת תיאום מחייב בין מערכת הבריאות (קופות חולים, בתי חולים, מרכזים גריאטריים ושיקומיים), שירותי הרווחה ברשויות המקומיות ומערכת הסיעוד (ביטוח לאומי)?
- ◆ מהן המתודולוגיות והכלים התפעוליים הנדרשים כדי להטמיע רצף טיפול בן-קיימא, אשר יחייב את שיתוף הפעולה בין הגורמים המעורבים, למען קידום הזדקנות מיטבית?
- ◆ כיצד ניתן לרתום את הטכנולוגיה לטובת דחיקת תלות במטרה להפחית תחלואה ולהפחית צורך במערכות תמיכה?

### 2.10 סיכום הדיון בנושא "רצף הטיפול - שילוב כוחות לאומי לקידום הזדקנות מיטבית, מפרגמנטציה לאינטגרציה"

הזדקנות האוכלוסייה, מהלך הבריאות והחולי המוביל לריבוי השותפים המלווים אותו לאורך שנים רבות, מייצרים פרגמנטציה והיעדר רצף מידע וטיפול בין כלל השותפים ומציבים את רצף הטיפול ו"העברת מקל" מגורם לגורם ליצירת אינטגרציה - יכולת המערכת לפעול כמערך מתואם אחד ולא כצבר יחידות מבודדות.

לקחי הפעלה בעתות חירום מדגימים כי נוכחות מנגנוני סנכרון, איגום משאבים ושיתוף נתונים בזמן אמת מאפשרת הפעלה של שרשראות טיפול יעילות בין קהילה, בית חולים ורשות מקומית. התובנה המרכזית היא שהישגים אלה מושגים בעיקר על **תשתיות נתונים חוצות-ארגונים, פרוטוקולי מעבר מידע ותיאום תפעולי הממקמים את האדם במרכז ומתרגמים את הרצף להחלטות בזמן אמת**, ולא על מנגנוני שליטה היררכיים.

בממד הקליני-חברתי, המצב הבריאותי, התפקודי והקוגניטיבי, לצד בדידות וקידום אורח חיים בריא, הינם משמעותיים לדחיקת תלות. הבדידות מתפקדת כתסמונת גריאטרית המשפיעה באופן מצטבר על תחלואה, תפקוד ואיכות חיים. מענה

אפקטיבי כרוך בשילוב רפואה מונעת, תמיכה תפקודית וחברתית וכלים קהילתיים כגון מרשם חברתי ושירותי ליווי. קו זה מתכנס ליעד תוצאתי של דחיקת תלות בקהילה באמצעות זיהוי יזום של שבריריות, התאמת התערבויות ושימור עצמאות לאורך זמן.

במבט ניהולי, אין הכרח בגורם ריכוז יחיד אלא **במנגנון** המסנכרן פונקציית מטרה מוסכמת, סל מדדים משותף ושקיפות נתונים, כך שכל שותף תורם תרומה מדידה לרצף. הרשויות המקומיות וקופות החולים ממוקמות כשחקני קצה בעלי אחריות לשילוב שירותים, להפעלת פרוטוקולי מעבר ולהנגשת זכויות ומימושן. הטכנולוגיה משמשת כמכפיל כוח: פלטפורמות שיתוף מידע, כלים לחיזוי סיכונים ואייג'נטים תפעוליים שאוספים ומנגישים מידע רלוונטי למקבלי החלטות ולמתאם הטיפול. לצד מרכיבים אלה נדרש שינוי תרבותי מקצועי המרחיב את האחריות מראיית מחלה לראיית אדם ומיישר קו בין מרכיבי הבריאות, הרווחה והקהילה סביב אותה שפה ויעדים משותפים.

לסיכום, רצף הטיפול מתכנס למסגרת פעולה ממוקדת אדם, הנסמכת על שפה אחודה, מדדים משותפים ושיתוף נתונים בזמן אמת. יישום עקבי של מרכיבים אלה בגיאומטריית ממשקים קהילתית-מערכת בריאות-ביטוח לאומי-רווחה-רשויות מקומיות ועוד צפוי לתמוך בדחיקת תלות, לצמצם כפילויות ולחזק אחריות רציפה סביב האדם החי בקהילה.

## 2.11 המלצות להמשך

### ♦ יעד לאומי לדחיקת תלות, מדידה אחודה ותשתיות מידע משותפות

קביעת "דחיקת התלות" כיעד מערכת-לאומי עליון, המאפשר למערכות השונות להתמודד עם העומסים הגוברים. מיעד זה ייגזר סל מדדים משותף ומודל תגמול (תמריצים מול קנסות) המבוסס על תוצאים קליניים, תפקודיים וחברתיים. היישום יבוצע באופן אחיד על פני כלל הגופים - קופות החולים, בתי החולים, הביטוח הלאומי, הרשויות המקומיות ומשרד הרווחה - תוך התבססות על שקיפות נתונים ודיווח שוטף. המהלך מחייב אינטגרציית נתונים מלאה ויכולת תפעול הדדית (Interoperability): החלת תקני שיתוף מידע בין הגופים ליצירת "תמונת מטופל אחת" בזמן אמת, למניעת כפילויות, צמצום שגיאות ותמיכה בקבלת החלטות אינטגרטיבית.

### ◆ הנגשת ידע מותאמת אישית מבוססת טכנולוגיה

הנגשת מידע ייעודי ופרסונלי לאזרחים הוותיקים, לבני משפחותיהם ולמטפלים העיקריים. ההנגשה תתבסס על טכנולוגיות בינה מלאכותית (AI) לצורך פישוט המידע, הנגשת זכויות ותמיכה בקבלת החלטות בצמתים טיפוליים.

### ◆ סטנדרטיזציה של הערכה תפקודית וניהול סיכונים מבוסס נתונים

אימוץ הערכה תפקודית וקוגניטיבית אחידה, המוכרת על ידי כלל המערכות כאמצעי לקביעת סל שירותים מותאם. מהלך זה משקף מעבר מהגדרת "סטטוס" מנהלי להגדרה מבוססת תפקוד וקוגניציה, ויישום השיטה באופן רוחבי בכלל המערכות. לשם כך, יש להטמיע כלים אנליטיים לחיזוי סיכונים ומדד שברירות (Frailty Index) רב-תחומי, שימשו לקביעת קדימויות להתערבות בקהילה, לתכנון טיפול מותאם אישית ולמעקב שוטף אחר תוצאים.

### ◆ התאמת החקיקה ומודל התקצוב לצרכי המטופל

רפורמה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ושינוי מנגנוני התקצוב והאחריות הביטוחית. המודל החדש יתנתק מהגדרות "סטטוס" כפי שהן כיום, ויעבור לתקצוב העוקב אחר סל השירותים הנדרש למטופל בפועל (Service-based budgeting), בהתאם למצבו הרפואי והתפקודי המשתנה.

## חלק 3: היבטים מערכתיים לקידום חדשנות בגריאטריה

### 3.1 רקע: אתגר ההזדקנות והצורך בחדשנות

העלייה הדרמטית בתוחלת החיים בישראל ובעולם, משנה את פני מערכות הבריאות. עד שנת 2050 צפוי מספר בני ה-80 ומעלה להכפיל את עצמו, והדבר ייצור עומס משמעותי על מערכות האשפוז והקהילה. האוכלוסייה המבוגרת מתאפיינת בריבוי מחלות כרוניות, ירידה תפקודית וקוגניטיבית, ותלות גבוהה בשירותי בריאות ושיקום. במקביל, מערכות הבריאות מתמודדות עם מחסור בכוח אדם ושחיקה גבוהה בקרב הצוותים, במיוחד בגריאטריה. התוצאה היא פער ניכר בין הצהרות מדיניות המעודדות חדשנות ורצף טיפולי לבין היישום בפועל בשטח (Brookdale Institute, 2023).

בעולם פותחו מודלים חדשניים להתמודדות עם אתגרי ההזדקנות, בהם Aging in Place (המאפשר חיים עצמאיים בבית בעזרת טכנולוגיה ותמיכה רפואית), Hospital at Home (המעביר אשפוזים מורכבים לסביבת הבית), ו-Age-Friendly (Health Systems) AFHS (המבוסס על עקרונות ה-Ms4 ומקדם טיפול מותאם-אדם ורצף טיפולי (Burke et al., 2022)). מודלים אלו מדגישים כי חדשנות איננה רק טכנולוגיה, אלא שינוי כולל של רצף הטיפול והאינטגרציה בין בית החולים, הקהילה והמטופל בבית.

כדי ליישם מודלים אלו בהצלחה, נדרשת פעולה בשלושה מישורים משלימים, שיידונו בפרק זה: הגדרת הצרכים והמדידה ("המה"), המוכנות הארגונית ("האיך"), והמדיניות הלאומית ("המעטפת").

### 3.2 לראות את האדם: התאמה אישית ומדדים מבוססי ערך

חדשנות שאינה מותאמת אישית לאוכלוסייה המבוגרת, עלולה להחמיץ את מטרתה ואף להרחיב פערים קיימים. אוכלוסייה זו מתאפיינת במורכבות ייחודית ובשונות עצומה - מבחינת מצב בריאותי, אוריינות דיגיטלית, תמיכה משפחתית, ירידה קוגניטיבית ותחושת בדידות, המהווה גורם סיכון בריאותי בפני עצמה.

### חסמי אימוץ והצורך בהתאמה אישית

מחקרי מכון ברוקדייל (2022) מצאו כי שיעורי אימוץ טכנולוגיות רפואיות נמוכים במיוחד בקרב בני 75+, בעלי מגבלות תפקוד או מצב סוציאקונומי נמוך. העמדה כלפי הטכנולוגיה נמצאה כגורם מכריע - לעיתים אף יותר מגיל או מצב בריאותי. סקירה רחבה זיהתה גורמים מרכזיים נוספים לאימוץ או דחייה: עומס קוגניטיבי, חרדה מטכנולוגיה, מורכבות השימוש והיעדר תמיכה אישית (Schroeder et al., 2023).

המשמעות היא צורך בפיתוח טכנולוגיות מותאמות: שפה פשוטה, גופנים ברורים, כפתורים גדולים והדרכה חוזרת - המעניקים למשתמש תחושת שליטה וביטחון. הדבר נכון במיוחד בהטמעת טלה-רפואה; דו"ח ברוקדייל (2024) על תקופת הקורונה, הצביע על הצלחתה בקרב זקנים מתפקדים, אך חשף פערים ניכרים בקרב בעלי ירידה תפקודית או אוריינות דיגיטלית מוגבלת.

### התמודדות עם ירידה קוגניטיבית ואתיקה

סוגיה מורכבת היא שילוב אנשים עם ירידה קוגניטיבית, המתקשים להבין טפסי הסכמה מדעת מורכבים. מחקרים מראים כי שימוש ב"עזרי זיכרון" (memory aids), כגון הצגת מידע בצעדים קצרים, שימוש באיורים וליווי בן משפחה, מגדיל את שיעורי ההשתתפות ומאפשר הכלה של אוכלוסיות מוחלשות (Swan et al., 2025). אין להוציא אוכלוסיות אלו מהמשוואה, אלא להתאים עבורן את הטכנולוגיה ואת תהליך הלמידה.

### המעטפת החברתית: בדידות ומעורבות מטפלים

טכנולוגיה איננה רק כלי פונקציונלי. היא חלק ממערכת יחסים טיפולית. מחקרים מצאו כי טכנולוגיות הכוללות רכיב חברתי (כמו שיחות וידאו פשוטות או קהילות מקוונות) התקבלו טוב יותר, שכן הן מתמודדות עם תחושת הבדידות (Huang & Oteng, 2023). יתר על כן, ישנה חשיבות להתאמה לדיאדה (זקן-מטפל). טכנולוגיות המאפשרות למטפלים לא-פורמליים ניטור ושיתוף פעולה, משפרות את הבטיחות ואת איכות החיים של שניהם (Moreno et al., 2024).

## מדידת הצלחה בגריאטריה

כדי להעריך חדשנות, יש לאמץ מדדים המשקפים את מהות הצרכים של הזקנים, מעבר למדדים כלכליים מסורתיים. מודל ה-AFHS מציע ארבעה תחומים למדידה: מה שחשוב למטופל, תרופות, ניידות ותפקוד קוגניטיבי (Burke et al., 2022). מדידה בגריאטריה נדרשת להיות רב-ממדית ולכלול:

1. בריאות ותפקוד: מניעת נפילות, הפחתת אשפוזים, שמירה על עצמאות
2. איכות חיים: תחושת שליטה, שביעות רצון, קשרים חברתיים (UX)
3. יעילות מערכתית: הקלה בעומס על הצוותים, אוטומציה של תהליכים
4. יעילות כלכלית: החזר השקעה (ROI) ברמת הארגון והמדינה

שילוב זקנים ובני משפחותיהם כבר בשלבי הפיתוח (co-creation) הוא המפתח לעיצוב פתרונות מותאמים, המגבירים את תחושת השליטה ומובילים לאימוץ רחב ומתמשך יותר.

## 3.3 מהישרדות לחדשנות: כיתוח מוכנות ארגונית לחדשנות מתמשכת

הטמעת חדשנות תלויה בראש ובראשונה באנשי הצוות המטפלים. בישראל, כמו במדינות רבות, המערכת הגריאטרית מתמודדת עם עומס מתמשך, מחסור בכוח אדם מקצועי ושחיקה גבוהה. מצב זה מותיר ארגונים ב"מצב הישרדות" תמידי, המצמצם את יכולתם להשקיע בלמידה ולהתמיד בחדשנות.

