

Monitor
Deloitte.



היבטים כלכליים והתייעלות בתחום השיקום

תמצית מחקר -
הצגה לוועדה בין משרדית

דצמבר 2024



מערכת השיקום בישראל ניצבת בשנים האחרונות בפני אתגר הולך ומחריף, הנובע משילוב של מגמות דמוגרפיות, רפואיות וחברתיות ארוכות טווח, לצד זעזועים חריפים שאירעו בעקבות מלחמת "חרבות ברזל". עוד בטרם המלחמה התאפיינה תחום השיקום בתת-תקצוב מתמשך, מחסור בכוח אדם מקצועי ועלייה עקבית בביקוש לשירותים – בין היתר בשל עליה בתאונות הדרכים, בשיעורי ההישרדות מתחלואה ופציעות, גידול השכיחות של מחלות כרוניות, והזדקנות האוכלוסייה. אירועי השנים האחרונות העצימו מגמות אלו באופן חסר תקדים, עם גידול משמעותי במספר הנפגעים הזקוקים לשיקום פיזי, נפשי ומשולב, ובפרט בקרב אוכלוסייה צעירה יותר המאופיינת בצרכים שיקומיים מורכבים וארוכי טווח.

לצד הגידול בביקוש, נחשפים פערים מבניים עמוקים במערכת השיקום: קיטועים ברצף הטיפול, זמני המתנה ממושכים, שימוש יתר באשפוזים, והיעדר תיאום מספק בין המערכת הרפואית לבין מענים קהילתיים חיוניים בתחומי הדיור, התעסוקה, הרווחה והפנאי. בפועל, חלק ניכר מתהליך השיקום מתרחש מחוץ למערכת הבריאות, אולם המעבר מהאשפוז לשיקום בקהילה ולשאר המענים הקהילתיים אינו מוסדר דיו, דבר המוביל לנשירה משמעותית מתהליכי שיקום, לפגיעה ביכולת החזרה לתפקוד עצמאי ולהעמקת התלות בקצבאות ובשירותי רווחה. אתגרים אלו אינם פוגעים רק בפרט ובמשפחתו, אלא מייצרים עומסים מצטברים על מערכות הבריאות, הרווחה והכלכלה בכללותה.

על רקע זה, המחקר הנוכחי מבקש לבחון את מערכת השיקום בישראל מזווית אינטגרטיבית – רפואית, חברתית וכלכלית – ולזהות מנופי שינוי בעלי ישימות גבוהה, תועלת מוכחת ופוטנציאל לאימפקט כלכלי משמעותי. בהתבסס על ניתוח עומק של המצב הקיים, סקירה השוואתית של מערכות שיקום במדינות מובילות וניתוח עלויות-תועלות, מציע המחקר מעבר מתפיסה תגובתית של שיקום לתפיסה פרואקטיבית, הרואה בשיקום רצף מתמשך שמטרתו השתתפות מלאה של האדם בחיי הקהילה. הנחת היסוד היא כי השקעה מושכלת בשיפור הרצף, בריבוד מענים ובהסטת שירותים לקהילה ולבית אינה רק צורך חברתי ומוסרי, אלא גם מהלך כלכלי, בעל פוטנציאל להתייעלות משמעותית ולהגדלת התוצר לאורך זמן.

המחקר בוצע במהלך שנת 2024 על ידי פירמת הייעוץ "Deloitte" כתשתית למהלך פיתוחי רחב העוסק בחיזוק מערך השיקום בישראל, בהובלת ג'וינט-ישראל מעבר למגבלות ואגף השיקום במשרד הבריאות.

בברכה,

מיכל שמול

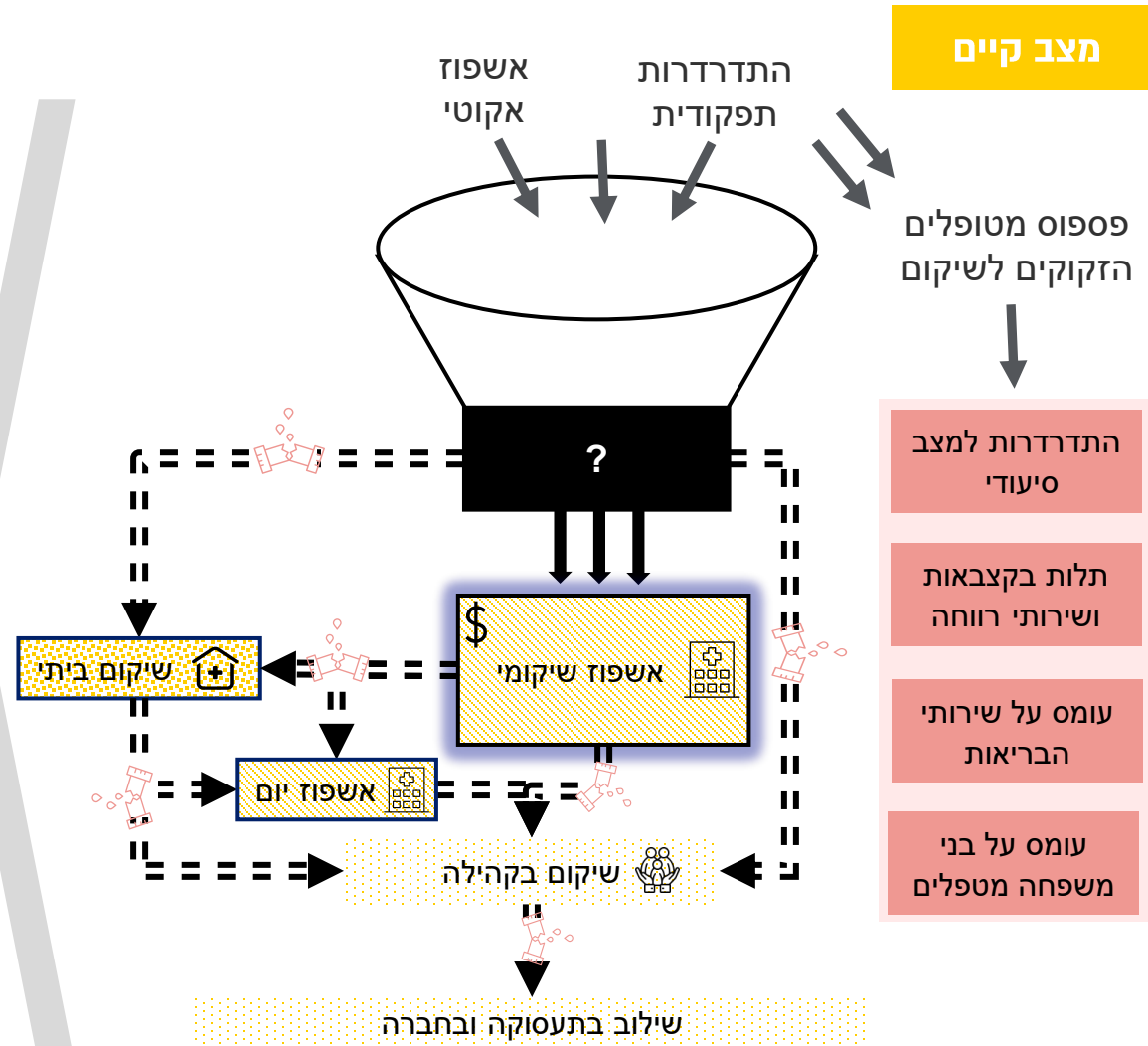
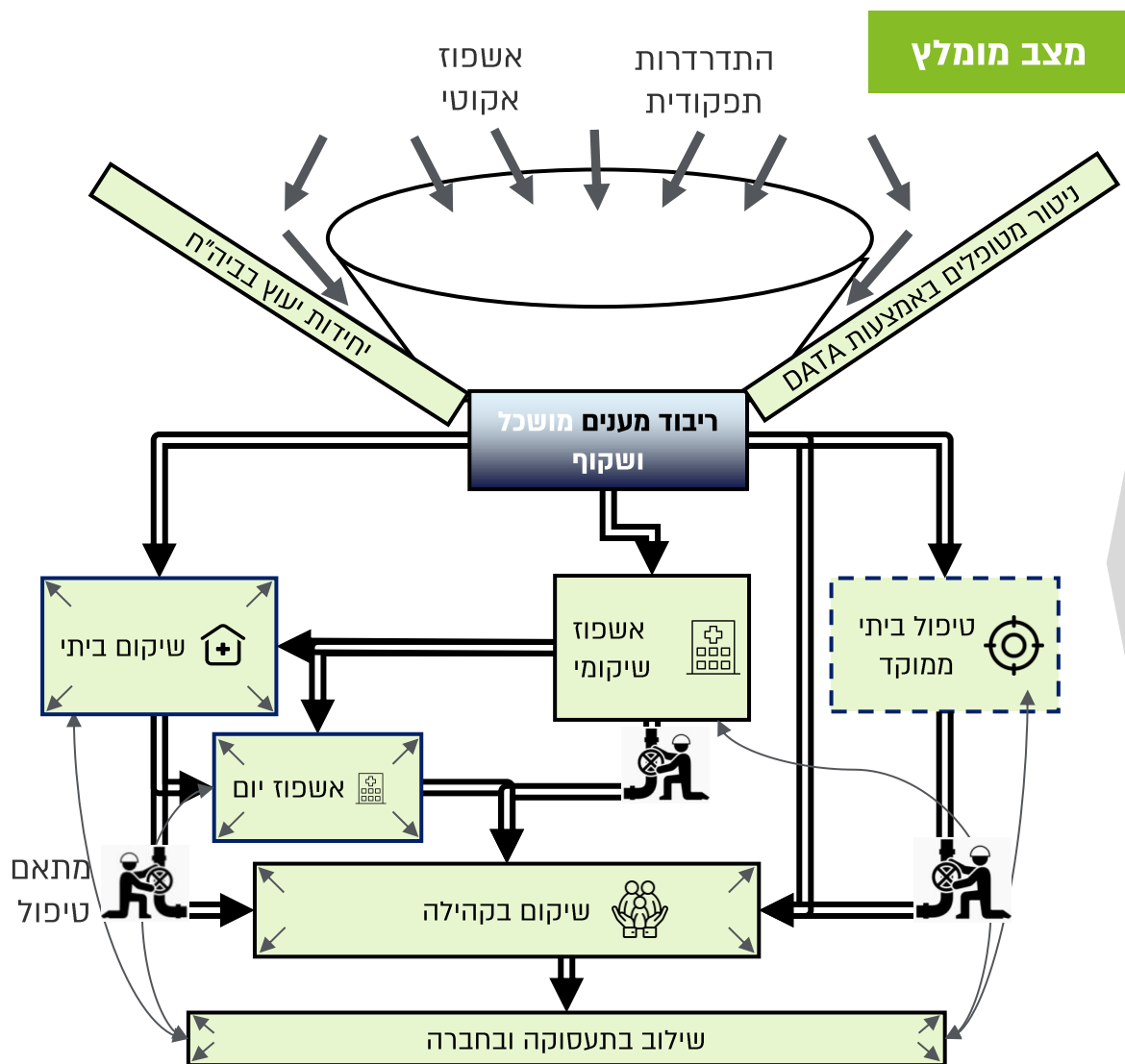
מ"מ מנכ"לית

