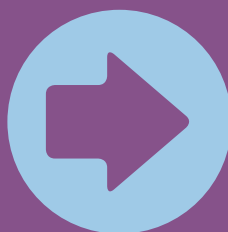




המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים
ירושלים, אדר א' התשע"ו, פברואר 2016



"יד מכוונת" הערכת התכנית

ברוך רוזן
דניז נאון
הדר סמואל

מפעלים מיוחדים **160**



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים

"יד מכוונת" הערכת התכנית

ברוך רוזן*
דניז נאון*
הדר סמואל*

*מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

מפעלים מיוחדים 160

ירושלים, אדר א' התשע"ו, פברואר 2016

www.btl.gov.il

פתח דבר

אנו שמחים להביא לעיונכם דוח הערכה המסכם את פעילות **יד מכוונת** – מרכז ייעוץ והכנה לוועדות הרפואיות מדרג ראשון במוסד לביטוח לאומי, שהתחיל לפעול בחיפה בסוף שנת 2013 באמצעות חברת **פמי פרימיום** העוסקת בניהול פרויקטים.

בעשור האחרון המוסד לביטוח לאומי מתמודד עם תלונות רבות של מבוטחים על התנהלות הוועדות הרפואיות. בעקבות כך יזם האגף לוועדות רפואיות במוסד בשיתוף הקרן למפעלים מיוחדים הקמת מרכז ניסיוני וחדשני שבו תובעי גמלאות נכות יקבלו סיוע לקראת הופעתם בוועדות הרפואיות. התוכנית היא חלק ממערך כולל של המוסד לשיפור השירות, הכולל בין השאר הנגשת שירותים ומידע כדי להגדיל מיצוי זכויות.

במסגרת השירות במרכז קיבלו הפונים אליו ייעוץ ועזרה בהכנת החומר הרפואי לוועדה, הסבר על התהליך כולו ועל האפשרויות העומדות בפניהם וייעוץ במיצוי זכויות בתחומים הנוגעים אליהם – כל זאת מחוץ לכותלי המוסד ובסיוע של צוות רפואי. עם צבירת הניסיון בתוכנית נוספה לשירותים המסופקים גם הכנת המבוטח למפגש עם הוועדה.

הליך הטיפול במרכז מתחיל בעבודתה של המזכירה הרפואית, המקבלת את הפניות ומסננת אותן סינון ראשוני, מתאמת מועד לפגישה ומספקת מידע כללי. לאחר מכן נפגש הפונה עם רופא פנימי, הלומד את כלל בעיותיו הרפואיות, עוזר לו בריכוז המסמכים הרפואיים ומפנה במידת הצורך להוסיף מסמכים או בדיקות. במרכז רופאים מומחים נוספים, שאפשר להיוועץ איתם בבעיות ספציפיות. לאחר הפגישה עם הרופא, המזכירה מסייעת לפונה להכין את התיק לוועדה. השירות ניתן לכל פונה, ללא קשר לסיכויי ההצלחה של תביעתו וללא עלות.

התוכנית החלה כניסוי בסניפים חיפה והקריות והורחבה אחר כך לכל אזור הצפון, והיא הופעלה כאמור על-ידי החברה שזכתה במכרז, פמי פרימיום, במקצועיות רבה, באדיבות ולשביעות רצונם של מקבלי השירות.

את התוכנית ליוו אותה כמה צוותים: **ועדת היגוי** בראשות אילנה שרייבמן, המשנה למנכ"ל הביטוח הלאומי וראש מינהל הגמלאות. חברי הוועדה קיבלו עדכונים שוטפים על התקדמות התוכנית וקיבלו החלטות בנושאי פיתוח התוכנית ופתרון בעיות שהתעוררו במהלכה; **צוות מחקר ממכון מאיר-גוינט-ברוקדייל** – ד"ר ברוך רוזן, דניז נאון והדר סמואל – שליווה את התוכנית מראשיתה במחקר הערכה תוך שיתוף פעולה עם חוקרים ממינהל המחקר של הביטוח הלאומי; **ועדה מקצועית מהביטוח הלאומי** שליוותה את המחקר: ירונה שלום, מנהלת האגף לוועדות רפואיות, שרית מוראי, מנהלת הקרן

למפעלים מיוחדים, ד"ר מרק טרגין מהלשכה הרפואית, ורבקה פריאור, אופיר פינטו ותמי אליאב ממינהל המחקר.

ממצאי המחקר עולה, כי המסתייעים במרכז היו שבעי רצון במידה רבה מהיבטים שונים של השירות וחשו כי הוא תורם להם בהכנה למפגש עם הוועדה. חשוב להדגיש, כי במרבית המדדים שביעות הרצון לא נפלה מזו של הפונים לגורמים פרטיים. ממצאים אלה מעידים שהתוכנית מספקת כנראה מענה בעל ערך לצורך אמיתי של הפונים.

ברצוננו להביע את הערכתנו הרבה לירונה שלום ולחברי הוועדה מביטוח לאומי, שליוו במקצועיות את כל שלבי פיתוח התוכנית וסייעו רבות לצוות המחקר בכל הנדרש לקיומו ולהצלחתו. אנו מודים גם לצוות המחקר בראשות ד"ר ברוך רוזן ודניז נאון, על עבודתם המקיפה, על הידע הרב שלהם ועל המלצותיהם המועילות, שקידמו ושיפרו מאוד את פעילות המרכז. תודה גם לחוקרי מינהל המחקר – לרבקה פריאור ונטליה גיטלסון, שתרמו מהידע המקצועי שלהן, ולאופיר פינטו, אלכסנדר דוד גאליה ועמית מגן, שהפיקו מדגם שבועי של מוזמנים לוועדות ובלעדיהם לא היה אפשר לקיים את הראיונות בדיוק ובמועדים שהוגדרו. תודה מיוחדת לתמי אליאב, המפתחת ומלווה את תחום ההערכה והמחקר באגף הקרנות, על שריכזה, עדכנה וקידמה את כל היבטי המחקר. תודה לשי ורול, מנהל המרכז מטעם פמי פרימיום, על הסיוע הרב לצוות המחקר ועל העברת הנתונים השוטפת שהיתה חיונית להצלחתו. תודה מיוחדת גם לדבורה חיה יוסף מהקרן למפעלים מיוחדים, שליוותה את התוכנית במסירות ובמקצועיות מטעם הקרן.

תודה לעובדים נוספים במוסד לביטוח לאומי שסייעו למחקר ותרמו להצלחתו – מולו זבדיה מהאגף לוועדות רפואיות וד"ר ריטה מרגולין מהלשכה הרפואית, ולעובדי מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל – חן צוק-תמיר, מנהלת יחידת עבודת שדה, חנה גולדנברג, רכזת עבודת שדה, ורונית בן נוך, עורכת הלשון. תודה לחיה רבין האחראית לפרסום מחקר זה ולהבאתו לדפוס.

מינהלת המוסד לביטוח לאומי, הוועדה הציבורית לענף נכות ומינהל הגמלאות ראו חשיבות ציבורית רבה בהרחבת מרכזי ההכנה לוועדות הרפואיות ואישרו פתיחת סניף **יד מכוונת** גם באזור הדרום. אנו מקווים שהלמידה מהתוכנית הניסיונית וממצאי המחקר יתרמו להרחבת השירות בעתיד ולשיפורו למען המבוטחים.

עו"ד יצחק סבטו
מנהל קרנות הביטוח הלאומי

שרית מוראי
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

חברי וועדת היגוי

המוסד לביטוח לאומי

- גבי אילנה שרייבמן – סמנכ"ל גמלאות – יו"ר
- גבי ירונה שלום – מנהלת אגף הלשכה הרפואית
- ד"ר מרק טרגין – סגן מנהל העניינים הרפואיים
- גבי רבקה פריאור – מנהלת אגף א', מינהל מחקר ותכנון
- גבי תמי אליאב – מנהלת תחום בכירה, מינהל מחקר ותכנון
- גבי תמר יעקב – מנהלת סניף טבריה
- גבי לינדה טולדנו – מנהלת סניף קריות
- מר ראיק חיר – מנהל סניף חיפה
- גבי שרית בייץ-מוראי – מנהלת קרן מפעלים מיוחדים
- מר חיים פיטוסי – דובר המוסד לביטוח לאומי

חברת פמי פרימיום

- מר שי ורול – מנהל המרכז
- מר ערן פוקס – מנהל מערך פרויקטים
- גבי דנה סימן טוב – מנהלת מערך פרויקטים
- מר אייל צדוק – סמנכ"ל מגזר ציבורי

תמצית מחקר

רקע

בכל שנה מגישים יותר ממאה אלף מבוטחים של המוסד לביטוח לאומי תביעות להכרה כנכים ולקבלת קצבת נכות. לוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח הלאומי תפקיד מרכזי בתהליך קבלת ההחלטות בנוגע לתביעות אלו.

בשנת 2012 יזם המוסד לביטוח לאומי תוכנית להקמת מרכז אשר יסייע למגישי התביעות לזהות את בעיותיהם התפקודיות הרלוונטיות לתביעה ולהכין את התיקים הרפואיים – ואת התובעים עצמם – לוועדות הרפואיות. מדובר בתוכנית חדשנית המציעה למבוטחים סיוע חינוכי במיצוי זכויותיהם. גישה זו משקפת שינוי בתפיסת השירות הכוללת של המוסד לביטוח לאומי, כפי שבאה לידי ביטוי בחזונו החדש¹.

בשלבי ההקמה, הגדיר המוסד לביטוח לאומי מספר מטרות למרכז², ובהן:

- ◆ שיפור ההתנסות של התובעים בתהליך התביעה
- ◆ ייעול עבודת הוועדות
- ◆ הגברת מיצוי הזכויות
- ◆ חיזוק האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי.

יוזמה זו היא חלק ממאמץ רחב יותר של המוסד לביטוח לאומי לשיפור השירות הניתן לציבור ולהבטחה שהמבוטחים יקבלו את מלוא הזכויות המגיעות להם³. בהקשר של הוועדות הרפואיות, המוסד לביטוח לאומי פתח בתהליך מקיף של התייעצויות עם מגוון רחב של ארגונים אזרחיים במטרה לאתר דרכים לשיפור תפקוד הוועדות⁴.

היוזמה להקמת מרכז הסיוע הוכרה כמפעל מיוחד של הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי, אשר מימנה את הקמתו והפעלתו כתוכנית ניסוי⁵ (בתקציב שנתי של מיליון ש"ח⁶), וכן את הליווי המחקרי. חברת "פמי פרימיום" זכתה במכרז להפעלת המרכז ובתום שנת 2012 השיקה את מרכז "יד מכוונת".

¹ <http://www.btl.gov.il/About/Pages/hazon.aspx>

² מתוך: המוסד לביטוח לאומי. **הקמת לשכה לסיוע בנושאי הוועדות הרפואיות**, 5/7/2011; המוסד לביטוח לאומי. **"מפעל מיוחד – הקמת לשכה לסיוע בנושאי הוועדות הרפואיות בסניף חיפה – מסגרת למתווה מחקר הערכה"**, 19/11/2012.

³ מאמץ רחב זה כולל בין היתר הגשת תביעות באינטרנט והעברה אוטומטית של תשלומים מסוימים (כגון דמי לידה).

⁴ מן המוסד לביטוח לאומי נמסר כי חלק מכיווני הפעולה שהועלו בתהליך ההתייעצות כבר נמצאים בתהליכי ביצוע.

⁵ בתחילה הוגדר אזור השירות של המרכז חיפה והקריות, ובהמשך הורחב לכל אזור הצפון. בתחילה הוגדר שהטיפול יהיה רק בתביעות החדשות ולאחר מכן הורחב לכל סוגי התביעות.

⁶ כדי לשים תשלום זה בהקשר המתאים, יצוין כי בשנת 2013 סך התשלומים של הביטוח הלאומי בענפי נכות כללית ונפגעי עבודה היו כ-18 מיליארד ש"ח, וסך התשלומים לרופאים בוועדות הרפואיות היה כ-100 מיליון ש"ח.

המוסד לביטוח לאומי גם מלווה את פיתוח המרכז ומפקח עליו. אגף ועדות רפואיות של המוסד לביטוח לאומי נמצא בקשר רציף עם מנהלי המרכז ומקיים עמם פגישות שוטפות. יחד הם שוקדים על איתור כיוונים אפשריים לשיפור השירות ולייעול תהליכי עבודה, ופותרים בעיות מערכתיות ונקודתיות העולות מעת לעת. את התוכנית מלווה ועדת היגוי הכוללת נציגים ממחלקות שונות במטה של המוסד לביטוח לאומי (ובהן מנהל הגמלאות, הלשכה הרפואית ומנהל המחקר) ומנהלי סניפים רלוונטיים.

בשנים 2013-2015 ביצע מכון ברוקדייל הערכה חיצונית של התוכנית, בשיתוף פעולה עם מנהל המחקר של המוסד לביטוח לאומי ובסיוע של אגף ועדות רפואיות במנהל הגמלאות ושל הלשכה הרפואית. ההערכה נועדה לספק למוסד לביטוח לאומי ולמפעילי התוכנית מידע שיסייע לשפר את השירות הניתן למבקרים במרכז, וכן לספק למוסד לביטוח לאומי מידע שיוכל לסייע בקבלת החלטה בנוגע להמשך הפעלת התוכנית ולהרחבתה.

שיטות

ההערכה כללה כמה רכיבים, ובהם:

- ◆ סקירה של הספרות המקצועית על ועדות רפואיות במדינות אחרות
- ◆ ביקורים במרכז "יד מכוונת" ובסניף חיפה של המוסד לביטוח לאומי
- ◆ ראיונות עומק עם מנהלים ב"יד מכוונת", במוסד לביטוח לאומי, ובאחד מגורמי הסיוע הפרטיים
- ◆ עיון באתרי אינטרנט ובמסמכים רלוונטיים של גורמי סיוע שונים
- ◆ ניתוח מידע מנהלי מתוך מאגרי המידע של מרכז "יד מכוונת" ושל המוסד לביטוח לאומי
- ◆ סקרים בקרב מגישי תביעות לנכות כללית (להלן: סקר התובעים) ובקרב רופאים בוועדות הרפואיות.

כדי לאמוד את התרומות של "יד מכוונת" בוצעו מגוון השוואות בין תובעים שקיבלו שירות במרכז לבין תובעים אחרים. הפערים בין הקבוצות שימשו מדד להשפעת התוכנית. ברוב רכיבי המחקר שימשו מגישי תביעות מחיפה והקריות שלא ביקרו ביד מכוונת קבוצת השוואה, ובחלק מן הבדיקות נכללה גם קבוצת השוואה נוספת – כלל התובעים מתל אביב-יפו⁷. נוסף לכך נערכו השוואות בין כלל מגישי התביעות מחיפה והקריות לבין כלל מגישי התביעות מתל אביב-יפו. בהשוואות שנעשו בחלק מרכיבי המחקר בוצע פיקוח על מאפייני התובעים, ובסקר התובעים אף בוצעה התאמה במאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הנדגמים כבר בשלב הדגימה⁸.

כדי לספק הקשר לתרומות של "יד מכוונת", בחלק מרכיבי המחקר בוצעו השוואות בין תובעים שהסתייעו ב"יד מכוונת" לבין תובעים שהסתייעו בגורמי סיוע פרטיים.

⁷ סניף תל אביב-יפו נבחר כקבוצת השוואה, כמקום שלא חל בו שינוי בעקבות הפעלת המרכז וכסניף שבו הפעילות דומה למדי לפעילות בסניף חיפה.

⁸ התאמה זו טיפלה בהבדלים סוציו-דמוגרפיים בין הקבוצות, כגון השיעור הגבוה יחסית של ערבים בקרב המבקרים ב"יד מכוונת".

ממצאים עיקריים

נפתח בהצגת ממצאי ההערכה העיקריים בנוגע לוועדות רפואיות במדינות אחרות. בהמשך נציג את מאפייני התוכנית, את השירותים הניתנים במסגרתה, את היקף השימוש בשירות, את מאפייני המבקרים, וכן מידע על שביעות הרצון מן הגורם המסייע. כמו כן יוצג סיכום התרומות של מרכז "יד מכוונת" (תהליכים ותוצאות של הפעילות במרכז) אל מול מטרות התוכנית ומדדי הצלחה נבחרים שהוגדרו על ידי הביטוח הלאומי לקראת השקת התוכנית.

ועדות רפואיות במדינות אחרות

מסקירת הספרות עולה כי תסכול ואי-שביעות רצון של תובעים מן הוועדות הרפואיות לקביעת נכות הם תופעה רווחת במדינות רבות. מן הסקירה עולה עוד כי התהליך בוועדות עלול להכביד לא רק על התובעים אלא גם על הרופאים.

נמצאו שני מחקרים בלבד הבוחנים את הניסיונות לשפר את התנסותם של תובעי קצבת הנכות. בשניהם נמצאו השפעות חיוביות מסוימות, אך אלה היו גורפות פחות מן הציפיות ומן התקוות של מתכנני התוכנית. מן המחקרים עולה כי שיפור ההתנסות בוועדות רפואיות הוא אתגר לא פשוט כלל, וייתכן כי דרושה השקעה הן במוכנות של התובעים וביכולות התקשורת שלהם, והן ביכולות התקשורת של הרופאים.

מאפייני התוכנית (לוח 1)

מראיונות העומק עולה כי המרכז מנוהל על ידי חברת "פמי פרמיום" בצורה מקצועית ובהתאם למטרות שהוגדרו על ידי המוסד לביטוח הלאומי. המקצועיות באה לידי ביטוי, בין היתר, בדרך שבה צוות המרכז גויס והודרך, בהקמת מאגר מידע למעקב אחר הפעילות במרכז, במערכות שפותחו לצורך קבלת משוב מן הלקוחות, ובכך שהמרכז הטמיע סדרה ארוכה של שיפורים במרוצת הזמן.

המאפיינים היחודיים של המרכז בהשוואה לגורמי הסיוע הפרטיים כוללים את העובדה שהשירות ניתן חינם ללקוח, ואת מחויבותו של המרכז לקבל כל פונה רלוונטי, ללא קשר לסיכויי הצלחה של התביעה. ייחודיותו של המרכז באה לביטוי גם בעובדה כי הדמות העיקרית הנמצאת בקשר עם הלקוח היא רופא.

מנגד, חשוב לציין כי לעומת "יד מכוונת", לפחות חלק מן הגורמים הפרטיים מלווים את התובעים ליווי מקיף יותר, הכולל מיצוי זכויות גם מול גופים נוספים וליווי בפן הרגשי. כמו כן, שלא כמו "יד מכוונת", הגורמים הפרטיים כוללים בסיכומים המופנים לוועדות הרפואיות גם המלצות על אחוזי נכות, והם אף מטפלים בנושאים נוספים שאינם קשורים למוסד לביטוח לאומי, כמו חברות הביטוח.

קבלת סיוע בנושאים שונים (לוח 2)

מסקר התובעים עולה כי סוג הסיוע השכיח ביותר שניתן להם על ידי "יד מכוונת" ועל ידי גורמי הסיוע הפרטיים היה הכנת התיק הרפואי (בכ-90% מהמקרים). מרואיינים שקיבלו סיוע מגורמים פרטיים דיווחו על פחות סיוע בהרחבת התיק ובהעמקתו לעומת מרואיינים שקיבלו סיוע מ"יד מכוונת" (42%).

לעומת 65%) אך על יותר תמיכה נפשית (58% לעומת 20%), ועל יותר סיוע בהליכים ביורוקרטיים (52% לעומת 13%). בשתי הקבוצות דווח בשיעורים נמוכים יחסית (כ-40%) על סיוע בהכנה להופעה בפני הוועדה הרפואית (מה לומר ואיך לומר זאת).

היקף הביקורים במרכז "יד מכוונת" (לוח 3)

מרכז "יד מכוונת" משרת מספר גדול של מגישי תביעת נכות (על סוגיה השונים) למוסד לביטוח לאומי. בשנים 2013-2014 ביקרו במרכז 3,707 איש (1,932 בשנת 2013 ו-1,775 בשנת 2014), ועוד כ-1,500 פנו באמצעות הטלפון או הפקס אך לא ביקרו במרכז. בחלק הארי של המקרים (73%) דובר בביקור בקשר לתביעת נכות כללית; עוד סוגי תביעות שכיחים בקרב המבקרים היו נכות בעבודה (16%) וילד נכה (7%).

המבקרים מהווים כ-10% מכלל מגישי התביעות לקצבת נכות באזור חיפה והקריות. משנת 2013 ועד שנת 2014 חלה ירידה בשיעור התובעים שביקרו במרכז, ובשתי השנים השיעור היה גבוה יותר בקרב מגישי תביעות נכות כללית לעומת מגישי תביעות נכות בעבודה.

ממאגר המידע של "יד מכוונת" עולה כי מספר המבקרים החדשים במרכז ירד בכ-10% בין המחצית הראשונה של 2013 למחצית השנייה של 2014 (מ-1,001 ל-896), וכי חל שינוי מהותי בפיזור הגאוגרפי של אזורי המגורים של המבקרים. עם הזמן חלה עלייה ניכרת במספר המבקרים מאזורים שונים בצפון (לא כולל חיפה והקריות) – מ-90 במחצית הראשונה של 2013 ל-323 במחצית השנייה של 2014. לצד זאת חלה ירידה במספר המבקרים החדשים מחיפה והקריות (מ-791 במחצית הראשונה של 2013 ל-487 במחצית השנייה של 2014). הסיבות לכך אינן ידועות במלואן, אך ייתכן שהדבר קשור בין היתר לכך שבתקופת השקת המרכז נערך מסע פרסום רחב במדיה על אודותיו (בעיקר ברדיו המקומי ובעיתונות), אך בהמשך צומצמה ההשקעה בפרסום.

סקר התובעים (בקרב תובעים תביעת נכות כללית) הראה כי הסיבה העיקרית לאי-פנייה למרכז "יד מכוונת" בקרב המתגוררים בחיפה ובקריות הייתה חוסר מידע על קיומו; סיבה זו צוינה על ידי כ-70% ממגישי תביעה לנכות כללית שלא פנו למרכז. עוד נמצא בסקר כי 27% מן התובעים בקבוצה זו פנו לגורמי סיוע פרטיים, אך בסופו של דבר רק כמחצית מהם (14%) קיבלו סיוע בפועל. בין הסיבות לאי-קבלת הסיוע צוינו עלותו וההערכה של גורם הסיוע כי סיכויי ההצלחה הם נמוכים. רוב הסיוע שניתן על ידי גורמים פרטיים למרואיינים בסקר התובעים ניתן על ידי עורכי דין.

מאפייני המבקרים במרכז "יד מכוונת" (לוח 4)

ממאגר המידע של "יד מכוונת" עולה כי 40% מן המבקרים החדשים במרכז הם בני פחות מ-40. בקרב 73% מן המבקרים סוג התביעה הייתה נכות כללית. סוגי תביעה נפוצים נוספים היו נכות מעבודה (16%) וילד נכה (7%). בכ-40% מן המקרים מקור ההפניה היה מכתב מן המוסד לביטוח לאומי ובו מידע על קיום המרכז. שיעור זה עלה עם הזמן. מנגד, במהלך הזמן חלה ירידה בחלקם של המדיה ושל הפקידים בסניפי המוסד לביטוח לאומי כמקור להפניות.

ממאגרי המידע של המוסד לביטוח לאומי עולה כי במגוון מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, המבקרים במרכז דומים לאלה שאינם מבקרים בו. עם זאת, בקרב המבקרים במרכז יש ייצוג גבוה יותר של האוכלוסייה הערבית. מסקר התובעים עולה כי קיים גם דמיון במגוון מדדי בריאות ותפקוד, אך שיעור המדווחים על מוגבלויות פיזיות קצת יותר גבוה בקרב המבקרים לעומת האחרים.

על סמך שילוב נתונים משני המקורות האלה עולה כי כמחצית מן המבקרים במרכז הגיעו אליו רק לאחר הגשת תביעה בביטוח הלאומי. גם במצב כזה יכול המרכז לתרום לשלמות התיק הרפואי, אך לעומת מצב שבו הביקור קדם להגשת התביעה, היכולת לתרום היא קטנה יותר ודורשת מאמץ גדול יותר.

שביעות הרצון מן הגורם המסייע (לוח 5)

מן הסקר עולה כי כ-95% מן המבקרים במרכז ציינו כי היחס של הצוות היה טוב מאוד או די טוב, כ-90% היו מרוצים מאוד או די מרוצים מן השירות שניתן להם וכ-75% דיווחו שהיו ממליצים עליו לאחרים. כ-65% העריכו כי המרכז דואג לאינטרסים של התובעים במידה רבה או רבה מאוד. הערכות אלה מעידות על כך שהתוכנית כנראה נותנת מענה בעל ערך לצורך אמתי של התובעים המבקרים במרכז.

יצוין כי ההערכות בנוגע לשביעות רצון וליחס של הצוות היו דומות בין תובעים שהסתייעו במרכז לבין תובעים שהסתייעו בגורמי סיוע פרטיים (בעיקר עורכי דין). נוסף לכך, למרכז היה יתרון בנכונות של המבקרים להמליץ לאחרים להסתייע בו (75% לעומת 64%), אך יתרון זה לא היה מובהק. עוד נמצא כי לגורמי הסיוע הפרטיים יתרון בתפיסות הנוגעות לדאגה של גורם הסיוע לאינטרסים של התובעים (88% לעומת 65%).

התרומות של "יד מכוונת" אל מול מטרות התוכנית (לוח 6)

1. שיפור ההתנסות של התובעים בתהליך התביעה

כפי שצוין לעיל, בשלב של הכנת התביעה התובעים נתרמים רבות מן הסיוע הניתן להם במרכז בהכנת התיק ובהרחבתו. עוד נמצא כי כ-65% מן המבקרים העריכו שהסיוע שניתן להם ב"יד מכוונת" סייע להם מאוד או די סייע להם להיות מוכנים למפגש עם הוועדה⁹.

עם זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המבקרים במרכז לבין תובעים שלא ביקרו בו בנוגע להתנסות בוועדות הרפואיות. לדוגמה, בשתי הקבוצות, כ-80% די הסכימו או הסכימו מאוד עם הקביעה שהיחס של הרופאים בוועדה היה מכבד. כ-60% די הסכימו או הסכימו מאוד שהתהליך בוועדה היה מקיף ומקצועי, וכ-50% די הסכימו או הסכימו מאוד עם הקביעה שניתנה הזדמנות ומספיק זמן לשאול שאלות.

⁹ שיעור דומה נמצא גם בקרב המסתייעים בגורמי סיוע פרטיים.

כמו כן, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בנוגע להערכת תהליך התביעה בכללותו; בשתי הקבוצות כ-75% דיווחו כי היחס לאורך התהליך היה טוב או טוב מאוד, וכ-60% דיווחו כי התהליך בכללותו היה די הוגן או הוגן מאוד.

2. ייעול עבודת הוועדות

ממאגרי המידע של המוסד לביטוח לאומי¹⁰ עולה כי קיים יתרון למבקרים במרכז לעומת אלה שלא ביקרו בו בכמה מדדים הקשורים לתהליכי העבודה בביטוח הלאומי¹¹: הרופא המנתב קבע יותר אבחנות (הפרש של 25%) ויותר מומחים (הפרש של 15%), התקיימו פחות עצירות דיון (הפרש של 30%) ונדרשה הרבה פחות הוספת מומחים תוך כדי תהליך הבדיקה של הוועדות הרפואיות (מ-58 בכל 100 תביעות ל-8 בכל 100 תביעות)¹². מנגד, על פי קביעות הרופא המנתב, הממוצע של מספר המסמכים החסרים היה גבוה יחסית בקרב תובעים שביקרו במרכז (ממצא העומד בסתירה לכאורה עם הממצא שעבור המבקרים במרכז הרופא המנתב קבע יותר אבחנות ויותר מומחים)¹³.

לא נמצא הבדל בין הקבוצות במשך הזמן הכולל לטיפול בתיק; בקרב המבקרים במרכז משך הזמן שחלף מיום הגשת התביעה עד לקיום הוועדה הרפואית הראשונה היה קצת יותר קצר, ואילו משך הזמן מקיום הוועדה הרפואית הראשונה ועד לדיון המסכם היה קצת יותר ארוך. הממצא השני אינו תואם את השאיפות שהוגדרו מראש על ידי המוסד לביטוח לאומי, ואולם במבט לאחור נראה כי ייתכן שהדבר נבע, בין היתר, מכך שהגשת תיק מלא יותר מחייבת מעורבות של יותר מומחים.

מן הסקר שנערך בקרב רופאים בחיפה העובדים בוועדות הרפואיות עולה כי כ-70% מן הרופאים מעריכים מאוד את העשייה של "יד מכוונת" בהכנת התיקים ואת התרומה לייעול עבודת הוועדות (כגון צמצום הצורך בעצירות דיון), וכשליש מהם מעריכים מאוד את תרומת המרכז להיבטים שונים הנוגעים להופעת התובעים בוועדה. כ-50% מן הרופאים מעריכים מאוד את תרומת המרכז לקלות שבה ניתן לקבל החלטות בתיקים.

עוד נמצא כי ההערכות של רופאים בתל אביב-יפו ובאזורים נוספים בארץ בנוגע לתרומתם של גורמי הסיוע הפרטיים למצב התיקים ולהופעת התובעים לפני הוועדה היו דומות להערכותיהם של הרופאים בחיפה (בנוגע לתרומת "יד מכוונת"). לעומת הערכות הרופאים בחיפה, הערכותיהם של הרופאים בתל אביב-יפו היו נמוכות יותר בנוגע לתרומת גורמי הסיוע לייעול עבודת הוועדות ולהקלה על קבלת החלטות בתיקים, אך הבדלים אלו לא היו מובהקים.

¹⁰ מדובר בקובץ ועדות רפואיות ומערכת "שיר" של הביטוח הלאומי.

¹¹ בחלק מן הבדיקות המוצגות כאן השתמשנו בנתונים על כלל התובעים מחיפה והקריות כמדד לתובעים מחיפה והקריות שלא ביקרו במרכז. זאת משום שסיבות טכניות לא הייתה אפשרות לקבל ישירות נתונים על ה"לא מבקרים" בלבד. להערכתנו מדובר במדד טוב מאחר שקבוצה זו (ה"לא מבקרים") מהווה כ-90% מכלל התובעים.

¹² יצוין כי מדדים אלו בודקים מגוון היבטים של ייעול עבודת הוועדות, והם קשורים אחד לשני.

¹³ ראו בגוף הדוח פירוט בדבר הסברים אפשריים.

3. הגברת מיצוי הזכויות

35% מן הרופאים בחיפה הסכימו במידה רבה או רבה מאוד עם הקביעה כי "תובעים שנעזרו ב"יד מכוונת" מצליחים יותר בקבלת הזכויות המגיעות להם". 25% נוספים הסכימו עם הקביעה הזו במידה בינונית.

עוד נמצא כי בין שנת 2012 לשנת 2013 עלה שיעור התביעות לנכות כללית ב-5 נקודות אחוז בחיפה ובקריות (מ-34% ל-39%), לעומת עלייה של 2 נקודות אחוז בלבד בכל הארץ (מ-35% ל-37%)¹⁴. ייתכן שניתן לייחס את העלייה בחיפה ובקריות להשקת המרכז באמצע דצמבר 2012, אך ייתכן כי מדובר בצירוף מקרים וכי העלייה נבעה מגורמים אחרים.

בהקשר זה יצוין כי באחוזי הנכות שנקבעו על ידי הוועדות הרפואיות לא נמצאו הבדלים בין תובעים שביקרו במרכז (בשנת 2014) לבין תובעים אחרים בעלי מאפיינים דומים¹⁵. נמצא דמיון באחוזי הנכות גם לאחר פיקוח על ההבדלים בין הקבוצות בדיווח על מוגבלויות פיזיות, ובמידת העצמאות בפעולות יום-יומיות.

לאור שלושת הממצאים שצוינו לעיל, קשה לקבוע האם מרכז "יד מכוונת" מגביר את מיצוי הזכויות של התובעים. חלק מן הרופאים סברו שכן, אך חלק אחר מהם סברו שלא. בשיעור האישורים חלה עלייה גדולה יותר בחיפה לעומת יתר האזורים בארץ, אך בתוך חיפה לא נמצא הבדל באחוזי הנכות בין המבקרים במרכז לבין אלה שלא ביקרו בו. גם במקרה זה הסיבות אינן ברורות לגמרי. ייתכן שהתוכנית מביאה להגדלה באחוזי הנכות (ובשיעורי האישורים) בעיקר בקרב תובעים שלהם קשה במיוחד לצלוח תהליכים ביורוקרטיים ולממש את זכויותיהם, אך אין בידינו עדויות חד-משמעיות בנידון.

4. חיזוק האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי

בסקר התובעים לא נמצאו הבדלים בין מידת ההסכמה של המבקרים במרכז לבין מידת ההסכמה של תובעים שלא ביקרו במרכז בנושאים האלה:

◆ אמונה כי הביטוח הלאומי דואג לאינטרסים של התובעים (כ-40% הסכימו במידה בינונית או רבה)

◆ ביטחון שהתובעים יקבלו כל מה שמגיע להם (כ-20% היו די בטוחים או בטוחים מאוד).

שינויים לאורך זמן

מראיונות העומק עולה כי במהלך התקופה הנבדקת הצליחה התוכנית להטמיע סדרה של שיפורים, בעקבות תהליכי הלמידה הפנימיים, הבקרה והפיקוח של אגף ועדות רפואיות והממצאים מן ההערכה החיצונית שנעשתה. שיפורים אלו כללו מילוי שאלון רפואי על ידי המבקרים לפני הכניסה לחדר הרופא,

¹⁴ ממצא זה מבוסס על נתונים בנוגע לכלל תביעות נכות כללית; במישור הארצי מדובר בכ-100,000 תביעות בשנה.
¹⁵ לאור התרומה של המרכז לשלמות התיקים ולמוכנות התובעים לוועדות, ממצא זה תמוה במידת מה; בגוף הדוח מוצגים כמה הסברים אפשריים לעניין זה.

הכנת דף הדרכה אישי לכל מבוסטח, הענקת מידע רב יותר למבקרים על המתרחש בוועדות, עזרה בניסוח מפורט של התלונות להצגה בוועדה ויצירת קשר טלפוני עם המבוסטחים לאחר התכנסות הוועדות.

סקר התובעים בחן עד כמה שינויים אלה הורגשו על ידי המבקרים עד לתקופת ביצוע הסקר (המחצית השנייה של 2014). נמצא כי התוכנית שיפרה משמעותית את הסיוע הניתן למבקרים בנוגע למה יש לומר בוועדה ו/או לדרך שבה יש לומר את הדברים; בקרב המבקרים ברבעון הרביעי של שנת 2014 56% דיווחו על קבלת סיוע בנושא זה לעומת 22% בקרב מבקרים בשנת 2013 או ברבעון הראשון של שנת 2014. כמו כן, בתקופה המאוחרת יותר, יותר מבקרים דיווחו כי הם הגיעו לוועדה מאורגנים יותר (מסמכים שעליהם להביא) וערוכים יותר לקראת אופן התנהלות הוועדה. לא חלו שינויים משמעותיים בסדרת משתנים אחרים שנבדקו.

מגבלות ההערכה

למחקר ההערכה יש כמה מגבלות, ובהן:

- ◆ מאחר שקבוצת הניסוי (תובעים שביקרו במרכז) לא נבחרה אקראית, קיים קושי מסוים להגיע למסקנות סיבתיות בנוגע לקשר בין ההתערבות ובין ההבדלים בתוצאות שנמצאו בין קבוצת הניסוי לקבוצת ההשוואה. ניסינו להתמודד עם קושי זה באמצעות פיקוח על מאפייני התובעים, אך במצבים כאלה אין דרך להיות בטוחים שנעשה פיקוח על כל המאפיינים הרלוונטיים; הדבר יכול להביא הן לאומדני-יתר והן לאומדני-חסר של השפעת התוכנית.
- ◆ רוב רכיבי המחקר התמקדו בנכות כללית. ייתכן שהתפקיד והתרומה של המרכז הם שונים בסוגים נוספים של תביעות, כגון נכות בעבודה.
- ◆ רוב רכיבי המחקר התמקדו באזור השירות המקורי של המרכז – חיפה והקריות. ייתכן שתרומתו שונה באזורים אחרים בצפון הארץ שבהם הורחבה התוכנית במהלך השנתיים וחצי החולפות.
- ◆ ברוב ההשוואות בין קבוצת הניסוי לקבוצת ההשוואה, קבוצת ההשוואה כללו הן תובעים שלא קיבלו סיוע מאף גורם סיוע והן תובעים שקיבלו סיוע מגורמים פרטיים (שכנראה מהווים כ-15% מן התובעים בקבוצת אלה)¹⁶. מסיבה זו קיימת הטיה מסוימת אם רוצים להשתמש בהבדלים בין הקבוצות כמדד להבדל בין המבקרים במרכז לבין תובעים שכלל לא קיבלו סיוע.

סיכום הממצאים

מרכז "יד מכוונת" הוא תוכנית חדשנית שבמסגרתה המוסד לביטוח לאומי מציע שירות ייעוץ למבוסטח עוד לפני שהגיש תביעה, ומאפשר לו להתכונן לתהליך ולהציג את בעיותיו הרפואיות באופן אפקטיבי יותר. התוכנית היא חלק מתפיסה כוללת של המוסד לביטוח לאומי שמטרתה להנגיש את השירותים ואת המידע למבוסטחים, לשפר את השירות הניתן להם ולמצות את זכויותיהם.

¹⁶ בחלק מרכיבי המחקר ניתן היה לזהות את התובעים שהסתייעו בגורמי הסיוע הפרטיים, אך ברכיבים אחרים לא הייתה אפשרות לעשות זאת.

מרכז "יד מכוונת" מספק ייעוץ לתובעים בעיקר בנוגע להכנת התיק הרפואי, ועם הזמן הוא משקיע יותר מאמצים גם בהכנת המבוטח עצמו למפגש עם הוועדה הרפואית. הדגש המושם במהלך הייעוץ הוא על היבטים רפואיים ואינסטרומנטליים ופחות על תמיכה רגשית. השירות ניתן לכל פונה ללא קשר לסיכויי ההצלחה של תביעתו, ללא עלות לתובעים עצמם ובעלות סבירה למוסד לביטוח לאומי. המרכז משרת ציבור רחב, אך ציבור המסתייעים בו מהווה רק חלק קטן מציבור המסתייעים הפוטנציאליים, ככל הנראה בשל חוסר פרסום.

המסתייעים במרכז שבעי רצון במידה רבה מהיבטים שונים של השירות הניתן להם בו וחשים כי השירות תורם להם בהכנה למפגש עם הוועדה. משמעותי מאוד שבמרבית המדדים שביעות רצונם אינה נופלת מזו של אלו המסתייעים בגורמי סיוע פרטיים; כ-75% מקרב המסתייעים ב"יד מכוונת" היו ממליצים לאחרים להסתייע במרכז לעומת אחוז נמוך יותר שהיו ממליצים להסתייע בגורם פרטי. הערכות אלו מעידות על כך שהתוכנית כנראה נותנת מענה בעל ערך לצורך אמתי של התובעים המבקרים במרכז.

