

לפי יו"ת 1989



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

**ההפעלה הנסיונית  
של חוק ביטוח סיעוד**

**חלק א'**

מס' 33

מפעלים מיוחדים

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל המחקר והתכנון

**ההפעלה הנסיונית**  
**של חוק ביטוח סיעוד**

חלק א'

ברנדה מורגנשטיין  
שרית ביץ-מוראי  
תמר הרון

ירושלים, אלול תשמ"ט, ספטמבר 1989

## ה ק ד מ ה

מינהל המחקר והתכנון שמח להגיש את החלק הראשון של הדו"ח המסכם של הניסוי המקיף שקדם להפעלת חוק ביטוח סיעוד, שנערך בשנת 1987 במספר ישובים נבחרים בארץ. מטרת הניסוי היתה לבדוק הלכה למעשה את מידת ישימותם ויעילותם של הכלים והתהליכים שתוכננו לקראת הפעלתו המלאה של חוק ביטוח סיעוד באפריל 1988. הישובים שנבחרו לניסוי, רחובות, באר-טוביה, יהוד, וכפר קאסם, נועדו לתת ייצוג לקבוצות אוכלוסיה שונות מבחינה סוציאקונומית וכן לצורות ישוב שונות, כגון ישובים עירוניים וישובים כפריים. הניסוי נערך במגבלת זמן חריפה במיוחד, ובתנאי לחץ קשים, בשל העובדה שהמצאים השוטפים שהתקבלו מהשטח השליכו ישירות על כל המערך הלוגיסטי שתוכנן, ותיקונים, שינויים והתאמות בוצעו מידית, כהיזון חוזר ללקחים שנלמדו מהניסוי.

במהלך הניסוי הוכנו 9 דו"חות מעקב, שהתייחסו להיבטים שונים של המערכת. חלקם בתחום המקצועי וחלקם בתחום המינהלי.

פרסום זה הינו הראשון משני פרסומים שיסכמו סופית את המסקנות והלקחים מהניסוי. הפרסום הנוכחי כולל את ממצאי הניסוי במגוון נושאים ותחומים, ואילו החלק השני, שיתפרסם בעתיד הקרוב יכלול את נתוני המעקב על הקשישים ובני משפחותיהם, שבוצע כמחצית שנה לאחר תום הניסוי.

בהזדמנות זו ברצוני להביע את הערכתי העמוקה לכל העושים במלאכה, במסגרותיהם השונות, על עבודתם המסורה והנאמנה שרק בזכותה ניתן היה להשלים במועד את הניסוי, חרף אילוצי הזמן ומגבלות כח האדם.

תודתי לצוות החוקרים במינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי שעמלו קשה בביצוע המחקר המורכב: לעובדי ענף הסיעוד במוסד לביטוח לאומי, לעובדים המסורים של הרשויות המקומיות, לעובדי המוסד לביטוח לאומי בסניפי הניסוי, לאחיות משרד הבריאות וכן לצוות הבינמשרדי שליווה את מהלך הניסוי בכל שלביו.

מקוצר היריעה פורטו בשמותיהם בפתח הפרסום רק חלק מהאנשים שנטלו חלק בביצוע הניסוי, אך עובדים רבים וטובים נוספים היו שותפים להצלחתו, ולכולם נתונה תודתי.

שלמה כהן  
מנהל אגף מחקר שוטף

רשימת האנשים אשר נטלו חלק בניסוי או בליוי המחקרי\*

צוות המחקר

כרנדה מורגנשטיין  
שרית בייץ-מוראי  
תמר הרון  
אורה חביב

צוות ענף סיעוד

ברכה בן צבי  
אסתר רייס  
חיים לוגסי  
רבקה שי

מרכזת המחקר בשדה

אוהליה אלון

צוות בין משרדי לסיעוד

ברכה בן צבי וצוות סיעוד - המוסד לביטוח לאומי  
שמואל פרידמן - משרד העבודה והרווחה  
בן ציון כרם - משרד העבודה והרווחה  
ראובן באוימל - משרד העבודה והרווחה  
אילה שפירא - משרד העבודה והרווחה  
שמואל צין - משרד הבריאות  
חנה הרשקוביץ - משרד הבריאות  
בת-שבע לוי - משרד הבריאות  
דליה ברוך - משרד הבריאות  
ד"ר לאה צווינגר - קופ"ח הכללית  
ברוך עובדיה - קופ"ח הכללית  
הדסה קירשן - מרכז השלטון המקומי  
אברהם לנדאו - מרכז השלטון המקומי

מנהלי סניפי ביטוח לאומי  
במקומות הניסוי

מנהל סניף רחובות - מ. פלד  
מנהל סניף פתח-תקוה - מ. וגנר

מנהלי לשכות רווחה במקומות

רחובות - דהבא אייל  
מ.א. באר-טוביה - יצחק צאלון  
יהוד - יצחק רוזנברג  
כפר קאסם - סמי ג'אבר

סימול עיבוד ותכנות הנתונים

סטיב שטיין  
תרצה קאופהר  
רבקה ורטמן  
ציונה כהן

שרותי מזכירות והדפסה

אתי שיריזלי

(\* במהלך הניסוי נטלו חלק ותרמו להצלחתו עובדים רבים נוספים: אחיות בריאות הציבור, עובדים סוציאליים של לשכות הרווחה המקומיות ואחיות מרפאות קופת חולים.)

## חברי ועדות מקומיות מקצועיות

### רחובות

פקיד תביעות - ברוך גולדפינגר  
מרכז הוועדה - מלה פולק  
אחות הוועדה - ג'ויס רביב

### באר-טוביה

פקיד תביעות - ברוך גולדפינגר  
מרכז הוועדה - יצחק צאלון  
אחות הוועדה - רחל ענבל

### יהוד

פקיד תביעות - אסתר קצב  
מרכז הוועדה - יצחק רוזנברג  
אחות הוועדה - מיכל זר

### כפר-קאסם

פקיד תביעות - אסתר קצב  
מרכז הוועדה - זיאל עאסם  
אחות הוועדה - לאה קורן

### אחיות משרד הבריאות

אורנה איילון	גילה לב
רינה גונן	רבקה נדיב
מרים דיין	אביגיל צוק
אינגה אנגלשטיין	

## תוכן ענינים

<u>עמוד</u>	
2	I. מבוא
3	II. עקרונות חוק ביטוח סיעוד והליכי ביצועו
	1. תנאי זכאות
	2. גמלת סיעוד
	3. ועדה מקצועית מקומית
6	III. ביצועו הניסיוני של חוק ביטוח סיעוד
	1. מערך הניסוי ומטרותיו
	2. ממצאים
13	2.1 בדיקת אומדנים וסקירת נתוני רקע
17	2.2 אפיוני אוכלוסיית התובעים
22	2.3 תיאור התובעים לפי מוגבלויות ומצב בריאות
24	2.4 אספקת שרותי סיעוד מגורמים פורמליים לפני הניסוי ובמסגרתו
30	2.5 תהליך ההפניה ומקומו של פקיד התביעות בכיצוע החוק
31	2.6 הערכת התלות והצורך בהשגחה
46	2.7 תוכניות הטיפול
57	2.8 סוגיות בעבודת הוועדה המקצועית המקומית
63	2.9 תשומות בתהליך הפעלת חוק ביטוח סיעוד
74	IV. סיכום

## I. מ ב א

גידול היקף האוכלוסייה המזדקנת בארץ, הבעיות הכלכליות, החברתיות והרפואיות המאפיינות את אוכלוסיית הקשישים והמחסור במשאבים ובשירותים הולמים, במיוחד בשירותים סיעודיים למוגבלים בתפקוד יום-יומי, הניעו את מעצבי המדיניות ליזום חקיקה סוציאלית אוניברסאלית בתחום הטיפול הממושך.

חוק ביטוח סיעוד, אשר אושר בכנסת ב-7 באפריל 1986 כפרק מיוחד בחוק הביטוח הלאומי, משלים תהליך ממושך ומורכב, אשר החל עוד ב-1980 כאשר הכנסת חקקה את חוק ביטוח סיעוד כחוק מסגרת. שר העבודה והרווחה דאז מינה ועדה ציבורית, ועדת מן, שהיו חברים בה נציגי משרדי ממשלה ומומחים בתחום הזיקנה והסיעוד. זו התבקשה להציע עקרונות מנחים לניסוח חוק ביטוח סיעוד. בנוסף, הוחל באפריל 1980 להפריש 0.2% מהכנסות העובדים לקרן מיוחדת, כבסיס לביצוע החוק. ב-1983 הגישה הוועדה את המלצותיה. חלקן לא התקבל על דעת נציגי משרדי הממשלה, ובמשך כשנתיים נוספות נמשכו דיוני משרדי העבודה והרווחה, הבריאות, האוצר והמוסד לביטוח לאומי בעניין גיבושו הסופי של החוק.

חוק ביטוח סיעוד שונה בעקרונותיו ובאופן יישומו מן החוקים האחרים של הביטוח הלאומי. אוכלוסיית היעד שלו היא קשישים החיים בביתם בקהילה, ואשר מפאת מוגבלותם הפיסית ו/או הנפשית זקוקים לעזרת אחרים בתפקוד האישי היום-יומי. החוק מבטיח לזכאים גמלת שירותים ובמקרים מסוימים, כאשר אין שירותים זמינים, גמלה בכסף. הגמלה אמורה להשתלב במערכת השירותים, שכבר ניתנים על ידי גורמים פורמליים ולא פורמליים, אך לא לבוא במקומם. ביצועו של החוק מותנה בשיתוף פעולה בין המוסד לביטוח לאומי לבין גורמים ממלכתיים וקהילתיים. צורך זה בשיתוף פעולה טומן בחובו קשיים ומציב אתגרים בפני כל השותפים לביצוע החוק.

## II. עקרונות חוק ביטוח סיעוד והליכי ביצוע

### 1. תנאי זכאות

חוק ביטוח סיעוד מקנה לכל אדם זכאות אישית לגמלה או לשירותים לפי כללים הקבועים בו. החוק חל על כל מי שמבוטח בביטוח זיקנה ושאינם, על עקרת בית שאינה עובדת מחוץ לביתה ועל עולים חדשים, שבעת הגיעם ארצה גילם היה גבוה מ-60.

זכאים לגמלה הם תושבי מדינת ישראל, אישה בגיל 60 וגבר בגיל 65, המוגבלים בתפקודם והעומדים במבחן הכנסות ובמבחן התלות. הגמלה ניתנת לקשישים שמתגוררים בקהילה. קשיש המתגורר במוסד סיעודי או במחלקה סיעודית בבית אבות אינו זכאי לקבלה. מי שגר בבית אבות או בדירוג מוגן, אשר רוב דמי החזקתו אינם משולמים על ידי קופה ציבורית, נחשב כמי שמתגורר בקהילה.

כאמור, הזכאות לגמלת סיעוד מותנית במבחן הכנסות. מבחן הכנסות מנוגד ניגוד גמור להמלצות ועדת מן ולכל עיקרון ביטוחי גבייתי. המוסד לביטוח לאומי הסכים לקביעתו רק מתוך הכרח להתפשר עם אילוצים שנכפו עליו בתקופת הדיונים על קביעת החוק, במגמה להגיע להשלמת החקיקה. מבחן ההכנסות הוא מבחן משפחתי. כללי המבחן לא נקבעו בחוק, אלא נקבעו בתקנות. כתנאי לקבלת גמלה בעין - דהיינו כשירות - נבחנות הכנסותיו של הקשיש ושל בן זוגו בלבד. כתנאי לקבלת גמלה כספית נבחנת בנוסף גם הכנסת בן המשפחה, המטפל בקשיש שגר עמו. הכנסה זו נלקחת בחשבון רק כאשר גובהה שלוש פעמים השכר הממוצע.

על חוק ביטוח סיעוד מופקדים המוסד לביטוח לאומי ומשרדי הרווחה והבריאות גם יחד. משום כך עבודת ההיערכות וההתארגנות לקראת הביצוע היתה מורכבת ביותר. כדבר ראשון הוקם במוסד לביטוח לאומי ענף סיעוד. את תהליך ההתארגנות ליוו מספר ועדות פנימיות של המוסד, ועדת מנכ"לים וועדה ציבורית. עקרונות הביצוע, התהליכים, הנוהלים והתקנות הוצעו על ידי הענף וגובשו בהתייעצות מתמדת עם צוות בינמשרדי. נוסף על נציגיהם המוסכמים של המוסד לביטוח לאומי, של משרד העבודה והרווחה ושל משרד הבריאות היו חברים בצוות זה נציגים של קופת חולים הכללית ושל השלטון המקומי.



גמלת הסיעוד נועדה לאדם התלוי בעזרת הזולת לביצוע פעולות היום-יום או הזקוק להשגחה. עליה לכסות חלק מן ההוצאות הכרוכות ברכישת שירותי סיעוד. במלים אחרות, הגמלה אינה אמורה לכסות את מלוא ההוצאות עבור השירותים הללו. היא משולמת למי שמספק את שירותי הסיעוד, ולא למקבל השירותים. נקבע סל של שירותים, שאותם מכסה הגמלה: טיפול אישי הניתן בביתו של הזקן או במרכז יום, עזרה ביתית, השגחה, הסעות למרכז יום, אספקת חיתולים, שירותי מכבסה, הכנת ארוחות ואספקתן. גמלה כספית מותר להעניק רק כאשר הזכאי לגמלה גר עם בן משפחה המטפל בו ואין שירותים זמינים עבורו, או שהשירותים הקיימים אינם יכולים להינתן במועדים הנקובים בחוק.

החוק קבע שתי רמות תלות של קשיש, ובמקביל גם שתי רמות גמלה: גמלת סיעוד השווה לקצבת יחיד מלאה וגמלה בשיעור בן 150% מקצבת היחיד. רמת התלות של התובע - הקובעת את רמת זכאותו - נבדקת באמצעות מבחן תלות המתבצע בביתו של הזקן על ידי אחות בריאות הציבור. העיקרון המנחה את בדיקת רמת התלות הוא אחידות הבדיקה, האובייקטיביות שלה ומהימנותה, לגבי כל תובע שמתקיימים בו תנאי הזכאות המקדמיים (תושבות, גיל, מבחן הכנסות וכו'). האחות בודקת את מידת התלות של הזקן בזולת בפעולות היום-יום ואת הצורך בהשגחה. ההחלטה בדבר הצורך בהשגחה מתבססת על עדות המשפחה, על התנהגות הזקן בעת ביקור הבית של האחות ועל מסמכים רפואיים. לאור תוצאות מבחן התלות ומידת הצורך בהשגחה ניתן ציון למידת התלות. בודדים, כלומר אנשים הגרים לבד, זוכים לתוספת ניקוד כאשר ציונם במבחן התלות מגיע לפחות ל-2 נקודות. כאשר תובע נמצא זכאי, פקיד התביעות מעביר למרכז הוועדה המקומית המקצועית את התיק, בו מצוין גובה הגמלה שהזקן זכאי לה.

### 3. ועדה מקצועית מקומית

החוק קבע, שעל שר העבודה והרווחה למנות ועדות מקומיות מקצועיות, שהחברים בכל אחת מהן יהיו עובד סוציאלי, אחות ועובד המוסד לביטוח לאומי. על ועדה זו לקבוע את תוכנית הטיפול עבור הקשיש הזכאי לגמלת סיעוד: מה הם שירותי הסיעוד שיש לספק לו במימון הגמלה, ומי יהיו נותני השירותים. כמו כן, מתפקיד הוועדה לדאוג לכך שהשירותים אכן יסופקו, או לחילופין לקבוע במפורש שאין

שירותים זמינים עבור קשיש זה. כאשר לא נמצאים שירותים זמינים במשך 60 יום מתחילת הזכאות, על המוסד לביטוח לאומי לשלם גמלה כספית (במקרה שיש בן-משפחה מטפל), עד אשר ימצאו השירותים.

על פי המלצות הצוות הבינמשרדי מרכז הוועדה הוא עובד סוציאלי בכיר מטעם לשכת הרווחה המקומית, ואחות הוועדה היא אחות בכירה מקופת חולים הכללית. תוכנית הטיפול הנקבעת בוועדה נשענת על עבודת שדה מקיפה, המתבצעת על ידי עובדים המטפלים באופן ישיר בזכאי ובמשפחתו: עובדים סוציאליים מהלשכה ואחיות המרפאות. זאת בהנחה, שאנשי המקצוע המקומיים הם המתאימים ביותר: 1. לקבוע את תוכנית הטיפול ההולמת את צורכי הזקן ולהעריך האם אפשר לספק את השירותים בקהילה; 2. לקשור את הקשר עם ספקי השירותים.

ביצוע החוק נעשה בשני שלבים :

בשלב הראשון, מיד עם אישור החוק ב-1980, פותחה תשתית השירותים הדרושים לטיפול ממושך בקשישים ולפתרון בעיות של מצוקה מיידית בתחומי הטיפול הקהילתי והאשפוז הסיעודי.

השלב שני והעיקרי בביצוע החוק החל באפריל 1988, שנקבע כמועד שממנו אפשר להגיש תביעות לגמלת סיעוד אישית.

### III. ביצועו הניסיוני של חוק ביטוח סיעוד

#### 1. מערך הניסוי ומטרותיו

לאור הצורך להעריך לביצוע החוק הוחלט לערוך תחילה בדיקה ניסיונית של תהליך היישום בפועל של מרכיבי החוק, לפי מודל שנקבע מראש (ר' תיאור סכמטי), מבלי להתייחס למורלים אפשריים אחרים. הניסוי החל באופן רשמי ב-1.5.87, לאחר הכנות אינטנסיביות. האחריות לניהולו הארגוני של הניסוי ולהערכתו באמצעות מחקר הוטלה על המינהל למחקר ולתכנון של המוסד לביטוח לאומי, וכל משרד היה אחראי על הביצוע המקצועי שבתחום טיפולו, כדקלמן: משרד הבריאות היה אחראי על עבודת אחיות בריאות ציבור, ענף סיעוד היה אחראי על פקידי התביעות ועל עבודת הוועדות; קופת חולים היתה אחראית על האחיות החברות בוועדות; ומשרד העבודה והרווחה היה אחראי על הכנת התיקים לדיון בוועדות המקומיות באמצעות מרכזי הוועדות. מכוח עיקרון זה ובשל הרצון לתת הדרכה מעשית לתפקידים השונים ניתנה הדרכה מקצועית נפרדת לכל בעל תפקיד (פקידי התביעות, אחיות בריאות הציבור וחברי הוועדות המקומיות) על ידי המשרד הרלבנטי. נקבעו דרכים ונוהלים לשיתוף פעולה בין המשרדים השונים. פגישות מעקב התקיימו עם העובדים במקום, לצורך קבלת היזון חוזר ומתן הדרכות נוספות. התהליך היה דינמי ומשתנה, ויש לציין כי רמת המעורבות של כל העוסקים בניסוי היתה גבוהה ביותר.

מטרות הניסוי הספציפיות היו כדלקמן:

1. בדיקת תהליכי העבודה של מנגנוני הביצוע המקצועיים והמינהליים של החוק, שנקבעו על ידי הצוות הבינמשרדי, כדי לעמוד על תקפותם ועל עלותם, ובעיקר על יעול אפשרי. זאת בהתייחס לזרימת המידע באמצעות הטפסים ובאמצעות כלי הדיווח שהוכנו, ובהתייחס למערכת המחשוב.

2. איסוף נתונים עבור מחקר ההערכה שהתמקד בעיקר באיפיוני אוכלוסיית התובעים והזכאים, בשירותים הזמינים שניתנו ובתרומת החוק לאוכלוסיית הזכאים ולבני המשפחה המטפלים. המחקר התייחס להבדלים בין קבוצות האוכלוסייה הבאות: זכאים ולא זכאים לגמלת סיעוד; אוכלוסייה המוכרת לשירותי הרווחה ולקופת חולים ואוכלוסייה שאינה מוכרת להם.

3. בדיקת ההנחות שהינחו את מתכנני החוק בעת קביעת תהליך העבודה המתייחסות ל:1) גודל האוכלוסייה העשויה לתבוע גמלה ואפיוניה, במיוחד מידת מוגבלותה; 2) אחוז הזכאים מכלל הפונים; 3) דפוסי שיתוף הפעולה בין המשרדים; 4) מידת כיסוי הצרכים לפני הגשת התביעה ואחריה, וכו'.

4. בחינת היבטים שטרם התבררו: אפשרות להשתמש במידע רפואי בקביעת הזכאות; צורת ניקוד מבחן התלות; אפשרות לספק שירותים זמינים בהתאם לצרכים ולתוכנית הטיפול; היקף עבודת המטפלים הישירים (כגון, מידת הצורך בביקורי בית של העובדת הסוציאלית); הקשר בין הגורמים האחראים על ביצוע החוק; מערך התשלומים וכו'.

תכנון הניסוי, השאלות המחקריות והכלים לאיסוף הנתונים נקבעו על ידי צוות המחקר בתיאום עם נציגי הצוות הבינמשרדי, שהתבקשו להציג את השאלות והסוגיות החשובות בעיניהם. בשל חשיבותם של התיאום ושל שיתוף הפעולה בין מבצעי המחקר לבין הגורמים אשר תכננו את תהליך ביצוע החוק, נעשה ניסיון להפריד בין האחראיות למחקר לבין האחראיות התפעולית. מאחר שהניסוי כלל הן את עצם ביצוע החוק והן איסוף נתונים לצורך הערכה, הופרדו ככל האפשר בין הטפסים שנועדו לאיסוף נתונים הדרושים לביצוע החוק לבין כלי המחקר. זאת במגמה להבטיח, ככל האפשר, את ביצוע החוק במתכונתו המתוכננת.

הניסוי נערך בעיר רחובות, במועצה האזורית באר-טוביה, במועצה המקומית יהוד וביישוב הערבי כפר קאסם. יישובים אלה נבחרו בתיאום עם משרד הרווחה ומשרד הבריאות, על פי הקריטריונים הבאים:

1. מתן ייצוג לצורות יישוב שונות (יישוב עירוני, מועצה מקומית, יישוב קהילתי-כפרי, יישוב ערבי) והבטחת ייצוגן של אוכלוסיות הטרוגניות מבחינה חברתית-כלכלית.

2. מתן ייצוג ליישובים שתהליכה בהם ועדות מדגם א' ומדגם ב' כדי שאפשר יהיה לבחון את ההכדלים בין נוהלי העבודה של הוועדות המקומיות בשני דגמים אלה. (1)

3. ליישובים שמספר תושביהם בתקופת הניסוי אינו גדול מדי. זאת, מצד אחד כדי להימנע מעומס יתר של תביעות וכדי לאפשר בדיקה נאותה של תהליך העבודה על כל היבטיו, ומצד שני כדי לאפשר התייחסות לכל האוכלוסייה הפוטנציאלית במקום, ולקבל בדרך זו ממצאים המייצגים את כל היישוב. מסיבות אלו הוחלט לא לערוך את הניסוי בעיר גדולה מאוד כתל-אביב, כירושלים או כחיפה.