ג'וינט-ישראל מעבר למגבלות

00

– תמצית מנהלים –
תפיסה מארגנת

מערכת השיקום כיום מאופיינת בפספוס מטופלים הזקוקים לשיקום, בקיטועים ברצף הטיפול ובשימוש יתר במענים אשפוזיים; שיפור באלמנטים האלו יוביל לקפיצת מדרגה



קפיצת המדרגה תתאפשר על ידי הטמעה של ארבעה מהלכים אסטרטגיים, שמטרתם הגדלת המענה תוך ייעול המערכת ושיפור ה'זרימה' בתוכה



שיפור הרצף

שיפור הזרימה בתוך והחוצה מהמערכת, מעבר מטיפול 'טורי' לעבודה במקביל, טיפול במעברים בין המסגרות



ריבוד המענים והסטה לקהילה ולבית

הוספת מענים נגישים בקהילה ובבית וייעול הקצאת המשאבים בהתאם לצורך הטיפול



חיזוק התשתית ושימוש בנתונים

הרחבת הקיבולת של המערכת מבחינת כוח אדם ותשתיות, והוספת מערכות מידע חכמות שיאפשרו מינוף דאטה



איתור ואבחון

שיפור האיתור של מטופלים הזקוקים לשיקום והגדלת 'שער הכניסה' לטיפול שיקומי

מעבר לצורך הרפואי והחברתי, להשקעה בשיקום יש ערך כלכלי רב-

מוערך שהטמעת המהלכים המומלצים תיצור חיסכון פוטנציאלי של כ-4 מיליארד ₪ לשנה תוך עשור, הגדלת תוצר של כ-1.8 מיליארד ₪ תוך עשור, וערך נוסף בהקטנת העומס על מערכות הבריאות והרווחה ועל בני המשפחה המטפלים

רקע ומטרות התהליך

'סערה מושלמת' בתחום השיקום:

- ❖ תת-תקצוב לאורך שנים ומחסור בכוח אדם
- ❖ עלייה הדרגתית בביקוש עם עליית מודעות וציפיות
- ❖ עלייה היסטורית בביקוש (ובתקצוב) נוכח אירועי ה-7.10 והלחימה

מחקר עומק השוואתי ובעל היבט כלכלי:

1. זיהוי יוזמות אפקטיביות להתייעלות על בסיס **בנצ'מארק**
2. בחינת **עלויות ותועלות** של היוזמות ו**גיבוש המלצות** ליישום

שלבי התהליך המוצע ממעוף הציפור:

מחקר מקדים

מיפוי האקוסיסטם הישראלי:

- סדרת ראיונות ומחקר על בסיס ספרות מקצועית למיפוי-
- השחקנים והשותפים לתהליך השיקום
- אתגרים משמעותיים בחוויית המטופל וברצף הטיפול
- תשתיות ופיתוחים בתחום הרפואה האמבולטוריות והטכנולוגיה בשיקום

גיבוש מסמך מתודולוגיה לקראת המשך המחקר

בנצ'מארק:

סקירה מעמיקה של מערכות השיקום ב-4 מדינות נבחרות, לרבות זיהוי יתרונות בולטים, מודלים מוצלחים, הישגים, ובמיוחד- יוזמות ומהלכי התייעלות שהוטמעו בשירותי שיקום

גיבוש סל יוזמות

רשימת יוזמות (Long List):

- על בסיס המחקר בישראל ובחו"ל, איסוף Long list של כ-15 20 יוזמות רלוונטיות בחלוקה לנושאים-
- ניהול ופיתוח השיקום האמבולטורי
- חיזוק הרצף הטיפולי
- הטמעת טכנולוגיות בשיקום וקידום שיקום מרחוק

אכיון התרומה הכוטנציאלית:

כימות ראשוני של עלויות ותועלות עבור היוזמות שנסקרו והצלבה עם צרכים בישראל כפי שעלו מהמחקר על מנת לבסס את מידת הרלוונטיות של כל יוזמה

תוצרים:

גיבוש המלצות אופרטיביות

מיקוד:

בחירת **Short List של כ-5 היוזמות הרלוונטיות ביותר** מבחינת תועלות וצרכים בישראל

אכיון מעמיק:

העמקה בכל יוזמה נבחרת וקיום ראיונות מומחים בשיקום בישראל על מנת לאפיין בצורה עקרונית את היישום הכוטנציאלי ולכרוט את העלויות והתועלות הצפויות

גיבוש רשימת המלצות:

איגום התובנות מכלל התהליך לכדי מסמך המלצות אופרטיבי המתאר מתווה עקרוני ליישום היוזמות הנבחרות בישראל, לרבות העלויות והתועלות מהטמעתן

- **תמונת מצב** – שירותי השיקום בישראל
- מסמך תובנות ראשוניות **מסקירה בין לאומית**

- **'סל יוזמות'** - רשימה מתועדפת של יוזמות שזוהו כרלוונטיות במחקר המקדים, לרבות עלויות ותועלות

- אכיון מעמיק של 4-6 היוזמות הרלוונטיות ביותר
- לרבות פירוט עלויות ותועלות
- המלצות עקרוניות ליישום היוזמות בישראל
- מסמך מסכם מחודד עם תובנות המחקר

01

מפת האתגרים:
אקוסיסטם השיקום בישראל

שירותי השיקום מגוונים וכוללים 'תחנות' רבות

מאפייני מפתח: שימוש בטכנולוגיה מסייעת | צוותים רב מקצועיים | שירות ארוך טווח | ריבוי שחקנים



תעסוקה, הורות, פעילות גופנית...

מעקב ארוך-טווח

קבלת טיפולים בבית

אשפוז יום

אשפוז במחלקת שיקום

אשפוז במחלקה אקוטית

התאמת מכשיר לבית

טיפול במרכז שיקום קהילתי

אשפוז בבי"ח שיקומי

אירוע/התדרדרות בקהילה

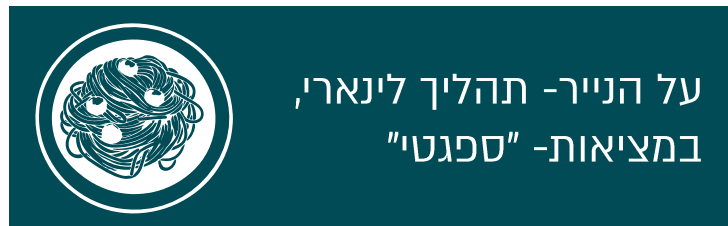
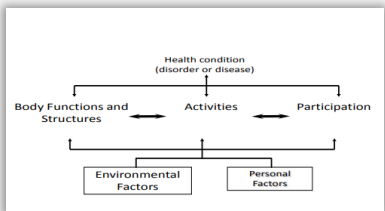
הגעה למרפאות בקהילה

התאמת מכשיר

Participation

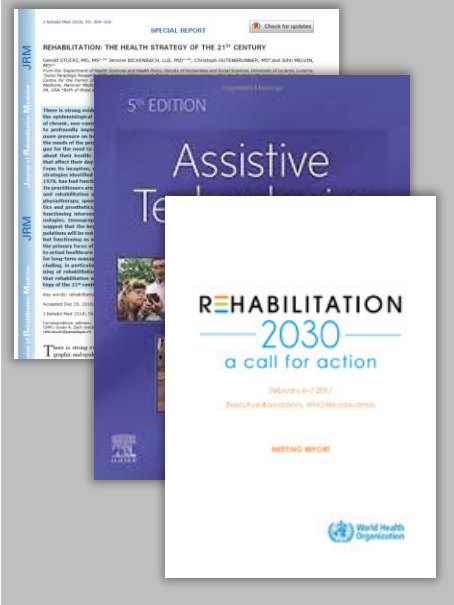
תפיסת השיקום כרצף המתחיל במצב רפואי ומסתיים בהשתתפות פעילה במעגלים חברתיים-

משקף את תפיסת אגף השיקום כמו גם ארגון הבריאות העולמי



בביצוע בתי החולים
בביצוע קופות החולים
ללא גורם אחראי ברור כיום

מחקרים ומסמכי מדיניות רבים
מתארים את שינוי
הפרפקטיבה וצמיחת הביקוש
בשיקום:



הביקוש גדל בקצב שיא

המגמות שנזכרו יחד עם הזדקנות
האוכלוסייה, שיפור רמת החיים,
שיפור שיעור השרידות, והעלייה
בשכיחות מחלות כרוניות מייצרות
לחץ ביקוש עצום



תחום השיקום נמצא תחת דרישה להתפתחות ובמיקוד של ארגוני בריאות בעולם

ציפייה לטיפול הוליסטי

תהליך השיקום מערב בהכרח
תהליכי מיצוי זכויות, שיקום
תעסוקתי, התמודדות משפחתית,
ועוד. מדובר בשירות היוצא
מגבולות הקליניקה, ומערכות
השיקום מצופות להתמודד עם
אתגר זה.



ציפייה לשנות חיים בריאות

מעבר מערכת הרפואה מדגש על
הארכת חיים לדגש על איכות
חיים. מטרת השיקום מתחדדת
כמיצוי פוטנציאלי תפקודי,
הרחבת עצמאות האדם, שילובו
במסגרות השונות והבטחת אורך
חיים פעיל ובריא ככל הניתן



World Health
Organization

שחקנים רבים שותפים לשירותי השיקום בישראל מזוויות שונות

חזרה לתפקוד, שלב כרוני

חזרה הביתה, טיפול בקהילה

טיפול שיקומי

אירוע טריגר

נותני שירות

גורמים מבטחים
ומממנים

רגולטורים

גורמים אזרחיים

שחקנים רבים שותפים לשירותי השיקום בישראל מזוויות שונות



שחקנים רבים שותפים לשירותי השיקום בישראל מזוויות שונות

אירוע טריגר

טיפול שיקומי

חזרה הביתה, טיפול בקהילה

חזרה לתפקוד, שלב כרוני

אתגרים יסודיים של שירותי השיקום אינהרנטיים למפת השחקנים המסועפת

- **ריבוי אינטרסים** - מערכת תמריצים מורכבת מאוד
- **אתגרים בזרימת מידע**, מערכות מחשוב שונות (קיימים פתרונות בשלבי פיתוח והטמעה שונים- אופק, איתן, FIRE)
- **בלבול ואי-ודאות עבור המטופל**, קושי 'לנווט' לאורך המסע
- **חסמים למדידה** - נתונים מבוזרים על פני מערכות שונות
- **אפקט של שחקן אחד מורגש ב'מגרש' של שחקן אחר**
- **שילוב גורמים רפואיים ושאינם רפואיים**

יחידות רחב ומקצועיות: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק...; גריאטריה, התפתחות הילד..

