



המוסד לביטוח הלאומי
אגף הקרנות ומינהל המחקר והתכנון

קרנות הביטוח הלאומי

סקירת פעילות ומגמות עיקריות 2014

תמי אליאב, דוד בניון, אייל ברגר



המוסד לביטוח הלאומי
אגף הקרנות ומינהל המחקר והתכנון

קרנות הביטוח הלאומי

סקירת פעילות ומגמות עיקריות 2014

תמי אליאב*, דוד בניון**, אייל ברגר**

* מינהל המחקר והתכנון
** אגף הקרנות

תדפיס מהדו"ח השנתי 2014, תשרי התשע"ו, ספטמבר 2015
www.btl.gov.il

פתח דבר

אני שמח להציג בפניכם סקירת פעילות ומגמות עיקריות בעבודת קרנות הביטוח הלאומי לשנת 2014, היוצאת אל האור זו השנה השלישית. סקירה זו פורסמה גם בסקירה השנתית של המוסד לביטוח לאומי לשנת 2014 (פרק 5).

פעילות הקרנות מהווה גורם משלים לגמלאות המשולמות על ידי המוסד לביטוח לאומי לאוכלוסיות בסיכון, וזאת על ידי פיתוח שירותים חברתיים עבור אוכלוסיות היעד של המוסד.

בשנים אחרונות הקרנות מתמקדות בפיתוח תכניות מערכתיות ובחשיבה ותכנון אסטרטגיים ארוכי טווח, הבאים לידי ביטוי גם בהרחבת שיתופי הפעולה הפנים-ארגוניים והבין-ארגוניים. ברמה הפנים-ארגונית, מפותחים מיזמים רבים שהינם פרי שיתוף פעולה של שתיים או יותר מקרנות המוסד. השנה, הקרן למפעלים מיוחדים והקרן לפיתוח שירותים לנכים המשיכו לשתף פעולה ועסקו בפיתוח פרויקטים שמטרתם קידום אורח חיים בריא ופעילות גופנית בקרב אנשים עם מוגבלויות. כמו כן, ממשיך ומתהדק הקשר בין הקרנות לבין סניפי המוסד הפזורים בכל רחבי הארץ. ברמה הבין-ארגונית, שיתופי פעולה שהוכיחו עצמם בעבר, ממשיכים בפרויקטים חדשים ומאפשרים למנף ולשכלל את פעילות הקרנות למען אוכלוסיות היעד. לדוגמה, הקרן לילדים ונוער בסיכון משתפת פעולה במיזם מערכתי שני יחד עם קרן רש"י ומשרד הרווחה שמטרתו לפתח מודל התערבות לטיפול בילדים ובני נוער בהזנחה.

דגש מרכזי בעבודת הקרנות מושם על פיתוח תכניות חדשניות אשר עשויות לשפר ולשכלל את מערך השירותים המוצעים לאוכלוסיות בסיכון. על פי רוב, תכניות אלו מלוות במחקר הערכה ובמדידה אשר מאפשרים לשפר את פעילותן בזמן אמת, לבחון תוצאות ולסייע בהמשך תהליכי הפיתוח וההטמעה של תכניות באותם תחומי תוכן. בנוסף, בימים אלו שוקדות הקרנות על פיתוח כלי להערכה מקדמית ותעדוף של בקשות לסיוע, אשר יאפשר לשפר את השקיפות והשוויוניות בעבודת הקרנות, וכן יסייע בקידום תהליכי מדידה והערכה של תכניות ופרויקטים.

הפרק הראשון בסקירה זו מתאר כל אחת מחמש הקרנות של המוסד לביטוח הלאומי, ואילו בפרקים השני והשלישי מובאת סקירה של היקף פעילות הקרנות בשנת 2014, מבחינת מספר התכניות שהקרנות סייגו בפיתוחן, היקף הסיוע הכספי והתפלגות הפעילות והסיוע לפי האשכול הסוציו-אקונומי של היישובים. הפרק הרביעי עוסק בתכניות לקידום פעילות גופנית של אנשים עם מוגבלות. בפרק החמישי מובאת סקירה על פעילות הקרנות לפיתוח מודל התערבות לטיפול בילדים ובני נוער בהזנחה, ונוספה לו תיבה המגדירה את התופעה ואת ממדיה בארץ ובעולם. הפרק השישי מתאר את הפעילות לקידום השכלה גבוהה לצעירים עם מוגבלות, ובפרק השביעי מורחב אודות המאמצים לפיתוח מודל אינטגרטיבי לטיפול בקשישים עם צרכים מורכבים.

תודותיי נתונות לכותבי הסקירה ולכל מי שסייע במלאכת ההוצאה אל האור: דוד בנין ואייל ברגר מאגף הקרנות; ותמי אליאב, מיה עורב-הטל ואורית נתנאל ממינהל המחקר והתכנון.

עו"ד יצחק סבטו

מנהל קרנות הביטוח הלאומי

קרנות המוסד למען הקהילה

א. כללי

הפעילות העיקרית של המוסד לביטוח לאומי מתמקדת במתן גמלאות בכסף או בעין לזכאים להן על-פי החוק. גמלאות אלה מתוקצבות בתקציב המוסד ובגביית דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות.

כהשלמה לגמלאות, הביטוח הלאומי מסייע גם בפיתוח שירותים בקהילה במטרה לשפר את רווחתן של אוכלוסיות בסיכון ולהרחיב את מעגל ההזדמנויות שלהן. פעילות זו נעשית באמצעות הקרנות של המוסד¹ מכוח חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995. אגף הקרנות (האגף לפיתוח שירותים) הוקם בשנת 2002, כדי לרכז תחת קורת גג אחת את קרנות הביטוח הלאומי², ובאמצעותן לקדם פרויקטים, תוכניות ומיזמים³ שיפתחו ויטמיעו שירותים חברתיים ותשתיות בהתאם לצורכי אוכלוסיית היעד ומדיניות המוסד.

האגף פועל באמצעות חמש קרנות: הקרן לפיתוח שירותים לנכים, הקרן לקידום תוכניות סיעוד, הקרן למפעלים מיוחדים, הקרן למימון פעולות בטיחות וגהות בעבודה (מנוף), והקרן לפיתוח שירותים לילדים ובני נוער בסיכון.

האוכלוסיות המטופלות באמצעות הקרנות הן ילדים ומבוגרים עם צרכים מיוחדים, קשישים מוגבלים בקהילה ובמוסדות, משפחות ויחידים במצוקה כלכלית וחברתית, מובטלים תקופה ממושכת, ילדים ונוער בסיכון ועובדים הנמצאים בסיכון לתאונות עבודה.

בשנת 2014, בהמשך לפעילות בשנים האחרונות, התמקדו קרנות המוסד בעיקר בסיוע לאוכלוסיות בסיכון בהשתלבות בהשכלה ובהכנה ובהשמה בתעסוקה - שהן מאבני היסוד של מדיניות הרווחה והביטחון הסוציאלי של המוסד ותחום פעילות מרכזי בשלוש קרנות: הקרן לפיתוח שירותים לנכים, הקרן למפעלים מיוחדים והקרן לילדים ונוער בסיכון. אוכלוסיות היעד של קרנות אלה הן אנשים עם מוגבלות, בני נוער בסיכון, נשים במצוקה כלכלית, צעירים מובטלים וקבוצות ייחודיות אחרות כמו אוכלוסייה בפריפריה, ערבים וחרדים. ב-2014 הוקמו בשיתוף עם משרדי ממשלה אחרים קרנות לפיתוח עסקים חברתיים⁴ והן יחלו לפעול בקרוב. השנה גם גובשו תוכניות ונפתחו מסגרות המציעות שירותי חברה, תרבות, פנאי וספורט לאנשים עם מוגבלות ולקשישים, על רקע המחסור בשירותים הללו לקבוצות אלה.

סמכותן של הקרנות לפתח שירותי רווחה מעוגנת כאמור בחוק, שבו נקבעו תקנונים לבחינת הפרויקטים או התוכניות ולהשתתפות המוסד במימונם - באמצעות חלק מדמי הביטוח הנגבים מהמעסיקים ומהמבוטחים בענף המתאים. התקציב השנתי המרבי של כל קרן נקבע בחוק.

