



הגדלת המעורבות של השלטון המקומי בבריאות

כנדבך לחיזוק רפואת הקהילה בפריפריה

פרופ' נחמן אש

ניצן עציון

יולי 2025
תמוז תשפ"ה

הג'וינט 



המחקר בוצע במסגרת מלגת עמית ע"ש יוסי בכר, להובלת שינוי מערכתי בישראל בתחום "חיזוק רפואת הקהילה בפריפריה",

מלגת בכר, ג'וינט אלכא
אליעזר קפלן 9, גבעת רם ירושלים
<https://bachar-fellowship.org>
fellow-bachar@jdc.org
ירושלים | תמוז תשפ"ה | יולי 2025

עריכת לשון: אור הרמן
ניהול אומנותי ועיצוב: Alfabees Creative Studio

הקדמה

מסמך זה מסכם עבודה שנעשתה במהלך תקופת היותי מלגאי בכר בג'וינט אלכא. מיקוד העבודה שלי במסגרת המלגה היה "חיזוק רפואת הקהילה בפריפריה" ואחד הערוצים אותו ביקשתי לבחון כדי להשיג זאת, הינו הגדלת המעורבות של הרשויות המקומיות בבריאות. רעיון זה אינו חדש והוא מתקיים במקומות רבים בעולם בצורות שונות. בישראל הרשות המקומית ממלאת תפקיד קטן בתחום הבריאות, שכן היא לא אחראית על שירותי הבריאות ולא עוסקת בהם באופן פורמלי. יחד עם זאת, רשויות רבות מעורבות בתהליכי קידום בריאות שונים, אם במסגרת יוזמות ממשלתיות כמו "אפשריבריא" והחלטת הממשלה 550 בחברה הערבית, אם דרך המנגנון שמובל על ידי השלטון המקומי – רשת ערים בריאות או באופן עצמאי לאור תהליכים שהתפתחו לאורך השנים ברשויות שונות. ככלל, ניתן לומר כי הרשויות החזקות יותר הן אלה שהשכילו לאמץ את היוזמות הממשלתיות והן גם אלה שעוסקות בבריאות באופן רחב יותר.

במסמך זה אבקש לבחון האם יש מקום למעורבות נרחבת יותר של הרשויות המקומיות לקידום הבריאות של תושביהן והשירותים הרפואיים הניתנים להם, זאת באמצעות ניתוח תמונת המצב בישראל ולמידה ממודל המיושם באנגליה. אבקש להציע כיווני פעולה להמשך, גם מתוך ההבנה שצמצום פערי בריאות בפריפריה הכרחי לשיקום האזרחים שנפגעו במלחמה לשגשוגה של החברה בישראל.

עבודה זו מתבססת על קריאת חומרים קיימים, ובכלל זה מסמכי משרד הבריאות והג'וינט וכן מאמרים אקדמיים; שיחות עם בעלי תפקידים שונים במשרד הבריאות ובג'וינט; מפגשים עם ראשי ערים במרכז ובפריפריה; למידת המודל הבריטי של ביזור אזורי; וניתוח האפשרויות השונות והרלבנטיות למדינת ישראל כיום.

בסופו של המסמך אני מציע מודל עתידי לתפקיד השלטון המקומי בתחומי בריאות ורפואה. אף אם המודל לא ישים במלואו בשלב זה, הוא מציב חזון שממנו ניתן לגזור פעולות ממשיות לקידום מעורבות השלטון המקומי בבריאות כבר עתה.

תודות,

- לעוזרות המחקר שלי: ניצן עציון, שהייתה שותפה לכתיבת מסמך זה, ואריאל נחמיאס
- ג'וינט אלכא – אורי גיל ואנשיו
- ג'וינט תבת – רני דודאי ואנשיו
- אור הרמן האחראי על מלגת בכר בג'וינט אלכא
- ועדת ההיגוי של מלגת בכר

נחמן אש

עמית מלגת בכר מחזור 2

תוכן עניינים

4	הקדמה
6	מקומו של השלטון המקומי בחקיקה בתחום הבריאות בישראל
8	פערי בריאות בפריפריה
10	פעילות ויוזמות לצמצום פערי בריאות
13	השלטון המקומי מקדם בריאות
16	מיפוי יוזמות בהובלת המגזר השלישי
19	המודל הבריטי: מנגנון ריכוזי עם ביזור לשלטון המקומי
23	הצעה למודל למעורבות הרשויות המקומיות בבריאות
28	סיכום, מסקנות והמלצות

מקומו של השלטון המקומי בחקיקה בתחום הבריאות בישראל

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) מגדיר את זכויות התושבים ואת אחריות המדינה וקופות החולים, וקובע שכל תושב זכאי לסל שירותי בריאות בסיסי הניתן בידי הקופות וממומן במס בריאות ובתקציב המדינה. מטרותיו: שוויון בבריאות, חופש בחירת קופה וחלוקת משאבים הוגנת לקופות החולים באמצעות קפיטציה המותאמת למאפייני האוכלוסייה; החוק בנוי בגמישות ומלווה בפיקוח ועדכונים עיתיים.

הממשלה מממנת את שירותי הבריאות הציבוריים, קובעת מדיניות ואת סל השירותים, ומפקחת; הקופות מבטחות ומספקות שירותים לפי התוספת השנייה לחוק. התוספת השלישית מטילה על המדינה שירותים ייעודיים (למשל, חיסונים וטיפול בהתמכרויות) ומסדירה עקרונית שקידום בריאות ומניעה יתבצעו באחריות משרד הבריאות, ישירות או דרך נותני שירותים. בפועל, קיימת חלוקת אחריות מעורפלת ושיתופי פעולה עם הקופות; לדוגמה, טיפות חלב מספקות שירות המוגדר באחריות המדינה ומופעלות בעיקר בידי משרד הבריאות, אך גם בידי רשויות מקומיות (ת"א, ירושלים) ובמקרים רבים גם בידי הקופות.

משרד הבריאות פועל לקידום אינטרס ציבורי רחב: צמצום פערים, רפואה מונעת ושיפור איכות החיים, בגישה ארוכת טווח. הקופות מחויבות לשוויון אך מוגבלות תקציבית; הקפיטציה מתמרצת מניעה והפחתת תחלואה, אולם קיים מתח בין שיקולי קצר טווח לבין תועלת ציבורית ארוכת טווח — למשל, קושי לממן צעדי מניעה רחבים לכל חולי טרום-סוכרת.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, לא קיימת התייחסות ישירה לשלטון המקומי כחלק מהמנגנון לאספקת שירותי בריאות או לניהול סל שירותי הבריאות. עם זאת, חוקים אחרים, כמו חוק הרשויות המקומיות, חוק בריאות העם ופקודת העיריות, מעניקים לשלטון המקומי סמכויות הנוגעות באופן עקיף לבריאות הציבור. סמכויות אלו כוללות פיקוח על תשתיות מים וביוב, מניעת מפגעים סביבתיים, שמירה על תנאי תברואה ופיקוח על מקומות רחצה וניקיון ציבורי. אף שסמכויות אלה אינן חלק ישיר מנוסח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הן מגדירות לשלטון המקומי את אחריותו לשמירה על בריאות הציבור.

פקודת העיריות (נוסח חדש) מהווה את המסגרת המשפטית המרכזית המסדירה את פעילות העיריות בישראל. הפקודה, שמקורה עוד מתקופת המנדט הבריטי, מטילה על

העיריות אחריות רחבה בנוגע לבריאות הציבור, אך ללא חובה ישירה לספק שירותי בריאות ולא אחריות ישירה לקידום בריאות של התושבים. העיריות מחויבות למנוע מפגעים תברואתיים, לפקח על עסקים, לדאוג לניקיון ולפינוי אשפה, אך שירותים רפואיים עצמם נותרים בסמכות משרד הבריאות.

לצד זאת, **פקודת המועצות המקומיות** (נוסח חדש) מגדירה את סמכויותיהן וחובותיהן של המועצות המקומיות, אך אינה כוללת סעיפים ספציפיים המעניקים להן אחריות ישירה למתן שירותי בריאות לתושבים.

משרד הפנים הגדיר בצורה מפורטת את תפקיד מנהל/ת יחידת הבריאות ברשות המקומית, כפי שמופיע בפרסום של המשרד משנת 2024. המסמך מגדיר את הדרישות להתאמה לתפקיד, את מאפייניו ותחומי אחריותו הנרחבים. חשוב להדגיש כי התפקיד אינו מוגדר בחקיקה והוא קיים רק בחלק קטן מהרשויות המקומיות או האזוריות. בחלקן זהו תפקיד "נוסף על תפקידו" (נע"ת) של בעל תפקיד אחר, ולרוב הוא בעל תפקיד יחיד העוסק בנושא במסגרת הרשות.

לסיכום, בעוד שלרשויות המקומיות יש אחריות מסוימת בנוגע לבריאות הציבור, בעיקר בהיבטים של תברואה, פיקוח על איכות החיים וקידום סביבה בריאה, אין חוק המחייב אותן לספק שירותי בריאות ישירים, והנושא נותר בעיקר באחריות הממשלה המרכזית. חוקים אחרים שנבדקו אינם מתייחסים באופן ישיר לנושא זה, מה שמעיד על כך שהביזור בתחום הבריאות לרשות המקומית מוגבל מבחינה משפטית פורמלית.

פערי בריאות בפריפריה

אף שאנו עוסקים בחיזוק הרפואה הציבורית, ניתן לומר כי לתשתית של רפואה פרטית יש חלק גם בחיזוק הרפואה הציבורית. זאת, באמצעות שני תהליכים: לאפשר לרופאים לעסוק לצד תפקידם במערכת הציבורית גם ברפואה פרטית ועל ידי כך למשוך אותם לפריפריה ואף לשמר אותם במערכת הציבורית בפריפריה; ולספק שירות ציבורי במתקנים פרטיים, כפי שנעשה ברשת אסותא, למשל. לפיכך, מיעוט התשתיות הפרטיות בפריפריה תורם לצמצום שירותים ציבוריים. ניתן להוסיף על כך, שגם כאשר נפתח מתקן פרטי, לעיתים נתקלים המפעילים בקשיים לאספקת שירות ציבורי במתקן בגלל אינטרסים של קופות החולים – נתקלנו בכך בביקורנו בסכנין, למשל. כנגזרת מכך, שיעור חברי קופות החולים שיש להם רובד שני של ביטוח נוסף (שירותי בריאות נוספים, שב"ן) מטעם קופות החולים, נמוך בפריפריה לעומת המרכז.

