

מדיניות ציבורית

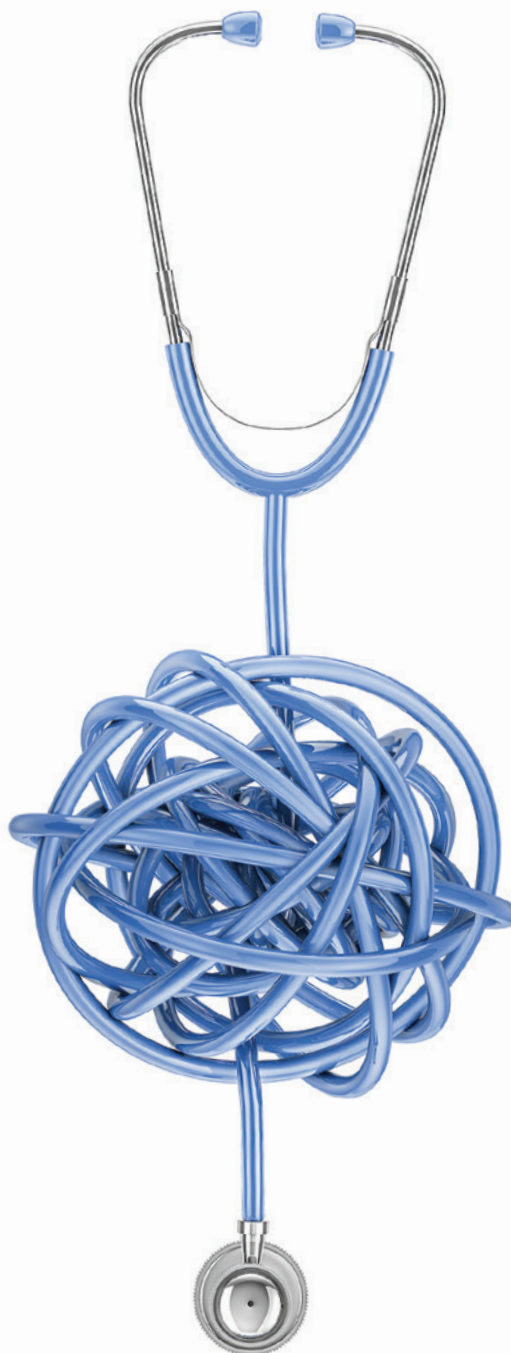
עיתון לחידושי מדיניות בישראל

**04 מאחורי הקלעים
של הרפורמה
בבריאות הנפש**
רן כהן

**08 ריאיון עם שר
הבריאות לשעבר
ויזם חוק סל
שירותי הבריאות**
חיים רמון

**16 אחרי הרפורמה
ומעבר לאשפוז
הפסיכיאטרי**
איתי קנדר

**18 לא בוכים על חלב
שנשפך?
הדס ידגר**



תוכן עניינים

03 דבר ראש בית הספר

04 מאחורי הקלעים של הרפורמה בבריאות הנפש
רן כהן

07 הצצה אל תוככי סל התרופות
ליאור יאדו

08 ריאיון עם שר הבריאות לשעבר ויוזם החוק,
חיים רמון

10 הרפורמה בבריאות הנפש - על התממשות של שינוי מיוחד,
ועל אתגרים חדשים שבפתח | אבי אורן ויונתן אמסטר

12 המידע על אודות הזכויות הרפואיות נגיש לכלל הציבור
עבדאללה זועבי

14 האם שכר הרופאים בישראל גבוה דיו?
איתמר יקיר

16 אחרי הרפורמה ומעבר לאשפוז הפסיכיאטרי
איתי קנדר

18 לא בוכים על חלב שנשפך?
הדס ידגר

20 תחלואה כפולה נפשית - התפתחות התחום ואתגרים בצל הרפורמה
בבריאות הנפש | פאולה רושקה וקרן גולדמן

22 בין הלכה למעשה במדיניות בריאות ציבורית
אליעז חפר

25 שיקום נכי נפש בקהילה - סוגיות מדיניות
אדר שץ

26 תרומת החברה האזרחית במימוש הרפורמה בבריאות הנפש
אסתר סיוון

28 פרסומים

32 לוח מודעות

תנו לנו לשמוע אתכם

קראתם משהו שהרגיז אתכם?
למדתם משהו חדש ומעניין?
רוצים לשתף בנושאים שבהם
אתם עוסקים? לבקש כי נעסוק
יותר בנושא אחד ופחות באחר?
שלחו אלינו הערות, תגובות,
מאמרים, ניירות מדיניות וכל דבר
שיכול לעניין את קהילת בית
הספר למדיניות ציבורית.

"מדיניות ציבורית -

עיתון לחידושי מדיניות בישראל"
טלפון: 02-5881533
פקס: 02-5880047
דוא"ל:

public_policy@savion.huji.ac.il

אתר אינטרנט:

<http://public-policy.huji.ac.il>

עקבו אחרי פעילויות ביה"ס

בפייסבוק:

[www.facebook.com/](http://www.facebook.com/SPPFedermann)

SPPFedermann

חברי המערכת

עורכת: ליאור יאדו

lior.yado@mail.huji.ac.il

מערכת: אילה הנדון, רותי אבלין,
שירי שניצקי, דבורה בראנץ, יואל
קופלנד, נטלי אקון, צביה זיכרמן,
אסנת אלרון, יואל קופלנד,
מאיר אגאי, יצחק טרכטינגוט,
נטלי אקון, יואב סיני,
ד"ר פאולה רושקה, טלי להב.
עריכה לשונית: יעל רינגולד
עיצוב גרפי: 2w-design.com



דבר ראש בית הספר

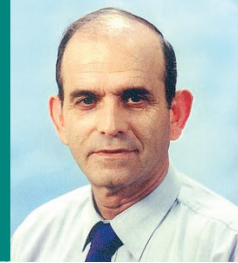
היא בחירה אידיאולוגית, אבל בעת ובעונה אחת היא גם כלי מדיניות שאותו יכולים וצריכים לאמץ במקרים מסוימים גם מי שמעוניינים להרחיב את הציבורי על חשבון הספירה העסקית-מסחרית ו/או הפרטית.

הפרדת ההעדפה של כלי המדיניות מאידיאולוגיה כזאת או אחרת מרחיבה את הזירה האוטונומית של מקבלי ההחלטות, ומאפשרת ביקורת עצמית וציבורית מצד אחד ושחרור פוטנציאלי מכבלי קונספציות מגבילות מן הצד האחר. כשאנו משתחררים, אפילו רק לרגע, מקונספציות אלה, אפשר לראות כיצד מדינת הרווחה מאפשרת את הקפיטליזם, הגנה על העובד מגינה על המעסיק, רגולציה מחמירה על מחירי התרופות משרתת את מערכת הבריאות, ביטוח סיעודי ציבורי מאפשר שירותים איכותיים יותר והעברת תקצוב שירותי הבריאות לקופות החולים מרעה בתנאים מסוימים ומיטיבה באחרים את זכויות האזרחים. התועלת והאמת (זה לא אותו דבר) נמצאות בהרבה מקרים לא בבחירה בין שוק לבין מדינה, בין רגולציה לבין בעלות ממשלתית או בין סוגי רגולציה שונים, אלא לעתים ביכולת להשתחרר מן הבחירות האידיאולוגיות ולבחון את כלי המדיניות שלנו באופן עצמאי ופתוח. בחינה כזאת, כך אני מאמין, תפעל להבניה מחודשת של תפקיד המדינה, הן כרגולטור של שירותי הבריאות, הן כבעלים של חלק משירותים אלו, הן כמנהלת, הן כמתכננת, הן כמתקצבת והן כמי שנדרשת לעמוד בסטנדרטים של אחריות, שקיפות וצדק חברתי. אם יש משימה אחת גדולה שעומדת בפני מערכת הבריאות, זוהי המשימה של בנייה ובחינה מחודשות של כל התפקידים הללו באופן שיעצים את טובת הציבור ויגדיר מחדש את הגבולות בין העסקי לבין הציבורי בפעולת המערכת.



ברכות לקוראים החדשים והוותיקים של עיתון בית הספר. ברכות גם לעורכת, ליאור יאדו, ולכותבים על התרומה לשיח הציבורי בנושאי מדיניות בריאות בכלל ובריאות הנפש בפרט. אנחנו עוסקים בגיליון זה בנושאי בריאות, אבל הן התובנות שאנו מביאים והן ההשלכות שאנו עושים הן הרבה מעבר למערכת הבריאות. בראש ובראשונה עולה מן הגיליון, או לפחות מרוב כותביו, השאלה של הגבולות בין העסקי לבין הציבורי ובין השוק לבין המדינה כשעוסקים בבריאות. הוויכוח הוא במידה רבה אידיאולוגי, ועוסק בתכליות החברה ובמהות החברה הטובה והדמוקרטית ובמשמעות החיים הקולקטיביים כאן ועכשיו. פילוסופיה פוליטית עומדת ביסודה של כל בחירה ופעולה במדיניות הציבורית. המדע, העובדות והמחקר אינם יכולים לשמש בסיס בלעדי, או אפילו עיקרי, לקבלת החלטות. הנורמות החברתיות וההעדפות הציבוריות הן בסיס חיוני ועיקרי לקבלת החלטות, ומכאן עליונותם וחשיבותם של הוויכוחים האידיאולוגיים ושל ההכשרה בתיאוריה פוליטית גם בתחום של מדיניות ומינהל ציבורי, שנתפסים לכאורה כמעשיים.

עדיין, וגם כשאנו מבססים את עמדתנו על פילוסופיה ועל תיאוריה פוליטית וחברתית, דומני שרבים מדי משחקני המדיניות שבויים בקונספציה שבה הפרטי עדיף על הציבורי והשוק עדיף על המדינה. הביטוי הבולט של הקונספציה הזאת הוא הסירוב, הביטול ולעתים הזלזול בכלי מדיניות כמו הלאמה, בעלות ציבורית, פיקוח מחירים, רגולציה של פיקוד ושלטיה ושירות ציבורי. במקום לבחון את כלי המדיניות הללו בראייה מפוכחת של עלויות ותועלות, הגישה אליהם היא אידיאולוגית, ובמקרה דנן גם שלילית. הלאמה נתפסת לעתים קרובות מדי כמעשה "סוציאליסטי", או כמעשה של "לאומיות כלכלית". אבל הלאמה היא גם ובנפרד כלי מדיניות שיש לשקול את עלויותיו ואת תועלתיו בנפרד משיקולים אידיאולוגיים. הלאמה או בעלות ציבורית יכולה לשמש לתיקון כשלי שוק, לבניית שוק ולטיפוח שוק, ולא רק כדי לבנות משק לאומי או משק סוציאליסטי. כך גם פיקוח מחירים. הוא יכול להיתפס כצעד אידיאולוגי, אבל הוא גם כלי מדיניות שיכול להיות אפקטיבי ויעיל מאוד בהשוואה לכלי מדיניות אחרים בקידום שוק. בשני המקרים, כמו גם במקרים אחרים, הימנעות מן השימוש בכלי מדיניות כמו בעלות ציבורית, הלאמה ופיקוח מחירים בגלל שיקולים אידיאולוגיים פוגעת באפקטיביות של המדיניות הציבורית בארץ. לכן הצעתי לקוראים, כמו גם למעצבי המדיניות ולמנתחיה, היא להפסיק להתייחס לבעלות ממשלתית ולפיקוח מחירים כצעד אידיאולוגי בלבד, אלא גם לבחון מחדש את השימוש בהם ככלי מדיניות אפקטיביים. מה שנאמר לגבי בעלות ממשלתית ופיקוח מחירים נכון ורלוונטי גם לגבי הפרטה. הפרטה – בשוק הבריאות או בכל שוק אחר –



מאחורי הקלעים של הרפורמה בבריאות הנפש

על הרפורמה

לאמץ אותה, אך המהלך הזה גם כן לא צלח. לפני תשע שנים הרפורמה עברה לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות שבה הייתי חבר. בראש הוועדה עמד אז ח"כ משה שרוני מסיעת הגמלאים. אז נאמתי את הנאום הבוטה ביותר נגד הרפורמה. לב הרפורמה הוא שהממשלה מעבירה את האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים, ולמעשה, בורחת מאחריות. קופות החולים התנגדו לרפורמה, וטענו אף הן כי הממשלה מתנערת מאחריות. אין מדובר רק בהעברת מימון שירותי בריאות הנפש. נכון שגם כאן הייתה נטייה אצל האוצר להעביר חלק מהעול הכספי אל כתפי הקופות; ומכאן גם הייתה ההתנגדות של הקופות לקבל עליהן את האחריות ללא התחייבות של המדינה לתוספות תקציביות הרבה יותר משמעותיות. דובר בהעברת אספקת הטיפולים לקופות החולים, ולמעשה, אף דובר גלויות על סגירת תחנות בריאות הנפש של משרד הבריאות. לפי ההצעה המקורית של האוצר, קוד Z היה אמור להתבטל כליל. כלומר, אנשים שעוברים משברי חיים חולפים לא יוכלו לקבל טיפול נפשי. מובן שנלחמתי בזה בכל כוחי.

התנגדתי נחרצות לכך, ואף נאמתי נאום חריף בכנסת, משום שדובר על הפרטה ועל בריחת הממשלה מאחריות כלפי האזרחים, בשל ביטול קוד Z ובגלל קביעת הרפורמה למכסה של 15 טיפולים לשנה לנזקקים. כמו כן, מאחר שהרפורמה ניסתה אגב קבלתה לפגוע בחוק שיקום נכים בקהילה, שעד אז היה ללא תקרה תקציבית.

מטרת הרפורמה בבריאות הנפש היא

להגדיל את איכותם, זמינותם ונגישותם

של שירותי בריאות הנפש בישראל.

משרד הבריאות מבטיח כי עשרות

מרפאות לבריאות נפש ייפתחו ברחבי

הארץ, במטרה להגדיל את היצע אפשרויות

הטיפול על ידי אנשי מקצוע שונים, ולקצר

את זמני ההמתנה לטיפול

קוד Z

קוד Z הוא סיווג המשמש את ארגון הבריאות העולמי בהבחנת אנשים המבקשים סיוע במשברים נפשיים ושאינם בעלי אבחנה פסיכיאטרית. קוד Z מציג גורמים המשפיעים על מצב בריאותי ונוגעים לשירותי בריאות. מקובל להשתמש בקוד Z כדי לציין גורמי רקע ובעיות חיים שלעיתים תכופות מהווים זרז או גורם מחריף למצוקה, סימפטום או תסמונת. עם אלו נמנים, בין השאר, משברי חיים בתחומי המשפחה והעבודה, התמודדות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי נחקק בשנת 1994, וכלל את סוגיית הסדרת זכותם של תושבי המדינה ואזרחיה לקבל שירותי בריאות, הגדרת סל שירותי בריאות והעברת האחריות למרבית שירותי הבריאות לקופות החולים. בעת חקיקתו נותרו שירותי בריאות הנפש, הגריאטריה והרפואה המונעת מחוץ לסל השירותים שבאחריות קופות החולים. ב-30.5.2012 חתם סגן שר הבריאות יעקב ליצמן על צו ממשלתי שהניע את הרפורמה בבריאות הנפש. בחודש יולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה, שלפיה תועבר האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. משמעותו של המהלך זה היא איחוד של רפואת הנפש ורפואת הגוף, ויצירת כתובת אחת לאספקת שירותים אלו, שהיא קופות החולים.

מטרת הרפורמה בבריאות הנפש היא להגדיל את איכותם, זמינותם ונגישותם של שירותי בריאות הנפש בישראל. משרד הבריאות מבטיח כי עשרות מרפאות לבריאות נפש ייפתחו ברחבי הארץ, במטרה להגדיל את היצע אפשרויות הטיפול על ידי אנשי מקצוע שונים, ולקצר את זמני ההמתנה לטיפול. מאחר שהזכויות לטיפול נפשי כלולה בסל הבריאות, הרי שהטיפול הנפשי יינתן לכלל האזרחים בעלות מינימלית של השתתפות עצמית. לצד השיפור באיכות השירות, צפויה הרפורמה לתרום משמעותית לצמצום הסטיגמה החברתית כלפי המתמודדים עם מצוקה נפשית בישראל. שילוב הטיפולים הנפשיים במסגרת מרפאות מקצועיות כלליות והנגשת השירות לכלל האוכלוסייה צפויים להקטין את התיוג של המתמודדים עם מצוקה נפשית בחברה כ"חולי נפש", לחזק את המודעות הציבורית לנושא, ולהקל את ההשתלבות בקהילה של הסובלים מקשיים נפשיים.

הרפורמה בבריאות הנפש מתייחסת לאחריות למימון השירותים, ולא לעצם הזכות עצמה לקבל את השירותים. כיום האחריות למימון השירותים היא של משרד הבריאות. החל ביולי 2015 מימון שירותי בריאות הנפש בישראל יוטל על כתפי קופות החולים, בדומה לכל שירות רפואי אחר, כמו רופא משפחה או שירותים נוספים. גם אחרי הרפורמה כל אזרח/תושב שירצה בכך, בכל גיל – זכאי לקבל שירותי בריאות נפש במרפאות הציבוריות. טיפול נפשי יינתן במרפאות בריאות נפש של קופות החולים, של משרד הבריאות ושל ארגונים נוספים.

הדרך לרפורמה

לפני כעשרים שנה ניסה משרד האוצר, תוך אינוס משרד הבריאות, לקדם את הרפורמה בבריאות הנפש במסגרת חוק ההסדרים. הרפורמה לא התקדמה, משום שהכנסת לא הסכימה להעביר אותה לקריאות מתקדמות. ההתנגדות הייתה עזה, והכנסת לא אימצה את הרפורמה עד לפני תשע שנים, אז עברה הרפורמה לוועדת הכספים כחלק מהמאמץ של האוצר לאלץ את הכנסת

זה לא הספיק בשום פנים, והמשמעות הייתה שקופות החולים נאלצו להתאכזר אל מקבלי הטיפולים הנפשיים, או למצוא מקורות כספיים ממשאביהן. מובן שלא הסכמנו לכך.

מבירור עם קופות החולים הבנתי שדרושה להן תוספת של לפחות 300 מיליון שקל כדי שחולי הנפש לא ייזרקו לרחוב. כתוצאה מכך, ממשלת ישראל הגישה הצעת חוק בנושא בריאות הנפש שעיקרה רפורמה מבנית ורפורמה ביטוחית בתחום.

בדיון שנערך במהלך 2008 דנו בפיצולן של שתי סוגיות מהצעת החוק הנידונה. הסוגיה הראשונה – בנושא סעיפים הרלוונטיים לחוק הטיפול בחולי נפש וחוק הנוער. הוחלט כי יש לפצל סעיפים אלו בשל היותם בלתי רלוונטיים להצעת החוק הנידונה. הסוגיה השנייה – סוגיית השיקום, שעליה נסב רוב הדיון. היא הועלתה בעקבות דיון קודם שהתקיים בוועדת המשנה, שבו גורמים רבים, וביניהם נציגי האיגודים הפסיכיאטריים, טענו כי יש לבטל סעיפים העוסקים בשיקום בהצעת החוק. חוק שיקום נכי נפש בקהילה מאפשר לכל נכה נפש לקבל את הטיפול המתאים לו בלי מכסות ובלי מגבלות. החוק המוצע עלול לשנות את המצב, כך שנכים עלולים שלא לקבל את הדרוש לשיקומם בקהילה, בשל מגבלת תקציב המועלית בהצעת החוק. חברי הכנסת של ועדת המשנה, ואני, שעמדתי בראשה, השתכנענו כי אכן יש פגיעה קשה בשיקום חולי הנפש בסעיפים אלו. לפיכך, המלצתי לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת לפצל סעיפים אלו מתוך הצעת החוק. בדיון הוחלט שלא לפצל בינתיים סעיפים העוסקים בשיקום מהצעת החוק עקב התנגדותו הנחרצת של משרד האוצר ובשל החשש שיפילו את הצעת החוק. לפיכך, ההחלטה של ועדת המשנה נדחתה בינתיים. נבחרתי לעמוד בראש ועדת משנה להכנת הרפורמה. עמדתי בפני דילמה אם לעמוד בראש הוועדה, לא לכנס אותה ולקבוע את אופי הרפורמה, או לכנס את הוועדה ואת נציגי האוצר, קופות החולים, נציגי החולים, הנזקקים והפסיכולוגים. למדתי שאם לא תהיה רפורמה סבירה, כל מערך בריאות הנפש יקרוס. כינסתי את הוועדה והתחלתי לטפל בנושא: העליתי את קוד זד מול ארגוני נכי הנפש, ושכנעתי אותם שהוא לא יבוטל. העליתי את הנושא של כמה טיפולים, מכיוון שהעידו בוועדה פסיכולוגים מקצועיים שאמרו שאי-אפשר לזנוח אדם מטופל נפשית שעודנו זקוק לעזרה. משרד האוצר הסכים להעלות את התקציב מ-15 ל-30 מיליון שקל. כמו כן, האוצר הסכים לאפשר למטופלים להעביר זכויות משנה לשנה, מה שאפשר למטופלים לקבל טיפול ארוך יותר באופן רצוף כשעולה הצורך בכך. כך טיפולתי בסעיף אחרי סעיף, עד שהגעתי למצב שבו האוצר הסכים להגדיל את התקציב.

הרפורמה הייתה מוכנה, ונוסח הדברים היה שונה לגמרי מזה של ההצעה המקורית. בבחירות 2009 הלכתי לשכנע את הח"כים לתמוך ברפורמה. בכנסת ה-18 כבר לא הייתי חבר כנסת. אנשי משרד הבריאות גייסו אותי לדבר עם שר הבריאות יעקב ליצמן, ושכנעתי אותו לאמץ את הרפורמה. האויב הכי גדול שלי בתוך המלחמה על הרפורמה היה משה בר סימן-טוב, שהיה במשרד

עם התמכרויות, פגיעה מינית ובעיות נוספות הקשורות באירועי חיים שליליים במהלך הילדות ולאחריה. בעקבות כניסתו לתוקף של החלק הסופי בשינוי חוק בריאות הנפש מתאריך 1.7.2015 עברה האחריות הביטוחית כלפי פונים הנזקקים לסיוע נפשי מן המדינה והשירות הציבורי אל קופות החולים.

לפי הצעת החוק, האנשים המסווגים בקוד Z לא יזכו לקבל שירותים במסגרת ביטוח הבריאות ממלכתי. לפי משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מיועד לתת מענה רפואי-טיפולי לאנשים הסובלים מבעיה רפואית הדורשת טיפול. מאחר שקוד Z מתאר מצבי חיים, הרי שלכאורה לא מדובר במצבים הדורשים טיפול רפואי. ניסיון הביטול של טיפולים אלה, הנדרשים ממצוקות העולות מהחיים השוטפים ולא כתוצאה ממחלות נפש, היה חלק מהצעת החוק המקורית.



ועדת המשנה בראשותי, אשר דנה בנושאים השונים בהצעת החוק, שמעה הערות וביקורות של אנשי המקצוע השונים, של המטופלים ושל משרדי הממשלה הרלוונטיים. עד היום תחום בריאות הנפש הציבורי נמצא בקושי רב, בין היתר בשל מחסור בתקציבים למרפאות בריאות הנפש. הרפורמה אמורה לתת מענה לקושי זה ולקשיים נוספים. הרפורמה מורכבת מאוד, וכוללת, בין היתר, קריטריונים חדשים לזכויות לטיפול נפשי, למספר הטיפולים לפגיעות הנפש השונות ולשינוי כולל של מערך המרפאות. עד כה הייתה קיימת אי-בהירות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בכל הנוגע לזהות הגורם המבטח האחראי לתחום בריאות הנפש, וזאת לאור העובדה כי שירותים מתחום בריאות הנפש מופיעים הן בתוספת השנייה לחוק, אשר עוסקת בשירותים הניתנים בידי קופות החולים, והן בתוספת השלישית לחוק, העוסקת בשירותים הניתנים בידי המדינה. החוק המוצע בא להעביר את רוב רובה של האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש מהמדינה לקופות החולים, והוא מהווה שלב נוסף ברפורמה כוללת המתבצעת בפועל, זה שנים מספר, בתחום בריאות הנפש, והמאגדת בתוכה, נוסף על הרפורמה הביטוחית, רפורמה בשני תחומים נוספים: בשירותי השיקום בקהילה ובמבנה שירותי בריאות הנפש.