### מוכנות ארגונית ומנהיגות

הצלחת החדשנות תלויה בתרבות הארגונית ובמנהיגות. Agarwal et al. (2024) מציעים מסגרת של עשרה צעדים למעבר מרעיון ליישום, החל מהגדרת ערך ועד הערכת תוצאות. מחקר שבחן מוכנות במוסדות סיעודיים זיהה ארבעה מוקדים קריטיים: תמיכת הנהלה, שיתוף מטופלים ועובדים, יצירת תנאים ארגוניים מתאימים, והגדרת מבנה תפקידים ברור (van den Hoed et al., 2024).

### פיתוח הון אנושי ותרבות של ניסוי

חסם מרכזי בהטמעה הוא מחסור בהכשרות ייעודיות לטכנולוגיות חדשות בקרב צוותי האחיות ומקצועות הבריאות - ולא רק בקרב רופאים או מנהלים (Brookdale Institute, 2022; Schroeder et al., 2023).

בנוסף להכשרה, הטמעת חדשנות דורשת שינוי תרבותי. ארגוני בריאות בגריאטריה נוטים להיות שמרניים מחשש לסיכון בטיחותי או רגולטורי. יש ליצור סביבה המאפשרת ניסוי, למידה מטעויות ושיפור מתמשך. תרבות כזו צומחת כאשר הנהלה מעניקה גיבוי ברור לצוותים, משתפת אותם בקבלת החלטות ומספקת להם כלים להתנסות, ולא רק הוראות "מלמעלה" (Agarwal et al., 2024; van den Hoed et al., 2024).

### תמריצים ומודל "מובילי חדשנות"

דו"ח ברוקדייל (2023) הצביע על כך שתמריצים כלכליים במערכת הגריאטרית בישראל לעיתים מעוותים ואף מונעים חדשנות. הדבר מחייב חשיבה מחדשת על סוגי התמריצים. לצד מענקים כספיים, נדרשים תמריצים לא-כלכליים משמעותיים: הכרה והוקרה פומבית, תחושת שותפות והעצמה מקצועית, והקלה בעומס העבודה.

אחת הדרכים המעשיות ליישום היא מינוי "מובילי חדשנות" (Innovation Champions) פנימיים. אלו אנשי צוות המקבלים הכשרה, זמן ייעודי ומשאבים להובלת פיילוטים, ליווי הדרכה ותיווך בין הנהלה לצוות. מודל זה מגדיל את שיעור האימוץ, מחזק את תחושת השותפות ומסייע ביצירת תרבות ארגונית פתוחה לשינוי (Agarwal et al., 2024).

## 3.4 המעטפת הלאומית: מדיניות, רגולציה ובניית אקוסיסטם

חדשנות בגריאטריה אינה יכולה להתקדם רק ביוזמות נקודתיות. היא מחייבת מעטפת לאומית מתכללת, שכן האוכלוסייה פגיעה, הצרכים מגוונים והמשאבים מוגבלים. נדרש שיתוף פעולה בין ארגוני בריאות, תעשייה, אקדמיה, רגולטורים ורשויות מקומיות.

## חסמים מערכתיים בישראל

בישראל קיימים חסמים מערכתיים המקשים על המעבר ליישום רחב. דו"ח ברוקדייל (2023) הצביע על מחסור כרוני במיטות אשפוז גריאטרי ותמריצים כלכליים מעוותים המגבילים יישום חדשנות. מוסדות מתקשים להפעיל שירותים מתקדמים בשל עומס רגולטורי, כוח אדם מוגבל וחוסר תגמול על מניעת הידרדרות.

בנוסף, חסרות תשתיות בסיסיות, כגון חיבור Wi-Fi אמין בפריפריה או במוסדות, ומערכות מידע שאינן מאפשרות אינטגרציה בין הקהילה לאשפוז (de Siqueira et al., 2024; Moreno et al., 2024). כמו כן, קיים מחסור בנתונים שיטתיים לאומיים למדידת תועלת בגרונטכנולוגיה, דבר המקשה על קביעת מדיניות מבוססת-ראיות ותיעדוף השקעות (Brookdale Institute, 2023; Alrweily et al., 2023).

## הצורך ברגולציה מותאמת ואתית

פגיעות האוכלוסייה מחייבת רגולציה מותאמת. יש לעדכן הליכי הסכמה מדעת עבור אנשים עם ירידה קוגניטיבית (Swan et al., 2025) ולהסדיר סוגיות אתיות סביב AI, פרטיות ושמירה על אוטונומיה (Hwang et al., 2024). כלי מרכזי לכך הוא "ארגז חול רגולטורי" (Regulatory Sandbox) מרחב ניסוי מבוקר המאפשר לבחון טכנולוגיות חדשות בתנאים בטוחים ומפוקחים, לפני יישום רחב.

## מודלים בינלאומיים לשיתופי פעולה

בעולם נבנו קונסורציומים רחבים המאפשרים לחדשנות להפוך לחלק אינטגרלי מהמערכת:

- ◆ Horizon Europe: מממנים קונסורציומים של אוניברסיטאות, תעשייה ורשויות מקומיות לפיתוח בתים חכמים ורובוטיקה, תוך יצירת תקינה משותפת.
- ◆ בסקנדינביה: Living Labs סביבות ניסוי אמיתיות שבהן זקנים, משפחות וחברות טכנולוגיה מפתחים יחד פתרונות (Co-creation), מה שמוביל לאימוץ גבוה יותר (Kviselius et al., 2009).
- ◆ בארה"ב: מרכזי חדשנות בבתי חולים אקדמיים (כגון Mayo Clinic) משלבים חממות סטרטאפים עם מערכי טיפול גריאטרי.

הצלחת מודלים אלו תלויה בתמיכה ממשלתית, שיתוף רשויות מקומיות, חיבור אקדמיה-תעשייה ושילוב הקהילה.

### סיכום: מאחריות לאומית ליישום לאומי

חדשנות בגריאטריה תהיה מוגבלת בהשפעתה אם כל גוף יעבוד לבדו. בישראל קיימים ארגונים לקידום האקוסיסטם, אך התשתית הרגולטורית והמדיניות הכוללת חסרות. נדרש מהלך לאומי שיתרגם הצהרות למשאבים ותמריצים, יאגד יוזמות, ויבטיח שיתוף פעולה מתמשך בין מוסדות ציבור, תעשייה, רגולציה וקהילה.

### 3.5 שאלות לדיון

- ◆ מהי תפיסת המדידה וההערכה הנדרשת כדי לאמוד הצלחה בחדשנות בגריאטריה, בהתאמה להטרונגניות של האוכלוסייה המבוגרת (לרבות נגישות, קוגניציה, תפקוד ואוריינות) ולצרכי המעטפת התומכת (בני משפחה ומטפלים)?
- ◆ מהם המודלים הארגוניים האפקטיביים ביותר להטמעה שיטתית וליצירת תרבות של חדשנות בארגוני הבריאות בגריאטריה, וכיצד ניתן להתאים מודלים אלו לשונות בין הארגונים (מרכזים גריאטריים, בתי חולים כלליים, קופות חולים ומוסדות סיעודיים)?
- ◆ כיצד יש לעצב מדיניות לאומית ואסטרטגיית אקוסיסטם לקידום חדשנות בגריאטריה, האם כמסגרת לאומית שיתופית, כשוק תחרותי, או כמודל היברידי? ומה תפקידה של מדיניות זו בהקצאת משאבים, הסדרת רגולציה, ותמריצים ליישום רחב היקף?

### 3.6 סיכום הדיון בנושא "היבטים מערכתיים לקידום חדשנות בגריאטריה"

ההזדקנות המואצת של האוכלוסייה משנה באופן מהותי את מערכות הבריאות, הן במישור המקומי והן הבינלאומי. העלייה במספר הקשישים, ריבוי המחלות הכרוניות, השונות התפקודית והקוגניטיבית, והעלייה בתלות בשירותים רפואיים ושיקומיים יוצרים עומס משמעותי על בתי החולים, מוסדות הסיעוד והקהילה. מציאות זו מתקיימת במקביל למחסור גובר בכוח אדם מקצועי, שחיקה גבוהה וחוסר הלימה בין הביקוש לשירותים לבין היצע המיטות והמשאבים. פער זה מעיד על כך שהמערכת פועלת לעיתים קרובות במצב "הישרדותי", ובמצב כזה מתקשה להשקיע בתהליכי חדשנות מתמשכים. החומרים מדגישים כי חדשנות איננה רק אמצעי טכנולוגי אלא שינוי עמוק של רצף הטיפול, הממשק בין בית החולים לקהילה, והאפשרות להעביר חלק מהאשפוזים המורכבים לסביבת הבית תוך שמירה על רציפות, בטיחות ואיכות טיפול.

הטמעת חדשנות מחייבת בראש ובראשונה הבנה עמוקה של ה"אדם" במרכז - הזקן ובני משפחתו - ושל הצרכים המגוונים הנגזרים מהטרונגניות גבוהה בגיל המבוגר. האוכלוסייה הזקנה מתאפיינת בהבדלים גדולים בבריאות, באוריינות דיגיטלית, בתמיכה חברתית ובתפקוד קוגניטיבי, ולכן התאמה אישית הופכת לתנאי בסיסי לכל כלי חדשני. החומרים מצביעים על "חרדה דיגיטלית" ועל עומס קוגניטיבי כגורמים מרכזיים המעכבים אימוץ טכנולוגיות, לצד המורכבות האתית סביב הסכמה מדעת בקרב אנשים עם ירידה קוגניטיבית.

**תהליכי פיתוח חדשנות חייבים לשלב זקנים כבר מתחילת הדרך**, שכן לולא זאת עלולה להיווצר טכנולוגיה הנתפסת מצוינת על ידי אנשי מקצוע, אך אינה מקובלת או נגישה עבור קהל היעד. כך, מדדים מבוססי ערך כגון שמירה על עצמאות, מניעת אשפוזים, תחושת שליטה, איכות חיים ומעורבות מטפלים אינם רק כלים הערכה, אלא עקרונות מכוונים לעיצוב פתרונות מותאמים.

ניכר כי היכולת לעבור ממצב הישרדות לצמיחה תלויה במוכנות ארגונית. תרבות מקצועית המעודדת ניסוי ולמידה, מחויבות הנהגה, ותמיכה בצוותים המצויים תחת עומס יומיומי. חדשנות בגריאטריה נמדדת לא רק בטכנולוגיה אלא גם **בעיצוב מחדש של תהליכי עבודה**. כדי לאפשר זאת דרושות הכשרות ייעודיות לצוותים, מסגרות למידה מתמשכות ומינויים של "מובילי חדשנות" פנימיים המתווכים בין ההנהלה לשטח. המערכת המקצועית מתארת עומס משמעותי על הצוותים -

עומס שמייצר קושי להתפנות לחשיבה חדשנית - ולכן פתרונות חדשניים חייבים במקביל להקל על המטפלים ולא רק על המטופלים. כאשר חדשנות נתפסת ככלי להפחתת עומס ולשיפור רווחת העובדים, הנטייה להירתם אליה גדלה באופן משמעותי ומאפשרת הטמעה רחבה יותר בארגון. ברמה הלאומית, החדשנות בגריאטריה מחייבת מעטפת מדיניות ורגולציה המותאמת לאוכלוסייה פגיעה ולמערכת בעלת משאבים מוגבלים. חדשנות בגריאטריה היא אחריות מערכתית, הדורשת תיאום, תיעודף ומשאבים, וכי הצלחתה תלויה ביכולת לראות את המערכת כפלטפורמה לצמיחה - לא כבעיה או מגבלה - ולבנות שותפות מתמשכת בין כלל הגורמים.

### 3.7 המלצות להמשך

#### ◆ **"מחדשנות לשינוי" (Scale-Up Challenge): מעבר מתמרוץ לתמרוץ יישום מבוסס-ערך**

שינוי מודל תמרוץ חדשנות על ידי משרד הבריאות, כך שבמקום לתמרוץ ביצוע פיילוטים, לתמרוץ יישום פתרונות גריאטריים שהוכחו כמשני מציאות בפיילוט, והראו הוכחת ערך במדידה על פי מדדי אוטונומיה, תפקוד, איכות חיים ומדדים נוספים לפי העניין בדגש/ תעדוף על מניעה והגדלת שנות חיים בריאות מחד גיסא ומדדי ייעול תהליכי עבודה וצמצום העומס על הצוותים מאידך. מודל זה יעודד את הארגונים לעסוק בחדשנות תהליכית כיוצרת אימפקט רחב יותר.

#### ◆ **מינוי "מובילי חדשנות בגריאטריה" (Innovation Champion)**

יש לייצר "זמן מוגן" protected time המעגן את תפקידי "מובילי החדשנות" בארגונים השונים בתחום הגריאטריה כחלק אינטגרלי מן הצוות, כדי להפוך חדשנות למרכיב יסודי ושיטתי בעבודת הארגון. במצב של "הישרדות מערכתית", שחיקה ומחסור בכוח אדם, הצוותים הקליניים מתקשים להתפנות לחשיבה שינוי. לכן, מינוי מובילי חדשנות נועד לחולל שינוי ארגוני בו החדשנות נתפסת ככלי אסטרטגי **לייעול תהליכי עבודה וצמצום העומס הבירוקרטי והטיפול** על הצוות, וכן ככלי לגיוון, שימור וצמצום שחיקה לצוות העוסק בתהליכי חדשנות. עיגון התפקיד בצורה פורמלית יאפשר לאורך זמן, יצירת מסגרות למידה והכשרה, שיפעלו להנחלת תרבות של ניסוי ולמידה, ויבססו את החדשנות ככלי לשיפור רווחת העובדים, מה שמגדיל את הסיכוי להטמעה רחבה.

