

היבטים מעשיים במתן שירותים בתקצוב אישי לאנשים עם מוגבלות סקירת ספרות

יונתן אייל תום אינהורן דפנה הרן

המחקר הוזמן על ידי "ג'וינט ישראל מעבר למגבלות" ומומן בסיועה

היבטים מעשיים במתן שירותים בתקצוב אישי לאנשים עם מוגבלות סקירת ספרות

יונתן אייל תום אינהורן דפנה הרן

המחקר הוזמן על ידי "ג'וינט ישראל מעבר למגבלות" ומומן בסיועה

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
תרגום לאנגלית (תקציר): אוולין איבל
עיצוב גרפי: ענת פרקו-טולדנו

מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400 | פקס: 02-5612391
brookdale.jdc.org.il

ירושלים | תמוז תשע"ט | יולי 2019

עוד פרסומים של המכון בנושא

אייל, י. (2019). שירותי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים לאנשים עם מוגבלות – הערכת עלות. דמ-801-19

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

תקציר

רקע

בשנים האחרונות מתרחב במדינות העולם השימוש בתקצוב אישי כדרך למימוש גישת השירות המכוון אדם במתן שירותים לאנשים עם מוגבלות. אף כי תוכניות התקצוב האישי שונות זו מזו, כולן מבקשות לתת לאנשים עם מוגבלות אפשרות לשלוט בנייהול ובניצול התקציב המוקצה לתמיכה ולטיפול בהם.

מטרה

סקירת ספרות זו נכתבה לבקשת "ג'וינט ישראל מעבר למגבלות", במסגרת פיילוט לאספקת שירותים בתקציב אישי ש"ג'וינט ישראל מעבר למגבלות" מוביל בשיתוף משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הבריאות, קרן משפחת רודרמן והקרן המשפחתית על שם תד אריסון (ישראל). הסקירה עוסקת בהיבטים מעשיים של תוכניות לתקצוב אישי בעולם כמו מאפייני המשתתפים בתוכניות, אופן קביעת התקציב והשפעת יישום התקצוב האישי על ספקי השירותים. המידע יסייע להמשך גיבוש הפיילוט והתוכנית.

שיטה

הסקירה כוללת מאמרים בשיפוט עמיתים, דוחות ומסמכים פנימיים המשקפים ניסיון וידע ממגוון מערכות אשר פועלות בשיטת התקצוב האישי ומצפון אמריקה (מדינת מישיגן בארה"ב וקנדה), אירופה (כמו בריטניה, אירלנד, צרפת, גרמניה ופינלנד) ואוסטרליה. המקורות נאספו הן ישירות ממומחים אשר עוסקים בתחום, הן במהלך כנסים וסיורים בחו"ל והן על ידי חיפוש יזום. לאחר איסופם, נסרקו המקורות כדי לאתר את המקומות שבהם ישנה התייחסות לנושאים הרלוונטיים לפי הצעת המחקר. בשלב הבא עובד המידע ונכתבה הסקירה לפי נושאי התוכן.

ממצאים

- עלות התוכניות לתקצוב אישי: רוב התוכניות הנסקרות הצליחו להישאר בתוך טווח העלויות שהיה מקובל לפני המעבר לתקציב אישי. יש לציין כי לתוכניות התקצוב האישי עשויות להיות תועלות כלכליות עקיפות אשר נובעות מהשתלבות מוגברת של אנשים עם מוגבלות בשוק העבודה. עם זאת, לרוב, תוכניות תקצוב אישי אינן זולות יותר ממתן שירותים בשיטות אחרות ואין לראות בהן אמצעי לחיסכון בתקציב.
- תמהיל ואופי השירותים: מקבלי תקציב אישי נוטים לצרוך שירותים באופן יצירתי וחדשני יותר מן האופן שבו נצרכים שירותים במודל הקלאסי של אספקת שירותים.

- מלבד זאת, תמהיל השירותים הנצרכים משתנה: אנשים עם מוגבלות בעלי תקציב אישי נוטים לצרוך יותר שירותי טיפול סוציאלי ובמיוחד שירותי ליווי וסיוע, שירותים בתחום איכות החיים (פנאי) וטכנולוגיה תומכת. נוסף על כך, בעלי התקציבים נוטים להעדיף יותר שירותים בקהילה.
- **מאפייני המשתתפים:** אנשים עם מוגבלות פיזית ואנשים עם רמות נזקקות גבוהות או הזקוקים לתמיכה רבה, מאמצים בדרך כלל תוכניות תקצוב אישי בשיעורים גבוהים. אנשים עם מוגבלות מקבוצות מיעוט מאמצים את התוכניות בשיעורים נמוכים יחסית, וזאת ככל הנראה בשל קשיים ארגוניים, בשל היעדר מסגרות תמיכה וסיוע, בשל מודעות נמוכה ובשל היעדר מידע נגיש.
- **מגבלות על השירותים הניתנים:** תוכניות התקצוב האישי בעולם מתוכננות כך שתאפשרנה מתן מענה כולל לצרכים ולרצונות הייחודיים של מקבל השירות. עם זאת, כל המדינות שנסקרו מטילות מגבלות על מקבל השירות כדי להבטיח שימוש נאות בתקציב. כך, למשל, מרבית המדינות אינן מאפשרות שימוש בתקציב לצורך מימון הוצאות מחיה יום-יומיות שאינן קשורות למוגבלותו של האדם, או לצורך מטרות בלתי חוקיות.
- **עלות תועלת:** במונחי עלות-תועלת, צעירים מתחת לגיל 30, אנשים עם מוגבלות פיזית ואנשים עם מוגבלות נפשית נוטים להפיק יותר מתוכניות תקצוב אישי בתחומי בריאות ובתחומי רווחה ואיכות חיים. קשישים בדרך כלל לא מפיקים תועלת מובהקת מתוכניות אלה.
- **אופן ההתקשרות עם הספקים:** תוכניות התקצוב האישי מאפשרות למקבלי השירות התקשרות אישית עם הספקים השונים על פי בחירה, או מגבילות את ההתקשרות לספקים מרשימה מאושרת של ספקים. נמצא שבהיעדר רשימה ופיקוח ישנו חשש לאיכות השירותים הניתנים.
- **השפעה על הספקים:** המעבר לתקצוב אישי משית לחצים כלכליים ניכרים על ספקי השירותים. חוסר יכולת של ספקים לשרוד את השינויים במבנה אספקת השירותים וצמצומו של שוק הספקים פוגעים בעיקר באנשים עם מוגבלות בפריפריה, ובאלה המשתייכים לקבוצות אוכלוסייה מוחלשות.
- **מודל תקצוב פתוח לעומת מודל תקצוב מתוכנן:** אותרו שני דגמים לתקצוב ומתן שירותים. במודל הפתוח, בעל התקציב מקבל אותו ישירות לניהולו, והוא רשאי להשתמש בתקציב כראות עיניו בכפוף לסייגים מסוימים. במודל המתוכנן, הוצאת הכספים, כולל תהליך זיהוי הצרכים והרצונות של האדם, מפוקחת ומנוהלת לרוב על ידי איש מקצוע.

דברי תודה

תודה לזיו מגור מ"ג'וינט ישראל מעבר למגבלות" על ההפניה למקורות שונים בספרות ולדורי ריבקין, סגנית ראשת חטיבת המשפחה במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל אשר ליוותה את ביצוע הסקירה, כולל התייחסות לגרסאות המוקדמות שלה.

עוד נודה לרויטל אביב מתוק על עריכת הדוח, לאוולין איבל על תרגום התקציר לאנגלית ולענת פרקו-טולדנו על הפקת הדוח והבאתו לדפוס.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
2	2. שיטה
3	3. מאפייני הזכאים לתקצוב אישי
3	3.1 קריטריון הזכאות
5	3.2 הפסקת הזכאות
6	3.3 מאפייני המשתתפים בפועל בתוכניות תקצוב אישי
7	4. קביעת התקציב
7	4.1 היבטים בקביעת התקציב
8	4.2 שיטות לקביעת גובה התקציב
10	5. מימוש התקציב
10	5.1 כללי
10	5.2 מודל פתוח לעומת מודל מתוכנן
11	5.3 סיוע פורמלי ושימוש במתווך
13	5.4 סיוע בלתי פורמלי
13	5.5 כיצד מתקבל התקציב?
14	6. ספקי השירותים
14	6.1 כללי
14	6.2 מאפייני השוק בעת המעבר לתקצוב אישי
15	6.3 סוגיות בהתקשרות עם ספקים
18	7. השירותים המסופקים
18	7.1 סוגי השירותים המסופקים ותכולתם
18	7.2 מגבלות על אספקת שירותים
19	7.3 תמהיל השירותים

20	8. עלות השירותים
20	8.1. כללי
20	8.2. עלות אספקת השירותים במודל התקצוב האישי לעומת עלותם במודל התקצוב הקלאסי
21	8.3. עלויות הטמעה
21	8.4. יחס עלות-תועלת
23	9. בקרה ופיקוח על ניצול התקציב
23	9.1. חובת דיווח
23	9.2. תקרות ורצפות הוצאה והשתתפות עצמית
24	10. נוהל חריגים
25	11. עיקרי הממצאים
26	רשימת מקורות
29	נספחים

1. מבוא

שיטת התקצוב האישי רווחת כיום במגוון תחומים של מתן שירותים חברתיים, כיישום של תפיסת שירות מוכוון אדם. לשיטה מודלים אחדים, שהמשותף להם הוא הקצאת תקציב לאדם לרכישת שירותים על פי בחירתו, צרכיו והעדפותיו האישיות. סקירה זו תעסוק בהיבטים המעשיים של הפעלת מערך של תקצוב אישי למתן שירותים לאנשים עם מוגבלות, ותדון בכמה נושאים מרכזיים, בהם: הקריטריונים לזכאות הפרט לקבלת שירותים בתקצוב אישי, אופן קביעת גובה התקציב ומנגנונים למימוש התקציב על ידי הפרט. הסקירה תציג גם נקודת מבט רחבה יותר על השפעת הגישה על ספקי השירותים ועל סוגי השירותים המסופקים. במסגרת הראייה הכוללת יידונו גם עלויות השירותים ודרכי הפיקוח והבקרה עליהן. הסקירה לא תדון בהיבטים רלוונטיים אחרים של התקצוב האישי, כמו התועלת של השיטה לפרט ולא תשווה בין התקצוב האישי לבין גישות אחרות למתן שירותים.

הסקירה נכתבה לפי בקשה של "ג'וינט ישראל מעבר למגבלות" במסגרת פיילוט אשר נעשה לאספקת שירותים בשיטת תקצוב אישי, ש"ג'וינט ישראל מעבר למגבלות" מוביל בשיתוף משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הבריאות, קרן משפחת רודרמן והקרן המשפחתית על שם תד אריסון (ישראל). המידע ישמש להמשך גיבוש הפיילוט והתוכנית.

2. שיטה

מקורות המידע: הסקירה כוללת מאמרים בשיפוט עמיתים, דוחות ומסמכים פנימיים. המקורות נאספו הן ישירות ממומחים אשר עוסקים בתחום ועימם נוצר קשר במהלך כנסים וסיורים בחו"ל והן על ידי חיפוש יזום (ראה נספח א). לפיכך, המידע בסקירה משקף ניסיון וידע ממגוון מערכות אשר פועלות בשיטת התקצוב האישי וממגוון ארצות אשר הוזכרו במחקר (ראה נספח ב).

