



ה מוסד לביטוח לאומי
מינהל מחקר ותכנון

כ"ז בסיוון תשע"ג
5 ביוני 2013

**תוכנית ניסיונית לבחירה ברופא מומחה בגריאטריה
לביצוע הערכת תלות כתנאי לגימלת סיעוד לבני 80-89:
ממצאים מיישום התוכנית, מאי 2012 - אפריל 2013**

תקציר

החל ממאי 2012 ועד אפריל 2013 הונהגה תוכנית ניסיונית במסגרתה ניתן לתובעי גימלת סיעוד בני 80-89 לבצע הערכת תלות כחלק מהתביעה לגימלה על ידי רופאים מומחים בגריאטריה במסגרת עבודתם במוסדות בבעלות ציבורית, במקום על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי.¹ הערכות תלות לבני 80-89 על ידי רופאים מבוצעות בבית הקשיש. התוכנית הניסיונית הונהגה בסניפי ירושלים, פתח תקוה וטבריה. סניפים אלו נבחרו בשל מאפייני האוכלוסייה בהם והגיוון בזמינות של רופאים מומחים בגריאטריה.

מסמך זה הוא חלק ראשון של דו"ח מעקב אחרי יישום התוכנית הניסיונית. המסמך מציג נתונים אודות ביצוע הערכות תלות על ידי רופאים לעומת הערכות תלות על ידי מעריכות ודן באתגרים ביישום התוכנית הניסיונית שעלו הן מהנתונים והן מראיונות (מובנים למחצה) שבוצעו, או שיחות שנערכו, עם גורמים במוסד לביטוח לאומי ומספר רופאים שביצעו הערכות תלות במסגרת התוכנית הניסיונית. החלק השני של דו"ח המעקב יכלול תוצאות של ראיונות עם תובעים או בני משפחה אודות ההתנסות בהערכות על ידי רופאים לעומת הערכות על ידי מעריכות. רק בחודש ינואר 2013 הגיע מספר המוערכים על ידי רופאים למספר מספק שניתן לגזור ממנו מסקנות. ביצוע הראיונות והפקת מסקנות מהן עודנו בעיצומו.

האתגר המרכזי שבו נתקלה התוכנית הניסיונית היה זמינות, או אי-זמינות, של רופאים מומחים בגריאטריה בכל האזורים, ובמיוחד באזורים וביישובים פריפריאליים. בסניפי ירושלים ופתח תקווה נעשו כמעט כל הערכות התלות על ידי רופאים ביישובים גדולים, ובסניף טבריה שבו זמינות רופאים מומחים בגריאטריה היא מצומצמת נעשו הערכות בודדות. לעומת זאת, המעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי זמינות לביצוע הערכות תלות בפרק זמן קצר בכל יישוב.

בתקופה מאי 2012 - אפריל 2013 בוצעו בשלושת הסניפים 7,489 הערכות תלות, מתוכן 374 הערכות על ידי רופאים – 5.0%. בירושלים בוצעו 221 הערכות תלות (5.8% מכלל הערכות התלות); בפתח תקווה בוצעו 138 הערכות תלות (5.9% מכלל הערכות התלות); בטבריה בוצעו 15 הערכות תלות (1.1% מכלל הערכות התלות). בפועל, הביקוש להערכות התלות גבוה יותר,

¹ על אף שבמסמך נעשה שימוש במילים "רופאים" ו"מעריכות", יש להבהיר כי שתי הקבוצות כוללות את בני שני המינים.

בכשליש עד מחצית, שכן אין מידע אודות הערכות תלות על ידי רופאים שלא מולאו לפי הכללים (ברוב המקרים משום שבוצעו במרפאה או במסגרת עבודה פרטית של רופאים) ונפסלו. הגם שמספר הערכות תלות על ידי רופאים עודנו קטן, נרשמה בחודשים מאי – דצמבר 2012 עלייה הדרגתית, כך שבדצמבר 2012 8.5% מהערכות התלות לבני 80-89 בשלושת סניפי התוכנית הניסיונית בוצעו על ידי רופאים – 57 בסה"כ. החל מחודש ינואר 2013 נרשמה ירידה בשיעור ההערכות על ידי רופאים – כ-6.7% בממוצע חודשי (7.0%-7.3% בחודשים ינואר-מרץ 2013 ו-5.0% באפריל 2013).

ניתוח נתוני הערכות התלות או המוערכים מעלה כי :

(1) התפלגויות ניקוד התלות ורמות הגימלה המומלצות על ידי הרופאים נוטות במידה רבה לכיוון רמת הגימלה הגבוהה יותר ; אצל המעריכות המצב הוא הפוך. לא ניתן להצביע על הגורם לפער זה, שכן התוכנית הניסיונית איננה מאפשרת ביצוע מערך ניסוי (הקצאה רנדומלית של מוערכים בין סוגי מעריכים) או השוואה (העברת הערכות על ידי רופאים ומעריכות לאותם אנשים באותה נקודת זמן).

(2) רופאים נוטים במידה רבה יותר לתת המלצה להשגחה מתמדת או חלקית מאשר מעריכות. לא ניתן לייחס זאת רק להבדלים אפשריים בין הקבוצות השונות (למשל שאל הרופאים מגיעים המקרים הקשים יותר), אלא גם לתפיסה השונה בין רופאים ובין מעריכות (המוסד לביטוח לאומי מדריך רק את המעריכות) אודות צורך בהשגחה מנקודת מבט סיעודית.

(3) באוכלוסיית הנבדקים על ידי רופאים היו שיעוריהם של נשים ושל עולים גבוהים משיעוריהם בקרב הנבדקים על ידי מעריכות. באוכלוסיית הנבדקים על ידי רופאים שיעור מקבלי השלמת הכנסה נמוך יותר. התפלגות לפי גיל, הן בקרב נשים והן בקרב גברים, שונה בין נבדקים על ידי רופאים ובין נבדקים על ידי מעריכות – הנבדקות והנבדקים על ידי רופאים היו מבוגרים יותר. שיעור חברי קופת חולים כללית, בה חברים החלק הארי של תובעי גימלאות סיעוד, בקרב הנבדקים על ידי מעריכות היה גבוה משיעורם בקרב הנבדקים על ידי רופאים.

(4) שיעור הנשים המתגוררות בגפן שנבדקו על ידי רופאים נמוך משיעור הנשים המתגוררות בגפן שנבדקו על ידי מעריכות ; ולעומת זאת, שיעור הנשים המתגוררות עם בן זוג שנבדקו אצל רופאים גבוה משיעור הנשים המתגוררות עם בן זוג שנבדקו על ידי מעריכות. התמונה אצל הגברים היא הפוכה : שיעור המתגוררים בגפם שנבדקו על ידי רופאים גבוה משיעור הגברים המתגוררים בגפם שנבדקו על ידי מעריכות ; ולעומת זאת, שיעור המתגוררים עם בת זוג שנבדקו על ידי רופאים נמוך משיעור הגברים המתגוררים עם בת זוג שנבדקו על ידי מעריכות.

רואינו תובעי גימלת סיעוד, או תומכיהם שנכחו בהערכות התלות, שנבדקו על ידי רופאים או על ידי מעריכות. בראיונות נשאלו המרואינים על ידיעתם על האפשרות לבחור ברופא מומחה בגיראטירה לביצוע הערכת תלות בתביעה לגימלת סיעוד על פני בדיקה בידי מעריכה מטעם

המוסד לביטוח לאומי; על הקשיים שבאיתור רופא מתאים; על תוכן הערכת התלות; על שביעות רצונם מדרך ביצוע הערכת התלות:

(1) מקור המידע העיקרי על אפשרות ביצוע הערכה על ידי רופא מומחה בגריאטריה היה רופא המשפחה. רוב מכריע של הנבדקים על ידי מעריכות טענו כי לא היה ידוע להם על האפשרות להיבדק על ידי רופא.

(2) מהראיונות עלו עדויות לקושי מסוים לאתר רופאים מומחים בגריאטריה שיבצעו את הערכת התלות בבתי התובעים. יחד עם זאת, העדויות לקושי חלשות פחות מההערכה הראשונית המצטיירת בחלקו הראשון של דו"ח זה.

(3) הן רופאים והן מעריכות מבקשים מתובעי גימלת סיעוד להדגים חלק מפעולות יומיום בסיסיות, או בחלק קטן יותר של המקרים מסתפקים בשאלות על יכולתם לבצע פעולות אלה.

(4) שביעות הרצון הכללית מדרך הבדיקה של המעריכות נמוכה במידה ניכרת בהשוואה לשביעות הרצון הכללית מדרך הבדיקה של רופאים, אך בהיבטים שונים של שביעות רצון דוגמת יחסו של המעריך למוערך, הפערים מצומצמים יותר.

מראיונות או שיחות עם גורמים במוסד לביטוח לאומי ועם מספר רופאים שביצעו הערכות תלות במסגרת התוכנית הניסיונית עלו מספר תובנות אודות האתגרים שהתגלעו במהלך היישום:

(1) אי-זמינות רופאים מומחים בגריאטריה. יש בישראל מספר מצומצם של רופאים מומחים בגריאטריה. חלקם אינם עובדים חלק מהזמן או כל הזמן במגזר הציבורי, כך שמספר הרופאים המומחים בגריאטריה היכולים להעריך את מצבם של התובעים גימלת סיעוד קטן, למעשה, עוד יותר. פתרונות אפשריים כמו הסרת חיוב ביצוע ההערכה במסגרת עבודה במקום ציבורי של הרופא הבודק, מתן אפשרות לבני 80-89 להיבדק על ידי רופאים מומחים בגריאטריה במרפאה ולא רק בבית או לכלול בקבוצת הרופאים הרשאים לבצע הערכת תלות רופאים בעלי מומחיות בתחומים אחרים של הרפואה לא יגדילו את מצבת הרופאים, כרוכים בסיכון של הטיית תוצאות ההערכות תמורת תשלום ועלולות להביא להכללה בתוכנית ביטוח סיעוד של אוכלוסיות לא-זכאיות מבחינת רמת תלותן.

(2) היווצרות שתי מערכות לא זהות של הערכת תלות. כיום, הערכות התלות המבוצעות על ידי מעריכות ורופאים אינם זהים מבחינת הרקע המקצועי, ההכשרה ודרך הבדיקה. מעריכות בוחנות תפקוד או צורך בהשגחה לפי יכולות ביצוע בעוד רופאים גוזרים אודות תפקודו של אדם מתוך מצבו הרפואי בהווה ובתחזית עתידית. בפועל, נוצר מצב של אי-שיוויון כאשר מיושמות שתי שיטות של הערכת תלות.

(3) אי-שיוויון בין אזורי הארץ. התוצאות בחודשים הראשונים להפעלה מעלים כי באזורים שונים של הארץ הנגישות לרופאים מומחים בגריאטריה היא שונה בתכלית. יתרה מכך, אף בתוך האזורים עצמם עשויים להיווצר פערים בין יישובים שונים, ואף בתוך יישובים גדולים.

(4) העדר בקרה על הערכות הרופאים. מצב העניינים כיום הוא כי אין מערכת בקרה על הערכות הרופאים. כאשר החלטות הרופאים מתרגמות להוצאה ציבורית לגימלאות, יש צורך במערכת בקרה בדומה לבקרה הקיימת על עבודת המעריכות.

(5) חשש כי תובעי גימלת סיעוד ישלמו באופן פרטי פרטי עבור הערכות תלות. חשש כי תובעי גימלת סיעוד המעוניינים להיבדק על ידי רופא משלמים או נדרשים לשלם במקצת המקרים כדי להקדים תור, ובעיקר, כדי לקבל הערכת תלות שתענה על ציפיותיהם קיימת במבנה התוכנית.

(6) שיתוף פעולה: המוסד לביטוח לאומי, מוסדות רפואה ורופאים מומחים בגריאטריה. ביזור ביצוע הערכות תלות באמצעות רופאים למספר רב של ארגונים מחייב תיאום רב.

(7) מתן אפשרות בחירה לא צימצמה את התהליכים הביורוקרטיים. ההסברה בקרב הציבור ובקרב הרופאים היתה מעטה מדי ולא בהירה מספיק. הדבר הוביל לכך שהוראות החוק לא קויימו במקרים רבים – בדיקות נערכו על ידי רופאים במסגרת עבודה פרטית או נערכו בדיקות במרפאות קופות החולים או בבתי חולים; התובעים נאלצו לחזור על ההערכות או "לבחור" בהערכה על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי. הטיפול בתביעות אלה הטילו עומס רב על פקידי התביעות בסניפי המוסד לביטוח לאומי ועוררו מורת רוח מצד תובעי גימלת סיעוד ובני משפחותיהם וביקורת על המוסד לביטוח לאומי.