התוכנית משיגה חלק ממטרותיה, אך לא את כולן:

- ◆ **מטרה #1 - שיפור ההתנסות של התובעים בתהליך התביעה:** כפי שצוין לעיל, כמעט כל המבקרים במרכז דיווחו על קבלת סיוע בהכנת התיק וכמעט כולם דיווחו על שביעות רצון מן השירות במרכז. עוד נמצא כי כ-65% מן המבקרים העריכו שהסיוע שניתן להם ב"יד מכוונת" סייע להם מאוד או די סייע להם להיות מוכנים למפגש עם הוועדה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המבקרים במרכז לבין תובעים שלא ביקרו בו בנוגע להתנסות בוועדות הרפואיות, את מידת ההוגנות של תהליך התביעה בכללותו ואת תפיסתם כי התהליך הוא מכבד והוגן. אך ייתכן שהשיעורים הגבוהים מקרב שתי הקבוצות שדיווחו על יחס מכבד בוועדה (80%) ועל יחס טוב או טוב מאוד לאורך התהליך (70%) הם הגורמים להעדר הבדלים מובהקים.¹⁷
- ◆ **מטרה #2 - ייעול עבודת הוועדות:** מן הראיונות שנערכו עם רופאים בוועדות וממאגרי המידע של המוסד לביטוח לאומי עולה כי התוכנית הצליחה לשפר ולייעל מגוון היבטים של עבודת הוועדות ולהקל על הרופאים בוועדות. בין היתר היא תרמה לשלמות התיקים ולסידורם, לצמצום במספר עצירות הדיון ולהקלה על תהליך קבלת ההחלטות על אחוזי נכות.
- ◆ **מטרה #3 - מיצוי זכויות:** כשליש מן הרופאים דיווחו כי מרכז "יד מכוונת" מסייע לתובעים במידה רבה או רבה מאוד לקבל את הזכויות המגיעות להם (שיעור זה דומה לשיעור הרופאים שדיווחו כך בנוגע להסתייעות בגורם פרטי). נוסף לכך, בעקבות השקת המרכז חלה עלייה בשיעור התביעות שאושרו באזור חיפה והקריות. אפשר שעלייה זו מצביעה על השפעת המרכז. עם זאת, נמצא כי שיעור התובעים שלהם נקבעו לפחות 40% נכות היה דומה בקרב המבקרים במרכז ובקרב התובעים האחרים. לאור שלושת הממצאים האלה קשה לקבוע האם התוכנית הצליחה להגביר את מיצוי הזכויות של המבקרים במרכז.

¹⁷ מאחר שהציונים בהיבטים אלו כבר גבוהים, ייתכן כי גם בעתיד יהיה קשה להשיג שיפורים במדדים אלו.

♦ **מטרה #4 - חיזוק האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי** : לא נמצא שיפור במידת האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי כגורם הדואג לאינטרסים של התובעים (כ-40% בשתי הקבוצות).

יצוין כי בהשוואות סוגי הסיוע שניתנו ב"יד מכוונת" לעומת גורמי הסיוע הפרטיים (בעיקר עורכי דין), על פי דיווחי המסתייעים בשירותים אלו, נמצא דמיון במרבית המדדים. כמו כן נמצא דמיון בין הקבוצות בסדרת מדדים נוספים. עם זאת, בחלק מן המדדים נמצא יתרון ל"יד מכוונת" (כגון בסיוע בהרחבת התיק ובהעמקתו), ובמדדים אחרים – יתרון לגורמי הסיוע הפרטיים (כגון באספקת תמיכה נפשית וסיוע עם הביורוקרטיה). ייתכן שהבדלים אלו נובעים מהבדלים בגישה ובדגשים בין גורמי הסיוע.

לאור ההשקעה הניכרת של "יד מכוונת" בהשלמת התיקים הרפואיים ובסידורם ולאור הדיווח של חלק מן הרופאים כי המרכז מסייע לתובעים לקבל את הזכויות המגיעות להם, נשאלת השאלה מדוע לא נמצאו הבדלים באחוזי הנכות שהוכרו בין המבקרים במרכז לבין קבוצות ההשוואה. יכול להיות שהדבר נובע מכך ששיטת המחקר לא מאפשרת, בביטחון מלא, להבטיח דמיון בין המאפיינים של המסתייעים ב"יד מכוונת" לבין קבוצת ההשוואה. בין היתר, ייתכן שתובעים שנכותם חמורה במיוחד (כגון אלה העוברים ב"מסלול הירוק" של הביטוח הלאומי) לא נעזרו במרכז והדבר משפיע על ההשוואה. העובדה שבשירות נעזרו לא רק מי שפונים לראשונה אלא גם מי שכבר נדחו בעבר יכולה אף היא להשפיע.

בהמשך הדוח מובאים מגוון הסברים אפשריים לממצאי המחקר השונים.

דין והמלצות

מן המחקר עולים לא מעט כיוונים אפשריים העשויים לתרום לחיזוק ולשיפור השירות הניתן במרכז :

- ♦ חידוש מסע הפרסום במדיה כדי למשוך יותר מבקרים, והתמדה בו¹⁸
- ♦ מתן עידוד למבוטחים לפנות למרכז לפני הגשת התביעה במקום לאחר הגשתה
- ♦ פיתוח דרכים להנגשת השירות למבוטחים המתקשים להגיע לחיפה
- ♦ מתן יותר דגש על ליווי מקיף ותומך מבחינה רגשית, לאורך התהליך
- ♦ מתן סיוע משמעותי יותר בהיבטים הטכניים והביורוקרטיים (מילוי הטפסים, ריכוז המידע וכיו"ב)¹⁹
- ♦ המשך חיפוש דרכים לשיפור החוויה של התובעים בוועדות הרפואיות, הן באמצעות פעולות של "יד מכוונת" והן בדרכים משלימות.

מעבר לכך, כבכל תוכנית ניסוי, לאחר תקופת הרצה ראשונית עומדות בפני הגוף המפעיל כמה חלופות בנוגע להמשך הניסוי או להרחבתו, כמפורט להן :

¹⁸ מן הביטוח הלאומי נמסר כי הוא כבר אימץ המלצה זו וכי בחודשים האחרונים חלה עלייה ניכרת במספר הפונים למרכז בעקבות התקשרויות יזומות מן המוקד הטלפוני שלו שנועדו להפנות את תשומת לבם של התובעים לסיוע המוצע במרכז.

¹⁹ ייתכן ששירות כזה כדאי להעניק (או לעבות) בכל סניפי הביטוח הלאומי, בעמדות הדלפק הקדמי.

- ◆ לעבור להפעלה ארצית, מתוך תפיסה שהתוצאות שכבר הושגו מספקות ומצדיקות את ההשקעה או מתוך תפיסה שאפשר לקבל תוצאות טובות יותר בהמשך, באותה עלות או בהרחבה סבירה שלה.
 - ◆ להמשיך את התוכנית כתוכנית ניסיונית אזורית בשלב זה, כדי לתת הזדמנות לחיזוקה, להתבססותה ולהשגת תוצאות טובות יותר.
 - ◆ להפסיק את הפעלת התוכנית מתוך תפיסה שהיא אינה מצדיקה את ההשקעה בה, ושהסיכויים לשיפור בהמשך אינם גדולים דיים.
- את כל החלופות יש לבחון לאור העלות הנמוכה יחסית – עלות ממוצעת למבקר של כ-370 ש"ח.

ההחלטות על ההמשך תלויות במידה רבה במשקל הניתן למדדי התהליך והתוצאה השונים וכן לתחושה עד כמה ניתן יהיה להגיע לשיפורים נוספים. אם הדגש הוא על סיוע בהכנת התיק, על שביעות הרצון של המבקרים מן השירות הניתן להם במרכז, על תחושתם שהם נתרמים ממנו ועל יעול עבודת הוועדות, נראה שיש מקום להרחיב את התוכנית לאזורים נוספים בארץ, כבר על בסיס המודל הקיים. עם זאת, אם רוצים להבטיח שיפורים בתפקוד הוועדות הרפואיות עצמן (כגון בנושא מתן מספיק זמן לשאול שאלות ולהתבטא בוועדות), להשיג עלייה בתפיסת התהליך כהוגן, עלייה מוכחת בהיקף מיצוי הזכויות (במובן של שיעורי הנכות הנקבעים על ידי הוועדות) ו/או חיזוק האמון במוסד לביטוח לאומי, נראה שיש לחשוב על חלופות נוספות ו/או על המשך פיתוח המודל של מרכז סיוע.

האם ניתן להגיע להישגים נוספים? מצד אחד, חברת "פמי פרימיום" כבר הוכיחה את יכולתה כארגון לומד ואת מחויבותה לשיפור מתמשך. ייתכן שיש מקום לאופטימיות זהירה וליכולת לטעון כי באמצעות הגברת ההשקעה שלה בהכנת המבקרים לוועדות תוכל התוכנית לתרום לשיפור החוויה בוועדות ואולי אף להשפיע על אחוזי הנכות הנקבעים. מן הצד האחר, לא ברור האם גורם סיוע כלשהו – ולא משנה עד כמה הוא מקצועי ומסור – מהווה כלי המסוגל להתמודד לבד עם חלק מן האתגרים, ובמיוחד בחיזוק האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי. יצוין כי האמון של הפרט בביטוח הלאומי מושפע לא רק מן השירות שהוא עצמו קיבל בזמן נתון, אלא גם מן ההתנסויות שלו ושל מכריו במהלך הזמן, מן הדרך שבו הביטוח הלאומי מצטייר בתקשורת ומגורמים נוספים. ייתכן שכדי להשיג שיפור בנושא האמון דרושה התערבות מסוג אחר. ייתכן גם שכדי להשיג שיפור בתפיסת התובעים את התהליך כהוגן או במידה שבה בוועדות ניתן מספיק זמן לתובעים לשאול ולהתבטא, דרוש שילוב בין כמה התערבויות. מרכז סיוע יכול להיות אחת מהן.

על רקע הממצאים חשוב לקיים דיון על סדר העדיפות בין המטרות.

סוף דבר

המחקר התמקד בהשפעות של תוכנית אחת – "יד מכוונת". אולם נוסף לכך הוא שפך אור על תפקוד הוועדות הרפואיות באופן כללי יותר, וכן על הגישה לשיפור השירות ולשינוי של הנהלת הביטוח הלאומי.

תפקוד הוועדות הרפואיות. כחלק מן המחקר נאסף מידע על הדרך שבה תובעים לנכות כללית תופסים היבטים שונים של המפגש עם הוועדות הרפואיות. לצד הקשיים המוכרים בהיבטים מסויימים, מתברר כי לגבי מספר היבטים חשובים, כגון יחס הרופאים בוועדות, ההערכות של התובעים הן בדרך כלל חיוביות יותר מהתדמית בציבור הרחב.

הגישה לשיפור השירות ולשינוי. נוסף לממצא ספציפי זה או אחר בנוגע לתרומתה של התוכנית, עצם השקתה על ידי המוסד לביטוח לאומי מעידה על מחויבות לשיפור השירות ולמיצוי זכויות, ועל נכונות המוסד לביטוח לאומי להשקיע משאבים כדי לקדם מטרות חשובות אלה. השקת התוכנית, ובלבה הפעלת שירות חלוצי באמצעות גורם חיצוני/מסחרי, מעידה על נכונותה של הנהלת המוסד לביטוח לאומי לאזור אומץ ולנסות גישות חדשניות כדי לשפר את השירות הניתן למבוטחים. ראוייה להערכה גם ההחלטה להפעיל את התוכנית על בסיס ניסויי, דבר שאפשר תהליך אינטנסיבי של למידה, הערכה ושיפור מתמשך.

לוח 1: מאפייני "יד מכוונת" לעומת מאפייני גורמי סיוע פרטיים

המאפיין	"יד מכוונת"	גורמי סיוע פרטיים
הגורם המממן	הביטוח הלאומי	התובע
הזכויות שבהן מטפל הגורם המסייע	זכויות מול הביטוח הלאומי בלבד	זכויות מול מגוון גורמים
מידת הסינון של הלקוחות הפוטנציאליים	אין סינון. המרכז משרת את כל מגישי התביעות לביטוח לאומי הפונים אליו	חלק מגורמי הסיוע מתמקדים בבעלי הסיכויים לזכות בתביעה
הדמות המרכזית הנמצאת בקשר עם הלקוח	רופא	בדרך כלל איש מקצוע אחר
עלות כוללת לשנה	מיליון ש"ח	אין בידנו מידע השוואתי
עלות ממוצעת ללקוח (למבקר)	כ-370 ש"ח	אין בידנו מידע השוואתי

(מקורות: ראיונות העומק ומאגר המידע של "יד מכוונת")

לוח 2: קבלת סיוע בנושאים שונים, בקרב המסתייעים ב"יד מכוונת" ובגורמי הסיוע הפרטיים (באחוזים)

שיעור המסתייעים שדיווחו על קבלת סיוע		
בגורמי הסיוע הפרטיים	ב"יד מכוונת"	הסיוע
84	93	הכנת התיק הרפואי
42	65	הרחבת/העמקת התביעה
53	54	קבלת הסברים על התהליך
39	37	הכנה בנוגע למה לומר בוועדה ואיך לומר זאת
59	20	קבלת תמיכה נפשית
53	13	סיוע בהליכים הביורוקרטיים

(מקור: סקר התובעים)

לוח 3: היקף הביקורים במרכז "יד מכוונת"

ממצאים	מדדים
	מספר המבקרים החדשים:
1,932	2013
1,775	2014
3,707	סך-הכול
כ-10%, עם ירידה במהלך הזמן	שיעור המבקרים החדשים מתוך כלל מגישי התביעות
ירידה, במיוחד באזור חיפה והקריות	המגמות במספר המבקרים

(מקורות: מאגרי המידע של "יד מכוונת" ומאגרי המידע של המוסד לביטוח לאומי)

לוח 4: מאפייני המבקרים במרכז "יד מכוונת", לעומת מאפייני התובעים האחרים באזור חיפה והקריות

ממצאים	מדדים
אין הבדלים משמעותיים	מאפיינים סוציו-דמוגרפיים
המבקרים ב"יד מכוונת" מדווחים על יותר מוגבלות פיזית. אין הבדלים מובהקים בשיעורי הדיווח על מוגבלות נפשית ומחלות כרוניות	מאפיינים בריאותיים

לוח 5: שביעות הרצון מן הגורם המסייע

מטרות / מדדים	בקרב תובעים שביקרו ב"יד מכוונת"	קבוצות השוואה	בקרב תובעים בקבוצות השוואה
הערכת יחס הצוות של גורם הסיוע (די טוב או טוב מאוד)	כ-95%	תובעים שהסתייעו בגורמי סיוע פרטיים	דומה ל"יד מכוונת"
שביעות רצון כללית מגרם הסיוע (שביעות רצון רבה או רבה מאוד)	כ-90%		דומה ל"יד מכוונת"
היה ממליץ על גורם הסיוע	כ-75%		נמוך מ"יד מכוונת"
תחושה שגורם הסיוע דואג לאינטרסים של המבוטחים (במידה רבה או רבה מאוד)	כ-65%		גבוה מ"יד מכוונת"

(מקור: סקר התובעים)

לוח 6: סיכום התרומות של "ייד מכוונת" אל מול מטרות התוכנית (ומדדי הצלחה נבחרים*), לרבות השוואות לקבוצות השוואה הרלוונטיות

מטרות / מדדים	בקרב תובעים שביקרו במרכז	קבוצות השוואה	בקרב תובעים בקבוצות השוואה
---------------	--------------------------	---------------	----------------------------

1. שיפור ההתנסות של התובעים בתהליך התביעה (מקור: סקר התובעים)

תחושה שגורם הסיוע מסייע להם להיות מוכנים למפגש עם הוועדה (די סייע או סייע מאוד)	כ-60%	תובעים שהסתייעו בגורמי סיוע פרטיים	דומה ל"ייד מכוונת"
ההתנסות בוועדות (די הסכימו או הסכימו מאוד)	כ-80%	תובעים אחרים מחיפה והקריות וכלל התובעים מתל אביב-יפו	דומה ל"ייד מכוונת"
- יחס מכבד - מספיק זמן ואפשרות לשאול/להתבטא	כ-50%		
הערכת היחס לאורך התהליך כיחס טוב או טוב מאוד	כ-75%		דומה ל"ייד מכוונת"
תפיסת התהליך בכללותו כדי הוגן או כהוגן מאוד	כ-60%		

2. ייעול עבודת הוועדות (מקורות: מערכות המידע של הביטוח הלאומי וסקר הרופאים)

קביעות הרופא המנתב (ממוצעים)			
- מספר האבחנות	3.2	כלל התובעים בסניפי	פחות בכ-25%
- מספר מומחים דרושים	3.0	חיפה והקריות	פחות בכ-15%
- מספר מסמכים חסרים	0.7		פחות בכ-40%
משכי זמן (ממוצעים)			
הזמן בין הגשת התביעה לבין ועדה ראשונה	39 ימים	תובעים אחרים מחיפה והקריות וכלל התובעים מתל אביב-יפו	דומה ל"ייד מכוונת"
הזמן בין ועדה ראשונה לבין דיון מסכם	20 ימים		
הזמן בין הגשת התביעה לבין דיון מסכם	49 ימים		
הפסקות דיון (לכל 100 מקרים)	21		יותר בכ-30%
הוספת מומחים בעקבות ועדה (לכל 100 מקרים)	8		כמעט פי 7
הערכת הרופאים כי גורם הסיוע תרם:			
- למצב התיק	כ-70%	גורמי סיוע פרטיים	דומה ל"ייד מכוונת"
- לצמצום הצורך בעצירות דיון	כ-70%		
- להופעת התובעים בוועדות	כ-35%		
- לקלות שבה ניתן לקבל החלטה בתיק	כ-50%		

3. מיצוי זכויות (מקורות: מערכות המידע של הביטוח הלאומי וסקר הרופאים)

שיעור הרופאים שהסכימו במידה רבה או רבה מאוד עם הקביעה שהמסתייעים בגורם הסיוע מצליחים יותר בקבלת הזכויות המגיעות להם	כ-35%	תובעים שהסתייעו בגורמי סיוע פרטיים	נמוך יותר בתל אביב-יפו דומה ביתר הארץ
שיעורי התובעים שנקבעו להם לפחות 40% נכות	39%	תובעים אחרים מחיפה והקריות	דומה ל"ייד מכוונת"

4. חיזוק האמון במוסד לביטוח לאומי (מקור: סקר התובעים)

אמון שהמוסד לביטוח לאומי דואג לאינטרסים של התובעים (הסכימו במידה בינונית או רבה)	כ-40%	תובעים אחרים מחיפה והקריות וכלל התובעים מתל אביב-יפו	דומה ל"ייד מכוונת"
ביטחון שיקבלו מה שמגיע (די בטוחים או בטוחים מאוד)	כ-20%		

* כפי שהוגדרו לקראת השקת התוכנית.

תוכן העניינים

1	1. מבוא
2	2. רקע מדעי
4	3. מטרת המחקר
4	4. מערך המחקר והממצאים
6	4.1 אפיון השירות והיבטים ארגוניים נוספים
11	4.2 היקף השימוש בשירות ומאפייני הפונים
17	4.3 התנסות המבקרים ב"יד מכוונת"
18	4.4 תהליכים הנעשים מול המוסד לביטוח הלאומי
26	4.5 התנסות התובעים לאורך התהליך (מתוך סקר התובעים)
38	4.6 תפיסת הרופאים את המפגש עם התובעים בוועדות הרפואיות
40	4.7 השוואת נבחרות בין מגישי התביעות בסניף תל אביב-יפו לבין כלל מגישי התביעות בסניפי חיפה והקריות
43	4.8 התרומות של "יד מכוונת" אל מול מטרת התוכנית: סיכום הממצאים
45	5. מגבלות המחקר
46	6. סיכום כללי
53	מקורות
55	נספחים
57	נספח א: חברת "פמי פרימיום"
58	נספח ב: מהלך ביקור טיפוסי במרכז "יד מכוונת", נכון לאמצע שנת 2015
59	נספח ג: הבדלים בין "יד מכוונת" לחברה למיצוי זכויות
62	נספח ד: פירוט בנוגע לשני הסבבים של סקר המבקרים במרכז "יד מכוונת"
67	נספח ה: מגמות על פני זמן של הקביעות של הרופאים המנתבים
69	נספח ו: סקר התובעים: מאפייני רקע

1. מבוא

בכל שנה מגישים יותר ממאה אלף מבוטחים של המוסד לביטוח לאומי תביעות להכרה כנכים ולקבלת קצבת נכות. לוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח הלאומי תפקיד מרכזי בתהליך קבלת ההחלטות בנוגע לתביעות אלה.

בשנת 2012 יזם המוסד לביטוח לאומי תוכנית להקמת מרכז אשר יסייע למגישי התביעות לזהות את בעיותיהם התפקודיות הרלוונטיות לתביעה ולהכין את התיקים הרפואיים – ואת התובעים עצמם – לוועדות הרפואיות. מדובר בתוכנית חדשנית המציעה למבוטחים סיוע חניס במיצוי זכויותיהם. גישה זו משקפת שינוי בתפיסת השירות הכוללת של המוסד לביטוח לאומי, כפי שבאה לידי ביטוי בחזונו החדש¹.

בשלב הקמתו הגדיר המוסד לביטוח לאומי מספר מטרות למרכז [1,2], ובהן:

- ◆ שיפור ההתנסות של התובעים בתהליך התביעה
- ◆ ייעול עבודת הוועדות
- ◆ הגברת מיצוי הזכויות
- ◆ חיזוק האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי.

יוזמה זו היא חלק ממאמץ רחב יותר של המוסד לביטוח לאומי לשיפור השירות הניתן לציבור ולהבטחה שהמבוטחים יקבלו את מלוא הזכויות המגיעות להם². בהקשר של הוועדות הרפואיות, המוסד לביטוח לאומי פתח בתהליך מקיף של התייעצויות עם מגוון רחב של ארגונים אזרחיים במטרה לאתר דרכים לשיפור תפקוד הוועדות³.

היוזמה להקמת מרכז הסיוע הוכרה כמפעל מיוחד של הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי, אשר מימנה את הקמתו והפעלתו כתוכנית ניסוי⁴ (בתקציב שנתי של מיליון ש"ח⁵), וכן את הליווי המחקרי. חברת "פמי פרימיום" זכתה במכרז להפעלת המרכז ובתום שנת 2012 השיקה את מרכז "יד מכוונת" בחיפה.

המוסד לביטוח לאומי גם מלווה את פיתוח המרכז ומפקח עליו. אגף ועדות רפואיות של המוסד לביטוח לאומי נמצא בקשר רציף עם מנהלי המרכז ומקיים עמם פגישות שוטפות. יחד הם שוקדים על איתור

¹ <http://www.btl.gov.il/About/Pages/hazon.aspx>

² מאמץ רחב זה כולל בין היתר הגשת תביעות באינטרנט והעברה אוטומטית של תשלומים מסוימים (כגון דמי לידה).

³ מן המוסד לביטוח לאומי נמסר כי חלק מכיווני הפעולה שהועלו בתהליך ההתייעצות כבר נמצאים בתהליכי ביצוע.

⁴ בתחילה הוגדר אזור השירות של המרכז חיפה והקריות, ובהמשך הורחב לכל אזור הצפון. בתחילה הוגדר שהטיפול יהיה רק בתביעות החדשות ולאחר מכן הורחב לכל סוגי התביעות.

⁵ על מנת לשים תשלום זה בהקשר המתאים, יצוין כי בשנת 2013 סך התשלומים של הביטוח הלאומי בענפי נכות כללית ונפגעי עבודה היו כ-18 מיליארד ש"ח, וסך התשלומים לרופאים בוועדות הרפואיות היה כ-100 מיליון ש"ח.

כיוונים אפשריים לשיפור השירות ולייעול תהליכי עבודה, ופותרים בעיות מערכתיות ונקודתיות העולות מעת לעת. את התוכנית מלווה ועדת היגוי הכוללת נציגים ממחלקות שונות במטה של המוסד לביטוח לאומי (ובהן מנהל הגמלאות, הלשכה הרפואית ומנהל המחקר) ומנהלי סניפים רלוונטיים.

בשנים 2013-2015 ביצע מכון ברוקדייל הערכה חיצונית של התוכנית, בשיתוף פעולה עם מנהל המחקר של המוסד לביטוח לאומי ובסיוע של אגף ועדות רפואיות במנהל הגמלאות ושל הלשכה הרפואית. ההערכה נועדה לספק למוסד לביטוח לאומי ולמפעילי התוכנית מידע שיסייע לשפר את השירות הניתן למבקרים במרכז, וכן לספק למוסד לביטוח לאומי מידע שיוכל לסייע בקבלת החלטה בנוגע להמשך פעילות התוכנית ולהרחבתה.

2. רקע מדעי

מן הספרות המקצועית עולה כי תסכול ואי-שביעות רצון של תובעים מההערכות בוועדות הרפואיות לקביעת נכות הם תופעה רווחת במדינות רבות ובהן ארצות הברית, קנדה, סקוטלנד והולנד [3-13]. לצד זאת, מחלק מן הדיווחים עולה כי תובעים רבים סבורים כי תהליך הבדיקה הרפואי הוא מקצועי, אינפורמטיבי, מסייע, דואג ותומך [3].

כפי שעולה מן המאמרים, מגוון חוות הדעת השליליות של התובעים במדינות אלה רחב ביותר והוא כולל תחושות של השפלה, של אבדן זהות אישית, של מועקה, של תסכול ושל חוסר צדק [3,4]. כמו כן, דיווחים ממדינות אחרות ביטאו היבטים אחרים של התהליך התורמים לחוויה השלילית, ובהם בדידות, תחושה שאין לתובע די מידע או שהוא מוצף ביותר מדי מידע, בלבול בנוגע לחוקים ולגובה הפיצוי, קושי בהבנת הטפסים וקושי למלא אותם, תחלופה מהירה בהרכב הוועדה הרפואית, חשד, חוסר אמון וחוסר כבוד מצד צוות הבדיקה עצמו (רופאים וחוקרים אחרים), ציפיות שגויות של התובעים ונקיטת גישה של התגוננות [3, 5, 6, 7]. על פי דוחות מסוימים, תהליך הבדיקה עלול לעתים אף להוביל לבעיות נפשיות, הנובעות בין היתר מן הסטיגמה שנוצרה בעקבות אי-השוויון ביחסי הכוחות בין התובעים לבין הרופאים ומהעדר תמיכה חברתית [8,9].

מעניין לציין כי מן הספרות המקצועית עולה כי תהליך ההערכה עשוי להכביד לא רק על התובעים אלא גם על הרופאים ועל חברי הצוות האחרים. כפי שמובא במאמר של ואן-רייסן ואחרים [4]: "פגישה זו שונה מביקור רגיל אצל הרופא, משום שהיא איננה נעשית מרצון כמו בביקור רגיל לצורך ריפוי... ולהערכת הרופאים יש השלכה משפטית על התובעים." (שם, עמ' 2) נוסף על התסכול הנובע מהבדלים אלה, רופאים עלולים להיות מתוסכלים גם בשל מגבלת הזמן, מן העובדה שהם נפגשים עם התובעים פעם אחת בלבד ומכך שידוע להם שיש תובעים העשויים לנצל את השיטה לרעה. הפסיכיות של התובעים ותחושת ההתגוננות שלהם עשויות אף הן ליצור מתח ביחסים בין הרופאים לתובעים, כמו גם העדר ידע של התובעים המוליד ציפיות שגויות [4,5]. עוד עולה מן הספרות כי התסכול של התובעים עשוי לגרום לתסכול בקרב הרופאים ואנשי הצוות האחרים, וההפך [4].

לאור האמור לעיל, וכדי לתת מענה לאתגרים הקשורים בהערכה של הוועדות הרפואיות, פתחו מגוון גישות ותכניות התערבות. גישות אלה כוללות:

- ◆ חיזוק והעצמה של התובעים וסיוע בגיבוש התנהגות בונה ואקטיבית יותר [5]
- ◆ הענקת סיוע של עובדים סוציאליים ושל ארגוני מתנדבים [6]
- ◆ עבודה עם רופאים העוסקים בהערכה רפואית בוועדות כדי לשפר את מיומנויות התקשורת שלהם וכדי שיפגינו אמפתיה רבה יותר כלפי הנבדקים [4]
- ◆ הפצת מידע נוסף לתובעים דרך האינטרנט [5]
- ◆ בדיקת הנעשה בתחום זה במדינות אחרות כדי למצוא כיצד אפשר לשפר את תהליך ההערכה עצמו, כולל שינויים בקריטריונים לקביעת הזכאות, הגורם המעריך וכו' [9]

יש לציין את העובדה שתוכנית "יד מכוונת" נשענת על כמה מן העקרונות שצינו לעיל, ובמיוחד על העצמת התובעים, על סיוע בגיבוש התנהגות בונה יותר ועל אספקת מידע על תהליך התביעה. היא פחות נועדה לספק לתובעים תמיכה רגשית או לשפר את המיומנויות של הרופאים בוועדות.

מאמר המציג מסגרת תאורטית מפורטת לניתוח מפגשים לקביעת הערכה רפואית [4] הוא המקור החשוב ביותר למחקר. המאמר מדגיש את חשיבותו של שלב ההכנה; מבחין בין שני רכיבים של אמון ביחסי הגומלין רופא-תובע [מומחיות ויחס]; מדגיש את החשיבות בבחינת תפיסתו של התובע בנוגע לכוונותיו, גישתו ומיומנויותיו של הרופא; ומציין שישה היבטים של שביעות רצון מן התקשורת בין רופא לתובע בראיונות הערכה: הקשבה, אמפתיה, יושר, בהירות, זהירות ומומחיות. מאמר זה השפיע מאוד על תוכנית המחקר ועל ההבניה המפורטת של כלי ההערכה.

נמצאו מחקרים מעטים בלבד העוסקים בניסיונות לשפר את התנסותם של תובעי קצבת נכות. אף לא באחד מהם הסיוע היה דומה לזה שניתן ב"יד מכוונת". באחד מן המחקרים [14] נבחנה סדנה שנערכה לרופאים העובדים בוועדות רפואיות בנושא מיומנויות תקשורת בין-אישיות. לסדנה הייתה השפעה חיובית מובהקת על מיומנות אלו, ובמיוחד על החלק האינפורמטיבי של איסוף המידע בפגישה עם התובעים. נוסף לכך נמצאה גם השפעה (אם כי לא מובהקת) על המסוגלות העצמית של הרופאים. למרות זאת, לא הייתה להתערבות השפעה רבה על יכולות הרופאים, כפי שנמדדה בתגובתם בנוגע לדרך שבה הם יתמודדו בתסריטים שונים⁶. יש לציין גם שהחוקרים קבעו שכמעט כל הרופאים החזיקו בעמדות חיוביות כלפי הסדנה ועל כן ראוי להמשיכה ולהשקיע בפיתוח נוסף.

מחקר אחר [15] בדק את יעילותו של אתר אינטרנט אינטראקטיבי שהתמקד בהנגשת מידע על מיצוי הזכויות במטרה להעצים תובעי קצבת נכות. המחקר התבסס על ניסוי אקראי ושאלון אינטרנטי (שהועבר בדוא"ל) לכ-200 תובעים (בחלוקה לקבוצת ניסוי ולקבוצת ביקורת), לפני הערכת מידת הנכות

⁶ המחקר התבסס רק על ראיונות עם כמה עשרות רופאים והוא לא בדק ישירות את ההשפעה על התנסות התובעים.

שלהם בוועדה רפואיות ואחריה. החוקרים הסיקו כי "למרות רמת הידע של התובעים, שעלתה בעקבות השימוש באתר האינטרנט, האתר לא הצליח להגיע למטרתו הראשונית, שהייתה העצמת התובעים לפני הערכת נכות." (Ibid, p. 410) ההסברים האפשריים לכך שלא נמצאה השפעה על ההעצמה כללו שיעורים גבוהים של אי-השתתפות ואי-התמדה בהתערבות, מגבלות באופן מדידת ההעצמה והאפשרות "שהסיוע היה ממוקד מדי לגבי הרחבת הידע ופחות על השינוי בפן ההתנהגותי. לאור זאת מסתמן כי הרחבת הידע לבדה אינה מספיקה על מנת ליצור העצמה." (Ibid, p. 416).

עוד מצאו החוקרים במחקר זה כי להתערבות הייתה השפעה שלילית מובהקת על התובעים בנוגע לתפיסת תהליך הערכת הנכות כצודק. הם סברו שהסבר אפשרי לממצאים אלו היא שהתובעים שעברו את תהליך הלמידה וההעצמה חוו חוסר צדק מצד הרופא שלא התייחס בצורה הולמת לתיק הרפואי האישי שלהם בחוות הדעת. הסבר נוסף שלא הוזכר על ידי החוקרים הוא האפשרות שרמת הידע הגבוהה הובילה להעלאת הציפיות ובכך גרמה גם לאכזבות גדולות.

3. מטרת המחקר

מטרת העל של מחקר ההערכה היא :

- ◆ לספק למוסד לביטוח לאומי מידע שיוכל לסייע בקבלת החלטה בנוגע להמשך הפעלת התוכנית ולהרחבתה
 - ◆ לספק למוסד לביטוח לאומי ולמפעילי התוכנית מידע אשר יסייע להם לשפר את השירות הניתן למבקרים במרכז
- המטרות המפורטות הן :

1. לאפיין את השירות הניתן במרכז "יד מכוונת" (מבחינת מטרת, תשומות, התארגנות ותהליכים)
 2. לבחון את מאפייני המסתייעים במרכז, ואת שיעורם מקרב התובעים
 3. לבדוק את מימוש מטרת התוכנית ולאמוד את השפעותיה מבחינות אלה :
- ◆ הקלה על המבוטחים – הפחתה של "התרוצצויות" ותחושות בלבול וניכור בעת הכנת התביעה ובמפגש בוועדות הרפואיות
 - ◆ ייעול עבודת הוועדות מבחינת החומר המוגש להן, וכפועל יוצא שיפור יכולת ההחלטה שלהן ללא צורך בוועדות משלימות
 - ◆ שיפור ברמת שביעות הרצון של התובעים המופיעים בפני הוועדות
 - ◆ מיצוי זכויות של התובעים
 - ◆ הגברת תחושתם של המבוטחים שאכן הם זכו למיצוי זכויותיהם.

4. מערך המחקר והממצאים

רכיבי ההערכה

ההערכה כללה את הרכיבים האלה :

- א. אפיון השירות והיבטים ארגוניים נוספים
- ב. היקף השימוש בשירות ומאפייני הפונים
- ג. התנסות המבקרים ב"יד מכוונת"
- ד. תהליכים הנעשים מול המוסד לביטוח לאומי
- ה. התנסות התובעים לאורך התהליך (מתוך סקר התובעים)
- ו. תפיסת הרופאים את המפגש עם התובעים בוועדות הרפואיות
- ז. השוואות נבחרות בין מגישי התביעות בסניף תל אביב-יפו לבין כלל מגישי התביעות בסניפי חיפה והקריות

דרך הצגת הנתונים

בכל רכיב של ההערכה יוצגו המטרות, השיטה והממצאים הרלוונטיים, וכן דיון ראשוני בממצאים. בהמשך יוצג גם דיון בממצאים בכללותם. אך ראשית – הערה מתודולוגית הרלוונטית לחלק גדול מרכיבי המחקר.

הערה מתודולוגית כללית בנוגע לשימוש בקבוצות השוואה

המחקר מנסה, בין היתר, לאמוד את השפעת התוכנית הן על אותם תובעים שפנו למרכז "יד מכוונת", והן על כלל התובעים בחיפה והקריות שהיו קהל היעד של "יד מכוונת".

כדי לאמוד את התרומות של המרכז בוצעו מגוון השוואות בין תובעים שקיבלו שירות במרכז לבין תובעים אחרים. הפערים בין הקבוצות שימשו מדד להשפעת התוכנית. ברוב רכיבי המחקר שימשו מגישי תביעות מחיפה והקריות שלא ביקרו במרכז קבוצת השוואה, ובחלק מן הבדיקות נכללה גם קבוצת השוואה נוספת – כלל התובעים מתל אביב-יפו.⁷ נוסף לכך נערכו השוואות בין כלל מגישי התביעות מחיפה והקריות לבין כלל מגישי התביעות מתל אביב-יפו. בהשוואות שנעשו בחלק מרכיבי המחקר בוצע פיקוח על מאפייני התובעים, ובסקר התובעים אף בוצעה התאמה במאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הנדגמים כבר בשלב הדגימה.⁸ כל אחד מסוגי ההשוואה האלה שימש למטרה אחרת, כפי שמפורט להלן:

השוואות בתוך חיפה בין תובעים שפנו למרכז ונעזרו בו לבין תובעים הדומים להם במאפיינים שונים שלא פנו אליו נועדו לאמוד את ההשפעה על התובעים שפנו למרכז. יצוין שהשוואה זו אינו מושלמת, בין היתר מאחר שההקצאה בין שתי הקבוצות לא הייתה רנדומלית. ייתכן אף שיש הבדלים בין שתי הקבוצות שלא הצלחנו לזהות ועל כן לא יכולנו לפקח עליהם.

⁷ סניף תל אביב-יפו נבחר כקבוצת השוואה, כמקום שלא חל בו שינוי בעקבות הפעלת המרכז וכסניף שבו הפעילות דומה למדי לפעילות בסניף חיפה.

⁸ התאמה זו טיפלה בהבדלים סוציו-דמוגרפיים בין הקבוצות, כגון השיעור הגבוה יחסית של ערבים בקרב המבקרים במרכז.

השוואות בין כלל התובעים בחיפה והקריות לבין תובעים מתל אביב-יפו הדומים להם במאפייניהם (אזור תל אביב-יפו נבחר בשל הדמיון בין שני הסניפים מבחינת גודל ומאפיינים נוספים)⁹ נועדו לאמוד את ההשפעה על כלל התובעים בחיפה והקריות. יש לזכור שגם השוואות אלו אינן מושלמות מאחר שישתכן שהשירות הניתן בסניף תל אביב-יפו שונה מן השירות הניתן בסניפי חיפה והקריות בהיבטים נוספים, עקב תהליכי עבודה שונים שקיימים בסניפים השונים.

לאור הנאמר לעיל, נתייחס לקבוצות אלו כקבוצות השוואה ולא כקבוצות ביקורת.

כדי לספק הקשר לתרומות של "יד מכוונת", בחלק מרכיבי המחקר בוצעו השוואות בין תובעים שהסתייעו במרכז לבין תובעים שהסתייעו בגורמי סיוע פרטיים.

