

# הועדה הציבורית לבחינת המענה הלאומי לטיפול ושיקום נכי צה"ל

בראשות פרופ' מור יוסף

דו"ח מסכם  
יוני 2026



משרד האוצר



משרד הביטחון

## תוכן עניינים

3.....	דבר יו"ר הוועדה - פרופ' מור יוסף	א.
6.....	תקציר מנהלים	ב.
12.....	מבוא ומסגרת עבודת הוועדה	ג.
12.....	הקדמה	i.
13.....	הרכב הוועדה	ii.
14.....	מנדט הוועדה ומטרותיה	iii.
15.....	תהליך עבודת הוועדה	ד.
15.....	צורת עבודת הוועדה	i.
16.....	שיתוף הציבור	ii.
18.....	אגף השיקום – תפקיד ואתגרים	ה.
18.....	תפקיד אגף השיקום: היקפים ותחומי אחריות	i.
18.....	התפתחויות מרכזיות בשנים האחרונות	ii.
19.....	אתגרים במצב הקיים ומהלכים שקודמו	iii.
23.....	ריכוז עיקרי המלצות הוועדה	ו.
44.....	העמקה בהמלצות הוועדה	
44.....	סיכום דיון והמלצות בנושאי הרוחב:	ז.
56.....	מחקר משווה (בנצ'מרק) ומענים ממדינות	ח.
61.....	המלצות ועדות המשנה	ט.
61.....	צוות נפש	i.
94.....	צוות אופן מתן השירותים	ii.
106.....	צוות זכאויות	iii.
121.....	צוות חווית לקוח	iv.
140.....	צוות תשתיות טכנולוגיות	v.
146.....	נספחים	י.

**א. דבר יו"ר הוועדה - פרופ' מור יוסף****החובה הערכית והלאומית בשיקום פצועי צה"ל, וייעול מערך הטיפול והשיקום**

מדינת ישראל נשענת מאז הקמתה על צבא העם ועל אמנה חברתית ומוסרית חרוטה: **חייל היוצא להגנת המולדת יודע כי המדינה ומכורתו עומדות מאחוריו**. חובה זו אינה מסתיימת עם תום הקרב, היא מקבלת משנה תוקף כאשר החייל חוזר פצוע בגופו או בנפשו.

הטיפול והשיקום של פצועי צה"ל אינו מעשה חסד או תקציב רווחה רגיל – הוא חוב מוסרי, לאומי וערכי ראשון במעלה שהמדינה חבה למי שהקריבו את שלמותם הגופנית והנפשית למענה.

בשנים האחרונות, וביתר שאת בעקבות המערכות האחרונות, אנו עדים למחיר הכבד שמשלמים לוחמינו ובני משפחותיהם. כאשר מספר הפצועים צפוי להגיע למאה אלף פצועי גוף ונפש בשנים הקרובות.

חוסנה של החברה הישראלית נמדד בראש ובראשונה ביכולתה להעניק לפצועיה את המעטפת השיקומית המכבדת, המהירה והמתקדמת ביותר.

**ועדה ציבורית זו הוקמה, לאור הצורך להתמודד עם הטיפול בעשרות אלפי פצועים שנוספו במלחמה האחרונה. מתוך תחושת דחיפות לאומית עמוקה ומתוך הבנה כי חוסנה של מדינת ישראל וביטחונה אינם נמדדים רק בעוצמתו של צה"ל בשדה הקרב, אלא גם – ואולי בעיקר – במידת מחויבותה של המדינה ללוחמיה ולבני משפחותיהם ביום שאחרי.**

האמנה החברתית והמוסרית הבלתי כתובה בין המדינה לבין אזרחיה השולחים את יקיריהם אל הקרב ברורה לחלוטין, המדינה שולחת את חייליה להגן על קיומה, והיא נושאת באחריות מוחלטת לשלומם, לשיקומם ולעתידם אם יפגעו. זהו חוב מוסרי וערכי ראשון במעלה, החרוט בלב קיומנו כעם וכחברה.

לצד החובה הערכית, קיימת דרישה מעשית דחופה **לשינוי תפיסתי ומבני משמעותי בניהול המערכת**, תוך מתן משאבים ראויים וייעול משמעותי של התהליך הבירוקרטי. התמשכות ההליך הבירוקרטי מהווה פגיעה ישירה בתהליך ההחלמה ובכבודו של הפצוע, המחמירה לעיתים קרובות פגיעות פיזיות ונפשיות כאחד.

**על כן, נדרש לפעול בדחיפות בצירי הפעולה הבאים:**

- 1. מענה אישי הוליסטי ונגיש:** ריכוז כלל השירותים תחת קורת גג אחת (One-Stop-Shop), ובלווי איש קשר אישי, המלווה את הפצוע ומשפחתו מרגע הפציעה ועד לשילובו המלא בחברה ובתעסוקה, ותוספת תקנים משמעותית להשגת מטרה זו.
  - 2. השקעת משאבים ברוחב לב:** תיעדוף תקציבי של מערכי הרפואה, השיקום והתמיכה הנפשית, תוך הנגשת הטכנולוגיות והטיפולים המתקדמים בעולם, ושילוב קופות החולים בטיפול בנכים.
- קיצור תהליכים משמעותי:** מעבר לגישה פרואקטיבית וצמצום ועדות מרובות ומתישות, כאשר המדינה היא זו שצריכה לפעול ככל הניתן להענקת הזכויות באופן אקטיבי.

3. **מערכות מידע ותשתיות טכנולוגיות:** שדרוג התשתיות הדיגיטליות הן בטווח המיידי והן בטווח הארוך, ויציאה מיידיית לפיתוח מערכת ליבה חדשה ונגישה.

#### 4. **מענה ייעודי לפוסט-טראומה כחזית מתמשכת**

בעוד שפציעות הגוף הפיזיות ניכרות לעין ומובנות לכל, הרי שבעשורים האחרונים, וביתר שאת במלחמה האחרונה, ניצב לפתחנו אתגר לאומי רחב היקף ומורכב מאין כמוהו: **נפגעי הפוסט-טראומה ופציעות הנפש.**

הפגיעה הנפשית היא פציעה שקופה, אך השלכותיה עמוקות, מטלטלות ומחלחלות לכל תחומי החיים. לוחם הלוקה בנפשו אינו משאיר את המערכה מאחוריו, עבורו, שדה הקרב ממשיך להתקיים יום-יום, שעה-שעה, בתוך ביתו, מול משפחתו ובתוככי נפשו. פציעה זו אינה פוגעת רק בלוחם הבודד, אלא מטילה משא כבד ומתמשך על המעגל המשפחתי הקרוב – על בני הזוג, הילדים וההורים – ההופכים בעל כורחם לחלק בלתי נפרד ממערך הלחימה והשיקום של יקירם.

הוועדה מצאה כי הטיפול בנפגעי פוסט-טראומה דורש התייחסות מיוחדת תוך שינוי פרדיגמה. בראש ובראשונה תוספת טיפולים נפשיים ורגשיים, הקמת יחידת מטה שתעסוק בצרכים הייחודיים של פצועים אלו, הקמת מחלקת אישפוז ייעודית לפצועי מערכת הביטחון, הקמת בית מאזן לפצועים עם תחלואה כפולה ובית מאזן לנשים.

5. **שיקום בתעסוקה ובלימודים:** הקמת מסלולי ליווי תעסוקתיים, לשילוב פצועי צה"ל בעולם התעסוקה האיכותי בשיתוף משרדי הממשלה וגופי התעסוקה במשק תוך מתן תמריצים לנכים ולמעסיקים.

6. **חיזוק המענה למשפחה התומכת:** היעדר תמיכה מספקת בבני משפחות הפצועים, הנושאים כיום בנטל הטיפול הכבד. הוועדה מכירה בבני המשפחה המלווים כגורם קריטי להצלחת השיקום של הפצוע ובצורך במתן מעטפת תמיכה רגשית וכלכלית ייעודית למשפחה שתתמוך בפצוע באופן משמעותי.

רק מתוך הבנה שהשקעה בשיקום הלוחמים היא אבן יסוד בביטחון הלאומי ובחוסן המוסרי של ישראל, נוכל להבטיח את המשך קיומה של האמנה החברתית המלכדת אותנו כעם.

דו"ח זה אינו רק מסמך המלצות מקצועי, הוא קריאת השכמה ערכית-לאומית. החוסן הלאומי של מדינת ישראל תלוי ביכולתנו להביט בעיניהם של פצועינו – הגלויים והשקופים כאחד – ולהבטיח להם כי כפי שהם לא היססו להתייצב בחזית למעננו, כך המדינה לא תהסס להפוך כל אבן כדי להשיבם אל החיים בכבוד.

אני מקווה כי דו"ח הוועדה מביא ערכים אלו לידי ביטוי.

חשוב להדגיש, כי משימתנו לא תהיה מושלמת אם היישום לא יחל באופן מידי ויבוצע בלוחות זמנים מהירים בכל קנה מידה.

## תודות

תודתנו נתונה לשר הביטחון, שר האוצר, ומנכ"ל משרד הביטחון על שזיכו אותנו ליטול חלק במשימה הקדושה הזו, והביעו נכונות ורצון להקצות את המשאבים - מחוץ למסגרות התקציב השוטף והתגמולים הקבועים בחוקים הקיימים - לשם מתן מענה נוסף לנכי מערכות הביטחון, ועל שמצאו אותנו ראויים ליטול על שכמנו מעמסה גדולה זו.

תודתי הכנה לעמיתיי ועמיתותיי, חברות וחברי הוועדה, רגישים ומסורים, אנשי מעלה ואנשי מקצוע מן השורה הראשונה, עתירי ידע וניסיון, הנושאים במשרות בכירות בשירות הציבורי והפרטי. אשר למרות עול היום-יום הכבד שמונח על שכמם דרך קבע, מתוקף עיסוקיהם ומשרותיהם, פינו כולם מזמנם, בהתנדבות מלאה, ועשו לילות כימים, בטווח זמנים קצר יחסית, לגבש את ההמלצות הבאות להלן.

תודתנו לארגון נכי צה"ל ולעומד בראשו עו"ד עידן קלימן אשר יחד עם עו"ד אייל בן שושן הביאו את קולם של הפצועים לדיוני הוועדה וועדות המשנה.

תודה והערכה מיוחדת ליושבי ראש וועדות המשנה פרופסור גיל זלצמן, אלוף (מיל) איציק תורג'מן, מר ניר קידר, מר קובי הלפרין, ומר אשר דולב.

ולחברי הוועדה סגן היו"ר - פרופסור יצחק שפירא, פרופסור יוסי לוי בלוז, תא"ל עדנה איליה, אל"מ (מיל) ידידיה צוקרמן, מר עידו חי, גב' ירדן שטיין ומר יגאל בר ניצן.

תודה מיוחדת למנהלות ולעובדות אגף השיקום במשרד הביטחון בהנהגת ראש האגף הגברת הגב' לימור לוריא, שסייעו בידינו כל העת.

תודה מיוחדת למרכז הוועדה עידו אקנין, שהניע את גלגלי עבודת הוועדה וניווט את דרכה.

תודה והערכה לצוות חברת תאסק שליווה אותנו בנכונות ובמקצועיות בכל צעד במשימה חשובה זאת.

תודתנו לכל הגורמים, אנשים ומוסדות, שהגישו לוועדה ניירות עמדה, ולא להם מהם שהופיעו בפנינו. לסיכום, נשוב ונדגיש את הברור מאליו. בכל משך עבודת הוועדה, דאגתנו וליבנו היו נתונים לנפגעים. שמענו אותם בקשב רב, בתשומת לב וברגישות. האזנו בחרדה למוצאות אותם, הזדהינו עם כאבם וצערם, ועשינו כמיטב יכולתנו – במסגרת הזמן והמשאבים שעמדו לרשותנו, להגיע לתוצאה מיטבית בנסיבות העניין, הזמן והמקום.

**ב. תקציר מנהלים****מסגרת עבודת הוועדה וגודל השעה**

הוועדה הציבורית לבחינת המענה הלאומי לטיפול ושיקום פצועי צה"ל הוקמה באוקטובר 2025 בידי שר הביטחון ושר האוצר, מתוך הכרה בחובת המדינה ובצורך בשינוי פרדיגמה עמוק עקב השלכות המלחמה האחרונה. אגף השיקום מצוי בנקודת מפנה היסטורית: מכ-61,000 פצועים המטופלים באגף ערב המלחמה לכ-87,000 כיום, עם צפי הגעה לכ-100,000 פצועים עד שנת 2028. מעבר לגידול הכמותי, השתנו דרמטית מאפייני האוכלוסייה, כאשר כ-60% מכלל הנקלטים החדשים מתמודדים עם פגיעות נפש ופוסט-טראומה מורכבות או פציעות משולבות. נוסף על כך, רבים מהפצועים צעירים, חלקם בעלי משפחות ואחוז הנשים הפצועות גבוה יותר. לצד אלו, הודות לטיפול הרפואי המהיר והמציל חיים בשטח, ניכר אחוז גבוה של פצועים קשים מאוד המתמודדים עם פציעות מורכבות. מציאות זו, המייצרת עומס תפעולי חסר תקדים, חושפת כי המענים הקיימים, אשר עוצבו ברובם למציאות היסטורית אחרת, אינם רלוונטיים עוד להיקף הפצועים הנוכחי ולציפיותיהם מהמדינה. מצב זה מחייב מעבר מתפיסה בירוקרטית-מגיבה, המתמקדת בבחינת זכאויות ותגמולים, למערכת יוזמת ומתכללת הרואה את הפצוע במרכז ומבטיחה רציפות שיקומית, שירותית ורפואית מלאה.

**האתגרים המרכזיים**

מניתוח עבודת הוועדה ופניות הציבור, עולים אתגרים משמעותיים המחולקים לשלושה צירים מרכזיים המשפיעים זה על זה: **מצד הפצוע – ה"איך"** (חווית השירות והתהליך) ו"**המה"** (תוכן המענים והזכאויות) לצד **אתגרי המערכת** (התשתית הארגונית והתפעולית).

**אתגרים בצד הפצוע – ה"איך" (חווית השירות והתהליך)**

ממצאי הוועדה וניתוח פניות הציבור מדגישים כי חסמים רבים קשורים למורכבות התהליכית ולאופי המפגש עם המערכת ("האיך"), ולא דווקא להיעדרם של מענים מהותיים. הפצועים מתארים קושי בהתנהלות מול המערכת בדרך למימוש הזכויות, בין היתר בשל הטעמים האלה:

- **משכי זמן טיפול ממושכים בשער הכניסה:** טרם המלחמה הוגשו כ-6,000 בקשות חדשות מדי שנה, וכעת ישנן כ-18,000 מדי שנה. הדבר מאריך את משך ההמתנה בשער הכניסה, דבר שיוצר חוסר ודאות, על אף המענים השיקומיים שניתנים בתקופת ההמתנה.
- **היעדר איש קשר אישי:** עם פרוץ מלחמת חרבות ברזל, הוקצה איש קשר אישי לפצועי המלחמה, אך בשל ההיקף הגדול, לחלק ממפצועי המלחמה ולפצועים הוותיקים אין גורם מתכלל אחד שמלווה אותם. עובדה זו מקשה במידה ניכרת על ההתנהלות השוטפת ומכבידה על התמודדות הפצועים, שכן ללא כתובת ברורה, הפצוע אינו יודע למי לפנות ובשל כך פונה למספר ערוצי שירות במקביל.
- **היעדר ליווי צמוד של עו"ס בתהליך השיקום:** העומס החריג המוטל על העובדים הסוציאליים (היחס כיום עומד על 1:850) אינו מאפשר בניית תוכנית שיקום אישית וליווי הדוק.
- **קושי בהבנה של כלל הזכויות ומימושם:** המערכת כוללת למעלה מ-300 זכאויות שונות, והפצועים מתקשים להכיר את כולן ולממש את זכויותיהם בפועל. זאת עקב תהליכים

מורכבים הדורשים הגשת טפסים, קבלות והמתנה לאישורים מרובים, ובהיעדר מערכת ממוחשבת מותאמת.

- **גידול במשכי זמן טיפול בבקשות השוטפות לאגף עקב היקפי הפצעים:** עקב המלחמה נסק במידה חסרת תקדים היקף הפניות השנתיות לאגף, היקף שעלה מ-700,000 פניות בשנה טרם המלחמה לכ-1.4 מיליון פניות כיום. בהיעדר מערכת ממוחשבת תומכת ובשל התבססות על תהליכים ידניים מרובים, היקפים אלה האריכו במידה ניכרת את משכי זמן הטיפול והמענה לפניות הפצעים. **מענה רפואי חסר באגף השיקום:** היעדר ניהול רפואי כולל למצב הבריאותי של הנכים, לאור הפיצול בין הטיפול בפציעה באגף השיקום לבין שאר היבטי הבריאות שמטופלים בקופת החולים, יוצרים 'שטחים מתים' בתמונה הרפואית הכוללת ומקשים על מתן טיפול מיטבי.

#### **אתגרים בצד הפצוע – ה"מה" (פערי מענים)**

לצד אתגרי ה"איך", קיימים פערים תוכניים במענים עצמם ("המה"), שבעקבותיהם לא ניתן מענה מלא לצרכים המשתנים של אוכלוסיית הפצעים הנוכחית.

- **מענים טיפוליים הנדרשים לנפגעי הנפש:** בצה"ל לא נעשות פעולות מספקות כדי למנוע תחלואה נפשית, ויש צורך להרחיב את המענים הטיפוליים ולהתאימם לפוסט-טראומה מלחמתית (Combat PTSD).
- **זכאויות נדרשות לפצעים הפיזיים:** חוות דעת הגורמים המקצועיים היא כי יש להרחיב גם את המענים הניתנים לפצעים הפיזיים, כדוגמת מתן טיפולים אלטרנטיביים, וכן מענים נוספים.
- **מענים חסרים בתעסוקה:** התמרוץ הכלכלי החיובי להשתלבות הפצוע בשוק עבודה אינו מספק. כמו כן, חסר תמרוץ מספק למעסיקים לעניין זה. במקביל, מנגנוני הקיזוז הקיימים כיום מייצרים אצל הפצעים תמריץ שלילי ליציאה לעבודה, מחשש שהכנסתם תיפגע.
- **קבוצות אוכלוסייה ייחודיות:** ישנו חוסר במענים המותאמים ספציפית לפגועי ראש, חיילים בודדים, נשים ופצעים המתמודדים עם קטיעה.
- **משפחה:** היעדר תמיכה מספקת בבני משפחות הפצעים, שהם עוגן קריטי בהצלחת תהליך השיקום של הפצוע, והם נושאים כיום בנטל הטיפול הכבד.

#### **אתגרי המערכת (התשתית הארגונית והתפעולית)**

היכולת לתת מענה לאתגרי הפצוע מוגבלת בשל חסמים מבניים עמוקים במערכת עצמה:

- **מחסור בכ"א:** פער אדיר בין היקף הפעילות לתקינת כ"א, המתבטא ביחס של רופא אחד ל-3,900 פצעים, עו"ס אחד ל-850 פצעים, עובד מרפאה אחד וכן עובד רווחה אחד ל-1,400 פצעים, היעדר איש קשר אישי לכלל הפצעים הוותיקים, ויחס של 1:500 לאיש קשר אישי עבור פצועי המלחמה האחרונה.
- **תשתיות לא מותאמות:** מערכת המחשוב ("שמ"ש") מיושנת ואינה מאפשרת לשפר תהליכים ולייעל תפעולית את האגף. המערכת הקיימת לא מייצרת תשתית שירותית מספקת וסבירה. הנהלים הקיימים אינם תואמים את גודל השעה ואת המסה האדירה של הפניות. תחומים רבים הדורשים מערכות דיגיטליות מתקדמות המתממשקות למערכות ליבה- לא מיושמים במשרד הביטחון וביניהם: מערכת בקרה כספית, מערכת וועדות רפואיות, מערכת תקשורת כתובה, בוטים של מידע ועוד. האגף חסר בתהליכים דיגיטליים

בסיסיים ובממשקים הכרחיים עם גופים ממשלתיים המחזיקים מידע רלוונטי לטיפול בפצועים. במצב כאמור, נדרשים לקוחות אגף השיקום לפעול להשגת מסמכים בעניינם שממשק עם גופים אחרים היה יכול לחסוך זאת מהם.

זאת ועוד, **במצב כאמור עובדי האגף נדרשים לעבודה יזנית מרובה ומיותרת**, אחוז ניכר משעות העבודה של הצוות המקצועי מושקע בהזנת נתונים ובבירוקרטיה במקום בטיפול

- **מודל הפעלה:** מודל הפעלה במתן השירות מסורבל ומייצר חוסר בהירות לגבי גורם הטיפול בכל הנושא, ובעקבות כך מייצר כפילויות ועומס על המערכת.
- **תלות בגורמי מטה משרדיים:** אגף השיקום נעדר עצמאות תפעולית, ונסמך על יחידות מטה של משרד הביטחון (תקשוב, רכש, משאבי אנוש, יועמ"ש ועוד). היות שאגף השיקום הוא אחד מבין 28 אגפים במשרד הביטחון המקבלים שירות מיחידות המטה במשרד, הוא אינו מקבל את הקשב והמשאבים הדרושים לו לאור היקף פעילותו ומורכבותה. קושי תפעולי זה מועצם נוכח העובדה שבמהותו, האגף נועד להעניק שירותי שיקום בעלי אופי שירותי וחברתי, השונה מהותית מהאופי הצבאי-ביטחוני המובהק של משרד הביטחון, שבתוכו הוא פועל.

### ההמלצות המרכזיות (Top 10)

עשר המלצות הליבה של הוועדה גובשו במטרה להרחיב ולטייב את המענים השירות לפצועים שפורטו לעיל:

1. **איש קשר אישי (POC):** אימוץ מודל של "מנהל לקוח" (Point of Contact) שימש כתובת אחת ויחידה מול הפצוע לכל צרכיו המנהליים. המודל יפריד בין מיצוי הזכויות לפצוע ומימושם שיהיו באחריות ה-POC, לבין הטיפול הפסיכוסוציאלי שאותו יבצע עו"ס. תצורת שירות זו יושמה במלחמה, נמצאה יעילה והביאה לשביעות רצון גבוהה מצד הפצועים.
2. **העצמת השירות הדיגיטלי:** טרנספורמציה דיגיטלית לכלל התהליכים באגף באופן שיטתי והטמעת תפיסה רב ערוצית. שדרוג האזור האישי לשירות עצמי מקוון מלא (לרבות הגשת בקשות, העלאת מסמכים וצפייה בסטטוס התיק ובהחזרי תשלומים בזמן אמת), והטמעת כלי בינה מלאכותית (AI) כצ'אטבוט זכויות. יישום מנגנון "Ask-Once" למשיכת מידע אוטומטית ממשרדי ממשלה וגופים ציבוריים (כגון ביטוח לאומי, רשות האוכלוסין, קופ"ח ועוד) לשם מיצוי זכויות יזום ואקטיבי "בדחיפה" לפצוע.
3. **שיפור המענה הרפואי:** הוועדה ממליצה על יישום החלופה (שעליה המליצה ועדת המשנה) של הוספת קופות החולים כספק שירותים רפואיים. זאת לצד פעילות לחיזוק תחום הרפואה באגף השיקום. צוות היישום יפעל במשך 6 חודשים לקביעת מתווה סופי שמוסכם על קופות החולים. ככל ולא יקבע המתווה, תיושם חלופה שניה שעיקרה חיזוק המערך הרפואי באגף השיקום.
4. **עידוד ותמרוץ לשיקום ולתעסוקה:** מתוך הבנה שתעסוקה היא ליבת השיקום, הוועדה ממליצה על מספר מהלכים לעידוד התעסוקה:
  - גיבוש מודל לתמריצים חיוביים לתעסוקה לרבות בחינה של נקודות זיכוי במס הכנסה, מענק השתתפות במס הכנסה ומענק עבודה.

- הפרדת תגמול "אובדן כושר עבודה" מתגמול הנכות הבסיסי.
  - שיפור מנגנון ה"דיסריגרד" הקיים (מנגנון הקיזוז), תוך שמירה על רשת ביטחון והפיכת היציאה לעבודה למשתלמת.
  - הקמת מסלולי ליווי ותכניות תעסוקה לשילוב פצועי צה"ל בשיתוף משרדי הממשלה וגופי התעסוקה (שירות התעסוקה, משרד העבודה, צה"ל, ארגון נכי צה"ל, חברות השמה וספקים נוספים).
  - מתן אפשרות לתגמול מלא בגין היעדר כושר עבודה רק בתום תקופה של 2–5 שנים, כפי שתיקבע בתהליכי שיקום, למעט מקרים מובהקים של אובדן כושר עבודה.
  - עידוד השתלבות הפצועים שאיבדו מכושרם להשתכר במסגרות שיקום או תוכניות שיקום במימון האגף.
5. **שער הכניסה:** ייעול שלב ההכרה בפצוע ועבודת הוועדות באמצעות התקשרות עם חברות ייעודיות לסיוע באיסוף המסמכים הרפואיים הדרושים בהליכים אלה והקלה בעומס הבירוקרטי המוטל על הפצועים; שימוש בסעיף 28א לחוק הנכים במקרים מתאימים, כדי למנוע כפילויות בבדיקה רפואית ובהגשת מסמכים (הן בפני קצין התגמולים והן בפני הוועדה הרפואית). כמו כן, תורחב במידה ניכרת האפשרות לקיים דיון בוועדות על סמך מסמכים בלבד ובהיעדר נוכחות הפצוע (לבחירת הפצוע), אפשרות שתחסוך מהפצוע את ההתייצבות הפיזית והחוויה הכרוכה בכך. כלל הנתונים ואסמכתאות יתקבלו באמצעות ממשקי מחשוב מגופים ממשלתיים ובכך ייחסך מהפצועים הצורך לאתר מסמכים; עוד הוחלט על שילוב פסיכולוגים קליניים וכלי בינה מלאכותית (AI) תומכי החלטה בוועדות, לשם זירוז ההליך וקיצור ניכר של משך ההמתנה להחלטת הוועדה וקבלת התשובות. לבסוף, לשיפור הרגשת הנבדק והשקיפות, ממליצה הוועדה על שילוב נציג צה"ל במדים בוועדות הרפואיות כמשקיף, ככל שהפצוע יתפוף בכך. עמדת האוצר היא כי יש לאפשר וועדות ללא נוכחות רק במקרים מובהקים שיוחלט עליהם מראש.
6. **הרחבת המענים לפצועי הנפש:** הגידול הדרמטי בפצועי הנפש והמורכבות הייחודית של טראומה מלחמתית במתאר אזרחי, דורשים בניית מעטפת ייעודית הכוללת: הגדלת הסל של הטיפולים האלטרנטיביים, הגדרת מחלקה פסיכיאטרית ארצית סגורה לפצועי צה"ל, "בתים מאזנים" לתחלואה כפולה (התמכרויות), ו"בתים מאזנים לנשים", והתאמת פרוטוקולים טיפוליים לפציעה מוסרית וטראומה צבאית (Combat PTSD). במקביל מומלץ להקים יחידת מטה ארצית באגף לטיפול בנפגעי נפש ושיפור מערך המניעה בגופי הביטחון. **כמו כן, יש לאמץ את מסקנות ועדת הקנאביס של משרד הבריאות.**
7. **מענים לפצועים פיזיים:** מתן סל הטיפולים האלטרנטיביים ומעטפת לבני המשפחה באופן אחיד לכלל פצועי צה"ל מעל 20%.
8. **מענים לקבוצות ייחודיות:** בניית סלי שירות מותאמים אישית: הרחבת המענים לפצועי הראש ומשפחותיהם, סיוע מורחב וליווי צמוד לחיילים בודדים, הקמת מסגרות וקבוצות ייעודיות לנשים, התאמת הטיפול הרפואי בארץ ובחו"ל ומעטפת הסיוע הניתנת לפצועים המתמודדים עם קטיעה ומינוי איש קשר לפצועים השוהים בחו"ל.
9. **מענים לבני משפחה:** הרחבת הזכויות לטיפול נפשי לכלל בני המשפחה של הפצועים (ללא קשר לסוג הפציעה), סיוע באמצעות הדרכות בנושא ליווי הפצוע למשפחות, הרחבת מימון

מעונות, קייטנות וחונכות לבני המשפחה (אשר יינתנו "בדחיפה". עמדת האוצר לא לתת בדחיפה). קביעת זכאות לאובדן שכר לבני משפחה מלווים בתקופות אשפוז ואשפוז יום. וכן, העברת התשלומים המיועדים באופן מובהק עבור בן המשפחה ישירות לבן המשפחה, ולא באמצעות הפצוץ.

**10. השלמת יישום רפורמת נפש אחת**, ככל שניתן בהחלטת ממשלה ובמקביל קידום החקיקה. הפירוט יתואם בין ארגון נכי צה"ל ללשכה המשפטית.

### המלצות תשתיות וארגוניות הנדרשות ליישום המתווה

כדי שהמלצות הליבה ייושמו בפועל, הוועדה מתווה שורת תנאים ופעולות תשתית:

1. **הפיכת אגף שיקום לרשות עצמאית המתוקצבת בנפרד**: הפיכת אגף השיקום לרשות ייעודית ועצמאית הכפופה לשר הביטחון המתוקצבת בנפרד ממשרד הביטחון. המהלך נועד להקנות לאגף גמישות ניהולית, עצמאות בתקציב, במערכות המידע, ברכש, ביעוץ משפטי, במשאבי אנוש וכיוב'. קרי, ניתוק התלות בכל יחידות המטה של משרד הביטחון. יש לציין כי הוועדה בחנה גם חלופה נוספת של מתן עצמאות לאגף בתוך משרד הביטחון. משרד האוצר מתנגד לפתרון זה ומציע פתרון אלטרנטיבי של חיזוק האגף שיוצג בהמשך.

2. **מערכות מידע ותשתיות טכנולוגיות**: שדרוג התשתיות הדיגיטליות המשמשות את אגף השיקום ב-2 צירים מקבילים: בטווח הקצר (עד עליה לאוויר של המערכת החדשה) יינתן מענה לצרכים הדחופים של אגף השיקום ולקוחותיו על בסיס התשתית הקיימת (מערכת "שמש"), באמצעות הגדלת צוות הפיתוח הייעודי לאגף השיקום, מעבר לשיטות עבודה מודרניות, עבודה שיתופית בין אגף השיקום לאגף הדיגיטל ותיעודף לפיתוח ולקנייה של פתרונות משלימים מחוץ למערכת שמש. בטווח הארוך (השלמה בתוך 3 שנים), יציאה מיידית לפיתוח מערכת ליבה מודרנית וחדשה בטכנולוגיית ענן, תוך הקמת מנהלת משותפת לאגף השיקום ולאגף הדיגיטל והקמת צוות ייעודי לאגף השיקום באגף הדיגיטל שכל ייעודו לתת מענה לצרכי אגף השיקום בתחומי הדיגיטל.

3. **תוספת כוח אדם (תקנים)**: הפעלת המודלים מחייבת תוספת כוח אדם מיידית ומשמעותית במתכונת של מצב חירום. נדרשת תוספת סה"כ של כ-280 עובדים לאגף, מתוכם: תוספת של 116 עובדים סוציאליים, תוספת של 164 מנהלי לקוחות (POC), וזאת על מנת לעמוד ביחס התקינה הנדרש למספר הפצועים וכדי להעניק ליווי משמעותי ויעיל. עמדת האוצר לא מקבלת נוסחא זו.

4. **תוכנית חירום וצעדים אופרטיביים מואצים ("מבצע ספרינט")**: עקב המספר הגדול של הפצועים, ממליצה הוועדה לאמץ תוכנית חירום מקיפה בשלושה צירים לשחרור צווארי בקבוק:

4.1. בשער הכניסה, ייערך "מבצע" תוך שנה לחיסול התורים לוועדות הרפואיות. בבסיסו המבצע יישען תגמול מעודכן לרופאים שיתואם עם החשב הכללי, פנייה לגופים רפואיים לגיוס רופאים ומיקור חוץ לאיסוף מסמכים.

4.2. לטיפול בעומס הבקשות הקיימות, ימונפו כלי AI מתקדמים (לטיפול בכ-1.4 מיליון פניות) ויישם מעבר לאישור תשלומים מהיר המבוסס על מנגנון שסוכם עם אגף החשבת הכללית המתבסס על בקרה וקיצוז בדיעבד.

4.3. איוש מידי של תקני POC ועו"ס

4.4. מתן סמכות למנהל מחוז לאשר מענים ייחודיים עד לסכום בגובה של 67,000 ₪ לנכה, כדי לחסוך הליכי ועדות מסורבלים. בכל מקרה של אי הסכמה עם חשב האגף, יובא הנושא לדיון בוועדה לזכאות נוספת.

4.5. בחינת מסלול ירוק לקידום הרכש הנדרש עבור הפצועים בקבועי זמן קצרים בתיאום עם אגף החשב הכללי.

5. **יישום מידי של המלצות הוועדה עד להשלמת חקיקה:** הוועדה ממליצה שמשרד הביטחון יפעל לשם יישום מידי של שינויים מבוקשים בהמלצות הוועדה ובפרקי החקיקה של רפורמת "נפש אחת" אשר טרם חוקקו בתחום המענה לפצועי צה"ל ולבני משפחה, שאותם ניתן לקדם בתקופה שעד להשלמת תיקוני החקיקה הנדרשים. בתוך כך, תיבחן האפשרות להעניק לפצועי צה"ל ולבני משפחה חלק מהמענים שעליהם המליצה הוועדה באופן מידי ובכלל זה מענים בתחום הטיפול (כדוגמת הרחבת טיפולים נפשיים לבני משפחה/מתן טיפולים אלטרנטיביים) ומענים שיינתנו באופן אוטומטי ויזום. (כדוגמת מעונות וצהרונים). זאת באמצעות שינוי מדיניות משרד הביטחון או באמצעות החלטת ממשלה, לפי העניין. עמדת האוצר היא כי אין לשלם בדחיפה תשלומים בגין מעונות וצהרונים.

6. **צוות יישום:** הקמת צוות יישום זמני למשך שנה, בראשות פרויקטור בכיר שיוכף למנכ"ל משרד הביטחון. המנהלת תוביל ליישום ההמלצות המרכזיות של הוועדה בתוך 12 חודשים עמדת האוצר כי הצוות יוכף לראש אגף השיקום.

7. **תקציב:** יישום ההמלצות מחייב תוספת תקציב שנתית קבועה של כ-2.5 מיליארד ש"ח לפעילות השוטפת (הכוללת: שיפור מענים, שינוי מבנה הזכאויות, השלמת "נפש אחת", רכישת שירותים מקופות החולים או חיזוק המערך הרפואי באגף השיקום ותוספת כוח אדם), לצד הוצאה חד-פעמית של כ-490 מיליון ש"ח המיועדת לבניית התשתית הטכנולוגית (מערכת "אופק") ולהקמת רשות עצמאית. מתוף תקציב זה, יש להקצות 66 מלש"ח למענים דיגיטליים עוד במחצית הראשונה של שנת 2026. יש לציין כי החישובים התקציביים נעשו במשרד הבטחון ולא עברו בחינה ותיקוף של אגף התקציבים באוצר.

i. הקדמה

ביום 28.10.2025 נחתם, בידי שר הביטחון ושר האוצר, כתב המינוי להקמת ועדה ציבורית לבחינת המענה הלאומי לטיפול ושיקום נכי צה"ל. הוועדה הוקמה על רקע שינויים משמעותיים שחלו בהיקף אוכלוסיית פצועי צה"ל ובמאפייניה בשנים האחרונות, וביתר שאת בעקבות המלחמה האחרונה, אשר הביאה לגידול חד במספר הפצועים ובמורכבות צורכיהם השיקומיים, ולאחוז גבוה של נפגעי נפש.

הקמת הוועדה נשענת על ההכרה בחובת המדינה כלפי מי שנפגעו במהלך שירותם הצבאי. חובה זו מבטאת אחריות ומחויבות ציבורית עמוקה כלפי המשרתים ומשפחותיהם, והיא מחייבת את מוסדות המדינה להבטיח מענה ראוי, שיקומי, מכבד ורציף – רפואי, נפשי, תעסוקתי, תפקודי וחברתי – לאורך זמן. בתוך כך, תפקידו של אגף השיקום אינו מתמצה בהכרה ובתגמולים, אלא כולל מימוש של מחויבות המדינה לשיקום ולשילוב מיטבי של הפצוע בחיים האזרחיים, בהתאם לצרכיו ולנסיבות פגיעתו.

אגף השיקום במשרד הביטחון אמון על הכרה, טיפול ושיקום של כ-85,000 פצועי צה"ל. מאז תחילת המלחמה האחרונה נקלטו באגף למעלה מ-20,000 פצועים מהמלחמה, אשר הצטרפו לכ-8,000 מבקשי הכרה בגין אירועי עבר. בהתאם להערכות עדכניות, עד לשנת 2028 יידרש אגף השיקום לטפל בכ-100,000 פצועים בסך הכול, כאשר על פי ההערכות, כ-50% מהם יתמודדו עם פגיעה נפשית.

רבים מהם (80%) מתחת לגיל 40 ובעלי משפחות, והצורך לספק מענה למשפחה עלה ביתר שאת. לאור הנתונים הללו, צפוי גידול בשיעור של כ-67% במספר המטופלים באגף השיקום בתוך פרק זמן קצר. ההיקף, הקצב והמאפיינים הצפויים של הגידול מציבים את אגף השיקום בפני אתגרים חסרי תקדים. האתגרים באים לידי ביטוי במישורי היכולת הארגונית והתפעולית, מישור תפיסת השירות ומבנה המענה, וביחס לצורך בשמירה על רציפות טיפול, זמינות שירות, ומענים מותאמים לאוכלוסיות מגוונות, ובפרט לפצועי המלחמה הנקלטים בעת הנוכחית. נוכח האמור, החליטו שר האוצר והביטחון להקים ועדה לבחינת אופן מתן המענים לעשרות אלפי הפצועים. מדובר באתגר ברמה הלאומית, ועל כן נדרשת התגייסות ומעורבות של גופים נוספים במדינה, מעבר לאגף השיקום – תעסוקה, בריאות ועוד.

הוועדה נדרשה לבצע עבודת מטה מקיפה הבוחנת את המענה הלאומי הכולל הניתן לפצועי צה"ל, תוך הסתכלות רחבה על כלל רצף הטיפול והתמיכה. בחינה זו אינה מצטמצמת למודל הפעולה של אגף השיקום בלבד, אלא מתפרסת על פני הממשקים שבין גופי הביטחון, הבריאות, התעסוקה והרווחה: החל משלב הפציעה וההכרה הראשונית ("שער הכניסה"), דרך תהליכי השיקום במשרד הביטחון, ועד לשילובם המלא של הפצועים בקהילה ובמערכות החיים האזרחיות.

עבודת הוועדה נועדה לגבש עקרונות והמלצות יישומיות שישמשו בסיס לתוכנית לאומית סדורה, המותאמת למציאות המשתנה בעקבות המלחמה האחרונה. המלצות אלו מתייחסות לטיוב מבנה המענה, שיפור תהליכי העבודה וכלי הניהול, וכן להתאמות הנדרשות בהיבטי תקציב, הון אנושי, דיגיטציה ותיקוני חקיקה. כל זאת במטרה להבטיח מתן שירות מיטבי, נגיש

ורגיש לפצועי צה"ל ולבני משפחתם לאורך זמן, תוך שמירה על עוגן ערכי ומוסרי וביסוס האמון שבין המדינה לבין אלו שחירפו נפשם למענה.

## ii. הרכב הוועדה

הרכב הוועדה כלהלן :

- א. פרופ' שלמה מור-יוסף – יו"ר.
- ב. פרופ' יצחק שפירא – סגן יו"ר.
- ג. סמנכ"ל וראש אגף השיקום במשרד הביטחון, גבי לימור לוריא – חברה.
- ד. יו"ר ארגון נכי צה"ל, עו"ד עידן קלימן – חבר.
- ה. נציג אגף התקציבים במשרד האוצר, מר עידו חי – חבר.
- ו. נציגת החשב הכללי במשרד האוצר, גבי ירדן שטיין – חברה.
- ז. סמנכ"ל אסטרטגיה ובניין הכוח במערך הדיגיטל הלאומי, מר אשר דולב – חבר.
- ח. סמנכ"ל שירות לקוחות ודיגיטל בשירות התעסוקה, מר קובי הלפרין – חבר.
- ט. נציגת צה"ל, קמש"ר, תא"ל עדנה איליה – חברה.
- י. נציג אגף תקציבים במשרד הביטחון, מר יגאל בר ניצן – חבר.
- יא. אלוף (במיל') איציק תורג'מן – חבר.
- יב. מנכ"ל מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, מר ניר קידר – חבר.
- יג. ראש המרכז לחקר האובדנות והכאב הנפשי - נציג ציבור, פרופ' לוי בלוז - חבר.
- יד. יו"ר המועצה הלאומית למניעת אובדנות - נציג ציבור, פרופ' גיל זלצמן - חבר.
- טו. אל"מ (מיל') ידידיה צוקרמן - חבר.
- טז. מר עידו אקנין – מזכיר הוועדה.

### **.iii מנדט הוועדה ומטרותיה**

בהתאם לכתב המינוי, הוקמה הוועדה לבחינת מודל המענה והשירות באגף שיקום, במטרה לגבש עקרונות והמלצות לשיפור מבנה ההפעלה, תהליכי העבודה ורציפות השירות הניתן לזכאים.

#### **כתב המינוי מצורף בנספח 1**

מטרות הוועדה, כפי שהוגדרו בכתב המינוי, כוללות בחינה של תהליכי הליבה באגף לאורך רצף השירות לזכאי, ובכלל זה: שלבי הקליטה הראשונית והמעברים המרכזיים לאורך הציר; מנגנוני קבלת החלטות בעניינם של זכאים (לרבות מבנה הוועדות ותהליכי ההכרעה); מבנה הליווי השוטף והאופן שבו נבנית ומתעדכנת תמונת מצב שיקומית; וכן היחס התקני בין בעלי התפקידים לבין אוכלוסיית הזכאים. לצד זאת, הוועדה התבקשה להציע מודל הפעלה אחוד וברור, הכולל הבחנה בין רמות שונות של אינטנסיביות מענה, ולבחון התאמות ארגוניות, תפעוליות ודיגיטליות הנדרשות לצורך יישום מודל זה.

**ד. תהליך עבודת הוועדה****i. צורת עבודת הוועדה**

הוועדה החלה את עבודתה ביום 28.10.2025, לאחר שמונתה מכוח כתב המינוי שניתן לה. בהתאם למתווה העבודה שנקבע במפגש הראשון, נפרשה עבודת הוועדה על פני כשישה חודשים וחולקה לשלושה שלבים עיקריים: שלב למידה ושיתוף ציבור; שלב עבודה בצוותי משנה ודיוני עומק; ושלב גיבוש ההמלצות וכתירת הדו"ח.

מליאת הוועדה התכנסה לישיבתה הראשונה ביום 28.10.2025. בישיבה זו הוצגו מטרות הוועדה והנושאים המרכזיים שנקבעו בכתב המינוי, נערכה היכרות בין חברי הוועדה, והוצגה סקירה מקיפה של פעילות אגף השיקום, היקפי הפעילות והאתגרים הניצבים בפניו, ובפרט לאור המלחמה האחרונה. בנוסף הוצגה מפת הדרכים לעבודת הוועדה ולוחות הזמנים הצפויים.

שלב הלמידה כלל מספר ישיבות מליאה, שבמסגרתן הוצגו סקירות עומק מטעם אגף השיקום, ארגון נכי צה"ל וגורמים ממשלתיים נוספים, ובהם משרד האוצר (אגף התקציבים והחשב הכללי) וצה"ל. ישיבות אלה יוחדו למיפוי המצב הקיים, לדיון בסוגיות רוחביות ובהן דיפרנציאציה בין אוכלוסיות זכאים בתום הצבא והצמדת זכויות נפגעי פעולות איבה לזכויות פצועי צה"ל, וכן להצפת פערים מערכתיים והצעות להעמקה.

במקביל החליטה הוועדה לקיים הליך שיתוף ציבור. לצורך כך פורסם קול קורא המזמין את הציבור להגיש התייחסויות בכתב בנושאים המפורטים בכתב המינוי. ההתייחסויות שהתקבלו רוכזו והוצגו בפני הוועדה בישיבה ייעודית, אשר כללה גם שמיעת נציגי ציבור נבחרים, בהתאם לרלוונטיות הנושאים שהועלו ומתוך שאיפה לאפשר ייצוג למגוון רחב של עמדות (הרחבה בהמשך).

בהמשך עברה הוועדה לשלב העבודה בצוותי משנה. הוקמו צוותי משנה בתחומים: זכאויות ותגמולים; אופן מתן השירותים; נפגעי נפש; חוויית הלקוח; וכן צוות משנה בתחום הטכנולוגיה. נוסף על כך נקבעו נושאי רוחב אשר נדונו במליאת הוועדה, ובהם שילוב פצועי צה"ל בתעסוקה, מענים למשפחות והמענים בקהילה, שיתוף פעולה עם עמותות, ודיפרנציאציה בין סוגי חיילים, ובין נפגעי צה"ל לנפגעי פעולות האיבה.

צוותי המשנה קיימו עשרים ואחד מפגשי עבודה ייעודיים במהלך תקופת עבודת הוועדה. במסגרת מפגשים אלה מופה במפורט המצב הקיים בכל אחד מהתחומים, נותחו פערים מערכתיים ותפעוליים, נבחנו חלופות אפשריות והשלכותיהן, וגובשו המלצות ביניים. עבודת צוותי המשנה לוותה באיסוף נתונים, קיום התייעצויות עם גורמים מקצועיים רלוונטיים והצגת חומרי רקע השוואתיים.

ממצאי צוותי המשנה הוצגו בהדרגה בפני מליאת הוועדה במספר ישיבות ייעודיות, שבמהלכן התקיימו דיונים והתקבלו הכרעות בסוגיות המרכזיות. ישיבות נוספות הוקדשו לדיון בנושאי רוחב ולהשלכות הארגוניות, התקציביות והתשתיות של ההמלצות המתגבשות.

בשלב הסופי של עבודת הוועדה רוכזו ההמלצות שגובשו בצוותי המשנה, נערכו דיונים מסכמים במליאה, והוצגה טיוטת דו"ח הוועדה לחברי הוועדה לצורך הערות והשלמות. במקביל לתהליכים אלו, נעשו פגישות נוספות בפורומים מצומצמים לצורך דיוק סוגיות מורכבות וליבון נושאים

הדורשים העמקה מקצועית ספציפית. עם גיבוש התוצרים, הציג יו"ר הוועדה את עיקרי ההמלצות בפני שר הביטחון, שר האוצר ומנכ"ל משרד הביטחון, וזאת בטרם הגשת הנוסח הסופי של הדו"ח. בסך הכול התכנסה מליאת הוועדה שבע עשרה פעמים במהלך תקופת עבודתה, ולצידה התקיימו עשרים ואחד מפגשי צוותי משנה, וזאת נוסף לעבודת מטה שוטפת שנערכה בין הישיבות, וישיבות הכנה רבות. נוסף לכך נפגש יו"ר הוועדה באופן אישי עם אישי ציבור, חברי כנסת, שרים, עמותות, נציגי משפחות הפצועים ונציגי הפצועים.

## ii. שיתוף הציבור

במסגרת עבודת הוועדה פורסם קול קורא לציבור, שבמסגרתו הוזמנו יחידים וארגונים להעביר לוועדה התייחסויות, תיאורי קשיים והצעות לשיפור המענה בתחומים המצויים בליבת כתב המינוי. הקול הקורא נועד לאפשר לוועדה לבסס את עבודתה על שילוב בין ידע מקצועי ותהליכי מטה לבין ניסיון מצטבר מן השטח, לרבות חוויית השירות של פצועים ובני משפחותיהם, עבודת עמותות וגורמי טיפול, והאתגרים היישומיים המתעוררים בפועל בממשק עם אגף השיקום.

בעקבות הקול הקורא התקבלו 186 פניות ציבור. מתוך כלל הפניות, 142 פניות כללו הצעות קונקרטיות לשיפור (כ-76%), לצד פניות תיאוריות שהציגו מצבים אישיים או קשיים מערכתיים. הפניות נקלטו ותועדו באופן מרוכז, לאחר הסרת פרטים מזהים, ולאחר מכן עברו תהליך עיבוד מובנה שנועד לאפשר ניתוח מצרפי לצד שמירה על פרטיות הפונים.

תהליך העיבוד כלל סיווג אחיד של הפניות על פי מספר ממדים: ראשית, סיווג לפי סוג הפונה (למשל: פצועים, בני משפחה, עמותות, גורמים טיפוליים). שנית, סיווג לפי סוג הפנייה (לרבות פניות המציגות קושי אישי לעומת פניות הכוללות הצעה או בקשה לשינוי מדיניות/תהליך). שלישית, סיווג לפי נושאים מרכזיים שעלו בתוכן הפנייה, באופן שאפשר לזהות הן סוגיות תשתית החוצות תחומים והן סוגיות ממוקדות. נוסף על כך, שויכו פניות לצוותי משנה בהתאם לזיקה לתחומי העיסוק, לצורך העברה ממוקדת של חומרי רקע, דוגמאות מהשטח ושאלות להעמקה.

על בסיס סיווג זה הופקה תמונת מצב מצרפית, אשר שימשה את הוועדה בשני אופנים משלימים: האחד – זיהוי מגמות רחב והצטברויות של קשיים חוזרים (למשל בהיבטי נגישות מידע, תהליכי שירות, רציפות טיפול, וממשקים בין הגורמים השונים); השני – איתור פניות בעלות ערך מיוחד לדיון איכותני, בשל היכולת שלהן להמחיש את האתגר המערכתי או להציע חלופה יישומית.

במקביל לעיבוד המצרפי, קבעה הוועדה מנגנון שמיעת פונים, במטרה להשלים את הניתוח הכמותי בשמיעה בלתיאמצעית של חוויית השירות והאתגרים היישומיים כפי שהם משתקפים מן הציבור. בהתאם לכך, חלק מן הפונים זומנו להופיע בפני מליאת הוועדה במסגרת ישיבה ייעודית לשמיעת פניות ציבור, וחלק נוסף זומן להופיע בפני צוותי משנה, בהתאם לרלוונטיות תוכן הפנייה לתחומי העיסוק של כל צוות. עקרונות הבחירה בזימון הפונים התבססו על רלוונטיות לנושאי כתב המינוי, ייצוג מגוון של סוגי פונים ונושאים, ואפשרות להציג בפני הוועדה תמונה רחבה שאינה נשענת על מקרה בודד בלבד.

בפועל הופיעו בפני הוועדה 33 פצועים ונציגים, בפני מליאת הוועדה הופיעו 11 פונים. נוסף על כך, בפני צוות נפש הופיעו 10 פונים, בפני צוות צורת מתן השירותים הופיעו 6 פונים ובפני צוות חוויית לקוח הופיעו 6 פונים.

תוצרי שיתוף הציבור הוזרמו לעבודת הוועדה במספר שכבות: ראשית, ממצאי הניתוח המצרפי הוצגו בפני הוועדה ושימשו כחומר רקע לדיוני מליאה, לרבות לצורך חידוד שאלות ליבה ובחינת פערים תהליכיים. שנית, פניות שסווגו כרלוונטיות לתחומי צוותי המשנה הועברו לצוותים לצורך העמקה ודיון, כחלק מן העבודה על ההמלצות בתחומי המנדט. שלישית, תובנות שעלו מן ההופעות בפני המליאה וצוותי המשנה הציפו חסמים יישומיים, ואפשרו הצלבת מידע מול גורמי המקצוע ובחינת ישימות של חלופות שהוצגו.

מניתוח הפניות והתובנות שעלו בדיוני המליאה, זוהו מספר צירי ליבה המצריכים שינוי במענה הקיים:

**ליווי אישי ורציפות** – הפונים הדגישו את המחסור בקשר אישי ישיר עם גורם מלווה מטעם האגף, דמות מתכללת שתהווה כתובת אחת לאורך כל מסלול השיקום. באופן ספציפי, הודגש הצורך בביסוס רציפות תפקודית במעבר שבין המערכת הצבאית לאגף השיקום (התפר שבין הטיפול בבתי החולים להכרה הרשמית), תוך מניעת "נפילה בין הכיסאות" בתקופות אלו.

**המעטפת המשפחתית** – הכרה בבני המשפחה כרשת תמיכה קריטית ויצירת זכאויות עצמאיות עבורם (כגון ליווי רגשי והדרכה).

**פישוט בירוקרטי** – דרישה לפישוט הליכי ההכרה והפחתת הנטל הבירוקרטי, תוך מתן מענה לקושי של פצועים להכיר בזכויותיהם ולממשם.

**מענים לאוכלוסיות ייחודיות ופגועי ראש** – מפניות הציבור עלו פערים משמעותיים במתן מענים מותאמים לאוכלוסיות ייחודיות, ובדגש על פגועי ראש הזקוקים למעטפת טיפולית ושיקומית ספציפית השונה מהמודל הגנרי הקיים.

**מענה לבריאות הנפש** – הרחבת המענים הטיפוליים לנפש ודיוקם, תוך הנגשת מידע פרו־אקטיבית ושקופה שתקל על מיצוי הזכויות.

נוסח הקול הקורא ותרשימי הניתוח המצרפי של הפניות מובאים בנספחים, במתכונת מצרפית ובהתאם לכללי שמירת הפרטיות, ללא הכללת פרטים מזהים בגוף הדו"ח.

## ה. אגף השיקום – תפקיד ואתגרים

### i. תפקיד אגף השיקום: היקפים ותחומי אחריות

אגף השיקום הוא אגף במשרד הביטחון, האמון על מימוש מדיניות המדינה בתחום ההכרה והשיקום של פצועי צה"ל ומערכת הביטחון, מכוח המסגרת החוקית הרלוונטית ובכלל זה חוק הנכים (תגמולים ושיקום). פעילות האגף משלבת קביעת זכאות והפעלת מענים ושירותים, בממשק עם גורמי מערכת נוספים וספקי שירות.

היקף הפעילות של האגף הוא רחב, הן במספר המטופלים והן בהיקף המשאבים המופנים למענה השיקומי. ערב המלחמה, האגף טיפל בכ-60,000 פצועי צה"ל בתקציב של 5.5 מיליארד ש"ח. כיום, אגף השיקום מטפל בכ-85,000 פצועי צה"ל, ותקציב פעילותו עומד על כ-10 מיליארד ש"ח בשנה.

תחומי האחריות של האגף כוללים, בין היתר, ניהול הליכי הכרה וקביעת זכאות; הפעלה ותכלול של סל מענים בתחומי רפואה ושיקום; טיפול נפשי ושיקום פסיכוסוציאלי; ליווי רווחתי-סוציאלי; שיקום תעסוקתי והשכלתי; וכן רכיבי סיוע בתחומי דיור, נייודות ותמיכות נוספות בהתאם לצורך. בתוך כך, ניתנים גם מענים ייעודיים למעגל המשפחתי בעיקר של פגועי הנפש, בהתאם לאופי הפגיעה ולמדיניות שנקבעה.

### ii. התפתחויות מרכזיות בשנים האחרונות

בשנים האחרונות התקיימו מספר עבודות מטה, ועדות וביקורות ציבוריות שעסקו בהיבטים שונים של מערך ההכרה והשיקום, ובפרט במבנה פעילות אגף השיקום, בתהליכי העבודה, בסל הזכאויות ובמענה לנפגעי נפש.

**רפורמת "נפש אחת"**, המרכזית מביניהם, קודמה לאחר החלטת ממשלה מס 981 מיום 9.5.2021, והורתה להקים ועדות מקצועיות שיבחנו את סל הזכאויות באגף השיקום, ישפרו את השירות, יעדכו את הסל, ישפרו את המענה לנפגעי PTSD וייעלו את תהליכי העבודה. במסגרת הרפורמה הוקמו ועדות מרכזיות בתחומי דיור וניידות, וכן תשעה תתי-צוותים לגיבוש המלצות בתחומים שונים, ובהם תפיסת השירות, הליכי ההכרה ושער הכניסה, מענה ייעודי ל-PTSD, יחסי גומלין עם צה"ל ורציפות טיפול, ועדות רפואיות, שירות רפואי, שיקום תעסוקתי ותשתיות דיגיטל ושירות עצמי.

בשנים 2022–2023 נערכה ביקורת ייעודית על מימוש רפורמת "נפש אחת", ובשנת 2023 פורסם דו"ח מיוחד של מבקר המדינה בנושא. הדו"ח בחן את סטטוס היישום והצביע על מספר פערים שנתרו ליישום: עיגון ההטבות בחקיקה, עדכון ספר הליקויים – סעיף נפש, וכן פערים בתחום מערכות התקשוב והממשקים עם גופים חיצוניים ובמיצוי זכויות. לצד זאת, ציין הדו"ח פעולות שבוצעו וזכו לציון חיובי, הרחבת המענים הטיפוליים לנפש (טיפוליים נפשיים), קו נפש אחת, בית מאזן וכיו"ב) הפעלת "מסלול ירוק מבצעי" להכרה בנפגעי PTSD, טיפול בכ-10,000 בקשות ישנות להכרה, מעבר לוועדות רפואיות בבי"ח ושיפור בשביעות הרצון הכללית של המטופלים מהמענים באגף.

עם זאת, המציאות הביטחונית החל מאוקטובר 2023 שינתה מן היסוד את מאזן הפעילות של האגף והפכה את המודל הקיים לבלתי רלוונטי להיקפי הפגיעה החדשים. בעקבות המלחמה נקלטו

למעלה מ־22,000 פצועים (נכון לתחילת 2026) עם צפי לגידול נוסף. מבצעי "עם כלביא" ו"שאגת הארי", לצד הלחימה המתמשכת, העלו דרמטית את מורכבות הצרכים השיקומיים.

### iii. אתגרים במצב הקיים ומהלכים שקודמו

#### 1. מבוא: גודל השעה והשינוי בתמהיל האוכלוסייה:

אגף השיקום מתמודד כיום עם אתגרים מורכבים וחסרי תקדים. בבסיס המציאות הנוכחית עומד גידול ממושך ודרמטי במספר פצועי צה"ל, לצד שינוי עמוק בתמהיל המטופלים, המתבטא בעלייה חדה בשיעור פצועי הנפש ובמורכבות פציעותיהם. המענים הקיימים, אשר עוצבו ברובם אל מול מציאות אחרת, מתגלים כיום כלא רלוונטיים הן אל מול היקף הפצועים, והן אל מול ציפיותיהם העדכניות מהמדינה.

▪ **היקפים חסרי תקדים:** כפי שפורט בפרק המבוא, אגף השיקום מצוי בעיצומה של נקודת מפנה היסטורית, המעמידה למבחן את יסודות המענה הלאומי לפצועי צה"ל ומערכת הביטחון. הגידול החד במספר המטופלים בעקבות המלחמה האחרונה, אשר הביאה לקליטה של למעלה מ־22,000 מטופלים חדשים מאז אוקטובר 2023, משנה באופן דרמטי את מאזן הפעילות. נכון לסוף שנת 2025, האגף אמון על טיפולם של כ־85,000 זכאים, כאשר התחזיות המקצועיות מצביעות על הגעה לרף של כ־100,000 זכאים עד שנת 2028.

לצד הגידול הניכר, ישנו שינוי במאפייני האוכלוסייה:

▪ **גידול בפציעות הנפשיות:** כ־60% מכלל הנקלטים החדשים מתמודדים עם פציעה נפשית, פוסט־טראומה מורכבת או פציעות משולבות (37% נפשי בלבד ו־23% פציעה משולבת). מגמה זו צפויה להוביל לכך שעד שנת 2028 כמחצית מהפצועים באגף (כ־50,000) יהיו מתמודדי נפש ו־PTSD.

▪ **פרופיל סוציודמוגרפי:** אוכלוסיית הפצועים החדשים כוללת צעירים, נשים וחיילים בודדים, המביאים איתם צרכים שונים וציפיות שונות. נוסף על כך, רבים מהפצועים הם בעלי משפחות, כך שישנם בני משפחה (בני/ות זוג וילדים) הזקוקים למענה.

▪ **פציעות מורכבות:** הודות למענה הרפואי המציל חיים בשטח, ניכר אחוז גבוה יותר של פצועים קשים מאוד עם פציעות משולבות (רב־מערכתיות) המצריכות מענה ייעודי.

הגידול והשינוי בתמהיל הפצועים מעצים את הפערים שעלו בעבודת הוועדה ומפניות הציבור המשתקפים בשלושה צירים מרכזיים המשפיעים זה על זה: **אתגרי המערכת** (התשתית הארגונית והתפעולית) יחד עם אתגרים **מצד הפצוע** – ה"איך" (חוויות השירות והתהליך) ו"המה" (תוכן המענים והזכאויות).

#### 2. אתגרי המערכת (התשתית הארגונית והתפעולית)

▪ **הפער בין היקפי הפעילות למשאבי התקינה ותשתיות** – האתגר המרכזי הניצב לפתחו של האגף נובע מהפער המתרחב בין היקפי הפעילות לבין המשאבים והתשתיות המוקצים לניהולם. נתוני מערך הדיגיטל הלאומי ואגף התכנון מצביעים על נסיקה חסרת תקדים

בהיקף הפניות השנתיות לאגף, שעלה מ-700,000 פניות טרם המלחמה לכ-1.4 מיליון פניות כיום, עם צפי מבוסס לחצות את רף שני מיליון הפניות השנתיות בתוך פרק זמן קצר. עומס זה מוטל על מערכת שמשאבי האנוש שלה מצויים בשחיקה עמוקה: יחס התקינה עומד כיום על עובד סוציאלי אחד לכל 850 פצועים (1: 850), רופא אחד ל-3,900 פצועים ויחס של 1: 1400 במרפאות וברוחה. זאת נוסף להיעדר איש קשר לכלל הפצועים הוותיקים ויחס של 1: 500 עבור פצועי המלחמה הנוכחית. עומס חריג זה אינו מאפשר שיקום מבוסס קשר, מונע ליווי הדוק לפצועים החדשים וגורם לעיכובים קריטיים בבניית תוכניות שיקום מותאמות.

