



"בריאות, עירוניות ושנות החיים הראשונות" מסמך אמצע הדרך - משלב התכנון לתחילת יישום

יעל אשכנזי אירית אלרועי תמר הרטום

עריכת לשון: תרצה יובל
תרגום לאנגלית (תקציר): חני מנור
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

לבירור בנוגע לתוכנית ניתן לפנות אל:
המינהל לתכנון אסטרטגי – משרד הבריאות: Strategic.Planning@MOH.GOV.IL
ג'וינט ישראל: infoisrael@jdc.org

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות וג'וינט-אשלים ומומן בסיוע משרד הבריאות

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | טבת תש"פ | ינואר 2020

תקציר

רקע

התוכנית "בריאות, עירוניות ושנות החיים הראשונות" היא תוכנית שמטרתה לשפר את מצב בריאותם של ילדים בגיל הרך, בפרט אלה החיים בעוני, באמצעות שיפור הנגישות וההיצע של שירותים לילדים אלה ושיפור הטיפול שהם מקבלים, במיוחד בתחומי הבריאות. התוכנית היא יוזמה של מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, במשותף עם ג'וינט-אשלים.

יישום התוכנית החל בפיילוט שנערך בשתי ערים – לוד ורמלה. בשלב הראשון נבנתה תוכנית לפי בחירת הגורמים ביישוב, שתתמקד בבעיה שבעלי עניין רבים ביישוב יכולים להתאחד סביבה. השותפות שמה לה למטרה לגזור מן הפיילוט עקרונות שאפשר יהיה ליישם ביישובים נוספים בארץ, עד לפריסה ארצית. משרד הבריאות וג'וינט-אשלים פנו למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה להעריך את התוכנית.

מטרה

הדוח נכתב כשנתיים לאחר ייזום התוכנית, ומטרתו לסכם את התהליכים שהתקיימו בשתי הערים החל משלב התכנון ועד לזמן תחילת היישום, ולהפיק תובנות שאפשר יהיה להשתמש בהן בעתיד בעת תכנון ויישום תוכניות בערים אחרות.

שיטה

עבודת צוות המחקר כללה השתתפות בישיבות צוות המטה וגורמים שונים בשתי הערים המשתתפות; ביצוע 12 ראיונות עם בעלי תפקידים מרכזיים; ושתי קבוצות מיקוד – האחת עם אימהות תושבות הערים והאחרת עם גורמי מקצוע מטפלים דוברי ערבית. הראיונות וקבוצות המיקוד נערכו במהלך 2018, ונועדו להבנת צורכי העיר ולאיסוף נתונים בריאותיים וחברתיים-כלכליים על אודות הערים המשתתפות.

ממצאים

בתהליך פיתוח התוכנית ובנייתה הושגו הישגים אחדים, בהם:

1. הצלחה לרתום לתוכנית גורמי מקצוע בשתי הערים;
2. מציאת נושא להתערבות בכל עיר, נושא שמאחד סביבו את בעלי העניין, ואשר מוסכמת חשיבותו המכרעת לבריאותם ולהתפתחותם של הילדים;
3. פיתוח תוכנית פיילוט להתערבות בערים;
4. חיבור רציף לגורמי מטה במשרד הבריאות ובמערכת החינוך;

5. חיזוק תחנות טיפת חלב בתור גורם מקומי חשוב;

6. סימון העיר כזירה ליישום מדיניות;

7. היכולת למקד משאבים באוכלוסייה מאשכול כלכלי-חברתי נמוך.

לצד ההישגים עלו גם קשיים ואתגרים, בהם: שיתוף הפעולה עם קופות החולים היה מורכב; תהליך הפיתוח והבנייה של התוכנית הוא תהליך ממושך מעצם מהותו; הטמעת הפיילוט כחלק אינטגרלי מן השירותים בעיר; השינוי הניכר בשגרות העבודה בין הגורמים העירוניים ליחידות המטה הסתמן כתהליך מורכב; שיתוף התושבים בתהליך פיתוחה ובנייתה של התוכנית היה מצומצם.

תמצית מנהלים

רקע

התוכנית "בריאות, עירוניות ושנות החיים הראשונות" היא תוכנית המחברת בין שלושה נושאים אסטרטגיים במערכת הבריאות – אי-שוויון בבריאות, בריאות ביישוב ובאזור, ושנות החיים הראשונות. את התוכנית יזם תחום צמצום פערים בבריאות שבמינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, במשותף עם ג'וינט-אשלים. מטרת התוכנית לשפר את מצב בריאותם של ילדים בגיל הרך, בפרט אלה החיים בעוני, באמצעות שיפור הנגישות וההיצע של שירותים לילדים אלה ושיפור הטיפול שהם מקבלים, במיוחד בתחומי הבריאות. בבסיס התוכנית עומדים שינוי שגרות העבודה ושיפור קשרי העבודה והחיבורים בין נותני השירותים השונים בתוך מערכת הבריאות ובמעגלים הנוספים הרלוונטיים לטיפול בילדים ובמשפחות – בעיקר מערכת החינוך ומערכת הרווחה, ברמת היישוב. התוכנית היא חלק ממהלך רחב יותר, המבוסס על הרעיון של מערך שירותים עירוני אחוד (one stop shop וירטואלי), הכולל את כל הארגונים הרלוונטיים לשירותים ביישוב, ומיניו מתאם טיפול בכמה מהם.

יישום התוכנית החל בפיילוט שנערך בשתי ערים – לוד ורמלה. הבחירה בביצוע הפיילוט בשתי ערים נעשתה כדי שבהמשך אפשר יהיה ללמוד מן המודלים השונים ולהשוות ביניהם. שתי הערים שנבחרו משתייכות לאשכול חברתי-כלכלי נמוך, ואוכלוסייתן מייצגת את הגיוון שבאוכלוסיית ישראל (אוכלוסייה מעורבת – יהודית וערבית, ותת-קבוצות מגוונות מבחינת דתיות, מוצא, מעמד חברתי-כלכלי ועוד). השלב הראשון במהלך היה בניית תוכנית בכל אחת מן הערים לפי בחירת הגורמים ביישוב, שתתמקד בבעיה שבעלי עניין רבים ביישוב יכולים להתאחד סביבה, ושהיא רלוונטית לשנות החיים הראשונות. השותפות שמה לה למטרה לגזור מן הפיילוט עקרונות שאפשר יהיה ליישםם ביישובים נוספים בארץ, עד לפריסה ארצית, בהתאם לצרכים הייחודיים בכל יישוב.

מהלך הפיילוט

לתוכנית הוקם צוות מטה במשרד הבריאות, שכלל נציגות מכמה יחידות רלוונטיות לנושא ממשרד הבריאות ומנהלות היחידה לגיל הרך והתוכנית מג'וינט-אשלים. נעשתה פנייה לראשי הערים לוד ורמלה, ואלה נתנו הסכמתם להשתתפות הערים בפיילוט, תחת חסות מנכ"לי העיריות. לפני היציאה לדרך התקבלה גם הסכמת כל קופות החולים להשתתף בפיילוט.

תהליך בחירת נושא ההתערבות וכיווני הפעולה האפשריים היה חלק מתהליך התכנון, והוא כלל שלושה מפגשים מרובי משתתפים בעיר לוד ושניים בעיר רמלה. במפגשים אלו השתתפו נציגי הגורמים העירוניים המרכזיים הרלוונטיים לתחום הגיל הרך, בהם: קופות החולים; תחנות טיפת חלב; מחלקות החינוך והרווחה בעיריות; מפעילי תוכניות לילדים בגיל הרך; המכון להתפתחות הילד ומשפחתו במרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא), שם מטופלים ילדים רבים משתי הערים; מפעילי מעונות; ועמותות. בסוף התהליך נבחר בעיר לוד הנושא: פיתוח רצף של איתור, אבחון וטיפול עבור ילדים בגיל הרך עם עיכובים התפתחותיים, ובעיר רמלה: מתן מענה להתפתחות רגשית-חברתית בגיל הרך.

השלב הבא בתהליך היה פיתוח מודל לתוכנית התערבות. בכל עיר הוקמה קבוצת עבודה מצומצמת יותר, ועליה הוטל לפתח תוכנית שתערב כמה שיותר גורמים במערכת העירונית, שתחבר ביניהם, ושתיתן מענה לנושא הנבחר. בכל אחת מן הערים פותחו קווים מנחים למודל שכולל שלושה רכיבים מרכזיים:

- מתן מענה לצורך הנבחר באמצעות צוותים ניידים שיפעלו במסגרות האוניברסליות (תחנות טיפת חלב, מעונות וגנים).
 - העסקת מתאמי טיפול בקופות החולים ובתחנות טיפת חלב בנושא הטיפולים בתחום התפתחות הילד, שיעזרו בהסרת חסמים המקשים על הגעה לטיפול או מונעים אותו, ואשר יהיו חלק מן הרשת העירונית.
 - מתן הכשרות לגורמי מקצוע בעיר בנושאים הקשורים לעבודה כרשת ובצוות, ובנושאים מקצועיים הנוגעים לגיל הרך.
- כאמור, במועד כתיבת הדוח נבחר בכל אחת מן הערים נושא להתערבות, נבחר מודל לתוכנית התערבות בהתאם לנושא שנבחר, ובשתי הערים פעלו לקראת יישום התוכניות (ברמלה התחיל יישום חלקי של התוכנית, ואילו בלוד הייתה התמקדות בפיתוח התשתית העירונית לקראת תחילת היישום בפועל).
- משרד הבריאות וג'וינט-אשלים פנו למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה להעריך את התוכנית, וצוות המחקר היה מעורב בתהליכי פיתוח הפיילוט כמעט מתחילתו.

מטרה

דוח זה נכתב בתחילת 2020, כשנתיים לאחר ייזום התוכנית. מטרתו לסכם את התהליכים שהתקיימו בשתי הערים החל משלב התכנון ועד לזמן תחילת היישום, ולהפיק תובנות שאפשר יהיה להשתמש בהן בעתיד, בעת תכנון ויישום תוכניות בערים אחרות.

שיטה

עבודת צוות המחקר כללה השתתפות בשיבות עם צוות המטה ועם גורמים שונים בשתי הערים המשתתפות; ביצוע 12 ראיונות עם בעלי תפקידים מרכזיים המעורבים בפיילוט ובתוכניות בערים המשתתפות, בכללם מובילות התוכנית ומתכללות התוכניות בשתי הערים, נציגים מקופות החולים, נציגים מן העיריות בשתי הערים וממטה משרד הבריאות; ושתי קבוצות מיקוד, האחת עם אימהות תושבות הערים והאחרת עם גורמי מקצוע מטפלים דוברי ערבית. הראיונות וקבוצות המיקוד נערכו במהלך 2018, ונועדו להבנת צורכי העיר ולאיסוף נתונים בריאותיים וחברתיים-כלכליים על אודות הערים המשתתפות.

ממצאים

בתהליך פיתוח התוכנית ובנייתה הושגו הישגים אחדים, בהם:

- הצלחה לרתום לתוכנית קבוצה גדולה מאוד של גורמי מקצוע בשתי הערים, שהשקיעו בה שעות עבודה רבות לנוכח הצורך ברשת עירונית מתואמת, המתמקדת בבריאות הילד בגיל הרך ובהתפתחותו.

- מציאת נושא להתערבות בכל עיר, נושא שמאחד סביבו את בעלי העניין, ואשר מוסכמת חשיבותו המכרעת לבריאותם ולהתפתחותם של הילדים.
- פיתוח תוכנית פיילוט להתערבות בכל אחת מן הערים, שמתייחסת ונותנת מענה לצרכים דחופים שהעלו גורמי המקצוע בעיר, ואשר עד אותה עת לא קיבלו מענה. תוכניות אלו יכולות להוות בסיס להוספת נושאי התערבות אחרים בעתיד ולגיבוש קווים מנחים לתוכנית ארצית ולמודל ארצי.
- חיבור רציף לגורמי מטה במשרד הבריאות ובמערכת החינוך באמצעות מודל מורכב של עבודת דיאלוג מתמשכת מרמת המטה לשטח (top-down) ומרמת השטח למטה (bottom-up), וחוזר חלילה.
- חיזוק תחנות טיפת חלב בתור גורם מקומי חשוב בעל ראייה מקצועית ואמירה בתחום האיתור הראשוני של עיכובים התפתחותיים ושל ליווי משפחות.
- סימון העיר כזירה ליישום מדיניות, ויכולת למקד משאבים באוכלוסייה מאשכול כלכלי-חברתי נמוך. לצד ההישגים עלו גם קשיים ואתגרים, בהם:
 - שיתוף הפעולה עם קופות החולים היה מורכב, בעיקר בנוגע להעברת נתונים והסדרת טופסי 17.
 - נדרשה התמודדות עם תהליך הפיתוח והבנייה של התוכנית – תהליך ממושך מעצם מהותו.
 - נדרשה הטמעת הפיילוט כחלק אינטגרלי מן השירותים בעיר גם ביום שאחרי הפיילוט.
 - השינוי הניכר בשגרות העבודה בין הגורמים העירוניים ובין יחידות המטה הסתמן כתהליך מורכב.
 - שיתוף התושבים בתהליך הפיתוח והבנייה של התוכנית היה מצומצם.

דברי תודה

תודה לכל המרואיינים שהקדישו לנו מזמנם וחלקו איתנו את מחשבותיהם ותובנותיהם בראיונות ובקבוצות המיקוד.

תודה מיוחדת למובילות התוכנית – ד"ר שלומית אבני, מנהלת אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה במשרד הרווחה והביטחון החברתי, אשר במועד המחקר כיהנה בתפקיד מנהלת אגף תכנון מדיניות במינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי של משרד הבריאות; אנה לרנר-זכות, מנהלת אגף תכנון מדיניות במינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי של משרד הבריאות; נועה בן-דוד, מנהלת ידע ומחקר לקידום מוביליות חברתית-כלכלית של ג'וינט-אשלים; ומרב קינן-אורנשטיין, מנהלת תוכניות קידום בריאות, יחידת הגיל הרך של ג'וינט-אשלים.

תודה לעמיתינו פרופ' ברוך רוזן על הערותיו המועילות לדוח.

תוכן העניינים

1	1. רקע
3	2. מטרות
4	3. שיטת המחקר
5	4. ממצאים
5	4.1 מהלך הפיילוט
10	4.2 הפיילוט בעיר לוד
14	4.3 הפיילוט בעיר רמלה
17	4.4 אתגרים שעלו בשלבי גיבוש התוכנית בפיילוט, ודרכי פעולה אפשריות
22	4.5 הישגי הפיילוט עד לתחילת שלב היישום
24	4.6 מגבלות המחקר
25	5. סיכום
26	עוד פרסומים של המכון בנושא
27	רשימת המקורות
28	נספחים
28	נספח א: חסמים שלדעת אנשי מקצוע ברמלה ולוד מקשים על מתן שירותי בריאות בערים ועל צריכתם, כפי שעלו במפגשים, בראיונות ובקבוצות מיקוד
30	נספח ב: מיפוי המצב בעיר לוד בנוגע לרקע חברתי-כלכלי, מצב בריאות, שירותי הבריאות בעיר וצריכתם
42	נספח ג: מיפוי המצב בעיר רמלה בנוגע לרקע חברתי-כלכלי, מצב בריאות, שירותי הבריאות בעיר וצריכתם
49	נספח ד: המסע המשפחתי משלב איתור הבעיה, דרך האבחון ועד לטיפול, והחסמים שמקשים על משפחות לעבור את הדרך עד סופה, כפי שעלו משיחות עם הורים ועם גורמי מקצוע
50	נספח ה: מבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המפעילות תוכניות לצמצום פערם בבריאות ולקידום בריאות בקרב משפחות החיות בעוני

1. רקע

שנות החיים הראשונות הן שנים מכריעות להתפתחות הילד ולבריאותו הפיזית והנפשית בהמשך חייו, והן מהוות חלון הזדמנויות להתערבויות שיכולות לשפר את בריאותו לאורך החיים (Shonkoff & Richmond, 2009; Mustard, 2010). אחד מגורמי הסיכון לבריאותם ולהתפתחותם של ילדים בכל גיל הוא עוני, והקשר בינו לבריאות לקויה מתועד היטב (Yoshikawa et al., 2012; Evans, 2004). ילדים החיים בעוני סובלים מבעיות בריאות יותר מילדים אחרים ולא תמיד זוכים לטיפול מיטבי, ומשפחות החיות בעוני מתקשות במקרים רבים לצרוך את שירותי הבריאות שהן נזקקות להם (Lazar & Davenport, 2018).

בישראל, הקושי לצרוך שירותי בריאות מתעצם לנוכח הפיצול הקיים בשירותי הבריאות (למשל, בין קופות חולים, תחנות טיפת חלב, שירותים שמספק משרד הבריאות) (בן נון ואח', 2020). נוסף על הפיצול בשירותי הבריאות, לשירותים אלו יש לרוב קשר מועט עם שירותים חברתיים אחרים שמשפחות עם ילדים זקוקות להם, כגון רווחה וחינוך – מערכות רבות-השפעה על הבריאות. גם מבחינת ארגון שירותי הבריאות ברמה המקומית, הרי שבניגוד לשירותים החברתיים האחרים, אין ברמה העירונית גוף המוביל ומתכלל את נושא הבריאות מתוך הסתכלות על הכוחות המקומיים ועל הצרכים של כלל תושבי העיר.

כמענה לבעיות אלו יזמו בתחום צמצום פערים בבריאות שבמינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות את תוכנית "בריאות, עירוניות ושנות החיים הראשונות". התוכנית היא שותפות של משרד הבריאות עם ג'וינט-אשלים. היתרון בהובלת התוכנית על ידי מערכת הבריאות נובע מכך שמערכת הבריאות היא המערכת היחידה הבאה במגע עם כלל התינוקות והפעוטות מגיל לידה עד גיל שלוש ומטפלת בהם.

מטרות התוכנית:

- **צמצום פערים והנגשת שירותים לקידום בריאותם והתפתחותם של ילדי הגיל הרך** (מלידה עד גיל שש) (במיוחד אלה החיים בעוני), על ידי הבניית מהלך תוך-משרדי, בין-משרדי ובין-מגזרי, ותוכנית פעולה יישובית.
 - **גיבוש קווים מנחים למודל עבודה עירוני מיטבי דרך שינוי שגרות העבודה ושיפור קשרי העבודה והחיבורים** בין הגורמים ונותני השירותים השונים בתוך מערכת הבריאות ובמעגלים הנוספים הרלוונטיים לטיפול בילדים ובמשפחות, בעיקרם מערכת החינוך ומערכת הרווחה, ברמת היישוב.
 - **בניית תוכנית לפי בחירת השותפים העירוניים** (bottom up), זאת בניגוד להטמעת תוכנית מוכנה שהעיר תתבקש לבצע. התוכנית נוגעת בשלושה נושאים אסטרטגיים שבהם עוסק משרד הבריאות: בריאות בשנות החיים הראשונות, בריאות ועוני ובריאות ועירוניות. התוכנית היא חלק ממהלך רחב יותר, המבוסס על הרעיון של מערך שירותים עירוני אחוד (one stop shop וירטואלי), הכולל את כל הארגונים הרלוונטיים לשירותים ביישוב, ומיני איש קשר לתיאום ביניהם.
- יישום התוכנית החל בפיילוט שנערך בשתי ערים – לוד ורמלה. הבחירה בפיילוט בשתי ערים נעשתה כדי שבהמשך אפשר יהיה ללמוד מן המודלים השונים ולהשוות ביניהם. שתי הערים שנבחרו משתייכות לאשכול חברתי-כלכלי נמוך, ואוכלוסייתן מייצגת את הגיוון שבאוכלוסיית ישראל (אוכלוסייה מעורבת – יהודית וערבית, ותת-קבוצות מגוונות מבחינת דתיות, מוצא, מעמד

חברתי-כלכלי ועוד). השלב הראשון במהלך היה בניית תוכנית בכל אחת מן הערים לפי בחירת הגורמים ביישוב, שתתמקד בבעיה שבעלי עניין רבים ביישוב יכולים להתאחד סביבה, ושהיא רלוונטית לשנות החיים הראשונות.