מדד תוצא מוכר המבטא את הפערים הוא תוחלת החיים – זו של תושבי הדרום והצפון נמוכה בכשנתיים עד שלוש שנים מזו של התושבים בתל אביב והמרכז. בהתאם לכך שיעור הפטירות המתוקנן ל-1000 נפש גבוה במחוזות הצפון והדרום בכ-20% לערך מאשר במחוז המרכז.

ניתן למצוא מידע נרחב על פערים בבריאות בדו"חות התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה. כך, למשל, ניתן לציין כי שיעורי התחלואה בסוכרת גבוהים פי כ-2.5 בקרב התושבים הנמצאים במעמד הסוציאקונומי הנמוך (חמישון תחתון) בהשוואה לאלה במעמד הגבוה. באופן דומה, כ-20% מהילדים בני 14-15 במגזר הערבי סובלים מהשמנת יתר, לעומת כ-13% במגזר הכללי והחרדי. נתון זה מהווה פצצה מתקתקת של תחלואה בסוכרת וכלי דם שתבטא בעתיד במגזר הערבי.

גם בתחום תהליכי בריאות ניתן לראות פערים בין אוכלוסייה במעמד סוציאקונומי נמוך לזו במעמד גבוה. כך, למשל, שיעור הביצוע של בדיקות ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד גבוה בכ-15% בנשים ממעמד סוציאקונומי גבוה בהשוואה לכאלה מהמעמד הסוציאקונומי הנמוך.

במכלול התמונה ניתן לומר כי יש פערי בריאות נרחבים בפריפריה, במגזר הערבי ובאוכלוסייה ממעמד סוציאקונומי נמוך, המחייבים התערבות. אף שיש פעילות רבת שנים שיעודה לצמצם פערים אלו, התוצאות הן חלקיות בלבד והפערים נשארים בעינם ואף מתרחבים בחלק מהמדדים.



שיעור הפטירות המתוקנן ל-1,000 נפש גבוה בכ-20% במחוזות הצפון והדרום בהשוואה למרכז.

דו"ח אי השוויון של משרד הבריאות לשנת 2022 מפרט את פערי הבריאות באוכלוסיית תושבי ישראל, ובין השאר מציג את הפערים בין אזורי הפריפריה לאזורי המרכז. ניתן לשרטט את הפערים בשלושה רבדים: מדדי תשומות בדגש על כ"א, מדדי תהליכים בתחום הבריאות ומדדי תוצאי בריאות מרכזיים. אין זה המקום לדון בפירוט בפערים ובסיבות להם, אך אבקש להדגיש מספר נקודות מרכזיות, שבהמשך יהיו רלבנטיות לדיון על המקום של הרשויות המקומיות בפעילות לצמצום הפערים.

דו"ח כוח אדם במקצועות הבריאות 2022 מציג בצורה ברורה את פערי כוח האדם בפריפריה לעומת המרכז: רופאים בתל אביב: 5.2 ל-1000 תושבים, לעומת 3.1 בצפון ו-2.4 בדרום; מקצועות פרא-רפואיים 8.4 ל-1000 תושבים בתל אביב, לעומת 5.1 בדרום ו-4 בצפון. באחיות הפער המשמעותי קיים בדרום (7.1 בתל אביב ל-1000, בצפון 5.5 ובדרום 4.2).

בתחום רפואת המשפחה, הן בהיבטי מספר הרופאים לנפש והן בהיבטי זמינות הרופאים כפי שמשתקף בזמני המתנה, אין פערים משמעותיים בפריפריה. יחד עם זאת, ניתוח של מספר המומחים ברפואת המשפחה מציג את הפער האיכותי, כאשר בניתוח של נתוני משרד הבריאות שהועברו אליי נמצא כי באזורי הפריפריה כ-50% מהרופאים העוסקים

ברפואת משפחה אינם בעלי מומחיות כלשהי ברפואה, לעומת 33% במרכז. עוד נמצא כי רק 32% מהרופאים הללו הם מומחים ברפואת המשפחה והשאר מומחים במקצועות אחרים. פער איכות נוסף נובע מכך ששיעור הרופאים שלמדו בחו"ל במקומות שאינם מאושרים על פי רפורמת יציב גבוה משמעותית בפריפריה מאשר במרכז הארץ.

עוד נתון שניתן לשייך אותו למרכיב מדדי התשומות הוא התשתית המועטה של רפואה פרטית בפריפריה בהשוואה למרכז.

רפואת המשפחה: זמינות דומה – איכות שונה

בפריפריה כ-50% מהרופאים אינם בעלי מומחיות רפואית, לעומת כ-33% במרכז



ללא מומחיות בעלי מומחיות

פעילות ויזמות לצמצום פערי בריאות

משרד הבריאות פועל לקידום בריאות האוכלוסייה תוך שימת דגש על צמצום פערים בבריאות. הדבר בא לידי ביטוי בחוזר מנכ"ל 08/22 לקידום שיוויון במערכת הבריאות. בהובלת המשרד, ויחד עם גורמי הרפואה השונים, בדגש על קופות החולים, ישנן פעילויות רבות שנועדו לשפר את השירות הרפואי בפריפריה החברתית והגאוגרפית ולקדם את בריאותם של התושבים. כפי שנראה להלן, הרשויות בישראל מהוות שחקן מתעצם בתחום הבריאות, גם אם אינן מחזיקות בסמכויות סטטוטוריות רשמיות.

בספטמבר 2023 הגישה הוועדה לקביעת אסטרטגיית צמצום פערי בריאות בעשור הקרוב (ועדת העשור) את המלצותיה לגיבוש מדיניות רב-שנתית לצמצום אי שוויון בבריאות. בין המלצותיה חשוב לציין את הקריאה לקביעת יעדים ומנגנוני מדידה למיגור אי השוויון, פיתוח מענים ייחודיים ורב מערכתיים לאנשים החיים בעוני, והמלצה למיסוד תחום הבריאות בשלטון המקומי ובאשכולות אזוריים. המשרד החל ביישום חלק מהמלצות, כגון הקמת פורטל בריאות רשותי, אך יש קושי לממש את כל המלצות בהעדר תכנון ממשלתי רב שנתי.

במישור הלאומי, משרד הבריאות מוביל מספר יוזמות מערכתיות. אחת מהן היא התוכנית לצמצום פערים בחברה הערבית, הפועלת על בסיס החלטת ממשלה 550. התוכנית נועדה לחיזוק תשתיות הבריאות ברשויות ערביות, הקמת יחידות בריאות מקומיות, שיפור הנגשה תרבותית ושפתית, ומענה מותאם לאוכלוסיות ייחודיות. התוכנית כוללת בין היתר, הקמה של יחידות בריאות ב-21 רשויות ערביות, מיפוי צרכים מקומי ופעולה משותפת עם הקופות לשיפור השירות ברשויות הערביות. התוכנית מתבצעת באמצעות מטה ייעודי במשרד הבריאות שהוקם במנהל לתכנון אסטרטגי, מובלת בשיתוף פעולה הדוק עם ג'וינט אלכא, ופועלת בשיתוף פעולה עם גופים כגון הרשות לפיתוח כלכלי של המיעוטים, ומשרדי ממשלה נוספים. מוקדם עדיין לראות את פירותיה של התוכנית, אך יש בה פוטנציאל לצמצום פערי בריאות בחברה הערבית, גם אם רק ברשויות בהן היא פועלת.

מיזם "אפשריבריא" הוא תוכנית ארצית רחבה של משרד הבריאות לשיפור אורח החיים והבריאות הציבורית, אשר פועלת בצורות שונות קרוב ל-15 שנים בשיתוף רשויות מקומיות לשם עידוד אורח חיים בריא דרך סביבות תומכות. קרי, קביעת סטנדרטים לבריאות במוסדות חינוך ובסביבה העירונית, המושתתים על פעילות גופנית וצריכת מזון בריא. רשויות מקומיות רבות לוקחות חלק פעיל בתוכנית זו, ואף חלקן מינו מקדמי בריאות, אך נפח הפעילות בכל רשות משתנה ותלוי מאד ביוזמה המקומית. היקף התקציב של

הרשויות לפעילות בתחום הבריאות קטן בדרך כלל ולא מאפשר השפעה רחבת טווח על בריאות האוכלוסייה.

בשנים האחרונות הוביל משרד הבריאות בשיתוף פעולה עם משרד הפנים וג'וינט אלכא הצבה של מתכללות בריאות באשכולות האזוריים לצורך הרחבת הפעילות בתחום קידום הבריאות. לאחר תקופת פיילוט, שהתקיים בחלק מהאשכולות, אוישו כל האשכולות האזוריים, והן מובילות את נושא הבריאות באשכול, תוך שיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות שבאשכול, עם קופות החולים ועם גורמים נוספים. מתכללות הבריאות מקדמות יוזמות כגון הדרכות בתחום התזונה הבריאה, פרויקטים משותפים עם מוסדות החינוך לפעילות גופנית ועידוד הזדקנות פעילה. הערכת התוכנית שנעשתה על ידי מכון ברוקדייל (אפריל 2024) הצביעה על תרומת המיזם לקידום העיסוק בפעילות בריאותית אזורית, אך הדגישה את הצורך להסדיר את התהליכים בכל האשכולות על בסיס תפיסה אחודה, ולהכניס מרכיב של חשיבה תוצאתית בפעילות של מתכללות הבריאות באשכולות.