אלה קרנות המוסד:

- **הקרן לפיתוח שירותים לנכים:** מסייעת לגופים ציבוריים לפתח שירותים לאנשים עם מוגבלות כדי לשלבם בחברה ובעבודה ולשפר את רווחתם. הקרן פועלת בתחומים האלה: החינוך המיוחד והגיל הרך; שיקום תעסוקה לנכים; דיור מוגן בקהילה; פעילויות פנאי וספורט;

1 קרן המחקרים הכלולה אף היא בחוק פועלת במסגרת מינהל המחקר והתכנון, ראו להלן בהמשך הפרק.
2 עד מועד זה פעלה כל קרן במסגרת הענף הרלוונטי לפעילותה, חוץ מקרן ילדים, שהוקמה בשנת 2004, והקרן למפעלים מיוחדים, שפעלה במסגרת מינהל המחקר.
3 פרויקט עוסק בעיקר בבניית תשתית והצטיידות, תוכנית היא בעיקר הפעלת שירות, ומיזם הוא פרויקט או תוכנית מערכתית (מבחינת ההיקף או שיתוף הפעולה בין כמה קרנות).
4 ראו דוח שנתי 2013, פרק 5.

- שיפור תנאים פיזיים במוסדות לנכים ורכישת ציוד לשיקום; וסיוע בהנגשה לנכים במבנים ציבוריים. הקרן גם מסייעת בשיפור איכות החיים והשירותים במוסדות.
- **הקרן לקידום תוכניות סיעוד:** מסייעת בפיתוח שירותים לקשישים מוגבלים ובשיפורם בקהילה ובמוסדות, הקמת מרכזי יום לקשישים, רכישת ציוד לצרכים מיוחדים, הכשרת כוח אדם לטיפול בקשישים ושיפור השירותים במוסדות סיעוד.
 - **הקרן לפיתוח מפעלים מיוחדים:** מסייעת לגופים ציבוריים ופרטיים לפתח שירותים חברתיים בעלי מרכיב ניסיוני וחדשני במגוון תחומים ובעיקר לקבוצות בסיכון; משפחות שאינן מתפקדות, נוער וילדים בסיכון, אנשים עם צרכים מיוחדים וקשישים הסובלים מאלימות. תוכניות אלה מיועדות לפיתוח ולהטמעה בקהילה ברחבי הארץ, ולכן רובן מלוות בהערכה מחקרית.
 - **הקרן לפיתוח שירותים לילדים ובני נוער בסיכון:** פועלת לקדם את הטיפול בילדים שטרם מלאו להם 18 שנים הנמצאים בסיכון בשל הזנחה, התעללות, אלימות ופגיעה מינית, לרבות ילדים ובני נוער שעברו על החוק, משתמשים בסמים או חשופים לתנאי חיים מסכנים. הקרן עוסקת בעיקר בפיתוח תוכניות להכנת מתבגרים לחיים עצמאיים ולמניעת תלות עתידית בקצבאות המוסד תוך פיתוח מסוגלות לתעסוקה.
 - הקרן גם מסייעת בהתמודדות עם הפרעות קשב וריכוז המהווים בסיס לסיכון ומטפלת בילדים ובני נוער שנפגעו מינית. תוכניות השיקום של הקרן מסייעות לחבר מחדש את הילדים הללו למערכות של חינוך ורווחה ולמנוע את הידרדרותם למצבי עוני ונזקקות.
 - **קרן "מנוף":** מיועדת למימון פעולות למניעת תאונות בעבודה ולעידוד תוכניות להגברת הבטיחות והגהות: מימון מחקרים בתחום הבטיחות והגהות בעבודה ויישום מסקנותיהם במפעלים ניסיוניים; פיתוח ושיפור אמצעי בטיחות חדשניים; איתור סיכונים מקצועיים ומפגעים בטיחותיים במקומות עבודה; וסיוע ברכישת אמצעי בטיחות, בפעולות הדרכה ובמבצעי הסברה ופרסום.

ב. היקף הפעילות

בשנת 2014 חתמו הקרנות על הסכמים לפיתוח שירותי רווחה בהיקף של כ-193 מיליון ש"ח בעבור 290 תוכניות שונות - גידול של כ-5.5% בסיוע הכספי ושל כ-14% במספר התוכניות לעומת 2013.

היקף הסיוע של כל קרן קבוע כאמור בחוק. לקרן לפיתוח שירותים לנכים מוקצה הסכום הגבוה ביותר, יותר ממחצית תקציב הקרנות, ולאחריה לפי סדר יורד - קרן סיעוד, הקרן למפעלים מיוחדים, הקרן לילדים ונוער בסיכון וקרן מנוף (תרשים 1). עיקר הפעילות של קרן הנכים וקרן הסיעוד מתרכזת בהשקעה בתשתיות ומכאן ההיקף הגדול של תקציבי הסיוע. הקרן למפעלים מיוחדים והקרן לילדים ונוער בסיכון עוסקות בפיתוח ובהפעלת שירותים והתקציב שלהן בחוק נמוך יותר. את היקף הפעילות הנגזר מהחוק ומאופי הפרויקטים או התוכניות אפשר לראות גם בתקציב הממוצע של תוכנית בכל קרן (לוח 1).

קרנות הביטוח הלאומי אינן ממונות באופן מלא את התוכניות שהן שותפות בהן אלא מאגמות משאבים מגופים שונים. שיעור המימון המרבי משתנה מקרן לקרן ומעוגן בתקנון של כל קרן. באחדות מהקרנות שיעור המימון נקבע גם לפי המאפיינים החברתיים והכלכליים של אוכלוסיית היעד או של הרשות המקומית (על-פי מדדים סטטיסטיים מקובלים), ובמקרה של קרן סיעוד - לפי המאפיינים הכלכליים של הגוף המפעיל את השירות.

לוח 1

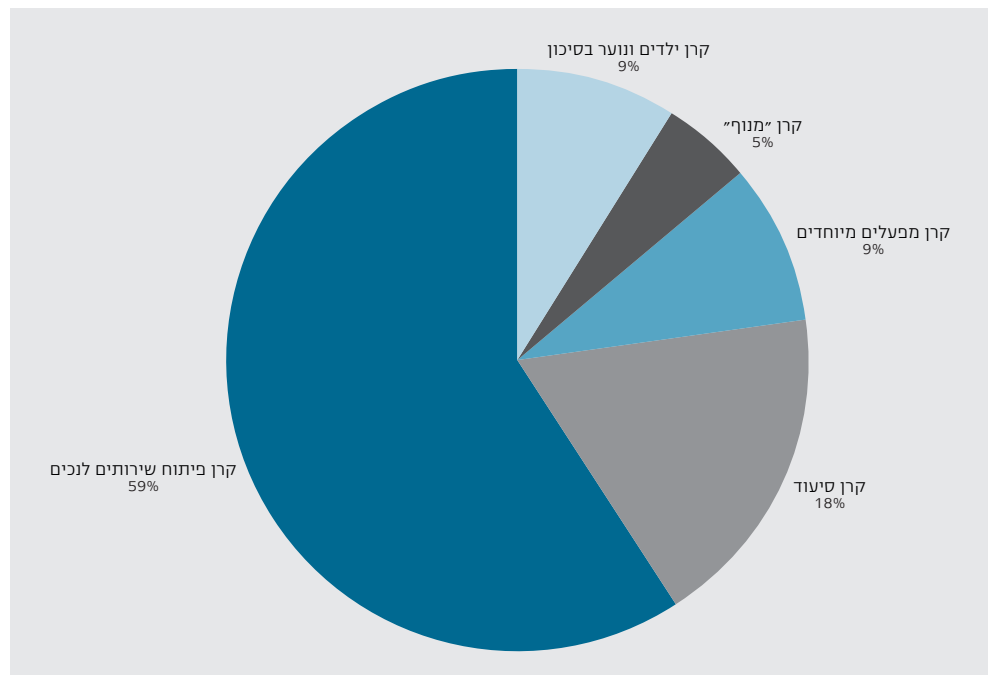
התוכניות והסיוע שאושרו לפי קרן, 2014

הקרן	תוכניות שאושרו (מספרים)	הסיוע שאושר	
		ממוצע לתוכנית (ש"ח)	סה"כ * (ש"ח)
פיתוח שירותים לנכים	166	686,914	113,861,781
סיעוד	30	1,159,053	34,771,586
מפעלים מיוחדים	42	420,472	17,659,823
ילדים ונוער בסיכון	25	744,168	17,860,028
מנוף	18	417,284	8,757,890
סך הכל	280	** ..	192,911,108

* הנתונים הכספיים שמוצגים בלוחות שלהלן נוגעים לסכומים שאושרו בשנה מסוימת ולא לביצוע בפועל.
 ** הנתון אינו רלוונטי בגלל ההבדלים באופי התוכניות של הקרנות השונות.