האוצר היה מוכן לשפות את קופות החולים בתקציב המדולדל של משרד הבריאות לבריאות הנפש, בתוספת 130 מיליון שקל.

עוד דובר על אלמנט הפגיעה בסודיות, שכן מעבר לקופת חולים כחברת ביטוח המנהלת התחשבות כספית עם היזמים הפרטיים ועם משרד הבריאות, יביא להכלת התיק הפסיכיאטרי בתוך התיק הרפואי של הקופות, לזליגה של מידע אישי על מטופלים ללא כל הצדקה מקצועית ולפגיעה בסודיות המטופלים, דבר שיפגע קשות באמון שלהם. זה עלול לפגוע באפקטיביות של הטיפול עקב החשש להיחשף באופן מלא וחופשי כנדרש, ובמקרים רבים אף ימנע כל פנייה לטיפול גם כשהצורך רב.

הועלתה גם סוגיית הפגיעה ברמה המקצועית וחסיון ענפים שלמים בבריאות הנפש – ברפורמה המוצעת אין שום הקצאה לשמירה על הרמה המקצועית, ואין מקום להשתלמויות וללמידה במסגרות צוותים בעלי התמחויות מיוחדות.

עלה החשש שאינטרסים כלכליים יבואו על חשבון איכות טיפול, וזאת משום שקופות החולים היום פועלות כחברות ביטוח המשתמשות במיקור חוץ כדי למקסם רווחים. המעבר לקופות החולים הוא למעשה הפרטה שבה יינתן הטיפול על ידי יזמים פרטיים בעלי אינטרס כלכלי.

האם הרפורמה טובה לנו?

הטיעונים בעד אימוץ הרפורמה הביטוחית לבריאות הנפש הם כי מצב התשתיות ותנאי האשפוז בבתי החולים לחולי נפש עלוב ומביש. המרפאות הציבוריות לבריאות הנפש (רובן בהפעלה ממשלתית) מוגבלות מאוד במשאבים ובקיבולת, כך שרוב הנזקקים אינם זוכים לטיפול הכרחי או נזקקים לשוק פרטי יקר להחריד. כל הצדדים הכירו בצורך בתוספת לתקציב השנתי של בריאות הנפש, תוספת שנדרשת על מנת להביא את השירות הקהילתי במרפאות לקיבולת הדרושה, וכן בתוספות מיוחדות לחידוש תשתיות האשפוז והמרפאות. האוצר הביע נכונות למתן תוספות לקופות החולים, אך התנהל ויכוח על גודל התוספת.

דעתי על הרפורמה שאושרה לבסוף היא חיובית. אני סבור כי ההבשלה של הרפורמה והשינויים שהצלחנו להכניס בה עקרו ממנה את הסכנות שהיו בה, וכי המאבק על עיצוב הרפורמה בכנסת שימש כמנוף שהוסיף תקציבים גדולים מאוד לתחום בריאות הנפש. מערך בריאות הנפש ב-20-15 השנים האחרונות עבר שחיקה קשה ביותר, והטיפולים שהוא נתן למצוקות הלכו והידלדלו. הרפורמה נותנת סיכוי אמיתי לשיקום התחום. כמו כן, בזכות המאבק שניהלנו בכנסת, הצלחנו לגרום לכך שכדי להביא לכך שהרפורמה תתקבל, יתווספו לתחום יותר מ-600 מיליון שקל בכל שנה. נקודת אור נוספת היא שקבלת הרפורמה הותנתה בכך שכל תחנות בריאות הנפש של המדינה לא ייסגרו, אלא "יימכרו" לקופות החולים, שיפעילו אותן ואף ירחיבו את פעילותן. בסיכומי של דבר, איחוד תחומי בריאות הגוף והנפש באותה מערכת הוא מהלך רפואי וארגוני נכון למיקום בריאות הנפש בסדר היום הציבורי והחברתי. אני סבור שהמאבק על הרפורמה מהווה דוגמה מעניינת לתהליך נכון המאפשר לעצב ולנווט מדיניות ציבורית על ידי תהליך של חקיקה מתאימה.

האוצר (רפרנט של משרד הבריאות באוצר) ומכהן כעת בתפקיד מנכ"ל משרד הבריאות ואחראי על הגשמת הרפורמה. אנשי המקצוע וקופות החולים התנגדו לרפורמה להפרטת המערך הציבורי לבריאות הנפש, משום שבמערכת בריאות הנפש קיים פער גדול בין איכות השירות לבין רמתו: המקצועיות הגבוהה של העובדים ושיטת העבודה, המתבצעת על פי מודל ייחודי לתחום בריאות הנפש המקובל בעולם המערבי, לעומת מצב של מצוקה עכשווית הנובע מ"יבוש" שיטתי מכוון של המרפאות האמבולטוריות במסגרת התכנית להפרטת השירות ויצירת מחסור תקציבי מכוון.

אנשי מקצוע בכירים מתחומי בריאות הנפש התנגדו לרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש ולהעברת האחריות הביטוחית לקופות החולים. על אף מאמצים מרוכזים בצמרת משרד הבריאות, שרי בריאות, מנכ"לים וראשי שירותים בבריאות הנפש, הרפורמה לא עברה במשך 15 שנות תכנונה. לדבריהם, השקעה במערכת הקיימת תמנע הרס בלתי הפיך ותאפשר שמירה על שירות מוכח ויעיל ברמה גבוהה, ותמנע פגיעה באוכלוסייה הנזקקת לשירותיה. לשיטתם, הרפורמה תביא לפגיעה באוכלוסיות החלשות ביותר, משום שההפרטה תפקיע את המחויבות הממלכתית למתן טיפול נפשי לאוכלוסייה במצוקה נפשית ותפגע באוכלוסיות החלשות, שלא יוכלו לממן טיפול פרטי. הרפורמה תאפשר טיפול רק בבעלי אבחנה פסיכיאטרית, משום שהיא צמצמת את סל הזכויות על ידי החרגת אוכלוסיות שאין עליהן תו פסיכיאטרי, ומצוקתן הנפשית קשורה באירועי חיים כמו יחסים בעייתיים במשפחה, טראומות למיניהן, כולל פגיעה מינית בילדות, מחלות, מצוקה כלכלית ועוד. כמו כן, הרפורמה תביא לצמצום דרסטי בשעות הטיפול, מה שיפגע באפקטיביות שלו ויביא לכך שברוב המקרים המענה לא יספק את צורכי הטיפול. הגבלה זו תגרום להוצאות כספיות גבוהות בלי לקבל את התוצאות המקוות.

לטענתם, אי-מימון של שעות הטיפול הנלוות יפגע באיכותו וביעילותו של הטיפול, וזאת משום שתכנית ההפרטה כוללת ביטול של שעות טיפול נלוות, כמו התייעצויות בצוות, פגישות עם בני משפחה בעת הצורך ומגע עם שירותים חברתיים משיקים, כגון שירותי רווחה, בתי ספר, שירותי חירום, שירותים רפואיים כולל שירותים פסיכיאטריים אחרים וכדומה, הנחוצים להצלחת הטיפול. באוצר אין מודעות לכך כי צמצום הוצאות על ידי פגיעה באיכות הטיפול ובהיקפו יוביל לעלייה בהוצאות נלוות, בשל עלייה בפנייה לשירותי רווחה, בשימוש בסמים, בפשיעה, בסכסוכים ואלימות במשפחה וברחוב ובהרס מערך הטיפול הנפשי בעתיד. כל אלו יביאו לפגיעה קשה בחוסן הנפשי של החברה כולה.

כמו כן, צמצום השעות המוקצות לטיפול לא יאפשר לקיים טיפול בשיחות, ויאלץ להגביר את השימוש בטיפול תרופתי על חשבון פסיכותרפיה. במקרים רבים טיפול תרופתי אינו יעיל כלל, ובכל מקרה ירתיע רבים מפנייה לטיפול. זאת ועוד, דרישת סף של אבחנה פסיכיאטרית כתנאי לקבלת טיפול נפשי והגדלת השימוש בתרופות על חשבון פסיכותרפיה יגבירו את הסטיגמה עבור אלו שכן יקבלו טיפול.





הצצה אל תוכני סל התרופות

החלשים בחברה. כל מבוטח משלם בהתאם ליכולתו ומקבל מתוך השירותים הכלולים בחוק, באופן שוויוני בהתאם לצרכיו הרפואיים.

על סל התרופות

מאחר שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא נקבע מנגנון לעדכון סל השירותים, פותח תהליך עדכון הסל על ידי משרד הבריאות, תהליך המתבסס על קביעת סדרי עדיפויות לטכנולוגיות השונות המועמדות להיכלל בסל באמצעות תהליך של הערכת טכנולוגיות רפואיות. על פי מנגנון זה, הערכת הטכנולוגיות מתבצעת על ידי אנשי המקצוע במשרד הבריאות, ואילו קבלת ההחלטות בדבר סדרי העדיפויות – ובהתאם לכך גם ההחלטה הסופית על הטכנולוגיות שייכנסו לסל – היא באחריות הוועדה הציבורית לעדכון סל שירותי הבריאות, הממונה על ידי שר הבריאות.

ועדת העדכון פועלת כוועדת הסכמה (קונצנזוס), ומקבלת החלטות סובייקטיביות, המבוססות בראש ובראשונה על תוצאות ההערכה הטכנולוגית המוצגת בפניה, בשילוב עם אספקטים משפטיים, חברתיים ואתיים וכן שיקולים ערכיים נוספים. העלות הכוללת של כלל הטכנולוגיות הרפואיות המועמדות להכללה היא כשני מיליארד שקל. משמעות הדבר היא שהשנה ניתן יהיה להיענות רק לכעשרה אחוזים מן הבקשות להכללה בסל. עלותן של טכנולוגיות חדשות הולכת וגדלה עם הזמן, ולכן בכל שנה מספר הטכנולוגיות שניתן להוסיף לסל במסגרת התקציב הנתון, הולך וקטן. לכל תרופה תועלת כלשהי לאוכלוסיית חולים מוגדרת, אך בשל מגבלת התקציב, חייבת ועדת הסל לקבוע את סדרי העדיפות הלאומיים של מדינת ישראל באשר לטיפולים החשובים ביותר לחולים. הוועדה מסתמכת על רשימה של קריטריונים מנחים, המשמשים כמבחן השווואתי לבחינת התרופות השונות. קריטריונים אלה אינם מקבלים ציונים, ואין השוואה של חשיבותם היחסית. הקריטריונים המנחים להכנסת טכנולוגיות חדשות (לא לפי סדר החשיבות) הנם: 1. הצלת חיים עם הבראה מלאה, או מניעת המחלה/תמותה. 2. הצלת חיים לאורך זמן רב עם חולי מוגדר. 3. נטל כלכלי לחברה. 4. מספר החולים הנהנים מהתרופה. 5. תועלתה בהפחתת תחלואה מול תרומתה לשיפור איכות החיים. 6. טכנולוגיה חדשה לחלוטין למחלה קלה/קשה שאין לה חלופה טיפולית. 7. ביטוח הדדי חברתי לתרופה יקרה מאוד (שהוכחה יעילותה), כשעלותה לפרט גבוהה ולעומת זאת סבירה לחברה. 8. הארכת חיים יחד עם שיפור איכות החיים, הפחתת תחלואה ו/או סבל רב לחולה. 9. מספר החולים הצפוי ידוע. 10. טכנולוגיה שהרווח הכלכלי הישיר למערכת הבריאות מהכנסתה בטווח הקצר או בטווח הארוך גבוה מעלותה. 11. טכנולוגיה שמלבד בטיחותה ויעילותה, יש ניסיון רב בעולם ובארץ בהפעלתה – Post-marketing phase.

מדי שנה, בחודש ספטמבר, מתכנסת ועדת סל התרופות. בעולם שמחוץ לחדר הדיונים, אלפי חולים כוססים את ציפורניהם בהמתנה להכרעה באשר לתרופה שתציל את חייהם או תקל עליהם לחיות עם מחלתם. הוועדה מורכבת מאנשים שחשופים למגוון הטיות קוגניטיביות וללחץ ציבורי אדיר לאשר מגוון תרופות וטכנולוגיות. אי אפשר שלא לתהות אם ההחלטות מתקבלות אחרת כאשר מדובר בדיון בתרופות שניתנות לחולים שיש להם אשמה תורמת במחלתם. האם ההגדרה להצלת חיים הנה סכנה מוחשית לחיי החולה, או שמדובר בכל טיפול המאריך את חיי החולה? האם הוועדה תעדיף לאשר תרופות על בסיס מין החולה למחלות הנפוצות בקרב גברים או נשים? או שמא לפי גיל החולה, או היותו הורה? לשאלות הללו אין תשובה, אך ראוי לנסות לקיים דיון על אופי הדילמות שבפניהן ניצבים חברי הוועדה בעת קבלת ההחלטות על סדרי העדיפות בהכללה בסל.



חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, חוק מתוך כוונה להסדיר את שירותי הבריאות לתושבי ישראל, כך שיינתנו באמצעות קופות החולים. החוק נכנס לתוקף ב-1 בינואר 1995, ויצר מהפכה בזכויות תושבי ישראל לקבלת שירותי בריאות, בדרכי מימוןם ובתכולתם.

חיים רמון יזם את החוק וקידם את חקיקתו, תחילה כשר הבריאות בממשלתו של יצחק רבין ולאחר מכן כיושב ראש ההסתדרות.

לב לבו של החוק נטוע בסעיף 1, הכולל הצהרה ערכית שלפיה החוק יהיה מושתת על ערכי "צדק, שוויון ועזרה הדדית". באמצעות סעיף זה מבטיחים שחלוקת משאבי סל הבריאות הממלכתי תיעשה באופן שוויוני, אשר יבטיח שכל מבוטח יהיה זכאי לקבלת השירותים הכלולים בסל בהתאם לצרכיו ובאופן שוויוני. עקרון האחריות ההדדית קובע אחריות כלפי

"פקידי האוצר היו נגד חקיקת החוק. טענו שעלות חוק הבריאות תהיה 10%-12% מהתל"ג, ואני חשבתי שזה לא יקרה. היום פקידי האוצר הם התומכים הגדולים ביותר בחוק. השינוי נבע מכך שרמת ההוצאה לא עלתה משמעותית, ובריאות היא התחום החברתי היחיד ששיראל מדורגת בו במקום גבוה בין מדינות ה-OECD. יתרה מזאת, ה-OECD קבע ששיראל נמצאת במקום הראשון בנגישות של השכבות החלשות לשרותי בריאות.

היום, על אף שהממשלות השונות פגעו בחוק באופן קשה, הוא עדיין עומד על רגליו. אחת הפגיעות המהותיות בחוק הנה העלאת ההשתתפות של הציבור – השתתפות עצמית. הרעיון של החוק היה שכשאתה בריא ועובד, אתה משלם, וכשאתה מובטל/חולה, אתה לא משלם ומקבל שירותים בחינם. בעת שחוקק החוק, ההשתתפות הישירה של הציבור הייתה ברמה של כ-25% מסך הוצאות הבריאות, בדומה לרוב המדינות המתקדמות. כיום הגיעה השתתפות הציבור ל-40%. זאת הרמה הגבוהה ביותר בעולם, יחד עם ארצות-הברית. הנגיסה המשמעותית השנייה הייתה ביטול השתתפות המעבידים והפיכתה להשתתפות מדינה, מה שעולה למערכת הבריאות בין מיליארד לשני מיליארד שקל בשנה. אם היו מבטלים את ה"קלקולים" בחוק, הוא היה אידיאלי.

איך מחליטים מה נכנס?

"מכניסים תרופה לסל, בין היתר לפי עלות-תועלת. ההחלטה להכניס או שלא להכניס תרופה לסל הבריאות היא מדע מאוד לא מדויק. האנשים הכי קובעים מה ייכנס או לא ייכנס לסל התרופות הם ועדות רופאים מצומצמות. הם באים ואומרים מה כן ומה לא לפי שיקול הדעת המקצועי שלהם, שהכי פחות מושפע מלחצים פוליטיים וציבוריים, ודעתם מאוד נשמעת. האנשים האלה בדרך כלל עלומים ציבורית (לא יעשו הפגנה נגד פרופ' מסוים בתל השומר). אם עושים הפגנה, עושים אותה מול השר, הח"כים, מול יו"ר ועדת התרופות, מול ועדת סל התרופות שמתכנסת, אך לא מול אותה ועדת רופאים עלומה, שיושבים בבית החולים חמישה רופאים ודנים אם תרופה טובה או לא ומה המשמעויות שלה. את זה אף אחד מהציבור לא יודע; ולכן הם מאוד מקצועיים, וזו עדיין לא ערובה לכך שהם לא עושים טעויות. מעט מאוד שיקולים זרים נכנסים לתהליך הזה.

"ישנן תרופות שאינן מרפאות ואינן מאריכות חיים בשלוש-ארבע שנים, ועולות המון כסף. המשפחות שזקוקות לתרופות האלה מתארגנות ובאות להפגין. מדובר במחזות קשים מאוד; ואם אתה פוליטיקאי/שר, אתה יושב מולם בכנסת ומביע סימפטיה אמיתית, איך אפשר שלא?

האם מפגינים וקבוצות לובי בעלי נראות תקשורתית עשויים להשפיע על החלטות הוועדה?

"בעניין סל התרופות יש הטיית הקורבן המזוהה/הנראה, בצורה דרמטית. אין אף הפגנה של מאות או אלפים של חולי אסטמה על תרופות שאינן מצילות חיים, אבל משנות את איכות החיים בצורה דרמטית ואלפים יכולים לחיות בזכותן חיים טובים יותר, ומה שעומד ממול הן תרופות שמאריכות למעט מאוד אנשים

עם זאת, ניתוח של החלטות הוועדה בשנים האחרונות מראה כי אחד הקריטריונים המרכזיים להכללת תרופה או טכנולוגיה בסל התרופות הנו הצלת חיים. הדומיננטיות של קריטריון זה נגזרת גם מעקרון קדושת החיים ביהדות. לכאורה, זהו קריטריון הגיוני ביותר ומובן לכול, אך יחד עם זאת, עצם הגדרת המונח "הצלת חיים" נתונה לפרשנות.

ריאיון עם שר הבריאות לשעבר ויוזם החוק, חיים רמון

מדוע נחוץ חוק סל תרופות?

"אין עוד מדינה שרשימת התרופות המאושרות בה, קבועה בחוק. חוק סל התרופות הנו ייחודי. אין דומה לו בעולם. והחקיקה הזאת, שנועדה להגן על סל התרופות, לא הייתה נחוצה בעולם אידיאלי. החוק חוקק תוך כדי מאבק פוליטי קשה. אחת הטענות נגד הרעיון של סל תרופות הייתה שסל התרופות יהיה נתון בידי פקידי האוצר, ואז הם יוכלו לקצץ אותו כאוות נפשם. התשובה הייתה להגן עליו במסגרת חוק הבריאות. סלי התרופות השונים של קופות החולים היו סודיים, כמעט כמו סודות הגרעין. לצורך החקיקה, לקחנו את סל התרופות של קופת חולים כללית כנקודת פתיחה ואז שיפרנו אותו. כשר בריאות, כאשר ביקשתי את סלי התרופות נוכחתי לדעת שהם סודיים. לכל קופה היה סל שהיה סודי בפני החברים בקופה. הזכאות לקבלת תרופה מסוימת הייתה נתונה לשרירות לב של פקידי הקופה, ובעיקר בקופת חולים כללית. אם היו לך קשרים, יכולת לקבל הכול, ואם לא היו לך קשרים והיית חולה, היית בבעיה. העמימות אפשרה לקופות החולים לעשות מה שהן רוצות ואיך שהן רוצות, ומובן שהמקורבים נהנו. בסופו של דבר, הסל נקבע, והוא היה מאוד מקיף. עד השינויים שממשלת נתניהו עשתה בחוק, סל הבריאות בין השנים 1995 ל-1997 היה אחד מחמשת סלי הבריאות הטובים בעולם.

"אנחנו הלכנו ובדקנו את חוקי הבריאות בעולם ולקחנו מכל מדינה את הדברים הטובים והתאמנו אותם לישראל. אחת ההתאמות הייתה להעביר את ביצוע החוק לידי קופות החולים הקיימות, שהיו בעלות ניסיון רב במתן שירותי בריאות. השיטה הצרפתית מאוד טובה, אבל בזבזנית בצורה שקשה לתאר. המודל שבניתי מורכב משילוב בין השיטה הגרמנית, ההולנדית והסקנדינבית, אשר בהן התרופות אינן מופיעות בחוק. בישראל, אם רוצים לגרוע תרופה, צריך ללכת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. מודל כזה אופייני להיסטוריה שלנו ולחשדנות הטבעית כלפי מוסדות שלטון. נתניהו כראש ממשלה ומרדור כשר אוצר ב-1996 היו בעלי תפיסת עולם של הימין הרפובליקני ממסיבת התה, והם התנגדו לחוק הבריאות, שבמהותו הנו סוציאלי-דמוקרטי. לשיטתם, על בריאות כל אחד צריך לשלם. התפיסה הייתה שאם יש עניים שאין להם ביטוחי בריאות, זו צריכה להיות חלק מבעיית רווחה של המדינה. היתר צריכים לדאוג לעצמם.



יודע אם הם מודיעים על כך או מכריזים אל כך, או נמנעים מלנסות להשפיע על חברי ועדה אחרים.

"ההחלטה היא קשה – זה סלט של נימוקים וטיעונים ובסוף צריך לקבל החלטה. ובעצם, כל החלטה של ועדת סל התרופות ניתן לתקוף ולהוכיח שאולי היה ניתן להחליט אחרת. אלה לא החלטות של 99% בעד מול 1% נגד, אלא החלטות של 51% בעד מול 49% נגד. ברוב ההחלטות הוויכוח מאוד צמוד. מאוד קשה להכריע בין איכות החיים להארכת חיים. כל אדם מביא את תפיסת עולמו, מקשיב להצגת הדברים ומצביע. אי-אפשר לייצר כללים או קריטריונים חד-משמעיים. הרפואה אינה חד-משמעית. היא סוג של ניסוי וטעייה וסטטיסטיקה – כל הזמן עושים ניתוחים סטטיסטיים שעוזרים לקבל החלטה.

"ישנם אנשים דתיים ומסורתיים שיאמרו שבשם קדושת החיים צריך לאפשר לחולים מעטים לחיות עוד חודשיים על פני שיפור איכות חייהם של אלפים או הקלת סבלם של רבים. אם אני אווז בהשקפת עולם שהחיים, איכותם שווה יותר מאורכם, אז זה ישפיע על הצבעותי בוועדת הסל. זה יכול לשנות את מפת ההחלטה.

"יש אנשים שנמצאים בטווח האמצע – אם התרופה מאריכה חיים בשנתיים, אני בעד, אם בחודשיים, אני נגד. אם הסבל הוא נוראי, אני בעד, אם הסבל נסבל, אני נגד. כל הקריטריונים אמורפיים לחלוטין – האם ניתן להגדיר מדד לסבל? יש משהו שכואב לו הראש והוא לא יכול לשאת את זה ורוצה להתאבד. הסבל הוא סובייקטיבי, והשלכות המחלה הן הרבה פעמים סובייקטיביות. כל תפיסת הריפוי היא סובייקטיבית. לכן ההכרעות סובייקטיביות. ניסינו לאגד בוועדה את כל תפיסות העולם הסובייקטיביות על מנת לייצר החלטה אובייקטיבית.

"בבריאות יש פרדוקס – אם כל אדם היה מוותר על שנה אחת מחייו, הוא היה חיי עוד שנתיים. בשנה האחרונה לחיי אדם הוא צורך קרוב ל-80% מסך שירותי הבריאות שהוא צורך בכל חייו. אם הוא היה מוותר על השנה הזאת, למדינה היה יותר כסף לטפל בו בשנותיו המוקדמות ולהאריך את חייו בשנתיים.

