אורנים
ORANIM • أورانيم
המכון הישראלי
לחינוך בגיל הרך

2025

דוח החינוך בגיל הרך

תשתית ממשלתית לגיל הרך:
מדיניות, רגולציה ושירותים בשלוש שנות החיים הראשונות

כתיבה, מחקר ועריכה אקדמית: ד"ר גלית בינט

ייעוץ מדעי: ד"ר אורית דרור

דוח החינוך בגיל הרך

תשתית ממשלתית לגיל הרך:

מדיניות, רגולציה ושירותים בשלוש שנות החיים הראשונות

כתיבה, מחקר ועריכה אקדמית: ד"ר גלית בינט

ייעוץ מדעי: ד"ר אורית דרור

2025

הדוח יוצא בתמיכתן הנדיבה של קרן ברכה וקרן יד הנדיב

דוח החינוך בגיל הרך

תשתית ממשלתית לגיל הרך: מדיניות, רגולציה ושירותים בשלוש שנות החיים הראשונות

2025

עיצוב גרפי: ערן צירמן
עריכת לשון: איסי שמש

המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך
מכללת אורנים, קרית טבעון, מיקוד: 3600600
דואר אלקטרוני: machon.gilrach@oranim.ac.il
www.oranim.ac.il
04-9838802

© 2025, כל הזכויות שמורות

ועדות מלוות

ועדת היגוי קבועה המלווה את הדוּח מציגה חוות דעת ומסייעת באיתור גורמי מפתח המייעצים על פי נושאיו.

בוועדה חברים (לפי סדר אלפביתי):

ד"ר סיגל אחיטוב, ראש התוכנית לתואר שני בגיל הרך, מכללת אורנים.

גב' תמר בודק מלה. מנהלת השותפויות האסטרטגיות של מכללת אורנים.

גב' ענת בן־ארי, מובילת תחום הגיל הרך, קמ"ה, מכללת אורנים.

גב' אופירה בן־שלמה, מנהלת המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך, מכללת אורנים.

ד"ר כרמל בלנק, המחלקה למדעי ההתנהגות במרכז האקדמי רופין וחוקרת בכירה במרכז טאוב.

מר אריאל דלומי, מנכ"ל קרן ברכה.

גב' שיר לבנון מנטל, רכזת פרויקטים מיוחדים, המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך, מכללת אורנים.

ד"ר גייל סוסקין, ראש החוג ותוכנית ההכשרה לגיל הרך, מכללת אורנים.

גב' אידה לי רדי, מנהלת תוכניות, תחום הגיל הרך, קרן יד הנדיב.

ד"ר מירב תורג'מן, הממונה על היחידה לפיתוח פדגוגי באגף לחינוך קדם־יסודי במשרד החינוך.

ועדת ייעוץ משתנה המורכבת ממומחים ומשחקנים מרכזיים העוסקים לעומק בתחומי הדוּח (תשתיות ייחודיות) ומשקפים נקודות מבט שונות בחברה הישראלית ובשדרה המקצועית. בוועדה חברים המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך ויועצים מתחלפים.

המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך במכללת אורנים פועל לקידום איכות החינוך והטיפול בגיל הרך באמצעות פיתוח מקצועי, התמחות פדגוגית מבוססת מחקר ושינוי מדיניות, שיעמידו את הגיל הרך בישראל בראש סדר העדיפויות החברתי.

ד"ר גלית בינט

חוקרת בכירה – כותבת דוח מדיניות הגיל הרך.

גלית בינט (B.ed, MA. PhD). קושרת במחקריה ובניסיונה המקצועי בין חינוך, תכנון ערים ומדיניות ציבורית. מחקרה הייחודי באוניברסיטה העברית בירושלים, אשר זכה בפרס ז'אק נאס (Jacques Nass) על תרומתו לחקר הכלכלה הפוליטית, משרטט נתיב מעשי לקידום מדיניות חינוכית הנקשרת לחזון הפיתוח המקומי ולנכסים חברתיים וכלכליים אזוריים. במסגרת עבודתה צברה ניסיון פרקטי בהובלת מיזמים חינוכיים, טכנולוגיים וחברתיים פורצי דרך בשלטון המקומי, במוסדות המדינה ובמגזר השלישי, ובהם ניהול פדגוגי של עמותת "סנונית" לקידום החינוך המתוקשב והקמת אתר "גלים" לבתי ספר יסודיים, ניהול עמותת "ארץ אחרת" וכתב העת, קידום מדיניות ציבורית במרכז לפלורליזם יהודי, ניהול החינוך לתרבות והובלת מיזם "העיר כמרחב למידה" בעיריית חולון.

ד"ר אורית דרור

מייסדת שותפה של המכון וחברה בצוות הניהול – יועצת מדעית, דוח הגיל הרך

אורית פעילה חברתית בתחום הגיל הרך. ניהלה את המכון מאז היווסדו ועד 2023. קודם לכן כיהנה כראשת החוג לחינוך בגיל הרך במכללת אורנים (2021-2015) וראש תכנית ההכשרה בגיל הרך (2021-2013).

לימדה בחוג קורסים שונים החל מ־2002. מחוץ למכללה היא ריכזה (בשותפות) את פורום הגיל הרך במכון מופ"ת (2015-2021), היתה ועדיין שותפה בפורומים שונים המקדמים מדיניות הקשורה בגיל הרך. היתה חברה בועדת המתווים להכשרה להוראה (ועדת ודמני-ענבר) (2017-2019).

אורית בוגרת תכנית מנדל למנהיגות חינוכית באקדמיה (2022); תואר שלישי בחינוך (אוניברסיטת חיפה, 2014), תואר שני ביעוץ חינוכי (אוניברסיטת תל־אביב, 2001), ותואר ראשון בריפוי בעיסוק (אוניברסיטת תל־אביב, 1995).

תוכן העניינים

הקדמה 7

עיקרי הדוח 9

1. מבוא 13

2. אתגרים במימוש מדיניות לגיל הרך בישראל 15

2.1. תשתיות ממשלתיות, רגולציה ואתגרים מבניים בגיל הרך 15

2.2. מעבר למדינה רגולטורית - רגולציה ואחריות ציבורית בשירותים לגיל הרך 17

2.3. צעדי הממשלה לקידום תחום הגיל - נושאים ואמצעים משותפים 18

2.4. הפיקוח והבקרה על המסגרות והמענים בגיל הינקות במשרדי הממשלה השונים 21

3. קידום תחום הגיל הרך במשרדי הממשלה - נושאים ואמצעים משותפים 22

3.1. משרד החינוך 22

3.2. משרד הרווחה והביטחון החברתי 39

3.3. משרד הבריאות 44

4. דיון ומסקנות 68

5. רשימת מקורות 71

הקדמה

הגיל הרך - ובפרט השנים הראשונות לחיים, מלידה עד גיל שלוש - הוא שלב קריטי בהתפתחות הסנסו־מוטורית, הרגשית, החברתית והקוגניטיבית של ילדים. שלב זה משפיע באופן עמוק וארוך טווח על רווחתם האישית של ילדים ועל חוסנה של החברה כולה. בשנים האחרונות גוברת בישראל ההכרה בחשיבות ההשקעה בגיל הינקות, בד בבד עם העלייה בעיסוק הציבורי והמקצועי בתחום זה.

דוח זה, השלישי בסדרת דוחות של המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך שבמכללה האקדמית אורנים, מבקש להציג תמונת מצב עדכנית של תחום החינוך־טיפול (edu-care) בגיל הרך, ולבחון את מכלול התשתיות הנדרשות לקידומו: ממשלתיות, ארגוניות, אנושיות, פדגוגיות, פיזיות, מחקריות וכלכליות. הדוח הראשון עסק בתשתית הארגונית של התחום, ואילו הדוח השני התמקד בתשתית החוקית, תוך בחינת סוגיית התקנת מצלמות במעונות יום לפעוטות כאמצעי להגנה על ילדים. הדוח השלישי מתמקד בתשתית הממשלתית - כלומר, במדיניות, ברגולציה ובדרכי הפעולה של משרדי הממשלה בהיבטים מסוימים של גיל הינקות. הדוח בוחן את העמדות, את היעדים ואת הדגשים המרכזיים של שלושה משרדי מפתח: משרד החינוך; משרד הרווחה והביטחון החברתי; משרד הבריאות. הוא מנתח את המדיניות המוצהרת ואת היישום בפועל תוך בחינת פריסת השירותים, זמינותם ומיקומם הגאוגרפי, וכן את רמות הבקרה הקיימות במסגרות השונות. דגש מיוחד הושם על מערך התפתחות הילד, אופן הפעלתו והשלכותיו על פערים בין אזורים גאוגרפיים ואוכלוסיות, לצד איתור נקודות עיוורון - תחומים שבהם חסרים נתונים או ידע הכרחי לקבלת החלטות מושכלות.

מן הדוח עולים אתגרים מערכתיים משמעותיים, ובראשם היעדר תיאום בין משרדי הממשלה, אשר מוביל לאי־אחידות במדיניות ולחסמים ביישומה. ממצאי הדוח מדגישים את הצורך הדחוף בגיבוש מדיניות לאומית הוליסטית, מבוססת נתונים ושוויונית, שתתמוך בחיזוק הקשר בין הממשלה לרשויות המקומיות ותבטיח מענה איכותי, זמין ונגיש לכל ילד וילדה בישראל.

עיקרי הדוח

הדוּח בוחן את תחום החינוך־טיפול (edu-care) בגיל הינקות בישראל, ומתמקד במדיניות ממשלתית ומערך הבקרה על שירותים לגיל הרך, בדגש על תחום התפתחות הילד בשלושת משרדי הממשלה החברתיים - החינוך, הרווחה והביטחון החברתי והבריאות. לנוכח היקף הסוגיות, הדוּח מתמקד בהיבטים מוגדרים ומצומצמים יחסית של מדיניות, של רגולציה ושל פעולות ממשלתיות.

פרקי הדוּח בנויים לפי משרדי הממשלה, וכל אחד מהם מציג תיאור של התחום שנבחר לבחינה. כך נבחן משרד החינוך בהקשר של תקינת הפיקוח, במשרד הרווחה והביטחון החברתי נבחן תחום שירותי הסמך, ובמשרד הבריאות נבדקו זמינותם של שירותי התפתחות הילד ונגישותם; סקירה כמותית ועדכנית של מצב השירותים בשטח; ניתוח איכותני של כשלים מבניים, של חסמים ושל תהליכי שינוי; פערים בזמינות ובנגישות, בעיקר בעבור יישובים בפריפריה; תובנות מערכתיות לגבי הצורך בתיאום בין־משרדי ובהובלה מוסדית ברמה הלאומית והמקומית גם יחד.

במסגרת זו אין הדוח מבקש למצות את מכלול השירותים והאתגרים בגיל הרך, אלא להניח יסודות לדיון מעמיק שיתקיים בעבודות המשך.

להלן עיקרי הממצאים:

משרד החינוך

מערך הפיקוח על מעונות היום לגיל לידה עד שלוש נדרש להתמודד עם מבנה הפעלה מבוזר במיוחד: כ־3,526 גורמים המפעילים מסגרות חינוך־טיפול לגיל הרך, נתון המדגיש את הצורך במנגנון פיקוח מקצועי, אחיד ומתואם, שיקיים בקרה חינוכית שוטפת, ישפר את איכות השירותים ויספק מענה מקצועי בשטח.

מערך הפיקוח על מסגרות לגיל הרך (לידה עד שלוש) נשען כיום על עבודתן של 61 מפקחות אזוריות מטעם משרד החינוך, האחראיות ל־5,822 מעונות יום פעילים, מהם 2,224 מעונות סמל. נרשם שיפור ניכר ביחס הפיקוח. בשנת 2022 הייתה כל מפקחת אחראית בממוצע ל־158 מעונות, ואילו בשנת 2025 ירד המספר ל־112 מעונות למפקחת - שיפור של כ־30%. נוסף על כך יש 10

רכזות חינוך־טיפול - מומחיות פדגוגיות המועסקות במיקור חוץ - שכל אחת מהן מלווה 120-100 מעונות, בממוצע של שני ביקורים למעון בשנה. רכזות אלו הן זרוע מקצועית משלימה לפיקוח הממשלתי, תורמות להעלאת איכות הטיפול והחינוך במסגרות, ומשמשות גורם מקשר בין השטח למטה.

עם זאת, תנאי העסקתן של הרכזות מדגישים את הפער בין אחריותן הרבה ובין המעמד המִנהלי שלהן: הן מועסקות על ידי חברות חיצוניות בשכר נמוך מן הנדרש לפי הוראות חשכ"ל (כ־97 ש"ח לשעה בפועל, לעומת תקן של 165 ש"ח לפחות), אינן נהנות מקביעות, וגישתן לסמכויות ולמערכות מידע ממשלתיות מוגבלת. מצב זה משקף את שלבי הביניים בתהליך העברת האחריות לתחום ממשרד העבודה למשרד החינוך, ואת הצורך באסדרה מוסדית רחבה של תפקידי הפיקוח והליווי בגיל הרך - בדומה למערך התמיכה המובנה הקיים במסגרות החינוך הקדם־יסודי (שלוש עד שש), שיבחן בהמשך הדוח את הצורך בחיזוק המערך, צורך המתחדד נוכח הירידה בהיקף המשאבים המוקצים לו: התקציב הכולל לתקנה התקציבית "חיזוק הגיל הרך" לשנת 2025 עומד על כ־25.7 מיליון ש"ח, ירידה של כ־26% ביחס לביצוע בשנת 2023 (אתר "מפתח התקציב").

משרד הרווחה והביטחון החברתי

הדוח מתמקד בשירותי הסמך המקצועיים לפעוטות עם צרכים מיוחדים, שירותים המוענקים באמצעות ספקים חיצוניים. מתוך 95 ספקי שירות, כ־70% מתמקדים באוכלוסיית הקשישים, ורק עשרה תאגידים, קרי 11% בלבד, מתמחים במתן שירותים לילדים ולבני נוער. נתון זה מעלה סימני שאלה לגבי היכולת המקצועית וההתאמה של הספקים לצרכים הייחודיים של פעוטות בגיל הרך.

משרד הבריאות

הדוח ממפה את מצב שירותי הרפואה המונעת לתינוקות ולפעוטות בישראל, תוך התמקדות בתחנות לבריאות המשפחה ("טיפת חלב"), ובשירותי האיתור המוקדם והטיפול במכונים וביחידות להתפתחות הילד. מן הניתוח עולה תמונה של פערים בזמינות, בפריסה ובנגישות לשירותים, פערים הנובעים מגורמים כגון מיקום גאוגרפי, מעמד חברתי־כלכלי, זהות המפעיל והקצאת משאבים.

בשנים האחרונות מוביל משרד הבריאות מהלך נחוש לקידום שקיפות מידע. מאז השקת "עולם הדאטה" (2023) עומד לרשות הציבור מאגר חסר תקדים של נתוני איכות, והמחלקות השונות מפרסמות בקביעות דוחות בקרה מקצועיים. עם זאת, נרשמים לעיתים עיכובים בפרסום ממצאי הביקורות - בעיקר בשל אילוצי תקציב וכוח אדם - מה שמעכב את רציפות המידע ואת שקיפות הבקרה.

נכון לחודש ינואר 2025 פועלות בישראל 876 תחנות לבריאות המשפחה, ירידה של 25% מאז 1997, בעוד שמספר הלידות השנתי כמעט הוכפל (מ־88,279 ל־181,000). יתרה מזאת, נמצא פער בין מספר התחנות הרשומות באתר משרד הבריאות ובין מספר התחנות הפעילות, העומד על 810. המשמעות: עומס כבד על התחנות הקיימות. אם בעבר פעלה תחנה אחת על כל 75 לידות, כיום מדובר בתחנה אחת על כל 207 לידות. נוסף על כך, משרד הבריאות מפעיל כיום כ־45% מן התחנות לבריאות המשפחה. ב־823 יישובים אין תחנה פעילה, וב־183 מהם אין שיוך לתחנה קיימת. המחסור חמור במיוחד במועצות אזוריות בפריפריה..

אף שמשרד הבריאות קבע תקן שלפיו נדרשת אחות במשרה מלאה לכל 50 נשים הרות, 100 תינוקות ו־375 פעוטות, התקינה בפועל אינה מתעדכנת באופן אוטומטי עם גידול האוכלוסייה - וזאת בשונה ממנגנוני התקצוב במערכת הבריאות הקהילתית. עקב כך נוצר מחסור של כ־150 אחיות בתחנות לבריאות המשפחה של משרד הבריאות, נוסף על פער מתמשך בין הצורך ובין היקף המשאבים בשטח, פער המשפיע ישירות על האיכות ועל הזמינות של השירותים בגיל הרך.

בתחום התפתחות הילד, הדוח מצביע על פערים בפריסה: במחוז אשקלון, שבו שיעור הילדים המאובחנים עם עיכוב התפתחותי הוא הגבוה בישראל (16.6%), פועל רק מכון אחד להתפתחות הילד. זהו מרכז אבחון ראשוני הקובע את הטיפול המתאים, מטפל בבעיות התפתחות מורכבות, וכן מפנה ליחידות להתפתחות הילד ילדים עם בעיות התפתחותיות מורכבות פחות. גם במחוזות הדרום (11.9%) והצפון (11.8%) ניכרת מגמה דומה - שיעורי איתור גבוהים לצד מחסור חמור במכונים. במקביל, בחמש השנים האחרונות חלה ירידה חדה במספר הבקרות המדווחות במכונים וביחידות להתפתחות הילד. בשנת 2021 היו 29 בקרות, בשנת 2022 14, ובשנת 2023 - 9 בלבד. בשנים 2024 ו־2025 לא דווח כלל על קיום בקרות.

אשר לזהות המפעילים, 33% מן היחידות להתפתחות הילד מופעלות על ידי קופות החולים (23 יחידות בידי שירותי בריאות כללית); 31% על ידי עמותות, בעיקר החברה למתנ"סים; 24% על ידי רשויות מקומיות, לעיתים בשותפות עם תאגידים ללא מטרות רווח, כגון עמותת "יחדיו באר שבע והדרום". יתר היחידות מנוהלות על ידי חברות פרטיות (6%) או משרדי ממשלה (6%). הממצאים מעידים על היעדר אחידות בהפעלה ועל שירותים במחסור המתבטאים בזמני המתנה ובהעמקת אי־השוויון בבריאות.

ממצאי הדוח מדגישים את הצורך בתשתיות ממשלתיות חזקות ומתואמות כבסיס לשירותים איכותיים בגיל הרך - החל ברגולציה, תקצוב ופיקוח, ועד לפריסה שוויונית של שירותים רפואיים, חינוכיים וטיפוליים - תוך חיזוק התפקיד המרכזי של הרשות המקומית ביישום בשטח.

המדיניות המוצהרת של שלושת משרדי הממשלה המרכזיים (חינוך; רווחה וביטחון חברתי; בריאות) שמה לה למטרה לצמצם פערים, לחזק את הרגולציה - לרבות הצבת סטנדרטים, בקרה ואכיפה - ולעודד שיתופי פעולה בין־משרדיים. עם זאת, הממצאים מצביעים על פער בין ההצהרות ובין יישומן בפועל. אזורים מוחלשים, בעיקר בפריפריה, מתקשים לקבל מענה בסיסי (כפי שעולה בבירור ממצב התחנות לבריאות המשפחה והשירותים להתפתחות הילד), מנגנוני הבקרה והפיקוח לעיתים רופף, ותיאום בין־משרדי מתקיים באופן חלקי. יש לציין כי משרד החינוך הוא שחקן חדש יחסית בזירה זו, והיחידות האמונות על תחום גיל הינקות נמצאות עדיין בשלבי הקמה.

1. מבוא

תחום החינוך־טיפול (edu-care) בגיל הינקות, הכולל את השנים מלידה עד שלוש, זוכה בשנים האחרונות להתעניינות גוברת בשיח המדינתי והמחקרי בישראל. מדיניות החינוך־טיפול במדינות מפותחות מתבססת על ההבנה שחינוך וטיפול אינם נפרדים זה מזה, אלא מהווים יחדיו רכיב קריטי בהתפתחות הקוגניטיבית, הרגשית והחברתית של ילדים (Alexiadou et al, 2022; Murphy,2022), וכי מסגרת חינוכית איכותית נשענת על שילוב בין פדגוגיה מותאמת גיל ובין סביבה מטפחת ואכפתית.

תפיסה זו משתלבת עם הגישה האקולוגית להתפתחות הילד (Bronfenbrenner, 1979), הבסיס התיאורטי לרבות מתוכניות ההתערבות בגיל הרך. הגישה האקולוגית מדגישה את ההשפעה ההדדית בין מעגלים שונים הסובבים את הילד: מן המיקרו (המשפחה, המעון, הסביבה החברתית הקרובה), דרך מזו (הקשרים בין דמויות משמעותיות בחיי הילד), האקסו (מערכות וארגונים שאליהם משתייכים המבוגרים בסביבתו), המאקרו (תרבות, אידיאולוגיה ומדיניות כלל־חברתית), ועד לכרונו־סיסטמה (השפעות של מגמות ואירועים היסטוריים). בתוך כך הרשות המקומית - המקום שבו ניתנים רוב השירותים לאזרח - ממלאת תפקיד מרכזי בקידום המדיניות, השותפות הבין־מקצועית, וכן התיווך בין רמת המאקרו (מוסדות המדינה כגון משרדי הבריאות והחינוך) ובין הרמה המקומית והקהילתית, הכוללת את מוסדות החינוך, הרווחה והטיפול (Hoang et al., 2024; Moore & Skinner, 2010).

ההכרה בחשיבות הסביבה החינוכית־טיפולית בשנות החיים הראשונות באה לידי ביטוי במדיניות המתהווה בישראל, אשר שואפת לחולל שינוי איכותי בשירותים, לצמצם פערים ולהבטיח תנאים מיטביים להתפתחות ילדים בגיל הינקות. עם זאת, ועל אף מגמות אלו, המערכת הממשלתית עודנה מתמודדת עם אתגרים רגולטוריים מהותיים. דוח זה מבקש לבחון את התשתית הקיימת תוך התמקדות במדיניות, ברגולציה ובאופן שבו השירותים הנדרשים מתארגנים ומשפיעים על שנות החיים הראשונות.

בטרם נציג את הפעולות, את המנגנונים ואת המדיניות הקיימת של משרדי הממשלה, בחרנו להקדים ולפרוש את האתגרים המרכזיים העומדים בפני

המדינה והמשפיעים ישירות על אפשרות מימוש מדיניות אפקטיבית ושוויונית בתחום זה. הצגה מוקדמת זו מאפשרת להבין את מורכבות השטח, את הצרכים הדחופים ואת הקשר בין תנאי הפתיחה הייחודיים בישראל ובין הצעדים הננקטים. בפרקים הבאים נעמוד על פעולותיהם של משרדי הממשלה, של הרשויות המקומיות ושל שחקנים נוספים, ונבחן כיצד והאם ניתן מענה לאתגרים הללו.

2. אתגרים במימוש מדיניות לגיל הרך בישראל

2.1 תשתיות ממשלתיות, רגולציה ואתגרים מבניים בגיל הרך

בישראל יש אתגרים ייחודיים במימוש המדיניות בתחום גיל הינקות (פויכטוונגר, 2024). שיעור הפריון בישראל הוא מן הגבוהים במדינות המפותחות. הוא עומד על ממוצע של 2.75 ילדים לאישה (OECD ,2023; United Nations, 2024) וכמעט שאינו מושפע משינויים כלכליים. בקרב נשים יהודיות, שיעור זה אף גבוה יותר ומגיע ל־3.19 ילדים לאישה (וינרב, 2024). נתון זה משקף את הערך התרבותי הגבוה המיוחס לילודה בחברה הישראלית, לצד מדיניות ממשלתית המעודדת ילודה באמצעות תמיכות כלכליות, סבסוד והרחבת שירותי הרווחה למשפחות (פדלון, 2024). בה בעת, שיעור ההשתתפות של נשים בכוח העבודה גבוה, וחופשת הלידה קצרה בהשוואה למדינות המפותחות (United Nation, 2024; OECD, 2023). עובדה זו יוצרת "גירעון טיפולי" וקושי גובר והולך לספק טיפול זמין ואיכותי שיענה על הצורך של משפחות עבור ילדיהן. היא אף מעוררת את הצורך להשקיע בטיפול בילדים ובצרכיהם ההתפתחותיים כחלק ממדיניות תעסוקה כוללת (Hasson & Dagan Buzaglo, 2019; Shilo & Ben David-Hadar, 2024). הקושי של משפחות רבות לשלב בין עבודה להורות מחריף אף יותר על רקע ממדי העוני בישראל, המשפיעים באופן ישיר על היכולת להעניק לילדים מסגרת חינוכית־טיפולית איכותית ומיטיבה. בישראל כ־872,400 ילדים חיים מתחת לקו העוני (קסיר ואח', 2024). תחולת העוני בקרב ילדים היא 27.9%, והיא ממקמת את ישראל במקום השני, אחרי קוסטה ריקה, בקרב מדינות ה־OECD. תחולת העוני גבוהה במיוחד בקרב אוכלוסיות מוחלשות (סילברמן ובלנק, 2023; המועצה הלאומית לשלום הילד, 2023), כמו המשפחות הערביות (38.4%) והמשפחות החרדיות (33%). לפי תמונת מצב של המדינה לשנת 2024, צפוי גידול של חלקם באוכלוסייה עד סוף העשור, מה שיחייב להגביר את התמיכה ואת השירותים הניתנים להם (וייס, 2024). תחולת העוני הגבוהה באזורים גאוגרפיים מסוימים - ירושלים (48.3%); הדרום (33.5%); יהודה ושומרון (30.2%); הצפון (28.9%) - חופפת במקרים רבים לאזורים גאוגרפיים שבהם קיימים פערים ניכרים בזמינות ובנגישות לשירותים בגיל הרך, ובהם מסגרות חינוך וטיפול, שירותי התפתחות הילד

ותמיכה בהורים. מצב זה מחדד את האתגר שבהבטחת שירותים שוויוניים, איכותיים ונגישים לכלל הילדים ומשפחותיהם, ללא תלות במקום מגוריהם. פערים אלו מתעצמים עוד יותר לנוכח השיעור הנמוך (18.48%) של ילדים במסגרות מפוקחות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2024) - בשל מחסור בכוח אדם, עיכובים בסבסוד והיצע מוגבל של מסגרות. למצב זה השלכות על האיתור המוקדם של עיכובי התפתחות וטיפול, המתבטא בין היתר בעלייה של 10% מדי שנה בשנה במספר התלמידים הזכאים לשירותי חינוך מיוחדים בעשור האחרון, 2014-2024 (Dinstein et al, 2024; ועדת שפירא, 2025). על רקע זה, גורמים חיצוניים, כמו משברים מתמשכים - ביטחוניים, בריאותיים או כלכליים - משפיעים על המצב החברתי־כלכלי, מעצימים את תחושת האי־ודאות, מקשים על הרציפות הטיפולית ופוגמים עוד יותר בשלום הילדים והוריהם (קסיר ואח', 2024 Noble et al, 2015; Akiva et al, 2024;).

