



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy Research

מדוע רפורמות לא מתבצעות?

חסמים בכני תמורות במערכת הבריאות

- העברת התוספת השלישית לאחריות קופות החולים
- הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות
- מנגנון עדכון סל הבריאות

כנס ים-המלח העשירי

יוני 2009



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

The Israel National Institute for Health Policy Research

כנס ים-המלח העשירי

ים-המלח, 3-4 ליוני 2009

מדוע רפורמות לא מתבצעות?

חסמים בפני תמורות במערכת הבריאות

- ◆ העברת התוספת השלישית לאחריות קופות החולים:
הרפורמות בבריאות הנפש
- ◆ הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות
- ◆ מנגנון עדכון סל הבריאות

עיצוב גרפי: נאוה מוסקו
הפקה: יהלומי זיסמן שיבר

תוכן העניינים

עמוד		
4		תכנית הכנס
5		רשימת הצוותים
7	הקדמה	שלמה מור-יוסף
9	מבוא	קובי גלזר
13	החסמים לביצוע רפורמות בשירות הציבורי	יצחק גל-נור
	רפורמות כוללות או שינויים קטנים ומודרגים -	שלמה דוברת
20	מה עובד? ניסיון במערכת החינוך	
28	מעקב אחרי המלצות כנסי ים-המלח	גבי בן-נור

דוחות הצוותים:

	צוות 1: העברת התוספת השלישית לאחריות קופות החולים:
39	הרפורמות בבריאות הנפש
79	צוות 2: הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות
94	צוות 3: מנגנון עדכון סל הבריאות
123	נספח - רשימת המשתתפים

תכנית הכנס

יום ד', 3.6.2009:

הרשמה וכיבוד	10:00 - 09:00
מליאה יו"ר: קובי גלזר	13:00 - 10:00
דברי פתיחה: שלמה מור-יוסף	
יצחק גל-נור: החסמים לביצוע רפורמות בשירות הציבורי	
שלמה דוברת: רפורמות כוללות או שינויים קטנים ומודרגים - מה עובד?	
ניסיון במערכת החינוך	
פנל מונכ"לים: קידום רפורמות במערכת הציבורית -	
אהרון אברמוביץ, אביגדור יצחקי, יוסי קוצ'יק	
<i>ארוחת צהריים</i>	14:00 - 13:00
מליאה יו"ר: יהושע שמר	16:00 - 14:00
פנל: קידום רפורמות במערכת הבריאות -	
מרדכי שני, אביגדור קפלן, רביב סובול, יורם בלשר, אבי ישראלי	
<i>הפסקת קפה</i>	16:30 - 16:00
דיונים בקבוצות	18:30 - 16:30
<i>ארוחת ערב</i>	22:30 - 20:30
<i>תכנית אמנותית: "קום והתעלף בארץ" - יורם טהר לב ודלית כהנא</i>	

יום ה', 4.6.2009:

דיונים בקבוצות	10:30 - 08:30
<i>הפסקת קפה</i>	11:00 - 10:30
מליאה יו"ר: אליק אברים	13:00 - 11:00
גבי בן-נון: מעקב אחרי המלצות כנסי ים-המלח	
הצגת עבודת הצוותים:	
צוות 1: דני ורדי - העברת התוספת השלישית לאחריות קופות החולים: הרפורמות בבריאות הנפש	
צוות 2: יאיר בירנבאום - הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות	
צוות 3: אורית יעקובסון - מנגנון עדכון סל הבריאות	
דיון	
<i>ארוחת צהריים</i>	14:00 - 13:00
יו"ר: שלמה מור-יוסף	16:30 - 14:00
סגן שר הבריאות - ח"כ יעקב ליצמן	
פנל: מובילי מערכת הבריאות -	
אלי דפס, אהוד קוקיה, רחל אדטו, אבי ישראלי	
דיון	

רשימת הצוותים:

וועדת ההיגוי יו"ר - קובי גלזר, אליק אבירם, יאיר בירנבאום, גבי בן-נון, חיים דורון, דני ורדי, אורית יעקובסון, בעז לב, שלמה מור-יוסף, גור עופר

מרכזת זיוה ליטבק

צוותי הכנה:

צוות 3	צוות 2	צוות 1	
מנגנון עדכון סל הבריאות	הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות	העברת התוספת השלישית לאחריות קופות החולים	
אורית יעקובסון	יאיר בירנבאום	דני ורדי	יו"ר
עדיה מאירוביץ	אסף טוקר	ניר קידר	מרכזי צוות
זאב אהרונסון שלמה בירקנפלד יאיר זילברשטיין טוביה חורב נעה כץ בעז לב אסנת לוקסנברג ניקי ליברמן שמואל קלנג יהושע שמר	אשר אלחיאני גבי בן-נון יצחק ברלוביץ רוני גמזו יונתן הלוי שעיה זילונקה חיים פלץ משה רווח רחל שמואלי ארי שמיס	אורי אבירם יוסי בר-אל יהודה ברוך שולי ברמלי-גרינברג שרי מוזס חנן מוניץ גיא נבון דב פסט גבי שפלר	צוות הכנה

מדוע רפורמות לא מתבצעות? חסמים בפני תמורות במערכת הבריאות

כנס ים-המלח של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ביסס את מעמדו בעשור האחרון ככנס המרכזי למדיניות בריאות במדינת ישראל. כנס בו ראשי מערכת הבריאות מתכנסים באווירה אקדמית בכדי לדון בנושאי מדיניות מהותיים, המעסיקים את מערכת הבריאות.

בשנת 2009 חגגנו עשור לכנסי ים-המלח. במסגרת כנסים אלו נדונו עד כה סוגיות שונות בתחום מדיניות בריאות, גובשו הסכמות והוגשו המלצות במטרה לשפר וליעל את תפקודה של מערכת הבריאות בישראל. אף כי חלק מההמלצות אכן תורגמו בשנים האחרונות לדפוסי פעולה מעשיים, נראה כי קיימים חסמים משמעותיים בפני תמורות חיוניות במערכת הבריאות. על כן, החליט הועד המנהל של המכון לחרוג השנה מהמתכונת הקבועה של כנסי ים-המלח ולעסוק בדיון אסטרטגי בכשלים של המערכת הציבורית המונעים ישומן של רפורמות בתחום הבריאות. מטרת הכנס היתה לבחון את השאלה מדוע שינויים אינם קורים וכיצד ניתן לדאוג לכך שאכן יתבצעו.

הכנס נועד להיות מקום למפגש לדעות שונות ולליבון נושאים מרכזיים. הכנס אינו מקום לקבלת החלטות אופרטיביות אלא לגיבוש מסמך המתאר את מגוון הבעיות והפתרונות האפשריים. בדיונים, השתדלנו להתייחס לנושא מהצד האקדמי ופחות מהצד הפרופסיונאלי ואני תקווה כי הצלחנו לקיים את הדיון, כמו כל שנה, מבלי לבחון את הנושא רק מנקודת המבט האישי/מוסדית של כל אחד ואחד מאיתנו.

ברצוני להודות לפרופ' קובי גלזר - יו"ר ועד ההיגוי, לראשי הצוותים: פרופ' יאיר בירנבאום, פרופ' דני ורדי, ד"ר אורית יעקובסון וכן לחברי הצוותים, על עבודת ההכנה היסודית.

לתודה מיוחדת ראויים ראשי המכון בעשור האחרון ובמיוחד פרופ' גור עופר ופרופ' חיים דורון אשר אחראים לעיצוב ולמיצוב כנסי ים-המלח ולצוות המכון בראשות גב' זיוה ליטבק ופרופ' אליק אבירם על הארגון המינהלי והאקדמי.

אין ספק כי כל העוסקים במלאכה תרמו להצלחתו של הכנס.



פרופ' שלמה מור-יוסף

יו"ר הועד המנהל

מדוע רפורמות לא מתבצעות? חסמים בפני תמורות במערכת הבריאות

מבוא

"חייתי חיים ארוכים ולא ראיתי בעיה נפתרת" (שארל דה-גול)
ברב מדינות העולם מערכת הבריאות מנוהלת, במידה רבה, לא באמצעות מנגנונים כלכליים רגילים (כמו, לדוגמא, מנגנון "השוק החופשי") אלא באמצעות מנגנון ציבורי/פוליטי כזה או אחר, כלומר באמצעות המנגנון של "מתכנן מרכזי". מעורבות מנגנון התכנון המרכזי באה לידי ביטוי בדרכים שונות כמו חקיקה, פיקוח, מימון ואפילו בהספקת השירותים בפועל. למרות זאת, חלק גדול מהשיח האקדמי, סביב תפקודן של מערכות הבריאות בעולם, מתמקד דווקא ב"כשלי השוק" המתקיימים במערכות אלו, ולא כל כך ב"כשלי מנגנון התכנון המרכזי". הדיון בכשלי השוק נסב בדרך כלל סביב השאלה מהם החסמים המונעים ממנגנון השוק התחרותי (כמו גם ממנגנונים כלכליים אחרים) להביא את המערכת לשווי משקל יעיל ושוויוני ומהן הדרכים להתמודדות עם חסמים אלה. מפליא הדבר, אם כן, שדיון בעל אופי דומה, סביב אופן התפקוד של מנגנון התכנון המרכזי במערכת הבריאות, סביב הכשלים המתלווים להפעלת מנגנון כזה וסביב החסמים המונעים ממנו להשיג את יעדיו, כמעט ולא מתקיים. האם, לדוגמא, דיון מקיף בכל ההשלכות הנגזרות מהעובדה הפשוטה שמשך ההכונה הממוצעת של שר בריאות במדינת ישראל הוא פחות משנתיים, ומהעובדה שמרבית חברי הממשלה מעדיפים לקבל על עצמם תפקיד של שר זוטא על תפקיד שר הבריאות, הוא חשוב פחות מדיון (חשוב לכשעצמו) על האופן בו יש לבנות את נוסחת הקפיטציה? האם דיון אובייקטיבי ורציני סביב תהליך קבלת ההחלטות בסקטור הציבורי (כמו לדוגמא חוק ההסדרים), וההשלכות שיש לתהליך זה על תפקודה של מערכת הבריאות, הוא חשוב פחות מדיון על הצורך בקופת חולים חמישית? בהקשר הזה כדאי אולי לציין שהתחום של "כלכלה פוליטית", שאמור לחקור, בין השאר, שאלות בדיוק כמו אלה המוזכרות לעיל, תופס לאחרונה תפקיד מרכזי הרבה יותר מבעבר בעולם המחקר הכלכלי, זאת אולי בזכות התובנה (המאוחרת מדי) של כלכלנים וחוקרים אחרים, את החשיבות העצומה של מנגנון התכנון המרכזי בהקצאת המשאבים בחלק גדול מענפי המשק. אולם, למיטב ידיעתי, בכל הקשור למערכת הבריאות חקירה כזאת כמעט שלא התקיימה וגם אם מתקיימים דיונים פה ושם, אלה הם בעיקר שיחות מסדרון שאינן מתקרבות בהיקפן ובעומקן לחקירה,

הנמשכת כבר למעלה מארבעים שנה, של אופן תפקודם של מנגנוני השוק התחרותי במערכת הבריאות.

בחינה מדוקדקת של כל ההיבטים הקשורים באופן תפקודו של המנגנון הציבורי כמרכיב מרכזי בניהול מערכת הבריאות, הינה משימה רחבת יריעה וכלל לא פשוטה. בכנס ים-המלח השנה החלטנו לגעת רק בהיבט אחד של הנושא החשוב והמעניין הזה: היכולת, או אי היכולת, של המערכת הציבורית לבצע בהיקף ובקצב הרצוי את השינויים הנדרשים בה.

אצל רבים מאלה המלווים את מערכת הבריאות בישראל קיימת התחושה שלמרות הביצועים הטובים יחסית שלה ולמרות שביעות הרצון הגבוהה יחסית ממנה, קיימים בה לא מעט כשלים הדורשים תיקון, ושקצב הביצוע של תיקונים אלה הוא אטי למדי. רפורמות, קטנות כגדולות, לא מתבצעות בהיקף ובקצב הנדרש. ניתן לחשוב על שלושה הסברים לכך:

1. כל עוד המערכת מתפקדת פחות או יותר באופן סביר, לא יהיה זה נכון לבצע שינויים משמעותיים שעלולים לטלטל אותה ובסופו של דבר להזיק יותר מאשר להועיל.
2. גם אם קיימת הסכמה רחבה לגבי הכשלים במערכת, קיימת אי בהירות לגבי הפתרון הנדרש, אם פתרון כזה קיים בכלל.
3. ישנם חסמים שונים, חיצוניים ופנימיים, המונעים, או לפחות מעכבים, את היישום של הפתרונות הנדרשים.

לגבי הטיעון הראשון, למרות שהוא לבטח נכון במצבים מסוימים, לא יהיה זה נכון להשתמש בו באופן גורף ביחס לכל הרפורמות העומדות על הפרק. ניתן לחשוב על לא מעט רפורמות שהשפעות הרוחב שלהן על כלל המערכת תהיינה קטנות יחסית, ועל אחרות, שגם אם לא תצלחנה במידה שציפינו, עדיין התועלת מהן סביר שתהיה גדולה מהנזק שהן עלולות לגרום. יתירה מכך, במקרים רבים גם אם מערכת מתפקדת באופן משיביע רצון, שינויים נדרשים בה לא כל כך כדי לפתור בעיות קיימות, אלא יותר כדי למנוע התפתחויות של בעיות חמורות בעתיד.

בהתייחס לטיעון השני, עלינו לזכור שגם כאשר קיימת אי ודאות לגבי מהו הפתרון הנכון לבעיה מסוימת, עלינו לבחור בפתרון הסביר ביותר (גם אם הצלחתו לא ודאית), ואין כל סיבה להניח שתמיד הסטטוס קוו הוא בהכרח הפתרון בעל הסבירות הגדולה ביותר להצלחה.

נראה אם כן כי בחלק גדול מהמקרים בהם שינויים לא חלים בקצב הנדרש, הסיבות לכך הן חסמים מבניים ואחרים, שבחלקם הם יחודיים למערכת הבריאות או למערכת הציבורית בישראל, וחלקם משותפים לכלל מערכות הבריאות בעולם, בייחוד אלה המנוהלות על ידי המנגנון הציבורי/פוליטי. כנס ים-המלח השנה הוקדש לניסיון (במונחים רבים ניסיון ראשוני) לאפיין את החסמים העומדים בפני תמורות במערכת הבריאות בישראל, את הסיבות לחסמים אלה ואת הדרכים להתגבר עליהם.

