

הספקת מכשירי שיקום וניידות במדינות נבחרות בעולם

מריאלה יאבו תום אינהורן

המחקר מומן בסיוע היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות,
חטיבת הרפואה, משרד הבריאות

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
תרגום לאנגלית (תקציר): אוולין אייבל
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | שבת תש"ף | פברואר 2020

עוד פרסומים של המכון בנושא

פן, נ. וברמלי-גרינברג, ש. (2019). מדיניות תשלום קצבת ניידות במדינות נבחרות בעולם. דמ-155-19.

ריבקין, ד., הרן ד., ברלב, ל., לפי, י. וקרן-אברהם, י. (2017). אנשים עם מוגבלות - מגמות, סוגיות והשלכות לעבודת מערכת הרווחה. בתוך: סוגיות מרכזיות במערך שירותי הרווחה בישראל: מזכרים אסטרטגיים עבור משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

נאון, ד., ברודסקי, ג'., בן-נון, ש., רזניצקי, ש., מורגנשטיין, ב., גרא, ר. ושמלצר, מ. (2004). קשישים מוגבלים מקבלי גמלה בכסף (גמלת שירותים מיוחדים לנכים) ומקבלי גמלה בעין (גמלת סיעוד). דמ-441-04.

ברודסקי, ג'., נאון, ד., רזניצקי, ש., בן-נון, ש., מורגנשטיין, ב., גרא, ר. ושמלצר, מ. (2004). מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים. דמ-440-04.

Brodsky, J., Habib, J., & Hirschfeld, M. (2003). *Long-term care strategies in industrialized countries: case studies of insurance based and non-insurance based long-term care systems*. S-123-03.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

תקציר

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל יחד עם היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות במשרד הבריאות עורכים מחקר לבחינת מערכות המימון וההספקה של מכשירי שיקום וניידות בישראל. כחלק ממחקר זה, נערכה סקירה של מערכות אלה בכמה מדינות מפותחות נבחרות, כדי ללמוד כיצד הן מתמודדות עם אוכלוסייה עם צרכים דומים, כדי להצביע על דפוסים בולטים בכל הנוגע להספקה של מכשירי שיקום וניידות באותן מדינות וכדי להוות בסיס להשוואה למערכת הישראלית.

סקירה זו התמקדה בארבע מדינות מפותחות דוברות אנגלית: ארצות הברית, קנדה, אנגליה ואוסטרליה. נוסף לכך, נכללה בסקירה מדינה סקנדינבית אחת - דנמרק, המייצגת דגם מוביל של מדיניות רווחה. הסקירה מתמקדת בכמה היבטים מרכזיים במדינות הנסקרות: המצב החוקי במדינות; זיהוי הגורם האחראי והשחקנים המרכזיים; שלבים עיקריים בתהליך ההספקה בכל מדינה, מהגשת הבקשה ועד קבלת המכשיר, לרבות מעקב לאחר קבלת המכשיר, אם ישנו; אפשרויות הזמינות; אפשרויות הרכישה וההספקה; קשיים מרכזיים וביקורת של אנשים עם מוגבלות על הליך ההספקה, אם ישנה.

כל אחת מן המדינות הנסקרות מפעילה מערכת ייחודית ושונה למימון ולהספקה של מכשירי שיקום וניידות. המדינות נבדלות ביניהן במוקד הסמכות והאחריות למימון ולהספקה של מכשירים אלה. בעוד באוסטרליה הסמכות והאחריות היא מרכזית, בקנדה היא מקומית. המדינות האחרות משלבות בין אחריות מקומית ומרכזית בדרגות משתנות. כמו כן נמצאה שונות בנוגע לסוגי המכשירים המסופקים, לתנאי הזכאות, לאפשרויות המימון, לאופן ניהול השירות ולמידת ההישענות על גופים חיצוניים לצורך הפעלתו.

ההבדלים בין המדינות הנסקרות מאפשרים למקם את המנגנון הישראלי להספקת מכשירי שיקום וניידות על הצירים השונים. ההשוואה למדינות הנסקרות מאפשרת לבחון באילו מקרים ישראל פועלת בדומה למדינות אחרות ובאילו מקרים היא פועלת אחרת, ובתוך כך לשפוך אור על אפשרויות קיימות נוספות אשר עשויות לייעל ולשפר את המנגנון להספקת מכשירי שיקום וניידות הפועל בישראל.

דברי תודה

ברצוננו להודות למזמיני המחקר בנושא תהליכי המימון, הרכש וההספקה של מכשירי שיקום וניידות בישראל, אשר סקירה זו היא חלק ממנו: ד"ר יצחק (צאקי) זיו-נר, מנהל אגף השיקום בחטיבת הרפואה במשרד הבריאות, ודלית רומם, מנהלת היחידה הארצית להספקת מכשירי שיקום וניידות. תודה על ייזום הסקירה, על הכוונת צוות החוקרים בנוגע לסוגיות המרכזיות ועל ההערות המועילות.

עוד אנו מודים לעמיתותינו בחטיבת המשפחה במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל: לדורי ריבקין, חוקרת מומחית בכירה בחטיבת המשפחה, על הסיוע בהבניית ראשי הפרקים ובהגדרת תוכנם בשלבים הראשונים של כתיבת הסקירה; לד"ר לייזה מורן גלעד, ראש חטיבת המשפחה, על ההערות והליטושים בשלבי הסיום, שתרמו להנגשת הסקירה לקהל הקוראים; לד"ר דפנה הרן, חוקרת מומחית בצוות מוגבלויות ומנהלת המחקר מטעם מכון ברוקדייל, על ההנחיה השוטפת ועל מתן המשובים ב"גלגולים" השונים של הסקירה; ולליטל ברלב, ראש צוות מוגבלויות, על הסיוע בגיבוש הראייה האסטרטגית ובזיקוק המסרים העיקריים.

תוכן עניינים

1	1. מבוא - הספקת מכשירי שיקום וניידות בישראל
2	2. מטרות
2	3. שיטה
3	4. הספקת מכשירי שיקום וניידות: מבט משווה
3	4.1 אוסטרליה
5	4.2 אנגליה
7	4.3 ארצות הברית
11	4.4 דנמרק
13	4.5 קנדה
16	5. סוגיות בהספקה של מכשירי שיקום וניידות
16	5.1 אחריות מרכזית לעומת אחריות מקומית
17	5.2 סוגי המכשירים המסופקים
17	5.3 קריטריונים לזכאות
17	5.4 אופן המימון וההספקה של המכשירים
18	5.5 ניהול התוכנית ויישומה
19	6. סיכום - הספקת מכשירי שיקום וניידות בישראל בהקשר בין-לאומי
21	מקורות
23	נספח: השוואת היבטים מרכזיים בין מדינות נבחרות בנוגע להספקת מכשירי שיקום וניידות

1. מבוא – הספקת מכשירי שיקום וניידות בישראל

משרד הבריאות בישראל משתתף במימון מכשירי שיקום וניידות ובהספקתם על פי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובכפוף לנהלים בחוזר מנהל רפואה 1.1/2014¹. הנושא נמצא באחריות היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות שבאגף השיקום של משרד הבריאות ובשירותי בריאות הציבור. היחידה מעניקה את שירותיה באמצעות 17 לשכות בריאות הפרוסות ברחבי הארץ. הזכאים להגיש בקשה למימון עבור מכשיר הם תושבים עם מוגבלות קבועה, השוהים בקהילה, הזקוקים למכשיר שיקום וניידות לצמיחה, ושאינם זכאים למימון מטעם גורם ציבורי אחר כגון משרד הביטחון או משרד האוצר. הנהלים מפרטים בין השאר את רשימת המכשירים המסופקים ואת שיעור השתתפות המדינה במימוןם (90% מעלות מכשירי הניידות ו-100% מעלותם של רוב מכשירי השיקום), וכן את האוכלוסייה הפטורה מתשלום על השתתפות עצמית עבור המכשירים (מקבלי גמלת זיקנה, מקבלי גמלת נכות, מקבלי השלמת הכנסה, ילדים עד גיל 18 ועוד) (נוהל חוזר מנהל רפואה 2014/1; ד. רומם, מנהלת היחידה הארצית להספקת מכשירי שיקום וניידות, תקשורת בין-אישית, 15 בדצמבר 2019).

תהליך הגשת הבקשה למכשיר שיקום וניידות מתחיל לרוב בפנייה לרופא המשפחה או לרופא מומחה, אשר מפנה את האדם לפיזיותרפיסט או למרפא בעיסוק בקופת החולים, המורשה מטעם משרד הבריאות להמליץ על טכנולוגיה מסייעת (ילדים הלומדים במסגרות לחינוך מיוחד יכולים לפנות באמצעות המסגרת החינוכית). הגורם הממליץ מבקר בביתו של הפונה, ולאחר ביצוע הערכה תפקודית וסביבתית כותב המלצה על מכשיר שיקום על או מכשיר ניידות המתאים לפונה, ומעביר את המלצה ללשכת הבריאות. הלשכה דנה בבקשה בוועדות למכשירי שיקום וניידות ברמה מקומית או אזורית, בהתאם למקרה. משרד הבריאות רוכש את המכשיר עבור הפונה מאחד הספקים המורשים שזכו במכרז של המשרד. אדם המבקש לשדרג את המכשיר שאושר לו רשאי לקבל מכשיר משודרג בתנאי שההפרש במחיר יחול עליו ובתנאי שהמכשיר המבוקש מצוי ברשימות המכשירים שאושרו על ידי משרד הבריאות. משרד הבריאות מממן את מלוא עלות התיקונים של מכשירי ניידות ידניים וחשמליים לאחר רכישתם.

בשנים האחרונות חל גידול ניכר במספר הבקשות למכשירים המגיעות ללשכות הבריאות. גידול זה מקשה על מתן מענה בפרק זמן סביר ויוצר עומס עבודה רב בלשכות (משרד הבריאות, 2017). נוסף לכך, מנתוני היחידה למכשירי שיקום וניידות עולה כי למעלה מ-40% מן הזכאים למכשירים אינם מממשים את זכאותם על אף שזו אושרה (משרד הבריאות, 2019; ד. רומם, מנהלת היחידה הארצית להספקת מכשירי שיקום וניידות, תקשורת בין-אישית, 15 בדצמבר 2019). מצב זה מדגיש את הצורך בבחינה ובהתאמה של תהליכי המימון, הרכש וההספקה של מכשירי השיקום והניידות בישראל. לכן, בימים אלה מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל עורך יחד עם היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות מחקר שמטרתו לבחון תהליכים אלה בישראל ולגבש המלצות לטיובם. כחלק מן המחקר, נערכה סקירה של מערכות המימון וההספקה של מכשירי שיקום וניידות במדינות מפותחות נבחרות בעולם. סקירה זו וסוגיות העולות ממנה מוצגות במסמך זה.

¹ https://www.health.gov.il/hozer/mr01_2014.pdf

2. מטרות

מטרתה של סקירה זו היא ללמוד על האופנים שבהם מדינות מפותחות אחרות בעולם מתמודדות עם מימונם של מכשירי שיקום וניידות ועם הספקתם לאוכלוסיות הזקוקות להם, ובתוך כך להצביע על דפוסים מרכזיים בכל הקשור למימון ולהספקה של המכשירים. כמו כן הסקירה מאפשרת להשוות הן בין המדינות האחרות לבין עצמן והן בין לבין ישראל. לשם כך הסקירה מתמקדת במיוחד בסוגיות אלה: המצב החוקי במדינות; זיהוי הגורם האחראי והשחקנים המרכזיים; שלבים עיקריים בתהליך הספקת המכשירים בכל מדינה, מהגשת הבקשה ועד קבלת המכשיר, לרבות מעקב לאחר קבלת המכשיר, אם ישנו; אפשרויות המימון הזמינות; אפשרויות הרכישה וההספקה; קשיים מרכזיים וביקורת של אנשים עם מוגבלות על הליך ההספקה, אם ישנה.

3. שיטה

המדינות שנבחרו לסקירה הן מדינות דוברות אנגלית, שיש בהן מערכות ממוסדות ומפותחות להספקת שירותי בריאות: קנדה, אנגליה, אוסטרליה וארצות הברית. כל מדינה מייצגת דגם שונה של הספקת שירותי בריאות בכלל ושל מכשירי שיקום וניידות בפרט. כמו כן היות שמדינות סקנדינביה נחשבות למובילות בעולם בתחום מדיניות הרווחה והספקת שירותי בריאות ושירותים סוציאליים, נכללה בסקירה גם מדינה אחת מבין מדינות סקנדינביה - דנמרק, אשר בנוגע אליה ישנו מידע זמין ונגיש יחסית גם בשפה האנגלית.

המידע על המדינות דוברות האנגלית (ארצות הברית, אנגליה, קנדה ואוסטרליה) נאסף מאתרי האינטרנט הציבוריים של המשרדים הממשלתיים ו/או של התוכניות הממשלתיות הרלוונטיות. כמו כן, נדגמו אתרי האינטרנט של ארגונים של אנשים עם מוגבלות במדינות הרלוונטיות, כדי להשלים את המידע על הספקת מכשירי שיקום וניידות באותן מדינות, ובמיוחד כדי להאיר על הקשיים, על האתגרים ועל הביקורת על מערכות ההספקה השונות במדינות הנדגמות. כל אתרי האינטרנט אותרו באמצעות חיפוש במנוע החיפוש גוגל (Google).