"הפרדוקס הוא שכמה שהמצב יותר טוב בנושא מדיניות מסוים, כך הוא פחות מעניין את הציבור ופחות עוסקים בו במערכות בחירות. מעבר לכך, בעבר הרחוק פוליטיקאי/מנהיג יכול היה לשקול את טובת הרוב על פני טובת הפרט. היום זה בלתי אפשרי, ולכן רוב ההחלטות שמתקבלות רואות את הפרט ולא את הכלל. לכן מבזבזים המון כסף על הפרט על חשבון הכלל ותוך פגיעה בו. הכלל אף פעם אינו אסיר תודה. הוא לא יבחר כך, בעוד ש'התנהגות אכזרית' לכאורה כלפי פרט תגרום לכך שהכלל שנהנה מההחלטה יעניש אותך עליה".



את החיים בחצי שנה בממוצע. אז מה עדיף? בעולם אידיאלי, שבו מקבלי ההחלטות אינם תלויים בדעת קהל, הם יבחרו בתרופה שתשנה חיי רבים על פני הארכת חייהם של כמה אנשים בודדים במעט. אבל כשאני חבר כנסת או שר, עומדים לידי בהפגנות אנשים אומללים שעומדים למות ומישהו סיפר להם שיש משהו שיציל אותם או ייתן להם תקווה לעוד כמה חודשים לעומת האלפים שאתה יודע עליהם ושיש לך אחריות כלפיהם, אבל להם אין בכלל לובי והם לא מאוגדים, הם סובלים לבדם אבל חיים. אך חייהם אינם חיים. בהרבה מאוד מקרים ההחלטה המתקבלת היא מוטת החולה הסופני או הכמעט סופני.

"הוועדה המקצועית המוקדמת ממליצה על תרופות רבות יותר – החוק קבע נציגי ציבור, רופאים, נציגי קופות החולים וכו'. יו"ר הוועדה הוא רופא בכיר, בדרך כלל מנהל בית חולים גדול, וקולו בעל משמעות גדולה מאוד. אין לו זכות וטו. בדרך כלל ההצבעות נגמרות בקונצנזוס – אני מוותר לך כאן ואתה מוותר לי שם, לי חשובה התרופה הזאת ולך חשובה ההיא".

האם חברות התרופות מעורבות בהחלטות הוועדה?

"חברות התרופות בוחשות מאחורי הקלעים ומנסות לדחוף את התרופות שלהן לסל התרופות. הן עושות את זה מהרגע הראשון. הן מגישות את המועמדות של התרופה לסל וממקות את בקשתן. אני מניח שהן יודעות מי ועדת הרופאים הראשונית שמתכנסת וממיינת עבור ועדת סל התרופות את טופסי המועמדות.

"ועדת הרופאים הראשונית דנה בכל הבקשות ומבצעת סינון ראשוני, ומצמצמת את טווח ההוצאה משני מיליארד שקל לכ-600 מיליון שקל. הרופאים לא אחראיים על התקצוב בגדול, אבל חברות התרופות מפעילות לובי ומנסות לשכנע שהתרופה שלהן טובה, תשנה חיים ותספק איכות חיים. יש לוביסטים שמתמחים בעבודה על סל התרופות מול ועדת סל התרופות.

"זה תמיד יוצר הטיה – מה שכתוב בעיתון משפיע על חברי הוועדה. הלובי הזה מארגן כתבות בעיתונים, ראיונות עומק עם חולים בסיפורים קורעי לב שמסבירים למה התרופה הזו חיונית לקיומם. יו"ר ועדת הבריאות יכול להיפגש איתם, ואם הוא יתקשר ליו"ר ועדת סל התרופות ויאמר לו 'תשמע, היו אצלי החולים האלה והם מאוד ממליצים וכו'', זה יכול להשפיע עליו. יש תרופה שיכולה לסייע ל-15 ילדים בשנה ועולה כמה מיליוני שקלים".

מהן הדילמות המרכזיות של חברי הוועדה?

"יש אלמנט של כמות מול איכות – כמה אנשים ובכמה כסף. אם אני מציל חיים של שני אנשים במיליארד שקל אני לא אציל אותם. כי במיליארד שקל אני יכול לעשות עשרה כבישים ולהציל 50 איש שלא ייהרגו בתאונות דרכים. זו הבעיה של התרבות – התרבות היא אינדיבידואלית במקום כללית. העיתון לא יודע לכתוב על המונים, על כמות, הוא יודע לכתוב על אינדיבידואל.

"אם יש קרובי משפחה חולים לחברים שיושבים בוועדת סל התרופות לפי הכללים, זה ניגוד עניינים מובהק. אני ממש לא

יונתן אמסטר
בוגר תכנית "צוערים לשירות המדינה", מחזור ב',
מתמחה באגף בריאות הנפש של משרד הבריאות
yonatanamster@gmail.com



אבי אורן
רכז תחום מדיניות בריאות הנפש, עמותת לשמ"ה –
שילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש
avio1973@netvision.net.il



הרפורמה בבריאות הנפש – על התממשות של שינוי מיוחל, ועל אתגרים חדשים שבפתח

גופניים ונפשיים כאחד. קופות החולים, כמבטחות של אזרחי ישראל ביתר תחומי הרפואה הגופנית, הופכות עם הרפורמה לאחריות גם על תחום בריאות הנפש.

הרפורמה הנה נדבך מרכזי בתהליך רחב של מעבר הטיפול הנפשי ממוסדות ובתי חולים לקהילה. הדגש העיקרי במסגרת הרפורמה הוא על פיתוח שירותים מרפאתיים בקהילה, שייעודם להנגיש את הטיפול הנפשי לאזרח, ולאפשר טיפול הולם בקשיים נפשיים בטרם מחמיר המצב ודורש אשפוז.

עד לכניסתה של הרפורמה לתוקף פעלו ברחבי המדינה מרפאות ממשלתיות ציבוריות כפופות לבתי החולים הפסיכיאטריים, שנתנו שירותי בריאות נפש (פסיכיאטריה, טיפול פסיכותרפי וכיוצא באלו) לכלל אזרחי ישראל, ללא תשלום. בצד המרפאות הממשלתיות פעלו מספר קטן יחסית של מרפאות של קופות החולים ושל כמה ספקים פרטיים נוספים. החל ב-1.7.2015, הקופות נושאות באחריות לאספקת שירותי בריאות נפש, ולצורך כך פתחו בשנים האחרונות יותר מ-60 מרפאות חדשות. המרפאות הממשלתיות מוסיפות לפעול באופן שבו הקופות רוכשות מהן שירותים.

כבר ערב כניסת הרפורמה, עם התרבות השירותים, עלה מספר צרכני שירותי בריאות הנפש בעשרות אחוזים, והציפייה היא שהוא יוסיף לעלות עם התרחבות הנגישות והזמינות שלהם. יש בכך הוכחה לצורך הקיים בשירותי בריאות נפש, שהרחבת השירותים נותנת לו מענה. נראה כי אנשים אשר נמנעו מסיבות שונות להגיע ולקבל טיפול נפשי שהם היו זקוקים לו, עושים זאת כעת.

הכנסת קופות החולים כגוף מבטח היא החזקה המרכזית של הרפורמה, והיא מאפשרת לממש בפועל את החיבור שבין רפואת גוף ונפש. בריאות הנפש, שניתנה עד כה באפיק מקביל לרפואה הכללית, הופכת להיות תחום אחד מני רבים שאותם מנהל רופא המשפחה. החיבור יאפשר לתת לאזרח טיפול כוללני שמתאים למצבו הגופני והנפשי גם יחד, וימנע שגיאות שנובעות מחוסר ידע על קשיים נפשיים שמהם סובל המטופל. העברת האחריות לקופות החולים מאפשרת גם את שיפור השירות לאזרח, את הגדלת היצע האפשרויות העומד בפניו, ואת חיזוק יכולת הבחירה שלו בין נותני השירות.

חזקה נוספת של הרפורמה היא ההפרדה בין האחריות לאספקת השירות לבין הפיקוח עליו. ההפרדה מאפשרת למשרד הבריאות שלא להחזיק במקביל בכובע הרגולטור ובכובע של ספק השירותים, ובכך לצמצם את ניגוד האינטרסים המובנה שהיה קיים ערב הרפורמה. משרד הבריאות יכול להתמקד בפיתוח כלי פיקוח ואכיפה מתאימים, ובהשקעת משאבים בטיפול בסוגיות מדיניות שונות בתחום בריאות הנפש. מנגד, קופות החולים, כמי

המאמר להלן מבוסס על דעות אישיות, ואינו מייצג את עמדת אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות.

באחד ביולי האחרון נכנסה לתוקף הרפורמה בבריאות הנפש, ונתנה ביטוי מעשי לתפיסה של שילוב בין גוף ונפש במערכת הבריאות בישראל. המאמר שלהלן מבקש להאיר את החוזקות הגלומות ברפורמה לצד האתגרים והמורכבויות שהיא מעלה על פני השטח. זאת, מתוך תקווה להוסיף ולעורר את הדיון הציבורי סביב תחום בריאות הנפש, שנוגע לרבים כל כך מאזרחי ישראל המתמודדים עם קשיים נפשיים באופן יומיומי, ולאלו הסובבים אותם – בני משפחה ואנשי מקצוע.

המאמר נכתב משתי נקודות מבט שונות. האחת, של נציג ארגון הצרכנים לשמ"ה, שמלווה את הרפורמה בבריאות הנפש זה שנים ארוכות; השנייה, של צוער בתכנית "צוערים לשירות המדינה" שהצטרף השנה להתמחות באגף בריאות הנפש, בשלב האחרון לקראת כניסתה של הרפורמה לתוקף.

בשנת 1995, עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עברו מרב תחומי הבריאות לאחריותן של קופות החולים. מאותה נקודה והלאה הקופות הן אלו המבטחות את כלל אזרחי ישראל בביטוח בריאות, ומחויבות לספק להם שירותי רפואה איכותיים, נגישים וזמינים. תחום בריאות הנפש הוחרג מהחוק בתחילת התהליך, מתוך כוונה להעבירו תוך פרק זמן של שלוש שנים לאחריות קופות החולים. למרות זאת, צצו עיכובים וקשיים לאורך הדרך שעיכבו בשנים ארוכות את כניסתה של הרפורמה לתוקף. ניסיונות לחקיקה בכנסת לא הבשילו או נדחו; חלו קשיים להגיע להסכמות בין האוצר לקופות החולים לגבי גובה התקציב שיועבר; פעילות ציבורית של ארגונים שונים שהתנגדו לשילוב הרפואה הנפשית ברפואה הכללית, וגורמים נוספים, גרמו לדחיית הרפורמה שוב ושוב, במשך קרוב ל-18 שנה. השלכות הדחייה החוזרת ונשנית של הרפורמה התבטאו בעומס הולך וגדל על השירות האמבולטורי בבריאות הנפש. תורי המתנה לטיפול נפשי חיוני התארכו מאוד, ואחוז גבוה משירותי הטיפול הנפשי בישראל ניתן במסגרת השוק הפרטי, מה שמנע מאזרחים רבים את האפשרות לקבל טיפול.

לאור המשך הקיפאון בהליכי החקיקה, החליטה הממשלה להעביר את תחום בריאות הנפש לאחריות קופות החולים בצו ממשלתי שנחתם על ידי סגן השר הרב יעקב ליצמן במאי 2012. באחד ביולי האחרון נכנסה הרפורמה לתוקף, והאחריות על תחום בריאות הנפש בישראל עברה לידי קופות החולים.

ביסודה, משמעותה של הרפורמה היא שילוב של תחום בריאות הנפש במסגרת הרפואה הכללית, כביטוי לתפיסה שלפיה המרכיבים הגופניים והנפשיים שבאדם אינם מנותקים זה מזה, ולכן גם הטיפול הרפואי בו צריך להיות הוליסטי ולכלול מרכיבים



מבחן שני שניצב בפני המערכת הוא לדאוג לפיתוח של שירותים מותאמים לקהילות ולמגזרים שונים, תוך מתן מענה הולם הן לשפה והן לתרבות של מקבל השירות. בצד זאת יש לפתח שירותים ייעודיים לקהלי יעד בעלי מאפיינים ייחודיים, שטרם פותחו עד כה.

אתגר נוסף שעומד לפתחה של מערכת בריאות הנפש, הוא הצורך בהכשרה של כוח אדם למערך הטיפול הנפשי. החוסר באנשי טיפול בתחום הנפש היה קיים עוד לפני הרפורמה, אולם עתה, עם התרחבות השירותים, חשיבות הטיפול בנושא זה גדלה אף יותר.

על מנת לעמוד באתגרים אלו, חשוב להמשיך ולחזק את השותפות בין כלל הגורמים שסייעו למהלך, בדגש על שיתוף פעולה בין משרד הבריאות, קופות החולים, ספקי השירותים השונים וארגוני צרכנים ומתמודדים. זאת, על מנת שנושא הטיפול הנפשי לא ייעלם מסדר היום של מקבלי ההחלטות, ומגמת השינוי שחלה בו תמשיך ותתמיד.



שמורגלות בתפקידן כמבטחות, יכולות להביא לתחום בריאות הנפש יתרונות חדשים של שירות לקוחות איכותי, פריסה של שירותים במגוון אתרים ושעות קבלה, מיצוי של משאבים בתחום בריאות הנפש וגמישות פעולה רחבה, תוך פיתוח מתמיד של שירותים חדשניים ומותאמים לצורכי הלקוחות.

לבסוף, מלבד המשמעות הקלינית העמוקה של החיבור בין רפואת הגוף והנפש, תוך יצירת פלטפורמה לטיפול הוליסטי שמכיר בהשפעות ההדדיות שבין נפש וגוף, יש ברפורמה בשורה למתמודדים עם קשיים נפשיים ברמה החברתית. שילוב תחום הנפש ברפואה הכללית עתיד לצמצם את הסטיגמה כלפי המתמודדים, ולקדם תפיסה חברתית שלפיה אין שוני מהותי בין מי שסובל מבעיות נפשיות לבין מי שסובל מקשיים גופניים או מוגבלויות אחרות. את אחד הביטויים המעשיים שיובילו לצמצום הסטיגמה ניתן לראות כבר כיום, עם פתיחתן של מרפאות בריאות נפש במסגרת מרפאות לרפואה כללית.

בהעברת האחריות על אספקת השירותים לקופות החולים מיקדה המדינה את תפקידה בקביעת המדיניות של אופן אספקת השירותים. זהו גם המבחן הראשון והעיקרי של משרד הבריאות בתהליך זה – יצירת תנאים וכללים שיכוונו את פעולותיהן של קופות החולים למתן שירות איכותי לציבור צרכני השירות. על המשרד לשמור על האינטרסים של האזרחים צרכני שירותי בריאות הנפש, ולוודא כי קופות החולים מספקות שירות בסטנדרט מקצועי גבוה, נגיש וזמין.



המידע על אודות הזכויות הרפואיות נגיש לכלל הציבור

שמגיע מאוכלוסייה שכל כך זקוקה לשלושת העקרונות האלה, הרגשתי שייכות עצומה למטרות הארגון והאגף שאני שייך אליו. הפריבילגיה שניתנה לי במסגרת תפקידי וסמכותי להעניק שירות ליותר משמונה מיליון בני אדם, דחפה אותי יותר ויותר להזדהות עם האתר שהקמנו, אתר "כל הבריאות". אתר זה עשה את צעדיו הראשוניים בשנת 2013, ומאז הוא מתפתח ומתפרסם. הרעיון של האתר הוא להעניק לכל אזרח ותושב במדינה מידע על אודות הזכויות הרפואיות שמגיעות לו במסגרת סל הבריאות הממלכתי וגם במסגרת שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן), הביטוחים הפרטיים של קופות החולים.

במסגרת בניית האתר והנגשת המידע בו לציבור עברנו על כל תת-סעיף בחוק, וערכנו אותו בצורת פריט מידע שנבנה בצורה ידידותית למשתמש. כל פריט מידע מכיל את הנתונים הבסיסיים, אך החשובים ביותר, מבחינת צרכן הבריאות.

- האם המבוטח זכאי לקבל את השירות המתואר בפריט?
- מהי המסגרת הביטוחית שבה זכאי המבוטח לקבל את השירות המתואר?
- מהי ההשתתפות העצמית של המבוטח, קרי התשלום שישלם עבור קבלת השירות?
- האם ישנם תנאים ו/או הגבלות לקבלת שירות זה?
- מה על המבוטח לעשות כדי לקבל את השירות? לאילו גורמים עליו לפנות, אילו טפסים הוא אמור למלא וכו'.

כמו כן, אתר "כל הבריאות" מכיל חוזרים, נהלים, החלטות נציבות, פסקי דין וסעיפים בחוק שנועדו להעניק את המטרייה החוקית לשירותים שאנו מנגישים לציבור. האתר מכיל מידע על אודות כל הטכנולוגיות המונגשות בסל הבריאות הממלכתי והשב"ן: תרופות, בדיקות, אביזרים, חיסונים, טיפולים, מזון רפואי, ניתוחים ועוד.

בלעדיות ולייחודיות של האתר היה חלק משמעותי בדחף הפנימי שהניע אותי לקבל את המשימה ולהיות חלק מהצוות שבנה את האתר. אתר "כל הבריאות" הוא האתר הממשלתי הראשון שמרים את הכפפה ומגיש לכלל המבוטחים את המידע החיוני הזה בתחום הרפואה והבריאות.

על מנת להעצים את חוויית המשתמש, הותאם האתר שלנו גם למכשירים הסלולריים. זאת כדי לאפשר לקהל צרכני האינטרנט ליהנות מתוכני האתר בעת גלישה באותם מכשירים.

אחרי העלאת האתר לאוויר המטרה העיקרית הייתה ליידע את הציבור שמשרד הבריאות הקים שירות זה על מנת להעניק לו כלי לבדיקת הזכויות הרפואיות, ובעיקר גם להשוואת זכויות

אתר "כל הבריאות" הנו המקום שבו יכולים תושבי מדינת ישראל לקבל תשובה לשאלות: האם מגיע לי לקבל שירות רפואי שאני נזקק לו לפי הנחיות הרופא המטפל? כמה עולה לי השירות? ומה אני צריך לעשות? "כל הבריאות" הוא גם המקום לביצוע השוואת זכויות לשירותי בריאות בין קופות החולים והביטוחים המשלימים של הקופות. המידע באתר כל הבריאות נועד לתת תמונה עדכנית ומדויקת ככל הניתן ביחס לזכויות המבוטח. עבדאללה זועבי מספר על תהליך הקמת האתר, על מטרותיו ועל היעדים הבאים



המפגש המקצועי הראשון שלי עם מערכת הבריאות היה בסוף שנת 2012, אז פגשתי את אריאלה תורן, המנהלת שלי ומנהלת תחום טכנולוגיות רפואיות באגף לפיקוח על קופות החולים ושב"ן (שירותי בריאות נוספים) במשרד הבריאות. האגף חרט על דגלו את עקרון הנגשת המידע והזכויות הרפואיות לציבור והעבודה בשקיפות מלאה מול לא פחות משמונה מיליון תושבים. הנגשה ושקיפות, אלו שני המושגים הראשוניים שהתבקשתי לשנן, והעיקר – ליישם. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו ב-1.1.1995, ושנחשב לאחד החוקים הסוציאליים ביותר שנחקקו מאז קום המדינה, נועד להסדיר את נושא מתן השירותים הרפואיים לתושבים ולאזרחים באמצעות ארבע קופות החולים. סעיף 1 בחוק מגדיר את הערכים שעליהם יהיה מושתת החוק: צדק, שוויון ועזרה הדדית. הדרך להזדהות עם ערכים אלו, אבני הפינה של החוק, הייתה קלה ומהירה. כאחד

99 הקמת מערכת "כל הבריאות" היא הצהרת כוונות ברורה של הנהגת מדיניות של שקיפות מלאה מול ציבור שמונה יותר משמונה מיליון בני אדם; ארגון ש"מרים את הכפפה" ומפציר בכל התושבים ומזמין אותם לבקר באתר כדי לברר אם מגיע להם לקבל את השירות או הטיפול הספציפי ובאילו מחיר ותנאים, הוא ארגון הרואה את המבוטח במרכז

החולים. המטרה של התהליך היא שכל תושב או אזרח ימצא את הזכויות הרפואיות שלו במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשב"ן, ועל משרד הבריאות וקופות החולים להנגיש ולהעניק את השירות הזה. הכלי שניתן לאזרח – שבאמצעותו גם ניתן לבדוק את הזכויות לקבלת השירות, אך לא פחות חשוב, להשוות את השירותים שניתנים בין ארבע קופות החולים – הוא כלי שמעודד ומעמיק את התחרות בין הקופות בתחום מתן השירות הרפואי ומיצוי הזכויות הרפואיות. אנו מניחים שאתר "כל הבריאות" יעזור לאזרח לקבל את ההחלטה לאיזו קופת חולים ישתייך.

תם ונשלם? ממש לא

בפני צוות אתר "כל הבריאות" עומדות משימות נוספות על מנת לשפר ולשדרג את איכות התוכן שמנגיש האתר, ובעיקר – תרגום האתר לשפות כמו ערבית ורוסית והנגשת האתר לבעלי צרכים מיוחדים, דוגמת לקויי ראייה.

משימה נוספת שעומדת על הפרק היא בניית אזור אישי לכל משתמש במערכת. אחרי הקלדת מספר תעודת הזהות של המשתמש הוא יוכל לקבל רשימה של כל תכניות הביטוח שהוא רשום ומבוטח בהן, לרבות ביטוחים במסגרת העבודה וביטוחים באמצעות חברות הביטוח הפרטיות, ולא רק קופות החולים. מידע זה עשוי לעזור לאזרח לחסוך כסף, ולמנוע מצב של כפל ביטוחי.



אלו בין קופות החולים השונות. שאפנו להגיע לכל בית חולים ולשכת בריאות בכל רחבי הארץ על מנת להדריך את הצוותים הרפואיים והמנהלתיים – הפנים של מערכת הבריאות בישראל – כיצד להנגיש מערכת זו למטופלים ולמשפחותיהם. על מנת להגיע לאוכלוסיות רחבות וליידע אותן על חשיבות אתר זה, עיצבנו פלייר המכיל מידע על אודות האתר ויתרונותיו בחמש שפות: עברית, ערבית, רוסית, אמהרית ואנגלית.

השפעת הקמת האתר על התנהגות צרכני שירותי הבריאות

הציבור בישראל צמא למידע על אודות זכויותיו ואופן המימוש של זכויות אלו. בתאריך 22.4.2015 הושק הקמפיין הפרסומי של אתר "כל הבריאות" בכלי התקשורת הדיגיטליים. הציבור לא נשאר אדיש נוכח הידיעה שגוף ממשלתי מחליט להקים מערכת למתן מידע חנימי עם גישה קל ונוחה בנושא הזכויות הרפואיות: לפני השקת הקמפיין מספר הכניסות לאתר לא חצה את הרף של כמה מאות. ביום הקמפיין מספר הכניסות לאתר היה קרוב ל-16 אלף.

באותו שבוע של השקת הקמפיין ביקרו באתר מעל 81 אלף משתמשים שצפו בכחצי מיליון דפי מידע. מגמה זו חזרה על עצמה בעת כניסת הרפורמה לבריאות הנפש לתוקפה באחד ביולי 2015, כאשר משרד הבריאות, באמצעות הפרסומות באמצעי התקשורת, הפנה את קהל המבוטחים ומשפחותיהם לשימוש באתר שלנו כדי לברר את הזכויות בתחום בריאות הנפש אחרי כניסת הרפורמה.

עם הקמת האתר יצרו לעצמם הצוות והעומדת בראשו תעסוקה נוספת. לא די בכך שהקמת האתר אופיינה בחבלי לידה מייסרים, אלא שברגע שמחליטים להעלות אתר כזה, צריכים להיות מודעים לשתי משימות מורכבות שייווצרו כתוצאה מהקמתו:

1. הצורך בעדכון השוטף של האתר ובהזנתו בנתונים ובמידע הרלוונטיים ביותר. למרות מוגבלות כוח האדם בצוותנו ובאגפנו, אנו מתמודדים עם משימה זו.
2. מתן מענה שוטף והולם תוך זמן קצר ומוגבל לפניות הציבור שמגיעות אלינו בנושא בירור הזכויות בעקבות חשיפת המידע באתר. ההתחייבות שלנו היא לתת מענה לכל פנייה תוך שלושה ימי עסקים. שיתוף הפעולה עם אגפים מקצועיים במשרד מאפשר לנו למלא את תפקידנו גם במישור הזה.

