



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

הפעלת חוק ביטוח סיעוד:

סיכום נתונים

מאפריל 1989 עד מרץ 1990

סקר מס' 80

ירושלים, שבט התשנ"א, בפרואר 1991

ה מ ו ס ד ל ב י ט ו ח ל א ו מ י
מינהל המחקר והתכנון

הפעלת חוק ביטוח סיעוד:

סיכום נתונים מאפריל 1989 עד מרץ 1990

שרית בליץ-מוראי

אלן זיפקין

ברנדה מורגנשטיין

ירושלים, שבת התשנ"א, פברואר 1991

ה ק ד מ ה

מנהל המחקר והתכנון שמח להגיש את הדו"ח המסכם את השנה השנייה של הפעלת חוק ביטוח סיעוד. הדו"ח סוקר את נתוני השנה השנייה תוך השוואתם לממצאי השנה הראשונה. השוואה זו מאפשרת מעקב אחר הדפוסים במערכת מורכבת זו, והשינויים שחלים עם הזמן. כן הוכנסו בדו"ח מספר נושאים שלא הופיעו בדו"ח של השנה הראשונה, ונקווה שתוספת זו תשלים מספר הבטים חשובים.

הגב' ברכה בן צבי הגב' אסתר רייס ומר שלמה כהן, אשר קראו בעיון את הדו"ח, תרמו לנו רבות ואנו מודים להם על הערותיהם.

הוצאתו של דו"ח זה לא היה מתאפשר ללא תרומתו של מר יעקב טל, האחראי על עיבוד הנתונים. תודה גם לגב' אני כהן האחראית על ההדפסה, על עבודתה המסורה.

ברנדה מורגנשטיין

מנהלת מח' מחקר גמלאות ארוכות מועד.

תוכן ענינים

עמוד

ה ק ד מ ה

כ ל ל י

1	עקרונות חוק ביטוח סיעוד והליכי ביצועו
2	גמלת הסיעוד
3	תוכנית הטיפול
פרק א: קביעת הזכאות	
6	תביעות, החלטות ורמת זכאות
14	ערעורים בבית-דין לעבודה
15	שעורי זכאות מתוקנים לפי סניף, מיך והרכב משק הבית
18	הערכת תלות ומרכיביה
21	התפלגות ציוני הערכת תלות
23	הערכות תלות חוזרות
פרק ב: החלטות הוועדות המקומיות	
	קביעת סוג הגמלה
26	תוכניות טיפול ועלותן
27	דיונים חוזרים בוועדה
30	ועדות ערר
31	ביצוע חוק סיעוד במרכזי יום לקשישים
32	ספקי שירותים
36	
פרק ג: תובעים וזכאים לגמלת סיעוד: מאפיינים דמוגרפיים וכלכליים	
38	מאפיינים דמוגרפיים
42	מקורות הכנסה ורמתה

פרק ד: מימון ביצוע החוק וזמן ביצועו

45

תשלומי הענף

47

משך תהליך הטיפול בתביעה לגמלה

51

סיכום ודיון בממצאים

מטרת הדיווח הנוכחי להציג את הנתונים המסכמים את השנה השניה להפעלת חוק סיעוד. הדיווח בנתונים אלה יעשה באמצעות השוואה לנתוני השנה הראשונה. ההשוואה נועדה לעזור בזיהוי המגמות המסתמנות בהקשר לקביעת הזכאויות, מאפייני האוכלוסייה, וסוגי השירותים וזאת תוך ציון הממצאים המעידים על יציבות בתהליכים ובמאפיינים, ואלה המעידים על השינויים וכיונם.

עקרונות חוק ביטוח סיעוד והליכי ביצועו

חוק ביטוח סיעוד מקנה לכל קשיש המוגבל בתפקודו זכאות אישית לגמלת סיעוד לפי כללים הקבועים בחוק. החוק חל על כל מי שמבוטח בביטוח זיקנה ושאינים, על עקרת בית שאינה עובדת מחוץ לביתה ועל עולים חדשים, שבעת הגיעם ארצה גילם היה גבוה מ-60. זכאים לגמלה הם תושבי מדינת ישראל, אישה בגיל 60 וגבר בגיל 65, המוגבלים בתפקודם והעומדים במבחן הכנסות ובמבחן תלות. הגמלה ניתנת לקשישים לקשישים שמתגוררים בקהילה. קשיש המתגורר במוסד סיעודי או במחלקה סיעודית בבית אבות אינו זכאי לגמלת סיעוד. מי שגר בבית אבות או בדירה מוגן, אשר רוב דמי החזקתו משולמים על ידו, נחשב כמי שמתגורר בקהילה.

מבחן ההכנסות, שכלליו נקבעו בתקנות החוק, הוא מבחן משפחתי. כתנאי לקבלת גמלה בעין - דהיינו כשירות סיעודי - נבחנות הכנסותיו של הקשיש ושל בן זוגו בלבד. כתנאי לקבלת גמלה כספית נבחנת בנוסף גם הכנסת בן המשפחה, המטפל בקשיש שגר עמו. מבחן ההכנסות נערך על ידי פקיד התביעות, ואילו מבחן התלות נערך על ידי אחיות משרד הבריאות.

על חוק ביטוח סיעוד מופקד המוסד לביטוח לאומי, ובביצועו שותפים לו משרדי הרווחה והבריאות גם יחד. משום כך עבודת ההיערכות לקראת הביצוע היתה מורכבת ביותר. כצעד ראשון הוקם במוסד לביטוח לאומי ענף סיעוד. ליו את תהליך ההתארגנות מספר ועדות פנימיות של המוסד, ועדת מנכ"לים וועדה ציבורית. עקרונות הביצוע, התהליכים, הנוהלים והתקנות הוצעו על

ידי הענף וגובשו בהתייעצות מתמדת עם צוות בינמשרדי. נוסף על נציגיהם המוסכמים של המוסד לביטוח לאומי, של משרד העבודה והרווחה ושל משרד הבריאות היו חברים בצוות זה נציגים של קופת חולים הכללית ושל השלטון המקומי.

החוק בוצע בשני שלבים:

- בשלב הראשון, מיד עם אישור החוק ב-1986, פותחה תשתית השירותים הדרושים לטיפול ממושך בקשישים ולפתרון בעיות מצוקה מיידית בתחומי הטיפול הקהילתי והאשפוז הסיעודי. במרוצת תקופה זו הועברו כספים למשרדי העבודה והרווחה והבריאות לשם הרחבת השירותים לטיפול אישי ולעזרת בית בקהילה ולהגדלת מספר הקשישים המטופלים במוסדות סיעוד.

- השלב השני והעיקרי החל באפריל 1988 - המועד שבו אפשר היה להתחיל להגיש תביעות לגמלת סיעוד. לקראת השלב השני הופעלה תוכנית נסיונית בארבעה איזורים בארץ. מטרת הניסוי היתה לבדוק הלכה למעשה את מידת ישימותם ויעילותם של הכלים והתהליכים שתוכננו במסגרת החוקי'.

גמלת הסיעוד

גמלת הסיעוד נועדה לקשיש התלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום יום, או הזקוק להשגחה. היא אינה משולמת למקבל השירותים אלא לארגונים שמספקים את שירותי הסיעוד, לפי תוכנית טיפול שנקבעת על ידי ועדה מקצועית מקומית. סל השירותים, שאותם מכסה הגמלה, כולל: טיפול

(1) ליתר פירוט, ראה, ראה, ב. מורגנשטיין, ש. בייץ-מוראי, ות. הרוך, הפעלה הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, מפעל מיוחד מס' 33, ספטמבר 1989.

אישי הניתן בביתו של הזקן או במרכז יום, עזרה ביתית, השגחה, הסעות למרכז יום, אספקת מוצרי ספיגה, שירותי מכבסה, הכנת ארוחות ואספקתן. גמלה כספית מוענקת רק כאשר הזכאי לגמלה גר עם בן משפחה המטפל בו ואין עבורו שירותים זמינים, או שירותים שאפשר לספקם במועדים הנקובים בחוק.

החוק קבע שתי רמות תלות של קשיש, ובמקביל גם שתי רמות של גמלת סיעוד: גמלה השווה לקצבת נכות מלאה ליחיד וגמלה בשיעור כן 150% מקצבת נכות זו. רמת התלות של התובע - הקובעת את רמת גמלתו - נבדקת באמצעות מבחן תלות, המתבצע בביתו של הקשיש על ידי אחות בריאות הציבור. העיקרון המנחה את בדיקת רמת התלות הוא אחידות הבדיקה, האובייקטיביות שלה ומהימנותה לגבי כל תובע, שמתקיימים בו תנאי הזכאות המקדמיים (תושבות, גיל וכו'). האחות בודקת את מידת התלות של הקשיש בזולת לשם ביצוע פעולות יום-יום ואת מידת הצורך בהשגחה עליו. הערכת מידת צורך זה מתבססת על עדות המשפחה, על התנהגות הקשיש בעת ביקור הבית של האחות ועל מסמכים רפואיים. לאור תוצאות מבחן התלות ובדיקת הצורך בהשגחה ניתן ציון למידת התלות על ידי פקיד התביעות. יחידים, כלומר קשישים הגרים בגפם, זוכים לנקודות נוספות כאשר ציונם במבחן התלות מגיע לפחות 2-5 נקודות. כאשר תובע נמצא זכאי, פקיד התביעות מעביר למרכז הוועדה המקומית המקצועית את התיק, שבו מצוינת רמת הגמלה שהקשיש זכאי לה.

תוכנית הטיפול

החוק קבע, שעל שר העבודה והרווחה למנות ועדות מקומיות מקצועיות, המונות עובד סוציאלי, אחות ועובד המוסד לביטוח לאומי. על ועדה זו לקבוע את תוכנית הטיפול עבור הקשיש הזכאי לגמלת סיעוד: מה הם שירותי הסיעוד שיש לספק לו במסגרת הגמלה, ומי ספקי השירותים. כמו כן, מתפקיד הוועדה לדאוג שהשירותים אכן יסופקו או, לחלופין, לקבוע במפורש שאין שירותים זמינים עבור אותו קשיש. כאשר אין מצליחים לאתר שירותים זמינים כמשך 60 יום ממועד תחילת הזכאות, על המוסד לביטוח לאומי לשלם גמלה כספית (כאשר יש בן-משפחה מטפל) עד אשר יימצאו השירותים.

מרכז הוועדה הוא עובד סוציאלי בכיר מטעם לשכת הרווחה המקומית, ואחות הוועדה היא אחות בכירה מקופת חולים הכללית. תוכנית הטיפול הנקבעת בוועדה מתבססת על עבודת שדה מקיפה, המתבצעת על ידי עובדים המטפלים באופן ישיר בזכאי ובמשפחתו: עובדים סוציאליים מהלשכה ואחיות המרפאות. זאת בהנחה, שאנשי המקצוע המקומיים הם מתאימים ביותר לקבוע את תוכנית הטיפול ההולמת את צורכי הקשיש, להעריך האם אפשר לספק את השירותים בקהילה, להתקשר עם ספקי השירותים ולעקוב אחר מתן השירותים.

הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי

פקיד תביעות - בדיקת תנאים מקדמים ומבחן הכנסות ---> דחייה על סמך תנאים מקדמיים ומבחן הכנסות



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



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



מרכז הוועדה המקצועית המקומית - מיון ראשון וטיפול על ידי המטפלים הישירים בשטח לצורך הכנת הצעת תוכנית טיפול. התיעצות העובדת הסוציאלית עם אחות המרפאה וביקור בית אצל הזקן ומשפחתו, לפי הצורך.

דיון בוועדה המקצועית המקומית - קביעת תוכנית טיפול והוראת ביצוע: סוגי שירותים וספקים.

- החלטה על האחראיות למעקב.
- דיונים חוזרים, שינויים בתוכניות הטיפול.

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

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



ענף סיעוד - משרד ראשי

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

פרק א'
קביעת הזכאות

תביעות, החלטות ורמת זכאות

מיום הפעלת חוק סיעוד באפריל 1988 עד מרץ 1990, טפלה המערכת ב-71,494 תביעות² שהוגשו על ידי 61,000 קשישים אשר פנו במהלך שנתיים אלה למוסד לביטוח לאומי בבקשה לקבלת גמלת סיעוד, 36,000 קשישים בשנה הראשונה וכ-25,000 בשנה השניה.

