



# מכשירי שיקום וניידות: אי-מימוש זכאות

מריאלה יאבו    יעל בכר    ליטל ברלב

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק  
תרגום לאנגלית (תקציר): חני מנור  
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

המחקר הוזמן על ידי היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות,  
חטיבת הרפואה, במשרד הבריאות ומומן בסיועה

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**  
ת"ד 3886 ירושלים 9103702  
טלפון: 02-6557400  
[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | אב תשפ"ב | אוגוסט 2022

# תקציר

## רקע

'טכנולוגיה מסייעת' היא טכנולוגיה המאפשרת לאנשים עם מוגבלות גישה ודרכים בטוחות ועצמאיות להשתתף בתחומי חיים מרכזיים כגון חינוך, תעסוקה ופנאי. מכשירי שיקום וניידות הם סוג של טכנולוגיה מסייעת ולהם תפקיד מרכזי בשיפור איכות החיים של אנשים עם מוגבלות ובקידום השתתפותם בחברה. על אף יתרונותיה הרבים, טכנולוגיה מסייעת אינה מצליחה תמיד לממש את הפוטנציאל שבה וישנם חסמים רבים העומדים בפני אנשים עם מוגבלות בארץ ובעולם המונעים מהם את הגישה אליה. חסמים אלו נובעים מגורמים אישיים וסביבתיים הקשורים למכשיר והקשורים לתהליך ההספקה וההתערבות המקצועית. מדינת ישראל שואפת להנגיש מכשירי שיקום וניידות לאנשים עם מוגבלות הזקוקים לכך על ידי מימון ממשלתי של מכשירים אלו, זאת באמצעות היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות של משרד הבריאות (להלן: היחידה). בשנים האחרונות היחידה מתמודדת עם תופעה של אנשים אשר פנו למשרד הבריאות לקבלת מכשיר, קיבלו עליו אישור, אך לא מימשו את זכאותם למכשיר שאושר. לפיכך היחידה פנתה למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר שיתמקד באוכלוסייה זו (שתכונה אוכלוסיית ה'לא מממשים'), אשר על פי הערכת צוות היחידה מהווה למעלה מ-35% מן הזכאים למכשירים.

## מטרות המחקר

מטרות המחקר הן: לאפיין את אוכלוסיית הלא מממשים; לבחון את הסיבות לאי-מימוש זכאות למכשירי שיקום וניידות; ולבחון את תהליך קבלת אישור הזכאות למכשירי שיקום וניידות.

## שיטה

במחקר שולבו שיטות מחקר איכותניות וכמותיות. הרכיב האיכותני כלל ראיונות שבוצעו ברובם בחודשים יוני עד נובמבר 2018, עם 39 בעלי תפקידים הרלוונטיים לעיבוד הבקשות למכשירי שיקום וניידות, לאישורן ולהספקת המכשירים. הרכיב הכמותי כלל סקר טלפוני בקרב אוכלוסיית הלא מממשים אשר בוצע בחודשים אפריל עד יוני 2021. הסקר התבסס על מדגם שכבות של 461 נדגמים, מהם רואיינו 236 אנשים (51% היענות).

## עיקר הממצאים

הסיבות המרכזיות לאי-מימוש הזכאות למכשיר מן היחידה כפי שעלו מהסקר הן: חוסר התאמה של המכשיר שאושר (37%, רובם דיווחו על חוסר התאמה של מאפייני המכשיר ורצון בדגם אחר); אי-ידיעה על קבלת אישור זכאות (23%, בפרט בקרב זכאים מתחת לגיל 17 ובקרב זכאים שעברית אינה שפת אימם); קשיים במימוש הזכאות (20%, רובם דיווחו שלא הבינו מה עליהם לעשות לשם מימוש הזכאות); וקנייה או קבלה של מכשיר ממקום אחר או בדרך אחרת (11%, רובם מעמותת יד שרה או קנייה

עצמאית). יש לציין גם את האחוז הגבוה של נפטרים בקרב הזכאים הלא מממשים שנגרעו מן המדגם – 27% מן הזכאים הלא מממשים ברשימות שהופקו על ידי היחידה, וכן 1% נוסף מן המדגם, כפי שעלה במהלך איסוף הנתונים לסקר. קשיים במימוש הזכאות ואחוזי פטירה גבוהים עלו בתור הסיבות המרכזיות לאי-מימוש גם מן הראיונות עם בעלי התפקידים.

60% מן הזכאים הלא מממשים השיבו שהיה ברשותם מכשיר אחר בשימוש בעת הגשת הבקשה, מכשיר שקיבלו לרוב מעמותת יד שרה או מן היחידה לפני שנים אחדות. באשר לצורך במכשיר שאושר להם, 86% מן המשיבים טענו כי הם עדיין זקוקים למכשיר בעת ביצוע הסקר.

משאלות על אודות תהליך הגשת הבקשה עלה כי הגורם המפנה המרכזי להגשת בקשה הוא רופא (54%). 87% מן הזכאים הלא מממשים דיווחו שהגורם הממליץ יצר איתם קשר. מבין המשיבים שהגורם הממליץ יצר איתם קשר, שיעור נמוך יחסית (69%) הרגישו שותפים לבחירת המכשיר. סוגיות הקשורות לקושי בעת מתן המלצה על מכשיר בהתאם לרצונותיו של הפרט עלו גם בראיונות עם בעלי התפקידים, בפרט בעקבות מגבלות הנוהל הקובע את תנאי הזכאות. נוסף על כך, מן הראיונות עם בעלי התפקידים עלו קשיים הנוגעים לעדכון שוטף לזקה בחסר של הפונה ומשפחתו באשר לטיפול בבקשתו למכשיר, וכן למשך טיפול ארוך בבקשות.

## סיכום והמלצות עיקריות

חלק ניכר מן החסמים המונעים גישה לטכנולוגיה מסייעת המופיעים בספרות עלו גם במחקר זה. חסמים הקשורים למכשיר (כגון המאפיינים הטכניים של המכשיר, רצון בדגמים אחרים, קושי בתפעול שלו וכדומה) וכן חסמים אישיים (בפרט בקרב הזכאים המבוגרים, הילדים והזכאים שאינם דוברי עברית כשפת אם) עלו מן הממצאים. לעומתם, חסמים סביבתיים (כגון מחסור ברשת תמיכה) לא נמצאו משמעותיים במחקר.

מן המחקר עלו חסמים משמעותיים הקשורים לתהליך ההספקה וההתערבות המקצועית, בהם: קשיים בתהליך התאמת המכשיר ובחירתו על ידי הגורמים הממליצים (כולל חוסר הרגשת שותפות מצד הזכאי ומשפחתו), היעדר קשר רציף עם הזכאי, קשיים בירוקרטיים למימוש הזכאות, ומשך ומורכבות תהליך קבלת הזכאות ומימושה.

להלן המלצות עיקריות לטיוב השירות של היחידה ולצמצום המקרים שבהם זכאים לא מממשים את זכאותם:

- יש לשפר את תהליך ההערכה וההתאמה של המכשיר (כולל הגברת שותפות ומעורבות האדם ומשפחתו)
- יש לשפר את הקשר השוטף עם הזכאי ואת דרכי היידוע על הזכאות
- יש להנגיש את מכתבי האישור ואת שלבי מימוש הזכאות (כולל הצעת סיוע והנחיה במקרה הצורך)
- יש לקצר את משך הטיפול בבקשות (כולל בניית מסלול מקוצר לפניית חוזרות)
- יש להגביר את הגמישות בהיצע המכשירים

## דברי תודה

צוות המחקר מבקש להודות למזמיני המחקר: ד"ר יצחק (צאקו) זיו-נר, לשעבר מנהל אגף השיקום בחטיבת הרפואה במשרד הבריאות, ודלית רומם, מנהלת היחידה הארצית להספקת מכשירי שיקום וניידות. תודה על ייזום המחקר, על הסיוע המקצועי והלוגיסטי הרב להוצאת המחקר אל הפועל ועל ההערות המועילות.

כמו כן ברצוננו להודות לבעלי התפקידים ביחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות, בלשכות הבריאות, בקופות החולים ובקרב ספקי המכשירים אשר רואיינו למחקר, וכן לאוכלוסיית הזכאים הלא מממשים ובני משפחותיהם אשר השיבו לסקר, על שיתוף הפעולה, הידע והתרומה להבנת הנושא הנחקר.

לסיום תודה לעמיתתנו במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, ד"ר דפנה הרן, על הובלת המחקר בשלבים שונים שסייעו לקידומו ולמימושו.

## תוכן עניינים

1	1. רקע
11	2. מטרות המחקר
12	3. שיטה
17	4. ממצאים
35	5. מגבלות המחקר
36	6. סיכום
39	7. המלצות
41	עוד פרסומים של המכון בנושא
42	מקורות

## רשימת לוחות

16	לוח 1: התפלגות המדגם ומספר המשיבים לפי מכשיר
18	לוח 2: מאפיינים סוציו דמוגרפיים של המשיבים הלא מממשים
29	לוח 3: מהיכן השיג הזכאי את המכשיר הקודם?

## רשימת תרשימים

2	תרשים 1: מודל Human Activity Assistive Technology
3	תרשים 2: מודל Comprehensive Assistive Technology
4	תרשים 3: מודל Matching Person and Technology
8	תרשים 4: תהליך הגשת בקשה למכשיר שיקום וניידות
8	תרשים 5: תהליך הרכישה וההספקה של המכשיר
22	תרשים 6: אדם שהזכאי יכול לסמוך עליו במקרה של משבר או מצוקה
23	תרשים 7: הסיבה המרכזית לאי-מימוש הזכאות למכשיר
24	תרשים 8: סיבות לחוסר ההתאמה של המכשיר
28	תרשים 9: הימצאות מכשיר אחר בזמן הגשת הבקשה למכשיר הנוכחי, לפי קבוצת מכשירים
30	תרשים 10: כיצד מסתדרים המשיבים ללא המכשיר?
31	תרשים 11: ממי שמע האדם לראשונה על האפשרות להגיש בקשה למכשיר שיקום או ניידות?
32	תרשים 12: שביעות רצון מן הגורם הממליץ

# 1. רקע

## 1.1 התאמה והספקה של טכנולוגיה מסייעת

### 1.1.1 טכנולוגיה מסייעת לאנשים עם מוגבלות

לטכנולוגיה תפקיד נכבד ומתפתח במגוון תחומי חיים, כגון תקשורת, תחבורה, סביבה, בידור, תעסוקה ורפואה, והיא קשורה לחיי כלל האוכלוסייה בקשר הדוק שאי אפשר לנתקו (MacKenzie & Wajcman, 1999). השפעת הטכנולוגיה על חייהם של אנשים עם מוגבלות עשויה להיות גדולה אף יותר, שכן בעבור אנשים עם מוגבלות, טכנולוגיה מאפשרת גישה לעולם ויוצרת הזדמנויות בתחומי החינוך, התעסוקה או הפנאי, שבעבר היו פתוחות לרוב רק לאנשים ללא מוגבלות.

למונח 'טכנולוגיה מסייעת' ישנן הגדרות רבות. לפי הרש וג'ונסון (Hersh & Johnson, 2008) המונח כולל ציוד, מכשירים, מנגנונים, שירותים, מערכות, תהליכים ושינויים סביבתיים המשמשים אנשים עם מוגבלות וזקנים כדי להתגבר על חסמים לעצמאות וכדי להשתתף השתתפות מלאה בחברה. הגדרה אחרת מקובלת ל'טכנולוגיה מסייעת' היא זו שנקבעה בחוק לטכנולוגיה מסייעת (The Assistive Technology Act, 2004) בארה"ב, על פיה 'טכנולוגיה מסייעת' היא כל פריט, ציוד, או מוצר, אשר נרכשו מן המדף, שונו, או הותאמו, כדי להגביר, לשמר או לשפר את יכולת התפקוד של אדם עם מוגבלות. לעומת זאת, קוק ופולגר (Cook & Polgar, 2015) מבחינים בין הגדרה רשמית להגדרה לא רשמית של 'טכנולוגיה מסייעת'. מטרתה של ההגדרה הרשמית, כמו זו של החוק האמריקני, היא לקבוע את גבולות הזכאות לטכנולוגיה מסייעת. מנגד, ההגדרה הלא רשמית כוללת יותר ומדגישה כי 'טכנולוגיה מסייעת' היא הרבה יותר מכך: היא כוללת לא רק מוצרים אלא גם שירותים והתאמה סביבתית במטרה לאפשר לפרט להתגבר על תשתיות לא תואמות, להשתתף בחברה ולבצע פעולות בפשטות ובבטחה. 'טכנולוגיה מסייעת' יכולה לכלול פתרונות פשוטים, כגון מוצרים של טכנולוגיה פשוטה (low-tech) וכן מוצרים יקרים ומורכבים ביותר (Cook & Polgar, 2015).

מכשירי שיקום וניידות הם סוג של טכנולוגיה מסייעת, ולהם תפקיד מרכזי בשיפור איכות החיים של אנשים עם מוגבלות ובקידום השתתפותם בחברה. השימוש במכשירים מאפשר לאדם להתגבר על חסמים שונים אשר מקשים עליו לבצע פעולות יום-יום בקלות ובבטחה ופוגעים בהשתתפותו המלאה והשוויונית בחברה. השימוש במכשירי שיקום וניידות משפיע רבות על חייהם של אנשים עם מוגבלות ושל הסובבים אותם: ככלי לשיפור עצמאות, לרווחה נפשית ולקידום צדק חברתי (Hersh & Johnson, 2008; World Health Organization [WHO], 2011). כמו כן הם עשויים להקל ולעיתים אף לאפשר את הטיפול באדם עם מוגבלות הזקוק לכך על ידי מטפלים רשמיים ולא רשמיים (כגון בני משפחה) (Mortenson et al., 2015).

היעדר זמינות או נגישות לשירותי טכנולוגיה מסייעת מגביל את היכולת של אדם עם מוגבלות להיות מעורב בעיסוקים קהילתיים, וכן את היכולת שלו להשתתף בפעילויות כלכליות שבתורן יאפשרו לו להשיג משאבים מספקים כדי שיוכל לפרנס את עצמו או את משפחתו (Samant et al., 2012; WHO, 2011).

## 1.1.2 מודלים להתאמת טכנולוגיה מסייעת

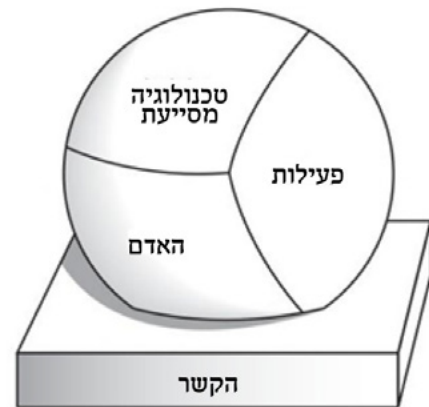
המגוון הרחב של המשתמשים ושל הטכנולוגיה הקיימת הופך את תהליך הספקת הטכנולוגיה המסייעת לתהליך מורכב מאוד. מתן מענה לצרכיו של אדם עם מגבלות באמצעות טכנולוגיה מסייעת מבוסס על תהליך של הערכה (assessment), התנסות (trial) והתאמה (adaptation) (de Witte et al., 2018). בספרות ישנם מודלים שונים המתארים את תהליך ההתאמה של טכנולוגיה מסייעת ואת המשתנים המשפיעים עליו.

מודל Human Activity Assistive Technology הוא מודל הוליסטי המתמקד בארבעה היבטים שמשפיעים על איכות הטמעת הטכנולוגיה המסייעת (Cook & Polgar, 2015):

1. האדם – התייחסות להיבטים פיזיולוגיים, שכליים ורגשיים;
2. הפעילות – כולל טיפול עצמי (self-care), יצרנות (פרודוקטיביות) ופנאי;
3. הטכנולוגיה המסייעת – סוג ומטרות הטכנולוגיה, מאפיינים מאפשרים של הטכנולוגיה;
4. ההקשר – הפיזי, החברתי, התרבותי והארגוני.

על פי המודל (תרשים 1) כל אחד מן הרכיבים והיחסים ביניהם הכרחיים כדי לעצב, לבחור, להטמיע ולהעריך שימוש ופיתוח של טכנולוגיה מסייעת. בין עקרונות המודל ישנה ההבנה שאנשים שונים זה מזה ולכן עשויים להתאים להם פתרונות שונים. התאמת הטכנולוגיה צריכה להתחשב בשונות זו כדי להימנע מהתאמה לא נכונה של טכנולוגיה לאדם, לצרכיו וליכולותיו. כמו כן לממד הפעילות חשיבות רבה, מכיוון שכל אדם מחזיק בתפקידים רבים הדורשים ממנו לבצע מגוון פעולות; למשל, קריאה במסגרת תפקידו בעבודה לעומת קריאה במסגרת פנאי. חשוב להביא בחשבון את אופני הקריאה כאשר מתאימים לאדם את הטכנולוגיה המסייעת. נוסף על כך, יש להביא בחשבון את גורמי התמיכה והחסמים בסביבתו של הפרט כאשר בוחרים טכנולוגיה מסייעת (Cook & Hussey, 2002).

### תרשים 1: מודל Human Activity Assistive Technology



מקור: Cook & Hussey, 2002

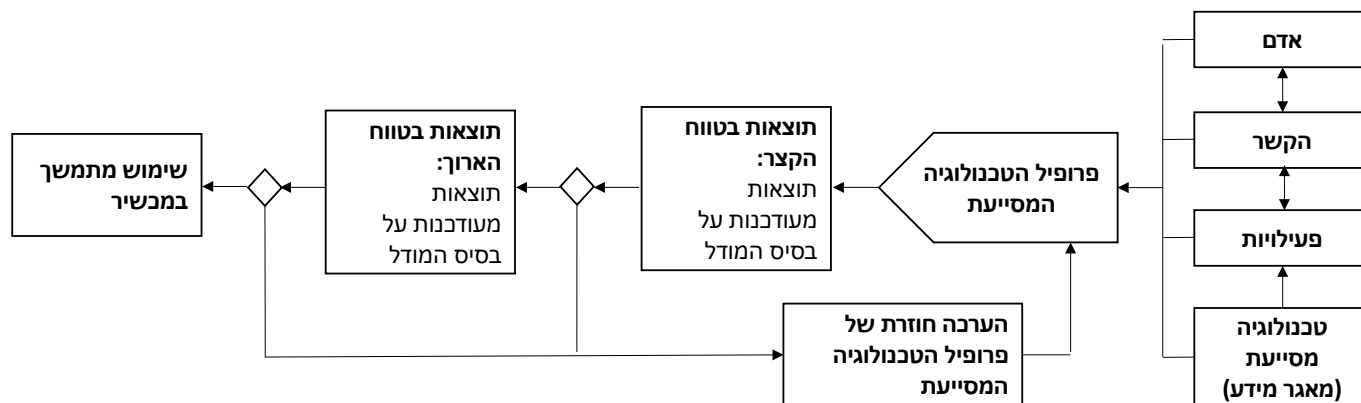


מודל דומה הוא Comprehensive Assistive Technology (תרשים 2) אשר גם הוא מתמקד בארבעה רכיבים דומים בעת ההתאמה של טכנולוגיה מסייעת לאדם עם מוגבלות (Hersh & Johnson, 2008):

1. האדם: מאפיינים אישיים, מאפיינים חברתיים וגישתו כלפי טכנולוגיה;
2. ההקשר: תרבותי וחברתי, לאומי (כגון מדיניות) ומקומי (כגון תנאי סביבת מגוריו);
3. הפעילות הנדרשת: תקשורת ומידע, ניידות, פעילויות קוגניטיביות, פעילויות יום-יומיות, חינוך ותעסוקה, ופעילויות פנאי;
4. הטכנולוגיה המסייעת: מנגנוני הפעלה, עיצוב, קלות השימוש.