החיפוש הורכב משם המדינה הרלוונטית בצירוף המחרוזות "assistive device", "assistive technology", "mobility device" או "mobility aids". המידע על דנמרק אותר ונאסף בשיטה דומה, ותורגם ידנית בעת צורך באמצעות שירות Google Translate. המידע על ארצות הברית, קנדה ואוסטרליה נאסף בחודשים נובמבר 2018 עד פברואר 2019. המידע על דנמרק ועל אנגליה נאסף בראשית שנת 2017.

4. הספקת מכשירי שיקום וניידות: מבט משווה

המדינות מוצגות בסדר אלפביתי. ניתן לראות השוואה בין המדינות לפי היבטים עיקריים בטבלה שבנספח.

4.1 אוסטרליה

בשנת 2013 עברה באוסטרליה רפורמה ששינתה מן היסוד את הספקת השירותים לאנשים עם מוגבלות, לרבות מימון והספקה של מכשירי שיקום וניידות. אוסטרליה היא מדינה פדרלית של שש מדינות ועשר טריטוריות. טרם הרפורמה סיפקה כל מדינה או טריטוריה בנפרד שירותים לאנשים עם מוגבלות באמצעות תוכניות מקומיות. הרפורמה החליפה את השירותים המקומיים בשירות פדרלי אחד תחת סוכנות ממשלתית פדרלית חדשה, ה-National Disability Insurance Agency (להלן NDIA)². הסוכנות היא גוף עצמאי הממומן מכספי מס הבריאות הפדרלי האוסטרלי, והיא אחראית להספקת כל השירותים לאנשים עם מוגבלות - לרבות הספקת מכשירי שיקום וניידות.

מודל הפעולה של הסוכנות הוא מודל ביטוח. שיעור מסוים ממס הבריאות שמשלם כל אזרח אוסטרלי מופנה להפעלת הסוכנות, ותשלום המס מקנה לאזרח מעמד של מבוטח בסוכנות. התנאים לזכאות לקבלת שירותים מן הסוכנות הם: גיל 65 ומטה בעת תחילת קבלת השירותים (הספקת השירותים יכולה להימשך מעבר לגיל 65, אך לא יכולה להתחיל אחרי גיל זה³); אזרחות אוסטרלית או אשרת שהייה בתוקף המעניקה זכות להטבות סוציאליות; עמידה בקריטריון המוגבלות או בקריטריון ההתערבות המוקדמת הקבועים בחוק. קריטריון המוגבלות קובע שאדם עם מוגבלות הוא מי שיש לו הפרעה קבועה בתפקוד באחד משבעה תחומים מוגדרים הנובעת מלקות (impairment) קוגניטיבית, נוירולוגית, חושית או פיזית, או הפרעה קבועה בתפקוד הנובעת ממצב פסיכיאטרי. קריטריון ההתערבות המוקדמת קובע שאדם זכאי לשירותים מן הסוכנות אם יש לו לקות קוגניטיבית, נוירולוגית, חושית או פיזית או מצב פסיכיאטרי קבוע או הצפוי להיות קבוע, ויש יסוד להאמין כי הענקת שירותים תפחית הפרעת תפקוד או תקל על הפרעת תפקוד שעשויה להתפתח בעתיד עקב הלקות או המצב הפסיכיאטרי. כך יכולה הסוכנות לתת שירות לילדים וגם למבוגרים שהמוגבלות שלהם נמצאת בשלבים מוקדמים של התפתחות. קריטריונים אלה מפורטים ב-National Disability Insurance Scheme Act משנת 2013.

מבוטחים זכאים להגיש "בקשת כניסה" (access request), שעל פיה תעריך סוכנות ה-NDIA את עמידתם בקריטריונים. עם אישור הבקשה, מתחיל תהליך של בניית תוכנית טיפול אישית שמתבצע ישירות עם הסוכנות או באמצעות גורם מתווך בקהילה (כמו ארגון צדקה, ארגון של אנשים עם מוגבלות או מתווך מסחרי), לפי בחירתו של המבוטח. במסגרת התהליך, המבוטח מתבקש להציב לעצמו מטרות לטווח הקצר, למשל, "אני רוצה לרחוץ ולהאכיל את עצמי לבד" או "אני רוצה לנסוע בתחבורה הציבורית לבד",

² אלא אם צוין אחרת, כל המידע על התוכנית האוסטרלית נאסף מאתר הסוכנות: <https://www.ndis.gov.au/>

³ על אנשים בגיל 65 ומעלה לפנות לשירות הממשלתי לטיפול במבוגר, המספק שירותים ביתיים ומוסדיים לאנשים מבוגרים עם מוגבלות, בהתאם למקרה ובכפוף להערכה מחודשת (מתוך האתר: <https://www.myagedcare.gov.au/>).

ומטרות לטווח הארוך, למשל, "אני רוצה לעבור לחיות לבד בבית משלי" או "אני רוצה למצוא עבודה". בשלב זה נשקלת לראשונה רכישה של מכשירי שיקום וניידות, אם נקבע כי הם עשויים לתרום לקידום המטרות שהמבוטח הציב לעצמו. בסיום התהליך נבנית תוכנית טיפול אישית, לרוב לתקופה של 12 חודשים עם פגישות מעקב קבועות, ובנוסף מוקצב לאדם סכום כסף (תקציב אישי) שבו הוא יכול להשתמש כדי לממש את התוכנית האישית שלו. אם התוכנית כוללת מכשירי שיקום וניידות, המבוטח רשאי להשתמש בכסף כדי לרכוש אותם. בפני המבוטח ניצבות שלוש אפשרויות לניהול התקציב האישי, לרבות רכישת המכשירים:

- **ניהול עצמי:** המבוטח מקבל את הכסף לידי ומשתמש בו לפי ראות עיניו, במגבלות התוכנית האישית שלו. ישנה חובה לנהל ספרי הכנסה והוצאה ולהגיש דוחות כספיים. בתחום של מכשירי שיקום וניידות, אפשרות הניהול הזו מאפשרת למבוטח לבחור בדיוק את המכשיר שבו הוא מעוניין, את ההתאמות שיוכנסו בו, את הספק שממנו יירכש המכשיר ואת השירותים הנלווים שעליהם ישלם.

- **ניהול סוכן:** הכסף נמסר לניהולו של סוכן מטעמו של המבוטח, והוא מחליט כיצד להשתמש בכסף, כולל החלטה על רכישת מכשיר שיקום וניידות, על סוג המכשיר, על השירותים הנלווים ועל הספק. הסוכן יכול להיות גוף מאורגן כמו עמותה, ארגון צדקה או סוכן מסחרי, והוא יכול להיות מיופה כוח של האדם עצמו, כמו קרוב משפחה או חבר. אפשרות זו מסירה את רוב האחריות לניהול התקציב מן המבוטח עצמו. החיסרון המרכזי הוא שמרבית הסוכנים גובים עמלות, המשולמות מתוך התקציב האישי עצמו ובכך מקטינות את סכום הכסף הזמין למבוטח.

- **ניהול על ידי סוכנות ה-NDIA:** מבוטחים יכולים להשאיר את הכסף בידי הסוכנות ולאפשר לה להשתמש בו עבורם לפי התוכנית האישית שלהם. במקרה כזה, הסוכנות תרכוש את המכשיר ותספק אותו למבוטח. במובנים רבים זוהי האפשרות הנוחה ביותר למבוטחים כיוון שהם אינם צריכים לנהל את התקציב בעצמם או להתקשר עם סוכן, אבל היא גם מאפשרת את המידה הפחותה ביותר של חופש.

מבוטחים יכולים להשתמש בכל שילוב של שיטות ניהול תקציב אלה. למשל, הם יכולים לנהל את התקציב שלהם באופן עצמאי אבל להתקשר עם סוכן כדי לרכוש את המכשיר, או כל שילוב אחר של שיטות המימון.

סוכנות ה-NDIA מנהלת רשימה של ספקים מוכרים ומאושרים. ספקים אלה עומדים בסטנדרטים של איכות, בטיחות והגנה על הפרטיות הנקבעים על ידי ממשלת אוסטרליה. הם גם מחויבים למחירי תקרה המפוקחים על ידי הסוכנות. כדי להיות תחרותיים מותר לספקים לגבות בעבור הספקת השירותים, כולל מכשירי שיקום וניידות, תשלום שהוא מתחת לתקרת המחיר המפוקח, אבל לא מעליה. ה-NDIA ממליצה להיצמד לרשימת הספקים המאושרים, אבל היא אינה מחייבת זאת אם המבוטח בוחר לנהל את התקציב בעצמו. התשלום לספקים יכול להתבצע בכמה דרכים: (1) ניכוי מן התקציב האישי, במקרה של ניהול סוכן או ניהול NDIA; (2) תשלום במערכת התשלומים באתר ה-NDIA, או תשלום כנגד הצגת קבלה במקרה של ניהול עצמי; (3) תשלום ישירות לספק, במקרה של ניהול עצמי.

החוק שעל פיו פועלת הסוכנות אינו מתייחס למכשירי שיקום וניידות באופן מפורש ואינו מספק הגדרה למכשירים אלה או רשימה ממצה של מכשירים מכוסים. במקום זאת, התקנות המצורפות לחוק קובעות רק כי על הסוכנות לספק מימון סביר בעבור כל אמצעי שנקבע כי הוא נחוץ להגשמת מטרות הטיפול (National Disability Insurance Scheme Act (Support) Rule, 2013 (for Participants)). עיקרון הסבירות והנחיצות (reasonable & necessary) הוא מעקרונות היסוד של החוק ושל

הסוכנות. היות שכך, לכאורה כל מכשיר שנקבע כי הוא נחוץ להגשמת מטרות הטיפול, ושהעלות שלו סבירה לפי המבחנים הקבועים בחוק עשוי להיות מכוסה על ידי הסוכנות. מסמכי העבודה של הסוכנות מקטלגים מכשירי שיקום וניידות לארבע רמות כדי לסייע הן בניהול המכשירים והן בקביעת רמת התקצוב הנחוצה:

- הרמה הראשונה כוללת מכשירים פשוטים וזולים הזמינים בדרך כלל לציבור הרחב, בין שנועדו מלכתחילה לשימוש של אנשים עם מוגבלות ובין שאלה מכשירים יום-יומיים שיש להם פונקציות המסייעות לאנשים עם מוגבלות. הרמה הזו כוללת, לדוגמה, סכו"ם מותאם לאנשים עם קשיים במוטוריקה עדינה, שעונים מדברים לאנשים כבדי ראייה ופעמוני דלת מאירים לאנשים כבדי שמיעה.
 - הרמה השנייה כוללת מכשירים בעלות נמוכה או בינונית המיועדים לסיוע לאנשים עם מוגבלות. מכשירים אלה זמינים לרכישה מוכנים לשימוש ("off the shelf") או זקוקים להתאמות מינימליות. ברמה זו כלולים, למשל, מעקות לייצוב בשעת הרחצה, רמפות נמוכות, ריהוט מותאם, ציוד אורתופדי פשוט ועזרים אלקטרוניים פשוטים.
 - הרמה השלישית כוללת מכשירים בעלי מאפיינים דומים לאלה שברמה השנייה, אבל דורשים התאמה מיוחדת לאדם או לסביבה שבה הם אמורים לפעול, או מכשירים בעלות בינונית עד גבוהה. ברמה זו כלולים, למשל, עזרים אלקטרוניים מורכבים לראייה, מנופים נייחים, התאמות הנדסיות מורכבות לסביבת המגורים או העבודה, כלי מיטה מיוחדים וכסאות גלגלים ממונעים ולא-ממונעים.
 - הרמה הרביעית כוללת את המכשירים המורכבים והיקרים ביותר, כמו כיסאות גלגלים ממונעים עם התאמות מיוחדות למבנה הגוף או לצרכים אחרים, תותבות מורכבות, שתלים קוקליאריים (שתלי שבלול), עזרי דיבור אלקטרוניים וכדומה.
- התוכנית האוסטרלית נמצאת בשלבי פריסה שצפויים להסתיים רק בשנת 2020. באמצע שנת 2018, דיווחה התוכנית על קרוב ל-200 אלף משתתפים באוסטרליה כולה, שהם פחות ממחצית כמות המשתתפים הצפויה לכשתסתיים פריסת התוכנית (NDIS, 2018). התלונה השכיחה ביותר של משתתפי התוכנית נוגעת לזמני ההמתנה הארוכים. דוח של מבקר המדינה האוסטרלי מצא שהתור לאישור תוכנית אישית, הדרוש לקבלת התקציב האישי, עשוי להגיע עד לתשעה חודשים באזורים מסוימים (Commonwealth Ombudsman, 2018). כמו כן ארגונים של אנשים עם מוגבלות חוששים שסגירת התוכניות המקומיות, טרם קבלת כל הזכאים לתוכנית הפדרלית, עשויה להותיר רבים מהם ללא הסיוע שלו הם זקוקים (Knaus, 2018).