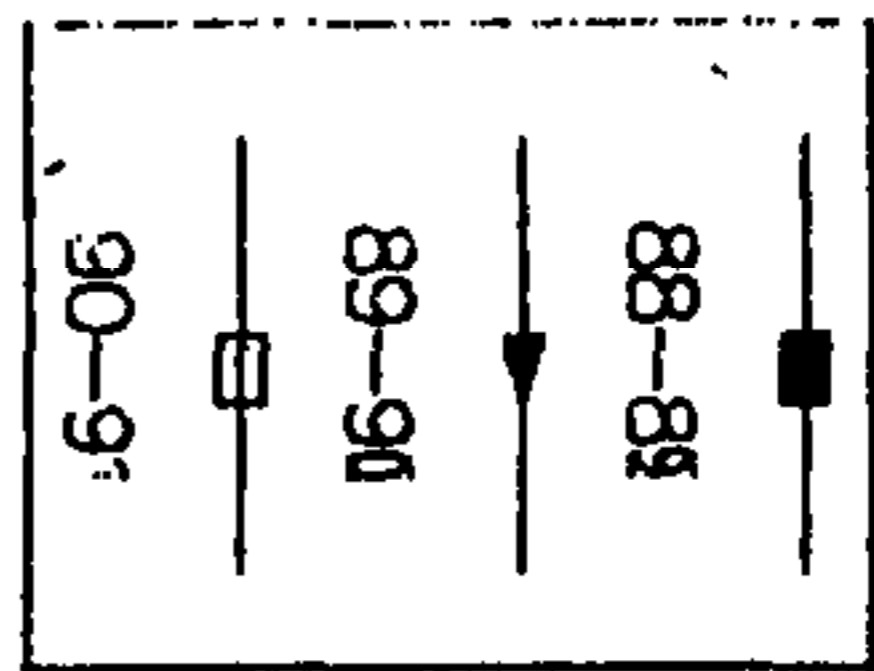
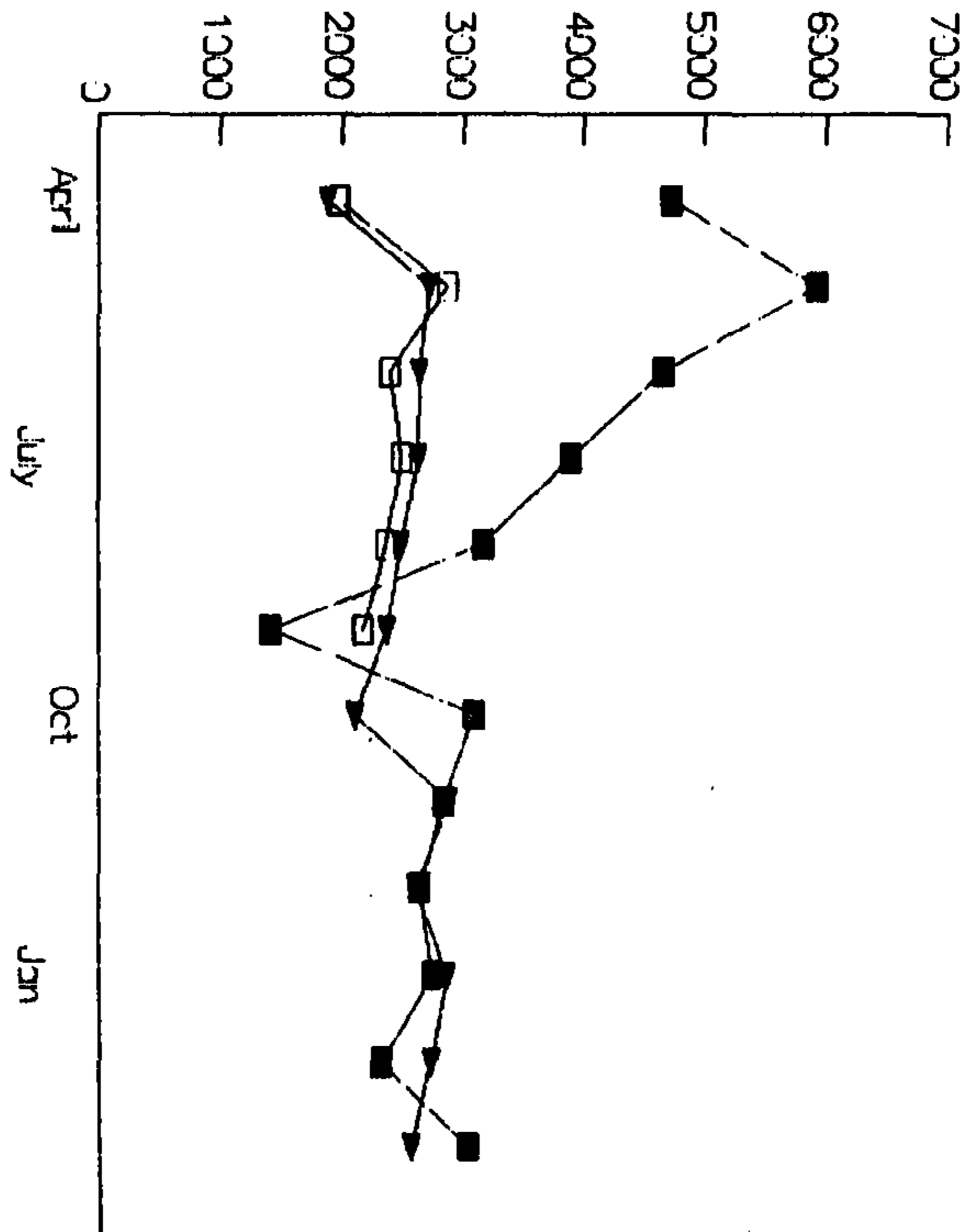
בשנה השניה הוגשו ב-26% פחות תביעות מאשר בשנה הראשונה (30,475 תביעות לעומת 41,019). בממוצע טפלה המערכת ב-2,540 תביעות כל חודש (לעומת 3,417 בשנה הראשונה). לא נמצאו הבדלים משמעותיים במספר התביעות החודשיות ויש להניח שלאחר חודשי הקליטה הראשוניים המערכת פועלת בתנאים פחות או יותר קבועים ויציבים.

תרשים מס' 2 מאפשר להשוות את מספר התביעות לפי שנה וחודש (נתוני השנה השלישית הם עד חודש אוקטובר 90) כידוע, חודשי ההפעלה הראשוניים (אפריל-יולי 1988) אופיינו במספר תביעות גבוה במיוחד שאחריהם חלה ירידה חדה (בתקופת החגים) ושוב עליה לרמה פחות או יותר קבועה. השנה השניה מאופינת ביציבות יחסית ללא הבדלים גדולים במספר תביעות לפי חודש. כללית, ניתן לציין שמספר תביעות בעונת הקיץ נמוך בהשוואה לחודשי החורף. מספר התביעות הנמוך ביותר הוא שוב בתקופת החגים (ספטמבר-אוקטובר). השנה השלישית לביצוע החוק זהה במגמותיה כמעט לחלוטין לשנה השניה דבר המלמד על דפוס הגשת התביעות בסיעוד.

(2) המונח תביעות מתייחס לתביעות מנהליות בעוד שהמונח תובעים מתייחס למס' קשישים נטו שפנו. חלק מהקשישים פנו בתביעה חוזרת לאחר דחיה ולכן מספר התביעות גדול ממספר התובעים.

מספר תביעות

תוציגים מס' 2 : מספר תביעות לפי שנה וחודש



מגמה נוספת המאפיינת את השנה השניה היא הגידול המתמיד במספר התביעות החוזרות. בממוצע 23% מסך כל התביעות בשנה השניה היו תביעות חוזרות (תביעות אשר נדחו קודם) וזאת לעומת 9% בשנה הראשונה. מגמת הגידול בשיעור התביעות החוזרות בולטת בשליש האחרון של השנה השניה (החל מדצמבר 1989) וממשיכה לעלות כל חודש. מגמה זו מעידה על כך שחלק ניכר ממאגר התובעים לגימלת סיעוד יהיו קשישים שתביעתם נדחתה והם תובעים פעם שניה ושלישית. 90% מתובעים אלה הגישו תביעה פעם אחת נוספת, 9% מהתובעים פנו פעמיים נוספות ו-1% תבעו 3 פעמים ויותר (עד 6 פעמים). ממגמה זו של גידול בתביעות החוזרות ניתן להסיק שלא צפויה ירידה משמעותית בעומס המוטל על עבודת הענף והסניפים מאחר וטיפול בתביעה חוזרת זהה לטיפול בתביעה חדשה לכל דבר.

לוח מס. 1 - תביעות, החלטות על זכאות והחלטת ועדה, לפי חודש הגשת התביעה

חודש	מספרים	אחוזים	התביעות	סך כל	ההחלטות**	ההחלטות	(מספרים)	אישורי		סך הכל***
								זכאות	החלטות	
		חוזרות		כאחוז מכל		כאחוז מכל				
אפר' 88-מרץ 89	41,019	100.0	8.8	36,895	56.8	19,570				
אפר' 89-מרץ 90	30,475	100.0	23.4	30,306	48.3	14,249				
אפריל	1,874	6.15	18.0	2,037	52.6	1,110				
מאי	2,713	8.90	20.4	2,679	50.2	1,467				
יוני	2,637	8.65	20.4	2,830	50.8	1,267				
יולי	2,624	8.61	22.3	2,774	46.8	1,398				
אוגוסט	2,481	8.14	22.0	2,574	48.2	1,130				
ספטמבר	2,367	7.77	23.3	2,136	44.8	1,115				
אוקטובר	2,107	6.91	22.6	1,945	45.6	879				
נובמבר	2,880	9.45	24.1	2,548	47.7	1,148				
דצמבר	2,612	8.57	27.1	3,057	47.1	994				
ינואר	2,862	9.39	24.9	2,645	49.2	1,404				
פברואר	2,741	8.99	27.3	2,373	48.2	1,138				
מרץ	2,577	8.46	26.3	2,703	47.9	1,169				

* לוחות 1 ו-2 מציגים נתונים המתייחסים לתביעות חדשות בלבד, ז"א תביעות אשר הוגשו במהלך השנה השנייה, כולל תביעות חוזרות.

** כולל את כל החלטות הזכאות והדחיה שהתקבלו במשך השנה השנייה (גם אם התביעה הוגשה בשנה הראשונה).

*** כולל החלטות ועדה שהתקבלו לגבי זכאים גם אם תביעתם הוגשה לקראת סוף השנה הקודמת.

במהלך השנה השניה התקבלו על ידי פקידי התביעות בסניפים 30,306 החלטות לגבי זכאות או דחית התביעה (מדובר גם בתביעות אשר הוגשו לקראת סוף השנה הראשונה והחלטה לגביהם התקבלה בשנה השניה). בממוצע 48.3% היו החלטות על זכאות, ירידה של כ-9% בהשוואה לשיעור אישורי הזכאות שניתנו בשנה הראשונה (שעמדה על 56%). בחינת אישורי הזכאות לפי חודשים מראה על ירידה מסוימת מתחילת השנה, מ-53% באפריל 1989 ל-45% בספטמבר 89 ושוב עליה מתונה בחודשים שלאחר מכן ל-48%. יש לציין שאישורי הזכאות לתביעות החוזרות היו בשיעור גבוה יותר מאשר לתביעות החדשות (52% לעומת 48%), אולם גם גידול זה לא הגיע לרמת אישורי הזכאות לתביעות החוזרות בשנה הראשונה שעמד על 63%. מנתונים אלה ניתן להסיק שהטיפול בשנה הראשונה התרכז יותר במאגר הקשישים במצב קשה ביותר שהיו מוגבלים כמשך תקופה ארוכה ואילו הקשישים שתבעו גימלת סיעוד בשנה השניה היו מוגבלים "חדשים", זאת אומרת מצבם הוחמר לאחרונה. ממעקב אחר אישורי זכאות של החודשים הראשונה מהשנה השלישית עולה שמגמת הירידה בשיעור הזכאות נמשכת ובחודשים יוני-יולי 1990 שיעור הזכאות הגיע ל-44% מסך כל התביעות.

לוח מס. 2 - תביעות, זכאות, דחיות והחלטות ועדה, לפי סניף

החלטות ועדה			דחיות				תביעות		זכאות		מס' *		סניף
מספר	אחוז	מספר	מספר	אחוז	מספר	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז		
החלטות ועדה			סיבת הדחייה				תביעות		חוזרות		מס' *		סניף
החלטות ועדה			(כאחוז מהדחיות)				מכל		מכל		מכל		
החלטות ועדה			מקדמיים				התביעות		התביעות		התביעות		סניף
החלטות ועדה			התלוח				התביעות		התביעות		התביעות		
4,460	93.3	19,520	90.3	1.0	8.7	43.2	56.8	36,895	8.8	41,019	3.89-4.88		
6,655	97.2	14,249	90.5	1.0	8.5	51.7	48.3	30,306	23.4	30,475	3.90-4.89		
198	97.3	383	85.1	1.3	13.6	49.3	50.7	764	26.4	764	טבריה		
208	97.0	409	96.6	1.2	2.2	50.0	50.0	823	18.2	810	עפולה		
220	93.0	606	93.9	-	6.1	53.8	46.2	1,243	21.2	1,281	נצרת		
208	98.7	610	91.0	-	9.0	51.2	48.8	1,162	14.3	1,163	נהריה		
300	93.9	530	93.1	-	6.9	55.8	44.2	1,215	29.0	1,236	קריות		
547	96.4	932	88.0	1.4	9.6	57.4	42.6	2,331	22.5	2,354	חיפה		
247	94.2	713	92.3	-	7.7	50.7	49.3	1,497	23.4	504	חדרה		
352	94.9	929	86.2	2.0	11.8	46.0	54.0	1,794	21.9	1,800	נחניה		
320	93.6	514	89.4	-	10.6	59.9	40.1	1,309	22.8	1,285	כפר-טבא		
329	94.4	659	93.1	1.8	5.1	56.8	43.2	1,489	30.9	537	פתח-תקוה		
176	93.2	363	93.4	-	7.6	56.5	43.5	879	28.7	907	רמלה		
638	89.4	1,801	90.6	0.4	9.0	50.5	49.5	3,682	27.6	2,744	רחובות		
631	92.9	1,426	90.9	2.8	6.3	40.7	59.3	2,587	18.2	2,694	תל-אביב		
721	93.6	1,342	81.5	-	8.5	50.5	49.5	2,990	22.7	2,906	יפו		
620	89.8	1,473	85.1	1.1	13.8	42.6	57.4	2,545	18.5	2,666	רמח-גן		
534	95.4	897	95.2	1.2	3.6	58.6	41.4	2,203	24.9	2,140	ירושלים		
356	94.9	662	89.9	-	10.1	61.2	38.8	1,743	32.7	1,684	באר-שבע		

* ראה הערות ללוח מס' 1.