ב-9 בינואר 2012 קיבלה הכנסת תיקון לחוק הביטוח הלאומי, התשנ"ה-1995 – לפי חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 132 – הוראת שעה), התשע"ב-2012, "בתקופת הניסיון יהיה ניתן לבצע בדיקת תלות בידי רופא מומחה ... במסגרת עבודתו במוסד רפואי ... לגבי מבוטח שמלאו לו 80 שנים וטרם מלאו לו 90 שנים".² התוכנית הניסיונית החלה ב-1.5.2012, והסתיימה ב-30.4.2013. המוסד לביטוח לאומי נדרש בחוק ללוות בבקרה ובבחינה את ממצאי התוכנית.³

הענקת זכות בחירה בגורם המבצע את הערכת התלות כתנאי זכאות לקבלת גימלת סיעוד היתה ביטוי לרצון של שר הרווחה והשירותים החברתיים, משה כחלון, ושל המוסד לביטוח לאומי לאפשר לבני 80-89 לבחור את הגורם שיבצע את הערכת התלות הנדרשת כקריטריון זכאות לקבלת גימלת סיעוד. שר הרווחה והשירותים חברתיים יזם את תיקון החוק בתגובה למה שראה כביקורת ציבורית על האופן שבו נעשות הערכות התלות על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי (רובן/ם אחיות/ים ואחרות/ים פיזיותרפיסטיות/ים או מרפאות/ים בעיסוק).⁴

המטרה העיקרית של התוכנית הניסיונית לבני 80-89 היתה, בדומה למצב החוקי הנוגע לבני 90 ומעלה, לאפשר לתובעי גימלת סיעוד בחירה בין אלטרנטיבות לביצוע הערכת תלות על ידי גורמים שונים – כמענה לביקורת הציבורית על הערכות התלות המבוצעות על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי.

החוק קבע כי אין להתנות את הערכת התלות בתשלום מצד התובע גימלת סיעוד המבקש להיבדק, "למעט השתתפות עצמית כמשמעותה בסעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994".⁵ בתהליך חקיקת החוק הוסכם בין המדינה (המוסד לביטוח לאומי ומשרד האוצר) ובין מערכת הבריאות והרופאים המומחים הגריאטריים כי המוסד לביטוח לאומי ישלם למוסדות הרפואה הציבוריים עבור הערכות התלות שיבצעו רופאיהם.⁶

החוק קבע כי הערכת התלות המבוצעת על ידי הרופא המומחה בגריאטריה תתקיים בבית התובע גימלת סיעוד.⁷ הטעמים לכך שהציגו נציגי הרופאים המומחים בגריאטריה היו להקל על

² ספר החוקים, מס' 2331, 12 בינואר 2012, עמ' 110-111. החל מאוגוסט 2008 בני 90 ומעלה בכל הארץ יכולים לבחור ברופא מומחה בגריאטריה לביצוע הערכת תלות כתנאי זכאות לקבלת גימלת סיעוד. ראו: ספר החוקים, מס' 2139, 18 במרץ 2008, עמ' 252-253.

³ ספר החוקים, מס' 2331, 12 בינואר 2012, ע' 110.

⁴ רותי לוי, "כחלון: רגולציה זה טוב, הבעיה היא שיש עודף רגולטורים", אתר האינטרנט כלכליסט, 11 בספטמבר 2012.

⁵ ספר החוקים, מס' 2139, 18 במרץ 2008, ע' 252. הוראה זו יפה גם לעניין התוכנית הניסיונית המפנה להוראה זו. ראו: ספר החוקים, מס' 2331, 12 בינואר 2012, ע' 110.

⁶ פרוטוקול מס' 574 מישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 28 בנובמבר 2011, ע' 9. המוסד לביטוח לאומי משלם 1,000 ש"ח עבור בדיקה של תובע בין 80-89 בביתו של התובע. המוסד לביטוח לאומי משלם 500 ש"ח לבדיקת תלות של בן 90 ומעלה במרפאת הרופא או בביתו של התובע. ההפרש בין התעריפים נובע מהתחשבות בעלות הזמן והנסיעה של הרופא לבית הקשיש במקרה הראשון לעומת עלויות שאינן קיימות בבדיקה במרפאה (בהנחה שרוב הבדיקות במקרה השני נערכות במרפאות ולא בבתי התובעים).

⁷ ביחס לבני 90 ומעלה, בניגוד לכך, הערכת התלות יכול שתהיה בבית הקשיש, במרפאתו של הרופא או בכל מקום אחר, כל עוד הבדיקה מתבצעת במסגרת עבודתו הציבורית של הרופא, ולא הפרטית.

הקשישים התובעים שמתקשים להגיע לבתי חולים ולמרפאות⁸ וכי בביתו של התובע גימלת סיעוד ניתן לבדוק בצורה המיטבית את מגבלותיו התפקודיות ו/או הצורך שלו בהשגחה כאשר הוא חי בקהילה.⁹

החוק החיל את התוכנית הניסיונית על שלושה סניפים, לפי קביעת שר הרווחה והשירותים החברתיים. המוסד לביטוח לאומי המליץ לשר על סניפי טבריה, ירושלים ופתח תקווה של המוסד לביטוח לאומי. שר הרווחה והשירותים החברתיים ו-ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת קיבלו את המלצת המוסד לביטוח לאומי.¹⁰ השיקולים לבחירה בשלושת הסניפים כאזורים לתוכנית הניסיונית היו: אופי האוכלוסייה הקשישה וגיוונה האתנו-לאומי (יהודים וערבים), עירוני/כפרי וסוציו-דמוגרפי (רמה סוציו-אקונומית מגוונת; נוכחות חילוניים/דתיים/חרדים; ותיקים/עולים) בתוך הסניפים וביניהם, זמינות מוסדות רפואה ציבוריים ורופאים מומחים בגריאטריה או העדר זמינות שכזו, והנתונים שהצטברו עד ראשית 2012 בדבר הפנייה של בני 90 ומעלה לבדיקות על ידי רופאים (הסניפים שנבחרו אופיינו בשיעורים שונים של הערכות תלות שבוצעו על ידי רופאים – בחלקה נגזרת של זמינות הרופאים באותם האזורים).¹¹

יש להדגיש כי סניף טבריה נכלל בתוכנית הניסיונית למרות המידע המוקדם על זמינות נמוכה של רופאים מומחים בגריאטריה. הנחת העבודה של המוסד לביטוח לאומי היתה כי האזורים שייבחרו צריכים לשקף קשיים אפשריים שייתכן וקיימים באזורים אחרים של ישראל – במטרה לקבל מידע מלא על היתרונות והחסרונות, הבעיות והאתגרים בהרחבה אפשרית של התוכנית לכלל הארץ.¹²

מטרת מסמך זה היא להציג את הנתונים המינהליים שנצברו אודות הפעלת התוכנית הניסיונית החל ממאי 2012 ועד אפריל 2013 ואת האתגרים שעלו מיישום התוכנית הלכה למעשה מניתוח הנתונים המינהליים ומראיונות שנעשו עם אנשי המוסד לביטוח לאומי, רופאים ואנשי מינהל רפואי במוסדות בריאות בבעלות ציבורית.

המוסד לביטוח לאומי נדרש בחוק לעקוב אחר יישום התוכנית הניסיונית. מינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי: (1) בחר בריכוז נתונים מינהליים אודות הבחירה ברופאים מומחים

⁸ פרוטוקול מס' 574 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 28 בנובמבר 2011, ע' 9.

⁹ פרוטוקול מס' 574 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 28 בנובמבר 2011, עמ' 14-15.

¹⁰ מכתב מעו"ד עמוס רוזנצוויג, היועץ המשפטי של המוסד לביטוח לאומי, אל חבר הכנסת חיים כץ, יו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, "חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 127) (תכנית ניסיונית; בדיקת זכאות לסיעוד באמצעות רופא)", התשע"א-2011, 24 בינואר 2012; פרוטוקול מס' 686 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 30 באפריל 2012, ע' 2.

¹¹ פרוטוקול מס' 686 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 30 באפריל 2012, ע' 2.

¹² ב-30.12.2012 התקבלה תלונה רשמית מהמועצה האזורית עמק הירדן שעניינה, לפיה " [...] קשישים בני 80+ מעמק הירדן אשר רוצים להזמין רופא גריאטרי לשם ביקור בית לבדיקת מידת התלות אינם יכולים לעשות זאת, עקב מחסור ברופאים גריאטריים באזורנו. [...] למבוסחי הכללית תור המתנה לבדיקת רופא גריאטרי במרפאה הוא מעל לחודשיים. הרופאים הגריאטריים מוכנים לקבל רק במרפאות, ולכן תוצאות בדיקות התלות הללו אינן קבילות לשאלת התלות בעזרת הזולת לקבל גימלת סיעוד של בני ה-80+. בפועל, בעמק הירדן נוהל בדיקת התלות של קשיש בן 80+ נשאר כפי שהיה: בדיקת מעריך של הביטוח הלאומי, בלבד". מכתב מעו"ס אורלי מילר אבוזגלו, מרכזת ועדת סיעוד עמק הירדן, אגף קהילה, מחלקה לשירותים חברתיים, מועצה אזורית עמק הירדן, אל ארנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, "קושי במיצוי הניסוי לבדיקת בני 80+ ע"י רופא גריאטרי בביתם", 30 בדצמבר 2012. הנוסח המלא של המכתב מובא בנספחים.

בגריאטריה לביצוע הערכות תלות ותוצאות הבחירה בהשוואה לבדיקות על ידי מעריכות לאותה קבוצת גיל באזורים בהם מתקיימת התוכנית; (2) בראיונות טלפוניים עם תובעי גימלת סיעוד שנבדקו על ידי רופאים (או עם בני משפחה שנכחו בהערכות התלות) ובמדגם מבין תובעי גימלת סיעוד שנבדקו על ידי מעריכות (בשל הבדלי הגודל בין הקבוצות הרלוונטיות); (3) בראיונות עומק עם גורמים שנטלו חלק בהפעלת יישום התוכנית הלכה למעשה.

מסמך זה כולל את הצגת הנתונים המינהליים, ממצאים מראיונות שנערכו עם תובעי גימלאות סיעוד בני 80-89 או עם תומכיהם משלושת אזורי התוכנית הניסיונית שנבדקו על ידי רופאים או על ידי מעריכות ומסקנות מתוך ראיונות עומק עם אנשי המוסד לביטוח לאומי, רופאים ואנשי מינהל רפואי במוסדות בריאות בבעלות ציבורית.

המסקנות העיקריות העולות מניתוח הנתונים המינהליים ומראיונות העומק עם גורמים שנטלו חלק ביישום התוכנית הן: (1) מספר הערכות התלות שנעשו על ידי רופאים וחלקן בכלל הערכות התלות עודו קטן ביחס, אם כי שיעורם עלה במרוצת שנים עשר חודשי היישום; (2) בשל המספר הקטן יחסית של רופאים מומחים בגריאטריה המועסקים במערכת הבריאות הציבורית, יש קשיי זמינות של רופאים מומחים בגריאטריה בכל האזורים, ואולם העדר נגישות של רופאים בולט במיוחד באזורי פריפריה וביחס ליישובים קטנים אף באזורי מרכז הארץ; (3) בפועל, נוצרו שתי מערכות הערכת תלות שונות המבוססות על כללים פורמליים ולא-פורמליים שונים – הערכות תלות על ידי מעריכות והערכות תלות על ידי רופאים – כך שעולה שאלה האם נשמר השוויון בין תובעי גימלת סיעוד.¹³

מתוך המסקנות הללו, באם יוחלט להאריך את תקופת הניסוי, או להרחיבו לכלל הארץ בהוראת קבע, יש להכניס שינויים ולהנהיג כלים שיאפשרו להתגבר על האתגרים ביישום התוכנית שהתגלו עד כה.

לחלק זה של הדו"ח ארבעה חלקים. החלק הראשון הוא סקירת האתגר המרכזי ליישומה של התוכנית הניסיונית – זמינות רופאים מומחים בגריאטריה לביצוע הערכות תלות בבתי תובעי גימלאות סיעוד. החלק השני מציג את הנתונים המינהליים. החלק השלישי מציג ממצאים מראיונות טלפוניים עם תובעי גימלאות סיעוד ו/או עם תומכיהם. החלק הרביעי מציג את האתגרים שהתוכנית הניסיונית נתקלה בהם, כפי שהם עלו מהראיונות עם בעלי תפקידים במוסד לביטוח לאומי ועם רופאים ואנשי מינהל רפואי במוסדות בריאות בבעלות ציבורית.

¹³ עניין זה רלוונטי גם במקרה של תובעי גימלת סיעוד בני 90 ומעלה.

זמינות הרופאים המומחים בגריאטריה

סוגיית זמינות הרופאים המומחים בגריאטריה היא אחד הגורמים המרכזיים שבהם תלוייה התוכנית הניסיונית שלפיה על הבדיקות להתבצע בבתי התובעים גימלת סיעוד.¹⁴ לפי נתוני משרד הבריאות, ב-2011 היו 325 רופאים מומחים בגריאטריה בישראל, מהם 289 רופאים מתחת לגיל פרישה.¹⁵ פריסת הרופאים איננה שווה בכל אזורי הארץ, ובאזורי הפריפריה מספרם מצומצם.¹⁶ לפי נתוני משרד הבריאות והאיגוד הגריאטרי (איגוד הרופאים המומחים בגריאטריה) מספר הרופאים המומחים בגריאטריה היה קטן בכל אזורי התוכנית הניסיונית, ועדיין ניכרו הבדלים גדולים בין שלושת האזורים.¹⁷ הנתונים מוצגים בלוחות 1 ו-2.¹⁸

לוח 1: רופאים מומחים בגריאטריה באזורי התוכנית הניסיונית – קופות החולים

אזור	קופה (מחוז)	מס' גריאטרים	סה"כ מס' תקנים באזור (אומדן)
פתח תקווה	כללית (דן פ"ת)	4	1
	מכבי (השרון)	1	חלקי
	מאוחדת	אין נתונים	אין נתונים
	לאומית	אין נתונים	אין נתונים
צפון	כללית	2	בין 1 ל-2
	מכבי (מרפאה ניידת בצפון)	אין נתונים	אין נתונים
	מאוחדת	1	חלקי
	לאומית	1	חלקי אזור
ירושלים	כללית	7	5.5
	מכבי	7	4
	מאוחדת	5	3.5
	לאומית	1	1

מקור: משרד הבריאות והאיגוד הגריאטרי

¹⁴ ראו למשל: הילה וייסברג, "מי יטפל בכם? האוכלוסייה מזדקנת – אבל המחסור בגריאטרים מחריף", אתר האינטרנט TheMarker, 22 בנובמבר 2012.