חשוב לציין שבכנס השנה לא הייתה כל כוונה לדון בשאלה מהן הרפורמות הנדרשות במערכת. שאלה זו נדונה בהרחבה בפורומים רבים, כולל כנסי ים-המלח הקודמים, וסביר שהיא תשוב ותדון בפורומים שונים בעתיד. הכנס השנה יוחד בעיקרו לשאלה כיצד ניתן להבטיח שאותן הרפורמות, גדולות כקטנות, שמנהלי המערכת והמומחים המלווים אותה סבורים שצריכות להתבצע, אכן תתבצעה.

הכנס השנה היה שונה לא רק באופיו אלא גם במתכונתו מהכנסים הקודמים. המושב הראשון של הכנס הוקדש לדיון בחסמים ובאסטרטגיות אותן יש לנקוט כדי להביא לכדי ביצוע של רפורמות במערכת הציבורית בישראל, לאו דווקא בסקטור הבריאות. לצורך כך הופיעו בפנינו מספר בעלי תפקידים שהיו מעורבים באופן כזה או אחר בניסיונות לבצע רפורמות (שחלקם אף התבצעו הלכה למעשה) במספר משרדי ממשלה, ומהם למדנו הן על הניסיון האישי שלהם, בכל הקשור ליישום רפורמות, והן את התובנות שיש להם בנושא. הדוברים המרכזיים בחלק הזה של הדיון היו: פרופ' יצחק גלנור, מר שלמה דוברת, מר אהרון אברמוביץ', מר אביגדור יצחקי ומר יוסי קוצ'יק.

במושב השני של הכנס התקיים דיון זהה במהותו לזה של המושב הראשון, אלא שהפעם הוא התמקד ברפורמות במערכת הבריאות. הדוברים המרכזיים בחלק הזה של הדיון היו: פרופ' מרדכי שני, מר אביגדור קפלן, מר רביב סובול, ד"ר יורם בלשר, פרופ' אבי ישראלי ופרופ' שוקי שמר.

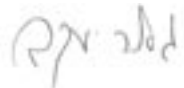
בחלק השני של הכנס (שנמשך לאורך שני מושבים) התחלקו המשתתפים בין שלושה צוותי עבודה שחקרו את הגורמים שהשפיעו על מידת הצלחתן או אי הצלחתן של שלושה רפורמות מרכזיות במערכת הבריאות:

1. העברת התוספת השלישית לאחריות קופות החולים: הרפורמות בבריאות הנפש - יו"ר: פרופ' דני ורדי
2. הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות - יו"ר: ד"ר יאיר בירנבאום
3. מנגנון עדכון סל הבריאות - יו"ר: ד"ר אורית יעקובסון.

הדיונים בצוותים התבססו על טיטות לדיון שהוכנו ע"י קבוצות עבודה שהורכבו ממזומחים שונים ומבכירי המערכת, שעשו, לפי דעתי, עבודה מקיפה ויסודית מאד בהכנת המצע לדיוני הצוותים בכנס. הדיונים בצוותים היו מעניינים, ענייניים ופוריים מאד והמסקנות וההמלצות הסופיות של הצוותים מופיעות בהמשכה של חוברת זו. ואם ברפורמות במערכת הבריאות עסקינן, הרי שהיה זה מעניין במיוחד לשמוע, במלאת עשר שנים לכנסי ים-המלח, עד כמה ההמלצות שהועלו בתשעת הכנסים הקודמים אכן יושמו אם במלואן או בחלקן, ומהן הסיבות לכך. את התשובות לשאלות אלה הציג בפנינו פרופ' גבי בן-נון והן מופיעות גם כן בחוברת זו.

במושבו האחרון של הכנס שמענו מפי מספר בעלי תפקידים מרכזיים במערכת הבריאות ובמערכת הפוליטית היום על היעדים המרכזיים אליהם יש להוביל את מערכת הבריאות בשנים הקרובות וכיצד יש לפעול כדי להשיג יעדים אלה. הדובר המרכזי בחלק הזה היה סגן שר הבריאות ח"כ יעקב ליצמן וכמו כן דברו מר אלי דפס, ד"ר אהוד קוקיה, ח"כ ד"ר רחל אדטו ופרופ' אבי ישראלי.

אני סבור שזה היה כנס מעניין חשוב ומאחל לכם קריאה מהנה.



פרופ' קובי גלזר
יו"ר הכנס

חסמים לרפורמות

פרופ' יצחק גל-נור, האוניברסיטה העברית ומכון ון ליר

1. מבוא

לישראל טכנולוגיה מתקדמת, ציבור משכיל וכלכלה מודרנית. לעומת זאת, המינהל הציבורי שלה עדיין דומה לזה הקיים במדינות העולם השלישי. יש הכרח להפעיל רפורמה מרחיקת-לכת כדי לאפשר למינהל הציבורי למלא ביעילות את תפקידיו כמסייע לקובעי המדיניות לקבל החלטות טובות ואמינות יותר ולספק שירותים איכותיים לציבור האזרחים. מצוי ברשותי מסמך שהכינה בשנות ה-70 של המאה הקודמת קבוצה של עובדי ציבור ואנשי אקדמיה ובו הצעות לרפורמות במינהל הציבורי בישראל. לצערי הרשימה של התיקונים ההכרחיים המופיעה במסמך לא שונה עקרונית מן הדברים שאני עומד להציג בפניכם היום. למדינת ישראל אין עדיין מינהל ציבורי אפקטיבי מבחינת מבנהו, דפוסי הפעולה שלו וחלוקת התפקידים בין הדרג הפוליטי לדרג המינהלי. נכון, חוסר היציבות הנמשך של המערכת הפוליטית פוגע אף הוא בכושר התפקוד של המינהל הציבורי, ובעיקר של שירות המדינה, ואפשר להבחין בחלחול של דפוסי התנהגות פוליטיים אל תהליך קבלת ההחלטות של הדרג המינהלי. במקום שמשקלן של אמות המידה המקצועיות יגבר בהדרגה בהכרעות הפוליטיות, אנחנו מוצאים יותר ויותר "עשייה פוליטית" (ובעיקר מיקוח כוחני ופשרות רעות) בשיקול הדעת המינהלי. התופעה מקיפה את הדרג הלא פוליטי של הרשות המבצעת, היינו את המגזר הציבורי הממשלתי על כל רבדיו: משרד הממשלה, הרשויות הסטטוטוריות, החברות הממשלתיות וגם את הרשויות המקומיות.

במדינות דמוקרטיות נערכות מדי תקופה רפורמות במינהל הציבורי כדי להתאים את שירות המדינה לצרכים המשתנים. מאז שנות ה-80 צמחו הרפורמות האלה כתופעה חובקת עולם, בעיקר בשל הלחץ הציבורי לשיפור השירותים בתמורה לנטל המסים ובגלל התביעה לתהליך קביעת מדיניות שיהיה איכותי ושקוף יותר. גם בישראל הונהגו במהלך השנים שינויים רבים מאוד ששיפרו את רמת השירותים בתחומים מסוימים ונמצאו פתרונות נקודתיים - השיפור ברישוי מכוניות; בשרותי הדואר והטלפון; "בסל הקליטה" לעולים חדשים; בשירותי משרד הפנים ועוד. עם זאת, מה שנעשה הוא מעט מידי ומיקרי למדי ומה שנחוץ הוא שינוי מערכתי, מסודר ומתוכנן במינהל הציבורי בישראל, במיוחד בתהליכי קבלת ההחלטות.

2. מדיניות ההפרטה

בניגוד להעדר רפורמה במינהל הציבורי, קיימת במדינת ישראל מדיניות עקבית, גם אם לא סדורה, של הפרטה. היא נתפסת כתחליף לרפורמה ולדעתי זו טעות חמורה. הפרטה ממובנה הצר, הטכני, פירושה העברת נכסים, שירותים ומוצרים מאחריותם ומניהולם (לפי העניין) של ארגוני המגזר הציבורי לארגונים במגזר העסקי או במגזר השלישי. במובן הרחב, האידיאולוגי, המטרה היא לצמצם את תפקידי המדינה ובמיוחד את מעורבותה של הרשות המבצעת בכלכלה ובחברה. הנחת המוצא העומדת מאחורי מדיניות זו היא כי הפקת מוצרים פרטיים יעילה יותר ומושחתת פחות אם היא לא נעשית באמצעות המנגנונים הציבוריים. על בסיס הנחה זו קודמו בישראל באופן גובר והולך ב-20 השנים האחרונות מהלכי הפרטה במגוון רחב מאוד של שירותים ציבוריים. אולם גם בתחום זה החשיבה היא שטחית ומבוססת על רעיונות כלכליים שפשטו את הרגל. לדוגמה: הפרטת בתי הסוהר.

בתי הסוהר בישראל פועלים במסגרת שירות המדינה, ב-2004 יזם משרד האוצר תיקון לפקודת בתי הסוהר, שלפיו יוקם בית סוהר פרטי לניסיון. הנימוקים העיקריים של יוזמי ההפרטה היו יעילות וחסכון של כספי ציבור. עוד נטען שבתי הסוהר המופרטים נועדו להקל על מצוקת הכליאה. המתנגדים הצביעו על כך שרק מדינות ספורות הנהיגו הפרטה מלאה של בתי סוהר, כמו הדגם המוצע בישראל, שהועתק בעיקרו מבתי הסוהר במדינת טקסס שבארצות הברית. גם חסידי הפרטה בתחומים אחרים צריכים להתנגד להפרטת בתי הסוהר, כי מדובר באחריות בלעדית של המדינה שאסור לה להעבירה לידיים פרטיות. כליאת אסירים היא שירות ציבורי מיוחד במינו, שתכליתו בראש ובראשונה להרתיע עבריינים בכוח; אם ההרתעה נכשלת - להפעיל את העונש שקבעו השופטים; ואם נשלחו לכלא - לשקם את הכלואים.

לעומת זאת, האינטרסים המהותיים של חברות כליאה עסקיות הם הפוכים - הן מעוניינות למלא את בתי הסוהר שלהן באסירים, לזמן ממושך וגם שיחזירו לכלא בהזדמנות ראשונה אין ערובה לכך שבבית הסוהר הפרטי יישמרו זכויות האסיר. כדי לחסוך, חברת הכליאה העסקית עשויה לשכור "סוהרים" ברמה נמוכה; היא עלולה להיקלע לקשיים ואז לקצץ במנות המזון ואולי אף להגדיל את הצפיפות בחדרי המאסר. כדי שמנגנון הפיקוח של המדינה יוכל למנוע זאת באופן יעיל ומיידי, הוא יזדקק לכוח אדם מיומן ולנוכחות רצופה שעלותם גבוהה מאוד. במילים אחרות, כדי לפקח כהלכה חייבים להגביר מאוד את הרגולציה, שכידוע חסידי ההפרטה מתנגדים לה.

לפי ההיגיון של הפרטת בתי הסוהר, רצוי לשכור שירותים מגובים פרטיים שיגבו מס הכנסה עבור המדינה אם יבטיחו בחוזה "להעמיק את הגבייה" ממעלמי מס. וכך גם לגבי ההליכים הארוכים והיקרים בבתי המשפט: אולי רצוי להקים בתי משפט פרטיים "יעילים יותר", שישלחו במהירות אסירים לבתי הסוהר המופרטים? בקיצור, אסור למדינה להעביר לידיים פרטיות את המונופול שבידיה על השימוש הלגיטימי בכוח. נטילת חייו או חירותו של אדם יכולה להיעשות אך ורק בידי המדינה ואל לה להתנער מתפקידה זה, שכן היא לבדה מגלמת את הסמכות הציבורית.

כללו של דבר, הרפורמה היחידה שמתבצעת מצטיינת אף היא בחוסר תכנון וחשיבה מעמיקה לטווח ארוך. ולמרבה הצער זו רק דוגמה אחת. דוגמה נוספת היא הצעת חוק ההסדרים 2009 במסמך משרד האוצר לרפורמות מבניות לשנים 2009-2010 הוצע להקים קופת חולים חמישית עסקית (האחרות כידוע הן עמותות ללא כוונת רווח) כדי להגביר את התחרות. זו דוגמה לחשיבה שטחית לפיה תחרות נכונה בכל מצג. האם זה מה שמערכת הבריאות זקוקה לו - קופה שתשאב אליה את כל בעלי האמצעים? אומרים לי אלה "עזיזים" שהוכנסו למסמך כדי שאפשר יהיה אחר כך להוציאן. יתכן, אבל ה"עזיזים" חושפות היטב את התפיסות של אגף התקציבים לא פחות מהנושאים האחרים, כי כול ה"עזיזים" דומות זו לזו וכולן רועות באותו אחו אידיאולוגי.

3. שבעה חֲסָמִים מְבַנִּים

- אין שירות מדינה. אחרי שישים שנה לא נוצר מבנה בעל מטרה משותפת וצוות בכיר שיודעים לעבוד ביחד. שירות המדינה בנוי משרדים-משרדים שלא משתפים פעולה כי כל אחד הוא אימפריה עצמאית ואין מעברי רוחב של עובדי מדינה בכירים.
- אין מדיניות משאבי אנוש ואין מערכת שכר בעלת היגיון פנימי. כתוצאה מן המבנה לכל משרד תוספות יחודיות (סודיות) ויש תוספות יחודיות לחסרי יחודיות. הבעיה אינה עובדי שירות המדינה. להפך, מדובר באנשים טובים שעובדים במערכת גרועה. יש לשירות המדינה דימוי גרוע ויש השמצות חסרות בסיס כמו אגדת "השמן והרזה" כאילו המגזר העסקי היעיל והלא מושחת נושא על גבו את המגזר הציבורי הגדול והמושחת. אני יכול להוכיח שההגדרות לא נכונות ושהשחיתות העסקית לא נופלת מזו הציבורית.