מודל זה מסייע לזהות חסמים להטמעת השימוש בטכנולוגיה מסייעת, להעריך את יעילותם של טכנולוגיות קיימות ולסייע בפיתוח ועיצוב של טכנולוגיות חדשות, ובפרט לתהליכים של הערכת צורכי המשתמש, הספקת הטכנולוגיה ומדידת תוצאות (Hersh & Johnson, 2008).

### תרשים 2: מודל Comprehensive Assistive Technology



מקור: Hersh & Johnson, 2008

מודל אחר מקובל ביותר שמתמקד בהטמעה של טכנולוגיה מסייעת הוא MPT – Matching Person and Technology (תרשים 3). מדובר במודל תיאורטי וביצועי, המפרט כיצד לבצע הערכה של הטכנולוגיה עצמה, של התאמתה והספקתה, וכן של שביעות רצונו של המשתמש. את הדגש הוא שם בתהליך התאמה אשר יכול הערכה מעמיקה, ממוקדת משתמש, המאפשרת לאדם להביע את העדפותיו האישיות, והמתחשבת במאפייניו האישיים והחברתיים. לפי מודל זה, ללא יכולת הבעה ושילוב העדפות ואישיות המשתמש אי אפשר לקבל תוצאות משביעות רצון בהתאמת טכנולוגיה מסייעת לאדם (Scherer, 2005). רק הערכה כזו יכולה לזהות רכיבים חשובים להתאמה, כגון הצורך לשנות את הסביבה או את התמיכה הניתנת לאדם כך שיתאפשר שימוש בטכנולוגיה המסייעת; האיזון בין היכולות ובין קשיי התפקוד של האדם; הצורך באימון לשימוש במכשיר בהקשרים שונים (בית, בית ספר, עבודה); זיהוי מידת ההתאמה של הטכנולוגיה לצורכי המשתמש לאורך זמן (על ידי מעקב מתמשך); או זיהוי תוצאות לוואי לא רצויות שלא נצפו מראש (Federici & Scherer, 2012).

### תרשים 3: מודל Matching Person and Technology



מקור: Scherer, 2005

אפשר לראות שמודלים שונים של התאמת טכנולוגיה מסייעת שמים דגש רב על האדם, מאפייניו, סביבתו, יכולותיו ורצונותיו. מכאן שבהטמעת טכנולוגיה מסייעת חדשה יש לשים את הדגש על הפרט ולא על הטכנולוגיה, בייחוד אם מדובר בטכנולוגיה מסייעת שמטרתה למלא צרכים ספציפיים ואישיים. יחד עם זאת הם מביאים בחשבון גורמים נוספים הרלוונטיים לתהליך, בפרט סביבתו הפיזית של האדם ורשת התמיכה החברתית שלו, המדיניות הציבורית הקיימת להשגת טכנולוגיה מסייעת במקום מגוריו (בפרט מדיניות המימון לרכישה ולהספקה), מאפייני הטכנולוגיה הנגישה לו ועוד. כמו כן חלק מן המודלים שמים דגש על צרכיו המשתנים של האדם, כך שהם מציעים לזהות את הקשיים הצפויים בהמשך הדרך ולנסות לתת להם מענה מקדים.

### 1.1.3 הספקה של טכנולוגיה מסייעת

חלק מן המודלים שהוצגו, כמו גם הספרות הענפה הקיימת בנושא של טכנולוגיה מסייעת, מזהים כרכיב מרכזי ומורכב את מערכות ומנגנוני ההספקה של הטכנולוגיה, אשר תלויים במדיניות הציבורית הקיימת במקומות שונים ומערבים באופנים שונים את אנשי המקצוע, את כוחות השוק החופשי ואת מנגנוני התקצוב (להרחבה על מנגנוני ההספקה של טכנולוגיה מסייעת לאנשים עם מוגבלות במדינות נבחרות ראו [יאבו ואינהורן, 2019](#)).

כדי שמערכת להספקת טכנולוגיה מסייעת תבטיח שאדם ימצא את הפתרון המתאים לו ביותר היא צריכה לכלול רכיבים שונים, בהם נגישות למכשירי טכנולוגיה מסייעת באיכות טובה ובמחירים סבירים; מידע עבור המשתמשים ואנשי המקצוע המעורבים בתהליך, אשר צריכים להכיר את הפתרונות הקיימים ואת המאפיינים שלהם; הדרכה על השימוש הנכון בטכנולוגיה; שירותי ייעוץ ומעקב לאחר קבלת הטכנולוגיה; ותשתית לתחזוקת המכשירים ותיקונם. לרוב, מערכות ומודלים לשירותי ההספקת טכנולוגיה מסייעת כוללים את השלבים האלה (de Witte et al., 2018):

1. יצירת קשר ראשוני עם האדם עם מוגבלות;
2. הערכת הצרכים שלו;
3. בחירת סוג של פתרון טכנולוגי מתאים;
4. בחירת המכשיר הספציפי המתאים ביותר;
5. קבלת אישור למימון;
6. הספקת המכשיר למשתמש;
7. תמיכה ומעקב.

תהליך ההתאמה וההספקה של מכשירי טכנולוגיה מסייעת נעשה בדרך כלל על ידי צוות של אנשי מקצוע מתחומי התמחות שונים (Federici & Scherer, 2012) וכולל מגוון פעולות, כגון אבחון, ייעוץ, התאמה, הספקה, הדרכה ואימון וסיוע טכני. אנשי מקצוע אלו צריכים להיות בעלי ידע וכלים להערכת צרכיו ומטרותיו של המשתמש, וכן להערכת השילוב בין הטכנולוגיה המסייעת המוצעת ובין מערכות תמיכה או טיפול נוספות שיש לאדם. סיום מוצלח של תהליך זה מוביל להספקת מכשיר המתאים לאדם, בעיתוי הנכון ולאורך זמן (Cook & Polgar, 2015; de Witte et al., 2018).

לסיום, ישנם כמה עקרונות מנחים אשר יש להביא בחשבון בכל שלבי התהליך להספקה של טכנולוגיה מסייעת, בהם (Andrich et al., 2013; Cook & Polgar, 2008):

1. התהליך שם במרכז את האדם ולא את הטכנולוגיה;
2. התוצאה המבוקשת היא לאפשר השתתפות בפעילויות רצויות;
3. השירות נגיש מבחינת ידע, זכאות, מימון ועוד;
4. התהליך מאופיין בגמישות והתחדשות;
5. על המשתמש להיות מעורב משמעותית בתהליך.

## 1.1.4 אי-שימוש וזניחה של טכנולוגיה מסייעת

על אף היתרונות הרבים של טכנולוגיה ככלל ושל טכנולוגיה מסייעת בפרט, לא תמיד היא מצליחה לממש את הפוטנציאל שבה. בדוח של ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2017) נכתב כי הארגון מעריך שרק לאחד מכל עשרה אנשים הזקוקים לטכנולוגיה מסייעת בעולם יש גישה אליה. מחקרים שונים מראים כי שיעור אי-השימוש בטכנולוגיה מסייעת המסופקת על ידי מערכות בריאות ברחבי העולם נע בין 12%-ל-38% (Phillips & Zhao, 1993; Federici & Scherer, 2012; Cook & Polgar, 2015).

ארגון הבריאות העולמי מציין מגוון רחב של סיבות להיעדר גישה או שימוש בטכנולוגיה מסייעת על ידי אנשים עם מוגבלות, כגון מחסור במימון, במודעות ובכוח אדם מיומן שיבצע התאמה נכונה בין הטכנולוגיה לאדם (WHO, 2011; WHO, 2017). חלק גדול מן הקהילה המדעית סבור שאי-שימוש בטכנולוגיה מסייעת ובמכשירי שיקום וניידות הוא תוצאה של אינטראקציה מורכבת של ארבעה גורמים עיקריים (Phillips & Zhao, 1993; Federici & Scherer, 2012; Wessels et al., 2003; Cook & Polgar, 2015; Verza et al., 2006):

1. גורמים אישיים: בגרות רגשית ומוטיבציה פנימית בלתי מספקות; שינויים בחומרת המוגבלות, בתפקוד או בצרכים; היעדר גישה או ניסיון עם טכנולוגיה;
2. גורמים הקשורים למכשיר: איכות המכשיר, הנראות שלו, מידת התאמתו לסביבה הפיזית ועוד;
3. גורמים הקשורים לסביבת האדם: מחסור ברשת תמיכה או במעגל חברתי, היעדר מוטיבציה חיצונית וכן חסמים במרחב הפיזי לשימוש בטכנולוגיה;
4. גורמים הקשורים לתהליך ההספקה וההתערבות המקצועית: אי-שיתוף האדם (או משפחתו) בתהליך קבלת ההחלטות בעת הבחירה, ההתאמה וההספקה של הטכנולוגיה; מחסור במידע, בהדרכה, בהנחיות לשימוש במכשיר ובניהול מעקב לאחר ההספקה.

## 1.2 היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות

מדינת ישראל שואפת לספק באמצעות מערכות הבריאות והרווחה מכשירי שיקום וניידות שיקלו על אנשים עם מוגבלות להשתלב בחברה שילוב מרבי ומיטבי. אחד מן האפיקים הננקטים להשגת מטרה זו הוא מימון ממשלתי של מכשירי שיקום וניידות, זאת על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995) ובכפוף ל"נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות" (להלן: הנוהל) שאושר בשנת 2014. רשימת המכשירים והזכאים למימון נקבעה בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובנוהל המפרט את הוראות החוק. כל תושב זכאי, רשאי לפנות באמצעות קופת החולים המבטחת ללשכת הבריאות שבאזור מגוריו.

היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות של משרד הבריאות (להלן: היחידה) היא יחידת מטה האחראית לכלל הניהול והטיפול המינהלי, המקצועי והתקציבי בתחום מכשירי השיקום והניידות. היחידה אחראית להספקת מכשירי השיקום והניידות כגון כיסאות גלגלים, מכשירי שמיעה, כריות למניעת פצעי לחץ וכיוצא באלה. היחידה מספקת את מכשירי השיקום והניידות לאנשים עם מוגבלות באמצעות המחלקות למחלות ממושכות ושיקום ב-15 לשכות הבריאות ברחבי הארץ. בלשכות הבריאות מועסקים צוותים מקצועיים, הכוללים בין השאר אחות ועובדת סוציאלית וכן גם פיזיותרפיסטית או מרפאה בעיסוק. אלו בוחנים את זכאות

הפונים ומאשרים מכשיר למי שנמצא זכאי. בשירות להספקת אביזרי ניידות מעורבת גם קופת החולים, האחראית לביצוע ביקור בית למבקשים את השירות ולמתן המלצה בהתאם. במקרים מורכבים לשכות הבריאות עורכות ביקורי בית גם כן. כמו כן מעורבים הספקים המורשים האחראים לספק בפועל את המכשירים המאושרים וכן לדאוג להדרכה, לתמיכה ולטיפול בתקלות (רונו, 2007).

### 1.2.1 אוכלוסיית היעד

על פי הנקבע בנוהל, כל תושב כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, השוהה בקהילה (כלומר שאינו מאושפז או שאינו מתגורר במסגרת דיור חוץ ביתית כגון בית אבות או מוסד), וזקוק למכשיר שיקום וניידות לצמיתות (כלומר אדם עם מוגבלות קבועה, בכל גיל), יוכל לפנות ללשכת הבריאות באזור מגוריו בבקשה להשתתפות משרד הבריאות במימון מכשירי שיקום וניידות. היחידה אינה מספקת מכשירים לאנשים הזכאים להם מטעם גורמים אחרים, כגון נכי צה"ל, נפגעי פעולות איבה, נפגעי תאונות עבודה ועוד.

### 1.2.2 תהליך אישור והספקת המכשירים

תהליך הטיפול בבקשות למכשירי שיקום וניידות הוא תהליך מורכב ומעורבים בו כמה גורמים כגון התושב, קופת החולים המבטחת, משרד הבריאות והספקים. לעיתים מעורבים גם גורמים נוספים כגון מסגרות לחינוך מיוחד (משרד הבריאות, 2013). התהליך כולל לרוב את השלבים האלה (תרשימים 4 ו-5):<sup>1</sup>

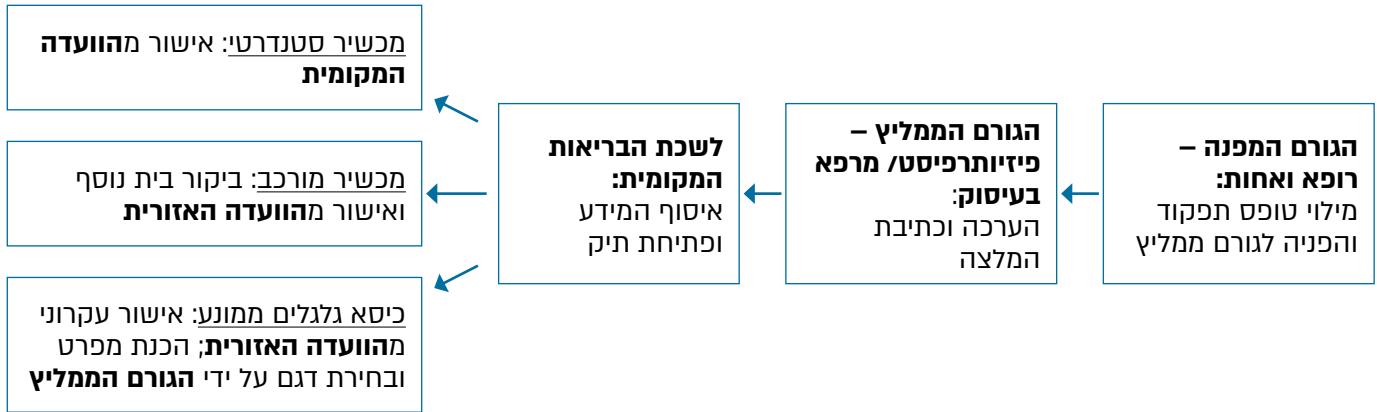
**1. זיהוי צורך והנעת התהליך –** הגשת הבקשה למכשיר שיקום וניידות מתחיל לרוב בפנייה לרופא המשפחה או לרופא מומחה בקהילה. הרופא והאחות ממלאים טופס ראשוני הכולל מידע רפואי וסיעודי של הפונה ומעבירים את כל המידע לגורם ממליץ – פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק בקופת החולים, המורשה מטעם משרד הבריאות להמליץ על מכשירי שיקום וניידות (ילדים הלומדים במסגרות לחינוך מיוחד יכולים לפנות באמצעות המסגרת החינוכית לפיזיותרפיסט או למרפא בעיסוק העובד בבית הספר). במקרים בודדים שלב זה יכול להתבצע על ידי צוות בית חולים (למשל לקראת שחרור מאשפוז ממושך עקב תאונה או מחלה).

**2. ביקור בית, המלצה והחלטה –** הגורם הממליץ מבקר בביתו של הפונה, ולאחר ביצוע הערכה תפקודית וסביבתית כותב המלצה על מכשיר שיקום או מכשיר ניידות המתאים לפונה, ומעביר את ההמלצה ללשכת הבריאות. הוועדה המקומית למכשירי שיקום וניידות בלשכת הבריאות דנה בבקשה ומחליטה אם לאשרה. במקרים של מכשירים מורכבים כמו כיסא גלגלים ממונע או זחליל (מכשיר עולה מדרגות נייד) הבקשה מועברת להחלטת ועדת מכשירי שיקום וניידות אזורית (במקרים מסוימים בקשות מועברות גם להחלטת ועדת מכשירי שיקום וניידות ארצית), וכן עשויים להיות ביקורים נוספים לבית הפונה על ידי נציגות מלשכת הבריאות.

---

<sup>1</sup> מתוך אתר משרד הבריאות - [בקשה למכשירי שיקום וניידות, משרד הבריאות \(health.gov.il\)](http://health.gov.il)

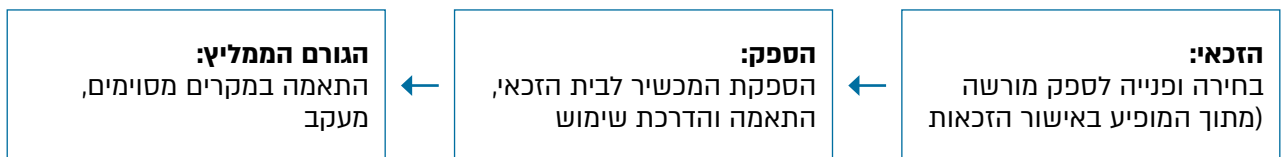
**תרשים 4: תהליך הגשת בקשה למכשיר שיקום וניידות**



**3. קבלת אישור זכאות** – אם יש אישור ממשרד הבריאות לרכוש את המכשיר, לשכת הבריאות מעבירה לפונה את אישור הזכאות שלו למכשיר במכתב. במכתב זה יופיע המידע הרלוונטי כדי שהפונה יממש את הזכאות: סוג המכשיר שאושר ואחוז ההשתתפות העצמית, אם ישנה. כמו כן יופיע במכתב דף המפרט את רשימת הספקים המורשים שמהם אפשר לקבל את המכשיר שאושר. אם הזכאי קיבל אישור ליותר ממכשיר אחד, הוא יקבל את המידע הרלוונטי לכל מכשיר.

**4. הספקת המכשיר** – על הזכאי להעביר את אישור הזכאות לספק מורשה כדי להתחיל את תהליך הרכישה וההספקה של המכשיר. במקרה של מכשירים מסוימים, כגון כיסא גלגלים ממונע, הגורם הממליץ מעורב שוב בתהליך לצורך התאמת המכשיר לפונה, וכן נוכח בעת הספקת המכשיר.

**תרשים 5: תהליך הרכישה וההספקה של המכשיר**



### **1.2.3 מכשירים המסופקים על ידי היחידה**

הנוהל כולל רשימה של מכשירים המסופקים על ידי היחידה, אשר מחולקים לשני סוגים:

1. מכשירי שיקום: כולל מכשירי עזר לראייה, עדשות ראייה, מכשירי שמיעה לילדים עד גיל 18 וכן עמידונים לילדים ונוער עד גיל 21. נוסף על כך, מסופקים לכלל האוכלוסייה תותבות עיניים ועדשות סקלרליות, שד ותותבות חימוניות אחרות כגון אף ואוזן, ומערכות תקשורת תומכת חלופית. אישור למכשירי שיקום אלו ניתן על ידי הוועדה המקומית בלשכות הבריאות, פרט לעמידונים ולתקשורת חלופית תומכת המאשרים על ידי הוועדה הארצית ביחידה.
  2. מכשירי ניידות: מכשירים אלו ניתנים לכלל האוכלוסייה ומחולקים לפי הגורם המאשר. בוועדות מקומיות בלשכות הבריאות מאושרות בקשות לכיסאות גלגלים ידניים, כיסאות שירותים, מזרנים, מנופים, טיולונים, אביזרי הליכה, כריות ומערכות ישיבה לכיסאות גלגלים. בוועדות האזוריות מאושרות בקשות על מכשירים מורכבים, בהם כיסאות גלגלים ממונעים וזחלילים.
- הרשימה קבועה ושינוי שלה דורש תיקון חקיקה במסגרתו מחליטים על הכנסת מכשירים נוספים לסל הבריאות. לעיתים נעשים עדכונים כאלה, כפי שקרה בשנת 2014 עם הוספת עמידונים לילדים ונוער עד גיל 21, ובשנת 2015 עם הוספת מערכות תקשורת תומכת חלופית.