דווקא במצבי משבר אלו בולט הצורך בגורם ממשלתי מתכלל, אלא שכיום אחד האתגרים המבניים המרכזיים בתחום הינקות הוא היעדר רשות ממשלתית אחת המופקדת על הגיל הרך. תחום זה מפוצל בין מספר משרדי ממשלה - הבריאות; החינוך; הרווחה והביטחון החברתי; העבודה - כאשר כל אחד מהם אחראי להיבטים שונים. פיצול זה יוצר קשיים בעיצוב מדיניות כוללת ואחידה, מוביל לעיתים לכפילויות או לחוסרים בפיקוח ובבקרה, ומונע תיאום אפקטיבי בין הגורמים השונים. נוסף על כך, אין גוף מרכז שיוכל לאגם נתונים על התחום, והדבר מקשה על התכנון, על הניתוח ועל הערכת המדיניות באופן שיטתי. אתגרים אלו מחייבים גיבוש מדיניות חברתית־כלכלית מותאמת (קסיר ואח', 2024), הכוללת הגדלת ההשקעה בגיל לידה עד שלוש. בישראל היא נמוכה ב־54% מממוצע ה־OECD (דגן־בוזגלו, 2024), ותסייע בצמצום פערים, בהרחבת הזדמנויות ובעידוד תעסוקה בשכר הוגן. השקעה זו צריכה להתבטא במסגרות חינוך־טיפול, בהכשרת כוח אדם מיומן ובשימורו וכן באיתור מוקדם של ילדים עם צרכים מיוחדים בכל סוגי המסגרות - מפוקחות, לא מפוקחות ובחינוך ביתי - כדי למנוע התערבויות יקרות בגילים מאוחרים ולהביא לשיתוף פעולה מתואם ומתמשך בין משרדי הבריאות, החינוך, הרווחה והמוסד לביטוח לאומי, וכן להגדרת יעדי ממשלה מדידים.

2.2 מעבר למדינה רגולטורית - רגולציה ואחריות ציבורית בשירותים לגיל הרך

המורכבות של ניהול תחום גיל הינקות מעוררת שאלות לגבי אחריות המדינה לשירותים הניתנים ולרגולציה עליהם, ומדגישה את הקביעה כי "רגולציה אפקטיבית אינה עניין בירוקרטי גרידא; העניין המהותי הוא רווחתם של מקבלי השירות, ומי נושא באחריות להבטחתה" (Flemig, 2015, p. 170).

בעשורים האחרונים חל שינוי עמוק במודל אספקת השירותים החברתיים על ידי המדינה, ובכללם השירותים לגיל הינקות. מגמה זו משקפת מעבר מהתנהלות של "מדינה פוזיטיבית", המספקת שירותים ישירות לתושביה באמצעות המגזר הציבורי, לעבר מודל של "מדינה רגולטורית", כפי שמגדיר ג'יאדונימניקו מיונה (Majone, 1997). במודל זה המדינה ממנה את המפעילים, קובעת את הכללים ומפקחת על יישומם, אך אינה מספקת את השירותים בפועל. מגמה זו באה לידי ביטוי בין היתר בהתרחבות השימוש במיקור חוץ ובהפעלת שירותים בידי תאגידים - בין שלמטרות רווח ובין שללא מטרות רווח. כך למשל עמד בשנת 2022 רכש השירותים החברתיים במשרד הרווחה על כ־3.5 מיליארד ש"ח - כ־36% מתקציב המשרד באותה שנה (מבקר המדינה, 2024). שינוי זה מדגיש את תפקידה הגובר של הרגולציה ככלי מרכזי בעיצוב מערך השירותים החברתיים ובהבטחת איכותם.

במודל שנוצר נותרה המדינה אמונה על מימון השירותים, על ההתקשרויות החוזיות ועל הרגולציה (Benish & Levi-Faur, 2020). רגולציה במובנה הבסיסי מוגדרת כך: "כל פעילות של שליטה מכוונת ומתמשכת, המתבצעת על ידי המדינה או סוכנויותיה, על פעילויות בעל ערך בעיני הקהילה" (Sleznick, 1985), והיא כוללת שלושה שלבים מרכזיים: קביעת סטנדרטים, ניטור ואכיפה (Levi-Faur, 2011). במסגרת מודל זה של מדינה רגולטורית, הרגולציה אמורה לשמש כלי מהותי להבטחת איכות השירותים שנותנים המפעילים, וכן להתאמתם לצורכי האוכלוסייה תוך שמירה על רווחת המטופלים, על שלומם ועל כבודם (Dolev & Benish, 2024).

דוח זה בוחן את התשתית הממשלתית לגיל הרך, בדגש על חינוך ועל טיפול בגיל לידה עד שלוש, תוך התמקדות באתגרים מבניים ורגולטוריים. הוא סוקר את המדיניות הקיימת ואת אופן הארגון, התקצוב והבקרה של שירותי החינוך, הבריאות, הרווחה והביטחון החברתי לגיל הרך. בתוך כך מקדיש הדוח תשומת לב לתפקידה של הרשות המקומית בתיווך בין המדיניות הלאומית ובין הצרכים הקהילתיים, ועומד על פערים בזמינות, בנגישות, בתיאום וברציפות

בין שירותים. נוסף על כך הוא עומד על חשיבותה של התשתית הממשלתית והאופן שבו פיקוח ובקרה עשויים לסייע בהתמודדות עם האתגרים העולים מן השטח.

2.3 צעדי הממשלה לקידום תחום הגיל – נושאים ואמצעים משותפים

מכלול השירותים שמספקת המדינה בתחום הגיל הרך הוא באחריות משרדי הממשלה החברתיים (החינוך; הרווחה והשירותים החברתיים; הבריאות). אלו ניתנים בסיועם ובמעורבותם של משרדי המטה (משרד הפנים והרשויות המקומיות), ענפי המשק (משרד הכלכלה והתעשייה, כולל משרד העבודה) והתשתיות (משרד הבינוי והשיכון). מסמכי תקציב המדינה לשנת 2025 משקפים את מטרות הממשלה על משרדיה השונים, מצביעים על הדגשים של כל משרד ועל הצעדים הננקטים לקידום המדיניות, ובכללם פעולות התקצוב, הפיקוח והבקרה (דצמבר, 2024). מן המסמכים הללו רוכזו ונותחו ההתייחסויות הנוגעות לגיל הרך בלבד. מתוך כל אלו עולים שלושה דגשים מובחנים, אשר בכל אחד מהם גלומה מטרה נפרדת. האחריות לקידום המטרות והדגשים הללו ניצבת לפתחם של ארבעה משרדים מרכזיים המפורטים להלן בטבלה 1:

טבלה 1: מטרות, דגשים ואמצעים לקידום תחום הינקות במשרדי הממשלה

משרד ממשלתי	משרד החינוך
מטרות מרכזיות הקשורות בגיל הרך	אחריות להקניית ידע לילדים הזכאים לחינוך בהתאם לחוק; לקידום המצוינות, לשיפור ההישגים ולרמת האיכות החינוכית, תוך צמצום פערים חברתיים; ליצירת מערכת חינוך יעילה שתשרת את צורכי התלמיד ואת צרכיה המשתנים של מדינת ישראל; ולקידום ערכים ציוניים, יהודיים, דמוקרטיים וחברתיים.
דגשים	חינוך לגיל הרך, צמצום פערים והגדלת שוויון הזדמנויות, הגברת הגמישות הניהולית
אמצעים	הטמעת תהליכי הדרכה ופיקוח מול מעונות היום הרחבת התשתית למערכי הפדגוגיה, הפיקוח והבקרה. כמו גם, הובלת תכנית הוליסטית להרחבת המענים בדגש על תשתיות וחיזוק ההון האנושי. כל אלו יתורגמו לתכנית עבודה בהתאם למתווה התקציב שיאושר בכנסת

משרד ממשלתי	*משרד הרווחה והביטחון החברתי*
מטרות מרכזיות הקשורות בגיל הרך	התוויית מדיניות רווחה ואחריות לקביעת סטנדרטים של שירותי הרווחה. תקצוב, פיקוח ובקרה של אספקת שירותי הרווחה ברשויות המקומיות, אשר באמצעותן מסופקים מרבית שירותי הרווחה. זאת במטרה לצמצם פערים חברתיים, לקדם מוביליות חברתית ושוויון הזדמנויות בכל התחומים ולמנוע מצבי סיכון, מצוקה ומשבר זמניים ומתמשכים.
דגשים	פיתוח והרחבת שירותים לשילוב מיטבי של אנשים עם מוגבלות בקהילה במסגרת יישום חוק שירותי רווחה לאנשים עם מוגבלות, התשפ"ב-2022 (ובכלל זה ילדים בגיל הרך); הרחבת ושיפור המענה של משרד הרווחה בתחום הטיפול בעוני בקרב יחידים ומשפחות (לרבות פעוטות וילדים צעירים).
אמצעים	ביזור סמכויות וגמישות תקציבית לשלטון המקומי-חיזוק המחלקות לשירותים חברתיים, ושיפור יכולותיהן לאתר ולטפל בילדים ומשפחות במצבי משבר, סיכון, סכנה ועוני באמצעות הפעלת מגוון רחב של שירותים בקהילה. הפעלת מסגרות פעילות יום ותוכניות לילדים עם מוגבלות כמו גם פתרונות לתמיכה, טיפולים ושירותים מקומיים ואזוריים בקהילה בפריסה ארצית. השמת פעוטות במעונות יום שיקומיים.
משרד ממשלתי	*משרד הבריאות*
מטרות מרכזיות הקשורות בגיל הרך	תכנון, פיקוח, רישוי ותיאום במערכת הבריאות. אחריות על אספקה או הפעלה ישירה של מערכת השירותים הרפואיים המונעים, הקהילתיים והסביבתיים לרבות תחנות טיפות חלב.
דגשים	שיפור וייעול השירות והאבחון במערך התפתחות הילד; חיזוק רפואת הקהילה; חיזוק מערך בריאות הציבור ומניעת תחלואה.
אמצעים	יישום תכנית עבודה הכוללת: חיזוק פעילות המניעה והטיפול בקהילה; איתור פרואקטיבי מוקדם, בדגש על הגיל הרך וקידום תוכניות בזירות מגוונות בשיתוף עם מערכת החינוך, מערכת הרווחה, השלטון המקומי וגורמים נוספים. הגדלת היצע המטפלים והמאבחנים, חיזוק המערך הציבורי המטפל וייעולו והגברת הרגולציה על השוק הפרטי.
משרד ממשלתי	*הכלכלה והתעשייה (משרד העבודה)*
מטרות מרכזיות הקשורות בגיל הרך	גיבוש ויישום תוכניות לעידוד תעסוקה במטרה למצות את פוטנציאל הצמיחה של המשק.
דגשים	תוכניות עידוד תעסוקה להורים – מתן עדיפות לאזורי הפריפריה ולישובים ומגזרים בהם שיעור ההשתתפות בכוח העבודה האזרחי נמוך, ובמטרה להקטין פערים ולצמצם עוני.
אמצעים	קביעת מדיניות להפעלת מעונות, משפחתונים וצהרונים מתוקף חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה – 1965. מתוך הבנה כי אלו משמשים אמצעי חשוב לפתרון תעסוקתי. הסרת חסמים ומתן פתרונות לשילוב ילדים במסגרות מוכרות בין היתר על ידי הגדלת ההיצע של המסגרות ועל ידי סבסוד שהות הילדים בהן. הפעלת מערך פיקוח ובקרה על המשפחתונים, קידום חקיקה בתחום והכשרה מקצועית של הצוות החינוכי-טיפולי במסגרות המוכרות.

מימוש היעדים של משרדי הממשלה השונים כרוך בהפעלת אמצעים רגולטוריים, מנהליים ותקציביים, השואבים את תוקפם מכורח חקיקה ראשית, החלטות ממשלה והחלטות משרדיות, כגון קולות קוראים.

ניתוח מסמכי התקציב מצביע על מספר מגמות משותפות המבקשות לענות על הצרכים הבאים:

- גמישות תקציבית וביזור סמכויות לרשויות המקומיות.
- קידום טכנולוגיות מתקדמות שתכליתן ייעול השירותים ושיפור יכולות האבחון והטיפול.
- חיזוק הרגולציה על תאגידים ועל ספקים חיצוניים המספקים שירותים.
- צמצום פערים חברתיים ושוויון הזדמנויות.
- שיתוף פעולה בין־משרדי ומתן מענה הוליסטי ומותאם לצורכי הילדים והמשפחות.

אמצעי מרכזי במימוש מדיניות זו הוא המסגרות החינוכיות והטיפוליות כמפורט להלן בטבלה 2:

טבלה 2: מענים חינוכיים – טיפוליים בפילוח לפי המשרד הממשלתי האחראי

משרד ממשלתי	מענים חינוכיים-טיפוליים
משרד העבודה (כלכלה ותעשייה)	מעונות מוכרים, בעלי סמל משפחתונים מוכרים בעלי סמל
משרד החינוך	מסגרות תחת חוק הפיקוח, מורשות, שעברו תהליך רישום מוסדר. מסגרות תחת חוק הפיקוח שאינן מורשות, שטרם עברו תהליך רישום מוסדר.
משרד הרווחה	מעונות רב תכליתיים מעונות שיקומיים (בשיתוף משרד הבריאות) שירותי סמך
משרד הבריאות	מעונות שיקומיים (בשיתוף משרד הרווחה) יחידות להתפתחות הילד מכונים להתפתחות הילד תחנות לבריאות המשפחה
מודל בין־משרדי	מרכזי הגיל הרך – מג"רים (משרדי הרווחה, החינוך, הבריאות, העלייה והקליטה, ביטחון פנים, הבינוי והשיכון). כ־88 מרכזים לגיל הרך פועלים בהובלה פדגוגית של משרד החינוך וכ־30 מרכזים נוספים פועלים עצמאית (מוניקדם-גבעון, 2022)

2.4 הפיקוח והבקרה על המסגרות והמענים בגיל הינקות במשרדי הממשלה השונים

בחינת השירותים, המסגרות החינוכיות והטיפוליות והמענים המוצעים לפעוטות ולמשפחותיהם, תוך התמקדות באיכותם ובהתאמתם לתכלית מדיניות הממשלה, נתקלת בבעיה מרכזית של שקיפות מידע. משרדי הממשלה פועלים לקדם מענים שונים להבטחת שירותים איכותיים לכל פעוט ופעוטה, ואילו היכולת של משרדי הממשלה עצמם, של הרשויות המקומיות, של ארגוני החברה האזרחית, של מכוני מחקר ואקדמיה ללמוד על איכות השירותים ונגישותם - יכולת זו מוגבלת בשל בעיות של שקיפות מידע.

שקיפות מידע, בהקשר זה, מתייחסת למידת הזמינות, לנגישות, לפתיחות ולאמינות של נתונים הנוגעים להיבטים שונים, כגון סוגי השירותים, פריסתם הגאוגרפית, מספר הפעוטות המקבלים שירות בפועל, מאפייני כוח האדם, רמות תקצוב, מדדי איכות, זמינות תורים ועלויות למשפחות. היעדר שקיפות מקשה לקבל החלטות מבוססות נתונים, פוגע ביכולת לתכנן מענים אפקטיביים ולהעריך את השפעתם, וכמו כן מצמצם את יכולת הפיקוח הציבורי והמחקרי. במציאות זו נדרשים איסוף נתונים ממקורות שונים - רשמיים ושאינם רשמיים - והצלבת נתונים כדי לקבל תמונה מלאה על מצב השירותים, אם כי גם תמונה זו לעיתים עלולה להיות חסרה.

עם זאת, לצד האתגרים הקיימים, ניתן לזהות גם מגמות חיוביות של שיפור במידת השקיפות והנגישות למידע. דוגמה לכך מספק משרד הבריאות, המציג את דוחות הבקרה על שירותי הבריאות הציבוריים ומנגיש נתונים לקהל הרחב במסגרת פורטל "עולם הדאטה". זמינותם של נתונים אלו מאפשרת גם מחקר יישומי, התורם לחדשנות ולשיפור מתמיד של השירותים. כך למשל, מחקר של מכון KI - מחקר שהתבסס על נתוני בדיקות של 640 אלף ילדים בטיפת חלב - אִפשר איתור מוקדם של עיכובים התפתחותיים באמצעות מודלים של למידת מכונה (שיטה סטטיסטית לניתוח נתונים המבוססת על איתור תבניות ודפוסים ועל חיזוי תוצאות בהסתמך על מידע קיים). תוצרי המחקר שימשו לבניית סולם אבני דרך סטנדרטי שאימץ משרד הבריאות כבסיס לפרוטוקול הלאומי למעקב התפתחותי (Sudry et al, 2022), ואף מסייע לפיתוח פדגוגיה מותאמת.

3. קידום תחום הגיל הרך במשרדי הממשלה – נושאים ואמצעים משותפים

הדוח המוצג כאן בוחן את המענים הניתנים לגיל הרך ואת איכותם בהתייחס לסוגיית השקיפות והבקרה בשלושה משרדי מפתח - חינוך, רווחה ובריאות. משרד העבודה, שזכה להתייחסות רחבה בדוח קודם - לרבות תשתית ארגונית, פיקוח וסבסוד (בינט, 2024) - אינו נכלל בדוח זה.

3.1 משרד החינוך

בשנים האחרונות פעלה ממשלת ישראל לשיפור איכות החינוך בגיל הרך מתוך חשיבותו להון האנושי ולפריון העבודה. כחלק מצעדים אלו התקבלה בינואר 2022 החלטת ממשלה (מס' 951) להעביר את האחריות למעונות היום המפוקחים ממשרד הכלכלה למשרד החינוך, במטרה להבטיח רצף חינוכי־מערכתי מגיל לידה ועד כיתה א', לשפר את איכות המסגרות ולצמצם פערים חברתיים (החלטות ממשלה 198 ו־133, אוגוסט 2021).

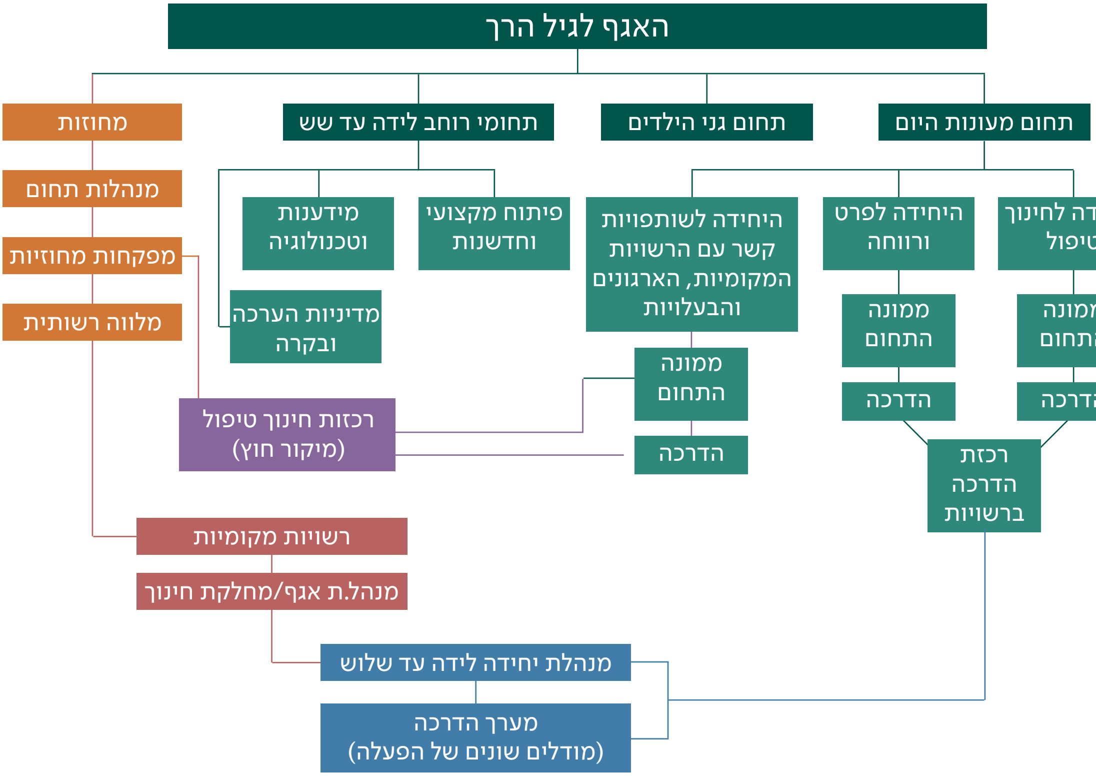
לצד הרפורמות המבניות, גובשו במסגרת הצעת התקציב לשנת 2025 התאמות חדשות בהקצאת המשאבים. רפורמות אלו משקפות את השינויים הדמוגרפיים ואת הצרכים החינוכיים המתרחבים: הגידול הטבעי במספר הילדים; הגידול במספר הזכאים לחינוך מיוחד (שעבורם הוגדרו תוספות תקציב בסך 2.214 מיליון ש"ח) והשלכותיו על מספר הכיתות במסגרות ייעודיות ועל שילוב התלמידים במסגרות רגילות; הגידול בסל הבריאות, המשפיע בין היתר על שירותי שיקום וניידות ועל טיפולי בריאות הניתנים במסגרות חינוכיות. נוסף על כך, ההשלכות החברתיות והכלכליות של אירועי אוקטובר 2023 הובילו לעלייה משמעותית בזכאים לקצבאות, והן עלולות להשפיע על הקצאת המשאבים החברתיים, כולל על תחום החינוך־טיפול בגיל הרך (תקציב המדינה, 2025).

עם זאת, חרף ההיערכות התקציבית המתגבשת ועל אף ההבנה הגוברת בדבר חשיבות האיכות המבנית והתהליכית במסגרות חינוך־טיפול (עדי־יפה, 2022), יישום סטנדרטים אחידים נותר אתגר רב־משמעות. בישראל, כמו במדינות רבות אחרות, תחום החינוך־טיפול בגיל הרך מאופיין בריבוי מסגרות השונות זו מזו ברמת הציבוריות, באיכותן ובאופן הפיקוח עליהן (בינט, 2024). נוסף על

כך, התחום סובל מעלויות תפעול גבוהות וממחסור בכוח אדם מיומן, המהווים חסם להרחבת השירותים החינוכיים האיכותיים.

מערך הפיקוח בתחום החינוך־טיפול בגיל הרך בישראל עבר שינויים ניכרים בשנים האחרונות, בייחוד בכל הקשור לחלוקת סמכויות בין הגורמים השונים המעורבים בו. תרשים 1 שלהלן מציג את מערך הכפיפויות והתפקידים המרכזיים במשרד החינוך וברשויות המקומיות:

תרשים 1: מערך הכפיפויות בתחום החינוך־טיפול בגיל הרך במשרד החינוך וברשויות המקומיות



התרשים ממחיש את תהליך גיבושו של תחום הגיל הרך במשרד החינוך, הן במישור המנהלי והן במישור הפדגוגי. לצד התחום הוותיק של גני הילדים, אשר ממשיך להוביל את הטמעת תפיסת "הגן העתידי" - לקדם מדיניות של הכלה והשתלבות ולפתח שותפויות סביב נושאים הקשורים לילדים בגיל שלוש עד

שש - מתפתחים בהדרגה שני תחומים חדשים: תחום מעונות היום ותחום המענים הרוחביים לגיל לידה עד שש. יחד הם יוצרים רצף חינוכי־טיפולי מגיל לידה ועד הכניסה לבית הספר.