מהשוואת תזרים התביעות וההחלטות בסניפים השונים מסתמנים הבדלים מעניינים, עליהם הצבענו גם בשנה הראשונה. קיימת למשל שונות בשיעור אישורי הזכאות בסניפים השונים, הסוטים במידה ניכרת מהמוצע הארצי, העומד כאמור על 48% בשנת 1989/90³. כך למשל שיעור הזכאות הנמוך ביותר נמצא בסניף באר-שבע (39% זכאות) והגבוה ביותר בסניף ת"א (59%) ורמת גן (57%). מעניין שהבדלים בין הסניפים בשנה השניה אינם זהים בדיוק לאלה של השנה שעברה (בלבד ברמת-גן שבה שיעור הזכאות היה גבוה גם בשנה שעברה). הבדלים בין הסניפים נצפו גם בשיעור התביעות החוזרות. כמו בשנה שעברה, שיעור התביעות החוזרות הנמוך ביותר היה בסניף נהריה (רק 14% לעומת ממוצע של 24%). שיעורים גבוהים בתביעות החוזרות היו בסניפי באר-שבע - 33% ופתח-תקוה - 31%. יש לציין שבסניף פתח-תקוה שיעור התביעות החוזרות היה גבוה גם בשנה שעברה. הסברים אפשריים להבדלים בין הסניפים מובאים בפרק הבא.

שיעור הדחיה לגימלת סיעוד עמד בשנה השניה על 52% בממוצע הארצי וזאת בהשוואה ל-43% דחיה בשנה הראשונה. כמובן ששיעורי הדחיה בסניפים השונים משלימים את ההבדלים שהוזכרו לעיל בהקשר לשיעורי הזכאות. יש להזכיר שהתפלגות סיבות הדחיה בשנה השניה (העדר תנאים מקדמים, אי עמידה במבחן הכנסות ואי עמידה במבחן תלות) זהים לחלוטין לאלה של השנה הראשונה. ב-91% הדחיה נקבעה בשל אי-עמידה בניקוד המינימלי הנדרש במבחן התלות. ב-8% נוספים הדחיה נקבעה בשל היעדר תנאים מקדמיים (גיל נמוך, חוסר תקופת אכשרה או מגורים במוסד סיעודי) ורק 1% נדחו בשל הכנסות הגבוהות מהמותר בתקנות.

(3) כבדיקת שיעור התובעים לגמלת סיעוד מכלל מקבלי קצבת זיקנה ושארים לפי סניפים (סקר מס' 69) נמצאו הבדלים בולטים בין הסניפים בשעורי התובעים והזכאים מכלל אוכלסיית הקשישים במקום.

במהלך השנה השניה, 16,514 קשישים נקבעו כזכאים לגימלת סיעוד. (כולל קשישים שהגישו תביעה בשנה הראשונה ותהליך הטיפול בהם הסתיים בשנה השניה).

לוח מס. 3 - זכאים לפי רמת הגמלה - 1988-89, 1989-90

רמת גמלה				סה"כ	שנה
150%	100%	*75%	*50%		
27.2	71.1	0.7	1.2	20,966	מרץ 1988 - 1989
25.6	72.3	0.9	1.2	**16,514	מרץ 1989 - 1990

* זכאים שגימלתם הופחתה בחצי בשל מבחן הכנסות.

** כולל זכאים שזכאותם נקבעה בשנה השניה אולם חלקם הגישו את תביעתם בשנה הראשונה.

כ-74% מהקשישים נמצאו זכאים על פי מבחן התלות לגימלה ברמה הנמוכה (השווה לקצבת נכות בסיסית ליחיד) והיתר (26%) נמצאו זכאים לגימלה ברמה הגבוהה וזאת בהשוואה ל-72% ו-28% בשנה הראשונה.

במהלך השנה השניה קיבלו חברי הועדות המקומיות 14,249 החלטות ראשונות המתייחסות לסוג הגמלה לזכאי (שירותים או גימלת כסף), סוגי השירותים אשר ינתנו, ומעקב אחר מתן השירותים⁴. בממוצע התקבלו 1,187 החלטות מסוג זה בחודש. יש להדגיש שהירידה במספר החלטות בהשוואה לשנה הראשונה (מ-19,570 ל-14,249) איננה מעידה על ירידה בהיקף העבודה של הועדות מאחר שהועדות עסוקות יותר ויותר בשינויים, התאמות ודיונים

(4) מתייחס להחלטה הראשונה לכל זכאי ואינו כולל דיונים והחלטות חוזרות.

חוזרים בתוכניות הקיימות. במהלך השנה השניה להפעלת החוק נפטרו 6,655 תובעים (לוח מס' 2). מכין הקשישים שנפטרו בשנה השניה 76% (4,496 איש) נמצאו זכאים לגמלת סיעוד והיתר נדחו. מהפעלת החוק ועד מרץ 1990 נפטרו 11,115 תובעים, כלומר שיעור הפטירה השנתי הינו כ-13%. מעניין לציין ששיעור הפטירה בקרב הזכאים אינו עולה באופן משמעותי עם העליה בגיל, גם לא בקבוצת הגיל הגבוה ביותר (85 ויותר). כמו כן לא נמצא הבדל בשעור הפטירה בקרב הזכאים לפי מין. בהשוואה, שיעור הפטירה הממוצע בקרב אוכלוסית הקשישים הכללית בארץ הוא כ-5%, וכולט באוכלוסיה זו הקשר החזק בין גיל לשעור הפטירה.

ערעורים בבית-דין לעבודה

תובעים המעוניינים לערער על החלטת זכאות המתקבלת בענף סיעוד כגון: על החלטת דחיה או על רמת הגימלה שנקבעה להם, רשאים על פי חוק ביטוח לאומי, לפנות לבית דין לעבודה ואף לקבל סיוע משפטי של הלשכה המשפטית בהגשת התביעה (פרק י"א לחוק סעיף 230). מיום הפעלת חוק סיעוד כ-800 תובעים ניצלו אפשרות זו. רוב רובם של הערעורים היה על רקע החלטת דחיה ומיעוטם ערערו בשל רמת הגימלה או בשל ההחלטה להפחית את הגימלה בעקבות מבחן הכנסות. עד מרץ 1990 הגיעו לענף סיעוד 200 החלטות של בית הדין. ניתן לסווג את תוצאות הערעורים לשלוש קבוצות:

- ערעורים הנדחים על ידי בית הדין, ז"א ביתה דין קיבל את קביעת המוסד.
- ערעורים המאושרים על ידי בית הדין, ז"א בית הדין קיבל את ערעור התובע.
- תביעות שנמחקו או בוטלו, אם בשל כך שהדיון לא התקיים (למשל התובע לא הגיע או שינה את דעתו) או כאשר המוסד חזר בו מקביעתו הראשונה וקיבל את עמדת העותר.

מתוך 200 ערעורים, 100 בוטלו כאשר ב-5 מהמקרים שבוטלו המוסד קיבל את עמדת העותר ושינה את החלטתו. מתוך 100 ערעורים שהגיעו לדיון, ב-77% בית הדין אישר את קביעת המוסד וכ-13% בית הדין קיבל את עמדת העותר. יש לציין שגם בחלק ממקרים אלה המוסד ערער וזכה בערכאות גבוהות.

שיעורי זכאות מתוקנים לפי סניף, מין והרכב משק הבית

כפי שמורה לוח מס' 2, נמצאו הבדלים בין סניפי הביטוח הלאומי בשיעורי הזכאים לגמלה. הבדלים אלה יכולים לנבוע מהבדלים באפיוני אוכלוסיית הזקנים בכל אזור (גיל, מין, מצב תפקודי), ממהימנות בדיקותיהן של אחיות בריאות הציבור, הצע מוסדות סיעוד בכל אזור או מאפיינים תרבותיים כגון הרגלי פנייה שונים לגורמים פורמליים לצורך קבלת שירותים ודפוסים שונים של מיצוי זכויות.

בשל מורכבות הנושא ניתן לבחון בכל שלב רק חלק מהסיבות שנמנו לעיל, ולכן הוחלט לבחון תחילה את השפעת המאפיינים הדמוגרפיים על שיעורי הזכאים. ממצאי השנה הראשונה להפעלת חוק סיעוד הובילו לבחירת גיל, מין והרכב משק-בית כמשתנים העשויים להשפיע על השונות בשיעורי הזכאות. על מנת לעמוד על תרומתם של המשתנים הנ"ל על שיעורי הזכאות, מוצגים בלוח מס. 4 שיעורי הזכאות לפי מין, קבוצות גיל והרכב משק הבית. השיעורים מבוססים על נתונים מצטברים של שנתיים, מביצוע החוק באפריל 1988 למרץ 1990.

לוח מס. 4 - שיעורי זכאות לפי פרמטרים דמוגרפיים*

שיעור זכאות (באחוזים)	פרמטר דמוגרפי
53.0%	סה"כ
	<u>מין</u>
50.6%	נשים
58.2%	גברים
	<u>קבוצות גיל</u>
41.4%	**60-64
46.8%	65-69
50.8%	70-74
52.1%	75-79
55.0%	80-84
62.4%	85+
	<u>הרכב משק בית</u>
49.3%	בודד
54.6%	עם בן/בת זוג
63.2%	עם ילדים/אחר

* מאפריל 1988 למרץ 1990.

** נשים בלבד.

הלוח מורה על ההבדלים הניכרים בשיעורי הזכאות בקבוצות הגיל השונות ובהרכבי הבית השונים.

בשלב השני בבדיקה נבחנה השאלה מה יהיה שיעור הזכאות בכל סניף ללא ההשפעה של המשתנים הדמוגרפיים (ז"א בהנחה שאין הבדלים בהתפלגות גברים/נשים, בודדים/נשואים וכו'). בכך נוטרלו ההבדלים בין הסניפים בהשפעת משתנים אלה. מכאן שההבדלים בין שיעורי הזכאות בפועל לשיעורים המתוקננים יהיו קשורים לסיבות אחרות ולא למשתנים הדמוגרפיים.

לוח מס. 5 - שיעור זכאות בפועל ומתוקנן (באחוזים)

שיעור מתוקנן	שיעור בפועל	סניף
53.0	*53.0	סה"כ ארצי
53.3	52.8	טבריה
51.5	53.8	עפולה
53.2	54.7	נצרת
54.0	56.4	נהריה
51.6	47.6	קריות
53.9	48.1	חיפה
52.8	53.0	חדרה
53.6	55.1	נתניה
55.1	50.0	כפר-סבא
54.0	49.3	פתח-תקוה
53.3	50.3	רמלה
52.1	52.6	רחובות
52.6	58.6	תל-אביב
52.8	55.2	יפו
53.1	61.3	רמת-גן
53.1	51.6	ירושלים
52.8	45.0	באר-שבע

* שיעור זכאות מצטבר לשנים 1988/9 ו-1989/90.

יש להבהיר שהיחס בין שיעור הזכאות בפועל למתוקנן מצביע על המרחק בין שני המדדים. ככל שהיחס קרוב ל-1.00 כך השיעור בפועל קרוב לשיעור המתוקנן. מהנתונים בלוח ניתן להניח שאכן משתנים דמוגרפיים של האוכלוסייה קשורים להבדלים בשיעורי הזכאות, ובציונים המתוקננים הפערים בין הסניפים מצטמצמים מאוד. במספר סניפים הסטייה ניכרת לדוגמא: באר-שבע, רמת-גן, חיפה ת"א. כך למשל בסניף באר-שבע לאחר ניכוי השפעת

המשתנים הדמוגרפיים מגיע שיעור הזכאות לממוצע הארצי, דהיינו ההבדלים בין הסניפים אינם נובעים כפי הנראה מגורמים סובייקטיביים של סניף, מאפייני פקידי התביעות או הבדלים בביצוע הערכת תלות אלא קשורים יותר בהרכב האוכלוסיה המשורת על ידי הסניף.