4.1 אפיון השירות והיבטים ארגוניים נוספים

מטרה

לאפיון את השירות הניתן במרכז "יד מכוונת": מטרות, תשומות, התארגנות ותהליכים

שיטות

בראשית שנת 2013 התבצע סבב של ראיונות עומק עם כעשרה אנשי מטה מרכזיים במוסד לביטוח לאומי, עם מנהלים בסניף חיפה ובסניף הקריות, עם שני רופאים מנתבים מסניף חיפה¹⁰ ועם מנהל המרכז. נוסף לכך התבצעו תצפיות ב"יד מכוונת" ועיון בדוחות הפעילות שהגיש המרכז למוסד לביטוח לאומי. במהלך השנים 2014-2015 התקיימו שיחות משלימות עם חלק מבעלי התפקידים הרלוונטיים.

ממצאים

הרקע להקמת המרכז

בשנת 2011 פרסם המוסד לביטוח לאומי מכרז להקמת מרכז לייעוץ ולהכוונה בנושאי הוועדות הרפואיות (בחלק מן המסמכים נקרא המרכז "לשכת סיוע"). באחד ממסמכי הרקע העיקריים¹¹ הוגדרו ההתפתחויות שהביאו להקמת המרכז:

"בעשור האחרון מתמודד המוסד עם תלונות רבות על התנהלות הוועדות הרפואיות. התלונות עוסקות הן ביחס הניתן למבוטחים בוועדות והן באשר למקצועיות הוועדות... חרף העובדה שהמוסד השקיע משאבים בשיפור הוועדות ובייעול התהליכים, התלונות אינן פוסקות..."

⁹ תאורטית, הקמת המרכז הייתה יכולה להשפיע גם על מבוטחים מאזור השירות שלא פנו אליו, הן על ידי שינוי דפוסי עבודה כלליים בתוך הסניפים הרלוונטיים, והן על ידי הפחתת עומס העבודה בסניפים אלו. הסבירות לקיומן של השפעות כאלה קשור, בין היתר, להיקף הפנייה למרכז. מאחר שנמצא במחקר כי רק חלק קטן ממגישי התביעות פונים למרכז, הסיכוי של השפעות רוחביות כאלו נראה כעת משמעותי פחות מאשר בעת תכנון המחקר.

¹⁰ הרופא המנתב הוא עובד שכיר של הביטוח הלאומי המארגן לוועדה את התיק שהגיש התובע וקובע האם יש מסמכים חסרים, מהם האבחנות הרלוונטיות לתביעה ואילו מומחויות צריכים להיות מיוצגים בוועדה הרפואית.

¹¹ "הקמת לשכה לסיוע בנושאי הוועדות הרפואיות". המוסד לביטוח לאומי. 5.7.11.

כתוצאה ממצאות זו ומהסביבה החיצונית הגועשת חדרו לתחום זה שחקנים רבים מסוגים שונים המנצלים את הוואקום בנושא ומספקים שירותי יעוץ והכנה לוועדות הרפואיות. "

באותו מסמך הוגדרו המטרות והיעדים של המרכז המתוכנן :
"מטרה: לאפשר יעוץ למבוטחים מחוץ לכותלי המוסד על מנת לעזור להם למצות את זכויותיהם, להתמצא בתהליך, לחסוך בירוקרטיה ולייצר אמון ושקיפות.

יעדים :

1. מיצוי זכויות המבוטחים על ידי ייעוץ והכנת המבוטח לוועדה
2. הגדלת האמון של המבוטחים בוועדות באמצעות שקיפות בתהליך
3. פישוט ההליך והבירוקרטיה והכנת התיק לוועדה
4. מיצוב המוסד ושיפור תדמיתו".

למכרז הוגשו שלוש הצעות, וחברת "פמי פרימיום" הייתה זו שזכתה במכרז¹².

מעיון במסמכים ומראיונות העומק עולה כי מטרות המרכז הוגדרו היטב ובעת השקת התוכנית הם הובנו בצורה דומה על ידי כל הגורמים המעורבים. באופן טבעי, עם הזמן ותוך כדי הצטברות של ניסיון התגבשו דעות שונות בנוגע לרלוונטיות, להשלכות האופרטיביות ולפרשנות שיש לתת לחלק מן המטרות (כגון המטרה של "מיצוי זכויות").

יצוין כי היוזמה להקים מרכז סיוע הייתה חלק ממאמץ רחב יותר של המוסד לביטוח לאומי לשיפור השירות הניתן לציבור ולהבטחה שהמבוטחים יקבלו את מלוא הזכויות המגיעות להם. מאמץ רחב זה כלל בין היתר הגשת תביעות באינטרנט והעברה אוטומטית של תשלומים מסוימים (כגון דמי לידה). בהקשר של הוועדות הרפואיות, המוסד לביטוח לאומי פתח בתהליך מקיף של התייעצויות עם מגוון רחב של ארגונים אזרחיים במטרה לאתר דרכים לשיפור תפקוד הוועדות¹³.

היבטים ארגוניים

מרכז "יד מכוונת" פתח את שעריו לציבור בדצמבר 2012. המרכז ממוקם בבניין משרדים מודרני ברחוב פל"ם בחיפה, כ-300 מטר מסניף חיפה של המוסד לביטוח לאומי, ובו חדר המתנה, עמדת מזכירה, שני חדרי רופאים (לייעוץ, לא לטיפולים), פרוזדור ושירותים. הריהוט הוא מודרני ופונקציונלי.

בתחילה הוגדר אזור השירות של המרכז חיפה והקריות, ובהמשך הורחב לכל אזור הצפון (קו חדרה וצפונה). למרכז מגיעות גם פניות מעטות ממחוזות אחרים בארץ, ואף הן מטופלות.

¹² למידע נוסף על חברת "פמי פרימיום" ראו נספח א'.

¹³ מן המוסד לביטוח לאומי נמסר כי חלק מכיווני הפעולה שהועלו בתהליך ההתייעצות כבר נמצאים בתהליכי ביצוע.

התוכנית ממומנת במלואה על ידי המוסד לביטוח לאומי, והמבקרים מקבלים את השירות בחינם. הקשרים בין "יד מכוונת" לבין הביטוח הלאומי מאוגדים באמצעות חוזה שנחתם באוקטובר, 2012. התשלום השנתי המועבר מן המוסד לביטוח לאומי לחברת "פמי פרימיום" עבור הפעלת המרכז הוא מיליון ש"ח¹⁴.

צוות המרכז כולל, נכון לאמצע שנת 2015, מנהל (בחצי משרה), שלוש מזכירות, שני רופאים פנימיים, שני רופאים תעסוקתיים, רופא אורטופד ורופא פסיכיאטר. רופא פנימאי נמצא במרכז בכל יום ורופאים מומחים מגיעים למרכז כמה שעות בשבוע. "פמי פרימיום" והביטוח הלאומי סיפקו לצוות סדרת הדרכות שכללו, בין היתר, את הנושאים האלה: נכות כללית, נכות מהעבודה, ילד נכה, שר"מ ופטור ממס. ההדרכות הועברו על ידי גורמים במטה הביטוח הלאומי ועל ידי עובדים בכירים מסניפי חיפה וקריית. נוסף לכך, צוות ההדרכה של חברת "פמי פרימיום" העביר לצוות המרכז הכשרות בתחום השירות.

על בסיס מערכת המידע לניהול מרכזים רפואיים הוקם במרכז מאגר מידע ובו מידע על כל פנייה לארגון. בכל רשומה יש מידע על הפונה (שם, כתובת, גיל, מין, וכו'), על סוג התביעה, על הגורם המפנה ועל מהות השירות שניתן לפונה במרכז. בתום כל ביקור מתבקש המבקר למלא טופס משוב (מילוי עצמי) על השירות, ובשנת 2014 התווסף גם סקר טלפוני שנעשה לאחר הפגישה בוועדה הרפואית. על סמך מקורות מידע אלו מוגש מדי חודש דוח פעילות לביטוח הלאומי, ובתום כל שנה מוגש דוח שנתי מקיף יותר.

הממשק עם הלקוח

מרכז "יד מכוונת" מסייע לפונים אליו להכין את עצמם ואת התיקים שלהם למפגש עם הוועדות הרפואיות של הביטוח הלאומי, ובכך מסייע להם לממש את זכויותיהם. המרכז עוסק במגוון רחב של זכויות, ובהן אלה הקשורות לנכות כללית, נכות מעבודה, שר"מ, ילד נכה, נפגעי פעולות איבה, נפגעי פוליו ופטור ממס, הן בוועדות מדרג ראשון והן בוועדות ערר.

השירות הניתן במרכז מתמקד בהכנת התיק לקראת הוועדות הרפואיות. גם בראשית דרכה העניקה "יד מכוונת" למבקר הדרכה לקראת הופעתו בפני הוועדה, אך בתחילה זו הייתה בסיסית ופשוטה (בעיקר תיאור מהלך הפגישה בוועדה). בהדרגה התווספו להכנה היבטים נוספים כגון מתן טיפים כלליים בנוגע להצגה בוועדה, ולאחרונה גם סיוע אישי להצגת המקרה הפרטי בוועדה¹⁵.

¹⁴ כדי לשים תשלום זה בהקשר המתאים, יצוין כי בשנת 2013 סך התשלומים של הביטוח הלאומי בענפי נכות כללית ונפגעי עבודה היו כ-18 מיליארד ש"ח, וסך התשלומים לרופאים בוועדות הרפואיות היה כ-100 מיליון ש"ח.

¹⁵ ראו תיאור של מהלך הפנייה וביקור ב"יד מכוונת" בנספח ב'.

יש לציין כי הרופא והמזכירה אינם מציינים בפני המבוטח מהם סיכויי לקבל אחוזי נכות (בהתאם למדיניות שנקבעה על ידי המוסד לביטוח לאומי). גם בסיכום שהרופא מצרף לתיק הרפואי לא נכללת המלצות לוועדה על אחוזי הנכות הראויים¹⁶.

מאז הקמת המרכז בדצמבר 2012 ועד לסוף אפריל 2015 נרשמו בו 13,119 פניות (כולל פניות בטלפון, בדוא"ל ובפקס) על ידי 7,033 מבוטחים. מתוכם 3,256 מבוטחים התייצבו במרכז כדי לקבל ייעוץ (4,191 ביקורים; ממוצע של 1.3 ביקורים למבקר). מידע נוסף על המגמות במספר המבקרים החדשים ועל אופיים בשנים 2013-2014 יוצג בהמשך הדוח.

פרסום ושיווק

על פי החוזה בין "פמי פרימיום" לבין המוסד לביטוח לאומי, האחריות לפרסום ולשיווק השירות נתונה בידי הביטוח הלאומי; מכתב נשלח לכל מגישי תביעה המתגוררים באזור השירות של המרכז ובו מידע על קיום המרכז, על מהות השירותים המסופקים בו ועל העובדה שהשירות ניתן ללא תשלום. מידע דומה מועבר גם על ידי הפקידים בסניפים הרלוונטיים של הביטוח הלאומי. הביטוח הלאומי אף ליווה את השקת המרכז במסע פרסום במדיה (בעיקר ברדיו המקומי ובעיתונות), שנמשך כמה חודשים.

למרות שהאחריות על שיווק השירות היא של המוסד לביטוח לאומי, "יד מכוונת" נוקטת אף היא כמה פעולות שיווק. בין היתר, נציגיה נפגשים עם מעסיקים גדולים באזור השירות כדי לספר על השירותים שהיא מספקת ונערכת סדרה של הדרכות בכל סניפי הביטוח הלאומי באזור הצפון כדי לעורר מודעות. נוסף לכך נבנה דף אינטרנט למרכז באתר של חברת "פמי פרימיום".

ליווי ופיקוח מטעם הביטוח הלאומי

מבחינת המוסד לביטוח לאומי, תוכנית "יד מכוונת" מוגדרת תוכנית ניסוי הממומנת על ידי הקרן למפעלים מיוחדים. הפיקוח השוטף על התוכנית הוא באחריות מנהלת אגף ועדות רפואיות. את התוכנית מלווה ועדת היגוי הכוללת נציגים ממחלקות שונות במטה (גמלאות, רפואה, מחקר, וכו') ומנהלי סניפים רלוונטיים של הביטוח הלאומי. בראש הוועדה יושבת המשנה למנכ"ל וסמנכ"לית גמלאות של הביטוח הלאומי.

מנהלת אגף ועדות רפואיות נמצאת בקשר שוטף עם מנהל "יד מכוונת" ועם הממונים עליו מחברת "פמי פרימיום". האגף מקיים עם המרכז פגישות שוטפות; יחד הם שוקדים על כיוונים אפשריים לשיפור השירות ותהליכי העבודה, ופותרים בעיות מערכתיות ונקודתיות העולות מעת לעת. האגף גם בודק את רמת השירות והמקצועיות של המרכז ומעביר הכשרות שונות להעמקת הידע של צוות המרכז.

אופיו של הקשר בין "יד מכוונת" לבין הנהלת סניף חיפה של הביטוח הלאומי עבר כמה שלבים. בתחילת הדרך התקיימו פגישות היכרות ותיאום, אך בתקופה שלאחר מכן התנהל הקשר רובו ככולו באמצעות

¹⁶ אי-הכללת המלצות נובע מהנחייה של הביטוח הלאומי, וקשור לאבחנה שנעשית בין התפקיד של "יד מכוונת" (לסייע בהצבעה על הליקויים) לבין התפקיד של הוועדות (לקבוע שיעורי נכות).

אגף ועדות רפואיות במטה של המוסד לביטוח לאומי. עם הזמן התהדק שוב הקשר בין "יד מכוונת" לבין הנהלת הסניף, והוא כולל כיום התייעצויות בין הרופאים ב"יד מכוונת" לבין הרופאים המנתבים בסניף.

שיפורים שנעשו במהלך התקופה הנבדקת

במהלך התקופה הנבדקת הטמיעה "יד מכוונת" סדרה של שיפורים בשירות. אלה כללו:

- ◆ ביצוע שיחות טלפון לבירור סיבות לאי-הגעה לפגישה שנקבעה במרכז או לאי-סיום התהליך במרכז
- ◆ מילוי שאלון רפואי על ידי המבקרים, לפני כניסתם לחדר הרופא
- ◆ יצירת טופס מיפוי מסמכים רפואיים
- ◆ יצירת דף הדרכה אישי לכל מבוטח
- ◆ מתן יותר מידע לפונים על המתרחש בוועדות
- ◆ ייעוץ בנוגע לדברים שאותם יש להדגיש בעל פה בוועדות
- ◆ הכנה ממוקדת אישית לוועדה, כולל סיוע בניסוח מפורט של התלונות להצגה בוועדה
- ◆ סיוע בניסוח מפורט של התלונות להצגה בוועדה (נמצא בתהליך)
- ◆ סימון ברור יותר של מעורבות "יד מכוונת" בתיקים
- ◆ יצירת קשר טלפוני עם המבוטחים ובדיקת שביעות רצונם לאחר הפגישה בוועדות
- ◆ הגברת הדו-שיח הישיר בין סניפי חיפה והקריות לבין "יד מכוונת"

השיפורים הוטמעו בעקבות תהליכי הלמידה הפנימיים שנעשו במרכז, בזכות הבקרה והפיקוח של אגף וועדות רפואיות, ותודות לממצאים שעלו מן ההערכה החיצונית המדווחת כאן.

הבדלים בין מרכז "יד מכוונת" לבין גורמי סיוע פרטיים

המאפיינים היחודיים של המרכז בהשוואה לגורמי הסיוע הפרטיים כוללים את העובדה שהשירות ניתן חנם ללקוח, ואת מחויבותו של המרכז לקבל כל פונה רלוונטי, ללא קשר לסיכויי ההצלחה של התביעה. הייעוץ במרכז מתמקד בהיבטים הרפואיים-תפקודיים של שלמות התיק וההופעה בפני הוועדה. ייחודיותו של המרכז באה לביטוי גם בעובדה כי הדמות העיקרית הנמצאת בקשר עם הלקוח היא רופא. מנגד, חשוב לציין כי לעומת "יד מכוונת", לפחות חלק מן הגורמים הפרטיים מלווים את התובעים ליווי מקיף יותר, הכולל מיצוי זכויות גם מול גופים נוספים (כגון מס הכנסה וחברות ביטוח) וליווי בפן הרגשי. כמו כן, שלא כמו "יד מכוונת", הגורמים הפרטיים כוללים בסיכומים המופנים לוועדות הרפואיות גם המלצות על אחוזי נכות¹⁷.

יצוין כי גם בסניפי המוסד לביטוח לאומי מוענק ייעוץ וסיוע למגישי תביעות, באופנים שונים. בעניין זה קיימת שונות מסוימת בין הסניפים – הן בנוגע לעצם מתן הסיוע והן במהות הסיוע ובהיקפו. בכל

¹⁷ להשוואה מפורטת לאחת החברות למיצוי זכויות ראו נספח ג'.

הסניפים, פקידי המוסד לביטוח לאומי זמינים להעניק ללקוחות הסברים בנוגע לטפסים ולסוגי המסמכים שיש לכלול בתביעה. בחלק מן הסניפים היו גם ניסיונות להפעיל מתנדבים (בין היתר גמלאי הביטוח הלאומי) כדי לספק סיוע מוגבר. בסניף חיפה גם מתקיימות סדנאות הכנה לוועדה (עד ארבע סדנאות בחודש), ולכל סדנה מגיעים כ-50 איש.

דיון

מן הממצאים עולה כי חברת "פמי פרימיום" מפעילה את המרכז בצורה מקצועית ובהתאם למטרות שהוגדרו על ידי המוסד לביטוח לאומי. הדבר בא לידי ביטוי, בין היתר, באופן שבו הצוות מגויס ומודרך, בהקמת מאגר מידע למעקב אחר הפעילות במרכז, במערכות שפותחו לצורך קבלת משוב מן הלקוחות ובכך שהמרכז הטמיע סדרה ארוכה של שיפורים במרוצת הזמן. המוסד לביטוח לאומי מקיים פיקוח הדוק ומתמשך על הנעשה במרכז, דבר התורם משמעותית לטיב השירות הניתן בו. הביטוח הלאומי אף דאג לשפר ולשדרג את השירות הניתן על פי המלצות הביניים של מחקר ההערכה וכן להעמיק את הידע הנדרש לעובדי המרכז.

4.2 היקף השימוש בשירות ומאפייני הפונים

מטרה

לבחון את המגמות בהיקף השימוש בשירות ואת מאפייני הפונים (בדגש על הפיזור הגאוגרפי)

שיטות

מאז הקמתו בדצמבר 2012 מפעיל מרכז "יד מכוונת" מאגר מידע ובו נתונים בסיסיים על כל המבקרים בו והפונים אליו, לרבות אלה הפונים טלפונית. על בסיס הנתונים מופק דוח פעילות חודשי ובסוף כל שנה מופק דוח שנתי.

כחלק ממחקר ההערכה, התבקש מכון ברוקדייל לנתח את הנתונים ממאגר המידע של המרכז. הניתוח המוצג להלן מתמקד בביקורים (ללא פניות טלפוניות) ומתייחס לתקופה של 24 חודשים מלאים, החל מתחילת ינואר 2013 ועד לסוף דצמבר 2014.

ממצאים

הרכב המקרים לכלל התקופה הנבדקת

בתקופה הנדונה ערכו 3,707 איש ביקור ראשון במרכז (להלן "המבקרים"). חלק מהם ביקרו בו יותר מפעם אחת, כך שבסך-הכול קיימה קבוצה זו כ-5,000 ביקורים¹⁸. בניתוח להלן יחידת הניתוח היא המבקר.

- ◆ גיל: 40% – עד גיל 50; 53% – בני 50-67; 7% – בני 67 ויותר.
- ◆ אזור המגורים: 67% – חיפה והקריות; 23% – אזורים אחרים בצפון; 10% – אזורים אחרים בארץ

¹⁸ אם כוללים גם ביקורים חוזרים של אנשים שהביקור הראשון שלהם התקיים בדצמבר 2012, מדובר ב-5,217 ביקורים.

- ◆ סוג התביעה: 73% – נכות כללית; 16% – נכות מעבודה או מחלת מקצוע; 7% – ילד נכה; 4% – תביעות בנושאים אחרים.
- ◆ מקור ההפנייה: מקורות ההפנייה העיקריים היו 41% – מכתבי פנייה למבוטח מטעם הביטוח הלאומי; 17% – עובדים בסניף; 13% – עלוני מידע או פרסום בסניף; 9% – התקשורת¹⁹.
- ◆ תוצאות הביקור הראשון: 52% מן הביקורים הסתיימו בתיק מוכן; ב-41% מן המקרים זוהה צורך במסמכים נוספים, וב-3% מן המקרים זוהה צורך בהתייעצות עם מומחה.
- ◆ מספר הביקורים: בממוצע התקיימו 1.3 ביקורים למבקר בתוך שלושה חודשים²⁰ ממועד הביקור הראשון, ו-1.4 ביקורים בתוך שישה חודשים²¹.

ניתוח מגמות על פני זמן

לצורך ניתוח מגמות על פני זמן, חולקו 24 החודשים בתקופה הנבדקת לארבע תקופות של שישה חודשים כל אחת (ראו לוח 4). נמצא כי בתקופה האחרונה, לעומת התקופה הראשונה, חלה ירידה של כ-10% במספר המבקרים החדשים (מ-1,001 ל-896). עם זאת, באותה תקופה עלה מספר הביקורים ב-14% (מ-1,214 ל-1,385), זאת כפי הנראה גם בעקבות עלייה במספר הביקורים החוזרים. למרות הירידה במספר המבקרים החדשים, נראה כי העומס במרכז עלה כיוון שהטיפול במבקרים נעשה מעמיק יותר. יצוין גם שמספר המבקרים התייצב במחצית השנייה של שנת 2014.

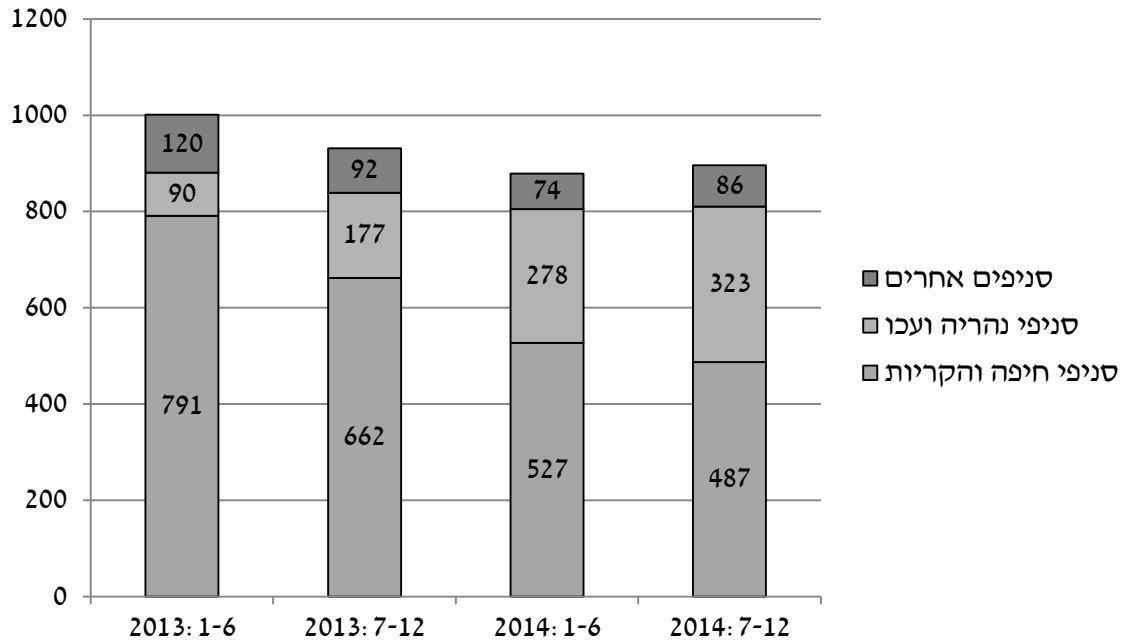
עם הזמן חל שינוי משמעותי בהרכב המבקרים במרכז מבחינת אזור מגורים (ראו תרשים 1). בתחילה הגיעו 79% מן המבקרים החדשים מחיפה והקריות, 9% מאזורים אחרים בצפון ו-12% מאזורים אחרים בארץ. לעומת זאת, בתקופה האחרונה הגיעו 54%, 36% ו-10%, בהתאמה. הדבר טבעי לאור ההרחבה ההדרגתית של אזורי השירות של המרכז.

¹⁹ בתקשורת כלולים עיתונות כתובה, רדיו וטלוויזיה.

²⁰ לרוב, במקרים שבהם נאלץ מבוטח לחזור עם מסמכים רפואיים נוספים, תהליך המצאת המסמכים על ידי המבוטח אורך זמן משום שעליו לפנות לקופת חולים לצורך תיאום תור אצל רופא או ביצוע בדיקה רפואית על מנת להשיג את המסמך המבוקש.

²¹ ייתכן שיש כאן תת-אומדן קל של משתנה מספר הביקורים במהלך שישה חודשים, מאחר שבנוגע למבקרים בסוף שנת 2013 היו רק כחמישה חודשי מעקב במאגר המידע שעמד לרשותנו.

תרשים 1: מספר מבקרים חדשים ב"יד מכוונת", לפי תקופה ולפי סניף



מקור: מאגר המידע של "יד מכוונת"

נוסף לכך, במהלך הזמן ניכרת יציבות במאפייני המבקרים שנבדקו, לצד שינויים קלים בחלק מן המשתנים.

- ◆ גיל: שיעור המבקרים מתחת לגיל 50 עולה עם הזמן.
- ◆ סוג התביעה: חלה ירידה קלה בשיעור המקרים של נכות כללית ועלייה ניכרת בשיעור המקרים של ילד נכה.
- ◆ מקור הפנייה: חלה עלייה חדה בשיעור המקרים שמקורם במכתב פנייה למבוטח ולצד זאת ירידה בחלקם של פקידים בסניפי הביטוח הלאומי, של המדיה ושל עלוני מידע שחולקו בסניפים.
- ◆ תוצאות הביקור: שיעור הביקורים הראשונים שהסתיימו עם תיק מוכן ירד עם הזמן.
- ◆ מספר הביקורים הממוצע בתוך שלושה (או שישה חודשים) ממועד הביקור הראשון: משתנים אלו עלו במקצת במהלך הזמן²².

ממצאים נבחרים מן הניתוח שבוצע מוצגים בלוח 4.

²² נציג "יד מכוונת" הציע שייתכן שעלייה זו נובעת מעלייה בדרישות למסמכים נוספים מצד רופאים במרכז.

לוח 4: מאפיינים נבחרים של הביקורים הראשונים ושל המבקרים בשנים 2013-2014, לפי תקופה

12/14 עד 7/14	6/14 עד 1/14	12/13 עד 7/13	6/13 עד 1/13	סך-הכול	
1,385	1,338	1,280	1,214	5,217	מספר הביקורים
896	879	931	1,001	3,707	מספר המבקרים החדשים
1.4	1.3	1.3	1.2	1.3	ממוצע ביקורים למבקר חדש בתוך שלושה חודשים
1.4	1.4	1.4	1.3	1.4	ממוצע ביקורים למבקר חדש בתוך שישה חודשים

מאפייני המבקרים (באחוזים)

45	42	40	34	40	מתחת לגיל 50
54	60	71	79	67	מאזור חיפה והקריות
36	32	19	9	23	מאזורים אחרים בצפון
71	68	73	78	73	נכות כללית
15	17	15	19	16	נכות מעבודה
8	11	7	2	7	ילד נכה
55	45	40	26	41	פנייה בעקבות מכתב
48	44	51	63	52	תיק מוכן בביקור ראשון

מקור: מאגר המידע של "יד מכוונת"

הבדלים בין קטגוריות של אזורים

האזורים בארץ חולקו לשלוש קטגוריות: (א) חיפה והקריות; (ב) אזורים אחרים בצפון; ו-ג) יתר האזורים בארץ. ככלל, לא נמצאו הבדלים גדולים במאפייני המבקרים בין האזורים, מלבד הבדלים במקור ההפניה.

- ◆ גיל: שיעור המבקרים שגילם פחות מ-50 בחיפה והקריות היה דומה לשיעור המבקרים בגיל זה באזורים אחרים בצפון, אך גבוה מזה של יתר האזורים בארץ.
- ◆ סוג תביעה: ביתר האזורים בארץ היה שיעור גבוה יחסית של תביעות בגין נכות מעבודה ושיעור נמוך יחסית של תביעות לנכות כללית.
- ◆ מקור ההפניה: באזורים אחרים בצפון, שיעור גבוה יחסית של פניות נעשו בעקבות מכתב פנייה מן המוסד לביטוח לאומי. ביתר האזורים שיעור גבוה יחסית של פניות נעשו בעקבות פרסום במדיה.
- ◆ תוצאות הביקור הראשון: כמעט ולא נמצאו הבדלים בין האזורים בשיעור המקרים שבהם הביקור הראשון הסתיים בתיק תביעה מוכן.

◆ מספר הביקורים הממוצע: כמעט ולא נמצאו הבדלים בין האזורים במשתנה זה.

ממצאים נבחרים מן הניתוח שבוצע, בכלל תקופת הניתוח, מוצגים בלוח 5.

לוח 5: מאפיינים נבחרים של המבקרים והביקורים הראשונים בשנים 2013-2014, לפי קטגוריות של אזורים

יתר האזורים בארץ	אזורים אחרים בצפון	אזור חיפה והקריות	סך-הכול	
372	868	2,467	3,707	מספר המבקרים (החדשים)
1.3	1.3	1.3	1.3	ממוצע ביקורים למבקר חדש בתוך שלושה חודשים
1.3	1.4	1.4	1.4	ממוצע ביקורים למבקר חדש בתוך שישה חודשים
				מאפייני המבקרים (באחוזים)
36	41	40	40	מתחת לגיל 50
67	72	74	73	נכות כללית
19	17	16	16	נכות מעבודה
6	8	7	7	ילד נכה
16	55	40	41	פנייה בעקבות מכתב
54	51	52	52	תיק מוכן בביקור ראשון

מקור: מאגר המידע של "יד מכוונת"

מעיבוד שנעשה על נתונים ממאגרי המידע של הביטוח הלאומי, עולה כי במהלך שנת 2013, 8,358 מבוטחים מסניפי חיפה והקריות הגישו תביעה כלשהי לנכות כללית לביטוח הלאומי (כולל תביעה ראשונה ותביעה חוזרת). באותה תקופה ביקרו 1,115 מבוטחים מאזור זה במרכז בנוגע לתביעה לנכות כללית, כך שהיחס בין מבקרים לסך התביעות היה כ-8:1 (13%). אשר לתביעות ראשוניות השיעור היה נמוך במעט, ואילו בנוגע לתביעות אחרות – גבוה במעט (לוח 6).

בסניפים אחרים באזור הצפון, היחס בין מבקרים חדשים לבין תביעות לביטוח הלאומי עבור נכות כללית בשנת 2014 היה: 4% בנהריה, 2% בטבריה, ו-1% בחדרה, בכרמיאל, בנצרת ובעפולה.

לוח 6: מבקרים במרכז "ייד מכוונת" ותביעות לנכות כללית בשנת 2013, בקרב מבוטחים בסניפי חיפה והקריות

תביעות ראשונות	תביעות אחרות	סך-הכול תביעות	
312	803	1,115	ביקורים במרכז
3,153	5,205	8,358	תביעות
10%	15%	13%	שיעור התובעים שביקרו

מקור: מאגרי המידע של הביטוח הלאומי

מתרשים 2 עולה כי שיעור זה ירד בחיפה והקריות מ-13% בשנת 2013 ל-8% בשנת 2014, עבור נכות כללית, ומ-7% ל-5%, בהתאמה, עבור נכות בעבודה.

תרשים 2: היחס בין מספר המבקרים החדשים במרכז "ייד מכוונת" לבין מספר התביעות, לסוגי התביעה העיקריים, בחיפה והקריות, בשנים 2013-2014



דיון

מן הנתונים עולה כי קיים ביקוש רחב ומתמשך לשירותים הניתנים במרכז. עד כה הוא שירת יותר מ-4,000 איש (כשמביאים בחשבון גם מבקרים חדשים בשנים 2012 ו-2015) וכיום הוא משרת כ-150 מבקרים חדשים מדי חודש. יחד עם זאת, עולה השאלה מדוע רק חלק קטן מן הפונים הפוטנציאליים אכן פונים למרכז. נושא זה ייבחן בפרק 4.5 במסגרת סקר התובעים.

ממצא חשוב נוסף הוא העובדה שמספר המבקרים החדשים מחיפה והקריות ירד ירידה עקבית עם הזמן – מ-800 בקירוב בתקופה הראשונה לפחות מ-500 בתקופה המאוחרת. ייתכן שהדבר נובע בחלקו מכך שהאינטנסיביות של פרסום המרכז ירדה במשך הזמן. הסבר אפשרי נוסף הוא העובדה שבתחילה היה הביקוש לשירות גבוה במיוחד בשל הצטברות של צרכים שלא זכו למענה.

ייתכן שהעלייה החדה במספר המבקרים מאזורים אחרים בצפון נובעת, בין היתר, מכך שבכל פעם שצורף רשמית סניף נוסף של ביטוח לאומי לאזור השירות של המרכז, החלה תפוצת מכתבים אוטומטית למבוטחים. עד לנקודת זמן זו מבוטחים מאותו אזור לא קיבלו מכתבים על-אודות המרכז בעת שהגישו תביעה. נוסף לכך, בכל פעם שסניף צורף רשמית, הגיע מנהל המרכז לסניף לצורך ביצוע הדרכה לצוות העובדים הרלוונטיים כדי להגביר את מודעותם לשירות הניתן במרכז.

עוד נמצא כי למרות העלייה בשיעורם של מבקרים מאזורים אחרים בצפון מתוך סך המבקרים החדשים, מספרם המוחלט של מבקרים חדשים מאזורים אלה עדיין נמוך ועומד על ממוצע של כ-50 מבקרים חדשים בחודש גם בתקופה האחרונה. ייתכן שבעבור חלק מתושבי האזור (כגון תושבי כפרים ערביים שאין בבעלותם רכב פרטי) קיימת בעיית נגישות למרכז בחיפה. במוסד לביטוח לאומי מתקיימים דיונים על דרכים שונות שבהן ניתן יהיה להגביר את הנגישות עבור תושבים אלה.

בעתיד חשוב יהיה לבחון את הסיבות לשינויים שחלו במהלך הזמן במקור ההפניות (כולל הירידה בחלקם של המדיה, של עלוני המידע ושל פקידים בסניפי הביטוח הלאומי). בהקשר זה יש מקום גם לבחון האם שינויים אלו רצויים, ואם לא, כיצד ניתן לשנות מגמה זו.

ולבסוף, נמצא כי מרבית הביקורים במרכז נגעו לתביעות לנכות כללית, ואילו פחות מ-20% מן הביקורים נגעו לתביעות לנכות בעבודה²³. הדבר נכון גם לגבי התפלגות התביעות לקצבת נכות. לאור זאת יש הגיון בכך שההערכה התמקדה בתביעות לנכות כללית.

4.3 התנסות המבקרים ב"יד מכוונת"

מטרה

לקבל משוב מהיר יחסית בנוגע לנעשה במרכז²⁴.

שיטות

צוות המחקר ביצע שני סבבים של ראיונות בקרב מבקרים במרכז – הראשון בקרב אלה שביקרו במרכז בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2013, והשני בקרב אלה שביקרו בו בפברואר 2014. להלן ידווחו הממצאים

²³ בהקשר זה יצוין כי רופא פנימאי מאייש את המרכז מדי יום ואילו רופא תעסוקתי מגיע למרכז פעם בשבוע.

²⁴ חלק מן הנושאים נבדקו בהמשך ההערכה גם במסגרת סקר התובעים (מדווח בפרק 4.5).

העיקריים מסבב הראיונות השני²⁵. ככלל, כבר בסבב הראשון הממצאים היו חיוביים, והם אף השתפרו בסבב השני.

במהלך מרץ 2014 נערך סקר טלפוני בקרב 57 אנשים שביקרו במרכז בשבוע הראשון של פברואר. רואיינו 35 איש (היענות של 61%). הסיבות לאי-היענות היו: אין מענה (21%), סירוב להתראיין (12%), וקשיי שפה/תקשורת (5%)²⁶.

ממצאים

יותר מ-80% מן המרואיינים דיווחו שהביקור סייע להם במידה משמעותית כ-90% מן המרואיינים ציינו לשבח את היחס של הרופא ושל המזכירה, ושיעור דומה ציין לשבח את המקצועיות של הצוות. כ-90% מן המבקרים דירגו את שביעות רצונם מן השירות כגבוהה או גבוהה מאוד (ציון 4 או 5 בסולם הנע מ-1 ועד 5), ושיעור דומה היה ממליץ לחברים על השירות²⁷.

כ-70% מן המרואיינים הבינו שמדובר בשירות הממומן על ידי המוסד לביטוח לאומי, וכ-80% מהם ראו את הקשר בין "יד מכוונת" לביטוח הלאומי כדבר חיובי.

מן הסבב השני עלתה נקודה מרכזית אחת להמשך טיפול: רק כ-40% מן המרואיינים דיווחו שבמרכז סיפרו להם על אופן ההתנהלות של הוועדות הרפואיות. יש לציין שבראשית שנת 2014 הגבירה "יד מכוונת" את העשייה בתחום זה, וייתכן שעד מועד הביקורים שנבדקו בסקר המבקרים בפברואר 2014 השינויים טרם הוטמעו במלואם. יצוין עוד שבסבב הראיונות הראשון, כמעט ולא היו מרואיינים שדיווחו שבמרכז סיפרו להם על התנהלות הוועדות. עובדה זו מלמדת על השיפור שחל בהיבט זה בין שני הסבבים.

4.4 תהליכים הנעשים מול המוסד לביטוח לאומי

מטרה

לבחון עד כמה הפנייה למרכז קשורה לייעול התהליכים מול המוסד לביטוח לאומי, להקלה על המבוטחים ולמיצוי זכויותיהם.

שיטות

ככלל, סדרת השוואות בין תובעים באזור חיפה והקריות שביקרו במרכז לבין תובעים מאזורים אלו שלא ביקרו בו מתבססת על מידע מתוך שני מאגרי מידע של המוסד לביטוח לאומי:

- ◆ קבצים של תובעים ומקבלי גמלת נכות, ובהם מידע על מאפייני התובעים, על מועדי אבני דרך העיקריות בתהליך התביעה, ועל שיעורי הנכות שנקבעו.

²⁵ ממצאים מפורטים משני הסבבים מדווחים בנספח ד'

²⁶ יש לזכור שנוסף לכך בוצעו ראיונות עם מדגם של מאות פונים למרכז במסגרת סקר התובעים.

²⁷ בפרק 4.5 יוצגו ממצאים על משתנים אלה מסקר התובעים, המתבססים על מדגם גדול בהרבה.

◆ מערכת "שיר" של המחלקה הרפואית, ובה מידע על ההחלטות של הרופאים המנתבים

בדיווח על כל השוואה יוצג פירוט נוסף בנוגע לשיטות הרלוונטיות, יוצגו הממצאים העיקריים ויובא דיון בנוגע אליהם. דיון כללי יובא בסוף הפרק.