---

1. בתכנון הפריסה הארצית של הוועדות המקומיות נקבעו שני סוגי ועדות: ביישובים שיש בהם יותר מ-6000 קשישים (לדוגמה רחובות) יש ועדה מדגם א', ואילו ביישובים שבהם מספר הקשישים קטן יותר יש ועדה מדגם ב'. מכיוון שבדגם א' יש לצפות למספר גדול של תביעות סיעוד, ולפיכך לשיבות תכופות יותר של הוועדה המקומית, ישיבות הוועדה מתנהלות בלשכת הרווחה; ואילו בדגם ב', שבו צפוי מספר קטן יותר של תביעות, והוועדה המקומית מתכנסת בו בתדירות נמוכה יותר, ישיבו תיה מתקילות בסניף הביטוח הלאומי האזורי.

ביצוע חוק ביטוח סיעוד בשלב הנסיוני - תיאור טכמי

הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי

פקיד תביעות - בדיקת תנאים מקדמים ומבחן הכנסות ---> דחיה על סמך תנאים מקדמים ומבחן הכנסות

רופא המוסד\* - סינון תלות, במידת האפשר, על סמך נתונים רפואיים

אחות בריאות הציבור - ביקור בית לעריכת מבחן תלות, כולל הערכת הצורך בהשגחה

פקיד תביעות - קביעת רמת הזכאות ושיעור הגימלה; דחיה לפי רמת התלות.

מרכז הוועדה המקצועית המקומית - מיון ראשון והעברת התיק לעובדת סוציאלית בלשכת הרווחה לצורך הכנת הצעת תוכנית טיפול. התיעצות העובדת הסוציאלית עם אחות המרפאה וביקור בית אצל הזקן ומשפחתו, לפי הצורך.

דיון בוועדה המקצועית המקומית - קביעת תוכנית טיפול והוראת ביצוע: סוגי שירותים וספקים.  
- החלטה על האחראיות למעקב.  
- דיונים חוזרים, שינויים בתוכניות הטיפול.

נותני שירותים - עריכת חשבונות על מתן שירותים והעברתם למרכז הוועדה לאישור.

פקיד תביעות - הודעה לזכאי על: הזכאות, תוכנית השירותים, ספקי השירותים ואיש הקשר (אחות או עו"ס האחראית למעקב).

המוסד לביטוח לאומי - משרד ראשי - דיווח תקופתי לוועדה המקומית ולפקידי התביעות על ביצוע תוכניות הטיפול.  
- קבלת אישורי חשבונות ממרכזי ועדות  
- העברת תשלום לספקי השירותים.  
- מעקב, ליווי ופקוח אחרי תזרים התבעיות ואחרי הזכאים, התשלומים וכו'.

(\* שלב זה בוטל במרוצת הניסוי לאחר להתברר כי אינו מקצר את התהליך או מיעל אותו.)

4. יישובים שכבר יש בהם שירותים מפותחים ודפוסי שיתוף פעולה טובים בין המשרדים השונים, שכן הימצאם מאפשר להתחיל בניסוי תוך זמן קצר, יחסית, ומחייב השקעה מינימלית בהכנת תשתית ובהכשרה.

5. הימצאם של אנשי מקצוע בעלי רמה גבוהה, אשר יוכלו ללמוד במהירות את עקרונות החוק ולסייע בהמשך ביצועו גם בעתיד.

6. יישובים אשר יש בהם מרכזי יום לקשישים (רחובות ובאר-טוביה) וזאת כדי לבחון באיזו מידה הגמלה משמשת לכיסוי הוצאות השירותים הניתנים על ידי מרכזים אלה.

ההיערכות במקומות היישוב לקראת הניסוי תוכננה בקפידה בשיתוף פעולה עם הגורמים המקומיים. הדגש הושם על:

- מתן הסברים כלליים לאנשי מקצוע בתחומים השונים על מטרות החוק ועל צורת ביצוען. הכוונה היתה ליצור קשר עם כל העובדים העשויים להיות קשורים להפניה של הקשישים למוסד לביטוח לאומי לשם הגשת תביעה (עובדים סוציאליים, אחיות ומתנדבים בתחנות היעוץ לקשיש) או קשורים בדרך אחרת לביצוע חוק ביטוח סיעוד.

- הקמת צוותי היגוי מקומיים שילוו את הניסוי.

- מתן פרסום נרחב לעקרונותיו של חוק ביטוח הסיעוד והסברים על אופן הגשת התביעה. המידע הועבר ישירות לאנשי המקצוע באמצעות עלוני הסברה, וכך פורסם בעיתונות מקומיות ובכרזות שהוצבו במקומות ציבוריים.

להלן מספר נקודות, שנחוץ יהיה להתחשב בהן בשלב של הסקת המסקנות:



במקומות, שבהם בוצע הניסוי היתה תשתית טובה של כוח אדם מקצועי ומיומן וכן דפוסי עבודה המבוססים על שיתוף פעולה ושירותים זמינים מגוונים. כזכור, אפיון זה היה אחד הקריטריונים לבחירת המקומות הללו כדי לבחון בהם את התהליכים והמנגנונים לביצוע החוק במלואם כמודל שאליה יש לשאוף גם במקומות אחרים. לכן אין בממצאים כדי לייצג את כל קשת השאלות העשויות להתעורר בשלב הביצוע הארצי, כגון ההכשרה המקצועית של כוח האדם וההשקעה בפיתוח השירותים במקומות שבהם שירותים אלה חסרים. ברור, שאי אפשר ללמוד מרחובות ומהמועצה האזורית באר-טוביה, על כל הבעיות הכרוכות בהפעלת החוק בעיר כמו תל-אביב, שיש בה ריכוז גבוה של קשישים ואשר עד לפני הפעלת החוק היו בה, יחסית מעט שירותים. זאת ועוד: לאור העובדה שמדובר בניסוי בהיקף מצומצם, ההשקעה המקצועית בליווי ובמעקב שוטף, במיוחד בהתייחס לעבודת הוועדות המקומיות, היתה גדולה מאוד, דבר שאינו אפשרי בעת הביצוע השוטף של החוק.



מעריך המחקר - תיאור סכמטי

כלי המחקר	הנושאים העקריים שנבחנו בכל שלב	תאור השלב וזמן הביצוע
<p>- רישום אוכלוסין, סקרים</p> <p>- חומר הנמסר בכתב ובע"פ מאנשי השרותים</p> <p>- סופס מחקר: "סופס מידע מגורם מספל"</p> <p>- מלוי הסופס בארגוני הקהילה-קופ"ח ורווחה.</p>	<p>1. ריכוז נתונים כלליים על גודל אוכלוסיית הזקנים בארץ בכלל ובמקומות הניסוי בפרט, לדבות שיעורי מוגבלות</p> <p>2. מיפוי השירותים באזורי הניסוי לפני הפעלת החוק</p> <p>3. איסוף מידע (ברמת הפרט) על קבלת שירותים מגורמים בקהילה:</p> <p>א. שיעורי התובעים בקרב מקבלי השירותים השונים לפני הגשת התביעה</p> <p>ב. שיעור התובעים המוכרים לשירותים מלפני התביעה</p>	<p align="right">שלב I</p> <p align="right"><u>היערכות לניסוי</u></p> <p align="right">ינואר - מרץ 1987</p> <p align="right">מתן הדרכה לאנשי מקצוע מקומיים ולמשתתפי הניסוי - פקיד תביעות, אחיות ועוזבים סוציאליים.</p> <p>1. איסוף נתוני רקע</p> <p>2. אומדן אוכלוסיית היעד</p> <p align="right">שלב II</p> <p align="right">אפריל 1987 - מרץ 1988</p> <p align="right"><u>ביצוע הניסוי</u> - הפעלת החוק באורח ניסיוני ואיסוף נתונים</p>
<p>- סופס</p> <p>- סופס ענף: "סופס תביעה"</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון לפקיד תביעות"</p> <p>- סופס ענף: "סופס הערכת תלות"</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון לאחות"</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון למספל עיקרי"</p> <p>- הודעת דחיה וזכאות לפונה, הודעה לוועדה</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון למרכז הועדה"</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון לעובד סוציאלי"</p> <p>- סופס ענף: "סופס החלטת ועדה"</p> <p>- סופס מחקר: "תצפית על ישיבת ועדה"</p> <p>- סופס ענף: "הוראת השלום"</p>	<p>1. מאפייני אוכלוסיית הקשישים הפונים</p> <p>2. תהליך ההפניה; בעיות בתהליך</p> <p>3. בדיקת המצב התפקודי היומיומי של הזקן</p> <p>4. תהליך הערכת תלות</p> <p>5. הכרת מסגרת הסיוע לזקנים ולמשפחותיהם; בחינת עומס הטיפול על בני המשפחה המטפלים.</p> <p>6. קביעת רמת הזכאות ושיעורי הגמלה</p> <p>7. תהליך הכנת תוכנית הטיפול לזקן הזכאי</p> <p>8. תהליך עבודת השדה של המטפלים הישירים ובדיקת העומס המוטל עליהם</p> <p>9. ישיבות ועדה דיונים ואישור התוכנית</p> <p>10. ביצוע תוכניות הטיפול בפועל</p> <p>11. בדיקת לוח הזמנים</p>	<p>1. בדיקת התהליך</p> <p>2. בדיקת אוכלוסיית התובעים הזכאים</p> <p align="right">שלב III</p>
<p>- סופס מחקר: "ראיון חוזר של המספל העיקרי"</p> <p>- חומר המועבר בכתב על ידי ארגוני הרווחה וקופ"ח בקהילה</p>	<p>1. בדיקת תרומת החוק והשפעתו על רווחת הזקן</p> <p>2. בדיקת השפעת החוק על העומס הנפשי והפיו של בני המשפחה המטפלים</p> <p>3. בדיקת מתן השירותים בפועל</p> <p>4. איסוף מידע (ברמת הפרט) על קבלת שירותים מגורמים בקהילה במשך הניסוי</p>	<p align="right"><u>מעקב מחקרי</u></p>

## 2. ממצאים

שלבי המחקר תוכנו בהתאם למטרות הניסוי:

השלב הראשון נועד לבדיקת תקפות האומדנים שנאמדו לפני הניסוי ולעדכנם במידת הצורך לקראת יישום החוק.

השלב השני, שהוא השלב העיקרי של הניסוי, נועד לבדיקת התהליך, בעיותיו והישגיו, בחינת האוכלוסייה התובעת המוגבלת לסוגיה ובחינת רשתות התמיכה הפורמליות והבלתי פורמליות שלה. בשלב זה נבדקו גם המערכות והפעולות, שצורת שילובן ותרומתן האפשרית לתהליך היו בלתי ברורות.

השלב השלישי, הוא שלב המעקב, נועד לבדיקת היבטים הקשורים ליישום המעשי של החוק בשטח ובחינת תרומתו הראשונית של החוק לזכאים ולמשפחותיהם המטפלות בהם. כמו כן נאספו בו נתונים על היקף השירותים אשר ניתנו על ידי גורמים בקהילה במשך שנת הניסוי.

### 2.1 בדיקת האומדנים וסקירת נתוני הרקע

בסיום הניסוי התקבלה התמונה הבאה על היקף מיצוי הזכויות (ראה לוחות מס' 1 ומס' 2). מספר התביעות הכללי היה קטן מהצפוי - 541 האנשים אשר הגישו תביעה הם 56% בלבד מ-963 התובעים הפוטנציאליים על פי האומדן. נראה שהסיבה העיקרית לכך היא מידת הפרסום שניתן לחוק: מאחר שדובר בניסיון, היה הפרסום באמצעות שירותי הבריאות והרווחה ובכלי התקשורת המקומיים בלבד. סביר, שדבר ביצוע הפרוייקט לא הגיע לידיעת חלק מהאוכלוסייה, ואכן רוב הפונים (72%) פנו בעיקר בעקבות הפניית אנשי המקצוע, לעומת 14% בלבד שפנו בעקבות חשיפה לפרסום בכלי התקשורת.

נמצאו הבדלים בשיעורי התביעה בין ארבעת הישובים שנטלו חלק בניסוי. בישובי המועצה האזורית באר-טוביה יש לתושבים קשר הדוק עם הממסד ועם אנשי המקצוע המטפלים בהם ולכן, כנראה אחוז התובעים היה גבוה יחסית. ייתכן, שמספר הפונים בכפר קאסם היה גדול - כפליים מן האומדן - בגלל קוטנה של אוכלוסיית הכפר ומהירות התפשטות המידע בה, ואף בגלל תחושתם של מספר גדול מהצפוי של זקנים מוגבלים, כי הם עשויים להימצא זכאים. האחוז הנמוך של תובעים ביהוד, שהוא ישוב קטן יחסית, אולי נובע מדפוס הטיפול במקום - בעיקר על ידי המשפחה - כפי שהעידו גם אנשי השירותים בישוב.

לוח מס. 1: מספר התובעים בהשוואה לאומדנים (מספרים מוחלטים)

הישובים בניסוי	סה"כ (1) אוכלוסיית הקשישים (1986)	אומדן מספר התובעים (2)	מספר התובעים בפועל	אחוז התובעים בפועל מן האומדן
סה"כ	10,946	963	541	56%
רחובות	8,440	743	365	49%
מ.א. באר-טוביה	910	80	67	84%
יהוד	1,360	119	67	56%
כפר קאסם	236	21	42	200%

(1) על פי נתוני הרשויות המקומיות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

(2) אומדן מספר התובעים - כ-8.8% מכלל האוכלוסייה במקום - מייצג את שיעור הקשישים בקהילה שיש ליקוי כלשהו בכושר תפקודם. הערכה זו מתבססת על נתוני סקר קשישים שנערך בבני-ברק. ר' זילברשטיין י., צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים, בני ברק 1979. מורגנשטיין ב., היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואספקתם על ידי המשפחה וגורמים בקהילה. המוסד לביטוח לאומי 1984.

לוח מס. 2: מספר הזכאים בפועל בהשוואה לאומדנים

הישובים בניסוי	אומדן (1) מספר הזכאים	מספר (2) הזכאים בפועל	אחוז הזכאים בהשוואה לאומדן	אחוז הזכאים (בקרב 3) התובעים	אחוז הזכאים בקרב האוכלוסייה
סה"כ	306	321	105%	59%	2.9%
רחובות	236	228	97%	62%	2.7%
מ.א. באר-טוביה	25	40	160%	60%	4.4%
יהוד	38	38	100%	57%	2.8%
כפר קאסם	7	15	214%	36%	6.3%

- 1) האומדן חושב על פי שיעור הקשישים הסובלים ממוגבלות תפקודית ברמה סיעודית הדורשת לפחות 12 שעות טיפול אישי בשבוע - 2.8% זכאים מכלל האוכלוסייה הקשישה במקום. מקור הנתונים : כנ"ל.
- 2) שלושה תובעים שנידחו נמצאו זכאים לאחר הגשת תביעה חוזרת.
- 3) כאשר נלקחים בחשבון כלל התובעים, כולל 7% שלא עברו מבחן תלות.

יש לציין, שאחוז הזכאים בקרב התובעים דומה בכל מקומות הניסוי, להוציא כפר קאסם, שאחוז הזכאים בקרב התובעים היה נמוך יחסית, בגלל מספר התביעות הגבוה. למרות שמספר התובעים בפועל היה נמוך מהמצופה, אחוז הזכאים 2.9% מכלל אוכלוסיית הקשישים דומה לאומדן, ואף גבוה ממנו במעט. שיעור המצוי הגבוה נבע ממעורבותם של אנשי המקצוע המטפלים. אלה ביצעו סינון מוקדם ושלחו להגיש תביעה בעיקר את המוגבלים ביותר, המתאימים בעיניהם לקריטריוני מבחן התלות. רחובות ויהוד דומים בכך שמספר הזכאים בפועל היה נמוך מן האומדן, ואילו יישובי המועצה האזורית באר-טוביה וכפר קאסם היו דומים בכך שמספר הזכאים בהם היה גדול מן האומדן פי 1.5 ופי 2, בהתאמה. ייתכן שההבדל בין שתי קבוצות היישובים נובע מההבדלים התרבותיים בין יישובים

עירוניים ליישובים כפריים ובין המגזר היהודי לערבי: ביישובים כפריים ובמגזר הערבי, שבהם ממעטים להיעזר בסידורים מוסדיים - מספר הזקנים הסיעודיים המתגוררים בקהילה גדול יותר, ולכן גם גדול יותר מספר הזכאים לביטוח סיעוד.

בסיכום אפשר לומר, כי בעוד ששיעור התובעים במסגרת הניסוי היה נמוך מהאומדנים, שיעור הזכאים במסגרת זו, כלומר שיעור מיצוי הזכויות, תאם את האומדנים.

לוח מס. 3 מציג את התפלגות התובעים, לפי היישובים שהשתתפו בניסוי ולפי רמות הזכאות.

כאמור, החוק קובע שתי רמות זכאות לפי הניקוד המתקבל במבחן התלות:

- 2.0-0 נקודות - אין זכאות (נדחים)
- 6.0-2.5 נקודות - זכאות לגמלה ברמה הנמוכה
- 6.5+ נקודות - זכאות לגמלה ברמה הגבוהה

לוח מס. 3: התפלגות התובעים, לפי יישוב ורמת הזכאות (אחוזים)

היישובים בניסוי	סה"כ תובעים		לא זכאים	זכאים לרמה הנמוכה	זכאים לרמה הגבוהה	לא נבחנו במבחן התלות (1)
	מספרים	אחוזים				
סה"כ	541	100	34	39	20	7
רחובות	365	100	28	40	23	9
באר-טוביה	67	100	37	33	27	3
יהוד	67	100	43	48	9	-
כפר קאסם	42	100	59	29	7	5

(1) 38 תובעים (7%) נגרעו מן הניסוי עוד לפני שעברו מבחן תלות מהנסיבות הבאות: 12 נפטרו; 5 אושפזו או מוסדו; 5 הפסיקו לשתף פעולה; 2 שינו את כתובתם ויצאו מאזור הניסוי; 2 נדחו בגלל היעדר תקופת אכשרה וגיל מינימלי; 12 נשרו מסיבות בלתי ברורות. אם נוציאם מאוכלוסיית התובעים שיעור הזכאות הינו 64%.

בלוח מס. 3 אפשר לראות, ש-34% מהתובעים נדחו, 39% נמצאו זכאים ברמה הנמוכה, ו-20% ברמה הגבוהה. שיעור הנדחים הגבוה ביותר נמצא בכפר קאסם - 60% לעומת 34% בקרב כלל התובעים. בקבוצת הזכאים כולה כשני שלישים נמצאו זכאים ברמה הנמוכה וכשליש ברמה הגבוהה. ביהוד ובכפר קאסם הסתמן דפוס שונה - שיעור הזכאים ברמה הגבוהה היה נמוך, יחסית: ביהוד 9% מהתובעים היו זכאים ברמה הגבוהה, ובכפר קאסם 7% מהתובעים, כלומר שלושה אנשים בלבד, זכו בגמלה ברמה של 150%. בשל מספר התובעים הקטן אי אפשר לקבוע מה סיבת הבדלים אלה.

## 2.2 איפיוני אוכלוסיית התובעים

אוכלוסיית התובעים הכוללת גברים בגילאי 65 ומעלה ונשים בגילאי 60 ומעלה, נבחנה לפי המשתנים הדמוגרפים מין, גיל, הרכב משק הבית ושנת עלייה. לוח מס' 4 מציג את ההתפלגות לפי מיון של אוכלוסיית הקשישים בישראל ובאזורי הניסוי באותם הגילאים, ואת התפלגות התובעים. אחוז הנשים התובעות גבוה משיעור הנשים בגילאים אלה באוכלוסיית ישראל. רק בכפר קאסם שיעור הגברים התובעים גבוה יחסית לשיעורם בין קשישי הכפר; 43% מול 40%.

לוח מס. 4: היחס בין גברים לנשים באוכלוסיית הזקנים\* ובקרב התובעים

נשים (אחוזים)	גברים (אחוזים)	סה"כ (מספרים)	מקום	
62	38	464,500	מדינת ישראל	אוכלוסייה
62	38	8,440	רחובות	
60	40	910	באר-טוביה	
60	40	1,360	יהוד	
60	40	236	כפר קאסם	
<hr/>				
66	34	541	סה"כ	תובעים
65	35	365	רחובות	
69	31	67	באר-טוביה	
69	31	67	יהוד	
57	43	42	כפר קאסם	

\* המקור: שנתון סטטיסטי 1987 ונתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. כולל גברים בגילאי 65 ומעלה ונשים בגילאי 60 ומעלה.

לוח מס. 5 מציג את התפלגות אוכלוסיית הזקנים בארץ - גברים בני 65 ויותר ונשים בנות 60 ויותר - ואת התפלגות קבוצת התובעים לפי גיל ומין. אוכלוסיית התובעים מבוגרת יותר מאשר אוכלוסיית הקשישים הכללית: שיעור בני ה-80 ויותר הוא 40% בקרב התובעים, אך הוא 14% בלבד בכלל האוכלוסייה הקשישה. אצל הגברים מגמה זו בולטת יותר מאשר אצל הנשים: בקרב הגברים שתבעו 50% הם בני 80 ויותר ובקרב הנשים שתבעו רק 35% כגיל זה, ואילו באוכלוסייה הכללית בני ה-80 ויותר הם רק 17% מהגברים ו-12% מהנשים.

לוח מס. 5: התפלגות כלל הקשישים והתובעים, לפי מין וגיל (אחוזים)

ה ת ו ב ע י ם			ה ק ש י ש י ם			ג י ל
נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	
335	168	503	288,100	176,400	464,500	סה"כ מספרים
100	100	100	100	100	100	סה"כ אחוזים
6	-	4	29	-	18	64-60
12	11	12	22	31	26	69-65
19	14	17	21	29	24	74-70
28	25	27	15	23	18	79-75
17	32	22	8	11	9	84-80
18	18	18	5	6	5	85+



לוח מס. 6 מציג את אוכלוסיית התובעים לפי מין והרכב משק הבית המעיד גם על מצבו המשפחתי של התובע.

לוח מס. 6: התפלגות התובעים, לפי הרכב משק בית ומין (אחוזים)

הרכב משק הבית	סה"כ אוכלוסיית הקשישים	סה"כ התובעים	גברים	נשים
סה"כ מספרים	464,500	535	183	352
סה"כ באחוזים	100	100	100	100
זקן בודד	27	31	20	37
זקן+בן זוג	50	41	58	32
זקן+בן-זוג+ילדים ו/או אחרים	11	7	12	4
זקן+ילדים ו/או אחרים	12	21	10	27

כמחצית התובעים היו נשואים. בקרב הגברים 70% היו נשואים, ואילו בקרב הנשים 36% בלבד. אחוז המתגוררים בגפם היה 31%, והוא גבוה יותר מאחוז הכוודדים בקרב אוכלוסיית הקשישים בארץ. לנשים ללא בני זוג אופיני יותר מאשר לגברים לגור עם הילדים: 42% מהנשים ללא בני זוג גרות עם ילדיהן לעומת 30% מהגברים האלמנים או גרושים.