הערכת התלות ומרכיביה

ההחלטה לאשר תביעה לגמלת סיעוד או לדחותה, נקבעת בתום תהליך בן שני שלבים. בשלב הראשון נבדקים כאמור תנאי הזכאות המקדמיים ובשלב השני נקבעת מידת תלותו של התובע באחרים. אחיות בריאות הציבור מבצעות את מבחני התלות ומעריכות את מדת התלות בכל אחת מפעולות יום יום. רמת הזכאות נקבעת על פי הציון המצטבר מתוצאות מבחן התלות (תיפקוד אישי בבית) ובאם נקבע שקיים צורך בהשגחה מתמדת של אדם נוסף. לתובעים המתגוררים בגפם ואשר קיבלו במבחן התלות לפחות 2 נקודות מוענקות להם 2 נקודות נוספות לציון הסופי.

תובע זכאי לגמלת סיעוד כאשר הוא עובר את סף הזכאות, כלומר צובר לפחות 2.5 נקודות לפי אחת האפשרויות המפורטות בהמשך.

1. ציונו במבחן התלות לפחות 2.5 נקודות, לא כולל הזדקקות להשגחה.
2. ציונו במבחן התלות - 2 נקודות, אך הוא גר בגפו ומגיעות לו 2 נקודות נוספות. לא כולל ניקוד בהשגחה.
3. ציונו במבחן התלות לפחות 2.5 נקודות ויש גם צורך בהשגחה.
4. ציונו במבחן תלות נמוך מ-2.5 נקודות, אך הוא זקוק להשגחה מתמדת (6.5 נקודות).

לוח מס. 6 - התפלגות הזכאים לפי מרכיבי הזכאות - 1988, 1989

מרכיב הזכאות המכריע									
4	3	2	1	סה"כ זכאים		שנה			
מבחן תלות פחות מ-2.5 נקודות	מבחן תלות לפחות 2.5 נקודות;	מבחן תלות 2 נקודות; ו-2 נקודות תוספות לבודד	מבחן תלות: לפחות 2.5 נקודות	אחוז	מספר				
וצורך בהשגחה 6.5 נקודות	וצורך בהשגחה 6.5 נקודות		נקודות						
4	14	7	75	100	20,966	1988/89			
3	9	9	79	100	*16,514	1989/90			

* כולל זכאים שהגישו את תביעתם בשנה הראשונה, אולם החלטת הזכאות בוצעה בשנה השניה.

מהלוח עולה כי בשנה השנייה ל-79% מהזכאים אושרה הגימלה בגין ציונים במבחן התלות בלבד (ADL). 9% נוספים אושרו כזכאים לאחר תוספת 2 הנקודות הניתנות לבודד. רק ל-3% (433 זכאים) שציונם במבחן התלות היה קטן מ-2.5 נקודות אושרה הזכאות בגין הצורך בהשגחה בלבד. התפלגות הזכאים בשלושת הקבוצות הנ"ל דמתה לזו שבשנה הראשונה. המרכיב שבו חל שינוי במהלך התקופה היה בשיעור הזכאים שקיבלו לפחות 2.5 במבחן התלות, ונמצאו זכאים לתוספת של 6.5 נקודות עבור הצורך בהשגחה. מתברר ש-9% בשנה השניה לעומת 14% בשנה הראשונה נכללו בקבוצה זו.

לוח מס. 7 - אחוז תובעים וזכאים הזקוקים להשגחה,
לפי גיל מין ושנה

אחוז הזכאים הזקוקים להשגחה		אחוז התובעים הזקוקים להשגחה		גיל ומין
89/90	88/89	89/90	88/89	
13	18	6	11	סה"כ
9	15	3	8	64-60
10	15	3	9	69-65
11	17	5	10	74-70
14	19	6	11	79-75
13	20	6	13	84-80
14	19	7	14	85+
				גברים
14	21	7	14	סה"כ
12	18	5	11	69-65
14	19	7	12	74-70
15	22	6	14	79-75
14	22	7	15	84-80
13	20	7	14	85+
				נשים
12	17	5	10	סה"כ
9	15	3	8	64-60
9	14	3	7	60-65
9	16	4	9	74-70
13	17	6	10	79-75
12	18	6	12	84-80
14	19	8	14	85+

מכאן שההבדל העיקרי בין השנה הראשונה לשניה הוא בירידה בסך כל הזכאים שקיבלו 6.5 נקודות עבור הצורך בהשגחה (11% לעומת 18%). יתכן שהסיבה העיקרית להבדל זה קשורה לירידה בשיעורם של התובעים במצב תיפקודי קשה, או לגיבוש סטנדרטים ברורים יותר ביחס לקביעת הצורך בהשגחה. יש מקום לעקוב מקרוב ולבחון האם מדובר במגמה של ירידה בשיעור הזקוקים להשגחה או שהשיעור ישאר קבוע פחות או יותר מעתה ואילך.

ביטוי בולט להבדלים הנ"ל ניתן לראות בלוח מס. 7. המשווה את התובעים והזכאים הזקוקים להשגחה בשנה הראשונה והשניה. שיעור הקשישים הזקוקים להשגחה מבין התובעים בשנה השניה הוא רק כמחצית בשיעורם בשנה הראשונה (6% לעומת 11%). פער זה נכון לגבי נשים וגברים כאחד בקבוצות הגיל השונות. כאשר הפער בולט אף יותר בקבוצת הגיל עד 69 (3% בשנה השניה לעומת 9% בראשונה). הבדלים אלה מחזקים את הטענה ששיעור ניכר מהקשישים שקבלו שירותים בהיקף מוגדל הגישו את תביעתם כבר בשנה הראשונה.

השוואת שיעור הזקוקים להשגחה מבין הזכאים מצביע על ירידה במהלך השנה השניה אולם בשיעור נמוך יותר מאשר בין התובעים. שיעור הזקוקים להשגחה בין הזכאים בשנה השניה היה שני שלישי מהשיעור המקביל בשנה הראשונה.

בכל מקרה, שיעור הזקוקים להשגחה גדל במקצת ככל שעולה הגיל. כמו כן, שיעור הגברים הזקוקים להשגחה גבוה במקצת מזה שבקרב הנשים. מגמות אלה חוזרות על ממצאי שנה ראשונה. מעניין לציין שאם בקרב נשים קיימת עלייה הדרגתית בהזדקקות להשגחה ככל שעולה הגיל, הרי קשר זה לא נמצא בקרב הגברים. בקבוצה זו יש אמנם עלייה, אולם מגיל 80 מסתמנת מגמת ירידה. מאחר ודפוס זה חוזר על עצמו, מעניין יהיה לבחון הסברים אפשריים לתופעה.

התפלגות ציוני הערכת תלות

התפלגות הציונים כמבחן התלות והציון הכללי בשנה השניה, דומה להתפלגות הציונים בשנה הראשונה (לוח מס. 8).

לוח מס. 8 - התובעים* לפי ציוני מבחן התלות ולפי הציון הכללי
(אחוזים)

תובעים המתגוררים בגפם		כלל התובעים		נ י ק ו ד
ציון כללי	מבחן התלות (ADL) בלבד	ציון כללי **	מבחן התלות (ADL) בלבד	
14,912	14,912	34,019	34,019	89 אפר' 88-מרץ
11,315	11,315	28,032	25,038	90 אפר' 89-מרץ
100.0	100.0	100.0	100.0	סה"כ אחוזים
17.7	18.0	15.0	16.0	0
11.0	11.3	10.0	10.3	0.5
9.4	9.8	8.8	9.2	1.0
6.7	7.3	6.7	7.3	1.5
***1.5	13.4	3.0	9.0	2.0
4.1	13.6	8.4	13.3	2.5
2.2	7.1	5.2	7.9	3.0
1.0	4.9	4.4	6.2	3.5
12.2	2.5	8.4	4.0	4.0
10.0	3.2	7.1	4.2	4.5
5.2	2.2	4.5	3.2	5.0
3.2	1.5	2.9	2.2	5.5
1.6	1.1	1.5	1.4	6.0
2.3	1.1	2.2	1.8	6.5
1.7	0.9	1.7	1.3	7.0
1.0	0.7	1.3	1.1	7.5
1.2	0.9	1.7	1.5	8.0
0.6		0.6		8.5
0.5		0.6		9.0
0.5		0.7		9.5
0.6		0.6		10.0
0.5		0.5		10.5
0.4		0.6		11.0
0.2		0.5		11.5
0.4		0.4		12.0
0.2		0.4		12.5
0.2		0.4		13.0
0.2		0.2		13.5
-		0.3		14.0
-		0.3		14.5
-		-		15.0
-		-		15.5
-		-		16.0
-		-		16.5

* כולל תובעים שנערך עבורם מבחן תלות. לא כולל תובעים שנפטרו לפני ביצוע מבחן תלות, ותובעים שנדחו בשל תנאים מקדמיים. תביעות חוזרות נכללו פעם אחת בלבד.

** כולל הניקוד לבודדים ולצורך בהשגחה.

*** קבוצה זו כוללת תובעים שדיווחו על כך שמתגוררים לבד אולם מצב זה לא זוכה לניקוד כבוד עפ"י הנוהלים.

16% מהתובעים שנבדקו קיבלו ציון 0 במבחן התלות. מן הלוח עולה שגם בשנה השניה על סף זכאות (2 נקודות) נשאר רק אחוז זעום מן התובעים (3%) וזאת לאחר הענקת שתי נקודות לבודד. אולם לאור שכיחותם הגבוהה, יחסית (13.3%), של התובעים שקיבלו 2.5 נקודות במבחן התלות, כלומר את מספר הנקודות המזכה בגמלה, ולאור שכיחותם הגבוהה, יחסית, של התובעים המתגוררים בגפס שקיבלו 2 נקודות כציון כללי, יש מקום לברוק האם אין בשכיחויות גבוהות אלה כדי להעיד על נטיית האחיות להעניק ציונים שמזכים כגמלה.

בחינת ציוני הערכת התלות מורה, שמלבד ריכוז תובעים סביב הנקודות המזכות בגימלה, קיימת התפלגות על פני כל טווח הציונים. מכאן שחלק מהתובעים זכאים ל-100% גמלה בשל הניקוד המינימאלי (2.5%), אך שיעור לא מבוטל מהתובעים זכאים אף הם ל-100% גימלה אולם קיבלו את הציונים הגבוהים של 5.5-6.0 נקודות. נראה שנוצר עוות מסויים בין הזכאים לאותה רמת גימלה, ואשר נמצאים ברמות מוגבלות שונות, וברמות שונות של הזדקקות לסיוע.

הערכות תלות חוזרות

הערכות תלות חוזרות מתבצעות על ידי אחיות בריאות הציבור במקרים הבאים:

- הגשת תביעה נוספת בעקבות דחית תביעה קודמת.
- בקשת הזכאי להגדלת רמת הגימלה בעקבות הרעה במצבו הטיפקורדי.
- החלטה יזומה של הענף לביצוע הערכת תלות חוזרת לאחר הערכה מראש על שפור צפוי בתפקוד או בעקבות מידע חדש או ביקורות תקופתיות.

פרק זה בא לבחון את מצב הזכאות בעקבות הערכות חוזרות, ואת משך הזמן העובר בין בדיקה אחת לשניה. נתונים אלה משקפים חלק מהעומס המוטל על המערכת ומהוויים אינדיקציה להיקף השינויים החלים בה.

מתוך 57,491 הערכות תלות שנערכו במשך כשנתיים, ל-13,343 (23%) תובעים נערכה לפחות הערכת תלות אחת נוספת (לחלק יותר - עד 8 הערכות תלות).

ההשוואה בין שתי הערכות תלויות מוצגת בלוח מס' 9. יש לשים לב שכלוח מוצגים נתונים המשווים שתי הערכות תלויות אחרונות בלבד, ז"א השינוי ממצב הזכאות האחרון וזה שלפניו.

לוח מס. 9 - תוצאות הערכת תלויות חוזרת
אפריל 1988 - מאי 1990

אחוזים	מספרים	תאור המצב
100	13,343	סה"כ אנשים שעברו הערכת תלויות חוזרות
		ללא שינוי
21	2,822	- נשארו נדחים
21	2,750	נשארו זכאים
		שינוי חיובי
38	5,038	נדחים שבהערכה חוזרת נקבעו כזכאים
17	2,265	זכאים שבהערכה חוזרת גדלה זכאותם
		שינוי שלילי
2	357	זכאים שבהערכה חוזרת נשללה זכאותם
1	111	זכאים שבהערכה חוזרת הופחתה זכאותם

הנתונים מורים שב-42% לא היה שינוי במצב הזכאות של התובעים, ב-55% היה שינוי חיובי מבחינת התובעים ומצבם של 3% הורע בעקבות הערכה החוזרת.

יש לציין שבמהלך השנתיים הראשונות להפעלת החוק ל-580 תובעים סה"כ נשללה הגימלה בשלב כלשהו לאחר שנמצאו כבר זכאים. חלק מתובעים אלה תבעו מחדש ונקבעו בזכאים מאוחר יותר.

בבדיקה שבוצעה לגבי משך הזמן שעבר בין הערכת תלות ראשונה להערכת תלות שניה במקרה של דחיה נמצא שמתוך 3,050 תביעות אשר נדחו והוגשו שנית במהלך השנה השנייה ב-18% בוצעה הערכת תלות חוזרת תוך חודש, ב-18% נוספים תוך חודשיים וב-15% במהלך החודש השלישי. כסה"כ בכ-50% מתביעות שנדחו בוצעה הערכת תלות תוך שלושה חודשים. ביתר המקרים הערכת התלות החוזרת בוצעה לאחר שלושה חודשים ויותר.