יש לזכור כי רוב ההשוואות (סעיפים 4.4.4-4.4.1) נעשו ללא התאמה של מאפיינים דמוגרפיים. גם ההשוואה שבוצעה לאחר התאמות דמוגרפיות (סעיף 4.4.5) נעשתה ללא פיקוח על מצב הבריאות וחומרת הנכות. ההבדלים העולים מן ההשוואות בין שתי הקבוצות יוצגו להלן. יודגש כי אין מקום לקבוע בוודאות כי הבדלים אלה הם תוצאה של התוכנית.

4.4.1 המאפיינים של מגישי תביעות

מטרה: לבחון עד כמה הפונים ל"יד מכוונת" דומים למגישי תביעות אחרים, מבחינת מאפייני הרקע שלהם

שיטות: בקרב מדגם של מגישי תביעות לנכות כללית בסניפי חיפה והקריות באוקטובר-דצמבר 2013, נערכה השוואה של מאפייני הרקע בין אלה שביקרו במרכז לאלה שלא ביקרו בו (ראו לוח 7).

לוח 7: השוואת מאפייני רקע נבחרים בין מבקרים במרכז "יד מכוונת" לבין אלה שלא ביקרו בו, 2013

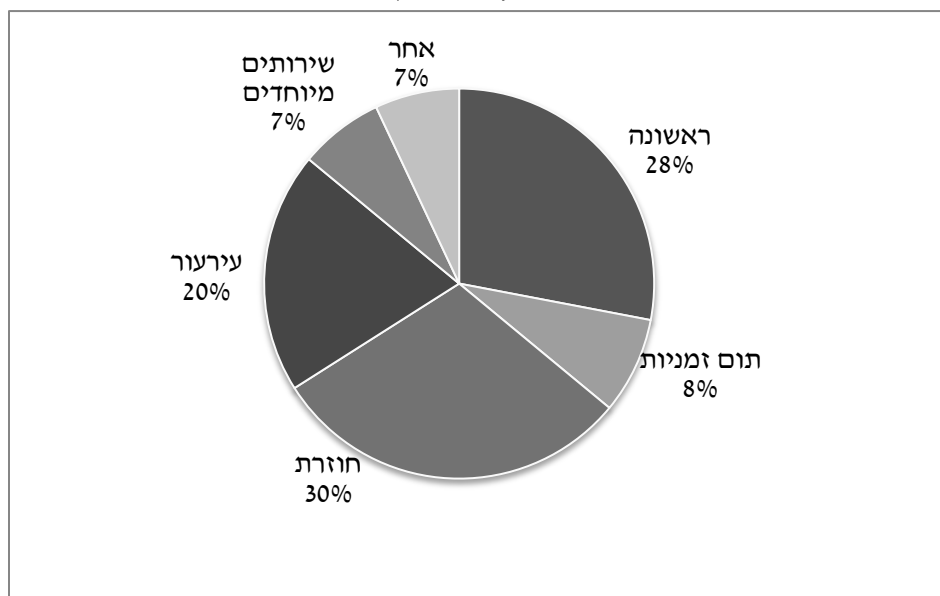
לא ביקרו במרכז	ביקרו במרכז	
47%	47%	שיעור הנשים
45	48	גיל ממוצע
8%	16%	שיעור הלא יהודים
42%	44%	שיעור הנשואים
34%	38%	שיעור בעלי 3 ילדים ויותר
3,567 ש"ח	3,771 ש"ח	שכר חודשי אחרון ידוע

מקור: מאגרי המידע של הביטוח הלאומי

ממצאים: לוח 7 מלמד על דימיון רב בין שתי הקבוצות במרבית המשתנים שנבדקו – גיל, מין, מצב משפחתי, גודל משפחה והכנסה ממוצעת. עם זאת נמצא כי שיעור הלא יהודים גדול פי שניים בקרב המבקרים במרכז.

תרשים 3 מציג את התפלגות מגישי תביעות לנכות כללית שביקרו במרכז "יד מכוונת", לפי תת-סוגי התביעה.

תרשים 3: התפלגות התביעות לנכות כללית בקרב המבקרים במרכז, לפי תת-סוגים של התביעה, 2013 (באחוזים)



מקור: מאגרי המידע של הביטוח הלאומי

דיין: מן הממצאים בנוגע לשכר חודשי ממוצע ולשיעור הלא יהודים עולה כי (בחפיפה והקריות) המרכז נגיש גם לאוכלוסיות החלשות יותר, והן נעזרות בו לפחות באותה מידה שבה נעזרות בו אוכלוסיות חזקות יותר²⁸. השימוש האינטנסיבי במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית ראוי להערכה מצד אחד, ומצד אחר עולה השאלה מה מקורו. ייתכן שהצורך בסיוע גבוה במיוחד בקרב אוכלוסייה זו.

4.4.2 עיתוי הגשת התביעות לעומת עיתוי הביקורים במרכז "יד מכונות"

מטרה: לבחון עד כמה הביקורים במרכז מתקיימים לפני שהתביעה מוגשת למוסד לביטוח לאומי.

שיטה: באמצעות מאגרי המידע של הביטוח הלאומי, בקרב אנשים שהגישו תביעת נכות כללית לביטוח לאומי בשנת 2014 וגם ביקרו במרכז בערך באותה תקופה, נבדק מי משני האירועים התרחש קודם.

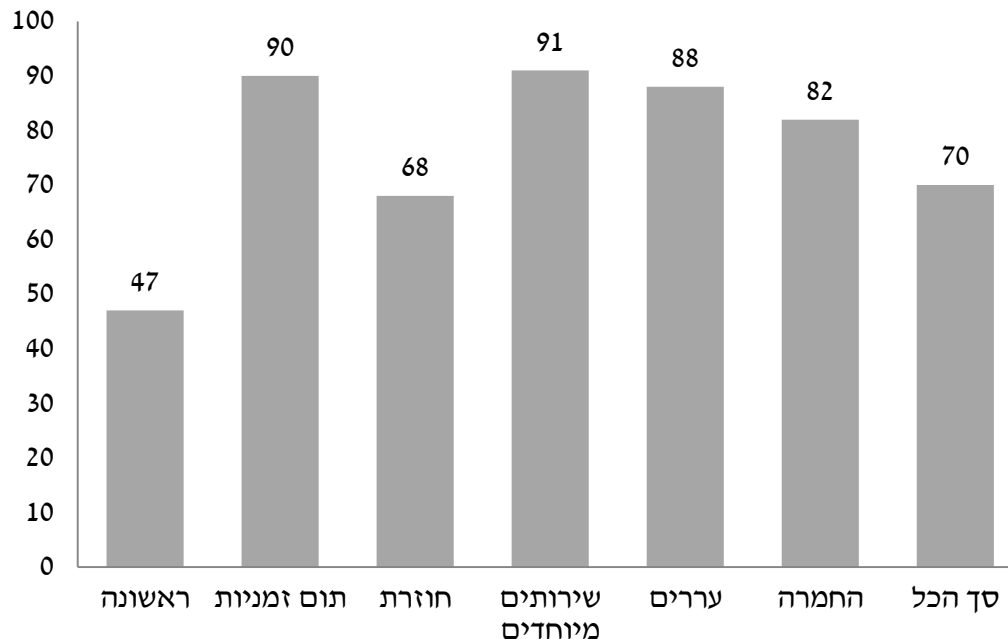
ממצאים:

- ◆ ב-70% מן המקרים, הביקור במרכז קדם להגשת התביעה (ראו תרשים 4)
- ◆ קיימת שונות בשיעור זה בין קבוצות תובעים: בקרב מגישי תביעה ראשונה השיעור היה כ-50% ואילו בקרב מגישי תביעות חוזרות או תום זמניות השיעור היה כ-70% ו-90%, בהתאמה²⁹.

²⁸ רמת השכר הנמוך יחסית – הן בקרב המבקרים והן בקרב הלא מבקרים – אינה מפתיעה שכן בעלי שכר גבוה אינם זכאים לקצבה.

²⁹ מסקר התובעים שבוצע בשנת 2014 עולה כי 63% מקרב כלל התובעים ביקרו במרכז לפני הגשת התביעה. 48% מקרב מגישי תביעה ראשונה ביקרו במרכז לפני הגשת התביעה.

תרשים 4: המקרים שבהם הביקור הראשון במרכז "יד מכוונת" קדם להגשת התביעה, מתוך כלל התביעות שהוגשו בשנת 2013 (באחוזים)



מקור: מאגרי המידע של הביטוח הלאומי

דיין: כשליש מן המבקרים במרכז מגיעים אליו לאחר שהגישו את התביעה לביטוח לאומי. גם במצב כזה יכול המרכז לתרום לשלמות התיק הרפואי. אך לעומת מצב שבו הביקור קדם להגשת התביעה, היכולת לתרום להשלמת התיקים והפחתת תחושת הבלבול היא קטנה יותר ודורשת מאמץ גדול יותר. יש אפוא מקום לבחון את הסיבות לתופעה ואת הדרכים האפשריות כדי לשפרה.

4.4.3 החלטות הרופא המנתב

מטרה: לבחון את הקשר בין ביקור במרכז לבין קביעות הרופא המנתב את מספר האבחנות, מספר המומחים הדרושים ומספר המסמכים החסרים.

שיטה: על בסיס מערכת "שיר" נערכו השוואות בקרב מגישי תביעות מסניפי חיפה והקריות שביקרו במרכז לבין כל מגישי התביעות בסניף³⁰. נוסף לכך בוצעה השוואה מול מגישי תביעות מסניף תל אביב-יפו.

ממצאים: אשר לתביעות לנכות כללית בסניפי חיפה והקריות שהגיעו לרופאים המנתבים ברבעון השלישי של 2014 נמצא כי:

³⁰ מסיבות טכניות לא הייתה אפשרות לערוך את ההשוואה מול מגישי התביעות בחיפה והקריות שלא ביקרו במרכז. ייתכן שהממוצעים של כלל התובעים בחיפה והקריות קרובים לממוצעים של הלא מבקרים, מאחר שהם מהווים כ-90% מכלל התובעים.

- ◆ ממוצע האבחנות שנקבעו היה גבוה יחסית בקרב תובעים שביקרו במרכז (3.2 לעומת 2.6 בקרב כלל התובעים בסניפים אלו). ממוצע האבחנות שנקבעו בתל אביב-יפו היה 1.9.
- ◆ ממוצע מספר המומחים שנקבעו היה גבוה יחסית בקרב תובעים שביקרו במרכז (3.0 לעומת 2.6 בקרב כלל התובעים בסניפים אלו). הממוצע בתל אביב-יפו היה 1.7.
- ◆ ממוצע מספר המסמכים שנקבעו כחסרים גבוה יחסית בקרב תובעים שביקרו במרכז (0.7 לעומת 0.4 בקרב כלל התובעים בסניפים אלו). הממוצע בתל אביב-יפו היה 0.5³¹.

דיון: הקשר החיובי בין ביקור במרכז לבין מספר האבחנות ומספר המומחים הוא צפוי; הוא תואם את הדעה הרווחת כי בעקבות הביקור המבוטח מגיע לביטוח לאומי עם תיק מלא יותר. אך לאור דעה רווחת זו, הממצא ולפיו דווקא בקרב המבקרים במרכז נקבע כי חסרים יותר מסמכים, הוא תמוה. זוהו כמה הסברים אפשריים:

א. מאחר שהמעורבות של המרכז הבהירה שהתביעה קשורה למגוון רחב יותר של מקצועות רפואיים, יש יותר נושאים אשר לגביהם יש צורך במסמכים ועל כן יותר סיכוי שחלק מהם יחסרו.

ב. אנשים שפונים למרכז הם כאלה שמראש סבורים שהתיק שלהם מסובך יותר ובו יותר בעיות ואבחנות.

ג. בחלק לא מבוטל מן המקרים התביעה הוגשה לפני הגשת התיק שהוכן במרכז.

ד. חלק מן המבוטחים לא הגישו את התיק שהוכן עבורם במרכז כפי שהוכן במקור.

לא ברור מדוע בתל אביב-יפו הרופאים המנתבים קבעו פחות אבחנות ומומחים לעומת הרופאים המנתבים בחיפה. ייתכן שהדבר קשור הן להבדלים בין אוכלוסיית מגישי התביעות והן לאופן ההתנהלות של הרופאים המנתבים.

4.4.4 התרחשויות בוועדות הרפואיות

מטרה: לבחון את הקשר בין ביקור במרכז לבין התדירות של עצירות דיון והוספת מומחים.

שיטה: בוצע מדגם אקראי של 47 תובעים שביקרו במרכז ו-34 תובעים שלא ביקרו בו והגישו תביעות ראשונות לנכות כללית בסניף חיפה בין מרץ למאי 2013. המידע שלהלן הוצא ידנית מתוך הקבצים של תובעים ומקבלי גמלת נכות.

ממצאים: מקרים של תובעים שביקרו במרכז לעומת מקרים של אלה שלא ביקרו בו התאפיינו בכך (לוח 8):

- ◆ פחות עצירות דיון (21 לכל 100 ועדות, לעומת 28 לכל 100 ועדות)

³¹ ראו מגמות רלוונטיות על פני זמן בתרשימים בנספח ה'.

♦ הרבה פחות צורך להוסיף מומחים נוסף לרשימה שנקבעה על ידי הרופא המנתב (8 מומחים לכל 100 תביעות לעומת 58 מומחים לכל 100 תביעות).

דיין: הממצאים תואמים את ההשערה ולפיה הביקור במרכז תורם הן לשלמותם של התיקים והן למידת המוכנות של התובעים עצמם. עם זאת יש להתייחס לממצאים אלו בזהירות מאחר שהם מתבססים על מדגמים קטנים.

לוח 8: מאפיינים נבחרים של התהליך בוועדות במהלך החודשים מרץ-מאי 2013

לא ביקרו במרכז	ביקרו במרכז	
34	47	מספר המקרים
		מספר מומחים (ממוצע)
1.85	2.13	* תוכנו
0.58	0.08	* התווספו
29	21	עצירות דיון (לכל 100 מקרים)
0	0	ביטולים (לכל 100 מקרים)
10	4	אי-הופעות (לכל 100 מקרים)

מקור: מאגרי המידע של הביטוח הלאומי

4.4.5 פרקי זמן לטיפול בתיק ושיעורי הנכות שהוכרו

מטרה: לבחון את הקשר בין ביקור במרכז לבין משך הזמן לטיפול בתיק ושיעורי הנכות שהוכרו, בצורה שתנטרל את ההשפעה של חלק גדול מן ההבדלים הנובעים ממאפייני הרקע בין הקבוצות.

שיטה: במסגרת ההכנות לסקר התובעים (יוצג בפרק הבא), הוכנו מדגמים מותאמים (מבחינת גיל, מין, סוג התביעה וכו') של מגישי תביעות לנכות כללית בשנת 2014, מקרב שלושת הקבוצות האלה:

- ♦ קבוצת הניסוי – ובה נדגמים מאזור חיפה והקריות שביקרו במרכז
- ♦ קבוצת השוואה חיפה – ובה נדגמים מאזור חיפה והקריות שלא ביקרו במרכז
- ♦ קבוצת השוואה תל אביב-יפו.

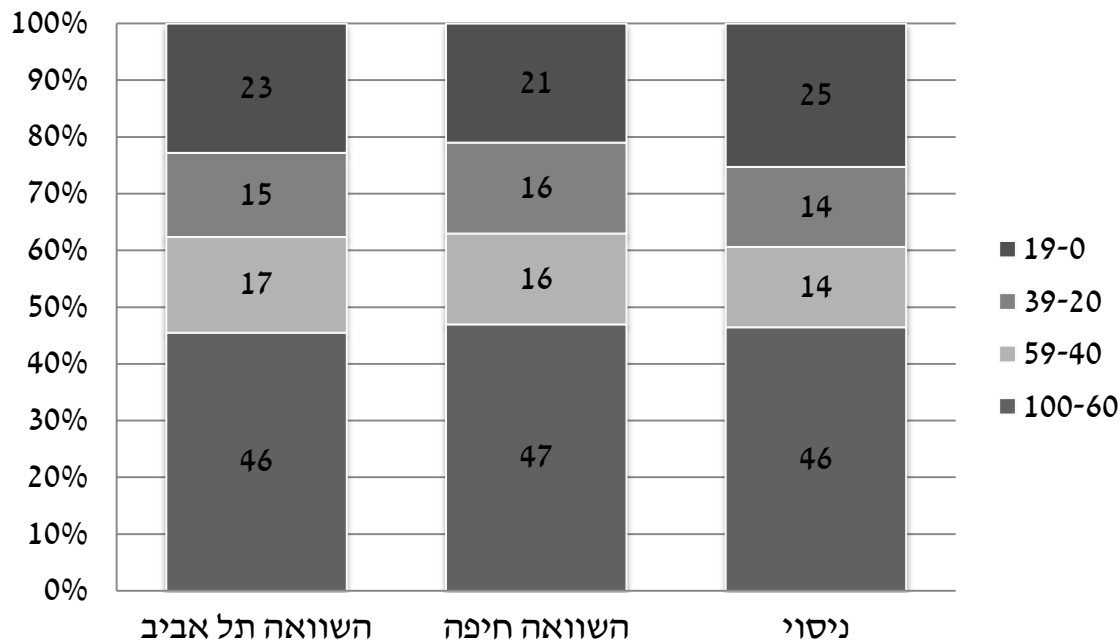
הניתוח כלל 57 נדגמים מקבוצת הניסוי, 44 נדגמים מקבוצת השוואה ו-49 נדגמים מקבוצת השוואה של תל אביב-יפו, והתבסס על נתונים שנשלפו מן הקבצים של תובעים ומקבלי גמלת נכות.

בהשוואה נמצא כי:

- ♦ משך הזמן שחלף ממועד הגשת התביעה ועד לפגישה הראשונה עם הוועדה הרפואית (להלן: "השלב הראשון") היה בממוצע קצר יותר בקרב המבקרים במרכז (39 ימים) לעומת קבוצת ההשוואה חיפה (46 ימים) וקבוצת ההשוואה תל אביב-יפו (41 ימים).
- ♦ משך הזמן שחלף מן הפגישה הראשונה עם הוועדה הרפואית ועד לדיון המסכם (להלן: "השלב השני") היה ארוך יותר בממוצע בקרב המבקרים במרכז (20 ימים) לעומת קבוצת ההשוואה חיפה (14 ימים) וקבוצת ההשוואה תל אביב-יפו (17 ימים).
- ♦ כמעט ואין הבדלים בין הקבוצות במשך הזמן הכולל (ממועד הגשת התביעה ועד לדיון המסכם)

◆ לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעורי הנכות שהוכרו (ראו תרשים 5), הן בהתפלגויות לפי קבוצות, והן בניתוחים רב-משתניים שפיקחו על הבדלים בין הקבוצות בשיעורי דיווח על נכויות פיזיות וביכולת לבצע פעילויות יום-יומיות של טיפול אישי בצורה עצמאית.

תרשים 5: התפלגות שיעורי נכות סופית, לפי קבוצות המחקר, 2014



דייון: לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות במשך הזמן הכולל מיום הגשת התביעה ועד לקיום הדיון המסכם, אך נמצא שבקרב המבקרים במרכז היה השלב הראשון של התהליך (עד הפגישה הראשונה עם הוועדה רפואית) קצר יחסית ואילו השלב השני – ארוך יחסית. ממצאים אלו שונים מן הציפיות של אנשי הביטוח הלאומי שהוצגו במסגרת למתווה מחקר הערכה [1].

לא ברור מדוע השלב הראשון היה קצר יותר עבור מבקרים במרכז³². ניתן היה לשער כי הדבר קשור להגשת תיקים שלמים יותר, ואולם הממצא שהוצג לעיל ולפיו הרופאים המנתבים נטו לקבוע כי דווקא בקרב המבקרים במרכז היו חסרים יותר מסמכים בתיקים שהוגשו אליהם מטיל ספק בהשערה זו. ייתכן שאחת הסיבות לכך שהשלב השני היה ארוך יחסית עבור המבקרים במרכז היא שבמקרים אלה קבעו הרופאים המנתבים יותר אבחנות ויותר מומחים, מה שמצריך תיאום של יותר חוות דעת. לאור זאת, לא בטוח שהממצא של משך זמן ארוך יותר מעיד על ליקוי בשירות של "יד מכוונת"; ייתכן שהוא קורה דווקא כתוצאה מעבודה יסודית ומבורכת.

היו סיבות לחשוב שההתערבות תביא אולי לעלייה בשיעורי הנכות המוכרים על ידי הוועדות הרפואיות, תודות להעברת מידע רפואי מלא יותר ומסודר יותר לרופאים בוועדות. ציפייה כזו אף קיבלה ביטוי

³² במסמך של הביטוח הלאומי צוין כי "תוצאה אפשרית היא דווקא הגדלת משך הזמן בגלל הזמן שיידרש להכין את התיק הרפואי באופן מיטבי". ייתכן והממצא קשור, בין היתר, לכך שרוב התובעים מבקרים במרכז לפני הגשת התביעה.

במסמכי התכנון של המוסד לביטוח לאומי [1]. עם זאת, בבדיקה שבוצעה לא נמצאו הבדלים בשיעורי הנכות בין אלה שביקרו במרכז ובין אלה שלא ביקרו בו. הסברים אפשריים לכך הם בין היתר:

- ◆ המדגם היה קטן מדי כדי לזהות את השפעת ההתערבות בנושא זה
- ◆ המדגם כלל גם מקרים שקדמו להכנסת שיפורים שונים לשירות הניתן במרכז
- ◆ בחלק מן המקרים הגשת התביעה קדמה לביקור במרכז
- ◆ גם ללא המעורבות של גורמי סיוע חיצוניים, עבודתם של הרופאים המנתבים והרופאים בוועדות מביאים כשלעצמם למיצוי זכויות
- ◆ הפונים למרכז הם מקרב התובעים הזקוקים במיוחד לסיוע שהוא מספק, וללא הפנייה אליו היו מתקשים במיוחד להכין את התיק ולקבל את אחוזי הנכות המגיעים להם
- ◆ עצם קיומו של המרכז והאפשרות לקבל סיוע חנינם בהגשת התיק, מעודד הגשת תביעות על ידי אנשים שלהם ליקויים לא חמורים יחסית, שאחרת כלל לא היו מגישים תביעות
- ◆ ייתכן שתובעים שנכותם חמורה במיוחד (כגון אלה העוברים ב"מסלול הירוק" של הביטוח הלאומי) לא נעזרו במרכז והדבר משפיע על התוצאות. גם העובדה שבשירות נעזרו לא רק מי שפונים לראשונה אלא גם מי שכבר נדחו בעבר עלולה להשפיע על שיעורי הנכות שנקבעים בוועדות.

4.4.6 התהליכים מול המוסד לביטוח לאומי – דיון כללי

נמצא יתרון למבקרים במרכז בהיבטים האלה: מספר האבחנות והמומחים שנקבעו על ידי הרופא המנתב; משך הזמן שחלף מן הפגישה הראשונה עם הוועדה הרפואית ועד לדיון המסכם; תדירות עצירות הדיון; והצורך להוסיף מומחים בעקבות קיום ועדה. מנגד, לא נמצא שהיה להם יתרון בהיבטים האלה: קביעת הרופא המנתב את מספר המסמכים החסרים; משך הזמן שחלף מהגשת התביעה ועד לפגישה הראשונה עם הוועדה רפואית; שיעורי הנכות שנקבעו.

נראה אפוא כי חלק מן המטרות שהוגדרו לתוכנית בהיבט של תהליכים מול הביטוח הלאומי הושגו, וחלק אחר מהן לא הושגו. מאחר שאין בנמצא הסברים משכנעים לכל הממצאים, לא ברור האם בכלל אפשר לשפר את התוכנית בהיבטים אלה ואם כן, כיצד.

הממצאים שהוצגו בפרק זה התבססו על כמה מאגרי מידע של המוסד לביטוח לאומי. במהלך המחקר התברר כי מאגרי מידע אלה לא אפשרו את כלל הבדיקות שתוכננו. גם העיבודים שבוצעו התאפשרו רק בזכות עבודה מאומצת של אנשי מקצוע ממחלקות המחקר, הגמלאות, והרפואה במוסד לביטוח לאומי. בימים אלה שוקד המוסד לביטוח לאומי על שדרוג מערכות אלה, דבר שבעתיד צפוי לאפשר לבחון בקלות רבה יותר את הקשר בין התערבויות שונות (כגון "יד מכוונת") לבין מדדי תהליך ותוצאה עיקריים (כגון מספר המסמכים החסרים ושיעורי הנכות שנקבעו).

4.5 התנסות התובעים לאורך התהליך (מתוך סקר התובעים)

מטרות

- ◆ לספק מידע על התנסות התובעים בתהליך התביעה (לרבות היבטים חווייתיים)
- ◆ לספק מידע על הקשר בין הביקור במרכז לבין התנסות התובעים בתהליך התביעה
- ◆ לסייע בהחלטה האם יש להגביר את מאמצי היישוג (outreach)
- ◆ לספק מידע שיעזור לצוות המרכז לשפר את השירות הניתן בו.

בין היתר, סקר התובעים נועד לשפוך אור על ממצאים נבחרים מרכיבי הערכה אחרים. לדוגמה, בסקר המבקרים במרכז (סעיף 4.3 לעיל) נמצא כי כ-70% מן המבקרים דיווחו כי הביקור עזר להם או עזר להם מאוד, וכ-80% דיווחו על שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד. סקר התובעים העניק הזדמנות לבחון האם שיעורי שביעות רצון אלו נשמרים גם לאחר ההתנסות בוועדות הרפואיות. דוגמה נוספת: מן הנתונים המנהליים שנתחו עלה כי במהלך שנת 2014, כ-10% ממגישי התביעות לנכות כללית מאזור חיפה והקריות פנו למרכז. הסקר אפשר לבדוק את הסיבות לכך שכ-90% מקהל היעד הפונטציאלי לא ביקר במרכז.

שיטות

בוצע סקר טלפוני שעסק בהיבטים האלה:

- ◆ פנייה/אי-פנייה לגורם סיוע ("יד מכוונת" וגורמים פרטיים) והסיבות לכך
- ◆ התנסותם של תובעים לנכות כללית עם גורמי הסיוע,
- ◆ המפגש עם הרופאים בוועדות הרפואיות
- ◆ שביעות הרצון של התובעים מן התהליך ומתוצאותיו
- ◆ תפיסות בנוגע למוסד לביטוח לאומי
- ◆ מצב בריאות ומוגבלות

בסקר נבדקו שלוש קבוצות של תובעים לנכות כללית:

1. קבוצת ניסוי – ובה נדגמים מאזור חיפה והקריות שביקרו במרכז
2. קבוצת השוואה חיפה והקריות – ובה נדגמים מאזור חיפה והקריות שלא ביקרו במרכז
3. קבוצת השוואה תל אביב-יפו – סניף זה נבחר לאזור השוואה בזכות הדמיון היחסי בינו לבין סניף חיפה הן בהיקף התביעות והן במאפיינים ארגוניים נוספים.

מדגם התובעים כלל 950 נדגמים; בין 300 ל-350 נדגמים מכל אחת מן הקבוצות שצוינו לעיל. בעת עריכת המדגם נעשתה התאמה בין קבוצות השוואה לבין קבוצת הניסוי במשתנים האלה: מין, לאום, סוג התביעה, מצב משפחתי, מספר ילדים, שנת לידה ושכר חודשי מעבודה לפני הנכות. איסוף הנתונים נמשך מיוני 2014 ועד ינואר 2015. רואיינו 556 איש (כ-185 מכל קבוצה), כך ששיעור ההיענות היה

53%³³. כ-15% סרבו להשתתף בסקר וכ-10% לא אותרו. הפנייה לנדגמים נעשתה כך שברובם המוחלט של המקרים, הסקר התבצע לאחר הוועדה הרפואית ולפני קבלת תוצאות התביעה.

ממצאים

בסעיפים שלהלן תוצג השוואה בין קבוצת הניסוי לבין קבוצת ההשוואה. בפרק הבא תוצג השוואה בין כלל התובעים לנכות כללית מסניף חיפה והקריות (בין שנעזרו במרכז ובין שלא נעזרו בו) לבין כלל התובעים לנכות כללית בסניף תל אביב-יפו.

1) מאפייני רקע

לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בהתפלגות המשתנים הדמוגרפיים, בסוגי התביעה, במוגבלות הנפשית, ובצורך בסיוע בפעילות יום-יומית (ראו לוח ו-1 בנספח ו'). הבדל מובהק נמצא בדיווח על מצבי מוגבלות; קבוצת הניסוי דיווחה על מוגבלות פיזית בשיעור גבוה במעט לעומת קבוצת השוואה חיפה (78% לעומת 65%). מנגד, שיעור המדווחים על צורך בעזרה בפעולות יום-יומיות נמצא גבוה במעט בקבוצת ההשוואה חיפה לעומת קבוצת הניסוי (21% לעומת 11%), אם כי הבדל זה אינו מובהק.

יצוין כי העדר הבדלים במשתנים הדמוגרפיים ובסוג התביעה היה תוצר ישיר וצפוי של ההתאמות שנעשו על המדגמים. העדר ההבדלים במשתנים כמו עצמאות בפעילות יום-יומית לא הובטחו על ידי שיטת הדגימה, אם כי ייתכן שההתאמות שנעשו על משתנים אחרים תרמו לכך.

2) פניה ואי-פנייה לסיוע

28% מקרב קבוצת השוואה תל אביב-יפו דיווחו כי במהלך הכנת התביעה או ההכנה לוועדה הם קיבלו סיוע כלשהו מן המוסד לביטוח לאומי (כגון סיוע מפקיד או מתנדב או השתתפות בסדנת הכנה לוועדה רפואית) לעומת 14% מקרב קבוצת הניסוי ו-15% מקרב קבוצת השוואה חיפה והקריות (ההבדל מובהק)³⁴. מעניין לציין כי עבור כ-15% מן המבקרים במרכז ביקורם זה מהווה תוספת לסיוע שקיבלו מן הביטוח הלאומי, ולא תחליף לו.

27% מקרב קבוצת השוואה חיפה ומקרב קבוצת השוואה תל אביב-יפו פנו לגורמי סיוע מחוץ לביטוח הלאומי, ואולם בקרב שתי הקבוצות רק חלק קיבלו סיוע בפועל (14% בחיפה ו-18% בתל אביב-יפו). רוב הסיוע בקבוצות השוואה ניתן על ידי עורך-דין.

בלוח 9 מוצגות סיבות עיקריות לאי-פנייה לגורמי סיוע בקרב קבוצות השוואה. הסיבה השכיחה ביותר (44%) להגשת התביעה ללא סיוע הייתה "לא נזקקתי לעזרה". קצת יותר מ-10% מן הנדגמים השיבו כי ויתרו על סיוע בשל עלותו הגבוהה. סיבות נוספות שצוינו היו קבלת סיוע ממקור לא רשמי ואמונה שהמצב לא מחייב תיווך או סיוע.

³³ שיעורי ההיענות לפי קבוצות: ניסוי – 59%; חיפה והקריות – 49%; תל אביב-יפו – 53%

³⁴ לא ברור עד כמה שיעור המסתייעים הגבוה יחסית בתל אביב-יפו נובע ממאפייני האוכלוסייה, מאופי השירות הניתן בסניף ו/או מגורמים אחרים.

לוח 9: סיבות עיקריות לאי-פנייה לגורמי סיוע בקרב קבוצות השוואה (באחוזים)

קבוצת השוואה תל אביב-יפו N=146	קבוצת השוואה חיפה N=162	
44	44	חש שלא נזקק לעזרה (מסוגל להתמודד לבד עם התהליך)
8	9	קיבל סיוע ממשפחה/חברים/עבודה/רופא
10	7	מאמין שיקבל מה שמגיע לו ללא סיוע
13	11	סיוע עולה כסף רב
17	17	אחר (בעיקר "לא יודע")

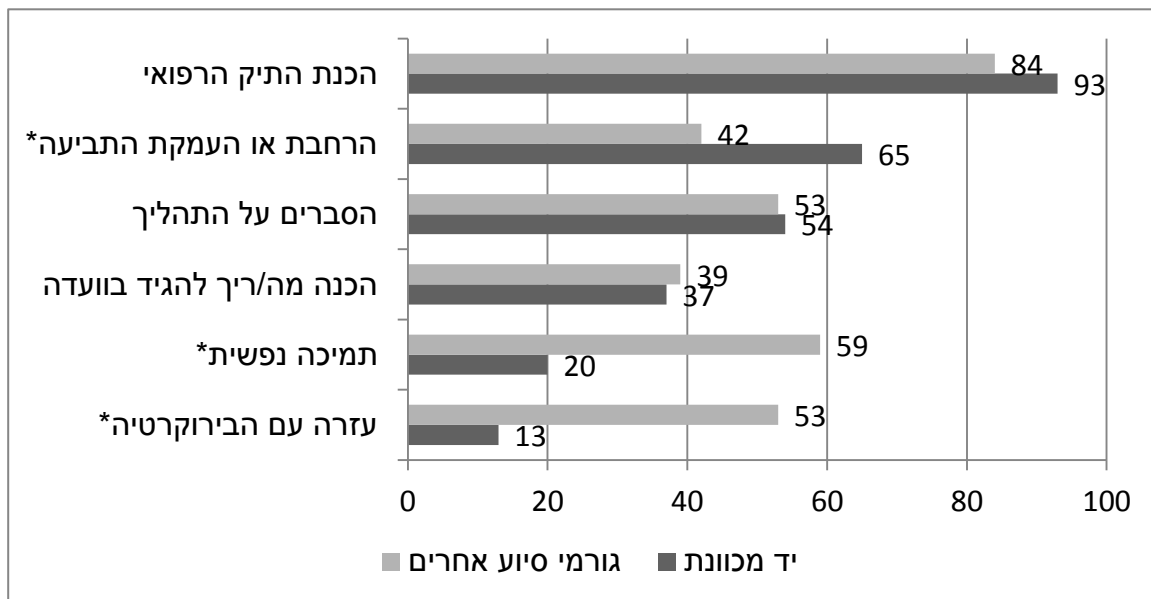
מקור: סקר התובעים

131 נדגמים מקבוצת השוואה חיפה והקריות (כ-70%) נשאלו מדוע לא פנו למרכז "יד מכוונת". 71% מהם ענו כי כלל לא ידעו על קיומו.

3) הסיוע הניתן במרכז "יד מכוונת" לעומת הסיוע הניתן על ידי גורמי סיוע פרטיים

הפונים למרכז נשאלו מה הם רצו לקבל מן השירות. התשובות השכיחות ביותר היו הכנת התיק הרפואי (72%) והכנה לתהליך ולוועדה (42%). ואכן, השירות הנפוץ בפועל היה הכנת התיק הרפואי (93%). שירותים נפוצים נוספים שצוינו היו: הצעה להעמקת או להרחבת התביעה (65%), וקבלת הסברים על תהליך הוועדות הרפואיות (54%). רק כ-40% מן המבקרים קיבלו עצות בנוגע למה לומר בוועדה ולדרך שבה יש לומר זאת (תרשים 6)

תרשים 6: הסיוע שניתן על ידי "יד מכוונת" ועל ידי גורמי סיוע פרטיים (באחוזים)



* p<.05

מתרשים 6 עולה כי גם בקרב גורמי סיוע פרטיים (בעיקר עורכי דין) נמצא שהשירות השכיח ביותר היה הכנת התיק הרפואי (84% לעומת 91% ב"יד מכוונת"). בקרב גורמי הסיוע הפרטיים בולט הדגש המושם על תמיכה נפשית (59% לעומת 20% ב"יד מכוונת"), ועל סיוע בהיבטים הביורוקרטיים (הרמת טלפונים, כתיבת מכתבים והתרוצצות להשגת מסמכים – 53% לעומת 13% ב"יד מכוונת"). נוסף לכך, 33% מקרב המסתייעים בגורמי סיוע פרטיים דיווחו על קבלת סיוע בבירורים מול המוסד לביטוח לאומי לעומת 6% בקרב המסתייעים ב"יד מכוונת". מנגד, מסתמך כי המסתייעים בגורמי סיוע פרטיים קיבלו פחות סיוע בהרחבת או בהעמקת התביעה (42% לעומת 65% ב"יד מכוונת").

הנדגמים שביקרו במרכז נשאלו האם לדעתם היה כדאי למקם את השירות בתוך סניפי הביטוח הלאומי ולא במיקום חיצוני. 43% מהם היו בדעה שמיקום בתוך הסניפים עדיף. הסיבות העיקריות שצוינו היו: פחות "מטרטר", One stop shop, הסניפים נגישים יותר לאנשים עם מוגבלות, והפוטנציאל לשירות מקצועי יותר. 35% מן הנדגמים היו בדעה שמיקום חיצוני עדיף. הסיבות העיקריות שצוינו היו: שמירה על השירות כבלתי תלוי, הגברת האמון בשירות, והימנעות מעומס, תורים ובידוק ביטחוני בסניף. ליתר (22%) לא הייתה דעה בעניין זה.

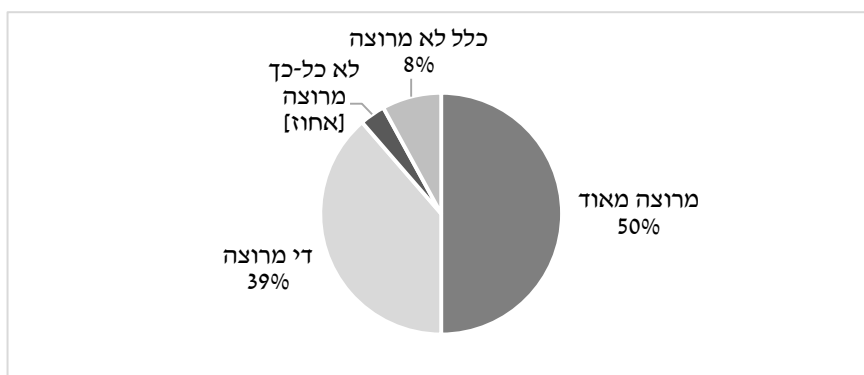
4) שביעות רצון ממרכז "יד מכוונת"

89% דיווחו כי היו מרוצים מאוד או די מרוצים מן השירות שניתן להם במרכז (תרשים 7). 95% דיווחו כי היחס שקיבלו במרכז היה די טוב או טוב מאוד (תרשים 8), ו-82% היו ממליצים לאחרים לפנות למרכז³⁵. עוד נמצא כי כ-60% מן המבקרים במרכז העריכו כי השירות שניתן להם עזר להם מאוד או די עזר להם בהכנה לוועדה (תרשים 9). עוד נשאלו הנדגמים כיצד הם מעריכים את מידת העצמאות של מרכז "יד מכוונת" מן המוסד לביטוח לאומי. תשובותיהם מוצגות בתרשים 10. התשובות מעידות על גיוון בהערכות בעניין זה, לצד העובדה כי כשליש מן הנדגמים לא ידעו כיצד להעריך סוגיה זו.