אתר "כל הבריאות" – כלי ליישום מדיניות

הקמת מערכת "כל הבריאות" היא הצהרת כוונות ברורה של הנהגת מדיניות של שקיפות מלאה מול ציבור שמונה יותר משמונה מיליון בני אדם; ארגון ש"מרים את הכפפה" ומפציר בכל התושבים ומזמין אותם לבקר באתר כדי לברר אם מגיע להם לקבל את השירות או הטיפול הספציפי ובאילו מחיר ותנאים, הוא ארגון הרואה את המבוטח במרכז.

לא הופתענו כשגילינו שהציבור מתחיל לדרוש זכויות שמגיעות לו, אך שהוא לא היה מודע להן, ממשרד הבריאות ומקופות



האם שכר הרופאים בישראל גבוה דיו?

האם שכר הרופאים נשחק?

הרמה הגבוהה של מערכת הבריאות הישראלית היא מסימני ההיכר הבולטים של המדינה – ומנקודות החוזק החשובות של המגזר הציבורי – במשך רוב שנות קיומה, והדבר שב ועולה במדדים בין-לאומיים שונים. בחזית המערכת עומדים הרופאים, אשר מובילים אותה במחקר ובטיפול, אך גם בניהול ובקביעת מדיניות. רמתם המקצועית הגבוהה ומספרם הגבוה, יחסית לאוכלוסייה, היוו במשך שנים עוגן של איכות ויציבות לגבי המערכת בכללותה. ואולם, מדי כמה שנים מועמדת יציבותה זו בספק, כאשר הסתדרות הרופאים מכריזה על שביתה.

בהשוואה למדינות אחרות ידעה ישראל מספר גבוה במיוחד של שביתות רופאים. בעשורים האחרונים פחתה תדירותן של השביתות, אך משכן הלך והתארך, עד שבשנת 2011 התנהלה לסירוגין שביתה במשך יותר ממחצית השנה¹. ההסתדרות הרפואית ביקשה להשיג בשביתה כמה יעדים. חלק מן היעדים הללו נגעו במישרין לשכרם ולתנאי עבודתם של הרופאים (למשל סביב הטענה שהשכר נמוך מדי, או שהוא נשחק), וחלקם היו קשורים בתחזוקה ובקידומה של מערכת הבריאות בכללותה (למשל סביב סוגיות של אי-שוויון בהקצאת משאבים בין מרכז לבין פריפריה, וסביב תחומי התמחות המצויים בתת-איוש), אך היו קשורים למעשה או שבאו לידי ביטוי, גם או בעיקר, בשכרם של הרופאים.

העובדה שהשביתה התרחשה בתקופה הרת גורל לגבי עתידה של מערכת הבריאות הישראלית² מצדיקה, בין היתר, את בירורן של כמה סוגיות: האומנם נשחק שכרם של הרופאים בשנים שקדמו לשביתה או בשנים שקדמו לפסק הבוררות שפורסם ב-2008? האומנם שכרם הוא נמוך בהשוואה למקובל במדינות מפותחות אחרות או בהשוואה לקבוצות אחרות של עובדים משכילים בישראל? ובאופן כללי יותר, כיצד ניתן להסביר את משכה הארוך כל כך של השביתה ואת העוצמה הרגשית והפוליטית שאפיינה אותה?³

במסגרת עבודת תזה שכתבייתה נשלמת בימים אלו בהנחייתו של פרופ' מישל סטרבצ'ינסקי, ביקשתי לבחון שאלות אלו באמצעות כמה שיטות סטטיסטיות ובהסתמך על כמה מאגרי נתונים.

1 Weil, L. G., Bin-Nun, G., & McKee, M. (2013). Recent physician strike in Israel: a health system under stress? *Isr J Health Policy Res*, 2, 33.

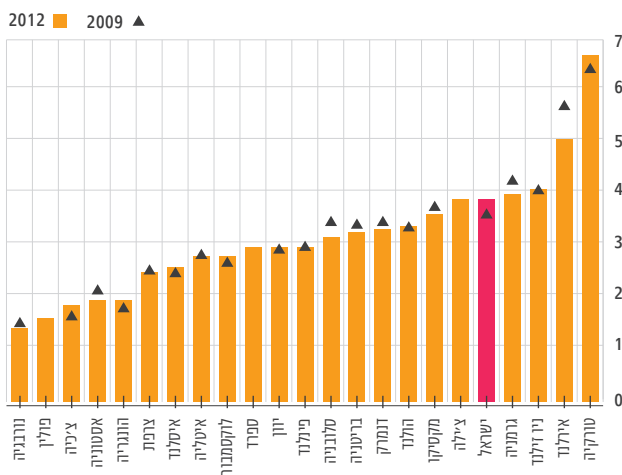
2 גורליות זו קשורה, בין השאר, בהזדקנות של החברה הישראלית, בפרשה של הרופאים עולי ברית-המועצות, במאבק המתמשך על תקצוב המערכת הציבורית ובמידת ההפרדה בין פרטי לבין ציבורי, ובקצב האטי למדי, עדיין, של הכשרת כוח אדם במקצועות הרפואה והסיעוד, על אף פתיחת בית הספר לרפואה בגליל.

3 בעקבות Weil et al, 2013 אני מניח שבין הרופאים היו מי שדאגו בכנות למצב המערכת, ואחרים שהיו מוטרדים יותר ממצבם הכלכלי האישי. אך בכל מקרה, ניתן לדעתי להתייחס לעוצמה הרגשית ולמשאבים הפוליטיים והתקשורתיים שהושקעו בשביתה כאל אינדיקציה לכך שהדבר נגע – לפחות במידה רבה – לכיסה ולכעסה של קבוצה לא קטנה מתוך ציבור הרופאים.

גבוה יחסית

בהשוואה לשכרם של הרופאים במדינות המפותחות, שכרם של הרופאים הישראלים הוא גבוה למדי, והוא היה גבוה גם בשנים שקדמו לשביתה. ממצא זה תקף גם כאשר נבחן השכר בדולרים מתוקנני כוח קנייה, וגם כאשר נבחן היחס בין שכר הרופאים לבין התוצר לנפש במדינה (ראה תרשים) והיחס בינו לבין שכר העובדים בעלי השכלה גבוהה. החוזק היחסי בשכר בולט במיוחד בקרב קבוצת הרופאים המומחים (פי 3.2 מהתוצר לנפש). אולם, גם בקרב הרופאים הכלליים יחס השכר אינו נופל מחציון המדינות הכלולות בהשוואה (פי שניים מהתוצר לנפש). צירוף הממצאים מאשש את התובנה המקובלת לגבי פערי השכר בין רופאים ותיקים לבין רופאים צעירים בישראל. תופעה זו אמנם רווחת גם במדינות אחרות, אך בישראל הוכח כבר כי היא חריפה במיוחד, וכך נמצא גם בנתונים שנבחנו בעבודה.

היחס בין שכר הרופאים המומחים לבין התוצר לנפש, ישראל OECD 22 חברות



מקור: OECD Health Statistics 2015

השוואת שכר הרופאים על פי סקרי הכנסות של הלמ"ס אמנם משקפת שחיקה ריאלית מסוימת בשכרם החודשי של הרופאים במהלך השנים 2003-2008, ואולם, בתקופה זו חלה גם עלייה בשיעור הנשים העוסקות ברפואה וירידה במספר שעות העבודה הממוצע של הרופאים (התופעה האחרונה נובעת, בין היתר, מן הראשונה). בחינת השכר השעתי מעלה כי הוא נשחק בשיעור נמוך יותר או כמעט שלא נשחק. מכאן, שחלק משמעותי מן השחיקה בשכר החודשי מקורו למעשה בקיטון במספר שעות העבודה. נוסף על כך, ניתן לשער – בזהירות המתחייבת – כי השחיקה שבכל זאת חלה בשכר החודשי הממוצע משקפת בין השאר את ההסתמכות ההולכת ומתרחבת של רופאים בכירים על הכנסות במסגרות פרטיות, הכנסות שההתחקות אחריהן

האיזון הרצוי בין פרטי לבין ציבורי, יצר זליגה בלתי מוסדרת לכיוון הפרטי והתרחבות של אי-השוויון בשכר בקרב הרופאים.

על רקע זה ישנה חשיבות לכמה מהלכים, וביניהם המהלכים הבאים (חלקם אם לא כולם מצויים, ככל הידוע לי, בשלב מסוים של תכנון או יישום):

- הכנסת מוטיבים דיפרנציאליים לשכר במערכת הציבורית. הדבר אמנם נעשה בהסכם האחרון (התמחויות, פריפריה), אך ראוי שייעשה גם סביב ממד האיכות וההצטיינות. כך תושג גם החלשת התלות של השכר בגיל.
- המשך השקעה בשיפור תנאי העבודה ואיכות החיים של הרופאים הצעירים, על בסיס ההנחה שמרכיבים אלו הם לגביהם בעלי ערך רב, נוסף על השכר ומעבר לו.
- השלמת התהליכים של קביעת הגבול בין הרפואה הפרטית לציבורית, ובכלל זה צמצום ממדי השר"פ הבלתי רשמי (כלומר, יכולתו של רופא לבסס מעגל לקוחות פרטי דרך הפונים אליו באפיק הציבורי ובתוך כך לתת עדיפות ללקוחות הפרטיים בתוככי המערכת הציבורית).
- חיזוק מרכזיותה של ישראל כמוקד מדעי וקליני שבו נחנכים מדענים ורופאים מהעולם יאפשר להרחיב את ההיצע ואת המגוון של תעסוקת רופאים, ולהגדיל את היצע המקורות של המערכת על בסיס שיתופי פעולה בין-מדינתיים, אקדמיים ומסחריים.
- מהלך תודעתי של המדינה אל מול הרופאים והציבור (לפני סבבי המיקוח הבאים), סביב הטענה שהעיסוק ברפואה לא זו בלבד שהוא כולל אתגר אישי והזדמנות ייחודית לתרומה חברתית, אלא שהוא גם טומן בחובו יציבות תעסוקתית גבוהה לאורך הקריירה, מאפיין שהולך ונעשה ליקר המציאות בשוק עבודה דינמי, ולפיכך הוא בעל ערך רב עבור הפרטים העוסקים בו.



במסגרת הסקרים הקונבנציונליים היא מוגבלת יותר, מה גם שהיא קיימת רק משנת 2006 (במהלך השנים 2006-2011 ניכרת שחיקה קלה בלבד בשכר הכולל של הרופאים).

”השחיקה בשכר הרופאים הייתה מתונה או קלה בלבד, ובאופן כללי יותר, שכר הרופאים הישראלים הוא גבוה בהשוואה לקבוצות ייחוס רלוונטיות. מכאן עולה הרושם שדרישות הרופאים אינן מתמצות בשימור השכר הריאלי ובמניעת הישחקותו על פני זמן, אלא גם בהגדלה משמעותית שלו באופן ריאלי.”

לאור ממצאים אלו, ולאור ממצאים אחרים שקצרה היריעה מלהזכירם כאן, עולה כי השחיקה בשכר הייתה מתונה או קלה בלבד, וכי באופן כללי יותר, שכר הרופאים הישראלים הוא גבוה בהשוואה לקבוצות ייחוס רלוונטיות. מכאן עולה הרושם שדרישות הרופאים אינן מתמצות בשימור השכר הריאלי ובמניעת הישחקותו על פני זמן, אלא גם בהגדלה משמעותית שלו, באופן ריאלי (כפי שאכן בא לידי ביטוי בהסכם האחרון). דרישה זו עשויה לנבוע, בין היתר, מהשוואת השכר למשלחי יד אחרים במשק, אלא שבהשוואה לכמה משלחי יד יוקרתיים, מגמת השינוי בשכר היחסי של הרופאים היא לכל היותר רב-משמעית.

משום כך, נראה כי ישנן כמה סיבות נוספות, בחלקן אקסוגניות, העומדות ביסוד שאיפותיהם ודרישותיהם של הרופאים (מעבר לפיצוי על שחיקה). בין היתר, ניתן להביא בחשבון את הסיבות הבאות: (1) כיוון שרבים מן הרופאים הישראלים המתמחים בחו"ל עושים זאת בארצות-הברית, מתפתחת נטייה להשוואת שכר הרופאים בישראל לרמות השכר המקובלות בארצות-הברית, שהן גבוהות לאין שיעור בהשוואה לשכר הרופאים במדינות מערב-אירופיות; (2) היתרון העצום לגיל ולניסיון, ובפרט בהשוואה למקצועות טכנולוגיים ומדעיים שבהם יש יתרון לכישרון וליצירתיות ללא תלות בגיל, ממשיך להתסיס את ציבור הרופאים הצעירים ובגילאי הביניים (כפי שזיהו זוסמן וזכאי במאמריהם שפרסמו בנושא לפני כשני עשורים); (3) תפיסה עצמית אליטיסטית, שמקורה, אולי, במעמדו של הרופא בהיסטוריית המקצועות של היהודים, ויש לה כנראה יסוד גם בתפיסות הרווחות בחברה הערבית-ישראלית; (4) האפשרות לנצל עוצמה מבנית לצורך יצירת לחץ ציבורי – על רקע אי-קיומם של כללים לא-כתובים מרסנים בתחום יחסי העבודה בישראל (אפשרות זו מנוצלת, אם כן, בצורה מחזורית, ולא רק על ידי עובדי נמלים וחברות ממשלתיות); (5) חוסר ההחלטיות של מערכת הבריאות (לפחות עד לא מכבר) לגבי



איתי קנדר

סטודנט תכנית המצטיינים: מדיניות ציבורית, מחזור י"ג
סיו"ר ISPS-IL, האיגוד לקידום גישות פסיכולוגיות וחברתיות לפסיכזח
pond25@gmail.com

אחרי הרפורמה ומעבר לאשפוז הפסיכיאטרי

הגעתה של הרפורמה הביטוחית, באיחור קליל של 20 ומשהו שנה, הביאה עמה גם התעוררות ציבורית אדירה. זו, בתורה, שפכה אור על כמה מהסכנות האפשריות של הרפורמה בבריאות הנפש – תיוג פסיכיאטרי, צמצום רוחב יריעת הטיפול הנפשי ועוד. אלא שנכון לזמן כתיבת השורות הללו, לא הוקם שום גוף פיקוח חיצוני למרפאות החדשות. יתרה מזאת, גם לא סומנו דיים הצדדים החיוביים של הרפורמה – ההיבטים של המהלך הכביר הזה שביכולתם לפתוח דלת לעתיד חדש לגמרי.

החולים רעוע ביותר. אך הדבר לא מסתכם בחוסר היגינה או בדלתות שבורות. חלק מהסערה שקמה בחודשים האחרונים, ספק בעידודה של הרפורמה, מפנה את תשומת לבנו דווקא אל בתי החולים. דף הפייסבוק "מטופלים ומטופלות שוברים שתיקה" זכה לעדנה רבה, וסוקר בכמה מכלי התקשורת. הדף לא מוחה רק על התנאים הפיזיים, אלא גם על המהות של בתי החולים הפסיכיאטריים – הכפייה, הבידוד מהעולם והאלימות הרבה בין כתליו. רוצה לומר, הדף, אשר נותן במה ציבורית לסיפוריהם של מאושפזים לשעבר, מבקש למחות על המהות הבעייתית של המחלקות האשפוזיות בבתי החולים הפסיכיאטריים.

ייתכן שהסגולה הנסתרת ביותר ברפורמה, הן מעיני מבקריה והן מעיני אוהדיה, היא הניתוק של תקציב בתי החולים הפסיכיאטריים מצינור המימון הממשלתי הישיר, וחיבורו מחדש למסלול העקיף של סל הבריאות וקופות החולים. לכאורה, השינוי הזה יכול להחדיר את רכיב החירות גם אל ענף האשפוזים, ולעשותו דומה יותר לענף השיקום. כלומר, דינמי ופרוגרסיבי יותר. אלא ששני חסמים עומדים בדרכה של הליברליזציה הזו. ראשית כול, **הסכם האזורים** הוא הסכם ארכאי, אשר כובל כל אדם אל בית חולים אחד, לפי מקום מגוריו. שנית, **הסכם ה"קפינג"** (המכסות), האומר שמעל אחוז תפוסה מסוים (95%), שמעליו כמעט תמיד נמצאים בתי החולים, לא ישלם המזמין – קופות החולים במקרה הזה – מחיר מלא על האשפוז. שני החסמים האלו חוסמים כל אפשרות לשחרור "שוק האשפוזים" וליצירת תמריץ כלכלי עבור בתי החולים לנקוט חדשנות. הם מבטיחים זרם קבוע של "לקוחות" וגבייה של תעריף סטטי עבורם.

נניח שאותם שני חסמים חוזיים-משפטיים היו מתפוגגים; אילו מין חידושים היו יכולות לדרוש קופות החולים, בעידוד הציבור הרחב, מבתי החולים? שלושה דגמים ישנים-חדשים עולים כאפשרות ריאלית במציאות הישראלית:

- **טיפול ביתיים.** לישראל עבר והווה עשירים בתחום של טיפולים ביתיים, גם במקרים "קשים" כמו פסיכוזות (שמיעת קולות וכדומה). בתחילת שנות ה-70 פעלו בתחנת הקיבוצים שבדרום הארץ שלושה פסיכולוגים שלאחר מכן נהיו למפורסמים בתחומם – ד"ר אליצור, ד"ר קאופמן וד"ר מינוחין (זה האחרון ידוע כתורם הבולט ביותר לטיפול המשפחתי הסיסטמטי). בתחנת הקיבוצים טיפלו השלושה בפסיכוזות על ידי מה שהם כינו "טיפול קהילתי" – היינו, גיוס של הסביבה כולה להטבת מצבו של הפרט. שנים רבות לאחר מכן, בימינו אנו, מצויים שני שירותים משפחתיים-סביבתיים לרשותם של אלו הסובלים ממשברים נפשיים קשים – **עמותת מרחבים** ו**יחידת הטיפול הביתי** בבית החולים אברבנל, שהוזכר לעיל. עיינתי במחקרים הפנימיים של שני השירותים הללו, והם זוכים להצלחה אדירה. לא רק זאת, אלא שהעלות

ייתכן שהסגולה הנסתרת ביותר

ברפורמה, הן מעיני מבקריה והן מעיני אוהדיה, היא הניתוק של תקציב בתי החולים הפסיכיאטריים מצינור המימון הממשלתי הישיר, וחיבורו מחדש למסלול העקיף של סל הבריאות וקופות החולים. לכאורה, השינוי הזה יכול להחדיר את רכיב החירות גם אל ענף האשפוזים, ולעשותו דומה יותר לענף השיקום. כלומר, דינמי ופרוגרסיבי יותר.

בשנת 2000 חוקק חוק שיקום נכי נפש בקהילה. החוק הסדיר את מערכת היחסים בין המדינה לבין שירותי השיקום של בריאות הנפש כמערכת יחסים בין רגולטור לבין קשת רחבה של ספקים, הניזונים מוואצ'רים. בריאיון שנערך לפני כשנה עם יחיאל שרשבסקי, אדריכל המערכת השיקומית הישראלית, הוא מתאר את החירות כלבה של המערכת – המתמודד מומשג בה צרכן, והוא חופשי לבחור את השירותים שמתאימים לו. עם כמה סייגים קטנים, אני יכול לומר שעבודתי במשך כמה שנים כמתאם טיפול במערך השיקומי, מאששת את תפיסת העולם הזאת. יש לו לאדם הנעזר בשירותי השיקום מידה רבה של חופש, והחופש הזה מפרה את המערכת כולה.

לצד המערכת השיקומית, עומדים שני ענפים של בריאות הנפש בישראל: ענף הטיפול המרפאתי, שבו מחוללת הרפורמה מהפכה של ממש, וענף האשפוזים הפסיכיאטריים. השלישי והאחרון מוכר לציבור דרך דמותם התקשורתית של בתי החולים, ובראשם בית החולים על שם אברבנל בבת-ים. זכורה אמירתו של סגן שר הבריאות ליצמן אחרי סיור במקום כי **"בתי חולים כאלה לא ראויים אפילו למגורים של בעלי חיים"**. אכן, מצבם של בתי



אם כך, עומדות לרשותנו כמה אופציות אטרקטיביות, מוכחות מחקרית, זולות, עם רקע מקומי אבל גם עם סימוכין מהעולם כולו. הן עומדות מאחורי חסמים שביכולתו של משרד הבריאות לנטרל, אם ירצה בכך. ייתכן שכאשר יפורקו החסמים נראה גם צורות אחרות של חלופות אשפוז, והיצירתיות שמאפיינת כל כך את השווקים הישראליים תפרח גם בתחום האשפוז הפסיכיאטרי וחלופותיו. הדבר תלוי ברצונו של הציבור, במוטיבציה של המשרד ובכוחם היחסי של קופות החולים ובתי החולים הפסיכיאטריים.



שלחם מזערית ממש בהשוואה לעלותה של מיטת אשפוז בבית החולים. לאור הנתונים, בולטת במיוחד בעיית הקיבעון של מערך האשפוז הישראלי.

• **מודל סותריה.** לפני שנים מספר השם הזה היה חסר משמעות לחלוטין עבור הרוב המוחלט של צרכני שירותי השיקום, אך היום ניתן לשמוע אותו יותר ויותר. הדבר צובר פופולריות ברשת ובדינוי שולחן עגול הודות לעבודתו של מנהל מחלקת המבוגרים בבית החולים הרצוג שבירושלים, **פרופ' פסח ליכטנברג**. ליכטנברג פועל כדי להביא ארצה את המודל וליישבו בבירת המדינה. המודל עצמו פשוט: בית רגיל, ובו נחים ומתמודדים כעשרה אנשים עם משברים קשים שאליהם נקלעו. גם כאן, כמו במודל הטיפול הביתי, ניתן לנטרל את גורם הכפייה, משום שבבית אין אמצעי קשירה או חדרי בידוד. למרות זאת, מחקרים שנערכו בעבר בבתים כאלו, מראים שהבית הוא סביבה פחות מסוכנת, ולא יותר, עבור שוכניו מאשר המחלקה הסגורה.

• **מרכז הפוגה.** קבוצה של מטופלים לשעבר ובהווה שהתגבשה בעמותת מתמודדי הנפש לשמ"ה, מקדמת את הפתרון הזה. זהו מעין **מרכז קהילתי** הפועל 24/7, ומספק חוף מבטחים לכל דכפין. המרכז מצויד במיטות ובמטבח, ובו חולקים אנשים שחוו בעבר משבר נפשי חמור סיוע, תמיכה ואוזן קשבת עם אלו שחווים אותו בזמן אמת. אף על פי שהרעיון עצמו נהגה באמצע המאה הקודמת, בעיצומו של אביב זכויות האדם האמריקני, הוא התממש רק בעשור האחרון, ולכן המחקרים לגביו דלים ביותר. בכל זאת מחקרים לגבי **"תמיכת עמיתים"** (הרעיון שתואר כאן, של תמיכה ב"גובה העיניים" ולא דווקא מקצועית) מראים תוצאות חיוביות ביותר.



הביולוגיה היא חלב אם מתורמת שמקורו בבנק חלב אם מוסמך.⁷ משרד הבריאות בישראל אימץ גם הוא קביעות אלו בחוזר שפרסם לפני כשנה.⁸

חלב אם הוא חומר ייחודי ביולוגית המותאם לתינוק האנושי. יש לו יתרונות רבים מעבר לערכו התזונתי הייחודי. הוא מכיל נוגדנים, תאי מערכת חיסון, גורמי גדילה ועוד. הוא גם תורם לבריאות התינוק ולהתפתחותו, ומשרד הבריאות מעודד את הזנת התינוקות אך ורק באמצעותו עד לגיל חצי שנה.⁹

מסקר מצב הבריאות והתזונה של משרד הבריאות¹⁰ עלה כי 64.7% מהנשים היהודיות ו-74.6% מהנשים הערביות שילדו, דיווחו כי לתינוקן ניתן תמ"ל עוד במחלקת היולדות. לעתים מדובר ברצון של הנשים, הבוחרות שלא להיניק, אולם לעתים מדובר בנשים שאינן מצליחות לייצר חלב מסיבות שונות.¹¹ נשים אלו, שמתקשות להאכיל את ילדיהן בחלב אם, מוצאות מענה במרחב האינטרנט, שבו מתנהל שוק של תרומות חלב אם שבמסגרתו נשים אחרות תורמות את חלב האם שלהן.