¹⁵ מקור: משרד הבריאות, הודעת דואל, התכתבות בין משרד הבריאות ובין המוסד לביטוח לאומי, 9 במרץ 2012. נתונים שנמסרו למינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי מאגף לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות, תכתובת דואל מר מעידן הרשקוביץ אל ד"ר שרון אסיסקוביץ, 9 במרץ 2011. נתוני משרד הבריאות מתייחסים למקום המגורים ולא למקום העבודה; חלק מהרופאים מועסקים ביותר ממקום עבודה אחד; חלק מהרופאים מועסקים בחלק מזמן עבודתם או בכל זמן עבודתם במקומות עבודה פרטיים, ולא ציבוריים.

¹⁶ מכתב מד"ר אהרון כהן, מנהל האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, וד"ר איריס רסולי, מנהלת המחלקה לשירותים קהילתיים באגף לגריאטריה במשרד הבריאות, אל ד"ר דניאל גוטליב, סמנכ"ל מחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, "מידע אודות רופאים מומחים בגריאטריה המועסקים במוסדות רפואיים בבעלות ציבורית", 7 במרץ 2012.

¹⁷ משיחות עם חלק מהמרואינים, ייתכן שמספר הרופאים המומחים בגריאטריה המועסקים במוסדות אלו השתנה לעומת הנתונים המוצגים.

לוח 2: רופאים מומחים בגריאטריה באזורי התוכנית הניסיונית – בתי חולים

מספר גריאטרים (לא ידועה חלקיות המשרה)	בעלות	סוג בית חולים	שם בית חולים	אזור
2	שירותי בריאות כללית	כללי	העמק	צפון – אזור טבריה/צפת
2	ממשלתי	כללי	פוריה	
1	ממשלתי	כללי	צפת	
5	שירותי בריאות כללי	כללי	בילינסון	פתח תקווה
12	שירותי בריאות כללי	מר"ג	בית רבקה	
12	ממשלתי	כללי	תל השומר (מרחק 15 דקות נסיעה מפתח תקווה)	
2	ציבורי הדסה	כללי	הדסה עין כרם	
3	ציבורי הדסה	כללי	הדסה הר הצופים	ירושלים
6	ציבורי	כללי	שערי צדק	
3	ציבורי	מר"ג	הרצוג	

מקור: משרד הבריאות והאיגוד הגריאטרי

טרם התחלת התוכנית הניסיונית, במרץ 2012, היו: 4,932 קשישים בני 80-89 הגרים ביישובים השייכים לסניף טבריה; 19,112 קשישים בני 80-89 הגרים ביישובים השייכים לסניף ירושלים; 9,199 קשישים בני 80-89 הגרים ביישובים השייכים לסניף פתח תקווה. לאר הנתונים הללו, הערכת המוסד לביטוח לאומי טרם תחילת התוכנית הניסיונית אודות זמינות הרופאים המומחים בגריאטריה היתה:¹⁹

"היות שהנתונים הקיימים כיום הינם בגדר אמדנים בלבד, לא ניתן לחשב במדויק את היחס בין מספר הרופאים הגריאטרים לבין מספר הקשישים באזורי התוכנית הניסיונית. עם זאת, ניתן להצביע על הבדלים מהותיים בין שלושת האזורים. ניתן להעריך, אם כי לא להציג נתון מדויק, לפיו באזור טבריה יש מספר נמוך במיוחד של רופאים מומחים בגריאטריה ועל כן שיעורם ביחס למספר הקשישים אמור להיות נמוך. בסניף ירושלים מספר הרופאים המומחים בגריאטריה גבוה יותר, אולם מספר הקשישים גבוה יחסית, ועל כן צפוי כי שיעור הרופאים הגריאטרים ביחס לקשישים יהיה נמוך יחסית. בסניף פתח תקווה מספר הקשישים גבוה מבסניף טבריה ונמוך מבסניף ירושלים. מספר הרופאים

¹⁹ מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, "תוכנית ניסיונית לבחירת רופא מומחה בגריאטריה לביצוע מבחן תלות בסיעוד לבני 80-89; נתונים אודות זמינות רופאים מומחים בגריאטריה", מוגש לועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 4 באפריל 2012.

המומחים בגריאטריה בסניף זה הוא, ככל הנראה, הגבוה מבין שלושת הסניפים, אם כי לא ברור היקף עבודתם. צפוי כי שיעור הרופאים הגריאטרים ביחס לקשישים בסניף פתח תקווה יהיה גבוה יותר בהשוואה לשני הסניפים האחרים."

בעיית הזמינות של הרופאים המומחים בגריאטריה נובעת משני גורמים. הגורם הראשון הוא מספרם הקטן, ובפרט באזורים מסויימים של הארץ. כך, למשל, בסניף טבריה כמעט בלתי אפשרית הנגישות לרופא מומחה בגריאטריה, ויתרה מכך, שיגיע לבית התובע. הגורם השני הוא שגם אם יש באזור מספר רב יחסית של רופאים מומחים בגריאטריה, הרי שעדיין התורים אליהם ארוכים למדי ונדרש זמן רב בחלק מהמקרים עד שהרופא המומחה בגריאטריה יגיע לבקר את התובע בביתו ולעשות לו הערכת תלות. **בעיית זמינות הרופאים המומחים בגריאטריה הפכה את הרעיון המרכזי מאחורי התוכנית הניסיונית – לאפשר בחירה בין אלטרנטיבות לביצוע הערכת תלות על ידי גורמים שונים – לחסר משמעות עבור תובעי גימלת סיעוד רבים. כפי שעולה מדו"ח זה, לגבי קשישים רבים, אפשרות הבחירה הוגבלה.**

לעומת המספר הקטן, יחסית, של רופאים מומחים בגריאטריה באזורי התוכנית הניסיונית, בתקופה מאי 2012 – אפריל 2013 בשלושת הסניפים המשתתפים בתוכנית הניסיונית הופעלו 71 מעריכות/ים בשלושת הסניפים (31 בסניף ירושלים, 22 בסניף פתח תקווה ו-18 בסניף טבריה) שביצעו כ-7,100 הערכות תלות (ראו לוח 3 בהמשך). **חשוב לציין כי מעריכות/ים מטעם המוסד לביטוח לאומי ממלאים תפקיד זה בהיקף מלא, לעומת רופאים מומחים בגריאטריה שהערכות תלות עבור ביטוח סיעוד הן רק אחת מהמטלות שעשויות להיות מוטלות עליהם במסגרת עבודתם.**

מגמות בפנייה לרופאים מומחים בגריאטריה לצורך ביצוע הערכת תלות

חלק זה של המסמך מציג ודן בהתפתחות התוכנית הניסיונית בהתבסס על הנתונים המינהליים של המוסד לביטוח לאומי. הנתונים מתייחסים לתקופה מאי 2012 – ינואר 2013. פרק זמן זה הוא קצר למדי. מספר המקרים של בדיקות על ידי רופא עודנו קטן למדי. לעובדה זאת השפעה גם על החלק הבא שבו יוצגו ממצאים מראיונות טלפוניים עם קשישים ו/או בני משפחותיהם אודות הערכות התלות שעברו על ידי רופאים.

חלק זה של המסמך משווה בין הערכות התלות על ידי רופאים מומחים בגריאטריה ובין הערכות התלות על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי. בחלק מההשוואות יש התייחסות למגבלות ההשוואה – כך בהשוואת התפלגות רמות הגימלה לפי סוג המעריך יש לזכור כי הערכת התלות שמבצעים הרופאים איננה זהה להערכת התלות שמבצעות המעריכות, כפי שיוצג בהמשך.

בתקופה מאי 2012 - אפריל 2013, 374 מתוך 7,489 בדיקות בשלושת אזורי התוכנית הניסיונית בוצעו על ידי רופאים – כ-5.0% מסך הערכות התלות. המספר המועט של המקרים הוא תוצאה הן של חבלי הלידה של תוכנית ניסיונית עד שהיא מגיעה להבשלה והן של קשיי הנגישות לרופאים מומחים בגריאטריה. בחודשים מאי – דצמבר 2012, ניתן לראות מגמת גידול על פני החודשים הן

במספר ההערכות התלות שבוצעו על ידי רופאים והן בחלקן היחסי בכלל הערכות התלות; המגמה התהפכה החל מינואר 2013. הנתונים ביחס להתפתחות היקף הערכות התלות על ידי רופאים מומחים בגריאטריה בפרק הזמן המדובר מוצגים בלוח 3.

לוח 3: היקף הערכות התלות על ידי רופאים מומחים בגריאטריה מכלל הערכות התלות לבני 80-89 בסניפי טבריה, ירושלים ופתח תקווה²⁰

חודש	הערכות על ידי רופאים/ות מומחים/ות בגריאטריה	הערכות על ידי מעריכים/ות מטעם המוסד לביטוח לאומי	סך הכל	אחוז הערכות על ידי רופאים/ות מסך הכל הערכות התלות
מאי 2012	8	750	758	1.1
יוני 2012	15	610	625	2.4
יולי 2012	14	673	687	2.0
אוגוסט 2012	33	626	659	5.0
ספטמבר 2012	20	397	417	4.8
אוקטובר 2012	27	540	567	4.8
נובמבר 2012	40	611	651	6.1
דצמבר 2012	57	616	673	8.5
ינואר 2013	44	582	626	7.0
פברואר 2013	43	557	600	7.2
מרץ 2013	34	433	467	7.3
אפריל 2013	39	720	759	5.1
סך הכל	374	7,115	7,441	5.0

בין הסניפים ניכרו הבדלים גדולים בפנייה לרופאים לביצוע הערכת תלות, ובעיקר בין סניף טבריה ובין סניפי ירושלים ופתח תקווה – בטבריה נערכו בסך הכל 15 הערכות תלות לפי כללי החוק לעומת 221 ו-138 הערכות תלות בסניפי ירושלים ופתח תקווה, בהתאמה. הגורם העיקרי להבדל הוא מספרם של הרופאים המומחים בגריאטריה וזמינותם באזור – בטבריה היא נמוכה יותר. יתרה מכך, אופי האזור, הרכב היישובים ופיזורם במרחב עשוי להשפיע על זמינות הרופאים לביצוע הערכות תלות בבית התובע. ככל שמספר היישובים גדול יותר, ככל שיש יותר יישובים קטנים יותר, פיזורם יותר במרחב ומרוחקים מהערים הגדולות, שבהם מצויים מרכזים רפואיים, כך הקושי הרב יותר במימוש האפשרות של בחירה ברופא לביצוע הערכת תלות. לוח 4 מציג את התפלגות הערכות התלות לפי שלושת הסניפים בתוכנית הניסיונית.

²⁰ ככל הנראה, בפועל הביקוש להערכות על ידי מומחים בגריאטריה היה גבוה יותר, שכן אין בידינו נתונים אודות מספר הערכות התלות על ידי רופאים שלא מולאו על ידי הכללים, ונעשו הערכות תלות על ידי מעריכות במקומן. ניתן להעריך כי אם הערכות תלות אלו לא היו נדחות (ראו הערה 28), מספר הערכות התלות בתקופה הנידונה היה מגיע כדי 7% מכלל הערכות התלות.

לוח 4: התפלגות הערכות התלות בסניפי טבריה, ירושלים ופתח תקוה לפי סוג המעריך

סוג מעריך/סניף	טבריה	ירושלים	פתח תקוה	סך הכל
על ידי מעריך/ה	1,304	3,615	2,196	7,115
על ידי רופא/ה	15	221	138	374
סך הכל	1,315	3,836	2,334	7,489
אחוזים				
על ידי מעריך/ה	98.9	94.2	94.1	95.0
על ידי רופא/ה	1.1	5.8	5.9	5.0
סך הכל	100.0	100.0	100.0	100.0

ההבדל הגדול ביותר בין שתי קבוצות ההערכות הוא תוצאותיהן – התפלגות רמות הגימלה בין הערכות התלות על ידי מעריכות ובין הערכות התלות על ידי רופאים. במקרה של הערכות התלות על ידי רופאים מספר מקבלי גימלאות ברמה 168% (או מחצית הגימלה מפאת הכנסות) מהווה את החלק הארי של הערכות התלות, בעוד מספר מקבלי גימלאות ברמה 91% (או מחצית הגימלה מפאת הכנסות) מהווה את החלק הגדול ביותר בהערכות התלות על ידי מעריכות. כמו כן, שיעור דחיית תביעות לגימלת סיעוד במקרה של מעריכות גדול יותר, ואצל רופאים דחיית תביעות לגימלת סיעוד היא אירוע נדיר למדי. הנתונים מוצגים בלוח 5.