עיבוד המידע: בתחילה נקבעה רשימה של נושאי תוכן רלוונטיים לסקירת הספרות על פי הצעת המחקר. בהמשך נסרקו המקורות לאיתור המקומות שבהם ישנה התייחסות לנושאים אלה. בשלב הבא עובד המידע ונכתבה הסקירה לפי נושאי התוכן.

חיפוש המקורות נעשה ביוני 2018.

3. מאפייני הזכאים לתקצוב אישי

3.1 קריטריון הזכאות

תוכניות תקצוב אישי מפעילות בדרך כלל קריטריון זכאות כדי לקבוע מיהן האוכלוסיות שזכאיות לתקציב אישי ומהו גובה התקציב המחושב לכל אדם (EPR, 2013; Irish Department of Health, 2017; Pike, O’Nolan, & Farragher, 2016). הקריטריונים נעים בין קריטריון מינימלי ביותר, כמו במקרה הגרמני, שם התוכנית מאפשרת לכל אדם הזקוק לתמיכה ממשלתית לפרק זמן של למעלה מחצי שנה לקבל תקציב אישי (Pike et al., 2016), ובין קריטריונים מגבילים ומורכבים יותר, העשויים להביא בחשבון סוגיות כמו גילו של הפרט, חומרת המוגבלות שלו, כושרו לקבל החלטות ועוד. על בסיס סקירת הספרות, זוהו כמה רכיבים מרכזיים המרכיבים על פי רוב את קריטריון הזכאות ברבות מן המדינות הנסקרות. רכיבים אלה יפורטו להלן.

א. גיל

רוב המדינות מטילות מגבלות כלשהן על גיל הזכאות לתקצוב אישי. בדרך כלל, אין בפועל רף תחתון וההגבלות חלות למעשה רק על מבוגרים. בבריטניה למשל, אדם צריך להיות מבחינה פורמלית מעל גיל 16 כדי להיות זכאי לתקציב אישי, אבל במקרה של ילדים עם מוגבלות, זכאים הוריהם לקבל ולנהל את התקציב בשמם, אם הילדים עומדים בקריטריונים האחרים (Jarret, 2015). המצב דומה במדינות רבות אחרות (Pike et al., 2016; Irish Department of Health, 2017). לעומת זאת, מדינות בדרך כלל מציבות רף גילי עליון לזכאות סביב גיל הפרישה, כך שזקנים לרוב אינם זכאים לתקציב אישי (Irish Department of Health, 2016; Pike et al., 2017). במדינות שבהן יש מגבלות על גיל הזכאות בדרך כלל מופעלות תוכניות מקבילות הנותנות מענה לקבוצות הגיל אשר אינן זכאיות לתקצוב אישי (Pike et al., 2016).

ישנן גם מדינות שאינן מגבילות כלל את הזכאות מבחינת גיל. זה המצב, לדוגמה, בגרמניה ובהולנד (EPR, 2013). בריטניה נהגה לקבוע רף עליון בגיל פרישה, אך בשנת 2001 הורחבה התוכנית כדי לכלול גם זקנים (Jarret, 2015).

ב. סוג המוגבלות

בכל המדינות הנסקרות נכללים בתוכניות תקצוב אישי אנשים עם מוגבלויות פיזיות, התפתחותיות, נוירולוגיות, קוגניטיביות וחושיות. מדינות מסוימות עשויות גם לאפשר תקצוב אישי לאנשים עם מוגבלות נפשית, לאנשים עם מחלות כרוניות הזקוקים לסיעוד ולטיפול סוציאלי ולאנשים עם מוגבלויות שהן תוצאה של זיקנה (Jarret, 2015; EPR, 2013; Irish Department of Health, 2017; Pike et al., 2016). כך לדוגמה, בדנמרק, בניו זילנד ובקנדה לא ניתן לתקציב אישי לאנשים עם מוגבלות נפשית, ובהולנד ניתן לתקציב אישי לאנשים עם מוגבלות נפשית רק בתנאי שהם מתגוררים במסגרת מוסדית (EPR, 2013; Irish Department of Health, 2017). בבריטניה לעומת זאת לא התאפשר תקצוב אישי לאנשים עם מוגבלות נפשית לפני שהתוכנית הורחבה בשנת 2009 (Jarret, 2015). כמו כן, בשבדיה לא ניתן לתקצוב אישי למי שהפכו לאנשים עם מוגבלות לאחר גיל 65 (EPR, 2013). מבין התוכניות הנסקרות, התוכנית המצומצמת ביותר מבחינת סוגי המוגבלות הנכללים מופעלת במדינת מישיגן שבארצות

הברית, שם קובעים קווי היסוד של התוכנית כי היא מיועדת לבגירים עם מוגבלויות התפתחותיות או מוגבלויות נפשיות בלבד (MDCH, 2013).

בו בזמן, מדינות עשויות להחיל רמות זכאות ומבחני זכאות שונים לאנשים עם מוגבלויות שונות. כך לדוגמה, קנדה מאפשרת תקצוב אישי בעבור כל המוגבלויות הנזכרות לעיל, אך מספר מדינות-מחוז מפעילות תוכנית תקצוב שונה לכל מוגבלות ובהתאם לכך גם רמות זכאות שונות (Pike et al., 2016).

ג. השפעת המוגבלות על האדם

במרבית התוכניות הנסקרות, ההשתתפות בתוכנית תלויה ברף מסוים של השפעת המוגבלות על חייו של האדם. במילים אחרות, אם לאדם יש מוגבלות אבל השפעתה על חייו נמוכה – ייתכן שהוא לא יהיה זכאי לקבל תקצוב אישי. ישנה הבחנה בין בחינת השפעת המוגבלות בהתבסס על מספר שעות הליווי והסיוע שלהן זקוק האדם (גרמניה ושבדיה למשל), ובין הגישה שבה נבחנת התמיכה הנדרשת אל מול תוצאות רצויות בתחומי החיים השונים (אוסטרליה, בריטניה וקנדה). תחומים אפשריים שבהם נבחנת השפעת התמיכה כוללים למשל השפעה על התפקוד היום-יומי, השפעה על איכות החיים הכללית ו/או השפעת המוגבלות על יכולתו של אדם לחיות חיים עצמאיים. מדינות שונות עשויות להשתמש בכל המדדים האלה או בחלקם כדי לאמוד את ההשפעה של המוגבלות. יש לציין כי מדדים אלה משמשים בדרך כלל גם לקביעת רמת הזכאות (גובה התקציב), כפי שיידון בפרק 4 להלן (Pike et al., 2016; UK Department for Work and Pensions, 2014).

ד. משך המוגבלות

במרבית המדינות הנסקרות, על השפעת המוגבלות להיות מתמשכת ולהשפיע על אורח חייו של אדם מעבר לפרק זמן מינימלי כדי שאדם יהיה זכאי לתקצוב אישי. לדוגמה, בגרמניה המגבלה היחידה על קבלת תקצוב אישי היא משך השפעת המוגבלות. על ההשפעה להימשך לפחות חצי שנה כדי לזכות אדם בתקציב אישי (Irish Department of Health, 2017; Pike et al., 2016; EPR, 2013).

ה. קריטריונים נוספים

פרט לקריטריונים השכיחים הנזכרים לעיל, מדינות מסוימות עשויות להחיל קריטריונים נוספים לזכאות המפורטים להלן. בבריטניה כל אדם יכול לבקש לקבל שירותים במסגרת תקציב אישי. נוסף לכללים אשר נמנו לעיל, אדם נדרש גם להראות כי הוא ניחן ביכולת לקבל החלטות בעבור עצמו ולנהל את התקציב. אנשים שלפי התרשמות הרשות המקומית (שהיא הגוף המתקצב בבריטניה) אינם בעלי יכולת כזו, זקוקים להסכמת האפוטרופוס כדי לקבל תקציב אישי. כמו כן נדרש למנות אדם שהוא בעל יכולת מתאימה לקבלת החלטות שיקבל את התקציב לידי וינהל אותו בשם בעל התקציב (Jarret, 2015). יש לציין כי עם יישום התוכנית, הוביל קריטריון זה לבלבול רב בשטח. הפקידים, שתפקידם היה להעריך את יכולתו של אדם לנהל את התקציב, התקשו לפעול על פי הגדרות מעורפלות של יכולת והסכמה. בלבול זה פגע בעיקר באנשים עם מוגבלות נפשית, באנשים עם דמנציה ובאנשים עם מוגבלות שכלית (Priestley et al., 2007).

נוסף על כך, כמה מדינות מתנות את התקצוב האישי בקיומו של מעגל תמיכה פורמלי או בלתי-פורמלי באדם שיעזור לו לנצל את התקציב ניצול מיטבי (על משמעותם של מעגלי תמיכה אלה, ראה פרק 5 להלן). כך לדוגמה, קווי היסוד של תוכנית התקצוב האישי במדינות משיגן שבארצות הברית ממליצים שלא לאשר תקצוב אישי כאשר לאדם אין מעגל תמיכה בלתי פורמלי שעשוי לסייע לו בניצול התקציב (MDCH, 2013). גם בבריטניה ההמלצה הרשמית לרשויות המקומיות היא לבחון את המידה שבה אדם מסוגל, בלי קשר ליכולת הקוגניטיבית שלו, לפנות למקורות של תמיכה וסיוע כדי שאלה יעזרו לו לנצל את התקציב שיוקצה בעבורו (Jarret, 2015).

לבסוף, בריטניה אוסרת מתן תקציב אישי לאנשים שנמצאים בתהליך גמילה מסמים או מאלכוהול בצו בית משפט (Jarret, 2015).

3.2. הפסקת הזכאות

ישנם מקרים שבהם מאושר לאדם תקצוב אישי, אך זכאותו מופסקת בשלב כלשהו. מחקרם של קלואט ואחרים (Clewett et al., 2015)¹ בחן תוכניות לתקצוב אישי של אנשים עם מוגבלות נפשית בבריטניה, ומצא שלוש סיבות עיקריות להפסקת הזכאות לתקצוב אישי:

1. הפסקת זכאות בעקבות הערכה מחודשת: בתוכניות רבות נהוגה הערכה תקופתית של תוכנית הטיפול האישית. אם נמצא שבעל התקציב אינו עומד יותר בקריטריונים, או שצרכיו השתנו כך שאינם מקבלים עוד מענה דרך התקצוב האישי – הופחת התקציב או הופסק. זו הסיבה הנפוצה ביותר להפסקת התקציב שעלתה במחקרם.
 2. בעל התקציב בחר שלא להמשיך לקבל תקציב אישי: בעלי תקציב בחרו לעיתים להפסיק לקבל את התמיכה בהם דרך תקציב אישי ממגוון סיבות. יש שחשו שצורכיהם לא מקבלים מענה דרך התקציב האישי, יש שלאחר התנסות מצאו שהם מעדיפים את שיטות התקציב האחרות ויש שבריאותם לא אפשרה להם להשתמש בתקציב האישי כראוי.
 3. התקציב האישי הופסק בעקבות שימוש לא נאות בכספים: במקרים נדירים, תקציב אישי הופסק או קוצץ לאחר שנתגלה כי בעל התקציב עושה בו שימוש שחורג מתוכנית הטיפול האישית. במקרים כאלה, בעלי התקציבים חוו זאת כצעד ענישה כנגדם.
- במקרים של הפסקת התקציב האישי, מצאו קלואט ואחרים (Clewett et al., 2015) כי לאנשים עם מוגבלות נפשית היה קושי לשמור על ההישגים שהשיגו באמצעות השימוש בתקציב האישי, במיוחד בתחומים של איכות חיים ובריאות נפשית. במקרים מסוימים, הפסקת התקציב אף תרמה להופעתם של חרדה ולחץ. המחקר המליץ על יציאה הדרגתית מתקצוב אישי שתאפשר לשמור על היתרונות שהושגו באמצעותו בעבור אנשים עם מוגבלות נפשית.

