

בית הספר ע"ש פדרמן
למדיניות ציבורית וממשל

The Federmann School of
Public Policy and Government

מדיניות ציבורית

כתב עת לחידושי מדיניות בישראל



20
**האם שירותי בריאות הנפש
נשארים מאחור?
משנים מדיניות בריאות**

15
**סחר בבני אדם למטרת
נטילת איברים
הזכות לבריאות: היבטים משפטיים**

8
**להקדים תרופה למכה
הזכות לבריאות: היבטים חלוקתיים**

מדיניות ציבורית

כתב עת לחידושי מדיניות בישראל

תוכן העניינים

05	בית הספר מגיב לשטח
07	הזכות לבריאות: היבטים חלוקתיים
12	הזכות לבריאות: היבטים משפטיים
16	משנים מדיניות בריאות
28	מדור בוגרים
30	מחקרים חדשים

תנו לנו לשמוע אתכם

קראתם משהו שהרגיז אתכם?

למדתם משהו חדש ומעניין?

רציתם 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 אנשי מדיניות ציבורית.

“מדיניות ציבורית - כתב עת 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>

חברי המערכת

עורכת ראשית: אילה הנדין; ayalahendin@gmail.com

יועץ אקדמי: ד"ר דניאל שפרלינג

מערכת: דרורה ברדיצ'ב • עופרה תורן-קומר

עריכה לשונית: רוני ליאור

עיצוב גרפי: אביטל דוד

דבר העורכת



המפגש של הפרט עם מערכת הבריאות מתחיל בלידה, בחיסונים, ולאורך החיים בהריונות, בטיפול במחלות, בטיפול סיעודי ואף נפשי. מלבד תפקידה של מערכת הבריאות כמגינה על בריאות הציבור, מפגשיה התדירים עם הפרט מובילים להיותה, לעיתים קרובות, שיקוף של אי השוויון החברתי במדינה, אך גם להיותה שותפה בהתמודדות עם עוולות חברתיות. כך, השלכותיה פורצות את כתלי מוסדות הבריאות ומהוות מדד לאיכות החיים במדינה, ולתפיסת המדינה את אחריותה כלפי תושביה.

בניגוד לתחומי מדיניות שונים, מדיניות הבריאות אף פעם אינה יורדת מסדר היום הלאומי והבין-לאומי. בחצי השנה האחרונה, מאז התפרצות שפעת החזירים, אנו עדים שוב לנסיבות בהן המערכת, כמערכת ציבורית, מופקדת על היערכות לתופעות בלתי רצויות שעולות, על העלאת חלופות לפתרונן ועל יישום חלופות אלו, תוך שמירה על רמת רווחה מקסימאלית של תושביה, על פי תפיסת עולמה הערכית.

ניסיונותיו של נשיא ארה"ב, ברק אובמה, בחודשים האחרונים להעביר חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שבו והזכירו לנו שהחלטותיה ההיסטוריות של מדינת ישראל באשר לאופי הציבורי של מערכות המדינה אינן מובנות מאליהן. בעוד שמערכת הבריאות הישראלית היא ציבורית ומתן השירותים מופרט לקופות החולים, בארה"ב נעשה ניסיון הפוך של מעבר ממערכת מופרטת למערכת עם מרכיב ציבורי משמעותי יותר.

בגיליון זה של כתב העת, דנים תלמידי בית-הספר, בוגריו ואנשי הסגל שלו, באותן הסוגיות שקשורות בייחודיות של מערכת הבריאות, בשיקולים הכלכליים, המשפטיים והערכיים שקובעי המדיניות שוקלים או ראוי שישקלו, בבואם לקבוע את מדיניות הבריאות. בהיבט החלוקתי, מעלים הכותבים שאלות לגבי יעילות הקצאת משאבי הבריאות ודנים במשמעויות הכלכליות והערכיות של הקצאה לטובת טיפול, לעומת הקצאה לטובת מגיעה, של הקצאה מותאמת לטכנולוגיות קיימות, לעומת הקצאה מותאמת לצפי הצרכים, ושל אופן תמחור שירותי הבריאות.

בהיבט המשפטי, בוחנים הכותבים את אופן עיגון הזכות לבריאות במשפט הישראלי, את המשמעות המשפטית של שילוב שירותי רפואה פרטיים במערכת בריאות ציבורית ואת הפרצות בחוק, שמאפשרות סחר בבני אדם למטרת נטילת איברים. לבסוף, מתייחסים מספר כותבים לניסיונות שינוי מדיניות שנעשו בשנים האחרונות, ומציעים בעצמם שינויים נחוצים: מהניסיון החוזר לביצוע רפורמה בשירותי בריאות הנפש, דרך שיקוליו הערכיים של הרופא ביישומו את המדיניות שנקבעת מלמעלה, התמודדות עם מחסור ברופאים ועם זמני המתנה ארוכים, לאופני עידוד תרומת איברים, לניסיונות להבטחת ביטחון תזונתי ועוד.

קריאה מהנה ושנה טובה ובריאה!

אילה הנדין

דבר האורח



למדינת ישראל מערכת בריאות מפוארת, המספקת לתושבים שירותי רפואה איכותיים. מצב הבריאות של תושבי המדינה הולך ומשתפר עם השנים. תוחלת החיים הממוצעת ממשיכה לעלות. שיעור תמותת התינוקות הולך ופוחת, והוא מהנמוכים בקרב המדינות החברות בארגון ה-OECD. נמשכת מגמת צמצום הפערים בשיעורי תמותת התינוקות בין קבוצות אוכלוסייה שונות, ובראשן האוכלוסייה הבדואית.

סל השירותים והטכנולוגיות הוא מהרחבים בעולם המערבי. המשק הישראלי מצטיין במחקר רפואי, בביו-טכנולוגיה ובהסבת ידע מתחום מערכות הנשק, לתחומי רפואה יישומיים. חלק מהתוצרים הרפואיים-טכנולוגיים של המשק הישראלי אומץ בחלקים רחבים בעולם.

משרד הבריאות וממשלת ישראל פעלו רבות בשנים האחרונות לשיפור מצב מערכת הבריאות. עם זאת, תשתיות המערכת בנושאים כגון תקן האחיות, מיטות אשפוז והוצאה ציבורית לבריאות עדיין לא הגיעו לממוצע המתקנן במדינות ה-OECD, ואילו שיעור הרופאים לנפש מצוי מעל ממוצע מדינות ה-OECD, אך הולך ויורד, וללא התערבות צפוי בו מחסור. למרות האמור, ניתן לזהות לאחרונה שינוי כיוון. מערכת הבריאות היא מערכת יציבה שערוכה לשלב הצמיחה, בכפוף להשקעות הנדרשות בתשתיות פיזיות ואנושיות.

בשנת 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנועד להבטיח מערכת בריאות ציבורית שוויונית. החוק מבטיח גם את עקרון היסוד, לפיו בריאות ושירותיה הינם זכות יסוד ולא מצרך. מאז חקיקת החוק, נעשים ניסיונות לכרסם בעקרונות היסוד שלו ונפגעת איכות מערכת הבריאות הציבורית השוויונית. בייחוד נפגעות השכבות החלשות והמעמד הבינוני, עקב הגידול בשיעורי ההשתתפויות העצמיות שהינן רגריסביות ומנוגדות לעיקרון השוויון. בשנים האחרונות נעשו, אמנם, פעולות להקטין את הכרסום, אך נדרשת עוד עשייה רבה והקצאת משאבים רבים כדי להבטיח שמירה על הקיים ושיפור מתמיד.

הבריאות היא "מוצר ציבורי" הנוגע לכל אדם, מלידתו ואף קודם לכן, בכל ימי חייו ואפילו אחרי מותו. זהו תחום הדורש הכרעות ערכיות ואתיות, כאשר קביעת סדרי עדיפויות עשויה להיות הכרעה לחיים או למוות. חשוב לעודד דיון ציבורי שיפרה את תהליכי גיבוש המדיניות בתחומים אלה וחשוב לצייד את קובעי המדיניות במידע וידע מתאים. אני שמח שבחברת זו של בית הספר למדיניות ציבורית דנים בנושאים של מערכת הבריאות, אשר הם בעלי חשיבות עליונה במדיניות ציבורית ומשפיעים על כל אחת ואחד מתושבי המדינה. אני תקווה כי עבודות אלו יהיו תמריץ לעידוד ולחיוזוק השיח הציבורי בנושאים אלה וישמשו גם את קובעי המדיניות.

פרופ' אבי ישראלי

מנכ"ל משרד הבריאות היוצא



מאת גלעד מלאך, תלמיד מחקר בבית הספר ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל, giladma@gmail.com

חום יולי-אוגוסט: הרהורים

מספר מתרועעצים בדעת הקהל הישראלית קולות שונים ביחס ליכולת ההשתלבות של החרדים בתוך הישראליות, בדגש על מעגלי ההשכלה והתעסוקה. אירועי ירושלים הובילו לקולות חילוניים מאוימים ותקיפים ולחוסר רצון לפשרה והידברות.

קו חלוקה ברור מזה שנים בדעת הקהל הישראלית נפרץ

הפגנות החרדים סביב החניון עשויות להיכשל, מכיוון שהן לא מתקיימות על אינטרס חיוני לחברה החרדית. אך פרשת האם "המרעיבה" הינה חמורה אף יותר: קו חלוקה ברור מזה שנים בדעת הקהל הישראלית נפרץ. הישראלי הליברלי המצוי, סבר שקו ההפרדה בינו לבין החרדים הוא "חיה ותן לחיות", אל תתערב בענייני ואני לא בענייניך. פרשת האם ה"מרעיבה" הרחיבה את המעגלים החילוניים, שסבורים שהמדינה הצינונית צריכה להתערב במתרחש בתוככי מאה שערים, שכן בסופו של דבר עתידה זו להגיע עד אליה. המשטרה, נעבעך, נותרה חלשה וחסרת אונים.

וביחס לראש העירייה בירושלים: כשניר ברקת הציע לפתוח את חניון ספרא כפשרה, היה בכך ניסיון להפר כלל טקטי ידוע במלחמות השבת: הרחק את האש מריכוזי החרדים. לאחר שהבין זאת והעתיק את הזירה לחניון קרתא, החניון עשוי להיפתח לנצח (או עד לבחירת ראש עיר חלופי).

הקיץ החם כבר מאחורינו, אך השפעתו על יחסי מדינה-חרדים בישראל עשויה להיות רחבה יותר.

קיץ לוחט עבר על יחסי החרדים והמדינה בירושלים. מן האברך הדורס באגריפס, לפתיחת חניון קרתא למרגלות העיר העתיקה, ואירוע מסעיר לסיום: האם ה"מרעיבה" ממאה שערים. בשוך המהומות (בשלב זה) ניתן לעשות סיכום ביניים של הצדדים המעורבים:

ה"עדה החרדית" הצליחה לסחוף אחריה את כלל הציבור החרדי. גם אם בפועל רק אנשי ה"עדה" משתתפים בהפגנות האלימות, הם זוכים לתמיכה עממית רחבה. הם היחידים שמצליחים להוביל את כלל הציבור החרדי למאבקים.

הציבור החרדי "נפל" פעמיים. בפעם הראשונה בחולשת ההנהגה. קול קורא ממנהיגי ציבור כמו הרב אלישיב והאדמו"ר מגור לא נשמע, ולא בפעם הראשונה. ניתן לראות בכך תוצאה של זקנת המנהיגים, אך מסתבר שעידן המנהיגים החרדיים הכריזמטיים מאחורינו. בשורה התחתונה, אין בידי המנהיגות המרכזית לנווט את כלל הציבור למאבק או לדחילה ממנו והיא נגררת.

גם אם בפועל רק אנשי ה"עדה" משתתפים בהפגנות האלימות, הם זוכים לתמיכה עממית רחבה

מכה שנייה היתה בדעת הקהל הישראלית. החרדים לא הצליחו ליצור בידול בינם לבין קיצוני העדה החרדית. ניתן לראות בכך שגיאה ביחסי ציבור, אך היא נובעת מסיבה מהותית: רוב הציבור החרדי הזדהה עם המחאה וחש מותקף מן הזעזוע התקשורתי.

הביקורת הנוקבת בדעת הקהל הישראלית היתה דרמטית. מזה שנים



מסקנות לסיום כהונה



בשנה האחרונה העולם חווה משבר כלכלי חריף. מעבר לגורמים המיידיים שעמדו בבסיס המשבר, ניתן לראות בו תוצאה של האדרת הסקטור הפרטי וכישלון של מערכות הרגולציה. כצפוי, ההתמודדות עם המשבר הוטלה בראש ובראשונה על הסקטור הציבורי. משבר זה זכה לתשומת לב עולמית מחמת היקפו החריג, אך הוא סממן לתמונת מצב כללית, שאנו עדים לה גם בישראל. בעשור האחרון, נשמעו לא אחת דרישות לצמצום הבירוקרטיה, המלוות באמירות שליליות לגבי הסקטור הציבורי. בו זמנית, קודמו רעיונות שונים להפרטת פעילויות ושירותים, מתוך תפיסה שהסקטור הפרטי, או המגזר השלישי, יעילים וטובים יותר מהסקטור הציבורי. יתר על כן, בשנים האחרונות אנו עדים לניסיונות לפגוע בגופי רגולציה עצמאיים, ולהכפיפים לשליטה ממשלתית. ניסיונות אלה הם חלק מהמאמץ של הדרג הפוליטי לצמצם את כוחו ושיקול דעתו של הדרג המקצועי בשירות המדינה. אך כאשר מתעורר משבר כלשהו, בכל תחום, היכולת להתמודד עם המשבר תלויה בראש ובראשונה במקצועיות ורמתו של הדרג המקצועי בשירות המדינה, כפי שהוכח גם במשבר הכלכלי האחרון. התמונה העולה כעת הינה, על כן, תמונה מדאיגה - הלחצים והדרישות מהדרג המקצועי גוברים, בעוד שהוא נתון תחת מתקפה של גורמי הון ודרגים פוליטיים.

בית הספר ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל הוקם בכדי ליצור עתודה מקצועית ניהולית איכותית לשירות המדינה, ובכדי להטמיע שיטות עבודה טובות וסדורות בהליכי קבלת ההחלטות בישראל. אך הדרך למימוש מטרות אלו רחוקה מלהיות ברורה או פשוטה. כפי שאנו מלמדים את תלמידינו, ראוי תמיד לראות מה נעשה במקומות אחרים. אך לא ניתן להעתיק תובנות ממקום למקום ללא התאמה. אכן, שבע שנות קיומו של בית הספר היו שנים של לימוד.

לאחר תהליך למידה מהניסיון הבין-לאומי, בהנחייתו של מייסד בית הספר, פרופ' דודו דרי, בית הספר החל בהליך ארוך של לימוד ובקרה עצמיים בשלוש תכניות הלימוד המתנהלות במסגרתו - תכנית המצטיינים, תכנית המנהלים ותכנית הצוערים לשירות הציבורי. בכל אחת מתכניות אלו, התמודדנו עם סוגיות שונות, הנובעות מאופי התכנית, מטרותיה והרכב תלמידיה. בכל אחת מתכניות אלו, אנו עדים לכך שרק לאחר כשישה מחזוריים ניתן לראות התמתנות בעקומת הלמידה הלוגיסטית. כיום, אני משוכנע, אנו מצליחים להנחיל לתלמידי בית הספר תהליך חשיבה מוסדר וענייני, וכן את היכולת להביאו לידי ביטוי בניירות מדיניות מתקדמים, המכילים הן אפיון בעיות וזיהוי חלופות, והן ניתוח פוליטי שנדרש בכדי להבטיח שרעיונות המדיניות יובאו לידי יישום.

אך תהליך לימוד כפי שבית הספר עבר לא יכול להתרחש בלי סגל מתאים. אולם בישראל לא הוכשר בעשורים האחרונים קאדר מספק של חברי סגל בעלי הכשרה אקדמית בתחומי המדיניות. לכן, מטרה שנייה שבית הספר העמיד בפני עצמו היא להכשיר חוקרים בתחומי המדיניות הציבורית. כיום, הדוקטורנטים הראשונים של בית הספר סיימו את לימודיהם, ואחת משני הראשונים אף התקבלה כחברת סגל בבית הספר. אך יש צורך בחוקרים רבים ונוספים, ואני מקווה שהדוקטורנטים שלומדים כעת בבית הספר ייקלטו במוסדות מחקר ובאוניברסיטאות, דבר התלוי לא במעט במדיניות ההשכלה הגבוהה בישראל. אולם, מדיניות הממשלה בשנים האחרונות הובילה את האקדמיה בישראל למשבר החמור ביותר מאז שנות החמישים הראשונות, משבר המאיים לקעקע את בסיסה של האקדמיה הישראלית.

התמונה שציירתי כאן במספר משפטים היא, על כן, מורכבת ביותר. מצד אחד, מדינת ישראל עומדת בפני אתגרים קשים ביותר, מפנים ומחוץ, וחיבת בשירות ציבורי איכותי ביותר בכדי להתמודד עימם. את השירות הציבורי הזה יכולה להכשיר רק מערכת אקדמית איכותית ומצוינת המצויה בחזית הידע העולמי. מצד שני, הן השירות הציבורי והן המערכת האקדמית שאמורה להכשיר אותו, מצויות תחת מתקפות קשות ביותר, שגרמו לירידה הן באיכות השירות הציבורי והן באיכות האקדמיה. התוצאה היא קבלת החלטות בצורה שאינה מושכלת דיה. לאור תמונת מצב קשה זו, לבית הספר יש תפקיד בעל חשיבות מדרגה ראשונה, הן מנקודת ראות ממלכתית והן מנקודת ראות אקדמית.

חמש השנים האחרונות, בהן עמדתי בראש בית הספר, היו שנים של לימוד עצמי, הבניית תכניות הלימוד, ביסוס הסגל ומעמד בית הספר. אך עתה, על בית הספר לפרוץ מעבר למעגלים הקרובים אליו, ולנסות ולשנות את המגמות שציינתי לעיל. זוהי משימה כבדה מאין כמוה ליחידה אקדמית קטנה כבית הספר. אך אני משוכנע שמחליפי והאוניברסיטה העברית ימצאו את הכוחות לעשות זאת.

פרופ' ערן פייטלסון

חופש הביטוי - קורבן של להט דתי אירוע של מרכז שאשא למחקרים אסטרטגיים

מאת אפרים הלוי, ראש מרכז שאשא למחקרים אסטרטגיים

ושרית פלבר, עוזרת לראש מרכז שאשא למחקרים אסטרטגיים, shashacenter@savion.huji.ac.il



בתמונה: פלמינג רוז

שהיו, לא הכינו את רוז לעתיד להתרחש שלושה חודשים לאחר מכן.

בדצמבר 2005, גל מהומות אלימות שטף את העולם כאשר המוני מפגינים, מוסלמים ברובם, טענו לפגיעה בכבודו של הנביא והפנו את כעסם כלפי נציגויות ומוסדות דנים באשר הם. אותם אירועים שינו את סדר יומו של העורך האלמוני, אשר מאז מקדיש חלק ניכר מזמנו להצדקת אותה ההחלטה, בעודו מעורר דיונים חשובים בנוגע לחופש הביטוי בכלל וחופש הביטוי בחברה רב-תרבותית בפרט.

באפריל 2009, בעת ביקורו בישראל, כאורח מרכז שאשא למחקרים אסטרטגיים, דיבר רוז על החלטתו בפני פורומים שונים, שכללו את סגל המחלקה לתקשורת; סמינר בפני אנשי אקדמיה, רוח ותקשורות מובילים ולבסוף בהרצאה פומבית מול מאות משתתפים.

תחת אבטחה כבדה נשא רוז הרצאה שכותרתה "האם חופש הביטוי הוא קורבן של להט דתי?", בה מחה רוז על כך שהסובלנות, רעיון שבמקורו נועד להרחיב את חופש הביטוי, משמש היום כעילה לדרישה להגבלתו העקרונית ולהגבלתו בפועל, לעיתים קרובות מדי, גם על ידי צנזורה עצמית. הצנזורה העצמית, ממנה מזהיר רוז, אינה תוצר של ניסיון לקבל את פני האחר, כפי שאולי היה מצופה ממדינות אירופה בהן מתגוררים



מיליוני מהגרים, אלא תגובה על האלימות והאיומים המופעלים על ידי גורמים קיצוניים.

בפראפראזה על אמרתו המפורסמת של הפילוסוף הצרפתי וולטיר, אשר היה מוכן למות למען זכות שכנו לבטא דעה אף אם אינו מסכים לה, רוז טען שהמצב הפך להיות "אני יודע שיש לך זכות להביע את דעתך, אבל עלייך לסתום את הפה".