- אין סגל בכיר. העובדים מטפסים את את במעלה הסולם ובהעדר מסלולי קריירה הם לא נחשפים למשרדים אחרים או לחברות ממשלתיות. בנוסף מוצנחים עליהם מנהלים במינויים פוליטיים מה שמגביר את התסכול. אין הכשרה לסגל הבכיר והתגמול לא משתווה לזה שניתן לפקידות בכירה במדינות דמוקרטיות אחרות.
- המינהל הציבורי בישראל ריכוזי. הסיבה לכך היא הן השליטה מהמרכז והן העדר חלוקת תפקידים הגיונית בין משרדי הממשלה - יחידות הסמך - הרשויות סטטוטוריות - החברות הממשלתיות. אין אמות מידה מה צריך להעשות איפה. גרוע מזה, המרכז לא נותן אמון ולא מבזר סמכויות ונוצר מעגל קסמים של חוסר אמון הדדי.
- אין דרגי ביניים אפקטיביים בין המרכז לבין האזרח. מסיבה זו חשבתי שהרעיון להקים אזורי בריאות הוא רעיון נכון, כמו גם ההצעה בוועדת דוברת ליצור אזורי חינוך גאוגרפים בשיתוף הרשויות המקומיות. כאן אני מגיע לעקב אכילס של המערכת הדמוקרטית - פוליטית - מינהלית בישראל: חולשתו המבנית של השלטון המקומי. בלי הנדבך המקומי ההכרחי הזה אין סיכוי לרפורמה של ממש. הבעיה היא קונספטואלית - יש להכיר בשלטון המקומי כנדבך עצמאי ולפי זה לפתור את בעיות המיומן, השחיתות ורמת השירותים.
- תחליפים לניהול מודרני. במקום תפיסה ניהולית התפתחו תחליפים חונקים של שומרי סף שיודעים לפקח, אך לא לנהל. בראש וראשונה - **תקציביזציה**. משרד האוצר שולט באמצעות אגף התקציבים, החשב הכללי והממונה על השכר על הנעשה במשרדים וחונק כל סיכוי ליוזמות ניהוליות. משרד האוצר הוא בטבעו ארגון שמרן, וטוב שכך, ולכן חייבים להשאירו בתחומים שהוא מבין בהם ולהוציאו מניהול שצריך להיות בידי הגופים המקצועיים כמו בתחום הבריאות. הוא מקדש את הקיים בנימוקים תקציביים וזה בסדר, אבל אסור שיהיה לו כוח למנוע מאחרים לשנות. הסדר השני הוא **משפטיזציה**, כולל מבקר המדינה. הפיקוח והבקרה המשפטיים חשובים ביותר לפני מעשה, כדי למנוע צעדים לא חוקיים, ולאחר מעשה כדי לתפוס עבריינים. אסור שיהיו מעורבים בניהול היומיומי וימנעו ממנהלים לקחת סיכונים סבירים במסגרת עבודתם. תפקידו של מבקר המדינה הוא בתחום המינהל ולא המשפט.

- העדר מדיניות רגולציה. הפרטה, ביזור סמכויות ובקרה מחייבים תפיסה כוללת של רגולציה, כולל מה לא עושים. התחום פרוץ ונמצא בידי אנשי התקציב והחוק שרואים רק חלק מן התמונה. כתוצאה מכך קם בישראל מבוך רגולטיבי שנובע מפתרונות פרטיים, ואיש כבר לא מוצא בו את ידיו ורגליו.

כללו של דבר, הסיבות לקיומם של חסמים אלה הן היסטוריות, ופוליטיות, והמשך המינויים פוליטיים, והמסורת של הסכמי העבודה והשכר ועוד. קל לבוא בטענות לאחרים, אך חשוב יותר להתמקד בשאלה מה לתקן וכיצד.

4. צעדי הרפורמה הנחוצים

אקדים ואומר - כבעל נסיון שניסה להנהיג רפורמה מבנית מקיפה בשירות המדינה - ה"איך" יותר חשוב מה"מה". כלומר, על הצעדים הנחוצים קל יותר להסכים לעומת המכשולים המעשיים האדירים שקיימים, ולעומת בעלי האינטרסים שלא מעוניינים בשינוי המצב הנוכחי. מה שאציג להלן הם עיקרי הרפורמה שניסיתי להנהיג כנציב שירות המדינה בתקופת ממשלת רבין. שמה של התכנית היה "צעדים מחוללי שינוי".

- יצירת סגל בכיר מקצועי ועל-משרדי (4 הדרגות העליונות מתחת למנכ"ל) ששייך לשירות המדינה ולא למשרדי הממשלה. הכשרת חברי הסגל ברמה אקדמית גבוהה בתחום המדיניות והניהול.
- הסדרת המינויים הפוליטיים והקמת מחיצה חוקית בלתי עבירה בין המנכ"ל התמנה על-ידי הדרג הפוליטי, לבין הסגל הבכיר המקצועי. בקרה יעילה על מינויים בשירות המדינה - שיעשו על פי כישורים בלבד.
- ביזור סמכויות מאגפי האוצר למשרדי הממשלה להפחתת הריכוזיות המשתקת, שאחראית ישירות לבזבז משאבים, לשמרנות ארגונית ולהעדר תמריץ כלשהו ליצירתיות מינהלית.
- מבנה פנימי חדש לשירות המדינה שלפיו כל משרד יתחלק למטה מקצועי (שמסייע לקביעת מדיניות) ועוסק ברגולציה, בקרה ומעקב; ול"יחידות ביצוע" (executive)

(agencies) שמופקדות על השירות היעיל לציבור. במקביל: צמצום מספר משרדי הממשלה ל-15 (בחוק יסוד: הממשלה).

- הסדרת הרשויות הסטטוטוריות (צמצום 45 הקיימות) והחברות הממשלתיות (הפרטה, מיזוג ודה-פוליטיזציה). והגופים הממשלתיים האחרים ליצירת מדיניות אחידה, לרבות בתחום הרגולציה.

- הפעלת "אמנות שירות" בכל המערכת הציבורית, עד לרמת היחידות בשירות המדינה, וברשויות המקומיות הנותנות שירותים לציבור. אמנת השירות תכיל פירוט אופרטיבי של השירותים הניתנים, אמות-מידה לקביעת טיב השירות (לדוגמה, מועדים, נגישות) ומדדים לבדיקת איכות (לדוגמה, סקרים של שביעות רצון הלקוחות). הטמעת תודעת השירות במינהל הישראלי היא משימה קשה שמחייבת פעולה עקבית ונמשכת.

- מדיניות ברורה, עקבית ואחידה כלפי ארגוני ה"מגזר השלישי" והסדרת תמיכת המדינה בעמותות.

- רפורמה-רבתי בשלטון המקומי ובנייה מחדש של יחסי הגומלין בין שני נדבכי הדמוקרטיה בישראל - הארצית והמקומית. הבסיס: אצילת סמכויות והגברת האחריות הציבורית של הדרג הפוליטי והמינהלי בשלטון המקומי. המטרה לעשות לשותף ממשי ו"להפריט" אליו את מרבית השירותים הממשלתיים הרלבנטיים.

- ניסוח מדיניות רגולציה כוללת ובעלת עקביות פנימית

5. ההערכות לביצוע הרפורמה

מינוי שר למינהל ציבורי במשרד ראש הממשלה ולו סמכויות רחבות בשני מישורים: ממונה על כל הגופים שעניינם שירות המדינה; ועל חלוקת התפקידים עם השלטון המקומי; ממונה על הנהגת הרפורמות במינהל הציבורי ועל יישומן.

להלן רשימת הגופים והנושאים שצריכים לעבור לאחריותו הישירה של השר למינהל ציבורי:

הנושא	הגוף המופקד כיום
ניהול שירות המדינה	נציבות שירות המדינה
מדיניות השכר במגזר הציבורי	הממונה על השכר, במשרד האוצר
התאגידים הסטטוטוריים	אין, למעט בתחום השכר
החברות הממשלתיות	רשות החברות הממשלתיות, במשרד רוה"מ
מיחשוב ואוטומציה במינהל הציבורי	החשב הכללי, במשרד האוצר
בקרה על שינויים בתקציב המשרדים	אגף התקציבים, במשרד האוצר
מבנים ציבוריים	החשב הכללי, במשרד האוצר
קידום איכות ומצוינות ביצוע חוק חופש המידע	אין, היה במשרד רוה"מ (בוטל) משרד המשפטים
הנהגת רפורמה במינהל הציבורי	אין
הנהגת רפורמות ברשויות המקומיות	אין, מעט במשרד הפנים לעניינים אחרים ובפועל במשרד האוצר

לסיכום, לא מדובר בנושאי "מינהלה" זניחים, אלא ביכולת לשפר את טיב ההכרעות בביטחון, ברווחה ובכלכלה ואת רמת השירותים שניתנים לאזרחי מדינת ישראל.

מצגת: רפורמות כוללות או שינויים קטנים ומודרניים - מה עובד?

נסיון במערכת החינוך

שלמה דוברת, כרמל ונצ'רס

Education reform in Israel

Comprehensive reform
vs. Incremental changes

Lessons learned

Shlomo Dovrat
May 2009

1

Education reform in Israel

- Last "massive" comprehensive reform - late 1960s
- Since – numerous incremental reforms in specific pedagogical and administrative areas. Most partially implemented if at all
- minor changes in legislation - based on 1950s Education law
- Israeli education system suffers from continuous decline (at least in perception)
- 2003 – Government establishes a special task force ("Dovrat committee") with a very broad mandate
- January 2005 the National Education Plan is presented and adopted by the government
- Strong public debate about scale, scope and parts of the plan
- Objection by the teachers unions and change in political agenda lead to freeze of most of the plan
- A new partial plan "Ofek Hadash" is adopted mostly based on a new pay agreement with the larger union but with objections

2



National Task Force for the Advancement of
Education

The National Educational Plan

Because every child deserves more

3

The National Task Force's Goal (government mandate)

Examine the Israeli Education System and recommend a comprehensive reform plan: structural, organizational and pedagogical. Suggest ways to implement the plan in a reasonable time frame.

4

The National Task Force for the Advancement of Education

- The Task Force had 18 members:
 - Educators from academia and the schools system
 - Economists and legal experts
 - Public figures and corporate executives
- In addition, approximately 100 members of professional sub-committees
- 16 months of comprehensive, in-depth work
 - Diagnosis
 - Study of reforms around the world
 - Development of a vision
 - Presentation of an interim report and principles for a national educational plan
 - Public debate, intensification and expansion of the report
 - The national educational plan: final report

5

Dialogue and Extensive Public Debate

- Numerous forums of educators (principals, teachers, and students)
- Inclusion of the professional echelon from the Ministry of Education
- Comprehensive dialogue with the teachers' unions
- Local government representatives and forums
- Tours and focus groups
- Universities
- Social-action organizations
- Many public conferences

6

Israeli Education Challenges and achievements

- Unique world scale challenges:
 - A multi national, multi religious and multi cultural society
 - Immigration absorption
 - Social & economic gaps
 - Position and status of the Arab minority
- Achievements:
 - High rate of students in high school until age of 18
 - high rate of people with academic education
 - Our graduates built an advance army, leading universities and strong technology industry

7

The Israeli Education System: The Crisis

- Failing to address the large socio-economic gaps
- Poor academic achievements - lagging far behind OECD countries
- Significant erosion in the status of teachers and a decline in their professionalism
- The values crisis - increasing violence, alienation
- Vague definition of objectives and educational outcomes
- Weakness of public education - split into sections and sub-sections
- Accelerated "privatization" – Government funding with no accountability
- Inefficient utilization of resources
- Weak management culture – no correlation between responsibility and authority
- Anachronistic legislation and lack of enforcement

8

A Vision for the Israeli Education System

- Education - a top national priority
- Strong public education as the responsibility of the state
- Uncompromised responsibility for each child
- A source of pride for teachers and students
- Well-defined, intertwined responsibility and authority
- Most of the resources going directly to the schools
- Maximum autonomy for the schools
- Progressive, efficient management
- Pluralism within a unified national education system
- Equality and expression of the diversity of cultures in Israeli society

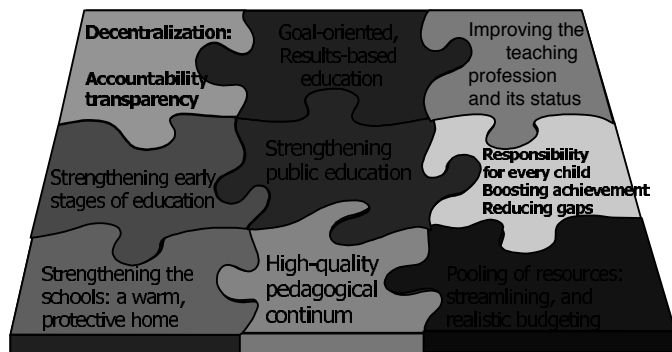
9

Defining goals of the Education System – The Graduate

- " Likes other people, loves his/her nation and land, a loyal citizen of the State of Israel, respects his/her parents and family, knows his/her language, knows and respects Jewish history, his/her cultural identity, and the heritage and rights of the various communities in Israel"
- An independent, creative, thinking person, a constant learner whose cognitive and personal skills give him/her the desire and tools for lifelong self-actualization, learning, and personal growth

10

Principles of the Plan



11

The recommendations

- Teachers reform – dramatic increase in pay, change work week structure, increase academic and pedagogical requirements, create a productive work environment, life-long learning, better ability to remove failing teachers
- School climate and Full schooling day – quality time teachers-students, particular work, ex-curriculum activities focused on values , broad discipline authorities for school staff, infrastructure.....
- Schools empowerment – increase Principals authority, move vast majority of budgets to schools, reduce overhead and bureaucracy, some pedagogical autonomy...
- Excellence, measurement and evaluation, managing pedagogical sequence

12

The recommendations

- Focus on early childhood – kindergartens reforms
- Budget and funding – clear government commitment for full funding, differentiated funding based on socio-economic criteria, elimination of parents pay...
- Public education – Strict criteria for public funding (core curriculum, acceptance of students, etc) with some autonomy for various segments of society, stop privatization

Over 300 pages report....

13

The Implementation Plan

- Significant long term commitment of resources (11BNIS!)
- Ministry of education responsible for implementation
- First essential steps—a new collective pay agreement, partnership with the teachers' unions, an agreement with local government and all parties involved
- Aggressive schedule for implementation of all major elements over a 5 years period
- Focus on schools and teachers to create visible early success
- A draft for new comprehensive education legislation (public education, state responsibility etc.)

14

The debate over scope and scale

- Plan approved by government including commitment of resources!
- Government insisted on implementing the entire plan as a whole
- Strong mistrust and suspicion among all stakeholders – failure to reach partnership
- Critics and interest groups claimed:
 - Scope is too ambitious and not practical
 - The system can not “digest” so many changes
 - Disagreement with some elements (decentralization)
- Successful negative campaign by teachers unions was able to turn initial favorable public opinion and creating confusion
- A very successful partial pilot in schools could not change the atmosphere

15

So what Happened?