פ ר ק ב'

החלטות הוועדות המקומיות

קביעת סוג הגמלה

כסוף שנת הכיצוע השנייה (מרץ 1990) הגיע מספר הזכאים לגמלת סיעוד לאחר דיון בוועדה מקומית ל-23,928. מספר זה גבוה ב-40% מהמספר המקביל בשנה הקודמת. שיעור הקשישים שנמצאו זכאים לשירותים בעין נשאר כ-95%, והדבר מעיד על המשך הצלחת הוועדות למצוא מענה לצורכי הזכאים. מספר הזכאים המקבלים גימלה כספית ירד מ-188 ל-143, רק לקומץ קטן של זכאים המתגוררים לבד לא נמצא פתרון באמצעות שירותים זמינים - 9 בסה"כ. 913 זכאים (כלומר ב-25% יותר מאשר בשנה הקודמת) סירבו לקבל את השירותים שהוועדה המקומית הציעה להם, ולכן לא קיבלו גימלת סיעוד. אך למרות שמספרם האבסולוטי של המסרבים היה גדול יותר מאשר בשנה הקודמת, שיעורם בכלל המקבלים ירד מ-5% ל-4%. שיעור המסרבים לקבל שירותים בסניפי יפו ות"א נשאר גבוה בהשוואה לסניפים האחרים.

לוח מס. 10 - זכאות לגימלת סיעוד וסוג החלטת הוועדה המקומית

מרץ 1989, מרץ 1990

שנה	זכאים	מקבלי גימלה		כסף	שירותים	נמצאו להם	מסרבים	הפסקה
		שירותים	בזמנים					
מרץ 1989	17,064	16,090	188	24	732	30		
אחוזים	100	94	1	-	5	-		
מרץ 1990	23,928	22,799	143	9	913	64		
אחוזים	100	95	1	-	4	-		

תוכניות טיפול ועלותן

תוכניות הטיפול שנקבעו בוועדות המקומיות במהלך השנה הנסקרת היו רומות לאלו שנקבעו בשנה הקודמת. רוב רוכן (79%) היו בעיקר מתן טיפול אישי ועזרה במשק הבית בבית הזכאי. תוכניתם של 13% מהזכאים כללה טיפול אישי בבית וכן שירות נלווה, דוגמת מוצרי ספיגה או כביסה. ל-6% מן הזכאים (לעומת 4% בשנה הקודמת) נקבע, שכל תוכנית הטיפול (2%) או חלק ממנה (4%) יבוצעו במרכז יום. ל-2% נוספים נקבעו צירופים אחרים מתוך סל השירותים, בעיקר מתן מוצרי ספיגה כשירות בלעדי, כביסה, וכו'.

לוח מס. 11 - תוכניות טיפול, לפי רמת הגמלה, אפריל 1989 - מרץ 1990

סוג התוכנית	סה"כ	50%	75%	100%	150%
סה"כ (מספרים)	*17,791	208	147	12,499	4,937
סה"כ (אחוזים)	100	100	100	100	100
טיפול אישי בבית בלבד	79	85	78	86	62
טיפול במרכז יום בלבד	2	6	5	2	4
טיפול בבית ובמרכז יום	4	2	1	4	3
טיפול בבית ושירותים נוספים	13	3	7	8	28
אחר	2	4	9	1	3

* כולל תוכניות טיפול אחרונות שנקבעו לתובעים שזכאותם נקבעה מ-4/89 ל-3/90.

ניתן להצביע על קשר בין מאפייני תוכנית הטיפול ורמת הגמלה. סל שירותים לזכאים ל-100% גימלה מורכב ב-86% מטיפול אישי בלבד (מדובר בתוכנית הכוללת בד"כ גם עבודות בית קלות). לעומת זאת רק 62% מתוכניות הטיפול לזכאים ברמה המוגדלת כוללים טיפול אישי בלבד, והיתר נהנים מצירופים אחרים בעיקר טיפול אישי ומוצרי ספיגה. יש גם להצביע על כך ששיעור הקשישים הזכאים ל-150% גימלה ומקבלים את כל השירותים במרכז-יום כפול משיעורם בקרב הזכאים ל-100%. בעיבודים מיוחדים אשר בוצעו על כ-32,000 החלטות ועדה, נמצא שרמת הגמלה, ובמידה פחותה מכך מיו, גיל, והרכב המשפחה של הזכאי קשורים לסוג התוכנית שנקבעה בוועדה.

לוח מס. 12 - מקבלי שירותים, שעות שירות ועלותן*, חודשים נבחרים

עלות	מספר	עלות	עלות	שעות	מקבלים	סוג השירות
ממוצעת	שעות	ממוצעת	כחודש	שירות	בכודש	
לשעת	ממוצע	למקבל	(אלפי	בכודש	(סה"כ)	
שירות	בכודש	בכודש	ש"ח)	(סה"כ)	(סה"כ)	
(ש"ח)	למקבל	(ש"ח)	(ש"ח)	(סה"כ)	(סה"כ)	
<u>אפריל 1989</u>						
11.05	44.8	495.8	7,030.0	635,603	14,179	טיפול אישי**
-	-	293.4	202.0	-	687	מרכז יום
-	-	156.7	203.0	-	1,298	מוצרי ספיגה***
-	-	50.4	8.0	-	158	מכבסה ואחר
<u>אוקטובר 1989</u>						
11.54	45.5	526.2	9,743.6	843,737	18,517	טיפול אישי
-	-	346.1	333.9	-	965	מרכז יום
-	-	162.4	262.9	-	1,619	מוצרי ספיגה
-	-	47.3	12.5	-	264	מכבסה ואחר
<u>מרץ 1990</u>						
12.37	44.4	549.4	11,373.3	919,029	20,698	טיפול אישי
-	-	389.9	435.2	-	1,116	מרכז יום
-	-	162.3	484.6	-	1,753	מוצרי ספיגה
-	-	50.0	17.7	-	343	מכבסה ואחר

* על פי אישורי התשלום במערכת ניתן היה לקבל יותר משירות אחד.

** טיפול אישי כולל גם עבודות בית קלות.

*** אי אפשר לקבל נתונים אחידים על מוצרי הספיגה בגלל מספרן השונה של יחידות החיתולים בחבילה, או על מספר הכביסות, ולכן אין נתונים על מספר היחידות המסופקות בחודש.

לוח מס. 12 מציג את מקבלי השירותים בשלושה מועדים, לפי סוג השירות והעלות הממוצעת למקבל. אפשר לראות, שהשירות העיקרי הניתן אך היה טיפול אישי. הוא סופק בחודש אפריל 1989 ל-14,058 מקבלים, בעלות ממוצעת של 496 ש"ח לחודש למקבל, ובעלות כללית של כ-7 מיליון ש"ח. בממוצע ניתנו למקבל 45 שעות טיפול אישי בחודש, בעלות ממוצעת של 11.05 ש"ח לשעת טיפול.

בחודש מרץ 1990 מספר האנשים שקיבלו טיפול אישי עלה ל-20,698, כלומר גידול בן 47% מאז אפריל 1989. העלות לחודש גדלה ב-62%, והיא משקפת את העדכון שחל בגובה הגימלה במהלך השנה בכ-11%.

מבדיקת התשלומים עבור 21,454 מקבלי שירותים במרץ 1990 התברר כי סכום הגמלה הממוצע היה 564 (ש"ח בשנה הראשונה) ..

לוח מס. 13 - סכום התשלום בפועל, לפי רמת הגמלה
מרץ 1990

רמת הגמלה	סה"כ מספר המקבלים	גימלה ממוצעת (ש"ח) בפועל לזכאי
סה"כ	*21,454	564.2
50%	236	253.5
75%	145	368.6
100%	15,634	510.7
150%	5,439	736.9

* כולל את הזכאים בתקופה הנדונה אשר החשבוניות שהוגשו עבורם אושרו לביצוע התשלום. לא כולל מקבלי גמלה כספית.

שווי הגימלה בת 100% היה בממוצע 511 ש"ח. שווי הגימלה בת 150% - 737 ש"ח בממוצע. חשוב לציין שרמת הגמלה הממוצעת היתה זהה בחודש מרץ לשעור התעריף, ז"א לשעור שנקבע לפי החוק. נתון זה מעיד שבניגוד לשנה הראשונה, ניצול הגמלה על ידי הזכאים היה מלא.

דיונים חוזרים בוועדה⁵

על פי החוק, הוועדה מחויבת לדון ולקבל החלטה בכל מקרה שיש צורך בשינוי בתוכנית הטיפול עקב שינויים ברמת הזכאות של הזקן ובצרכים שלו ושל בני המשפחה, או כאשר הם מבקשים לשנות את תוכנית הטיפול. דיונים אלה משקפים את יכולתה של הוועדה להתאים את התוכנית לצרכים המשתנים של אוכלוסיית הזכאים.

בעיבודים אשר בוצעו על 32,286 החלטות ועדה מהפעלת החוק נמצא כי אצל למעלה משליש מהזכאים היה שינוי בהחלטות הוועדה: ל-18% היה שינוי אחד בלבד, ל-16% היו מ-3 עד 4 שינויים, ל-2% היו 5 שינויים ויותר. 36 קשישים, שהיו כנראה מקרים קשים במיוחד, הגיעו ל-10 שינויים ויותר. לוח מס. 14 מציג את התפלגות הזכאים לפי מספר השינויים שבוצעו בתוכניותיהם ומשך הזמן שעבר מאז קבלת ההחלטה הראשונה ועד מאי 1990. אפשר גם לראות בלוח את הדינמיות הרבה שיש במערכת שיש בה שינויים רבים, שמספרם גדל ככל שהזכאים נמצאים יותר זמן במערכת.

(5) תזכיר פנימי בנושא קביעת "תוכניות טיפול בוועדות מהפעלת החוק עד מאי 1990" הוכן על ידי תמר הרון, מנהל מחקר ותכנון.

לוח מס. 14: התפלגות הזכאים לפי מספר השינויים שהיו בתוכניות הטיפול ומשך הזמן מאז בנית תוכנית הטיפול הראשונה ועד מאי 1990

הזמן שעבר מאז ניתנה ההחלטה הראשונה	סך הכל		לא היה שינוי אחד	שני שינויים עד ארבעה שינויים ויותר	שניים	חמישה
	מספרים	אחוזים				
סה"כ	32,286	100	64	18	16	2
9 חודשים	10,829	100	75	15	10	-
18 חודשים	11,508	100	65	19	14	2
19 חודשים ומעלה	9,949	100	50	21	25	4

ניתן להצביע על הבדלים ניכרים בין הסניפים בשיעור השינויים בהחלטות. הוועדה הממוצע הארצי עומד על 64% של החלטות ללא שינוי; בסניפי טבריה, עפולה ונצרת היו יחסית פחות שינויים ולעומתם, בסניפים כמו יפו ונהריה היו שיעורים גבוהים של שינויים בתוכניות הטיפול. בסניפי יפו רמת-גן חיפה וירושלים ב-22-25% מהתיקים היו שניים ויותר תיקונים.

ועדות ערר

כפי שנאמר כבר, תובע רשאי על פי החוק לערער על עצם החלטת הזכאות שקבע פקיד התביעות ועל רמתה. זכאים רשאים אף הם לערער על תוכנית הטיפול שקבעה הוועדה המקומית המקצועית. קיימות 5 ועדות ערר - בירושלים, תל-אביב, חיפה באר-שבע ורחובות. הן מורכבות בדומה לוועדות המקומיות מנציג המוסד, עובד סוציאלי, ואחות. שלושתם עובדים בכירים ומנוסים. הוועדה מהוה אינסטנסיה גבוהה אליה מועברות טענות זכאים לגבי החלטות הוועדות המקצועיות. ועדות הערר רשאיות לאשר את נשוא הערר, לשנותו, ולבטלו, לסייגו, או להגבילו (תקנות הביטוח הלאומי - ערר על החלטת ועדה מקומית מקצועית פסקה 5).

מאז החלת החוק טיפלו ועדות ערר עד אמצע ינואר 1990 ב-79 ערערים, רובם בקשות לגמלה כספית שתחליף את השרותים שנקבעו. ברוב הגדול של המקרים נדחו הערערים.

במקרים ספורים הציעו הועדות לשנות בחלקן את החלטות הועדה כמו הגדלת שעות במרכז יום, ובמקרים ספורים אושרו תשלומים למטפל על תקופה שלגביה, הזכאי לא קבל את השרות המגיע לו.

ביצוע חוק סיעוד במרכזי יום לקשישים

מאז הפעלת החוק באפריל 1988 ועד מרץ 1990, 5% תוכניות הטיפול שנקבעו בוועדות המקומיות כללו שירותים במרכז-יום.

לוח מס. 15 - פרוט תוכניות טיפול, הכוללות שירותים במרכז-יום*

אפריל 1988 - מרץ 1990

אחוזים	מספרים	תאור התוכנית
100	1,590	סה"כ
38	607	טיפול אישי במרכז יום בלבד
5	78	טיפול במרכז יום + שירות אחר (בעיקר חיתולים)
54	851	טיפול במרכז יום + טיפול אישי בבית
3	54	מרכז יום + טיפול בבית + שירות אחר

* העיבודים מתבססים על תוכנית טיפול אחרונה לזכאי, לא כולל נפטרים.