סובלנות, רעיון שבמקורו נועד להרחיב את חופש הביטוי, משמש היום כעילה לדרישה להגבלתו העקרונית ולהגבלתו בפועל, לעיתים קרובות מדי

באולם נכחו לא מעט סטודנטיות מוסלמיות, אשר בחרו להיכנס להרצאה ולהתדיין עם רוז ותהו כיצד הוא יכול להצדיק החלטה, אשר פוגעת במאות מיליוני מוסלמים ובדתם. בתשובתו, רוז קיבל את הטענה שקריקטורה בה מוצג הנביא מוחמד עם פצצה בטרובן, עלולה לפגוע באנשים מאמינים, אך הוא דחה את הטענה כי לאנשים יש הזכות להיפגע ובשם הפגיעות, לדרוש את הגבלת חופש הביטוי. עמדה זאת מתחדדת כאשר הטענות לפגיעות הן דתיות ואידיאולוגיות, אשר צריכות להיות מוכנות שיבקרו ויאתגרו אותן.

בפאנל יחד עם רוז, דיבר דיוויד הורוביץ, עורך העיתון "Jerusalem Post" אשר טען אף הוא שחופש הביטוי בעיתונות נמצא בסכנה מתמדת בשל סכנות ואיומים של גורמים קיצוניים, אך הודה כי אפשר והיה נוהג אחרת ולא מפרסם את הקריקטורות, לא מתוך החשש לפגוע ברגשות אלא מתוך החשש מאלימות.

משתתף נוסף היה המאייר מישל קישקה, אשר הביע עמדה מנוגדת שהתגבשה בקרב, במסגרת פעילותו באגודה של "קריקטוריסטים למען השלום", לפיה הקריקטוריסט מוגבל במחאתו למי שנמצא על הקרקע, כלומר מנהיגים דתיים או פוליטיים, אך אינו עוסק במה שהוא מכנה "מה שנמצא בשמיים", לא מתוך חשש, אלא מתוך כבוד הדדי והבנת כוחה של הקריקטורה.

האם לשווא מבזבז הפנס את אורו? הקצאת משאבים לטכנולוגיות ושרותי בריאות - חיפוש פתרונות לאור צרכי הבריאות ולא רק מתחת לפנס של הטכנולוגיות החדשות

מאת ד"ר ארן שביט, מרכז שאשא למחקרים אסטרטגיים, בית הספר ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל;

בית הספר לרוקחות, האוניברסיטה העברית בירושלים, orenshav@015.net.il

בשירה של לאה גולדברג "הארה חשמלית", נהנים הבולבולים בקן מאור הפנס ("הארה נהדרת, הארה לתפארת"), אולם בסופו של דבר מכירה הבולבולית בכך שמשום שאינה יודעת לקרוא, אזי "לשווא מבזבז הפנס את אורו".

מדי שנה מוגשות מאות בקשות להכללת טכנולוגיות רפואיות במסגרת המימון הציבורי של סל שרותי הבריאות. ועדת הסל שוקדת במשך מספר חודשים על בחינת בקשות אלו ותיעדופן, במסגרת התקציב שהוקצה למטרה זו. עם סיום עבודתה, מגישה הועדה את המלצותיה לאישור מועצת הבריאות והממשלה. לאחר אישורן, הופכות הטכנולוגיות שהוכנסו לסל לחלק בלתי נפרד ממכלול שרותי הבריאות שקופות החולים מחויבות לספק לתושבי מדינת ישראל. אין ספק שאנשי ועדת הסל עושים מלאכתם נאמנה, אולם עולה השאלה: האם דרך זו של הקצאת משאבים היא היעילה ביותר לקידום הבריאות של תושבי ישראל? חשוב לזכור שהמטרה הינה השאת (מקסימיזציה) תועלת הבריאות. השימוש בשרותי בריאות (ובכלל זה שימוש בטכנולוגיות, חדישות ככל שתהיינה, כגון תרופות, אמצעי הדמיה, וכו') צריך להוות את האמצעי בלבד, ולא מטרה בפני עצמה.

נקודת המוצא בתהליך הנוכחי של עדכון הסל היא קליטת הבקשות להכללת טכנולוגיות, שמוגשות בחלקן הארי על-ידי יצרני הטכנולוגיות (כגון חברות התרופות). ייתכן שנכון יותר להעדיף מנגנון שיתבסס על אמדן צרכי הבריאות והגדרת יעדי בריאות שלאורם תיבחנה הדרכים הכדאיות ביותר למתן מענה לצרכים אלה. בחינה זו תכלול את כלל טכנולוגיות הבריאות הקיימות, חדשות וותיקות כאחת. כך, קבלת ההחלטות תתבסס על הערכת צרכי הבריאות ואפיון פתרונות כדאיים ולא על הערכת פתרונות קיימים ואפיון הצורך עליו הם עונים. ההסתכלות תהייה לאור הצורך, ולא לאור הפנס המבזבז את אורו.

חדשנות רפואית מושכת באופן טבעי תשומת לב רבה, משום ההבטחה הטמונה בחובה לשיפור מצב הבריאות. הבטחה זו מוארת פעמים רבות באור זרקוריהם של יצרני הטכנולוגיה, המעוניינים בקידומה. יש להניח שבעקבות הצגת טכנולוגיה חדשנית, חולים ייתלו בסיכוי לשיפור מצב מחלתם, הבריאים יירצו לסייע לחולים (רצון שמונע, בנוסף לכוונת הסיוע לנצרך, גם מהחשש ללקות במחלה וגם מהרושם שמותיר אור הזרקורים), ורופאים ואנשי מקצועות הבריאות האחרים יתרשמו מהסיכוי לסייע לחולים שבטיפולם ומהחדשנות המדעית המצטיירת, כמו גם מהאפשרות לשפר את המוניטין שלהם ואולי אף את הכנסתם. כל אלה עשויים להשפיע על מקבלי ההחלטות, שנדרשים לאתגר של הקצאת משאבים מוגבלים לטכנולוגיות ושרותי בריאות, שיביאו לשיפור מצב בריאות האוכלוסייה במחיר סביר בראייה הציבורית. השפעה זו עלולה לגרום לכך שתינתן מראש עדיפות לטכנולוגיות חדשות וחדשניות (ובדרך כלל גם יקרות) העוסקות בטיפולים הנתפסים



כ"מצילי חיים" (כגון טיפולים בסרטן, באיידס וכו'), על פני שימושים חדשניים בטכנולוגיות קיימות (כגון ייעוץ רוקחי להתאמה מיטבית של הטיפול התרופתי לחולה, תשלום לרופא עבור הקדשת זמן ממושך יותר לחולה קשיש, מערך הסברה בבתי הספר לתזונה נכונה ופעילות גופנית, בריאות השן בבתי הספר, ביטול ההשתתפות העצמית לאוכלוסיות נבחרות ומטיפולים מניעתיים מוגדרים וכו'). זאת, במיוחד אם מאחורי הטכנולוגיות החדשות נמצאים גופים בעלי עניין רבי-עוצמה.

הערכת צרכי הבריאות של הציבור בישראל יכולה להתבצע על-ידי גוף לאומי, שיורכב מאנשי מקצוע מתאימים, אשר יאגד את סך המידע מכל הגורמים (קופות החולים, בתי החולים, מכונים פרטיים וכו'), בהתאם למדדים שיוגדרו מראש, ויעבדו. ניתוח נתוני תחלואה, תמותה גורמי סיכון וכו', לאור מצב הבריאות הרצוי, כמו גם לאור מצב הבריאות בחתכי אוכלוסייה שונים ולאור מצב הבריאות במדינות אחרות, יביא להגדרת יעדי בריאות לאומיים. לשיקולים הבריאותיים יתלו בשלב זה גם שיקולים חברתיים הנוגעים לשוויוניות, הקצאה הוגנת ושיקולים מוסריים, בכדי לתעדף את היעדים וליצור את אסטרטגית הבריאות הלאומית. לאורה של תכנית זו, ניתן יהיה לחפש בצורה פעילה טכנולוגיות ושרותי בריאות שביכולתם לתת מענה לצורך המוגדר בצורה מועילה וכדאית. בשלב הערכת הכדאיות (הערכת עלות-תועלת), ישולבו כלל גורמי העניין, כגון קופות החולים, יצרני הטכנולוגיות ונציגי החולים. כך, ניתן יהיה לקבל את כל נקודות המבט הרלוונטיות. עם זאת, את הערכת הכדאיות הסופית יבצעו אנשי מקצוע בלתי תלויים, בכדי להימנע מהשפעות לא רצויות, בדומה לנעשה בגופי בריאות מובילים כגון ה-NICE האנגלי.

ייתכן שנכון יותר להעדיף מנגנון שיתבסס על אמדן צרכי הבריאות והגדרת יעדי בריאות שלאורם תיבחנה הדרכים הכדאיות ביותר למתן מענה לצרכים אלה

תוצאות ההערכה המקצועית תוצגנה בפני ועדה ציבורית שתורכב בעיקר מנציגי ציבור, תשמש כמעין בקרה ציבורית על פעילות הגוף המקצועי ותצטרך להכריע בשאלת הקצאת המשאבים לטכנולוגיות ולשרותי הבריאות השונים. חשוב שתהליך הערכת הטכנולוגיות והשירותים שיינתנו במסגרת המימון הציבורי יהיה שיטתי, עקבי וחף מהשפעות חיצוניות. כך, יקטן הסיכוי שיווצר לחץ העלול להביא לקבלת החלטות מוטות ויפחתו הסיכויים שחולים יחוו שעליהם לנקוט בצעדים עצמאיים ואף קיצוניים עד כדי שביתת רעב. הערכת כדאיות של טכנולוגיות בריאות לאור תכנית בריאות לאומית ארוכת טווח, המושתתת על הערכת צרכי הבריאות, תביא להקצאה יעילה יותר של התשומות הקיימות, לשיפור נגישות הציבור לטכנולוגיות בריאות הנחוצות לו ולהשאת תועלת הבריאות של הציבור בישראל.

הקדימו תרופה למכה

אסתר סיוון, בוגרת בית הספר; מנכ"לית 'זכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות', esther@bizchut.org.il
 רבקה פריאור, בוגרת בית הספר; ראש תחום נכויות באגף המחקר של ביטוח לאומי, rivka.prior@gmail.com
 נעמי שכטר, בוגרת בית הספר; סמנכ"לית שתי"ל אחראית על פיתוח תוכניות ומשאבים, NaomiS@shatil.nif.org.il

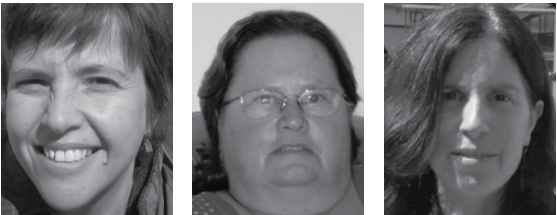
קיץ 2006 חלף עבורנו, תלמידות מחזור ב' של תכנית המנהלים, מהר מדי. עשינו לילות כימים בניתוחי עלות תועלת מרתקים של תרופות וטיפולים, העתידים להיכנס לסל שירותי הבריאות. מטרת המחקר שלנו הייתה להציע דרך בה הסל יכול לתת מענה למספר גבוה יותר של חולים, תוך שיפור איכות החיים שלהם. תוך כדי עבודה הגדרנו יעד נוסף, והוא לבחון את תהליך קבלת ההחלטות של ועדת הסל. בהיעדר רקע מוקדם בתחום כלכלת-בריאות, נחשפנו לעולם הרפואי, אך גם ללחצים של כוחות כבדים במשק המשפיעים על מנגנוני קבלת ההחלטות. נאלצנו להשתמש בדרכים לא-דרכים וכמעט בריגול על מנת להסיר ולו-במעט, את האיפול שתחתיו מתנהל תהליך הכנסת התרופות לסל, שהשקיפות הייתה אז ממנו והלאה!¹

שני מימדים נעדרו מן התעדוף ומדרך החשיבה של ועדת הסל: האחד ברמת התוכן, השני ברמת המנגנון. ועדת הסל כמעט ולא נדרשה לדיון בדבר תרופות וטיפולים מניעתיים, אלא עסקה בעיקר בריפוי מי שכבר חלה; וכן לא נדרשה למדד אובייקטיבי, אחיד ומדיד להשוואה בין טכנולוגיות ותרופות שונות והשפעתן.

ערכנו מספר רב של ראיונות עם אנשים העוסקים במדיניות בריאות ובהם נציגים ממכוני מחקר, ממסד ואקדמיה, מהם קיבלנו פרספקטיבות שונות על תהליך קבלת ההחלטות ועל מדדים ותחשיבים כלכליים. את הניתוח הכלכלי שביצענו, ביססנו על נתוני אמת שהיו לנגד עינינו, אותם למדנו מפרסומים שונים וממידע שקיבלנו ממשרד הבריאות.

למרות מאמצינו, לא הצלחנו להגיע למידע לגבי התרופות והטכנולוגיות שהיו מועמדות להיכלל בסל באותה שנה, אלא למידע משנים קודמות. גילינו אז, כי שיקולי עלות-תועלת לא היוו גורם עיקרי בתהליכי קבלת ההחלטות. שיקולי עלות-תועלת אולי אינם צריכים להוות שיקול בלעדי בתחום הבריאות, אולם התפלאנו לגלות כי שני מימדים נעדרו מן התעדוף ומדרך החשיבה של ועדת הסל: האחד ברמת התוכן, השני ברמת המנגנון. ועדת הסל כמעט ולא נדרשה לדיון בדבר תרופות וטיפולים מניעתיים, אלא עסקה בעיקר בריפוי מי שכבר חלה; וכן לא נדרשה למדד אובייקטיבי, אחיד ומדיד להשוואה בין טכנולוגיות ותרופות שונות והשפעתן.

מאמר זה יסכם בתמצית את מחקרנו, יעלה מספר דילמות, יוסיף מידע עדכני על ההתייחסות כיום בקרב מקבלי ההחלטות לסוגיית המניעה ולמדד QALY², ויציע כיווני חשיבה בהתייחס לתמונת המצב הנוכחית. מטרתנו בכתבתו היא לשפוך אור על נושאים אלה כנושאים קריטיים במדיניות בריאות ברמה הבינלאומית והמקומית.



מאז חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) בו הוסדרו השירותים להם זכאים המבוטחים, מקורות המימון שלהם ומנגנוני העדכון של תקציב הבריאות, חלו תמורות ניכרות בתרופות, בטכנולוגיות ובשירותים הרפואיים.

התעדוף לגבי הכללתן של תרופות וטכנולוגיות בסל הבריאות נעשה מעת לעת, על סמך קריטריונים שקובעת ועדת סל שירותי הבריאות: ועדת מומחים המורכבת מנציגי משרד הבריאות, אנשי ציבור ונציגי קופות החולים, שהופקדה על מתן המלצות בנדון לממשלה. בין הקריטריונים: "הצלת חיים עם הבראה מלאה או מניעת המחלה/התמותה, הצלת חיים לאורך זמן רב עם חולי מוגדר, נטל כלכלי לחברה, מספר החולים הנהנים מהתרופה, טכנולוגיה חדשה לחלוטין למחלה קלה או קשה שאין לה חלופה טיפולית"³ ועוד.

החלטות הועדה מתקבלות בקונצנזוס, ובשיטת דלפי. הועדה אינה מסתמכת על ניתוחי עלות-תועלת מלאים והחלטותיה מתקבלות בעיקר בהתאם להשלכות התרופה על המטופל (מצילה חיים, מאריכה חיים, משפרת איכות חיים וכיו"ב). הועדה מתעדפת את כ-400 הטכנולוגיות והתרופות החדשות המוצעות מדי שנה, ובוחרת מתוכן בין 15 ל-20 אחוזים, בהתאם לעלותן ולתוספת התקציב הנתונה באותה שנה. בשנת 2008 התוספת לסל שירותי הבריאות הייתה 450 מיליון ש"ח ובשנת 2009, 415 מיליון ש"ח. בשנים אלו הוכללו 93 ו-87 טכנולוגיות חדשות בסל, בהתאמה.

מדי שנה, בהתקרב מועד עדכון הסל, גוברים הלחצים המופעלים על ועדת הסל מצד קבוצות אינטרס: חברות תרופות, גופים מסחריים המפתחים טכנולוגיות חדישות, דרישות של אזרחים, קבוצות חולים ועוד. מפורסמים יותר היו המאבקים על הכנסת הארביטוקס, האווסטין וההרצפטין, תרופות למחלת הסרטן בהתוויות ספיציפיות שלהן, אל הסל. מצאנו במחקרנו לא רק שהקריטריונים המשמשים את ועדת הסל אינם בהכרח אלה העונים לצרכים של מספר מרבי של מטופלים פוטנציאליים, או המשפרים את איכות החיים של האוכלוסייה באופן מובהק, אלא שהלחצים וההשפעות הפוליטיות, המובנים כמעט בשיטה הנוכחית, משבשים עוד יותר את איכותן המקצועית של ההחלטות המתקבלות. כתוצאה מכך, נכללות בסל תרופות המשרתות מספר נמוך יחסית של מטופלים פוטנציאליים, בעלות גבוהה מאוד, ואשר ספק גדול קיים באשר ליכולתן לשפר מהותית את איכות החיים של המטופלים.

תוך כדי עבודה, נתקלנו בחסמים ממשיים באשר ליכולת להגיע לנתונים עדכניים לגבי תרופות המועמדות להיכלל בסל, עלותן ותרומתן לבריאות הציבור. לפיכך, הדגמנו את טיעוננו באמצעות השוואה בין תרופות

וטכנולוגיות שהיו מועמדות בעבר להיכלל בסל ואשר אודותיהן הגענו לנתונים מדויקים.

נקודת המוצא שלנו הייתה תרופת האווסטין⁴, שעלותה 93.3 מיליון ש"ח, ושיכולה הייתה להאריך חייהם של 550 איש בכ-4.7 חודשים בממוצע. התרופה נכנסה לבסוף לסל בשלהי שנת 2006, לאחר לחצים מרובים של קבוצות אינטרס. התועלת מכך הסתכמה בכ-1.5 מיליארד ש"ח. חלופה אחת שבדקנו הייתה הכללה, במקום האווסטין, של מגוון טכנולוגיות ותרופות היכולות לסייע ל-8,680 איש. על פי חישובינו, ראינו שהחיסכון מחלופה זו מסתכם ב-1.7 מיליארד ש"ח בטווח הארוך, כתוצאה מחיסכון בטיפולים, אשפוזים, ניתוחים וחיסכון בחיי אדם. חלופה שנייה שבדקנו הייתה הנהגת תכנית טיפול מניעתית להפחתת גורמי סיכון למחלות לב, בקרב האוכלוסייה הסובלת מיתר לחץ דם, באותה עלות. תכנית זו אמורה הייתה להקיף כ-320,000 איש ולפעול ביעילות על מחציתם. הצפי היה כי התכנית תפחית כ-2,240 מקרי מוות והתערבויות רפואיות שונות ובטווח הארוך (20 שנה) תביא לחסכון של כ-7.3 מיליארד ש"ח. במסגרת ההוצאה על התכנית (ה'עלות') כללנו גם קמפיין הסברתי שנועד לקדם בציבור את הפניה לאפיק המניעת.

חישובי עלות-תועלת ארוכי טווח מצביעים על יעילותו של הטיפול המניעתי

לא היה ספק מבדיקתנו כי מבחינה כלכלית, חישובי עלות-תועלת ארוכי טווח מצביעים על יעילותו של הטיפול המניעתי. בחלופה זו, טווח היישום ארוך פי כמה מ"טווח ההישרדות" של פוליטיקאי ממוצע ואף של בכירי משרדי הממשלה. האם מדינת ישראל אכן משקיעה די במניעה, או שזמא המנגנון הקיים של הכללת תרופות וטכנולוגיות חדשות מעודד כשלעצמו טיפול בחולים, ולא במי שניתן עדיין למנוע את חוליו? אין בידינו תשובות לשאלה זו, ואכן קיימת דילמת-מדיניות ודילמה אתית בין גישה של השקעה במניעה או בריפוי תחלואה.

עיקר הקושי להכליל תרופות מניעתיות בסל קשור בהערכות כלכליות קצרות טווח שלפיהן לא ניתן לאמוד את התועלת המלאה שבמניעה, בחוסר הראייה פוליטית לטווח רחוק (כאמור), ובהיות התכניות או התרופות המניעתיות לא "דרמטיות", וכתוצאה מכך, בעלות סיקור תקשורתי נמוך יחסית. כך, מתוך מגמה של איוון בין שתי הגישות ולא מתן בלעדיות לאחת מהן, אנשי מקצוע רבים מתחום הרפואה מתריעים לא אחת על אי-מתן משקל מספיק לתכניות מניעה. בשורה טובה היא כי בתכנית 2020 של משרד הבריאות, עלתה ישראל על דרך המלך, בהחליטה להקצות משאבים ולהפעיל אמצעי מדיניות לטובת מחקר, חינוך ותכניות התערבות בתחום המניעה. יחד עם זאת, תרופות וטכנולוגיות מניעתיות יעמדו בעתיד ב'תחרות' עם כל אותן תרופות המוצעות מדי שנה לוועדת הסל.