47% מקרב אלה שנעזרו במרכז דיווחו כי הם חשים שהוא פועל לטובתם ובהתאם לאינטרסים שלהם במידה רבה. 15% חשבו שהוא פועל כך במידה בינונית (תרשים 11). זאת לעומת 63% ו-6%, בהתאמה, בקרב הנדגמים שנעזרו בגורמי סיוע פרטיים.

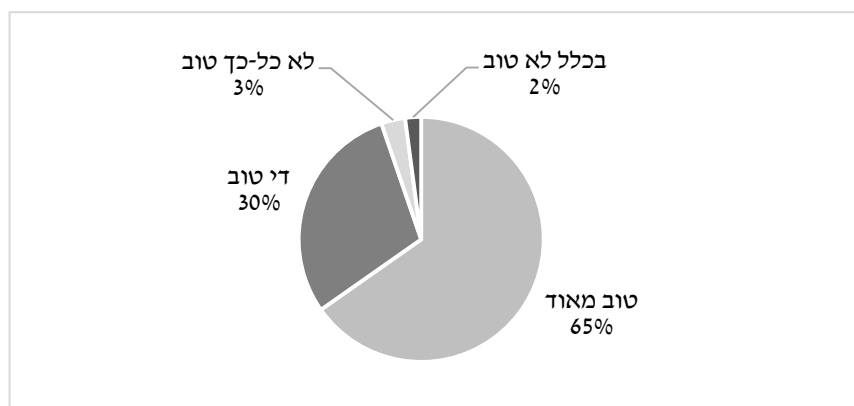
³⁵ במשתנים אלו, מקרים שבהם המרואייין השיב "לא יודע" לא נכללו בחישוב. שיעורם היה 9% בנוגע לתרומת המרכז למידת המוכנות לוועדה ולכוונה להמליץ עליו לאחרים.

תרשים 7: שביעות רצון מן השירות במרכז "יד מכוונת"



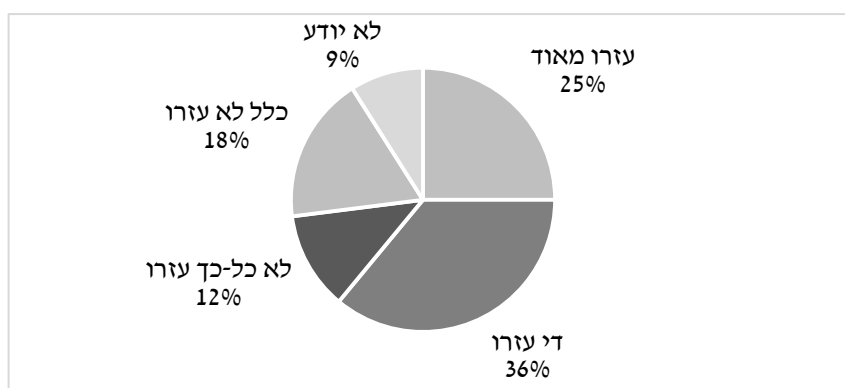
מקור: סקר התובעים

תרשים 8: הערכת היחס שניתן במרכז "יד מכוונת"



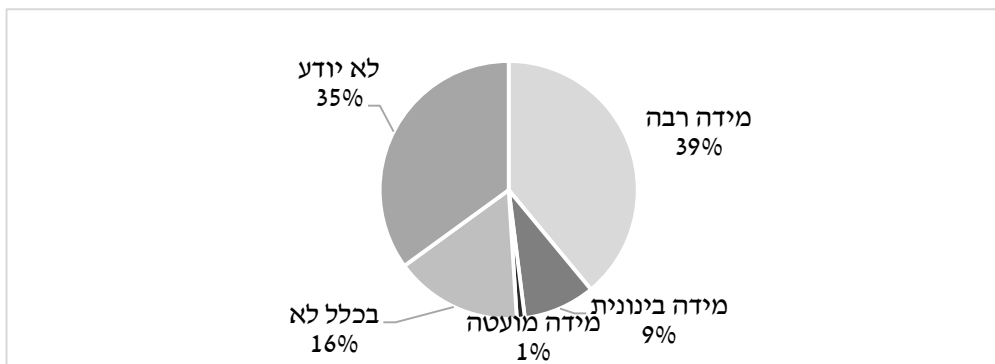
מקור: סקר התובעים

תרשים 9: הערכת התרומה של מרכז "יד מכוונת" למידת המוכנות לוועדה



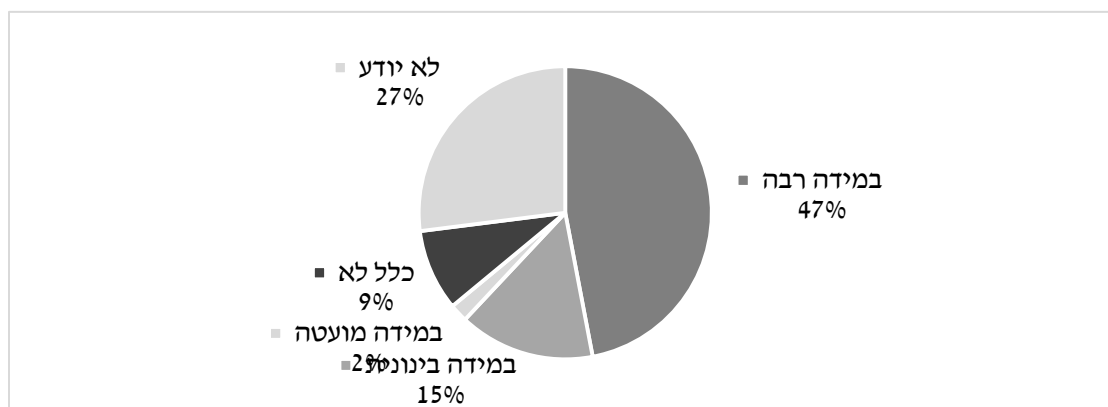
מקור: סקר התובעים

תרשים 10: הערכת מידת העצמאות (אוטונומיה) של מרכז "יד מכוונת" מן המוסד לביטוח לאומי



מקור: סקר התובעים

תרשים 11: המידה שבה, לתחושת התובעים, מרכז "יד מכוונת" פועל לטובתם ולטובם האינטרסים שלהם



מקור: סקר התובעים

בלוח 10 מוצגת השוואה בין מרכז "יד מכוונת" לבין גורמי הסיוע הפרטיים (בעיקר עורכי דין) בנוגע להיבטים שונים שהוצגו לעיל. מן הלוח עולה כי ההערכות היו דומות בכל הקשור לשביעות רצון, ליחס של הצוות ולתרומת הגורם המסייע למוכנות לקראת הוועדה. למרכז "יד מכוונת" היה יתרון (לא מובהק) בנכונות של המבקרים להמליץ לאחרים על הסתייעות בו, ואילו לגורמי הסיוע הפרטיים – יתרון בתפיסות הנוגעות לדאגה של גורם הסיוע לאינטרסים של התובעים. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המבקרים במרכז ובין כלל התובעים בנוגע להתנסות בוועדות הרפואיות.

לוח 10: הערכות בנוגע לגורמי הסיוע (באחוזים)

גורמי סיוע פרטיים N=59	"יד מכוונת" N=184	
87	89	שביעות רצון כללית – "מרוצה מאוד" או "די מרוצה"
94	94	יחס – "טוב מאוד" או "די טוב"
64	76	ממליץ לאחרים
* 88	65	דואג לאינטרסים של התובעים – "במידה רבה"
96	85	דואג לאינטרסים של התובעים – "במידה רבה" או "במידה בינונית"
64	62	עזרו להיות מוכן למפגש עם הוועדה – "די עזרו" או "עזרו מאוד"

מקור: סקר התובעים
* p<.05

5) הערכת מידת המוכנות לוועדה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי

בלוח 11 מוצגות תשובות הנדגמים בנוגע למידה שבה עוד לפני הוועדה הראשונה הם הכירו היבטים שונים של התהליך הנעשה בוועדות הרפואיות. לעומת קבוצות השוואה, המבקרים במרכז דיווחו יותר על ידיעה לכמה וועדות יצטרכו להגיע (35% לעומת 20%-ו-24% בקבוצות השוואה של חיפה ותל אביב-יפו, בהתאמה). לעומת זאת, אף שהדגש במרכז מושם על הכנת התיק הרפואי, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בהערכת התובעים את המידה שבה הם היו מוכנים לוועדה, בכל הנוגע למסמכים הרפואיים.

לוח 11: הכרת התהליך בוועדות הרפואיות* (באחוזים)

קבוצת השוואה תל אביב-יפו N=181	קבוצת השוואה חיפה והקריות N=191	קבוצת הניסוי N=184	לפני הוועדה הראשונה, עד כמה ידעתם...
79	80	82	אילו מסמכים צריך להביא
* 33	45	48	כיצד תתנהל הוועדה
* 24	*20	35	לכמה וועדות תצטרך להגיע
*63	72	76	כי יש לך זכות למתורגמן
42	43	50	מה לומר ואיך להציג את המקרה שלך בוועדה

* שיעור המדווחים כי "די ידעו" או "ממש ידעו"
* p<.05

6 הגעה לוועדה עם מלווה

שיעורים גבוהים יותר מקרב קבוצות ההשוואה הגיעו לוועדה הרפואית עם מלווה (57% מקרב קבוצת ההשוואה חיפה ו-54% מקרב קבוצת ההשוואה תל אביב-יפו לעומת 41% מקרב קבוצת הניסוי). כ-40% מן המלווים בקבוצת ההשוואה בחיפה הגיעו כדי להעניק לנבדק סיוע פיזי לעומת כרבע מן המלווים בקבוצת הניסוי ובקבוצת ההשוואה תל אביב-יפו. אפשר שהבדלים אלה קשורים בחלקם לשיעור הנמוך במקצת של תובעים המדווחים על הצורך בסיוע בפעילויות יום-יומיות.

7 התנסות התובעים בוועדות הרפואיות

הנדגמים התבקשו לדרג את מידת ההסכמה שלהם עם היגדים שונים הנוגעים להתנסותם בוועדה הרפואית. בלוח 12 מוצגות תשובותיהם. אף שלא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות, נמצאו הבדלים משמעותיים בין ההיגדים. ההיגדים מופיעים בלוח בסדר יורד, מן ההיגדים שזכו לשיעורי הסכמה גבוהים בכל הקבוצות, ועד להיגדים שזכו לשיעורי הסכמה נמוכים.

לוח 12: ההתנסות בוועדות בקרב שלוש הקבוצות: קבוצת הניסוי, קבוצת השוואה חיפה והקריות וקבוצת השוואה תל אביב-יפו (באחוזים)

קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה	קבוצת הניסוי	סך-הכול	
84	86	83	84	קבלת יחס מכבד ממזכיר הוועדה
79	84	78	81	קבלת יחס מכבד מן הרופאים
67	71	69	69	שאלות ענייניות מצד הרופאים
58	66	64	63	תהליך מקיף ומקצועי
60	62	59	61	בקיאות הרופאים בתיק
61	61	58	60	תחושה שהרופאים מאמינים
55	55	52	54	מספיק זמן לקיום הוועדה
57	55	50	54	מספיק אפשרות להתבטא
49	46	44	46	מספיק אפשרות לשאול שאלות
40	41	43	41	הבדיקה הגופנית ענתה על הציפיות

מקור: סקר התובעים

בקרוב שלוש הקבוצות היו שיעורים גבוהים של הסכמה (80%-90%) לכך שנתקלו ביחס מכבד ממזכיר הוועדה ומן הרופאים, ושיעורי הסכמה נמוכים יחסית (50%-60%) להיגדים הנוגעים לתחושה כי הוקדש לוועדה די זמן וכי הייתה להם אפשרות מספקת לשאול שאלות ולהתבטא בוועדה.

כדי לחדד את בחינת ההבדלים בין הקבוצות, כונסו ציוני ההיגדים למדד מסכם של ההתנסות בוועדה³⁶, כשציון גבוה במדד מעיד על התנסות טובה (לוח 13). לא נמצאו ההבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר. הדבר נכון גם כאשר נוטרלה השפעתם של שני גורמים מתערבים אפשריים – הימצאות של מוגבלות פיזית והגעה לוועדה עם מלווה.

לוח 13: התנסות חיובית בוועדה הרפואית: מדד מסכם* (באחוזים)

קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה	קבוצת הניסוי	
44	47	41	בקרב כלל המדגם
43	45	41	בקרב המדווחים על מוגבלות פיזית
51	51	48	בקרב המדווחים כי הגיעו לוועדה עם מלווה

מקור: סקר התובעים

* שיעור המדווחים שהייתה להם התנסות טובה בוועדה.

8) עמדות כלפי תהליך התביעה וכלפי המוסד לביטוח לאומי

בלוח 14 מוצגות עמדות התובעים כלפי תהליך התביעה בכללותו. מן הלוח עולה כי כמעט 80% מן הנדגמים העריכו את היחס שקיבלו מן הביטוח הלאומי לאורך התהליך כיחס טוב, וכ-60% מן הנדגמים העריכו את התהליך כהוגן. עוד נמצא כי רמת הביטחון של הנדגמים כי יקבלו את כל מה שמגיע להם מן המוסד לביטוח לאומי נמוכה בכל הקבוצות (20%-25%). ההבדלים בין הקבוצות במשתנים אלו אינם מובהקים.

לוח 14: עמדות כלפי תהליך התביעה בכללותו* (באחוזים)

קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה	קבוצת הניסוי	
79	81	76	היחס לאורך התהליך היה טוב
61	59	57	התהליך היה הוגן
39	43	42	יש אמונה שהביטוח הלאומי דואג לאינטרסים של התובעים
25	23	20	יש ביטחון שהתובע יקבל כל מה שמגיע לו

מקור: סקר התובעים

* שיעור המשיבים: "מסכים" או "מסכים מאוד" עם ההיגד

³⁶ המדד המסכם מבוסס על ממוצע הציונים שהוענקו להיגדים הנוגעים להתנסות בוועדות.

9) המלצות המבקרים לשיפור השירות הניתן במרכז "יד מכוונת"

במסגרת שאלה פתוחה התבקשו הנדגמים שביקרו במרכז לציין את המלצותיהם בנוגע לשיפור השירות. אלה הן המלצותיהם העיקריות:

- ◆ סניף גדול יותר ובו פרטיות רבה יותר, בעיקר בעת שיחה עם המזכירות
- ◆ יותר תמיכה רגשית ("לעודד")
- ◆ תוספת ייעוץ משפטי
- ◆ לעבור למיקום נגיש יותר, הן בשל היעדר חנייה, לרבות חניית נכים, והן עקב בעייתיות של התחבורה הציבורית לאזור
- ◆ סיוע בפן הביורוקרטי
- ◆ להוסיף בדיקת רופא, נוסף לבדיקת המסמכים על ידי רופא
- ◆ להסביר מהם סיכויי התביעה.

10) מגמות על פני זמן בחוויית המבקרים במרכז "יד מכוונת"

כפי שצוין לעיל, במהלך התקופה הנבדקת הוכנסה סדרת שיפורים בשירות. איסוף הנתונים לסקר התובעים נמשך יותר משישה חודשים והתייחס לתקופה של יותר משנה. על כן הסקר סיפק הזדמנות לבחון האם שיפורים אלו באו לידי ביטוי בהתנסות של הפונים ובדווחיהם. לשם כך חולקו הנדגמים לקבוצות, לפי תקופת הביקור שלהם במרכז. ההשוואה נערכה בין הפונים בשנת 2013 או ברבעון הראשון של שנת 2014 לבין הפונים ברבעון הרביעי של שנת 2014 (לוח 15).

מן הלוח עולה כי לא חלו שינויים משמעותיים ברוב המשתנים שנבדקו. שיפורים משמעותיים נמצאו במידה שהמרכז סיפק סיוע למבקרים בנוגע למה לומר בוועדה ואיך לומר את הדברים. כמו כן, ברבעון הרביעי של שנת 2014 יותר מבקרים דיווחו כי הם הגיעו לוועדה מוכנים מבחינת מה ואיך לומר, אילו מסמכים עליהם להביא, ומבחינת הידע שלהם בנוגע לאופן שבו תתנהל הוועדה. מסיבה כלשהי חלה ירידה בשיעור המבקרים שידעו לכמה פגישות לצפות.

לוח 15: האם חל שיפור על פני זמן בשירות הניתן במרכז "יד מכוונת"? (באחוזים)

פונים ברבעון הרביעי של שנת 2014 N=36	פונים בשנת 2013 או ברבעון הראשון של שנת 2014 N=32	
סוגי הסיוע שניתנו במרכז		
94	94	הכנת התיק הרפואי
64	63	העמקת ו/או הרחבת התביעה
56	50	הסברים על התהליך
* 56	22	הכנה לוועדה - מה ואיך לומר
22	16	תמיכה נפשית
6	0	בירורים מול הביטוח הלאומי
8	13	עזרה עם ביורוקרטיה
הערכות כלליות		
48	45	מרוצים מאוד מן השירות
63	56	סבורים כי יחס גורם הסיוע הוא טוב מאוד
58	64	חשו כי יש מידה רבה של דאגה לאינטרסים של הפונים
87	88	ממליץ לפנות לגורם הסיוע
30	32	עזר להיות מוכן לוועדה
ידע על הוועדה		
86	66	אילו מסמכים להביא
* 53	31	התנהלות הוועדה
* 14	38	מספר הפגישות
75	78	זכות למתורגמן
60	50	מה לומר בוועדה ואיך לומר זאת
39	47	מדד מסכם: התנסות בוועדה

מקור: סקר התובעים
* p < .05

סיכום ודיון בממצאי סקר התובעים

הממצאים מלמדים על שביעות רצון גבוהה מן השירות ומן היחס הניתן במרכז. רבים היו ממליצים לאחרים לפנות אליו ורבים דיווחו כי הביקור בו עזר להם להיות מוכנים לוועדה הרפואית. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאי סקר המבקרים. כלומר, רמות שביעות הרצון מן המרכז גבוהות גם לאור ההתנסות בוועדות.

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר בהתנסות התובעים בוועדות הרפואיות. ייתכן שהתנסות התובעים בוועדות מושפעת פחות מן הביקור במרכז ויותר מגורמים אחרים הקשורים לוועדות עצמן. מנגד, אין לשלול את האפשרות כי בפועל ההתנסות בוועדות של המבקרים במרכז עדיין טובה יותר, אך מאחר שביקור במרכז גם מעלה את ציפיותיהם מן הוועדה, השיפור בהתנסות לא מקבל ביטוי ממשי בדיווחים.

מן הממצאים גם עולות כמה תובנות חשובות בנוגע לדברים שמפריעים (ולדברים שלא מפריעים) למגישי התביעות לביטוח הלאומי בלי כל קשר לפנייה או לאי-פנייה לגורמי סיוע. ככלל, נמצאו שיעורים גבוהים, ואולי אף מפתיעים, של שביעות רצון מן היחס שהתובעים קיבלו מהרופאים ומהמזכירים בוועדות; אם כן, אולי זה לא צריך להיות המוקד העיקרי בהתערבות. בעייתית יותר הייתה רמת שביעות הרצון מן הזמן המוקדש לפגישות עם הוועדות הרפואיות ומן ההזדמנות להציג ולשאול שאלות; אם כן, ייתכן שכדאי להשקיע עוד משאבים כדי שהרופאים יוכלו להקדיש יותר זמן לכל פגישה של הוועדה, ולהנחות אותם לאפשר זמן רב יותר לשאלות.

רמה גבוהה של חוסר שביעות רצון דווחה בנוגע לאמונה כי המוסד לביטוח לאומי אכן יעניק לתובע את כל הזכויות המגיעות לו. אם כאן מתמקדת הבעיה, אולי דרושות התערבויות מסוג אחר לגמרי, כגון בדיקת הקריטריונים שעל פיהם נקבעים שיעורי הנכות או פיתוח דרכים יעילות יותר כדי להסביר לציבור את ההצדקה לכך שתביעות רבות נענות בשלילה.

ממצאי הסקר בנוגע לגורמי הסיוע הפרטיים חשובים מאוד להתוויית המשך הדרך. ראשית, הממצא ולפיו חלק גדול מן הפונים לגורמים אלה לא המשיכו את התהליך עמם בשל העלויות הגבוהות הכרוכות בו מחזק את הצורך בשירות הניתן ללא עלות. נוסף לכך, הממצא ולפיו גורמי הסיוע הפרטיים מספקים שירות אישי יותר ומקיף, הכולל קיום כמה פגישות עם כל לקוח ושמירה על קשר טלפוני רציף עמו לאורך התהליך, מצביע על כיוונים אפשריים לשיפור השירות הניתן ב"יד מכוונת".

קישור בין סקר התובעים ובין רכיבי המחקר האחרים

כפי שצוין לעיל, סקר התובעים נועד, בין היתר, להבהיר ממצאים נבחרים שעלו מרכיבי ההערכה האחרים. לדוגמה, בסקר שנערך בקרב המבקרים במרכז נמצא כי כ-70% דיווחו כי הביקור עזר להם או עזר להם מאוד, וכ-80% דיווחו על שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד מן השירות שניתן להם במרכז. סקר התובעים העניק הזדמנות לבחון האם שיעורי שביעות רצון אלו נשמרים גם לאחר ההתנסות בוועדות הרפואיות. כאמור, נמצא כי רמות שביעות הרצון נותרו גבוהות.

מן הנתונים המנהליים שנותרו עלה כי במהלך שנת 2014, רק כ-10% ממגישי התביעות לנכות כללית מאזור חיפה והקריות פנו למרכז "יד מכוונת". סקר התובעים אפשר לבדוק את הסיבות לכך שכ-90% מקהל היעד הפוטנציאלי לא ביקר במרכז. נמצא כי כ-70% מקרב חברי קבוצת השוואה חיפה והקריות שנשאלו מדוע לא פנו למרכז דיווחו כי לא ידעו על קיומו. ייתכן שהממצא בנוגע להיקף חוסר ההיכרות

עם מרכז "יד מכוונת" קשור לכך שהסקר נערך יותר משנה לאחר מסע הפרסום שנעשה בד בבד עם השקת המרכז.

4.6 תפיסת הרופאים את המפגש עם התובעים בוועדות הרפואיות

מטרה

בחינת ההשפעה של מרכז "יד מכוונת" ושל וגורמי סיוע פרטיים על התהליך בוועדות מנקודת מבטם של רופאי המוסד לביטוח הלאומי.

שיטות

אוכלוסיית הסקר כללה רופאים העובדים בוועדות דרג ראשון (בנכות כללית בלבד) – הן אלה המוסמכים לפסוק בתיקי תביעה, והן אלה המספקים חוות דעת בלבד. במדגם נכללו כל 48 הרופאים הרלוונטיים מחיפה, וכל 49 הרופאים הרלוונטיים מתל אביב-יפו (כלומר מדגם של 100% בשני האזורים). במדגם נכללו גם 48 רופאים מתוך כ-300 הרופאים הרלוונטיים מיתר אזורי הארץ³⁷.

הסקר נערך באינטרנט (שליחת קישור לשאלון לכתובת דוא"ל), וכלל גיבוי טלפוני של תזכורות למענה ובמידת הצורך גם ראיונות טלפוניים. נוסף לקישור לסקר נשלח לכל אחד מן הנדגמים מכתב ובו הסבר מטעם המוסד לביטוח לאומי ווועד הרופאים שנועד לעודד את הרופאים למלא את השאלון. במכתב נכללו פרטי הקשר של צוות המחקר לצורך מענה לשאלות בנוגע לסקר או לצורך הבעת רצון שלא להשתתף בו.

רואיינו 28 רופאים מחיפה, 26 רופאים מתל אביב-יפו, ו-27 רופאים מיתר האזורים בארץ³⁸. שיעור ההיענות עמד על כ-55% בכל אחת משלוש הקבוצות.

ממצאים

מן הסקר עולה כי הרופאים בחיפה מעריכים מאוד את העשייה במרכז "יד מכוונת" בכל הנוגע להכנת התיקים. כ-60%-70% מהם מסכימים במידה רבה או רבה מאוד עם כמה אמירות בנוגע לתיקים של התובעים שביקרו במרכז לעומת תיקיהם של תובעים שלא ביקרו בו, ואלה הן:

- ◆ התיקים מסודרים ושלמים יותר
- ◆ יש בתיקים התייחסות ליותר ליקויים
- ◆ ניתן לזהות מיד מי הכין את התיק

שיעורים דומים נמצאו גם בנוגע לאמירות ולפיהן בוועדות של תובעים שביקרו ב"יד מכוונת" יש פחות עצירות דיון ופחות בקשות למסמכים נוספים.

³⁷ בספירת הרופאים "הרלוונטיים" לא כללנו מספר קטן של רופאים שבסקר ציינו כי הם כבר אינם עובדים בוועדות הרפואיות (למרות ששמותיהם הופיעו ברשימות שהתקבלו מן הביטוח הלאומי).

³⁸ העיבודים וספירת הרופאים שרואיינו כוללים את כל הרופאים שמילאו לפחות חצי מן השאלון. יצוין שרק מעטים לא מילאו את השאלון במלואו.

מנגד, בנוגע לתרומת המרכז להיבטים שונים של הופעה לפני הוועדות הדעות חלוקות יותר. כ-30% עד 40% מן הרופאים מסכימים במידה רבה או רבה מאוד עם האמירות הבאות בנוגע לתובעים שביקרו במרכז:

- ◆ התובעים מציגים טוב יותר את מצבם בוועדה
- ◆ התובעים יודעים טוב יותר למה לצפות בוועדה
- ◆ התובעים מתייחסים בכבוד רב יותר לרופאים בוועדה

יצוין גם שכשליש מן הרופאים הסכימו במידה רבה או רבה מאוד עם האמירה ולפיה ניתן לזהות את התובעים שביקרו במרכז "יד מכוונת" על פי התנהלותם בוועדה, אך לא ברור האם הם התכוונו להתנהלות חיובית או שלילית. כשליש מן הרופאים בחיפה והקריות אף הסכימו במידה רבה או רבה מאוד עם הקביעה ולפיה תובעים שנעזרו במרכז "יד מכוונת" מצליחים יותר בקבלת הזכויות המגיעות להם.

רופאים מתל אביב-יפו ומאזורים אחרים בארץ נשאלו על גורמי סיוע פרטיים שאלות מקבילות לאלה שנשאלו הרופאים בחיפה והקריות בנוגע ל"יד מכוונת". תשובותיהם מוצגות בלוח 16. מן הלוח עולה כי מבחינת הרופאים מסתמן יתרון גדול ל"יד מכוונת" בהיבטים הנוגעים ליעול עבודת הוועדות – פחות עצירות דיון ופחות בקשות למסמכים נוספים. עוד מסתמן שהמבקרים במרכז מתייחסים לרופאים בוועדות בכבוד רב יותר, וקל יותר לקבל החלטה בענייניהם.

מהערכות הרופאים עולה כי התיקים של אלה הנועצים בגורמי סיוע פרטיים בתל אביב-יפו מתייחסים ליותר ליקויים וקל יותר לזהות תובעים אלה על פי התנהלותם בוועדות. עם זאת, בתל אביב-יפו שיעור קטן יחסית מן הרופאים חשים שהנעזרים בגורמי סיוע מצליחים יותר בקבלת הזכויות המגיעות להם.

לוח 16: הרופאים המסכימים "במידה רבה" או "במידה רבה מאוד" עם היגדים שונים בנוגע לגורמי סיוע, לפי קבוצות השוואה (באחוזים)

אזורים אחרים (N=27)	קבוצת השוואה תל אביב-יפו (N=26)	קבוצת השוואה חיפה והקריות (N=28)	
64	65	70	תיקים מסודרים ושלמים יותר
68	83	61	יש התייחסות ליותר ליקויים
59	83	65	יודע לזהות האם התובע הכין לבד את התיק
36	58	87	יודע לזהות מיד מי הכין את התיק
23	36	68	יש פחות עצירות דיון
41	52	77	יש פחות בקשות למסמכים נוספים
38	22	36	מציגים את מצבם טוב יותר בוועדה
36	61	32	ניתן לזהותם על פי התנהלותם בוועדה
26	25	36	יודעים טוב יותר למה לצפות
27	0	23	מתייחסים לרופאים בוועדה יותר בכבוד
27	22	46	קל יותר לקבל החלטה בעניינם
33	17	36	מצליחים יותר בקבלת הזכויות המגיעות להם

4.7 השוואות נבחרות בין מגישי התביעות בסניף תל אביב-יפו לבין כלל מגישי התביעות בסניפי חיפה והקריות

מטרה

בפרקים הקודמים הוצגו הממצאים בנפרד עבור שלוש קבוצות המחקר – קבוצת הניסוי מחיפה והקריות, קבוצת השוואה מחיפה והקריות, וקבוצת השוואה מתל אביב-יפו. נוסף לכך, הדגש בניתוח היה על ההשוואות בתוך חיפה והקריות – בין אלה שביקרו במרכז לאלה שלא ביקרו בו³⁹.

בפרק זה נציג את ההשוואה בין מגישי התביעות בסניף תל אביב-יפו לבין כלל מגישי התביעות בסניפי חיפה והקריות ונדון בה. הכללת סניף תל אביב במחקר נועדה לשמש קבוצת השוואה לממצאי הסקר שנערך בקרב מגישי התביעות בחיפה (הן אלה שביקרו במרכז והן אלה שלא ביקרו בו).

³⁹ יוצא דופן היה הניתוח המבוסס על נתונים ממערכת שיר. מסיבות טכניות, ההשוואות נעשו בין תושבי חיפה והקריות שביקרו במרכז לבין כלל תושבי חיפה והקריות.

הסיבה לביצוע השוואה זו היא האפשרות שמרכז "יד מכוונת" משפיע לא רק על מגישי תביעות שביקרו בו, אלא גם על מגישי תביעות אחרים באזור. הכיצד? אפשר שעל ידי הפחתת העומסים על הרופאים המנתבים ועל הוועדות הרפואיות (מאחר שהתיקים מגיעים במצב "בשל" יותר), ואפשר שעל ידי עידוד צוותים במרכז לשנות את תהליכי העבודה הכלליים שלהם (בעקבות משוב המגיע באמצעות מפעילי המרכז ומן המפקחים עליו במטה של המוסד לביטוח לאומי). נוסף לכך, אם הרופאים בחיפה חושבים כי עבודתם נבחנת "תחת זכוכית מגדלת", הדבר יכול להביא להקפדה יתרה על איכות עבודתם.

שיטות

במרבית המשתנים, כדי לערוך את השוואות⁴⁰ חיברנו בין הממצאים של המבקרים ובין הממצאים של הלא מבקרים בסניפי חיפה והקריות. במקרים אלה, כל קבוצה קיבלה את המשקל שלה מתוך כלל מגישי התביעות (כלומר 13% ו-87%, בהתאמה).

ממצאים ודיון

בלוח 17 מוצגות כמה השוואות נבחרות בין סניפי חיפה והקריות לסניף תל אביב-יפו. לא נמצאו הבדלים בין שני האזורים בכמעט כל המשתנים שנבדקו. יוצאת דופן היא העובדה שהרופאים המנתבים קבעו יותר אבחנות ויותר מומחים בסניפי חיפה והקריות. בהעדר נתונים מקבילים עבור התקופה שקדמה להשקת המרכז, קשה לדעת עד כמה אפשר לייחס הבדל זה להשפעת המרכז.

⁴⁰ לא היה צורך לערוך חישוב כזה על הנתונים שהתקבלו ממערכת "שיר" בנוגע לקביעות הרופאים המנתבים, מאחר שהמידע הגולמי שם כבר כלל ממצאים עבור כל מגישי התביעות בסניפי חיפה והקריות.

לוח 17: השוואות נבחרות בין סניפי חיפה והקריות לסניף תל אביב-יפו (במספרים ובאחוזים)

קבוצת השוואה תל אביב-יפו N=181	קבוצת השוואה חיפה והקריות N=191	
ממוצעים עבור הקבוצה		
קביעות הרופא המנתב:		
1.9	2.6	מספר האבחנות
1.7	2.6	מספר המומחים
0.5	0.4	מספר המסמכים החסרים
משכי זמן:		
41	45	מהגשת התביעה ועד לפגישה הראשונה עם הוועדה
17	15	מהפגישה הראשונה עם הוועדה ועד לדיון המסכם
58	60	סך-הכול – מהגשת התביעה ועד לדיון המסכם
אחוזים מתוך הקבוצה		
38	37	שיעורי נכות סופיים גבוהים מ-40%
79	80	התובע ידע אילו מסמכים להביא לוועדה
33	45	התובע ידע כיצד לתנהל הוועדה
24	22	התובע ידע לכמה וועדות עליו להגיע
42	44	התובע ידע מה לומר ואיך לומר בוועדה
44	46	מדד מסכם: התנסות בוועדה
79	80	היחס לאורך התהליך היה טוב
61	59	התהליך היה הוגן
39	43	יש אמונה שהביטוח הלאומי דואג לאינטרסים של התובעים
25	23	יש ביטחון שהתובע יקבל כל מה שמגיע לו

עובדה יוצאת דופן נוספת היא שבסניפי חיפה והקריות שיעור גבוה יותר של מגישי תביעות ידעו כיצד לתנהל הוועדה. ייתכן שהדבר נובע מהשפעות רוחב של "יד מכוננת", ואפשר שהדבר קשור לכך שבסניף חיפה עצמו (ובשונה מסניף תל אביב-יפו) מועברות סדנאות הכנה לוועדות הרפואיות. אלה הועברו גם לפני הקמת המרכז.

ייתכן שהממצא הכללי שלימד על הבדלים מעטים בלבד בין האזורים נובע בין השאר משילוב של שני גורמים:

1. השפעה מוגבלת של הביקור במרכז על המבקרים עצמם (דבר שמקבל גיבוי מכך שברוב המשתתפים לא נמצאו הבדלים בסניפי חיפה והקריות בין המבקרים ללא מבקרים)

2. העובדה שרק כ-10% ממגישי התביעות בסניף חיפה והקריות ביקרו במרכז, ובעקבות זאת:

א. היה פחות סיכוי להשפעות רוחב על הלא-מבקרים בסניפי חיפה והקריות

ב. ההשפעות על המבקרים דוללו מאוד לאחר המעבר להתייחסות לכלל מגישי התביעות

באזור

4.8 התרומות של "יד מכוונת" אל מול מטרות התוכנית: סיכום

הממצאים

1. שיפור ההתנסות של התובעים בתהליך הנעשה מול המוסד לביטוח לאומי

כפי שצוין לעיל, בשלב של הכנת התביעה התובעים נתרמים רבות מן הסיוע הניתן להם במרכז בהכנת התיק ובהרחבתו. עוד נמצא כי כ-65% מן המבקרים העריכו שהסיוע שניתן להם ב"יד מכוונת" סייע להם מאוד או די סייע להם להיות מוכנים למפגש עם הוועדה⁴¹.

עם זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המבקרים במרכז לבין תובעים שלא ביקרו בו בנוגע להתנסות בוועדות הרפואיות. לדוגמה, בשתי הקבוצות, כ-80% די הסכימו או הסכימו מאוד עם הקביעה שהיחס של הרופאים בוועדה היה מכבד. כ-60% די הסכימו או הסכימו מאוד שהתהליך בוועדה היה מקיף ומקצועי, וכ-50% די הסכימו או הסכימו מאוד עם הקביעה שניתנה הזדמנות ומספיק זמן לשאול שאלות.

כמו כן, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בנוגע להערכת תהליך התביעה בכללותו; בשתי הקבוצות כ-75% דיווחו כי היחס לאורך התהליך היה טוב או טוב מאוד, וכ-60% דיווחו כי התהליך בכללותו היה די הוגן או הוגן מאוד.

2. ייעול עבודת הוועדות

ממאגרי המידע של המוסד לביטוח לאומי עולה כי קיים יתרון למבקרים במרכז לעומת אלה שלא ביקרו בו בכמה מדדים הקשורים לתהליכי העבודה בביטוח הלאומי⁴²: הרופא המנתב קבע יותר אבחנות (הפרש של 25%) ויותר מומחים (הפרש של 15%), התקיימו פחות עצירות דיון (הפרש של 30%) ונדרשה הרבה פחות הוספת מומחים תוך כדי תהליך הבדיקה של הוועדות הרפואיות (מ-58 בכל 100 תביעות ל-8 בכל 100 תביעות). מנגד, על פי קביעות הרופא המנתב, הממוצע של מספר המסמכים החסרים היה גבוה יחסית בקרב תובעים שביקרו במרכז (ממצא העומד בסתירה לכאורה עם הממצא שעבור המבקרים במרכז הרופא המנתב קבע יותר אבחנות ויותר מומחים).

⁴¹ שיעור דומה נמצא גם בקרב המסתייעים בגורמי סיוע פרטיים.

⁴² בחלק מן הבדיקות המוצגות כאן השתמשנו בנתונים על כלל התובעים מחיפה והקריות כמדד לתובעים מחיפה והקריות שלא ביקרו במרכז. זאת משום שסיבות טכניות לא הייתה אפשרות לקבל ישירות נתונים על ה"לא מבקרים" בלבד. להערכתנו מדובר במדד טוב מאחר שקבוצה זו (ה"לא מבקרים") מהווה כ-90% מכלל התובעים.

לא נמצא הבדל בין הקבוצות במשך הזמן הכולל לטיפול בתיק; בקרב המבקרים במרכז משך הזמן שחלף מיום הגשת התביעה עד לקיום הוועדה הרפואית הראשונה היה קצת יותר קצר, ואילו משך הזמן מקיום הוועדה הרפואית הראשונה ועד לדיון המסכם היה קצת יותר ארוך. הממצא השני אינו תואם את השאיפות שהוגדרו מראש על ידי המוסד לביטוח לאומי, ואולם במבט לאחור נראה כי ייתכן שהדבר נבע, בין היתר, מכך שהגשת תיק מלא יותר מחייבת מעורבות של יותר מומחים.

מן הסקר שנערך בקרב רופאים בחיפה העובדים בוועדות הרפואיות עולה כי כ-70% מן הרופאים מעריכים מאוד את העשייה של "יד מכוונת" בהכנת התיקים ואת התרומה לייעול עבודת הוועדות (כגון צמצום הצורך בעצירות דיון), וכשליש מהם מעריכים מאוד את תרומת המרכז להיבטים שונים הנוגעים להופעת התובעים בוועדה. כ-50% מן הרופאים מעריכים מאוד את תרומת המרכז לקלות שבה ניתן לקבל החלטות בתיקים.

עוד נמצא כי ההערכות של רופאים בתל אביב-יפו ובאזורים נוספים בארץ בנוגע לתרומת גורמי הסיוע הפרטיים (בעיקר עורכי דין) למצב התיקים ולהופעת התובעים לפני הוועדה היו דומות להערכותיהם של הרופאים בחיפה (בנוגע לתרומת "יד מכוונת"). לעומת הערכות הרופאים בחיפה, הערכותיהם של הרופאים בתל אביב-יפו היו נמוכות יותר בנוגע לתרומת גורמי הסיוע לייעול עבודת הוועדות ולהקלה על קבלת החלטות בתיקים.

