



המוסד לפיטוח לאומי

האגף למחקר ותכנון

**הערכת מוגבלות
תפקודית
של נכים**

**שירותים מיוחדים
לנכים**

מס' 20

מופעלים מיוחדים

ירושלים, טבת התשמ"ה, ינואר 1985

המוסד לביטוח לאומי
האגף למחקר ותכנון

הערכת מוגבלות תפקודית של נכים
- שירותים מיוחדים לנכים -

מאת:

ברנדה מורגנשטיין
פרלה ורנר

ירושלים, טבת התשמ"ה, לנואר 1985

תוכן העניינים

<u>עמוד</u>	
א-1	הקדמה
2-1	<u>רקע</u>
9-3	<u>עיקרי הממצאים</u>
13-10	<u>מפעל מיוחד לשירותים מיוחדים לנכים ברחובות</u>
10	1. מטרת הניסוי
11-10	2. אוכלוסיית הניסוי
13-11	3. מערך הניסוי
	<u>שלב א' של הניסוי: בדיקת המבחן התפקודי להערכת צרכים וקביעת זכאות לגמלאות לשירותים מיוחדים</u>
23-14	א. <u>אפיוני האוכלוסייה</u>
17-14	1. אפיונים דימוגרפיים
21-17	2. הנכות הרפואית
23-21	3. קבלת שירותים מיוחדים
29-24	ב. <u>הערכת הזכאות לגמלאות</u>
26-24	1. הערכת הזכאות לגמלה לטיפול אישי
26	2. הערכת הזכאות לגמלה לעזרה ביתית למשק ביתו של הנכה
29-27	ג. <u>יעילות המבחן התפקודי</u>
32-30	ד. <u>שיעורי הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית</u>
36-33	ה. <u>צורת הענקת הגמלה בכסף או בעין</u>
34-33	1. קבלת שירותים מגורמים בקהילה
36-34	2. קביעת הצורך בגמלאות בעין
43-37	ו. <u>דפוסי הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית</u>
39-37	1. אפיונים למוגראפיים
43-39	2. אפיונים רפואיים
51-44	ז. <u>סוגיות בהערכת הזכאות לגמלאות</u>
46-44	1. השגחה ופיקוח
47-46	2. מבחן תפקודי עבור נכה בודד
47	3. אי-הסכמה בין דעת רופא ודעת אחות
49-47	4. האפשרות לקביעת יכולת תפקודית ללא ביקור בית
51-50	5. קשיים בהערכת הזכאות לגמלה לעזרה ביתית

עמוד

55-52	ח. המעקב אחר נכיס שקיבלו גמלאות
69-56	שלב ב' של הניסוי: בדיקת שילוב קביעת הזכאות לשירותים מיוחדים <u>בתהליך הרגיל של קביעת הזכאות לקצבת נכות</u>
56	1. מטרת הבדיקה
57	2. שיעורי הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית
58-57	3. רמת הטיפול בנכה וקבלת שירותים מהגורמים בקהילה
60-58	4. גיאור האוכלוסיה
62-61	5. המבחן התפקודי
62	6. לקחים מנהלים
63-62	א. תפקיד פקיד התביעות
66-63	ב. תפקיד האחות
67-66	ג. תפקיד הרופא
69-67	ד. תפקיד העובדת הסוציאלית
73-70	<u>המלצות ושינויים</u>
70	א. איחוד הגמלאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית ושינויים בניקוד במבחן
73-70	ב. השפעת השינויים על אוכלוסיית הניסוי

רשימת לוחות

עמוד

14	התפלגות הנכים, לפי מין ומצב משפחתי	לוח 1 :
14	התפלגות הנכים, לפי מין וגיל	לוח 2 :
15	התפלגות הנכים, לפי ארץ מוצא	לוח 3 :
15	התפלגות הנכים, לפי שנת עלייה	לוח 4 :
16	התפלגות הנכים, לפי מין והרכב משק בית	לוח 5 :
17	התפלגות הנכים, לפי עבודתם לפני הנכות	לוח 6 :
18	התפלגות הנכים, לפי מועד התחלת נכותם	לוח 7 :
19	התפלגות הנכים, לפי הליקוי העיקרי	לוח 8 :
20	התפלגות הנכים, לפי הליקוי העיקרי והרכב משק הבית	לוח 9 :
20	התפלגות הנכים, לפי הליקוי העיקרי ומספר הליקויים	לוח 11 :
21	התפלגות הנכים, לפי אחוז הליקוי העיקרי	לוח 11 :
22	התפלגות הנכים, לפי מצב הנקיון האישי	לוח 12 :
	אחוז הנכים המקבלים עזרה והגורם העיקרי המספק את העזרה,	לוח 13 :
22	לפי תחומי המוגבלות התפקודית	
	אחוז הנכים המקבלים עזרה בפעילות משק בית, לפי הגורם	לוח 14 :
23	העיקרי המספק את העזרה	
25	טבלת הזכאות לשירותים מיוחדים	לוח 15 :
27	התפלגות הנכים, לפי הניקוד בסעיפי המבחן התפקודי	לוח 16 :
	הזכאות לגמלה לטיפול אישי, לפי הניקוד בכל אחד מסעיפי	לוח 17 :
29	המבחן התפקודי	
30	התפלגות הנכים, לפי הזכאות לטיפול אישי והזכאות לעזרה ביתית	לוח 18 :
31	הזכאות לעזרה ביתית, לפי הניקוד בכל סעיף של המבחן התפקודי	לוח 19 :
33	קבלת שירותים מלשכת הבריאות, לפי הזכאות לשירותים מיוחדים	לוח 20 :
	קבלת שירותים מלשכת הרווחה המקומית, לפי הזכאות לשירותים	לוח 21 :
34	מיוחדים	
37	הזכאות לטיפול אישי ועזרה ביתית, לפי מין	לוח 22 :
38	הזכאות לטיפול אישי ועזרה ביתית, לפי מצב משפחתי	לוח 23 :
39	הזכאות לטיפול אישי ועזרה ביתית, לפי הרכב משק הבית	לוח 24 :
40	הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית, לפי סוג הנכות הרפואית	לוח 25 :
41	גובה הזכאות לטיפול אישי, לפי סוג הנכות	לוח 26 :
41	הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית, לפי אחוז הנכות הרפואית	לוח 27 :
42	הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית, לפי מספר הליקויים	לוח 28 :
42	הזכאות לטיפול אישי ועזרה ביתית, לפי אחוז הליקוי העיקרי	לוח 29 :

48	התפלגות הנכיס, לפי הערכת האפשרויות לקביעת יכולת תפקודית על ידי הערכה רפואית בלבד ללא ביקור בית	לוח 30:
49	התפלגות הנכיס, לפי אחוז הנכות הרפואית והאפשרות לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית	לוח 31:
49	התפלגות הנכיס, לפי סוג הנכות והיכולת לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית	לוח 32:
51	הנימוק להחלטת הועדה לגבי ההזדקקות לעזרה ביתית	לוח 33:
53	התפלגות הנכיס, לפי צורת השימוש בגמלאות לשירותים מיוחדים	לוח 34:
54	התפלגות הנכיס, לפי השימוש בגמלאות וסוג הזכאות	לוח 35:
57	מצב הניקיון האישי של הנכה	לוח 36:
57	מצב ניקיון הדירה של הנכה וסביבתו	לוח 36א:
58	הצורך במכשירים או סידורים רפואיים נוספים	לוח 37:
59	הנכיס החדשים והנכיס ב"מאגר", לפי הרכב משק הבית	לוח 38:
59	הנכיס החדשים והנכיס ב"מאגר", לפי הליקוי העיקרי	לוח 39:
60	הנכיס החדשים והנכיס ב"מאגר", לפי אחוז הליקוי העיקרי	לוח 40:
61	כיוון התיאום בין הרופא לאחות בטבלת הזכאות לטיפול אישי	לוח 41:
71	הזכאים לעזרת בית, לפי רמת הזכאות במסגרת הניכוי ורמת הזכאות בהתאם לתקנות	לוח 42:

מאז שנת 1980 החל המוסד לביטוח לאומי להעניק גמלאות על פי חוק, המיועדות לסייע לאדם הנכה, התלוי במידה רבה בעזרת הזולת לניהול חייו-יום-יום והמטיל בשל כך עומס רב על בני משפחתו מבחינת הטיפול האישי וניהול משק הבית. בניגוד לקצבאות שהמוסד מעניק והמיועדות להחליף הכנסה, נקודת המוצא של הזכאות לגמלאות אלו היתה המוגבלות התפקודית של הנכה, בתחומי חייו יום יום, אשר הופכת אותו תלוי בעזרת אחרים כדי שיוכל להמשיך לחיות בביתו ובקהילה. הענקת גמלאות המבוססות על מוגבלות תפקודית החלה בשנת 1979 עם הפעלת מערכת הגמלאות לשירותים המיוחדים לנכים בוגרים (בגיל 18-64). מאז 1981 המערכת הורחבה בהדרגה והחלה לכלול גם ילדום בגיל 3-17. כיום עומד בפני המוסד אתגר של קביעת תהליכים ונוהלים לביצוע חוק ביטוח סיעוד, אשר יעמוד מערכת מקבילה גם עבור קשישים. המשותף למערכות אלו הוא רצון המחוקק לסייע לאדם המוגבל ולבני משפחתו, הנוטלים על עצמם את העול הכבד של הטיפול בו, בטיפול הישיר, בהוצאות הטיפול וברכישת השירותים הנחוצים מגורמים שונים בקהילה.

השאלה המרכזית שעמדה בפני המוסד לביטוח לאומי בבואו לקבוע את כללי הזכאות לגמלאות לשירותים מיוחדים, עומדת בפניו גם היום לקראת הפעלת חוק ביטוח סיעוד; כיצד אפשר לפתח כלים ונוהלים אחידים להערכת ולקביעת הזכאות לגמלאות בחוק על-פי מידת הצורך של הנזקק לטיפול אישי ולסיוע בניהול משק ביתו? אלו מרכיבים של המוגבלות התפקודית יש לקחת בחשבון, ואיזה משקל יש לתת למרכיבים אלו במסגרת ההערכה התפקודית? באיזו דרך תיעשה ההערכה, ומי יהיו אנשי מקצוע שיעשו זאת? ואחרון, האם אפשר לפתח כלי אחיד ואובייקטיבי שיושם במתכונת ארצית, תוך פיקוח מקצועי ומנהלי של המוסד לביטוח לאומי, האחראי על ביצוע החוק הן כלפי תובע הגמלה והן כלפי בית הדין?

למוסד לביטוח לאומי יש כיום ניסיון רב בהערכת ובקביעת זכאות לגמלאות המוענקות על פי מוגבלות תפקודית לפי מבחנים מובנים המועברים לנכים על ידי אחיות בריאות הציבור של משרד הבריאות. ניסיון זה הצטבר במשך מספר שנות הפעלת השירותים המיוחדים לנכים ומבוסס על ניסוי שדה שנערך ברחובות, בו נבחנו לראשונה הכלים והנוהלים שפותחו לקראת הפעלת החוק.

דו"ח זה מתאר את הניסוי שנערך ברחובות, אשר על פי תוצאותיו הותקנו התקנות לשירותים מיוחדים בחוק הביטוח הלאומי.

ניסוי זה, אשר התבצע במסגרת המפעלים המיוחדים של המוסד לביטוח לאומי, הוא דוגמה מיוחדת של ניסוי בשטח שנועד לשמש בסיס לבדיקת מדיניות ולקביעת יסודות חוקיים וכללי ביצוע להפעלת תהליך חדש, שמטרתו להרחיב את זכויות הביטחון הסוציאלי של אוכלוסיית הנכים. הניסוי תרם להפגת חששות בתחום, בו לא היה

ניסיון קודם בישראל, ואיפשר הפעלת מערכת חדשה במוסד. הניסיון שהצטבר מניסוי זה חשוב במיוחד לאור הסוגיות הכרוכות בתכנון ובהפעלת חוק ביטוח סיעוד אשר לרבות מהן ניתן למצוא תשובה, חלקית לפחות, בניסיון שהצטבר במוסד במסגרת הניסוי ובהפעלת התקנות במהלך השנים האחרונות.

במסגרת הניסוי ניתן היה ללמוד לראשונה מה הם ההיבטים השונים הכרוכים בתיאום בין המוסד לביטוח לאומי למוסדות אחרים - אם במסגרת הסכמים לאספקת שירותי אבחנה מקצועית, כפי שנעשה עם משרד הבריאות, ואם בניסיון להעניק גמלאות בעין באמצעות גורמים מטפלים בקהילה. הבעייתיות הרבה בנושא השני ראויה לבחינה מעמיקה נוספת, במיוחד לאור האפשרות של הרחבת החוק והחלתו על קשישים, ועקב הצורך לחזור להתמודד עם אספקת גמלאות בעין באמצעות גורמים בקהילה בהיקף אף רחב יותר מזה שהתאפשר במסגרת השירותים המיוחדים לנכים.

רבים היו שותפים לניסוי ולתכנון השירותים המיוחדים לנכים, וברצוננו להודות להם.

תודתנו נתונה למר יעקב רייפן, אשר כמנהל סניף הביטוח הלאומי ברחובות דאז עזר לבצע את הניסוי בסניפו, וזאת מתוך ראייה ארוכת טווח של הפעלת השירותים המיוחדים לפי חוק. לתודה מיוחדת ראויה גב' חמדה כהן ממשרד הבריאות, אשר שיתפה פעולה עם מנהל העניינים הרפואיים במוסד, ד"ר ע. ארנן, ועזרה בכך בפיתוח כלי ההערכה לקביעת המוגבלות התפקודית.

ההצעות הראשונות לביצוע התהליך גובשו על ידי ד"ר ע. ארנן, הגב' אסתר רייס - המשמשת כיום עוזרת ראשית לשירותים מיוחדים בענף נכות, וגב' דינה צילג. הצעותיהם הוגשו לוועדת ההגוי של הניסוי מטעם המוסד לביטוח לאומי לדיון ועיבוד סופי. תודה מיוחדת למרכזת הניסוי, גב' אוהליה אלון, אשר לוותה את כל שלבי הניסוי בכושר ארגון וניהול מקצועי מירבי, ולד"ר מ. וורון, רחל ארבל אביבה ארבל ורחל גרגר. תודתנו ניתנת לרופאים, לאחיות, לעובדים הסוציאליים ועובדי סניף רחובות שהשתתפו בניסוי.

דלבסוף החוקר אינו יכול אלא להביע את הערכתו האישית לכל אנשי המקצוע במוסד שהיו מעורבים בניסוי: המנהל הרפואי של המוסד, אנשים מענף נכות, ומהאגף למחקר ולתכנון וכל אנשי השדה, עבור החוויה המיוחדת המשותפת הזו.

ברנדה מורגנשטיין

המשתתפים בפרוייקט

ועדת הגוי של המוסד לביטוח לאומי

- א. אלון - אגף מחקר ותכנון
- ע. ארנז - מנהל רפואי
- י. בלבינדר - מפעלים מיוחדים
- ב. בן-צבי - מחלקת השיקום
- ש. כהן - אגף מחקר ותכנון
- ב. מורגנשטיין - אגף מחקר ותכנון
- י. ערד - ענף נכות
- ש. פינצי - מחלקת השיקום
- ע. פלדמן - מחלקת השיקום
- ד. צילג - ענף נכות
- א. רייס - ענף נכות
- י. רייפן - סניף רחובות
- נ. שמאי - אגף מחקר ותכנון

מרכזת הפרוייקט - אוהליה אלון

החוקר - ברנדה מורגנשטיין

שלב א' של הניסוי

- ד"ר מ. וורון - רופא המוסד לביטוח לאומי
- רחל ארבל - אחות בריאות הציבור
- אביבה ארבל - עובדת סוציאלית

שלב ב' של הניסוי

- אירנה אינגלשטיין, שושנה אבירס, ברוריה הדרי - אחיות בריאות הציבור
- ד"ר מ. וורון, ד"ר י. הוד - רופאי המוסד לביטוח לאומי
- רחל ברגר - עובדת סוציאלית
- רחל גרמניק - פקיד תביעות

קבוצת הנכים הקשים, בעלי אחוזי נכות רפואית גבוהים, סובלת לא רק מירידה בכושר לעבוד ולהשתכר, אלא היא גם אחת הקבוצות הזקוקות ביותר לעזרת הזולת, שכן הנמנים עליה הם בדרך כלל נכים, אשר כתוצאה מנכות פיזית או נפשית מוגבלים גם בתפקודם היומיומי. נכים אלה זקוקים לעזרה הן לצורך טיפולם האישי והן בביצוע פעולות משק ביתם, בעיקר בתחומים של ניידות בתוך הבית ומחוצה לו, הלבשה, רחצה, אכילה, שימוש בשירותים, השגחה וכן בסידורים הקשורים לניקיון ולניהול משק הבית.

במרוצת השנים התפתחו בעולם תכניות המעניקות לנכים אלה גמלאות, בכסף או בעין, המיועדות לעזור להם להתמודד עם בעיותיהם הקשות הנובעות מצורכיהם המיוחדים. כמעט רב ארצות אירופה, בדומה לרב הארצות המתועשות, מעניקות קצבה לשירותים מיוחדים. בשנת 1981, 59 מדינות ספקו בנוסף לקצבות נכות כללית, אשר מיועדות להבטיח את רמת הכנסתם של הנכים, גם גמלאות מיוחדות (Attendance Allowance) לנכים הזקוקים לעזרה רבה מהזולת. 36 מדינות נוספות מעניקות קצבה זו במסגרת ביטוח נפגעי עבודה¹. שיעורי הגמלאות לשירותים מיוחדים מחושבים בדרך כלל כאחוז מקצבת הנכות הכללית ליחיד, אם כי יש מספר מערכות, בהן הגמלה מחושבת כאחוז מהשכר הממוצע של הנכה. ב-7 ארצות (אוסטרליה, צ'כוסלובקיה, פינלנד, פולין, רומניה, דרום-אפריקה ובריטניה)² שיעור הגמלה אחיד. צורת תשלום הגמלה שונה בארצות השונות, והיא ניתנת בכסף, בעין או כצירוף של שניהם.

בעשור האחרון גברה גם בישראל מודעותם של גורמי הרווחה לצורך בקביעת מדיניות, אשר תתייחס לצורכיהם של הנכים המוגבלים בתפקודם. חוק ביטוח הנכות הכללית משנת 1974 דאג לכך, שבנוסף להענקת קצבת נכות המבטיחה את הכנסתו של הנכה שאיבד מכושרו להשתכר ולמתן שיקום תעסוקתי, תובטח גם קצבה לשירותים מיוחדים. קצבה זו הוגדרה כ"השתתפות המוסד בכסף או בעין - לפי כללים ושיעורים, שקבע השר בתקנות באישור ועדת העבודה של הכנסת לכלל הנכים או לסוגים מסוימים שלהם - במתן שירותים מיוחדים אלה:

א. טיפול אישי בנכה;

ב. עזרה ביתית לשירותו האישי של הנכה ולמשק ביתו;

ג. סידורים חד-פעמיים וסיפוק צרכים מיוחדים אחרים הנובעים מנכותו של הנכה³.

1) U.S. Social Security Administration, Social Security Programs throughout the World 1981. Research Report No. 58, July 1982 (Revised), in Grane, John M., Disability Allowance for Long-term care in Western Europe and the United States, Project Hope, Millwood, Virginia, January 1983, p. 12.

2) Callahan, Jr. James J., and Wollack, Stanley S. (ed): Reforming the Long-Term-Care System, p. 108.

3) חוק המוסד לביטוח לאומי, סעיף 127 כ"ה(א)(3). במסגרת הניסוי אמנם נעשה ניסיון לבדוק את הצורך בסידורים מיוחדים הנובעים מהנכות, אך בסופו של דבר הנושא נדחה ואינו זוכה כיום להתייחסות בפועל. הדו"ח הנוכחי אינו עוסק בתחום זה.

למרות שהשתתפות זו היתה מעוגנת בחוק מיום כניסת חוק ביטוח הנכרות לתוקפו ב-1 באפריל 1974, עד שנת 1978 לא הותקנו תקנות המגדירות את כללי הזכאות ואת מבנה הגמלה לשירותים מיוחדים, וזאת בעיקר כתוצאה מהבעייתיות הכרוכה בתכנון תוכנית חדשה זו ובהפעלתה.

השאלות המרכזיות שעמדו בפני המוסד לביטוח לאומי בבואו להתקין תקנות לשירותים מיוחדים ובקביעת כללי הזכאות היו: איך ניתן למדוד הלכה למעשה את הצורך בטיפול אישי ובעזרה ביתית, ואיזה משקל יש לתת למרכיבים השונים של המוגבלות, הקובעים את הצורך בסיוע בתחומים אלו? האם על התוכנית להיות מוגבלת לקבוצות גיל מוגדרות? האם מתן הזכאות יהיה תלוי רק במידת המוגבלות, או גם במבחן הכנסות? האם יש לקחת בחשבון לצורך קביעת הזכאות את ההרכב המשפחתי, המתבטא בסיוע ובתמיכת המשפחה בנכה? האם על סוג הנכות (נכות צמיתה או זמנית) להשפיע על קביעת הזכאות? האם נכים מאושפזים יהיו זכאים לגמלה?

מבחינת הגמלה, האם תוענק גמלה אחת או מספר גמלות? האם הגמלה תינתן ברמה אחידה, או במספר רמות בהתאם לרמות הנכות? האם גובה הגמלה יושפע מתמיכה משפחתית או מהכנסות הנכה ו/או המשפחה?

מה היא הדרך העדיפה להענקת הגמלה? האם בכסף, בכדי שהמקבל ירכוש בעצמו את השירותים להם הוא זקוק, לפי בחירתו והחלטתו, או בעין, באמצעות הסכמים עם מוסדות בקהילה, אשר יספקו את השירותים הדרושים? ולבסוף, איזה מערך מנהלי דרוש להפעלת השירותים המיוחדים?

סוגיות אלה ואחרות נידונו בהנהלת המוסד והובאו בפני ועדת תכנון שהורכבה לצורך טיפול בנושא זה. ועדה זו גיבשה מדיניות ותוכנית ראשונית להפעלת השירותים המיוחדים במסגרת ענף נכות כללית. לפיכך, כחלק של היערכות המוסד להפעלת סעיף זה בחוק, הוחלט לערוך ניסוי ברחובות, כדגם ניסיוני במסגרת המפעלים המיוחדים הנערכים בעידודו ובמימונו של המוסד לביטוח לאומי.

II עיקרי הממצאים

דו"ח זה מסכם ניסוי שבוצע ברחובות בתחום השירותים המיוחדים לנכים, אשר מטרתו היתה לבחון את הרעיונות ואת הכללים שגובשו בנושא זה במוסד לביטוח לאומי, וכך את דרך בדיקתה וקביעתה של הזכאות לגמלאות לשירותים מיוחדים, צורת הענקת הגמלה ודרך שילובה המינהלית של תכנית חדשה זו בעבודה הרגילה של המוסד לביטוח לאומי. בעקבות הממצאים שעלו במסגרת הניסוי גובשו המלצות, הן לגבי מהות והיקף הגמלאות והן לגבי דרך ההפעלה. המלצות אלו קיבלו את ניסוחן החוקי בתקנות לשירותים המיוחדים לנכים בחוק הביטוח הלאומי.

אחד הממצאים המרכזיים של הניסוי הוא, שרוב הנכים מטופלים ברמה נאותה על ידי משפחתם. אין ספק, שברוב המקרים המשפחה נכונה ומסוגלת לספק עזרה לבן המשפחה הנכה, אך עזרה זו כרוכה בהקרבה ועול כבד הנופל עליהם. לעתים נאלצים בני משפחה אף לוותר על עבודתם על מנת לטפל בנכה. על כן, אחד העקרונות שהנחה את קובעי המדיניות בשירותים מיוחדים היה, כי אין לראות בגמלה לשירותים מיוחדים אמצעי שיענה רק על מקרים של חוסר טיפול אישי בנכה, אלא גם כגמלה המיועדת לפצות ולעודד את המערכת הטבעית המטפלת כיום בנכה, ולחזק את יכולתם של הנכה ומשפחתו לרכוש שירותים או להמשיך לטפל בנכה בכוחות עצמם ובכך לעודד את המשך הישארותו של הנכה בביתו ובקהילה.

א. איפיוני הנכים שהשתתפו בניסוי (שלב א')

- אוכלוסיית הניסוי כללה את כל מקבלי קצבת הנכות הכללית, שהם בעלי נכות רפואית בת 75% ומעלה, אשר התגוררו בשטח השיפוט של רחובות, יבנה ואשדוד. שיעורי הנכים בעלי נכות רפואית בת 75% ומעלה, שהשתתפו בניסוי סיפקו אומדן ראשוני על היקף האוכלוסייה אותה יהיה צורך לבדוק במסגרת הערכת הזכאות לשירותים מיוחדים: כ-30% מקרב הנכים במאגר הקיים, כלומר נכים אשר כבר קבלו בזמן הניסוי קצבאות נכות; ו-10% מהנכים החדשים אשר הגישו תביעה לקצבת נכות, אך טרם קבלוה.

- מתוך 172 הנכים אשר השתתפו בשלב א' של הניסוי 47% היו גברים ו-23% נשים. 57% מכלל הנכים במדגם היו נשואים; 58% היו מעל גיל 45. רוב הנכים היו ותיקים בארץ, כאשר 7% בלבד עלו לאחר שנת 1970. 61% היו ילידי אסיה-אפריקה.

- באשר להרכב משק בית נמצא, שמרבית הנכים (91%) התגוררו עם בני משפחה; 53% מתוכם עם בן/בת זוג, ו-28% נוספים עם הורים. נמצא, כי מצבן של הנשים קשה במיוחד, הן מבחינת מצבן המשפחתי והן מבחינת הרכב משק בית: 73% מהנשים היו לא נשואות, עם שיעור בולט של רווקות וגרושות עם ילדים. מספר הנשים שהתגוררו בגפן

היה גדול יותר מפי שניים מזה של הגברים. ממצא זה לימד, שלנשים נכות יש הרבה פחות משאבים משפחתיים מיודדים לקבלת עזרה, הן בטיפול אישי והן במשק הבית, וחלק מהנשים אף מטופלות בילדים.

- רוב הנכים במדגם היו נכים החיים עם נכותם תקופה ארוכה למדי. רק 36% היו נכים חדשים יחסית, אשר נכות החלה בינן 2 עד 9 שנים לפני הניסוי.

- בדיקת הנתונים על הכנסת הנכים, כפי שדיווחה המשפחה, העלתה פרופיל של אוכלוסייה בעלת הכנסה נמוכה בדרך כלל, אשר הנכות של אחד מבני המשפחה קשורה כנראה, לירידת רמת ההכנסות ורמת החיים של המשפחה כולה.

- במדגם נכללו נכים עם מגוון של מוגבלויות: 20% עם מחלות נוירולוגיות (כגון המיפלגיה, פארפלגיה, קואדריפלגיה, פוליו, שיתוק מוחי, אפילפסיה, פרקינסון ועוד); 11% עם מחלות נפש; 13% עם פיגור שכלי; 22% עם מחלות פנימיות (כגון לב, כלי דם, סכרת, דרכי נשימה, כבד ועוד); 9% עם ליקויים במערכת הלוקומוטורית (כגון עצמות ופרקים, ניוון שרירים, קטועי ידים או רגליים); 8% עם ליקויים במערכת האורוגניטאלית (כגון כליות, כריתת שד, רחם, דרכי השתן ועוד) ו-16% עם ליקויי ראייה.

- רוב הנכים במדגם (59%) היו נכים בעלי ליקוי רפואי אחד בלבד. ל-8% היו יותר מ-4 ליקויים. ל-87% מהנכים היה ליקוי עיקרי של 55% ומעלה.