4.2 אנגליה

חוק הטיפול (Care Act) משנת 2014 הטיל על רשויות מקומיות באנגליה את החובה לספק לתושביהן מעל גיל 18 שירותי טיפול ושיקום, לרבות מכשירי שיקום וניידות, וזאת על פי קריטריון לאומי אחיד. בין היתר, קבע החוק כי לרשויות המקומיות ישנה חובה לספק שירותים שמשפרים את יכולת התפקוד של תושביהן, ושמפחיתים את הפגיעה בתפקוד, או מעכבים או מונעים את ההידרדרות ביכולת התפקוד. כמו כן, חייב החוק את הרשויות המקומיות להעניק ייעוץ, תמיכה והכוונה בנושאים אלה (AgeUK, 2017; Care Act, 2014). לפני חוק הטיפול, קבעו הרשויות המקומיות בעצמן את הקריטריונים לקבלת סיוע, מה שיצר פערים גדולים בין רשויות מקומיות שונות. הקריטריונים לקבלת שירותים תחת חוק הטיפול הם (Care Act, 2014):

1. לאדם קושי הנובע מלקות פיזית או נפשית, או הקשור אליה.
 2. לאדם לקות המקשה עליו באופן ניכר (excessive difficulty) לבצע לפחות שתיים מתוך רשימה של פעולות יום-יומיות, כמו להתלבש, לקיים מערכות יחסים בין-אישיות ולהתנייד למקום העבודה או הלימודים וחזרה.
 3. הקושי הניכר לבצע פעולות אלה פוגע פגיעה משמעותית (significant impact) באיכות חייו של האדם. המדדים לאיכות חיים מפורטים בחוק, וכוללים, בין היתר, את היכולת לקיים אורח חיים עצמאי.
- אדם שעומד בקריטריונים מתחיל תהליך של בניית תוכנית טיפול אישית עם הרשות המקומית. במסגרת התהליך תתקיים, לרוב בביתו של האדם, הערכה של צרכיו, כולל הצורך שלו במכשירי שיקום וניידות (Woodin, Priestley, & Prideaux, 2009). בכל שלב של תהליך בניית התוכנית ניתן לפנות לוועדת הערר של הרשות המקומית. התוכנית האישית שנכתבת בסוף ההערכה מפרטת את הצרכים של האדם וכיצד ניתן לענות עליהם, ומקצה סכום כסף לצורך הטיפול. ברוב המקרים סכום הכסף ניתן ומנוהל כתקציב אישי. על אף הקצאת התקציב, השירותים תחת חוק הטיפול אינם ניתנים בחינם, ולפעמים נדרשת השתתפות עצמית. גובה ההשתתפות העצמית מותאם ליכולת הכלכלית של האדם (ANED, 2011; AgeUK, 2017).
- לפי פרטי התוכנית האישית, יתאפשר לאדם לרכוש את המכשיר מספק באמצעות התקציב האישי שלו. אופן הרכישה המדויק משתנה מרשות לרשות, ועשוי להתבצע על ידי שוברים (ואוצ'רים), כסף מזומן, קו אשראי או שיטות אחרות. במקרים מסוימים הרשות עשויה לרכוש את המכשיר בעצמה ולספק אותו. כך או כך, לאחר הרכישה, המכשיר יהיה שייך לאדם ויהיה בבעלותו ובאחריותו. רשויות מקומיות עשויות להפעיל בנוסף מערכת להשאלה או להשכרה של מכשור פשוט לפי הפניה מרופא, אולם המערכת הזו, אם קיימת, פועלת במקביל ואינה מבטלת את אפשרות הרכישה דרך תוכנית הטיפול האישית (AgeUK, 2017; ANED, 2011).

אנשים שהתוכנית האישית שלהם מפרטת צורך במכשירי שיקום וניידות, יכולים לקבל מכשירים ממגוון סוגים (AgeUK, 2017):

- מכשירים בתחום ההיגיינה והטואלטיקה
- מכשירים לבישול ואכילה
- מיטות ומכשירים לשינה
- כיסאות ופתרונות לשיבה
- מכשירים למניעת פציעות לחץ
- מנופים מסוגים שונים
- מכשירים מסוימים לניידות: מסגרות עמידה, הליכונים
- פתרונות לנגישות (רמפות ניידות)

⁴ רשימת הפעולות המלאה מופיעה באתר שירות הבריאות הלאומי הבריטי (<https://www.nhs.uk>).

לא כל סוגי המכשירים מכוסים על ידי חוק הטיפול. מכשירים כגון כיסאות גלגלים ממונעים ולא-ממונעים, מכשירים לראייה ולשמיעה, גפיים תותבות, מכשירים לתקשורת ועוד מכוסים על ידי שירות הבריאות הלאומי הבריטי.⁵ שירות הבריאות הלאומי מספק מכשירים לכל אדם ללא תלות בגיל, אולם קריטריון הזכאות המדויק נקבע באופן מקומי על ידי הרשות המקומית ולכן משתנה בהתאם למקום המגורים של האדם. אדם הזקוק למכשיר שיקום וניידות מופנה על ידי בית חולים להערכת צרכים ותפקוד במרכז מקומי של שירות הבריאות הלאומי, שם נבדקת זכאותו לפי הקריטריון המקומי. אם נמצא זכאי הוא מתחיל תהליך, שמטרתו להעריך את היקף מוגבלות התפקוד של האדם ולקבוע איזה מכשיר עשוי לסייע לצרכיו. ההערכה מבוצעת על ידי רופאים, מרפאים בעיסוק או פיזיותרפיסטים, וכן מהנדסי שיקום (המתמחים בהתאמה אישית פיזית או מכנית של מכשירי שיקום וניידות). ההערכה מביאה בחשבון את הצרכים הפיזיים והחברתיים של אדם, אבל גם את סביבת המחיה שלו ואת רצונותיו.

מכשירים המסופקים על ידי שירות הבריאות הלאומי הם ללא עלות, לרוב בהשאלה ארוכת טווח. נוסף על כך, כל השירותים הנלווים, כמו תיקון או תחזוקה, מסופקים גם הם ללא עלות. במקרים מיוחדים נדרשת השתתפות עצמית. במקרה של כיסאות גלגלים, ישנה אפשרות של שותפות בבעלות על הכיסא, במסגרתה אדם מקבל תלוש לרכישת כיסא מספק מורשה. התלוש מכסה את עלותו של הכיסא ששירות הבריאות היה רוכש בעבורו, אבל האדם יכול להוסיף כסף ולרכוש כיסא בסטנדרט גבוה יותר. במקרים אלה המכשיר יהיה בבעלות שירות הבריאות הלאומי ושירותי התיקון והתחזוקה עדיין יהיו מכוסים על ידו. לחלופין, יש אפשרות לקבל תלוש לרכישת כיסא באופן עצמאי מכל ספק שהאדם בוחר, גם אם אינו מורשה. במקרה כזה, הכיסא נמצא לגמרי בבעלותו של הרוכש, ועלויות התיקון והאחזקה לא מכוסות על ידי שירות הבריאות הלאומי.

כאמור במסגרת חוק הטיפול, הרשויות חייבות לספק ייעוץ והכוונה למי שמבקש, ואף ליזום פנייה לאדם שידוע להן כי הוא חווה קושי בתפקוד שלא מקבל מענה. כמו כן, יש עמותות, ארגונים של אנשים עם מוגבלות וארגוני צדקה המספקים הכוונה וייעוץ בנושא מכשירי שיקום וניידות ברחבי אנגליה.

המערכות תחת חוק הטיפול והמערכות תחת שירות הבריאות הלאומי הבריטי סופגות ביקורת על זמני המתנה ארוכים, הן בשלב ההערכה והן בשלב הספקת המכשירים. זמני המתנה לכיסאות גלגלים משירות הבריאות ארוכים במיוחד, ואנשים רבים מפתחים בעיות בריאות משניות בזמן שהם ממתינים לכיסא גלגלים. שירות הבריאות הלאומי סופג בנוסף ביקורת על כך שכיסאות הגלגלים המסופקים באמצעותו אינם מתאימים ואינם עונים על צורכיהם של המשתמשים (AgeUK, 2017).

4.3 ארצות הברית

בארצות הברית ישנו מערך של תוכניות להספקת מכשירי שיקום וניידות הפועלות בכל אחת מחמישים המדינות. רבות מן התוכניות האלה מתוקצבות לפחות חלקית על ידי הממשל הפדרלי האמריקני, אולם מלבד זאת הן חולקות מעט מאפיינים משותפים. מגבלות הסקירה הנוכחית אינן מאפשרות סיקור ממצה של מאפייני התוכניות בכל מדינה. כדי להימנע מבחירה שרירותית במדינות

⁵ מידע על המכשירים שמספקת מערכת הבריאות הבריטית נלקח מאתר שירות הבריאות הלאומי הבריטי, כמוזכר לעיל, או מאתר תוכנית השיקום בניידות שמפעיל שירות הבריאות הלאומי הבריטי: <http://www.motability.co.uk/>

מסוימות אשר לא יציגו נאמנה את מנעד השירותים הקיימים בארה"ב, הוחלט לסקור את מאפייניה של המערכת הפדרלית, המאפשרת ברוב המקרים את התוכניות ברמת המדינה. לצד זאת, יש לזכור כי מדינות רבות מפעילות מערכת עצמאית להספקת מכשירי שיקום וניידות ללא תלות במערכת הפדרלית.

חוקים פדרליים אחדים השפיעו על הגישה של אנשים עם מוגבלות בארצות הברית לטכנולוגיית שיקום ולמכשירי שיקום וניידות. אחד הבולטים שבהם הוא חוק השיקום (Rehabilitation Act)⁶ משנת 1973. בין היתר, החוק מחייב את מדינות ארצות הברית להכין תוכניות שיקום לאנשים עם מוגבלות וכן מחייב את הממשל הפדרלי לתקצב אותן. התקצוב אינו משמש במישרין לרכישה של מכשירי שיקום וניידות אלא מיועד להפעלה של תוכניות ברמת המדינה. עם זאת, החוק אפשר לראשונה גישה של אנשים עם מוגבלות ברחבי ארצות הברית לשירותי שיקום שבהם נכללים גם מכשירי השיקום והניידות (Rehabilitation Act of 1973). כמו כן, בעקבות החוק הוקם המנהל לשירותי שיקום (Rehabilitation Services Administration)⁷ - מנהל פדרלי הפועל במסגרת מחלקת⁸ החינוך הפדרלית - והיא מן הגורמים המתקצבים העיקריים של תוכניות פדרליות ומדינתיות להספקת שירותי שיקום בארצות הברית, בהם מכשירי שיקום וניידות.

החוק השני שלו השפעה מכרעת על התחום הוא חוק טכנולוגיה מסייעת (Assistive Technology Act) משנת 1988. במסגרת החוק הוקמו תוכניות מתוקצבות בכספים פדרליים לעידוד השימוש במכשירי שיקום וניידות בכל מדינות ארצות הברית (Assistive Technology Act of 1988). בשנת 2004 קיבל הקונגרס האמריקני חוק טכנולוגיה מסייעת חדש שהחליף את החוקים הקודמים והקצה כספים פדרליים ישירות לרכישה, להספקה, לשימוש או לתחזוקה של מכשירי שיקום וניידות, ולא רק לעידוד השימוש בהם (Assistive Technology Act of 2004).

בתוך כך, החוק משנת 2004 סיפק הגדרות חדשות ועדכניות למה נחשב טכנולוגיה מסייעת, מכשיר שיקום וניידות ושירותי שיקום. על פי החוק, טכנולוגיה מסייעת (assistive technology) היא טכנולוגיה המשמשת במסגרת שירותי שיקום או כמכשיר שיקום וניידות. מכשיר שיקום וניידות (assistive technology device) הוא כל אמצעי המשמש להגברה, לשימור או לשיפור יכולות תפקוד (functional capabilities) של אנשים עם מוגבלות. שירותי שיקום (assistive technology service) הוא כל שירות המסייע לאדם עם מוגבלות לבחור, לרכוש או להשתמש במכשירי שיקום וניידות. שירותים כאלה כוללים שירותי הערכה והתאמה, שירותי השאלה או השכרה של מכשירי שיקום וניידות, שירותי ליווי, שירותי הכשרה והדרכה בשימוש במכשירים וכדומה. כל השירותים האלה עשויים להיות מתוקצבים על ידי החוק. יחד עם זאת, חשוב להבהיר כי החוק אינו כולל מנגנון פדרלי לתקצוב ולתמיכה ישירה באנשים עם מוגבלות. התמיכות מועברות כאמור דרך תוכניות במדינות השונות, ולכן הגישה של כל אדם עם מוגבלות למכשירי שיקום וניידות עשויה להשתנות בהתאם לחוקים ולתקנות במדינה שבה הוא מתגורר.

אנשים עם מוגבלות עוברים בדרך כלל תהליך ארוך שכולל פנייה לכמה גופים וארגונים מתקצבים לפני שנמצא בעבורם מימון לקבלת מכשירי שיקום וניידות. התהליך משתנה מארגון לארגון וממדינה למדינה. וולאס (Wallace, 2011) תיאר כמה אבני יסוד שמשותפות לרוב המדינות:

⁶ <https://www.doleta.gov/disability/laws-regulations/rehabilitation-act>

⁷ <https://www2.ed.gov/about/offices/list/osers/rsa/index.html>

⁸ מחלקה (department) היא השם שניתן לאחד ממשרדי הממשל הפדרלי.