תהליך בחירת נושא ההתערבות כלל שלושה מפגשים מרובי משתתפים בעיר לוד ושניים בעיר רמלה. במפגשים אלו השתתפו נציגי הגורמים העירוניים המרכזיים הרלוונטיים לתחום הגיל הרך, בהם: קופות החולים; תחנות טיפת חלב; מחלקות החינוך והרווחה בעיריות; מפעילי תוכניות לילדים בגיל הרך; המכון להתפתחות הילד ומשפחתו במרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא), שם מטופלים ילדים רבים משתי הערים; מפעילי מעונות; ועמותות. בסוף התהליך נבחר בעיר לוד הנושא: פיתוח רצף של איתור, אבחון וטיפול עבור ילדים בגיל הרך עם עיכובים התפתחותיים, ובעיר רמלה: מתן מענה להתפתחות רגשית-חברתית בגיל הרך. השותפות שמה לה למטרה לגזור מן הפיילוט עקרונות שאפשר יהיה ליישםם ביישובים נוספים בארץ, עד לפריסה ארצית, בהתאם לצרכים הייחודיים בכל יישוב.

מסגרת הזמן הראשונה שנקבעה לפיילוט הייתה שנתיים מתחילת שנת 2018, והיא הוארכה בהמשך עד סוף 2020 (בסך הכול שלוש שנים). משרד הבריאות וג'וינט-אשלים כנו למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה להעריך את התוכנית, וצוות המחקר היה מעורב בתהליכי פיתוח הפיילוט כמעט מתחילתו.

דוח זה מתאר את חלקו הראשון של מחקר ההערכה המעצבת של התוכנית, משלב תכנון הפיילוט ועד תחילת העבודה על יישום התוכנית בערים רמלה ולוד.

2. מטרות

מטרות ההערכה המעצבת היו:

1. עמידה על התקדמות הפיילוט עד שלב תחילת היישום
2. סיכום התהליכים שהתקיימו בשתי הערים
3. עמידה על נקודות החוזק, הקשיים והאתגרים שעלו
4. הפקת תובנות שאפשר יהיה להשתמש בהן בעתיד, בעת תכנון ויישום תוכניות בערים אחרות

3. שיטת המחקר

דוח זה נכתב בינואר 2020, כשנתיים לאחר תחילת העבודה על הפיילוט. כאמור, במהלך שנתיים אלה נערך בכל אחת מן הערים המשתתפות תהליך של בחירת נושא להתערבות וכיווני פעולה, ולאחריו תהליך של בניית קווים מנחים למודל לתוכנית התערבות בהתאם לנושא שנבחר. במועד הכתיבה נמצאו שתי הערים במעבר מתכנון ליישום. ברמלה התחיל יישום חלקי של התוכנית, ובלוד הייתה התמקדות בפיתוח התשתית העירונית לקראת תחילת היישום בפועל.

צוות המחקר היה מעורב בתהליכי פיתוח הפיילוט כמעט מתחילתו, ועבודתו כללה:

- השתתפות בישיבות עם צוות המטה ועם גורמים שונים בשתי הערים המשתתפות;
- ביצוע 12 ראיונות עם בעלי תפקידים מרכזיים המעורבים בפיילוט ובתוכניות בערים המשתתפות, בכללם מובילות התוכנית ומתכללות התוכניות בשתי הערים, וכן נציגים מקופות החולים, מן העיריות בשתי הערים וממטה משרד הבריאות. מטרת הראיונות הייתה לשמוע על תהליך פיתוח התוכנית, על תהליך היישום ועל תובנות המרואיינים. הראיונות נערכו במהלך חודש דצמבר 2019, חלקם נערכו פנים אל פנים וחלקם בטלפון;
- ביצוע שתי קבוצות מיקוד, האחת עם אימהות תושבות הערים והאחרת עם מטפלים ומטפלות דוברי ערבית. אלו נערכו במהלך שנת 2018, ונועדו להבנת צורכי העיר;
- איסוף נתונים בריאותיים וחברתיים-כלכליים ממגוון מקורות, בהם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות, תחנות טיפת חלב, ונתונים שנמסרו מהעיריות.

4. ממצאים

בחלק זה יוצג מהלך הפיילוט עד תחילת שלב היישום, יפורטו ההישגים והאתגרים שעלו במהלכו, וכן התוכניות שפותחו בכל אחת מן הערים המשתתפות.

4.1 מהלך הפיילוט

4.1.1 צוות מטה

לתוכנית הוקם צוות מטה שכלל נציגות מכמה יחידות במשרד הבריאות – מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי (תחום צמצום פער; אגף תכנון מדיניות; תחום חדשנות בשירותי הבריאות; האגף לתזונה), שירותי בריאות הציבור (סיעוד; המחלקה לאם ולילד; המחלקה לחינוך וקידום בריאות), ומינהל רפואה (המחלקה להתפתחות הילד, בקרה על שירותים רפואיים בקהילה); ומג'וינט-אשלים (היחידה לגיל הרך). תפקידו של צוות המטה היה להגיע להסכמות על המהלך, להתוות את הדרך לתוכנית, ולתכלל את העבודה עם היחידות השונות במשרד הבריאות.

בישיבות צוות המטה הודגשו כמה **מטרות ועקרונות עבודה של המהלך**:

- יצירת תפיסת התערבות חדשה, **מודעת עוני**, לקידום ההתפתחות והבריאות של ילדים בגיל הרך ושל הוריהם.
 - שינוי שגרות עבודה ברמה העירונית בין גורמי בריאות, וכן עם מערכות נוספות הנותנות שירות לאוכלוסייה.
 - עבודה משולבת בין יחידות המטה, שתהווה מודל לתהליכי עבודה רצויים של הגורמים בשטח.
 - ראיית הבית כאחד המרחבים המועדפים למתן שירות לילד ולמשפחתו.
 - תפיסת הילד והוריו כיחידת ההתערבות אחת.
 - תכנון משתף עם המשפחות עצמן, עם הרשות המקומית ועם הגורמים בשטח.
 - הכשרה של כלל גורמי המקצוע לגיל הרך לעבודת צוות עירונית, לצד ההורים כשותפים.
- מובילות התוכנית הן: ממשד הבריאות – מנהלת האגף לתכנון מדיניות ומנהלת תחום חדשנות בשירותי הבריאות; מג'וינט-אשלים – מנהלת היחידה לגיל הרך ומנהלת תוכניות קידום בריאות.

4.1.2 הערים המשתתפות בפיילוט

משרד הבריאות בחר לפיילוט בערים לוד ורמלה, שתי ערים שנמצאות במרכז הארץ, צמודות זו לזו גאוגרפית, ודומות במאפיינים רבים. בכל אחת מהן אוכלוסייה שמונה כ-75,000 איש (נכון לסוף 2017) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס], 2017א, 2017ב); שתיהן שייכות לאשכול חברתי-כלכלי נמוך – לוד לאשכול 3 מתוך 10 ורמלה לאשכול 4 (למ"ס, 2017א, 2017ב); שתיהן ערים מעורבות, בעלות רוב יהודי, אך בהן גם מיעוט ערבי גדול (28% בלוד, 24% ברמלה) (נתונים שנמסרו מהעיריות). שתי קבוצות

אוכלוסייה עיקריות אלו אינן הומוגניות בתוכן, והן כוללות תת-קבוצות מובחנות מבחינת דת, מוצא, מעמד חברתי-כלכלי ועוד, כך שהאוכלוסייה בערים אלה מייצגת את הגיוון שבאוכלוסיית ישראל. בשתי הערים ישנה תשתית של עבודה בגיל הרך באמצעות תוכניות יישוביות, ובשתיהן כל תחנות טיפת חלב שייכות למשרד הבריאות ונותנות שירות לכלל האוכלוסייה.

עם זאת, יש הבדל בין הערים מבחינת העבודה בתחום הגיל הרך: ברמלה ישנו מרכז לגיל הרך (מג"ר) ותיק ומבוסס (להרחבה על המרכזים לגיל הרך ראו ואזן-סיקרון ובן רבי, 2016), שמפעיל יחידה התפתחותית שבה ניתנים טיפולים פרטניים לילדים. נושא ההתערבות שנבחר, כפי שיתואר להלן, היה דומה למדי לעשייה שכבר נעשתה במרכז: המרכז מקיים הדרכות להורים ומפעיל מגוון תוכניות להורים וילידים, כולל תוכניות שבמסגרתן אנשי המרכז יוצאים ממנו ומעניקים שירותים להורים וילידים במוסדות קהילתיים שונים. המרכז עובד בשיתוף עם גורמים אחדים בקהילה, כגון תחנות טיפת חלב, גנים ומעונות. נכון למועד כתיבת הדוח עמדה בראש המרכז, מזה כעשרים שנה, מנהלת שגם מובילה את ועדת ההיגוי העירונית לגיל הרך. מנהלת צוות הפסיכולוגים במרכז נבחרה לתכלל את התוכנית מטעם העיר.

בלוד, לעומת זאת, העיסוק המובנה מטעם העירייה בתחום הגיל הרך חדש יותר, והתחיל להתפתח זמן לא רב לפני השקת הפיילוט בעיר. בעיר אין מג"ר ואין יחידה התפתחותית עירונית. כשנה לפני השקת הפיילוט מונתה מנהלת מחלקת הגיל הרך, שתפקידה להוביל את האסטרטגיה העירונית בתחום זה ולתאם בין התוכניות השונות ובין כל הגופים הרלוונטיים לנושא.

העבודה התהליכית בשתי הערים המשתתפות נעשתה בנפרד, בכל עיר בפני עצמה, אך השלבים זהים.

שלבים בפיתוח התוכנית:

- קבלת הסכמה מראש העיר וחתימה על הסכם
- פנייה לארבע קופות החולים ולבית החולים האזורי לקבלת הסכמה וליצירת שיתופי פעולה
- חיבור גורמים מרכזיים בעיר הרלוונטיים לתוכנית
- בחירת נושא ההתערבות בעיר
- פיתוח תוכנית התערבות וכיווני פעולה, בהתבסס על הסכמות שהתקבלו בתהליך התכנון

4.1.3 קבלת הסכמה מראשי הערים

בתחילת שנת 2018 פנו משרד הבריאות וג'וינט ישראל-אשלים אל ראשי הערים רמלה ולוד כדי לגייס את הסכמתם להשתתפות בתוכנית. יש לציין כי נציגי ג'וינט-אשלים פועלים בשיתוף פעולה עם ערים אלו לאורך שנים בתחום העבודה למען ילדים, נוער וצעירים במצבי סיכון. כל עיר הייתה צריכה להחליט אם היא מעוניינת להשתתף בפיילוט ומוכנה להקצות חצי משרה לטובת מתכללת עירונית. לאחר קבלת הסכמה עקרונית זו נערכו ישיבות התנעה (בנפרד לכל אחת מן הערים), שבהן השתתפו נציגים בכירים מן העירייה בהובלת ראש העיר והמנכ"ל, נציגי מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, נציגי ג'וינט-אשלים וצוות המחקר ממכון ברוקדייל, ובהן נחתם הסכם פורמלי בין העיר ובין משרד הבריאות וג'וינט-אשלים. בישיבות הוצגו רציונל התוכנית

ומטרותיה, פורט מה צפייה התוכנית להביא ליישוב (ליווי מקצועי, הכשרות, תקציב פעולה, הערכה) ומה נדרש מן היישוב (הובלה על ידי מנכ"ל העירייה, הקצאת אשת מקצוע בחצי משרה שתתכלל את התוכנית בעיר, מתן נגישות לנתונים עירוניים והשתתפות במפגשים). כמו כן ניתנו דוגמאות לתחומי תוכן ולמטרות מערכתיות אפשריות לתוכניות העירוניות והוצג לוח זמנים מתוכנן. ההסכם עם לוד נחתם באפריל 2018, ורמלה הצטרפה ביוני 2018.

לאחר שנחתם הסכם בין כל אחת מן העיריות למשרד הבריאות התחילה העבודה בתוך הערים.

4.1.4 פנייה לקופות החולים

גיוס השתתפות של קופות החולים לתוכנית נעשה באמצעות פנייה בכתב מסמנכ"ל לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות למנכ"ל הקופות. במקביל נעשתה פנייה לא-פורמלית לממונים על השוויין בכל קופה (או מי שממלאים תפקיד כזה בפועל). כל הקופות נתנו את הסכמתן להשתתף בתוכנית, ומינו איש קשר לתוכנית ברמת המחוז או בהנהלת הקופה.

4.1.5 חיבור הגורמים המרכזיים בעיר לתוכנית

כדי לחבר את הגורמים המרכזיים בעיר לתוכנית נערכו כמה פגישות, שמטרתן כפולה: לגייס ולרתום אותם למהלך, ולהתחיל ללמוד את המצב ואת הצרכים בשטח. מנהלת האגף לתכנון מדיניות ממשרד הבריאות הובילה את הקשר עם גורמי הבריאות (קופות החולים ותחנות טיפת חלב), ומנהלת התוכנית מטעם השותפות הובילה את הקשר עם הגורמים העירוניים. גורמים אלו כוללים את האגף לשירותים חברתיים, אגף החינוך, השירות הפסיכולוגי-חינוכי, מנהלי תוכניות בערים, ארגוני המעונות ועמותות שונות.

במהלך החודשים אפריל-מאי 2018 נערכו ארבעה מפגשים עם נציגים מכל ארבע קופות החולים ומתחנות טיפת חלב בהשתתפות נציגות משרד הבריאות, ג'וינט-אשלים ומכון ברוקדייל. פגישות אלו כללו גורמי מקצוע משתי הערים ונערכו בערים עצמן, למעט הפגישה עם קופת חולים "מאחדת", שנערכה במטה הקופה. בפתח כל פגישה הציגו מובילות התוכנית את התוכנית ואת מטרותיה, והדגישו שמטרת המפגש היא לשמוע מן הגורמים העירוניים, ולא להכתיב הוראות. במפגשים השתתפו רופאי משפחה, מטפלים בבריאות הנפש, אחיות מן הקופות ומתחנות טיפת חלב, עובדים סוציאליים, אנשי אדמיניסטרציה ואנשי מקצועות בריאות דוגמת ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ותזונה, מרביתם עובדים במרפאות בעיר ומיעוטם ממטה הקופה או מן המחוז. במפגשים אלה נערכו שיחות ערות, והמשתתפים העלו בהם בעיות שונות המקשות על מתן שירותים לילדים בעיר.

קשיים במתן שירותים לילדים בעיר, שהוזכרו על ידי נציגי קופות החולים בפגישות שנערכו בערים, היו אלה: (1) חסמים כלכליים ותרבותיים של אוכלוסיית היעד, המובילים להיענות נמוכה לטיפול בשירותים בתחום התפתחות הילד ובריאות הנפש ולשיעורי נשירה גדולים ממנו, וכן לכך שילדים מגיעים באיחור לאבחון ולטיפול; (2) מורכבות הנוגעת לתשתיות עירוניות המקדמות אורח חיים בריא – מיעוט מסגרות מפקחות לגיל הרך, נגישות נמוכה לפעילות ספורט וכפאי וכן למזון בריא בבתייהם של הילדים ובמסגרות החינוכיות, ומספר מצומצם של גורמי מקצוע בעיר העוסקים בנושא; (3) קשיים הנוגעים לשירותי הבריאות בעיר – מחסור בשירותים בתחום התפתחות הילד ובריאות הנפש, קושי בקיום רצף בין השירותים השונים, קושי בגיוס מטפלים ומטפלות דוברי ערבית.

גורמי המקצוע פירטו ארבעה תחומים שבהם ישנם חסמים המקשים על מתן שירותי בריאות בערים ועל צריכתם: (1) מאפייני האוכלוסייה – פלח ניכר מן התושבים חי בעוני ומתמודד עם קשיים כלכליים ואחרים, בין השאר, להיענות נמוכה

לטיפול, לקושי להתמיד בטיפול, לקושי בהתארגנות ובטיפול בבירוקרטיה הכרוכה בקבלת טיפול, וכן לקושי בזיהוי בעיות, בפרט התפתחותיות ורגשיות; (2) חסמים כלכליים – חסמים אלו מקשים על ההשתתפות בפעילויות לקידום בריאות הכרוכות בתשלום, ויש קושי כלכלי ולוגיסטי להגיע לשירותים שנמצאים מחוץ לעיר; (3) תשתיות שאינן מקדמות אורח חיים בריא – הכוונה בעיקר למחסור במרחבים ציבוריים לביצוע פעילות גופנית, ולחשש לנגיפות נמוכה למזון בריא במסגרות הלימוד ובבתיים; (4) בעיות מערכתיות – בכללן קושי לגייס כוח אדם מקצועי לתוכניות שונות, בפרט מטפלים ומטפלות דוברי ערבית; מחסור גדול בשירותים בתחום התפתחות הילד ובריאות הנפש; קשרי עבודה מועטים ולא מובנים בין נותני שירותים שונים; עומס עבודה רב על גורמי המקצוע; וכגיעה ברצף הטיפול בילדים בשל קושי בהעברת מידע בין הגופים המטפלים השונים. לתיאור מפורט יותר של החסמים שעלו בדיונים וגם בראיונות פרטניים עם גורמי מקצוע בעיר ראונספח 1.

4.1.6 בחירת נושא ההתערבות ופיתוח תוכנית עירונית

שיטת העבודה שנבחרה לתוכנית זו היא עבודה סביב נושא מוגדר, שייקבע ברמה המקומית בהתאם לצרכים ולהעדפות המקומיות, תוך שאיפה לקידום שגרות העבודה בין גורמי הבריאות השונים וכן עם ספקי השירותים לגיל הרך.

כיוון שכך, השלב הראשון בהנעת התוכנית בעיר היה תהליך זיהוי צורך בריאותי ומערכתי שבו רוצים להתמקד, על ידי אנשי העיר. התהליך נוהל בכל אחת מן הערים על ידי מנהלת התוכנית מטעם השותפות והמתכללת העירונית, גורמי מטה משרד הבריאות והגורמים העירוניים. בכל עיר השתתפו מנכ"ל העירייה, מנהלי אגפים ומחלקות בעירייה, מנהלי תוכניות ושירותים בעיר, נציגים ממטה משרד הבריאות ומלשכת הבריאות הנפתית, אחיות טיפת חלב, נציגים מארבע קופות החולים, רופא בכיר מן המכון להתפתחות הילד בבית החולים שמיר (אסף הרופא), גורם רפואי מתחום התפתחות הילד או פסיכיאטריה לגיל הרך, ונציגי תושבים אחדים.

יש להדגיש כי לאורך תהליך בחירת נושא ההתערבות היה מתח בין בחירה בנושא חשוב אך מצומצם ובין הרצון להשפיע בעיר באופן

רוחבי על הנושאים המרכזיים בתוכנית – בריאות בשנות החיים הראשונות, בריאות ועוני, ובריאות ועירוניות.

כדי שהתוכנית תסתמך על נתונים, התבקש צוות המחקר של מכון ברוקדייל להכין לקראת שלב בחירת הנושא מיפוי של המצב בערים בנוגע לרקע חברתי-כלכלי, מצב בריאות, שירותי הבריאות בעיר וצרכיהם. המיפוי שהוצג בפגישות התבסס על איסוף נתונים מפרסומים שונים, מראיונות עם נותני שירותים, מחומרים שהועברו על ידי המתכללת לגיל הרך, מנתונים מתחנות טיפת חלב

קיום מפגשים לבחירת הנושא

מטרות המפגשים:

1. קבלת רשימת צרכים ברמת המערכת וברמת אוכלוסיית היעד
 2. בחירת נושא אחד להתערבות
 3. הצעת כיווני פעולה למתן מענה לצורך הנבחר
- דרכי עבודה במפגשים ומיפוי מקדים:
1. עבודה במליאה ובקבוצות קטנות
 2. מיפוי המצב החברתי-כלכלי, מצב הבריאות, מצב שירותי הבריאות בעיר ודפוסי צריכה
 3. קבוצות מיקוד
- לפירוט המפגשים בכל עיר, ראו להלן.