- ממצא חשוב נוסף של הניסוי היה, שרוב הנכים אשר היו זקוקים לעזרה בטיפולם האישי קיבלו עזרה זו מבני משפחה, במיוחד בתחומים של הלבשה (92%) ורחצה (91%). שיעור נמוך יותר של מקבלי סיוע נמצא בתחומים של ניידות (61%) ואכילה (58%). הגורם העיקרי המספק את העזרה היה בן/בת זוג והורה.

- גם בתחום של עזרה ביתית נמצא, כי רוב הנכים (94%) הזקוקים לעזרה בפעולות משק הבית קיבלו אותה מבני המשפחה.

ב. שיעורי הזכאות לגמלאות

קביעת הזכאות לטיפול אישי התבססה על מבחן תפקודי אוביקטיבי (A.D.L.), אשר העניק ניקוד בהתאם למידת תלותו של הנכה בסיוע הזולת במספר תחומי תפקוד יוטיומיים בסיסיים. הניקוד תורגם לארבע רמות זכאות לגמלה לטיפול אישי: לא זכאי, 50%, 75% ו-100% זכאות. קביעת הזכאות לגמלה לעזרה ביתית נעשתה על פי קביעת הועדה לשירותים מיוחדים, שהנכה ובני משפחתו אינם מסוגלים לנהל את משק הבית.

- כ- 44% מכלל הנכים נמצאו זכאים לגמלה כלשהי, 19.2% מהם רק לגמלה לטיפול אישי, 15% רק לעזרה ביתית, ו-9.3% לשתי הגמלאות גם יחד. נמצא קשר בין רמת הזכאות לטיפול אישי והזכאות לעזרה ביתית: שיעור הזכאות לעזרה ביתית עלה מ-21% בקרב נכים אשר לא נמצאו זכאים לטיפול אישי, ל-36% בקרב נכים אשר נמצאו זכאים לטיפול אישי ברמה של 75%-100%. כך נמצא קשר בין גובה הניקוד בסעיפים השונים של המבחן התפקודי, המשקפים את יכולת התפקוד של הנכה, לבין הזכאות לעזרה ביתית. שיעורי הזכאות לעזרה ביתית היו יחסית גבוהים יותר בקרב הנכים שקיבלו ניקוד גבוה בסעיפי המבחן, מאשר בקרב הנכים שקיבלו ניקוד נמוך באותם הסעיפים, ומגמה זו בלטה במיוחד בסעיפים של האכלה, רחצה והשגחה. מצד שני 21% מהנכים שלא נמצאו זכאים לטיפול אישי נמצאו זכאים לגמלה לעזרה ביתית. קבוצה זו כללה בעיקר בודדים (כולל נכים שגרים לבד, עם ילדים קטנים או עם הורים קשישים חולים) ונשים המטופלות בילדים תלויים.
- באשר לצורת תשלום הגמלאות נמצא, כי בניגוד למצופה, רק במקרים מעטים קבעה הועדה שיש צורך להעניק גמלה בעין. רק 7 מתוך 49 הנכים שנמצאו זכאים לגמלה לטיפול אישי ורק 8 מתוך 40 הנכים אשר נמצאו זכאים לעזרה ביתית נמצאו זכאים לגמלה בעין. גם בהתייחס לנכים אלו התגלו בזמן הניסוי בעיות בהעברת התשלום לגורמים הקהילתיים כדי שיספקו את השירות בעין ישירות לנכה.
- בדיקת הזכאים לפי אפיונים דימוגרפיים שונים העלתה מספר נקודות חשובות:
 - לא נמצאו דפוסים מגמתיים בשיעורי הזכאות לטיפול אישי או לעזרה ביתית לפי גיל הנכים. ממצא זה היה עפוי לאור ההנחה שאין קשר בין גיל הנכה לבין חומרת מצבו התפקודי.
 - באשר לארץ המוצא נמצא, כי נכים ילידי ישראל וממוצא אירופאי נמצאו זכאים לטיפול אישי בשיעור גבוה יותר (39%) מילידי אסיה-אפריקה (24%). בזכאות לעזרה ביתית לא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי ארץ המוצא.
 - שיעורי הזכאות לשתי הגמלאות היו גבוהים יותר אצל נכים לא נשואים מאשר אצל נכים נשואים. הבדל זה בלט במיוחד בהתייחס לזכאות לעזרה ביתית: רק 15% מהנכים הנשואים נמצאו זכאים לעזרה ביתית, לעומת 26% בקרב הבודדים.
 - אם כי בדיקת שיעורי הזכאות לטיפול אישי לפי הרכב משק הבית לא חשפה מגמה ברורה, שיעור הזכאות היה גבוה במיוחד בקרב נכים אשר התגוררו עם הוריהם (39%) ועם ילדים תלויים (40%). שיעורי הזכאות לעזרה ביתית היו גבוהים בקרב נכים בודדים (81%) ונכים ללא בן זוג אשר התגוררו עם ילדים בלבד (46%). נשים היו זכאיות פי שלושה (48%) מאשר גברים (17%) - ממצא המשקף את העובדה, שמרביתן היו ללא בן-זוג ולכן חסרות משאבים משפחתיים מידיים לעזרה ביתית.

- בדיקת הקשר בין שיעורי הזכאות לעזרה ביתית לסוג הנכות חשפה שיעורי זכאות גבוהים, יחסית, בקרב נכים עם מחלות במערכת הלוקומוטורית (53%) ובקרב נכים עם מחלות נוירולוגיות (40%). יש לציין שמדובר בשתי קבוצות בעלות ליקויים המתבטאים במוגבלות תפקודית בניידות. בבחינת הקשר בין סוג הנכות לבין הזכאות לטיפול אישי נתגלה דפוס בולט של שיעורי זכאות גבוהים, יחסית, בקרב הנכים עם מחלות נוירולוגיות (54%) ועם פיגור שכלי (52%).

- בהתייחס לרמת הזכאות לגמלה לטיפול אישי, נמצא כי רק בקרב שתי קבוצות (מחלות נוירולוגיות ופיגור שכלי) היו נכים אשר נמצאו זכאים לגמלה ברמה גבוהה. ביתר הקבוצות, הזכאות הגיעה ל-50% בלבד. בקרב הנכים עם מחלות נוירולוגיות, כל הנכים עם פגיעה מוחית נמצאו זכאים לגמלה, רובם בגובה של 75%-100%. יתכן, כי למצא זה יש חשיבות לגבי השיקולים בדבר האפשרות לקבוע את רמת הזכאות לטיפול אישי על סמך בדיקה של רופא מוסמך בלבד, ללא ביקור בית של אחות, וזאת מאחר שבמקרים מסוימים הרופא יוכל לקבוע 100% זכאות לגמלה על פי מידע רפואי בלבד, ולחסוך כך תהליך יקר של העברת מבחן תפקודי בבית הנכים.

- נמצא קשר מסוים בין אחוז הנכות הרפואית המבטאת את חומרת הנכות מבחינה רפואית, לבין הזכאות לטיפול אישי. ככל שעלה אחוז הנכות הרפואית, כך עלה שיעור הזכאים לגמלה: מ-20% בקרב נכים בעלי נכות רפואית בת 70%-74% עד 39% בקרב נכים בעלי נכות רפואית בת 95% ומעלה. אחוז הזכאות היה כמעט פי שניים בקרב הנכים, שהרופא קבע כי הם בעלי נכות רפואית צמיתה ולא זמנית. ממצא דומה נמצא אצל נכים בעלי דרגת נכות צמיתה. כמו כן, נכים, אשר סבלו מליקוי אחד בלבד, או שהליקוי העיקרי שלהם היה גבוה מ-60% נמצאו זכאים לטיפול אישי ולעזרה ביתית יחסית יותר מנכים אשר צברו את סך כל אחוזי הנכות הרפואית שלהם על סמך מספר ליקויים קטנים.

ג. הערכת הזכאות לטיפול אישי: המבחן התפקודי

הניסוי ברחובות העלה, כי בדיקת הצורך בטיפול אישי על ידי השימוש במבחן התפקודי ותרגומו לשלוש דרגות זכאות - אין זכאות, 50% זכאות, 100% זכאות - הם שיטה יעילה שניתן לישמה במסגרת עבודתו של המוסד לביטוח לאומי. בדיקת הקשר בין גובה הניקוד בכל סעיף של המבחן התפקודי לבין הזכאות לגמלה לטיפול אישי העלתה, שסעיפי המבחן אכן משקפים את צירופי המגבלות התפקודיות, אשר קובעים במצורף את הצורך בטיפול אישי. נכה אשר קיבל ניקוד גבוה באחד מסעיפי המבחן קיבל גם נקודות נוספות, וכך הגיע לסף הזכאות של 2 נקודות לפחות. להוציא נכה אחד, לא היו מקרים של קבלת ציון גבוה בתחום תפקודי כלשהו (דבר המצביע על תלות מוחלטת בתחום זה), מבלי להימצא זכאי על ידי צבירת ניקוד נוסף בסעיפים

אחרים של המבחן. נראה היה, שהמבחן התפקודי משקף את צירופי הקשיים התפקודיים של הנכה ומתרגם אותם לזכאות לגמלה. התחום היחידי בו נמצא ניקוד יחסית גבוה במבחן התפקודי, ללא זכאות, הוא תחום ההשגחה. 6 מתוך 8 נכים שקיבלו 2 נקודות בתחום ההשגחה לא נמצאו זכאים לטיפול אישי וזאת בשל חוסר ההתאמה בין הצורך בהשגחה והניקוד שניתן בסעיף זה במבחן (ראה בהמשך).

למרות שהניסוי הצביע על יעילותו של המבחן בקביעת מצבם התפקודי של הנכים ובתרגומו לזכאות לגמלה, התעוררו מספר בעיות ושאלות הקשורות לסעיפי המבחן והעברתו על ידי האחות בבית. בעיות אלה לובנו במהלך הניסוי וקיבלו פתרון הולם בתהליך המיושם כיום בענף הנכות במוסד:

- במהלך הניסוי היה קושי למדוד את הצורך האובייקטיבי בהשגחה. מצד אחד היה ברור, שאת הצורך בהשגחה אפשר למדוד במונחים של מספר שעות, וזאת על פי הצורך הרפואי והסיכון, שהיה נגרם לנכה מבחינה רפואית אילו היה נשאר בלא השגחה. מאידך גיסא, קשה היה להעריך את מידת הצורך כאשר לא ניתן למדוד אותו במונחים של שעות, אך יש לקחת בחשבון את סכנת ההידרדרות של מצב הנכה ושל יכולתו הכללית לנהל חיים תקינים ללא השגחה תמידית מן המשפחה. במלים אחרות, קשה למדוד את הצורך האובייקטיבי בהשגחה ובפיקוח, אם הדבר אינו מוגדר כצורך רפואי. קשיי המדידה והקריטריונים הלא ברורים היו חריפים במיוחד אצל חולי נפש. כתוצאה מחבעיתיות במדידת הצורך בהשגחה, הומלצו מספר שינויים. בנוסף על הבהרת והחמרת הגדרת הצורך בהשגחה, חידוד הקריטריונים למתן ניקוד, בקשה מהאחות להנמיק את המלצותיה בפירוט והדגשת הצורך להסתמך על חוות דעת ומידע רפואית, חברי הועדה החליטו יחד עם צוות החיגוי לשנות את הניקוד בקטגורית ההשגחה. המלצות אלה היו חשובות ביותר ומצאו ביטוי בתהליך המופעל כיום⁴.

- הוחלט, שיש צורך בהדרכה ובפיקוח צמוד על עבודת אחיות בריאות הציבור בשל היותן גורם חוץ, אשר ממלאות תפקיד עיקרי בקביעת הזכאות לשירותים מיוחדים. נקבע שיש לדאוג לאחידות במלוי מבחן התפקודי במיוחד בסעיף של השגחה, ולקבלת הסבר ונימוק מפורטים על קביעת האחות בכל סעיפי המבחן.

- הומלץ, שמספר אחיות מפקחות יהיו אחריות מטעם המוסד לביטוח לאומי על עבודת אחיות בריאות הציבור, וזאת בעיקר כדי להבטיח אחידות בהעברת המבחן התפקודי.

- הוצע לקבוע כללים אחידים לרופאים ולאחיות במתן ניקוד לגבי מספר מחלות ספציפיות.

(4) ראה בפרק X111, המלצות ושינויים.

בעקבות החשיבות הרבה של המידע הרפואי כבסיס להעברת המבחן התפקודי ובחינת סבירות ממצאיו, הומלץ לתת הנחיות חדשות לביצוע האבחונים הרפואיים המתבצעים במוסד, תוך מתן דגש על המשמעות התפקודית של המגבלות הפיזיות. כמו כן הוצע, שרופאי המוסד יעשו סינון ראשון וימליצו על הצורך בביקור בית של אחות אצל נכים המאופיינים על ידי מגבלה תפקודית כלשהי. כך הוחלט להוציא מספר מחלות, אשר אין להן שום היבט של מוגבלות תפקודית, מכלל חישוב אחוז הנכות הרפואית לצורך העברת התיק לבדיקת הזכאות לגמלה לשירותים מיוחדים.

לעומת החשיבות והתרומה של בקור הבית של האחות כהליך הכרחי להערכת ולקביעת הזכאות, הרי ביקורי הבית של עובדת סוציאלית שהופעלו בניסוי בנוסף לביקורי האחות, נמצאו כלא יעילים, לא תרמו מידע נוסף לקביעת הזכאות, והיה בהם משום בזבוז משאבים מקצועיים יקרים. לפיכך הומלץ על ידי ועדת ההגוי לותר על ביקור בית נוסף של עובדת סוציאלית ולמקד את תהליך קביעת הזכאות בעבודת האחות, אשר תבדוק את תפקוד הנכה וזכאותו ואף תתן דעתה לגורמים סביבתיים הקשורים בתפקוד משק הבית של הנכה. הודגש על פי הניסיון בשנן שלבי הניסוי כי עדיף ורצוי לערוך ביקורי בית של עובדת סוציאלית רק במקרים הקשים ביותר בהם לפי דעת האחות יש צורך בהערכה סוציאלית כדי לקבוע האם דרושים מכלול שירותים בעין מגורמים שונים בקהילה, האם יש צורך בתאום בין-ארגוני, ובאם יש לעבוד עם המשפחה ולהדריכה.

ד. המעקב

במעקב אחר הנכים שנמצאו זכאים לגמלה נמצא, כי מרבית הנכים ומשפחותיהם מודעים לקבלת גמלה נפרדת לצורך טיפול אישי ועזרה ביתית. באשר לשימוש בכספי הגמלה, במרבית המקרים שימשה הגמלה לטובת הנכה, 41% ציינו שהשתמשו בגמלה כדי לשלם עבור ^{עזרה} בית ורק 11% רכשו שירותים לטיפול אישי בנכה. ממצא המעיד הן על העדפת בני המשפחה להמשיך לטפל בכוחות עצמם והן על הקושי בהשגת כוח אדם לטיפול אישי. כ-17% קנו מכשירים רפואיים או תרופות, 17% השתמשו בגמלאות לקניית משחקים לנכים אולהסעות מיוחדות, 11% קנו אביזרים לנכה כמו ביגוד, סדינים, שמיכות וכו'. 42% מהנכים דווחו שבנוסף לשימושים ספציפיים אחרים, הגמלה נכנסת לתקציבה הכללי של המשפחה ומסייעת בכך לטיפול בנכה.

ה. קבלת שירותים בעין מגורמים בקהילה

ההיקף הקטן, יחסית, של הנכים אשר נקבעו זכאים לגמלה בעין, מלמד שבדרך כלל המשפחה מסוגלת לטפל בנכה ולהשתמש בגמלה לטובתו. עם זאת נמצאו מספר מקרים, שלגביהם היתה הועדה סבורה שלא יהיה שימוש נכון בגמלאות הכספיות לטובת הנכה. זאת בעיקר כשמדובר בנכים בודדים ומרותקים לבית ובמספר קטן של נכים שאינם מקבלים טיפול נאות מן המשפחה. במקרים אלו, שהם קבוצת יעד חשובה לחוק, יש חשיבות רבה לאספקת שירותים מידיים.

במרוצת הניסוי היה בולט, שקיימות רק אפשרויות מצומצמות ביותר להשיג עזרה ממוסדת ומסודרת, באמצעות הגורמים הקהילתיים. גם כאשר המוסד לביטוח לאומי ביקש להעביר את הגמלאות למוסדות הציבוריים, לא היתה היענות לכך, ובסופו של דבר שולמו הגמלאות בכסף, כי לא היה באפשרות הגורמים לספק את השירות הדרוש. בעיקבות הניסיון שנצבר בניסוי, ועדת ההיגוי היתה מודעות לכך שגם כאשר יש משפחה תומכת אשר מטפלת בנכה, יש לאפשר לנכה ולבני המשפחה את האופציה של רכישת שירותים מגורמים מאורגנים בקהילה בצורה מסודרת וממוסדת. העובדה שרוב הנכים מטופלים ברמה נאותה, כפי שנמצא בניסוי, אינה מבטלת את הצורך בשירותים בעין לנכים אלה. במהלך הניסוי התגלה מספר לא מבוטל של מקרים, בהם הטיפול האישי בנכה אמנם התבצע ברמה טובה, אך הירוה מעמסה כבדה מאוד על המשפחה. הודגש שיש מקום להסדיר העברת מידע על הצורך בשירותים בעין למשרדים המתאימים, אשר יוכלו להשלים את השירותים הניתנים על ידי המשפחה, או להשתמש בגמלה לטובת הנכה, במקרה שהמשפחה אינה מסוגלת לטפל בו. מכל מקום, יש לאפשר לנכה ומשפחתו לרכוש את השירות בתשלום. לפיכך יש להדגיש את החשיבות של פיתוח שירותים והעלאת המודעות של הגורמים הציבוריים האחראים לאספקת שירותים לטיפול אישי ועזרה ביתית לנזקק.

111 מפעל מיוחד לשירותים מיוחדים לנכים ברחובות

1. מטרת הניסוי

מטרתו העיקרית של המפעל המיוחד לשירותים מיוחדים לנכים ברחובות היתה לבדוק בשדה את יעילותם ויישומם של העקרונות, הכלים והתהליכים שפותחו במוסד לביטוח לאומי להערכת ולקביעת הזכאות לגמלאות לשירותים מיוחדים. הניסוי היה אמור לבחון בעיקר את הדרך, בה יש לבדוק ולקבוע את הזכאות, איך תוענק הגמלה ואת דרך שילובה המינהלית של המערכת החדשה בעבודת המוסד. כמו כן היה עניין לבדוק את מקומה של הגמלה המיוחדת במערך הטיפול הניתן על ידי בני המשפחה ועל ידי גורמים מאורגנים בקהילה.

לפיכך הניסוי התמקד ביעדים הבאים:

- תיאור האוכלוסייה הזקוקה לשירותים מיוחדים וצורת הטיפול באוכלוסייה זו, הן על ידי המשפחה והן על ידי גורמים מאורגנים בקהילה;
- בדיקת הגדרות, עקרונות וקריטריונים שפותחו במוסד בשלב של תכנון הניסוי, כגון: מבחני זכאות, מבנה וגובה הגמלה וצורת נתינתה;
- התנסות בתהליך שהוצע להערכת הזכאות ולקביעתה, כולל בחינת ההרכב המקצועי הדרוש של המשתתפים בתהליך הערכה זה ותרומתם. בדיקה זו היתה אמורה לשמש בסיס להצעת תהליך מינהלי יעיל, שתפקידו לשלב את בדיקת הזכאות לשירותים מיוחדים בעבודה הרגילה של קביעת זרגת הנכות;
- קבלת אומדנים על היקף הזכאות בקרב אוכלוסיית הנכים;
- בדיקת תרומת הגמלה לרווחת הנכה ומשפחתו;
- בדיקת הקשר והתיאום הדרושים לשיתוף פעולה עם גורמים בקהילה, כדי למנוע חפיפה וכפילויות ולהבטיח שימוש יעיל במסגרות הקיימות למתן שירותים בעין.

2. אוכלוסיית הניסוי

לאור ההנחה שרק נכים קשים נזקקים לשירותים מיוחדים, אוכלוסיית הניסוי כללה את כל מקבלי קצבת הנכות הכללית, שהם בעלי 75% נכות רפואית ומעלה (בהתאם לקביעת ועדה רפואית של המוסד), אשר גרו בשטח השיפוט של רחובות, יבנה ואשדוד. כמו כן נבדק בנפרד מדגם של נכים בעלי 60%-74% נכות רפואית, וזאת כדי לבדוק האם התנאי המוקדם של 75% נכות רפואית אמנם כולל את כל הנכים אשר עשויים להיות זכאים לגמלה בשל כושר תפקוד לקוי.

לגבי קבוצה זו צוות מקצועי בדק את המידע המצוי בתיקים, כדי לברר האם יש ביניהם נכים מוגבלים אשר עשויים להיות זכאים לקצבה.

מספר קבוצות של נכים לא נכללו במדגם בשל העובדה שכבר מלכתחילה הענקת הקצבה לשירותים מיוחדים הותנתה בקבלת קצבת נכות כללית. לפיכך הנכים הבאים לא נכללו במאגר הזכאות הפרוטנציאלית:

א. נכים שעובדים לאחר תהליך שיקום, ושגובה הכנסתם אינו מזכה אותם בקצבת נכות.

ב. נכים קודמים⁵, שבגלל מבחן ההכנסות הנהוג לגביהם, אינם זכאים לקצבת נכות.

3. מערך הניסוי

בניסוי, אשר נמשך כשנה, היו שני שלבים:

שלב א': התייחס לנכים ב"מאגר", אשר כבר עברו את התהליך של קביעת אחוז הנכות הרפואית ודרגת הנכות וקיבלו קצבאות נכות מהמוסד.

שלב ב': התייחס לנכים חדשים, אשר בעת הניסוי הגישו תביעה לקצבת נכות, אף שתהליך הערכת וקביעת זכאות לקצבה טרם הוחל.

שלב ב' בוצע בהתאם ללקחים שהופקו ולשינויים שהומלצו לאחר תום שלב א', תוך ניסיון לשלב את הגמלה במערך המינהלי של המוסד⁶.

להלן סכימה המתארת את שלבי תהליך הערכת וקביעת הזכאות, כפי שהונהגו בשלב א' של הניסוי:

<u>1</u> תהליך הערכת וקביעת הזכאות	<u>11</u> בדיקות מקבילות
- איתור כל הנכים בעלי 75% נכות רפואית ומעלה באזור הניסוי.	- איתור מדגם של נכים בעלי 60%-74% נכות רפואית באמצעות בדיקה יסודית של התיקים על ידי צוות מקצועי.
- מילוי נתונים אישיים על פי תיק הנכה.	- קבלת רשימות הנכים שנמצאים בטיפול או שמוכרים לגורמים בקהילה - בעיקר משרד הבריאות, לשכות הרווחה וקופות החולים.
- ביקור בית של אחות והעברת מבחן תפקודי (לאחר עיון ראשוני בתיק הנכה במוסד).	- העברת טופס עבור כל נכה במדגם לשם השגת מידע על קבלת שירותים מגורמים אלה.
- ביקור בית של עובדת סוציאלית	

(5) נכה קודם: מי שנעשה נכה לפני 1.4.70. נכה חדש: מי שנעשה נכה ב-1.4.70, או לאחר מכן. החל מתאריך 1.4.84 בוטלה ההבחנה בין נכה קודם ונכה חדש ולשתי הקטגוריות תנאי זכאות זהים.

(6) לתאור שלב ב' של הניסוי ראה פרק V.

I (המשך)

- דיון בוועדה לשירותים מיוחדים:
קביעת זכאות לגמלה לטיפול אישי
ולעזרה ביתית.

- תשלום הגמלה לזכאים.

- מעקב בבית הנכה.

פירוט התהליך להערכת וקביעת הזכאות בשלב א' של הניסוי הוא כדלהלן:

א. מילוי נתונים אישיים על הנכה

- נתונים סוציו-דימוגרפיים של הנכה, אינפורמציה על נכותו (כגון תחילת הליקוי העיקרי, סוג הנכות ועוד) וסוג הקצבאות שהוא מקבל מהמוסד לביטוח לאומי, כולל דמי שיקום, לוקטור מתיקו האישי של הנכה במוסד.

ב. ביקור בית של האחות

- לאחר עיון בתיק ובמסמכים הרפואיים ערכה אחות בריאות הציבור ביקור בביתו של הנכה והעבירה לו מבחן תפקודי לצורך בדיקת מידת המוגבלות התפקודית שלו. שבשלב זה לא ניתן ניקוד על התפקוד, וממצאי האחות היו רק בסיס לצורך הענקת הניקוד ולקביעת גובה הזכאות לגמלה בישיבת הוועדה לשירותים מיוחדים (ראה להלן). האחות גם התבקשה להגיש המלצות האם להעניק גמלה בכסף או בעין, בהתאם לרמת הטיפול בנכה, וכך המלצות ונימוקים בשאלת הזדקקות המשפחה לגמלה לעזרה ביתית. במקרה הצורך האחות היתה אמורה לערוך מבחן תפקודי לבן משפחה נכה נוסף בבית, וזאת לצורך ההחלטה בעניין העזרה הביתית⁷.

ג. ביקור בית של העובדת הסוציאלית

- לאחר ביקור האחות והעברת המבחן התפקודי ביקרה עובדת סוציאלית בביתו של הנכה, וזאת לשם קבלת מידע רלבנטי על המצב הסוציאלי של הנכה ומשפחתו לצורך קביעת ההזדקקות לעזרה ביתית. העובדת הסוציאלית נתבקשה להגיש את המלצותיה המנומקות לגבי מתן גמלה בעין או בכסף. ביקור העובדת הסוציאלית נועד גם לקבלת מידע רלבנטי על צורכי הנכה לשם יצירת קשר ותיאום עם גורמים נוספים בקהילה המטפלים בנכה.

(7) כדי להבטיח אחידות ביצוע בשלב א' של הניסוי, נעשו הבדקורים על ידי אחות אחת בלבד, שהומלצה ע"י משרד הבריאות. כמו כן, השתתפו בשלב זה רק רופא אחד ועובדת סוציאלית אחת. בשלב ב' של הניסוי השתתפה עובדת סוציאלית אחרת. כדי לאפשר סימולציה טובה יותר של התהליך אשר יופעל ברחבי הארץ, בשלב ב' השתתפו מספר אחיות ומספר רופאים מהמוסד.

ד. קביעת זכאות בוועדה לשירותים מיוחדים

- לאחר ביקורי הבית של האחות ושל העובדת הסוציאלית, התקיים בוועדה לשירותים מיוחדים דיון על כל מקרה ומקרה. הוועדה היתה מורכבת מרופא הסניף, מרכזת הפרויקט ששמשה כמרכזת הוועדה, מהאחות ומהעובדת הסוציאלית. כל המידע שנאסף הוצג בפני הוועדה לשירותים מיוחדים. הוועדה היתה רשאית להזמין לישיבותיה אנשים נוספים לדיון על נכה מסויים. באופן עקרוני הוזמנו לישיבות הוועדה נציגי המחלקה לשירותים חברתיים של הלשכה המקומית, בעיקר כדי לדון בנושא הצורך בעזרה ביתית, אך אלה השתתפו רק בחלק מהישיבות.

תפקידי הוועדה היו: מתן ניקוד בסעיפי המבחן התפקודי, קביעת רמת הזכאות, קביעת גובה הגמלה בהתאם לגובה הניקוד, החלטה לגבי צורת מתן הגמלה - בכסף או בעין, הצורך במעקב אחר מקבל הגמלה, כולל דיון חוזר ושינויים בגובה הזכאות במידת הצורך. הזכאות לעזרה ביתית נקבעה אף היא בישיבת הוועדה על פי קריטריונים קבועים.