### **1.2.4 השתתפות עצמית במימון המכשיר**

על פי המפורט בנוהל, השתתפות משרד הבריאות במימון מכשירי ניידות היא 90% מן המחיר שנקבע על ידי המשרד והשתתפות מלאה עבור מכשירי שיקום. יחד עם זה, ישנן אוכלוסיות הפטורות מהשתתפות עצמית (כלומר הן זכאיות להשתתפות במימון של 100% מן המחיר שנקבע על ידי המשרד), כגון מקבלי גמלת זקנה המקבלים גם השלמת הכנסה, מקבלי גמלת נכות מלאה (למעט מקרים חריגים) ומקבלי גמלת השלמת הכנסה. כמו כן העובדים הסוציאליים בלשכת הבריאות רשאים להפחית את סכום ההשתתפות העצמית לבקשת הפונה ובהסתמכות על מסמכים שהוצגו בפניהם.

### **1.2.5 שינויים בפעילות היחידה**

בשנים האחרונות חלה עלייה ניכרת בהוצאות הכספיות של היחידה למכשירי שיקום וניידות. העלייה מיוחסת לגידול באוכלוסייה ולעלייה בתוחלת החיים, המובילים לגידול במספר הבקשות המוגשות לקבלת מכשירים אלו. כך לדוגמה, בין השנים 2017/2018 ל-2019/2020 חלה עלייה של 33% במספר הבקשות שהוגשו ליחידה. בשנת 2020 עמד מספר הבקשות על 63,274. בהתאם לכך, ההוצאות עבור מכשירים אלו עלו והגיעו ל-159 מיליון ש"ח בשנת 2020 לעומת 112.6 מיליון ש"ח בשנת 2016 (משרד הבריאות, 2021).

העלייה במספר הבקשות יחד עם העובדה שלא נוסף כוח אדם ליחידה ולמחלקות למחלות ממושכות בלשכות הבריאות הקשו על מתן מענה בפרק זמן סביר ויצרו עומס עבודה רב בלשכות. בשנת 2018 הוחלט להתקשר עם חברה חיצונית. החברה החיצונית מטפלת בבקשות למכשירי ניידות של אנשים בני 70 ומעלה. בשנים 2018-2020 טיפלה החברה ביותר מ-60% מן הבקשות (משרד הבריאות, 2021).

בישראל גדל עם השנים שיעור בני 65+ והגיע בשנת 2021 ל-12.0%. עלייה זו עתידה להימשך, והצפי הוא שבשנת 2035 יהיו 13.7% מאוכלוסיית ישראל בני 65+. יתר על כן, אוכלוסיית בני ה-75+, הזקוקה לעיתים קרובות יותר לסיוע רב, גדלה בקצב מהיר עוד יותר, ובשנת 2035 צפוי ש-51.7% מבני ה-65+ יהיו בני 75+ (שנור וכהן, 2021). אנו רואים שאוכלוסיית היעד של השירות גדלה בהתמדה ועתידה לגדול בקצב עולה עם השנים. כמו כן הספקה של טכנולוגיה מסייעת לקבוצה זאת, הולמת את השאיפה הכללית להשאיר את האדם הזקן בקהילה ולא להפנות אותו למוסד.

## **1.2.6 אוכלוסיית ה'לא-ממשים'**

היחידה מתמודדת עם תופעה של אי-מימוש זכאות של אנשים אשר פנו למשרד הבריאות בבקשה לקבל מכשיר, קיבלו עליו אישור, אך לא קיבלו את המכשיר בסופו של דבר. מנתוני היחידה למכשירי שיקום וניידות עולה כי למעלה מ-35% מן הזכאים למכשירים אינם מממשים את זכאותם על אף שזו אושרה ( צ. קלר, מנהל תחום מנהל ביחידה הארצית להספקת מכשירי שיקום וניידות, תקשורת בין-אישית, 24 באפריל 2022). תופעה זו פוגעת ביעילות עבודת היחידה ומבזבזת משאבים רבים המושקעים בתהליכי הגשת הבקשות, תהליכי הערכה והמלצה וכיוצא בזה.

היחידה פנתה לצוות מוגבלויות במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר שיבדוק את התופעה וסיבותיה. המחקר מתמקד באוכלוסייה של אנשים אשר הגישו בקשה להספקה ומימון של מכשיר שיקום וניידות ממשרד הבריאות, קיבלו אישור לבקשתם, אך לא המשיכו את התהליך כדי לממש את הזכאות. אוכלוסייה זו תכונה אוכלוסיית ה'לא מממשים'.



## 2. מטרות המחקר

המטרה המרכזית של המחקר הייתה לבחון את הסיבות לאי-מימוש הזכאות. הקו המנחה הוא שהסטת תקציבים מצרכנים שאינם מממשים את זכאותם למכשירים תאפשר הכללת מכשירים חדשים במאגר המכשירים המסופקים על ידי היחידה. נוסף על כך, זיהוי הסיבות לאי-מימוש הזכאות יאפשר ללמוד על השינויים הנדרשים בהליך הספקת השירות כדי להפוך אותו למועיל יותר.

מטרות נוספות הן:

- לאפיין את אוכלוסיית ה'לא מממשים'

- לבחון את תהליך קבלת אישור הזכאות למכשירי שיקום וניידות

השערת המחקר הייתה שמימוש הזכאות יפחת כאשר יש מחסור במידע ברור, מעשי ונגיש הדרוש למימוש הזכאות; כאשר המערכת מורכבת ויש עומס בירוקרטי, פיצול בין הגורמים המעורבים בתהליך ומחסור בתיווך ובעזרה של אנשי מקצוע; כאשר ההתייחסות של אנשי המקצוע לצרכים ולקשיים הייחודיים של הזכאי איננה מספקת; וכאשר יש מחסור במשאבים אישיים של האדם כגון חוללות עצמית, יוזמה ומוטיבציה.

## 3. שיטה

במחקר שולבו שיטות מחקר איכותניות וכמותיות. הרכיב האיכותני כלל ראיונות עם בעלי תפקידים רלוונטיים והרכיב הכמותי כלל סקר בקרב מדגם מאוכלוסיית הלא מממשים.

שילוב שיטות המחקר אפשר לקבל תמונה מקיפה על יישום הספקת הטכנולוגיה ותוצאותיה ולתקף את ממצאי המחקר.

### 3.1 אוכלוסיית המחקר

1. בעלי תפקידים:

א. הסגל הרפואי במקצועות הבריאות והסגל האדמיניסטרטיבי האחראי לעיבוד בקשות לרכישת מכשיר שיקום או ניידות ולאישורן

ב. ספקי המכשירים

2. אוכלוסיית הלא מממשים: אנשים שקיבלו אישור זכאות למכשיר אבל לא מימשו את זכאותם, בתקופה של 6-12 חודשים מיום קבלת האישור

### 3.2 כלי המחקר

1. ראיונות חצי-מובנים עם 39 בעלי תפקידים:

ראיונות טלפוניים עם הסגל האחראי לעיבוד הבקשות ולאישורן, עם ספקי המכשירים ועם גורמים נוספים רלוונטיים. הראיונות התייחסו לתהליך ההערכה וההתאמה של מכשיר שיקום וניידות לפונים, להדרכה הניתנת על השימוש במכשירים, לנהלים ולאופן הספקת המכשיר, לתפיסתם את אוכלוסיית היעד ואת הצרכים שלה ועוד.

2. שאלון לאוכלוסיית הלא מממשים:

שאלון מובנה הועבר בשיחת טלפון. בזמן בנייתו נעזר צוות המחקר רבות בספרות הענפה הקיימת בתחום של טכנולוגיה מסייעת. נוסף על המודלים שהוצגו בתת הסעיף 1.1.2 "מודלים להתאמת טכנולוגיה מסייעת", נעשה שימוש גם בכלים קיימים, בהם שאלון QUEST 2.0 (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology), המתמקד בשביעות רצון המשתמשים ממאפיינים שונים של המכשיר ומשירות ההספקה והתחזוקה (Demers et al., 2002); שאלונים אחדים ממודל ה-MPT (Matching Person and Technology), בפרט אלו על היסטוריית השימוש במכשירים של אדם ועל תהליך התאמת המכשיר לאדם; ושאלות דמוגרפיות מן הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן: למ"ס).

מן הספרות, מן המודלים העוסקים בהתאמת טכנולוגיה מסייעת וכן מן הכלים האלה עולה כי הגורמים המשפיעים על אי-מימוש זכאות למכשיר הם:

- גורמים אישיים
  - גורמים הקשורים למכשיר
  - גורמים סביבתיים
  - גורמים הקשורים לתהליך ההספקה וההתערבות המקצועית
- לפיכך השאלון לאוכלוסיית הלא מממשים עסק בנושאים המרכזיים האלה:
- וידוא המידע שהתקבל ממשרד הבריאות
  - בירור הסיבות לאי-מימוש הזכאות למכשיר (ושאלות המשך בהתאם לסיבה)
  - תהליך הגשת הבקשה: תהליך הפנייה ומעורבות הגורם הממליץ
  - רקע שימוש במכשירים
  - מאפיינים סוציו-דמוגרפיים
  - תפקוד יום-יומי ותמיכה חברתית

### 3.3 הליך המחקר

#### 1. ראיונות חצי מובנים עם בעלי תפקידים

בשלב הראשון במחקר נאסף מידע על ידי ראיונות חצי מובנים עם בעלי תפקידים שונים ובגופים שונים הלוקחים חלק בתהליך הספקת מכשירי שיקום וניידות. כמה ראיונות בוצעו במאי 2017 לצורך בדיקה מקדימה והכרת התהליך, ושאר הראיונות בוצעו בין החודשים יוני עד נובמבר 2018. הראיונות בוצעו בטלפון ונמשכו כ-25 דקות בממוצע.

ראיינו בעלי תפקידים בכל האזורים בארץ וכן כאלה העובדים עם מגוון רחב של מכשירי שיקום וניידות. סך הכול ראינו 39 בעלי תפקידים, בהם 18 עובדי לשכות בריאות אשר חברים בוועדות מכשירים מקומיות ואזוריות (רכזות מכשירים, אחיות, עובדות סוציאליות ופיזיותרפיסטיות)<sup>2</sup>, 10 ספקים מורשים למכשירי שיקום וניידות, 8 בעלי תפקידים בקופות החולים (פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק ממליצים מורשים וכן רופאי משפחה)<sup>3</sup>, וכן 3 בעלי תפקידים במטה היחידה.

הראיונות תומללו ונותחו בכמה שלבים על פי ניתוח תמטי (Braun & Clarke, 2006). בוצע קידוד על בסיס נושאים שעלו משאלות המחקר ומן הראיונות, והקודים רוכזו לתמות מרכזיות ולתתי-תמות. הניתוח של הראיונות נעשה באמצעות תוכנת 'נרלייזר' (Narralizer), אשר מסייעת בביצוע ניתוח תוכן תמטי.

<sup>2</sup> חלק מבעלי התפקידים בלשכות מילאו תפקידים גם בוועדת מכשירים מקומית וגם בוועדת מכשירים אזורית או במטה היחידה. בריאיון עימם הם נשאלו על היבטים מכל התפקידים שמילאו.

<sup>3</sup> ראינו בעלי תפקידים מקופות החולים מכבי שירותי בריאות ומאוחדת. קופת החולים שירותי בריאות כללית לא העבירה לידינו פרטי קשר של בעלי תפקידים מטעמה.

## 2. סקר לאוכלוסיית הלא מממשים

הסקר התייחס לאי-מימוש הזכאות לעשרה מכשירים: כיסא גלגלים קבוצות 1-3, כיסא גלגלים מיוחד, כיסא גלגלים ממונע, טיולון, זחליל, מיטה, מנוף ועמידון. מכשירים אלו נבחרו בתיאום בין צוות המחקר לנציגי היחידה כאשר השיקול העיקרי לבחירת המכשירים היה המשאבים הנדרשים כדי לספקם, זאת בעקבות ביקוש רחב או עלות גבוהה של המכשירים.

אוכלוסיית המחקר התבססה על רשימה של זכאים שקיבלו אישור למכשיר ולא מימשו את זכאותם מן היחידה למכשירי שיקום וניידות נכון לינואר 2021. הרשימה כללה 21,203 אנשים, כאשר בכל מכשיר היה מספר שונה של לא מממשים. הרשימה כללה אצל חלק מן הנדגמים תאריך פטירה (סך הכול 5,333 נפטרים), אלו הוסרו מן הרשימה.

הסקר התבסס על מדגם שכבות של 900 נבדקים. כדי להגיע ל-30 משיבים עבור כל מכשיר נדגמו מן הרשימה רנדומלית 90 נדגמים עבור כל מכשיר.

הנדגמים נבחרו מתוך רשימת הזכאים שתאריך קבלת הזכאות שלהם היה בחצי שנה שקדמה לאיסוף הנתונים, בין החודשים יולי 2020 עד דצמבר 2020. יוצא דופן היה הזחליל אשר עקב מספר הזכאים הנמוך שהופיע ברשימה נדגמו רק 47 משיבים ותאריך הזכאות של חלק מן הנדגמים במכשיר זה היה בשנה שקדמה למחקר, בין יולי 2019 לדצמבר 2020.

לאחר יצירת המדגם למחקר, במארס 2021 נשלחו מכתבים לכל הנדגמים. המכתבים כללו הסבר על אודות המחקר ואפשרות להביע התנגדות להשתתפות בו. כמו כן צורפו פרטי הקשר של החוקרים הראשיים במחקר, כך שלנדגם הייתה אפשרות לקבל פרטים נוספים או הסבר על המחקר, אם רצה בכך. המכתבים נשלחו בצירוף מעטפה מבוללת עם כתובת, לצורך משלוח מכתב התנגדות, לכל המעוניין.

במהלך חודש מארס ובתחילת אפריל 2021 התקבלו מכתבי סירוב להשתתפות במחקר וכן שיחות טלפון שבהן הובע סירוב להשתתף במחקר או עלתה בקשה להסבר. 7 מן הפניות נבעו מכך שהנדגם לא היה שייך לאוכלוסיית המחקר (פטירת הנדגם או מימוש הזכאות למכשיר), ו-17 היו סירובים שנבעו מחוסר רצון להשתתף במחקר. סך הכול הוסרו מסיבות אלו 24 נדגמים מן המדגם. לאחר הסרת הסירובים כלל המדגם הראשון 833 נדגמים.

באפריל 2021 החל איסוף הנתונים. כחודש לאחר תחילת האיסוף התברר כי 55% מן הנדגמים מימשו את זכאותם למכשיר או היו בתהליך מימוש הזכאות בתקופה שבין קבלת המדגם לביצוע ההתקשרות עימם. יש לציין כי המחקר בוצע בתקופת משבר הקורונה, ולנוכח מגבלות התנועה והסגרים, יש להניח כי היו אנשים שהתקשו לממש את זכאותם, ולכן תהליך מימוש הזכאות עבורם נמשך מעבר לזמן הצפוי. אנשים שדיווחו כי מימשו את זכאותם הוסרו מן המדגם, שכן הם אינם שייכים לאוכלוסיית הלא מממשים.

נוסף על כך, בכל הנוגע לזחליל, המדגם כאמור היה קטן יותר וכן התברר כי כ-30% מן הזכאים נפטרו טרם ביצוע ההתקשרות. לפיכך הוחלט בתיאום עם נציגי היחידה להפסיק את המשך איסוף הנתונים על מכשיר זה.

מתוך רצון לעמוד במטרה ולהגיע ל-30 משיבים בכל מכשיר, ועקב אחוזי המימוש הגבוהים, התקבלה החלטה להגדיל את המדגם. בתחילת מאי 2021 הופקה רשימה מעודכנת של זכאים שלא מימשו את זכאותם מן היחידה. הרשימה כללה סך הכול 12,133 זכאים.

השאיפה הייתה לדגום 50 זכאים נוספים לכל מכשיר. כדי לדגום מן הרשימה החדשה, ראשית נעשתה השוואה בין רשימת הלא מממשים החדשה ובין המדגם ונבדק אילו מן הנדגמים במדגם לא מופיעים ברשימה החדשה ולפיכך יש להסירם מן המדגם כיוון שהם מימשו את זכאותם. בבדיקה זו הוסרו 297 נדגמים מן המדגם הראשון. שנית, מן הרשימה החדשה הוסרו הנבדקים שעלו במדגם הראשון.

לנוכח הניסיון שנצבר בראיונות עם הנבדקים מן הרשימה הראשונה, הוחלט להכליל במדגם השני רק זכאים שעברו לפחות ארבעה חודשים מתאריך קבלת אישור הזכאות שלהם, זאת כדי להפחית את המקרים של מימוש המכשיר בפרק הזמן שבין קבלת אישור הזכאות לביצוע ההתקשרות עם צוות המחקר.

בכופל, בחלק מן המכשירים הרשימה שהתקבלה לא הייתה גדולה מספיק בשביל לכלול 50 נדגמים חדשים, כך שבכיסא גלגלים ממונע נדגמו 45 נדגמים ובעמידון 33 נדגמים.

באמצע מאי 2021 נשלחו מכתבים לנדגמים שעלו במדגם השני. גם עתה התקבלו מכתבי סירוב להשתתפות במחקר וכן שיחות טלפון לבקשת הסבר או להבעת סירוב להשתתף במחקר. שבעה מן הסירובים נבעו מחוסר רצון להשתתף במחקר ואחד לא התאים לאוכלוסיית המחקר (מימוש הזכאות למכשיר). סך הכול הוסרו שמונה נדגמים מן המדגם במהלך שבועות אלו.

יש לציין כי במהלך חודשי איסוף הנתונים התקבלו באמצעות דואר חוזר כ-200 מכתבים שלא הגיעו ליעדם בשל כתובות שגויות או חסרות.

סך הכול, לאחר הסרת הסירובים כלל המדגם השני 420 נדגמים.

בחודש מאי נאספו הנתונים רק באופן חלקי עד שהושלם תהליך עדכון המדגם השני (קבלת הנתונים, שליחת המכתבים והמתנה של שבועיים לקבלת פניות וסירובים). איסוף הנתונים חזר במלואו בתחילת חודש יוני 2021 והסתיים בסופו.

בסבב השני של איסוף הנתונים התקבלה החלטה להפסיק את המשך איסוף הנתונים גם על כיסא גלגלים ממונע ועמידון עקב אחוזי מימוש זכאות גבוהים וחוסר יכולת להגיע לאחוזי מענה מספקים בקרב זכאים שלא מימשו את זכאותם למכשיר. לפיכך תשובותיהם של משיבים בעלי זכאות לזחליל, כיסא גלגלים ממונע ועמידון נכללו בממצאים הכלליים, אך עקב מספרן הנמוך לא ניתן להסיק מסקנות על אודות מכשירים אלו בפני עצמם (המכשירים צורפו לקבוצות מכשירים בעלי אופי דומה לצורך הסקת מסקנות, כפי שיתואר בפרק הממצאים).