### ◆ הקמת "ארגז חול רגולטורי" (Regulatory Sandbox) לחדשנות בגריאטריה

הקמת סביבת ניסוי רגולטורית מבוקרת וגמישה, שתאפשר למשרד הבריאות להציב יעדי חדשנות משבשת פורצת דרך, לבחון פתרונות רב-מערכתיים בסביבה בטוחה, ולהפוך את הדוגמאות המוצלחות לשינוי רגולטורי מחייב וארוך טווח. הרגולציה הקיימת מתקשה להתמודד עם אתגרי הגריאטריה הייחודיים - פרטיות, הסכמה מדעת בחולים קוגניטיביים ושיתוף מידע חוצה-ארגונים. ה-Sandbox נועד לשמש כ"כלי ניסוי רגולטורי" מבוקר, שיאפשר לבחון חדשנות משבשת (כמו שינוי תפקידים וסמכויות, שימוש ב-AI או מודלי תשלום חדשניים) בסביבה ניסויית ממוקדת. הצלחת הניסויים תספק לרגולטורים הרלוונטיים את התשתית הנדרשת לשינוי ועדכון הרגולציה הנוכחית - כגון עדכון מודלי הסכמה מדעת - ובכך להסיר חסמים מערכתיים ברמה הלאומית.

### ◆ הקמת "מעבדות הזדקנות בריאה בקהילה" (Living Labs) כפלטפורמת Co-Creation

יש להקים רשת "מעבדות הזדקנות בריאה", שתשמש כפלטפורמת פיתוח משותפת (Co-Creation) מערכת הבריאות, הרווחה, הביטוח הלאומי, האקדמיה והתעשייה. תוך יצירת תמריצים למערכות השונות לשת"פ (לדוגמה בתעשייה, לתמרץ גם פיתוח פתרונות עם פוטנציאל רווח נמוך יותר אך לאוכלוסיות רחבות משמעותית שיצרו את האימפקט הרצוי).

מודל "מעבדות הזדקנות בריאה בקהילה" יוצר מרחב ניטרלי בו החדשנות מתפתחת בשיתוף פעולה עם המשתמשים בפועל. המעבדות מאפשרות לשלב את קולו של הזקן בני משפחתו ולא פחות חשוב גם המטפלים העיקריים כגון עובדים זרים כבר משלב הפיתוח, ומחייבות את כלל המערכות לשתף משאבים ורעיונות בפתרון אתגרי השטח. בכך, הרשת מבטיחה שהפתרונות החדשניים יהיו נגישים, מותאמים תרבותית ומקובלים על קהל היעד, ומהווה מנוף לשיתוף פעולה רב-מערכתי קבוע. את המעבדות אפשר להקים בערים גדולות, באשכולות של מספר יישובים ועוד.

### ◆ שינוי תפיסה ממודל תשומות למודל תוצאות, עם מדדי איכות

יש להעביר את מודל התגמול הכלכלי מ"תשלום לפי פעולה/תשומות" ל"תשלום גלובלי" (Bundled Payment) עבור אפיזודת טיפול מלאה, תוך הכללת מדדי איכות מבוססי-ערך, או שינוי הדרישות הרגולטוריות לאספקת

שירותים ממודל התשומות למודל מבוסס תוצאות, עם מדדי איכות. מודל מסוג זה יוצר תמריץ כלכלי חזק לחדשנות תהליכית, הכנסת טכנולוגיות ושיפור יעילות. כאשר ספק מקבל סכום קבוע לטיפול, האינטרס שלו הוא **להשתמש בחדשנות (טכנולוגיות ניטור, שיפור תהליכי שחרור)** כדי לצמצם תשומות ולקדם הגעה ליעדי הטיפול. בכך, חדשנות הופכת לכלי הכרחי ליעילות כלכלית, בעוד שמדדי האיכות (כגון מניעת אשפוז חוזר או ייצוב תפקודי) מבטיחים שאיכות הטיפול לא תיפגע.

## חלק 4: אוריינות דיגיטלית לגיל השלישי אל מול עולם טכנולוגי משתנה

בעידן של שינוי טכנולוגי מואץ, אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאותית דיגיטלית הפכו למרכיבים חיוניים בקידום בריאות, רווחה ושלומו של בקרב האוכלוסייה המזדקנת. היכולת של זקנים להשתמש בכלים דיגיטליים לניהול בריאותם - החל מקביעת תורים, קבלת תוצאות בדיקות, שימוש בשירותי רפואה מרחוק ועד לניהול תיק רפואי אישי - אינה רק עניין של נוחות, אלא כלי משמעותי להעצמה, שמירה על עצמאות, הפחתת בדידות, שיפור איכות החיים וחיזוק תחושת המסוגלות העצמית. מחקרים מצביעים על כך שאוריינות דיגיטלית גבוהה קשורה לשיפור במדדי בריאות, להפחתת תחושות בדידות ולשיפור הרווחה הנפשית והפיזית של זקנים, במיוחד במצבי חירום ובתקופות משבר (Mannheim et al., 2023).

עם זאת, לצד הפוטנציאל הרב, ניצבים אתגרים וחסמים משמעותיים המגבילים את מיצוי היתרונות של טכנולוגיות דיגיטליות:

- ◆ בקרב זקנים - ישנם חסמים שונים כגון אוריינות דיגיטלית נמוכה, מגבלות פיזיות וקוגניטיביות (כגון ירידה בראייה, שמיעה או ויסות מוטורי), חסמים אישיים כגון חשש משגיאות, פחד מכישלון, בוש, גילנות עצמית ותלות בבני משפחה. משתנים דמוגרפיים כמו גיל מתקדם, השכלה נמוכה והכנסה נמוכה נמצאים במתאם שלילי עם שימושים דיגיטליים, בעוד שניסיון קודם ותמיכה חברתית מעודדים אותו. בהתאם, קיימים פערים בין קבוצות אוכלוסייה שונות (עולים, חרדים, ערבים, מצב סוציו-אקונומי נמוך).
- ◆ בקרב מטפלים - לעיתים חסרה למטפלים עצמם או לבני המשפחה אוריינות דיגיטלית מספקת, או שהם מתקשים להגיש את הכלים הדיגיטליים לזקנים, במיוחד כאשר נדרשת התאמה אישית, סבלנות והדרכה מתמשכת.
- ◆ בקרב ספקי שירותי בריאות ורווחה הדיגיטליים - ישנם אתגרים כגון עיצוב נכון של ממשקים נגישים וידידותיים, התאמת השירותים לצרכים הפיזיים והקוגניטיביים של זקנים, שילוב בין ערוצים דיגיטליים ופיזיים, והבטחת ליווי ותמיכה אנושית לצד השירותים המקוונים. לעיתים קיימת גם רתיעה מצד הצוותים עצמם או חוסר הכשרה מספקת.
- ◆ בקרב קובעי מדיניות - נדרשת מדיניות ורגולציה, הן להפחתת פערים דיגיטליים

והן בהשקעה בהנגשת טכנולוגיות, נדרשת חשיבה על המשמעויות והפערים בין הרצון לקדם חדשנות לבין הצורך להבטיח שוויון ונגישות לכלל הזקנים.

פרק זה מפרט את הסוגיות המרכזיות, מציג את האתגרים והחסמים, ומעלה שאלות לדיון במטרה להעמיק את ההבנה ולגבש דרכי פעולה אפקטיביות לקידום אוריינות דיגיטלית ובריאותית בקרב זקנים, תוך התייחסות למגוון השחקנים במערכת: הזקנים עצמם, המטפלים, ספקי השירותים וקובעי המדיניות.

#### **4.1 כיצד לקדם אורח חיים בריא ושלומות (wellbeing), באמצעות הגברת השימוש של זקנים בכלים דיגיטליים?**

קידום אורח חיים בריא אצל זקנים מתייחס למכלול הפעולות, ההתערבויות והמדיניות, שמטרתן לשפר את איכות חייהם של אנשים בגיל המבוגר, תוך שמירה על תפקוד פיזי, קוגניטיבי ונפשי מיטבי. תפיסה זו כוללת היבטים של תזונה מאוזנת, פעילות גופנית סדירה, מניעת מחלות כרוניות וטיפוח רווחה נפשית - למשל באמצעות הפחתת מתח וחרדה, חיזוק תחושת משמעות ושייכות, וצמצום תחושות בדידות ובידוד חברתי. בעידן הדיגיטלי, נפתחו אפשרויות חדשות המאפשרות לזקנים לממש מטרות אלה באמצעים נגישים, חדשניים ומותאמים אישית (World Health Organization, 2020).

בעשור האחרון חלה עלייה משמעותית בשימוש של אנשים זקנים בשירותי בריאות דיגיטליים, ובמיוחד ביכולת לבצע פעולות, שבעבר דרשו פנייה פיזית או טלפונית למרפאה או לבית חולים (Czaja et al., 2021; Seifert, 2020). אחד הביטויים המרכזיים לכך הוא האפשרות לקבוע תורים לרופא ולבדיקות רפואיות מגוונות באמצעות אתרי האינטרנט של ספקי שירותי הבריאות. שירותים אלה, המוצעים על ידי קופות החולים ובתי החולים בישראל ובעולם, מאפשרים לזקנים להזמין תור לרופא משפחה, לרופא מומחה או לבדיקות אבחון מבלי להזדקק לשיחות טלפון ארוכות או להמתנה ממושכת בקווים (Greenberg, 2022). כך נחסך מהם זמן יקר ומופחתת תחושת התלות בבני משפחה או מטפלים.

מעבר לקביעת תורים, זקנים רבים עושים שימוש באפשרות של קבלת תוצאות בדיקות רפואיות אונליין - בין אם מדובר בבדיקות דם, הדמיה או מעקב אחר טיפולים. זמינות התוצאות בצורה דיגיטלית תורמת לשקיפות, מגבירה את תחושת השליטה של הקשיש בבריאותו ומאפשרת לו להגיע מוכן יותר לשיחה עם הרופא המטפל (Kampmeijer et al., 2016). במקרים מסוימים, אף מתאפשר שיתוף

התוצאות ישירות עם בני משפחה או עם מטפל סיעודי, דבר המחזק את הרצף הטיפולי (Liu et al., 2020).

נוסף לכך, השימוש והזמינות של שירותי רפואה מרחוק (telemedicine) הולכת ועולה - שיחות וידאו עם רופאים או יועצים רפואיים. עבור אנשים מבוגרים מוגבלים, או המתקשים לצאת מהבית, או במצבים שבהם המרחק הפיזי גדול. מדובר בשירות משנה מציאות: הוא מאפשר יעוץ רפואי מידי, קבלת מרשמים דיגיטליים והפחתת סיכונים הכרוכים ביציאה מהבית - למשל, בתקופות של מזג אוויר סוער, זיהום אוויר, חירום בטחוני או מגפות (Kruse et al., 2017; Monaghesh & Hajizadeh, 2020).

שירותים דיגיטליים נוספים הקשורים לבריאות, כוללים הזמנת תרופות אונליין וקבלתן במשלוח עד הבית, וכן גישה לאפליקציות לניהול תיק רפואי אישי, המאפשרות לצפות בתוצאות בדיקות וסיכומי מפגשים רפואיים. כלים אלו מגבירים את עצמאות הזקנים, מקטינים אי וודאות, מקלים על ההתנהלות היומיומית, ותורמים הן לבריאות הפיזית והן לרווחה הנפשית בזכות הפחתת תחושות של תלות, חששות וחוסר אונים (Lee & Kim, 2021; Chen & Schulz, 2016).

גם השימוש בטכנולוגיות חכמות, כגון שעונים חכמים, חיישנים ביתיים ופתרונות "בית חכם", זוכים לתשומת לב גוברת בהקשר של קידום בריאות. טכנולוגיות אלו מאפשרות ניטור רציף של מדדים בריאותיים חיוניים (כגון דופק, לחץ דם, איכות שינה ורמות פעילות גופנית), ומספקות התראות מוקדמות במקרים של חריגות או סיכון (Wang et al., 2019). נוסף על כך, מערכות חכמות לניטור סביבה ביתית, תורמות להגברת בטיחות הזקנים, בזכות היכולת לזהות נפילות, לאיתור חריגות בתנועה ולשליטה מרחוק במכשירים (Peek et al., 2014). ממצאים מצביעים על כך שטכנולוגיות מסוג זה אינן רק משפרות את בריאותם הפיזית של זקנים, אלא גם מחזקות את תחושת הביטחון העצמי ותומכות בעצמאות תפקודית לאורך זמן (Morris et al., 2013). בסיכומו של דבר, שילוב מערכות חכמות בסביבת החיים של זקנים עשוי להוות מנגנון משמעותי לקידום אורח חיים בריא ולשיפור הבריאות הפיזית והנפשית.