ומקבוצת מיקוד עם אימהות מן העיר. הנתונים נאספו על ידי צוות המחקר מן המכון, שאף ארגן אותם לכדי תמונה אינטגרטיבית והציג אותה במפגש (ראו נספחים 2 ו-3). עם זאת, חלק חשוב במיפוי היה אמור להתבסס על נתונים מקופות החולים על תחלואה ועל צריכת שירותי בריאות בקרב ילדים. אולם אף על פי שהועברה בקשה מקדימה לקופות החולים בעניין זה, וגם ניתנה הסכמת בעל-פה להעביר אותם – לא העבירו הקופות את נתוני המיפוי.

הבחירה בתחום התפתחות הילד נעשתה משום שאנשי המטה והשותפים העירוניים זיהו שבתחום זה יש מורכבות, הן ברמה הארצית, כפי שעלה בדוח מבקר המדינה (מבקר המדינה, 2017), הן ברמה העירונית, כפי שעלה בבחינת הנתונים במיפוי שהכין מכון ברוקדייל על המצב בערים הנידונות.

לאחר בחירת נושא ההתערבות ובחירת כיווני פעולה עברה העבודה בכל עיר לידי קבוצת עבודה מצומצמת יותר. תפקיד הקבוצה היה לפתח תוכנית עירונית שתיתן מענה לצורך שנבחר, תוך התחשבות בכיווני הפעולה שעלו במפגשים ובמטרת-העל של הפיילוט – חיבור בין הגופים השונים בעיר המטפלים בילדים בגיל הרך ובהוריהם. בפגישות המקדימות אפשר היה לשמוע שגורמי המקצוע בשתי הערים נמצאים במצוקה עקב מחסור בשירותים ובכוח אדם וכן בשל התמודדות עם אוכלוסייה מורכבת, והם מעוניינים מאוד לקבל עזרה ומשאבים נוספים. להלן מפורטים בקצרה גורמים מאפשרים אחדים וכן אתגרים שעלו במהלך שלב זה, בשתי הערים גם יחד. התעמקות באתגרים שעלו בפיילוט כולו תופיע בפרק 4.4, לאחר ההתמקדות בפיילוט בכל אחת מן הערים המשתתפות.

גורמים מאפשרים בתהליך בחירת נושא ההתערבות

- **כינוס כל הגורמים המרכזיים בערים המשתתפות** – מובילות התוכנית בשתי הערים הצליחו לכנס לשיבה משותפת קבוצה גדולה שכללה את כל הגורמים המרכזיים בערים המשתתפות – מתחומי הבריאות, הרווחה, החינוך, וכן גורמי חינוך-טיפול ומנהלי תוכניות לילדים בעיר.
- **חיבור בין השותפים העירוניים למטה** – השתתפו בתהליך אנשי יחידת מטה של משרד הבריאות (התפתחות הילד) ויחידת מטה של משרד החינוך (אגף לחינוך קדם-יסודי). חבר לתהליך גם מנהל המערך לנירולוגיה והתפתחות הילד במרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא).
- **הירתמות לתהליך** – המשתתפים הגיעו לתהליך עם הרבה רצון טוב ועניין. במפגשים הייתה תחושה של שותפות והתלהבות מן האפשרות לבנות יחד תוכנית על סמך הצרכים שבשטח.
- **חיבור לנושא הנבחר** – ניכר חיבור רב של המשתתפים לנושאים שנבחרו.

אתגרים שעלו בתהליך בחירת נושא ההתערבות

- **התמודדות עם תהליך הנוגע לשינוי שגרות עבודה, תהליך שמעצם מהותו ממושך** – בשתי הערים, אך במיוחד בלוד, היה התהליך הנוגע לשינוי שגרות העבודה ברמת המטה וברמה היישובית ממושך (ישיבות ארוכות שנפרסו על פני תקופה ארוכה), ובמהלכו נשרו חלק מן המשתתפים (בפרט גורמי מקצוע שלא היו רלוונטיים לנושא שנבחר).

- **השתתפות נציגי קופות החולים בתהליך** – אנשי "שירותי בריאות כללית", המבטחת העיקרית בשתי הערים, לא הגיעו למפגש השני והשלישי בלוד.
 - **שיתוף קופות החולים בנתוני המבוטחים והשימוש בשירותים** – למרות הבטחה בעל-פה לעשות כך, קופות החולים לא העבירו נתונים על תחלואה ועל שימוש בשירותים בשתי הערים.
 - **השתתפות מטפלים ומטפלות דוברי ערבית ומעורבות הציבור** – בכל התהליך הייתה השתתפות מועטה מאוד של מטפלים ומטפלות דוברי ערבית, על אף חשיבותה של מעורבות גורמי המקצוע מתחומי הבריאות ומתחומים אחרים. גם מעורבותם של התושבים בשתי הערים הייתה דלה.
- בנובמבר 2019 נערך מפגש השקה חגיגי של התוכנית בהשתתפות בעלי העניין המרכזיים. הוצגו בו התהליכים שנערכו בשתי הערים, נישאו הרצאות על ידי כמה גורמי מקצוע, והוצגה תוכנית ההערכה. המפגש נערך כאשר שתי הערים היו בעיצומם של תהליכים ליישום התוכנית, אך היווה הצהרה חגיגית על תחילת העבודה ויידוע כל הגורמים בסטטוס העדכני.
- להלן נתמקד בפיילוט בכל אחת מן הערים המשתתפות. התמקדות זו תכלול התייחסות לתהליך בחירת נושא ההתערבות, לפיתוח מודל העבודה הנבחר וליישום התוכנית, תחילה בעיר לוד ובהמשך בעיר רמלה. לאחר מכן ירוכזו האתגרים שעלו עד כה בפיילוט ודרכי פעולה אפשריות בשתי הערים גם יחד.

4.2 הפיילוט בעיר לוד

4.2.1 תהליך בחירת נושא ההתערבות

בלוד נערכו שלושה מפגשים שנמשכו שלוש עד ארבע שעות, והתפרסו על פני שלושה חודשים, ממאי עד יולי 2018.

המפגש הראשון נמשך כשלוש שעות, והשתתפו בו כ-50 איש. מטרת המפגש הייתה לקבל מן המשתתפים רשימה רחבה של צרכים ברמת המערכת וברמת אוכלוסיית היעד, מהם ייבחרו בהמשך הצרכים שבהם תתמקד התוכנית. למשתתפים הוצגה מסגרת מארגנת לחשיבה על זיהוי הצרכים הספציפיים, שכללה שלושה נושאים ברמת האוכלוסייה (אורח חיים בריא ומניעה; התפתחות מיטבית; תחלואה), ושלושה נושאים ברמת המערכת (נגישות וזמינות שירותי הבריאות; איתור וטיפול מוקדם; רישות). העבודה נעשתה במליאה ובקבוצות קטנות. עלו מגוון צרכים סביב **שלושה תחומים: התפתחות הילד, עודף משקל בקרב ילדים, ודיכאון לאחר לידה**. האווירה במפגש הייתה טובה ואפילו נלהבת, הייתה השתתפות ערה בדיונים, וניתן היה לחוש שאנשים הגיעו למפגש ברצון ומתוך התגייסות לתהליך.

המפגש השני נמשך כארבע שעות, וגם בו השתתפו כ-50 איש. למפגש זה לא הגיעה נציגות של "שירותי בריאות כללית", קופת החולים הגדולה בעיר. מטרת המפגש הייתה בחירת נושא אחד להתערבות. המשתתפים התבקשו לבחון את הצרכים שעלו בפגישה הקודמת ולבחור אחד מהם.

הקריטריונים לבחירת הנושא:

1. אפשר לצפות שהתערבות בנושא תראה שיפור במסגרת הזמן של התוכנית.
2. להתערבות בצורך הנבחר יהיו תוצאות מדידות.
3. המדדים הדרושים להערכת התוצאות נאספים בשגרה.
4. הצורך יצליח לאגד סביבו שותפים רבים (למשל, תחנות טיפת חלב, קופות חולים, מסגרות חינוך).

נושא ההתערבות שנבחר בעיר לוד היה **פיתוח רצף של איתור, אבחון וטיפול עבור ילדים בגיל הרך עם עיכובים התפתחותיים**.

המפגש השלישי נמשך כשלוש שעות, והשתתפו בו כ-30 איש. למפגש הוזמנו סגנית מנהלת המחלקה להתפתחות הילד במשרד הבריאות ורכזת 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון (להלן: התוכנית הלאומית) – במחלקה זו, כדי לסקור את פעילות המחלקה ואת השירותים בתחום זה באזור לוד, וכן מענים עתידיים אפשריים; עוד הוזמנה נציגת מינהלת האגף לחינוך קדם-יסודי במשרד החינוך, שסיפרה על הפעילות בגנים, על כלי תצפית של הגננות ועל מערך התמיכה לגנים. לקראת המפגש ערך צוות המחקר ממכון ברוקדייל שיחות עם אנשי מקצוע ועם הורים, והציג את ה"מסע המשפחתי" משלב איתור הבעיה, דרך האבחון ועד לטיפול, ואת החסמים שמקשים על משפחות לעבור את הדרך עד סופה, כפי שעלה מן השיחות (ר'נספח 4). בהמשך המפגש התבקשו המשתתפים להציע כיווני פעולה למתן מענה לצורך הנבחר. כיווני הפעולה העיקריים שעלו התמקדו בשילוב שירותי איתור, אבחון והדרכת הורים ואנשי צוות במסגרות אוניברסליות (תחנות טיפת חלב, מעונות וגנים) ובעבודה של מתאמי טיפול. הצורך הנבחר וכיווני הפעולה שהוצעו שימשו בהמשך בסיס לפיתוח התוכנית בעיר.

4.2.2 פיתוח מודל העבודה שנבחר

פיתוח מודל העבודה נעשה בשותפות רחבה של גורמים מן העיר (אגפי החינוך והרווחה, גורמי המקצוע של קופות החולים העובדים בעיר, השירות הפסיכולוגי-חינוכי, תחנות טיפת חלב, גנים, התוכנית הלאומית), ומחוץ לעיר (המערך לנוירולוגיה והתפתחות הילד במרכז הרפואי שמיר [אסף הרופא], נציגי מטה של קופות חולים והמחלקה להתפתחות הילד במשרד הבריאות). הפגישות הראשונות היו בכפרים רחב, ולאחר מכן נערכו פגישות מצומצמות עם גורמים שונים בהתאם לנושא הנדון. את התהליך הובילו המתכללת העירונית, מנהלת התוכנית מטעם השותפות ומובילת התוכנית במשרד הבריאות.

המודל שפותח כולל שלושה רכיבים מרכזיים:

- **הנגשת שירותים בתחום התפתחות הילד באמצעות צוות רב-מקצועי נייד במסגרות אוניברסליות בקהילה** (תחנות טיפת חלב, מעונות וגנים). הוצע ששירות זה יינתן על ידי שילוב צוות רב-מקצועי של אנשי מקצועות הבריאות (קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, פסיכולוגיה התפתחותית ו/או עבודה סוציאלית) במסגרות הקהילתיות. אנשי הצוות יעסקו באיתור ואבחון, בהדרכת הורים ואנשי צוות, בטיפול במקרים קלים (שדורשים טיפול קצר בתחום ממוקד), ובהפניית מקרים מורכבים למכונים להתפתחות הילד. מדובר בהקמת מודל חדש ושונה מן המודל של היחידה ההתפתחותית, המקובל כיום. המחשבה היא שמודל חדש זה, של צוות רב-מקצועי נייד, יאפשר להגיע אל אוכלוסיות שלא היו פונות מיוזמתן לקבלת טיפול במסגרות מתמחות הרחוקות ממקום מגוריהן, וגם לא בהכרח היו נענות להפניות למסגרות אלו.

■ **יצירת תפקיד של מתאמי טיפול לנושא התפתחות הילד בקופות החולים** (מתאם בכל קופה) ובתחנות טיפת חלב. המתאמים יתאמו ויקשרו בין גורמי הטיפול השונים, ויסייעו למשפחות להתגבר על חסמים בירוקרטיים, כלכליים ואחרים, המונעים או מעכבים הגעה לטיפול. אחיות מתאמות טיפול בתחנות טיפת חלב יהיו אחראיות לקשר עם המשפחה המטופלת ויערכו תיאומים עם קופות החולים.

■ **מתן הכשרות לגורמי מקצוע בעיר בנושאים הקשורים להתפתחות הילד** כדי ליצור בסיס ידע ושפה משותפים, שיתמוכו בעבודה משותפת ובחיבורים בין הגורמים השונים המעורבים.

המכון להתפתחות הילד ומשפחתו במרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) הסכים לתת הגנה רפואית מקצועית לעבודת הצוות הרב-מקצועי,¹ שתכלול הדרכה של אנשי הצוות במקרים מורכבים והשתתפות הצוות בלמידת עמיתים במכון. המתכללת העירונית תהיה אחראית לתאם ולקשר בין כל הגורמים המעורבים – אנשי עירייה, מעונות, גנים, תחנות טיפת חלב ותוכניות עירוניות רלוונטיות, וכן לתאם את מערך ההדרכות.

השותפות תתגמל את קופות החולים על עבודת המתאמים בהן. תוכנן שעבודת הצוות הרב-מקצועי הנייד תמומן בעזרת טופסי 17² שייתנו הקופות, שגם יכירו באבחונים של הצוות ולא ידרשו אבחון של גורמי מקצוע מטעמן.

אמצעים להפעלת מודל התוכנית בלוד:

- הגנה רפואית מקצועית
- מתכללת עירונית
- תגמול קופות החולים
- מימון באמצעות טופסי 17
- הכרה באבחוני הצוות הנייד

4.2.3 יישום התוכנית

הפיכת המודל המתוכנן בלוד לתוכנית שתפעל בשטח הוא תהליך ארוך ומורכב, ובעת כתיבת דוח זה טרם הסתיים. נכון לפברואר 2022 התוכנית עדיין לא פועלת בעיר, והיישום נתקל בקשיים שונים הקשורים לכך שמדובר בהקמת גוף חדש, שיש לוודא את קיומו גם לאחר סיום הפיילוט. יישום התוכנית בעיר מצריך עמידה בנהלים של המחלקה להתפתחות הילד במשרד הבריאות, ומציאת בסיס כלכלי איתן שיחזיק את הגוף החדש. לשם כך יש למצוא גוף שיפעיל וינהל את היחידה.

במהלך 2019 עלו לדיון אפשרויות שונות להפעלת היחידה. אחת האפשרויות הייתה השירות הפסיכולוגי-חינוכי, שעובד תחת מחלקת החינוך בעירייה. כאשר כיוון פעולה זה נפסל משיקולים כלכליים שונים, ובד בבד הרחיבה התוכנית הלאומית את סל התוכניות לעיריית לוד, הוחלט על יצירת שותפות עימה. במסגרת התוכנית בלוד תוכננה פתיחת יחידה התפתחותית בשותפות עם התוכנית הלאומית, שייחודה, לעומת תוכניות אחרות, בכך שגורמי המקצוע יעבדו הן במבנה היחידה ההתפתחותית והן במסגרות העירוניות השונות. כיוון פעולה זה קיבל את הסכמת השותפים: עיריית לוד, התוכנית הלאומית, משרד הבריאות וג'וינט-אשלים.

שנתיים לאחר היוזמה להקמת התוכנית עלתה הצעה לשתף פעולה עם [עמותת "פ.ש.ר."](#), שהפעילה בעיר יחידה להתפתחות

¹ הגנה רפואית מקצועית – מתן מענה על ידי רופא בתדירות קבועה, ראו הבהרה בנושא ב[אתר משרד הבריאות](#).

² טופס התחייבות מן הגורם הרפואי עבור שירות רפואי שהמבוטח זכאי לו מתוקף התקנות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

אתגר ההקמה של גוף חדש

”האתגר הוא להקים יחידה מהתחלה, כשכל הזמן החשיבה היא על משהו שהוא בר-קיימא. לא להכין משהו שייפול רגע אחרי שתסיים התוכנית... יש המון אתגרים – באחריות מי היחידה, מי השותף הכלכלי. תקציבית יש תהליך הקמה ותהליך שוטף. צריך תוכנית להכנסות, שזה אמור להיפתר באמצעות טופס 17. ויש גם את השאלה של באחריות מי היחידה. זה של הרשות? תחת מי זה יהיה? צריך גוף כלכלי שיפעיל את זה. צריך מבנה שמתאים להנחיות משרד הבריאות, צריך מנהל יחידה. צריך תקנים, ציוד, מערכת מחשוב וכולי.” (מרואיין)

העבודה עם טופסי 17

”אנחנו מודאגים שלא יהיה אבחון יתר, והפניות יתר. בגלל זה גם עלתה השאלה מה עם טופסי 17. הקופה לא רוצה לבזבז כספים מיותרים, רוצה מאבחן משלה.... לרופא הילדים יש אחריות על הילדים הרשומים אצלו והוא חייב להיות מעורב.” (מרואיין)

הילד. יחידה זו, אשר פעלה בלוד כמה שנים, הוכרה בעבר על ידי משרד הבריאות, אך בהמשך הוסרה ההכרה. כאשר הוחזרה ההכרה ביחידה, נסללה הדרך לשיתוף פעולה. היחידה חתמה על הסכמים עם כל קופות החולים, וכל הקופות הפנו אליה ילדים לקבלת טיפול. הנהלת העמותה פנתה לעירייה והציעה לשתף פעולה עם היחידה ההתפתחותית הניידת המוקמת בעיר.

לצד זה, ההתקדמות עם קופות החולים בנוגע להכנסת המִתאמים לעבודה הייתה מורכבת ואיטית. לאורך הדרך התגלעו חילוקי דעות עם שתיים מן הקופות בנוגע למספר המשפחות שיזכו למענה על סמך היקף השעות שמימן משרד הבריאות;³ רק קופה אחת ("מכבי שירותי בריאות") קיבלה את המודל כפי שהוא, והייתה מוכנה להמשיך ביישום התוכנית.

עבודת הצוות הנייד אמורה להיות ממומנת באמצעות טופסי 17 שיינתנו הקופות למבוטחיהן. אחד האתגרים הוא התנגדות הקופות לרעיון שהפניית הילדים לטיפול תיעשה בתיאום של אחות טיפת חלב והמתאם מן הקופה ללא מעורבות של רופא ילדים, בטענה שהרופא אחראי לילדים שבטיפולו ואין להדירו מן התהליך, וכן מתוך חשש שהדבר יוביל להפניות יתר לטיפול.

סוגיה נוספת שעלתה בקשר עם קופות החולים קשורה להערכת התוכנית: כל הקופות הסכימו, כחלק מהשתתפותן בתוכנית, לספק נתונים שיידרשו להערכה. לקראת סוף 2018 נשלחה לקופות רשימה מפורטת של נתונים שהן מתבקשות להעביר למכון ברוקדייל לצורכי ההערכה, אך רק קופה אחת ("מכבי שירותי בריאות") העבירה את הנתונים.⁴ התקדמות חשובה הושגה עם משרד החינוך, כאשר במסגרת התוכנית התקבלה הסכמה לאפשר לאנשי מקצועות הבריאות להיות נוכחים

בזמן הפעילות בגנים, זאת באופן מיוחד במסגרת הפיילוט, הן בלוד הן ברמלה, ובדומה לתוכנית "מעגן" הפועלת בגנים. הוסכם כי עם סיום הפיילוט יש לבחון את תוצאותיו ואת האפשרות להטמיע זאת גם ברמה ארצית.

³ המודל כולל עבודת מתאמים בקופות החולים, והתכנון היה שהיא תמומן על ידי משרד הבריאות לפי המפתח שלהלן: 15 שעות שבועיות בלוד ו-10 ברמלה ל"שירותי בריאות כללית" ו"מכבי שירותי בריאות", ו-10 שעות שבועיות בלוד ו-5 ברמלה לקופות החולים "מאוחדת" ו"לאומית". מובילת התוכנית במשרד הבריאות הייתה אחראית למגעים עם קופת חולים "כללית" בנוגע להגדלת מכסת השעות.

⁴ "שירותי בריאות כללית" העבירה נתונים אגרגטיביים שאינם עונים על צורכי ההערכה.