בכל אחד מן התחומים הללו פועלות תתי־יחידות מקצועיות, האמונות על גיבוש מדיניות ועל הובלת תהליכים מערכתיים בגיל הרך. בתחום מעונות היום: היחידה לחינוך וטיפול עוסקת בגיבוש תפיסת הפיקוח וההדרכה ובהטמעת דרכי עבודה פדגוגיות במסגרות; יחידת הפרט והרווחה מפתחת מענים תומכים לצוותים בעבודתם עם פעוטות ועם משפחות תוך שותפות עם רשויות, עם הורים, עם ארגונים ועם בעלויות; היחידה לשותפויות וקשר עם הרשויות פועלת לביסוס תפקידה המרכזי של הרשות המקומית בקליטת המעונות, בהקמת מערך המדריכות, בפיתוח רצף חינוכי ובתפיסת מדיניות אינטגרטיבית לגיל הרך.

ברמה הרוחבית פועלות שלוש יחידות נוספות: (1) היחידה לפיתוח מקצועי וחדשנות, המובילה מערך הכשרות והתמחויות לבעלי התפקידים בגיל הרך בשיתוף מִנהל עובדי הוראה; (2) יחידת המידענות וטכנולוגיות הלמידה, המרכזת מידע וידע על אודות גני הילדים ומעונות היום ומשמשת בסיס לעבודה מבוססת נתונים; (3) היחידה למדיניות, הערכה ובקרה, המלווה את האגף בגיבוש אסטרטגיה ותכנון מדיניות לטווח הארוך.

לצד מגמות ההתפתחות וההתמקצעות בתחום הגיל הרך, התרשים וכן המידע באתר האגף לגיל הרך ממחישים את המורכבויות המערכתיות העומדות בפני משרד החינוך. הפיצול בין מטה המשרד למחוזות, חלוקת הסמכויות בין השלטון המרכזי לרשויות המקומיות והפעלת שירותים במיקור חוץ - כל אלה ממשיכים להערים קשיים על גיבוש מערך פיקוח אפקטיבי, יציב ואחיד. כך למשל טרם אויש תפקיד הממונה על היחידה לחינוך וטיפול במעונות, ומשימותיה של יחידה זו מתבצעות כיום בידי שלוש מדריכות ארציות. בניגוד לתחום גני הילדים, שבו קיימת חלוקה ייחודית למחוזות נפרדים (כגון חינוך חרדי והתיישבותי), שישה מתוך שמונת המחוזות הכלליים - צפון, חיפה, מרכז, תל אביב, ירושלים ודרום - אמונים גם על הפיקוח באוכלוסיות ייחודיות. הפיקוח נעשה הן באמצעות מפקחות המועסקות ישירות על ידי המשרד והן באמצעות רכזות חינוך־טיפול המועסקות במיקור חוץ, ואילו קידום התחום ברשויות המקומיות נשען בעיקר על קולות קוראים לתקנים זמניים של מנהלות תחום לידה עד שלוש והפעלת שירותי הדרכה במודלים שונים. אף שנעשו בשנים האחרונות מאמצים לחיזוק שיתופי הפעולה ולקידום מדיניות

אחידה, עדיין קיימים פערים ביישום תקני איכות ובאכיפה אפקטיבית, בייחוד במסגרות בעלות רמת ציבוריות נמוכה שאינן נתונות לפיקוח ישיר. הפערים בהקצאת המשאבים למערך הפיקוח - אשר יוצגו להלן - מלמדים על הקושי בהבטחת רמה שוויונית של פיקוח בכלל המסגרות.

3.1.1 מערך הפיקוח בגיל לידה עד שלוש

על פי מערכת איתור מעונות היום של משרד החינוך, מצויים תחת מערך הפיקוח 6,601 מעונות, מתוכם 5,822 מעונות יום פעילים. 779 מן המעונות רשומים כמעונות סגורים. מעונות היום מופעלים כיום על ידי לא פחות מ־3,526 גופים ברמת ציבוריות משתנה - החל מרשויות מקומיות ואגודות שיתופיות, דרך עמותות וחברות לתועלת הציבור וכלה בחברות פרטיות ובעוסקים מורשים. נתון זה משקף את המבנה המבוזר והמורכב של מערכת המעונות, מבנה המחייב מנגנוני פיקוח רחבים, מתואמים ומקצועיים, במטרה להבטיח רמת שירות ואיכות חינוכית שוויונית ברחבי הארץ. מתוך כלל המפעילים, 15 הם רשתות חינוך ולהן מערך הדרכה ופיקוח עצמאיים, ו־131 רשויות מקומיות המפעילות מעונות יום באופן ישיר או באמצעות תאגידים עירוניים.

רשתות החינוך כוללות גופים ארציים גדולים שחלקם פועלים זה שנים רבות בתחום, בהם החברה למתנ"סים המפעילה את רשת "התחלה חכמה"; ויצ"ו - הסתדרות עולמית לנשים ציוניות; נעמ"ת; תנועת האישה הדתית "אמונה"; גופים אחרים, חדשים יחסית, דוגמת איגוד מורים עולים (איגום), הפועל לפי משנתו של ויגוצקי בחינוך לגיל הרך. רשתות אלו מקיימות ליווי, הכשרה ובקרה, נוסף על אלו של משרד החינוך. זאת ועוד, מתוך כלל המעונות הפעילים, 2,224 מוגדרים כמעונות סמל, המזכים בסבסוד ממשלתי ועומדים בדרישות פיקוח מחמירות יותר. 366 מעונות סמל נוספים דיווחו על סגירה לקראת שנת הלימודים תשפ"ה.

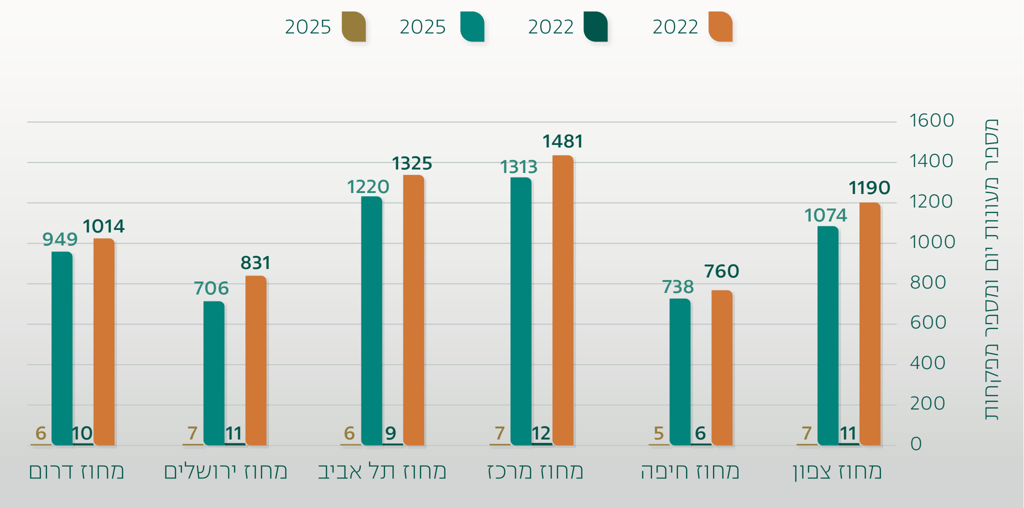
נכון לאפריל 2025, כל המעונות שבהם שוהים שבעה פעוטות ומעלה מצויים באחריותן של 61 מפקחות מטעם משרד החינוך. עם זאת, הצלבת נתונים עם פרסומים באתרי המחוזות מצביעה על כך ש־59 מפקחות בלבד פועלות בפועל בשטח, ואילו שתי מפקחות נוספות משמשות בתפקיד ממונות ואינן מלוות ישירות את מעונות היום. בכל מחוז פועלת מפקחת מתאמת, האחראית לתכלול תחום הפיקוח על לידה עד שלוש. לצד מערך זה, פועלות בכל מחוז גם מפקחות התחום ההתפתחותי־רגשי. הן עוסקות בהיבטים מסוימים של התפתחות הילדים מבלי לשאת באחריות ישירה לבקרה הפדגוגית או הניהולית של המסגרות. כמו כן פועלים בעלי תפקידים משלימים, בהם יועצי

בטיחות ורכזי בקרה והערכה, אשר תורמים להבטחת היבטים נוספים באיכות השירותים.

חישוב פשוט מלמד כי על כל 112 מעונות יום מופקדת בממוצע מפקחת אחת. נתון זה מצביע על עומס משמעותי, בייחוד לנוכח ההנחיה לבקר בכל מסגרת בין פעמיים לשלוש בשנה במצב תקין, ובתדירות גבוהה אף יותר כאשר נמצאים ליקויים. תיאורטית, מפקחת האחראית ל־112 מסגרות נדרשת לבצע 224-336 ביקורי פיקוח בשנה, וזאת מבלי לכלול מקרים הדורשים ליווי אינטנסיבי ומתמשך. עומס זה מעלה סימני שאלה בנוגע ליכולת המפקחות לייצר נוכחות רציפה ומשמעותית בשטח, לבסס קשרי אמון עם צוותי המעונות ולהוביל תהליכי שיפור חינוכיים מעמיקים ובני קיימא, בפרט באזורים רחבים גאוגרפית או מורכבים מבחינות אחרות.

תרשים 2 שלהלן מציג את מערך הפיקוח לפי מחוזות ואת השינויים שחלו במספר מעונות היום וכוח האדם בהם מ־2022 עד 2025.

מערך הפיקוח לפי מחוזות



בשנים 2022-2025 חלה עלייה ניכרת הן במספר מעונות היום והן במספר המפקחות עליהם בכלל המחוזות. מספר המפקחות עלה מ־38 ל־59, ומספר מעונות היום גדל מכ־6,084 ל־6,601. בהתאם לכך, חל שיפור משמעותי ביחס הפיקוח: אם בשנת 2022 הייתה כל מפקחת אחראית בממוצע ל־158 מעונות, הרי שבשנת 2025 ירד המספר ל־112 מעונות למפקחת - שיפור של כ־30%. מחוז מרכז בלט בגידול המשמעותי ביותר במספר המפקחות (תוספת של חמש), ואחריו מחוזות ירושלים, צפון ודרום (תוספת של ארבע בכל אחד מהם). גם במספר המעונות נרשמה עלייה בכל המחוזות, ובייחוד במרכז, בירושלים ובתל אביב. הנתונים מעידים על מגמת חיזוק של מערך הפיקוח מאז העברת האחריות למשרד החינוך, תוך השקעה נרחבת בהרחבת כוח האדם הפיקוחי ובשיפור היחס בין מספר המסגרות ובין מספר המפקחות בפועל.

חיזוק מערך הפיקוח בא לידי ביטוי גם בבניית תשתיות עבודה ובמאמצים לפיתוח שפה מקצועית אחידה. על פי דרישות משרד החינוך, המפקחות החדשות נדרשות להיות בעלות תואר שני עם התמחות בגיל הרך, אך בפועל הן מגיעות מרקעים מקצועיים מגוונים, לעיתים ממסגרות פיקוח שונות שאינן קשורות בהכרח לגיל הינקות. תמהיל זה עשוי להוביל לפערים בתפיסות, בידע ובשפה הפדגוגית הנדרשת לעבודה עם פעוטות - תחום מקצועי אשר עדיין נמצא בשלבי התגבשות. הסמכת המפקחות נעשית בהתאם לחוק הפיקוח על מעונות יום לפעוטות, התשע"ט-2018, וכוללת גם הכשרות המתמקדות הן בהיבטים מבניים - כמו כניסה למעונות וצפייה במצלמות - והן בהיבטים תהליכיים של חינוך־טיפול איכותי (עדי־־יפה, 2022; לאור, 2022). במסגרת זו נעשה שימוש בכלי ההערכה הבין־לאומי ITERS-3 , הנחשב מדד מוביל בתחום, ונעשה מאמץ לבסס תהליכי פיקוח דיאלוגיים, הכוללים שיחות משוב עם צוותי המעונות.

עם זאת, נראה כי בפועל רבות מן המפקחות נדרשות לעסוק בתגובה לאירועים נקודתיים, כגון טיפול בתלונות ופתיחה של מצלמות אבטחה, לעיתים על חשבון ליווי פדגוגי שוטף. גורמים בשדה מצביעים על כך שכמה מן המפקחות טרם רכשו את ההתמחות הפדגוגית הייחודית הנדרשת לעבודה עם פעוטות בגיל לידה עד שלוש, וכי נדרשת השקעה מתמשכת בהעמקת ההבנה של מאפייני הגיל, לרבות הכרת הדינמיקה הפיזית והרגשית של תינוקות ופעוטות. תהליכי ההתמקצעות נמצאים בעיצומם, והמוטיבציה של המפקחות היא גבוהה, אך גיבוש הפרופסיה המקצועית והעמקת המומחיות הפדגוגית עדיין מצריכים זמן ומשאבים.

לצד הרחבת מספר המפקחות וההשקעה בהכשרתן, גובש בשנים האחרונות גם מערך סיוע מקצועי נוסף, הכולל את רכזות החינוך־טיפול - מומחיות פדגוגיות המלוות את המעונות באופן שוטף ותומכות בעבודת הפיקוח הפדגוגי בשטח.

3.1.2 רכזות חינוך־טיפול כמומחיות פדגוגיות במערך הפיקוח

תחת אחריותם של מפקחים ומפקחות מטעם משרד החינוך, פועלות רכזות חינוך־טיפול - מומחיות פדגוגיות המועסקות במיקור חוץ, בהתאם לתקנות הפיקוח על מעונות יום לפעוטות (בקשה להיתר והסמכת בודקים ומומחים), תשפ"ב-2021 ולפי תנאי מכרז 1003/20 של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - משרד העבודה), שהיה הממונה על מעונות היום בעבר. רכזות אלו משמשות זרוע מקצועית, תומכת וביצועית של מערך הפיקוח, ועבודתן מכוונת לא רק לבקרה אלא גם לשיפור שוטף של איכות החינוך והטיפול במסגרות לגיל הרך. כיום מועסקות עשר רכזות חינוך טיפול במחוזות השונים (חיפה, תל אביב, מרכז, דרום וירושלים).

רכזות החינוך־טיפול הן כוח מסייע ומשלים למפקחות, עובדות בכל רשות מול הגורם המקומי, מלוות בין 100 ל־120 מעונות באופן שוטף ומבקרות בהם פעמיים עד שלוש בשנה. במקרים מורכבים הביקורים תדירים יותר. הן מבצעות בדיקות מקצועיות במעונות על בסיס ITERS - התקן האמריקאי הבין־לאומי לאיכות הטיפול בגיל הרך - בוחנות את אופן ההתנהלות של הצוות ומנטרות סימנים להתנהלות בלתי הולמת. ממצאי הבדיקה מתועדים במערכת מידע ייעודית ומשמשים בסיס לדוח פיקוח מוסדר (משרד העבודה, מכרז 1003/20).

נוסף על הפיקוח השוטף, רכזות אלו אחראיות למעקב אחר יישום המלצות דוח הפיקוח ולווידוא השיפורים הנדרשים. הדיווח שלהן נעשה בשני מישורים: (1) מקצועי - ישירות מול המפקחות המחוזיות והמנהלות המחוזיות; (2) בירוקרטי - למנהלת הפרויקט מטעם החברה הקבלנית, המשמשת גורם מקשר בין משרד החינוך ובין נותני השירותים ואחראית להכשרת הרכזות לתפקידן בהתאם להנחיות משרד החינוך. התפקיד כולל בין היתר היכרות עם חוק הפיקוח והתקנות הנלוות לו, חוק המצלמות, סמכויות והתנהלות מצופה בשטח.

כל רכזות החינוך־טיפול המועסקות כיום הן בעלות תואר שני בחינוך, עם התמחות בגיל הרך או בהתפתחות הילד, ומחזיקות בניסיון מקצועי של חמש

שנים לפחות בניהול מעון או של שנתיים בהדרכה פדגוגית (https://www.mgrp.co.il/career). עד השנה האחרונה הן הועסקו באמצעות שלוש חברות שזכו במכרז שפורסם בשנת 2020, כמפורט להלן בטבלה 3. משך ההתקשרות הראשונית היה לשנה, עם אפשרות להארכה בשלוש שנים נוספות, אשר מומשה בפועל ללא תוספת תקציבית כדי לשמור על רצף הביקורות במעונות (משרד החינוך, פרוטוקול דיון ועדת מכרזים, 2022).

טבלה 3: חברות המפעילות שירותי פיקוח: רכזות חינוך טיפול

שם החברה	כותרת ההתקשרות	סך סכום ההתקשרות שאושר מראשית המכרז ועד 2024	2024
חברת מילגם בע"מ	מכרז 1003/20 – למתן שירותי עזר לפיקוח על מעונות יום לפעוטות, מחוזות ירושלים ודרום	1,477,316	
טלדור מערכות מחשבים (1986) בע"מ	מכרז 1003/20 – למתן שירותי עזר לפיקוח על מעונות יום לפעוטות	939,332	
	מכרז 1003/20 – למתן שירותי עזר לפיקוח על מעונות יום לפעוטות, מחוזות חיפה וצפון	1,364,355	
אם גרופ – מגער בע"מ	מכרז 1003/20 – למתן שירותי עזר לפיקוח על מעונות יום לפעוטות, מחוזות תל אביב ומרכז	2,155,588	
	מכרז 1003/20 – למתן שירותי עזר לפיקוח על מעונות יום לפעוטות	3,747,557	4,302,599
		9,684,148	

החברות הקבלניות המפעילות את שירותי הפיקוח קיבלו תשלומים מתקציב חיזוק החינוך בגיל הרך (תקנה 20620201), תקציב ששימש גם לביצוע הכשרות מקצועיות ולרכישת שירותים נוספים בתחומי החשבונאות, האדריכלות, המחשוב וכוח האדם. בשנת 2023 עמד ביצוע התקציב על סך של כ־34.8 מיליון ש"ח (אתר מפתח התקציב). בשנת 2024 ביקש משרד החינוך להעביר

את הפיקוח על רכזות החינוך טיפול ממְנהל הפיקוח למנהל הפדגוגי קדם־יסודי א', ולהאריך את ההתקשרות רק עם חברת אם גרופ מגער בע"מ לשנה שלישית, עד יוני 2025, תוך הגדלת התקציב במסגרת ההתקשרות. על רקע הפסקת ההתקשרות עם ספק נוסף דרש החשב לזמן את מנהל ההתקשרות מטעם מנהל הפיקוח לדיון. התוצאה: תפקוד הספק "אינו רלוונטי". לא ניתן דוח סיכום פעילות מספק בנוגע להחלטה על המשך ההתקשרות (משרד החינוך, פרוטוקול דיון ועדת המכרזים, 2024). כך או כך, התקציב הכולל לשנת 2025 בתקנה התקציבית הנוגעת לחיזוק הגיל הרך עומד בשנת 2025 על כ־25.7 מיליון ש"ח - ירידה ניכרת (26%) ביחס לביצוע בשנת 2023 (אתר "מפתח התקציב").

למרות ניסיונן המקצועי של רכזות החינוך־טיפול, איכות עבודתן והאחריות המקבילה לזו של מפקחות משרד החינוך - מעמדן המנהלי שונה, והוא משקף פערים ניכרים הן בתנאי ההעסקה והן בהיקף הסמכויות המוענק להן. עלות שעת עבודה של רכזת חינוך־טיפול הייתה אמורה להיקבע לפי הוראות החשב הכללי בדבר התקשרות עם נותני שירות חיצוניים, ולעמוד על 165 ש"ח לשעה. רכזת המחזיקה בתואר שני והיא בעלת שבע או עשר שנות ניסיון צפויה לקבל שכר גבוה יותר, העומד על 317 ש"ח או 357 ש"ח לשעה, בהתאמה. על פי פרסומי אם גרופ מגער בע"מ, השכר הוא גלובלי ולא שעתי, ועומד על כ־14 אלף ש"ח, שהם כ־97 ש"ח לשעה במשרה מלאה (פייסבוק, משרות ניהול בתחום החינוך). פערים אלו עשויים להשפיע על תחושת השייכות של חלק מן הרכזות למערך הפיקוח הציבורי ועל המחויבות לאורך זמן, אם כי עבור אחרות עשויים תנאי ההעסקה החיצוניים להיתפס כמקור לגמישות תעסוקתית המיטיבה עימן.

עניין זה ממחיש את המורכבות ואת המתח שבין הרצון לייצר ליווי מקצועי איכותי במסגרות לגיל הרך ובין המבנה הארגוני והתקציבי שעדיין מתעצב. בהיעדר תקנות והחלטות מסודרות של הממשלה, נאלץ משרד החינוך לפעול כיום במעין עבודת טלאים, המצריכה תיאום בין גורמים רבים והגברת הבקרה על גופי מיקור החוץ שעימם הוא פועל. מבנה זה, המבוסס על העסקה חיצונית מוגבלת בתקציב ובסמכויות, מפנה זרקור אל המענים העומדים לרשות צוותי החינוך והטיפול במסגרות לילדים בגילים אלו, וכן אל הפערים והחוסרים הקיימים בהם.

להלן ייבחנו הפערים במערך התמיכה הקיים, תוך השוואה למסגרות החינוך הקדם־יסודיות לילדים מגיל שלוש, הפועלות מתוקף חוק חינוך חובה. מסגרות

אלו נהנות מתשתית מוסדרת הכוללת מצבת כוח אדם רחבה, מערכי תמיכה קבועים ותוכניות מקיפות להתפתחות הילד ולסיוע להורים - אל מול הדלות היחסית במשאבים ובתשתיות המאפיינת את תחום הלידה עד שלוש.

3.1.3 פערים במערך התמיכה בחינוך לגיל הרך: אתגרים ומענים

טבלה 4 להלן מקבצת את הנתונים הנוגעים למערך התמיכה הקיים במסגרות חינוכיות לגיל שלוש עד שש, בהתבסס על מצגת בעלי תפקידים (משרד החינוך, 2023) ומסמך הכלה והשתלבות בחינוך הקדם־יסודי (המנהל הפדגוגי, 2022), והשוואה למענים הקיימים במסגרות לידה עד שלוש. הנתונים המתוארים בנוגע למערך התמיכה במסגרות החינוכיות בגיל הרך מלמדים על פערים בין גיל לידה עד שלוש ובין גיל שלוש עד שש. פערים הבאים לידי ביטוי בריבוי בעלי התפקידים, בעומק ההנחיה הפדגוגית ובסדירות התמיכה, כפי שמוצג בטבלה שלהלן. עם זאת, חשוב להדגיש כי אין מדובר במערכות חינוך מקבילות, אלא במבנים מוסדיים ורגולטוריים שונים. מטרת הטבלה אינה להשוות בין תפקידים זהים, אלא להציג את סוגי המענים, התמיכות וההדרכות הפדגוגיות הקיימות בפועל בכל אחת מן המערכות - ולבחון מגמות רוחביות ביחס לרמות התמיכה בצוותים, בתכנים ובתפקודים. פערים אלו משקפים לא רק הבדלים מבניים, אלא גם הבדלים בהיקפי ההשקעה הציבורית וייתכן שאף בהכרה במקצועיות החינוך והטיפול בגיל הרך.