תרשים 1

הסיוע שאושר לפי קרן (אחוזים), 2014



שיעור ההשתתפות השכיח של **הקרן לפיתוח שירותים לנכים** הוא 80% מהעלות הכוללת של הפרויקט ובתנאים מסוימים עד 90% ממנו ולכל היותר 2.8 מיליון ש"ח. בקרן **סיעוד** סכום הסיוע המרבי ב-2014 היה 3.2 מיליון ש"ח והוא מעודכן בתחילת כל שנה. התקנון מבחין בין פרויקטים בקהילה (לדוגמה מרכזי יום), לבין פרויקטים במוסדות (כגון בתי אבות): בפרויקטים בקהילה שיעור הסיוע נקבע לפי אשכולות הלמ"ס⁵ והוא 60%-90% מהעלות הכוללת של הפרויקט⁶, ובמוסדות -

5 ראו הערה 7.

6 כולל המשאבים עם גופים אחרים. בקרן סיעוד - בעיקר אש"ל וועידת התביעות.

50%-70%. שיעור הסיוע נקבע לאחר המלצה של רואה חשבון הבדק את האיתנות הפיננסית של הגוף הפונה. **קרן ילדים ונוער בסיכון** מסייעת ב-50% מעלות התוכנית, **הקרן למפעלים מיוחדים** עד 80% **וקרן מנוף** רשאית לממן גם את מלוא עלות התוכנית.

בסך הכל סייעו כל הקרנות ב-2014 בסכום של כ-193 מיליון ש"ח ובאמצעותו פותחו שירותים בסכום של כ-371 מיליון ש"ח (לוח 2), כך שכספי הקרנות אפשרו מינוף של התוכניות בהשתתפות בסכום כמעט כפול מסכום התמיכה שלהן. סכום זה גדל לעומת 2013 ב-4.5%.

לוח 2

העלות הכוללת של התוכניות, הסיוע שאושר ושיעורי הסיוע לפי קרן, 2014

הקרן	עלות התוכניות (ש"ח)	סך הכל (ש"ח)	הסיוע שאושר	נאחז מהעלות הכוללת *
נכים	182,967,761	113,861,781	62%	
סיעוד	79,726,790	34,771,586	44%	
מפעלים מיוחדים	49,488,624	17,659,823	36%	
ילדים ונוער בסיכון	44,412,759	17,860,028	40%	
מנוף	14,515,708	8,757,890	60%	
סך הכל	371,111,642	192,911,108	52%	

* בהתחשב ברף הסיוע ואחוזי הסיוע הקבועים בתקנונים.

יחס המינוף הוא היחס שבין עלותה הכוללת של התוכנית לבין הסכום שהשקיעו הקרנות. למינוף כספי הקרנות חשיבות רבה: הפעילות של התוכניות גדלה באופן ניכר וכך גם האפשרות לפתח ולהפעיל תוכניות נוספות שללא איגום המשאבים לא היו יכולות להתקיים כלל. ככל שהמינוף גבוה יותר, אפשר לשלב טוב יותר את מקורות המימון והמשאבים גדלים. המינוף גם מאפשר פריסה ארצית, ראייה אסטרטגית וקביעת סטנדרטים עד כדי שינוי רגולציה.

ג. פעילות הקרנות ביישובים

עיקר תקציב הקרנות (כ-80%) מושקע בתוכניות המתקיימות ביישובים במעמדות המוניציפליים השונים (עיריות, מועצות מקומיות ומועצות אזוריות) ורק כ-20% מושקעים במיזמים או תוכניות ברמה ארצית (כגון פעילות להעלאת מודעות לבריאות בעבודה או קידום בטיחות במקומות העבודה). היקף ההשקעה בפריפריה - דרום וצפון - מגיע לכ-30% מסך התקציב שהושקע ביישובים, בדומה לחלקה של אוכלוסייה זו באוכלוסייה הכללית (לוח 3, תרשים 2), אך בחלוקה גיאוגרפית שונה: במחוזות דרום וירושלים הושקע תקציב בשיעור הגבוה מחלקם של תושביהם באוכלוסייה, ובמחוזות צפון, תל אביב ומרכז - בשיעור הנמוך מחלקם באוכלוסייה. במחוזות חיפה ויהודה ושומרון הושקע תקציב בשיעור הדומה לחלקם של התושבים באוכלוסייה.

הרשויות המקומיות בישראל מסווגות בידי הלמ"ס לאשכולות לפי מעמדן החברתי כלכלי⁸: אשכולות 1-3 הוגדרו כשייכות למעמד חברתי-כלכלי נמוך (21%), 4-7 - למעמד חברתי-כלכלי בינוני (63%), ו-8-10 - למעמד חברתי-כלכלי גבוה (16%) (לוח 4).

7 בתוכנית שהקרן מממנת לשלוש שנים המימון הולך ויורד מ-100% ל-50%, תלוי בשנת ההפעלה.
8 הרשויות המקומיות 2013, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

לוח 3

הסיוע שאושר ושיעורו מהתקציב הכולל ומהאוכלוסייה* לפי מחוז ונפה**, 2014

הסיוע שאושר			מחוז ונפה
אוכלוסייה (אחוזים מהסה"כ)	מחוז מהתקציב הכולל ביישובים	סך הכל (ש"ח)	
12	17	20,265,852	ירושלים
16	13	19,607,232	צפון
1	3	5,053,352	צפת
1	1	1,644,374	כינרת
6	4	6,273,411	יזרעאל
7	5	6,636,121	עכו
1	-	-	גולן
12	11	16,968,045	חיפה
7	1	14,864,588	חיפה
5	10	2,103,457	חדרה
24	22	33,216,728	מרכז
5	4	6,680,095	השרון
8	11	16,163,660	פתח תקוה
4	4	6,304,209	רמלה
7	3	4,068,764	רחובות
17	15	22,933,262	תל אביב
14	18	26,493,890	דרום
6	5	7,680,072	אשקלון
14	13	18,813,818	באר שבע
4	4	6,604,776	אזור יהודה ושומרון
100	100	151,507,819	סך הכל תוכניות ביישובים
		41,403,289	סך הכל תוכניות ארציות
		192,911,108	סך הכל

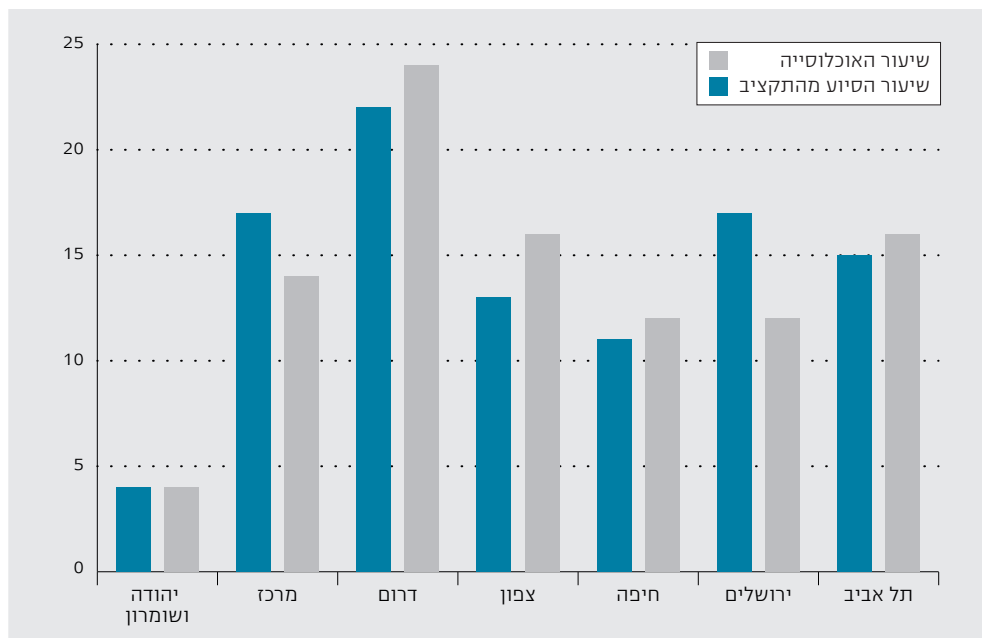
* האחו חושב מסך התקציב של התוכניות ביישובים.