כל שנכתב לעיל מעיד על כך, שהשימוש בכלים דיגיטליים בתחום הבריאות - החל מקביעת תורים, דרך קבלת תוצאות בדיקות, ועד לשירותי רפואה מקוונים - מהווה רכיב חיוני בשיפור איכות החיים של האוכלוסייה המזדקנת (World Health Organization, 2020). שימושים אלו מדגימים למעשה כיצד טכנולוגיה יכולה להפוך מתשתית טכנית לאמצעי שמעצים את האדם הזקן, מצמצם פערים ומקדם

אורח חיים בריא, עצמאי ומכבד וכן מגביר את תחושת המסוגלות העצמית (Yan & Xin, 2025).

גם בהקשר הישראלי נעשו מחקרים, שמצביעים על כך, שאוריינות דיגיטלית גבוהה קשורה לשיפור במדדי בריאות, תחושת מסוגלות והפחתת בדידות. במחקר משנת 2021, נמצא קשר חיובי בין אוריינות בריאות דיגיטלית לבין שימוש יעיל בשירותי בריאות מקוונים בישראל (זיגדון, 2021). במחקר עדכני הודגם, שתוכנית אוריינות דיגיטלית, שנעשתה בקרב זקנים, הפחיתה בדידות ושיפרה את תחושת המסוגלות והבריאות של המשתתפים (Richards et al., 2025). החשיבות הרבה של מעורבות ושימוש בכלים דיגיטליים כגורם הגנה פוטנציאלי לרווחתם הנפשית של זקנים במהלך נסיבות ביטחוניות קיצוניות כגון מתקפת ה-7 באוקטובר הוכחה במחקר של מנהיים ושותפיו (Mannheim et al., 2025).

### שימוש באמצעים דיגיטליים - גורמים מקדמים ומעכבים

לצד היתרונות הרבים של שירותי הבריאות הדיגיטליים, חשוב להדגיש, כי זקנים רבים עומדים בפני קושי ואתגר משמעותי הקשור ליכולת השימוש בכלים דיגיטליים, אשר מונע מהם למצות את הפוטנציאל הרב הטמון בטכנולוגיות אלו. חלק מהקשיים נובעים מרמות נמוכות של אוריינות דיגיטלית וחוסר היכרות עם טכנולוגיות חדשות, תופעה, שמחקרים הצביעו עליה כגורם מרכזי לפערים בין דורות בשימוש בשירותים מקוונים (Friemel, 2016; Seifert, 2020). לכך מצטרפות מגבלות פיזיות וקוגניטיביות, כגון ירידה בראייה, בשמיעה או ביכולות המוטוריות, המקשות על שימוש באפליקציות או אתרים (Tsai et al., 2015). בנוסף, קיימת לעיתים תחושת חוסר ביטחון או חשש משגיאות בתפעול, מה שמוביל להימנעות משימוש או להסתמכות מוגברת על בני משפחה ומטפלים (Charness & Boot, 2009). גורמים אלה עלולים להעמיק פערים דיגיטליים ולצמצם את יכולתם של קשישים ליהנות במלואם מהזדמנויות הבריאות והרווחה, שמציעות הפלטפורמות הדיגיטליות.

הספרות המחקרית מצביעה על כך, ששימוש באמצעים דיגיטליים בקרב זקנים מושפע ממגוון משתנים אישיים וחברתיים. משתנים דמוגרפיים כמו גיל מתקדם, רמת השכלה נמוכה והכנסה ממוצעת ומטה נמצאו כמעכבים את השימוש, שכן הם קשורים לאוריינות דיגיטלית נמוכה יותר ולגישה מוגבלת לאמצעי טכנולוגיה (Friemel, 2016; Seifert, 2020). לעומת זאת, משתנים כגון ניסיון קודם בשימוש במחשבים ותחושת מסוגלות עצמית טכנולוגית נמצאו כמעודדים אימוץ טכנולוגיות

חדשות (Czaja et al., 2006; Vaportzis et al., 2017). גם תמיכה חברתית מצד בני משפחה, חברים או קהילות לומדות יכולה לתרום רבות להתגברות על פערים ולחיזוק תחושת הביטחון של הזקן בשימוש (Quan-Haase et al., 2018). מנגד, חששות הקשורים לפרטיות, ביטחון מידע או חשש מטעויות עלולים להוות חסם משמעותי לשימוש (Mitzner et al., 2010). מכלול גורמים זה מדגיש, כי עידוד השימוש בקרב זקנים מחייב לא רק פיתוח טכנולוגיות מותאמות אלא גם מתן ליווי, הדרכה ותמיכה מתמשכת.

ואכן, מחקר ישראלי מצא, כי שיעור השימוש בטכנולוגיות רפואיות אצל זקנים נמוך, במיוחד בקרב בעלי מוגבלות תפקודית, גיל גבוה והשכלה נמוכה. החסמים המרכזיים לשימוש כוללים פחד מכישלון, קשיים פיזיים ובושה, בעוד הגורמים המקדמים הם מודעות לתועלת, סיוע בני משפחה והדרכה מותאמת. עמדות חיוביות כלפי טכנולוגיה נמצאו כגורם קריטי לאימוץ (Myers-JDC-Brookdale In-) (stitude, 2023). במחקר ישראלי נוסף נמצא, שרמת אוריינות בריאותית דיגיטלית גבוהה יותר קשורה למצב בריאותי טוב יותר ולהשכלה גבוהה יותר. בעלי תואר ראשון ומעלה הבינו מידע בריאותי מקוון טוב יותר, אך דווקא בעלי השכלה תיכונית דיווחו על התנהלות חכמה יותר ברשת. מסקנת המחקר היא שיש צורך בהתערבויות מותאמות לרמת ההשכלה ולמצב הבריאותי כדי לצמצם פערים בשימוש (גרין & שרון, 2022). בסקר החברתי שפורסם ב-2021, נמצא כי בקרב בני 65 ומעלה, 73% מבני 65 ומעלה משתמשים באינטרנט (94% בקרב הצעירים יותר), ובמהלך השנים ניכרת עלייה בשיעור המשתמשים. יחד עם זאת, 37% משתמשים ברשת לצורך פעולות בנקאיות, ו-26% משתמשים ברשת לצורך קבלת שירותים ממשרדי ממשלה כגון הורדת טפסים וקבלת אישורים.

### כלים ואסטרטגיות לעידוד והגברת השימוש בטכנולוגיות דיגיטליות בקרב זקנים

שיפור האוריינות הדיגיטלית והגברת השימוש בשירותים דיגיטליים בקרב זקנים לצורך קידום בריאות ורווחה, נמצא כיום במרכז השיח המחקרי. המחקר מציע מגוון פתרונות המתמקדים בשלוש רמות:

1. שיפור ופיתוח מיומנויות ואוריינות דיגיטלית

◆ הכשרות מותאמות גיל: תוכניות הדרכה ייעודיות לזקנים, בקבוצות קטנות ובקצב אישי, הוכחו כיעילות בהגברת הביטחון העצמי הטכנולוגי (Xie, 2011).

◆ למידה מבוססת התנסות: מתן אפשרות להתנסות מעשית עם אפליקציות

בריאות - כמו קביעת תורים או שימוש ברפואה מרחוק - נמצאה כמאפשרת הטמעה טובה יותר לעומת הסבר תיאורטי בלבד (Charness & Boot, 2009).

◆ תמיכה בין-דורית: מעורבות בני משפחה כילדים ונכדים בהדרכה תורמת לא רק ללמידה טכנולוגית אלא גם לחיזוק הקשרים החברתיים משפחתיים (Quan-Haase et al., 2018).

## 2. התאמת השירותים הדיגיטליים לצורכי הזקנים

◆ עיצוב נגיש וידידותי: הכולל התאמת הנראות, ארכיטקטורה וניווט מותאמים ושפת מוצר מותאמת, ובין היתר: ממשקים עם פונטים גדולים, צבעים ברורים, ניווט פשוט והוראות בשפה ברורה יכולים להפחית את תחושת התסכול ולשפר שימוש רציף (Mitzner et al., 2010).

◆ התאמה לצרכים פיזיים וקוגניטיביים: למשל, אפשרות לשליטה קולית לאנשים עם קושי מוטורי, או תזכורות אוטומטיות לאנשים עם ירידה בזיכרון.

◆ שירותים רב-ערוציים: שילוב בין אפליקציות, אתרי אינטרנט, מוקדי טלפון ושירות פרונטלי מאפשר מעבר הדרגתי ולא "ניתוק" חד מערוצים מסורתיים.

## 3. רמה מערכתית וחברתית

◆ מדיניות ציבורית להנגשה: השקעה ממשלתית בהנגשת טכנולוגיות בריאות לזקנים, כולל סבסוד מכשירים או הדרכות חינם.

◆ שיתופי פעולה עם הקהילה: מרכזים קהילתיים, ספריות ציבוריות או עמותות יכולים להציע סדנאות דיגיטליות כחלק משירותי רווחה. ניתן לציין בהקשר זה את מיזם "100 באוריינות דיגיטלית", של מערך הדיגיטל הלאומי, שפיתח ומספק חלק מתכנים אלה (מיזם 100 באוריינות דיגיטלית, 2024).

◆ תרבות ארגונית במוסדות בריאות: הכשרת צוותים רפואיים לסייע למטופלים זקנים בלמידה ובתפעול השירותים הדיגיטליים.

## בישראל קיימים מסמכי מדיניות וכלים יישומיים:

◆ "Login" המדריך להגברת השימוש של מבוגרים במוצרים דיגיטליים (הלפרין בן צבי, 2021), מציע עקרונות פרקטיים להנגשת ממשקים, שפה ותמיכה אנושית, כדי לאפשר לזקנים שימוש מיטבי בשירותים דיגיטליים.

◆ "המיזם הלאומי לקידום אוריינות דיגיטלית בקרב אזרחים ותיקים: אמצעי לקידום זיקנה פעילה ושיפור התפקוד היומיומי" (בן שלום & הלפרין בן צבי,

(2024), מציג מודל הפעלה לקורסים מותאמים, תוך שימוש בעקרונות גרופדגוגיה והדרכה אישית.

כלים יישומיים אלה מדגישים, כי לצד פיתוח טכנולוגיות, יש צורך בהנגשה קוגניטיבית, הדרכה מותאמת ושילוב תמיכה אנושית, כדי לצמצם פערים דיגיטליים ולהגביר את השימוש של זקנים בטכנולוגיות דיגיטליות.

## **4.2 איך משנים תפיסות של הציבור, של המערכת ושל זקנים עצמם ביחס לשימוש של זקנים בישראל בכלים דיגיטליים לצורך קידום בריאות ושלומות?**

גילנות (Ageism) - אפליה על בסיס גיל, וגילנות עצמית היא תופעה נרחבת הפוגעת ברווחת זקנים, בהשתתפותם בשוק העבודה ובבריאותם. ארגון הבריאות העולמי הגדיר את צמצום הגילנות כגורם מפתח לשיפור הבריאות של בני האדם וכדי לצמצם תפיסות שליליות ולקדם מרחב להזדקנות בריאה, נדרש לפעול ברמת הפרט - באמצעות לימוד, חשיפה ומגע וכן ברמת המערכת - באמצעות קביעת מדיניות, תקשורת וחקיקה מתאימה (WHO, 2021). שינוי תפיסות הוא דבר מורכב ורב אתגרים וכאן נדרש בנוסף שינוי בתפיסות של הזקנים ביחס לעצמם.

### **רמת הפרט**

הזקנים נתפסים כמבינים פחות בשימוש בטכנולוגיה (גילנות דיגיטלית) וזקוקים לסיוע כדי להתמודד עם הנושא. אולם במחקר, שבחן שימושים ברפואה מרחוק במעל חצי מיליון זקנים לפני ובמהלך מגפת הקורונה, נמצא, שהזקנים הגדילו משמעותית את השימוש בשירותי רפואה מרחוק במהלך מגפת הקורונה וברוב השירותים השימוש ירד לרמות שהיו גבוהות מאלו שלפני המגפה. הוכח, שניתן ללמד זקנים להשתמש באופן יעיל בשירותי רפואה מרחוק ויש לאפשר זאת תוך יצירת סביבה מתאימה עם בניית פתרונות מותאמים, שיגבירו את השימוש בה (Haimi & Sergienko, 2024).

חשיפה בין דורית היא דרך נוספת לשינוי התפיסות ומתרחשת בפעילויות משותפות של דורות שונים ובאמצעות פרויקטים קהילתיים, כמו קהילות דיגיטליות רב דוריות. מטה אנליזה שבדקה תכניות התערבות שונות לצמצום גילנות כלפי זקנים מצאה שהתערבויות משולבות של חינוך ומרכיבי מגע בין דורי השיגו השפעה חזקה והוצע שתכניות משולבות אלו יקבלו עדיפות גבוהה להמשך בחינה

(Burnes et al., 2019).

לזקנים יכולות למידה והטמעה של כלים דיגיטליים, בהינתן שיטת הוראה מתאימה וסביבת למידה מיטבית. המיזם הלאומי לקידום אוריינות דיגיטלית התמקד באתגר של פיתוח שיטת הוראה מיטבית. פותח מדריך המציג שיטות לעיצוב השירות, מתייחס למרכיבים השונים להפעלת הקורסים והמלצות להמשך ופיתוח מגוון מענים לקידום שוויון והכללה דיגיטלית עבור האוכלוסייה הזקנה (ג'וינט אשל, 2020).