לוח 5: התפלגות תוצאות הערכות תלות לפי סוג מעריך ורמת גימלה

בדיקות על ידי רופאים				
רמת גימלה	טבריה	ירושלים	פתח תקוה	סך הכל
0%	0	2	2	4
91%	3	54	29	86
150%	1	61	31	93
168%	11	100	74	185
סך הכל	15	217	136	368
אחוזים				
0%	0.0	0.9	1.5	1.1
91%	20.0	24.9	21.3	23.4
150%	6.7	28.1	22.8	25.3
168%	73.3	46.1	54.4	50.2
סך הכל	100.0	100.0	100.0	100.0
בדיקות על ידי מעריכות				
רמת גימלה	טבריה	ירושלים	פתח תקוה	סך הכל
0%	415	554	262	1,231
91%	585	1,828	1,026	3,439
150%	204	828	475	1,507
168%	99	398	430	927
סך הכל	1,303	3,608	2,193	7,104
אחוזים				
0%	31.8	15.4	11.9	17.3
91%	44.9	50.7	46.8	48.4
150%	15.7	22.9	21.7	21.2
168%	7.6	11.0	19.6	13.0
סך הכל	100.0	100.0	100.0	100.0

הערות ללוח 5: (1) ב-8 מקרים של הערכות תלות על ידי מעריכות וב-4 מקרים של הערכת תלות על ידי רופאים הדחיות היו בעטיין של מבחני הכנסות (2) ב-3 מהערכות התלות על ידי מעריכות וב-2 מהערכות התלות על ידי רופאים לא התקבלה החלטה במועד קבלת הנתונים המינהליים

רמת הגימלה נקבעת על ידי שלושה מרכיבים: הגבוה בין הציונים לתלות בזולת בביצוע פעולות היומיום הבסיסיות (ADL) ובין הצורך בהשגחה להם נוסף ציון ל"בודד". לחלק מהזכאים רמת הגימלה מושפעת מתוספת ציון ל"בודד" שמעבירה אותם לרמת גימלה גבוהה יותר. לכן, יש להשוות גם את התפלגות ציוני התלות בניכוי התוספת ל"בודד" אם קיימת – ציונים המשקפים את הערכת התלות על ידי המעריכות או הרופאים. **בדומה להתפלגות רמות הגימלה, ניכר הבדל**

חד בין תוצאות הערכות התלות (בניכוי התוספת ל"בודד") בין הערכות הרופאים לבין הערכות המעריכות. הנתונים מוצגים בלוח 6.

לוח 6: התפלגות ניקוד התלות לפי סוג מעריך וציוני התלות (ללא תוספת ל"בודד")

הערכות על ידי מעריכות		הערכות על ידי רופאים		ניקוד תלות
אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	
3.0	212	0.3	1	0
6.6	469	0.0	0	0.5
5.5	390	0.3	1	1
1.9	137	0.3	1	1.5
12.3	877	1.9	7	2
17.9	1,273	2.9	11	2.5
8.5	604	1.9	7	3
4.2	297	4.5	17	3.5
3.5	248	6.7	25	4
5.4	387	4.8	18	4.5
5.2	371	4.8	18	5
2.6	184	7.8	29	5.5
5.7	406	5.9	22	6
2.9	204	6.7	25	6.5
2.5	181	3.5	13	7
1.1	77	1.9	7	7.5
0.4	27	1.6	6	8
0.1	4	0.3	1	8.5
10.8	767	44.1	165	9
100.0	7,115	100.0	374	סך הכל

הערה: בשונה מלוח 5, נכללו בלוח 6 כל הערכות התלות.

בד בבד עם ההתפלגות השונה של רמות הגימלה יש לזכור כי הערכות התלות שנערכות על ידי רופאים אינן זהות להערכות התלות שנערכות על ידי רופאים. אחת, טפסי הערכות התלות של הרופאים ושל המעריכות אינם זהים – אלו של המעריכות מפורטים הרבה יותר ומתייחסים גם להיבטים סביבתיים של חיי התובע בביתו. הטפסים המשמשים להערכת תלות על ידי הרופאים והטפסים המשמשים להערכת תלות על ידי המעריכות מובאים כנספחים לדו"ח זה. שתיים, יש להניח שרופאים ומעריכות מעריכים את תלותו של אדם מנקודות מבט מקצועיות שונות – בעוד מעריכות גוזרות את תפקודו של אדם ממה שהן מתרשמות כיכולותיו בפועל, הרי שרופאים גוזרים את מידת תלותו של אדם מתוך הסתכלות על מצבו הרפואי וגזירת קשר בין בעיות

רפואיות לבין מגבלות תפקודיות לפי הכשרתם המקצועית.²¹ שלוש, מעריכות עוברות הדרכות מטעם המוסד לביטוח לאומי על מנת להגדיר להן מה מצופה מההערכה תפקודית ובמטרה לצמצם את ההבדלים בשיפוט ביניהן; רופאים לא עוברים הדרכות כאלה.²² כמו כן, המוסד לביטוח לאומי מפעיל אמצעים שנועדו לבקר את עבודת המעריכות כדי למנוע חריגות מהכללים בביצוע הערכות התלות ובהסקת מסקנות או לאתר טעויות בשיקול הדעת: מעל המעריכות יש יועצות, שהן מעריכות בעל ניסיון רב, שתפקידן לפקח על מקצועיות המעריכות והערותיהן – הן עוברות בעצמן על חלק מהערכות התלות או מתקשרות לקשישים ו/או לתומכיהם כדי לקבל משוב על הערכות התלות; כמו כן, פקידי התביעות המתרגמים את ההערכות להחלטות זכאות יכולים לגלות חריגות או טעויות. במקרה של רופאים, אין בנמצא אמצעי בקרה דומים.

אחד הגורמים המרכזיים להבדל בהתפלגות רמות הגימלה בין מעריכות ובין רופאים הוא האופן שבו תופסים שני סוגי הבודקים הללו את מושג "צורך בהשגחה", שאצל הרופאים הוא רחב הרבה יותר ומתייחס לסיבות פיזיולוגיות, שהמעריכות מונחות לא לתת בגינן זכאות לגימלת סיעוד על בסיס צורך בהשגחה; אם הסיבות הרפואיות משפיעות על תפקודי היומיום, אזי הדבר בא לידי ביטוי בחלק של פעולות היומיום במבחן התלות שמבצעות המעריכות.²³ לוח 7 מציג את התפלגות הערכות התלות לפי החלטת המעריך/ה או הרופא/ה על צורך בהשגחה.²⁴

לוח 7: התפלגות הערכות תלות לפי סוג מעריך והחלטות בדבר צורך בהשגחה

הערכות על ידי מעריכה		הערכות על ידי רופא		רמת צורך בהשגחה
מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	
6,010	84.5	44	11.8	אין צורך בהשגחה
345	4.8	165	44.1	השגחה חלקית
760	10.7	165	44.1	השגחה מתמדת
7,115	100.0	374	100.0	סך הכל

²¹ דברי אחד הרופאים המומחים בגריאטריה שרואיינו.

²² הפער בין הבנת רופאים מומחים בגריאטריה את ביטוח סיעוד שמפעיל המוסד לביטוח לאומי לבין הציפיות של המוסד לביטוח לאומי מהערכות התלות – התמקדות במגבלות התפקודיות ובצורך בהשגחה, פחות בצרכים הרפואיים – עלה במפגשי ההסברה הוולונטריים שערך אגף סיעוד במוסד לביטוח לאומי לרופאים מומחים בגריאטריה בשלושת סניפי התוכנית הניסיונית בסמוך לתחילת הפעלת התוכנית הניסיונית. הדרכות אלו היו ההדרכה היחידה שקיבלו הרופאים. רופאים שהשתתפו במפגשים הללו היו אמורים להעביר את ההנחיות לרופאים אחרים בארגוניהם. במפגשי ההדרכה לא השתתפו רופאים מכל מוסדות הרפואה בבעלות ציבורית. יש לציין כי במהלך יישום התוכנית הניסיונית, בסניף פתח תקווה למשל, נוצר קשר בין שתי רופאות מקופת חולים כללית שביצעו הערכות תלות רבות במסגרת התוכנית הניסיונית לבין מנהלת מחלקת סיעוד בסניף שהדריכה אותן באופן וולנטרי בדבר האופן שבו המוסד לביטוח לאומי רואה את מטרת הערכת התלות, ובהן תפיסת "צורך בהשגחה" במסגרת ביטוח סיעוד.

²³ ראו שתי ההערות הקודמות. הערכת התלות, הן במקרה של מעריכות והן במקרה של רופאים, כוללת שני חלקים: הראשון הוא הערכה תפקודית של הפרט בפעולות יומיום בסיסיות (Activities of Daily Living, או ADL), והשני הוא הצורך בהשגחה עקב, לרוב, הדרדרות קוגניטיבית וחשש שהאדם יפגע בעצמו ו/או בסובבים אותו. במקרה של הרופאים הם מבינים, למשל, כי נפילות תכופות שביגין ניתן ציון במרכיב ה-ADL הוא עילה למתן ציון על השגחה. כך יוצא כי הם נותנים ציון "כפול" בסעיף הנפילות. גם צורך בעזרה ובהכוונה בנטילת תרופות הוא עילה להשגחה על ידי חלק מהרופאים עימם דיברנו, בעוד בהנחיות המוסד לביטוח לאומי מגבלה זאת מקנה חצי נקודה בסעיף אכילה.²⁴ קיימות שתי רמות השגחה: השגחה מתמדת למי שזקוק להשגחה לאורך כל היממה והשגחה חלקית למי שניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים. הצורך בהשגחה נובע לרוב מהידרדרות קוגניטיבית וביעוט המקרים בשל הידרדרות נפשית או מסיבות פיזיולוגיות מסוימות.

התפלגות הציונים השונה בקרב שתי הקבוצות – הערכות תלות על ידי רופאים לעומת הערכות תלות על ידי מעריכות – מעלה שאלה שלא ניתן לתת לה תשובה לפי הנתונים המינהליים: האם התפלגות הציונים השונה נובעת מההבדל באופי הערכות התלות (מהסיבות שצוינו למעלה), או שתובעי גימלת סיעוד שתלותם בזולת לביצוע פעולות יומיום בסיסיות רבה יותר ו/או הצורך שלהם בהשגחה רב יותר פונים (או בני משפחתם פונים עבורם) לרופאים מומחים בגריאטריה לביצוע הערכת התלות. הוראות החוק של התוכנית הניסיונית איפשרו לכל תובע גימלת סיעוד שהתגורר ביישוב השייך לאחד משלושת הסניפים (טבריה, ירושלים ופתח תקווה) להעדיף בדיקה על ידי רופא מומחה בגריאטריה על פני בדיקה על ידי מעריכה מטעם המוסד לביטוח לאומי. לא ניתן היה להפעיל מתכונת של ניסוי מבוקר שבו ניתן להקצות תובעי גימלת סיעוד באופן רנדומלי בין שני סוגי הבדקים או להעביר בפרק זמן קצר את תובעי הגימלה בדיקות על ידי מעריכה ועל ידי רופא. לכן, לא ניתן לתת תשובה לתהיות שהוצגו בחלקה הראשון של הפסקה.

בסך הכל, בחודשים מאי 2012 – אפריל 2013, 5,741 תובעי גימלת סיעוד הוערכו על ידי מעריכים/ות מטעם המוסד לביטוח לאומי ו-363 תובעי גימלת סיעוד הוערכו על ידי רופאים/ות מומחים/ות בגריאטריה במסגרת עבודתם במוסדות רפואיים בבעלות ציבורית.²⁵

לוח 8 מציג את התפלגות המוערכים בחודשים מאי 2012 – אפריל 2013 לפי מינם וגילם (תובע שנבדק יותר מפעם אחת – נלקח גילו בבדיקה המאוחרת יותר). התפלגות הנשים והגברים שהוערכו על ידי רופאים דומה להתפלגות הנשים והגברים שהוערכו על ידי מעריכות: מכלל המוערכים על ידי רופאים, 68.7% היו נשים ו-31.3% היו גברים; מכלל המוערכים על ידי אחיות, 65.5% היו נשים ו-34.5% היו גברים. באשר לגיל תובעי גימלת סיעוד בשלושת אזורי התוכנית הניסיונית: בעוד בנות 80-84 היוו 60.6% מהנבדקות אצל מעריכות, הן היוו 48.8% בלבד אצל רופאים; בעוד בני 80-84 היוו 59.6% מהנבדקים אצל מעריכות, הם היוו 43.5% בלבד מהנבדקים על ידי רופאים.

²⁵ ההבדלים בין הנתונים הללו לבין הנתונים שהוצגו בלוחות 3-7 מקורם בתובעי גימלת סיעוד שהוערכו יותר מפעם אחת בתקופה הנידונה. במידה ואדם הוערך בתקופה הנידונה יותר מפעם אחת ולפחות פעם אחת אצל מעריכה ואצל רופא, הרי שהוא מופיע בשתי הקבוצות.