ממדגם של 1,253 נדגמים בוצעו 923 התקשרויות סך הכול. מהם 39% העידו כי מימשו את הזכאות למכשיר ו-8% העידו שהם בתהליך מימוש הזכאות. 1% דיווחו כי לא הגישו בקשה ו-2% נפטרו או עברו לבית אבות. כל הנדגמים הללו הוסרו מן המדגם שכן הם אינם חלק מן האוכלוסייה הרלוונטית למחקר.

סך הכול 461 נדגמים (50% מן ההתקשרויות) היו רלוונטיים למחקר ומהם בוצעו 236 ראיונות מלאים. מספר המשיבים בחלוקה לפי מכשיר מופיע ב**טבלה 1**.

מכשיר	גודל המדגם	בוצעה התקשרות	נדגמים רלוונטיים <sup>^</sup>	בוצע ריאיון	שיעור היענות
זחליל	46	18	9	8	89%
טיולון	139	110	47	31	66%
כיסא גלגלים מיוחד	138	98	47	22	47%
כיסא גלגלים ממונע	129	97	20	9	45%
כיסא גלגלים קבוצה 1	136	99	53	31	58%
כיסא גלגלים קבוצה 2	135	93	52	30	58%
כיסא גלגלים קבוצה 3	135	116	77	33	43%
מיטה	139	89	58	30	52%
מנוף	134	125	71	30	42%
עמידון	122	78	27	12	44%
<b>סך הכול</b>	<b>1,253</b>	<b>923</b>	<b>461</b>	<b>236</b>	<b>51%</b>

<sup>^</sup>נדגמים שלא השיבו שהם מימשו את הזכאות או שהם נמצאים בתהליך של מימוש הזכאות או שעלה כי הזכאי נפטר או עבר להתגורר במוסד

הראיונות בסקר בוצעו בשפות עברית, ערבית ורוסית. משך הראיונות היה כ-20 דקות בממוצע. נעשה מאמץ לראיין את הזכאי עצמו, אבל אם לא היה מסוגל להתראיין, התקיים ריאיון עם בן משפחה או אפוטרופוס.

השאלונים נותחו ניתוח כמותי בתוכנת SPSS, ובוצעו ניתוחים תיאוריים לצורך אפיון קבוצת הלא מממשים. כמו כן כדי לבחון הבדלים בדפוסי אי-המימוש בין קבוצות המכשירים השונים וקבוצות גיל שונות בוצעו מבחני  $\chi^2$  לבדיקת טיב ההתאמה. עוד בוצעה רגרסיה לוגיסטית לבחינת קשרים אפשריים בין משתנים והשפעתם על דפוסי אי-המימוש.

### 3.4 אתיקה

ביצוע הסקר בקרב הזכאים הלא מממשים במסגרת המחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי המוסדית במשרד הבריאות. הבקשה הוגשה לראשונה ביולי 2018, ואושרה סופית ביוני 2020.

כאמור, לנדגמים לסקר נשלח בדואר מכתב המתאר את המחקר ואת האפשרות לסרב להשתתף בו. כמו כן בשיחת התיאום הוסבר למרואיינים כי אי הסכמה להשתתף במחקר לא תפגע בהמשך הספקת השירות וביכולת השירות המוענק להם. עוד הובהר שכל המידע שיימסר בריאיון לא יועבר למשרד הבריאות, לקופת החולים המבטחת או לגורמים אחרים, אלא ישמש לניתוחים סטטיסטיים בלבד ללא אפשרות לזהות את המרואיינים. לאחר מכן הם התבקשו לתת הסכמה בעל פה להשתתף במחקר.

כל תהליכי איסוף המידע במחקר בוצעו במערכת ממוחשבת. כדי להבטיח את חיסיון המידע ושמירת פרטיותם של המרואיינים הגישה לקובצי המידע הממוחשבים הוגבלה לצוות המחקר בתיקייה מאובטחת.

## 4. ממצאים

להלן יוצגו עיקרי הממצאים לאחר שבוצע תהליך שילוב (אינטגרציה) של הממצאים האיכותניים (ראיונות עם בעלי תפקידים) והמצאים הכמותיים (סקר טלפוני בקרב הזכאים הלא מממשים), זאת במטרה להציג סוגיות שונות באופן מקיף.

### 4.1 זהות המשיבים לסקר הטלפוני

כאמור, במסגרת איסוף הנתונים נעשה ניסיון לראיין את הזכאי עצמו, אך אם הוא לא היה מסוגל להשיב מחמת גיל, מצב מנטלי או מצב פיזי רואיין בן משפחה או אפוטרופוס. יחד עם זאת, שיעור הזכאים שהשיבו בעצמם על הסקר עומד על 17% בלבד.

38% מן המשיבים הם הורים לבן או בת שלא מימשו את זכאותם, 30% הן בנים או בנות להורים שלא מימשו את זכאותם ו-9% הם בני או בנות זוג לזכאים שלא מימשו את זכאותם. נוסף על כך, 5% מן המשיבים הם קרובי משפחה אחרים (דוגמת נכד/ה) ו-1% משיבים אחרים.

חשוב לציין שכלל הממצאים המוצגים בדוח זה מתייחסים לזכאים הלא מממשים עצמם, האנשים האחרים שענו מטעמם השיבו על אודות הלא מממשים.

### 4.2 מאפייני המשיבים הלא מממשים

#### 4.2.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

התפלגות המאפיינים הדמוגרפיים של הלא מממשים שהשתתפו במחקר מופיעה בלוח 2. אפשר לראות כי שיעור הגברים והנשים בקרבם זהה (50%). שיעור דוברי הערבית (22%) כמעט זהה לשיעור הערבים באוכלוסיית ישראל (21%) (למ"ס, 2021). 34% מן המשיבים הלא מממשים מתגוררים במחוזות פריפריאליים, שיעור גבוה משיעור המתגוררים בפריפריה בכלל האוכלוסייה בישראל (20%) (למ"ס, 2019).

לוח 2: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המשיבים הלא מממשים^ (באחוזים)

מאפיינים סוציו-דמוגרפיים	%
<b>מין</b>	
<b>סך הכול (N)</b>	<b>228</b>
גברים	50
נשים	50
<b>שפת דיבור עיקרית</b>	
<b>סך הכול (N)</b>	<b>221</b>
עברית	51
ערבית	22
רוסית	10
אחר	17
<b>אזור מגורים</b>	
<b>סך הכול (N)</b>	<b>236</b>
מרכז	66
פריפריה	34
<b>קבוצת גיל</b>	
<b>סך הכול (N)</b>	<b>226</b>
17-1	27
64-18	31
+65	42
<b>מצב משפחתי</b>	
<b>סך הכול (N)^</b>	<b>162</b>
נשוי או גר עם בן/בת זוג	41
רווק	33
גרוד או פרוד	18
אלמן	7



מאפיינים סוציו-דמוגרפיים	%
<b>השכלה</b>	
<b>סך הכול (N)</b>	<b>152</b>
ללא תעודת בגרות/תעודה אחרת	56
בגרות מלאה ומעלה	44
<b>תעסוקה</b>	
<b>סך הכול (N)</b>	<b>158</b>
פנסיונר	49
לא עובד בגלל מוגבלות	34
מועסק	10
לא עובד מסיבות אחרות	7
<b>ניסוי הוצאות משק הבית</b>	
<b>סך הכול (N)</b>	<b>184</b>
מצליחים ללא כל קושי	34
מצליחים עם קושי	33
לא כל כך מצליחים	22
בכלל לא מצליחים	12

מתעמי אתיקה המשיבים לא היו חייבים לענות על כל השאלות. חלק מן המשיבים לא ענו על כל השאלות הדמוגרפיות ולכן מספר המשיבים בטבלה משתנה מסעיף לסעיף

נשאל רק בנוגע לזכאים בני 18+

מן הראיונות עם בעלי התפקידים עלה כי אוכלוסיית הזכאים מורכבת לתפיסתם משתי קבוצות עיקריות: אוכלוסייה מבוגרת, בעיקר זקנים סיעודיים שזקוקים למכשור כדי לקבל טיפול במסגרת הביתית, וצעירים עם מוגבלות מולדת. התפלגות המשיבים לסקר אינה מייצגת את התפלגות כלל הלא מממשים, מאחר שבוצע מדגם שכבות לפי סוגי מכשירים. לפיכך, שיעור הילדים בקרב המשיבים גבוה יחסית (27% לעומת 5% מכלל המופיעים ברשימות שהונפקו על ידי היחידה), זאת מכיוון שנכללו בסקר שני מכשירים המיועדים לילדים בלבד (טיולון ועמידון). מנגד שיעור בני ה-65+ בקרב המשיבים נמוך יחסית (42% לעומת 82% מכלל המופיעים ברשימות שהונפקו על ידי היחידה) מאחר שלא ניתן משקל יתר למכשירים שמאושרים לרוב לקבוצת גיל זו (כגון כיסא גלגלים קבוצה 3 או זחליל). כמו כן יש להביא בחשבון את השיעור הגבוה של זכאים נפטרים שהופיעו ברשימות מן היחידה ושעלו בעת ביצוע הסקר (מעל ל-27%, ראו פירוט בסעיף 4.3) ואפשר להניח שרובם ככולם זקנים.

כדי להסיק מסקנות על מאפייניה הדמוגרפיים של אוכלוסיית הלא מממשים רצוי היה להשוות אותם למאפייני אוכלוסיית הזכאים אשר כן מימשו את זכאותם למכשיר ממשרד הבריאות. יחד עם זאת, נכון לעת כתיבת הדוח אין נתונים על המאפיינים הדמוגרפיים של אוכלוסייה זו. לעומת זאת, ישנם נתונים המתייחסים לכלל האנשים עם מוגבלות חמורה בישראל, אשר כוללים זכאים שמימשו את זכאותם, לא מממשים, וכן אנשים עם מוגבלות חמורה שלא הגישו בקשה לזכאות או שאינם זכאים למכשירי שיקום וניידות (בגלל סוג ורמת המוגבלות ובגלל זכאות מגרמים אחרים כגון משרד הביטחון). השוואת הנתונים בין אוכלוסיית הלא מממשים לכלל האנשים עם מוגבלות חמורה יכולה לסייע במידה מסוימת בהבנת מאפייניהם הדמוגרפיים של אוכלוסיית הלא מממשים.

לפיכך אפשר לראות כי רמת ההשכלה של הזכאים הלא מממשים שהשיבו לסקר גבוהה מעט מרמת ההשכלה של אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות חמורה בגילים אלו: ל-56% אין תעודת בגרות לעומת 60% בקרב כלל האנשים עם מוגבלות חמורה (ברלב ואח', 2020).

מבחינת תעסוקה, אוכלוסיית המשיבים לסקר מועסקת פחות מכלל אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות חמורה. רק 17% מן המשיבים בגילי העבודה (18-64) מועסקים לעומת 35% בקרב אנשים עם מוגבלות חמורה ו-80% בקרב אנשים ללא מוגבלות (ברלב ואח', 2020). 72% מכלל המשיבים הלא מממשים בגילי העבודה דיווחו כי אינם עובדים בגלל המוגבלות שלהם.

מצבם הכלכלי של הזכאים הלא מממשים חמור יותר ממצבם הכלכלי של כלל האנשים עם מוגבלות חמורה בישראל. 34% מן המשיבים העידו כי הם לא מצליחים לכסות את ההוצאות החודשיות של משק הבית. בגילי העבודה 41% מן הזכאים שהשיבו לסקר לא מצליחים לכסות את ההוצאות, זאת לעומת 19% מכלל האנשים עם מוגבלות חמורה באותם גילים. בגילי +65 25% מן המשיבים שלא מימשו את זכאותם לא מצליחים לכסות את ההוצאות לעומת 9% מכלל האנשים עם מוגבלות חמורה. נתון זה מתיישב עם טענה שעלתה בכמה ראיונות עם בעלי התפקידים, על כך שאנשים במצב חברתי-כלכלי גבוה לרוב אינם פונים לקבלת זכאות למכשיר דרך היחידה, אלא בוחרים לרכוש את המכשיר בעצמם ולחסוך את ההליך הבירוקרטי שבהגשת הבקשה ומימושה דרך משרד הבריאות.

## 4.2.2 מאפייני השתתפות חברתית ורמת התמיכה האישית

במחקר נבחנה מידת ההשתתפות החברתית של המשיבים הלא מממשים. מן הממצאים עולה כי שיעור המשתתפים בפעילויות פנאי (כולל פעילויות העשרה, התנדבות, פעילות גופנית וכדומה) נמוך. 90% מן המשיבים דיווחו כי הם כלל לא משתתפים בפעילויות אלו, כאשר השיעור הגבוה ביותר הוא בקרב בני +65 (96%). בקרב המשיבים שדיווחו כי הם כן משתתפים בפעילויות פנאי, 82% ענו כי הם זקוקים לעזרה של אדם אחר כדי להשתתף בפעילויות אלו.

נוסף על כך, המשיבים נשאלו על הקשרים החברתיים שלהם. להלן תשובותיהם:

- 48% מן המשיבים השיבו שיש להם/לזכאי חברים:
  - 70% בקרב בני 1-17
  - 55% בקרב בני 18-64
  - 41% בקרב בני +65

אלו שהשיבו שיש להם חברים, נשאלו באיזו תדירות הם נפגשים ו/או מדברים בטלפון או בשיחות מקוונות. שיעורי המשיבים שדיווחו כי הם נפגשים ו/או מדברים כל יום או כמעט כל יום עם חבריהם היו:

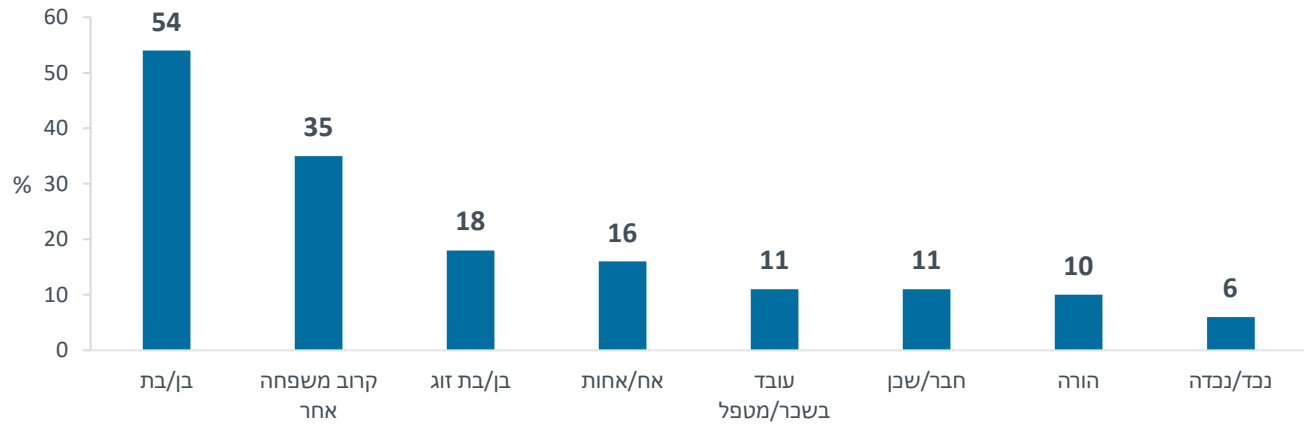
- 100% בקרב בני 17-1
- 46% בקרב בני 18-64
- 21% בקרב בני 65+

מן הממצאים עולה כי בקרב ילדים יש קשרים חברתיים רבים יותר ותכופים יותר. אפשר להסביר זאת בכך שלרוב ילדים בגילים אלו נמצאים באופן מובנה במסגרות לימודיות וחברתיות כך ששיעור ההשתתפות החברתית שלהם גבוה יותר. כך גם 84% מן הילדים יוצאים מביתם למעלה משלוש פעמים בשבוע ואילו רק 24% מבני 65+ יוצאים מביתם בתדירות זו. הילדים יוצאים בעיקר ללימודים ואילו בני 18+ יוצאים בעיקר לטיפולים רפואיים או נפשיים. הזכאים שלא יוצאים מן הבית נשאלו מדוע והסיבה העיקרית הייתה מצבם הרפואי.

כמו כן נבחנה רמת התמיכה האישית של המשיבים הלא מממשים. 95% מן המשיבים דיווחו כי הם זקוקים לעזרה בפעולות יום-יומיות כמו רחצה, לבוש, אכילה, היגיינה אישית, ליווי או השגחה, בעיקר בקרב הילדים (100%) ובני 65+ (96%). השיעור הנמוך ביותר באופן מובהק הוא בקרב בני 18-64 (88%). בקרב ילדים וצעירים (עד גיל 17) ההורים או קרובי משפחה אחרים הם העוזרים העיקריים בפעולות היום-יומיות, ובקרב המבוגרים בני 18+ העזרה בפעילויות היום-יומיות מתבצעת בעיקר על ידי עובדים זרים או מטפלים בשכר.

נבדק גם אם למשיבים הלא מממשים יש מערכת תמיכה כך שבמקרה של משבר או מצוקה יש להם על מי לסמוך. ל-90% מבני 17-1 יש על מי לסמוך (נוסף על הוריהם) וכן ל-75% מבני 65+. השיעור הנמוך ביותר הוא בקרב בני 18-64 (70%). הזכאים נשאלו על מי הם יכולים לסמוך, **תרשים 6** מציג את תשובותיהם.

### תרשים 6: אדם שהזכאי יכול לסמוך עליו במקרה של משבר או מצוקה (באחוזים)^



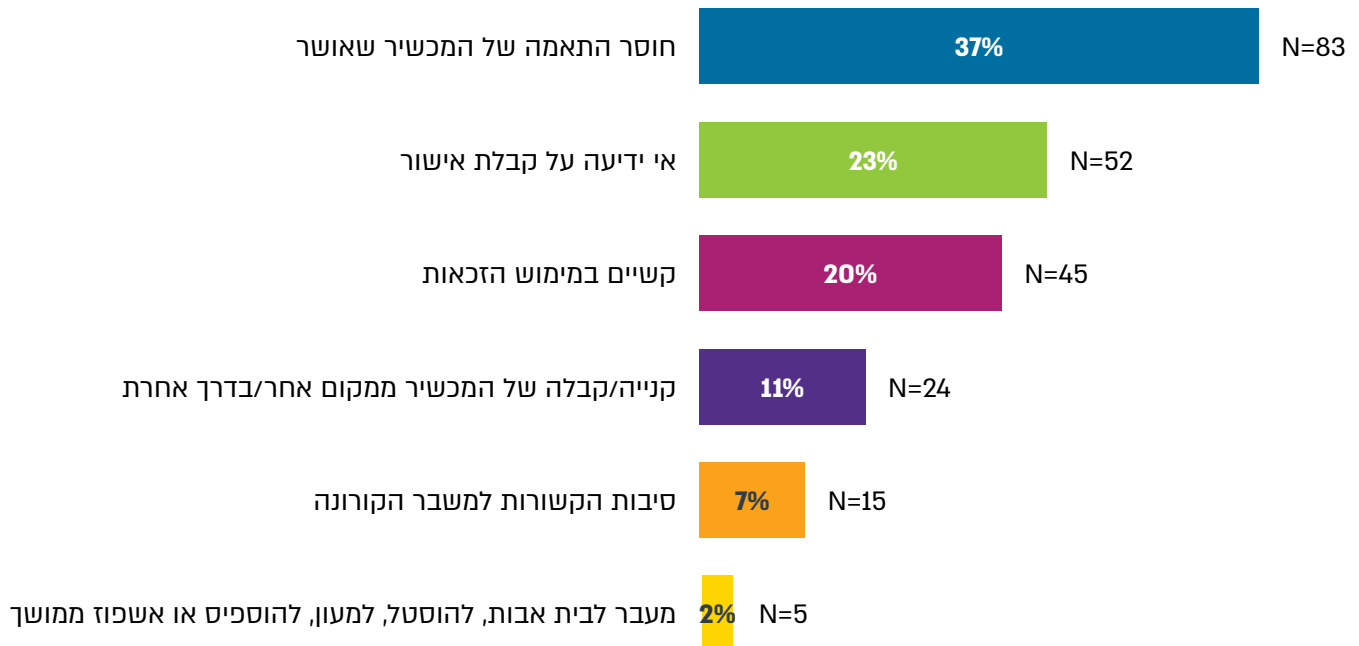
אפשר היה לענות יותר מתשובה אחת ועל כן הנתונים מסתכמים ליותר מ-100%

במסגרת ניתוח הממצאים נבחנה ההשערה כי שיעור נמוך בתמיכה חברתית או אישית ישפיעו על הסיבות לאי-מימוש אולם לא נמצא קשר מובהק בין המשתנים.