### רמת המערכת

נדרש שינוי השיח החברתי לצורך שינוי התפיסה, באמצעות ייצוג מאוזן בתקשורת תוך העלאת קמפיינים חיוביים בהם הזקנים מוצגים כפעילים, לומדים ומתחדשים. דו"ח ארגון הבריאות העולמי מביא דוגמאות ממדינות רבות בהן קמפיינים תקשורתיים שינו דימויים של זיקנה. האסטרטגיות היעילות ביותר לשינוי עמדות כלפי זיקנה הן חינוך, עידוד חשיפה בין דורית, ושינוי מדיניות ציבורית (WHO, 2021).

מחקר שניתח שלושה קמפיינים ציבוריים בישראל, שהושקו בתקופת הקורונה במטרה להפחית גילנות והשתמשו במסרים המדגישים תרומה, חכמה וניסיון של האוכלוסייה המבוגרת - הדגים ירידה מסוימת בדימויים שליליים והגברת נכונות למפגש בין דורי. עם זאת, ההשפעה הייתה זמנית - אם לא לוותה בפעילות מערכתית. החוקרים הסיקו כי קמפיינים יכולים לשנות עמדות, אך נדרשת מדיניות תומכת ותוכניות המשך להטמעת השינוי (Okun & Ayalon, 2022). השימוש בכלים דיגיטליים היא זכות בסיסית עבור כלל האוכלוסייה ומאפשרת גישה למגוון שירותים ובהם בריאות, רווחה, מידע ופנאי. הארגונים והמוסדות השונים נדרשים להתאים את השירותים עבור אוכלוסיית הזקנים באמצעות מגוון דרכים. הכשרת עובדים לעידוד שימוש דיגיטלי תגביר את היענות של הזקנים. יצירת אתר בעל ממשק ידידותי למשתמש, שימוש בפונטים גדולים, שימוש בהוראות פשוטות, תמיכה קולית יגבירו היענות (הלפרין בן צבי, 2021). על נותני השירותים לאפשר ליווי אנושי, אשר ילווה את הזקן בשימוש בכלי הדיגיטלי ויקנה לו את הביטחון בשימוש שבו או לחילופין יאפשר לו תמיכה טלפונית או פרונטלית.

נדרשת מדיניות מתמרצת ממשלה, רשויות וקופות חולים לקיים קורסים והדרכות מותאמות גיל, והקמת מרכזי תמיכה דיגיטליים לזקנים, שיגבירו את השימוש שלהם בטכנולוגיה.

## רמת הזקנים עצמם

כאמור, נדרש לבצע שינוי גם אצל הזקנים עצמם הצריכים להתגבר על חסמים קוגניטיביים וחסמים טכנולוגיים. במחקר של מכון ברוקדייל בנושא אימוץ טכנולוגיות בריאות בגיל המבוגר נמצא, כי הגורמים העיקריים המעכבים שימוש באמצעים טכנולוגיים הם: פחד מכישלון, קשיים פיזיים, בושה והתנגדות כללית לטכנולוגיה. גורמים המקדמים שימוש הם: מודעות לתועלת הטמונה בהם, בני משפחה שעוזרים ולימוד המותאם לקצב של הזקן וליכולותיו (Brookdale Institute, 2022).

ישנה הבנה כי שימוש בכלים הדיגיטליים יביא לזקנים רווח אישי ויעניק להם כוח ועצמאות תוך דחיקת התלות ויגרום להגברת השימוש. דוגמה לכך תוארה בעת מגפת הקורונה, כאשר זקנים הגדילו באופן משמעותי את השימוש שלהם בשירותי הרפואה מרחוק והוכיחו כי האוכלוסייה הזקנה יודעת להשתמש בשירותי רפואה מרחוק ויכולה להגדיל את השימוש בה כאשר הדבר נדרש (Haimi & Sergienko, 2024).

הלמידה צריכה להיות מותאמת גיל, בקצב אישי עם עמיתים בני אותו הגיל וההתקדמות צריכה להיות בצעדים קטנים שיגבירו את תחושת המסוגלות ואת חווית ההצלחה. הקמת קבוצות תמיכה ייעודיות לזקנים באמצעות פלטפורמות שונות כגון WhatsApp או Facebook יסייעו גם הן לתמיכה בזקנים.

### 4.3 הילכו השנים יחדיו - האיזון בין שירות פיזי מסורתי לשירות דיגיטלי בטיפול בגיל השלישי

#### הגדרות המושגים

- ◆ שירות פיזי מסורתי: טיפול פנים-אל-פנים במרפאות, בתי חולים ובבית המטופל, הכולל בדיקה פיזית ישירה וקשר אישי (Wordlow et al., 2023).
- ◆ שירות דיגיטלי: טלה-רפואה, שיחות ווידאו, אפליקציות בריאות, משימות בריאות, מעקב מרחוק ושירותים מקוונים (Damant et al., 2024).
- ◆ מודל היברידי: שילוב מתוכנן ומאוזן של שירותים פיזיים ודיגיטליים.

מערכת הבריאות בישראל ובעולם מתמודדת עם אתגר כפול, מחד הזדקנות האוכלוסייה המביאה לעליה בצריכת שירותי הבריאות (Nguyan, Kamal & Rose, 2025), ומאידך התפתחות מהירה של טכנולוגיות דיגיטליות המאפשרות מתן מענה רפואי מרחוק.

שתי מגמות אלו מעלות שאלה מרכזית: האם ניתן? ואיך נכון לשלב בין טיפול פיזי מסורתי לבין טיפול דיגיטלי מרחוק בעיקר בגיל השלישי?

זקנים זקוקים לעיתים קרובות למעקב רפואי רציף, לטיפול במחלות כרוניות ולמענה למצבי חירום רפואיים. ביקור פיזי מאפשר בדיקה קלינית מלאה, קשר אישי עם הצוות המטפל והערכה הוליסטית של מצבו של המטופל (Powell et al., 2017). עם זאת, הוא כרוך במאמץ פיזי, תלות בבני משפחה, בנגישות, ולעיתים אף בסיכון לחשיפה לזיהומים (Campos-Castillo & Anthony, 2021).

מנגד, שירותי בריאות דיגיטליים טלה-רפואה, ייעוציים מקוונים ואף ניטור מרחוק, פותחים מענה לנגישות גבוהה, חיסכון בזמן ובמשאבים, והפחתת עומס על המערכת (Wang, Guo & Yu, 2023), אולם האם הם יכולים להחליף לחלוטין את המפגש האנושי, ובמיוחד כאשר אצל זקנים רבים קיימים פערים טכנולוגיים, מגבלות פיזיות או רתיעה משימוש באמצעים מקוונים (Nguyen et al., 2025).

מגפת הקורונה האיצה באופן דרמטי את המעבר לשירותי בריאות דיגיטליים, ויצרה צורך דחוף בהבנת האיזון הנכון בין טיפול פנים-אל-פנים מסורתי לבין שירותים דיגיטליים עבור זקנים (Damant et al., 2024).

מכאן מתגבשת הדילמה: הילכו השנים יחדיו? האם ניתן לייצר מודל שירותי בריאות המשלב בין היתרונות של הטיפול הדיגיטלי לבין הערך האנושי והקליני של המפגש הפיזי - כך שיספק מענה איכותי, בטוח ושוויוני לאוכלוסייה המזדקנת (Healthcare Transformation Task Force, 2020).

בישראל מגפת הקורונה האיצה שילוב של רפואה היברידיית וקיים שילוב בין רפואה דיגיטלית לרפואה מסורתית. הצורך בצמצום מפגשים פיזיים ושמירה על ריחוק חברתי, דחף את קופות החולים לפתח פתרונות דיגיטליים לרציפות הטיפול הכוללים פיתוח מהיר של פלטפורמות לביקורים דיגיטליים, פיתוח של פתרונות לבדיקה מרחוק של מבוטחים, תוך שימוש בניטור ושאלונים לאיתור צרכים וקביעת תיעודף רפואי לטיפול.

מגפת הקורונה פעלה כמאיץ חדשנות לטכנולוגיות רפואיות, ובפרט טכנולוגיות לשירותי בריאות מרחוק, והפכה שינויים שהיו אמורים להימשך עשור - לתהליכים שהושלמו תוך מספר חודשים (Zeltzer et al., 2023). מאז, הטיפול ההיברידי נמצא בהתפתחות מתמדת, עם דגש על שילוב טכנולוגיות מתקדמות תוך שמירה על איכות הטיפול ונגישותו. עיקר התחומים המשתמשים בטכנולוגיות המתקדמות הינם רפואת משפחה, ילדים, נשים ועור. הטיפול ההיברידי מאפשר שילוב בין ביקורים פרונטליים וטיפול מרחוק כולל שימוש בטכנולוגיות דיגיטליות לניטור ומעקב, מאפשר שמירה על רציפות הטיפול עם הרופא הקבוע, תוך אינטגרציה מלאה עם התיק הרפואי.

באופן היסטורי, שירותי בריאות לגיל השלישי התבססו מסורתית על מפגשים פנים-אל-פנים, המאפשרים בדיקה פיזית מקיפה, יצירת קשר אישי והערכה הוליסטית. עם זאת, התפתחות הטכנולוגיה הדיגיטלית ובמיוחד האירועים של מגפת הקורונה הביאו לצורך בחשיבה מחודשת על מודלי הטיפול.

### יתרונות השירותים הדיגיטליים לגיל השלישי

שימוש בטלה-רפואה מגביר את הנגישות לטיפול עבור מטופלים החיים בפריפריה, למטופלים אשר מוגבלים פיזית מהיבט בריאותי או בשל ניידות נמוכה. המחקרים מצביעים על כך שהטכנולוגיה מסירה מחסומי נסיעה ומאפשרת גישה לטיפול (Rosenthal et al., 2023).

במחקר של גולדשטיין ואחרים (2023) נמצא, כי שימוש בטלה-רפואה, במיוחד שיחות טלפון, הפחית משמעותית את שיעורי "אי-הופעה", אשר בסופו של דבר משפיע על נגישות טובה, יעילות גבוהה בניצול משאבים, אשר נמצאים בחוסר וכן מאפשרת מעקב רציף ואיתור מוקדם של החרפת מחלות כרוניות בגיל השלישי.

### יתרונות הביקורים הפיזיים

ביקור פיזי במרפאה הוא הרבה מעבר לאבחון רפואי - הוא הזדמנות ליצירת קשר אנושי, זיהוי בדידות, יציאה מהבית והפנייה לתמיכה. עבור אוכלוסיות פגיעות - קשישים, חולים כרוניים, אנשים ללא רשת תמיכה - זהו קו הגנה ראשון למניעת ניתוק חברתי.

צוותים רפואיים מזהים לעיתים בדידות אצל קשישים, כאשר הם מגיעים בתדירות גבוהה למרפאה, לעיתים ללא צורך רפואי ברור. התנהגות זו מתפרשת כסימן

עקיף לבדידות, כלומר הקשישים מחפשים קשר אנושי דרך הביקור במרפאה. משתתפים במחקר תיארו, כי קשישים "באים שוב ושוב, שואלים שאלות, לוקחים תרופות אחת אחת" - התנהגות שמסמלת צורך בקשר ולא דווקא צורך רפואי (Abo-Rass et al., 2025).

### הגבלות קליניות

שימוש ברפואה מרחוק בטיפול ראשוני יוצרת אתגרים ייחודיים עבור קשישים. המגבלות כוללות חוסר יכולת של המטפל לביצוע בדיקה פיזיקלית מקיפה, קושי באבחון מצבים מורכבים והסתמכות על תיאור המטופל אודות מצבו (Reid et al., 2023), כך שלמרות היתרונות, השימוש בדיגיטל עלול להעמיק פערים בריאותיים בין קבוצות שונות של זקנים, בעיקר אלו אשר נמצאים בפריפריה חברתית או מצב סוציו אקונומי נמוך.

### המודל ההיברידי ואיזון בין טיפול פיזי לטיפול דיגיטלי

טיפול דיגיטלי מרחוק לזקנים עם ריבוי תחלואה, צריך להתמקד באלו עם מצבים רפואיים יציבים. כפי שצינו לעיל, השימוש בטכנולוגיה לטיפול מרחוק יכול לעזור בהנגשת הטיפול עבור אלו הזקוקים למעקב מתמשך אחר מחלתם.

(Rosenthal 2023), מדגיש, כי המעבר לשירותים דיגיטליים צריך להיות הדרגתי ומתחשב בקצב הלמידה של כל מטופל זקן. כל מטופל זקוק להערכה אינדיבידואלית של יכולותיו הטכנולוגיות, מצבו הבריאותי והעדפותיו האישיות תוך שותפות בקבלת החלטה לאחר קבלת מידע מקיף אודות היתרונות והמגבלות של כל דרך מתן טיפול.