הלוחות הבאים מציגים את התפלגות התובעים לפי המשתנים הדמוגרפיים שהוצגו בלוחות הקודמים ולפי רמת הזכאות. אחוז הנשים הזכאיות בקרב הנשים התובעות היה 62%, ואילו האחוז המקביל בקרב הגברים היה 66%. בהתייחס לסוגי הגימלאות, נמצא ששיעור מקבלי הגמלה הגבוהה אצל הגברים גבוה יותר מזה של הנשים (ראה לוח מס. 7).



לוח מס. 7: התפלגות התובעים שעברו מבחן תלות, לפי מין ורמת זכאות (אחוזים)

מין	תובעים		לא זכאים	זכאים ברמה הנמוכה	זכאים ברמה הגבוהה
	מספרים	אחוזים			
סה"כ	501	100	36	42	22
גברים	167	100	33	41	25
נשים	334	100	38	42	20

לוח מס. 8: התפלגות התובעים, לפי הרכב משק בית ורמת זכאות (אחוזים)

משק בית	תובעים		לא זכאים	זכאים ברמה הנמוכה	זכאים ברמה הגבוהה
	מספרים	אחוזים			
סה"כ	501	100	36	42	22
בודד	158	100	40	42	18
זקן + בן זוג	213	100	35	41	24
זקן+בן זוג+ילדים	34	100	26	47	26
זקן + ילדים	105	100	36	41	23

כאמור, אחוז כלל הזכאות היה 64%. אצל הבודדים שיעור הזכאות נמוך יותר - 60%, ואילו אצל הזקנים הגרים עם בני זוגם וילדיהם גבוה יותר - 74%. ייתכן, שיש קשר בין רשת התמיכה לבין דפוסי התביעה והזכאות: זקנים שהם בודדים, או שרשת התמיכה שלהם חלשה, יזדרזו להגיש תביעה בגלל תחושת חוסר ביטחון בעוד זקנים החיים בחיק משפחתם, ושנראה כי הם

חשים עצמם מוגנים יותר, ידחו הגשת תביעה עד שמצבם יהיה חמור במיוחד. אפשר לראות זאת גם בבדיקת ההתפלגות לפי הרכב משק בית, זכאות מין. לפי התפלגות זו שיעור הנשים החיות עם בני זוגם והזכאיות לגמלה ברמה הגבוהה היא 24% לעומת 15% בלבד אצל הנשים הבודדות. יצויין, ששיעור הגברים הזכאים לגמלה ברמה הגבוהה גבוה מזה של הנשים בכל הקבוצות, להוציא קבוצת הקשישים החיים עם בת זוגם, שאצלם שיעור הגברים שווה לשיעור הנשים.

לוח מס. 9: התפלגות התובעים, לפי גיל וזכאות (אחוזים)

זכאים ברמה גבוהה	זכאים ברמה נמוכה	לא זכאים	תובעים		גיל
			מספרים	אחוזים	
22	42	36	100	501	סה"כ
21	32	47	100	19	64-60
12	41	47	100	58	69-65
18	41	41	100	87	74-70
27	37	36	100	135	79-75
21	47	32	100	109	84-80
25	46	29	100	93	85+

לוח מס. 5 שיקף את עליית שיעורי קבוצות הגיל הגבוה בקרב התובעים, וזאת בהשוואה לשיעורי התפלגותם באוכלוסייה. לוח מס. 9 אפשר לראות כי שיעורי הזכאים עולים עם הגיל. שיעור הזכאים בגיל 60-69 - 53% בלבד, והוא עולה ל-59% בגיל 70-74, ל-64% בגיל 75-79 (שהוא גם השיעור הכללי של הזכאים) ומגיע ל-71% בגיל 85 ויותר.

לוח מס. 10 - התפלגות התובעים, לפי שנת עלייה וזכאות  
(אחוזים)

שנת עלייה	תובעים		סה"כ	לא זכאים	זכאים לרמה הנמוכה	זכאים לרמה הגבוהה
	מספרים	אחוזים				
סה"כ	501	100	100	36	42	22
ילידי הארץ	55	11	100	49	31	20
עלו עד 1947	89	18	100	31	40	28
עלו ב-1948-1952	185	37	100	35	44	21
עלו ב-1953-1966	68	14	100	31	46	23
עלו מאז 1967	103	21	100	39	43	18

מלוח מס. 10 עולה, שמספר התובעים ילידי הארץ קטן יחסית, וכי חלק הארי הוא של אנשי העליות ההמוניות, בעיקר זו של השנים 1948-1952. בקרב ילידי הארץ שיעור הדחיה גבוה - 49% לעומת 36% במוצע בכלל התובעים. שיעורי הזכאות גבוה אצל התובעים שעלו בשנים 1953-66 ובקרב העולים שהגיעו ב-1947 גבוה במיוחד שיעור הזכאים ברמה הגבוהה - 28% לעומת 22% במוצע.

2.3. התובעים לפי מוגבלויות ומצב בריאות

בעת הגשת התביעה, התובעים נתבקשו לציין בטופס התביעה את תחומי התפקוד, שבהם הם זקוקים לעזרה. 72% מהם ציינו את הניקיון האישי (בעיקר רחצה) כתחום שבו הם מתקשים במיוחד לתפקד באופן עצמאי. חלק קטן ציין את האכילה והשתייה (39%) או את ניהול משק הבית (31%) כתחום הקשה ביותר. 39% מן התובעים ציינו שהם נעזרים בהליכון או במקל הליכה, ו-13% מהם נעזרו בכיסא גלגלים.

שליש מאוכלוסיית התובעים היה מאושפז בבית חולים במרוצת שלושת החודשים שקדמו ליום הגשת התביעה. מחציתם היתה מאושפזת 10 ימים או פחות, רבע 11 יום עד חודש, והיתר יותר מחודש. על פי דיווח רפואי המצורף לטופס התביעה, שלישי מהתובעים סבלו מאירוע רפואי חריף (ניתוח, התקף לב, אירוע מוחי) לפני הגשת התביעה.

בהתאם לדו"חות רפואיים אלה, כשני שלישים מאוכלוסיית התובעים נוטלים תרופות. שיעורים נמוכים מקבלים טיפולים מיוחדים כגון: זריקות, טיפול כימי, הקרנות, דיאליזה, פיזיותרפיה וכו'. זקנים רבים משתמשים באביזרי עזר בחיי היום יום.

מקורות העזרה העיקריים שצוינו הם קרובי משפחה שאינם מתגוררים עם התובע (26%), בן הזוג (19%), בני משפחה אחרים המתגוררים יחד עם התובע (16%) ומטפלת או עוזרת בתשלום (21%). אפשר לקבוע אפוא, שמקור העזרה המשמעותי ביותר לתובעים הוא, כצפוי, בני המשפחה.

כצפוי, לאוכלוסיית התובעים אופייני שיעור גבוה של מחלות כרוניות בהשוואה לאירועים אקוטיים. תופעה אופיינית נוספת לרובם היא סבל ממספר מחלות כרוניות.

לוח מס. 11: שיעור התובעים הסובלים ממחלות כרוניות\*

סוג המחלה	שיעור התובעים הסובלים ממחלה זו (אחוזים)
כלי הדם	62
המערכת הניאורולוגית	31
מערכת השלד והעצמות	29
עיניים	16
הפרשות	12
סוכרת תרואיד ובלוטת התריס	12
כלי הנשימה	11
מערכת העיכול	11
המערכת הפסיכית	11

\* על פי הדו"חות הרפואיים שצורפו לטופס התביעה. מאחר שאפשר היה לציין מספר מחלות, הסה"כ אינו מסתכם ב-100%.

2.4 אספקת שירותי סיעוד על ידי גורמים פורמליים בקהילה לפני הניסוי  
ובמסגרתו

אחת השאלות החשובות שהתעוררה אצל מתכנני החוק היתה היקף השירותים שקיבלה אוכלוסיית הקשישים, התובעים גימלת סיעוד, לפני תחילת הניסוי ובמהלכו. כלומר, באיזו מידה הם כבר מקבלים שירותי טיפול אישי ו/או עזרה כיתית במימון ארגוני הבריאות והרווחה. במקביל נשאלה השאלה, כמה אנשים מקבוצת מקבלי שירותים אלה הגישו תביעה לגימלת סיעוד ומה היה שיעור הזכאות אצלם, כלומר מה מידת החפיפה בין מקבלי השירותים מאירגונים בקהילה לבין זכאי גימלת סיעוד.

שאלות אלו ניראו חשובות במיוחד לאור ההשערה של מספר אנשי מקצוע בעת תכנון החוק, כי קשישים אשר יגישו תביעה לגימלת סיעוד, הם בעצם כבר מטופלים. בדיקת מידת החפיפה בין אוכלוסיית מקבלי השירותים לבין אוכלוסיית הזכאים לגימלת סיעוד, נועדה איפוא להשיב על השאלה האם החוק ירחיב או לא ירחיב את רמת הכיסוי הקיימת בפועל, ובמילים אחרות - האם אוכלוסיית הקשישים המטופלת כוללת קבוצה שטרם היתה מוכרת לגורמים בקהילה.

הנתונים הדרושים לבריקה זו, על מקבלי השירותים לפני תחילת הניסוי ובמרוצתו, נתקבלו ישירות ממשרד הרווחה ומקופת חולים הכללית.

לוח מס. 12: מקבלי שירותים מקופ"ח ומלשכות רווחה בשנת הניסוי

זכאים (אחוז ממגישי התביעות)	הגישו תביעה לגימלת סיעוד (אחוז ממקבלי השירותים)	סה"כ מקבלי שירותים (מספרים)	גודל השירותים
--------------------------------------	---	--------------------------------------	---------------

77	41	496	סה"כ במספרים מוחלטים
62	18	255	לשכת רווחה
83	62	218	קופ"ח
68	96	23	השתיים

לוח מס. 12' מציג את היקף השירותים שסופקו על ידי נותני השירותים העיקריים בקהילה - הלשכות לשירותים חברתיים שליד הרשויות המוניציפליות וקופת החולים הכללית. השירותים שסופקו על ידי לשכות הרווחה היו בעיקר עזרה ביתית וסידור במרכז יום. קופת חולים נתנה שירות של טיפול אישי. בלוח 12 אפשר לראות גם את שיעור מקבלי השירותים אשר הגישו תביעה לביטוח הלאומי וגם הזכאים בהם. בסך הכל ב-4 מקומות הניסוי היו 496 איש אשר קיבלו שירותים במשך שנת הניסוי, 51% מהם מלשכת הרווחה, 44% מקופת חולים ו-5% מהשתיים. רק 41% מהם הגישו תביעה לגמלת סיעוד שהם 18% ממקבלי השירותים מלשכת הרווחה, ו-62% ממקבלי השירותים מקופת החולים. מבין הזקנים שקיבלו שירותים משני הארגונים גם יחד, 96% תבעו גמלת סיעוד מביטוח לאומי.

השיעור הנמוך של תובעים בקרב מקבלי השירותים מלשכות הרווחה, נזקף לכך שחלק מן המטופלים היו תשושים בלבד, בנבדל מסייעודיים, ולכן לא נשלחו על ידי אנשי המקצוע להגיש תביעה. השיעור הגבוה יותר של תובעים בקרב מקבלי השירותים מקופת חולים אכן משקף את מצבם הבריאותי הקשה של אוכלוסיית מטופליה. העובדה שלא כולם הגישו תביעה למוסד נובעת מכך שקופת חולים מממנת שירותי טיפול אישי לזקנים במצב רפואי אקוטי, והם משתקמים לאחר תקופה קצרה. למרות שעקרונית, קבוצה זו יכולה להגיש תביעה, ייתכן שהנמנים עליה לא מצאו לנכון להגיש תביעה ואף לא הופנו על ידי אנשי מקצוע שראו כקבוצת היעד העיקרית של חוק ביטוח סיעוד קשישים במצב סיעודי כרוני. אין הדבר יכול להעיד על התנהגות התובעים בעת ההפעלה הארצית של החוק, ויש להניח כי שיעור התביעות של אנשים שיוצאים מבית חולים וזקוקים לסיוע לתקופות קצרות יהיה גבוה במידה ניכרת בעת הפעלת החוק במתכונת ארצית. מקבלי השירותים מלשכות הרווחה ומקופת חולים שקיבלו גמלת סיעוד היו בדרך כלל מקרים סיעודיים: 83% מהתובעים שקיבלו שירותים במימון קופ"ח, ו-62% מהתובעים שקיבלו שירותים מהלשכות לשירותים חברתיים נמצאו זכאים לגמלה. נראה, שאכן היה סינון מסוים בהפניית קשישים על ידי אנשי מקצוע: רק חלק ממקבלי השירותים הופנה, וזאת בדרך כלל כאשר מצבם היה סיעודי.

**לוח מס. 13: התפלגות התובעים, לפי קבלת שירותים מקופ"ח ומלשכת  
הרווחה ורמת הזכאות (אחוזים)**

זכאים ל-150%	זכאים ל-100%	לא זכאים	סה"כ		נותן השירותים
			מספרים	אחוזים	
22	42	36	100	503	סה"כ
18	44	38	100	45	לשכת רווחה
34	49	17	100	134	קופ"ח
23	45	32	100	22	השתיים
17	38	45	100	302	אף אחד

עדות נוספת לסינון מסוים על ידי אנשי המקצוע יש בלוח מס. 13: אחוז הנידחים בקרב מקבלי השירותים נמוך בהשוואה לאחוז המקביל בקרב התובעים שלא קיבלו שירותים. בנוסף אחוז הזכאים לגמלה ברמה הגבוהה אצל מקבלי השירותים מקופ"ח כפול מאחוז הזכאים אצל התובעים שלא קיבלו שירותים. מימצא זה מעיד על מצבם הקשה יותר של מקבלי שירותים אלה.

יש לציון, שבמהלך שנת הניסוי הוכפל באיזורי הניסוי מספר הזקנים מקבלי השירותים מקופת חולים: מ-98 (במרץ 1986) ל-218. למרות הרחבה זו, 302 זקנים, אשר מנו 60% מהזקנים שתבעו גמלת סיעוד לא קיבלו בעת פניתם כל שירות מתארגונים העיקריים בקהילה - קופת חולים ולשכות הרווחה. יתר על כן, קבוצה זו לא מנתה רק את אלה שלא נמצאו זכאים לגמלה: נמצא כי 55% מהזקנים שנמצאו זכאים לגמלה ברמה הנמוכה ו-46% מהזכאים לגמלה ברמה הגבוהה לא קיבלו שירותים. יש לשאול מדוע צורכי קשישים אלה, שלכל הדעות מצבם היה קשה, לא הוכרו במערכת לפני שנחקק חוק ביטוח סיעוד, מה עוד שרוב התובעים הופנו על ידי אנשי מקצוע. יש לצפות, שבעת יישום החוק במתכונת הארצית, שיעור החפיפה בין מקבלי השירותים מהמערכות האחרות לבין הזכאים לגמלת סיעוד לפי חוק יהיה קטן עוד יותר.



שאלה שנשאלה היתה האם התובעים אשר קיבלו שירותים מקופ"ח ורווחה, היו שונים מן התובעים אשר לא קיבלו שירותים כאלה. השווינו אותם במאפיינים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים כמו מין, גיל, הרכב משק בית והכנסה. לוח מס. 14 מציג את התפלגות התובעים לפי קבלת שירותים מקופ"ח מין, ורמת זכאות. כיוון ששיעור התובעים מקבלי השירותים מרווחה בלבד הוא נמוך. הם לא נכללו בטבלאות הבאות. מקבלי שירותים משני הארגונים הוכנסו למקבלי שירותים מקופ"ח.

לוח מס. 14 : התפלגות התובעים לפי קבלת שירותים, מין ורמת זכאות (אחוזים)

קבלת שירותים	מין	סה"כ		לא זכאים	זכאים לרמה הגבוהה	זכאים לרמה הנמוכה
		מספרים	אחוזים			
תובעים	גברים	168	100	33	26	41
	נשים	335	100	38	20	42
קיבלו שירות מקופ"ח	גברים	49	100	14	49	37
	נשים	107	100	21	25	53
לא קיבלו שירותים מקופ"ח	גברים	102	100	36	16	47
	נשים	200	100	49	17	34

(1) גידול זה נבע מכך שהמוסד לביטוח לאומי העביר כספים לקופת חולים לשם הרחבת הטיפול האישי. הדבר נעשה בתקופת המעבר שבין חקיקת חוק ביטוח הסיעוד בשנת 1986 לבין התחלת הפעלתו המלאה ב-1988. כללית, לא היו הבדלים משמעותיים בין התובעים והזכאים שקיבלו שירותים מקופת חולים לבין התובעים והזכאים שלא קיבלו ממנה שירותים מבחינת מין, מצב משפחתי, הרכב משק הבית ותחושת העומס של בני המשפחה המטפלים. בשתי הקבוצות אחוז הדחיות אצל הנשים גבוה יותר מאשר אצל הגברים. כולט במיוחד אצל מקבלי השירותים מקופת חולים האחוז הגבוה של הגברים שקיבלו גמלאות ברמה הגבוהה: 49% מהגברים מקבלי השירותים קיבלו גמלה של 150% לעומת 16% בלבד מהגברים שלא קיבלו שירותים.



**לוח מס. 15: התפלגות התובעים, לפי גיל קבלת שירותים וזכאות (אחוזים)**

ג י ל	תובעים	זכאים	מקבלים שירותים		זכאים	תובעים	לא מקבלים שירותים
			מקופ"ח	זכאים			
סה"כ מספרים	501	320	156	126	300	166	
אחוזים	100	100	100	100	100	100	
64-60	4	3	3	2	5	4	
69-65	12	10	8	8	13	10	
74-70	18	16	14	13	19	17	
79-75	26	27	31	33	26	26	
84-80	22	23	26	28	19	19	
85+	18	21	18	16	18	24	

בלוח מס. 15 אפשר לראות, כי 71% מכלל הזכאים הם בני 75 ויותר. בקרב הזכאים שקיבלו שירותים מקופת חולים קבוצה זו מונה 77%, ואילו בקרב הזכאים שלא קיבלו כל שירות קבוצה זו מונה 69%. כלומר, קבוצת מקבלי השירותים מקופת חולים שהיו זכאים היא מבוגרת יותר, וגדול יותר חלקם של בני ה-75-84. עם זאת, יש לציין שקבוצת המשנה של בני ה-85 גדולה במיוחד בקרב הזכאים שלא קיבלו כל שירות: 24% לעומת 16% בלבד בקרב הזכאים שקיבלו שירותים מקופת חולים.

לוח מס. 16: התפלגות התובעים לפי קבלת שירותים ורמת הכנסה לחודש  
(אחוזים)

נותר השירותים	תובעים		עד 300	301-500	501-750	751-1000	1001-1500	1501+	
	מספרים	אחוזים							
סה"כ	504	100	8	59	20	8	2	3	
קופת חולים	134	100	6	59	22	10	3	0	
לשכת רווחה	45	100	2	78	18	0	2	0	
השתיים	22	100	14	81	0	5	0	0	
אף אחת	303	100	10	55	22	7	2	4	

בערב הניסוי היתה קצבת הזיקנה ליחיד 199 ש"ח, וקצבת הזיקנה לזוג - 299; קיצבת זיקנה בתוספת השלמת הכנסה לבורד היתה 319 ש"ח, ולזוג 479 ש"ח. לתובעים רבים היתה זו ההכנסה היחידה, ואכן קבוצת התובעים הגדולה מופיעה ברמת ההכנסה של 301-500 ש"ח. אפשר לראות בכירור, שבעת הגשת התביעה מצבם הכלכלי של קשישים שקיבלו שירותים מלשכות הרווחה היה קשה בהרבה ממצב התובעים שקיבלו שירותים מקופת-חולים או לא קיבלו כל שירות. ל-80% מהקשישים שקיבלו שירותים מלשכות הרווחה ול-96% ממקבלי השירותים מלשכת רווחה וקופת חולים גם יחד היתה הכנסה יחידה 500 ש"ח או פחות. רק ל-3% מהתובעים היתה הכנסה גבוהה מ-1,501 ש"ח לחודש, והם כמובן אינם נמנים על מקבלי השירותים מארגונים בקהילה המבצעים מבחן הכנסה. תובע אחד יחיד, שבעת הגשת התביעה הכנסתו החודשית היתה 1,119 ש"ח, קיבל שירות של עזרה ביתית מלשכת הרווחה עקב אשפוזה הממושך של אישתו, בגלל שיתוק.

20% מן התובעים ו-16% בלבד מהזכאים רכשו בעת הגשת תביעה לגמלת סיעוד שירותים תמורת תשלום. אצל הזכאים מקבלי השירותים מקופת חולים שיעור מקבלי השירותים הפרטיים היה 24%, לעומת 14% בלבד אצל הזכאים שלא קיבלו כל שירות ציבורי. אנו חוזרים ורואים, שהזקנים הזכאים שקיבלו שירותים מקופת חולים הם קבוצה הנתונה במצב סיעודי קשה יחסית, הזקוקה לעזרה מעבר לשירותים הציבוריים שניתנו לו (לוח מס. 17).

לוח מס. 17: התפלגות התובעים והזכאים מקבלי שירותים בקהילה, שקנו שירותים באופן פרטי (אחוזים)

שתי מטפלות ויותר	מטפלת אחת	איך מטפלת	סה"כ		קבלת שירותים
			מספרים	אחוזים	
3	17	80	100	427	סה"כ תובעים
3	18	79	100	33	לשכת רווחה
5	21	74	100	129	קופת חולים
5	14	81	100	21	השתלים
2	15	83	100	244	אף אחת
<hr/>					
2	14	84	100	323	סה"כ זכאים
4	12	84	100	26	לשכת רווחה
5	19	76	100	83	קופת חולים
-	13	87	100	16	השתלים
2	12	86	100	178	אף אחת

**2.5 תהליך ההפניה ומקומו של פקיד התביעות בביצוע החוק**

ביצועו המעשי של חוק ביטוח סיעוד מתחיל במסירת הטופס המלא לפקיד התביעות בסניף הביטוח הלאומי. בעת הניסוי פקידי התביעות נתבקשו למלא ביחד עם הפונה שאלון קצר אודות תהליך הפנייה למוסד.