4.3 הפיילוט בעיר רמלה

4.3.1 תהליך בחירת נושא ההתערבות

התהליך לבחירת הצורך הנבחר ברמלה החל לאחר תום התהליך בלוד. בעקבות הניסיון שצברו בלוד מובילות התוכנית במשרד הבריאות ובג'וינט-אשלים, התקצר משך תהליך בחירת הנושא ברמלה. כיוון שכך התקיים התהליך ברמלה בשני מפגשים שנערכו בנובמבר ובדצמבר 2018, שנמשכו כשלוש וחצי שעות כל אחד.

במפגש הראשון השתתפו כ-50 איש. כמו בלוד, הוצגו במפגש זה מטרות התוכנית, זירות ההתערבות ומבנה העבודה, והובאו נתונים מתוך מיפוי המצב בעיר בנוגע לרקע החברתי-כלכלי, מצב הבריאות, שירותי הבריאות בעיר וצריכתם (ר' נספח 3). לאחר מכן נעשתה עבודה בקבוצות לבחירת נושאים להתערבות. הנושאים הבולטים שעלו היו סביב בעיות התפתחות, והדיון נסב בעיקר סביב **שני היבטים: התפתחות רגשית-חברתית והתפתחות קוגניטיבית ושפתית**. נוסף על כך עלו גם כמה נושאים אחרים, אם כי במידה פחותה בהרבה, בהם תזונה ותאונות בית.

חשוב לציין שאת נושא תאונות הבית העלתה המטפלת דוברת ערבית היחידה שהייתה נוכחת בישיבה זו. היא הצביעה על כך שהיפגעות בתאונות בית היא בעיה בולטת באוכלוסייה הערבית. כיוון שלא היה כמעט ייצוג לאוכלוסייה הערבית במפגש, עלה חשש שהצרכים הייחודיים של אוכלוסייה זו לא יזכו להתייחסות, שכן בחירת נושא להתמקדות נעשתה לפי הצבעת הרוב. כשלב ראשון להתמודדות עם הבעיה התבקש צוות המחקר ממכון ברוקדייל לקיים לקראת המפגש השני קבוצת מיקוד עם מטפלים דוברי ערבית, כדי ללמוד מה הם רואים כבעיות המרכזיות באוכלוסייה זו, ולהציג את הממצאים במפגש השני.

במפגש השני השתתפו כ-50 איש. במפגש הוצגו תוצרי המפגש הראשון – נושאים להתערבות וכיווני פעולה אפשריים ראשוניים, וכן ממצאים מן הדיון שהתנהל בקבוצת המיקוד עם מטפלים דוברי ערבית. גם בקבוצת המיקוד נבחר לטיפול נושא איתורם המוקדם של ילדים עם בעיות התפתחות, יחד עם פיתוח מיומנויות הוריות. המפגש עסק גם בהצעות לכיווני פעולה ובפיתוח תוכנית עבודה ראשונית. גם כאן, כיוון פעולה מרכזי שקיבל דגש הוא מתן שירותי אבחון, טיפול והדרכות בשירותים האוניברסליים. דובר גם על הרחבת השירותים במג"ר, ועל מערך ייעוצי-טיפול לילדים בגיל הינקות (לידה עד גיל 3).

נושא ההתערבות שנבחר בעיר רמלה היה **מתן מענה להתפתחות רגשית-חברתית עבור ילדים בגיל הרך עם בעיות התנהגות הבאות לידי ביטוי במסגרת החינוכית-טיפולית שבה הם שוהים**.

הצורך הנבחר ודרכי הפעולה שהוצעו שימשו בהמשך בסיס לפיתוח התוכנית בעיר.

4.3.2 פיתוח מודל העבודה שנבחר

השותפים העיקריים לפיתוח מודל העבודה ברמלה היו המג"ר, אגף החינוך בעיר (בעיקר מדור גני ילדים והשירות הפסיכולוגי-חינוכי), תחנות טיפת חלב, מפקחות מעונות היום, אגף הרווחה וקופות החולים. את התהליך הובילו המתכללת העירונית, אשר מרכזת את התוכנית מטעם היישוב, מנהלת המג"ר, מנהלת התוכנית מטעם השותפות, ומובילת התוכנית במשרד הבריאות. המתכללת העירונית היא פסיכולוגית במג"ר, וחלקו של גוף זה בתוכנית ברמלה הוא מרכזי.

המודל שפותח ברמלה כלל אף הוא שלושה רכיבים מרכזיים:

- **פתיחת שירות ייעוצי-טיפול לבעיות רגשיות במג"ר**, שייקרא מרכז "שבילים". כחלק מעבודתו ינגיש המרכז שירותים הן במרכז הן במסגרות אוניברסליות (תחנות טיפת חלב, מעונות וגנים). השירות יינתן על ידי פסיכולוגית ו/או עובדת סוציאלית קלינית, שידריכו את גורמי המקצוע במסגרות השונות, יבצעו הערכה לילדים שאותרו במסגרות וייתנו טיפולים קצרי מועד וטיפולים ארוכי טווח במרכז "שבילים". השירות יתחיל לפעול בשתי תחנות טיפת חלב בעיר (הסבר על אופן הבחירה בהן יוצג להלן).
- יצירת משרות של **מתאמים בקופות החולים**, שיעזרו להתגבר על חסמים המונעים הגעה לטיפול ויתאמו בין גורמים שונים המטפלים בילדים. יהיו גם **אחיות מתאמות טיפול בתחנות טיפת חלב**, שיהיו אחראיות לאיתור הראשוני ולקשר עם המשפחה המטופלת, ויערכו תיאומים עם קופות החולים. רכיב זה בתוכנית זהה למתואר בתוכנית בלוד.
- **מתן הכשרות והדרכות לגורמי מקצוע בעיר בנושא בריאות הנפש של ילדים** כדי ליצור בסיס ידע ושפה משותפים, שיתמכו בעבודה משותפת ובחיבורים בין הגורמים השונים.

הטיפולים הפסיכולוגיים ימומנו באמצעות טופסי 17 שיינתנו קופות החולים למבוטחיהן (במסגרת סל שירותי בריאות הנפש הניתנים לילדים בגיל הרך).

היחידה לפסיכיאטריה לגיל הרך בבית החולים האוניברסיטאי סורוקה תיתן רפואית מקצועית, שכוללת הדרכה, ייעוץ ודיון עם הצוות במקרים מורכבים. המתכללת העירונית תרכז את החלק העירוני ותהיה אחראית לתאם ולקשר בין כל הגורמים המעורבים – אגפי העירייה, מעונות, גנים, תחנות טיפות חלב ותוכניות עירוניות רלוונטיות, ולתאם את מערך ההדרכות.

עקרונות מודל התוכנית ברמלה:

- הגגה רפואית מקצועית
- מתכללת עירונית
- מימון באמצעות טופסי 17
- מערך הדרכות

תהליך בניית המודל ברמלה היה קצר וממוקד יותר מאשר בלוד, בשל כמה סיבות:

1. חלק מן המודל מבוסס על רכיב שפותח במודל בלוד (מתאמי טיפול).
2. התוכנית כוונה מראש להתנהל בגוף קיים (המג"ר).
3. התוכנית עוסקת בתחום מוגדר ומובחן יותר (מענה רגשי), לעומת תחום רחב כמו עיכובים התפתחותיים.

4.3.3 יישום התוכנית

בעת כתיבת הדוח יושמה התוכנית ברמלה בחלקה. במג"ר נפתח מרכז ייעוצי-טיפול "שבילים", ובמסגרתו טיפלה פסיכולוגית בילדים שהופנו מתחנות טיפות חלב ומן הגנים, או בילדים שהגיעו ביוזמת ההורים. פעמיים בשבוע נכחה המטפלת בשתי תחנות טיפת חלב, והגיעה לגנים בעקבות פניות שמועברות למרכז דרך היועצות של הגנים. פותח מנגנון סינון שנועד להבטיח שכל פנייה תקבל את המענה המתאים: הגנות העבירו פניות ליועצות של גני הילדים,

ההפעלה השוטפת של התוכנית ברמלה:

- פתיחת מרכז ייעוצי-טיפול באמצעות גוף קיים ומבוסס
- הפניית ילדים על ידי אחיות טיפות חלב, גנות או הורים
- מתן שירות פסיכולוגי פעמיים בשבוע בשתי תחנות טיפת חלב מרכזיות ונגישות
- פיתוח מנגנון סינון לפניות

והיועצות החליטו מי עונה לכל קריאה (פסיכולוגית מן השירות הפסיכולוגי חינוכי או מהמרכז הייעוצי-טיפול "שבילים"). שתי תחנות טיפת חלב שאליהן הגיעה הפסיכולוגית נבחרו כך שייצגו אוכלוסייה מגוונת (לא רק את האוכלוסייה החלשה ביותר), והן נמצאו במקומות מרכזיים ונגישים. אחיות בשתי תחנות טיפת חלב האחרות בעיר יכלו גם הן להפנות ילדים לטיפול שיתבצע בתחנות שבתוכנית או במרכז הייעוצי-טיפול "שבילים". בתוך הגנים ערכה הפסיכולוגית תצפיות, הדריכה אנשי צוות והורים, ובמקרה הצורך המשיכה את הטיפול בתוך המרכז.

נראה כי העובדה שחלק זה של התוכנית יושם באמצעות גוף קיים ומבוסס אפשרה את יישומה המהיר של התוכנית. יש לציין גם שעבודת הפסיכולוגית בתחנות טיפת חלב אינה דבר חדש לחלוטין, אלא למעשה המשך והרחבה של תוכנית שהייתה קיימת בהיקף מצומצם ביותר (שעה בשבוע), וזאת במימון תוכנית "שיקום שכונות".

כמו בלוד, חלקן של קופות החולים בתוכנית – העסקת המתאמים ועבודה עם טופסי 17 – עדיין לא התבצע בעת כתיבת הדוח. את העבודה עם הקופות המשיכו לנהל מנהלת התוכנית ומובילת התוכנית במשרד הבריאות.

ביישום התוכנית ברמלה עלו כמה אתגרים, בהם:

- 1. חלוקת המשאב המצומצם של הפסיכולוגיות של מרכז "שבילים" בין המסגרות השונות** – נכון למועד כתיבת הדוח עבדו בתוכנית כמה פסיכולוגיות בהיקף העסקה מצטבר של משרה מלאה אחת (40 שעות שבועיות), וזמן נחלק בין מסגרות הטיפול השונות. האחיות בתחנות טיפת חלב, שהיו שותפות מרכזיות בתוכנית, חשו שהזמן שהוקצב להן (שש שעות בשבוע) אינו מספיק.
- 2. ארגון עבודת הפסיכולוגית** – תופעה של אי-הגעה של הורים וילדים לתורים שנקבעים להם גרמה לכך שחלק מן הזמן של הפסיכולוגית בתחנות טיפת חלב לא נוצל, והיא ישבה בחוסר מעש. הסיבה שיוחסה לכך באחד הראיונות בטיפת חלב היא מחסור בתמיכה אדמיניסטרטיבית, שלא אפשר להתקשר למוזמנים ולהזכיר להם את התור.
- 3. קושי בהעברת מידע בין ארגונים** – לסוגיה זו היו השפעות על היכולת לעבוד תוך שיתוף פעולה בין-ארגוני יעיל. סוגיה זו אינה תולדה של התוכנית ואינה נוגעת לה בלבד, היא חסם שהוזכר כבר בראיונות המקדימים בעיר. בהקשר של התוכנית ברמלה, סוגיה זו באה לידי ביטוי בכך שאחיות תחנות טיפת חלב לא יכלו להעביר מידע מלא לפסיכולוגית, אלא אם כן חתמו ההורים על טופס ויתור סודיות, שאינו קיים רשמית ולא אושר על ידי השותפים. יתרה מכך, חתימה על טופס ויתור סודיות מצריכה הסבר להורים וקבלת הסכמתם, רכיב הדורש השקעת זמן ומסרבל את העבודה, ולא תמיד מובטח שאכן תתקבל הסכמה. נראה כי הקושי בהעברת המידע בין הארגונים עשוי לקבל מענה מסוים כאשר תיכנס לפעולה תוכנית המחשוב הייעודית לליווי התוכנית. אם כי גם אז, יהיה צורך במתן הסבר להורים ובחתימתם על ויתור סודיות.
- 4. הסדרת ההתקשרות עם קופות החולים** – העבודה עם קופות החולים עדיין לא סודרה בכל הנוגע לטופסי 17 ולמתאמים בקופות.

4.4 אתגרים שעלו בשלבי גיבוש התוכנית בפיילוט, ודרכי פעולה אפשריות

4.4.1 האתגר: עבודה עם קופות החולים



כל הקופות תמכו בתוכנית, ובמידה זו או אחרת כל אחת נטלה חלק בתכנון הפיילוט ו/או ביישומו. ובכל זאת, במהלך הפיילוט, העבודה עם קופות החולים התגלתה כאחד האתגרים הגדולים של התוכנית. הקושי בא לידי ביטוי בשלבים שונים: למרות הסכמה בעל-פה לעשות כך, לא העבירו הקופות נתונים למיפוי, שהיו אמורים להוות בסיס להבנת מצב הבריאות של הילדים בעיר ולאיתור הבעיות המהותיות ביותר; רק קופה אחת ("מכבי שירותי בריאות") העבירה את הנתונים הנדרשים להערכה של התוכנית; גם יצירת המנגנונים הנדרשים לתוכניות בשתי הערים – הסדרת עבודה באמצעות טופסי 17 והכנסת מתאמים לעבודה – לא התממשה במהלך הפיילוט. בתוכניות מסוג זה יש צורך בשותפות של משרד הבריאות ושל קופות החולים, וחשוב ששני הגופים ייכנסו לתוכנית מתוך הסכמה ורצון לשיתוף פעולה.

חשוב להבחין בין הרמה העירונית לרמת המטה של קופות החולים. גורמי המקצוע בקופות החולים העובדים בעיר מכירים את העיר ואת בעיותיה, נתקלים בקשיים באופן יום-יומי וצמאים לעזרה ולתוספת משאבים, ולכן היו מעוניינים בתוכנית ופעילים בשלביה השונים. מטה הקופות מטבעו מרוחק יותר, לא תמיד חווה את דחיפות הבעיות שבשטח, וצריך לתעדף בין תוכנית זו ובין תוכניות רבות במצב של מגבלת תקציב מאתגרת. בהיותם הגורם העיקרי המספק שירותי בריאות, החיבור של השותפים העירוניים לתוכנית מכריע למימושה ולהצלחתה. לצד זאת, אנשי המטה בקופות שותפים לקביעת אסטרטגיית הקופה בכללותה, והחיבור שלהם לתוכנית הוא גורם מפתח לאפשרות הרחבתה בהמשך למקומות נוספים. חשוב, אם כן, לרתום לתוכנית הן את השותפים העירוניים והן את אנשי המטה.

באחד הראיונות עם גורם הנמצא בקשר עם הקופות צוינו שלושה גורמים המניעים אותן להשתתף בתוכנית: (1) רצון לתת שירות איכותי ונגיש לאוכלוסייה מוחלשת; (2) הבטחה לתוספת משאבים; ו-(3) התחרות בין הקופות (ברוב המקרים קופה אחת לא תרצה להישאר מחוץ לתוכנית אם שאר הקופות מצטרפות (מניע זה חשוב בעיקר ברמת המטה)).

בתוכנית זו הקופות כנראה תמכו ברמה העירונית מתוך ראייה של מתן שירות איכותי, זמין ונגיש לאוכלוסיות מוחלשות. אבל המשאבים שהובטחו להן היו לדעתן מצומצמים מדי, ולטענת הקופות לא היו מספיקים כדי לכסות את ההוצאות שלהן עבור כוח אדם תפעולי ייעודי והוצאות בגין תכנון הכנת דוחות. בין היתר יצוין כי הנתונים שהנהלת התוכנית ביקשה לא תמיד נגישים לקופות, ושליפתם הצריכה פיתוח מחשובי. בכך השיקול הכלכלי היה מחסום משמעותי בפני התגייסות מלאה של הקופות לתוכנית. מבחינת לפחות חלק מן הקופות גם היה צורך ביותר הגדרה וביורור בנוגע לדרכי הפעולה בין עובדי היישובים ובין עובדי קופות החולים.

בנושא הנתונים שנדרשו למיפוי ולהערכה, נראה כי הושקע זמן רב בשיחות עם בעלי תפקידים מקופות החולים העובדים ברמה העירונית, שבעצם לא הייתה להם היכולת או הסמכות להעביר את החומרים שצוות המחקר נזקק להם. עם זאת, כשהשיחות נערכו עם בעלי תפקיד מן המטה בקופות, התברר לעיתים שאנשי מטה שתחומי התוכנית תחת סמכותם, לא תמיד היו מודעים לה.

דרכי פעולה אפשריות



בשנת 2020 נכנס לתוקפו מבחן תמיכה בנושא משפחות בעוני (ר' נספח 5). אחד הקריטריונים במבחן זה מתייחס לאינטגרציה עירונית, שגרות עבודה ומתאמי טיפול. מדובר בתקציב משמעותי, ותקוותם של אנשי משרד הבריאות שהתקציב יהווה תמריץ נוסף לכל הקופות להשתתף בתוכניות.

כאמור, **חשוב לרתום לתוכנית הן את השותפים העירוניים והן את אנשי המטה**. אחד האתגרים הוא לזהות מי הם בעלי התפקידים במטה שרלוונטיים לתוכנית, ולדאוג לכך שיהיו מודעים לה. רצוי למצוא דרך לעדכן אנשי מטה אלו על התקדמות התוכנית, בכתב או פנים אל פנים.

כמו כן חשוב לבחון – יחד עם קופות החולים – עד כמה השתתפות מלאה בתוכנית תגדיל את ההוצאות של הקופות, **וחשוב להגיע להסכמות על הדרך שבה הוצאות אלו ימומנו**.

בתוכנית זו, אחת המנהלות שעובדת עם מטות קופות החולים הייתה בעלת תפקיד בכיר למדי במשרד הבריאות, ויכלה גם לגייס לעזרתה גורמים בכירים במשרד. נכון למועד כתיבת הדוח הזה, לא היה ברור מי ייקח על עצמו את התפקיד הזה כאשר תורחב התוכנית ליישובים נוספים. צריך להביא בחשבון שבהיעדר תמיכה של מטה המשרד תהיה העבודה עם גורמי המקצוע של הקופות העובדים ברמה העירונית בלבד אלא אם כן ימצא גורם שמקשר למטה הקופה, והדבר יכול להגביל את היכולת לפתח את התוכנית ביישובים נוספים.

המשכיות התוכנית

”אם השינוי יהיה מינורי זו שאלה האם זה מצדיק את תוספת התקציב. אם יהיה שינוי הקופה תהיה חייבת להמשיך ואולי אפילו להרחיב. [הקופה] הסכימה ללכת עם זה למרות שהיא מפסידה כספים. הקופה מוציאה כסף, יותר טופסי 17, תוספת שעות לכוח אדם. הקופה החליטה שהיא רוצה להיטיב עם האוכלוסייה.” (מרואיין)

4.4.2 האתגר: ביסוס תוכנית בת-קיימה



פיתוח המודל צריך להביא בחשבון היתכנות כלכלית גם כאשר שלב הפיילוט של התוכנית יבוא לסיומו. במקרה זה יש תקווה שהעיריות תמשכנה לממן במידה זו או אחרת נושאי תפקידים שונים בתוכניות היישוביות. השותפות בלוד עם התוכנית הלאומית יכולה להבטיח המשכיות של משאבים מן התוכנית (כל זמן שהעירייה תחליט שהיא מעוניינת ביחידה), ונעשתה עבודה, בשתי הערים, במטרה להסדיר מימון של קופות החולים לטיפולים באמצעות טופסי 17. חלק מן המרואיינים הביעו דאגה בנוגע להמשך התוכנית לאחר סיום הפיילוט, אך אצל רובם הייתה תחושה שאם היישום יצליח ויהיה ביקוש לשירותים – הדבר יבטיח את המשכיות התוכניות.

דרכי פעולה אפשריות



חשוב יהיה **להמשיך ולעקוב אחר המשך יישום התוכניות לאחר ששלב זה של התוכנית יבוא לסיומו**, ולראות אם הן ממשיכות להתקיים, ובאיזו דרך. יש להדגיש בפני מנכ"לי העיריות למן ההתחלה את החשיבות המכרעת של לקיחת האחריות של הערים לתוכניות, ולהמשיך לקיים עימם דיונים אחת לתקופה שתקבע.