נוסף על כך, יש להזכיר את המיזם הוותיק של "רשת ערים בריאות", הפועל בישראל החל מ-1990 כחלק מיוזמה בינלאומית המיושמת בישראל באמצעות מרכז השלטון המקומי. כיום פועלות ברשת למעלה מ-50 רשויות, ובכל אחת מהן ממונה מקדם בריאות עירוני אשר פועל ליישום מדיניות של "בריאות בכל תחומי החיים" ("Health in All Policies"). פעילות זו חופפת לעיתים לפעילות במסגרת "אפשריבריא", כך שלא ניתן להעריך את תרומתה הישירה לקידום הבריאות במקומות בהן היא פועלת.

בבחינת הישגים המשתייכים ל"אפשריבריא" או "רשת ערים בריאות" ניתן להבחין כי הייצוג של הפריפריה נמוך משמעותית ביחס לחלקה של הפריפריה במדינת ישראל. כך, למשל, שלושת האשכולות הפריפריאליים ביותר בישראל כוללים על פי הלמ"ס 500 ישובים שמהווים 41.2% מ-1213 ישובים בישראל. ב"אפשריבריא" נכללים רק 23 ישובים מאשכולות אלו, המהווים 29% מכלל היישובים שבתוכנית, ואילו ב"רשת ערים בריאות" יש 14 ישובים שמהווים 20% ממספר היישובים בתוכנית. לעומת זאת, במדינת ישראל נכללים 17 ישובים בשני האשכולות הגבוהים (כלומר, היישובים במרכז הארץ), המהווים 1.4% מכלל היישובים בישראל. מתוכם, 8 נמצאים ב"אפשריבריא" (כ-10% מהיישובים בתוכנית) ו-10 ברשת ערים בריאות (14%). מכאן שהתוכניות הללו מוטות בצורה בולטת לכיוון הערים החזקות יותר במרכז הארץ, בדרך כלל כתוצאה ממודעות גבוהה יותר לחשיבות של פעילויות בתחום הבריאות לתושבים ביישובים הללו.

השלטון המקומי מקדם בריאות

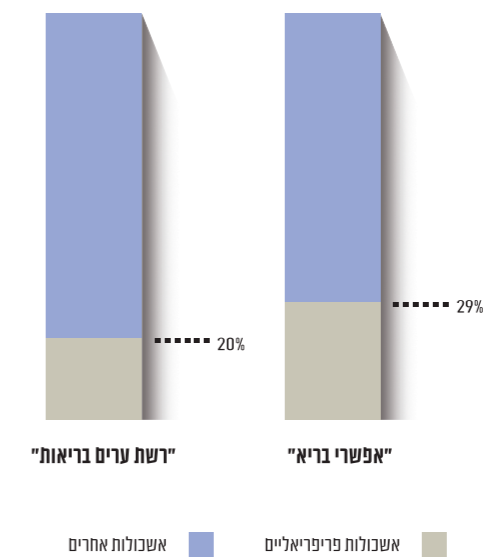
בדצמבר 2023 פרסם משרד הבריאות מסמך מדיניות מקיף, המנתח לעומק את המקום של הרשויות המקומיות בישראל בקידום בריאות התושבים. מתוך ההכרה בחשיבותן של הרשויות בקידום בריאות התושבים, נתחו במסמך זה החסמים לקידום בריאות התושב ברמת הרשות המקומית: העדר יעדים וסמכויות, מחסור בנתונים ומידע בריאות, העדרת הגדרת תפקיד ייעודית ליחידות בריאות והסדרתן ברמה הסטטוטורית, חוסר בתיאום בין מערכתי, ומשאבים ותקציב. לאור חסמים אלו הומלץ במסמך על מספר צעדים על מנת לקדם את המעורבות של השלטון המקומי בקידום בריאות התושבים, וביניהם: הקמת גוף מטה ייעודי במשרד הבריאות, הקמת יחידות בריאות חזקות באשכולות האזוריים והגדרת זרוע תכלול ייעודית במשרד הפנים.

במסמך נוסף שפורסם אף הוא בדצמבר 2023 מטעם ג'וינט אלכא, מנותח נושא ביזור הבריאות בישראל, מוצגת סקירה בינלאומית בנושא ומוצעים כיוונים לעתיד. אף שהיתרונות בביזור חלק מהסמכויות בבריאות לרשויות המקומיות מפורטים במסמך, ומוצגים תקדימים מוצלחים מהעולם, כותב המסמך מעריך כי אין בישראל בשלות לביזור מלא של הבריאות לרמה האזורית. יחד עם זאת, הוא מציע להרחיב את הפעילות האזורית בכל הנוגע לזקנה מיטבית ובריאות התלמיד.

על רקע זה, ערכתי במהלך שנת המלגה מפגשים עם 11 ראשי רשויות מקומיות וצוותי הבריאות שלהם ברחבי הארץ, חלקן בפריפריה וחלקן במרכז, רשויות יהודיות, ערביות ודרוזיות: ירכא, עכו, כרמיאל, סחנין, באקה אל-גרביה, אום אל-פחם, הרצליה, ראשון לציון, נתיבות, רהט, ובאר שבע. ביקשנו לבחון את תפישתם של ראשי הרשויות בנוגע לאתגרים המרכזיים בתחום הבריאות שיש לרשות, את הפתרונות המקומיים שמיושמים ואת הדינמיקה שבין השלטון המקומי לשלטון המרכזי ולקופות החולים. מובן מאליו כי מדובר במדגם קטן שאינו מייצג את כלל הרשויות בישראל, אך זו הייתה הזדמנות מבחינתי ללמוד יותר לעומק על מגוון מגבלות והזדמנויות בתחום הבריאות המקומית, כבסיס לגיבוש תפישה רחבה בנוגע למעורבות של השלטון המקומי בבריאות. המגוון הגיאוגרפי והדמוגרפי של המפגשים היה חשוב כדי לייצר תמונה רחבה ככל שניתן מתוך מספר מצומצם, יחסית, של מפגשים שניתן לקיים במסגרת האילוצים השונים.

כל ראשי הרשויות עימם נפגשנו הכירו בחשיבות של העיסוק בבריאות, הן על סמך ניסיונם בתקופת מגפת הקורונה ובמלחמת השבעה באוקטובר והן על סמך העיסוק בפועל בבריאות, אף שזה היה שונה מאד בהיקפו בין הרשויות השונות. כל ראשי הרשויות הביעו נכונות להרחיב את העיסוק בבריאות וראו בכך אינטרס שלהם ושל התושבים ברשות. חלקם הביעו ספקות בנוגע לרצון של השלטון המרכזי לבזר סמכויות ומשאבים לצורך זה. אף

ייצוג יישובי הפריפריה בתוכניות לקידום בריאות
בהשוואה לחלקם היחסי במדינה (41%), ייצוג יישובי הפריפריה בתוכניות נמוך יותר.



לעומת זאת, הצבת מתאמות בריאות באשכולות והתוכנית לצמצום פערים בחברה הערבית משפיעות בעיקר על יישובים בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית. לצד הפעילות לצמצום פערים בבריאות המובלת על ידי משרד הבריאות, גם קופות החולים פועלות לצמצום פערי בריאות בקהילה. אין זה המקום לפרט את מגוון הפעילות הכוללת, כדוגמה, הרצאות לקידום אורח חיים בריא בבתי הספר, סדנאות לטיפול בילדים עם משקל עודף ומתן שירותים ממוקד אוכלוסיות בסיכון. נציין כי לרוב מדובר ביוזמות מקומיות של שיתוף פעולה בין סניף של קופת החולים לרשות המקומית, התלויות ברצון טוב של השותפים ובקיומו של תקציב (קטן) המופנה לסוג כזה של פעילויות.

כפי שניתן לראות מהסקירה התמציתית הזו, שיתופי פעולה בין משרדי הבריאות והפנים, השלטון המקומי וגופים אחרים, תרמו לקידום מיזמים ייחודיים בראייה אזורית. את מגמה זו האיצו מצבי החירום שאותם חוונו בשנים האחרונות, ואנו חווים עד עצם היום הזה: מגפת הקורונה, מלחמת השבעה באוקטובר ומלחמת "עם כלביא". בכל האירועים הללו היוו הרשויות המקומיות והאזוריות מרכיב חשוב מאד בסיוע למענה הרפואי.

שרשויות מסוימות בהן ביקרנו שייכות לאשכולות, פעילות הבריאות שמקורה באשכולות לא הייתה בולטת בשיח עם ראשי הרשויות. ניכר שהם לא בקיאים בפעילות זו ולא רואים בה פעילות יעילה ומשנה מציאות בתחום הבריאות.

אחד הנושאים המרכזיים שעלה כמעט בכל הרשויות, במיוחד בפריפריה, הוא המחסור בשירותים רפואיים. אף שאין זה בתחום אחריותם, ציינו ראשי הערים כי הם מודעים לפערים בשירותי הרפואה, כפי שעולה מהתושבים בהתמודדות היומיומית שלהם, ובאם אל-פאחם בוצעה בהנחייתו של ראש העיר סקר שירותי רפואה. ראשי הערים הביעו את אי שביעות רצונם מהמתנה ממושכת לקבלת טיפול רפואי בתחומם ומהצורך לנסוע למקומות מרוחקים בשל היעדר שירותים מסוימים בתחום הרשות, כגון מכשירי MRI, תחנות טיפוח חלב ומוקדי רפואת חירום. חלקם ציינו את המחסור ברופאים מומחים, ובין השאר בתחומים שיש להם ביקוש נרחב כגון פסיכיאטריה, גריאטריה ורפואת ילדים. חלק מראשי הערים ציינו שהם מעורבים בקידום יוזמות להקמת מרכזי רפואה מתקדמים, למשל, בערים כרמיאל ונתיבות, אך אלו נתקלות באתגר של קבלת אישור רגולטורי ומחסור במשאבים. דוגמה ייחודית לניסיון להרחיב את שירותי הרפואה מצאנו בסחנין, שם הוקם מתקן רפואי פרטי מתקדם, אך היזם נתקל בקשיים לבסס שיתופי פעולה שיאפשרו הגעת רופאים מומחים ופתיחת מרפאות על רקע ניסיון של קופות החולים לצמצם הוצאות.