** המחוזות והנפות הוגדרו לפי החלוקה המנהלית הרשמית של ישראל, שלפיה יש 6 מחוזות ו-15 נפות. מתוך: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל מס' 65, 2014.

מהניתוח לפי סיווג זה עולה כי ב-2014 הושקעו ביישובים מהמעמד החברתי-כלכלי הנמוך 12% מהתקציב, ביישובים מהמעמד הבינוני - 76% ממנו וביישובים מהמעמד הגבוה כ-12% לעומת 16%, 60% ו-12% בהתאמה ב-2013 (לוח 4 ותרשים 3). יוצא אפוא שההשקעה ביישובים מהמעמד הנמוך היתה נמוכה מחלקם באוכלוסייה (11% לעומת 21% בהתאמה), ביישובים מהמעמד הבינוני - גבוהה מחלקם באוכלוסייה (76% לעומת 63% בהתאמה), וביישובים מהמעמד הגבוה נמוכה מחלקם באוכלוסייה (12% לעומת 16% בהתאמה). השתייכותו של יישוב לאשכול חברתי-כלכלי מסוים נעשית על-פי ממוצע המדדים החברתיים-כלכליים באותו יישוב, ולכן כל תושביו שייכים לאותו אשכול למרות השונות ביניהם ברמת ההכנסה. עם זאת, גם ביישובים שהמעמד החברתי שלהם בינוני או גבוה יש מקום לסיוע של הקרנות לאוכלוסיות בסיכון.

תרשים 2

שיעור הסיוע שאושר ושיעור האוכלוסייה לפי מחוז, 2014



לוח 4

הסיוע שאושר (ש"ח) והשיעור מהתקציב הכולל לפי אשכול חברתי-כלכלי ולפי קרן*, 2014

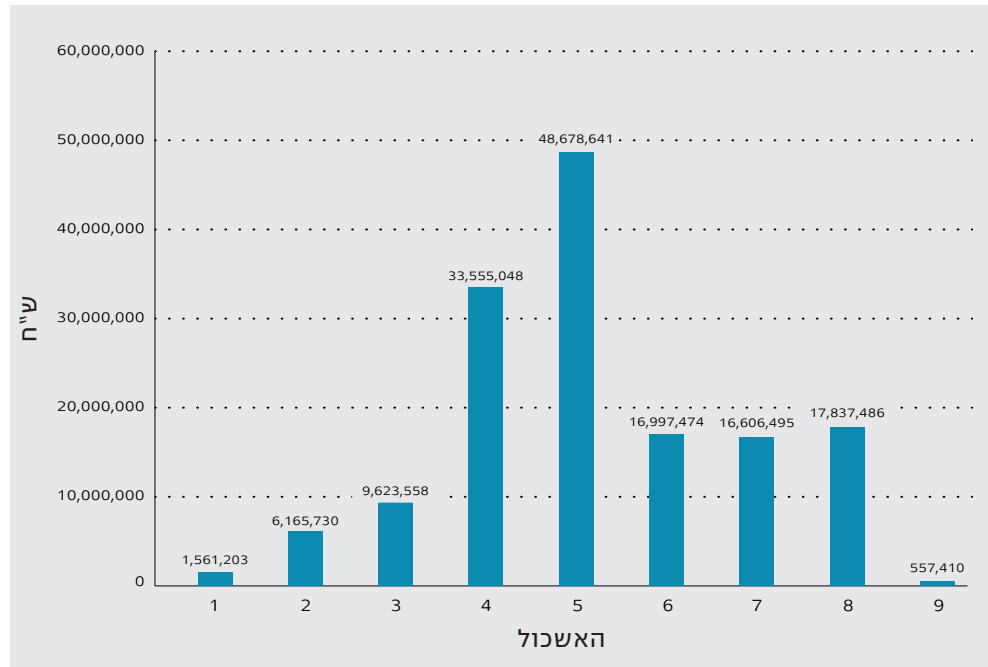
אוכלוסייה (אחוזים מהסה"כ)	הסיוע שאושר		הקרן				אשכול חברתי
	כאחוז מהתקציב הכולל באשכול **	סך הכל (ש"ח)	ילדים ונוער בסיוע	מפעלים מיוחדים	סיעוד	נכים	
2%	1%	1,561,203	567,000	-	-	994,203	1
9%	4%	6,165,730	991,320	-	300,000	4,874,410	2
10%	6%	9,623,558	2,041,200	540,000	-	7,042,358	3
19%	22%	33,555,048	4,064,450	2,930,450	531,382	26,028,343	4
24%	32%	48,678,641	1,908,900	1,653,100	17,224,635	27,892,006	5
12%	11%	16,997,474	-	487,500	3,106,380	13,403,594	6
8%	11%	16,606,495	-	2,737,037	3,895,410	9,974,048	7
15%	12%	17,837,486	-	2,370,000	3,487,728	11,979,758	8
1%	0.4%	557,410	557,410	-	-	-	9
0.2%	-	-	-	-	-	-	10
		132,408,015	10,130,703	10,718,087	28,545,535	102,188,720	סך הכל ***
	100%	192,911,108	17,860,028	17,659,823	34,771,586	113,861,781	סך הכל - ארצי

* כל התוכניות בקרן מנוף הן ארציות.

** האחוז חושב מתוך סך התקציב של התוכניות ביישובים.

*** סך הכל ביישובים המאושכלים.

תרשים 3 הסיוע שאושר לפי אשכול חברתי-כלכלי (ש"ח), 2014



ה. קידום אורח חיים בריא ופעילות גופנית בקרב אנשים עם מוגבלות⁹

שניים מן היעדים המרכזיים של קרנות הביטוח הלאומי הם שיפור איכות החיים (well being) של אוכלוסיות היעד ומניעת ההידרדרות התפקודית, הבריאותית והכלכלית שלהן. הקרן לפיתוח שירותים לנכים והקרן למפעלים מיוחדים פועלות זה שנים להרחבה ושיפור של התוכניות לקידום אורח חיים בריא ופעילות גופנית בקרב אנשים עם מוגבלות.

הפעילות הגופנית תורמת לבריאותם ולרווחתם של כלל האנשים, עם מוגבלות וללא מוגבלות, אך היא חשובה במיוחד בקרב אנשים עם מוגבלות משום שהיא משפרת את יכולותיהם הגופניות, שפעמים רבות עלולות להידרדר בשל אורח החיים היושבני שלהם. פעילות גופנית גם עשויה לסייע להם בהפחתת הסיכון לפתח שברים ומחלות כרוניות כגון סוכרת, השמנה ומחלות לב. חוסר בפעילות גופנית עלול לפגוע ביכולתם לבצע פעולות יומיומיות פשוטות ובכך לפגוע בתפקוד העצמאי שלהם ובעקיפין באוטונומיה האישית. לפגיעה כזו השפעות פסיכולוגיות ופיזיולוגיות שליליות, כגון בידוד חברתי, דיכאון, חולשה ועייפות.

הנתונים מהעולם ומישראל מצביעים על מיעוט פעילות גופנית ברמה נאותה בקרב אנשים עם מוגבלות בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות. דוח משרד הבריאות משנת 2009 הראה שאנשים עם מוגבלות עוסקים בפעילות גופנית בהיקף של שלוש פעמים בשבוע לפחות בשיעורים הנמוכים בהרבה מאנשים ללא מוגבלות (מוגבלים מאוד - 16%, מוגבלים - 22%, אנשים ללא מוגבלות - 30%).¹⁰

9 סעיף זה נכתב על-פי: הוצ'ר ל' וברק ש' (2012). **פעילות גופנית מותאמת וספורט לאנשים עם מוגבלויות - סקירת ספרות ותיאור מצב - לקראת הכנת קול קורא**. המוסד לביטוח לאומי, אגף הקרנות.