א. השגת מסמכים מאנשי מקצוע, כמו פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק, אנשי סיעוד וכדומה, המתעדים ומתארים את קשיי התפקוד שהאדם חווה ואת התועלות שעשויות לצמוח לו משימוש במכשיר שיקום וניידות. מסמכים רפואיים עשויים להידרש בשלבים מאוחרים יותר של התהליך, וכמה תוכניות מחייבות אישור חתום על ידי רופא לצורך הספקה של מכשירים מסוגים מסוימים.

ב. זיהוי ומיפוי האפשרויות למימון המכשירים שלהם זקוק האדם. לאחר השגת המסמכים, האדם אוסף מידע על סוגי המכשירים שעשויים להתאים לו, על מחירם, על אופן השגתם ועל הארגונים, התוכניות או הגופים המתקצבים שעשויים לסייע במימון או בהספקה של אותם מכשירים. לרוב נעזר האדם בארגוני צדקה, בארגונים של אנשים עם מוגבלות או במרכזים לחיים עצמאיים (centers for independent living).⁹ להלן כמה דוגמאות לאפשרויות מימון בולטות הזמינות ברוב המדינות בארצות הברית:

- תוכניות תמיכה באנשים עם מוגבלות המתוקצבות לפחות חלקית בכספים פדרליים. תוכניות אלה אמורות לאפשר גישה למכשירי שיקום וניידות, אולם הקריטריונים לזכאות, היקף המימון, סוגי המכשירים המכוסים ומאפיינים נוספים משתנים ממדינה למדינה ואף לפעמים בין מחוזות שונים בתוך אותה המדינה.

- מדיקייד¹⁰ (Medicaid) ומדיקר¹¹ (Medicare): תוכניות ביטוח בשותפות פדרלית ומקומית למתן שירותי בריאות לאנשים עם הכנסה נמוכה (מדיקייד) ולאנשים בני 65 ויותר (מדיקר); אנשים עם מחלות ניווניות מסוימות, כמו ALS, גם הם מכוסים על ידי מדיקר). הכיסוי דרך מדיקר הוא מוגבל וכולל בדרך כלל השתתפות חלקית בלבד בעלותם של מכשירי שיקום וניידות או שירותי שיקום. הכיסוי דרך מדיקייד הוא נרחב בהרבה ומחייב כיסוי של כל צורך רפואי המוגדר חיוני, כולל קבלת מימון מלא או קרוב למלא של מכשירי שיקום וניידות או שירותי שיקום. תוכניות-בת בשם Medicaid Waiver¹², המכסות שירותים נוספים, מאפשרות למבוטחי התוכנית לקבל מכשירי שיקום וניידות שלא נכללים בהגדרה הפדרלית הצרה של התוכנית. כמו כן, ילדים מתחת לגיל 21 המבוטחים במדיקייד מקבלים מכשירי שיקום וניידות במימון מלא. יחד עם זאת, מדיקייד היא כאמור שותפות בין הממשל הפדרלי ובין כל מדינה בנפרד. הקריטריונים לכניסה לתוכנית והתבחינים המגדירים מהו צורך רפואי חיוני המזכה במימון למכשיר שיקום וניידות עשויים להשתנות ממדינה למדינה.

- גופים ציבוריים-ממשלתיים המספקים מכשירים לאוכלוסיות מסוימות: בין גופים אלה ניתן למנות את **Office of Special Education and Rehabilitative Services**, המתקצב שירותי שיקום והספקה של מכשירי שיקום וניידות במדינות השונות בעבור ילדים עם מוגבלות עד גיל 21 לצורך רכישת השכלה; **Veterans Administration** המספק ללא עלות מכשירי שיקום וניידות לחיילים אשר מוגבלותם התפתחה במהלך שירותם הצבאי, על פי קריטריונים שונים; ו-**American Social Security** המעניק תמיכה בעיקר באמצעות קצבאות לאנשים שמוגבלותם מונעת מהם להשתתף

⁹ מרכזים לחיים עצמאיים היא רשת של מרכזי מידע וסיוע הפרוסה לאורכה ולרוחבה של ארצות הברית ומספקת מידע, סיוע, ליווי, הכשרה והכוונה לאנשים עם מוגבלות בכל הקשור לחיים עצמאיים בקהילה. הרשת ממומנת באופן חלקי בכספים פדרליים באמצעות חוק השיקום.

<https://acl.gov/programs/aging-and-disability-networks/centers-independent-living>

¹⁰ <https://www.medicaid.gov/>

¹¹ <https://www.medicare.gov/>

¹² <http://medicaidwaiver.org/>

בשוק העבודה, לאנשים שרכשו את מוגבלותם לפני גיל 22 ולאנשים שתלויים (dependent) במקבלי תמיכה מן הביטוח הלאומי. כמו כן גוף זה מפעיל תוכניות אחדות אשר בתנאים מסוימים ניתן לקבל דרכן מכשירי שיקום וניידות ככל שאלה חיוניים להשתלבות בשוק העבודה.

- **ביטוח פרטי:** חלק גדול מן האוכלוסייה האמריקנית מבוטח בביטוח בריאות פרטי. על פי תנאי הביטוח, היקף הכיסוי והוראות הממונה על הביטוח (insurance commissioner) באותה מדינה - חלק מן הביטוחים מאפשרים קבלת מימון מלא או חלקי בעבור רכישת מכשירי שיקום וניידות.

- **ארגוני צדקה:** ארגוני צדקה ברחבי ארצות הברית מפעילים לפעמים שירותי השאלה או השכרה בעלות נמוכה של מכשירי שיקום וניידות, לרוב מכשירים פשוטים יחסית.

ג. **הגשת בקשה למימון.** על פי רוב, ראשית ייבחנו האפשרויות של השאלה או השכרה בעלות נמוכה דרך ארגוני צדקה, הספקה דרך מערכת החינוך (בעבור ילדים) או מימון באמצעות ביטוח פרטי. אם אלה לא צלחו, התהליך יתועד במסמכים כדי להראות שמוצו כל האפשרויות בטרם הפנייה למימון ציבורי. לאחר מכן נעשית פנייה לסוכנויות ולארגונים ציבוריים וממשלתיים לצורך השגת מימון. בדרך כלל נעשית פנייה במקביל לכמה ארגונים. בשלב זה יש לרוב צורך בסיוע צמוד של אנשי מקצוע המתמצאים במערכת האמריקנית, המסייעים באיסוף מסמכים, בהגשת הבקשות ובהתקשרות עם הסוכנויות הממשלתיות השונות. שלב זה עשוי לקחת זמן רב ולדרוש שלבי ביניים רבים של הגשת מסמכים ובקשות, במיוחד כאשר מדובר במכשירים יקרים. חלק מן התהליך כולל לפעמים משא ומתן על תנאי המימון בין האדם ונציגיו ובין הגורם המתקצב. אם הבקשה לא אושרה, לרוב ישנה אפשרות ערעור ובמסגרתה אפשר לספק פרטים נוספים או להבהיר אי-הבנות שהביאו לפסילת הבקשה. גם אם הערעור נדחה, ניתן ברוב המקרים להמשיך בתהליך מול גופים מתקצבים אחרים באופן בלתי תלוי.

ד. **קבלת המימון ורכישת המכשיר.** עם קבלת אישור סופי, תינתן גם הודעה בנוגע לתנאי המימון - תנאים שעל מגיש הבקשה להבין בטרם יוכל לקבל את המכשיר. המימון עשוי להיות מלא או חלקי. במקרה של מימון חלקי, לרוב יש צורך למצוא מקורות נוספים להשלמת המימון, מקורות שעשויים להיות ציבוריים/ממשלתיים, פילנתרופיים או פרטיים. נוסף לכך, בחלק מן המקרים הגורם המתקצב ירכוש את המכשיר בעצמו ויספק אותו לאדם. במקרים אחרים הגורם המתקצב יקצה כספים או תלושים, יפתח קו אשראי לצורך רכישת המכשיר, או יספק החזר כספי לאחר רכישת המכשיר. במקרים מסוימים מאושרת רק הלוואה בתנאים נוחים יחסית לצורך רכישת המכשיר, שאתה יש כמובן להחזיר.

קשה למצוא נתונים על שימוש במכשירי שיקום וניידות או על מימוןם של מכשירים אלה בארצות הברית. וולאס (Wallace, 2011) טוען שהמערכת האמריקנית המבוזרת מקשה על אנשים עם מוגבלות, במיוחד על אנשים נטולי אמצעים כלכליים עצמאיים, לקבל את המכשירים שלהם הם זקוקים. הוא מוסיף ומדגיש את מקומם החשוב של אנשי מקצועות השיקום, של מועצות להגנת צרכנים, של ספקי מכשירים, של סוכנויות ייעוץ ושל גורמים נוספים במתן סיוע לתושבים בהתנהלות עם המערכת ובמיצוי זכויותיהם.

4.4 דנמרק¹³

עקרון מרכזי במדיניות הרווחה הדנית הוא עקרון האחריות המגזרית (sector responsibility), הגורס כי המגזר שבו מתגלה צורך אחראי למימון הפתרונות ולהספקתם. כך לדוגמה, במקרים שבהם יש לבצע התאמות או לספק מכשירים כך שאנשים עם מוגבלות יוכלו לרכוש השכלה, אחראים מוסדות הלימוד ומערכת החינוך לפתרונות אלה. כך גם במערכת הבריאות ובעולם התעסוקה. בעבור כל המקרים האחרים, אחראיות הרשויות המקומיות למימון ולהספקה של מכשירי שיקום וניידות. למעשה, המדיניות בנוגע לאנשים עם מוגבלות נקבעת בדנמרק באופן ריכוזי על ידי הפרלמנט הדני יחד עם המשרדים הממשלתיים הרלוונטיים, לרוב המשרד לשירותים חברתיים ומשרד הפנים. אולם הגורם האחראי להוצאת המדיניות אל הפועל, לרבות הספקה של מכשירי שיקום וניידות, הן הרשויות המקומיות.

לפי חוק השירותים החברתיים (Social Service Act), הרשות המקומית אחראית להספקת המכשירים לאנשים עם מוגבלות פיזית או שכלית קבועה וממושכת, כאשר הטכנולוגיה נועדה לצמצם את ההשפעות ארוכות הטווח של המוגבלות, להקל על חיי היום-יום של האדם עם מוגבלות, או לאפשר לו להשתלב בשוק התעסוקה (Bengtsson, 2018; NUH, 2007). המכשירים מסופקים לאנשים בכל גיל החיים בקהילה או במוסדות¹⁴ ללא הבדל. המימון אינו תלוי בהכנסה, ברכוש או בכיסוי ביטוחי מסוים וניתן באופן שווה לכל מי שעומד בקריטריונים המנויים לעיל (NUH, 2007).

תהליך אישור קבלת המכשיר מורכב מכמה שלבים:

1. פנייה ראשונית: יכולה להתקבל מן התושב עצמו, מקרוב משפחה או מרופא מומחה (לפי סוג המוגבלות של התושב). בכל מקרה, הרשות המקומית מחויבת לספק ייעוץ לתושב עם קבלת הפנייה.
2. איסוף מידע ובדיקה: פתיחת תיק ברשות המקומית. מידע על המוגבלות של התושב נאסף באמצעות שיחה בין התושב לפקיד המנהל את התיק. מידע נוסף עשוי להיאסף מן התיק הרפואי של התושב. לעיתים תערך בחינה של הסביבה שבה ייעשה שימוש במכשיר.
3. הערכה ובחינה: מנהל התיק מנתח את המידע תוך הסתכלות על מכלול נסיבות חייו של התושב. הוא מציע לתושב פתרונות בהתחשב ברצונותיו ובהתאם למדיניות הרשות. התהליך מתבצע יחד עם התושב.
4. בחירת הטכנולוגיה: על בסיס ההערכה נקבעות הדרישות הספציפיות מן המכשיר. מנהל התיק מסייע לאתר את המכשירים המתאימים ביותר הקיימים בשוק. אם יש כמה אפשרויות, הרשות תבחר במכשיר המתאים והזמין הזול ביותר.
5. התאמה אישית והדרכה לשימוש נכון: לאחר קבלת המכשיר ובדיקתו בסביבה שבה מתכוון התושב להשתמש בו, מציעה הרשות המקומית התאמות אישיות נחוצות ו/או הדרכות לשימוש נכון במכשיר.

¹³ מרבית המידע על התוכנית הדנית הופק מאתר המועצה הלאומית לשירותים חברתיים: <https://socialstyrelsen.dk/>, ותורגם בעת הצורך, כאמור, באמצעות שירות Google Translate. היכן שנעשה שימוש במקורות נוספים, אלה צוינו.

¹⁴ מכשירים לשימוש קולקטיבי של אנשים החיים במוסדות או הסדרים מיוחדים אחרים, כמו התאמות לנגישות וכדומה, מסופקים על ידי המוסדות עצמם.

6. מעקב והדרכה: מתקיימת בקרה בפרקי זמן קבועים כדי לאמוד את שביעות הרצון של התושב וכדי לעקוב אחר שינויים במצבו. מומלץ לעשות בקרה זו פנים-אל-פנים, אולם היא לרוב מתבצעת טלפונית.

בכל שלב, התושב רשאי להגיש ערעור לוועדת הערר של המשרד לשירותים חברתיים באזור מגוריו.