#### 4.4 שאלות לדיון

- ◆ כיצד מקדמים תכנית לאומית מחייבת לצמצום הפער הדיגיטלי ולקידום אוריינות בריאות בקרב זקנים?
- ◆ כיצד ניתן לזהות ולטפל בגורמים המעכבים שימוש של זקנים בטכנולוגיה ודיגיטציה, לחזק את הגורמים המקדמים, לשפר את האוריינות הדיגיטלית של הזקנים לצורכי בריאות ורווחה, ולהתאים את השירותים הדיגיטליים לצרכיהם הייחודיים? כיצד ניתן לחזק את הגורמים המקדמים ולצמצם את הגורמים המעכבים לשימוש של זקנים בטכנולוגיה ושירותים דיגיטליים לצרכי בריאות ורווחה, ובכך לשפר את האוריינות הדיגיטלית והבריאותית שלהם ולבסס מענים מותאמים לצרכיהם?
- ◆ אילו צעדים ישימים ניתן לנקוט כדי לשנות את דעת הקהל (ודעת הזקנים עצמם) ולהפחית גילנות דיגיטלית, במטרה לעודד את מקבלי ההחלטות להקמת תוכנית לאומית מחייבת לצמצום הפער הדיגיטלי בקרב זקנים?
- ◆ מהן ההמלצות והקווים המנחים לשילוב בין טיפול פיזי לטיפול דיגיטלי מרחוק, לרבות הגדרת קריטריונים לקביעת הצורך במפגש פיזי, זהות המקצועות הרפואיים המחייבים נוכחות פרונטלית ותדירות מינימלית של ביקור פיזי?

#### 4.5 סיכום הדיון בנושא "אוריינות דיגיטלית בגיל השלישי אל מול עולם טכנולוגי משתנה"

אוריינות דיגיטלית, ובפרט אוריינות בריאותית דיגיטלית, מהווה כיום **יכולת תפקודית מכרעת** המאפשרת לאדם המבוגר להתנהל במרחב השירותים המודרני באופן עצמאי, רציף ובטוח. היכולת לזמן תורים, לפענח תוצאות בדיקות, לצרוך שירותי רפואה מרחוק ולנהל את התיק הרפואי האישי, משמשת כמנוף להרחבת הנגישות ולחיצוק תחושת המסוגלות העצמית (Self-efficacy). כאשר מיומנויות אלו הופכות לחלק משגרת החיים, הן תורמות ישירות לשימור איכות החיים ולצמצום התלות בגורמי תיווך. עם זאת, אוכלוסיית הזקנים אינה מקשה אחת. הפער הדיגיטלי אינו נובע רק מהיעדר מיומנות טכנית, אלא מושפע עמוקות מתפיסת המסוגלות של

הפרט ללמוד ולהסתגל לשינויים. בהתאם לכך, אוריינות בריאותית דיגיטלית אינה נמדדת רק ביכולת התפעולית, אלא ביכולת לאתר מידע בריאותי, להבינו, להעריכו ביקורתית וליישמו הלכה למעשה - אתגר המחייב חיזוק הביטחון העצמי והפחתת חסמי הימנעות.

הפער הדיגיטלי **נטוע בהקשרים סוציו-אקונומיים רחבים**, ומתורגם הלכה למעשה לכך שחלק ניכר מהזקנים מודרים מהמרחב הווירטואלי ואינם נהנים מפירות המהפכה הדיגיטלית. מציאות זו מחייבת פיתוח מענים דיפרנציאליים ורב-ערוציים, כדי למנוע הותרת אוכלוסיות מוחלשות מאחור. אולם גם בקרב המעוניינים להשתמש בשירותים, קיימים חסמים תשתיתיים וממשקיים (UI/UX) משמעותיים. פלטפורמות של קופות החולים, בתי החולים, וגופים רבים אחרים, לוקות לעיתים בחוסר נגישות לאוכלוסייה המבוגרת - החל מקשיים ויזואליים ומוטוריים ועד לתהליכי אימות מסורבלים - המייצרים חיכוך מיותר ופוגעים בהתמדה בשימוש.

על רקע זה, התמיכה האנושית אינה בגדר "פתרון משלים" אלא רכיב חיוני בתשתית השירות. הישענות על **תמיכה משפחתית בלתי פורמלית אינה מספקת**, שכן לרבים אין עורף משפחתי זמין, ולפיכך נדרש מנגנון תמיכה ממוסד המתרגם את השירות הדיגיטלי לשימוש יומיומי יציב. במקביל, יש לתת את הדעת על סוגיות של בטיחות דיגיטלית ומניעת ניצול לרעה, המחייבות עיצוב שירותים המבוסס על פשטות, בהירות ובניית אמון. **שינוי תפיסתי נדרש גם במאבק ב"גילנות עצמית" (Self-ageism)**, כדי לעודד פתיחות להתנסות בטכנולוגיות חדשות.

במבט לעתיד, שילוב כלי בינה מלאכותית (AI) בשירותי הבריאות מוסיף רובד של מורכבות, ומחייב יצירת חוויית משתמש אינטואיטיבית המגשרת על הפער הטכנולוגי ומאפשרת למידה הדרגתית וחיובית. ברמה הקלינית, המעבר לדיגיטציה מציב דילמה בין יעילות ונגישות לבין הצורך במפגש בלתי-אמצעי. בעוד שרפואה מרחוק יעילה למעקב שוטף, **המפגש הפיזי נותר חיוני** לאבחון הוליסטי ולמניעת החמצות רפואיות. לפיכך, המודל המומלץ הוא **מודל היברידי וגמיש**, המותאם אישית לצרכי המטופל ומערב את הצוות המטפל בהכוונת המסלול המתאים.

לסיכום, ברמה הלאומית נדרשת תוכנית אסטרטגית לצמצום הפער הדיגיטלי, המקדמת לא רק את האוריינות של הפרט אלא גם **אוריינות בריאותית ארגונית** - קרי, מחויבות של מערכות הבריאות לעצב שירותים נגישים, לשווקם ביעילות ולתמוך בהטמעתם בקרב האוכלוסייה המבוגרת.

## 4.6 המלצות להמשך

### ◆ גיבוש תוכנית אסטרטגית לאומית לאוריינות בריאותית-דיגיטלית

יש לקדם תוכנית לאומית חוצה-מגזרים (Cross-sectoral), המשלבת את ארגוני הבריאות, משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות והמגזר השלישי. התוכנית תתמקד ביצירת **רצף שירות** הכולל הכשרות מותאמות גיל, ליווי אישי והטמעת "אוריינות ארגונית" - המחייבת את הגופים לעצב ממשקים פשוטים ואינטואיטיביים. יש להבטיח כי התוכנית תכלול גם את המעגל התומך (בני משפחה ומטפלים עיקריים) ותתבסס על **מנגנון ניטור ומדידה קבוע** לזיהוי חסמים בזמן אמת ולהתאמת הפתרונות לצרכים המשתנים.

### ◆ מיגור "גילנות דיגיטלית" וחיזוק תחושת המסוגלות (Self-Efficacy)

הובלת מהלך תודעתי וחינוכי לשינוי השיח סביב זקנה וטכנולוגיה, במטרה לפרק **חסמים של "גילנות עצמית"** והימנעות משימוש. האסטרטגיה תכלול קמפיינים להעלאת מודעות, יצירת מפגשים בין-דוריים ללימוד הדדי, והכשרת צוותים רפואיים לעידוד מטופלים מבוגרים לשימוש בערוצים דיגיטליים. הדגש יושם על **חיזוק הביטחון העצמי** של המטופל ועל **מתן תמיכה אנושית** "בגובה העיניים" המייצרת חוויות הצלחה.

### ◆ אימוץ מודל שירות היברידי - איזון בין טכנולוגיה למפגש אנושי

קביעת מדיניות ברורה **למודל טיפול היברידי**, המשלב באופן מושכל בין רפואה מרחוק (Telemedicine) למפגשים פיזיים, תוך שמירה על אוטונומיית המטופל וזכות הבחירה. יש להגדיר **קריטריונים קליניים ושירותיים** שיבטיחו כי הדיגיטציה לא תבוא על חשבון איכות הטיפול או הבטיחות הרפואית. המעבר לערוצים דיגיטליים יהיה מדורג, תוך הבטחת רשת ביטחון של מענה אנושי ופיזי זמין עבור מקרים מורכבים או עבור מטופלים שאינם יכולים או מעוניינים להשתמש בטכנולוגיה.

### ◆ התייחסות לפער הנגישות לשירותים דיגיטליים

יש להתייחס באופן ממוקד לפער הנגישות לשירותים דיגיטליים, באמצעות התמקדות באוכלוסייה שכלל לא נמצאת בעולמות הדיגיטליים ובניית **מסלולי כניסה** שמאפשרים התקדמות הדרגתית. המהלך צריך להגדיר כיצד מאתרים את הקבוצות הללו, כיצד מנגישים להן שירותים בפועל, וכיצד מצמצמים מצב

שבו דיגיטציה מגדילה הדרה במקום להרחיב נגישות. במקביל, יש לעבוד ולאפשר שימוש של ארגוני הבריאות **בבינה מלאכותית** לטובת הנגשת מידע ושירותים בהתאמה תרבותית ושפתית, כך שהשירות יהיה ברור ומובן יותר עבור קהלים מגוונים.

## 4.7 רשימת מקורות

- בית רבקה - מרכז רפואי שיקומי גריאטרי. (2025). ייעוץ מרחוק בגריאטריה. בן שלום, ד., & הלפרין בן צבי, מ. (2020). המיזם הלאומי לקידום אוריינות דיגיטלית בקרב אזרחים ותיקים: אמצעי לקידום זיקנה פעילה ושיפור התפקוד היומיומי. ג'וינט-אשל. בר זוסמן, נ., & גיטלסון, נ. (2024). חברות בקופות החולים, 2023. המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.
- ברג-ורמן, א., כהן, י., רזניצקי, ש., מנהיים, א., & וייס, ד. (2022). אימוץ אמצעים טכנולוגיים לצרכים רפואיים על ידי זקנים והקשר למוגבלות בתפקוד (דו"ח מחקר דמ-899-22). מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- ג'וינט-אשל. (2020). הזדקנות מיטבית בעידן של 100 שנות חיים. הג'וינט. גרין, ס., & שרון, א. (2022). הערכת רמת אוריינות בריאות דיגיטלית, מצב בריאות והשכלה בקרב הגיל השלישי בתקופת פנדמיית הקורונה (COVID-19). אוניברסיטת אריאל. האגודה למלחמה בסרטן. (2024). מרפאות מעקב לנשים בסיכון גבוה לסרטן שד ושחלה (נשאות מוטציות).
- ההסתדרות הרפואית בישראל. (2022). הנחיות קליניות: המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת.
- הלפרין בן צבי, מ. (2021). LOG IN: הגברת השימוש של בני 65+ במוצרים דיגיטליים - מדריך לאנשי UX, UI, CX ומונהלי מוצרים. ג'וינט-אשל; מטה ישראל דיגיטלית.
- הלפרין בן צבי, מ. (2021). מדריך להנגשת שירותים דיגיטליים לזקנים. ג'וינט-אשל. הרקוביץ-אמיר, ע., אילי, ת., נגר-אידלמן, ר., ברלב, ל. ורזניצקי, ש. (2024). בני משפחה המטפלים בזקנים ובאנשים עם מוגבלות בראשית מלחמת 'חרבות ברזל. דמ-023-24. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- זיגדון, א. (2021). ההשפעה של אוריינות בריאות מקוונת של אוכלוסיית הגיל השלישי על יכולות השימוש ועל דפוס השימוש ביישומי קופות החולים בישראל.
- מילבת-שיבא. (2025). אודות מילבת. [/https://www.milbat.org.il/about-us](https://www.milbat.org.il/about-us)
- מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. (2023). אימוץ טכנולוגיה רפואית על ידי זקנים - שימוש, עמדות והקשר עם מוגבלות ובריאות.
- ממשלת ישראל. (2021). מפת מדדים לאומיים להזדקנות מיטבית (החלטת ממשלה מספר 127).
- מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. (2025). Taub Center | מרכז טאוב: מרכז טאוב.

- משרד הבריאות. (2016). פרויקט "איתן".
- משרד הבריאות. (2019). אמות מידה להפעלת שירות בריאות מרחוק
- משרד הבריאות. (2022). חוזר חטיבת הרפואה בנושא אמות מידה לחלופות אשפוז בבית לחולים הסובלים ממחלות חריפות.
- משרד הבריאות. (2024). חוק ניווד מידע רפואי, התשפ"ד-2024.
- משרד הבריאות - אגף השיקום ואגף בריאות דיגיטלית בקהילה. (2024). קול קורא: אקסלרטור טכנולוגיות בשיקום.
- משרד הרווחה והביטחון החברתי. (2011). סקירת שירותי הרווחה 2011: פרק 5 - אוכלוסיית הזקנים. מרים בר גיורא, ד"ר רנטה גורבטוב, מירי בן שמחון.
- משרד הרווחה והביטחון החברתי. (2011). סקירת שירותי הרווחה 2011: פרק 5 - אזרחים ותיקים.
- משרד מבקר המדינה. (2024). דו"ח מבקר המדינה 2024: ניהול משבר ה. משרד מבקר המדינה.
- ניראל, נ., רוזן, ב., שרון, א., סמואל, ה., בלונדהיים, א., שרף, מ., יאיר, י., & כהן, א. ד. (2006). מערכת אופק - התיק הרפואי הווירטואלי: הערכת מערכת מידע מקוונת משולבת בתי-חולים-קהילה. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- שנור, י., & דודוביץ', נ. (2024). בני 65+ בישראל שנתון סטטיסטי 2024. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- שנור, י., קרמל-שיפמן, א., & זניצקי, ש. (2024). תוכנית תיאום טיפול: מחקר הערכה (דו"ח מחקר דמ-008-24). מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- שנור, י., רוזן, ב., & לוינסון, י. (2021). הזדקנות בעידן הקורונה. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- שרן רפואה עד הבית. (2025). אשפוז בית - חלופה מצוינת לאשפוז בבית החולים.
- משרד מבקר המדינה. (2025). דו"ח ביניים של מבקר המדינה: הליכי השיקום של יישובי הנגב המערבי.
- המוסד לביטוח לאומי. (2025). אזרח ותיק (קצבת זקנה).
- מינהל אזרחים ותיקים. (2025). מינהל אזרחים ותיקים. משרד הרווחה והביטחון החברתי.