3. הגברת מיצוי הזכויות

35% מן הרופאים בחיפה הסכימו במידה רבה או רבה מאוד עם הקביעה כי "תובעים שנעזרו ב"יד מכוונת" מצליחים יותר בקבלת הזכויות המגיעות להם". 25% נוספים הסכימו עם הקביעה הזו במידה בינונית.

עוד נמצא כי בין שנת 2012 לשנת 2013 עלה שיעור התביעות לנכות כללית ב-5 נקודות אחוז בחיפה ובקריות (מ-34% ל-39%), לעומת עלייה של 2 נקודות אחוז בלבד בכל הארץ (מ-35% ל-37%). ייתכן שניתן לייחס את העלייה בחיפה ובקריות להשקת המרכז באמצע דצמבר 2012, אך ייתכן כי מדובר בצירוף מקרים וכי העלייה נבעה מגורמים אחרים.

בהקשר זה יצוין כי באחוזי הנכות שנקבעו על ידי הוועדות הרפואיות לא נמצאו הבדלים בין תובעים שביקרו במרכז (בשנת 2014) לבין תובעים אחרים שלהם מאפיינים דומים⁴³. נמצא דמיון באחוזי הנכות גם לאחר פיקוח על ההבדלים בין הקבוצות בדיווח על מוגבלויות פיזיות, ובמידת העצמאות בפעולות יום-יומיות.

לאור שלושת הממצאים שצוינו לעיל, קשה לקבוע האם מרכז "יד מכוונת" מגביר את מיצוי הזכויות של התובעים. חלק מן הרופאים סברו שכן, אך חלק אחר מהם סברו שלא. בשיעור האישורים חלה עלייה

⁴³ לאור התרומה של המרכז לשלמות התיקים ולמוכנות התובעים לוועדות, ממצא זה תמוה במידת מה; בגוף הדוח מוצגים כמה הסברים אפשריים לעניין זה.

גדולה יותר בחיפה לעומת יתר האזורים בארץ, אך בתוך חיפה לא נמצא הבדל באחוזי הנכות בין המבקרים במרכז לבין אלה שלא ביקרו בו. גם במקרה זה הסיבות אינן ברורות לגמרי. ייתכן שהתוכנית מביאה להגדלה באחוזי הנכות (ובשיעורי האישורים) בקרב פלח מסוים של תובעים שאחרת היו מתקשים לממש את זכויותיהם (ייתכן שבשל קשיים בניווט תהליכים רפואיים וביורוקרטיים), אך אין בידינו עדויות חד-משמעיות בנידון.

4. חיזוק האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי

בסקר התובעים לא נמצאו הבדלים בין מידת ההסכמה של המבקרים במרכז לבין מידת ההסכמה של תובעים שלא ביקרו במרכז בנושאים האלה:

- ◆ אמונה כי הביטוח הלאומי דואג לאינטרסים של התובעים (כ-40% הסכימו במידה בינונית או רבה)
- ◆ ביטחון שהתובעים יקבלו כל מה שמגיע להם (כ-20% היו די בטוחים או בטוחים מאוד).

5. מגבלות המחקר

למחקר ההערכה כמה מגבלות:

- ◆ מאחר שקבוצת הניסוי (תובעים שביקרו במרכז) לא נבחרה אקראית, קיים קושי מסוים להגיע למסקנות סיבתיות בנוגע לקשר בין ההתערבות ובין ההבדלים בתוצאות שנמצאו בין קבוצת הניסוי לקבוצת ההשוואה. ניסינו להתמודד עם קושי זה באמצעות פיקוח על מאפייני התובעים, אך במצבים כאלה אין דרך להיות בטוחים שנעשה פיקוח על כל המאפיינים הרלוונטיים; הדבר יכול להביא הן לאומדני-יתר והן לאומדני-חסר של השפעת התוכנית.
 - ◆ רוב רכיבי המחקר התמקדו בנכות כללית. ייתכן שהתפקיד והתרומה של המרכז הם שונים בסוגים נוספים של תביעות, כגון נכות בעבודה.
 - ◆ רוב רכיבי המחקר התמקדו באזור השירות המקורי של המרכז – חיפה והקריות. ייתכן שתרומתו שונה באזורים אחרים בצפון הארץ שבהם הורחבה התוכנית במהלך השנתיים וחצי החולפות.
 - ◆ ברוב ההשוואות בין קבוצת הניסוי לקבוצת ההשוואה, קבוצת ההשוואה כללו הן תובעים שלא קיבלו סיוע מאף גורם סיוע והן תובעים שקיבלו סיוע מגורמים פרטיים (שכנראה מהווים כ-15% מן התובעים בקבוצות אלה)⁴⁴. מסיבה זו קיימת הטיה מסוימת אם רוצים להשתמש בהבדלים בין הקבוצות כמדד להבדל בין המבקרים במרכז לבין תובעים שכלל לא קיבלו סיוע.
- חשוב לציין כי חלק מן הבדיקות התייחסו (בחלקן או בכללותן) לתקופה מוקדמת בפעילות המרכז. מאחר שנמצא כי במהלך השנתיים האחרונות הוטמעה סדרת שיפורים בשירות, חלקם אף קיבלו ביטוי בממצאי סקר התובעים, ייתכן שהיו גם שיפורים במדדים נוספים שעליהם לא נאסף מידע בתקופה האחרונה. יש מקום אפוא להמשיך לעקוב אחר מדדים אלו גם בעתיד.

⁴⁴ בחלק מרכיבי המחקר ניתן היה לזהות את התובעים שהסתייעו בגורמי הסיוע הפרטיים, אך ברכיבים אחרים לא הייתה אפשרות לעשות זאת.

6. סיכום כללי וכיווני פעולה אפשריים

מרכז "יד מכוונת" הוא תוכנית חדשנית שבמסגרתה המוסד לביטוח לאומי מציע שירות ייעוץ למבוטח עוד לפני שהגיש תביעה, ומאפשר לו להתכונן לתהליך ולהציג את בעיותיו הרפואיות באופן אפקטיבי יותר. התוכנית היא חלק מתפיסה כוללת של המוסד לביטוח לאומי שמטרתה להנגיש את השירותים ואת המידע למבוטחים, לשפר את השירות הניתן להם ולמצות את זכויותיהם.

המרכז מספק ייעוץ לתובעים בעיקר בנוגע להכנת התיק הרפואי, ועם הזמן מושקעים יותר מאמצים גם בהכנת המבוטח עצמו למפגש עם הוועדה הרפואית. הדגש המושם במהלך הייעוץ הוא על היבטים רפואיים ואינסטרומנטליים ופחות על תמיכה רגשית. השירות ניתן לכל פונה ללא קשר לסיכויי ההצלחה של תביעתו, ללא עלות לתובעים עצמם ובעלות סבירה למוסד לביטוח לאומי. המרכז משרת ציבור רחב, אך ציבור המסתייעים בו מהווה רק חלק קטן מציבור המסתייעים הפוטנציאליים, ככל הנראה בשל חוסר פרסום.

המסתייעים במרכז שבעי רצון במידה רבה מהיבטים שונים של השירות הניתן בו וחשים שהשירות תורם להם בהכנה למפגש עם הוועדה. ראוייה לציון העובדה כי במרבית המדדים שביעות רצונם אינה נופלת מזו של אלה המסתייעים בגורמי סיוע פרטיים; כ-75% מקרב המסתייעים ב"יד מכוונת" היו ממליצים לאחרים להסתייע במרכז לעומת אחוז נמוך מקרב המסתייעים בגורם פרטי. הערכות אלו מעידות על כך שכפי הנראה, התוכנית נותנת מענה בעל ערך לצורך אמתי של התובעים המבקרים במרכז.

התוכנית משיגה חלק ממטרותיה, אך לא את כולן:

- ◆ **מטרה #1 - שיפור ההתנסות של התובעים בתהליך התביעה:** כמעט כל המבקרים במרכז דיווחו על קבלת סיוע בהכנת התיק וכמעט כולם דיווחו על שביעות רצון מן השירות הניתן להם במרכז. עוד נמצא כי כ-65% מן המבקרים העריכו שהסיוע שניתן להם ב"יד מכוונת" סייע להם מאוד או די סייע להם להיות מוכנים למפגש עם הוועדה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המבקרים במרכז לבין תובעים שלא ביקרו בו בנוגע להתנסות בוועדות הרפואיות, מידת ההוגנות של תהליך התביעה בכללותו ו תפיסתם כי התהליך הוא מכבד והוגן. אך ייתכן שהשיעורים הגבוהים מקרב שתי הקבוצות שדיווחו על יחס מכבד בוועדה (80%) ועל יחס טוב או טוב מאוד לאורך התהליך (70%) הם הגורמים להעדר הבדלים מובהקים.⁴⁵
- ◆ **מטרה #2 - ייעול עבודת הוועדות:** מן הראיונות שנערכו עם רופאים בוועדות וממאגרי המידע של המוסד לביטוח לאומי עולה כי התוכנית הצליחה לשפר ולייעל מגוון היבטים של עבודת הוועדות ולהקל על הרופאים בוועדות. בין היתר היא תרמה לשלמות התיקים ולסידורם, לצמצום במספר עצירות הדין ולהקלה על תהליך קבלת ההחלטות על אחוזי נכות.
- ◆ **מטרה #3 - מיצוי זכויות:** כשליש מן הרופאים דיווחו כי מרכז "יד מכוונת" מסייע לתובעים במידה רבה או רבה מאוד לקבל את הזכויות המגיעות להם (שיעור זה דומה לשיעור הרופאים שדיווחו כך

⁴⁵ מאחר שהציונים בהיבטים אלו כבר גבוהים, ייתכן כי גם בעתיד יהיה קשה להשיג שיפורים במדדים אלו.

בנוגע להסתייעות בגורם פרטי). נוסף לכך, בעקבות השקת המרכז חלה עלייה בשיעור התביעות שאושרו באזור חיפה והקריות. אפשר שעלייה זו מצביעה על השפעת המרכז. עם זאת, נמצא כי שיעור התובעים שלהם נקבעו לפחות 40% נכות היה דומה בקרב המבקרים במרכז ובקרב התובעים האחרים. לאור שלושת הממצאים האלה קשה לקבוע האם התוכנית הצליחה להגביר את מיצוי הזכויות של המבקרים במרכז.

♦ **מטרה #4 - חיזוק האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי** : לא נמצא שיפור במידת האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי כגורם הדואג לאינטרסים של התובעים (כ-40% בשתי הקבוצות).

יצוין כי בהשוואת סוגי הסיוע שניתנו במרכז "יד מכוונת" לעומת גורמי הסיוע הפרטיים (בעיקר עורכי דין), על פי דיווחי המסתייעים בשירותים אלו, נמצא דמיון במרבית המדדים. כמו כן נמצא דמיון בין הקבוצות בסדרת מדדים נוספים. עם זאת, בחלק מן המדדים נמצא יתרון למרכז (כגון סיוע בהרחבת התיק ובהעמקתו), ובמדדים אחרים נמצא יתרון לגורמי הסיוע הפרטיים (כגון מתן תמיכה נפשית וסיוע בהליכים ביורוקרטיים). ייתכן שהבדלים אלו נובעים מהבדלים בגישה ובדגשים בין גורמי הסיוע.

לאור ההשקעה הניכרת של "יד מכוונת" בהשלמת התיקים הרפואיים ובסידורם ולנוכח הדיווח של חלק מן הרופאים כי המרכז מסייע לתובעים לקבל את הזכויות המגיעות להם, נשאלת השאלה מדוע לא נמצאו הבדלים באחוזי הנכות שהוכרו בין המבקרים במרכז לבין קבוצות ההשוואה. יכול להיות שהדבר נובע מכך ששיטת המחקר לא מאפשרת, בביטחון מלא, להבטיח דמיון בין המאפיינים של המסתייעים במרכז לבין קבוצת ההשוואה. בין היתר, ייתכן שתובעים שנכותם חמורה במיוחד (כגון אלה העוברים ב"מסלול הירוק" של הביטוח הלאומי) לא נעזרו במרכז והדבר משפיע על ההשוואה. העובדה שבשירות נעזרו לא רק מי שפונים לראשונה אלא גם מי שכבר נדחו בעבר יכולה אף היא להשפיע.

מטבע הדברים, פיתוח של שירות חדש לוקח זמן ומצריך למידה. במובן הזה היה חכם מצד המוסד לביטוח לאומי להקים את השירות בשלב ראשון כניסוי. ואכן, ממצאי ההערכה הראו כי יש נכונות מצד מפעילי התוכנית להיות קשובים לצרכים העולים מן השטח ולשנותם בהתאם: שורה של צעדים ננקטו כדי לשפר את השירות, חלקם כתוצאה ממשוּב של הביטוח הלאומי, חלקם בעקבות ממצאים ראשוניים של המחקר הנוכחי וחלקם כחלק מתהליך טבעי של למידה. מן הממצאים עולה עוד כי בחלק ממדדי התהליך והתוצאה הקשורים ל"יד מכוונת", ובהם שביעות רצון ותחושת מוכנות, נרשם שיפור לאורך זמן.

תובנות נוספות מן הספרות המקצועית, לאור ממצאי המחקר

גם במחקרים אחרים על התערבויות שנועדו לשפר את הממשק בין התובעים לבין הממסד אשר הוצגו בפתח דוח זה נמצאו השפעות חיוביות מסוימות, אך אלה היו גורפות פחות מן הציפיות והתקוות של מתכנני ההתערבויות. מחקרים אלה העלו כמה תובנות הרלוונטיות גם למחקר הנוכחי. אלה כוללות:

♦ שינוי הגישה והידע בנוגע לנכות יכול להיות אתגר קשה. לאור זאת עלינו להיות זהירים ולא לבטל הצלחות חלקיות אלא לשקול בכובד ראש כיצד אנו צומחים מהן.

- ◆ אופי המפגשים בין התובעים לבין הרופאים בוועדות הרפואיות יכול להיות תלוי בידע, ביכולות התקשורת ובציפיות של שני הצדדים בוועדה. לפיכך, כדי לשפר את החוויה חשוב להעניק סיוע לשני הצדדים בה בעת.
- ◆ העשרת הידע יכולה להיות חשובה לשני הצדדים, הן התובעים הן הרופאים. ואולם העשרת ידע כנראה לא מספיקה כדי להשיג שיפור במסוגלות העצמית ובתפקוד בפגישה בוועדה. כדי לעשות זאת חשוב שההתערבויות יכללו יותר רכיבים מן הפן ההתנסותי ומן הפן ההתנהגותי.

כיווני פעולה אפשריים

כזכור, למחקר ההערכה היו שתי מטרות עיקריות:

- ◆ לספק למוסד לביטוח לאומי מידע שיוכל לסייע בקבלת החלטה בנוגע להמשך הפעלת התוכנית ולהרחבתה
- ◆ לספק למוסד לביטוח לאומי ולמפעילי התוכנית מידע אשר יסייע להם לשפר את השירות הניתן למבקרים במרכז

מן הממצאים עולה כי רק 10% מן הפונים הפוטנציאלים בנושא תביעה לנכות כללית מגיעים למרכז "יד מכוונת" וכי יותר מ-70% מאלה שלא פנו למרכז דיווחו שלא ידעו כלל על קיומו של השירות. עוד נמצא כי כמחצית מן המבקרים הגיעו אליו רק לאחר שהגישו את התביעה, כך שהתיק שלהם מגיע לניתוב ללא ההכנה הניתנת בו. בכך טמון הפסד מסוים למערכת. מסתמן אפוא כי יש מקום להשקיע ביישוג ובשיווק השירות הן כדי להגדיל את כמות הפונים והן כדי שיותר פונים יגיעו אל המרכז לפני הגשת התביעה. אפשר שיש מקום לחדש את מסע הפרסום במדיה ולהתמיד בו.

הן מסקר התובעים והן מן השיחות שקוימו עם מנהלי ארגוני סיוע עולה כי ארגוני סיוע פרטיים משקיעים יותר מ"יד מכוונת" בליווי אישי לאורך התהליך, לרבות קיום כמה פגישות עם כל לקוח, שמירה על קשר טלפוני עמו לאורך התהליך מול הביטוח הלאומי והתמודדות עם דרישות בירוקרטיות הקשורות לתביעה⁴⁶. מן הסקר עולה עוד כי התובעים היו רוצים ש"יד מכוונת" תסייע יותר בהיבטים אלה. אפשר שהוספת היבטים אלה לשירות הניתן במרכז יוכל לתרום לשיפור ההתנסות. ייתכן שהדבר יצרוך משאבים נוספים, אך כדאי לשקול אותו.

מן הנתונים המנהליים של המוסד לביטוח לאומי עולה כי לביקור במרכז היה קשר לחלק ממדדי התהליך הנוגעים לוועדות הרפואיות (כגון תדירות עצירות הדיון), ואולם בסקר התובעים לא נמצא קשר בין הביקור במרכז לבין ההתנסות האישית בוועדות הרפואיות. ייתכן שהחוויה בוועדות קשורה בעיקר לטיב האינטראקציה עם הרופאים ואולי אף לתפיסות קודמות כלפי הביטוח הלאומי. יכול להיות שיש מקום לחשוב על דרכים נוספות שישלימו את השירות הניתן במרכז ויוכלו לתרום לשיפור החוויה

⁴⁶ ייתכן ששירות כזה כדאי להעניק (או לעבות) בכל סניפי המוסד לביטוח לאומי, בעמדות הדלפק הקדמי.

בוועדות. אם במסגרת השירות הניתן יושם דגש רב יותר על התמיכה הנפשית והליווי לאורך התהליך תיתכן חוויה חיובית יותר בוועדות הרפואיות.

לאור זאת, מן המחקר עולים לא מעט כיוונים אפשריים העשויים לתרום לחיזוק ולשיפור השירות במרכז:

- ◆ חידוש מסע הפרסום במדיה כדי למשוך יותר מבקרים, והתמדה בו⁴⁷
- ◆ מתן עידוד למבוטחים לפנות למרכז לפני הגשת התביעה במקום לאחר הגשתה
- ◆ פיתוח דרכים להנגשת השירות למבוטחים המתקשים להגיע לחיפה
- ◆ מתן יותר דגש על ליווי מקיף ותומך מבחינה רגשית, לאורך התהליך
- ◆ מתן סיוע משמעותי יותר בהיבטים הטכניים והביורוקרטיים (מילוי הטפסים, ריכוז המידע וכיו"ב)
- ◆ המשך חיפוש דרכים לשיפור החוויה של התובעים בוועדות הרפואיות, הן באמצעות פעולות של "יד מכוננת" והן בדרכים משלימות.

מחשבות בנוגע להמשך הפעלת התוכנית

כבכל תוכנית ניסוי, לאחר תקופת הרצה ראשונית עומדות בפני הגוף המממן כמה חלופות בנוגע להמשך הניסוי או להרחבתו, כמפורט להן:

- ◆ לעבור להפעלה ארצית, מתוך תפיסה שהתוצאות שכבר הושגו מספקות ומצדיקות את ההשקעה או מתוך תפיסה שאפשר לקבל תוצאות טובות יותר בהמשך, באותה עלות או בהרחבה סבירה שלה.
- ◆ להמשיך את התוכנית כתוכנית ניסיונית אזורית בשלב זה, כדי לתת הזדמנות לחיזוקה, להתבססותה ולהשגת תוצאות טובות יותר.
- ◆ להפסיק את הפעלת התוכנית מתוך תפיסה שהיא אינה מצדיקה את ההשקעה בה, ושהסיכויים לשיפור בהמשך אינם גדולים דיים.

את כל החלופות יש לבחון לאור העלות הנמוכה יחסית – עלות ממוצעת למבקר של כ-370 ש"ח.

ההחלטות על ההמשך תלויות במידה רבה במשקל הניתן למדדי התהליך והתוצאה השונים וכן לתחושה עד כמה ניתן יהיה להגיע לשיפורים נוספים. אם הדגש הוא על סיוע בהכנת התיק, על שביעות הרצון של המבקרים מן השירות הניתן להם במרכז, על תחושתם שהם נתרמים ממנו ועל ייעול עבודת הוועדות, נראה שיש מקום להרחיב את התוכנית לאזורים נוספים בארץ, כבר על בסיס המודל הקיים. עם זאת, אם רוצים להבטיח שיפורים בתפקוד הוועדות הרפואיות עצמן (כגון בנושא מתן מספיק זמן לשאול שאלות ולהתבטא בוועדות), להשיג עלייה בתפיסת התהליך כהגון, עלייה מוכחת בהיקף מיצוי הזכויות (במובן של

⁴⁷ מן המוסד לביטוח לאומי נמסר כי הוא כבר אימץ המלצה זו וכי בחודשים האחרונים חלה עלייה משמעותית במספר הפונים למרכז בעקבות התקשרויות יזומות מן המוקד הטלפוני שלו שנועדו להפנות את תשומת לב התובעים לסיוע המוצע במרכז.

שיעורי הנכות הנקבעים על ידי הוועדות) ו/או חיזוק האמון במוסד לביטוח לאומי, נראה שיש לחשוב על חלופות נוספות ו/או על המשך פיתוח המודל של מרכז סיוע.

האם ניתן להגיע להישגים נוספים? מצד אחד, חברת "פמי פרימיום" כבר הוכיחה את יכולתה כארגון לומד ואת מחויבותה לשיפור מתמשך. ייתכן שיש מקום לאופטימיות זהירה וליכולת לטעון כי באמצעות הגברת ההשקעה שלה בהכנת המבקרים לוועדות תוכל התוכנית לתרום לשיפור החוויה בוועדות ואולי אף להשפיע על אחוזי הנכות הנקבעים. מן הצד האחר, לא ברור האם גורם סיוע כלשהו – ולא משנה עד כמה הוא מקצועי ומסור – מהווה כלי המסוגל להתמודד לבד עם חלק מן האתגרים, ובמיוחד בחיזוק האמון של המבוטחים במוסד לביטוח לאומי. יצוין כי האמון של הפרט בביטוח הלאומי מושפע לא רק מן השירות שהוא עצמו קיבל בזמן נתון, אלא גם מן ההתנסויות שלו ושל מכריו במהלך הזמן, מן הדרך שבו הביטוח הלאומי מצטייר בתקשורת ומגורמים נוספים. ייתכן שכדי להשיג שיפור בנושא האמון דרושה התערבות מסוג אחר. ייתכן גם שכדי להשיג שיפור בתפיסת התובעים את התהליך כהוגן או במידה שבה בוועדות ניתן מספיק זמן לתובעים לשאול ולהתבטא, דרוש שילוב בין כמה התערבויות. מרכז סיוע יכול להיות אחת מהן.

על רקע הממצאים חשוב לקיים דיון על סדר העדיפות בין המטרות.

סוף דבר

מחקר ההערכה התמקד בהשפעות של תוכנית אחת – "יד מכוונת". אולם נוסף לכך הוא שפך אור על תפקוד הוועדות הרפואיות באופן כללי יותר, וכן על הגישה לשיפור השירות ולשינוי של הנהלת המוסד לביטוח הלאומי.

תפקוד הוועדות הרפואיות. כחלק מן המחקר נאסף מידע על הדרך שבה תובעים לנכות כללית תופסים היבטים שונים של המפגש עם הוועדות הרפואיות. לצד הקשיים המוכרים בהיבטים מסויימים, מתברר כי לגבי מספר היבטים חשובים, כגון יחס הרופאים בוועדות, ההערכות של התובעים הן בדרך כלל חיוביות יותר מהתדמית בציבור הרחב.

הגישה לשיפור השירות ולשינוי. נוסף לממצא ספציפי זה או אחר בנוגע לתרומתה של התוכנית, עצם השקתה על ידי המוסד לביטוח לאומי מעידה על מחויבות לשיפור השירות ולמיצוי זכויות, ועל נכונות המוסד לביטוח לאומי להשקיע משאבים כדי לקדם מטרות חשובות אלה. השקת התוכנית, ובלבה הפעלת שירות חלוצי באמצעות גורם חיצוני/מסחרי, מעידה על נכונותה של הנהלת המוסד לביטוח לאומי לאזור אומץ ולנסות גישות חדשניות כדי לשפר את השירות הניתן למבוטחים. ראוייה להערכה גם ההחלטה להפעיל את התוכנית על בסיס ניסויי, דבר שאפשר תהליך אינטנסיבי של למידה, הערכה ושיפור מתמשך.

הפצת הממצאים עד כה

במהלך כל תקופת המחקר התקיימו סדרת פגישות, בפורומים שונים, שנועדו לשתף את אנשי המקצוע במוסד לביטוח לאומי וב"יד מכוונת" בממצאים שהצטברו עד אותה עת, ולדון במשמעותם. בין היתר נערכו פגישות בפורומים האלה:

- ◆ ועדת ההיגוי של התוכנית (שכללה אנשי מטה מן הביטוח הלאומי, נציגי המחוזות הרלוונטיים, ונציגי "יד מכוונת"/"פמי פרימיום")
- ◆ פורום לליווי המחקר שכלל את צוות המחקר ממכון ברוקדייל, חוקרים מאגף המחקר של הביטוח הלאומי, ונציגים מאגפים רלוונטיים נוספים במוסד לביטוח לאומי
- ◆ ועדת הנכות של המוסד לביטוח לאומי
- ◆ ועדת הכספים של המוסד לביטוח לאומי.

מקורות

1. המוסד לביטוח לאומי. "מפעל מיוחד – הקמת לשכה לסיוע בנושאי הועדות הרפואיות בסניף חיפה – מסגרת למתווה מחקר הערכה". 19/11/2012.
2. המוסד לביטוח לאומי. הקמת לשכה לסיוע בנושאי הועדות הרפואיות. 5/7/2011.
3. Strunin, L.; Boden, L.I. 2004. "The Workers' Compensation System: Worker Friend Or Foe?". **American Journal of Industrial Medicine** 45(4):338-345.
4. Van Rijssen, H.J.; Schellart, A.; Anema, J.; Van der Beek, A. 2009. "A Theoretical Framework to Describe Communication Processes during Medical Disability Assessment Interviews". **BMC Public Health** 9(1):375.
5. Samoocha, D.; Bruinvels, D.J.; Anema, J.R.; Steenbeek, R.; Van Der Beek, A.J. 2009. "Empowerment of Disability Benefit Claimants through an Interactive Website: Design of a Randomized Controlled Trial". **BMC Medical Informatics and Decision Making** 9(1):23.
6. Banks, P.; Lawrence, M. 2005. "Transparent Or Opaque? Disabled People in Scotland Describe their Experience of Applying for Disability Living Allowance". **Journal of Social Work** 5(3):299-317.
7. Lippel, K. 2012. "Preserving Workers' Dignity in Workers' Compensation Systems: An International Perspective". **American Journal of Industrial Medicine** 55(6):519-536.
8. Lippel, K. 2007. "Workers Describe the Effect of the Workers' Compensation Process on their Health: A Quebec Study". **International Journal of Law and Psychiatry** 30(4):427-443.
9. Murray, M. 2007. "Fish Harvesters with Injuries' Accounts of their Experiences with the Workers' Compensation System". **Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation** 28(1):47-56.
10. O'Fallon, E.; Hillson, S. 2005. "Brief Report: Physician Discomfort and Variability with Disability Assessments". **Journal of General Internal Medicine** 20(9):852-854.
11. Meershoek, A.; Krumeich, A.; Vos, R. 2007. "Judging without Criteria? Sickness Certification in Dutch Disability Schemes". **Sociology of Health & Illness** 29(4):497-514.
12. De Boer, W.; Besseling, J.; Willems, J. 2007. "Organisation of Disability Evaluation in 15 Countries". **Pratiques Et Organisation Des Soins** 38:21-46.

13. Pransky, G.; Katz, J.; Benjamin, K.; Himmelstein, J. 2002. "Improving the Physician Role in Evaluating Work Ability and Managing Disability: A Survey of Primary Care Practitioners". **Disability & Rehabilitation** 24(16):867-874.

14. Van Rijssen J; Schellart AJM; Anema JR; van der Beek AJ. 2013. Communication skills training for physicians performing work disability assessments increases knowledge and self-efficacy: results of a randomised controlled trial. **Disabil Rehabil**, Early Online: 1–9.

DOI: 10.3109/09638288.2012.751130

15. Samoocha D; Snels IAK; Bruinvels DJ; Anema JR; van der Beek AJ. 2011. Effectiveness of an Interactive Website Aimed at Empowerment of Disability Benefit Claimants: Results of a Pragmatic Randomized Controlled Trial. **J Occup Rehabil** 21:410–420

נספחים

נספח א: חברת "פמי פרימיום"⁴⁸

חברת "פמי פרימיום" היא חברה פרטית העוסקת בניהול פרויקטים ותהליכים מורכבים ובמתן שירותים במגוון תחומים. אנו ב"פמי פרימיום" מעניקים את הפתרונות הטובים ביותר, במתן מערכי שירות בתחום הבריאות, הרכב, הדירה וה-TPA – ניהול ופיקוח על בקרת הוצאות), וכל זאת בפריסה ארצית. את שירותינו המקצועיים אנו מציעים לכל חברות הביטוח בישראל, למשרדי הממשלה, לצה"ל, לגופים ולארגונים רבים נוספים. אנו ב"פמי פרימיום" מספקים שירותים ליותר מ-2,300,000 לקוחות קצה מרוצים. מדי יום אנו מקיימים יותר מ-5,500 שיחות עם לקוחות החברה ובין 1,200 ל-1,500 פגישות עם לקוחות. כלל האופרציות והתהליכים המופעלים על ידינו מנוהלים, מתופעלים ומבוקרים באמצעות מערכות מחשוב מרכזיות וייעודיות. מתן שירות מעולה לכל לקוחות החברה הוא החזון והדרך שלנו ב"פמי פרימיום". שביעות הרצון של הלקוחות נמצאת אצלנו בראש סדר החשיבות ואנו עושים הכול כדי לתת את השירות הטוב, החם והמקצועי ביותר.

חברת "פמי פרימיום" מתמחה בניהול מערכות בריאות בארץ ובעולם, בביצוע בקרה רפואית ובמתן שירותי רפואה פרטית. החברה מספקת למבוטחי חברות הביטוח השונות (כחלק ממערך השירות הכולל של החברה לענף הביטוח) מגוון שירותים רפואיים על פי מגוון כתבי שירות שהן משווקות, ולצד זאת מעניקה שירותי בקרה רפואית למערכת הביטחון, לחברות הביטוח, לקופות החולים ולמוסדות וארגונים נוספים בישראל.

אנו מפעילים מערך שירותי בריאות מתקדם המציע למנויים סיוע, הכוונה וטיפול רפואי בארץ ובחו"ל. במהלך השנים צברנו ניסיון רב בטיפול באלפי אירועים בכל שנה. מערך שירותי הבריאות כולל יותר מ-1,500 ספקים וגורמים רפואיים, רופאים בהתמחויות שונות, מעבדות ומכונים בכל בתי החולים בארץ. מערך זה מנוהל על ידי מוקד רפואי המפקח על כל פעילות החברה. בדרך זו אנו מספקים למבוטחים שלנו שירות מקצועי ביותר, ומבטיחים לחברות הביטוח לקוחות בריאים ומרוצים.

⁴⁸ הנספח נכתב בהתבסס על אתר החברה.

נספח ב: מהלך ביקור טיפוס ב"יד מכוונת", נכון לאמצע שנת

2015

הפניה הטיפוסית מתחילה בשיחת טלפון מן הלקוח, ובמהלכה מבררת המזכירה הרפואית במרכז את מהות הפנייה והאם היא רלוונטית לשירותים הניתנים בו. נוסף לכך נעשה הליך של תיאום ציפיות בנוגע לשירותים הניתנים ולשירותים שאינם ניתנים במרכז (לדוגמא: חוות דעת רפואית, בדיקות רפואיות). אם הפנייה רלוונטית, המזכירה קובעת לפונה מועד לביקור במרכז ומדריכה אותו בנוגע למסמכים שעליו להביא ולבירורים שעליו לעשות לקראת הביקור.

בעת הביקור יושב המבקר עם המזכירה והיא מסייעת לו למלא טפסים (שאלון רפואי וטופס ויתור סודיות רפואית). לאחר מכן נערכת פגישה עם הרופא. תחילה עובר הרופא על השאלון הרפואי כדי להבין את מכלול הבעיות הרפואיות שמהן סובל המבקר, ולאחר מכן הוא מברר לעומק את מהות הבעיה הרפואית ואת השלכותיה על תפקודו. הרופא עובר על המסמכים הרפואיים שאותם הביא המבקר ובודק האם הם מגבים את טענותיו. נוסף לכך הוא בודק האם המסמכים הרפואיים עדכניים ורלוונטיים.

אם אין צורך לקבל מסמכים רפואיים נוספים, מוציא הרופא סיכום לתיק הרפואי הכולל את כלל הבעיות הרפואיות שעליהן מוגשת התביעה ואת המסמכים הרפואיים הקיימים בתיק, המגבים כל בעיה ובעיה. לאחר מכן חוזר המבקר למזכירה לצורך בניית התיק הרפואי וארגונו בתיק ייעודי.

בשלב הבא מסבירה המזכירה למבקר על מהי ועדה רפואית ועל אופן ההתנהלות הנדרש מצדו. נוסף לכך היא מעניקה לו טופס הדרכה אישי המלווה אותו בוועדה. הטופס כולל את מכלול הבעיות הרפואיות שעליהן הוגשה התביעה וכן פירוט על אופן השפעתן על תפקודו היום-יומי בעבודה ובבית.⁴⁹

בחלק מן המקרים שבהם נדרש המבוטח לשוב עם מסמכים רפואיים נוספים, קובעת המזכירה תור לביקור חוזר לצורך השלמת בניית התיק וקבלת הדרכה.

⁴⁹ בראשית דרכה של "יד מכוונת" ההדרכה הייתה בסיסית בלבד. חלק מן הרכיבים שצוינו התווספו לאחר מכן.

נספח ג': הבדלים בין מרכז "יד מכוונת" לחברה למיצוי זכויות

באוקטובר 2013 ביקר צוות המחקר במשרד של אחת מן החברות למיצוי זכויות. הביקור כלל פגישה עם הנהלת החברה וכן סיור מודרך במקום.

בלוח ג-1 מוצגת השוואה בין מרכז "יד מכוונת" לבין החברה למיצוי זכויות, בנוגע למגוון משתנים הקשורים להיקף הפעילות, לפרסום, לנראות ציבורית ולהיקף הפעילות. הלוח מתבסס על מידע משנת 2013, וייתכן שחלו שינויים מאז.

מן הלוח עולה כי לעומת השירות הניתן ב"יד מכוונת", השירות הניתן בחברה למיצוי זכויות טיפל בפניות מול מגוון רחב יותר של משרדי ממשלה, וליווה את התובעים ליווי מקיף יותר ותומך יותר. מדובר בארגון ותיק יותר, גדול יותר וכנראה הביקור אצלה גם כרוך בעלות גבוהה יותר. הבדל מרכזי נוסף הוא שהשירות ב"יד מכוונת" ממומן על ידי המוסד לביטוח לאומי, לעומת החברה למיצוי זכויות שבה הלקוח מממן את השירות. נוסף לכך, ב"יד מכוונת" הרקע המקצועי של היועץ העיקרי הוא רפואה, ואילו בחברה למיצוי זכויות היועצים העיקריים הם בעלי תואר ראשון (לרוב במדעי החברה והרוח), ורופא מעניק ייעוץ משלים בהיבטים הרפואיים.