החוק הדני אינו מציע רשימה סגורה ומחייבת של מכשירים המכוסים תחתיו. במקום זאת, הוא מסווג מכשירים לשלוש קטגוריות (NUH, 2007):

- ריהוט (מכשירים שאינם כלולים בשירות): מוצרים יום-יומיים למשק הבית, כגון כיסאות, שולחנות, מיטות, טלפונים וטלוויזיות.
- מוצרי צריכה: מוצרים הזמינים לרכישה בידי הציבור הרחב, כגון מחשבים ניידים המותאמים לצורכיהם של משתמשים עם מוגבלות.
- טכנולוגיה מסייעת:

□ טכנולוגיה מסייעת המותאמת אישית למשתמש, כגון כיסאות גלגלים עם התאמות למבנה הגוף, ציוד אורתופדי ומכשירים לראייה או לשמיעה.

□ טכנולוגיה מסייעת "סטנדרטית", כלומר שאינה מותאמת אישית למשתמש.

הרשויות המקומיות אחראיות לסיווג המכשירים לקטגוריות הללו. בעבור מכשירים המסווגים כריהוט אין מימון. מכשירים המסווגים כמוצרי צריכה ממומנים בשיעור של 50% מגובה עלות המכשיר, ולאחר הרכישה המוצר שייך למשתמש. בעבור טכנולוגיה מסייעת ישנו מימון מלא, המכשיר נרכש בעבור המשתמש ומושאל לו לכל פרק הזמן שהוא זקוק לו. אין תקרה או הגבלה כלשהי על עלותו של המכשיר, אולם המימון ניתן בעבור המכשיר הזמין הזול ביותר שנותן מענה לצרכים. הרשויות המקומיות אינן רשאיות לסרב לספק מכשיר בטענה של היעדר תקציב, גם אם עלותו של המכשיר גבוהה (NHU, 2007).¹⁵

בדנמרק אין מנגנון מרכזי לרכישה ולהספקה של מכשירי שיקום וניידות. המכשירים נרכשים בנפרד על ידי הרשויות המקומיות. רשויות יכולות להתאגד ולרכוש מכשירים במרוכז, אולם בין אם מדובר ברשות אחת או בהתאגדות של רשויות - ישנה נטייה בקרב הרשויות לעבוד בדרך כלל עם רשימה מצומצמת של ספקים, לפעמים אף עם ספק בודד. משתמש רשאי לבקש לרכוש את המכשיר מספק אשר הרשות אינה עובדת עימו. לאחר קבלת אישור, המשתמש ירכוש את המכשיר מן הספק הנבחר על ידו ויקבל החזר מן הרשות המקומית. לא ניתן החזר בעבור מכשיר שנרכש לפני קבלת אישור. במקרה של רכישה מספק שנבחר על ידי המשתמש, הוא רשאי לרכוש מכשיר יקר יותר, אבל עליו לשלם את הפרש המחירים בעצמו. נוסף לכך, רשויות לפעמים מנהלות מחסנים המציעים השאלה של מכשירים משומשים (NUH, 2007).

שחקן מרכזי נוסף בתחום היא המועצה הלאומית לשירותים חברתיים (The National Board of Social Services). המועצה היא סוכנות ממשלתית תחת המשרד לשירותים חברתיים האחראית ליישום החקיקה בתחום השירותים החברתיים, לרבות שירותים לאנשים עם מוגבלות. היא מציעה כלים לרשויות המקומיות כמו מאגר נתונים ומידע על מכשירים, המלצות להתקשרות עם ספקים, מידע על הסטנדרט והתקינה הרלוונטיים בנוגע למכשירי שיקום וניידות, לכלים להערכה, למדידה ובקרה ועוד. כמו כן

¹⁵ מידע בתחום המימון וכן בתחום הרכישה של המכשירים להלן נלקח מאתר המידע הדני על טכנולוגיה מסייעת: <https://hmi-basen.dk/en/indexdk.asp>

מנהלת המועצה רשת מקצועית לאנשי מקצוע בתחום. בדנמרק פועלים מרכזים אזוריים לטכנולוגיה מסייעת, שלפעמים מופעלים על ידי הרשויות המקומיות עצמן. תפקידם של המרכזים הוא לייצג לרשויות המקומיות בסוגיות הקשורות למכשירי שיקום וניידות ולטכנולוגיה מסייעת (NUH, 2007).

הזדקנות האוכלוסייה בדנמרק מציבה אתגרים משמעותיים בתחום. ככל שמכשירי שיקום וניידות נעשים שכיחים יותר ומתוחכמים יותר עם התפתחות הטכנולוגיה, יש חשש שבעתיד לא תעמוד המדינה בעלות מימון. כמו כן, היום מסווגים יותר מכשירים מבעבר כריהוט ולכן למעשה אין בעבורם מימון. נוסף לכך, סקר שבוצע בדנמרק מצביע על כך שמשתמשים רבים מחזיקים בעמדות שליליות כלפי מנהלי התיקים ברשויות המקומיות, אשר נתפסים כחסרי ידע מספק בתחום. עוד עלה שמשותפים רבים אינם מרגישים שקולם נשמע בתהליך, במיוחד סביב סוגיות של התאמת המכשירים (Bengtsson, 2018).

4.5 קנדה¹⁶

קנדה היא מדינה פדרלית של עשר פרובינציות ושלוש טריטוריות. שיטת הממשל הקנדית היא מבוססת והשלטון הפדרלי המרכזי מאפשר לפרובינציות ולטריטוריות עצמאות רבה בניהול ענייניהן הפנימיים, לרבות בכל מה שנוגע להספקת שירותים לאנשים עם מוגבלות. הממשל הפדרלי מקיים תוכניות להספקת מכשירי שיקום וניידות לחיילים בשירות פעיל ולחיילים משוחררים מן הצבא הקנדי, לאסירים, לסטודנטים, למהגרים, לפליטים ולאנשים בתהליך התאזרחות ולאוכלוסיית "האומות הראשונות"¹⁷ בקנדה בלבד. למעט אוכלוסיות אלה, הפרובינציות והטריטוריות אחראיות באופן מלא לחקיקה, לפיתוח ולהפעלה של התוכניות להספקת מכשירי שיקום וניידות לאנשים עם מוגבלות שהם אזרחיהן. לפיכך, ישנה שונות גדולה בתחום בין הפרובינציות או הטריטוריות וקשה לשרטט את קווי המתאר של מנגנון הספקת מכשירי השיקום וניידות ברמה הלאומית. הסקירה שלהלן תנסה בכל זאת להצביע על המאפיינים המשותפים, והיכן שיש חריגות משמעותיות אלה יצוינו.

ברוב הפרובינציות, קריטריון הזכאות מחייב שאדם הפונה לקבלת מכשירי שיקום וניידות יהיה תושב הפרובינציה ומבוטח בביטוח הבריאות הממלכתי של אותה פרובינציה, ושיופנה על ידי רופא או איש מקצוע מוסמך אחר, על פי דרישות התוכנית. בטריטוריות, שבהן האוכלוסייה היא בדרך כלל בעלת מאפיינים ייחודיים, ישנם לרוב קריטריונים נוספים. למשל, בטריטוריית יוקון שבה האוכלוסייה היא ארעית ברובה, אחד הקריטריונים לזכאות הוא שהות מינימלית של 183 ימים לא-רציפים בשנה קלנדרית

¹⁶ המידע על התוכניות בפרובינציות ובטריטוריות הקנדיות נאסף מאתרי האינטרנט של משרדי הממשלה הרלוונטיים. אלברטה: www.health.alberta.ca; קולומביה הבריטית: <http://www2.gov.bc.ca>; מניטובה: <http://www.gov.mb.ca>; ססקצ'וואן: <http://www.saskatchewan.ca>; קוויבק: <http://www.quebec.ca/en/health/>; אי הנסיך אדוארד: <http://www.princeedwardisland.ca>; אונטריו: <http://www.ontario.ca>. המידע בנוגע למכשירי שיקום וניידות באתרי האינטרנט של הפרובינציות נובה סקוטיה (<http://www.novascotia.ca>) וניו ברונזוויק (<http://www2.gnb.ca>) הוא חלקי. כמו כן, באתרי האינטרנט של הטריטוריות יוקון, נונאוט והטריטוריות הצפון-מערביות לא נמצא כל מידע על אודות מכשירי שיקום וניידות. המידע בנוגע לחלקים אלה של קנדה הושלם באמצעות מחקרם המקיף של שרייבר ושות' (Schreiber et al., 2017).

¹⁷ "האומות הראשונות" (First Nations) הם האוכלוסייה הילידית של קנדה החיה מדרום לחוג הארקטי. אוכלוסיות ילידיות אחרות, במיוחד האוכלוסייה האינדיאנית ("אסקימואים") המתגוררת מצפון לחוג הארקטי, מקבלות שירותים, לרבות מכשירי שיקום וניידות, מן הפרובינציות ומן הטריטוריות שבהן הן מתגוררות.

בטריטוריה. כמו כן, בחלק מן הפרובינציות, התוכניות להספקת מכשירי שיקום וניידות הן בבחינת "מוצא אחרון", ולכן אדם נדרש להוכיח שאין לו אפשרות אחרת לממן את המכשירים. קריטריון כזה בולט מאוד במערך התוכניות של פרובינציית קולומביה הבריטית, שם אדם נדרש להראות כי אין לו נכסים עצמאיים, ביטוח בריאות פרטי או תמיכה ציבורית אחרת שתאפשר לו לממן את המכשירים שלהם הוא זקוק - ולפיכך הוא נזקק למימון ציבורי.

ההפניה מן הגורם המוסמך אמורה ברוב המקרים לכלול המלצה על מכשיר מסוים שהאדם זקוק לו, ולהישלח ישירות בצירוף מסמכים נדרשים אחרים לתוכנית המתאימה לאדם ולצרכיו. לאחר קבלת ההפניה מתחיל תהליך הערכה שמטרתו לברר באיזו מידה הקשיים שחוה האדם נובעים מבעיה רפואית, והאם מכשיר השיקום והניידות המוצע אכן יקל על קשיים אלה. במקרה הצורך, המבקש יופנה לאנשי מקצוע מומחים. למשל, בפרובינציית אלברטה נדרשת הערכה של רופא המתמחה במערכת הנשימה לצורך קבלת מכשיר בתחום זה. בסיום ההערכה נמסרת החלטה. אם היא שלילית, ניתן לערער עליה לוועדת ערר פרובינציאלית או טריטוריאלית. אם היא חיובית, המכשיר מסופק בהתאם למודל ההספקה והמימון שבה משתמשת אותה תוכנית.

כמו בכל ההיבטים האחרים, גם בתחום המימון וההספקה ישנה שונות רבה בין התוכניות בפרובינציות ובטריטוריות השונות, אולם מן הסקירה עולה כי ניתן לקבצן לארבעה מודלים נפוצים:

- **מימון מלא:** הפרובינציה או הטריטוריה מממנת את המכשיר מימון מלא, לרוב כולל שירותים נלווים (ביצוע התאמות, רכישת סוללות, תיקון והחלפה). לרוב, מימון ניתן בעבור המכשיר הזול ביותר העונה על הצרכים. רוב התוכניות הפדרליות משתמשות בשיטת מימון זו. ברמת הפרובינציות והטריטוריות, שיטת מימון זו נפוצה פחות ובדרך כלל קיימת בתור מסלול למיעוטי יכולת כלכלית בלבד.
- **מימון עד לתקרה:** מכשירי שיקום וניידות ממומנים עד לגובה תקרה זהה וקבועה לכל המשתתפים. שיטת מימון זו נפוצה בתוכניות ייעודיות לאוכלוסיות מיוחדות או למטרות מוגדרות. כך לדוגמה, בפרובינציית אונטריו פועלת תוכנית לשילוב אנשים עם מוגבלות בהשכלה הגבוהה, המעניקה תמיכה עד לסכום קבוע בשנה אקדמית לצורך ביצוע התאמות ורכישת ציוד ומכשירים שנדרשים לאנשים עם מוגבלות המעוניינים להשתלב בלימודים גבוהים.
- **השתתפות עצמית:** בשיטה זו, ניתן מימון עד לגובה אחוז מסוים מעלות המכשיר, ואת היתר משלם מקבל המכשיר בעצמו. זוהי שיטת המימון הנפוצה ביותר בתוכניות שאותרו. לא בכל התוכניות מפורסם גובה ההשתתפות העצמית במסמכים הפומביים. באלה שכן מפורסם, גובה המימון נע בדרך כלל בין 75%-80% מעלות המכשיר, וגובה ההשתתפות העצמית הוא 20%-25% מגובה עלות המכשיר או תקרה של כמה מאות דולרים קנדים. משמעות התקרה היא שאם המכשיר יקר במיוחד, מקבל המכשיר בכל מקרה לא ישלם מעבר לתקרה הדולרית גם אם היא נמוכה מגובה אחוז ההשתתפות העצמית הנהוגה בתוכנית.
- **השאלה/השכרה:** בשיטה זו, התוכנית מחזיקה, לרוב יחד עם גורם שלישי כמו עמותה או ארגון צדקה, מאגר של מכשירי שיקום וניידות. מי שנמצא מן המאגר בעלות נמוכה. המכשירים אינם חדשים אלא משומשים, אולם אם המכשיר שאדם זקוק לו אינו זמין, בין אם כל המכשירים מאותו סוג מושכרים או מושאלים ובין אם התוכנית מעולם לא החזיקה מכשירים מן הסוג הזה, מכשיר חדש ירכש בשבילו. השיטה נפוצה במיוחד להספקה של מכשירי ניידות פשוטים, כמו הליכונים או כיסאות גלגלים לא ממונעים.