¹ המקור היחיד שבו מצאנו התייחסות לנושא.

3.3 מאפייני המשתתפים בפועל בתוכניות תקצוב אישי

סקירת הספרות העלתה ממצאים מעטים בלבד בנוגע לאימוץ בפועל של תוכניות תקצוב אישי, כולם מבריטניה. יש לציין שהתוכנית הבריטית היא בין התוכניות הוותיקות, המבוססות והגדולות בעולם. תוכניות תקצוב אישי הוקמו בהדרגה ברשויות המקומיות בבריטניה כבר משלהי שנות ה-90 (Jarret, 2015) ובשנת 2013 כבר הייתה בריטניה בין שיאניות העולם במספר המשתמשים בתקצוב אישי (EPR, 2013). על כן, בנוגע לתוכנית הבריטית יש לרוב מידע, במיוחד מידע ארוך טווח, שאינו קיים בנוגע לתוכניות ה"צעירות" או המצומצמות יותר הפועלות נכון להיום במדינות אחרות בעולם.

בבריטניה, לאנשים עם מוגבלות פיזית או חושית יש את הסיכוי הגבוה ביותר להשתמש בתקציב אישי לעומת אנשים עם מוגבלויות אחרות, בעוד לאנשים עם מוגבלות נפשית יש את הסיכוי הקטן ביותר לכך (EPR, 2013; Riddell et al., 2005). מחקרים שונים מספקים מספרים שונים של שיעורי השימוש בתקציב האישי בקרב מגוון אוכלוסיות, אולם בכולם חוזר הממצא לפיו קבוצת האנשים עם מוגבלות נפשית בבריטניה משתמשת בתקציב האישי בשיעורים נמוכים הרבה יותר מן הקבוצות האחרות. לפי מחקרים שונים, בין 15%-25% מן האנשים עם מוגבלות נפשית הזכאים לתקצוב אישי משתמשים בו בפועל, לעומת 60%-70% מן הזכאים עם מוגבלות שכלית ו-50%-60% מן הזכאים עם מוגבלות פיזית (Hamilton et al., 2015; Webber, Treacy, Carr, Clark, & Gillian, 2014). ההבדלים נובעים ככל הנראה מקשיים ארגוניים בהטמעת תקציבים אישיים במערכי הטיפול באנשים עם מוגבלות נפשית, אבל גם מן התפיסה הטיפולית של האחראים לטיפול באנשים עם מוגבלות נפשית. על פי המחקרים, המטפלים באנשים עם מוגבלות נפשית לרוב אינם מעוניינים להתמודד עם הסיכונים הכרוכים במעבר לתקצוב אישי, וכן אינם מאמינים בכך שהאנשים שתחת אחריותם מסוגלים לנהל בעצמם את התקציב ולקבל את ההחלטות הדרושות (Hamilton et al., 2014; Webber et al., 2015).

כמו כן, בבריטניה נמצאו עדויות כי ברשויות מקומיות שבהן אין מעגלי תמיכה מקומיים שיכולים לסייע להעלות את המודעות בקרב הזכאים לקיומה של אפשרות התקצוב האישי וכן לסייע בניהול התקציב לאחר המעבר לתקצוב אישי, רמת השימוש בתקצוב אישי היא נמוכה יותר. נוסף לכך, ישנן עדויות כי אנשים עם מוגבלות מקבוצות מיעוט משתמשים בתקצוב אישי בשיעורים נמוכים יותר מאשר האוכלוסייה הכללית, ככל הנראה בשל היעדר מידע נגיש בעבורם ובשל מודעות נמוכה לאפשרות המעבר לתקצוב האישי (Riddell et al., 2005).

4. קביעת התקציב

4.1. היבטים בקביעת התקציב

א. קביעת גובה התקציב

כאשר התקציב לאדם נקבע מראש ומשתנה מאדם לאדם נדרש מנגנון לקביעת גובהו. בספרות עולה טענה שהשימוש בשיטות לקביעת גובה התקצוב ממקד את המערכת במה שהפרט איננו יכול לבצע, בקשייו ובמגבלותיו ולא במטרותיו. הדבר איננו עולה בקנה אחד עם תפיסת השירות המוכוון אדם (Miller, 2010). כאשר התקציב קבוע או לא מוגבל לאדם (MDCH, 2013), לא נדרשים שיטה וקריטריונים קבועים לקביעת גובה התקציב. הסעיף הבא ירחיב בכל הנוגע לשיטות לקביעת תקציב המוקצה לשימוש הפרט.

ב. הגורם אשר קובע את גובה התקציב לאדם

את הערכת גובה התקציב שהפרט זכאי לו יכול לעשות מעריך עצמאי או מי שנותן את השירות לאדם באופן שוטף ונמצא עימו בקשר לאורך זמן. על פי מחקר שערך משרד הבריאות האירי (Irish Department of Health, 2017), אין עדות ברורה בנוגע לעדיפות של אפשרות אחת על פני השנייה. מצוין עם זאת, כי אם נותן השירות עושה את ההערכה, הקשר שבינו לבין מקבל השירות עלול להיפגע. בכל מקרה הודגש כי יש להכשיר את המעריך (בין אם מעריך עצמאי או נותן השירות) לבצע את ההערכה.

ג. נגישות, גמישות ועדכניות התקציב

משרד הבריאות של מדינת מישגן בארצות הברית (MDCH, 2013) מדגיש כי על ניהול התקציב לעמוד בכמה תנאים:

1. נגישות: על המידע הקשור לתקציב ולמטרותיו להיות נגיש. על האדם ועל הקרובים לו להיות מעורבים אם אפשר בקביעת גובה התקציב, מרכיביו ואופן השימוש בו.
2. גמישות: לאדם ישנה אפשרות לשנות את השימוש אשר נעשה בתקציב. על התקציב להיקבע לשנה אחת מראש לפחות, כדי לאפשר לפרט גמישות גם בניצול התקציב על פני זמן, כולל אפשרות להעברת תקציב מתקופה אחת לאחרת.
3. עדכניות: התאמת השימוש בתקציב לצורכי האדם ולמטרותיו. במסמך פנימי שהוציא משרד הבריאות האירי (Irish Department of Health, 2017), מזכיר המשרד את הצורך לבחון מדי שנה-שנתיים את התקציב, כדי לבדוק האם חלו שינויים כלשהם אשר מחייבים לעדכן ולהתאים את התקציב.

4.2. שיטות לקביעת גובה התקציב²

א. כללי

יש מגוון של שיטות מובנות המשמשות לקביעת גובה התקציב לאדם. בפרק זה נעסוק במאפייני השיטות ובקריטריונים להערכה ולהשוואה ביניהן. כדוגמה לשיטה כזו, יוצג בהמשך בקצרה מודל ה-SIS (Supports Intensity Scale) – כלי ייעודי מרכזי להערכת צרכים של אנשים עם מוגבלות אשר מתאים מבחינה זו לשימוש במסגרת של תקצוב אישי. יש לקחת בחשבון כי ישנם חריגים שכלי ההערכה מתקשים להתמודד עימם, מה שמחייב בניית מנגנון ייחודי לטיפול בהם. גם כאשר ישנו כלי אשר מופעל בהיקף נרחב, רצוי להמשיך לבחון ולפתח אותו על פני זמן (Irish Department of Health, 2017).

ב. מאפייני הכלים והשיטות לקביעת גובה התקציב

ישנם כמה מאפיינים אשר מבדילים בין הכלים והשיטות לקביעת גובה התקציב ומסייעים בבחירת הכלי או השיטה המתאימים לשימוש בכל מערכת מתן שירותים נתונה על פי מטרותיה.

- ייעוד הכלי/השיטה: יש הבחנה בין כלים/שיטות אשר ממוקדים בקביעת אופן חלוקת המשאבים הנתונים בין הפרטים השונים לבין כאלה אשר מתמקדים בהערכת הצרכים של האנשים, ללא תלות בסך התקציב העומד לרשות המערכת.
- תכונות פסיכומטריות: לכל כלי יש תכונות פסיכומטריות אשר חיוניות להערכתו ככלי לשימוש נרחב. בין התכונות הללו ניתן למנות את אמינות הכלי (Reliability), תוקף הכלי (Validity) ונורמות אשר נקבעו לפי מאפייני האנשים (גיל למשל).
- אובייקטיביות ההערכה: מידת האובייקטיביות של המידע אשר משמש להפעלת הכלי עשויה להשתנות ובהתאם להקרין על האמינות ועל התוקף הנתפסים של הכלי.
- קישור לגובה התקציב: בשיטות אשר מתמקדות בהערכת צורכי האדם, הקישור בין ממצאי הכלי להערכת צורכי הפרט לבין גובה התקציב אשר ניתן לו איננו ישיר ויש להקים מנגנון מיוחד לשם כך.
- בסיס לפיתוח סל שירותים: חלק מן השיטות מספקות מידע התורם לפיתוח סל שירותים לאדם וחלקן פחות, זאת על פי אופי המידע אשר נאסף בהפעלתן. כך למשל, לא תמיד נאסף מידע בנוגע לרמת המשאבים אשר עומדת לרשות האדם (חברים, שכנים), אשר עשויה להשפיע על אופי המענים ובהתאם על גובה התקציב שלו הוא זקוק.
- עלות הרכישה או היצירה של כלי ההערכה וההפעלתו: לעלות הכלי ישנם היבטים אחדים. ראשית, עלות רכישת כלי ההערכה או יצירתו באופן עצמאי. שנית, עלות ההערכות עצמן המבוצעות על ידי צוות מקצועי, במונחי זמן ובמונחי שכר ועלות הכשרת העובדים לשימוש בכלי. באופן בסיסי, ככל שהכלי פשוט וקל יותר לתפעול – תרדנה העלויות.
- אוכלוסיית המטרה: לעיתים השיטה איננה מיועדת לכלל האוכלוסייה. לילדים למשל פותחו לעיתים כלים ייחודיים.

² הכתוב בפסקה זו מתבסס על – Smith, G., & Fortune, J. (2006). *Assessment instruments and community services rate determination: Review and analysis*. Portland, Oregon: HSRI

- פשטות, שקיפות, מקובלות: יש יתרון לכלי שהוא מובן הן לאנשי המקצוע והן למקבלי השירותים ולבעלי עניין אחרים. במקרה כזה הכלי ייתפס כהוגן/מתאים בעיני הסביבה, וימנע ריבוי תביעות חריגות של מקבלי השירות.

ג. מערכת ה-SIS (Supports Intensity Scale)³

ה-SIS הוא כלי להערכת צרכים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לשם תמיכה בהם. בפועל משתמשים בו בעבור אנשים עם מגוון מוגבלויות. הכלי בוחן את צורכי התמיכה דרך ראיונות עם האדם עצמו ועם מי שמכיר אותו היטב. הכלי בודק צרכים בתחומים כמו תפקוד בבית, פעילות בקהילה, פעילות חברתית, תעסוקה ובריאות ובטיחות. כל תחום מדורג לפי תדירות (כל ארבע שעות למשל), כמות (שש שעות ביום למשל) וסוג התמיכה (סיוע מלא/חלקי). יש גם התייחסות לצורכי תמיכה חריגים בתחומי הבריאות או ההתנהגות.

יצוין כי הכלי נותן מידע בעל ערך לתכנון סל הסיוע ולאופן מימוש התקציב לפרט.

עוד על הכלי ניתן לקרוא ב- Morin & Cobigo, 2009; Wehmeyer et al., 2009; Thompson et al., 2014; Riddell et al., 2005; EPR, 2013; Cobigo, 2009.