נמצא, כי בשלושה רבעים מן המקרים הטופס נמסר לפקיד התביעות על ידי בן משפחה, ב-12% מהמקרים היה זה איש מקצוע מארגון בקהילה וב-10% מהמקרים - שכן, חבר או מתנדב. 89% ממוסרי הטופסים ענו בתשובה לשאלת פקיד התביעות, שלא היו להם בעיות מיוחדות במילוי הטופס. כאשר התעוררו קשיים, אלה הופיעו בעיקר בעת מילוי הפרטים על ההכנסה ועל שירותים מארגונים אחרים. הפונים נעזרו בעת מילוי הטופס בעיקר בבני משפחה (ב-44% מהמקרים) ובאנשי מקצוע מארגונים בקהילה (ב-14% מהמקרים).

ממלאי טופסי התביעה התבקשו לצרף תעודות רפואיות, אם יש, אך רק 19% מהפונים צירפו תעודות כגון טופס שחרור מבי"ח או תעודת רופא. ב-80% מהמקרים פקיד התביעות נעזר בקובצי מידע של המוסד לשם אימות - או בירור נתוני טופס התביעה (כגון כפל גמלה).

כאמור, תהליך יישום החוק מתחיל עם קבלת הטופס ובדיקת שלמותו ומהימנותו על ידי פקיד התביעות. יש לציין את מעורבותם ואחריותם של פקידי התביעות ביישום החוק והפעלתו המוצלחת ככל שלביו. מעקב אחר עבודתם העלה כי פקידי התביעות שמשו כתובת עיקרית לרוב הפונים וקיבלו תגובות על איכות השירותים ועל בעיות שונות הכרוכות באספקתם. כדי לפתור את הבעיות הם העבירו את הנושא לטיפול לאיש הקשר שהתמנה על ידי הארגונים השותפים להפעלת החוק, או פנו בעצמם אל ספקי השירותים והצביעו על הבעיות.

פקיד התביעות ראה עצמו אחראי ליישום החוק ולכן דאג לזרימה השוטפת של התהליך בתחנות השונות בהן עוברת התביעה, עד לקבלת ההחלטות לגבי תכנון השירותים והוצאתם לפועל. בהיותו החוליה המקשרת בשרשרת התחנות, פקיד התביעה עקב אחר לוח הזמנים של התביעה אשר חייב לעמוד במסגרת דרישות החוק. פקיד התביעות התריע במידת הצורך בפני האחראים בתחנות על סיומו הקרוב של הזמן שעמד לרשותם לטיפול בתביעה, לזרוז הטיפול ולהעברת התביעה לתחנת הבאה.

במהלך המעקב ובראיון עם פקידי התביעות שהשתתפו בנסוי, התברר כי פקידי תביעות קיימו גם מפגשים בין הארגונים המטפלים וספקי השירותים לתכנון מתן השירותים ולפתירת הבעיות בשטח; הם גם פנו למוסדות בהם אושפזו תובעים לברור מצבם ועמדתם לגבי המשך הטיפול בתביעה; הינחו והדריכו את הפונים ומשפחותיהם כמו גם את העוסקים בשלבים השונים של הטיפול בתביעה, ומכאן שיוזמתם ואחריותם של פקידי התביעות קובעים במידה רבה את רמת הטיפול בתביעות ואיכותו.

## 2.6 הערכת תלות והצורך בהשגחה

### 2.6.1 ביקור בית של אחות בריאות הציבור - ביצוע מבחן תלות

כפי שפורט בהקדמה לרווח זה, רמת הזכאות של התובע, שמתקיימים בו תנאי הזכאות המקדמיים, נקבעת על פי תוצאות מבחן התלות. עקב החשיבות הרבה

שיש לתוצאות מבחן התלות בתהליך הערכה וקביעת הזכאות הוחלט שיש לפעול על פי מספר עקרונות והם: מבחן התלות יתבצע על ידי גוף מקצועי וממלכתי, שאיננו מעורב ישירות במתן טיפול. הבדיקה אמורה להיות אחידה, אובייקטיבית ומהימנה עד כמה שאפשר לגבי כל תובע בכל מקום בארץ.

על מנת להשיג מטרות אלה, נקבע שמבחן התלות יתבצע בביתו של התובע על ידי אחיות בריאות הציבור. נבנתה מערכת נוהלים והנחיות מפורטת ומדוייקת, ומערכת פיקוח ענפה של משרד הבריאות אשר נועדו להשיג אובייקטיביות ומהימנות מירביים בעריכת מבחן התלות.

רמת הזכאות נקבעת על פי סיכום ציונים בשני תחומים אותם בודקת האחות בפועל. תוספת נקודות ניתנת לתובע המתגורר לבדו, אשר היגיע לפחות ל-2 נקודות. תחומי הבדיקה הם:

- א. רמת תלות בכיצוע פעולות יום יום בתחומים מוגדרים.
- ב. מידת הצורך בהשגחה.

בדיקת האחות בתחומים אלה מתבססת על מספר מקורות :

- הפעלה מעשית של התובע בתחומי מבחן התלות במסגרת התנאים הקיימים בביתו.
- איסוף מידע כוללני מהתובע ו/או מהמטפלים לגבי סדר יומו של התובע, מצב בריאותו, סוגי תרופות וטיפולים, סוג שירותים מגורמים פורמליים ולא פורמליים והיקפם, כפי שהם ניתנים בזמן התביעה.
- התרשמות מהתנהגות הזקן כעת הביקור, כגון שיתוף פעולה, הבנת ההוראות ובחינת אירועים היכולים להצביע על הצורך בהשגחה.
- הפעלת שיפוט מקצועי לגבי מהימנות התשובות ורמת הטיפקוד בתחומים שניבדקו

בסיום הביקור ולאחר ביצוע הבדיקות ממלאה האחות שאלון מפורט, המוגש למוסד לביטוח לאומי.

## 2.6.2. רמת תלות

קביעת מידת תלותו של התובע בעזרת הזולת נקבעת אך ורק בתחומים הבאים: ניידות בבית, הלכשה, רחצה, אכילה, שתיה ושליטה בהפרשות. כל תחום

מפרט מספר רמות תלות, הנעות בין תיפקוד עצמאי לחלוטין לבין תלות גמורה בעזרת הזולת. לאחר הבדיקה מציינת האחות את רמת תיפקודו של התובע בכל אחד מהתחומים. טווח הציונים בחלק זה של המבחן נע בין 0 ל-8 נקודות. יש להדגיש שציוני מבחן התלות, נועדו לשקף קודם כל את רמת תיפקודו של התובע בחיי היום יום, והקביעה איננה מתחשבת בסיבות שהביאו למיגבלה. מכאן שמידת התלות יכולה לנבוע ממחלות, נכות, מצב נפשי או קוגניטיבי. הקביעה איננה מתחשבת גם בהיקף העזרה הניתנת: אם שני זקנים מוגבלים בתפקודם ברמה זהה ציוניהם יהיו שווים, גם אם הם מקבלים רמות שונות של סיוע מבני משפחה או מגורמים אחרים. הגורם היחידי אשר נלקח בחשבון בקביעת רמת הציונים הם תנאי הבית הספציפיים והשפעתם על המצב הטיפקודי של התובע. סבירות ממצאי מבחן התלות, נבחנת במידת האפשר בהתאמה למידע הרפואי אשר מצורף לטופס התביעה ומועברים לעיון לאחות הבודקת. כן מושוים הציונים למידע אודות סדר היום של התובע וכל התרשמות אחרת בזמן הביקור.

### 2.6.3. מידת הצורך בהשגחה

בתחום זה אמורה האחות להחליט האם התובע עלול לסכן את עצמו או אחרים כאשר נשאר לבדו בבית ולכן דרושה נוכחות מתמדת של אדם נוסף. היבט זה בהתנהגות התובע נבחן למעשה במהלך כל ביקור הבית והפעלת מבחן התלות. באופן מיוחד מתעכבת האחות על הערכת התמצאות, שיפוט, זיכרון, תאור ההתנהגות כגון תוקפנות, או פאסיביות. האחות מנסה לברר האם בתקופה האחרונה התרחשו ארועים חריגים שיכולים היו לסכן את התובע או את סביבתו והאם קיימת השגחה בפועל.

חשוב לציין שלאחר דיונים מקצועיים רבים, הוחלט שעל פי ההגדרה בחוק אין מקום לזיכוי עבור השגחה חלקית והיא מקבלת ביטוי בניקוד בתחומי הטיפקוד היומיומי. האחות יכולה להחליט אך ורק לגבי אחת משתי אפשרויות: אין צורך בהשגחה או יש צורך בהשגחה. החלטת האחות שאמנם יש צורך בהשגחה מתמדת מזכה את התובע ב-6.5 נקודות, המצטרפות לציון שלו במבחן התלות. במצבים בהם קשה לאחות להגיע להחלטה, עומדות בפניה מספר אלטרנטיבות:

- ברור נוסף של מצב התובע מגורמים מטפלים כמו בני משפחה, רופאים, עו"ם וכו'.
- התייעצות עם מפקחת או גריאטר במסגרת משרד הבריאות.
- פניה להתייעצות עם רופא המוסד לביטוח לאומי.

#### 2.6.4 סוגיות לגבי ביצוע מבחן התלות

מבחן התלות הנעשה על ידי אחות בריאות הציבור מבוסס כאמור על הפעלת התובע בתחומים בסיסיים ואינטימיים של חיי היומ-יום. עקב מורכבותה הפיסית והאנושית של בדיקה זו הוחלט לבחון האם מתעוררים קשיים בביצוע המבחן. לפיכך התבקשה האחות למלא שאלון לאחר ביצוע כל מבחן תלות.

כללית, בשני שליש מביקורי הבית ציינו האחיות שלא היו בעיות בשיתוף הפעולה עם הנבדקים. ביחס ל-24% דווח על שיתוף פעולה חלקי ו-13% מהנבדקים לא שיתפו פעולה עם האחיות. שני קשישים סרבו לחלוטין לעבור את הערכת התלות.

לוח מס. 18 : סיבות לאי שיתוף פעולה\* (אחוזים)

שעור הנבדקים לגביהם צויין שהבעיה התעוררה	תאור הסיבה
10	אי ידיעת שפה
7	חרשות
16	בעיה בהבנת ההוראות
7	בעיות נפשיות
1	אפאסיה
17	תשישות
12	העדר מוטיבציה

\* לגבי כל נבדק נתן היה לצייין עד שלוש בעיות.



מלוח מס. 18 עולה שסיבות לאי-שיתוף פעולה היו תשישות, חרשות או מצב מנטלי ירוד של הקשיש. במקרים של העדר מוטיבציה או אי ידיעת שפה אפשר היה להתגבר על המכשול בעזרת בני משפחה או מטפלים, אך עדיין תשאר קבוצה קטנה של תובעים להם יהיה קשה לבצע את הבדיקה ויש לחשוב על פתרונות למקרים אלה.

יחד עם זאת האחיות דווחו לגבי 81% מהבדיקות, שלא היו להן קשיים כלשהם בביצוע מבחן התלות. שיעור המבחנים לגביהם צוינו קשיים היה נמוך ביותר, פחות מ-5%. הערכת האחיות היא שב-86% מהמקרים, התנהגות ותיפקוד התובע בזמן הבדיקה משקפים את מידת תלותו האמיתית. רק ביחס ל-4% מהבדיקות בטאו האחיות תחושה שהתובע מתפקד טוב יותר כחי היום יום מאשר בזמן הביקור. לגבי 10% התחושה היתה הפוכה, כלומר שתפקוד התובע בעת ביקור הבית היה טוב יותר מתיפקודו האמיתי.

ניתן לסכם בסיפוק, שברוב הבדיקות, מבחן התלות לא עורר קשיים לאחיות ולנבדקים עצמם. חלק מהקשיים בבדיקת מצב הנבדקים נתן ליחס למצב הפיזי והנפשי הירוד של האוכלוסייה.

יש לציין שבמהלך הדיון בוועדות המקומיות התעוררו לעיתים חילוקי דעות ביחס לתוצאות מבחן התלות. העירעורים התבססו בעיקר על הכרות מוקדמת של אחיות קופ"ח ועו"סים עם הזכאים, או אי הבנה של עקרונות מבחן התלות, יישומו והקשרו לקביעת הזכאות על פי כללים שניקבעו בחוק. בלט בעיקר הקושי של חלק מחברי הוועדה לקבל את העובדה שלצורך קביעת זכאות לא נלקחים בחשבון גורמים כמו מצב רפואי, בעיות סוציו-כלכליות או משאבים משפחתיים.

אולם מעבר לחילוקי הדעות שמקורן בתפיסות מקצועיות שונות, מוסכם היה על כל המעורבים בניסוי שאחיות בריאות הציבור עושות עבודה מקצועית ברמה גבוהה ותוך זמן סביר, ושהמידע אשר נכלל בטופס האחות היה חשוב ומועיל להכנת הדיון בוועדה המקומית-מקצועית.

#### 2.6.5 מרכיבי הציון במבחן התלות

בפרק זה יוצגו נתונים המרכיבים את הציון הסופי הקובע את רמת הזכאות של התובע. שלושת המרכיבים של הציון הכולל הם: ניקוד בפעילות יומיומית; ניקוד בהשגחה; תוספת ניקוד כבוד.



בלוח הבא מוצגת התפלגות התובעים לפי מין והציון הכולל במבחן התלות. בבחינת התפלגות זו חשוב לבחון במיוחד את מאפייני הקבוצות אשר נמצאת בקבוצות הסף, זאת אומרת תובעים אשר לא נמצאו זכאים בשל 0.5 נקודות ותובעים אשר עברו את הסף וקבלו 2.5 נקודות בדיוק.

כפי שפורט בלוח מס. 19, 36% מהתובעים קיבלו במבחן התלות 2 נקודות ופחות. 42% קיבלו בין 2.5 ל-6 נקודות ו-22% קיבלו 6.5 נקודות ויותר.

עקב החלוקה ל-3 קבוצות, נוצרות במערכות שתי קבוצות סף. קבוצת התובעים שקיבלה 2 נקודות ונמצאת על סף כניסה לזכאות בכלל וקבוצת התובעים שקיבלה 6 נקודות ונמצאת על סף קבלת גמלה גבוהה.

ראשית, ניתן לראות שקיימת פרופורציה מסויימת, או איזון בין הציונים. בנקודת הכניסה לזכאות, כלומר 2.5 נקודות במבחן, נמצאים 7% של התובעים בלבד. מימצא זה הינו חשוב מכיוון שהוא מצביע על כך שלא היתה מגמה בולטת "להעביר" אנשים למצב של זכאות על ידי מתן 1/2 נקודה. אילו, למשל היו נמנים בקבוצה זו מספר גדול של זכאים היתה נשאלת השאלה האם כולם צברו את הניקוד בצורה מהימנה. באשר לקבוצת אנשים שנמצאו מתחת לסף הזכאות, דהיינו שצברו ניקוד של 1.5-2 ונמנים על בקבוצת הנדחים, גם כאן המספרים נראים סבירים במבט ראשון.

5% מהתובעים קיבלו 2 נקודות ועל כן לא נכללו בקבוצת הזכאים בשל מחסור של 1/2 נקודה במסגרת הניסוי לפחות מצאו האחיות לנכון לתת את הציון הזה כמשקף את מצבו התפקודי של האדם<sup>1</sup>.

-----

(1) לצורך השוואה יצויין, שבקרב מקבלי גמלה על פי חוק, מתוך תובעים גמלת סיעוד במהלך 1988, רק 2.3% קיבלו ניקוד של 2 נקודות, מגמה המצביעה אולי על נטייה מוגברת להעביר תובעים את סף הזכאות על ידי תוספת ניקוד עד ל-2.5. עם זאת רק 7.1% קיבלו בדיוק 2.5 נקודות במבחן התלות.

לוח מס.19: התפלגות התובעים, לפי הציון הכולל בהערכת תלות (באחוזים)

נשים	גברים	תובעים	
315	170	485	סה"כ במספרים באחוזים
100	100	100	
<u>לא זכאים</u>			
37.0	30.0	36.0	סה"כ באחוזים
8.0	9.0	8.0	0
5.0	4.0	6.0	0.5
7.0	7.0	8.0	1
12.0	5.0	9.0	1.5
5.0	5.0	5.0	2
<u>זכאים לגמלה ברמה נמוכה</u>			
43.0	42.0	42.0	סה"כ באחוזים
7.0	5.0	7.0	2.5
5.0	8.0	6.0	3
4.0	5.0	4.0	3.5
8.0	8.0	8.0	4
10.0	6.0	8.0	4.5
4.0	4.0	4.0	5
4.0	4.0	4.0	5.5
1.0	2.0	1.0	6
<u>זכאים לגמלה ברמה גבוהה</u>			
20.0	28.0	22.0	סה"כ באחוזים
1.0	7.0	3.0	6.5
2.0	1.0	2.0	7
1.0	0.0	1.0	7.5
2.0	2.0	2.0	8
1.0	1.0	1.0	8.5
2.0	1.0	2.0	9
1.0	1.0	1.0	9.5
1.0	2.0	1.0	10
2.0	1.0	1.0	10.5
0.0	3.0	1.0	11
1.0	0.0	1.0	11.5
2.0	3.0	2.0	12
1.0	2.0	1.0	12.5
1.0	1.0	1.0	13
1.0	1.0	1.0	13.5
1.0	1.0	1.0	14
0.0	1.0	0.0	14.5

חשוב לאבחן את קבוצת התובעים הנדחים שנמצאו על הסף. מתוך תובעים על סף זכאות יש יחסית יותר נשים מגברים. אחוז הנשים שקיבלו 1.5 נקודות כפול מאחוז הגברים. יתכן כי הדבר מצביע על מצב מוגבלות חלקית, או תשישות גבולית, יותר גבוהה בקרב הנשים שעדיין אינה מזכה את הקשיש לגמלת סיעוד.

באשר לזכאות לגמלת סיעוד ברמה הגבוהה, 3% מהתובעים קיבלו 6.5 נקודות בדיוק ובכך על ידי קבלת הניקוד המינימלי נכללו בקבוצה זו. כאן נמצא ששיעור הגברים מקבלי ציון זה גבוה יחסית לשיעור הנשים: 7% לעומת 1%. כלל הנתונים מצביעים על מצב מוגבלות חמור יותר בקרב גברים תובעים בהשוואה לנשים תובעות.

#### 2.6.6 תחומי התלות

בבדיקת דפוס הניקוד שנקבע לתובעים על פי ממצאי מבחן התלות (לוח מס. 20) נמצא כי כמעט כל התובעים (90%) קיבלו ניקוד בסעיף הצורך לסיוע ברחצה. שני תחומים נוספים בהם קיבלו ניקוד בשיעור גבוה יחסית היו בצורך בסיוע בהלבשה (72%) ובאכילה ושתייה (71%). שיעור נמוך יחסית של קשישים קיבלו ניקוד בניידות (37%) ושני שליש מתוכם קיבלו את הציון הנמוך יותר (0.5 נקודות).

כצפוי, רמת הזכאות נמצאה קשורה באופן מובהק לגובה הניקוד בכל תחום ( $p < 0.5$ ). למרות זאת, שיעור ניכר של תובעים נדחים (43%) קיבלו נקודה אחת ברחצה, כלומר היו זקוקים לעזרה פעילה בפעולות רחצה.

לוח מס. 20 : התפלגות התובעים לפי הניקוד בסעיפי מבחן התלות (באחוזים)

שיעור הזכאים	סה"כ							סה"כ	תחומי תיפקוד
מתוך אלה	שקבלו	3	2.0	1.5	1.0	0.5	0	באחוזים	
שקיבלו ניקוד	ניקוד								
96	37				12	25	63	100	ננידות בבית
65	72				44	28	28	100	הלבשה
29	90			19	59	12	10	100	רחצה
62	71			4	7	60	29	100	אכילה ושתייה
96	53	8	7	10	7	21	47	100	הפרשות

מלוח מס. 20 בולט שההסתברות להיות זכאי גבוהה יותר כאשר ניתן ניקוד בניידות או בהפרשות, כלומר שני תחומים אלה הינם מנבאים מובהקים לזכאות לגמלת סיעוד, ומי שקיבל ניקוד בתחומים אלה, קיבל בדרך כלל ניקוד נוסף בתחומים אחרים. כפי שנרמז בסעיף הקודם בפרק, ההבדל בין נשים וגברים בתוצאות מבחן התלות הוא משמעותי.

לוח מס. 21 הבא מדגים את ההבדלים בממוצעי הניקוד של גברים ונשים בתחומי התיפקוד, ואפשר לראות כי ממוצעי הניקוד של גברים גבוה בצורה מובהקת בהשוואה לממוצעים בקרב הנשים.

לוח מס. 21. ממוצע הניקוד בתחומי הטיפקוד, לפי מין\*

תחום*	גברים	נשים
ניידות	0.29	0.22
הלבשה	0.66	0.55
רחצה	0.95	0.92
אכילה	0.48	0.41
הפרשות	0.88	0.62

\* ההבדלים בין גברים ונשים נמצאו מובהקים בכל תחומי הטיפקוד ברמת מובהקות של  $P = 0.0001$ .

התבדל הניכר שנמצא בניקוד תחום השליטה בהפרשות דורש הסבר. יתכן שלנשים קל יותר להתמודד עם בעיות שליטה בגלל הבדלים פיסיולוגיים או בגלל שנשים רגילות יותר מאשר גברים להשתמש באמצעי עזר (כגון מוצרי ספיגה). יש לציין שגיל התובע לא נמצא בדרך כלל קשור לניקוד בתחומי הטיפקוד מלבד רחצה בו גיל גבוה יותר קשור לניקוד גבוה יותר. ניתן להסיק שרחצה מהווה בעיה לשיעור ניכר מכין התובעים ובעיקר תובעים קשישים יותר. מעניין שגיל לא נמצא קשור לניקוד בניידות. יתכן שקשר משמעותי יותר בין גיל וניידות ימצא אם בדיקת הניידות תיכלול גם ניידות מחוץ לבית.

לוח מס. 22 מציג את שיעור התובעים אשר קיבלו ניקוד בתחומי ה-ADL לפי אזורי הניסוי.

לוח מס. 22: שיעור התובעים אשר קבלו ניקוד בתחומי ADL לפי יישוב\*  
(אחוזים)

תחום תפקוד	סה"כ מקבלי ציון בתחום	רחובות	מועצה אזורית באר-טוביה	יהוד	כפר-קאסם
סה"כ במספרים	503	350	60	60	33
ניידות	37	36	33	48	35
הלבשה	72	79	60	68	45
רחצה	90	92	86	87	77
אכילה ושתייה	71	74	72	64	57
הפרשות	53	55	51	47	45

(\* האחוז בכל תא מבטא את שיעור התובעים בכל ישוב אשר קבלו ניקוד בתחומי התפקוד.