ה. מעקב

- לאחר כחצי שנה מיום קבלת הגמלה לראשונה, נערך מעקב. המעקב התבצע בפועל על ידי האחות או העובדת הסוציאלית בהתאם להחלטת הוועדה לשירותים מיוחדים. נבדקו בו שינויים במצבו התפקודי של הנכה ובצרכיו, ונבחנו דרכי השימוש בגמלה והשינויים שחלו במצב הנכה ובמערך הטיפול המשפחתי כתוצאה מקבלת הגמלה. כמו כן היתה כוונה ליצור קשר עם הגוף המספק את השירות בכל מקרה של מתן שירות בעין, אך לאור מספרם הקטן של הנכים, אשר קיבלו שירותים מגורמים בקהילה, ובשל ההיענות הנמוכה של גורמים אלה למלא את הטפסים, לא נכללות בדו"ח זה תוצאות המגעים עם הגורמים הקהילתיים.

המידע על כל נכה בשלב א' של הניסוי נאסף באמצעות חמישה שאלונים:

א. שאלון אישי, אליו הועתקו נתונים מתיקו האישי של הנכה במוסד לביטוח לאומי.
ב. שאלון האחות כולל מבחן תפקודי, אשר מולא על ידי האחות בזמן ביקורה בבית הנכה.

ג. שאלון העובדת הסוציאלית, אשר מולא על ידה בזמן ביקורה בבית הנכה.
ד. דו"ח הוועדה לשירותים מיוחדים, בו סוכם החלטותיה של הוועדה לגבי זכאות הנכה לגמלה לטיפול אישי ולגמלה לעזרה ביתית, גובה הגמלה בהתאם לזכאות, משך הזכאות, צורת מתן הגמלה (בכסף או בעין) והחלטת הוועדה לגבי הצורך במעקב ודיון מחדש.

ה. שאלון מעקב, אשר הועבר בבית הנכה על ידי האחות או העובדת הסוציאלית בהתאם להחלטת הוועדה.

ו. טופס מידע מגורמים מטפלים בקהילה.

בשלב ב' של הניסוי הוכנסו שינויים בתהליך ובטפסים (ראה פרק ג').

שלב א' של הניסוי: בדיקת המבחן התפקודי להערכת צרכים וקביעת זכאות לגמלאות לשירותים מיוחדים

א. אפיוני האוכלוסייה

1. אפיונים דימוגרפיים

- מין, גיל ומצב משפחתי

מתוך 172 הנכים שהשתתפו בניסוי כ-77% היו גברים וכ-23% נשים, שהם שיעורים הדומים לאלה של התפלגות כלל אוכלוסיית מקבלי קצבת הנכות הכללית באותה שנה⁸. 75% מכלל הנכים היו נשואים. מתוך הנכים הלא נשואים כ-73% היו רווקים, והיתר אלמנים, גרושים או נפרדים. בעוד שרוב הגברים במדגם היו נשואים (66%), בולט מצבן המשפחתי הקשה של הנשים: רובן (73%) לא היו נשואות, עם שיעורים גבוהים של רווקות וגרושות.

לוח 1 - התפלגות הנכים, לפי מין ומצב משפחתי (באחוזים)

מצב משפחתי	מין		
	גברים	נשים	סך-הכל
סך-הכל: במספרים מוחלטים	132	40	172
באחוזים	100.0	100.0	100.0
נשוי	66.0	27.5	57.0
אלמן	(3.0)	(10.0)	4.7
גרוש, נפרד	(1.5)	25.0	7.0
רווק	29.5	37.5	31.3

בכל הלוחות הנתונים בסוגריים מציינים תאים שבהם פחות מ-5 מקרים,

לוח 2 מלמד, כי 58% מכלל הנכים היו בני 45 ומעלה. לא נמצאו הבדלים ניכרים בהתפלגות הגילית של הגברים ושל הנשים, אם כי ייצוגן של הנשים היה יחסית גדול יותר בגיל 45-54, ואילו של הגברים בקבוצה המבוגרת ביותר (55+).

לוח 2 - התפלגות הנכים, לפי מין וגיל (באחוזים)

גיל	מין		
	גברים	נשים	סך-הכל
סך-הכל: במספרים מוחלטים	132	40	172
באחוזים	100.0	100.0	100.0
18-34	28.8	32.5	29.7
35-44	12.9	(10.0)	12.2
45-54	20.5	30.0	22.7
55+	37.9	27.5	35.4

(8) שנתון סטטיסטי 1977-1978, המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, 1979, עמ' 70.

ארץ מוצא ושנת עלייה

61% מכלל הנכים אשר נכללו במדגם היו ילידי אסיה-אפריקה. מתוך 30 הנכים ילידי אירופה, 93% היו ילידי אירופה מזרחית. רק 18% מהנכים היו ילידי ישראל.

לוח 3 - התפלגות הנכים, לפי ארץ מוצא

ארץ מוצא	במספרים	באחוזים
הן-הכל	172	100.0
אסיה-אפריקה	105	61.1
אירופה	30	17.4
אמריקה-אוסטרליה	1	(0.6)
ישראל	31	18.0
לא ידוע	5	(2.9)

כ-75% מהנכים הנבדקים עלו ארצה לפני שנת 1971, רק 7% היו עולים חדשים שעלו אחרי שנת 1970.

לוח 4 - התפלגות הנכים, לפי שנת עלייה

שנת עלייה	במספרים	באחוזים
סך-הכל	172	100.0
1950-1907	31	18.0
1960-1951	41	23.8
1970-1961	57	33.1
1973-1971	12	7.0
לא ידוע	31	18.0

הרכב משק הבית

בשל החשיבות הרבה במשאבים המשפחתיים של הנכה מבחינת קבלת הטיפול האישי הדרוש, רמת הטיפול וניהול משק ביתו של הנכה, להרכב משק ביתו של הנכה יוחסה חשיבות רבה בדיוני הועדה לשירותים מיוחדים. נמצא, כי רוב הנכים במדגם (91%) התגוררו עם בני משפחתם: 53% עם בן זוג, ו-28% עם הוריים; ראוי לציין, שלא כל הנכים בקבוצה

אחרונה זו היו נכים צעירים, שממילא היו גרים עם ההורים גם לולא היו נכים:
 כ-26% מכלל הנכים שהתגוררו עם הוריהם היו בני 35 ומעלה. קבוצה זו מנתה נכים קשים ביותר, כגון שני נכים בסביבות גיל ה-60 (האחד קטוע שתי רגליים, והשנייה עם מחלת ניוון שרירים קשה), אשר התגוררו עם אם ישישה וחולה אף היא. נכה נוסף בעל ליקוי ראייה קשה התגורר עם אם קשישה, רתוקה למיטה, ועם אח ואחות, שאף הם סבלו מלקויים בריאותיים.

כ-40% מהנכים התגוררו עם בני זוג ובנים, וכ-9% התגוררו עם ילדים בלבד. נמצאו הבדלים בולטים בהרכב משק הבית לפי מין הנכה: אחוז הגלמודים היה גבוה אצל הנשים ביותר מפי שניים (18%) מאשר אצל הגברים (7%). בעוד שרוב הגברים (61%) גרו עם בן זוג, לרוב עם ילדים, רוב הנשים (75%) גרו ללא בן זוג, והיו בהן שיעורים גבוהים יחסית, של נשים הגרות עם הוריהן או עם ילדים בלבד.

לוח 5 - התפלגות הנכים, לפי מין והרכב משק בית (באחוזים)

נשים	גברים	סך-הכל	מין	
			הרכב משק בית	מין
40	132	172	סך-הכל: במספרים מוחלטים	
100.0	100.0	100.0	באחוזים	
17.5	6.8	9.3	גר לבד	
12.5	14.4	14.0	גר עם בן/בת זוג בלבד	
(5.0)	13.6	11.6	גר עם בן זוג + ילדים מתחת לגיל 18	
(7.5)	33.3	27.3	גר עם בן זוג + ילדים מעל גיל 18	
(10.0)	(0.8)	(2.9)	גר עם ילדים מתחת לגיל 18	
(10.0)	5.3	6.4	גר עם ילדים מעל גיל 18	
37.5	25.7	28.5	גר עם הורים*	

(* כולל שני נכים, שגרו עם אחריים.

נתונים אלה חושפים את מצבן הקשה של הנשים הנכות, גם מבחינת מצבן המשפחתי וגם מבחינת הרכב משק הבית. ניתן להסיק, שלנשים הנכות יש יחסית פחות משאבים משפחתיים מידיים לקבלת עזרה בטיפול אישי ובניהול משק הבית.

- עבודת הנכים והכנסתם

65% מכלל הנכים במדגם עבדו בתקופה שקדמה לנכותם. 69% מתוכם עבדו במשרה מלאה. כאשר לא לוקחים בחשבון את הנכים מלידה, שבדרך כלל מנועים מעבודה עקב נכותם, שיעור העובדים טרם נכותם מגיע ל-79%.

לוח 6 - התפלגות הנכים, לפי עבודתם לפני הנכות

עבודת הנכים	במספרים	באחוזים
סך-הכל	172	100.0
נכה מלידה	30	17.4
לא עבד	22	12.8
עבד חלקית	35	20.3
עבד מלא	77	44.8
לא ידוע	8	4.7

אמנם התגלו קשיים בבדיקה סיסטמטית של הכנסותיהם של הנכים ושל בני משפחתם, אך ניתן לומר כי מדובר באוכלוסייה בעלת הכנסה נמוכה ביותר: הנכים הבודדים, שהם כ-10% מהמדגם, התקיימו בעיקר על קצבת נכות מהמוסד לביטוח לאומי. על הכנסה נוספת של הנכה (נמוכה בדרך כלל) דיווח רק כרבע מהנכים. רק כ-40% מהמשפחות במדגם הצהירו על הכנסה מעבודה של בן-זוג או של הורים המתגוררים במשק ביתו של הנכה. אינדיקטור נוסף לרמת ההכנסה הנמוכה, יחסית, של אוכלוסייה זו, היא העובדה, ששליש מהמדגם קיבל מימון לשכר דירה מלשכות הרווחה המקומיות (מימון זה מותנה במבחן הכנסות). למרות נכותם הקשה, כ-24% מכלל הנכים אשר השתתפו בניסוי היו בטיפול של מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי, שתפקידה לתת שיקום תעסוקתי לנכים.

2. הנכות הרפואית

כאמור, הזכאות לקצבה לשירותים מיוחדים מותנית בקבלת קצבת נכות כללית. הזכאות לקצבת נכות כללית נקבעת הן על פי אחוז הנכות הרפואית של הנכה והן על פי דרגת נכותו. אחוז הנכות הרפואית נקבע על פי הליקויים הגופניים, השכליים או הנפשיים המאובחנים באמצעות מבחני נכות, כפי שנקבעו בחוק הביטוח הלאומי. אבחון הליקויים וקביעת אחוזי הנכות נעשה על ידי רופא המוסד שהוסמך לכך, ועל פי רשימת ליקויים אחידה⁹.

(9) את דרגת הנכות לצורך קביעת הזכאות לקצבת נכות כללית קובעת ועדת נכות, המביאה בחשבון את השפעת הליקויים הגופניים, השכליים והנפשיים שאובחנו על ידי הרופא, על כושרו של הנכה לעבוד ולהשתכר, על יכולתו לחזור לעבודה שבה עסק לפני היותו לנכה, במלואה או בחלקה, או לכל עבודה אחרת התואמת את כישוריו, וכן על יכולתו של הנכה לרכוש מקצוע חדש בשים לב לרמת השכלתו ולכישוריו. תנאי לקביעת דרגת הנכות הוא, שאחוז הנכות הרפואית, כפי שנקבעה על ידי המבחנים, היא 35% לפחות כשמדובר בנכה חדש, ו-50% לפחות כשמדובר בנכה קודם. ראה סעיפים 127 כו-127 לא, חוק ביטוח נכות כללית, חוק הביטוח הלאומי.

בתהליך שפותח לצורך הערכת וקביעת הזכאות לגמלה לשירותים מיוחדים נקבע שיש לקבוע שלב סינון בכדי לצמצם את האוכלוסייה הפוטנציאלית של מגישי התביעות ולהגבילה לאותם הנכים, שאחוז הנכות הרפואית שלהם היא 75%, לפחות. ההנחה שבבסיס קביעתו של סף זה היא, שקיים קשר בין מגבלה פיזית למגבלה תפקודית, כלומר שרק בקרב נכים עם ליקויים פיזיים קשים יכולים להיות בעלי מוגבלות תפקודית ההופכת את הנכה לתלוי בזולת לצורך ביצוע פעולות יומיומיות.

היו מספר שאלות נוספות בקשר לקביעת כללי הסינון על פי המידע הרפואי. למשל, האם יש צורך להתייחס למידע רפואי נוסף על אחוז הנכות הרפואית, או האם במקרים מסויימים אפשר לקבוע את הזכאות על סמך מידע רפואי בלבד, ללא העברת מבחן תפקודי? כמו כן, במגמה לצמצם את תביעות הסרק, נשקלה האפשרות להחמיר את הקריטריון של 75% נכות רפואית ולבדוק רק נכים עם ליקוי עיקרי של 50%-60% לפחות, כלומר נכים קשים במיוחד. זאת, בכדי להוציא מאוכלוסיית הנבדקים את הנכים ה"קלים" יותר, אשר הגיעו לאחוז נכות רפואית של 75% כתוצאה מצבירת מספר ליקויים נמוכים, אף שאין להם סעיף ליקוי אחד בעל משקל. בכדי להתייחס לסוגיות אלה בקביעת מדיניות הסינון, נבדקו במהלך הניסוי נתונים רפואיים נוספים: משך זמן הנכות, סוג ואחוז הליקוי העיקרי, ומספר הליקויים.

א. משך הנכות

בבדיקת מספר השנים שעברו מאז החלה הנכות נמצא, שכ-36% מכלל הנכים במדגם היו נכים חדשים, יחסית, אשר נכותם התחילה לפני 2-9 שנים. יתר הנכים היו נכים אשר היו עם נכות קשה שנים רבות, חלקם למעלה מ-30 שנה.

לוח 7 - התפלגות הנכים, לפי מועד התחלת נכותם*

התחלת הנכות	במספרים	באחוזים
סך-הכל	172	100.0
45-30 שנים	15	8.7
29-20 שנים	39	22.7
19-10 שנים	48	27.9
9 - 2 שנים	61	35.5
לא ידוע	9	5.2

* הליקוי העיקרי.

ב. סוג הנכות - הליקוי העיקרי

כאמור, הנכות הרפואית כוללת בדרך כלל סעיפי ליקוי שונים, אשר נקבעו באמצעות אבחון רפואי של רופא המוסד. הליקוי העיקרי של הנכה מוגדר בדרך כלל כליקוי בעל אחוז הנכות הרפואית הגבוהה ביותר. בשל אי-הבהירות שנתגלתה בחלק מהתיקים בסיווג הליקויים, הוחלט שלצורך הניסוי, הגדרת הליקוי העיקרי תהיה בידי הועדה לשירותים מיוחדים. כך התאפשר לקבל הגדרה ברורה של הליקוי העיקרי בכל התיקים. במיוחד היה חשוב להבחין בין נכים עם פיגור שכלי, נכים עם הפרעות נפשיות ונכים עם שיתוקים הנובעים ממחלות נוירולוגיות, שכן משמעות המוגבלות התפקודית שונה בכל קבוצה. בתיקים לא תמיד היתה אבחנה מספקת בין קבוצות שונות אלו.

המדגם מנה נכים עם מגוון של מוגבלויות: מחלות נוירולוגיות כגון המיפלגיה, פאראפלגיה, קוואדריפלגיה, פוליו, שיתוק מוחי, גידולים או שטף דם במוח, פרקינסון, אפילפסיה (20%); מחלות נפש (11%); פיגור שכלי (13%); מחלות פנימיות כגון לב, כלי דם, סכרת, קיבה, דרכי נשימה וריאות, כבד, מעיים, לחץ דם (22%); ליקויים במערכת הלוקומוטורית, כגון עצמות ופרקים, ניוון שרירים, עמוד השדרה, ידיים ורגליים קטועות (9%); מחלות במערכת האורוגניטאלית, כגון כליות, כריתת שד, רחם, דרכי השתן (8%) וליקויי ראייה (16%).

לוח 8 - התפלגות הנכים, לפי הליקוי העיקרי

הליקוי העיקרי	כמספרים	באחוזים
סך-הכל	172	100.0
מחלות נוירולוגיות	35	20.3
מחלות נפש	19	11.0
פיגור שכלי	23	13.4
מחלות פנימיות	38	22.1
מערכת לוקומוטורית	15	8.7
מערכת אורוגניטאלית	14	8.1
ליקויי ראייה	28	16.3

בדיקת הרכב משק הבית של הנכים, שהוא אחד האינדיקטורים החשובים לקיום משאבים מידיים של עזרה וטיפול אישי, מראה שקיזמים הבדלים משמעותיים לפי הליקוי העיקרי. במיוחד בולטת קבוצת הנכים עם פיגור שכלי, אשר רובם מתגורר עם הוריהם (91%) המטפלים בהם. כמו כן בולטת קבוצת הנכים עם מחלות נפש, המתגוררים בגפם, עם ילדים בלבד או עם הוריהם.

לוח 9 - הנכיס, לפי הליקוי העיקרי והרכב משק הבית (באחוזים)

ליקויי ראיה	מערכת אורוג-ניטאלית	מערכת לוקומו-טורית	מחלות פנימיות	פיגור שכלי	מחלות נפש	מחלות נוירולוגיות	סך-הכל	הליקוי העיקרי	הרכב משק הבית
28	14	15	38	23	19	35	172	סך-הכל: במספרים מוחלטים	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	באחוזים	
(10.7)	(7.1)	(13.3)	(7.9)	-	(15.8)	(11.4)	9.3	גר לבד	
71.4	78.6	33.3	76.3	(4.3)	36.8	51.4	52.9	גר עם בן/בת זוג	
(10.7)	-	(13.3)	(7.9)	(4.3)	(15.8)	(11.4)	9.3	גר עם ילדים בלבד	
(7.1)	(14.3)	40.0	(7.9)	91.3	31.6	25.7	28.5	גר עם הורים*	

* כולל שני נכיס, שגרר עם אחרים.

ג. מספר הליקויים והליקוי העיקרי

התפלגות המדגם לפי מספר הליקויים מורה, כי לרוב הנכיס (59%) היה ליקוי אחד בלבד, כלומר מדובר בנכיס שצברו את 75% הנכות הרפואית כתוצאה מנכות קשה מטוימת. ל-34% היו שניים או שלושה ליקויים. ל-8% בלבד היו יותר מארבעה ליקויים. בקרב הנכיס עם מחלות נפש, הפרעות במערכת האורוגניטאלית ופיגור שללי נמצאו שיעורים גבוהים, יחסית של נכיס עם ליקוי קשה אחד, בעוד שאצל הנכיס עם מחלות פנימיות, עם הפרעות במערכת הלוקומוטורית ועם מחלות נוירולוגיות נמצאו שיעורים גבוהים, יחסית, של נכיס עם שני ליקויים ויותר שהצטברו ל-75% נכות רפואית לפחות.

לוח 10 - התפלגות הנכיס, לפי הליקוי העיקרי ומספר הליקויים (באחוזים)

ליקויי ראיה	מערכת אורוג-ניטאלית	מערכת לוקומו-טורית	מחלות פנימיות	פיגור שכלי	מחלות נפש	מחלות נוירולוגיות	סך-הכל	הליקוי העיקרי	מספר הליקויים
28	14	15	38	23	19	35	172	סך-הכל: במספרים מוחלטים	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	באחוזים	
64.3	71.4	46.7	42.1	69.6	78.9	54.3	58.7	1 ליקוי	
21.4	(7.1)	(20.0)	15.8	30.4	(15.8)	(14.3)	18.0	2 ליקויים	
(7.1)	(14.3)	(20.0)	31.6	-	-	22.9	15.7	3 ליקויים	
(7.1)	(7.1)	(13.3)	(10.5)	-	(5.3)	(8.6)	7.6	4-6 ליקויים	

באופן כללי נראה, שבחירת אוכלוסיית הנכים הפוטנציאלית והמיועדת לבדיקה לפי הקריטריון של 75% נכות רפואית, לפחות, הצדיקה את עצמה, שכן אותרו נכים בעלי מגוון ליקויים, וכן לא נכנסו למדגם נכים רבים בעלי ליקוי עיקרי נמוך מ-55%. ואכן נמצא, כי ל-87% מהנכים שהשתתפו בניסוי היה ליקוי עיקרי גבוה מ-55% (לוח 11), אצל 73% אחוז הליקוי העיקרי היה בן 75% ומעלה, כאשר ל-58% אחוז הליקוי העיקרי היה 100%.

לוח 11 - התפלגות הנכים, לפי אחוז הליקוי העיקרי

באחוזים	במספרים	אחוז הליקוי העיקרי
100.0	172	סך-הכל
13.4	23	55-30
13.4	23	70-60
25.6	44	80-75
47.7	82	85% ומעלה

3. קבלת שירותים מהמשפחה

מכיוון, שאחת ממטרות הניסוי ברחובות היתה לבדוק את מקומה של הגמלה לשירותים מיוחדים במערך הטיפול הניתן על ידי בני המשפחה, נבדקו השירותים הניתנים על ידי המשפחה בתחומים הקשורים ישירות בטיפול האישי של הנכה.

לצורך הערכת מצב הניקיון האישי של הנכה נלקחו בחשבון ארבעה תחומים: העור, הציפורניים, השיער והמצעים של מיטתו. האחות נתבקשה לדרג את רמת הטיפול בכל תחום כטוב, כבינוני או כגרוע. כבעל רמת טיפול טובה נחשב נכה, שדורג כמטופל היטב בכל ארבעת התחומים. כבעל רמה משביעת רצון נחשב נכה, שדורג כמטופל היטב בשלושה תחומים, ובינוני או גרוע בתחום אחד בלבד. כבעל רמת טיפול שאינה משביעת רצון נחשב נכה, שדורג כמטופל בינוני או גרוע בשני תחומים או יותר. ממצא חשוב של הניסוי היה, שרוב הנכים במדגם היו מטופלים ברמה נאותה. ברוב המקרים (92%) הנכים היו מטופלים ברמה טובה או, משביעת רצון. ב-12 מקרים בלבד (7%) הטיפול היה לקוי, וזאת בעיקר בשיער ובמצעי המיטה של הנכה.

לוח 12 - התפלגות הנכיס, לפי מצב הניקיון האישי

מצב הניקיון האישי של הנכה	במספרים	באחוזים
סך-הכל	172	100.0
טוב	123	71.5
משביע רצון	36	20.9
לא משביע רצון	12	7.0
לא ידוע	1	(0.6)

בהתייחס לשירותים בתחומים הקשורים לטיפול האישי של הנכה ולעזרה במשק בית נמצא, כי חלק ניכר מהנכיס הזקוקים לעזרה קיבל אותה או מידי המשפחה או מידי גורמים בקהילה. בטגמה לבחון את דפוסי קבלת העזרה בתחומים השונים, פורטו בשאלונים תחומי הסיוע השונים בהתאם לפעולות השונות הנדרשות לטיפול אישי ולניהול משק בית. הדפוס האופייני של קבלת השירותים היה קבלתם מגורם עיקרי אחד, כגון, בן/בת זוג, בן/בת ועוד, ולעיתים בסיוע מועט מצד גורם אחר.

לא נמצאו הבדלים במטפלים לפי התחום התפקודי, בו היה צורך בעזרה. על פי שאלון האחות נמצא, כי מרבית הנכיס אשר היו זקוקים לעזרה בתחום תפקודי כלשהו אמנם קיבלו עזרה, במיוחד בתחומי ההלבשה והרחצה - 91.7% ו-91.5%, בהתאם (לוח 13). אחוז המקבלים סיוע היה נמוך יותר בתחומים של נידות (60.7%) ואכילה (58.3%). כמצופה נמצא שהגורם העיקרי המספק את העזרה הלא פורמאלית בטיפולו האישי של הנכה היה בן/בת זוג והורה. לפי שאלון האחות, 94% מהנכיס שהיו זקוקים לעזרה בניהול משק בית קיבלו זאת, שוב לרוב מבני זוג ומהורים.

לוח 13 - אחוז הנכיס המקבלים עזרה והגורם העיקרי המספק את העזרה, לפי תחומי המוגבלות התפקודית (באחוזים)

מספק העזרה העיקרי	התחום התפקודי	ניידות	הלבשה	רחצה	אכילה	הפרשות	פעולות משק בית**
אחוז מקבלי עזרה*		60.7	91.7	91.5	58.3	73.9	94.3
סה"כ מקבלי עזרה: במספרים מוחלטים באחוזים		17	44	54	14	17	150
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
בן/בת זוג		47.1	45.5	48.1	35.7	47.1	52.0
בן/בת		-	(2.3)	(5.6)	-	-	7.3
אב/אם		35.3	43.2	33.3	64.3	47.1	27.3
אדם אחר		(17.6)	(9.0)	13.0	-	(5.9)	13.3

* מתוך סך כל הנכיס הזקוקים לעזרה בכל תחום תפקודי, לפי הערכת האחות.
 ** האחות נתבקשה להתייחס באופן כללי לעזרה הניתנת במשק הבית, ללא פירוט הפעולות (ראה לוח 14).

לפי נתוני העובדת הסוציאלית, שנתבקשה לבדוק את דפוסי קבלת הסיוע בתחומים השונים של ניהול משק בית, הרוב המכריע של הנכים קיבל עזרה בכל התחומים. שיעור גבוה יחסית (25%) של נכים לא קיבל עזרה בהכנת אוכל (לוח 14), אולי בגלל שהיו פחות זקוקים לסיוע בתחום זה¹⁰. בדומה לטיפול האישי, כך גם בביצוע פעולות משק בית רוב הנכים במדגם שקיבלו עזרה קיבלו אותה מבני משפחה, בעיקר מאלה הגרים באותו משק בית. כ-5% קיבלו עזרה מבני משפחה הגרים מחוץ למשק הבית. אחוז קטן של נכים קיבל עזרה בפעולות משק הבית במימון עצמי. בתחום של ניקיון יסודי, 1.2% מהנכים קיבלו סיוע מגורם ציבורי, ו-3.5% מגורם פרטי.

לוח 14 - אחוז הנכים המקבלים עזרה בפעולות משק בית, לפי הגורם העיקרי המספק את העזרה (באחוזים)

ניקיון יסודי	ניקיון קל	קניות	הכנת אוכל	כביסה	תחום העזרה
					מספק העזרה העיקרי
172	172	172	172	172	סך-הכל: במספרים מוחלטים
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	באחוזים
11.6	16.3	15.1	25.0	14.5	אינו מקבל עזרה
76.7	73.8	77.9	69.1	75.6	בן משפחה באותו משק בית
5.8	5.2	5.2	4.1	5.8	בן משפחה מחוץ למשק הבית
(1.2)	(0.6)	(0.6)	-	(0.6)	גורם ציבורי
3.5	2.9	-	1.2	(0.6)	עזרה פרטית בתשלום
(1.2)	(1.2)	(1.2)	(0.6)	2.9	שכן בהתנדבות

כפי שניתן לראות בלוח 14, רק חלק מהמשפחות דיווח על קבלת שירותים מגורמים ציבוריים. כדי להבטיח מהימנות רבה יותר בנושא חשוב זה, נעשה ניסיון לקבל דיווחים על קבלת שירותים בעין מגורמים בקהילה. בדיקה זו נעשתה בעיקר במגמה לבחון את הצורך ואת האפשרות להעניק גמלה בעין בשיתוף עם הגורמים בקהילה (ראה פרק ה').

10) בגלל בעיות בהגדרת ההזדקקות לעזרה ביתית לא היתה אפשרות להגדיר בצורה אובייקטיבית את שיעור הנכים הזקוקים לעזרה בתחומים שונים של עזרה ביתית. כתוצאה מכך הנתונים בלוח 14 מתייחסים לכלל הנכים.