בהקשר לכך, חשוב להתייחס בהמשך גם להפצה הארצית של התוכנית, ולהמשיך ולבחון כיצד ניתן **לגזור מן הפיילוט פרקטיקות שאפשר יהיה להשתמש בהן בתוכניות ביישובים נוספים בארץ, עד לפריסה ארצית**. כל זאת בהתאם לצרכים הייחודיים בכל יישוב ויישוב ובתחומים רוחביים חשובים בעיר, דוגמת הזדקנות, חירום, איכות שירותים ועוד, מעבר לתחום שהיה במוקד הפיילוט. **תוכניות אלו ילא באיסוף נתונים שוטף, שיאפשר בחינה של מידת הצלחתן**. יש להדגיש את חשיבות הממשק עם מערכת החינוך, הן ברמה הארצית הן ברמה הלאומית. ההיתכנות של תוכנית בפריסה ארצית תדרוש **המשך והטמעה של שינוי בדפוסי עבודה קיימים, והמשך גילוי גמישות של השותפים השונים, בהם משרדי ממשלה רלוונטיים אחרים**.

4.4.3 האתגר: התמודדות עם תהליך ממושך



התהליך כולו היה ממושך וארוך מכפי שניתן היה לצפות בהתחלה. היו מראיינים שהתלוננו שהתהליך היה ארוך ומייגע, וחשו שהשקעת הזמן אינה תואמת את התוצאה המצומצמת (מבחינת היקף האוכלוסייה שהתוכנית יטפלו בה).

חשוב לחדד שפיילוט כזה, הכולל מודל מורכב של עבודת דיאלוג מתמשכת מרמת המטה לשטח (top-down) ומרמת השטח למטה (bottom-up), ואשר נוגע לשינוי שגרות העבודה ושיפור קשרי העבודה

והחיבורים בין נתני השירותים השונים, מאופיין מעצם מהותו בתהליך ממושך המחייב קבלת החלטות מתוך הסכמה ושותפות. בהקשר לכך, יש גם להבחין בין השלבים הראשונים (בחירת נושא ההתערבות ופיתוח המודל), שמסגרת הזמן שלהם הייתה יותר בשליטת מובילות התוכנית, ובין שלב היישום, שהוא ממושך בשל תהליכים שאינם בשליטתן, ואשר לא בטוח שאפשר לקצרם. בנוגע לשלבים הראשונים עלתה בראיונות הצעה לנהל אותם ביעילות רבה יותר. זו אכן יכולה להיות דרך לייעל את התהליך, אולם חשוב להדגיש שלתהליך עצמו, שהיה מרובה משתתפים ולכן גם איטי ומסורבל, היה תפקיד בגיוס הגורמים השונים ובכך שכולם הרגישו שהם חלק מן התוכנית ושהם מחויבים להן. בסופו של דבר, משך הזמן שהוקצה לפיילוט (שנתיים) לא תאם את מורכבות התהליך בשטח.

דרכי פעולה אפשריות



יש לנסות לזרז תהליכים במקומות שאפשר, אך חשוב לזכור שלהשתתפות הרחבה יש ערך בפני עצמה. רצוי לבחון את התהליך על כלל שלביו המתוכננים, **ולחשוב מראש באילו שלבים חשוב לשאת פורום רחב ובאילו רצוי לעבוד בקבוצות קטנות וממוקדות**. חשוב להביא בחשבון שתהליכים חדשניים מתאפיינים פעמים רבות בשלבי תכנון ארוכים עד להבשלת היישום. אפשרות נוספת היא לכוון לתוכנית פשוטה יותר, קלה להפעלה. אם מדובר בתוכנית מורכבת, יש להקצות לה מראש זמן רב יותר.

התמשכות התהליך

” את התהליך ניתן היה לצמצם... [כדי לייעל את התהליך] צריך לקחת מכל נותן שירות אדם אחד שמייצג את הקופה או הגוף ולהגיע לאופרציה ולחלק תפקידים” (מראיין)

4.4.4 האתגר: בחירת בעלי התפקידים ביישוב



לבעלי התפקידים המרכזים את התוכנית ביישוב תפקיד מכריע בתוכנית, והם אלו שצריכים לחבר את כל הגורמים העירוניים. חשוב שכל הגורמים ייתנו אמון בבעלי תפקידים אלו ושהם ייתפסו כגורם ניטרלי, כמי ששמים בצד את זהותם הארגונית האישית, שטובת העיר ותושביה בראש מעייניהם, ושיחסם לכל הגורמים שווה. על בעלי תפקידים אלו לרתום את כל הגורמים בעיר לשיתוף פעולה, לגשר על מחלוקות, להוביל קדימה את התוכנית בעיר ולהיות זמינים לטובת התוכנית.

דרכי פעולה אפשריות



כאשר בוחרים בעל תפקיד מתכלל לתוכנית, **חשוב למפות גם את מערך הכוחות המקצועי לגיל הרך בעיר** ולהביא את הדברים בחשבון. לשם כך רצוי לשוחח עם גורמים מקומיים ממגוון ארגונים. אם ריכוז התוכנית ביישוב נעשה באחריות אחד השירותים הייעודיים בקהילה, חשוב לייחד תשומת לב למתח שעלול לעלות בין קידום הנושא בשירות הספציפי ובין קידום הנושא במערך השירותים בעיר כולה.

4.4.5 האתגר: הפעלת רכיב מרכזי בתוכנית דרך עמותה חיצונית



הפעלת התוכנית על ידי עמותות

”כמו שלא היית מעבירה בית ספר לעמותה, ככה הטיפול בילדים צריך להיות ביד העירייה.“ (מרואיין)

הפתרון שהסתמן בלוד – הפעלת התוכנית דרך עמותה ולא דרך העירייה – פתר בעיות מסוימות וחיבר לתוכנית עוד גוף עירוני. מנגד, עלתה דאגה שיש בכך משום "הפרטה". עם זאת, דובר על שותפות עם עמותה שהיא חלק מן התוכנית, והאחריות להפעלת

התוכנית תהיה של העירייה, גם אם השירות לא יינתן ישירות על ידה. כל זאת בהתאם לתפיסה שלפיה הזירה העירונית כוללת שחקנים רבים ומגוונים, וכל עירייה אחראית למכלול השירותים ובוחרת את התמהיל העירוני הייחודי לה, בהתאם לצורכי העיר.

דרכי פעולה אפשריות



הצעה שעלתה בראיונות היא **שתובטח מראש קדימות לתושבי העיר בקבלת טיפול**. כדאי לחשוב על עוד דרכים שיבטיחו את מקומה של העירייה בשירות החדש.

4.4.6 האתגר: שינוי שגרות עבודה והידוק קשרים בין גורמים בעיר



מטרה חשובה שנקבעה על ידי המטה המורחב בהפעלת התוכנית הייתה "...עבודה משולבת בין יחידות המטה תהווה מודלינג לעבודה של השחקנים בשטח" (סיכום מפגש צוות מטה מורחב 14/1/2018). שינוי שגרות העבודה ועבודה על הידוק הקשרים התרחשו חלקית, ונראה כי היה מקום לחשיבה מחודשת על ניהול התוכנית ברמת המטה. יחידות מטה שונות (התפתחות הילד, סיעוד בבריאות הציבור) היו מעורבות בתוכנית, אך הקשרים עברו בעיקר דרך המובילה מטעם משרד הבריאות. היא גם הייתה הגורם המקשר עם לשכת הבריאות ועם קופות החולים. כלומר, המודל היה של ציר מרכזי שכל החוטים מובילים אליו, ולא קשר ישיר בין הגורמים השונים. לדברי המראיינים, בעיר עצמה נוצרו בינתיים רק מעט חיבורים חדשים. עם זאת, ייתכן שהדבר יקרה כאשר התוכניות יתחילו לעבוד באופן מוגבר ברמה העירונית.

4.4.7 האתגר: שיתוף תושבים



שיתוף תושבים בתהליך היה חלק מן הדיונים הראשוניים בצוות המטה: "יש צורך בתכנון משתף עם המשפחות עצמן, הרשות המקומית והשחקנים בשטח" (סיכום פגישת מטה מורחב, 11/2/2018), זאת על אף שברור היה שמרכז הכובד של התוכנית הוא בחיבור בין גורמי המקצוע, ולא דווקא בשיתוף התושבים. במסגרת זו נעשו בשתי הערים ניסיונות להביא תושבים לתהליך בחירת נושא ההתערבות. ניסיונות אלו לא צלחו. בשלב בחירת נושא ההתערבות בכל עיר נעשה ניסיון להביא את קולות התושבים בדרכים אחרות – באמצעות קיום ראיונות וקבוצות מיקוד, אולם לא היה בכך משום השתתפות פעילה בדיון שבו נקבעות החלטות. התושבים לא היו נוכחים בשלב פיתוח התוכנית.

דרכי פעולה אפשריות



שיתוף הציבור בתהליך של **פיתוח ובנייה של שירותים צריך להיות מלאה בתוכנית סדורה בנוגע לאופן השיתוף** (בחירת נושא בלבד, בניית מודל פעולה וכד'), לשותפים הרצויים, לתחומי השיתוף, **ולהקצאת זמן ומשאבים מתאימים**. למשל, אפשר להחליט שרוצים שותפות רחבה של תושבים בבחירת הנושא, ובניית מודל על ידי גורמי המקצוע והצגתו כטיטה בפני אותה קבוצת תושבים. השתתפות בשלבים השונים תאפשר לייצר התאמה טובה יותר בין צרכי התושבים לפתרונות ולשירותים המוצעים להם. שיתוף התושבים במפגשים דוגמת התהליך שנעשה עם גורמי המקצוע אפשר לערוך בשעות אחר הצהריים או הערב, שהן שעות נוחות יותר לאנשים עובדים. אם רוצים להרחיב את היריעה לכלל תושבי העיר, אפשר להשתמש בדרכים נוספים, כגון שיתוף הציבור באמצעות מסרונים מן העירייה, עם אפשרות לשליחת הבחירה במסרון חוזר.

4.4.8 האתגר: אוכלוסיית היעד של התוכנית



התוכנית יצאה לדרך במטרה ברורה לשים דגש על משפחות החיות בעוני. אחת ממטרות התוכנית שעליהן הוחלט בפגישת צוות המטה הייתה "ליצור תפיסת התערבות חדשה מודעת עוני, לקידום ההתפתחות והבריאות של ילדים בגיל הרך והוריהם" (סיכום פגישת מטה מורחב, 11/2/2018). התוכניות שנבחרו בסופו של דבר פנו לכלל האוכלוסייה בעיר, ולא דווקא לאוכלוסייה החיה בעוני. עם זאת, הערים נבחרו כך שחלק גדול מאוכלוסייתן משתייך למעמד חברתי-כלכלי נמוך, והתוכניות נבנו כך שהשירות מוגש במסגרות קהילתיות ואוניברסליות (תחנות טיפת חלב, מעונות וגנים) – אופן מתן שירות שאמור להיות מותאם יותר לאוכלוסייה במעמד חברתי-כלכלי נמוך, שאנשיה מגיעים פחות לשירותים מתמחים, אולם מגיעים לשירותים האוניברסליים. כמו כן התוכניות בשתי הערים כללו רכיב (המתאמים בקופות החולים) שאמור לעזור בהסרת חסמים ובהנגשת שירותים למשפחות מתקשות, ברובן משפחות שחיות בעוני. בנוגע לערים אחרות, בכל מקום צריך יהיה לקבל את ההחלטה לפי האופי והמבנה של העיר הספציפית.

דרכי פעולה אפשריות



מאחר שבאופן כללי אוכלוסיות חזקות יודעות לצרוך טוב יותר את השירותים המוצעים להן, יהיה חשוב לעקוב ולבדוק מי הם הילדים שנהנים מן השירותים המוצעים במסגרת התוכנית. כמן כן יש לוודא שיש ייצוג הולם לילדים מן הקבוצות החלשות ביותר, ושהתוכנית אכן עונות לצורכיהם.

4.4.9 האתגר: בניית שותפות של כל בעלי העניין בעיר



רתימת בעלי העניין לתוכנית

” כל הסכמה לגבי מטרה או אמצעי ביני לבין שחקן אחר בתוך הרשת צריך לעדכן את האחרים. בתוך כל עדכון לכל אחד יש מה להגיד, ומערבבים את הקלפים כל הזמן. צריך להגיע להסכמה עם כולם.” (מרואיין)

התוכנית מאופיינת בחיבור רציף לגורמי מטה במשרד הבריאות ובמערכת החינוך באמצעות מודל מורכב של עבודת דיאלוג מתמשכת מרמת המטה לשטח (top-down) ומרמת השטח למטה (bottom-up), וחוזר חלילה. השותפות של בעלי העניין אינה מהלך חד-פעמי, אלא עבודה מתמשכת עם ארגונים מתחומי תוכן שונים ועם גורמי מקצוע מגוונים, לכל אורך פיתוח התוכנית ואולי גם לאחר מכן.

חלק מן המורכבות בפיתוח התוכניות נובע מריבוי הגורמים שמעורבים בהן ומן החשיבות בהגעה להסכמה תוך שותפות והשפעה של הגורמים השונים. לפיכך, חשוב לתת את הדעת, לאורך כל שלבי התוכנית ובכל שלב של פיתוח התוכנית, לכך שכל הגורמים המעורבים מיועדים, מגויסים ומסכימים עם הכיוון שאליו מתפתחת התוכנית.

דרכי פעולה אפשריות



חשוב להיות מודעים לכך שמדובר בגופים שיש להם לעיתים אינטרסים שונים ואף מנוגדים, ושיכולים לשרור ביניהם מתחים שאינם קשורים לתוכנית. **יש לייחד תשומת לב לסוגיית המעורבות של הגופים השונים לכל אורך הדרך**, ואין להניח כי לאחר קבלת ההסכמה הראשונית והעקרונית על התוכנית יהיו כל הגורמים המעורבים בהסכמה מלאה ותמידית על הכיוון שהתוכנית מתפתחת אליו.

4.5 הישגי הפיילוט עד לתחילת שלב היישום

משרד הבריאות וג'וינט-אשלים לקחו על עצמם פרויקט שמטרתו לשפר את מצב בריאותם של ילדים בגיל הרך, בעיקר אלה החיים בעוני, באמצעות שיפור הנגישות לשירותים שהם מקבלים ושיפור הטיפול שהם מקבלים, במיוחד בתחומי הבריאות. הדרך מרגע השקת התוכנית ועד לקבלת התוצאות המקוות ברמה העירונית ארוכה, מורכבת ומרובת אתגרים.

לצד האתגרים והמורכבות ישנם גם הישגים חשובים במסגרת התוכנית, בהם:

- **הצלחה לרתום לתהליך גורמים עירוניים מרכזיים** ממגוון ארגונים בכל אחת מן הערים, לרבות קופות החולים. גורמי המקצוע בשתי הערים השקיעו בתוכנית שעות עבודה רבות, לנוכח הצורך בעבודה כרשת עירונית מתואמת לטובת הגיל הרך.
- **מציאת נושא להתערבות בכל עיר, נושא שמאחד סביבו את בעלי העניין** שהסכימו כי הוא חשוב ומכריע לבריאותם ולהתפתחותם של הילדים.
- **פיתוח תוכנית התערבות בכל אחת מן הערים, תוכנית שיכולה לתת מענה לצרכים דחופים** שהועלו על ידי גורמי המקצוע, ואשר עד אותה עת לא קיבלו מענה (אם כי מדובר על מענה בקנה מידה קטן, שלא יענה על כל הצרכים בעיר). תוכניות אלו יכולות להוות בסיס להוספת נושאי התערבות אחרים בעתיד ולגיבוש קווים מנחים לתוכנית ולמודל ארצי.

- **חיבור רציף לגורמי מטה במשרד הבריאות ובמערכת החינוך** באמצעות מודל מורכב של עבודת דיאלוג מתמשכת מרמת המטה לשטח (top-down) ומרמת השטח למטה (bottom-up), וחוזר חלילה.
- **סימון העיר כזירה ליישום מדיניות**, והיכולת למקד משאבים באוכלוסייה מאשכול כלכלי-חברתי נמוך.
- **חיזוק תחנות טיפת חלב בתור גורם מקומי חשוב** בעל ראייה מקצועית ואמירה בתחומי האיתור הראשוני של עיכובים התפתחותיים וליווי משפחות, כל זאת כמאמץ מוסדר של משרד הבריאות ולא כיוזמה אקראית של תחנת טיפת חלב המקומית.

4.6 מגבלות המחקר

הערכה מעצבת זו בוצעה על תוכנית הפיילוט שיושמה בשתי ערים בלבד. אף כי אוכלוסייתן של שתי הערים שנבחרו מייצגות את הגיוון שבאוכלוסיית ישראל, שתיהן משתייכות לאשכול חברתי-כלכלי נמוך, ולפיכך אי אפשר לקבוע כי הן מייצגות את כלל המרחב העירוני בישראל. עם זאת, הקווים המנחים למודל, שפותחו בתוכנית, יכולים להיות לעזר ליישובים נוספים בישראל השואפים לפתח תוכניות במטרה לתת מענה ברמה העירונית לצורכי התושבים.

מלבד זאת, הראיונות שהתבצעו במסגרת ההערכה עם בעלי תפקידים מרכזיים המעורבים בפיילוט לא כללו אנשי מקצוע מטפלים המעורבים באספקת שירותים בשטח, ובפרט מטפלים דוברי ערבית, וכמו כן לא כללו הורים. עם זאת, במסגרת קבוצות המיקוד לאימהות בעיר ולמטפלות דוברות ערבית יוחד מקום לביטוי הצרכים של אנשי המקצוע, המטפלים וההורים.

5. סיכום

משרד הבריאות וג'וינט-אשלים יזמו תוכנית שמטרתה לשפר את הנגישות לשירותים ואת הטיפול שמקבלים ילדים בגיל הרך (במיוחד אלו החיים בעוני), וכתוצאה מכך להביא לשיפור במצב בריאותם. הדרך מרגע השקת התוכנית ועד לקבלת התוצאות המקוות בשטח ארוכה, מורכבת ומרובת אתגרים. לצד האתגרים והמורכבות ישנם גם הישגים – הצלחה לרתום למהליך שחקנים עירוניים מרכזיים ממגוון ארגונים בכל אחת מהערים; מציאת נושא להתערבות בכל עיר, נושא שמאחד סביבו את השחקנים, ואין ספק שהוא חשוב וקריטי לבריאות הילדים; ופיתוח שתי תוכניות שיכולות לתת מענה ברמה העירונית לצרכים דחופים שלא קיבלו מענה עד כה.

עוד פרסומים של המכון בנושא

- שורק, י., ניג'ם-אכטילאת, פ., בן דורי גלבווע, ר., לוי, ו., רובל-ליפשיץ, ת. (2019). מערך שירותים מיטבי לילדים בגיל הרך ולהוריהם ברשות המקומית: מסמך לדיון. דמ-812-19.
- אייזיק, ע., צדקה, ט., ברמלי-גרינברג, ש. (2019). עובדים החיים בעוני: מיפוי צרכים ומענים מחקר מקדמי לצורך קבלת החלטה. מ-152-19.
- ואזן-סיקרון, ל., בן רבי, ד. (2016). המרכזים לגיל הרך בדגם הבין-משרדי (מג"רים) שפותחו במסגרת 3600, התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון: מחקר הערכה. דמ-732-16.
- ואזן-סיקרון, ל., רותם, ר., בן רבי, ד. (2016). גיל הינקות בישראל: צורכי הילדים וההורים, שירותים ומדיניות. דמ-695-16.
- דולב, ה., צמח-מרום, ת. (2015). מרכזים אינטגרטיביים לפי מודל One Stop Shop: עקרונות, סטנדרטים ודגשים בפיקוח: סקירת ספרות.
- סבו-לאר, ר., צדקה, ה. (2015). 360° – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון: צורכי המשתתפים והמענים הנפוצים. דמ-692-15.
- חביב, ג., בן-רבי, ד., סומך, ס., קונסטנטינוב, ו., אנג'ל, מ. (2012). הערכת פרויקט PACT ו-PACT+ לקידום ילדים יוצאי אתיופיה בגיל הרך והוריהם: דוח מסכם. דמ-628-12.
- רוזן, ב., אלרועי, א., ניראל, נ. (2007). ממצאים עיקריים מסקר אימהות ארצי בנושא שירותי מניעה לילדים במסגרת "טיפת חלב". דמ-497-07.
- אפשטיין, ל., גולדווג, איסמעיל, ש. גרינשטיין, מ. רוזן, ב. (2006). צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותכנית פעולה. דוח מסכם. דמ-480-06.