אתגר נוסף שחזר על עצמו כמעט בכל הרשויות הוא הקשיים התקציביים וחוסר ההמשכיות בתקצוב הייעודי לקידום בריאות. כתוצאה מכך, יש קושי למסד לאורך זמן תוכניות בריאות שהחלו כפרויקטים שתוקצבו לשנה-שנתיים. ברהט, למשל, העירייה מתקשה לממן הרחבת תחנות טיפוח חלב למרות הצורך הגובר, בעוד שבנתיבות תוכניות חינוך לבריאות הופסקו בשל היעדר מימון שוטף. כך גם בבאר שבע – תוכנית מצליחה לקידום בריאות בגני הילדים הופסקה כאשר התקציב נגמר. באופן דומה, החשש הגדול ביותר שעלה בקרב הרשויות הערביות הוא מההשלכות של סיום החלטה 550 בשנת 2026, שכן ברשויות כמו סחנין ובאקה אל-גרביה המימון של תוכנית הבריאות במגזר הערבי היה קריטי לפיתוח תשתיות בריאותיות. ראשי הרשויות הדגישו את הצורך בהעברת סמכויות משמעותיות מהמדינה לרשויות המקומיות, כך שיוכלו לנהל את בריאות הציבור בצורה עצמאית יותר, אך במצב הקיים, הרשויות נאלצות להסתמך על מענקים חד-פעמיים ולא על תקציב יציב שמאפשר תכנון לטווח ארוך.

חלק גדול מהתקציב שניתן לרשויות בתוכניות השונות לקידום בריאות מופנה להעסקת מתאם הבריאות שמוביל את העשייה בתחום. לעיתים, נשאר רק תקציב קטן מאד למימון פעילויות, מה גם שיש קושי להוציא דברים לפועל על ידי אדם אחד בלבד, ללא כל סיוע (מחלקה של איש אחד...).

אתגר נוסף של הרשויות המקומיות הוא התמודדות עם המודעות הציבורית לאורח חיים בריא, תזונה נבונה ובריאות הנפש. בחלק מהרשויות הערביות עלה הצורך להתמודד עם תרבות המושרשת בהרגלי תזונה וחוסר פעילות גופנית כחלק מתרבות הפנאי. תופעות כמו השמנת יתר וסוכרת בקרב ילדים ונוער הוזכרו כמעט בכל הרשויות, אך במגזר הערבי הם בחומרה קיצונית, כאשר ברהט, למשל, דווח כי 40% מתלמידי כיתה ז' סובלים מהשמנת

יתר. גם באום אל-פחם ובסחנין דווח על צריכה גבוהה של משקאות ממותקים ועישון בגיל צעיר. בעוד שבערים מסוימות נעשים מאמצים לקדם חינוך לבריאות בבתי הספר – אום אל-פחם מפעילה תוכניות אורח חיים בריא במערכת החינוך, וראשון לציון מארגנת קבוצות הליכה ויוגה לקהלים שונים – ברוב הרשויות ההשקעה בתחום הזה אינה מספקת, בעיקר בשל מחסור בתקציבים והיעדר כוח אדם מקצועי שמסוגל להטמיע שינוי משמעותי.

בריאות הנפש תופסת מקום מרכזי בעיסוק לאחר מגפת הקורונה ומאז ה-7 באוקטובר. לרשויות המקומיות תפקיד בהפעלת מרכזי החוסן, אך אלה פועלים בצורה מלאה ויעילה רק באזורי העימות (וגם לא בכולם). הבעיה, לעומת זאת, רלבנטית לכל רחבי הארץ. אף שהרשויות אחראיות על תחום הרווחה, החיבור למרכזי החוסן והבריאות הנפשית לא מתקיים, בדרך כלל, בהיעדר גורם שרואה בצורה רוחבית את כלל המערכת על מרכיבי הבריאות, הרווחה והחינוך. משרד הבריאות מגבש תוכנית לתמרוץ הרשויות לעסוק בתחום, אך היא עדיין לא הבשילה.

לבסוף, ניכר שמחסור במידע רפואי רלבנטי לא מאפשר לרשויות המקומיות להיות מעורבות בתהליכים בריאותיים. הנושא עלה כמעט בכל רשות בה ביקרנו. בראשון לציון, לדוגמה, העירייה ביקשה לקבל נתוני עישון, תחלואה בסוכרת ומחלות כרוניות ממשרד הבריאות, אך לא קיבלה גישה למידע. מצב זה מקשה על הרשויות לבצע התערבות מבוססת נתונים ולבצע התאמות שוטפות למדיניות הבריאות העירונית. חלק מהרשויות, כמו סחנין, מנסות לאסוף מידע באופן עצמאי, אך יוזמות כאלה דורשות משאבים ומקורות מידע שלא תמיד קיימים. משרד הבריאות בשיתוף עם הג'וינט מקדם הנגשת מידע לרשויות באמצעות פורטל הבריאות, אך התהליך מתקדם באיטיות. חשוב לציין כי הנגשת המידע בפני עצמה לא מספקת וצריכים להיות מלווים לכך תהליכי התערבות עירוניים. למשל, באחת הערים עלה הנושא של השמנת ילדים – נתון הקיים בנוגע לתלמידי כיתות א' ו-ז'. אנשי המקצוע היו מודעים לכך שהמקום של הרשות ביחס לאחרות אינו טוב, אך לא התבצעו תהליכים לטיפול בכך. ראש העיר, שהתוודע לכך לראשונה בפגישתנו הנחה להתערב והבטיח שמדדי הרשות בנושא ישתפרו.

מקור אפשרי נוסף למידע בריאותי הוא מתוכנית מדדי האיכות בקהילה, המובלת על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ובית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטה העברית יחד עם קופות החולים. כיום המידע לא מפולח לרמת הרשות (ואף לא לרמת האשכולות) – אם תהיה הנגשה של חלק מהמדדים, הרשויות יוכלו להתערב, למשל לעידוד ביצוע בדיקות סקר לסרטן באזורים ששיעור הביצוע נמוך יחסית. חשוב בעיניי להנגיש מידע שיניע תהליכים בריאותיים ברשות. כמובן, שיש להקפיד על חיסון מידע בריאותי, אך ניתן להנגיש מידע סטטיסטי ללא זיהוי הפרט.

לסיכום המפגשים עם ראשי הרשויות, התרשמתי מכולם כי הם נכונים ומעוניינים להיות מעורבים יותר בתהליכי בריאות שונים, בדגש על קידום בריאות של האוכלוסייה ברשות, אך גם בקידום שירותים רפואיים בתחומם. כיום, החסמים המרכזיים לכך הם רגולציה ומשאבים. רשויות חזקות מעורבות יותר בבריאות ואלה שבפריפריה הרבה פחות.

מיפוי יוזמות בהובלת מגזר שלישי

הון אנושי איכותי הנמצא בשלבים מתקדמים של הקריירה המקצועית או אף בגמלאות, למענה לפערי כוח אדם בפריפריה. המיזם התמודד עם חסמים בירוקרטיים רחבים, אך הצליח לפרוץ דרך בפעילותו בעוטף עזה ועתה מורחבת הפעילות גם לצפון הארץ. לשלטון המקומי יש חלק משמעותי בבניית שנת השירות, הן בהגדרת הצרכים והן בתשתית למגורים ופעילות משותפת במהלך השנה הזו. המיזם הוערך כבעל השפעה בינונית ומורכבות תפעולית נמוכה יחסית.

חרדים לקצב הוא פרויקט קהילתי לעידוד אורח חיים פעיל ובריא בחברה החרדית. העמותה מפעילה תוכניות ייחודיות לכל הגילאים, ומציעה מענים שונים בתחום התנועה הבריאה תוך התאמה תרבותית עמוקה (אנשי צוות חרדים, תמיכה ולגיטימציה רבנית, פעילות מותאמת, צמיחה מהקהילה) והתאמת עלויות ליכולות של האוכלוסייה הספציפית. הפרויקט פועל כיום בפריסה של 14 יישובים ומחפש דרכו להתרחב ליישובים נוספים ולהרחיב את שיתופי הפעולה ומקורות המימון שלו. המיזם מוביל שינוי תודעתי בקרב קהל יעד שמרני, אשר ממעט לעסוק בפעילות גופנית. המיזם הוערך כבעל השפעה בינונית ומורכבות נמוכה, יחסית.

תוכנית אורח חיים בריא ופעיל בחברה הבדואית פועלת מטעם מכון אג'יק – מכון הנגב, שהנו ארגון ערבי-יהודי לשינוי חברתי, אשר החל את פעילותו בנגב בשנת 2000. בשנת 2010 הוקמה המחלקה לקידום בריאות ורווחת הילד שבמסגרתה פועלת, בין השאר, תכנית מקיפה לשיפור הבריאות הקהילתית בחברה הבדואית באמצעות הכשרת מדריכים ואימאמים כנאמני בריאות מותאמים תרבותית. התוכנית משלבת סדנאות תזונה, פעילות גופנית, קמפיינים ומודלים לקידום בריאות בקבוצות גיל שונות. הפעילות הוערכה כבעלת השפעה בינונית והיא נחשבת מורכבת, עם תמיכה כלכלית ציבורית וממשלתית חלקית.

מטרת מיפוי מיזמי הבריאות בהובלת המגזר השלישי הייתה כפולה: לבחון האם יש מיזמים שניתן לשכפל ולהרחיב באופן ניכר, וכן לנסות לזהות מאפייני מפתח להצלחת מיזם בתחום הזה.