³ הכתוב בחלק זה מתבסס על אתר <https://aaidd.org/sis>

5. מימוש התקציב

5.1. כללי

תוכניות תקצוב אישי מבוססות על מתן האפשרות לבעלי התקציב, במקרה זה אנשים עם מוגבלות, לנהל בעצמם את התקציב המיועד לתמיכה ולטיפול בהם, ובתוך כך לשכור שירותים וכוח אדם באופן שעונה על רצונותיהם ועל צורכיהם האישיים. פרק זה ידון באופן שבו מנוצל התקציב, תוך הבחנה בין שני היבטים: (1) קבלת ההחלטה בנוגע לדרכי השימוש בתקציב, קרי אילו שירותים לשכור, בניית התמהיל ביניהם, בחירת הספקים וכן הלאה; (2) השימוש בפועל בתקציב, קרי ביצוע תשלומים, ניהול מעקב, העברת דיווחים וכדומה. בעלי תקציב שונים עשויים להתקשות בהיבטים שונים של ניצול התקציב, בכולם או בחלקם, ויזדקקו לרוב לעזרה כדי לנצל את התקציב העומד לרשותם באופן מיטבי וכדי לנווט בין נבכי המערכת (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016; Kendrick, 2009; MDCH, 2013). לפיכך פיתחו מדינות שונות בעולם מודלים מגוונים שיאפשרו לבעלי התקציבים לנצל את התקציבים העומדים לרשותם באופן מיטבי. המודלים נבדלים ביניהם בעיקר במידת האוטונומיה שניתנת לבעל התקציב, כלומר במידה שבה יש לבעל התקציב שליטה על ניהול וניצול התקציב ובמידה שבה הגורם המתקצב (המדינה או גורם אחר) מעורב בקבלת ההחלטות ו/או במימוש התקציב בפועל (EPR, 2013). הפרק שלהלן יבחן בקצרה כמה מאפיינים מרכזיים במודלים אלו, בשני היבטים של ניצול התקציב.

5.2. מודל פתוח לעומת מודל מתוכנן

באופן כללי, כל התוכניות הנסקרות משתייכות לאחד משני מודלים: מודל פתוח או מודל מתוכנן (האחרון נקרא לעיתים גם "מודל מתוקצב"). במודל הפתוח, בעל התקציב מקבל אותו בתשלום ישיר לחשבון הבנק שלו (אם מדובר במזומן) או לניהולו האישי באופן אחר (אם לא מדובר במזומן, ראו סעיף 5.5. להלן), והוא רשאי להשתמש בתקציב כראות עיניו בכפוף לסייגים מסוימים. במודל הפתוח הפיקוח על ניצול התקציב הוא בדרך כלל מינימלי, אם כי ביקורת עומק עשויה להתקיים מפעם לפעם (Irish Department of Health, 2017; Forder et al., 2012; Fleming, 2016; Stainton, Asgarova, & Feduck, 2013). במודל זה, רוב התקציב משמש בדרך כלל לתשלום על סיוע בלתי פורמלי (Irish Department of Health, 2017). אם בעל התקציב אינו מסוגל לנהל אותו בעצמו, הוא רשאי למנות גורם שלישי – בן משפחה או גורם אחר (לדוגמה, מתווך – ראו סעיף 5.3. להלן) – אשר ינהל את התקציב בשמו (Forder et al., 2012; MDCH, 2013; Irish Department of Health, 2017; Stainton et al., 2013; EPR, 2013). במדינות מסוימות, כמו אירלנד, המבקשים לקבל את התקציב במודל זה נדרשים מבחינת החוק להגדיר את עצמם כבעלי עסק, וזאת כדי שיוכלו להעסיק מלווים ולשלם להם משכורת ישירות ללא מעורבות גורם מתווך (Fleming, 2016). במסגרת המודל הפתוח אם כן, נמצאים שני היבטים של מימוש התקציב – קבלת החלטות והשימוש בפועל בתקציב – באחריותו של בעל התקציב. המודל הפתוח נפוץ פחות לכשעצמו (Irish Department of Health, 2017), אם כי הוא קיים במדינות כמו הולנד וגרמניה (EPR, 2013). יחד עם זאת, ניתן לרוב להשתמש בו בשילוב עם המודל המתוכנן (ראו להלן). כלומר, זכאים יכולים בדרך כלל לבחור

לקבל חלק מן התקציב שלהם במודל המתוכנן וחלק במודל הפתוח (Irish Department of Health, 2017; Fleming, 2016; EPR, 2013). בהערכת פיילוט תקציב אישי בבריטניה, נמצא שמשמשים שבחרו לנהל את התקציב שלהם במודל הפתוח, כולו או חלקו, היו בדרך כלל מרוצים מן התוכנית, אבל נתקלו בקשיים משמעותיים בניהול התקציב לבדם והיו זקוקים לליווי צמוד ולסיוע. במקרים כאלה, הערכת הפיילוט המליצה על מערכת גיבוי שתוכל להיכנס לפעולה ולתת מענה במקרים שבהם ההסדרים שבעלי התקציבים האישיים יצרו בעצמם אינם מצליחים לתת מענה מספק. מנגד, משמשים שלא הוצעה להם האפשרות לנהל את התקציב בעצמם, מסיבות שונות, והתקציב שלהם נוהל בעבורם בידי גורם אחר כברירת מחדל, הרגישו שלא ניתן בהם אמון לקבל החלטות בעבור עצמם והיו מרוצים פחות (Forder et al., 2012). במחקרם של המילטון ואחרים (Hamilton et al., 2015) נמצא שאנשים עם מוגבלות נפשית שהצליחו לנהל את התקציב בעצמם חוו לרוב תחושת מסוגלות והעצמה שהיא מועילה בעבור הטיפול שלהם, אולם כאשר ניהול זה נכפה עליהם הדבר תרם להופעתו של לחץ.

המודל השני והנפוץ יותר הוא המודל המתוכנן ובו הוצאת הכספים מפוקחת ומנוהלת. במסגרת המודל, לאחר שנקבע גובה התקציב, מתקיים תהליך של זיהוי הצרכים והרצונות של האדם. התהליך מתנהל לרוב בליווי של איש מקצוע מטעם הגורם המתקצב עצמו או מטעמו של גורם שלישי הפועל בחסות הגורם המתקצב. לאחר מכן נבנית בשיטה של תכנון מכוון אדם תוכנית אישית שתואמת את צרכיו ואת רצונותיו של בעל התקציב ונמצאת בתוך מסגרת התקציב שהוקצתה לו. התוכנית תלויה לרוב באישור הגוף המתקצב (Irish Department of Health, 2017). במילים אחרות, במודל המתוכנן ההיבט הנוגע לאופן קביעת השימוש בתקציב נמצא בדרך כלל באחריותו של הגורם המתקצב או של גורם שלישי הפועל מטעם הגורם המתקצב. ההיבט הנוגע לאופן המימוש בפועל של התקציב נמצא לרוב באחריותו של בעל התקציב. בפני בעל התקציב ניצבת בחירה בין שלוש אפשרויות מרכזיות למימוש התקציב בפועל. האפשרות הראשונה היא כמו במודל הפתוח, לקבל את התקציב בתשלום ישיר לחשבון הבנק, אולם כעת הוא רשאי להשתמש בכספים לטובת המטרות שהוסכמו מראש בלבד. בעלי תקציב הבוחרים באפשרות זו נתקלים לרוב בקשיים דומים לאלה שפורטו לעיל במסגרת המודל הפתוח. האפשרות השנייה היא שימוש בגורם שלישי, מתווך (ברוקר), לניהול התקציב או חלק ממנו (על השימוש במתווכים ראה הרחבה בסעיף 5.3. להלן). האפשרות השלישית היא השארת התקציב בידי הגוף המתקצב, שישתמש בו לפי רצונותיו ומטרותיו של בעל התקציב. בכל מקרה, במסגרת המודל המתוכנן חלה על הגוף המנהל את התקציב בפועל חובת דיווח נרחבת יותר מאשר נהוג במודל הפתוח (Forder et al., 2012; Irish Department of Health, 2017; Fleming, 2016; Stainton et al., 2013; EPR, 2013).

המודל המתוכנן הוא כאמור נפוץ יותר. זאת ועוד, לפי מחקר של משרד הבריאות האירי, רוב הכספים המוקצים במסגרת המודל הפתוח משמשים בפועל לשכירת שירותי ליווי ותשלום בעבור סיוע בלתי פורמלי. במודל המתוכנן לעומת זאת, מתקיים קשר הדוק יותר בין מטרותיו של האדם לבין האמצעים להגשמתם (Irish Department of Health, 2017).

5.3. סיוע פורמלי ושימוש במתווך

זכאים רבים זקוקים לסיוע רב בכל שלבי מימוש התקציב, החל מן התכנון ועד לביצוע תשלומים בפועל (Irish Department of Health, 2017; MDCH, 2013). לצד הסיוע הבלתי-פורמלי, שידון בהרחבה בסעיף 5.4. להלן, במדינות רבות רשאים זכאי

5.4. סיוע בלתי פורמלי

בלי קשר למידת ההסתייעות שלהם בסיוע פורמלי, אנשים עם מוגבלות נעזרים לרוב במעגל סיוע בלתי פורמלי כדי לנצל את התקציב האישי שלהם. מעגל הסיוע מורכב בדרך כלל מבני משפחה, מחברים ולעיתים גם מאנשי מקצוע שאיתם יש להם מערכת יחסים בלתי פורמלית. תפקידו של מעגל התמיכה הוא לספק סיוע, תמיכה, טיפול וגישה למשאבים ולרשתות חברתיות (Kendrick, 2009; MDCH, 2013; UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016; Wistow, Perkins, Knapp, Bauer, & Bonin, 2016). חברי מעגל התמיכה מסייעים בניהול הכספים, משתתפים בכתיבת התוכנית האישית ויוצרים קשר עם בעלי מקצוע כדי לשמוע את חוות דעתם. השתתפותם הפעילה של חברי מעגל התמיכה בשלבי בניית התוכנית חיונית להבטחת גמישותה וליכולתה לתת מענה לא רק לצורכי האדם עצמו, אלא גם לצורכי הסובבים אותו ובני משפחתו – רכיב חשוב בהצלחתה של תוכנית טיפול. היות שחלק מן הטיפול והסיוע ניתן בפועל על ידי חברים ובני משפחה, צריכה תוכנית הטיפול להתחשב גם בצורכיהם כדי לספק מענה מיטבי לצרכיו של בעל התקציב. כמו כן, חברי המעגל משתתפים בניהול הקשר עם הגוף המתקצב ועם רשויות אחרות, ובכך מפחיתים באופן ניכר מן העומס ומן הלחצים שכרוכים בניהול התקציב (Wistow et al., 2016; Kendrick, 2009).

מעגל התמיכה הבלתי פורמלי הוא רכיב חיוני ביכולתם של אנשים עם מוגבלות לנצל את התקציב שלהם בהצלחה, עד כדי כך שחלק מבעלי התקציב מעידים כי לא היו מסוגלים לנצל את התקציב שלהם בלעדיו (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016; Kendrick, 2007; Wistow et al., 2016). יש לציין כי מדינת מישגן בארצות הברית אף ממליצה להתייחס לקיומו ולתפקודו של מעגל תמיכה בלתי פורמלי בהערכת מסוגלותו של אדם לנהל תקציב אישי, כך שהיעדרו של מעגל כזה עשוי להוות עילה לפסילתו של אדם מהיכללות בתוכנית (MDCH, 2013).