ב. הערכת הזכאות לגמלאות

במסגרת הניסוי הוגדרו ונבדקו בנפרד הזכאות לשתי גמלאות:

1. הערכת הזכאות לגמלה לטיפול אישי

הצורך של הנכה בעזרת הזולת לטיפולו האישי נבדק, כאמור, במספר תחומי תפקוד בסיסיים וחיוניים: ניידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה על הסוגרים והשימוש בשירותים, והצורך בהשגחה ופיקוח כדי שהנכה לא יהווה סכנה לעצמו או לאחרים. אולם לאור ההנחה שקשה להפריד בין הטיפול האישי בנכה לבין פעולות משק הבית הדרושות לשירותו האישי (למשל, בין רחיצת הנכה וניקוי האמבטיה לאחר רחיצתו, או בין חוסר שליטה בסוגרים וניקיון המצעים והשירותים), בגמלה לטיפול אישי נכלל מרכיב נוסף, המיועד לעזרה ביתית לצורך שירותו האישי של הנכה בכל תחומי התפקוד.

הזכאות לגמלה לטיפול אישי הוגדרה על פי מידת התלות של הנכה בסיוע הזולת בתחומי התפקוד שהוגדרו לעיל, ונקבעה באמצעות מבחן תפקודי (Activities of Daily Living - A.D.L.) אשר הועבר בביתו של הנכה על ידי אחות בריאות הציבור. במסגרת המבחן ניתן ניקוד בכל תחום תפקודי בהתאם למידת העזרה הדרושה לנכה לצורך ביצוע הפעולה. מספר הנקודות בכל תחום שיקף את מידת העומס המוטל על הזולת בסיוע ישיר לנכה בתחום זה.

טווח הנקודות האפשרי היה שונה מתחום לתחום, בהתאם למאמץ ולכמות הזמן הנדרש לביצוע העזרה בתחום הספציפי במשך היום. כך, למשל, הניקוד המקסימאלי לסיוע בניידות או בהלבשה היה נקודה אחת. לעומת זאת, לסיוע ברחצה ובהאכלה, הדורשות מאמץ רב יותר, או לסיוע במשך מספר שעות גדול יותר ביום, ניתן מקסימום של 1½ נקודות. בתחום ההפרשות המקסימום היה 2 נקודות, ובהשגחה ובפיקוח המקסימום היה 6½ נקודות.

להלן טבלת הזכאות אשר שימשה את ועדת השירותים המיוחדים בקביעת הזכאות לגמלה לטיפול אישי.

לוח 15 - טבלת הזכאות לשירותים מיוחדים*

אינו מסוגל	עזרה רבה	עזרה חלקית	עצמאי
ננידות בתוך הבית	מרותק למיטה וזקוק להעברה לכיסא	מרותק למיטה וזקוק להעברה לכיסא	מרותק למיטה וזקוק להעברה לכיסא
1 נקודה	1/2 נקודה	1/2 נקודה	
הלבשה	זקוק להלבשה מלאה	זקוק לעזרה מלאה בהלבשה (פריטים מיוחדים)	מתלבש לבדו
1 נקודה	1 נקודה	1/2 נקודה	
רחצה	זקוק לרחצה מלאה במיטה	זקוק לעזרה ברחצה במיטה, או לעזרה מלאה ברחצה באמבטיה	זקוק להשגחה או עזרה מועטת בחדר אמבטיה
1-2 נקודות	1 נקודה	1-2 נקודות	
האכלה	זקוק להאכלה (כולל שתיה)	זקוק לעזרה בהאכלה או בשתייה	עצמאי
1-2 נקודות	1 נקודה		
הפרשות	לא שולט על צואה ושתן ואינו מסוגל להשתמש באביזרים	לא שולט בשתן אך שולט בצואה. משתמש באביזרים אך זקוק לעזרה.	עצמאי
2 נקודות	1 נקודה	1/2 נקודה	
השגחה ופיקוח	זקוק להשגחה ופיקוח רצופים	זקוק להשגחה ופיקוח לעיתים קרובות	זקוק להשגחה ופיקוח לעיתים רחוקות
6-2 נקודות	2-2 נקודות	2-1 נקודות	

* טבלת זכאות זו שימשה לקביעת זכאות רק במסגרת הניסוי, והיא שונתה לאחר מניסוי (ראה פרק V).

לצורך הערכת הזכאות, האחות שהעבירה את המבחן בביתו של הנכה קיבלה הנחיות ברורות ומפורטות על דרך ביצועו של המבחן. כך, למשל, בתחום של נידודות¹¹ היתה צריכה לבקש מהנכה להדגים מעבר ממיטה לעגלת נכיס, שימוש בעגלה ועוד. בתחום ההלבשה נבדקה מידת העזרה הדרושה כדי ללבוש פרטי לבוש שונים (פיג'מה, בגדים רגילים, נעלים ועוד). בתחום האכילה ניתנו הנחיות לבדוק את עצמאותו של הנכה ואת השימוש באביזרי האוכל, כגון סכ"ס וצלחות.

הועדה לשירותים מיוחדים קבעה את גובה הזכאות לגמלה לטיפול אישי על פי ממצאי המבחן התפקודי. לגמלה נקבעו שלוש רמות, על פי מספר הנקודות שהנכים קיבלו בתחומי התפקוד השונים, ונקבע שסף הזכאות לגמלה יהיה 2.5 נקודות, כדלקמן:

הניקוד במבחן התפקודי	גובה הגמלה לטיפול אישי שהנכה זכאי לה*
0 - 2.0	אינו זכאי
2.5 - 4.0	50%
4.5 - 6.0	75%
6.5 ויותר	100%

* כאחוז מקצבת נכות כללית ליחיד.

2. הערכת הזכאות לגמלה לעזרה ביתית למשק ביתו של הנכה

מתן גמלה לעזרה ביתית למשק ביתו של הנכה היתה מותנית באי-היכולת של הנכה ושל בני משפחתו לבצע את פעולות משק הבית היסודיות: ניקיון, כביסה, קניות ובישול. בעוד שהזכאות לטיפול אישי נקבעה על פי תוצאות המבחן התפקודי, הזכאות לגמלה לעזרה ביתית במסגרת הניסוי נקבעה על פי שיקול דעתם של חברי הועדה לשירותים מיוחדים, בהתאם לקריטריונים מסוימים.

תנאי הכרחי לדיון בזכאות הנכה לעזרה ביתית היה קביעת האחות, שהנכה עצמו אינו מסוגל לבצע את פעולות משק הבית. משנתמלא תנאי זה ההחלטה בדבר הזכאות לגמלה לעזרה ביתית התקבלה על פי שיקול דעת לאחר קבלת חוות דעתה של האחות ובעיקר של העובדת הסוציאלית. הקו המנחה היה, שלעזרה ביתית זכאי נכה, אשר כאמור אינו מסוגל לבצע את פעולות משק הבית ואשר התנאים הקיימים במשפחתו מקשים על ביצוע הפונקציות הכלולות בעזרה ביתית. אולם קיומם של תנאים אלה הספיק כדי לשקול מתן גמלה לעזרה ביתית אך לא כדי לחייב לתתה. לועדה ניתנו מספר דוגמאות לקריטריונים, היכולים לשמש לצורך קביעת הזכאות¹². באופן כללי, הקריטריונים התייחסו לשאלת קיומו של משק בית טבעי ומתפקד סביב לנכה המוגבל. הודגש, שאין להעניק גמלה לעזרה ביתית כאשר יש משפחה המקיימת באופן טבעי משק בית לכל המשפחה, כולל הנכה.

(11) הוחלט להתחשב במוגבלות בניידות בתוך הבית בלבד, לא מחוץ לבית.
 (12) בהתחלת הניסוי הוצעו קריטריונים כלליים ביותר, לאחר מספר חודשי עבודה עודכנו קריטריונים אלה בישיבות הועדה, על סמך הניסיון שנרכש ובעקבות התייעצות עם נציגי צוות ההיגוי שהשתתפו כמשקיפים בישיבות הועדה. ראה פרק ז' סעיף 5.

ג. יעילות המבחן התפקודי

כאמור, המבחן התפקודי, שהאחות העבירה בביתו של הנכה, היה הכלי העיקרי ששימש את הועדה לשירותים מיוחדים לצורך קביעת הזכאות לגמלה לטיפול אישי ורמתה. הניסיון שהצטבר בישיבות הועדה הצביע על יעילות המבחן באופן כללי ונמצא שיש יתרון רב בדיון משותף של האחות ושל הרופא על ממצאי המבחן התפקודי. ממצאיה והתרשמותיה של האחות מביקור הבית נידונו על רקע חוות דעת והערות הרופא, אשר יכול היה להתייחס לסבירות ממצאיה על פי המידע הרפואי בתיק הנכה.

כדי לבחון בצורה מדויקת יותר את הניקוד במבחן על כל סעיפיו, נבדקו דפוסי הניקוד שקיבלו הנכים בסעיפים השונים, הקשר בין הניקוד בכל סעיף והזכאות לגמלה, והמשקל של כל סעיף בקביעת גובה הזכאות.

התפלגות הנכים לפי הניקוד בסעיפי המבחן התפקודי לימדה, ששיעור הנכים שקיבלו ניקוד כלשהו, ברחצה, בהשגחה ובהלבשה היה גבוה משיעור הנכים שקיבלו ניקוד כלשהו באכילה, בהפרשות ובניידות. במרבית המקרים הנכים שהיו מוגבלים בתחום כלשהו קיבלו ניקוד נמוך, אשר ביטא תלות חלקית באותו תחום. רק בסעיף של הלבשה קיבלו 16% מהנכים ניקוד מקסימאלי.

לוח 16 - התפלגות הנכים, לפי הניקוד בסעיפי המבחן התפקודי (באחוזים)

השגחה		הפרשות		אכילה		רחצה		הלבשה		ניידות	
%	הניקוד	%	הניקוד	%	הניקוד	%	הניקוד	%	הניקוד	%	הניקוד
172		172		172		172		172		172	
100.0	%	100.0	%	100.0	%	100.0	%	100.0	%	100.0	%
72.1	0	83.7	0	93.6	0	66.9	0	72.1	0	84.3	0
9.9	1-2	7.6	½	4.1	1	11.6	½	12.2	½	12.8	½
14.0	2½	5.8	1	(2.3)	1½	18.6	1	15.7	1	2.9	1
4.1	6½	2.9	2			(0.6)	1½				
						(2.3)	2				

כזכור, הזכאות הסופית לגמלה נקבעה לפי צבירת סך כל הניקודות בסעיפי המבחן, אשר היה אמור לבטא את צירופי המוגבלויות התפקודיות הקובעים את הצורך בטיפול אישי. במסגרת הניסוי התעוררו מספר שאלות לגבי תקיפותו של המבחן בקביעת זכאות:

א. האם נכה מוגבל קשה יוכל לצבור מספיק נקודות בסעיפים השונים של המבחן, כך שהציון הסופי ישקף בצורה תקפה את מצבו התפקודי ויעניק לו גמלה ברמה מתאימה.

ב. האם תיתכן תופעה לא רצויה של קביעת זכאות לגמלה עבור נכים "קלים" יחסית אשר צוברים ניקוד נמוך (זקוקים לעזרה חלקית) בכל הסעיפים ובדרך זו עוברים את סף הזכאות של $2\frac{1}{2}$ נקודות? תופעה זו היתה מתפרשת בחוסר תקיפותו של המבחן אשר קובע זכאות לנכים שאינם מוגבלים קשה.

בדיקת הקשר בין הניקוד בכל אחד מסעיפי המבחן התפקודי לבין הזכאות הסופית לטיפול אישי (לוח 17) מלמדת ראשית כל, כי שיעור הנכים שנמצאו זכאים לגמלה לטיפול אישי עולה עם גובה הניקוד. בכל סעיף תפקודי כל הנכים אשר קיבלו ניקוד מקסימאלי (תלות מוחלטת באותו תחום), נמצאו זכאים בסופו של דבר לגמלה לטיפול אישי (להוציא מקרה אחד שקיבל ניקוד מקסימאלי בהלבשה ולא נמצא זכאי). דהיינו, שמוגבלות תפקודית גבוהה בתחום תפקודי מסוים במבחן, המצביעה על תלות מוחלטת בזולת בתחום זה, הבטיחה שהנכה יצבור לפחות $2\frac{1}{2}$ נקודות במבחן, וכך יימצא זכאי לגמלה על ידי צבירת ניקוד נוסף בסעיפים אחרים. תחום ההשגחה היה התחום היחידי, בו שיעור אי-הזכאות היה גבוה יחסית: 6 מתוך 8 נכים שקיבלו 2 נקודות בתחום של השגחה לא נמצאו זכאים לטיפול אישי, דהיינו לא צברו אפילו $\frac{1}{2}$ נקודה נוספת בכל סעיף תפקודי אחר¹³.

כמו כן, במטרה לבחון האם קיימת התופעה הלא רצויה, שהנכה יוכל להגיע לסף זכאות מבלי להיות מוגבל קשה בתחום תפקוד אחד, לפחות, אלא על ידי צבירת ניקוד נמוך במספר תחומים, נבדקו הפרופילים של הניקוד בכל סעיפי המבחן לפי גובה הציון הסופי. הבדיקה לא חשפה מגמה כזו. נכים אשר היו זקוקים לסידע מועט מהזולת במספר תחומים, ולא קיבלו ניקוד גבוה לפחות בתחום אחד, אכן לא הגיעו לסף זכאות של $2\frac{1}{2}$ נקודות. ממצאים אלה חיזקו איפוא, את ההחלטה, שסף הזכאות לגמלה לטיפול אישי יהיה $2\frac{1}{2}$ נקודות.

על פי נתונים אלו ניתן להעלות שתי מסקנות:

- א. נראה שהמבחן התפקודי שפותח, יעיל לצורך תרגום המוגבלות התפקודית לניקוד המשמש לקביעת גובה הזכאות. מצד אחד נכה שקיבל ניקוד גבוה בתחום תפקודי אחד, לפחות, נקבע זכאי לגמלה, ומאידך גיסא, לא היתה תופעה של קביעת זכאות לנכים קלים על פי צבירת ניקוד נמוך במספר סעיפי המבחן.
- ב. ניתן לקבוע כמעט בודאות מלאה, שכאשר נכה מוגבל בצורה מוחלטת בתחום תפקודי אחד הוא יהיה זכאי לגמלה, ייתכן שלצרכים מעשיים חוות דעתו של הרופא, שקיימת תלות מוחלטת בתחום כלשהו, בצירוף מידע רפואי על סוג ואחוז הנכות הרפואית, יכולה לשמש בסיס לקביעת זכאותם של נכים קשים לגמלה, ללא צורך בביקור הבית של האחות.

ג. התגלו בעיות בגובה הניקוד שנקבע במבחן בסעיף של השגחה ופיקוח.

(13) ראה הדיון בנושא השגחה, פרק ז'.

לוח 17 - הזכאות לגמלה לטיפול אישי. לפי הניקוד בכל אחד מסעיפי המבחן התפקודי

הזכאות לטיפול אישי				הניקוד בסעיפי המבחן	
זכאי	לא זכאי	סך-הכל	סך-הכל		
באחוזים	במספרים מוחלטים	במספרים מוחלטים	במספרים מוחלטים		
18.6	27	118	145	0	ניידות
77.3	17	5	22	½	
100.0	5	-	5	1	
8.9	11	113	124	0	הלבשה
57.1	12	9	21	½	
96.3	26	1	27	1	
8.7	10	105	115	0	רחצה
30.0	6	14	20	½	
87.5	28	4	32	1	
(100.0)	1	-	1	1½	
(100.0)	4	-	4	2	
23.6	38	123	161	0	האכלה
100.0	7	-	7	1	
(100.0)	4	-	4	1½	
17.4	25	119	144	0	הפרשות
84.6	11	2	13	½	
80.0	8	2	10	1	
100.0	5	-	5	2	
8.9	11	113	124	0	השגחה
(50.0)	4	4	8	1	
(100.0)	1	-	1	1½	
(25.0)	2	6	8	2	
100.0	24	-	24	2½	
100.0	7	-	7	6½	

ד. שיעורי הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית

28.5% מהנכים שהשתתפו בניסוי נמצאו זכאים לגמלה לטיפול אישי. 15.7% מהנכים היו זכאים לגמלה בשיעור של 50%, ו-12.7% היו זכאים לגמלה ברמה של 75%-100%. 24.4% מכלל הנכים נמצאו זכאים לגמלה לעזרה ביתית.

אם נסתכל על דפוסי הזכאות המשולבת לשתי הגמלאות (לוח 18) נמצא, כי 43.6% מכלל הנכים במדגם היו זכאים לגמלה כלשהי: 19.2% היו זכאים רק לגמלה לטיפול אישי, 15% היו זכאים רק לגמלה לעזרה ביתית, 9.3% היו זכאים לשתי הגמלאות גם יחד. 56.4% מהנכים לא היו זכאים כלל לגמלה.

נמצא קשר מסוים בין הזכאות לטיפול אישי לזכאות לעזרה ביתית: שיעור הזכאות לעזרה ביתית עולה מ-21% בקרב נכים שאינם זכאים לטיפול אישי, ל-36% בקרב נכים שנמצאו זכאים לטיפול אישי ברמה של 75%-100%.

לוח 18 - התפלגות הנכים לפי הזכאות לטיפול אישי והזכאות לעזרה ביתית (במספרים מוחלטים)

זכאי	לא זכאי	סך-הכל	זכאות לעזרה ביתית	
			זכאות לטיפול אישי	זכאות לטיפול אישי
42	130	172		סך-הכל
26	97	123		לא זכאי
8	19	27	50%	זכאי בגובה של 50%
8	14	22	75%-100%	זכאי בגובה של 75%-100%

זאת ועוד, נמצא קשר בין גובה הניקוד בסעיפי המבחן התפקודי ולזכאות לעזרה ביתית. שיעורי הזכאות לעזרה ביתית גבוהים בקרב הנכים שקיבלו ניקוד יחסית יותר גבוה בסעיפי המבחן מאשר אצל נכים שקיבלו ניקוד נמוך באותם הסעיפים, ומגמה זו בולטת במיוחד בסעיפים של האכלה, רחצה והשגחה (לוח 19).

לוח 19 - הזכאות לעזרה ביתית, לפי הניקוד בכל סעיף של המבחן התפקודי

שיעור הזכאות לעזרה ביתית (באחוזים)	סך-הכל הנכיס שקבלו ניקוד	הניקוד בסעיפי המבחן התפקודי	
24%	172	סך-הכל	
19%	145	0	ניידות
50%	22	½	
(60%)	5	1	
24%	124	0	הלבשה
(5%)	21	½	
41%	27	1	
25%	115	0	רחצה
(10%)	20	½	
24%	33	1½, 1	
(75%)	4	2	
22%	161	0	האכלה
(43%)	7	1	
(75%)	4	1½	
24%	144	0	הפרשות
(8%)	13	½	
(40%)	10	1	
(60%)	5	2	
23%	124	0	השגחה
(18%)	17	2, 1½, 1	
(21%)	24	2½	
71%	7	6½	

אף על פי שנמצא קשר בין שיעורי הזכאות לעזרה ביתית לבין גובה הניקוד, שהנכה קיבל בתחומים השונים של טיפול אישי, חשוב לציין שהזכאות לעזרה ביתית אינה תלויה רק בזכאות לטיפול אישי. כאמור, 21% מהנכים שלא נמצאו זכאים לגמלה לטיפול אישי נמצאו זכאים לעזרה ביתית (כ-15% מכלל המדגם). בדיקת הנכים בקבוצה זו מלמדת, שרובם מתגוררים לבד או עם ילדים קטינים בלבד, או שהם נשים אשר אינן זכאיות לטיפול אישי אך זקוקות לעזרה במשק הבית בשל עיוורון, צורך בדיאליזה ועוד, ואין אדם אחר בבית אשר מסוגל לנהל את משק הבית.

מכאן, שהתגלו שתי קבוצות עיקריות של זכאים לגמלה לעזרה ביתית:

- א. נכים בעלי מוגבלות תפקודית קשה, אשר זכאים לגמלה לטיפול אישי, המהווים עומס כבד על המשפחה גם בטיפול אישי וגם בעזרה ביתית;
- ב. נכים אשר אינם זכאים לטיפול אישי, אך בהיותם בודדים, או נשים מטופלות בילדים אשר בני משפחתן אינם מסוגלים לנהל משק בית.

ממצאים אלו הירו בסיס להחלטה שנתקבלה לאחר תום הניסוי לאחד את הגמלאות, ולבטא את הצורך בעזרה ביתית בהעלאת הניקוד בחלק מתחומי המבחן התפקודי, אשר משקפים צורך גם בה, וכך להעניק ניקוד מיוחד במבחן עבור נכים בודדים (ראה פרק ז').

ה. צורת הענקת הגמלה - בכסף או בעין

1. קבלת שירותים מגורמים בקהילה

אחת ממטרותיו החשובות של הניסוי שבוצע ברחובות היתה לבדוק האם הנכים שהשתתפו בניסוי, מקבלים שירותים מגורמים בקהילה, וזאת בעיקר כדי לסייע להחלטת המוסד לגבי צורת הענקת הגמלה - בכסף או בעין, ולמצוא דרכים לתיאום באספקת הגמלאות והשירותים הדרושים לנכה, הניתנים לו ממקורות שונים. הנתונים על קבלת שירותים מהגורמים בקהילה מבוססים על מידע שהתקבל מלשכות הרווחה והבריאות המקומיות באמצעות טפסים. מיוחדים, ובמקרים מסוימים על דיווחו של הנכה עצמו (כאשר לא התקבל הטופס הדרוש מהגורם המטפל). הממצאים מתארים את המצב בזמן ביקורי הבית של האחות והעובדת הסוציאלית, והם מתייחסים ל-161 נכים בלבד, עבורם התקבל מידע כלשהו על קבלת שירותים מגורמים בקהילה¹⁴.

מתוך 161 נכים אלו, חמישה מקרים קיבלו שירותי רחצה או שירותי מטפלות בית (מט"ב) ממשרד הבריאות, שהם 10% מהזכאים לגמלה לטיפול אישי, וכ-7% מכלל הזכאים לגמלה כלשהי. שלושה נכים מתוכם קיבלו שירותי רחצה, ושניים קיבלו סיוע למימון שירותי מט"ב. מביין חמשת הנכים אחד היה בודד, שניים גרו עם הורה קשיש וחולה, ושניים נוספים גרו עם הורים ובני משפחה אחרים. 13 נכים נוספים שלא קיבלו טיפול אישי או עזרה ביתית, קיבלו בעבר שירותים אחרים, בעיקר מכשירים רפואיים (לוח 20).

לוח 20 - קבלת שירותים מלשכת הבריאות, לפי הזכאות לשירותים מיוחדים

סוג השירות	הזכאות לשירותים מיוחדים*		
	סך-הכל	לא זכאים	זכאים
סך-הכל הנכים	161	87	84
טיפול אישי	5	-	5
עזרה ביתית	-	-	-
שירותים אחרים	13	4	9
אינם מקבלים שירותים	143	83	60

* זכאים לגמלה לטיפול אישי או לעזרה ביתית.

14) ביתר המקרים (מרביתם לא זכאים) לא היה דיווח מהגורמים הרלבנטיים ולא ניתן היה להסיק מן השאלון האם קיבלו שירותים אם לאו.

בהתיחס לשירותים מלשכת הרווחה המקומית (לוח 21), נכה אחד קיבל טיפול אישי מ"מט"ב, ו-13 נוספים קיבלו עזרה ביתית. 12 מאלה נמצאו זכאים גם לגמלה לעזרה ביתית במסגרת הניסוי, דהיינו 28% מהנכים שנקבעו זכאים לגמלה לעזרה ביתית בניסוי קיבלו שירות זה מלשכת הרווחה. במרבית המקרים ניתנה עזרתה של הלשכה בצורה של השתתפות כספית לעוזרת בית.

67 נכים קיבלו שירותים אחרים מהלשכה, כגון שכר דירה או מימון התשלום לקופת חולים. 25 מתוכם היו זכאים לגמלה במסגרת הניסוי. לשכת הרווחה דיווחה ש-43 נכים במדגם לא קיבלו שירותים כלל, אך חלקם היה מוכר וקיבל שירותים בעבר. עבור 37 נכים, ששליש מתוכם היו זכאים לגמלה בניסוי, לא הגיע מידע מהלשכה בדבר קבלת שירותים, ובשאלון צויין על ידי המשפחה שלא קיבלו שירותים מהלשכה.

לוח 21 - קבלת שירותים מלשכת הרווחה המקומית, לפי הזכאות לשירותים מיוחדים

הזכאות לשירותים מיוחדים*			סוג השירות
זכאים	לא זכאים	סך-הכל	
74	87	161	סך-הכל הנכים
**1	-	1	טיפול אישי
12	1	13	עזרה ביתית
25	42	67	שירותים אחרים
24	19	43	אינם מקבלים שירותים
12	25	37	לא ידוע

* זכאים לגמלה לטיפול אישי או לעזרה ביתית.

** קיבל מימון לטיפול אישי גם מלשכת הרווחה וגם ממשרד הבריאות.

2. קביעת הצורך בגמלאות בעין

בעת תכנון הניסוי יצאו מתוך הנחה, שחלק מהמשפחות אינו מסוגל לדאוג באופן עצמאי לטיפול בנכה ולהשגחה עליו, או שחלק מהשירותים כבר ניתן לנכים מידי גורמים מטפלים בקהילה. לכן נקבע, שבמסגרת הניסוי תינתן לוועדת השירותים המיוחדים אפשרות להחליט על הענקת גמלה בעין, במקום גמלה כספית, וזאת תוך התייעצות עם גורמים מטפלים בקהילה. לפי ההנחיות שניתנו לוועדה היה עליה להחליט על גמלה בעין במקרה שהנכה כבר מקבל שירות מקביל (או חלק ממנו) מלשכת הרווחה המקומית או ממשרד הבריאות, או במקרה שלדעת הוועדה אין הנכה ומשפחתו מסוגלים לטפל בו בכוחות עצמם או לדאוג להשגת השירות הדרוש ברמה נאותה. לצורך התייחסות לסוגיה זו, הוזמנה עובדת סוציאלית של לשכת הרווחה להשתתף בישיבות הוועדה.

בעוד שהיה מצופה, שנושא הגמלאות בעין והקשר עם הגורמים בקהילה יהיו מרכיבים חשובים בבדיקה שתיעשה במהלך הניסוי, התגלו בעיות רבות בהענקת גמלאות בעין, הקשורות בעיקר ביכולת הגורמים הקהילתיים לספק את השירות הדרוש לנזקק. בניגוד למצופה, מספר קטן של נכים קיבל שירותים מהארגונים השונים. יתר על כן נמצא, שגם כאשר ניתנים שירותים, בעצם גם לשכות הרווחה וגם משרד הבריאות באיזור הניסוי מספקים חלק ניכר משירותיהם בכסף, בהשתתפות במימון מטפלת בית (מט"ב) או עוזרת בית. למעשה, רק במקרה אחד, עבורו החליטה הועדה לשירותים מיוחדים על גמלה בעין, אכן נמצא סידור מתאים לאספקת השירות, והכסף הועבר לשכת הרווחה אשר סיפקה שירות לנכה. ביתר המקרים הגורמים הציבוריים ביקשו מהמוסד לביטוח לאומי להפוך את הגמלה בעין לגמלה בכסף, שתשולם לנכה ישירות, וזאת למרות שהיתה הסכמה בסיסית על הצורך בשירות בעין. לגבי מקרה אחד לא היתה הסכמה עם לשכת הרווחה אשר גרסה שאין צורך בשירות בעין, למרות שהועדה המליצה על כך.