ניתן להבחין ששיעור התובעים אשר קיבלו ניקוד בניידות והפרשות דומה בכל היישובים (סטיה של עד 10% מהסה"כ הכללי). בניקוד בהלבשה, רחצה אכילה ושתייה, ניתן להצביע על פערים משמעותיים בין כל האזורים ושיעור הסטיה הגבוה ביותר הוא בכפר קאסם. יש לזכור כי בכל אזור ערכו את מבחני התלות אחיות שונות ויש לבחון בצורה מעמיקה יותר האם ההבדלים נובעים מאיפיוני התובעים או עקב אי אחידות בביצוע בהערכת התלות.

נמצא מתאם מובהק בין הציון בהשגחה והציון בתחומי ה-ADL. כצפוי המתאם הגבוה ביותר היה עם הציון בהפרשות.

### 2.6.7 ניקוד בהשגחה

כפי שפורט בהקדמה לפרק זה, נוסף על בדיקת תיפקודו של התובע בתחומים שונים של חיי היום-יום, נבדק גם הצורך למתן השגחה מתמדת על מנת שלא יסכן את עצמו ו/או את האחרים. 81 תובעים קיבלו 6.5 נקודות בגין הצורך בהשגחה, והם מהווים 25% מכל הזכאים. 15% ממקבלי הציון בהשגחה

(שהם 4% מכלל הזכאים) קיבלו פחות מ-2.5 נקודות במבחן התלות, כלומר נקבעו זכאים רק בשל הצורך בהשגחה. 68% קיבלו 2.5 - 6.0 נקודות ו-18% קיבלו 6.5 נקודות ויותר במבחן התלות.

לקראת סיום שנת הניסוי הוחלט לערוך שינוי עקרוני באופן הערכת הצורך בהשגחה. על פי המתכונת המקורית, רופא הסניף אמור היה לקבוע את הצורך בהשגחה לאחר שיקבל את הנתונים הרפואיים של התובע, ושאלון הערכת התלות מהאחות שמתוארים בו בפירוט רב ארועים בעבר, סימפטומים והתנהגות בזמן הבדיקה. לאחר הפעלה ניסיונית בת שבעה חודשים, החליטו רופאי המוסד הקשורים לניסוי, כי מסיבות מקצועיות ואתיות אין באפשרותם לקבוע האם האדם זקוק להשגחה בלי לבדוק אותו תחילה בעצמם. על מנת להקל על התובעים, וכדי לא לסבך את תהליך קביעת הזכאות על ידי תוספת ביקור בית נוסף, הוחלט שהאחות אשר בצעה את הערכת התלות, תקבע גם את הצורך בהשגחה. שינוי המתכונת בוצע כחודשיים לפני סיום הניסוי ולכן רובן של ההחלטות בניסוי בעניין השגחה נקבעו על ידי הרופאים.

לאחר שינוי המתכונת, נעשה ניסיון לעקוב אחר תהליך קבלת ההחלטה של האחיות בעניין ההשגחה, ובעיקר לעמוד על קשיים והתלבטויות סביב קבלת ההחלטה. על פי הדו"חות שהעבירו האחיות התברר שכמעט לא היו התלבטויות במצבים קיצוניים קרי - כאשר לא היה צורך בהשגחה או כשהיה ברור מעל לכל ספק שיש צורך בהשגחה מלאה. הקשיים התעוררו כאשר לא היה ברור האם יש צורך רק בהשגחה "חלקית" נוסף על סיוע בביצוע פעולות ADL או בהשגחה "מלאה" במצבים כגון:

- יש סכנה של נפילה על רקע פיזי או נפשי
- בעיות התמצאות או מחלת נפש
- כובד שמיעה או עוורון

דהיינו, בעיקר היה קשה לקבוע ציון לגבי הצורך בהשגחה מתמדת כאשר מדובר בסיכונים אפשריים בעתיד, בנכרל מארועים שארעו בעבר, כשמצב מנטלי ירוד בלט בזמן הביקור.

כדי לבדוק את ההחלטה לגבי הצורך בהשגחה גם בהשוואה לחוות דעת של גורם חיצוני, נבדק הדיווח הרפואי המצורף לטופס התביעה. בדיווח זה התבקשו הרופאים בקהילה לציין האם ידוע להם על בעיות חריגות של התובע בהתמצאות, בשיפוט וכו'. הרופאים ציינו קיום בעיות אלה לגבי 85 מהתובעים. אך רק 15 תובעים (20%) מקבוצה זו קיבלו ציון המזכה אותם בהשגחה על פי הגדרת המוסד לביטוח לאומי. פער זה בחוות הדעת מצביע על



כך שהמידע הרפואי הניתן על ידי הרופא המטפל והמופיע בטופס התביעה אינו תורם להחלטה ואינו יכול לשמש בסיס לקבלת החלטה בדבר הצורך בהשגחה על פי הגדרות המוסד לביטוח לאומי בעניין זה.

כשניבדקה ההחלטה לגבי הצורך בהשגחה על פי שלושה סעיפים המופיעים בשאלון האחות: קיום סימני חוסר הכנה, קיום ארועים מיוחדים, קיום השגחה בפועל, נמצא מתאם מובהק בין ההחלטה בעניין הצורך בהשגחה לסימני חוסר הכנה והשגחה בפועל.

נמצאו מספר הבדלים מובהקים בביצוע מבחן התלות בין התובעים שקיבלו ציון בהשגחה לבין האחרים. אצל אלה שהוכר הצורך בהשגחה, היו יותר בעיות בשיתוף הפעולה בעת ביצוע המבחן מאשר אצל אלה שלא היה להם צורך בהשגחה. כמו כן נטו האחיות להמליץ על ביקורי בית חוזרים תכופים יותר אצל הראשונים.

בין שתי הקבוצות לא נמצאו הבדלים משמעותיים מבחינת מאפיינים דמוגרפיים. מעניין ששיעור הגברים שקיבלו ציון בסעיף ההשגחה היה דומה לזה של נשים. נמצא ששיעור התובעים שנקבע להם ציון בהשגחה עולה עם הגיל, אולם העלייה נפסקת בגיל 80, אחריו חלה ירידה. בעוד שבקבוצת גיל 69-65 שיעור הזקנים שקיבלו ציון בהשגחה הוא 9%, בגילאים 75-79 הוא מגיע ל-21% ובקבוצת הגיל 85 ויותר חוזר ויורד ל-13%. יתכן שלתופעה זו מספר סיבות, גודל המדגם, תמותה גבוהה בגילאים הגבוהים או מעבר למוסדות סיעוד בגיל זה. יותר ממחצית התובעים (55%) שקיבלו ציון בהשגחה, מתגוררים עם בני/בנות זוג. כרבע (22%) מתגוררים במשק בית מעורב עם ילדים או אחרים. הקבוצה הנתונה בסיכון הם בודדים אשר נמצאו זקוקים להשגחה. 11 תובעים שנמצאו זקוקים להשגחה קיבלו 2 נקודות נוספות בגין היותם בודדים.

ראוי לציין שאיש מהתובעים בכפר קאסם לא קיבל ציון בסעיף בהשגחה, וביהוד קבלו שני תובעים בלבד. ולמעשה 78% מהציונים בסעיף זה ניתנו ברחובות, למרות שרק 67% מהתביעות היו מסניף זה.

#### 2.6.8 בודדים בקרב התובעים לגימלת סיעוד

לפי הכללים ניתנת תוספת של 2 נקודות לזקנים בודדים אשר צברו לפחות 2 נקודות במבחן התלות. זאת כדי לתת ביטוי למצבם הקשה יחסית, של זקנים מוגבלים החיים לבדם. ההנחיות לפעולות הוועדה המקומית קובעות גם הן:



....."כאשר אין שירותים זמינים לכל המטופלים על ידי הוועדה, תפעל הוועדה על פי סדר עדיפויות הבא: בודד - מי שגר לבדו, יעמוד תמיד בראש סדרי העדיפויות הן בשל מצבו האובייקטיבי והן בשל העובדה כי אם לא ימצאו לו שירותים זמינים לא יוכל לזכות בגמלת כסף".

מ-501 תובעי גימלת הסיעוד אשר נבדקה מידת תלותם 158 חיו כבודדים, שהם 31% מאוכלוסיית התובעים. נמצא הכדל בין נשים תובעות וגברים תובעים בהרכב משק הבית: רק 20% מהגברים התובעים חיו במשק בית נפרד לעומת 37% מהנשים. כצפוי, שיעור התובעים אשר חיו לבד היה גבוה בקבוצות הגיל הגבוהות (מגיל 75 ומעלה) מאשר בקבוצות הגיל הצעירות יותר (לוח מס. 6).

### בודדים הזכאים לגימלת סיעוד

60% מהתובעים הבודדים נמצאו זכאים לגימלת סיעוד. שיעור זה נמוך במקצת משיעור הזכאות באוכלוסיית הניסוי כולה (64%). כחינת התפלגות הבודדים לפי רמת הזכאות מלמדת על כך שמכל הבודדים שתבעו גימלת סיעוד, 42% זכו בגימלת 100%, ו-18% בגימלת 150%, וזאת בהשוואה ל-22% מכלל התובעים אשר נמצאו זכאים ל-150% גמלה. מהשוואה זו ניתן להסיק שבין הבודדים אשר הגישו תביעה לגימלת סיעוד ישנו שיעור נמוך יותר של זקנים סיעודיים ושיעור גבוה יחסית של תשושים. יש גם לציין ששיעור הנשים הבודדות שנמצאו זכאיות, גבוה בהשוואה לשיעור הזכאות בקרב הנשים בכלל, וממצא זה מדגיש את חומרת מצבן בקהילה.

לוח מס. 23: התפלגות הבודדים לפי ס"ה הניקוד שקיבלו\*

זכאים			לא זכאים			ס"ה	הניקוד
+6.5	-4.5	4.0	1.5	-0.5	0		
29	44	22	21	20	22	158	מס. בודדים
18%	28%	14%	13%	13%	14%	100%	באחוזים

\* כולל תוספת של 2 נקודות לבודדים שקיבלו 2 נקודות ויותר במבחן התלות.

15% מהבודדים הזכאים לגימלה נקבעו כזקוקים להשגחה מתמדת (14 זקנים) לעומת 25% מכלל הזכאים. מימצא זה תואם מחד גיסא את מה שנאמר לגבי מצבם הטיפקודי הטוב יחסית, של זקנים החיים במשק בית כבודדים, אך מאידך גיסא מורה על קבוצת סיכון קשה של זקנים המתגוררים לבד וזקוקים לשירותים בהיקף רחב, הן מבני משפחה והן מגורמים ממוסדים.

בבדיקת דפוס הניקוד לפי תחומי הטיפקוד השונים של מבחן הערכת התלות - המפורט בלוח מס. 24 שלהלן, נמצא כי הסעיף הטיפקודי, שבו קיבלו מרבית התובעים הבודדים נקודות הוא הצורך בסיוע ברחצה - 88%, שיעור זה דומה לשיעור שנמצא אצל כלל התובעים גימלת סיעוד - 90%.

לוח מס.24: תובעים ובודדים לפי קבלת ניקוד בסעיפי מבחן התלות

אחוז התובעים	אחוז הבודדים	סעיף תיפקודי
אחוז התובעים	אחוז הבודדים	שקיבלו ניקוד
בתחומי ADL	בתחומי ADK	
37%	23%	ניידות בבית
72%	66%	הלבשה
90%	88%	רחצה
71%	59%	אכילה ושתייה
53%	40%	הפרשות

כצפוי, בכל שאר תחומי הטיפקוד, התובעים הבודדים נמצאו זקוקים לעזרת הזולת בתפקוד יומיומי פחות מכלל התובעים, והם דוקא מרביתם בהגשת התביעות, כנראה בגלל הקשיים המרובים המתלוצים לחיים בגפם.

## 2.7 תוכניות הטיפול

כאשר קשיש נמצא זכאי לגמלת סיעוד, תיקו מועבר מפקיד התביעות למרכז ועדת הסיעוד המקצועית לשם הכנתו לדיון ולהחלטה בוועדה. תפקיד הוועדה לקבוע את תוכנית הטיפול על שני מרכיביה העיקריים:

א. סל השירותים שינתן לקשיש.

ב. נותני השירותים.

סל השירותים אשר גמלת הסיעוד מאפשרת לממן, מונה:

- טיפול אישי
- עזרה ביתית
- שילוב של טיפול אישי ועזרה ביתית
- השגחה
- מוצרי ספיגה
- טיפול אישי במרכז יום
- הסעות למרכז יום
- הכנת ארוחות ואספקתן
- כביסה

במרוצת הניסוי היינו מעוניינים לבחון אלו הן תוכניות הטיפול השכיחות שהוועדה קובעת לזכאים, כיצד הן נקבעות, ומי הם נותני השירותים שנמצאו מתאימים לספקן.

חמש תוכניות טיפול עיקריות הוגדרו מתוך הסל והן:

1. מרכז יום בתוכנית זו נכללו כל מקבלי שירות זה בכל היקף שהוא כולל אלה המקבלים שירותים נוספים בבית.

2. טיפול משולב כאן נכללו כל מקבלי טיפול אישי ועזרה ביתית ממטפלים שונים נפרדים או ממטפל אחד.

שירותים אלה (1 ו-2) נחשבו כשירותים מועדפים בעיני המטפלים המקצועיים הישירים.

3. טיפול אישי בלבד בתוכנית זו נכללו מקבלי טיפול אישי בלבד, השגחה בלבד או שניהם (ללא עזרה ביתית).

4. עזרה ביתית בלבד

5. גמלה כספית

שאר השירותים שסופקו הם בבחינת מרכיבים חלקיים בלבד בתוכניות הטיפול.

לוח מס. 25 מסכם את תוכניות הטיפול שנקבעו במשך הניסוי ב-286 החלטות של הועדות המקומיות. 11 זכאים נפטרו עוד לפני שהועדה התכנסה לדיון בתוכניות הטיפול שלהם; 10 אושפזו, 1 עקר מאיזור הניסוי, ו-2 העדיפו להמשיך לקבל קצבת שירותים מיוחדים<sup>1</sup>.

לוח מס. 25: התפלגות הזכאים לתוכניות הטיפול לפי יישוב (באחוזים)

יישוב	מספר הזכאים	סה"כ	מרכז יום	טיפול משולב	טיפול אישי	עזרה ביתית	גמלה כספית	לקבל שירותים	סרבו
סה"כ	286	100	12	69	13	2	2	2	
רחובות	204	100	9	75	13	1	1	1	
באר-טוביה	35	100	43	31	17	-	9	-	
יהוד	34	100	-	73	12	9	-	6	
כפר קאסם	13	100	-	79	7	-	7	7	

(1) קיצבה לשירותים מיוחדים ניתנת במסגרת חוק ביטוח נכות (ראה סעיף 127 כה (א) (3). בחוק הביטוח הלאומי).

בהחלטות הוועדות ניתנה עדיפות לאספקת שירותי טיפול משולב בבית הזקן ולסידור במרכז יום. טיפול משולב ניתן, לאחוז דומה בשלושה ממקומות הניסוי (כ-70%). רק בבאר-טוביה, שיש בה מרכז יום מפותח למוגבלים, היה שיעור מקבלי הטיפול המשולב 31%, ואילו 43% מהזקנים קיבלו את השירותים במרכז היום. ברחובות נפתח מרכז יום רק במרוצת שנת הניסוי, אך לא בהיקף שאיפשר קליטת שיעור גבוה מהקשישים במקום, ורק 9% מהקשישים הזכאים נהנו ממנו. מרכזי היום בכפר קאסם וביהוד הם בגדר מועדונים חברתיים שאינם מספקים טיפול אישי ולכן לא הוכרו על ידי הוועדה כספקי שירותים. בסך הכל עבור 12% מהקשישים הזכאים הגמלה הועברה בשלמותה או בחלקה למרכז היום; טיפול אישי בלבד סופק ל-13% מהקשישים, ועזרה ביתית בלבד הוחלט להעניק רק ל-2% מהתובעים ומשפחתם. שיעור נמוך זה ממספר סיבות: אי מודעות חברי הוועדה בתחילת הניסוי לאפשרות, של הקצאת עזרה ביתית בלבד, הקושי למצוא עזרת בית בתעריפים ששולמו<sup>1</sup>, והעדפת המטפלים להעניק שירותים מורחבים: קשישים שקיבלו עזרה ביתית בלבד משרותי הרווחה או טפול אישי בלבד מקופ"ח, זכו בעת הניסוי לסוג שרות נוסף. מגמה זו מעידה על נטית חברי הוועדה להתייחס התייחסות רחבה לצורכי הקשיש ולנצל את הגמלה לכיסוי מספר צרכים ולא לאספקת שירות אחד בלבד. כמו כן מרכז-יום סופק לגברים יותר מאשר לנשים. שירות זה ניתן לזכאים צעירים יותר, בעוד שלבני ה-80 ויותר הוענקו יחסית יותר שירותי טיפול אישי וטיפול משולב בבית. לגבי חמישה קשישים הוחלט להעניק גמלה כספית מפאת היעדר ספקי שירותים זמינים.

מוצרי ספיגה והסעות למרכז יום ניתנו כתוספת לשירותים עיקריים אחרים וזאת במקרים ספורים בלבד. זקנים אשר ביקשו מוצרי ספיגה קיבלו אותם בכמות של 4-1 חבילות לשבוע. אחד הזכאים שסירב לקבל שירותים אחרים למרות מצבו הסיעודי הקשה קיבל את הגמלה במלואה בצורת שמונה חבילות חיתולים לשבוע. לארבעה זקנים אושרו הסעות למרכז יום. ארוחות ושירותי כביסה לא סופקו כלל.

---

(1) תעריפי השרותים לא הוגבלו במסגרת הניסוי, אך נעשה נסיון לשלם עבור שעות טיפול אישי או עזרה ביתית, את המחיר המקובל במט"ב.

לוח מס. 26: התפלגות הזכאים לפי המין ותוכניות טיפול

(אחוזים)

השירות	סה"כ הזכאים	גברים	נשים
סה"כ (במספרים)	286	96	190
	100	100	100
מרכז יום	10	16	7
טיפול אישי	13	14	12
משולב	73	65	78
עזרת בית	2	4	1
גמלה כספית	2	1	2

לוח מס. 26 מציג את ההבדלים בתוכניות הטיפול לפי מין. 78% מהנשים הזכאיות קיבלו טיפול משולב לעומת 65% מהגברים הזכאים. מאידך גיסא, רק 7% מהנשים הופנו למרכז יום לעומת 16% מהגברים. שיעורי הנשים והגברים שקיבלו טיפול אישי דומים. מאחר ומדובר במספרים לא גדולים אי אפשר להסיק מסקנות על הקשר בין מין הזקן ותוכנית הטיפול.

מספר קשישים הודיעו מראש על סירובם לקבל גמלת שירותים אלא גמלה כספית בלבד. סירוב זה נבע אצל כמה זכאים מהרצון להשתמש בגמלה כספית כראות עיניהם. כאשר נוכחו התובעים או בני משפחותיהם שהמוסד לביטוח לאומי לא ישנה את החלטתו למרות איומים להגישה תביעה משפטית, חזר חלק מהם מסירובו לקבל את השירותים בבית. אצל זכאים אחרים הסרוב נבע יותר ממנהגים או ממחויבות משפחתית. בן זוגה של אחת הקשישות הסיעודיות סרב לקבל שירותים וביקש להמשיך לטפל בה בעצמו, כי לדבריו זו חובתו ולא לכבודו לתת לאדם זר לטפל באשתו. אמנם, הוא הודה שיש עליו נטל כבד אולם לטענתו הוא התמודד עם כך. היו לחצים ומתחים בבית שהוא הכחיש את קיומם ואת קשייו להתמודד עמם. בביקור של העובדת הסוציאלית הוא ביקש כסף על מנת לקנות לאשתו בגדים ולהסיע אותה לביקורים במשפחה. לאיש נשלח מכתב מהמוסד לביטוח לאומי בדבר שלילת זכאותו לגמלה עקב סירובו לקבל שירותים. כעבור זמן לא רב חזר האיש ללשכה וביקש לחזור בו מן הסרוב: הוא החל לסבול מדלקת פרקים ומצב בריאותו התדרדר; הטיפול באשתו ובמשק הבית הכביד עליו ביותר והוא פנה שנית בבקשה לקבלת עזרה.

## גורמים שהשפיעו על החלטת הועדה

ההחלטה מה יהיה סל השירותים הושפעה מבקשות המשפחה, מבקשות הזקן, מהחלטות המטפלים המקצועיים ומזמינות השירותים. ב-89% מדיוני הועדה דנו בהעדפת המשפחה וב-62% מהמקרים דנו בהעדפת הזקן. לדעת מרכזי הועדה, 77% מתוכניות הטיפול הלמו בהחלט את בקשות והעדפות הזקן ומשפחתו וב-14% נוספים, התוכניות הלמו באופן חלקי. רק ב-3% לא היתה הלימה.

הנושא השכיח ביותר, שהועלה בכל דיוני הועדה, היה מצבו התפקודי והרפואי של הזקן וצרכיו מבחינת טיפול אישי ועזרה ביתית. נושא חשוב נוסף בדיוני הועדות היו סוגי השירותים שהזקן מקבל בפועל, רמתם, איכותם וסדירותם. אלה נידונו לגבי-70% מהתיקים. אפשרות הסידור במרכז יום נידונה לגבי-40% מהתיקים. נושאים נוספים שנידונו (לפי סדר שכיחותם): בעיות הקשורות לספקי השירותים; צורך לשנות תוכנית טיפול; צורך בשירותים שאינם בסל השירותים; צורך בתאום עם ארגונים אחרים; הצורך במוסד סיעודי; בעיות משפחתיות, תנאי מגורים; בעיות חברתיות; דרישה לטיפול אישי מיוחד; חוסר תקציב מספיק. נושא זמינות השירותים לא עלה כי אפשר היה להשיג שירותים ולא נדרש אלא למצוא שירותים הולמים ככל שאפשר, כמו-מטפלת הדוברת את שפת הזקן; שירותים בזמן נוח למשפחה לקבלת השרות; מטפלים אמינים מבחינת התיצבות בזמן; עמידה במלוא השעות הדרושות והמטלות שהוטלו עליהם; קיום יחסים תקינים עם הזקן ומשפחתו. בסך הכל הושקעו מאמצים רבים כדי לספק את השירות הטוב ביותר האפשרי בהתאם לצרכי הזכאי ובני משפחתו.

ניתן לראות בלוח מס. 27 שנעשה נסיון מסויים להתאים את תוכניות הטיפול להרכב משק הבית: הועדות נטו יותר לספק לזקנים הגרים במשק בית משותף עם בן זוג ועם ילדים, שירותים רבים יותר לזקן עצמו, כלומר טיפול אישי בלבד. לעומת זאת אחוז הבודדים שקיבלו שירותים של טיפול משולב היה גבוה יותר (83%) מאשר ביתר הקבוצות. רק 5% מהבודדים סודרו במרכז יום ויש לבדוק מדוע לא נשלחו רבים יותר. יתכן שמרכז יום מצטייר כשירות הניתן להקלת העומס על המשפחה ולא רק כשירות חברתי לזקן הבודד.