8400 The Health Network. (2025). Our story. <https://www.8400thn.org/our-story>

Abo-Rass, F., AboJabel, H., Hebi, M., Yoshida, K., & Goto, A. (2025). Exploring Healthcare Providers' Knowledge, Attitudes, and Practice of Loneliness Among Older Adults: A Qualitative Study. *Sage Open Aging*, 11, <https://doi.org/10.1177/30495334251350969>.

Agarwal, A., et al. (2024). Making the leap from idea generation to implementation: Ten steps every geriatrician should know. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.19139>

AgeTech Collaborative from AARP. (n.d.). AgeTech Collaborative from AARP. <https://agetechcollaborative.org/>

AgingIL Website. (2025).

Akmal, A., Greatbanks, R., & Foote, J. (2020). Lean thinking in healthcare: Findings from a systematic literature network and bibliometric analysis. *Health Policy*, 124(6), 615–627. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.008>

Alruwaili, M. M., Shaban, M., & Elsayed Ramadan, O. M. (2023). Digital Health Interventions for Promoting Healthy Aging: A Systematic Review of Adoption Patterns, Efficacy, and User Experience. *Sustainability*, 15(23), 16503. <https://doi.org/10.3390/su152316503>

Altman, M., Huang, T. T., & Breland, J. Y. (2018). Design thinking in health care. *Preventing chronic disease*, 15, E117.

Arandia, N., Garate, J. I., & Mabe, J. (2023). Medical devices with embedded sensor systems: design and development methodology for start-ups. *Sensors*, 23(5), 2578.

Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Smith, B. R., & Woodward, M. A. (2016). The empirical evidence for the telemedicine intervention in diabetes management. *Telemedicine and e-Health*, 22(5), 342–347. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0029>

Bertolazzi, A., Quaglia, V., & Bongelli, R. (2024). Barriers and facilitators to health technology adoption by older adults with chronic diseases: an integrative systematic review. *BMC public health*, 24(1), 506

Bhattacharyya, O., Shapiro, J., & Schneider, E. C. (2022). Innovation Centers in Health Care Delivery Systems: Structures for Success. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e33961.

Bitzur, A. (2023). The digital revolution and the elderly: Dealing with the digital divide: The Israeli case. *Perspective Politice, Special Issue*. [https://www.researchgate.net/publication/372321575\\_The\\_Digital\\_Revolution\\_and\\_the\\_Elderly\\_-\\_Dealingwith\\_the\\_Digital\\_Divide\\_The\\_Israeli\\_Case](https://www.researchgate.net/publication/372321575_The_Digital_Revolution_and_the_Elderly_-_Dealingwith_the_Digital_Divide_The_Israeli_Case).

Brookdale Institute (2021). Telemedicine and the elderly during the COVID-19 pandemic. Myers-JDC-Brookdale Institute.

Brookdale Institute (2022). Adoption of medical technologies by older adults. Myers-JDC-Brookdale Institute.

Brookdale Institute (2023). Hospitalization challenges in active geriatric departments. Myers-JDC-Brookdale Institute.

Burke, R. E., et al. (2022). What matters when it comes to measuring Age-Friendly Health System transformation. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.18002>

Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health, 109*(8), e1-e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>

Carter, N., Valaitis, R. K., Lam, A., Feather, J., Nicholl, J., & Cleghorn, L. (2018). Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC health services research, 18*(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>

Castano, R. (2014). Towards a Framework for Business Model Innovation in Health Care Delivery in Developing Countries. *BMC Medicine, 12*, 233.

Charness, N., & Boot, W. R. (2009). Aging and information technology use: Potential and barriers. *Current Directions in Psychological Science, 18*(5), 253-258.

Chen, Y. R. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information and communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 18*(1), e18.

Clark, C. R., Baril, N., Kunicki, M., Johnson, N., Soukup, J., Ferguson, K., Lipsitz, S., Bigby, J., & REACH 2010 Breast and Cervical Cancer Coalition (2009). Addressing social determinants of health to improve access to early breast cancer detection: results of the Boston REACH 2010 Breast and Cervical Cancer Coalition Women's Health Demonstration Project. *Journal of women's health (2002), 18*(5), 677-690. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0972>

- Cresswell, K., Williams, R., Carlile, N., & Sheikh, A. (2020). Accelerating Innovation in Health Care: Insights From a Qualitative Inquiry Into United Kingdom and United States Innovation Centers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e19644.
- Crossan, M. M., & Apaydin, M. (2010). A multi-dimensional framework of organizational innovation: A systematic review of the literature. *Journal of management studies*, 47(6), 1154–1191.
- Cutler, D., & McClellan, M. (2001). Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs*, 20(5), 11–29. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.5.11>
- Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N., Rogers, W. A., & Sharit, J. (2021). Improving social support for older adults through technology: Findings from the PRISM randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 61(2), 165–177.
- Czaja, S. J., Charness, N., Fisk, A. D., Hertzog, C., Nair, S. N., Rogers, W. A., & Sharit, J. (2006). Factors predicting the use of technology: Findings from the Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE). *Psychology and Aging*, 21(2), 333–352.
- Damant, R.W., et al. (2024). "Adoption and Use of Telemedicine and Digital Health Services Among Older Adults in Light of the COVID-19 Pandemic" - *JMIR Aging*
- de Siqueira Silva, Í., et al. (2024). Digital home care interventions and quality of primary care for older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics*. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05120-z>
- Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: A systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*, 79(11), 736–771. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.08.006>
- Fagnan, L. J., Dorr, D. A., Davis, M., McGinnis, P., Mahler, J., King, M. M., & Michaels, L. (2011). Turning on the care coordination switch in rural primary care: voices from the practices--clinician champions, clinician partners, administrators, and nurse care managers. *The Journal of ambulatory care management*, 34(3), 304–318. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31821c63ee>
- Flessa, S., & Huebner, C. (2021). Innovations in Health Care—A Conceptual Framework. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10026. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910026>
- Friedman, A., Howard, J., Shaw, E. K., Cohen, D. J., Shahidi, L., & Ferrante, J. M. (2016). Facilitators and Barriers to Care Coordination in Patient-centered Medical Homes (PCMHs) from Coordinators' Perspectives. *Journal of the American Board of Family Medicine*: JABFM, 29(1), 90–101. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.01.150175>

Friemel, T. N. (2016). The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors. *New Media & Society*, 18(2), 313–331.

GATEKEEPER Project. (2025). About Gatekeeper. <https://www.gatekeeper-project.eu/about-gatekeeper/>

Glover, W. J., Nissinboim, N., & Naveh, E. (2020). Examining Innovation in Hospital Units: A Complex Adaptive Systems Approach. *BMC Health Services Research*, 20(1), 554.

Goldstein, J., et al. (2023). "A retrospective analysis of primary care clinic visits from 2020–2023: telemedicine adoption patterns" – *Family Practice Management*.

Greenberg, D. (2022). Digital health in Israel: Adapting services for an aging population. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11(1), 54.

Haimi, M., & Sergienko, R. (2024). Adoption and use of telemedicine and digital health services among older adults in light of the COVID-19 pandemic: Repeated cross-sectional analysis. *JMIR Aging*, 7, e52317. <https://doi.org/10.2196/52317>

Halicka, K., & Surel, D. (2021). Gerontechnology—new opportunities in the service of older adults. *Engineering Management in Production and Services*, 13(3), 114–126.

Healthcare Transformation Task Force. (2020). Balancing Virtual and In-Person Health Care. *Harvard Business Review*.

HealthIL. (2025). About us. <https://www.healthil.org/about>

HealthIL. (2025). HealthIL has a new home after 7 successful years, HealthIL is now moving to a new umbrella organization: 8400 The Health Network [LinkedIn post]. LinkedIn. [https://www.linkedin.com/posts/health-il\\_healthil-has-a-new-home-after-7-activity-7284151696421769216-wB6r/](https://www.linkedin.com/posts/health-il_healthil-has-a-new-home-after-7-activity-7284151696421769216-wB6r/)

Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*, 84 (5), 58–66.

Hirmas-Adaay, M., et al. (2024). Navigating through innovation in elderly's health: A scoping review of digital health interventions.

Howard, D. H., Richardson, L. C., & Thorpe, K. E. (2010). Cancer screening and age in the United States and Europe. *Health Affairs*, 29(10), 1838–1847. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0133>

Hshieh, T. T., Yang, T., Gartaganis, S. L., Yue, J., & Inouye, S. K. (2018). Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. *The American*

journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 26(10), 1015–1033.

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.06.007>

Huang, G., & Oteng, S. A. (2023). Gerontechnology for better elderly care and life quality: a systematic literature review. *European journal of ageing*, 20(1), 27.

<https://doi.org/10.1007/s10433-023-00776-9>

Hwang, A. S., Tannou, T., Nanthakumar, J., Cao, W., Chu, C. H., Zeytinoglu Atici, C., Scane, K., Yu, A., Tsang, W., Chan, J., Lea, P., Harris, Z., & Wang, R. H. (2024). Co-creating Humanistic AI AgeTech to Support Dynamic Care Ecosystems: A Preliminary Guiding Model. *The Gerontologist*, 65(1), gnae093.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnae093>

Institute for Healthcare Improvement. (2024, August 2). IHI urges hospitals to join Age-Friendly Health Systems movement as CMS enacts new age-friendly measure for 2025. *Business Wire*.

Institute for Healthcare Improvement. (2019). Age-friendly health systems inpatient ROI calculator instructions.

<https://www.businesswire.com/news/home/20240802782896/en/IHI-Urges-Hospitals-to-Join-Age-Friendly-Health-Systems-Movement-as-CMS-Enacts-New-Age-Friendly-Measure-for-2025>

Irony, A., Abu-Hussain, H., Nigel, Y., Nachman, A. (2019). From fragmentation to integration – the “unseen” patient 3600. *International Journal of Integrated Care*, 19(4):259. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.s3260>

Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., Dong, Y., Li, H., Ma, S., Wang, Y., Dong, Q., Shen, H., & Wang, Y. (2017). Artificial intelligence in healthcare: Past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*, 2(4), 230–243. <https://doi.org/10.1136/svn-2017-000101>

Jimenez, J., Del Rio, A., Berman, A. N., & Grande, M. (2023). Personalizing digital health: Adapting health technology systems to meet the needs of different older populations. *Healthcare*, 11(15), Article 2140. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152140>

Johns Hopkins School of Nursing. (2025). Community aging in place—advancing better living for elders (CAPABLE). <https://nursing.jhu.edu/faculty-research/research/projects/capable/>

Kampmeijer, R., Pavlova, M., Tambor, M., Golinowska, S., & Groot, W. (2016). The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention

among older adults: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 16, 290.

Kanagala, S. G., Gupta, V., Kumawat, S., Anamika, F., McGillen, B., & Jain, R. (2023). Hospital at home: Emergence of a high-value model of care delivery. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*, 35, Article 21. <https://doi.org/10.1186/s43162-023-00206-3>

Khosravi, P., & Ghapanchi, A. H. (2016). Investigating the effectiveness of technologies applied to assist seniors: A systematic literature review. *International Journal of Medical Informatics*, 85(1), 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.05.014>

Kosiol, J., Silvester, T., Cooper, H., Alford, S., & Fraser, L. (2024). Revolutionising health and social care: innovative solutions for a brighter tomorrow—a systematic review of the literature. *BMC health services research*, 24(1), 809.

Krelle, H., Martinez, M., Garry, K., & Horwitz, L. I. (2023). Perceptions of Factors Associated With Sustainability of Health Care Innovation Centers. *JAMA Network Open*, 6(10), e2339129.

Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction: A systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, 7(8), e016242.

Kviselius, N. Z., Andersson, P., Ozan, H., & Edenius, M. (2009). Living labs as tools for open innovation. *Communications & Strategies*, 74, 75-94. <https://ssrn.com/abstract=1559088>

Lee, H. Y., & Kim, J. (2021). Medication adherence in older adults using mobile health applications: A systematic review. *Healthcare*, 9(5), 581.

Lichtenberg, F. R. (2014). Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing and high-income countries, 2000-2009. *Health Policy and Technology*, 3(1), 36-58. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2013.09.005>

Liu, L., Stroulia, E., Nikolaidis, I., Miguel-Cruz, A., & Rios Rincon, A. (2020). Smart homes and home health monitoring technologies for older adults: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 91, 44-59.