הלוח מראה ש-43% מהזכאים אמורים לפי התוכנית לקבל את מלוא הטיפול האישי במרכזי היום ליתר - 57% - נקבע שיהיה שילוב בין מרכז היום לטיפול בבית.

נמצא ששיעור ההחלטות על מתן שירותים במרכז יום, שונה מסניף לסניף, ובתוך הסניף יש הבדלים בין הועדות השונות.

לוח מס. 16 - החלטות על מתן שירותים במרכז היום, לפי סניף

שיעור מתוך כל ההחלטות בסניף	מספר הזכאים המקבלים שירותים במרכז-יום	סניף
4.9	1,590	סה"כ
0.3	3	טבריה
3.1	31	עפולה
-	1	נצרת
3.7	53	נהריה
9.4	110	קריות
10.9	258	חיפה
1.6	23	חדרה
15.1	266	נתניה
2.4	32	כפר-סבא
3.1	49	פתח-תקוה
1.0	10	רמלה
3.5	142	רחובות
4.7	133	תל-אביב
7.8	231	יפו
5.4	165	רמת-גן
3.6	103	ירושלים
-	-	באר-שבע

אפשר לראות שהסניפים המרבים להחליט על שירותים במרכזי יום הם: קריות, חיפה, נתניה, יפו. יש להניח שהבדלים אלה משקפים את הצע מרכזי-היום באזורים השונים, או את הצע המרכזים המתאימים לאוכלוסיית הזכאים.

יתכן שהבדלים אלה נובעים גם מדפוסים שונים של קביעת תוכניות טיפול בועדות השונות וכמובן הבדלים בהעדפות האישיות של הזכאים ובני משפחתם.

כמעט שני שלישי (65%) מהזכאים אשר הופנו למרכזי היום זכאים לגימלה בת 100% והיתר (35%) זכאים לרמה המוגדלת.

יש לציין שבהשוואה בין המופנים למרכזי-היום לבין אלה המקבלים טיפול אישי בבית נמצא שבין הראשונים יש שיעור גבוה יותר הזכאים לגימלה המוגדלת (35% לעומת 24%). נראה שתוכניות הטיפול המשלבות שירותים במרכזי היום, הן תוכניות מועדפות לזכאים המוגבלים ביותר, ובמיוחד לזכאים עם בעיה קוגניטיבית. נתון נוסף המחזק ממצא זה הוא שעבור - 30% מהמבקרים במרכזי-היום נקבע ניקוד עבור הצורך בהשגחה כאשר רק לכ-15% בממוצע מכלל הזכאים נקבע ניקוד עבור השגחה.

כניתוח המאפיינים הדמוגרפיים של המופנים למרכזי היום נמצא ש-45% מהמופנים הם גברים והיתר 55% נשים. בולט ששיעור ההפניה של גברים למרכזי היום גבוה בהשוואה לשיעורם באוכלוסיית הזכאים (34%).

לוח מס. 17 - הפניות למרכזי היום, לפי הרכב משק הבית ומין
(אחוזים)

מין	מספרים	אחוזים	לכד	מתגורר בן הזוג חר	מתגורר עם עם אחר
סה"כ זכאים	16,514	100	42	42	16
סה"כ מבקרים	1,590	100	39	47	14
זכר	724	100	22	68	10
נקבה	866	100	55	28	17

* מתבסס על החלטות הועדה המקומית ולא ביקור הזכאי במרכז.

כמו כן אם באוכלוסיית הזכאים בכלל 42% מתגוררים לבד ו-42% עם בן/בת הזוג, הרי בין המופנים למרכזי היום יש קצת יותר זכאים המתגוררים עם בן/בת הזוג (47%).

שיעור הגברים והנשים המופנה למרכזי היום לפי הרכב משק הבית דומה להתפלגות אוכלוסיית הזכאים.

לוח מס. 18 - הפניות למרכז היום לפי גיל ומין
(אחוזים)

מין	סה"כ באחוזים	עד 70	74-70	79-75	84-80	85+
סה"כ זכאים	100	12	14	22	25	27
סה"כ מבקרים	100	12	19	27	26	16
זכר	100	10	22	26	27	17
נקבה	100	15	17	27	25	15

מעניין לציין שאם באוכלוסיית הזכאים הכללית, בני 80 עד 84 מהווים 22%, הרי בין המופנים למרכזי היום הם מהווים 26%. מגמה נוספת שכולטת בנתונים הוא שיעורם הנמוך של המבוגרים ביותר (+85) בין המופנים למרכזי היום (16%) לעומת 27% בקרב כלל הזכאים).

מכלל הנתונים עד כה עולה שהפניות רבות למרכזי היום מתרכזות במספר סניפים בארץ. בין המופנים שיעור הגברים גבוה משיעורם באוכלוסיית הזכאים, שיעור גבוה במקצת של נשואים, ופחות מקבוצת הגיל הגבוה ביותר. שיעור ניכר מהמופנים נמצאו זכאים לגמלה המוגדלת כנראה בשל הצורך בהשגחה. נראה שמרכזי היום מספקים פתרון לצורך בהשגחה, ומשחררים את בת-הזוג מטיפול מתמשך בחולה הסיעורי.

ספקי שירותים

השירותים הניתנים מכוח חוק ביטוח סיעוד מסופקים באמצעות ארגונים רשמיים המוכרים על ידי משרד העבודה והרווחה כספקי שירותים מורשים, ועל פי חוזה שנערך בין ארגון ספקי השירות למוסד לביטוח לאומי. ספק שירות יכול להיות ארגון ציבורי בלא מטרת רווח, כגון מט"ב או מרכז יום, וארגון פרטי הפועל כארגון עסקי. לצורך מתן שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד גם קיבוץ, או מושב שיתופי, נחשבים ארגונים מספקי שירותים.

התפלגות מקבלי השירות לפי סוג ספק השירות בחודש מרץ 1990 (ר' לוח מס. 19) מעידה, שכמחצית הזכאים (49%) קיבלו את השירותים מארגון פרטי. כשליש (30%) קיבלו אותם מארגון מט"ב, 14% - מעמותות ציבוריות אחרות, ו-7% באמצעות קיבוצים ושותפויות המוכרים כנותני שירותים.

ההתפלגות דומה נמצאה גם במספר שעות השירות שניתנו ומכחינת סך התשלומים. אפשר לסכם אפוא, שהשירותים המסופקים במסגרת החוק מתחלקים באופן שווה בין ארגונים פרטיים וציבוריים. בדיקת מקבלי הגימלה ברמה הגבוהה לפי ספק השירות לא העלתה הבדלים בשיעור המקבלים שירותים מארגון פרטי ומארגון ציבורי. נתון זה מלמד, שלא היתה נטייה להעדיף סוג ארגון מסויים במקרים הקשים יותר. יצוין, ששיעור המקבלים גמלה ברמה הגבוהה בקיבוצים ובמושבים גבוה בהרבה מהמוצע. אולי יש בכך כדי ללמד על הימצאות מספר גדול, יחסית, של זקנים במצב סיעודי קשה במקומות אלו.

לוח מס. 19 - מקבלי שירותים, שעות שירות ועלות השירות, לפי ספק השירות

מרץ 1990

מקבלי	תשלומים		שעות שירות		מקבליים		ספק השירות
	(ש"ח)		בחודש		מספרים		
גמלה ברמה							
גבוהה							
(150%)							
אחוז מכלל							
המקבליים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	
28	100	12,106,432	100	1,051,561	100	*23,779	סה"כ
26	32	3,928,559	32	332,210	30	7,171	מט"ב
25	14	1,635,855	12	128,245	14	3,350	עמותה**
28	46	5,585,716	49	517,520	49	11,689	ארגון פרטי
46	4	476,640	3	36,902	3	658	קיבוץ/מושב
25	4	479,662	4	36,683	4	911	שותפות/הקדש

* מתייחס למקבליים שירות מכל מקור שהוא; זכאי המקבל שירות מיותר ממקור אחד נספר יותר מפעם אחת.

** עמותה כוללת מרכז-יום ו"הקדש".

פ ר ק ג'

תובעים וזכאים לגמלת סיעוד: מאפיינים דמוגרפיים וכלכליים

מאפיינים דמוגרפיים

המגמות הכלליות אשר איפיינו את התובעים והזכאים לגימלת סיעוד בשנה הראשונה להפעלת החוק, חוזרים על עצמם בשנה השנייה מלבד ההבדלים הבאים;

כאמור, מספר התובעים החדשים בשנה השנייה קטן בכ-10,000 בהשוואה לשנה הראשונה. שיעור התובעים מהאוכלוסייה הרלוונטי בארץ (גברים מגיל 65 ונשים מגיל 60) ירד לכן מ-8% בשנה הראשונה ל-6% בשנה השנייה.

כמו בשנה הראשונה, היחס בקרב התובעים בין גברים ונשים נשאר שני-שליש נשים ושליש גברים. אחוז הנשים התובעות היה גבוה מזה של הגברים התובעים ברוב קבוצות הגיל. כך לדוגמא בקבוצת התובעים שגילם 65-69 4% היו נשים ו-1% גברים. אולם בניגוד לשנה הראשונה שבה ההבדל בין גברים ונשים נשמר גם בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, הרי שבשנה השנייה שיעור זהה של גברים ונשים בקבוצת בני 85+ (21%) תבעו גימלת סיעוד.

כצפוי שיעור התביעה עולה עם הגיל. בחינת דפוסי התביעות כמהלך השנתיים מורה שאם העליה בשיעור התביעה עם גיל היא איטית והדרגתית עד גיל 79 הרי בקבוצת הגיל 80-85 השיעור מוכפל (7% בקבוצת בני 75-79 לעומת 14% בקבוצת 80-84), ומושלש בהמשך. בני 80 ויותר מהווים לכן 43% מכלל התובעים בעד שבאוכלוסייה הם מהווים 15% בלבד.

4% מאוכלוסיית הקשישים בישראל היו זכאים בשנה השנייה לגימלת סיעוד. כצפוי שיעור הזכאות עולה גם הוא עם הגיל. שיעור הזכאות בקרב הנשים גבוה קצת יותר מאשר בקרב הגברים בעיקר בקבוצות הגיל הגבוהות. לדוגמא, 19% מגברים בני 85+ נמצא זכאים בעוד ששיעור הזכאות בקרב נשים באותה קבוצת גיל הגיע ל-23%.

לוח מס. 20: אוכלוסיית התובעים והזכאים בשנה השניה, לפי מין וגיל וכהשוואה
 לאוכלוסייה הכללית*
 1989 (באחוזים)

זכאים		תובעים		סה"כ אוכלוסייה	מין וקבוצת גיל
אחוז מהאוכלוסייה הכללית	אחוז מכלל הזכאים	אחוז מהאוכלוסייה הכללית	אחוז מכלל התובעים		
	**21,342		27,870	480,100	סה"כ במספרים
4	100.0	6	100.0	100.0	סה"כ באחוזים***
-	3	2	5	17	64-60
1	9	2	13	28	69-65
3	14	4	16	21	74-70
5	22	7	23	20	79-75
11	25	14	25	10	84-80
21	27	21	18	5	85+
גברים					
4	6,955	5	8,889	182,200	סה"כ במספרים
	100.0		100.0	100.0	סה"כ באחוזים
1	7	1	10	34	69-65
2	13	3	14	25	74-70
4	22	5	23	23	79-75
9	27	11	27	12	84-80
19	32	21	26	6	85+
נשים					
5	14,387	6	18,980	297,900	סה"כ במספרים
	100.0		100.0	100.0	סה"כ באחוזים
-	4	2	8	28	64-60
2	10	4	13	24	69-65
4	15	6	17	18	74-70
7	22	9	23	16	79-75
14	24	17	20	8	84-80
23	25	21	17	6	85+

* השנתון הסטטיסטי לישראל, 1989, עבוד האוכלוסייה ב-1988, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 ** ממוצע מספר הזכאים בשנה השנייה.
 *** כולל נשים בלבד.

מאפיין נוסף של אוכלוסיית התובעים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית הוא יצוג יתר של קשישים המתגוררים לבד. במאפיין זה לא חלו שינויים משמעותיים בהשוואה לשנה הראשונה. ניתן רק לציין ששיעור התובעים המתגוררים עם בן/בת הזוג ירד במקצת ואילו שיעור המתגוררים עם האחרים עלה. (לוח 21).

לוח מס. 21 - התובעים, לפי הרכב משק בית שנה ובהשוואה לאוכלוסייה הכללית (אחוזים)

אוכלוסייה	סך הכל		מתגורר לבד	עם בן-זוג בלבד	עם אחרים	לא ידוע
	מספרים	אחוזים				
אוכלוסיית הזקנים	472,700*	100	27	50	23	-
אוכלוסיית התובעים 1988/9	37,689	100	44	43	11	2
אוכלוסיית התובעים 1989/90	27,870	100	44	41	13	2

ממצאים בולטים נוספים קשורים להבדלים בין זכאים ונרחים לגימלת סיעוד בקרב גברים ונשים בהרכבי הבית השונים. כללית אין הבדלים גדולים בשיעור הקשישים המתגוררים עם בן/בת הזוג בקרב הזכאים והנרחים (42% בקרב זכאים ו-40% בקרב הנרחים). אולם שיעור הגברים המתגוררים עם בת הזוג מגיע ל-66% בקרב זכאים. בקרב הנשים זכאיות רק 20% מתגוררות עם בן הזוג.