■ **חסמים טכנולוגיים ותשתיות מיושנות** – מבדיקה שנעשתה, עולה כי כ-60% מהפניות לאגף (840 אלף) יכלו להתבצע ללא מגע יד אדם, לו המערכת הטכנולוגית הייתה תומכת בכך. החסמים הטכנולוגיים מהווים נדבך קריטי המעכב את מימוש יעדי האגף ופוגע במידה ניכרת ביעילותו התפעולית. מערכת הליבה המחשוב וטכנולוגיית המידע ("שמ"ש") מבוססת על ארכיטקטורה מיושנת. כ-70% משעות הפיתוח מושקעות כיום בטיפול בתקלות ובתחזוקה שוטפת, במקום בקידום צרכים עסקיים חדשים ושיפור השירות לפצועים. בהיעדר רציפות מידע ואינטגרציה טכנולוגית מול צה"ל ומערכת הבריאות האזרחית, נוצרת כפילות בלתי פוסקת באיסוף נתונים, והפצוע נדרש שוב ושוב להמציא מסמכים פיזיים. פער טכנולוגי זה מונע ליצור תמונת מצב שיקומית-רפואית אחודה בזמן אמת – צורך חיוני במיוחד עבור דור הפצועים הנוכחי, המצפה לשירות דיגיטלי, שקוף ומהיר.

■ **תלות בגורמי מטה משרדיים והיעדר עצמאות** – אגף השיקום נעדר עצמאות תפעולית, ונסמך על יחידות מטה של משרד הביטחון (תקשוב, רכש, משאבי אנוש, יועמ"ש ועוד). היותו אחד מתוך 28 אגפים מונע ממנו לקבל את הקשב והמשאבים הייחודיים הדרושים לו לאור היקף פעילותו ומורכבותה. יתר על כן, מהותו של האגף היא מתן שירותי שיקום בעלי אופי שירותי וחברתי, דבר השונה מהותית מהאופי הצבאי-ביטחוני המובהק של משרד הביטחון שבתוכו הוא פועל, דבר המעצים את הקושי.

### 3. **אתגרים בצד הפצוע – ה"איך" (חווית השירות והתהליך)**

ממצאי הוועדה וניתוח פניות הציבור מדגישים כי חסמים רבים קשורים למורכבות התהליכית ולאופי המפגש עם המערכת ("האיך") ולא דווקא להיעדרם של מענים מהותיים. הפצועים מתארים קושי בהתנהלות מול המערכת בדרך למימוש הזכויות:

■ **חסמים בהליך ההכרה והשיקום** – נקודת תורפה אסטרטגית זוהתה בשער הכניסה לאגף ובתהליך ההכרה. טרם המלחמה הוגשו כ-6,000 בקשות חדשות בשנה, וכיום המספר עומד על כ-18,000 בקשות בשנה. הליך ההכרה והוועדות הרפואיות מהווים את החוויה הראשונית והמשמעותית של הפונה מול האגף. המודל הקיים, הממוקד בבדיקה ובקרה לצורך קביעת אחוזי נכות כתנאי סף לזכאויות, נתפס מצד הפצועים כחוויה חשדנית ושיפוטית. הפצועים מגיעים לתחילת הדרך מבולבלים, ונדרשים להכנות רבות כדי להגיש את הבקשה ולעמוד בפני הוועדות, וכן מתמודדים עם המתנה ממושכת. הפיצול המבני מול

צה"ל מחריף זאת, בהטילו על הפצוע את נטל הוכחת הקשר הסיבתי והמצאת תיעוד רפואי בעיצומו של משבר.

כמענה לקשיים אלו, הנהיג האגף במלחמה את מדיניות "שיקום תחילה", המאפשרת לתת מענה טיפולי וכלכלי כבר עם ההכרה הראשונית, ולפני ההתייצבות בוועדות הרפואיות. הצלחת מהלך זה, שהוביל להכרה ראשונית של כ-70% מהפונים, אפשרה לתת מעטפת סיוע מיידית לפצועים, הכוללת תגמול חודשי, סיוע בהתאמות דיור, לימודים והתניידות, לצד ליווי בהכנת התיקים במסגרת פרויקט "צעד משלים". זאת בעוד הם ממתניים להחלטות הוועדות הרפואיות.

עם זאת, כמות הבקשות, לצד מחסור ברופאים לוועדות, מאריכה מאוד את זמני ההמתנה לוועדות הרפואיות, דבר היוצר חוסר ודאות, על אף המענים השיקומיים שניתנים התקפות ההמתנה. נוסף לכך, עבור חלק מהפצועים תהליכי שיקום רבים מעוכבים עד לקבלת ה"וודאות" המנהלית, דבר המקבע את הפצוע בתודעת חולי, במקום בתהליך של החלמה ותפקוד.

▪ **היעדר איש קשר אישי** – רק כ-50% מהפצועים יודעים למי לפנות, ורבים פונים במקביל ל-2 עד 4 ערוצי שירות שונים. הצורך בדמות מתכללת (POC) עלה כדרישה מהותית מהשטח. על רקע המלחמה האחרונה הוקמה יחידת שירות וגויסו 50 תקנים המשמשים כאנשי קשר אישיים עבור חלק מנפגעי המלחמה. מהלך זה זכה לשביעות רצון גבוהה מאוד בסקרי השירות (2024–2025). עם זאת, המענה נותר מוגבל בהיקפו ואינו נותן מענה לכלל הפצועים והפצועים הוותיקים. היעדר כתובת אחת מתכללת מקשה במידה ניכרת על ההתנהלות השוטפת ומכביד על הפצוע.

▪ **מורכבות וסרבול במערך הזכאויות** – מערך הזכאויות הנוכחי מאופיין במורכבות יתר, הכוללת למעלה מ-300 סוגי זכאויות שונים הנגזרים מ-101 דרגות נכות ותתי-תבחינים. שיטה זו, הכוללת זכאויות רבות שחלקן נתפסות כארכאיות או אזוטוריות, מקשה על הפצועים להכיר ולמצות את זכויותיהם באופן עצמאי. המודל הקיים מעודד התמקדות באחוזי נכות כתנאי סף לקבלת הטבות, במקום לתמרץ שירותי שיקום בפועל. מורכבות זו מובילה לסרבול תפעולי, איטיות בביצוע ושגיאות בהעברת כספים, הפוגעים אנושות באיכות השירות ובוודאות הכלכלית של הזכאי.

▪ **אתגרי השירות והרצף הטיפולי בקהילה** – עבודת הוועדה העלתה כי קיים קושי מהותי ליצור רצף טיפולי בקהילה. כיום קיים פיצול מבני בין הטיפול בנכות המוכרת (הניתן תחת אגף השיקום) לבין יתר הטיפול הרפואי, הניתן בקופות החולים, ללא גורם קליני מתכלל המנהל את המקרה. היעדר אינטגרציה בין מערכות המידע של האגף לאלו של מערכת הבריאות הציבורית פוגע ביכולת המעקב והפיקוח, ומאלץ את הרופאים המחוזיים לתפקד בעיקר כגורמים מנהליים במקום כגורמים קליניים. בעקבות כך, הניהול הרפואי והתרופתי של המטופל לוקה בחסר, אין תיק רפואי אחוד ואין תבנית רפואית אינטגרטיבית אחת המלווה את הפצוע לאורך תהליך השיקום בקהילה.

#### 4. אתגרים בצד הפצוע – ה"מה" (פערי מענים)

לצד אתגרי ה"איך", קיימים פערים תוכניים במענים עצמם ("המה") שאינם נותנים מענה מלא לצרכים המשתנים של אוכלוסיית הפצועים הנוכחית.

- **מענים טיפוליים הנדרשים לנפגעי הנפש:** צורך להרחיב המענים הטיפוליים ולהתאימם לפוסט-טראומה מלחמתית (Combat PTSD) לצד הרחבת הפעולות בתוך צה"ל כדי למנוע תחלואה נפשית.
- **זכאויות נדרשות לפצועים הפיזיים:** חוות דעת הגורמים המקצועיים היא כי יש להרחיב את המענים הניתנים לפצועים הפיזיים, לדוג' טיפולים אלטרנטיביים ומענים נוספים.
- **מענים חסרים בתעסוקה:** היעדר תמרוץ כלכלי חיובי להשתלבות הפצוע בעבודה והיעדר תמרוץ מספק למעסיקים. במקביל, מנגנוני הקיזוז הקיימים מייצרים תמריץ שלילי עבור הפצועים ליציאה לעבודה, מחשש לפגיעה בהכנסתם.
- **קבוצות אוכלוסייה ייחודיות:** חוסר במענים המותאמים ספציפית לפגועי ראש, חיילים בודדים, פצועים המתמודדים עם קטיעה ונשים.
- **משפחה:** היעדר תמיכה מספקת בבני המשפחה, שהם עוגן קריטי בהצלחת תהליך השיקום של הפצוע וכיום נושאים בנטל כבד.

לסיכום, המציאות שתוארה בפרק זה – המשלבת גידול דמוגרפי חסר תקדים עם מורכבות קלינית ושינוי עמוק בתמהיל הפצועים – מחייבת שינוי פרדיגמה יסודי. כפי שהודגש בפתח הדברים, המענים המסורבלים והבירוקרטיים, לצד מערך תמריצים שאינו מקדם שיקום באופן אקטיבי, מסכנים סיכון ממשי את יכולת האגף לממש את ייעודו. ללא רפורמה מבנית עמוקה שתתמודד עם הפערים המתרחבים והתחרות הגוברת על המשאבים הלאומיים, המדינה תתקשה לעמוד במחויבותה הערכית והטיפולית כלפי פצועי צה"ל.

## 1. ריכוז עיקרי המלצות הוועדה

**רציונל ומסגרת ההמלצות:** להלן פירוט המלצות הוועדה לבחינת מעטפת השיקום והמענה לפצועי צה"ל. ההמלצות נשענות על ניתוח מעמיק של עבודת צוותי המשנה, למידה מהשטח ובחינת מודלים מקצועיים. אגף השיקום מתמודד כיום עם אתגרים מורכבים וחסרי תקדים. בבסיס המציאות הנוכחית עומד גידול ממושך ודרמטי במספר פצועי צה"ל, לצד שינוי עמוק בתמהיל המטופלים המתבטא בעלייה חדה בשיעור פצועי הנפש ובמורכבות פציעותיהם. המענים הקיימים, המבוססים על המצב החוקי הקיים, עוצבו ברובם למציאות היסטורית אחרת, והם מתגלים כלא מספקים להיקף הפצועים ולציפייה של הפצועים מהמדינה.

המלצות הוועדה מהוות מענה ישיר וממוקד לאתגרי המצב הקיים כפי שזוהו בתהליך הלמידה. עבודת הוועדה מבוססת על תפיסה שלפיה שיקום מוצלח מחייב טיפול מעמיק בשני וקטורים מקבילים:

### 1. **מענה לאתגרי הפצוע (ומשפחתו):** חלק זה נועד לפתור את אתגרי הפצועים ("הלקוח") –

היעדר איש קשר אישי, בירוקרטיה סבוכה במימוש זכויות, המתנה ממושכת בשער הכניסה, התנהלות מפוצלת מול גורמים שונים באגף והיעדר מענים מותאמים לאוכלוסיות ייחודיות. ההמלצות מגדירות מחדש את ה"מה" (שיפור סל המענים, הרחבת המענים בתחום הנפש, הרחבת טיפולים לפצועים הפיזים, מענים לאוכלוסיות ייחודיות ולבני משפחה וכד') ואת ה"איך" (מודל מנהל לקוח אישי ככתובת אחת, שיפור חווית השירות וקיצור זמנים בוועדות, חיזוק המערך הרפואי של אגף השיקום).

### 2. **מענה לאתגרי האגף:** חלק זה נועד לפתור את האתגרים בצד הארגון – המחסור בתקנים,

העבודה הידנית המרובה בשל מערכות המחשוב המיושנות, הקושי בגיוס רופאים ונוהלי עבודה שאינם מותאמים לצרכים, התלות המנהלית בגורמי מטה חיצוניים במשרד הביטחון והיעדר קשב מספק. ההמלצות מתמקדות בעיקר בטרנספורמציה דיגיטלית, בחינת הקמת רשות עצמאית, גיבוש תוכנית "חירום" לפעולה מיידית ונוהלי עבודה מותאמים והקמת מנהלת יישום.

להלן פירוט ההמלצות, המהוות יחד שינוי תפיסתי, מבני וטכנולוגי עמוק באגף השיקום, המציב את הפצוע במרכז העשייה.

### 1. **איש קשר אישי לשיפור חוויית הפצוע**

הוועדה רואה במודל שיושם בתחילת המלחמה בידי האגף, שבמסגרתו יועד עובד אישי לכל פצוע, מודל נכון שיש להרחיבו, לא רק לפצועים חדשים אלא לכלל הפצועים. הדבר מחייב להגדיל את כוח האדם באגף ולדייק את שיטת ההפעלה לפי נוסחת תקינה שגובשה בוועדה כדלהלן:

- **אימוץ מודל מנהל לקוח אישי (POC):** הוועדה ממליצה לארגן מחדש את מערך השירות על בסיס מודל "איש קשר אישי" שישמש ככתובת אחת מול הפצוע ("One Address") ושתפקידו לפעול למיצוי זכויות מיטבי וסנכרון מלא בין יחידות האגף (רפואה, שיקום, תגמולים). ליבת המודל נשענת על הפרדה תפקודית בין ניהול המעטפת המנהלית והבירוקרטית לבין מתן המענה הטיפולי-מקצועי:

- **מנהל הלקוח (POC):** מהווה את הקו הראשון והבלעדי מול הפצוע בקשר לכל זכויותיו (קצין תגמולים). תפקידו שירותינהוולימתכלל (אינו מטפל). הוא האחראי על קשר פרו־אקטיבי שוטף, ולהכווין לסיוע במימוש הזכויות.
- **העובד הסוציאלי (עו"ס):** מומחה תוכן למענה פסיכוסוציאלי, תמיכה רגשית וקידום תהליך השיקום.
- **מדרג הליווי השיקומי:** מדרג הליווי יתבצע בשני ערוצים מרכזיים;
  - הקבוצה הראשונה, הכוללת את מרבית הפצועים, תסתייע בעיקר ב־POC ותקבל ליווי ממוקד של עו"ס המבוסס על "אינטייק" ראשוני באמצעותו תיקבע חבילת ליווי מותאמת צרכים (מבחינת סוג הליווי, תדירותו ומשכו), תוך תיאום מלא בין ה־POC לעובד הסוציאלי.
  - הקבוצה השנייה, המורכבת מאוכלוסיות ליבה כגון נפגעי נפש או פצועים עם פגיעות פיזיות קשות, תזכה לליווי מקביל וקבוע של עובד סוציאלי ייעודי שיפעל לצד ה־POC. גם במקרים אלה, מנהל הלקוח (POC) יוסיף להוות את הקו הראשון והכתובת הבלעדית לכלל ההיבטים הבירוקרטיים והמנהליים שבטיפול בפצוע.
- **מנגנון תומך בקו השני (Back Office):** מנהל הלקוח (POC) יענה על כ־80% מהפניות ולרשותו יעמדו מומחי תוכן מעולמות הרפואה והרווחה וכן גורמים לסיוע תפעולי. קשר ישיר בין המומחה לפצוע יתקיים רק במקרים הכרחיים ובתיאום באמצעות ה־POC.
- **מוצע להגדיל את היקף כוח האדם באגף:** הן את מספר העו"סים והן את מספר אנשי השירות – מנהלי הלקוחות (POC), כך שיתאפשר מענה יעיל ביחס למספר הפצועים. כיום עובדים באגף כ־115 עו"סים, ויחס מטפל־מטופל עומד על 1:850. נוסף להם ישנם כ־50 עובדי קשרי לקוחות הנותנים מענה עבור חלק מפצועי המלחמה בלבד, וזאת בשל התקינה החסרה (1:500).
  - **משמעויות תקינה:** הוועדה ממליצה על נוסחת תקינה המופיעה בהמשך, יצויין כי נוסחת תקינה זו עומדת במחלוקת ומשרד האוצר ממליץ על נוסחת תקינה אחרת המופיעה בהמשך גם היא. נכון למספרי הפצועים ב־2026, ליישום המודל נדרשת תוספת של 116 עו"ס ותוספת של 164 POC לפי המלצת הוועדה. לשיטת האוצר נדרשת תוספת של 56 עו"ס ו־68 POC. תוספת כוח האדם תלויה ביכולת לגייס בעלי תפקידים אלו ובהחלטות שיתקבלו בהמשך.
  - בהתאם לאיוש משרות POC עבור הפצועים, תהיה הפחתה במספר קציני תל"מ בצה"ל
  - ככל שיהיו התקדמויות משמעותיות בתשתיות הטכנולוגיות ובמענה הדיגיטלי, ניתן יהיה לבחון מחדש את יחס התקינה ולהקטין אותו בהתאם.
  - אחת ל-3 שנים תיבחן התאמת כוח האדם לנוסחת התקינה, וחלק מכוח האדם שיגויס יהיה כוח אדם בתקן זמני
- **שדרוג המוקד הטלפוני ומערכת תקשורת כתובה:** הוועדה ממליצה לשדרג את המוקד הטלפוני ולהרחיבו, כך שיהפוך ממוקד "העברת הודעות" למוקד שירות מקצועי בעל סמכויות ביצוע והפקת אישורים בשיחה אחת. המוקד החדש צפוי להתחיל פעילותו

ביולי 2026, והוא צפוי לכלול צוות ייעודי לפניות יזומות כחלק מתפיסת הפרויקט אקטיביות, וינהל במערכת תקשורת מנוהלת (CRM) המאפשרת מעקב רבערוצי (וטסאפ/מייל) עם זמני תקן (SLA) מוגדרים והתראות אוטומטיות למעקב אחר הפניות.

## 2. הרחבת השירות הדיגיטלי

הוועדה קובעת כי התשתית הטכנולוגית הנוכחית מהווה חסם אסטרטגי ומבני המונע לשפר תהליכים ולייעל תפעולית את האגף. שדרוג השירות הדיגיטלי יקדם מיצוי זכויות אקטיבי ויזום ב"דחיפה".

2.1 **חיזוק האפשרות לשירות עצמי דיגיטלי (Self-Service):** על בסיס המלצות צוות חוויית לקוח, יש להרחיב את המענה והשירותים הניתנים ב"אזור האישי" באתר, כך שיאפשר לפצוע לבצע את מרבית הפעולות באופן עצמאי ומקוון, לרבות הגשת בקשות מלאה, העלאת מסמכים וצפייה בסטטוס התיק ובהחזרי תשלומים בזמן אמת.

2.2 **Ask-Once (ממשקים ושאיבת מידע):** הקמת מנגנון מיצוי זכויות אוטומטי, באמצעות יצירת ממשקי העברת מידע מול גופים ממשלתיים וציבוריים (ביטוח לאומי, משרד השיכון, קופות החולים, משרד התחבורה, רשות האוכלוסין ועוד), כך שיתאפשר לאגף למשוך מידע אוטומטית, לצורך עדכון יזום של זכאויות והפחתת הנטל הבירוקרטי על הפצועים. **הוועדה ממליצה כי תהליך זה יקבל תעדוף לאומי בין כלל פרויקטי המחשוב בכלל המשרדים ויקודם מיידי, כדי להבטיח תיעדוף פיתוח בגופים האחרים (דוגמת ביטוח לאומי, משרד השיכון וכו').**

2.3 **שיפור הנגשת המידע ומיצוי זכויות תוך שימוש בכלי AI:** הוועדה ממליצה להטמיע כלי בינה מלאכותית ליצירת "צ'אט בוט זכויות" ולהקמת מנגנון "דחיפת מידע" (Push) בנושא זכאויות. תפקיד המערכת הוא לנתח את נתוני הפצוע ולהציע לו זכויות והטבות באופן פרואקטיבי, מבלי שיצטרך להכיר את כלל הוראות החוק והתקנות הרלוונטיות או ליזום בקשה מראש. כלי זה מחייב ממשקים עם משרדים וגופים ציבוריים אחרים, כנזכר בסעיף הקודם, לשם קבלת המידע המשפיע על הזכאויות, כגון מצב משפחתי, תעסוקה וכיו"ב. נוסף כך, יפותח בוט מידע שעומו ניתן יהיה לשוחח ולקבל מענה לשאלות שעולות בהקשר למענים ושירות באגף.

## 3. שיפור המענה הרפואי:

כיום קיים פיצול מבני בין הטיפול בנכות המוכרת (הניתן תחת אגף השיקום) לבין יתר הטיפול הרפואי הניתן בקופות החולים, ללא גורם קליני מתכלל המנהל את המקרה. נוסף על כך, היעדר תיק רפואי אחוד מקשה על רציפות הטיפול, מתן הטיפול הבריאותי ועל גיבוש תמונה קלינית מלאה של הפצוע. לכל אלו מצטרף עומס בירוקרטי באגף השיקום, שמקשה על מתן המענים הבריאותיים בצורה המיטבית ופוגע בטיפול בפצועי צה"ל.

- הוועדה ממליצה על יישום החלופה שהוצעה על ידי צוות מתן השירותים ומפורטת בדו"ח – **הוספת קופות החולים כספקי שירותים רפואיים לנכי צה"ל.** בחלופה זו יורחב מערך השירות הרפואי באמצעות הוספת קופות החולים כספק שירותים רפואיים, והפצועים יוכלו לבחור להשתמש בשירותי קופות החולים גם ביחס לנכות המוכרת, או להישאר תחת טיפול האגף בנכות המוכרת. מהלך זה יאפשר לפצועים לקבל את מלוא המענים השוטפים

בקופה הקרובה למקום מגוריהם, ולרופא המשפחה לראות את כלל התמונה, תוך הפחתה ניכרת של הבירוקרטיה לפצועי צה"ל.

- **האחריות הכוללת על פצועי צה"ל תיוותר בידי אגף השיקום**, אשר ימשיך להיות הגורם המתמחה בפצועי צה"ל ובאחריותו לדאוג לצרכים הייחודיים של אוכלוסייה זו, לפקח על השירותים הניתנים ולהוות גוף בעל סמכות ערעור סופית על החלטות הקופות בכל הנוגע לנכות המוכרת.
- **שירותים שבהם לאגף השיקום יתרון יחסי ימשיכו להינתן באמצעותו**. שירותים אלו כוללים בין היתר ציוד רפואי ושיקומי, ניתוחים פרטיים, תותבות, ליווי וחמי מרפא.
- לרופאי האגף תהיה גישה דיגיטלית ישירה לתיקים הרפואיים של הפצועים בקופות, בהתבסס על תשתית חוק FHIR ובהתאם לחוק ניווד מידע רפואי. נוסף על כך, בחירת מוסד האשפוז לא תהיה כפופה להסדרי הבחירה של הקופות, ומימון שירותי האשפוז ימשיך להתבצע ישירות על ידי האגף מול בתי החולים.
- סל התרופות לא יהיה מוגבל (כפי שקיים היום).
- לצורך בחינת חלופה זו **יוקם צוות ייעודי אשר יבחן יחד עם קופות החולים** את אפשרויות היישום מבחינה תפעולית ומבחינה תקציבית. ורק לאחר גיבוש המודל תתקבל החלטה.

הרחבה ופירוט מלאים של חלופה זו מובאים בדו"ח צוות צורת מתן השירותים בפרק ט.

יש לציין כי לאור הבעיות שקיימות היום בתחום הבריאות באגף השיקום (ומפורטות בדו"ח) יש לפעול במקביל **לחיזוק התחום הרפואי באגף**. צעדים אלו נדרשים גם אם תיושם המלצת הוועדה בנוגע לשילוב קופות החולים וגם אם היא לא תיושם.

במסגרת צעדים אלו יש להביא לשיפור משמעותי באיכות הרופאים שעובדים באגף השיקום. יש לעשות זאת באמצעות מיקוד עבודת הרופאים בתכלול מקרים מורכבים, התמקצעות של הרופאים בנושאי השיקום ושיפור תנאי ההעסקה של הרופאים, לרבות העלאת שכרם של הרופאים המחוזיים באגף השיקום. צעדים אלו יכולים להביא הן לאיזוש משרות פנויות והן לשיפור איכות הרופאים המועסקים היום באגף.

בנוסף, יש לשפר את מערכות המחשוב באגף באופן שיאפשרו לקבל מידע בריאותי מסוכם מקופות החולים וספקי בריאות נוספים ויאפשרו לראות בצורה טובה יותר את מצבו הבריאותי של הנכה בגין נכותו. יחד עם זאת, קיים היום נטל בירוקרטי משמעותי על נכי צה"ל וצוות אגף השיקום, מומלץ לפעול באופן מיידי לצמצום חלק מההליכים הבירוקרטיים בתחום הבריאות.

צוות היישום יפעל במשך 6 חודשים לקביעת המתווה הסופי של יישום החלופה המומלצת. ככל ותוך 6 חודשים מפעילות צוות היישום, לא יקבע מתווה סופי שמוסכם על קופות החולים, יבחן צוות היישום חלופה שנייה שעיקרה חיזוק המערך הרפואי באגף השיקום, תוך הותרת האחריות המלאה והתכלול המלא של הטיפול הרפואי בנכות המוכרת בידי אגף השיקום.

## חלופה שנייה

חיזוק המערך הרפואי באגף השיקום, תוך הותרת האחריות המלאה והתכלול המלא של הטיפול הרפואי בנכות המוכרת בידי אגף השיקום. חלופה זו כוללת את העקרונות האלו:

- **הגדלת התקינה של רופאי האגף בהתאם לתקינה קיימת בקופות החולים (יחס של 1:1,500).**
- **העלאת שכר הרופאים המחוזיים של אגף השיקום בהתאם לשכר של רופאי המשפחה בקופות החולים בהתאם למדיניות הממונה על השכר במשרד האוצר.**
- **שדרוג מערכות הטכנולוגיה באגף השיקום, תוך מתן גישה הדדית לרופאי האגף וקופות החולים למידע הרפואי של פצועי צה"ל ותוך ייעול ושדרוג הליכי הנפקת מרשמים, הפניות, החזרים כספיים וכדומה.**

יש לציין שהחלופה השנייה לא נדונה לעומק בצוות מתן השירותים ובוועדה, וטרם יישומה יש לבצע עבודת מטה להערכת ישימותה ותרומתה לשיפור המצב הבריאות של פצועי צה"ל.

### 4. בריאות הנפש

הנתונים האחרונים מראים שלמעלה מ-60% מהפצועים הנקלטים באגף הם פצועי נפש או בעלי פגיעה משולבת של נפש ופיזי. השינוי בתמהיל הפצועים מעלה צורך במענה מותאם. ההמלצות בתחום זה מכוונות לפיתוח מעטפת ייעודית להתמודדות עם פציעות נפשיות מורכבות.

**4.1 שיפור והסדרה של מערך מניעת הפגיעה הנפשית בגופי הביטחון:** הוועדה ממליצה להקים מערך טיפול נפשי בצה"ל, במשטרת ישראל ובשב"ס, אשר יתמקד בפיתוח כלי איתור וזיהוי פרו־אקטיביים של סימני מצוקה בקרב המשרתים, הנגשת תוכניות חוסן ומניעה עצמית בשלבים מוקדמים, וכן קיצור משך הזמן החולף מרגע החשיפה לאירוע טראומטי ועד למתן מענה טיפולי ראשוני. מטרת ההמלצה היא ליצור רצף מידע וטיפול מובנה במעבר מהשירות הביטחוני לאגף השיקום, תוך שימוש בטכנולוגיות לאיתור מוקדם.

**4.2 שער הכניסה:** הוועדה ממליצה כי קצין תגמולים יקבע הכרה עקרונית (מעמד 03) בהתבסס על המסמכים הרפואיים שיש בידיו, בשלב ההכרה העקרונית יוכל קצין התגמולים להעניק מענים רפואיים, מענים לשיקום תעסוקתי ומימון תואר. ההבחנה המדויקת והאחוזים הרפואיים יקבעו במרכזי וועדות רפואיות אזוריים שיהוו One Stop Shop עבור הפצועים. מרכזים אלו גם יקבעו את האבחנה המדויקת וגם את חומרת הפגיעה (אחוזי הנכות הרפואית) בהתבסס על מסמכים שיביא הפצוע או בנוכחות.

עמדת האוצר כי הדיון בוועדה הרפואית על פגיעה נפשית יתבסס על חוות דעת ממרכזי אבחון מורשים בלבד ובנוכחות הפצוע. מלבד אלו שאבחנת המקרה שלהם מובהקת (בהתאם לרשימה מסודרת שתיקבע). בנוסף, האוצר מתנגד לתשלום דמי מחיה וזכויות נלוות בטרם קביעת האחוזים הרפואיים.

**4.3 התייחסות ל־combat PTSD and moral injury:** הוועדה ממליצה לאמץ את המושגים הקיימים בספרות: Combat-related PTSD ו־moral injury, ללא שינוי ספר התבחינים וללא

יצירת דיפרנציאציה בתגמולים/הטבות. עם זאת, הוועדה ממליצה לגבש מענה שיקומי וטיפולי מתאים לתסמינים ולאופי הפציעה. אם יעודכן ספר התבחינים העולמי (ICD) מומלץ לעדכן את ספר הליקויים שבחוק הנכים.

**4.4 הקמת יחידת מטה ייעודית למענה לנפגעי הנפש:** הוועדה לא ממליצה להפריד את הטיפול בפצועים בעלי פגיעה נפשית מפצועים בעלי פגיעה פיזית, אך ממליצה להקים **יחידת מטה לגיבוש מדיניות לטיפול בנפגעי הנפש, במסגרת אגף השיקום, בכל מבנה ארגוני שיבחר.** היחידה תתכלל את המענה השיקומי והרפואי הנדרש, ותפעל לבחינה מתמדת של המענים השיקומיים המתאימים ביותר לנפגעי הנפש. מערך כזה יאפשר לפתח ולהטמיע תורת שיקום נפשית אחידה ומחייבת, המותאמת למאפייני כוחות הביטחון ולפגיעות המורכבות המתגלות בשנים האחרונות. נוסף לכך, הוועדה תמייין, תבחן ותאשר את הספקים בתחום זה.

**4.5 הגדרת מחלקה פסיכיאטרית ארצית ייעודית:** הוועדה ממליצה להגדיר מחלקה אשפוזית ארצית סגורה, שתיתן מענה ייחודי לפצועי צה"ל הזקוקים לכך.

**4.6 הקמת מסגרת "בית מאזן" לתחלואה כפולה:** יש לפעול להקמת מסגרת טיפולית חוץ-אשפוזית המיועדת לפצועי צה"ל המתמודדים עם שילוב של פגיעה נפשית והתמכרות.

**4.7 הקמת בית מאזן לנשים/מחלקה ייעודית לנשים בבית מאזן:** זאת לאור היקף הנשים שהתווספו בשנתיים האחרונות.

**4.8 הגברת הפיקוח והסדרת תחום הקנביס הרפואי:** הוועדה ממליצה להדק את הפיקוח הרפואי **תחת אחריות משרד הבריאות**, להגדיר פרוטוקולים למינון ולהעמיד לבחינה מתמדת את השפעת הטיפול על תהליך השיקום הכולל.

## **5. מענים לפצועים הפיזיים**

מבחינה שנעשתה, עולה כי רבות מההטבות שניתנו באופן מיידי במסגרת רפורמת "נפש אחת" לסובלים מפציעות נפשיות נדרשות גם לפצועים פיזיים. כיוון שכך, הוועדה ממליצה להשוות את הזכויות הרלוונטיות.

**5.1 סל טיפולים אלטרנטיביים:** הוועדה ממליצה להרחיב את הזכאות לכלל פצועי צה"ל כשירות בעין בשיטת ההסדר (באמצעות אפליקציה) בהיקף טיפולים של אחת לשבוע.

**5.2 מענק דיור:** הוועדה ממליצה להרחיב את הזכאויות בתחום הדיור המוענקות היום לפצועי גפיים תחתונות, פצועי הנפש, ראש ופוסט טראומה, לכלל פצועי צה"ל, בהתאם לדרגת הנכות המוכרת.

לעמדת האוצר יש לקבוע את גובה המענקים כנקודת איזון בין גובה המענק לפצועי גפיים תחתונות, פצועי הנפש, ראש ופוסט טראומה, לכלל פצועי צה"ל.

**5.3 היוון:** הוועדה ממליצה לבחון אפשרות להיוון הזכאות הרב-שנתית/יתרת הזכאות לשכר דירה בפעימה אחת, לצורך רכישת דירה כנגד חוזה רכישה.

לעמדת האוצר, מנגנון ההיוון יתבצע באופן הבא: לתוך מענק הדיור יגולם 25% מיתרת השכירות שלא מומשה וזאת בכפוף להתאמת גובה המענקים באופן אחיד ע"פ המתודולוגיה שהציע בתת-הסעיף הקודם.

**5.4 שכר דירה:** כמו כן, הוועדה ממליצה להרחיב את הזכאות לשכר דירה לכלל הפצועים החל מ-35% נכות, תוך שמירת אפשרות חריגה לפגוע ראש ונפש החל מנכות בשיעור של 20%

סעיף האפשרות החריגה יקבע במסגרת התקנות של ועדה מייצעת לדיור ויעשה בהסכמת האוצר.

## 6. תמריצים לעידוד שיקום

מתוך הבנה שתעסוקה היא ליבת השיקום, הוועדה ממליצה על מספר מהלכים לעידוד התעסוקה: מנגנון קיזוז התגמולים הקיים היום עלול ליצור תמריץ שלילי ליציאה לעבודה, באופן הפוגע בהכנסה הכוללת של הפצוע. ההמלצות בתחום זה מיועדות לייצר תמריץ כלכלי חיובי לחזרה לתפקוד ולתעסוקה.

### 6.1 תמריצים חיוביים לעבודה:

6.1.1 נקודות זיכוי מס לפצועים העובדים. כחלופה למענק מס השתתפות חד פעמי במס הכנסה הקיים היום

6.1.2 מענק עבודה (מס הכנסה שלילי): יצירת מנגנון השלמת הכנסה מדורג לפצועים עובדים

6.1.3 פרטי המנגנון להמלצות הנ"ל יקבע במסגרת צוות היישום

### 6.2 תגמול אובדן כושר עבודה:

6.2.1 הוועדה ממליצה לשנות את מנגנון התגמול הקיים כיום, זאת באמצעות הפרדה מלאה בין התגמול הבסיסי לבין תגמול אובדן כושר עבודה. התגמול הבסיסי מגלם הכרה ופיצוי מהמדינה ואינו מקוזז בשום מקרה; תגמול אובדן כושר העבודה מגלם השלמה עבור פגיעה ביכולת לעבוד, והוא נבחן תפקודית.

6.2.2 שיפור מנגנון הקיזוז (דיסריגרד) – כאשר הפצוע מתחיל לעבוד, הקיזוז יעשה החל משכר המינימום ובאופן הדרגתי, עד לקיזוז מלא של תגמול אובדן כושר העבודה. זאת כדי ליצור תמריץ כלכלי חיובי ליציאה לעבודה (מעבר לשכר המינימום על כל שקל מעבודה מקוזז חצי שקל מתגמול אובדן הכושר).

כמו כן, תבחן חלופה נוספת, ורק במידה והמנגנונים הנ"ל לא יראו השפעה על תמרוץ לתעסוקה, של המשך תשלום מלא של תגמול אובדן כושר העבודה בשנה הראשונה של התעסוקה.

6.2.3 מתן אפשרות לתגמול מלא בגין אובדן כושר עבודה יינתן רק בתום תקופה של 2–5 שנים כפי שתיקבע בתהליכי שיקום, למעט מקרים מובהקים של אובדן כושר עבודה.

6.2.4 עידוד השתלבות הפצועים שאיבדו מכושרם להשתכר ומקבלים תגמול אובדן כושר עבודה מלא במסגרות שיקום או תוכניות שיקום במימון האגף.

6.3 שותפות מערכתית לליווי תעסוקתי: יצירת מסלול VIP לשילוב פצועי צה"ל תוך הסתייעות בשירות התעסוקה, משרד העבודה, צה"ל וארגון נכי צה"ל וקניית שירותים מחברות השמה וספקים נוספים.

הוועדה ממליצה לבנות מודל עבודה מוסדר, מתמשך ומשלים המבוסס על איגום משאבים ותוכניות בין אגף השיקום, גופי התעסוקה הלאומיים וארגון נכי צה"ל:

6.3.1 תפיסת הפעלה ויישומה: כחלק מאחריות המלאה של אגף השיקום לשיקום תעסוקתי לפצועי צה"ל, יגבש האגף "תורת שיקום" מותאמת למאפייני פצועי צה"ל ותכניות

תעסוקה ייעודיות המקנות כלים ומיומנות להשתלבות בעבודה. האגף יוכל להסתייע בביצוע ההשמה בפועל והליווי המקצועי ביצירת סינרגיה בינו לבין הגורמים המומחים – שירות התעסוקה, משרד העבודה, חברות השמה וארגון נכי צה"ל.

6.3.2. תוכניות התעסוקה יכללו מענה רציף ומותאם להיבטי הכוון, הכשרה, ליווי, השמה ושימור תעסוקתי כחלק בלתי נפרד מתהליך השיקום הכולל אשר תכלול מפגשים קבועים עם עובד שירות תעסוקה. התוכניות ייושמו בפריסה ארצית ותוך התאמה לסוגים השונים של הפצועים וכן יעודדו השתלבות במשרות איכות והנגשת הזדמנויות תעסוקה התוכניות יתבססו על נתונים ומדידת תוצאות תוך התאמה לעולם עבודה משתנה. התוכניות יתנו מענה לפחות 8000 פצועים במשך 4 שנים ולפחות ב-30% מהפצועים ה"לא מועסקים" בכל שנה.

6.3.3. מינוף וסינרגיה בין תוכניות קיימות: יצירת ממשק עבודה הדוק, המשלב בין התוכניות הממשלתיות המוכחות, מערכי הליווי והתוכניות הייעודיות שמפעילים משרד העבודה, שירות התעסוקה וגופים נוספים ובהם ארגון נכי צה"ל ובין אגף השיקום. שילוב זה יאפשר מיצוי אופטימלי של הניסיון המצטבר, הקשרים הענפים במגזר העסקי והציבורי ותשתיות ההכשרה המקצועית הקיימות ברמה הלאומית והארגונית.

#### 6.4. מחויבות המעסיקים לשילוב פצועי צה"ל:

הוועדה רואה חשיבות ערכית וחברתית עליונה בשילוב פצועי צה"ל בשוק העבודה. חיילי צבא ההגנה לישראל וכוחות הביטחון שנפגעו בשירות המדינה ראויים לקבל הזדמנות שווה להשתלב בעבודה איכותית ומכבדת. אנו רואים במעסיקים שותפים מרכזיים בתהליך השיקום, ומצפים ממשק העסקים, במגזר הציבורי והפרטי כאחד, להוביל מהלך לאומי של שילוב פצועים בעבודה.

6.4.1. במגזר הציבורי, הוועדה קוראת לתת יתרונות במכרזים והתקשרויות למעסיקים שמשלבים פצועי צה"ל. הוועדה ממליצה כי במכרזי משהב"ט תינתן עדיפות למעסיקים המעסיקים פצועי צה"ל.

6.4.2. במגזר הפרטי, הוועדה קוראת למעסיקים לראות בשילוב פצועי צה"ל לא רק מחויבות חברתית אלא גם הזדמנות לגיוס כוח אדם איכותי, מנוסה ובעל ערכים. הוועדה ממליצה ליצור "תו תקן" לעידוד המעסיקים באמצעות הכרה ציבורית, לצד הרחבת הליווי למעסיקים כולל הדרכה והתאמת מקומות העבודה באמצעות מסלולי הליווי שיגובשו לפי הסעיף הקודם.

6.4.3. הוועדה ממליצה על פרסום קמפיין ציבורי להעלאת המודעות וההוקרה למעסיקים המעסיקים פצועי צה"ל

6.5. העלאת הסף הרפואי לקבלת תגמולים שוטפים מאגף השיקום- הוועדה החליטה לא לשנות את הרף הרפואי. עמדת האוצר להעלות את הרף הרפואי ל-35% ולשנות את מודל הזכאות בטווח בין 20%-34% על פי מנגנון שיוצג בהמשך.

#### 7. ייעול התהליך בשער הכניסה – הכרה וועדות רפואיות:

הליך ההכרה והוועדות הרפואיות כיום מורכב וממושך מאוד, והפצוע נדרש להכנות ופעולות רבות אשר מקשות עליו. חוות הוועדה עצמה מלווה בתחושת חשדנות ושיפוטיות, וישנם

ערעורים רבים על תוצאותיה. בפועל, תהליכי שיקום רבים מעוכבים עד לקבלת ה"וודאות" המקצועית, דבר המקבע את הפצוע בתודעת חולי במקום בתהליך של החלמה ותפקוד. ההמלצות בתחום זה נועדו לפשט את התהליך, לקצר זמני טיפול ולייצר לפצוע חוויית שירות טובה יותר בכניסה לאגף.

**7.1 איסוף מסמכים על ידי האגף בסיוע חברות ייעודיות:** הוועדה ממליצה למסד ולהרחיב את הפיילוט "צעד משלים" (המופעל כיום ע"י חברות חיצוניות), ולהפוך אותו למסלול מוסדר אשר באפשרותו לפעול בהיקף הנדרש לפי בקשת הפצוע. המודל נועד לסייע לאסוף את החומר הרפואי והבירוקרטי, לאחר הצגת מסמך מכונן על ידי הפצוע (שיוגדר ע"י אגף השיקום), יוכל לבחור כל פצוע האם להסתייע בחברת איסוף מסמכים ובכך לייעל ולקצר משמעותית את הליך קבלת החלטה בבקשה. מקום שבו סבור קצין התגמולים כי מסמך כלשהו אינו מהימן, יעביר את המשך הטיפול והבחינה בעניינו לאגף המתאים. מומלץ כי הרחבת המודל תבוצע במסגרת מכרז חדש המתפרסם בימים אלו. במקביל, מומלץ לבחון קבלת נתונים ישירות מקופות החולים כמענה ביניים עד לכניסת חוק ניוד מידע לתוקף בשנת 2027

**7.2 ייעול שער הכניסה (One Stop Shop):** הוועדה ממליצה להשתמש בסעיף 28 לחוק הנכים במקרים מתאימים, כדי למנוע כפילויות בבדיקה רפואית ובהגשת מסמכים (הן בפני קצין התגמולים והן בפני הוועדה הרפואית).

**7.3 הקמת מרכזי ועדות רפואיות - One Stop Shop:** הוועדה ממליצה להקים מרכזי ועדות אזוריים ייעודיים, בפריסה גאוגרפית רחבה, אשר ירכזו תחת קורת גג אחת את מכלול הגורמים המקצועיים הנדרשים (אבחון רפואי, קביעת אחוזי נכות). המרכזים יכללו תשתיות מותאמות ואבחון מקצועי הן בתחום הנפש והן בתחום הפיזי, תוך יצירת סביבה מכבדת המפרידה, במידת הצורך, בין תהליכי האבחון הנפשי לפיזי. הוועדות יתקיימו במרכזים רפואיים ברחבי הארץ, ואלו יבצעו את האבחונים להבטחת דיוק המצב הרפואי, כולל קביעת אחוזי הנכות והתאמה מיטבית של המענים. הוועדות יעסקו בכלל הנושאים הרלוונטיים לפצוע בוועדה אחת מקביעת סעיפי הפגיעה ועד לאחוזי הנכות. ניהול המערך יתבצע על גבי מערכת מחשובית אחודה לניהול עומסים ומעקב SLA שיעניק לפצוע שקיפות ובחירה בין תורים פנויים לקיצור זמני ההמתנה. עמדת האוצר כי הדיון בוועדה הרפואית על פגיעה נפשית יתבסס על חוות דעת ממרכזי אבחון מורשים בלבד ובנוכחות הפצוע. מלבד אלו שאבחנת המקרה שלהם מובהקת (בהתאם לרשימה מסודרת שתיקבע)

**7.4 קיום ועדות רפואיות על סמך מסמכים (ללא נוכחות):** הוועדה ממליצה להרחיב משמעותית את המסלול המאפשר קביעת אחוזי נכות והכרה על בסיס מסמכים רפואיים בלבד, כברירת מחדל במקרים שבהם המידע הקיים מספק לקבלת החלטה מקצועית. זאת במטרה להאיץ את עבודת הוועדות הרפואיות, ולחסוך מהפונה את הצורך להתייצב פיזית ואת החוויה הכרוכה בכך. לצורך יישום ההמלצה, נדרש להגדיר ולקבוע את מסמכי החובה הנדרשים לצורך ההחלטה. במקרה שהנבדק או הרופא יבקשו כי האחוזים ייקבעו בנוכחות פיזית, יש לאפשר זאת. לא תתאפשר ועדה בנוכחות עורך הדין בלבד ללא הפצוע, אלא אם תוגש בקשה מטעם הפצוע.

עמדת האוצר היא כי ברירת המחדל צריכה להיות בנוכחות פיזית של הפצוע פרט למקרים מובהקים שיקבעו מראש.

7.5 **פיתוח כלי AI תומכי החלטה לזירוז ההליכים בוועדות הרפואיות:** הוועדה ממליצה למשרד הביטחון לפעול לפיתוח כלי AI שיסייעו להחליט על האחוזים הרפואיים, ירחיבו את האפשרויות לגבש המלצות על סמך מסמכים ויפשטו את הבירוקרטיה עבור הפצוע. **כלי ה-AI ישמשו ככלי מסייע בלבד, כאשר על הגורם המקצועי מוטלת החובה להציג נימוקים בכתב להחלטתו.**

7.6 **שילוב פסיכולוגים קליניים מנוסים בוועדות הרפואיות:** לאור המחסור בפסיכיאטרים, מומלץ לפעול כדי להרחיב את הרכב הוועדות הרפואיות הדנות בפציעה נפשית באמצעות שילוב פסיכולוגים קליניים כחברי ועדה רפואית. מהלך זה נועד לקצר משכי זמן המתנה לוועדות הרפואיות. לצורך יישום מהלך זה נדרש תיקון חקיקה.

7.7 **נציג צה"ל בוועדות:** כדי לשפר את הרגשת הנבדק והשקיפות, הוועדה ממליצה לשלב נציג צה"ל במדים בוועדות הרפואיות כמשקיף. מימוש החלטה זו מותנה בהצגת תכנית פעולה על ידי צה"ל. באפשרות הנבדק לבקש שלא תהיה נוכחות של משקיף

7.8 **הפחתת תמריץ להגשת ערר או החמרת מצב:** הוועדה ממליצה כי ועדת היישום תבחן פתרונות לצמצום היקף הערערים והבקשות להחמרת מצב, לרבות באמצעות אגרה שתושב לפצועים שערעורם התקבל, ובאמצעות ביטול ההודעה מראש על הכוונה להוריד אחוזי נכות. **עמדת האוצר היא שבועדת הערער והחמרות מצב תהיה אפשרות לבדוק את כל הפגיעות של הפצוע ולא רק את הפגיעה בגינה הוגש הערעור.**

## 8. מענה לאוכלוסיות ייחודיות

הגידול בקהלים ייחודיים – פצועי ראש, חיילים בודדים, נשים, פצועים המתמודדים עם קטיעה ופצועים המתגוררים בחו"ל – מאתגר את המודל השיקומי הגנרי הקיים. ההמלצות בתחום זה מיועדות להתאים מעטפת שיקומית ייעודית לצרכים הייחודיים של קהלים אלה.

8.1 **אוכלוסיות ייחודיות – הוועדה ממליצה להתאים את סל השירותים והליווי למאפיינים הייחודיים של קבוצות פצועים מובחנות:**

### 8.1.1 פצועי ראש:

8.1.1.1 קידום החקיקה לעדכון ספר הליקויים להתאמה למאפייני פגיעות ראש

8.1.1.2 פיתוח מענים ייעודיים לבני המשפחה של פצועי ראש בהכרה חלקית, בעיקר כאשר הם מאושפזים בבית.

8.1.1.3 הוועדה ממליצה לאפשר תגמול על אובדן שכר למשך שנה עבור בני משפחה של פצועי ראש קשים, כאשר ב-3 החודשים הראשונים אובדן שכר ל-2 בני משפחה, ולאחר מכן 9 חודשים נוספים לבן משפחה אחד. נוסף על כך, באשפוז יום הוועדה ממליצה לאפשר מתן שכר עבור בן משפחה מלווה

8.1.1.4 הוועדה ממליצה על הקמת בית ייעודי לפצועי ראש קשים

8.1.2 **חיילים בודדים:** מתן סיוע כלכלי מורחב וליווי צמוד של צוות האגף (עו"ס ואשת קשר ייעודית) כדי להבטיח עורף תומך לאורך תהליך השיקום.

- 8.1.3 **נשים:** הקמת קבוצות שיקום ייעודיות לנשים, יצירת מסגרת "בית מאזן" מותאמת לנשים, מתן ליווי רגשי ותמיכתי מוגבר בתקופת ההיריון והלידה, ופיתוח שירותי דיוור מוגן מותאמים מגדרית.
- 8.1.4 **פצעים המתמודדים עם קטיעה:** הוועדה מצאה כי קיימים פערים ברמה הלאומית בטיפול הרפואי הניתן בארץ למול הטיפול הניתן בחו"ל בתחום התאמת פרוטוזות. הוועדה ממליצה למשרד הביטחון ולמשרד הבריאות לרתום את מערכת הבריאות והאקדמיה לצורך גיבוש מענה בסטנדרט הרפואי הנדרש, לצד שיפור המעטפת הנוגעת להפניית הפצוע לטיפול בחו"ל בליווי משפחתו.
- 8.1.5 **פצעים המתגוררים בחו"ל:** מינוי איש קשר ייעודי באגף לטיפול בפצועי צה"ל וכוחות הביטחון השוהים מחוץ לישראל, תוך פעולה להשוואת זכויותיהם לאלו של תושבי הארץ במידת הניתן.
- 8.1.6 **פצעים הנמצאים בשירות ללא תשלום (של"ת):** הוועדה ממליצה לבחון המענה הטיפולי והשיקומי לאוכלוסייה זו
- 8.1.7 **עבור כלל האוכלוסיות המיוחדות הוועדה ממליצה לפשט את המצב הקיים ולתת סמכות למחוז** לסייע בסכום בגובה של עד 67,000 ₪ לנכה לצורך מתן מענים ייחודיים לפצועים אלו, מבלי להביא הנושא לדיון ב"וועדת חריגים" במטה, בכל מקרה של אי הסכמה עם חשב האגף, יובא הנושא לדיון בוועדה לזכאות נוספת.
9. **חיזוק המענה למשפחה התומכת:**
- הוועדה מכירה בבני המשפחה המלווים כגורם קריטי להצלחת השיקום של הפצוע ובצורך לתת מעטפת תמיכה רגשית וכלכלית ייעודית שתתמוך בפצוע באופן משמעותי. הוועדה ממליצה על להעניק את הזכויות האלו לבני המשפחה:
- 9.1 **טיפול נפש לפצועים ולבני משפחה:** הרחבת הזכאות לכלל הפצועים החל מדרגת נכות של 20%, הרחבת הזכאות לילדי פצועים מגיל 3–30 ולאחים של הפצועים מגיל 7–30, ללא הבחנה בין פגיעה פיזית לפגיעה נפשית. הזכאות תינתן במימוש בעין או באמצעות מנגנון הסדר דיגיטלי ייעודי, ולא כהחזר כנגד קבלות, במטרה להבטיח נגישות, מימוש גבוה והפחתת עומס בירוקרטי. הזכאות לטיפול נפשי משמעותה גם קבלת טיפול פסיכיאטרי.
- 9.2 **חונכות לילדים:** הוועדה ממליצה להרחיב את הזכאות לילדי כלל הפצועים מעל 20% נכות.
- 9.3 **מעונות וצהרונים גילאי 0–6, צהרונים א'–ד', קייטנות ופנימיות:** הוועדה ממליצה להרחיב את הזכאות לכלל פצועי צה"ל מעל 20% נכות, ולשנות את אופן מתן הזכאות לדחיפה ע"פ גיל הילד ללא צורך להגיש בקשה וקבלות. אגף החשבת הכללית מתנגד להמלצה זו ומציע כי הנושא יבחן רק לאחר שיפור הליך הדיגיטציה באגף.
- 9.4 **אובדן שכר לבן משפחה לאחר אשפוז:** עקב המעבר המורכב מאשפוז לבית, עלה הצורך לתת תקופת הסתגלות לאחר אשפוז. האגף מאפשר כיום אובדן שכר למשך 3 חודשים והוועדה ממליצה להמשיך זאת.
- 9.5 **איש קשר לבני המשפחה:** הוועדה ממליצה לאפשר לפצוע לבחור איש קשר מטעמו שיהיה גם בקשר עם האגף, כך שיתאפשר מענה רציף, מתואם ומקצועי לצורכי המשפחה לאורך

תקופת האשפוז והשיקום. על האגף לגבש מתודולוגיה להתנהלות עם בני המשפחה כולל הנגשת כלים דיגיטליים מותאמים.

9.6. **אופן התשלום לבני המשפחה:** הסדרת מנגנון תשלום ישיר לבני המשפחה, כך שתשלומים בגין זכאויות שנועדו ישירות לבני המשפחה שאינם ילדי הפצוע (ובכלל זה אובדן שכר ושירותים נלווים) יועברו ישירות לבני המשפחה הפצועים, ולא באמצעות הפצוע. הוועדה ממליצה כי זכאויות לטיפול נפשי אישי לבן/בת הזוג, הורה ואח/ות, יועברו ישירות לבן המשפחה. זכאויות האשפוז (הוצאות אשפוז, כלכלה ונסיעות, לינה ואובדן שכר) שמיועדות לבן המשפחה יועברו רק לבן המשפחה שבחר הפצוע (ללא אפשרות לתשלום לפצוע).

9.7. **אובדן שכר לבן משפחה/תגמול טיפול רפואי לפצוע:** מומלץ לבצע שינוי כך שאובדן השכר/תגמול טיפול רפואי ישולם ישירות למעסיק שימשיך את התשלום לפצוע, וכך יישמרו התנאים הסוציאליים שלו.

10. **השלמת יישום רפורמת נפש אחת:** ככל שניתן בהחלטת ממשלה ובמקביל קידום החקיקה. הפירוט יתואם בין ארגון נכי צה"ל, משרד האוצר והלשכה המשפטית במשרד הביטחון.

### המלצות ארגוניות ותשתיות

#### 11. מבנה האגף ויחידותיו

המבנה הארגוני הקיים והתלות ביחידות המטה של משרד הביטחון מייצרים מגבלות תפעוליות מהותיות, המתבטאות בתשתיות לא מותאמות ומענים חסרים. ההמלצות בתחום זה נועדו לבסס מבנה עצמאי ומותאם שיאפשר מענה יעיל לצורכי השיקום.

**חיזוק המעמד הארגוני והעצמאות הניהולית:** משרד הביטחון מהווה את חוד החנית העולמי בכל הקשור לביטחון, אך אינו מספק את השירות המיטבי בכל הקשור למתן השירותים עבור פצועי צה"ל. המבנה הארגוני הקיים מעמיד אתגרים בפני אגף השיקום כיוון שאופי האגף, המספק שירותי שיקום, שונה מהותית מהמשרד, שהוא בעל אופי צבאי ביטחוני. לצד זאת, סמכויות האגף מוגבלות והוא לא בהכרח מקבל את התייעדוף הנדרש מיחידות המטה השונות ובכללם - תקשוב, יועמ"ש, משאבי אנוש, לוגיסטיקה, חשבות ורכש ועוד. הוועדה עמדה על הצורך לחזק את עצמאותו התפקודית של אגף השיקום, במטרה לאפשר גמישות בניהול התקציב, הרכש, מערכות המידע ומשאבי האנוש. הוועדה העלתה שתי חלופות מרכזיות – הפיכת האגף לרשות עצמאית באמצעות הקמת רשות ייעודית כפופה לשר הביטחון, או מתן כלים אוטונומיים וסמכויות רחבות לאגף כדי להגדיל את עצמאותו (כגון פונקציות מטה בכפיפות ניהולית ישירה לאגף, ועדת מכרזים עצמאית וכד'). המלצת הוועדה ברוב דעות, היא להקים רשות עצמאית שתהווה גוף ייעודי ועצמאי המיועד למענה וטיפול בפצועי צה"ל. הרשות תכלול את כלל יחידות המטה המשרדיות הקיימות כיום (תקשוב, מש"א, יועמ"ש, לוגיסטיקה, רכש, תקציבים, ביטחון, תכנון מדיניות, דוברות, ביקורת פנים) אשר יהיו חלק מהרשות העצמאית וכפופות למנהל היחידה. בנושא מרכזי זה נדרשת עבודה של צוות היישום בבחינה מעמיקה של המשמעויות ובתהליך הקידום של הנושא. הרחבה בנושא בפרק ז' בהעמקות בנושאי הרוחב. עמדת האוצר היא כי יש לחזק את גמישות ועצמאות אגף השיקום בעזרת שתי פעולות

משלימות. המהלך נועד להקנות לאגף גמישות ניהולית, עצמאות בתקציב, במערכות המידע, ברכש, ביעוץ משפטי, במשאבי אנוש וכיוב':

- מתן פונקציות מטה בכפיפות ניהולית ישירה לאגף (מלבד החשבות).
- הסטת משאבי מטה: תקנים ותקציבי תפעול מתוכניות התקציב הכלליות של משרד הביטחון אל תוך התוכנית התקציבית של אגף השיקום - הן בתקציב הבלמ"סי והן בתקציב המסווג. זאת על מנת לשמור על משאבי אגף השיקום לטובת נכי צה"ל.

#### 11.1 יחידות מטה חדשות במבנה הארגוני שיקודם:

11.1.1. הקמת יחידת מטה ייעודית למענה לנפגעי הנפש: הוועדה לא ממליצה להפריד

את הטיפול בנפגעי הנפש מנפגעי הגוף, אך ממליצה להקים יחידת מטה לגיבוש מדיניות הטיפול בנפגעי הנפש, במסגרת אגף השיקום, בכל מבנה ארגוני שיבחר לאגף השיקום. היחידה תתכלל את המענה השיקומי והרפואי הנדרש ותפעל לבחינה מתמדת של המענים השיקומיים המתאימים ביותר לנפגעי הנפש. מערך כזה יאפשר לפתח ולהטמיע תורת שיקום נפשית אחידה ומחייבת, המותאמת למאפייני כוחות הביטחון ולפגיעות המורכבות המתגלות בשנים האחרונות. נוסף לכך, הוועדה תמייין, תבחן ותאשר את הספקים בתחום זה.

11.1.2. הקמת יחידת מטה באגף השיקום לאיפיון וניהול דרישות הדיגיטל.

#### 12. טרנספורמציה דיגיטלית ותשתיות טכנולוגיות

הוועדה קובעת כי התשתית הטכנולוגית הנוכחית מהווה חסם אסטרטגי ומבני המונע לשפר תהליכים באגף ולייעלו מבחינה תפעולית. מערכת הליבה המחשוב וטכנולוגיית המידע ("שמ"ש") מבוססת על ארכיטקטורה מיושנת. כ-70% משעות הפיתוח מושקעות כיום בטיפול בתקלות ובתחזוקה שוטפת במקום בקידום צרכים עסקיים חדשים ושיפור השירות לפצוע. ההמלצות בתחום זה מיועדות ליצור שליטה ניהולית מיידידת לצד בניית תשתית עתידית מודרנית:

#### 12.1 שדרוג התשתיות הדיגיטליות המשמשות את אגף השיקום ב-2 צירים מקבילים:

- **בטוח הקצר והבינוני** (החל מפברואר 2026 ועד סגירת מערכת שמ"ש): מתן מענה לצרכים הדחופים של אגף השיקום ולקוחותיו על בסיס התשתית הקיימת (מערכת שמ"ש), תוך הגדלת צוות הפיתוח ייעודי לשיקום, מעבר לשיטות עבודה מודרניות, עבודה שיתופית בין אגף השיקום לאגף הדיגיטל, ותיעדוף פיתוח ורכישה של פתרונות משלימים מחוץ למערכת שמ"ש, תוך הסדרה יעילה של הממשקים בין הפתרונות החיצוניים לבין מערכת שמ"ש. הוועדה ממליצה לעבוד ב"ספרינטים" של חודש בכל פעם לצורך פיתוח המענים.
- **בטוח הארוך** (החל ממרץ 2026 והשלמה תוך 3 שנים): הקמת מערכת מחשובית חדשה ומודרנית ("אופק") לניהול פעילות אגף השיקום, אשר תחליף את מערכת שמ"ש באמצעות שילוב פתרונות דיגיטליים מתקדמים בארכיטקטורה פתוחה, תוך הגירה יעילה ואמינה של שכבות המידע, הלוגיקה העסקית ותהליכי השירות והבקרה. על המערכת החדשה "אופק" לאפשר הטמעה מהירה של דרישות ושינויים עסקיים בהתאם לצרכי אגף השיקום, ולספק לאגף גישה לפתרונות טכנולוגיים פנימיים וחיצוניים בממשקים סטנדרטיים, תוך שימוש בממשק משתמש נוח, רב ערוצי ובטוח ותוך מתן גישה לטכנולוגיות חדשות כגון בינה מלאכותית יוצרת.

**לצורך האמור לעיל, יש לבצע:**

- קידום פיילוט לבחירת הפתרון הטכנולוגי המתאים ביותר לפתרון לטווח הארוך שיאפשר להשלים את הפרויקט תוך 3 שנים.
- בשלב הראשון, הקמת מנהלת משותפת לאגף הדיגיטל ולאגף השיקום לקידום מערכת "אופק". עם הקמת רשות עצמאית נפרדת או אגף משודרג, תוקם יחידת תקשוב ייעודית נפרדת שתהיה כפופה לרשות.
- התאמות במבנה הארגוני ובהיקפי כוח האדם באגף השיקום ובאגף הדיגיטל בהיקף כולל של 21 משרות (מתוך 8 זמניות), כדי לתמוך בטיפול ב-2 הצירים המקבילים, ובלי שהטיפול בציר הטווח הקצר-בינוני יעכב את הטיפול בציר הטווח הארוך, או להיפך.

המלצת גורמי המקצוע					
POC		עו"ס			
+5 שנים מהכרה	5-1 שנים מהכרה	+5 שנים מהכרה	5-1 שנים מהכרה		
1: 480	1: 120	1: 320	1: 120	נפש ומשולב	50%–20% נכות
1: 480	1: 240	1: 720	1: 180	פיזי	
1: 240	1: 120	1: 240	1: 80	נפש ומשולב	+50% נכות
1: 240	1: 120	1: 480	1: 120	פיזי	
POC 214		עו"ס 231			סה"כ בתקינה
כ-280 תקנים נוספים*					סה"כ תוספת למצב היום

להקצות תקציב 5 שנתי בסך 398 מלש"ח לטובת קידום שני הצירים במקביל, מתוכו 66 מלש"ח כבר באופן מיידי. עמדת האוצר היא שהתקציב והתקנים לפרויקט זה יסוכמו בתיאום איתם.