10 שמש ע' ונקמולי לוי ד' (2009). **אנשים עם מוגבלויות בקהילה**. משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.

לאור זאת, הקרנות פועלות בשנים האחרונות לקדם אורח חיים בריא בקרב אנשים עם מוגבלות באמצעות פיתוח מסגרות ומודלים חדשניים, הכשרת אנשי מקצוע בנושא ושינוי עמדות של אנשים עם מוגבלות בנוגע לפעילות ספורט. פעילות זו מתבצעת בשיתוף פעולה של הקרן לפיתוח שירותים לנכים, המסייעת בפיתוח תשתיות פיזיות וציוד, והקרן למפעלים מיוחדים, המסייעת בפיתוח תוכניות הפעלה. בשנת 2013 יצאו שתי קרנות אלה במיזם משותף ופרסמו קול קורא לתוכניות לקידום פעילות גופנית בקרב אנשים עם מוגבלות.

בחמש השנים האחרונות (2010-2014) אישרו קרנות הביטוח הלאומי סיוע בהיקף של כ-13.5 מיליון ש"ח ל-25 פרויקטים ותוכניות העוסקים בקידום אורח בריא ופעילות גופנית בקרב אנשים עם מוגבלות (תרשים 4), ואחדים מלווים במחקרי הערכה. להלן כמה דוגמאות לתוכניות:

- **מרכז הספורט לנכים בישראל "ספיבק" ברמת גן:** מתקן ייחודי הפועל משנות ה-60 ומציע שיקום פיזי, מנטלי וחברתי לאנשים עם מוגבלויות בכל הגילים באמצעות השתתפות בתוכניות ספורט מותאמות. המרכז משרת כיום כ-2,500 ילדים, בני נוער ומבוגרים עם מוגבלויות שונות ומספק מענה לכלל צורכיהם - ציוד ספורט מותאם, הדרכה מקצועית, ליווי אישי ותמיכה סוציאלית ופסיכולוגית. במרכז פועלות תוכניות ספורט במגוון ענפים: כדורסל, שחייה, טניס שדה, טניס שולחן, קוואד-רוגבי ובוצ'יה (Boccia) - ספורט תחרותי ייחודי המיועד לאנשים עם מוגבלות מוטורית קשה. במקום פועל גם מרכז למידה פעילה, המספק מידע, ייעוץ והדרכה בנושא פעילות גופנית לאנשים עם מוגבלות בקהילה.

- **משחק החיים - עמותת מפעלות חינוך וחברה:** תוכנית המציעה לילדים, בני נוער ובוגרים עם מוגבלות אפשרות לעסוק בפעילות ספורט מותאמת (כדורגל וכדור-רשת) באופן עקבי ומקצועי, ולהשתתף בטורנירים עם קבוצות אחרות. היבט ייחודי בתוכנית הוא השימוש בספורט הקבוצתי ככלי לרכישת מיומנויות, באמצעות ניצול מצבים שנוצרו על המגרש כדי להעביר מסרים חינוכיים ושיקומיים. בכך התוכנית תורמת לשיפור הדימוי העצמי והחברתי של המשתתפים ולשיפור מיומנויות תקשורת, מוטוריקה וקוגניציה. כיום פועלות יותר מ-100 קבוצות ברחבי הארץ.

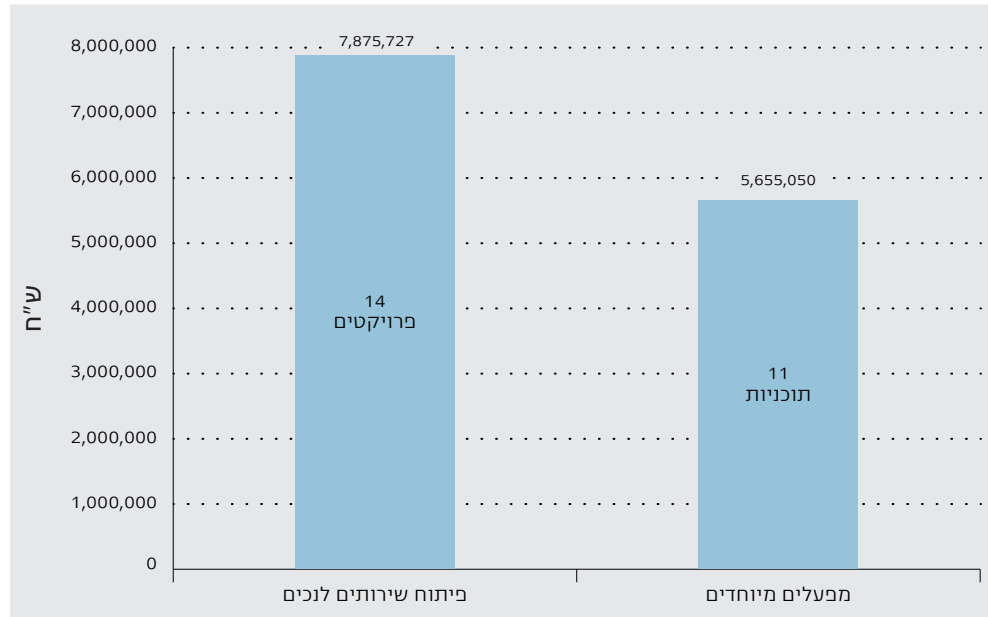
- **אתגרים - עמותת לספורט אתגרי:** פעילות אתגרית בטבע באמצעות אופניים, חבלים ופעילות ימית לאנשים עם מוגבלות. העמותה מפעילה שבעה מרכזי רכיבה על אופניים ברחבי הארץ וניידות עם אופניים בהדרכה מקצועית למי שאינם יכולים להגיע למרכזים. הרכיבה מתקיימת על אופני סינגל, אופני טנדם ואופני יד. העמותה מקיימת גם פעילות ספנלינג ואומגה בכל רחבי הארץ וקורסי צלילה באילת באמצעות ציוד והדרכה המותאמים לאנשים עם מוגבלות.

להלן דוגמאות לתוכניות שהחלו לפעול לאחרונה במסגרת המיזם המשותף או נמצאות בשלבים אחרונים לפני ההפעלה:

- **שביל ישראל - כל הדרכים להתעמל:** פעילות גופנית לחרדים בוגרים עם צרכים מיוחדים - דיירים במערך הדיור של עמותת שיח סוד.
- **מישהו לרוץ איתו:** סטודנטים עם מוגבלות וללא מוגבלות במכללת ספיר בשדרות עושים פעילות גופנית ביחד כדי לעודד ספורט בקרב צעירים עם מוגבלות.
- הרחבת הפעילות בענף ה**בוצ'יה**, בין השאר הקמת ליגה ונבחרת ארצית שתייצג את ישראל בתחרויות בינלאומיות.

תרשים 4

פרויקטים ותוכניות לקידום אורח חיים בריא ופעילות גופנית בקרב אנשים עם מוגבלות, לפי קרן*, 2010-2014



* 3 מהתוכניות והפרויקטים הם חלק מהמיזם המשותף ונספרו בשתי הקרנות.

1. מודל התערבות לטיפול בילדים ובני נוער בהזנחה¹¹

ב-2014 החלה הקרן לפיתוח שירותים לילדים ולנוער בסיכון במיזם משותף עם קרן רש"י ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים לפיתוח מודל התערבות לילדים ובני נוער מגיל לידה עד 18 הנתונים בסוגים שונים של הזנחה ובני משפחותיהם (ראו לוח 5 - סוגים של הזנחה). זהו המיזם המשותף השני של שלושת הגופים הללו, לאחר שב-2007 הקימו ביחד מרכזים לילדות וילדים נפגעי תקיפה מינית - מיזם שנקלט בהמשך על-ידי משרד הרווחה והוכנס לתוכנית העבודה שלו¹².