טבלה מספר 4: מערך התמיכה הקיים במסגרות חינוכיות מגיל לידה עד שלוש, בהשוואה לשלוש עד שש

צוות הגן	תפקיד	סדירות	תוקף	לידה-שלוש	6-3
מנהלת הגן/מעון	לגננת מנהלת הגן תפקיד מרכזי, משמעותי ובעל השפעה על תהליכי התפתחות המיטבית של כל ילדי הגן. היא אחראית בין היתר תוכנית העבודה ועל יישומה; מכוונת ומובילה את הצוות לעבודה שיתופית וחינוכית מיטבית; מקדמת את התפיסה שהצוות הוא חלק משמעותי בקהילת הגן. הגננת מנהלת הגן מקבלת גמול עבור ניהול הגן על כל היבטיו הפדגוגיים והמנהליים.	קבוע		√ מנהלת מעון	√ גננת, מנהלת גן

צוות הגן	תפקיד	סדירות	תוקף	לידה-שלוש	6-3
גננת משלימה	ברמת הפרט - שותפות מלאה בהיכרות עם הילדים וצורכיהם; בניית תוכניות חינוך פרטניות ומעקב אחריהן. ברמת הכלל - בניית תוכניות חינוכיות בהתבסס על שיתופי פעולה מקצועיים; ניהול והובלת הצוות לביצוע יעדים פדגוגיים בהתאם לתוכנית העבודה.				√
סייעת הגן	ברמת הפרט - סיוע פיזי לילדי הגן לפי צורכיהם; סיוע בשמירה על הבטיחות; סיוע ותיווך לילדים בעת הפעילות במהלך היום בגן. ברמת הכלל - תמיכה במימוש תוכנית העבודה הגנית והפרטנית; שותפות ביישום הנחיות הצוות המקצועי המלווה את הגן ובביצוע תוכניות התערבות לעבודה עם ילדי הגן.				√
סייעת שנייה בגני ילדים שלומדים בהם לפחות 30 ילדים בני 3-4	ברמת הפרט - תגבור הצוות החינוכי ומתן תנאים הולמים להתפתחות מיטבית; יחס חם ואישי וסביבה חינוכית ועשירה יותר. ברמת הכלל - תמיכה שתאפשר קידום התפתחות אישית ומקצועית של צוות הגן; הידוק קשרים עם ההורים ועם הקהילה; הגברת אמון ההורים במערכת.	לפחות חמישה ימים בשבוע (לא כולל היום הקצר)			√
סייעת משלבת (אם ישנה)	ברמת הפרט - תמיכה חינוכית־טיפולית עבור התלמיד הזכאי לשירות בהתאם לצרכיו; קידום ושיפור מיומנויות חברתיות; מעורבות בבניית תוכנית אישית; שותפות בביצוע התוכנית ומעקב אחר יישומה תוך ליווי התלמיד. הנגשה ותמיכה בהתאם לצרכיו. ברמת הכלל - חלק בלתי נפרד מן הצוות החינוכי; משתפת מידע עם מנהלת הגן			√ שירותי סמך, בעיקר סייעות רפואיות בתחום האלרגיות	√ תחת חוק חינוך חובה

צוות הגן	תפקיד	סדירות	תוקף	לידה-שלוש	3-6
מערך תמיכה					
מפקחת	מנהיגה חינוכית בעלת ידע, ניסיון ומומחיות בגיל הרך; אמונה על קביעת מדיניות באזור פיקוחה בהלימה לדגשי המשרד והאגף לחינוך הגיל הרך; בעלת חשיבה אינטגרטיבית ואמונה על יצירת ממשקי עבודה עם הרשות המקומית ועם בעלי עניין נוספים; מטפחת ומעצימה את צוותי החינוך שבאחריותה, מקדמת ומעודדת את פעילותם ומשמשת כתובת עבור הגננות בהתמודדותן עם מצבים מאתגרים.			√ מערך הפיקוח כמפורט לעיל (סעיף 4.1.2)	√
גננת מובילה קהילה אשכולית	מובילה ומדריכה את גני האשכול שבאחריותה; תומכת בצוותים החינוכיים ומסייעת במתן מענה לצרכים; יוצרת קהילה מקצועית לומדת ומחזקת את קשרי הקהילה וההורים.	ביקור בגן לפחות אחת לחודש; מפגשי אשכול; קשר טלפוני ואינטרנטי; מפגשים אישיים	נוצר כחלק מרפורמת הסייעת השנייה בשנת 2015 ויושם החל משנת הלימודים תשע"ו		√
מנהלת	אשכול גנים הוא מסגרת חינוך לגיל הרך שבה כמה כיתות גן נמצאות במבנה פיזי אחד המאפשר לילדי הגן ללמוד ולהתחנך במסגרת הקהילה תחת אותה מטרייה. מנהלת אשכול גנים היא דמות מרכזית ומקצועית המובילה תהליכי חינוך בראייה מערכתית־קהילתית. היא משמשת דרג ביניים, ניהולי, מנהלת את האשכול שבאחריותה ומובילה את קהילת הגננות שבאשכול. המנהלת מופקדת על ניהול האשכול בהיבטים המנהליים והפדגוגיים בשיתוף פעולה מלא עם הפיקוח, עם האגף לחינוך הגיל הרך ועם הרשות המקומית.			√ מנהלת מעון מקבילה למנהלת אשכול (במעונות בהם יש מספר כיתות)	√ מנהלת אשכול

צוות הגן	תפקיד	סדירות	תוקף	לידה-שלוש	6-3
מדריכה פדגוגית	מגבשת מענים מותאמים למאפייני הגן בנושאים פדגוגיים; מאתרת פתרונות ודרכי פעולה; מדריכה את הגננת בארגון סביבה חינוכית מותאמת לילדים בכלל ולאלו הזקוקים למענים ייחודיים בפרט; מסייעת בקידום תוכנית סדורה בנושא האקלים החברתי הרגשי .	כניסה אינטנסיבית לגנים מאותרים; מפגשים עם גננות בהתאם לצרכים שאותרו (יחידני / קבוצתי / אשכולי); קשר טלפוני או בדוא"ל.[1]		√ מדריכה חינוכית בהתאם לחוק הפיקוח, ארבע שעות חודשיות לפחות. משרד החינוך מממן חמש שעות	√ בדרך כלל בגנים הזקוקים לחיזוק: גנים "אדומים" שאינם עו־מדים בק־ריטריונים נדרשים, או שיש בהם גננת חדשה
יועץ ויועצת	תומכים בגננת ובצוות הגן בהכלת ילדים מאתגרים ומלווים את התהליך; מחזקים את תחושת המסוגלות של צוות הגן; מייעצים בבניית תוכנית גנית או אישית המתבססת על מיפוי צרכים ייחודיים ומחזקים שותפויות של בעלי תפקידים ברשות, במתי"א, ברווחה, בשפ"ח וכולי. במעונות לידה עד שלוש ניכרת פעולתם בעיקר בעידוד ובמתן כלים לקידום שותפות עם ההורים, וכן בהתמודדות עם קשיים יוצאי דופן, כמו במקרי אלימות, סיכון או משבר.	מתן מענה לגנים שבחרו המפקחת והיועצת לליווי ולהתערבות אינטנסיבית והקניית ידע בהשתל־מויות		√ מפקחות יועצות נותנות מענה לנושא הרגשי־חברתי.[2]	√

1 בהתאם למצגת הדרכה של משרד החינוך לשנת 2023, מודל ההדרכה כולל כניסות מוגברות לגנים מאותרים. עם זאת, יש בשטח פערים ניכרים ביישום הסדיר והאינטנסיבי של מודלים אלה, כפי שעולה מעדויות של צוותי חינוך ומנהלות.

2 חוק הפיקוח על מעונות יום לפעוטות (תשע"ט-2018) אינו מתיר כניסת יועצות למעונות היום. לכן יצא מכרז למפקחות יועצות. היועצות שעמדו בתנאי המכרז נלוות למפקחות הרגולטוריות ונותנות מענה לתחום הרגשי־חברתי.

צוות הגן	תפקיד	סדירות	תוקף	לידה-שלוש	6-3
פסיכולוג או פסיכולוגית חינוכיים	שירות פסיכולוגי חינוכי הכפוף לשירות הפסיכולוגי הייעוצי במשרד החינוך; מקנה ידע לגננת ולצוותי החינוך; מדריך ומנחה אותם בטיפול התפתחותי, התנהגותי ונפשי של תלמידים וכן באבחון בעיות בתחום הרווחה ועוד; מקדם מסוגלות אישית־מקצועית; מעניק שירותי טיפול וייעוץ חינוכי לתלמידים ולהוריהם; מקיים סדנאות; מלווה את ההורים ואת הגננת בוועדות מתוקף החוק.	מענים ניתנים בהתאם למשאבי השפ"ח ולצרכים ברשות; שותפות בפורום הגיל הרך ברשות ובוועדות		√ בכמה מן הרשויות המקומיות יש פסיכולוגים נוסף על המפקחות היועצות. אלו מסייעים במקרים חריגים באמצעות שעות ליווי של השירות הפסיכולוגי החינוכי, ומשרד החינוך משתתף במימון.	√
גננת שילוב	גננת לחינוך מיוחד המשמשת כתובת מקצועית עבור הצוות החינוכי בכל הקשור לילדים מתקשים הלומדים בגנים רגילים: חשיבה משותפת על שילוב מיטבי; שותפות בבניית תוכנית אישית לילד המשולב וביישומה; סיוע בגיבוש מענים; התאמות פדגוגיות; הנגשת תוכני הלימוד לילדים משולבים; שותפות בהליכי הפניה לוועדות מתוקף החוק.	שותפות בישיבות צוות ובמפגשי הורים; מענה לתלמידים בהתאם לתוכנית אישית במסגרת הקצאת השעות		√ מענה ניתן בחלק מהמקרים דרך הרשות המקומית, באמצעות תוכניות כגון מעג"ן	√

צוות הגן	תפקיד	סדירות	תוקף	לידה-שלוש	6-3
מומחי תחום חינוך מיוחד	מומחי תחום בעלי התמחויות בלקויות שונות מצויים בקשר רציף עם צוותי החינוך (הרגיל והמיוחד) ומדריכים אותם לעבודה מיטבית עם ילדים בעלי צרכים מיוחדים. תחומי ההדרכה כוללים למשל הדרכה פדגוגית, הדרכה חברתית־תקשורתית, הדרכה להנגשה והדרכה לוויסות ולעיצוב התנהגות.	הנחייה לצוות הגן בהתאם לתמיכה המגיעה לתלמיד בסל השילוב (מוסדי - 0.3 ש”ש; אישי - 0.5 ש”ש)			√
מעגלי תמיכה נוספים					
מתי”א	הובלת תוכניות כיתתיות ומערכתיות לקידום התנהגות ולמידה; בניית תוכניות התערבות אישיות לתלמידים עם סל אישי ולתלמידים בחינוך הרגיל, כולל הערכה תפקודית של התנהגות והנחיית הגננת והצוות בבניית תוכנית מותאמת ויישומה.	מענה דיפרנציאלי על פי החלטת המפקחת	חוק החינוך המיוחד והחלטת מפקחת		√
מחלקת או אגף חינוך ברשות	קידום והפעלה של תוכניות מטעם הרשות שמטרתן סיוע לצוותי הגנים ותמיכה בילדים, בכללם ילדים בעלי צרכים מיוחדים, וזאת על בסיס איתור צרכים, גיבוש מענים מתאימים והקצאת משאבים, סיוע ותמיכות.		סדירויות בהתאם לקביעת פורום הגיל הרך היישובי	√ משרד החינוך ממנן שעת הדרכה נוספת באמצעות גפ”ן (תקציב צבוע) למעונות לידה עד שלוש). זו יכולה לשמש להדרכה, לסופרוויז’ן, לאיתור וכולי, בהתאם להחלטת הרשות	√
מדריכת הכלה במחוז	סיוע בידע ובחניכת צוותי החינוך בתחום הפדגוגיות ההטרוגניות וקשת האפשרויות לתמיכה בילדים עם קשיים בכיתות הטרוגניות; תמיכה בתהליך הפניית ילדים לוועדות מתוקף חוק.		בהתאם לצורך		√

צוות הגן	תפקיד	סדירות	תוקף	לידה-שלוש	6-3
הורי הגן					
הורי הילד המשולב	שותפות בבניית תוכנית התערבות אישית לילד בהתאם לצרכיו ובאופן המבסס אמון בין הצדדים; קביעת מטרות ודרכים לקידומן; פילוח התמיכות של הילד בהתאם למענים קיימים וקבלת החלטות באשר לשיתוף יתר הורי הגן בדבר המוגבלות.			√ במעונות רב־תכליתיים ושיקומיים יש עובדת סוציאלית האמורה לתת מענה להורים (הביקוש עולה על היצע כוח האדם, בהינתן המחסור בתחום)	√
כלל הורי הגן	נציגות הורים בגני ילדים נועדה לבסס קשר רציף בין הורים לצוות החינוכי־טיפולי ולאפשר להם להשפיע על צביונו של הגן תוך ראיית צורכי הילדים ובכללם בעלי צרכים מיוחדים; הקמת הנציגות היא זכות ולא חובה (חוזר מנכ"ל 2023).		חוזר מנכ"ל משה"ח הוראת קבע 0409	√ במקרים קיצוניים יינתן מענה נקודתי של מפקחת יועצת מטעם משרד החינוך. כן ניתן מענה במעונות ברמת ציבוריות גבוהה	√
ייעוץ והדרכה להורים	ייעוץ והדרכה להורים לילדים בגיל הרך. הייעוץ ניתן באמצעות קו הייעוץ להורים, הדרכות להורים, הרצאות החל מהיריון ועד גיל שש (רשתות חינוך כדוגמת ויצ"ו או נעמ"ת).			√ במעונות ברמת ציבוריות גבוהה	

הנתונים המתוארים בנוגע למערך התמיכה במסגרות החינוכיות בגיל הרך מלמדים על פערים בין גיל לידה עד שלוש ובין גיל שלוש עד שש. גיל לידה עד שלוש זוכה למערך תמיכה מצומצם במידה ניכרת. אין בו בעלי תפקידים מקבילים לרבים מהצרכים, ואין הוא זוכה לאותו היקף מענים. הבדלים בולטים נוספים הם אלו הנוגעים לרמת הפיקוח והתמיכה המקצועית. בעוד שלגנים ציבוריים לילדים בגיל שלוש עד שש יש מנגנוני פיקוח ותמיכה מקצועיים ברורים ורחבים, מסגרות לגיל לידה עד שלוש, ובייחוד אלו ברמת ציבוריות נמוכה, אינן נהנות ממנגנונים זהים.

עם זאת, יש חריג בולט הראוי לציון. אף שבאופן כללי מערך התמיכה לגיל לידה עד שלוש מצומצם בהשוואה לגיל שלוש עד שש, בקריטריון ההדרכה הפדגוגית ניכר יתרון למעונות לידה עד שלוש. החוק מחייב את המסגרות לקבל הדרכה, אולם משרד החינוך אינו מחויב לממן אותה. למרות זאת הוא מקצה כיום לכל מעון חמש שעות הדרכה חודשיות - ארבע שעות חובה ועוד שעה גמישה לשיקול הרשות. כך למשל הוקצו בשנת ההטמעה הראשונה עשר שעות להדרכה פרטנית, לסופרוויז'ן או לאיתור צרכים ייעודי, אלא שהן לא נוצלו במלואן ולכן קוצצו למחצית. לעומת זאת, בגני הילדים של בני שלוש עד שש ההדרכה ניתנת רק למסגרות המסומנות "אדומות", כלומר כאלה שדורגו ברמת איכות נמוכה לפי כללי הערכה ITERS וכדומה. במעונות לידה עד שלוש תהליך הסיווג עדיין בשלב פיילוט, ולכן כלל המסגרות נהנות כיום מהדרכה אוניברסלית. נוסף על כך, משרד החינוך ממן ברשויות המקומיות תקן למנהלת תחום לידה עד שלוש והשתלמויות צוות - מהלך התומך ביישום חובת ההדרכה אף שאין עליו דרישה תקציבית ישירה בחוק.

כל אלה מובילים גם לתלות גבוהה במשאבי הרשויות המקומיות ובמדיניות היישובית, שם המחלקות ואגפי החינוך מופקדים על קידום תוכניות והרחבתן, על פיתוח מענים, על תמיכה בצוותי החינוך ובילדים ועל פיתוח משאבים.

השלב הבא בהתמודדות עם אתגרים אלו דורש המשך בניית סמכויות מוגדרות ברמה המקומית, שיפור הקִרבה והנגישות של מערכות הפיקוח, וכן הגדלת ההשקעה בטכנולוגיות לניהול ולמעקב אחר איכות השירותים. בד בבד יש צורך בהכשרה מתמשכת של צוותי ההוראה והטיפול, במטרה להבטיח שהילדים יקבלו את השירותים האיכותיים ביותר.

נוסף על כך, על אף השיפור במעמדו הממשלתי של תחום החינוך־טיפול לגיל הרך והמאמצים לחיזוקו, נדרש מענה שיטתי ומקיף לאתגרי הפיצול המערכתיים. כעת, לאחר שמסגרות לידה עד שלוש הועברו לאחריות משרד

החינוך, ההתמודדות עם הפערים האיכותיים והתשתיתיים נדרשת להתקיים בראש ובראשונה בתוך משרד החינוך עצמו תוך יצירת מדיניות עקבית, מנגנוני פיקוח והדרכה מותאמים ורצף תפקודי ומקצועי בין שכבות הגיל. בלא חיזוק משמעותי של המנגנונים המקשרים בין הרמות השונות של הניהול והפיקוח, ועל אף ההתמקצעות המתרחבת, קיים חשש שהפערים באיכות החינוך והטיפול יוסיפו להתקיים ואף להתרחב.

3.2 משרד הרווחה והביטחון החברתי

3.2.1 שירותי הרווחה לגיל הרך: תמיכה בפעוטות בסיכון ובבעלי מוגבלות

משרד הרווחה והביטחון החברתי מספק שירותים ומפתח תוכניות עבור ילדים בסיכון בגיל הרך וכן לילדים עם מוגבלות. המשרד שואף לסייע בחיזוק המשפחות ותפקודן בדגש על שיפור איכות החיים של ילדים שמשפחותיהם אינן מתפקדות כבר בשלבים הראשונים של ההורות. התפיסה המקצועית המנחה את משרד הרווחה והביטחון החברתי היא שיש לפתח שירותים מגוונים המסייעים להורים לגדל את ילדיהם בצורה מיטבית בחיק משפחתם ובקהילה. לצורך יישומה פועל המשרד באמצעות ובשיתוף המחוזות לחיזוק הקשר עם המחלקות לשירותים חברתיים, מקיים שותפויות חוצות מגזרים, מפתח הכשרות לעובדים בשירותי הרווחה ומספק שירותים רבים במיקור חוץ (אתר משרד הרווחה והביטחון החברתי; מבקר המדינה, 2024).

החולייה החלשה ביותר בהתייחסות לגיל זה היא איתורם המוקדם של הילדים במצוקה. עקב כך מרבית הילדים ומשפחותיהם אינם מטופלים בשנת החיים הראשונה. נתון זה הוביל את משרד הרווחה והביטחון החברתי להוציא מכרז לתוכנית "צעדים ראשונים", תוכנית העוסקת באיתור מוקדם של פעוטות עם צרכים מיוחדים ומתן מענה כולל לפעוט ומשפחתו באמצעות סל טיפולים רחב וליווי מקצועי (אתר משרד הרווחה והביטחון החברתי).

בהתאם לצורך זה, המעונות הרב־תכליתיים (טליאס, 2018) נותנים מענה לילדים ממשפחות רב־בעייתיות (מצוקה כלכלית, אבטלה, בעיות דיור, התמכרויות ועוד), המצויים בסיכון או בהזנחה - פיזית או רגשית - וכן למשפחות (ילדים והורים) בעלות יכולת התקדמות שהמעונות ערוכים ומסוגלים לטפל בהן. מודל הפעולה שלהם מערב גם משפחה וקהילה מורחבת, לרבות חמולות

ושבטים כגורם משלים, תוך התאמה למגזר, לנסיבות החיים, לתרבות ולסגנון החיים. לצד המעונות הרב־תכליתיים פועלים מענים משלימים, כמו "מעטפת רכה" - תוכנית רווחה אינטנסיבית לפעוטות במצבי סיכון ולהוריהם שהוקמה במטרה למזער את מעגל השעתוק השלילי של דפוסי ההתנהגות והחשיבה העלולים להעלות את הפעוטות על מסלול החיים הרב־בעייתי שעליו צועדים הוריהם (כרמון ואח', 2022, עמ' 13). תוכניות אחרות נוגעות למרחב הביתי. כך למשל התוכנית הטיפולית למשפחות "ראשית", הכוללת טיפול והדרכה להורים על ידי עובדת סוציאלית בבית המשפחה ומדריכה העובדת על חיזוק הקשר הורה-תינוק באמצעות משחקים. דוגמה נוספת היא "נתיבים להורות לגיל הרך", השמה את הדגש על שיפור ועל שיקום מערכות היחסים בין בני המשפחה על ידי בניית תוכנית טיפול כוללת בשיתוף המשפחה והקהילה. שירותים נוספים, רחבים יותר, ניתנים במסגרת המרכזים להורות ולגיל הרך, ובהם מציע צוות רב־מקצועי התערבויות מותאמות - אישית, משפחתית, קהילתית ולעיתים אף יישובית.

הגישה הקהילתית באה לידי ביטוי גם בשירות לעבודה קהילתית, הפועל תחת האגף למשאבי קהילה ועבודה קהילתית במשרד. שירות זה מסייע לקהילות מסוגים שונים לפתח התארגנויות קהילתיות ולשפר את איכות חייהן, תוך חיזוק החוסן המקומי ומיצוי הזכויות. אוכלוסיות היעד של השירות כוללות הן קהילות גאוגרפיות והן קהילות פונקציונליות המבוססות על מאפיינים משותפים, כגון מוגבלות, מעמד חברתי או צרכים מיוחדים. במסגרת זו מקדם השירות לעבודה קהילתית מגוון רחב של תוכניות הנוגעות לילדים בגיל הרך, דוגמת "מוטב יחדיו" לשיפור מצבן של קהילות עם שיעור גבוה של ילדים בסיכון, וכן "מרכז משפחה" - שירות משלים לחיזוק החוסן המשפחתי, שיפור איכות החיים ויצירת קהילה עבור משפחות לילדים עם מוגבלות. תוכניות אלו משתלבות במערך השירותים הכולל של המשרד, הפועל להבטחת רצף טיפולי ומשאבים מותאמים לכל ילד בהתאם לצרכיו.

נוסף על כך, אגף בכיר קהילה, הפועל תחת מִנהל המוגבלויות, מציע שירותים ייחודיים המקדמים שיח של שותפות בין משפחות לילדים עם מוגבלות ואנשי מקצוע, וכן תוכניות משותפות עם ארגונים ועמותות, דוגמת שלווה ומכון אדלר.

השירותים החברתיים הללו ניתנים על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי, במישרין או בעקיפין, באמצעות מיקור חוץ, דהיינו מפעילים חיצוניים לממשלה (תאגידים למיניהם, בין שלמטרות רווח ובין שלאו, הממונים חלקית

או באופן מלא). המשרד אחראי להספקת השירות, לאסדרה וכן לפיקוח על ביצועו.

מבקר המדינה ייחד דוח לרכישת שירותים חברתיים במיקור חוץ (2024). דוח זה התמקד בשירותים חוץ־ביתיים הניתנים במסגרות שבהן חיים מקבלי השירות באורח קבוע או בפרק זמן מסוים מחוץ לביתם, למשל ילדים בסיכון החיים בפנימיות או במשפחות אומנה. הדוח לא עסק בשירותים בקהילה, שהם המוקד בתת־פרק זה. לפיכך ראוי לבחון כיצד מופעלים שירותי הרווחה עבור פעוטות בקהילה, בדגש על מסגרות היום לפעוטות עם צרכים מיוחדים. שירותים אלו, המנוהלים במיקור חוץ, מעלים סוגיות של זמינות, של התאמה ושל איכות הטיפול, סוגיות המשפיעות ישירות על רווחת הילדים ובני משפחותיהם.

השירות לפעוטות באגף מוגבלויות של משרד הרווחה והביטחון החברתי נוגע בשלושה תחומי פעילות עיקריים:

מעונות יום שיקומיים - מסגרת חינוכית־טיפולית לפעוטות עם עיכוב התפתחותי משמעותי (חצי שנה עד 3 שנים), המספקת טיפולים אינטנסיביים, תוכניות טיפול אישיות והדרכה להורים. המעונות מסווגים לפי תחומי התמחות: מעונות תקשורת (לפעוטות על הרצף האוטיסטי); מעונות לפעוטות עם ליקויי ראייה; מעונות לפעוטות עם לקויות שמיעה; מעונות רב־נכותיים (לעיכובים בתחומים שונים); חלופת מעון בבית הפעוט (למי שאינו יכול לשהות במעון).

שילוב פעוטות עם מוגבלות במעונות יום כלליים - תוכנית "מסיכון לסיכוי" מאפשרת שילוב קבוצתי של פעוטות עם עיכוב התפתחותי קל במעונות רגילים עם סייעת תומכת, טיפולים משלימים והדרכת הורים וצוותים.

שילוב פרטני במעונות יום רגילים - מיועד לפעוטות עם עיכוב התפתחותי ניכר הזכאים למעון יום שיקומי אך הוריהם מעדיפים לשלבם במסגרות רגילות. התמיכה ניתנת באמצעות סייעת לקידום אישי, המלווה בהדרכת צוותים מקצועיים.

השירותים מיועדים למקסם את פוטנציאל הפעוטות ולשלבם בקהילה, תוך מתן מענים טיפוליים וליווי מקצועי.