**13. תקינה:**

13.1. **יחס התקינה** שהציע הצוות המקצועי הוא דיפרנציאלי תוך התאמה לסוג הפגיעה (נפש או פיזי), חומרת הפגיעה, ופרק הזמן ממועד ההכרה (עד 5 שנים מרגע ההכרה ולאחר 5 שנים):

13.2. **משמעויות:** נכון למספרי הפצועים ב-2026, כדי ליישם את המודל נדרשת תוספת של כ-280 עובדים, מתוכם 116 עו"ס ו-164 POC, תוך בחינת הסבת תקנים קיימים ממערכי הרווחה והמרפאה. תוספת כוח האדם תלויה ביכולת לגייס בעלי תפקידים אלו ובהחלטות שיתקבלו בהמשך.

ככל שיהיו התקדמויות משמעותיות בתשתיות הטכנולוגיות ובמענה הדיגיטלי, ניתן יהיה לבחון מחדש את יחס התקינה ולהקטין אותו בהתאם.

עמדת האוצר היא שהתקופה האינטנסיבית היא שנתיים ולא חמש שנים כפי שהמליצה הוועדה וכן אינם מקבלים את נוסחת גורמי המקצוע. לשיטת האוצר נדרשת תוספת של 56 עו"ס ו-68 POC.

**14. יישום, בקרה ומעקב**

14.1. **המלצות ליישום בטווח המיידי:**

14.1.1. **אימוץ תוכנית חירום מיידית:** עקב המספר הגדול של הפצועים, ממליצה הוועדה לאמץ תוכנית חירום מקיפה, הכוללת צעדים אופרטיביים מואצים בשלושה צירים מרכזיים לשחרור צווארי בקבוק:

- **טיפול בצוואר הבקבוק בשער הכניסה תוך קביעת SLA:**  
הוועדה ממליצה על מהלך דרסטי לחיסול תורי הוועדות הרפואיות עד סוף שנת 2026 ("מבצע ספרינט"):
- **מודל תגמול מעודכן- הוועדה המליצה על עדכון התעריפים לרופאים לתקופה מוגבלת עד לסיום בדיקת פצועי המלחמה.** אגף החשב הכללית יבצע בחינה לאפשרות העלאת התעריפים לרופאי הועדה הרפואית לתקופה מוגבלת בזמן. זאת לצורך הרחבה מסיבית של היקף הוועדות וגיוס רופאים מומחים איכותיים.
- **קריאה לגופים רפואיים:** פנייה יזומה לבתי חולים ולכלל הגופים הרפואיים לגיוס מאגרי רופאים חדשים ולהרחיב את ביצוע הוועדות ע"י בתי חולים נוספים.
- **הפעלת מיקור חוץ תפעולי:** רתימת גורמים חיצוניים לניהול הלוגיסטיקה ואיסוף המסמכים לשחרור צווארי בקבוק. כמפורט בסעיף 1.2.2.

- **טיפול בבקשות קיימות**  
הוועדה ממליצה לשנות את שיטת העבודה כדי לשחרר את העומס שנצבר:
- **מינוף טכנולוגי:** טיפול בכ-1.4 מיליון בקשות פתוחות באמצעות כלי AI מתקדמים.
- **מעבר לבקרה בדיעבד:** יישום הנוהל שסוכם למול החשבת הכללית בנושא של תשלום מהיר המבוסס על בקרה וקיזוז כספי מדגמי בדיעבד (במקום בדיקה מקדימה), לשחרור צווארי בקבוק תפעוליים. כמו כן, הוועדה ממליצה לתעדף פיתוח מערכת בקרה ממוחשבת.
- **רכש וגיוס משרות**  
הוועדה ממליצה לייעל את הליכי הרכש והאיוש לתקופת השיקום:
- **נוהל חירום לרכש:** יש לגבש מסלול ירוק לקידום הרכש הנדרש עבור הפצועים בקבועי זמן קצרים בתיאום החשכ"ל.
- **איוש מהיר של תקנים:** גיוס וקליטה מואצת של משרות POC ועובדים סוציאליים כדי לתת מענה למורכבות המקרים החדשים, תוך קיצור זמני הליכי הגיוס המקובלים.

- **מתן מענים למקרים ייחודיים**  
14.1.2. מתן סמכות ברמת המחוז לתת מענים ייחודיים במקרים ספציפיים עד לגבוה סכום של 67,000 ₪ לנכה. במידה ולא ינתן אישור החשב הבקשה תעלה לוועדה לתגמולים מיוחדים).

- **צעדים ליישום בהחלטת ממשלה, במקביל להליכי חקיקה**  
במטרה להעניק מענה מידי עוד בטרם יושלמו הליכי החקיקה הארוכים, הוועדה ממליצה שמשרד הביטחון יפעל ליישום מידי של

שינויים מבוקשים בהמלצות הוועדה בתחום המענה לפצועי צה"ל ולבני משפחה, שינויים שניתן לקדם בתקופה שעד להשלמת תיקוני החקיקה הנדרשים. בתוך כך, תיבחן האפשרות להעניק לפצועי צה"ל ולבני משפחה חלק מהמענים שעליהם המליצה הוועדה, ובכלל זה מענים בתחום הטיפול (כדוגמת הרחבת טיפולים נפשיים לבני משפחה/מתן טיפולים אלטרנטיביים) ומענים שיינתנו באופן אוטומטי ויזום (כדוגמת מעונות וצהרונים). זאת באמצעות שינוי מדיניות משרד הביטחון או באמצעות החלטת ממשלה.

- אישור תוכנית "חירום" למענה מיידית.
- תוספת כ"א מיידית לאגף בהליך מזורז.

14.2. **הקמת צוות יישום:** אגף השיקום נמצא בעומס תפעולי חסר תקדים ("תחת עומס שוטף"). לכן, נדרש "כוח משימה" לטווח קצר שיוכל להתמקד בגיבוש תוכניות ביצוע בהתבסס על המלצות הוועדה, והסגת חסמים בין-משרדיים ללא עיכובי הבירוקרטיה היומיומית. הוועדה ממליצה להקים מנהלת יישום זמנית לשנה בראשות פרויקטור בכיר, בכפיפות למנכ"ל משרד הביטחון ובשיתוף יו"ר ארגון נכי צה"ל, שתהיה אחראית על היישום וההטמעה של אבני הדרך המרכזיות ביישום המלצות הוועדה. הוועדה ממליצה ליישם את ההמלצות בשני וקטורים, כך שמנהלת היישום שתוקם תהיה אחראית לממש את השינויים הגדולים ולפקח על יישום המענים המיידים, שיבצע אגף השיקום. המנהלת תשמש גוף מתכלל לכל עבודת המטה הנדרשת לבניית ההמלצות, הנגשת התוכנית ותרגומן לכדי שינוי באגף, ותפעל בשיטת עבודה סדורה של התנעה, יישום וסגירה.

#### 14.2.1. **מטרות ויעדים**

**המטרה:** הפיכת המלצות הוועדה לשינוי ברקיימא בשטח והבטחת ביצוע מלא.

**היעד המרכזי:** יישום של כלל **המלצות הוועדה בתוך שנה**.

14.2.2. **שיטת העבודה ולוחות זמנים** – המנהלת תפעל תחת מנכ"ל משרד הביטחון בתיאום הדוק עם האגף ובשיתוף עם ארגון נכי צה"ל.

14.2.3. **סמכויות ואחריות – הפעלת "מסלול ירוק"** – להבטחת עמידה ביעדים יהיו למנהלת:

- **אישור תכנית העבודה** יחד עם מנכ"ל המשרד
- **סמכות תיעדוף:** קביעת סדר העדיפויות ליישום ההמלצות בהתאם לחסמים בשטח.
- **גמישות תקציבית:** סמכות להסטת משאבים בתוך תקציב היישום המאושר (בכפוף לאישור מנכ"ל).
- **תעדוף בקידום רכש, התקשרויות וגיוס מהיר:** המנהלת תפעל מול גורמי המשרד לשם קידום הרכש הנדרש בקבועי זמן קצרים וגיוס יועצים חיצוניים לקידום הפרויקטים.
- **בקרה על לוחות הזמנים של הפרויקט**

▪ **דיווח ישיר:** קיום פורום שבועי להסרת חסמים מול מנכ"ל המשרד וראש האגף, לקיצור סבבי אישורים.

**14.2.4. חלוקת תחומי אחריות (מנהלת מול אגף) – היישום יתבצע בשני וקטורים משלימים כפי שהוגדר במודל הוועדה:**

**באחריות המנהלת ("האבנים הגדולות"):**

- הקמת רשות עצמאית (תקצוב, מבנה ארגוני, אישור נציבות).
- שיפור שירותי הרפואה: שילוב קופות חולים, הגדרת מחלקה פסיכיאטרית ומתחמים שקטים לנפגעי נפש.
- קידום הטרנספורמציה הדיגיטלית – צוות היישום המשותף של אגף שיקום ותקשוב הנזכר בסעיף 12 יהיה כפוף לפרויקטור במנהלת היישום.
- הקמת מרכזי ועדות רפואיות אזוריים (אבחון וקביעת דרגת נכות) לשם קידום הוועדות הרפואיות.
- פיקוח על המענים שבאחריות האגף.

**באחריות האגף ("מענים מיידיים"):**

- יישום המלצות שאושרו למימוש מייד.
- מתן מענים שוטפים לנפש (בית מאזן לתחלואה כפולה, קבוצות לנשים מתמודדות נפש, מענים לחיילים בודדים וכיו"ב).
- תרגום המלצות הוועדה לחקיקה וקידומן.
- תפעול צעדי החירום: ייעול הטיפול ב-1.4 מיליון הפניות, ייעול שער הכניסה ואיוש כוח אדם שלב א'.

**14.2.5. הקמת צוות רוחבי מחקר ובקרה:** המנהלת תפעיל מערך רוחבי של מעקב ובקרה רציף על כלל שלבי היישום, במטרה לוודא עמידה בלוחות הזמנים ובאיכות השירות הניתן לפצועים. נוסף לכך, המנהלת תהיה אחראית על יחידת מחקר שתלווה את היישום באופן רציף, תמדוד את אפקטיביות המענים ותספק נתונים לדיוק המדיניות.

**14.2.6. ממשקי עבודה:** כדי לוודא את אפקטיביות מנהלת היישום, הוא יפעל בשלושה ממשקים ישירים מול גורמים שונים: ברמת משרד הביטחון באמצעות פורום אסטרטגי (מנכ"ל משרד הביטחון, ראש המנהלת, סמנכ"ל וראש אגף שיקום ויו"ר ארגון נכי צה"ל), מול אגף השיקום באמצעות צוות תיאום ייעודי, ומול גורמי חוץ באמצעות ממשקי עבודה מקצועיים. במסגרת זו תרכז המנהלת את תיעודן המשימות, תיאום הגורמים המעורבים, ניהול החסמים והמעקב אחר התקדמות הביצוע לאורך תקופת היישום.

**15. סיכום משמעויות תקציביות ועלויות מרכזיות**

מימוש הרפורמה המקיפה מחייב השקעה משמעותית, המשלבת תוספת תקציב שנתית קבועה אל מול השקעות חד-פעמיות לבינוי ותשתית. להלן ריכוז העלויות המרכזיות (כלל העלויות מחושבות עבור יישום לפצועי צה"ל בלבד ולא התייחסו לעלויות הנגזרות לנפגעי פעולות איבה):

- 15.1. **ריכוז עלויות שנתיות (שוטף) לפי חישובי משרד הביטחון –**
- 15.1.1. שיפור מענים והרחבת זכאויות קיימות (920 מלש"ח): הרחבת מענים שיקומיים לכלל הפצועים: הוספת טיפולים אלטרנטיביים, טיפולים לבני משפחה, זכאויות דיור ועוד (בניכוי סעיפים המופיעים ב"נפש אחת" בסך 114 מלש"ח).
- 15.1.2. חיזוק המערך הרפואי של אגף השיקום, אם באמצעות הרחבת מערך השירות הרפואי עם הוספת קופות החולים כספק שירותים רפואיים, ואם באמצעות חיזוק המערך הרפואי באגף השיקום בכוח אדם ובאמצעים טכנולוגיים (200 מלש"ח).
- 15.1.3. תוספת כוח אדם (120 מלש"ח): הגדלת יחס עו"ס ואיש קשר (POC) למטופל בהתאם למודל השירות החדש.
- 15.1.4. השלמת רפורמת "נפש אחת" (346 מלש"ח): כולל השלמת פרקי חקיקה (226 מלש"ח), סיוע משפטי (120 מלש"ח) ותוכניות לפצוע המתבגר (50 מלש"ח).
- 15.1.5. הקמת רשות עצמאית (50 מלש"ח): עלות שנתית שוטפת למימון התקנים החדשים למטה ולמחוזות.
- 15.1.6. המלצות נוספות (כ־100 מלש"ח): תוכנית תל"מ בצה"ל, ממשקים מול רשויות מקומיות ושדרוג שער הכניסה.
- 15.2. **ריכוז עלויות חד־פעמיות – סה"כ כ־458 מיליון ש"ח**
- 15.2.1. תשתיות טכנולוגיות (398 מלש"ח): הקמת מערכת "אופק", תחזוקת "שמ"ש" עד לסגירתה ותגבור צוותי פיתוח בפריסה ל־5 שנים. לאחר 5 שנים, העלות השנתית צפויה לרדת.
- 15.2.2. הקמת הרשות העצמאית – בינוי והערכות (60 מלש"ח): עלות חד־פעמית הכוללת בינוי, מיתוג ארגוני כולל וגיוס כוח אדם ראשוני למטה.
- עמדת האוצר היא כי החישובים התקציביים נעשו במשרד הבטחון ולא עברו בחינה ותיקוף של אגף התקציבים באוצר ואין אפשרות להסתמך עליהם.

**המלצות נוספות שנדונו:**

16. **העדפת מתן שירותים "בעין" על פני תגמול כספי:** הוועדה ממליצה לעבור מתפיסת "פיצוי" לתפיסת "שיקום", תוך העדפת אספקת שירותים וטיפולים באופן ישיר על פני תשלומים כספיים, הנוטים להישחק ואינם מבטיחים את איכות הטיפול.

**16.1 סיוע למי שזקוקים לעזרה של אדם אחר:**

הוועדה ממליצה להבחין בין שני מסלולי סיוע למי שזקוקים לעזרת אדם אחר:  
א. ליווי למי שתלוי בעזרת הזולת בביצוע חמשת פעולות היוסיום (ADL) – לבישה, אכילה, ניידות, רחצה, היגיינה אישית): עד 2 שעות ליווי יומיות – תשלום בכסף, מעל 2 שעות ליווי יומיות – מימוש ב"עין".

ב. חונכות: אנשים הזקוקים לליווי פעולות יום-יום הנחוצות לניהול חיים עצמאיים בקהילה (IADL – הכוללות לדוג' ניהול כספים, בירוקרטיה, נטילת תרופות, קניות כיוב') – לעניין זה יינתנו שירותי חונכות בעין לכל מי שזקוק לסיוע בפעולות אלו.

הוועדה ממליצה שהאגף יצא למכרז חדש כדי לשפר את איכות כוח האדם והיצע החונכים.

16.2 **הרחבת סל הטיפולים האלטרנטיביים:** כנזכר בסעיף 5.1, הוועדה ממליצה להרחיב את הזכאות לכלל פצועי צה"ל כשירות בעין בשיטת ההסדר (באמצעות האפליקציה) בהיקף טיפולים של אחת לשבוע.

17. ניידות: הוועדה החליטה שלא לבצע שינוי בנושא הניידות.

לעמדת משרד האוצר, על מנת לאפשר את הרחבת המענים, יש לבצע במקביל תהליכי התייעלות ובניהם שינוי במבנה הזכאות לרכב הרפואי.

18. **לימודים:** הוועדה ממליצה לשנות את מנגנון המימוש, כך שעם ההרשמה ללימודים יינתן החזר על שכר הלימוד וכן סל שנתי בדחיפה בגובה 4,560 ₪ לכל סטודנט באמצעות הצגת מסמך רישום שנתי. לצד זאת יינתנו דמי קיום בתגמול החודשי ושיעורי עזר שימומשו באמצעות מכונים.

**19. ממשקי עבודה עם גופים נוספים**

הפיצול בממשקים והיעדר שיתוף מידע בין הגורמים השונים הבאים במגע מול הפצוע, פוגעים ברצף הטיפול ובמיצוי הזכויות. ההמלצות בתחום זה נועדו להסדיר את הממשקים ולבסס מעטפת שיקום מתואמת ורציפה.

19.1 **הצבת איש קשר ייעודי ברשויות:** מינוי גורמי קישור ברשויות המקומיות למתן מענה רציף ומתואם לצורכי הפצועים ומשפחותיהם בקהילה.

19.2 **מענה לטיפול בילדי הפצועים במשרד החינוך:** הוועדה ממליצה כי משרד החינוך יגבש תוכנית למתן מענים עבור ילדי הפצועים במערכת החינוך

19.3 **חיזוק הממשק של האגף מול הרשויות המקומיות:** הרשות היא חלק ממעטפת השיקום וחשובה למתן המענה ההוליסטי למשפחה. לכן יש צורך להסדיר את הממשקים להעברת המידע בין האגף לרשויות.

19.4 **ממשקים מול משרדי הממשלה:** בהתאם להמלצה 2, הוועדה ממליצה להעביר מידע ממשרדי הממשלה ומגופים ציבוריים רלוונטיים לאגף השיקום וממנו אליהם, לצורך מיצוי

זכויות אקטיבי, המבוסס על שיתוף מידע עם המוסד לביטוח לאומי ומשרדי התחבורה, השיכון, הבריאות והחינוך והרשויות המקומיות.

## 20. אופן מתן הזכאויות – יצירת דרגות נכות קבועות ואיחוד זכאויות:

ריבוי סוגי הזכאויות (למעלה מ-300) יוצר קושי בירוקרטי המכביד על מיצוי זכויות באופן עצמאי. ההמלצות בתחום זה מיועדות לפשט את המערכת ולקדם מנגנון פרו-אקטיבי של העברת כספים, ללא צורך להגיש בקשות וקבלות.

הוועדה ממליצה לבחון להחליף את 101 דרגות הנכות הקיימות בשש מדרגות זכאות ברורות: נכות 20%-34%, נכות 35%-49%, נכות 50%-69%, נכות 70%-89%, נכות 90%-100%, נכות מיוחדת (+100%). משמעות הדבר היא שהקצבה החודשית שתשולם תהיה על בסיס טווח הנכות הברור, ותגלם בתוכה את מרבית הרכיבים הכספיים הניתנים כיום בנפרד. בכך יתייתר הצורך להגיש בקשה כדי לקבל את הזכות ולהציג מסמכים, דבר שמביא לכך שרבים אינם מממשים את זכותם.

נושא זה נותר במחלוקת בוועדה ולכן דורש עיבוד ודיוק נוסף. עלו שתי הצעות ללא הגעה להסכמה: הצעה ראשונה כנ"ל, כאשר כל הקבוצה תקבל לפי המקסימום של אותה קבוצה כולל גילום ההטבות, והצעה שנייה היא שכל קבוצה תקבל ממוצע משוקלל של אותה קבוצה ללא גילום הזכאויות הכספיות.

## 20. פערים בטיפול הרפואי ברמה הלאומית

המלחמה האחרונה חשפה את המערכת הרפואית במדינה לפציעות קשות ומורכבות שלא הכרנו בעבר, וזאת הודות לטיפול הרפואי המהיר והמציל חיים בשטח, הפינוי המהיר והטיפול המידי בבתי החולים.

עקב כך, התברר כי בשני נושאים חשובים רמת הידע והטיפול הרפואי בארץ לא עומדים בסטנדרט הגבוה ביותר. בעקבות כך לעיתים יש צורך להפנות את הפצועים לטיפולים בחו"ל עם כל המורכבות הרפואית, האישית והמשפחתית הכרוכה בכך:

- תחום הטיפול בנפגעי ראש/מוח קשים
- תחום הפרותזות

הוועדה ממליצה למשרד הבריאות ולמשרד הביטחון להקים צוות משותף של מומחים מתחום הבריאות, האקדמיה והטכנולוגיה, שיציעו פתרונות בתחום ההכשרה, המחקר, הציוד הרפואי, הפיתוח הטכנולוגי והקשר עם מוסדות בחו"ל, כדי לשדרג את השיקום והטיפול בפצועי צה"ל בשני נושאים אלו.

## 21. הבחנה בין אוכלוסיות

### 21.1 הבחנה בין פצועי צה"ל שונים

הוועדה סבורה כי הבחנה בין פצועים (לוחמים ותומכי לחימה) שנפצעו בפעילות מבצעית לבין פצועים שנפצעו לא בפעילות מבצעית הינה סוגיה שחורגת ממסגרת עבודת הוועדה בהרכבה הנוכחי, שכן מדובר בסוגיה מדינית-נורמטיבית המגלמת את האחריות החוקית והמוסרית של המדינה לחיילי צה"ל המגויסים לפי הוראות הדין. על כן הוועדה מוצאת לנכון להדגיש כי חוק הנכים מבוסס על מבחן הקשר הסיבתי בין הפגיעה לבין השירות,

ואינו קובע מדרוג פנימי לפי סוג התפקיד, רמת הקרביות או אופי השירות. יצירת הבחנה בין לוחמים למי שאינם לוחמים הייתה מחייבת קביעת קריטריונים מורכבים של סיווג, חשיפה לסיכון ורמות זכאות, ועלולה הייתה לפגוע בעקרון האחראיות הכוללת של המדינה כלפי מי שנפגעו במהלך שירותם. נוסף על כך, מהלך כזה צפוי לעורר קשיים משפטיים, יישומיים ניכרים, ולכן המלצות הדו"ח נותרו אחידות וחלות על כלל פצועי צה"ל המוכרים באגף השיקום.

## **21.2 הבחנה בין פצועי צה"ל לנפגעי פעולות האיבה**

שאלת ההבחנה בין נפגעי פעולות איבה לפצועי צה"ל נוגעת ליחס בין שני הסדרים חקיקתיים נפרדים ולסוגיות יסוד של אחריות המדינה, שוויון בין אוכלוסיות והשלכות תקציביות רחבות. לנוכח זאת, מדובר בסוגיה מדינית-נורמטיבית החורגת ממסגרת עבודת הוועדה, שהתמקדה במבנה המענה והשירות באגף השיקום. בהתאם, הוועדה לא המליצה במסגרת דו"ח זה לשנות את המנגנון הקיים או לקבוע הבחנה בין האוכלוסיות.

## העמקה בהמלצות הוועדה

### ז. סיכום דיון והמלצות בנושאי הרוחב:

במסגרת עבודתה, בחנה הוועדה מספר סוגיות רוחב בעלות השלכה מערכתית על מדיניות הזכאות, מבנה המענה והקצאת המשאבים באגף השיקום.

בכלל זה נדונו שאלת הדיפרנציאציה בין סוגי חיילים ואוכלוסיות זכאים; סוגיית ההצמדה לזכויות נפגעי פעולות איבה; היקף האחריות כלפי בני המשפחה; מדיניות התעסוקה והשילוב בשוק העבודה; ותפקידן של עמותות, ארגוני החברה האזרחית ורשויות מקומיות במערך השיקום.

סוגיות אלה מהוות נדבך עקרוני במודל המענה המוצע, והמלצות הוועדה בעניין מפורטות להלן.

נושאי הרוחב (לחלק לפי הנושאים):

#### 1. דיפרנציאציה במענים בין סוגי שירות ונסיבות פציעה

##### א. מהות הסוגיה וההקשר הנורמטיבי

סוגיית הדיפרנציאציה בין סוגי חיילים עוסקת בשאלה אם לצורך קביעת זכויות, היקף תגמולים ומענים שיקומיים, יש מקום להבחין בין קבוצות שונות של משרתים שנפגעו במהלך שירותם הצבאי. בין היתר נדונה האפשרות להבחין בין חיילי חובה, חיילי מילואים ואנשי קבע, בין לוחמים לבין תומכי לחימה ובעלי תפקידים עורפיים, וכן בין מאפייני שירות שונים או רמות סיכון שונות.

חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט–1959, עוצב מראשיתו כמסגרת אחידה החלה על כלל הנפגעים עקב שירותם הצבאי. החוק אינו קובע מדרוג זכויות פנימי לפי סוג התפקיד, רמת הקרבות או אופי השירות, אלא נשען על מבחן הקשר הסיבתי בין הפגיעה לבין השירות. מבנה זה שיקף לאורך השנים תפיסה של אחריות ממלכתית כוללת כלפי מי שנפגעו בעת שירותם.

עם זאת, במהלך השנים עבר החוק שינויים ותיקונים, ובכלל זה תיקון גורן, אשר יצר הבחנה מסוימת בשער הכניסה להכרה והבהיר את גבולות תחולתו של החוק ביחס למצבים שאינם ייחודיים לשירות הצבאי. שינוי זה שימש כרקע לדיון הנוכחי, שכן הוא מלמד כי אף שמבנה החוק יציב, הוא אינו חסין מבחינה מחודשת.

הנושא עלה לדיון על רקע גידול ניכר בהיקף המוכרים באגף השיקום, שינוי במאפייני הפגיעות, והצורך לבחון את מבנה הזכאויות בראייה ארוכת טווח. במסגרת זו נשאלה השאלה אם שמירה על אחידות מלאה במבנה הזכויות היא הדרך הראויה, או שמא קיימת הצדקה להבחין בין קבוצות שונות של משרתים.

##### ב. הדיון שהתקיים והעמדות שהוצגו

הסוגיה נדונה במספר ישיבות מליאה, ובמהלכן נשמעו עמדותיהם של גורמי המקצוע השונים.

נציגי צה"ל ומשהב"ט הציגו את עמדתם שלפיה השירות הצבאי, על כלל רכיביו, מבוצע מכוח חובת גיוס או התחייבות מדינתית, וכי הפגיעה – גם כאשר אינה מתרחשת במסגרת פעילות לחימה – היא

פגיעה שאירעה במסגרת שירות למדינה. לעמדתם, יצירת מדרוג זכויות לפי סוג התפקיד עלולה לפגוע בעקרון האחריות הכוללת של המדינה כלפי משרתיה וליצור הבחנה ערכית בין סוגי שירות. נציגי משהב"ט סברו שאין מקום להבחנה.

ארגון נכי צה"ל הביע עמדה עקבית שלפיה אין מקום להבחנה פנימית בזכויות בין לוחמים, תומכי לחימה ואחרים, שכן כל הפגיעה התרחשה במסגרת שירות למדינה, ומבנה אחיד משקף את תפיסת ההוקרה הממלכתית.

מן העבר השני, נציגי משרד האוצר הציגו את תמונת המצב התקציבית והדגישו את מגבלת המשאבים ואת הגידול החד במספר המוכרים. לעמדתם, שמירה על מבנה אחיד של זכויות לכלל האוכלוסייה מגדילה במידה ניכרת את הנטל התקציבי, ויש מקום לבחון אם התאמות מסוימות עשויות לאפשר הקצאה מדויקת יותר של משאבים לאוכלוסיות בעלות צרכים חמורים יותר.

בדיון הובהר כי דיפרנציאציה אפשרית עשויה להתבסס על מגוון קריטריונים, סוג שירות, אופי תפקיד, רמת חשיפה לסיכון, אולם כל אחד מקריטריונים אלה מעורר קושי מעשי ומשפטי. קביעת מדרגות קרבות או רמות סיכון מחייבת הגדרות מדויקות ואחידות לאורך זמן, ואינה פשוטה ליישום במערכת רחבה ורב־שנתית.

#### ג. בחינת הוועדה והמלצתה

הוועדה נתנה דעתה למכלול ההיבטים שעלו בדיון – ההיבט הערכי של אחריות המדינה כלפי משרתיה; ההיבט המוסדי של מבנה חוק הנכים; וההיבט היישומי והתקציבי.

הוועדה סברה כי יצירת דיפרנציאציה בזכויות בין סוגי חיילים מהווה שינוי מבני מהותי בחוק הנכים, אשר חורג ממסגרת עבודתה. עבודת הוועדה התמקדה בבחינת מבנה המענה והשירות באגף השיקום, ולא בבחינה כוללת של עקרונות היסוד של החוק.

עוד סברה הוועדה כי שינוי מסוג זה מחייב בחינה חקיקתית רחבה, הכוללת הערכה כוללת של השלכותיו החברתיות, הערכיות והתקציביות, ואינו יכול להיעשות כחלק ממהלך תפעולי או ארגוני.

נוכח האמור, החליטה הוועדה שלא להמליץ על יצירת מדרוג זכויות פנימי בין סוגי חיילים במסגרת דו"ח זה. המלצות הוועדה בדו"ח חלות על כלל פצועי צה"ל המוכרים באגף השיקום, ללא הבחנה לפי סוג השירות או התפקיד. עם זאת, הוועדה מציינת כי שאלת גבולות חוק הנכים ומבנה הזכאויות עשויה להצדיק בחינה עתידית במישור המדיניות הכוללת, וכי ראוי שסוגיה זו תיבחן בפורום מדיני חקיקתי מתאים.

## **2. הצמדה לנפגעי פעולות איבה**

### א. מהות הסוגיה וההקשר הנורמטיבי

במהלך עבודתה נדרשה הוועדה לבחון את סוגיית ההצמדה בין זכויות פצועי צה"ל לבין זכויות נפגעי פעולות איבה. סוגיה זו נוגעת למנגנון הקיים, שלפיו שינויים מסוימים בזכויות ובהטבות הניתנות לפצועי צה"ל משליכים, באופן ישיר או עקיף, גם על זכויות נפגעי פעולות איבה, ולהפך.

הצמדה זו התגבשה לאורך השנים על רקע תפיסה ציבורית שלפיה המדינה חבה חובת אחריות כלפי מי שנפגעו עקב הסכסוך הביטחוני, בין במסגרת שירות צבאי ובין כאזרחים שנפגעו מפעולות איבה.

בפועל, זכויות שתי האוכלוסיות מוסדרות בחקיקה נפרדת – חוק הנכים מחד, וחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה מאידך – אך נוצרו לאורך השנים מנגנוני השוואה והקבלה ביניהם.

הנושא עלה לדיון במסגרת עבודת הוועדה על רקע שני תהליכים משמעותיים: האחד – הגידול החד במספר נפגעי פעולות איבה בעקבות אירועי אוקטובר 2023; והשני – המשמעות התקציבית של מנגנוני ההצמדה, במיוחד כאשר מספרי האוכלוסיות מתקרבים זה לזה בהיקפם.

#### ב. הדיון שהתקיים והעמדות שהוצגו בפני הוועדה

בישיבות המליאה הוצגה סקירה מטעם המוסד לביטוח לאומי, אשר מופקד על יישום חוק נפגעי פעולות איבה, וכן הוצגו נתונים בדבר היקף ההכרה והגידול במספר הזכאים בשנים האחרונות. מן הנתונים עלה כי מאז אירועי 7 באוקטובר השתנה מהותית היקף האוכלוסייה, וכי היחס המספרי בין נפגעי פעולות איבה לבין פצועי צה"ל השתנה במידה ניכרת לעומת השנים הקודמות.

נציגי הביטוח הלאומי וארגון נפגעי פעולות איבה הדגישו כי ההצמדה בין האוכלוסיות משקפת מדיניות ציבורית ארוכת שנים, המבוססת על תפיסת שוויון ערכי בין מי שנפגעו בשל פעילות עוינת, אם במסגרת שירות צבאי ואם כאזרחים. לעמדתם, יצירת פערים משמעותיים בין הזכויות עלולה לפגוע בתחושת השוויון ובסולידריות הציבורית.

נציגי משרד הביטחון, צה"ל וארגון נכי צה"ל הציגו קושי ממשי הנוצר מההצמדה במתכונתה הנוכחית, בין היתר נוכח גידול ניכר במספר נפגעי פעולות האיבה לאחר אירועי ה-7 באוקטובר, המשליך ישירות על היכולת לקדם תיקוני חקיקה ושיפור זכויות לפצועי צה"ל. נוסף על כך, הם עמדו על ההבחנה הנורמטיבית בין פגיעה שאירעה במסגרת שליחות מדינתית מכוח גיוס או התחייבות לבין פגיעה אזרחית, והדגישו כי חוק הנכים נשען על עקרון אחריות שילוחית של המדינה כלפי משרתיה.

נציגי משרד האוצר הציגו את ההשלכות התקציביות של ההצמדה, במיוחד נוכח השינוי בהיקף האוכלוסיות. הובהר כי כל שינוי בזכויות במסגרת חוק הנכים עשוי להשליך באופן אוטומטי או בפועל גם על אוכלוסיית נפגעי פעולות איבה, ולהגדיל את ההוצאה הציבורית בהיקף ניכר.

במהלך הדיון עלתה גם שאלת הוודאות הנורמטיבית: מנגנון ההצמדה אינו מעוגן תמיד בהוראה מפורשת אחת, אלא נשען על מדיניות והסדרים שהתפתחו לאורך זמן, דבר המעלה שאלות בדבר אופן הסדרתו בעתיד.

#### ג. בחינת הוועדה והמלצתה

הוועדה נתנה דעתה למכלול השיקולים שהוצגו בפניה – השיקול הערכי בדבר שוויון בין נפגעים; ההבחנה הנורמטיבית בין מסגרות החקיקה; והמשמעותיות התקציביות של מנגנון ההצמדה. הוועדה סברה כי שאלת המשך ההצמדה או שינוי מבנה ההקבלה בין שתי האוכלוסיות אינה סוגיה תפעולית או ארגונית, אלא סוגיה מדינית-נורמטיבית רחבה. הכרעה בנושא זה מחייבת בחינה כוללת של מדיניות המדינה ביחס לשתי האוכלוסיות, של מבנה החקיקה הקיים ושל ההשלכות התקציביות ארוכות הטווח.

נוכח האמור, הוועדה אינה ממליצה במסגרת דו"ח זה לשנות את מנגנון ההצמדה הקיים. הוועדה סבורה כי ראוי שסוגיה זו תיבחן בפורום מדיני-חקיקתי רחב, אשר יוכל לשקול את מכלול ההיבטים הערכיים, החברתיים והתקציביים.

המלצות הוועדה בדו"ח זה ניתנות אפוא ביחס למערך השיקום של פצועי צה"ל, מבלי להתייחס לשינוי במנגנון ההצמדה.

### 3. משפחה

#### א. מהות הסוגיה וההקשר הנורמטיבי

סוגיית האחריות כלפי בני המשפחה עוסקת בשאלה באיזו מידה על המדינה לספק מענים טיפוליים, כלכליים ושיקומיים ישירות לקרוביו של הפצוע (בני זוג, הורים וילדים). נקודת המוצא היא כי פגיעה, ובפרט פגיעה נפשית כרונית, אינה אירוע מבודד, אלא אירוע מערכתי המטלטל את התא המשפחתי כולו. כיום, הזכויות מוענקות למטופל עצמו, מה שמייצר לעיתים תלות מוגברת וחיכוך פנים-משפחתי סביב מימוש הזכויות. הצורך להרחיב את המענים עבור המשפחה נולד מתוך ההבנה כי חוסנה של המעטפת המשפחתית הוא מנבא משמעותי ביותר להצלחת השיקום של הנכה.

#### ב. הדיון שהתקיים והעמדות שהוצגו

הנושא נדון בהרחבה בפני הוועדה. חברי הוועדה, ובראשם פרופ' יוסי לוי בלז, הדגישו כי בשלבי ההסתגלות הראשוניים (עד שנתיים מהפגיעה), המשפחה זקוקה ל"מרחב נשימה" המאפשר לעבד את הטראומה. ארגון נכי צה"ל הציג את הקושי במבנה הקיים, שבו זכויות המיועדות לבן המשפחה (כמו טיפול נפשי או עזרה בבית) מועברות דרך הפצוע. לעמדתם, יש להגדיר "קרוב משמעותי" וליצור הפרדה תקציבית שתאפשר להעביר זכויות ישירות אליו. נציגי אגף השיקום הציעו לבחון מודל של "סל שירותים למשפחה" בתקופת ההסתגלות, הכולל הדרכות להורים ובני זוג של מתמודדי פוסט-טראומה. בדיון עלה החשש כי ללא הדרכה מקצועית, בני המשפחה עלולים להפוך למטפלים בעל כורחם, דבר שוחק ופוגע ביציבות המשפחתית. הוועדה דנה גם בצורך לסייע לוגיסטית (סידורים, בייביסיטר), כדי לאפשר למשפחה פניות רגשית לליווי הפצוע. להכניס לתקציב ליווי והדרכה לבני משפחה.

#### ג. בחינת הוועדה והמלצתה

הוועדה מכירה במשפחה כעוגן אסטרטגי בשיקום. המשפחה אינה רק דורשת מענה – היא גם מספקת תמיכה משמעותית עבור הפצוע. לכן הוועדה סבורה כי יש לעגן את מעמדה בחקיקה ובתקנות באופן מובחן בצירים האלו:

1. **איש קשר למשפחה**: מוצע כי איש הקשר של הפצוע באגף השיקום ישמש גם כגורם מקשר ומתכלל עבור המשפחה. יו"ר ארגון נכי צה"ל הדגיש כי יש להגדיר גבולות ברורים: האגף אמון על הטיפול בפצוע בלבד, ואינו אחראי על הטיפול במשפחה. יש לוודא שהקשר ממוקד בטיפול בפצוע כדי למנוע עומס יתר.
2. **תשלום אובדן שכר לבן משפחה מלווה עבור אשפוז יום**: מתן פיצוי בגין אובדן שכר למלווה כאשר אשפוז היום עולה על מחצית השבוע ועל 4 שעות יומיות, בדומה למודל הביטוח הלאומי.
3. **גישור על הפער בין תקופת האשפוז למעבר לקהילה**: הארכת תקופת הפיצוי על אובדן עבודה מ-3 ל-6 חודשים במקרים מורכבים – פצועים בינוני/קשה שאושפזו מעל 30 יום ולמי

שאושפז בבית מאזן מעל 14 ימים רצופים. עבור פצועים למעלה מ-100% נכות, (כגון פגועי ראש וסיעודיים) הארכת תקופת הפיצוי לשנה.

4. **זכאויות שמיועדות לבן המשפחה באופן ישיר**: הפצוע יבחר את בן המשפחה המלווה, ומרגע זה הזכאויות הרלוונטיות ישולמו ישירות לחשבון המלווה ולא לחשבון הפצוע. זכאויות הילדים יוסיפו להשתלם לפצוע (מחלוקות יובהרו בבימ"ש לענייני משפחה), כאשר מימוש ההמלצה מותנה בהיערכות מחשובית ודיגיטלית.

5. **המלצות נוספות** בנוגע למסגרות חינוך לילדי פצועים (מעונות וצהרונים, קייטנות, פנימייה וחונכות) וטיפול נפשי לבני/ות משפחה נידונו בהרחבה בצוות זכאויות.

#### 4. תעסוקה

##### א. מהות הסוגיה וההקשר הנורמטיבי

תעסוקה היא מרכיב ליבה בזהות האנושית ובשיקום הנפשי והחברתי. האתגר התעסוקתי של פצועי המלחמה האחרונה הוא חסר תקדים בהיקפו: כ-50% מהפצועים הם בני פחות מ-30, שלב שבו בני גילם בונים את מסלול הקריירה שלהם. פגיעה בשלב זה עלולה לקטוע את רצף ההתפתחות המקצועית ולהוביל לנסיגה תפקודית ארוכת טווח. הסוגיה עוסקת בצורך לעבור ממודל של "פיצוי כלכלי" למודל של "שיקום תעסוקתי אקטיבי", תוך הסרת חסמים מבניים ופסיכולוגיים בשוק העבודה.

##### ב. הדיון שהתקיים והעמדות שהוצגו

בישיבה השביעית (21.01.2026) הוצגו נתונים המצביעים על כך שעד 2028 יטפל אגף השיקום בכ-100,000 פצועים, כאשר למעלה ממחציתם מתמודדים עם פגיעות נפשיות המשפיעות ישירות על יציבות תעסוקתית. עמדת האוצר היא כי הנתונים אינם מדויקים. נציגי אגף התעסוקה בארגון נכי צה"ל וישירות התעסוקה הדגישו את "מלכודת הרווחה" – מצב שבו הפצוע חושש לצאת לעבודה מחשש לאובדן תגמולים. כמו כן, עלה הצורך להתאים את המענה לעומס הטיפולי; פצועים רבים אינם מסוגלים להשתלב במשרה מלאה בשל הצורך בטיפולים רפואיים ונפשיים תכופים. נציגי המגזר העסקי והעמותות (כמו נט"ל ופורום "בחזרה למסלול") הציגו את פערי האמון: מעסיקים חוששים מהעסקת מתמודדי נפש בשל חוסר יציבות פוטנציאלי, והפצועים חוששים מחוויית כישלון נוספת. הוצג מודל ה-RTW (Return to Work) המדגיש חזרה מוקדמת ככל הניתן למעגל העבודה, אפילו באופן חלקי, כחלק מהטיפול.

#### **עמדת משרד האוצר כפי שהוצגה במליאה ולא התקבלה ע"י שאר חברי הוועדה:**

**התאמת מודל הזכאות**: לעמדת משרד האוצר כפי שהוצגה בוועדה נדרשים מספר שינויים נוספים להתאמת מודל הזכאויות כך שיעודד את תעסוקת הנכים:

5.1.1. **שינוי מודל הזכאות לנכי צה"ל בטווח הנכות 20%-34%**: מתוך הבנה שמנגנון של תמיכה מתמדת עם קצבאות חודשיות וזכאויות נלוות מתאים לנכים קשים, ושימוש במנגנון כזה לנכים קלים עלול לעודד תלות ונתמכות במקום שילוב ועצמאות. לצד העובדה הכלכלית כי הכנסה שוטפת שאינה מעבודה פוגעת ברמת ואיכות התעסוקה, יבוצעו התאמות במודל הנכות לנכים בטווח באופן הבא:

5.1.1.1. בשנתיים הראשונות לנכי 20%-34% תהיה בחירה בין שתי אפשרויות: (1)

כניסה למסלול הרגיל לנכי צה"ל באגף השיקום. (2) קבלת מענק חד פעמי,

המשך קבלת טיפול רפואי באחריות האגף, מענים שיקומיים וזכויות לימודים. הנכים לא יקבלו קצבה חודשית, זכויות בתחום הדיור, תגמול לאובדן כושר עבודה, וזכאויות כספיות פרטניות.

- 5.1.1.2. לאחר שנתיים כלל הנכים בטווח יעבור לטופל במסגרת האפשרות השנייה.
- 5.1.2. **שינוי מודל הקצבאות בטווח 35%-49%**: על בסיס העקרונות שהוצגו בתת-הסעיף הקודם, המרת הקצבה החודשית במענקים שנתיים/רבעוניים.
- 5.1.3. **סלי שיקום**: המרת עשרות הזכאויות הכספיות הפרטניות בסל שיקום גמיש שינתן הוצאה על שימושי שיקום.

### ג. בחינת הוועדה והמלצתה

- הוועדה רואה בתעסוקה זכות וחובה שיקומית, וממליצה לשנות פרדיגמה במערך המענים:
1. **שיתוף פעולה ממסדי ומסלולים ייעודיים**: גיבוש המלצה לשיתוף פעולה מובנה בין אגף השיקום, שירות התעסוקה, זרוע העבודה וארגון נכי צה"ל. המודל יישען על המשאבים הקיימים בשירות התעסוקה (פריסה ארצית ותשתית מחקרית) ליצירת מסלול ייעודי ("fast track") לפצועי צה"ל, תוך שמירת אחריות העל לשיקום בידי אגף השיקום.
  2. **מודל תמריצים מדורג להסרת "מלכודת הרווחה"**: אימוץ מנגנון המאפשר לקבל תגמול מלא לצד שכר עבודה למשך תקופה משמעותית (שנה ואף יותר), במטרה לייצר תמריץ כלכלי חזק להיכנס למעגל העבודה ולהסיר חסמים פסיכולוגיים. הקיזוז בתגמולים יבוצע בהדרגה רק לאחר ביסוס ההשמה ותקופת ההסתגלות. בדיוני מליאת הוועדה הוחלט לבחון המלצה זו לאחר בחינת משמעות מימוש שינוי מנגנון הקיזוז הקיים היום.
  3. **מעטפת תמריצים למעסיקים והכשרה**: מיקוד המשאבים בסבסוד תקופת ההכשרה והחודשים הראשונים להעסקה, לצד ליווי מתמשך למעסיק לפתרון סכסוכי עבודה. הוועדה ממליצה לחזק את ההכרה הציבורית ("תו תקן" ומיתוג מעסיק) ולהפעיל תוכניות שילוב ייעודיות בצה"ל, במשרד הביטחון ובמגזר הציבורי כמעסיקים מדגימים.
  4. **מענה ייעודי לחסמים ואיכות השמה**: הקמת מערך ליווי אישי ומתמשך הנותן מענה לחסמים לא-כלכליים (נפשיים ותפקודיים). המענה יתמקד בהשמה איכותית (בדגש על תעשיות ביטחוניות והייטק) המותאמת לכישורי הפצוע, תוך הכשרת מעסיקים לביצוע התאמות נדרשות בסביבת העבודה ומניעת השמה במשרות שאינן הולמות ("שכר מינימום").

### 5. עמותות

#### א. מהות הסוגיה וההקשר הנורמטיבי

המגזר השלישי בישראל מהווה זרוע ביצועית וחדשנית בליבת מערך השיקום. עמותות רבות פועלות כיום במהירות, בעומק ובפריסה גאוגרפית העולים לעיתים על המענה הממשלתי. הסוגיה עוסקת בצורך להסדיר את מערכת היחסים בין המדינה לבין העמותות – ממעבר של "תחרות" או "כפל שירותים" למודל של שותפות אסטרטגית מוסדרת (Ecosystem). האתגר המרכזי הוא להבטיח את איכות השירות, שוויון בנגישות לכלל הפצועים ופיקוח על הסטנדרטים המקצועיים של גופים פרטיים הפועלים מטעם המדינה.

ב. הדיון שהתקיים והעמדות שהוצגו

בישיבה השמינית (28.01.2026) נדון המתווה המוצע להסדרת העבודה מול העמותות. גורמי המקצוע ציינו כי כיום קיימים מודלים שונים של התקשרות (תמיכות, מכרזים, קניית שירותים), אך חסר מנגנון תכלול מרכזי. נציגי העמותות (נט"ל, ארגון נכי צה"ל) הציגו את הערך המוסף שלהן – גמישות, מומחיות ספציפית (כגון פוסט-טראומה) ויכולת לייצר קהילה. מנגד, עלה הצורך בסטנדרטיזציה; לא ייתכן שפצוע המטופל בעמותה אחת יקבל מענה איכותי משמעותית מפצוע אחר בשל הבדלי תקציב או משאבים של העמותה. נציגי משרד הביטחון הדגישו את האחריות השילוחית של המדינה. לעמדתם, יש להבטיח שכל עמותה הפועלת עם פצועי צה"ל תעמוד בסטנדרטים של בקרה ופיקוח.

ג. בחינת הוועדה והמלצתה

הוועדה ממליצה לחזק ולהעמיק את עבודת אגף השיקום עם העמותות, לרבות הגברת התמיכה של משרד הביטחון בעמותות המספקות מענים ייעודיים לפצועי צה"ל, ובחינת הקמת פונקציה ייעודית בתוך אגף השיקום שתהא אמונה על ניהול הקשר עם העמותות. פונקציה זו תעסוק בפיתוח שיתופי פעולה, בתיאום בין המחוזות לעמותות הפועלות בשטח, ובהרחבת הממשק גם עם עמותות שאינן פועלות כספקים פורמליים, אך תורמות בפועל למערך השיקום. הוועדה סבורה כי גיבוש תפיסת עבודה סדורה מול העמותות, הנשענת על שותפות, תיאום והשלמה הדדית, ימצה ביעילות רבה יותר את היכולות הקיימות בשדה, יתרום לרצף טיפולי ושיקומי, ויחזק את המענה הכולל הניתן לפצועי צה"ל כחלק ממערכת שיקום רחבה, גמישה ומותאמת לצרכים המשתנים.

יש להקים מנגנון מקצועי אשר יבחן פניות של עמותות המציעות טיפולים לפני ההתקשרות עם העמותות כספק.

**6. רשויות מקומיות**א. מהות הסוגיה וההקשר הנורמטיבי

הרשויות המקומיות מהוות שחקן מרכזי במעטפת השיקום בשל קרבתן למשפחה והיכרותן עם הקהילה. הסוגיה עוסקת בפוטנציאל של הרשות כמרחב למענה הוליסטי למשפחה ולחיזוק החוסן הקהילתי. האתגר המרכזי הוא היעדר מענה שיטתי לפצועים עצמם ברמה המוניציפלית, הנובע מהיעדר זרימת מידע וממשק מוסדר בין אגף השיקום לשלטון המקומי.

ב. הדיון שהתקיים והעמדות שהוצגו

נציגי מרכז השלטון המקומי הציגו ניסיון בעבודה מול משרד הביטחון, אך ציינו כי טרם נבנה מענה שיטתי לפצועים. הודגש הצורך הקריטי בדאטה (זהות הפצועים, מצב משפחתי ותעסוקתי) בדומה למנגנון הקיים מול ביטוח לאומי עבור נפגעי פעולות האיבה. אגף השיקום הציג נוהל קשר חדש בין המחוזות למחלקות הרווחה, אך בדיון הודגש כי מענה זה אינו מספק ללא ראייה עירונית כוללת. חברי הוועדה ציינו כי קיימים מנגנונים חוקיים וטכניים להעברת המידע, וכי מדובר בשאלה של החלטה. הובעה תמיכה במינוי איש קשר ייעודי ברשויות, בכפוף להסדרה תקציבית וסמכויות ברורות, כדי ליצור מערך שאינו תלוי בעובד סוציאלי בודד.

ג. בחינת הוועדה והמלצתה

הוועדה ממליצה על הצעדים האלו למיסוד תפקיד הרשויות המקומיות:

1. מיסוד ממשק העברת מידע: יש לפעול כדי ליצור ממשק העברת מידע בין אגף השיקום לרשויות המקומיות (בדומה למודל מול הביטוח הלאומי) כדי להנגיש שירותים מותאמים.
2. מינוי איש קשר ייעודי לתכלול: על השלטון המקומי לשקול למנות איש קשר ייעודי בכל רשות (ובדגש על רשויות גדולות) שיהווה גורם מתכלל לצורכי פצוע צה"ל, תוך הגדרת סמכויות והסדרה תקציבית (בדומה למודל שמפעילה היחידה לחיילים משוחררים\*).
3. גיבוש מדיניות תמיכה מקומית: על השלטון המקומי לגבש תפיסת הפעלה ומדיניות תמיכה וסיוע לפצועי צה"ל ברמת השלטון המקומי. המדיניות תכלול שימוש במעגלי תמיכה, קבוצות חוסן ועדכון ותיאום בין גורמים (חינוך, רווחה ופנאי) כדי ליצור מעטפת שיקומית בקהילה.

## 7. מבנה ארגוני

אגף השיקום במשרד הביטחון מהווה את חוד החנית במתן הקשר לביטחון עבור פצועי צה"ל, אך אינו מספק את השירות המיטבי הנדרש עבורם. האגף פועל בהיקף פעילות רחב – כ־82,000 פצועי צה"ל מטופלים כיום באגף, עם תקציב שנתי של כ־8.3 מיליארד ₪, אך מבנהו הארגוני הקיים אינו מותאם להיקף הפעילות ולמורכבות הצרכים.

לצד הגידול בהיקפי הפעילות, אופי האגף שונה מהותית ממבנה המשרד: בעוד שבמשרד הביטחון האופי הצבאי-ביטחוני דומיננטי, פעילות אגף השיקום היא אזרחית במהותה וממוקדת שירות לאדם, הכולל ממשקי תפקוד עם ציבור הפצועים.

נוסף על כך, האגף פועל כיחידה אחת מתוך כלל אגפי משרד הביטחון, ואינו נהנה מתעודף מספק ביחס לאופי פעילותו האזרחי והיקפי השירות הנדרשים. בעקבות כך, סמכויותיו בתחומים מרכזיים כגון תקציב, רכש, כוח אדם ומערכות מידע, מוגבלות ותלויות בגורמים חוץ-אגפיים, באופן הפוגע ביכולתו לפעול באופן עצמאי, מהיר ומותאם לצרכים המשתנים של אוכלוסיית הפצועים.

לאור היקפי הפעילות הגבוהים והפער בין מבנה המשרד לצורכי האגף, המצב הנוכחי אינו יכול להימשך, ונדרשת התאמה מבנית אשר תאפשר לספק לפצועי צה"ל את השירותים המיטביים הנדרשים להם.

### תחומים מרכזיים שבהם אגף השיקום אינו מקבל מענה מספק למילוי תפקידו

1. תקציב: תקציב האגף אינו מוגבל בכל הנוגע למתן טיפולים ומענה לפצועים; עם זאת, לעיתים האגף נדרש לשכנע את אגף הכספים בנחיצות ההוצאות – ממשק אשר פוגע בעצמאות האגף ומוביל לעיכובים חמורים כלפי הפצועים.
2. רכש: היעדר רכש פנימי יוצר תלות ועיכובים ברישום מהלכים נדרשים ושינויים טכנולוגיים, זאת על רקע צרכים משתנים באופן תדיר בעולם השיקום.
3. תקשוב: בחלוף כ־5 שנים מאז רפורמת "נפש אחת" ולמרות תקציב של כ־150 מלש"ח שהוקצה להקמת מערכת תקשוב מתקדמת – לא נוצל התקציב ולא חלה "המהפכה הדיגיטלית". זאת למרות חשיבותה הקריטית לפעילות אגף השיקום ולשיפור השירות לפצועי צה"ל.
4. ייעוץ משפטי: ביולי 2023 עוגנו בחוק הטבות בתחומי הרכב והדירור עבור פצועי צה"ל. עד כה לא הותקנו תקנות ושיטות הפעלה על ידי היעוץ המשפטי. בשים לב לגידול המתמשך בהיקף

המשימות המוטלות על אגף השיקום ולצורך בקידום ההסדרה המשפטית הנדרשת, נדרש חיזוק משמעותי של המענה המשפטי הניתן לאגף ותגבורו.

5. משאבי אנוש: בהיעדר מצבת כוח אדם מספקת, הגידול החד במספר המטופלים יוצר עומס מתמשך ושחיקה תפעולית (כ־200 עובדים/ות לפני המלחמה וכ־450 כיום, וההמלצות דורשות גיוס רחב נוסף).

### **השלכות המבנה הקיים**

הצטברות האתגרים פוגעת בתפקוד הכולל של האגף: המענה לפצועים נפגע, תהליכים מתבצעים לאט, החלטות אינן מיושמות והאגף נותר תלוי מאוד בגורמים חיצוניים. מצב זה מעמיד בסיכון מתמשך את איכות השירות הניתן ואת יכולת האגף להתמודד עם הגידול הצפוי בעתיד.

### **חלופות לשינוי המבנה הארגוני**

#### **חלופה 1: הקמת רשות עצמאית**

חלופה זו מציעה להקים רשות עצמאית בתוך משרד הביטחון, אשר תעניק לאגף השיקום עצמאות ניהולית רחבה יותר, תוך שמירה על זיקה למשרד. במסגרת חלופה זו, האגף יפעל כיחידה עצמאית יחסית, בעלת כפיפות ישירה לשר, אך ללא השתייכות מלאה למבנה האגפי הרגיל. מבנה זה מתאים יותר לאופי הפעילות האזרחי של האגף, לצד שימור הקשר למשרד הביטחון.

במסגרת החלופה, יוקנו לאגף סמכויות רחבות בתחומים מרכזיים, לרבות ניהול תקציבי עצמאי, מערך ייעוץ משפטי ייעודי, ניהול משאבי אנוש מותאם והקמה של מערכות מידע ייעודיות. מהלך זה צפוי לשפר את היכולת להגיב לצרכים המשתנים של אוכלוסיית הפצועים, להגביר את העצמאות התפעולית ולצמצם את התלות בממשקים פנים־משרדיים.

יתרונות החלופה (רשות עצמאית):

1. עצמאות תקציבית ותפעולית רחבה, באמצעות פונקציות מטה ייעודיות (ייעוץ משפטי, חשבונות, משאבי אנוש, מערכות מידע) המאפשרות פעילות מהירה וגמישה יותר.
2. ארגון ייעודי וממוקד פעילות, שבו כל יחידה מעניקה מענה לפצועים ואינה תלויה ביחידות נוספות במשרד, תוך הפחתת עומסים ותהליכים אדמיניסטרטיביים מורכבים.
3. התאמת המבנה הארגוני לצרכים הייחודיים של פעילות האגף.
4. שחרור ממנגנונים ונוהלי משרד הביטחון בתחומים מסוימים (מחשוב, אבטחת מידע, סיווג ביטחוני, ספקים מאושרים).
5. תרומה למיצוב ציבורי מחדש והפחתת חסמים לשינוי תפיסתי ולחדשנות.

חסרונות וסיכונים:

1. עלויות הקמה ושינוי מערכתי רחב, הכולל הקמת פונקציות מטה חדשות והטמעת תשתיות תומכות.
2. תהליך הקמה מורכב וממושך הדורש התמודדות עם חסמים ארגוניים והסכמות פנים־משרדיות.

3. פגיעה אפשרית בגמישות התקציבית והפחתת יכולת לתת פתרונות אד-הוק.
4. אובדן חלקי של גב ארגוני ומשאבים משלימים הניתנים כיום על ידי משרד הביטחון (כגון ייעוץ משפטי, נהלים ותשתיות), עם השפעה אפשרית בטווח הקצר.
5. המשך כפיפות למגבלות ממשלתיות (חשב כללי, נציבות שירות המדינה, חובת מכרזים) ללא הקלה רגולטורית מלאה.

#### חלופה 2: אגף בעל כלים אוטונומיים

חלופה זו מציעה להשאיר את אגף השיקום כחלק ממשרד הביטחון, תוך הקניית כלים אוטונומיים שיחזקו את יכולותיו התפעוליות והניהוליות. במסגרת זו, האגף ימשיך לפעול בתוך המבנה הקיים, אך יקבל סמכויות מורחבות וכלים ייעודיים בתחומים מרכזיים.

במסגרת החלופה, האגף יתחזק באמצעות הוספת פונקציות מטה ייעודיות לניהול פעילותו (כגון חשבות, משאבי אנוש, דוברות, ייעוץ משפטי ומערכות מידע), אשר יפעלו לצד ובתיאום עם מטה המשרד. נוסף על כך, יוקמו יכולות מקצועיות מותאמות לפעילות האגף, לרבות מערך מחשוב ייעודי התומך בצרכים הייחודיים של השיקום, וכן יבוצעו התאמות במנגנוני רכש וקבלת החלטות, במטרה לאפשר תהליכים מהירים וגמישים יותר.

החיזוק הארגוני במסגרת חלופה זו מתבסס על שלושה רכיבים מרכזיים: חיזוק פונקציות המטה הייעודיות לאגף, הקמת יכולות מקצועיות מותאמות לפעילותו, והתאמות במנגנוני רכש, תהליכי עבודה וקבלת החלטות.

יתרונות החלופה (אגף בעל כלים אוטונומיים):

1. יישום מהיר ללא זעזוע מערכתי – החיזוק מתבצע באמצעות הוספת פונקציות ויכולות בתוך המסגרת הקיימת, ללא צורך בבידוד רחב של עובדים ושינוי מבני עמוק.
2. עצמאות תפעולית ממוקדת – האגף מקבל עצמאות בפונקציות קריטיות לפעילותו (מחשוב, רכש, משפט, כספים), מבלי להידרש לשינוי מעמד ארגוני מלא.
3. מהלך הדרגתי וגמיש – ניתן ליישם את החיזוק בשלבים (תחילה ייעוץ משפטי או מחשוב ובהמשך פונקציות נוספות), תוך למידה והתאמה לאורך הדרך.
4. גב ארגוני ומשאבים משלימים – האגף נותר בתוך משרד הביטחון ונהנה מתמיכת המערכות הקיימות (ניהול, תקצוב ותשתיות).
5. הישענות על מערכים קיימים – הוספת פונקציות לאגף מתבצעת תוך שימוש בידע, נהלים וליווי מקצועי של מטה המשרד.

חסרונות וסיכונים:

1. תלות בהסכמות פנים-משרדיות – הרחבת סמכויות והקצאת משאבים מחייבות תיאום עם יחידות המטה במשרד, ועשויות לעורר התנגדויות פנימיות ולהאט את קצב היישום.
2. יציבות מוגבלת לאורך זמן – בהיעדר שינוי מעמד ארגוני פורמלי, הפונקציות שהוקמו עלולות להיפגע או להשתנות בהחלטה ניהולית עתידית.

07.06.2026

3. תהליך רב־שלבי – החיזוק מתבצע בהדרגתה באמצעות סדרה של צעדים נפרדים, ולא במהלך אחד סגור, דבר שעלול ליצור מורכבות וחוסר אחידות.

## **השוואה בין החלופות**

חלופת רשות עצמאית מייצרת גוף ייעודי ונפרד ממבנה האגפים הרגיל של משרד הביטחון, הכולל פונקציות מטה עצמאיות (כגון ייעוץ משפטי, חשבות, משאבי אנוש ומערכות מידע), ומחזקת במידה ניכרת את העצמאות הארגונית והניהולית של האגף. עם זאת, מדובר במהלך רחב ומורכב, הכרוך בעלויות הקמה גבוהות ובתהליך יישום ממושך.

מנגד, חלופת האגף בעל הכלים האוטונומיים מבוססת על חיזוק יכולות האגף בתוך המסגרת הקיימת, באמצעות הוספת פונקציות מטה והרחבת סמכויות בתחומים קריטיים. חלופה זו מאפשרת יישום מהיר וגמיש יותר, תוך הישענות על מערכי המשרד, אך מוגבלת יותר ביכולתה לייצר שינוי עומק ועצמאות מלאה לאורך זמן.

## ח. מחקר משווה (בנצ'מרק) ומענים ממדינות

כחלק מעבודת הוועדה בוצע מחקר משווה (Benchmark) במטרה לבחון את העקרונות והמנגנונים שמדינות אחרות מעצבות ביחס למענה הממשלתי לשיקום פצועי צבא, בדגש על פגיעות משולבות ופגיעות נפש. המחקר המשווה בוצע ביחס לשלוש מדינות: ארצות הברית, אוסטרליה וגרמניה. ההשוואה נערכה על בסיס מידע פומבי בלבד, שנאסף מאתרי האינטרנט הרשמיים של משרדי הממשלה והגופים הממשלתיים הרלוונטיים.