כן 'נתקלנו', במהלך עבודתנו, במדד QALY (Quality Adjusted Life Year): יחידות מדידה של תועלת, המשלבות שנות חיים שהתווספו

הזכות לבריאות: היבטים חלוקתיים

כתוצאה מהתערבויות רפואיות או תכניות טיפוליות רפואיות, עם הערכה לגבי איכותן של אותן שנות חיים. מדד זה אינו משמש את ועדת הסל, למרות שזהו כלי נפוץ למדידה במדינות אחרות, בכל הנוגע לבריאות הציבור. המדד מייצר מכנה משותף להשוואה בין חוליים שונים, כמו כאב ראש, סכרת וסרטן. יתרה מכך, הוא משמש סטנדרט בינלאומי השוואתי, המהווה בסיס לדיון בסוגיות של מדיניות בריאות. ה-QALY כמדד מקצועי אובייקטיבי במידה רבה (אם כי לא מוחלטת), נתון אף פחות לסכנות של השפעת קבוצות אינטרס או לחצים הוגיים על השלטון. מצאנו, כי ישנה מודעות גוברת במשרד הבריאות למדד זה, ואף שימוש מצומצם בו, אולם כאמור אין עדיין יישום שיטתי של שיטת המדידה באמצעותו, או באמצעות מדד אובייקטיבי אחר.

לסיכום, שימוש מוגבר ב-QALY, או במדד אובייקטיבי והשוואתי אחר, היה מאפשר תעדוף נטול פניות. התבוננות מפרספקטיבה כלכלית על תחום הבריאות מציבה אתגר אמיתי ומורכב המחייב סדרי עדיפויות כואבים. שיקולי עלות-תועלת לטווח ארוך הינם מפתח לפתרון חלקי של דילמות אתיות ומקצועיות, שקיימות בקרב מקבלי החלטות בתחום. אילו זה היה אכן המדד, ייתכן והיו נכללות בסל גם תכניות ותרופות המשמשות למניעה, ולא רק לטיפול במחלות. מאחר ואין זו תמונת המצב, הצעתנו היא להקצות אחוז מסוים מהתוספת לסל התרופות לטובת היבטי מניעה, בצד ריפוי התחלואה ובכך להקדים תרופה למכה.



- עלינו לציין כי חל שינוי בענין זה והיום ניתן למצוא באתר משרד הבריאות את הפרוטוקולים וסיכומי ישיבות ועדת הסל, לשנים 2008 ו-2009. אם כי עדיין אין חשיפה מלאה של הנתונים המוצגים בפני ועדת הסל בבואה לקבל החלטות, במונחי עלות ותועלת ("הספר" אינו נגיש לקהל הרחב).
- Quality Adjusted Life Year - מדד עלות תועלת מקובל בעולם הנותן מימד אובייקטיבי והשוואתי לתועלת של טכנולוגיות רפואיות, בהתמקד בשיפור איכות החיים של המטופל.
- מתוך: שמר, מורגנשטיין, המרמן, לוקסנבורג ושני, קידום טכנולוגיות רפואיות בסל שירותי הבריאות בישראל: 1995-2000, הרפואה, כרך 142, חוברת ב' (פברואר 2003), עמ' 82.
- תרופה" תרופה אנטי סרטנית הפוגעת ביכולתו של הגידול הסרטני ליצור "כלי דם" כלי דם הניתנת בישראל (דרך סל שירותי הבריאות) בהתוויות של סרטן גרוותי של המעי הגס.

בין רפואה מונעת לעסקאות שבויים

מאת יוני אלמוג, בוגר בית הספר yonialmog@gmail.com

משבועת היפוקרטס המצווה לעזור לאדם החולה באשר הוא חולה ועד לחוק זכויות החולה המצווה על מתן טיפול רפואי דחוף לכל אדם ללא התניה, עוסקת הרפואה בחובה לטפל בחולים. זאת, בעוד שהחובה למנוע מחלה מהאדם הבריא מוזכרת רק באופן עמום, כחלק מהחובה לשמור על חיי אדם.

עם זאת, לרפואה המונעת ניתן מקום מרכזי יותר בשנים האחרונות, בשל ההכרה ביכולתה לחסוך סבל, זמן וכסף. כך למשל, לתחלואה עלויות ישירות כמו עלות הטיפול הרפואי ועלויות עקיפות כמו היעדרות מעבודה, פריון נמוך בעבודה וזכוות לקצבה. חוקרים מצאו, כי כל דולר המושקע בחיסונים המקובלים במערב מביא לחיסכון של חמישה דולרים בעלויות ישירות ו-11 דולרים בעלויות עקיפות של תחלואה. מכך ניתן להתרשם, כי יחס העלות-תועלת של הרפואה המונעת מרשים מאוד ויכול להביא לחיסכון גדול במשאבים¹.

כאשר בוחנים את מצב הרפואה המונעת בישראל עולה התמונה הבאה: חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתייחס לנושא הרפואה המונעת הבסיסית ומונה אותו כאחד השירותים הבודדים שיינתנו על ידי המדינה ולא על ידי קופות החולים. שירותי הרפואה המונעת המפורטים בחוק, כוללים למשל בדיקות לגילוי מחלות ומומים מולדים, חיסונים ושירותי בריאות לתלמידים.

בעוד שקיימת ביקורת על היקף השירותים הנמנים בחוק, עצם ההתייחסות המפורשת לרפואה מונעת והכללתה במסגרת השירותים שעל המדינה לספק, נראית כצעד בכיוון הנכון. עם זאת, כאשר יורדים מהרמה המוצהרת לרמת היישום, מצטיירת תמונה שונה בתכלית.

כל דולר המושקע בחיסונים המקובלים במערב מביא לחיסכון של חמישה דולרים בעלויות ישירות ו-11 דולרים בעלויות עקיפות של תחלואה

דוגמא מובהקת לכך היא תחום שירותי הבריאות לתלמיד הכוללים בין היתר מתן חיסונים, אבחנה מוקדמת ובדיקות תקופתיות. לפי נתוני משרד הבריאות בשנת 2007 לא חוסנו 25 אחוזים מהתלמידים בשל מחסור באחיות ובתקציב. בשנת 2008 הופרטו שירותי הבריאות לידי "האגודה לבריאות הציבור" אך גם אז 10 אחוזים מהתלמידים נותרו לא מחוסנים נגד מחלות כמו חצבת, חזרת וטטנוס. בנוסף, עשרות אלפי תלמידים לא עברו כלל בדיקות בסיסיות כמו ראייה, שמיעה ומעקב גדילה.²



מגמת הירידה בהיקף הכיסוי החיסוני בישראל מדאיגה ואם תימשך, עלולה להגיע לסף קריטי בו תהיה סכנה משמעותית לבריאות הציבור. בשנים האחרונות כבר מורגשת עלייה בתחלואה במחלות מידבקות, שנגדן אמור להינתן חיסון דרך שיגרה. ראש הממשלה לשעבר, אהוד אולמרט, הצביע בעצמו על העיוות במערכת כשאמר שעיקר משאבי מערכת הבריאות מושקעים כיום בשלב הטיפול והאשפוז, בשעה שהרבה יותר זול ונכון היה להשקיע את המשאבים בשלבים מקדמיים שימנעו תחלואה.³

מגמת הירידה בהיקף הכיסוי החיסוני בישראל מדאיגה ואם תימשך, עלולה להגיע לסף קריטי בו תהיה סכנה משמעותית לבריאות הציבור

לכן, עולה השאלה מדוע המדינה לא מפנה די משאבים לרפואה המונעת ומדוע ההורים אשר נזעקים כל אימת שילדם מתחיל להראות סימני חום, אינם נזעקים כאשר חושפים אותו למחלות מהן ניתן להימנע?

תשובה חלקית לפחות ניתן למצוא בתופעה פסיכולוגית המכונה "תופעת הקורבן המזוהה". תופעה זו גורמת לאנשים להקצות משאבים רבים יותר לקורבן שכבר נמצא בסיכון (מזוהה) לעומת קורבנות פוטנציאליים (לא מזוהים), שיש סיכוי סטטיסטי שיימצאו בסיכון. זאת, אף אם באופן מוחלט אנשים רבים יותר ייפגעו או שייגרם נזק כולל גדול יותר עבור הקורבנות הלא-מזוהים. בהקשר הנוכחי, מדובר בנכונות להקצות משאבים רבים יותר לטיפול באדם שכבר חולה מאשר למניעת מחלה מאנשים שיש פוטנציאל סטטיסטי שיחלו בעתיד.⁴

אז מה בין רפואה מונעת לעסקאות שבויים? לנושא של רפואה מונעת נחשפתי כאשר ניסיתי למצוא הסברים למחיר הגבוה שמוכנה ישראל לשלם עבור שבוי ישראלי במסגרת עסקאות לפדיון שבויים. המחיר המשולם מעלה את הסיכוי הסטטיסטי להרוגים ישראלים בעקבות שחרור מספר גדול של מחבלים וכן את הסיכוי לתפיסה של שבויים נוספים בעקבות הכדאיות הגבוהה של עסקאות אלה עבור ארגוני המחבלים.

נשאלת השאלה מדוע ישראל מוכנה לשלם מחיר גבוה עבור שבוי מזוהה, אף בידיעה כי הקורבנות העתידיים הפוטנציאליים יהיו כנראה רבים יותר? הסבר אפשרי שאבדוק במסגרת עבודת התזה הוא כי מדובר באותו המנגנון אשר מביא להטיה בהקצאת המשאבים בין רפואה טיפולית ורפואה מונעת, כלומר "תופעת הקורבן המזוהה".

הכשל היסודי והמפורסם ביותר בכלכלת-בריאות, הוא א-סימטריה במידע בין הצרכן ליצרן. באופן פשוט, הרופאה, או הרוקחת, יודעת יותר מהמטופל על מצבו של האחרון, ולכן צפויה לכאורה, לנצל יתרון זה לטובתה. למשל, בבית מרקחת מנסים לשווק תכשירים שאיננו זקוקים להם. בשפה כלכלית, נאמר שאנחנו לא יכולים להעריך את התועלת מהמוצר, ונוטים להאמין לבעל המקצוע.

דוגמא נוספת מוכרת פחות היא הוצאה על אשפוז. פונקציית ההוצאה של אשפוז, על פני זמן, הולכת ופוחתת, כאשר עיקר ההוצאה היא ביום-יומיים הראשונים (בדיקות, תרופות יקרות, הליכים), ולאחר מכן ההוצאות הן רק על 'מלונאות'. אם בית החולים מתוגמל פר-יום, יש לו תמריץ לאשפוז אשפוזי-יתר. ניתן לראות זאת גראפית:



הקווים שבין פונקציית ההוצאה להכנסה מייצגים את הרווח/הפסד של בית החולים. ניתן לראות, שלבית החולים כדאי לאשפוז את המטופל מעבר למספר ימים מסוים, גם ללא צורך רפואי, שכן הימים המאוחרים מסבסדים בפועל את הראשונים.

במרבית מדינות ה-OECD הונהגו רפורמות תמחור לתעריפי השירותים במערכת האשפוז, באופן שהשירותים קיבלו מחיר פר-הליך. באנגליה ובגרמניה, למשל, אחת התופעות השליליות הבולטות ביותר במערכת הבריאות טרם הנהגת הרפורמה, הייתה תורים ארוכים לניתוחים. מתן מחיר ל'מוצר' הרפואי, במקום לתשומה שהושקעה בו (יום אשפוז), נועדה לצמצם את ימי האשפוז. אולם צמצום האשפוזים המיותרים לא היו היעדים היחידים ברפורמות אלו. לכן, באנגליה, למשל, הוגדרו היעדים הבאים:¹

- ייעול מתן השירותים ברמתם הקיימת
- עידוד הרחבת הפעילות, ושיפור השירותים
- הגברת בחירת המטופל ושביעות רצונו
- ריסון ההוצאות
- שינוי דפוסי רכש האשפוז לדפוסים מתקדמים יותר
- הנהגת שקיפות והוגנות כלפי הגורמים המממנים

כיצד אמורים להיות מושגים יעדים אלה? ובכן, קביעת מחיר הפעולה בהתאם לעלותה מועילה במספר אופנים. ראשית, קביעת מחיר פר-



תמחור מערכת האשפוז בישראל - מה עלינו לאמץ ממדינות ה-OECD

מאת ישי נאמן, סטודנט בתכנית המצטיינים; מנהל תחום תמחור במשרד הבריאות, yishaineeman@gmail.com

הליך תעלה את העלות האלטרנטיבית של השהייה, שכן במקום יום ראשון הפסדי מול יום אחרון רווחי, יתקיים יום שולי עם הכנסה אפס, ויום ראשון עם הכנסה שולית מלאה. כך, יתקצרו משכי השהייה, תפוסת המיטות תפחת והתורים יתקצרו.

נוסף על כך, מהלך קביעתם של המחירים טעון מהלך תמחורי מורכב, בו נרשמות כל ההוצאות ומשויכות לפעולות השונות. באופן זה ניתן, בניגוד למצב קודם, להעריך את עלותו המדויק של הליך, ולהשוותו לתועלת שצומחת ממנו, ולהליכים מקבילים אחרים. ניתוחי עלות-תועלת כאלה יאפשרו רציונאליזציה של הקצאת המשאבים.

בגרמניה, בה בתי חולים אינם מחזיקים גם במרפאות, העדיפו בתי החולים להשאיר 'בידיהם' את החולים הקלים יותר, שעולים פחות, במקום להפנותם למרפאות בקהילה, במקרים רבים בניגוד להגיון הרפואי. התמחור החדש, שנבנה בין השאר על פי מורכבות המקרים הקליניים, צמצם תמריץ זה בכך שלבית החולים כבר לא היה כדאי לאשפוז. כך, גם (שוב) צומצמו ימי האשפוז והתורים, וגם החולים קיבלו טיפול נאות.

יתרון משמעותי נוסף של המהלך הוא בחיזוק הרפואה הציבורית. במצב העניינים הנהוג, בו כל ימי האשפוז שווים בעלותם לגורמים המבטחים (קופת חולים), עדיף להם להפנות את המקרים הקלים לספקים הפרטיים (דוגמת בית החולים "אסותא"), בהם יקבלו מחירים נמוכים יותר, ואת המקרים הקשים יותר להפנות למערכת הציבורית - Cream Skimming. תמחור שירותים שייקבע גם לפי חומרת המקרה יצמצם תופעה זו, ויחזק את השירות הרפואי הציבורי.

מערכת מחירי השירותים בבתי החולים בישראל היא מעורבת. חלק קטן מהפעולות הן בעלות מחיר פרטני, ורוב תגמול בתי החולים ע"י קופ"ח נעשה על פי ימי האשפוז. למרות שועדת החקירה למערכת הבריאות ("ועדת נתניהו") קבעה כבר בשנת 1990 כי שיטת ההתחשבנות הקיימת זקוקה לשינוי, עד היום נעשו צעדים זוחלים בלבד.

תמחור השירותים באופן פרטני אינו מהווה מזור מוחלט לכשלי המערכת. יש לתת את הדעת לא רק לאורך התורים, אלא גם לאיכות השירות. הסכנה הגדולה באימוץ שיטת תמחור כזו היא קיצור-יתר של האשפוזים, אשר עלול להפחית את איכות השירות הרפואי הניתן. לשם כך יש להוסיף, מלבד התמחור הפרטני, גם שיטות תגמול לפי תוצאות ולהגביר את הפיקוח על הסטנדרטים והאיכות.

לסיכומו של דבר, הגם שהשיטה אינה נטולת סיכון לחלוטין, הרי שהיא נחשבת להצלחה במדינות שבהן היא הונהגה. על מערכת הבריאות בישראל לאמצה.

1. Miraldo, M., Goddard, M. & Smith, P. (2006) The incentive effects of Payment by Results, York: University of York, Centre for Health Economics research paper 19.

3. סופר, רוני ומיטל יסעור בית-אור, (2007), אלטרטס הורה: להכין תוכנית בריאות לאומית, YNET, www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3375460,00.html

4. For example: Pratt, J. W., & Zeckhauser, R. J. (1996). "Willingness to Pay and the Distribution of Risk and Wealth." *The Journal of Political Economy*, 104 (4), 747-763

1. Fangjun Zhou, Jeanne Santoli, Mark L. Messonnier, Hussain R. Yusuf, Abigail Shefer, Susan Y. Chu, Lance Rodewald, and Rafaeek Harpaz, 2005, "Economic Evaluation of the 7-Vaccine Routine Childhood Immunization Schedule in the United States, 2001", ARCH Pediatr Adolesc Med, 1136-1144

2. יסעור, מיטל (2008), 'מש' הבריאות: תפקוד האחיות בבתי הספר-כישל, YNET www.ynet.co.il/articles/1,7340,L-3611976,00.html

הזכות (המוגבלת) לבריאות

מאת אפרים הלוי, ראש מרכז שאשא למחקרים אסטרטגיים

ושרית פלבר, עוזרת לראש מרכז שאשא למחקרים אסטרטגיים, shashacenter@savion.huji.ac.il



נפוצה, להכליל בסל התרופות תרופה אשר יכולה לסייע לחולי סרטן מסוג מיאלומה להאריך את תוחלת חייהם ולהקל על סבלם. דרישה זאת קוראת תיגר על החלטת המערכת הפוליטית להגביל את מספר התרופות אשר יסובסדו על ידי המדינה, ועל אופן קבלת החלטות של וועדת הסל. ניתן להצדיק דרישה זו בנימוקים משפטיים ובשיח של זכויות יסוד, שהרי ס' 4 לחוק היסוד קובע כי כל אדם זכאי להגנה על חייו, ומה מגן על חייו של אדם חולה יותר מתרופות מצילות חיים? ואם הזכות לשוויון עוגנה בזכות יסוד בפסיקה, האם ניתן לטעון כי אין להפלות חולה אחד על פני חולה אחר ולספק לכולם הגנה ראויה? למרות נחישותו של בית המשפט, בהקשרים אחרים, להרחיב את הזכויות הנובעות מחוק היסוד: כבוד האדם וחירותו, גבולות ההתרחבות שורטטו על סף הזכויות החברתיות, וכך נמנע בית המשפט מלהכליל את הזכויות החברתיות כזכויות יסוד, כפי שמציין השופט דנציגר בפסיקתו בעתירה האמורה:

”אף לפי גישה פרשנית המרחיבה את היקפה החוקתי של הזכות לכבוד האדם מעבר לרמת המינימום ההכרחי בתחום הרווחה והביטחון הסוציאלי, דומה כי רק בנסיבות חריגות ויוצאות דופן תקום חובה חוקתית על רשויות המדינה לממן תרופה פרטנית מסוימת - אחת מיני רבות שלגביהן מוגשות בקשות למימון, ובפרט נוכח הרתיעה של בית משפט זה מלהתערב בעיצובה של מדיניות כלכלית כוללת ובקביעת סדרי עדיפויות לאומיים, הנתפסים כנושאים שנמצאים בלב ליבן של סמכויות הרשות המבצעת והרשות המחוקקת”.

ככל שהציבור ירצה להרחיב את הביטחון הסוציאלי שהמדינה מעניקה לאזרחיה, על ידי הכרה בזכות לבריאות, תידרש מתכונת פעולה קלאסית של מאבק חברתי, אשר יעלה למודעות את חשיבות הזכות ומשמעותה, בתקווה שהדי המאבק יעשו את דרכם אל מקבלי ההחלטות

בית המשפט אינו שש להרחיב את זכויות היסוד של אזרחי המדינה, עד לכדי העלאת הזכות לבריאות לזכות יסוד "חוקתית - על חוקית", שתחייב את המדינה לנקוט באמצעים פוזיטיביים כדי להגשימה ותאסור עליה לנקוט פעולות אשר פוגעות בזכות. במקרה הזה, לפחות, ככל שהציבור ירצה להרחיב את הביטחון הסוציאלי שהמדינה מעניקה לאזרחיה, על ידי הכרה בזכות לבריאות, תידרש מתכונת פעולה קלאסית של מאבק חברתי, אשר יעלה למודעות את חשיבות הזכות ומשמעותה, בתקווה שהדי המאבק יעשו את דרכם אל מקבלי ההחלטות. כך עשו החולים בסרטן המעי הגס, אשר נאלצו אף לשבות רעב, עד שהממשלה ניאותה להרחיב את סל שירותי הבריאות, כדי שיכלול מזור גם למחלתם.