בניתוח כלל היוזמות עולות מספר תובנות הנוגעות להצלחתן. ראשית, ניכר כי קיימת זיקה בין רמת המורכבות של המיזם לבין פוטנציאל ההשפעה שלו: מיזמים עתירי שותפויות ומשאבים, כגון טלנטק או ספירת הסוכרת בגליל, מצליחים להניע תהליכים אזוריים רחבי היקף, אך כרוכים באתגרים רבים של תיאום, בירוקרטיה ורגולציה. לעומת זאת, מיזמים פשוטים יחסית לתפעול – כמו **חרדים לקצב** – מצליחים לייצר שינוי נקודתי ומהיר, אך מתקשים בהשגת אפקט רחב ולאורך זמן.

מכנה משותף בולט נוסף הוא החשיבות הקריטית של התאמה תרבותית: הצלחת מיזמים הפועלים בתוך קהילות מובחנות, דוגמת החברה החרדית או הבדואית, תלויה במידה רבה בשילוב דמויות סמכות מהקהילה (רבנים, אימאמים), בשימוש בשפה מותאמת ובתכנים הרלבנטיים לערכים ולמנהגים המקומיים. לצד זאת, בולטים הפערים במעמדן וביכולותיהן של הרשויות המקומיות בתחום הבריאות, בדגש על הפריפריה – אף שמדובר בשותפות

במסגרת פעילות המלגה, נערך מיפוי של יוזמות בולטות בתחום הבריאות הקהילתית בפריפריה החברתית והגיאוגרפית בישראל, באמצעות חברת פ.ר.ג. המיפוי התמקד בזיהוי מנועי הצלחה, חסמים ומודלים לשותפות, וכן בניתוח התנאים הנדרשים להרחבת מיזמים אפקטיביים. מתוך כלל היוזמות שנבחנו, נבחרו שבע מובילות מבחינת יכולתן להיות מיושמות בצורה רחבה יותר ולהיות בעלות השפעה על בריאות האוכלוסייה בפריפריה. היוזמות נבדלו אחת מהשנייה באוכלוסיות היעד, בתחומי העיסוק ובהיקף הפעולה. הן הוערכו על ידי מבצעי המיפוי לפי שני ממדים מרכזיים: מורכבות היישום וההשפעה הפוטנציאלית. להלן סקירה תמציתית של חלקן.

ספירת הסוכרת בגליל ע"ש ראסל ברי הוא מיזם אזורי שהוקם ב-2021 לצמצום תחלואת הסוכרת בגליל. המיזם ממוקד במחלה אחת ובאזור תחום, ומשתמש במגוון התערבויות לשינוי האקוסיסטם של מטופלי סוכרת ואוכלוסיית הטרם-סוכרת למניעת התקדמות המחלה. הוא מטמיע טיפול הוליסטי ורב-ממדי בקהילה – רווחה, חינוך, פנאי ומודעות לאורח חיים בריא. תחילה פעל ב-5 יישובים ובחלוף הזמן הורחב לכ-20 נוספים, על בסיס תוכנית הבריאות במגזר הערבי. חוזקתו בתיאום בין הגורמים השונים, ובכלל זה הרשויות המקומיות, ליצירת מענה מערכתי. לצד פוטנציאל גבוה ובהשפעות ראשוניות על מודעות ותשתיות, קיימים אתגרי יישום; התקציב גדול ומבוסס תרומות, והשפעתו על תחלואה וסיבוכים טרם הוכחה. בהערכה המסכמת נקבע מיזם זה כבעל פוטנציאל השפעה גבוה, אך גם כמורכב מכל המיזמים שנבחנו.

טלנטק – שותפות גלילית הוא מיזם העוסק בגיוס, הכשרה וליווי של כוח אדם למרכז השיקום החדש במרכז רפואי צפון. המיזם הוקם ב-2022 בשיתוף פעולה עם משרד הבריאות ואשכול כנרת והעמקים, על רקע חוסר אזורי ברופאי שיקום ובאנשי מקצועות הבריאות. פעילות המיזם מבוססת על גיוס הון אנושי איכותי בכיר ע"י מערך תמריצים הוליסטי וייחודי (מענקים כספיים, פתרונות דיור, אפשרויות תעסוקה לבני ובנות הזוג, הזדמנויות להתפתחות מקצועית וליווי קהילתי). הטמעה מוצלחת במודל זה עשויה לשמש תשתית לרפואה מומחית בפריפריה כולה. גם מיזם זה הוגדר כבעל פוטנציאל השפעה גבוה ומורכבות גבוהה.

אלול – שנת שירות למבוגרים היא תכנית פיילוט בהובלת ג'וינט אשל לגיוס מתנדבים בגילאי 50+ (בעלי מקצועות שונים ובהם רפואה) לשנת שירות ביישובי עוטף עזה. המודל מבוסס על מגורים משותפים, התנדבות מקצועית והעשרה חברתית. זהו מינוף יצירתי של

המודל הבריטי - מנגנון ריכוזי עם ביזור לשלטון המקומי

החלטנו לבחון את המודל הבריטי מאחר שלמערכת הבריאות הבריטית יש מאפיינים דומים לזו הישראלית, בעיקר בהתייחס להיותה מערכת ציבורית ריכוזית. הבדל מהותי הקיים בין המערכות הוא שבאנגליה (כמו גם במדינות אחרות בממלכה המאוחדת) יש גורם אחד האחראי על אספקת שירותי הבריאות ברחבי המדינה, ה-NHS, בעוד שבישראל אספקת השירותים מבוססת על ארבע קופות החולים בקהילה ועל בתי החולים הממשלתיים, הקופתיים והעצמאיים שמתקצבים על ידי המדינה (בהיקפים משתנים בהתאם לשייכותם).

הסיבה השנייה לבחינת המודל הבריטי היא שבשנים האחרונות נעשו שם מספר צעדים לביזור פעילות בתחום הבריאות לשלטון המקומי, בד בבד עם שילוב טוב יותר בין מערכת הבריאות למערכת הרווחה. רצינו ללמוד על הצעדים שנעשו ועל תוצאותיהם.

חשוב לציין, כי בשנים האחרונות אנגליה מתמודדת עם משבר עמוק בתחום שירותי הבריאות. העלייה בביקוש לשירותים, במיוחד עקב הזדקנות האוכלוסייה, יחד עם מגבלות תקציביות והתאמות איטיות למציאות המשתנה, הביאו לפגיעה משמעותית בזמינות הטיפול. אף שיש נטייה לומר כי על רקע הקשיים הללו של מערכת הבריאות האנגלית אין מה ללמוד ממנה, אנו סבורים שהמודל מרכזי – ביזור של המערכת האנגלית ראוי ללמידה. ברמה הלאומית, משרד הבריאות והרווחה (DHSC) אחראי על קביעת מדיניות הבריאות, פיקוח כללי על המערכת והקצאת תקציבים. NHS England מוציא את יישום המדיניות לפועל, מספק את שירותי הרפואה ברמות השונות ומפקח על ביצועי המערכות האזוריות והמקומיות. ה-NHS מחולק ל-7 צוותים אזוריים, (Regional NHS Teams) האחראים על אספקת שירותים ופיקוח על איכותם, ניהול התקציב האזורי וביצועים תפעוליים.

לאורך השנים נבנו מערכות טיפול משולב (Integrated Care Systems – ICSs). ישנן 42 ICSs ברחבי אנגליה, המתאמות בין בתי חולים, רשויות מקומיות (ישנן 3-5 רשויות מקומיות בכל ICS), רופאים וארגונים חברתיים לשיפור התוצאות הבריאותיות וצמצום פערים. מערכות אלה מחולקות לשלושה גופים עיקריים (ראה תמונה 1):

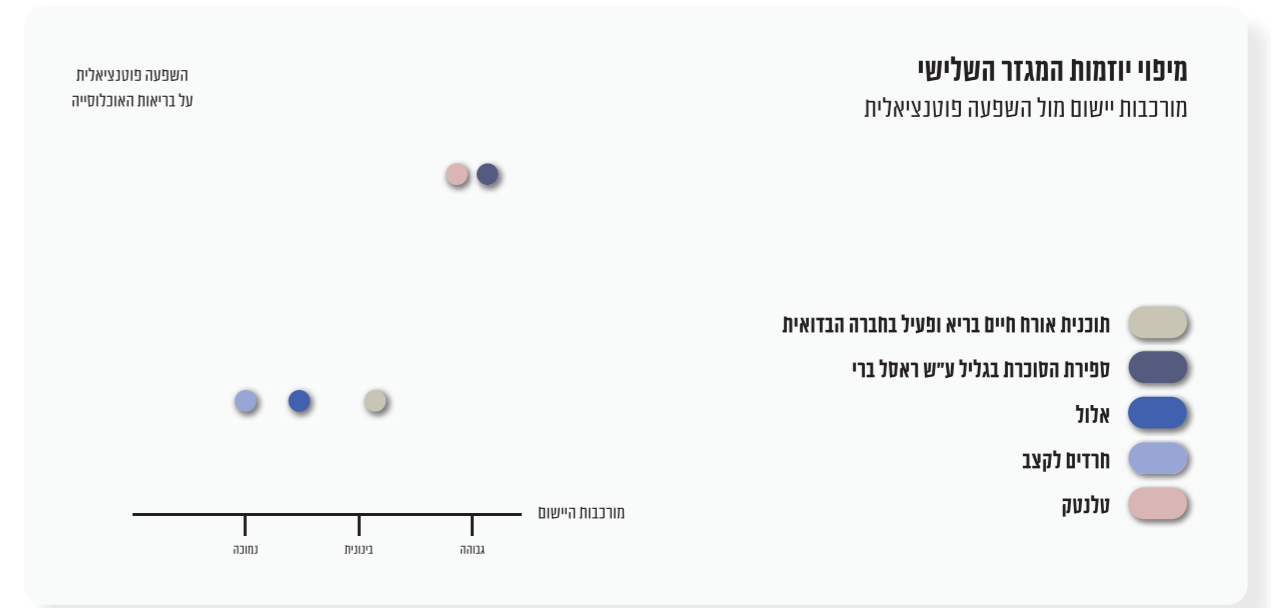
• Integrated Care Boards (ICBs) – אמונים על תכנון שירותים אזוריים והקצאת משאבים.