במקביל, הוועדה פנתה באופן רשמי לאוסטרליה ולארצות הברית בבקשה לקבלת מידע ישיר ומעודכן ממשרדי הממשלה הרלוונטיים, אולם במסגרת לוחות הזמנים של עבודת הוועדה, לא התקבלה תשובה שניתן היה להסתמך עליה לצורך הרחבת בסיס הנתונים מעבר למידע הציבורי. לפיכך, וכדי לשמור על אחידות מתודולוגית, הפרק נשען על המידע הרשמי הפומבי בלבד, בהתאם למתודולוגיה שנקבעה מראש.

ההשוואה נערכה בהינתן שונות מבנית בין המדינות לבין ישראל, ובראשן מאפייני שירות שונים (צבאות ללא גיוס חובה) והיקפי אוכלוסייה משמעותיים של פצועי צבא, ובפרט פצועי נפש. בהקשר זה צוין כי בארה"ב מדובר בהיקפים גבוהים במיוחד של פצועי נפש, וכי באוסטרליה ובארה"ב הוקמו מערכים ממשלתיים ייעודיים למשוררי צבא.

הסקירה אורגנה לפי הנושאים האלו: (א) תפיסת השיקום ומדידתה; (ב) שערי כניסה והליך הכרה; (ג) תגמולים וזכאויות; (ד) אופן מתן השירותים; (ה) תעסוקה; (ו) מענה לנפגעי נפש; (ז) התייחסות למשפחה ולמטפלים עיקריים; (ח) עקרונות מסכמים לדיון.

### ממצאים השוואתיים לפי נושאים

ח. תפיסת השיקום ומדידת תוצאות  
תפיסת השיקום במדינות שנבחנו מבוססת על ראייה אינטגרטיבית של האדם ועל רצף אחריות לאורך מסלול השיקום. ההתערבות אינה מתמקדת בפגיעה כשלעצמה, אלא בתפקוד וביכולת להשתלב מחדש בחיים, בעבודה ובחברה.

1. מדידה מבוססת תוצאה (אוסטרליה): הגדרת מדדים תפעוליים-תוצאתיים ברורים. במסלול התעסוקתי, תיק מסומן כשיקום מוצלח רק לאחר השמה במשרה מתאימה ושימור העסקה למשך תקופה מוגדרת. נוסף על כך, מיושם מדד שביעות רצון חודשי (סקר של 7 שאלות) המשמש כ-KPI רשמי של המערכת (יעד של 75% ומעלה).

2. מדדי Well-Being וניטור רציף (ארה"ב): הוצג כלי ה"Well-Being Signs" – שאלון המוטמע ברשומה הרפואית האלקטרונית, ומועבר בפגישות מעקב לצורך זיהוי סימני מצוקה והפניה מיידית לטיפול.

3. תכנון מבוסס יעדים (גרמניה): בניית "פרופיל יכולת-תפקוד" אישי והגדרת עד 4 יעדים אישיים לכל תבנית שיקום (רפואית, תעסוקתית ופסיכוסוציאלית), כאשר התקדמות המטופל נבחנת מול מדרג תוצאות בסיום התבנית.

ט. שערי כניסה והליך הכרה

מן ההשוואה עולה כי המדינות חותרות לצמצום חסמי הכניסה וקיצור זמני ההמתנה, מתוך הבנה כי "פער טיפולי" בשלבים הראשונים מחמיר את הפגיעה:

1. היעדר ועדות רפואיות בנוכחות הפצוע: בשלוש המדינות שנבדקו, אין ועדות רפואיות בנוכחות הפונה. הכרעה מנהלית מתקבלת על בסיס חוות דעת מומחים מורשים וניתוח משפטי של הקשר לשירות.
  2. הפרדת הטיפול מההכרה (ארה"ב): רכיב ייחודי במודל האמריקאי הוא מתן טיפול בריאותי (לרבות נפשי) ללא קשר להכרה בפצוע כנכה. טיפולים שאינם מסובסדים ישירות מתוגמלים רטרואקטיבית לאחר אישור הבקשה, ובכך נשמר רצף הטיפול.
  3. הכרה מוחזקת (Presumptive Conditions): מנגנון המניח קשר סיבתי אוטומטי למחלות או פגיעות מסוימות על בסיס אזור שירות או תפקיד, ללא צורך בהוכחה פרטנית מורכבת.
  4. זמני טיפול בפנייה: הנתונים מצביעים על שונות ניכרת; בארה"ב משך הטיפול הממוצע עומד על כ-158 ימים (במגמת קיצור בעשור האחרון), לעומת כ-386 ימים במדינות אחרות שנסקרו.
- י. תגמולים וזכאויות – שלוש המדינות פועלות עם מספר מוגבל יחסית של דרגות נכות, אך נבדלות באופן התגמול ובזיקתו לכושר ההשתכרות:
1. המודל האמריקאי (הקבוע): מבוסס על מדרגות נכות של 10%–100% בקפיצות של 10 (10 דרגות נכות). התגמול החודשי קבוע וניתן לכל החיים ללא תלות בהכנסות מעבודה, מתוך תפיסה שהקצבה נועדה לפצות על אובדן יכולת כללית.
  2. המודל האוסטרלי (המעורב): שיעור הנכות הוא בין 1%–80% בקפיצות של 5 (16 דרגות), כולל מענק חד-פעמי ראשוני יחד עם תשלום עיתי המבוסס על מדרג נקודות נכות וחוקים המשתנים לפי תקופות השירות.
  3. המודל הגרמני (מודל הפער): שיעור הנכות בין 0%–100% בקפיצות של 10 (10 דרגות). מנגנון שונה מהותית, שבו קצבת הפיצוי תלויה בהכנסה בפועל ובפערי השכר לפני ואחרי הפגיעה. המדינה מבטיחה תמיכה כלכלית של 80% מהשכר נטו הקודם בזמן שיקום תעסוקתי, והקצבאות אינן נחשבות כהכנסה לצורך חישובי מס או זכאויות אחרות.
- יא. אופן מתן השירותים
1. המודל הריכוזי (ארה"ב): ה-VA מפעיל מערכת בריאות אינטגרטיבית עצמאית (VHA) הכוללת בתי חולים ומרפאות בבעלות המדינה.
  2. המודל המשולב (אוסטרליה): הישענות על מערכת הבריאות הכללית (Medicare) תוך מימון גישה מועדפת. במודל זה, רופאי המשפחה בקופות החולים הם שמתכללים את המקרה באופן המיטבי בקהילה, לצד טיפול בבתי חולים פרטיים (מעל 550 הסכמים) המספקים שירותים רפואיים מורכבים וקדימות בתורים.

יב. **תעסוקה ושילוב במעגל העבודה:** המדינות פועלות באופן אקטיבי לעידוד חזרה לעבודה באמצעות תמריצים כלכליים:

1. תמרוץ מעסיקים: מתן סובסידיות שכר למעסיקים במהלך תקופת ההכשרה והקליטה של העובד הפצוע (ארה"ב ואוסטרליה).

2. ליווי תעסוקתי (VR&E): בארה"ב פועלת תוכנית מקיפה המסייעת לבנות קורות חיים, להכשיר למקצועות חדשים, להתמחות בתחומים שונים ולסייע בהקמת עסקים (כולל ייעוץ שיווקי ופיננסי).

3. הצלחה תעסוקתית: בארה"ב, שיקום מוגדר כ"מוצלח" רק לאחר שהפצוע החזיק במשרה מתאימה במשך 60 יום לפחות.

יג. **מענה לנפגעי נפש והרחבת מעגל השיקום למשפחה:** בכל המדינות שנבחנו, נפגעי נפש מטופלים כחלק ממערך הנכים הכללי, תוך הקמת מרכזי טראומה ייעודי:

1. שירותי תמיכה וקווי סיוע: באוסטרליה פועל שירות "Open Arms" כקו סיוע וייעוץ נפשי 24/7 הנגיש לפצועים ולבני משפחתם. בארה"ב פועלת רשת ה"Vet Centers", המעניקה ייעוץ קהילתי-חברתי ללא צורך בהפניה רפואית.

2. תשתיות ייעודיות: הקמת מרכזים דוגמת ה"Jamie Larcombe Centre" באוסטרליה ותוכניות שיקום מטראומה לפצועי PTSD.

יד. **המשפחה כחידת שיקום:** הסקירה מדגישה את הרחבת המענה למטפלים העיקריים (Caregivers). ההגדרה הינה רחבה וכוללת בני זוג, ילדים והורים, ובמקרים מסוימים גם אחים או בני משפחה המתגוררים עם הפצוע.

1. בארה"ב פועלת תוכנית ייעודית הכוללת הכשרה, תמיכה פסיכולוגית, מימון נסיעות, תשלום חודשי וימי הפוגה המאפשרים למטפל מנוחה תוך קבלת מטפל חלופי במימון המדינה.

2. אוסטרליה מספקת הטבות ביטוח בריאות ומימון הכשרות מקצועיות לבני זוג לחיזוק היציבות הכלכלית של התא המשפחתי.

#### **מענים רשמיים ממדינות נוספות לפניית הוועדה**

נוסף למחקר המשווה שהתבסס על מידע פומבי מאתרי ממשל רשמיים, פנתה הוועדה בפנייה רשמית (RFI) למדינות נוספות בבקשה לקבל מידע תמציתי ממקור ראשון באשר למנגנוני שיקום וטיפול בפצועים ובנפגעי שירות.<sup>1</sup> במסגרת עבודת הוועדה התקבלו מענים כתובים ממספר מדינות, אשר הובאו בפני הוועדה כהשלמה לבחינה השוואתית.<sup>2</sup>

מן המענים שהתקבלו עולה כי במדינות שנענו לפנייה, קיימת לעיתים חלוקה ברורה בין אחריות הגורם הצבאי בתקופת השירות לבין האחריות לאחר השחרור, וכי מרכיבי השיקום נשענים במידה

<sup>2</sup> הערת שוליים על איזה מדינות ענו לנו

רבה על מערכות ציבוריות כלליות (בריאות, רווחה וביטוח סוציאלי), כאשר קיימים גם מנגנוני ליווי ייעודיים לוותיקים ולמשפחותיהם.

כך, במענה שהתקבל מפינלנד נמסר כי עבור מתגייסי חובה (conscripts) במהלך השירות מערכת הבריאות של כוחות ההגנה אחראית לכלל הוצאות הטיפול והבריאות. נמסר כי עבור פציעות או מחלות הקשורות לשירות, היבטי הביטוח והפיצוי נעשים באמצעות State Treasury (מוסד הביטוח של המדינה) בהתאם להסדרים הרלוונטיים. במישור בריאות הנפש, נמסר כי בית החולים HUS בהלסינקי מבצע הערכות בריאות נפש לחיילים עם תסמינים לאחר מבצעים צבאיים, כאשר ההנגשה כוללת אפשרות לפנות טלפונית, והטיפול ממומן כאשר נמצא קשר למבצעים. נוסף על כך, נמסר כי קיימת מעטפת תמיכה למשפחות ולוותיקים עצמם לאחר מבצעים באמצעות קו סיוע טלפוני 24/7 שמופעל בידי ארגון הווטרנים/ותיקי מבצעים בינלאומיים, וכן מפגשי תמיכת עמיתים. במענה שהתקבל משוודיה נמסר ביחס לוותיקים ששירתו במבצעים בינלאומיים, כי עם החזרה מפריסה מתקיימות סריקות/בדיקות פיזיות ונפשיות בידי גורמי רפואה ויועצים. לאחר 3–6 חודשים מתקיימת בדיקה פסיכולוגית נוספת, ובהמשך מתקיימים מעקבים שנתיים במשך חמש שנים. לאחר חמש שנים נמסר כי ל"Swedish Armed Force" (SwAF) אחריות להכווין את יוצאי הצבא לרשויות מתאימות אם נדרש סיוע. עוד נמסר כי קרובי הנפגע הינם חלק משמעותי ממעטפת המענה, וכי בכל יחידה קיים מתאם לתקשורת עם הקרובים שתפקידו לדאוג לליווי ותיאום תמיכה לקרובים, לרבות מידע ותמיכה בתקופת משימה ולאחריה.

נוסף לזאת, התקבל מסמך תדרוך מטעם Danish Veteran Centre (דנמרק), המציג את תפיסת "מאמץ הווטרנים" ואת השירותים הניתנים להם ולבני משפחותיהם. במסמך מוצגת הגדרת "Veteran" בהקשר הדני, וכן מתוארים רכיבי פעילות אופרטיביים ומדדים כמותיים, לרבות היקף הפניות לטיפול פסיכולוגי, מספר שיחות לקו חם, הפניות לעובדים סוציאליים, תוכניות שיקום שנסגרו/נפתחו, וכן היקף הסכמים שנחתמו עם רשויות מקומיות (municipalities) כחלק משיתופי פעולה תומכי שיקום.

בשל אופיים התמציתי ובשל השונות במבנה השירות ובמבנה מערכות הרווחה והבריאות בכל מדינה, המענים הללו משמשים בראש ובראשונה לחידוד עקרונות וללמידה השוואתית, ולא כבסיס לאימוץ מודל זר במלואו.

### סיכום

ממצאי המחקר המשווה אינם מוצגים כמודל לחיקוי בהקשר הישראלי, אלא כמסגרת לדיון בעקרונות ובמנגנונים שיכולים להיות רלוונטיים להתאמה בהקשר המקומי. מתוך הסקירה בלטו שישה עוגנים מקצועיים-יישומיים:

ניתוק הזיקה בין תהליך ההכרה הבירוקרטי לבין תחילת מתן המענה הטיפולי והשיקומי.

מעבר למודל מנהלי בוועדות – קבלת החלטות על בסיס המלצות רופאים כתובות, ללא נוכחות פיזית של הפצוע בוועדה.

אספקת שירותים – מודלים המשלבים את קופות החולים ואת רופאי המשפחה כגורם מתכלל של המקרה, לצד טיפול בבתי חולים פרטיים אשר מסוגלים לספק שירותים רפואיים מורכבים ושירות מועדף.

פישוט מבנה הזכאות – צמצום משמעותי ל-10 דרגות נכות בלבד (במקום 101), באופן המפחית את החיכוך הבירוקרטי.

מיסוד מעמד המשפחה – מתן סיוע נפשי לכל משפחות הפצועים וימי מנוחה (Respite) למלווים הרשומים.

תמרוץ תעסוקתי – סבסוד שכר למעסיקים במהלך תקופת ההכשרה והקליטה של העובדים הפצועים.

## **המלצות צוות נפגעי נפש – דו"ח סופי**

**30.03.2026**

### חברי הצוות

1. פרופ' גיל זלצמן: ראש תת-הועדה
2. פרופ' יוסי לוי-בלז: נציג האקדמיה
3. ידידיה צוקרמן: נציג משרתי המילואים
4. ירדן שטיין: אוצר, חשכ"ל
5. אלי גוטליב: אוצר, אגף תקציבים
6. אל"מ ענבר סיטבון / סא"ל עדי כץ: צה"ל
7. סא"ל טל אשכנזי / רס"ן אור אברג'יל: צה"ל
8. שרית קדרון: אגף השיקום
9. מילי שוורצמן: אגף השיקום
10. יהודה איש שלום: ארגון נכי צה"ל
11. איציק סעידיאן: מתמודד פוסט-טראומה - משקיף
12. ענבל ירקוני: לשעבר חטיבת בי"ח במב"ר - משקיפה
13. עמית זיו שניר: אגף השיקום - משקיפה
14. נועה נוימרק: יועצת מלווה, חברת תאסק

## עקרונות יסוד לעבודת הצוות

1. תת הוועדה בנושא נפש היא חלק מוועדה ציבורית לבחינת המענה הלאומי לטיפול ושיקום נכי צה"ל (מור יוסף) ורואה במסקנותיה המלצה לדיון במליאה לצורך אימוץ או דחייה. נקודות מחלוקת מוצגות, לשם ייצוג כלל העמדות
2. הוועדה היא ועדה ציבורית וככזו האינטרס הציבורי עומד לנגד עיניה; במסגרת זאת, היא מייצרת איזונים ובלמים בין צרכי הנכים, מצוקת המערכת, תחרות מובנית בין ארגונים, תקציבים מוגבלים, בירוקרטיה ממשלתית והבנה שהחלטה אחת עשויה לבוא על חשבון אחרת
3. כל חברי הוועדה הצהירו באופן שקוף את מי הם מייצגים והאם הם בניגוד עניינים
4. הוועדה הוקמה על רקע פרוץ המלחמה ב 7.10.23 שהיווה אירוע קיצון, ונדרשות תקנות שעה ייחודיות שיגמישו נוהלים ותקנות, כבסיס למענים ארוכי טווח וברי-קיימא
5. מטרת ההמלצות לחזק תהליכי שיקום אפקטיבי, אשר יביאו לביטוי את השאיפה של הנכים לחזור לתפקודם טרם הטראומה ולהשתלב בעיסוק מכבד

## תהליך העבודה

1. הצגת המצב הקיים והאתגרים הנוכחיים בנושא שיקום נכי צה"ל הסובלים מפגיעה נפשית - אגף שיקום
2. הצגת הקריטריונים של DSM5 להגדרת PTSD בספרות המקצועית – פרופ' זלצמן
3. הבנה שהגדרת PTSD מצמצמת לסינדרום ספציפי ולא נותנת מענה למגוון התגובות הנפשיות כתוצאה מטראומה (PTSS)
4. שמיעת 11 עדים נכי צה"ל הסובלים מ PTSD-כתוצאה מלחימה או מסיבות נוספות, ובני משפחותיהם
5. שמיעת מומחים מובילים בתחום: פרופ' איל פרוכטר ופרופ' שלמה מנדלוביץ
6. הגשת מספר ניירות עמדה בכתב ע"י אגף שיקום, ארגון נכי צה"ל, אוצר, אקדמיה, מועצה לאומית לטראומה ו"הלומי קרב"
7. קריאת נייר עמדה של המועצה הלאומית לטראומה בנושא קנאביס ומסמך תורת השיקום של ארגון נכי צה"ל

## עדים ומומחים

נכי צה"ל נפגעי נפש ובני משפחותיהם

1. ב.ב (אבא של כ.).

2. ס.ו.

3. י.ח.ג.

4. ארגון נשות הפצועים

5. ל.מ

6. ג.ג

7. ז.א

8. ג.ר

9. ע.ר

10. י.א

11. מ.ס

**מומחים**

1. פרופ' איל פרוכטר (אלי"מ מיל.) - יו"ר המועצה הלאומית לטרואמה ורמ"ח ברה"ן צה"ל לשעבר
2. פרופ' שלמה מנדלוביץ (אלי"מ מיל.) - מנהל שלווה ולשעבר מפקד המלש"ע לתגובות קרב
3. ד"ר גלעד בודנהיימר – ראש מנהל בריאות הנפש במשרד הבריאות
4. סא"ל ד"ר מיכל ליפשיץ – מפקדת "תעצמות", ברה"ן ומקרפ"ר, צה"ל

**רקע ונתונים (תמונת מצב)**

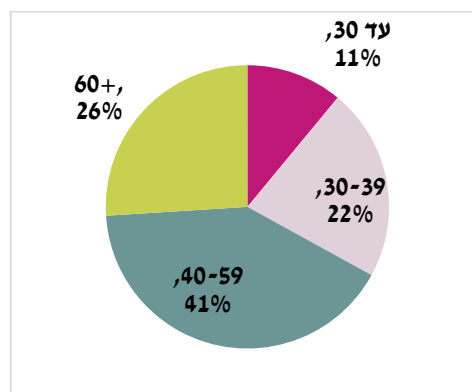
באגף השיקום מטופלים מעל ל-84 אלף נכי מערכת הביטחון, כאשר התחזית של אגף השיקום ל-2028 עומדת על כ-100,000, מתוכם צפויים להיות כ-50% בעלי סעיף נפש (כולל נכים רבים משולבים). צפי אגף השיקום הוא כי אחוז נפגעי הנפש מתוך סך הפצועים עתיד להיות גדול מהקיים היום.

	2028 (?)	ספטמבר 2025	ספטמבר 2023 (טרם 7.10)	
מטופלים באגף	100,000	82,400	61,000	
נפש ו-PTSD	50,000 (50%)	31,000 (38%)	11,000 (18%)	
פניות לאגף		1,200,000	700,000	

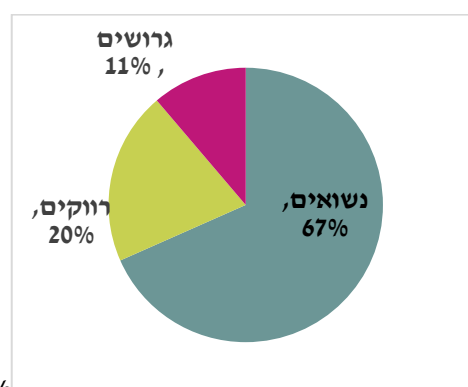
מאז ה-7.10 נקלטו באגף מעל 22,000 מטופלים חדשים, מתוכם 40% פיזי בלבד, 37% נפש בלבד, ו-23% סובלים מפגיעה משולבת (פיזי ונפש)

## מתמודדי PTSD – מאפיינים בולטים

גיל



סטטוס משפחתי



47% עם ילדים מתחת לגיל 21

## מענים וזכאויות הניתנים באגף השיקום כיום (לכלל האוכלוסיה)

1. רפואה:

- טיפול רפואי בנכות המוכרת
- תרופות בדיוור ישיר
- ציוד רפואי, ציוד מתכלה
- קנאביס- בהחזר/כרטיס אשראי
- הבראה וטיפולים בחמי מרפא
- ליווי לאנשים שתלויים בעזרת אדם אחר
- טיפולים פרה רפואיים
- סידור מוסדי
- תשלום ימי מחלה

- תשלום השלמה לחצי משרה

## 2. רווחה:

- תגמול חודשי- מכפלת אחוזי הנכות -58 ש"ח
- תגמול אובדן כושר עבודה- למי שחלה פגיעה משמעותית בכושרו להשתכר
- סיוע בדיוור- רכישה או החלפה, התאמת דיור, שיפוצים, השתתפות בשכר דירה, הטבות נלוות, מעלית/מעלון \*
- רכב רפואי- סיוע ברכישה, דמי ניידות מתקונים והתאמה למגבלות הפגיעה \*
- סיוע בלימודים- שכ"ל, דמי קיום, מחשב אישי
- כיסוי חובות
- סיוע באמצעות ועדת חריגים- למ"ד
- הטבות שונות כגון: הנחות במיסים, החזר הוצאות נסיעה, השתתפות בשכ"ל לילדים, מענק נישואין ועוד

## 3. שיקום ותעסוקה

- **עו"ס שיקום במחוז:** גורם ליווי-טיפול מקצועי רציף, המבוסס על קשר אישי ואמון לאורך זמן, לרבות התערבות טיפולית במצבי משבר. בתוך כך, מוטלת עליה גם האחריות להנגשת זכויות ולתכלול המענים השיקומיים והתעסוקתיים מקצה לקצה
- **מענים נפשיים:**
  - טיפולים פסיכולוגים – אישי וקבוצתי, קבוצות טיפוליות/Outdoor
  - בתים מאזנים ייעודיים, בתים בטוחים, בית מעבר
  - כלבי שירות
- **שילוב בתעסוקה**
  - הכנה לעולם העבודה, השמה וליווי לנכה ולמעסיק
  - שילוב בתעסוקה בשוק החופשי או בתעסוקה נתמכת
  - איתור ושימור מעסיקים
  - מימון עזרים ואביזרים לעבודה/לימודים
  - התערבות למניעת פיטורין
- **לימודים**
  - אבחון
  - טרום שיקום
  - חונכות ושיעורי עזר

- שירותי דיור מוגן והוסטלים
- תמיכה באנשים שאיבדו מכושרם להשתכר:
  - מועדוני יצירה ומרכזי שיקום
  - דיור מוגן והוסטלים
- התנדבות
- מענים לצרכים סוציאליים

## מענים ייעודיים לנפגעי הנפש וה- PTSD באגף השיקום שנוספו לאחר רפורמת "נפש אחת"

### 1. מענים שיקומיים

- טיפול נפשי ללא הגבלה
- מרפאות בבתי הלוחם
- טיפולים אלטרנטיביים בסך 6,600 ש"ח
- חוות שיקומיות
- כלבי שירות
- מימון טיפולי שיניים
- אפליקציה המדריך ל- PTSD
- הרחבת היחידה לתגובות קרב
- ליווי לצורך השגחה ומניעת סיכון
- טרום שיקום- עד 10,000 שח בשנה

### 2. מענים לבני משפחה

- טיפולים נפשיים פרטניים
- טיפול זוגי
- קבוצות טיפול
- חונכות לילדים
- טיפולים אלטרנטיביים לילדים
- מימון מעונות וקייטנות
- אובדן שכר בעת אשפוז פסיכיאטרי

### 3. מענים בשעת משבר

- מוקד תמיכה 24/7
- צוות מת"ן
- בתים מאזנים ייעודיים
- בתים בטוחים
- בית מעבר

יצוין כי לפי ארגון נכי צה"ל ונציגי מתמודדי PTSD, יש עדיין פערים ביישום מסקנות "נפש אחת", בדגש על התנהלות הועדות הרפואיות.

### **נפגעי הנפש המטופלים באגף הם בעלי מאפיינים ייחודיים, ודורשים משאבים שונים מאגף השיקום**

- **צריכת שירותים** - פי 3 פניות לאגף השיקום בהשוואה ליתר האוכלוסייה
- **תעסוקה** - שיעור המועסקים בקרב מתמודדי PTSD (כ-70% בגיל התעסוקה) נמוך לעומת שיעור המועסקים בקרב פצועים פיזיים
- **פניות מרובות לוועדות החריגים - למ"ד** - בקשות לסיוע בכיסוי חובות, בקשות שונות בנושא דיור, 266 בקשות נדונו בוועדת למ"ד ולמ"ד ייעודית בשנת 2025, 57% מכלל הבקשות בלמ"ד היו של מתמודדי נפש/PTSD

### **לנפגעי הנפש מאפיינים ואתגרים ייחודיים אשר דורשים המשך מאמץ להתאמת המענים**

#### **1. אתגרים משפחתיים:**

- בפציעה נפשית לא רק האדם עצמו נפגע, אלא גם המעגל הראשון והשני (משפחה וסביבה קרובה); ישנן השלכות ישירות ומתמשכות של המצב הנפשי על בני המשפחה, כולל עומס רגשי, תפקודי ולעיתים גם כלכלי
- כיום, חסר מערך תמיכה קהילתי מסונכרן, אשר מאפשר לתמוך במעגל המשפחתי
- נדרש לפתח מענה למעגלים אלו; היעדר התייחסות לאוכלוסייה זו מעמיק את הפציעה ומקשה על שיקום.

#### **2. אתגרים תעסוקתיים:** תעסוקת נכי נפש, בדגש על נפגעי תגובת קרב, היא בעלת מאפיינים ייחודיים:

- תנודתיים
- מופעלים מטריגרים
- חווים אירועי "קריסה"

- קושי ביצירת רצף תעסוקתי
- 25% מהפצועים 'הותיקים' שהם מתמודדי נפש ופוסט טראומה מקבלים מהאגף תגמול אובדן כושר תעסוקתי מלא

### 3. היעדר תמיכה קהילתית וחברתית:

- היעדר מעטפת קהילתית מספקת בתחומי חינוך, רווחה ובריאות
- אוכלוסיית נפגעי הנפש סובלת מסטיגמה חברתית, מה שאף מגדיל את הצורך בתמיכה קהילתית

4. **קושי בהתמודדות עם בירוקרטיה:** תהליך ההכרה והקשר מול אגף השיקום נחוה פעמים רבות כמסורבל ומוסיף לחץ נפשי

### 5. אופי פגיעה מורכב, מתמשך ורביממדי (בדגש על לוחמים):

- נפגעי נפש רבים סובלים מטראומה מתמשכת וקולקטיבית
- על כן, יש סיכון מוגבר להפיכת הטראומה לכרונית
- לעיתים מייצרת פגיעה מוסרית, המאפיינת בעיקר לוחמים. פגיעה מוסרית (Moral Injury) היא תופעה נפשית ייחודית, סוף מובחן של הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD). בעוד PTSD היא תגובה מבוססת פחד מאיום קיומי, המאופיינת בסימפטומים כגון עוררות יתר, הימנעות, חודרנות וזיכרונות טראומטיים, פגיעה מוסרית נובעת מחשיפה לאירועים הנתפסים כהפרה עמוקה של ערכים מוסריים בסיסיים – של העצמי או של אחרים, ומלווה בעיקר בחוויות של אשמה, בושה, זעם גועל וניכור עצמי, אובדן אמון ושבר בזהות, במשמעות ובתחושת האנושיות. בשל כך, פגיעה מוסרית היא ציר שיקומי מרכזי ולא רכיב משני. נדרשת עבודה ייעודית על שאלות של אשמה, בושה, ערץ, אחריות ומשמעות להשלמת תהליך השיקום. לשם כך, יש לדאוג לפיתוח של פרוטוקולים טיפוליים, הכשרות ייעודיות לאנשי הטיפול והשיקום, וחיבור ישיר בין פגיעה מוסרית לבין תעסוקה, תרומה ותפקיד בקהילה.<sup>3</sup>

### 6. מאפיינים ייחודיים לנפגעי נפש יוצאי כוחות הביטחון במדינת ישראל:

- חובת השירות: השירות בישראל הוא שירות חובה ולא בחירה מקצועית, מה שמשפיע על חוזה המדינה מול הנפגע
- אתגרים בסולידריות החברתית: הנכים מושפעים מאתגרים חברתיים רחבים (לדוגמה: המתח סביב "חוק הגיוס") המשפיעים על תחושת השייכות והשיקום

Levi-Belz, Y., Greene, T., & Zerach, G. (2020). Associations between moral injury, PTSD clusters, and <sup>3</sup> depression among Israeli veterans: A network approach. *European journal of*

Litz, B. T. (2025). Moral injury: State of the Science. *Journal of ; psychotraumatology, 11(1), 1736411 Traumatic Stress, 38(2), 187-199*; Litz, B. T., Lebowitz, L., Gray, M. J., & Nash, W. P. (2017). *Adaptive disclosure: A new treatment for military trauma, loss, and moral injury*. Guilford Publications; Litz, B.

T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical psychology review, 29(8), 695-706*; Zerach, G., & Levi-Belz, Y. (2021). Moral injury: A new (old) challenge for world psychiatry. *Journal of psychiatric research, 143, 599-601*.

- ישנם נפגעי נפש הסובלים מתחלואה שקטה ודורשים פניה אקטיבית מצד האגף
- 7. **שימוש משמעותי בקנביס: משרד הביטחון מממן קנביס בעלות שנתית של 67 מ"ח לשנה**
  - לפי נתוני משרד האוצר, סכום זה מהווה עלייה של 122% בהוצאה מאז שנת 2021
  - חסר פיקוח נכון והתאמה אישית, עוד בשלב ההתאמה הטיפולית בשלבים מוקדמים; פיקוח והתאמת זנים ומינונים מצויים בסמכות משרד הבריאות
  - ע"פ נייר עמדה של המועצה הלאומית, קנביס יכול להזיק ולעכב החלמה
- 8. **ליווי- 85% בוחרים לממש את הטיפול בתגמול כהעסקה עצמאית, אולם לא בהכרח צורכים את השירות הנדרש.** מימוש שירותי ליווי באמצעות תגמול כספי, ולא באמצעות שירותים בפועל, שוחק לאורך זמן את משמעות השירות והופך אותו בפועל לרכיב נוסף בהכנסה הכללית, תוך אובדן ייעודו השיקומי
- 9. **קיים מחסור לאומי במטפלים,** כולל פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עו"ס ומלווים בחברות כוח אדם
- 10. **ישנן תוכניות תומכות במענה לנפגעי הנפש בצה"ל, שנתפסות כיעילות אך מצומצמות**
  - יש בצה"ל מודל "נותן תקווה" שבה פצוע ותיק הופך מנטור – מודל שטרם נבחנה יעילותו, והוא לטווח זמן קצר (אגף שיקום ואוצר)
  - יש בברה"ן אזרחי מודל "עמית מומחה" – סיוע עמיתים יעיל ומביא להעסקתם
  - קצין תל"מ – מודל מצומצם אבל אפקטיבי
- 11. ישנה אוכלוסיה של נשים נכות צה"ל הסובלות מפגיעה נפשית, אשר דורשת התייחסות ייחודית. אוכלוסית הנשים מקבלת התייחסות בפרק ייעודי בדו"ח.

### **עיקרי טענות ורעיונות כפי שהועלו ע"י נכים שהעידו בפני הועדה:**

1. מרבית הנכים לא רוצים להיות נכים, הם רוצים לחזור לתפקוד, מעדיפים עבודה ושיקום על קצבה ונכות
2. ישנם פצועים אשר לא פונים בגלל בושה ואשמה, ונדרש reaching out על-מנת לתת מענה מלא
3. החיים של אוכלוסיה זו מוצפים בטריגרים (מקומות המונויים, רעש, לחץ בעבודה), הם סובלים מסטיגמה קשה ומקושי ברצף תעסוקתי
4. לעיתים ניכרת מצוקה במשפחה, כאשר אין מענה מתאים לילדים מתחת לגיל 7
5. אין מספיק תחושה של הכרה והוקרה מצד המערכת
6. הנכים מעידים על היעדר מענה אנושי וחומל בתדירות שהם נזקקים להם; בהמשך לכך, ליווי מתמשך חשוב מהשמה חד פעמית
7. תהליך ההכרה מסורבל ומוסיף לחץ נפשי; בנוסף, תחושת הנכים שהועדה מחפשת פעמים רבות את השקר וההתחזות, בדגש על הועדות הרפואיות

8. בושה, אשמה ופציעה מוסרית מייחדים את חלק מנפגעי ה-PTSD באגף

## תפיסות מובילות המנחות את כתיבת ההמלצות

### 1. תפיסה ספירלית של תהליך השיקום והליווי לאורך החיים:

- שיקום הוא תהליך דינמי, מחזורי וספירלי המלווה את האדם לאורך חייו
- פגיעות נפשיות, ובפרט פגיעות על רקע טראומה מלחמתית, מאופיינות בתנדטיות תפקודית, בתקופות רמיסיה והחמרה, ובצורך בהתערבויות חוזרות לאורך זמן
- מדובר בבניית יכולת תפקוד, יציבות משפחתית ותעסוקתית, טיפול רציף ומשמעות

### 2. תעסוקה כליבת השיקום:

- השתלבות פצועים בתעסוקה או בעיסוק משמעותי היא מרכז תהליך השיקום
- נדרש מעבר ממודל של פיצוי ותלות למודל של צמיחה, משמעות ותעסוקה
- עבודה ותעסוקה אינן רק מקור פרנסה – הן מהוות עוגן של משמעות, זהות וערך עצמי

### 3. הכרה והוקרה:

- הכרה והוקרה הם מרכיבים משמעותיים ביחס לפצועי מערכות הביטחון
- מדובר בצעדים אפשריים בעלות נמוכה אך בעלי אימפקט גדול
- המלצה ספציפית: הענקת "עיטור ארגמן" להכרה בלוחמים שנפגעו בקרב (בסמכות ואחריות צה"ל בתמיכת אגף השיקום, הצעת ארגון "יהלומי הקרב"). עלה שזו המלצה קשה ליישום, הנושא יועבר לדיון בגופים הרלוונטיים

### 4. המעטפת המשפחתית:

- המשפחה היא חלק בלתי נפרד מהמענה השיקומי, במיוחד בנפגעי נפש
- המשפחה היא חלק מהפגיעה ולא רק מעגל תומך
- ללא מענה לבני המשפחה (המראים מצוקה בכל הגילאים), תהליך השיקום כולו עשוי להיפגע

### 5. תפקיד הקהילה והרשות המקומית:

- לקהילה ולרשות המקומית חלק קריטי בתמיכה ועידוד תהליך השיקום (האישי והמשפחתי)
- כיום קיימים משאבים ויכולות ברשויות שאינם מנוצלים דיים למטרות אלו
- במיוחד, עלה הצורך ב"מרחבים בטוחים" עבור הנכים ומשפחותיהם במסגרת הרשות המקומית

## מטרות-על מובילות, אשר מהוות את קריאת הכיוון העקרונית של תת-הוועדה

### 1. צמצום הבירוקרטיה:

- העומס הבירוקרטי מוסיף קושי משמעותי לנפגעי הנפש בתהליך השיקום
- חשוב להקל על הבירוקרטיה ככל הניתן, שכן היא מייצרת עומס על המערכת ומפחיתה את היכולת להעניק שירות וטיפול מיטביים

## 2. ניהול מקרה (Case Management) וקשר אישי:

- ניהול מקרה מבוסס קשר (Relationship-Based Case Manager)
- עו"ס שיקום נתפסת כגורם המקצועי המתכלל המקובל על כלל הגורמים (Case Manager)
- קשר אישי ויציב על ידי גורם מתכלל הוא קריטי לשיקום מיטבי (מענה רפואי ושיקומי משולב), כולל יוזמה פרואקטיבית
- האתגר: עומס התיקים המוטל על עו"ס השיקום כיום אינו סביר

## 3. יחס עובדת שיקום לנכים:

- עובדת שיקום היא גורם מרכזי בליווי כלל פצועי צה"ל, ונפגעי הנפש בפרט. היא הפנים של האגף בכל התייחסות של נכי צה"ל, וזו המשפיעה באופן הדרמטי ביותר על התחושה של נכי צה"ל שאגף השיקום "רואה אותם". לפיכך – הקשב שלה, הזמינות שלה והאפשרות שלה לחשוב, לתכנן, לנהל ולבצע שיחות יוזמות ופעולות בדחיפה היא קריטית
- לפיכך, היחס הנוכחי (כ- 800 : 1 ויש הטוענים ל- 1000 : 1) אינו מתאים כלל למתן מענה הולם, במיוחד כשמדובר בפגיעה נפשית
- הצוות הטיל על פרופ' לוי-בלז לעדכן את היחס עו"ס:נכה בהתאם לתפקיד העו"ס וההמלצה עומדת על 50 : 1 (פירוט בנספח 2, בתמיכת ארגון נכי צה"ל). משרד האוצר התנגד להמלצה זו, עקב עלות גבוהה למשק והשפעה משמעותית על שדה העבודה הסוציאלית בישראל ככלל, והציע יחסים אחרים (נספח 3). לאחר דיון מקיף בנושא, הוחלט על יחס דיפרנציאלי, המפורט בנספח 4, ויומלץ בשיתוף צוות חווית לקוח בהתאמה גם לתקני POC.

## 4. גיבוש תורת שיקום סדורה:

- קיים צורך חיוני בגיבוש תורת שיקום בת-קיימא עבור אגף השיקום, כולל הגדרה ברורה של "תפיסת ההצלחה השיקומית"
- גיבוש תורה שכזו כבר החלה והיא נכתבת באמצעות צוות שיקום במטה ובמחוזות
- יוזמות מקבילות: נכתבת תורת שיקום נוספת על ידי מומחים במסגרת ארגון נכי צה"ל (ארגון נכי צה"ל), המהווה תשתית לבחינה

## 5. עדכון המענים ליצירת שיקום אפקטיבי:

- דיוק סל המענים הניתנים לנפגעי הנפש, כולל בתחום המניעה, הליווי, המענה השיקומי לתסמונות מורכבות, מענה תעסוקתי מותאם, טיפולים אלטרנטיביים וטיפול בקנאביס לחיזוק התמיכה השיקומית

המלצות תת-הוועדה1. תהליך האבחון**1. שיפור מערכי המניעה של התפתחות PTSD בקרב חיילים טרם התקבעות הפגיעה**

**הנפשית**, בדגש על חשיבות ניטור המצב הנפשי של החיילים טרם שחרורם מהשירות, בעיקר במסגרת תוכניות בתוך צה"ל וגופי כוחות הביטחון

▪ ביולי 2024, במהלך מלחמת התקומה, הוקם ענף חוסן נפשי במרכז לשירותי בריאות הנפש שבאט"ל. הענף הינו מטכ"לי ותפקידו צמצום תחלואה נפשית לחיילי ומפקדי צה"ל בסדיר ובמילואים ע"י חיזוק החוסן הנפשי שלהם כמניעה ראשונית (בשגרה, לפני ארוע וחיזוק יכולת התמודדות) וכמניעה שניונית ע"י התערבויות קליניות נרחבות לחיילים ומפקדים שנחשפו לאירועים מורכבים בעלי פוטנציאל טראומתי או לפיתוח תחלואה. הענף כותב את התורה המטכ"לית, מכשיר ומגדיר את המטפלים והעוסקים בתחום, חוקר את התוכניות ואת החוסן הנפשי בכלל. משימות עיקריות שנמצאות על שולחן העבודה:

▪ פיתוח מערכת ממוחשבת המשקפת למפקדים את תמונת מצב החוסן הנפשי ביחידה

▪ כתיבה מקצועית של תורות והתערבות בעיבודים ובכלל

▪ גידור העוסקים בתחום על מנת למנוע עיסוק רשלני בחוסן נפשי ובבריאות נפשית של החיילים בסדיר ובמילואים

▪ הכשרות מעמיקות ונרחבות למטפלים ומפקדים

▪ ביצוע מחקרים לבחינת איכותו וטיבו של הטיפול וההתערבות המניעתית בכל שלביה

▪ הטמעת התורה והתוכניות בהכשרות וקורסי פיקוד בסדיר ובמילואים

▪ במאי 2024 הוקם **ענף תעצומות**, מרכז לטיפול ושיקום חיילים עם תסמינים פוסט טראומתיים. המסלול האינטנסיבי, טיפול יום במסגרתו מגיעים חיילים מדי יום למרפאה למשך 4 שבועות לטובת טיפולים קבוצתיים (להקניית מיומנויות - וויסות רגשות, היגיינת שינה, שימוש בחומרים ועוד). הטיפול הקבוצתי ניתן בקבוצה אורגנית של 12 מטופלים, כשלכל קבוצה מפקד ואיש-טיפול שמלווים אותה. כל חייל עובר טיפול פרטני ממוקד-טראומה, לצד מעקב פסיכיאטרי, ולפי הצורך והרצון גם נזירופידבק ודיקור. בסיום הטיפול-יום, החיילים ממשיכים להגיע למרפאה 3 פעמים בשבוע עד למציאת שיבוץ-מחדש, כחלק מהשיקום התעסוקתי. הענף עוקב אחר כל המטופלים באמצעות בטרית שאלונים קליניים המעקב מלמד שאנחנו מצליחים להביא לירידה של כ-12 נקודות ב- PCL-5 לאורך חודשי הטיפול, בקרב חיילים פעילים גופנית השיפור גבוה וממושך יותר, וגם בקרב חיילים ששומרים על קשר עם היחידה האורגנית שלהם. עד כה טופלו במרפאה כ-1300 חיילים. בכל רגע נתון המרפאה מחזיקה כ-230 חיילים. 95% מהמטופלים במרפאה הם לוחמים. 85%

חיילי חובה, היתר אנשי קבע/ מילואים. 10% הן נשים. כ-70% מהמטופלים שלנו ממשיכים שירות בתום השירות האינטנסיבי, בתפקידים משמעותיים (שאנחנו מוצאים עבורם, כחלק מהשיקום התעסוקתי - זה דגש חשוב, כי אחרת הצבא משבץ אותם כעובדי רס"ר, והם נושרים מהשירות).

■ באחריות הגופים: צה"ל - חיל הרפואה - מחלקת בריאות הנפש ואגף השיקום - יחידת ההכרה לאשר מנגנון העברת מידע הדדי בין הארגונים על אבחון וקביעת מצבם של חיילים משוחררים מצה"ל, ומנגד משרתים בצה"ל אשר הוכרו ע"י אגף השיקום. נושא זה נמצא בתהליך הסדרה משפטית. עוד נציין כי נדרשת מערכת מידע משותפת בין הארגונים לסנכרון מידע. במידת הצורך ניתן להרחיב ע"י ענף חוסן נפשי ולייצר שיתופי פעולה בהמשך בכדי לקדם את צמצום התחלואה הנפשית לחיילי ומפקדי צה"ל בסדיר ובמילואים

2. **בידול בין PTSD כללי לבין הסתמנות ספציפית הקשורה לאירועים מלחמתיים. הוועדה ממליצה לאמץ את המושג הקיים בספרות: Combat-related PTSD, ללא שינוי ספר התבחינים וללא יצירת דיפרנציאציה בתגומולים/הטבות. אך כן, גיבוש מענה שיקומי וטיפול מתאים לתסמינים ולאופי הפציעה. זהו תחילת תהליך הריפוי והשיקום של הסובלים מתגובת קרב. אנו מפנים לעובדה שספר האבחנות הבינ"ל (המקביל ל-DSM האמריקאי והוא זה שאומץ ע"י משרד הבריאות) ה-ICD מכיר ב-complex PTSD כישות אבחנתית נפרדת ומסתמן שה-DSM6 ילך בעקבותיו ויתכן ואף יכיר ב-CR-PTSD. כרגע, כל עוד לא אומץ המושג בספרי האבחנות, לא מצאנו עילה להכניסו לספר התבחינים. עם זאת, מוסכם על כך המשתתפים כי תסמונת פוסט-טראומטית בהקשר המלחמתי היא בעלת מאפיינים אבחוניים, טיפוליים, ושיקומיים ייחודיים ומצריכים התייחסות נפרדת ויעודית<sup>4</sup>.**

■ בהתייעצות עם מומחים בתחום ועם המועצה הלאומית לטראומה, אנו מציעים הגדרה שימושית לצוותי האבחון והטיפול של CR-PTSD:

■ **חשיפה ישירה לאירוע טראומתי מתמשך ו/או אירועים חוזרים של לחימה או פעילות צבאית מתמשכת, שכללו חוויה של אבדן חיים, פגיעה גופנית או נפשית מתמשכים, כתוצאה מתפקיד או חשיפה שאינה מסכנת חיים באופן ישיר, אך נעשית במסגרת התפקיד (קיים גם היום ב-DSM). הגדרה זו כוללת גם חיילים לא קרביים ותומכי לחימה שנחשפו (נהג משאית אספקה שנחשף למראות קשים, מנהל רישום ממצאים במחנה שורה). לאחר דיון, מצאנו כי גם מפעיל כטב"ם בעורף שחזה על המסך בתוצאות הירי שהפעיל יכול לפתח CR-PTSD. התרשמו שלעיתים דווקא הניתוק הפיזי תוך צפייה במראות קשים עשוי לייצר**

<sup>4</sup> חוקרים ברחבי העולם החלו לאפיין תופעה זו ביתר שאת, למידע נוסף ראו לדוגמא: Zorkina Y, Berdalin A, Abramova O, Reznik A, Ushakova V, Mukhin V, Riabinina D, Khamidova A, Pavlova O, Pavlov K, Golubeva E, Zeltser A, Kostyuk G, Morozova A. Serum Cortisol and Interleukin-6 as Key Biomarkers for a Diagnostic Algorithm of Combat-Related PTSD. *Brain Sci.* 2025 Dec 10; 15(12): 1319; Thomson J.L. PTSD Perceptions in U.S. Military Members and Their Families: A Qualitative Study. *SAGE Open*; Scoglio, A. A., Shirk, S. D., Mazure, C., Park, C. L., Molnar, B. E., Hoff, R. A., & Kraus, S. W. (2019). It all adds up: Addressing the roles of cumulative traumatic experiences on military veterans. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104227.

תסמונת קשה. להבדיל מלוחם ביחידה קרבית, אנשים אלו פחות הוכשרו לחוסן בקרב ואין להם לכידות ותמיכה קבוצתיים שיש ללוחם קרבי. מדיון עם קב"נים בצה"ל מלחמה זו מתאפיינת גם בשיעורים גבוהים של טראומטיזציה משנית (*secondary traumatization*) של אנשי בריאות הנפש בצבא, עקב חשיפה מסיבית למספר רב של נפגעים לאורך תקופה ארוכה במיוחד.

- בדיונים החוזרים עם אנשי המקצוע והנכים עלה באופן ברור שבמלחמה האחרונה יש מאפיינים ייחודיים שבעבר פחות בלטו בקרב נכי צה"ל נפגעי נפש. הנסיבות המיוחדות של לחימה בקרב אוכלוסיה אזרחית, של אירועי דו"צ, ונוכחות חטופים בשטח הלחימה יצרו תופעה נרחבת של פגיעה מוסרית - **moral injury**. אנו מציעים תוספת אחרי קריטריון e: התמודדות מתמשכת עם בושה ואשמה שקשורים ישירות לפעילות שבוצעה או להשלכותיה על הפרט או אחרים. להבהרה נדגיש כי פגיעה מוסרית אינה אבחנה נוספת אלא היא זיקוק של אחד המאפיינים היחודיים לפגיעה נפשית הקשורה לקרב במיוחד בקרב אוכלוסיה אזרחית כמו למשל במלחמה.

- **נדרש לייצר פרוטוקול טיפול ושיקום יעודי - CR-PTSD (ולפגיעה מוסרית כחלק מכך) אשר יבוא לידי ביטוי בתכנית השיקום הנבנית עבור הנכה במחוז.**

- באופן ראשוני, המועצה הלאומית לטראומה מסבירה כי טיפול ב- CR-PTSD הוא מורכב, שכן הוא מחייב עבודה כנגד אירועים טראומטיים מרובים, דריכות מתמשכת שהיתה חיונית לשרידה זמן ארוך והתקבעה, והתייחסות משולבת לפגיעה מוסרית שמובילה לאשמה, בושה וכעס. הטיפול הקלאסי לפוסט טראומה מוביל להכרות מפורטת עם אירוע טראומה, אולם הוא קשה מאד לביצוע כאשר יש מספר אירועים רב. הדבר מורכב עוד יותר כאשר ברגע שמבינים את פרטי הטראומה עולה התנגשות ערכית, למשל בין קדושת החיים לרעות שהינה בליבת העשייה באירועי לחימה. זהו הבסיס לפגיעה המוסרית. הטיפול בנפגעים אלו חייב להכיל גיוון רחב של טיפולים, להכיל רכיבים של חמלה עצמית בתוך העיבוד, ולהתמקד פחות בלחימה הקלאסית כנגד סימפטומים ויותר בשיקום התפקודי- בעבודה, בחברה ובפנאי. **יש להתבסס על תפיסת יסוד זו ולגבש בהקדם מענה שיקומי מלא לסובלים מתסמונת זו.**

- לצורך קביעת האבחנה צה"ל נדרש לספק את המידע על מקור הפגיעה

- לכשה-DSM ישנה את הגדרותיו הרשמיות, על אגף שיקום לאמץ זאת באופן מידי

3. **התקשרות עם מרכזי אבחון** לנפגעי נפש ברחבי הארץ, במטרה לוודא את דיוק קביעת

המצב הנפשי של הנכים לצורך התאמה מיטבית של שירותי השיקום והטיפול הדרושים

- איבחון יעשה במיקור חוץ בבי"ח ומכוני מורשים, שהם עצמאיים ומפוקחים ע"י ועדה מקצועית. ההקצאה תהיה אקראית, לא לגורם המטפל, וללא תשלום ישיר, בהתאם לכללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית, האוסרים על מטפל להיות גם נותן חו"ד בשל ניגוד עניינים מובנה.

- היתרון העיקרי הוא יצירת אבחון רב-מקצועי ע"י גורמי טיפול בלתי תלויים, אשר יכול לעמוד בהיקפים גדולים
- ניתן יהיה לבצע אבחון גם ע"י פסיכולוגים קליניים
- חשוב לציין, הפרעות נפשיות מכל תחום ומכל סוג נקבעות על ציר הזמן. להבדיל מפגיעות גופניות בקרב שברובן קלות לאבחון וקביעת נכות ברגע הפגיעה, או מעט אחריה, הפרעות נפשיות הן באופיין איטיות יותר, ציר ההחמרה נמשך על חודשים ושנים וישנם גם מופעים מאוחרים (delayed PTSD). זו הסיבה שבמצבים משפטיים למשל שולח בית המשפט את הנאשם ל"הסתכלות" שנמשכת שבועות ואף חודשים כדיל לדייק את האבחנה. ה-DSM עצמו מכיר ב-PTSD רק אחרי חודש מהחשיפה ומגדיר PTSD כרוני רק אחרי שנה מהחשיפה. לעיתים אף מתרחשת החלמה "ספונטנית"<sup>5</sup>. על כן, בגלל אופיין המיוחד של פגיעות נפשיות, לא ניתן לתת אחוז נכות ברור וסופי בטרם עברה שנה לחשיפה לאירוע.
- על כן, ההמלצה היא להכיר בנפגעים בגין "מצב נפשי" למשך שנה מרגע האירוע (בסטטוס 03, כיוון שישנה הכרה עקרונית), ללא קביעת אבחון וללא מתן אחוזי נכות. לאחר שנה, במסגרתה יקבלו את כלל המענים הרפואיים והפסיכולוגיים עבור נפגעי נפש באגף השיקום, יתקיים אבחון מוסדר בהתאם להמלצת הוועדה אשר יכלול באותו המפגש גם הערכת אחוזי נכות. וזאת, על מנת שלא לטרטר את המטופל בין מספר מרכזים ווועדות. כמובן, שאם נכה פנה אחרי תקופת זמן של שנה ויותר מהפגיעה שלו, ניתן יהיה לייצר אבחון וקביעת אחוזי נכות צמיתות באופן מיידי.
- בהקשר זה נציין, שבמבנה הקיים כיום רופא הוא זה שקובע בועדה רפואית את אחוזי הנכות. לאור כמות הפניות והעומסים ומחסור קשה בפסיכיאטרים, הועדה ממליצה שגם פסיכולוגים קליניים עם ותק של מעל 5 שנים שעברו הכשרה ייעודית יוכלו לקבוע אחוזי נכות בתחום הנפש.
- לגבי כלי אבחון מבוססי AI, מתקשה הועדה לקבוע עמדה מבלי לבחון כלי פרקטי, ויש ראשית לפתח את הכלי ואז לבחון את ישימותו. יתכן ונכון יהיה להפעיל כלי AI כפיילוט במקביל לועדה רפואית רגילה וכך לבחון את מהימנות הכלי.
- ארגון נכי צה"ל מתנגדים להמלצה זו בכללותה עקב התנגדות נחרצת לנושא "נכות לא קבועה", כיוון שנכים שדיווחו חוויה קשה ומאתגרת במרכז האבחון הקיים, עקב שיעור גבוה של אבחנת PTSD אשר לראייתם איננו מצדיק חוליה זו בשרשרת, ומשום שאינה עומדת בהלימה למסקנות רפורמת "נפש אחת".

## 2. מענים טיפוליים ושיקומיים

### 1. הגברה ושיפור המענים הקיימים בתחום ההשתלבות בתעסוקה / עיסוק משמעותי

- מהגורמים שהופיעו בפנינו עולים צרכים ייחודיים לתעסוקה של נכי צה"ל נפגעי נפש. לדוגמא, קושי לעבוד בסביבה רועשת והומת אדם, מתקשים לשמר תבנית עבודה

Levi-Belz, Y., Amsalem, D., Groweiss, Y., Blank, C., Shachar-Lavie, I., & Neria, Y. (2025). A Year in the Shadow of Terror. J Clin Psychiatry, 86(4), 25m15970

קבועה, לעיתים מתקשים לקום בבוקר וצריכים סלחנות וגמישות בשעות העבודה, חלקם מלווים בכלבי תמיכה רגשית שיש לאפשר להכניס למקום העבודה, וחלקם משתמשים בקאנביס רפואי ויש לאפשר להם לצרוך אותו בשעות העבודה. מאפיינים ייחודיים אלה מצריכים חליפה אישית בתחום התעסוקה.

- ישנם מאמצים קיימים באגף השיקום בתחום התעסוקה, לרבות: מודל השמה באמצעות הסכמי ספקים עם חברות ההשמה הגדולות במשק, תפירת "חליפה אישית", תכניות הכנה לעבודה ותכניות "חוסן תעסוקתי" שנפתחות באגף בימים אלה
- בנוסף, נדרשת הגברת תוכניות לשת"פ ותמיכה במעסיקים, בדגש על העסקת נפגעי נפש – *טופל ע"י המליאה, בשיתוף שירות התעסוקה*

- עוד מוצע להטמיע מודל "צרכנים נותני שירות" - העסקת נכי נפש שהשתקמו כמנטורים לנכים חדשים במודל דומה לזה של "עמית מומחה". "עמית מומחה" הוא פרויקט של משרד הבריאות הבא לשפר את המענה למתמודדי נפש מאושפזים בנוכחות מחסור קשה במטפלים. בפרויקט חדשני זה, עוברים מתמודדים שהחלימו קורס הכשרה ממוקד ומוסמכים ע"י משרד הבריאות כ"עמית מומחה" המלווה מתמודד נפש בשלב האקוטי בתוך בית החולים. המודל שהוצג לנו נותן תעסוקה למתמודדי נפש ששוקמו ונותן מענה מצוין למאושפזים בהם מטפל אדם "שהיה שם" ומבין אותם טוב מכולם. גיבוש מודל דומה לשיקום נפשי תאפשר גם מענה פרטני בהיעדר כוח אדם, גם תשפר את תחושת האמפטיה וההבנה לנכה, וגם תספק תעסוקה שיקומית לנכים. אגף השיקום נדרש לאפיין לעומק ולהשקיע משאבים נוספים לצורך הקמה והפעלה של מסלולים דומים לזה.

- כחלק מכך, יש לשקול הקמה או התקשרות עם חברת כ"א ייעודית להעסקת "צרכנים נותני שירות", אשר תאפשר תעסוקה לנפגעי נפש, ואף תסייע במימוש מודל דומה ל"עמית מומחה" לליווי משמעותי של נכים נוספים

- בנוסף, הצוות מעודד את השת"פ המתוכנן עם שירות התעסוקה, אשר יש ברשותו מגוון כלים לעידוד ותמיכה תעסוקתית בנפגעי נפש, אשר בהתאמות נדרשות יהיו רלוונטים גם לנפגעי הנפש נכי צה"ל

- הוצע מודל משולב (stepped care) של IPS (individual placement) – השמה תוך ליווי מתמשך) ו- CE (customized employment) – (תפירת חליפה אישית בסביבה מתאימה) להתאמת עולם העבודה לנפגעי הנפש. הוצגו בפני הועדה מודלים של שילוב תעסוקתי שיקומי הדרגתי הקיימים בעולם, והוכחו כמוצלחים (ראה עבודת התזה של מיתר סלע שהציגה אותה בפנינו).

- הרחבת התמיכה גם בהקמת עסק או רכישת מקצוע (אולי כחלק ממענק לימודים). נכים שונים שאיתם דיברנו העלו את העובדה שבשל מצבם או אישיותם למידה של תואר ראשון אינה מתאימה להם, ועל כן אינם נהנים מהמענק ללימודים. עם זאת, לימודי מקצוע יצרני או תמיכה וליווי בהקמת עסק זעיר מתאים להם יותר ויהווה מנוף לתעסוקה שיקומית והכנסה מכבדת.

- בנוסף, הצוות תומך בשינוי מבנה הזכאויות וסעיפי "אובדן כושר עבודה" כך שיתמכו ביציאה של נפגעי הנפש לעבודה או בהשתלבות בעיסוק משמעותי אחר. נדרש לתמוך במצב בו מי שפועל לשיקומו מרוויח. נידון בצוות זכאויות.
  - הודגשה חשיבות יצירת רשת ביטחון כלכלית גם בתקופות ביניים (ארגון נכי צה"ל)
2. **הרחבת המענים הניתנים לקרובי משפחה של פצועים**, בדגש על מתן שירותים לילדים החל מגיל 0 עד 18 (כולל טיפול להתערבות רגשית בנוסף לטיפול פסיכולוגי) ותמיכה במאמצי המשפחה במסגרת המענה השיקומי לנכה. נידון והוכרע במליאה
- לאור התרבות הבתים המאזנים כחלופה לאשפוז, רב חברי הוועדה רואים באישפוז בבית מאזן גזירה דומה גם בנושא פיצוי קרובי המשפחה. לכן, הצוות מבקש לאפשר מתן אובדן שכר לבן משפחה בזמן שהיה בבית מאזן, שאינה זהה לזו של זמן אשפוז אך מאפשרת תמיכה ראויה במשפחה.
  - כאמור, ישנה חשיבות בייצור וביסוס מענה במסגרת הקהילה לנפגעי הנפש – באמצעות עו"ס קופות חולים, שירות פסיכולוגי חינוכי/יועצות בבתי הספר והרשויות המקומיות
3. **הגברת הפיקוח והידוק המענה הרפואי הניתן לנפגעי נפש ע"י קנאביס** (בהתאם ובצמוד להמלצות עתידיות של משרד הבריאות, הנושא באחריות על תחום זה)–
- לפי הוועדה מטעם המועצה הלאומית לפוסט טראומה, "קנביס לא נמצא כטיפול יעיל ל PTSD. יתרה על כך, הוא נמצא כקשור להחמרת תסמיני PTSD ותופעות לוואי אחרות. המלצת הוועדה היא להימנע ממתן קנביס כטיפול עד אשר מוצו כל האפשרויות האחרות לטיפול"
  - משרד הבריאות עומד מאחורי המלצות המועצה הלאומית לפוסט טראומה בעניין זה, ועתיד להגיש המלצות מפורטות מטעמו בהקדם
  - בקו אחד עם מסקנות ועדת קנאביס בראשות ד"ר גלעד בודנהיימר אנו סבורים שמעבר בקנאביס בעישון לקנאביס זונלי במרשם דרך הקופות יקטין את האפקט וידייק את השימוש הרפואי הנכון ע"פ התוויה וסוג הקושי
  - גם תרופות פסיכיאטריות שנויות במחלוקת ויש להמליץ לצמצם את השימוש בהן (עמדת יהלומי הקרב)
4. **יצירת מודל המעודד מתן שעות ליווי לפצועים בעין** תוך הורדה (ללא ביטול מלא ו/או באופן הדרגתי) של השירות כתגמול כספי. נידון בצוות זכאויות.
- בני המשפחה / "עמית מומחה" יכולים להירשם כמלווים בחברות ההשמה; עדיין, עשוי להישאר מחסור של כוח אדם. בנוסף, נדרש מנגנון בקרה על מערך המלווים להבטחת האיכות
  - מודל מוצע על ידי אגף השיקום ליישום הדרגתי של ההמלצה:

- מי שקיבל עד כה, ימשיך כפי שהיה; במידה ויבקש שינוי בשעות יועבר למסלול בעין
- פצועים שטרם קיבלו ליווי, עד שעתיים ביום ניתן בתגמול; מעבר לכך, רק בעין
- נפגעי נפש עלולים להיות זקוקים להשגחה ברמות שונות של אינטנסיביות. נדרשת התאמה אישית של שעות ליווי לפי מצבו של האדם. אנו מציעים שעו"ס השיקום תקבע את רמת הליווי הנדרשת לאחר התייעצות עם הפצוע ומשפחתו
- דרגה א' - נפגע נפש, לדוגמא עם דחפים אובדניים, ללא מערכת תמיכה מספיקה, זקוק אף להשגחה של 24/7 כדי למנוע פגיעה עצמית.
- דרגה ב' - חלק מהפצועים יכולים להסתפק מס' שעות ביום להתמודדות עם בירוקרטיה המייצרת לחצים נפשיים שקשה לנפעי הנפש לעמוד בהם.
- דרגה ג' - ישנם פצועים הזקוקים לליווי רק ביציאה מהבית למקום הומה אדם כמו קניון, תעודת זהות ברשות האוכלוסין וכו'.
- ארגון נכי צה"ל ונציגי מתמודדי PTSD מתנגדים להסרה מוחלטת של האופציה לליווי בכסף ודורשים מנגנוני פיקוח ובקרה על מימוש שעות הליווי; האוצר מתנגד להשארה כלשהי של ליווי כתגמול בכסף, וכן להצעה שעו"ס היא זו שתקבע את רמת הליווי הנדרשת בגלל אתגרי בקרה.