פיקוח על הקופות | אגף שירות

משרד הביטחון

ביטוח לאומי

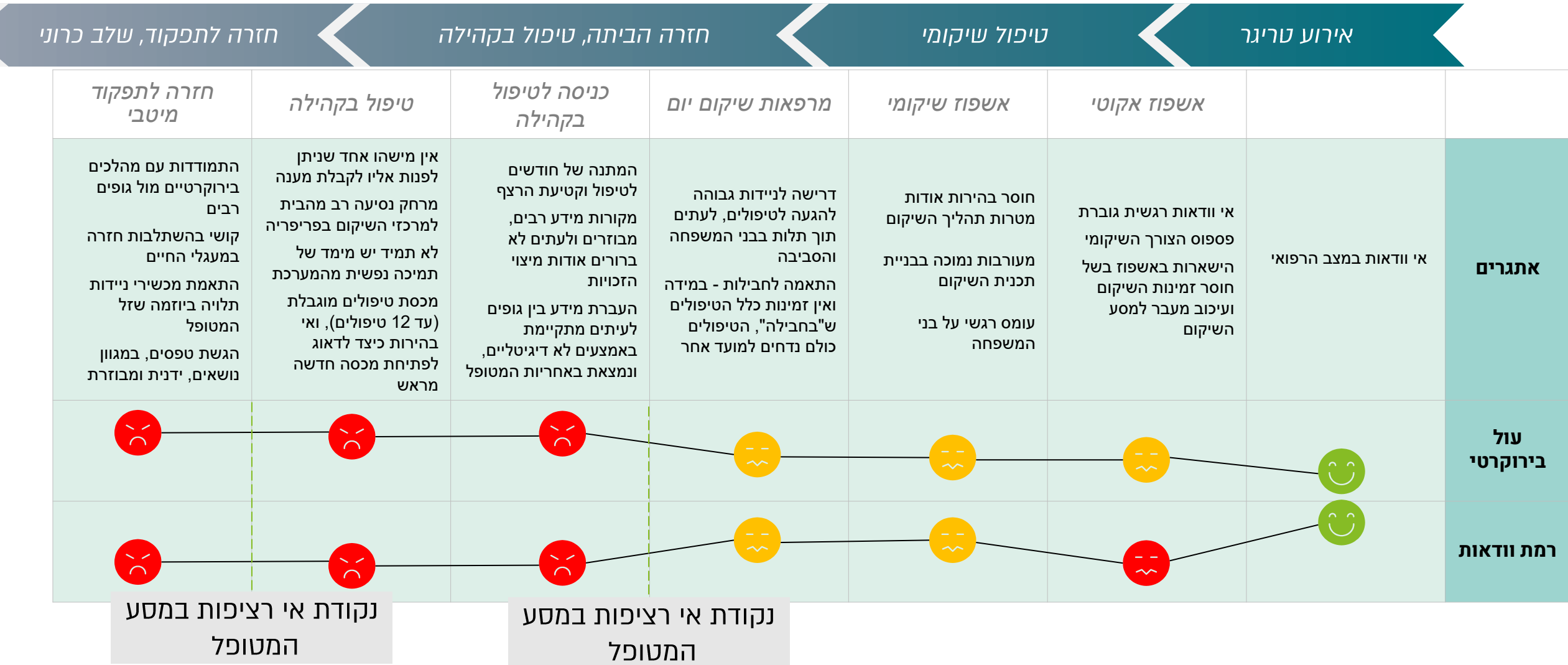
גורמים אזרחיים

ארגוני נכים

עמותות- נאמן, הצעד הבא...

ג'וינט ימ"ל

במהלך שלב המחקר ובשיחות עם מגוון מטופלים, מיפנו את מסע המטופל לזיהוי אתגרים ונקודות כאב שונות:



מניתוח מסע המטופל עולה שלמרות שירותי בריאות ברמה גבוהה, האתגרים ברצף הטיפולי ובמשק למערכות נוספות פוגעים בצורה משמעותית בהצלחת הטיפול

קושי ייחודי בשלבים המאוחרים של התהליך

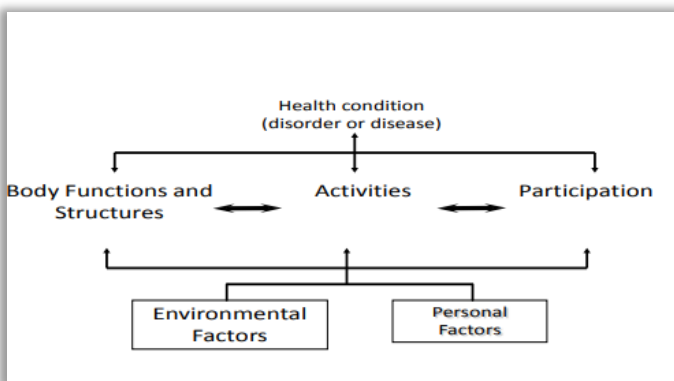
- מטופלים מתקשים כיום לפנות לכלל הגורמים הנדרשים לתהליך שיקום מוצלח (מוסדות טיפול שיקומי, ממליצים על מכשירים, ספקי מכשירים, ועדת ניידות, ביטוח לאומי, משרד השיכון, משרד הרווחה, משרד החינוך (ילדים), ועוד)

- על כן, דווקא בתום התהליך הרפואי נוצר אתגר משמעותי

- גם אם התהליך הרפואי מוצלח, ללא השלמה שלו השיקום- והשגת השתתפות במעגלי תפקוד (Participation) – מטופלים רבים נותרים בביתם ומתחיל תהליך התדרדרות

- מעבר מ-Activity ל-7-

Participation דורש גורמים שאינם רפואיים ועל כן מהווה אתגר גם מזווית המערכת



אתגרים בולטים בניווט במערכת, מיצוי זכויות, וקליטה בקהילה

"לא הבנתי מה לעשות, כל אחד הפנה אותי למישהו אחר. הרגשתי כאילו אני הקטועה הראשונה בישראל"



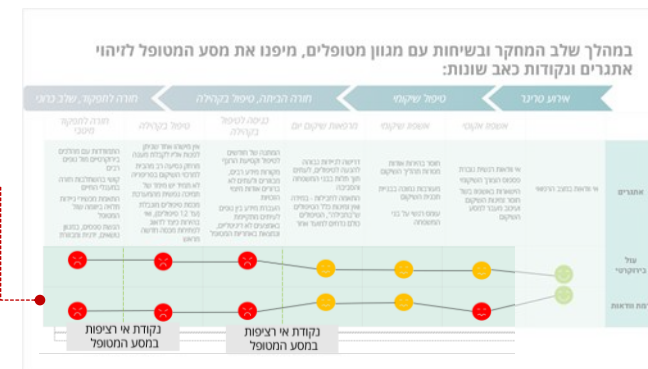
"ברגע שאתה סוגר את הדלת ומתחיל הטיפול- הכל מדהים. עד שאתה מגיע לשם- זה בלאגן נוראי, תסכול ובדידות"



"חברה שלי מהשיקום התקדמה הרבה, ממש הייתה במצב דומה, אבל השתחררה לערד ואין לי תמיכה טובה בבית. תוך כמה שבועות התחילה להתדרדר ואחרי כמה חודשים שמעתי שנפטרה. השחרור מהאשפוז קשה, אם לא בעלי הייתי יכולה להיות במצב דומה"



מלבד אתגרים ברצף הטיפול בכלליות, בולטים במסע השיקום אתגרים בהיבט הרגשי- פסיכולוגי, שהוא קריטי להצלחת התהליך השיקומי



מסע השיקום הנפשי והפיזי כרוכים זה בזה

כוח אדם ייעודי:

- פסיכולוגים שיקומיים ועובדים סוציאליים הם חלק בלתי נפרד מצוותי שיקום
- קיימים כיום פערי איוש משמעותי - בהתאם למצב הכללי ברפואת הנפש
- לצד מקצועיות ומסירות מיוחדת של אנשי מקצוע, ישנו מחסור בסטנדרטיזציה ובארגון המענה הפסיכולוגי בשיקום (במיוחד בקהילה)

Participation:

- יצירת Participation כרוכה בהשלמת המסע השיקומי על כל היבטיו- גם הנפשיים
- מענה פסיכולוגי ורגשי עשוי להשפיע באופן עמוק על יכולת הפרט לשוב לתפקוד ועל תפיסתו את מידת והיקף המוגבלות עמה מתמודד

הרחבה- שיקום נפשי ופיזי- הרצף הטיפולי מאתגר גם בשירותי בריאות הנפש, ובמיוחד במצבים של כפל תחלואה

שיקום נפשי



מטופלים הסובלים מכפל תחלואה מופנים פעמים רבות ממסגרת אחת לשנייה ללא מענה



*לוגואים של ארגונים נותני שירותים מוצגים להמחשה בלבד ונבחרו באופן רנדומלי מבין מגוון רחב של ארגונים

תחלואה כפולה שכיחה וצפויה לעלות בשנים הקרובות בשל כניסת ה'נכים החדשים' שנפגעו ב-7.10 ובמלחמה

ומאז ה-7.10-

אינדיקציות ראשוניות לצמיחה חסרת תקדים בצורך בשיקום פיזי ונפשי

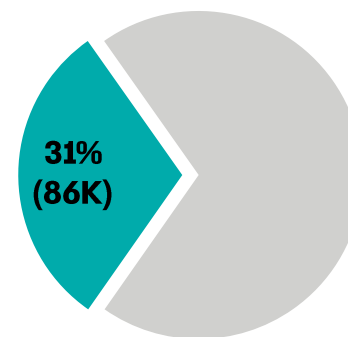
נפגעות ונפגעי פעולות איבה	כ-70,000
מהם כבר הוכרו כאנשים עם מוגבלות נפשית	כ-9,000
נכי צה"ל חדשים	כ-13,500
מהם עם נכות נפשית	כ-45%

הג'וינט ושותפים נוספים החלו בהתאמת פתרונות- לרבות מעני 'טרומ טראומה' ושילוב מעני גוף- נפש

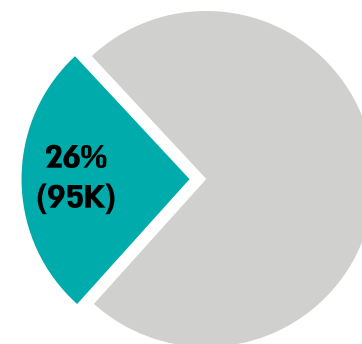
'כפל תחלואה' שכיח במצב 'שגרה'

שיעור בעלי נכות נפשית מתוך-

בעלי מחלה כרונית:



בעלי נכות פיזית:



נתוני 2022

בין רבע לשליש מאנשים עם מוגבלות גם עם מוגבלות נפשית

כלל האתגרים חוברו לתמונה אסטרטגית 'ממעוף הציפור'

מענים חסרים

שלב כרוני
שינוי פרדיגמה

שירותים מתמחים
נשימתי, לבבי, אונקולוגי...

שיקום ביתי
תפקיד, אופי, רגולציה,
היקף

שיקום בקהילה
מבנה, היקף מענים

אבחון שיקומי
הערכה, כניסה למערכת

מחסור בכוח אדם
מיומן

קיטועים ברצף

מענים 'משיקים'
חסרים ומאחרים
תעסוקה, דיור, פנאי...