### 4.3 סיבות לאי-מימוש זכאות

אחת ממטרות המחקר המרכזיות הייתה לבחון את הסיבות לאי-מימוש הזכאות למכשירים. הסיבות המרכזיות לאי-מימוש הזכאות שעלו מן הסקר הן: חוסר התאמה של המכשיר שאושר (37%), אי-ידיעה על קבלת האישור (23%), קשיים במימוש הזכאות (20%) וקנייה או קבלה של המכשיר ממקום או בדרך אחרת (11%) (תרשים 7).

### תרשים 7: הסיבה המרכזית לאי-מימוש הזכאות למכשיר

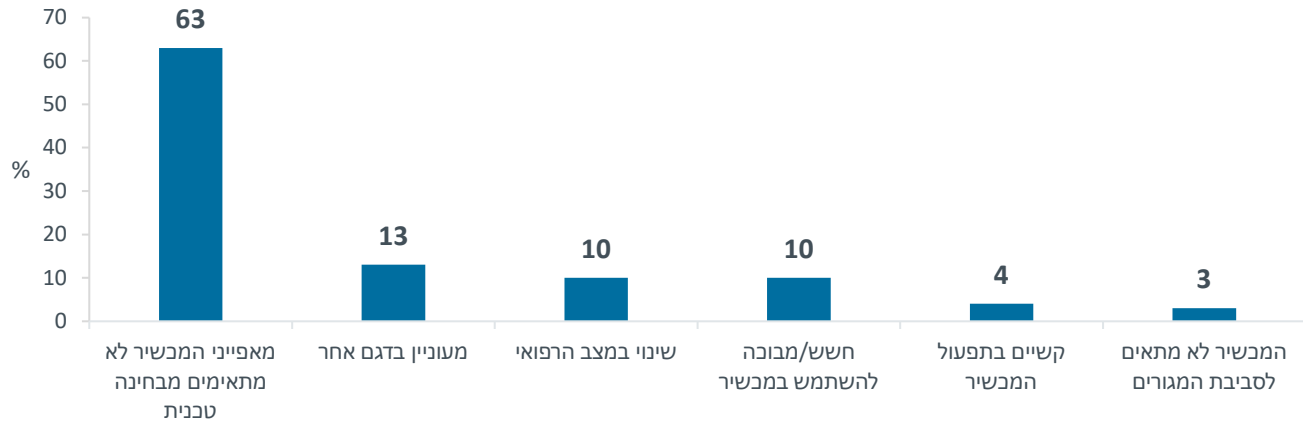


מן הראינות עם בעלי התפקידים עלה כי הסיבות המרכזיות לאי-מימוש כפי שהם תופסים אותן הן, ראשית, חוסר הבנה של הזכאים כיצד לממש את הזכאות בפועל; שנית, פטירה של זכאים לאחר קבלת הזכאות; וכן, "המלצת יתר", כלומר הגורמים הממליצים נוטים להמליץ על כמה מכשירים יחד, כאשר לא תמיד הזכאים מעוניינים לקבל את כלל המכשירים שלהם קיבלו אישור זכאות. נוסף על כך, חשוב להתייחס לאחוז הגבוה של נפטרים בקרב הזכאים הלא מממשים. מן הרשימות שהופקו על ידי היחידה על אודות הזכאים הלא מממשים, 27% מן הזכאים (10,367 זכאים) הופיעו בצירוף תאריך פטירה, כלומר נפטרו בזמן שבין הגשת הבקשה ועד תאריך הפקת הרשימות. זאת ועוד, במהלך איסוף הנתונים לסקר נמצא כי 1% נוסף מן האנשים במדגם נפטרו בזמן שבין הפקת הרשימות ועד ליצירת הקשר עימם. מגמה זו בלטה במיוחד במכשיר הזחליל, אשר משמש בעיקר אנשים מבוגרים. משום כך אפשר לציין גם פטירה במהלך הטיפול בבקשה בתור סיבה מרכזית נוספת לאי-מימוש הזכאות.

#### 4.3.1 חוסר התאמה של המכשיר שאושר

הסיבה העיקרית (37%) לאי-מימוש הזכאות למכשיר היא חוסר התאמה של המכשיר שאושר. הזכאים שדיווחו על חוסר התאמה נשאלו מה לא התאים להם במכשיר שאושר. **תרשים 8** מפרט את הסיבות לחוסר ההתאמה של המכשיר.

## תרשים 8: סיבות לחוסר ההתאמה של המכשיר (אחוזים)^



אפשר היה לענות יותר מתשובה אחת ועל כן הנתונים מסתכמים ליותר מ-100%

ממצאי הסקר מראים כי אי-מימוש זכאות עקב חוסר התאמה של המכשיר שאושר מוסבר בעיקר בשל מאפיינים טכניים של המכשיר, שנתפסים על ידי המשיבים כלא מתאימים בעבורם. בין היתר, המשיבים לתשובה זו התייחסו למשקל או לגודל המכשיר שאושר, לרצון במכשיר מסוג אחר (כגון רצון בכיסא גלגלים ממונע כאשר אושר כיסא מסוג אחר), לחוסר רצון לקבל מכשיר שעבר השמשה, לרצון במאפייני מכשיר אחרים (כגון מיטה זוגית במקום מיטה יחידנית) וכדומה.

בניתוח לפי מכשירים עלה כי חוסר התאמה הוא הסיבה המרכזית לאי-מימוש עבור כל המכשירים שנבדקו למעט כיסא גלגלים קבוצה 3 (שהסיבה המרכזית לאי-מימוש היא אי-ידיעה על קבלת אישור הזכאות). המכשיר עם השיעור הגבוה ביותר של אי-מימוש עקב חוסר התאמה הוא כיסא גלגלים מיוחד (57%). בניתוח ממצאי הסקר לפי קבוצות מכשירים נמצא כי בקבוצת המכשירים המורכבים (הכוללת זחליל, מנוף וכיסא גלגלים ממונע) 49% מן המשיבים ציינו חוסר התאמה בתור הסיבה העיקרית לאי-מימוש, השיעור הגבוה ביותר ביחס לקבוצות מכשירים אחרות. אפשר לראות כי חוסר התאמה כסיבה לאי-מימוש הזכאות רלוונטי ביותר עבור מכשירים מורכבים יחסית, הדורשים התאמה אישית, וכחות עבור מכשירים סטנדרטיים.

עוד נמצא כי אי-מימוש המכשיר בגלל חוסר התאמה נפוץ יותר בקבוצת גיל העבודה (18-64) (46%) ובקבוצת הגיל הצעירה (1-17) (40%) וכחות בקבוצת הגיל המבוגרת (+65) (31%).

מבין המשיבים שטענו שלא מימשו את הזכאות שלהם בעקבות חוסר התאמה של המכשיר שאושר, 65% ענו שהם מסתדרים ללא המכשיר בעזרת מכשיר אחר שברשותם (לרוב מדובר במכשיר הקודם שלהם). נתון זה דומה גם בקרב מי שלא מימשו את זכאותם בשל סיבות אחרות. 22% השיבו שהם נעזרים באדם אחר כגון מטפל או קרוב משפחה. נתון זה גבוה לעומת אנשים שלא מימשו את זכאותם מסיבות אחרות ( $p < 0.005$ ). 11% ענו שהם לא מסתדרים ללא המכשיר, ממצא נמוך לעומת אנשים שלא מימשו

את הזכאות מסיבות אחרות ( $p < 0.015$ ). ממצאים אלו מצביעים על כך שאין קשר בין היכולת של המשיב להשתמש במכשיר אחר שברשותו ובין אי-מימוש הזכאות בשל חוסר התאמה. נוסף על כך, בקרב קבוצה זו יש שיעור נמוך יחסית של אנשים שטענו שהם לא מצליחים להסתדר ללא מכשיר. מכאן אפשר לשער כי בקרב אנשים שטענו כי לא מימשו את הזכאות בשל חוסר התאמה יש יותר אנשים שלא היה להם צורך במכשיר. מנגד, יש בקרבם יותר אנשים שנאלצים להיעזר באדם אחר בשל אי-מימוש הזכאות. מן הראיונות עם בעלי התפקידים עלה כי האחריות להתאמת מכשיר ללקוח נמצאת בידי הגורם הממליץ – הפיזיותרפיסט או המרפא בעיסוק המגיע לביתו של הפונה, מבצע הערכה וממליץ על מכשיר. במקרה של מכשירים מורכבים גם נציגים מן הוועדות למכשירי שיקום וניידות המקומיות והאזוריות בלשכות הבריאות עשויים להיות מעורבים. מן הראיונות עימם עלה כי בעת התאמת המכשיר בעלי המקצוע מביאים בחשבון את כלל הגורמים שמוגדרים כמשמעותיים במודלים המוכרים להתאמת טכנולוגיה מסייעת, בהם תפקוד הפונה, צרכיו, אורח חייו, תמיכה מן הסביבה, שיתוף פעולה שלו ושל הסביבה, הסביבה הביתית והחופץ ביתית, פעילויות יום-יומיות ועוד.

יחד עם זאת, מן הראיונות עלו גם המגבלות הקיימות בעת התאמת המכשיר לפונה. חלק מן הממליצים התייחסו גם למצבים שבהם אי אפשר להמליץ על המכשירים שהפונה ובני משפחתו מבקשים מסיבות שונות, כגון חוסר של המכשיר, של הדגם או של מאפייני המכשיר המבוקשים על ידי הפונה ברשימת המכשירים המסופקים על ידי משרד הבריאות, אי-עמידה של הפונה בקריטריונים של זכאות הקבועים בנוהל או שיקול דעת מקצועי של הממליץ. דבר זה נכון במיוחד בהמלצות על כיסא גלגלים ממונע ומכשירים לילדים.

”ההחלטות שלנו צריכות להתייחס לצורך של הפונה ולנוהל. עכשיו, לפעמים הפונה מהקהילה מבקש המון דברים שמבחינה תפקודית יכולים לעזור מאוד, יכול להיות שהם נכונים, אבל מבחינת הנוהל הם לא אפשריים.“  
(פיזיותרפיסטית מלשכת בריאות)

כמו כן חוסר ההיכרות של הגורם הממליץ עם הפונה וצרכיו (חוץ מאשר במקרים של צוות מקצועי במסגרות חינוך מיוחד) עשוי להוביל גם הוא לתהליך התאמה לקוי, וספקי השירות העידו בראיונות כי לעיתים מתקבלות המלצות על מכשירים שאינם מתאימים לזכאי, לצד המלצות חסרות שאין בהן את כל הרכיבים שהאדם צריך כדי שהמכשיר יתאים לצרכיו.

### 4.3.2 אי-ידיעה על קבלת אישור זכאות

23% מן הזכאים הלא מממשים דיווחו שלא מימשו את הזכאות למכשיר מכיוון שאישור הזכאות לא הגיע לידיהם. בניתוח הממצאים לפי מכשירים עלה כי זו הסיבה המרכזית לאי-מימוש עבור מי שקיבל זכאות לכיסא גלגלים קבוצה 3 (41%). בניתוח לפי קבוצות גיל נמצא כי באופן מובהק, בקרב קבוצת הגיל הצעירה (1-17 שנים) שיעור המדווחים על אי-ידיעה על קבלת האישור גבוה משיעור זה בקבוצות האחרות (33%, לעומת 15% בקרב בני 18-64 ו-22% בקרב בני 65+). נתונים אלו עולים בקנה אחד עם ניתוח הממצאים לפי קבוצות מכשירים. נמצא כי שיעור המשיבים שטענו כי האישור לא הגיע לידיהם הוא הגבוה ביותר בקבוצה הכוללת את הטיולון והעמידון (37%), מכשירים המיועדים ברוב המקרים לילדים. ממצא זה מעלה את הצורך בבדיקה נוספת, שכן בקשות למכשירים עבור ילדים לרוב מקודמות על ידי חברי צוות בבתי ספר לחינוך מיוחד, והורים לילדים אמורים להיות מיועדים על קבלת אישור זכאות דרכם.

זאת ועוד, נמצא כי בקרב זכאים לא מממשים ששפתם העיקרית אינה עברית שיעור הדיווח על אי-ידיעה על קבלת אישור הזכאות גבוה מאשר בקרב דוברי עברית (33% לעומת 14%, בהתאמה). ייתכן כי חלק מהם מתגוררים באזורים כפריים ומרוחקים עם קושי מוכר בקבלת דברי דואר (מן הראיונות עם בעלי התפקידים סוגיה זו עלתה בפרט באוכלוסייה הערבית והבדואית, בדרום ובצפון הארץ), וכן ייתכן כי חלק קיבלו את האישור אך לא הבינו כי מדובר באישור זכאות למכשיר שיקום וניידות.

הזכאים שענו כי האישור לא הגיע לידיהם נשאלו אם פנו למוקד משרד הבריאות כדי לברר על מצב בקשתם ותהליך האישור. 34 מבין 52 מן המשיבים ענו כי לא פנו למוקד לברור. הסיבות העיקריות לאי-פנייה למוקד היו חוסר ידיעה למי לפנות (15 משיבים), שכח/ולא הספיקו/לא רצו לברר (5 משיבים) וניסו ולא הצליחו להשיג את המוקד (5 משיבים). המשיבים שכן פנו למוקד לברור על אודות אישור הזכאות, נענו כי התהליך בטיפול (6 משיבים) או שלא הצליחו לקבל עדכון על מצב בקשתם (3 משיבים). השאר בחרו לא להשיב לשאלה זו.

נוסף על כך, כאמור כ-200 מכתבים (16%) מתוך 1,285 מכתבים שנשלחו במסגרת המחקר לא הגיעו ליעדם וחזרו על ידי דואר ישראל כיוון שהכתובת לא אותרה, הייתה שגויה או שהזכאי עבר לכתובת אחרת. מכתבי אישור הזכאות נשלחים אף הם בדואר כך שיתכן כי בדומה למכתבים מצוות המחקר, חלק מסוים מאישורי הזכאות לא הגיעו ליעדם בגלל כתובות לא מאומתות ושגויות. לדברי אנשי המקצוע שרואיינו, השימוש בדואר ישראל לשליחת האישורים בעייתי וחלק מן האישורים לא מגיעים או מתעכבים עקב בעיות במערך הדואר או ברישום הכתובות.

### 4.3.3 קשיים במימוש הזכאות

מן הסקר עלה כי 20% מן המשיבים לא מימשו את זכאותם בגלל קשיים שונים במימוש הזכאות. בניתוח הסיבות לפי סוגי מכשירים נמצא כי השיעור הגבוה ביותר שהצביעו על סיבה זו הוא בקרב הזכאים לכיסא גלגלים מקבוצה 1. בחלוקה לפי קבוצות גיל נמצא כי בקרב בני 65+ שיעור האנשים שנתקלו בקשיים במימוש הזכאות הוא הגבוה ביותר (24%) לעומת קבוצות הגיל האחרות (21% בגילי 18-64 ו-13% בגילי 1-17).

מבין 45 משיבים שציינו שלא מימשו את הזכאות בשל קשיי מימוש:

- 16 הסבירו כי לא הבינו מה צריך לעשות;
- 10 ציינו כסיבה את הצורך בתשלום על השתתפות עצמית;
- 7-9 לא היה כוח או זמן להתעסק עם מימוש הזכאות;
- 7 ציינו כי נתקלו בבעיות בירוקרטיות;
- 2-7 לא היה מי שיעזור להם במימוש הזכאות.

גם מן הראיונות עם בעלי התפקידים עלה כי סיבה מרכזית בעיניהם לאי-מימוש הזכאות נובעת מקושי וחוסר הבנה של הזכאים כיצד לממש את הזכאות.



יש לנו מקרים שאנחנו מגיעים לבית ושואלים למה אין מכשירים של משרד הבריאות ... הם קיבלו ואוצ'ר, הם מוציאים את המעטפות ואין להם מושג מה לעשות עם המעטפות. כן, זה קורה הרבה." (עובדת סוציאלית מלשכת בריאות)

לדברי בעלי התפקידים, הזכאים מקבלים את מסמכי האישור ולא תמיד יודעים מה לעשות איתם וכיצד ליצור קשר עם הספקים, בעיקר כאשר הזכאות היא ליותר ממכשיר אחד ועל הזכאי לפנות לכמה ספקים שונים. כמו כן לרוב האנשים אין גישה לפקס ולכן הם מוותרים על שליחת הטפסים לספקים ועל המשך תהליך מימוש הזכאות. בחלק מן הפעמים הזכאים לא מבינים כי עליהם להיות אקטיביים בתהליך ומצפים שהמכשיר יגיע אליהם זמן מה לאחר קבלת האישור. לטענתם מגמה זו ניכרת עוד יותר בקרב אוכלוסיות במעמד חברתי-כלכלי נמוך או כאלו עם קשיי שפה.

רכיב מרכזי נוסף המוביל לקשיים במימוש הזכאות נוגע לצורך בתשלום השתתפות עצמית על רכישת המכשיר. 10 מן המשיבים ענו שזו הסיבה לאי-מימוש זכאותם והם נשאלו אם פנו בבקשה לקבל הנחה בתשלום. 6 מן המשיבים ענו כי פנו אך לא קיבלו הנחה או שקיבלו הנחה שאינה מספקת, 3 מן המשיבים לא ידעו שאפשר לקבל הנחה או לא פנו, ומשיב אחד לא ענה על שאלה זו. מדברי אחת המרואיינות מלשכות הבריאות עלה שבקרב אלו שלא מקבלים פטור אוטומטי מתשלום השתתפות עצמית, הבקשה לפטור מוגשת לאחר קבלת אישור הזכאות, אולם אפשר לראות שחלק מן המשיבים לא היו מודעים לאפשרות זו ולכן לא מימשו את זכאותם.