שאלת שילובם של שירותי רפואה פרטית (להלן, שר"פ) במערכת הרפואה הציבורית, עומדת מאז סוף שנות ה-70 של המאה הקודמת במרכזו של עשייה מדינית מדשדשת ובלתי מוכרעת, המגיעה לשיאה בהכרעתו של בג"ץ מחודש מרץ 2009, הקובעת כי פעילות השר"פ במתכונתה האחרונה אינה חוקית [בג"ץ השר"פ]¹; בהצהרת סגן שר הבריאות על כוונתו לחדש את פעילות השר"פ²; ובהצעת חוק שהוגשה לאחרונה בכנסת המבקשת לאשר הפעלתו של שר"פ במגבלות מסוימות.³ העובדה ששר"פ ניתן לבעלי הביטוחים המשלימים במסגרת בתי החולים הפרטיים המרוכזים בעיקר במרכז הארץ, ובבתי החולים הציבוריים בירושלים, ולא ביתר בתי החולים הממשלתיים בארץ, והעובדה שלמרות האיסור על השר"פ, חלק מבתי החולים הממשלתיים מציעים שירותים נוספים בתשלום, כגון בחירת מצנתר פרטי בביה"ח איכילוב או העמדת דולה, מיילדת ומרדים פרטיים לצד מרכז לידה טבעית בביה"ח שיבא, רק מוסיפות על התוהו המדיני.

הדרישה לבחירה חופשית ברופא קשורה לחירות הפרט והיא נובעת גם מהעלייה ברמת החיים

סוגיית השר"פ מערבת שאלות ערכיות כבדות משקל הקשורות לצביונה של מערכת הבריאות בארץ (ממלכתית, בה שולטים עקרון של שוויון ועזרה הדדית, או ליברלית-חופשית, המתנהלת כשוק חופשי תחת כללים של היצע וביקוש), לצד פנים מעשיים ויישומים רבים. העניינים המשפטיים שהיא מעלה נוגעים לזכויות החולה לאוטונומיה, לבריאות ולמימוש קניינו הפרטי; לשאלות של שוויון וצדק חלוקתי; להיקפו של חופש העיסוק של רופא עובד-מדינה לעסוק במקצוע מחוץ לשעות העבודה ולמקסם את הכשרתו וכישוריו; ולזכותו של עובד בשירות הציבורי להשתמש במתקנים המשולמים על-ידי כספי-ציבור להגדלת הכנסתו הפרטית.

בעד הפעלתו של שר"פ במערכת הרפואה הממשלתית ניתן לטעון, כי הדרישה לבחירה חופשית ברופא קשורה לחירות הפרט והיא נובעת גם מהעלייה ברמת החיים; כי אי מתן אישור לשר"פ תמנע את אפשרות



קביעת מדיניות בנוגע להפעלת שירותי רפואה פרטית בבתי החולים הממשלתיים

מאת ד"ר דניאל שפרלינג, חבר סגל בבית הספר, dsperling@mscc.huji.ac.il

הבחירה בטובי הרופאים (שיזנחו לטובת המערכת הפרטית) ותעודד "רפואה שחורה"; כי הכרה בשר"פ תשפר את היעילות ואת הנוחות שבמתן השירות ותבטיח את נוכחות הרופאים במערכת הציבורית במשך שעות ארוכות ביום וזאת גם לרשות החולים ה"ציבוריים"; וכי הכספים שישולמו במסגרת השר"פ, יופנו לתועלת כלל החולים, המוסד הרפואי והרופא (רכישת יותר ציוד משוכלל, זמינות רופא ועוד), ועל ידי כך יביאו לצמצום הפער שבין צרכי המערכת הציבורית למשאבים העומדים לרשותה וגם להגדלת מקורות ההכנסה של רופאים (שהיום אינם הולמים את ציפיותיהם), וזאת ממקור המגיע מהסקטור הפרטי ולא הציבורי.

הפעלתו של שר"פ בבתי החולים הממשלתיים מעלה חשש לפגיעה בחולה הציבורי על חשבון החולה הפרטי

מנגד, אפשר לטעון כי הפעלתו של שר"פ בבתי החולים הממשלתיים מעלה חשש לפגיעה בחולה הציבורי על חשבון החולה הפרטי, הבאה לידי ביטוי ביחס ותשומת לב שונים, בהארכת התור אצל החולה הציבורי ועוד. בכך, לא רק שהשר"פ מנוגד לעקרון השוויון עליו מושתתת מערכת הבריאות בארץ, אלא גם לכללי מנהל תקין ולמסגרת החוקית בה פועלים בתי החולים הממשלתיים ותאגידי הבריאות מכוחם. בנוסף, הפעלת שר"פ מעמידה רופאים עובדי מדינה במצב תמידי של ניגוד עניינים ומעלה חשש לניצול מעמדו ומצבו של חולה לצורך "העברתו" לשר"פ, בפרט כשמצבו הכלכלי ידוע. היא אף יוצרת חשש לשימוש במקורות ציבוריים לצרכי שר"פ, או לעידוד ביקושים במערכת (כשהעובדים בשר"פ מתוגמלים לפי תפוקה) ומביאה למתחים ולתסכולים כתוצאה מהגדלה משמעותית וגלויה בהכנסה רק של חלק מהרופאים ולא של כולם.



ועדות ציבוריות שדנו בשר"פ המליצו להסדירו במגבלות מסוימות, ולמרות שהממשלה החליטה בשנת 2002 לקבוע כללים להסדרת השר"פ, היא הקפידה החלטה זו שנתיים לאחר מכן, וקבעה שההחלטה אם לאשר שר"פ אם לאו, תתקבל רק לאחר השלמת המו"מ בין הממשלה לתאגידים,

3. 1396/18/פ הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון- שירות בחירת רופא), תשס"ט - 2009 (6.7.09)

1. בג"ץ 4253/02 בנימין קריתי נ' אליקים רובינשטיין, היועץ המשפטי לממשלה תק-עלין 2009 (1) 3651

2. רן רוניק, "יעקב ליצמן ל"הארץ": אני בא כדי לזעזע את מערכת הבריאות" (הארץ, 14.4.09) נמצא באתר: www.haaretz.com/hasite/spages/1078371.html



מאת עו"ד ענת חולתא, סטודנטית בתכנית המצטיינים; המחלקה הפלילית, פרקליטות המדינה, anathulata@gmail.com

סחר בבני אדם למטרת נטילת איברים

ב-15 בדצמבר 2007, הטיל בית המשפט המחוזי בנצרת על ג'ון אלן ארבע שנות מאסר ועל חסן זחאלקה 20 חודשי מאסר (תפ"ח 4044/07), בגין חלקם בפרשיית סחר בבני אדם למטרת נטילת איברים. לפי גזר הדין, איתרו השניים באמצעות מודעות בעיתונים חמישה אנשים ושכנעו אותם באמצעי כפייה, לחץ והטעייה למכור את כליותיהם. לכל מושאי השכנוע מאפיינים דומים: חסרי הגנה, חסרי השכלה (אנאלפבטים או קרוב מאוד לכך), בעלי רקע סוציו-אקונומי נמוך מאוד, הסובלים מחולשה שכלית או נפשית, וחיים בתנאים קשים. החמישה הועברו לאוקראינה, לידיה של דר' זיס (ישראלי שטרם הוסגר לארץ), שם הוצאו כליותיהם והשתלו בגופם של חולים ישראליים תמורת 125-135 אלף דולר. לקורבנות הובטחו 7,000 דולר תמורת הכליה, אך בפועל הם קיבלו חלקים זעומים מכך. הקורבנות נותרו מצולקים, וסובלים מהשלכות קשות כתוצאה מהניתוח ומאי-טיפול נאות.

קיים חשש, כי דווקא בחסות החוק, תתאפשרנה כעת גם בישראל גרסאות שונות של סחר בבני אדם

הרשעת הנאשמים התאפשרה בזכות התיקון לחוק העונשין משנת 2006, במסגרתו חוקק מחדש סעיף 377א המונה שורת איסורים על סחר בבני אדם למטרות שונות, כגון עיסוק בזנות, הולדת ילדים, עבודות כפייה וסחר באיברים. לענייננו, יסודות העבירה הרלוונטיים הם:

- "סחר באדם" - הדגש בעבירה הוא על עשיית עסקה באדם (להבדיל מעסקה עם אדם), דהיינו, האדם הינו מושא העסקה, ולא נושא העסקה או צד לה.
- מטרת העסקה או תוצאתה - די בכך שמטרת העסקה היא מילוי מטרה מהמטרות שבסעיף, גם אם בסופו של דבר לא הוגשם יעד זה.
- המצב הנפשי הנחוץ - העבירה מתגבשת, בין אם המבצע התכוון לגרום לאחת מבין המטרות הפסולות ובין אם הוא ידע שהוא מעמיד את האדם בסכנה שיתרחש אחד מבין מצבים אלה.
- הסכמת הקורבן אינה רלבנטית - לצורך התגבשות העבירה אין צורך להוכיח שהקורבן לא הסכים לסחר.
- אין צורך להוכיח אמצעים פסולים - הגם שבמקרים רבים אכן ננקטים אמצעים פסולים נגד הקורבנות (כגון אלימות, תרמית או איומים).

מקרה זה מזמין דיון במגוון סוגיות הנוגעות למדיניות ציבורית, אולם ברשימה קצרה זו אביא רק שתי הערות על היבטים ערכיים של תופעת ה'עבדות המודרנית' והקשר בינה לבין מערכת הבריאות. תעשיית ה'טובין האנושיים' (human goods), וסחר בבני אדם למטרת נטילת איברים בכללה, מתקיימים בכל העולם. תהליכי הגלובליזציה מאפשרים חיבור בין הביקוש הגובר והולך לאיברים להשתלה, ובין היצע פוטנציאלי בקרב

של הממשלה מלפעול להכרעה ברפורמת תאגוד בתי החולים, ולנוכח גירעונם הקשה של בתי החולים הממשלתיים בארץ, ניתן לטעון כי בפני בית המשפט העליון הייתה מונחת הזדמנות לבחון את סבירות התמודדותה הכושלת של הממשלה עם סוגיית השר"פ. אחד הסייגים להלכת אי-ההתערבות של בית המשפט בשיקול הדעת המנהלי קשור בחובה של הרשות לשקול את כל השיקולים הרלבנטיים בעת הפעלת שיקול הדעת. נדמה, שהממשלה לא היטיבה לשקול את מלוא השיקולים עת החליטה להסדיר את עניין השר"פ, ועת קבעה היא להקפיא הסדרה זו.⁴ לחלופין, אפשר לטעון שהמדינה נמנעה מלהפעיל את שיקול דעתה, כמחויב מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי ומכוח אחריותה הקשורה להתנהגותם בפועל של בתי החולים השונים. על כן, מוצדק היה כי בית המשפט יתערב בהתנהלות הממשלה, הן משום שהימנעות כאמור, כמוה כחריגה מסמכות, הן כדי להשלים את כוונת המחוקק ועל ידי כך לעצב ולאכוף עקרונות של מנהל ציבורי תקין.⁵ בחינת סבירות התנהלות הממשלה בסוגיית השר"פ לא בהכרח הייתה מנסחת תשובה סופית לסוגיית השר"פ, הראויה הכרעה, אלא מורה לממשלה לגבש מדיניות ברורה בנושא, בחלוף כ- 30 שנה מאז היא נמצאת על סדר היום הציבורי.



שייבחרו להפעיל את בתי החולים הממשלתיים במסגרת רחבה יותר של רפורמת תאגוד בתי החולים. מאז, לא התקבלה כל החלטה אחרת, וגם השלמתה של הרפורמה המדוברת אינה נראית באופק. במצב הדברים הזה, קבע בג"ץ השר"פ כי סוגיית השר"פ היא בעיקרה עניין שבמדיניות והשופטים נחלקו בדעה אם יש הכרח להסדירה בחקיקה ראשית של הכנסת, או שניתן להסתפק בהתקנת כללים. למרות שנמצא שהסדר השר"פ שהיה נהוג טרם האיסור להפעלתו הוא לא חוקי, בהיותו מנוגד לעקרונות יסוד של המשפט המנהלי (עקרון חוקיות המנהל ועקרון השוויון), ומשום שלהפעלתו אין מקור הסמכה והיא אף אסורה לפי התקנות, בית המשפט נמנע מלדון בסבירות החלופות השונות של מדיניות הבריאות הנוגעת לשר"פ ודחה את העתירה.

נדמה שהממשלה לא היטיבה לשקול את מלוא השיקולים עת החליטה להסדיר את עניין השר"פ, ועת קבעה היא להקפיא הסדרה זו

אכן, בג"ץ נזהר בדרך כלל שלא להחליף את שיקול הדעת של הממשלה או רשויות מנהליות אחרות, והוא נמנע בדרך כלל מלהתערב בענייני מדיניות, בעיקר בנושאי חוץ,⁴ אך גם בנושאים חברתיים-כלכליים.⁵ ההנחה העומדת מאחורי עמדה זו היא שככלל, הסמכות לקבוע מדיניות בענייני חברה ומשק נתונה לממשלה, ולפי תורת הפרדת הרשויות, על בית המשפט מוטלת החובה שלא להסיג את גבולן של הממשלה והכנסת.

ואולם, לאור התמשכות הדיון בסוגיית השר"פ במשרדי הממשלה, בועדות הציבוריות ובישיבות הממשלה, לאור מחדלה המתמשך

4. בג"ץ 4481/91 ברגיל נ' מדינת ישראל פ"ד מ"ז (4) 210; בג"ץ 4354/92 תנועת נאמני הר הבית וארץ ישראל ואח' נ' מר יצחק רבין, ראש הממשלה ואח' פ"ד מ"ז (1) 37.

5. בג"ץ 2526/90 ארגון מגדלי הירקות נ' המוצעה לייצור ולשיווק של ירקות ואח' פ"ד מ"ה (2) 576; בג"ץ 2597/99 רודריגס-טושביים ואח' נ' שר הפנים ואח' פ"ד נ"ט (6) 721 (דעת מיעוט).

6. באותו האופן מעוררת תמיהה הצעת החוק החדשה, שמתעלמת מהחלטת הממשלה הקושרת בין סוגיית השר"פ לרפורמת תאגוד בתי החולים. במובן זה, עבודת המטה המדינית לגיבוש ההצעה, ודברי ההסבר המצדיקים אותה, נמצאים חסרים.

7. Paul Craig, Administrative Law (London: Sweet & Maxwell: 2008) 502.

תרומת איברים

מאת נעה אבירם, בוגרת בית הספר, **noaviram103@gmail.com**

הסיכוי של אדם להזדקק בימי חייו להשתלת איברים גבוה פי חמישה מהסיכוי שהוא יימצא מתאים לתרום אחד מאיברים אלה. נתונים אלה, למרות מה שניתן היה לצפות, לא יוצרים נכונות גבוהה לתרומת איברים בבוא היום, ושוק האיברים לתרומה מן המת במדינת ישראל מצוי במחסור תמידי.

כ-10 אחוזים בלבד מבני ה- 17 ומעלה, חתומים על כרטיס תורם ורק כמחצית מן המשפחות המתבקשות לתרום את איברי יקיריהן, לאחר מותם, נענות לבקשה. נתונים אלה נמוכים משמעותית בהשוואה למרבית מדינות המערב, שם עומדים שעורי החתימה על בין 30-20 אחוזים, ואחוז המשפחות המסכימות לתרום איברים מבן-משפחה שנפטר, עומד על בין 75-50 אחוזים. כתוצאה ממצב זה, כמאה אנשים בארץ מתים מדי שנה, בעודם ממתינים לתרומה.

מכיוון שנמצא קשר ישיר בין הנכונות לתרום איברים של בני משפחה שנפטרו, לבין היותם של הנפטרים חתומים על כרטיס תורם, נעשו בשנים האחרונות ניסיונות חקיקה שונים, במטרה ליצור תמריץ, שיגביר את הנכונות לחתום על כרטיס כזה. אחת ההצעות הייתה שינוי השיטה הנהוגה כיום בישראל, לפיה התרומה מותנית בהסכמת המשפחה, ומעבר לשיטת "ההסכמה המשווערת", לפיה אדם נחשב תורם כל עוד לא הביע התנגדות מפורשת. הצעות נוספות התייחסו למתן הטבות כספיות לבני משפחה של תורמי האיברים¹ וכן למתן קדימות והעדפה בתור לתרומת אברים למחזיקי כרטיס תורם ולבני משפחתו של תורם. דרך נוספת שנוסתה במטרה להגדיל הנכונות לתרומה, היא מסעות פרסום נרחבים להעלאת המודעות למחסור.

הניסיונות המוצעים להתמודדות עם המחסור באיברים לתרומה מן המת, מציעים, בעיקרם, מענה לסימפטום, אך לא מתייחסים לשורש הבעיה

אנשי מקצוע העוסקים בנושא, נוטים להתנגד להצעות הכוללות מתן תמורה לנכונות לתרום. זאת לאור מחקרים המראים, כי אנשים שמוכנים לתרום עושים זאת ממניעים אלטרואיסטיים, וקיים חשש שתמריצים דווקא יניעו אותם מלתרום.

הניסיונות המוצעים להתמודדות עם המחסור באיברים לתרומה מן המת, מציעים, בעיקרם, מענה לסימפטום, אך לא מתייחסים לשורש הבעיה. הנכונות לתרומת איברים, כמו גם ההתנגדות לה, נובעת, על פי רוב, מתפיסות תרבותיות, דתיות ואידיאולוגיות. בישראל קיימת מודעות ציבורית גבוהה ביותר למחסור באיברים לתרומה מן המת, אך אין ידע מספיק בנושא. לפיכך, קמפיינים מעוררי מודעות לא צפויים לשנות מהותית את התמונה.



ניתן לזהות שלושה חסמים, המרתיעים אנשים מלחתום על כרטיס תורם ומקשים על הענות בני המשפחה לבקשה של תרומת אברי המת.
א. חסמים הנובעים מתפיסות דתיות: בקרב הציבור רווחת התפיסה (שאינה מדויקת), לפיה אוסרת היהדות נטילת איברים ממיי שמתו מוות מוחי נשימתי.
ב. חסמים הנובעים מתפיסות מיסטיות: אמונות כגון הפחד מנבואה שמגשימה את עצמה, וחשש מעיסוק בנושא המוות.
ג. חסמים הנובעים מחוסר ידיעה ומבורות, המשקפים חוסר אמון במערכת הרפואית: למשל, החשש מקיומם של אינטרסים מנוגדים אצל רופאים, שיעדיפו הזדמנות להשיג איברים למספר חולים, מאשר להציל חולה אחד.

יש לראות בהתמודדות עם חסמים הנובעים מחוסר ידיעה ומבורות לגבי ההליכים הרפואיים בתחום תרומת איברים והשתלתם, את המנוף לשינוי

בחינת מדיניות המבקשת לשפר המצב הקיים צריכה להיעשות על רקע חסמים אלה, ולאור היכולת המעשית להתמודד עימם. אל החסמים שמקורם באמונה דתית, יש להתייחס כאל אילוץ, שניסיון להתמודד עימו צפוי לשאת פרי דל בלבד. פסיקת רבנות מ-1986 מאפשרת תרומת איברים תחת תנאים מסוימים, אולם היא אינה מיושמת, כיוון שעד היום לא נתמלאו התנאים, בהם שיתוף נציגי הרבנות בצוות קובעי המוות.² לפיכך, למרות ההיתר ההלכתי, הרבנות אינה מעודדת תרומת איברים.

עם החסם השני קיים קושי מובנה להתמודדות יעילה, מפני שאינו רציונאלי, ולאור נוכחותו המתמדת של המוות בחיי היומיום בארץ, המעצימה חששות מעין אלו.

מכאן, שהחסם השלישי הוא המתאים ביותר להתמודדות. יש לראות בהתמודדות עם חסמים הנובעים מחוסר ידיעה ומבורות לגבי ההליכים הרפואיים בתחום תרומת איברים והשתלתם, את המנוף לשינוי.

מבחינה מעשית משמעות הדבר היא, כי התכנים והמסרים העומדים בבסיסו של כל מסע פרסום או תוכנית הסברה וחינוך בנושא, צריכים להתמקד בביאור מושגים רפואיים, לגביהם קיימת אי-בהירות, בחיזוק האמון במערכת הרפואית ובהיכרות עם המנגנונים הקיימים, המונעים ניצול לרעה של חתימה על כרטיס תורם. כיוון שנמצא, כי דעות חיוביות לגבי תרומת איברים קיימות בעיקר בקרב מי שנחשף למידע בנושא באופן פרטי וישיר, כל תהליך הסברתי צריך לכלול מפגשים אישיים עם אנשי מקצוע מתחום הרפואה ועם בני משפחות התורמים, וכן אפשרות לשיח ודיון. העמקת הידע, היא האתגר והסיכוי להגדלת ההיענות לתרומת איברים מן המת.

טכנולוגיות חדשות ברפואה: הרופא כמקבל החלטות

מאת יונתן רוזנצוויג, בוגר בית הספר; מזכיר שני בשגרירות ישראל בבוקרשט, **jon_oct1978@yahoo.com**

לקצב האימוץ שלה. מאפייני הטכנולוגיה הרפואית במקרה זה, האופן בו המידע עליה מועבר והקונטקסט בו פועל מקבל ההחלטות, קובעים האם הטכנולוגיה תאומץ ותוך כמה זמן הדבר יתרחש.