נגישות

ביורוקרטיה, מיצוי
זכויות, הפניות

מעברים
זמני המתנה, העברת מידע,
ממשקים חסרים

ניהול המערכת

דיוק בהקצאת
משאבים

טרמינולוגיה

דאטה
לרבות מעקב, מדידה,
פרדיקציה

ליווי המטופל

עיצוב התוכנית
השיקומית
מעורבות, שינויים, הכוונה

משכחה

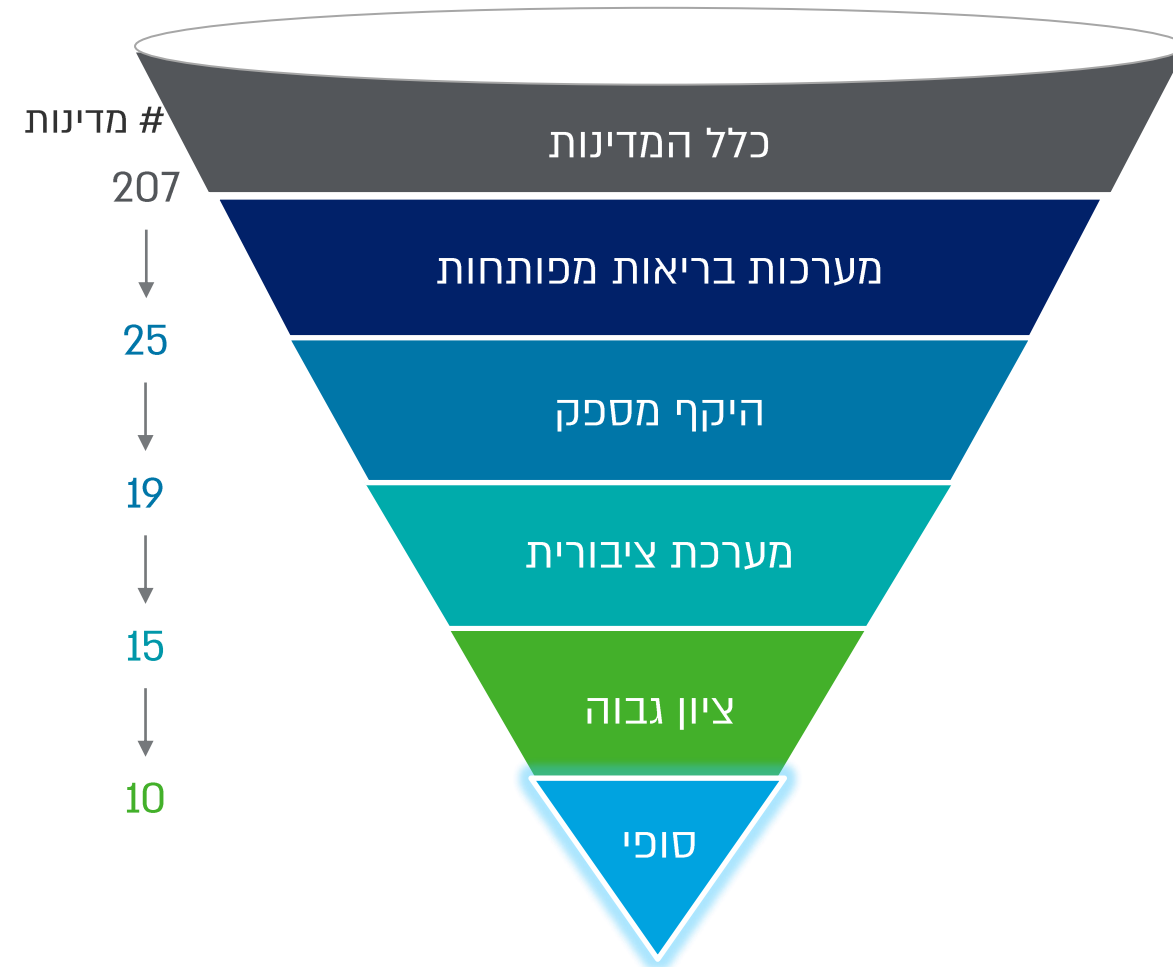
הנגשת מידע
רפואי, זכויות, ניווט

02

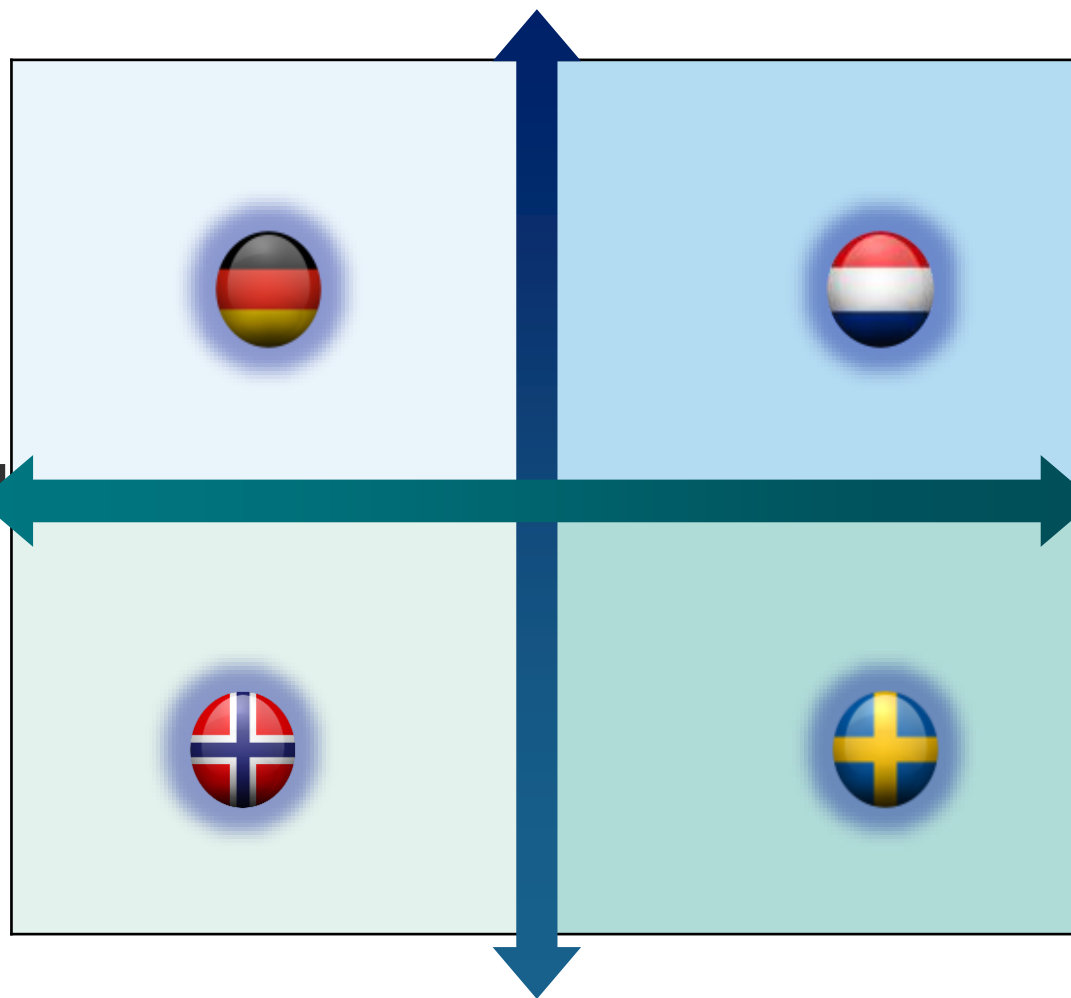
סקירה השוואתית של מערכות שיקום:
זיהוי יוזמות ליישום ויוזמות לבחינה

כדי לזהות מדינות מתאימות לסקירה בין-לאומית ביצענו תהליך סינון ראשוני

- כלל מדינות העולם
- 25 המדינות המתקדמות/מפותחות (תל"ג לנפש) – שסביר שיפתחו מודלים פורצי דרך בשיקום
- מדינות בגודל מספק שיהיו בהן מערכות בריאות בהיקף משמעותי – יותר מ-3 מיליון תושבים
- מערכות בריאות ציבוריות – מבנה בסיסי שמאפשר השוואה רלוונטית לישראל
- מערכות בריאות חזקות ו"מעניינות" – ניפוי מערכות עם ציונים נמוכים ו/או נחותות פארטו ביחס למועמדות אחרות (ר' פירוט מדדים בשקפים הבאים)
- מועמדות סופיות לסקירה:



ספקים פרטיים
(דומה לישראל)



השקעה גבוהה
באשפוז

השקעה
גבוהה
בקהילה

שירות
ממשלתי

**העמקנו בכל אחת
מהמדינות הנבחרות-
סקרנו את מבנה שירותי
השיקום ואת הרפורמות
המרכזיות מהשנים
האחרונות, זאת על מנת
לחלץ יוזמות פוטנציאליות
ליישום בישראל**



רפורמות בשנים האחרונות

- The Coordination Reform (2012) - חיזוק התיאום בין בתי החולים לקהילה
- Choice Reform (2014) – הגדלת אפשרויות הטיפול והספקים עבור המטופל
- National Health and Hospital Plan 2016–2019 – העברת משימות מפיזיותרפיסטים לאחיות
- National System for Managed Introduction of New Health Technologies (2013)

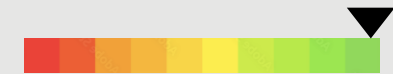
ת.ז

מבנה המערכת

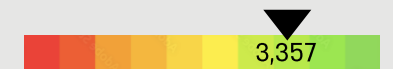
מימון ציבורי
חלוקה ל-4 רשויות אזוריות (RHA)
טיפול מומחים דרך בתי חולים איזוריים
טיפול בקהילה וסוציאלי על ידי הרשויות המקומיות



מדדי איכות



הוצאה על שיקום וטיפול לנפש



מקור: Norway: health system review 2020



אתגרים

- תורים ארוכים
- תאום בין המדינה לרשויות המקומיות



חוזקות

- Case manager (coordination units)
- דגש על מעורבות משפחה ומטופל בבניית תכנית הטיפול
- טיפול ביתי
- פולואפ כרואקטיבי ושימוש ב-Telemedicine
- מערכת EHR לשיתוף אינפורמציה בין בתי החולים לקהילה
- שילוב הטיפול הנפשי כחלק אינטגרלי מהטיפול
- שביעות רצון ואיכות טיפול גבוהה



מתוך חקר מערכת השיקום הנורווגית החזקה, לרבות כלי התיאום והפיקוח המאפיינים אותה, חולצו 5 יוזמות פוטנציאליות ליישום בישראל:

תמריצים כלכליים להעברה לקהילה

- חיוב רשויות מקומיות לכסות 20% מהעלות לטיפול בבית החולים לאוכלוסיות מסוימות כולל שירותי שיקום
- קנס על שחרור מאוחר מבית החולים

מתאם טיפול בקהילה

- מחלקת התאום ברשות המקומית אחראים לספק למטופלים הזקוקים לשיקום ארוך טווח \ מספר שירותים שונים מקבלים שירות של מתאם טיפול ובניית תוכנית טיפול אישית
- באחריות המתאם לבצע פולואפ פרואקטיבי לבדיקת מצבו של המטופל והתאמת הטיפול במידת הצורך
- המתאם יכול להיות אחד מהספקים שנותנים את השירות עבור המטופל. יש אפשרות למטופל לבחור את המתאם שיוגדר עבורו ובחירה איזה מידע ישותף בין נותני השירותים השונים