ההתמקדות בתופעת ההזנחה של ילדים כמושג מובחן מותאמת לתפיסה המקצועית המתגבשת בעולם ויש בה בשורה חדשה למדיניות הרווחה בישראל (ראו תיבה). בחירה זו אינה מקרית: ההתמודדות עם ההזנחה והשלכותיה על עתידם והתפתחותם של ילדים ובני נוער בישראל מדאיגה את שותפי המיזם זה זמן רב. ההתנסות בשטח מלמדת כי משפחות שיש בהן הזנחה מקבלות סיוע חלקי בלבד, ולכן החליטו שלושת הגופים ליזום תוכנית התערבות מקיפה לטיפול בבעיה ובכך לסייע לילדים ולהורים שכיום אינם מוגדרים כקבוצה הזקוקה להתערבות נפרדת ואין בעבורם מענה הולם.

מטרת העל של המיזם היא ליצור סביבה מוגנת ובטוחה לילד, מתוך ראיית הצרכים שלו בהווה ובאמצעות התמקדות במשפחה כדי להוביל לשינוי בעתיד. המיזם מבוסס על הצורך ליצור מגוון רחב וגמיש של פתרונות במעגלים של פרט-משפחה-קהילה-חברה, מתוך הכרה שרבים הם הגורמים והנסיבות המביאים להזנחה של ילדים. תפיסה זו משפיעה לא רק על ניתוח התופעה, אלא גם על אסטרטגיות ההתערבות והפתרונות שיתגבשו כדי להתמודד עימה. מטרת המיזם הן:

11 תודה למירי רוסמן על כתיבת סעיף זה.

12 להרחבה ראו: המוסד לביטוח לאומי, **דוח שנתי 2012**, פרק 5 (עמ' 270).

- לשפר את יכולתם של ההורים לספק את צורכי ילדיהם ולהעניק להם הגנה וביטחון במסגרת המשפחה.
- לשפר את התפתחותם של הילדים ותפקודם בתחום החברתי, המשפחתי, הלימודי, החינוכי והרגשי.
- לצמצם הוצאה מהבית של ילדים בשל מצבי הזנחה.
- לפתח מודל תיאורטי ומודל התערבות מעשי, שיובילו לגיבוש מדיניות חברתית שתתמודד עם הזנחה של ילדים ונוער וליצירת השירותים שיוציאו לפועל מדיניות זו.

לוח 5

סוגים של הזנחה

הזנחה בצרכים פיסיים	הזנחה בצרכים רפואיים	הזנחה בצרכים חינוכיים	הזנחה בדאגה לבטיחות הילד	הזנחה בתחום הרגשי
• תזונה	• מעקב רפואי	• הישגים בלימודים	• הזנחה בנוכחות ההורים	• גירויים התפתחותיים
• בית	• טיפול במחלות	• נוכחות בלימודים	• הזנחה בהעדר ההורים	• הכלה וקבלה של הילד
• ביגוד	• טיפול בלקויות	• מעורבות הורים	• יחס ההורה לילד	• יחס ההורה לילד
• היגיינה			• הדדיות בקשר הורה-ילד	

המיזם החל לפעול באוקטובר 2014 בשישה יישובים (עכו, כרמיאל, אשדוד, מודיעין עילית, דימונה ושגב שלום), ועתיד לפעול בסך הכל ב-12 יישובים. נקלטו בו עד כה 400 ילדים ובני נוער ו-120 משפחות. בכל יישוב נבנה מודל ייחודי להתמודדות עם ההזנחה ופועלת בו תוכנית המותאמת לצרכים הספציפיים שלו. למרות ההבדלים בין המודלים, הם מתבססים על עקרונות זהים:

- את המיזם מובילה מערכת הרווחה ביישוב באמצעות צוות רב מקצועי המשתמש במשאבים הקיימים בקהילה.
 - ההתערבות נעשית הן מול ההורים והן מול הילדים.
 - ההתערבות כוללת היבטים טיפוליים לצד חברתיים, וסיוע קונקרטי חומרי. המענים פרטניים, משפחתיים וקהילתיים.
 - הטיפול כולל, אינטנסיבי ולטווח ארוך.
 - סיוע במימון זכויות והפחתת חסמים לצריכת שירותים.
 - "חיזור" ויישוג (reaching out) אחר המשפחות (ביקורי בית, גמישות בפגישות ועוד).
 - סיוע למשפחות בהתמודדות עם חסמים להשתתפותן בפעילויות.
 - פיתוח והפעלת מעקב אחר מקרים של הזנחה (ברווחה, בחינוך, בבריאות ובטיפול הפיסי) בקרב הילדים, כולל תגובה בזמן אמת.
 - עבודה מקצועית אך לא פורמלית, המבוססת על שותפות עם משפחות, היעדר שיפוטיות, נגישות וזמינות, אמונה ביכולת לשנות והכרה בהורים כפרטים בעלי צרכים.
- המיזם צפוי לפעול במשך ארבע שנים שבמהלכן יגובש מודל ההתערבות להתמודדות עם הזנחה. המודל יתבסס על העבודה בשטח, המחקר המלווה ומערכת הנתונים הממוחשבת לאיסוף המידע ותיעודו.

הזנחה בקרב ילדים

הזנחה מוגדרת כחוסר יכולת מתמשך של ההורים לספק את הצרכים הפיסיים או הרגשיים הבסיסיים לילדיהם באופן שעלול להוביל לפגיעה משמעותית בבריאותם ובהתפתחותם (מלידה עד 18). ההזנחה יכולה להתבטא בחוסר יכולת לספק אוכל, מחסה או ביגוד הולם, בהעדר יכולת להגן על הילד מפגיעות פיסיות או לא לספק לו שירותי בריאות וחינוך. הזנחה יכולה להתבטא גם בהעדר יכולת להיענות לצרכיו הרגשיים והבסיסיים של הילד¹.

Tanner & Danielli² מציינות כמה מאפיינים של התופעה, הנגזרים מן ההגדרה שלעיל:

- **מידת הכרוניות או ההתמשכות של ההזנחה** - יש הבדל בין מקרים חד-פעמיים או שנעשים בתגובה למצב מסוים לבין מצב מתמשך ההופך להיות דרך חיים.
- **הנוק הרב הנגרם לילדים** - פיזי, רגשי או התפתחותי - עקב הזנחה מתמשכת, מעיד כי ההזנחה היא פוגענית בפני עצמה ואינה רק תופעת לוואי של סוגים אחרים של התעללות בילדים.
- יש להבחין בין הזנחה של ילדים לבין התעללות רגשית שיטתית ומכוונת (מתקפה מתמשכת על זהות ואישיותו של הילד), תוך הכרה בקשר שיש בין שאר צורות הפגיעה בילדים לבין הזנחה.
- על פי Dubowitz³, רוב ההגדרות הקשורות להתעללות בילדים כרוכות בפגיעה בפועל, אך בהזנחה הפגיעה לעיתים פוטנציאלית, שכן תוצאותיה עשויות להיראות רק כעבור שנים. הגדרתו להזנחה מתמקדת בילד ובצרכיו הלא מסופקים, תוך הכרה בכך שרבים הם הגורמים להזנחה של ילדים, ובהם התנהגות ההורים. גישה זו עולה בקנה אחד עם הגישה האקולוגית, שלפיה אי אפשר לנקוב בגורם אחד ויחיד להזנחה ויש להביא בחשבון גורמים הקשורים לילד, להורים, למשפחה, לקהילה ולחברה.

ההזנחה היא תופעה רחבה, להלן כמה נתונים:

- זו הצורה הנפוצה ביותר של פגיעה בילדים. 71% מכל המקרים המתועדים של פגיעה בילדים בארה"ב ב-2010 היו בהזנחה. בארה"ב וקנדה, הצורות המתועדות הנפוצות של הזנחת ילדים היו העדר השגחה הולמת, הזנחה פיסית, נטישה והזנחה בתחום החינוכי והרפואי⁴.
- 34.5% מן המקרים שדווחו לפקידי סעד בשנת 2012 בישראל עסקו בהזנחה⁵.
- 75% מהילדים שעניינם מגיע לוועדות תכנון טיפול בישראל, סובלים מהזנחה או מהעדר השגחה⁶. ההנחה היא כי הגורם העיקרי לסידור חוץ-ביתי הוא הזנחה, וכי מרבית הילדים שמוצאים מן הבית סובלים מהזנחה קשה.
- הזנחה פיסית מלווה בדרך כלל בהזנחה רגשית, אך ההפך אינו תמיד נכון⁷.
- תשעה מכל עשרה ילדים הסובלים מהזנחה אינם זוכים לטיפול⁸.