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

רשימת המקורות

- בן נון, ג., ברלוביץ, י. ושני, מ. (2020). מערכת הבריאות בישראל (מהדורה שלישית ומחודשת). עם עובד.
- ואזן-סיקרון, ל., בן רבי, ד. (2016). המרכזים לגיל הרך בדגם הבין-משרדי (מג"רים) שפותחו במסגרת 3600, התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון: מחקר הערכה. דמ-732-16.
- למ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2017). הרשויות המקומיות בישראל 2017, פרסום מספר 1759. https://www.cbs.gov.il/he/publications/doclib/2019/local_authorities17_1759/368_8500.pdf
- מבקר המדינה. (2017). דוח שנתי 67 לשנת 2016 ולחשבונות שנת הכספים 2015. <https://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Pages/587.aspx>
- משרד הבריאות. (2016). נתוני הערכת גדילה של תלמידים בישראל. <https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/school/Pages/BI.aspx>
- ניר, נ., אופיר, י., וייס, א., לוי, ש. (2017). היפגעות ילדים בישראל: דו"ח 'בטרם' לאומה 2017. 'בטרם' - המרכז הלאומי לבטיחות ולבריאות ילדים, מס' פרסום 1100. [בטרם השוואה בינלאומית \(exiteme.com\) pdf](https://www.bterem.com/pdf).
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American psychologist*, 59(2): 77. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.2.77>
- Lazar, M. & Davenport, L. (2018). Barriers to health care access for low-income families: A review of literature. *Journal of community health nursing*, 35(1): 28–37. <https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1404832>
- Mustard, J. F. (2010). Early brain development and human development. *Encyclopedia on early childhood development*, 1–5.
- Shonkoff, J. P. & Richmond, J. B. (2009). Investment in early childhood development lays the foundation for a prosperous and sustainable society. *Encyclopedia on early childhood development*, 1–5. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.506.1746&rep=rep1&type=pdf>
- Yoshikawa, H., Aber, J. L., & Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *American Psychologist*, 67(4): 272. <https://doi.org/10.1037/a0028015>

נספח א: חסמים שלדעת אנשי מקצוע ברמלה ולוד מקשים על מתן שירותי בריאות בערים ועל צריכתם, כפי שעלו במפגשים, בראיונות ובקבוצות מיקוד

מאפייני האוכלוסייה

פלח מרכזי באוכלוסייה הם אנשים שחיים בעוני ומתמודדים עם קשיים כלכליים ועם מגוון קשיים אחרים בחיי היום-יום. אנשים אלו חיים לדברי המראיינים במצב של "הישרדות", ואינם פנויים לעסוק בבעיות שאינן מיידיות. בהקשר של טיפול בילדים הדבר בא לידי ביטוי ב:

- קושי להתפנות לטיפול בבעיות שלא נתפסות כדחופות. הדבר מביא להיענות נמוכה לטיפול ולקושי לדבוק לאורך זמן בטיפול מתמשך.
- קושי בהתארגנות ובטיפול בבירוקרטיה שכרוכה בקבלת טיפול (למשל, הוצאת התחייבויות לבדיקות, מילוי טפסים).
- מודעות נמוכה שמביאה לכך שהורים לא מזהים שיש בעיה ושיש צורך בטיפול מוקדם. הדבר נאמר במיוחד בהקשר של בעיות התפתחותיות ורגשיות.
- הגעה של ילדים לטיפול בשלב מאוחר, עקב קושי לזהות בעיות, כאשר הבעיות כבר חמורות וקשות יותר לטיפול.
- מודעות נמוכה לחשיבות של שמירה על אורח חיים בריא.
- קושי לגייס את ההורים כפרטנרים בטיפול.

חסמים כלכליים

- קושי כלכלי להשתתף בפעולות לקידום בריאות שכרוכות בתשלום (למשל קבוצות בנושא תזונה שנערכות בקופות החולים).
- קושי כלכלי ולוגיסטי להגיע לשירותים שנמצאים מחוץ לעיר בשל עלות הנסיעה והפסד של שעות או ימי עבודה.

תשתיות שאינן מקדמות אורח חיים בריא

- מחסור בפארקים, בגינות ציבוריות ובמקומות שבהם אפשר לקיים פעילות ספורט או לשחק באופן בטוח. לצד זה, להורים אין יכולת כלכלית לשלוח את הילדים לחוגים, כך שאין הזדמנויות לפעילות גופנית.
- חשש לנגישות נמוכה למזון בריא במסגרות החינוך ובבתים, על אף שבמוסדות המזון מפותח לרוב על ידי דיאטנית.
- מיעוט מסגרות חינוך מפותחות לילדים עד גיל שלוש.

בעיות מערכתיות

- יש קושי לגייס כוח אדם מקצועי לתוכנית בשתי הערים באופן כללי, והדבר נכון במיוחד בנוגע לאנשי מקצוע מן האוכלוסייה הערבית. יש מחסור בשתי הערים באנשי מקצוע מן האוכלוסייה הערבית שיכולים לתת טיפול מותאם לשונית ותרבותית.
- מחסור גדול בשירותים בתחום התפתחות הילד ובריאות הנפש. הזמינות והנגישות לשירותים אלו נמוכות – זמני ההמתנה ארוכים וחלק מן השירותים נמצאים מחוץ לעיר.
- אין (במקרים מסוימים) קשרי עבודה בין נותני שירותים שונים או שהקשרים אינם מובנים דיים, הן בתוך מערכת הבריאות (למשל בין קופות חולים ותחנות טיפת חלב), הן בין ספקי שירותי בריאות ובין מערכות אחרות (למשל, קופות חולים ומערכות החינוך והרווחה).
- אנשי המקצוע בערים עובדים בעומס גדול מאוד, והדבר משפיע על היכולת להשקיע בשיתופי פעולה.
- בשל מגבלות חוקיות של סודיות רפואית, יש קושי להעביר מידע בין גופים מטפלים שונים, דבר שפוגע ברצף הטיפול בילדים וביכולת לעקוב ולוודא שהם מקבלים את הטיפול שלו הם זקוקים.

נספח ב: מיפוי המצב בעיר לוד בנוגע לרקע חברתי-כלכלי, מצב בריאות, שירותי הבריאות בעיר וצריכתם

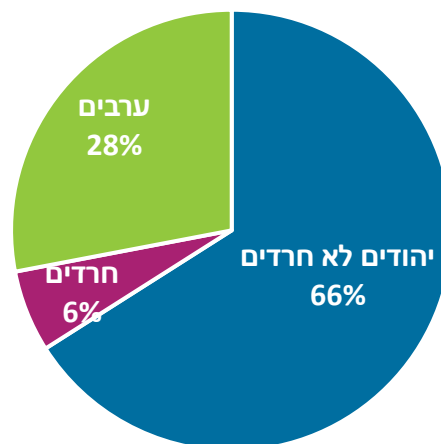
אוכלוסייה ודמוגרפיה

מספר תושבים: 74,600

אשכול חברתי כלכלי: 4

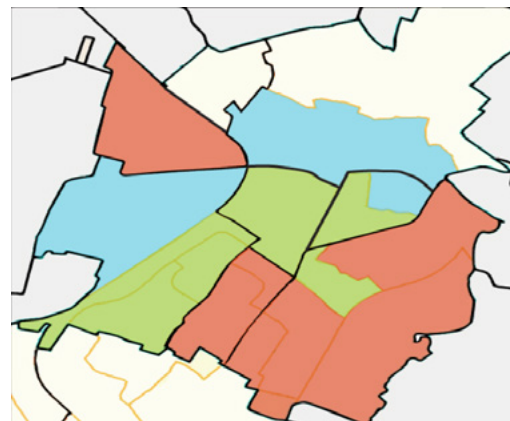
מקור: קובץ הרשויות המקומיות בישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2017

תרשים ב-1: שיעור תושבים יהודים, יהודים חרדים וערבים בעיר לוד (באחוזים)



מקור: עיריית לוד, 2018

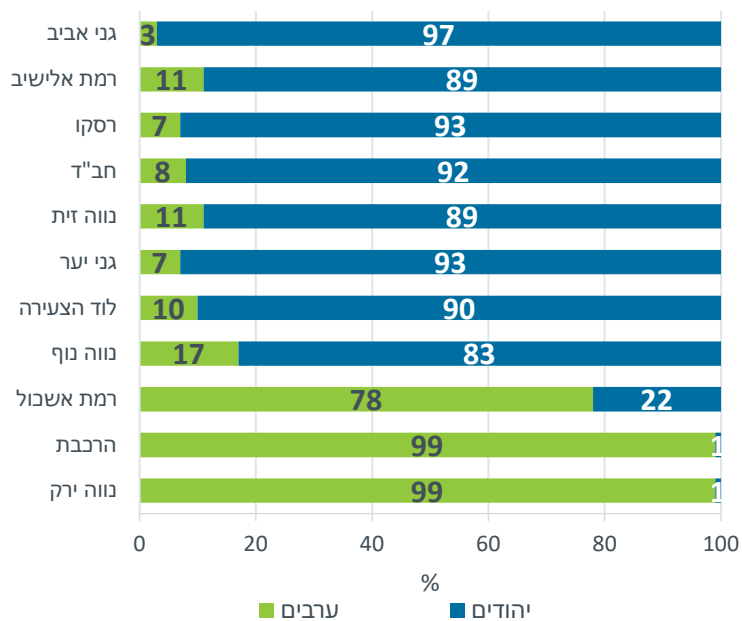
תרשים ב-2: אשכולות חברתיים-כלכליים בעיר לוד



12-9 7-6 3-2

מקור: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתוני המוסד לביטוח הלאומי משנת 2016

תרשים ב-3: שיעור יהודים וערבים בשכונות בעיר לוד (באחוזים)



מקור: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתוני המוסד לביטוח הלאומי משנת 2016

מצב חברתי-כלכלי

תרשים ב-4: שכר ממוצע שכירים, אחוז משתכרים עד שכר מינימום ואחוז זכאים לבגרות בעיר לוד



זכאים לבגרות

52%

63%



משתכרים עד שכר מינימום

40%

38%



שכר ממוצע שכירים

₪ 6,931

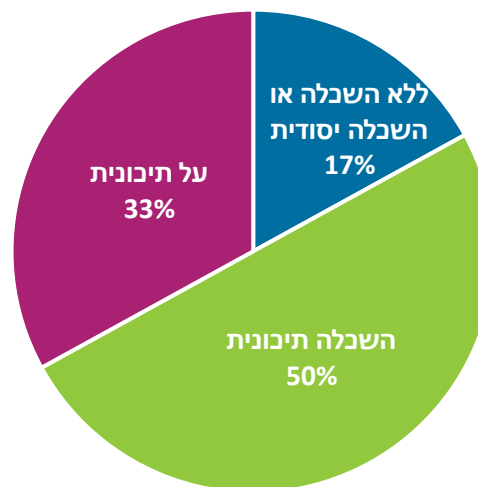
₪ 8,868

לוד

ארצי

מקור: קובץ הרשויות המקומיות בישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2017

תרשים ב-5: השכלת אימהות בעיר לוד (באחוזים)



מקור: טיפת חלב, לשכת הבריאות, לוד, 2018

תרשים ב-6: מספר המשפחות והילדים המוכרים בשירותי הרווחה בעיר לוד



9,350

ילדים בגיל הרך



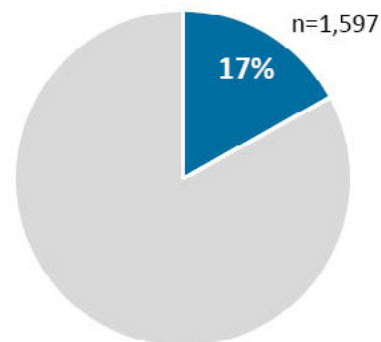
4,903

משפחות

מקור: עיריית לוד, 2018

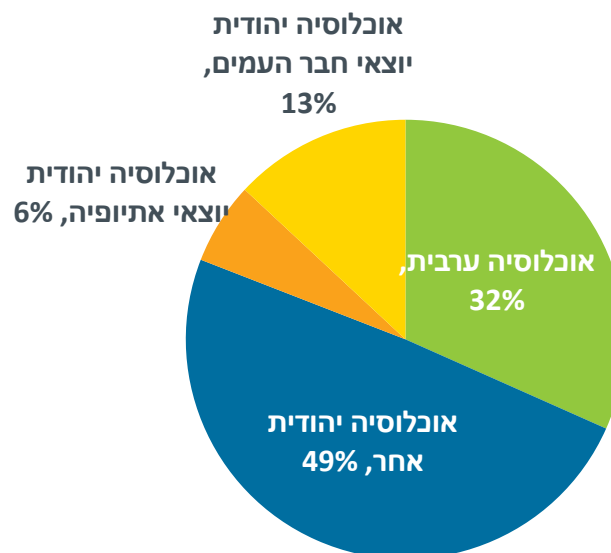
ילדים בעיר לוד

תרשים ב-7: ילדים בטיפול הרווחה בעיר לוד (N=9,350), במספרים ואחוזים



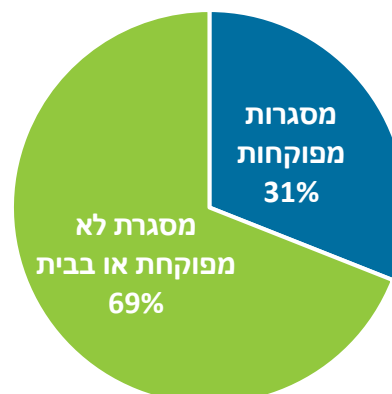
מקור: עיריית לוד, 2018

תרשים ב-8: חלוקה מגזרית, מלידה ועד גיל 6, בעיר לוד (באחוזים)



מקור: עיריית לוד, 2018

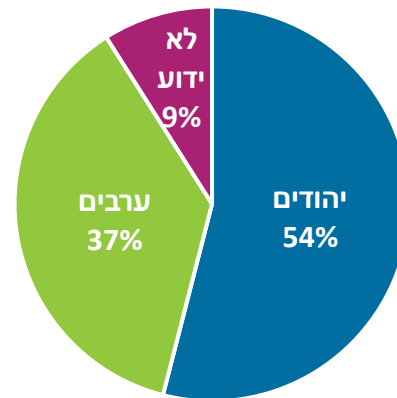
תרשים ב-9: מסגרות חינוך לילדים בגיל 0-3, בעיר לוד (באחוזים)



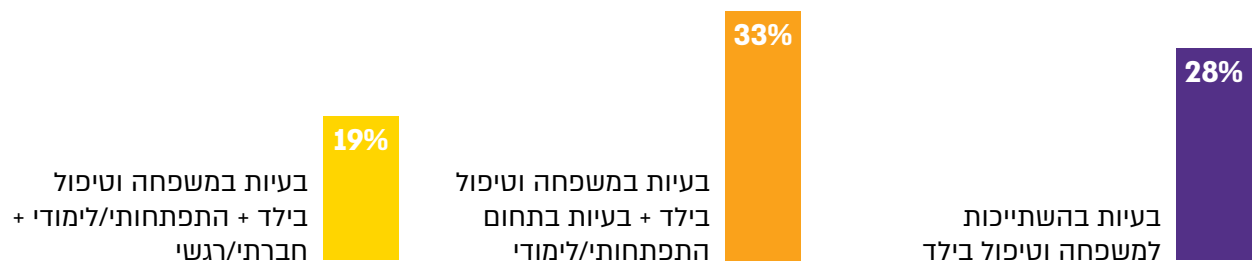
מקור: עיריית לוד, 2018

ילדים במצבי סיכון בגיל הרך בעיר לוד

תרשים ב-10: התפלגות מגזרית של ילדים במצבי סיכון בגיל הרך ופרופילים עיקריים של סיכון, בעיר לוד (באחוזים)



פרופילים עיקריים של סיכון:



מקור: התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, 2009

נתוני הילדים בטיפת חלב אורנים בעיר לוד

תרשים ב-11: שיעור הילדים בגיל 0-3 שאינם מגיעים למעקב ואינם מתחסנים בזמן ושהתפתחותם הפיזית אינה תואמת את גילם, בעיר לוד (באחוזים)



33%
מן הילדים
אינם מתפתחים פיזית
בהתאם לגילם



33%
מן הילדים
אינם מגיעים למעקב
ואינם מתחסנים בזמן

מקור: טיפת חלב אורנים בלוד, 2018

בריאות ילדים בעיר לוד

תרשים ב-12: שיעור תמותת תינוקות (ל-1,000 לידות חי) ושיעור לידת פגים (באחוזים), בעיר לוד ובהשוואה לנתון הארצי



שיעור פגים
9.3%
9.0%



תמותת תינוקות
3.7
3.2

לוד
ארצי

מקור: רשויות המקומיות בישראל, למ"ס, 2016 וטיפת חלב, לשכת הבריאות, לוד, 2018

תרשים ב-13: שיעורי ילדים עם השמנה ועודף משקל בכיתה א' ו-ז', בעיר לוד (באחוזים)



השמנה ועודף משקל בכיתה ז'

33%

30%



השמנה ועודף משקל בכיתה א'

20%

18%

לוד

ארצי

מקור: נתוני הערכת גדילה של תלמידים בישראל, משרד הבריאות, 2016

תרשים ב-14: שיעור ילדים נפגעים בעיר לוד



מקרי מוות^{^^}

0.58

0.46



אשפוזים[^]

98

83



פניות למיון[^]

1020

770

לוד

ארצי

מקור: היפגעות ילדים בישראל, בטרם, 2017

[^] שיעור ל-10,000, בשנים 2012-2014

^{^^} שיעור ל-100,000, בשנים 2008-2015

איתור ילדים בטיפות חלב והמשך טיפול, בעיר לוד

תרשים ב-15: שיעור אימהות עם חשש לדיכאון לאחר לידה וחשד לאלימות במשפחה, בעיר לוד (באחוזים)



9%
חשד לאלימות
במשפחה



10%
אימהות עם חשד
לדיכאון אחרי לידה

מקור: טיפת חלב, לשכת הבריאות, לוד, 2018

תרשים ב-16: שיעורי ילדים בגיל 0-3 עם עיכובים התפתחותיים, לאורך רצף הטיפול, בעיר לוד (באחוזים)



אבחון/ טיפול^^

40% מן המופנים ממשיכים
לטיפול במכון/יחידה
להתפתחות הילד (240)



איתור/ בירור/ הפנייה^^

מתוכם 60% מגיעים
לרופא הראשוני (כ-360)



איתור^

13.5%
מן הילדים מופנים
(כ-600)

^ נתונים שנאספו בשנת 2018 מתיקי הילדים בתחנת טיפת חלב בלוד, לבקשת המתכללת לגיל הרך בעיר
^^ נתונים שנאספו על פי דיווחי ההורים וייתכנו אי-דיוקים
מקור: טיפת חלב, לשכת הבריאות, לוד, 2018