• Integrated Care Partnerships (ICPs) – ועדות משותפות לגורמים

חיוניות להטמעת מיזמים בשטח, רבות מהן חסרות מנגנון ייעודי לתחום הבריאות ואינן פועלות באופן יזום בתחום זה. עוד עולה מהניתוח קושי מהותי במדידת אפקטיביות של פרויקטים, בעיקר כאלו שעוסקים באורח חיים בריא – לרוב קיימים מדדים של היקף הפעילות או שינוי בעמדות, אך לא נבנית מערכת מדידה מספקת להשפעות בריאותיות בפועל. לבסוף, ניכר שמיזמים העוסקים בכוח אדם רפואי בבריאות מצליחים יותר כאשר הם מציעים "חליפה אישית" מותאמת לצרכי הצוות ומשפחתו, הכוללת ליווי מקצועי, פתרונות דיוור, הזדמנויות תעסוקה לבני הזוג ותמריצים מגוונים.

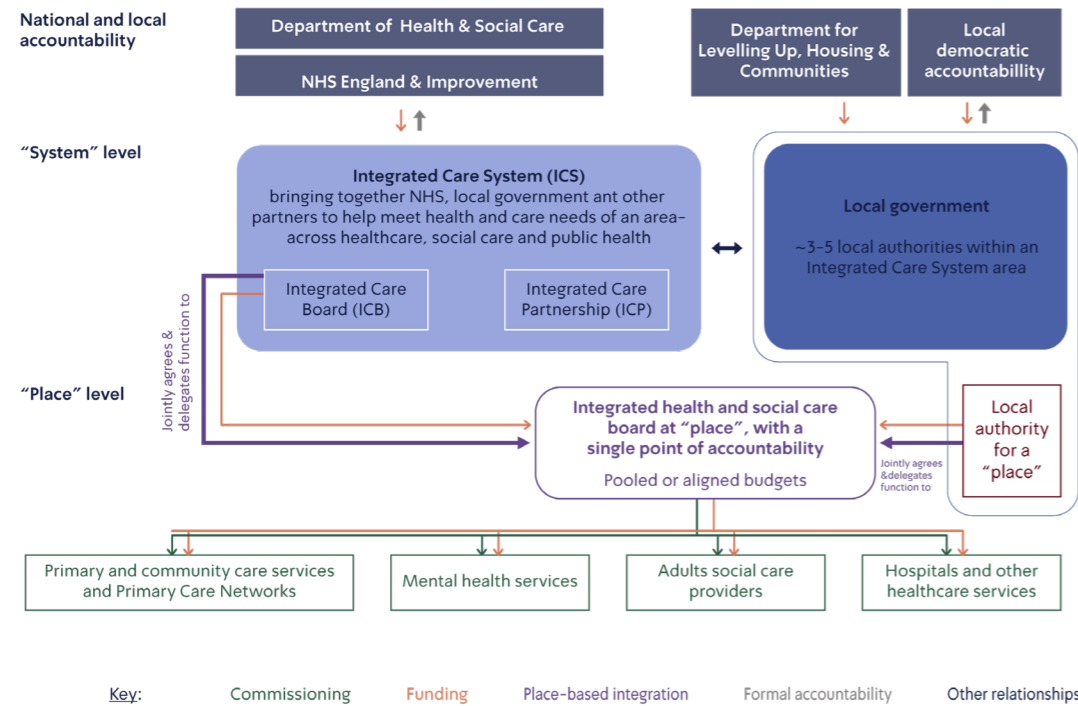
תובנות אלו מדגישות את המורכבות המובנית בפיתוח מיזמים לשיפור בריאות בקהילה, ואת הצורך בגישה מותאמת, רבת-רבדים, על מנת להבטיח מענה אפקטיבי, בר-קיימא ורחב השפעה.

בהסתכלות על היכולת להרחיב מיזם זה או אחר מבין אלו שנבחנו, עלה הרעיון לנצל את המנגנון של "שנת שירות למבוגרים" לטובת פרויקט חונכות (מנטורינג) של רופאי משפחה שאינם מומחים, הפועלים בבריאות. על פי נתונים שהועברו ממשרד הבריאות ניתן לראות כי שיעורם של אלו במרפאות הפועלות בבריאות מגיע עד כ-50%. חלקם וותיקים ומנוסים, אך לא עברו התמחות פורמלית, ואחרים צעירים שלא התקבלו לתוכנית התמחות מסיבה כלשהי, אך עובדים בפועל כרופאי משפחה. נראה כי תוכנית חניכה על בסיס התנדבות של רופאים וותיקים ובעלי ניסיון שרוצים לתרום לקהילה, יכולה לסייע לרופאים לא מומחים שירצו בכך, להתפתח ולשפר מיומנויות קליניות, ניהוליות וארגוניות. על מנת להתניע את התהליך נוצר קשר עם ג'וינט אשל, אשר הובילו את הפיילוט בעוטף עזה. סוכם כי הרעיון ייבחן תוך כדי תהליך ההוצאה לפועל של המחזור החדש של התוכנית, הכולל גם "שנת שירות למבוגרים" בצפון.



מקומיים שונים בתחום הבריאות, הרווחה והחינוך, האחראיות לפיתוח אסטרטגיה אינטגרטיבית המכוונית את החלטות לגבי פיתוח השירותים המקומיים.

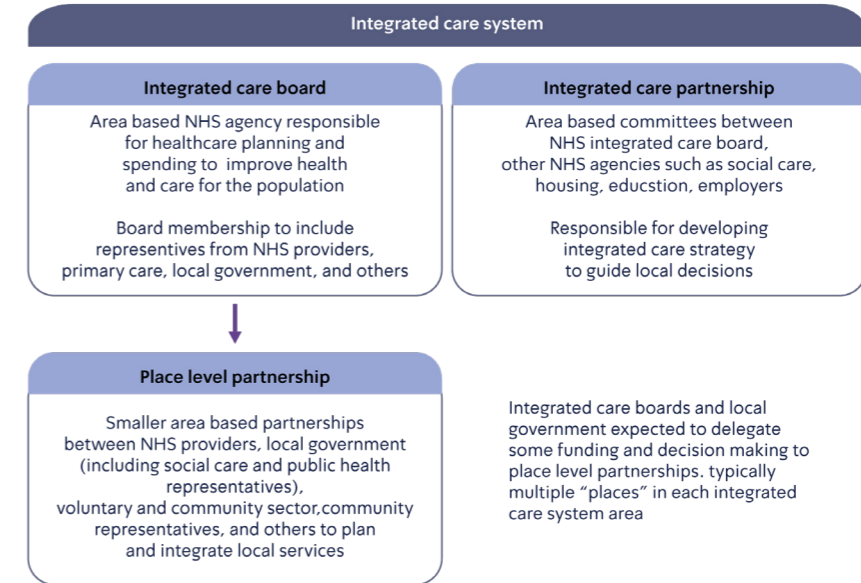
• Place-Based Partnerships – שיתופי פעולה מקומיים בין מרפאות, רשויות מקומיות וספקים וולונטריים.



תמונה 2: יחסי הגומלין בין השלטון המרכזי לשלטון המקומי בתחום הבריאות

במאמר ביקורת על יחסי הגומלין בין השלטון המרכזי לשלטון המקומי בבריאות, הובהר כי אין ראיות חד-משמעיות לכך ששותפויות מקומיות משפרות את הבריאות באופן משמעותי. חלק מהמחקרים מצביעים על שיפור בגישה לשירותים ובחווית המטופל, אך ההשפעה על תוצאות בריאותיות הייתה מוגבלת או מעורבת. עוד נקבע כי שותפויות עשויות לתרום ליעילות ולשיתוף משאבים, אך הן מושפעות מגורמים כמו אמון, תקשורת, מנהיגות ומדיניות לאומית. מדיניות לאומית שמשקיעה בבריאות הציבור, טיפול סוציאלי, ורשויות מקומיות תורמת להצלחת השותפויות המקומיות, אך נכון להיום, הממשלה הבריטית מצביה יעדים שאפתניים, אך לא מספקת את המשאבים הנדרשים להשגתם. ניתן לומר כי שיתופי פעולה לא מחליפים מדיניות לאומית והשקעה: ללא משילות, מדידה ומימון – השותפות נשחקת.

ערכנו (עוזרת המחקר ניצן עציון ואנוכי) פגישת ווידאו עם הכותב הראשי של המחקר (יו אלדרוויק), אשר הבהיר כי לטעמו יש חשיבות רבה בתהליך השיתוף של הרשויות המקומיות והמבנה האזורי בתהליכי הבריאות, אך קשה להוכיח אמפירית את התועלת בכך, בעיקר על רקע בעיית המשאבים הקשה של מערכת הבריאות האנגלית. הוא אינו רואה דרך חזרה מהרפורמות שבוצעו בשנים האחרונות והמגמה של חיזוק הרשויות המקומיות בפעילות הבריאות תימשך.



תמונה 1: מערכות טיפול משולב באנגליה

המבנה הנוכחי של ביזור הסמכויות נקבע בחוק הבריאות והטיפול משנת 2022, אשר הוביל רפורמה שנועדה לחזק את מערכת הבריאות הציבורית (NHS) ולהגביר את האפקטיביות של השירותים הניתנים לאוכלוסייה. אחת המטרות המרכזיות של החוק הייתה להקים את מערכות הטיפול המשולבות (ICSs), שנועדו להוביל את שיתוף הפעולה בין גופי הבריאות והרווחה ולספק שירותים מותאמים לקהילה. הרחבת סמכויות המנהיגות המקומית היא אחת מאבני היסוד של הרפורמה, מתוך הבנה כי הרשויות המקומיות הן המתאימות ביותר לתכנן ולספק שירותים בהתאם לצרכי התושבים. החוק מעניק להן גמישות רבה יותר בניהול המשאבים וקביעת סדרי עדיפויות אזוריים, תוך ביטול חלק מהדרישות הרגולטוריות הקודמות לשיפור היעילות. הרפורמה גם שיפרה את ניהול המשאבים, תוך חלוקה מאוזנת יותר של תקציבים ושירותים בין אזורים, והעניקה לרשויות המקומיות תפקיד מרכזי יותר בתכנון הבריאות ובשיפור השירותים לאוכלוסייה.