יש נטייה מסוימת לרופא פרטי לתת את התרופות בשלב מוקדם של תהליך הדיפוזיה של טכנולוגיות חדשות, לעומת רופא העובד בקופת חולים

במחקר התמקדתי בשתי תרופות לטיפול בסוכרת, ה-Lantus, אשר מטפלת בסוכרת מסוג 1 (סוכרת נעורים), וה-Avandia, המטפלת בסוכרת מסוג 2 (סוכרת מבוגרים). ה-Lantus ניתנת כזריקה וה-Avandia ניתנת כגלולה. ניסיתי לגלות איזה משקל מקבלים המאפיינים השונים בקבלת ההחלטות של אותם רופאים. תוצאות המחקר מראות שבשני המקרים, השיקול המרכזי שעמד לנגד עיניו של הרופא הוא היתרון היחסי של התרופה, המורכב מהאפקטיביות שלה, מהסיכון הטמון בה (אם בכלל) והעלות שלה. מבין אלה, שיקולי אפקטיביות וסיכון הם בעלי חשיבות גדולה יותר מזו של העלות שלה, בין אם למטופל ובין אם לקופת החולים.

מאפייני התרופות משפיעים אף הם על ההחלטה. העובדה כי ל-Avandia עלולה להיות תופעת לוואי בדמות פגיעה בתפקוד הכבד של החולה, גם אם הסיכוי לכך נמוך מאוד, יכולה להיות בעלת השפעה על החלטת הרופא. רופא שונא-סיכון עשוי להימנע משימוש בתרופה ולפנות לטיפולים חלופיים מתוך חשש-יתר. נמצא כי קיים קשר בין הניסיון של הרופא לבין זיהוי הסיכון של התרופה. כך, ניסיון רב יותר מוביל למודעות גדולה יותר לסיכון הטמון ב-Avandia.

נראה כי יש נטייה מסוימת לרופא פרטי לתת את התרופות בשלב מוקדם של תהליך הדיפוזיה של טכנולוגיות חדשות, לעומת רופא העובד בקופת חולים. כלומר, ייתכן שרופא פרטי מרגיש "חופשי" יותר מעמיתו העובד בקופת החולים, לרשום את התרופות. מטבע הדברים, רופא של קופת-חולים פועל בסביבה בה נהלים רבים יותר מאשר במרפאה הפרטית. לתוצאות הללו יכולות להיות השלכות על אופן קביעת הנהלים וההנחיות לגבי שימוש בטכנולוגיות חדשות, בכל הקשור לטכנולוגיות הנכללות בסל בריאות, אך לא רק לגביהן.

מיותר לציין כי יחסי רופא-מטופל, במסגרתם מתקבלת החלטת הטיפול הרפואי הינם קשים למחקר, כל שכן תהליך קבלת ההחלטות של הרופא. ישנה נטייה טבעית לרופא שלא לשתף גורמים אחרים בדרך בה הוא מקבל החלטות. על כן, כחוקרים עלינו לקחת זאת בחשבון ולעצב ולתכנן את המחקר בהתאם. בסופו של דבר, צומת הכרעה זו חשובה לבחינת מדיניות הבריאות בישראל ולשיפורה, לטובת האינטרס הציבורי והמטופלים הספציפיים.

כאשר אנחנו מגיעים לרופא, אנו מצפים לקבל את הטיפול והשירות הטובים ביותר, הרי בסופו של דבר אין מדובר בנותן שירותים "רגיל". השיחה בין הרופא למטופל הינה צומת הכרעה וקבלת החלטות חשובה. זוהי נקודת מבחן למערכת הבריאות בישראל, מבחינת המחויבות לאזרחי המדינה, לבריאותם ולרווחתם.

מול כל אלה, הממשלה עומדת בפני אתגר לא פשוט. מזה כשלושה עשורים עומדות המדינות המפותחות, ובהן ישראל, בפני בעיה אתית, כלכלית וחברתית, שבסיסה הוא העלייה בהוצאות הבריאות הלאומית. יחד עם זאת, בעוד שבמדינות ה-OECD ככלל, ההוצאה כאחוז מהתמ"ג ממשיכה לעלות בשנים האחרונות, הרי שבישראל ניכרת התייצבות על 7-8 אחוזים מהתמ"ג.

מערכת הבריאות בישראל קובעת את הנהלים, מאשרת שימוש בתרופות ומחליטה אילו טכנולוגיות תהיינה חלק מסל התרופות ותחת אילו מגבלות. הרופא נדרש להחליט מהו הטיפול שברצונו להעניק למטופל. ישנו גם היות הדדי: שימוש של רופא בטכנולוגיה חדשה עשוי, למשל, לזרז את הכללתה בסל התרופות. הרופא פועל כמיישם מדיניות, אך גם כגורם שיכול לעצב בהחלטותיו את מדיניותה של המערכת. מכאן החשיבות והרצון לבחון את קבלת ההחלטות של הרופא והגורמים המשפיעים עליה. באופן ספציפי, המחקר שלי בחן מה משפיע על הרופא כאשר הוא מחליט לעשות שימוש בטכנולוגיה חדשה ברפואה.

הרופא פועל גם כמיישם מדיניות, אך גם כגורם שיכול לעצב בהחלטותיו את מדיניותה של המערכת

בחרתי להתמקד בטכנולוגיות חדשות, גם לאור הדיונים המתקיימים מידי שנה בשאלה אילו טכנולוגיות כדאי לכלול בסל הבריאות. במחקר אני בוחן שלושה גורמים אפשריים, שעשויים להשפיע על קבלת ההחלטות של הרופא: מאפייני הטכנולוגיה, מאפייני הרופא וקונטקסט ההחלטה (יחסי רופא-מטופל). למאפייני הטכנולוגיות יכולים להיות קשר ישיר על החלטותיו של הרופא, בכלל זה הסיכון הטמון בהן, האפקטיביות שבשימוש בהן, כמו גם העלות שלהן לחולה ולקופת החולים כאחד.

אלה עוברים "מסננת" סובייקטיבית בדמות מאפייניו של הרופא הספציפי, בין היתר הניסיון שצבר, היוקרה שלו ומעמדו, ומידת שנאת/אהבת הסיכון שלו, אשר קובעים יחדיו את מידת הפתיחות שלו לשימוש בטכנולוגיה חדשה. המאפיינים הללו, מתכנסים לאותו רגע בו יושבים זה מול זה הרופא והמטופל, קרי המחויבות הרגשית שחש הרופא כלפי החולה, החשש שלו מתביעות וככלל, יחסיו האישיים עם המטופל עצמו.

שלושת המעגלים הללו, הטכנולוגיה, הרופא והיחסים בין רופא ומטופל, הם בעלי קשר ישיר לדרך האימוץ של טכנולוגיה חדשה, ומעל הכול

¹. הצעה זו בשלה לחוק השתלת איברים - תשס"ח, 2008.

². מצב זה עשוי להשתנות עם חקיקת חוק מוות מוחי-נשימתי, תשס"ח-2008.

קיצור זמני ההמתנה לשירותי הרדמה בבתי החולים הציבוריים בישראל

מאת נעמי סולומון, בוגרת בית הספר; מרכזת פרויקט 'עיר.אקדמיה', naomis@jiis.org.il



מאוד ולא נמצאו יעילים בהכרח במשיכת מתמחים חדשים למקצוע. עם זאת, קיים פתרון מקביל אשר מקובל בעולם המערבי מזה שנים רבות, ומתמקד בייעול זמנם של הרופאים המרדימים אשר כבר נמצאים במערכת.

סייען, אשר יחליף את הרופא בחלק מזמן הניתוח בו אין טיפול ישיר בחולה, יוכל לשחרר את הרופא להענקת טיפול למטופל נוסף באותו הזמן, ובכך לייעל את עבודתו ותפוקתו

סקרים שבחנו את חלוקת הזמן של רופאים מרדימים מצאו כי 39 אחוזים מזמן הניתוח לא הוקדש לטיפול ישיר בחולה. בזמן זה הרופאים השגיחו על המכשירים, ביצעו פעולות רישום ומילוי טפסים, תקשרו עם הצוות המנתח¹ על נושאים שאינם קשורים בחולה והעבירו את הזמן בהמתנה לסיום עבודת המנתח. כמו כן, השיפורים הטכנולוגיים שחלו במקצוע ההרדמה בעשורים האחרונים, הפכו חלקים נרחבים מהמקצוע ל"טכניים" מאוד ושאינם דורשים את השגחתו הצמודה של רופא מרדים².



סייען, אשר יחליף את הרופא בחלק מזמן הניתוח בו אין טיפול ישיר בחולה, יוכל לשחרר את הרופא להענקת טיפול למטופל נוסף באותו הזמן, ובכך לייעל את עבודתו ותפוקתו. מחקרים בארה"ב ובצרפת מצאו, כי הקצאת הזמן הטובה ביותר, הן במונחי יעילות, הן במונחי עלות והן במונחי שמירה על בריאות החולה, היא כאשר מופעל צוות מרדים הכולל רופא ושני "סייענים", אשר פועלים בשני ניתוחים בו זמנית³. היעילות משתפרת, מכיוון שעבודת הצוות מאפשרת לרופא המרדים לבצע פעולות הרדמה רבות יותר, באותה מסגרת הזמן. בטיחות החולה משתפרת, משום שעבודת הצוות משפרת את ערנות הצוות הרפואי ומגדילה את הסיכוי להבחנה במצוקה, מכיוון שיש "ביקורת כפולה" על החולה. לבסוף, עבודת הצוות גם משפרת את תדמית המקצוע ואת שביעות הרצון של חלק מהרופאים, מכיוון שמעמדם מורם עקב האצלת הסמכויות והפיכתם למנהלי צוות.

נייר המדיניות מנסה לתת מענה לזמני ההמתנה המתארכים לקבלת שירותי הרדמה, על ידי ייעול מערך ההרדמה הקיים. הנייר ממליץ על יצירת תפקיד חדש במערכת הבריאות - טכנאי הרדמה. הטכנאים יעבדו בצוותים, יחד עם הרופאים המרדימים, יעזרו להם בהענקת שירותי ההרדמה וייעלו את עבודתם. החלופה תאפשר לרופאים המרדימים הפועלים כבר עתה, לשרת חולים רבים יותר מהמתאפשר היום, תוך שמירה על ביטחון ההרדמה ואף הגברתה.

1. Weissman C., Eidelman L.A., Pizov R., Matot I., Klein N. and Cohn R., (2006) "The Israeli Anesthesiology Physician Workforce", IMAJ, 8:255-260

2. Weinger M.B., Englund, C.E., (1990) "Ergonomic and human factors affecting anesthetic vigilance and monitoring performance in the operating room environment", Anesthesiology, 73: 995-1021

3. Vickers M. D., (2000) " Non-physician anaesthetists: can we agree on their role in Europe?" **European Journal of Anaesthesiology** 17: 537-541

4. Glance L.G. (2000) " The Cost Effectiveness of Anesthesia Workforce Models: A Simulation Approach Using Decision-Analysis Modeling" **Anesth Analg**, 90:584-92

רפואה בעלייה

מאת אהרון היימן, בוגר בית הספר; עוזר הוראה בבית הספר, aharon77@gmail.com



ישראלים הלומדים בחו"ל: עקב המחסור בתקני לימוד רפואה בארץ, ישראלים רבים בוחרים ללמוד רפואה בחו"ל (בעיקר באירופה משיקולי עלות). מקור זה, הנמצא במגמת עליה, מספק למערכת הרפואה כמאה רופאים נוספים בכל שנה.

עולים חדשים: מאז הקמת המדינה עלו לארץ מעל ל-20 אלף רופאים עולים, כאשר כ- 12 אלף מהם עלו ממדינות חבר העמים בשנות ה-90. כיום, עקב הפסקת העלייה ממדינות חבר העמים והידלדלות העלייה בכלל, מספר הרופאים העולים לארץ בכל שנה נמוך.

מדינת ישראל לא יכולה להתחרות במדינות מפותחות אחרות ביחס לתנאי השכר המוצעים, אך יכולה לנצל את כוח המשיכה המיוחד שלה כמדינת היהודים, על מנת לעודד רופאים יהודים לעלות לארץ

בטווח הארוך, ברור כי על מנת להתמודד עם גידול האוכלוסייה יש לשדרג את מערכות ההכשרה ולהביא להתאמה בין מספר המוכשרים לבין שיעור גידול האוכלוסייה. אך מהלך כזה, המצריך פתיחת בתי ספר חדשים לרפואה, הסבת מיטות אשפוז רגילות למיטות לימוד והסבת בתי חולים שלמים לבתי חולים אוניברסיטאיים, דורש זמן וכסף רב. מדינת ישראל תתקשה תוך פחות מעשור, גם להכפיל את מספר הלומדים בפקולטות הקיימות וגם להקים יותר מפקולטה אחת חדשה לרפואה.

על מנת לאפשר ריווח של פיתוח מערכת ההכשרה יש לקלוט בינתיים רופאים ממקורות אחרים. במדינות המפותחות, הדרך להתמודדות עם המחסור ברופאים היא ייבוא רופאים ממדינות אחרות (כך למשל על פי דו"ח ארגון הבריאות העולמי, בבריטניה עובדים כיום יותר רופאים ממלאווי שבאפריקה מאשר במלאווי עצמה).

מדינת ישראל לא יכולה להתחרות במדינות מפותחות אחרות ביחס לתנאי השכר המוצעים, אך יכולה לנצל את כוח המשיכה המיוחד שלה כמדינת היהודים, על מנת לעודד רופאים יהודים לעלות לארץ. לאחר מיצוי העלייה ממדינות חבר העמים, פוטנציאל עליית הרופאים היהודים הגדול ביותר נמצא במדינות אמריקה הלטינית. על פי נתוני ארגון הגג של עולי אמריקה הלטינית בישראל, קיים פוטנציאל עלייה של כ-300 רופאים בשנה.

על מנת לעודד עליית רופאים אלו, מומלץ כי משרד הבריאות ישלח צוות בדיקה לאוניברסיטאות במדינות אמריקה הלטינית שימפה את רמת הלימוד ואת הפערים בין מוסדות אלה לבין מערכת הרפואה בישראל. לאור התוצאות יתוכנן מסלול השלמה בן כשנתיים בו ילמדו הרופאים עברית וישלימו את הפערים הנצרכים. מסלול זה יהווה הכנה למבחן ההסמכה הישראלי, שיאפשר לרופאים לעבור אותו בצורה מכובדת תוך שמירה על רמת הרפואה והסטנדרטים הנדרשים בישראל.

על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי, המגמה המסתמנת של מחסור ברופאים מתפתחת לבעיה כלל עולמית. בישראל כיום, ממוצע הרופאים לאלף נפש גבוה אמנם מממוצע ה-OECD ומהמקובל בעולם, אך בניגוד לרוב המדינות המפותחות בהן שיעור הרופאים לנפש נמצא במגמת עליה מתמדת, בישראל המגמה היא שלילית.

הסיבה המרכזית לכך ששיעור הרופאים בישראל כיום גבוה יחסית, היא העלייה ההמונית ממדינות חבר העמים בשנות ה-90. בעליה זו עלו לארץ למעלה מ- 12 אלף רופאים, שהקפיצו את שיעור הרופאים בישראל בצורה חדה. מהלך זה, שהוא מבורך לכשעצמו, הוביל לשתי בעיות:

- בשל עודף הרופאים שנוצר, הוחלט להקפיא את מכסת לומדי הרפואה בישראל למשך שני עשורים. כך שמספר הלומדים בארבע הפקולטות לרפואה יחדיו, נותר על 300 במחזור במשך כ-20 שנה.
- המספר הגבוה של רופאים מבוגרים שנכנסו לשוק העבודה בזמן קצר, מוביל גם לפרישתם בפרק זמן מקביל.

צירוף בעיות אלו מוביל לכך שכיום, עם הפסקת העלייה ממדינות חבר העמים ותחילת פרישתם של הרופאים הוותיקים שעלו בשנות ה-90, מערכת ההכשרה המקומית לא מסוגלת לספק מספר רופאים הולם שימלא את מקומם וישמור על שיעור הרופאים הרצוי.

בנוסף, בעוד שבמדינות העולם המחסור ברופאים נובע בעיקר משינוי בהרכב האוכלוסייה המתבגרת ומשינוי בשיטות הטיפול, בישראל נובע המחסור העתידי בין השאר מגידול מהיר יחסית של האוכלוסייה, שלא מלווה בגידול מקביל של מספר המוכשרים לעיסוק ברפואה. חישוב של שיעורי גידול האוכלוסייה הצפויים, יחד עם שיעורי הפרישה והקליטה של רופאים במערכת (במיצוי מלא של מסגרות ההכשרה) מעלה כי החל משנת 2020 ייווצר בישראל מחסור של 358 רופאים בכל שנה. מה שיוביל לכך שבשנת 2022 מדינת ישראל תרד מתחת לרף 2.7 רופאים לאלף נפש, שנקבע על ידי וועדת בן-פזי כרף התחתון, שיאפשר על שמירת רמת שירותי בריאות נאותה.

מערכת ההכשרה המקומית לא מסוגלת לספק מספר רופאים הולם שימלא את מקומם וישמור על שיעור הרופאים הרצוי.

מערכת הבריאות הישראלית קולטת רופאים משלושה מקורות:

הכשרה פנימית בארבע אוניברסיטאות בישראל: מיצוי מלא של מסגרות אלו יניב כ-600 רופאים בשנה. בנוסף, אושרה בממשלה הקמתה של פקולטה חדשה לרפואה בצפת, האמורה להתחיל לפעול באוקטובר 2010 או אוקטובר 2011 ותכשיר כ-70 רופאים נוספים בכל שנה.

האם שירותי בריאות הנפש נשארים מאחור?

מאת הרצל בהרב, בוגר בית הספר; מנהל תחום בכיר תקצוב, אגף לתכנון תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, tzelib@gmail.com



טיפול תרופתי מתאים.

נדבך מרכזי של שירותי בריאות הנפש במדינת ישראל, המופעל כחלק ממגמת האל-מיסוד, הוא הוצאת נכי הנפש ממוסדות האשפוז והשמתם במסגרות שונות של שיקום בקהילה. חלק זה של שירותי בריאות הנפש מעוגן ב-"חוק שיקום נכי נפש בקהילה" אשר מופעל משנת 2001 ומופעל ומתוקצב מאז באופן הולם בכל שנה.

הרפורמה מצויה בהליכי מימוש כבר 14 שנים, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כאשר כל שנה קובעת הנהלת משרד באופטימיות זהירה כי "בראשון לינואר הרפורמה תעבור". הבדיחה מספרת כי אכן הרפורמה תעבור בראשון לינואר, אך אין לדעת באיזו שנה.



גם בשנה זו, לאחר קבלת החלטת ממשלה, מעבר הצעת חוק ברוח הרפורמה בקריאה ראשונה ודיונים בועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ה-17, נדמה היה כי רוב החסמים הוסרו וכי רובם המוחלט של השחקנים: משרד האוצר, אנשי בריאות הנפש, ארגוני העובדים, נציגי נכי הנפש והמשפחות, חברי הכנסת ועוד, הסירו את התנגדותיהם. לבסוף, כאמור, לא עברה הרפורמה.

החסמים להשלמת הרפורמה הינם: קשיים בתחום יחסי העבודה - פסיכולוגים ופסיכיאטרים, המועסקים כיום על ידי המדינה חוששים ליציבות התעסוקתית שלהם; קשיים בתחום התקציבי - העברת הרפורמה כרוכה בתקצוב נוסף של כ-300 מיליון ש"ח עבור שירותי בריאות הנפש בקהילה; וקשיים בשכנוע נבחרי ציבור, המתנגדים לרפורמה ואשר יכולים להצביע נגד הליך חקיקת הרפורמה בכנסת. התנגדות כזאת עשויה לנבוע מסיבות שונות:

ישנם חברי כנסת הסוברים כי העברת האחריות מן המדינה לידי קופות החולים מהווה "הפרטה" של השירות ואילו הם מתנגדים להפרטות,

על שמריו. במסגרת ההכנות לרפורמה, ביצע אמנם משרד הבריאות הפחתה של מספר מיטות האשפוז ויצר, כאמור, מסגרות חדשות לטיפול בנכי נפש במסגרת "שיקום בקהילה". אך השירות המרפאתי בקהילה לא קיבל תוספת משמעותית כבר זמן רב ומצוי בסטגנציה, ואף יותר מכך, בהתדרדרות יחסית לגודל האוכלוסייה. מנתונים הקיימים בידי משרד הבריאות עולה, כי תור ההמתנה לטיפול מרפאתי במרפאת ילדים ונוער עלול להגיע לכדי שנה ויותר במקומות מסוימים בארץ.