#### **4.3.4 קנייה או קבלה של מכשיר ממקום אחר**

11% מן המשיבים (24 אנשים) השיבו כי קנו או קיבלו מכשיר בכוחות עצמם. 15 מהם פירטו כיצד קנו או קיבלו את המכשיר: 6 קנו מכשיר חדש באופן עצמאי, 1 קיבל מכשיר ממישהו קרוב ו-8 קיבלו מכשיר מעמותה, רובם מעמותת "יד שרה". בין המכשירים שהמשיבים קיבלו בדרך זו היו: כיסא גלגלים קבוצה 3 (9), כיסא גלגלים קבוצה 2 (5) ומיטה (5).

המשיבים נשאלו מדוע בחרו להשיג את המכשיר בכוחות עצמם. הסיבה העיקרית (12 משיבים) הייתה כי תהליך קבלת המכשיר ארוך או מסובך מדי. סיבות נוספות היו כי הדגמים המוצעים על ידי המשרד לא עונים על הצרכים (3 משיבים) ושהמשיב סומך יותר על הבחירה האישית שלו מאשר על המערכת (3 משיבים).

#### **4.3.5 משבר הקורונה**

7% מן הזכאים הלא מממשים ענו כי משבר הקורונה הוא הסיבה העיקרית לאי-מימוש הזכאות. כשנשאלו כיצד משבר הקורונה השפיע על מימוש הזכאות רובם התייחסו לחוסר מענה או לעומס אצל הגורמים הרלוונטיים (בפרט בקרב ספקים) עקב המשבר, ומעטים ייחסו זאת לחשש להיפגש עם אנשים זרים (פחד לצאת מן הבית או לאפשר לספק להגיע לבית).

#### **4.4 התנסות עם מנוף**

נוהלי משרד הבריאות קובעים כי מנוף יינתן רק לאחר שנערכה הדרכה על ידי הממליץ המורשה בקהילה, לאחר התנסות של שבועיים ולאחר שנמצא כי המנוף אכן עונה על הצרכים והמטפל/מלווה מסוגל להפעילו בבטיחות מרבית. מן הממצאים עולה

כי 87% מן הזכאים שלא מימשו את זכאותם למנוף לא ידעו על קיומה של תקופת התנסות עם המנוף. מהם, 40% היו מעוניינים בתקופת התנסות כזאת.

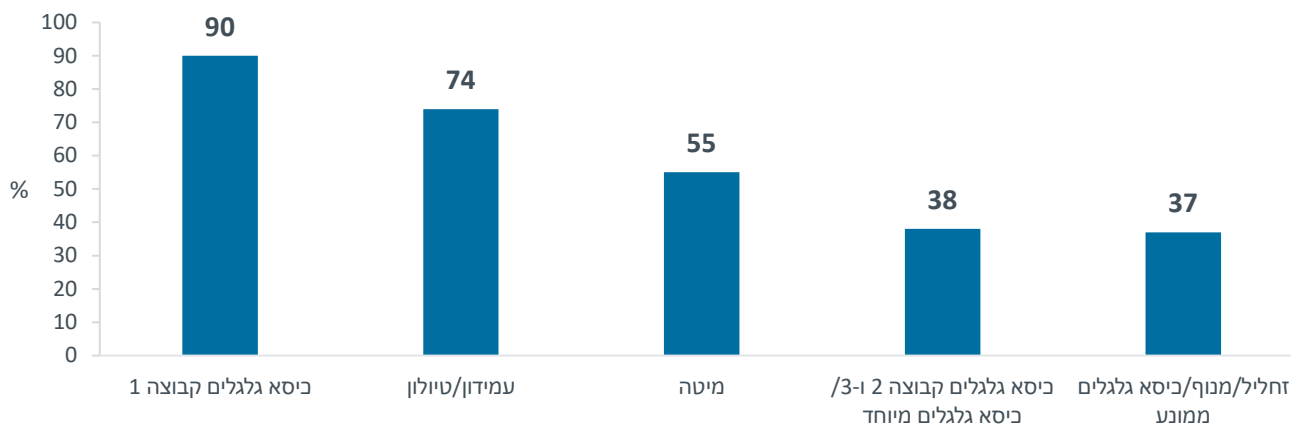
מבין מי שהייתה להם התנסות עם המנוף במכשיר הנוכחי או בעבר (11 משיבים), 6 משיבים העידו כי ההתנסות שלהם וכן ההתנסות של המטפל או המפעיל של המנוף הייתה טובה. מבין אלו שהשיבו כי התנסותם לא הייתה טובה, הסיבה העיקרית לחוסר שביעות רצון מן ההתנסות הייתה תחושה של חוסר ביטחון או חוסר נוחות בשימוש במנוף.

## 4.5 התנסות קודמת בשימוש במכשירים

המשיבים התבקשו להתייחס להתנסות קודמת עם מכשירי שיקום וניידות, ונשאלו אם בעת פנייה למשרד הבריאות היה ברשותם מכשיר אחר בשימוש. על כך השיבו בחיוב 60% מהם. אצל 55% מדובר במכשיר מסוג אחר, אצל 24% באותו סוג מכשיר ואותו דגם ואצל 21% מדובר באותו סוג מכשיר אך מדגם או חברה שונה.

בחלוקה לפי קבוצות מכשירים, אפשר לראות כי בקבוצת המכשירים המורכבים (הכוללת זחליל, מנוף וכיסא גלגלים ממונע) (37%) ובקבוצת כיסאות גלגלים קבוצה 2 ו-3 וכיסאות גלגלים מיוחדים (38%) שיעור המדווחים על הימצאות מכשיר אחר בשימוש נמוך משיעור זה בקבוצת משתמשי כיסאות גלגלים מקבוצה 1 (90%) ובקבוצת מכשירי הילדים (הכוללת טיולון ועמידון) (74%) **(תרשים 9).**

תרשים 9: הימצאות מכשיר אחר בזמן הגשת הבקשה למכשיר הנוכחי, לפי קבוצת מכשירים\*\*\* (באחוזים)



\*\*\*P<0.05

הנבדקים שהשיבו כי היה להם מכשיר אחר בעבר, נשאלו כיצד השיגו את המכשיר הקודם (**לוח 3**).

**לוח 3: מהיכן השיג הזכאי את המכשיר הקודם? (באחוזים)**

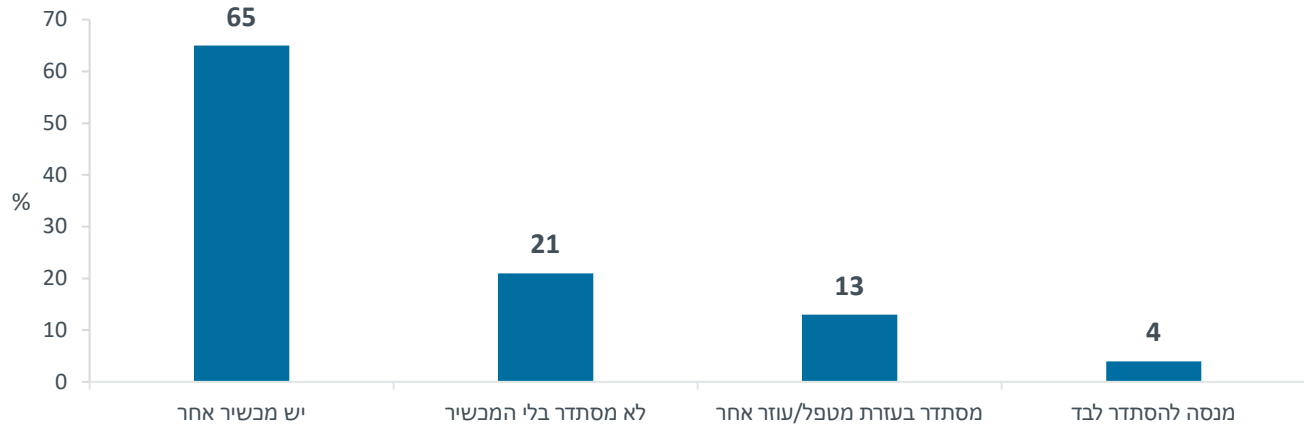
סך הכול (N)	136
עמותת יד שרה	37
משרד הבריאות	36
קנה בעצמו	15
חבר/בן משפחה	7
ארגון/עמותה אחרת	5

בחלוקה לפי קבוצת גיל נמצא כי בקבוצת הגיל של הילדים (1-17 שנים) שיעור המדווחים על קנייה עצמית גבוה יותר משיעור זה בקבוצת הגיל המבוגרת יותר (30% לעומת 7% בגילי 18-64 ו-16% בגילי +65). לעומת זאת, בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר (+65) שיעור המדווחים על קבלה מכשיר מארגון או מעמותה גבוה יותר משיעור זה בקבוצות הגיל האחרות (60% לעומת 35% בגילי 18-64 ו-22% בגילי 1-17).

## 4.6 צורך במכשיר

נוסף על שאלות על אודות הסיבה המרכזית לאי-מימוש הזכאות, כל המשיבים (פרט לאלו שטענו שהסיבה המרכזית היא שרכשו או קיבלו מכשיר בדרך אחרת, שהם מעדיפים את המכשיר הנוכחי שלהם, או שהם לא צריכים את המכשיר) נשאלו שתי שאלות נוספות: (1) האם הם עדיין זקוקים למכשיר שאושר להם על ידי היחידה? 86% מהם (184 זכאים) ענו כי הם עדיין זקוקים למכשיר; (2) כיצד הם מסתדרים ללא המכשיר? (**תרשים 10**). רוב המשיבים (65%) ענו שהם מסתדרים כי יש ברשותם מכשיר אחר, במקרים רבים מכשיר שקיבלו שנים מספר קודם לכן על ידי היחידה. סביר להניח כי עצם זה שיש ברשותם מכשיר שמסייע בידם, גם אם הוא תואם כחות את צורכיהם הנוכחיים, מכחית את המוטיבציה להתאמץ ולממש את הזכאות. לעומתם אפשר לזהות את הזכאים הלא מממשים אשר עדיין זקוקים למכשיר ולא מסתדרים בלעדיו (21%), או לחלופין מנסים להסתדר לבד (4%) או בעזרת אדם אחר (13%). שלא כמו מי שיש ברשותם מכשיר אחר, יש להניח שהצורך של משיבים אלו למכשיר שאושר על ידי היחידה גבוה יותר.

## תרשים 10: כיצד מסתדרים המשיבים ללא המכשיר? (באחוזים) ^



אפשר היה לענות יותר מתשובה אחת ועל כן הנתונים מסתכמים ליותר מ-100%

מבין הזכאים הלא מממשים שלא זקוקים למכשיר, רק 7 דיווחו על כך בתור סיבה לאי-מימוש הזכאות שקיבלו, ו-31 נוספים השיבו כך בשאלות הישירות על הצורך במכשיר. כלומר 38 משיבים סך הכול טענו בשלב כלשהו בסקר שהם לא זקוקים למכשיר שאושר להם על ידי היחידה. הסבר אפשרי לקבוצה זו העלו בעלי התפקידים שרואיינו, והוא שהגורמים הממליצים נוטים להגיש בקשה לכמה מכשירים בו-בזמן, לא תמיד בהתאמה לרצון ולצרכים הנוכחיים של האדם. ייתכן שהגורמים הממליצים מעוניינים להקל על צרכני השירות, ומעדיפים לבקש מכשירים נוספים שהם צופים שיהיה בהם צורך בעתיד, כדי לחסוך מן האדם או מנציגו להתמודד שוב עם ההליך הבירוקרטי.

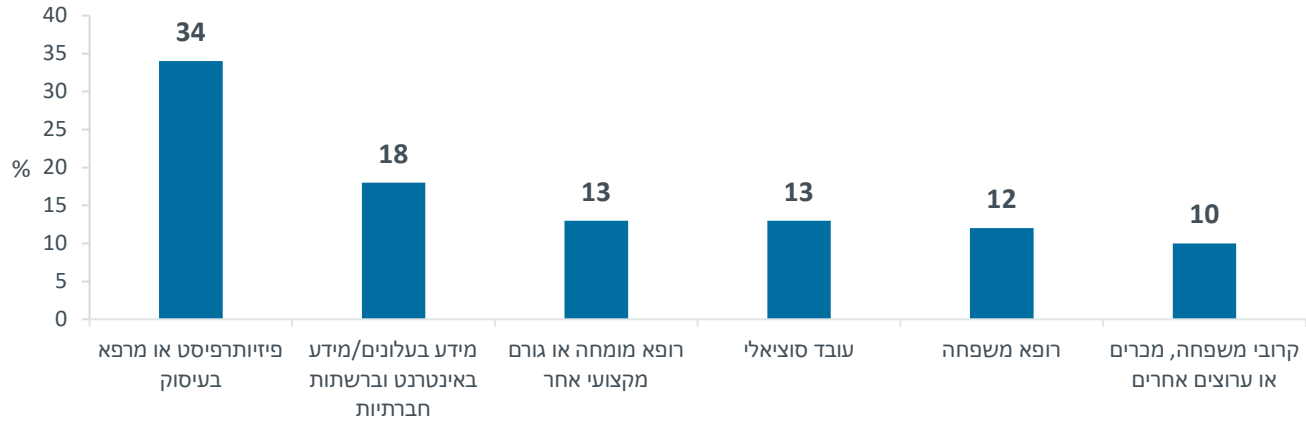
## 4.7 תהליך הגשת הבקשה למכשיר

כדי לקבל אישור זכאות למכשירי שיקום וניידות יש לבצע תהליך של הגשת בקשה למכשיר (לפירוט על תהליך הגשת הבקשה ראו תת פרק 1.2.2 "תהליך אישור והספקת מכשירים"). התהליך כולל בדרך כלל קבלת הפניה מרופא המשפחה בקופת החולים ולאחר מכן בדיקה והמלצה של גורם ממליץ בקהילה – פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק המורשה לכך מטעם היחידה.

במחקר נבחן תהליך הגשת הבקשה ונשאלו שאלות על אודות הגורם המפנה והגורם הממליץ.

ראשית, הזכאים הלא מממשים נשאלו ממי שמעו בפעם הראשונה על האפשרות להגיש למשרד הבריאות בקשה למכשיר שיקום או ניידות (תרשים 11).

### תרשים 11: ממי שמע האדם לראשונה על האפשרות להגיש בקשה למכשיר שיקום או ניידות? (באחוזים)



הזכאים שענו כי שמעו על האפשרות מאיש מקצוע (פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, עובד סוציאלי, רופא משפחה, רופא מומחה או גורם מקצועי אחר) נשאלו לאיזו מסגרת שייך איש המקצוע. מחצית (51%) מאנשי המקצוע היו מקופת חולים. השאר היו ממערכת החינוך המיוחד (22%), מבית חולים (13%) וממסגרת אחרת (14%), למשל מן המוסד לביטוח לאומי, ממקום העבודה או מן הדיור המוגן.

### 4.7.1 מעורבות הגורם המפנה בקהילה

הגורם המפנה השכיח ביותר להגשת הבקשה מטעם קופת החולים היה רופא (54%), בעיקר רופא המשפחה (36%) או רופא מומחה (18%). גורם מפנה נוסף הוא מרפא בעיסוק/פיזיותרפיסט בבית הספר שבו לומד הזכאי (22%) והאחות במרפאה (22%).

למרות מרכזיות רופאי המשפחה בהנעת התהליך והפניית הפונים לגורם הממליץ, מן הראיונות עם בעלי התפקידים עלה שתפקידם של רופאי המשפחה לא בהיר מספיק. ראשית, רופאי המשפחה שרואיינו טענו שהם לא מכירים היטב את פרטי התהליך להגשת בקשה לרכישת מכשיר שיקום וניידות, וכן העידו על צורך בגישה נוחה למידע זה כדי לספק שירות טוב יותר למטופלים שלהם. שנית, עלתה שאלה בנוגע לדרישה למעורבותם של רופאי משפחה להנעת התהליך, שכן הם אינם בעלי הידע המקצועי להתאמה של מכשירים, ותפקידם מצטמצם להליך בירוקרטי של מתן הפניה. מנגד, בעלי תפקידים רבים הדגישו את חשיבותם של רופאי המשפחה וגורמים מקצועיים נוספים בקהילה להעלאת המודעות לשירות בקרב האוכלוסייה הכללית, ובפרט האוכלוסייה המבוגרת.

למרות סוגיות אלו, 93% מן הזכאים שהשתתפו בסקר הסכימו כי הגורם המפנה אפשר להם להסביר את הקשיים שלהם והבין את צורכיהם ובאופן כללי היו מרוצים מן העזרה שקיבלו ממנו. כמו כן 92% מן הזכאים הסכימו כי הגורם המפנה הכיר את התהליך. פרמטרים אלו מעידים על מידת שביעות רצון גבוהה מתפקידו של הגורם המפנה בתהליך הגשת הבקשה.

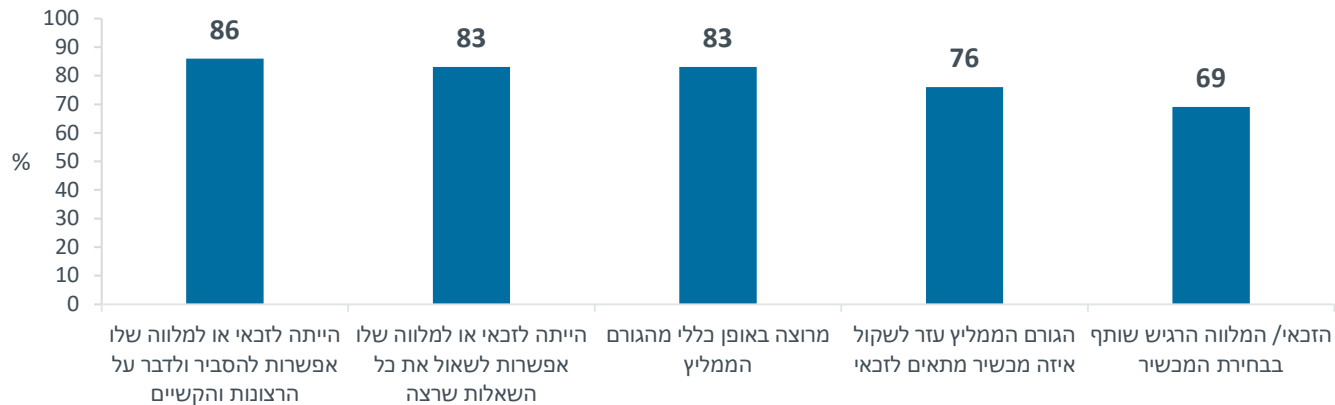
## 4.7.2 מעורבות הגורם הממליץ בקהילה

87% מן הזכאים שהשתתפו בסקר דיווחו כי הגורם הממליץ יצר עימם קשר כדי להמליץ להם על המכשיר המתאים בעבורם. מהם, 86% דיווחו כי הגורם הממליץ ערך אצלם ביקור בית, 10% דיווחו כי הוא ערך ביקור בבית הספר שבו לומד הזכאי, ו-4% דיווחו כי הוא יצר קשר טלפוני בלבד.

75% מן הזכאים שענו שהגורם הממליץ ערך ביקור דיווחו כי הוא ביצע הערכת תפקוד במהלך הביקור. 19% לא ידעו להשיב על השאלה כיוון שלא נכחו בביקור (במקרה שבו המשיב לא היה הזכאי עצמו), ו-6% דיווחו כי לא נערכה להם הערכת תפקוד במהלך הביקור.