מתאם טיפול בבית החולים

- למטופלים אשר נדרש עבורם טיפול שיקומי למשך זמן ארוך \ על ידי גורמים שונים
- המתאם חייב להיות גורם רפואי מקצועי
- במקרים מסוימים, בעיקר בטיפול גריאטרי וסרטן, בית החולים מרכיב צוות מולטי-דיספלינרי של מטפלים מומחים אשר מדריכים ומלווים את המטופל בבית או בטיפול בקהילה

תכנון מוקדם של תהליך השחרור מבית החולים

- בתי חולים מחויבים לעדכן תוך 24 שעות את הרשויות המוניציפליות אם יש הערכה שלמטופל יידרש פולואפ שיקומי
- לרשות המוניציפלית אפשרות (ותמריץ) ליצור קשר עם המטופל להערכת מצב ולבקש את הקדמת השחרור שלו וקליטה אצלה במידת האפשר
- פיילוט עם רציונל זהה מקודם בכללית (מכון הרצפליד ומחוז מרכז)

Patient Pathway

- סנכרון בין הגורמים השונים בבית החולים ובקהילה ע"י יצירת פרופילים גנריים של תכנית טיפול לפי סוג תחלואה
- שיקוף התהליך הרפואי למטופל והגדל הודאות שלו

כלל היוזמות הפוטנציאליות רוכזו ליציאת Long List:

ניהול המערכת	ליווי המטופל	קיטועים ברצף	מענים חסרים
אסדרת טרמינולוגיה ומדיניות	פלטפורמת מידע מרכזית 	הגדלת כוח אדם ע"י הכשרות ותמריצים להישארות ברפואה הציבורית	בניית מענים חסרים (לבבי, נשימתי, בוגרי שיקום ילדים...)
כיתוח מנגנוני מדידה ומעקב נתונים (מכון מדידה) 	תקצוב אישי 	שחרור דיגיטלי	טיפול קבוצתי (בקהילה)
יצירת תמריצים כלכליים לטיפול בקהילה 	מרכזי הכוונה עצמאיים בלתי תלויים 	מודל היברידי ויצירת 'משולש' טיפול בבית המטופל	מינוף מתקני ספורט ליצירת טיפול נגיש בקהילה
פרסום סקרים השוואתיים על איכות הטיפול 		קהילת טיפול שבראשה גורם יחיד מסנכרן מול כלל הספקים 	שילוב המעסיקים (והמשרד) בפתרון השיקומי
סנכרון המענה לילדים	מתאם טיפול \ שיקום בבית החולים ובקהילה 		יצירת תמריצים כלכליים לטיפול בבית
	סטנדרטיזציה של "סיפור דרך" למטופל 		
	סטנדרטיזציה ותכנון מוקדם של תהליך השחרור בשיתוף כלל הגורמים 		
	שירותים לשילוב בקהילה 		

ביישום

ביישום

ברשימת האתגרים זהו סוגיות ליבה אסטרטגיות, בהן נדרשת העמקה לבחינת עלויות ותועלות של פתרונות שונים

קיטועים ברצף



כיצד נייצר רצף טיפולי שיאפשר שילוב בחברה? (Participation)

- כיצד מדינות שונות מייצרות ליווי המחבר בין השיקום הרפואי למעגלי החיים?
- אילו תוכניות לעידוד תעסוקה בשיקום נשאו פירות?
- מה התשואה הצפויה על השקעה בתחום זה?

מענים חסרים



מהי התפיסה האסטרטגית כלפי שיקום ביתי?

- האם שיקום ביתי הוא כלי לשיפור חוויית הטיפול? חסכון בעלויות תשתית? הגנה מפני הדבקה בביה"ח?
- האם ההשקעה בשיקום ביתי (הסעת צוותים לבית המטופל) תצדיק את עצמה כלכלית?



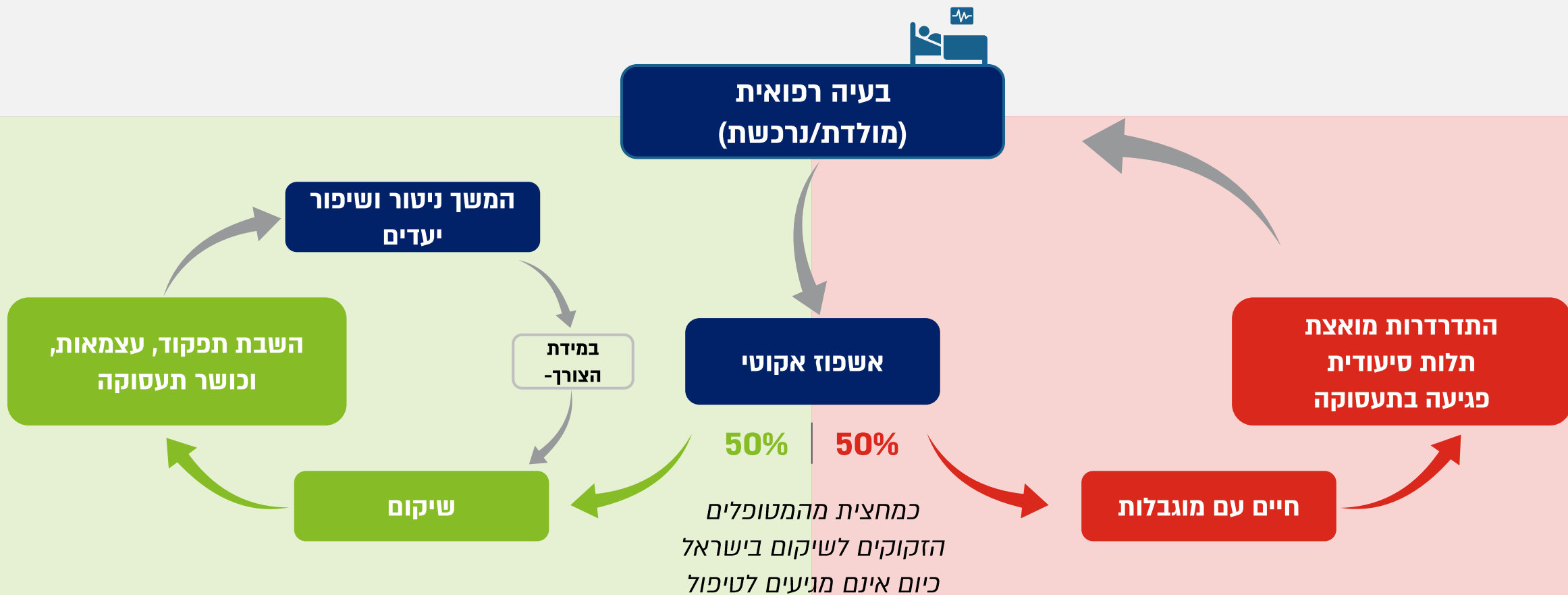
מהו בסיס המענה בשיקום?

- האם היקף ההשקעה הנוכחי מספיק בהשוואה בין לאומית?
- האם ניתן להצדיק השקעה משמעותית יותר על בסיס מחקרים ומדיניות במקומות אחרים?

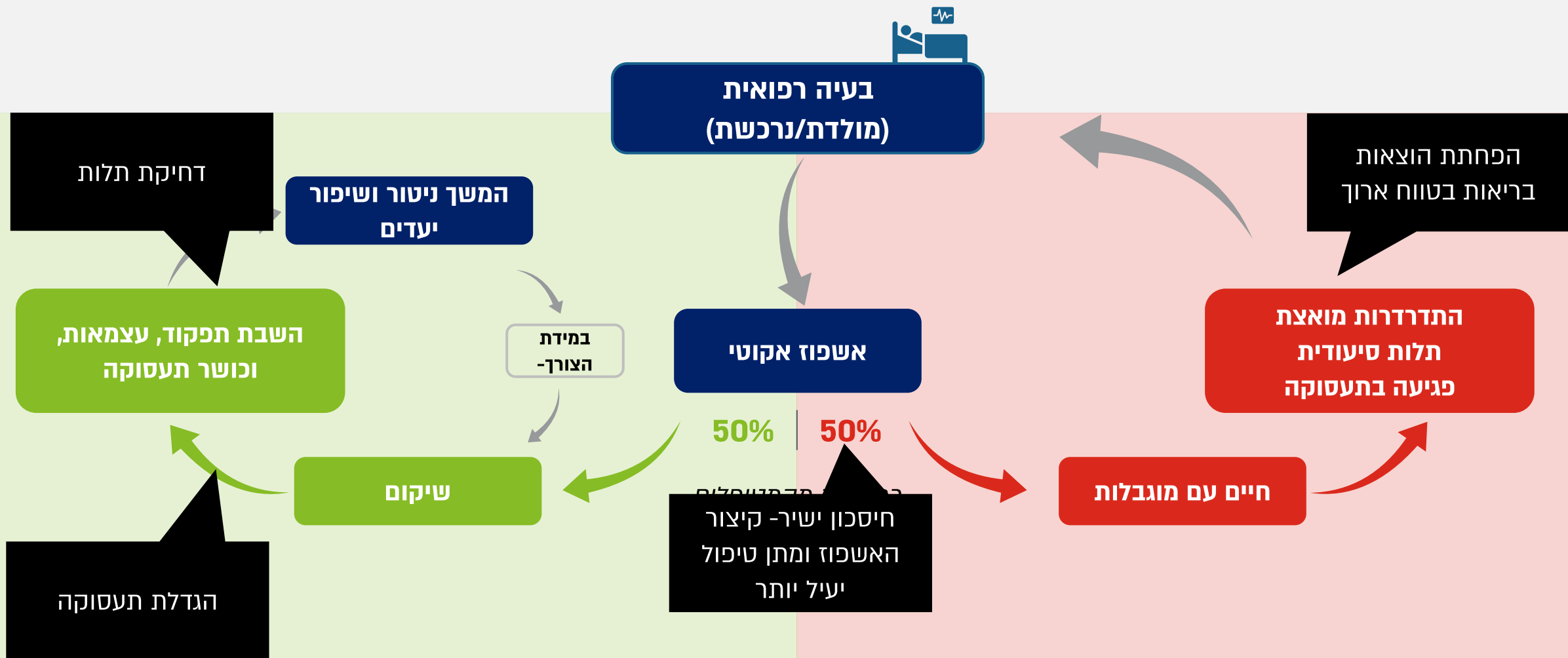
03

בחינת עלויות ותועלות

לטיפול השיקומי השפעה עמוקה על חיי המטופל, ובהתאם התועלות משיקום נפרשות על ממדים שונים



לטיפול השיקומי השפעה עמוקה על חיי המטופל, ובהתאם התועלות משיקום נפרשות על ממדים שונים





מחקר המדינות במיקוד ונתונים השוואתיים בתחום השיקום מראים שישראל נמוכה ביחס למדינות המיקוד וממוצע המדינות המפותחות וחסרה במענים