- The whole education System went into crisis with certain paralysis
- Notable Progress in specific areas: principals training, The national authority for Measurement and Evaluation
- Continuous dialog on the plan forward among all stakeholders
- New political leadership – resume dialog
- Ofek Hadash – a reform based on new pay agreement with the elementary school teachers union, certain important pedagogical elements.
- Strike by the High school teachers organization and no agreement for reform
- ... A new political leadership....

16

The case for comprehensive reform

- Critical interdependencies across all subjects
 - Teachers – pay, pre and post pedagogical and subject-matter training, work environment, stature
 - Pedagogy – curriculum, teachers training, matriculation exams structure, pedagogical sequence...
 - Principals – authority level, pay, training
 - Budgets and resources – state and local government responsibilities....
 - The case of middle schools in Israel....
- Small partial changes do not impact as the other elements are not resolved
- System is stagnant and fights change – need critical mass of changes to make them last
- Need to create A believe among all stakeholders and the broad public that change is feasible

17

Lesson learned and Recommendations

- A comprehensive National Education plan is a must! - The vision and the road map need to be clear.
- Broad open continuous public debate is constructive and prepares the system and the public to what is ahead
- Need to achieve broad agreement on the major elements of the plan among stakeholders (vast majority is agreed anyway)
- Implementation needs to be staged but needs to create critical mass of changes to effect true reform
- Need to demonstrate early changes that effect teachers and schools
- Comprehensive legislation and definition of state responsibility for education
- Long term firm commitment for resources

18

Above all.....

A committed trustworthy and determined national education leadership that creates a true partnership, inspires a favorable public opinion and instills a believe in real change among all!

19

**"If you want to reform the world
—
you must reform education ."**

Janusz Korczak

הכל חינוך
המרכז הלאומי לחינוך

20

עשור לכנסי ים-המלח¹ מעקב אחר המלצות כנסי ים המלח 2009-2000

פרופ' גבי בן-נון, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע

כנסי ים-המלח הפכו למסורת שהונהגה לראשונה על ידי המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות הבריאות ביוני 1999. מאז, בכל שנה, התכנסו בכירי מערכת הבריאות לדיון בסוגיות מרכזיות המצויות על שולחנה של מערכת הבריאות ובתוכם תאגוד בתי חולים, תכנון ארוך טווח של מערכת האשפוז, תכנון כח אדם, קידום בריאות, מדדי איכות ועוד. פורום ים-המלח אינו בגדר של גוף מחליט וההתכנסות השנתית נועדה לאפשר הצגת עמדות באופן מקצועי במידת האפשר נטול פוזיציה מוסדית, תוך גיבוש ניירות עמדה עם יתרונות, חסרונות וחלופות שונות לסוגיות העומדות לדיון. המלצות כנסי ים-המלח אינן מחייבות את קובעי המדיניות אולם המסמכים מהווים תשתית מקצועית לשימוש של מקבלי ההחלטות בסוגיות מרכזיות שונות שעלו לאורך השנים. בשנים האחרונות היו כנסי ים-המלח גם מקור חשוב להתייחסות והסתמכות דוחות מבקר המדינה. במסמך זה יוצגו המטרות המרכזיות של כנסי ים-המלח, ותבחן בזירות הראויה מידת התרומה של הכנסים לגיבוש העמדות השונות המצויות על סדר יומה של המערכת. עוד ננסה לבחון בסקירה רטרופקטיבית עד כמה המלצות שעלו בים-המלח אכן יושמו ומה היו החסמים העיקרים בפני יישומם של המלצות אלה בפועל.

¹ מסמך זה מהווה חלק ממחקר אכותני שיזם המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות בריאות, לבחינת כנסי ים-המלח ומידת ההשפעה של הכנסים על העלאת נושאים השונים המצויים על סדר יומה של מערכת הבריאות.

מטרות כנסי יום-המלח

בין השנים 2000 עד 2009 עסקו כנסי יום-המלח בשלושים נושאים מרכזים העומדים על סדר יומה של מערכת הבריאות הישראלית (לוח מס. 1). מהלוח ניתן לראות כי כמעט ולא ניתן למצוא נושא מרכזי בתוך מערכת הבריאות שלא נידון באחד מכנסי יום-המלח ושבנו לא נפרסו שורה של המלצות לשינוי. היו שסברו שמבחן יישום המלצות כנסי יום-המלח הוא מבחן ההצלחה של הכנסים, אולם זו כמובן הנחה שגויה. מבחן ההצלחה של כנסי יום-המלח אינו בהכרח מבחן ישומן בקצב ובהיקף הראוי של מגוון ההמלצות שהועלו לאורך העשור שכן יישומם של רפורמות במערכות חברתיות בכלל ובמערכת הבריאות בפרט ניתקל בחסמים רבים (בהם דן כנס יום-המלח העשירי).

לוח מס. 1: כנסי יום-המלח 2000-2009

1. המשך הרפורמות - (צבי אדר)	מימון המערכת / מעמד בתי החולים / התמהיל הציבורי פרטי
2. רפואה קהילתית - (גור עופר)	רפואה ראשונית / רפואה מקצועית / תגמול רופאים בקהילה
3. התוספת השלישית - (גור עופר)	קידום בריאות ומניעת מחלות / אשפוז סיעודי / בריאות הנפש
4. פערים ואי שוויון - (ליאון אפשטיין)	סל הבריאות הציבורי / הביטוח המשלים / ההוצאה הפרטית
5. בתי חולים - (שלמה מור יוסף)	דפוסי ההתחשבות / תכנון ארוך טווח / בתי חולים, החולה והקהילה
6. תחרות והסדרה - (גבי בן-נון)	ההסדרה / תחרות בין הקופות / תחרות על איכות
7. התנהגות בריאות - (אליק אבירם, אשר אלחיאני)	כלים לעידוד התנהגות בריאות / תפקיד מערכת הבריאות / תפקיד מערכות לאומיות אחרות
8. קופות החולים - (קובי גלזר)	המשטר התאגידי / שרותי בריאות נוספים / עדכון סל הבריאות
9. משאבי אנוש - (אריה שירום)	ממשקים בין מקצועות הבריאות / תכנון כח אדם / הבטחת איכות המשאב האנושי
10. מדוע רפורמות לא מתבצעות - (קובי גלזר)	העברת שירותי בריאות הנפש לאחריות הקופות, הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות, מנגנון עדכון סל הבריאות

את הצלחת כנסי ים-המלח ראוי לבחון בסרגלי הערכה הקשורים לעמידה במטרה המרכזית של הכנסים שהייתה ונותרה "לגבש חלופות, ללבן, להציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העולות לדיון". ממטרת על זו נגזרו מטרת המשנה הבאות:

- במה להצגת דעות מקצועיות - כנסי ים-המלח היוו במה להצגת עמדות מקצועיות שבהם השילו בדרך כלל המציגים את התג המוסדי המזהה, ודיברו מהפוזיציה המקצועית ולא מהפוזיציה האינטרסנטית.
- תאור תמונת מצב - הכנסים היוו במה להצגת תמונת מצב, בעיות נגזרות, חלופות אפשריות לפתרון, מתווים אפשריים של התקדמות והמלצות.
- העלאה על סדר היום של נושאים שנויים במחלוקת - הכנסים היוו לעיתים מנוף להאצת הטיפול בנושאים שנויים במחלוקת כדי להאיץ את הטיפול בהם.
- מיפוי עיני של נושא חלוק על יתרונותיו וחסרונותיו - כך למשל כנס ים-המלח הראשון שעסק בנושא השר"פ, הציג סדרה ארוכה של יתרונות הפעלת שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים, מול סדרה ארוכה של חסרונות ולאחריהם סדרה ארוכה של נימוקי בעד ונגד. פריסה זו של מגוון הדעות בנושא השר"פ מהווה תשתית איכותית לגיבוש עמדה ולעבודת מטה לקידום או לדחייה של הפעלת השר"פ במערכת הציבורית בכל שלב שבו נושא זה עולה.
- "מקור" לדיונים בפורומים ציבוריים שונים - סכום כנסי ים-המלח עולה לדיון בכל שנה בהנהלת משרד הבריאות והמלצות הכנס מוצגות בפני שר הבריאות. בכנסת יש בשנים האחרונות אזכור של עבודת כנסי ים-המלח יותר ויותר. ניירות העמדה המוצגים על ידי מחלקת המחקר של הכנסת, עושים מזה זמן שימוש רב בפרסומי הכנסים כדי לבסס עובדות, להציג חלופות וכו'. בשנים האחרונות אנו רואים שימוש נוסף בכנסי ים-המלח על ידי מבקר המדינה².

² דוח מבקר המדינה לשנת 2005 מס. 56 ב' עמוד 547, דוח מבקר המדינה לשנת 2007 מס. 58 ב' עמוד 410. ציטוט מבקר המדינה את המלצות כנסי ים-המלח הוא מחמיא אולם יש לו גם השפעות שליליות שכן שימוש זה גרם לחלק מהמשתתפים לנקוט משנה זהירות בהצגת עמדות אישיות.

ניתן לסכם את מטרות כנסי ים-המלח במשפט המוצג בפתיח של כל כנס וכנס: "כנס ים המלח עוסק בכל שנה בסוגיות מרכזיות, העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות. כנס ים-המלח נועד ללבן, לגבש חלופות, להציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העולות לדיון. משתתפי הכנס אינם גוף מחליט. העמדות וההמלצות המוצגות בכנס, מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות של המשתתפים ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני אליו הם משתייכים".

בחירת הנושאים, ניתוח ההמלצות ואפיונם במימדים של יעילות שוויוניות ואיכות

בחירת הנושאים שעלו בכנסי ים-המלח נעשית על ידי וועדת היגוי מתוך מגוון הסוגיות המרכזיות העומדות על סדר יומה של מערכת הבריאות. וועדת נתניהו פרסה כבר בתחילת שנות התשעים את "מפת הדרכים" של הרפורמות במערכת הבריאות והנושאים שהעלתה הוועדה שבו ועלו לאורך השנים בכנסי ים-המלח: מימון המערכת, תאגוד, תמהיל ציבורי ותמהיל פרטי ועוד. היו כנסים שבהם בחירת הנושא נעשתה על ידי המכון הלאומי כדי להציף ולהאיץ את הטיפול בנושא מסוים (הכנס התשיעי על המשאב האנושי) והיו גם כנסים שהנושא הנידון בהם הועלה על ידי משרד הבריאות, (קידום בריאות, התוספת השלישית).

ניתוח המלצות כנסי ים-המלח מלמד על ריבוי המלצות להקמת גופים מקצועיים מחוץ למשרד הבריאות ובהם גוף סטטוטורי לקביעת נוסחת עדכון מקורות החוק, גוף מקצועי עצמאי לקביעת נוסחת ההקצאה (קפיטציה), צוות מקצועי לבחינת ההשתתפויות העצמיות, וועדה מקצועית לקביעת פעילות המניעה הראשונית, גוף מקצועי לקביעת המחירים ועוד. ריבוי ההמלצות על הקמת גופים מקצועיים חיצוניים למשרד הבריאות יש (אולי) ביטוי לחשש שריבוי התפקידים של המשרד (מיניסטרוון, ספק שירותים ומבטח) פוגם במילוי הגוף ויעיל של תפקידו כמיניסטרוון.

אבחנה זו באה לידי ביטוי בהמלצה אשר שבה ועלתה יותר מפעם אחת ושלגביה כמעט ולא היו חלוקי דעות והיא חיזוק תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור (מתכנן, מפקח, מבקר) והפרדה בין תפקידיו המיניסטריאליים ובין עיסוקו כספק שירותי בריאות וכמבטח. בחלק מהנושאים שעלו בכנסים לא הגיעו הצוותים להסכמות על המלצות חד משמעיות. בחלק מההמלצות והסיכומים השתמשו במילים כגון: "הייתה נטייה... הייתה הסכמה יחסית רחבה... מצד אחד... אולם מצד שני סברו אחרים ועוד..." אולם כפי שכבר צוין -

לא תמיד השורה התחתונה של המלצת כנסי ים-המלח היא חשובה. חשוב הדיון, חשוב התייעוד, חשוב הניתוח של התשתית העובדתית ואין בהכרח כוונה לצאת במסר ברור, חד וכופה על גורמי המערכת השונים.

חלק נכבד מהמלצות כנסי ים-המלח דן בצורך בהרחבת תשתיות המידע והמחקר (מחקר על פערים בבריאות, מחקר על בחירה מפלה, מחקר על גודל אופטימאלי של בתי חולים, מחקר כח אדם ועוד)³.

את מגוון הנושאים שעלו לאורך השנים בכנסים ניתן לקבץ לשלוש קבוצות נושאים מרכזים המבטאים מימדים שונים של המערכת: יעילות, שוויוניות ואיכות.

- יעילות - חלק גדול מכנסי ים-המלח עסק בדרכים לייעול תפקודה של מערכת הבריאות (הפקת יותר "קילוגרמים של בריאות" ברמה נתונה של מקורות). במסגרת זו עלו נושאים כגון ראה ארגון של משרד הבריאות, תאגוד בתי חולים, שינוי מערך התמריצים ברמת העובד (הרופא) וברמת הארגון (בית חולים), חיזוק תשתיות המידע ועוד.

- שוויוניות - כנס ים-המלח הרביעי הוקדש כולו לנושא הזה. אבל נגיעות בנושא ניתן למצוא גם בכנסים אחרים בזוויות שונות - דרכים לצמצום פערי בריאות, שיפור נגישות, הפחתת ההשתתפות העצמיות ועוד.

- איכות - בניגוד לרושם המסתמן כאלו כנסי ים-המלח עוסקים בעיקר "בארגון, כסף וכלכלה" חלק גדול מהמלצות הכנסים התייחס לאיכות התהליך בהנחה שזו תבטיח גם תוצאה טיפולית רצויה. בחלק גדול מהכנסים עלו נושאים כגון רצף הטיפול הרפואי, המשכיות הטיפול, אינטגרציה של הטיפול, שיפור איכות העבודה בקהילה, שיפור הרפואה המקצועית, מדידת מדדי ביצוע, תמריצים לקידום איכות, שיפור רצף הטיפולים בבתי חולים ועוד⁴.