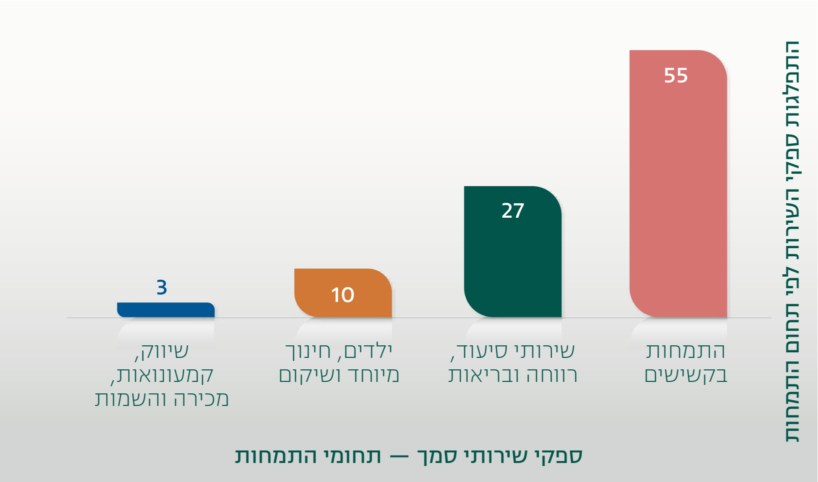
3.2.2 שירותי סמך מקצועיים לפעוטות עם צרכים מיוחדים: אתגרים, פערים והזדמנויות לשיפור

הספקת שירותי סמך מקצועיים, זמינים וסדירים הכרחיים להצלחת יישומן של תוכניות התערבות טיפולית ומתן מענה לצרכי הנזקקים. אלא שעדויות נציגי מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות, וכן קבוצות מיקוד של הורים לילדים המאובחנים עם אוטיזם, מלמדות על הקושי בגיוס עובדי סמך. הסיבה לכך היא ככל הנראה תעריף שאינו תואם את העבודה הנדרשת, וכן קבלת מענה חלקי ובלתי מספק הנובע מהכשרה לקויה ומפיקוח לקוי של משרד הרווחה על איכות הטיפול הניתן (מבקר המדינה, 2018).

שירותי הסמך המקצועיים ניתנים על ידי ספקי שירות, ארגונים שזכו במכרזי משרד הרווחה והביטחון החברתי (מכרז 249/2011; מכרז 125/2020). הספק מעסיק מלווה הנותן בפועל את שירות הסמך המקצועי בבית מקבל השירות או במקום אחר, בהתאם להחלטת עו"ס המחלקה ועל סמך תוכנית ההתערבות.

בשנת 2023 פרסם משרד הרווחה 95 ארגונים המספקים את השירותים הללו. בחינת תחומי התמחותם באמצעות פרסומים גלויים ואתר רשם החברות והתאגידים מלמדת כי אלו מתמקדים בארבעה תחומים עיקריים המפורטים להלן בתרשים 3.

תרשים 3: ספקי שירותי סמך - תחומי התמחות



שירותי סמך מקצועיים לפעוטות עם צרכים מיוחדים דורשים הבנה עמוקה של אבני הדרך ושל שלבי ההתפתחות בגיל לידה עד שלוש (Sudry et al, 2022). מתן מענה שאינו מותאם לגיל הרך - אם בשל התמחות בגיל המבוגר (למשל בקשישים) ואם בשל חוסר ידע והכשרה ייעודיים - עלול להוביל להחמצת חלון ההזדמנויות הקריטי להתערבויות בעלות השפעה משמעותית על ההתפתחות הרגשית, החברתית והקוגניטיבית של ילדים בגיל הרך.

למרות זאת הנתונים מלמדים שרוב הספקים הזוכים במכרז למתן שירותי סמך אינם עוסקים כלל בגיל הרך. 55 ספקים - שהם 58% מהתאגידים הנותנים שירותי סמך - מתמחים בקשישים. גם בקטגוריה הבאה, שבה 27 ספקים, 12 מהם נותנים שירות לבני הגיל השלישי. אין הם כוללים במידע עליהם כל התייחסות לאוכלוסיית הילדים, דבר המעלה ל־70% את שיעור המתמחים בקשישים. לצד אלו, 3% מהספקים עוסקים בתחומים מגוונים שאינם נוגעים לסיעוד בהכרח ועשרה תאגידים שהם 11% המתמחים בילדים ובבני נוער.

המציאות הקיימת ממחישה את חשיבותה של "הזכות לרווחה טובה" (גל ומדהלה, 2022), והיא מעלה על סדר היום את הצורך בהקמת מערכת שירותים מתקדמת שתוכל להתמודד עם האתגרים המורכבים הניצבים כיום בפני פעוטות עם צרכים מיוחדים - ואת אלה שעוד צפויים בעתיד. במסגרת זו מציע משרד הרווחה והביטחון החברתי מערך של מעונות לילדים בסיכון סביבתי או התפתחותי. זאת לצד שירותים משלימים, כמו עובדות סמך ותוכניות ייעודיות המופעלות באמצעות מיקור חוץ. ואולם, שירותים אלו מתמודדים עם מחסור בכוח אדם מקצועי ועם היעדר התמחות ספציפית בגיל הרך - מגבלה משמעותית הפוגעת ביכולתם לתת מענה מותאם ואיכותי.

מצב זה מדגיש את הצורך בקידום מחקר יישומי שיתרום לעיצוב מדיניות מבוססת נתונים ולפיתוח מענים מותאמים יותר. כך למשל נדרש לבחון את החסמים בגיוס ובהכשרה של אנשי מקצוע לשירותים אלו, וכן לגבש דרכי פעולה לשיפור מערך ההכשרה והתמריצים לעובדים. נוסף על כך, כדאי לערוך מחקרים השוואתיים בין רשויות מקומיות, זאת במטרה לזהות מודלים אפקטיביים לניהול, לפיקוח, להנגשה ולמימון השירותים, וכן להתמודדות עם פערים בזמינותם, באיכותם ובתהליכי השילוב של פעוטות עם צרכים מיוחדים. מחקרים אלו יכולים לכלול גם את בחינת שביעות רצון ההורים והאפקטיביות של התמיכה המשפחתית, ובכך להצביע על כיווני שיפור ממוקדים במענים הקיימים. סוגיה מרכזית נוספת נוגעת לתקצוב השירותים - בפרט לקשר שבין אופן התקצוב ובין איכות המענה הניתן בפועל. מחקרי המשך בכיוונים אלו

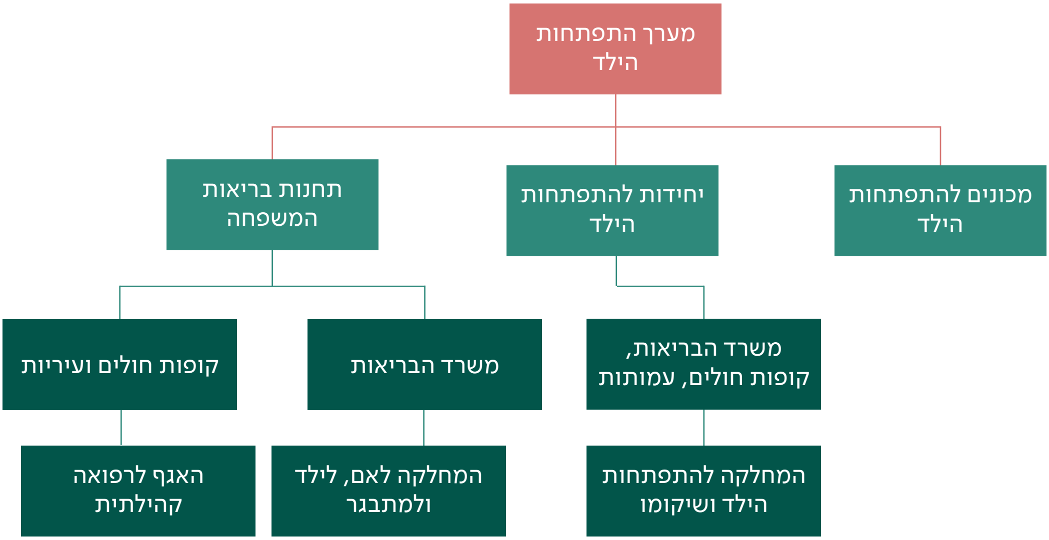
עשויים להוות תשתית חיונית למדיניות מותאמת ויעילה יותר עבור פעוטות עם צרכים מיוחדים ועבור משפחותיהם.

3.3 משרד הבריאות

מערך התפתחות הילד נמצא תחת ביקושים הולכים וגוברים. זאת בעקבות הפריון הגבוה ועלייה ניכרת במספר האבחונים של הפרעות בהתפתחות הילד, בכלל זה בילדים המצויים על הספקטרום האוטיסטי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 31.3.2025; Dinstein et al, 2024). ואולם, הרחבת היצע השירותים בהתאמה לביקוש נתקלת בפערי כוח אדם במקצועות הבריאות (שפירא, 2025). מקורם של פערים אלו בתנאי העסקה ירודים, בתקנים חלקיים ובהבדלים גדולים בין השכר במגזר הציבורי ובין זה שבמגזר הפרטי. אלו יוצרים תורי המתנה ארוכים ועיכובים באבחון, המעמיקים את הפערים הכלכליים־חברתיים (ארנון־שרעבי ובן־משה, 2024). על כן המליץ דוח הצוות הבין־משרדי לבחינה ויישום של צעדי מדיניות להתמודדות עם פערי כוח האדם במקצועות הבריאות (2024) על מעורבות ממשלתית בשלושה צירים: (1) הגדלת היצע כוח האדם; (2) הגברת האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי; (3) שיפור יעילות העבודה במסגרות השירות הציבורי.

הציר האחרון נוגע לניצול לא יעיל של כוח אדם בשלבי האבחון והזכאות. הוא נובע מפיצול סמכויות - הן בין משרדי הממשלה, הן בתוכם והן בין גופים ציבוריים שונים - ומוביל למציאות שבה חלים על שירותים אלו נהלים, הגדרות וסטנדרטים שונים לאבחון, לזכאות ולטיפול. להלן תרשים 4, המציג את הפיצול במשרד הבריאות.

תרשים 4: הגופים המרכיבים את מערך התפתחות הילד במשרד הבריאות



3.3.1 התחנות לבריאות המשפחה

התחנות לבריאות המשפחה ("טיפת חלב") מעניקות שירות אוניברסלי־שוויוני ללא עלות לכלל האוכלוסייה, כולל למהגרים שאינם זכאים לטיפול רפואי. תחנות אלו מספקות שירותי רפואה מונעת ל־96% מילדי המדינה ולמשפחותיהם, וכוללות מעקב התפתחותי, ניטור גדילה וחיסוני ילדות שגרתיים (שיעור ההתחסנות בישראל עומד על ממוצע כלל־ארצי של 95%, בהתאם להנחיות ארגון הבריאות העולמי).

זאת ועוד. התחנות מספקות ייעוץ להורים בנושאי תזונה, הורות ובטיחות ילדים, וכן עורכות סקרים לגילוי דיכאון לאחר לידה ואלימות במשפחה. מערכת התחנות לבריאות המשפחה, הפועלת תחת משרד הבריאות, זכתה להערכה רבה בארץ ובעולם, קיבלה פרסים יוקרתיים - בהם פרס ראש הממשלה (1993) ופרס ארגון הבריאות העולמי (1998), ואף הוכרה כמודל לחיקוי מצד ארגון הבריאות העולמי (Zimmerman et al, 2019).

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 עלו הצעות להעביר את האחריות לשירותים אלו לקופות החולים, אך המהלך לא יושם במלואו.

עם זאת, הדיון בנושא נמשך ומשפיע לא רק על התכנון העתידי של מערכת הרפואה המונעת בגיל הרך, אלא גם על מערך השירות הקיים כיום, הנדרש להסתגל לאי־הוודאות בנוגע לעתידו הארגוני והתקציבי, ומעמיק את הפערים ואת אי־השוויון בבריאות.

טבלה 4 שלהלן מציגה את התנודות במספר התחנות מאז 1997 - השנה שבה החלה להיות מיושמת המסגרת החוקית של מתן השירות והתקפה עד כה. הטבלה מתבססת על נתוני משרד הבריאות כפי שהובאו בדוחות מרכז המידע והמחקר של הכנסת (לוי, 2008; קפלינסקי, 2024), ונתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה באשר ללידות חי (19.11.2024; 31.12.2024).

טבלה מספר 4: תנודות במספר התחנות לבריאות המשפחה

מפעיל		1997	2007	2023	2024
משרד הבריאות	מספר תחנות	523	447	385	390
	שיעור מכלל תחנות	44.51%	41.97%	42.78%	44.52%
שירותי בריאות כללית	מספר תחנות	485	460	329	303
	שיעור מכלל תחנות	41.28%	43.19%	36.56%	34.59%
מכבי שירותי בריאות	מספר תחנות	35	40	61	59
	שיעור מכלל תחנות	2.98%	3.76%	6.78%	6.74%
קופת חולים מאוחדת	מספר תחנות	11	21	26	25
	שיעור מכלל תחנות	0.94%	1.97%	2.89%	2.85%
קופת חולים לאומית	מספר תחנות	60	47	49	48
	שיעור מכלל תחנות	5.11%	4.41%	5.44%	5.48%
רשויות מקומיות	מספר תחנות	61	44	48	49
	שיעור מכלל תחנות	5.19%	4.13%	5.33%	5.59%
עמותות במזרח ירושלים	מספר תחנות	0	6	2	2
	שיעור מכלל תחנות	0.00%	0.56%	0.22%	0.23%
סה"כ תחנות		*1,175*	*1,065*	*900*	*876*
סה"כ לידות חי		*88,279*	*112,543*	*178,724*	*181,000*

תמונת המצב של התחנות לבריאות המשפחה מעידה על שחיקה בהיצע מול גידול בביקוש, ודורשת בחינה של מגמות ארוכות טווח בפריסה, בהפעלה ובנגישות של התחנות לבריאות המשפחה:

3.3.1.1 מערך התחנות לבריאות המשפחה: מספר תחנות ומפעילים

צמצום במספר התחנות לצד עלייה ניכרת במספר הלידות: מאז 1997 חלה ירידה של 25% במספר התחנות לבריאות המשפחה, ואילו מספר הלידות השנתי הוכפל (מכ־88 אלף, לכ־181 אלף). בתחילת התקופה הייתה תחנה אחת על כל 75 לידות, לעומת תחנה אחת לכל 207 לידות כיום. ב־14 בינואר 2025 היו רשומות באתר משרד הבריאות 810 תחנות פעילות בלבד: 6 תחנות נסגרו לצמיתות ו־60 תחנות אחרות נסגרו זמנית: 27 באזורי עימות שנפגעו במלחמת חרבות ברזל או שפונו מתושביהם (למשל קריית שמונה, הגושרים, מנרה וניר עוז); אחרות נסגרו אף על פי שהיישוב לא פונה (למשל בית ג'ן); 14 תחנות נוספות נסגרו מסיבות תפעוליות - בהן שיפוצים, בעיות תשתית, היעדר מיגון או נגישות; 19 תחנות נסגרו זמנית ללא הסבר על נסיבות סגירתן.

משרד הבריאות הוא המפעיל המרכזי, אך קופת חולים כללית עדיין שולטת בשירותים: משרד הבריאות מפעיל את השיעור הגבוה ביותר של תחנות (44.52%), ושומר על יציבות יחסית לאורך השנים. שירותי בריאות כללית (34.59%) נמצאים במגמת ירידה איטית ומתמשכת. כללית היא קופת החולים הגדולה ביותר, עם מעל 50% מהתושבים בישראל (4.91 מיליון מבוטחים) - לרבות 90,957 תינוקות עד גיל שנה ו־373,556 ילדים עד גיל חמש. הירידה במספר התחנות שמפעילה הקופה עשויה להשפיע על הנגישות לשירותים של מחצית מאוכלוסיית התינוקות והילדים הצעירים במדינה (המוסד לביטוח לאומי, 1.1.2025).

התחזקות הקופות הקטנות והתרחבות ההשפעה שלהן: שלוש קופות החולים האחרות - מכבי, מאוחדת ולאומית מפעילות יחד 15.07% מהתחנות. עלייה ביחס לעבר. סך הילדים המבוטחים בהן הוא: 94,859 תינוקות עד גיל שנה ו־363,342 ילדים עד גיל חמש. העלייה בשיעור התחנות של הקופות הללו עשויה לשפר את הנגישות למבוטחים שלהן, אך עדיין מדובר במיעוט יחסי מהשירותים הכוללים.

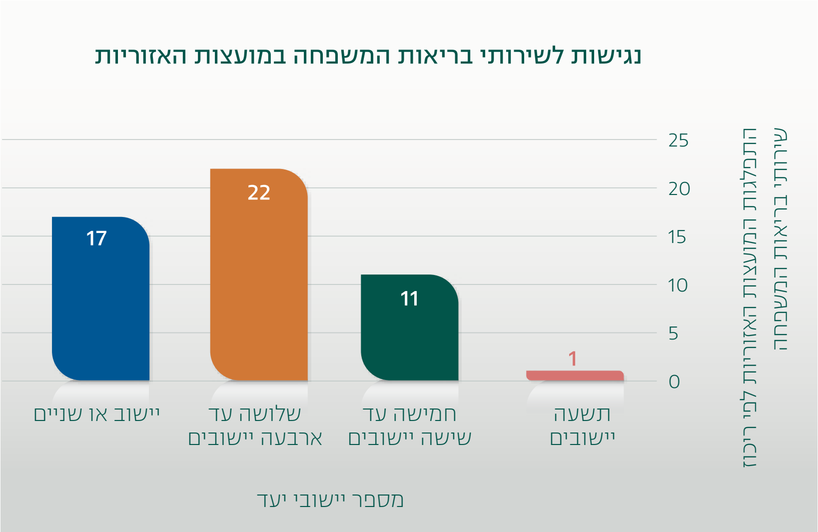
הרשויות המקומיות והעמותות ממלאות תפקיד חשוב אך מוגבל: הרשויות המקומיות שומרות על יציבות יחסית מבחינת שיעור התחנות שהן מפעילות, עם גידול קל (מ־5.19% ל־5.59%). עיריית ירושלים מפעילה 39 תחנות, עובדה

המעידה על מיצוב הרשות המקומית בעיר הגדולה בישראל. עיריית תל אביב מפעילה 15 תחנות, נתון נמוך יחסית לגודלה של העיר. סך כל הרשויות המקומיות מפעילות 5.59% מהתחנות, כלומר הן עדיין אינן שחקן מרכזי באספקת השירות. במזרח ירושלים החלה לפעול בשנת 2007 עמותת הסהר האדום, וכיום היא מפעילה שתי תחנות.

3.3.1.2 יישובים ללא מענה ישיר: השפעות פריסת התחנות לבריאות המשפחה על נגישות לשירותים

מתוך 1,285 יישובים מוכרים בישראל, תחנות לבריאות המשפחה פועלות ב־462 יישובים. יוצא מכאן שב־823 יישובים אין תחנה. שבעה מהיישובים הללו הם מועצות מקומיות: אליכין, בני עי"ש, ג'ש (גוש חלב), כפר שמריהו, סביון, ע'ג'ר ופרדסיה, ואילו השאר הם יישובים בתחומי מועצות אזוריות שתושביהן נדרשים להגיע ליישובים סמוכים לקבלת שירות. עם זאת, הנתונים המובאים להלן בתרשים 5, מלמדים על שונות ניכרת בין המועצות האזוריות בנוגע למספר יישובי היעד שאליהם מופנים התושבים לצורך קבלת שירותי בריאות המשפחה:

תרשים 5: נגישות לשירותי בריאות המשפחה במועצות האזוריות



8 מועצות אזוריות מופנות ליישוב אחד בלבד, מצב המצביע על ריכוזיות גבוהה ועל נגישות נמוכה - בייחוד במקרים שבהם נסגרת תחנה; 9 מועצות אזוריות מופנות לשני יישובים, מה שמספק לתושביהן גמישות מסוימת בבחירת מקום השירות, לצד תלות גבוהה בכל תחנה; 22 מועצות אזוריות מופנות לשלושה או לארבעה יישובים, מבנה המעיד על פיזור גאוגרפי בינוני אך כזה העלול להוביל לעומס על התחנות הקולטות ועל התמודדות עם מספר גבוה של מטופלים, מעבר לקיבולת שלהן; 11 מועצות אזוריות מופנות לארבעה או לחמישה יישובים, מערך שירותים מבוזר שלעיתים מחייב תיאום לוגיסטי מורכב יותר וכרוך בנסיעות ארוכות של התושבים.

נתונים נוספים מלמדים כי הפערים בזמינות ובנגישות של תחנות לבריאות המשפחה מושפעים גם ממאפייני היישוב: שיוכו המגזרי; מצבו החברתי־כלכלי; מבנה השלטון המקומי הייחודי של המועצה האזורית. כך למשל, מתוך 283 תחנות רשומות במועצות האזוריות, 252 (89%) הן ביישובים יהודיים, ואילו 31 (11%) ביישובים לא יהודיים.

נוסף על כך, לפי נתוני משרד הבריאות מ־14 בינואר 2025, 183 יישובים אינם משויכים לתחנה כלשהי: 181 מהם ממוקמים במועצות אזוריות; 2 הם מועצות מקומיות בפריפריה הצפונית - ג'ש (גוש חלב) ומטולה; תושבי 45 יישובים נוספים מופנים לתחנות שאינן פעילות; 6 מופנים לתחנות שנסגרו לצמיתות; 39 מופנים לתחנות שנסגרו זמנית. דוגמה בולטת היא המועצה האזורית מטה יהודה. 33 מתוך 58 יישובים מופנים לקבלת שירות בתחנה סגורה בבית שמש (גבעת שרת א'), וגם תושבי העיר המשויכים לתחנה זו מופנים לקבלת שירות בתחנת "היובל". תחנה פתוחה נמצאת בבית חב"ד.

המצב שבו יישובים רבים משויכים לתחנות שאינן פעילות או מרוחקות, יוצר ריכוז הולך וגובר של מטופלים בתחנות מעטות בערים סמוכות. כך למשל בית שאן מספקת שירותים ל־36 יישובים מחמש מועצות אזוריות: גלבוע, הגליל התחתון, עמק הירדן, עמק המעיינות ועמק יזרעאל. קריית גת משמשת תחנה אזורית ל־29 יישובים מהמועצות האזוריות באר טוביה, יואב, לכיש, מטה יהודה ושפיר, ואילו רמלה קולטת מטופלים מ־24 יישובים במועצות האזוריות גזר, חבל מודיעין ומטה בנימין.

תופעה זו מובילה לעומס ניכר על תחנות טיפת חלב באותן ערים, בייחוד באזורים שבהם שיעורי ילודה גבוהים, המתמודדים עם מחסור חריף בכוח אדם רפואי. על פי הנתונים חסרות 150 אחיות בתחנות של משרד הבריאות ברחבי הארץ (ועדת הבריאות של הכנסת, 16.9.2024). אומנם המשרד קבע

תקן בנוגע ליחס הרצוי בין מספר אחיות בתחנה לבריאות המשפחה ובין מספר התינוקות והפעוטות שבטיפולן (אחות במשרה מלאה לכל 50 נשים הרות, 100 תינוקות ו־375 פעוטות), אולם משרד האוצר מסרב להקצות את המשאבים לצורך התקנים הנדרשים. עקב כך אין התקינה מתעדכנת אוטומטית עם הגידול באוכלוסייה (ועדת הבריאות של הכנסת, 14.6.2023; 11.2.2022). במציאות שנוצרה, התחנות לבריאות המשפחה מתקשות לממש את תכליתן. הן מוגבלות ביכולתן לספק שירותי קידום בריאות והדרכה למשפחות צעירות, לקדם חיבור בין־מערכתי, לתאם טיפולים, לבצע איתור מוקדם ועוד. כל אלה מובילים לפערים בתוצאי הבריאות הן בין תושבים שונים והן בין תושבים המשתייכים לפריפריה החברתית והגאוגרפית. על פי הוועדה לקביעת אסטרטגיית צמצום פערי בריאות בעשור הקרוב (משרד הבריאות, 2023) - מחקר שפרסם לאחרונה מכון ברוקדייל בשיתוף משרד הבריאות, ומשווה בין תושבי הפריפריה לתושבי המרכז - הסיכוי של המתגוררים בפריפריה לוותר על שירות רפואי בגלל מרחק, הוא גבוה פי שניים מזה של המתגוררים ביישוב במרכז (פיאלקו, לרון ומעוז־ברויאר, 2024). תמיכה לכך ניתן למצוא בדוּח מבקר המדינה (2022), ולפיו מגוון שירותי הרווחה הניתנים ברשויות מקומיות קטנות, שהן לרוב גם פריפריאליות, הוא מצומצם יותר, ולכן עשויים תושביהן שלא לקבל סוגים מסוימים של שירותים שהם זכאים להם. יתר על כן, כאשר הרשות הקטנה אינה מספקת בתחום שיפוטה סוג מסוים של שירותים, הסיכוי שתושביה יופנו לקבלת השירותים ברשויות מקומיות סמוכות נמוך יותר בהשוואה לתושביהן של רשויות בינוניות וגדולות, וזאת בשל מגבלות גאוגרפיות, מוסדיות ותפעוליות. בהקשר זה מצביעה הספרות האקדמית על הבדלים בשירותי הרווחה והחינוך שמקבלים תושבי רשויות מקומיות המשתייכות לאשכולות חברתיים־כלכליים שונים ומשרתות קבוצות אוכלוסייה שונות (גל וטרביה, 2024). להבדלים אלו השלכות מרחיקות לכת בכמה וכמה משתני תוצאות ילדים (הצלחה בבחינות בגרות, שיעור הילדים המוכרים לשירותי הרווחה, עבריינות נוער ועוד), והם ניכרים בפערים ובאי־שוויון בין קבוצות אוכלוסייה (Ben-Arieh, 2010).