לוח מס. 27: התפלגות מקבלי השירותים לפי הרכב משק הבית  
(באחוזים)

עם ילדים	בן-זוג + ילדים	עם בן-זוג	בודד	סה"כ	הרכב משק הבית / שרותים /
58	21	113	88	280	סה"כ (במספרים)
100	100	100	100	100	סה"כ
10	24	13	5	11	מרכז יום
21	20	10	10	13	טיפול אישי
62	51	73	83	72	טיפול משולב
2	0	4	1	2	עזרה ביתית
5	5	0	1	2	גמלה כספית

בקשות הזקנים ומשפחותיהם והעדפותם לעומת החלטות הועדה

במשך הטיפול בתביעה נשאלו התובע ובני משפחתו פעמים אחדות מה הם מעדיפים מבחינת שירותים ספציפיים. עוד בטופס התביעה התבקש התובע או בא כוחו לציין את התחומים שבהם דרושה לו עזרה. בשלב השני, בעת הערכת התלות על ידי אחיות בריאות הציבור, נשאלו המטפלים העיקריים אילו שירותים ברצונם לקבל, באיזה היקף של ימים ושעות, ואף באיזה חלק מן היממה.

גם העובדים הסוציאליים ביררו אצל הזקנים הזכאים ואצל בני משפחותיהם מה העדפותיהם לגבי סוגי השירותים ולגבי השעות והימים לקבלתם. נתונים אלה הועברו למרכזי הוועדות, חלקם נרשם בטופס החלטות הועדה והם הובאו בחשבון בעת בנית תוכנית הטיפול. במשך הנסוי העובדים הסוציאליים עצמם התבקשו לציין בטפסי המחקר את השיקולים שלהם שקבעו את



בחירת השירותים ומה מידת התאמת השירותים להעדפת הזקנים ובני המשפחה. בסך הכל נאסף חומר רב על בקשות התובעים ועל החלטות המטפלים המשקף דינמיקה של תהליך הטיפול - החלטות נקבעו ושונו בעקבות מפגשים בין המשפחות למטפלים, בין המטפלים לבין עצמם ובין המשפחות והמטפלים לבין מערכות השירותים.

מהתשובות בטופס התביעה (לוח מס. 28), ניתן לראות שסוגי העזרה העיקריים הדרושים לכלל התובעים היו רחצה (72%) וניקיון אישי (65%), הכלולים בשירות הטיפול האישי. רק במקום הרביעי הופיע ניהול משק בית, ב-31% מהטפסים.

לוח מס. 28: שיעורי התובעים שביקשו עזרה בתחומים שונים

שיעור התובעים	התחום
72%	רחצה
65%	ניקיון אישי
39%	אכילה ושתייה
31%	ניהול משק בית
16%	הלבשה
16%	ניידות
7%	הפרשות
6%	סידורים
14%	אחר

המלצת העובדים הסוציאליים על מתן טיפול אישי התבססה לרוב על שיקול מקצועי (ב-68% מהמקרים) ולפעמים (ב-12% מהמקרים) היא התבססה על בקשות המשפחה. כאשר המלצה היתה על עזרה ביתית, ב-52% מהמקרים השיקול המקצועי היה הגורם העיקרי לעומת 14% מקרים שבהם הכריעה בקשת המשפחה.

כיצד, נענתה הועדה המקצועית המקומית לבקשות הזקן והמשפחה, כאשר היה עליה לקחת בחשבון גם את זמינות השירותים ושיקולים מקצועיים של התאמת השירותים לצורכי הזקן ומשפחתו, לאופיים ולמנהגיהם. לפי עדות העובדים הסוציאליים, המטפלים ישירות בזקנים ולפי עדות מרכזי הועדות - תוכנית הטיפול הלמה בדרך כלל את בקשות המשפחות ואת העדפותיהם. לוח מס. 29 מציג זה מול זה את בקשות המשפחה כפי שבאו לידי ביטוי בשאלון "המטפל העיקרי" ואת השירותים שנקבעו על ידי הועדה במסגרת תוכנית הטיפול. הלוח מעיד על מגמת הוועדה להרחיב את מגוון השירותים הכלולים בתוכנית הטיפול בהשוואה לבקשות המשפחה. גם אם המשפחה ביקשה שירות אחד בלבד, של טיפול אישי או של עזרה ביתית, הועדה העדיפה לאשר שירות משולב, כהשלמה לשירות המבוקש.

לוח מס. 29 : התפלגות הזכאים לפי סוגי תוכניות שנקבעו בוועדה לעומת בקשות המטפל העיקרי (אחוזים)

בקשות השירותים המטפל שנקבעו העיקרי	(1)	טיפול אישי בלבד	טיפול משולב	עזרה ביתית בלבד	(2)	אחר
סה"כ במספרים	230	32	155	18	25	
	100	100	100	100	100	
טיפול אישי בלבד	15	34	9	11	28	
משולב	72	54	78	77	48	
עזרה ביתית בלבד	1	-	1	6	-	
מרכז יום	10	3	11	6	24	
גמלה כספית	2	9	1	-	-	

- (1) מספר מקבלי השרותים עליהם התקבל מידע על של בקשות המטפל העיקרי.  
 (2) כאשר השאלה היתה פתוחה העלו המטפלים העיקריים בזקן בקשות שונות. תחת הקטגוריה "אחר" נכללו שירותים שונים כמו ציוד ביתי, פיזיותרפיה, קניות וסידורים, מועדון ועוד. בחלקם הם נכללים בשירותי טיפול אישי ועזרה ביתית ובחלקם כמו פיזיותרפיה, למשל אינם נכללים בסל.

המטפל העיקרי התבקש לציין, בצד הבקשה לשירותים מסויימים, גם את היקף השירות המבוקש ואת דפוס האספקה שלו כלומר - כמה שעות שירות דרושות בשבוע ועל פני כמה ימים יתחלקו שעות אלה. לוח מס. 30 מציג את התפלגות הבקשות לפי מספר הימים והשעות. הבקשות כפי שאנו רואים משתרעות על פני כל הקשת - מיום אחד בשבוע כפי שביקשו 8% מהמטפלים, עד ל-7 ימים בשבוע כפי שביקשו 14% מהמטפלים; ומ-8 שעות בשבוע כפי שביקשו 37% מהמטפלים, ל-168 שעות בשבוע, כפי שביקשו 3% מהמטפלים.

לוח מס. 30: התפלגות המטפלים העיקריים על פי ימים ושעות המועדפות למתן שירות (אחוזים)

מספר ימים	שיעור המעדיפים	מספר שעות	שיעור המעדיפים
סה"כ במספרים	428	סה"כ במספרים	428
	100		100
1	8	1-8	37
2	13	9-16	25
3	15	17-24	11
4	3	25-48	7
5	3	49-168	3
6	28		
7	14		
לא ענו	16	לא ענו	18

בסך הכל אפשר לראות שבקשות המשפחה אינן חורגות בהרבה ממספר השעות שאפשר לספק באמצעות גמלת הסעוד: כ-12 שעות שבועיות למקבלי גמלה ברמה רגילה וכ-18 שעות שבועיות לבעלי הגמלה ברמה הגבוהה. נמצא ש-57% מהזכאים שביקשו שירות ששה ימים בשבוע אכן קיבלו את מבוקשם.

ספקי שירותים

במסגרת הניסוי הוועדה היתה רשאית לקבוע כספקי שירותים: ארגונים מוסדיים (כגון מט"ב); ארגון אחר (כגון חברה פרטית); מרכז יום אשר יספק את השירות במרכז עצמו או בבית הקשיש; מטפלות ועוזרות פרטיות (1).

לוח מס. 31 מציג את התפלגות ההזמנות מהספקים השונים. יש לזכור כי מספר ההזמנות מספקים אינו שווה למספר תוכניות הטיפול היות ובתוכנית טיפול אחת יכולים להשתתף מספר ספקים.

לוח מס. 31: סוגי הספקים לפי יישוב  
(באחוזים)

הספק / הועדה	ס ה " כ		מט"ב	ארגון אחר	מטפלות פרטיות	מרכז יום	אחר
	מספרים	מוחלטים					
ס ה " כ	306	100	42	18	28	12	
רחובות	228	100	41	20	31	8	0
באר-טוביה	31	100	-	30	-	63	4
יהוד	36	100	58	6	36	-	-
כפר-קאסם	11	100	82	-	18	-	-

(\* ציבורי או פרטי.)

רוב ההזמנות לשירותים (60%), הופנו לארגונים, בעיקר למט"ב (42% מסך כלל ההזמנות). 28% מההזמנות סופקו על ידי נותני שירותים בלתי מוסדיים, דהיינו מטפלות ועוזרות בית פרטיות.

עוזרות פרטיות לא היו מאוגדות בארגון כלשהו. בזמן הניסוי ורק אז, כשהוועדה העסיקה עוזרות אלה, הן קיבלו את שכרן הישר מהמוסד לביטוח לאומי. כך היה שכר העוזרות שווה למלוא התשלום של הביטוח הלאומי. כאשר מטפלות שייכות לארגון, חלק מתעריף הביטוח הלאומי עובר לידי הארגון לכיסוי הוצאות, לביטוח וכו', ושכר המטפלות קטן יותר.

לקראת סוף הניסוי החליט הביטוח הלאומי להזמין שירותים מארגונים מוסדיים בלבד, כדי להמנע מיחסי עובד מעביד עם נותני השירותים הבלתי ממוסדים. משום כך נעשה מאמץ להסב את המטפלות הפרטיות למועסקות על ידי הארגונים. חלק ניכר מהן הסכים להיות מועסק באמצעות מט"ב או ארגון אחר בתנאים מיוחדים. אולם מצב זה עורר בעיות. כך לדוגמא, מטפלות שהקשישים התרגלו אליהן והיו מרוצים מהן, לא הסכימו לשנות את מעמדם. כמו כן מספר עובדים סוציאליים דווחו על תשלום נוסף שהמטפלות קבלו מהמשפחות או מהזקנים. בעת המעקב (שהנתונים ממנו ימסרו בנפרד, בשלב מאוחר יותר) התברר כי 58 מ-238 המטפלים העיקריים של הזכאים שמילאו שאלון, דווחו על תשלומים נוספים ששלמו למטפלות בסכום של 10 ש"ח עד 800 ש"ח לחודש, כאשר בשליש מהמקרים הכסף שולם עבור שעות טיפול המכוסות ממילא.

להחלטת הביטוח הלאומי יש השלכות גם מבחינת הגישה המקובלת היום בעבודה הסוציאלית ומבחינת הכוונות והציפיות המקצועיות שרווחו לפני החלת החוק, קרי הנטיה לעודד מציאת פתרונות טיפוליים, לאו דוקא מוסדיים, בסביבה הטבעית של הקשיש. מתן אפשרות לקשיש ולמשפחתו ליצור קשר הדוק עם מטפלות ועם עוזרות שמוכרות להם, מאפשרת להעזר בשכנות, חברים וכו'. להחלטה זו יש גם השלכה כלכלית המתבטאת בעלויות גבוהות יותר של שעת הטיפול הניתנות במסגרת ארגונים מוסדיים (פרטיים ומלכ"דים). שבסופו של דבר, לאחר ניכוי ההוצאות הסוציאליות והמיסוי, מספר שעות הטיפול בפועל שיקבל הזקן יכול להיות נמוך בהשוואה למספר השעות שאולי אפשר היה לספק באמצעות הסדריים פרטיים.

מהשוואת הסכום ששולם בפועל לנותני השירותים, לגובה הגמלה שנקבע על פי רמת הזכאות, מסתבר שבמרבית המקרים 72% - התשלום לנותן השירות היה גבוה מ-90% של ערך הגמלה שנקבעה לזכאים, ב-8% נוספים התשלום היה בין 70%-89% של ערך הגמלה ורק בכ-16%, ניתנו שירותים שערכם היה קטן ממחצית סכום הגמלה שנקבע לזכאים, לפי הפרוט שלהלן:

לוח מס. 32: התפלגות התשלום עבור השרותים בפועל  
כאחוז מסכום הגמלה שנקבעה

התשלום כ- % מעריך הגמלה	אחוז המקבלים
*100+	37
90-100	35
80- 89	4
70- 79	4
50- 69	4
30- 49	12
10- 29	4
ס ה " כ	100%

\* התשלום היה גבוה ממלוא הגמלה במקרים של אי התאמה של עדכון הגמלה על פי החוק.

2.8 סוגיות בעבודת הוועדה המקצועית המקומית

הצבת הוועדה המקצועית המקומית מכוח חוק הביטוח הלאומי כאחראית על קביעת צורת השימוש בגמלה ועל ביצוע תוכנית הטיפול היא בבחינת חידוש לעומת ענפים אחרים במוסד. בעוד ששלב קביעת הזכאות מתבצע בצורה אחידה ועל פי כלים וכללים אחידים, לוועדה אופייניות פתיחות וגמישות מבחינת סדרי העבודה ואופן קבלת ההחלטות. גמישות זו חשובה בעיקר (1) ליצירת תיאום בין עובדים ובין ארגונים שונים, (2) לתאום נאות בין צורכי הזכאי לבין תוכנית השרותים הנקבעת על ידי הוועדה, לאור השרותים הזמינים בכל ישוב.

ביצוע הניסוי והמעקב אחר תהליך עבודת הוועדות, איפשר, מצד אחד, זיהוי ואבחון בעיות משותפות לארבעת מקומות הניסוי, ומצד שני, אבחון קשיים או בעיות, שהיו ייחודיים למקום מסוים. התברר, שבמספר תחומים היעדר הנחיות ברורות וחד משמעיות יצר אצל חברי הוועדות מבוכה, סתירות והבדלים משמעותיים בהחלטות - במיוחד במרוצת הדיונים הראשונים. מצב זה העיד הן על צורך בנוהלים חד משמעיים שיועברו

לידיעת חברי הוועדה והן על חשיבות מתן הדרכה וכיצוע מעקב צמוד אחר עבודת הוועדות, בעת הפעלת החוק במתכונת ארצית. מאחר שהמעקב הצמוד של נציגי המשרדים לא יכול היה להימשך באותו היקף ככל רחבי הארץ, הושם דגש על גיבוש ההדרכה וההנחיות בכתב לחברי הוועדה ושיפורן. זאת, בשאלות כגון: מהם תפקידי חברי הוועדה? איך עובר המידע מהביטוח הלאומי לחברי הוועדה ולהיפך? מי יוצר את הקשר עם ספקי השירותים? מה קורה כאשר דעות חברי הוועדה חלוקות? מהו סירוב סביר לקבל שירותים? האם יש להחליף שירותים הממומנים היום על ידי גורמים אחרים? האם בן משפחה יכול להיחשב כספק שירותים? מהו תעריף סביר לשעת טיפול? מי יירשם כספק שירות במסגרת החוק?

כפי שצויין במבוא, הוועדה המקומית מונה עובד סוציאלי בכיר מלשכת הרווחה המשמש כמרכז הוועדה, נציג סניף המוסד לביטוח לאומי ואחות בכירה מקופת חולים. גורמים מקומיים אלה, בדרך כלל מכירים את התובעים או לחילופין יש באפשרותם לקבל באמצעות ארגוניהם מידע על קשישים שאינם מוכרים להם אישית. אולם בשלבים הראשונים של גיבוש נוהלי עבודת הוועדה נראה היה כי בהרכב זה טמון שורשו של קונפליקט כפול: קונפליקט בין בעלי תפקידים שונים וקונפליקט בין ארגונים שונים.

הבדלי התפיסות המקצועיות והאישיות בין חברי הוועדות דורשים מידה רבה של יכולת הסתגלות לעבודת צוות, למסגרת החדשה ולדרישות המוסד לביטוח לאומי. לוועדה היתה גמישות כאשר לשימוש בגמלה, בעוד, שנוהלי העבודה, גובה הגמלה, סל השירותים ופרקי הזמן המוגדרים בחוק, היוו מסגרות מחייבות. לפיכך לניסיון העשיר שנרכש בעת המעקב אחר עבודת הוועדה כניסוי היו השלכות על ההיערכות לקראת ביצוע החוק בהיקף כלל ארצי, ובעיקר על תוכן ההדרכה לקראת עבודה משותפת בוועדה, ועל צורתה.

בהתאם למדיניות שהותוותה על ידי הצוות הבין משרדי, מרכז הוועדה אחראי להכנת התיק לדיון, לזימון הוועדה להפעלתה וליישום תוכנית הטיפול. מרכז הוועדה אמור לארגן את כל המערכת המטפלת ולהניע אותה לבצע את תפקידיה באופן שוטף וביעילות. המרכז, בשיתוף אחות הוועדה, נעזר בעבודת שדה המתבצעת על ידי עובדים סוציאליים ואחיות מרפאה באיזור. במספר מקומות משרדי הרווחה וקופת חולים מחזקים, על פי הסכם ביניהם את עבודת השדה באמצעות צוות של עובד סוציאלי ואחות קופת חולים. צוותים אלה כונו בשם צומ"ת. בצומ"ת מתבצעים הערכת צרכים כללית של הקשיש (לא רק בתחום הסיעוד), בניית תוכנית הטיפול הדרושה ומעקב אחר מתן השירותים בפועל. יש לציין, שהצומ"ת איננו מרכיב מחויב המציאות מכוח חוק ביטוח סיעוד. כאשר אין במקום כלשהו צומ"ת, הכנת



התוכנית נעשית בעבודה משותפת של עובד סוציאלי ואחות. הצומ"ת הוקם לשם טיפול בכלל אוכלוסיית הקשישים באיזור ולא רק זכאים לגמלת סיעוד, אולם בכל אחד מישובי הניסוי עבודת הצומ"ת הפכה למרכיב חיוני בהכנת תוכניות הטיפול שהוגשו לוועדות המקומיות, ונראה שחוק ביטוח סיעוד האיץ התפתחות זאת.

יש לציין, ששניים מארבעת מרכזי הוועדות היו מנהלי לשכות רווחה מקומיות, ושני האחרים היו עובדים סוציאליים אשר המשיכו גם במילוי תפקידם כעובדים מן השורה. מטבע הדברים, מרכזים שהם מנהלי לשכות מעורבים בהכנת תוכניות הטיפול פחות מאשר עובדים סוציאליים, דבר שניכר בדיוני הוועדה כאשר התעורר צורך במידע נוסף על הקשיש, הפך בעיתי במיוחד כאשר הוועדה היתה מדגם ב' (ראה הקדמה לדו"ח) דהיינו כאשר ישיבות הוועדה התנהלו בסניף המוסד לביטוח לאומי ולא היתה למנהל אפשרות להתייעץ בעובדיו בעת הדיון.

מגמה כללית שאפיינה את כל הוועדות המקומיות היא, שעם עליית מספר התובעים והזכאים התקשו המרכזים להכיר אישית כל תיק וכל תוכנית טיפול שהגישו לוועדה. כאן יש לציין, שרוב עבודת ההכנה של תוכניות הטיפול נעשתה על ידי מרכזי הוועדה לפני הבאת התיק לדיון. אלו נעזרו בעובדים נוספים מלשכת הרווחה אשר יצרו קשר עם אחיות המרפאות. לפיכך, נמצא בדווח מרכזי הוועדות, בשאלון מיוחד, כי רובן המוחלט (96%) של תוכניות הטיפול, שניתן להן אישור בוועדות, זהות לתוכניות אשר מרכזי הוועדה הגישו לדיון.

כאמור, אחות הוועדה המקומית אמורה להעניק לדיון את ההיבט התפקודי-רפואי של הזכאי, בהנחה שחלק מהקשישים שיימצאו זכאים לגמלת סיעוד כבר מוכרים למרפאות או ליחידה להמשך טיפול של קופת חולים. מראיונות פתוחים עם אחיות הוועדה בניסוי התברר, שבניגוד לנוהלי העבודה והעברת המידע המקובלים והשוטפים בלשכות הרווחה, לא נקבעו דרכי העברת מידע מן האחיות החברות בצומ"ת לאחות הוועדה. במקומות גדולים, דוגמת רחובות, עומס התיקים ומספר המרפאות והצמ"תים בעיר לא איפשר לאחיות הוועדה להכיר את התיקים די הצורך, ולכן אחיות אלה חשו, שללא מידע מצומ"ת, תרומתן לתהליך תהיה קטנה.

הקושי להגדיר את תפקיד האחיות בוועדה חזר והופיע גם בחלוקת העבודה בין מרכז הוועדה לאחות. בשלב מסוים של הניסוי התברר, שרק מרכזי הוועדה קיבלו הודעות מהביטוח הלאומי על רמת הזכאות ועל תוצאות מבחן התלות, שערכה אחות בריאות הציבור. בהנחיות לוועדה לא נקבעו נוהלים



ברורים לצורת הקשר בין מרכז הוועדה לאחות או לגבי העברת פרטי התביעה לאחות. בעיות אלו באו על פתרון בהנחיות החדשות שניתנו לוועדות, כאשר החוק הופעל על ידי הביטוח הלאומי במתכונת ארצית.

לסיכום פרק זה, הדין בעבודתה של הוועדה המקומית במסגרת חוק ביטוח סיעוד, חשוב להזכיר סוגיה נוספת שהועלתה רבות בדיוני הוועדות, והיא השימוש הלא נכון בגמלה להחלפת תקציבים קיימים, דהיינו למימון שירותים שכבר ניתנים על ידי גורמים אחרים, ובעיקר על-ידי קופת חולים ולשכות הרווחה. סוגיה זו אינה באה על פתרונה בתקנות או בנוהללים, והיא אינה תלויה בחברי הוועדה אלא בשיקולי מדיניות ובהעדפת המשרדים הנוגעים בדבר. חשוב להדגיש, שמטרת גמלת הסיעוד היא לשפר את רמת הרווחה של הקשיש ושל בני המשפחה המטפלים בו בהתאם לצרכים לעתים יש צורך להשלים את שירותי הסיעוד הנתנים באמצעות מערכות נוספות. מטרה זו צריכה להיות הקריטריון העיקרי המנחה את חברי הוועדה בעת קבלת ההחלטה על צורת השימוש בגמלה.

#### המטפלים המקצועיים הישירים - העובדים הסוציאליים של לשכות הרווחה ואחיות המרפאות

על מנת ללמוד מה טיב המגעים הישירים שהתנהלו עם הזקן ועם משפחתו במהלך הכנת התיק לדיון בוועדה הועברו שני שאלונים: אחד למרכז הוועדה והשני לעובד הסוציאלי שטיפל בתיק. משאלון מרכז הוועדה ביקשנו ללמוד את מסלול הטיפול בתיק ומה הגורמים והשיקולים שקבעו מסלול זה. משאלון העובד הסוציאלי ניסינו ללמוד את מרכיבי עבודתו של העובד והיקפה, האם התעוררו בעיות מיוחדות בביצועה, וכיצד התנהל שיתוף הפעולה עם האחות.