5.5. כיצד מתקבל התקציב?

בין אם במודל הפתוח או במודל המתוכנן, תוכניות תקצוב אישי עשויות להעמיד לרשות בעלי התקציבים סכום כסף שהם יכולים לנהל במגוון הדרכים המנויות לעיל. אולם ניתן גם להעמיד לרשות בעלי התקציבים שווה-כסף שביכולתם לנהל, למשל שעות טיפול. התקצוב מתייחס במקרה זה לסך של שעות לפי תעריף מסוים, ומותר לבעל התקציב את הבחירה כיצד לחלק את השעות האלה ובין אילו גופים (EPR, 2013).

6. ספקי השירותים

6.1. כללי

המעבר לתקצוב אישי מחייב הישענות גוברת על ספקי שירותים בשוק הפרטי (Forder et al., 2012). השינוי דורש בדרך כלל מן הספקים היערכות מחודשת, רה-ארגון ושינויים בשיטת הפעולה שאליה הם רגילים (Bolton, 2015). בין היתר, ספקי השירותים נדרשים להסתגל לספק שירותים ישירות לצרכנים, שמבחינתם יכולים כעת לחוות את דעתם על השירותים שהם מקבלים ועל איכותם, ויכולים אף לעבור לספק אחר אם אינם מרוצים. בעבור ספקים רבים מדובר בשינוי כללי המשחק, אולם הצלחתה של התוכנית תלויה בנכונותם וביכולתם לצלוח שינויים אלה (EPR, 2013). פרק זה יסקור בקצרה כמה מן האתגרים שעל ספקי השירותים להתמודד עימם בעת המעבר לתקצוב אישי.

6.2. מאפייני השוק בעת המעבר לתקצוב אישי

א. שינויים בהרגלי הצריכה

המעבר לתקציב אישי מגדיל את הביקוש לשירותים של ליווי אישי, של פנאי ושל טכנולוגיה תומכת. יחד עם זאת, מקבלי תקציב אישי נוטים לצרוך שירותים באופן יצירתי וחדשני יותר מן האופן שבו נצרכים שירותים במודל הקלאסי של אספקת שירותים. צרכנים בעלי תקציב אישי נוטים לדרוש שירותים חדשים שבעבר לא היו זמינים בעבורם, או לדרוש התאמות לשירותים קיימים על פי צורכיהם ורצונותיהם האישיים (EPR, 2013). כדי לענות על דרישות הצרכנים, ספקי שירותים חייבים לגלות גמישות, חדשנות ויצירתיות בפיתוח שירותים חדשים או בהתאמת שירותים קיימים. הם חייבים לעבוד יחד עם הצרכנים כדי לברר ולהגדיר את רצונותיהם וצורכיהם, ולפתח בהתאם לכך מענים מתאימים, כאשר שביעות הרצון של מקבלי השירותים נמצאת בראש מעיניהם (Robert Wood Johnson Foundation, 2004). עם זאת, לא סביר שצרכיו של אדם יקבלו מענה מלא מספק יחיד. נדרשת אפוא רשת של ספקים הפועלים בשיתוף פעולה כדי להבטיח תוצאות מיטביות. על כן, הצלחתה של התוכנית תלויה במידה רבה בקיומו של שוק ספקים מגוון המכיל ספקים שיודעים להציע מגוון שירותים לאוכלוסיות שונות (Bolton, 2015; MDCH, 2013). על פי עמדת בית הנבחרים הבריטי שדן בנושא, שוק שפועלים בו מספר מצומצם של ספקי שירותים גדולים אינו מסוגל לפתח את רמות הגמישות והגיוון הנדרשות. על כן, המליץ בית הנבחרים הבריטי לממשלת בריטניה לפעול לפיתוחו של שוק המבוסס על ספקי שירותים קטנים ובינוניים בעלי התמחויות ספציפיות (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016).

ב. התמודדות ספקים עם לחצים כלכליים

המעבר לתקצוב אישי יוצר למעשה סיכון כלכלי אצל ספקי השירותים (Robert Wood Johnson Foundation, 2004). כדי להיות רווחיים, ספקי שירותים רבים מתבססים באופן מסורתי על מודל כלכלי שבמרכזו תפוסה גבוהה וטיפול ארוך טווח (Bolton, 2015). אולם במסגרת התקצוב האישי לא ניתן להבטיח לספקים נפח קבוע של צרכנים, במיוחד בפריפריה הגיאוגרפית ו/או בקרב אוכלוסיות מסוימות. לכן, המעבר לתקצוב אישי יוצר לחצים כלכליים ניכרים על ספקי השירותים.

בסקר שנערך בקרב ספקי שירותים בתחום הטיפול והסיעוד בבריטניה ובוילס בשנת 2016 ותוצאותיו הוצגו לוועדה לביקורת התקציב של בית הנבחרים (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016), אמרו 72% מהם כי הם לא יודעים אם עדיין יהיו בעסק בעוד שנתיים. במסגרת אותו דיון הוצגו גם נתונים המעידים על כך כי בתקופה שבה בוצע הסקר, נרשמה בבריטניה קפיצה של 34% בחדלות פירעון של עסקים בתחומי הטיפול והסיעוד: מ-35 עסקים חדלי פירעון בשנים 2012-2013 ל-47 עסקים חדלי פירעון בשנים 2014-2015. נתונים נוספים שהוצגו בדיון מצביעים על קושי של ספקים לגייס כוח אדם מיומן ומוכשר, מצב הפוגע באיכות השירות הניתן לצרכנים. עסקי טיפול וסיעוד קטנים ובינוניים נמצאים בסיכון גבוה במיוחד, וחוסר יכולתם לגייס כוח אדם מיומן מעלה חשש כי יקרו. קיומם של ספקים אלה הוא הכרחי הן למתן כיסוי שירותי בפרפריה והן למתן שירותים בקרב אוכלוסיות ייחודיות כמו קשישים או אנשים עם מוגבלות שכלית. הקושי של עסקים קטנים ובינוניים להתמודד עם הלחצים הכלכליים מעמיד בסכנה אפוא את היכולת לספק שירות בפרפריה ובקרב אוכלוסיות ייחודיות (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016).

נוסף על כך, הקושי לעמוד בלחצים הכלכליים מביא ספקים רבים לצמצם את מערך התוכניות והשירותים שהם מציעים, או אף להימנע כליל מלהציע שירותים למחזיקי תקציב אישי בשל אי-הכדאיות הכלכלית של פנייה לאוכלוסיות אלה. במציאות כזו, עשוי להיווצר שוק ספקים שאינו מפותח דיו כדי לאפשר בחירה אמיתית בין חלופות רלוונטיות (Hamilton et al., 2015; Webber et al., 2014). במצב כזה עשויה המדינה להידרש לפעול במקומות שבהם השוק אינו נותן מענה, כלומר להציע שירותים שאינם כדאיים כלכלית בעבור ספקים פרטיים – מה שעשוי לגרום עלויות גבוהות בעבור המדינה (Pike et al., 2016). כדי להימנע מתרחישים אלו, על המדינה לפעול לפיתוח ולשרידותו של שוק ספקים מגוון (Irish Department of Health, 2017).

6.3. סוגיות בהתקשרות עם ספקים

א. התקשרות ישירה או התקשרות באמצעות מתווך

בכמה מדינות בארצות הברית עומדות בפני בעלי תקציב אישי שתי אפשרויות מרכזיות למימוש התקציב שלהם ולהתקשרות עם הספקים. במסגרת מודל "העסקה והתקשרות ישירה" (direct employment and contracting model), צרכנים מתקשרים עם מתווך כלכלי (fiscal intermediary) שלוקח על עצמו את ניהול התקציב האישי. המתווך מעסיק עובדים ומשלם להם לפי הצורך, וכן מתקשר עם תוכניות ושירותים שונים כדי לענות על צרכיו של הצרכן, כפי שאלה הוגדרו בעבודה משותפת של הצרכן והמתווך הכלכלי. יתרונותיו של המודל הזה ברורים, הן מבחינת המדינה והן מבחינת הצרכן, כי הוא מעביר את כלל האחריות האדמיניסטרטיבית והכלכלית לידי גורם שלישי. הגורם השלישי מתחייב להשתמש בכספים על פי המטרות שהוגדרו יחד עם הצרכן ולספק בעבורו תוכנית מותאמת אישית שעונה על צרכיו במסגרת התקציב שמוקצה לו. סוכנויות המדינה עושות מיפוי ראשוני ומאחרות גורמים שיכולים לשמש מתווכים, תוך שימת דגש על יכולתם לקחת על עצמם את ההתחייבויות האדמיניסטרטיביות והכלכליות ועל היעדרם של ניגודי עניינים. רשימת המתווכים מוצגת לצרכן, והוא בוחר מתוכה על פי צרכיו והעדפותיו (MDCH, 2013).

מנגד, צרכנים יכולים לממש את התקציב האישי שלהם במסגרת מודל "סוכנות עם בחירה" (agency with choice model). במסגרת מודל זה, צרכנים לוקחים על עצמם את האחריות לניהול התקציב האישי שלהם, כולל האחריות להעסקתם ולפיטוריהם

של עובדים המועסקים לצורך סיוע, ליווי וסיעוד ולהתקשרויות עם תוכניות ושירותים. הצרכן נדרש להתקשר עם גורם שלישי אשר ביכולתו לנהל את הפן האדמיניסטרטיבי של העסקת העובדים (הנפקת תלושי משכורת, בניית מאגר עובדים וכד'), אולם הצרכן הוא זה שנושא באחריות לנהל את התקציב ואת העובדים שמועסקים אצלו. כדי לממש את התקציב במסגרת מודל זה, צרכנים עוברים בדיקת הערכה על ידי סוכנויות המדינה כדי לאמוד את מסוגלותם, וכן הם נדרשים להגיש דוחות תקופתיים המתעדים את השימוש בתקציב (MDCH, 2013).

ב. תגמול לפי עמידה ביעדים

כדי לסייע לספקים להישאר רווחיים (ראה סעיף 6.2), הציע בולטון (Bolton, 2015) לפתח מודל שבו יתוגמלו ספקים על בסיס עמידה ביעדים שהוגדרו מראש. במסגרת המודל, בעת הזמנת השירות יוגדרו עם הספק יעדים ברורים שברצונו של מזמין השירות להפיק מן ההתקשרות. הספק יתוגמל ככל שהוא מצליח לעמוד באותם יעדים. לטענתו של בולטון, השיטה תאפשר לספקים להתרכז בתועלת שהשירות מסב לצרכנים במקום בנפח הפעילות, ותתמרץ ספקי השירותים לפתח מודלים כלכליים שהם בני קיימא בעידן של תקצוב אישי – כאלה שאינם בנויים על תפוסה גבוהה של מקבלי שירות אלא על איכות השירותים המסופקים. לטובת הצלחת המודל, בולטון מונה כמה תנאים. בין היתר, ספקי השירותים צריכים להיות מבוססים ויציבים כלכלית כדי להיכנס לתוכנית, שכן ספקים חדשים לא יצליחו לעמוד בדרישות, וכן צריכה להיות הגדרה טובה של המטרות ופיקוח הדוק על יישומן (להרחבה ראו Bolton, 2015).

גם משרד הבריאות האירי המליץ על תמרוץ של ספקים לפיתוח מודלים כלכליים המבוססים על איכות הפעולה ולא על ההיקף שלה (Irish Department of Health, 2017).