לוח 8: התפלגות תובעי גימלת סיעוד בסניפי התוכנית הניסיונית לפי מין וגיל

גברים				נשים				גיל
נבדקו על ידי מעריכות		נבדקו על ידי רופא		נבדקו על ידי מעריכות		נבדקו על ידי רופא		
מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	
239	11.9	3	2.6	548	14.7	20	8.1	80
224	11.2	13	11.3	435	11.6	22	8.9	81
267	13.3	7	6.1	493	13.2	26	10.5	82
224	11.2	16	13.9	399	10.7	25	10.1	83
241	12.0	11	9.6	391	10.5	28	11.3	84
203	10.1	12	10.4	366	9.8	34	13.7	85
190	9.5	10	8.7	324	8.7	18	7.3	86
167	8.3	17	14.8	296	7.9	27	10.9	87
154	7.7	13	11.3	281	7.5	23	9.3	88
95	4.7	13	11.3	204	5.5	25	10.1	89
2,004	100.0	115	100.0	3,737	100.0	248	100.0	סך הכל

לוח 9 מציג את התפלגות המוערכים בחודשים מאי 2012 – אפריל 2013 לפי מינם והרכב משק ביתם. מהנתונים עולה תמונה שונה בין שתי האוכלוסיות. שיעור הנשים המתגוררות בגפן שנבדקו על ידי רופאים נמוך משיעור הנשים המתגוררות בגפן שנבדקו על ידי מעריכות; ולעומת זאת, שיעור הנשים המתגוררות עם בן זוג שנבדקו אצל רופאים גבוה משיעור הנשים המתגוררות עם בן זוג שנבדקו על ידי מעריכות. התמונה אצל הגברים היא הפוכה: שיעור המתגוררים בגפם שנבדקו על ידי רופאים גבוה משיעור הגברים המתגוררים בגפם שנבדקו על ידי מעריכות; ולעומת זאת, שיעור המתגוררים עם בת זוג שנבדקו על ידי רופאים נמוך משיעור הגברים המתגוררים עם בת זוג שנבדקו על ידי מעריכות.

לוח 9: התפלגות תובעי גימלת סיעוד בסניפי התוכנית הניסיונית לפי מין והרכב משק הבית

סך הכל		אחרים		גרים עם בן זוג		מתגוררים בגפם		נבדקו על ידי רופאים
מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	
248	100.0	76	30.6	68	27.4	104	41.9	נשים
115	100.0	12	10.4	72	62.6	31	27.0	גברים
363	100.0	88	24.2	140	38.6	135	37.2	סך הכל
סך הכל		אחרים		גרים עם בן זוג		מתגוררים בגפם		נבדקו על ידי מעריכות
מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	
3,737	100.0	1,030	27.6	951	25.4	1,756	47.0	נשים
2,004	100.0	209	10.4	1,362	68.0	433	21.6	גברים
5,741	100.0	1,239	21.6	2,313	40.3	2,189	38.1	סך הכל

לוח 10 מציג את התפלגות המוערכים בחודשים מאי 2012 – אפריל 2013 לפי סטטוס קבלת השלמת הכנסה (כאינדיקציה למצב כלכלי). בשתי הקבוצות, לפי סוג המעריך, חלק מהתובעים נמנים על מקבלי השלמת הכנסה. באוכלוסיית הנבדקים על ידי רופאים שיעור מקבלי השלמת הכנסה נמוך יותר.

לוח 10: התפלגות תובעי גימלת סיעוד בשלושת סניפי התוכנית הניסיונית לפי קבלת השלמת הכנסה²⁶

נבדקו על ידי מעריכות		נבדקו על ידי רופאים		קבלת השלמת הכנסה
אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	
32.1	1,821	28.4	102	מקבלים השלמת הכנסה
67.9	3,860	71.6	257	לא מקבלים השלמת הכנסה
100.0	5,681	100.0	359	סך הכל

לוח 11 מציג את התפלגות המוערכים בחודשים מאי 2012 – אפריל 2013 לפי ותק בישראל. העולים היוו כמעט 30% מהנבדקים על ידי רופאים, ופחות מרבע – מהנבדקים על ידי מעריכות.

לוח 11: התפלגות תובעי גימלת סיעוד בשלושת סניפי התוכנית הניסיונית לפי ותק בארץ

נבדקו על ידי מעריכים/ות		בדיקות על ידי רופאים/ות		ותק בישראל
אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	
76.1	4,367	70.0	254	ילידי הארץ ועולים לפני 1990
23.9	1,374	30.0	109	עולי 1990 ואילך
100.0	5,741	100.0	363	סך הכל

בחינת היישובים שבהם מתגוררים האנשים שהוערכו על ידי רופאים מומחים בגריאטריה מעלה כי בסניפי ירושלים ופתח תקווה כמעט כל הנבדקים התגוררו ביישובים גדולים ומרכזיים דוגמת ירושלים, פתח תקווה, ראש העין ויהוד. הערכות תלות אחדות או בודדות נעשו לקשישים המתגוררים במבשרת ציון, במעלה אדומים, בגבע בנימין, בקריית ארבע, בגבעת זאב, במוצא עילית (סניף ירושלים), בגני תקווה, במגשימים, בעינת ובגבעת השלושה (סניף פתח תקווה). בסניף טבריה הבדיקות המעטות התחלקו בין קשישים המתגוררים ביישובים גדולים – טבריה וקרית שמונה – ובין קשישים המתגוררים ביישובים קטנים: אליפלט, בני יהודה, כנרת (קבוצה), בית קשת, פרוד, שזור, טובא-זנגרייה ובוקעאטא. רק שתי הערכות תלות על ידי רופאים מומחים בגריאטריה נעשו ביישובים שכל תושביו לא-יהודים (באזור סניף טבריה).

לקופות החולים היה תפקיד מרכזי ביישום התוכנית הניסיונית, גם אם חלק מהנבדקים על ידי רופאים הוערכו על ידי רופאים בתי חולים כלליים וגריאטריים. לוח 12 מציג את התפלגות המוערכים בחודשים מאי 2012 – אפריל 2013 לפי קופת החולים לה הם משתייכים. שיעורי הנבדקים על ידי מעריכות שהם חברי קופות חולים כללית ומכבי הם גבוהים משיעורם בקרב

²⁶ נכללו כל התובעים שנערך להם מבחן הכנסות, כולל תובעים שתביעתם נדחתה בשל מבחן הכנסות. לא נכללו תובעים שגימלתם נדחתה על בסיס מבחן תלות לפני שנערך להם מבחן הכנסות.

הנבדקים על ידי רופאים; לעומת זאת, שיעורי הנבדקים על ידי רופאים שהם חברי קופות חולים מאוחדת ולאומית הם גבוהים משיעורם בקרב הנבדקים על ידי מעריכות.

לוח 12: התפלגות תובעי גימלת סיעוד בשלושת סניפי התוכנית הניסיונית לפי קופת חולים

נבדקו על ידי מעריכים/ות		נבדקו על ידי רופאים/ות		קופת חולים
אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	
70.3	4,038	60.1	218	כללית
10.3	593	16.2	59	לאומית
9.3	533	6.6	24	מכבי
10.1	577	17.1	62	מאוחדת
100.0	5,741	100.0	363	סך הכל

לוח 13 מציג את התפלגות תובעי גימלת סיעוד שנבדקו על ידי רופאים לפי הסניף וחברות בקופת חולים. בסניפי פתח תקווה וטבריה השיעור היחסי של חברי קופת חולים כללית גבוה בהשוואה לשיעורם הכללי, ובסניף ירושלים – נמוך יותר.

לוח 13: התפלגות תובעי גימלת סיעוד שנבדקו על ידי רופאים לפי סניף המוסד לביטוח לאומי וחברות בקופת חולים

שיעור כללי של חברי הקופה בקרב הנבדקים על ידי רופאים	סניף פתח תקווה		סניף ירושלים		סניף טבריה		סניף קופת חולים
	אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	אחוזים	מקרים	
60.1	85.7	114	41.4	89	100.0	15	כללית
16.2	4.5	6	24.6	53	0.0	0	לאומית
6.6	6.8	9	7.0	15	0.0	0	מכבי
17.1	3.0	4	27.0	58	0.0	0	מאוחדת
100.0	100.0	133	100.0	215	100.0	15	סך הכל

בפרק הזמן מאי 2012 – אפריל 2013, 71 תובעי גימלת סיעוד נבדקו על ידי מעריך/ה מטעם המוסד לביטוח לאומי ועל ידי רופא/ה מומחה/ית בגריאטריה.²⁷ בשלושה מקרים בדיקת הרופא/ה התקיימה פחות מ-30 ימים לאחר בדיקת המעריך/ה, וב-13 מקרים נוספים בדיקת הרופא/ה היתה בטווח זמן של 33-59 ימים לאחר בדיקת המעריך/ה. לוח 14 מציג את התפלגות תוצאות הערכות התלות על ידי מעריכים/ות ועל ידי רופאים/ות. ב-67 מקרים, הגימלה שהחליט עליה

²⁷ משיחות עם מנהלות מחלקות סיעוד ופקידי התביעות בסניפי ירושלים, פתח תקווה וטבריה עלה כי במקרים שבהם טופס הערכת התלות על ידי הרופא לא מולא לפי דרישות החוק (למשל הבדיקה נערכה במרפאת הרופא או במסגרת עבודה פרטית של הרופא), והתובע לא רצה לחזור על הערכת הרופא, נשלחו מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי לבצע הערכות תלות. הערכות התלות של הרופאים במקרים הללו לא הוזנו למחשבי המוסד לביטוח לאומי. לכן, אין בידינו נתונים השוואתיים בין הערכות הרופאים ובין הערכות המעריכות במקרים אלו, וכן אין לנו מידע על היקף התופעה. משיחות עם צוותי מחלקות סיעוד בשלושת הסניפים עולה כי להערכתם כשליש עד מחצית מהתביעות שהוגשו עם הערכת רופא נפסלו כי לא עלו בקנה אחד עם הוראות החוק.

הרופא היתה גבוהה יותר, וב-4 מקרים הגימלה נותרה על כנה. ממוצע פער הזמנים בין שתי הבדיקות בכלל המקרים היה 132 ימים, והחציון – 126 ימים; ממוצע פער הזמנים בארבעת המקרים שבהם רמת הגימלה הושארה על כנה היה 77 ימים (החציון – 57.5 ימים); ממוצע פער הזמנים במקרים האחרים, שבהם רמת הגימלה הוגדלה, היה 135.2 ימים (החציון – 128 ימים).²⁸

לוח 14: תוצאות הערכות תלות על ידי מעריכות ועל ידי רופאים לאותם תובעי גימלת סיעוד

שיעור גימלה	נבדקו על ידי רופאים	נבדקו על ידי מעריכות
אין זכאות	-	23
91%	15	43
150%	18	5
168%	38	-
סך הכל	71	71
ממוצע רמת הגימלה ²⁹	2.32 [ס"ת 0.81]	0.75 [ס"ת 0.58]

בפרק הזמן מאי 2012 – אפריל 2013 נערכו 987 בדיקות חוזרות ביוזמת הזכאים לאחר בדיקות שנערכו מוקדם יותר באותה התקופה (למשל לאדם נערכה בדיקת תלות ביוני 2012 ובדיקה נוספת באוקטובר 2012). מתוך 987 בדיקות התלות, ב-432 מקרים רמת הגימלה גדלה (43.8%) וב-551 מקרים רמת הגימלה הושארה על כנה (55.8%). ב-4 מקרים הופחתה רמת הגימלה (0.4%). ממוצע פער הזמנים בין הבדיקות היה 123.5 ימים (החציון – 117 ימים). רמת הגימלה הממוצעת³⁰ גדלה מ-0.77 [ס"ת 0.62] ל-1.32 [ס"ת 0.88]. השוואה בין שתי הקבוצות הללו – אלו שנבדקו פעמיים על ידי מעריכה ואלו שנבדקו פעם אחת על ידי מעריכה ופעם שנייה על ידי רופא – מצביעה על מגמה דומה: ככל שעובר הזמן, מצבו של התובע הקשיש הממוצע הולך ומידרדר, והדבר בא לידי ביטוי ברמת הגימלה. יחד עם זאת, ההפרשים ברמות הגימלה בפרק זמן ממוצע דומה גבוהים יותר בקבוצה שנבדקו בפעם הראשונה על ידי מעריכה ובפעם השנייה על ידי רופא.³¹

²⁸ גם נתונים אלו אינם נותנים תשובה חדה לשאלה שהועלתה קודם: האם ההתפלגות השונה נובעת מההבדל באופי הערכות התלות, או שהגימלה הגבוהה יותר שניתנה לפי החלטת רופא נובעת מהחמרה שחלה אצל התובע בחלוף הזמן.

²⁹ כדי לחשב את הממוצע, רמות הגימלה סודרו על סולם שערכיו הם: 0 (0%; אין גימלה), 1 (גימלה 91%), 2 (גימלה 150%) ו-3 (גימלה 168%).

³⁰ ראו הערה 29 להסבר.

³¹ כיוון שהקשישים לא הוקצו רנדומלית בין שתי הקבוצות, הרי שגם נתונים אלו אינם נותנים תשובה חדה לשאלה שהועלתה קודם: האם ההתפלגות השונה נובעת מההבדל באופי הערכות התלות, או שהגימלה הגבוהה יותר שניתנה לפי החלטת רופא נובעת מהחמרה שחלה אצל התובע בחלוף הזמן.