לוח ג-1: הבדלים עיקריים בין מרכז "יד מכוונת" לחברה למיצוי זכויות

חברה למיצוי זכויות	"יד מכוונת"	
פרטים כלליים:		
שנת ייסוד	דצמבר 2012	2003
מיקום	חיפה	תל אביב-יפו וחיפה
מספר סניפים	1	2
אסטרטגיית פריסה	סניף משרת אזור	סניף מרכזי לכל הארץ
גורם מממן	המוסד לביטוח לאומי	תשלום מלקוחות
היקף פעילות:		
היקף הזכויות המטופלות	נכות כללית, נכות מעבודה, שר"ס, ילד נכה, מס הכנסה, נפגעי פעולות איבה	15 זכויות שונות
זהות הגורמים מולם מטפלים	ביטוח לאומי	ביטוח לאומי, מס הכנסה, חברות הביטוח, קרנות הפנסיה, משרד הביטחון
היקף פונים בשבוע	כ-50	כמה מאות
משך הטיפול בכל פונה (מספר מפגשים)	משתדלים לגמור את הטיפול במפגש בודד כדי לא לטרטר את הפונים, זמינים להמשך טיפול בטלפון ובפקס	מספר רב של פגישות: ייעוץ, פגישות עם מנהלת לקוחות, מפגש עם הרופא זמינים לליווי גם בטלפון
תשתית פיזית	שלושה חדרים והול, מרוהטים פונקציונלית, נגישות בעייתית לנכים	גדולה ומושקעת מבחינת העיצוב. נגיש מאוד, כולל שירותי נכים.
הכנסת הארגון פר לקוח	נמוכה יחסית	גבוהה יחסית
מספר עובדים	מנהל, שלוש מזכירות ושני רופאים + רופאים מומחים	מעל 100 עובדים: טלפניות, יועצות ורופאים
הרקע המקצועי של היועצים העיקריים	רפואה	תואר ראשון (לרוב במדעי החברה או הרוח)
זמן ההכשרה של הצוות (על ידי המעסיק ו/או הביטוח הלאומי)	הכשרה ראשונית של שלושה שבועות + הרצאות מדי פעם	הכשרה של כמה חודשים ובהמשך עבודה תחת ליווי של עובדת ותיקה
פרסום ונראות ציבורית:		
אפיקי פרסום ושיווק השירות	פרסום במדיה, מכתב מביטוח לאומי לתובעים, הפניה על ידי פקידי הביטוח הלאומי בסניפים הרלוונטיים, מפגשים עם אנשי מקצוע במחלקות משאבי אנוש של מעסיקים גדולים.	פרסומות (טלוויזיה, רדיו, עיתונים), מודעות בגוגל וקישורים ממומנים. מודעות בשלטי רחוב
קיום אתר אינטרנט	אין	יש
האם מפרסמים סיפורי הצלחה	לא	כן, באתר, בסניף ובתקשורת
פעילות נוספת במישור הציבורי	אין	קמפיילים לשיפור השירות בביטוח הלאומי.
אופני פעולה:		
האם מסננים מקרים בעלי סיכוי נמוך?	לא. לא מעריכים סיכויי הצלחה. מסייעים לכל הפונים להגיש תביעה	כנראה שכן
האם מעבירים את התיק	לא. לתיק מצורף מסמך המסכם את	כן. לתיק מצורפת חוות דעת

יחד עם המלצה?	מהות התביעה, אך ללא המלצות	רפואית הכוללת הערכת אחוזי הנכות המגיעים לתובע.
האם מייעצים מה להדגיש בעל פה בועדה הרפואית?	לא ברור אם כלול במנדט הפעולה של המרכז ולא ברור עד כמה נעשה בפועל	כן, כחלק מן ההכנה של התובעים לועדה
עד כמה משקיעים בצד הרגשי (עידוד בנוגע לזכות לתבוע, ליווי אישי ותומך וכו')	כנראה שפחות	כנראה שהרבה

נספח ד: פירוט בנוגע לשני סבבי סקר המבקרים במרכז "יד מכוונת"

הסבב הראשון

1. **מטרות:** קבלת משוב על הנעשה במרכז כבר בשלבים ראשוניים של מחקר ההערכה.
2. **שיטת המחקר:**
 - ◆ עשרה ראיונות פנים אל פנים עם פונים שביקרו במרכז ב-25 באוגוסט 2013. שיעור היענות: 100%
 - ◆ 28 ראיונות טלפוניים עם אנשים שפנו למרכז במהלך השבוע הראשון של אוקטובר. הראיונות נערכו ב-8-13 באוקטובר 2013. שיעור ההיענות עמד על כ-60% (לא היו סירובים; במקרים האחרים לא היה מענה).
3. **מגבלות המחקר:**
 - ◆ מספר מרואיינים קטן
 - ◆ נקודת הזמן שבה נערכו הראיונות (לפני הוועדה וטרם נודעו תוצאות התביעה).
4. **ממצאים:**
 - א. נושא הפנייה – שלושה רבעים מן המרואיינים פנו בנושא נכות כללית, השאר פנו בנושאי נכות בעבודה, ילד נכה או שר"ם.
 - ב. עיתוי הפנייה – לא נמצאה נקודת זמן בולטת לפנייה למרכז; חלק פנו לפני הגשת התביעה, חלק פנו בתקופה שבין הגשת התביעה לבין הוועדה הרפואית וחלק פנו על מנת להכין ערעור על החלטת הוועדה.
 - ג. איך שמעו על המרכז? – לא נמצא מקור אחד בולט. שילוב בין אינטרנט, עיתון, חבר או בן משפחה, פקיד בביטוח לאומי, ומכתב הנשלח מן המוסד לביטוח לאומי למגישי התביעות.
 - ד. ציפיות – כמחצית מן המרואיינים ציינו רק את רצונם בסיוע בארגון תיק המסמכים או בהשלמת התיק באמצעות שליחה לבדיקות נוספות. אחרים ביקשו גם הערכה של סיכויי התביעה להתקבל והכנה לקראת הוועדה (מה להגיד, כיצד להתנהג ומה להדגיש).
 - ה. מה כלל הביקור במרכז – רוב המרואיינים דיווחו כי הביקור כלל בעיקר את ארגון התיק ושליחתו לבדיקות נוספות. מרואיינים מעטים דיווחו גם על קבלת עצות, על סיוע בניסוח מכתבים ועל הרחבת התביעה לליקויים נוספים שעבורם לא הובאו מסמכים מלכתחילה.
 - ו. הזמן שהוקדש
 - ◆ הרופא – לרוב בין 5 ל-40 דקות (כשליש – פחות מעשר דקות; בודדים – כרבע שעה; השאר – בין חצי שעה לשעה)

- ◆ הפקידה – לרוב 10-15 דקות במרכז, שיחות נוספות בטלפון
- ◆ רוב המרואיינים (90%) ציינו כי משך הפגישה עם הרופא היה סביר.
- ז. האם במרכז סיפרו על המשך התהליך?
 - כשני שלישים מן המרואיינים השיבו כי לא קיבלו מידע נוסף על סידור התיק ועל הנחיות בנוגע למה להגיש לביטוח הלאומי. חלק מהם הסבירו כי מאחר שכבר התנסו בעבר בוועדה רפואית של ביטוח לאומי, לא נזקקו להסברים נוספים. מקצועיות הצוות: הרוב (כשלושה רבעים מן המרואיינים) – טוב עד מצוין; היתר – נמוך עד בינוני.
 - ח. יחס הצוות
 - ◆ שבחים מכולם על תפקודן של הפקידות
 - ◆ שונות בתשובות בנוגע לרופאים; חלק חשבו שהרופא מילא את תפקידו על הצד הטוב ביותר, אחרים טענו כי הוא היה קר, חסר סבלנות, קונקרטי והתמקד בסידור המסמכים.
 - ט. עד כמה הביקור עזר?
 - כמחצית דיווחו שהביקור עזר או עזר מאוד; היתר דיווחו שהביקור לא עזר או לא כל כך עזר
 - י. שביעות הרצון מן השירות שניתן במרכז נמדדה באמצעות סולם הנע מ-1 (מאוד לא שבע רצון) ועד 5 (מאוד שבע רצון)⁵⁰.
 - ◆ כמחצית העניקו ציון 5
 - ◆ כשליש העניקו ציון 3 או 4
 - ◆ השאר העניקו ציון 1 או 2
 - יא. מה ניתן לשפר?
 - ◆ כמחצית אמרו שאין להם הצעות לשיפור
 - ◆ ההצעות השכיחות ביותר, לפי סדר יורד, היו:
 - i. ייעוץ איך להתנהל בוועדה, מה להדגיש שם
 - ii. הסברים/הכנה למה שעומד להיות בוועדה
 - iii. לזהות טיעונים נוספים, לשאול יותר על בעיות, לעיין יותר במסמכים
 - iv. יותר הקשבה
 - v. יותר מגע עם רופאים מומחים למחלות ספציפיות
 - vi. מוטיבציה שאצליח
 - vii. הערכת הסיכויים
 - viii. ליווי בוועדה עצמה

⁵⁰ הדיווח בסעיף זה מתייחס לתשובות שהתקבלו בראיונות הטלפוניים. הראיונות פנים-אל-פנים כללו שאלות פתוחות בלבד. מהם עלה הרושם כי קבוצה זו הייתה מרוצה פחות.

נוסף לכך עלתה הערה בנוגע לעובדה כי במרכז יש חניית נכים אחת בלבד. כן הועלתה הצעה לשפר את היחס של הרופא, לרבות שימת דגש על שמירת הפרטיות של הפונים – לא לנהל עליהם שיחות בחלל המשותף.

יב. פנייה לגורמים פרטיים

- ◆ קצת יותר משליש מן המרואיינים שקלו לפנות לגורם פרטי. הסיבות העיקריות לאי-פנייה היו העלות הגבוהה הכרוכה בכך וכן הגישה המסחרית או המשפטית מדי של גורמי הסיוע הפרטיים.
- ◆ חלק ישקלו לפנות לגורם פרטי בעתיד, אם יתאכזבו מן התוצאות בשלב זה
- יג. מהות הקשר עם המוסד לביטוח לאומי
- ◆ העניין העסיק רק מיעוט מתוך המרואיינים (פחות מרבע)
- ◆ מבין האחרים, חלק הבינו באופן כללי את אופי הקשר וחלק לא הבינו אותו
- יד. המלצה לחברים לפנות ל"יד מכוונת" – כשני שלישים היו ממליצים. בין הממליצים גם כאלה שלא חשו כי השירות תרם להם אך ממליצים לפנות לשירות כנקודת פתיחה לתהליך.
- טו. חששות נוספים
- ◆ על אף שהמחלה מתועדת, ביטוח לאומי לא ייתן את המגיע
- ◆ מכיוון שהשירות ניתן ללא עלות, הוא לא עושה את המרב עבור הפונה.

הסבב השני

1. **מטרות:** קבלת משוב על הנעשה במרכז כשנה וחודשיים לאחר השקתו, ובדיקת מידת הפקת הלקחים מן הסבב הראשון.

2. **שיטת המחקר:**

- ◆ בשבוע הראשון של פברואר ביקרו ב"יד מכוונת" 57 אנשים⁵¹.
- ◆ נערכו ראיונות טלפוניים עם 35 מתוכם במהלך מרץ 2014, כך ששיעור ההיענות עמד על 61%.
- ◆ הסיבות לאי-היענות היו: אין מענה (21%), סירוב (12%), וקשיי שפה/תקשורת (5%).

3. **ממצאים:**

- א. נושא הפנייה – שני שלישים מן המרואיינים פנו בנושא נכות כללית. היתר פנו בנושאי נכות מעבודה וילד נכה.
- ב. עיתוי הפנייה – כ-85% מן המרואיינים דיווחו שביקרו במרכז לפני הגשת תביעה לביטוח הלאומי⁵².

⁵¹ חלק מן המבקרים ביקרו במרכז יותר מפעם אחת, כך שהיו סך-הכול 65 ביקורים באותו שבוע.

- ג. איך שמעו על המרכז – כ-30% מן המרואיינים שמעו על המרכז דרך כלי התקשורת, ועוד כ-25% דרך עלונים של המוסד לביטוח לאומי. מקורות נוספים, נפוצים פחות, הם: חברים, רופאים, אתר האינטרנט של הביטוח הלאומי וצוות העובדים של המוסד לביטוח הלאומי.
- ד. ציפיות – כמעט כל המרואיינים ציינו ציפיות נמוכות או ציפיות שהתמקדו בהכנת התיק. כמה מהם ציינו ייעוץ בנוגע למידת הכדאיות של הגשת התביעה.
- ה. מענה לציפיות – כמעט כל המרואיינים ציינו כי ציפיותיהם נענו. מרואיינים אחדים ציינו ציפיות שלא נענו, ובהן:

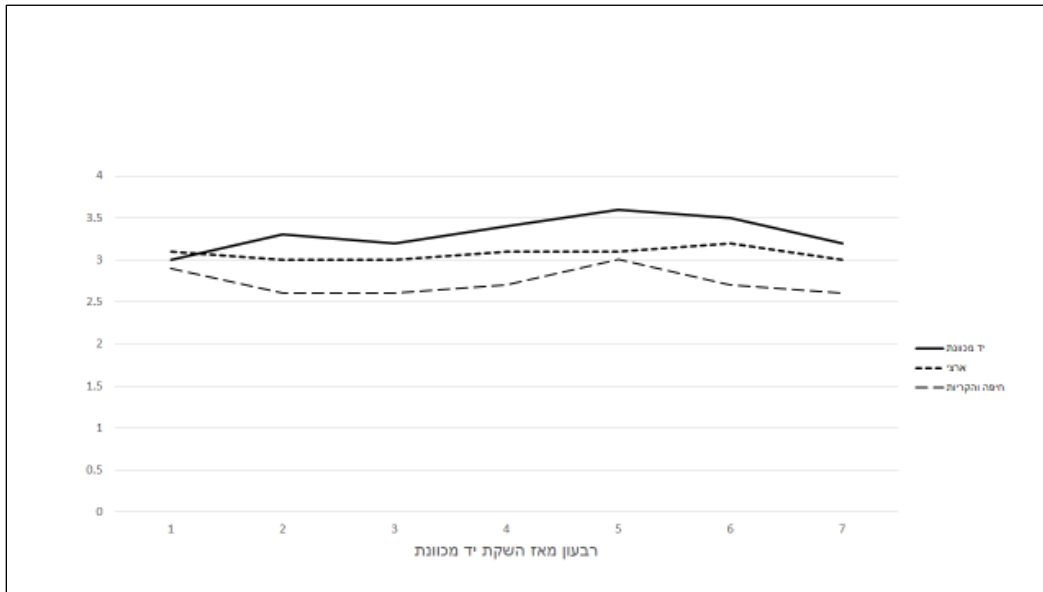
- ◆ ש"יד מכוונת" תמליץ לוועדה הרפואית על שיעור הנכות שיש להעניק
 - ◆ שנציג מ"יד מכוונת" ילך עמם לפגישה עם הוועדה
 - ◆ שהצוות ב"יד מכוונת" יסביר להם מה יקרה בוועדה ומה להגיד בה
 - ◆ שהפגישה עם הוועדה הרפואית תתרחש במסגרת הביקור במרכז.
- ו. מה עשו ב"יד מכוונת" – המרואיינים ציינו בעיקר בדיקה וארגון המסמכים, סיוע במילוי טפסים, הכנת מכתב מסכם, והכוונה אילו בדיקות נוספות יש לבצע ואילו בדיקות ומסמכים אין טעם לכלול בתיק. לא מעט ציינו בחיוב את העידוד לחזור למרכז לאחר השלמת הבדיקות.
- ז. משך הפגישה
- ◆ משך הפגישה עם המזכירה – כשליש דיווחו על פגישה של חצי שעה או יותר, כשליש דיווחו על פגישה של 15-20 דקות, וכשליש דיווחו על פגישה בת פחות מרבע שעה (לרוב 10 דקות)
 - ◆ משך הפגישה עם הרופא – כנ"ל
 - ◆ 88% מן המרואיינים השיבו שאורך הפגישה עם הרופא היה סביר.
- ח. הכנה לפגישה עם הוועדה הרפואית
- ◆ כ-40% מן המרואיינים דיווחו שבמרכז סיפרו להם על אופן ההתנהלות של הוועדות הרפואיות.
 - ◆ נוסף לכך, כ-10% מן המרואיינים ציינו שלא היה להם צורך בהכנה כזו מאחר שכבר השתתפו בוועדה רפואית בנוגע לתביעה קודמת
 - ◆ 10% נוספים מקרב המרואיינים ציינו שצפויה להם פגישה נוספת במרכז, וייתכן שבה יקבלו תדרוך על אופן ההתנהלות של הוועדה הרפואית.
- ט. מקצועיות הצוות
- ◆ כ-90% מן המרואיינים ציינו שעבודת המזכירה התאפיינה ברמה גבוהה של מקצועיות

⁵² מניתוח נתונים מנהליים של המוסד לביטוח לאומי עולה כי בקרב אנשים שהגישו תביעה בשנת 2013, וגם ביקרו במרכז, הביקור קדם להגשת התביעה בכ-70% מן המקרים. ייתכן שחלק מן הפער מוסבר בכך שלא כל המבקרים במרכז מגישים תביעה בסופו של דבר.

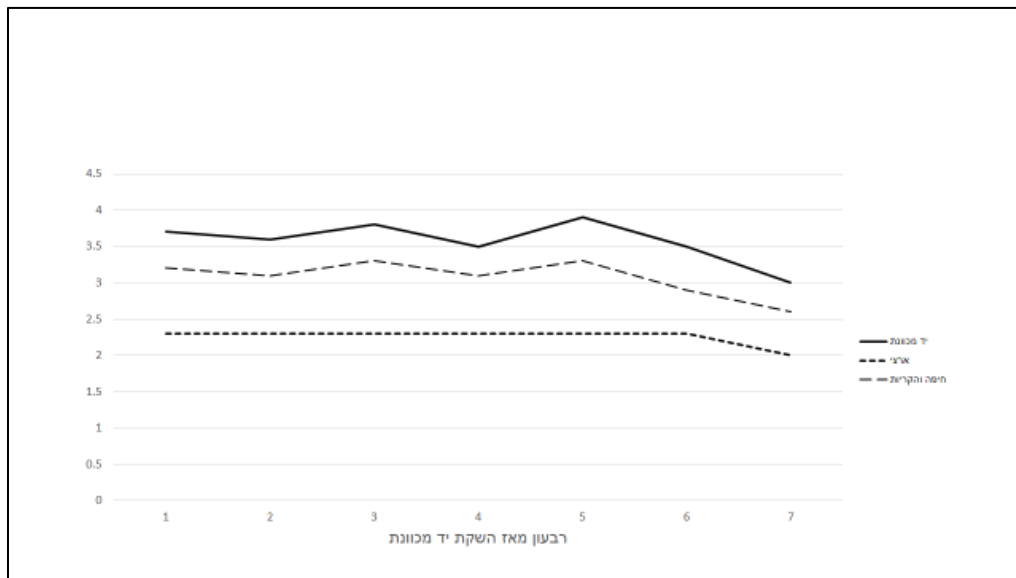
- ◆ כ-80% ציינו שעבודת הרופא התאפיינה ברמה גבוהה של מקצועיות. כמעט כל היתר דירגו את מקצועיות הרופא "בסדר" ורק מרואיין אחד ציין כי הרופא היה לא מקצועי.
- י. יחס הצוות – כ-90% מן המרואיינים ציינו לשבח את היחס של הרופא ושל המזכירה.
- יא. עד כמה הביקור עזר? – קצת יותר מ-80% מן המרואיינים דיווחו שהביקור עזר במידה משמעותית.
- יב. שביעות הרצון מן השירות שניתן במרכז נמדדה באמצעות סולם הנע מ-1 (מאוד לא שבע רצון) ועד 5 (מאוד שבע רצון).
- ◆ כמעט כל המרואיינים (87%) העניקו ציון 4 או 5
- ◆ הרוב המכריע (69%) העניקו ציון 5.
- יג. מה ניתן לשפר – ל-70% מן המרואיינים לא היו הצעות לשיפור השירות הניתן במרכז. רק שלוש הצעות צוינו יותר מפעם אחת:
 - ◆ הוספת הערכה בנוגע לסיכוי לקבלת קצבה
 - ◆ מתן הסבר מפורט יותר בעת הביקור במרכז על מה יקרה בוועדה הרפואית
 - ◆ מתן הכוונה רבה יותר בנוגע למה כדאי לומר בוועדה ואיך יש לומר זאת.
- יד. גורמים פרטיים
 - א. כ-10% מן המרואיינים יצרו קשר ראשוני עם גורם סיוע פרטי (בטלפון או בביקור) אך לא המשיכו עמו את תהליך הייעוץ. כ-20% נוספים שקלו ליצור קשר כזה, אך בחרו שלא לעשות כן.
 - ב. הסיבה העיקרית להחלטה שלא להיעזר בגורם סיוע פרטי הייתה העלות הגבוהה הכרוכה בשירות. סיבה נוספת להחלטה כזו הייתה תחושת אי-נוחות בשל האופי המסחרי של גורמים אלו.
 - טו. מהות הקשר עם המוסד לביטוח לאומי
 - ◆ כמעט 70% מן המרואיינים הבינו שיש קשר בין "יד מכוונת" לביטוח הלאומי, ומתוכם כמעט כולם הבינו נכון שמדובר במיקור חוץ
 - ◆ מתוך אלו שהבינו שקיים קשר, כ-80% ראו קשר זה כדבר חיובי.
 - טז. המלצה לחברים לפנות ל"יד מכוונת" – כ-90% ציינו כי היו ממליצים לחבריהם לפנות למרכז.

נספח ה: הקביעות של הרופאים המנתב בתביעות על פני זמן

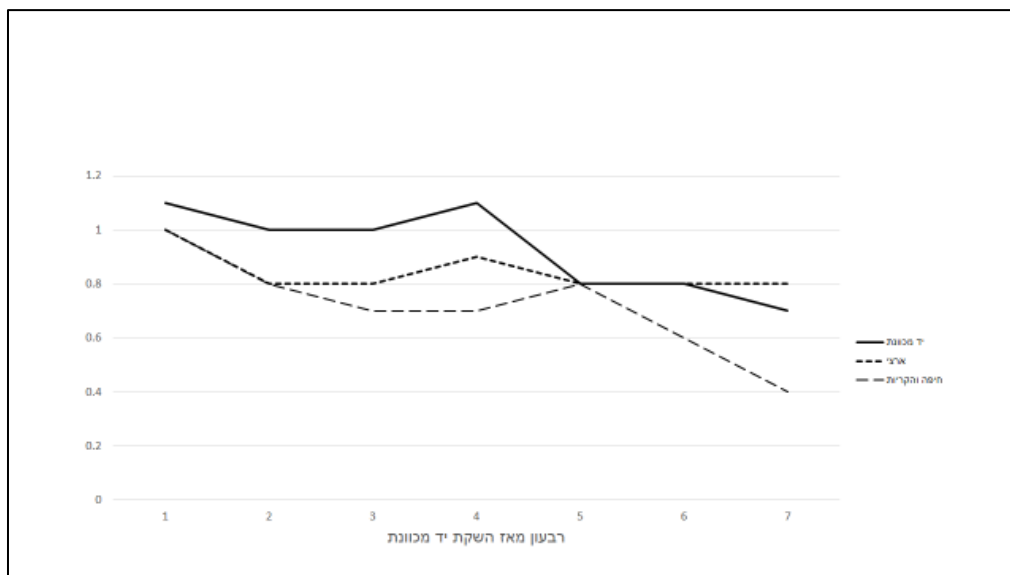
תרשים ה-1: ממוצע האבחנות שקבע הרופא המנתב בתביעות של נכות כללית



תרשים ה-2: ממוצע מומחים שקבע הרופא המנתב בתביעות של נכות כללית



תרשים ה-3: ממוצע מסמכים חסרים שקבע הרופא המנתב בתביעות של נכות כללית



נספח ו: סקר התובעים – מאפייני רקע

לוח ו-1: סקר התובעים – מאפייני רקע

א. מאפיינים דמוגרפיים ומאפיינים חברתיים-כלכליים				
מין:	סך-הכול	קבוצת הניסוי	קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה
גברים	51	55	49	50
נשים	49	45	51	5
ארץ לידה:	סך-הכול	קבוצת הניסוי	קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה
ישראל	63	68	65	57
אחר	37	32	35	43
ממוצע שנות לימוד:	12.0	12.1	11.9	12.2
לאום:	סך-הכול	קבוצת הניסוי	קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה
יהודי	86	84	93	82
ערבי ואחר	14	16	7	18
הכנסה חודשית:	סך-הכול	קבוצת הניסוי	קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה
עד 4,000 ש"ח	50	46	49	54
יותר מ-4,000 ש"ח	50	54	51	46
ב. סוגי התביעה				
סך-הכול	קבוצת הניסוי	קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה	תביעה ראשונה
39	40	36	40	40
31	34	33	27	27
4	3	2	6	6
27	23	29	27	27
ג. פעילות יום-יומית				
שיעור המשיבים "יכול רק עם עזרה" או "לא יכול כלל"				
סך-הכול	קבוצת הניסוי	קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה	הטיפול האישי
17	11	21	21	21
52	47	55	53	53
34	29	39	36	36
20	17	22	21	21
11	7	12	13	13
ד. מצבי מוגבלות				
סך-הכול	קבוצת הניסוי	קבוצת השוואה תל אביב-יפו	קבוצת השוואה חיפה	ראייה
40	41	37	44	44
26	28	22	28	28
72	78	73	65	65
53	57	53	51	51
31	36	28	30	30
57	58	61	53	53

מפעלים מיוחדים

- מס' 1 - הבראה לאמהות למשפחות מרובות ילדים, אלחנן בלומנטל, 1974.
- מס' 2 - הערכת התוצאות של הדרכה תזונתית למשפחות מרובות ילדים, שרה בבלי וגילה מיכאלי, 1975.
- מס' 3 - "קשיש לקשיש" בשכונת גונן בירושלים בשנים 1969 – 1975, 1975.
- מס' 4 - מפעל ניסיוני לשיפור שירות ההזנה בבתי הספר בלוד וברמלה בשנת הלימודים תשל"ה, אגי מיינהרד ונעמי פינטון, 1976.
- מס' 5 - חינוך והדרכה לאורח חיים חסכוני למשפחות מרובות ילדים, נעמי פינטון, 1976.
- מס' 6 - מפעל ניסיוני ליצירת תהליך אבחון תעסוקתי לקשישים, רחל וינשטיין, 1976.
- מס' 7 - מפעל ניסיוני לשירות הזנה כולל בכפר סבא, נעמי פינטון ואגי מיינהרד, 1977.
- מס' 8 - פרויקט עבודה קהילתית בשכונת שפרינצק בקרית שמונה, נעמי פינטון, 1978.
- מס' 9 - מפעל ניסיוני לסיוע משפטי חינוך בנושאי ביטוח לאומי (שירות אוניברסאלי ללא מבחן הכנסות); סקר מעקב, 1978, ראובן שטיינר ויוסף זילבר, 1979.
- מס' 10 - עמדות האוכלוסייה כלפי שאלות של בריאות הנפש (ממצאים מתוך סקר בשכונות מצוקה בירושלים), נעמי פינטון, 1980.
- מס' 11 - השירות המקיף לקשיש בטבריה, ברנדה מורגנשטיין ורונית ליברמן, 1981.
- מס' 12 - חונכות – פרויקט לעזרה הדדית של נוער בשכונת רוממה, ירושלים, נעמי פינטון, 1981.
- מס' 13 - צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים – שרותים נחוצים ועלותם, חלק א', בני-ברק, חוקר ראשי ד"ר יוסף זילברשטיין, 1981.
- מס' 14 - חונכות – פרויקט לעזרה הדדית של נוער בשכונת רוממה, ירושלים – דו ח סיכום, נעמי פינטון, 1982.
- מס' 15 - מפעלים ניסיוניים לסיוע לאלמנות שאירים, ברנדה מורגנשטיין ורונית ליברמן, 1983.
- מס' 16 - חוק ביטוח נכות כללית – קצבה לילדים נכים בגיל 3 - 14, ברנדה מורגנשטיין, 1983.
- מס' 17 - חימום בתי קשישים בשכונת נחלאות בירושלים, יעקב צדקה ומרים שמלצר, 1984.
- מס' 18 - מפעל תעסוקה לקשישים, קרית גת, ברנדה מורגנשטיין, 1984.
- מס' 19 - היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואספקתם על ידי המשפחה וגורמים בקהילה – בני ברק ובאר שבע, ברנדה מורגנשטיין, 1984.
- מס' 20 - הערכת מוגבלות תפקודית של נכים, שירותים מיוחדים לנכים, ברנדה מורגנשטיין ופרלה ורנר, 1985.
- מס' 21 - מועדונים פסיכוגיאטריים בירושלים, שרית בייץ, ברנדה מורגנשטיין, מרים כרמלי, 1985.
- מס' 22 - מקלט לנשים מוכות, אשדוד – מעקב מחקרי, נעמי פינטון ויהודית סלעי, 1985.
- מס' 23 - הדרכת בני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים בביתם, ברנדה מורגנשטיין, פרלה ורנר ומרים כרמלי, 1985.
- מס' 24 - הכשרת פנסיונרים מתנדבים לעבודה קהילתית, ברנדה מורגנשטיין ופרלה ורנר, 1985.
- מס' 25 - סדנא לאלמנות שאירים במסגרת מחלקת השיקום, ברנדה מורגנשטיין ומרים כרמלי, 1986.
- מס' 26 - מקלט לנשים מוכות, אשדוד – סיכום שנת מעקב 1983/4, נעמי פינטון ויהודית סלעי, 1986.
- מס' 27 - פרויקט הכשרה בלתי פורמלית למטפלות בית – מחקר הערכה, יהודית סלעי ונעמי פינטון, 1988.
- מס' 28 - תוכנית למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, אדית דר, 1988.
- מס' 29 - מערך שירותים מוגבר בקהילה לקשישים סיעודיים שקיבלו אישור לסידור במוסד סיעודי – רמת גן, מרים כרמלי וברנדה מורגנשטיין, 1989.
- מס' 30 - מפעל מיוחד לגמילה מאלומות במשפחה, דינה סגל, נעמי פינטון ודבי עובדיה, 1989.
- מס' 31 - חונכות ילדי אסירים, דבי עובדיה, 1989.

- מס' 32 - **שיבולת – ניידת שירותים לקשישים מוגבלים**, פרלה ורנר וברנדה מורגנשטיין, 1989.
- מס' 33 - **ההפעלה הניסיונית של חוק ביטוח סיעוד, חלק א'**, ברנדה מורגנשטיין, שרית בייץ-מוראי ותמר הרון, 1989.
- מס' 34 - **פרויקט גמלאים בביה"ס התיכון העירוני קריית שרת בחולון**, הדסה האז, 1989.
- מס' 35 - **מפעל מיוחד לחונכות ילדי אסירים, שנה ב'**, דבי עובדיה, 1990.
- מס' 36 - **שירות פסיכולוגי בבתי אבות של משען**, שרית בייץ-מוראי, 1990.
- מס' 37 - **מפעל מיוחד – הלוואות לעזרים רפואיים**, שאול נמרודי, 1990.
- מס' 38 - **תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, שנה ב'**, אדית דר וענת שמש, 1990.
- מס' 39 - **דו ח מסכם – קליטה והדרכה של עובדי יצור ישראליים במפעל פולגת קרית גת**, ג'ולי צוויקל, 1990.
- מס' 40 - **ההפעלה הניסיונית של חוק ביטוח סיעוד, חלק ב' – מעקב**, שרית בייץ-מוראי, 1990.
- מס' 41 - **קבוצות לעזרה הדדית לבוגרי הסדנאות לגמילה מאלימות במשפחה**, חסיה קליבנסקי, 1990.
- מס' 42 - **משפחתונים לקשישים בטבריה**, יעקב צדקה, 1991.
- מס' 43 - **קו חירום לנשים מוכות**, דבי עובדיה, 1991.
- מס' 44 - **הדרכה בתחום המיני להורים ולסגל בית הספר לילדים בעלי בעיות מוטוריות בעפולה**, תמר הרון ודבי עובדיה, 1991.
- מס' 45 - **תוכניות התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, שנה ג'**, אדית דר וענת שמש, 1992.
- מס' 46 - **קבוצות לעזרה הדדית לבוגרי הסדנאות לגמילה מאלימות במשפחה**, שלומית לוי ודר אריאלה פרידמן, 1992.
- מס' 47 - **פרויקט סדנאות לנשים לאחר לידה באור עקיבא**, תמר צמח ומרים שיף, 1992.
- מס' 48 - **מפעל מיוחד סמ"ל: תוכנית קהילתית למניעת שימוש בסמים במועצה האזורית מעלה יוסף**, חביבה בר וג'אסר עסאקלה, 1992.
- מס' 49 - **משפחתון לקשישים: דגם חדש לטיפול יום בקהילה**, חנה פרימק, 1992.
- מס' 50 - **קליטת מובטלים בעבודה בצה ל במקום אנשי מילואים**, דליה גורדון, 1992.
- מס' 51 - **אתגר משותף לילדי משפחות זהבי ומורים-עולים**, דבי עובדיה, 1993.
- מס' 52 - **הערכת התכנית בטיחות סביבתית – הגורם האנושי**, ד"ר קרול רזאל ועינת בנבנשתי-שרון, 1994.
- מס' 53 - **פיתוח מסלולים מקצועיים לחיילות בגיוס מיוחד**, ד"ר יעקב אזרחי ואילן רוזינר, 1994.
- מס' 54 - **מפעלים מיוחדים לתעסוקה למרותקים לביתם: 'תכנית ברכה' בקרית טבעון, 'בית מלאכה נייד' בחיפה**, הנק הבסי ובלהה ז'יסלין, 1994.
- מס' 55 - **הדרכה בתחום המיני לסגל בית הספר, לילדים בעלי בעיות מוטוריות בעפולה, שנה שנייה**, דבי עובדיה, 1994.
- מס' 56 - **מרכז חירום טיפולי לילדים ולהורים בקרית אתא – מעקב מחקרי**, חביבה בר, 1995.
- מס' 57 - **תב"ל – תעסוקת בית למרותקים**, הנק הבסי ובלהה ז'יסלין, 1996.
- מס' 58 - **לזוי תעסוקתי לאסירים משוחררים**, דבי עובדיה-יוסף, 1996.
- מס' 59 - **מניעה וטיפול בנפילות קשישים בבאר שבע**, ד"ר ג'ולי צוויקל, 1996.
- מס' 60 - **היחידה לדרי רחובות תל אביב-יפו, מחקר הערכה – שלב א'**, שמעון שפירו ודפנה פרומר, 1996.
- מס' 61 - **הכשרת מתמכרים לשעבר כמדריכי גמילה, מחקר הערכה**, ד"ר אברהם כרמלי, נעמה הררי וטליה בראל, 1996.
- מס' 62 - **טיפול קבוצתי לנפגעי פגיעה מינית ולבני משפחותיהם**, דבי עובדיה-יוסף, 1996.
- מס' 63 - **ליווי תעסוקתי לאסירות משוחררות**, דבי יוסף, 1997.
- מס' 64 - **היחידה לדרי רחובות תל-אביב-יפו, מחקר הערכה, שלב ב'**, שמעון שפירו ודפנה פרומר, 1998.
- מס' 65 - **מועדון הזיכרון לקשישים הסובלים מירידה קוגניטיבית ובעיות זיכרון**, פרלה ורנר, 1999.

- מס' 66 - פיתוח מנהיגות במושבי מועצה אזורית בקעת בית שאן, ד"ר יעקב אזרחי, 1999.
- מס' 67 - מתחברים לנוער מנותק, ד"ר אברהם כרמלי, גב' נעמה שמיר וגב' לילי יצחקי, 1999.
- מס' 68 - חינוך מיני לנוער חרש, ד"ר עמנואל חיגר, 1999.
- מס' 69 - מרכז מידע וסיוע לילדים, אשדוד, דינה קידר וגדעון טלשר, 1999.
- מס' 70 - סדנא להכרת עולמו של הילד המיוחד, ד"ר אברהם כרמלי, גב' נעמה שמיר וגב' לילי יצחקי, 2000.
- מס' 71 - פרויקט 'גיל הצפון' גמלאים יוצרים, מפיקים ומשדרים שידורים קהילתיים, ד"ר הלל נוסק, 2000.
- מס' 72 - קבוצות לילדי נגמלים מסמים, נעמה בר-און, ד"ר מירי לוי-רוזליס, רפי יודלביץ, 2000.
- מס' 73 - תוכנית ההכשרה של מתנדבי עמותת סינגור קהילתי (חנות הזכויות), חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2000.
- מס' 74 - בית-נועם – כיוון חדש לגברים אלימים, חגית הרטף, נעמה בר-און, 2000.
- מס' 75 - פרויקט מועדוניות-ספריות עבור ילדים ובני נוער, ד"ר הלנה סינה דה-סביליה, נביל חטאב וניצה רסקין, 2001.
- מס' 76 - דירות קלט לנשים בסיכון וילדיהן, חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2001.
- מס' 77 - אמהות למען אמהות, ד"ר אברהם כרמלי, רנה פזנר, סיגל רוביצ'ק ושרה בלומנפלד, 2001.
- מס' 78 - תכנית טיפול נמרץ לגמילת אלכהוליסטים, ד"ר מרק ויסמן וד"ר ריקי סויה, 2001.
- מס' 79 - מדריכים חברתיים: הערכת הכשרה, מיפוי התפקיד והערכת התפקוד, ד"ר אברהם כרמלי, אייל אגוזי ולימור חדד, 2001.
- מס' 80 - אבות אסירים בתהליכי שחרור ומשחררים: בית ספר להורים, חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2002.
- מס' 81 - בית חם לצעירים, ד"ר הלנה סינה דה-סביליה, 2002.
- מס' 82 - הזמנה לדו-שיח, קטרינה בודובסקי וטלל דולב, 2002.
- מס' 83 - הגנה על קשישים ומניעת אלימות נגדם בהרצליה, בת כצמן והווארד ליטוין, 2002.
- מס' 84 - בית ספר שדה המשלב אוכלוסיות מיוחדות, יהודה מור, 2002.
- מס' 85 - השפעת תכנית ההתערבות רפואה שלמה למען יוצאי אתיופיה על הטיפול ומצב הבריאות בקרב חולי אסתמה וחולי סכרת, נורית ניראל, שורוק איסמעיל ומרק טרגין, 2002.
- מס' 86 - מרכז יום לאסירות משוחררות, חלק א', אמנון טימר, ארנונה סינבני ועירית שריג, 2002.
- מס' 87 - קווי מצוקה (ער 1) בשפה הערבית, ד"ר עדיטל בן-ארי וד"ר פייסל עזאזיה, 2003.
- מס' 88 - התערבות עבור ילדים ונוער שהוריהם התגרשו או נמצאים בתהליכי פירוד וגירושין, יהודה מור, 2003.
- מס' 89 - מרכז יום לאסירות משוחררות, חלק ב', ד"ר רירי סויה וד"ר מרק ויסמן, 2003.
- מס' 90 - פעילות גופנית מכלילה, פרופ' שונית רייטר וד"ר רחל טלמור, 2004.
- מס' 91 - התנדבות עובדת: מתנדבים והתנדבות במרכזי מידע ויעוץ לנוער 'הפוך על הפוך', בעז מ. בן-דוד, ד"ר חסקי-ליוונטל, רנאל, 2004.
- מס' 92 - כמה אנחנו שונים/כמה אנחנו דומים, גית הכהן וולף וחיה אמזלג-באהר, 2004.
- מס' 93 - אמהות למען אמהות, ד"ר אברהם כרמלי, איריס רביד-ימין וגלי אורון, 2005.
- מס' 94 - תוכנית ההזנה במסגרות פורמאליות, אברהם כרמלי, חיה שנפ-רודוי וקרן שליט-יאיר, 2005.
- מס' 95 - בית לורן – המרכז למשפחה המתמודדת עם אוטיזם/PDD, ד"ר מרק ויסמן וד"ר ריקי סויה, 2005.
- מס' 96 - מועדוני בני ארזים תשס"ג-תשס"ד, ד"ר ריקי סויה וד"ר מרק ויסמן, 2005.
- מס' 97 - העצמת נשים בדואיות בנגב, מירי מונק, 2005.
- מס' 98 - חיזוק הקשר והתקשורת בין הורים לילדים לקווי שמיעה ממזרח ירושלים, ד"ר מאיה חושן ומיכל קורח, 2005.
- מס' 99 - הלקוח במרכז, ד"ר הנק הבסי, 2006.
- מס' 100 - שימור ושיקום קשרי משפחה בעת סידור חוץ ביתי-פנימייתי, אירית מירו ועמנואל גרופר, 2006.