יש לציין כי מודלים אלה עשויים להופיע בתוכניות שונות בתוך אותה פרובינציה או טריטוריה, ולפעמים אף במסגרת מסלולים שונים בתוך אותה תוכנית. כמו כן, בכל מקרה שבו מתבצעת רכישה של מכשיר חדש, זו מתבצעת רק מול ספקים מאושרים מתוך רשימה המנוהלת על ידי משרדי הבריאות או הרווחה של כל פרובינציה או טריטוריה בנפרד.

שונות גדולה ישנה גם בכל הנוגע לסוגי המכשירים שמספקת כל פרובינציה וטריטוריה. העובדה כי כל פרובינציה או טריטוריה עשויה להפעיל כמה תוכניות מקבילות וכן כי לא כל תוכנית מפרסמת רשימה סגורה של מכשירים, מקשה על גיבוש רשימה ממצה של המכשירים המכוסים בקנדה. יחד עם זאת, נראה שמכשירי ניידות מכוסים על ידי הרוב המוחלט של הפרובינציות והטריטוריות. הכוונה למכשירים כמו הליכונים, מקלות הליכה, כיסאות גלגלים ובמקרים מסוימים גם כיסאות גלגלים ממונעים וקלנועיות. גם מכשירים הקשורים לפעולות בסיסיות של תפקודי יום-יום (מכשירים לסיוע ברחצה, בשימוש בשירותים, באכילה וכדומה) מכוסים על ידי הרוב המוחלט של התוכניות. בקשר לכל סוגי המכשירים האחרים, ישנה כאמור שונות רבה. מרבית הפרובינציות והטריטוריות מכסות מכשירים בתחום התקשורת, הראייה והשמיעה ולעיתים גם שליטה בסביבה (דלתות אוטומטיות, מכשירים המופעלים בקול וכדומה), אם כי בנוגע למכשירים אלה ישנה שונות גדולה בסוג המכשירים ובהיקף המימון הזמין. מכשירים המסייעים לאנשים עם מוגבלות נפשית או שכלית מכוסים על ידי מיעוט מן התוכניות. מבין התוכניות הפרובינציאליות או הטריטוריאליות, רק התוכנית באי הנסיך אדוארד מכסה מכשירי שיקום וניידות לאנשים עם מוגבלות נפשית (בנוסף גם התוכנית הפדרלית לחיילים ולחיילים משוחררים) ורק התוכנית בקוויבק מספקת מכשירים לאנשים עם מוגבלות שכלית.

כל התוכניות מכסות החלפה של המכשיר במקרה של שינוי במצב הרפואי, אולם הדבר כרוך בהערכה מחודשת של הצרכים. תיקון שלא במסגרת האחריות על המכשיר אפשרי ברוב התוכניות, בתנאי שהתיקון הנדרש הוא תוצאה של בלאי טבעי של המכשיר או של שימוש סביר שאינו חורג מהוראות השימוש. החלפת סוללות למכשירים חשמליים (כולל כיסאות גלגלים ממונעים, לדוגמה) היא בדרך כלל באחריות הלקוח, אלא במקרים של חוסר יכולת כלכלית. התוכניות אינן מכסות גניבה של המכשיר וממליצות ללקוחות לבטח את המכשיר באופן פרטי כנגד גניבות.

המערכת הקנדית להספקת מכשירי שיקום וניידות היא מפוצלת ביותר. מחקר של הממשלה הקנדית (Schreiber et al., 2017) מצא שאופייה זה מקשה מאוד על משתמשים לנווט במערכת ולמצות את הזכויות שמגיעות להם. ישנו עושר גדול של תוכניות, גם ברמה הפדרלית וגם ברמת הטריטוריה או הפרובינציה, אבל חלק ניכר מן התוכניות חופפות, הקריטריונים שלהן לא ברורים מספיק ומשתמשים הולכים לאיבוד בתוכן. נוסף על כך, האופי הפרגמנטרי של המערכת מקשה על פיקוח, על איסוף מידע ועל יצירת תמונת מצב בקשר לתוכניות ולמשתמשים בקנדה כולה.

5. סוגיות בהספקה של מכשירי שיקום וניידות

על בסיס תיאור מנגנוני ההספקה של מכשירי שיקום וניידות במדינות השונות ניתן להשוות ביניהם, וכן בינם לבין זה הישראלי. השוואה זו מאפשרת לזהות את הפרקטיקות המשותפות הקיימות בתחום וכן לעמוד על ההבדלים בין המדינות. להלן תוצג השוואה לפי כמה סוגיות מרכזיות. לסיכום סוגיות אלה וסוגיות נוספות ראו הטבלה שבנספח.

5.1 אחריות מרכזית לעומת אחריות מקומית

ניתן למקם את המדינות הנסקרות על ציר בין אחריות מרכזית ובין אחריות מקומית, לפי הגורם העיקרי האחראי למדיניות ולהספקה של מכשירי שיקום וניידות. בקצה האחריות המקומית של הציר נמצאת קנדה, שם השלטון המרכזי אינו נושא כלל באחריות, לא למדיניות ולא להספקה של המכשירים (למעט בנוגע לאוכלוסיות מיוחדות). האחריות כולה, לרבות חקיקה, תיקון תקנות, קביעת המדיניות, פיתוח תוכניות והספקת המכשירים, נמצאת בידי הרכיבים התת-לאומיים של הממשל הקנדי, כלומר הפרובינציות או הטריטוריות. מערכת מן הסוג הזה מובילה לשונות רבה מאוד במדיניות בנוגע למכשירי שיקום וניידות בתוך קנדה, להבדלים בהיקפי הכיסוי, בשיטות המימון ובסוגי המכשירים המסופקים. השיטה גם מובילה למערכת מבוזרת ביותר המכילה חלקים חופפים רבים, באופן המקשה על אנשים עם מוגבלות לאתר את השירות המתאים להם ולקבל את המכשירים שלהם הם זקוקים.

בקצה השני של הציר מצויה המערכת האוסטרלית, אשר דמתה במידה רבה למערכת הקנדית, אולם החל משנת 2013 נמצאת בתהליכי רפורמה משמעותיים. בסיומה של הרפורמה צפויים כל הרכיבים של הענקת השירות לאנשים עם מוגבלות להיות בידי סוכנות לאומית מרכזית שתחליף את השירותים המקומיים. תהליך פריסת הרפורמה עוד לא הסתיים ולפיכך קשה לאמוד את מידת הצלחתה. יחד עם זאת, כבר בתהליך פריסתה נתקלה הרפורמה בקשיים משמעותיים, בעיקר בקשיים הנובעים מן הצורך להקים מערך לאומי כלל-ארצי. בתהליך הזה, אנשים רבים איבדו את הזכאות שלהם בשל שינוי הקריטריונים לקבלת סיוע. כמו כן, אנשים שכן נכנסו לתוכנית נתקלו בזמני המתנה ארוכים מאוד, בזמן שהמערכת נדרשת לטפל במאות אלפי אנשים שעוברים אליה מתוכניות אחרות.

יתר המדינות הנסקרות נמצאות באמצע בין שני קצוות אלה. קרוב יותר לצד הקנדי נמצאת ארצות הברית, שם ישנו ניסיון של הממשל המרכזי הפדרלי לתכנן תכנון כוללני של המדיניות בנוגע לאנשים עם מוגבלות, אולם ההכרח של הממשל הפדרלי לפעול דרך המדינות מקשה על גיבוש מדיניות אחידה בשטח. באנגליה ובדנמרק, אשר אינן מדינות פדרליות, קל יותר לשלטון המרכזי לתכנן מדיניות ולהפקיד את ביצועה בפועל בידי השלטון המקומי - במקרה זה, הרשויות המקומיות.

את המערכת הישראלית ניתן למקם בקצה הציר לצד המערכת האוסטרלית, שכן המנגנון הפועל בארץ מרוכז ומנוהל על ידי היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות שבמשרד הבריאות. מאז אישור הנוהל בנושא בשנת 2014, חל גם תהליך תקינה של כל שלבי הטיפול בבקשות למכשירים, במטרה להציע שירות אחיד ושוויוני יותר לכלל התושבים ברחבי הארץ בהשוואה למצב טרם החלת הנוהל. תהליך זה מתבטא במסלול הכשרה אחיד עבור הממליצים על המכשירים, בטפסים אחידים למילוי בקשה, בנהלים זהים לטיפול בבקשה בלשכות השונות, בחוזים ארציים עם ספקי מכשירים וכדומה.

5.2 סוגי המכשירים המסופקים

בישראל, הנוהל לאישור מכשירי שיקום וניידות כולל רשימה סגורה של מכשירים, פירוט האוכלוסייה הזכאית לכל מכשיר ואחוז המימון שניתן לבקש עבור המכשירים השונים. לעומת זאת, התוכניות במדינות האחרות שנסקרו לא מספקות רשימה סגורה או ממצה של המכשירים, אלא מתייחסות לקטגוריות של מכשירים. חלוקת המכשירים לקטגוריות היא אמצעי מקובל לניהול ההספקה של מכשירי השיקום וניידות. מטרת החלוקה היא לא ליצור רשימה סגורה של מכשירים, אלא להוות אמת מידה לאנשי השטח של התוכנית בבואם להתאים את המכשירים ולקבוע את דרגות המימון הנחוצות. קריטריונים מקובלים לחלוקה לקטגוריות הם מידת המורכבות של המכשיר, עלותו, זמינותו ומידת ההתאמה שיש לבצע בו או בסביבה שבה הוא עתיד לפעול כדי שהאדם יוכל להשתמש בו. דוגמה לחלוקה מן הסוג הזה ניתן לראות בסקירת התוכנית האוסטרלית לעיל.

מרבית התוכניות מספקות מכשירים על פי צרכיו של האדם ולא מתוך רשימה סגורה. יחד עם זאת, תוכניות רבות אינן מסכות את כל סוגי המכשירים. באנגליה, למשל, מכשירים מסוגים שונים מסופקים על ידי תוכניות מטעם חוק השיקום ועל ידי שירות הבריאות הלאומי, כפי שמפורט לעיל. כמו כן בקנדה, פרובינציות וטריטוריות רבות מפעילות תוכניות שונות המספקות מכשירים שונים בעבור אוכלוסיות שונות. כך למשל, בפרובינציה אחת עשויה להתקיים תוכנית לסיוע בניידות, תוכנית לסיוע לאנשים עם מגבלות פיזיות וחושיות ותוכנית לסיוע לאנשים עם מוגבלות שכלית. כל תוכנית כזו תספק מכשירים מסוגים שונים על פי צורכי האוכלוסיות שאליהן היא מכוונת. באוסטרליה ובדנמרק לעומת זאת, בדומה לישראל, תוכנית אחת מספקת את כל סוגי המכשירים.

5.3 קריטריונים לזכאות

כל המדינות שנסקרו מציבות תנאי סף להגשת בקשה עבור מימון מכשירי שיקום וניידות. מלבד ארה"ב, שבה הקריטריונים משתנים מתוכנית לתוכנית, שאר המדינות, בדומה לישראל, מציבות כתנאי את קיומה של מוגבלות קבועה ומתמשכת. חלק מן המדינות קובעות תנאים נוספים, כגון מגורים בקהילה או פגיעה משמעותית בתפקוד היום-יומי, המשפיעה על איכות חייו של המבקש, או שסביר שתשפיע עליה בעתיד. באוסטרליה ישנו תנאי נוסף של היות האדם מתחת לגיל 65 בעת הכניסה לתוכנית. חשוב לציין שרמת הכנסה או מצב סוציו-אקונומי אינם מהווים בדרך כלל תנאי בסיסי לזכאות, פרט למקרים בודדים כמו תוכנית מדיקייד בארה"ב ותוכניות הפועלות בכמה פרובינציות בקנדה. אולם מצבו הכלכלי של המבקש עשוי להשפיע על גובה ההשתתפות העצמית המושגת עליו בארה"ב ובאנגליה, בדומה למתרחש בישראל.