בהתייחס ל-321 הזכאים ול-296 המקרים שהגיעו לדיון בוועדה, התקבלו רק 156 שאלונים שמולאו על ידי מרכזי הוועדות ו-138 שאלונים שמולאו על ידי עובדים סוציאליים. למרות בקשות חוזרות לא מולאו שאלונים נוספים בטענה שהעומס המוטל עליהם רב מדי ואינו מאפשר להתפנות לענות על השאלונים. יש לקחת בחשבון מגבלה זו בפרוש מהימנות המימצאים, המוצגים להלן.

המעקב אחר הכנת תוכניות הטיפול אשר הוגשו למרכז הוועדה על ידי העובדים הסוציאליים, כפי שהשתקף בשאלונים, העלה שכל אחת מן התוכניות היתה כרוכה בעבודת שדה מעמיקה ואינטנסיבית. עבודה זו כללה ביקורי בית והערכה עדכנית של צורכי הקשיש ומשפחתו, איתור השירותים, הכנסת המטפלים בצורה מבוקרת לבתי הזקנים וביצוע מעקב שכלל הכנסת

שינויים בתוכנית השירותים בהתאם לשינויים במצב הזקן ובמערכת השירותים.

אחת השאלות הראשונות היתה באיזו מידה היה התובע מוכר כבר לארגונים המספקים שירותים. יש לשער שכאשר תובע היה מוכר נדרשה פחות עבודה לשם סיכום ההערכה. לאור המידע שנמסר על ידי הארגונים הסתבר, ש-27% מן התובעים קיבלו בפועל שירותי סיעוד מקופת חולים ו-9% מהתובעים קיבלו שירותים משירותי הרווחה. יש להניח ששיעור התובעים המוכרים לאחיות המרפאות היה גבוה בהרבה גם אם לא קיבלו שירותי סיעוד מקופת חולים. לעומת זאת שיעור המוכרים ללשכות הרווחה, היה נמוך היות ובלשכות מטפלים בזקנים עצמאיים ותשושים ולא בזקנים סיעודיים, ורק באנשים הנתונים במצוקה בדרך כלל, כלכלית. 46% מן הקשישים אשר נמצאו זכאים לגמלה באזורי הניסוי לא היו מוכרים ללשכות הרווחה המקומיות, 21% היו מוכרים אישית לעובד הסוציאלי שטיפל בתיקם ו-28% נוספים היו בטיפולו של עובד סוציאלי אחר בלשכה (לוח מס. 33).

לוח מס. 33: התפלגות הקשישים, על פי היותם מוכרים בלשכה ומספר ביקורי הבית של העובדת הסוציאלית (מספרים מולטים)

מספר ביקורי הבית של העובדים הסוציאליים						
מידת ההיכרות	סה"כ	לא נערך ביקור	ביקור אחד	שני ביקורים	יותר משני ביקורים	לא ידוע
סה"כ	138	16	75	33	11	3
לא היה מוכר בלשכה	64	3	32	21	6	2
היה בטיפול עו"ס אחר של הלשכה*	29	2	17	8	2	0
היה בטיפול העו"ס הנוכחי	38	4	20	3	3	1
לא ידוע	7	0	6	1	0	0

\* עו"ס זה לא היה אחראי על הכנת התיק לוועדה.

ביקורי בית נערכו אצל 88% מהמטופלים שעליהם התקבל דיווח. גם אצל הזכאים המוכרים נערכו ביקורי בית לצורך עדכון תמונת המצב או העמקת הקשר. רק קשיש אחד לא היה מוכר ועובר סוציאלי לא ערך ביקור בית אלא אחות, אשר העבירה את המידע לעובדת הסוציאלית. לפי עדות העובדים הסוציאליים ב-59% מן המקרים שני אנשי המקצוע ביקרו בבית הקשיש.

ברוב המקרים, העובדת הסוציאלית דיווחה, כי לא התעוררו קשיים באיסוף המידע על הקשיש. אולם גם מספר זעום של קשישים ומשפחות אשר לא שיתפו פעולה הוסיף לעומס ועיכב את הכנת תוכנית הטיפול. סיבה נוספת לעומס היתה החובה להתייעץ עם גורמים נוספים כגון צומ"ת בעניין התוכנית, והתייעצויות אלה מצריכות התקשרות ותיאומים הגוזלים זמן. לטענת העובדים, מכיוון שהנוהלים החדשים של חוק ביטוח סיעוד מחייבים עמידה בלוח זמנים, נוצר לחץ בזמן העבודה. בנוסף, העובדים הסוציאליים המגיעים לאוכלוסייה החדשה, שלא היתה מוכרת, מבצעים הערכה כוללת של צרכים, ולא רק לצורך חוק ביטוח סיעוד. לטענתם, איתור הבעיות הנוספות מצריך טיפול, וברוך כלל אין הם יכולים להתפנות לכך. למרות כל המאמצים שנעשו על ידי הארגונים המטפלים ועל ידי והארגונים המספקים שירותים, כ-50% מהעובדים הסוציאליים דיווחו על צרכים שלא קיבלו מענה. השירותים העיקריים שלא סופקו היו השגחה, יציאה מהבית או עריכת טיול לקשיש, וסידור במרכז יום.

הגשת התוכנית על ידי העובדים הסוציאליים למרכז הוועדה אמורה היתה להעשות לאחר בדיקת אפשרות אספקתם של השירותים בפועל. רק ב-7% מהמקרים הוגשה תוכנית בלי שהעו"ס ידע באם אפשר לבצעה. ב-28% מהמקרים כבר היו ספקי שירותים בעת הכנת התיק ולא היה צורך ליצור קשר נוסף. מרכזת הוועדה, העובר הסוציאלי המטפל ובן משפחה דאגו באותה מידה ליצירת הקשר עם הספקים.

מכיוון שהניסוי היה חשוב לצורך בחינת תהליכי עבודה ודפוסי שיתוף הפעולה בין העובדים, היה חשוב במיוחד לעקוב אחר התפתחות דפוסי עבודה הבינמשרדית והבינמקצועית במהלך הניסוי.

מנתונים שנאספו בשדה מתברר, שבאזורי הניסוי אכן התבצעה עבודת צוות של גורמי רווחה ובריאות. העובדים הסוציאליים דיווחו, שהפגישה עם האחיות תרמה למידע שלהם על מצב הקשישים בתחומי המצב הרפואי (46% מהמקרים), המצב התפקודי (33%), יחסי המשפחה (15%) והדרישה לשירותים (9%). רק כ-5% ציינו, שהעבודה המשותפת עם האחיות לא תרמה להם דבר.

נוסף על תרומות בתחום המידע, תרמה העבודה עם האחיות בשלבי ביצוע העבודה עצמה, כגון ביקורי הבית, ובעיקר בעת בניית תוכנית הטיפול (68%). מנתונים אלה בולט, שתחושת העובדים הסוציאליים היא, ששיתוף הפעולה תורם לחלוקת נטל העבודה ולתמיכה בינמקצועית.

עם זאת, כשם שצוינו בעיות בתחום חלוקת העבודה בין מרכזי הוועדות והאחיות החברות בהן, כך מטבע הדברים, בראיונות ובשיחות עלו טענות גם משני בעלי המקצוע המטפלים ישירות בקשיש, על שותפות בלתי שווה שיוויונית ועל מאבקי כוח, בעבודה הבינמקצועית ובעבודת הצוות. לדעת העובדים, הדרכה מתאימה וניסיון משותף יכולים לשפר את המצב ולהביא לשיתוף פעולה פורה.

בסוגית האחיות המקצועית למעקב אחר ביצוע תוכנית הטיפול לא התקבלו נתונים חד-משמעיים. העובדים הסוציאליים (שהתייחסו כשאלונים שלהם רק ל-138 תיקים), טענו שהם האחראים לטיפול ב-48% מהמקרים, האחות ב-42% וב-4% נוספים השתים יחד. מטופסי החלטות הוועדה עולה ש-53% מהתיקים היו בטיפול העו"ם ו-39% באחיות האחות. נראה, שבמקרים רבים בוצע בפועל מעקב במשותף העובדים הסוציאליים ושל האחיות, וניתן דיווח הדדי על המצב הטיפול. למעשה לא נקבעו הסדרי בקרה ומעקב ברורים אחר מתן השירותים.

## 2.9. תשומות בתהליך הפעלת חוק ביטוח סיעוד

אחת ממטרות הליווי המחקרי של הניסוי היתה בחינת התשומות הכמותיות המושקעות בתהליך. מורכבותו הרבה של החוק ובעיקר השתייכותם של העובדים המקצועיים המעורבים בהפעלת החוק למספר רשויות חליבה תיאום בין גורמים אלה. לכן נודעה חשיבות רבה למעקב אחר משכי הזמן בין השלבים הקריטיים בתהליך הפעלת החוק. נוסף על בחינת משך הזמן העובר בין התחנות, נבחנו התשומות הבאות: מספר התביעות בחודש, מספר הדיונים בוועדות המקומיות-מקצועיות, משך זמן הערכת התלות על ידי אחות בריאות הציבור, מספר ביקורי בית של העובדים הסוציאליים ושל אחיות קופ"ח בעת הכנת התיק לדיון בוועדה. ערכים כמותיים אלה הם ביטוי לתשומות המושקעות בתהליך להפעלת החוק.

לבדיקת משכי הזמן בין שלבי ביצוע היו שתי מטרות עיקריות:

1. קבלת אומדנים על תשומות הזמן המושקעות בכל שלב בתהליך.

2. בחינת העמידה בלוח הזמנים, שנקבע בחוק או בהחלטות הצוות הבינמשרדי.

לפי החוק לוח הזמנים הוא כלהלן:

א. הזכאות לגמלת סיעוד תתחיל בתום 30 ימים מה-1 בחודש, שבו הוגשה התביעה לגמלה.

ב. זקן שנמצא זכאי ושלא סופקו לו שירותי סיעוד תוך 60 יום מהיום הקובע לגמלת סיעוד, והתמלאו שאר התנאים בחוק, זכאי לגמלת סיעוד בכסף. כלומר שני המועדים החשובים מבחינת התובע, הם מועד הגשת התביעה, ומועד קביעת הזכאות.

כמו כן הוועדה הבין משרדית קבעה שאת מבחן התלות יש לבצע תוך 10 ימים, מיום הגשת הבקשה למשרד הבריאות.

הנתונים יכולים לשמש כבסיס למעקבי, להערכת סבירות זמן הטיפול בתביעות, ובמיוחד לאיתור צווארי בקבוק בטיפול בתביעות. אמנם יש לזכור שהניסוי התנהל בתנאים מבוקרים, וכי נערך ליווי צמוד במקומות שהיה בהם שיתוף פעולה ניכר בין עובדים, ושהיו קיימים שירותים. אולם לאחר שהנתונים נאספו בארבעה מקומות שונים, מהימנותם מגבירה את האפשרות ללמוד על מגמות לעתיד.

כאמור, המועדים הקריטיים בתהליך של ביצוע החוק הם: יום הגשת התביעה, יום ביצוע מבחן התלות, יום קביעת הזכאות, יום ההחלטה בוועדה המקומית ויום התחלת מתן שירותים על פי החלטת הוועדה. משך הזמן העובר בין התחנות הקריטיות בתהליך יוצג להלן בפירוט ברצף הנכון. משכי הזמן בין התחנות קריטיות יוצגו גם מפרספקטיבה של התהליך כולו.

-----

(1) הנתונים בפרק זה מתייחסים לחודשים מאי 1987 עד אוקטובר והם מתייחסים ל-332 תובעים. מאחר וסיכום הנתונים נעשה לפני תום הניסוי וכל אחד מהתובעים היה בשלב שונה של התהליך, מספר התובעים בכל שלב אינו זהה.

## התחנות:

1. תביעה - אחות  
מיום הגשת התביעה בסניף עד יום העברת בקשה לאחות במשרד הבריאות  
לביצוע מבחן תלות.
  2. אחות - מבחן תלות  
מיום העברת הבקשה לאחות עד יום ביצוע מבחן התלות על ידי האחות.
  3. אחות - פקיד תביעות  
מיום העברת בקשה לאחות עד יום חזרת מבחן תלות לפקיד התביעות  
בביטוח הלאומי.
  4. פקיד תביעות - ועדה  
מיום החזרת מבחן תלות לפקיד התביעות עד יום העברת הודעת זכאות  
ופלט נתונים לוועדה המקצועית המקומית, לשם הכנת התיק לדיון  
בוועדה.
  5. ועדה - דיון  
מיום העברת הודעת זכאות לוועדה המקצועית המקומית ליום הדיון  
בוועדה.
  6. דיון - שירותים  
מיום הדיון בוועדה המקצועית המקומית עד מועד התחלת מתן השירותים  
לזכאי (על פי התאריך שצויין בטופס החלטת הוועדה).
- פרקי זמן חשובים נוספים בתהליך הם:
7. תביעה -וועדה  
מיום הגשת התביעה בסניף הביטוח הלאומי עד יום העברת ההודעה על  
אישור זכאות לוועדה המקצועית המקומית.
  8. תביעה - דיון  
מיום הגשת התביעה בסניף הביטוח הלאומי עד יום הדיון בוועדה  
המקצועית המקומית.

9. זכאות - ועדה  
ממועד הזכאות על פי חוק עד יום העברת ההודעה על הזכאות לוועדה.
10. זכאות - דיון  
ממועד הזכאות על פי חוק עד יום הדיון בוועדה המקומית.
11. זכאות - שרותים  
מיום קביעת הזכאות על פי חוק עד יום התחלת מתן שרותים בפועל  
לזכאי (על פי המצויין בטופס החלטת הועדה).
- לוח מס. 34 מציג את משכי הזמן העוברים בין כל התחנות על פי איפיונים  
הבאים :
- א. התפלגות אחוז התובעים בכל שלב על פי מספר ימים שחלפו
- ב. מספר הימים הממוצע בכל שלב - כללי לכל הועדות
- ג. חציון: מספר הימים החציוני, שמתחתיו התפלגות ממחצית התביעות  
ומעליו מחצית התביעות.
- ד. טווח הימים - מינימום ומקסימום - בכל שלב
- ה. מספר הימים הממוצע בכל שלב - עבור כל ועדה בנפרד
- ו. מספר הימים הממוצע בשלושת החודשים הראשונים של הנסוי.
- ז. מספר הימים הממוצע לאחר שלושת החודשים הראשונים של הנסוי.



לוח מס. 34: משך הזמן שעובר בין התחנות בהפעלת החוק במהלך הניסוי (באחוזים)

6	5	4	3	2	1	ש ל ב י ם
דיון- שירותים	וועדה- דיון	פקיד- וועדה	אחות- פקיד	אחות- מבחן תלות	תביעה- אחות	
141	97	222	284	275	322	מס' התביעות שעברו בתחנה
20						מספר ימים
16						****-21
44						-11-20
-						-1-10
-	-	32	-	1	26	0
20	1	43	30	79	72	10-1
-	20	19	55	17	-	19-11
-	17	6	14	3	1	29-20
-	16	-	1	-	-	39-30
-	19	-	-	-	-	49-40
-	13	-	-	-	-	59-50
-	14	-	-	-	1	60+
-6.87	39.87	7.75	13.85	8.00	1.87	מספר הימים הממוצע
-5.00	37.00	5.00	13.00	7.00	1.00	מספר הימים החציוני
-33	-19	0	1	0	0	מספר הימים המינימלי
30	128	71	81	49	100	מספר הימים המקסמלי
-9.26	36.23	11.06	13.90	8.36	1.96	מס' הימים הממוצע-רחובות
-4.00	35.33	10.20	15.60	7.97	3.60	באר טוביה
0.87	38.69	0.48	13.18	7.28	***0.35	יהוד
5.33	43.77	0.33	12.43	7.06	0.93	כפר קאסם
-*10.48	*36.50	8.07	13.89	8.04	2.13	מס' הימים הממוצע לתקופה א' מ-1.5.87 עד 31.7.87
-5.26	50.06	7.19	13.75	7.91	1.44	מס' הימים הממוצע לתקופה ב' מ-1.8.87 עד 30.11.87

\* ההבדלים בין שתי תקופות הניסוי, נמצאו מובהקים ברמה  $\alpha = 0.05$

\*\* אחוז השוהים בכל תחנה לפי מספר ימים.

\*\*\* ערך נמוך מ-1 פרושו שהשהיה הממוצעת בתחנה הסתיימה באותו היום.

\*\*\*\* כאשר מצב הזקן היה חמור הוחל במתן שירותים עוד לפני שהתקיים הדיון בוועדה המקומית, ולמעשה אישורה ניתן רטרואקטיבית מיום הזכאות, דבר המתאפשר לפי החוק. סימן המינוס מציין שמספר הימים הנקוב קדם ליום האישור.



לוח מס. 34: משך הזמן העובר בתהליך בין תחנה לתחנה (המשך)  
(באחוזים)

11	10	9	8	7	
זכאות- שרותים	זכאות- דיון	זכאות- ועדה	תביעה- דיון	תביעה- ועדה	
134	157	223	103	222	מס' התביעות שעברו בתחנה
					מספר ימים
	-	-			-21
	-	7			-20-11
	-	25			-10-1
15	-	-	-	-	0
-	4	26	-	10	1-10
5	9	18	-	35	11-19
3	15	12	6	35	20-29
38	17	8	16	14	30-39
-	7	2	15	3	40-49
1	15	-	18	-	50-59
38	33	2	45	3	60+
41.42	49.13	9.17	61.69	23.32	מספר הימים הממוצע
31	48	6	59	21	מספר הימים החציוני
0	-40	-27	4	6	מספר ימים מינימלי
134	140	90	171	120	מספר ימים מקסימלי
41.17	48.63	11.90	64.76	27.08	מס' הימים הממוצע-רחובות
56.46	57.20	23.20	62.20	29.68	באר טוביה
29.00	35.64	1.44	52.57	13.86	יהוד
41.75	39.00	-4.43	56.22	13.70	כפר קאסם
40.00	51.36	*	64.22	24.04	מספר הימים הממוצע לתקופה א' מ - 1.5.87 עד 31.7.87
46.80	53.98	6.18	71.12	22.07	מספר הימים הממוצע לתקופה ב' מ - 1.8.87 עד 30.11.87

\* התבדלים בין שתי התקופות בניסוי, נמצאו מובהקים ברמת מובהקות  $\alpha = 0.05$   
\*\* כנ"ל

חשוב להתייחס למשך השהיה בכל שלב וזאת על מנת לאמוג את היקף החריגות. בעת בחינת הממצאים יש לתת את הדעת להבדלים בין הוועדות השונות וכן להבדלים בין הממצאים מתקופת הנסוי הראשונה, שהיוותה תקופת הרצה, לבין הממצאים מתקופת הנסוי השניה. בסיכום להלן אנו מתייחסים בעיקר לממצאים הנוגעים לתקופת השניה בניסוי, תוך שימת דגש על צווארי בקבוק שנוצרו בתהליך.

כללית, תהליך הטיפול בתביעה מיום הגשת התביעה עד יום מתן שרותים בפועל נמשך זמן נכר. זאת למרות שמדובר בניסוי שהושקע בו מאמץ מצד כל השותפים לעמוד בלוח הזמנים. כהסבר לכך יש לזכור, שנוסף על מספר התחנות הגדול, נחוץ להעביר כמות נכרת של חומר בין הגורמים השונים בצורת צילומים ובצורת פלטי מחשב. הכרח זה גורם גם הוא לעיכובים בתהליך.

שלב הערכת התלות וקביעת הזכאות בסניפי המוסד לביטוח לאומי - מיום הגשת התביעה עד העברת התיק למרכז הועדה נמשך 22 יום בממוצע. בסניף רחובות הוא נמשך כ-27 יום ואילו בסניף פתח-תקוה (יהוד) כ-14 יום. שלב הערכת התלות כלכד נמשך בממוצע כ-14 יום. משך זמן זה היה ארוך מעשרת ימים שנקבעו בנוהלי הנסוי. מתברר שב-70% מהתביעות שלב זה ארך יותר מ-10 ימים. יתכן שיש מקום לשקול אם 10 ימים הם משך זמן מציאותי להשלמת הערכה.

מספר הימים הממוצע מיום הגשת התביעה עד הדיון בוועדה בחלק השני של הנסוי היה 71 (שלב מס. 8 בלוח). מספר זה עלה מ-64 יום בשלושת החודשים הראשונים, אולי בשל גידול היקף עבודת הוועדות. כן נמצא שמספר הימים הממוצע מועד הזכאות עד מתן השירותים בפועל היה 47, וגם כאן חלה עליה מ-40 יום בשלב ההרצה. הסיבה שמספר הימים שחלפו ממועד הזכאות עד להתחלת השירותים קטן ממספר הימים שחלפו עד לדיון בוועדה הוא שרוב מועדי התחלת שירותים שקבעו בוועדות היו רטרואקטיביים - ובדרך כלל הראשון בחודש שבו ערכה הוועדה את הדיון. יחד עם זאת 38% מהמקרים חרגו מגבול 60 הימים שנקבע בחוק בין יום הזכאות ומועד התחלת מתן השירותים. במקרים אלה לא הוענקה גמלה כספית למרות שהחוק מאפשר זאת.

נתונים נוספים הנוגעים לבחינת התשומות הכמותיות אשר נבדקו במהלך ביצוע החוק הם:

- א. כמות (מספר תביעות אשר הוגשו, מספר התיקים שהובאו לדיון, וכו')
- ב. משך הזמן הדרוש לוועדה המקומית לדיון בתיק, זמן עריכת מבחן תלות לזקן בביתו.
- ג. מספר ביקורי הבית של העובדים סוציאליים ואחיות קופ"ח.

**לוח מס. 35: התפלגות התביעות שהוגשו בחודשי הנסוי 1.5.87-25.10.87:  
לפי חודשים (אחוזים)**

אוקטובר*	ספטמבר	אוגוסט	יולי	יוני	מאי	סה"כ (אחוזים)	מספר התביעות	י ש ו ב
5.9	11.2	20.5	24.2	30.1	8.1	100	322	סה"כ
4.0	14.0	21.1	26.1	24.1	10.7	100	205	רחובות
-	2.5	17.5	20.0	42.5	17.5	100	40	באר-טוביה
9.0	9.0	40.0	20.0	16.0	2.0	100	45	יהוד
3.0	3.0	3.0	13.0	53.0	25.0	100	32	כפר קאסם

\* עד ה-25 בחודש.

לוח מס. 35 מציג את זרם התביעות שהוגשו בארבעת ישובי הנסוי בתקופה 1.5.87 עד 25.10.87, לפי חודשים.