ג. בחירה חופשית או בחירה בספקים בעלי אישור למתן שירותים

מתן מגוון אפשרויות לבחירה חיוני להצלחתה של תוכנית תקצוב אישי ולשביעות רצונם של הצרכנים (MDCH, 2013). אולם מתעוררת שאלה כיצד לאפשר את הדבר באופן המיטבי. בבריטניה, באירלנד ובהולנד, בחרו רשויות רבות לאפשר לבעלי התקציב האישי לממש אותו ולהתקשר עם ספקים כמעט ללא רגולציה (Irish Department of Health, 2017; EPR, 2013). מסמך שהוכן על ידי משרד הבריאות האירי ובחן את הסוגיה מצא שהיעדר הרגולציה קשור להידרדרות באיכות השירותים, לקושי בגיוס עובדים מיומנים, לקושי בשמירה על ביטחונם של מקבלי השירותים ולהתפתחותו של שוק אפור שבמסגרתו מועסקים עובדי סיעוד וטיפול באופנים ספק-חוקיים. בזמן הכנת המסמך, כבר החלו לעבור חלק מן הרשויות בבריטניה ובאירלנד לרישום של שירותים הניתנים על ידי ספקים בעלי אישור למתן שירותים. בלינקנשייר שבבריטניה, לדוגמה, מכינה הרשות המקומית רשימה של שירותים מאושרים ומפיצה אותה בקרב הזכאים ובקרב העובדים הסוציאליים. זכאים יכולים לבחור מתוך הרשימה, אולם ככל הנראה אינם מוגבלים אליה (Irish Department of Health, 2017).

במדינת מישיגן שבארצות הברית, לעומת זאת, צרכנים אינם יכולים לבחור כל ספק, אלא רק מתוך רשימה של ספקים מאושרים. כדי לקבל את אישור המדינה, ספק חייב לעמוד בכמה תנאי סף, אולם ספקים שעומדים בתנאים ומאושרים על ידי הצרכנים עצמם יכולים להתווסף לרשימה (MDCH, 2013). בחירה מתוך רשימת ספקים סגורה היא גם השיטה הנהוגה במדינות כמו צרפת ופינלנד (EPR, 2013).

רשימה של ספקים מאושרים עשויה להקל על המדינה למנוע הונאה וניצול של הזכאים לתקציב אישי, וגם לאפשר לה לפקח על איכות השירות, לאמוד את שביעות רצונם של בעלי התקציב מן השירותים שהם מקבלים, להעריך את איתנותם הכלכלית של ספקים ואת מסוגלותם לספק שירותים לאורך זמן, לוודא כי מתקיימת אפשרות בחירה בין אופציות רלוונטיות וכן לפקח על המחירים המוצעים בשוק (EPR, 2013; Irish Department of Health, 2017).

ד. שמירה על רמת השירות

אחד החששות המרכזיים שעלה לאחר יישום תוכנית התקצוב האישי בבריטניה הוא חוסר היכולת לשמור על רמת השירותים שמקבלים בעלי התקציב. כפי שכבר צוין בפרק הקודם, היעדר רגולציה בבריטניה נקשר לירידה באיכות השירותים שמקבלים בעלי תקציבים אישיים (Irish Department of Health, 2017). עוד בבריטניה, עם יישום התוכנית לא הוגדרו כהלכה כמה מאפיינים מרכזיים הקשורים לאיכות השירותים. כך לדוגמה, לא הוגדרו כללים מחייבים להעסקת עובדים העוסקים בטיפול וליווי (לדוגמה, היעדר עבר פלילי), לא התקיימה בקרה ולא הוגדר מי נושא באחריות במקרים של התעללות וניצול מצד ספקי שירותים או עובדיהם. לפי פריסטלי ואחרים (Priestley et al., 2007), חששות אלה הובילו לחוסר נכונות מצד זכאים לאמץ את התוכנית בחלקים מסוימים של בריטניה.

7. השירותים המסופקים

7.1 סוגי השירותים המסופקים ותכולתם

תוכניות תקצוב אישי במדינות רבות בעולם מתוכננות כך שתאפשרנה מתן מענה כולל לצרכים ולרצונות הייחודיים של מקבל השירות. במסמך שהוכן על ידי בית הנבחרים הבריטי מצוין כי המדיניות היא כי אין להטיל "מגבלות בלתי סבירות" ("unreasonable restrictions") על השימוש בתקציבים אישיים, כל עוד התקציב משמש למטרות טיפול ותמיכה "מתאימות" ("eligible") (Jarret, 2015). משרד הבריאות האירי, למשל, ממליץ על גמישות בשימוש בתקציב כל עוד מטרת השימוש היא להביא לתוצאות מוסכמות מראש (Irish Department of Health, 2017), ומשרד בריאות הציבור (Department of Community Health) של מדינת מישיגן בארצות הברית מבהיר כי תוכניות תקצוב אישי חייבות לאפשר גמישות מרבית בניצול התקציב ובחירה בין שירותים (MDCH, 2013). לפי גישה זו, באוסטרליה לדוגמה אין רשימה מוגדרת של שירותים מותרים או אסורים, ונהוגה גמישות בשימוש בתקציב כל עוד השימוש משרת את מטרות הטיפול האישיות (Pike et al., 2016). גישות דומות נהוגות גם במדינות האיחוד האירופי, כמו גרמניה או הולנד (EPR, 2013).

על פי מגבלות אשר תפורטנה בהמשך, כל המדינות הנסקרות מאפשרות להשתמש בתקציב האישי לצורך שכירת שירותי טיפול סוציאלי שמטרתם טיפול אישי ו/או מתן סיוע להשתלבות בקהילה. מדובר בשירותים כמו שירותי ליווי אישי, מעון יום וכדומה. במדינות מסוימות, כמו בקנדה, האישור לשכירת טיפולים אלה תואם את הגישה הטיפולית הרווחת אשר שמה דגש מיוחד על סיוע לאדם לחיות בסביבה ביתית (בניגוד למחיה במוסד). נוסף על כך, כמעט כל המדינות הנסקרות מאפשרות גם שירותי איכות חיים (פנאי, טיפולים משלימים, טכנולוגיה תומכת וכדומה), שירותי טיפול וסיעוד (פיזיותרפיה, אחות סיעודית וכדומה) וכן שירותי בריאות מיוחדים וטיפולים רפואיים מותאמים אישית, אם יש צורך. חלק מן המדינות עשויות לאפשר עוד מגוון רחב של שירותים באמצעות התקציב האישי, בין היתר: שירותי אחזקת בית, דיור והתאמות מגורים, חופשות, תחבורה וניידות, השכלה והכשרה מקצועית, סיוע בתעסוקה, שכירה או קנייה של ציוד וטכנולוגיה תומכת, תמיכה במשפחתו של הפרט ועוד (Irish Department of Health, 2017; EPR, 2013; Pike et al., 2015).

7.2 מגבלות על אספקת שירותים

על אף הרצון לגלות גמישות ולאפשר למקבלי התקציב האישי להשתמש בו על פי רצונם, כל המדינות הנסקרות מטילות מגבלות כדי להבטיח שימוש נאות בתקציב. מרבית המדינות הנסקרות אינן מאפשרות שימוש בתקציב לצורך מימון הוצאות מחיה יום-יומיות שאינן קשורות למוגבלותו של האדם, לצורך מימון שירותים מקבילים לאלה שהמדינה מציעה או לצורך מטרות בלתי חוקיות (כמו רכישת חומרים אסורים) (Irish Department of Health, 2017; Pike et al., 2016). נוסף על כך, מדינות רבות אוסרות על רכישת שירותי רפואה אלטרנטיביים באמצעות התקציב האישי (EPR, 2013).

שירותי טיפול סוציאלי, ובמיוחד שירותי ליווי, הם השירותים המבוקשים ביותר לרכישה במסגרת התקציב האישי (EPR, 2013). אף על פי שחלק מן הטיפול מוענק על ידי בני משפחה, מדינות רבות מטילות מגבלות קשיחות על תשלום לבני משפחה

(EPR, 2013; Irish Department of Health, 2017). הנוהל הבריטי, לדוגמה, אוסר כליל על תשלום לבני משפחה, כולל לבני משפחה רחוקים ואף לבני/ות זוגם. הנוהל מאפשר חריגה כאשר נציג הרשות המקומית (דרכה מוענק התקציב האישי) השתכנע כי תשלום זה הכרחי לצורך מטרות הטיפול (Jarret, 2015).

7.3. תמהיל השירותים

הערכת פיילוט תוכנית התקצוב האישי בבריטניה מצאה שמקבלי תקצוב אישי משנים את תמהיל השירותים שהם צורכים. לעומת קבוצת הביקורת, מקבלי תקציב אישי העדיפו לצרוך יותר שירותים בתחומי איכות החיים ושירותים סוציאליים על פני שירותי טיפול קלאסיים בתחום הטיפול הרפואי שמציעה מערכת הבריאות הממלכתית הבריטית. כמו כן, מקבלי התקצוב האישי העדיפו לצרוך יותר שירותים בקהילת מגוריהם מאשר קבוצת הביקורת. מסקנתם של עורכי מחקר ההערכה היא שהתקציב האישי מאפשר לזכאים לבטא את סדר העדיפויות שלהם, אשר אינו מקבל ביטוי בשיטות תקצוב אחרות. המחקר נערך במערכת הבריאות הממלכתית הבריטית וכלל מקבלי תקציב אישי לצורך טיפולי בריאות, לאו דווקא אנשים עם מוגבלות (Forder et al., 2012).

8. עלות השירותים

8.1. כללי

בשנים האחרונות הולכות ומתרבות התוכניות לתקצוב אישי בעולם. מלבד עקרונות פעולה כלליים יש לעיתים מעט מאוד מן המשותף בין התוכניות. אוכלוסיית היעד, אופן ניהול התקציב, גודל סל השירותים, אופן אספקת השירותים, מידת הפיקוח על ניצול התקציב, קיומן של מערכות מקבילות ועוד מאפיינים משמעותיים רבים משתנים ממדינה למדינה ולעיתים אף ממפעיל למפעיל באותה מדינה עצמה. נוסף על כך, רבות מן התוכניות נמצאות בשלבים שונים של הטמעה, כולל כמה תוכניות שנמצאות בשלבי בחינה והתאמה. בשל כך, קשה להשוות בין התוכניות מבחינת התפוקות הכלכליות שלהן, ובהתאם מעט מחקרים בעולם ניסו לעשות זאת. הפרק יסקור מקורות אשר בחנו תוכניות של תקצוב אישי בהיבטים אלה, בשני תחומים עיקריים: עלויות התוכניות ביחס למודל התקצוב הקלאסי ויחסי עלות-תועלת של התוכניות.

8.2. עלות אספקת השירותים במודל התקצוב האישי לעומת עלותם במודל התקצוב

הקלאסי

מסקירת המחקרים עולה כי תוכניות תקצוב אישי אינן מצמצמות את עלויות אספקת השירותים, ואינן מהוות כשלעצמן אמצעי לחיסכון תקציבי (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016; Irish Department of Health, 2017; Pike et al., 2016). יתרה מזאת, היות שחלק ממרכיבי התוכניות – הכוללים על פי רוב הערכה, מעקב וליווי פרטני – הם רכיבים יקרים למדי כשלעצמם, תוכניות תקצוב אישי עשויות אף להיות יקרות יותר (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016). יחד עם זאת, ובניכוי עלויות ההטמעה, נמצא שרוב התוכניות הנסקרות בעולם הצליחו להישאר בתוך טווח העלויות שהיה מקובל לפני המעבר לתקציב אישי (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016; Kendrick, 2009; Forder et al., 2012; Wistow et al., 2016; Irish Department of Health, 2017; Pike et al., 2016). הצביע על כך שלפחות בחלק מן המקרים הדבר התאפשר רק תודות להידוק תקציבי ולהתפשרות. בתוכניות שבהן כן נצפו ירידות בעלויות, אלה ככל הנראה הושגו על חשבון איכות השירותים המסופקים (UK House of Commons Committee of Public Accounts, 2016; Pike et al., 2016). מחקרם של פייק ואחרים (Pike et al., 2016) פיצל את הטיפול לשני רכיבים: טיפול סוציאלי וטיפול רפואי, ובדק את השתנות כל אחד מהם עם המעבר לתקצוב אישי. נמצא שעלויות הטיפול הסוציאלי נשארות על פי רוב דומות לעלויות שהיו מקובלות טרם המעבר לתקצוב אישי, אך עלויות הטיפול הרפואי בדרך כלל עולות עם רצונם של מקבלי התקציבים לרכוש טיפולים חדשניים ויקרים יותר (Pike et al., 2016).