בהתייחס לגמלה לטיפול אישי, היו בועדה החלטות מועטות על הצורך להעניק גמלה בעין-ממצא אשר שיקף את העובדה, שרוב המשפחות היו מסוגלות להסתדר בכוחות עצמן. רק שבעה מתוך 49 הנכים (14%) שנמצאו זכאים לטיפול אישי נמצאו זכאים לגמלה בעין ולא בכסף. חמישה מהם היו נכים אשר כבר קיבלו רחצה או שירות מט"ב מלשכת הבריאות (לוח 20). למעשה, הגמלאות הפכו בחמישה מקרים אלה לגמלאות בכסף, וזאת על סמך הסכם עם משרד הבריאות, לפיו הוחלט לתת את הגמלה ישירות לנכה ולדרוה על כך ללשכת הבריאות המקומית. רק לגבי נכה אחד מתוך שבעת הנכים, אשר נקבעו זכאים לגמלה בעין, נמצא סידור עם הגורמים הקהילתיים, ותשלום בשווי הגמלה לטיפול אישי הועבר ללשכת הרווחה. באותו מקרה גם הגמלה לעזרה ביתית הועברה ללשכת הרווחה. כאמור, במקרה נוסף לא היתה הסכמה עם לשכת הרווחה לגבי עצם הצורך בגמלה בעין, ולבסוף התשלום הועבר כגמלה כספית ישירות לנכה.

שמונה מתוך ארבעים הנכים (22%) שהיו זכאים לגמלה לעזרה ביתית נמצאו זכאים לגמלה בעין, כאשר חלק היה זכאי גם לגמלה לטיפול אישי בעין. מתוך שמונה נכים אלו, ארבעה כבר קיבלו עזרה ביתית מלשכות הרווחה, לרוב באמצעות תשלום כספי לעוזרת. להוציא את המקרה שהוזכר לעיל, שלגביו לא היתה הסכמה עם הלשכה, עבור יתר הנכים בסופו של דבר שולמו גמלאות ישירות למשפחה, וזאת לאחר תיאום עם לשכת הרווחה.

לסיכום נצביע על מספר עובדות:

1. נכים מעטים קיבלו שירותים לטיפול אישי ולעזרה ביתית מהגורמים בקהילה. רובם אכן נמצאו זכאים לגמלה במסגרת הניסוי.

2. למרות המאמצים שנעשו במהלך הניסוי, לא ניתן היה למצוא הסדר להעביר את הגמלאות לגורמים שיספקו את השירותים הדרושים בעין.

א. כל חמשת המקרים שקיבלו שירותים לטיפול אישי מלשכות הבריאות נקבעו זכאים לגמלה לטיפול אישי בעין, אך בסופו של דבר, לפי הסכם עם משרד הבריאות, הכסף הועבר למשפחות תוך דיווח על כך למשרד הבריאות. במקרה אחד בלבד הכסף לטיפול אישי הועבר ללשכת הרווחה.

ב. רק ארבעה מתוך 13 המקרים שקיבלו עזרה ביתית מלשכת הרווחה נמצאו זכאים לעזרה ביתית בעין במשך הניסוי. ארבעה מקרים נוספים, שלא קיבלו עזרה מהלשכה, נקבעו בוועדה כזכאים לגמלה בעין. בסופו של דבר, בכל שמונת המקרים הועברה גמלה בכסף ישירות למשפחה.

ד. דפוס הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית

במגמה לתאר את אוכלוסיית הנכים הזכאים לגמלאות ולשקול את האפשרות לחידוד הקריטריונים לקביעת הזכאות, בדקנו את דפוס הזכאות לפי מספר תכונות דימוגראפיות ורפואיות של הנכים:

1. אפיונים דימוגראפיים

בהתאם למצופה, שגיל הנכה אינו קשור למידת מוגבלותו ולצרכיו בסיוע הזולת, אכן לא נמצאו דפוסים מגמתיים בשיעורי הזכאות לטיפול אישי או לעזרה ביתית לפי גיל. באשר לארץ המוצא, נכים ילידי ישראל וממוצא אירופאי נמצאו זכאים לטיפול אישי (כ-39%) יחסית יותר מנכים ילידי אסיה-אפריקה (כ-24%).

בעוד שלא נמצא קשר ביץ מין הנכה לביץ הזכאות שלו לטיפול אישי, שיעור הזכאות לעזרה ביתית בקרב הנשים היה גבוה פי שלושה (48%) מאשר אצל הגברים (17%) (לוח 22).

לוח 22 - הזכאות לטיפול אישי ועזרה ביתית, לפי מין

זכאות	סך-הכל במספרים מוחלטים	שיעור הזכאות לטיפול אישי	שיעור הזכאות לעזרה ביתית
סך-הכל	172	28.5%	24.4%
גברים	132	29.0%	17.4%
נשים	40	27.0%	47.5%

ממצא זה היה צפוי מכיוון שמרבית הנכים הגברים היו נשואים והתגוררו עם בני זוגם, בעוד שחלק ניכר מן הנשים היו בודדות או גרושות, מטופלות בילדים, או גרו עם הורים קשישים. במקרים רבים הועדה קבעה, שאיך המשפחה (ילדים, הורים מבוגרים) מסוגלים לנהל את משק הבית. אחד הקריטריונים שהנחו את הועדה בקביעת הזכאות לעזרה ביתית לגבר נכה היה, שכל עוד לא הוכח אובייקטיבית בבדיקה תפקודית, שאשתו אינה מסוגלת לתפקד כעקרת בית בגלל ליקוי רפואי או מוגבלות תפקודית הקשורה בפיגור, איך הנכה זכאי לעזרה ביתית.

גם בדיקת שיעורי הזכאות לפי מצב משפחתי חושפת הבדל מסוים בדפוסי הזכאות לשתי הגמלאות (לוח 23). אומנם שיעורי הזכאות לשתי הגמלאות היו גבוהים יותר אצל נכים לא נשואים מאשר אצל נשואים, אך הבדל זה בולט במיוחד לגבי הזכאות לעזרה ביתית. בעוד שרק 15% מהנכים הנשואים נמצאו זכאים לעזרה ביתית, שיעור הזכאים עלה ל-26% בקרב הבודדים, והיה גבוה במיוחד (65%) בקרב נכים שנפרדו מבני זוגם. נכים אלו היו כאמור, בעיקר נשים שגרו לבד, עם הורים מבוגרים או עם ילדיהן.

לוח 23 - הזכאות לטיפול אישי ועזרה ביתית, לפי מצב משפחתי

זכאות	סך-הכל במספרים מוחלטים	שיעור הזכאות לטיפול אישי (באחוזים)	שיעור הזכאות לעזרה ביתית (באחוזים)
סך-הכל	172	28.5 %	24.4 %
נשוי	98	26.5 %	15.3 %
רווק	54	31.5 %	25.9 %
אלמן	8	-	-
גרוש, נפרד	12	50.0 %	65.0 %

בבדיקת הזכאות לטיפול אישי לפי הרכב משק הבית (לוח 24) נמצאו שיעורי זכאות גבוהים במיוחד בקרב נכים אשר התגוררו עם הוריהם (39%) ועם ילדים תלויים (40%). ממצא זה מצביע על כך שיש שתי קבוצות יעד מיוחדות הן למתן גמלאות והן לתכנון שירותים אשר יועמדו לעזרת המשפחות הללו, אשר בקרבתן מתגורר נכה מוגבל קשה. כמצופה, שיעור הזכאים לטיפול אישי בקרב הנכים הבודדים היה נמוך מאוד (12.5%), דבר המעיד על הקושי של הנכים המוגבלים להמשיך להתגורר לבד ולהסתדר בכוחות עצמם. נכים אשר מוגבלים מאוד בתפקודם זקוקים לסיוע ויתגוררו לרוב בקרב המשפחה או במוסד. עם זאת, למרות ששיעור הזכאים לטיפול אישי בקרב קבוצה זו נמוך, יחסית, חשוב לראות גם את קבוצת הבודדים כקבוצת יעד לקבלת שירותים בקהילה. בדיקת תיקי הנכים הבודדים אשר המשיכו להתגורר בקהילה ואשר נמצאו זכאים לגמלה לטיפול אישי העלתה, שמצבם היה קשה במיוחד בשל היעדר מסגרת משפחתית קרובה ותומכת. נכים אלה זקוקים במיוחד לסיוע מבחוץ כדי להמשיך לתפקד במסגרת ביתם.

בהתייחס לזכאות לעזרה ביתית לפי הרכב משק הבית נמצא, שקבוצות הזכאים הכוללות היו נכים בודדים (81%) ונכים ללא בני זוג, אשר התגוררו עם ילדים בלבד (40%). ממצאים אלה משקפים את הקריטריונים שהפעילה הועדה לשירותים מיוחדים בקביעת הזכאות לעזרה ביתית ומצביעים על קבוצות יעד חשובות לפיתוח שירותים לעזרה ביתית.

לוח 24 - הזכאות לטיפול אישי ועזרה ביתית, לפי הרכב משק הבית

שיעור הזכאות לעזרה ביתית (באחוזים)	שיעור הזכאות לטיפול אישי (באחוזים)	סך-הכל במספרים מוחלטים	זכאות
24.4	28.5	172	סך-כל הזכאים
81.2	12.5	16	בודד
(12.5)	25.0	24	גר עם בן זוג בלבד
(20.0)	(10.0)	20	גר עם בן זוג+ילדים מתחת לגיל 18
12.8	31.9	47	גר עם בן זוג+ילדים מעל גיל 18
(40.0)	(40.0)	5	גר עם ילדים מתחת לגיל 18
45.5	(27.3)	11	גר עם ילדים מעל גיל 18
18.4	38.8	49	גר עם הורים*

* כולל 2 נכים שגרו עם אחרים.

2. אפיונים רפואיים

בניסיון לחדד את הקריטריונים לסינון האוכלוסייה שזכאית לגמלה תיבדק, ביקשנו לבדוק האם קיים קשר בין מצבו הרפואי של הנכה, בהתאם למידע שנמצא בתיק, לבין הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית. האפיונים הרפואיים היו סוג הנכות (הליקוי העיקרי), מספר הליקויים כפי שצויין בתיק, אחוז הליקוי הרפואי וסך כל אחוזי הנכות הרפואית, כפי שנקבע על ידי רופא המוסד לביטוח לאומי בעת הבדיקה הרפואית. בדיקת הקשר בין שיעורי הזכאות לעזרה ביתית לסוג הנכות מצביעה על שיעורי זכאות גבוהים, יחסית, בקרב נכים עם מחלות במערכת הלוקומוטורית (53%) ובקרב נכים עם מחלות נוירולוגיות, כגון המיפלגיה, פאראפלגיה ועוד (40%) (לוח 25). מדובר פה בשתי קבוצות נכים עם ליקויים, אשר מתבטאים בעיקר במוגבלות תפקודית בניידות וביכולת פיזית ירודה בביצוע פעולות משק הבית. חלק מנכים אלה התגורר לבד בעת הניסוי, דבר המקשה עוד יותר על ניהול משק בית. שיעורי זכאות לעזרה ביתית נמוכים ביותר נמצאו בקרב נכים עם מחלות פנימיות, אשר רובם היו מסוגלים לבצע פעולות משק בית או שבני זוגם מבצעים זאת עבורם, ובקרב נכים אשר סבלו מפיגור שכלי, ואשר רובם התגוררו עם בני משפחה (בעיקר הורים).

בהתייחס לזכאות לטיפול אישי, נמצא דפוס בולט של שיעורי זכאות גבוהים, יחסית, בקרב נכים עם מחלות נוירולוגיות (54%) ונכים הסובלים מפגיגור שכלי (52%). גם בקרב נכים עם ליקויים במערכת הלוקומוטורית שיעור הזכאות היה גבוה יחסית (33%), אם כי כל אלה היו זכאים לגמלה ברמה הנמוכה - בגובה של 50% (לוח 26). רק 26% מהנכים שסבלו מהפרעות נפשיות נמצאו זכאים לגמלה לטיפול אישי, ושיעור הזכאות בקרב נכים עם מחלות פנימיות היה כ-11%. שיעור הזכאות הנמוך ביותר נמצא בקרב הנכים עם ליקויי ראייה. הנכה היחיד עם ליקוי ראייה, שנמצא זכאי לטיפול אישי, סבל גם מהפרעות נפשיות.

לוח 25 - הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית, לפי סוג הנכות הרפואית*

שיעור הזכאות לטיפול אישי (באחוזים)	שיעור הזכאות לעזרה ביתית (באחוזים)	סך-הכל במספרים מוחלטים	זכאות / סוג הנכות הרפואית
24.4	28.5	172	סך-כל הזכאים
40.0	54.3	35	מחלות נוירולוגיות
26.3	26.3	19	הפרעות נפש
(13.0)	52.2	23	פגיגור שכלי
(10.5)	(10.5)	38	מחלות פנימיות
53.3	33.3	15	מערכת לוקומוטורית
(14.3)	(21.4)	14	מערכת אורוגניטאלית
21.4	(3.6)	28	ליקויי ראייה

* הליקוי העיקרי.

באשר לגובה הזכאות לטיפול אישי (לוח 26), מעניין הוא, שרק לשתי קבוצות (מחלות נוירולוגיות ופגיגור שכלי) נקבעה זכאות לגמלה ברמה גבוהה. ביתר הקבוצות נצבר ניקוד שזיכה את הנכים בגמלה בת 50% בלבד. בהתייחס למחלות הנוירולוגיות, כל הנכים עם פגיעה מוחית נקבעו זכאים לגמלה - רובם בגובה של 75%-100%.

ייתכן, כי למצא זה יש חשיבות עבור שקילת האפשרות לקבוע את רמת הזכאות לטיפול אישי על סמך בדיקה של רופא מוסמך בלבד, ללא ביקור בית, שכן ייתכן שהרופא יוכל לקבוע עבור מקרים מסוימים הסובלים ממחלות נוירולוגיות, 100% זכאות לגמלה על פי מידע רפואי בלבד ולחסוך בכך את התהליך היקר של העברת מבחן תפקודי בבית הנכים.

לוח 26 - גובה הזכאות לטיפול אישי, לפי סוג הנכות (באחוזים)

לא זכאי	סה"כ במספרים מוחלטים			זכאות לטיפול אישי	
	100%	75%	50%	סוג הנכות	
71.5	6.4	6.4	15.7	סך-הכל	
45.7	22.9	17.1	14.3	מחלות נוירולוגיות	
73.7	-	-	26.3	מחלות נפש	
47.8	(13.0)	(17.4)	21.7	פיגור שכלי	
89.5	-	-	(10.5)	מחלות פנימיות	
66.7	-	-	33.3	מערכת לוקומוטורית	
78.6	-	-	(21.4)	מערכת אורוגניטאלית	
	96.4	(3.6)	-	ליקודי ראייה	

נמצא קשר מסוים בין אחוז הנכות הרפואית, המבטא את חומרת הנכות מבחינה רפואית, לבין הזכאות לטיפול אישי. ככל שעולה אחוז הנכות הרפואית, כך עולה שיעור הזכאים לגמלה: מ-20% בקרב נכים בעלי אחוז נכות רפואית של 70%-74%, עד 39% בקרב נכים עם נכות רפואית של 95% ומעלה. מגמה דומה, אם כי מתונה יותר, נמצאה בבדיקת שיעורי הזכאות לגמלה לעזרה ביתית לפי אחוז הנכות הרפואית. (לוח 27).

לוח 27 - הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית, לפי אחוז הנכות הרפואית

שיעור הזכאות לעזרה ביתית (באחוזים)	שיעור הזכאות לטיפול אישי (באחוזים)	סך-הכל (במספרים מוחלטים)	זכאות	
			אחוז הנכות הרפואית	
24.4	28.5	172	סך-כל הזכאים	
-	(20.0)	5	74%-70%	
20.9	20.9	67	84%-75%	
22.7	(22.2)	22	94%-85%	
29.5	38.5	78	95% ומעלה	

מספר הליקויים הרפואיים של הנכה ואחוז הליקוי העיקרי נמצאו קשורים לזכאות לשתי הגמלאות. נכים אשר סבלו מליקוי אחד או שניים בלבד נמצאו זכאים לטיפול אישי ולעזרה ביתית יחסית יותר מנכים אשר צברו את אחוזי הנכות הרפואית ממספר ליקויים קטנים (לוח 28).

לוח 28 - הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית, לפי מספר הליקויים

שיעור הזכאות לעזרה ביתית (באחוזים)	שיעור הזכאות לטיפול אישי (באחוזים)	סך-הכל (במספרים מוחלטים)	זכאות מספר הליקויים
24.4	28.5	172	סך-כל הזכאים
28.7	30.7	101	1 ליקוי
(22.6)	32.3	21	2 ליקויים
15.0	20.0	40	3-6 ליקויים

במקביל, שיעורי הזכאות לשתי הגמלאות עולים ככל שעולה אחוז הליקוי העיקרי (לוח 29). בעקבות ממצא זה הומלץ לשקול תוספת קריטריון לסינון האוכלוסייה, אשר תיבדק זכאותה לשירותים מיוחדים: הוצע, שבנוסף לקריטריון של 75% נכות רפואית, הליקוי העיקרי יהיה לפחות 50%¹⁵.

לוח 29 - הזכאות לטיפול אישי ועזרה ביתית, לפי אחוז הליקוי העיקרי

שיעור הזכאות לעזרה ביתית (באחוזים)	שיעור הזכאות לטיפול אישי (באחוזים)	סך-הכל (במספרים מוחלטים)	הזכאות אחוז הליקוי העיקרי
24.4	28.5	172	סך-כל הזכאים
(8.7)	(17.4)	23	30%-55%
25.6	23.3	43	60%-75%
27.4	33.0	106	76%-100%

15) מאחר שהמדגם כלל נכים עם נכות רפואית של 75% לפחות, קיים קשר ביין מספר הליקויים לבין אחוז הליקוי העיקרי: כאשר לנכה היה ליקוי אחד בלבד, לליקוי זה היה אחוז נכות רפואית גבוה.

לסיכום, בהתייחס למידע הרפואי בתיק הנכה הוגשו בעקבות הניסוי שתי המלצות
הקשורות לתהליך סינון האוכלוסייה והערכת הזכאות לגמלאות:

- א. הומלץ, שכדי לבדוק את זכאות הנכה לשירותים מיוחדים, בנוסף לקריטריון של 75% נכות רפואית, חייב להיות לו ליקוי עיקרי בגובה של 50% לפחות.
- ב. הומלץ, שעל פי חוות דעת רופא המוסד, אשר מכיר את סוג הליקוי ובודק בלאו הכי את מוגבלות הנכה במשרד במסגרת הבדיקה הרפואית, נכה ייקבע כלא זכאי, אם לפי דעת הרופא אין מוגבלות לפחות בתחום תפקודי אחד. בכל מקרה אחר תישלח אחרת לביתו של הנכה כדי לבדוק האם ובאיזו מידה הוא זכאי.

ז. סוגיות בהערכת הזכאות לגמלאות

במסגרת הניסוי שנערך ברחובות התעוררו מספר בעיות ושאלות הקשורות במבחן התפקודי להערכת הזכאות.

1. השגחה ופיקוח

בשעת תכנון תחומי התפקוד שהיו אמורים להיכלל במבחן התפקודי הוחלט, שבנוסף לתחומי התפקוד המקובלים (ניידות, האכלה, רחצה, הלבשה והפרשות), יש להתיחס גם לצורך של הנכה להשגחה כאל מוגבלות המבטאת את תלותו של הנכה בסיוע הזולת. באופן עקרוני הוחלט, שלצורך בהשגחה ינתן ניקוד כמימד נוסף ונפרד מהצורך בהשגחה הנלווית לסיוע בתחומי התפקוד האחרים. הוגדר, כי לנכה יש צורך בהשגחה אם יש סכנה לחייו או לאחרים כאשר הוא נשאר ללא השגחה. בשלב יצירת המבחן התפקודי הקטגוריה של השגחה ופיקוח היתה מיועדת בעיקר לאוכלוסיית הנכים הסובלת ממחלות נפש ומפיגור שכלי, שמוגבלותם התפקודית מתבטאת פחות ביותר סעיפי המבחן. כבר בישיבה הראשונה של הועדה לשירותים מיוחדים היה ברור, שקטיגוריה זו מתאימה לסוגי נכות נוספים, ושהצורך של הנכה להשגחה ולפיקוח מוסיף מימד חשוב למבחן התפקודי. מימד זה מבטא את העול על המשפחה מבחינת ריתוקה לבית והוויתור על אורח חיים רגיל בשל הצורך בהשגחה על הנכה. לפי טבלת הזכאות שמילאה הועדה לשירותים מיוחדים נמצא, כי 28% מהנכים קיבלו ניקוד כלשהו בהשגחה, כאשר הסיבות השכיחות ביותר שניתנו בוועדה לשירותים מיוחדים היו: הצורך בהדרכה (במיוחד בקרב מפגרים וחולי נפש), סכנה כלשהי לנכה או לסביבה אם הנכה יישאר לבד (חולים פיזיים, חולי נפש ומפגרים) וסיבות אחרות הקשורות לאספקטים של הנכות אשר לא באו לידי ביטוי במבחן התפקודי (למשל עיוורון, התקפים אפילפטיים).

במהלך הניסוי התגלו מספר בעיות בשימוש בקטיגוריה של השגחה ופיקוח:

1. קושי בקביעת קריטריונים אובייקטיביים להענקת ניקוד בתחום זה.
2. קושי בהתאמת הסעיף לחולי נפש לעומת נכים הסובלים ממחלה פיזית.
3. קושי בהפרדה בין הצורך בהשגחה כתחום נפרד לבין הצורך בהשגחה בעת סיוע בתחומי התפקוד האחרים במבחן.

מצד אחד היה ברור, שאת הצורך בהשגחה אפשר למדוד במונחים של מספר שעות על פי מידע רפואי אשר היה יכול להצביע על מידת הסיכון המידי הנשקף לנכה מבחינה רפואית אילו היה נשאר ללא השגחה. דוגמה ברורה לצורך בהשגחה הוא, למשל, חולה כליות, אשר היה זקוק להשגחה של בן משפחה בשעות מוגדות בזמן דיאליזה. אך מצד שני היה קשה להעריך את מידת הצורך בהשגחה, וזאת במקרים שלא היתה אפשרות למדוד אותה בשעות

אלא להעריך את מידת הסיכון להתקפה פתאומית, כמו אצל חולי לב, או את הסכנה להידרדרות במצב הנכה וביכולתו לנהל חיים תקינים ללא השגחה כמעט תמידית של המשפחה, בעיקר אצל חולי נפש ומפגרים. בנוסף לכך היה קשה מאוד להפריד בין הערכת האחות והרופא לגבי הצורך בהשגחה על פי מידע אובייקטיבי-רפואי, לבין הרגשת המשפחה והנכה לגבי צורך זה. כלומר, היו קשיים במדידת הצורך האובייקטיבי להשגחה ופיקוח, כאשר צורך זה לא נבע ישירות מסיכון רפואי המבוסס על נתונים רפואיים בתיק הנכה. יצויין, שבמהלך הניסוי התברר, שהיו ליקויים רבים בהערכות הרפואיות של הנכים מכיוון שהבדיקות הרפואיות יועדו רק לצורך קביעת אחוז הנכות הרפואית ולא היו מפורטות די הצורך כדי לקבל תמונה שלמה על משמעות הליקויים הרפואיים מבחינת המוגבלות התפקודית, ובמיוחד מבחינת הצורך בהשגחה ובפיקוח. יתר על כן, חלק גדול של האבחונים לא היה מעודכן. לאור ניסיון זה שופרו ההנחיות לרופאי המוסד בדבר סוג המידע ומידת הפירוט הדרושים כדי לאפשר קביעה מהימנה בדבר הצורך בהשגחה ופיקוח.

במהלך הניסוי התברר, שמבחינת קביעת הזכאות לגמלה הקושי בהגדרת קריטריונים ברורים להענקת ניקוד בתחום של השגחה היתה פחות חמורה לסובלים מנכות פיזית, מכיוון שנכים אלו בדרך כלל צברו ניקוד בסעיפי המבחן האחרים, אשר העניק להם זכאות לגמלה. הקושי במדידת הצורך בהשגחה ובקביעת הקריטריונים לכך היתה חריף במיוחד לגבי חולי נפש, שדווקא עבורם נוצרה קטיגוריה זו במבחן, בהנחה שלא יצברו ניקוד ביתר התחומים. במטרה להתמודד עם בעיה זו ולגבש קריטריונים ברורים ואובייקטיביים לקביעת הצורך בהשגחה אצל חולי נפש ומפגרים, התייעצו חברי הועדה לשירותים מיוחדים עם צוות של פסיכולוגים ופסיכיאטרים אשר הוזמנו לישיבות הועדה, אך לא התגבשה עמדה ברורה בנושא זה. קושי זה המשיך ללוות את השירותים המיוחדים גם לאחר הפעלת התקנות.

בעיה נוספת היתה הקושי למדוד את הצורך בהשגחה בתחום נפרד מתחומי התפקוד האחרים. במסגרת הניסוי הסתמנה מגמת תלות בין הקטיגוריה של השגחה לבין הניקוד שקיבל הנכה בסעיפי המבחן האחרים, כלומר בין הצורך בסיוע הזולת בתחומי תפקוד לבין הצורך בהשגחה ובפיקוח. יצויין, כי בדרך כלל מטרת יצירתו של מבחן מסוג זה הוא בניית קטיגוריות אקסכלוסיביות, אך במהלך הניסוי נמצא שנכה קשה, אשר צבר נקודות ביתר הקטיגוריות התפקודיות, בדרך כלל דורג אוטומאטית בקטיגוריה הגבוהה (6½ נקודות) של השגחה ופיקוח.

לחברי הועדה היתה הרגשה, שהצורך בהשגחה קיבל ביטוי ביתר סעיפי המבחן, אבל כאשר הגיעו לסעיף של השגחה לא ניתן היה אלא לתת ניקוד מלא במקרים הקשים. כלומר, ניתן משקל גדול מדי מבחינת הניקוד לקטיגוריה של השגחה לנכים פיזיים שממילא צברו נקודות בקטיגוריות אחרות עבור אותן סוג של מוגבלות. מאידך גיסא, כאמור, בקרב הנכים שסבלו

מפיגור שכלי או ממחלות נפש, אשר לא עברו ניקוד בתחומים אחרים לא קיבלו בדרך כלל ניקוד גבוה בהשגחה כיוון שלא היה ברור לפי איזה קריטריונים להעניק ניקוד בהשגחה. נכים אלה, בדרך כלל לא קיבלו יותר מנקודה או שתיים בסעיף של השגחה. לאור חוסר ההתאמה של הניקוד בסעיף זה, ובנוסף לניסיון לחדד את הקריטריונים, חברי הועדה יחד עם צוות ההיגוי של הניסוי דנו באפשרות לשנות את הניקוד בקטיגוריה זו. כך, למשל, בדיקת הדפוסים להענקת ניקוד בקטיגוריה של השגחה ופיקוח בניסוי הצביעה על מספר בעיות שהתגלו בקטיגוריה של "הזדקקות להשגחה לעיתים רחוקות", אשר העניקה לנכה 2-1 נקודות (ראה לוח 15 - טבלת הזכאות). בחינת דפוס הזכאות לגמלה על פי הניקוד בהשגחה (לוח 17) העלתה, שמתוך 17 נכים שקיבלו 2-1 נקודות, 10 נכים נמצאו לא זכאים כלל לגמלה.

בישיבות הועדה התקבל הרושם, שמתן ניקוד נמוך בהשגחה בעצם מבטא את הרגשת הצוות, שכמעט כל נכה זקוק להשגחה "כלשהי", אם כי למעשה אין לנכים אלו צורך משמעותי בהשגחה במידה המחייבת הענקת ניקוד לקראת קביעת הזכאות לגמלה. לאחר הניסוי הוחלט, שאין משמעות מעשית למושג "השגחה לעיתים רחוקות" המעניקה 2-1 נקודות, מכיוון שכמעט כל נכה זקוק להשגחה בהיקף כזה, מבלי שהדבר יהווה בהכרח מגבלה תפקודית משמעותית שמתבטאת במעמסה מיוחדת על המשפחה. אי לכך הומלץ לא לתת כלל ניקוד לקטיגוריה של "השגחה לעיתים רחוקות" בהערכת הזכאות לגמלה¹⁶, ולהעניק ניקוד אחד של 2½ נקודות בהשגחה רק כאשר הנכה זקוק להשגחה לעיתים קרובות או רצופות, וכאשר ההשגחה ניתנת בפועל. הומלץ, שקביעת הצורך בהשגחה חייבת להיות מבוססת על נתונים ואבחונים רפואיים, ולא להסתמך רק על חוות דעת האחות או על הרגלי המשפחה.