³ בתשתיות המידע והמחקר בנושאי בריאות, גם בפן היעילות וגם בפן השוויוניות והאיכות, חל שיפור רב בעשור האחרון.

⁴ חשוב להבהיר כי גם כשהדיון נסוב סביב נושאים כלכליים ארגוניים (מימד היעילות), יש לכך השפעה על איכות. בהמלצות על שינוי נוסחת הקפיטציה, המילה איכות אינה מוזכרת, אולם אין ספק שלשינוי הנוסחה המומלץ עשויה להיות השפעה ישירה ועקיפה על איכות השירות.

המלצות כנסי יום-המלח במבחן התוצאה

מה יושם ומה לא יושם מהמלצות כנסי יום-המלח? במה חלה התקדמות בכיוון המומלץ ובאלו נושאים חלה נסיגה? באלו נושאים ישום ההמלצות או ההתפתחויות בפועל היו הפוכות להמלצות כנסי יום-המלח? פרק זה בסקירה ינסה לענות לשאלות אלה ויחל בהצגת מספר שינויים ורפורמות שבוצעו במהלך העשור⁵. הרפורמה בשירותי השיקום חולי נפש, סגירת מיטות אשפוז פסיכיאטרי, מדדי איכות בקהילה ותחילת פיתוחם של מדדי איכות בבתי חולים, שיפור תשתיות המידע (הניהולי והכלכלי) במערכת הבריאות, שיפור מערכי התמחור והמחירים היחסיים של מגוון שירותי האשפוז הכללי, יצירת מנגנון ציבורי של תיעודף טכנולוגיה, מתכונת תלת שנתית להסדרת מסגרות התקציב של השחקנים המרכזיים - כל אלה שורה של שינויים שיושמו בעשור האחרון במערכת הבריאות ואשר הופיעו בסדרת ההמלצות של כנסי יום-המלח. אולם היו גם המלצות רבות שבמבחן התוצאה קיבלו ציון אחר:

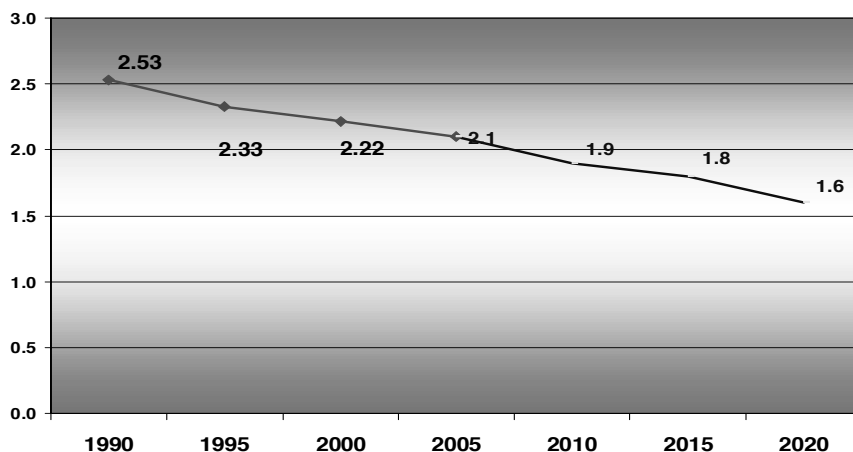
- המשאב האנושי - עד לכנס התשיעי שעסק בנושא זה, הצטברו סדרה ארוכה של המלצות⁶ אך לא חלה כל התקדמות בטיפול במחסור המסתמן ברופאים ובעיקר באחיות. כנס יום-המלח בשנת 2008 הוקדש כולו לנושא זה ויתכן והוא היווה מאיץ להתערבות המדינה לטיפול בו. במסגרת דיוני התקציב בין משרדי הבריאות והאוצר לשנת 2010 הוסכם להרחיב את מסגרות ההכשרה בבתי הספר לרפואה ל-505 סטודנטים לרפואה, ולהגדיל את מסגרות ההעסקה של סטאז'רים ב-140. הממשלה קיבלה החלטה על הקמת בי"ס לרפואה נוסף בגליל ותקציב מסגרות ההכשרה של כח אדם סיעודי הוגדל.

⁵ הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 היוותה "מהפכה" ולא רק בתחום הבריאות. על רקע עוצמת ועומק השינוי שחולל החוק במערכת, מתגמדים לעיתים שינויים ורפורמות אחרות במערכת הבריאות. אולם חשוב להבהיר שמהפכת החוק אינה יכולה לשמש זו כסרגל לבחינת עוצמתם של רפורמות נוספות שנעשו מאז הפעלתו.

⁶ ועדת פזי (2002), ועדת קורן (2004), ועדת יונתן הלוי (2006), ועדת בן-נון (2007)

- מיטות אשפוז - ההמלצה בדבר הרחבת תשתיות מיטות האשפוז הכללי ניתנה בכנס ים-המלח בשנת 2004 שדן בקונטקסט הכללי של קריטריונים לתכנון מערך האשפוז. ההמלצה להגדלת תשתיות האשפוז נתנה כשיעור המיטות לאלף נפש עמד על 2.2 מיטות. כיום (אוגוסט 2009) שיעור המיטות הכלליות לאלף נפש עומד על 1.9 מיטות ואין סימן לכך שמגמת הירידה בשיעור תיעצר בטווח של השנים הבאות (גרף מס. 1).

תרשים מס. 1 שיעור המיטות הכלליות לאלף נפש

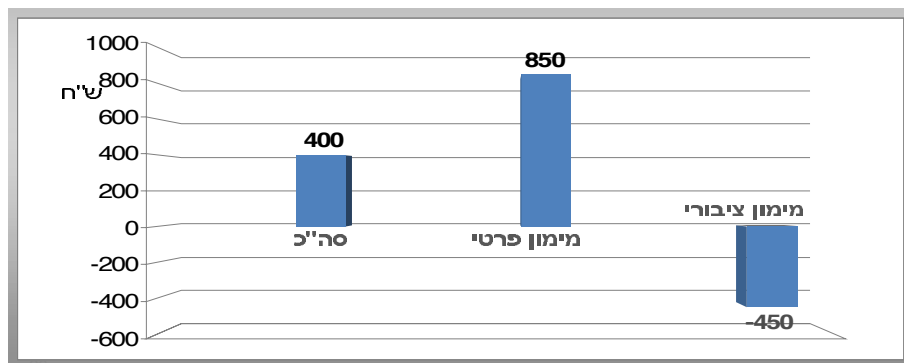


- שינוי נוסחת הקצאת המקורות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (נוסחת הקפיטציה) - נושא זה עלה ארבע פעמים כנושא מרכזי בכנסים ים-המלח (2000, 2002, 2003, 2005), אך למרות ההמלצות הבהירות בנושא לא חלה התקדמות משמעותית: בשנת 2005 הוקמה וועדה בין משרדית, אך המלצותיה הצטמצמו בעיקר לנושא עדכון תשתיות הנתונים של הנוסחה מבלי שחל שינוי במקדמי ההקצאה, שינוי שיביא לידי ביטוי את ההבדלים בצרכי הבריאות השונים של קבוצות אוכלוסייה שונות. בשנת 2008 הוקמה וועדה נוספת בנושא אך היא טרם סיימה את עבודה (אוגוסט 2009).

- השתתפויות עצמיות - המלצה על צמצום היקף ההשתתפויות העצמיות הופיעה גם היא בארבעה מתוך תשעה כנסים ים-המלח (2000, 2002, 2003, 2007). ההמלצות בנושא התייחסו הן למערך ההשתתפויות העצמיות בסל שבאחריות קופות החולים והן למערך ההשתתפויות העצמיות עבור שירותים שבאחריות משרד הבריאות. אולם למרות ריבוי

ההמלצות בנושא ולמרות שלאורך שנים אלו הצטברו סדרה ארוכה של מחקרים⁷ שתיעדו את תופעת הויתור הנובעת מקיומם של השתתפויות עצמיות, ולמרות פרסומו של דוח ביקורתי של מבקר המדינה בנושא, לא חל כל שינוי ונתוני החשבונאות הלאומית מלמדים רק על החרפת מגמת הגידול במימון הפרטי. במועד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי עמד המימון הפרטי על 24% ממקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות. בשנת 2007 עמד שיעור זה על 36%⁸. בין השנים 1997 לשנת 2007 גדלה ההוצאה לנפש במונחים ריאליים ב-400 ₪ (גרף מס. 2).

תרשים מס. 2. מקורות המימון של תוספת ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש (מחירי 2005): 1997-2007



אולם בגידול זה בהוצאה לבריאות לנפש מסתתר נתון נוסף המעיד גם הוא על מגמת הגידול בהוצאה הפרטית לבריאות בישראל: הגידול בהוצאה לנפש בשיעור של 400 ₪ התרחש במקביל לגידול של 850 ₪ במימון הפרטי ובצמצום של 450 ₪ במימון הציבורי. בעשר השנים האחרונות הולך ופוחת שיעור המימון של תקציב המדינה את מערכת הבריאות ואת ההפחתה במימון תקציב המדינה נדרשים צרכני שירותי הבריאות לממן מכיסם.

⁷ המחקרים כוללים את המחקרים הדו שנתיים של מכון ברוקדייל, את מחקריה השנתיים של ההסתדרות הרפואית, ומחקרי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

⁸ נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על ההוצאה הלאומית לבריאות - סידרה ישנה.

בשנת 2008 ניתנו מספר הנחות בהשתתפויות עצמיות לקשישים⁹, ובשנת 2009 הוחלט על ביטול אגרות טיפות חלב, אולם להחזרת מימדי המימון הפרטי למימדיו ערב הפעלת החוק נדרשים צעדים הרבה יותר חריפים.

מעבר לנושאים שפורטו לעיל, ישנה סידרה ארוכה של המלצות שהתקבלו בכנסי ים-המלח ושהם לא חלה שום התקדמות: הכללת מחיר יום אשפוז במדד יוקר הבריאות, מנגנון עדכון המקורות למימון סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות, הרחבת הסל הציבורי והכללת שירותי רפואת השן, רה-ארגון משרד הבריאות, הרפורמה בשירותי בריאות הנפש - כל אלה נושאים שעלו בכנסי ים-המלח ואשר לא חלה בהם התקדמות משמעותית עד היום¹⁰ בשל סיבות שונות שחלקן יפורט בפרק הבא.

חסמים בפני תמורות במערכת הבריאות

"תהליך הרפורמה במערכת הבריאות "תקוע"..... בתחומי מדיניות אחדים נוצר סטטוס קוו זמני בלא שהוכרעו שאלות יסוד ביחס למבנה והתפקוד הרצוי של מערכת הבריאות.....". ציטוט זה לקוח מכנס ים-המלח הראשון, יוני 2000, והוא רומז לכך שישנן כנראה סיבות "אובייקטיביות" לעובדה שרפורמות אינן מיושמות¹¹. אולם מעבר לחסמים אוניברסליים אלו ישנם חסמים יחודיים למערכות חברתיות בישראל בכלל ולישומם של רפורמות במערכת הבריאות בפרט:

חסמים אלו כוללים:

- חוסר הציבות השלטונית בישראל והחילופין התדירים של שרי הבריאות, מקשים על ישומן של רפורמות במערכת הבריאות אשר מטבען הן ארוכות טווח.

⁹ הופחתה התקרה לחולים כרוניים ונתנה הנחה של 10% על השתתפות עצמית לתרופות של קשישים מעל גיל 75.

¹⁰ הנושא היחידי שבו חלה התקדמות משמעותית בקידומו היה הרפורמה בבריאות הנפש, אולם כתוצאה הבחירות האחרונות דחו פעם נוספת את יישומה של רפורמה זו.

¹¹ בנושא זה עוסקת בהרחבה חוברת כנס ים-המלח העשירי. מבין הסיבות האובייקטיביות ניתן למנות את הסיבות הבאות: המצב הנוכחי יחסית "בסדר", המצב הנוכחי אינו תקין אולם אין חלופות טובות יותר, סטטוס קוו של אינטרסים, ריבוי הצעות לשינוי ועוד.

- משקלו הדומיננטי של משרד האוצר על כל אגפיו בתהליכי קבלת ההחלטות של מערכת הבריאות - מקור כוחו של משרד האוצר בשליטה של המשרד במסגרות התקציב וביוזמות החקיקה הקשורות למערכת הבריאות ובשל קיומם של שני מנופי עוצמה אלה, לא ניתן ליזום כל מהלך אסטרטגי של שינוי במערכת הבריאות ללא תמיכת האוצר.¹²
- כפל תפקידי משרד הבריאות - ניגודי האינטרסים הטמונים בכפל תפקידים זה מובילים לחשדנות ולחוסר אמון ומהווים חסם מרכזי למימוש יוזמות שונות לשינוי מערכת הבריאות הננקטות על ידי משרד הבריאות.
- העדר אלטרנטיבה סדורה של איך מערכת הבריאות צריכה להראות - מערכת הבריאות אינה מציגה בשנים האחרונות מישנה סדורה לגבי אופייה הרצוי והראוי של המערכת. כך למשל למול הקולות הקוראים לצמצום השתתפויות עצמיות מוצגת התמיכה בהפעלת שר"פ במערכת האשפוז הציבורי. למול ההצהרות על שמירת אופייה הציבורי של המערכת הולך וגדל היקף של הביטוחים המשלימים ועוד. העדרה של האלטרנטיבה סדורה לגבי אופייה של מערכת הבריאות בולט בעיקר על רקע העובדה שלמשרד האוצר יש אלטרנטיבה סדורה של צמצום הגירעון הממשלתי, צמצום המעורבות הממשלתית, הפרטה ועידוד מנגנון השוק. חשוב לציין בהעדר החלטה מוסכמת ומושכלת על כיוון של צעידה של מערכת הבריאות, ברירת המחדל היא מנגנון השוק - מערכת הבריאות "זוחלת" לכיוון יותר ויותר מופרט.

סיכום

קיומם של חסמים "אובייקטיביים" או אחרים ליישומן של רפורמות במערכת הבריאות אינן יכולות להוות נימוק או תירוץ לאי עשייה והם וודאי אינם מתירים את הצורך בביצוע מחקרים והצעות לרפורמה וקיום במוח שבהן ניתן להציג ולדון בהן. כנסי יום-המלח היוו לאורך השנים במה מרכזית כזו. הכנסים מהווים במה למפגש פורמאלי ובלתי פורמאלי (בשיחות מסדרון) של נקודות מבט שונות. הכנסים השכילו לדון בסדרה

¹² לשיטתו של משרד האוצר, כל רפורמה מוצעת במערכת הבריאות היא הזדמנות לביצוע קיצוץ - בגישה זו נועדה כמעט כל רפורמה ארגונית לכישלון מראש.