שיעור הקשישים המתגוררים לבד גבוה יותר בקרב הנדחים מאשר בקרב הזכאים (47% לעומת 42%). ההבדל המשמעותי ביותר בקרב המתגוררים לבד הוא בין גברים זכאים ונדחים. מתברר שרק 24% מגברים זכאים מתגוררים לבד לעומת 32% בקרב הנדחים.

לוח מס. 22 - זכאים ונדחים, לפי הרכב משק בית ומין
(אחוזים)

מין	סה"כ		מתגורר לבד	עם בן-זוג בלבד	עם אחרים	לא ידוע
	מספרים	אחוזים				
זכאים						
סה"כ	16,514	100	42	42	13	3
זכר	5,663	100	24	66	10	1
נקבה	10,851	100	52	20	15	4
נדחים						
סה"כ	15,056	100	47	40	10	3
זכר	4,297	100	32	58	8	2
נקבה	10,759	100	52	33	11	3

כלל הנתונים לגבי מין, זכאות ומצב המגורים מחזק את הממצאים שגברים שיש להם בת זוג נוטים יותר להשאר בקהילה גם כאשר מצבם הטיפקודי ירוד יותר.

מקורות הכנסה ורמתה

בפרק זה יוצגו נתונים ראשוניים על מקורות הכנסתם ורמתה של הזכאים לגמלת סיעודי⁶. על חשיבותם של משאבים כלכליים לאיכות חייהם של קשישים סיעודיים אין כאן צורך לפרט. יש רק להזכיר כאן שאחד התנאים המקדמיים למתן גמלת סיעוד הוא עמידה במבחן הכנסות⁷. אי לכך למרות שרוב הקשישים אינם נדחים בשל מבחן ההכנסות (בממוצע 1% מהתובעים נדחו בשל מבחן הכנסות, כ-300 תובעים בשנה השניה), קיימת בודאי גם סלקציה עצמית של בעלי ההכנסות הגבוהות שאינם פונים כלל בבקשה לגמלה.

התפלגות ההכנסות של כלל הקשישים בארץ מורה, שהכנסתם של כ-3% מהקשישים (יחידת משקי בית) גבוהה מהקריטריונים של מבחן הכנסות בסיעוד⁸. אם כי סביר להניח (כפי שנראה בהמשך) ששעור בעלי ההכנסות הגבוהות בקרב האוכלוסיה הסעודית בלבד נמוך מאשר באוכלוסיה הכללית, עדיין יתכן ש-300 הקשישים שנדחו בשל מבחן הכנסות הם חלק מקבוצה גדולה יותר שלולא מבחן ההכנסות היו תובעים גמלת סיעוד.

(6) נתונים אלה בקובץ אינם מלאים בעיקר ביחס לתובעים שתביעתם נדחתה, ולכן אפשר להציג נתונים על זכאים בלבד.

(7) בשנה השניה להפעלת החוק ל-2.1% מהזכאים הופחתה הגמלה למחצית בשל מבחן הכנסות.

(8) אלן זיפקין, סקירה שנתית 1988, המוסד לביטוח לאומי.

בדיקת מקורות ההכנסה של הזכאים לגמלת סיעוד מורה ש-95% מקבלים קצבת ביטוח לאומי ורק לרבע הכנסות מפנסיה, פחות משיעור מקבלי הפנסיה באוכלוסיה הקשישים הכללית (38%). יש להדגיש שמקור ההכנסה היחיד של 60% מהזכאים הוא קצבת הביטוח הלאומי.

לוח מס' 23 - השוואת מקורות הכנסה של משקי בית של הזכאים לסיעוד ומשקי הבית של האוכלוסיה הקשישה הכללית

אחוז בעלי הכנסות מכל מקור הכנסה מלבד קצבת ביטוח לאומי			מספר משקי בית (אלפים)	אוכלוסיה
א	ח	ר		
25.4	21.5	38.4	273.1	כללית**
10.1	2.7	24.5	*16.5	זכאים

* זכאים בשנה השניה.

** אלן זיפקין וברנדה מורגנשטיין, "דפוסי הכנסה בקרב קשישים בישראל" סקר מס' 63, המוסד לביטוח לאומי, 1989.

התפלגות ההכנסה החודשית של הזכאים ממחישה את רמת ההכנסות הנמוכה בקרב שיעור ניכר מהם.

לוח מס: 24 - השוואה ברמת ההכנסה בין האוכלוסיה הקשישה הכללית
ובין אוכלוסיית הזכאים

רמת ההכנסה (אחוזים)					מספר משקי הבית אוכלוסייה (באלפים)	
עד 3/4	מלוא השכר יותר מהשכר הממוצע	1/2 - 3/4	עד 1/2 שכר ממוצע	שכר ממוצע		
16.3	9.1	17.2	57.4	273.1	כללית	
7.7	6.5	16.2	69.6	16.5	זכאים	

* מעודכן להכנסה הממוצעת לחודש מרץ 1990 - 2,191 ש"ח.

הלוח מורה שרמת ההכנסה של שיעור ניכר מהזכאים נמוכה ביותר ובוראי מקשה על שמירה של איכות חיים ורכישת שירותים סיעוד ושירותי עזר אחרים.

פרק ד'
מימון ביצוע החוק וזמן ביצועו

תשלומי הענף

התשלומים המבוצעים במסגרת חוק ביטוח סיעוד מיועדים ברובם הגדול למימון שירותי הסיעוד האישיים הניתנים לזכאים. אולם בהתחשב במצוקה הקיימת בתחום האשפוז הסיעודי וכן בצורך לפתח תשתית שירותים קהילתיים ומוסדיים, מוקצים מכספי החוק משאבים מסויימים גם למטרות אלה.

לגבי השתתפות באשפוז קשישים במוסדות סיעוד מוקצים לכל אחד מהמשרדים עבודה ורווחה ובריאות סכומים השווים ל-15% מאומדן הגביה השנתית לסיעוד.

לענין פיתוח תשתית שירותים, ההקצבה השנתית בשנת 1986 עד 1989 היתה בסך 20% מאומדן הגביה השנתית, ולאחר מכן בגובה 10% מאומדן הגביה השנתית.

בשנים 1986 ו-1987 היתה גם השתתפות שנתית בסך של 3 מליון ש"ח לכל משרד (במחירי מרץ 1986) לפתרון בעיות של מצוקה אישית חריפה בתחום הסיעודי בקהילה.

סה"כ ההוצאה במסגרת ענף סיעוד בשנת 1989 הסתכמה בכ-142 מליון ש"ח, כ-108 מליון מהם לתשלום הגימלאות האישיות; 21 מליון ש"ח לאשפוז קשישים במוסדות או למתן שירותים קהילתיים ע"י משרד העבודה והרווחה, 5 מליון ש"ח לפיתוח שירותים, ובנוסף לסכומים אלה כ-6 מליון ש"ח היו הוצאות מנהליות לבצוע החוק הן ע"י המוסד לבטוח לאומי והן ע"י גורמי חוץ כגון קופ"ח משרד הבריאות והרשויות המקומיות.

לוח מס. 25 - העברת תשלומים למימון חוק ביטוח סיעוד*

שנה	(אלפי ש"ח)	גמלאות סיעוד		תשלום לגורמי חוץ**	פיתוח קהילתיים***	שירותים	מאושפזים ופיצויי	התייקרות	הפרשי שכר	סך כל העלות
		על חשבון המוסד	על חשבון האוצר							
1986	8,037	-	-	-	-	4,054	3,983	-	-	-
1987	17,160	357	-	-	1,237	10,449	5,117	-	-	-
1988	54,596	23,742	3,432	3,840	2,666	4,116	14,300	2,400	-	-
1989	142,420	94,810	12,232	4,950	5,503	3,250	16,615	5,060	-	-

* תשלומים בפועל, על פי דיווח מחלקת הכספים,

** תשלומים עבור העברת מבחני תלות והשתתפות בועדות המקומיות,

*** מאז שנת 1988 ניתנת הקצאה מוקטנת למשרד העבודה והרווחה בלבד.

משך תהליך הטיפול בתביעה לגמלה

תהליך הטיפול בתביעה לגמלת סיעוד מורכב ממספר תחנות, שבכל אחת מהן נאסף מידע ומתקבלות החלטות בהתאם לקריטריונים ותקנות הנקובות בחוק. בתהליך קביעת הזכאות נבחנים פרטים המופיעים בטופס התביעה ומתבצע מבחן הערכת תלות. ניתוח משך זמן הטיפול העלה שמיום הגשת טופס תביעה (שכל פרטיו מלאים) עד יום ביצוע מבחן תלות על ידי אחות בריאות הציבור עוברים בממוצע 15 יום - קיצור ב-9 ימים בהשוואה לשנה הראשונה. למעשה 81% מהתביעות נבדקות על ידי האחות תוך 20 יום ועוד 13% תוך חודש. שיעור נמוך מהבדיקות (6%) נערכו תוך פרק זמן ארוך יותר וזאת בשל שהייה זמנית של התובע בבית חולים, מחוץ לביתו או עקב קושי לאתרו. ברוב הסניפים מספר ימי הטיפול הממוצע בתחנה הראשונה (לוח מס. 23) היה קרוב לממוצע הכללי. בסניפי קריות, יפו וכפר-סבא ופתח-תקוה מספר הימים היה באופן משמעותי קטן מהממוצע הכללי.

מיום הגשת התביעה בסניף ועד יום אישור הזכאות על ידי פקיד התביעות עוברים בממוצע 28 יום - קיצור של 11 ימים בהשוואה לשנה הראשונה. משך הטיפול בתביעתם של 90% מהתובעים עד לאישור/אי אישור הזכאות היה 45 יום לכל היותר. יש לשער, שההחלטות האחרות התעכבו בחלקן עקב עיכובים בביצוע מבחן תלות ועקב שאר העיכובים שצויינו למעלה. מיום אישור הזכאות ועד יום הדיון בוועדה עוברים בממוצע 26 יום. בתקופה זו מעביר פקיד התביעות את החומר למרכז הועדה, שאוסף נתונים מהשדה באמצעות ביקורי בית של עו"ס אחות קופ"ח או שניהם. המידע וההמלצות מהשדה מועברות חזרה למרכז הועדה אשר קובע את מועד הדיון. בכשני שלישי מהמקרים מתבצע תהליך מורכב זה במשך חודש או פחות.

מבחינת העמידה בלוח הזמנים המוגדר בחוק, משמעותי יותר להתייחס ליום הקובע לזכאות לפי החוקים, כאל נקודת מוצא למדידת משכי זמן.

(9) היום הקובע לפי החוק הוא 30 יום מה-1 לחודש שבו הוגשה התביעה לגמלה. גמלת סיעוד תשולם לזכאי רק כאשר לא סופקו שירותי סיעוד תוך 60 ימים מהיום שבו נוצרה זכאות לגמלת סיעוד.

לוח מס. 22: חובעים וזכאים, לפי משך זמן הטיפול בתביעות בשלבי טיפול שונים

אפריל 1989 - מרץ 1990

משך השמן	מיום הגשת התביעה עד יום ביצוע מבחן התלות	מיום הגשת התביעה עד יום אישור/יום הדיון	מיום הגשת התביעה עד יום אישור/יום הדיון	מיום הגשת התביעה עד יום אישור/יום הדיון	מיום הגשת התביעה עד יום אישור/יום הדיון	מיום הגשת התביעה עד יום אישור/יום הדיון
סה"כ	23,617	25,028	10,675	10,675	10,675	10,675
מספרים	23,617	25,028	10,675	10,675	10,675	10,675
אחוזים	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
מספר ימים						
10-0	38	6	1	16****	54*****	14
20-11	43	33	2	27	-	16
30-21	13	32	9	25	26	24
45-31	5	17	30	20	17	26
60-46	1	5	28	7	-	16
74-61	-	2	17	3	3	2
75+	-	3	13	2	-	2
סה"כ בשנה הראשונה (ממוצע)	24	37	64	27	24	43
סה"כ בשנה שניה	15	28	52	26	16	31

* כולל תביעות שהושהו זמנית בשלבים שונים של הטיפול בתביעה, עקב אשפוז,

או קשיי איתור, כולל תביעות ראשונות בלבד.