הקשר בין תחלואה ותמותה פגים לבין הזנתם בחלב אם

מחקרים שונים מצביעים על הקשר שבין תזונת הפגים בחלב אם לבין משך אשפוזם, תחלואתם ותמותתם. כך, למשל, במחקר מבוקר שהשווה פגים שניזונו מחלב אם של תורמות לעומת אלו שניזונו מתרכובות מזון על בסיס חלב פרה, נמצא כי הזנה מחלב אם של תורמת הביאה לקיצור משך מתן הזנה תוך-ורידית ב-25%, והגנה באופן משמעותי מפני נמק המעי בכלל ומפני נמק המעי שדרש התערבות כירורגית בפרט.¹² עוד נמצא שחלב אם מתורמות הוכח כיעיל במיוחד במניעת נמק המעי, כך שהסיכוי של פג המקבל תמ"ל לחלות הוא פי שניים וחצי מאשר תינוק המקבל חלב אם.¹³

במחקר שנערך בארצות-הברית נמצא כי הזנה בחלב אם הפחיתה את תמותת הפגים בשליש.¹⁴ בדומה לכך, בברזיל הקימו 214 סניפים של בנק חלב אם, והצליחו להפחית את תמותת התינוקות בשליש.¹⁵

בבחינת משך האשפוז של פגים, נמצא שמשך האשפוז של פג הניזון מחלב אם של תורמות קוצר ב-12%.¹⁶ אם נשליך את הנתונים על

לא בוכים על חלב שנשפך?

אסדרת השימוש בחלב אם כאמצעי להפחתת ימי אשפוז, תחלואה ותמותה של פגים במשקל לידה נמוך מאוד

במדינת ישראל נולדים מדי שנה כ-170 אלף תינוקות. אחד מכל עשרה מהם נחשב לפג. נתונים על תמותה פגים מלמדים כי שיעור התמותה של פגים קטנים מאוד (פגים שמשקלם נמוך מ-1,500 גרם) עלה באופן ניכר בשנים האחרונות. בשנת 2011 מגמה זו נעצרה, אולם עדיין שיעור תמותת הפגים הקטנים בישראל גבוה משמעותית ביחס למדינות העולם המערבי, כמו גם שיעור התחלואה שלהם ומשך אשפוזם.

מחקרים שונים מצביעים על הקשר שבין תמותה פגים ותחלואתם לבין הזנתם מחלב אם של תורמת חלב.¹ כיום פגים בישראל אינם יכולים להיות מוזנים מחלב, משום שאסור להכניס לפגיות חלב שלא עבר הליך של פסטור, ואין בארץ מקום שיכול לעשות זאת. לכן, המנוף לשינוי שיעור תמותת הפגים, תחלואתם ומשך אשפוזם מצוי בהקמת בנק חלב אם מפקח ומוסדר שיאפשר לפגים להיות מוזנים מחלב האם שיועבר דרכו.

פגים

על פי הגדרות בין-לאומיות, כמו גם על פי הגדרת משרד הבריאות בישראל, פג הנו ילוד שנולד לפני שבוע 37 להריון. בעשרים השנים האחרונות עלה שיעור הלידה בישראל ב-50%, ובשנת 2013 נולדו בישראל² 171,444 תינוקות.³ אחד מכל עשרה מהם נחשב לפג.

פגים במשקל לידה נמוך מאוד (פחות מ-1,500 גרם), אשר בהם עסקינן, מהווים אמנם רק כ-1% מכלל הלידות בישראל, אולם יש להם חלק של 45% בתמותת התינוקות הארצית, והם מהווים כ-15% מכלל התינוקות הסובלים מפגיעות התפתחותיות חמורות. פגים אלה צורכים כ-45% מכלל ימי האשפוז ביחידות לטיפול מיוחד בילוד.⁴

בהשוואה בין-לאומית, שיעור תמותת הפגים בישראל גבוה ביחס למדינות מערביות, כמו גם שיעור התחלואה שלהם, וכפועל יוצא מכך, גם מספר ימי אשפוזם.⁵

תזונת תינוקות ופגים

בשנת 2012 קבע איגוד הרופאים האמריקני את סדר העדיפויות להזנת תינוקות: 1. הנקה. 2. חלב שאוב של האם הביולוגית. 3. חלב אם מפוסטר מתורמת. 4. תרכובות מזון לתינוקות (להלן - תמ"ל). בהתאם לכך, נקבע כי האלטרנטיבה הראשונה לחלב אם מהאם

7 Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, World Health Organization Geneva (and UNICEF), 2003, 10.

8 משרד הבריאות, 2014. בנק חלב אם, הסטנדרטים והתקנות המתאימים להפעלה בישראל. ירושלים: מינהל הרפואה.

9 אתר משרד הבריאות, הנקה - נקודת ההתחלה הטובה ביותר לחיים: <http://www.health.gov.il/Subjects/infants/feeding/Pages/StartingPoint.aspx> (כניסה ביום 30.6.2015).

10 משרד הבריאות, 2014, מב"ת לרך - סקר מצב בריאות ותזונה לאומי מלידה עד גיל שנתיים 2009-2012. ירושלים: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

11 הגב' ל' (ריאיון אישי), שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות, 14.6.2015.

12 Cristofalo EA, et. al, Randomized Trial of Exclusive Human Milk versus Preterm Formula Diets in Extremely Premature Infants, J Pediatr 2013;163:1592-5.

13 Quigley, M A, Henderson, G, Anthony, M Y & McGuire, W 2007b. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD002971. Review.

14 Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C (1999) Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. Pediatrics 103:1150-115.

15 Brazil Shows How To Slash Infant Mortality Rates: With Breast Milk Banks Instead Of Formula: <http://www.inquisitr.com/1456902/brazil-shows-how-to-slash-infant-mortality-rates-with-breast-milk-banks-instead-of-formula/#gdrbtTULxCdArmC.99> (כניסה ביום 1.7.2015).

1 מדינת ישראל, משרד הבריאות, 2013. דוח מצב הפגים - תמותה מצב

2 לידות של תינוקות חיים.

3 עמותת לה"ב והפורום למען פגים בישראל, 2013. דוח מצב הפגים - תמותה מצב 2009-2013.

4 דוח מסד הנתונים הלאומי של תינוקות במשקל לידה נמוך מאוד (1,500 גרם או פחות), 2013 - שיעורי תמותה ותחלואה של תינוקות מלג"מ בישראל לעומת קנדה ויפן. תל השומר: היחידה לחקר בריאות האישה והילד, מכון גרטנר.

5 עמותת לה"ב והפורום למען פגים בישראל, 2013. דוח מצב הפגים - תמותה מצב 2009-2013.

6 Policy Statement, Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012 129(3): e827-e841.

כ-700 אלף שקל. בית החולים יקצה מעבדה לטובת בדיקות החלב, וכן את כל הציוד הנדרש לפסטור החלב ולעיבודו.

לבתי החולים יש האינטרס הכלכלי הגדול ביותר בהקמת בנקי חלב אם, שכן השימוש בחלב האם יביא בסופו של יום לקיצור ימי האשפוז של הפגים. בתי החולים מקבלים כיום תקציב של 200,324 שקל למימון אשפוזו של כל פג, ללא תלות בתקופת האשפוז או באופי הטיפול, כך שכל יום אשפוז שיחסכו, ישאיר כסף "נקי" רב יותר בכיסם.

על פי הרעיון, כל בית חולים שיחפץ בכך ויעמוד בתנאי חוזר משרד הבריאות יוכל להקים בנק חלב אם. משרד הבריאות ישתף במימון חלקי של הקמת בנק חלב האם על ידי בית החולים, ובית החולים יהיה חייב לספק את חלב האם לפגים ולתינוקות הזקוקים לו על פי הקריטריונים שיקבעו. מובן שכלל שיהיו תורמות רבות יותר, כך יוכל בית החולים לספק את החלב גם לתינוקות אחרים. הנחת המוצא היא שמעבר לחיסכון הצפוי בימי אשפוז, בתי החולים ירצו להקים את בנק חלב האם על מנת ליהנות מהרווח הכלכלי שבאספקת החלב לבתי החולים האחרים, ואולי אף בהמשך לציבור הרחב, ככל שכמויות החלב יספיקו לכל העומדים בקריטריונים.

להערכת, אם בנקי חלב האם יקומו בתוך שני בתי החולים שייבחרו, גם בתי החולים שבהם לא יקומו הבנקים של חלב אם ירכשו את החלב, וזאת על מנת לספק לציבור היולדות שלהם שירותים זהים. ההנחה היא כי משרד האוצר לא יתנגד ליישום מדיניות זו, משום שבסופו של יום החיסכון למערכת הבריאות גדול יותר משמעותית מההוצאה.

למהלך זה יהיו גם השפעות עקיפות - העלאת המודעות לחשיבות תזונת תינוקות, ולא רק פגים, בחלב אם. כך גם, קרוב לוודאי, תגבר המודעות לחשיבות ההנקה. נוסף על כך, סביר להניח שמהלך זה יסייע לתחום המחקר בחלב אם.

החידוש במדיניות המוצעת

אם עד עתה הגורמים האחראים על בריאות הציבור ניסו להתמודד עם תחלואת הפגים ועם תמותתם דרך השפעה על רכיבים גורמים שונים בפגיות, כגון הגדלת מספר הניאונטולוגים²², שיפור מצב התשתיות וכדומה²³, הרי שבנק חלב האם הוא כלי חיצוני למערך הכלים הקיים היום בפגיות, שניתן לשער שיביא לשיפור במצבם של הפגים. למהלך זה יהיו השפעות על גורמים שונים: הורי הפגים יושפעו באופן משמעותי וישיר מהמדיניות המוצעת. ילדיהם יחזו בחלב אם ולא בתמ"ל, כפי שנעשה עד עתה. הנשים התורמות את חלב האם יתרמו כעת את חלבן לגורם מרכזי אחד. יכול להיות שהידיעה שחלב האם שלהן עובר פסטור תקל עליהן, כך שירגישו בטוחות יותר לתרום. במצב כזה סביר להעריך כי הקמת הבנק תוביל להצטרפות של נשים נוספות למעגל התורמות.

בתי החולים שבהם יוקם בנק יצטרכו, כמובן, לספק לפגים השוהים אצלם חלב אם במקום תמ"ל. בתי החולים שבהם לא יוקם בנק חלב אם, ייאלצו להיענות לשינוי המדיניות לא רק בגין התחרות, אלא גם משום שיהיה זה סטנדרט רפואי גבוה יותר, וגם בגלל החיסכון הכלכלי הצפוי בימי האשפוז של הפגים השוהים אצלם.



ישראל, הרי שממוצע ימי האשפוז של פגים בישראל עומד כיום על 30 ימים¹⁷. תחת הנחה שמרנית של 10% קיצור בלבד (ולא 12% כמו במחקרים), מדובר בקיצור של שלושה ימי אשפוז בממוצע לכל פג. עלות של יום אשפוז עבור פג עומדת על 2,495 שקל¹⁶.

אם נחשב על פי מספר הפגים שנולדו בשנת 2013, יעמוד החיסכון הכלכלי על 12,829,290 שקל¹⁸.

פגים בישראל וחלב אם

ביחס לפגים מצאו מחקרים כי 70% מהאימהות לפגים אינן מצליחות להניק אותם או לייצר עבורם חלב אם בכמות מספקת¹⁹. הסיבה הרפואית לכך נעוצה בלידה בטרם עת, לפני שהגוף הכין את עצמו לייצור החלב, ובמתח הנפשי הרב שבו שרויה אם שילדה בלידה מוקדמת.

תחלואת הפגים ותמותתם הגבוהות בארץ ביחס למדינות אחרות, אי הזנתם בחלב אם והקשר בין השניים, העולה ממחקרים, מובילים למסקנה כי הבעיה היא היעדר בנק חלב אם מוסדר ומפוקח, שיוכל לשמש את הפגים ולהוות את מקור הזנתם.

כיום פגים אינם יכולים לקבל חלב אם מתורמת, וזאת משום שחל איסור מוחלט להכניס חלב אם של תורמת שלא עבר פסטור בבנק חלב אם לתוך הפגיות²⁰. במדינת ישראל אין בנק חלב אם, כך שמהאמור לעיל עולה כי במקרה שבו אם הפג אינה יכולה או רוצה להזין אותו מהחלב שלה, האפשרות היחידה העומדת בפניה היא תמ"ל. לעומת זאת, בעולם פועלים בנקים לחלב אם יותר מ-30 שנים. כיום בארצות-הברית ובקנדה יש מערך של 17 בנקים לחלב אם החולשים על 39 מדינות ו-264 ערים, ומקיימים מחזור שנתי של כ-100 אלף ליטר חלב אם. באירופה ישנם 203 בנקים לחלב אם ועוד 13 מתוכננים לקום בשנה הקרובה. בין השאר קיימים בנקים לחלב אם במדינות ברזיל, בולגריה, בריטניה, דנמרק, פינלנד, צרפת, גרמניה, יוון, הודו, נורבגיה, שבדיה, יפן וקנדה. מרבית הבנקים לחלב אם מנוהלים בסטנדרטים גבוהים²¹, תוך שימוש במערכות בקרת איכות ונהלים מסודרים, כך שהחלב הנתרם הנו בטוח ומועבר לפגים.

שוק לחלב אם

לשאלה אם קיים היצע לחלב אם בארץ יש להשיב כי כיום נשים רבות תורמות חלב אם באמצעות פלטפורמות חברתיות שונות באינטרנט. ראו למשל את אתר מאמילק - בנק תרומות לחלב אם חברתי - ובקצוצות שונות ברשתות חברתיות שהוקמו בדיוק לשם כך.

הפתרון: בנק חלב אם שיוקם ויופעל על ידי בתי החולים

ההצעה למדיניות בת יישום היא הקמת בנק חלב אם שיוקם על ידי בתי חולים ובצמוד אליהם. הערכת העלות להקמת בנק לחלב אם היא

16 המוסד לביטוח לאומי, מענק אשפוז - סקירת רקע, התפתחויות והמלצות, 2013.

17 1,714 פגים.

18 החישוב המדויק הוא: 1,714 (פגים) * 3* (ימי אשפוז) * 2495* (עלות יום אשפוז) = חיסכון של 12,829,290 שקל. סכום זה אינו מביא בחשבון את החיסכון בימי העבודה של ההורים המלווים את הפג באשפוזו, את החיסכון הנובע מאיכות החיים של הפג ומשפחתו וכן את החיסכון הנובע מהפחתת התחלואה והתמותה של פגים.

19 Carroll, K. & Herrmann, K. 2013, 'The cost of using donor human milk in the NICU to achieve exclusively human milk feeding through 32 weeks postmenstrual age', Breastfeeding Medicine, vol. 8, no. 3, pp. 286-290.

20 מתוך הריאיון שהתקיים עם הגב' ל' משירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, ביום 14.6.2015.

21 כדוגמת המלצות האיגוד הצפון-אמריקני של בנקי חלב אם (HMBANA) משנת 2013 או הנחיות המרכז הארצי למצוינות קלינית של אנגליה משנת 2010 (NICE).

22 בשנת 2011 הוחלט על תמרון רופאים שייבחרו להתמחות במקצוע זה בדמות מענקים: http://www.ima.org.il/ima/formstorage/type7/IMA_agreementHasbara_05.pdf (כניסה ביום 29.6.2015).

23 כיום קיים במשרד מודל תמרון הנקרא "מודל הכוכבים", שמתמקד פגיות לפי תחומי כוח אדם תשתיות וזיהומים: http://www.health.gov.il/hozer/mr52_2013.pdf (כניסה ביום 29.6.2015).

קרן גולדמן

M.A, קרימינולוגית, רכזת בכירה אלכוהול והתנהגות
ממכרת, המחלקה לטיפול בהתמכרויות,
האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
keren.goldman@moh.gov.il



פאולה רושקה

בוגרת תוכנית הבכירים, מחזור ב'
מנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות,
אגף לבריאות הנפש שבמשרד הבריאות
paola.roska@moh.gov.il



תחלואה כפולה נפשית – התפתחות התחום ואתגרים בצל הרפורמה בבריאות הנפש

בשונה מהמצבים שתוארו לעיל, ישנם הסובלים מתחלואה כפולה, שבה ההתמכרות היא הראשונית והדומיננטית, ומערך הטיפול בהתמכרויות אחראי להם, בעוד שחלקה של הקופה הוא בסיוע ובאיון נפשי בלבד.

שאלת השאלות הנה מה קדם למה, וכיצד מהלך המחלה משפיע על תפקודו של המטופל ועל הצרכים הטיפוליים. זאת, שעה שלרוב שתי ההפרעות, הפרעת ההתמכרות וההפרעה הפסיכיאטרית, מתקיימות זו לצד זו לאורך זמן ומשפיעות לרעה זו על זו, ודורשות מודל טיפולי אינטגרטיבי, רב-מקצועי, המורכב מצוות בריאות נפש והתמכרויות שהתמקצע בטיפול ובאבחון של שתיהן.

בשנים האחרונות פיתח משרד הבריאות כמה שירותים הפועלים על פי מודל זה, שהוא המודל הרצוי והמומלץ בעולם. בנקודה זו קיימת אי-הסכמה בין קופות החולים לבין משרד הבריאות. הקופות מחזיקות בדעה כי טיפול מסוג זה מהווה גמילה כוללת, ואילו משרד הבריאות מבחין בין שלבי הטיפול השונים. לעתים מדובר במטופלים כרוניים אשר לא ניתן לגמול אותם באופן חד-פעמי, בהיותה של מחלת ההתמכרות מחלה כרונית של המוח, ואז המטופלים נזקקים לטיפול מורכב, הכולל גם היבטים הקשורים להתמכרות וגם לתחום בריאות הנפש. מכאן הדרישה ההדדית לשאת בעלות הטיפול.

במבט על מדינות שונות אשר יישמו רפורמה בבריאות הנפש אנו למדים כי תחום תחלואה כפולה מהווה אתגר תקציבי, ארגוני ובין-משרדי. באנגליה, לדוגמה, רוב הטיפול ניתן כחלק מהזרם המרכזי של מערכת בריאות הנפש (Mainstream), תוך כדי ייעוץ והכוונה של החלקים ההתמכרותיים, כולל הכשרות לצוותי בריאות הנפש ועבודה רב-מקצועית ושיתופית בין ארגונים שונים.³

כבר ביוני 2010 הנושא עלה לדיון בוועדת הכנסת למלחמה בנגע הסמים, בראשות ח"כ בארכה, אשר הנחה את המשרדים לקיים ועדת מומחים כדי להציע צעדים אופרטיביים להתמודדות עם הסוגיה. הצעד הראשון היה הכשרה של אנשי צוות בתחום בריאות הנפש בנושא תחלואה כפולה. משרד הבריאות הכשיר את רוב הצוותים הרפואיים והפסיכוסוציאליים, הן מבתי החולים והן מהקהילה, כמו גם את צוותי הרווחה.

הכשרות אלו תרמו רבות בהעלאת המודעות של הצוותים ובמתן כלים לאבחון והפניה לגורמים טיפוליים רלוונטיים, כאשר השגנו את העלאת המודעות ואת רתימתם של מנהלי בתי החולים ואנשי הצוות לנושא. ישנם בתי חולים שהסבו מיטות לטובת הטיפול בתופעה, וביניהם בתי החולים אברבנאל, שער

הפרעות פסיכיאטריות פוגעות בכ-25 אחוזים מן האוכלוסייה הכללית בימי חייהם. בחלק ניכר מהפרעות אלו ישנה שכיחות מוגברת של הפרעות שימוש בחומרים (סמים, אלכוהול, תרופות מרשם), וזו נעה בין 20% עבור הפרעות כמו חרדה ודיכאון ועד יותר מ-40% עבור סכיזופרניה. נתונים אלו מובילים למספר לא מבוטל של פונים.

תחלואה כפולה מוגדרת על פי ICD10¹ (סיווג האבחנות הפסיכיאטריות של ארגון הבריאות העולמי) כהפרעה נפשית המלווה באחת או יותר מן ההפרעות הבאות:

- שימוש לרעה (Abuse) בחומרים;
- התמכרות (תלות) לחומרים פסיכואקטיביים (סמים, אלכוהול ותרופות מרשם);
- התנהגות ממכרת, כגון הימורים, אינטרנט, מין;
- קיימים יחסי גומלין המחמירים את המהלך והפרוגנוזה של ההפרעות.

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, אשר נכנסה לתוקפה ביולי 2015, הסדירה את שירותי הגמילה מסמים והתמכרויות הנשארות באחריות משרד הבריאות, בעוד שהאחריות למתן שירותי בריאות לסובלים מתחלואה כפולה נפשית מחולקת בין שני גורמים, משרד הבריאות וקופות החולים.²

בעוד שסוגיית האשפוז עבור מטופלים אלו הוסדרה, סוגיית השירות האמבולטורי טרם הוסדרה, וטענת הקופות היא כי תחום ההתמכרות, בייחוד גמילה, לא נכלל ברפורמה, ועל המשרד לשאת בעלות הטיפול בתחלואה. על מנת לנסות ולפתור מצב זה, משרד הבריאות, בשיתוף איגודים מקצועיים, הכין נייר עמדה המדגיש את ההבחנה בין מצב שבו החלק הפסיכיאטרי הוא הדומיננטי והראשוני לבין מצב שבו ההתמכרות והשימוש בחומרים נלווים ומשניים לו, לדוגמה, מצבים פסיכויטיים משניים לשימוש בחומרים (Drug induced). מצבים אלו מתרבים לאור כניסתם של חומרים חדשים (NPS) לשוק הסמים הבין-לאומי המוכרים בשם "סמי פיצוציות" ומכילים תרכובות כימיות שונות, תרופות וחומרים רעילים. חומרים אלו ידועים כמאיצים היווצרות של מצבים פסיכויטיים חולפים עד כדי פריצת מחלת נפש, כגון סכיזופרניה.

1 International Classification of Diseases, ICD10, World Health Organization 1994.

2 מרכז המחקר והמידע, הכנסת, ד"ר גלעד נתן: "מכורים לסמים הסובלים מתחלואה כפולה נפשית", 4.1.2010.

3 S Watson, C Hawkins (2002), Dual Diagnosis: "Good Clinical Practice", Ministry of Health, United Kingdom.

9 הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, אשר נכנסה לתוקפה ביולי 2015, הסדירה את שירותי הגמילה מסמים והתמכרויות הנשאות באחריות משרד הבריאות, בעוד שהאחריות למתן שירותי בריאות לסובלים מתחלואה כפולה נפשית מחולקת בין שני גורמים, משרד הבריאות וקופות החולים

מנשה, כפר שאול ועכו. הוועדה התייחסה גם לצורך בתוספת תקציבית או בהסבת תקציבים לטובת הנושא.

תהליך זה לווה בהדרכה צמודה של המחלקה לטיפול בהתמכרויות, כולל הוספת מדריך "מכור נקי" לצוות המחלקות במימון הרשות למלחמה בסמים ואלכוהול. זוהי דוגמה טובה לאיגום משאבים של הגופים המעורבים, תוך ליווי של ועדות היגוי וקביעת סטנדרטים וממדים לטיפול מיטבי.

במקביל, נפתחו בקהילה מרכזים אמבולטוריים הכוללים טיפול יום ונותנים מענה על פי המודל האינטגרטיבי הרצוי שהוזכר לעיל.

בעיר אשדוד, שהיא מודל דגל של רצף שירותים בתחום ההתמכרות בכלל ותחלואה כפולה בפרט, הוקם נוסף על המרפאה האמבולטורית ומרכז היום מרכז תעסוקתי לנפגעי תחלואה כפולה, אשר אפשר להם למלא את סדר יומם בעבודה שיקומית תוך הדרכה של אנשי מקצוע. בעיר הוקם הוסטל ארצי, כך שמטופלים מכל הארץ העונים על הקריטריונים יוכלו להשתלב בו, וימצאו מענה מקיף לכל צורכיהם.

בהמשך להצלחת המודל גם בסביבות העיר תל-אביב רבתי, לצד מרכז אמבולטורי, צמח שירות של דיור מוגן.

כמו כן, הוקמו שתי קהילות טיפוליות לתחלואה כפולה בשיתוף פעולה של משרד הבריאות ומשרד הרווחה.