תמונה מס' 2 מציגה את יחסי הגומלין בין השלטון המרכזי, ה-ICS והשלטון המקומי, הן בהיבטי זרימת התקציב, הדיווח והאחריות והאינטגרציה ברמה המקומית.

למרות הכוונות החיוביות של חוק הבריאות והטיפול 2022, דו"ח עצמאי מאת לורד דרזי (2024) מצביע על פערים משמעותיים בביצועי מערכת הבריאות האנגלית, כולל כשלים מתמשכים שאינם מטופלים כראוי. אחת הביקורות המרכזיות היא כי החוק לא פתר את בעיות היסוד של ה-NHS כמו מחסור בכוח אדם, זמני המתנה ממושכים ומשאבים רפואיים מוגבלים. רבים טוענים כי יש צורך ברפורמות נוספות, כולל חיזוק הטיפול הקהילתי, השקעה בתשתיות רפואיות ושיפור תנאי העבודה של הצוותים הרפואיים.

הצעה למודל למעורבות הרשויות המקומיות בבריאות

בפרק זה אתאר מודל אפשרי למעורבות הרשויות המקומיות בבריאות.

1. הנחות יסוד לגיבוש המודל:

- לרשויות המקומיות שתי קבוצות של משימות מוגדרות:
 - צמצום תחלואה של התושבים וקידום בריאותם.
 - שיפורי שירותי הרפואה לתושבים.
- בכל רשות צריכה להיות כתובת ברורה אחת לנושא הבריאות ושירותי הרפואה, הפועלת מטעמו של ראש הרשות.
- רשות השייכת לאשכול, פועלת בתיאום גורמי הבריאות בין הרשות לאשכול.
- גודל היחידה העוסקת בבריאות בכל רשות תלוי בגודל הרשות.
- קידום בריאות התושבים מחייב שיתוף פעולה הדוק בין רווחה – חינוך – בריאות.
- אין במודל זה התייחסות לתקציב ולמקורות תקציביים.

2. עקרונות המודל:

- בריאות בכל מדיניות – שילוב שיקולי בריאות בכל החלטה רשותית (תכנון, תחבורה, חינוך, דיור ועוד).
- שילוב רב מערכתי
 - תיאום בין יחידות הרשות (רווחה, חינוך, תשתיות, תרבות וספורט, סביבה וכו') בדגש על הרווחה.
 - שיתוף פעולה עם גורמים שונים בתחום הבריאות: לשכת הבריאות המחוזית, קופות החולים, בתי החולים (אם קיימים בתחום הרשות או בסביבתה), גורמי הבריאות באשכולות (ככל שהרשות משתייכת לאשכול), ארגוני חברה אזרחית וגופים פילנתרופיים.
 - מימון משולב – קרן ייעודית משותפת (עירייה-קופות-משרד הבריאות-תורמים) לתמיכה בפרויקטים על פי סדר עדיפויות משותף.
 - נתונים – פיתוח פלטפורמת דאטה אזרית, תוך שמירה על פרטיות, עם לוחות מחוונים למעקב אחר מדדים מרכזיים.
 - מיקוד בתוצאות – קביעת 3-5 יעדים מדידים לשנה, עם פרסום התקדמות לציבור.

קריטריון	המצב בבריטניה	המצב בישראל	הערות
מסגרת חוקית	חקיקה ייעודית (Health and Care Act 2022) המגדירה אחריות, מנגנוני תיאום, ומדדים	אין חוק מסגרת המגדיר תפקיד רשויות מקומיות בבריאות	חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא עוסק בתפקיד הרשויות המקומיות בבריאות
גוף מתכלל ברמה המקומית	Integrated Care Health Systems (ICS) & Wellbeing Boards (HWB) – שולחן קבוע עם נציגי רשות מקומית, NHS, רווחה, חינוך, מגזר שלישי	אין גוף אינטגרטיבי קבוע; שיתופי פעולה אד-הוק סביב פרויקטים	לקופות החולים הסתכלות מקומית בנוגע לשירותים שנותנת למבוטחים שלה, תחת אילוצים משאביים קשים
תקצוב	תקצימים משולבים (Better Care Fund) ויכולת גמישות בהקצאה לפי צרכים	תקציבי בריאות נפרדים (קופות, גופי משרד הבריאות) – אין תקצוב קבוע משותף עם הרשות המקומית	קיים תקצוב מוגבל במסגרת פרויקטים שונים, כגון "אפשריבריא"
שיתוף נתונים	מערכות נתונים משותפות (Share Care Records) עם גישה לרשויות, NHS, רווחה	שיתוף נתונים מוגבל מאוד; אתגרים משפטיים ורגולטוריים	פרויקט "פורטל בריאות ברשויות" מתקדם אט אט ומציג נתונים מוגבלים
מיקוד בתוצאות	אין מסגרת מחייבת ליעדים משותפים	יעדים משותפים מדידים (Shared Outcomes Framework) מותאמים מוקמית	

טבלה מס' 1 מפרטת את ההשוואה בין מודל הביזור באנגליה לבין המאפיינים המקבילים בישראל.

• התאמה לגודל הרשות – מודל דיפרנציאלי לעיר גדולה, עיר בינונית, מועצה מקומית קטנה ומועצה אזורית.

3. מבנה ארגוני מוצע

א. עיר גדולה (100,000 תושבים ומעלה)

• יחידת בריאות ייעודית בראשות מנהל/ת יחידת הבריאות במשרה מלאה (הגדרת תפקיד משרד הפנים 2024)

• צוות מקצועי (כל התפקידים במשרה מלאה או שווה ערך של מודל העסקה אחר): רכז/ת קידום בריאות, תזונאי/ת, רופא/ה מייעץ/ת, אח/ות בריאות הציבור.

• צוות אדמיניסטרטיבי תומך כמקובל ברשויות ליחידה בגודל כזה.

• פורום בריאות עירוני – בראשות ראש העיר/סגן/מנכ"ל, בהשתתפות מנהלי אגפים (רווחה, חינוך, סביבה, תשתיות), לשכת הבריאות המחוזית, קופות החולים, בתי חולים בשטח הרשות או בסביבה הקרובה, מתאמת בריאות באשכול הרלבנטי, נציגי ציבור.

ב. עיר בינונית (30–100 אלף תושבים)

• יחידת בריאות ייעודית בראשות מנהל/ת יחידת הבריאות ב-75% משרה.

• צוות מקצועי: רכז/ת קידום בריאות בחצי משרה, תזונאי/ת בחצי משרה, רופא/ה מייעץ/ת – ניתן לשלב בעלי תפקידים ממחלקות אחרות (רווחה, חינוך, ספורט).

• צוות אדמיניסטרטיבי תומך כמקובל ברשויות ליחידה בגודל כזה.

• פורום בריאות עירוני – בראשות ראש העיר/סגן/מנכ"ל, בהשתתפות מנהלי אגפים (רווחה, חינוך, סביבה, תשתיות), לשכת הבריאות המחוזית, קופות החולים, בתי חולים בשטח הרשות או בסביבה הקרובה, מתאמת בריאות באשכול הרלבנטי, נציגי ציבור.

ג. יישוב קטן (פחות מ-30,000 תושבים) / מועצה אזורית

• תפקיד רכז/ת בריאות בחצי משרה.

• ליווי מקצועי מהאשכול האזורי, הכולל גורמי מקצוע כגון תזונאית ומקדמת בריאות.

• השתתפות בפורום בריאות אזורי בהובלת האשכול

4. קשרים ושיתופי פעולה

א. בתוך הרשות

• חיבור שוטף לאגפי רווחה, חינוך, תרבות וספורט, תשתיות, תחבורה, סביבה, ביטחון.

• שילוב מדדי בריאות במערכת המדדים הרשותית (על בסיס פורטל הבריאות הרשותי של משרד הבריאות).

ב. עם מערכת הבריאות

• פגישות תיאום קבועות עם מנהלי מרפאות של קופות החולים, בעלי תפקידים בלשכת הבריאות המחוזית, גורמים בבתי חולים סמוכים, גורמי בריאות פרטיים (מכונים וכדומה).

• פיתוח פרויקטים משותפים כגון בדיקות לגילוי מוקדם, סדנאות לאורח חיים בריא, מבצעי חיסון, הפעלת מרפאות ניידות.

ג. עם השלטון האזורי

• עבודה צמודה עם מתכללת הבריאות באשכול לקידום פרויקטים רשותיים (כמו תשתיות פעילות גופנית אזוריות, מערכי הסברה לציבור בתחום התזונה ופעילות גופנית, מערכי הכשרה מקצועית).

• שימוש במשאבים אזוריים למדידה, הערכה, והנגשת נתונים.

ד. עם פילנתרופיה ומגזר שלישי

• איתור שותפים מקומיים ואזוריים למימון יוזמות (קרנות, עמותות, חברות עסקיות).

• שיתופי פעולה עם עמותות בריאות ייעודיות (סרטן, סוכרת, בריאות הנפש).

5. תכנית פעולה דו-צדדית

א. ציר 1 – קידום בריאות התושבים

• מניעה – חינוך לבריאות בבתי ספר, תוכניות קהילתיות להפחתת עישון, קמפיינים לאורח חיים פעיל.

• פעילות מקדמת בריאות – אירועי ספורט קהילתיים, מיסוד שבילי הליכה ורכיבה, סדנאות בישול בריא, צמצום השמנת ילדים.

• גילוי מוקדם של תחלואה – שיתופי פעולה עם קופות החולים להנגשת בדיקות (ממוגרפיה, קולונוסקופיה, בדיקות דם) ולעידוד האוכלוסייה לביצוען.

ב. ציר 2 – שיפור שירותי הרפואה

• מעקב אחרי זמני המתנה, זמינות מומחים ושירותים, פערים בשירות, מחסור ברופאים או מטפלים אחרים.