על אף שלא נמצא חיסכון ישיר עקב המעבר לתקצוב אישי, היתרונות הצפויים מן המעבר לתקצוב אישי עשויים להניב פירות כלכליים בטווח הרחוק יותר. מחקרים אחדים הצביעו על כך שתקצוב אישי עשוי לתרום להשתלבות רבה יותר של אנשים עם מוגבלות בשוק התעסוקה, מה שיהווה תרומה כלכלית למשק כולו (Irish Department of Health, 2017; Pike et al., 2016).

מלבד היתרונות הכלכליים למשק, רידל ואחרים (Riddle et al., 2005) הצביעו על כך שהשתלבות רבה יותר בשוק התעסוקה תתרום גם להפחתת שיעורי העוני הגבוהים בקרב משקי בית המטפלים באדם עם מוגבלות.

8.3. עלויות הטמעה

מרבית התוכניות הצליחו כאמור לשמור על עלויות אספקת שירותים בתקציב אישי בטווח שהיה מקובל לפני המעבר לתקצוב אישי. עם זאת, מרביתן נתקלו בעלויות גבוהות ולרוב בלתי צפויות בשלב ההטמעה (Pike et al., 2016; Irish Department of Health, 2017). מחקרם של פייק ואחרים (Pike et al., 2016), אשר סקר כמה תוכניות תקצוב אישי בעלות מאפיינים שונים בכמה מדינות בעולם, מצביע על כך שכל התוכניות הנסקרות לא הצליחו להעריך מראש את עלויות ההטמעה של התוכניות, לרוב בהפרשים ניכרים, ונאלצו להתמודד עם עלויות גבוהות בשלב זה. המחקר מצביע על כמה גורמים שתרמו לעלויות הגבוהות. בראש ובראשונה, אף אחת מן התוכניות לא הצליחה לאמוד מראש את העלויות המלאות של הטיפול באנשים עם מוגבלות. בשיטת התקצוב הקלאסית, עלויות רבות הקשורות לטיפול באנשים עם מוגבלות הן שקופות בעבור המדינה, שכן חלק מן הטיפול ניתן בפועל על ידי קרובי משפחה או ממומן ממקורות אחרים. עם המעבר לתקצוב אישי, ישנה נטייה לממן עלויות אלה מן התקציב האישי. כך למשל, אנשים עם מוגבלות רבים החליפו בני משפחה במטפלים מוסמכים, שעלותם כמובן גבוהה יותר, או ביקשו לשלם לבני משפחה בעבור הטיפול או חלק ממנו. העלויות הלא חזויות הללו ניפחו את התקציב האישי וגרמו לעלויות גבוהות מן הצפוי. נוסף על כך, תוכניות רבות לא הצליחו לחזות את רמת הביקוש הראשונית. המאמצים הראשונים של התוכניות היו בדרך כלל בעלי הנזקקות הגבוהה ביותר, שלהם צרכים מורכבים ויקרים, ולכן העלות לאדם בשלב ההטמעה הראשוני היא בדרך כלל גבוהה יחסית. לפיכך נאלצו תוכניות רבות להתמודד עם הצורך לממן שירותים יקרים בפרק זמן קצר יחסית. ולבסוף, בזמן ההטמעה היה צורך להפעיל שתי מערכות מקבילות: מערכת שממשיכה לתקצב על פי השיטה הקיימת ובמקביל אליה מערכת תקצוב אישי חדשה. לא רק שעצם הכפילות יצרה עלויות גבוהות, אלא שהמערכת החדשה נאלצה להתמודד גם עם העלויות הבלתי צפויות המנויות לעיל וגם עם עלויות נוספות שנבעו מן הצורך לתקן ליקויים שהתעוררו במהלך ההטמעה. כל אלה יחד תרמו כאמור לעלויות גבוהות מאוד ולרוב בלתי צפויות בשלב ההטמעה בכל התוכניות הנסקרות.

כדי להימנע מעלויות גבוהות הן בשלב ההטמעה והן מאוחר יותר בזמן ההפעלה השוטפת של התוכניות, פייק ואחרים (Pike et al., 2016) המליצו על קריטריון זכאות נוקשה לצד קביעת תקרה לזכאותו של אדם לתקציב אישי. נוסף על כך, הם המליצו למנוע ערוצי תקצוב מקבילים וקיומן של מערכות כפולות על ידי ריכוז כמה שיותר משאבים אל תוך תוכנית התקצוב האישי.

8.4. יחס עלות-תועלת

עלויות התוכנית לבדן אינן מספיקות כדי לקבל את התמונה המלאה על תפוקות התקציב האישי. לכן, כמה חוקרים ביצעו הערכת עלות-תועלת לתוכניות תקצוב אישי, כדי לאמוד את יכולתן לספק תוצאות באמצעות תקציב נתון. הערכות אלה הן על פי רוב מצומצמות בהיקפן וראשוניות מאוד, אך עולה מהן כי תוכניות תקצוב אישי מצליחות לרוב לספק תוצאות טובות יותר באותו תקציב לעומת מודלים אחרים של תקצוב. התוצאות הטובות יותר הן בדרך כלל בתחומים של איכות חיים ושביעות רצון, הן

בעבור טיפולים סוציאליים והן בעבור טיפולים רפואיים, אם כי במקרה של טיפולים רפואיים, יש לציין כי לא נרשמה השפעה על מצבם הבריאותי הפיזי של מטופלים (Wistow et al., 2016; Jones et al., 2013; Irish Department of Health, 2017; Pike et al., 2016). גם כאשר תוכניות תקצוב אישי אינן יעילות יותר באופן מובהק ביחס לתוצאות, הן עדיין אינן נופלות מיחס העלות-תועלת שבמודלים אחרים של תקצוב (Pike et al., 2016).

פייק ואחרים (Pike et al., 2016) סוקרים מחקרים ראשוניים אחדים אשר בדקו את השינוי ביחסי עלות-תועלת בחלוקה לקבוצות שונות של זכאי תקצוב אישי. על פי המחקרים המצוטטים במחקרם, עיקר השיפור בתוצאות מרוכז בקבוצת הצעירים (גילי 18-30) עם הנכויות הפיזיות. כמו כן, ישנו שיפור ניכר בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית. שיפורים צנועים בהרבה נרשמו בקרב הקבוצות האחרות, ובקרב קשישים לא נרשם כל שינוי מובהק בתוצאות בעקבות המעבר לתקצוב אישי. עוד מציינים החוקרים כי רמת התועלות עלתה כאשר עלתה ההשקעה הכספית, וכי הדבר נכון בכל הקבוצות שנבדקו (Pike et al., 2016).

9. בקרה ופיקוח על ניצול התקציב

9.1. חובת דיווח

במסגרת תוכניות תקצוב אישי, ניתנת לזכאים האפשרות לנהל את התקציב המוקדש לטיפול בצורכיהם או להשתתף בניהולו. כדי לפקח על ניצול התקציב וכדי להימנע מהוצאות חורגות, מרבית המדינות הנסקרות מטילות חובת דיווח על בעלי התקציבים. עם זאת, ישנו שוני בין המדינות בדרישות הדיווח. בעוד במדינות מסוימות נדרש דיווח חשבונאי מפורט על כל ההוצאות, באחרות נדרש דיווח מפורט פחות או כזה שכולל רק חלק מן ההוצאות (לדוגמה, הוצאות למטרות מסוימות או לספקים מסוימים).

מבין אחת-עשרה המדינות הנסקרות בדוח משרד הבריאות האירי (Irish Department of Health, 2017), מטילות תשע מן המדינות חובת דיווח על הזכאים (למעט אוסטרליה ופינלנד). חלקן, כמו שוודיה ואוסטרליה, דורשות רק דיווח פשוט יחסית. כך גם בקנדה, שם נדרשים בעלי תקציב אישי להגיש חשבונות בתדירות דו-שבועית או חודשית, יחד עם "דוחות רכישה". במדינות אחרות לעומת זאת נדרשים דיווחים מורכבים יותר. בבריטניה, בלגיה ובמדינות-מחוז מסוימות בגרמניה נדרש דיווח מקיף ומלא על כל ההוצאות. בהולנד אף מוצמד רואה חשבון מלווה לבעלי תקציב אישי גדול במיוחד, ובצרפת נדרשים בעלי תקציב אישי להצדיק את ההוצאות שלהם.

בארצות הברית, רמת הדיווח משתנה על פי אופן אספקת התקציב האישי הנהוגה בכל מדינה (Irish Department of Health, 2017). במדינות שבהן נהוג מתווך כלכלי (ראה פרק 5), מפיק המתווך דוח הוצאות חודשי שמוגש למפעיל התוכנית ולבעל התקציב. במקרה של ניצול יתר או תת-ניצול, שחורגים משיעור קבוע מראש, עשוי הנושא לעלות לדיון במסגרת פגישת תכנון תקופתית של מפעיל התוכנית, המתווך הכלכלי ובעל התקציב. במקרים שבהם לא נעשה שימוש במתווך כלכלי, אחראי מפעיל התוכנית על הפקת דוחות ניצול תקופתיים.

9.2. תקרות ורצפות הוצאה והשתתפות עצמית

נוסף לחובת הדיווח, אם ישנה, נקבעה בכמה מדינות בעולם רצפה או תקרה של הוצאות בשביל לשלוט בהוצאות. מחקרם של פייק ואחרים (Pike et al., 2016) סקר תקרות ורצפות הוצאה שנהוגות במדינות אחדות. על פי הסקירה, בכמה מדינות-מחוז קנדיות נהוגה תקרת הוצאה, שיכולה להיות קשיחה (כמו באונטריו) או מותאמת לרמת התפקוד של בעל התקציב (כמו באי הנסיך אדוארד). בבריטניה יש כוונה להחיל החל משנת 2020 תקרת הוצאה שתותאם לרמת הכנסת משק הבית של הזכאי לפי מדרגות קבועות. התקרה תהיה קשיחה, אבל במקרים מסוימים ניתן יהיה להגדיל אותה אם זה ישרת את מטרות הטיפול.

מדינות אחרות משתמשות בשיטה של רצפת הוצאה, הבאה לידי ביטוי בדרישה להשתתפות עצמית. מחקרם של פייק ואחרים (Pike et al., 2016) סוקר את השיטות שבהן משתמשים בקנדה ובבריטניה, שם מצופה מאדם להשתתפות עצמית בעלויות הטיפול שלו. בקנדה, ההשתתפות העצמית נעה בין מינימום של 2 דולר קנדי בחודש ויכולה תיאורטית להגיע לעשרות אלפי דולר קנדי, על פי רמת הכנסת משק הבית של בעל התקציב. בבריטניה נדרשת השתתפות עצמית רק בעבור שירותים מסוימים, אך גם שם נקבעת הרמה הנדרשת לפי הכנסת משק הבית של הזכאי לתקצוב אישי.