3.3.1.3 פריסת התחנות במועצות האזוריות לפי מדדים גאוגרפיים, כלכליים וחברתיים

המועצות האזוריות בישראל מכסות כ־80% משטח המדינה ומתגוררים בהן מעל 999 אלף תושבים - כעשירית מאוכלוסיית ישראל (אומדן הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2023). מספר היישובים בהן עומד על 1,007, והם מגוונים בגודלם, בסוג האוכלוסייה, באופיים ובאורח חייהם. יישובים אלו

מסווגים לשמונה קטגוריות, עם תתי־חלוקות נוספות בהתאם לאורח החיים הנהוג בהם ולמידת השיתופיות (למשל קיבוצים ומושבים). על אלו מתווספים עוד 35 כפרים ערביים לא מוכרים, רובם בפזורה הבדואית בנגב, שבה מתגוררים כ־300 אלף תושבים. 22% מהם חיים בפזורה פנימית - מחוץ לאזור המתוכנן בשטח השיפוט של יישוב בדואי מוכר, והנותרים בפזורה החיצונית - התיישבות ספונטנית שאינה מוסדרת או נכללת בפזורה הפנימית (בלנק, 2024). גבולות המועצות נקבעו משיקולי ביטחון, אידיאולוגיה ושיוך ארגוני, וצורת התיישבות זו משקפת את החברה הישראלית על גווניה ושסעיה - לאומיים, חברתיים־כלכליים, אתניים ודתיים (חננאל ופישמן, 2017). נכון לשנת 2025 יש 39 מועצות אזוריות שבהן יישובים יהודיים בלבד, 4 מועצות אזוריות המורכבות מיישובי מיעוטים בלבד ו־11 מועצות אזוריות מעורבות.

טבלה 5 מרכזת את הנתונים הנוגעים לתחנות לבריאות המשפחה במועצות האזוריות, בהתייחס למדדים הרלוונטיים לפריפריה - מדד הריחוק מהמרכז; המדד החברתי־כלכלי; מדד הקומפקטיות; מדד ממוצע המרחקים בדרך הכביש הקצרה ביותר בין יישובי המועצה ובין המרכז התפעולי, מדד מבנה השירותים המוניציפליים - ולגורם המפעיל.

טבלה 5: מספר התחנות לבריאות המשפחה במועצות אזוריות על פי מדדים דמוגרפיים, חברתיים, כלכליים ותפעוליים

מועצה אזורית'	מספר ישובים	מספר ילדים לידה – 4	ישובים	מספר תחנות	תחנות סגורות	מדד פריפריה	מדד חברתי כלכלי	ממוצע מרחקים	מפעיל
מחוז דרום									
באר טוביה	23	1,900	יישובים יהודים	4	0	6	7	8	כללית
חוף אשקלון	21	1,800	יישובים יהודים	4	2	5	7	8.4	כללית
אל קסום	7	3,229	יישובים בדואים	4	1	3	1	24	משרד הבריאות
אשכול	32	1,410	יישובים יהודים	6	4	2	6	14.4	כללית ומכבי
מרחבים	17	1,489	יישובים יהודים	2	0	3	6	12.9	משרד הבריאות

מועצה אזורית	מספר ישובים	מספר ילדים לידה – 4	ישובים	מספר תחנות	תחנות סגורות	מדד פריפריה	מדד חברתי כלכלי	ממוצע מרחקים	מפעיל
לכיש	19	1,520	יישובים יהודים	4	0	4	7	15.9	כללית
נווה מדבר	4	2,834	יישובים בדואים	4	0	2	1	28.8	משרד הבריאות
שפיר	14	1,510	יישובים יהודים	2	0	5	5	12.7	כללית
בני שמעון	13	930	יישובים יהודים (וגם יישובים בדואים לא חוקיים).	6	0	3	7	18.1	כללית
שדות נגב	16	263	יישובים יהודים	1	0	3	6	6.3	מכבי
שער הנגב	12	776	יישובים יהודים	4	1	4	7	7.4	כללית
יואב	13	601	יישובים יהודים ויישוב בדואי	3	0	5	8	14.8	כללית
רמת נגב	14	771	יישובים יהודים	3	0	1	6	23.9	כללית
חבל אילות	12	349	יישובים יהודים	1	0	1	5	23.8	כללית
הערבה התיכונה	7	277	יישובים יהודים	4	0	1	7	16.6	כללית
תמר	5	129	יישובים יהודים	2	0	1	7	29.4	כללית
מחוז חיפה									
חוף הכרמל	26	2,953	יישובים יהודים ויישוב ערבי	6	0	5	8	10.4	כללית
מנשה	24	1,616	יישובים יהודים וערבים	1	0	5	7	8	כללית
זבולון	14	1,010	יישובים יהודים ובדואים	7	0	5	5	8.1	כללית ומאוחדת
אלונה	3	157	יישובים יהודים (מושבים)	0		4	8	3	
מחוז יהודה ושומרון									
מטה בנימין	28	9,701	יישובים יהודים	24	1	5	5	31.3	כללית, מכבי
שומרון	28	7,643	יישובים יהודים	15	0	5	6	30.3	כללית, מכבי ולאומית

מועצה אזורית	מספר ישובים	מספר ילדים לידה – 4	ישובים	מספר תחנות	תחנות סגורות	מדד פריפריה	מדד חברתי כלכלי	ממוצע מרחקים	מפעיל
גוש עציון	14	3,340	יישובים יהודים	2	0	4	6	12.1	כללית ומכבי
הר חברון	14	1,652	יישובים יהודים	0		3	5	21.8	
ערבות הירדן	20	1,130	יישובים יהודים	1	0	3	6	20.1	כללית
מגילות ים המלח	6	259	יישובים יהודים	0		3	7	12.8	
מטה יהודה	58	5,533	יישובים יהודים וערבים	6		6	7	15.4	כללית משרד הבריאות
חוז מרכז (השפלה)									
גזר	25	2,246	יישובים יהודים	3	0	6	8	9	כללית
חבל מודיעין	24	2,016	יישובים יהודים	2	0	7	7	10.5	כללית
שדות דן (עמק לוד)	9	1,838	יישובים יהודים	1		8	6	4.6	משרד הבריאות
נחל שורק	7	1,145	יישובים יהודים	1	0	6	5	3.9	כללית
ברנר	6	611	יישובים יהודים	0		7	8	5.8	
חבל יבנה	7	703	יישובים יהודים	3	0	6	6	4.6	כללית
גן רווה	9	513	יישובים יהודים	0		7	8	4.4	
גדרות	7	306	יישובים יהודים	1	0	6	9	2.6	כללית
מחוז מרכז (השרון)									
עמק חפר	44	2,722	יישובים יהודים	5	0	6	8	7.8	כללית
דרום השרון	31	2,415	יישובים יהודים	7	0	7	8	9.1	כללית
לב השרון	19	1,515	יישובים יהודים	0		6	8	8	
חוף השרון	14	998	יישובים יהודים	3	0	7	8	6.9	כללית
מחוז צפון									
עמק יזרעאל	38	3,011	יישובים יהודים ובדואים	25	0	4	8	18	כללית ומשרד הבריאות
הגלבוע	32	2,830	יישובים יהודים וערבים	21	1	3	5	10.7	כללית ומשרד הבריאות

מועצה אזורית’	מספר ישובים	מספר ילדים לידה – 4	ישובים	מספר תחנות	תחנות סגורות	מדד פריפריה	מדד חברתי כלכלי	ממוצע מרחקים	מפעיל
מטה אשר	32	2,432	יישובים יהודים, יישוב ערבי ויישוב בדואי	16	3	3	7	12.6	כללית ומשרד הבריאות
משגב	35	2,245	יישובים יהודים ובדואים	6	1	3	7	12.3	כללית, מכבי ומשרד הבריאות
גולן	31	1,949	יישובים יהודים	8		1	6	27.2	כללית ומכבי
הגליל העליון	29	1,573	יישובים יהודים (קיבוצים)	16	9	1	7	18.9	כללית ומכבי
מרום הגליל	24	1,377	יישובים יהודים, יישוב דרוזי ויישוב צ’רקסי	2	0	2	5	12.6	משרד הבריאות
עמק המעיינות	24	1,418	יישובים יהודים	12	0	2	6	10.3	כללית
עמק הירדן	22	1,105	יישובים יהודים	5	0	2	7	9	כללית ומשרד הבריאות
הגליל התחתון	18	1,077	יישובים יהודים	11	0	3	7	13.9	כללית ולאומית
מגידו	13	901	יישובים יהודים	5	0	4	7	7.3	כללית
מעלה יוסף	22	961	יישובים יהודים	3	0	2	7	..16.2	כללית
אל־בטוף	4	942	כפרים ערבים ובדואים	4	0	3	2	9.8	משרד הבריאות
בוסתאן אל־מרג’	4	742	כפרים ערבים	3	0	3	3	8.5	משרד הבריאות
מבואות החרמון	13	582	יישובים יהודים	0		1	7	20.7	

הנתונים מלמדים על פערי נגישות לתחנות לבריאות המשפחה בין המועצות האזוריות, פערים המושפעים בעיקר ממדד חברתי־כלכלי, מפריפריאליות ומזהות המפעיל. מועצות בדואיות - כמו נווה מדבר (28.8 ק"מ) ואל קסום (24 ק"מ), השייכות לאשכול 1 - מתאפיינות במרחקים גדולים ובמספר ילדים גבוה. לעומתן, מועצות יהודיות באותו מחוז - כמו שדות נגב ושער הנגב - נהנות ממרחקים קצרים הרבה יותר (7.4-6.3 ק"מ). גם ביהודה ושומרון הפערים גדולים: מטה בנימין ושומרון מציגות מרחקים ממוצעים של מעל 30 ק"מ, ואילו גוש עציון ומגילות ים המלח נהנות ממרחקים קצרים יותר (13-12 ק"מ). באופן כללי, מועצות המדורגות באשכולות הנמוכים ביותר (3-1) מתאפיינות במרחקים גדולים יחסית, ואלו שבאשכולות 9-8, כמו גזר וגדרות, מתאפיינות במרחקים קצרים יותר.

מדד הפריפריאליות משפיע אף הוא על הנגישות: מועצות כמו רמת נגב, תמר וגולן, בעלות מדד פריפריאלי נמוך יותר, מציגות מרחקים גבוהים יותר לטיפת חלב. מנגד, בפריפריה בינונית (מדדים 6-3) נמצא את מספר התחנות הגבוה ביותר (147-139), ואילו בפריפריה הרחוקה (2-1) והקרובה מאוד (10-9) מספר התחנות נמוך במידה ניכרת.

זהות המפעיל ומדיניות הממשלה לגבי אזורי הפריפריה משפיעות אף הן על זמינות התחנות ועל איכות השירות הניתנת בהן: משרד הבריאות מפעיל בעיקר תחנות ביישובים הבדואים והערביים באשכולות הנמוכים, עם 80% מהתחנות שלו במדדים 3-1. לעומתו, קופות החולים, ובראשן כללית (208 תחנות, 73% מסך התחנות), פועלות בעיקר ביישובים יהודיים, עם ממוצעי מרחק קטנים יותר, ואילו לאומית, מכבי ומאוחדת פועלות באופן נקודתי יותר. ביהודה ושומרון מעניקה המדינה לקופות החולים המפעילות תחנות תגמול כספי, אך זאת בתנאי שהשירותים יינתנו למבוטחי כל הקופות. עם זאת, תקן כוח האדם מותאם למספר מבוטחי הקופה באותו היישוב. יוצא אפוא שברוב המקומות מוטל עומס עבודה רב על האחות, איכות השירות למבוטחי הקופה נפגעת, ומבחינת מערכת ומחשוב יש מגבלות בהעברת מידע רפואי לרופא המטפל (ועדת הבריאות, 14.6.2023; מבקר המדינה, 2014).

פערים משמעותיים קיימים גם בין מספר התחנות ובין גודל אוכלוסיית הילדים: במטה בנימין (9,701 ילדים) יש 24 תחנות, ואילו מועצות אזוריות כמו הר חברון ומגילות ים המלח, שבהן מאות ילדים, אינן מציעות שירות כלל. הפערים בנגישות לשירותי בריאות הינקות - פערים הנובעים מהצטלבות של מצב חברתי־כלכלי, מיקום גאוגרפי ומדיניות הפעלת התחנות - פוגעת בייחוד באוכלוסיות מוחלשות.

3.3.1.4 פערים, חסמים ואתגרי נגישות: שירותי בריאות המשפחה בחברה הערבית והבדואית

דוח רופאים לזכויות אדם (רוזנר, 2020) מצביע על כך שכוח האדם הרפואי בפריפריה מצומצם, ההשקעה בתשתיות בריאות ותחבורה ציבורית נמוכה, והפעלת התחנות לבריאות המשפחה נעשית כמעט באופן בלעדי על ידי משרד הבריאות. הדבר משפיע על נגישות האוכלוסייה הערבית לשירותי רפואה בסיסיים ומלמד על תלות גבוהה בשלטון המרכזי ביישובים מוחלשים. תלות זו מחריפה ביישובי הפזורה הבדואית, הנעדרים שיוך מוניציפלי.

אתגרי הנגשת הבריאות בפזורה הבדואית: סיפורה של שכונת אלמטלה

שכונת אלמטלה - בצפון הנגב, בין תל שבע לכביש 6 העתידי - מדגימה את האתגרים שבפריסת שירותי בריאות ביישובים הבדואים. השכונה משתרעת על פני כ־3,130 דונם וגובלת בשלוש רשויות שונות: בני שמעון, אל־קסום ותל שבע. במשך שנים לא הייתה שייכת לאף אחת מהן, ולפיכך נותרה ללא כתובת מוסדית שתספק שירותים בסיסיים, ובהם שירותי בריאות לאימהות ולילדים (אפרתי ואח', 2021).

בני שמעון, מהמועצות האמידות בישראל, ביקשה לגרוע את השכונה מתחומה בטענה לחוסר התאמה תכנונית וחברתית. גם אל־קסום ותל שבע - רשויות מוחלשות המדורגות באשכול החברתי־כלכלי הנמוך ביותר - סירבו להכלילה בתחומן. המועצה האזורית אל־קסום, שבה מתגוררים 20,567 תושבים על פי אומדן הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2024), מעניקה שירותים למעלה 600 אלף נפש, נוסף על יישובי הפזורה שאינם רשומים בתחומה (www.alqasoum.org.il), ומתמודדת עם מחסור כרוני במשאבים מוניציפליים ושירותים לאוכלוסייה. המועצה המקומית תל שבע הביעה את הסתייגותה בנימוק של חוסר התאמה שבטית קהילתית ושל מגבלות כלכליות - היישוב מדורג באשכול החברתי־כלכלי הנמוך ביותר, והשקעת המועצה בתושב נמוכה יחסית ועומדת על 1,660 ש"ח בלבד - הנתון השני הנמוך בישראל (אפרתי ואח', 2021).

בסופו של דבר החליטה ועדה גאוגרפית על סיפוח השכונה לתל שבע, מהלך שהוביל לעומס על השירותים הניתנים למשפחות המקום. הנספח הפרוגרמטי לשטחי ציבור באלמטלה (לרמן ובן שושן, 2020) ציין כי בשכונה עתידות לקום

שתי תחנות לבריאות המשפחה, ובהן יועסקו שמונה אחיות (בהתאם לתחשיב של אחות לכל 100 ילדים בגיל הרך). נכון להיום, שירותי הבריאות בשכונה אינם קיימים בפועל, ותושביה מופנים לתחנה היחידה לבריאות המשפחה, הנמצאת בתל שבע (משרד הבריאות, 2025). השירותים לכ־20 אלף תושבי אלמטלה מסופקים אפוא על ידי רשות המתקשה לספק מענה לתושביה עוד טרם הסיפוח (אפרתי ואח', 2021).

פריסת שירותי הבריאות בתחנות לבריאות המשפחה ביישובים בדואים וערביים מצומצמת יחסית לאלו שביישובים יהודיים המבוססים כלכלית או חזקים פוליטית, שם מופעלות תחנות רבות על ידי קופות החולים המבקשות להרחיב את מספר מבוטחיהן, והמרחקים אליהן קטנים במידה ניכרת (הוועדה המיוחדת לזכויות הילד, 26.10.2020). כך, מתוך 283 תחנות הרשומות במועצות האזוריות, 252 ממוקמות ביישובים יהודיים ו־31 הנותרות ביישובים שאינם יהודיים. ביישובים הערביים והבדואים, האחריות למתן השירותים נופלת לרוב על משרד הבריאות עצמו, מה שמלמד על תלות גבוהה בשלטון המרכזי ביישובים מוחלשים.

הפערים הללו באים לידי ביטוי גם במדדי הבריאות. בשנת 2023 עמד שיעור תמותת התינוקות בחברה הערבית על 5.2 לכל 1,000 לידות חי, בהשוואה ל־1.9 באוכלוסייה הכללית. בקרב החברה הבדואית בדרום הנתון חמור אף יותר, ועומד על כ־11 לכל 1,000 לידות חי - כמעט פי שניים משיעור התמותה בחברה הערבית הכללית (המטה ליישום התוכנית לחברה הערבית במשרד הבריאות, ועדת הבריאות של הכנסת, 18.2.2025). ממצאים אלו מחזקים את הצורך בתכנון שירותי בריאות מותאמים, הכוללים תשתיות מספקות, כוח אדם מיומן ושירותים הנגישים פיזית ותרבותית לאוכלוסייה המקומית (הוועדה המיוחדת לזכויות הילד, 26.10.2020).

ההנגשה התרבותית משמעה התמודדות עם עוד חסמים, נוסף על אלו הגאוגרפיים, כאלו העשויים למנוע או לעכב את האוכלוסייה מהגעה לאבחון ולטיפול: תהליכים בירוקרטיים; מגבלות כלכליות; פערי שפה; היעדר תיאום מלא בין כלל הגורמים המטפלים (רובל־ליפשיץ ואח', 2023). תופעה זו בולטת ביישובים ערביים ובפזורה הבדואית בדרום, אך קיימת גם בצפון הארץ. כך לדוגמה הכפר דחי שבמועצה האזורית בוסתן אל־מרג'. אין בו תחנה לבריאות המשפחה, ותושביו נדרשים לקבל שירות בשכונת גבעת המורה, עפולה. בהקשר זה הגדיר משרד הבריאות (2024) נוהל לטיפול מונע בתינוק. טיפול זה ניתן תוך התאמה לצרכים המשתנים והייחודיים של הילדים או המשפחות,

לרבות פערי שפה. אולם לא בכל התחנות מתאפשר הדבר. בתחנה בגבעת המורה אין בצוות המרפאה אחיות מהמגזר הערבי הדוברות את השפה, ולרוב אב המשפחה משמש מתורגמן. בעקבות זאת יש קושי לגשר על פערים תרבותיים, לאתר נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה, וכן לאתר נשים נפגעות אלימות במשפחה ולטפל בהן.

מתוך מודעות לחסמים השונים בקבלת השירות מוסיף משרד הבריאות הנחיות בנוגע ליישוג (outreach), בדגש על אוכלוסייה בסיכון, הנעשה בשיתוף הרשות המקומית וגורמים נוספים. דוגמה למענה אפשרי ניתן לשאוב מהמיזם "טיפת חלב" המשותף למשרד הבריאות, קרן יד הנדיב, עמותת גושן ולוטם אסטרטגיות (https://www.yadhanadiv.org.il), מיזם המבקש לספק להורים תמיכה, ידע וכלים שיש בהם כדי לשפר את ההתפתחות הבריאה של ילדיהם ולקדם את רווחת ההורים. גישה דומה עומדת גם בבסיס עבודתם של גופים בין־לאומיים (UNICEF Tanzania, 2019) המבקשים "להגיע לכל ילד" (Every Child Reach). אלו נעזרים בעבודתם עם אוכלוסיות מוחלשות בעובדי בריאות קהילתיים (Coker et al, 2024; Moheize et al, 2024). עובדים אלה משמשים חוליה מקשרת בין מערכות הבריאות ובין הקהילה המקומית - לעיתים אף ללא הכשרה רפואית פורמלית, אך לאחר הכשרה ייעודית - ותפקידם לזהות צרכים, להנגיש מידע ושירותים, לטפח אמון ולעודד פנייה לקבלת טיפול. אסדרה של תפקיד זה כלולה בהמלצות הוועדה לקביעת אסטרטגיית צמצום פערי בריאות בעשור הקרוב של משרד הבריאות (2023).

ההתאמה למאפיינים ולצרכים של אוכלוסיית היעד נוגעת גם לעיצוב התחנות לבריאות המשפחה ולתחזוקתן. אומנם נושא זה אינו מרכזי בעקרונות התכנון שפרסם משרד הבריאות (2024), אולם במסגרת מיזם "בין הטיפות" - המשותף למשרד הבריאות, לקרן ברנרד ון־ליר ולאקדמיה לאומנות ולעיצוב בצלאל - פורסם מדריך עקרונות עיצוב לתחנות לבריאות המשפחה (2023). המדריך מציג כלים עיצוביים ותכנוניים שבאמצעותם ניתן לעודד בריאות והתפתחות בקרב הגיל הרך, להעשיר את האינטראקציה בין הילד למלווהו ולחזק את התחנה כמוקד אורבני וקהילתי מזמין.

על רקע מגמות אלו מתחדד הצורך בגישה פרואקטיבית לתכנון שירותי בריאות המשפחה, כולל פתיחת תחנות נוספות באזורים עם ביקוש גבוה; הרחבת שעות הפעילות בתחנות קיימות; שימוש בפתרונות לא קונבנציונליים, כמו מרפאות ניידות ביישובים ללא שירות קבוע או בניית אסטרטגיה יישובית הנותנת מענה גם לשונות תרבותית. צעדים אלו יכולים לצמצם את העומס על

התחנות המרכזיות ולהבטיח נגישות גבוהה יותר לשירותי הרפואה המונעת ברחבי הארץ, לרבות במועצות האזוריות וביישובים מוחלשים.

3.3.2 התחנות והמכונים להתפתחות הילד

תת־פרק זה עוסק בפריסת המכונים והיחידות להתפתחות הילד בהיבטים של גורמי האיתור והטיפול, זמינות השירותים וכן בקרה ורגולציה.

3.3.2.1 גורמים שותפים לאיתור, לאבחון ולטיפול בעיכובי התפתחות

מעקב ההתפתחות בתחנות טיפת חלב מגיל לידה ועד גיל שש נועד לוודא התפתחות תקינה. נתוני משרד הבריאות (2024) מלמדים כי 10%-12% לערך מהילדים בגיל לידה עד תשע מופנים לאבחון במערך התפתחות הילד, האמון על הטיפול במגוון עיכובי התפתחות בתחום הקוגניטיבי, המוטורי, השפתי והתקשורתי. לתהליך ליווי המשפחות, הדרכתן ואיתור העיכוב שותפים שלושה גורמים, כמפורט בתרשים 6:

תרשים 6: גורמים שותפים לאיתור, לאבחון ולטיפול בעיכובי התפתחות

מכונים להתפתחות הילד

- אחראים על תהליך האבחון וקביעת הטיפול המתאים.
- מטפלים בבעיות התפתחותיות קשות ומורכבות.
- הפניית ילדים עם בעיות התפתחותיות פחות מורכבות ליחידות.

←

יחידות להתפתחות הילד

- מטפלות בילדים שהופנו אליהן לאחר אבחון במכון להתפתחות הילד.
- מאפשרות לילדים לקבל טיפול סמוך למקום מגוריהם.

←

טיפול מחוץ למערך

- טיפול אצל אנשי ונשות מקצוע במקרים של עיכובי התפתחות קלים בתחום אחד בלבד או כשמדובר בילדים מעל גיל תשע
- מטפלים ומטפלות מקצועיים המוכרים כמטפלי התפתחות מורשים

המכונים להתפתחות הילד משמשים כמרכז האבחון הראשוני של קופות החולים, ולרוב הם מצויים בבתי חולים ממשלתיים ופרטיים. היחידות מעניקות אבחונים וטיפולים באופן רב־מקצועי, תחת קורת גג אחת ובליווי של הגנה רפואית - הדרכה, ייעוץ והכוונה של רופא באישור המחלקה להתפתחות הילד - וכן נותנות שירות לקופות החולים. משרד הבריאות מייחס חשיבות לשמירה על רצף אבחוני וטיפולי במעבר שבין המכון ליחידה, ומבקש להקצות רכז לכל מקצוע מתחום התפתחות הילד, שיעמוד בקשר עם הגורמים המקצועיים במחוז ובקהילה.