• הצגת נתונים בפורום הבריאות הרשותי ודיון בפתרונות אפשריים.

• סיוע בקידום שירותי רפואה מרחוק במקומות עם נגישות נמוכה.

• פיתוח יוזמות משותפות לשיפור חוויית המטופל.

• כתיבת ופרסום דו"ח שירותי בריאות שנתי המתאר את הקיים, הפערים, תוכניות לשיפור וצעדים שבוצעו.

6. יעדים ומדידה

א. אחד הפערים כיום הוא העדר הצבת יעדים ברורים ומדידה בתחומים שבהם הוצבו יעדים ומעבר לכך.

ב. יש לבחור יעדים כגון: צמצום שיעור השמנת ילדים, צמצום שיעור עישון, הגדלת שיעור המתחסנים, הגדלת שיעור המבצעים בדיקות סקר לגילוי מוקדם.

מודל אפשרי למעורבות הרשויות המקומיות בבריאות



ג. על מנת שהמדידה תהיה אפקטיבית יש לבצע באחת משתי האפשרויות:

- מדידה פרטנית מזהה, תוך הגדרת גורמי הבריאות ברשות כמטפלים היכולים להיות חשופים לנתונים, בעוד גורמים אחרים ברשות יהיו חשופים רק לנתונים סטטיסטיים – שינוי מהותי שבאודאי יעורר מחלוקת. יש לציין כי כבר כיום מונגשים נתונים מסוימים בצורה פרטנית מזהה לרשות המקומית, כגון השמנת ילדים, אך לא מועברים נתונים מקופות החולים.
- מדידה סטטיסטית בחלוקה לאזורים קטנים (לכל הפחות אזורים סטטיסטיים כפי שמוגדרים בלמ"ס). נודע לי כי יש יוזמות לשיתוף פעולה בין קופות החולים לרשויות מקומיות מסוימות, הכוללות גם הנגשת נתונים לא מזהים, אך למיטב ידיעתי עדיין אין יוזמה כזו שעובדת באופן שוטף.

ד. התערבויות ופרויקטים ימדדו על פי מודל RE-AIM, לבחינת שיעור האוכלוסייה המושפעת, יעילות הפרויקט, אימוץ הפרויקט על ידי אנשי הצוות, אופן הטמעת התוכנית בהשוואה לתכנון והתחזקה והקיימות של הפרויקט.

7. סיכום המודל

מודל זה מתבסס במידה מסוימת על המודל הבריטי, אך שם דגש על הרשות המקומית במרכז ולא בונה שכבה נוספת אזורית, כפי שיש במודל הבריטי (ICS). המודל מסתמך על הקיים באשכולות, אך זה רלבנטי רק ליישובים המאוגדים באשכול. בכל מקרה, הנגיעה באזרח מגיעה מהרשות המקומית, כך שמרכז הכובד צריך להיות שם.

כמצוין לעיל, אני מצטרף לסברה שמדינת ישראל לא בשלה ליישום המודל המלא, אך מומלץ לקחת אותו כמצפן ולבנות תוכנית פעולה רב שנתית שמובילה אליו. גם אם נגיע ליישום מלא בעוד שנים לא מעטות, נוכל להנות מכל שלב של יישום בדרך.

יישום המודל ייתר את התוכניות השונות שפועלות כיום כגון "אפשריבריא", ותקציביהם יכולים לשמש את המעבר למודל החדש (יש לבצע זאת באופן שלא מקצץ בתקציב של רשויות שנופלות בין הכיסאות בעיתוי היישום).

בראייה עתידית, המודל צריך לקבל תוקף סטטוטורי מחייב, תוך הסדרת הסמכויות בנושאי הבריאות בין הממשלה המרכזית, קופות החולים והשלטון המקומי. מוצע להסדיר זאת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או לחוק חוק חדש ("בריאות ברשויות המקומיות והאזוריות") תוך ביצוע תיקונים נדרשים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. לא נכנסנו כאן לניתוח תקציבי – אין ספק שיש כאן אתגר המחייב החלטה משמעותית בטווח הארוך ויישום הדרגתי.

סיכום, מסקנות והמלצות

במסמך זה בחנו את הפעילות המקומית ומעורבות הרשויות בתחום הבריאות. בשנים האחרונות קיימת פעילות רבה שנועדה לקדם נושא זה, הן ברמת האשכולות האזוריים והן ברמת הרשויות המקומיות. משרד הבריאות בשיתוף הג'וינט פועל במספר מישורים: הצבה של מתכללות בריאות באשכולות וברשויות הערביות, הנגשת מידע בריאות ומתן תקציבים לפעילויות מקדמות בריאות. דברים אלו מצטרפים ליוזמות וותיקות יותר כמו "אפשריבריא" ורשת ערים בריאות. בנוסף, הצגנו גם יוזמות נבחרות של המגזר השלישי לקידום בריאות האוכלוסייה בהיבטים שונים, שמרביתן מערבות את הרשויות המקומיות בצורות שונות.

אין עוררין על כך שהרשויות צריכות להיות מעורבות יותר בתחום הבריאות. הדבר עלה מכלל הגורמים איתם נפגשנו במהלך השנה הזו, ובכלל זה ראשי הרשויות.

במבט על ניתן להבחין כי היוזמות הרבות לוקות במספר חסרונות:

- אין ראייה כוללת וסנכרון של כלל הפעילויות על ידי גורם מרכזי.
- התיאום בין משרדי הממשלה הרלבנטיים (בריאות, פנים, רווחה וחינוך) חלקי בלבד ואינו מקדם שיתופי פעולה הכרחיים.
- אין הגדרת יעדים ברורים ומדידים, שעל פיהם ניתן להעריך את הצלחת היוזמות השונות.
- פערי נתונים ומידע מקשים על פעילות ברמת השלטון המקומי ועל מדידת יעילותה.
- היכולת של רשויות חלשות יותר כלכלית ופריפריאליות לעסוק בבריאות נמוכה יותר.

לטעמי נדרש להתקדם מאוסף של יוזמות לתוכנית סדורה, אלא, שנראה כי אין בשלות כיום למהלך גורף שיגדיר סטטוטורית ובצורה מרחיבה את התפקיד של השלטון המקומי בבריאות. לפיכך, הצגתי בעבודה זו מודל עתידי, המבוסס על התהליכים שהובלו במדינה בשנים האחרונות ועל למידה ממודל מקביל בבריטניה. אף שיישום מודל זה לא מציאותי בשנים הקרובות, להערכתי, ניתן להציבו כיעד רחוק ולהתקרב אליו בצעדים קטנים.

הצעד הראשון לכך הוא הצבת מצפן להכוונת הפעילות באמצעות קביעה ממשלתית, גם אם הצהרתית בשלב זה, כי יש להרחיב ולהסדיר את מעורבות השלטון המקומי בבריאות, הן במצבי חירום והן בשגרה.

נראה כי נכון להקים וועדה בין משרדית, בהובלת משרדי הפנים והבריאות, שתקבע עקרונות לתוכנית רב שנתית בעניין. על בסיס עקרונות אלו ניתן יהיה להגדיר את הצעדים הראשונים בתחום ולהתחיל לממשם.

כפי שתואר, ניתן לחלק את הפעילות בתחום הבריאות ברשות לשניים: קידום בריאות התושבים ושיפור שירותי הבריאות. כיום, השלטון המקומי מעורב בעיקר בפרויקטים של קידום בריאות וכמעט ולא משפיע על שיפור שירותי הבריאות, שנמצאים באחריות קופות החולים. בהסתכלות ארוכת טווח, נכון להגדיר יעד הכולל מעורבות גדולה יותר של הרשויות בהשפעה על שיפור שירותי הבריאות ברשות, באמצעות אינטראקציה עם קופות החולים. צעד ראשון אפשרי יכול להיות בתחום קידום בריאות ונמצא כיום באחריות בלעדית של הקופות – בדיקות סקר לגילוי מחלות סרטן. הרשות המקומית יכולה לפעול להגדלת היענות האוכלוסייה לביצוע בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן לצד עבודה עם קופות החולים להגדלת ההנגשה של הבדיקות ברשות. מעורבות של הרשויות המקומיות בדבר על בסיס נתונים שיועברו וינתחו ברשות לאיתור אזורי תת־פעילות, והתערבות משותפת של הרשות וקופות החולים, יכולה לפרוץ את תקרת הזכוכית בשיעור הנענים לביצוע הבדיקות, בדגש על הפריפריה ומגזרים ספציפיים.

נכון לבחור בצעדים הראשונים תחומי פעולה ממוקדים, למשל טיפול במגפת ההשמנה של ילדים. מבלי להיכנס לפרטים בעניין, דחיפות הטיפול בנושא גבוהה לנוכח השיעור הגבוה של ילדים בעלי משקל יתר, בעיקר בפריפריה ובאוכלוסיות ממעמד סוציאקונומי נמוך יותר. הרשויות המקומיות צריכות לתפוס מקום מרכזי בטיפול בעניין, כמובן בשיתוף פעולה עם משרדי הבריאות והחינוך. נדרש להגדיר יעדים ברורים לפעילות זו ולקבוע הובלה של הרשות המקומית בתהליך, אחרת נמצא את עצמנו בעוד מספר שנים מתמודדים עם התוצאות של המגיפה הזו בגיל המבוגר.

הנגשת הנתונים והמידע לרשויות חשובה מאד. כולי תקווה שמשרד הבריאות יתקדם עם פורטל הבריאות ברשויות, ולצד זה מתקיימת פעילות להנגשת נתוני תוכנית מדדי האיכות בקהילה, בדגש על נתוני ביצוע של בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן.

כולי תקווה שמסמך זה ייתן דחיפה להרחבת הפעילות של השלטון המקומי בבריאות והסדרתה – אני רואה בכך דרך חשובה בחיזוק רפואת הקהילה בפריפריה.



ליצירת קשר
fellow-bachar@jdc.org
www.bachar-fellowship.org

הג'וינט 