#### 5. הרחבת הטיפול האלטרנטיביים הזמינים לנפגעי הנפש, תוך הרחבת השירות לכלל נכי

**צה"ל וכוחות הביטחון.** בכל העדויות ששמענו, חזרו נכים והדגישו עד כמה טיפולים "אלטרנטיביים" לטיפול בדיבור (פסיכו-תרפיה פורמלית ע"י איש בריאות הנפש שעבר הכשרה) מתאימים להם, לעיתים אף יותר, במיוחד בשלבים הראשונים. חלק מהנכים ציינו כי ישיבה על כורסא במשך 50 דק' אינה אפשרית להם בשלב הסוער של התגובה הנפשית ולפעמים פעילות כמו רכיבה על סוס ומפגש עם נכים כמותם ומנחה לרכיבה טיפולית הפך להיות גורם טיפולי משמעותי ביותר. כיום, טיפולים אלה הם חלק מסל מוגבל בסכום של 6,600 ש"ח. כפי שצוין ע"י פרופ' פרוכטר, נדרש גיוון רחב של טיפולים על-מנת לטפל בחלק מן הפגיעות הנפשיות עמן נכי צה"ל מתמודדים.<sup>6</sup>

- על כן, יש לאפשר לנפגעי נפש טיפולים אלטרנטיביים מחוץ לסל הקיים במידה ואיש מקצוע מטפל (פסיכיאטר, עו"ס קליני, פסיכולוג קליני) המליצו על כך שטיפול מסוג זה יהיה יעיל במקביל או במקום לטיפול פסיכולוגי בדיבור, ובתדירות שימוש שיקבע אותו גורם (לדוגמא – 4 רכיבות טיפוליות בחודש למשך שנה) – במודל של הסדרים. האוצר מתנגד להצעה זו מכיוון שהיא מבדלת את נפגעי הנפש מכלל הנכים, וישנה השלכה תקציבית שטרם נבדקה.
- סל הטיפולים האפשרי יהיה זה המוצע היום במסגרת הסל האלטרנטיבי

Fisher, P.W. et al. "Equine-Assisted Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Among Military Veterans: An Open Trial," *J Clin Psychiatry* 8: 25, 2021.

- במקביל, יש להעניק את הסל המוגבל בסכום לכלל נכי צה"ל וכוחות הביטחון
- 6. הרחבת הטיפול הנפשי הקליני **להתערבויות לרווחה נפשית** (מעבר לטיפול הקליני ולסל הטיפולים האלטרנטיביים)
- 7. **הקמת בית מאזן המאפשר מענה לנכים עם תחלואה כפולה** (בדגש גמילה מסמים). נמצא בתהליך עבודה תחת אגף השיקום
- 8. הגדרה של **מחלקה סגורה** אחת ארצית לאשפוז נכי צה"ל עם PTSD, כולל הפרדה בין גברים לנשים. אגף השיקום יהיה שותף לאפיון מחלקה שתופעל במסגרת מרכז רפואי קיים, אשר תופעל יעודית לנכי צה"ל עם הפרדה מגדרית.
- 9. עד לתיקון החקיקה ולאור גודל השעה, ממליצים **לאפשר לאגף להרחיב ולהתאים מענים שיקומיים בהתאם לצורך באופן מיידי**
  - עמדת משרד האוצר היא שהדבר אינו אפשרי לפי חוק, וחורג מסמכויות האגף

### 3. גורמים מבניים ותומכי ביצוע

1. **במסגרת אגף השיקום, בכל מבנה ארגוני שיבחר** (כולל רשות ייעודית לשיקום אם תוקם), **נדרש לדעתנו להקים מערך ייעודי לטיפול בנפגעי הנפש**, אשר יתכלל את המענה השיקומי והרפואי הנדרש ויפעל לבחינה מתמדת של המענים השיקומיים המתאימים ביותר לנפגעי הנפש. מערך כזה יאפשר פיתוח והטמעה של תורת שיקום נפשית אחידה ומחייבת, המותאמת למאפייני כוחות הביטחון ולפגיעות המורכבות המתגלות בשנים האחרונות (הרחבה בנספח 5)
  - לאחר דיון מעמיק חשבנו שמערך ייעודי איננו מגביר סטיגמה, משום שמדובר במהלך ברמה הארגונית – ניהולית ולא בסיווג חברתי של הנכה בקצה. הזכאי איננו "מופרד" או מסומן; להיפך, הוא נהנה ממומחיות, רציפות ומקצועיות עמוקה יותר
  - לצורך כך, יש לעבות את המערך בפונקציות נוספות במגוון תחומים: מומחים בתחום הקליני/רפואי, מומחים בנושא חוויית משתמש רגישת טראומה, מומחים בתחום תעסוקה רגישת טראומה, מחקר ומדידה, הדרכה והכשרה, ועיבוי כוח האדם בהלימה לכמות הפצועים
  - בהמשך, ולאחר שיתגבש המבנה הארגוני כולו, יש לבנות תורת הפעלה ברורה הקושרת בין פעילות מטה אגף השיקום בתחום בריאות הנפש לבין המענה הניתן במחוזות
  - האוצר מתנגד להקמת מערך נפרד למענה לנכי הנפש, במידה וזה יגרור פניה מקבילה של נכים משולבים לשני מקורות מענה
2. **נדרש למצוא מענה מיידי לפערים קריטיים בתשתית הדיגיטלית המשרתת את אגף השיקום**. היעדר מערכות דיגיטליות אינטגרטיביות לניהול רצף שיקומי, מעקב תפקודי, תיאום בין גורמי טיפול ושיקום, וניטור מצבי קצה – מייצר עומס כבד על אנשי המקצוע, פוגע באיכות השירות ומקשה על התאמה אישית של מענים. **נידון בצוות חווית לקוח**

07.06.2026

3. הרחבת מערך הליווי וההכשרות לעובדי אגף שיקום המתמודדים עם מענה לפצועים, בדגש על נפגעי הנפש

4. הקמת גוף מחקרי לאומי אשר יהיה מקובל על כלל הגורמים

## נספחים - צוות נפש

### נספח 1: עמדות והצעות נוספות של הגורמים המשתתפים

כדי לתת מקום גם לעמדות של ארגון אחד או משרד ממשלתי אחד שהיו דעת מיעוט, אנו מעלים על הכתב הצעות אלו, גם אם לא הוכנסו לרשימת ההמלצות הרשמית של תת הוועדה.

#### 1. אוצר :

- ישנם כשלים מבניים בהיות האגף גם גורם מטפל
- כרגע ישנו תמריץ שלילי לתעסוקה במודל אובדן כושר עבודה
- אגף השיקום הוא "קופת חולים חמישית עם חולים בלבד", על כן, יש לפעול להעברת המענים הרפואיים והטיפוליים לקופת החולים
- תהליך שער כניסה- מנגנון ההכרה והסינון צריך להיות מדויק יותר (עמדת אגף השיקום – יש לשמר מהירות וזמינות, במיוחד עבור נפגעי נפש)
- תומכים בהכרה לזמן קצוב כ"זמני" (ארגון נכי צה"ל מתנגדים, נוגד את המלצות רפורמת "נפש אחת" לפיה עיכוב בדרגת נכות קבועה מעכב שיקום)

#### 2. יהלומי הקרב: נדרשת הרחבה של המענים השיקומיים הזמינים לנפגעי הנפש

- בתים מאזניים ככלל, ונגישים ללוחמים בפרט
- כולל אפשרות כניסה עם קנאביס רפואי ו/או עם כלב שירות
- שיפור המענה הטלפוני 24/7
- מענה למצב חירום ללא אשפוז
- הידוק ההנחיות לבי"ח לטיפול במקרים פסיכיאטרים של נכי מערכות הביטחון
- הוספת נציג ציבור לוועדות רפואיות
- השוואת זכויות של נכי נפש "נצרכים" לזכויות נכים +100. חברי הוועדה לא סברו כי זה המענה המתאים
- חשוב לציין כי הנושא נדון כרגע במסגרת עתירה שהוגשה לבג"צ

#### 3. אגף השיקום

- נדרש "מרחב תמרון רגולטורי" (הוראות שעה, מסלולים גמישים או פיילוטים מוסדרים) – המסגרת הרגולטורית הקיימת, הנשענת על הוראות, תקנות ונהלים נוקשים, אינה מאפשרת גמישות תפעולית הנדרשת להתאמת שירותים למציאות משתנה, לאירועי קיצון מתמשכים ולמאפייני פגיעה נפשית דינמיים
- יש להתייחס להשפעות הישירות של אימימוש מענים המצויים באחריותם של משרדי ממשלה אחרים – ובראשם משרדי הרווחה, הבריאות והחינוך – על העומס, המורכבות ואופי העבודה המוטלים בפועל על עובדי אגף השיקום :

- משרד החינוך- האמון על הטיפול בילדים במסגרות החינוך
- משרד הבריאות-
- רגולציה לנושא קנאביס והנפקת הרשיונות על ידי היק"ר. ע"פ המלצות המועצה הלאומית לפוסט-טראומה נכון יהיה להגביל את מס' המשתמשים ומינון השימוש בקנאביס בנפגעי טראומה קרבית.
- פיקוח על בתים מאזנים ומסגרות טיפול
- תשתית לטיפול רפואי/נפשי בבני משפחה- מענה למחסור במטפלים
- משרד הרווחה-
- מענה לבני המשפחה בקהילה- תמיכה בתא המשפחתי, פעילות במסגרת הרשויות- לדוגמה- קבוצות טיפול לנשות פצועים, הרצאות חוסן, פעילות הפוגה לילדים וכו'
- אכיפת חוק כלבי שירות – הבהרה לבתי המלון העוברים מכרז להבראת נכי צה"ל כי החוק מחייב הכנסת כלבי שירות לחדר המלון
- משרד הבינוי והשיכון- מכרזי דיור וקרקעות לנכי צה"ל ולמתמודדי נפש בפרט ככל ומזהים שיש צורך במגורים בפריפריה ובאזור טבע

## נספח 2: הצעת פרופ' לוי-בלז לעדכון יחס עו"ס: נכה באגף השיקום

חישוב יחס אופטימלי בין עובדת שיקום לנכי צה"ל

על בסיס הנחות גודל אוכלוסייה, רמת הזמינות והיבטים הקשורים לנכים "חדשים" ו"וותיקים"

פרופ' יוסי לוי בלז – לבקשת תת וועדת נפש בוועדת מור יוסף

### הקדמה

עובדת שיקום היא לב אגף השיקום. היא הפנים של האגף בכל התייחסות של נכי צה"ל, היא ה"אמא והאבא" שאליהם נכי צה"ל נושאים את פניהם. היא זו שמשפיעה באופן הדרמטי ביותר על התחושה של נכי צה"ל שאגף השיקום "רואה אותם". לפיכך – הקשב שלה, הזמינות שלה והאפשרות שלה לחשוב, לתכנן, לנהל ולבצע שיחות יזומות ופעולות בדחיפה היא קריטית.

החישוב שערכתי הוא חישוב טכני בלבד ואינו לוקח בחשבון את היכולת המקסימלית של עובדת "להחזיק" נכי צה"ל במצב אקוטי ובאופן מיטבי ואמפטי, תשישות חמלה, צורך בחופשות ועוד.

### הנחות

בחלק זה נציג מספר הנחות יסוד המתבססות על עומס עבודה, היקפי, איכות וסוגי נכי צה"ל בשנים הקרובות. ההנחות יתחלקו להנחות לגבי עובדות שיקום, "סוגים" של נכי צה"ל וותק בנכות

#### 1. עובדות שיקום

בשבוע 40 שעות עבודה

המלצתנו כי הן יחולקו

30 שעות למפגשים ותהליכים עם נכי צה"ל

10 שעות בשבוע יוקדשו להדרכות, ישיבות, עיבוד, תהליכי הכשרה

אנו מציעים כי בשל חשיבותה של עובדת השיקום - 10 שעות בשבוע יוקדשו להדרכות, ישיבות, עיבוד, תהליכי הכשרה. כמו כן, אנו ממליצים על קיום סדנאות והכשרות ייעודיות לעובדות שיקום, באופן שיגביר מאוד את המקצועיות שלהן, את היוקרה של התפקיד ואת רווחתן הנפשית (ללא רווחה זו הן יתקשו לעמוד בעוצמות המופנות אליהן)

#### 2. נכי צה"ל

נכי צה"ל מתחלקים למספר רב של קטגוריות. במסמך זה נפשט ונחלק לשלושה חלקים

1. נפש

2. מעל 50%

3. שאר הנכים (שאינם נפש או מעל 50%)

#### 3. וותק בנכות – חדש מול וותיק

בשל המלחמה שפקדה אותנו ובשל העלייה הניכרת במספר נכי צה"ל בשנים הקרובות על פי הערכות אגף השיקום, חילקנו חלוקה נוספת על פי "חדשים" ו "וותיקים"

א. הגדרת נכים "חדשים":

נפש: עשר שנים ראשונות (בשל הצורך לליווי מעמיק ושיטתי בכל ההיבטים)

50% : שלוש שנים ראשונות

כל השאר : שנה ראשונה

קיימות הנחות נוספות המתבססות על הצורך הטיפולי/רמת הקשב/דחיפות הפניות/היבטים נוספים שלא הכנסנו למסמך זה (אובדנות/אלימות, החרפות בשל אירועים במדינה (מבצע/מילואים/טילים) ועוד.

בחלק זה נציג את ההיבטים החשובים בדרך ליחס סביר של נכי צה"ל לעובדת שיקום. נציג את כמות הזמן הנדרש להשקעה של עובדת שיקום בנכה צה"ל על פי "סוג" הנכות והוותק (טבלה 1), לאחר מכן את תמהיל המטופלים שיהיו באחריות עובדת שיקום לפי "סוג" הנכות המשוערים לשנת 2028 (טבלה 2) ולבסוף את חישוב השעות הנדרשות ממנה לליווי נכי צה"ל בתמהיל הנכים שבאחריותה (טבלה 3).

### טבלה 1. כמות הזמן שעובדת השיקום צריכה להשקיע בנכה צה"ל בהתאם לחלוקות לוותק הנכות ו"סוג" הנכות

	כל השאר	50%	נפגעי נפש		
חדשים	קשר תחזוקתי: חצי שעה פעם בשבועיים	פגישה דו שבועית: שעה (חצי שעה בשבוע) התנהלות, תיאומים, תיעוד וסיוע: חצי שעה בשבוע	פגישה שבועית של שעה (פיזי/זום/טלפון) התנהלות, תיאומים, תיעוד, עבודה עם גורמים ומשפחה: שעה	פירוט	
	0.25 שעות בשבוע למטופל	סה"כ: 1 שעות בשבוע למטופל	סה"כ = שעתיים בשבוע למטופל	סה"כ	
ותיקים	קשר תחזוקתי: חצי שעה פעם בחודש	קשר תחזוקתי: חצי שעה פעם בחודש	קשר תחזוקתי: חצי שעה פעם בשבועיים	פירוט	
	0.125 שעות בשבוע למטופל	0.125 שעות בשבוע למטופל	0.25 שעות בשבוע למטופל	סה"כ	

### טבלה 2. תמהיל נכי צה"ל בשנת 2028 (מוערך) ותמהיל מומלץ לעובדת שיקום

(על פי הנחה שכדאי שעובדת שיקום תלווה נכים שונים מ"קבוצות שונות" כדי להפחית עומס).

תמהיל מומלץ לעובדת שיקום ("סוג" באחריות העובדת)	תמהיל מומלץ לעובדת שיקום ("סוג" באחריות העובדת)	תמהיל מומלץ לעובדת שיקום ("סוג" באחריות העובדת)	תמהיל מומלץ לעובדת שיקום ("סוג" באחריות העובדת)	תמהיל מומלץ לעובדת שיקום ("סוג" באחריות העובדת)	תמהיל מומלץ לעובדת שיקום ("סוג" באחריות העובדת)
18.6%	18.6%	18.6%	18,600	חדשים (חרבות ברזל)	נפש
31.4%	31.4%	31,400	31,400	ותיקים	נפש
2.85%	2.85%	2,850	2,850	חדשים (חרבות ברזל)	+50%
9.65%	9.65%	9,650	9,650	ותיקים	+50%
8.55%	8.55%	8,550	8,550	חדשים (חרבות ברזל)	השאר
18.6%	18.6%	28,950	28,950	ותיקים	השאר
100%	100%	100,000	100,000		סה"כ

### טבלה 3. חישוב יחס עובד שיקום-מטופלים לפי התמהיל הקיים באוכלוסיית נכי צה"ל באגף השיקום בשנת 2028

בטבלה זו ניתן לראות את התרומה הממוצעת באחוזים של נכי צה"ל לשעות שבועיות של עובדת השיקום

סוג מטופל	שעות נדרשות לשבוע לנכה	אחוז באוכלוסייה	שעות נדרשות לשבוע למטופל בשנת 2028	תרומה ממוצעת לשעות שבועיות לתיק (אחוז×שעות)
נפש	חדשים (חרבות ברזל)	18.6%	2.0	0.37
נפש	ותיקים	31.4%	0.25	0.08
+50%	חדשים (חרבות ברזל)	2.85%	1.0	0.03
+50%	ותיקים	9.65%	0.125	0.01
השאר	חדשים (חרבות ברזל)	8.55%	0.25	0.08
השאר	ותיקים	18.6%	0.125	0.01
סה"כ		100%	0.58	שעות לשבוע לתיק

#### סיכום

אחוז זמן (משעה) ממוצעת לתיק בשבוע בתמהיל נכי צה"ל שהוצע: 0.58

חישוב אחוז הזמן בדקות: 34.8 דקות בשבוע לתיק.

קיבולת נטו לעובדת שיקום בשבוע: 30 שעות

היחס הנדרש לפי התמהיל אוכלוסיית אגף השיקום בשנת 2028 הוא 1:52

יחס זה הוא בתרחיש עבודה סביר (כלומר ללא יכולת להגיב למצבי משבר שידרשו הוספת שעות לנכה מסוים) ולשנים הקרובות (בהנחה שלא יצטרפו נכים נוספים ואט אט נכי צה"ל מחרבות ברזל יהפכו מנכים "חדשים" לנכים "וותיקים").

מעל יחס זה עובדת השיקום תתקשה לבצע את עבודתה באופן מיטבי בשל העדר זמן, תשישות חמלה, קושי מול אינטנסיביות הפניות.

**נספח 3: עמדת משרד האוצר בנושא יחס עו"ס: מטופל**

לעניין יחס עו"ס-נכה עבור נכה הנפש בלבד, אנו מציעים את היחסים הבאים:<sup>2</sup>

נפש/משולבות		
נכים וותיקים	שנתיים ראשונות	
1: 480	1: 120	מתחת 50%
1: 320	1: 80	50% ומעלה

פיזי		
נכים וותיקים	שנתיים ראשונות	
1: 1080	1: 180	מתחת 50%
1: 720	1: 120	50% ומעלה

<sup>2</sup> הנחות: יחס של 1:80 בנכי נפש מעל 50% בשנתיים הראשונות משקף היקף מגע ממוצע של כ-50 דקות אחת לשבועיים לנכה. היחס בין דרגת נכות מעל 50% לדרגה מתחת ל-50% עומד על מקדם של 1:1.5, והיחס בין פגיעות נפשיות לפגיעות פיזיות עומד אף הוא על מקדם של 1:1.5, לאור המורכבות התפקודית הגבוהה יותר בפגיעות נפש. בנוסף, היחס בין נכים חדשים לנכים וותיקים נגזר מהנחת ירידה בעוצמת הליווי לאחר תקופת ההסתגלות הראשונית, ועומד על מקדם של 1:4 בנפש ו-1:6 בפיזי. ניתן לקיים דיון על הנחות אלו.

## נספח 4:

### הצעה לתקינת עובדים סוציאליים ו-POC באגף השיקום

מסמך עבודה

2026 למרץ

מסמך זה מציג את המלצות הוועדה לקביעת תקני כוח אדם לעובדים סוציאליים ו-POC (מתכללי מקרה) באגף השיקום, המיועדים לספק מענה שיקומי איכותי לנכי צה"ל. ההמלצות נבנו בשיתוף פעולה בין ועדת הנפש בראשות פרופ' גיל זלצמן לבין ועדת משנה חווית לקוח בראשות קובי הלפרין, והן משקפות **פשרה כואבת** בין הסטנדרטים האופטימליים לבין המגבלות התקציביות והארגוניות. נקודת המוצא לדיון הייתה הטבלה שהציע אגף התקציבים, תוך התאמות במענים וביחסים על בסיס שיקולים מקצועיים ועדויות מהשטח.

בהתייחסותנו לנושא, לקחנו בחשבון מס' תפיסות מנחות מרכזיות:

- נכי צה"ל הדגישו שוב ושוב שהם זקוקים ל"מישהו שרואה אותם" - לא רק מנהל תיקים
- היחס הנוכחי (כ-850-1:800) מונע מהעובדים הסוציאליים לתת מענה אמיתי
- השקעה בעובדים סוציאליים תפחית תסכול, תביעות חוזרות ופגיעה בשיקום

#### 1. הפרדה בין נכי נפש לנכים פיזיים

**הסכמה מרכזית:** נכי נפש ונכים פיזיים אינם מקבוצה אחת ודורשים מענה שיקומי שונה באופן מהותי. ולכן יש ליצר יחסים דיפרנציאליים לפי סוג הפגיעה (נפשית/פיזית) ואחוז הנכות

- נכי נפש זקוקים לליווי שיקומי-טיפולי אינטנסיבי, כאשר העובד/ת הסוציאלי/ת מהווים את ליבת תהליך השיקום; המענה הטיפולי כולל תמיכה רגשית, בניית תוכנית שיקום והתערבות שוטפת - לא רק ליווי מנהלי
- נכים פיזיים זקוקים יותר לתיאום זכויות ושירותים לעומת ליווי טיפולי נפשי

#### 2. חלוקת תפקידים: עובד/ת סוציאלי/ת מול POC

**הסכמה מרכזית:** לכל פצוע יהיו שני גורמי תמיכה משלימים:

- **עובד/ת סוציאלי/ת** - ליבת השיקום, אחראי/ת על בניית תוכנית שיקומית, ליווי טיפולי, תמיכה רגשית ותיאום בין גורמים מקצועיים
- **POC (Point of Contact)** - אחראי על טיפול בנושאים מנהליים, מילוי טפסים, הפניות לזכויות, עדכונים שוטפים ושירותים לוגיסטיים

**חשוב להדגיש:**

- ה-POC מאפשר לעובד/ת הסוציאלי/ת להתמקד בתהליכים שיקומיים
- גם לנכי נפש יהיה POC לליווי מנהלי, אך העובד/ת הסוציאלי/ת נשאר/ת הדמות המרכזית
- התמהיל בין POC לעובד/ת סוציאלי/ת משתנה לפי סוג הפגיעה ושלב בתהליך השיקום

## נספח 5: הצעה להקמת מערך ייעודי לנושאי נפש באגף השיקום / יוסי לוי בלז

### רציונל ארגוני-אסטרטגי

אגף השיקום מצוי בעיצומו של שינוי מבני עמוק באופי אוכלוסיית הזכאים. מתוך כ-50,000 נכי צה"ל החדשים שנכנסו או צפויים להיכנס לאגף בשנים הקרובות, כ-60% מתמודדים עם פגיעה נפשית – כפגיעה עיקרית או בשילוב עם פגיעה פיזית. מדובר בשינוי איכותי ולא רק כמותי. תחום הנפש איננו מרכיב משלים בתוך מערכת שיקומית שמרצה פגיעה פיזית, אלא ציר מרכזי המאפיין את רוב הזכאים החדשים ורבים מהזכאים הוותיקים. **מציאות זו מחייבת התאמה מבנית של הארגון עצמו למציאות החדשה.**

פגיעה נפשית שונה מפגיעה גופנית גם בדפוסי החמרה וההתייצבות שלה. היא מתאפיינת בדינמיות, בתנודתיות ובאפשרות להחרפה לאורך זמן, לעיתים גם שנים לאחר האירוע. היא כרוכה בסיכון לקשיים רגשיים חריפים, לאובדן אמון, לירידה תפקודית ואף לסיכון אובדני. לפיכך אגף השיקום ראוי למערך שייתמקד ביצירת רצף מקצועי, תיאוריית שיקום, ניטור מתמשך וזיהוי מוקדם של שינויי מצב, ובכך יוכל להעניק מענה אקטיבי לנכי הנפש של צה"ל.

תגבור כוח אדם הינו חשוב ביותר (ראו סעיף יחס עובדת שיקום: נכי צה"ל) אך לבדו לא ייתן מענה מספק, בשל העדר הכוונה ומסגרת רעיונית ומקצועית מתכללת. מערך ייעודי, הכפוף ישירות לראש האגף (או לראש הרשות אם יוחלט על הקמת רשות ייעודית), יאפשר פיתוח והטמעה של תורת שיקום נפשית אחידה ומחייבת, המותאמת למאפייני כוחות הביטחון ולפגיעות המורכבות המתגלות בשנים האחרונות.

ההטמעה תהיה בכל הרמות. מערך כזה יוכל להבטיח דיוק בזכאויות ובהכרה מקצועית, לצמצם שונות בין מחוזות, להגדיר סטנדרטים ברורים לאבחון ולהתערבות, ולפתח מענים ייעודיים היכן שהם חסרים או להטמיע מענים שנבנו עם השנים אך עדיין אינם מוטמעים בכל המחוזות (לדוגמה התערבות במקרי אובדנות/אלימות). בנוסף, הוא יאפשר מעבר מניהול תיקים תגובתי לניהול סיכונים יזום באמצעות ניטור, מחקר וזיהוי מוקדם של החרפה. בהיעדר גוף מרכזי בעל אחריות כוללת, תחום הנפש עלול להישאר מפוצל בין יחידות שונות, ללא בעלות ארגונית ברורה וללא מדיניות אחידה. בהינתן שהרוב מוחלט של נכי צה"ל המתים מהתאבדות הינם נכי נפש – קיום מערך ייעודי יאפשר דיוק במענים ובהתערבות ובכך יסייע בהצלת חיים.

**הכרה ארגונית בנכי הנפש ונושא הסטיגמה:** להקמת מערך נפש ייעודי יש משמעות עמוקה מעבר למבנה האדמיניסטרטיבי. היא מבטאת הכרה מוסדית בכך שהפגיעה הנפשית היא פגיעה ממשית, מורכבת וארוכת טווח, הזכאית להתייחסות מקצועית שוות ערך לפגיעה גופנית. כאשר המערכת עצמה מקצה תחום מקצועי מובחן לנפש, היא מייצרת לגיטימציה לשיח פתוח על קושי, מחזקת אמון, מחזקת תחושת נראות (!! ומפחיתה תחושות של "שלא מבינים אותי" מצד נכי צה"ל.

חשוב להבהיר כי מערך ייעודי איננו יוצר סטיגמה, משום שמדובר במהלך ברמה הארגונית-ניהולית ולא בסיווג חברתי של הנכה בקצה. הזכאי איננו "מופרד" או מסומן; להיפך, הוא נהנה ממומחיות, רציפות ומקצועיות עמוקה יותר. כפי שבתחומים רפואיים מורכבים נדרשת מומחיות ייעודית, כך גם בתחום הנפש – והדבר נועד לחזק את איכות השירות ולא להפריד בין אוכלוסיות.

**מחקר והכשרות:** במסגרת המערך הייעודי לנושאי נפש יעוגן ציר מובנה של מחקר, מדידה והכשרה מקצועית, שיהווה בסיס ידע מתעדכן לכלל פעילות האגף. תחום המחקר יעסוק באיסוף וניתוח נתונים שיטתי על דפוסי פגיעה, מהלכי שיקום, טיפולים רלוונטיים, החמרה, נשירה, אלימות ואובדנות, ויאפשר קבלת החלטות מבוססת ראיות. במקביל, תפותח תכנית הכשרה והדרכה רציפה לעובדי השיקום, למנהלים ולוועדות, שתתבסס על תורת שיקום נפשית עדכנית ותתייחס למורכבויות הייחודיות של נכי צה"ל, לרבות פגיעות מורכבות ומשולבות גוף-נפש. שילוב המחקר וההכשרה תחת אותו מערך יאפשר עדכון מתמיד של הסטנדרטים המקצועיים (למשל הטמעת DSM6 הקרוב), הטמעה אחידה בכל המחוזות, וזיהוי מוקדם של פערים או חמרה.

**לסיכום - לפי דעתנו**, גורם מקצועי בכיר בעל סמכות, תקציב ומנדט ברור, הכפוף ישירות לראש האגף. יאפשר קדימות ניהולית, יכולת השפעה על מדיניות, וחיבור בין שיקום פרטני לבין מדיניות מערכתית ארוכת טווח.

## נספח 6: נייר עמדה בנושא הקנאביס – המועצה הלאומית לפוסט טראומה



www.health.gov.il




חטיבת הבריאות  
המועצה הלאומית לפוסט טראומה  
The National Council for PTSD

משרד  
הבריאות  
נחיים בריאים יותר

22 ספטמבר 2024  
י"ט אלול תשפ"ד  
60773324

**לכבוד**  
מר משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות  
ד"ר גלעד בודנהיימר, ראש אגף בריאות הנפש

### הנדון: נייר עמדה בנושא הקנאביס - המועצה הלאומית לפוסט טראומה

שלום רב,  
העיסוק בקנאביס כטיפול רפואי להפרעה הפוסט טראומטית נרחב, ומכיל תערובת לא פשוטה של אינטרסים פופוליסטיים, כלכליים, חברתיים וטיפוליים.

במסמך זה, נתעלם מהרכיבים הכלכליים והפופוליסטיים שבבסיס השימוש הנרחב בחומר, וגם מההערכה הנרחבת שמדובר ב"סוסים שכבר ברחו מהאורווה" ונסה להוביל הערכה מקצועית באשר לעובדות המדעיות הידועות בעת כתיבתו של המסמך (ספטמבר 2024).

בבסיס המסמך ההגדרה החוקית לפי נוהל 106, אשר עיסוקו "רישיונות ומרשמים לשימוש במוצרי קנאביס". במסמך זה, נכתב כי קנאביס הינו בהתוויה טיפולית בהפרעה בתר-חבלתית (PTSD) בדרגת חומרה בינונית ומעלה, העונה לקריטריונים של 30% נכות לפחות לפי סעיפי המוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון, הנמשכת מעל שנה ומאופיינת במצוקה נפשית רבה. בנוסף נדרש למצות לכל הפחות 2 קווים טיפוליים. **דחייה לפחות בשנה** של התחלת טיפול אשר מוכח כי מוריד את הסיכוי לחזרה לפעילות מלאה, והינו התערבות פרמקולוגית שעלולה להפריע או לעמעם את המוטיבציה הנדרשת להשלמת חזרה זו **הינה קריטית**.  
למול מסמך זה, התרשמותנו הינה כי השימוש בקנאביס נרחב יתר על המידה, הן בשכיחותו והן במינון החודשי, בשל מסרים ואינטרסים (כאמור פופוליסטיים וכלכליים) הדוחפים לשימוש.

הוועדה מטעם המועצה הלאומית למניעת פוסט טראומה, אשר עסקה בחידושים בטיפול ב-PTSD, פרסמה טרם מלחמת חרבות ברזל את עמדתה, לאחר העמקה במאמרים הסוקרים את יעילות הטיפול בקנאביס ותקפותם. הוועדה, בראשותו של פרופ' מולי להד, הגישה למועצה ולמשרד את עמדתה בעניין הקנאביס. הקנאביס במסמך זה, נכנס לרמה השנייה של הטיפולים, קרי טיפולים שנעשו בהם מחקרים ראשוניים ללא קבוצת ביקורת. בסיכומם את תחום הקנאביס, ציינו כי "השכיחות של שימוש זה עלתה בשנים האחרונות. קנאביס לא נמצא כטיפול יעיל ל-PTSD, יתרה על כך הוא נמצא כקשור **להחמרת תסמיני PTSD ותופעות לוואי אחרות**. המלצת הוועדה היא להימנע ממתן קנאביס כטיפול עד אשר מוצו כל האפשרויות האחרות לטיפול".

בדומה להמלצות אלו, גם ההמלצות של המחלקה ל veterans affairs and US department of defense Clinical practice Guideline אשר פירטו אילו תרופות הוכחו כיעילות ומומלצות בחוקה (פרוקסטין, סטרלצין שאושר

**National Councils for Health**  
**Ministry of Health**  
1 Arava St. Airport City  
[moatzot@moh.gov.il](mailto:moatzot@moh.gov.il)  
Tel: 03-6932309/47 Fax: 02-5655980

**המועצות הלאומיות לבריאות**  
**משרד הבריאות**  
ערבה 1, קריית שדה התעופה  
[moatzot@moh.gov.il](mailto:moatzot@moh.gov.il)  
טל: 03-6932309/47 פקס: 02-5655980



FDA והאמריקנים גם ממליצים על ונלפקסין אף שלא אושר להתוויה זו), אילו תרופות לא הוכחו עדיין, אבל אין סיבה לתמוך או להתנגד להן (רבות, ביניהן TCA, בוספירון, פלואוקסטין, מירטזפין, למוטרג'ין ועוד) ואפילו לאילו תרופות מתנגדים חלשות (פרזוסין, קטמין ועוד) או נחרצות (בנודיאזפין). בהמשך לחלוקה זו, סעיף מיוחד לקנביס: **אנו ממליצים נגד קנביס או נגזרותיו לטיפול ב- PTSD (המלצה חזקה נגד).**

יום עיון שנערך בחודש מאי בתל השומר ועסק במקומו של הקנביס בטיפול, העלה שוב ושוב עבודות מהארץ ומהעולם לפיהן אולי לקנביס תועלת בימים ובשבועות הראשונים לטיפול (בעיקר בשיפור השינה והורדת פלשבקים), אך לאורך זמן התועלת נעלמת. המחקרים השונים שצוטטו שם, כולם מתוקפים היטב, מעיתונים מדעיים שהינם peer review, ציינו כי יש ספק אם הקנביס מועיל, אין ספק כי הקנביס מזיק.

ארגוני ווטרינרים וטיפולים ברחבי העולם, עומדים גם הם מאחורי הגדרות אלו, כך ה- CADTH הקנדי שמפרט את הפערים בין המחקר ליעילות הטיפול בקנביס, ומסכם כי "יש לבצע מחקר נוסף כדי להבין את היעילות הקלינית של הקנביס". כן מדגיש כי יש עדות מוגבלת לשיפור בתסמינים ספציפיים של PTSD (הורדת סיוטי לילה ושיפור בשינה בזמן ואיכות), עם תופעות לוואי בינוניות עד מתונות בבסיסן (יובש בפה וכאב ראש), אולם מידע זה מתבסס על 2 מאמרים, ורק אחד מהם מבוקר ורנדומלי. אירגון הווטרנרים האמריקניים הלך צעד נוסף נגד השימוש בכלל בקנביס, כאשר פרסם הנחיות ב- 2023, לפיהן הם ממליצים נגד השימוש בקנביס ונגזרותיו לטיפול ב- PTSD, בגלל חוסר במחקרים עם סמיות ובקרה ותופעות לוואי חמורות. חשוב לציין כי האפידמיולוגיה של שימוש בקנביס בקרב אוכלוסייה כללית בארה"ב והווטרנרים מתואר כעולה בצורה דרמטית לאורך השנים ובעיקר בעשור האחרון. על פי הפרסום שלהם, בין 2013-2022, מספר האמריקנים מעל גיל 12 שדיווחו על שימוש בקנביס בחודש האחרון עלתה מ- 19.8 מיליון ל- 42.3 מיליון, והשימוש היום יומי עלה ב- 60% בעשור הזה. בקרב ווטרינרים, השימוש עלה כמובן גם הוא. ב- 2019 9.8% דיווחו על שימוש בשנה האחרונה, ועלה בשנים אחר כך ל- 11.9% ולמעל 20% בגילאים 18-44. באותו פרסום, מונים המחברים את הנזקים הפסיכיאטריים והרפואיים של השימוש בקנביס, בעיקר בשימוש תכוף וכרוני שמתחיל בהתבגרות. בין התופעות - בעיות לב וכלי דם, ברונכיטיס כרונית, התפתחות מוחית אבנורמלית במתבגרים, פגיעה בזיכרון קצר הטווח, בעיה בביצועים פסיכומטוריים (כגון נהיגה), פסיכוזות, דכאון ואובדנות, פגיעה ביכולות הקוגניטיביות. איכות החיים מושפעת גם היא משימוש תכוף וכרוני בקנביס, עם ירידה בהשתתפות בלימודים ומערכות חינוכיות, בעיות כלכליות והתנהגות אנטי-סוציאלית.



מחקר סקירה גדול:

Systematic review of the clinical effects of Cannabis and Cannabinoids in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Symptom Clusters - j. clinical psychiatry - Rodas et al

שפורסם בפברואר 2024, זיהה את התחלואה הקומורבידית הכל כך שכיחה של PTSD עם שימוש בקנאביס, וציין כי יש צורך לזהות יתרונות וסיכונים מהשימוש לאוכלוסייה. לצורך המחקר נסרקו כל אתרי מאגרי המידע, ונשלפו כלל המאמרים שפורסמו בעיתונים מדעיים באנגלית מ-1990-2023. כלל המאמרים, כמקובל בסוג כזה של חיפוש, נותחו ונבחן ממי ניתן לגזור מידע מדעי מתוקף. לאחר הסקירה הזו, נותרו במחקר רק 14 עבודות. בקריאה מעמיקה שלהן, נמצא כי מעטות בלבד דיווחו על יעילות לקנביס בתסמיני החודרנות ועוררות היתר, אך הרוב העלו כי לא היה לו כל אפקט או שהוא החמיר את התסמינים. כל 3 המחקרים עם התחלואה הכפולה, העלו כי השימוש בקנביס החמיר את התסמינים והעלה את הסיכון. מסקנות המחקר היו ברורות: **המחקר לא מצא תועלת משמעותית מהשימוש בקנבואידים לתסמיני ה- PTSD. יש שיפור מינורי בחודרנות ובעוררות היתר. לצד זאת, יש סיכון שמתבטא בהחמרה במחשבות האבדניות ובהתנהגות האלימה. אנשים עם תחלואה כפולה, נמצאים בסיכון גבוה יותר לתוצאות שליליות מהחיבור - קנביס: PTSD.**

מה גרם לעליה בהופעת תחלואה בצורה כזו, לעומת התפיסה של "סם קל" בשנת השישים? ראשית לכל, ההתמקצעות בזני הקנביס, שהעלתה את ריכוז החומר הפעיל בקנביס פי 10 לאורך 40 השנה האחרונות (1,2). בנוסף, חלה גם עליה בריכוז החומרים הנוספים בצמח (קנבואידים וקנביטל וכו). השימוש העולה במוצרי משנה של צמח הקנביס, גם הם מוסיפים בלי משים לחשיפה לחומר.

האמונה כי שימוש בקנביס ל- PTSD מועיל, מתבססת בעיקרה על תיאורי מקרה לפיהם מטופלים דיווחו על שיפור באיכות חייהם ובתפקוד שלהם. כל סקירה קלינית מקצועית סתרה עמדה זו (3). המאמר היחיד שבדק בצורה כפולת סמיות את היעילות (4) בחן את הצמח השלם מול פלסבו לטיפול ב- PTSD. המחקר כלל 2 פאזות, הראשונה ב- 80 ווטרינים, העלתה כי לא היה כל שיפור בתסמיני ה- PTSD עם שימוש בקנביס לכל אחת מצורותיו (THC גבוה, CBD גבוה או שילוב ביניהם) מול פלסבו. בפאזה שנייה, 74 ווטרינים חולקו ללא פלסבו בין 3 צורות המתן, ומצאה שביניהן, עדיפה הצורה המאוזנת, אך לא יותר מכך.

כיוון שיש קו- מורבידיות ידועה בין תחלואות עם כאב כרוני ל- PTSD, לדוגמא פיברומיאלגיה, CRP, ועוד, יש להתייחס לגביהן במתן הקנביס דרך ההתוויה של כאב כרוני.

**לסיכום:** הלחץ הציבורי והכללי של מטופלים ושל ארגונים כלכליים ופוליטיים לשימוש תכוף יותר בקנביס, ולהנגשה קלה יותר של הרישיונות לחומר, מחייבים פרסום עמדה ברורה.



www.health.gov.il



חטיבת הבריאות  
המועצה הלאומית לפוסט טראומה  
The National Council for PTSD

משרד  
הבריאות  
כהיים בריאים יותר

מהצד המדעי-רפואי אין ספק - יותר משהקנביס מועיל למטופלים עם PTSD (תועלת בספק) הוא מזיק (נזק ודאי).

המועצה הלאומית מתנגדת להקלות נוספות בתקנה 106- בעניין שנת המעקב וכן גם בעניין קווי הטיפול הראשוניים הנכונים קודם למתן לקנביס.

המועצה ממליצה למשרד הבריאות לצאת למסע הסברתי אינטנסיבי בעניין השימוש המיותר והמזיק בקנביס, שכן חוסר המידע מוביל לשימוש יתר מסוכן כבר כעת

המועצה ממליצה בכל לשון להגביר את האכיפה ולמצות את הדין עם רופאים וארגונים שממליצים על רישיונות למתן קנביס בקלות דעת בלי להמתין לעמידה בעקרונות תקנה 106.

בניגוד לדעות שכיחות, אשר שללו פוטנציאל התמכרות לקנביס, נתונים עדכניים וניסיון קליני מראים היום כי השימוש בקנביס עלול ליצור התמכרות.

חשוב לציין כי השימוש מביא לתלות עם תופעות גמילה ברורות. עבודות רבות נוספות מהעולם, מעלות את התחלואה הגופנית והפסיכיאטרית הקשה (פסיכוזות, דיכאון, אובדנות, חרדה) כתוצאה משימוש כרוני בקנביס, כאשר תחילה מיקדו זאת בשימוש יומי לפני גיל 16 (3% סכיזופרניה במקום 1% בלי הקנביס) אך היום כבר הראו תופעות דומות גם בבני 20-30 שהחלו את השימוש היום יומי בחומר.

1. ElSohly, M. A., Mehmedic, Z., Foster, S., Gon, C., Chandra, S., & Church, J. C. (2016). Changes in cannabis potency over the last two decades (1995-2014): Analysis of current data in the United States. *Biological Psychiatry*, 79(7), 613-619.
2. Sevigny, E. L., Pacula, R. L., & Heaton, P. (2014). The effects of medical marijuana laws on potency. *International Journal of Drug Policy*, 25(2), 308-319.
3. Rodas, J. D., George, T. P., & Hassan, A. N. (2024). A systematic review of the clinical effects of cannabis and cannabinoids in posttraumatic stress disorder symptoms and symptom clusters. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 85(1)
4. Bonn-Miller, M. O., Brunstetter, M., Simonian, A., Loflin, M. J., Vandrey, R., Babson, K. A., & Wortzel, H. (2020). The long-term, prospective, therapeutic impact of cannabis on post-traumatic stress disorder. *Cannabis and Cannabinoid Research*. Advance online publication

**בכבוד רב,**

**פרופ' איל פרוכטר**  
יו"ר המועצה הלאומית לפוסט טראומה

**National Councils for Health**  
**Ministry of Health**  
1 Arava St. Airport City  
[moatzot@moh.gov.il](mailto:moatzot@moh.gov.il)  
Tel: 03-6932309/47 Fax: 02-5655980

**המועצות הלאומיות לבריאות**  
**משרד הבריאות**  
ערבה 1, קריית שדה התעופה  
[moatzot@moh.gov.il](mailto:moatzot@moh.gov.il)  
טל: 03-6932309/47 פקס: 02-5655980

**ii. צוות אופן מתן השירותים****צוות צורת מתן השירותים – ועדת מור יוסף****1. חברי הצוות**

**חברי הועדה:** ניר קידר - ראש הצוות, פרופ' יצחק שפירא, מר יגאל בר ניצן, גב' ירדן שטיין.

**חברים שאינם חברי הועדה:** גב' ליאת גרטמן (סגנית ר' אגף השיקום), גב' שרית קדרון (סגנית ר' אגף השיקום), גב' אלי גוטליב (משרד האוצר), מר אבנר גולן (ארגון נכי צה"ל), גב' ענבל ירקוני (לשעבר חטיבת המרכזים הרפואיים, משרד הבריאות), גב' שירה הירש (יועצת מלווה מטעם חברת תאסק).

**2. מבוא לעבודת הצוות - סוגיות מרכזיות שנבחנו**

עבודת הצוות התמקדה בבחינת מודל מתן השירותים הרפואיים לנכי צה"ל, על רקע הגידול הדרמטי בהיקף האוכלוסייה המטופלת בעקבות מלחמת חרבות ברזל, והפערים שנוצרו בין תפיסת השיקום ההוליסטית של האגף לבין אופן אספקת השירותים בפועל.

הצוות בחן את השאלה המהותית: כיצד יש לארגן את מתן השירותים כך שיבטיחו תכלול רפואי ושיקומי מיטבי, רצף טיפולי, זמינות גבוהה, שירות מצוין וצמצום בירוקרטיה – תוך שמירה על ייחודיות המענה לנכי צה"ל.

במסגרת זו נדונו:

- מודל אספקת השירותים הרפואיים
- תפקידי הרופא המחוזי ומטה הרפואה באגף השיקום
- תפקידי העובדת הסוציאלית
- היבטי יישום: תנאי סף להטמעת השינוי המוצע, פיילוט לליווי השינוי, מנגנוני בקרה, פיקוח ומדידה

במסגרת עבודה הצוות נבחנו החלופות הבאות:

1. חיזוק שירותי הבריאות שניתנים באמצעות האגף
2. מודל משולב שכולל גם שירותים שינתנו על ידי קופות החולים
3. מודל של מתן הטיפולים באמצעות בתי חולים מרכזיים
4. מודל של מתן הטיפולים באמצעות חברה מסחרית

**3. מתודולוגיית העבודה**

עבודת הצוות התבססה על:

- סקירה של המצב הקיים באגף השיקום: מעטפת השירותים הרפואיים והנלווים, ערוצי מתן השירות והיקפי פעילות מרכזיים.
- למידה על חלופות אספקה נוספות שנידונו בעבר (לרבות בחינת מעבר לקופות החולים וצוותים בין-משרדיים), והפקת לקחים מחסמים אשר מנעו מימוש.
- מיפוי תהליכי עבודה ואתגרי תפעול מרכזיים במודלים הקיימים של אספקת שירות: שירותים בתוך האגף, שירותים באמצעות ספקים ובהתקשרויות, והחזרים כספיים.
- מפגש פניות ציבור ייעודי: שמיעת תמות מרכזיות שעלו מפונים לצורך הבנת חוויית השירות בפועל והנקודות שבהן המודל הקיים מייצר קושי או פער.
- ראיונות ושיחות למידה עם גורמים רלוונטיים במערכת הבריאות ובהם קופות חולים, בתי חולים וחברות רפואה פרטיות, לצורך בחינת היתכנות חלופות והבנת חסמים תפעוליים וטכנולוגיים.
- סקר שבוצע על-ידי אוניברסיטת רייכמן במסגרת פרויקט "Hero Care", אשר בחן את שביעות הרצון של נכי צה"ל בתחום השירותים הרפואיים. הסקר כלל 322 תגובות, כאשר לפי המוצג לא נבחן אחוז ההיענות ואין עדות לכך שמדובר במדגם מייצג; כן צוין כי רק 23 מהמשיבים נפצעו מאז שנת 2023. הסקר התמקד במספר היבטים מרכזיים של חוויית קבלת השירות, ובהם שביעות הרצון מתהליך הטיפול הרפואי הקיים במערכת, תפיסת התאמתו של רופא המשפחה לניהול המענה הרפואי הכולל לנכה, האפשרות לבחור לקבל חלק מן השירותים הרפואיים מחוץ לאגף השיקום, וכן האפשרות לקבל את כלל השירותים הרפואיים הקשורים בנכות במסגרת קופות החולים. מן הממצאים שהוצגו עלה כי שביעות הרצון מן המצב הקיים אינה גבוהה, וכי 71% מהמשיבים השיבו בשלילה לשאלה האם רופא המשפחה מסוגל לתת מענה לצורכיהם הרפואיים, ו-75% השיבו בחיוב לשאלה האם היה מעוניין לבחור לקבל חלק מן השירותים הרפואיים מחוץ לאגף השיקום. כמו כן, מעל למחצית המשיבים השיבו בשלילה לשאלה האם היו מעוניינים לקבל את כלל השירותים הרפואיים הקשורים בנכות במסגרת קופות החולים. יצוין כי על אף מספר ניסיונות של הצוות ליצור קשר באמצעים שונים עם כותבי הסקר על מנת לקבל את הנתונים הגולמיים ולהבין האם המדגם היה מייצג וכן לברר שאלות מתודולוגיות נוספות, לא התקבל מענה.
- דיונים עם בכירי משרד הבריאות לצורך למידה מתהליכים קודמים עם נכי צה"ל וכן תהליכים דומים אשר ניתן ללמוד מהם, וכן הבנת ישימות החלופות החסמים הרגולטוריים העומדים בפניהם.
- דיוני הכרעה פנימיים בצוות, והתגבשות לשתי חלופות סופיות בלבד מתוכן חלופה אחת מומלצת על כל חברי הצוות. יחד עם זאת, שתי החלופות הוצגו במליאת הוועדה.

### **מהלך פגישות הצוות:**

עבודת הצוות התקיימה כסדרה מובנית של מפגשים, אשר התפתחה משלבי למידה ומיפוי המצב הקיים לשלב גיבוש חלופות והכרעה.

בפגישה הראשונה הוצגה סקירה מקיפה של מודל השירותים הקיים באגף השיקום, לרבות מיפוי ערוצי אספקת השירותים, היקפי הפעילות והאתגרים המרכזיים. במסגרת זו הוגדרו סוגיות הליכה לבחינת הצוות ונקבעה תכנית העבודה להמשך.

בפגישה השנייה התקיים מפגש ייעודי לשמיעת פניות ציבור. במסגרת מפגש זה נשמעו מפני נכי צה"ל רשמים מרכזיים הנוגעים לחוויית השירות בפועל, לקשיי זמינות, לרצף טיפול ולבירוקרטיה, ותובנות אלו שולבו לאורך עבודת הצוות.

בין לבין פגישות אלו התקיימו ראיונות ושיחות עם גורמים רלוונטיים במערכת הבריאות ובמשרד הבריאות, במטרה לבחון חלופות אפשריות, להבין חסמים רגולטוריים ותפעוליים, ולהעריך היתכנות יישומית של מודלים שונים. כמו כן, התקיימו מספר פגישות עם הנהלת ארגון נכי צה"ל על מנת להעמיק בהבנת הצרכים של הנכים וללמוד מניסיונות קודמים שנערכו בנושא.

בפגישה השלישית העמיק הצוות את הדיון והוצגו המסקנות מסדרת הראיונות ונערך דיון אודות החלופות השונות של אספקת השירותים הרפואיים. כן נדונו סוגיות נקודתיות לעומק כמו מודל אספקת התרופות, תפקיד מתאם הבריאות, מנגנוני החזרים כספיים וימי המחלה הבודדים של האוכלוסייה העובדת. הדיון התמקד במשמעויות של כל חלופה ובהשלכות על תפקידי הליבה באגף.

בפגישה הרביעית התקיים דיון עומק בתפקידי הרופא/ה ובתפקידי העובד/ת הסוציאלי/ת במודל העתידי, ובחינת השלכות כל אחת מן החלופות שנדונו על מבנה הארגון, חלוקת האחריות והיכולת למקד את העשייה בליבת השיקום.

בפגישה החמישית הוצגו שתי החלופות העיקריות שהתגבשו עד לשלב זה והן חיזוק אגף השיקום למול המתווה המשולב. חברי הצוות דנו בחלופות והסכימו פה אחד בתמיכה בחלופת המתווה המשולב. לאחר מכן נדונו תפקיד הרופא/ה והעובד/ת הסוציאלי/ת הרצויה לאור המתווה המשולב.

הדיון המסכם הוצג במליאת הוועדה, ובמסגרתו הוצגו החלופות הסופיות והובאה המלצת הצוות להתכנסות למתווה המשולב תוך הוספת המלצות ודגשים נוספים אשר עלו מיתר חברי הוועדה. המלצת הצוות אומצה על ידי מליאת הוועדה.

#### **4. רקע להקמת הצוות – הקשיים הנוכחיים באספקת השירותים**

בבסיס עבודת הצוות עמדה ההבנה כי מודל אספקת השירותים הנוכחי אינו מותאם עוד להיקפי הפעילות, למורכבות הפציעות ולתפיסת השיקום העדכנית, וככלל אינו מאפשר לספק שירות מיטבי לנכים. השינוי בהרכב אוכלוסיית המטופלים והגידול החד במספר הפצועים בעקבות מלחמת חרבות ברזל, הדגישו פערים מבניים במודל הקיים והציבו צורך בבחינה מחודשת של "האיך" שבו המדינה מספקת שירותים רפואיים ושיקומיים לנכי צה"ל.

הצוות זיהה כי הקשיים אינם נקודתיים, אלא נגזרים ממבנה מערכת אשר התפתח לאורך שנים, בשילוב בין מתן שירותים בתוך האגף, התקשרויות עם ספקים חיצוניים, ומנגנוני החזרים כספיים – ללא תכלול מספק בין הערוצים. להלן הקשיים המרכזיים שעלו בעבודת הצוות.

##### **4.1. פיצול אחריות רפואית והיעדר תכלול קליני**

אגף השיקום אינו פועל כיום כגורם רפואי מטפל במובן הקליני. הרופאים במחוזות אינם מקיימים בדיקה רפואית פיזית שוטפת של המטופלים, וחלק משמעותי מפעילותם מתמקד בהנפקת אישורים, מרשמים, הפניות וטיפול בערעורים.

שירותי הבריאות הניתנים לנכי צה"ל במסגרת אגף השיקום אינם מתוכללים כיום באופן מספק. באגף לא קיים תיק קליני מלא ומסודר המרכז את כלל המידע הנדרש על מצבם הבריאותי של המטופלים, וגם המסמכים המתקבלים מרופאים יועצים שעובדים עם האגף אינם משולבים בתיק אחד באופן מיטבי. נוסף על כך, נכי צה"ל נדרשים להתמודד עם בירוקרטיה רבה בפניותיהם לאגף בנושאי בריאות, בעוד שהרופאים המטפלים בהם אינם חשופים באופן שוטף למידע המצטבר על הטיפולים, הבדיקות והתהליכים הרפואיים שעברו לאורך השנים במסגרת אגף השיקום. מצב זה פוגע ברציפות הטיפול וביכולת לנהל את המענה הרפואי בצורה מיטבית.

בנוסף לכך, נכי צה"ל נאלצים כיום להתמודד עם מציאות בלתי אפשרית, שבה שירותי הבריאות שלהם מפוצלים בין אגף השיקום לבין קופות החולים. בפועל, אין ממשק או תקשורת סדורה בין התיק הקליני בקופת החולים לבין הטיפולים והשירותים הניתנים במסגרת אגף השיקום: רופא הקופה אינו יודע אילו תרופות, טיפולים ושירותים המטופל מקבל כנכה צה"ל, ומנגד גם הרופא המטפל והרופא המחוזי באגף השיקום אינם חשופים למלוא התמונה הרפואית ולשאר השירותים שהאדם מקבל עבור צרכיו הבריאותיים. כתוצאה מכך, נכי צה"ל מצויים במצב בעייתי במיוחד מבחינת הניהול הרפואי, שכן אין עבורם מקום אחד שבו מרוכז כלל המידע הרפואי וממנו ניתן לקבל את ההחלטות הבריאותיות בצורה מיטבית. המטופל מתנהל בפועל מול שני מערכי רפואה שאינם מתקשרים אחד עם השני והמטופלים מסתמכים על דיווחי המטופל כדי לנסות ולייצר תמונת מצב הוליסטית בהתאם לתפישה הטיפולית הרווחת בשנת 2026.

#### **4.2. עומס בירוקרטי ושחיקה של בעלי תפקידים**

במודל הקיים קיימת תלות גבוהה באישורים פרטניים ובניהול ידני של תהליכים. ריבוי הפניות לכל שירות, תהליכי החזרים כספיים ארוכים ובקורות בדיעבד, וכן טיפול בערעורים ופניות סטטוס רבות – מייצרים עומס משמעותי על נכי צה"ל ועל הרופאים, העובדים הסוציאליים ויחידות המטה.

השחיקה בקרב עובדי האגף מתבטאת בפגיעה בזמינות ובתיעדוף לתכנון טיפול ולהוות גורם משמעותי עבורם בליווי תהליך השיקום כמו גם בפער הגובר בין ליבת המקצועיות לבין העיסוק האדמיניסטרטיבי, ובקושי להעניק ליווי פרואקטיבי במקום מענה תגובתי.

#### **4.3. ריבוי התקשרויות וספקים – מורכבות תפעולית ומגבלות חדשנות**

4.4. מתוקף היותו אגף במשרד ממשלתי, אגף השיקום מסתמך במידה נרחבת על ספקים והתקשרויות, לצד דרישות חוק חובת המכרזים ותעריפי משרד מוגבלים. אלו מביאים לתהליכי רכש ממושכים ומקשים על קליטת שירותים חדשניים, התאמת שירותים לצרכים משתנים ועל שימור ספקים איכותיים. ריבוי ההתקשרויות מחייב ניהול ספקים מורכב, לעיתים במערכות מידע מקבילות, ומגדיל את עלויות הניהול והבקרה. **אתגרי מנגנון החזרים – זמני טיפול, שקיפות וחויית שירות**

החזרים כספיים מבוססים על הגשת קבלות ואישורים, תהליכי אישור ומעבר דרך אגף הכספים. במודל זה עלולים להיווצר פערי זמן בין מועד ההוצאה בפועל לבין קבלת החזר, ובמקביל נוצרות פניות רבות לברור סטטוס. עבור חלק מהמטופלים מודל זה מייצר חוסר ודאות, פער תזרימי ונטל בירוקרטי משמעותי.

#### **4.5. מודל תרופות ומרשמים – זמינות ובקרה קלינית**

מודל אספקת התרופות, בו הרופאים "מעתיקים" את מרשמי התרופות הנכתבים על ידי הרופאים המטפלים למערכת התרופות של האגף, בממשק נפרד שאינו חשוף לרופא קופת החולים ואינו מתכתב עם מערכות קופות החולים, מקשה על הרצף הטיפולי ועל הנגשת מידע הכרחי לרופא המשפחה. במקרים מסוימים נוצרות השהיות בקבלת תרופות, ובמקביל עולה צורך בבקרה קלינית מבוססת-תיק מלא על טיפול תרופתי, לרבות אינטראקציות, כפילויות, גורמי סיכון בריאותיים ומעקב. בנוסף, נכי צה"ל נדרשים לזמני המתנה ארוכים עד לקבלת התרופה בפועל. בתחילת המסלול הם הולכים לרופא מטעם האגף שרושם את המרשם. לאחר מכן, הם נדרשים לאשרר את המרשם באגף השיקום. לאחר מכן, המרשם עובר לחברת סופר פארם. ולאחר מספר ימים, נכי צה"ל מקבלים את התרופה במשלוח לביתם או בסניף סופר פארם שקרוב לביתם. קיים חוסר שביעות רצון של נכי צה"ל מהתהליך הקיים.

#### **4.6. היעדר דיפרנציאציה שיטתית לאורך ציר השיקום**

הצוות זיהה כי המודל הקיים אינו מבדיל באופן שיטתי בין מטופלים בשלבי שיקום שונים – למשל, פצועים חדשים בשלבי התארגנות ראשוניים לעומת מטופלים ותיקים ועצמאיים. כתוצאה מכך משאבי הליווי מתפזרים, ונוצרים שני פערים מקבילים: מצד אחד קושי להעניק ליווי אינטנסיבי למי שזקוק לכך, ומצד שני השקעת משאבים באוכלוסיות שאינן נדרשות למענה תדיר באותה רמת אינטנסיביות.

#### **4.7. תנאי סף חסרים: תיעדוף, מדידה ותשתית דיגיטלית תומכת**

המודל הקיים נשען במידה רבה על תהליכים שאינם סטנדרטיים בין מחוזות ועל מדידה חלקית של תפוקות ותוצאות. בהיעדר יעדים ומדדים מוסכמים, מתקשה הארגון להפוך את השירות ל"שירות לומד" שמוזהה צווארי בקבוק, מנתח איכות ומייצר שיפור מתמשך. במקביל, תשתיות מידע שאינן מאפשרות "רשומה שיקומית" מלאה מקשות על ניהול תהליך שיקום מבוסס נתונים.

על רקע מכלול קשיים זה הוקם הצוות, במטרה לגבש מודל שירות עדכני – מתכלל, יעיל ובר-קיימא – אשר יאפשר לאגף השיקום להתמקד בליבת תפקידו: קידום תהליכי שיקום ארוכי טווח ושיפור איכות החיים של נכי צה"ל ובני משפחותיהם.

### **5. פניות הציבור ותובנות**

במסגרת עבודת הצוות נשמעו פניות ציבור מצד שישה פונים, מהם חמישה נכי צה"ל ועמותה אחת. פרטי הפונים שמורים בידי מזכיר הוועדה ולא יפורסמו, לשם שמירה על פרטיותם.