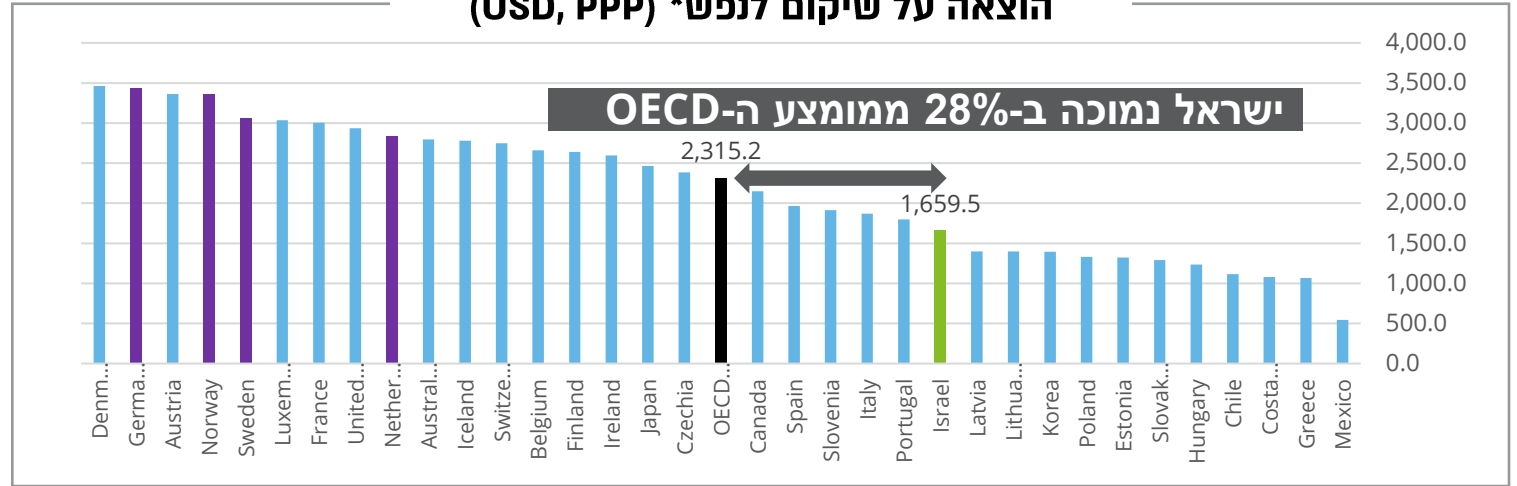
שיעור רופאי השיקום בישראל ל-100 אלף נפש כרבע משיעור רופאי השיקום בארה"ב וחצי מיפן



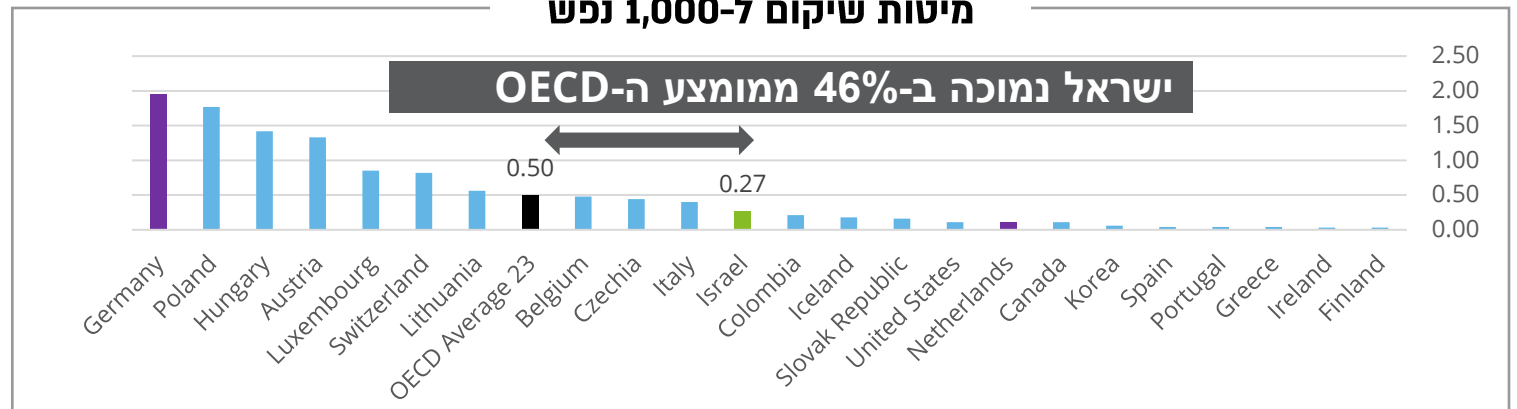
שיעור הפיזיותרפיסטים ל-1,000 נפש בישראל נמוך ב-33% ממוצע מדינות ה-OECD



הוצאה על שיקום לנפש* (USD, PPP)



מיטות שיקום ל-1,000 נפש



*שיקום וטיפול מרכזי (Curative and Rehabilitation care) ללא ארה"ב

מקור: OECD, משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות, 2020, Association between the number of board-certified physiatrists and volume of rehabilitation provided in Japan: an ecological study, farrhealthcare.com



הפערים בהשקעה בשיקום מתבטאים במיקום נמוך של ישראל בדירוג מערכות הבריאות ביחס למדינות השוואה, במיצוי נמוך של פוטנציאל השיקום ובתורים ארוכים

דירוג משוקלל של מדדי איכות מערכת הבריאות ביחס

למדינות השוואה*

UKMI	HKoMI	J WIT
3.5	1	Norway
4.5	2	Sweden
5.75	3	Switzerland
6	4	Finland
7.5	5	Germany
8.5	6	France
8.5	7	Netherlands
9	8	Australia
9	9	Denmark
9.25	10	Canada
9.75	11	Austria
10	12	Israel
10.5	13	Belgium
11.25	14	Ireland
11.5	15	New Zealand
11.5	16	United Kingdom

בהיעדר דירוג ספציפי של מערכות השיקום איתרנו מדדים בינלאומיים המשווים את איכות מערכת הבריאות על בסיס מגוון פרמטרים ושיקללנו את הדירוג הממוצע במדדים הללו ביחס ל-16 המדינות המתקדמות שבחרנו להתמקד בהן בשלב בחירת המדינות במיקוד

ישראל מדורגת במקום ה-12 ביחס למדינות השוואה

לפי הערכות רק כ-40% מפוטנציאל המשוקמים מגיע למיצוי. הפערים המרכזיים נמצאים במטופלים האונקולוגיים, טיפול נשימתי וגידול מוחי שם המיצוי עומד על כ-10% (לפי הערכות)



על פי עדויות המטופלים, המתנה למענים הולמים בקהילה עשויה להימשך חודשים ארוכים. אחוז גבוהה מהמרואיניים התייחס לפער זה כאתגר מהותי



שיעורי תכוסה של מעל 100% במחלקות השיקום בבתי החולים (2022)

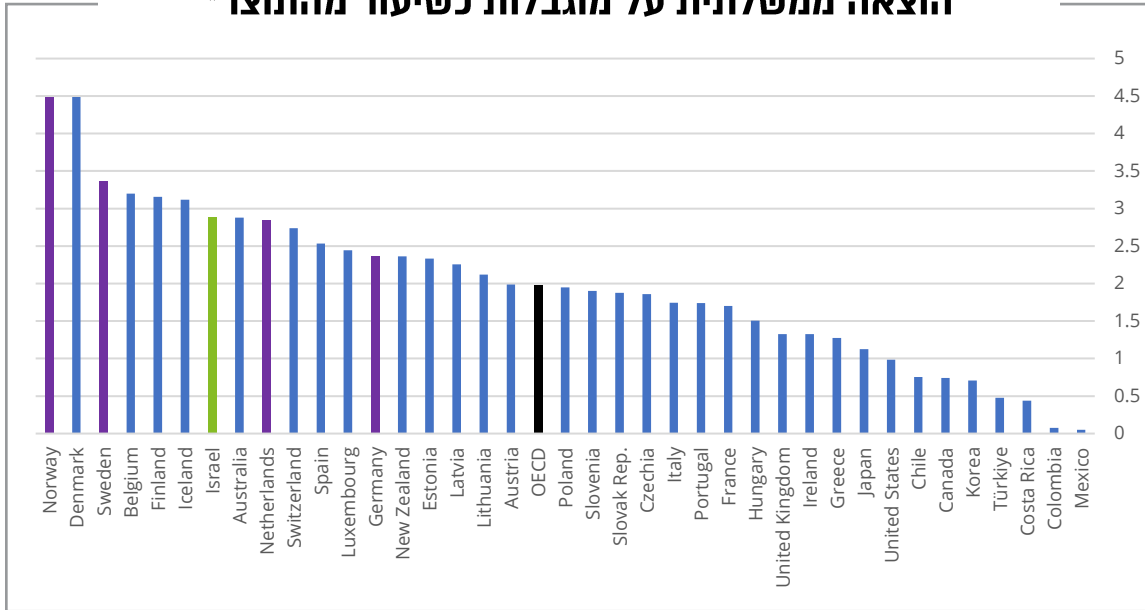


* כולל את המדדים: LegatumProsperityIndexHealthScore2023, CEOWORLDHealthCareIndex2023, USNewsRanking2022, WHOIndex2000, Health Care Index. מקור: מודל חיזוי עומסים במערכת השיקום, משרד הבריאות

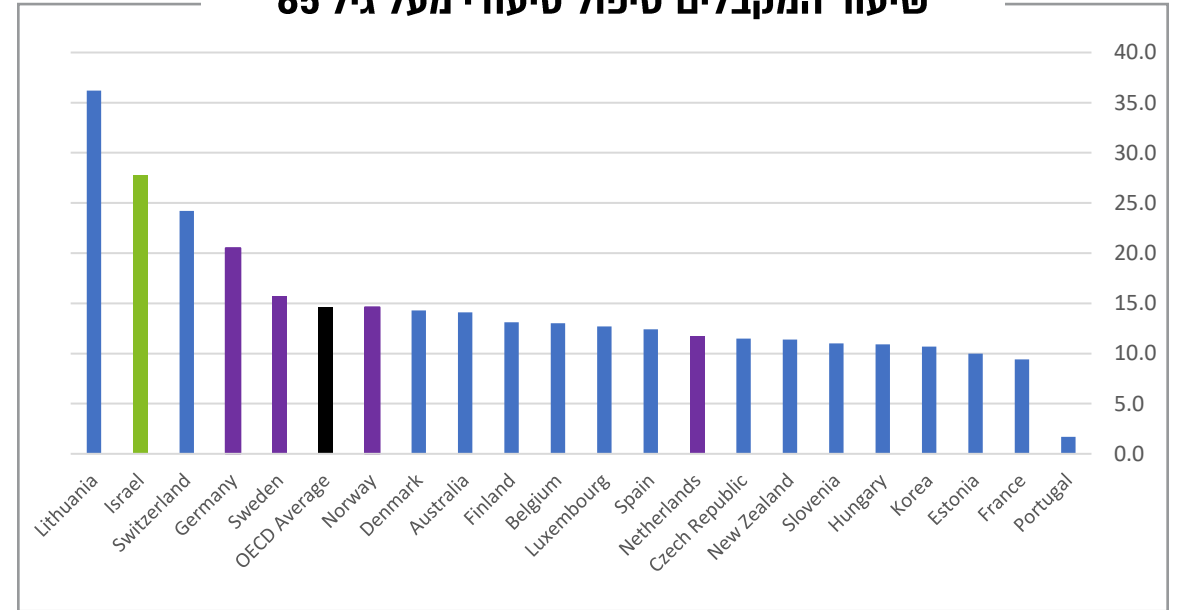


המחסור במענים בשיקום משתקפים במספר גבוה של מקבלי קצבת סיעוד והוצאה ציבורית גבוהה על קצבאות נכות

הוצאה ממשלתית על מוגבלות כשיעור מהתוצר*



שיעור המקבלים טיפול סיעודי מעל גיל 65



ישראל מדורגת במקום ה-7 במדינות המפותחות בהוצאה הממשלתית על מוגבלות כשיעור מהתוצר

ישראל מדורגת במקום ה-2 במדינות המפותחות בשיעור מקבלי טיפול סיעודי מעל גיל 65

**כולל הוצאה ממשלתית ישירה ובשירותים בשל מחלה, מוגבלות או פגיעה בעבודה
מקור: OECD, Health at a Glance 2023

Value and Cost Savings From Access to Multi-disciplinary Rehabilitation Services After Severe Acquired Brain Injury

TABLE 1 | Analysis of average, lifetime, per-person rehabilitation cost-savings for patients with sTBI or Mixed sABI (High-Dependency) admitted to multi-disciplinary inpatient rehabilitation <1 Year Post-Injury in Ireland, United Kingdom, and United States (7 studies) (1999–2019).