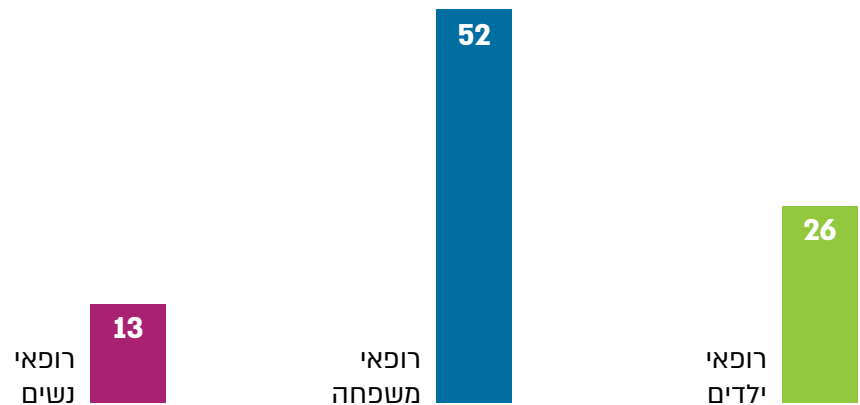
שירותי בריאות, בעיר לוד

תרשים ב-17: ספקי שירותי בריאות לילדים בעיר לוד



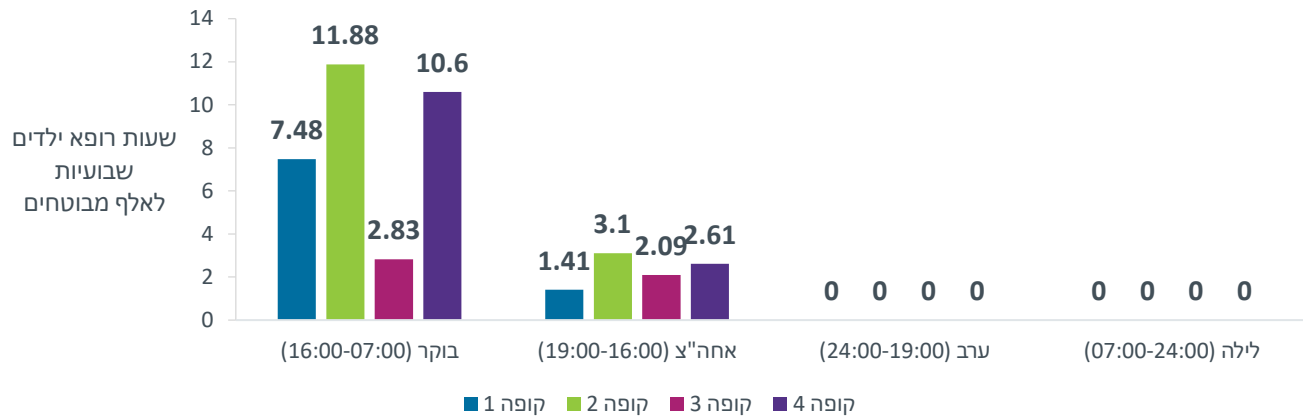
מקור: נתונים שנאספו מספקי שירותי הבריאות בלוד, נכון ל-2018

תרשים ב-18: מספר אבסולוטי של רופאים העובדים בעיר לוד, לפי התמחויות רלוונטיות



מקור: מערכת בינה עסקית BI ומידע גאוגרפי GIS של משרד הבריאות, נכון ל-2018

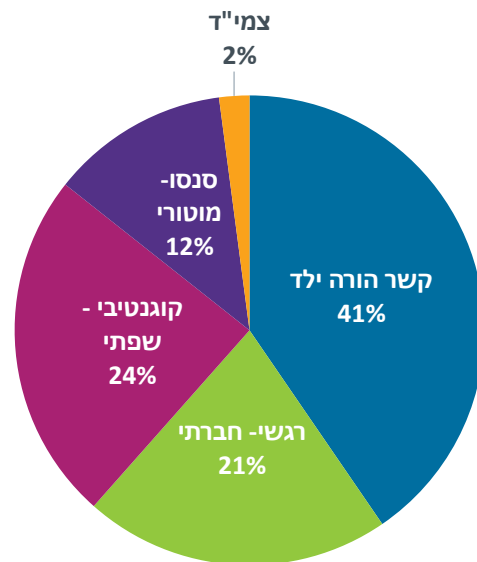
תרשים ב-19: שעות רופא ילדים שבועיות לאלף מבוטחים, על פי משמרות בכל קופת חולים, בעיר לוד



מקור: מערכת ה BI של משרד הבריאות, נכון ל-2018

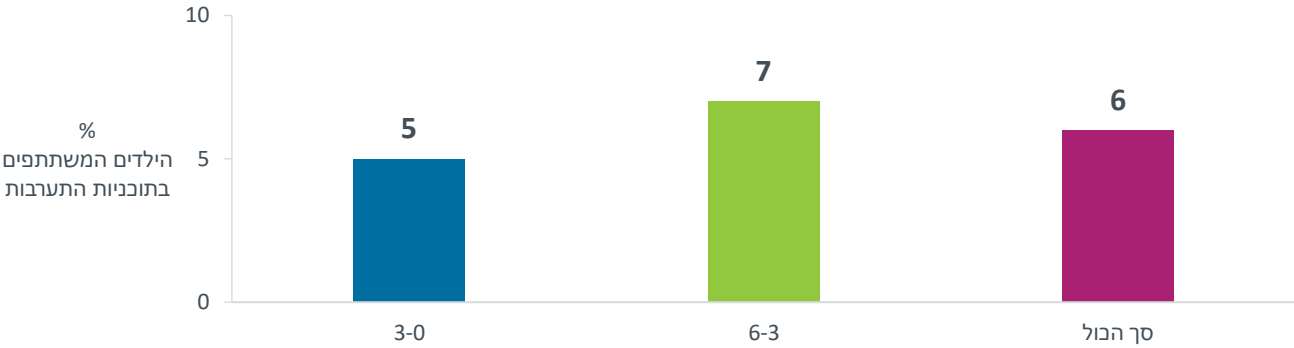
תוכניות התערבות מרכזיות לילדים בגיל הרך, בעיר לוד

תרשים ב-20: שיעור תוכניות התערבות מרכזיות לילדים בגיל הרך, הפועלות באמצעות התוכנית הלאומית, פאקט, משרד הבריאות והרווחה, לפי תחום, בעיר לוד (באחוזים)



מקור: עיריית לוד, 2018

תרשים ב-21: שיעור הילדים המשתתפים בתוכניות התערבות מרכזיות לילדים בגיל הרך, הפועלות באמצעות התוכנית הלאומית, פאקט, משרדי הבריאות והרווחה, בעיר לוד, לפי גיל (באחוזים)



מקור: עיריית לוד, 2018

נספח ג: מיפוי המצב בעיר רמלה בנוגע לרקע חברתי-כלכלי, מצב בריאות, שירותי הבריאות בעיר וצרכים

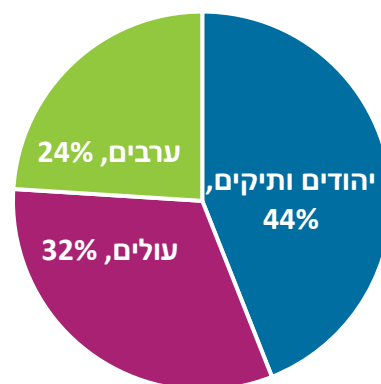
אוכלוסייה ודמוגרפיה

מספר תושבים : 75,700

אשכול חברתי כלכלי : 4

מקור: הרשויות המקומיות בישראל, למ"ס, 2017

תרשים ג-1: שיעור תושבים יהודים, יהודים חרדים וערבים בעיר רמלה (באחוזים)



מקור: עיריית רמלה, 2018

ילדים בעיר רמלה

תרשים ג-2: מספר הילדים בגיל הרך ומספר הילדים בטיפול הרווחה בעיר רמלה

1,130 ילדים בגיל 0-6
מטופלים ברווחה



487 משפחות
מטופלות ברווחה



9,288 ילדים בגיל הרך

4,618
בגיל 3-6



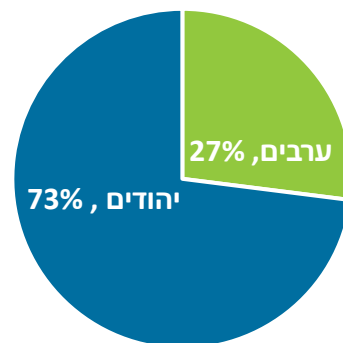
4,670
בגיל 0-2



מקור: עיריית רמלה, 2018

תרשים ג-3: מספר תינוקות המטופלים בטיפת חלב והתפלגות התינוקות בטיפת חלב לפי מגזרים, בעיר רמלה

1,558 תינוקות מטופלים בטיפת חלב



מקור: טיפת חלב, לשכת הבריאות, רמלה, 2018

מערכת החינוך בעיר רמלה

תרשים ג-4: מספר גני ילדים לבני 3-6, התפלגות גנים לפי מגזר ומעונות, בעיר רמלה



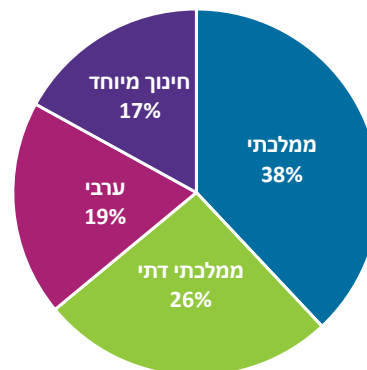
מעון יום
שיקומי - תקשורת
אחד עם 16 ילדים



13 מעונות
מפוקחים



158 גנים לבני 3-6;
4,565 ילדים
התפלגות גנים



מקור: עיריית רמלה, 2018

בריאות ילדים בעיר רמלה

תרשים ג-5: שיעור תמותת תינוקות (ל-1,000 לידות חי) ושיעור לידת פגים (באחוזים), בעיר רמלה ובהשוואה לנתון הארצי



שיעור פגים

11.3%

9.0%



תמותת תינוקות

3.1

3.2

רמלה

ארצי

מקור: רשויות המקומיות בישראל, למ"ס, 2016 וטיפת חלב, לשכת הבריאות, רמלה, 2018

תרשים ג-6: שיעורי ילדים עם השמנה ועודף משקל בכיתה א' ו-ז', בעיר רמלה (באחוזים)



השמנה ועודף משקל בכיתה ז'

35%

30%



השמנה ועודף משקל בכיתה א'

23%

18%

רמלה

ארצי

מקור: סקר הערכת גדילה, משרד הבריאות, 2016

תרשים ג-7: שיעור ילדים נפגעים בעיר רמלה



מקרי מוות^{^^}

0.65

0.46



אשכוזים^{^^}

102

83



פניות למיון^{^^}

1,077

770

רמלה

ארצי

מקור: היפגעות ילדים בישראל, בטרם, 2017

[^] שיעור ל-10,000, בשנים 2012-2014

^{^^} שיעור ל-100,000, בשנים 2008-2015

תוכניות התערבות מרכזיות לילדים בגיל הרך, בעיר רמלה

תרשים ג-8: מספר תוכניות התערבות מרכזיות לילדים בגיל הרך, הפועלות בטיפות חלב, מעונות, גנים, המרכז לגיל הרך ועוד, לפי תחום, בעיר רמלה

התוכניות פועלות בתחנות טיפת חלב, במעונות, בגנים, במרכז לגיל הרך ועוד

תוכניות של 360° התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, שיקום שכונות, פאקט, תוכניות עירוניות



טיפול
התפתחותי רגשי

10



חינוכי
טיפול

12



העשרתי
חברתי

7

מקור: עיריית רמלה, 2018

שירותי בריאות, בעיר רמלה

תרשים ג-9: ספקי שירותי בריאות לילדים בעיר רמלה



יחידה התפתחותית אחת
של שירותי בריאות כללית
(אבחונים 3-9)



יחידה התפתחותית
במרכז לגיל הרך
(טיפולים 0-9)



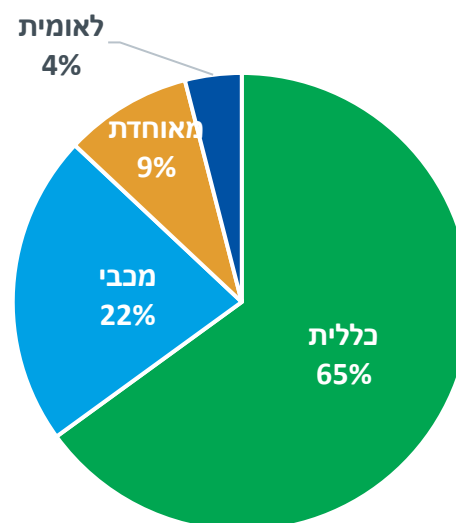
בריאות הנפש – שירות
פסיכותרפיה אחד במכבי
שירותי בריאות



4
טיפות חלב

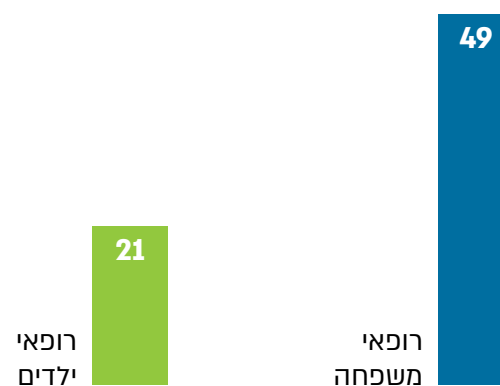
מקור: נתונים שנאספו מספקי שירותי הבריאות ברמלה, נכון ל-2018

תרשים ג-10: התפלגות מבוסחים בין קופות החולים, בעיר רמלה (באחוזים)



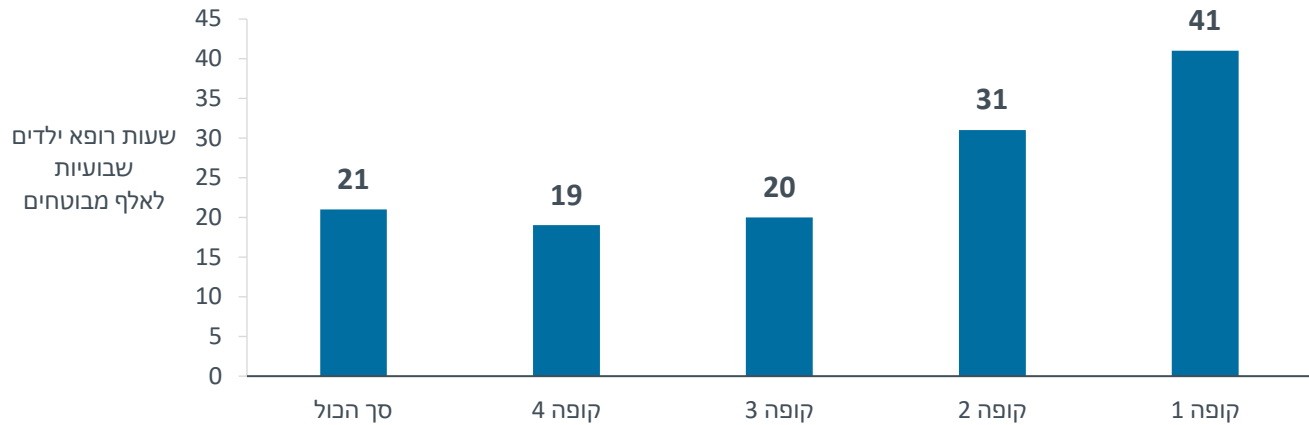
מקור: מערכת ה BI של משרד הבריאות, נכון ל-2018

תרשים ג-11: מספר אבסולוטי של רופאים העובדים בעיר רמלה, לפי התמחויות רלוונטיות



מקור: מערכת ה BI של משרד הבריאות, נכון ל 2018

תרשים ג-12: שעות רופא ילדים שבועיות לאלף מבוטחים לפי קופה, בעיר רמלה



מקור: מערכת ה BI של משרד הבריאות, נכון ל-2018

המרכז לגיל הרך, בעיר רמלה

תרשים ג-13: סוגי השירותים הניתנים במרכז לגיל הרך בעיר רמלה



טיפול לילדים
עם עיכובים התפתחותיים
ביחידה להתפתחות הילד



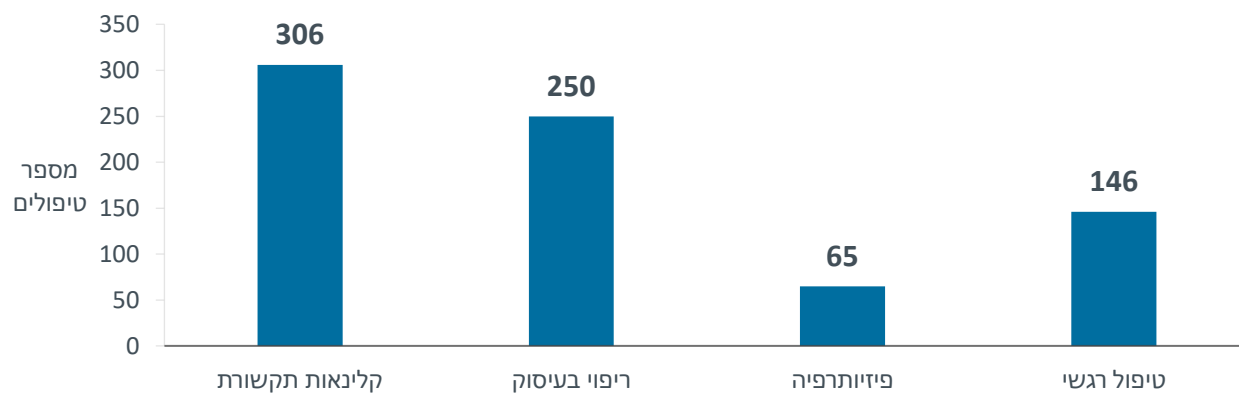
הפעלת
תוכניות



העשרה, מניעה
וטיפול לילדים מגיל
0-9

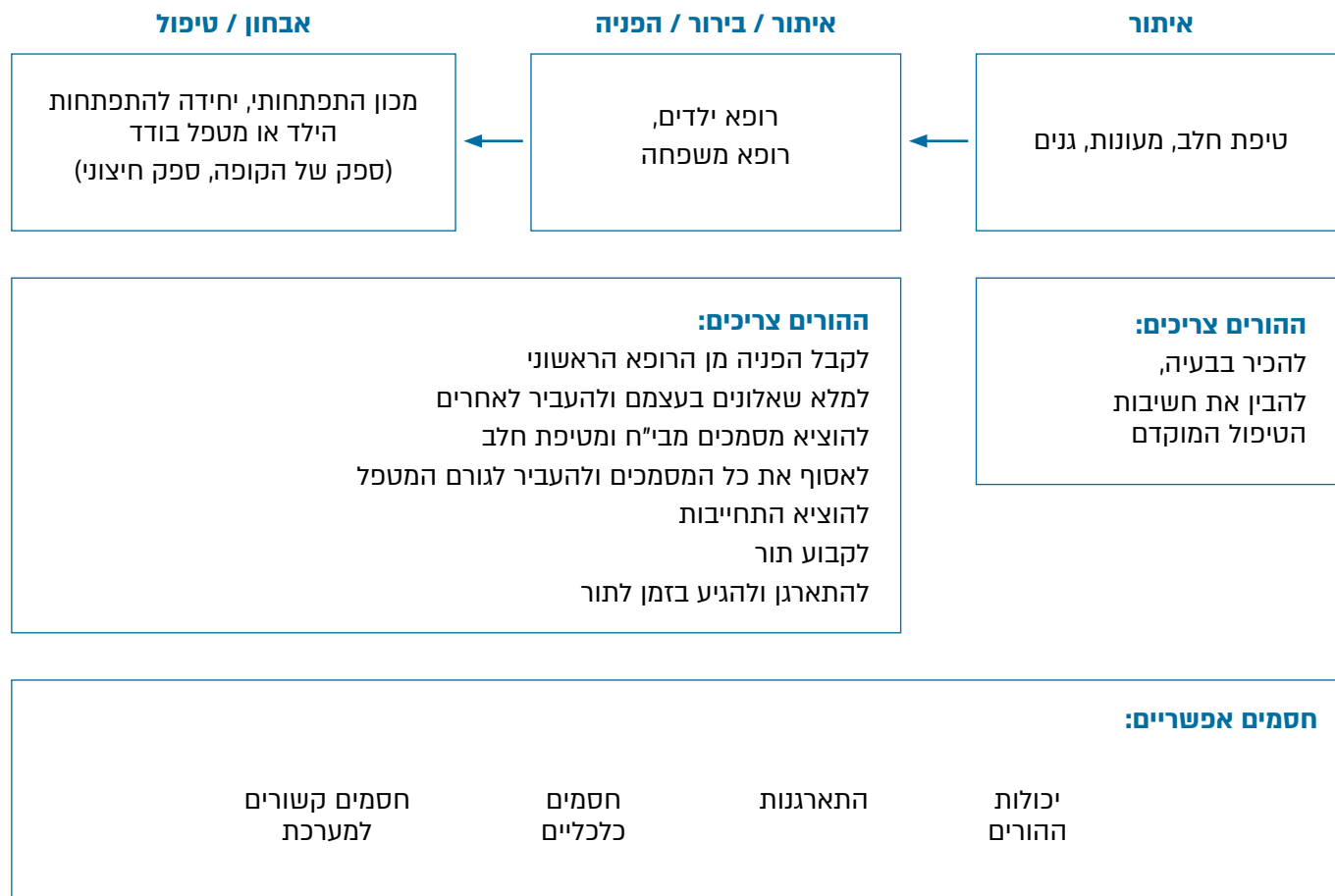
מקור: המרכז לגיל הרך ברמלה, 2018

תרשים ג-14: מספר הטיפולים לילדים עם עיכובים התפתחותיים ביחידה להתפתחות הילד, לפי תחומים