1 Great Britain, Dept. for education. (2006). Working together to safeguard children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. The Stationery Office

2 Tanner K. & Danielle T. (2003). What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its applications to social work practice. *Child and family social work*, 8, 25-34

3 Dubowitz, H. (2009). Tackling child neglect: A role for Pediatricians. *Pediatric Clinics Of North America*, 56, 364-378

4 Lavi I. (2013). Physical and emotional neglect. Jerusalem: The Haruv institute

5 ציונית י' וברמן צ' (2013). ילדים בישראל. המועצה לשלום הילד, 2013.

6 סלונים-נבו ו' ולנדר י' (2004). האם טובת הילד יכולה להתקיים בנפרד מטובת המשפחה? מחשבות והמלצות לשינוי, *חברה ורווחה*, כ"ד, 4, 401-433.

7 ראו הערה 4.

8 הרביץ נ' וברביי ר' (2013). סקירת ספרות לצורך קביעת מדיניות פיתוח שירותים לילדים החיים בהזנחה. אגורא מדיניות.

ז. קידום השכלה גבוהה ותעסוקה לצעירים עם מוגבלות¹³

1. כללי

תפיסת אגף הקרנות של המוסד לביטוח לאומי היא כי השכלה ותעסוקה הן הבסיס להשתלבות של אוכלוסיות בסיכון בקהילה ובחברה, ולכן לפני כחמש שנים יזמו הקרן למפעלים מיוחדים והקרן לפיתוח שירותים לנכים הקמה ושדרוג של מרכזים המספקים שירותי תמיכה וייעוץ לסטודנטים עם מוגבלויות שונות (פיסיות, חושיות ונפשיות) - **מהפכה בהשכלה הגבוהה**. זיהוי צרכים ולמידה ממודלים בעולם הביאו למסקנה כי נדרש פיתוח של שירותי ייחודי המפעיל תחת קורת גג אחת מגוון של שירותים פרטניים, פעולות הסברה ושינוי עמדות, ואמצעי הנגשה שונים.

אף ששיעור הלומדים במוסדות על-תיכוניים בישראל הוא מהגבוהים בעולם, שיעור הסטודנטים עם מוגבלות במוסדות אלה נמוך באופן ניכר משיעורם באוכלוסייה. מצב זה אינו הולם את עקרון היסוד של חוק שוויון לאנשים עם מוגבלות התשנ"ח-1998, הקובע כי "זכויותכם של אנשים עם מוגבלות ומחויבותה של החברה בישראל לזכויות אלה, מושתתות על ההכרה בעקרון השוויון, על ההכרה בערך האדם שנברא בצלם ועל עקרון כבוד הבריות". זאת ועוד: אנשים עם מוגבלות סובלים משיעורי אבטלה ואי-העסקה גבוהים, בין השאר בגלל רמת השכלה נמוכה. לפיכך, הנגישות להשכלה גבוהה של אנשים עם מוגבלות חשובה לא רק לאנשים עם מוגבלות אלא לחברה הישראלית כולה. הסרת החסמים להשכלה בכלל ולהשכלה גבוהה בפרט היא תנאי הכרחי לשילובם בתעסוקה בתפקידים ההולמים את כישוריהם ויכולותיהם.

בשני העשורים האחרונים התפתח התחום של הנגשת ההשכלה הגבוהה והתעסוקה לאנשים עם מוגבלויות - בחקיקה, בפסיקה ובמדיניות. פעילות אגף השיקום בביטוח הלאומי בנושא זה התרחבה וסיוע הקרנות גדל. המועצה להשכלה גבוהה אף מימנה מרכזי תמיכה לסטודנטים עם לקות למידה. התפתחויות אלו הניחו את היסוד לפיתוח מרכזים רב-נכתיים, שייסעו לסטודנטים עם מוגבלות בהסרת החסמים הרבים העומדים בבואם להשתלב ולהתמיד בהשכלה הגבוהה.

2. "מהפכה בהשכלה הגבוהה" - המרכזים במוסדות להשכלה גבוהה

מטרת המיזם **מהפכה בהשכלה הגבוהה** היא להגדיל את מספר הסטודנטים עם מוגבלות במוסדות להשכלה גבוהה ובעקבות כך להגדיל את סיכוייהם להשתלב בתעסוקה ההולמת את כישוריהם ויכולותיהם. שני יעדים עיקריים שנקבעו למיזם הם הגדלת מספר הסטודנטים שיתחילו ויסיימו את הלימודים האקדמיים, בייחוד סטודנטים עם לקויות קשות, והגברת המודעות בקרב אנשי המוסדות להשכלה גבוהה (סגל אקדמי, סגל מינהלי והסטודנטים) לשילוב סטודנטים עם מוגבלות במוסדות הללו תוך עידודם להשתתפות פעילה בכך.

כדי לקדם יעדים אלו, הוחלט על הקמת מרכזי תמיכה רב-נכתיים במוסדות להשכלה גבוהה לניהול הפעילות בקמפוסים (בשיטת one stop shop) ובהם מוצעים השירותים האלה: תוכנית למניעת נשירה; השאלת ציוד עזר והדרכה לשימוש בו; תוכניות לימודיות וחברתיות; תיווך לסגל; ייעוץ במיצוי זכויות בחוק ותיווך לארגונים המתאימים; הכנה לעבודה; ליווי אישי; וסדנאות בנושאים כמו ניהול זמן, הפחתת חרדת בחינות ואסטרטגיות למידה.

13 תודה לשרית מוראי על כתיבת סעיף זה. הסעיף מתבסס על ערכת הפעלה ופירוט פרקטיקות מוצלחות שכתבו היועצות האקדמיות של המיזם, פרופ' ארלן קנטור וד"ר ניצן אלמוג, ועל תזכירים פנימיים שכתב צוות המיזם.

המרכזים יפרסמו את פעילותם בקרב אוכלוסיות פוטנציאליות (תלמידי תיכון, מוגבלים שאינם לומדים כיום, הורים ומורים) ויבנו מאגר נתונים למעקב אחר השתלבות הסטודנטים בעבודה. עד כה אושר למיזם סיוע כולל של יותר מ-20 מיליון ש"ח להקמת 35 מרכזים ב-32 מוסדות¹⁴ (6 אוניברסיטאות ו-26 מכללות), שבהם לומדים כ-75% מהסטודנטים בישראל. 12 מרכזים אושרו ב-2011 ו-23 נוספים ב-2012. הרוב המוחלט של המרכזים כבר פועלים, והיתר יחלו לפעול לקראת שנת הלימודים תשע"ו (2015/2016).

ממצאים כמותיים ואיכותניים על פעילות המיזם יתפרסמו בעוד כמה שנים במסגרת מחקר הערכה מלווה, אך כבר כיום אפשר להצביע על כמה מגמות כלליות:

- גידול של 18% במספר הסטודנטים עם מוגבלויות במוסדות, מ-5,320 ב-2012 ל-6,267 ב-2014.
- גידול של 40% לפחות מתחילת הפעילות במספר הסטודנטים עם מוגבלות פיזית, נפשית, אספרגר ומחלות כרוניות.
- המרכזים הם חלק אינטגרלי מהמוסדות והם פועלים במסגרת דיקאן הסטודנטים. ראשי המוסדות נותנים גיבוי כספי למימון הפיתוח ולהמשך הפעלתם.
- המרכזים מהווים גורם מרכזי בייעוץ ובליוי סטודנטים משלב המועמדות עד סיום התואר. הם הפכו לכתובת המרכזית בנושא מיצוי זכויות ומשולבים עם שירותי אגף השיקום של הביטוח הלאומי.
- המרכזים מהווים גורם מייעץ בכל הנוגע להנגשה בקמפוסים (מבנים, שירות ולימודים). הם גם יוזמים פעולות הסברה והדרכות לסגל האקדמי והמינהלי בנושא הנגשת לימודים, ובכך מקדמים את המודעות לצורכי סטודנטים עם מוגבלות.