Source	Sample	LOS	Measures	Costs Measured*	Lifetime savings (Exchange)*	Lifetime Savings (PPP)**	Cost Offset (Time to savings)***
Cooney, <i>Clinical Medicine</i> , 2016/Ireland	41/mixed sABI/43.5 yrs	93 days	DRS	Direct costs of post-acute rehab care	\$1.517M (\$2.011M–\$1.023M)	\$1.310M (\$1.737M–\$0.884M)	15.6 mo
Griesbach, <i>Journal of Neurotrauma</i> , 2015/USA	33/sTBI/40.1 yrs	227 days (sTBI)	CIQ CNS DRS LSS MPAI-4 OSS	Projected lifecare costs (pre-rehab vs. post-rehab)	\$2.268M (\$2.949M–\$1.587M)	\$2.268M	(not studied)
Oddy, <i>Brain Injury</i> , 2013/UK	196/sTBI and stroke/ 41 yrs	183 days	MPAI-4 SRS	Direct costs of post-acute rehab care	\$1.502M (\$1.940M–\$1.064M)	\$1.430M (\$1.847M–\$1.013M)	12 mo
Turner-Stokes, <i>Brain Injury</i> , 2007/UK	51/sTBI/39 yrs	183 days	NPDS NPCNA UK FIM+ FAM	Bed-day cost X LOS	\$1.926M (\$0.393M–\$2.238M)	\$1.835M (\$2.329M–\$1.341M)	14.2 mo
Turner-Stokes, <i>BMJ Open</i> , 2016/UK	190/mixed sABI/46 yrs	103 days	RCSE-M UK FIM+FAM	Episode cost per patient in the rehab unit	\$0.685M (\$0.937M–\$0.432M)	\$0.652M (\$0.892M–\$0.412M)	27.6 mo
Turner-Stokes, <i>JHTR</i> , 2019/UK	3,289/sTBI/49 yrs	89 days	NPDS NPCNA UK FIM+FAM NPDS NSPCNA	Cost of rehab	\$0.833M (\$1.176–\$0.490)	\$0.793M (\$1.120M–\$0.467M)	15.9 mo
Worthington, <i>Brain Injury</i> , 2009/UK	133/mostly sTBI/36 yrs	183 days	ARS FAQ OERS SRS	Direct costs of post-acute rehab care	\$2.310M (\$2.868M–\$1.753M)	\$2.200M (\$2.731M–\$1.669M)	12–24 mo

*Exchange rates: \$1.5/£1 (2006–2013); \$1.82/€1 (2005 and 2011); **Eurostat, Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Purchasing Power Parities (2012); ***Time point when rehabilitation costs are recouped by rehab savings. Monetary symbols: £= British pound; € = Euro; \$ = U.S. dollar. ABI, Acquired Brain Injury; ARS, Accommodation Rating Scale; CIQ, Community Integration Questionnaire; CNS, Center for Neuro Skills Independent Living Scale; DRS, Disability Rating Scale; FAQ, Functional Activities Questionnaire; LOS, Length of Stay; LSS, Living Status Scale; M, million; mo, months; MPAI-4, Mayo-Portland Adaptability Inventory – 4th edition; NPDS, Northwick Park Dependency Scale; NPCNA, Northwick Park Care Needs Assessment; OERS, Occupational Engagement Rating Scale; OSS, Occupational Status Scale; RCSE-M, Rehabilitation Complexity Scale, including medical support; PPP, Purchasing Power Parities; rehab, rehabilitation; SRS, Supervision Rating Scale; sABI, severe acquired brain injury; sTBI, severe traumatic brain injury; TBI, traumatic brain injury; UK FIM+FAM, Functional Independence Measure, version 4 plus a derived Barthel Index; yr, year.

מחקר מדיניות משנת 2021 שסקר 7 מחקרים שהתקיימו בין 2007-2019 ובדקו את החיסכון ארוך הטווח משיקום מולטידיספלינארי של אנשים עם פגיעת מוח חמורה

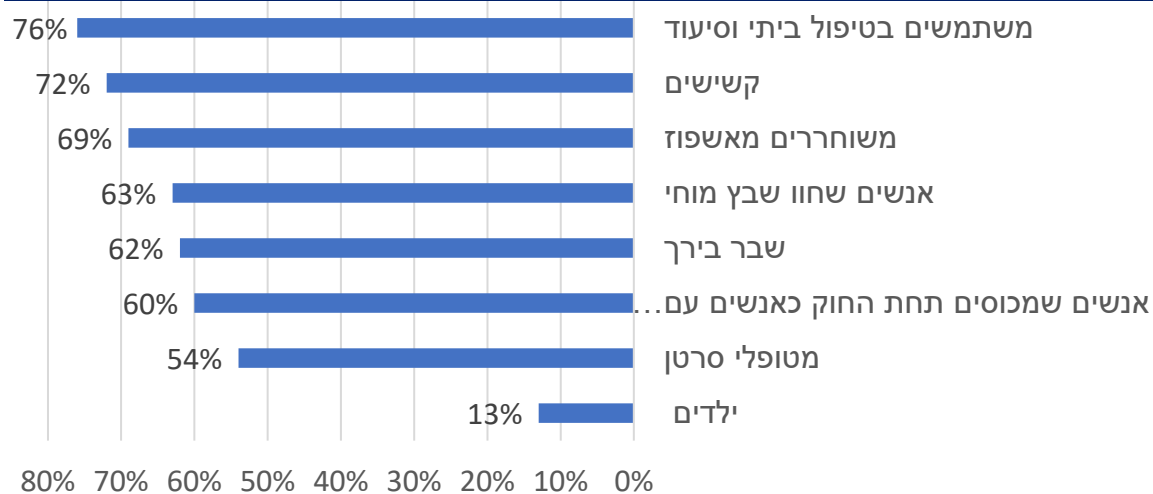
המחקר מצא כי ממוצע החיסכון מהשקעה בשיקום נאמד בממוצע על 1.5 מיליון דולר למטופל לאורך חייו ומחזיר את ההשקעה לאחר כ-18 חודשים

החיסכון נובע מחיסכון בהוצאות הרפואיות והסיעודיות ולא לוקח בחשבון את הקיזוז בהוצאות המדינה על קצבאות, את תוספת התוצר משילוב בתעסוקה ואת ההקלה בעומס על בני המשפחה המטפלים

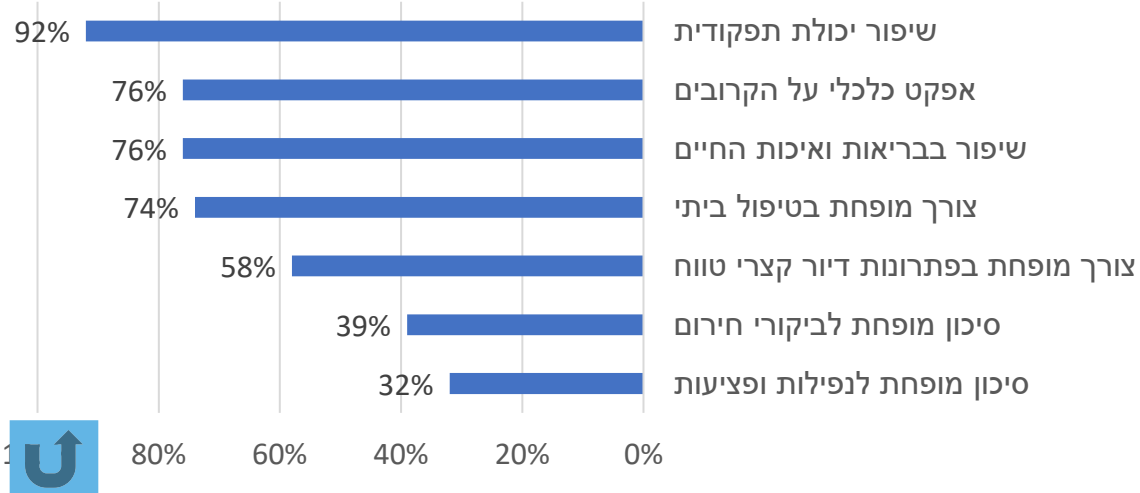


מניסיון השיקום הביתי בשוודיה עולות עדויות לתועלות תפקודיות והפחתת עלויות

קבוצות המיקוד לטיפול ביתי לפי דיווחי הרשויות המקומיות



תועלות מדווחות מהטיפול הביתי



- תכנית שיקום המיועדת בעיקר לאנשים שיצאו מאשפוז להמשך טיפול בביתם
- ממוקדת בעיקר באנשים בגילאי +65 אך גם ניתנת לאנשים צעירים יותר
- הזקוקים לשיקום
- משך הטיפול נמשך בדרך כלל כ-4-10 שבועות בממוצע וכולל 8-12 מפגשים
- אנשי המקצוע הכלולים בצוותי השיקום (לפי סדר השכיחות) – פיסיותרפיסט, מרפא בעיסוק, עוזרת אחות, אחות, מסייע שיקום, דוקטור.
- שונות גבוהה באופן היישום בין הרשויות ובעלות התכנית