ארוכה של נושאים המצויים על סדר יומה של מערכת הבריאות בעשור האחרון, עזרו בעיצוב וגיבוש עמדות ותרמו להבנה עמוקה יותר של הבעיות והעמודות השונות העומדות על הפרק. כנסי ים-המלח תרמו להגדרה והבנה חדה יותר של החלופות האפשריות, איפשרו זוויות הסתכלות חדשות ותרמו למיפוי חילוקי הדעות ורגישויות שונות של הצדדים המעורבים.

צוות 1

העברת התוספת השלישית לאחריות קופות החולים: הרפורמות בבריאות הנפש

הקדמה

"הרפורמה בבריאות הנפש תיכנס לתוקף בראשון לינואר..."

המשפט המופיע מעלה נאמר עבור מרבית השנים בתקופה מאז 1995 ועד היום. בנייר זה נפרק את "הרפורמה" בבריאות הנפש לתתי-רפורמות אשר מהוות תהליך תוספתי וננסה לבחון את הגורמים שהביאו להצלחתן (העברת עיקרי התוכנית ויישומה) או לכשלונן (חוסר הצלחה עד ימים אלו בהעברת הרפורמה).

מאז תחילת שנות השבעים של המאה הקודמת, חותרת מדינת ישראל לרפורמה מקיפה בתחום בריאות הנפש, מטרתה המרכזית של הרפורמה הינה להעביר את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים לקהילה. לאחר הכישלון ביישום רפורמה כוללת בשירותי בריאות הנפש בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי - 1995, החל תהליך מצרפי, בין אם מכוון או מקרי, של שינויים במערכת בריאות הנפש. כל אחד מן השינויים התייחס לפן אחר של המערכת, אך הם קשורים זה לזה. במשך הזמן הם כונו כרפורמה מבנית, רפורמה שיקומית ורפורמה ביטוחית. עד כה הרפורמה המבנית וזו השיקומית ייושמו במידה לא מבוטלת של הצלחה, בעוד שהרפורמה הביטוחית טרם ייושמה. בנייר זה נתרכז בניסיונות השונים לקדם את הרפורמה, באמצעות שלושת תתי הרפורמות השונות.

הרפורמה השיקומית: עיקרה של רפורמה זו הוא בחוק לשיקום נכי נפש בקהילה משנת 2000. בעקבות חוק זה, הופנו משאבים רבים לשיקום נכי נפש בקהילה ופיתוח שירותים קהילתיים תומכים לנכי הנפש (מגורים מוגנים, תעסוקה מוגנת, מועדונים ועוד). מאז שנת 2000 ועד היום גדל מספר הנכים המקבלים טיפול בעקבות החוק בכ-25%. רפורמה זו הייתה תנאי הכרחי לרפורמה המבנית, בכך שאפשרה הפחתת מספרן של המיטות הפסיכיאטריות. ללא תופעות לוואי כמו זו של נכי נפש.

הרפורמה המבנית: מטרתה הייתה להפחית ב-50% את מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות. רפורמה זאת הינה משלימה לרפורמה השיקומית בכך שהיא פינתה משאבים שהופנו בעבר לאשפוז למשאבי שיקום בקהילה.

הרפורמה הביטוחית: היא למעשה הנדבך האחרון ב"רפורמה הגדולה". לאחר שצומצמו מיטות האשפוז הפסיכיאטריות והורחבו שירותי השיקום בבריאות הנפש בקהילה, הרפורמה הביטוחית מעבירה את האחריות הביטוחית למתן שירותי בריאות נפש אשפוזיים ומרפאתיים ממשרד הבריאות לקופות החולים ומשלבת אותם בשירותי הרפואה הכלליים. בניגוד לשתי הרפורמות הקודמות, הרפורמה הביטוחית עדיין לא התממשה ונמצאת כיום על שולחן הכנסת.

בנייר זה בחרנו לסקור את שלושת הרפורמות הללו, לאור רשימת גורמים מסייעים ומעכבים לרפורמות במערכות בריאות. בחלקו הראשון של הנייר נסקור את רשימת המשתנים אשר יהוו בסיס לניתוח הרפורמות בהמשך הנייר. בחלק השני, יוצג בקצרה רקע אודות ניסיונות עבר לרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל. החלקים הבאים ידונו בשלושת הרפורמות באמצעות מסגרת הניתוח שהוצגה בחלק הראשון. לסיום, נקיים דיון בממצאים שעלו בכל אחד מן החלקים, נשווה בין הרפורמות השונות ונציג את עיקרי מסקנות הצוות.

ברצוננו לציין כי לא עסקנו בשאלה האם הרפורמות השונות הן רפורמות טובות או רעות. מטרת הנייר הינה לבחון את הגורמים שהביאו ליישום/אי-יישום הרפורמות וללמוד כיצד ניתן להשתמש במידע זה על-מנת לקדם את הרפורמה הביטוחית ורפורמות אחרות במערכת הבריאות.

ברצוננו להדגיש כי הנייר אינו בהכרח משקף את עמדותיהם של כלל חברי הצוות והמשתתפים בדיון בכנס, אלא מהווה סינרגיה של מפגשי הצוות, ניירות העבודה שכתבו

חברי הצוות השונים וכמובן הדיון שהתקיים בכנס. אנו מעוניינים להודות מקרב לב לחברי הצוות אשר הקדישו מזמנם, מרצם וכישוריהם על-מנת להכין נייר זה: דני ורדי - יו"ר הצוות, ניר קידר - רכז הצוות, ושאר חברי הצוות: אורי אבירם, יהודה ברוך, יוסי בר-אל, שולי ברמלי-גרינברג, שרי מוזס, חנן מוניץ, גיא נבון, דב פסט וגבי שפלה. תודה נוספת גם למרדכי שני, יחיאל שרשבסקי, לאה בוצר, יגאל גינת וחגי דרור על הערותיהם לחלקים מן המסמך. תודה מיוחדת לח"כ (לשעבר) רן כהן, אשר השתתף בדיוני הצוות ותרם מניסיונו העשיר.

חלק ראשון: משתנים לניתוח ניסיונות רפורמות במערכת הבריאות

רפורמה הינה שינוי מהותי שנועד להביא שיפור. לרוב, מטרתה של רפורמה במערכת הבריאות הינה לגרום לשיפור בבריאות האוכלוסייה או באספקת השירותיים הרפואיים. רפורמות (וכוונות לרפורמות) בתחום הבריאות, היו שכיחות ביותר בשני העשורים האחרונים במדינות רבות בעולם במדינות מפותחות ומתפתחות. בישראל הרפורמה הגדולה ביותר במערכת הבריאות נעשתה בשנת 1995 עת כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

אחת ההגדרות לרפורמה במערכות בריאות גורסת כי רפורמה מחייבת "שינוי יסודי, רב משמעות ומתמשך":

"יסודי" מתייחס להשפעה על ממדים אסטרטגים של מערכת הבריאות. "רב משמעות" מתייחס לכך שמקורו בתהליך רציונאלי, מתוכנן ומבוסס עובדות, ו"מתמשך" מתייחס לכך שאינו תהליך זמני וחולף ויש לו אימפקט לטווח הארוך.

חלק מהרפורמות נכפות על מערכת הבריאות בשל שינויים משמעותיים מבחוץ, כגון שינוי משמעותי פוליטי, חברתי או כלכלי. דוגמה לכך הינה שינוי שחל במדינות הגוש המזרחי לאחר התמוטטות המשטר הקומוניסטי, או שינוי שלטון במדינות אמריקה הלטינית שבהן יש שינוי רדיקלי בתפיסת עולם פוליטית או חברתית. מערכות הבריאות במדינות אלה עברו רפורמה כדי להתאימן למצב הפוליטי כלכלי החדש. רפורמות מסוג אחר הינן רפורמות שמקורן בתהליכים פנימיים שעוברים על מערכת הבריאות, ושמטרתן הינה בעיקר תיקון של מצב לקוי או שיפור תהליכים לקויים במערכת הבריאות. מוכרים גם תהליכים אחרים שנוגעים לשינויים במערכות בריאות ואינם מוגדרים בהכרח כרפורמה. לעיתים מוגדרים כשינוי תוספתי (אינקרמנטלי) - שינוי הדרגתי שמקדם נושאים שונים הקשורים ברפורמה בהתאם לאפשרויות והמגבלות הקיימות.

רפורמה במערכת הבריאות, נתפסת ככזאת שמשפיעה על לפחות שניים מהממדים הבאים שכוללים הן תהליכים והן תוצאים, לפיהם ניתן למדוד שינויים במערכת בריאות:

- מימון - financing
- תשלומים - payments
- ארגון - organization
- פיקוח והסדרה (רגולציה) - regulation
- התנהגות צרכנים - consumer behavior

הספרות העוסקת בנושא מלמדת אותנו כי רפורמה במערכת בריאות מחייבת מספר תנאים שהינם קשים להשגה, כמו:

- הזדמנות פוליטית לשינוי - תמיכה והסכמה בין גורמים פוליטיים בעלי תפיסות שונות מנהיגות מבוססת
- יציבות שלטונית לאורך זמן שתאפשר יישום רפורמה לפי אסטרטגיה ברורה
- מחוייבות ברורה ומוגדרת של המדינה לתהליך הרפורמה גם לטווח הארוך
- יכולות משמעותיות מבחינת כח אדם, מידע וארגון
- הגדרה ברורה ומבוססת של מטרת הרפורמה, מבוססת על עובדות וידע מקצועי, יעדים מוגדרים לטווח הארוך, ומתן מענה לצרכים של אוכלוסיות שונות (מבוטחים, קטינים ומבוגרים, מרכז ופריפריה וכו')
- הצגת תוצאות חיוביות מיידיות בטווח הקצר במסגרת יעדים ברורים ומוגדרים לטווח הארוך
- השענות על מקור מימון רחב ויציב לאורך זמן
- איזון בין גמישות לסגוליות¹

על בסיס זה, נבחן מאוחר יותר, מהם התנאים הנדרשים להצלחת רפורמה במערכת הבריאות בישראל, ובהתאם לתנאים אלו, נבחן האם תנאים אלה התקיימו בניסיון העברת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. במקביל, נבחן את השפעתם של תנאים אלו בבחינה של רפורמות שהצליחו במערכת. כגון הרפורמה המבנית והשיקומית בבריאות הנפש.

¹ הרפורמה צריכה להיות מספיק גמישה כדי לתת מענה לשוניות הקיימות - גיאוגרפית (פערים גיאוגרפים בפריסת שירותים בין מרכז ופריפריה, שונות בפיזור גיאוגרפי - מיגזר עירוני מול מיגזר כפרי וכו'), דמוגרפית (צרכים שונים של אוכלוסיות מוגדרות - מטפלים דוברי ערבית, דוברי רוסית ואמהרית, צרכים שונים של גילאים קטינים מול בוגרים). מצד שני, רפורמה צריכה לענות לצרכים ספציפיים רוחביים כגון מענה להפרעות אכילה בכל הארץ ובכל הגילאים.

מוצע להלן, רשימה של מספר תנאים בסיסיים לקידום רפורמה במערכת הבריאות:

1. הסכמה בין גורמים פוליטיים - הרפורמה צריכה לא להתנגש עם תפיסות עולם פוליטיות של שתי התפיסות הפוליטיות החברתיות המרכזיות בישראל. דוגמה ברורה לכך הינה ניסיונות המיסגור של גורמים מסויימים הטוענים כי הרפורמה בבריאות הנפש מהווה הפרטה - מונח שהצד החברתי-סוציאלי של המפה הפוליטית בישראל מתנגד לו.
2. מחויבות ברורה ותמיכה של המדינה בתהליך לאורך זמן (רשת ביטחון כלכלית, בחינה מובטחת של הנחות היסוד בבקודות זמן מוגדרות ותיקון התכנית בהתאם).
3. קיום תמיכה והסכמה של כל הגורמים השותפים בתהליך ובעיקר אלה שיש להם שליטה או השפעה על המרכיבים הקריטיים של המערכת, דהיינו, לקוחות, מקורות כספיים, וכח אדם: ממשלה (משרדי הבריאות, אוצר, משפטים, רווחה ומשרדים אחרים - נדרשת קואליציה או "קבוצת שינוי" של בעלי תפקידים במשרדי הממשלה ש"מריצים" את הרפורמה), קופות חולים, עובדים ואירגוני עובדים (פורמליים וא-פורמליים), צרכנים (מטופלים, בני משפחה ותומכים עיקריים של מטופלים ומטופלים פוטנציאליים).
4. יציבות שלטונית - חילופים מהירים של משרדי ממשלה אינם תורמים ליכולת להעביר רפורמה, הפקידות המקצועית של המשרד זקוקה לתמיכה פוליטית ומימונית לביצוע רפורמה. ללא תמיכה פוליטית הסיכוי להעברת רפורמה קטן ביותר ורצוי לא לבצע. חילופי שלטון עוצרים תהליכי חקיקה כפי שקרה לאחרונה בדיון בחוק הרפורמה הביטוחית בכנסת הקודמת, טרם התפזרותה.
5. יכולות ומשאבים בתחומים שונים - קיום מאגר מספיק של אנשי מקצוע הינו תנאי הכרחי לביצוע רפורמה שמטרתה להכפיל את היקף השירותים לאוכלוסיה, כמו שנדרש בבריאות הנפש. בהקשר זה ראוי לציין את המחסור במטפלים לקטינים ואוכלוסיה דוברת ערבית כמכשול ליישום הרפורמה בבריאות הנפש.
6. מתן מענה לצורך אמיתי של אוכלוסיות, מטופלים ולא מטופלים.
7. קיומו של מקור מימון רחב, נדיב ויציב לאורך זמן.
8. הצגת תוצאות חיוביות ומיידיות בטווח הקצר, במסגרת יעדים ברורים ומוסכמים לטווח הארוך.
9. גמישות בהפעלת התכנית בהתאם לצרכים שונים (מתן מענה בהתאם לשוני גיאוגרפי, דמוגרפי ו/או סוג השירות הנדרש, לדוגמה הפרעות אכילה בילדים).
10. התמקדות בנושא העיקרי, והוצאת נושאים "טפילים" (שאנם בהכרח חיוניים לביצוע הרפורמה) מהתהליך. דוגמאות לנושאים אשר אינם בהכרח נמצאים בליבה של הרפורמה הביטוחית הינם: סגירת המרפאות הממשלתיות והגבלת תקציבי השיקום.