2. מבחן תפקודי עבור נכה בודד

במהלך הניסוי התגלתה בעייתיות בהענקת ניקוד ובפירוש ממצאי המבחן התפקודי עבור נכה שמתגורר לבד, או נכה שגר עם ילדים קטנים בלבד. השאלה שעמדה בפני חברי הועדה היתה, האם נכה במצב מוגבלות מסוים צריך לקבל ציון זהה במבחן התפקודי, כאשר הוא גר יחד עם בני משפחה וכאשר הוא גר בגפו. חברי הועדה היו מודעים לעובדה, שהמציאות הסובבת את הנכה הבודד מחייבת אותו להסתדר מחוסר ברירה, דבר אשר לפעמים כרוך במאמצים רבים. מצד אחד נכה, אשר מסתדר בכוחות עצמו ואין לו עזרה בטיפולו האישי, אומנם "מסוגל" לבצע את הפעולות הנבדקות במבחן התפקודי. כדוגמה אפשר לתאר את מצבו של נכה פאראפלגי שהשתתף בניסוי, הגר בגפו ואשר לפי תוצאות המבחן נמצא,

(16) עם זאת, הומלץ להשאיר קטיגוריה זו במבחן ללא ניקוד, כדי לאפשר לצוות הרפואי לציין את הצורך הכללי בהשגחה מסוימת עבור נכים.

כי הוא אומנם מסוגל להתלבש לבד, אבל במאמצים כה רבים עד שהוא לפעמים נאלץ לוותר על כך והלך לישון בבגדים ובנעליים. קשה להחליט איך לתת ניקוד בתחום תפקודי, כשלפי כל הקריטריונים האובייקטיביים הנכה מוגבל, אך למעשה הוא מסתדר באופן עצמאי. מאידך גיסא, המשמעות של אי-תפקוד בפועל בתחום מסוים חריפה אצל נכה בודד יותר מאשר אצל נכה שגר במסגרת משפחה המספקת את העזרה הדרושה באופן טבעי ומידי. בזמן הניסוי התעוררה התחושה, שקיים אי-איזון מסוים כשקובעים ציון אחיד לנכה בודד ולנכה הגר במסגרת משפחה. הוצע, לקחת בחשבון את מצבו המיוחד של הנכה הבודד מבחינת טיפול אישי ועזרה ביתית, על ידי הענקת ניקוד מיוחד נוסף עבור נכים בודדים¹⁷.

3. אי-הסכמה בין דעת האחות ודעת הרופא

צוות ההיגוי של המפעל המיוחד היה מודע לאפשרות של אי-הסכמה בין דעת האחות ודעת הרופא לגבי הצורך בניקוד באחד מסעיפי המבחן. בעיקר התעורר חשש, שהרופא יגרום שעל פי המידע הרפואי הנכה מסוגל לבצע פעולה מסוימת או שאין צורך בהשגחה, בעוד שלפי המבחן התפקודי הנכה אינו מסוגל לבצע את הפעולה הלכה למעשה. תוך כדי הניסוי יושבו חילוקי דעות אלו בישיבות המשותפות, ובדרך כלל היתה לרופא השפעה רבה על ההחלטה הסופית. כיום מתייעצים הרופא והאחות לגבי כל מקרה, ולעתים אף נערך ביקור בית נוסף כדי לבדוק אי התאמה בין ממצאי מבחן האחות לממצאי האבחון הרפואי. בכל מקרה בו מעלים השגות על מתן הניקוד, מתקיים דיון צוות בהשתתפות פקיד התביעות, האחות והרופא. במקרה שאין הסכמה בין המשתתפים בדיון, התיק מועבר לאחראי על השירותים המיוחדים בענף נכות כללית במשרד הראשי של המוסד לביטוח לאומי.

4. האפשרויות לקביעת יכולת תפקודית ללא ביקור בית

עיקרון בסיסי שהבחה את הניסוי ברחובות היה, שביקור בית ובדיקת תפקודו של הנכה בסביבתו הטבעית הכרחיים לקביעה מהימנה של מוגבלותו התפקודית ושל הצורך בטיפול אישי. לכן לא ניתן לעשות זאת על סמך מידע רפואי בלבד או על סמך בדיקה במשרד. במסגרת הניסוי נעשה ניסיון לבדוק עקרון זה. האחות וחברי הועדה נתבקשו להביע את דעתם, באיזו מידה אפשר היה להגיע למסקנות זהות לגבי גובה הזכאות ללא ביקור הבית של האחות ועל פי מידע רפואי בלבד. יש להתייחס בזהירות להערכות היפותטיות אלו, שניתנו לאחר ביקור הבית של האחות ולאחר הדיונים שהתקיימו בוועדה. יתר על כן, כזכור, האבחונים הרפואיים באותו זמן לא תמיד היו מעודכנים ומפורטים, כפי שהם כיום. נמצאו הבדלים משמעותיים ביותר בין הערכת האחות לבין הערכת המשותפת של חברי הועדה, בקשר לאפשרות לוותר על ביקור הבית. האחות העריכה בשאלון

(17) ראה פרק VI, המלצות ושינויים.

שלה, כי לגבי 69% מהמקרים ניתן היה לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית, ואילו לגבי 31% ניתן היה לקבוע זאת בוועדה. הסיבות שניתנו לגבי הצורך בביקור בית התייחסו בעיקר להיעדר מידע רפואי מספיק בתיק ולצורך לראות את הנכה בסביבתו הטבעית ולשוחח עם בני משפחתו. רוב המקרים, שלגביהם האחות העריכה כי אין אפשרות ליותר על ביקור בית כדי לקבוע יכולת תפקודית, התייחסו לנכים שלגביהם האחות הרגישה, שלמרות שהמידע הרפואי בתיק היה מלא ומעודכן, יש צורך לבדוק את משמעות תפקודם במסגרת הטבעית של ביתם (כמו, למשל, עוורים או מפגרים). לעומת זאת, ב-30% מהמקרים חברי הוועדה היו סבורים, כי יש צורך בביקור בית, כי המידע בתיק הרפואי אינו מהימן ומעודכן במידה המספיקה לקבוע את מידת המוגבלות התפקודית, וב-29% הם קבעו, כי יש לראות את הנכה בסביבתו הטבעית. סיבות נוספות שצוינו להצדקת הצורך לבדיקה בבית היו, שמצב הנכה אינו סטאטי וחלים שינויים לרעה, או שתפקוד הנכה מושפע מקבלת תרופות (לוח 30).

לוח 30 - התפלגות הנכים, לפי הערכת האפשרויות לקביעת יכולת תפקודית על ידי הערכה רפואית בלבד ללא ביקור בית (באחוזים)

האם אפשר לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית	הערכת האחות	הערכת חברי הוועדה לשירותים מיוחדים
סך הכל: מספרים מוחלטים באחוזים	172	172
כן, הערכה רפואית מספיקה	69.2	30.8
לא, כי המידע בתיק הרפואי אינו מלא ומעודכן או שאינו משקף את המוגבלות התפקודית	(1.7)	30.2
לא, כי חייבים לבדוק את הנכה בסביבתו הטבעית יחד עם משפחתו	23.2	29.1
לא, בשל סיבות אחרות	5.9	9.9

בדיקת הקשר בין אחוז הליקוי העיקרי של הנכים לבין האפשרות לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית העלתה כי באופן כללי, ככל שעולה אחוז הליקוי העיקרי כן עולה הצורך בביקור בית בכדי להעריך זכאות, מ-56% בקרב נכים עם ליקוי עיקרי נמוך, ל-78% בקרב נכים עם ליקוי עיקרי באחוז גבוה.

נראה שנכות חמורה כמעט אינה מאפשרת הערכה תפקודית מבלי לראות את הנכה כביתו בעוד שעבור נכים קלים יותר חכרי הועדה היו מוכנים יותר להסתפק בבדיקת המידע הרפואי (לוח 31).

לוח 31 - הנכים לפי אחוז הנכות הרפואית והאפשרות לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית (באחוזים)

אחוז הנכות הרפואית					סך הכל	האפשרות לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית
85%+	84%-71%	70%-56%	55%-30%	סך הכל		
82	44	23	23	172	סך הכל: מטפריס מוחלטים באחוזים	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	כך, הערכה רפואית מספיקה	
22.0	31.8	47.8	43.5	30.8	לא, אי אפשר לוותר על ביקור בית	
78.0	68.2	52.2	56.5	69.2		

גם סוג הנכות היה קשור לאפשרות לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית. עבור שיעורים גבוהים, יחסית, של נכים עם מחלות פנימיות (61%) ועם הפרעות במערכת האורוגניטאלית (57%) חברי הועדה קבעו שניתן לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית. עבור כל הנכים הסובלים מפגור שכלי או מחלות נפש, למעט מקרה אחד, הועדה קבעה, שיש צורך לערוך ביקור בית בכדי להעריך ולקבוע את המוגבלות התפקודית ואת הצורך בעזרת הזולת בטיפול אישי (לוח 32).

לוח 32 - הנכים, לפי סוג הנכות והיכולת לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית (באחוזים)

סוג הנכות								סך הכל	האפשרות לקבוע יכולת תפקודית ללא ביקור בית
ליקוי ראייה	מערכת אורוג-ניטאלית	מערכת לוקומו-טוריות	מחלות פנימיות	פיגור שכלי	מחלות נפש	מחלות נוירולוגיות	סך הכל		
28	14	15	38	23	19	35	172	סך הכל: מטפריס מוחלטים באחוזים	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	כך, הערכה רפואית מספיקה	
35.7	57.1	46.7	60.5	-	(5.3)	22.9	30.8	לא, אי אפשר לוותר על ביקור בית	
64.3	42.9	53.3	39.5	100.0	94.7	77.1	69.2		

5. קשיים בהערכת הזכאות לגמלה לעזרה ביתית

כאמור, במסגרת הניסוי נבדקה הזכאות לגמלה נפרדת לעזרה ביתית, אשר היתה מיועדת לעזור לנכה ולמשפחתו בביצוע עבודות הבית והכרחיות לניהול חיים תקינים. מטרת הגמלה היתה לאפשר לנכה לקבל שירותי משק בית הכרחיים, כולל ניקיון, קניות, כביסה והכנת אוכל, וזאת רק במקרים שהנכה ובני משפחתו מוגבלים מבחינה תפקודית ואינם מסוגלים לנהל משק בית. במקרים שהתנהל משק בית טבעי סביב לנכה, לא נקבעה זכאות לגמלה. עם זאת, בניגוד לקביעת הזכאות לטיפול אישי, שהתבססה על מבחן תפקודי אובייקטיבי, הרי קביעת הזכאות לעזרה ביתית היתה בעייתית יותר. בשלב תכנון הפרוייקט צוות ההיגוי גרס, שיש לנסות לעמוד על הקריטריונים לקביעת עזרה ביתית על פי הדיונים וההחלטות הבין מקצועיות בועדה לשירותים מיוחדים. לפיכך, עם התחלת הניסוי ניתנו לועדה הנחיות כלליות בלבד לקביעת הזכאות לעזרה ביתית, והושארה לחברי הועדה האפשרות לחוות את דעתם. גם בהדרכת האחות והעובדת הסוציאלית הודגש, כי יש מקום לשיקול דעת, כאשר הקו המנחה היה, שלעזרה ביתית זכאים נכים אשר אינם מסוגלים לבצע בעצמם את פעולות משק הבית ההכרחיות, ושקיימים תנאים נוספים במשפחה המקשים מאוד על ביצוע פעולות משק הבית. ההשתתפות בפגישות הראשונות בדיוני הועדה העלתה, שחברי הועדה נוטים לקבוע זכאות לעזרה ביתית לפי מידת העול שבטיפול בנכה. כלומר, מחשבתם היתה שכאשר שעות הטיפול בנכה רבות, עומס הטיפול האישי הוא עול כבד שאינו משאיר למשפחה זמן לנהל את משק הבית. לפי דעת צוות ההיגוי של הניסוי גישה זו היתה מוטעית, כי במבחן התפקודי ובגמלה לטיפול אישי כבר נלקחה בחשבון העזרה הביתית שנבעה מעומס הטיפול האישי בתחומים כמו רחיצה והפרשות. הזכאות לגמלה לעזרה ביתית היתה אמורה לשקף את הצורך בעזרה בניהול משק בית מעבר לטיפול האישי. עקב הקושי שהתגלה בהתחלת הניסוי בהערכה אחידה ומהימנה של יכולת הנכה ובני משפחתו לבצע פעולות משק בית הוגדרו לאחר תקופה מסוימת של עבודת הועדה קריטריונים מפורטים לקביעת זכאות לעזרה ביתית, כדלקמן: נכה שגר לבד, נכה נוסף במשפחה, גיל מבוגר של בני משק הבית, שלושה ילדים מתחת לגיל 12, שני ילדים מתחת לגיל 5 וכל תנאי מיוחד העשוי, לפי שיקול דעת הועדה, להקשות על ביצוע פעולות משק הבית. תנאי הכרחי ראשון היה אי-יכולת של הנכה עצמו לבצע את פעולות משק הבית.

ההנחיות לועדה היו, שתנאים אלה אינם מזכים באופן אוטומטי לקצבה לעזרה ביתית, אלא שצריך לבדוק כל תנאי לפי ההקשר המשפחתי. כך, למשל, גיל מבוגר של בן משפחה אינו מזכה, אלא אם האיש חולני ומתקשה לבצע את פעולות משק הבית. א"י לכך קריטריונים אלה לא נקבעו כקריטריונים מחייבים לקביעת זכאות, אלא כהנחיות, ועל חברי הועדה הוטל התפקיד להחליט בכל מקרה, על סמך שיקול דעת, האם אומנם לקבוע זכאות לגמלה לעזרה ביתית.

בעיה נוספת היתה, שחברי הועדה התקשו במספר מקרים להבדיל בין אי-יכולת הנכה לבצע פעולות משק בית, הנובעת ממצב בריאות לקוי לבין אי-יכולת הנובעת מחוסר הרגל, חוסר רצון או, כאמור, עומס הטיפול בנכה. קושי זה בלט במיוחד במקרים של נכים גברים. גם היה קשה להעריך באופן אובייקטיבי את יכולת בני המשפחה לקיים משק בית. בחלק גדול מהמקרים אפשר היה רק לקבוע, שקיים "קושי" בביצוע פעולות משק הבית, ללא אסמכתא רפואית למוגבלות תפקודית בתחום זה. הקשיים בניהול משק בית נבעו לפעמים מעדיפות נפשית ופיזית, עקב הימצאותו של הנכה בבית, ומתנאים אובייקטיביים, כגון תעסוקה של בני משפחה או ילדים קטנים, יותר מאשר מסיבות רפואיות. במספר מקרים האחות והעובדת הסוציאלית התקשו להגיע להסכמה, וכל אחת מהן התייחסה לצורך בעזרה ביתית לפי קריטריונים אחרים.

בדיקת הסיבות שניתנו על ידי חברי הועדה לקביעת ההזדקקות לעזרה ביתית מעלה, שהנימוק השכיח ביותר, לפיו נקבע הצורך לעזרה ביתית היה העובדה, שהנכה מוגבל ובודד, או שאינו מסוגל מבחינה תפקודית לבצע עבודות משק בית (כ-57%) (לוח 33).

לוח 33 - הנימוק להחלטת הועדה לגבי ההזדקקות לעזרה ביתית (באחוזים)

אחוז	הנימוק להחלטת הועדה
42	כך-כל-הזמאים: מספרים מוחלטים
100.0	באחוזים
56.8	הנכה בודד, או אינו מסוגל לבצע עבודות משק בית
8.1	עיקר עומס משק הבית על בני המשפחה
8.1	מצב בריאות בני המשפחה ירוד
8.1	הנכה גר עם ילדים קטנים, או עם הורה קשיש
16.2	יש נכה נוסף במשק הבית
(2.7)	תעסוקת בן הזוג או ההורה

השוואת המלצותיהן של האחות ושל העובדת הסוציאלית להחלטות הועדה מראה, שבאופן כללי הועדה החמירה בקביעת הזכאות לעזרה ביתית. הסיבה העיקרית להחמרה זו היתה נעוצה כאמור, בכך שהועדה נתבקשה בסופו של דבר לקבוע זכאות על פי קריטריונים מוגדרים, בעוד שהאחות והעובדת הסוציאלית נתבקשו להתרשם כללית בעת הראיון, לתאר את מצב משק הבית ולהביע דעתן לגבי הצורך בסיוע בתחום זה. במספר מקרים נבעו המלצותיהן לתת עזרה מנסיבות כלכליות או מעומס נפשי של משפחת הנכה, יותר מאשר ממוגבלות תפקודית.

ח. המעקב אחר הנכיס שקיבלו גמלאות

כששה חודשים לאחר הדיון על זכאות הנכה בוועדה לשירותים מיוחדים, נערך מעקב אחר מצבם של 65 מתוך 75 הנכיס, אשר נמצאו זכאים לגמלה לטיפול אישי או לעזרה ביתית. בעשרה המקרים האחרים, הנכה או בני משפחתו לא היו בבית בעת המעקב, ולכן לא נערך ראיון. המעקב נועד לקבל מידע לגבי צורת השימוש בגמלאות לשירותים מיוחדים וכך לבחון, האם חל שינוי כלשהו במצבו הבריאותי והתפקודי של הנכה, במטפל העיקרי, ביחסים בין הנכה למשפחתו וברמת הטיפול בנכה מבחינת ניקיונו האישי ומצב הניקיון בבית. המעקב התבצע בביתו של הנכה על ידי האחות או העובדת הסוציאלית בהתאם להחלטת הוועדה לשירותים מיוחדים.

כדי לבדוק, האם בכלל ידוע לנכה שהוא מקבל גמלה מיוחדת לשירותים מיוחדים או שמא הוא מתייחס לגמלה זו כחלק מקצבת הנכות הרגילה, השאלה הראשונה שנשאלה היתה אלו קצבאות הוא מקבל מהמוסד לביטוח לאומי¹⁸. 53 מתוך 65 הנכיס שרואיינו הבחינו בין הקצבאות והיו מודעים לקבלת גמלה נפרדת לשירותים מיוחדים ולסיבת זכאותם לגמלה זו. שיעור הנכיס, שהיו מודעים לקבלת גמלה נפרדת לשירותים מיוחדים, היה גבוה במיוחד בקרב הנכיס שנמצאו זכאים לשתי גמלאות, טיפול אישי ועזרה ביתית, וכמובן שהתשלום במקרה של זכאות כפולה היה גבוה יותר מאשר במקרה של זכאות לגמלה אחת. כמו כן היה הבדל מובהק בין גברים לנשים מבחינת המודעות לגמלה נפרדת: 95% מהנשים לעומת 75% מהגברים ידעו שהם מקבלים גמלה מיוחדת ואת סיבת מתן הגמלה. כמו כן, ככל שהנכיס היו מבוגרים יותר, כך שיעור המודעות לקבלת הגמלה היה גבוה יותר.

75% מהנכיס הביעו שביעות רצון מהגמלה, אך 25% אמרו שהגמלה אינה גבוהה די הצורך. שני נכיס אמרו שהיו מעדיפים לקבל שיקום ועבודה במקום גמלה.

הנכיס נשאלו כיצד הם ובני משפחותיהם משתמשים בגמלה לשירותים מיוחדים. ניתנה אפשרות לציין מספר שימושים בגמלאות (לוח 34). 41% מהנכיס השיבו, שהשתמשו בגמלה לצורך תשלום עבור עוזרת בית, ורק 11% השתמשו בגמלה לתשלום עבור שירותים לטיפול אישי. כ-17% קנו מכשירים רפואיים או תרופות מיוחדות, 17% השתמשו בגמלאות לקניית משחקים, להסעת הנכיס בתחבורה מיוחדת, 11% קנו אביזרים שונים לנכה כמו ביגוד, סדינים, שמיכות, ובמקרה אחד סייעה הגמלה לרכישת מכונת כביסה. 42% מהנכיס אמרו שהגמלה נכנסת לתקציב השוטף של המשפחה (חלקם גם ציינו שימושים ספציפיים נוספים בגמלה).

18) כשהתקבלה החלטה על זכאות הנכה לגמלה לשירותים מיוחדים נשלח לביתו מכתב, אשר הודיע לו על כך.

לוח 34 - התפלגות הנכים, לפי צורת השימוש בגמלאות לשירותים מיוחדים

צורת השימוש בגמלאות	מספר הנכים	שיעור מתוך סה"כ הנכים*
שירותים לעזרה ביתית	26	41
שירותי טיפול אישי או לירוי בדיאליזה	7	11
אביזרים שונים לנכה (כמו ביגוד, סדינים)	7	11
הסעות הנכה, משחקים	11	17
מכשירים רפואיים או תרופות	11	17
העברה לתקציב המשפחה	27	42

* מתוך 64 נכים אשר קיבלו גמלה בכסף (נכה אחד קיבל גמלה בעין). האחוזים אינם מסתכמים ב-100%, כי ניתן היה לציין יותר משימוש אחד בגמלה.

כאמור, מספר קטן של נכים השתמשו בגמלה לקניית שירותים לטיפול אישי. כל אלה היו זכאים לגמלה לטיפול אישי בלבד או לטיפול אישי ולעזרה ביתית. באשר לשימוש בגמלה לרכישת סיוע לעזרה ביתית נראה, שהחלטת הועדה בעניין הזכאות לעזרה ביתית שיקף צורך אמיתי של המשפחה בסיוע בתחום זה, ודבר זה התבטא במקרים רבים ברכישת שירות לעזרה ביתית.

נמצא קשר בין סוג הזכאות לבין שיעור הנכים אשר ניצלו את הגמלה לקניית שירותים לעזרה ביתית. השיעור הגבוה ביותר של קניית עזרה ביתית - 73% - נמצא בקרב הנכים שנמצאו זכאים לעזרה ביתית בלבד, לעומת 7% אצל הנכים שהיו זכאים לטיפול אישי בלבד, ו-33% אצל הנכים שהיו זכאים לשתי הגמלאות גם יחד (לוח 35).

הנכים שנמצאו זכאים לטיפול אישי נטו יותר להשתמש בגמלה לצורך רכישת אביזרים לנכה, או שהגמלה נכנסה לתקציב השוטף של המשפחה אשר, כזכור, טיפלה בנכה המוגבל בכוחות עצמה. בהתאם לציפיות באשר לשימוש בגמלאות נמצא, שנכים הזקוקים לסיוע בטיפולם האישי והזכאים לגמלה בשל כך, ימשיכו לקבל טיפול אישי מן המשפחה, ורק חלק קטן ישתמש בגמלה כדי לרכוש סיוע תחליפי לטיפול אישי מבחוץ. דבר זה נובע גם מעצם רצונה של המשפחה להמשיך לטפל בנכה בכוחות עצמה וגם בשל האפשרויות המצומצמות להשיג עזרה בטיפול אישי מהקהילה. לעומת זאת, ההזדקקות והזכאות לעזרה ביתית מתבטאים יותר בשימוש בגמלאות לצורך רכישת סיוע מחוץ לבית. נטייה זו משקפת גם את הרציונאל מאחורי קביעת הזכאות לעזרה בית, לפיו היעדר משק בית טבעי מסביב לנכה, הוא קריטריון עיקרי לקביעת הזכאות. שיעורים גבוהים, יחסית, של רכישת עזרה ביתית מגורם חוץ נמצאו בקרב הנכים שהתגוררו בגפם (50% רכשו עזרה ביתית) וכן בקרב הנשים (52% רכשו עזרה ביתית) המוגבלות בתפקודן, שבמקרים רבים התגוררו ללא בן-זוג והיו זקוקות מאוד לעזרה מבחוץ בניהול משק הבית.

לוח 35 - התפלגות הנכיס, על פי השימוש בגמלאות וסוג הזכאות* (באחוזים)

				סוג הזכאות	השימוש בגמלאות
זכאי לגמלה לטיפול אישי ולעזרה ביתית	זכאי לגמלה לטיפול אישי בלבד	זכאי לגמלה לעזרה ביתית בלבד	סך-הכל		
15	28	22	165	סך-הכל: במספרים מוחלטים	
100.0	100.0	100.0	100.0	באחוזים	
(20)	(11)	-	9	רוכש שירותים לטיפול אישי	
33	(7)	73	35	רוכש סיוע בניהול משק בית**	
(20)	43	18	28	רוכש אביזרים שונים עבור הנכה	
(27)	39	(14)	28	נכנס לתקציב המשפחה	

* מתייחס לתשובה הראשונה שניתנה על ידי הנכה לגבי השימוש בגמלה.
** כולל נכה אחד אשר קיבל גמלה לעזרה ביתית בעין.

בהתייחס לשימוש בגמלאות בעתיד, 75% מהנכיס דיווחו שהגמלה תשמש לאותן המטרות שהיא משרתת כיום. 9% נוספים אמרו שהגמלה תעזור לטיפול המצב הכלכלי של המשפחה. 11% מהנכיס תכננו לקבל בעתיד עזרה מבחוץ. חלק מהנכיס תכננו לקנות אביזרים לנכה, כולל שלושה נכיס שאמרו שיתחילו להעביר תשלומים עבור רכישת מכונת כביסה. משפחה אחת תכננה טיול, אחרת תכננה לשפץ את הבית, ומשפחה נוספת החליטה לפתוח תוכנית חיסכון לעתיד עבור הבן הנכה, כך שאפשר יהיה לדאוג לטיפולו, כאשר ההורים לא יוכלו להמשיך לטפל בו בעצמם.

הנכיס נשאלו, האם חלו שינויים במצבם הבריאותי או במצב המשפחתי מאז הביקור האחרון של האחות או העובדת הסוציאלית: אצל 77% לא חלו שינויים במשפחה. 34% ציינו שחלו שינויים במצב הבריאות של הנכה כגון: החמרה במצב התפקודי, אשפוז, הידרדרות במצב הנפשי, התחלת קבלת דיאליזה וכו'. שני נכיס ציינו שיפור במצב הרפואי. בהתייחס למצב התפקודי לפי חוות דעת המראיינות חלה ירידה בשלושה מקרים, ובשלושה מקרים אמנם חל שיפור קל ביכולתו של הנכה בתחום התפקודי, אך לא היה שינוי משמעותי בממצאי המבחן התפקודי אשר יכול להשפיע על גובה הזכאות.

מבחינת הניקיון האישי רוב הנכיס היו מטופלים ברמה נאותה, כפי שנמצא גם בתחילת הניסוי. בדרך כלל אותם הנכיס, שלא היו מטופלים אז, נמצאו במצב דומה גם בעת המעקב. בחמישה מקרים המראיינת מצאה הזנחה בטיפול בעורו של הנכה (כולל מקרה אחד של פצעים), הצפורניים לא היו גזורות, היתה הזנחה בטיפול בשיער, או מצב בגדיו של הנכה היה מוזנח. ב-74% מהמקרים מצב הניקיון בבית היה מצויין או טוב. רק אצל שני נכיס היתה הזנחה חמורה במצב משק הבית.