כללית הזרם הגדול של התביעות החל להגיע לסניפים מן החודש השני לניסוי ונמשך כשלושה חודשים. לאחר מכן חלה האטה. בישובים השונים היו דפוסים שונים בקצב הגשת התביעות והם מאפיינים את טיב ההערכות וההכנות בכל ישוב. ברחובות מספר מגישי התביעות היה נמוך בחודש הראשון, גדל באופן משמעותי בשלושה החודשים הבאים, ולאחר תקופה זו חלה האטה משמעותית. ביהוד בחודש הראשון כמעט ולא הגישו תביעות, בחודשים לאחר מכן היה גידול איטי, בחודש אוגוסט מספר מגישי התביעות, זנק לגובה ולאחר מכן ירד.

לעומת זאת, בבאר-טוביה ובכפר קאסם חלק גדול מהתביעות הוגשו כבר בחודשים הראשונים לנסוי, דבר המעיד על התארגנות מהירה, יחסית, של אנשי המקצוע מבחינת הפניה. לאחר שני חודשים אלה חלה ירידה הדרגתית. הבדלים אלה נוצרו למרות שמערכת ההסברה והפרסום לנסוי היתה אחידה. כאמור סביר להניח שהבדלים משקפים צורות התארגנות שונות במקומות הנסוי, גודל ישוב שונה,

הבדלים תרבותיים וכו'; המסקנה המתבקשת מנתונים אלה היא שהחודשים הראשונים להפעלת החוק הם קריטיים מבחינת זרם התביעות ולכן דרושה התארגנות מתאימה של סניפי המוסד'.

שלב הערכת תלות על ידי אחות בריאות הציבור

משך הזמן שנדרש לאחיות בריאות הציבור לביצוע ביקור הבית ולעריכת מבחן התלות לזקן חושב על פי דיווח האחיות על טופס הערכת תלות.

לוח מס. 36 - הזמן הממוצע של בדיקת הערכת תלות לפי ישוב (דקות)

י ש ו ב	מספר הנבדקים	זמן הבדיקה בממוצע
רחובות	31	190
באר-טוביה	32	145
יהוד	15	125
כפר-קאסם	13	216
סה"כ	91	167

הנתונים מתייחסים רק לאותן הערכות, שבמבחן תלות היה נקוב משך זמן ביצוע בנפרד מראיון המטפל העיקרי שאותו ביצעו האחיות לצורך מחקר. ממוצע משך ביצוע מבחן התלות בכל מקומות הנסוי היה 167 דקות. הזמן המינמלי היה 60 דקות והמכסימלי 360 דקות.

(1) יש להדגיש כי מהנתונים שנאספו במשך הניסוי, אין לחזות במדויק את הצפוי בשלב הפעלת החוק בכל הארץ. הניסוי התבצע לאחר מתן פרסום חלקי (רק באמצעי התקשורת המקומיים) לחוק. מספר התביעות הגבוה בשנת ההפעלה הראשונה משקף את ההבדל הניכר בין שני המצבים.

לוח מס. 37: הועדות המקומיות - נתונים נבחרים\*, לפי ישוב

מספר הזכאים שנדונו בוועדות	משך הדיון הממוצע בתיק (דקות)	מספר התיקים הממוצע בכל דיון	מספר התכנסויות הוועדה	י י ש ו ב
132	16.8	6.0	22	רחובות
20	19.7	6.6	3	באר-טוביה
23	23.6	3.8	6	יהוד
22	21.3	2.4	9	כפר-קאסם
-----				
197	20.4	4.7	40	סה"כ
-----				

\* מתיחס לתקופה 5/87 עד 11/87 (כולל).

כללית, הדיון בתיק נמשך בין 5 דקות ל-60 דקות. ממוצע זמן הדיון היה כ-18 דקות. ב-80% מהתיקים הדיון נמשך 20 דקות ופחות, ורק בשאר, הדיון נמשך יותר מ-20 דקות. מספר התיקים המכסימלי שנדונו בפגישה אחת היה 18. ממוצע מספר התיקים בכל ועדה היה 4.7. עבור 86% מהזכאים התנהל דיון אחד בלבד במסגרת הוועדה, ועבור שאר הזכאים היה יותר מדיון אחד.

מספר ביקורי הבית של עובדים סוציאליים ואחיות קופ"ח\*

לצורך הכנת תוכנית הטיפול לזכאים לגמלת סיעוד במסגרת דיוני הוועדות המקומיות-מקצועיות נערכו ביקורי בית של עובדים סוציאליים ושל אחיות קופ"ח בבתי הזכאים.

לוח מס. 38: התפלגות מספר ביקורי הבית של עובדים סוציאליים ואחיות (אחוזים)

נערך ביקור של עו"ם ואחות	נערך ביקור של אחות בלבד	נערך ביקור של עו"ם בלבד	לא נערך ביקור	סה"כ (אחוזים)	סה"כ (מספרים)
59	5	29	7	100	137

יש לציין שכאשר לא נערכו ביקורי הבית, הזכאים היו מוכרים היטב לשירותי הרווחה המקומיים. ראוי להוסיף שב-48% מהמקרים התקיים ביקור בית של העובדים המקצועיים למרות שהזכאי היה מוכר לעובד הסוציאלי המטפל או לאחות המרפאה. 37% מהזכאים זכו ליותר מביקור בית אחד של העובד הסוציאלי לצורך הכנת תוכנית הטיפול.

---

\* פירוט לגבי עבודתם של העובדים הסוציאליים ואחיות קופ"ח ראה פרק 2.8.

#### IV. ט י כ ו ם

המפעל הנסיוני בסיעוד נערך על ידי המינהל למחקר במוסד לביטוח לאומי בשנה שקדמה להפעלת החוק, בארבעה יישובים בארץ, במסגרת ההערכות להפעלת החוק במתכונת ארצית באפריל 1988. במהלך הניסוי יושם החוק הלכה למעשה על כל מרכיביו וכלליו, החל מהשלב של הסברה מקומית ופירסום תנאי החוק והטבותיו, הכשרת כוח אדם, קבלת תביעות מאוכלוסיית הזקנים, הערכה וקביעה של הזכאות, קביעת תוכנית טיפול על ידי הועדות המקומיות, וכלה בהספקת השירותים לזכאים.

#### ממצאים עיקריים

מספר התובעים בניסוי היה נמוך מהצפוי ולא ניבא נכונה את זרם התביעות כאשר החוק הופעל למעשה, כפי הנראה בעיקר בגלל המיגבלות בפירסום שנבעו מתנאי הניסוי. חשוב לציין שעיקר התובעים לגימלה במיסגרת הניסוי, הופנו על ידי אנשי מקצוע בעוד שעם הפעלת החוק במתכונת ארצית, התווסף לגל הפניות וכמובן למספר הזכאים, אותו חלק גדול מאוכלוסיית הקשישים שאינו מוכר לאנשי מקצוע, ועליו ניתן לומר, בדיעבד, כי לא קיבל ביטוי מספיק במהלך הניסוי.

מאידך, למרות מיגבלות אלה, כבר בעת הניסוי, שיעור מיצוי הזכויות מבחינת היקף הזכאים היה גבוה ואף עלה במקצת על האומדנים: כ-105% בארבעת היישובים, ובכפר-קאסם הגיע ל-214%. ממצא זה היווה סימן ראשון, כבר בשלב הניסוי, למספר אף גבוה מהצפוי, של זקנים שיהיו זכאים עם הפעלת החוק במתכונת ארצית, כפי שאמנם התרחש בפועל.

אוכלוסיית התובעים היתה מאופיינת על ידי שיעורים גבוהים של קשישים מאוד (בני 80 ומעלה), של נשים ושל בודדים, יחסית, למשקלם באוכלוסיית הקשישים הכללית.

שיעור הזכאות בין התובעים שנבדקו במבחן תלות היה 64%. שיעורי זכאות גבוהים במקצת נמצאו בקרב הגברים שתבעו גימלה, בקרב הקשישים שגרו עם בני זוגם ו/או עם ילדיהם, וכמצופה גם בקרב הגילאים הגבוהים: בקרב תובעים בני 85 ומעלה שיעור הזכאות הגיע ל-71%.

מתוך הנתונים מעניין במיוחד הקשר בין רשת התמיכה של הזקן לבין דפוסי התביעה והזכאות. בעוד שבודדים הגישו תביעות בשיעורים גבוהים יחסית לקשישים שגרו עם בני משפחה, שיעור הזכאות ורמת זכאותם היו נמוכים. יתכן



שקשישים בודדים נטו להגיש תביעות בשיעורים גבוהים יחסית בשל תחושת חוסר בטחון ולא רק בגלל מצב תפקודי קשה. לעומתם, קשישים הגרים עם בני משפחה, ואולי בשל כך חשים עצמם מוגנים יותר, הגישו תביעות רק כאשר מצבם התפקודי היה קשה. ואכן 74% מקרב הקשישים שגרו עם בן זוג וילדים נמצאו זכאים לגימלת סיעוד.

קבוצה חשובה זוהתה בניסוי כדורשת מעקב מיוחד בעת שהחוק מופעל במתכונת ארצית, במיוחד בשל העובדה שהחוק אינו מגדיר תקופת המתנה להגשת התביעה: כשליש מאוכלוסיית התובעים היה מאושפז בבית חולים במרוצת שלושת החודשים שקדמו ליום הגשת התביעה. ממצא זה מצביע על החשיבות של מעקב ובדיקת זכאות מחדש בקרב קבוצה זו שאנשיה מגישים תביעות כאשר המצב התפקודי קשה במיוחד אך יתכן כי לא יזדקקו לשירותי סיעוד לאחר תקופת החלמה ושיקום. מכוון שהחוק מיועד ביסודו לסיעודים כרוניים, מוצע היום, כאשר החוק פועל כבר למעשה משנה, לערוך בדיקות מחדש עבור קבוצה זו, אשר אנשיה הפכו לסיעודיים בעקבות ארוע רפואי, אך אפשר וחלקם כבר לא יהיו זכאים לאחר תקופה מסויימת ואפשר להוציאם מן המערכת.

### מבחן התלות

ניתן לציין שכרוב המקרים העברת מבחן התלות לא העמיד קשיים מיוחדים לאחות ולנבדקים עצמם. עם זאת, חילוקי הדעות שהתעוררות בועדות בעיקר בשלב הראשוני בניסוי, בנוגע לתוצאות מבחן התלות, הדגישו את העובדה שחברי הועדה צריכים לעבור הדרכה יסודית להכרת מהותו מטרתו ועקרונותיו של מבחן התלות. בעיקר בלט קושי של חלק מחברי הועדה, לקבל את העובדה שבקביעת הזכאות לא נלקחים בחשבון המצב הרפואי וגורמים סביבתיים כמו בעיות סוציו-כלכליות או רשתות התמיכה המשפחתיים, נתונים היכולים ואף חייבים להלקח בחשבון רק בקביעת תוכנית הטיפול. דיונים אלה בועדות השפיעו על קביעת תוכנית ההדרכה וההנחיה הארצית למשתתפי כל הועדות המקומיות בנוגע למבחן התלות.

בבחינת סך כל התפלגויות הניקוד, הניתן בסעיפים השונים של מבחן התלות, לא ניכרה מגמה של תוספת ניקוד על מנת "להעביר" את התובע מעל סף הכניסה לזכאות לגימלה. רוב התובעים (90%) קיבלו ניקוד בסעיף המצריך לסייע ברחיצה. לעומת זאת הניקוד בניידות בבית ניתן רק ל-37% מהתובעים. הציון בהפרשות נמצא כמנבא מובהק לזכאות.

כאמור, על פי נוהלי החוק, אנשים המסכנים את עצמם או את זולתם, מוגדרים כזקוקים להשגחה ומקבלים ניקוד של 6.5 נקודות כאשר יש צורך בהשגחה מלאה.



הצורך בהשגחה חלקית מקבלת את ביטויה ביתר סעיפי מבחן התלות. 25% מהזכאים קיבלו ניקוד בהשגחה המזכה אותם מיידית בגימלה ברמה הגבוהה. בסך הכל הניקוד בהשגחה הכנים למעגל הזכאות 4% מהזכאים בלבד, ששאר ציוניהם במבחן התלות לא עברו את סף 2.5 נקודות. הציון בהשגחה נמצא קשור באופן מובהק עם הציון ב-ADL. כצפוי, נמצא קשר בין קבלת ניקוד בהשגחה לבין סימני חוסר הבנה והתמצאות וכן עם קיום השגחה בפועל. הבעייתיות כאשר לקריטריונים ולנוהל לקביעת הצורך בהשגחה, הביאו לבחינה לעומק של הנושא ולשינויים ושיפורים בתהליך. תוך כדי הניסוי נעשו שינויים בקביעת הזכאות להשגחה. הקביעה הועתקה מתחום סמכותו של הרופא אל תחום סמכות האחות. נושא זה ממשיך להיות בבחינה הן בשדה והן במסגרת מחקרים מיוחדים לקביעת קריטריונים תקפים.

בהשוואה בין קביעת האחות באשר לצורך בהשגחה, לבין חוות דעת הרופא המטפל בטופס התביעה באשר לקיום בעיות הממצאים או שיפוט, לא נמצא דמיון רב. הפער בחוות הדעת מצביע על כך שהמידע הרפואי המצורף לטופס התביעה אינו יכול כשלב זה לשמש כסיס לקבלת החלטה בתחום זה.

שינוי מהותי נוסף אשר בוצע במהלך הניסוי נוגע לתפקידו של רופא המוסד בקביעת הזכאות. על פי המתכונת המקורית, הוחלט שסינון רפואי יערך על ידי רופא הסניף לגבי כל התביעות קודם לעריכת מבחן התלות. סינון זה נועד לקבוע זכאות מיידית למקרים הנראים קשים ביותר, שאין אפשרות לדחות את מתן השרותים. נסיון זה לא הצליח מאחר והרופאים לא יכלו להגיע לקביעה ללא בדיקת התובע וללא מידע רפואי שלם וממצה. מאחר ובסופו של דבר הרופאים עברו על התיק רק אחרי ביצוע מבחן התלות, הוחלט לותר על תהליך הסינון הרפואי.

### תוכנית הטיפול

יש לציין כי אחד הממצאים הבולטים של הניסוי הוא זמינותם של השירותים בכל המקומות. רק 2% מהקשישים קיבלו את הגימלה בכסף בגלל אי-זמינות השירותים, ו-2% נוספים לא קיבלו דבר בגלל סרובם לקבל שירותים בעין.

תוכניות הטיפול נקבעו בישיבות הועדה, בעיקר על סמך השיקולים המקצועיים של חברי הועדה לאחר עיון בחומר הרב שהוכן לוועדה: הם התבססו על שאלון אחות בריאות הציבור, ובמיוחד על המלצת המטפלים הישירים - העובדים הסוציאליים מלשכות הרווחה ואחיות המרפאות, אשר ערכו ביקורי בית וביצעו הערכה מקיפה של הצרכים של הקשיש ובני משפחתו, תנאי מגוריהם ואורח חיהם, תוך מגמה

להתאים תוכנית טיפול לדפוסי טיפול קיימים. הנתונים העיקריים אשר השפיעו על קביעת השירותים וספקיהם היו: בקשות הקשיש ובני המשפחה, זמינות השירותים והלימותם לצרכים.

70% מתוכניות הטיפול היו בנויות מטיפול משולב, כלומר - שילוב של טיפול אישי ועזרה ביתית אם על ידי מטפל אחד או יותר. בנוסף סופקו שירותים של טיפול אישי בלבד (5-13% מהזכאים) סידור במרכז יום בלבד או בתוספת שירותים אחרים (5-12% מהזכאים), ועזרה ביתית בלבד (5-2% בלבד מהזכאים). בנוסף סופקו גם חבילות של אמצעי ספיגה והסעות למרכזי יום.

נשים ובודדים קיבלו טיפול משולב בשיעורים גבוהים יותר, ואילו גברים וקשישים החיים במשק בית עם בני משפחה - בני זוג ו/או ילדים, קיבלו סידור במרכז יום בשיעורים גבוהים יחסית. בכל התוכניות בלטה המגמה של הרחבת מגוון השירותים הכלולים בתוכניות הטיפול, והוספת שירותים משלימים לאלה שניתנים כבר.

42% מהשירותים סופקו על ידי ארגון מט"ב, 28% על ידי מטפלות פרטיות, 18% על ידי אירגון אחר ו-12% על ידי מרכז יום. במרוצת הניסוי התקבלה החלטה מינהלית בדבר הזמנת שירותים מאירגונים מוסדיים בלבד והפסקת העסקת מטפלות פרטיות כנותנות שירותים. החלטה זו יצרה בעיות לא מעטות בנסיונות להכניס מטפלות ותיקות לאירגונים ושמירה על רמת השכר ואיכות הטיפול, אך ניתן לציין שהמעבר לאירגונים נעשה בהצלחה מלאה.

השוואת בקשות בני המשפחה, שהיו המטפלים העיקריים, לתוכניות הטיפול, הן מבחינת סוגי שירותים והן מבחינת מספר השעות, מראה שהועדו נטו להרחיב את מגוון השירותים, כהשלמה לשירות המבוקש. כמו כן, בקשות המשפחה לשעות טיפול לא חרגו בהרבה ממספר השעות שניתן לספק באמצעות הגמלה.

עריכת הניסוי בסיעוד הצביעה על עומס העבודה הנוסף שמטיל החוק על העובדים הסוציאליים, האחיות בשדה וחברי הועדות. 46% מן הקשישים שנמצאו זכאים לגמלה לא היו מוכרים ללשכות הרווחה המקומיות. נערכו ביקורי בית כמעט-לכל הזכאים בניסוי. יתר על כן, הנוהלים המאפיינים הפעלת חוק - ובעיקר עמידה בלוח זמנים ותיאומים בין משרדיים, הוסיפו לעומס שעל העובדים המקצועיים.

העובדים הסוציאליים שהשתתפו בניסוי דווחו על התרומה של העבודה המשותפת שלהם עם האחיות, במיוחד בתחום המידע, בחלוקת נטל העבודה ובקבלת תמיכה בינמקצועית. עם זאת, הניסוי איפשר בחינה לעומק של העבודה התוך צוותית ומעקב אחרי הדרך להתגבר על קונפליקט בין בעלי תפקידים שונים וקונפליקט

בין ארגונים שונים. הקונפליקט בין בעלי המקצועות השונים נסב על נושאים כמו העברת המידע בכתב ובעל פה ביניהם, חלוקת התפקידים, דרכי קבלת החלטות וכדומה. מסקנות המעקב השתקפו כאמור בהכנת כוח האדם לעבודה המשותפת, בהדרכה להכרת הנוהלים החדשים, ובכתיבת הנחיות ברורות למניעת אי הבנות בביצוע החוק.

בזרם התהליך נוצר צואר בקבוק בעבודת הועדה, כשממוצע מספר הימים שעברו מיום העברת התיק לועדה עד הדיון עצמו היה 50 יום. אמנם השירותים ניתנו לפעמים עוד לפני הדיון אך ב-38% מהמקרים היתה חריגה מגבול 60 הימים שנקבעו בחוק כמותרים בין יום הזכאות ומועד התחלת אספקת השירותים.

### שירותים

אחת השאלות החשובות שעלתה בעת תכנון חוק ביטוח סיעוד, התיחסה למידת החפיפה בין מקבלי שירותים מארגונים בקהילה לבין הזכאים לגימלת סיעוד: האם החוק ירחיב את רמת הכיסוי בקרב אוכלוסיית הקשישים או שבעצם יחליף את הגורמים שמימנו ונתנו שירותים לפני הפעלת החוק. בהקשר זה נמצא:

א. כאשר התיחסנו לסך כל מקבלי השירותים בישובי הניסוי רק 18% ממקבלי השירותים מלשכות הרווחה ו-62% ממקבלי השירותים בקופת חולים הגישו תביעה לסיעוד. מצד אחד שיעורים אלה היו נמוכים אם ניקח בחשבון שיעקר ההפניות נעשו על ידי אנשי מקצוע. מאידך, מכחינת לשכות הרווחה לפחות ידוע שיעקר מטפוליהם הינם תשושים ולא סיעודיים. אלה שהגישו תביעות היו בדרך כלל במצב תיפקודי קשה: 62% מקרב מקבלי השירותים מלשכת הרווחה, ו-83% מקרב מקבלי שירותים מקופת חולים היו זכאים לגימלה. כללית, מצבם הטיפקודי של מקבלי שירותים היה קשה בהשוואה לתובעים שלא קיבלו שירותים בעת הגשת התביעה. אחוז הזכאים לגימלה ברמה הגבוהה היה כפול בקרב מקבלי השירותים.

ב. מתוך סך כל התובעים גמלת סיעוד, 60% לא קיבלו בעת פנייתם כל שירות מקופת חולים או רווחה, וזאת למרות שמספר מקבלי שירותים מקופת חולים, למשל, הוגדל במהלך שנת הניסוי, בעיקבות העברת הכספים בתקופה זו על ידי ביטוח לאומי, לצורך הרחבת שירותים (בהתאם לחוק ביטוח סיעוד).

יודגש כי קבוצה זו של תובעים, שלא קיבלו שירותים מהארגונים הפועלים, לא מנתה דווקא את אלה שלא היו זקוקים לשירותים: 55% מתוכם נקבעו זכאים לגימלת סיעוד ואף 17% ברמה גבוהה. השואת איפיוני שתי הקבוצות - מקבלי

שירותים ושאינם מקבלים, הראתה שקשישים בגילאים הגבוהים מאוד, בני 85 ומעלה, לא היו מכוסים די לפני הניסוי: 24% מאלה שלא קיבלו שירותים מקופת חולים אך ניקבעו כזכאים במסגרת החוק היו בני 85 ומעלה.

מכאן שכבר בעת הניסוי היה ברור שמידת החפיפה בין החוק וגורמים אחרים היה קטן מאוד ושהחוק ירחיב במאוד את היקף הזכאים בישראל. ואמנם עם הפעלת החוק גדל מספר מקבלי שירותי סיעוד והגיע להיקף של פי ארבע ממספר מקבלי השירותים לפני ההפעלה.

לסיכום, הלקחים שהופקו משלב ביצוע הניסיוני של החוק היו בסיס חשוב ומועיל הן לעבודת התכנון בשנה שקדמה לביצוע החוק במתכונת ארצית, והן לאיתור בעיות ולהתמודדות עם סוגיות שעלו בהמשך. תרומתו העיקרית היתה, למעשה, ההוכחה כי: א. שאכן אפשר לבצע את חוק ביטוח סיעוד, ב. הקהילות מסוגלות להיערך לקראתו, במהירות, ג. שלבי גיבוש התהליכים המינהליים והמקצועיים הם שלבים חיוניים הדורשים תכנון ומעקב, ד. אפשר לפתח שירותים בהתאם לצרכים, ואף לספקם, ה. מתעוררים קשיים בלתי נמנעים בהספקת שירותים; והחשוב מכול, ו. יש בקהילה אוכלוסיית קשישים סיעודיים רבת-היקף, אשר זקוקים לחוק ביטוח סיעוד.