ככלל, עבודת המכונים והיחידות נעשית בהתאם לסיווג הבין־לאומי של תפקוד, של מוגבלות ושל בריאות FCI/CI (International Classification of functioning Disability and Health) מטעם ארגון הבריאות העולמי. מודל זה משמש בסיס להערכה ולטיפול בילדים עם עיכוב התפתחותי, מתוך ראייה הוליסטית המתייחסת לסביבה החברתית והקהילתית שהילד חי בה. המודל מדגיש את חשיבות ההתערבות הרב־תחומית ואת שיתוף הפעולה בין גורמים רפואיים, חינוכיים וחברתיים, שיתוף פעולה הדרוש לשם יצירת מעטפת תמיכה מקיפה לילד ולמשפחתו (World Health Organization, 2007).

עם הזיהוי, האיתור, ההערכה והאבחון של הילד או הילדה, מתבצעת גם התאמה של תוכנית ההתערבות הטיפולית. ילדים עם הפרעות התפתחותיות זכאים לקבלת טיפולים התפתחותיים שונים לפי צורכיהם - מלידה עד גיל 18 - ללא השתתפות עצמית. ילדים עם עיכוב התפתחותי - חד־תחומי או רב־תחומי (לקות מורכבת) - עד גיל 9, מטופלים על ידי קופות החולים בהתאם לסל שירותים המוגדר בחוק בריאות ממלכתי. מטרת־העל היא להביא אותם להשתתפות התואמת את יכולותיהם, בעיסוקים ובפעילויות בחיי היום־יום. משום כך מבקש משרד הבריאות (המנהל הרפואי, 2023) להבטיח גישה נוחה וזמינות מיטבית לטיפולים הדרושים, ומקנה חשיבות רבה להימצאות שירותי התפתחות הילד במקום אחד בסביבת המגורים של הילדים המאובחנים. בפועל קיימים פערים בכוח אדם רפואי, בזמינות השירותים ובנגישותם בין אזורים שונים.

דוגמה לכך ניתן לשאוב מהמרכזים לגיל הרך (מג"רים), המשמשים עוגן במערך השירותים ברשויות המקומיות (אסולין ודולב, 2022). במרכזים אלו ניתן למצוא בדרך כלל שניים או יותר מהשירותים הבאים: יחידה התפתחותית; מעונות יום וגנים; טיפת חלב; תוכניות איתור; תוכניות העשרה להורים ולילדים; הדרכה והכשרות לצוותים חינוכיים וטיפוליים. היחידה להתפתחות הילד של משרד

הבריאות, הפועלת במג"ר, מקבלת ילדים המופנים על ידי קופות החולים, בהתאם לזמינות, בקשת ההורים, נגישות גאוגרפית ומורכבות המקרה. לפי קרנות פילנתרופיות ודוחות שפורסמו בשנים האחרונות (מוניקדם־גבעון, 2022; פויכטוונגר, 2024), כיום פועלים 88 מג"רים במודל הבין־משרדי, בהובלה פדגוגית של משרד החינוך ובמימון ובשותפות התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון (360) ומשרד הרווחה, משרד הבריאות, משרד השיכון ומשרד העלייה והקליטה. לפי הערכה, כ־30 מרכזים נוספים לגיל הרך פועלים באופן עצמאי. קהלי היעד הם ילדים מגיל לידה עד שש והוריהם, בייחוד ילדים במצבי סיכון וצוותים חינוכיים וטיפוליים, אולם האוכלוסייה העיקרית הצורכת שירותים במג"רים היא ילדים בגיל שלוש עד שש.

3.3.2.2 השירותים להתפתחות הילד: ניתוח זמינות ברמה הגאוגרפית, החברתית והכלכלית

טבלה 6 שלהלן מציגה את נתוני משרד הבריאות לשנת 2020 בהתייחס לשיעור הנבדקים עם עיכוב התפתחות על פי הרישום בתחנות לבריאות המשפחה בשבעה מחוזות. לצידם מוצגים מספרי המכונים והיחידות להתפתחות הילד בפילוח על פי מחוז.

טבלה 6: ילדים הסובלים מעיכוב התפתחותי בפילוח לפי מחוז ומספר מכונים ויחידות להתפתחות הילד

מחוזות	מכונים להתפתחות הילד	יחידות להתפתחות הילד	אחוז הנבדקים עם אחוז עיכוב התפתחות – התחנות לבריאות המשפחה
צפון	**6** 1 – נהריה; צפת; טבריה; נהריה; עפולה; נוף הגליל	**32** 2 – סח'נין 2 – עכו 2 – עפולה 2 – עראבה 1 – צפת; מועצה אזורית רמת הגולן; קריית שמונה; שפרעם; טמרה, אלבטוף; בית ג'ן; בית שאן; ג'דיידה מכר; כפר דבורייה; חצור הגלילית; יוקנעם; ירכא; כסרא־סמיע; כפר כנא; כפר מנדא; כרמיאל; מג'אר; מגדל העמק; מג'דל שמס; מרום הגליל; מעאאן; נהרייה; 2 – נוף הגליל	**11.8%**

מחוזות	מכונים להתפתחות הילד	יחידות להתפתחות הילד	אחוז הנבדקים עם אחוז עיכוב התפתחות – התחנות לבריאות המשפחה
חיפה	**6** 2 – חיפה 3 – חדרה 1 – קריית ביאליק	**13** 2 – חיפה 1 – חדרה; טירת כרמל; אום אל־פחם; אור עקיבא; באקה אל גרביה; ג'סר א־זרקא; פוריידיס; פרדס חנה; קרית אתא; קרית ביאליק; קרית מוצקין	**8.4%**
מרכז	**13** 2 – צריפין; נתניה 2 – מודיעין 3 – כפר סבא 2 – ראשון לציון 2 – רחובות; פתח־תקווה; רעננה	**28** 5 – נתניה; קלנסווה 4 – רחובות; מודיעין עילית; 2 – מודיעין-מכבים רעות; מ.א. מטה בנימין; אלעד; אריאל; מ.א. שומרון; גדרה; 2 – טירה; לוד 3 – פתח תקווה; קרני שומרון; ראשון לציון 2 – רמלה	**9.9%**
תל אביב	**7** 3 – תל אביב; תל השומר 2 – בני ברק; חולון	**13** 3 – אור יהודה; בני ברק; בת־ים; גבעתיים 2 – קרית אונו; תל אביב-יפו 3 – רמת גן	**10.9%**
ירושלים	**4** 4 – ירושלים	**11** 5 – ירושלים 4 – בית שמש 1 – ביתר עילית; קרית ארבע	**9.5%**
דרום	**4** 1 – אילת 3 – באר שבע	**18** 2 – באר שבע 2 – דימונה 2 – נתיבות; מצפה רמון; ערד; רהט חורה; תל שבע; מועצות אזוריות: נווה־מדבר; אשכול; מרחבים; ערבה תיכונה; שדות נגב; בני שמעון	**11.9%**

מחוזות	מכונים להתפתחות הילד	יחידות להתפתחות הילד	אחוז הנבדקים עם אחוז עיכוב התפתחות – התחנות לבריאות המשפחה
אשקלון	**1** 1 – אשקלון	**11** 2 – אשקלון 5 – אשדוד 2 – קרית גת; קרית מלאכי; מ.א. שער הנגב; מ.א. שפיר	**16.6%**
סה"כ	**41**	**126**	

נתוני הטבלה לעיל מלמדים על פערים בזמינות השירותים להתפתחות הילד בין המחוזות השונים. נוסף על כך, ניתן לזהות קשר בין מספר המכונים לשיעור העיכוב ההתפתחותי. מחוזות עם מספר מצומצם של מכונים (דרום, צפון ואשקלון) מציגים את השיעורים הגבוהים ביותר של ילדים המאובחנים עם עיכוב התפתחותי (11.9%, 11.8% ו־16.6% בהתאמה). מחוזות עם מספר רב יותר של מכונים (מרכז, תל אביב, חיפה) מציגים שיעורי עיכוב נמוכים יחסית (10.9%-8.4%).

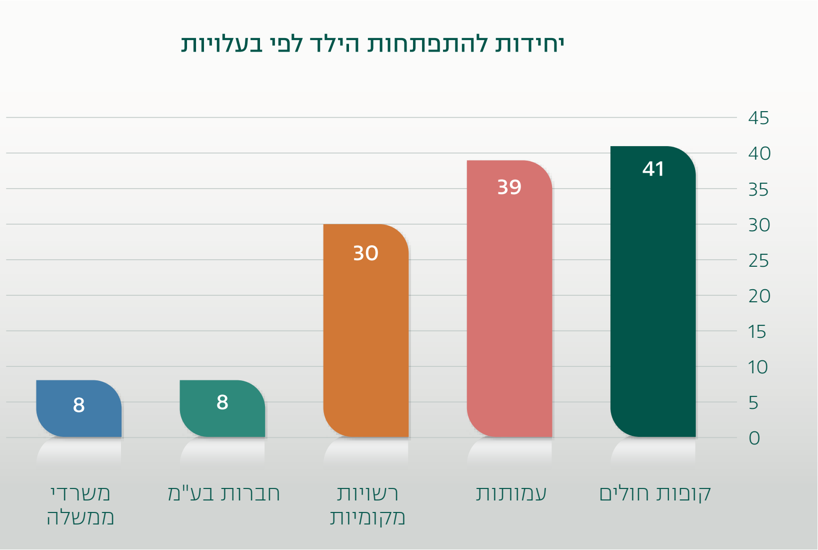
מחוז אשקלון בולט במיוחד. שיעור העיכוב ההתפתחותי בו גבוה מאוד (16.6%), אך עומד לרשותו מכון אחד בלבד להתפתחות הילד. בעיר אשקלון עצמה פועלים מכון זה ועוד שתי יחידות התפתחותיות (האחת של מכבי והאחרת של שירותי בריאות כללית) בהכרת משרד הבריאות. אף שהן מספקות שירותים חשובים, יכולתן מוגבלת ואינה מקבילה למלוא סל הטיפולים שמציע מכון ייעודי. שתי יחידות נוספות (של מאוחדת ולאומית) אינן מופיעות ברשימות משרד הבריאות. ייתכן שהן לא ביקשו הכרה, לא עמדו בסטנדרטים או שהן בתהליך הכרה, ולכן אינן חלק מן המערך הציבורי הרשמי. מצב זה ממחיש את המחסור החמור במענה מקצועי דווקא באזור שבו השיעור הגבוה ביותר של ילדים מאותרי עיכוב התפתחות.

פערים ניכרים גם בין אזורים עירוניים לפריפריה. במחוזות שבהם האוכלוסייה מרוכזת (כמו תל אביב וירושלים) נוטים לקבל יותר שירותים יחסית למספר הנבדקים. באזורי פריפריה (כמו הדרום ואשקלון) יש פחות מכונים אך שיעור גבוה של עיכוב התפתחותי, מה שמעיד על פער נגישות חמור. בתוך כך נבחן גם מצב השירותים באזורים שבהם יש פיזור יישובים רחב, למשל

ביהודה ושומרון וביישובים הבדואים בנגב. ביהודה ושומרון יש מספר יחידות להתפתחות הילד: מחוז המרכז כולל יחידות בערים אריאל ואלעד, במועצה המקומית קרני שומרון ובמועצות האזוריות מטה בנימין ושומרון; מחוז ירושלים כולל יחידה בקריית ארבע. ביישובים הבדואים ניתן השירות ברהט, בחורה, בתל שבע ובמועצה האזורית נווה מדבר, אולם שיעור הילדים עם עיכוב התפתחותי גבוה במיוחד (11.9% במחוז הדרום). לנתון זה מתווסף המחסור במכונים - ארבעה מכונים בלבד בדרום לכלל האוכלוסייה. מכל אלה עולה תמונה של מספר יחידות מצומצם ביחס לצרכים, וצורך בבחינה מחודשת של חלוקת השירותים.

היחידות להתפתחות הילד הן שירות בריאות מרכזי בגיל הינקות, והן מופעלות בידי גורמים שונים, כמפורט להלן בתרשים 7.

תרשים 7: יחידות להתפתחות הילד לפי בעלויות



התרשים מלמד כי ההפעלה של היחידות להתפתחות הילד ברשויות המקומיות השונות אינה אחידה. השוואה בין הרשויות המקומיות מעלה כי רשויות חזקות (אשכול חברתי־כלכלי 7-10) נוטות לקחת אחריות ישירה על הפעלת שירותי הגיל הרך, כולל ניהול עצמאי של מעונות יום, הפעלת מסגרות תמיכה להורים ותוכניות ייעודיות להתפתחות הילד. רשויות חלשות יותר

(אשכול 6-1) נסמכות על עמותות מיסודן של קרנות פילנתרופיות ובמידה רבה על תמיכת המדינה ובייחוד על התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון (360), המשותפת לחמישה משרדי ממשלה ופועלת ב־185 רשויות מקומיות באשכולות 5-1 ובשכונות בעלות מאפיינים סוציו־אקונומיים נמוכים. כשליש ממשאבי התוכנית, העומדים על 220 מיליון ש"ח בשנה, מוקצים לתוכניות, להתערבויות ולשירותים לגיל הרך, כך שרשויות יכולות לבחור להקים יחידות התפתחותיות חדשות (משרד הבריאות, 2023).

אולם רשויות מקומיות המדורגות באשכול חברתי־כלכלי 6 נמצאות במצב ביניים בעייתי: מחד גיסא, אין הן חזקות דיין כדי להפעיל שירותים מקומיים באופן עצמאי; ומאידך גיסא, אין הן זכאיות לסיוע ממלכתי באמצעות תוכנית 360, מה שמקשה עליהן לתת מענה מיטבי לצורכי הגיל הרך. מנהלת תחום לידה עד שלוש ברשות מקומית בצפון הארץ מתארת את האתגר (6.4.2024):

> במסגרות פרטיות ישנו חשש כללי מפני אבחון שעלול להוביל להוצאת הילד מהגן, ולכן פעמים רבות האיתור מתבצע רק כאשר הילדים נכנסים לגן עירוני. בשלב זה, הצוותים דורשים אבחונים דחופים, אך בשל תורים ארוכים, ההורים נתקלים בעיכובים ממושכים, במיוחד בתחומי קלינאות תקשורת. הוועדות המקצועיות מתקשות לסייע למשפחות שאין ביכולתן לממן אבחונים פרטיים, והטיפול עשוי להתעכב חודשים רבים. הרשויות המקומיות מנסות להתמודד עם המצב באמצעות הקמת יחידות אבחוניות מקומיות, ולעיתים אף מקצות עבורן מבנים עירוניים כדי להבטיח שילדי הרשות יזכו לקדימות בטיפול. עם זאת, בהיעדר משאבים מתאימים, המענה נותר חלקי ולרוב אינו כולל שירותי טיפול המשכיים.

מצב זה ממחיש כי על אף מגמת המעורבות הגוברת של רשויות מקומיות בתחום הינקות, פערי ההיקף והאיכות בין הרשויות נותרים משמעותיים. לפיכך יש לקדם צעדי מדיניות שיסייעו בצמצום הפערים ויבטיחו שירותים איכותיים, כולל הרחבת המימון הממשלתי ליחידות התפתחותיות - הן ברשויות מוחלשות ובינוניות, והן בתמיכה לרשויות באשכול חברתי־כלכלי 6. עבורן יוקם "מסלול ביניים" במסגרת תוכנית 360 או תוכנית ממשלתית נפרדת, שתיתן תמיכה ייעודית ומבוססת קריטריונים. הקצאת המשאבים תיעשה בהתאם למדדים משולבים: אשכול חברתי כלכלי; זמינות שירותים קיימים; שיעור האיתור המאוחר; פיתוח מענים אזוריים במודל שיתופי; עידוד הקמה של יחידות אבחוניות אזוריות, שישרתו קבוצות של רשויות - מועצות אזוריות

וערים סמוכות באשכולות 6-5 - תוך שיתוף מבנים, משאבים ואנשי מקצוע; תמרוץ מעונות פרטיים לביצוע איתור מוקדם - פיתוח מודל מוניציפלי או ממשלתי שיכלול תמריצים למעונות יום פרטיים, כך שיוכלו להיות שותפים פעילים בתהליכי איתור ואבחון של עיכובי התפתחות.

3.3.2.3 ירידה בפיקוח על שירותי התפתחות הילד והשיקום: השלכות ואתגרים

המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו במשרד הבריאות היא הגורם שעליו מוטלת משימת הבקרה במכונים וביחידות להתפתחות הילד, בהתאם לתקנות מעונות יום שיקומיים (כללים להכרה במכון להתפתחות הילד, תש"ע-2009). הבקרות נועדו להעניק או להאריך הכרה למכונים וליחידות, וכן להעניק רישיון הפעלה למעונות יום שיקומיים שבהם שוהים פעוטות עם עיכוב התפתחותי. הן מתבצעות בשיתוף מחלקות נוספות במשרד הבריאות (המחלקה לאוטיזם ולתזונה) ומשרד הרווחה, וכוללות בדיקת מבנים, ציוד, נגישות, עמידה בתקינה ותחומי טיפול שונים.

בתום כל בקרה שולחת המחלקה דוח למוסד המבוקר. החל משנת 2016 מפרסמת המחלקה באתר משרד הבריאות את דוחות הבקרות שהתבצעו ביחידות, במכונים ובמעונות היום השיקומיים, וכן את הנקודות לשימור ולשיפור ואת תגובת הגוף המבוקר. טבלה 7 שלהלן מפרטת את מספר הבקרות שדווחו משנת 2019 ואילך.

טבלה 7: בקרה במכונים וביחידות להתפתחות הילד ובמעונות יום שיקומיים בשנים 2025-2019

שנה	מכונים להתפתחות הילד	יחידות להתפתחות הילד	סה"כ בקרות – מכונים ויחידות להתפתחות הילד	מעונות יום שיקומיים
2024	0	0	0	0
2023	9	0	9	0
2022	6	8	14	0
2021	5	24	29	10
2020	6	15	21	26
2019	4	25	29	31

מהנתונים עולה תמונה מדאיגה של ירידה חדה בדיווח על מספר הבקרות שבוצעו בשנים האחרונות. בשנת 2024 לא התקיימו כלל בקרות במכונים, ביחידות להתפתחות הילד ובמעונות היום השיקומיים, וזאת בהשוואה לשנים קודמות, שבהן התקיימו עשרות בקרות. המגמה החלה עוד בשנת 2023, אז נרשמה ירידה משמעותית במספר הבקרות המדווחות לעומת השנים שלפני כן.

בשנים 2021-2019 נרשם מספר גבוה יותר של בקרות, הן במכונים והן ביחידות להתפתחות הילד, כאשר שיא הבקרות נרשם בשנת 2021 עם 29 בקרות במכונים וביחידות ו־10 בקרות במעונות יום שיקומיים. לעומת זאת, בשנת 2022 נרשמה ירידה במספר הבקרות, וכך גם בשנת 2023. בשנת 2024 ובארבעת החודשים הראשונים של שנת 2025 לא דווח כלל על ביצוע בקרות.

הבקרות הן כלי מרכזי להבטחת עמידה בסטנדרטים מקצועיים ובניהול תקין של המוסדות. בתגובה לפנייה טלפונית בנושא מסרה המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו כי הבקרות התקיימו אולם לא עודכנו באתר המשרד. בקשה שהועברה בכתב בדצמבר 2024 לקבלת מועדי הבקרות שהתקיימו לא נענתה עד למועד פרסום דוח זה, וכך גם פנייה טלפונית במאי 2025.

מעבר לכך, היעדר פיקוח מערכתי מקשה על הרשויות המקומיות לפתח מענים מותאמים ולבסס רצף שירותים איכותי, בהתאם להמלצות הוועדה לקביעת אסטרטגיית צמצום פערי בריאות בעשור הקרוב של משרד הבריאות (2023). שוויוניות מחייבת מדידה ופיקוח שוטפים, ובהיעדרם של אלה נופלת האחריות להבטחת שירותים איכותיים על יוזמות נקודתיות של רשויות בודדות, במקום שתהיה חלק ממדיניות ממשלתית כוללת.

הירידה החדה במספר הבקרות המדווחות במכונים וביחידות להתפתחות הילד ובמעונות היום השיקומיים מתקיימת דווקא בתקופה שבה נדרשת השקעה גדולה לשיפור השירותים ולהרחבתם. משרד הבריאות, האחראי המרכזי לשירותים אלו, מתמודד עם אתגרי נגישות וזמינות - בעיקר בפריפריה - לצד קושי לגייס ולהכשיר כוח אדם מקצועי. אף שחלה התקדמות בכלים של שקיפות ובקרה (כמפורט לעיל בסעיף 2.4), היא אינה מלווה תמיד בהטמעה אפקטיבית או בתרגום מהיר של מידע למדיניות. השותפות עם הרשויות המקומיות חיונית להתאמה טובה יותר של מענים לצורכי האוכלוסייה המגוונת, וכן לחיזוק היכולת לתכלל בין שירותים רפואיים, חינוכיים והתפתחותיים באופן המקדם רצף טיפולי איכותי בגיל הרך.

דיון ומסקנות

דוּח זה יוצא מתוך מדיניות הממשלה הנוגעת לגיל הינקות, מלמד על מטרותיה, מספר על המשותף בדרך הפעולה של משרדי הממשלה ובוחן את הפערים שבין המדיניות ובין הביצוע והבקרה על פערים אלו. בתוך כך הוא מצליב נתונים ממקורות גלויים מגוונים ויוצר תשתית ידע המאפשרת בחינה מחודשת של סוגיות רלוונטיות לקידום הגיל הרך.

עם זאת, הדוּח מאתר פער מערכתי בין כוונות תקציב 2025 ובין יכולות היישום בפועל. בלי תקינת כוח אדם דינמית המתעדכנת עם גידול האוכלוסייה; רף שירות אחיד וזמני המתנה מרביים; מאגר מידע משותף לשלושת המשרדים לשם בקרה בזמן אמת; מודל מימון מבוסס צרכים לרשויות - היעדים התקציביים יישחקו, המאמץ לצמצום אי־השוויון בבריאות ובנגישות בין קבוצות האוכלוסייה ייוותר בגדר הצהרה, ואילו הפעוטות ומשפחותיהם בקצה הרצף ימשיכו לחוש את הפער בין ההבטחה ובין הביצוע.

דוגמה לכך היא הנתונים הנוגעים לתחנות לבריאות המשפחה ("טיפת חלב"). הדוּח חושף את הפער הקיים בין מספר התחנות הרשומות ובין מספר התחנות הפעילות. כמו כן הוא מלמד אילו מהן סגורות לצמיתות ואילו זמנית, תוך ציון הסיבות לכך. בניגוד לאופן השכיח שבו מוצגים הנתונים, דוּח זה אינו מתמקד בפריסה הגאוגרפית של התחנות הקיימות, אלא דווקא באותם מקומות יישוב שבהם שירותי הרפואה המונעת בגיל הרך אינם זמינים. בהקשר זה קושר הדוּח בין השירות החסר לשורה של מדדים - אשכול חברתי־כלכלי; מדד הפריפריה; מדד הקומפקטיות - ובין מפעיל השירות (משרד הבריאות; קופת החולים; הרשות המקומית). הוא עומד על האתגרים הנוצרים עקב כך ברמת הפרט והיישוב: פערים בנגישות לשירותי בריאות; קבלת שירותים שאינם מותאמים תרבותית; זמינות נמוכה; ביזור השירות וכן המידע הרפואי בין ספקים שונים באזור גאוגרפי מוגדר.

הדוּח אף מראה את התנודות במספר התחנות לבריאות המשפחה ומצביע על ירידה של 25% מאז 1997 ועד לשנת 2024. מגמה זו נמשכת גם השנה ומלווה בתקינת כוח אדם חסרה. עוד מלמד הדוּח על הזנחה ועל בעיות תשתית במספר תחנות, לרבות היעדר מיגון תקני (בטיחות אש ובטיחות כללית), הפרדה בין יחידות ומערכות מיזוג ואוורור במקרים שבהם תחנה

משולבת במרפאה ונגישות לאנשים עם מוגבלות, ומציג נתון שלפיו הטיפול באוכלוסיות מוחלשות מתבצע בידי משרד הבריאות - תזכורת לכך שביישובים אלו אין די תמריץ לשוק החופשי, ולכן המדינה נדרשת לשאת באחריות ישירה ולא להסתמך על מיקור חוץ או על מנגנוני שוק לבדם.

כל אלו מעמיקים את הפער שבין תפיסת התחנות לבריאות המשפחה כשירות אוניברסלי, הנותן מענה הוליסטי לפעוטות ולמשפחותיהם, ובין תפקודן בפועל. פער זה מעורר את הצורך לשוב ולחזק את מערך התחנות הקיים, הנהנה מפריסה רחבה, ולהפוך אותן למוקד קהילתי מזמין באמצעות כלים עיצוביים ותכנוניים. נוסף על כך, מומלץ ליישם את המלצת הוועדה לקביעת אסטרטגיית צמצום פערי בריאות בעשור הקרוב של משרד הבריאות (2023) ולהסתייע בעובדי בריאות קהילתיים לצורך התמודדות עם חסמים המונעים מחד גיסא שירות, ועם גורמים המאפשרים את קבלתו מאידך גיסא (Coker et al, 2024; Moheize et al, 2024). לצד זאת, נכון יהיה לשלב תחנות לבריאות המשפחה במג"רים - המרכזים לגיל הרך - במודל הבין־משרדי. אלו התפתחו בעשור האחרון, משמשים עוגן במערך השירותים של הרשות ומציעים רצף תוכניות ושירותים תחת קורת גג אחת לילדים מגיל לידה עד גיל שש ולמשפחותיהם, בעיקר ברשויות המשויכות לאשכולות חברתיים־כלכליים נמוכים, בדגש על אוכלוסיות בסיכון (אסולין ודולב, 2022). לפי דוחות שפורסמו בשנים האחרונות (מוניקדם־גבעון, 2022; פויכטוונגר, 2024), שיעור נמוך של ילדים בגיל לידה עד שלוש קיבלו שירותים במג"רים. שילוב התחנות לבריאות המשפחה במרכזים אלו עשוי למשוך אליהם את אוכלוסיית גיל הינקות ולאפשר מענה הוליסטי לפעוטות ולמשפחותיהם.