בשנת 2014 התקיימו דיונים אינטנסיביים בכנסת בנוגע לאישור תקנות הנגישות במוסדות להשכלה הגבוהה. פעילות אגף הקרנות נשאה פרי, וועדת המשנה לתקנות לפי חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות התשנ"ח-1998, בישיבתה מיום 1.4.2014, המליצה לכלול את מרכזי התמיכה כחלק מהתקנות והגדירה את תפקידיהם בהתאם לעקרונות שגובשו במיזם **מהפכה בהשכלה הגבוהה** מתוך כוונה של מובילי המיזם, כי הדבר יוביל לפיתוח מרכזים כאלה בכל המוסדות בארץ וההשכלה הגבוהה תונגש לכלל האנשים עם מוגבלות¹⁵.

ח. המודל המשולב לטיפול בקשישים עם צרכים מורכבים¹⁶

בשלוש השנים האחרונות פועלת קרן סיעוד, בשיתוף אשל ומשרדי הממשלה הרלוונטיים, לפיתוח מודל משולב לטיפול בקשישים באמצעות מתאם טיפול הפועל בשיטת **ניהול טיפול** (case management).

הזדקנות האוכלוסייה במערב הביאה לעלייה במספר הקשישים הסובלים ממוחלות כרוניות ומבדידות או החווים הידרדרות בריאותית, תפקודית וקוגניטיבית, ולהגברת המודעות לצורך להשאר

14 בשלושה מוסדות הוקמו שני מרכזים בקמפוסים מרוחקים: האוניברסיטה העברית, מכללת סמי שמעון ומכללת לוינסקי.
15 לקריאה נוספת: קנטור א' ואלמוג נ' (2013). פרקטיקות מוצלחות בעבודת מרכזי תמיכה לסטודנטים עם מוגבלויות במוסדות להשכלה גבוהה. המוסד לביטוח לאומי. (2013). מסמך הנחיות - ציוד למרכזי תמיכה במוסדות להשכלה גבוהה. חלק זה מתבסס בעיקר על: אסיסקוביץ ש', שמלצר מ', לרון מ', רוניצקי ש' וברודסקי ג' (2015). פיילוט תוכנית הטיפול האינטגרטיבי באשקלון - מחקר הערכה מלווה. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, ומאירס ג'וינט מכון ברוקדייל.

את הקשישים בקהילה (aging in place). במציאות זו, ממשלות בכל העולם ניצבות בפני אתגר של יצירת רצף של טיפול, שיאפשר לשפר את איכות השירותים למטופלים, להפחית עלויות בשל אשפוזים חוזרים בבתי חולים, להגביר את השימוש בשירותים בקהילה ולהוריד את שיעורי ההשמה במוסדות. ניהול הטיפול בקרב קשישים בקהילה עשוי לשפר את התפקוד והרווחה של המטופל, לשפר את ניהול התרופות, להגביר את השימוש בשירותי הקהילה ולהפחית את שיעורי ההשמה במוסדות¹⁷.

בישראל, הקשישים ובני משפחותיהם מתמודדים עם מערכת שירותים מפוצלת ומבוזרת וללא תיאום בתוכה, חוסר ידע בנוגע לשירותים הקיימים, העדר שירותים חיוניים ואי בהירות בנוגע לכתובת בעת משבר או מצוקה. פיתוח המודל של ניהול טיפול באמצעות מתאם טיפול נועד לתת מענה לקשישים ולבני משפחותיהם, בייחוד לקשישים בעלי צרכים מורכבים, בסבך השירותים הקיימים. בכך ישראל שותפה למאמצי של מדינות מפותחות רבות, המפתחות בשנים האחרונות מודלים כאלה לטיפול באוכלוסיות עם צרכים מרובים או מורכבים.

לצורך פיתוח המודל המשולב הוקמה מינהלת משותפת של משרדי ממשלה וארגונים שונים, שהחליטה על ניסוי באשקלון. הניסוי נועד לבחון איך להפעיל מודל של ניהול טיפול לקשישים בעלי צרכים מורכבים במערכות השירותים החברתיים בישראל, והיו לו שלוש מטרות מרכזיות: להגדיר את אוכלוסיות היעד העיקריות שיכולות להפיק תועלת מהתוכנית; להגדיר את תפקידו של מנהל טיפול ואת הממשק בינו לבין תפקידים אחרים בשירותי הבריאות והרווחה המקומיים; לבדוק את היתרונות הנוספים של ניהול הטיפול לקשישים ולבני משפחותיהם.

הניסוי החל לפעול באפריל 2014 באשקלון בקרב כ-60 קשישים. במסגרת הניסוי, הוקמה יחידת תיאום טיפול עצמאית, שאינה שייכת מבחינה ארגונית לאף אחד מן הגורמים המטפלים, ובה עובדת סוציאלית, שמנהלת את התוכנית, ושתי מתאמות טיפול העובדות תחתיה - עובדת סוציאלית ואחות של קופת חולים הכללית.

מחקר ההערכה המלווה את הניסוי מראשיתו, העלה מסקנות הנוגעות לסוגיות המרכזיות שנבדקו בניסוי:

- **אוכלוסיות היעד שיכולות להפיק תועלת מהתוכנית** - התוכנית הרחיבה את השירותים הניתנים לקשישים מעוטי הכנסה המתגוררים בגפם וסובלים מבעיות מורכבות. כ-2/3 מן המשתתפים קיבלו שירותים שלא קיבלו לפני החלת התוכנית ואף שלא התקיימה קבוצת ביקורת, אפשר בכל זאת להיווכח בתרומתה של תוכנית זו. בנוסף, התוכנית איפשרה מתן מענה לשתי קבוצות שאינן זוכות למענה מספק כיום: קשישים ללא תמיכה משפחתית (כמחצית מהמשתתפים בתוכנית), בייחוד בעלי צרכים מורכבים שבעבורם נדרש ניווט בין מערכת הבריאות למערכת הרווחה, שהמשפחות בדרך כלל מסייעות בו; ומי שמתחילים להידרדר מבחינה תפקודית, בריאותית או קוגניטיבית, אך עדיין אינם מוגבלים מספיק כדי לקבל שירותים כמו גמלת סיעוד על-פי חוק סיעוד, ומצבם החברתי-כלכלי אינו מאפשר להם לרכוש שירותים אלו באופן פרטי.

17 You, E. C., Dunt, D., Doyle, C., & Hsueh, A. (2012). Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: A systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research*, 12(1), 395

Low, L. F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11(1), 93

- **הגדרת התפקיד של ניהול טיפול ובחינת הממשק עם מערכות הבריאות והרווחה -** ההיכרות המעמיקה של מתאמת הטיפול עם השירותים במערכות הבריאות והרווחה הביאה לקיצור זמן הטיפול בבעיות ולקיצור תהליכים בין-ארגוניים. כך למשל, המתאמות יכלו להנחות את המשפחות איך להגיש בקשות לשירותים, כמו חוק סיעוד. זאת ועוד: אנשי המקצוע ציינו כי התוכנית מקדמת תקשורת מהירה יותר בין קופת החולים לרווחה ולהפך.
 - **היתרון של צוות רב-מקצועי בטיפול בצרכים המורכבים -** ברווחה הדגישו את היתרון של שילוב האחות, ובקופת חולים הדגישו את היתרון של העובדת הסוציאלית. העבודה בצוות הרב-מקצועי אפשרה גם שיח "באותה שפה". אנשי המקצוע ציינו כי גם ברווחה וגם בקופות החולים העבודה היומיומית כרוכה בעומס רב, והתוכנית מספקת את היכולת לטפל ביתר תשומת לב במקרים מורכבים ולספק פתרונות המותאמים אישית לצרכי הקשיש.
- בימים אלו הניסוי מורחב במחוז דרום לכ-600 קשישים, בכוונה שהוא יתרום לפיתוח ולגיבוש הגדרת תפקיד חדשה למתאם טיפול בקשישים עם בעיות מורכבות, בציפייה שהדבר ישפר את המענים לקשישים אלה.