11. תקשורת - חיוני ללוות את התהליך בתקשורת שכוללת הסברה על מהות התהליך, היתרונות והתועלות לציבור כתוצאה מהרפורמה, וזאת כדי לא לאפשר למתנגדי הרפורמה לכבוש את דעת הקהל, שרובו אינו בקי בפרטים או בתוצאות אפשריות של הרפורמה.

12. קצת מזל. שלא יתרחשו אירועים סביבתיים רדיקלים בלתי צפויים אשר יסיטו את תשומת הלב הציבורית וזו של הממשל מהרפורמה המתוכננת.

לאור נקודות אלו, נבחן את הרפורמות השונות בבריאות הנפש לפי חמש קבוצות התייחסות עיקריות:

1. כוחם של בעלי העניין המעורבים ברפורמה - בכל אחת מן הרפורמות תינתן סקירה של השחקנים העיקריים אשר לקחו חלק בתהליך הרפורמה, כוחם ועמדתם ביחס לרפורמה. באמצעות בחינה זאת, ננסה לזהות את ההשפעה והכוח של השחקנים השונים על סיכויי היישום של הרפורמה.

2. מנהיגות - עד כמה יש לרפורמה "הורים" אשר לוקחים על עצמם להוביל את תהליך הרפורמה לכל אורכו ומידת כוחם בהובלת התהליך.

3. מיקוד הרפורמה - עד כמה הרפורמה ממוקדת במטרה אשר מצד אחד הינה מצומצמת וברורה ומן הצד השני משמעותית כדי להיחשב כרפורמה ולא כשינוי זניח.

4. מימון - כפי שצויין קודם לכן, רפורמות לרוב דורשות מקור מימון לצורך יישומן. כאשר מעוניינים ליישם רפורמה, יש לדאוג כי המקורות הכספיים יעודדו את יישום הרפורמה ולכן כדאי "לשמן את גלגלי הרפורמה" ולהיות נדיבים בתימחורה. לעומת זאת, כאשר לגורם המממן אין רצון עז ביישום הרפורמה, הוא לרוב לא ייתן תוספת משאבים לביצועה.

5. אוירה ציבורית - בשנים האחרונות הולך וגובר השימוש בתקשורת ככלי השפעה על מקבלי ההחלטות. התקשורת אמונה, בין היתר, על העברת האוירה הציבורית לציבור הרחב, אך לעיתים היא מייצגת רק חלק מן הצדדים ונוטה לתת במה בעיקר לעובדות השליליות והסנסציוניות.

חלק שני: הרפורמה בבריאות הנפש - רקע היסטורי

מאז תחילת שנות השבעים של המאה הקודמת, חותרת מדינת ישראל לרפורמה מקיפה בתחום בריאות הנפש, מטרתה המרכזית של הרפורמה הינה להעביר את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים לקהילה. גישה זו מעוגנת בגישות מתקדמות בבריאות הנפש ורואה בשינוי יתרון טיפולי, גישה הומאנית יותר לאנשים הסובלים ממחלות נפש וכן יתרון כלכלי לעומת גישות קודמות. בנוסף, מטרתה לשלב את רפואת הנפש בשירותי הרפואה הכללית ולייעל את השירותים. בשורות הבאות, נסקור בקצרה את הניסיונות העיקריים בנושא זה לאורך 30 השנים שבין 1970 לשנת 2000. הניסיון המרכזי הראשון להעברת שירותי בריאות הנפש לקהילה נעשה במסגרת תוכנית טרמר לראורגניזציה של שירותי בריאות הנפש שפורסמה בשנת 1972. תוכנית זאת התבססה על הדגם האמריקאי של מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש המיועדים להספקת שירותי בריאות נפש כוללניים ורציפים (מייעוץ ועד אשפוז). משרד הבריאות ניסה לקדם תוכנית זאת, אך למרות תרומות ייעודיות מחו"ל שנועדו לסייע בביצוע הרפורמה, התוכנית לא יצאה אל הפועל.

הניסיון השני התרחש בשנת 1977 עת חתמו מנכ"ל משרד הבריאות ויו"ר קופת חולים כללית על הסכם להספקה ומימון של שירותי בריאות הנפש (הסכם מנצ'ל-דורון). הסכם זה קבע כי שירותי בריאות הנפש ינתנו על בסיס אזורי וללא תשלום, במימון מלא של המדינה. בעקבות ההסכם החלו משרד הבריאות וקופ"ח כללית בתכנון מערך אשפוז אזורי ובתיאום בין שירותי האשפוז לשירותי הקהילה. אך בסופו של יום, הסכם זה לא מומש ולא הביא לראורגניזציה אלא להסרת אחריות של קופ"ח כללית מהאחריות למימון ופיתוח שירותי בריאות הנפש והטלתם על משרד הבריאות.

הניסיון המרכזי השלישי נעשה בתקופת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). במסגרת הרפורמה במערכת הבריאות אשר כללה הסדרה בחקיקה של זכויות המבוטחים, מעבר חופשי בין קופות החולים ושינוי תמהיל המימון של מערכת הבריאות, היה ניסיון גם לנצל את ההזדמנות ולגרום לרפורמה בשירותי בריאות הנפש. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי יש להעביר לקופות החולים את האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש במהלך שלושת השנים הראשונות לאחר כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקפו. חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היוותה הזדמנות להעביר את האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש מהמדינה לקופות וכך גם לסייע ברפורמה מבנית שעיקרה העברת הטיפול בנכי הנפש לקהילה, על-פי עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ניסיון היישום הראשון נעשה בחודש יוני 1995, אך הוא לא צלח² ותאריך היישום נדחה 5 פעמים נוספות, עד שבשנת 1997 בוטלה, באמצעות חוק ההסדרים, מגבלת הזמן להעברת האחריות לקופות החולים.

חלק שלישי: הרפורמה השיקומית

הרפורמה השיקומית בבריאות הנפש היא אחת מהשינויים הבולטים שהתרחשו בארץ בטיפול ובדאגה לאנשים הסובלים ממחלות נפש. בראשית 2009 פעלו בארץ כ-550 יחידות שיקום בקהילה והתקציב הממשלתי להפעלתן הגיע ב-2008 ל-385 מיליון ₪. רפורמה זו היא מרכיב הכרחי בשינויים המתרחשים בתחום שירותי בריאות הנפש בארץ. השינוי התרחש בעיקרו בעקבות חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000, ובעקבותיו, ההקמה, התקצוב והפיתוח של מערך שירותים לשיקום נכי נפש בקהילה במסגרת שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות. מטרת החוק לשיקום נכי נפש בקהילה היא לסייע לאנשים הסובלים מנכות נפשית להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים תוך שמירה על כבודם ברוח חוק כבוד האדם וחירותו. לחוק זה שלושה מרכיבים עיקריים: זכאות, סל השיקום והדרכים למימוש זכאות ולקביעת רמת השירותים.

הרפורמה השיקומית הייתה תנאי הכרחי, אם כי לא יחיד, להצלחתה של הרפורמה המבנית בבריאות הנפש (עליה נפרט בהמשך). ההפחתה הניכרת (ב-50% בעשור) במספרן של מיטות האשפוז הפסיכיאטרי והירידה המרשימה (ב-70%) בשיעור המאושפזים הפסיכיאטריים ביחס לאוכלוסייה הכללית ללא תופעות לוואי חברתיות חמורות כמו תופעת חסרי הדיוור, התאפשרה בישראל בגלל הרפורמה השיקומית, שהתרחשה במקביל לרפורמה המבנית. למעשה ראוי להתייחס לשתי הרפורמות ככלים שלובים, כשני צדדים של אותו מטבע. אולם הרפורמה השיקומית היא הרבה יותר מאשר חלופות לאשפוז פסיכיאטרי ממושך. היא שינוי תפיסתי בהתייחסות לאנשים הסובלים מנכות וממוגבלות הנובעות ממחלות נפש, ממחויבות החברה כלפיהם ומהדרכים לסייע להם להשתקם ולהשתלב בחברה.

² עקב אי הסכמה על עלות הרפורמה. לפי נתוני כללית, הפערים בין הצדדים עמדו על 80 מיליון ₪.

רקע

הניצנים הראשונים של תכניות שיקום נכי נפש בקהילה החלו כבר בשנות הששים והשבעים, אולם אלה היו מעטים וברובם נעשו במסגרת המוסדות האשפוזיים הקיימים או ע"י עמותות מעטות כמו "אנוש", שעסקו בנושא. ראשיתו של השינוי שהוביל בסופו של דבר לחקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה באמצע שנות התשעים. בשנת 1993 הוקמה במסגרת שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות מסגרת מנהלית שתפקידה היה לפתח תכניות שיקום בקהילה לנכי נפש. זו התמקדה בתכניות דיור בקהילה כחלופות לאשפוז וכן במידת מה בתכניות תעסוקתיות בקהילה לנכי נפש. החל משנת 1994 הפעיל משרד הבריאות תכניות לשיקום נכי נפש בקהילה באמצעות הסבה של תקציבים שנבעו מסגירת מיטות פסיכיאטריות וכן תוספת קטנה שהוקצתה לעניין זה ע"י משרד האוצר. היקף התכנית היה קטן.

לאור הניסיון לרפורמה בבריאות הנפש בשנת 1995, שנכשל, הבינו הרשויות כי הסוגיה של חולי הנפש הקשים והממושכים מחייבת תשומת לב מיוחדת. לאור זאת, במחצית השנייה של שנות התשעים פעלו שתי וועדות בין-משרדיות, של משרד הבריאות ומשרד הרווחה, שתכננו פעולה משותפת בשיקום נכי נפש בקהילה. במקביל לכך, אך באופן בלתי תלוי, החלה ח"כ תמר גוז'נסקי בערך באותה תקופה ביוזמה לחקיקה ספציפית הנוגעת לשיקום נכי נפש בקהילה. במשרד הבריאות הבינו את החשיבות של הנושא ואת היתרונות בחקיקה נפרדת בעניין זה והחליטו להצטרף ליוזמה של ח"כ גוז'נסקי ואף לעצב את החקיקה בהתאם לתפיסתם המקצועית והמנהלית. ראשי משרד הבריאות הבינו את הסיכוי הגלום בחקיקה בנושא בקשר לקידום הרפורמה המבנית והרפורמה הביטוחית שתכננו. הממונה על השיקום בקהילה, בשירותי בריאות הנפש ראה ביוזמת גוז'נסקי הזדמנות לקדם את נושא השיקום, לעצבו עפ"י השקפתו המקצועית ולממנו. ח"כ גוז'נסקי הגישה בשנת 1996 הצעת חוק פרטית לשיקום נכי נפש בקהילה. בנוסף לתמיכה של משרד הבריאות, הצעה זו זכתה לתמיכה של המועצה הלאומית לבריאות הנפש, וכן של אנשי מקצוע ואקדמיה בתחום. ההצעה זכתה גם לתמיכה, מסויגת אמנם, של משרד האוצר, אשר חשש ממחויבות תקציבית שתבוא בעקבות חוק ספציפי בנושא. משרד הרווחה שאמור היה לעסוק בשיקום נכי נפש בקהילה במסגרת האחריות הכוללת שלו לשיקום נכים, הסתייג מכך, בין השאר גם כתוצאה מהתנגדותם של גורמי השלטון המקומי אשר חששו מהעלות התקציבית הנוספת שתושט עליהם. התנגדות זו באה לידי ביטוי ציבורי וחוקי. משרד העבודה והרווחה הוציא תקנות ברוח ההתנגדות הזו. ראוי לציין, כי באותה תקופה ובקשר לרצון להביא לרפורמה מקיפה בשירותי בריאות

הנפש בארץ הוקמה בשנת 2000 הוועדה לתכנון פריסת השירותים בראשות מרדכי שני. וועדה זו הציגה תפיסה לשינוי מהותי במבנה שירותי בריאות הנפש. היא קבעה כי שירותי האשפוז בבריאות הנפש מיועדים רק לחולים "פעילים" או "פעילים ממושכים". אין ספק כי ללא הקמת מערך שיקומי ותקצובו, לא היה ניתן לבצע המלצות הוועדה. בשנת 2000 נחתם הסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר לתקצוב מסודר של מערך השיקום, אשר הותנה בירידה מקבילה של מספר המיטות הפסיכיאטריות, דהיינו, ברפורמה המבנית. בקשר לכך, ראוי לציין כי למספר חוקים שנחקקו בישראל החל משנות התשעים הייתה ללא ספק השפעה על השינויים שחלו בתחום בריאות הנפש. אלה כוללים את החוק לטיפול בחולי נפש, 1991, חוק כבוד האדם וחירותו, 1992, חוק זכויות החולה, 1996, וחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, 1998, חוק הדיור הציבורי, 1998. בנוסף, אין ספק כי גם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995 וסל הבריאות שהובטח לנכי נפש בקהילה וכן חוק הביטוח הלאומי, וקצבאות הנכות שהעניק לנכי נפש בקהילה היו חוקים חשובים שתרמו לשינוי.

כוחם של בעלי העניין המעורבים ברפורמה

1. משרד הבריאות - בתחילה, התחבטו מעט במשרד הבריאות האם יש צורך בחוק מיוחד הנוגע לשיקום נכי נפש בקהילה והאם לתמוך ביוזמתה של ח"כ גוז'נסקי. עמדתה הכללית של הנהלת משרד הבריאות הייתה חיובית. היא ראתה בחוק הזדמנות לשיפור השירות, להפחתת עלויות ולהקטנת מצבת כח האדם, ליצירת תנאים מאפשרים לרפורמה מבנית ובסופו של דבר להסרת בלם להגשמת היעד של רפורמה ביטוחית בבריאות הנפש וכן הזדמנות לגיוס תקציבים נוספים מבלי לפגוע בשירותים הקיימים ובקבוצות העניין כמו זו של מנהלי בתי החולים הפסיכיאטרים. בשירותי בריאות הנפש, הממונה על השיקום, וכן הקבוצה שעסקה בשיקום נכי נפש בקהילה, אשר מרביתה נמנתה על מקצועות לא רפואיים בתחום בריאות הנפש, ראתה בהצעת החוק הזדמנות מקצועית לשינוי תפיסה בשיקום נכי נפש בשירותי בריאות הנפש ואפשרות לשיפור השירות בתחום מומחיותה, וכן הרחבת תחום האחריות הארגוני שלה ומעמדה במסגרת שירותי בריאות הנפש וחזוק המוניטין המקצועי שלה. כאמור, בראשית המהלך של הצעת החוק של ח"כ גוז'נסקי, היססו בשירותי בריאות הנפש אם ראוי לתמוך בהצעת חוק מיוחד המתייחס לקבוצה ספציפית, אולם בעקבות הערכה שנעשתה וע"ס היתרונות הצפויים מחוק ספציפי כזה, הוחלט לתמוך בהצעת החוק, לסייע לח"כ גוז'נסקי ולעצב את החוק ברוח התפיסות המקצועיות של אנשי השיקום הפסיכיאטרי במשרד הבריאות.