נושא נוסף העולה מתוך הדוח נוגע לרכישת שירותים חברתיים ממקורות חוץ. עניין זה נוגע למכלול רחב של תחומים - שירותי סמך לילדים בעלי מוגבלויות; הפעלת תחנות לבריאות המשפחה ויחידות להתפתחות הילד; העסקת אנשי מקצוע בתחומי החינוך והרפואה; הפעלת מסגרות חינוכיות־טיפוליות. מיקור החוץ נועד לשפר את רמת השירות, את זמינותו ואת נגישותו, תוך שהוא מותיר בידי המדינה כמה וכמה סמכויות: חקיקה; אסדרה (רגולציה) לקביעת מדיניות; סדרי עדיפויות; משאבים ותקציבים; פיקוח ובקרה. הבעיה המרכזית העולה מהדוח היא היעדר התאמה בין השירותים האישיים הטיפוליים הנדרשים ובין הליך המכרז, המושתת בעיקרו על שיקולים כלכליים ועל יעילות, מגדיר תעריף ידוע וקבוע מראש לשירות המסופק, וכמו כן אינו מבטיח את איכות השירות. יתרה מזאת, אין הוא נותן בידי השטח כלים או גמישות מספקת לצורך גיוס של כוח אדם מיומן ושימורו.

ממצאי הדוח אף ממחישים את הפער הקיים במערך הפיקוח והליווי הפדגוגי בין מסגרות לפעוטות (לידה עד שלוש) ובין גני הילדים (שלוש עד שש). רכזות החינוך־טיפול, המועסקות במיקור חוץ וללא מעמד מוסדי, מלוות מספר גבוה של מסגרות בתנאים המקשים על הפיקוח. גם מערך המפקחות מצומצם ביחס להיקף המסגרות בפיקוח. מצב זה פוגע ביכולת המדינה להבטיח איכות חינוכית, בייחוד באוכלוסיות מוחלשות, וכמו כן מחדד את הצורך בבניית תשתית מוסדרת ואחידה לפיקוח ולליווי מקצועיים. מתוך הסקירה עולה הצורך באסדרה של תקינה מחייבת לפיקוח ולליווי במסגרות לידה עד שלוש, בהתאם לגודל האוכלוסייה ולאופייה. יש צורך בהבאת תפקיד הרכזות החינוכיות־טיפוליות לחלק מן השירות הציבורי, בהמשך פיתוח של מסלולי ליווי פדגוגי מובנה, בדומה לזה הקיים בגני הילדים, בהתאמה לגיל הינקות ובחיזוק כלים דיגיטליים ומערכות תומכות בעבודת הפיקוח וההדרכה.

במשרד הבריאות היקף הפיקוח והבקרה על מערך התפתחות הילד הולך ומצטמצם, והוא מבוזר בין מחלקות שונות. במשרד הרווחה, את השירותים לפעוטות נותנים ברוב גדול של המקרים מפעילים שאינם מומחים בהתפתחות הילד. מציאות זו מדגישה את הצורך בתוכנית לאומית שתסדיר את רמת השירותים המינימלית הנדרשת בכל אחד מן התחומים.

עד שהדבר יתממש, הרשויות המקומיות ממשיכות לפעול - לעיתים תוך התמודדות עם מחסור במשאבים ולעיתים תוך הובלה וחדשנות - ולעצב בפועל את מפת השירותים לגיל הרך. ממצאי הפרק ממחישים את התלות הגבוהה בתפקוד ובמדיניות היישובית, וכן את הצורך בגיבוש רמת שירותים אחידה ומובטחת, שתאפשר לכל ילד וילדה מענה איכותי, ללא תלות במקום מגוריהם.

מכלול הממצאים המובאים בפרק זה ממחיש את הפער בין כוונת המדיניות ובין יישומה בשטח, ומצביע על צורך דחוף בחיזוק התשתיות, בהתאמת השירותים לאוכלוסיות המגוונות ובהעמקת הפיקוח והאסדרה.

רשימת מקורות

אסולין, מ' ודולב, ה' (2022). *הבטחת איכות במרכזים לגיל הרך (מג"רים): ממצאי המדידה לשנת תשפ"ב*. מכון מאיירס־ג'וינט־ברוקדייל.

אפרתי, י', הלר, א', בר גיורא, מ', גאליה, מ' וסנטו, צ' (2021). *דוח ועדה מסכם - בחינת שינוי גבולות בין בני שמעון לבין המועצה המקומית תל שבע, המועצה האזורית אל קסום ושטח ללא מעמד מוניציפאלי*. משרד הפנים, מנהל פיתוח הוועדה הגאוגרפית דרום.

ארנון־שרעבי, ה' ובן משה, מ' (2024). *דו"ח מעקב פברואר 2024: התמודדות עם פערי כוח אדם במערכת הבריאות*. אותי - עמותה ישראלית לאוטיזם והמרכז להעצמת האזרח.

בינט, ג' (2024). *דוח החינוך בגיל הרך 2024: התשתית הארגונית של מסגרות חינוכיות־טיפוליות מלידה עד גיל שלוש*. מכללת אורנים: המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך.

בלנק, ר' (2024). *ריכוז הנתונים על פעילות הרשות לפיתוח והתיישבות הבדואים בנגב*. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.

בצלאל, משרד הבריאות, קרן ון־ליר (2023). בין הטיפות - מדריך עקרונות עיצוב תחנות לבריאות המשפחה בישראל - 'טיפת חלב'.

גל, ג' וטרביה, ע' (2024). *מי דואג לרווחה ולחינוך? ההוצאה על רווחה ועל חינוך ברשויות המקומיות בישראל*. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

גל, ג' ומדהלה, ש' (2022). *הזכות לרווחה טובה*. קרן מנומידין.

דגן־בוזגלו, נ'. (2024). *השקעה לתלמיד בחינוך בישראל נמוכה מהממוצע במדינות ה־OECD*, מרכז אדווה.

דוח סיכום עבודת הצוות הבין־מ שרדי לבחינה ויישום של צעדי מדיניות להתמודדות עם פערי כוח אדם במקצועות הבריאות (2024).
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.il/BlobFolder/reports/health-110124/he/file_health110124.pdf

המועצה הלאומית לשלום הילד (2023). *השנתון הסטטיסטי "ילדים בישראל" 2023: נתונים אודות ילדים במלחמת חרבות ברזל*. המועצה הלאומית לשלום הילד.

וינרב, א' (2023). *הדמוגרפיה של ישראל 2023: ירידות בפריון, בהגירה ובתמותה*. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

ועדת שפירא (2025). *החינוך בראי החינוך המיוחד: המלצות*. משרד החינוך.

סילברמן, ש' ובלנק, כ' (2023). *חינוך וטיפול לגיל הרך בישראל: מבט־על*. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

פויכטונגר, ר' (2024). *כורים היום את הבור של המחר: ניתוח מערכתי של שדה גיל הינקות בישראל*. שיתופים בית לקולקטיב אימפקט ויד הנדיב.

הוועדה המיוחדת לזכויות הילד (26.10.2020). *תמותת תינוקות גבוהה בחברה הערבית*. הכנסת.

הוועדה לקביעת אסטרטגיית צמצום פערי בריאות בעשור הקרוב (2023). *דוח סופי*. משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

החשב הכללי (2024). *תעריפי התקשרות עם נותני שירותים חיצוניים*.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (31.3.2025). *נתונים על אנשים על הרצף האוטיסטי מתוך מרשם אנשים עם מוגבלות לרגל יום המודעות העולמי לאוטיזם 2025*.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (4.7.2024). *חינוך והשכלה - שנתון סטטיסטי לישראל - מספר 75. לוח 4.3: ילדים בחינוך הקדם יסודי (1) ובמעונות היום לפי בעלות על הגן, גיל הילד וקבוצת האוכלוסייה*.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (4.7.2024). *חינוך והשכלה - שנתון סטטיסטי לישראל - מספר 75. לוח 2.3: אוכלוסיית הישראלים, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל*.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (31.12.2024). *אוכלוסיית ישראל בפתחה של שנת 2025*.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (19.11.2024). *לקט נתונים לרגל יום הילד הבין־לאומי 2024*.

המוסד לביטוח לאומי (1.1.2025). *דו"ח מסכם על ניהול קובץ בריאות בחודשים ספטמבר-נובמבר 2024 וחישוב מפתח החלוקה ליום 1.1.2025*.

המנהל הפדגוגי אגף א' חינוך קדם יסודי (2022). *הכלה והשתלבות בחינוך הקדם יסודי*. משרד החינוך.
https://meyda.education.gov.il/files/Pop/0files/hahala-hishtalvot/ogdan-kdam-yesodi.pdf

וייס, א' (2024). *תמונת מצב המדינה: תרשימים בנושאי חברה וכלכלה בישראל*. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

וינרב, א' (2024). *הדמוגרפיה של ישראל 2023: ירידות בפריון, בהגירה ובתמותה*. מרכז טאוב לחקר במדיניות החברתית בישראל.

ועדת הבריאות (18.2.2025). *חדשות הוועדה - בגלל מחלות גנטיות: פי 2.7 תמותת תינוקות במגזר הערבי יותר מאשר במגזר היהודי*. הכנסת.

ועדת הבריאות (14.6.2023). חיסוני ילדים בגיל הרך א. התפרצות מחלת השעלת בקרב תינוקות ב. תפקיד תחנות טיפת חלב במימוש זכותם של פעולות לבריאות והתפתחות ג. חיסוני שחפת לילדי עולים מאתיופיההכנסת. << נושא >>

ועדת הבריאות (11.1.2022(. אחריות משרד הבריאות וקופות החולים על שירותי "טיפת חלב". הכנסת.

חננאל, ר' ופישמן, א' (2017). *המרחב הכפרי בישראל: מי משרת אותך? מערכת היחסים וסוגיית האחריות והסמכות לאספקת השירותים לתושבים בין המועצות האזוריות לוועדים המקומיים*. מפעל הפיס ומרכז השלטון המקומי.

טליאס, מ' (2018). *מיזם התוצאות, המעון הרב-תכליתי, מודל עבודה מכוון תוצאות*. מתו"ה-האגף למחקר, תכנון והכשרה, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

כרמון, ו', פורת, ש', בן אליעזר, י', אביכר, ר' וטליאס, מ' (2022). *מעטפה רכה: תכנית התערבות בקהילה לפעוטות ולתינוקות במצבי סיכון ולהוריהם*. ג'וינט־אשלים.

לאור, נ' (2022). הערכת איכות המסגרות החינוכיות בגילי לידה עד שלוש ITERS ו־CLASS, בתוך: דולב, ס', פרידמן, א', שני, י' ודרור, א' (עורכות) (2022). *מש"י - מחנכות שנות ינקות: היבטים פרקטיים, פדגוגיים ותיאורטיים*. מכללת אורנים.

לוי, ש' (2008). *תחנות טיפת־חלב בישראל: 1997-2007*. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.

לרמן, ג' ובן־שושן, מ' (2020). *תכנית מפורטת שכונת אלמטלה - תל שבע 625-0711465. נספח פרוגרמטי*.

מבקר המדינה (2014). *דוח שנתי 64ג' לשנת 2013 ולחשבונות שנת הכספים 2012 - המערך של תחנות טיפת חלב*.

מבקר המדינה (2022). *דוח על הביקורת בשלטון המקומי: אסדרת אספקתם של שירותי הרווחה בקהילה על ידי הרשויות המקומיות*. אתר מבקר המדינה.

מבקר המדינה (2024). *רכישת שירותים חברתיים במיקור חוץ על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי*. אתר מבקר המדינה.

מוניקדם־גבעון, י' (2022). *מרכזים רשותיים לגיל הרך*. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.

משרד הבריאות (4.11.2024). *חוזר ראש חטיבת בריאות הציבור - נוהל לטיפול מונע בתינוק ובפעוט בטיפות חלב*.

משרד הבריאות (11.7.2024). *תחנות לבריאות המשפחה: עקרונות תכנון*. משרד הבריאות, אגף תכנון.

משרד הבריאות (14.8.2023). *מדריך מקוון ליחידות ולמכונים להתפתחות הילד*. משרד הבריאות, מנהל רפואה, המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו.

משרד החינוך (2024). *פרוטוקול דיון ועדת מכרזים*. משרד החינוך, אגף הגיל הרך-א׳.

משרד החינוך (2024). *רשימת מפקחות ואנשי מטה במעונות יום של משרד החינוך*. משרד החינוך, פורטל הורים.

משרד החינוך (2023). בעלי תפקידים ותכנים מותאמים בפיתוח מקצועי. ירושלים: משרד החינוך.
https://meyda.education.gov.il/files/PreSchool/professional-development2024/tafkidim-main.pdf

משרד החינוך (2022). הכלה והשתלבות בחינוך הקדם יסודי. ירושלים: משרד החינוך.
https://meyda.education.gov.il/files/Pop/0files/hahala-hishtalvot/ogdan-kdam-yesodi.pdf

משרד החינוך (28.12.2022). *פרוטוקול דיון ועדת מכרזים*. משרד החינוך, מנהל (רישוי בקרה ואכיפה).

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (2020). *מכרז 1003/20 למתן שירותי עזר לפיקוח על מעונות יום לפעוטות*. משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, זרוע העבודה ועדת המכרזים.

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (2020). מכרז 125/2020 *אספקת שירותי הדרכה וליווי עבור אנשים עם מוגבלות, משפחות, אזרחים ותיקים וילדים*, בפריסה ארצית. משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, אגף רכש, מכרזים והתקשרויות
https://mr.gov.il/ilgstorefront/he/p/650126

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2011). מכרז 249/2011 בקשה לקבלת הצעות לאספקת שירותי הכשרה, הדרכה, הפעלה ופיקוח על שירותים הניתנים ברשויות המקומיות באמצעות עובדים סמך מקצועיים. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, תחום מנהל ומשק.
https://mr.gov.il/ilgstorefront/he/p/525788#

משרד ראש הממשלה. (2022). *העברת תחום מעונות היום לפעוטות למשרד החינוך*, החלטה מספר 951 של הממשלה מיום 09.01.2022.
https://www.gov.il/he/pages/dec951_2022

משרד ראש הממשלה. (2021). *התכנית הכלכלית לשנים 2022-2021*, החלטה מספר 198 של הממשלה מיום 01.08.2021.
https://www.gov.il/he/pages/dec198_2021

משרד ראש הממשלה. (2021). *חלוקת משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ואיחוד זרוע העבודה עם משרד הכלכלה והתעשייה ושינוי שם המשרד; העברת סמכויות הנתונות לפי חוק משר לשר; תיקון התוספת לפי סעיף 23 לחוק שירות המדינה (מינויים); העברת שטח פעולה ותיקון החלטות ממשלה*. החלטה מספר 133 של הממשלה מיום 19.07.2021.
https://www.gov.il/he/pages/dec133_2021

עדי־יפה, א' (2022). *מסמך תשתית למדיניות בנושא רפורמות ושינויים במערכות חינוך בגילי לידה עד שש*. משרד החינוך, לשכת המדענית הראשית.

פדלון, ת' (2024). *דמוגרפיה וכלכלה בישראל*. אוניברסיטת תל־אביב, INSS המכון למחקרי ביטחון לאומי.

פיאלקו, ש', לרון, מ' ומעוז ברויאר, ר' (2024). *שימוש בשירותי בריאות, עמדות ותפיסות על מערכת הבריאות - השוואה בין תושבי הפריפריה לתושבי המרכז*. מ־24-226. מכון מאיירס־ג'וינט־ברוקדייל.

קסיר (קלינר), נ', פינס, ר' ופלאם, נ' (2024). *דוח ממדי העוני והאי־שוויון בהכנסות - 2023*. המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון.

קפלינסקי, ח' (2024). *תחנות טיפת חלב בירושלים ובתל אביב - רקע לדיון*. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.

רובל־ליפשיץ, ת', בן־דוד, י' ונופר, ט' (2023). *בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות*. משרד הבריאות וג'וינט־אשלים.

רוזנר, י' (2020). *עשרים שנה לאוקטובר 2000: אפליה מבנית בבריאות בין ערבים ליהודים*. רופאים לזכויות אדם.

תקציב המדינה (2025). *הצעת תקציב המדינה משרדי הממשלה לשנת 2025*. משרד האוצר.
https://www.gov.il/he/pages/state-budget-2025

Akiva, P., Amit, G., Girshovitz, I., Navon, Y., Sadaka, Y., Shavit, Y., & Silverman, S. (2024). *Widening socioeconomic inequalities in early childhood language milestone attainment in Israel, 2016-2022.*

Alexiadou, N., Hjelmér, C., Laiho, A., & Pihlaja, P. (2022). Early childhood education and care policy change: Comparing goals, governance, and ideas in nordic contexts. *Compare: A Journal of Comparative and International Education, 54*(2), 185-202.

https://doi.org/10.1080/03057925.2022.2092451

Ben-Arieh, A. (2010). Public expenditure, locality characteristics, and child outcomes. *Children and Youth Services Review, 32*(12), 1778-1786.

Benish, A., & Levi-Faur, D. (2020). The expansion of regulation in welfare governance. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 691*(1), 17-29.
https://doi.org/10.1177/0002716220949230

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Child care resource and referral agencies (2024). *Regulation and Licensing of Child Care Programs in California*. Community Child Care Council of Santa Clara County, Inc.

https://rrnetwork.org/assets/general-files/Title-5-Title-22-Comparison-Chart.pdf

Coker, T. R., Gregory, E. F., McCord, M., Cholera, R., Bakken, H., Chapman, S., ... & Chamberlain, L. J. (2024). Integrating community health workers in early childhood well-child care: A statement from the Pediatric Academic Societies Maternal Child Health: First 1,000 days Special Interest Group. *BMC Primary Care, 25*(1), 345.

Dinstein, I., Solomon, S., Zats, M., Shusel, R., Lottner, R., Gershon, B. B., ... & Shmueli, D. (2024). Large increase in ASD prevalence in Israel between 2017 and 2021. *Autism Research, 17*(2), 410-418.

https://doi.org/10.1002/aur.3085

Dolev, H., & Benish, A. (2024). Classifying participatory methods in social care regulation. *Social Policy & Administration, 58*(5), 814-830.

https://doi.org/10.1111/spol.12995

Flemig, S. (2015). New development: A game of responsibility? The regulation of health and social care professionals. *Public Money & Management, 35*(2), 169-171.

https://doi.org/10.1080/09540962.2015.1007716

Hasson, Y., & Dagan Buzaglo, N. (2019, February). *The care deficit in Israel: What it means and how it can be reduced.*

Hoang, N. P. T., Ma, T., Silverwood, A. J., & Sanders, M. R. (2024). Place-based approach to support children's development towards sustainable development goals: A scoping review of current effort and future agenda. *Children and Youth Services Review*, 107873.

Levi-Faur, D. (2011). *Handbook on the Politics of Regulation*. Edward Elgar Publishing Limited.

Majone, G. (1997). From the positive to the regulatory state: Causes and consequences of changes in the mode of governance. *Journal of public policy, 17*(2), 139-167.

Moore, T., & Skinner, A. (2010). *An integrated approach to early childhood development*. Murdoch Children Research Institute; The Royal Children's Hospital Melbourne.

Moheize, S., Hsu, M., Matiz, L. A., Peretz, P., Medina, K., Esteves, A., ... & Berger-Jenkins, E. (2024). The Role of an Early Childhood Community Health Worker in Addressing Psycho-Social Needs in the Perinatal and Early Childhood Period. *Journal of Primary Care & Community Health, 15,* doi:10.1177/21501319241234478

Murphy, D. (2022). Caring about early childhood education. In *Early Childhood Education-Innovative Pedagogical Approaches in the Post-modern Era*. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.104674

Noble, K. G., Houston, S. M., Brito, N. H., Bartsch, H., Kan, E., Kuperman, J. M., ... & Sowell, E. R. (2015). Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neuroscience, 18*(5), 773-778.

OECD Family Database (2023). *SF2.1. Fertility rates*.

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.oecd.org/els/family/sf_2_1_fertility_rates.pdf

Shilo, Y., & Ben David-Hadar, I. (2024). Processes of change in early childhood policy and legislation in Israel. *Early Child Development and Care, 194*(5-6), 669-684. https://doi.org/10.1080/03004430.2023.2256999

Selznick, P. (1985). Focusing organizational research on regulation. *Regulatory policy and the social sciences, 1*(1), 363-367.

Sudry, T., Zimmerman, D. R., Yardeni, H., Joseph, A., Baruch, R., Grotto, I., ... & Sadaka, Y. (2022). Standardization of a developmental milestone scale using data from children in Israel. *JAMA Network Open, 5*(3), e222184-e222184.

doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.2184

United Nations (2024). *Revision of World Population Prospects*. UN: Department of Economic and Social Affairs Population Division.

https://population.un.org/wpp

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). *World Population Prospects: The 2024 Revision*. https://population.un.org/wpp

UNICEF Tanzania (2019). Immunization for all No child too far from a vaccine clinic

World Health Organization (2007). International Classification of functioning Disability and Health.

Zimmerman, D. R., Verbov, G., Edelstein, N., & Stein-Zamir, C. (2019). Preventive health services for young children in Israel: historical development and current challenges. *Israel Journal of Health Policy Research*, *8*, 1–8.

הגיל הרך - ובפרט השנים הראשונות לחיים, מלידה עד גיל שלוש - הוא שלב קריטי בהתפתחות הסנסו־מוטורית, הרגשית, החברתית והקוגניטיבית של ילדים. שלב זה משפיע באופן עמוק וארוך טווח על רווחתם האישית של ילדים ועל חוסנה של החברה כולה. בשנים האחרונות גוברת בישראל ההכרה בחשיבות ההשקעה בגיל הינקות, בד בבד עם העלייה בעיסוק הציבורי והמקצועי בתחום זה.

דוח זה, השלישי בסדרת דוחות של המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך שבמכללה האקדמית אורנים, מבקש להציג תמונת מצב עדכנית של תחום החינוך־טיפול (edu-care) בגיל הרך, ולבחון את מכלול התשתיות הנדרשות לקידומו: ממשלתיות, ארגוניות, אנושיות, פדגוגיות, פיזיות, מחקריות וכלכליות. הדוח הראשון עסק בתשתית הארגונית של התחום, ואילו הדוח השני התמקד בתשתית החוקית, תוך בחינת סוגיית התקנת מצלמות במעונות יום לפעוטות כאמצעי להגנה על ילדים. הדוח השלישי מתמקד בתשתית הממשלתית - כלומר, במדיניות, ברגולציה ובדרכי הפעולה של משרדי הממשלה בהיבטים מסוימים של גיל הינקות. הדוח בוחן את העמדות, את היעדים ואת הדגשים המרכזיים של שלושה משרדי מפתח: משרד החינוך; משרד הרווחה והביטחון החברתי; משרד הבריאות. הוא מנתח את המדיניות המוצהרת ואת היישום בפועל תוך בחינת פריסת השירותים, זמינותם ומיקומם הגאוגרפי, וכן את רמות הבקרה הקיימות במסגרות השונות. דגש מיוחד הושם על מערך התפתחות הילד, אופן הפעלתו והשלכותיו על פערים בין אזורים גאוגרפיים ואוכלוסיות, לצד איתור נקודות עיוורון - תחומים שבהם חסרים נתונים או ידע הכרחי לקבלת החלטות מושכלות.

מן הדוח עולים אתגרים מערכתיים משמעותיים, ובראשם היעדר תיאום בין משרדי הממשלה, אשר מוביל לאי־אחידות במדיניות ולחסמים ביישומה. ממצאי הדוח מדגישים את הצורך הדחוף בגיבוש מדיניות לאומית הוליסטית, מבוססת נתונים ושוויונית, שתתמוך בחיזוק הקשר בין הממשלה לרשויות המקומיות ותבטיח מענה איכותי, זמין ונגיש לכל ילד וילדה בישראל.

המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך במכללת אורנים הוקם בשנת 2019. המכון פועל לקידום איכות החינוך והטיפול בגיל הרך באמצעות פיתוח מקצועי, התמחות פדגוגית מבוססת מחקר ושינוי מדיניות, שיעמידו את הגיל הרך בישראל בראש סדר העדיפויות החברתי.

אורנים
ORANIM • أورانيم
המכון הישראלי לחינוך בגיל הרך