** זכאות לגמלת סיעוד תתחיל בתום 30 ימים מה-1 בחודש שבו הוגשה התביעה.

*** מועד קבלת שירותים כפי שמופיע בהחלטת הועדה.

**** כולל 2% החלטות אישור רטרואקטיביות.

***** כולל 12% של החלטות ועדה רטרואקטיביות.

16 ימים בלבד עברו כממוצע מהיום הקובע לפי החוק עד מועד מתן השירותים כפי שקבעה הוועדה. משך זמן זה מעיד על יכולת משמעותית בהתארגנות עבודתן של הועדות המקומיות, זמינותם של השירותים ויכולתה של המערכת לעמוד בעומס ובגידול מספרם של מקבלי שירותי סיעוד. חשוב גם לציין שהמטרה החשובה של הספקת שירותים לזכאים במסגרת 60 ימים מהיום הקובע כפי שקבע החוק מושגת על פי רוב. 97% מהזכאים מקבלים את השירותים במסגרת 60 הימים והיתר לאחר מועד זה. פער זה נובע מהשהיית התיקים עד להשלמת מידע או העדר אפשרות לספק שירותים בשל אשפוז, מגורים זמניים במקום אחר וכו'. חשוב גם לציין שכ-31 יום עוברים מיום הגשת התביעה בסניף עד קביעת הוועדה על מועד מתן שירותים.

מלוח מס. 23 ניתן לראות הבדלים בין הסניפים במספר הימים הממוצע שעברו מיום הגשת התביעה עד יום קבלת אישור/אי אישור הזכאות בסניף. כמובן שקיימים הבדלים בין הסניפים מהיום הקובע לפי החוק עד קבלת שירותים בפועל. הלוח מורה שמספר הימים נע מ-5 עד 22 בממוצע כאשר גם בתווד קיים פיזור. ראוי לציין שלמרות ההבדלים בין הסניפים התהליך המורכב של קביעת הזכאות וקביעת תוכנית הטיפול מסתיים בד"כ בחודשיים או בפחות זמן אחר הגשת התביעה בסניף המוסד, הישג ראוי לציון לגבי תיפקוד המערכת כולה.

לוח מס. 23: הטיפול הממוצע בתביעה (ימים) בשלבי טיפול שונים, לפי סניף
אפריל 1989 - מרץ 1990

סניף	מיום הגשת התביעה עד ביצוע מבחן תלות	מיום הגשת התביעה עד אישור הזכאות	מהיום הקובע לפי החוק עד מועד מתן שירותים לפי החלטת ועדה	מיום הגשת התביעה עד מועד מתן שירותים לפי החלטת ועדה
ממוצע	15	28	16	*31
טבריה	17	22	*5	22
עפולה	20	31	12	28
נצרת	18	35	22	38
נהריה	17	33	15	29
קריות	9	28	18	34
חיפה	15	31	15	31
חדרה	15	24	11	27
נתניה	17	32	14	28
כפר סבא	12	23	12	28
פתח תקוה	9	16	8	22
רמלה	15	28	19	35
רחובות	15	25	16	31
תל-אביב	17	33	21	37
יפו	10	31	14	30
רמת גן	19	28	13	28
ירושלים	13	25	21	38
באר-שבע	22	42	19	34

* ממוצע נמוך משקף שיעור גבוה של החלטות רטרואקטיביות.

סיכום ודיון בממצאים

רווח זה מציג את נתוני השנה השניה של ביצוע חוק סיעוד. אם בשנה הראשונה התמודדה המערכת עם קליטה מאסיבית של תביעות, בניה והתארגנות של הוועדות המקומיות ופיתוח מערכת ספקי השירותים, הרי את השנה השניה ניתן לאפיין יותר כמונחי התבססות ושנויים המתחייבים מתוספת תובעים וזכאים למערכת. במקביל, לאחר שלב ההתבססות נתפנתה המערכת להתרכז בנושא של איכות השירותים הנתנים לזכאים וזאת לשם בניית מערכת לפיקוח ובקרה על ביצוע החוק מבחינה כמותית ואיכותית, כאחת.

בשנה השניה הוגשו 30,475 תביעות (כ-25,000 תובעים), כ-26% תביעות פחות מאשר בשנה הראשונה. לאחר חודשי ההפעלה הראשוניים, ממוצע מספר התביעות החודשיות היה כ-2,500. ירידה מסויימת במספר התביעות החודשיות בולטת בחודשי הקיץ וירידה משמעותית יותר בתקופות החגים (כמו ראש השנה ופסח). היציבות היחסית במספר התביעות החודשיות מוסברת בגידול במספר התביעות החוזרות. כמעט רבע מסך כל התביעות בשנה השניה היו תביעות חוזרות וזאת לעומת ממוצע של 9% בשנה הראשונה. ממגמה זו של גידול בתביעות החוזרות ניתן להסיק שלא צפויה ירידה משמעותית בעומס המוטל על עבודת ענף והסניפים מאחר וטיפול בתביעה חוזרת זהה לחלוטין לטיפול בתביעה חדשה.

בממוצע 48% מהחלטות פקידי התביעות בשנה השניה היו החלטות על זכאות לגמלה, ירידה של כ-9% בהשוואה לשיעור הזכאות בשנה הראשונה (שעמדה על 56%). יש לציין שמגמת הירידה בשיעור הזכאות נמשכת גם בשנה השלישית להפעלת החוק. מנתונים אלה ניתן להסיק שעיקר הטיפול בשנה הראשונה התרכז במאגר הסעודיים "הותיקים", קשישים מוגבלים ביותר שהתגוררו בקהילה. יש להניח שבין הקשישים שתובעים גמלת סיעוד בשנה השניה יש שיעור גבוה יותר של סעודיים "חדשים" ומוגבלים פחות.

כמו בשנה הראשונה, רוב רובן של הדחיות לגמלת סיעוד היו בשל אי-עמידה בניקוד המינימלי הנדרש במבחן התלות (91%) רק 1% מהתובעים נדחו בשל

הכנסות הגבוהות מהמותר בתקנות, והיתר (8%) בשל אי עמידה בתנאים המקדמיים (גיל, מגורים במוסד, תקופת אכשרה).

במהלך השנה השניה כ-16,500 קשישים נקבעו זכאים לגמלת סיעוד, לשלושה רבעים מהם נקבעה גמלה ברמה הנמוכה (השווה לקצבת נכות בסיסית ליחיד) וליתר נקבעה גמלה ברמה הגבוהה. לרוב רובם של הזכאים (88%) אושרה הגמלה בשל ניקוד מזכה במבחן התלות. 9% נוספים קבלו 2 נקודות ונקבעו כזכאים לאחר תוספת 2 נקודות הנתנות לבודד. רק 3% קבלו פחות מהניקוד המינימלי במבחן התלות ונקבעו כזכאים רק בשל הצורך בהשגחה מתמדת. כולט שבמהלך השנה השניה התגבשו סטנדרטים ברורים יותר לביצוע הערכת התלות ובעיקר בקביעת הצורך בהשגחה. כסה"כ ל-12% מהזכאים נקבע שהם זקוקים להשגחה מתמדת וזאת לעומת 18% בשנה הראשונה. אישור נוסף לתקפות הערכת התלות ניתן לראות בעובדה שרוב רובם של הערעורים על החלטת הזכאות בפני בית-דין לעבודה היו לטובת המוסד, קרי בית הדין אישור בר"כ את תוצאות הערכת התלות וכתוצאה מכך את ההחלטה לדחות את הגמלה או את רמתה.

במרץ 1990 מספר הזכאים עמד על 24,000 איש. ל-95% מהם קבעו הועדות המקומיות תוכניות טיפול למתן שירותים. 4% מהזכאים סרבו לקבל את השירותים שהוצעו להם על ידי הוועדה, ליתר מהזכאים (143 איש) נקבע שאין אפשרות לספק שירותים זמינים ולכן תנתן להם גמלה כספית. תוכניות הטיפול שנקבעו בשנה השניה דומות לאלה שנקבעו בשנה הראשונה. רוב רובן (79%) כללו בעיקר טיפול אישי בתוספת עבודות בית קלות. 13% מהתוכניות כללו טיפול אישי ושירות נלווה (דוגמת מוצרי ספיגה או שירות כביסה). 6% מהזכאים נקבע שכל תוכנית הטיפול או חלק ממנה תנתן במרכזי יום. 2% מהזכאים לא קבלו טיפול אישי כלל והגמלה כללה בעיקר מוצרי ספיגה.

כ-21,500 זכאים קבלו במרץ 1990 את השירותים בהתאם לתוכנית שנקבעה להם. מיצוי הגמלה על ידי הזכאים היה בהקף מלא.

כפי שהוזכר כבר, אחד הנושאים שעמדו מוקד פעילות ענף סיעוד בשנה השניה היה הנושא של הערכת איכות השירותים הנתנים באמצעות הגמלה. הפעולה העיקרית בנושא זה היה פיתוח שיטתי של כלים ואמצעים לעריכת פיקוח

ובקרה מנהלי וכספי. כיום לאחר הפעלה ניסיונית של כלים אלה, המערכת נערכת באופן ארצי ויש להניח שמסקנות ראשוניות ניתן יהיה להציג בקרוב. בנוסף לכך בוצעו מספר מחקרים בקנה מידה מצומצם יותר ואשר כחנו הבטים שונים של הפעלת החוק וביניהם שביעות רצון הזכאים ובני משפחתם משירותי סיעודים. מחקר חשוב אחר בחן את תיפקודם של ארגונים פרטיים וציבוריים למתן שירותים. יש לקוות שממקורות שונים אלה ניתן יהיה לבנות תמונה טובה יותר על ביצוע חוק סיעוד, על תרומתו לרווחת הזכאים ומשפחתם ודרכים אופרטיביות לשיפורו.

אחד הממצאים המשמעותיים לגבי עבודת הוועדות המקומיות היא שלשליש מהזכאים נקבעה לפחות תוכנית אחת נוספת ולחלקם היה יותר משינוי אחד. נתון זה משקף את הגמישות היחסית שנתונה בידי הועדה להתאים את תוכניות הטיפול לצרכים המשתנים של הזכאים ובני משפחתם.

האירגונים הפרטיים, ממשיכים לספק שירותים למחצית מהזכאים, ומבין האירגונים הציבוריים מט"ב הוא ספק השירותים העיקרי. הנתונים מלמדים שאין נטייה להעדיף סוג אירגון מסוים כנותן שירותים לזכאים המוגבלים ביותר. יחד עם זאת יש לשקול בכובד ראש את אחת ההמלצות החשובות במחקרו של שמיד וסבג והוא הצורך לבדיקת תיפקודן של הוועדות המקומיות. ברור שלפני שנוקטים באמצעים כלשהם יש לבחון בצורה סיסטמטית את תהליך קבלת ההחלטות בוועדות, את הרציונל להחלטות אלה ואת השפעתן על הזכאים.

(10) שרית בייץ מוראי, "ההפעלה הניסיונית של חוק סיעוד חלק ב" המוסד לביטוח לאומי, יולי 1990.

שרית בייץ מוראי ונורית דאבוש "מתנדבי היעוץ לקשיש מבקרים אצל הזכאים" המוסד לביטוח לאומי, דצמבר 1990.

(11) הלל שמיד וקלרה סבג "חקר תפקודם של ארגונים למתן שירותי סיעוד" האוניברסיטה העברית, אוקטובר 1990.

העלות הכוללת של ביצוע חוק סיעוד בשנה השניה (כולל הוצאות המשרדים האחרים) הוא כ-148 מיליון שקל. 75% מהוצאות כיטוח לאומי הוא תשלום עבור שירותי סיעוד והיתר תשלומים עבור פיתוח שירותים קהילתיים ומוסדיים (כ-9 מיליון), 17 מיליון עבור אשפוז במוסדות והיתר עבור כח אדם המבצע את חוק סיעוד. ההוצאות המנהליות הנוספות מסתכמות ב-6 מיליון ש"ח.

אוכלוסית התובעים בשנה השניה להפעלת החוק מהווה כ-6% מכלל אוכלוסית המבוגרים (גברים מגיל 65 ונשים מגיל 60). ממוצע מספר הזכאים בשנה השניה הוא 4% מהאוכלוסיה הרלוונטית. הנשים מהוות שני שלישי מכלל התובעים והזכאים. שיעור הזכאות בקרב נשים גבוה קצת יותר מאשר בקרב הגברים בעיקר בקבוצות הגיל הגבוהות. כמעט מחצית מהזכאים הם בני 80 ויותר. בקרב אוכלוסית התובעים לגמלה כמו בקרב הזכאים בולט יצוג יתר של קשישים המתגוררים לבד וזאת בהשוואה לגודל אוכלוסיה זו בקרב הקשישים בארץ (44% לעומת 27%).

ניתוח רמת הכנסתם של הזכאים מורה שהפגיעות היחסית של הזכאים היא לא רק במוגבלותם הפיסי, גילם הגבוה ולעיתים קרובות היותם בודדים אלא גם ברמת הכנסתם הנמוכה. מתכרר שהכנסתם של 70% מהזכאים הוא עד 1/2 מהשכר הממוצע.

לסיכום התהליך יש לציין שעוברים פחות מ-60 יום מהיום שהתביעה מוגשת בסניף ועד היום שבו מחליטה הועדה בתוכנית הטיפול וקובעת את תאריך התחלת השירותים. חלק מהועדות נערכו במקרים מסויימים למתן שירותים רטרואקטיביים (לפני קיום הועדה) גמישות זו מאפשרת הענות מהירה למקרים דחופים ומצבי משבר, כפי שקורה בקרב הזכאים לשירותי סיעוד.

—

.