תחום שירותי בריאות הנפש הוא תחום חשוב מאין כמוהו, ונכי הנפש, אזרחים הנמצאים במצב נפשי המצריך תמיכה טיפולית, זכאים לטיפול ככל אדם אחר. מדינת ישראל אינה ממלאת את חובתה ואינה מספקת שירותים ברמה סבירה בתחום חשוב זה, בשל העובדה שהרפורמה אשר אמורה להביא לשיפור אינה מועברת, ותחליף אחר איננו מוצע. על ראשי המדינה בכלל, ומערכת הבריאות בפרט, להקדים ולהעביר את הרפורמה או להעמיד חלופה אחרת, שוות ערך, אשר תיתן מענה ראוי לאזרחי מדינת ישראל.

ישנם הסבורים כי במסגרת הרפורמה ייפגע השירות הניתן לאזרחים, חברי כנסת אחרים מזדהים עם עמדות איגודי העובדים המתנגדים, המפעילים לובי בכנסת. תומכי הרפורמה הצליחו להתגבר באמצעות הסברה ושכנוע, כאמור, על מרבית ההתנגדויות.

מאחר ו"גלגלי הרפורמה" תקועים, מצוי כל התחום המרפאתי של שירותי בריאות הנפש - תחנות בריאות הנפש הממשלתיות, הפרוסות ברחבי המדינה והמעניקות תמיכה טיפולית לאזרחים הזקוקים לה, באי ודאות מתמשכת כבר למעלה מעשור.

מאחר ו"גלגלי הרפורמה" תקועים, מצוי כל התחום המרפאתי של שירותי בריאות הנפש - תחנות בריאות הנפש הממשלתיות, הפרוסות ברחבי המדינה והמעניקות תמיכה טיפולית לאזרחים הזקוקים לה, באי ודאות מתמשכת כבר למעלה מעשור. למעשה, כל הנושא הקהילתי קפא

יותר מעורב, יותר סביבתי - סיפור חוזר

דולב גוטליב, בוגר בית הספר; מנהל תחום סיפור חוזר ב"שכולו טוב", dolevgot@gmail.com



בספרים ויוצרים השפעה חברתית חיובית. השיטה פשוטה: אנו אוספים ספרים מכל מאן דהוא, ובתמורה מקבל המוסר חמישה שקלים הנחה ברכישת ספר. את הספרים אנו ממיינים ומציבים בבתי קפה לרשות לקוחות הנהנים מקפה וספר. את הספרים אנו מוכרים ב-20 שקלים, באמצעותם אנו משלמים תמורה לבית הקפה על שיתוף הפעולה (חשוב לנו ששיתוף הפעולה יהיה עסקי במהותו ולא תרומה או מחווה פילנתרופית של בית הקפה). את הכסף שנשאר, אנו מעבירים כשכר למשתקמים העובדים בפרויקט ובמרבית המקרים, שכר זה גבוה מכל שכר אחר שיוכלו לקבל בעבודות שיקומיות דומות.

עיקרון בסיסי עליו אנו מקפידים, הוא שכל שיתופי הפעולה יהיו עסקיים, ללא תרומות. עקרון זה חשוב מבחינת כבודם של העובדים בפרויקט, ולדעתי גם חשוב על מנת שהפרויקט יחזיק מעמד לזמן רב.

היום ישנם 50 בתי קפה (בעיקר באזור ת"א) השותפים בפרויקט, וכ-30 משתקמים העובדים בו. אנו מזמינים כל אחד לקחת חלק, למסור, לקנות או לשים ספרייה בבית הקפה השכונתי שלו. יחד, אנו משלבים צרכנות חברתית עם עשייה סביבתית.



לפני שנה עלה רעיון ל"סטארט-אפ" חברתי. הרעיון עוסק בתעסוקה לחולי נפש בשיקום, בשילוב עם עידוד שימוש חוזר בספרים. בחודשים האחרונים פעלתי רבות בניסיון ליצור מסגרת לרעיון ולבחון את היכולת של היוזמה הזאת לעמוד כפרויקט חברתי מבוסס.

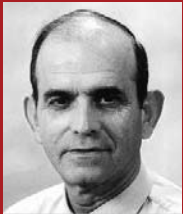
הרעיון בא לתת מענה למספר צרכים: הראשון הוא הצורך השיקומי, ליצור מסגרת תעסוקה שיקומית שמבוססת על תעסוקה בסביבה נורמטיבית, לא בתוך מסגרת אשר סובבת חולי נפש נוספים. צורך שני הוא ההיבט הסביבתי-צרכני, היכולת לעודד שימוש חוזר בספרים ולחסוך ייצור ספרים חדשים ועלויות גבוהות בצריכת ספרים.

תעשיית הנייר היא התעשייה החמישית בהיקף הזיהום שלה בעולם. תהליך ייצור הנייר, ובעיקר הלבנתו, מביא לזיהום רב ולהשפעות סביבתיות שליליות. מצד שני, מדפי הספרים בבתנו עולים על גדותיהם ולרב הערימות משאירות אותנו בלי יעד או מטרה לספרים שאנו אוגרים.

ב"סיפור חוזר" אנחנו ממחברים ספרים, כלומר ממחזרים את השימוש

עיצוב הרפורמה בבריאות הנפש: מבט מהכנסת

מאת רן כהן, ח"כ ושר התמ"ס לשעבר; מורה מן החוץ בבית הספר, rancohen100@gmail.com



בראש וועדת המשנה שתכין את החוק לקריאה שנייה ושלישית. באין ברירה, החלטתי להיכנס לעובי הקורה של סוגיות הטיפול בחולי הנפש ולתדהמתי נוכחתי כי ההתנגדות אינה כל כך פשוטה. זאת, מכיוון שמצב התחנות לבריאות הנפש המופעלות על-ידי משרד הבריאות הולך ומידרדר, עד למצב בו רבים מארגוני החולים תומכים ברפורמה, ובתנאי שייעשו בה שינויים הכרחיים. בבדיקה שעשיתי, נוכחתי כי יש טעם לבדוק אפשרות לשינוי הרפורמה באופן משמעותי, ומעתה כשהכוח לחוקק הוא בידיי, החילתי בפתרון כל בעיה בנפרד.

במהלך הישיבות של וועדת המשנה בראשותי פעלתי עם אנשי הבריאות והאוצר, הארגונים החברתיים וארגוני הפסיכולוגים. צעד אחרי צעד, הצלחנו לשנות את הרפורמה ולהגדיל את מספר הטיפולים האפשריים לחולה נפש מ-15 בשנה ל-60. הרפורמה החדשה שביקשנו להחיל, כללה גם טיפול מטעמי אירועי החיים לנזקקים להם, והסכמה עם קופות החולים שבתמורה לתקציבים המתאימים, הם יעניקו טיפולים ברמה גבוהה אפילו יותר מהתחנות הממשלתיות.

בדיוק עם הגיעי לטיפול בבעיה הקשה מכול - הפגיעה בחוק שיקום נכי-נפש בקהילה - התפזרה הכנסת והכל הלכו לבחירות, ואי-אפשר היה להתקדם ולמצוא פתרון לבעיה סבוכה וקריטית זאת. כיום, אני יודע שגם לבעיית מערך בריאות הנפש יש פתרון. בפגישה שקיימתי לאחרונה עם סגן שר הבריאות החדש, יעקב ליצמן, הבהרתי את עמדותי, כי בתנאי שמשרד האוצר ומשרד הבריאות יקבלו את הצעת הפשרה, לפיה יוגדל מספר מקבלי שיקום הנפש בקהילה, ניתן ורצוי יהיה לקדם את הרפורמה.

לעיתים, דווקא "התלבשות" על רפורמה רעה מאד מהווה חלון הזדמנויות להעברת רפורמה חיובית ונדרשת

עתה, הרפורמה לא נמצאת בידי אלא בידי משרדי האוצר והבריאות, ובמיוחד בידי ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת. הרפורמה החדשה אינה כבר אותה רפורמה מסוכנת שהוגשה לכנסת, אלא רפורמה אמיתית היכולה גם להיטיב את תחום הטיפול בנזקקים לטיפול נפש בישראל.

הלקח המרכזי הנלמד ממהלכי העברת רפורמה זו, הוא שלעיתים, דווקא "התלבשות" על רפורמה רעה מאד מהווה חלון הזדמנויות להעברת רפורמה חיובית ונדרשת, ללא עשיית נזקים. עם זאת, חלון הזדמנויות שכזה הוא נדיר ומצריך קיום של תנאים חיוניים רבים, שיאפשרו כישלון של רפורמה רעה והפיכתה במהירות לרפורמה חיובית.



בסוף כהונתי בכנסת ה-17, התנסיתי במהלך בו לא נתקלתי בכל 25 שנותי בכנסת: המהלך לעיצוב הרפורמה בבריאות הנפש.

רפורמה זו הוגשה לכנסת על-ידי ממשלות למיניהן, כשהיא מוסכמת בין משרד הבריאות לבין משרד האוצר. לרוב, ידענו בכנסת שהמונח "רפורמה מוסכמת" אינו לגמרי מדויק, שכן כוחו של משרד האוצר רב לאין שיעור ממשרד הבריאות, ומשרד הבריאות תלוי באוצר לשם תקציביו. ברמז קל הבנו כי "רפורמה מוסכמת" משמעה שמשרד הבריאות אולץ להסכים לרפורמה.

ואכן, כאשר זו הוגשה לכנסת בפעם העשירית, או אפילו בפעם השתים-עשרה, במסגרת "חוק ההסדרים", הבין כל חבר כנסת חברתי כי המדובר בקטסטרופה, ולא ברפורמה שעניינה להיטיב עם חולי הנפש. ראשית, ברור היה שהרפורמה נועדה "לשחרר" את הממשלה מהמשך הענקת טיפול נפשי לחולי הנפש, ולהעביר את הטיפול לקופות החולים, כלומר סוג מסוים של הפרטה. שנית, הרפורמה הקציבה לחולי הנפש עד 15 טיפולים בשנה, בה בשעה שחולי נפש רבים זקוקים ל-60 טיפולים ואף יותר. שלישית, הרפורמה כללה סעיף המוציא מכלל הזכאים לטיפול את נזקקי קוד Z, כלומר אלה הזקוקים לטיפול בגין "אירועי חיים" כמו גירוש, מוות או אסון. אלה לא יקבלו יותר טיפול ולא יהיה מקום, אם כן, לטיפול מניעתי. לבסוף, המכה הקשה מכולן היא שאגב חקיקת הרפורמה, נהרס "חוק שיקום נכי-נפש בקהילה", שהוא אחד החוקים היחידים ללא מגבלת תקציב, ושכעת, מסמיכה הרפורמה את האוצר לקבוע מסגרת שכזו. לא פלא שלא יכולנו להסכים לאף אחד מהנזקים האלה, שהרפורמה נועדה ליישם.

הייתי אולי התקיף ביותר בהתקפה על הרפורמה בדיוני וועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אלא שבדרך מקרה, בלא נוכחותי, נבחרתי לעמוד



אי-ביטחון תזונתי במגזר הערבי וארגונים ערביים לסיוע במזון בישראל

מאת אדר שץ, סטודנטית בתכנית המצטיינים; עוזרת מחקר, מאיירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל, adarshatz@gmail.com

פריסתם הגיאוגרפית והיקף פעילותם, דפוסי פעולתם והצרכים הבלתי מסופקים שלהם.

ממצאי הסקר חושפים כי בחברה הערבית קיימת מערכת ענפה ומגוונת של למעלה ממאה ושבעים ארגונים לסיוע במזון. נמצא כי הארגונים הערביים לסיוע במזון חדשים יותר מהארגונים היהודיים, כמחציתם הוקמו לאחר שנת 2000, ראייה להתפתחות המהירה של החברה האזרחית הערבית בשנים האחרונות.

לרוב הארגונים קשר כלשהו לדת המוסלמית: כ-60 אחוזים מהארגונים מגדירים עצמם כבעלי אופי דתי, וכשליש הם ועדות זכאת, כלומר ארגונים האוספים ומחלקים כספים הנתרמים כחלק ממצוות "אלזכאת", לפיה על כל מוסלמי בוגר ובעל יכולת, לתרום שיעור מסוים מהונו לצדקה. רוב הארגונים אינם מגדירים עצמם כבעלי אופי מפלגתי.

כמחצית מהארגונים הערביים אינם רשומים אצל רשם העמותות, כלומר אינם מלכ"רים מוכרים, שיעור כפול מאשר במגזר היהודי. הארגונים מקבלים מימון כספי ותרומות מזון מגורמים מגוונים, כגון תורמים פרטיים, כספים הנאספים באירועים דתיים, איסוף מזון בפתחי מרכולים ובעלי עסקים. מקור נוסף ומעניין הוא איסוף מזון מחברות הסעדה (קייטרינג) לאחר שמחות ואירועים. יש לציין את מיעוט הארגונים המקבלים סיוע כספי מרשויות מקומיות או ממשרדי ממשלה. סוגי הסיוע שמספק כל ארגון מגוונים יותר מאשר במגזר היהודי, כאשר ארגונים רבים מחלקים בנוסף למזון גם ציוד לבית הספר, ביגוד וסיוע כספי.

רוב הארגונים הערביים הם ארגונים מקומיים וקטנים יחסית למגזר היהודי, מבחינת היקף מקבלי הסיוע, המשאבים החומריים וכוח האדם. נתון זה אינו מפתיע, בהתחשב בקשיים המרובים בפניהם הם עומדים. רוב הארגונים מדווחים על צרכים לא מסופקים. רובם מדווחים על רצון וצורך להרחיב את פעילותם, ויחד עם זאת על קשיים ומכשולים, בעיקר מחסור במשאבים חומריים. מבחינת תשתית ארגונית מורגש במיוחד מחסור בציוד לקירור, חימום והובלה. נמצא כי ארגונים אלה מחלקים פחות מזון טרי, כגון בשר ודגים לא מבושלים, ירקות ופירות.

לנוכח ממצאים אלה, ראוי כי גורמים ציבוריים, וולונטריים ואחרים, המעוניינים לחזק את הארגונים המספקים מזון באוכלוסייה הערבית, יפעלו תוך הבנת הצרכים הייחודיים למגזר הערבי והקשיים מולם מתמודדים הארגונים ברמה היומיומית. בעיקר יש לשים לב לעובדה שרבים מן הקשיים נובעים, בין היתר, מהיעדר רשתות המאפשרות שיתוף פעולה עם ארגוני המגזר היהודי, וכי ארגונים ערביים רבים הביעו עניין בעבודה משותפת מסוג זה.

הכנסתם של כחצי מבתי האב הערביים בישראל היא מתחת לקו העוני, יותר מפי שלושה משיעור בתי האב היהודיים. אחת ההשלכות המגבילות של עוני היא אי-ביטחון תזונתי: מושג שמשמעותו היעדר נגישות סדירה למזון מזין בכמות מספקת, המאפשרת חיים פעילים ובריאים ומיצוי של הפוטנציאל ההתפתחותי.

בתי האב הערביים בישראל מועדים יותר מבתי האב היהודיים למצב של אי-ביטחון תזונתי מתון (25 לעומת 14 אחוזים), וכן לאי-ביטחון תזונתי חמור (11 לעומת 8 אחוזים)

במחקר שנערך בשנת 2003 נמצא, כי 22 אחוזים מבתי האב בישראל מדווחים על אי-ביטחון תזונתי, כאשר 8 אחוזים מדווחים על אי-ביטחון תזונתי חמור, שמשמעותו חשש שהמזון לא יספיק לצרכיה הבסיסיים של המשפחה, דילוג על ארוחות או צמצום בגודלן בשל העדר תקציב, ואף ימים שלמים ללא ארוחה ורעב של ממש. משקי בית אלה צרכו פחות בשר, ירקות ומוצרי חלב ממשקי בית הנהנים מביטחון תזונתי, ונמצא כי תפריטם דל ברכיבי תזונה חיוניים. תזונה לא הולמת נמצאה קשורה לבריאות הפיזית והנפשית, להפרעות קשב וריכוז ולהתפתחות תקינה.

כצפוי משיעורי העוני הגבוהים במגזר הערבי, בתי האב הערביים בישראל מועדים יותר מבתי האב היהודיים למצב של אי-ביטחון תזונתי מתון (25 לעומת 14 אחוזים), וכן לאי-ביטחון תזונתי חמור (11 לעומת 8 אחוזים). יש לשער שכיום, עם הגידול בפערים החברתיים והכלכליים, ובייחוד לנוכח המשבר הכלכלי העולמי, החריף מצב זה. אם כן, כיצד מתמודדת החברה הערבית בישראל עם נושא אי הביטחון התזונתי?

אמצעי מדיניות להתמודדות עם אי-ביטחון תזונתי: סיוע ישיר בחלוקת מזון

ניתן למנות מספר אמצעי מדיניות המשמשים להתמודדות עם בעיית אי הביטחון התזונתי, כגון שילוב בכוח העבודה, השלמת הכנסה, סבסוד מוצרי מזון בסיסיים, חינוך לניהול תקציב משק הבית ועוד. אסטרטגיה בולטת במיוחד לטיפול בבעיה היא פעילות ישירה של אספקת מזון: בתי תמחוי ומרכזי מזון, המופעלים בעיקר על ידי ארגונים וולונטריים. קיים מידע רב יחסית על ארגונים אלה במגזר היהודי, אך לא רבות ידוע על הפעילות הוולונטרית לסיוע במזון במגזר הערבי. אחת הסיבות לכך היא הקושי באיתור הארגונים הערביים לסיוע במזון, בשל אופיים הלא-פורמאלי ודפוסי הפעולה שלהם.

לפיכך, בשנת 2008 נערך במכון ברוקדייל סקר מקיף, שמטרתו לזהות את הארגונים הערביים העוסקים בחלוקת מזון, לבחון את מאפייניהם,

המשכיות של פרויקטים: שיתוף ציבור במדיניות בריאות בישראל

מאת נועה עמרני (אקר), בוגרת בית הספר; אנליסטית בצוות הכלכלי-חברתי במכון ראות, noa.ecker@gmail.com

הרעיון לעבודה התבשל כשעבדתי כעוזרת מחקר במכון ברוקדייל. במהלך עבודתי במכון, נחשפתי לפרויקט 'פרלמנט הבריאות'. פרלמנט הבריאות היה מיוזם לשיתוף ציבור, שנערך בשיתוף משרד הבריאות, במסגרתו נתבקשו נציגי ציבור לחוות דעתם על סוגיות מרכזיות במדיניות הבריאות בישראל. הפרויקט זכה לשבחים מהמשתתפים ומאנשי משרד הבריאות, בזכות הדיונים המעמיקים של המשתתפים ובוזכות דו-שיח שהתפתח בין הציבור לאנשי מערכת הבריאות.¹ ובכן, שאלתי את עצמי, אם הוא היה כל כך טוב, מדוע הוא לא המשך? עבודת התזה, שבדקה את פרלמנט הבריאות ופרויקטים נוספים, ניסתה לתת תשובה התחלתית לשאלה: אילו משתנים משפיעים על המשכיותם של פרויקטים של שיתוף ציבור?

'המשכיות' בהקשר של העבודה, היא קיום מתמשך לאורך זמן של פעולות הקשורות לפרויקט או קיום פרויקט, שאינו רציף מטבעו לאורך זמן, מספר פעמים במרווחים קבועים. סוגיית המשכיות היא רלוונטית, מן הסתם, רק כאשר הפרויקט עצמו הוא נחוץ ומועיל. הספרות בתחום קובעת כי המשכיות אינה תוצר לוואי של תהליך יישום מוצלח, אלא תוצר של משתנים רבים, ביניהם הכנה מדוקדקת, השגת משאבים ותמיכה ארגונית, מנהיגות ויכולת תגובה לנסיבות משתנות. לפיכך, המשכיות של פרויקט נבחנת כשלב העומד בפני עצמו בתהליך עיצוב ויישום המדיניות.

למה זה חשוב? שאלת המשכיות היא חשובה ביותר לפרטים ולגופים המשקיעים ביצירת פרויקטים חדשים. כל עוד תופעת המחסור היא המאפיין המרכזי של הקיום האנושי, נצטרך להחליט על סדרי עדיפויות בהקצאת משאבים. פיתוח יוזמה חדשה, העלאתה לסדר היום המוסדי, גיבוש תמיכה של בעלי עניין והוצאתה אל הפועל דורשים השקעה ראשונית רבה. פרויקטים מועילים בעלי תוחלת חיים ארוכה יניבו תשואה רבה יותר להשקעה הראשונית בהקמתם.

לכן, יזמים חברתיים, המעוניינים לזכות במימון או בתמיכה פוליטית וציבורית, נדרשים כיום להוכיח כי לפרויקט שלהם יש סיכוי להשיג את מטרותיו שוב ושוב. סוגיה זו חשובה לכל פרויקט שהוא, מהשקעה בפתיחת עסק ועד פיתוח תכנית לימודים, אולם יש לה חשיבות רבה במיוחד כאשר היוזמה היא ציבורית וממומנת מכספי הציבור, וכאשר עוסקים בפרויקט רגיש ועדין של שיתוף ציבור, המערב אנשים רבים, שנותנים אמון ותולים ציפיות בגורם המארגן.