ראיונות עם תובעי גימלאות סיעוד בני 80-89 משלושת האזורים בהם הופעלה התוכנית הניסיונית או עם בני משפחותיהם

בחודשים פברואר-מרץ 2013, לאחר שהתגבש מספר סביר של תובעים שנבדקו על ידי רופאים, נערכו ראיונות טלפוניים עם כל תובעי גימלת סיעוד הנמנים על האוכלוסייה הרלוונטית בשלושת האזורים שנבדקו על ידי רופאים ועם מדגם מקרי מייצג של תובעי גימלת סיעוד הנמנים על האוכלוסייה הרלוונטית בשלושת האזורים שנבדקו על ידי מעריכות.³² לתובעים ניתנה אפשרות לענות בעצמם על השאלות או להפנותן לתומך, לרוב בן משפחה, שנכח בהערכת התלות.

נערכו 91 ראיונות עם תובעים (או עם תומכיהם) שנבדקו על ידי רופאים מתוך 185 תובעים שנעשה ניסיון ליצור עימם קשר ו-320 ראיונות עם תובעים שנבדקו על ידי מעריכות מתוך 600 תובעים שנעשה ניסיון ליצור עימם קשר. בהתחשב באוכלוסייה ובמאפייניה, שיעורים כוללים אלו של היענות – 49.2% בקרב הנבדקים על ידי רופאים ו-53.3% - הינם סבירים מתוך הניסיון שנצבר במינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי במחקרים קודמים. מתוך 91 הראיונות בקבוצה הראשונה, 20 (22.0%) נערכו עם התובעים עצמם, ו-71 (78.0%) – עם התומכים. מתוך 320 הראיונות בקבוצה השנייה, 147 (45.9%) נערכו עם התובעים עצמם, ו-173 (54.1%) – עם התומכים.

הקשיים בקיום ראיונות עם תובעי גימלת סיעוד נובע מקשיי שפה ותקשורת עם אוכלוסייה זו: הקשיים ביצירת קשר עם הנמנים על אוכלוסיית תובעי גימלת סיעוד נובעים מהסיבות הבאות: חלקם אינם דוברי עברית או שפות נוספות שלמאגר הסוקרים של מינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי יש מענה אליהם; עם חלקם לא ניתן לתקשר בשל הידרדרות קוגניטיבית, ואף קשה להבין מהם בראיון טלפוני עם איזה בן משפחה או תומך אחר כדאי ליצור קשר, ואף פרטי התקשורת של אותם אחרים אינם מצויים תמיד ברשות המוסד לביטוח לאומי; אחרים מסרבים לענות על השאלות, ואין רצון לכפות עליהם להתראיין, אלא לכל היותר לנסות ולשכנעם.

הראיונות הטלפוניים כללו שאלות על תהליך הבחירה, על יצירת הקשר והזמינות של הרופא או של המעריכה; על אופי הבדיקה ועל מה שנשאל או התבקש התובע לעשות במהלכה; על יחסו של בודק, הרופא או המעריכה; על שביעות הרצון מדרך הבדיקה ועל ההערכה לעתיד האם יבחר התובע – אם יזקק לכך – בהערכה על ידי רופא מומחה בגריאטריה או על ידי מעריכה מטעם המוסד לביטוח לאומי. נעשה ניסיון לשאול שאלות דומות ככל הניתן בשני השאלונים לצורכי השוואה, אם כי השאלונים נבדלו בשאלות אחרות הנובעות מסוג הבודק ומתהליך יצירת הקשר עימו.³³

³² בעת התחלת ביצוע הראיונות נגרעו מרשימת המרוואיינים הפוטנציאליים שהיה ידוע לגביהם כי הם נפטרו או עברו למוסדות. כך, האוכלוסייה ששממנה נדגמו הנבדקים על ידי מעריכות כללה 4,026 נשים וגברים מתוך 4,532 שנבדקו על ידי מעריכות עד אמצע ינואר 2013.

³³ במקרה של מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, כאמור, יצירת הקשר היא באמצעות המוסד לביטוח לאומי המקצה את המעריכות, בשונה ליצירת קשר ישיר בין התובע לבין הרופא.

הנבדקים על ידי רופא נשאלו כיצד נודע להם על האפשרות לבצע הערכת תלות על ידי רופא ומדוע החליטו לבצע הערכת תלות על ידי רופא. 49 מתוך 91 (53.8%) המשיבים ענו כי רופא המשפחה הוא שיידע אותם על האפשרות ו-51 (56.0%) השיבו שפעלו בהמלצת רופא המשפחה. מקורות אחרים דוגמת המוסד לביטוח לאומי, בני משפחה, ידידים ושכנים או עובדות סוציאליות ברשות המקומית מצטיירים מהראיונות כמקורות משניים. 9 מהנבדקים על ידי רופא אמרו שרופא מומחה בגריאטריה המליץ להם להיבדק על ידי רופא מומחה בריאטריה. רק 2 משיבים טענו שבחרו בבדיקת רופא מומחה בגריאטריה כי העריכו שבדיקה שלו מקלה יותר מבדיקה על ידי מעריכה, ואף מרואיין לא טען שהסיבה היא כי בדיקה של רופא נעימה יותר.

בקרב הנבדקים על ידי מעריכות, 293 מתוך 318³⁴ (92.1%) ציינו כי לא ידעו על האפשרות לבצע הערכת תלות על ידי רופא. מתוך 25 המשיבים שידעו על האפשרות, 11 ציינו כי ידעו על האלטרנטיבה מפרסום של המוסד לביטוח לאומי, ורק 4 – מרופא המשפחה.

מבין 16 הנבדקים על ידי מעריכות שהשיבו מדוע לא נבדקו על ידי רופא למרות שידעו על האפשרות, 6 השיבו שרופא המשפחה המליץ להם להיבדק על ידי מעריכה ו-5 השיבו שאמרו להם שהערכות על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי נדיבות יותר; רק 2 השיבו שלא עלה בידם למצוא רופא מומחה בגריאטריה.

מבין המוערכים על ידי רופאים, 31 (36.0%) השיבו שהיה להם קשה למצוא רופא מומחה בגריאטריה, בעוד 55 (64.0%) אמרו שלא היה להם קשה למצוא רופא מומחה בגריאטריה. 72 מתוך 90 (80.0%) משיבים אמרו כי בן משפחה הוא שסייע להם לאתר רופא מומחה בגריאטריה. 58 מתוך 85 (68.2%) משיבים קיבלו את פרטי הרופא המומחה בגריאטריה מקופת חולים ו/או מרופא המשפחה.

ממוצע ההמתנה בימים לבדיקת רופא, בהתבסס על 55 תשובות, הוא 13.4 ימים (חציון: 7 ימים). לעומת זאת, ממוצע ההמתנה בימים לבדיקת מעריכה, בהתבסס על 159 תשובות, הוא 4.7 ימים (חציון 2 ימים). חמישה מרואיינים ציינו כי ההמתנה לבדיקת רופא היתה 40-70 ימים. שמונה מרואיינים ציינו כי ההמתנה למעריכה היתה יותר משבועיים ועד חודש.

מבין 88 (מתוך 91) המשיבים שנשאלו האם התבקשו לשלם עבור הערכת תלות על ידי רופא, 11 (12.5%) השיבו כי התבקשו לשלם.³⁵ 3 מהמשיבים טענו כי שילמו יותר מ-800 ש"ח. 6 משיבים אחרים שהסכימו לענות איזה סכום שילמו ציינו סכומים בטווח 200-800 ש"ח. 7 ציינו כי הרופא ביקש מהם לשלם, ו-2 – קופת חולים. מבין 90 המשיבים שציינו היכן נעשתה בדיקת הרופא, 77 (85.6%) ציינו שנעשתה בביתם, 12 (13.3%) – במרפאה ו-1 (1.1%) – בבית חולים.

³⁴ בחלק מהשאלות בשתי הקבוצות מספר המשיבים נמוך ממספר המרואיינים, שכן בחלק מהראיונות, המרואייני לא השיבו על כל השאלות.

³⁵ במקרה אחד נוסף, ציינה בתה של תובעת גימלת סיעוד כי היא מבקשת לא לענות תשובה לשאלה זאת.

המרוויינים, התובעים או תומכיהם שנכחו בהערכת התלות, התבקשו לציין אילו מהפעולות הבאות נבדקו על ידי הרופאים או המעריכות אם בדרך של הדגמה ואם בדרך של שאלה שהוצגה אל המוערך. לוח 15 משווה את שתי קבוצות המרוויינים. כמובן, יש לקחת בחשבון כי בחלק מהמקרים המוערכים לא יכלו לבצע את הפעולות כלל בשל מצבם והרופא או המעריכה לא ביקשו מהם להדגים או שאלו אותם – והסתפקו בתיעוד הרפואי ובהתרשמותם.

לוח 15: תוכן הערכות תלות שבוצעו על ידי רופאים ועל ידי מעריכות

הבודק: מעריכה			הבודק: רופא			הפעולה
לא ביקשה הדגמה ולא שאלה	שאלה האם יכול לבצע	ביקשה הדגמה	לא ביקש הדגמה ולא שאל	שאל האם יכול לבצע	ביקש הדגמה	
13 [4.1%]	18 [5.7%]	286 [90.2%]	4 [4.5%]	8 [9.1%]	76 [86.4%]	לקום מכיסא/מיטה
14 [4.5%]	28 [8.9%]	272 [86.6%]	7 [8.0%]	7 [8.0%]	74 [84.1%]	לנוע בבית
27 [9.0%]	50 [16.6%]	224 [74.4%]	15 [18.3%]	9 [11.0%]	58 [70.7%]	לשטוף פנים/ידיים
58 [20.7%]	222 [79.3%]	-	4 [5.1%]	75 [94.9%]	-	שאלה אודות נפילות ³⁶
89 [31.4%]	72 [25.4%]	122 [43.1%]	28 [32.9%]	9 [10.6%]	48 [56.5%]	הכנת מזון
23 [7.5%]	65 [21.1%]	220 [71.4%]	27 [31.0%]	9 [10.3%]	51 [58.6%]	ללבוש בגד על בגד

הערה: בסוגריים מרובעים אחוזים מתוך מספר המשיבים באותו נושא על ידי אותו סוג בודק

81 מתוך 91 (89.0%) מרוויינים ציינו שהרופא שאל על בעיות זיכרון, לעומת 220 מתוך 308 (71.4%) שצינו שהמעריכה שאלה על בעיות זיכרון. 68 מתוך 74 מרוויינים (91.9%), שהשאלה היתה רלוונטית (דהיינו התובע אינו גר בגפו), ציינו שהרופא שאל על אנשים שגרים עם תובעי גימלת סיעוד, לעומת 232 מתוך 243 מרוויינים (95.5%) – במקרה של נבדקים על ידי מעריכות.

77 מתוך 91 (84.6%) משיבים אמרו שהרופא ערך להם בדיקה גופנית חלקית (בדיקות לב וריאות ולחץ דם) בנוסף להערכת התפקודית; 79 מתוך 89 (88.8%) ציינו שהרופא שאל על בעיות רפואיות (296 מתוך 311 [95.2%] נבדקים על ידי מעריכות ציינו שהמעריכה שאלה אותם על בעיות רפואיות); 78 מתוך 88 ציינו שהרופא ביקש לראות מסמכים רפואיים; 86 מתוך 91 (94.5%) ציינו שהרופא ביקש לראות, או שאל (ב-3 מהמקרים), את התרופות שהם לוקחים (290 מתוך 311 [93.2%] נבדקים על ידי מעריכות ציינו שהמעריכה ביקשה לראות את התרופות שהם לוקחים או

³⁶ הניקוד בסעיף נפילות מתבסס על עדויות התובעים, תומכיהם ומסמכים רפואיים. 12 מבין הנבדקים על ידי רופאים ו-37 מבין הנבדקים על ידי מעריכות ציינו כי אינם זוכרים האם נשאלו.

שאלה [ב-17 מהמקרים]); ב-21 מ-86 (24.4%) מקרים מהמקרים הרופא הציע לתובע לשנות את התרופות;³⁷ ב-61 מ-88 (69.3%) מקרים הרופא השאיר לתובע גימלת סיעוד מכתב עבור רופא המשפחה.

לוח 16 מציג את מידת שביעות הרצון של התובעים (או הערכת תומכיהם את שביעות רצונם) על פי השאלות שהוצגו להם. יש לציין כי התקבלו הערות וביקורת הן של התובעים גימלת סיעוד עצמם והן של תומכיהם שנכחו בהערכות התלות, והתאפשר להם לתאר את הסיבות לאי-שביעות רצונם. שביעות הרצון משני סוגי הבודקים היא גבוהה. ברם, כלל עולה כי במימדים השונים, ובמיוחד בהערכה הכללית, שביעות הרצון מהערכה על ידי רופא גבוהה מהערכה על ידי מעריכה.