מן הפניות עלו קשיים רוחביים הנוגעים לזמני המתנה ארוכים לתורים רפואיים, הן במסגרת אגף השיקום והן באתרי הספקים, וכן היעדר מענה מהיר ומובחן לנכי צה"ל במצבי צורך שאינם מוגדרים כמצריכי פנייה למיון. עלו פערים בפריסה הגיאוגרפית של רופאים וגורמי טיפול אליהם מפנה האגף, וקושי משמעותי בניהול רצף טיפולי ותיעוד רפואי בעת מעבר בין רופאים.

חלק מן הפונים ציינו חוויות חיוביות נקודתיות, כגון קבלת מימון מיידי לבדיקות, אך לצד זאת תואר היעדר מפגש שוטף עם הרופא המחוזי, תחושת חוסר שקיפות בהחלטות רפואיות, והצורך בהתמודדות בירוקרטית מתמשכת לצורך קבלת החזרים ואישורים – לעיתים בתקופות של מצוקה נפשית חריפה.

מספר פונים העלו ביקורת על מודל אספקת התרופות, ובפרט על היעדר מענה מקצועי מספק במוקדי השירות של הספקים, לצד הצעה להעברת האחריות לקופות החולים, הנתפסות בעיניהם כגורם שירותי, מתכלל ומכבד יותר, וככזה שעשוי לצמצם כפילויות בין האגף למערכת הציבורית.

בהיבט הטיפול הנפשי, עלו סוגיות של נגישות לפסיכיאטרים, מגבלות על היקף המפגשים המאושרים, פערים בין המלצות קליניות של מטפלים לבין אישורי הרופא המחוזי, והיעדר חובת נימוק ושקיפות בהחלטות. הודגש הקושי הייחודי של פגועי נפש בניהול הליכים בירוקרטיים, והצורך במנגנונים אוטומטיים, רציפים וברורים יותר.

נוסף על כך, הועלו צרכים הקשורים לטיפול גוף-נפש, אשר נתפסים כמרכיב חיוני בשיקום, אך היקף הזכאות הקיים להם הוגדר כבלתי מספק. פונים ביקשו הרחבת הזכאות לזכאות נכי הנפש, הסדרה פשוטה יותר של התשלומים מול הספקים (הסדרים), והפחתת הנטל הכלכלי והאדמיניסטרטיבי מהמטופל.

תואר עומס משמעותי המוטל על המשפחה, בעיקר בעת מעבר מאשפוז לשיקום יום או שחרור כללי. הודגש היעדר גורם מתכלל לאחר השחרור מאשפוז, כך שבפועל בני הזוג נדרשים לשמש כמתאמי טיפול, מזכירות רפואיות ומתווכים מול מערכת סבוכה ועתירה בבירוקרטיה שאינם מכירים. בעניין זה הוצג המודל של ליווי רפואי מתכלל ע"י חברת צבר, אשר מוצע כיום רק עבור פגועי הראש, ונרשמה שביעות רצון רבה מהשירות.

#### **6. הנחות היסוד בבסיס עבודת הצוות**

בהתאם לדיוני הצוות, הוגדרו העקרונות הבאים כעוגנים לכל שינוי במודל השירות:

- רצף טיפול ותכלול: יצירת אחריות ברורה לתכלול רפואי, וחיבור הדוק יותר למערכת הבריאות הכללית.
- ייחודיות ונגישות: שמירה על תחושת "ייחודיות" ומענה מותאם לנכי צה"ל, תוך הקלה ממשית בבירוקרטיה.
- אי-פגיעה בזכויות קיימות: כל שינוי יבוצע תוך שמירה על רמת שירות וזמינות שאינה נמוכה מן המצב הקיים.
- מודולריות: התאמת רכיבי השירות למסגרת המתאימה להם; אין הכרח שכל הרכיבים יינתנו בידי אותו גורם.
- מיקוד בעלי תפקידים בליבת מקצועם: הפחתת עיסוק בבירוקרטיה לטובת זמן לתכנון, ליווי וקידום שיקום.
- מדידה ושיפור מתמיד: בניית סט יעדים ומדדים, ופיתוח תשתית דיגיטלית תומכת ליישום ולבקרה.

#### **7. המלצות הצוות**

במהלך עבודת הצוות נבחנו מספר חלופות, לרבות העברת אחריות מלאה לקופות החולים, בגורם פרטי, והעמקת המענה באמצעות בתי החולים. חלופות אלו שימשו בסיס ללמידה, לראיונות

ולבחינת היתכנות. לאחר מפגשי הלמידה הרבים והראיונות התכנס הצוות להמלצה פה אחד לחלופת המתווה המשולב אשר תובא בפירוט.

לאורך הדיונים עלתה גם חלופת חיזוק אגף השיקום המבוססת על הותרת האחריות הרפואית באגף השיקום, תוך שינוי משמעותי באופן הפעולה: מיקוד תפקיד הרופא/ה באגף בליבת השירותים הרפואיים; צמצום בירוקרטיה; וחיזוק תהליכים ותשתיות כדי לאפשר שירות יעיל, יוזם ומדיד. בחלופה זו הדגש הוא על שיפור מודל העבודה הקיים תוך שמירה על שירותים וערוצים ייחודיים לנכי צה"ל. הוסכם באופן נרחב כי חלופה מורכבת ליישום, זאת בשל הקושי בגיוס לכל הפחות של 80 רופאים מומחים ברפואת משפחה ברחבי הארץ לאגף השיקום, יצירת תיק רפואי בעלות הקמה ותחזוקה גבוהות וכן ממשקים דיגיטליים ייחודיים עבור האגף.

### **המתווה המשולב – המודל המוצע לאספקת השירותים הרפואיים**

חלופה זו מבוססת על שילוב בין השירותים כפי שמסופקים כיום באגף השיקום לבין קופות החולים. לנכי צה"ל תינתן בחירה לחסות תחת מודל זה אשר במסגרתו חלקים מהטיפול הרפואי השוטף יועברו למסגרת הקופות, לצד שמירת אחריות האגף על שירותים ייחודיים ועל מנגנוני תכלול, בקרה והחרגה. המתווה המשולב נועד לשפר רצף טיפול ואינטגרציה עם המערכת הרפואית שמעניקה את הטיפול הכולל, לצמצם כפילויות ואת העומס על הנכה ולחזק את הבקרה קלינית – תוך שימור רכיבי שירות ייחודיים שבהם לאגף ערך מוסף. יודגש כי מטרתה של חלופה זו להביא לשיפור ניכר בשירותים הרפואיים אשר מקבלים נכי צה"ל ובכלל זאת לספק מענים נוספים על בסיס השירותים הניתנים כיום, כדוגמת מעבר למודל בו רופא המשפחה יהיה הגורם המתכלל אשר יחזיק את התמונה הרפואית המלאה של הנכה ולא רק את ההיבטים שאינם קשורים לנכות, ובתוך כך רופא המשפחה יבצע תכלול קליני ומעקב אחר צריכת התרופות של הנכים. בנוסף, תתווסף פונקציה של מתאם שירותים בקופות על מנת לאפשר יחס ייחודי והטבה בבירוקרטיה הרבה עימה נדרשים להתמודד הנכים.

יודגש כי תחת מתווה זה בכל עת תהייה באפשרות הנכים לבחור אם לקבל את השירותים הרפואיים תחת המתווה הנהוג כיום באגף (באמצעות ספקים חיצוניים ורופאי האגף כמאשרים הפניות ומרשמים), או לחלופין תחת המתווה המשולב.

פירוט המתווה המשולב:

#### **א. אחריות כוללת**

תחת המתווה המשולב האחריות הכוללת על הנכים נותרת אצל אגף השיקום. על אף מתן חלק מהשירותים על ידי קופות החולים, אגף השיקום הוא הגורם המתמחה בנכי צה"ל ובאחריותו לדאוג לצרכים הייחודיים של אוכלוסייה זו, לפקח על השירותים הניתנים לנכים וכן להוות גוף בעל סמכות ערעור סופי על החלטות הקופות (בכל אשר להחלטות הקשורות לנכות המוכרת שהנכים מבקשים לערער עליהם). חשוב להדגיש כי חלופת המודל המשולב הינה בנוסף לאופן מתן השירותים שניתן היום על ידי האגף. נכה אשר יהיה מעוניין להמשיך ולקבל את השירותים באותו אופן כפי שניתן היום, יוכל לעשות זאת.

#### **ב. אחריות רפואית ותכלול**

אגף השיקום ימשיך להוות הגורם האחראי לשירותי הבריאות שינתנו לנכי צה"ל בגין הנכות המוכרת שלהם. הטיפול הרפואי השוטף של הנכה בגין הנכות יינתן במסגרת קופות החולים, אשר מהוות גורם קליני מתכלל ולהן גישה מלאה למידע המתועד בתיק הקליני של הנכה. יודגש כי רופאי המשפחה בקופות החולים הם הגורם המקצועי ביותר והמתאים ביותר לתכלול המקרה וכי רופאי המשפחה פוגשים את הנכים כבר במצב הנוכחי באופן שוטף, עבור כל הצרכים הרפואיים שאינם נובעים מהנכות. בנוסף, רופאי המשפחה בעלי ניסיון במתן טיפול מותאם לנכים ופוסט טראומטיים.

כדי לאפשר לרופאי המשפחה להעניק מענה מיטבי לנכי צה"ל, מומלץ לבצע הכשרות ייעודיות. השאיפה היא שכל רופא משפחה המטפל בנכי צה"ל יעבור הכשרה מתאימה, שתאפשר לו להכיר לא רק את הצרכים הרפואיים השוטפים, המשותפים לכלל אזרחי ישראל, אלא גם את המאפיינים הייחודיים והצרכים הספציפיים של אוכלוסיית נכי צה"ל.

מומלץ כי חלק מרופאי המשפחה, ובפרט אלה המטפלים בהיקף משמעותי של נכי צה"ל, יעברו הכשרה רחבה ומעמיקה יותר, אשר תאפשר להם לפתח מומחיות ייעודית בתחום זה. מומחיות זו עשויה לתרום הן לשיפור איכות הטיפול והן ליכולת לתכלול את המענה הרפואי עבור המטופלים באופן מיטבי.

במצב הקיים, אין לנכים גורם רפואי אשר מכיר את כלל היבטי הבריאות שלהם, ללא תלות במקור הקושי הרפואי. לפיכך הצעה זו תוביל לשיפור משמעותי שיאפשר ראייה הוליסטית של הנכים על ידי גורמים המוסמכים לכך, בפריסה ארצית רחבה ובהתאם בנגישות גבוהה. בעת הביקור בקופה, הרופא המטפל יסמן הפניות ומרשמים הקשורים בנכות ואלו יזכו את הקופה בהחזר מלא ממשרד הביטחון, בהתאם למנגנון ההתחשבות שייקבע. סימון זה יאפשר לאגף השיקום מעקב אחר היקף הפעילות בקופה בגין הנכות ולייצר מאגר נתונים שוטף לצורכי פיקוח ובקרה. כמו כן, במסגרת השירות לנכי צה"ל, תינתן אפשרות לסיוע מצד רופא המשפחה לצורך הכנה לוועדות רפואיות באגף השיקום.

כמו כן, הצוות ממליץ כי לנכי צה"ל יהיו סימנים מזהים ברורים בקופת החולים, שיהיו נגישים גם לנותני השירותים מטעם קופות החולים. הנכים יחזיקו בכרטיס ייחודי לנכי צה"ל שיקנה את הזכויות הייחודיות לנכי צה"ל, בהתאם להמלצות הצוות ולסיכומים בין קופות החולים לאגף השיקום. בין הזכויות הייחודיות שיינתנו, תינתן אפשרות לזמן מפגש ארוך במיוחד ופטור מהשתתפות עצמית בגין שירותים ותרופות שקשורים לנכות המוכרת.

לפיכך, השירותים שיקבלו נכי צה"ל מקופות החולים יכללו תכלול טיפול, תרופות, שירותי רפואה ראשונית ויועצת, מתאם בריאות, הפניות לשירותים אמבולטוריים ולכלל השירותים הנוגעים לנכות למעט שירותים שיצוינו בסעיף ד' – אספקת שירותי מקצועות הרפואה.

בהתאם, הצוות ממליץ להגדיר מחדש את פונקציית הרפואה באגף סביב שלושה תפקידים מרכזיים: מדיניות ותכנון, הכוללים קביעת מדיניות רפואית, הגדרת סטנדרטים מקצועיים ותכנון של השירותים; בקרה רפואית ואיכות, לרבות פיקוח על איכות השירותים, טיפול במקרים מורכבים, חריגים וערעורים וניהול ידע מקצועי; ותכלול וממשקים, הכוללים הובלת ממשקי עבודה עם קופות החולים, בתי החולים וספקים, וכן קידום אינטגרציה של מידע ותהליכים. בהתאם למתווה המוצע, מומלץ להסיט ככל הניתן את העיסוק בפעולות אדמיניסטרטיביות שאינן מחייבות שיקול דעת רפואי לעוזרי רופא או לכוח אדם חלופי, ולהיעזר בהגדרות ובכללים הברורים למתן

שירות מהיר ולהפחתת הסרבול הבירוקרטי, תוך קידום תהליכים דיגיטליים בעלי פוטנציאל השפעה משמעותי. כפי שיפורט בהמשך, ישנה חשיבות רבה לכך שלרופאי האגף תהיה נגישות לתיק הרפואי של נכי צה"ל בקופות החולים אשר ירכזו ויתכללו את כלל הטיפול שינתן לנכי צה"ל.

#### **ג. תרופות ומרשמים**

נכי צה"ל לא מוגבלים היום על ידי סל התרופות של קופות החולים ומצב זה ישמר. הטיפול בנושא התרופות יסופק על ידי קופות החולים, כך שרופא המשפחה המטפל יחזיק בתמונה התרופתית המלאה. כאמור, במצב הקיים היעדר גורם מתכלל לטיפול התרופתי מוביל לשיטחים מתים' בנוגע לאינטראקציות בין כלל התרופות בהן הנכה מטופל. המהלך צפוי לשפר את איכות השירות בהיבט זה, לצמצם בצורה משמעותית את אורך התהליך עד לאספקת התרופות ולהגביר את הנגישות לנכים. מודגש כי כל נכה שיהיה מעוניין לקבל את התרופה לביתו, בדומה למצב הקיים, יוכל להמשיך לקבל את התרופות לביתו. קופות החולים יספקו את התרופות בהתאם להסכמי הרכש שלהן ובמידה והנכה יחליט שברצונו לרכוש תרופה שאינה מסופקת על ידי הקופה, לרבות גנריקה לעומת תרופת המקור, הוא יוכל לקבלה ישירות מאגף השיקום תוך העברת המרשם מקופת החולים לאגף.

#### **ד. אספקת שירותי מקצועות הרפואה**

בנוסף לאפשרויות שעומדות היום בפני נכי צה"ל, שירותי הרפואה היועצת, שירותי מקצועות הבריאות (פארא-רפואה) ושירותים רפואיים אמבולטורים יינתנו באמצעות הקופות ובמקביל יישמרו ערוצים ייחודיים באגף השיקום בהתאם לצורך ובדומה למצב הקיים, בהתאם לבחירת הנכה. בכל אופן, גם נכה שבחר במסלול קופת החולים יוכל להמשיך לקבל את שירותי מקצועות הבריאות דרך אגף השיקום. תנאי להתקשרות אגף השיקום עם ספק יהיה היכולת של הספק לנייד בצורה דיגיטלית ומיידית את הסיכום הרפואי לתיק הרפואי בקופת החולים בהתאם להוראות הסטנדרטיזציה המוגדרות בחוק ניווד מידע רפואי ובהוראות המנהל מכוחו.

כמו כן, תימשך הזכאות של נכי צה"ל לפנות 3 פעמים בשנה לרופאים שעובדים באמצעות "החזר". במסגרת מסלול זה ניתן יהיה לקבל החזר רק בגין ביקור אצל רופאים שיודעים לנייד את סיכום הביקור לתיק הרפואי של קופות החולים.

בנושאים הרפואיים בהם לאגף יש יתרון יחסי באספקת השירות: ציוד רפואי ושיקומי, ניתוחים פרטיים, ליווי, תותבות, חמי מרפא – אספקת הציוד והשירותים ימשיכו להתבצע דרך האגף, באמצעות הפניות והחזרים בשירות עצמי.

מימון שירותי האשפוז ימשיך להתבצע באופן ישיר על ידי האגף למול בתי החולים. ההפניות שיתנו על ידי קופות החולים לאשפוז יכובדו על ידי האגף ולא יהיה צורך בהליך אישור נוסף באגף. בדומה למצב היום, נכי צה"ל יוכלו לבחור את בית החולים בו תתבצע הפעולה הרפואית ללא מגבלה של הסדרי בחירה.

#### **ה. בירוקרטיה ומנגנוני החזרים**

צפוי צמצום משמעותי בהיקף ההפניות שידרשו הנכים לקבל מאגף השיקום, לאור הצפי בבחירת הנכים בקבלת שירותים על ידי הקופה. האגף יתמקד בבקרה, הסדרת מנגנוני החרגה וטיפול במקרים מורכבים.

## 1. מתאם בריאות

נכי צה"ל יהיו זכאים לשירות אישי של מתאם בריאות שעובד בקופת החולים, שיעניק ליווי אישי שוטף ויסייע לנכים בהתנהלות מול מערכת הבריאות. מתאם הבריאות יסייע בזימון תורים, באיתור תורים זמינים במועד הקרוב האפשרי, בקבלת הפניות וטפסי 17 ובטיפול בכלל ההיבטים הבירוקרטיים הקשורים לשירותים הניתנים באמצעות קופות החולים או מתוקף אספקת שירותי הבריאות לנכי על ידי קופות החולים, דוגמת מרפאות חוץ בבתי החולים וספקים נוספים. לכל נכה צה"ל יימסרו פרטי התקשרות של מתאם הבריאות שהוקצה להם, כדי שיוכל לקבל מענה זמין, רציף, מקיף ומותאם לגיל הנכה. המענה יינתן גם לבני משפחתו של הנכה בכפוף לאישורו, בכל הנוגע לשירותים ולהטבות המגיעים לו.

## 2. מדידה ובקרה

יוגדרו מנגנוני ממשל ברורים בין האגף לקופות, לרבות מנגנון החרגה, תיעדוף, יעדים ומדדים. תוקם תשתית מידע שתאפשר מעקב איכות ושיפור מתמיד.

חלופה זו מבקשת לשלב את יתרונות מערכת הבריאות הציבורית (רצף קליני ואינטגרציה מידעית) עם יתרונות אגף השיקום (ייחודיות, התאמה ושירותים ייעודיים).

### 7.1. תפקיד הרופא/ה באגף השיקום – מעבר מבירוקרטיה לרפואה מתכללת

הצוות קבע כי במצב הנוכחי קיימת שחיקה גבוהה של רופאים באגף השיקום כתוצאה מעומס בירוקרטי, ללא יכולת מספקת לעסוק בתכנון טיפולי או במעקב קליני. בנוסף זהו קשיים ארגוניים כגון הקצאת מטופלים לפי גאוגרפיה ולא לפי צורך מקצועי, והיעדר פונקציה אחראית לתכנון שיקום כולל.

בהתאם, הצוות ממליץ להגדיר מחדש את פונקציית הרפואה באגף סביב שלושה תפקידים מרכזיים:

- מדיניות ותכנון: קביעת מדיניות רפואית, הגדרת סטנדרטים, תכנון סל שירותים ותעדוף מקצועי.
- בקרה רפואית ואיכות: בקרה על איכות השירותים, טיפול במקרים מורכבים, חריגים וערעורים, וניהול ידע מקצועי.
- תכלול וממשקים: הובלת ממשקי עבודה עם קופות החולים, בתי החולים וספקים, וקידום אינטגרציה של מידע ותהליכים.

בהתאם למתווה, יש לצמצם ככל הניתן את העיסוק בפעולות אדמיניסטרטיביות שאינן מחייבות שיקול דעת רפואי, ולבסס תהליכים דיגיטליים, סלים וכללים שיאפשרו שירות מהיר תוך הפחתת הסרבול הבירוקרטי.

יש חשיבות לכך שלרופאי אגף השיקום תהיה גישה לתיק הרפואי המצוי בקופת החולים, אשר מרכז ומתכלל את כלל הטיפול הניתן לנכי צה"ל. עם זאת, אין צורך בפיתוח תיק רפואי מלא ונפרד באגף השיקום. במקום זאת, נכון ליצור ממשק על תשתית FHIR, בדומה לממשקים שיפעלו גם עבור בתי החולים לאחר כניסת חוק ניוד מידע רפואי.

באמצעות ממשק מסוג זה, ניתן יהיה לאפשר לרופאי אגף השיקום לצפות בעיקרי המידע הרפואי המצוי בקופת החולים. גישה זו צפויה לשפר באופן משמעותי את יכולת ההבנה של רופאי האגף

ביחס למצבם הרפואי של נכי צה"ל, וכן ביחס לטיפול הניתן להם בקופות החולים ובאמצעות ספקים רפואיים נוספים.

## 8. היבטי יישום

הצוות מדגיש כי הצלחת המתווה תלויה בתשתית יישום משמעותית, ובפרט:

- משא ומתן והגעה להסכם עם קופות החולים הנוגע לחלוקת האחריות וממשקי העבודה, לרבות מנגנון החרגה, טיפול במקרים דחופים ומורכבים, סל השירותים שיינתן לנכים, ויגבולות גזרה' ברורים.
- תשתית מידע ותהליכים: תיעוד דיגיטלי של הפעילות בקופה שנובעת מהנכות ותאפשר מעקב ובקרה, ובפרט קידום "רשומה שיקומית" וסטנדרטים להעברת מידע בין הגופים.
- הפחתת בירוקרטיה: מעבר מסוים מסביבת "fee for service" לכללים וסלים שיאפשרו מימוש מהיר ושקוף, וצמצום תהליכי החזרים עתירי אסמכתאות במידת האפשר.
- מדידה: קביעת יעדים ומדדים (תפוקה ותוצאה) למעקב אחר איכות השירות, זמינות, רצף טיפול וחויית שירות.
- תכנית הטמעה: הטמעה הדרגתית עם פיילוט, למידה ותיקוף, תוך ניהול סיכונים מתועד

הצוות ציין כי לצד יתרונות המתווה המשולב, יש להביא בחשבון השלכות אפשריות במקרה שהיישום בפועל יהיה לקוי. על כן, נדרש לקבוע תנאי סף ברורים טרם הרחבת המודל, בדגש על: זמינות תורים, תשתית מידע תומכת, מנגנוני החרגה ותיעוד, שקיפות למטופלים, והגדרה ברורה של אחריות וחובת שירות.

מומלץ להקים ועדת היגוי שתלווה את יישום המהלך בשנתיים הראשונות לביצועו. תפקידה של הוועדה יהיה לעקוב אחר אופן היישום, לבחון את האתגרים העולים מן השטח ולסייע בהתאמות הנדרשות לאורך הדרך.

ועדת ההיגוי תכלול מגוון נציגים, ובהם נציגי אגף השיקום, נציגות של ארגון נכי צה"ל ונציגים נוספים כפי שייקבע. בין היתר, מוצע לכלול בוועדה גם נציגים ממשרד הבריאות ומקופות החולים, כדי להבטיח הסתכלות רחבה ורב-מערכתית על יישום המהלך.

מומלץ כי ועדת ההיגוי תקבל דיווח ארבע פעמים בשנה על אופן הטיפול הניתן לנכי צה"ל בקופות החולים, ובכלל זה על היקפי הטיפול והשירותים הניתנים בפועל. בנוסף, יוצג לוועדה גם מידע על מספר נכי צה"ל הבוחרים להמשיך לקבל את הטיפול באמצעות אגף השיקום, ללא מעבר למתכונת המבוססת על קופות החולים. ועדת ההיגוי תפעל לביצוע סקרי שביעות רצון בקרב נכי צה"ל. סקרי שביעות הרצון יבחנו את השירות שמקבלים נכי צה"ל מקופות החולים, בתי החולים ואגף השיקום.

כמו כן, ועדת ההיגוי תדון בקשיים, בפערים ובסוגיות שיעלו מן השטח בנוגע לאופן הטיפול, בין היתר על בסיס פניות ומשובים שיובאו על ידי ארגוני נכי צה"ל וגורמים נוספים. בהתאם לכך, הוועדה תוכל להמליץ על שינויים והתאמות במתווה הטיפול, בהתאם לצרכים ולממצאים שיעלו במהלך היישום.

## סיכום

הצוות ממליץ לאמץ מתווה משולב לאספקת השירותים, אשר ישפר את רצף הטיפול והאינטגרציה עם המערכת הרפואית הכוללת, יפחית כפילויות ובירוקרטיה, ויחזק את היכולת לתכלל ולבקר את איכות השירות.

לצד זאת, הצוות מדגיש כי יישום המהלך מחייב המשך עבודת תשתית ליישום, וכן ניהול סיכונים מוקפד. המהלך נועד לאפשר לאגף השיקום להתמקד בליבת משימתו – שיקום וקידום תפקוד, עצמאות והשתלבות בחברה – ולבנות מודל שירות בר-קיימא למול היקפי הפעילות הצפויים בשנים הקרובות.

### נושאים נוספים שנדונו ונושאים שהוגדרו כמחוז לגבולות תחומי אחריות הצוות

במסגרת דיוני הצוות עלו נושאים נוספים אשר נגעו לשאלות רוחב, לחקיקה ולתחומי אחריות של צוותים אחרים. נושאים אלה מובאים כאן לציון בלבד, מתוך מטרה לשמר תמונת מצב מלאה ולהפנות להמשך טיפול במסגרות המתאימות.

- סוגיות הקשורות למנגנוני זכאויות כספיות והקשר שבין מענים רפואיים לשירותים שיקומיים – בהשלמה לעבודת צוות הזכאויות.
- סוגיות תשתית דיגיטלית וחויית לקוח (UX/UI), לרבות הנגשת מידע מותאם לסוגי נכות ולשלבי טיפול – בהלימה לעבודת צוות תשתיות טכנולוגיות.
- ממשקים עם שירותי רווחה בקהילה ושירותים משלימים שאינם בתחום הרפואי הצר, לרבות שיתופי פעולה עם עמותות ומסגרות תמיכה.
- היבטים משפטיים הנוגעים להשלכות של יצירת מנגנון מובנה לכני צה"ל בקופות החולים לאור עקרון השוויון בחוק הבריאות הממלכתית.

## המודל המשולב לטיפול בריאותי בנכי צה"ל

אחריות כוללת	אחריות כוללת של אגף השיקום לטיפול הבריאותי בנכות. האגף כגורם מכריע, מפקח, מבקר ומודד על השירות שניתן לנכים באמצעות הספקים השונים
תכלול טיפול	רופא מומחה ברפואת משפחה בקופת החולים כולל זמן טיפול ארוך יותר לתכלול כלל הטיפול הבריאותי (ככל ונדרש)
רפואה יועצת	קבלת טיפול מהרופאים היועצים שעובדים בקופ"ח, מרפאות חוץ בבתי חולים וספקים של האגף
תרופות	קבלת התרופות באופן מיידי באמצעות קופ"ח בבית המרקחת או במשלוח לבית (לבחירת הנכה)
בריאות הנפש, מקצועות הבריאות, מעבדות	קבלת השירותים באמצעות קופת החולים והספקים שעובדים איתה
מתאם בריאות	מתאם בריאות שעובד בקופ"ח ומסייע בקביעות התורים, קבלת הפניות, התחייבויות וצמצום בירוקרטיה בקופ"ח
תיק רפואי	תיק רפואי מלא בקופ"ח (כולל גישות לרופאי האגף למידע בדומה למערכות אופק/איתן)
ערעור	במידה שיהיה צורך לערער, סמכות הערר היא לאגף השיקום והוא הגורם הקובע והמכריע.
שירותים שישארו באגף	מימון אשפוז בבתי החולים, אספקת ציוד ייחודי (על סמך המלצת הרופא המתכלל. היישום יבוצע באגף השיקום ללא צורך בבדיקה ואישור רפואי נוסף), ניתוחים פרטיים, ניתוחים בחו"ל, נכים במצב קשה שדורשים טיפול אינטנסיבי, ליווי, חמי מרפא

מקרא שירות שניתן ע"י קופ"ח שירות שניתן על ידי אגף השיקום

טיוטת דו"ח צוות זכאויות – ועדת מור יוסף**1. חברי הצוות**

**חברי הוועדה:** אלוף במיל' איציק תורג'מן - ראש הצוות, יגאל בר ניצן, ירדן שטיין, ידידיה צוקרמן.  
**חברים שאינם חברי הוועדה:** הדר קרמר (ר' יחידת תגמולים והטבות, אגף השיקום), אבי וייס (ר' חטיבת תגמולים והטבות, אגף השיקום), רועי בבאי, אלמוג אמיגה ונעם וילנר (משרד האוצר), ד"ר רינת גולד גזית ואבנר גולן (ארגון נכי צה"ל), רס"ן אור אברג'יל וסא"ל עדי אטיה (צה"ל), שירה הירש (חברת TASC).

**2. מבוא לעבודת הצוות - סוגיות מרכזיות שנבחנו**

עבודת הצוות התמקדה בבחינת מבנה מערך הזכאויות לנכי צה"ל, מתוך מטרה לפשט את השיטה הקיימת ולבחון את התאמתה לעקרון העל של זכאויות המכווונות ומקדמות שיקום. במסגרת זו דנבחנו חלופות לשינוי מבני של השיטה, לרבות האפשרות למעבר למודל המבוסס על טווחי זכאות, במטרה לצמצם תמריצים לאחוזי נכות מסוימים, בהירות ואחידות התקציב למול הפצועים, במטרה למקד ולעודד תהליכי השיקום של הפצוע.

בנוסף, נדונו סוגיות הנוגעות להיקף ואופי השירותים הניתנים בעין (שרות פיזי למטופל), ההבחנות הקיימות כיום במערך הזכאויות עבור פצועי ראש, נפש ו-PTSD, וכן סוגיית אובדן כושר ההשתכרות והאופן שבו התגמול מקדם יציאה לתעסוקה.

**3. מתודולוגיית העבודה**

עבודת הצוות התבססה על:

- סקירה שיטתית של כלל הזכאויות הקיימות באגף השיקום.
- ניתוח נתוני מימוש, עלויות ותמריצים (לרבות סכמות וגילום רכיבים חד-פעמיים לאורך זמן).
- בחינת חלופות מבניות, כולל השוואות למודלים מקומיים ובינלאומיים (למשל ביטוח לאומי בישראל ומנגנוני אובדן כושר השתכרות בארה"ב).
- שילוב תובנות מפניות ציבור, אנשי מקצוע, ונציגי אגף השיקום, צה"ל, אגף התקציבים וארגון נכי צה"ל.

- דיונים מעמיקים בחמישה מפגשי צוות ובדיוני מליאה, בהם הוצגו הניתוחים שלעיל וכן הוקדש זמן לדיונים ולהצגת עמדות חברי הצוות.
- ניתוחי תימחורים ועלויות לצריכת השירותים המתקבלים כיום.

### **מהלך פגישות הצוות:**

בפגישה הראשונה הציג אגף השיקום סקירה של מבנה מערך הזכאויות הקיים, לרבות הקריטריונים למתן הזכאויות בבסיס השיטה הנוכחית.

לאחר הפגישה הראשונה בוצעה עבודת ניתוח מעמיקה, אשר כללה בחינה של המצב הקיים והחלופות האפשריות.

בפגישה השנייה הוצגו חלופות ראשוניות למבנה מערך הזכאויות, לצד סוגיות מרכזיות שעלו לדיון בעקבות עבודת הניתוח.

בפגישה השלישית נדונה בהרחבה סוגיית התעסוקה והקיום, לרבות הקשר בין מערך הזכאויות, השתלבות בשוק העבודה, תימרוץ מעסיקים והבטחת רצף כלכלי ותפקודי לנכי צה"ל. בפגישה זו חברי הצוות מהגופים השונים, שרצו בכך הציגו בהרחבה את עמדותיהם ולפיכך חלק נרחב מהדיון הוקדש לארגון נכי צה"ל ואגף התקציבים.

הפגישה הרביעית והחמישית הוקדשו להעמקה בנושא התעסוקה, ולדיוק מודל הזכאויות הכספיות המוצע וכן סוגיות נוספות שנדרשו לניתוח מעמיק והן הזכאויות לבני המשפחה של הנכים, והזכאויות שרק נכי הנפש, ראש PTSD זכאים לה.

בנוסף לכך, התקיימו מפגשים נוספים פרטניים שעסקו בנושאי הצוות: מפגש פרטני עם אגף התקציבים, מפגש פרטני עם יו"ר ארגון נכי צה"ל, הצגה במליאת הועדה ומפגש הנהלה להצגת הדילמות לשם סיכום ההכרעות בהן.

### **4. רקע להקמת הצוות – הקשיים הנוכחיים בזכאויות**

בבסיס עבודת הצוות השינויים העמוקים בהרכב אוכלוסיית הפצועים, הגידול החד במספר הפצועים בעקבות מלחמת "חרבות ברזל", והצורך בבחינה מחודשת של מבנה הזכאויות הקיים באגף השיקום.

מערך הזכאויות הקיים התפתח לאורך עשרות שנים, באופן מצטבר ואד-הוק, כמענה לצרכים נקודתיים ולמצבים ייחודיים. תהליך זה הוביל למערכת מורכבת מאוד, הכוללת למעלה מ־300 זכאויות שונות ו־101 דרגות נכות, הנשענות על שילוב של אחוזי נכות, סוגי פגימה, מצב משפחתי, מקום מגורים ותבחינים נוספים. כפי שעלה בדיוני הצוות והמליאה, ריבוי התבחינים והמסלולים אינו רק בעיה תפעולית; הוא משפיע בפועל על דפוסי ההתנהגות של הנכים ושל המערכת, מייצר בירוקרטיה רבה, חוסר בהירות, תמריצים שליליים, ומסיט את נקודת הכובד מהשיקום אל ניהול ומרדף אחר זכאויות.

עבודת הצוות הצביעה על מספר כשלים מבניים עמוקים במודל הזכאויות הנוכחי:

**מורכבות יתר וחוסר שקיפות לנכה:** המערכת הנוכחית כוללת מגוון רחב של רכיבים (כספיים, שירותים בעין, החזרים), הניתנים באופן מבוזר, כאשר חלקם מותנים במימוש ובהצגת אסמכתאות. פצועים רבים אינם מודעים לזכאויות המגיעות להם או מתקשים להבין את אופן מימושן וביצוען. המערכת נתפסת כארכאית, אזוטריה ופטרנליסטית, ומחייבת מעורבות בירוקרטית מתמשכת מצד הפצוע. בדיונים עלה ספק עקרוני – האם ראוי, מנקודת מבט של האגף והמדינה, לייעד משאבים ציבוריים ברזולוציות כה מפורטות (המקצות כספים לתשלומי טלפון, חימום-קירור ועוד), והאם הדבר מקדם שיקום.

**ריבוי תבחינים ותמריצים שליליים:** הזכאות אינה נקבעת רק לפי דרגת נכות, אלא גם לפי פרמטרים משתנים (למשל מקום מגורים, מצב אישי, סוג פגיעה). במקביל, קיימת הבחנה בזכאויות מסוימות בין אוכלוסיות (ובעיקר קבוצת ראש, נפש ופוסט טראומה באופן המייצר תמריץ פרקטי להגדלת ההכרה באמצעות הממד הנפשי כדי לקבל סל הטבות רחב יותר. התמריץ אינו רק "תיאורטי" – הוא מייצר בפועל מרוץ לוועדות וערעורים על אחוזי נכות ושילוב נכויות פיזי ונפש, אשר משתקפים בריכוז הפצועים במדרגות נכות אשר מהוות סף זכאות להטבות משמעותיות.

**עומס תפעולי, איטיות ושגיאות:** עבור האגף, ריבוי זכאויות לצד ריבוי תבחינים מוביל לעומס אדמיניסטרטיבי, עיכובים בתשלומים וטעויות. מורכבות זו מגבילה את יכולת האגף להפנות משאבים לניהול השיקום המהותי – ליווי הפצועים, תכלול ותיאום הטיפול, קידום תעסוקה, יצירת רצף שיקומי – ובמקום מביאה לצורך בתשומות רבות בבירוקרטיה.

**חוסר ודאות כלכלית:** קיימים רכיבים זמניים (כגון זכאות לשכר דירה הניתנת ל-6 שנים), רכיבים חד-פעמיים, ורכיבים התלויים באירועים או באישורים. התוצאה היא פגיעה ביכולת הנכה לדעת באופן וודאי, אחיד וקבוע מה הסכומים אשר הוא צפוי לקבל מהאגף ובהמשך לכך לתכנן את חייו כראות עיניו.

## 5. פניות הציבור ותובנות

במסגרת עבודת הצוות הוצגו תובנות מפניות ציבור, המשקפות בעיות אודות מודל הזכאויות הנוכחי. פניות אלו הדגישו בעיקר:

- קושי להבין "מה מגיע לי" ומתי – תחושה שהזכויות מפורזות, מתעדכנות, ולעיתים תלויות ביכולת של הנכה להגיש בקשות באופן עקבי.
- עומס בירוקרטי סביב מימוש בהחזרים (קבלות, אישורים חוזרים, תיאומים), ובפרט סביב זכאויות חינוך, דיור ושירותים משלימים.
- זיהוי של תמריצים המרחיקים מעבודה – במיוחד סביב מנגנוני קיזוז או האופן שבו אובדן כושר התעסוקה משולם כיום, כך שהעבודה נתפסת כ"לא משתלמת" כלכלית עבור חלק מהנכים.

הצוות רואה בתובנות אלו בסיס הכרחי לעיצוב המלצות, מאחר שהן מחברות בין מבנה זכאויות, מנגנוני מימוש, חוויית השירות והיכולת של המערכת לממש את מטרת השיקום.

## 6. עקרונות הצוות

לאור האתגרים שזוהו, קבע צוות הזכאויות עקרון על מנחה: **מערך הזכאויות צריך לקדם את שיקום הנכה**. יובהר כי מדובר בשיקום במובנו הרחב – רפואי, נפשי, תפקודי, משפחתי, חברתי ותעסוקתי – ולפיכך מהותי במיוחד כי הזכאויות לא ייצרו תלות מוסדית או יקדמו תמריצים שליליים.

בהתאם לעקרון זה, הוגדרו העקרונות הבאים:

- **פישוט מבנה הזכאויות** והפחתת הבירוקרטיה הן עבור הנכה והן עבור האגף.
- **הבחנה לפי טווחים ברורים** במקום ריבוי דרגות ותבחינים.
- **העדפת שירות בעין/החזר** בשירותים שיקומיים כדי לוודא שהמשאבים ממומשים לטובת שיקום ולא "נבלעים" באילוצי החיים.
- **ודאות כלכלית לצד עידוד תעסוקה**; יצירת רשת ביטחון לצד תמריצים חיוביים להתמדה בעבודה.
- **אי פגיעה בזכויות קיימות** או לחלופין בסך גובה התגמולים המתקבל היום.
- **דיגיטציה מיידידת כהנחת עבודה**; מערכות דיגיטליות תומכות ונגישות המהוות מנגנוני מימוש יעילים, מהירים ושקופים, הם תנאי בסיס להצלחת כל שינוי.

## 7. המלצות הצוות

הצוות בחן את עולם הזכאויות כמערכת אחת והציע מבנה חדש הנשען על חלוקה לשלוש קבוצות זכאויות מרכזיות:

- א. זכאויות כספיות.
  - ב. זכאויות בעין והחזרים.
  - ג. תעסוקה ותגמולי קיום.
- קבוצות אלו יובאו עתה בפירוט.

### 7.1 זכאויות כספיות

#### 7.1.1 הרציונל למעבר לזכאות כספית אחודה

הניתוח שערך הצוות העלה כי כיום מוענקים לנכים רכיבים כספיים רבים, חלקם בסכומים נמוכים וחלקם משמעותיים, הניתנים במסלולים שונים ותחת תבחינים שונים. מבנה זה יוצר שלוש בעיות יסוד: (א) פצוע מתקשה להבין את התמונה הכלכלית הכוללת ואת רכיבי הזכאות שלו; (ב) האגף נדרש לנהל מספר רב של רכיבים, לעיתים על בסיס תבחינים שאינם יציבים או שאינם משקפים בהכרח צרכי שיקום; (ג) פיצול לרכיבים רבים מקשה על בקרה ושקיפות, לרבות בהיבט של תלוש התשלום.

לפיכך, הצוות ממליץ על יצירת **זכאות כספית אחודה** – קצבה חודשית מאוחדת שתשולם על בסיס טווח נכות ברור, ותגלם בדחיפה אחת את מרבית הרכיבים הכספיים הניתנים כיום בנפרד.

מוצע כי הזכאות הכספית האחודה תכלול את הרכיבים הבאים (אשר נסכמו בעבודת הניתוח): תגמול בסיסי; דמי נסיעות; טלפון; ציוד ביתי; מענק קירור-חימום; הבראה; פישוט תוספת תגמול נוסף למתבגר; ציוד מתכלה שנתי; ציוד עזר ביתי. עבור נכים בדרגת +100% נכללים גם הרכיבים הייעודיים הבאים: השתתפות בארנונה, השתתפות בהוצאות נסיעה לחו"ל והוצאות אחזקת בית. מומלץ כי יתר הזכאויות הכספיות (לדוגמא משקולות עזרת זולת, מענק ביגוד, מענק נעליים, מענק נישואין וכו') הניתנות היום ולא אוחדו בזכאות הכספית ימשיכו להינתן במובחן בשל כך שניתנות רק לאוכלוסיות ייעודיות אך ייבחן הצורך בפישוט התהליך הבירוקרטי.

הצוות בחר במודל זה על בסיס ההיגיון הבא:

- **ודאות ושקיפות:** נכה יכיר מהו הסכום הקבוע שהוא זכאי לו בהתאם לטווח הנכות, ללא צורך בהבנת עשרות רכיבים.
- **צמצום סרבול תפעולי:** מערכת עם פחות רכיבים שתאפשר לנכה לקבל את הזכאות עם פחות עיכובים ופחות טעויות ומצד האגף תאפשר ניהול פשוט ויעיל ובין היתר תסייע לקיים ועדות על סמך מסמכים.
- **חיזוק חירות הפרט בתוך רכיב הפיצוי:** הרכיב הכספי האחוד מאפשר לנכה גמישות שימוש בהתאם לצרכי חיים, מבלי לפגוע בשירותים שיקומיים שיתקבלו בעין.
- **הסטת מוקד המערכת לשיקום:** כאשר עיקר המענים השיקומיים ניתנים בעין/החזר והכסף האחוד משמש כרכיב לפיצוי והוקרה, מצטמצם העיסוק של הנכים בבירוקרטיה וניתן להפנות משאבים למשימת השיקום.

יצוין כי המלצה זו הייתה תחת מחלוקת בעבודת הצוות.

### 7.1.2. שיטת הסכימה והניתוח הכספי

מכיוון שהזכאויות הכספיות כיום תלויות לעיתים בפרמטרים רבים (מקום מגורים, מצב משפחתי, סוג פגימה ועוד), עבודת הניתוח התבססה על מספר מתודות משלימות: סכימה על פי הסכום הגבוה שניתן (לטובת הנכה); וגילום תגמולים חד-פעמיים הניתנים רק במצבים מסוימים לאורך משך חי הנכה.

### 7.1.3. דרגות נכות – מרחב חלופות והמלצת הצוות

הצוות בחן את הדרגות הרבות הקיימות והציף כי ריבוי הדרגות מעודד ערעורים ומרוץ לוועדות חוזרות. לפיכך הוצע להחליף את 101 דרגות הנכות הקיימות בשש מדרגות זכאות ברורות:

- נכות 20%-34%
- נכות 35%-49%
- נכות 50%-69%
- נכות 70%-89%
- נכות 90%-100%
- נכות מיוחדת (+100%)

חלופה זו היא המובהקת מתוך הניתוח הכלכלי אשר מעיד על קפיצות מתונות בתוך הטווחים וקפיצות תקציביות גדולות ביניהם. החלופה פשוטה להסברה ולהבנה, ומצמצמת תמריצים סביב מעבר בין דרגות, כיוון שיש מעט דרגות וצורך בעלייה משמעותית באחוזי הנכות על מנת לעבור בין דרגות. יצוין כי נבחנה חלופה של עשר דרגות נכות (דרגות בטווח קפיצות של 10%) אשר בהשראת מודלים בינלאומיים, כמענה לחשש שמדרגות מעטות מדי ייצרו קפיצות גדולות. החלופה פשוטה ביותר, קלה להבנה והוגנת בכך שנכים בעלי פגיעות דומות נמצאים באותן הדרגות. עם זאת, כיוון שכיום ועדות הערר מקבלות כ-50% מהעררים ומעלות ל-25% מהנכים את אחוז הנכות בטווח שבין 5-10% ייתכן כי חלופה זו אינה נותנת מענה לצורך בהנמכת המרוץ לוועדות הערר.

יצוין כי המלצה זו הייתה תחת מחלוקת בעבודת הצוות.

ההערכה התקציבית להמלצה זו עומדת על 767 מש"ח.

## **7.2. זכאויות בעין והחזרים**

### **7.2.1. העיקרון המנחה: שירותים שיקומיים בעין**

הצוות קבע כי שירותים שיקומיים מרכזיים יש להעניק בעין, כשירות או כנגד החזרים, כדי לוודא שהנכים מממשים זכאויות אלו. במודל הקיים, רכיבים מסוימים ניתנים כחלופה כספית, אשר לעיתים אינה ממומשת לטובת שירות שיקומי בפועל, עקב אילוצי חיים וצרכים פיננסיים – מצב הפוגע בשיקום ויוצר עיוות בין כוונת המדיניות לתוצאה. יודגש כי כוונת הצוות בהפרדת זכאויות אלו היא הקצאת משאבים ייעודיים, לצד הזכאות הכספית הכללית, לצרכים שמדרבנים את שיקום הנכים. כן יודגש כי זכאויות שניתנות כיום בעין הושארו באופן זה בשל הרציונל השיקומי שבבסיס אופן מתן הזכאות.

בהתאם לכך, הוגדרו שבע קבוצות זכאויות שייכנסו לקבוצת "בעין והחזרים": (1) רכב; (2) דיור; (3) לימודים; (4) משפחה; (5) שירותי רפואה; (6) כלב שירות; (7) טיפולים נפשיים.

### **7.2.2. רכב**

הצוות ממליץ להותיר את הזכאויות הקיימות לרכב על כנו, תוך שמירה על עקרון שהרכב הוא בראש ובראשונה כלי שיקומי-תפקודי, ולא רכיב כספי נזיל. יודגש כי מדובר בכלל זכאויות הרכב,

לרבות דמי ניידות ולמעט דמי נסיעות למי שלא זכאי לרכב רפואי אשר גולם במסגרת הזכאות הכספית האחודה.

### 7.2.3. לימודים

הצוות ממליץ להותיר את הזכאויות הקיימות ללימודים על כן, אך לשנות את אופן המימוש כדי לצמצם בירוקרטיה ולהגביר ודאות. הזכאויות הקיימות כוללות שכר לימוד, מחשב לסטודנט, דמי קיום להשכלה גבוהה/הכשרה מקצועית, נסיעות ללימודים, שיעורי עזר וספרים ללימודים.

הצוות ממליץ על שינוי במנגנון המימוש כך שעם הרשמה ללימודים, יינתן החזר על שכר הלימוד וכן סל שנתי בדחיפה בגובה 4,560 ₪ המגלם את כלל הזכאויות הקיימות, למעט דמי קיום ושיעורי עזר, שימושו באמצעות מכונים. שינוי זה נועד לצמצם את הצורך בהגשת קבלות חודשית ובמימוש מפוזר ובכך להקל משמעותית על הנכים ולתמרץ אותם להירשם ללימודים.

הערכה התקציבית להמלצה זו עומדת על 50,253 מש"ח.

### 7.2.4. דיור

הצוות מזהה בזכאויות הדיור נדבך משמעותי בתהליך השיקום, ובפרט בשל הקשר הישיר בין יציבות בדיור לבין יכולת לשיקום תפקודי, נפשי ותעסוקתי. האגף הדגיש במהלך הדיונים כי מטרת זכאויות הדיור לסייע לנכים להגיע לכדי דיור קבע, כחלק מהשיקום.

הזכאויות הקיימות כוללות מענק לרכישת דירה, מענק להחלפת דיור, הלוואות לדיור (רכישה/החלפה), שכר דירה, מענק להתאמת דירה ורכישת מעלון. הזכאויות ניתנות לפי אחוזי נכות, כאשר קיימת הבחנה בין קבוצת הראש, נפש, פוסט טראומה וגפיים תחתונות שבהן סף הזכאות נמוך יותר.

יודגש כי הצוות נועץ בצוות נפש בראשות פרופ' גיל זלצמן וקיבל את מסקנותיו כי במצב הזכאויות הקיים אין סיבה ייחודיות הדורשת הגדלת זכאויות הדיור עבור נכי נפש בלבד.

הצוות ממליץ על שלושה מהלכים מרכזיים:

1. **השוואת גובה סכומי זכאות הדיור בין נכים נכי נפש לפיזיים**, כדי לצמצם תמרוץ בגין נפש ולמנוע פגיעה בנכים הפיזיים. כלומר הנמכת סף הנכות לכלל סוגי הנכויות בהתאם לסף שמקבלים היום נכי הראש, נפש, פוסט טראומה וגפיים תחתונות. העלות המוערכת למהלך זה היא 22,564,598 ש"ח.
2. **הרחבת זכאות לסיוע בשכר דירה לכלל הנכים מ-35% נכות**. הצוות מצייין כי בפועל, גם כיום חלק ניכר מהנכים מתחת לסף מקבלים זכאות דרך ועדת חריגים; לכן העברת הסעיף מבחינה בוועדת החריגים והרחבה פורמלית צפויה להפחית בירוקרטיה וכן כאמור לעיל לצמצם תמריצים להכרה בנכות נפשית ולמנוע פגיעה בנכים הפיזיים. החסכון המוערך למהלך זה הוא 19,930,879 ש"ח.
3. **מתן אפשרות להיוון הזכאות הרב-שנתית/יתרת הזכאות לשכר דירה בפעימה אחת לצורך רכישת דירה** כנגד חוזה רכישה. הזכאות לשכ"ד ניתנת ל-6 שנים; לצד זאת, יצוין כי כבר היום ועדת ל' מוסמכת להאריך את הזכאות ללא הגבלה, וכי מגיל 65 הזכאות לשכ"ד ניתנת לצמיתות מתוך הבנה שללא סיוע לא יושג אופק לדיור. הזכאות כפי שניתנת היום יוצרת

תלות של הנכים השוכרים דירה באגף, ללא פתרון לטווח ארוך אשר הינו נדבך קריטי כאמור לשיקומם. לפיכך הצוות מציע לאפשר לנכה לקבל את יתרת התקופה שלא נוצלה (או את מלוא התקופה אם טרם מומשה) כסכום חד-פעמי המיועד לרכישת דירה (בהצגת חוזה רכישה), כחלק מעידוד מעבר לדיור קבע. העלות המוערכת למהלך זה היא 19,833,120 ש"ח.

בנוסף, הצוות ממליץ להרחיב פתרונות דיור לא כספיים: הגדלת היצע דירות באמצעות מינוף דירות ישנות; הקצאת דירות ממנהל המגורים של צה"ל; ושיתוף פעולה עם משרד הבינוי והשיכון להקצאת שיעור מסוים של שכירות לטווח ארוך.

#### **7.2.5. שירותי רפואה – ליווי לצרכים רפואיים**

באשר לכלל השירותים הרפואיים, הצוות ממליץ על התרת הזכויות על כנס באופן בו הנכים מקבלים מענה לצרכיהם הרפואיים לפי דרגת נכותם וסוג הפגימה.

באשר לליווי הצוות מבקש להבחין בין **עזרת זולת** (סיוע במטלות משק הבית) שהצוות ממליץ להותיר כפי שניתן כיום ולבחון לפשט, לבין **ליווי** – זכאות שיקומית-רפואית שנועדה לליווי לפעולות יום-יום או להשגחה למניעת מסוכנות לנכה ולמשפחתו.

הזכאות לליווי ניתנת כיום בהתאם להמלצה רפואית. קיימת אפשרות בחירה בין מימוש דרך חברת ליווי (ובמסגרת זו גם בן משפחה יכול להירשם כמלווה) לבין מימוש כזכאות כספית. על פי הנתונים שהוצגו לצוות, עלות הזכאות לליווי עומדת על למעלה מ-835 מיליון ש"ח בשנה; כ-7,900 נכים מממשים את הזכאות; וכ-70% מממשים אותה כזכאות כספית, בעלות שנתית של כ-300 מיליון ש"ח.

לאור זאת, הצוות ממליץ על מתן ליווי בעין בלבד, למעט 2 שעות ליווי יומיות אשר יוכלו להתקבל בתגמול החודשי. יובהר כי המלצה זו לא תחול באופן רטרואקטיבי, וכן כי תיוותר אפשרות שבן משפחה יירשם כמלווה, כדי לשמור על גמישות ורגישות משפחתית אך לוודא מימוש בפועל לצורך השגחה וליווי. כן יובהר כי ככל שנכה שכבר מקבל שעות ליווי בתגמול היום יגיש החמרת מצב – הוא יהיה זכאי על החמרת המצב לקבלת ליווי בעין בלבד למעט 2 שעות ליווי יומיות. עמדת הצוות בהמלצה זו היא כי עקרון השיקום מחייב ברירת מחדל של מימוש בעין.

ההערכה התקציבית להמלצה נעה בין חיסכון של כ-40 מיליון ש"ח לבין עלות של כ-1 מיליון ש"ח וזאת כתלות באחוז המימוש של הנכים של שעות הליווי בעין.

#### **7.2.6. כלב שירות**

הצוות ממליץ להותיר את הזכויות הקיימות בתחום כלבי השירות על כן: מתן כלב שירות בעין, זכאות כספית לאחזקת כלב שירות, וסיוע כספי לעיוור במקום כלב.

#### **7.2.7. טיפולים אלטרנטיביים**

הצוות זיהה כי זכאות זו הניתנת כיום רק לקבוצת ראש, נפש ופוסט טראומה אינה נשענות בהכרח על רציונל שיקומי ייחודי לקבוצה זו, וכי עצם ההבחנה מייצרת תמריץ שלילי להרחבת רכיב נפשי בתיק ההכרה. יובהר כי רבים מהנכים באגף, ולא רק נכים בקבוצה זו מעדיפים טיפולים

אלטרנטיביים וישנם חוות דעת מקצועיות התומכות באפקטיביות הטיפולים בסיוע ובתמיכה בשיקום של כלל הנכים. זכאות לטיפולים אלטרנטיביים ניתנת כיום דרך אפליקציית "שיקומי" ומהווה למעשה הסדר עם אלפי בתי עסק בתחומים רבים. האפליקציה מאפשרת לנכים הזכאים לכך לצרוך שירותים מבתי עסק אלו בגובה של 6,600 ש"ח בשנה.

לפיכך הצוות ממליץ על הרחבת הזכאות של הטיפולים אלטרנטיביים לכלל הנכים החל מ-20% נכות בגובה הקיים היום – באופן שיאפשר מענה שיקומי רחב לכל הנכויות, יפחית תמריצים לנפש, ויצמצם בירוקרטיה באמצעות מנגנון דיגיטלי קיים (אפליקציית "שיקומי").

ההערכה התקציבית להמלצה עומדת על 77,460,375 ש"ח.

### 7.2.8. זכאויות למשפחה

נושא הזכאויות למשפחות הנכה נדון בהרחבה במליאת הוועדה כעניין רחב עקרוני, החורג ממבנה סעיפי הזכאות המסורתית. הובהר כי תפיסת המשפחה כגורם משני אינה משקפת את המציאות בפועל, ואינה עולה בקנה אחד עם תפיסת שיקום מודרנית. הוועדה עמדה על כך שהמשפחה היא חלק בלתי נפרד ממערך השיקום עצמו: מצבו התפקודי, הנפשי והתעסוקתי של הנכה מושפע באופן ישיר מיכולתה של המשפחה להכיל את האירוע, להתמודד עם השינוי, ולהחזיק לאורך זמן שגרה מתפקדת. יודגש כי נושא חשיבות המשפחה לשיקום עלה ביתר שאת בפניות הציבור שנשלחו לוועדה וכן שהובאו בפניה, כפי שמובא בפירוט בפרק פניות הציבור בדוח הכללי.

בדיון במליאה הודגש כי היעדר מענים מתאימים למשפחה אינו רק פוגע ברווחת בני המשפחה עצמם, אלא מייצר פגיעה מצטברת בתהליך השיקום של הנכה: שחיקה של בני זוג או הורים, העמסה על ילדים, החרפה של סימפטומים נפשיים, ולעיתים אף נסיגה תפקודית שמובילה להארכת תקופות אייכוש, להעמקת תלות במערכת ולצריכת שירותים יקרים יותר בהמשך הדרך. לפיכך, הוועדה קבעה כי הזכאויות למשפחה הן רכיב שיקומי מהותי שיש לבחון אותו כחלק אינטגרלי ממערך הזכאויות.

במסגרת עבודת הבנצ'מרק שהוצגה לוועדה, עלתה תמונה עקבית וברורה ממודלים מערביים מתקדמים, ובראשם ארצות הברית ואוסטרליה: התמיכה במשפחת הפצוע אינה נגזרת מסוג הפגיעה של החייל, ואינה מוגבלת למקרים של פגיעה נפשית מובהקת. במדינות אלו קיימת תפיסה רחבה שלפיה עצם הפגיעה והשלכותיה – ולא הסיווג הרפואי הפורמלי – הן שמצדיקות מתן מענים טיפוליים ונפשיים למשפחה.

בישראל, הזכאויות למשפחה התפתחו לאורך השנים באופן מצטבר וממוקד בעיקר בקבוצת נפגעי ראש, נפש ופוסט טראומה. הזכאויות כוללות, בין היתר, טיפולי נפש לבני משפחה, חונכות לילדים, מסגרות חינוכיות לגיל הרך (מעונות וצהרונים), קייטנות ופנימייות – כאשר רובן ניתנות במנגנון של החזר כנגד קבלות.

עבודת הצוות הצביעה על מספר כשלים מהותיים במבנה זה. ראשית, ההבחנה בין משפחות של נפגעי נפש לבין משפחות של נפגעים פיזיים אינה נשענת על רציונל שיקומי סדור, אלא על התפתחות היסטורית של מענים ייעודיים. בפועל, הבחנה זו מייצרת תמריץ להכרה ברכיב נפשי. שנית, שיעורי המימוש של חלק ניכר מהזכאויות – ובפרט מעונות, צהרונים וקייטנות – נמוכים, בין היתר בשל מנגנון החזר מסורבל המחייב הגשת קבלות חודשית והתנהלות בירוקרטית מתמשכת. שלישית,

חלק מהזכאויות אינן מבוססות על רציונל שיקומי מובהק, אלא להיפך על צמצום הקשר שבין הנכה לילדיו – דבר אשר הצוות מסרב לו ואינו מוכן לקבל כרציונל למתן זכאות. רביעית, במבנה הקיים של הזכאויות הזכאויות למשפחה משולמות ישירות לפצוע גם בזכאויות כמו טיפול לבן/בת הזוג או להורה ולא ישירות לגורם שזכאי להטבה. חמישית, נמצא כי ישנן זכאויות רבות החסרות במבנה הקיים כמו טיפול לילדי הנכים בטווח גילאים רחב יותר.

לאור הדיון במליאה, ממצאי הבנצימרק, פניות הציבור והנתונים שנבחנו, הצוות גיבש מסגרת עקרונית חדשה לזכאויות למשפחה. מסגרת זו נשענת על ההכרה במשפחה כחלק אינטגרלי מתהליך השיקום, ללא תלות בסוג הפגיעה; על מיקוד המשאבים במענים טיפוליים ונפשיים שלהם תרומה ישירה ומוכחת לשיקום תוך הפניית המשאבים למענים אפקטיביים יותר. עיקרון נוסף הוא הפחתת הברוקרטיה באמצעות מנגנוני מימוש פשוטים, בעין או באמצעים דיגיטליים.

בהתאם לעקרונות אלה, הצוות ממליץ על השינויים הבאים:

- **טיפול נפש לבני משפחה:** הרחבת הזכאות לכלל הנכים החל מדרגת נכות של 20%, ללא הבחנה בין פגיעה פיזית לפגיעה נפשית. הזכאות תינתן במימוש בעין או באמצעות מנגנון דיגיטלי ייעודי, ולא כהחזר כנגד קבלות, במטרה להבטיח נגישות, מימוש גבוה והפחתת עומס בירוקרטי.

א. עבור ההמלצה לזכאות לטיפול לילדי הנכים מגיל 3-30 העלות המוערכת היא 98,750,104 ש"ח.

ב. עבור ההמלצה לזכאות לטיפול להורים או בני זוג של הנכים העלות המוערכת היא 345,774,552 ש"ח.

ג. עבור ההמלצה לזכאות לטיפול באחי הנכים מגיל 3-7 העלות המוערכת היא 6,526,183 ש"ח.

- **חונכות לילדים מגיל 5-18:** הרחבת הזכאות על כלל הנכים מעל 20% נכות. עבור המלצה זו העלות המוערכת היא 76,622,169 ש"ח.

- **פנימייה, מעונות וצהרונים גילאי 0-6, צהרונים א'-ד' וקייטנות:** הרחבת הזכאות על כלל הנכים מעל 20% נכות. יודגש שזכאויות אלו ניתנו היסטורית לאוכלוסיית נכי הנפש כאשר בבסיסם הרציונל הנוגד-שיקום שהוא הרחקת הילדים מהוריהם. עם זאת, הצוות מצא לנכון להותיר זכאויות אלו תוך יצירת מספר שינויים בסכומים וזאת על מנת להחיל על כלל הנכים וכן להעניק את הזכאויות בדחיפה. כיום הזכאויות ניתנות לאחר הגשת קבלה באופן חודשי. הסכומים המוצעים לפי הצוות הם כלהלן: מעונות גילאי 0-3: 3,144 ש"ח בתגמול החודשי; צהרון גילאי 4-6: 1,000 ש"ח בתגמול החודשי; צהרונים א'-ד': 408 ש"ח בתגמול החודשי; קייטנות א'-י"ב: 1,707 ש"ח באופן חד פעמית בשנה.

עבור ההמלצה לפנימיות, מעונות, צהרונים וקייטנות העלות המוערכת היא 224,335,003 ש"ח.

הצוות משלב במסגרת זו גם את ההכרעות שנדונו במליאה ביחס לבני משפחה כמטפלים בפועל. צעדים אלו נועדו לחזק את המשפחה כשותפה לתהליך השיקום, ולהפחית שחיקה ועומס המצטברים לאורך זמן.