את שאלת המחקר בדקתי באמצעות חקרי-מקרה של שלושה פרויקטים

לשיתוף ציבור בתחום הבריאות בישראל: פרויקט 'פרלמנט הבריאות', פרויקט 'רשת ערים בריאות' וסקר 'דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות'. חקרי המקרה התבססו על שורה של ראיונות עומק עם אנשים שמילאו תפקידי מפתח בפרויקטים ושייצגו מגוון נקודות מבט אודות כל פרויקט.

על אף הקושי להגיע למסקנות כוללות על סמך חקרי-מקרה מצאתי, כי רבים מהמשתתפים שהופיעו בספרות כתורמים להמשכיות אכן עלו כחשובים גם במקרים שבדקתי. כך לדוגמה, נוכחות יזם מדיניות שיש לו בעלות על הפרויקט ושדואג לקדם אותו, עלתה כמשתנה מרכזי שתורם להמשכיות. ממצאי המחקר איששו משתנים נוספים כמו: הוכחת מועילות הפרויקט בפני בעלי העניין ויכולתו להגיב לנסיבות משתנות תרמה לשימור התמיכה שלהם בקיומו; הלימה בין מטרות הפרויקט למטרות ולערכים של הארגון המפעיל תרמה למחויבות של הצוות לקיום הפרויקט; והסכמה על מטרות ועל חלוקת תחומי אחריות בין שותפים בקואליציה תרמה למיעוט מחלוקות ולהתנהלות "חלקה" של הפרויקט.

יזמים חברתיים, המעוניינים לזכות במימון או בתמיכה פוליטית וציבורית, נדרשים כיום להוכיח כי לפרויקט שלהם יש סיכוי להשיג את מטרותיו שוב ושוב

בד בבד, חלק מהמשתתפים התגלו כלא משמעותיים במקרים שבדקתי: כך, נראה כי הכנת תכנית פורמאלית להמשכיות אינה הכרח המציאות, אם בפועל ננקטים צעדים להבטחת המשכיות, כמו הבטחת מימון, גיבוש חזון משותף ופרסום הישגים. בנוסף, לא עלתה מסקנה חד-משמעית באשר לצורך בידע או בניסיון קודם בתחום. מסקנה זו מעודדת, מכיוון שהיא מותירה פתח לצמיחתם של יוזמות ופרויקטים במסגרות חדשות שנעדרות ניסיון קודם.

חלק מהממצאים עלו באופן אינדוקטיבי מחקרי המקרה ולא נשענו על תיאוריה מוקדמת. ממצאים אלה הם: התמקדות במטרה המשותפת וויתור על האגו מבטיחים את הפעולה של הארגון המשתף כגוף לכיד ומכוון-מטרה לאורך זמן; השתתפות על בסיס וולונטרי מבטיחה מחויבות גבוהה של השחקנים למטרה שמקדם הפרויקט; טוויית רשת של קשרים עם בעלי עניין פוטנציאליים ועם בעלי ידע או ניסיון רלוונטי תורמת להחלפת מידע אודות בעיות, צרכים ופתרונות. רשת זו יוצרת מעטפת של תמיכה בפרויקט ; ופישוט תהליך שיתוף הציבור מקל על הארגון המשתף ומעלה את הסיכויים להמשכיות הפרויקט.

לידות בית בישראל: שינוי מדיניות ממעשה להלכה

מאת ד"ר ענת גופן-שריג, חברת סגל בבית הספר, anatgo@mscc.huji.ac.il

תופעה חברתית נוספת אשר משתקפת בבחירה ללדת בבית, הינה הנגישות הרבה שיש לידע וההשתמעות של נגישות זו. מהפכת האינטרנט, המאפשרת לא רק להיות צרכנים של מידע אלא אף ליצור אותו, משתקפת היטב בסוגיית לידות הבית, שכן כל ראיון כלל התייחסות של המרואיינת לפורומים אינטרנטיים הכוללים מידע רב על לידות בית ואף קריאה אינטנסיבית של מה שמכונה "סיפורי לידה", כחלק משמעותי בקבלת ההחלטה ללדת בבית.

כל ראיון כלל התייחסות של המרואיינת לפורומים אינטרנטיים הכוללים מידע רב על לידות בית ואף קריאה אינטנסיבית של מה שמכונה "סיפורי לידה", כחלק משמעותי בקבלת ההחלטה ללדת בבית

מרבית העיסוק בשינויי מדיניות ובחידושי מדיניות נסב סביב מודלים המתארים שינוי מ"למעלה-למטה". במקרים בהם הדיון מצביע על שינוי מדיניות "מלמטה-למעלה", המוקד הוא כיצד פעולות של אזרחים מצליחות להעלות סוגיות לסדר היום. במחקר נוסף, שיתבצע עם ד"ר דניאל שפרלינג, תיבחן התופעה לפיה החלטה משפחתית ואישית של אזרחים מביאה לשינוי מדיניות כלפי תופעה זו (גם אם הוא שינוי מינורי). תופעה זאת משקפת מודל, לפיו שינוי מדיניות מתרחש ממעשה להלכה. במילים אחרות, התנהגות האזרחים, גם אם היא מערערת על ההגמוניה ועל המומחיות של הממסד יכולה באמצעות החלטות אישיות-משפחתיות להביא לשינוי מדיניות.



מוקד השיח האקדמי והציבורי אודות זכויות חברתיות ושירותים ציבוריים עוסק בתופעה, לפיה המדינה נסוגה מאספקת שירותים ציבוריים לאזרחיה. מעט מאוד תשומת לב מחקרית מופנית, אם בכלל, אל תופעת הראי, לפיה אזרחים בוחרים לוותר מרצון על שירותים ציבוריים להם הם זכאים. בהקשר זה, המוסכמה היא כי אזרחים אינם צורכים שירותים ציבוריים בשל הדרתם מקבלת השירות, או לחלופין בשל יכולתם לשלם על שירות זה ולקבלו באופן פרטי, מגוף אחר. באמצעות התחקות אחר תופעת לידות הבית בישראל, אשר הולכת ומתרחבת, מבקש המחקר הנוכחי להצביע על תופעת ראי זו, לפיה אזרחים מוותרים על קבלת שירות ציבורי תוך שהם יוצרים עבור עצמם את השירות בתוך המסגרת המשפחתית, ומתנתקים מהמסגרת הציבורית (בדומה לתופעת החינוך הביתי).

לבחירה של נשים ובני זוגם ללדת בבית יש השלכה מיידית על מדיניות, שכן, החוק בישראל אמנם מתיר לידות בית, אך יחד עם זאת, המדיניות המוצהרת של משרד הבריאות היא שהמקום המיטבי ללידה הוא בית-החולים. אחד מהביטויים למדיניות זו הוא התמריץ הכספי השלילי לנשים היולדות בביתן, שכן מענק הלידה שמושלם הביטוח הלאומי לילודות משולם רק לנשים שילדו בבית-החולים או לנשים שהגיעו לאשפוז בבית-החולים תוך יממה לכל היותר ממועד הלידה. יחד עם זאת, עם התרחבותה של התופעה, פרסם משרד הבריאות הנחיות בדבר לידות בית, אולם לא קבע מדיניות כוללת, ברורה ומפורשת כלפיהן. באמצעות ראיונות עם עשרים נשים אשר בחרו ללדת בביתן, נבחן תהליך ההחלטה בדבר הלידה בבית, המבטא את המוטיבציה ללדת בבית ואת ההתמודדות של משפחות אלו מול הממסד.

לבחירה של נשים ובני זוגם ללדת בבית יש השלכה מיידית על מדיניות, שכן, החוק בישראל אמנם מתיר לידות בית, אך יחד עם זאת, המדיניות המוצהרת של משרד הבריאות היא שהמקום המיטבי ללידה הוא בית-החולים

מהראיונות עולה, כי נשים מעדיפות ללדת בבית מתוך אכזבה בעקבות החוויה שלהן בלידה קודמת בבית החולים, או מתוך הרצון ללדת בסביבתן הטבעית. הבחירה ללדת בבית אף מעוגנת בתופעות חברתיות רחבות, ובכללן ירידה משמעותית של אמון הציבור בממסד, המבטא במקרה זה ערעור על ההגמוניה של הממסד הרפואי. כך לדוגמא, נשים אשר בחרו בלידת בית טוענות כי לידה היא פעולה טבעית, אישית ומשפחתית, ופיקוח רפואי הוא מיותר. זהו שינוי ראשוני של מסגור (framing) של הלידה מהליך רפואי, הדורש נוכחות ומעורבות של צוות רפואי לתופעה טבעית, אשר מתאים כי תתרחש בסביבה ביתית-משפחתית.

1. כך למשל כותבים רועי בן משה, ראש תחום תמחור באגף לתקצוב ולתמחור במשרד הבריאות, וד"ר ארנה טל, מנהלת האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות: "השתתפותנו בפרלמנט חשפה אותנו לשיח ציבורי ברמה גבוהה בסוגיות העוסקות בבריאות ובמדיניות בריאות. [...] דו שיח מרתק התנהל בין המשתתפים ובין יועצי התוכן, שתרם להפריה הדדית בגיבוש המסקנות וההמלצות". פרלמנט הבריאות - עמדות והמלצות. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות והמרכז לחינוך קהילתי ע"ש חיים ציפורי, 2003. עמ' 77.

על אלטרואיזם, אגואיזם ובריאות: כיצד האמונות שלנו על הטבע האנושי מעצבות את המדיניות הציבורית?

מאת ד"ר גל אלון, מרצה מן החוץ בבית הספר, galalon@gmail.com



לאובדן תחושת השליחות המניעה רבים מהם, וערכה הכלכלי רב. לעומת זאת, רק מנגנון תמריצים שכזה יכול להתמודד עם ה"רוכבים החופשיים" (Free Riders) המנצלים את המערכת.

מערכת הבריאות, והשירות הציבורי בכלל, נעים בהדרגה למנגנון מובנה תמריצים, המניח שיקולים תועלתניים ולא אלטרואיסטים-ציבוריים. אנו מניחים (ואולי במידה רבה של צדק) שקופות החולים לא משקיעות בטיפולים מונעים, מאחר שאין להם תמריץ כלכלי לעשות זאת. אנו סבורים ששתי החולים יוצרים תפוסת מיטות מלאה, מאחר שכך הם ממקסמים את רווחיהם. אנו מתגמלים רופאים על ביקור החולה הראשון (ובמזומן), באמונה שנתנו להם תמריץ לעבוד במהירות וביעילות. אנו מניחים שעל ידי תמריץ כלכלי, ניצור "זהות אינטרסים" בין נותן השירות לבין האינטרס הציבורי ונמנע ניצול של המערכת. כאן מתברר ההבדל בין מערכת המתנהלת לאור אתוס ציבורי-אלטרואיסטי, לבין מערכת של "ממקסמי רווח", המתנהלים על פי שיקולים תועלתניים.

את שירות הבריאות הממשלתי הבריטי אין צורך "לפתות" על מנת שיפתח שירותי רפואה מונעת או יטפל בפגועי הנפש בקהילה. הוא רואה זאת כחובתו, ואינו תופס עצמו כ"ספק שירות" בלבד, הרואה את שורת ההכנסה בלבד. את שירות התעסוקה הישראלי אין צורך "לקנוס" על-מנת למנוע ניצול לרעה של כוחו בשלילת קצבאות. הוא רואה זאת כעיקרון בסיסי בפעילותו, אף אם ביצועיו נמוכים משמעותית מאלה של גופים מתחרים. על אותו משקל, מורה המשקיע את מיטב מרצו בהקניית ערכים לתלמידיו, אין לו כל צורך ב"תגמול על פי הישגים" אותם הוא מביא ממילא. השאלה היא מה קורה כאשר הנחות שגויות של מעצבי המדיניות, גורמות לפגיעה באותה מוטיבציה אלטרואיסטית, והופכות אותה מבלי משים לגישה תועלתנית. במקרה שכזה, בנייה שגויה של מערך התמריצים מביאה לנזק אמיתי אותו יחושו מקבלי השירות.

השאלה הזו מחברת רבים מהמאמרים (המרתקים) המופיעים בגיליון שלפנינו. מאמריהם של רן כהן והרצל בהרב על הרפורמה בבריאות הנפש מרמזים על החשש של משרד האוצר מכך שהעברת אחריות לקופות החולים תביא לגידול חד בעלויות, ומכאן הצורך במערך תמריצים כלכלי מאוזן. הקופות (העצמאיות) רואות לא רק את החולים, אלא גם מקור תקציבי חדש שיכול לסייע להן. דולב גוטליב, בסיפורו על המיזם המבריק שהקים, מציין כי ביסוסו על שיתופי פעולה "עסקיים" הוא מרכיב חשוב "על מנת להחזיק מעמד זמן רב". האם בכך רומז דולב כי אלטרואיזם הוא מצרך מתכלה? אם לא ניתן לבסס עליו מיזם, כיצד

את הקמתו של שירות בריאות ממלכתי נהוג לזקוף לזכותו של וויליאם בוורידג', פקיד אפור שנקלע לצימת דרכים היסטורית בבריטניה שלאחר מלחמת העולם השנייה. זהו הפקיד, אשר חתם לבדו על אותו דו"ח בין-משרדי היסטורי, אשר הביא להקמתה של מדינת רווחה מודרנית. האגדה מספרת שמרוב כעס על המלצותיו המהפכניות, סרב ראש הממשלה דאז צרצ'יל לפגוש בו, אך כדור השלג הציבורי כבר יצא לדרכו. חמשת "הרעות" (מלשון רוע) שהגדיר בוורידג' - מחסור, חולי, בורות, דיור עלוב ובטלנות - מגדירים עד היום את תחומי העיסוק המרכזיים של מדינת הרווחה. כל מדינה בחרה בדרך שלה לטפל בהן.

ניתן להניח בוודאות גבוהה, שאם נציע לרופא ה"אלטרואיסט" מערכת תמריצים "אגואיסטית", נקבל ממנו בסופו של יום תפוקה נמוכה יותר. הוא הדין למשל גם במורים, אשר מנגנון שכר המותנה בציונים, עשוי לגרום לאובדן תחושת השליחות המניעה רבים מהם, וערכה הכלכלי רב.

הויכוח על אופיו של המענה בתחום הבריאות הוא נוקב ומורכב. בציבוריות הישראלית הוא למעשה נדחה עד לשנות התשעים, עת הוביל חיים רמון את חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בארצות הברית, הוא מתנהל בימים אלה ממש. אין זה המקום להיכנס לדיון על מבנה מערכת הבריאות ואופן הניהול שלה, אך יש נושא אחד שאף כי לרוב איננו עוסקים בו באופן ישיר, יש לו השפעה גדולה תפיסתנו את השירות הציבורי ועתידו. כוונתי היא לאמונתנו במוטיבציה המניעה את השחקנים השונים - הן מקבלי השירות והן מפעיליו.

יש קשר בין האופן בו אנו תופסים את השחקנים והמוטיבציות המניעות אותם, לבין הדרך בה נעצב את המערכת. כמעצבי ויזמי מדיניות, נקדם למשל מערכת מסוימת, אם נניח שרופא המשפחה הוא "אלטרואיסט" אשר יעשה כל שביכולתו למען טיפול יעיל ומוצלח בחולים, או "אגואיסט" אשר מונע קודם כל מהדאגה לתועלתו האישית. בעוד הראשון ייתן תפוקה מרבית אם ירגיש שהמערכת נותנת בו אמון מלא, השני יתפקד טוב יותר במערך תמריצי-שכר המבוסס על תפוקות. שורה של חוקרים, בראשם ריצ'רד טיטמוס (1971) וג'וליאן לה-גראנד (2003), מצאו שיש ערך כלכלי של ממש באלטרואיזם. ניתן להניח בוודאות גבוהה, שאם נציע לרופא ה"אלטרואיסט" מערכת תמריצים "אגואיסטית", נקבל ממנו בסופו של יום תפוקה נמוכה יותר. הוא הדין למשל גם במורים, אשר מנגנון שכר המותנה בציונים, עשוי לגרום

ניתן יהיה לבסס עליו שירות ציבורי?

יונתן רוזנצוויג במחקרו עוסק בשאלת המוטיבציה של הרופא הבודד הנדרש להכרעה, ומוצא הבדלים בנכונותו של רופא פרטי ורופא סמי-ציבורי לקחת סיכונים. מעניין היה לבדוק את התנהלות הרופאים במערכות ציבוריות טהורות דוגמת בריטניה, אל מול מערכת פרטיות טהורות דוגמת ארה"ב (שם תביעות הרשלנות הן אישיות נגד הרופאים, אשר "מכסים עצמם" באמצעות אינספור בדיקות מיותרות). אותו אתוס הציבורי מעצב גם את המדיניות בתחום תרומת האיברים בישראל. נעה אבירם מגיעה למסקנה שיש צורך בהסברה טובה יותר - ולא מתן תמריצים כלכליים לתורמים. היה זה שוב טיטמוס הבריטי אשר טען כי התשלום לתורמי דם יביא ל"דם רע", מאחר ויהפוך את התרומה לעסק כלכלי, וימשוך אליה לא את בעלי הרצון הטוב, אלא את בעלי הרצון לכסף.

השאלה היא מה קורה כאשר הנחות שגויות של מעצבי המדיניות, גורמות לפגיעה באותה מוטיבציה אלטרואיסטית, והופכות אותה מבלי משים לגישה תועלתנית. במקרה שכזה, בנייה שגויה של מערך התמריצים מביאה לנזק אמיתי אותו יחושו מקבלי השירות.

אותה שאלה, מזווית מעט שונה, עולה במאמרה של אדר שץ על אי הביטחון התזונתי. היחיד המבקש סיוע מחברו עושה זאת, סביר להניח, מתוך מצוקה אמיתית, ולא כדי "לנצל" שעת רצון. החבר התורם עושה זאת בעיקר למען הרגשתו הטובה ותחושת המחויבות האישית-קהליתית שלו, אשר טוב שהיא עוד קיימת, בחברה היהודית ובחברה הערבית. ואולם, אלה הקוראים לחלוקת מזון ממשלתית חייבים לשאול עצמם לא רק מדוע לחלק תלושי מזון במקום להעלות את סכום הקצבה החודשית, אלא גם מה תהיה המוטיבציה של מבקשי הסיוע לאחר "מיסוד" החלוקה. כל אחד יודע מעולמו שלו, שקל לנו הרבה יותר לדרוש מהממשלה מאשר לקבל סיוע משכן. לעולם איננו רואים את אלה אשר שילמו מס כדי לממן את השירות, או את אלה (כמו למשל העולים מאתיופיה) אשר מחסור תקציבי מנע את הגדלת ההשקעה בהם. בנוסף, אלה המניחים שהאדם פועל משיקולים תועלתניים, ייטענו שרבים יפתחו תלות בחלוקת מזון, אף אם לחלקם אין צורך אמיתי בה והם מנצלים את הסיוע.

בסיכומו של יום, הנחת המוצא שלנו ביחס למוטיבציה המניעה את מקבלי ומפעילי השירות משפיעה באופן מהותי על האופן בו נעצב



את המדיניות הממשלתית. יש כאן כאמור גם סכנה גדולה. אם נבנה את השירות הציבורי על ההנחה שהעובדים עבורו, ואלה המקבלים את שירותיו, רואים לנגד עיניהם את "הכלל" ואינם מעוניינים "לנצל" את המערכת, נמעט ביצירת הגבלות וחסמים שנועדו למנוע ניצול. כתוצאה מכך, ייתכן שרבים "יעשו עלינו קופה": החל מאלו שיבקשו מצרכי מזון, אך למעשה הם מרוויחים היטב ומנצלים את המצב, ודרך קופות החולים אשר יימנעו משליחת חולים לטיפולים שאינם תורמים להן כלכלית, אף כי הדבר נדרש. אם לעומת זאת, נניח שהמערכת כולה פועלת משיקולים תועלתניים, נפגע באותו רופא משפחה אשר מאמין ברפואה הציבורית, אך כעת תלוי שכרו במספר המטופלים שיראה ביום. את הרופא הזה, אנו מאלצים להקדיש פחות תשומת לב לכל אחד מהם, וייתכן שאף יפסיק לראות מטופלים אחרי שעות העבודה. זוהי הדרך להחליף מוטיבציה ציבורית טהורה במוטיבציה הפוכה, תועלתנית, אשר תפגע באיכות השירות שייתן.

אם כך, איזה שירות ציבורי אנו רוצים? ובאיזה מדינה אנו רוצים לחיות? ומה מחיר "ההלאמה" ו"ההפרטה" של שירותים ציבוריים? הבה נניח, לצורך הדיון, שבישראל של שנת 2009, המוטיבציה של הציבור הרחב במגעו עם הממשלה דומה פחות ופחות ל"מה אתה יכול לעשות למען המדינה", והופכת ל"מה המדינה יכולה לעשות בעבורך". האם במצב כזה נוכל עוד לבסס שירות ממשלתי על הנחות אלטרואיסטיות? האם משמעות הדבר שהיעדר הסולידאריות בחברה הישראלית המשוסעת הופכת את הדרך לשימוש בתמריצים כלכליים לבלתי הפיכה? והאם אותם חלוצים, אשר הקימו את המדינה, היו מגיעים אליה בעבור מענק כספי? למרבה הצער, ההיסטוריה מלמדת אותנו שמדובר במדרון שקשה מאוד לחזור בו לאחור.