פירוט העדויות מיישום התכנית ברשויות בשוודיה

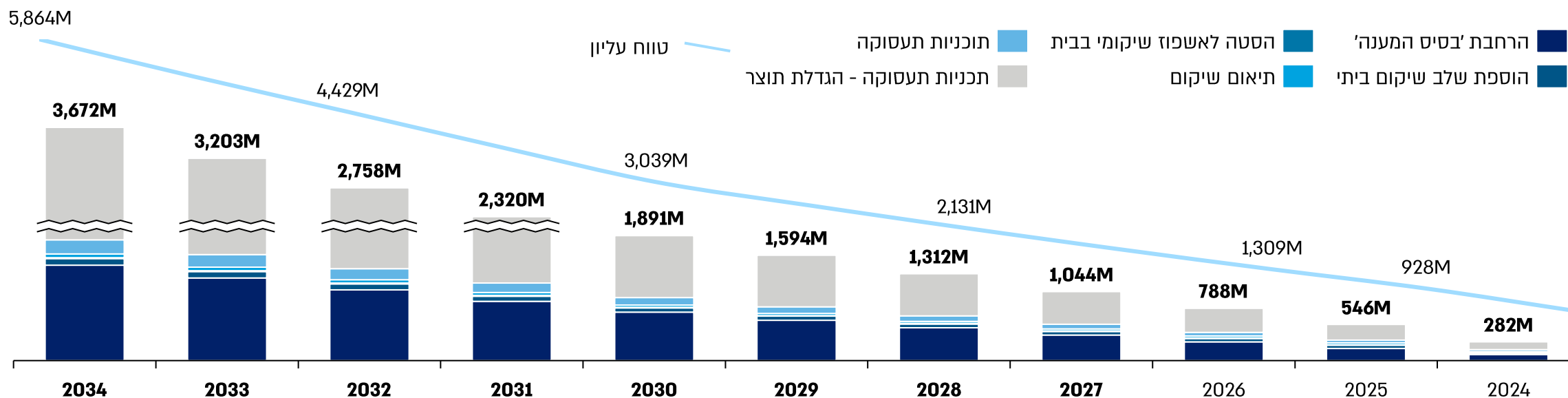
רשות	עלות התגבית	הרכב צוות השיקום הטיפולי*	תוצאות הולנדיות	שנות ניסוי	היסטורי לרשות 12-חודשית
Gotland (2015-2016)	48,649 kr (€17,352)	Consisted of 3.8 AT/PT (the AT/PT distribution is not specified)	Reduction in the number of home care hours per care recipient per week, from 13.8 at the start of the intervention to 12.8 at the end of the intervention.	7.8	
Kävlinge (2004-2006)	32,303 kr (€11,516)	1 AT, 1 PT, 7 USK	Reduction in the number of home care hours per care recipient per week for those who have received home rehabilitation from 11.4 at the beginning of the intervention to 9.9 at the end of the intervention and 8.4 after 6 months.	6	103,302 SEK (€36,800)
Ljungby (2009)	58,833 kr (€19,966)	1.76 AT, 1.75 PT	The average number of home care hours per care recipient per week, decreased from 12.8 at the beginning of the intervention to 6.6 after three months.	6.2	584,116,267 kr (€17,200)
Breda (2007-2008)	-	-	The average number of home care hours per care recipient per month was 31.1 at the start of the intervention, which decreased to 19.1 hours after three months.	2.8	
Västbo (2018)	188,189 kr (€67,603)	Consisted of AT, PT, SSC, USK, but number and distribution are not specified	The need for home care services decreased by 40.5 hours per care recipient and month between admission and discharge, and then decreased by a further hour after three months.	9.6	21,622 kr (€7,703)
Väst (2009)	57,097 kr (€20,419)	-	The number of home care hours per care recipient per week decreased from 13.5 at the beginning of the intervention to 3.5 after three months.	10	132,469 kr (€47,903)
הממוצע	76,614 kr (€27,288)	-	-	7.4	93,368 kr (€33,911)

*AT=occupational therapist, PT=behavioural scientist, SSC=assistance administration, SSC=clinical nurse, PT=physiotherapist, USK=nurse, USK=assistant nurse
 Knowledge base: Health economic effects of rehabilitation interventions in the home (19)

*על אף עדויות תומכות רבות, לא ניתן להסיק באופן מובהק שהתוכנית הינה אפקטיבית כלכלית בשל אופי המחקרים והשונות במענים
 מקור: Home rehabilitation A survey of rehabilitation in the home and its effects on the individual, relatives and activities

הטמעת המהלכים המומלצים צפויה להשתלם גם בפן הכלכלי- החזר השקעה תוך כשנה וחצי, חיסכון פוטנציאלי של כ-4 מיליארד ₪ ויותר תוך עשור

תועלת כלכלית צפויה משיפור והרחבת השיקום (מיליוני ₪ מחירי 2024) - לפי מהלך



הבהרות:

- התחשיב לוקח בחשבון הגדלת מס' המטופלים בשיקום ב-10% מסך הפוטנציאל, ושיפור השירות (תיאום שיקום, הסטה לבית, תוכניות תעסוקה) ל-10% נוספים
- ללא תוספת תוצר- סך התועלת בין כ-1.8 מיליארד ₪ לכ-4 מיליארד ₪
- התוצאות מבוססות מחקרים שונים המכמתים את ההשפעות הרפואיות בשיקום (ר' שקפי הרחבה)
- ההשפעות הכלכליות של השיקום משמעותיות ביותר עבור נפגעי ראש ומוח, המהווים כ-50% מהמטופלים בישראל
- החיסכון של הרחבת המענה נפרס על פני 28 שנות תוחלת חיים ממוצעת של מטופלי שיקום
- החיסכון והגדלת התוצר מהשיפור בתכניות התעסוקה והרחבת בסיס המענה מצטבר לאורך השנים בשל גידול המלאי
- חיסכון בשל תכנית של אשפוז ביתי בשלב ההתדרדרות התפקודית נצבר על פני שנתיים

לסיכום - על מנת להגדיר מהלכים קונקרטיים לשיפור וייעול שירותי השיקום, בוצע בנצ'מארק נרחב, ותעודפו מהלכים בישימות גבוהה ובעלי ערך כלכלי מוכח:



שיפור הרצף

הוספת שירות תאום טיפול - הוספת שירות תאום טיפול המלווה את המטופל בשמירת הרצף הטיפולי במעבר לקהילה ומסייע בשלב ההשתלבות בתעסוקה ובחברה

בנייה מחדש וריכוז אחריות על שילוב בתעסוקה ובחברה - בנייה מחדש של תוכניות שיקום תעסוקתי מתוך תפיסה הוליסטית, השמה במרכז את המטופל. שיפור המענה עצמו בעזרת שיפור התזמון, שילוב מעסיקים והטמעת Best Practices



ריבוד המענים והסטה לקהילה ולבית

הרחבת ההפניה לשיקום בבית ובקהילה - קביעת אמות מידה לאיכות הטיפול ותכולתו, והפניית מירב המטופלים שאינם זקוקים להשגחה סיעודית לבית, לרבות הקדמת ההפנייה לשיקום בקהילה במקרים המתאימים תוך שמירת אפשרות בחירה למטופל

שיקום ביתי לאחר התדרדרות בקהילה - בניית שירות שיקום ביתי ממוקד לתקופה מוגדרת של 4-10 שבועות לאנשים שחוו התדרדרות תפקודית בקהילה בדגש על האוכלוסייה בסיכון להתדרדרות סיעודית

שיפור המענה בשלב ה'כרוני' - הטמעת תפיסה של טיפול רציף וניהול השיקום לאורך זמן, תוך מינוף משאבים בקהילה בשלב זה, באמצעות טיפולים קבוצתיים, שימוש בכלים טכנולוגיים, ועוד



חיזוק התשתית ושימוש בנתונים

הרחבת המענה - הגדלת כוח האדם בשיקום, הרחבת שירותי שיקום (נשימתי, לבבי, ילדים, כוויות ואונקולוגי), יחידות שיקום מייעצות בבתי החולים, הרחבת מעני אשפוז היום, מרכזי שיקום רב מקצועיים בקהילה, יחידות שיקום בקהילה במחוזות

פיתוח מנגנוני מדידה ומעבר נתונים - שיפור העברת המידע בין הגופים באמצעות דיגיטליזציה של תהליכים (כגון שחרור דיגיטלי), פיתוח מנגנונים למדידת איכות הטיפול והצגת הממצאים בדוחות שקופים



איתור ואבחון

אסדרת טרמינולוגיה ומדיניות - הגדרת מטרות השיקום, אופן מדידת התוצאות, אוכלוסיית זכאים, מסלולים מוגדרים, שיום שירותים, הצבת סטנדרט שירות, הגדרת תפקיד לשחקנים השונים, מושגים והגדרות

תועלות כלכליות צפויות - נוסף לייעול המערכת ושיפור איכות הטיפול:

חיסכון של **18.5 אלף ₪** בדמי אבטלה למטופל + **10.3 אלף ₪** בקצבאות נכות למטופל בשנה

חיסכון של כ-**10 אלף ₪** למטופל בשנה + כ-**5,600 ₪** בדמי אבטלה למטופל

חיסכון של בין **7-14 אלף ₪** למטופל בשנה בהוצאות רפואיות

חיסכון של בין **23-87 אלף ₪** למטופל בשנה בשעות סיעוד

חיסכון של **86-300 אלף ₪** למטופל בשנה בהוצאות טיפול וסיעוד



תודה.

www.deloitte.co.il

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.com/about for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Israel & Co. is a firm in Deloitte Global Network. Deloitte Israel Group a leading professional services firms, providing a wide range of world-class audit, tax, consulting, financial advisory and trust services. The firm serves domestic and international clients, public institutions and promising fast-growth companies whose shares are traded on the Israeli, US, European and foreign capital markets.

© 2024 Deloitte Israel & Co.

- בהתאם לבקשת ג'וינט ישראל מעבר למוגבלויות ומשרד הבריאות (להלן: הלקוח ו/או מינהל מוגבלויות), Deloitte ביצעה עבודה מקצועית לאכיון שירותי השיקום בישראל, בחינת אפיקי שיפור פוטנציאליים ואמידת היבטים כלכליים של השיקום (להלן: "העבודה")
- על מנת להשלים עבודה זו הסתמכה Deloitte על מידע ציבורי אשר היה זמין נכון לחודש דצמבר 2024, כמו גם על מידע שסופק ע"י הלקוח, ועל ניתוח Deloitte ושימוש במאגרי המידע השונים הזמינים לרשת הבינלאומית של Deloitte. הנתונים, המידע, התחזיות, ההסברים והמצגים בהם עשינו שימוש לצורך העבודה לא אומתו על ידינו באופן בלתי תלוי, ואין אנו מחוויים דעה בדבר שלמותם, נכונותם או דיוקם, למעט בחינה כללית של סבירותם. כיוצא בזאת, אין Deloitte מחווה דעה או אישור בנוגע למידע שנאסף, ואינה נוטלת אחריות בגין דיוקו, נכונותו, שלמותו או מידת ואופן התממשותו העתידית.
- ככל שהשירותים ו/או תוצרי השירותים כוללים תחזיות ו/או הערכות עתידיות, מאשר בזה הלקוח והקורא שידוע להם כי לאור חוסר הוודאות הנוגעת להתפתחויות עתידיות, ייתכנו הבדלים מהותיים בין התחזיות ו/או ההערכות העתידיות כפי שנמסרו ללקוח על-ידי Deloitte במסגרת ביצוע השירותים ובין התרחשותם בפועל. מובהר ומוסכם בזה כי Deloitte לא תישא באחריות כלשהי, היה ויהיו הבדלים מעין אלה.
- הלקוח / הקורא והם בלבד יהיו אחראים לקבל את כל ההחלטות הניהוליות הקשורות לשימוש בתוצר העבודה של Deloitte ולכל החלטה שיקבלו בעקבות קבלת תוצר העבודה. יובהר כי כל החלטה הנובעת בתוצר העבודה, לרבות מהמידע הכלול בו, הינה באחריותו הבלבדית של הלקוח ו/או מי שהורשה לעיין בתוצר העבודה. אין בעבודה כדי להוות משום ייעוץ כלשהו בעבור קורא המסמך.
- מצגת זו אינה מלאה ללא דברי הסבר של Deloitte