לאחר הראיון והשיחה עם הנכה ובני משפחתו, נתבקשו המראיינות להביע את דעתן המקצועית במספר תחומים: בתשובה לשאלה מה תורמת הגמלה לנכה ולמשפחתו מבחינת הסידור לטיפול אישי ולעזרה ביתית¹⁹ ציינו, שבארבעה מקרים הגמלה כלל לא תרמה לנכה. ב-21 מקרים (32%) ציינו, שעיקר תרומת הגמלה היתה סיוע לתשלום עבור עזרה ביתית. ב-23 מקרים (35%) ציינו, שעיקר תרומת הגמלה היתה בהעלאת הכנסת המשפחה ושיפור מצבה הכלכלי; ובעוד 11 מקרים (17%) עזרה הגמלה למימון רכישת אביזרים לנכה או להסעות. בשמונה מקרים (12%) ציינו במפורש, שהגמלה תרמה בעיקר כפיצוי למשפחה על העומס הכבד בטיפול בנכה. בשמונה מקרים (12%) ציינו האחות והעובדת הסוציאלית, שהגמלה תרמה בצורה בולטת לשיפור היחסים במשפחה ולהתייחסות לנכה. בארבעה מקרים הגמלה סייעה במיוחד בתקופה קשה של ריתוק האישה הנכה לאחר שעברה ניתוח, או לאחר דיאליזה. בששה מקרים צויין, שהכסף אשר שימש להכנסת איזם נוסף חביתה לטיפול בנכה גם תורם להורדת החושת הבדידות של הנכה.

האחות והעובדת הסוציאלית נשאלו, האם היה צורך להדריך את המשפחה בעת הביקור. ב-74% מהמקרים לא צויין צורך בהדרכה מיוחדת מעבר לשיחה והתייעצות כללית. בארבעה מקרים ניתנה עזרה פעילה לנכה במציאת עוזרת בשכונה וסוכס, שהגמלה תנוצל לתשלום עבור שירותים אלה. בחמישה מקרים האחות ניסתה לשכנע את המשפחה שהתנגדה לכך, שיש צורך להכניס אדם זר בבית כדי לטפל בנכה, ושהדבר יכול להועיל גם לה וגם לנכה. בששה מקרים המראיינת נתנה ייעוץ למשפחה על קבלת שירותים או החזר כספים מלשכת הרווחה המקומית.

בהתייחס לחוות הדעת של האחות או של העובדת הסוציאלית בשאלת הצורך בסידור מוסדי לנכה, ב-77% צויין שאין צורך בכך. בשני מקרים ביקשה המשפחה מהמראיינת לברר את האפשרויות של סידור מוסדי, ובשמונה מקרים המליצו האחות או העובדת הסוציאלית על סידור מוסדי בגלל העומס הכבד בטיפול או טיפול שאינו משביע רצון, אך בפועל המשפחות או הנכים לא היו מעוניינים בכך. חלקם סברו, שאף על פי שהמצב קשה, הוא בכל זאת טוב יותר מאשר במוסד. בשלושה מקרים, בהם היה הנכה מטופל על ידי הורים מבוגרים מאוד, הומלץ על מעקב ועל חשיבותו של סידור מוסדי לאחר מות ההורה הקשיש.

19. בחלק מהמקרים צויינה יותר מאשר תרומה אחת.

שלב ב' של הניסוי: בדיקת שילוב השירותים המיוחדים בתהליך הרגיל של קביעת הזכאות לקצבת נכות כללית

1. מטרת הבדיקה

לאחר שהושלמה כמחצית עבודת השדה במסגרת שלב א' של הניסוי, שבמרוצתו הצטבר ניסיון רב באשר לשיטה ולכלים שפותחו לשם הערכת הזכאות לשירותים מיוחדים, עדיין עמדה בפני המוסד לביטוח לאומי השאלה, באיזו צורה לשלב את תהליך הערכת וקביעת הזכאות לשירותים מיוחדים בתהליך הרגיל של קביעת הזכאות לקצבת נכות כללית לנכים המגישים תביעה לקצבת נכות. בשלב הראשון של הניסוי אי-אפשר היה להתייחס לתהליך השוטף כי נבדקו בו נכים מן ה"מאגר" אשר מזמן נמצאו זכאים לקצבת נכות. נכים אלה היו לרוב בעלי תיקים ישנים ובלתי מעודכנים מבחינת המצב הרפואי, שלא פעם חסר בהם מידע חשוב על התפקוד הרפואי. בינואר 1978 הורחב הניסוי במטרה לבדוק את שילוב התהליך לקביעת הזכאות לשירותים מיוחדים בתהליך הרגיל של קביעת דרגת הנכות. נעשה ניסיון ליצור תהליך שיהיה דומה ככל האפשר לתכנית שתבצע בפועל. הכלים שפותחו במסגרת הניסוי בשלב א' באו לידי שימוש בסימולציה שנעשתה בשטח על ידי פקיד תביעות מהסניף, רופאי הסניף, עובדת סוציאלית שהועסקה על ידי המוסד ומספר אחיות בריאות הציבור של משרד הבריאות. יש לציין כי בשלב זה לא פעלה ועדה לשירותים מיוחדים. במסגרת הסימולציה נבדקו נכים חדשים, כלומר נכים שתביעתם לקצבת נכות כללית היתה אז בתהליך טיפול. במהלך שלב ב' של הניסוי לא שולמו קצבאות.

המדגם כלל 57 נכים, אשר החל מה-1 בינואר אובחנו על ידי רופאי המוסד כבעלי 75% נכות רפואית ואשר עברו רק את הסינון הראשון של ביקורת הגבייה ובדיקת פקיד התביעות, אשר מתפקידם לוודא שהנכה אינו עובד. נבדקו נכים שלא היו מאושפזים, ושהתגוררו בישובים עירוניים השייכים לסניף רחובות.

בפרק זה מובאים נתונים על המדגם ועל תוצאות הסימולציה, תוך שימת דגש על ההיבטים האדמיניסטרטיביים, שהיתה להם השלכה על קביעת נוהלים להפעלת התוכנית במתכונת ארצית. במהלך הסימולציה הועברו הממצאים וההתרשמויות העיקריות לענף נכות כללית ולמנהל הרפואי של המוסד לביטוח לאומי, כדי שיהיה אפשר ליישם בהצעת התקנות, בתכנון הנהלים האדמיניסטרטיביים, ובחסדרים להעסקת אחיות באמצעות משרד הבריאות. כאמור, התנאי הראשון לבדיקה היה, שלנכים תהיה נכות רפואית בת 75% לפחות. בניגוד לציפיה שבמשך החודש שבו תוגשנה תביעות חדשות לסניף רחובות יפנו למוסד כ-60 נכים בעלי נכות רפואית גבוהה מ-75%, עברו כשלושה חודשים עד שצורפו 57 נכים למדגם המתוכנן, ואלה היו כ-10% מסך הכל הנכים שהגישו תביעה באותה תקופה²⁰.

(20) היו 70 נכים בעלי נכות רפואית גבוהה מ-75%, אך 13 לא נכללו במדגם עקב היותם עובדים, מאושפזים, או שהטיפול בהם במחלקת נכות הופסק.

2. שיעורי הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית

לעומת התוצאות שנתקבלו בשלב א', שיעורי הזכאות בקרב הנכים החדשים היו נמוכים מהצפוי. מתוך 57 נכים, ששה היו זכאים לטיפול אישי (10%) ו-10 לעזרה ביתית (17%). כמו-כן יש לציין, שחלק מהזכאים לעזרה ביתית הגיעו לזכאות כמקרים חריגים ולפי שיקול דעת, ולא לפי הקריטריונים שניתנו בהנחיות לעובדת הסוציאלית. שלושה נכים היו זכאים לטיפול אישי בלבד, שלושה לטיפול אישי ולעזרה ביתית, ושבעה נכים לעזרה ביתית בלבד (רק אחד מתוכם היה נכה בודד).

נמצא, אפוא, הבדל בין שיעורי הזכאות של הנכים מן "המאגר" אשר התגלו כקשים יותר ובעלי בעיות תפקוד רבות יותר, לבין אלו של הנכים הנכנסים למעגל הזכאות באופן שוטף. ברור היה שמדובר בשתי אוכלוסיות שונות אשר דורשות גם התייחסות שונה בקביעת הנוהלים, זאת בעיקר בשל אי-עדכון המידע הרפואי המתייחס לנכים ב"מאגר" ובשל הצורך בעריכת ביקור בית של האחות, בכל מקרה. כשמדובר בנכים חדשים לעומת זאת, יש אפשרות להגביל את ביקורי הבית למקרים בהם ברור מהמידע הרפואי, שקיימת מוגבלות תפקודית כלשהי.

3. רמת הטיפול בנכה וקבלת שירותים מהגורמים בקהילה

גם בשלב ב' של הניסוי נמצא שרמת הטיפול האישי בנכה היתה טובה. האחיות דיווחו לגבי 81% מהנכים שמצב הניקיון האישי שלהם ברמה טובה, אצל 2% בלבד רמת הטיפול היתה בלתי מספקת (לוח 36). לא נמצאו מקרי הזנחה בטיפולו האישי של הנכה. לעומת זאת, מצב ניקיון הדירה וסביבת הנכה היה פחות משביע רצון בחלק מהמקרים. ב-9% מהמקרים היתה הזנחה ממשית. עם זאת, רמת הניקיון היתה טובה ב-70% מהמקרים, אף על פי שבחלקם הדירה היתה דלה מאוד (לוח 36 א').

לוח 36 א' - מצב ניקיון הדירה של הנכה וסביבתו

לוח 36 - מצב הניקיון האישי של הנכה

ניקיון אישי	במספרים	באחוזים	ניקיון הדירה	במספרים	באחוזים
טוב	46	81	טוב	57	100
בינוני	2	(3)	בינוני	7	12
לא טוב	1	(2)	לא נקי	2	(4)
מוזנח	-	-	מוזנח	5	9
לא צוין	8	14	לא צוין	3	(5)

בנוסף לטיפול הניתן על ידי בני המשפחה, שבעה נכים (12%) קיבלו עזרה ביתית מלשכות הרווחה המקומיות ולנכה אחת היה גם שירות מט"ב לטיפול האישי. שבעה נכים אלה נימנו עם עשרת הנכים שנמצאו זכאים לעזרה ביתית במסגרת הניסוי. לא נמצאו מקרים של זכאות לעזרה ביתית מלשכת הרווחה שלא נמצאו זכאים בניסוי, אך יש לזכור שבניסוי הזכאות של חלק מהנכים לעזרה ביתית נקבעה לפי שיקול דעת, ולפיכך אין זה אינדיקטור למידת הכיסוי הצפוי לפי התקנות לשירותים מיוחדים. חוץ מעזרה ביתית, 46% מהנכים קיבלו שירותים נוספים מהלשכות המקומיות.

לפי המידע שהתקבל מלשכות הבריאות לא היה כל נכה שקיבל שירותים לטיפול אישי מן הלשכות. במקרה אחד, לפיו סברה האחות שיש צורך דחוף לרחצה, שירות זה סודר עם היחידה למעקב של קופת חולים, וזאת לאחר פנייה של העובדת הסוציאלית של המוסד ללשכת הרווחה. באשר לאביזרים רפואיים, ל-75% מן הנכים היה המכשור הרפואי המתאים לצרכיו של הנכה. ב-14 מקרים (24%) נקבע צורך במכשירים או בסידורים רפואיים נוספים (לוח 37).

לוח 37 - הצורך במכשירים או בסידורים רפואיים נוספים (לפי דו"ח האחות)
(מספרים מוחלטים)

<u>מספר הנכים</u>	<u>הצורך במכשירים רפואיים</u>
*57	סך-הכל
43	אין צורך במכשירים
3	כיסא גלגלים
5	מקל תמיכה, מקל הליכה, קביים
1	אמצעי עזר לאמבטיה
1	חימום הדירה
2	סיר למיטה, בקבוק שתן
1	טלפון
1	נעליים אורתופדיות
1	מכשיר חמצון

* מספר המקרים מסתכם ביותר מ-57, מכיוון שנכה אחד היה זקוק גם לכיסא גלגלים וגם לחיר למיטה.

4. תיאור האוכלוסייה

א. גיל וצורת מגורים

באופן כללי, אוכלוסיית הנכים החדשים הקתה מבורגרת בהרבה מאוכלוסיית הנכים הוותיקים. 53% נכים היו מעל גיל 55, לעומת 34% בקרב הנכים מן ה"מאגר". בין שתי האוכלוסיות היה הבדל גם מבחינת המצב המשפחתי והרכב משק הבית: בקרב הנכים החדשים

נמצא שיעור יחסית גבוה יותר של נכים נשואים ומשקי בית הכוללים נכה, בן-זוג וילדים. "במאגר" היתה קבוצה גדולה יותר של נכים בודדים ונכים הגרים עם הורים בלבד. שלא כבשלב א', לא בלטה התופעה החריפה של הנכה הבודד או של נכה הגר עם הורה קשיש וחולה, על כל הבעיות החברתיות והטיפוליות הקשורות בכך.

לוח 38 - הנכים החדשים והנכים "במאגר", לפי הרכב משק הבית (באחוזים)

<u>נכים במאגר</u>	<u>נכים חדשים</u>	<u>הרכב משק הבית</u>
172	57	סך-הכל: במספרים מוחלטים
100.0	100.0	באחוזים
9	(5)	בודד
14	25	גר עם בן זוג בלבד
39	62	גר עם בן זוג וילדים
9	(3)	גר עם ילדים בלבד
28	(3)	גר עם הורים בלבד
(1)	(2)	אחר

ב. הליקוי העיקרי

השוואת שתי-האזכלוסיות לפי הליקוי העיקרי חושפת הבדלים משמעותיים, שאולי יש בהם כדי להסביר את שיעורי הזכאות הנמוכים יותר אצל הנכים החדשים. בסימולציה הורגש השיעור הגדול בהרבה של נכים בעלי מחלות פנימיות: 46% לעומת 22% בקרב הנכים "במאגר". מאידך גיסא, "במאגר" שיעור הנכים בעלי המחלות הנוירולוגיות (אשר בדרך כלל נמצאו גם זכאים לטיפול אישי) היה גבוה יותר.

לוח 39 - הנכים החדשים והנכים ב"מאגר", לפי הליקוי העיקרי (באחוזים)

<u>נכים במאגר</u>	<u>נכים חדשים</u>	<u>הליקוי העיקרי</u>
172	57	סך הכל: במספרים מוחלטים
100.0	100.0	באחוזים
22	46	מחלות פנימיות
8	9	מחלות אורוגניטאליות
34	18	מחלות נוירולוגיות
11	(3)	הפרעות נפש
9	12	מערכת לוקומוטורית
16	12	ליקויי ראייה

המספר הקטן של הזכאים לטיפול אישי לא אפשר בדיקה של שיעורי הזכאות לפי הליקורי העיקרי. באופן כללי, שיעורי הזכאות בכל הקטגוריות היו נמוכים מאלו שנמצאו בשלב א' של הניסוי, אך מפתיע במיוחד היה, ששיעור הזכאים בקרב הנכים עם ליקורי נוירולוגי היה נמוך: רק אחד מתוך 10 נכים לעומת 54% זכאים בקרב הקבוצה המקבילה ב"מאגר". יש לצפות, שעם התפתחות המחלה וסיבוכים אפשריים, חלק מהנכים החדשים יהיה זכאי לגמלה בעתיד.

ג. אחוז הליקורי העיקרי

מהשוואת הניכים החדשים לנכים ב"מאגר" לפי אחוז הליקורי העיקרי עולה הסבר אפשרי נוסף לשיעור הזכאות הנמוך, שהתקבל אצל הנכים החדשים: ל-31% מהנכים החדשים היה ליקורי עיקרי של פחות מ-50%, לעומת כ-13% בקרב הנכים ב"מאגר". ייתכן שהבדל זה נובע מן השוני בחישוב סך כל הנכות הרפואית (חישוב יחסי משוקלל עבור הנכים ב"מאגר" וחישוב אריתמטי עבור החדשים).

לוח 40 - הנכים החדשים והנכים ב"מאגר", לפי אחוז הליקורי העיקרי (באחוזים)

<u>הנכים במאגר</u>	<u>הנכים החדשים</u>	<u>% הליקורי העיקרי</u>
172	57	סך-הכל: במספרים מוחלטים
100	100	באחוזים
13	31	עד 49
6	11	50-59
6	(7)	60-69
3	(5)	70-74
72	46	75+

למרות מספרם הקטן של הזכאים לטיפול אישי בקרב הנכים החדשים, הסתמנה מגמה ברורה: לכל ששת הזכאים לטיפול אישי בקרב הנכים החדשים היה ליקורי עיקרי של 70% ויותר. נכים עם ליקורי באחוז נמוך יותר לא היו זכאים כלל לטיפול אישי. מגמה דומה הסתמנה גם לגבי הזכאות לעזרה ביתית: מתוך שמונה הנכים שנמצאו זכאים לעזרה ביתית במסגרת הסימולציה, לששה היה ליקורי עיקרי גבוה מ-75%. מכאן שגם הזכאות לעזרה ביתית היתה קשורה במידה מסוימת לחומרת הנכות, כפי שנמצא גם בשלב א' של הניסוי. לא נתגלתה כל מגמת קשר בין הזכאות לעזרה ביתית לבין סוג הנכות.

5. המבחן התפקודי

במסגרת שלב ב' של הניסוי הרופאים והאחיות נתבקשו להעביר מבחני תפקוד בלתי תלויים זה בזה: הרופא בזמן האבחון הרפואי והאחות בזמן ביקור הבית. השוואת מבחנים אלה מלמדת, שברוב המקרים היתה התאמה בין אבחנת הרופא לבין זו של האחות בכל תחומי התפקוד. חילוקי הדעות הרבים ביותר התגלו בתחום של צורך בהשגחה. בשל מספר המקרים הקטן לא היתה אפשרות לנבא את מידת ההתאמה הצפויה בין הרופא לאחות לפי אינדיקטורים אובייקטיביים כמו סוג הנכות, אחוז הליקוי וכד'.

לאור ביצוע שני מבחני התפקוד, היה על הרופא והאחות לתאם את ממצאיהם ולתת ניקוד סופי בלוח הזכאות. בדיקת לוח הזכאות הסופי (אשר מולא על ידי הרופא והאחות ביחד), בהשוואה לשני מבחני התפקוד הנפרדים, העלתה שהיתה הסכמה במרבית המקרים, ובמיוחד בקרב הלא זכאים. במקרים שלא היתה הסכמה, התיאום בין הרופא והאחות היה דו-כיווני. במספר מקרים לא היה כלל ותיאום בין הרופא לאחות, במיוחד כאשר היה פער גדול מאוד בין האבחון הרפואי לממצאי ביקור הבית.

בשל מספר הזכאים הקטן לא היתה אפשרות לבדוק את הקשר בין כיוון התיאום לבין הזכאות לטיפול אישי. בהתייחס לששת הנכים הזכאים, התיאום שנעשה היה ברוב המקרים בכיוון דעתה של האחות. תמונה מעניינת אחרת מתקבלת, כאשר משווים את כיוון התיאום עם עצם הניקוד שנתקבל במבחן התפקודי²¹. ברוב המקרים שבהם לא היה כל ניקוד במבחן התפקודי, היתה הסכמה מלאה בין הרופא לאחות, בעוד שברוב המקרים שהיה ניקוד כלשהו במבחן לא היתה הסכמה והיה צורך לתאם בין הערכות הרופא והאחות על סמך המידע של שניהם. לכן, תרומת ביקור הבית באה לידי ביטוי במיוחד במקרים שהיתה מוגבלות כלשהי, אך בכל מקרה אי-אפשר היה ליותר על המידע ועל חוות הדעת הרפואית כדי להגיע לניקוד מהימן במבחן אשר שיקף את המוגבלות התפקודית, תוך התייחסות למידע רפואי.

לוח 41 - כיוון התיאום בין הרופא לאחות בטבלת הזכאות לטיפול אישי (באחוזים)

<u>כיוון התיאום</u>	<u>באחוזים</u>
שן-הכל: במספרים מוחלטים	57
באחוזים	100.0
הסכמה בין הרופא לאחות	44
תיאום בכיוון דעת הרופא	18
תיאום בכיוון דעת האחות	21
אין תיאום*	(5)
אין לוח זכאות	12

* במקרים אלו היתה פשרה, או נערך ביקור בית נוסף.

(21) מתוך סה"כ הנכים, 44% קיבלו ניקוד כלשהו במבחן התפקוד.

ממצא זה חיזק את הטיעון, שאין צורך בביקור בית של אחות במקרים בהם לפי דעת הרופא, הנכה מתפקד באופן עצמאי. מאידך גיסא נמצא, שכאשר הרופא מציין מוגבלות כלשהי בזמן האבחון הרפואי, יש חשיבות לביקור בית אצל הנכה, כדי לבחון את מוגבלותו התפקודית במסגרת ביתו. על סמך ניסיון זה תוכננו כללי סינון, לפיהם ביקור של האחות יבוצע על פי קביעתו של הרופא שהנכה מוגבל לפחות באחד מתחומי התפקוד, אך לא יבוצע ביקור כאשר הרופא קובע שהאדם עצמאי בתפקודו.

6. לקחים מנהליים

על מנת שתהליך הערכת הזכאות לשירותים מיוחדים לא יפריע לתהליך הכללי של קביעת דרגת הנכות, הונח שימוש בתיק משנה לשירותים מיוחדים. לאחר האבחון הרפואי של רופא המוסד, תיק הנכות הועבר לפקיד התביעות אשר הכין אותו לועדת הנכות ופתח במקביל תיק משנה לצורך בדיקת הזכאות לשירותים מיוחדים. במסגרת הניסוי פקיד התביעות שלח באופן אוטומטי את טופסי ביקור הבית לאחת משלוש אחיות, בהתאם למקום המגורים, כדי שתבצע ביקור בית. במקביל, פקיד התביעות שלח טופס לבקשת מידע מלשכת הבריאות והעביר טופס דומה לעובדת הסוציאלית בלשכת הרווחה. איסוף המידע מלשכת הרווחה היה בעייתי במשך הניסוי, מאחר שהעובדת הסוציאלית היתה צריכה לבדוק את תיק הנכה באותו זמן שפקיד התביעות הכין אותו לועדת הנכות. במספר מקרים חל עיכוב בביקור בלשכת הרווחה עד לאחר החלטתה של ועדת הנכות לגבי זכאות הנכה לקצבת נכות.

א. תפקיד-פקיד התביעות

בניסוי השתתפה פקידת התביעות הראשית ממחלקת נכות כללית בסניף. לפי התכנון היה על פקידת התביעות לעקוב אחר ביצוע כל שלבי התהליך של בדיקת הזכאות לשירותים מיוחדים, כולל הכנת תיק המשנה, העברת טפסים לאחות, לעובדת הסוציאלית וללשכת הבריאות, קבלת הטפסים בחזרה, העברת התיק לעובדת הסוציאלית לשם קבלת המלצה ביחס לעזרה ביתית, ולבסוף החלטה פורמאלית לגבי הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית. תהליך זה אמור היה להיות מלווה ביומן מעקב מיוחד. באופן מעשי המעקב של פקידת התביעות היה פסיבי בטבעו. לא היתה לה שליטה בעיקר על קצב עבודתן של האחיות (כולל תכנון ביקור הבית, החזרת השאלון, תיאום עם רופא והחזרת ההמלצה המשותפת). היה קשר מסוים עם האחיות באמצעות מזכירת הוועדות הרפואיות אשר תיאמה פגישות בין האחיות לרופאים, אך גם קשר זה היה פסיבי ונעשה רק ביוזמת האחיות, ללא מעקב.

מילוי היומן המיוחד לא נעשה בקפדנות, ולפיכך לא היתה אפשרות להסיק מסקנות לגבי משך הזמן הדרוש לכל שלב של התהליך. אך העובדה, שתפקיד פקידת התביעות לא מולא כמתוכנן, קשורה למספר סיבות אפשריות חשובות:

1. ההתייחסות לניסוי כאל ניסוי בלבד, במיוחד מכיוון שקביעת הזכאות לא תורגמה לתשלום גמלה.
 2. העבודה הכרוכה בניסוי היוותה עומס מיוחד על פקידת התביעות אשר עשתה זאת בנוסף לעבודתה הרגילה. עומס זה לא איפשר להקפיד על המעקב ועל הרישום, כפי שהיה מתוכנן בתחילת הניסוי. כמו כן, העבודה בניסוי עצמו היתה רבה מבחינת מספר הטפסים, הרישום והמעקב, וכך עקב הצורך לבצע במקביל מספר רב של פעולות.
 3. התקבל הרושם, שבנוסף לעומס, העבודה היתה טכנית ורוטינית, בלי להשאיר בידי פקידת התביעות מקום רב להפעלת שיקול דעת. בשל כך לא היה בעבודה אתגר לפקידת התביעות. החלק המעניין יותר של העבודה, אשר דרש הפעלת שיקול דעת והתייחסות לנושא השירותים המיוחדים בהקשר עם כל המידע הקיים בתיק הנכה ובמסגרת התמונה הרחבה יותר, נפל בחלקה של העובדת הסוציאלית, כולל המגעים עם גורמים אחרים.
- בעת עריכת הניסוי נוצר הרושם, שמהות העבודה של פקידת התביעות בשירותים מיוחדים לא תאמה את היכולת וההכשרה של פקידי התביעות, ועל כן הומלץ על הרחבת התפקיד של פקידת התביעות מצד אחד ועל העברת החלק הטכני יותר ללבנר. במהלך הניסוי אף נעשה ניסיון להעביר את הרישום הפורמאלי ללבנר, אך צעד זה עוד הגביר את קשיי המעקב, עקב פיזור העבודה. כתוצאה מבעיה זו, הושקעה בניסוי מחשבה מיוחדת לעיצוב מהות התפקיד של פקידת התביעות ולקביעת נוהלים לעתיד, בכדי להגדיר את העבודה הטכנית גרידא ואת העבודה המקצועית של פקידת התביעות ולהבחין ביניהן בלי לפגוע בתהליך המעקב.
- במסגרת הניסוי הודגשה החשיבות של יצירת כלי מעקב יעיל שימש את פקידת התביעות, במיוחד לאור רוח התקנות והנהלים שהוצעו ואשר הדגישו עוד יותר, שעיקר העבודה וקצב התהליך יהיו תלויים במידה רבה בגורם שמחוץ למוסד, כלומר באחיות. ההחלטה ליותר על תפקיד העובדת הסוציאלית גררה בסופו של דבר, גם וריתור על מספר פונקציות חשובות אחרות, שבוצעו על ידה במסגרת הסימלציה, ואשר היו חייבות למצוא את פתרונן בעיצוב תפקידו של פקידת התביעות.

ב. תפקיד האחיות

הרגשת רוב משתתפי הניסוי היתה שהחוליה הבעייתית והחלשה בניסוי היתה חולית האחיות, וזאת בעיקר בשל היותן גורם חוץ מוסדי. הדבר היקשה על ההדרכה והפיקוח והשליטה על טיב וקצב עבודתן. בעוד שבשלב א' של הניסוי היתה אחת אחת שעבדה עם

צוות הניסוי ושקיבלה הדרכה שוטפת, בסימולציה נעזרו בשלוש אחיות מחוץ למוסד. באופן כללי תפקיד האחות אומנם התבצע כפי שתוכנן, על אף קושי טכני מסוים בתחילת הניסוי, בהסדרת זמני תיאום בין רופא לאחות. עם זאת היו בעיות במספר תחומים, אשר היתה להם השלכה על עיצוב נוהלים, על הצורך בשינויים בטופס האחות ובעיקר לגבי החשיבות הרבה של הדרכה ופיקוח על עבודת האחיות, בהתאם לדרישות הביטוח הלאומי.

1. העברת המבחן התפקודי

באופן כללי יש להדגיש, שעל פי הניסיון הנלמד, אחות בריאות הציבור מסוגלת לשמש בהצלחה רבה גורם מקצועי מאבחן לקביעת הזכאות לשירותים מיוחדים. יתר על כן, מעבר לתפקידן הישיר בביצוע המבחן התפקודי הצליחו האחיות להצביע על בעיות במשפחה אשר דרשו מעורבות של עובד סוציאלי או גורמים אחרים בקהילה.