הזכאים נשאלו על מידת שביעות הרצון שלהם מן הגורם הממליץ בפרמטרים שונים (**תרשים 12**).

### תרשים 12: שביעות רצון מן הגורם הממליץ<sup>4</sup> (באחוזים)



<sup>4</sup> שיעור המשיבים שענו מסכימים או מסכימים מאוד

מן הנתונים עולה כי בכל הנוגע לבחירת המכשיר שהומלץ להם במהלך ביקור הגורם הממליץ, שביעות הרצון של הזכאים הלא מממשים אינה גבוהה<sup>4</sup>. 69% מן הזכאים שענו לסקר הרגישו כי היו שותפים לבחירת המכשיר. בגילי +65 השיעור אף נמוך יותר (65%), והשיעור הגבוה ביותר הוא בגילי 1-17 (74%).

<sup>4</sup> בעת ניתוח סקרי שביעות רצון יש להביא בחשבון את הנטייה של משיבים לענות באופן חיובי לשאלות מסוג זה, תופעה הבולטת בפרט בשירותי רווחה ובריאות (Willis et al., 2016; Dunsch et al., 2018). כמו כן על פי מדד איכות השירות הממשלתי לציבור, שיעורי שביעות רצון נמוכים מ-70% נתפסים כשיעור בינוני-נמוך (משרד הדיגיטל הלאומי, 2020).

מן הראיונות עם הממליצים עלה כי זכאים צעירים או כאלה בשוק העבודה שותפים יותר בבחירת המכשיר ויודעים לבטא את הצרכים והרצונות שלהם טוב יותר. גם שביעות הרצון הגבוהה יחסית בקרב זכאים בני 1-17, וכן זיהוי מגמה דומה בקרב זכאים לקבוצת המכשירים המיועדים לילדים (טיולון/עמידון), עשויה להתחבר לטענה זאת, מאחר שבכפניות אלו ההורים (לרוב בגיל העבודה) הם המעורבים בתהליך בחירת המכשיר יחד עם הגורם הממליץ.

לדעת בעלי התפקידים שרואיינו, פרמטר נוסף לשותפות הזכאים הוא ניסיון עבר עם סוג המכשיר המומלץ, כאשר בעלי ניסיון פעילים יותר בבחירת המכשיר החדש מאלו שמעולם לא השתמשו במכשיר. כמו כן לטענתם גם להשכלה ולמעמד כלכלי יש השפעה על שותפות הזכאים בבחירת המכשיר, אם כי בנייתוח ממצאי הסקר לא נמצאה קורלציה בין השכלה או מצב כלכלי ובין דיווח על שותפות או חוסר שותפות בבחירת המכשיר. שותפות ומעורבות הזכאי ומשפחתו בתהליך ההתאמה והבחירה של מכשיר נתפסות מרכזיות בספרות להצלחת תהליך ההתאמה וההטמעה של טכנולוגיה מסייעת בקרב אנשים עם מוגבלות (Scherer, 2005). לפיכך, לתפקיד הגורם הממליץ בהנגשת הידע על המכשירים הקיימים ומאפייניהם, בבחינת אפשרויות שונות ובבחירת המכשיר המתאים ביותר יש חשיבות רבה.

אנשי המקצוע ציינו בראיונות עימם כי באזורי הפריפריה, בעיקר בדרום הארץ ובאזורים מסוימים בצפון, השירות של הגורמים הממליצים טוב פחות בשל כוח אדם דל יותר ונגישות נמוכה יותר לשירות ברמה הגאוגרפית והתודעתית. אך בנייתוח ממצאי הסקר שנעשה לפי אזורים לא נמצאו פערים מובהקים בשביעות הרצון בין זכאים לא מממשים המתגוררים בפריפריה ובין שאר הזכאים לא מממשים.

## 4.8 תהליך הטיפול בבקשות

לאחר שהממליץ מגיש את הבקשה היא עוברת לדיון בוועדה מקומית, אזרית או ארצית (בהתאם לסוג המכשיר).

בשלב זה תפקידם של הגורמים הממליצים מסתיים עד למועד קבלת המכשיר (במועד זה מומלץ להם לוודא את התאמת המכשיר לזכאי ולבצע הדרכה ותרגול לשימוש נכון במכשיר). עם זאת, מן הראיונות עם הגורמים הממליצים עלה כי הזכאים לא תמיד מודעים לכך ובמקרים של עיכובים או של אי קבלת אישור הזכאות לידיהם הם פונים לממליצים, אך אלו לא יכולים לעזור מכיוון שהם עצמם אינם מודעים להתפתחות התהליך. הממליצים ציינו כי יידוע הזכאים בסטטוס המשך התהליך חסר וכי הזכאים מחפשים תשובות, אולם פעמים רבות לא יודעים היכן לקבל אותן. סוגיה זו מקבלת תמיכה גם מן הממצא שמיעוט מהזכאים שהשיבו לסקר טענו שלא קיבלו לידיהם את אישור זכאותם ופנו למוקד משרד הבריאות לצורכי בירור (15 משיבים מתוך 52 שלא קיבלו את האישור) וממחישה כי רק מעטים ידעו למי לפנות כדי לברר מה עלה בגורל הבקשה שלהם.

עוד היבט לחוסר המעורבות של הגורמים הממליצים בהמשך התהליך עלה בכל הנוגע ליידוע ולעדכון באשר לאישור הבקשה, שליחת הזכאות לפונים ומימוש הזכאות. אף על פי שספקי המכשירים מחויבים להודיע לגורם הממליץ על הספקת המכשיר, הפיזיותרפיסטים והמרפאים בעיסוק העידו כי לאחר הגשת הבקשה הם אינם מקבלים דיווח על המשך הטיפול בבקשה, והם לא יודעים אם הזכאי קיבל אישור או מה עשה עם האישור.

חסר לי התקשורת מול הספק, מישהו צריך ליידע אותנו, או הספק או משרד הבריאות, מישהו צריך ליידע אותנו המורשים שהם נתנו את הוואצ'ר ושהמכשיר הולך להגיע למשפחה". (פיזיותרפיסטית)



סוגיה נוספת שעלתה בשלב זה של התהליך נוגעת למשך הטיפול בבקשות. מן הראיונות עם בעלי התפקידים עלה שהעלייה בשיעורי הבקשות למכשירים גורמת לעומס רב על חברי ועדות המכשירים בלשכות הבריאות, דבר המוביל להצטברות של בקשות לא מטופלות ולעיכוב הטיפול בכניות ובתהליך הגשת הבקשה ובמימוש הזכאות למכשיר. מצב זה בולט במיוחד לדבריהם במקרה של מכשירים מורכבים, עקב הקושי לתאם מפגש של ועדות אזוריות ולבצע הליכי איסוף מידע נוספים על הפונה. לדברי המרואיינים המצב שונה בין הלשכות השונות, ותלוי ברמת העומס של כוח האדם בלשכה.

למשך הטיפול בבקשות משמעות נוספת הנוגעת לאוכלוסייה המבוגרת, שכאמור היא אחת האוכלוסיות המרכזיות הפונות לשירות. חלק מבעלי התפקידים טענו בראיונות כי אחת הסיבות לאי-מימוש זכאות היא פטירה של הזכאים. גם מתהליך הפקת המדגם ואיסוף הנתונים למחקר עלה שפטירה לאחר הגשת הבקשה היא אחת הסיבות המרכזיות לאי-מימוש הזכאות, כאשר מגמה זו בלטה במיוחד בזחליל, מכשיר מורכב המשמש בעיקר אנשים מבוגרים שמתגוררים בדירה פרטית בקומה גבוהה ללא מעלית.



## 5. מגבלות המחקר

יש קושי לאפיין את אוכלוסיית המחקר מאחר שבישראל לא מתפרסמים כיום נתונים על אנשים עם מוגבלות בתנועה ובניידות (קהל היעד של המכשירים שנבחרו למחקר זה) ולא על אוכלוסיית הזכאים שמימשו את זכאותם למכשירים אלו. לכן אי אפשר היה לאתר קבוצת השוואה מספקת. במקרים מסוימים נעשה שימוש בנתונים על אוכלוסיית כלל האנשים עם מוגבלות חמורה בישראל, אשר שימשו כקבוצת התייחסות.

נוסף על כך, ישנן אוכלוסיות שנוטות יותר לשתף פעולה עם מחקרים ולהשיב לסקרים. מכיוון שאין נתונים על מאפייני אוכלוסיית המחקר, אי אפשר היה להפעיל משקלים במטרה לתקן הטיות.

במהלך איסוף הנתונים נתקל צוות המחקר באחוזים גבוהים במיוחד של משיבים (47%) שדיווחו כי מימשו את הזכאות שלהם למכשיר או היו בתהליכים לממשה, כלומר, חלק גדול מהמדגם כלל אנשים שלא היו חלק מאוכלוסיית המחקר. למצב זה עשויים להיות כמה הסברים. ראשית, איסוף נתוני הסקר בוצע בזמן משבר הקורונה, ולנוכח מגבלות התנועה והסגרים, יש להניח כי היו אנשים שהתקשו לממש את זכאותם, ולכן תהליך מימוש הזכאות עבורם נמשך מעבר לזמן הצפוי. שנית, הגדרה לא מדויקת דיה של אוכלוסיית הלא מממשים. כפי שפורט בפרק השיטה, צוות המחקר ניסה לתקן זאת בסבב השני של הרחבת המדגם, על ידי דגימת זכאים שלא מימשו את זכאותם במשך יותר מארבעה חודשים לפחות (ולא מכלל רשימת הלא מממשים שהונפקה על ידי היחידה).

נוסף על סוגיה זו של שיעור גבוה של מממשים במדגם, בחלק מן המכשירים מספר הזכאים הלא מממשים ברשימות שהונפקו על ידי היחידה היה נמוך יחסית ואי אפשר היה להכין עבורם מדגם בגודל שנקבע במערך המחקר. שני מצבים אלו הובילו לכך שעבור מכשירים מסוימים – זחליל, כיסא גלגלים ממונע ועמידון – אי אפשר היה להציג נתונים, אלא רק על ידי צירופם לקבוצת מכשירים בעלי אופי דומה.

לסיום, במהלך ביצוע הראיונות עם בעלי תפקידים וספקים, רואיינו אנשים בעלי התמחויות שונות (רופאים, פיזיותרפיסטים, עובדים סוציאליים ועוד), מכל האזורים בארץ וכן כאלה העובדים עם מגוון רחב של מכשירי שיקום וניידות. יחד עם זאת, הראיונות כללו צוות מקצועי מהקהילה בלבד (קופות חולים) ולא ממסגרות חינוך מיוחד או בתי חולים, שגם הם עשויים להיות לעיתים חלק מתהליך התנעת הבקשה למכשיר ממשרד הבריאות. ראיונות עימם היו יכולים להאיר מגוון היבטים בתהליך ההתאמה וההספקה של מכשירים, בפרט בקרב זכאים ילדים.

## 6. סיכום

מטרותיו של מחקר זה היו לזהות את הסיבות המרכזיות לכך שזכאים אשר קיבלו אישור למכשיר שיקום וניידות מן היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות של משרד הבריאות, לא מימשו את זכאותם, וכן לאפיין את תהליך הגשת הבקשה ואת הזכאים הלא מממשים. הספרות המקצועית בתחום טכנולוגיה מסייעת, כפי שהוצגה בתחילת הדוח, מזהה ארבעה גורמים מרכזיים לחוסר גישה אל מכשירים מסייעים ולא-שימוש בהם על ידי אנשים עם מוגבלות: גורמים אישיים, גורמים הקשורים למכשיר, גורמים הקשורים לסביבת האדם וגורמים הקשורים לתהליך הספקת המכשיר וההתערבות המקצועית. מניתוח ממצאי המחקר, המבוססים על ראיונות עם בעלי תפקידים ועל סקר שנערך בקרב זכאים לא מממשים, עלתה התייחסות לגורמים אלו.

### גורמים אישיים

ממצאי המחקר עולה כי מצבם הכלכלי של רוב האנשים שאינם מממשים את זכאותם טוב פחות ממצבם הכלכלי של כלל האנשים עם מוגבלות חמורה בישראל. כמו כן הם מועסקים פחות ומשתתפים פחות בפעילויות פנאי. אנשים שאינם מממשים את זכאותם ממעטים לצאת מן הבית ורובם זקוקים לעזרה כדי לבצע פעולות יום-יומיות. לרובם היה ניסיון עם מכשירים דומים לזה שאושר להם, בפרט בקרב הזכאים לכיסאות גלגלים. נוסף על כך, ישנם זכאים שיש להם מאפיינים אישיים מסוימים אשר יוצרים חסמים ייחודיים: ראשית, זכאים שאינם דוברי עברית כשפת אם דיווחו יותר על אי הגעת אישור הזכאות בדואר, ואפשר להניח שחלקם קיבלו את האישור אך לא הבינו במה מדובר בשל קשיי שפה. כמו כן מדברי המרואיינים עלה כי נפוץ יותר שיש לאוכלוסייה זו קשיים בעת מימוש הזכאות. שנית, אוכלוסיית המבוגרים (בני 65+), שכאמור היא קהל יעד מרכזי של השירות, ובני משפחותיהם, העידו יותר על קשיים בעת מימוש הזכאות משאר קבוצות הגיל הצעירות יותר, וכן הם הביעו שביעות רצון נמוכה יותר משותפותם בבחירת המכשיר. מבוגרים גם דיווחו בשיעור כפול על קבלת מכשיר מארגון או עמותה במקום מימוש הזכאות ממשרד הבריאות. עוד נמצא מספר גבוה של נפטרים ברשימות הלא מממשים שהתקבלו מן היחידה או שהתגלו במהלך הסקר.

### גורמים הקשורים למכשיר

רוב המשיבים שציינו שהסיבה המרכזית לאי-מימוש זכאותם הייתה אי התאמה של המכשיר שאושר להם, ציינו גורמים הקשורים למכשיר כסיבה לחוסר ההתאמה: מאפיינים טכניים של המכשיר, רצון בדגם אחר, וקושי עם הנראות או עם התפעול שלו. סיבות אלו היו נפוצות יותר במקרים של מכשירים מורכבים (כגון זחליל, מנוף וכיסא גלגלים ממונע). בעלי התפקידים שרואיינו למחקר התייחסו למגבלות שלהם בעת מתן המלצה או אישור בקשה למכשירים (או למאפיינים מסוימים של מכשיר). המגבלות נובעות מהיכולת להמליץ על מכשיר אך ורק מתוך רשימת מכשירים סגורה וקבועה ובהתאם לקריטריונים קבועים בנהל. יש לזכור כי בתחום של טכנולוגיה מסייעת חשוב שתהליך ההספקה יהיה מאופיין בגמישות והתחדשות, בהתאם לקצב ההתחדשות הטכנולוגית, ובמטרה להציע פתרון מותאם אישי ככל האפשר. גמישות או התחדשות אינן מתאפשרות בקלות במסגרת שירות היחידה, שפעילותה מוכתבת על ידי נוהל, ותהליכי שינוי בו עשויים להיות ארוכים.

## גורמים סביבתיים

גורמים כגון רשת תמיכה והשתתפות חברתית של הזכאים וחסמים בסביבה הפיזית שלהם, לא עלו כמשמעותיים ולא נמצאו קשרים מהותיים בינם ובין אי-מימוש הזכאות. מן הראיונות עם בעלי התפקידים עלו קשיים בנוגע למתן השירות באזורים מרוחקים, בפרט בדרום ובצפון. יחד עם זאת, ביתוח נתוני הסקר לפי אזורים לא נמצאו פערים משמעותיים בין הזכאים המתגוררים בפריפריה לשאר הזכאים. כמו כן קשיים שנבעו ממשבר מגפת הקורונה עלו בתור סיבה לאי-מימוש הזכאות רק בקרב 7% (15 אנשים) מכלל המשיבים לסקר.

## גורמים הקשורים לתהליך הספקת המכשיר וההתערבות המקצועית

הגורם הראשון הוא שותפותם ומעורבותם של האדם ומשפחתו בעת התאמת המכשיר ובחירתו. מודלים רבים מתייחסים לשותפות ומעורבות אלו כאל עיקרון חשוב ביותר להצלחת תהליך ההתאמה וההטמעה של המכשיר. עם זאת, אחוז המשיבים שהביעו שביעות רצון גבוהה מן השותפות שלהם ושל בני משפחתם בתהליך בחירת המכשיר היה נמוך יחסית.

הגורם השני הוא היעדר קשר רציף עם הזכאי – היעדר עדכון של הזכאי במשך התהליך וקושי של הזכאי להשיג מידע על הטיפול בבקשתו (שכן מרגע הגשת הבקשה הגורם הממליץ כבר אינו מעורב ולא תמיד יש בידו לסייע, והאפשרות לפנות למוקד משרד הבריאות אינה מוכרת דיה). גורם מרכזי זה עלה באופן משמעותי מן הסקר שנערך בקרב הלא מממשים, שכן הסיבה השנייה הנפוצה ביותר לאי-מימוש הזכאות הייתה אי-ידיעה על קבלת האישור (23% מן המשיבים). גורם זה עלה ביתר שאת בקבוצת הגיל הצעירה, אשר לרוב מגישה את הבקשה למכשיר דרך בתי הספר בחינוך המיוחד ואמורה להיות מיועצת על קבלת אישור זכאות למכשיר.

הגורם השלישי הם קשיים בירוקרטיים למימוש הזכאות. גורם זה זוהה על ידי בעלי התפקידים בתור סיבה מרכזית לאי-מימוש זכאות, והיווה הסיבה השלישית לכך בקרב הלא מממשים שהשיבו לסקר. הקושי להבין את האישור שהתקבל, ליצור קשר עם הספקים, לעיתים לבחור ביניהם, וכן לבצע פעולות נוספות כגון העברת השתתפות עצמית או הגשת בקשה לפטור מתשלום זה לצורך קבלת המכשיר, מוביל לכך שזכאים רבים אינם יודעים מה עליהם לעשות או לא מעוניינים להשקיע בכך את המאמץ הרב שנדרש מהם. דבר זה מעיד על מורכבות יתר ועל חוסר נגישות של שלב מימוש הזכאות, החל ממכתב האישור וכלה בפעולות שהזכאי נדרש לבצע כדי לקדם את התהליך.

הגורם הרביעי הוא משך התהליך ומורכבותו. כפי שעלה בראיונות, התהליך עד לקבלת האישור כולל מעורבות של גורמים רבים, בפרט במקרה של מכשירים מורכבים. זאת, יחד עם העומס הרב על צוות ועדות המכשירים בלשכות הבריאות, מובילים לכך שהטיפול בבקשה עשוי להימשך חודשים רבים. למשך הזמן הארוך משמעות רבה שכן מדובר באוכלוסייה שיש לה צורך מיידי במכשיר לתפקוד יום-יומי. ואכן בסקר נמצא כי הסיבה הרביעית לאי-מימוש הזכאות היא הבחירה להשיג את המכשיר בדרכים אחרות, כגון רכישה עצמאית או דרך עמותות, בעיקר בשל משך התהליך לקבלת מכשיר ממשרד הבריאות ובשל מורכבותו. בהקשר זה חשוב לציין גם את השיעור הגבוה של הזכאים שנפטרו טרם מימוש הזכאות למכשיר, כפי שעלה מן הרשימות שהופקו על ידי היחידה וכן במידה מועטה ממהלך איסוף נתוני הסקר.