לוח 16: מימדים של שביעות רצון מהערכות תלות על ידי רופאים ועל ידי מעריכות

קריטריון	הערכת תלות על ידי רופא		הערכת תלות על ידי מעריכה	
	שבע רצון	לא שבע רצון	שבע רצון	לא שבע רצון
המעריך נתן הסבר על הבדיקה	61 [70.1%]	26 [29.9%]	276 [89.3%]	33 [10.7%]
המעריך הקדיש מספיק זמן לבדיקה	88 [100.0%]	0 [0.0%]	299 [94.9%]	16 [5.1%]
המעריך התייחס בכבוד	91 [100.0%]	0 [100.0%]	297 [93.4%]	21 [6.6%]
הנבדק חש בנוח	84 [92.3%]	7 [7.7%]	282 [88.7%]	36 [11.3%]
ניתנה אפשרות לנבדק להסביר מצבו	86 [94.5%]	5 [5.5%]	304 [95.9%]	13 [4.1%]
המעריך התנהג בסבלנות	88 [96.7%]	3 [3.3%]	294 [92.7%]	23 [7.3%]
האם משהו הפריע לנבדק בהערכת התלות	90 [100.0%]	0 [0.0%]	296 [93.4%]	21 [6.6%]
האם שבע רצון מדרך ההערכה	91 [100.0%]	0 [0.0%]	259 [82.0%]	57 [18.0%]

13 מתוך 91 (85.7%) משיבים בקבוצת הנבדקים על ידי רופאים אמרו כי הרופא אמר להם מה להערכתו תהיה רמת הגימלה, לעומת 39 מתוך 314 (12.4%) משיבים בקבוצת הנבדקים על ידי מעריכות שהעידו דבר דומה על דברי המעריכה.

³⁷ באחד מהראיונות עם הרופאים שביצעו הערכות תלות, הוא ציין כי הוא אינו מחליף את רופא המשפחה, ואם לדעתו יש להחליף תרופה, הרי שהוא מציין זאת במכתב לרופא המשפחה.

72 מתוך 77 (93.5%) משיבים בקבוצת הנבדקים על ידי רופא אמרו שאם יבקשו הערכת תלות בעתיד יעדיפו שרופא יערוך אותה, לעומת 164 מתוך 294 (55.8%) בקבוצת הנבדקים על ידי מעריכות שאמרו שיעדיפו שהערכת תלות עתידית תבוצע על ידי מעריכה. המשיבים בקבוצת הנבדקים על ידי מעריכות התבקשו לציין את הסיבה שבעטיה יעדיפו בעתיד הערכת תלות על ידי רופא. המשיבים יכלו לציין יותר מתשובה אחת. 113 (86.9%) טענו כי הם סומכים יותר על בדיקת רופא; 35 (26.9%) טענו שהם לא מרוצים מרמת הזכאות שנקבעה להם; 33 (25.4%) טענו שהם לא היו מרוצים מאופן הבדיקה על ידי מעריכה.

המשיבים נשאלו האם לדעתם יש לבצע הערכות תלות לתובעי גימלת סיעוד. בקרב הנבדקים על ידי רופאים (ותומכי הנבדקים) 64 מתוך 85 (75.3%) משיבים ענו ש"כן"; בקרב הנבדקים על ידי מעריכות (ותומכי הנבדקים) 184 מתוך 298 (61.7%) ענו ש"כן". הפער בין שתי הקבוצות משקף גם הוא את מידת שביעות הרצון השונה.

אתגרים ביישום התוכנית הניסיונית

ראיונות חצי-מובנים נערכו עם בעלי תפקידים באגף סיעוד³⁸ ובסניפי המוסד לביטוח לאומי המשתתפים בתוכני הניסיונית.³⁹ ראיונות מעטים יותר נערכו עם רופאים ועם אנשי מינהל במוסדות רפואיים בבעלות ציבורית.⁴⁰ תמונת המצב המוצגת כאן מציגה גם מידע שקיבלנו מתוך תקשורת פורמלית למחצה (הודעות דואר אלקטרוני) ולא-פורמלית (שיחות טלפון שלא הוגדרו כראיונות למחקר) עם רופאים ואנשי מינהל במוסדות רפואיים בבעלות ציבורית.

מתוך המבנה הנוכחי של התוכנית הניסיונית עולים מספר אתגרים שיש לתת עליהם את הדעת כבסיס להחלטה האם להרחיב את התוכנית הניסיונית להוראת קבע החלה על כל הארץ, במתכונת התוכנית או עם הכנסת שינויים, או לבטל לחלוטין את מתן אפשרות בחירה לבני 80-89 ברופא מומחה בגריאטריה לביצוע הערכת תלות בתביעה לגימלת סיעוד:

- (1) אי-זמינות רופאים מומחים בגריאטריה.
- (2) היווצרות שתי מערכות לא זהות של הערכת תלות.
- (3) אי-שיוויון בין אזורי הארץ.
- (4) העדר בקרה על החלטות הרופאים.
- (5) החשש כי תובעי גימלת סיעוד ישלמו תשלום פרטי עבור הערכת תלות.
- (6) שיתוף פעולה: המוסד לביטוח לאומי, מוסדות רפואה ורופאים מומחים בגריאטריה.
- (7) מתן אפשרות בחירה לא צימצמה את התהליכים הביורוקרטיים.

(1) אי-זמינות רופאים מומחים בגריאטריה. כעולה מהחלק השני של מסמך זה, יש בישראל מספר מצומצם של רופאים מומחים בגריאטריה. חלקם אינם עובדים חלק מהזמן או כל הזמן במגזר הציבורי, כך שמספר הרופאים המומחים בגריאטריה היכולים להעריך את מצבם של התובעים גימלת סיעוד קטן, למעשה, עוד יותר. אי-זמינות של רופאים מומחים בגריאטריה הובילה להתמרמרות מצד תובעי גימלת סיעוד ולביקורת על המוסד לביטוח לאומי, משהתברר להם שהמוסד לביטוח לאומי לא מפנה רופאים לבדוק אותם.

הרחבה של חוג הרופאים היכולים לבצע הערכת תלות מעלה בעיות אפשריות שיש לתת עליהן את הדעת. אפשרות אחת היא הסרת חיוב ביצוע ההערכה במסגרת עבודה במקום ציבורי של הרופא הבדוק. פתרון זה לא יגדיל במידה ניכרת את היצע הרופאים וקיים חשש כי יגרור תשלומים מצד הקשישים עבור הערכת תלות; המוסד לביטוח לאומי רואה בהיות הערכות תלות שירות ציבורי

³⁸ רואיינו: ארנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד, רבקה רוזנברג, מנהלת תחום סיעוד, רוני דינור, אחות מפקחת ארצית באגף סיעוד ואשר בטלמן, ממונה בכיר באגף סיעוד. כן שוחחנו עם שניים מחברי הצוות הארצי של האחות המפקחת הארצית (עומר שרפי וגילה גיסר).

³⁹ רואיינו מנהלות מחלקות סיעוד בסניפי פתח תקוה (נורית כץ), טבריה (רונית מכלוף) וירושלים (ריקי סרי). כן נערכו שיחות עם פקידות/י תביעות סיעוד בסניפי פתח תקוה (מיכל לנג, אטל עוז ואלניה שלשוב) וירושלים (ריקי אזולאי, לאה הוכרמן, חנוך כהן-זאדה ושולה מזרחי) ועם מנהלת סניף טבריה (אהובה שחור) ומנהל תחום בכיר גימלאות בסניף טבריה (פארס קטייש).

⁴⁰ רואיינו מספר רופאים מומחים בגריאטריה ואנשי מינהל במוסדות רפואיים בבעלות ציבורית. כמו כן, נערכו שיחות לא פורמליות עם רופאים נוספים, שמהן היה ניתן ללמוד על התנהלות התוכנית. במקרים אחדים נוצר קשר עם רופאים מומחים בגריאטריה אך הם סירבו להתראיין.

עיקרון יסוד במערכת ביטוח סיעוד. מתן תשלום פרטי תמורת הערכת תלות מעלה את החשש של הטיית תוצאות הערכת תלות.

אפשרות אחרת היא מתן אפשרות לבני 80-89 להיבדק על ידי רופאים מומחים בגריאטריה במרפאה ולא רק בבית, בדומה לבני 90 ומעלה. אפשרות זו תגדיל במעט את זמינות הרופאים המומחים בגריאטריה, שכן מספרם עודנו יסודי קטן. מתן אפשרות לבדיקה בבית מעמעם יתרון חשוב של ביצוע ההערכה בבית הקשיש – למידה על חייו, על מגבלותיו ועל הזדקקותיו בביתו, כפי שהתבטאו נציגי הרופאים המומחים בגריאטריה בועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.⁴¹ יתרה מכך, אדם קשיש מתפקד פחות טוב במקום שונה ממקום המהווה את מוקד חייו, ובפרט כאשר מדובר במרפאה בקופת חולים או בבית חולים. כבר כיום, הערכות התלות על ידי רופאים לבני 90 ומעלה מתעלמות מהיבטים חשובים אלה.

חלק מהאנשים שאיתם דיברנו לצורך הכנת הדו"ח ציינו את מה שנראה להם כאבסורד, שלבני 90 ומעלה ניתנת האפשרות להיבדק במרפאה או בבית, ואילו בני 80-89 מחוייבים להיבדק רק בבית. זמינות הרופאים המומחים בגריאטריה תגדל אם תינתן האפשרות להיבדק במרפאה.

אפשרות שלישית היא לכלול בקבוצת הרופאים הרשאים לבצע הערכת תלות רופאים בעלי מומחיות בתחומים אחרים של הרפואה. מפעם לפעם עולה ההצעה לאפשר לרופאי משפחה לבצע הערכות תלות. שני חסרונות בולטים באפשרות זאת. חסרון ראשון הוא רופאים שאינם מומחים בגריאטריה אינם מצויידיים בידע ובכלים להערכות הנכונות של תובעי גימלת סיעוד. רופאים דוגמת רופאי משפחה גם אינם מצויידיים בידע ובניסיון הכרוך בהערכות תלות של מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי (רובן אחיות ומיעוטן מרפאות בעיסוק או פיזיותרפיסטיות) המוכשרות ומנוסות בעבודה עם קשישים. חיסרון שני הוא החשש כי במגע של רופא משפחה עם תובע גימלת סיעוד רופא המשפחה יטה את ההערכה שלו מתוך רצון להיטיב עם האדם שמולו מתוך היכרות ארוכה עימו, להיענות לבקשתו להמלצה לגימלת סיעוד גבוהה יותר (במיוחד שהמלצה כזאת אינה מטילה עומס על המוסד הרפואי שהוא עובד בו) ומתוך חשש שאם לא יענה לבקשתו של הקשיש, הקשיש יעזוב אותו לטובת רופא משפחה אחר, או כדברי אחד הרופאים איתם דיברנו בשיחה לא-פורמלית: "המבוטח יודע שהרופא בעדו".

(2) היווצרות שתי מערכות לא זהות של הערכת תלות. עם מתן אפשרות בחירה ברופא מומחה בגריאטריה לביצוע הערכות תלות, נפגע ערך השיוויון. שני גורמים מרכזיים מובילים בפועל להיווצרות שתי מערכות הערכת תלות תיפקודית. גורם אחד הוא העדר זהות בין הערכת התלות שהאחיות נדרשות לבצע לעומת הערכת התלות שהרופאים מתבקשים לבצע: הערכות התלות של המעריכות מפורטות יותר, כוללות הערכה סביבתית של בית מגוריו של התובע ויש בו דרישה להוכיח ככל הניתן כי הדברים שמוצגים על ידי המעריכה אכן הוכחו; לעומת זאת, טופס הרופא כולל מספר קטן יותר של שאלות, ההנמקות הנדרשות לקביעות מצומצמות יותר ואין בו דרישה להערכה סביבתית של בית מגוריו של התובע (גם כשהבדיקה נערכת בבית התובע). גורם שני הוא

⁴¹ ראו הערה 9.

ההתייחסות המקצועית של רופאים לעומת מעריכות בביצוע הערכת התלות – רופאים מעריכים (במרבית המקרים) את תפקודו של התובע ממצבו הרפואי, בעוד מעריכות מעריכות את תפקודו לפי יכולות ביצוע. אחד מהרופאים שרואינו ציין כי מעריכות מבססות את המלצותיהן על התנהלות התובע בזמן ביצוע הערכת התלות – ולא תמיד היום בו נערכת הערכת התלות הוא יום אופייני לחייו של הקשיש או ישקף הידרדרות צפויה – בעוד הרופא מנסה לחזות את השינוי האפשרי בתפקודו בהתבסס על מצבו הרפואי.⁴² כמו כן, ההתייחסות המקצועית של רופאים ושל מעריכות לאותם מושגים שונה, כפי שעלה מתיאור המצב ביחס להחלטות בדבר צורך בהשגחה (ראו למעלה).

בפועל, נוצר מצב של אי-שיויון כאשר מיושמות שתי שיטות של הערכת תלות. מתוך חוסר יכולת לבצע בקרה אפקטיבית על החלטות הרופאים, קיים הרושם כי ככלל שיטת הערכת תלות על ידי רופאים נדיבה יותר. עניין זה יפה, כמובן, גם לאוכלוסיית תובעי גימלת סיעוד בני 90 ומעלה.

(3) אי-שיויון בין אזורי הארץ. תוצאות התוכנית הניסיונית מעלות כי באזורים שונים של הארץ הנגישות לרופאים מומחים בגריאטריה היא שונה בתכלית. הפערים הקיימים בנגישות לרופאים מומחים בין המרכז לפריפריה⁴³ באו לידי ביטוי גם בתוכנית הניסיונית – ההבדל בין סניפי ירושלים ופתח תקווה מזה ובין סניף טבריה מזה.