- מס' 101 - **המושבים – משבר תעסוקתי לפרנסה**, ד"ר שוקי הנדלס, 2006.
- מס' 102 - **קן-זוגות**, נעמה בר-און, קרן קופיעץ, עביר גאנם ואווה שדה, 2006.
- מס' 103 - **עלה של זית**, אירית מירו ואמין חאג' יחיא, 2006.
- מס' 104 - **תחנות מידע וייעוץ לעיוורים וכבדי ראייה**, אלאיב ברמן, נורית שטרסברג ודניז נאון, 2006.
- מס' 105 - **תוכנית לפיתוח מנהיגות של אזרחים ותיקים**, מלכה כורזים ותמר תומר-פישמן, 2006.
- מס' 106 - **אור לילד ביישובי הנגב**, ד"ר יאיר עמרם, 2006.
- מס' 107 - **שילוב נכים בקהילה**, אדוה הים-יונס ויצחק פרידמן, 2006.
- מס' 108 - **פרויקט בית רשת לטיפול בנוער בסיכון במסגרת הקהילה**, ד"ר רון שור, 2006.
- מס' 109 - **תוכנית תעסוקתית עבור בלתי מועסקים (מודל רש"ת)**, ד"ר שוקי הנדלס, 2006.
- מס' 110 - **פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו**, פרופ' פרלה ורנר, 2007.
- מס' 111 - **דרור: מקלט חירום לבני נוער הומוסביים**, מרים גולן, בתיה פנחסי, רונית חיימוב-איילי, שמעון שפירו וטטיאנה זסלבסקי, 2007.
- מס' 112 - **עסק משלך**, ד"ר עמליה סער, 2007.
- מס' 113 - **היחידה למניעה וטיפול באלימות כלפי קשישים בחיפה**, ד"ר הלנה סינה דה-סביליה, אלה אדלר-ברונשטיין ומיכל רותם-אלבאז, 2007.
- מס' 114 - **מועדון חליפין קהילתי**, ד"ר חגית הכהן וולף וחיה אמזלג - באהר, 2007.
- מס' 115 - **מודל לפיקוח ומעקב על חוק ביטוח סיעוד**, פרופ' פרלה ורנר, 2007.
- מס' 116 - **השכלה אקדמית נתמכת לאנשים עם מוגבלויות פסיכאטריות**, נגה שגיב ונעמי שטרך, 2007.
- מס' 117 - **מנהיגות צעירה ללקויי שמיעה**, חיה אמזלג-באהר, ד"ר חגית הכהן וולף ובטי סבו, 2007.
- מס' 118 - **פינת חי טיפולית לילדים חולי סרטן**, בלה גילוף, ד"ר דוד גרין, לאה לנגזם, ד"ר דוד סנש, 2007.
- מס' 119 - **בית חם לנערות ולנשים רווקות בפרדיס ובשפרעם**, אירית מירו-יפה וד"ר ג'הד חאג' יחיא, 2007.
- מס' 120 - **תוכנית ביחד בטריית הכרמל**, אירית מירו וטליה קונסטנטין, 2007.
- מס' 121 - **מרכז ללמידה פעילה ולהעצמה חברתית של 'אילן'**, ד"ר נה פיגין ודר מרים ברזון, 2007.
- מס' 122 - **העצמת משפחות חד-הוריות במגזר החרדי**, ד"ר מאיה חושן, מיכל קורח, שירי בורנשטיין, 2007.
- מס' 123 - **תוכנית להגנה על קשישים במגזר הכפרי**, ד"ר איילת ברג-ורמן וג'ני ברודסקי, 2008.
- מס' 124 - **רעים: מסגרת חברתית לצעירים בעלי קשיי תקשורת ולקויות למידה**, ד"ר יעקב אזרחי ודר מלכה שבתאי, 2008.
- מס' 125 - **שירות אישי לבטיחות ילדים**, ד"ר אורנה בראון-אפל ולובה בלין, 2008.
- מס' 126 - **פרויקט הורים נפגעי סמים**, ד"ר יואב סנטו, 2008.
- מס' 127 - **המרכז לתעסוקת מבוגרים**, ד"ר שוקי הנדלס, 2008.
- מס' 128 - **בנפשנו: מוקד נגישות בבריאות הנפש**, ד"ר רון שור, 2008.
- מס' 129 - **פיתוח משאבי התנדבות בקהילה הבדואית בנגב**, ד"ר מייק נפתלי ופרופ' גיורא רהב, 2008.
- מס' 130 - **תוכנית קש ת: קידום, שיתוף ותקשורת**, ד"ר רון שור, 2009.
- מס' 131 - **מבדידות לשייכות – מתבגרים מתנדבים מסייעים למתבגרים נפגעי נפש**, ד"ר מייק נפתלי, פרופ' גיורא רהב, דר אהרן יורק, 2009.
- מס' 132 - **שומעים הקול – קידום נגישות ושימוש בטכנולוגיית עזרי שמיעה לאנשים לקויי שמיעה**, אברהם כרמלי ואדווה הרטמן, 2009.
- מס' 133 - **התכנית לקידום הגישור בסכסוכים הקשורים לאנשים עם מוגבלות**, חיה אמזלג-באהר ודר חגית הכהן וולף, 2009.
- מס' 134 - **שילוב חניכים עם צרכים מיוחדים בצופים**, מירי מונק וד"ר חגית קליבנסקי, 2009.
- מס' 135 - **הוסטל מפתחות לאסירים משוחררים אלימים**, ד"ר מיכל שמאי, ד"ר אלי בוכינדר, ד"ר גיא אנוש, גלי דותן ויעל ברזילי, 2009.
- מס' 136 - **שילובם של מקבלי גמלה להבטחת הכנסה בשוק העבודה: פרויקט תלמ"ה**, פרופ' אורי ינאי, 2009.

- מס' 137 - **עגלות קפה, מסגרת תעסוקה שיקומית בסביבת חיים נורמטיבית לאנשים המתמודדים עם הפרעה נפשית**, פרופ' נעמי כץ, ענת רווח ואורנית זיו, 2009.
- מס' 138 - **מרכז יום לטיפול בעברייני מין בקהילה**, ד"ר יעל אידיסיס ודר מלי שחורי, 2009.
- מס' 139 - **תוכניות לבוגרי מסגרות השמה חוץ-ביתית חסרי עורך משפחתי**, רמי בנבנישתי, 2009.
- מס' 140 - **תוכנית ה-סל-גל הפועלת לשילוב בני נוער עם וללא מוגבלויות במשחק כדורסל בכיסאות גלגלים**, טלי היוש, גילה ווגל, שחר גינדי, 2010.
- מס' 141 - **חממה עסקית לנשים**, ד"ר שוקי הנדלס, 2010.
- מס' 142 - **כנפיים – מכינה לחיים, תכנית שילוב נכים בלימודים ובשירות לאומי**, ד"ר חגית הכהן וולף, בטי סבו, דקלה מארק, 2010.
- מס' 143 - **שכן טוב**, ד"ר אברהם כרמלי, אמיר פלק ושרון פקמן, 2010.
- מס' 144 - **תוכנית תעסוקה עבור נפגעות תקיפה מינית בחיפה ובראשון לציון**, פרופ' רבקה לזובסקי, מיכל היישריק, עינת יצחק-מונסונגו, 2010.
- מס' 145 - **מקשיבים לך – תחנות מידע ללקויי שמיעה**, אדוה הים-יונס, תמי ברוש, 2011.
- מס' 146 - **קהילה תומכת חיים עצמאיים לנכים – הערכה מחקרית**, ד"ר אבי גריפל וליאת הבר, 2011.
- מס' 147 - **אבן דרך**, ד"ר אברהם כרמלי, אמיר פלק, יעל גורודינסקי, ישי המנחם, 2012.
- מס' 148 - **הקיבוצים – משבר תעסוקתי לפרנסה**, פרופ' אברהם אופק ואריאל צימרמן, 2012.
- מס' 149 - **מרכז ילדים-הורים: המודל האזורי הנייד**, יואה שורק, פידא ניג'ם, דליה בן רבי, 2012.
- מס' 150 - **תוכנית איל – אני יכול להצליח**, ד"ר ארי נוימן, רינה נוימן, ליטל ברלב קוטלר, 2013.
- מס' 151 - **מרכז תמיכה לתעסוקה לבוגרי אקדמיה עם ליקויי למידה במכללת תל חי**, פרופ' הלנה דה-סביליה סינה, מיכל רז, עמית רוטמן, 2013.
- מס' 152 - **תכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה**, ד"ר טלי היוש, מיכל היישריק, עינת יצחק-מונסונגו, פרופ' רבקה לזובסקי, 2013.
- מס' 153 - **מרכז ייעוץ וטיפול לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים נפגעי אלימות או פוגעים ובני משפחותיהם**, ד"ר חגית הכהן וולף, תחיה בן דוד-זיטמן, 2013.
- מס' 154 - **תוכניות לשיקום בקהילה של צעירים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית: הישגים ואתגרים**, ד"ר חן ליפשיץ, 2014.
- מס' 155 - **ציפור הנפש: מרכז פעילות והדרכה למשפחות המתמודדות עם מחלת נפש של ההורים**, ד"ר עתליה מוסק, 2014.
- מס' 156 - **"מדברים בעד עצמם" - סנגור עצמי לאוכלוסיית נפגעי נפש**, ד"ר ברברה רזנשטיין, ענבל ברגר, 2015.
- מס' 157 - **תכנית תעסוקה לבני 60 ומעלה**, יצחק שנוור, 2015.
- מס' 158 - **מיזם שילוב נשים בתעסוקה**, ד"ר שוקי הנדלס, 2015.
- מס' 159 - **תכנית "תעסו-קו" - קו פתוח לתמיכה, ליעוץ ולליווי תעסוקתי**, ד"ר שוקי הנדלס, 2015.

Goals/Measures	Claimants who visited Guiding Hand	Comparison Group	Claimants in Comparison Group
Confidence that the NII looks after the interests of claimants (agreement to a moderate or great extent)	Some 40%	Other claimants from Haifa and Haifa Bay suburbs and all claimants from Tel Aviv-Jaffa	Similar to Guiding Hand
Confidence that they will receive what they are entitled to (quite confident or very confident)	Some 20%		

* As defined prior to program launching

Table 6: Summary of Contributions of the Guiding Hand Center in Light of Program Goals (Select Measures of Success*)

Goals/Measures	Claimants who visited Guiding Hand	Comparison Group	Claimants in Comparison Group
1. Improvement of applicants' experience in the process of submitting a claim (Source: Claimants Survey)			
Sense that the assistance agency helps claimants be prepared for the meeting with the Committee (quite helpful or very helpful)	Some 60%	Claimants assisted by private-assistance agencies	Similar to Guiding Hand
The experience in Committee (Agreement to a moderate or great extent) - Respectful attitude - Enough time and opportunity to ask questions/express oneself	Some 80% Some 50%	Other claimants from Haifa and Haifa Bay suburbs and all claimants from Tel Aviv-Jaffa	Similar to Guiding Hand
Assessment of the treatment throughout the process as good or very good Perception of entire process as fair or very fair	Some 75% Some 60%		Similar to Guiding Hand
2. Streamlining the Committee Work (Sources: NII databases and Physicians Survey)			
Decisions of the Directing Physician (averages) - No. of diagnoses - No. of specialists required - No. of missing documents	3.2 3.0 0.7	All claimants at the Haifa and Haifa Bay branches	Less than some 25% Less than some 15% Less than some 40%
Duration of Process (averages) Between submission of claim and first Committee meeting Between first Committee meeting and concluding deliberation Between submission of claim and concluding deliberation	39 days 20 days 49 days	Other claimants from Haifa and Haifa Bay suburbs and all claimants from Tel Aviv-Jaffa	Similar to Guiding Hand
Interrupted deliberations (per 100 cases)	21		Some 30% more
Addition of specialists following Committee meeting (per 100 cases)	8		Nearly 7 times as much
Physicians' assessments that the assistance agency contributed to the: - State of the file - Reduction of the need to interrupt deliberations - Quality of the appearance of claimants before the Committee - Ease of reaching a decision on a file	Some 70% Some 70% Some 35% Some 50%	Private-assistance agencies	Similar to Guiding Hand Lower than Guiding Hand Similar to Guiding Hand Lower than Guiding Hand
3. Exercise of rights (Sources: NII databases and Physicians Survey)			
Rate of physicians agreeing to a great or very great extent with the statement that claimants using an assistance agency are more successful in exercising their rights	Some 35%	Claimants assisted by private-assistance agencies	Lower in Tel Aviv-Jaffa Similar in the rest of Israel
Rate of claimants recognized as having a disability of at least 40%	Some 39%	Other claimants from Haifa and Haifa Bay suburbs	Similar to Guiding Hand
4. Strengthening confidence in the NII (Claimants Survey)			

Table 4: Characteristics of Visitors to Guiding Hand vs. Characteristics of other Claimants in Haifa and the Haifa Bay Suburbs

Measures	Findings
Socio-demographic characteristics	No significant differences
Health characteristics	Visitors to Guiding Hand reported more physical disabilities. There were no significant differences in the rates reporting emotional disabilities or chronic illnesses

(Sources: Guiding Hand and NII databases)

Table 5: Satisfaction with the Assistance Agency

Goals/Measures	Claimants who visited Guiding Hand	Comparison Group	Claimants in Comparison Group
Assessment of staff attitude at the assistance agency (quite good or very good)	some 95%	Claimants assisted by private agencies	Similar to Guiding Hand
General satisfaction with the assistance agency	some 90%		Similar to Guiding Hand
Would recommend the assistance agency to others	some 75%		Lower than Guiding Hand
Sense that the assistance agency looks after the interests of the insurees (to a great extent or to a very great extent)	some 65%		Higher than Guiding Hand

(Source: Claimants Survey)

Table 1: Characteristics of Guiding Hand vs. Characteristics of Private-Assistance Agencies

Characteristic	Guiding Hand	Private-Assistance Agency
Financing agent	NII	Claimant
Rights handled by the assistance agency	Only rights related to the NII	Rights in connection with various bodies
Screening of potential clients	No screening. The Center serves all applicants submitting a claim to the NII	Some assistance agencies focus on applicants who have a strong chance of winning their suit
Key figure in contact with client	Physician	Generally, some other professional
Annual cost	NIS 1 million	We have no comparative data
Average cost per client (applicant)	Approximately NIS 370	We have no comparative data

(Sources: In-depth interviews and Guiding Hand database)

Table 2: Receipt of Assistance in Various Areas among Visitors to Guiding Hand and to Private-Assistance Agencies (percentages)

Assistance	Percentage of Applicants Reporting Receipt of Assistance	
	Guiding Hand	Private-Assistance Agency
Preparation of medical file	93	84
Elaboration of claim	65	42
Information on the process	54	53
Preparation as to what and how to say at the Committee	37	39
Emotional support	20	59
Navigating bureaucracy	13	53

(Source: Claimants Survey)

Table 3: Extent of Visits to Guiding Hand

Measures	Findings
No. of new applicants 2013 2014 Total	1,932 1,775 3,707
The rate of new applicants among all claimants	About 10%, decreasing over time
Tend in No. of Applicants	Decreasing, especially in the area of Haifa and the Haifa Bay suburbs

(Sources: Guiding Hand and NII databases)

to different alternatives and/or to the further development the model of the assistance center.

Are additional accomplishments possible? On the one hand, Femi Premium has proved its capabilities as a learning organization and its commitment to ongoing improvement. There may be room for cautious optimism that the program, through greater investment in preparing claimants for the Committee, could contribute to improving the Committee experience and perhaps even affect the determination of disability percentages. On the other hand, it is unclear whether any assistance agency – regardless of its professionalism and devotion – can be instrumental in meeting the given challenges and especially in strengthening confidence in the NII. The latter is affected not only by one's own experience, but by the experience of acquaintances, by the media image of the NII, and by other factors. Perhaps, to achieve improvement on the question of confidence, a different type of intervention is needed. To achieve improvement in the perception of claimants as to the fairness of the process, and of the time allotted for questions and self-expression, perhaps several types of intervention should be integrated. The assistance center could be one of these.

It is important that the prioritization of goals be discussed against the background of the findings.

Conclusion

Though the evaluation study focused on the impact of a specific program – GH – it also shed light on the functioning of the Medical Committees in general and on the approach to improve the service and change the comportment of the NII.

The functioning of the Medical Committees: As part of the study, data were collected on the way that claimants of disability perceive various aspects of the encounter with the Medical Committees. Alongside familiar difficulties with certain aspects, it appears that for a number of important aspects, such as the attitude of Committee physicians, in general the assessment of the claimants was more positive than the widespread public image.

The approach to service improvement and change: Apart from one or another specific finding of a contribution by the program – its very launching by the NII attests to a commitment to improve both the service and the individual's exercise of rights, and a readiness to invest resources in promoting these important goals. The launching of a pioneering service, which is provided via an external/commercial party, demonstrates a boldness to attempt innovative approaches for the sake of improving the service offered insurees. Equally praiseworthy is the decision to implement the program on an experimental basis, allowing for an intensive process of learning, evaluation and ongoing improvement.

The complete research report presents possible explanations for the various findings of the study.

Discussion and Recommendations

The study yields several directions that may strengthen and improve the service of GH:

- ◆ To resume and maintain media publicity to attract more claimants¹⁸
- ◆ To encourage insureds to apply to the Center both before submitting a claim, rather than doing so only after a claim is submitted
- ◆ To develop ways to improve access for insureds who find it difficult to reach Haifa
- ◆ To place greater emphasis on more comprehensive emotional support throughout the process
- ◆ To provide more significant assistance with technical and bureaucratic aspects (completing forms, assembling data etc.)¹⁹
- ◆ To continue to look for ways to improve the experience of claimants with the Medical Committees, by both GH and complementary means.

Beyond all these, as is true of every experimental project after the initial running-in period, the sponsoring organization faces several alternatives of continuation or expansion, as follows:

- ◆ To move over to countrywide implementation out of the dual conception that the outcomes have been satisfactory to date and justify the investment, and that it would be possible to achieve better outcomes in the future at the same cost or at a reasonable increase
- ◆ To continue the program as a regional experimental program in order to provide an opportunity to strengthen and consolidate it, and to achieve better outcomes
- ◆ To stop implementing the program out of the conception that it does not justify the expense, and that the chances of improvement in the future are not sufficiently promising

These alternatives should be examined in light of the relatively low cost of the program – an average of NIS 370 per claimant.

A decision to continue would depend largely on the weight assigned to the measures of the process and the various outcomes, and on a sense of the possible extent of other improvements. If the emphasis is on assistance in preparing a medical file, on the satisfaction of claimants with the Center service, on their feeling that the Center is helpful, and on the greater efficiency of the Committee work – there is room for expanding the program to additional regions on the basis of the existing model. However, if the emphasis is on the improved functioning of the Medical Committees themselves (e.g., allowing sufficient time for questions and to hear claimants out), on increasing the perception of the process as fair, on a proven increase in the extent of claimants exercising their rights (in terms of the disability rates determined by the Committees) and/or on stronger confidence in the NII – consideration should be given

¹⁸ According to the NII, this recommendation has been adopted in recent months; there has been a considerable increase in the number of applicants to GH following contact that grew out of the NII telephone call center, which draws the attention of claimants to this service.

¹⁹ It may be important to offer (or augment) this service at all NII branches, at the front counter.

(80%) and a good or very good attitude throughout the process (70%) are responsible for the absence of significant differences.¹⁷

Goal No. 2 - Streamlining the work of the Medical Committees: According to the interviews with Committee physicians and the NII database, the program managed to improve and streamline a variety of aspects of Committee efforts and ease the work of physicians. Among other things, it contributed to the completeness and orderliness of the files, reduced the number of interruptions of Committee discussions, and facilitated the decision-making process concerning the percentage of disability.

Goal No. 3 – Expanding the exercise of rights: About 33% of the physicians reported that GH helped claimants to a great or very great extent to exercise their rights (this rate is similar to the rate of physicians who so reported in cases of private assistance). In addition, following the launching of GH, the rate of claims approved in the area of Haifa and the Haifa Bay suburbs rose. The rise may be due to the impact of GH. At the same time, the rate of claimants who were recognized with a disability of at least 40% (the threshold for receiving a monthly pension) was similar for GH visitors and other claimants. In light of these three findings, it is difficult to establish whether GH succeeded in expanding the exercise of rights of its applicants.

Goal No. 4 - Strengthening the confidence of insurees in the NII: No improvement was found in the extent of confidence harbored by insurees in the NII as an organization looking out for the interests of claimants (some 40% in both groups).

A comparison of the types of assistance offered at GH vs. private agencies (particularly attorneys) yielded similarities on most measures, according to the service consumers. A series of additional measures also showed similarities between the groups. Nevertheless, on some measures, GH was found to have the advantage (e.g., assistance with the detailed elaboration of a medical file). On other measures, private-assistance agencies had the advantage (e.g., the provision of emotional support and navigating bureaucracy). These differences may stem from a difference of approach and emphasis by the agency of assistance.

In light of the considerable investment of GH in the completion and organization of medical files, and the reports of some physicians that it helped claimants exercise their rights – the question is: why were no differences found between visitors to GH and the comparison groups regarding the percentages of disability recognized. Perhaps, the methodology did not fully permit the extraction of data on relevant characteristics. Perhaps, among other things, claimants with particularly severe disabilities (i.e., those on the NII "green light" track) did not consume services at GH, a fact that would affect comparisons of the sort presented in this report. Another factor may be that not only first-time claimants were assisted by GH, but also applicants who had been rejected by the NII in the past.

¹⁷ Since the scores for these aspects are already high, it may be difficult to attain improvements in the future.

areas of northern Israel to which the program was extended in the past two-and-a-half years.

- ◆ In most of the comparisons between the experimental and comparison groups, the latter contained both claimants that had not received assistance from any source and claimants that had received assistance from private agencies (apparently, some 15% of the claimants in this group).¹⁶ Some bias would thus result if the differences between the groups were used as a measure of the difference between claimants who visited GH and claimants that had received no assistance.

Summary of Findings

GH is an innovative program whereby the NII offers counseling services to insurees prior to their submission of claims, and enables them to prepare for the process and present their medical problems more effectively. The program is part of the new overall approach of the NII with the goal of rendering services and information more accessible, improving the service provided to insurees, and facilitating the exercise of their rights.

The GH Center provides counseling to claimants mainly for the preparation of a medical file; over time, it has also increasingly endeavored to prepare them for their appearance before the Medical Committee. The emphasis in counseling is on medical and instrumental aspects, less so on emotional support. The service is available to all claimants regardless of their chances of success, at no cost to them and at a reasonable cost to the NII. While GH serves a broad public, the population availing themselves of the service makes up a fraction of the potential pool, apparently due to inadequate publicity.

The evaluation found that applicants to GH were satisfied to a large extent with various aspects of the service offered at GH, and felt that it contributed to them in preparing to appear before the Medical Committee. Note that on most measures, their satisfaction was no lower than that of applicants who visited private-assistance agencies. Some 75% of the applicants to GH said they would recommend the service to others vs. a smaller percentage that would recommend using a private-assistance agency. These evaluations indicate that the service seems to offer a valuable response to a real need of GH applicants.

The program achieved some, though not all, of its goals:

- ◆ **Goal No. 1 - Improving the experience of applicants in the process of submitting a claim:** As said, nearly all claimants who visited GH reported that they had received assistance with the preparation of a medical file, and nearly all reported satisfaction with the service. Some 65% considered the assistance given them greatly or adequately helpful in preparing for their appearance before the Committee. No significant differences were found between visitors to GH and non-visitors regarding their experience with the Medical Committee, the fairness of the claim process as a whole, or their perception of the process as respectful and fair. The high rates in both groups that reported a respectful attitude at the Committee

¹⁶ For some program components, it was possible to identify the claimants assisted by private agencies; for others, it was not.

it is difficult to navigate bureaucracy and exercise their rights on their own. However, there is no clear-cut evidence of this.

4. Strengthening the Confidence of Insurees in the NII

In the Claimants Survey, no differences were found in the degree of agreement between visitors to GH and non-visitors, on the following topics:

- ◆ Confidence that the NII sees to the interests of claimants (some 40% agreed to a moderate or great extent)
- ◆ Confidence that claimants would receive what they are entitled to (some 20% were confident or very confident).

Changes over Time

The in-depth interviews revealed that in the period examined, the program managed to incorporate a series of improvements that followed on from the processes of internal learning, control and supervision at the Division of Medical Committees, and from the findings of the external evaluation carried out. These improvements included the completion of a medical questionnaire by claimants prior to entering the physician's room, the preparation of a personal instruction sheet for each insuree, the provision of more information on Committee proceedings, assistance with the detailed formulation of complaints to be presented in Committee, and telephone contact with insurees after the Committees convened.

The Claimants Survey examined the extent to which these changes were felt by visitors to GH up until the period of the evaluation (the second half of 2014). It was found that the program had significantly improved the assistance given to applicants as to what to say to the Committee and/or how to say it. Of the applicants in the final quarter of 2014, 56% reported that they had received assistance vs. 22% of the applicants in 2013 or in the first quarter of 2014. Similarly, in the later period, more applicants reported that they had arrived at the Committee better organized (as to the documents they had to present) and better prepared for the way that the Committee comported itself. In a series of other variables examined, there were no important changes.

Limitations of the Evaluation

The evaluation study had several limitations, among them:

- ◆ Since the experimental group (visitors to GH) was not randomly selected, it is problematic to reach causal conclusions about the relationships found between the intervention and key process and outcome variables. We attempted to tackle this problem by controlling for the characteristics of claimants although in such instances, there is no way to ensure that all the relevant characteristics are taken into account. This could result in over- or under-estimation of the program impact.
- ◆ Most of the study components focused on general disability. The role and contribution of GH may be different for different types of claims, such as work injuries.
- ◆ Most of the program components focused on the original GH service region – Haifa and the Haifa Bay suburbs. The GH contribution may be different in other

No difference was found between the groups regarding the overall duration of processing a case; among GH visitors, the amount of time that passed from the day of submitting a claim until the Medical Committee first convened on it was somewhat shorter, whereas the time between its first convening until the concluding discussion was somewhat longer. This second finding is not what the NII had intended. But in retrospect, it may relate to the fact that the more complete the file submitted, the greater involvement of specialists required.

The survey of physicians sitting on Medical Committees in Haifa revealed high appreciation of the contribution of GH: some 70% – of the preparation of medical files and the streamlining of Committee work (e.g., fewer interruptions of deliberations); some 33% – of various aspects of a claimant's appearance before the Committee; and some 50% – of the greater ease of deciding cases.

The assessment of physicians in Tel Aviv-Jaffa and elsewhere as to the contribution of private-assistance agencies to the state of the files and appearance of claimants before the Committee was similar to the assessment of Haifa physicians as to the contribution of GH. The non-Haifa physicians had a somewhat lower opinion of the contribution of assistance agencies to the streamlining of Committee work and easing decision-making on the cases; but the difference was not significant.

3. Expanding the Exercise of Rights

Of the Haifa physicians, 35% agreed to a great or very great extent with the statement that, "Claimants assisted by GH are more successful in the exercise of rights to which they are entitled"; an additional 25% agreed with the statement to a moderate extent.

It was also found that between 2012 and 2013, the approval rate of claims for a general-disability status rose by 5 points in Haifa and the Haifa Bay suburbs (from 34% to 39%), vs. a countrywide rise of 2 points (from 35% to 37%).¹⁴ The rise in Haifa and the Haifa Bay suburbs may be due to the launching of GH in mid-December 2012, although this could be a coincidence and the rise may be due to other factors.

Note that the percentage of disability determined by the Medical Committees showed no differences between claimants at GH (in 2014) and other claimants with similar characteristics.¹⁵ Also, the disability percentages were found to be similar after controlling for differences between the groups in the report of physical disabilities and in the extent of independence in daily activities.

In light of these three findings above, it is difficult to affirm that GH increases the chances of claimants exercising their rights. Some physicians believed that it does, some – that it does not. As far as Committee approvals are concerned, there was a larger rise of approvals in Haifa than in other areas although within Haifa, no differences were found between visitors to GH and non- visitors in the disability percentages determined. Again, the reasons are not entirely clear. The program may lead to an increase in disability percentages (and in the rate of approvals) mainly among claimants for whom

¹⁴ This finding is based on data on all claims of general disability; on the national plane, it amounts to some 100,000 claims annually.

¹⁵ In light of the contribution of GH to the completeness of the files and of the preparedness of claimants to appear before the Committees, this finding is rather surprising; several possible explanations can be found in the main body of the report.

recommend GH to others. Some 65% judged that GH saw to the interests of claimants to a great or very great extent. The program, according to these assessments, seems to offer a valuable response to a real need of the claimants visiting GH.

Note that the assessments of satisfaction with staff were similar for claimants at GH and claimants using private agencies (mainly attorneys). GH had an advantage in the readiness of applicants to recommend the service to others (75% vs. 64%), although it was not statistically significant. The private-assistance agencies were found to have an advantage in the perception of claimants that their interests were being looked after (88% vs. 65%).

The Contributions of Guiding Hand in View of the Program Goals (Table 6)

1. Improving the Experience of Applicants in the Process of Submitting a Claim

Interviewees said that at the stage of making a claim, they had benefited substantially from the assistance of GH in preparing and elaborating their medical files. Some 65% judged that GH had assisted them to a moderate or great extent to prepare for their appearance before the Medical Committee.⁹

No significant differences were found between visitors to GH and non-visitors regarding their experience with the Medical Committee. For example, in both groups, there was agreement to a moderate or great extent with the following statements: 88% – that Committee physicians displayed a respectful attitude; some 60% – that the process in Committee was comprehensive and professional; and some 50% – that there was ample opportunity and time to ask questions.

Nor were there differences between the groups in assessing the claims process as a whole; in both groups, some 75% reported that they had been treated well or very well throughout the process, and some 60% – that the process as a whole was quite fair or very fair.

2. Streamlining the Work of the Medical Committees

The NII database¹⁰ revealed that on several measures related to NII work processes, applicants to GH had the advantage over non-applicants:¹¹ the directing physician noted more diagnoses (a gap of 25%), and arranged for more specialists (a gap of 15%), deliberations suffered from fewer interruptions (30%), and far fewer specialists had to be consulted during the examination process of the Medical Committees (from 58 per 100 to 8 per 100 claims).¹² On the other hand, according to assessments by the directing physician, the average number of missing documents was relatively higher for claimants at GH (which seems to be at variance with the above finding that for GH applicants, the directing physician noted more diagnoses and arranged for more specialists).¹³

⁹ A similar rate was found among those assisted by private parties.

¹⁰ The reference is to the file of Medical Committees and the Shir system of the NII.

¹¹ For some of the examinations presented here, we used data for all claimants from Haifa and the Haifa Bay suburbs who did not apply to GH. This is because for technical reasons, it was not possible to directly receive data on non-applicants alone. In our estimation, it is a good measure since the group of non-applicants constitutes some 90% of all claimants.

¹² Note that these measures check a range of interconnected aspects related to making the committee work more efficient.

¹³ See possible explanations in the body of the report.

The applicants comprised some 10% of all claimants of a disability pension in the Haifa and Haifa Bay district. From 2013 to 2014, the rate of applicants to GH dropped; in both years, the rate was higher among claimants of a general disability than of a work-related injury.

According to the Femi Premium database, the number of new applicants to GH dropped by some 10% between the first half of 2013 and the second half of 2014 (from 1,001 to 896), and their geographic distribution changed markedly. Over time, there was a considerable rise in the number of applicants from different areas in the north (excluding Haifa and the Haifa Bay suburbs) – from 90 in the first half of 2013 to 323 in the second half of 2014. Concomitantly, the number of new applicants from Haifa and the Haifa Bay suburbs decreased (from 791 in the first half of 2013 to 487 in the second half of 2014). The reasons for these changes are not fully known. They may be connected, among other things, with publicity. The program was launched amid a major media campaign (mainly on radio and in the local press), and this was subsequently curtailed.

The Claimants Survey (carried out among applicants for a general-disability status) showed that the main reason that residents of Haifa and the Haifa Bay suburbs did not apply to GH was unawareness of its existence. This reason was cited by 70% of the claimants of a general-disability status who did not apply to GH. The survey also found that 27% of the claimants in this group turned to private-assistance agencies although ultimately, only about half of them (14%) did in fact receive assistance. The reasons cited for non-receipt of assistance were cost, and the assessment by the agency of low chances of success. Most of the assistance from private agencies to interviewees in the Claimants Survey was given by attorneys.

Characteristics of Applicants to Guiding Hand (Table 4)

The GH database revealed that 40% of the new claimants were under 40 years of age and 73% of them sought the status of general disability. Other common types of claim were for a work-related disability (16%) and for a child's disability (7%). In some 40% of the cases, the source of referral was a letter from the NII containing information on the existence of GH. This rate rose over time. On the other hand, the role of referral played by the media and by staff at NII branches diminished over time.

The NII database revealed that visitors and non-visitors to GH were similar for a whole range of socio-demographic characteristics. Nonetheless, among applicants, the Arab population had higher representation. The Claimants Survey also showed similarities for a whole range of health and functional measures although the rate reporting physical disabilities was somewhat higher among visitors than non-visitors.

Based on the combined data from these two sources, it appears that about half of the visitors reached GH after submitting a claim to the NII. While GH can help complete a medical file in such cases too, its ability to assist is smaller than with visits that precede the submission of a claim, and requires greater effort.

Satisfaction with the Assistance Agency (Table 5)

According to the Claimants Survey, some 95% of the applicants to GH found the treatment they had received from staff very good or quite good; some 90% were very satisfied or quite satisfied with the service provided; and some 75% said that they would

and outcomes) in view of the program goals and the measures of success defined by the NII prior to launching the program.

Medical Committees in other Countries

The literature review revealed that in many countries, claimants often experience frustration and dissatisfaction with the medical committees that decide on disability pensions. It also revealed that the proceedings of the medical committees may be a strain for physicians as well as claimants.

Only two studies were found to examine attempts to improve the experience of claimants. While both described certain positive effects, these were less extensive than the expectations and hopes nursed by GH program planners. The studies suggested that it is no mean challenge to improve the experience of dealing with medical committees, and that it is necessary to invest both in preparing claimants and in improving the communication abilities of both claimants and physicians.

Program Characteristics (Table 1)

The in-depth interviews showed that Femi Premium manages the Center professionally and in line with NII-defined goals. The professionalism is expressed, among other things, in the recruitment and instruction of staff, the establishment of a database for follow-up, the systems developed to receive feedback from clients, and the incorporation of a series of improvements over time.

Specifically, in comparison with private-assistance agencies, the GH service is provided free of charge, and it is obliged to accept all relevant claimants regardless of the chances of their success. Another distinguishing feature of GH is that the main figure in contact with claimants is a physician.

On the other hand, some private-assistance agencies were more comprehensive than GH in dealing with external bodies and in providing emotional support. Their summaries to the Medical Committees included recommended disability percentages, and they handled topics unrelated to the NII such as claims to commercial insurance companies.

Receipt of Assistance on Various Topics (Table 2)

The Claimants Survey showed that the most common form of assistance from both GH and private-assistance agencies was the preparation of a medical-claim file (some 90% of the cases). Interviewees assisted by private agencies reported less help in elaborating the files (42% vs 65%) and more emotional support (58% vs. 13%) than interviewees assisted by GH. Both groups reported relatively low rates (some 40%) of assistance in preparing to appear before the Medical Committee (e.g., what to say and/or how to say it).

Extent of Applicants to Guiding Hand (Table 3)

GH served a large number of claimants seeking recognition of a disability (of various types) from the NII. In 2013-14, GH had 3,707 visitors (in 2013, 1,932; in 2014, 1,775) and some 1,500 additional claimants applied by telephone or fax, not in person. In most cases (73%), the applications concerned recognition of a general disability; other common claims were for a work-related disability (16%) or a child's disability (7%).

from various departments of the NII head office (the Pension Administration, Health Bureau, Research Administration) and the directors of the relevant branches.

In 2013-15 the Myers-JDC-Brookdale Institute (MJB) conducted an external evaluation of the program in conjunction with the NII Research Administration and with the help of the Division of Medical Committees at the NII Benefits Administration of the Health Bureau. The objectives of the evaluation are to provide the NII and program implementers with data to enhance the service to GH applicants, and furnish the NII with potentially valuable data to decide on continued implementation or possible expansion.

Methods

The evaluation had several components. Among them:

- ◆ A review of the professional literature on Medical Committees in other countries
- ◆ Visits to the GH Center and the NII Haifa branch office
- ◆ In-depth interviews with GH and NII directors, and with a private-assistance agency
- ◆ An examination of Internet sites of various agencies offering assistance
- ◆ An analysis of administrative data from the GH and NII databases
- ◆ A survey of claimants of a general-disability status
- ◆ A survey of physicians serving on the Medical Committees.

To assess the contribution of GH, claimants served there were compared with other claimants on a variety of parameters. The gaps between the groups were taken as a measure of the impact of the program. For most study components, the comparison group consisted of claimants from Haifa and the Haifa Bay suburbs who did not apply to GH; for some examinations, a different comparison group was used – all the claimants from Tel Aviv-Jaffa.⁷ Furthermore, comparisons were made between all claimants from Haifa and the Haifa Bay suburbs and all claimants from Tel Aviv-Jaffa. In the comparison of some components, there was control for the characteristics of claimants. For the Claimants Survey, the socio-demographic characteristics of the people sampled were matched in the first stage.⁸

To provide context for the contribution of GH, some study components were compared for claimants applying to GH and claimants applying to a private-assistance agency.

Main Findings

We will first present the main findings of the evaluation on medical committees in other countries. Then, we will proceed to the characteristics of the program, the services provided, their utilization, the characteristics of users, and data on satisfaction with the assistance. In addition, we will present a summary of the contributions of GH (processes

⁷ The Tel Aviv-Jaffa branch was chosen as a comparison group since it represented an unchanged venue following the implementation of the program and a branch where activities were similar to those of the Haifa branch.

⁸ The matching applied to socio-demographic differences between the groups, such as the relatively high rate of Arabs among the people availing themselves of GH services.

Executive Summary

Background

More than 100,000 people in Israel apply to the National Insurance Institute (NII) every year for a recognized disability status and the attendant disability pension. In the determination of entitlement to a disability status and pension, a major role is played by the NII Medical Committees.

To help claimants identify relevant functional problems, organize their medical files, and prepare for their appearance before the Medical Committees, the NII in 2012 launched the Guiding Hand (GH) Assistance Center offering claimants free guidance through the process of exercising their rights. The approach reflects a change in the overall service conception of the NII as expressed in its new vision.¹

At the time of establishing GH, the NII defined its goals as follows:²

1. Improving the experience of applicants in the process of submitting a claim
2. Streamlining the work of the Medical Committees
3. Expanding the exercise of rights
4. Strengthening the confidence of insurees in the NII.

The initiative is part of a broader NII effort to improve its public service and ensure the full exercise of rights of insurees.³ As regards the Medical Committees, the NII held comprehensive consultations with a wide variety of civic organizations to identify ways to improve their functioning.⁴

The launching of the assistance center was recognized as a special enterprise by the NII Fund for Demonstration Projects, which financed its establishment and implementation as an experimental program⁵ (at an annual budget of NIS 1 million⁶), as well as an evaluation study. The tender to implement the Center was won by the Femi Premium Company that inaugurated the program at the end of 2012.

The NII supervises the development of the Center. The Division of Medical Committees maintains contact with Center directors and meets with them regularly. Together, they strive to identify possible avenues to improve the service and streamline work procedures, and to solve both systemic and specific problems that may crop up from time to time. The program is accompanied by a steering committee of representatives

¹ <http://www.btl.gov.il/About/Pages/hazon.aspx>

² From: National Insurance Institute. **Establishing an Assistance Center with regard to Medical Committees**, 5/7/2011; National Insurance Institute. **"Special Project - Establishing an Assistance Center with regard to Medical Committees at the Haifa Branch – Part of the Outline of the Evaluation Study"**, 19/11/2012 (Hebrew).

³ This broad endeavor includes, among other things, the submission of claims on line and the automatic transfer of specific payments (e.g., maternity benefit).

⁴ According to the NII, some of the programmatic directions emerging from the consultation are now in stages of implementation.

⁵ At first, the Center service was limited to Haifa and the Haifa Bay suburbs. Later it was extended to the entire northern district.

⁶ To place this sum in perspective, note that in 2013, NII payments in the branches of general disability and work-related injuries totaled some NIS 18 billion.



The National Insurance Institute
Funds for Service Development – Demonstration Projects

Guiding Hand: Program Evaluation

Bruce Rosen*, Denise Naon*, Hadar Samuel*

* Myers-JDC-Brookdale Institute

Jerusalem, February 2016