מקור: המרכז לגיל הרך ברמלה, 2018

נספח ד: המסע המשפחתי משלב איתור הבעיה, דרך האבחון ועד לטיפול, והחסמים שמקשים על משפחות לעבור את הדרך עד סופה, כפי שעלו משיחות עם הורים ועם גורמי מקצוע



נספח ה: מבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המפעילות תוכניות לצמצום פערים בבריאות ולקידום בריאות בקרב משפחות החיות בעוני

מבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המפעילות תוכניות לצמצום פערים בבריאות ולקידום בריאות בקרב משפחות החיות בעוני

לפי חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985

בהתאם לסעיף 3א לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985¹ (להלן – החוק), ובחתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה, מתפרסמים בזה מבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות (להלן – המשרד), לקופות חולים המפעילות תוכניות לצמצום פערים בבריאות ולקידום בריאות בקרב משפחות החיות בעוני, כמפורט להלן:

תקנה תקציבית מספר: 24200320

1. כללי

- (א) ועדת התמיכות של המשרד (להלן – הוועדה) תדון במתן תמיכות מתקציב המשרד בהתאם לנוהל להגשת בקשות לתמיכה מתקציב המדינה במוסדות ציבור ולדיון בהן² (להלן – הנוהל), ולפי מבחנים אלה.
- (ב) התמיכה עצמה צריך שתינתן, אם אכן נכון וראוי לתתה, על פי עקרונות של סבירות ושוויון בין מקבלי התמיכה השונים.
- (ג) בבואה לדון ולהחליט בכל בקשה לתמיכה, תשקול הוועדה את כל נסיבותיו של העניין, תוך יישום שוויוני, אחיד וענייני של המבחנים שנקבעו.
- (ד) כל שיקוליה של הוועדה יהיו ענייניים תוך הפעלת אמות מידה מקצועיות ככל שידרש לפי נסיבות העניין; הוועדה תנמק החלטותיה.
- (ה) חלוקת הסכום המיועד לתמיכות בתקציב השנתי של המשרד תעשה לפי תחומי הפעילות, בכפוף לאמור במבחנים אלה ובחוק התקציב לשנת הכספים השוטפת.

2. הגדרות

במבחנים אלה –

“אוכלוסיית היעד” – אחד מאלה:

- (1) מבוסחות בהריון בר סיכון, שזכאיות לגמלה חודשית להבטחת הכנסה, לפי תנאי הזכאות שבסעיף 2 לחוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980³ (להלן – חוק הבטחת הכנסה) או לקצבת נכות כללית, בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, התשנ"ה-1995 (להלן – חוק הביטוח הלאומי)⁴;
- (2) ילד, כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הבטחת הכנסה, שגילו עד גיל 9, ששובל ממחלה כרונית או מבעיה התפתחותית, ושאוחד מחוריו לפחות מבוסח בקופת החולים וזכאי לגמלה חודשית להבטחת הכנסה לפי תנאי הזכאות, שבסעיף 2 לחוק הבטחת הכנסה או לקצבת נכות כללית בהתאם לחוק הביטוח הלאומי;

¹ סייח התשמי"ה, עמ' 60; התשנ"ב, עמ' 34.

² ח"כ התשי"ב, עמ' 482.

³ סייח התשמי"ה, עמ' 30.

⁴ סייח התשנ"ה, עמ' 210.

(3) ילדים עד גיל 3, הסובלים ממחלה כרונית או מבעיה התפתחותית, המתגוררים בפריפריה החברתית;

"הריון בר סיכון" – כהגדרתו בחוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות מספר 15/11 בנושא "מעקב קדם לידתי אחר הריון בר-סיכון: קביעת תחומי אחריות של קופות החולים";
"התערבויות קהילתיות" – פעילות קהילתית למניעה ולאיתור מוקדם של תחלואה ושל בעיות התפתחות פיזיות, קוגניטיביות, נפשיות או חברתיות בקרב ילדים עד גיל 9, המתגוררים בפריפריה החברתית; הפעילות תבוצע על ידי אנשי מקצוע מתחומי הרפואה, הסייעות ומקצועות הבריאות;

"ועדת מחקר" – הועדה העליונה כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;⁵

"יישובי הפריפריה הגאוגרפית" – ישובים באשכולות 1 עד 4 למדד הפריפריאליות של ישובים ושל רשויות מקומיות לשנת 2015, שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן – הלמ"ס) בשנת 2017, כפי שמתעדכן מוזמן לזמן;

"המחלקה לשירותים חברתיים" – מחלקה לשירותים חברתיים הפועלת ברשות מקומית, כמשמעותה בסעיף 2 לחוק שירותי הסעד, התשי"ח-1958;⁶

"מנהל הטיפול" – רופא ראשוני, אליו משוך המטופל בקופת החולים, האחראי על מכלול הטיפול הרפואי במטופל;

"מספר המבוטחים המשוקלל" – כמשמעותו בסעיף 17(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994⁷ (להלן – חוק ביטוח בריאות ממלכתי), ובהתאם לדרך החישוב הקבועה בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות החולים), התשנ"ה-1995⁸ (להלן – נפשות משוקללות); לעניין מבחנים אלה, יילקחו בחשבון רק נשים מגיל 15 ועד גיל 45, בהתאם לערך המתקיים ביום 1 ביולי בשנה שבעדה מבוקשת התמיכה;

"משפחות החיות בעוני" – משפחות הכוללות בני משפחה מדרגה ראשונה, הנמנים על אוכלוסיית היעד;

"מקצועות הבריאות" – פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, תזונאות, עבודה סוציאלית או פסיכולוגיה;

"מתאם טיפול" – אחד מאלה: אח מוסמך, עובד סוציאלי, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, תזונאי או פסיכולוג;

"פריפריה חברתית" – מקום מגורים המדורג באשכולות 1 עד 4 במדד האפיון והסיווג של אזורים סטטיסטיים בתוך עיריות ומועצות מקומיות לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה לשנת 2015, שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן – הלמ"ס) בשנת 2019, כפי שמתעדכן מוזמן לזמן; במקרה בו לא קיים סיווג ברמה של אזור סטטיסטי, מקום מגורים ייחשב כמשויך לפריפריה החברתית אם הוא נמצא ביישוב או ברשות מקומית,

⁵ ק"ת התשמ"א, עמ' 292.

⁶ ס"ח התשי"ח, עמ' 103.

⁷ ס"ח התשנ"ד, עמ' 156.

⁸ ק"ת התשנ"ה, עמ' 493.

המדורגים באשכולות 1 עד 4 במדד לאפיון יחידות גאוגרפיות וסיווגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה בשנת 2015 שפרסמה הלמ"ס בשנת 2018, כפי שמתעדכן מזמן לזמן; "קופת חולים" – כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

3. הגופים הנתמכים

הגופים הנתמכים לפי מבחנים אלה הם קופות החולים.

4. מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי מבחנים אלה, היא תמיכה בקופות חולים המפעילות תוכניות לצמצום פערים בבריאות וקידום בריאות בקרב משפחות החיות בעוני.

5. תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים הפעילה במהלך השנה שבעדה מבוקשת התמיכה, תוכנית לצמצום פערים בבריאות ולקידום בריאות בקרב אוכלוסיית היעד (להלן – התוכנית); התוכנית תתמקד באחד מתחומי התמיכה המפורטים בסעיף 6 לפחות, ותתבסס על העקרונות המפורטים בתוספות למבחנים אלה.

(ב) התוכנית הוצגה לראש מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, לראש חטיבת הרפואה, ולסגן המנהל הכללי לפיקוח על קופות החולים והשב"ן שבמשרד; הסתייגויות המשרד יועברו לקופת החולים בתוך 30 ימים ויוטמעו בתוכנית; התערבויות קהילתיות כמפורט בסעיף 6(א)(2) ועלותן המתוכננת, יוצגו למשרד ויאושרו טרם הפעלתן.

(ג) התוכנית כללה ביצוע של ההתאמות הנדרשות ברשומה הרפואית הממוחשבת בקופת החולים, באופן שיאפשר סימון וזיהוי של חולים המשתתפים בתוכנית, ביצוע המעקב הנדרש אחר המטופלים ועדכון מנהל הטיפול וצוות המרפאה, בנוגע ליישום התוכנית על ידי מתאם הטיפול; ביצוע ההתאמות הנדרשות ברשומה הרפואית הממוחשבת לא יהווה תנאי לתמיכה בשנה הראשונה לפעילותה של קופת החולים לפי מבחנים אלה והשלמתו תידרש במהלך השנה השנייה לפעילות של קופת החולים.

(ד) ככל שיתקיים מחקר קליני לאומי מטעם המשרד בנושא הפעילות הנתמכת אשר יאושר על ידי ועדת מחקר, על קופת החולים לשתף פעולה עם המחקר; ככל שקופת החולים החליטה על ביצוע מחקר אחר, עצמאי, בקשר לפעילות הנתמכת, עליה להעביר את תוצאות המחקר למשרד, לפרסם את תוצאותיו ולהנגיש לציבור החוקרים את המידע המחקרי שנאסף לצורך מחקרי המשיך, בכפוף לכל דין ולנהלי המשרד.

6. הפעילות הנתמכת

(א) התמיכה לפי מבחנים אלה, תחולק לתחומי הפעילות שלהלן בהתאם למשקל הקבוע בצדס:

(1) מתן שירות תיאום טיפול לאוכלוסיית היעד – 70%;

(2) פיתוח התערבויות קהילתיות – 30%.

(ב) ככל שיוותרו כספים לחלוקה, באחד מן התחומים המפורטים בסעיף קטן (א), הם יועברו לתמיכה בתחום הפעילות השני.

7. תנאים לפעילות הנתמכת

הפעילות הנתמכת לפי מבחנים אלה, תכלול את המרכיבים האלה:

(1) מתן שירות תיאום טיפול לאוכלוסיית היעד:

(א) מתאמי הטיפול הוכשרו על ידי קופת החולים והשתתפו בהכשרה מתאימה, ככל שזו התקיימה על ידי המשרד; ככל שלא התקיימה הכשרה כאמור, תוכר הכשרה מטעם קופת החולים שתאושר במסגרת התוכנית;

(ב) יתקיימו שני מפגשים פרוטליים מתועדים לפחות, בין מתאם הטיפול לבין המבוטחת בהריון או הורי הילדים, המשתייכים לאוכלוסיית היעד; אחד מהמפגשים עם מבוטחות בהריון בר סיכון יכול שיתקיים בתקופת משכב הלידה;

(2) פיתוח התערבויות קהילתיות:

(א) תכנון הפעילות וביצועה ייעשו בתיאום עם אחד מאלה לפחות:

(1) גופים המשתייכים למשרדי הממשלה;

(2) גורמי בריאות, חינוך ורווחה ברשות המקומית;

(3) ארגונים חברתיים או עמותות ללא כוונת רווח, העוסקים בענייני בריאות, חינוך ורווחה;

(ב) קהל היעד של ההתערבות הקהילתית ברשות המקומית, מונה 25 מבוטחים לפחות;

(ג) ההתערבות הקהילתית כללה 3 מפגשים לפחות.

8. אופן חלוקת כספי התמיכה

(א) בעד מתן שירות תיאום טיפול, תצבור קופת החולים זכאות כדלקמן:

(1) בעד השלמת תיאום טיפול – 400 שקלים חדשים;

(2) בעד השלמת תיאום טיפול ביישובי הפריפריה הגאוגרפית – 500 שקלים חדשים.

(ב) בעד פיתוח התערבויות קהילתיות תצבור קופת החולים זכאות כדלקמן:

בעד כל שעת פעילות ייעודית של בעל תפקיד – 100 שקלים חדשים.

(ג) בעד כל שעת פעילות ייעודית של בעל תפקיד ביישובי הפריפריה הגאוגרפית – 125 שקלים חדשים.

(ד) בשלב החלוקה הראשון, תיתמך כל קופת חולים בהתאם לחלקה היחסי במספר המבוטחים המשוקלל, כשהוא מוכפל בסכום התמיכה העומד לחלוקה לפי מבחנים אלה, ובלבד שסכום התמיכה בכל קופת חולים, לא יעלה על סכום הזכאות שצברה לפי סעיפים קטנים (א) ו-(ב).

(ה) בשלב החלוקה השני, ככל שיוותרו כספים לחלוקה לאחר שלב החלוקה הראשון, הם יחולקו לקופות חולים שלא נתמכו בשלב החלוקה הראשון, בהתאם לחלקן היחסי בהפרש לזכאות; היקף תמיכת המשרד לקופת החולים לא יעלה על ההפרש לזכאות במכפלת 1.25; לעניין זה, "ההפרש לזכאות" – ההפרש בין סכום הזכאות של קופת החולים לבין סך כל התמיכה שקיבלה קופת החולים על פי המפורט בסעיף קטן (ג).

(ו) על אף האמור, בשנה הראשונה לפעילותה לפי מבחנים אלה, כל קופת חולים תהיה זכאית לתמיכה בעד עלויות ההיערכות והקמת התשתית הארגונית הנדרשת; הסכום שיחולק לקופת חולים כאמור, שעמדה בתנאי הסף שבסעיף 5, יהיה שווה ל-2.5% מהסכום העומד

לחלוקה לפי מבחנים אלה, אך לא יעלה על סך כל ההוצאות הישירות של קופת החולים בגין ההיערכות והקמת התשתית הארגונית לפעילות הנתמכת; ככל שקופת החולים מקיימת את הפעילות לפי מבחנים אלה באמצעות ספק מטעמה, לא יובאו בחשבון הוצאות הספק בגין ההיערכות והקמת התשתית.

9. נהלים

(א) קבלת התמיכה מותנית בדיווח של קופות החולים על קיום תנאי מבחנים אלה, כפי שיורה המשרד.

(ב) במסגרת הבקשה לתמיכה בעד הפעילות הנתמכת לפי מבחנים אלה, לא תינתן לקופת חולים תמיכה בעד הוצאות, שהוצאו במסגרת תחום פעילות אחר, וקופת החולים לא תיתמך בעד פעילות, שלא פורטה בבקשת התמיכה; לא תינתן תמיכה בעד מטופל הנתמך כחלק מתוכנית התערבות אחרת הנתמכת על ידי המשרד.

(ג) לא תינתן תמיכה לקופת חולים שאינה משתפת פעולה עם ביקורת מטעם המשרד.

(ד) תמיכת המדינה לפי מבחנים אלה לא תעלה על 90% מכלל עלות הפעילות הנתמכת לפי מבחנים אלה.

(ה) לא תינתן תמיכה לפעילות, הנתמכת בידי משרד ממשלתי אחר ולא תינתן תמיכה בעד פעילות, שהמשרד משתתף בה בדרך אחרת.

(ו) בלי לגרוע מן האמור בנוהל, קופת חולים אשר עשתה שימוש בלתי נאות בכספי התמיכה, השתמשה בהם שלא בעד הפעילות שלשמה ניתנו, שימשה כעמותת צינור לשם העברת הכספים לגוף אחר או הגישה דיווחים כוזבים לגבי כספי התמיכה שאושרו לה, תישלל אפשרותה לקבל תמיכה מן המשרד בשנתיים שלאחר מכן.

10. תחילה

תחילתם של מבחנים אלה ביום כ"ח בסיוון התשע"ט (1 ביולי 2019).


בנימין נתניהו
ראש הממשלה ושר הבריאות

התשי"פ, השנן
(17 פברואר 2019)

(803-35-2019-000065)

תוספת ראשונה

עקרונות תוכנית תיאום טיפול

(סעיף 5(א))

1. מפגש קבלה ("אינטייק") יבוצע על ידי מתאם הטיפול.
2. מפגש אחד לפחות יתקיים בבית המטופל.
3. מתאם הטיפול יקבע במשותף עם מנהל הטיפול ועם המטופלים הנכללים באוכלוסיית היעד, את תוכנית התיאום הנדרשת ואת היעדים להשלמת תוכנית התיאום.
4. תיאום הטיפול יכלול את הפעולות שלהלן:
 - (א) מעקב אחר מימוש התוכנית הטיפולית, סיוע במימוש המלצות מנהל הטיפול או אנשי מקצועות בריאות אחרים, ומעקב אחר מצבם הרפואי של המטופלים הנכללים באוכלוסיית היעד.
 - (ב) ביצוע התיאומים הנדרשים אל מול צוות המרפאה המטפל ואל מול גורמי רפואה נוספים בקופת החולים ומחוצה לה, ובכלל זה, מילוי טפסים או שאלונים, קביעת תורים, ליווי המבוטחים במהלך ביצוע הבדיקות וקיום מפגשים רפואיים.
 - (ג) תמיכה פסיכוסוציאלית במטופלים הנכללים באוכלוסיית היעד.
 - (ד) תיווך בין אוכלוסיית היעד לבין השירותים הרלוונטיים מחוץ למערכת הבריאות וסיוע במימוש זכויותיהם במערכת הבריאות, ובמערכות נוספות, כגון המוסד לביטוח לאומי, שירותי הרווחה, הרשות המקומית וארגוני חברה אזרחית.

תוספת שנייה

עקרונות פיתוח התערבויות קהילתיות

(סעיף 5(א))

1. ההתערבות תתמקד במניעה ובאיתור מוקדם של תחלואה ובעיות התפתחות בשנות החיים הראשונות במשפחות צעירות, ובכלל זאת, קידום אורח חיים בריא ופעיל, מניעת תחלואה, איתור מוקדם וטיפול במצבי תחלואה ובעיות מתחום התפתחות הילד.
2. פיתוח ההתערבות נעשה בשיתוף פעולה עם הרשות המקומית ועם גורמי הרווחה בקהילה, כגון המחלקה לשירותים חברתיים, גורמי רשות הממונים על הטיפול בגיל הרך, הממונה היישובי מטעם התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360, צוותי לשכת הבריאות המחוזית וצוותי טיפות החלב.
3. נציגי קופת החולים יקבעו במשותף עם גורמי הקהילה את תוכנית ההתערבות ואת היעדים להשלמת ההתערבות.
4. ההתערבויות יכללו את הפעולות שלהלן:
 - (א) חגגת מידע וזכויות למטופלים הנכללים באוכלוסיית היעד במערכת הבריאות באמצעות קיום הרצאות, סדנאות, חקמה וליווי של קבוצות פעילים, תיווך בין אוכלוסיית היעד לבין השירותים הרלוונטיים במערכת הבריאות ובמערכות הרווחה והסיוע הקהילתי.
 - (ב) קיום סדנאות עבודה משותפות לצוותי בריאות ולצוותים עירוניים ופיתוח שגרת עבודה ופלטפורמות לסיוע משותף לאוכלוסיית היעד.
 - (ג) פיתוח והנגשה של שירותי איתור, אבחון ומניעה של בעיות בתחום התפתחות הילד במסגרות עירוניות מגוונות.
5. ההתערבות תתמקד בתושבי הרשות המקומית ותיועד ל-50 מבוססים לפחות.
6. ההתערבות תכלול 3 מפגשים עם אוכלוסיית היעד, לכל הפחות.