לאחר שתיארנו את המצוי, יש לתת את הדעת על האתגרים העומדים בפתח. נכון להיום אין ולו מסגרת אחת, הן אשפוזית והן אמבולטורית, המיועדת לבני נוער, אשר להם צרכים ייחודיים ושונים.

לסובלים מתחלואה כפולה, כמו לרבים מנפגעי הנפש, רמות תפקוד שונות וצרכים שונים, ומכאן שישנם מודלים רבים, והצורך בשירותים מסוימים שונה מאדם לאדם. כך, לעתים מספיק רק יועץ או צוות מיעץ לרפואה לבריאות הנפש ורפרנטים המומחים בשני העולמות, אשר יתפקדו באופן מחוזי בנקודת טיפול והפניה משמעותית, תוך כדי הכשרה של הצוותים, התמקצעותם וליווי צמוד של המומחים בתחום. במסגרת זו הרפרנט הוא חלק מצוות לומד ומקבוצה שבה מתייעצים לגבי מקרים פרטניים ומוצאים מענים.

לנושא תחלואה כפולה מתחבר גם תחום שיקום נכי נפש בקהילה, נושא שהוא חדש עבור העוסקים בתחום השיקום, ולכן יש להדק את הקשרים המקצועיים ואת שיתופי הפעולה ביניהם לבין תחום ההתמכרויות, תוך הסרת החסמים. על מנת לקדם את הנושא ולהוסיף ידע אשר חסר למומחים בתחום השיקום, נוצרו הכשרות לצוותים, אשר הוזכרו קודם לכן.

נוסף על כך, לאחר הפקת הידע בקרב אנשי בריאות הנפש תוכננה הכשרה במודל דומה עבור אנשי שטח בתחום השיקום, תחת מטרייה מקצועית של בית הספר לשיקום, אשר במסגרתו האקדמית מוכשרים הצוותים בנושאים שונים ומתעדכנים בתחומים החדשים. לאחר שהנושא יוטמע היטב בשדה החדש ותוך כדי התפתחות של שירותים שונים המקיפים את חייו של המטופל, נצטרך לתת את הדעת על תת-אוכלוסיות מיוחדות בתוך התחלואה הכפולה, כגון מגדר, העדפה מינית, התפלגות גילאים וכו'.

לסיכום, עומדים אתגרים רבים בפני העוסקים בתחום תחלואה כפולה בתפקידי מטה לאור הרפורמה לבריאות הנפש. על פי הניסיון שנצבר בחו"ל, תת-אוכלוסייה היא בעלת צרכים מורכבים, ועל כן נדרשים איגום משאבים תקציביים, הרחבת ידע ובניית רצף שירותים מאבחון וזיהוי מוקדם עד לשיקום, תוך כדי גיוס אנשי מקצוע מדיסיפלינות שונות על מנת לתכלל את הידע הנצבר ולספק מענה מיטבי לאוכלוסייה מודרת זו. על אף חלוקת האחריות שנוצרה בין משרד הבריאות לבין הקופות בנוגע למתן טיפול לאוכלוסייה זו, יש לחבור יחד, ולבנות מדיניות טיפולית כוללת עם מנגנוני פיקוח על מתן שירותים, כדי להבטיח כי הלוקים בהפרעה זו יוכלו לקבל רצף שירותים ולמצוא את זכויותיהם לקבלת טיפול רפואי הולם.



4 פלורה קוד דוידוביץ: "הטיפול במכורים הסובלים ממחלת נפש לאחר העברת שירותי בריאות הנפש מאחריות משרד הבריאות לאחריות קופות החולים", מרכז המחקר והמידע, הכנסת, 2.7.2014.



בין הלכה למעשה במדיניות בריאות ציבורית –

על אודות תהליכים, שיקולים ומידע המייצרים מדיניות בריאות

שיקולים מקצועיים ואפידמיולוגיים על אודות התחלואה לבריאות הציבור

ככל ששיעור ההיארעות (Incidence) של בעיית הבריאות ושיעור הימצאותה (Prevalence) גבוהים יותר, כך יש לחץ על קובעי המדיניות לאמץ את הטכנולוגיה המוצעת כנגדה.

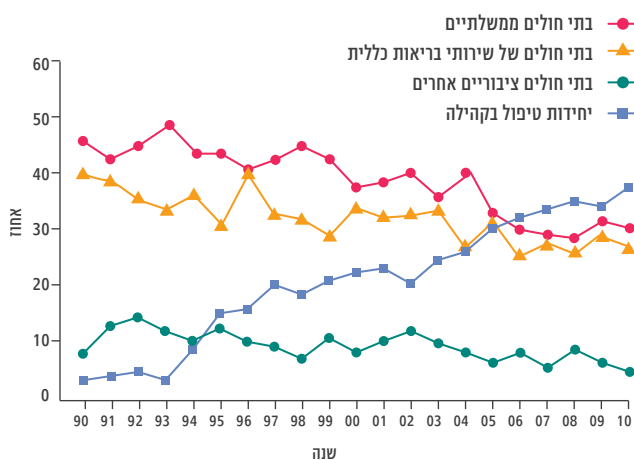
כך, למשל, אף שדיונים רבים בקרב חברי ועדת הסל ומחאות ציבוריות הם סביב תרופות חדשות לטיפול במחלות הסרטן, נולדה לפני שש שנים החלטה חריגה בנוף המדיניות הציבורית לממן בעלות גבוהה טיפול מניעתי למחלת חורף שגריתית – השפעת.

בשנת 2009, לאחר דיון בין ראש הממשלה בנימין נתניהו וסגן שר הבריאות יעקב ליצמן, הורה נתניהו להזמין חיסונים נגד שפעת החזירים לכלל אזרחי המדינה בתוספת עלות של כ-450 מיליון שקל. המימון החרגי, שהגיע כתוספת לתקציב הסל, נגרם כתוצאה מחשש מפנדמיה (מגפה עולמית) ותמותה בשיעור גבוה³.

שיקולים נוספים כוללים את חומרת המחלה ואת השלכותיה הכלכליות על המשק (כגון נטל כלכלי על המשק, נכות ומוגבלות של החולים בה) וכן ניתוחי מגמות תחלואה עם הזמן.

ניתוח מסוג זה ערך המרכז הישראלי לבקרת מחלות בתל השומר ביחס לעלייה בשיעורי תחלואת אי-ספיקת כליות בישראל, דבר אשר הוכיח את הצורך בפתיחת מכוני דיאליזה פרטיים בקהילה החל בראשית שנות ה-90.

תרשים 1. התפלגות החולים אשר החלו טיפול בדיאליזה לפי שיוך היחידה המטפלת ולפי שנת התחלת טיפול (1990-2010)⁴.



בשנת 1979 אמר הנרי קיסנינג'ר על אודות תהליכים קובעי מדיניות כי "אין למנהיגים זמן רב לחשוב. הם לכודים בקרב אינסופי, שהדחוף בו תמיד מקדים את החשוב. החיים הציבוריים של כל דמות פוליטית הם מאבק מתמשך להציל יסוד של בחירה מלחץ הנסיבות".

מי שהתנסה בניהול מערכות ציבוריות גדולות יכול להיות שותף לתחושה זו. במאמר הנוכחי אנסה לסקור את מגוון השיקולים המתודיים המחוללים מדיניות בריאות ציבורית.

ערכים חברתיים כמשפיעים על מדיניות, כגון ערך השוויון או עקרון קדושת החיים

דוגמה לכך היא הכללתו של חיסון יקר ביותר במסגרת תכנית החיסונים בישראל.

בינואר 2013 הוכלל החיסון למניעת נגיף הפפילומה האנושי HPV במסגרת סל הבריאות לכלל הנערות הלומדות בכיתות ח'.

נגיף זה הוגדר כגורם הבלעדי ליצירת סרטן צוואר הרחם, ולפיכך, מניעת ההדבקה בו על ידי חיסון מונעת את התחלואה בסרטן קטלני זה. החיסון עשוי למנוע חלק ניכר מ-200 מקרי סרטן צוואר הרחם שמאובחנים בכל שנה בישראל, וכן כמאה מקרי תמותה מסרטן זה¹.

ערכי קדושת החיים וערכי השוויון באספקת שירותי בריאות בישראל גברו על שיקולים כלכליים. החיסון הוכלל בסל הבריאות אחרי דיונים רבים, למרות עלותו הגבוהה ואף שהוכח בניתוחי עלות-תועלת, כי אין צידוק כלכלי להכללתו בסל שירותי הבריאות של ישראל².

ערך השוויון במדיניות הבריאות הישראלית בא לידי ביטוי בדוגמה נוספת כאשר סגן שר הבריאות יעקב ליצמן לממשלה את תכנית הרפורמה בבריאות השן לממשלה בתאריך 2.5.10, שבה כלל את הרעיון למימון טיפולי שיניים לילדים עד גיל שמונה.

ברפורמה זו הוא יצר שוויון באחד מתחומי הבריאות שנותרו פרטיים לחלוטין מאז חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד 1994). עד אז רפואת שיניים פרטית יצרה פערים בתחלואת העששת באוכלוסיות הארץ בקורלציה ישירה למעמד הסוציו-אקונומי.

אגב, תכנית זו התאפשרה הודות להוספת 76 מיליון שקל מתקציב המדינה, ו-65 מיליון שקל נוספים נלקחו משירותים אחרים שסופקו כבר לאזרחים דרך הסל, דבר שעורר מחאות ציבוריות ואת מחאתה של הסתדרות הרופאים בישראל.

3 מיה בנגל, שפעת החזירים: ישראל תרכוש חיסון לכל האזרחים, מעריב 29/7/2009, <http://www.nrg.co.il/online/1/ART1/923/343.html> כפי שפורסם באתר

4 טיפול כליתי חליפי בישראל, המרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות והאיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם. דצמבר 2012, פרסום 350.

1 חיסון נגד נגיף פפילומה HPV; מתוך אתר משרד הבריאות. <http://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/HPV/Pages/default.aspx>

2 Cost-utility analysis of vaccination against HPV in Israel. Ginsberg GM1, Fisher M, Ben-Shahar I, Bornstein J. Vaccine. 2007 Sep 17;25(37-38): 6677-91.



טיפול רבים ברפואה שבהם לא קיימים מחקרים אמפיריים שיבססו את מדיניות הבריאות, את החלטות ואת מדיניות הטיפול.

שיקולים לוגיסטיים המשפיעים על שינוי מדיניות

ייתכן ששירות או טכנולוגיה רפואיים צורכים מערך מובנה מיוחד, המכתיב מדיניות מעצם המורכבות הלוגיסטית הנדרשת עבורו.

בשנת 2012 בחן משרד הבריאות את בעיית זמינות ניידות מד"א לקריאות החירום. בניתוח נמצא כי הצורך לאשר את מותו של אדם על ידי רופא גורם לניידות, שמרביתן אינן מאוישות ברופאים, להמתין בבית הנפטר. קיים מחסור הולך וגובר במערכת הבריאות בכלל, ובמד"א בפרט, ברופאים.

לאחר בחינת ועדת מומחים שמונתה לכך, הוציא המשרד באפריל 2012 נוהל המאפשר הכרזה על מוות על ידי פרמדיק באט"ן (אמבולנס טיפול נמרץ) מד"א ללא נוכחות רופא. על פי הנוהל, הפרמדיק צריך להיוועץ טלפונית ברופא היושב במוקד ולקבל את אישורו.

ההסתדרות הרפואית זעמה והגישה כעבור ארבעה חודשים בג"ץ נגד משרד הבריאות, בטענה שרק רופא במקום מורשה לקבוע את מותו של אדם⁸.

בג"ץ אשרר את החלטת משרד הבריאות לקבוע מדיניות בנושא זה, ודחה את עתירת הרופאים.

שיקולים כלכליים על אודות הטכנולוגיה החדשה

דומה שבהיעדר תקציבים ייעודיים, אין מקום לערוך דיונים על אודות מדיניות בריאות חדשה. אולם אנשי המקצוע כבר נתנו את הדעת על כך שדיונים על אודות מדיניות חדשה מחויבים להיערך ביחס לעתיד בלא קשר לאפשרויות המימון הנוכחיות⁹. גישה זו נוקטת, למשל, הוועדה המייעצת למשרד הבריאות בעניין מחלות זיהומיות וחיסונים כאשר היא מאמצת לחיקה החלטות מדיניות חדשות ביחס לטכנולוגיות רפואיות היוצאות לשוק, ומתעדפת אותן עבור קובעי המדיניות במצבים של מחסור תקציבי.

נוסף על בחינת תוספת העלות הישירה של הטכנולוגיה לסל הבריאות, בוחנים אותה במבחנים כלכליים שונים, כגון שיקולי עלות-תועלת (CBA = Cost Benefit Analysis) הבודקים כנגד העלות את הרווחים הישירים והעקיפים של מניעת התחלואה.

שיקולים כלכליים אינם גוברים בהכרח על יתר התהליכים המייצרים מדיניות. לדוגמה, החיסון נגד נגיף הפפילומה האנושי הוכלל בסל

פתיחת המכונים הפרטיים בקהילה נתנה מענה לצורך ההולך וגובר ביחידות דיאליזה, אולם הוסיפה נדבך לדיונים ציבוריים נוקבים בשאלת טשטוש הגבולות בין מערכות הרפואה הציבורית והפרטית לבין אופייה של מערכת הבריאות בישראל. שאלה זו נדונה כעבור עשור במסגרת ועדת גרמן בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, ובחודש יוני 2014 קיבלה הוועדה שורה של החלטות שעיקרן קידום אופייה הציבורי של מערכת הבריאות בישראל⁵.

שיקולים מקצועיים ואפידמיולוגיים בדבר בטיחות טכנולוגיה חדשה ויעילותה

יכוחניטש על עמדות שונות בשאלה זו בין איגוד הגסטרואנטרולוגים לבין איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל על אודות הטכנולוגיה הנבחרת לשימוש המוני לסקירת האוכלוסייה כנגד סרטן המעי הגס.

גוד הגסטרואנטרולוגים דוגל בשימוש בקולונוסקופיה כבדיקת הבחירה לסקר אוכלוסין, בשל נתונים מוכחים על יעילות הטכנולוגיה הנידונה באיתור נגעים טרום ממאירים (לפי נתוני רגישות וסגוליות באיתור הנגעים במעי הגס), אולם הסכנה לסיבוך חמור בשימוש בקולונוסקופיה נאמדת על פי מחקרים בכ--1/500-600.

לעומתם, קובע איגוד רופאי בריאות הציבור כי הערכות מדדי התוקף והדיוק של הבדיקה הנידונה הם רק חלק ממכלול השיקולים שיש להפעיל לבחירת בדיקת סקר המונית. לאור זאת, הוציאו בשנת 2008 המלצה מקצועית בדבר שימוש בתבחין דם סמוי בצואה כשיטה המועדפת⁶. עמדתם זו התקבלה כמדיניות רשמית אשר נותרה עד היום.

במהלך הוויכוח על הסוגיה כל קבוצה ציטטה מחקרים רפואיים שונים התומכים בעמדתה. שונות בתוצאות של מחקרים מדעיים מביאה לכך שקובע מדיניות מתקשה להכריע על סמך מחקרים בלבד.

פרופ' ארצ'י קוקריין, יוזם Cochrane Collaboration, ראה לנגד עיניו את כל אותן מגבלות הנעוצות במבנה מחקר מדעי ואת האפשרות של קשר כוזב (קשר סטטיסטי שאינו קיים בהכרח במציאות), במיוחד במתודולוגיית מחקר רעועה.

הוא יזם הקמת קבוצות עבודה שתקבענה מדיניות טיפול מבוססת ברפואה לכל תחום ותחום, מתוך בניית תבחיני-על (מטא-אנליזות) של מחקרים מדעיים. ליעד שאפתני זה קראו EBM - Evidence Based Medicine - רפואה שבה מדיניות הטיפול תהיה מבוססת על מחקרים⁷. למרות הפעילות הזאת, קיימים תחומי

8 כרמית ראובן, הרופאים בבג"ץ: לבטל נוהל קביעת מוות על ידי פרמדיק, חדשות בריאות, כפי שהופיע באתר Ynet: <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4274104,00.html>

9 מודן ב., אפידמיולוגיה, פפירוס, אוניברסיטת תל-אביב, 1998, עמ' 202-210.

5 ועדת גרמן - הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל, מתוך אתר משרד הבריאות <http://www.health.gov.il/Services/Committee/German/Pages/default.aspx>

6 נייר עמדה בנושא גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת באוכלוסייה בסיכון ממוצע ללא תסמינים מחשידים למחלה, איגוד רופאי בריאות הציבור 2008.

7 גרין מ., מדריך לאפידמיולוגיה כללית וקלינית ורפואה מונעת, החוג לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת, הפקולטה לרפואה על שם סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב, הוצאת דיונון אוניברסיטת תל-אביב, 2000.

ישראל הייתה המדינה הרביעית בעולם שאימצה את החיסון כנגד נגיף צהבת B או חיידק המופילוס אינפלאנזה, והראשונה בעולם שחיסנה כנגד דלקת כבד נגיפית ("Havrix") A.

לאנגליה, לעומת זאת, מסורת של שמרנות פוליטית ומדינית. כך, כאשר מרבית מדינות העולם אימצו את החיסון משולב החדש כנגד שעלת לפעוטות, נותרה אנגליה עם החיסון הישן, אשר תופעות הלוואי הנגרמות על ידו רבות יותר.

תהליכים פוליטיים במדיניות בריאות

סיפורים אישיים המופיעים בתקשורת, מעוררים לחץ ציבורי על קובעי המדיניות. יצרני החברות הפרמאצוטיות מנצלים לא פעם את הערוץ הזה כדי לעורר דעת קהל ולדרבן את קובעי המדיניות על ידי עידוד פרסום חוות דעת של קבוצות מומחים מקצועיות על אודות יעילות הטיפול החדשני שהם מציעים, פרסומות במדיה האלקטרונית, והחדרת מידע דרך האינטרנט.

דוגמה יפה להשפעה פוליטית של "משוגע לדבר" היושב בצומת קבלת החלטות, היא מעורבותה של רעייתו של רה"מ לשעבר אהוד אולמרט, גב' עליזה אולמרט, עובדת סוציאלית בהכשרה, בפיתוח שירותים למען ילדים בסיכון. כאשר ראש הממשלה, הובילה ביולי 2006 את יוזמת "התחלה טובה" להקמת המרכזים משולבים לגיל הרך ולתפעולם.

באותה עת הוביל משרד האוצר מהלך להפרטת תחנות טיפות חלב. מעורבותה וביקוריה המתוקשרים של גב' אולמרט בתחנות¹² יצרו את השפעתם, וב-12.07.2007 הנחה רה"מ לשעבר אהוד אולמרט להקפיא את תהליך ההפרטה של טיפות החלב שהוביל משרד האוצר, ולבסס אותן כשירות ממלכתי¹³.

לסיכום, מדיניות בריאות נוצרת ממאזן כוחות ושיקולים מקצועיים וערכיים, אשר בדומה לתהליכי היד הנעלמה במשק הכלכלי, השילוב ביניהם הוא שקובע את התוצאה הסופית של המדיניות.

בפועל, השיקולים שתוארו אינם מתרחשים בהכרח לפי סדר מסוים; ייתכן שיופיעו במקביל או שאחד מהם יכריע בזמנים מסוימים את הכף כנגד היבטים אחרים.



החיסונים אף שעלותו הגבוהה עברה את עלות כל סל החיסונים שניתן עד אז לילדי ישראל.

אולם יש מדינות שבהן השיקול הכלכלי הנו שיקול מכריע. באנגליה בשנת 2005, לאור גירעון תקציבי כבד של מערכת הבריאות, נקבע על ידי המכון הלאומי לבריאות ומצוינות בטיפול (NICE - The National Institute for Health and care center) כי כל פעילות רפואית חדשה שתוצע להוספת שנת חיים מתוקנת איכות (QAL) ועלותה תעלה על 30 אלף ליש"ט, תידחה. זאת, אפילו אם מדובר בקו תרופות נגד מחלות הסרטן ("תרופות מצילות חיים")¹⁰.

חוות דעת מומחים כשיקול במדיניות בריאות

למומחים משקל רב בהכרעת תהליכי המדיניות, לעתים עקב מקומם בצומתי הכרעה ולעתים עקב משקל דעתם המכריע על קובעי המדיניות בפרט ועל דעת הקהל. שיתוף מומחים בתהליכי המדיניות גובר בעידן של שיתוף ציבור ושקיפות גוברת המתחייבת מנבחריו.

למרות השאיפה לבסס מדיניות בריאות על בסיס עדות מדעית (EBM), במרבית המקרים למקבל ההחלטות חסר המידע הרלוונטי שהיה רצוי לו. דוגמה לכך היא סוגיות שעל מנת לבססן נדרשים ניסויים קליניים בבני אדם, האסורים על פי אמנת הלסינקי.

לכן, במרבית המקרים, נאלצים קובעי המדיניות לקבל החלטות על סמך מידע שתוקפו בעייתי או בהיעדר נתונים מספקים. הכרעות בתנאים של אי-ודאות הן מציאות שכיחה בקרב מובילי מדיניות.

במצבים אלו במיוחד נעזרים בפורומים של מומחים על מנת לקבל לגיטימציה לקביעת המדיניות החדשה, אף על פי שתוקף חוות דעת זו הוא החלש ביותר במגוון סוגי העדויות המדעיות.

לעומת זאת, לקובע מדיניות אין זכות אתית להימנע מקבלת החלטה סוגיה בוערת בשל חוסר במידע תקף דיו¹¹.

פעמים רבות בוחנים בעניין זה את הנעשה בעולם ומהם שיקולי המדיניות שהעלו דיוני מומחים בוועדות מובילות בחו"ל, כגון ארגון הבריאות העולמי (WHO), המרכז הלאומי לבקרת מחלות בארצות-הברית (CDC) והמרכז האירופי לבקרת מחלות (ECDC).

שיקולי מדיניות של מסורת קודמת בתחום

מסורת תרבותית של נטייה לאמץ חידושים או מסורת של שמרנות מוסיפות נדבך לתהליכי המדיניות.

ישראל, למשל, מובילה מסורת של חדשנות בתחום מדיניות הבריאות בנטייתה לאמץ טכנולוגיות חדישות.

12 רוני לינדר גנץ, יותר מטיפת חלב – זה מרכז לגיל הרך, 26.09.2013, כפי שהופיע באתר The Marker <http://www.themarker.com/consumer/health/1.2126438>

13 יעל ברנבסקי, אולמרט עצר את הפרטת טיפות החלב, כפי שהופיע באתר ידיעות אחרונות Ynet – חינוך ובריאות <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3363930,00.html>

Devlin, Nancy; David Parkin (2004). "Does NICE have a cost- effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis" Health Economics 13, 52-437.

Abramson JH, Abramson ZH, Clinical trials. In Abramson JH, 11 Survey methods in community medicine : Epidemiological research programme evaluation clinical trials, 5th ed., Edinburgh : Churchill Livingstone, 1999 ; pp. 281-298.



שיקום נכי נפש בקהילה – סוגיות מדיניות

חליפית. ישנו גם חשש שקופות החולים יימנעו ממתן טיפולים מרפאתיים לנכי נפש אשר מקבלים שירותי שיקום בטענה ששירות זה ניתן כבר במסגרת השיקומית (למשל בהוסטל). כתוצאה מכך, עלולות להיפגע זכויות המשתקמים לקבלת שירותים רפואיים ככל אזרח אחר. על משרד הבריאות לדאוג לכך שאותו "תפר ביטוחי" אשר נוצר עם החלת הרפורמה, לא יפגע בטיפול אשר מקבלים נכי הנפש בישראל.