יתרה מכך, אף בתוך האזורים עצמם עשויים להיווצר פערים בין יישובים שונים, ואף בתוך יישובים גדולים. במסגרת התוכנית הניסיונית לא חוייבו מוסדות הרפואה בבעלות ציבורית או הרופאים מועסקים בהן להיענות לפניות של קשישים לבקר בבתיהם ולבצע להם הערכת תלות. לשון החוק הותירה את ההחלטה האם לבצע הערכות תלות בבתי הקשישים למוסדות הרפואיים ולרופאים עצמם. מתוך כך, וממידע שקיבלנו מרופאים וממוסדות ומתוך הנתונים על היישובים שבהם מתגוררים התובעים שנבדקו, נראה כי המוסדות והרופאים עשויים להגביל את השירות הזה למקומות יישוב קרובים לשירותים הרפואיים בבעלות ציבורית או למקום מגוריהם של הרופאים – ומכאן שקשישים רבים לא יכולים הלכה למעשה לבחור.

(4) העדר בקרה על הערכות הרופאים. בטופס הערכת התלות שממלא הרופא המומחה בגריאטריה, על הרופא לציין מגבלות, אם ישנן, בפעולות יומיום בסיסיות ו/או את הצורך בהשגחה בשל הידרדרות קוגניטיבית. הרופא נדרש לנמק את החלטותיו. יחד עם זאת, **מצב העניינים כיום, וכך גם ביחס להערכות תלות לבני 90 ומעלה, הוא כי אין מערכת בקרה על**

⁴² שני רופאים גם טענו כי הערכות על ידי רופאים יסייעו לאתר ביתר יעילות, לעומת מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, קשישים הנמצאים בסיכון לביקורים במיון ואישפוזים מיותרים בשל נפילות ו/או טעויות בנטילת כדורים, ולכן ראוי שיקבלו גימלת סיעוד בהיקף הנחוץ להם – וכך ייחסך כסף רב בהוצאות למדינה ולמערכת הבריאות בכללה. יחד עם זאת, במחקר זה לא נבדק האם נכונה טענה זו, לפיה קשישים המקבלים גימלת סיעוד נזקקים פחות למערכת הבריאות לעומת קשישים שלא מקבלים גימלת סיעוד.

⁴³ רופאים לזכויות אדם, "זמני המתנה לתור לרופאים מומחים בקהילה – השוואה בין קופות ומחוזות גיאוגרפיים שונים", נייר עמדה, נובמבר 2009; פרוטוקול מס' 44 של ישיבת ועדת הכנסת לפניית הציבור, "פניות ציבור לגבי זמני המתנה הממושכים לתורים לרופאים מומחים (מקצועיים) בקופות החולים", 26 בינואר 2010; רוני לינדר-גנץ, "הכסף מקצר תורים: כמה זמן תחכו לרופא? 55 יום, אם תשלמו – רק שבוע", אתר האינטרנט TheMarker, 21 בנובמבר 2012.

הערכות הרופאים. כאשר החלטות הרופאים מתרגמות להוצאה ציבורית לגימלאות, יש צורך במערכת בקרה בדומה לבקרה הקיימת על עבודת המעריכות.

המצב כיום הוא כי כאשר פקיד התביעות במוסד לביטוח לאומי חושב שיש בעיה עם הערכת התלות שביצע רופא,⁴⁴ הוא יכול לפנות אל הרופא ולנסות להסביר לו מדוע הוא חושב שיש בעיה בהערכת התלות. במקרה שהרופא אינו מסכים ו/או אינו מוכן לשנות את הערכת התלות, פקיד התביעות אינו יכול לשנות את החלטות הרופא ולפסוק גימלה ברמה שונה מזו הנובעת מרמת התלות שקבע הרופא.⁴⁵

חשוב להדגיש כי מטרת הבקרה היא לפקח כי הערכות התלות מבוצעות לפי הכללים שהוגדרו על ידי המוסד לביטוח לאומי ונושאן הערכה תפקודית ולא הערכה רפואית – האם נפגעו תפקודי היומיום הבסיסיים שלו (יכולתו לאכול, ללכת בביתו להתלבש, להתרחץ ולטפל בהיגיינה שלו) ו/או האם הוא זקוק להשגחה כדי שלא יסכן את עצמו ו/או את הסובבים אותו.

כפי שעולה ממסמך זה, אין אפשרות להכריע מהם הגורמים להתפלגות השונה כל כך בין תוצאות הערכות התלות על ידי מעריכות לעומת תוצאות הערכות התלות על ידי רופאים. עדיין, מבנה התוכנית הניסיונית מעודד מצב שבו חלק מהחלטות הרופאים עשויות להיות מושפעות מגורמים זרים. ראשית, רופאים העידו בראיונות ובשיחות בלתי-פורמליות כי הם רואים באופן אוהד את בקשת הקשישים הנבדקים אצלם ואת מצוקת בני משפחותיהם וייתו לתת הערכות נדיבות שיזכו אותן בעזרה מהביטוח הלאומי בדמות גימלת סיעוד. עמדה זו מחוזקת על ידי התפיסה שהעלו חלק מהרופאים, לפיה טיפול סיעודי יסייע לחסוך משאבים למערכת הבריאות.⁴⁶ שנית, יתכן שהרופא מעריך כי אם לא יתן לקשיש הערכת תלות שתספק אותו – דהיינו, תקנה לו גימלת סיעוד גבוהה – הוא יפנה לרופא אחר, והרופא הראשון והמוסד הרפואי שהוא עובד בו לא יתוגמלו על עבודתו.⁴⁷ יש לציין כי עד כה לא נתגלו סימנים לתופעה שבה קשישים נבדקו על ידי מספר רופאים במטרה לקבל את הערכת התלות הטובה מבחינת סיכוייהם לקבל גימלת סיעוד.

בין אם תתקבל החלטה להפוך את התוכנית הניסיונית להוראת קבע לכל הארץ ובין אם בדיקת רופא תותר רק לבני 90 ומעלה, הרי שאגף סיעוד במוסד לביטוח לאומי בדעה שיש להעסיק במוסד לביטוח לאומי רופא מומחה בגריאטריה, אחד או יותר, כדי לבצע בקרה על הערכות הרופאים ולפסוק במקרים של מחלוקת אי-בהירות. כיום, אין למוסד לביטוח לאומי, ולבטח לא לפקידי התביעות בסניפים, היכולת הראויה והנאותה לבקר את החלטות הרופאים, כפי שיש במקרים אחרים של החלטות של הוצאת כסף ציבורי.

⁴⁴ לפחות במקרה אחד פקידת תביעות מצאה כי בהערכת תלות שביצעה רופאה נפלה שגגה, וזאת לפי נימוקי הרופאה עצמה, העירה את תשומת ליבה לטעות בהערכה, והרופאה ניאותה לתקן את ההערכה.

⁴⁵ בשונה מכך, פקיד תביעות יכול לא לקבל את ההמלצה של מעריך ולקבוע רמת גימלה שונה מזו הנובעת מרמת התלות שהוערכה, אם כי סביר שיקבל החלטה כזאת לאחר שנועץ ביועץ (מעריך בעל ניסיון המבקר את הערכות התלות הנעשות בסניף), או לשלוח מעריך אחר לבצע הערכת תלות נוספת.

⁴⁶ ראו הערה 42.

⁴⁷ לפי הכללים הנהוגים כיום, קשיש שנבדק על ידי רופא מומחה בגריאטריה מגיש את טופס הערכת התלות שמולא על ידי הרופא יחד עם טופס התביעה (תובע שאינו מגיש טופס הערכה של רופא – נשלח/ת אליו מעריך/ה מטעם המוסד לביטוח לאומי). כך, יכול פלוני להיבדק על ידי כמה רופאים ולבחור להגיש את הערכת התלות הטובה בעיניו.

(5) החשש כי תובעי גימלת סיעוד ישלמו תשלום פרטי עבור הערכות תלות. לפי כללי החוק, נאסר על רופא ועל מוסד רפואי בבעלות ציבורית שהוא מועסק בו לדרוש תשלום עבור הערכת תלות, פרט להשתתפות עצמית כמפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מהראיונות עם תובעי גימלאות יעוד או בני משפחותיהם עולה כי התופעה התקיימה במקצת המקרים.⁴⁸ יחד עם זאת, **החשש כי תובעי גימלת סיעוד המעוניינים להיבדק על ידי רופא משלמים או נדרשים לשלם במקצת המקרים כדי להקדים תור, ובעיקר, כדי לקבל הערכת תלות שתענה על ציפיותיהם קיימת במבנה התוכנית הניסיונית (ואף ביחס למצב החוקי הנוגע לבני 90 ומעלה).**

משיחות עם נציגי מוסדות רפואיים ועם רופאים שונים כי הרופאים מתוגמלים, אולם גובה התגמול נתון לשיקול הדעת של המוסדות הרפואיים וקיימת בו שונות רבה, שיתכן שיש בה להשפיע על התמריץ לערוך הערכות תלות בבתי התובעים גימלת סיעוד.⁴⁹ אפשרות של תשלום פרטי לרופא עבור ביצוע הערכת תלות, יכולה להיות מושפעת גם מגובה התגמול שמקבל הרופא מהמוסד שהוא עובד בו עבור כל בדיקה.

כפי שצויין למעלה, החשש הכבד הוא שתשלום פרטי תמורת הערכת תלות תוביל להטייה של תוצאות הערכת התלות ולתשלום גימלאות לאנשים שאינם זקוקים להן או גימלאות גבוהות מכפי צורכיהם האובייקטיביים.

(6) שיתוף פעולה: המוסד לביטוח לאומי, מוסדות רפואה ורופאים מומחים בגריאטריה. הוצאת תפקיד ביצוע הערכות התלות מתוך המוסד לביטוח לאומי וביזורו למספר רב של מוסדות רפואה בבעלות ציבורית באמצעות רופאים מומחים בגריאטריה המועסקים בהם מחייב תיאום רב, ובין היתר: מיקוד/ניתוב הקשר בין אגף הסיעוד במשרד הראשי של המוסד לביטוח לאומי ובין מחלקות הסיעוד בסניפים בהם התבצעה התוכנית, הכנה מוקדמת של אמצעים לשיתוף פעולה בין-ארגוני ולזרימת מידע, יצירת קשר בין המוסד לביטוח לאומי ובין המוסדות הרפואיים אודות התוכנית והדרכה של הרופאים בדבר נוהלי המוסד לביטוח לאומי הקשורים בגימלת סיעוד.

הכנת התוכנית הניסיונית נוהלה בזמן קצר לפני תחילת התוכנית הניסיונית ונמשכה, בפועל, בתקופה הראשונה שלאחר כניסת התוכנית לתוקף. למוסד לביטוח לאומי היה זמן קצר בלבד להכין מסגרת פעולה חדשה כמעט לחלוטין (שכן התוכנית הניסיונית לבני 80-89 שונה מהמסגרת החוקית לבני 90 ומעלה משום היות הבדיקה על ידי רופא בבית הקשיש). עם תחילת התוכנית הניסיונית נוצר מצב שבו מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי שהשתתפו בתוכנית הניסיונית כמו גם המוסדות הרפואיים והרופאים לא ידעו מה מצופה מהם במצבים שונים בהעדר נהלים ברורים. העדר תקשורת מספקת בין הגורמים השונים הובילה לאלתור פתרונות מקומיים של גורמים שונים.

⁴⁸ כמו כן, בשיחות עם פקידי התביעות בסניפים נאמר לנו כי בכמה מקרים קשישים ו/או בני משפחותיהם, שנאמר להם כי לא ניתן לקבל את הערכת התלות כי נערכה במרפאה ולא בבית הקשיש, התרעמו שלמרות ששילמו סכומי כסף של מאות ש"ח ההערכות אינן מתקבלות.
⁴⁹ מראיונות ושיחות שקיימנו עלה כי התגמול נע בין 200 ל-600 ש"ח בגופים שונים.

(7) מתן אפשרות בחירה לא צימצמה את התהליכים הביורוקרטיים. מתן אפשרות בחירה ברופא מומחה בגריאטריה לביצוע הערכת תלות נועדה להקל על תובעי גימלת סיעוד. ההסברה בקרב הציבור ובקרב הרופאים היתה מעטה מדי ולא בהירה מספיק. הדבר הוביל לכך שהן תובעי גימלת סיעוד והן הרופאים לא קיימו את הוראות החוק במקרים רבים – בדיקות נערכו על ידי רופאים במסגרת עבודה פרטית או נערכו בדיקות במרפאות קופות החולים או בבתי חולים; הערכות אלו לא התקבלו על ידי המוסד לביטוח לאומי והוחזרו לתובעים, שנאלצו לחזור על ההערכות או "לבחור" בהערכה על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי. בשל כך, התביעות לגימלת סיעוד שלוו בהערכות תלות על ידי רופאים, שלא נעשו לפי כללי החוק, הטילו עומס רב על פקידי התביעות בסניפי המוסד לביטוח לאומי שהשתתפו בתוכנית הניסיונית ועוררו מורת רוח מצד תובעי גימלת סיעוד ובני משפחותיהם וביקורת על המוסד לביטוח לאומי.

כחלק מאי-הבהירות ששרר בציבור הקשישים ובני משפחותיהם עם ראשית הפעלתה של התוכנית הניסיונית, היו מקרים שתובעי גימלת סיעוד הבינו, לפחות בראשית הפעלת התוכנית הניסיונית, כי הם זכאים לגימלת סיעוד אף בלא בדיקה של רופא וסירבו להיבדק על ידי מעריכות מטעם המוסד לביטוח לאומי. בהדרגה תופעה זו שככה ונעלמה.