ראשית הוחלט, שיש לבקש מהאחות תאור כללי של מצב הנכה עוד לפני מילוי המבחן התפקודי כדי לאפשר לכל מי שמעיין בתיק לקבל תמונה מלאה. עם זאת, היו מספר רב של מקרי אי-בהירויות וסתירות בביצוע המבחן התפקודי והיה צורך להדגיש לאחיות עד כמה חשובים הבהירויות, האחידות והפירוט בביצוע המבחן כדי שהרופא ופקיד התביעות יוכלו להתייחס לממצאי האחות כמהימנים. לקח שהופק מהניסוי היה, שכדי לבחון האם האחיות ביצעה את מבחן התפקודי בהתאם לעקרונות הכללים ולהנחיות, אינן להסתפק בציון מידת המוגבלות, אלא יש לדרוש מהאחות פירוט רב יותר של ממצאי המבחן ותיאור מפורט של מגבלותיו התפקודיות של הנכה בכל סעיפי המבחן. יתר על כן, עבור כל סעיף תפקודי בו תצוין מגבלה, הוחלט לבקש מהאחות לנמק מה מקשר בין המגבלה למחלת הנכה, אשר יצביע על הקשר בין המגבלה התפקודית לבין האבחון הרפואי. במקרה של חוסר קשר על האחיות לנמק את הסיבה לכך (למשל הרעה או הטבה במצב הנכה, ארוע רפואי נוסף וכו'). פירוט זה היה חשוב בכל הסעיפים, אך במיוחד בסעיף של השגחה ופיקוח. דרישות אלה לתאור, פירוט וביסוס הממצאים התפקודיים מטרות היתה למנוע אי-בהירויות וסתירות ולאפשר בניית בסיס למידע בדוק ומעודכן במקרים של ערעורים בפני בית המשפט.

כמו כן, לאור הניסיון שנרכש תוך כדי הניסוי, הודגשו עוד יותר הצורך בהדרכת האחיות בביצוע המבחן התפקודי. הניסיון לימד, שבעת הנחית והכשרת האחיות להעברת המבחן התפקודי יש להדגיש את החשיבות של בדיקה בפועל של הפעולות התפקודיות תוך בקשת הדגמה מהנכה והתחשבות במכשירים הרפואיים שלו היכולים להשפיע על יכולתו התפקודית. (במקרה אחד בניסוי האחיות ציינה שהנכה רתוקה למיטה, אך למעשה היה לה מקל הליכה, שבמקרה היה שבור בזמן הביקור). הודגש, שיש חשיבות גם להערכתה של האחיות לגבי מכשירי עזר רפואיים חסרים, אשר יכולים להקל על הנכה ולהקטין את תלותו בעזרת הזולת. כאמור, בכל מקרה המבחן התפקודי חייב לספק תיאור של המוגבלות התפקודית

על רקע האבחון הרפואי. כדי למנוע פערים לא הגיוניים בין האבחון הרפואי לבין המבחן התפקודי חייבת האחות לראות את האבחון המלא לפני ביקור הבית, על מנת שתוכל לכוון את הבדיקה בזמן הביקור, ובמיוחד כדי לבדוק את סבירות ממצאיה במבחן התפקודי. בשלב ב' של הניסוי התגלו תחומים נוספים שדרשו חידוד וגיבוש בהתייחס להעברת המבחן. למשל, לאחיות היה קשה לפעמים להבחין קונספטואלית בין הצורך בטיפול אישי והצורך בהשגחה עקב סכנה הנשקפת לנכה אם ישאר לבדו. בחלק מהמקרים הושפעה האחות מהמצב החברתי והכלכלי של המשפחה בעת ביצוע המבחן התפקודי. היה קשה, למשל, להבחין בין הערכת מצב הניקיון של הנכה וסביבתו מבחינת רמת הטיפול בו לבין הערכת מצב הדיור. בנוסף לכך, התגלתה אי-הבנה בקשר לשאלה: "האם לדעת האחות מסוגלת המשפחה לדאוג לקנות שירותים לטיפול אישי או לעזרה ביתית". שאלה זו היתה אמורה לסייע להחלטה בדבר הצורך בגמלה בעיץ במקום בכסף, אך בחלק מהמקרים האחות התייחסה ליכולת הכלכלית של המשפחה, ולא לעצם היכולת והנכונות להשתמש בקצבה לטובת הנכה.

2. יכולת ביצוע פעולות משק בית

לעתים נתגלו סתירות בין הערכת האחות במבחן התפקודי לבין הערכתה את יכולת הנכה לבצע פעולות משק בית. כמו כן נמצא, שלעתים היה קשה להבחין בין חוסר יכולת תפקודית לבצע פעולות משק בית מצד אחד, לבין אי-נכונות או חוסר הרגל מצד שני. הניסיון לימד, שקיים קושי לקבוע קריטריונים ברורים ולתרגם את המגבלות הפיזיות והתפקודיות ליכולת ביצוע של פעולות משק הבית. לבעיות אלו היה משקל רב בהחלטה שהתקבלה לאחר הניסוי ברחובות לאחד את שתי הגמלאות לגמלה אחת ולמנוע צורך להפעיל שיקול דעת לגבי יכולת הביצוע של פעולות משק הבית.

מכל מקום, דו"ח האחות היה מקור מידע חשוב לקבלת החלטה על הצורך בעזרה ביתית. לפי הערכתה של העובדת הסוציאלית ב-74% מהמקרים היה בדו"ח האחות מספיק מידע כדי להגיע לידי החלטה על עזרה ביתית, ללא ביקור בית נוסף. ב-26% מהמקרים היה המידע חלקי או בלתי ברור, ולכן נערך ביקור בית על ידי העובדת הסוציאלית כדי להחליט האם יש צורך בעזרה ביתית. בדיקת הקשר בין המלצותיה של האחות בקשר לצורך בעזרה ביתית לזכאות לעזרה ביתית מעלה, שהמלצות האחות התקבלו בתשעת מתוך 12 המקרים, שלגביהם היתה המלצה חיובית. במספר מקרים הסיבה לקביעת הזכאות שנומקה על-ידי העובדת הסוציאלית היתה דומה לזו של האחות, אך כמובן מפורטת יותר ומבוססת על מידע רחב יותר שנתקבל מלשכת הרווחה או מביקור הבית. בשני מקרים בהם האחות המליצה על עזרה ביתית שכן לדעתה הנכה לא היה מסוגל לבצע אאת בעצמו, העובדת הסוציאלית אשר התייחסה למסגרת המשפחתית הרחבה יותר לא הסכימה לכך. במקרה אחד העובדת הסוציאלית המליצה על עזרה ביתית בניגוד להמלצת האחות, וזאת בגלל אי-יכולתה של אשת הנכה לבצע פעולות משק בית.

3. פער בין המלצת הרופא להמלצת האחות

בסימולציה היו מספר מקרי אי-הסכמה ופערים בין הערכת הרופא לבדיקת האחות. נראה, שחלק מבעיות אלו ניתן היה לפתור על ידי העברת מידע רפואי מלא לאחות, דבר שהיה לקוי בניסוי. מאידך גיסא, הודגשה החשיבות של קביעת הנחיות להתייעצות בין הרופא לאחות, ובמיוחד הצורך בהוכחת ממצאי המבחן התפקודי בנזרת טיעונים ונימוקים משכנעים. כאשר היה בידי האחות נימוק משכנע ומבוסס לגבי המגבלה התפקודית, אפשר היה להסביר אותו לרופא. בנוסף לכך, בכל מקרה של פער בין הערכותיהם של הרופא והאחות, וכאשר צד אחד היה משתכנע מהערכתו של השני, הודגש שחשוב לנמק את הפשרה הסופית, וזאת בכדי למנוע את התופעה, שבתיק אחד יהיו שתי דעות קיצוניות על יכולת תפקודו של הנכה ללא הסבר לפער זה.

4. האחריות הציבורית של האחות

כאמור, בניסוי הודגש שחשוב ביותר שאחיות, אשר למעשה אינן עובדות המוסד לביטוח לאומי תעבורנה תהליך הדרכה מקיף שיכשיר אותן לתפקידן כאנשי מקצוע בעלי אחריות לספק מידע למוסד לביטוח לאומי בצורה אחידה ומהימנה, כדי שאפשר יהיה לקבוע זכאות בחוק. כמו כן, היה חשוב להבהיר לאחיות את המשמעות הכספית של הערכתן המקצועית, וכך שהערכות אלו יובאו בפני בית משפט במקרה של ערעור. מצד שני הודגשה חשיבות תפקיד האחות כאיש מקצוע המבקר בביתו של הנכה לא לצורך הערכת הזכאות בלבד, אלא גם כאמצעי לאיתור בעיות חברתיות ובריאותיות (כולל בעיות של מיצוי זכויות) והעברת מידע זה לגורמים אחרים בקהילה. עם זאת, לא ניתן היה לצפות מהאחיות העובדות במסגרות אחרות, כי הן אכן תמלאנה תפקיד של מקשר בין הנכה לבין השירותים בקהילה. במסגרת הסימולציה תפקיד זה היה בידי העובדת הסוציאלית.

הניסיון לימד, שיש להכשיר קבוצה מצומצמת של אחיות אשר תרכוש ניסיון בהעברת המבחן התפקודי במרוצת ביקורי הבית החוזרים, ותהיה כפופה להדרכה ולפיקוח של המוסד לביטוח לאומי. במסגרת הניסוי, המעקב והפיקוח המקצועי היו לקויים מכיוון, שלא הוגדר במפורש איזה גורם במוסד יפקח באופן קבוע על עבודת האחיות ויהיה אחראי לביקורת לפני ואחרי התיאום עם הרופא.

ג. תפקיד הרופא

תפקידו של הרופא היה לערוך אבחון רפואי רגיל, להעביר מבחן תפקודי לנכה ולהגיש הערכה תפקודית משותפת עם האחות לאחר ביקור הבית. עיון במסמכים הצביע על הצורך בפירוט יתר של המבחן התפקודי עקב אי-הבנות שהתעוררו בדבר משמעות סעיפי המבחן. בהתייחס לניידות למשל, התברר שיש צורך לציין שהכוונה היא לניידות בתוך הבית, ושהמושג "זקוק לתמיכה או ליווי", מתייחס לתמיכה של בן-אדם ולא של מקל

הליכה או של אביזר אחר. כמו כן התברר, שעל הרופא לפרט את משמעותו של הצורך בהשגחה כמימד נפרד מעבר לצורך בטיפול אישי. נראה היה, שאי-הבנות אלה יכולות למצוא את פתרוןן על ידי מתן הדרכה והנחיות מתאימות לרופאים.

הניסיון של שיתוף מספר רופאים בסימולציה, במקום רופא אחד בשלב א' של הניסוי, לימד שיש מקום לקבוע מדיניות לגבי מחלות מסוימות כדי להבטיח אחידות בהערכת היכולת התפקודית אצל נכים בעלי מחלות זהות. הדבר בלט בניסוי אצל נכים עם אפילפסיה ואצל נכים שהיו זקוקים לדיאליזה. לגבי מחלות מסוג זה הומלץ, כי יש לקבוע באלו תנאים (תדירות ההתקפים, נסיעות לדיאליזה וכו') ייקבע שהנכה זקוק להשגחה.

ד. תפקיד העובדת הסוציאלית

במסגרת הגדרת תפקידה של העובדת הסוציאלית נקבע, שהחלטתה לגבי הזכאות לעזרה ביתית תתבסס על מספר מקורות מידע: שאלון האחות, אבחון הרופא, תיק הנכות במוסד לביטוח לאומי, ביקור בלשכת הרווחה, קשר עם גורמים קהילתיים אחרים (כגון: מרפאה, בית חולים ועוד), וביקור בית בחלק מהמקרים. מכל מקום, החלטת העובדת הסוציאלית לא היתה אוטומטית והיתה תלויה בהפעלת שיקול דעת רב, אפילו במסגרת ההנחיות שניתנו לה. לגבי 32% מהמקרים העובדת הסוציאלית סברה, שכדי להגיע להחלטה בדבר הצורך בעזרה ביתית, היה עליה לקבל מידע נוסף על זה שהיה בשאלון האחות. כך, למשל, למרות שהיה אפשר להשתמש בדו"ח האחות לאיתור נכים, שבפוטנציה היו יכולים להיות זכאים לעזרה ביתית, אי-אפשר היה להחליט על כך על סמך דו"ח האחות בלבד. כאמור, העובדת הסוציאלית פנתה ללשכה המקומית כדי להרחיב את המידע על הנכה. אם כי ב-37% מהמקרים התקבל מידע שסייע להגיע להחלטה בקשר לצורך בעזרה ביתית, לפי הערכת העובדת הסוציאלית מידע זה שימש בעיקר כדי לחזק ולא כדי להכריע את שיקול העובדת הסוציאלית בדבר הזכאות. ב-28% מהמקרים התקבל מהלשכה מידע חלקי ובלתי מספיק או מידע מעניין על המשפחה ובעיותיה החברתיות, אך לא רלוונטי להחלטה על מתן עזרה ביתית. 35% מהנכים לא היו מוכרים כלל ללשכת הרווחה, או שהיה רק מידע מועט עליהם. באופן כללי אפשר לומר שלמרות שהקשר עם לשכות הרווחה סיפק תמונה רחבה על מצב הנכה, לא היתה הצדקה ליצירת קשר כזה עבור כל נכה ונכה, ואפשר היה להגבילו למקרים שאותרו כבעייתיים על סמך דו"ח האחות. בעקבות המידע החלקי שהעובדת הסוציאלית קיבלה מהמקורות השונים, היא הרגישה צורך לקיים התייעצויות וקשרים עם גורמי חוץ כמו בית חולים, בירורים נוספים עם אחות או עם רופא אחר במוסד וביקור בית אצל הנכה. ואמנם, בשמונה מקרים היה צורך בביקור בית של העובדת הסוציאלית כדי להגיע להחלטה בדבר הזכאות לעזרה ביתית.

כאשר משווים את תפקידה של העובדת הסוציאלית כפי שתוכנן, לתפקידה כפי שבוצע הלכה למעשה, עולות שתי בעיות בסיסיות בעיצוב התפקיד:

א. נראה שחיקף העבודה שהושקעה בהכנת ובאיסוף המידע לא היה מוצדק בהשוואה ליכולת התמרוץ ולהנחיות שניתנו לעובדת הסוציאלית לגבי החלטתה על הזכאות לעזרה ביתית. התברר, שנאסף מידע רב שלא היה רלוונטי להחלטה, אך אשר התבקש מעצם תפקידה ועבודתה היסודית. היא נתבקשה להתייחס לכל נכה ונכה ולכן לא היתה יכולה להחליט בצורה יסודית ומהימנה מבלי להעמיק בנסיבותיו של כל מקרה. אילו העובדת הסוציאלית היתה מתבקשת לאסוף מידע רק עבור מקרים בעייתיים, תפקידה היה יעיל יותר.

ב. ולעובדת הסוציאלית, כאיש מקצוע, היה קשה ביותר להגיע להחלטה, בהסתמך על המידע המצוי בתיק הנכה, וזאת במיוחד לאור הסתירות ואי-הבהירויות בין המקורות השונים. נראה, שמטבע הדברים אי-אפשר לצפות, שעובד מקצועי יקבל החלטה רק על סמך המלצה של גורם אחר כאשר הוא אחראי הן כלפי הארגון והן כלפי הנכה. אין ספק, שבעיות אלו היו נפתרות בחלקן אילו היו נעזרים בתפקיד החשוב של העובד הסוציאלי רק עבור המקרים הבעייתיים והמורכבים. מספר תפקידים חשובים ונחוצים בניסוי בוצעו על ידי העובדת הסוציאלית מכיוון שלא הוגדר שום גורם מקצועי אחר שיכול היה לבצעם הם "אומצו" אפוא על ידי העובדת הסוציאלית, שהיתה אדם מקצועי ויסודי. תפקידים אלה לא תוכננו מראש, במידה מספקת, אך גובשו במהלך הניסוי וכללו בעיקר מעקב אדמיניסטרטיבי ומקצועי אחר ביצוע שלבי התהליך. תוצאת לוואי של הבדיקה המעמיקה בתיק הנכה לשם קבלת ההחלטה בדבר עזרה ביתית אפשרה לעובדת הסוציאלית לפקח על קצב העבודה ועל מהימנות המידע. היא יכלה, למשל, לאתר סתירות ואי-בהירויות במידע הכלול בדו"ח האחות בהשוואה למידע הרפואי המצוי בתיק, ובעיקר לבדוק את ההחלטות לפי העקרונות וההנחיות של הביטוח הלאומי. יתר על כן, עקב היותה האיש המקצועי היחיד המקבל לידיו את כל המידע המצוי בתיק המעקב, היו לה אפשרות ועניין לקשור את מקורות המידע השונים (עבות כללית, שיקום ושירותים מיוחדים) ולגלות אי-סדרים. ראייה כוללת זו היתה דומה לצורת העבודה שהועדה לשירותים מיוחדים גיבשה לעצמה במסגרת שלב א' של הניסוי, ושהתגלתה כחשובה לצורך מניעת כפילויות, בדיקת סדירות בנתונים וקבלת החלטות מהימנות.

בסיכומו של דבר, לאחר הניסיון שנרכש בשלב ב' של הניסוי, הוחלט שיש להבטיח את ביצוע התפקידים והנוהלים הבאים בהפעלת התוכנית לשירותים מיוחדים:

1. מעקב אדמיניסטרטיבי אחר הגורמים המעורבים בתהליך הערכת הזכאות לשירותים מיוחדים. הוצע שתפקיד זה יכלל במסגרת תפקידו של פקיד התביעות, אשר ייעזר בלבלר בעבודה הטכנית של הרישום.

2. הוצע, שהפיקוח והמעקב המקצועי לגבי תוכן, מהימנות ושלמות המידע בדו"ח האחות בהקשר של המידע הרפואי בתיק יעשה במשולב, באמצעות הדרכה מקצועית של האחיות בפיקוח המוסד לביטוח לאומי. במקרים בעייתיים, שלגביהם אין הסכמה בין הצדדים, התיק יועבר לאחראי בענף הנכות הכללית במשרד הראשי של המוסד:

3. הודגש הצורך במעקב ביצוע ההמלצות המקצועיות של הרופא והאחות שהם מעבר להחלטה על זכאות וגמלאות, דוגמת החשש לשינויים צפויים במשפחה וביכולת הטיפול בנכה, הצורך במוסד סיעודי, הצורך ביצירת קשר עם גורמים בקהילה כדי להמליץ על גמלה. בעין, העברת מידע שנמצא בביקור הבית לשם מיצוי זכויות או הספקת שירותים משלימים בקהילה וכו'. לא נראה, שאפשר להשאיר ביצוע תפקידים אלה בידי אחיות בריאות הציבור על אף תפקידן החשוב באיתור הבעיות הללו. הוחלט, שתפקיד זה חייב למצוא את מקומו במסגרת הגורמים המטפלים בקהילה אשר יעמדו בקשר עם עובדי המוסד.

4. הבטחת אחריות כוללת לטיפול בנכה במוסד, כדי למנוע כפילויות, סתירות וחוסר הגיון במידע על הנכה הנמצא בשלבים שונים של הערכת הזכאות לקצבת נכות, לשירותים מיוחדים ולשיקום מקצועי. הומלץ, כי תפקיד זה יבוצע על ידי פקיד התביעות.

VI המלצות ושינויים

א. איחוד הגמלאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית ושינויים בניקוד במבחן

השינוי העיקרי שהונהג בגמלאות בעקבות ממצאי הניסוי היה הנהגת גמלה משולבת אחת לטיפול אישי ולעזרה ביתית (במקום שתי גמלאות נפרדות). שינוי זה נועד בעיקר לפשט את תהליכי קביעת הזכאות לקצבה, לחסוך בכוח אדם מקצועי ולהנהיג כללי ביצוע אחידים, ובעת ובעונה אחת לכסות במסגרת הקצבה את הנכים הנזקקים והקשים ביותר מבחינת מגבלות תפקודיות והצורך בעזרה ביתית. בעקבות ממצאי הניסוי הוחלט, שניתן לבטא את הצורך לעזרה ביתית במסגרת המבחן התפקודי בשתי דרכים: א) על ידי העלאת הניקוד בסעיפים של רחצה והפרשות, שכך המוגבלות בתחומים אלו מטילה עומס מיוחד על פעילויות משק הבית מעבר לטיפול האישי בנכה; ב) על ידי ניקוד נוסף לנכה בודד כביטוי לצרכיו המיוחדים לעזרה ביתית.

שינוי נוסף במבחן התפקודי היה הורדת הניקוד שניתן לקבל בסעיף ההשגחה מ- $6\frac{1}{2}$ ל- $2\frac{1}{2}$ נקודות - וזאת בשל אי התאמת הניקוד כפי שהוסבר לעיל. כמו כן בוטלה רמת הזכאות של 75%. על כן, השינויים העיקריים שהוכנסו במבחן התפקודי בעקבות הניסוי היו כדלקמן:

א. בסעיף הרחצה

רמת הנזקקות	רמת הנזקקות	רמת הנזקקות
במקום מתן ניקוד לרמות הנזקקות לעזרה:	2-2	1-1
נקבע ניקוד חדש של:	2	1-1

ב. בסעיף ההפרשות

במקום מתן ניקוד לרמות הנזקקות לעזרה:	2	1
נקבע ניקוד חדש של:	3	2

ג. בסעיף ההשגחה

במקום מתן ניקוד לרמות הנזקקות להשגחה:	6-6	2-2
נקבע ניקוד חדש:	2-2	0-0

ד. לנכה בודד נוספו 2 נקודות (כבודדים הוגדרו נכים שגרים לבד או עם ילדים מתחת לגיל 18).

תוצאת שינויים אלה היתה גמלה משולבת אחת לטיפול אישי ולעזרה ביתית, כאשר רמות הגמלה שניתן היה לקבל לפי הניקוד החדש היו: 0, 50%, 100% ו-150%.

ב. השפעת השינויים על אוכלוסיית הניסוי

בכדי לבדוק את דפוסי הזכאות כפי שנקבעו לפני ואחרי השינויים במבחן, נבדקו ההבדלים בציוני המבחן התפקודי עבור 161 נכים שהשתתפו בשלב א' של הניסוי. מטרת הבדיקה זו

היתה להשוות את רמת הזכאות ואת גובה הגמלה הכוללת על פי הכללים החדשים שאיחדו את שתי הגמלאות לכללים ולניקוד שהופעלו בניסוי, בו היו שתי גמלאות. בשל השינויים בניקוד בתחום ההשגחה והפיקוח, חמישה נכים מתוך ה-49 שהיו זכאים לטיפול אישי נמצאו לא זכאים, שלושה מתוך חמשת הנכים האלה קיבלו בניסוי נקודה אחת בהשגחה, ויחד עם מוגבלותם בסעיפים אחרים נקודה זו זיכתה אותם במחצית הקצבה. לפי התקנות החדשות, נכים אלה לא נמצאו זכאים כלל לקצבה²².

בנוסף על שלושת המקרים האלה היתה נכת אפילפסיה קשה, שהתגוררה בלי בן זוג עם בת קטנה, שדרגת זכאותה לפי התקנות החדשות ירדו, מ-150% (טיפול אישי ועזרה ביתית) ל-50%, בגלל ירידת הניקוד בהשגחה מ-6½ נקודות ל-2½ נקודות.

השפעה גדולה יותר של התקנות החדשות ניכרה בזכאות לעזרה ביתית. לוח 42 מראה את השפעת התקנות על 40 הנכים שהיו זכאים לעזרה ביתית (עם או בלי טיפול אישי) על ידי השוואת רמת הזכאות הכוללת הקודמת לרמת הזכאות החדשה.

לוח 42 - הזכאים לעזרת בית, לפי רמת הזכאות במסגרת הניסוי ורמת הזכאות בהתאם לתקנות (במספרים מוחלטים)

רמת הזכאות בהתאם לתקנות					רמת הזכאות במסגרת הניסוי*
זכאים	זכאים	זכאים	לא זכאים	סך-הכל	
ל-150% גמלה	ל-100% גמלה	ל-50% גמלה	זכאים		
6	5	11	18	40	סך-הכל
-	-	7	18	25	זכאים לעזרה ביתית בלבד (50% גמלה)
-	3	4	-	7	זכאים לעזרה ביתית ול-50% טיפול אישי (100% גמלה)
6	2	-	-	8	זכאים לעזרה ביתית ול-75%-100% טיפול אישי (125%-150% גמלה)

* רמת הזכאות היא שילוב של הזכאות לטיפול אישי ושל זכאות לעזרה ביתית גם יחד.

22 יש לציין, כי נכים אשר נמצאו זכאים במסגרת הניסוי, או לא זכאים לפי התקנות החדשות, או שהיתה ירידה בגובה זכאותם, המשיכו לקבל קצבה לפי הקריטריונים שנקבעו במסגרת הניסוי, וקצבתם לא הוקטנה.

ניתן לראות בבירור, שהפגיעה החמורה ביותר במסגרת התקנות החדשות היתה בנכים, שבניסוי נמצאו זכאים לגמלה לעזרה ביתית בלבד. 18 נכים מתוך ה-25 שהיו זכאים לעזרה ביתית (50% גמלה) לא נמצאו זכאים לפי הכללים החדשים. מתוך שבעת הנכים שהיו זכאים גם לגמלה לעזרה ביתית וגם ל-50% טיפול אישי (סך הכל 100% גמלה), אצל ארבעה נכים היתה ירידה ברמת הזכאות לפי הכללים החדשים. שני נכים מתוך שמונה שהיו זכאים לגמלה ברמה של 150% ירדו ל-100% זכאות. 18 נכים, שבמסגרת הניסוי היו זכאים לגמלה לעזרה ביתית בלבד, ואשר לא נמצאו זכאים לשום קצבה לפי הכללים החדשים, מתחלקים לשתי קבוצות עיקריות: שבעה נכים בודדים שלא קיבלו כל ניקוד נוסף במבחן התפקודי, דהיינו לא היו מוגבלים בתחום תפקודי כלשהו לכך לא צברו את 2½ הנקודות ההכרחיות לזכאות, ושבע נשים עם בעיות שונות, חלקן בלי בן-זוג אבל עם ילדים מעל גיל 18. שני נכים אחרים גרו עם הוריים זקנים, ושניים נוספים היו גברים עם בעיות שונות.

במטרה לבדוק את ההבדלים בשיעורי הזכאות וברמת הזכאות לפני ואחרי החלת הכללים החדשים, לוח 43 משווה את התפלגות כל 161 הנכים לפי רמת הזכאות, שנקבעה להם במסגרת הניסוי, ולפי גובה הזכאות בהתאם לתקנות המוצעות (כולל השינויים במבחן התפקודי).

לוח 43 - התפלגות הנכים, לפי רמת הזכאות במסגרת הניסוי ורמת הזכאות בהתאם לתקנות המוצעות (במספרים מוחלטים)

רמת הזכאות בניסוי* (טיפול אישי + עזרה ביתית)	התפלגות לפי עקרונות הניסוי	רמת הזכאות בהתאם לתקנות המוצעות			
		איך זכאות	50%	100%	150%
סך-הכל	161	108	26	17	10
איך זכאות	87	87	-	-	-
50%	45	21	21	3	-
75%	9	-	-	8	1
100%	12	-	5	4	3
125%	2	-	-	1	1
150%	6	-	-	1	5

* רמת הזכאות היא שילוב של הזכאות לטיפול אישי ולעזרה ביתית גם יחד.

במסגרת הניסוי, 46% מהנבדקים היו זכאים לגמלה כלשהי, לעומת 33% לפי התקנות כאשר כל הנכים אשר יצאו ממעגל הזכאים נמנו עם קבוצת הניסוי שהיתה זכאית ברמה של 50% בלבד. כמו כן חלו שינויים בדפוסי הזכאות. מתוך כלל הזכאים לפי התקנות, כמחצית היו זכאים ברמה של 50%, 31% זכאים ברמה של 100%, ו-19% זכאים ברמה של 150%.