סוגיה נוספת המלווה את מערך השיקום זה שנים היא אופן רכש השירותים מהספקים הפועלים בשוק. כיום, מסיבות שונות, מרבית השירותים ניתנים על ידי ספקים שלא עברו מכרז כמתחייב מחוק חובת המכרזים. לא מתקיימת תחרות בין הספקים, ואין די הזדמנויות ליזמים חדשים להיכנס לשוק. משרד הבריאות יזם מהלך להוצאת מכרז כלל-ארצי בתחום שירותי הדיוור בשיקום, שהוא התחום הרחב והיקר ביותר (כ-400 מיליון שקל בשנה). כחלק מהעבודה בוצעה רפורמה של ממש בהגדרת השירותים והנהלים, בסמכויות הפיקוח של המשרד, במחיר שבו נרכשים שירותי הדיוור ובאופן התחרות שיתקיים בשוק זה. המכרז אינו מייצר תחרות כלשהי על מחיר השירות, אלא רק על איכותו. החלטה זו קשורה בהבנה שבשירותים מסוג זה, שקשה לפקח על איכותם ברמה יומיומית, יש נטייה לספקים לתת הצעת מחיר נמוכה מאוד, ולאחר מכן לא לספק שירות ברמה הולמת. לאחר פרסום המכרז באוגוסט 2014 הוגשה על ידי ספקים רבים עתירה בדרישה לבטלו. לאחר שקילת טענות העותרים וקיום דיונים עם אנשי שטח ונציגי משפחות המטופלים בוצעו שינויים מספר במכרז ובמחירי השירות, והוא עתיד להתפרסם שוב בשבועות הקרובים.

הצעד הבא לאחר הסדרת שוק שירותי הדיוור בשיקום הוא הסדרת שירותי התעסוקה והחברה. עולם התעסוקה של נכי הנפש הוא מעניין במיוחד בשל העובדה שקיים ריבוי מערכות המטפלות בנושא תעסוקת הנכים, ביניהם הביטוח הלאומי ומשרד הכלכלה. נשאלת השאלה מהו מקומו של משרד הבריאות בתחום זה. כיום נכי נפש המבקשים לקבל סיוע בשילוב בתעסוקה ברמות שונות של מוגנות, פונים למשרד הבריאות, וזה מקשר אותם עם גורמים המספקים להם תעסוקה או מקשרים אותם עם מעסיקים שונים. ואולם, ברור כי משרד הבריאות אינו הגורם המומחה ביותר בנושאי תעסוקה, וכי שיתוף פעולה משמעותי בתוך הממשלה ייטיב באופן משמעותי עם נכי הנפש; שיתוף פעולה זה אינו קיים ברמה מספקת.

תחום השיקום בבריאות הנפש הוא תחום חדשני ופורץ דרך, אשר יש בו מקום רב ליצירתיות וליזמות. זהו עולם אשר מתפתח וגדל בקצב מהיר. ניהול נכון של תחום זה, תוך הבנה של חשיבותו, יכולים להביא לשיפור של ממש באיכות חייהם של נכי הנפש בישראל.

כאשר חושבים על טיפול בתחום בריאות הנפש רובנו מעלים בדעתנו ביקור אצל פסיכולוג או פסיכיאטר או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי.

ואולם, בישראל מתקיים מערך ענף של טיפול שיקומי בתחום בריאות הנפש, במקביל לזה הקליני. למעשה, ישראל היא אחת המדינות המתקדמות בעולם בתחום השיקום של נכי נפש, לפחות בכל הקשור לחקיקה. בשנת 2000 נחקק "חוק שיקום נכי נפש בקהילה", אשר קובע כי אנשים אשר הוכרו כבעלי נכות נפשית על ידי הביטוח הלאומי, זכאים לקבל שירותי שיקום קהילתיים כגון מגורים בהוסטל, ליווי על ידי מדריכים בתחומי החיים השונים, סיוע במציאת תעסוקה, השתתפות בפעילויות חברתיות, סיוע ברכישת השכלה וכדומה.

תהליך השיקום מסייע לאדם עם נכות נפשית להשתלב מחדש בקהילה לאחר משבר נפשי, וכן ביכולתו לצמצם את מספר האשפוזים החוזרים של המשתתפים בבתי החולים.

בישראל ישנם למעלה מ-20 אלף איש אשר מקבלים כיום שירותי שיקום. על יישום החוק אחראי משרד הבריאות, ותקציבו השנתי עומד על כ-750 מיליון שקל. השירותים השונים נקנים על ידי משרד הבריאות ממגוון של ספקים פרטיים ומלכ"רים אשר למשרד יש עמם חוזים לרכש שירותים. חלק מהספקים מוכרים בשמם לציבור הרחב, למשל עמותת אנוש.

כפי שניתן לשער, מדובר במערך ארצי גדול ומורכב, אשר ניהולו והפיקוח עליו מצריכים עבודה ותכנון רבים. מספר המשתתפים גדל בשנים האחרונות באופן משמעותי, וממשיך לעלות בקצב של כמעט עשרה אחוזים בשנה. גידול זה מחייב הרחבה תמידית של מספר המסגרות והשירותים הזמינים לאזרח ווידוא פריסה גיאוגרפית ונגישות מתאימה. רמת הפיקוח הקיימת כיום על מערך השיקום אינה מספקת, וקיימות מסגרות שיקומיות אשר לא עברו ביקורת של משרד הבריאות זה יותר משנה. שיפור רמת הפיקוח מצריך, כמובן, תוספת של תקנים לשירות המדינה, וזהו אחד החסמים העיקריים (אם כי לא היחיד – מצטרף אליו צורך בשיפור משמעותי של כלי הבקרה וניהולה).

מעבר לכך, קיימות כמה סוגיות מדיניות המלוות את עולם השיקום. אחת הסוגיות הבווערות ביותר היא מקומו של השיקום לאחר הרפורמה בבריאות הנפש. הרפורמה העבירה את האחריות למתן השירותים הקליניים בבריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. המשמעות המעשית היא שהחל בחודש יולי 2015 יש לפנות לקופה לצורך קבלת טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי. אולם, האחריות על מערך השיקום נותרה במשרד הבריאות, ובכך נוצרה הפרדה מסוימת בין שני העולמות, העלולה לפגוע בטיפול הניתן לנכי הנפש. לדוגמה, קופות החולים, בודען כי העלות לשיקום של אדם נכה נפש מוטלת על גוף אחר, עלולות להימנע מפיתוח שירותים קליניים משהלן, ולהרבות בהפניית מטופלים לשיקום כמערכת טיפולית



תרומת החברה האזרחית במימוש הרפורמה בבריאות הנפש

ממשלות ישראל חזרו וקיבלו החלטות שעיקרן השלמת מהלך כולל של רפורמה בבריאות הנפש² והעברת השירותים המרפאתיים לאחריות קופות החולים, החלטות שלא מומשו מעולם.

**” להבדיל מסל שירותי הבריאות
שניתן על ידי קופות החולים וניזון הן
מתשלומי המבוטחים בביטוח הבריאות
והן מתקציב המדינה, הרי ששירותים
שניתנו על ידי משרד הבריאות ניזונו
אך ורק מתקציב המשרד, ללא מנגנון
הצמדה מותאם לגידול באוכלוסייה
ולדפוסי צריכת השירותים.”**

המהלך המשמעותי שהובילה הקואליציה היה הגשת עתירה לבג"צ בשנת 2005 התובעת מן הממשלה להוציא אל הפועל את החלטותיה היא. ארגון בזכות ייצג בעתירה זו את גופי הקואליציה, את חה"כ נסים דהאן (לשעבר שר הבריאות) ואת חה"כ לשעבר תמר גוז'נסקי. העתירה תבעה מן הממשלה להתחיל בביצוע הרפורמה הביטוחית. בית המשפט נענה לבקשת העותרים, ונתן צו על תנאי שבו הורה לממשלת ישראל לנמק מדוע לא תתחיל בביצוע הרפורמה. הגשת העתירה הייתה מהלך ציבורי, טקטי ואסטרטגי נכון שהכתיב מעתה ואילך את קידום הרפורמה. העתירה חייבה את הממשלה, שעד כה לא נקטה צעד ממשי כלשהו, לפעול. נוסחה הצעת חוק ממשלתית, וזו התקדמה אט-אט במסלול החקיקה בכנסת והגיעה לדיונים בוועדת העבודה והרווחה. כאן הייתה לקואליציית הארגונים, כמו גם לגופים אחרים מן החברה האזרחית ולארגונים מקצועיים, הזדמנות ישירה להשפיע על ניסוח החקיקה ועל אופייה, לשפר ולחדד הוראות ולשקף את הצרכים בשטח ואת המענים שצריכים להינתן להם. הארגונים הביאו עמם לדיון הן את ניסיונם המקצועי, הן את היכרותם עם השטח, והן את מומחיותם בניסוח חקיקה ובקביעת סטנדרטים. בין השאר, נלחמו הארגונים נגד פגיעה בתקציבי השיקום ועמלו על הרחבת

עם כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ב-1 בינואר 1995, הועברה כידוע האחריות על שירותי הבריאות לקופות החולים ונקבע סל שירותים לו זכאי כל אזרח. אולם כמה ענפי שירותים וכמה אוכלוסיות נשארו "בחוץ", תחת אחריותו הישירה של משרד הבריאות. במקרה או שלא במקרה, היו אותם השירותים שנשארו מחוץ לסל אלה שאמורות ליהנות מהם אוכלוסיות מוחלשות במיוחד, אותן קבוצות שלא הצטיינו בלובי חזק ובהשפעה על מקבלי ההחלטות: הגריאטריה, שירותי בריאות הנפש והנזקקים לאביוזי שיקום. זכורים דברי שר הבריאות דאז אפרים סנה ביום ההצבעה על החוק בדצמבר 1994: "כל השאלה הזאת של הכנסת הפסיכיאטריה לסל הבריאות, שלא תתבצע ב-1 בינואר, אלא בדיחוי קל, תידון בין המשרד ובין הגורמים המקצועיים בימים הקרובים ממש, ונגיע לפתרונות מעשיים". הדיחוי הקל נמשך כידוע... כ-20 שנה.

הקושי בהשגת שירותי בריאות הנפש תחת אחריותו הישירה של משרד הבריאות לא היה באיכות השירותים, שהמשיכו להינתן על ידי צוותי המרפאות הציבוריות לבריאות הנפש, אלא במיעוטם ובדלדולם של משאבים. להבדיל מסל שירותי הבריאות שניתן על ידי קופות החולים וניזון הן מתשלומי המבוטחים בביטוח הבריאות והן מתקציב המדינה, הרי ששירותים שניתנו על ידי משרד הבריאות ניזונו אך ורק מתקציב המשרד, ללא מנגנון הצמדה מותאם לגידול באוכלוסייה ולדפוסי צריכת השירותים. השורה התחתונה היא ששירותי בריאות הנפש הציבוריים לא סיפקו את הצורך האמיתי של האוכלוסייה: המרפאות הממשלתיות נתנו מענה רק לכרבע מן האנשים הזקוקים לשירות, והזמינות הלא מספקת של השירותים פגעה בעיקר (אך לא רק) בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית של ישראל. התורים התארכו ליותר משנה לבוגרים, ואילו ילדים שהיו זקוקים לטיפול מרפאתי אקוטי חיכו 18 חודשים ויותר לטיפול בחלק מן האזורים. בלית ברירה פנו הצרכנים שיכולים היו לעמוד בכך למימון פרטי¹, ומאחרים נמנעה בפועל הזכות לשירותי בריאות נפש ציבוריים.

קואליציה לקידום זכויות ושירותים בתחום בריאות הנפש

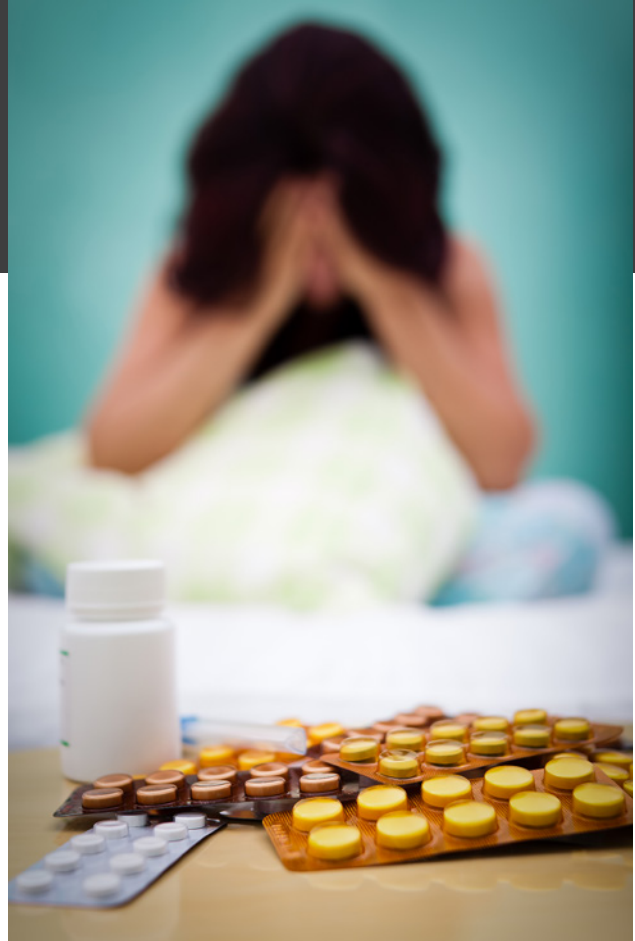
"לשמה" – ארגון המתמודדים עם מוגבלות נפשית, "עוצמה" – פורום משפחות נפגעי הנפש, קרן טאובר, עמותת אנוש ופעילים נוספים חברו אז זה לזה, מתוך רצון לשנות את מעמדה העגום והמידרדר של בריאות הנפש בסדר העדיפות הלאומי, והקימו קבוצה – "קואליציה" בלשון החברה האזרחית – לקידום זכויות ושירותים בתחום בריאות הנפש.

2 הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: הכללת השירותים בסל הבריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא למעשה הפעימה השלישית ברפורמה כוללת שעברה מדינת ישראל בתחום בריאות הנפש, שמגמתה הכוללת הייתה תפיסה ערכית של הפחתת אשפוזים פסיכיאטריים ומתן שירותי בריאות נפש בקהילה. תחילתה במהלך מבני של צמצום מיטות האשפוז, המשכה ברפורמה שיקומית של סל שירותים ("סל שיקום") הניתן על פי חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000; והשלמת המהלך כולו באמצעות רפורמה ביטוחית שתביא למחיקת ההפרדה בין שירותי בריאות הגוף לבין שירותי בריאות הנפש ולמעבר האחריות לקופות החולים.

1 בעוד שבמדינות ה-OECD ההוצאה הלאומית על בריאות מורכבת מכ-70% מימון ציבורי וכ-30% מימון פרטי, ובעוד שגם בישראל 38% מן ההוצאה הלאומית לבריאות כללית הוא מימון פרטי, הרי שבעולם בריאות הנפש בישראל המימון הפרטי עמד על כ-67%, הפוך מן המגמה העולמית, המבקשת לצמצם את ההוצאה הפרטית על בריאות.

מקומם הקלאסי של ארגוני זכויות אדם הוא כ"כלבי השמירה" – מבקרים את מדיניות הממשלה, מסנגרים ומקטרגים. במהלכי קידום הרפורמה קראו הארגונים לממשלה לפעול, מחו ציבורית ועתרו לבג"צ כנגד מחדליה. לאחר הוצאת הצו חרגו הארגונים, תוך החלטה מודעת, ממעמדם הקלאסי, ולקחו על עצמם תפקיד נוסף: תפקיד התומך אידיאולוגית, ולו חלקית, במדיניות הממשלתית, גם אם לא בכל פרט בה. זהו תפקיד הטומן בחובו אחריות עצומה, נטל כבד ודאגה ממשית לתוצאות של מהלך משנה סדרי עולם זה. בשקילת העמדה הקו שהנחה אותנו ב"בזכות" היה זה שהערכנו שייטיב יותר מכול עם אוכלוסיית היעד, "קהלי הקצה": אותה אישה עם לקות נפשית מאילת, אשדוד או קלנסאוה: האם תוכל לקבל שירותי בריאות נפש ציבוריים, זמינים ואיכותיים במקום מגוריה, אם לא; ואותו ילד מקריית-שמונה או ממזרח ירושלים, האם יצטרך לחכות בתור שיגיע מאוחר מדי כדי לקבל טיפול שהוא זקוק לו כבר עתה? עד להחלת הרפורמה זה היה בבחינת חזון נפרץ, ואילו היום השירותים הם בני השגה לכל אזרח, וקיימת לאדם הזכות החוקית לתבוע את קבלתם.

ועדת חקירה פרלמנטרית, ועדות פנימיות של משרד הבריאות, דוחות מבקר המדינה, צווים שהוצאו ולא יושמו, החלטות ממשלה – כולם המליצו על העברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים ועל החלת הרפורמה, אולם המציאות הוכיחה כי באמצעי המדיניות של הממשלה לא היה די. גלגלים שלא נעו הסיגו את הרכבת לאחור, ובריאות הנפש המשיכה להיות החצר האחורית של מערכת הבריאות. כאן קמה החברה האזרחית ושימשה קטר מניע במקומות של דשדוש ושל מחדל, פרצה דרכים ויצרה חלון הזדמנויות. נדמה כי היום ניתן לדבר על רכבת הנעה קדימה, עם קרונות שייתכן שהם דורשים שיפור, ותחנות בדרך, אולם עם רוח של שינוי ממשי המשפיע לא רק על המערך המנהלי של השירותים, אלא בעיקר, ולטובה, על איכות חייהם של אנשים הזקוקים לטיפול נפשי.



השירותים והאוכלוסיות שייחננו מן הרפורמה. ככל שאפשרה זאת הוועדה, נוצר דיאלוג בין הגופים האזרחיים לבין משרדי הממשלה, בעיקר הבריאות והאוצר, שהביא להסכמות חלקיות ולשיפורים מסוימים בהצעת החוק הממשלתית וחיידד חילוקי דעות; אולם מלאכת החקיקה למעשה הופסקה.

הכנסת ודיוני הוועדות מהווים זירה נגישה יחסית לנציגי החברה האזרחית, כמו גם לקבוצות אינטרס נוספות, ואפשרות להשפעה ישירה על קביעת המדיניות. אלא שחילופי הממשל התכופים בישראל לא רק פוגעים בעבודת הממשלה עצמה, בעקביות ובמשילות שלה, אלא משפיעים ישירות גם על העבודה הפרלמנטרית ועל הזירה החקיקתית. כך, הצעת החוק הממשלתית שהונחה על שולחן הכנסת ה-17, עברה קריאה ראשונה והוחל עליה דין רציפות בכנסת ה-18, "נתקעה" למעשה במשך חודשים רבים בין כנסות, ואחר כך אף לא התקדמה בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בשל סדרי עדיפויות אחרים של ראש הוועדה.

כארגוני חברה אזרחית, ניסינו לפעול בזירה הציבורית, הפעלנו מאמצי שדולה בכנסת, ואף פעלנו בדרך של הפצת מידע בתקווה ליצור לחץ ציבורי. מאמצים אלה לא הביאו לשינוי ממשי, מן היסוד, בשדה המדיניות. חזרנו אם כך לזירה המשפטית, זירה שהערכנו שיכולתנו להשפיע באמצעותה – גבוהה. עתירת הארגונים נותרה תלויה ועומדת מאז 2005, חרף בקשות המדינה למחקה. אנו טענו כי משלא הושלם המהלך, ומשהחקיקה לא התקדמה, לא רק שאין הצדקה למחוק את העתירה, אלא להפך: יש לדרוש מן המדינה לפעול בדרך אחרת על מנת להביא את הרפורמה לידי מימוש. בעקבות דרישתנו בבג"צ, ביולי 2011 החליט סגן שר הבריאות בכנסת ה-18, יעקב ליצמן, לעשות מעשה ולהחיל את הרפורמה באמצעות צו, במאי 2012. הצו מעביר את חובת מתן השירותים לקופות החולים. אחרי כשנתיים וחצי של היערכות נכנסה הרפורמה הביטוחית לתוקף ב-1 ביולי 2015.

Gilad, S., Alon-Barkat, S., & Braverman, A. (2015). Governance.

Large-Scale Social Protest: A Business Risk and a Bureaucratic Opportunity.

מאת: שרון גלעד (מדיניות ציבורית ומדע המדינה), סער אלון-ברקת (מדע המדינה) ואלכסנדר ברברמן (המחלקה לסטטיסטיקה), האוניברסיטה העברית

Governance (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/gove.12173/abstract>)

המחקר הקיים מלמד שטיבם הציבורי או העסקי של ארגונים משפיע על מטרותיהם, על דרכי ניהולם ועל הערכים שמניעים את עובדיהם. לעומת זאת, טרם נחקרו השאלות האם וכיצד משפיע האופי הפרטי/ציבורי של ארגונים על תגובתם ללחצים מן הציבור. מאמרנו תורם לבחינת שאלה זו על ידי השוואה של אסטרטגיות התקשורת של ארגונים עסקיים וציבוריים בתגובה למחאה ציבורית כוללת. בפרט, אנו מנתחים, תיאורית ואמפירית, את אסטרטגיות הקומוניקציה של 100 ארגונים ישראלים בתגובה למחאה החברתית של קיץ 2011. אנו מוצאים כי בתגובה למחאה ארגונים ציבוריים פעלו להגדלת נראותם החיובית בציבור, בשעה שעסקים העדיפו ל"הוריד ראש" עד יעבור זעם. אנו מסבירים את השונות באסטרטגיות הקומוניקציה כפונקציה של היתרונות היחסיים במחאה חברתית כוללת עבור ארגונים ציבוריים לעומת הסיכון והעלויות לעסקים.



Alon-Barkat, S., & Gilad, S. (2015). Policy & Politics.

Political control or legitimacy deficit? Bureaucracies' symbolic response to bottom-up public pressures

מאת: סער אלון-ברקת (מדע המדינה) ושרון גלעד (מדיניות ציבורית ומדע המדינה), האוניברסיטה העברית

Policy & Politics (http://www.ingentaconnect.com/content/tpp/pap/pre-prints/content-PP_080)

חקר המינהל הציבורי עסק עד כה בתגובה של ארגונים בירוקרטיים לשליטה פוליטית של הדרג הנבחר. לעומת זאת, תגובתם הישירה של ארגוני המינהל הציבורי ללחצים מן הציבור, ובפרט לכיסוי תקשורתי ולמחאה חברתית, והמכניזמים שבבסיס התגובה ללחצים אלו, זכו למעט מאד התייחסות. מאמרנו תורם למחקר הקיים על ידי בחינת ההשפעה שיש לשליטה פוליטית על תגובות המינהל הציבורי ללחצים מן הציבור. על יסוד המחקר הקיים אנו בוחנים שתי היפותזות ושני מכניזמים. מצד אחד, תוך הישענות על התובנות של תיאוריית מנהל-סוכן, אנו צופים שככל שארגונים בירוקרטיים כפופים לשליטה פוליטית רבה יותר, כך הם יהיו רגישים יותר ללחצים מן הציבור, וזאת כדי להימנע מהתערבות פוליטית המונעת על ידי רצון להשיג ולשמר את תמיכת ציבור הבוחרים. מצד שני, תוך הישענות על הספרות בתחום הרגולציה, אנו צופים שדווקא סוכנויות עצמאיות יבקשו להוכיח את רגישותן לתביעות הציבור, שכן גופים שאין בראשם פוליטיקאי נבחר סובלים, לכאורה, מהיעדר לגיטימיות דמוקרטית. מבחינה אמפירית, אנו בוחנים את התגובה התקשורתית של 36 ארגונים בירוקרטיים למחאה החברתית של קיץ 2011. אנו מתמקדים בתגובה הסימבולית של ארגונים בירוקרטיים, לרבות סוכנויות עצמאיות, כפי שזו באה לידי ביטוי בהשקעתם בקמפיינים תקשורתיים. הממצאים מראים שארגונים הנתונים תחת שליטה פוליטית גבוהה יותר נטו להגדיל את נראותם על ידי הגדלת היקפי הפרסום שלהם ואופי, בהתאם להיפותזה הנשענת על תיאוריית מנהל-סוכן.



Strawczynski, M. (2014). Optimal design of new generation Fiscal Rules: coping with the business cycle and discretionary tax reductions. Available at SSRN 2439621.