לבסוף, רכיב חשוב נוסף שאפשר לחבר לגורמים הקשורים לתהליך ההספקה וההתערבות המקצועית הוא תהליך התאמת המכשירים על ידי הגורמים הממליצים. מודלים רבים שמים דגש רב על שלב זה מאחר שהוא עשוי להוביל להצלחה בהטמעת הטכנולוגיה המסייעת או לחלופין להיעדר גישה ושימוש. המודלים השונים שמים דגש על היבטים אחדים שיש להביא בחשבון בעת ההתאמה, אבל המשותף להם הוא התייחסות הוליסטית ורחבה לאדם וסביבתו, לצרכיו ולרצונותיו. אומנם בראיונות עימם ציינו בעלי התפקידים שהם בוחנים את צרכיו של הפונה באופן הוליסטי כחלק מן ההערכה שלהם בעת המלצה על מכשיר ואישורו, אך מן הנתונים בסקר עלה כי 14% מן הזכאים הלא מממשים דיווחו שלא בוצע ביקור מטעם הגורם הממליץ לצורך הערכה ומתן ההמלצה. נוסף על כך, מבין אלו שכן בוצע אצלם ביקור, אחוזי שביעות הרצון שלהם משותפות הזכאי ומשפחתו בתהליך התאמת המכשיר אינם גבוהים, ובפרט יש לציין כי מניתוח ממצאי הסקר עולה שסוגיית התאמת המכשיר היא אכן הסיבה המרכזית ביותר מבין הסיבות לאי-מימוש זכאות למכשיר (37%). נתונים אלו עשויים להעיד כי תהליך ההערכה וההתאמה של הגורם הממליץ אינו מיטבי, שכן רכיבים כגון התאמה טכנית של המכשיר, התאמה לסביבה הביתית, יכולת לתפעל את המכשיר בקלות (הסברים שניתנו על ידי המשיבים כגורמים לאי-התאמת המכשיר שאושר) הם חלק מן ההיבטים שיש לשקול בעת ביצוע ההערכה והתאמה של המכשיר לאדם.

מנתוני נציגי היחידה עולה כי אחוזי אי-המימוש השנתיים עומדים על כ-35%. עם זאת במהלך ביצוע איסוף הנתונים לסקר עלה כי 47% מן המדגם מימשו או היו בתהליכי מימוש הזכאות שלהם למכשיר בתקופה שבין קבלת רשימת הלא מממשים מן היחידה ובין מועד ביצוע הראיונות. לאחר הניכוי שלהם וניכוי הנפטרים ומי שעבר להתגורר במוסד, רק 50% מן ההתקשרויות שבוצעו במהלך הסקר היו רלוונטיות. אחת הסיבות לשיעור גבוה של מממשים במדגם עשויה להיות משבר מגפת הקורונה, אשר לנוכח המגבלות על המשק והסיכון המיוחד לקהל היעד המרכזי של היחידה (בני 60+), סביר שהאריך את משך הזמן שלקח לחלק מן הזכאים לממש את זכאותם, מה שגרם לכך שהם יתפסו כלא מממשים על ידי היחידה, אף על פי שבפועל מימשו את זכאותם אם כי לאחר זמן רב מן הרגיל. סיבה נוספת יכולה להיות חוסר דיוק בעת הגדרת אוכלוסיית הלא מממשים ורישומה על ידי היחידה, כך שאוכלוסייה שאכן לא מממשת כלל את הזכאות שלה למכשירי שיקום וניידות עשויה להיות קטנה יותר מן המשוער כיום.

יחד עם זאת, איכות ויעילות השירות הניתן על ידי היחידה מושפעות מסוגיית הלא מממשים. המערך המנהלי שלוקח חלק בתהליך הגשת בקשה למכשיר, הערכתה ואישורה הוא רחב ודורש תקציבים וכוח אדם רב. ביצוע רוב השלבים מבלי לממש בסופו של דבר את הספקת המכשיר מוביל לחוסר יעילות בעבודתם של בעלי התפקידים בקהילה, בלשכות וביחידה, אשר העידו בעצמם על עומס רב עקב ריבוי הבקשות. נוסף על כך, יש להביא בחשבון את השפעת אי-המימוש על הלא מממשים עצמם. מצד אחד, בעלי התפקידים ציינו כסיבה לאי-מימוש את מה שהם הגדירו כ"המלצת יתר", כלומר מתן המלצות על יותר מכשירים ממה שהאדם נדרש לו, לרוב כדי לחסוך ביקור נוסף או בירוקרטיה נוספת לפונה. מצד שני, בסקר עלה כי מתוך הלא מממשים שלא רכשו או השיגו מכשיר בדרך אחרת, 86% עדיין זקוקים למכשיר. זכאים לא מממשים אלו גם השיבו כי ללא המכשיר שאושר הם לרוב מסתדרים עם המכשיר הקודם שלהם, בעזרת מטפל או מנסים להסתדר בכוחות עצמם ללא מכשיר. לעומתם 20% השיבו שהם אינם מסתדרים ללא המכשיר. ממצאים אלו מוכיחים כי לא רק שהתהליך אינו יעיל מספיק, אלא כי במקרים אלו הוא גם לא מממש את מטרתו המרכזית: הטמעה של מכשיר שיקום וניידות למען שיפור איכות חייו של האדם עם מוגבלות שהגיש את הבקשה.

## 7. המלצות

כדי לצמצם את המקרים שבהם זכאים לא מממשים את זכאותם למכשיר, ולנוכח הממצאים שעלו מן הראיונות ומן הסקר, להלן כמה המלצות לטיוב השירות של היחידה:

- **הגברת שותפות הפונה:** יש להגביר את השותפות של הפונה ומשפחתו בזמן ההערכה ובחירת המכשיר המתבצעות בעת ביקורו של הגורם הממליץ. זאת על ידי העברת הנחיות ומידע לגורמים הממליצים במסגרת הכשרות והשתלמויות, כולל דרכים לערב את האדם בבחירת המכשיר והתאמתו לצרכיו, מסירת מידע רחב יותר על המכשירים והדגמים השונים, הצגת האפשרויות העומדות בפניו סביב מאפייני המכשיר וכדומה.
- **שיפור תהליך ההערכה וההתאמה:** יש לחדד בקרב הגורמים הממליצים את החשיבות שבביצוע ביקור בית לצורך ביצוע הערכת צרכיו של הפונה, וכן את כלל ההיבטים שיש להביא בחשבון בעת מתן המלצה על מכשיר, כולל מאפייני המכשיר, התאמתו לסביבה הביתית, קלות השימוש וכדומה. יש לשקול לבצע את ההערכה וההמלצה על המכשיר על ידי גורם ממליץ המכיר את הפונה ככל שהדבר אפשרי, כפי שמתרחש בקרב ילדים במסגרות חינוכיות.
- **שיפור הקשר עם הזכאי ודרכי יידוע על זכאות:** יש להדק את הקשר עם הזכאי במשך כל התהליך, כולל התייחסות מיוחדת להיבטים האלה:
  - עדכון טיפול בבקשה בתקופה שלאחר ביקור הגורם הממליץ ועד לקבלת האישור על הזכאות. הדבר יכול לכלול העלאת המודעות לאפשרות לפנות למוקד משרד הבריאות בתקופה זו, וכן עדכון הגורמים הממליצים בקהילה הנמצאים בקשר עם הפונים.
  - העברת הודעות לפונים בערוצים מגוונים לפי בחירתם. העברת אישור הזכאות למכשיר באמצעות הדואר בלבד אינה מספיקה. אומנם היחידה החלה לשלוח הודעת אישור זכאות גם בדואר האלקטרוני בשנת 2020 (משרד הבריאות, 2021), אך יש להרחיב אפשרות זו ואף לכלול ערוצים נוספים כגון הודעת SMS או אישור טלפוני (שיחה או הודעה).
  - יידוע הגורם הממליץ בדבר הטיפול בבקשה לכל אורכו, כולל בשלב העברת האישור לזכאי וכן בשלב מימוש הזכאות. יידוע זה יכול להגיע מלשכות הבריאות או מן הספקים לאחר המימוש. בדרך זו הגורם הממליץ יוכל גם לסייע בשלבים שונים של מימוש הזכאות.
  - בחינת הקשר ודרכי היידוע הקיימים עבור הורים לילדים זכאים למכשיר, כולל יישום ההמלצות שצוינו לעיל וכן חידוד הלים בנושא בקרב הצוות המקצועי בבתי ספר לחינוך מיוחד.
- **הנגשת מכתבי האישור ושלבי מימוש הזכאות:** יש להנגיש את מכתבי אישור הזכאות בנוסחם הנוכחי, זאת מבחינת פשוט לשוני וכן תרגום לשפות רלוונטיות. המכתבים צריכים לכלול מידע פשוט ולהנחות את הזכאי כיצד לפעול כדי לקבל את המכשיר לביתו. רצוי לאפשר כמה דרכים לקידום המימוש מול הספק, כגון פקס, דואר אלקטרוני, הודעת טקסט וכדומה.
- **הצעת סיוע והנחיית הזכאי במימוש הזכאות:** במקרים רבים גם לאחר הנגשת המכתבים זכאים רבים עשויים להתקשות לממש את זכאותם, לפיכך יש לאפשר מתן סיוע במימוש הזכאות עבור זכאים אלו. סיוע זה יכול להגיע ממוקד משרד הבריאות,

מן הגורם הממליץ, מרופא המשפחה או מגורמים נוספים בקהילה, ובלבד שגורמים אלו עברו הדרכה מתאימה לכך מטעם היחידה. הדרך להגיע לגורמים מסייעים אלו צריכה להיות ברורה ונגישה גם היא.

- **קיצור משך הטיפול בבקשות:** נושא זה מורכב ומוכר לנציגי היחידה, אשר פועלים בשנים האחרונות לייעל את הטיפול, בין היתר על ידי שימוש בגורם חיצוני. יש להביא בחשבון את המספר הגבוה של גורמים המעורבים בכל בקשה, בניסיון לצמצמו. כמו כן שימוש בממשקי מידע איכותיים עשוי לייעל את איסוף המידע על הפונה ואת אישור הבקשה. בפרט יש לייעל את תהליך הטיפול בבקשות למכשירים מורכבים, למשל על ידי ביצוע חלק מן השלבים בו-בזמן ולא זה אחר זה.
- **בניית מסלול מקוצר לפניות חוזרות:** בקרב פונים אשר קיבלו בעבר מכשיר מן היחידה, יש לבדוק את האפשרות ליצור תהליך קצר יותר, החל משלב ההמלצה (שאפשר לקצרו אם מצבו הרפואי של הפונה לא השתנה) וכלה בשלב אישור הבקשה (שכן רוב המידע על הפונה כבר ברשות הוועדות בלשכות). אוכלוסייה נוספת שאפשר להציע עבורה מסלול מקוצר היא זאת שהגישה בבקשה למכשיר תקופה קצרה לפני כן, וגורם ממליץ ביצע הערכת צרכים לאחרונה. ייתכן שיש מקום לשנות את הליך הגשת הבקשות כך שתהיה אפשרות לגורם הממליץ לציין את המכשירים שיש בהם צורך מיידי, לצד המלצות על מכשירים שיש צפי לצורך בעתיד. בדרך זו יימצא פתרון למקרים של "המלצת יתר" בקרב חלק מן הפונים.
- **הגברת גמישות בהיצע המכשירים:** אומנם שינוי סוגי המכשירים דורש עדכון של הנוהל ועשוי לארוך זמן רב, אך יש לחשוב על דרכים להגביר את רמת הגמישות באשר להיצע העומד בפני הפונים, למשל על ידי הוספת דגמים שונים למכרזים מול ספקי המכשירים, או הגדרת "קטגוריות" של מכשירים במקום מכשירים מסוימים בלבד, כך שאפשר יהיה לספק לאדם את המכשיר המתאים לו ביותר.
- **הגדרת תפקיד רופא המשפחה:** יש להגדיר בבירור את מקומם של רופאי המשפחה ושל גורמים נוספים בקהילה בתהליך, כולל האפשרות לשקול להסיר את הדרישה לחתימת רופא המשפחה לצורך הנעת התהליך, או לחלופין למסור לרופאי המשפחה מידע מקיף יותר על שירות היחידה ובאילו מקרים להציע אותו למטופלים שלהם.
- **מתן פטור מהשתתפות עצמית:** אומנם רוב הזכאים למכשירי שיקום וניידות מקבלים אוטומטית פטור מהשתתפות עצמית בעת ההספקה, אך יש חשיבות ליידע את אלו שלא על אפשרותם לבקש פטור מתשלום זה או הנחה, כולל מידע על דרך הגשת הבקשה. לחלופין יש לשקול לבטל גם עבור מיעוט זה את הדרישה להשתתפות עצמית, שכן היא מהווה חסם כלכלי ובירוקרטי נוסף בעת מימוש הזכאות (וכן מוסיפה למורכבות התהליך ולעומס על נציגי הוועדות בלשכות הבריאות).
- **הגדרת אוכלוסיית הלא מממשים ומעקב אחריה:** רצוי לדייק את ההגדרה של אוכלוסיית הלא מממשים על ידי היחידה באמצעות קביעת פרק זמן שלאחריו זכאי שלא מימש את זכאותו יוגדר כלא מממש (למשל ארבעה-שישה חודשים מיום אישור הבקשה שלו, בהתאם לסוג המכשיר). בדרך זו תוכל היחידה לבצע מעקב אחר הזכאים שיוגדרו כלא מממשים ביעילות רבה יותר, על ידי יצירת קשר עימם (ישירות או דרך גורמים מהקהילה) וקבלת עדכון על הסיבות לאי-מימוש הזכאות.

## עוד פרסומים של המכון בנושא

ברלב, ל., נגר אידלמן, ר., וקונסטנטינוב, ו. (2022). אנשים עם מוגבלות בעידן הדיגיטלי: נתונים סטטיסטיים נבחרים 2021. מ-207-22  
הרקוביץ-אמיר, ע., יאבו, מ. (2022). פיתוח אוריינות דיגיטלית בקרב אנשים עם מוגבלות – תהליך למידה: מיפוי יעד. דמ-905-22  
פור, י., יאבו, מ. וברלב, ל. (2020). הספקת אמצעים טכנולוגיים לקידום עצמאות בקרב אנשים עם מוגבלות – סקירה בין-לאומית.  
דמ-822-20  
יאבו, מ. ואינהורן, ת. (2019). הספקת מכשירי שיקום וניידות במדינות נבחרות בעולם. דמ-816-19

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

## מקורות

- ברלב, ל., פור, י., ואורן, י. (2020). אנשים עם מגבלות בישראל 2020: נתונים סטטיסטיים נבחרים. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2021). אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל, סוף 2020.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2019). הודעה לתקשורת: פערים בין מרכז לפריפריה, נתונים נבחרים מתוך דוח פני החברה מס' 11. [https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2019/305/32\\_19\\_305b.pdf](https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2019/305/32_19_305b.pdf)
- יאבו, מ. ואינהורן, ת. (2019). הספקת מכשירי שיקום וניידות במדינות נבחרות בעולם. דמ-816-19. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. משרד הבריאות (2021). סיכום פעילות 2019-2020. היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות, אגף השיקום, משרד הבריאות. משרד הבריאות (2019). סיכום פעילות 2017-2018. היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות, אגף השיקום, משרד הבריאות. משרד הבריאות (2013). שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תכנית לאומית. האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות והמועצה הלאומית לשיקום, משרד הבריאות.
- משרד הדיגיטל הלאומי (2020). מדידת איכות השירות הממשלתי לציבור – דוח מסכם לשנת 2019. רשות התקשוב הממשלתי, משרד הדיגיטל הלאומי.
- רוני, י. (2007). אספקת אביזרי שיקום לנכים. הכנסת: מרכז המידע והמחקר.
- שנור, י. וכהן, י. (עור') (2021). בני +65 בישראל שנתון סטטיסטי 2021. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- Andrich, R., Mathiassen, N. E., Hoogerwerf, E. J., & Gelderblom, G. J. (2013). Service delivery systems for assistive technology in Europe: An AAATE/EASTIN position paper. *Technology and Disability*, 25(3), 127-146.
- Assistive Technology Act (2004). 108th U.S. Congress, Public Law (108-364).
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cook, A. M., & Hussey, S. M. (2002). *Assistive technologies*. St. Louis: Mosby.
- Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2008). *Cook and Hussey's assistive technologies: Principles and practice (3rd ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2015). *Assistive technologies: Principles and practice (4th ed.)*. St. Louis: Elsevier-Health-Sciences-Division.



- de Witte, L., Steel, E., Gupta, S., Ramos, V. D., & Roentgen, U. (2018). Assistive technology provision: Towards an international framework for assuring availability and accessibility of affordable high-quality assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 13(5), 467-472.
- Demers, L., Weiss-Lambrou, R., & Ska, B. (2002). The Quebec user evaluation of satisfaction with assistive technology (QUEST 2.0): an overview and recent progress. *Technology and Disability*, 14(3), 101-105.
- Dunsch, F., Evans, D. K., Macis, M., & Wang, Q. (2018). Bias in patient satisfaction surveys: a threat to measuring healthcare quality. *BMJ global health*, 3(2), e000694.
- Federici, S., & Scherer, M. (Eds.). (2012). *Assistive technology assessment handbook*. CRC Press.
- Hersh, M. A., & Johnson, M. A. (2008). On modelling assistive technology systems—Part I: Modelling framework. *Technology and Disability*, 20(3), 193-215.
- MacKenzie, D., & Wajcman, J. (1999). Introductory essay: The social shaping of technology. In: D. MacKenzie, J. Wajcman (Eds.), *The social shaping of technology (2nd ed.)*, (pp. 3-27). Buckingham, UK: Open University Press.
- Mortenson, W. B., Demers, L., Fuhrer, M. J., Jutai, J. W., Lenker, J., & DeRuyter, F. (2015). Development and preliminary evaluation of the caregiver assistive technology outcome measure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(5), 412-418.
- Phillips, B., & Zhao, H. (1993). Predictors of assistive technology abandonment. *Assistive technology*, 5(1), 36-45.
- Samant, D., Matter, R., & Harniss, M. (2012). Realizing the potential of accessible ICTs in developing countries. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(1), 11–20.
- Scherer, M. J. (2005). Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning. *Disability & Rehabilitation*, 27, 731–739.
- Scherer, M. J. (2014). From people-centered to person-centered services, and back again. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 9(1). Published online: 05 Dec 2013.
- Verza R., Carvalho, M. L., Battaglia, M. A., & Uccelli, M. M. (2006). An interdisciplinary approach to evaluating the need for assistive technology reduces equipment abandonment. *Multiple Sclerosis Journal*, 12(1), 88–93.
- Wessels, R., Dijcks, B., Soede, M., Gelderblom, G. J., & De Witte, L. (2003). Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. *Technology and Disability*, 15(4), 231-238.

Willis, R., Evandrou, M., Pathak, P., & Khambhaita, P. (2016). Problems with measuring satisfaction with social care. *Health & social care in the community*, 24(5), 587-595.

WHO (World Health Organization). (2011). *World report on disability 2011*.

WHO (World Health Organization). (2017). *Global priority research agenda for improving access to high-quality affordable assistive technology*.