• **אובדן שכר לבן משפחה בעקבות אשפוז:** במסגרת עבודת הצוות והדיון במליאה נבחנה סוגיית אובדן השכר לבן משפחה המלווה נכה צה"ל במהלך אשפוז, לאור ההבנה כי תקופות אשפוז ממושכות יוצרות פגיעה כלכלית משמעותית בתא המשפחתי, העלולה להקשות על רצף הטיפול והשיקום. כיום, קיימת זכאות מצומצמת לאובדן שכר לבן משפחה אחד לאחר יציאה מאשפוז, המוגבלת לאשפוז מלא בבית חולים או בבית מאזן למשך תקופה של עד שלושה חודשים. הזכאות אינה חלה על כלל סוגי האשפוזים, ואינה נותנת מענה מספק למקרים של אשפוזים מורכבים או ממושכים. הצוות ממליץ על הרחבה מהותית של הזכאות לאובדן שכר לבן משפחה, כך שתחול לא רק על אשפוזים מלאים אלא גם על אשפוזי יום ותקופות טיפוליות משמעותיות אחרות. ההרחבה המוצעת כוללת:

- תוספת של אובדן שכר מלא לבן משפחה אחד עבור נכה המאושפז בטיפול יום מעל מחצית השבוע גם וגם מעל ארבע שעות ביום.
- תוספת של אובדן שכר מלא לבן משפחה אחד בגין אשפוז יום, בהתאם למספר הימים שבהם מלווה בן המשפחה את הפצוע לטיפול.
- זכאות לאובדן שכר לשני בני משפחה, לתקופה של שלושה חודשים ותוספת עד תשעה חודשים לבן משפחה אחד, במקרים של אשפוז ביתי לפצועים קשים מאוד.

הרחבות אלו נועדו לייצר רצף טיפולי אמיתי, להפחית לחץ כלכלי על המשפחה, ולמנוע מצבים שבהם בני משפחה נדרשים לבחור בין פרנסה לבין ליווי וטיפול בנכה.

ההערכה התקציבית להמלצה להרחיב את תשלום אובדן השכר ל 2-בני משפחה 3 חודשים וכן להאריך ל 9-חודשים נוספים לבן משפחה אחד זו עומדת על **2,706,611 ש"ח**.

ההערכה התקציבית להמלצות של תשלום אובדן השכר לבן משפחה במקרה של אשפוז יום ואשפוז יום ממושך תלויה באומדן ימי אשפוז היום ולפיכך מוערך כי מדובר בסכום בין 340,000 לכ- 680,000 ש"ח.

• **איש קשר לבני המשפחה:** במהלך הדיונים עלה באופן חד וברור הצורך במענה מערכתית לבני המשפחה בכל הנוגע לליווי, מידע ותיאום מול האגף, במיוחד בתקופות אשפוז ושיקום אינטנסיבי. כיום אין איש קשר פורמלי ייעודי לבני המשפחה, וההתנהלות מול האגף נעשית באופן מקוטע, ללא כתובת ברורה ומתמשכת. הצוות ממליץ לקבוע כי איש הקשר של הנכה יהיה גם איש הקשר הרשמי של בני המשפחה, כך שיתאפשר מענה רציף, מתואם ומקצועי לצרכי המשפחה לאורך תקופת האשפוז

והשיקום. יודגש כי איש הקשר הוא אדם המקובל על הנכה. המלצה זו מחייבת התאמה של המערכת הממוחשבת. מהלך זה נועד לשפר את חוויית השירות, לצמצם עומס בירוקרטי, ולהבטיח תיאום טוב יותר בין צורכי הנכה לבין צורכי משפחתו. הצעה זו משקפת את עמדת הצוות והוועדה כי המשפחה הינה חלק אינטגרלי משיקום הנכה.

- **אופן התשלום לבני המשפחה:** הנושא נבחן מתוך הבנה כי מנגנון התשלום משפיע בפועל על היכולת של בני המשפחה לממש את הזכויות שניתנה להם. כיום, תשלומים הקשורים לזכויות בני המשפחה מועברים באמצעות חשבון הפצוע. הצוות ממליץ להסדיר מנגנון תשלום ישיר לבני המשפחה, כך שתשלומים בגין זכויות שנועדו ישירות לבני המשפחה שאינם ילדי הנכה (ובכלל זה אובדן שכר ושירותים נלווים) יועברו ישירות לבני המשפחה הזכאים, ולא באמצעות הנכה. הצוות ממליץ כי זכויות לטיפול נפשי אישי לבן/בת הזוג, הורה ואח/ות, יועברו לישירות לבן המשפחה. זכויות האשפוז (הוצאות אשפוז, כלכלה ונסיעות, לינה ואובדן שכר) שמיועדות לבן המשפחה יועברו רק לבן המשפחה שבחר הנכה (ללא אפשרות לתשלום לנכה). מומלץ כי במקרים המתאימים ניתן יהיה להעביר את אובדן השכר למעסיק בלבד, על מנת לשמור על התנאים הסוציאליים של בן המשפחה המלווה.

הסדרה זו נועדה לחזק את התא המשפחתי, לשמר יציבות תעסוקתית וכלכלית, ולתמוך בשיקום הנכה באמצעות מערכת משפחתית מתפקדת ונתמכת.

### 7.3. אובדן כושר עבודה

#### 7.3.1. נקודת המוצא: תעסוקה כחלק אינטגרלי ומשמעותי מהשיקום

תעסוקה היא מרכיב שיקומי מרכזי, אך אינה זהה לשיקום כולו. שיקום יכול לכלול גם חזרה למעגל החיים ללא חזרה לעבודה מפרנסת – במקרים בהם הנכה אינו בעל יכולת לעבוד. עם זאת וכפי שניתן לראות מההשתלבות הגבוהה של נכי צה"ל בשוק העבודה, עבור מרבית הנכים בגיל העבודה, שילוב בעבודה תורם לרווחה, לבריאות נפשית ולחוסן תפקודי, ולכן מערך התמריצים צריך להפוך את העבודה למשתלמת – כך שלא ייווצר מצב שלנכים יהיה עדיף כלכלית שלא לצאת לעבוד.

#### 7.3.2. האתגרים בשיטה הקיימת

הצוות מזהה כי במבנה הנוכחי קיימת בעיה מבנית בשל כך שתגמול אובדן כושר העבודה המלא משולם כתגמול חליפי לתגמול הבסיסי, דבר אשר יוצר בלבול ו"היטמעות" של התגמול הבסיסי בתוך תגמולי הקיום, כך שהנכה אינו זכאי בפועל באופן שקוף לרכיב פיזוי והוקרה לצד רכיב תפקודי-תעסוקתי. שנית, במנגנון הקיים בשל אופן הקיזוז (50% קיזוז מהתגמול החל ממשכורת שבין שכר המינימום ועד למשכורת הממוצעת במשק, וקיזוז מלא של התגמול עבור משכורת הגבוהה מהמשכורת הממוצעת במשק) נוצר תמריץ שלילי לעבוד. הקושי נובע בשל כך שבגובה המשכורת הממוצעת במשק התגמול נפסק לחלוטין.

לפיכך נקבעה המלצת היסוד של הפרדה מלאה בין התגמול הבסיסי לבין תגמול אובדן כושר עבודה. התגמול הבסיסי מגלם הכרה והוקרה מהמדינה ואינו מקוּוּז; תגמול אובדן כושר העבודה מגלם

השלמה עבור פגיעה ביכולת לעבוד והוא נבחן תפקודית. הקיזוז יעשה החל משכר המינימום ובאופן הדרגתי ללא סכום סף שבו יש קיזוז מלא של תגמול אובדן כושר העבודה וזאת על מנת ליצור תמריץ כלכלי חיובי ליציאה לעבודה.

### 7.3.3. דרגות אי-הכשירות

כיום קיימות בפועל שלוש דרגות מרכזיות: שני תגמולים של תט"ר חלקי (50% פגיעה בכשירות לעבוד ו-25% פגיעה בכשירות לעבוד) ותגמול אובדן כושר עבודה מלא. המלצת הצוות הינה לבחון לעומק את הצורך בדרגות נוספות של חלקיות משרה ובהתאם לקבוע מדרגות אובדן כושר העבודה.

הצוות ממליץ כי התגמולים, בשונה מאובדן כושר העבודה הנוכחי, לא ייקבעו על פי אחוז הנכות, אלא על פי דרגת אי-הכשירות לעבודה. כך, נכה עם 30% נכות ונכה עם 100% נכות שהוכרו שניהם ב-100% אובדן כושר עבודה – יקבלו תגמול אובדן כושר זהה.

כמו כן, אחוז הנכות המינימלי שמזכה אפשרות להגיש בקשה לאובדן כושר עבודה הוא 20%.

### 7.3.4. עקרון רשת הביטחון לצד מנגנון הקיזוז

הצוות קובע כי כדי לעודד תעסוקה, על ההכנסה הכוללת (שכר + תגמול אובדן כושר) להיות תמיד גבוהה יותר מתגמול בלבד.

לצד זאת, יש לקבוע מנגנון קיזוז אשר מעודד את הנכים לצאת לעבודה ולכן הקיזוז יחל באופן הדרגתי מסף שכר המינימום וללא סכום תקרה בו יקוזז באופן מלא. תיידרש עבודת יישום על מנת לקבוע את סכומי הקיזוז עצמם.

### 7.3.5. אי-פגיעה בנכים שכבר זכאים לתגמול

הצוות קובע כי ככל שסכומי התגמולים החדשים יפגעו בסכומים שנכים מקבלים היום, יש לייצר מנגנון הגנה לנכים הוותיקים – בעיקר בשל יציאה ארוכת שנים של זכאים קיימים ממעגל התעסוקה. עיקרון זה נועד למנוע פגיעה בנכים ותיקים ולשמר יציבות, במקביל ליצירת מערך תמריצים נכון לדור החדש.

### 7.3.6. תמריצים לנכים עובדים ולמעסיקים

ההמלצות בנושאים אלו יובאו בדוח הוועדה תחת נושא הרחב תעסוקה.

ההערכה התקציבית לכלל ההמלצות בנושא התעסוקה עומדת על 71,259,150 ש"ח.

## 8. היבטי יישום, דיגיטציה וממשל

הצוות קובע כי הצלחת המודל תלויה בהקמת תשתית יישום משמעותית, ובפרט:

- **דיגיטציה של מימוש זכאויות:** מעבר למנגנוני אשראי/אפליקציה בזכאויות מסוימות, להפחתת קבלות ואסמכתאות, ולשיפור איסוף נתוני ביצוע.

- **שקיפות מלאה לנכים:** תלוש ברור, הצגת הזכאויות בשפה פשוטה, והנגשת מידע באתר האינטרנט ובתכנים שיווקים.

## סיכום

הצוות מציע שינוי מבני שמטרתו להפוך את מערך הזכאויות לכלי שיקומי: פשוט, שקוף, יעיל, ומעודד תעסוקה ועצמאות כלכלית. המודל נשען על שלושה נדבכים – זכאות כספית אחודה, שירותים שיקומיים בעין, ומנגנון תפקודי חדש לתגמול אובדן כושר עבודה.

המלצות אלה נועדו לאפשר לאגף השיקום ולנכים להתמקד במשימה המרכזית שלפניהם: שיקום והשתלבות בחיים – ולא ניהול זכאויות.

עיקרי המלצות הצוות הן כלהלן:

1. **זכאויות כספיות** – איחוד מרבית הרכיבים הכספיים לקצבה חודשית אחת לפי טווחי נכות. ההמלצה צפויה להביא לפישוט המערכת, הגברת שקיפות לנכה וצמצום בירוקרטיה ותקלות תפעוליות.
2. **דרגות נכות** – מעבר מ-101 דרגות נכות ל-6 מדרגות זכאות רחבות וברורות. ההמלצה צפויה
3. **רכב** – שמירה על המצב הקיים תוך הדגשת הרכב ככלי שיקומי ולא רכיב כספי. ההמלצה צפויה להביא לשימור מענה תפקודי חיוני ללא יצירת תמריצים כלכליים לא רצויים.
4. **לימודים** – מעבר למנגנון סל שנתי פשוט במקום החזרים מפוזרים. ההמלצה צפויה להביא להפחתת בירוקרטיה ולהגברת מימוש הזכאות ללימודים.
5. **דירה** – השוואת זכאויות בין סוגי נכויות, הרחבת זכאות לשכר דירה והיוון לטובת רכישת דירה. ההמלצה צפויה להביא לחיזוק יציבות דיורית ולהפחתת תלות ממושכת במערכת.
6. **שירותי רפואה וליווי** – מעבר לליווי בעין (למעט רכיב מצומצם בכסף) והבחנה בין סוגי סיוע. ההמלצה צפויה להביא להבטחת ליווי אפקטיבי ושימוש נכון במשאבים שיקומיים.
7. **כלב שירות** – השארת המצב הקיים של מתן כלב שירות והטבות נלוות. ההמלצה צפויה להביא לשימור מענה קיים ומוכח ללא צורך בשינוי מבני.
8. **טיפולים אלטרנטיביים** – הרחבת הזכאות לכלל הנכים החל מ-20% נכות. ההמלצה צפויה להביא להגדלת המענה השיקומי ולהפחתת תמריצים להכרה נפשית.
9. **אובדן שכר לבני משפחה** – הרחבת הזכאות למגוון מצבי אשפוז וליותר מבני משפחה. ההמלצה צפויה להביא להפחתת לחץ כלכלי ולשמירה על רצף טיפולי ושיקומי.
10. **זכאויות טיפול וחינוך לבני המשפחה** – הרחבת זכאות לטיפול נפש, חונכות, מסגרות חינוך (מעונות, צהרונים, קייטנות ופנימיות) לכלל הנכים מעל 20% נכות ובמנגנון מימוש

פשוט וישיר. ההמלצה צפויה להביא לשיפור רווחת המשפחה, להפחתת שחיקה ולהעצמת תרומתה לתהליך השיקום של הנכה.

11. **איש קשר למשפחה** – קביעת איש קשר אחד לנכה ולבני משפחתו. ההמלצה צפויה להביא לשיפור התיאום והשירות ולהפחתת עומס בירוקרטי.
12. **אופן התשלום לבני המשפחה** – העברת תשלומים ישירות לבני המשפחה הזכאים ולא דרך הנכה. ההמלצה צפויה להביא לחיזוק היציבות הכלכלית והתפקודית של המשפחה.
13. **אובדן כושר עבודה** – הפרדה בין תגמול בסיסי לבין תגמול אובדן כושר עבודה. ההמלצה צפויה להביא לשקיפות גבוהה יותר וליצירת תמריץ נכון ליציאה לעבודה.
14. **מנגנון קיזוז ותמרוץ תעסוקה** – קיזוז הדרגתי ללא תקרת ביטול מלאה של התגמול. ההמלצה צפויה להביא לעידוד השתלבות בעבודה ולהגדלת ההכנסה הכוללת של הנכה.
15. **דרגות איכושר עבודה** – קביעת זכאות לפי דרגת איכושר תפקודית ולא לפי אחוז נכות. ההמלצה צפויה להביא להתאמה מדויקת יותר למצב התעסוקתי בפועל.
16. **היבטי יישום, דיגיטציה וממשל** – קידום דיגיטציה, שקיפות והנגשת מידע לנכים. ההמלצה צפויה להביא לשיפור חוויית השירות, הפחתת בירוקרטיה וניהול יעיל יותר.

**צוות משנה חוויית לקוח- המלצות מרכזיות****המשתתפים בצוות המשנה:**

- מר קובי הלפרין, ראש הצוות (סמנכ"ל שירות לקוחות ודיגיטל בשירות התעסוקה)
- מר אשר דולב, חבר ועדה (סמנכ"ל אסטרטגיה ובניין הכח במערך הדיגיטל הלאומי)
- פרופ' יצחק שפירא, חבר ועדה (סגן יו"ר הוועדה)
- ניר קידר, חבר ועדה (מנכ"ל מרכז טאוב)
- גבי ציפי פלדמן (ס' בכיר לר' אגף השיקום לשירות)
- עינת כהן (מנהלת מחוז חיפה, אגף השיקום)
- דקלה זוהר (מנהלת יחידת ערוצי שירות, אגף השיקום)
- מאיה יעקב (מנהלת מחוז דרום, ארגון נכי צה"ל)
- אלמוג אמיגה (החשב הכללי, משרד האוצר)
- ירון עמית (ר' חטיבת חשבות שיקום נכים, אגף הכספים)
- נעם וילנר (אגף התקציבים, משרד האוצר)
- נעם קלייטמן גוטליב (יועצת מלווה, חברת TASC)

**תקציר ומבנה ההמלצות**

צוות המשנה לחוויית לקוח בחן את המענה הניתן לנכי צה"ל על רקע היקפי פגיעה חסרי תקדים ועומס תפעולי גובר. המלצה זו מציגה תוכנית פעולה מערכתית לשינוי חוויית הלקוח מקצה לקצה, הנשענת על ארבעה עקרונות ליבה: אימפקט מיידי לצד פתרונות קבע, יחס אישי מותאם, יצירת ודאות ושליטה, וצמצום הבירוקרטיה.

**עיקרי ההמלצות מחולקים לחמישה צירים מרכזיים:**

1. **פרק א': שינוי בשער הכניסה (One Stop Shop):** ביטול התהליך הטורי והכפילויות בשלב ההכרה ובשלב הוועדות כך שבשלב ההכרה תתקבל החלטה על קשר סיבתי על סמך מסמכים ובשלב הוועדה הרפואית תתקבל החלטה הן לגבי האבחנה והן לגבי חומרת הפגיעה (אחוזי נכות) על בסיס מסמכים היכן שניתן, הקמת מרכזי ועדות אחדים בבתי חולים ("הכל תחת קורת גג אחת"), איסוף מסמכים במיקור חוץ, ועדות על סמך מסמכים, ומבצע חירום לחיסול התורים בוועדות.
2. **פרק ב': תפיסת שירות אישית (POC) ורב ערוצית:** הקצאת מנהל לקוח אישי לכל פצוע, והפרדה בין הטיפול בזכאויות (POC) לטיפול השיקומי (עו"ס), תוך מיקוד משאבים באוכלוסיות המורכבות ביותר; שדרוג והרחבת המוקד הטלפוני להכוונה ומיצוי זכויות ומעבר למערכת תקשורת כתובה מנוהלת עם SLA ברור.

3. **פרק ג': קיצור תהליכים וצמצום בירוקרטיה:** מעבר למודל "שירות עצמי" מלא בדיגיטל, תעדוף לאומי למשיכת מידע אוטומטית ממערכות המדינה (Ask Once), צמצום תחנות ואישור בתחנה אחת, ומעבר בקרות תוך כדי תהליך למודל של הצהרות ובקורות בדיעבד.
4. **פרק ד': הנגשת מידע ודיגיטל:** הקמת תשתיות ידע אחודות, הגדרה והטמעה של SLA ושיקוף סטטוס טיפול בבקשות, הטמעת כלי AI (בוט זכויות), הקמת מערכות "לוויין" עוקפות-ליבה ליישום מיידי לצד פיתוחים דחופים ליישום במערכות הקיימות ופיתוח פלטפורמה לניהול שירותים וספקים בקהילה.
5. **פרק ה': תוכנית חירום (Quick Wins):** הכרזה על "מצב חירום תפעולי" המאפשר מסלולים ירוקים לרכש ובקרה בנוסף לגיוס מסיבי של רופאים באמצעות תמריצים משופרים ולטובת יישום ספרינט לועדות הרפואיות למענה מהיר ועד סוף 2026 ל-30,000 פצועים.
6. **פרק ו' המלצות נוספות:** הקמת מינהלת יישום, הכרה רשמית בבני משפחה כ"מנהלת תיק", הוקרה ומשמעות- "יחידת רואים אותי"

### מתודולוגית ותהליך העבודה

במסגרת תהליך העבודה, צוות המשנה התכנס למספר פגישות מרכזיות וביצע פעולות עומק למיפוי המצב הקיים וגיבוש פתרונות:  
**ציר זמן ומפגשים מרכזיים:**

- **9.12.25:** סקירה מקיפה של המצב הקיים והאתגרים המרכזיים
  - **23.12.25:** מפגש למידה של Best practices השראה ופתרונות מגורמים שונים
  - **1.1.26:** ראיונות עומק עם שישה נכי צה"ל להבנת "כאבי הלקוח" ממקור ראשון
  - **22.1.26:** צלילה ליחידת ההכרה והוועדות הרפואיות – בחינת מצב קיים, תהליכים ותשתיות
  - **25.21.26:** דיון ממוקד בנושא הנגשת האקו-סיסטם ושירותים בקהילה
  - **2.2.26:** הצגת ניתוח תוצאות הסקר ודיון בתפיסת ההפעלה החדשה
  - **11.2.26:** דיון מסכם בהמלצות המרכזיות לקידום במסגרת מליאת הוועדה
- לצד אלו נעשו פעולות נוספות לתיקוף ההמלצות:**

- **סקר לקוחות רחב (2,043 משיבים):** הסקר בחן את שביעות הרצון והאפקטיביות של ערוצי השירות הקיימים, לצד בדיקת בשלות דיגיטלית של האוכלוסייה כבסיס לתכנון ערוצי העתיד.
- **סיורי שטח:** נערך סיור במוקד הטלפוני של אגף השיקום ובמחוזות של אגף השיקום, לצורך למידת התהליכים התפעוליים ב"קו הראשון" כיום

### עקרונות הליבה

כלל ההמלצות נשענות על ארבעה עקרונות:

- **אימפקט מיידי לצד פתרונות ארוכי טווח:** המערכת צריכה לפעול בשני צירי זמן במקביל מתוך דחיפות לשינוי המציאות כאן ועכשיו. לצד קידום מהלכים לבניית התשתית הקבועה, יש לייצר פתרונות חירום כדי לתת ערך לפצועים כבר בטווח של 3-6 חודשים.

- **יחס אישי בראייה רב ערוצית:** מעבר מגישה "One fits all" לשירות מותאם אישית. ובשלב זה לכולם בדגות היערכות שונות וזה עד להשלמת מערכות טכנולוגיות בטווח של 5 שנים. בהמשך לאוכלוסיות הנזקקות ביותר הענקת מעטפת אנושית הדוקה לאוכלוסיות הזקוקות לכך ביותר (פצועים חדשים, מורכבים ונפש). כל זאת לצד, העצמת ערוצי הדיגיטל והמוקד עבור פצועים עצמאיים. כל פצוע יקבל את המענה בערוץ הנכון לו ביותר, תוך שמירה על רצף טיפולי וסגירת מעגלי טיפול.
- **יצירת ודאות, תחושת בטחון ושליטה בתהליך:** המערכת חייבת להיות צפויה. הפחתת חרדה באמצעות שקיפות מלאה בסטטוס ובלוחות הזמנים- הפצוע ידע בכל רגע נתון היכן עומד התיק שלו, מהו משך הזמן הצפוי לטיפול (SLA) ומי הגורם המטפל. המערכת תנגיש את הידע בצורה בהירה וברורה.
- **פישוט תהליכים, יוזמה וצמצום בירוקרטיה:** מעבר מתפיסה פסיבית הממתינה לפניות הפצוע, לתפיסה אקטיבית. המערכת, תבצע מיצוי זכויות אוטומטי ("דחיפת זכויות") ללא צורך בהגשת בקשה. המערכת עובדת בשביל הפצוע, ולא הפצוע עובד בשביל המערכת- המדינה תשאב מידע באופן עצמאי ולא תבקש מסמך שקיים, יתבצע איחוד תהליכים וקיצור תחנות.

#### **פרק א': שער הכניסה והוועדות הרפואיות (המהפכה המבנית)**

##### **נתונים ואתגרים מרכזיים**

- יחידת ההכרה והוועדות הרפואיות הן **המפגש הראשון של הפצוע עם המערכת**. חוויה שלילית בשלב זה "צורבת" את תודעת הפצוע, מייצרת חוסר אמון מתמשך וצובעת את כל יחסי הגומלין העתידיים עם אגף השיקום ("אפקט ההטבעה")
- **כאבי הלקוח המרכזיים הם:**
  - **הלם בלבול בתחילת התהליך** הלקוח לא יודע איך להתחיל, מה להכין, האם צריך עורך דין
  - **פערי מידע וידע** לגבי השירותים והזכאויות הקיימות- לא מכירים את שירותי האגף ו/או מה מגיע להם, לא ברור מאיפה לקבל מידע מהימן
  - **חוסר ודאות ושליטה בתהליך, הרגשת טרחה וטרטור**- אין יכולת לדעת לגבי משכי הזמן הצפויים לטיפול בכל שלב, הפצועים מרגישים שהמערכת מטריחה (לעיתים ללא הצדקה), דורשת המון מסמכים וניירת וישנם שלבים רבים עד לקבלת החלטה
  - **ההכנה לוועדה רפואית** תהליך מורכב, תלות בעורכי דין, קושי באיסוף המסמכים. הנטל לאיסוף ראיות ומסמכים נופל על הפצוע. זהו תהליך בירוקרטי מורכב המייצר תחושת "חשוד", ומעמיס קושי רגשי על מי שצריך להשתקם
  - **חווית הוועדה עצמה** אירוע לא נעים, המלווה בתחושת חשדנות ושיפוטיות, "שמים תג מחיר על הפציעה"
  - גם מפניות הציבור עלה שהוועדות הרפואיות מעוררות תחושות קשות אצל חלק מהפצועים וכן מתח רב בשל החלטות שנמסרות אחרי חודשים.

- "החיים בהמתנה" השיקום בפועל מעוכב עד לקבלת ה"וודאות" (אחוזים וזכויות)
- בנוסף, זהו צוואר הבקבוק הקריטי ביותר, המאופיין בזמני המתנה ארוכים ובתהליכים טוריים המייצרים חוסר וודאות ולכן נדרש שינוי מבני עמוק המאחד תהליכים ומבזר סמכויות
- נכון להיום יש כ-12,500 ממתנינים להכרה עקרונית (מעמד 01 ו-02) ועוד 14,313 פצועים שקיבלו מעמד עקרוני וממתנינים כעת לוועדה רפואית (מעמד 03). עם צפי לעוד כ-15-20 אלף פצועים חדשים שיבקשו הכרה בשנים הקרובות.
- לאור ההיקפים הוחלט למחשב את שער הכניסה אך זה התארך על פני שנתיים (עד כה לא הסתיים) והפיתוח חלקי.
- אגף השיקום אימץ מדיניות ייעודית לפצועי המלחמה המאפשרת קבלת הכרה עקרונית בנכות באופן מיידי, ולכן חלק גדול מהתיקים במסלול זה נסגרו בזמן קצר מאוד לרוב תוך 24 שעות, זאת לעומת ממוצע של 309 ימים בשוטף.
- בנוסף, בשלב ההכרה – לאור חוות הדעת של גורמי מקצוע לפיהן ישנה תקופה של כשנה להתגבשות הפגיעה – הייתה מדיניות של מתן טיפולים נפשיים ואז הכרה. בפועל 92% מוכרים בנפש ו-82% בפיזי.
- בחודשים האחרונים ניכרת הארכה מתמשכת במשך הטיפול כך שגם זמן הטיפול בהכרה עקרונית עולה בפצועי המלחמה, דבר המצביע על עומס הולך וגובר
- הטיפול בתיקי נפש ארוך משמעותית – חציון של 347 ימים לטיפול בתיק נפש, לעומת 277 ימים בתיק פיזי (בהסתכלות על נתוני השוטף).
- בשל המדיניות האמורה ובשל הרכב הרופאים שנדרש לוועדה (שילוב מומחיות) נוצר צוואר בקבוק משמעותי בוועדות הרפואיות. הגורם המסביר של משך הועדות הוא הרכב הרופאים שנדרש לוועדה וחוסר רופאים מספק בתחומים מסויימים (שילוב מומחיות).
- פסיכיאטריה ואורתופדיה מהוות את עיקר נפח התיקים ומאופיינות במשך טיפול גבוה יחסית, ישנה המתנה ממושכת לוועדות לאור המחסור בפסיכיאטרים. בפסיכיאטריה בקרב פצועי המלחמה ניכר עיכוב נוסף בזמני הטיפול, עם חציון של 98 ימים לעומת 85 בכלל האוכלוסייה.
- פער בין הציפיות לתוצאות- כ-50% מהפצועים מערערים על תוצאות הוועדה הרפואית, נתון המעיד על חוסר הלימה בין הציפיות לתוצאה.
- מנתוני האגף עולה כי כ-90% מהתיקים בוועדות הרפואיות מסתיימים בקביעת סעיף ליקוי אחד בלבד. נתון זה מוכיח כי ברוב המוחלט של המקרים אין מורכבות רפואית הדורשת דיון ארוך בנוכחות הפצוע, ולרב ניתן לקיים אותם על בסיס מסמכים בלבד.
- סקרי שביעות הרצון מראים באופן עקבי כי הציונים של ועדות המתקיימות בבתי חולים (במיקור חוץ) גבוהים יותר מאלו המתקיימות במתקני האגף המחוזיים.

#### המלצות

### 1. מודל One Stop Shop (החלטה משולבת):

- רצינונל: כיום התהליך הוא טורי- קודם ממתנינים להכרה עקרונית (קשר סיבתי), ורק לאחר מכן מתחילים תהליך נפרד בוועדה רפואית. בנוסף, ישנם כפילויות כאשר גם בתהליך ההכרה וגם בוועדה הרפואית יש התייחסות לאבחנה רפואית ונדרש רופא לצורך כך. ובנוסף, בשני השלבים מבקשים מהפצוע מסמכים.
- המלצה: נדרש שינוי מדיניות כך שיחידת ההכרה תקבל החלטה על (קשר סיבתי), ובוועדות יקבעו האבחנה והאחוזים הרפואיים. כלומר, יחידת ההכרה תעשה סינון ראשוני בנוגע לשאלה האם קיים קשר סיבתי (האם האירוע קרה בזמן ועקב השירות / החמרה) ותחום הפגיעה בהתבסס על מסמכים ללא בדיקה רפואית והוועדה הרפואית תקבל סמכות מלאה ובו-זמנית לקבוע את: חוות הדעת המלאה על הקשר הסיבתי, האבחנה הרפואית, רמת החומרה (אחוזים), סל הזכויות לעניין ליווי, ועוד' (ללא כושר השתכרות שיישאר בהליך נפרד). מודל דומה קיים בחוק הביטוח הלאומי בנפגעי עבודה.
- הבסיס החוקי לשיטה זו הוא קביעת דרגת נכות יחד עם חוות דעת על הקשר הסיבתי (תיקון מס' 1) תשכ"א-1961 (תיקון מס' 10) תשל"ט-1979
- מימוש ההמלצה יתן לפצועים ודאות בנקודת זמן אחת ומניעת עוגמת נפש של "לך ושוב", בנוסף, יחסוך ועדות חוזרות בהמשך הדרך. המהלך יסגור בפעם אחת את כל עניינים הרפואיים ובנוסף תהיה דרישת מסמכים אחת מהלקוח.
- ברור אפוא כי קיים חשש שהאיחוד יהפוך את הוועדות למורכבות וארוכות יותר, כשהאורך הממוצע יתארך מעשרים דקות לשלוש שעות. וכן כי יהיה קיים אתגר משמעותי בהבאת רופאים מומחים לוועדות עלול לייצר זמני המתנה ארוכים יותר לוועדות ואולם היתרונות משמעותיים
- בעקבות הוועדה תצא החלטה אחודה הכוללת לפצוע על כלל התשלומים וההטבות לפצוע ולאחר מכן אנו ממליצים שתתקיים שיחת Welcome באגף ע"י איש הקשר האישי ליעוץ, הכוון ומיצוי זכויות

## 2. ריכוז סמכויות ותפעול אחוד בוועדות הרפואיות:

- איגום משאבים וביזור סמכויות: פועל יוצא של ההחלטה לעיל הוא הצורך בשינוי מבני. יש לאגם את כלל המשאבים ליחידת מטה אחת חזקה ("שער הכניסה")- יכלול את יחידת ההכרה והוועדות הרפואיות) במטה האגף שתהיה אחראית על הסטנדרטיזציה, הבקרה והניהול של כלל הוועדות, ובמקביל - לבזר את הביצוע לשטח.
- יש להקים מרכזים אזוריים בפריסה גאוגרפית רחבה, אשר יהוו פלטפורמה למימוש מודל "הוועדה האחודה". מרכזים אלו ירכזו תחת קורת גג אחת את מכלול הגורמים המקצועיים הנדרשים: אבחון רפואי, קביעת אחוזי נכות, וכלל הוועדות הנלוות (רכב, כושר עבודה ועוד), במטרה למנוע פיצול וטרטור.
- מימוש באמצעות בתי חולים: במקום לקיים ועדות במשרדים מנהלתיים של האגף, כל הוועדות יתקיימו בתוך מרכזים רפואיים (בתי חולים) המחזיקים בתשתית הנדרשת. ההמלצה היא להרחיב את ההתקשרויות הקיימות עם בתי החולים ולהחילם על כל סוגי הוועדות (ולא רק ועדות ראשונות כפי שקיים היום), וכן להוסיף עוד בתי חולים.

- מערכת מחשובית לניהול עומסים: ניהול הוועדות האזוריות חייב להתבצע על גבי מערכת מחשובית אחודה. מערכת זו תאפשר מצד אחד למטה לעקוב אחר עמידה ב SLA - בצורה הדוקה, ומצד שני תעניק לפצוע שקיפות וגמישות בבחירה: הפצוע יוכל לבחור את התור שלו לפי המקום הפנוי ביותר (גם אם הוא בעיר אחרת) ובכך לקצר את זמני ההמתנה.

### 3. שירות איסוף מסמכים במיקור חוץ (לבחירת הפצוע):

- רצינונל: איסוף החומר הרפואי והעובדתי מהווה חסם משמעותי ומעכב את קבלת ההחלטות ב"שער הכניסה" כמו כן, מטיל עומס בירוקרטי על הפצועים. המלצה: מיסוד והרחבת מתווה לאיסוף נתונים ומסמכים ליחידת ההכרה המופעל כעת כ"פיילוט" המכונה "צעד משלים" (באמצעות חברות חיצוניות). המתווה נועד לסייע באיסוף החומר הרפואי והבירוקרטי ובכך לייעל ולקצר משמעותית את הליך קבלת ההחלטה בבקשה.
- הטמעת המודל והרחבתו במסגרת המכרז החדש שפורסם על ידי האגף
- מומלץ כי יהיה לאגף אנשי קשר בתוך קופות החולים ובתוך צה"ל, כדי לסייע בהעברה מהירה של המידע והדבר יוביל לצמצום זמנים משמעותי והעברת הנטל מהפצוע תוך קיצור תהליכים משמעותי
- חוק ניווד מידע שייכנס לתוקף בשנת 2027 יאפשר את קבלת התיקים הרפואיים ישירות מאגף שיקום. הדרישה הנוכחית הינה לקבל את כלל המידע מביטוח לאומי בטווח הזמנים הנוכחי. עד שהחוק ייכנס לתוקף מומלץ לבחון אפשרות של הסדרת קבלת כלל הנתונים מקופת החולים ישירות.
- בוודאי שתהליך הבאת המסמכים יהיה עד ליישום תהליכים דיגיטליים להעברת מידע אוטומטי.

### 4. צמצום חיכוכיות ומענה מהיר:

- ועדות מסמכים רפואיות על סמך מסמכים: (No Show) קביעת אחוזי נכות על בסיס מסמכים רפואיים וחוות דעת מומחה בלבד, ללא צורך בהגעה פיזית. בסקירה הבין-לאומית שהוצגה בפני המליאה הראו שבארה"ב, אוסטרליה וגרמניה ועדות רפואיות מתקיימות ללא נוכחות ומתבססות על מסמכים וחוו"ד רופא מטפל או רופא מומחה מטעם אגף השיקום.
- מוצע שכדי לקצר הליכים ברירת המחדל תהיה ועדה ללא נוכחות כאשר מי שיחפוץ להופיע בפני הוועדה יוכל לעשות זאת. לאור צוואר הבקבוק והיקף רחב של כ- 30,000 ממתנינים לוועדה מוצע להחיל מיד בוועדות ללא נוכחות כדי לתמרץ את היכולת של המערכת לגייס רופאים ולענות במשכי זמן סבירים. זאת תוך תוך יצירת של מעבר מהיר של "רופא מנתב" שיעבור על התיקים המופנים למסלול ללא נוכחות וככל שלדעתו נדרשת נוכחות לציין זו.
- שימוש ב-AI: פיתוח כלי תומך החלטה לקביעת אחוזי נכות " מבוסס בינה מלאכותית שינתח עשרות אלפי מקרי עבר ויציע לרופאים בועדה טיוטת החלטה ("טווח סביר") לקיצור זמן ההחלטה. על הוועדה לתקצב בתקצוב ייעודי פיתוח מערכת כזו. מוצע לייצר פיילוט ולבחון את המשמעויות

### 5. תוכנית חירום להגדלת מצבת הרופאים:

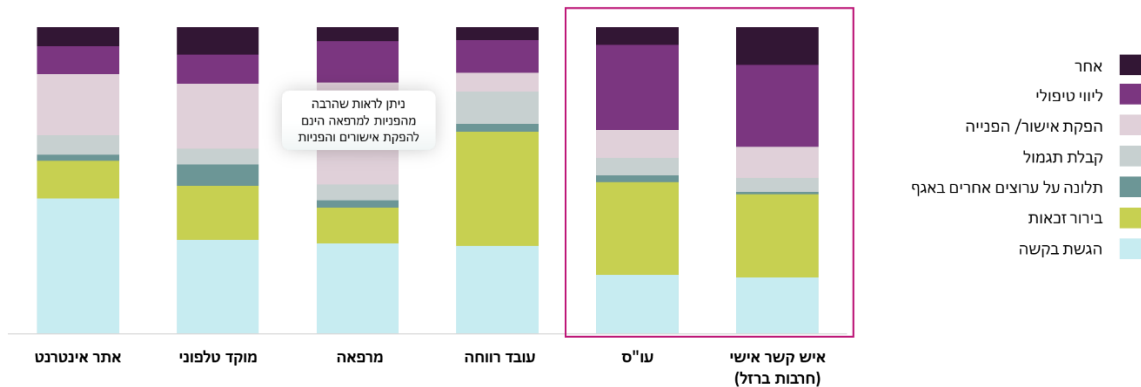
- יציאה ל"קול קורא" ונוהל חירום לגיוס מסיבי של רופאים מומחים (בדגש על פסיכיאטריה ואורתופדיה) תוך עדכון מודל התגמול במטרה להבטיח היתכנות לגיוס רופאים איכותיים (פירוט **בפרק ה'**).
- יישום "קול קורא" להרחבת פעילות הוועדות בשילוב עם קיום וועדות ללא נוכחות יחד עם הגדלת תעריף לרופאים, יבטיח כי בכל התחומים נוכל לגייס רופאים ולתת החלטה בטווח זמן סביר וזה עד סוף 2026. לקוח שייבחר לאחר מכן שמעוניין בוועדה יוכל לקיים וועדה פיזית וזה לאחר שכבר יש החלטה בעניינו. נאמר לוועדה כי משך זמן זה לא ריאלי בעבודת הממשלה. אנו סבורים כי גודל השעה מחייב את הגופים הפועלים לקצר הליכים ולפעול בקצב שונה ובשיטות אחרות כדי להבטיח יישום מהיר.

**פרק ב' - תפיסת שירות אישית ורב ערוצית**

**נתונים ואתגרים מרכזיים**

- כיום הפצוע מתנהל מול 4 גורמי טיפול לפי הצורך. כל אחד בתחומו מנהל ומתכלל עבורו את הטיפול
- מאחר ואין הבחנה ברורה מי מטפל באיזה נושא באגף השיקום- ללקוחות יש **בלבול רב בערוצי השירות**: רק כ- 50% מהפצועים העידו כי הם יודעים למי עליהם לפנות בכל נושא. היתר נמצאים בחוסר וודאות או "הולכים לאיבוד" בין הערוצים
- כתוצאה מחוסר הבהירות לגבי נושאי הפניה בכל ערוץ שירות ניתן לראות **שהפצועים פונים בכל הסיבות לכל ערוצי הפנייה**:

חלוקת סיבת הפניה לפי ערוץ הפנייה



- פצועים נפשית, בפציעה משולבת ופצועים "חדשים" יותר באגף פונים לערוצי השירות בשיעור גבוה יותר (ממוצע של פנייה ל4 ערוצים לעומת 2-3)
- **לפצועי המלחמה**- הוצמד איש קשר אישי כגורם מקשר ומתכלל מול האגף. בסקר שנערך מטעם אגף השיקום ב-2024 נמצא כי השירות שניתן ע"י קשרי הלקוחות אפקטיבי. תוצאות דומות נמצאו גם בסקר שנערך ב-2025 ובו נראה שמידת שביעות הרצון של פצועים שיש להם איש קשר אישי גבוה ב-20% מאלו ללא איש קשר אישי.
- **שביעות רצון נמוכה מהמוקד** ועומדת על 56% בלבד, לצד זאת כ-20% מהשיחות למוקד ננטשות לפני מענה, רק כ-20% מהפצועים רואים במוקד מקור לבירור זכויות

- **האגף יצא למכרז חדש להפעלת מוקד השירות ונבחר ספק חדש שצפוי להתחיל את פעילותו ביולי 2026**
- הפצועים מציינים כי נדרש לשפר את זמינות ומשך הטיפול וכן את בהירות המידע
- מעל ל-70% מציינים שחשובה להם במידה רבה ההכרות האישית עם הצוות המטפל
- כ-70% מהפצועים משתמשים באפליקציות בחיי היומיום, ו-56% היו מעדיפים לקבל שירות במענה דיגיטלי איכותי
- מהסקר שביצענו עלה כי **האוכלוסייה שזקוקה ליותר הכוונה לסיוע**: פצועים בתהליך ההכרה (לפני ועדה רפואית), פצועים עד 7 שנים, פצועים נפשית ובפציעה משולבת
- מצד האגף- חלוקת המשימות והאחריות בין התפקידים במחוז אינה מובחנת וברורה ויש ריבוי גורמים "מקצועיים" באגף בממשק מול הפצוע. כולם עונים על הכל.
- בפועל, הפונקציות המקצועיות במחוזות עוסקות מעט במשימות הליבה שלהן ומשקיעות זמן רב במשימות מנהלתיות- אדמיניסטרטיביות (טפסים, הפניות, עדכון ותיעוד, החזרים) או במשימות שיכולות להעשות ע"י גורם שירות אחר (לדוג' עו"ס שעוסקים הרבה בהנגשת זכויות ושירותים).
- המצב הזה מייצר פינג-פונג בין ערוצי השירות, אין סגירה של מעגלי טיפול וזמני המתנה למענה מתארכים
- קיים עומס גדול על כל הפונקציות ללא תעדוף ו/או סינון.

#### המלצות

1. **אימוץ מודל מנהל הלקוח- (POC) והיחס לתפקידים הקיימים הנוספים:**
  - כל פצוע מקבל מנהל לקוח אישי שהוא הכתובת הבלעדית עבור "One Address" מנהל הלקוח מנהל את הקשר, התיאום, המידע והמעקב ומלווה את הפצוע בכל עניין וכן אחראי על סגירת של כ-80% מהפניות של הפצוע.
  - חלוקת תפקידים במחוז:
    1. מנהל לקוח (POC): הקו הראשון מול הפצוע. תפקיד שירותי-ניהולי-מתכלל. אינו עובד סוציאלי ואינו מטפל. אחראי על טיפול בנושאים מנהליים, מילוי טפסים, הפניות לזכויות, עדכונים שוטפים ושירותים לוגיסטיים
    2. עובד סוציאלי (עו"ס): מומחה תוכן למתן מענה פסיכו-סוציאלי. תפקידו: הנעה וקידום תהליך השיקום, סיוע ותמיכה רגשית ונפשית (בשגרה ומשבר), הכוונה תעסוקתית וסיוע בהשתלבות בחברה.
    3. מומחים מקצועיים נוספים בקו שני (לטיפול בנושאים מורכבים: ועדת למד, דיור, רכב)
  - מודל העבודה בין קשרי לקוחות לעו"ס (שתי קבוצות):
    1. עם כניסת כל פצוע לאגף יתבצע אינטייק (Intake) "ראשוני" ע"י איש הקשר האישי ועו"ס שיסווגו אותו לאחת מ-2 הקבוצות:
    2. קבוצה 1 (רוב הפצועים): עבור הפצועים הקלים יחסית שאינם זקוקים לליווי עו"ס צמוד - עבורם יוקצה איש קשרי לקוחות למיצוי כלל זכויותיהם באגף, בהתאם למה שעלה באינטייק וכן בתקבע "חבילת ליווי" של עו"ס המותאמת לצרכים הספציפיים (סוג הליווי, תדירות

המפגשים, משך הזמן). בתקופת הליווי מתקיים תיאום מלא בין מנהל הלקוח לעו"ס. הפצוע יכיר וידע מי איש הקשר האישי שלו ומי העו"ס שלו באגף השיקום

3. קבוצה 2 (אוכלוסיות ליבה): ליווי מקביל. אוכלוסיות שהוגדרו מראש (פציעה נפשית, פציעה משולבת, פגיעה פיזית קשה) יקבלו עו"ס ייעודי, קבוע וידוע שילוה אותם במקביל ל. איש קשר אישי גם במקרים אלו, ה איש קשר אישי נשאר היקו הראשון מול הפצוע. העו"ס פועל לפי פגישות מוגדרות ובתיאום עם ה POC. העו"ס אינו עומד בקשר שוטף- בירוקרטי עם הלקוח, אלא מתמקד בטיפול.

4. יחס תקינה: עובד סוציאלי (עו"ס) - בהתאם להמלצות צוות נפש לגבי תקינת עו"ס

○ מנגנון תומך קו שני - מנהל הלקוח עונה ללקוחות בכל הנושאים. ככל שנדרשת מומחיות מיוחדת (רפואית, שיקומית), או סיוע תפעולי יעמוד לרשותו שורת גורמים לסיוע והתייעצות. עקרון מנחה: הקו השני עובד מול ה- POC ולא מול הפצוע. קשר ישיר בין מומחה לפצוע יתקיים רק במקרים הכרחיים בהם יש ערך בפגישה עם הפצוע, וגם אז - בתיאום דרך ה- POC.

בעקבות המעבר למודל זה, ככל ויעבור זמן ומנהלי הלקוחות יהיו מיומנים ומנוסים יותר, כמות המומחים הנדרשת בקו השני תרד בצורה הדרגתית. גם בקשות הסיוע התפעולי יהיו מדוייקות וממוקדות יותר.

○ מודל POC דיפרנציאלי:

1. מודל מדורג לפי עצימות - מודל הממקד את המשאב הניהולי בפצועים המורכבים ביותר - אלו שעלו בסקר שנערך באופן מובהק כמי שהכי זקוקים לליווי אישי, הכי מבולבלים והכי מחפשים מענה אנושי של דמות מוכרת.

המודל מציע התאמת אינטנסיביות מדורגת בשיטת "רמזור", כך שעוצמת הליווי ויחס התקינה מותאמים למורכבות המצב ולשלב בשיקום:

	קטגוריה	0-5 שנים מהכרה	+5 שנים מהכרה	
נכי נפש ופציעות משולבות	עד 50%	1: 120	1: 480	
	50% פלוס	1: 120	1: 240	
	קטגוריה	0-5 שנים מהכרה	+5 שנים מהכרה	
נכים פיזיים	עד 50%	1: 240	1: 480	
	50% פלוס	1: 120	1: 240	

▪ **מודל רמזור (ירוק/צהוב/אדום)** – כל צבע מייצג עוצמת מענה המשתנה לפי סוג הפציעה (נפש/פיזי), שלב בתהליך (0-5 שנים / +5), רמת המורכבות של המקרה:

○ **המפתח הנוכחי הוא 1: 200**. לאור הגדלת תחומי הסמכות, האחריות והצורך בסגירת מעגלי טיפול מול מומחים, מוצע לשאוף ליחס גבוה יותר בתקופת הליווי האינטנסיבית

- **רמה ירוקה** – נדרש ליווי אינטנסיבי של POC בזמינות גבוהה יחס תקינה כ-120:1. מאפיינים: ליווי אישי הדוק, קשר יזום, זמינות גבוהה וסגירת מעגלים מלאה ע"י ה-POC
- **רמה צהובה** – נדרש ליווי של POC בזמינות בינונית לצרכים ספציפיים יחס תקינה כ-240:1 מאפיינים: ליווי מתמשך, זמינות לפניית, יוזמה בנקודות זמן קריטיות ושמירה על קשר תקופתי.
- **רמה אדומה** – נדרש POC בזמינות נמוכה לפניית לפי צורך כיוון שהערכת השימוש יותר נמוכה ורוב המענה יוכל להנתן דרך מוקד ושירות עצמי יחס התקינה יכול להיות **נמוך יותר** (לדוג' 1:480 ואף יותר)
- **יחס ישר ביחס לתקינת עו"ס (לא הפוך)** – מי שדורש ליווי אינטנסיבי מעו"ס - דורש גם ליווי אינטנסיבי מ-POC מכיוון שככל שהמקרה מורכב יותר, גם הטיפול המנהלי נרחב יותר (הפניות, בדיקות, זכויות)
- **דיגיטציה תפחית עומס על POC אך לא תבטל את התפקיד** – ככל ויהיו התקדמויות משמעותיות בתשתיות הטכנולוגיות ובמענה הדיגיטלי ניתן לבחון מחדש את יחס התקינה, שכן חוסר הוודאות ללקוח, כתוצאה מהיעדר תהליכים דיגיטליים מגביר צורך בפניות
- **ממשקים עם רפואה ורווחה**: במודל ה-POC החדש, עובדי הרווחה והמרפאה יעברו ל"שולחן אחורי" (back office) מקצועי
  - כל הממשק מול הפצוע יעבור דרך ה-POC
  - יש לבנות תהליכי עבודה ברורים לתיאום בין ה-POC, העו"ס, הרווחה והמרפאה
  - בטווח הארוך לדבר תהיה השפעה על מספר תקני הרווחה והמרפאה הקיימים

**טיפול בכלל הנכים נדרשים סה"כ 358 POC, נכון ל- 2026** מדובר על תוספת של 308 על ה-50 הקיימים כיום. (ניתן לבחון שחלק מהתוספת תהיה מתקנים קיימים במחוזות של רווחה ומרפאה שיוסבו להיות POC)<sup>7</sup>. פירוט החישוב מופיעה בנספח ב'.

חשוב לציין שהמצב שבו מערכות המחשוב אינן בשלות ויודעות לשקף ללקוחות מידע בסיס מייצר צורך מוגבר בנציג אישי. אנו מניחים שכבר ייבנו תהליכים חדשים בכלים מתקדמים שייתנו שליטה בתהליך וודאות, ירד הצורך בנציג אישי וניתן יהיה למקד אותו לאוכלוסיות ייעודיות וספציפיות.

## 2. שדרוג והרחבת המוקד הטלפוני להכוונה ומיצוי זכויות:

- הפיכת המוקד ממוקד "העברת הודעות" למוקד שירות מקצועי בעל סמכויות לביצוע פעולות והפקת אישורים בשיחה אחת.
- מוקד יזום: הקמת צוות שיוזם פניות למטרות מוגדרות כגון פצועים ש"נתקעו" בתהליך או שלא פנו זמן רב, כחלק מתפיסת הפרואקטיביות.

<sup>7</sup> הנחות ומידע לחישובים: יש כ-22,400 נכי נפש ומשולב במעמד 06

יש כ-20,000 נכים פיזיים במעמד 06

יש כ-25,000 נכים מעמד 01-03, אשר מחולקים 60% נפש ומשולב ו-40% פיזי

בנכי נפש ומשולב 01-03 נלקחה הנחה של חלוקה שווה בין 20-49% לבין +50% באחוזי נכות, בדומה להתפלגות שלהם בקרב נכי 06

בנכים פיזיים 01-03 נלקחה הנחה של 20-80% בין קבוצות אחוזי הנכות (80% מהנכים הפיזיים הם עם אחוזי נכות נמוכים), בדומה להתפלגות שלהם בקרב נכי 06

לא נכללו בחישוב נכים מתחת ל 19%

- בימים אלו מתקיים מכרז להקמת מוקד חדש, הצפוי להתחיל את פעילותו ביולי השנה. עיתוי זה מהווה הזדמנות ל"קפיצת מדרגה" ולחיבור המוקד לתפיסת השירות החדשה ולכלים הדיגיטליים שיפותחו. המוקד החדש לא רק יענה לשיחות, אלא יכווין את הפצועים לשימוש עצמאי בכלים אלו.

### 3. מערכת תקשורת כתובה מנוהלת:

- הרחבת יכולות תקשורת כתובה (וואטסאפ/מייל/אזור אישי) הנכנסת למערכת CRM מרכזית (בעדיפות להתממשקות למערכת שמש). לכל פנייה יש "אבא", זמן תקן (SLA) למענה, ותזכורות אוטומטיות ("אורות אדומים") למניעת נפילת פניות בין הכיסאות. מהלך שקריטי ליישם כבסיס לתפישת POC

## פרק ג' - קיצור תהליכים וצמצום בירוקרטיה

### המלצות

#### 1. Ask Once (שאיבת מידע):

- בניית תהליכי מיצוי אוטומטי באמצעות יצירת ממשקים והסכמי העברת מידע מול גופים ממשלתיים וציבוריים (ביטוח לאומי, משרד השיכון, קופות החולים, משרד התחבורה, רשות האוכלוסין ועוד), כך שהאגף ימשוך את המידע אוטומטית ולא יבקש מסמכים קיימים.
- מיצוי זכויות פנימי ומיפוי טריגרים (בתוך האגף) המייצרים זכאות (כגון: לידה, שינוי סטטוס משפחתי, אשפוז) ועדכון אוטומטי ללקוח ללא צורך בהגשת בקשה מצידו. לצורך כך, יבוצע מיפוי כולל של כלל ההטבות, השירותים והשדות הנדרשים להעברה בממשקים.
- מיצוי זכויות חיצוני (מחוץ לאגף) - מיצוי הטבות הניתנות לנכי צה"ל בגופים אחרים (משרד התחבורה, רשות האוכלוסין וכו') באופן יזום באמצעות הממשקים שיוקמו.
- תיעדוף לאומי: מוצע כי תהליך זה יקבל עדיפות עליונה במסגרת תוכנית החירום / החלטת ממשלה, כדי להבטיח תיעדוף פיתוח בגופים ציבוריים אחרים.

#### 2. הרחבת השירות העצמי בדיגיטל (Self Service) ואזור אישי מתקדם:

- הרציונל: כיום, כ-90% מהפניות המגיעות דרך האתר והמוקד הטלפוני מופנות בסופו של דבר לטיפול ידני לביצוע במחוז (מתוך כ-1.4 מיליון פניות בשנה). מצב זה יוצר עומס בלתי סביר וצוואר בקבוק המעכב את המענה לפצוע.
- המלצה: נדרש להגדיר תהליכים הניתנים להעברה מלאה או משמעותית ל"שירות עצמי" (Self (Service) באזור האישי באתר באמצעות מערכות מתאימות ובשילוב AI, כדי לקצר תהליכים ולחסוך במשאבי המחוז.
- תהליכים מרכזיים שזוהו שנדרש לפתח כבר בשלב הראשון כדי להוריד מעומס הפניות - טיפול בתהליכים אלו יתן מענה לכ-50% מהפניות (כלומר כ-700 אלף פניות בשנה):

▪ החזרים כספיים (~30% מהפניות לאגף):

- המצב כיום: הליך ידני לחלוטין. הטופס הדיגיטלי הקיים הוא "חד צדדי" - המשתמש ממלא פרטים, אך המידע מתקבל

במערכת כקובץ PDF הדורש הקלדה ידנית ע"י עובד, ולכן ערכו להתייעלות נמוך.

- **הפתרון:** מיכון קליטת חשבוניות באמצעות AI (קריאת נתונים אוטומטית) והזנה ישירה למערכת התשלומים. גם אם האישור הסופי ייעשה ע"י עובד, צמצום ההקלדה יקצר דרמטית את הזמנים. הדבר יגביר את הוודאות אצל הפצוע ויפחית את תחושת "הרדיפה אחר החזרים".
- הפניות לקבלת שירותיים רפואיות (~20% מהפניות לאגף):
- **המצב כיום:** תחושת "רדיפה" אחר הפניות ובירוקרטיה מיותרת, חווית חוסר אמון וקושי במעקב אחר סטטוס הטיפול.
- **הפתרון:** הגדרת מדיניות המאפשרת הנפקת הפניות באופן עצמאי (למשל: מכסה שנתית, תדירות קבועה), ופיתוח כלי באזור האישי המאפשר לפצוע להפיק את ההפניה בעצמו ולעקוב אחר הניצול בזמן אמת.

### 3. איחוד תחנות:

- ביטול "תחנות" מיותרות בתהליכי אישור ושאיפה לאישור בתחנה אחת (או אוטומטי במערכת) ללא מעבר בשרשרת מאשרים ידנית
- **דוגמאות** לכפילויות בתהליך הקיים שניתן לאחד:
- הזמנת תרופות וציוד מתכלה: התהליך כיום מחייב שרשרת ארוכה: בקשת פצוע < רוקח בודק מרשם מרופא קופ"ח ומכין מרשם חדש < מעבר לרופא מחוזי לאישור < רק לאחר אישורו מועבר להנפקה (בסופר פארם/ספק) ושילוח.
- מסגרות יום (מעונות, צהרונים, קייטנות): הבקשה עוברת גורם בודק (עמידה בתנאים) < מועברת לאישור אגף הכספים טרם ביצוע תשלום. *(הערה: לאחרונה קוצר התהליך והוסר הגורם המקצועי במחוז, אך עדיין קיים מעבר דרך מוקד Back-office ואישור כספים.)*
- המעבר בין מספר גורמים לפני ביצוע ואישור תשלום, יוצרות עיכוב מיותר בנוסף, מדרג האישורים שיש לקבל עבור זכאויות שונות, אינה בהלימה לסכום הכסף המבוקש וערך הבקשה. חוסר הלימה זו יוצרת מצב אבסורדי בו אישור מסגרות יום סבוך בהרבה מאישור זכאות לרכב. יש לשאוף לאישור בתחנה אחת, או אוטומטית במערכת, במקום שרשרת מאשרים ידנית

### 4. בקרות בדיעבד:

- הרציונל - תפיסת הבקרה החשבית הנוכחית היא שיש לבדוק את כלל הבקשות, גם לאחר שקיבלו אישור מגורם באגף השיקום. החשבות בעצם מנהלת עוד תחנה בתהליך ואינה משמשת כבקרה. תפיסה זו יוצרת בפועל **עוד תחנת אישור** ופוגעת משמעותית בזמני המענה ויוצרת עומס כבד בלי שניתן להבין כמה זמן נוסף זה

דורש ומוטל על הפצוע להמתין בנוסף, נראה שהבקרה לא מיידית ואין נתונים על תוצאות אפקטיביות של תחנת בקרה זו וזאת בוודאי ביחס לנטל על הפצוע. בהרחבות הקיימות של הפטורים במדיניות הקיימת - בבדיקות עד 1,000 ₪ נמצאה טעות של 2% בלבד – כך **שהתועלת נמוכה מהעלות**

#### ○ ההמלצות:

- **מינוי גורם מינהלי אחד מאשר באגף בלבד** - מומלץ להסתמך/ להנחות גורם מינהלי באגף המאשר כ'אישור תחנה אחת' שאינו נדרש אישור נוסף של אגף החשבות
- **מעבר לניהול סיכונים**: במקום בדיקה גורפת, החשבות תבצע ניהול סיכונים מבוסס נתונים. התערבות חשבית תתבצע רק במקרים של "דגלים אדומים": שילוב של סכום גבוה וגם היסטוריה/הסתברות גבוהה לטעויות. נדרש להגדיר פרמטרים לתיקים שאינם צריכים לעבור חשב. יש לתעדף את הפיתוח של הנושא הזה לספרינטים הקרובים
- **אישור מיידי, הצהרות ובקרה בדיעבד**: אישור מיידי משמעותו החזרים מעל לסכום מסוים לא ימתינו עד לתגמול החודשי אלא ינתנו בתוך 4 ימי עסקים כפי שקיים במשרדים אחרים. בנוסף, יתבצע אישור והחזר על בסיס הצהרות ובקרה בדיעבד: החלת מודל "אישור חד-שלבי" ובדיקה מדגמית בדיעבד על נושאים מוגדרים: דמי ניידות (5000 בקשות בשנה), שכר דירה (6300 בקשות בשנה), דמי קיום, מעונות וצהרונים (8600 בקשות בשנה), דמי נסיעות (הוסכם בעבר אך טרם יושם), וכן החזרים חד-פעמיים כנגד קבלות עד סכום מוגדר.
- **פתרון טכנולוגי**: במקביל, פיתוח מערכת בקרה כספית אוטומטית עם בקרות לוגיות (חוקים עסקיים) שתחליף את הבדיקה הידנית.