Optimal Design of New Generation Fiscal Rules: Coping with the Business Cycle and Discretionary Tax Reductions

מחזורי עסקים הם גורם מכריע לקביעת הדינמיקה של הגירעונות הממשלתיים בכל המדינות בעולם. יחד עם זאת, קיימים מעט ניתוחים המתייחסים לאינטראקציה בין מחזורי עסקים לבין כללים פיסקליים אופטימליים. במאמר זה אני מאפיין תחילה את הדינמיקה של הגירעון הממשלתי כתגובה למחזור העסקים במדינות ה-OECD: א. בתקופות שפל הנטייה השולית להוציא של הממשלה היא גבוהה מהמקדם של ההכנסות השוליות ממסים, דבר הגורר עלייה בגירעון הממשלתי באחוזי תוצר; ב. בתקופות גאות ההכנסות ממסים ממריאות, והן גוררות הקטנה בגירעון הממשלתי; יחד עם זאת, הנטייה השולית להוציא של הממשלה נשארת גבוהה, ועל כן, מחזור עסקים שלם מביא לעלייה בגירעון.

לאחר מכן, אני מציג מודל שבו הכללים הפיסקליים נועדים להתמודד עם הטיית גירעון "פוליטית" המבוססת על שני מרכיבים: ההטיה הקשורה למחזור העסקים והפחתות מס פופוליסטיות. לפי הניתוח המוצג במאמר, רצוי כי הדור החדש של הכללים הפיסקליים יתבסס על שילוב של כללי הוצאה וכללי הכנסה. אלה האחרונים יושמו רק לאחרונה, ואימוצם הולך וגדל בקרב מדינות ה-OECD. על פי הסימולציה המוצגת במאמר, השילוב של כללי הוצאה והכנסה מצליח להקטין את ההטיה הפוליטית של הגירעון, והוא יותר ידידותי לצורך הנהגת מדיניות אנטי-מחזורית מאימוץ כלל גירעון, שהוא הכלל הנפוץ ביותר בקרב מדינות ה-OECD.

Gofen, A. (2015). Reconciling policy dissonance: patterns of governmental response to policy noncompliance. *Policy Sciences*, 48(1), 3-24.

Reconciling policy dissonance: patterns of governmental response to policy noncompliance.

"חוסר היענות למדיניות" מובן לרוב בספרות המחקר כהתנהגות נקודתית המגלמת בעיית אכיפה של יישום מדיניות. המיקוד הנורמטיבי הזה מחמיץ את תפקידו של חוסר ההיענות כמקור דווקא לשינויי מדיניות, ולעתים אף לחידושי מדיניות. כדי להצביע על תפקיד זה ולהדגישו, מבקש המחקר להמשיג את חוסר ההיענות למדיניות ואת תגובות הממשל בעקבותיו כתהליך אינטראקטיבי מתמשך, שבמהלכו חוסר היענות יכול לצבור לגיטימציה חברתית, ולהוביל לאורך זמן לשינויי מדיניות.

ניתוח מקרים ספציפיים של חוסר היענות למדיניות בבריאות (סירוב חיסון, תכניות להחלפת מחטים), בחינוך (חינוך ביתי), בביטחון פנים (שיטור קהילתי), בשימוש בסמים (דה-קרימינליזציה של מריחואנה) ובשירותים עירוניים (גינון קהילתי) מעלה תובנה שלפיה תגובה ממשלתית לחוסר היענות הנה תהליך דינמי, מתפתח, הכולל סדרה של תגובות שהושפעו הן מתפיסות חברתיות משתנות והן מההשלכות הציבוריות של חוסר ההיענות עצמו. המודל אף מציע כי כל תגובה כזאת מגלמת אחד מארבעה דפוסים של לגיטימציה: אימוץ (לגיטימציה), הסתגלות (לגיטימציה מסרבת), קבלה (לגיטימציה משתמעת) ואכיפה מחמירה (דה-לגיטימציה). ההבנה שלפיה חוסר היענות למדיניות אינו רק בגדר בעיית יישום ואכיפה, מאפשרת תיאור מורכב יותר של האינטראקציה בין חוסר היענות לבין תגובות הממשל, כמו גם של יחסי הגומלין בין קובעי מדיניות לבין מושאי המדיניות.



רפורמה בדיני תעמולת הבחירות

המכון הישראלי לדמוקרטיה, מחקר מדיניות 109, 2015, גיא לוריא, תהילה שוורץ אלטשולר, מחקרי מדיניות, עמ' 86.



חוק הבחירות (דרכי תעמולה), החוק העיקרי שמסדיר את תעמולת הבחירות בישראל, נחקק לראשונה בשנת 1959. החוק ביקש לעגן ערכים חשובים כמו שוויון בבחירות ומניעת קניית שלטון בכסף. היום, למרות חשיבותו, הוא מיושן ומחייב עדכון – הן בתפיסות העומדות בבסיסו, אשר מניחות שאפשר להבחין בין תעמולת בחירות לבין חדשות ודעות תקשורתיות, והן בהתאמת הוראותיו לעידן הדיגיטלי ולכך שמרחב משמעותי היום לתעמולת בחירות הוא האינטרנט והרשתות החברתיות. מחקר מדיניות זה מציע הסדר חדש לפיקוח על תעמולת הבחירות בישראל. הוא מציע לבטל את ההגבלות תלויות-המדיום (עיתונות כתובה, טלוויזיה, רדיו ואינטרנט) ולהחליף בהתייחסות תלויות רשימות מתמודדים; לקבוע תקרת הוצאות לתעמולה לכל רשימה ולאפשר לרשימות להקצות את התקציב כרצונן במסגרת תקרה זו; להתיר רכישת פרסומות פוליטיות בטלוויזיה המסחרית ולהפחית את הפיקוח התוכני על התעמולה – הכול בכפוף לחובת שקיפות שתחייב הבהרה מטעם מי נעשתה התעמולה.

נוסף על כך, מוצע כאן לבטל את האיסור על תעמולת בחירות בטלוויזיה וברדיו ב-60 הימים שלפני הבחירות ולהחליפו בחובת הגינות כללית, וכן לבטל את הקצאת הזמן בחינם למשדרי התעמולה, למעט בשידור הציבורי. הניסיון מארבע מערכות הבחירות בעשור החולף מלמד כי השינויים המוצעים כאן הכרחיים למניעת ניצול לרעה של הוראות החוק או התעלמות מהן. אימוץ ההמלצות יסייע לחוק התעמולה לחזור להיות מגן אפקטיבי על העיקרון העומד ביסודו – שיח ציבורי שוויוני ועשיר לקראת הבחירות.

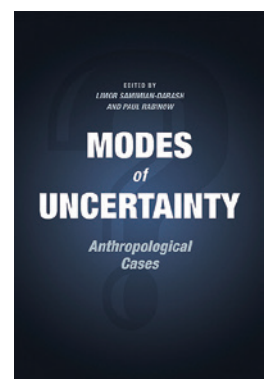
מחקר המדיניות "רפורמות בדיני תעמולת הבחירות" הוא חלק מסדרת "רי-סטריט לדיני התקשורת", שיעדה – לעדכן את חוקי התקשורת במדינת ישראל כדי להתאימם לעידן הדיגיטלי. ד"ר גיא לוריא הוא חוקר במכון הישראלי לדמוקרטיה ופוסט דוקטורנט במרכז מינרבה לשלטון החוק במצבי קיצון בפקולטה למשפטים באוניברסיטת חיפה. עיקר עיסוקו במערכת המשפט ובהיסטוריה של המשפט הציבורי, המחשבה המדינית והאזרחות. ד"ר תהילה שוורץ אלטשולר, מומחית לאסדרת תקשורת ולמשל פתוח, עומדת בראש התכנית "רפורמות במדיה" במכון הישראלי לדמוקרטיה, ומלמדת בבית הספר למדיניות ציבורית באוניברסיטה העברית בירושלים.

Rabinow, P., & Samimian-Darash, L. (Eds.). (2015). *Modes of Uncertainty: Anthropological Cases*. University of Chicago Press.

Modes of Uncertainty: Anthropological Cases

לימור סמימאן-דרש ופול רבינו

<http://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/M/bo20145548.html>



הספר "אופנים של אי-ודאות" מהווה פריצת דרך בחשיבה על המושגים: סכנה, סיכון ואי-ודאות מנקודת מבט אנליטית ואנתרופולוגית. העולם שלנו מאוכלס יותר ויותר על ידי צורות, שיטות עבודה ואירועים של אי-ודאות שלא ניתן לצמצמם לתפיסות של סיכון, ובכך הדבר מחייב להבחין בין השניים. שרטוט הקווים הללו והמחקר של אי-ודאות אינם צריכים להתמקד אך ורק בתפיסה של סיכונים וסכנות חדשים, אלא גם לדון באופנים שבהם אי-ודאות מוגדרת ומנוהלת, ובהשלכות שעשויות להיות לכך על מדיניות.

הספר כולל מחקרים אנתרופולוגיים מתחומים של כלכלה, עסקים, ביטחון, הומניטריזם, בריאות וסביבה – כולם מציעים כלים חדשים לחשיבה על אי-ודאות, המשגותיה, ניהולה והסובייקטים שהיא מייצרת. הכותבים דנים, באחרית דבר, במושג האי-ודאות כדפוס אתי, כבסיס לפעולת החוקר, ובקשר שבין אי-ודאות והפרקטיקה האנתרופולוגית הנדרשת בחברה העכשווית.

גיבוש חבילת מדיניות לחיזוק מבני מגורים בפריפריה, שהוגשה למשרד המדע ולוועדת ההיגוי הבין-משרדית להיערכות לרעידות אדמה

מאת מיה נגב, ערן פייטלסון, אהוד סגל ויגאל שוחט



רעידת אדמה חזקה בישראל היא בלתי נמנעת, וללא היערכות מתאימה, היא צפויה לגרום לפגיעה נרחבת בנפש, גוף ורכוש ובתפקוד הכלכלי-חברתי של המשק לאורך תקופה ממושכת. חיזוק מבנים בסיכון גבוה הוא אחד מן האמצעים החשובים ביותר לצמצום הנזק בנפש ורכוש ולתפקוד המשק. על פי הערכה ממשלתית, 810 אלף יחידות דיור (רובן בבעלות פרטית), אינן עומדות בתקן הבנייה לרעידות אדמה במבנים בגובה שלוש קומות ומעלה. תרחיש הייחוס העדכני שאליו נערכת מדינת ישראל, המבטא מעין ממוצע של רעידות אדמה חזקות, מעריך פגיעה בסדר גודל של 7,000 הרוגים ומאות אלפי דירות הרוסות. מתוך יחידות הדיור שאינן עומדות בתקן, 70 אלף מצויות באזורים בעלי סיכון גבוה. בתוך האזורים בסיכון גבוה כ-60% מן הדירות מצויות בסיכון גבוה במיוחד. מחקרים מראים שטיפול בבניינים אלו בלבד יפחית את הסיכון מרעידת אדמה בסדר גודל של כשני שלישים מהסיכון, ויפחית את כמות הנפגעים באופן משמעותי. על כן, מדיניות תחת רציונל צמצום סיכונים יעיל צריכה להתמקד בסדר גודל של 40 אלף דירות. כדי להתמודד עם סכנה זו ולחזק מבני מגורים שאינם עומדים בתקן, נקטה ממשלת ישראל באפריל 2005 אמצעי מדיניות עיקרי יחיד – תכנית המתאר הארצית 38 ("תמ"א 38"). התכנית עברה כמה שינויים כדי להגדיל את האטרקטיביות שלה לאזרחים, אולם היא סובלת משתי מגרעות קריטיות: אחת היא חוסר רלוונטיות לאזורים שבהם ערכי הקרקע נמוכים, ובכלל זה כמה ערים הסמוכות לקווי שבר בפריפריה ובהן בניינים בסיכון גבוה יחסית; השנייה היא שגם באזורים בעלי ערכי קרקע גבוהים ישנם חסמים רבים שיכולים למנוע את יישום התמ"א. מחקר שנערך לאחרונה העריך את פוטנציאל המימוש הריאלי של תמ"א ב-160 אלף יחידות דיור בלבד. מעבר לכך, תמ"א 38 מגבירה את אי-השוויון בחברה, שכן רק משקי בית באזורי הביקוש הגבוה נהנים מפירותיה.

המחקר מציג שלוש חבילות מדיניות כמתווים רב-ממדיים לנושא חיזוק מבני מגורים בבעלות פרטית. כל אחת מחבילות אלו היא מצרף קוהרנטי וסינרגטי של אמצעים. לאור משך הזמן הארוך שעבר מאז דוח המבקר הראשון והקמת הוועדה הממשלתית בנושא, הכותבים המליצו להפעיל בשלב ראשון מתווה של חבילה ממשלתית עבור הבניינים המצויים בסיכון גבוה במיוחד. מתווה זה יגובש ויוצא לפועל על ידי משרד הבינוי יחד עם משרד הביטחון, בשל שילוב מיגון המבנים עם חיזוקם מפני רעידות אדמה. היעדר פעולה בשלב זה הוא בבחינת כשל ממשלתי הפוגע בחוסן הלאומי, וראוי לתקנו לפני התרחשות אסון.

לוח מודעות

ברכות לטארק אבו חאמיד, הלומד במחזור ד' בתכנית הבכירים, על מינויו לתפקיד סגן המדענית הראשית במשרד המדע.



ברכות לאבי כהן, בוגר מחזור א' של תכנית "עתידיים": רוחות של שינוי של עמותת "עתידיים" ובית הספר למדיניות ציבורית, על מינויו למנכ"ל משרד הגמלאים.



ברכות ליפעת אפיק, בוגרת מחזור ג' בתכנית המנהלים, על מינויה לתפקיד מנהלת בית הנוער העברי ירושלים.



ברכות לד"ר אביגיל פרדמן, אשר זכתה במלגת הלבט לפוסט דוקטורט בבית הספר "מונק" שבאוניברסיטת טורונטו.



ברכות ליוני אלכסנדרון, בוגר תכנית "עתידיים", על מינויו החדש לתפקיד מוביל פרקטיקה הסייבר בפירמת עורכי הדין הרצוג פוקס נאמן.



ברכות לד"ר אילנה שפייזמן על קבלת מלגת פוסט דוקטורט של האוניברסיטה העברית. המלגה מחולקת על ידי הנשיא ועל ידי יועצת הנשיא לענייני מגדר לדוקטורנטיות מצטיינות מהאוניברסיטה העברית העושות השתלמות פוסט דוקטורט בחו"ל.



ברכות חמות לעו"ד כוכבית נצח דולב, בוגרת מחזור ב' של תכנית הבכירים, על מינויה לפרקליטת מחוז ירושלים במשרד המשפטים.



ברכות לאוריאל אלבז, בוגר מחזור י' של תכנית המנהלים, על מינויו לתפקיד מנהל אגף משאבי חינוך בעיריית ירושלים.



שפע ברכות לפרופ' קלוד בר-רבי, ראש תכניות המנהלים, על קבלת דרגת פרופסור.



ברכות חמות לד"ר ענת גופן, ראשת תכנית הדוקטורט, על קבלת קביעות והעלאה לדרגת מרצה בכירה באוניברסיטה העברית.



ברכות למר מרק אטלי, בוגר מחזור ז' בתכנית המנהלים, על מינויו לתפקיד סגן שגריר ישראל בצרפת במשרד החוץ.



ברכות לחיים אביטל על זכייתו בתפקיד רכז צמרת – המסלול הצבאי לרפואה. אביטל מילא תפקיד מנהלן לענייני תלמידים והוראה בתכניות המנהלים של בית הספר מאז היווסדן.



ברכות למר איציק נידם, בוגר מחזור ד' של תכנית המנהלים, אשר שימש כמנהל האגף לחירום וביטחון בעיריית ירושלים, ומונה לראש מינהל התפעול בעיריית ירושלים.



ברכות למחמוד רחמאן, סטודנט בתכנית הבכירים ויועץ בכיר לממונה על השכר במשרד האוצר, שנבחר לרשימת 40 הצעירים המבטיחים של שנת 2015 של מגזין "דה מרקר". רחמאן סיים את לימודיו לתואר ראשון בחשבונאות וכלכלה באוניברסיטה העברית, וב-2005 החל לעבוד כרפרנט בריאות באגף השכר במשרד האוצר. בתקופת כהונתו טיפל בכמה משברי שכר, בהם שביתת הרופאים, שביתת העובדים הסוציאליים ושביתת הרופאים המתמחים. לאחר שהצטיין בתפקידו, מונה לסגן מנהל יחידת האכיפה של האגף, ומשם קודם לתפקידו הנוכחי. הוא נחשב לעובד המכיר היטב את התחום שבתוכו הוא פועל, ועל אף היותו קשה ותובעני במיוחד, הוא צולח כל מפגש טעון בעזרת יחסי אנוש יוצאי דופן. במקביל לתפקיד הוא עוסק בקידום תחום המחשוב ומערכות המידע באגף ובהנגשת הנתונים הרבים לבעלי התפקידים באגף, לצורך קבלת החלטות טובה יותר.



ברכות לגב' רבקה חברוני, בוגרת מחזור ו' של תכנית המנהלים, על מינויה לתפקיד סגנית הגזבר ומנהלת אגף חשבות וניהול פיננסי בעיריית ירושלים.



ברכות חמות לרגל הקרנת הסדרה "סלמה", בבימויו ובהפקתו של קמיל שירף, בוגר מחזור ח' של תכנית המנהלים, בערוץ 1.



ברכות לזוכי פרס דוד דיאגו לדובסקי על סיום תזה בהצטיינות. הזוכים הם: אורי אלטלט, אייל ברגר, טל דביקו, ענבר הרוש גיטי, קנת וירייט, יותם כהן, אמיר מרון, נועה סרברניק, חגי פורגס וגיל פכט.



וכן שהפוליטיקאיות המקומיות ייטו לייצג את תושבות הרשות. ההשערה שנבחנה היא כי עלייה במספר הנשים המכהנות במועצת הרשות המקומית תביא לעלייה בשיעור התקצוב העצמי של תחומי החינוך והרווחה ברשות. הבדיקה, שכללה נתוני פאנל של 113 רשויות מקומיות, לא מצאה קשר מובהק בין אחוז הנשים במועצת הרשות המקומית לבין הגדלת התקציבים העצמיים לחינוך או רווחה. חוסר ההשפעה של נשים במועצת הרשות נובע אולי מחולשתם היחסית של חברי המועצה בישראל. ממצא זה מרמז על הצורך בהעצמת החשיבה המגדרית ופיתוח של יישומיה על פני הגדלת הייצוג הנשי גרידא.

שני פרסומים חדשים לד"ר גדי טאוב: בימים הקרובים עומד לראות אור במוסד ביאליק הספר "הנאורות: מחשבת המאה ה-18" בעריכתו. הספר יכלול קובץ מאמרים חדשים ברובם, שחלקם נכתבו במיוחד לקובץ על ידי חוקרים מובילים בתחום הנאורות מכל העולם, והוא כולל נושאים שונים, כגון הנאורות הסקוטית, הנאורות הגרמנית, מפעל האנציקלופדיה הצרפתי, פייר בייל, דאיזם ועוד. כמו כן, בתקופה הקרובה עומד לראות אור ספר המסות "נגד בדידות – מחשבות", אשר מציג מחשבות על אינדיבידואליזם וסולידריות בהקשרים סוציולוגיים ותרבותיים.

ברכות לגלעד בארי מתכנית המצטיינים על פרסום מאמר המבוסס על עבודת התזה שלו, שנכתבה בהנחייתה של ד"ר פזית בן נון.

Be'ery G, Ben-Nun Bloom P (2015) God and the Welfare State - Substitutes or Complements? An Experimental Test of the Effect of Belief in God's Control. PLoS ONE 10(6).

ספר חדש של פרופ' גד יאיר: "אהבה זה לא פרקטי – המבט הישראלי על גרמניה" (הוצאת "הקיבוץ המאוחד"). הספר מבוסס על מחקר המנסה לפצח את האופי הגרמני הנוכחי באמצעות בחינת האופן שבו הישראלים שחיים בגרמניה מסתכלים על המקומיים, וכולל לא מעט עדויות אישיות על התנגשויות בין שני הצדדים, השונים כל כך.

הוא מציג ניתוח סוציולוגי מעמיק של התרבות הגרמנית, ועושה זאת באמצעות המבט המיוחד של ישראלים המתגוררים בגרמניה. ייחודו של מבט זה בניסיון עיקש להבין את מה שהתרחש בברלין ובגרמניה – ביתם החדש של הנחקרים – לפני 80 שנה. הגישה המתודולוגית העומדת בבסיס הספר מניחה כי למבט הישראלי הטראומטי יש יתרון בהתבוננות על גרמניה בת ימינו. מבט זה עסוק תדיר בחיפוש אחר מענה לשאלות שטורדות אזרחים, עיתונאים וחוקרים בישראל, בגרמניה ובעולם כולו: איך יכלו הגרמנים – אלה שמחשיבים את עצמם כאומת הפילוסופים והמשוררים – לחולל את השואה? בשונה מהיסטוריונים השואלים את השאלה הזאת במבט לאחור, הישראלים שחיים כיום בגרמניה מתחבטים בה גם במבט לפני. האם היסודות התרבותיים שאפשרו לגרמנים לחולל את השואה עודם כאן? האם התרבות הגרמנית בת ימינו יכולה לחולל שוב אירוע דרמטי דומה?

פרסום חדש של עווד סטקלוב, בוגר תכנית המצטיינים, ויניב ריינגוורץ בנושא השפעת ייצוג נשי על תפקוד מועצת הרשות המקומית: תחומי החינוך והרווחה כמקרה בוחן. ירושלים: מחקרי פלורסהיימר; 2015.

מאמר זה בוחן את השפעתן של פוליטיקאיות בשלטון המקומי על תקציבי חינוך ורווחה המופנים מתקציבה העצמי של הרשות המקומית. הנחת המוצא היא כי תושבות הרשות המקומית מבכרות הוצאה על תחומים אלו על פני תחומים אחרים,



שואפים להשפיע על דמותה של החברה הישראלית?
לעצב מדיניות ציבורית?
להנהיג תהליכים שיקבעו את אופייה של מדינת ישראל?



תכניות לתואר שני

תכנית המצטיינים: מדיניות ציבורית

התכנית מיועדת לבוגרים מצטיינים מכל החוגים הרואים את עתידם במגזר הציבורי. תכנית מחקרית בת שנתיים. למתקבלים מלגת פטור משכר לימוד בשנה א'.

תכנית המצטיינים: כלכלה ומדיניות ציבורית

התכנית מיועדת לבוגרים מצטיינים של החוג לכלכלה הרואים את עתידם בעיצוב מדיניות כלכלית. תכנית מחקרית בת שנתיים. למתקבלים מלגת פטור מלא משכר לימוד בשנה א'.

תכנית המצטיינים: ניהול ומדיניות ציבורית

התכנית מיועדת לבוגרים מצטיינים הרואים את עתידם בתפקידי ניהול בכירים בשירות הציבורי. תכנית לא מחקרית בת שנתיים. אפשרות למסלול מחקרי.

למתקבלים מלגת פטור מלא משכר לימוד בשנה א'.

תכנית המצטיינים: משפטים ומדיניות ציבורית

התכנית מיועדת לבוגרים מצטיינים הרואים את עתידם בתפקידי ניהול בכירים בשירות הציבורי בתחום המשפטי. תכנית לא מחקרית בת שנתיים. אפשרות למסלול מחקרי.

למתקבלים מלגת פטור מלא משכר לימוד בשנה א'.

תכנית הצוערים לשירות המדינה

התכנית מיועדת לבוגרים מצטיינים מכל החוגים הרואים את עתידם בשירות המדינה. תכנית לא מחקרית. תכנית במימון המדינה.

לפרטים נוספים:

טל': 02-5881533
דוא"ל: public_policy@savion.huji.ac.il
אתר: http://public-policy.huji.ac.il

תכניות מנהלים לתואר שני

• תכנית מנהלים - מנהלים במגזר הציבורי מיועדת לבכירים בשירות הציבורי הרחב, שלטון מקומי וחברה אזרחית.

אפשרות למלגות עד 10,000 ₪ לעומדים בקריטריונים.

• תכנית בכירים - בכירים בשירות המדינה

מיועדת למנהלים המכהנים בתפקידים בכירים בשירות המדינה.

תכנית במימון המדינה.

לפרטים נוספים:

טל': 02-5881934
דוא"ל: exmpp@savion.huji.ac.il
אתר: http://empp.huji.ac.il



עקבו אחרי פעילויות

ביה"ס בפייסבוק:

www.facebook.com/SPPFedermann