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., Shirai, K., Singh-Manoux, A., Schneider, L. S., Walsh, S., Yao, Y., Sommerlad, A., & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet

standing Commission. *The Lancet*, 404, 572-628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01167-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01167-7)

Madgavkar, A., Canal Noguera, M., Bradley, C., White, O., Smit, S., & Radigan, T. J. (2025, January 15). Dependency and depopulation? Confronting the consequences of a new demographic reality. McKinsey Global Institute. <https://www.mckinsey.com/mgi/our-research/dependency-and-depopulation-confronting-the-consequences-of-a-new-demographic-reality>

Manderson, B., McMurray, J., Piraino, E., & Stolee, P. (2012). Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. *Health & social care in the community*, 20(2), 113-127. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01032.x>

Mannheim, I., Lifshitz, R., Bachner, Y. G., & Cohn-Schwartz, E. (2025). The effect of displacement during extreme circumstances on digital engagement and well-being among older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2025.03.004>

Mannheim, I., Wouters, E. J. M., Köttl, H., van Boekel, L. C., Brankaert, R., & van Zaalén, Y. (2023). Ageism in the Discourse and Practice of Designing Digital Technology for Older Persons: A Scoping Review. *The Gerontologist*, 63(7), 1188-1200. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac144>

Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(8), 827-834. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141>

Mathias, T., FERTIG, M., Zancanaro, M., Thibes, R. F., & Hahn, I. S. (2024). Defining innovation: a comprehensive analysis of types, levels, and strategic interactions. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 29(9), 28-36.

McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., McKinnon, M., Paguntalan, H., & Owens, D. K. (2007). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Mishra, S., & Jain, K. (2025). Innovations in Healthcare: A systematic literature review. *Journal of Business Research*, 194, 115364.

Mitzner, T. L., Boron, J. B., Fausset, C. B., Adams, A. E., Charness, N., Czaja, S. J., ... & Rogers, W. A. (2010). Older adults talk technology: Technology usage and attitudes. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1710-1721.

Monaghesh, E., & Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*, 20(1), 1193.

Moreno, A., Scola, M.-C., Sun, H., Durce, H., Couve, C., Acevedo, K., & Gutman, G. M. (2024). A systematic review of gerontechnologies to support aging in place among community-dwelling older adults and their family caregivers. *Frontiers in Psychology*, 14, 1237694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1237694>

Morris, M., Ozanne, E., Miller, K., & Santamaria, N. (2013). Smart technologies for older people: A systematic literature review of smart technologies that promote health and wellbeing of older people living at home. Australian National Health and Medical Research Council.

Neville, S. (2025, May 13). UK clinics band together on geriatric care to ease strain. *Financial Times*. <https://www.ft.com/content/21f68bf3-c56e-4910-9e94-7cd3cd707519>

OECD, & Eurostat. (2018). *Oslo Manual 2018: Guidelines for collecting, reporting and using data on innovation* (4th ed.). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264304604-en>.

Okun, S., & Ayalon, L. (2022). Eradicating ageism through social campaigns: An Israeli case study in the shadows of the COVID-19 pandemic. *Journal of Social Issues*, 78(4), 991-1016. <https://doi.org/10.1111/josi.12540>

Oliveira, M., Zancul, E., & Fleury, A. L. (2021). Design thinking as an approach for innovation in healthcare: systematic review and research avenues. *BMJ Innovations*, 7(2).

Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(1), 1-20.

Owen, L., Morgan, A., Fischer, A., Ellis, S., Hoy, A., & Kelly, M. P. (2018). The cost-effectiveness of public health interventions. *Journal of Public Health*, 40(3), e352-e365. <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx126>

Palinkas, L. A., Ell, K., Hansen, M., Cabassa, L., & Wells, A. (2011). Sustainability of collaborative care interventions in primary care settings. *Journal of Social Work*, 11(1), 99-117. <https://doi.org/10.1177/1468017310381310>

Peek, S. T. M., Wouters, E. J. M., van Hoof, J., Luijkx, K. G., Boeije, H. R., & Vrijhoef, H. J. M. (2014). Factors influencing acceptance of technology for aging in place: A

systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 83(4), 235–248.

<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.01.004>

Porath, A., Irony, A., Borobick, A. S., Nasser, S., Malachi, A., Fund, N., & Kaufman, G. (2017). Maccabi proactive Telecare Center for chronic conditions – the care of frail elderly patients. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0192-x>

Quan-Haase, A., Williams, C., Kicevski, M., Elueze, I., & Wellman, B. (2018). Dividing the grey divide: Deconstructing myths about older adults' online activities, skills, and attitudes. *American Behavioral Scientist*, 62(9), 1207–1228.

Regional Geriatric Program of Toronto. (2024). sfCare Getting Started Toolkit (Version 6). <https://rgptoronto.ca/>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2014, July). Preventing and addressing abuse and neglect of older adults: Person-centred, collaborative, system-wide approaches. Registered Nurses' Association of Ontario.

Reid, S., et al. (2023). "Telemedicine in the primary care of older adults: a systematic mixed studies review" – *BMC Primary Care*.

Reuters. (2025, April 22). Age-burdened "silver economy" comes with silver linings, IMF finds. Reuters. <https://www.reuters.com/en/age-burdened-silver-economy-comes-with-silver-linings-imf-finds-2025-04-22/>(<https://www.reuters.com/en/age-burdened-silver-economy-comes-with-silver-linings-imf-finds-2025-04-22/>)

Richards, T. A., Oman, D., DiMartino, A., & Kotwal, A. A. (2025). A technology-based intervention impacts quality of life for low-income older adults by reducing loneliness and improving healthcare self-efficacy and self-rated health. *Journal of Applied Gerontology*, 44(5), 825–837.

Roberts, N., Carrigan, A., Clay-Williams, R., et al. (2023). Innovative Models of Healthcare Delivery: An Umbrella Review of Reviews. *BMJ Open*, 13(2), e066270.

Rosenthal, L.J., et al. (2023). "Improving older adults' telehealth through a novel community-academic partnership" – *Journal of the American Geriatrics Society*.

Rossi, L. P., Granger, B. B., Bruckel, J. T., et al. (2023). Person-Centered Models for Cardiovascular Care: A Review of the Evidence: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 148(6), 512–542.

Scarbrough, H., & Kyratsis, Y. (2022). From spreading to embedding innovation in health care: Implications for theory and practice. *Health care management review*, 47(3), 236-244.

Schroeder, R., et al. (2023). Older adults and new technology: Mapping review of the factors associated with intention to adopt digital technologies.

Schuhmacher, A., Gassmann, O., McCracken, N., & Hinder, M. (2018). Open Innovation and External Sources of Innovation. An Opportunity to Fuel the R&D Pipeline and Enhance Decision Making? *Journal of Translational Medicine*, 16(1), 119.

Schultz EM, McDonald KM. What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*. 2014;17(1-2):5-24. doi:10.1177/2053435414540615

Scott, A. J., Ellison, M., & Sinclair, D. A. (2021). The economic value of targeting aging. *Nature Aging*, 1(7), 616-623. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00080-0>

Seifert, A. (2020). The digital exclusion of older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6-7), 674-676.

Speck, R. M., Weisberg, R. W., & Fleisher, L. A. (2015). Varying Goals and Approaches of Innovation Centers in Academic Health Systems: A Semistructured Qualitative Study. *Academic Medicine*, 90(8), 1132-1136.

Sturge, J., et al. (2025). How to age right and care(fully) at home: A protocol for a multistage comparative study of ageing in place and hospital at home care across three countries. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096385>

Swan, L., Kochovska, S., Ries, N., Gilmore, I., Parker, D., Sinclair, C., Sheehan, C., Collier, A., Lobb, E., Sheahan, L., Brown, L., Chapman, M., Lee, W., Amgarth-Duff, I., To, T., Agar, M. R., & Hosie, A. (2025). Strategies to Improve Research Participation By Older People With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 65(6), gnae188. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae188>

The Omaha System. (2025). The Omaha System. <https://www.omahasystem.org/>

Thusini, S. T., Soukup, T., & Henderson, C. (2024). Is return on investment the appropriate tool for healthcare quality improvement governance? *International Journal of Health Governance*, 29(3), 296-308. <https://doi.org/10.1108/IJHG-02-2024-0021>

TOM Global. (2025). About. <https://tomglobal.org/about>

Tsai, H. S., Shillair, R., Cotten, S. R., Winstead, V., & Yost, E. (2015). Getting grandma online: Are tablets the answer for increasing digital inclusion for older adults in the US? *Educational Gerontology*, 41(10), 695-709.

TytoCare. (2025). TytoCare remote physical examination kit. <https://www.tytocare.com/>

United Nations. (2019). World population ageing 2019: Highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

van den Hoed, M. W., Backhaus, R., de Vries, E., Hamers, J. P. H., & Daniëls, R. (2022). Factors contributing to innovation readiness in health care organizations: a scoping review. *BMC health services research*, 22(1), 997. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08185-x>

van den Hoed, M.W., Daniëls, R., Beaulen, A. et al. Perspectives on managing innovation readiness in long-term care: a Q-methodology study. *BMC Geriatr* 24, 1017 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05572-3>

Vaportzis, E., Clausen, M. G., & Gow, A. J. (2017). Older adults perceptions of technology and barriers to interacting with tablet computers: A focus group study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1687.

Viswanadham, N. (2021). Ecosystem model for healthcare platform. *Sādhanā*, 46, 188. <https://doi.org/10.1007/s12046-021-01708-y>

Wall Street Journal. (2025). Without remedy, countries with aging populations are set for weaker income growth, says OECD. *Wall Street Journal*. <https://www.wsj.com/economy/global/without-remedy-countries-with-aging-populations-are-set-for-weaker-income-growth-says-oecd-7ad9d2e7>

Wang, F., & Wang, J. D. (2021). Investing preventive care and economic development in ageing societies: Empirical evidences from OECD countries. *Health Economics Review*, 11, Article 18. <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00316-0>

Wang, J., Spicher, N., Warnecke, J. M., Haggi, M., Schwartz, J., & Deserno, T. M. (2019). Unobtrusive health monitoring in private spaces: The smart home. *Sensors*, 19(9), 1997.

Wang, Y., Leung, J. C., Chen, M., Zeng, Z., Tan, B. T. H., Qiu, Y., & Shen, Z. (2025). An intelligent and privacy-preserving digital twin model for aging-in-place [Preprint]. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2504.03798>

Wardlow, L., Roberts, C., & Archbald-Pannone, L. (2023). Perceptions and Uses of Telehealth in the Care of Older Adults. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 29(8), 1143-1151.

<https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0378>

World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing: Baseline report. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2021). Global report on ageism. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020-2025. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344249>

World Health Organization. (2023). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Xie, B. (2011). Effects of an eHealth literacy intervention for older adults. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e90.

Xin, Y., Weina, H., & Yan, D. (2025). Digital literacy impacts quality of life among older adults through hierarchical mediating mechanisms. *Scientific Reports*, 15(1), <https://doi.org/10.1038/s41598-025-04472-9>

Yock, P. G., Zenios, S., Makower, J., Brinton, T. J., Kumar, U. N., Watkins, F. T. J., Denend, L., & Krummel, T. M. (2015). *Biodesign: The process of innovating medical technologies* (2nd ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316105339>

Zeltzer, D., Einav, L., Rashba, J., Waisman, Y., Haimi, M., & Balicer, R. D. (2023). Adoption and utilization of device-assisted telemedicine. *Journal of Health Economics*, 90, 102780. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102780>

Zúñiga, F., Guerbaai, R.-A., de Geest, S., Popejoy, L. L., Bartakova, J., Denhaerynck, K., Trutschel, D., Basinska, K., Nicca, D., Kressig, R. W., Zeller, A., Wellens, N. I. H., de Pietro, C., Desmedt, M., Serdaly, C., & Simon, M. (2022). Positive effect of the INTERCARE nurse-led model on reducing nursing home transfers: A nonrandomized stepped-wedge design. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(5), 1546-1557. <https://doi.org/10.1111/jgs.17677>

## המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות הינו עמותה עצמאית שמטרותיה הן:

- ♦ ללוות ולהעריך את השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי הבריאות בישראל, איכותם, יעילותם ועלותם.
- ♦ ליזום ולממן מחקרים בנושאי ארגון, כלכלה ואיכות השירותים ותהליכי קבלת ההחלטות במערכת הבריאות.
- ♦ להוות במה ומקום מפגש לקיום דיון מקצועי וציבורי בתחומי הארגון, הניהול וקביעת מדיניות הבריאות בישראל.
- ♦ לעודד שיתוף פעולה מדעי בין תחומי ורב מקצועי ברמה הלאומית בין כל הגורמים, ניהוליים ואקדמיים, שעניינם קידומה של מערכת הבריאות הישראלית.

סעיף 52 (2) של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד (1994) קובע, בין תפקידי מועצת הבריאות: "לקיים מעקב אחר ביצוע החוק ולערוך מחקרים, סקרים וחוות דעת מקצועיות באמצעות מכון שיקבע השר".

**המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות** נקבע למטרה זו על-פי החלטת שר הבריאות ובאישור המועצה מיום 24/6/95.

המכון מאגד חוקרים, מנהלים וקובעי מדיניות מכל מגזרי המשק: משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים, האוניברסיטאות ומכוני המחקר. לפעילויות המכון תורמים דרך קבע בעלי מקצועות הבריאות, מנהלים, חוקרים ומדענים מן האקדמיה, משירותי הבריאות, מהכנסת וממשרדי הממשלה.



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)  
The Israel National Institute for Health Policy Research

03-5300333

[nihp@israelhpr.health.gov.il](mailto:nihp@israelhpr.health.gov.il)

[www.israelhpr.org.il](http://www.israelhpr.org.il) |