#### פרק ד' - הנגשת מידע

- לפצועים יש המון סוגי זכאויות ותהליכי מימוש מורכבים
- יש חוסר בנגישות המידע- קושי למצוא מידע רלוונטי, תלות באחרים (חברים, יועצים, עורכי דין)
- בסקר שנעשה נמצא כי כ-25% מהפצועים ניזונים ממידע שמגיע מ"חברים ויועצים שאינם מאגף השיקום" ולא מהאגף עצמו
- הדפים הנצפים ביותר באתר הם "תגמולים", "סטטוס פניה" ו"יצירת קשר"- הפצועים מחפשים וודאות

#### ההמלצות

#### 1. קידום פרויקט ניהול ידע באגף השיקום:

- הקמת תשתית ידע אחידה ועדכנית, המתאימה את כל הנהלים והכללים למצב החיים של הפצוע ולדרגת הנכות ומספקת מידע עקבי לעובדים ולפצועים. תשתית הידע תמנע תשובות סותרות ותייצר מידע אינטגרטיבי מכל המידע שיש על הפצועים וכמו כן, תוכל לשמש את המוקדנים, את העובדים ואת הכלים דיגיטליים

- **מידול ידע רגולטורי**: האתגר המרכזי אינו רק בחירת הטכנולוגיה, אלא היכולת לחלץ ולמדל בצורה שיטתית את הידע הרגולטורי והמקצועי שהצטבר לאורך השנים (פרשנויות לחוק, חריגים ותהליכים שהתפתחו בפועל).
  - **אחידות תהליכית ותיעודית**: חשיבות רבה קיימת גם להיבטים של אחידות ותיעוד, ובפרט:
    - הגדרה ברורה של המסמכים הנדרשים לבחינת זכאות.
    - תרגום נהלים מקצועיים לשלבי טיפול מובנים.
    - התאמה בין הנחיות מקצועיות לבין תהליך העבודה בפועל.
- 2. פתרון טכנולוגי - צ'אט-בוט זכויות בשפה טבעית (AI):**
- כדי להנגיש את הזכויות נדרש מהלך משולב:
    - תהליך עסקי: הנגשת הידע הארגוני באופן אינטגרטיבי וברור ללקוח.
    - פיתוח טכנולוגי: הטמעת בוט בינה מלאכותית המנגיש את הידע לפצוץ בשפה טבעית ופשוטה (בדומה לפתרונות שהוצגו לוועדה). התהליך הטכנולוגי הוא יחסית לא מורכב, ומתבסס על תהליך ארגון הידע
- 3. הגדרת SLA לטיפול בפניות**: כיום יש לפצועים חוסר ודאות ושליטה בתהליך ואין תיאום לגבי משכי הזמן הצפויים לטיפול בכל שלב. אחת הסיבות קשורה לכך שמערכות המידע נכון להיום לא יודעות לשקף את סטטוס הבקשה ואת משך הזמן של הטיפול בכל תהליך וממילא אין יכולת לשקף ללקוח את הזמן הצפוי.
- 4. ההמלצה היא כי נדרש להוסיף במערכות המידע של האגף בכל שדה פנייה- תאריך פתיחת פנייה ותאריך סגירה- בצורה זו, בתוך רבעון יהיה ניתן לשקף לפצועים סטטוס עבור משכי הזמן הצפויים לטיפול בכל בקשה. נדרש לקדם זו בתעדוף הפיתוח לספרינטים הקרובים.**
- 5. התנהלות בתוך האקוסיסטם (פלטפורמת ספקים ושירותים):**
- הרציונל: הפצוע זקוק לשירותים זמינים במרחב החיים שלו.
  - הפתרון: פיתוח פלטפורמה (אפליקציה) המרכזת את העבודה מול ספקי האגף.
  - מאפיינים:
    - הספקים (שיחויבו להתחבר למערכת) יזינו זמינות, מיקום ושעות קבלה.
    - תהליכי אישור מובנים מול האגף.
    - חכמת ההמון: אפשרות לפצועים לדרג ולהמליץ על שירותים וספקים (בדומה לאפליקציית "מדרג").
    - בימים אלו, האגף השיק פלטפורמה "שיקומי" במסגרתה גוף מתכלל את הספקים בטיפולים האלטרנטיביים- מומלץ להרחיב פלטפורמה זו לשירותים נוספים- כגון טופס 17, טיפולים פסיכולוגיים, לבני משפחה וכו'
    - האגף ינגיש את המידע על השירותים בקהילה ויאפשר דירוג ובקרה על איכות השירות, אך האחריות המקצועית והחוקית על מתן השירות נותרת בידי הספקים המורשים, תוך שמירה על סטנדרט האיכות שיוגדר ע"י האגף

**פרק ה'- תוכנית חירום לטווח המיידי (Quick wins)**

**אתגרים מרכזיים**

- צפי לכניסה של כ-30 אלף פצועים נוספים לטיפול האגף, נדרש טיפול מיידי לצווארי בקבוק ותהליכים מרכזיים באגף.
- המערכת הקיימת "שמש" לא מסוגלת לתמוך בשינויים הנדרשים בקצב מספק והמערכת העתידית צפויה רק בעוד כ-3-5 שנים.

**ההמלצות**

**1. שירותים המנוהלים במערכת "שמש" – מתן מענה לצרכים עסקיים דחופים וקריטיים לחוויית הלקוח שנדרש עבורם תמיכה טכנולוגית**

- מאחר והפתרונות הטכנולוגיים המוצעים הם ארוכי טווח, נדרש למצוא פתרונות לטווח הקצר-הבינוני עבור תהליכים קריטיים – מוצע שאלו יהיו באמצעות מערכות "לווין" חיצונית למערכת שמש : לדוג' הקמת מערכת ניהול לקוחות על בסיס כלי מדף) כמו (Salesforce במנותק ממערכת הליבה המיושנת. זה יאפשר ניהול POC, תיעוד פניות ומסע לקוח פרואקטיבי כבר בחודשים הקרובים ("עוקף ליבה").

- מוצע לצאת לקול קורא לאיתור מוצרי מדף
- זוהו מספר תהליכים בעלי השפעה משמעותית על שיפור השירות שנדרש לתעדף במסגרת הפיתוחים והממשקים המבוצעים בספרינטים במערכת שמש המפורטים **בפרק ג' סעיף 2** (הפניות והחזרים

- בנוסף, כדי ליישם החלק מההמלצות הנ"ל גובשה ע"י האגף רשימת פיתוחים מרכזיים לתעדוף בעלי פוטנציאל השפעה גבוה על שיפור שירות ותפעול ומופיעה **בנספח א'**

- מוצע שאגף השיקום יחל להפעיל מנהלי פרויקטים במקביל על מוצרי מדף- באמצעות הקמת יחידה דיגיטלית באגף הנותנת מענה עסקי לפיתוח.

**2. נוהל חירום לרכש, התקשרויות ובקרה:**

- המצב הנוכחי באגף השיקום מחייב מענה הדומה לנוהל החירום שהופעל בתקופת הקורונה בביטוח הלאומי ובשירות התעסוקה. מוצע להגדיר נוהל כזה לתקופה של 5- שנים

- רכש והתקשרויות: הכרזה על "מצב חירום תפעולי" המאפשר מסלולים ירוקים ("פטר ממכרז") להתקשרויות דחופות עם רופאים, ספקים וטכנולוגיות לשנת 2025/6.

- בקרה בדיעבד: חלק מנוהל החירום, ייושם מיידי מנגנון של תשלום מהיר ובקרה/קיצוץ בדיעבד (במקום בדיקה מקדימה), לשחרור צווארי בקבוק בתשלומים.

- ASK ONCE – תעדוף לאומי בפיתוח ממשקים למיצוי זכויות וצמצום בירוקרטיה לטובת פצועים

- איוש מהיר של תקנים: גיוס וקליטה מואצת של משרות POC ועובדים סוציאליים למתן מענה למורכבות המקרים החדשים, תוך קיצור זמני הליכי הגיוס המקובלים.

### 3. מבצע "ספרינט" רפואי (חיסול התורים וקביעת והחלטות בוועדות לכולם עד סוף שנה מאישור התכנית):

- מטרת הספרינט הוא ביצוע של כלל הוועדות הרפואיות עבור פצועים שממתינים מתחילת "מלחמת התקומה" – היעד הוא ביצוע כלל הוועדות עד סוף שנת 2026 באמצעות הפתרונות המוצעים.
- מצוקת כוח האדם: הנתונים מצביעים על מחסור חמור ברופאים לביצוע ועדות, בדגש על תחומי הפסיכיאטריה והאורתופדיה.
- הבעיה נובעת בעיקר מפער התעריפים – עלות שעה של רופא מומחה בשוק הפרטי גבוהה משמעותית מהתעריף הממשלתי הקיים, מה שמונע גיוס רופאים איכותיים.
- הפתרונות במסגרת תוכנית החירום:

- קול קורא רחב: פנייה יזומה לגופים רפואיים (בתי חולים, קופות חולים, מכונים פרטיים) לאיתור שנה מאישור התכנית מאגרי רופאים חדשים. הגופים הזוכים יהיו אחראים לגיוס הרופאים מתוכם. בנוסף, הרחבת ההתקשרות לבתי חולים נוספים לביצוע ועדות.

- מודל תגמול מעודכן: כיום, משולם לבית החולים כ-3000 ₪ לתיק. מוצע להעלות את התעריף הכולל ל-5,000 ₪ לתיק עבור לפחות 30,000 ועדות בספרינט הרפואי (חלוקה מוצעת: כ-2,200 ₪ לרופא [נטו לכיס], והשאר לגוף המפעיל לכיסוי תקורה, איסוף מסמכים וניהול לוגיסטי). מוצע להוציא RFI לבחינת אופן היישום של המודל כדי לקבל תמונת מצב ולהתחיל את היישום בפועל תוך שבועות ספורים.

- שיקול דעת וגמישות: הנחיה לוותר על הדיוק בדרישת מסמכים משלימים כאשר התמונה הכללית ברורה, ולאפשר לרופא שיקול דעת לסגור החלטה (במקום לשלוח להשלמות) כדי למנוע טרטור של הפצוע.

- הפעלה מהירה של חברות לאיתור מסמכים

- הפעלה מהירה של התקשרויות לייעוץ מאסיבי

### 4. פיתוחים דחופים במערכות המידע:

להלן רשימת פיתוחים הנגזרים מהמלצות של הצוות- אותם נדרש לתעדף המסגרת הספרינטים הקרובים באגף תקשוב כדי לתת מענה לחירום-

- הוספת שדה תאריך פתיחה וסגירה של פניה לטובת הגדרת SLA ושיקוף זמני טיפול לפצועים
- הגדרת פרמטרים לבקרה בדיעבד כך שבקשות החוזרים לפי תנאים מסוימים יאושרו אוטומטית
- צ'אט בוט להנגשת מידע וזכויות
- פיתוח כלי AI תומכי החלטה לוועדות הרפואיות

## המלצות

1. **המשפחה כמנהלת תיק (שותפים מלאים):** לוועדה הוצגו מקרים של בני משפחה שפיתחו מתודולוגיה איך להתנהל מול האגף כדי למצות זכויות
  - הכרה וסמכויות: הכרה רשמית בבני משפחה כמנהלי תיק בפועל. מתן הרשאות פורמליות לפעול בשם הפצוע מול מערכות האגף. (בכפוף לרצון הפצוע).
  - כלים למשפחה: פיתוח "דשבורד למלווה" המאפשר לבן/בת הזוג לראות משימות, תורים וסטטוסים, ומתן הכשרות למלווה משפחתי לפצוע (בכפוף לרצון הפצוע).
  - לצד אלו- ניתן לבחון פרוייקט שבו גמלאי צה"ל מלווים פצועים ומסייעים בהיבט האישי, במימוש זכויות וביקורי בית
2. **הוקרה ומשמעות- יחידת "רואים אותי":**
  - גיבוש תוכנית למחוות יזומות- ציון יום הפגיעה ויום הגיוס ע"י מחוות יזומות (פרח, מכתב, ביקור), כדי לחזק את תחושת המשמעות והשייכות
  - טלפון יזום אחת לרבעון/חצי שנה מהמוקד
  - וידוא ביקור אחת לשנה בבית הפצוע
  - באחריות צה"ל לבחון את נושא ולהציע הוקרה לפגיעה במסגרת פעילות מבצעית
3. **מנהלת יישום** – ניסיון העבר מלמד כי האתגר המרכזי אינו בגיבוש ההמלצות אלא ביישומן. מורכבות מבנית (אגף אזרחי במערכת ביטחונית), ריבוי בעלי עניין ותלות בגורמי חוץ, צורך בהסכמות ציבוריות ורגולטוריות, וכן יישום רפורמה בתקופת עומס חריג ותוך בניית תשתיות תומכות – כל אלה מקשים על קידום שינוי רוחבי ומהיר. לפיכך מוצע להקים מנהלת ישימות ייעודית, אשר תרכז סמכות ותכלול בין כלל הגורמים הרלוונטיים (משרד הביטחון, אוצר, צה"ל וגורמים נוספים), תגבש מתווה יישום מדורג ומתוקצב, ותבטיח מנגנון בקרה ולוחות זמנים מחייבים.

## רשימת פיתוחים מרכזיים לתעודף בעלי פוטנציאל השפעה גבוה על שיפור שירות ותפעול

טווח	הערה	פירוט	נושא
קצר/בינוני	מסכים אלו מהווים שינוי משמעותי עבור כל נותני השירות באגף שיקום (עובדי מחוז – קשרי לקוחות, רווחה, מרפאה, נציגי שירות וכלל עובדי המטה שעוסקים בפניות זכאים). מסכים אלו מקצרים ומייעלים זמני טיפול ומייצרים אחידות בטיפול מול הזכאי	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ במסגרת הקמת חטיבות השירות אופיינו 3 מסכים משמעותיים - 360, דשבורד עובד, הזכאים שלי.</li> <li>▪ 90 אחוז מהדרישה מבוססת על הקיים במערכת שמש.</li> <li>▪ מסכים אלו מהווים שינוי משמעותי עבור כל נותני השירות באגף שיקום (עובדי מחוז – קשרי לקוחות, רווחה, מרפאה, נציגי שירות וכלל עובדי המטה שעוסקים בפניות זכאים).</li> <li>▪ מסכים אלו מקצרים ומייעלים זמני טיפול ומייצרים אחידות בטיפול מול הזכאי</li> </ul>	מסכי 360
מידי	שינוי קטן במערכת שמש עם חסכון משמעותי בזמן לכלל עובדי האגף שכיום נאלצים להדפיס ולסרוק.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ כיום לא ניתן לשלוח לזכאי מסמכים מתוך מערכת שמש לכתובת מייל או פקס (נדרש לבתי חולים/מרפאות וכדומה)</li> <li>▪ כמו כן לא ניתן לשמור כקובץ אלא רק להדפיס</li> <li>▪ קיימת דרישה ליכולת שליחה מהמערכת + שמירה כקובץ.</li> </ul>	שליחת מסמכים ממערכת שמש
בינוני	השפעה רבה על שקיפות לזכאי על זכויותיו ומיצי זכויות	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ חיזוק שיפור וייעול מנגנון מצפן זכויות.</li> <li>▪ הרחבת שדות המידע שהויים בסיס להצגת הזכויות.</li> </ul>	מצפן זכויות
קריטי	הממשקים בין המערכות הן למעשה בשיטת קבצים שעוברים מספר תחנות לטובת העברת המידע וכך יש נפילות רבות בין התחנות. לאור התפתחות האזור האישי, מגבלות השמש נדרש לייצר תשתית ממשקים שמאפשרת מצד אחד טיפול בבעיות קיימות ומצד שני יכולת לנצל את טכנולוגיית האיזור האישי לתהליכים בשירות עצמי/ חסם למגבלות שמש	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ קיימת בעיית ממשקים משמעותית בין מערכת שמש לאזור אישי שיוצרת בעיית אמון של הזכאים באגף שיקום:</li> <li>▪ הזכאים מעבירים פניות באזור האישי שאינן מגיעות למערכת שמש</li> <li>▪ העובדים נותנים מענה לפניות ותשובה אינה מתעדכנת לזכאים באזור האישי.</li> <li>▪ אילו 2 דוגמאות לפונקציונאליות בסיסית שאינה עובדת בשל שיטת הממשקים הקיימת ומייצרת פניות חוזרות ונשנות, תלונות ועיסוק רב של עובדי האגף</li> </ul>	שינוי שיטת הממשקים בין שמש לאיזור אישי

טיפול בכלל הנכים נדרשים סה"כ 358 POC, נכון ל- 2026 מדובר על תוספת של 308 על ה-50 הקיימים כיום. (ניתן לבחון שחלק מהתוספת תהיה מתקנים קיימים במחוזות של רווחה ומרפאה שיוסבו להיות POC)<sup>8</sup>.

■ נכי נפש ופציעות משולבות :

מספר אנשי קשר אישי נדרשים	סה"כ פצועים	מעמד 01-03	מעמד 06	יחס מוצע (מספר פצועים פר תקן)	קבוצת הנכות (זמן מההכרה ואחוזי נכות)
	37,742	15,376	22,366		
87	10,377	7688.1	2,689	120	1-5 50%
95	11,426	7688.1	3,738	120	1-5 20-50%
37	8,804	0	8,804	240	+6 50%
15	7,135	0	7,135	480	+6 20-50%
233					SUM

■ פציעות פיזיות :

מספר אנשי קשר אישי נדרשים	סה"כ פצועים	מעמד 01-03	מעמד 06	יחס מוצע (מספר פצועים פר תקן)	קבוצת הנכות (זמן מההכרה ואחוזי נכות)
	30,262	10,251	20,011		
31	3,756	2050.16	195	120	1-5 50%
48	11,580	8200.64	1,706	240	1-5 20-50%
14	3,379	0	3,379	240	+6 50%
31	14,731	0	14,731	480	+6 20-50%
124					SUM

חשוב לציין שהמצב שבו מערכות המחשוב אינן בשלות ויודעות לשקף ללקוחות מידע בסיס מייצר צורך מוגבר בנציג אישי. אנו מניחים שכבר ייבנו תהליכים חדשים בכלים מתקדמים שייתנו שליטה בתהליך וודאות, ירד הצורך בנציג אישי וניתן יהיה למקד אותו לאוכלוסיות ייעודיות וספציפיות.

<sup>8</sup> הנחות ומידע לחישובים: יש כ-22,400 נכי נפש ומשולב במעמד 06

יש כ-20,000 נכים פיזיים במעמד 06

יש כ-25,000 נכים מעמד 01-03, אשר מחולקים 60% נפש ומשולב ו-40% פיזי

בנכי נפש ומשולב 01-03 נלקחה הנחה של חלוקה שווה בין 20-49% לבין +50% באחוזי נכות, בדומה להתפלגות שלהם בקרב נכי 06

בנכים פיזיים 01-03 נלקחה הנחה של 20-80% בין קבוצות אחוזי הנכות (80% מהנכים הפיזיים הם עם אחוזי נכות נמוכים), בדומה להתפלגות שלהם בקרב נכי 06

לא נכללו בחישוב נכים מתחת ל 19%

## v. צוות תשתיות טכנולוגיות

### צוות משנה תשתיות טכנולוגיות – דו"ח מסכם והמלצות

#### תקציר המלצות הצוות

שדרוג התשתיות הדיגיטליות המשמשות את אגף השיקום ב-2 צירים מקבילים:

1. **בטווח הקצר והבינוני (החל מפברואר 2026 ועד סגירת מערכת שמ"ש – 3-5 שנים):** מתן מענה לצרכים הדחופים של אגף השיקום ולקוחותיו על בסיס התשתית הקיימת (מערכת שמש), תוך הגדלת צוות הפיתוח, מעבר לשיטות עבודה מודרניות, עבודה שיתופית בין אגף השיקום לאגף הדיגיטל, ותיעוד פיתוח פתרונות משלימים מחוץ למערכת שמש, תוך הסדרה יעילה של הממשקים בין הפתרונות החיצוניים לבין מערכת שמש.

2. **בטווח הארוך (החל ממרץ 2026):** הקמת מוצר דיגיטלי מודרני ("אופק") לניהול פעילות אגף השיקום, אשר יחליף את מערכת שמש באמצעות שילוב פתרונות דיגיטליים מתקדמים בארכיטקטורה פתוחה, תוך ביצוע הגירה יעילה ואמינה של שכבות המידע, הלוגיקה העסקית ותהליכי השירות והבקרה. על המוצר "אופק" לאפשר הטמעה מהירה של דרישות ושינויים עסקיים בהתאם לצרכי אגף השיקום, ולספק לאגף גישה לפתרונות טכנולוגיים פנימיים וחיצוניים בממשקים סטנדרטיים, תוך שימוש בממשק משתמש נוח, רב ערוצי ובטוח ותוך מתן גישה לטכנולוגיות חדשות כגון בינה מלאכותית יוצרת.  
לצורך האמור לעיל, יש לבצע:

1. קידום פיילוט לבחירת הפתרון הטכנולוגי המתאים ביותר לפתרון לטווח הארוך, אשר בשאיפה יאפשר לקצר את לוחות הזמנים של הפרויקט מכ-5 שנים לכ-3 שנים.
2. הקמת מינהלת משותפת לאגף הדיגיטל ולאגף השיקום לקידום מוצר "אופק", שיחליף את מערכת שמש.
3. התאמות במבנה הארגוני ובהיקפי כוח האדם באגף השיקום בהיקף של 10 משרות (מתוכן 8 זמניות), באגף הדיגיטל בהיקף של 10 משרות, ובאגף הביטחון (סייבר) בהיקף של משרה אחת. זאת, על מנת לתמוך בטיפול ב-2 הצירים המקבילים, תוך הימנעות ממצב בו הטיפול בציר הטווח הקצר-בינוני מעכב את הטיפול בציר הטווח הארוך, או להיפך.
4. להקצות תקציב 5 שנתי בסך 373 מלש"ח לטובת קידום שני הצירים במקביל, מתוכו 66 מלש"ח כבר באפריל 2026.

#### חברי הצוות

צוות המשנה הורכב מנציגים בכירים של גופי הממשלה הרלוונטיים, מומחי טכנולוגיה ואנשי מקצוע מאגף השיקום:

- **מר אשר דולב** - סמנכ"ל אסטרטגיה ובניין הכוח במערך הדיגיטל הלאומי, ראש הצוות.
- **גב' ליאת גרטמן** - סגנית ראש אגף השיקום וראש היחידה לתכנון, חברת צוות.

- **מר גיל בן עמי** - ראש אגף דיגיטל וטכנולוגיות מידע במשרד הביטחון, חבר צוות.
- **מר דן אייל** - סגן ראש אגף הדיגיטל לענייני ענן, חבר צוות.
- **מר אייל שקוף** - סגן ראש אגף הדיגיטל, חבר צוות.
- **מר קובי הלפרן** - סמנכ"ל שירות לקוחות ודיגיטל בשירות התעסוקה, חבר צוות.
- **מר אוהד גריינר** - מנהל מרכז מצוינות Salesforce במערך הדיגיטל הלאומי, חבר צוות.
- **מר ירון עמית** - אגף כספים, חבר צוות.
- **גב' ציפי פלדמן** - סגנית בכירה וראש היחידה לשירות באגף השיקום, חברת צוות.
- **גב' אפרת רונן וסרמן** - חברת צוות.
- **גב' ענת עקה זוהר** - יועצת לאגף השיקום, חברת צוות.
- **גב' עופרית קינר** - יועצת לאגף השיקום, חברת צוות.
- **ליווי מקצועי** - מומחי חברת TASC ואגף נפגעים בצה"ל.

### מבוא לעבודת הצוות - סוגיות מרכזיות שנבחנו

האתגרים במצב הנוכחי:

התשתית הטכנולוגית הנוכחית מהווה חסם קריטי המקשה על מתן שירות מהיר ושקוף לנכי צה"ל, ונדרש שינוי עמוק כדי להתמודד עם העלייה החדה בעומס על המערכת ובמורכבות המקרים. תשתית המידע הטכנולוגית אינה "אמצעי תומך בלבד" אלא קובעת בפועל אילו תהליכים ניתנים לניהול שיטתי מבוסס נתונים ואילו אזורים אינם בשליטה ניהולית.

המערכת המרכזית הקיימת (שמ"ש) מבוססת על טכנולוגיה מיושנת, נשענת על ארכיטקטורה מונוליטית ומודל נתונים מורכב, ודורשת תחזוקה שוטפת בהיקף גבוה. כיום כ-70% משעות הפיתוח מוקדשות לטיפול בתקלות ולתחזוקה, באופן שמאריך זמני פיתוח, מגדיל את הסיכון בכל שינוי, פוגע בגמישות המערכת ומקשה על מתן שירות יעיל, עצמאי ומבוסס נתונים.

**הסוגיות המרכזיות שנבחנו על ידי הצוות:**

- **שדרוג היכולות של תשתית המידע המשרתת את אגף השיקום, והתאמתה לצרכים המשתנים.**
- **תהליכי עבודה ואופי השותפות בין הגורמים העסקיים באגף השיקום והגורמים הטכנולוגיים באגף הדיגיטל.**

### מהלך העבודה וסדר הפגישות

עבודת הצוות התפרסה על פני כארבעה חודשים וכללה למידה עיונית, סיורי שטח וגיבוש המלצות אופרטיביות:

- **מפגש 1 (15.12.2025) – "למידה מהשטח"**: סיור במחוז תל אביב. הצוות נפגש עם מנהל המחוז, עובדים סוציאליים ומתאמות טיפול. בביקור נחשפה המציאות המורכבת של העובדים שמתקשים בעבודה יעילה ואפקטיבית במערכות המחשוב הקיימות, וחוסר היכולת לייצר תמונת 360 מעלות על הנכה.
- **מפגש 2 (29.12.2025) – "חלופות ואסטרטגיה"**: בחינת מודלים של הפרדת שכבות (Decoupling) ושימוש במוצרי מדף (כגון Salesforce). הוחלט על קידום מסלול מהיר לשיפורים מיידיים במקביל לתכנון החלפת הליבה.
- **מפגש 3 (14.01.2026) – מרכז Agile@gov**: אימוץ מתודולוגיית עבודה אגילית בשיתוף מערך הדיגיטל הלאומי. הגדרת תפקידי "בעלי מוצר" (Product Owners) בתוך אגף השיקום ושינוי שיטת ניהול הבקלוג (Backlog).
- **מפגש 4 (18.02.2026) – גיבוש המלצות**: הגדרת הצורך ב-POC (הוכחת היתכנות) להחלפת מערכת הליבה, תמחור תוכנית החומש והגדרת תפיסת ההפעלה של מנהלת היישום.  
בנוסף לפגישות הצוות הרשמיות, התקיימו פגישות בין אגף שיקום לאגף דיגיטל, במטרה לגבש ולדייק את הפתרונות המוצעים. הועברו סקירות של אגף דיגיטל, ובוצעה העמקה בנוגע לחלופות המוצעות לטווח הארוך (מצ"ב כנספח).

## עקרונות היסוד של הצוות

המלצות הצוות מושתתות על ארבעה עקרונות מדיניות שנועדו להבטיח טרנספורמציה דיגיטלית אמיתית:

1. הפרדה בין אופי הפתרונות לטווח הקצר לפתרון הטווח הארוך:
  - בטווח הקצר – מיקוד בפתרונות המביאים ערך מהיר ללקוח (משתמשי אגף השיקום ונכי צה"ל), תוך חתירה ליצירת פתרונות מחוץ למערכת הליבה הקיימת.
  - בטווח הארוך – יצירת ארכיטקטורה פתוחה, תוך הפרדה בין שכבת הנתונים, שכבת הלוגיקה העסקית ושכבת הממשק למשתמש וללקוח.
2. הטמעת אגיליות כתרבות:
  - מעבר מעבודה מבוססת פרויקטים ארוכים לעבודה ב"ספרינטים" חודשיים. שחרור גרסאות מהיר ושיפור מתמיד על בסיס משוב מהשטח.
  - ביטול יחסי "ספק-לקוח" ומעבר לצוותי עבודה משולבים (Squads) בעלי אחריות משותפת על התוצאה העסקית.

## המלצות הצוות

המלצות הצוות מחולקות לשני צירי זמן: טווח קצר-בינוני וטווח ארוך (תוכנית "אופק").

**פרק א': המלצות לטווח הקצר והבינוני בטווח המיידי**, במטרה לתת פתרונות מהירים ויצירת שליטה ניהולית בסיסית. לשם כך ממליץ הצוות על:

- שינוי מודל העבודה: מעבר ממודל "ספק-לקוח" לעבודה בצוותי מוצר משולבים של אגף השיקום ואגף הדיגיטל, תוך אימוץ שיטות עבודה אגיליות (Agile) עם מחזורי עבודה קצרים ושקיפות מלאה.
- ניהול דרישות: הקמת "בקלוג" (רשימת משימות) אחד אחד ומתועדף לכלל הגופים, המבוסס על ערך עסקי ודחיפות.
- פתרונות עוקפי ליבה: פיתוח מודולים משלימים מחוץ למערכת שמי"ש וחיזוק שכבת ממשקי המידע (API) כדי לשחרר עומס מהמערכת הישנה.
- גיוס מנתחי מערכות: תוספת מיידית של מנתחי מערכות בעלי אוריינטציה עסקית לאגף השיקום כדי לשחרר את צוואר הבקבוק בשלב האפיון.

### **פרק ב': תוכנית "אופק" - החלפת מערכת הליבה ומעבר לארכיטקטורה מודרנית ומודולרית**

בטווח הארוך, אנו ממליצים לקדם את תוכנית "אופק" כמהלך **החלפת מערכת הליבה הקיימת ולבניית מענה טכנולוגי מודרני, גמיש ומודולרי יותר**. התפיסה המוצעת מבוססת על הפרדה ברורה בין שכבת הנתונים, שכבת הלוגיקה העסקית ושכבת הממשק והשירות, באופן שיאפשר לצמצם תלות בין רכיבים, להפחית סיכונים בשינויים עתידיים, לקצר זמני פיתוח והטמעה, ולאפשר התפתחות הדרגתית של יכולות חדשות.

במסגרת זו, מומלץ לאמץ בשכבת הממשק והשירות תפיסת **ניהול תהליכים ולקוחות**, שתתמוך בניהול כולל ורציף של הקשר, השירות ותהליכי העבודה לאורך כלל "מסע הנכה", לרבות משימות, פניות משתמשים, תהליכי עבודה וממשקים תפעוליים. שכבה זו לא תידרש להכיל בתוכה את הלוגיקה העסקית המורכבת, ותוכל להישען על שילוב של אפליקציות ופתרונות מדף בהתאם לצורך.

בלב הארכיטקטורה המוצעת תעמוד **שכבת לוגיקה עסקית ייעודית**, אשר תשמש כמנוע זכאויות והחלטות. שכבה זו תאפשר לנהל בצורה מובנית ושקופה את כללי הזכאות, החישובים וההחלטות העסקיות, ותתמוך בדרישות מורכבות של רגולציה, עקיבות נתונים וכללים (Data Lineage), ניהול גרסאות לאורך זמן, שחזור החלטות, והסבר החלטות באופן ברור.

במסגרת בחינת החלופות נשקלה גם אפשרות של פיתוח עצמי של שכבת הלוגיקה העסקית, לרבות בשילוב רכיבי AI. עם זאת, לנוכח מורכבות הדרישות, משך ההקמה הצפוי והסיכון ההנדסי הכרוך בפיתוח מאפס, **ההמלצה היא להעדיף פלטפורמת Decision Intelligence ייעודית**. לאחר בחינת חלופות שונות, **Palantir** סומנה כחלופה המתאימה ביותר בשלב זה, בין היתר נוכח יכולתה לתת מענה לדרישות מורכבות, לתמוך בשקיפות ובעקיבות, ולאפשר האצה משמעותית של זמן ההקמה, וכן לאור עמידתה בדרישות האבטחה. עם זאת, **המלצה זו כפופה לביצוע ב POC** ממוקד ומוצלח, שיבחן את יכולת הפלטפורמה לספק מענה מלא לדרישות המורכבות, לקצר באופן מהותי את זמן ההטמעה, לאפשר explainability ושחזור החלטות, לתמוך בניהול גרסאות חוקיות לאורך זמן, ולאפשר סימולציות של שינויי מדיניות.

ההמלצה הנוכחית, יחד עם שילוב פתרונות מדף תאפשר החלפה הדרגתית של מערכת הליבה הקיימת וביסוס תשתית מודרנית, גמישה וברת-קיימא לפעילות אגף השיקום.

**פרק ג': מנהלת היישום**

לטובת ליווי הפיתוח, עמידה ביעדים והטמעה אופטימלית, אנו ממליצים על הקמת מנהלת יישום אשר תכלול:

- באגף השיקום:
    - מנהל תכנית הטרנספורמציה העסקית (ראש חטיבה באגף השיקום שייבחר בתיאום עם אגף הדיגיטל).
    - ראש תחום.
    - 8 מומחי תוכן מתוך האגף.<sup>9</sup>
  - באגף הדיגיטל:
    - מנהל תוכנית "אופק" (סגן למנהל אגף הדיגיטל) ייבחר על ידי מנהל אגף הדיגיטל, בתיאום עם מנהלת אגף השיקום.
    - 10 עובדי מדינה חדשים, באיוש הדרגתי.
    - מנהלי מוצר בעלי אוריינטציה עסקית, שיוקצו למשימה זו ע"י אגף הדיגיטל. בחירת מנהלי המוצר שיפעלו מול אגף השיקום תבוצע בתיאום עם אגף השיקום. מנהלי המוצר יפעלו בתיאום מלא עם מומחי התוכן מאגף השיקום, יסייעו באיסוף הצרכים מהמשתמשים ומלקוחות הקצה ויוודאו שהפיתוח אכן תואם את הצרכים.
  - באגף הביטחון:
    - מנחה סייבר ייעודי לטובת פרויקטי אגף השיקום, בדגש על מערכת "אופק".
- מנהלת היישום תנוהל במשותף ע"י אגף השיקום ואגף הדיגיטל, באמצעות שני פורומים מרכזיים:
- ניהול שוטף: סמנכ"ל אגף השיקום, סמנכ"ל דיגיטל וטכנולוגיות מידע, מנהל תכנית הטרנספורמציה העסקית, מנהל תכנית אופק.
  - פורום מוביל: מנכ"ל + אגף כספים + צוות הניהול השוטף של מנהלת היישום.
- המלצה זו נשענת על כך שהידע העסקי הנדרש להצלחת המהלך מצוי במידה רבה בידי גורמי אגף השיקום, ולכן נדרשת מעורבות רציפה שלהם לאורך כלל שלבי הפרויקט, אפיון, ליווי פיתוח, בדיקות והטמעה. במסגרת זו, מומחי התוכן ילוו את בניית היכולות בתחומם, יסייעו באיסוף ובתעדוף צרכים, בבחינת תוצרי ביניים, בבדיקות ובהטמעה, כדי לוודא התאמה מלאה לצרכים העסקיים והשירותיים.
- לאור קשיי העבר מוצע לסכם, שכחצי שנה לאחר תחילת עבודתם של מנהלי המוצר מטעם אגף הדיגיטל, תתקיים פגישה מסכמת להצגת המידה בה שיטת עבודה זו נותנת מענה יעיל ליכולת של אגף השיקום להשפיע באופן מלא על האפיון והפיתוח. ככל שבשלב זה אגף השיקום סבור שהמענה הניתן על ידי מנהלי המוצר אינו מספק, אז אגף השיקום יהא רשאי לגייס מאפיינים עסקיים מטעמו, אשר יעבדו מול מומחי התוכן באגף השיקום מצד אחד, ומול מנהלי המוצר באגף הדיגיטל מצד שני, על מנת להאיץ ולשפר את תהליכי האפיון.

<sup>9</sup> העובדים הותיקים והמנוסים ישמשו מקור ידע לאפיון התהליכים על פי חוק הנכים והידע הנצבר. עלינו לייעד אותם באופן מלא לטובת הפרויקט ולייצר 8 משרות 'צלי' לתקופת הפרויקט.

### פרק ד': משמעויות תקציביות

- תקציב רב-שנתי לחמש השנים הקרובות עבור החלפת מערכת הליבה מוערך בסך **398 מלש"ח**.<sup>10</sup>  
מתוכם:
  - **60 מלש"ח** עבור תחזוקת מערכת שמ"ש בתקופת הביניים, עד להשלמת המעבר למערכת החדשה.
  - **17 מלש"ח** עבור תגבור צוות שמ"ש, לטובת פיתוח פתרונות ליווי, הטמעה ומענה היברידי בתקופת המעבר.
  - **296 מלש"ח** עבור הקמת המערכת החדשה להחלפת מערכת שמ"ש.מתוך מסגרת התקציב לעיל, **הנעת הפרויקט מחייבת** הקצאה מיידית של **66 מלש"ח** להתנעת הטרינספורמציה.
  
- נדרש תקצוב נוסף של **87 מלש"ח** לבניית פתרונות ללקוחות מערכת שמ"ש מחוץ לאגף השיקום (נפגעי פעולות איבה ומשפחות שכולות), על מנת לאפשר את סגירת המערכת הישנה וחיסכון בעלויות התחזוקה היקרות.

---

<sup>10</sup> עלות תוספת תקני עובדי המדינה אינה כלולה בהערכה הזו

י. נספחים

1. כתב המינוי
2. רשימת תאריכי ישיבות מליאה
3. נוסח קול קורא לפניות ציבור
4. נתונים מצרפיים על פניות הציבור וניתוח הנושאים בפניות הציבור
5. חלופות תקינה מוצעות
6. מבנה ארגוני רצוי

## 1. כתב המינוי



משרד הבריאות



מדינת ישראל



משרד הביטחון  
MINISTRY OF DEFENSE

תאריך: 28.10.2025

**כתב מינוי - ועדה ציבורית לבחינת המענה הלאומי לטיפול ושיקום נכי צה"ל**

1. אגף השיקום במשרד הביטחון אשר אמון על ההכרה, הטיפול והשיקום בנכי צה"ל מטפל כיום בכ- 78,000 פצועי צה"ל ומערכת הביטחון (להלן: "פצועי צה"ל").
2. מתקפת הטרור הרצחנית שהחלה ביום כ"ב בתשרי התשפ"ד (7 באוקטובר 2023) ומלחמת "חרבות ברזל" שפרצה בעקבותיה ועודנה נמשכת, הביאו לגידול חסר תקדים במספר פצועי צה"ל.
3. מאז פרוץ מלחמת "חרבות ברזל" נקלטו באגף השיקום שבמשרד הביטחון מעל ל- 17,000 פצועים מהמלחמה הנוכחית, אשר הצטרפו אל כ- 8,000 מבקשי הכרה בגין אירועי עבר. נכון להערכות עדכניות באגף השיקום, עד לסוף שנת 2025 יידרש האגף לטפל בלמעלה מ-85,000 פצועים, ועד שנת 2027 יידרש האגף לטפל ב-100,000 פצועים בסך הכל, מחציתם מתמודדי נפש.
4. מן האמור עולה כי מדובר בצפי לגידול בשיעור של 67% בפצועי צה"ל המטופלים על-ידי אגף השיקום במשרד הביטחון. מדובר בגידול המהיר ביותר בתוך תקופת הזמן הקצרה ביותר בהיסטוריה של מלחמת ישראל.
5. זכויותיהם של פצועי צה"ל קבועות בחוק הנכים (תגמולים ושיקום), תשי"ט-1959 (להלן "חוק הנכים") ובתקנות שהותקנו מכוחו. חוק הנכים מעגן את זכאותם של פצועי צה"ל לקבלת תגמולים חודשיים לפי דרגת הנכות המוכרת (לרבות תגמולי מחייה הניתנים לפצועי צה"ל שאינם מסוגלים לעבוד למחייתם בשל נכותם), תוספות שונות לתגמול החודשי ואת הזכות לקבל טיפול רפואי בנכות המוכרת במימון המדינה. לצד זאת קבע משרד הביטחון, באמצעות הנחיות מנהליות, זכאויות נוספות הניתנות לפצועי צה"ל במגוון תחומי החיים ובהן זכאויות בתחומי הרווחה, זכויות סוציאליות וזכאויות בתחום הדיור והניידות. לפני כשנה וחצי עוגנו חלק מהזכאויות בחקיקה ומשרד הביטחון פועל לשם השלמת המהלך ועיגון יתר הזכאויות בחקיקה.
6. ניסיון התקופה האחרונה מראה כי בפני אגף השיקום ניצב אתגר משמעותי הכרוך בקליטת אלפי פצועים חדשים בעקבות מלחמת "חרבות ברזל", ורבים שעוד צפויים להיקלט בשנים הקרובות. לאור זאת, נדרשת עבודת מטה מקצועית אשר תאבחן את האתגרים איתם מתמודד אגף השיקום ותגבש המלצות בדבר המענים החסרים והשינויים הנדרשים שיסייעו לאגף לתת מענה מיטבי ומקיף לכל צרכי פצועי צה"ל, בדגש על הפצועים הנקלטים בעקבות מלחמת "חרבות ברזל".

7. בנוסף לאמור לעיל ולאור הימשכות המלחמה ומאפייניה הייחודיים, התחדדו צרכים קיימים ועלו צרכים חדשים בפעילות האגף שההיענות להם נועדה לסייע בשיקום הפצועים ויש לבחון כיצד ניתן לתת את המענה המתאים עבורם. בתוך כך, יש לבחון את כלל המענים הניתנים כיום כדי לטייב ולהתאים אותם לצרכים הנוכחיים, בדגש על תרומתם להליך השיקום של הפצועים ושילובם חזרה בחברה. כמו כן, יש לוודא כי ניתן מענה מותאם לאוכלוסיות הפצועים השונות ולמאפייניהם הייחודיים, ובהם אוכלוסיית מתמודדי הנפש שמספרה עלה משמעותית. וכן לוודא כי ניתנים המענים והתמיכה הנדרשים לבני משפחה של פצועי צה"ל, המהווים חלק משמעותי בהליך ההחלמה והשיקום של הפצועים.

8. הגידול הנוכחי והעתיד במספר הפצועים יביא לעלייה משמעותית בצרכים התקציביים הכרוכים במעני השיקום הניתנים היום. יש לוודא כי השקעה תקציבית זו תיעשה באופן האפקטיבי ביותר התואם את מאפייני הפציעות השונות, את עקרון השיקום ואת יעילות עבודת אגף השיקום. בעת גיבוש המלצותיה, הוועדה תתחשב באילוצים התקציביים בראי תמונת המצב המקרו-כלכלית ובמדיניות הפיסקלית של הממשלה.

9. לאור האמור, החליטו שר הביטחון ושר האוצר לאמץ את המלצת מנכ"ל משרד הביטחון ולהורות על הקמת ועדה ציבורית שתפקידה לגבש מענה לאומי מותאם ורגיש לצרכי פצועי צה"ל, אשר יעסוק בתהליך השיקום ובכלל זאת; ליווי אישי וקהילתי, תמיכה פסיכו-סוציאלית ושילוב בחברה ובתעסוקה. מענה זה יעוצב ביג'ואן לאומית מתמשכת ומקיפה להתמודדות עם השלכות המלחמה וישמש עוגן ערכי ומוסרי בביסוס האחדות החברתית והאמון בין המשרתים את המדינה לבין כלל אזרחיה, בשים לב לראייה ארוכת הטווח והתחשבות באילוצים המקרו-כלכליים של כלל המשק.

#### מטרת ותפקידי הוועדה

10. בחינת הסוגיות חבאות וגיבוש המלצה לתכנית סדורה ליישום המלצות, המביאה בחשבון את המשמעויות השונות (תקציב, הון אנושי, מבנה ארגוני, דיגיטציה ותיקוני חקיקה):

1. בחינת המצב הקיים: הוועדה תתייחס לכלל המענים הניתנים כיום ולתרומתם השיקומית לפרט, לקשיים ולצווארי הבקבוק איתם מתמודד אגף השיקום הן בהווה והן בראייה צופה פני עתיד, ותמליץ על פתרונות אפשריים לטיוו עבודות האגף תוך מקסום התועלת האפשרית כתוצאה ממעבר לפתרונות דיגיטליים. בתוך כך, הוועדה תגבש המלצות להעברת הליכים רבים ככל הניתן לדיגיטל.
2. רפורמת "נפש אחת": בהמשך לרפורמה ולצרכים הנוספים שעלו בעקבות מלחמת "חרבות ברזל", יגובשו המלצות ליעול יישום הרפורמה, במטרה למקסם את האפקטיביות של הטיפול בפצועים ושל המשאבים שהוקצו למסגרתה. בין היתר, יבחנו מענים ייחודיים הדרושים לפצועי נפש לצורך טיפולם הרפואי ושיקומם בדרך של השתלבות בחברה, בקהילה, ובשוק העבודה.

3. "שער הכניסה": תערך בחינה ואמצעים לפישוט וקיצור ההליכים בשלב ההכרה של פצוע כנכה צה"ל ובשלב קביעת דרגת הנכות, כך שהתהליך יהיה מבוקר וכן נגיש, שקוף וברור.
4. שיפור המענה לפצועי צה"ל:
- (1) **טיפול רפואי**: ייעול ושיפור רמת השירות הרפואי ואיכותו אל מול הגידול הצפוי בהיקף הפניות, צמצום זמני התגובה, שדרוג הממשקים הקיימים, הגברת הנגישות, ושיפור יכולות התמיכה והתגובה לכלל אוכלוסיית פצועי צה"ל, ובכלל זאת בחינת השימוש במעבר למענים היברידיים.
- (2) **שיקום פצועי צה"ל**: טיוב המענה השיקומי אשר ניתן לפצועי צה"ל, הן בסמוך לפציעה והן בהמשך הדרך, לצורך השתלבותם בחברה, תוך התאמת מערכי השיקום לעידן דינמי, מורכב ומרובה פניות. בתוך כך, יינתן דגש לתעסוקת פצועי צה"ל בכלל ותעסוקת פצועי הנפש בפרט, תוך הסתכלות רחבה המתיחסת גם לאחריות המעסיקים והמדינה וההשפעות החיוביות המשקיות.
- (3) **תגמולים לפצועי צה"ל**: חוק הנכים כולל הוראות שונות בנושא התגמולים הניתנים לפצועי צה"ל. על הוועדה לבחון מחדש את תחום התגמולים הניתנים לפצועי צה"ל ובתוך כך להמליץ על דרך לפישוט שיטת קביעת הזכאות לתגמולים, ועל מיקסום התועלת השיקומית והכלכלית ממשאבי התגמולים. בתוך כך תבחן הוועדה חלופות למענים הרחביים הניתנים על-פי אחוזי נכות בלבד, מעבר למודלים פשוטים ומותאמים לאוכלוסיות השונות וגיבוש המלצות להתאמת הזכאויות הרחביות הקיימות - למענים ייחודיים לתחום הנפש.
- (4) **התאמת הזכאויות לצרכי פצועי צה"ל**: כיום פצועי צה"ל זכאים לזכאויות בתחומים מגוונים (בתחום הפסיכו-סוציאלי, לימודים ותעסוקה, דיור, נידות וכיו"ב). יש לבחון את הנושא בכללותו, הן ביחס לצרכים הנוכחיים והן ביחס להליכים הנדרשים לצורך עיגון קריטריונים ברורים ומעודכנים בחקיקה, ייעול וכישוט הליך מימוש הזכאויות, עדכון, וזמנו, וזמנה של זכאויות מסוימות באחרות וכיו"ב. בנוסף, על הוועדה לבחון שינויים נדרשים ביחס לזכאויות בחינת שניתנות על-ידי גורמים נוספים כדוגמת הנחה בארנונה ותווי חניה.
5. המשך ההצמדה של זכויות נפגעי פעולות האיבה לזכויות פצועי צה"ל.
6. בחינת אפשרות להוקרה מיוחדת לפצועים מנסיבות מבצעיות.
7. מענייץ לתומך: בשנים האחרונות, וביתר שאת מאז פרץ מלחמת "חברות ברזל", עולות טענות מקרב בני המשפחה של פצועי צה"ל שעניינן המענה הנדרש עבור בני המשפחה התומכים בפצוע, כמי שמחווים נדבך חשוב בשיקומו. בני המשפחה מתארים שינויים באורזו וזווייץ כתוצאה מהפציעה של יקירם, הפסדים כלכליים וכיו"ב. נדרש להגדיר את התומך הרלוונטי ולהמליץ על מתווה למתן מענה לתומך המסייע בטיפול, וליווי הפצוע בדרך השיקום.

8. קהילה: טיפול, שיקום ושילוב פצועי צה"ל בחברה הם משימות לאומיות. על-מנת שיבוצעו על הצד הטוב ביותר נדרשים מחויבות, אחריות ושיתוף פעולה של מספר רב של גופים ובתוך כך של משרדי ממשלה, צה"ל, גופים מהמגזר העסקי והמגזר השלישי לדוגמת ארגון נכי צה"ל, רשויות מקומיות ומעסיקים. על הוועדה לגבש המלצות לעניין הצרכים והמענים השונים אשר נכון שיינתנו על-ידי גופים נוספים על אגף השיקום במשרד חביטחון או בשיתוף פעולה של אגף השיקום עם גופים אלה. בנוסף, על הוועדה לבחון את ההשלכות הרחבות הכרוכות בעליה בהיקף הפצועים המוכרים בתחומי הרשויות המקומיות, המשאבים הרפואיים העומדים לרשותם וכן ולגבש המלצות לצמצום ההשלכות השליליות שיווצרו, ככל שיווצרו. בתוך כך, יש להמליץ על הגדרת תחומי האחריות של כל גוף, יחסי הגומלין בין משרד הביטחון לגופים האחרים ועל תנאים אשר יאפשרו זאת. כמו כן, יש לבחון את ייעול תהליכי העבודה בין אגף השיקום, צה"ל וארגון נכי צה"ל במטרה לשפר את הליכי השיקום, ולבחון מחדש את המינוחים בחוק הנכים.
9. משאבים נדרשים: בשים לב לצרכים התקציביים של אגף השיקום, להשלכות על תקציב הביטוח הלאומי, לאילוצים המקרו כלכליים, לאפקטיביות ניצול המשאבים הקיימים ולעליה הצפויה בכמות הפצועים ובעלויות תחום השיקום ובתוך כך לתקציב התוספתי הנדרש, הוועדה תתייחס בהמלצותיה למשאבים הנדרשים - תקציב, כוח אדם, מבנה ארגוני, התקשרויות וכיו"ב ותוכל להיועץ ולשמע מומחים מתאימים גם בהקשר זה.
10. הוועדה תפנה אל הציבור לקבלת התייחסותו לנושאים שעל הפרק ותזמן בפניה מומחים ואנשי מקצוע מקרב משרדי הממשלה הרלוונטיים ומהציבור הכללי כדי שתמצא לנכון. ככל שנדרש תקים הוועדה צוותי משנה לדיון בנושאים השונים.
11. הוועדה תוכל להיעזר בשירותי חברת ייעוץ לצורך איסוף נתונים ועיבודם, הכנת חומרי רקע והצגת תוצרי הוועדה, זאת בכפוף להיעדר ניגוד עניינים.
12. למען הסר ספק, אין בהקמת הוועדה ובפעולתה כדי לעכב את קידום החקיקה לעיגון זכויות פצועי צה"ל בחקיקה ראשית (ארבעה פרקים מעבר לשניים שאושרו בחוק בחודש יולי 2023) הכל שהמלצות הוועדה שיתקבלו, ישפיעו על ארבעת הפרקים האמורים, יוטמעו תיקונים מתאימים בחקיקה.

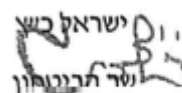
11. חברי הוועדה :

1. פרופ' שלמה מור יוטן - יו"ר
2. פרופ' יצחק שפירא - סגן יו"ר
3. סמנכ"ל וראש אגף חשיקוט גנשווד הביטחון, גבי לימור לוריא - חברה
4. יו"ר ארגון נכי צה"ל, עו"ד עידן קלימן - חבר
5. נציג אגף התקציבים במשרד האוצר, מר עידו חי - חבר
6. נציגת החשב הכללי במשרד האוצר, גבי ירדן רובינוב - חברה
7. סמנכ"ל אסטרטגיה והיין הכוח במערך דיגיטל הלאומי, מר אשר דולב - חבר
8. סמנכ"ל שירות לקוחות ודיגיטל בשירות התעסוקה, מר קובי הלפרין - חבר
9. נציגת צה"ל, קמשי"ר, תא"ל עדנה איליה - חברה
10. נציג אגף תקציבים במשרד הביטחון, מר יגאל בר ניצן - חבר
11. אלוף (במיל') איציק תורגימן - חבר
12. מר ניר קידר - חבר
13. פרופ' לוי בלוז - חבר
14. פרופ' גיל זלצמן - חבר
15. סא"ל (מיל') ידידיה צוקרמן - חבר

ייעוץ משפטי לוועדה יינתן על-ידי אגף הייעוץ המשפטי במשרד הביטחון והלשכה המשפטית במשרד האוצר.

12. מסקנות ביניים יוצגו למנכ"ל משרד הביטחון ומנכ"ל משרד האוצר עד ליום 31.3.2026. בתוך חודשיים נוספים לאחר קבלת התייחסות המנכ"לים, תגיש הוועדה את מסקנותיה לשרים, לרבות תכנית רב שנתית ומשמעויות תקציביות וכן המלצות לתיקוני חקיקה.

  
בצלאל סמוטריץ'  
שר האוצר

  
ישראל  
משרד הביטחון

## 2. רשימת תאריכי ישיבות המליאה:

28.10.2025	ישיבה מס 1
19.11.2025	ישיבה מס 2
2.12.2025	ישיבה מס 3
17.12.2025	ישיבה מס 4
31.12.2025	ישיבה מס 5
14.1.2026	ישיבה מס 6
21.1.2026	ישיבה מס 7
28.1.2026	ישיבה מס 8
9.2.2026	ישיבה מס 9
11.2.2026	ישיבה מס 10
18.2.2026	ישיבה מס 11
12.3.2026	ישיבה מס 12
19.3.2026	ישיבה מס 13
26.3.2026	ישיבה מס 14
16.4.2026	ישיבה מס 15
26.5.2026	ישיבה מס 16
27.5.2026	ישיבה מס 17

# קול קורא לציבור



## הרחבת המענים לפצועי צה"ל וכוחות הביטחון

הוועדה הציבורית לבחינת המענה הלאומי לטיפול ושיקום פצועי ופצועות צה"ל וכוחות הביטחון, מזמינה את הציבור הרחב להגיש הצעות להרחבת המענים הניתנים בתחומים הבאים:



שיקום וטיפול רפואי-פיזי ונפשי • פישוט תהליך ההכרה והבירוקרטיה • התאמת התגמולים והטבות לצרכי הפצועים • תמיכה בבני המשפחה • חיזוק המענה הקהילתי ושיתוף הפעולה הבין-מגזרי • אופן אספקת השירותים

הצעות בכתב (עד 1000 מילים) ניתן לשלוח עד 16.11.2025  
לכתובת הדוא"ל: [vaadakol@gmail.com](mailto:vaadakol@gmail.com)



משרד הביטחון



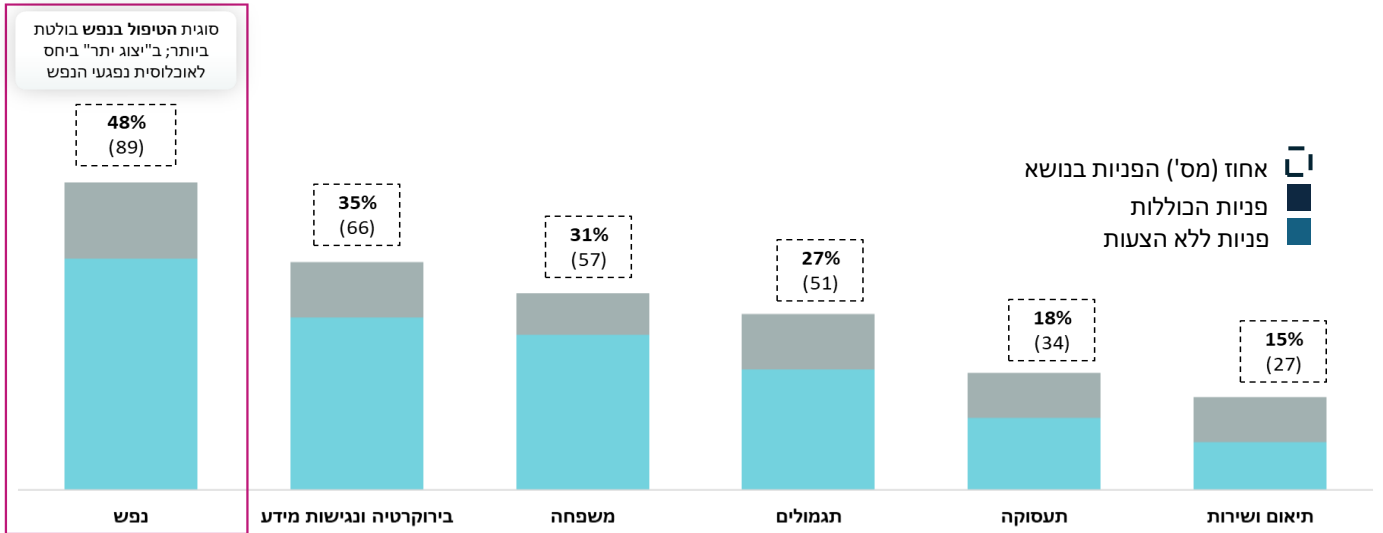
משרד האוצר

הוועדה תבחן את ההצעות ותזמן חלק מהפונים לפי שיקול דעתה.

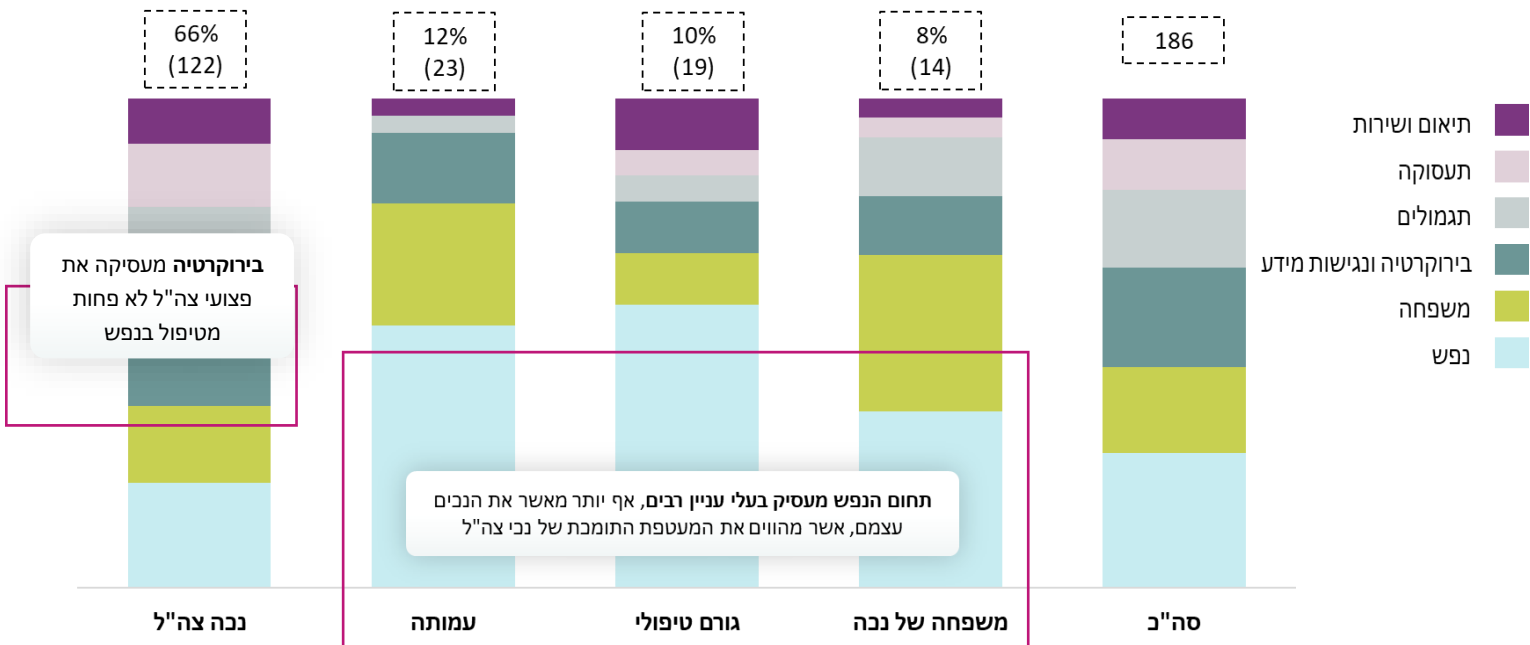
4. נתונים מצרפיים על פניות הציבור (גרפים):

בעקבות הקול הקורא התקבלו 186 פניות ציבור, מתוכן 142 פניות כללו הצעות קונקרטיות לשיפור (כ־76%).

התפלגות הפניות השונות לפי נושאים מרכזיים:



חלוקת נושאי הפנייה לפי אוכלוסיית הפונים:



נוסף לניתוח המצרפי לפי נושאים, נבחנה הופעה משותפת של נושאים בתוך אותן פניות, במטרה לזהות צירופים חוזרים המאפיינים את מוקדי הקושי המרכזיים כפי שעלו מן הציבור. מן הבדיקה עלה כי קיימת זיקה גבוהה בין נושאים מסוימים: כך, בפניות שסווגו כעוסקות בתחום המשפחה,

ברוב המקרים הופיעה גם התייחסות לתחום הנפש (כ־77%), ובשיעור ניכר הופיעה גם התייחסות לבירוקרטיה ונגישות מידע/הטבות (כ־60%). גם בכיוון ההפוך ניכרה זיקה בין שני התחומים: בפניות שסווגו כעוסקות בתחום הנפש, קרוב למחצית כללו התייחסות גם למשפחה (כ־49%). עוד עלה כי סוגיות של בירוקרטיה ונגישות מידע/הטבות הופיעו לעיתים קרובות לצד סוגיות של שירות/תיאום ותגמולים: כ־33% מן הפניות שסווגו כעוסקות בבירוקרטיה כללו גם התייחסות לתיאום בין גורמים, וכ־49% כללו גם התייחסות לגובה התגמולים. במקביל, בפניות שסווגו כעוסקות בתיאום בין גורמים ניכרה הופעה משותפת גבוהה במיוחד עם סוגיות של בירוקרטיה (כ־82%) ועם תגמולים (כ־56%), דבר המצביע על כך שחלק מהפניות משקפות שילוב בין קשיים תהליכיים/שירותיים לבין סוגיות זכאות ותגמול.

## 5. חלופות תקינה מוצעות

יחס התקינה שהציע הצוות המקצועי הוא דיפרנציאלי תוך התאמה לסוג הפציעה (נפש או פיזי), חומרת הפציעה, ופרק הזמן ממועד ההכרה (עד 5 שנים מרגע ההכרה ולאחר 5 שנים):

חלופה א' – המלצת גורמי המקצוע					
POC		עו"ס			
+5 שנים מהכרה	5-1 שנים מהכרה	+5 שנים מהכרה	5-1 שנים מהכרה		
1: 480	1: 120	1: 320	1: 120	נפש ומשולב	50%–20% נכות
1: 480	1: 240	1: 720	1: 180	פיזי	
1: 240	1: 120	1: 240	1: 80	נפש ומשולב	+50% נכות
1: 240	1: 120	1: 480	1: 120	פיזי	
POC 214		עו"ס 231			סה"כ בתקינה
כ-280 תקנים נוספים*					סה"כ תוספת למצב היום

חלופה ב' – הצעת האוצר					
POC		עו"ס			
+5 שנים מהכרה	5-1 שנים מהכרה	+5 שנים מהכרה	5-1 שנים מהכרה		
1: 600	1: 200	1: 480	1: 120	נפש ומשולב	50%–20% נכות
1: 900	1: 300	1: 1080	1: 180	פיזי	
1: 450	1: 150	1: 320	1: 80	נפש ומשולב	+50% נכות
1: 675	1: 225	1: 720	1: 120	פיזי	
POC 118		עו"ס 171			סה"כ בתקינה
כ-123 תקנים נוספים*					סה"כ תוספת למצב היום

## 6. מבנה ארגוני רצוי