נובה

מאת גיא אברוצקי, בוגר מחזור ו' בתכנית המצטיינים; מנכ"ל עמותת נובה, guy@novaproject.org

עמותת נובה (ניהול ואקדמיה בשירות הקהילה) הוקמה בשנת 2005, והינה ארגון ללא מטרת רווח, המספק שירותי ייעוץ לעמותות וארגונים חברתיים. מטרת העמותה היא לשפר את התשתית העסקית והכלכלית של הארגונים, וכנגזרת לשפר את התפוקה והשרידות שלהם. למעשה, יותר עמותות יכולות להוביל יותר פעילות לקהלים רחבים יותר לאורך זמן, במסגרת משאבים מוגבלת.

בשנים האחרונות ייעצו הצוותים של נובה למעל ל- 80 עמותות (ביניהם יד שרה, ויצ"ו, אלו"ט, "נגישות ישראל" ועוד) בכל רחבי הארץ, תוך הפעלה של מאות מתנדבים בהיקף של עשרות אלפי שעות ייעוץ. השנה הפעלנו מספר שיא של 100 סטודנטים ב- 24 צוותים, המגיבים ב- 80 אנשי עסקים ויועצים מתנדבים. הפעילות רוכזה בחמישה מוסדות: אוניברסיטת תל אביב, האוניברסיטה העברית, המרכז הבינתחומי בהרצליה, אוניברסיטת בן גוריון והמכללה למינהל. בנוסף, הקורס נחשב



לאחד המבוקשים בתואר ראשון, כאשר רק אחד מכל שלושה סטודנטים מתקבל אליו.

בכדי לשפר את ה"תשואה" החברתית, נובה ממנפת ידע מקצועי וניסיון מהעולם העסקי והאקדמי. כל צוות ייעוץ כולל ארבעה סטודנטים מצטיינים למנהל עסקים או כלכלה. כל צוות מובל על ידי ראש צוות - יועץ מתנדב מפירמות ייעוץ מובילות. לצוות מוקצה גם מנחה עסקי, איש עסקים בכיר ומנוסה, התורם מניסיונו ומסייע בהכוונת הצוות בעבודת הייעוץ. הכנסת שני הגורמים הללו מבטיחה שאיכות תוצרי הייעוץ תהיה ברמה גבוהה. הפרויקט מלווה על ידי האוניברסיטאות הגדולות ומוכר כקורס אקדמי. לאחר שלוש שנות התנדבות בנובה, מונית למנכ"ל העמותה. את התזה בחרתי לכתוב על אחד הנושאים הנמצאים בליבת העיסוק שלנו בנובה, בנושא "מיזוגים ורכישות במגזר השלישי" בהנחיית ד"ר חגי כ"ץ מהמרכז לחקר המגזר השלישי באוניברסיטת בן גוריון.

נובה
ניהול ואקדמיה בשירות הקהילה

מידות - שיקוף ודירוג מלכ"רים בישראל מייסודם של מיטב בית השקעות וג'וינט ישראל

מאת צביקה ארן, בוגר מחזור א' בתכנית המצטיינים; יזם ומנכ"ל של "מידות" arielgilboa79@gmail.com



אינטרנט הפתוח לציבור, ללא עלות, בעברית ובאנגלית, באופן המאפשר שימוש חופשי ונוח להשוואה.

דירוגי מידות מבוססים על מודלים חדשניים של אנליזה שפותחו בליווי גורמים מקצועיים מהמגזר החברתי והעסקי, ביניהם TACK אסטרטגיות צמיחה וחברת דירוג האשראי מעלות S&P. מידות, שהוקמה כשותפות ייחודית בין מיטב בית השקעות וג'וינט ישראל, הינה ארגון מקצועי, בלתי-תלוי וללא מטרת-רווח, המונחה על ידי מועצה ציבורית רחבה בה נציגים מהמגזר השלישי, מעולם העסקים ומהאקדמיה.

מידע נוסף אודות מידות, תהליכי הדירוג והעמותות המדורגות ניתן למצוא באתר: www.midot.org.il

מידות
העריך. דעות. לשנות.

הצטרפות ישראל ל-OECD

מאת ריטה גולדשטיין, בוגרת מחזור א'



בתוכנית עתידים; עורכת דין במנהל סחר חוץ, משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה, rita.golstein@gmail.com

ארגון ה-OECD מאגד כיום 30 מדינות דמוקרטיות הדוגלות בכלכלת שוק חופשי, המפותחות ביותר בעולם. זהו פורום בינלאומי ייחודי, שבמסגרתו המדינות מפתחות מדיניות כלכלית וחברתית משותפת. מדינת ישראל שאפה לבסס קשרים ולהצטרף לארגון ה-OECD זה למעלה מעשור. ב-16 במאי 2007, אימצה מועצת ה-OECD החלטה לפתוח בשיחות עם צ'ילה, אסטוניה, רוסיה, סלובניה וישראל לקראת הצטרפות.

החלטת ממשלה 1672 ממאי 2007, הקימה צוות היגוי בינמשרדי בראשות משרד האוצר ומשרד החוץ, אשר קובע את המדיניות לקידום ההצטרפות. השלב הראשון בתהליך היה ניסוח התזכיר הראשוני, מסמך העמדה של ישראל, המציין במפורש באיזו מידה ישראל מקבלת את החובות הפוליטיות והמשפטיות הנגזרות מה"כלים המשפטיים" של הארגון, סה"כ נבחנו כ- 230 מסמכים משפטיים. השלב הבא, שישראל בעיצומו, הינו בחינת המדיניות ב-18 ועדות של הארגון. בחינה זו מטרתה לוודא קוהרנטיות בין המדיניות בישראל לזו בקרב מדינות ה-OECD. מרבית המשרדים מעורבים בתהליך, אך המשרד בעל נפח הפעילות הרב ביותר הינו משרד התמ"ת, המוביל שליש מצוותי העבודה: השקעות, סחר, הגנת הצרכן, תעסוקה ורווחה, מדע וטכנולוגיה וכימיקלים (יו"ר משותף). הנחת המוצא הינה כי חברות בארגון ה-OECD תקרב את ישראל למדיניות המתקדמות ביותר, תתרום לרכישת ידע מקצועי, תציב רף גבוה ליישומם של נורמות וסטנדרטים בינלאומיים ותתרום לכלכלת המדינה. הצפי להשלמת תהליך ההצטרפות הוא אמצע 2010.

בית מדרש לצדק חברתי

מאת אליקים כסלו, בוגר מחזור ה' בתכנית המצטיינים; תלמיד מחקר בבית הספר, elyakimki@gmail.com



היהודי, על ידי הזמנת מיטב המרצים, אישי הציבור והרבנים, ביניהם: שר הרווחה יצחק הרצוג, שר האוצר לשעבר דן מרידור, מנכ"ל משרד האוצר, החינוך ועוד; מרצים וחוקרים מהשורה הראשונה; ורבנים, כמו הרב יובל שרלו והרב שי פירון. בית המדרש הוציא לאור כבר כעשר יחידות לימוד, המיועדות לבתי הספר התיכוניים ולישיבות. הוא העלה אתר מיוחד ובו מצויים חומרי לימוד, דעות, צילומי וידאו ושיעורים - כולם פתוחים לשימוש הציבור www.kipa.co.il/society. בית המדרש שוקד כעת על הוצאה לאור של ספר מאמרים עם הוצאת "ידיעות אחרונות". כל זאת, לצד ארגון שוטף של כנסים ואירועים, פרסום מאמרים פובליציסטיים, ניירות עמדה ועוד.

סוגיות חברתיות וציבוריות רבות במדינת ישראל, שוכנות פעמים רבות במנותק מהעולם היהודי והדתי. בקרב ציבור רחב ישנו צורך לקרב בין שני העולמות ולהרוויח מן הציבור של שניהם. מתוך צורך זה הקים בית מורשה בשנת 2005 את בית המדרש לצדק חברתי, בראשו עומד הרב ד"ר בנימין לאו. בית המדרש מקיים פעילות לימודית ומחקרית, מתוך גישה יישומית, ופועל בשיתוף פעולה הדוק עם עמותת "במעגלי צדק", על מנת לקדם ליבון סוגיות חברתיות ויהודיות במדינת ישראל. שלושים עמיתים ועמיתות בית המדרש, יחד עם אנשי הסגל, משלבים בגישתם שיקולים ערכיים, יהודיים ומוסריים.

בית המדרש לצדק חברתי מביא את החזית החברתית לתוך העולם

"צעירים במרכז" -

במה להשתלבות ולמעורבות של צעירים בירושלים



מאת גבי אפל, בוגרת מחזור ג' בתכנית המצטיינים; מנהלת פיתוח משאבים "צעירים במרכז", tz_gabi@barak.net.il

במדינות רבות וגם בישראל קיימת תופעה של חוסר מימוש ההון האנושי של צעירים רבים. צעירים בגילאי 18-34 בכלל, ועולים בפרט, אינם מצליחים להשתלב בחברה הישראלית ולהכין את עצמם לתפקד כמבוגרים עצמאיים. מרכזי הצעירים באים לתת מענה לבעיה זו. בירושלים, בה גרים כ-150 אלף צעירים, קם ביולי 2006 פרויקט "צעירים במרכז", מרכז הצעירים הירושלמי.

פרויקט "צעירים במרכז" פועל למימוש הפוטנציאל של הצעירים בירושלים בגילאי 18-34, מתוך ראייה לקשירת עתידם בעיה. המרכז, שהינו אחד מהמובילים בארץ, מהווה כתובת מרכזית לכלל הצעירים בעיה, בצמתים המשמעותיים להם: בחירת לימודים, השתלבות בעולם העבודה והקמת משפחה. המרכז מייץ בתחומי ההשכלה והתעסוקה, מפתח ומגיש פעילויות חברה ותרבות לרישות חברתי ומלווה פרויקטים למעורבות חברתית, אומנות ויזמות חברתית. כמו כן, המרכז מוביל עשייה בקידום נושא הצעירים על סדר היום העירוני ופועל לאיגום ידע ומשאבים, תוך ייזום של פיתוח מענים לאתגרים שהעיר מציבה. המרכז פועל בשותפות ובתמיכה של ארגונים רבים, ביניהם ג'וינט ישראל, עיריית ירושלים, קרן ירושלים ומינהל קהילתי לב-העיר. אנו מזמינים עמותות, מוסדות לימוד, תרבות, ארגונים פרטיים וציבוריים לשתף פעולה למען קידום חיי הצעירים בירושלים.



סמינרים בית-ספריים

מתקיימים בימי שלישי מהשעה 10:30 - 12:00 בחדר 1747

Review of attitudes and policies on the 10.11.09 right to access services of assisted reproductive technology in Israel

ד"ר דניאל שפרלינג

24.11.09 מועמד

8.12.09 מועמד

22.12.09 מועמד

5.1.10 טוב שכן קרוב... - מיצוי זכויות סוציאליות ורשת חברתית

ד"ר מומי דהן

19.1.10 הפוליטיקה של מתן ציונים

אסף זוסמן

Let my people go: Ethnic in-group bias in 23.2.10 judicial decisions - evidences from randomized natural experiment

ד"ר רענן סוליצאנו קינן

9.3.10 כבישים עוקפים ופיתוח כלכלי במגזר הערבי

ד"ר ופא אליאס

23.3.10 הגיאוגרפיה החדשה של תשתיות המים והאנרגיה והשלכותיה על ההקשרים ביניהן ובין הסביבה

יובל לסטר

27.4.10 התפתחות הקריירה של מסיימי דוקטורט בהצטיינות במדעים המדויקים בישראל 1995-2005

ד"ר ענת גופן-שריג

4.5.10 אסטרטגיות של מדיניות ציבורית ביחס לחרדים

גלעד מלאך

פורומים בית-ספריים

מתקיימים בימי שלישי מהשעה 18:30 - 20:00 בחדר 1741

27.10.09 מדיניות בריאות: בין הפרטי לציבורי

דובר: פרופ' שלמה מור יוסף

נושא: רפואה פרטית בבית החולים הציבורי

כותבי כתב-העת מדיניות ציבורית על מדיניות הבריאות בישראל בעידן ההפרטה

דוברי הפאנל: מר ישי נאמן, סטודנט בתוכנית המצטיינים;

גב' אסתר סיוון, בוגרת תוכנית המנהלים, מנכ"לית 'בזכות' - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות;

ד"ר דניאל שפרלינג, סגל בית הספר ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל.

האירוע יתקיים באולם הסנאט

17.11.09 אירוע לזכרו של ד"ר פול פהר בנושא אקטיביזם שיפוטי

דוברים: פרופ' יואב דותן, דיקן הפקולטה למשפטים;

מר משה נגבי, החוג לתקשורת; ד"ר מרגית כהן, בית הספר ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל

15.12.09 השלכות מדיניות של הגדרת המדינה כיהודית ודמוקרטית

דוברת: פרופ' רות גביון

הדלקת נר רביעי של חנוכה

חלוקת מלגות הצטיינות למחזור ז' בתכנית המצטיינים

12.01.10 המשבר הכלכלי והשלכותיו על תקציב המדינה

דובר: ד"ר אודי ניסן, הממונה על התקציבים במשרד האוצר

16.03.10

דובר: השר יצחק (בוז'י) הרצוג, שר הרווחה

13.04.10 סביבה

דוברים: טרם פורסם

25.05.10 טרם פורסם

15.06.10 טקס לזכרו של דוד דיאגו לדובסקי (ז"ל)

דובר: סגן שר החוץ דני איילון

ההרצאה תינתן בשפה האנגלית

הורים קובעים עובדות בשטח: Exit, Voice, and Do-it yourself

מאת ד"ר ענת גופן-שריג, חברת סגל בבית הספר , anatgo@mscc.huji.ac.ilואסתי הוס, בוגרת בית הספר , estihoss@gmail.com

המקומיות, הנע בין מדיניות מונעת למדיניות מאפשרת ובין מדיניות פאסיבית למדיניות אקטיבית. כמו כן, המחקר בוחן את השיקולים והמניעים בקביעת המדיניות, כגון אינטרסים פוליטיים ושיקולים ערכיים, ואת כלי המדיניות המשמשים את הרשויות המקומיות ליישום המדיניות בזירה הפוליטית, הבירוקרטית והמשפטית, דוגמת תביעות משפטיות, הקצאת מבנים ותקצוב.

תופעת 'עשה-זאת-בעצמך' מתקיימת בזירה החינוכית בעיקר בשל מאפיינים ייחודיים של זירה זו. אינטנסיביות המפגש בין בית הספר כשירות ציבורי, לבין כלל הילדים היא גבוהה, שכן היא יומיומית ולאורך שנים. כמו כן בשל חוק לימוד חובה, אף ילד אינו פטור ממפגש זה. בנוסף, יחסית לשירותים ציבוריים אחרים, כבית חולים או מוזיאון, עלות הקמה ותפעול של בתי ספר היא יחסית נמוכה. לבסוף, חינוך, בשונה מתחומים אחרים כבריאות ורווחה אינו נתפש על ידי הציבור כתחום הדורש מומחיות מצד אלה המספקים את השירות.

המאמר 'Exit, Voice, and Do-it yourself: Parents putting facts on ground' הוצג בכנס השנתי של הארגון ECPR (European Consortium for Political Research) באוניברסיטת פוטסדאם.

www.ecprnet.eu/conferences/general_conference/potsdam/paper_details.2173.asp?paperID



פעילות המשרד לקליטת העלייה עבור האוכלוסייה האתיופית

מאת אדר שץ, סטודנטית בתכנית המצטיינים; עוזרת מחקר, מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל, adarshatz@gmail.com

מושקעים מאמצים ומשאבים ניכרים במוקדי הקליטה, בתעסוקה, בחינוך תיכוני ועל תיכוני, ובנוער בסיכון. השקעה קטנה יחסית נראית בתחום רווחת המשפחה, זאת על אף שהנתונים מלמדים על התגברות האלימות והקשיים התפקודיים בתוך המשפחה. נראה, כי ניתן להגדיל משמעותית את היקף הנהנים מהתכניות שהוערכו ונמצאו כבעלות תוצאות חיוביות, ובכך להגביר את השפעתן על כלל האוכלוסייה האתיופית.

הדוח יישמש את קובעי המדיניות במשרד לקליטת העלייה באיתור התכניות היעילות ביותר לקידום אוכלוסיית יוצאי אתיופיה, ולחיווק הבסיס לתכנון מושכל להמשך הקצאת המשאבים וההשקעה באוכלוסייה זו.

חביב, ג'. הלבן-אילת, ח. שץ, א. 2009. פעילות המשרד לקליטת העלייה בעבור האוכלוסייה האתיופית. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. ירושלים.

כיום כבר ידוע שתופעת הקמת בתי ספר על ידי קבוצות הורים אינה תופעה יוצאת דופן, כאשר למעלה מ-20 אחוזים מבתי הספר היסודיים בחינוך החילוני, שהוקמו ב-15 השנים האחרונות, הוקמו ביוזמת הורים. המחקר הנוכחי מנסה להתחקות אחר תופעה ייחודית זו, המשפיעה על מדיניות החינוך בישראל, ובוחן את מניעי ההורים לצאת מהמערכת הממלכתית ולהקים בית ספר לילדיהם, ואת האסטרטגיות בהם נקטו על מנת להוציא לפועל יוזמת מדיניות זו. בנוסף, בהיעדר מדיניות לאומית ברורה ומפורשת של משרד החינוך כלפי התופעה, נבחנת מדיניות החינוך המקומית המיוצגת על ידי מחלקות החינוך ברשויות המקומיות.

המחקר מציע להרחיב את המודל של (1970) Hirschman המאפיין את פעולותיהם של פרטים שאינם שבעי רצון כמניע להתחדשות ארגונים, ומוזה מנגנון 'עשה זאת בעצמך', לפיו הצרכנים נוטלים את קביעת המדיניות לידיהם. ממצאי המחקר מעידים על מספר מניעים ליוזמת הורים להקמת בית ספר לילדיהם, בהם רצון בפדגוגיה מסוימת, הימנעות מהמערכת הקונבנציונאלית וחיפוש מענה לילד עם צרכים מיוחדים.

בהיבט המדיניות, המחקר מציע מודל המבטא את מנעד מדיניות הרשויות

באחריות המשרד לקליטת העלייה תכניות ופרויקטים רבים המיועדים לאוכלוסייה האתיופית. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל התבקש לסקור תכניות אלו לשנת 2007, תוך השוואת מצב האוכלוסייה לדגשים של המשרד ובחינת האפקטיביות של התכניות.

מן הבחינה של המצב הנוכחי והמגמות בתחומי חיים שונים, עולה כי קיים פער משמעותי בין מצבם של יוצאי אתיופיה למצב האוכלוסייה הכללית בכל התחומים, ובמיוחד ברווחה, בתעסוקה ובדיוור. מסקירה מקיפה של כל התכניות של המשרד לקליטת העלייה עבור האוכלוסייה האתיופית ושל המידע הקיים עליהן, נמצא כי לגבי 16 מתוך 26 תכניות יש מידע על תוצאות חיוביות ממחקר הערכה או מדיווח של מערכת מידע מנהלית. מהשוואת הדגשים של המשרד אל המגמות באוכלוסייה, עולה כי תכניות המשרד מתמקדות בבעיות המרכזיות של העדה, וכי

זכוכ (אביאל) פרדמן
על קבלת מלגת הנשיא

זכוכ (א) און ואורד וסרמן
על קבלת מלגת דוקטור
אפולוסופיה

זכוכ (ד"ר אודי ניסן)
על מינויו לראש אגף
התקציבים במשרד האוצר

זכוכ (פרופ' יאקא) דוד על הספר
החדש: "מדיניות מדיניות-דיפלומטית
למדינת ישראל".
לקריאה החדשה האלקטרונית:
www.besacenter.or

האוניברסיטה העברית בירושלים

שואפים

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

ביה"ס מציע לכם מגוון תכניות:

* תכנית המצטיינים ללימודי מוסמך במדיניות ציבורית

פטור משכר לימוד בשנה א למתקבלים
פרטים נוספים בטלפון 02-5881533 או 02-5880048

* תכנית מנהלים ללימודי מוסמך במדיניות ציבורית - EMPP

אפשרות לקבלת מלגה
פרטים נוספים בטלפון 02-5881934 או 02-5882248

* תכנית עתידים - צוערים לשירות הציבורי

פטור משכר לימוד ומלגות מחייה
פרטים נוספים בטלפון 09-9505027

אתר ביה"ס: <http://public-policy.huji.ac.il>