10. נוהל חריגים

בסקירת הספרות נמצא רק נוהל אחד הודן בטיפול בבקשות חריגות לשימוש בתקציב האישי. במסגרת קווי היסוד של התוכנית כפי שנקבעו על ידי משרד בריאות הציבור של מדינת מישגן בארצות הברית (MDCH, 2013), נקבע כי אחד מעקרונות התוכנית הוא גמישות (ראה בהרחבה פרקים 4 ו-6). עקרון זה קובע כי בעל התקציב צריך להיות מסוגל לשנות את מרכיבי התוכנית על פי צרכיו ורצונותיו, כאשר השינוי שהוא מבקש לבצע תואם לתוכנית שנכתבה בעבורו במסגרת תהליך התכנון המכוון אדם ולמטרותיה. למשל, אם בעל התקציב מבקש להחליף שירות אחד בשירות אחר מאותו סוג – עליו רק ליידע את מפעיל התוכנית, ולבקש שיכניס את השינוי ואת הסיבות לשינוי כנספח להסכם שנחתם ביניהם. כאשר בעל התקציב מבקש לשנות את התקציב באופן שאינו תואם לתוכנית שנכתבה בעבורו – למשל, אם הוא מבקש לשכור שירות שלא אושר בשבילו או שכלל אינו זמין – יש לעיתים לחזור לתכנון המכוון אדם, שם יעלה בעל התקציב את רצונותיו החדשים ומפעיל התוכנית יברר האם הדבר אפשרי ובאיזו עלות. אם השינוי אושר, ייחתם הסכם חדש והסכום העומד לרשותו של האדם יעודכן (יגדל או יקטן) על פי השינויים. אם בקשותיו של האדם לא אושרו, פתוח בפניו הליך ערעור.

11. עיקרי הממצאים

להלן עיקרי הממצאים אשר עלו מן הסקירה:

- עלות התוכניות לתקצוב אישי: רוב התוכניות הנסקרות הצליחו להישאר בתוך טווח העלויות שהיה מקובל לפני המעבר לתקציב אישי. יש לציין כי לתוכניות התקצוב האישי עשויות להיות תועלות כלכליות עקיפות אשר נובעות מהשתלבות מוגברת של אנשים עם מוגבלות בשוק העבודה. עם זאת, לרוב, תוכניות תקצוב אישי אינן זולות יותר ממתן שירותים בשיטות אחרות ואינן לראות בהן אמצעי לחיסכון בתקציב.
- תמהיל ואופי השירותים: מקבלי תקציב אישי נוטים לצרוך שירותים באופן יצירתי וחדשני יותר מן האופן שבו נצרכים שירותים במודל הקלאסי של אספקת שירותים. מלבד זאת, תמהיל השירותים הנצרכים משתנה: אנשים עם מוגבלות בעלי תקציב אישי נוטים לצרוך יותר שירותי טיפול סוציאלי ובמיוחד שירותי ליווי וסיוע, שירותים בתחום איכות החיים (פנאי) וטכנולוגיה תומכת. נוסף על כך, בעלי התקציבים נוטים להעדיף יותר שירותים בקהילה.
- מאפייני המשתתפים: אנשים עם מוגבלות פיזית ואנשים עם רמות נזקקות גבוהות או הזקוקים לתמיכה רבה, מאמצים בדרך כלל תוכניות תקצוב אישי בשיעורים גבוהים. אנשים עם מוגבלות מקבוצות מיעוט מאמצים את התוכניות בשיעורים נמוכים יחסית, וזאת ככל הנראה בשל קשיים ארגוניים, בשל היעדר מסגרות תמיכה וסיוע, בשל מודעות נמוכה ובשל היעדר מידע נגיש.
- מגבלות על השירותים הניתנים: תוכניות התקצוב האישי בעולם מתוכננות כך שתאפשרנה מתן מענה כולל לצרכים ולרצונות הייחודיים של מקבל השירות. עם זאת, כל המדינות שנסקרו מטילות מגבלות על מקבל השירות כדי להבטיח שימוש נאות בתקציב. כך, למשל, מרבית המדינות אינן מאפשרות שימוש בתקציב לצורך מימון הוצאות מחיה יום-יומיות שאינן קשורות למוגבלות של האדם, או לצורך מטרות בלתי חוקיות.
- עלות-תועלת: במונחי עלות-תועלת, צעירים מתחת לגיל 30, אנשים עם מוגבלות פיזית ואנשים עם מוגבלות נפשית נוטים להפיק יותר מתוכניות תקצוב אישי בתחומי בריאות ובתחומי רווחה ואיכות חיים. קשישים בדרך כלל אינם מפיקים תועלת מובהקת מתוכניות אלה.
- אופן ההתקשרות עם הספקים: תוכניות התקצוב האישי מאפשרות למקבלי השירות התקשרות אישית עם הספקים השונים על פי בחירה, או מגבילות את ההתקשרות לספקים מרשימה מאושרת של ספקים. נמצא שבהיעדר רשימה ופיקוח ישנו חשש לאיכות השירותים הניתנים.
- השפעה על הספקים: המעבר לתקצוב אישי משית לחצים כלכליים ניכרים על ספקי השירותים. חוסר יכולת של ספקים לשרוד את השינויים במבנה אספקת השירותים וצמצומו של שוק הספקים פוגעים בעיקר באנשים עם מוגבלות בפריפריה, ובאלה המשתייכים לקבוצות אוכלוסייה מוחלשות.
- מודל תקצוב פתוח לעומת מודל מתוכנן: אותרו שני דגמים לתקצוב ומתן שירותים. במודל הפתוח, בעל התקציב מקבל אותו שירות לניהול, והוא רשאי להשתמש בתקציב כראות עיניו בכפוף לסייגים מסוימים. במודל המתוכנן, הוצאת הכספים, כולל תהליך של זיהוי הצרכים והרצונות של האדם, מפוקחת ומנוהלת לרוב על ידי איש מקצוע.

- Bolton, J. (2015). *Emerging practice in outcome-based commissioning for social care: Discussion paper*. Oxford: Institute of Public Care, Oxford Brooks University.
- Clewett, N., Hamilton, S., Szymczynska, P., Manthorpe, J., Tew, J., Larsen, J., & Pinfold, V. (2015). How can the benefits of personal budgets for people with mental health be sustained after payments stop? *Research, Policy and Planning, 31*(2), 105-126.
- EPR. (2013). *Personal Budgets: A New Way to Finance Disability Services*. Brussels: European Platform for Rehabilitation.
- Fleming, P. (2016). *How Personal Budgets are Working in Ireland: Evaluating the Implementation of Four Individualised Funding Initiatives for People with a Disability in Ireland*. Research brief. Dublin, Ireland: Genio Trust.
- Forder, J., Jones, K., Glendinning, C., Caiels, J., Welch, E., Baxter, K., ... & Dolan, P. (2012). *Evaluation of the Personal Health Budget Pilot Programme*. Discussion paper 2840_2. London: Department of Health.
- Hamilton, S., Tew, J., Szymczynska, P., Clewett, N., Manthorpe, J., Larsen, J., & Pinfold, V. (2015). Power, Choice and Control: How Do Personal Budgets Affect the Experiences of People with Mental Health Problems and Their Relationships with Social Workers and Other Practitioners? *British Journal of Social Work, 46*(3), 719-736.
- Irish Department of Health. (2017). *Synthesis Paper of Personalised Budgets*. Internal document, retrieved from: <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2017/05/NDA-Synthesis-paper-on-Personalised-Budgets-research.pdf>
- Jarret, T. (2015). *Social Care: Direct Payments from a Local Authority (England)*. Briefing paper number 03735. London, UK: House of Commons
- Jones, K., Forder, J., Caiels, J., Welch, E., Glendinning, C., & Windle, K. (2013). Personalization in the health care system: do personal health budgets have an impact on outcomes and cost? *Journal of Health Services Research and Planning, 13*(2), 59-67.
- Kendrick, M. J. (2009). Some lessons concerning agency transformation towards personalised services. *The International Journal of Leadership in Public Services, 5*(1), 47-54.
- MDCH. (2013). *Self-Determination Implementation*. Technical advisory version 3.0. Lansing, MI: Michigan Department of Community Health

- Miller, E. (2010). Can the shift from needs-led to outcomes-focused assessment in health and social care deliver on policy priorities? *Research, Policy and Planning*, 28(2), 115-127
- Morin, D., & Cobigo, V. (2009). Reliability of the supports intensity scale (French Version). *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(1), 24-30.
- Pike, B., O’Nolan, G., & Farraher, L. (2016). *Individualised Budgeting for Social Care Services for People with a Disability: International Approaches and Evidence on Financial Sustainability*. Dublin, Ireland: Health research board
- Priestley, M., Jolly, D., Pearson, C., Ridell, S., Barnes, C., & Mercer, G. (2007). Direct payments and disabled people in the UK: Supply, demand and devolution. *British Journal of Social Work*, 37, 1189-1204.
- Riddell, S., Pearson, C., Jolly, D., Barnes, C., Priestley, M., & Mercer, G. (2005). The development of direct payments in the UK: Implications for social justice. *Social Policy & Society*, 4(1), 75-85.
- Robert Wood Johnson Foundation (RWJF). (2004). *Self-Determination for Persons with Developmental Disabilities: An RWJF National Program*. Program results report. Princeton. NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
- Smith, G., & Fortune, J. (2006). *Assessment Instruments and Community Services Rate Determination: Review and Analysis*. Portland, Oregon: HSRI.
- Stainton, T., Asgarova, S., & Feduck, M. (2013). *A Comparison of Cost and Service Utilization across Individualized and Traditional Funding Options through Community Living British Columbia*. Vancouver, BC: Centre for Inclusion and Citizenship, University of British Columbia
- Thompson, J. R., Wehmeyer, M. L., Hughes, C., Shogren, K. A., Palmer, S. B., & Seo, H. (2014). The supports intensity scale—children’s version: preliminary reliability and validity. *Inclusion*, 2(2), 140-149.
- UK Department for Work and Pensions. (2014). *Personal Independence Payment Assessment — Independent Review: Call for evidence*. London: Department for Work and Pensions.
- UK House of commons Committee of Public Accounts. (2016). *Personal Budgets in Social Care (Second report session 2016-17)*. London: The Stationary Office.
- Webber, M., Treacy, S., Carr, S., Clark, M., & Gillian, P. (2014). The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 23(3), 146-155.

Wehmeyer, M., Chapman, T. E., Little, T. D., Thompson, J. R., Schalock, R., & Tassé, M. J. (2009). Efficacy of the Supports Intensity Scale (SIS) to predict extraordinary support needs. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 3-14.

Wistow, G., Perkins, M., Knapp, M., Bauer, A., & Bonin, E. (2016). Circles of support and personalization: Exploring the economic case. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(2), 194-207

נספח א: חיפוש מקורות

חיפוש המקורות נעשה ביוני 2018 במנוע החיפוש Google Scholar. להלן מילות המפתח שלפיהן נעשה החיפוש:

Consumer directed care

Direct payment

Individual budgeting

Individualized funding/support services

Personal Budgeting

Person — centered planning/services

Personalized services

Self-determination

SIS — Support Intensity Scale

נספח ב: מדינות הסקירה

להלן רשימת המדינות אשר מוזכרות בסקירה, לפי סדר הא-ב:

אוסטרליה

אוסטריה

אירלנד

בלגיה

בריטניה

גרמניה

הולנד

מישיגן (ארצות הברית)

פינלנד

צרפת

קנדה

שבדיה