5.4 אופן המימון וההספקה של המכשירים

התוכניות שנסקרו מציעות מגוון רחב של אפשרויות מימון והספקה של מכשירים. במדינות שבהן נהוג להציע לזכאי תקציב אישי (אוסטרליה, אנגליה וחלק מפרובינציות קנדה), מכשירי שיקום וניידות בדרך כלל ממומנים במלואם על פי הצרכים. לאנשים שנמצאו זכאים למכשירים ניתנת אפשרות לרכוש את המכשיר בכמה אופנים: שובר (ואוצ'ר), העברה כספית, רכישה מרוכזת באמצעות סוכנות או שירות ממשלתי וכדומה. במדינות שבהן לא נהוג לתת תקציב אישי לזכאים (ישראל, דנמרק, מרבית מדינות ארצות הברית וחלק מן הפרובינציות בקנדה), המימון לפעמים אינו מלא ותלוי במאפיינים שונים של האדם ושל המכשיר. לפעמים,

נדרשת השתתפות עצמית, ראו לדוגמה המקרה הדני או המקרה הקנדי. במדינות אלה, השאלה לטווח ארוך היא אפשרות הספקה נפוצה למדי, אם כי ישנן אפשרויות אחרות. גם בישראל השיטה להספקת מכשירים היא רכישתם על ידי לשכות הבריאות והעברתם לשימוש הזכאי בשיטת השאלה לטווח ארוך. הלוואה בתנאים נוחים לצורך רכישה של מכשירי שיקום וניידות נמצאה רק במקרים מסוימים בארצות הברית. רוב המדינות מנהלות קשרים מוסדרים עם ספקים מורשים הנדרשים לעמוד בקריטריונים מסוימים, כך מתרחש גם בישראל מאז החלתו של הנוהל החדש בנושא בשנת 2014. עם זאת, שלא כמו בישראל, המדינות הנסקרות מאפשרות במצבים שונים לבחור ספקים נוספים אשר אינם מצויים בקשר חוזי עם המדינה.

5.5 ניהול התוכנית ויישומה

במדינות הנסקרות ניהול התוכנית נשאר בדרך כלל בידיים ממשלתיות-ציבוריות, אף על פי שחלק מן התוכניות נעזרות ברמות משתנות בשותפים מן המגזר הפרטי או השלישי. אחת הדוגמאות הבולטות היא אוסטרליה, שבה התוכנית מנוהלת במרוכז על ידי הסוכנות הארצית לביטוח לאומי לאנשים עם מוגבלות, אך נשענת רבות על עזרה וסיוע של ארגונים פילנתרופיים או ארגונים של אנשים עם מוגבלות. התוכנית אומנם חייבת להיות מאושרת בסופו של דבר על ידי פקידי הסוכנות הארצית, אבל מלבד זאת יכול כל התהליך להתנהל בין האדם ובין הארגונים החיצוניים, וכמעט ללא מגע ישיר בין האדם ובין הסוכנות.

בחלק מן המדינות, הסמכות לניהול תוכניות הספקה של מכשירי שיקום וניידות מפורזת בין גופים ממשלתיים אחדים, כמו במקרה של אנגליה אשר מספקת מכשירים באמצעות משרד הבריאות ומשרד השירותים החברתיים, וקנדה, שבה ההספקה מנוהלת על ידי משרדי הבריאות והרווחה המקומיים בכל אחת מן הפרובינציות. בדנמרק, כמו בישראל, ישנו גורם מרכזי המנהל את תוכנית ההספקה של מכשירי שיקום וניידות, במקביל לאפשרויות נוספות המיועדות לאוכלוסיות מסוימות כגון אנשים המעוניינים להשתלב בהשכלה גבוהה. מקרה קיצון של ביזור השירותים ניתן למצוא בארה"ב, אשר בה אין גורם מרכזי לניהול השירות, והספקת המכשירים נעשית באמצעות תוכניות רבות המשתנות בין המדינות השונות.

אשר ליישום התוכנית, הרי שבקנדה, באנגליה ובדנמרק היישום נשען בעיקר על הרשויות המקומיות, תוך שילוב של ארגונים וגופים חיצוניים ברמות משתנות. כמעט בכל המדינות הנסקרות ישנה אפשרות של הערכה או התאמה של מכשירי שיקום וניידות על ידי גופים חיצוניים - אם כברירת מחדל ואם כאחת האפשרויות העומדות בפני הזכאים. אפשרות זו אינה קיימת בישראל, אשר בה רשאים להמליץ על מכשירים רק פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק, שעברו הכשרה מטעם היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות וקיבלו הרשאה מתאימה לכך, והם נדרשים לבצע הערכה והתאמה של המכשירים. בישראל, יישום התוכנית מתבצע על ידי לשכות הבריאות המקומיות. יחד עם זאת, בשנים האחרונות חל תהליך של הוצאת רכיבים מסוימים בשירות הישראלי למיקור חוץ, למשל העברת הטיפול בפניות של אנשים בני 70 ויותר (למעט בקשות עבור מכשירים מורכבים) לחברה חיצונית.

6. סיכום – הספקת מכשירי שיקום וניידות בישראל בהקשר בין-לאומי

במסמך זה הוצגו מנגנוני מימון והספקה של מכשירי שיקום וניידות בכמה מדינות מפותחות נבחרות: אוסטרליה, אנגליה, ארה"ב, דנמרק וקנדה. כל אחת ממדינות אלה מפעילה מערכת ייחודית, ונבדלת מן המדינות האחרות ברכיבים שונים בתהליך, כגון מוקד הסמכות לניהול התוכנית, אופן המימון וההספקה, סוגי המכשירים המסופקים, קריטריונים לזכאות ומעורבותם של גורמים חיצוניים. מטרתה העיקרית של סקירה זו היא ללמוד על מנגנוני ההספקה השונים כדי למקם את המנגנון הישראלי על צירי השוואה רלוונטיים, ולבחון באילו מקרים פועלת ישראל בדומה למדינות אחרות, ובאילו מקרים היא פועלת אחרת. לסיכום ההיבטים ההשוואתיים העיקריים ראו הטבלה שבנספח.

ישראל דומה לכלל המדינות הנסקרות בקריטריונים שהיא מציבה לזכאות עבור מימון מכשירים, בפרט קיומה של מוגבלות קבועה ומתמשכת. רמת הכנסה או מצב סוציו-אקונומי אינם מהווים תנאי לזכאות בישראל ובמדינות הנוספות, אולם אלה משפיעים על גובה ההשתתפות העצמית שעל הזכאי לשלם בחלק מן המקרים. המנגנון הישראלי ריכוזי ביותר, בדומה לאוסטרליה, שכן הספקת מכשירי שיקום וניידות מבוססת על נוהל אחיד ומנוהלת על ידי יחידה כלל ארצית, בהתאם לתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ישראל מספקת את המכשירים ומעבירה אותם לשימוש הזכאים בשיטת השאלה לטווח ארוך, בדומה לדנמרק, למרבית מדינות ארה"ב ולחלק מן הפרובינציות בקנדה, לעומת שיטות חלופיות כמו שוברים, תקציב אישי והחזרת כסף תמורת קבלה, הנהוגות במדינות אחרות.

יש רכיבים במנגנון ההספקה בישראל השונים מאלה הפועלים במדינות הנסקרות. מרבית התוכניות לא מספקות רשימה סגורה או מצבה של מכשירים, בעוד בישראל השירות מבוסס על רשימה מפורטת של מכשירים המופיעה בנוהל לאישור מכשירי שיקום וניידות. כמו כן ישראל אינה מאפשרת בחירת ספק שאינו מקושר חוזית ליחידה הארצית ושלא קיבל אישור ספק מורשה בהתאם לסטנדרטים של איכות וביטחון הנקבעים על ידי היחידה, בעוד רוב המדינות האחרות מקנות גמישות רבה יותר באופן בחירת הספק.

על בסיס הסקירה ההשוואתית ברצוננו להציע כמה שיקולים והמלצות בנוגע למדיניות הספקת מכשירי שיקום וניידות בישראל. ראשית, מערכת ריכוזית (להבדיל ממבוזרת) להספקת המכשירים מאפשרת מתן שירות שוויוני ואחיד לכלל התושבים הזקוקים למכשירים. יחד עם זאת, יישום המדיניות במערכות מסוג זה כרוך במורכבות בירוקרטית ובהקצאת משאבים רבים מטעם השלטון המרכזי. כפועל יוצא, הזכאים נאלצים להתמודד עם זמני המתנה ארוכים ועם עיכובים בקבלת מענה לצורכיהם. נראה כי האופן שבו נוהגות המדינות האירופיות שנסקרו לעיל, אנגליה ודנמרק, הווה אומר חקיקה כלל-מדינתית שישומה מופקד בידי הרשויות המקומיות, עשוי להיות חלופה אופטימלית להספקת השירות. אפשר שהטמעת המודל האירופי בישראל תתרום לייעול הספקת השירות באמצעות לשכות הבריאות ותעלה את היקף מיצוי הזכאות.

שנית, חקיקה המבוססת על קטגוריות של מכשירים במקום על רשימת מכשירים סגורה טומנת בחובה שני יתרונות עיקריים: (א) קביעת קווים מנחים להבטחת ניצול יעיל של המשאבים והספקת מענים דינמיים המותאמים לצרכים האישיים של הזכאים;

(ב) הקניית גמישות הנדרשת בתחום המתחדש של מכשירי שיקום וניידות, המתבטאת באפשרות להוסיף לשירות מכשירים חדשים אם הם מוגדרים כשייכים לקטגוריה ללא צורך בשינוי החוק. ייתכן ששימוש במודל הקטגוריות בנוהל הארצי להספקת מכשירי שיקום וניידות בישראל (במקום ברשימה סגורה הניתנת לשינוי רק באמצעות חקיקה) יטיב את פעילות השירות.

שלישית, מן הסקירה עולה כי ישנם שני אופני הספקה עיקריים של מכשירי שיקום וניידות. האחד מבוסס על השאלה לטווח הארוך, ובו המדינה או הגורם המפעיל הם אלה שרוכשים את המכשיר מאחד הספקים המורשים. מודל זה מבטיח שאיכות המכשירים תעמוד בסטנדרטים שנקבעו מראש, וכולל על פי רוב גם תשלום עבור תיקונים או החלפות על ידי השירות. אופן ההספקה השני מבוסס על דרכים שונות של תקצוב אישי, ובו התושב רוכש את המכשיר ישירות מן הספק, כאשר בדרך כלל ישנה אפשרות לרכוש מכשירים גם מספקים שאינם מורשים מטעם המדינה. מודל זה מאפשר גמישות רבה יותר בבחירת התושב - הן של המכשיר והן של הספק - אך בה בעת משית עליו את האחריות בכל הנוגע לתיקונים או החלפות בעת הצורך. באשר לישראל, מומלץ לפיכך להותיר על כנה את דרך ההתקשרות המקובלת באמצעות ספקים מורשים של משרד הבריאות המחויבים להספקת מכשירים איכותיים ולנשיאה בעלויות הנובעות משימוש ממושך. לצד זאת, כדאי לשקול להגדיל את מרחב הבחירה של הזכאים באמצעות הוספת אפשרות לרכישת המכשירים בשיטת התקצוב האישי.

אנו סבורים כי סקירה זו תסייע להכיר מאפיינים שונים הקיימים במנגנוני ההספקה והמימון של מכשירי שיקום וניידות במדינות מפותחות בעולם, ובתוך כך לבחון אפשרויות אשר עשויות לייעל ולטיב את המנגנון הפועל בישראל. כך ניתן יהיה לספק מענים מותאמים יותר לצורכי האוכלוסייה, ובפרט להגביר את שיעור המיצוי של הזכאות למכשירי שיקום וניידות ולשפר את החוויה של המשתמשים במכשירים בפועל.

מקורות

משרד הבריאות. (2015). סיכום פעילות 2014, היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות. ירושלים: משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/rehab_2014.pdf

משרד הבריאות. (2017). סיכום פעילות 2016, היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות, אגף השיקום. ירושלים: משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/rehab_2016.pdf

משרד הבריאות. (2019). סיכום פעילות 2017-2019, היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות. ירושלים: משרד הבריאות. www.health.gov.il/PublicationsFiles/rehab_2018.pdf

AgeUK. (2017). Factsheet 42: Disability equipment and home adaptations. Retrieved from: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-ni/documents/factsheets/fs42_disability_equipment_and_home_adaptations_fcs.pdf

Assistive Technology Act of 1988 Pub. L. 100-407 (1988) <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-102/pdf/STATUTE-102-Pg1044.pdf>

Assistive Technology Act of 2004 Pub. L. 108-364, 118 STAT. 1707. (2004). <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-118/pdf/STATUTE-118-Pg1707.pdf>

Bengtsson, S. (2018). ANED Country report on Social Protection and Article 28. Retrieved from: <https://www.disability-europe.net/country/denmark?theme=social-protection>

Care Act, 2014 c. 23. Retrieved from: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23>

Commonwealth Ombudsman. (2018). Annual Report 2017-18. Canberra: Commonwealth Ombudsman. http://www.ombudsman.gov.au/__data/assets/pdf_file/0031/89383/Commonwealth_Ombudsman_AnnualReport_2017-18.pdf

Knaus, C. (2018). National disability insurance scheme complaints reach record level. The Guardian. Retrieved from: <https://www.theguardian.com/australia-news/2018/may/29/national-disability-insurance-scheme-complaints-reach-record-level>

National Disability Insurance Scheme Act 2013 (Cth) s. 20. Retrieved from: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2013A00020>

National Disability Insurance Scheme Act (Support for Participants) Rules 2013 (Cth) S. 20. Retrieved from: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2013A00020>

- NDIS. (2018). Annual Report 2017-18. Retrieved From: <https://www.ndis.gov.au/about-us/publications/annual-report>
- NUH. (2007). Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries: Second Edition. http://www.hinnovic.org/wp-content/uploads/2008/11/pdf_provisionassistivetechonology.pdf
- Schreiber, D., Wang, R. H., Durocher, E., Wilson, M. G., Chalghoumi, H., Gauthier-Beaupré, A., & Oancea, M. (2017). Access to Assistive Technology in Canada: A Jurisdictional Scan of Programs. AGE-WELL NCE *University of Toronto, McMaster Health Forum, and March of Dimes Canada*. DOI: 10.13140/RG.2.2.35714.79046
- Rehabilitation Act of 1973, Pub.L. 93–112, 87 Stat. 355 (1973). <https://legcounsel.house.gov/Comps/Rehabilitation%20Act%20Of%201973.pdf>
- Wallace, J. (2011). Assistive technology funding in the United States. *NeuroRehabilitation*, 28, 295-302.
- Woodin, S., Priestley, M., & Prideaux, S. (2009). ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people. Human European Consultancy and Centre for Disability Studies – Leeds University http://sid.usal.es/idos/F8/FDO26326/ANED_2009_Activity_Report.pdf

נספח: השוואת היבטים מרכזיים בין מדינות נבחרות בנוגע להספקת מכשירי שיקום וניידות

1. תשתית חוקית

מדינה	תשתית חוקית
אוסטרליה	חוק ביטוח לאומי לאנשים עם מוגבלות (NDIS) משנת 2013, המסדיר את כלל סוגיית הספקת השירותים לאנשים עם מוגבלות.
אנגליה	חוק הטיפול (Care Act) משנת 2014 מסדיר את הטיפול באנשים עם מוגבלות, לרבות בכל הנוגע למכשירי שיקום וניידות. חוק הבריאות הממלכתי מסדיר שירותים נוספים, בעיקר בתחום הניידות.
ארצות הברית	מערך של חוקים פדרליים הבנויים אחד על השני. המרכזיים הם חוק השיקום משנת 1973 וחוקי טכנולוגיית שיקום משנת 1988 ומשנת 2004.
דנמרק	חוק השירותים החברתיים (Social Service Act) מסדיר את המדיניות בנושא עבור תחומים שלא מכוסים על ידי חקיקה ייעודית אחרת (כגון בתחום החינוך, התעסוקה ועוד).
קנדה	אין חקיקה פדרלית. כל החקיקה בנושא אנשים עם מוגבלות, אם קיימת, היא ברמת הפרובינציות או הטריטוריות.
ישראל	משרד הבריאות מספק מימון עבור מכשירי שיקום וניידות על פי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובכפוף לנהלים בחוזר מנכ"ל 1/2014.

2. מוקד הסמכות

מדינה	מוקד הסמכות
אוסטרליה	תוכנית לאומית ריכוזית. במקומות מסוימים עדיין יש תוכניות מקומיות, אך אלה אמורות להיות מוחלפות בהדרגה על ידי התוכנית הלאומית.
אנגליה	השירותים מסופקים על ידי הרשות המקומית בהתאם לקווי יסוד לאומיים, אבל ברוב המקרים ממומנים במשותף על ידי הרשות המקומית והממשלה.
ארצות הברית	מערכות מקומיות המתוקצבות בכספים פדרליים, לצד מערכות מקומיות עצמאיות.
דנמרק	המדיניות נקבעת באופן ריכוזי ברמה הלאומית על ידי המועצה הלאומית לשירותים חברתיים, אבל מיושמת על ידי מועצות מקומיות או שחקנים מקומיים אחרים.
קנדה	מדינות או פרובינציות בעבור רוב האוכלוסיות. פדרלי בעבור חיילים וחיילים משוחררים, מהגרים, אוכלוסיות ילידיות, אסירים וסטודנטים.
ישראל	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות, הנמצאת תחת אגף השיקום במשרד הבריאות.

3. גורם אחראי ליישום

מדינה	גורם אחראי על היישום
אוסטרליה	סוכנות ה-NDIA הממומנת באופן עצמאי מכספי מיסים. מפוקחת על ידי סגן שר ייעודי, הכפוף לשר השירותים החברתיים.
אנגליה	הרשות המקומית מספקת את רוב השירותים, גם כאלה שהם במימון ממשלתי.
ארצות הברית	הסוכנות הפדרלית לשירותי שיקום היא הגורם המתקצב העיקרי, יחד עם גורמים פדרליים נוספים.
דנמרק	מועצות מקומיות אחראיות להספקת המכשירים בהתאם למדיניות הלאומית.
קנדה	משרדי הבריאות או הרווחה המקומיים בפרובינציות. תוכניות ייעודיות בפיקוח פדרלי בטריטוריות.
ישראל	היחידה מספקת את מכשירי השיקום והניידות באמצעות מחלקות למחלות ממושכות ושיקום שפועלות ב-17 לשכות הבריאות ברחבי הארץ.

4. קריטריונים לזכאות

מדינה	קריטריונים לזכאות
אוסטרליה	גיל מתחת ל-65 בזמן הכניסה לתוכנית. אזרחות אוסטרלית או תושבות קבע חוקית המעניקה זכאות לזכויות סוציאליות. לקות נוירולוגית, קוגניטיבית, חושית, פיזית או נפשית הפוגעת בתפקוד בכמה תחומים מוגדרים מראש, או שסביר שהתפקוד ייפגע בעתיד.
אנגליה	לאדם ישנה לקות פיזית או נפשית המשפיעה על התפקוד שלו בתחומים מוגדרים, באופן הפוגע משמעותית ברווחתו. הרשות המקומית עשויה להחיל קריטריונים נוספים.
ארצות הברית	משתנה מתוכנית לתוכנית וממדינה למדינה. קריטריון פדרלי קיים רק לחיילים משוחררים.
דנמרק	אדם עם מוגבלות קבועה, לטווח ארוך, החי בקהילה, ללא תלות בגיל, בהכנסה או ברכוש.
קנדה	משתנה בין התוכניות, אבל לרוב כולל דרישה לתושבות בפרובינציה או הטריטוריה הרלוונטית, מצב רפואי הנמשך פרק זמן מינימלי והפניה מרופא.
ישראל	אנשים עם מוגבלות קבועה, השוהים בקהילה, והזקוקים למכשיר שיקום וניידות לצמיתות, ושאינם זכאים למימון מטעם גורם ציבורי אחר כגון משרד הביטחון או משרד האוצר.

5. סוגי המכשירים המסופקים

מדינה	סוגי המכשירים המסופקים
אוסטרליה	כל מכשיר שנקבע שיש בו כדי לסייע בהגשמת מטרות הטיפול באדם ולסייע בתפקודו ובהשתלבותו בחברה. המכשירים מחולקים לארבע רמות תקצוב, מן המכשירים הפשוטים והזולים ביותר למכשירים המורכבים והיקרים ביותר.
אנגליה	תחת חוק הטיפול, מסופקים מכשירים לסיוע במטלות טיפול עצמי (ADL) ומכשירי ניידות מסוימים. כיסאות גלגלים רגילים וממונעים מסופקים על ידי שירות הבריאות הממלכתי.
ארצות הברית	משתנה, תלוי במדינה, בתוכנית, בסוג המוגבלות ובאופן המימון.
דנמרק	אין רשימת מכשירים סגורה. קטגוריות המכשירים המסופקים נקבעות על ידי הרשות המקומית ותלויות בזמינות והימצאות המכשירים.
קנדה	כמעט כל הפרובינציות מכסות מכשירי ניידות פשוטים וזולים יחסית. בנוגע למכשירים מורכבים ויקרים יותר, ישנה שונות גדולה בין הפרובינציות.
ישראל	רשימת המכשירים נקבעה בחוק ובנוהל המפרט את הוראות החוק. המכשירים מחולקים לארבע קבוצות לפי: תחום, אוכלוסיית יעד זכאית והגורם בעל הסמכות לאשרם.

6. שלבי התהליך

מדינה	שלבי התהליך
אוסטרליה	הגשת בקשה לסוכנות. הערכת צרכים והגדרת מטרות. בניית תוכנית אישית. קביעת גובה תקציב. מימוש התקציב לצורך רכישה או הספקה של מכשירי שיקום וניידות. התהליך כולו יכול להתנהל ישירות מול ה-NDIA או דרך מתאם טיפול.
אנגליה	בעבור מכשירים תחת חוק הטיפול מתבצעת הערכת צרכים על ידי איש מקצוע ברשות המקומית. עבור כיסאות גלגלים ומכשירים מטעם שירות הבריאות הממלכתי מתבצעת הערכת צרכים במרכזים אזוריים ייעודיים למכשירי ניידות.
ארצות הברית	התהליך כולל פנייה במקביל לכמה גורמים מממנים כדי להשיג מימון מספק לרכישה או להספקה של המכשיר. פעמים רבות, מימון יתקבל מכמה מקורות לפי תנאי זכאות שונים.
דנמרק	לאחר פנייה ראשונית מן האדם או מבא כוחו, מתנהל תהליך הערכה ובחירת טכנולוגיה המותאמת לצרכיו של האדם. בהמשך מתקיימת בקרה בפרקי זמן קבועים לבדיקת שביעות הרצון מן המכשיר.
קנדה	הפנייה של רופא או איש מקצוע, לאחריה מתקיים תהליך הערכה על ידי אחת התוכניות, בסיומו מותאם מכשיר לצרכים של האדם.
ישראל	רופא מטעם קופת החולים מפנה לגורם ממליץ בקהילה (מרפא בעיסוק או פיזיותרפיסט). חוות הדעת של הגורם הממליץ מועברת ללשכת הבריאות ונדונה בוועדת מכשירים מקומית או אזורית בהתאם למקרה. בחלק גדול מן המקרים הזכאי רשאי לבחור מרשימת ספקים מורשים. משרד הבריאות רוכש את המכשיר עבור האדם.

7. צורת המימון

מדינה	צורת המימון
אוסטרליה	תקציב אישי, אותו ניתן לנצל בשלוש דרכים: באופן עצמאי, באמצעות סוכן או בניהול ה-NDIA.
אנגליה	תחת חוק הטיפול, מימון דיפרנציאלי לפי היכולת הכלכלית של האדם. תקצוב ניתן לרוב בצורה של תקציב אישי. השתתפות אישית מסוימת בדרך כלל נדרשת. מכשירים מטעם שירות הבריאות הממלכתי מושאלים ללא עלות. משתמשים יכולים להוסיף כסף כדי לשדרג את המכשיר ו/או כדי לקנות אותו בעצמם.
ארצות הברית	משתנה בהתאם למדינה, לגורם המממן, לתוכנית ולצורך האינדיבידואלי.
דנמרק	תלוי בסוג המכשיר ובשימוש שלו. מכשירים המיועדים לסיוע ודורשים התאמות מקבלים מימון מלא. מכשירים אחרים מקבלים מימון חלקי או לא מקבלים מימון כלל.
קנדה	משתנה בין התוכניות. האפשרויות המרכזיות הן הספקה, השכרה או השאלה של המכשיר על ידי התוכנית או שותף, או לחלופין הספקה של תלושים או כסף, מראש או בדיעבד, לרכישת המכשיר.
ישראל	השתתפות המשרד הינה 90% מן המחיר שנקבע עבור מכשירי ניידות, וברוב מכשירי השיקום מוענק פטור מלא. ישנן אוכלוסיות הפטורות מראש מהשתתפות עצמית, כגון מקבלי קצבאות וילדים.

8. קשיים ייחודיים

מדינה	קשיים ייחודיים
אוסטרליה	פריסתה ההדרגתית של התוכנית באוסטרליה החלה בשנת 2016, אך התוכנית חווה חבלי לידה משמעותיים ופריסתה צפויה להסתיים רק בשנת 2020. משתתפים רבים מתלוננים על עיכובים במתן שירות ובמקרים מסוימים גם על סירוב כניסה לתוכנית - במיוחד בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית.
אנגליה	זמני המתנה ארוכים הן בהערכת הצרכים והן בהספקת המכשירים. כיסאות גלגלים המסופקים על ידי שירות הבריאות הממלכתי ספגו ביקורת על כך שאינם תואמים את הצרכים.
ארצות הברית	מערכת מבוזרת מאוד המקשה על אנשים עם מוגבלות להבין את זכויותיהם, לאתר את הגורמים שיכולים לספק להם שירות ולקבל את המכשירים שלהם הם זקוקים.
דנמרק	הטכנולוגיה מתפתחת במהירות, מכשירים הופכים יקרים יותר והשימוש בהם מתרחב. ישנו חשש כי המדינה לא תצליח לעמוד בעלויות בשנים הקרובות. ישנה ביקורת בדנמרק על מנהלי התיקים האישיים בנוגע לחוסר הידע שלהם בטכנולוגיה זמינה ובנוגע להשמעת קולם של אנשים עם מוגבלות במהלך תהליך ההתאמה.
קנדה	האופי הפרגמנטרי של המערכת הקנדית מקשה על אנשים עם מוגבלות להתמצא בתוכה ולקבל את הסיוע שלו הם זקוקים.
ישראל	עלייה משמעותית במספר הבקשות יוצרת עומס ומאריכה את זמן הטיפול, בעיקר עבור מכשירים מורכבים (כיסאות גלגלים ממונעים, זחלילים). ישנם אחוזים גבוהים יחסית של אי מימוש זכאויות שאושרו. אין בחוק אפשרות לעדכן את רשימת המכשירים המוצעת ואת המנגנון לעדכון תקציבי שיפצה על פיתוחים טכנולוגיים חדשים.