מן הראוי לציין את תמיכתו האיתנה של שר הבריאות לשעבר, ח"כ ניסים דהן. הרב ניסים דהן תמך בנחישות ובהתמדה בחוק מראשית התקופה שנבחר לכנסת ב-1996 וביתר שאת בתקופה שכהן כשר הבריאות, בין השנים 2001 - 2003. הוא אף הקצה תקציבים מיוחדים מתקציב משרד הבריאות לקידום יישומו של החוק.

2. בתי החולים הפסיכיאטרים הממשלתיים - עמדתם של מנהלי בתי החולים הללו הייתה באופן מסורתי קריטית בקשר לכל רפורמה בתחום בריאות הנפש. חלק ממנהלי בתי החולים הפסיכיאטרים התנגדו בתקיפות לחוק השיקום שהיה אמור להיות מלווה בצמצום האשפוז ואף יצאו לתקשורת והזהירו את הציבור מפני סכנה אפשרית לביטחון הציבור כתוצאה מן הרפורמה. לאחר שניתן היה להבין שתקציבים ומעמדם לא יפגעו ושהרפורמה תאפשר להפחית את מספר המאושפזים ולשפר את התנאים בבתי החולים, ההתנגדות התמתנה ומרביתם אף תמכו ברפורמה.

3. משרד האוצר - משרד האוצר תמך ברפורמה באופן עקרוני וראה בה הזדמנות לשינוי מבני במערכת בריאות הנפש. אולם יחד עם זה חשש מגידול בתקציב. בתחילה ביקש שהתקציב לרפורמה יבוא מהחיסכון במיטות אשפוז. בשלב מסוים במהלך תהליך החקיקה ביקש משרד האוצר למנוע חקיקת החוק עד להבטחת הנושא התקציבי. בסופו של דבר, האוצר התנה את המשך התקצוב המיוחד ליישום חוק השיקום בהפחתה מקבילה במספר המיטות הפסיכיאטריות והגיע להסכם ברוח זו עם משרד הבריאות.

החששות של משרד האוצר מפני דרישה תקציבית בלתי מבוקרת לא חלפו. בשנת 2006, במסגרת הצעת חוק ההסדרים, ניסה להכניס סעיף שישנה את חוק השיקום נכיו נפש בקהילה ויאפשר פיקוח ובקרה על גובה התקציב המיועד לנושא. שר הבריאות דאז, יעקב בן-זורי וכן וועדת העבודה הרווחה והבריאות התנגדו למהלך והנושא ירד מן הפרק. הנושא חזר ועלה בהצעת החוק לרפורמה בבריאות הנפש, שאושרה בקריאה ראשונה בכנסת בשנת 2007. הצעת החוק התנתה את הרפורמה הביטוחית בהכנסת שינויים בחוק השיקום נכיו נפש בקהילה, אשר בהיעדר תקציב יכלו לגרום לפגיעה בזמינות השירותים. כמו כן עסקה ההצעה באפשרות לשנות את הרכב הסל ללא אישור מיוחד כנדרש בחוק. כמו כן ביקש האוצר להגביל את מידת השימוש בהפניות של אנשים ע"י קופות החולים לשיקום. בגלל המשבר הפוליטי של שלהי 2008 ופיזור הכנסת ה-17, לא הושלמה החקיקה בעניין זה.

כתנאי להסכמתו של משרד האוצר לתוספות תקציביות למערך השיקום בשנים הבאות, הועלתה על ידו הדרישה למדדים ל"מוביליות" במערך השיקום, דהיינו התקדמות ושיפור של מצבם של נכי נפש ולקביעה של אחוז מסוים שאמור להתקדם ולצאת ממעגל השיקום. המחקר העוסק בתחום מלמד שלמרות השיפור ברמת התפקוד ובאיכות החיים ששירותי השיקום יכולים לגרום, חלק מן הנכים יצטרכו להמשיך ולהזדקק לשירותי שיקום. כמו כן, משתנים רבים שאינם בשליטת שירותי השיקום, כמו מצב התעסוקה במשק, משפיעים על השיקום ואין אפשרות למדוד אותם או אף לחזותם.

4. משרד הרווחה - שאמור היה לעסוק בשיקום נכי נפש בקהילה במסגרת האחריות הכוללת שלו לשיקום נכים, הסתייג מכך, בין השאר גם כתוצאה מהתנגדותם של גורמי השלטון המקומי אשר חששו מהעלות התקציבית הנוספת שתושפת עליהם. כמו כן, הממונה על השיקום במשרד העבודה והרווחה באותה תקופה התנגד לחוק. עמדה זו באה לידי ביטוי גם ע"י שרת העבודה והרווחה, אשר הביעה התנגדות חריפה לשילוב חולי הנפש במסגרות של נכים ומשוקמים אחרים. התנגדות זו באה לידי ביטוי ציבורי וחוקי. משרד העבודה והרווחה הוציא תקנות ברוח ההתנגדות הזו.

5. קופות החולים - לא היו מעורבות בד"כ בתהליך החקיקה של חוק שיקום נכי נפש בקהילה. ראו בו תועלת מקצועית וארגונית לטפל ולשקם את מבוטחיהן. במו"מ על הרפורמה בבריאות הנפש התנגדו נחרצות להצעה להתנות את החוק בשינוי חוק שיקום נכי נפש ובהגבלת האפשרות שלהן להפנות נכי נפש למערך השיקום (ר' להלן).

6. הכנסת - חברי כנסת רבים תמכו בהצעתה של תמר גוז'נסקי. בשלב מאוחר יותר, כאשר משרד האוצר ביקש לבלום את החוק בגלל חששות לדרישות תקציביות בלתי מבוקרות, וועדת העבודה, הרווחה והבריאות בראשות ח"כ טל מנעה זאת.

7. עובדים מקצועיים בתחום בריאות הנפש - אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, בעיקר אלו שאינם רופאים, תמכו בהצעת חוק שיקום נכי נפש בקהילה. תמיכה זו נבעה משיקולים מקצועיים וכן מאינטרסים ארגוניים פרופסיונאליים. הם ראו בכך הזדמנות להרחבת תחום האחריות שלהם במסגרת שירותי בריאות הנפש. תמיכה זו הודגשה במיוחד ע"י מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאליים, אשר לימים איישו את מרבית המשרות במערך השיקום. עמדתם של הפסיכולוגים והאחיות הייתה מעורבת.

8. ארגוני מתמודדים, ארגונים של משפחות נכי נפש וקואליציה של ארגוני הנכים - אלו תמכו תמיכה בלתי מסויגת בחוק שיקום נכי נפש בקהילה ובמערך השיקום שקם בעקבותיו. ארגונים אלו חששו מהגבלת החוק, נאבקו בניסיונות לצמצמו, ונאבקו בצורה נחרצת בניסיונות לשנות את חוק שיקום נכי נפש בקהילה במסגרת חקיקת הרפורמה (הביטוחית) בבריאות הנפש.

9. המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (הוקמה לאחר החוק) - המועצה תומכת בקיומו ובפיתוחו של החוק ומתנגדת בצורה נחרצת לכל ניסיון לשנות את חוק שיקום נכי נפש בקהילה ברוח ההצעות שהועלו במסגרת הצעת החוק לרפורמה בבריאות הנפש. עמדה זו הובעה באופן ברור בפני שר הבריאות, מנכ"ל משרד הבריאות והנהלת משרד הבריאות.

דומה, שעד כה, הרפורמה השיקומית היא סיפור הצלחה. אמנם, כפי שראינו, לאחרונה נעשה ניסיון לשנות את החוק לשיקום נכי נפש בקהילה והדבר עלול לפגוע בה ואולי אף להכשילה, אולם עד כה, בעשור מאז שיושמה, הגיעה להישגים מרשימים, סייעה לרפורמה הקרויה "מבנית" וכן, האפשרות ליישום הרפורמה הביטוחית מותנית בהמשך תפקודה הראוי.

מה הם הגורמים העיקריים שאפשרו שינוי זה? אמנם אין כל וודאות שאכן נמנה את כולם, או שבכלל נצדק בטיעונים. כל שאפשר הוא לשער שהגורמים שיצויינו להלן הם הגורמים העיקריים שאפשרו את ההצלחה של הרפורמה. ניתן לעשות זאת על סמך סקירת הספרות הדנה ברפורמות בבריאות הנפש, אלה שהצליחו ואלו שנכשלו:

- הרפורמה השיקומית הייתה **תוספת** לשירותים הקיימים. הוקצה לה תקציב מיוחד (על חשבון תקציבי האשפוז) ובמעמד של השירותים האחרים. בכך היא למעשה ניטרלה אופוזיציה פוטנציאלית.
- הרפורמה אף שיפרה את מצבם של חלק מבעלי העניין האחרים במערכת, ובעיקר את זה של בעלי הכוח במערכת בריאות הנפש, דהיינו, בתי החולים הפסיכיאטרים. היא לא דרשה סגירת בתי חולים פסיכיאטרים בעקבות הרפורמה. יתרה מזאת. היא אפשרה הפחתה במספר המאושפזים ללא פגיעה ממשית בתקציב ואף הביאה לשיפור יחסי בתקציבי בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים. גם הממסד הפסיכיאטרי לא ראה בחוק סיכון למעמדו או לתקציבים המופנים אליו.
- משרד האוצר, למרות מספר היסוסים, תמך ברפורמה והסכים להקצות לה תקציבים מיוחדים.

- נוצרה קואליציה של מספר גורמים, במשרד הבריאות ומחוצה לו, שראתה עניין מקצועי, ארגוני, כספי ופוליטי לתמוך ברפורמה: ח"כ גוזנסקי, משרד הבריאות והממונה על השיקום במשרד, משרד האוצר (ככלי לקידום הרפורמה המיבנית), אנשי מקצועות הבריאות, נכי הנפש ומשפחותיהם, ספקי שירותי השיקום.
- הנושא לא היה קונטרברסיאלי, והיתרונות האנושיים, הטיפוליים והכלכליים שבו הובלטו.

בסיכומו של דבר, ההסכמה הרחבה בהיבטים המוסריים, המקצועיים והארגוניים שהיו גלומים בהצעת הרפורמה, התוספת התקציבית ללא צורך "בדריכה על יבלות" של בעלי עניין חזקים וכתוצאה מכך, העדרה של אופוזיציה חזקה, קיומה של קואליציה של בעלי עניין שתמכה בחוק, התמיכה של משרד האוצר ומנהיגות מקצועית, ארגונית ופוליטית היו הגורמים העיקריים שאפשרו את הרפורמה השיקומית בבריאות הנפש.

חלק רביעי: הרפורמה המבנית

מטרתה של הרפורמה המבנית הייתה להפחית ב-50% את מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות. רפורמה זאת הייתה תלויה ברפורמה השיקומית, שכן ללא פתרון קהילתי, בעיקר בתחום המגורים, התעסוקה והחברה והפנאי, לאנשים הסובלים ממחלות נפש לא ניתן היה לצמצם את מספרן של המיטות הפסיכיאטריות מבלי ליצור בעיות חברתיות ואנושיות חמורות כמו תופעת חסרי הבית.

הלקוחות המרכזיים של הרפורמה המבנית היו חולים הסובלים ממחלת נפש קשה וממושכת שגרמה לאשפוזם לפרק זמן ממושך (אשפוז ממושך שנמשך לרב מעבר לשנה בציפות או לחילופין לאשפוזים חוזרים בבתי חלים פסיכיאטרים בתדירות של מספר פעמים בשנה) ובכך ענו להגדרה של SEVERE MENTAL ILLNESS. אוכלוסיית חולים זו היא יחסית מצומצמת גם ביחס לסך חולי הנפש במדינת ישראל, ורוב בעלי העניין היו תמימי דעים כי יש לשפר את מצבם ולמנוע את אשפוזם במידה והדבר מתאפשר. הודגש כי האשפוז הפסיכיאטרי צריך להיות רק למקרים אקוטיים ולזמן קצר ככל האפשר, שכן לאשפוז ממושך שאין לו צורך רפואי יש תופעות לוואי בלתי רצויות המחריפות את מצבו של האדם, רמת תפקודו וסיכוייו לחזור לחיים בקהילה. ראוי לציין כי חלק מהפחתת המיטות הפסיכיאטריות נבע גם משינוי מיקומם ומשינוי ההגדרה של המוסדות הפרטיים ל"מגורים טיפוליים".

א. כוחם של בעלי העניין המעורבים ברפורמה

1. משרד הבריאות - משרד הבריאות היה והינו תומך של הרפורמה וגם שחקן משמעותי. הרפורמה המבנית היא כולה תחת שיפוטו בכך שהמשרד מנהל ישירות את בתי החולים הממשלתיים שספגו חלק ניכר מהקיצוץ והוא המממן הבלעדי של האשפוז הפסיכיאטרי במוסדות הפרטיים. עם זאת יש לציין כי המשרד לא פעל רק בכוח הזרוע (בי"ח אברבנאל לא מימש את חלקו ברפורמה עד החלפת המנהל דאז בשלהי 2004) אלא גם בדרך הפיתוי שהציע אפשרות המשך קיום למוסדות הפרטיים (כך הפכו בתי החולים הפסיכיאטרים הפרטיים לבתי חולים לאשפוז תחלואה כפולה - מחלות פסיכיאטריות עם פיגור שכלי או לחילופין להוסטלים ומגורים טיפוליים למיניהם) מחד, ופיתרון לבעיות התקציב של בתי החולים הממשלתיים (העלאת התקציב למיטה) מאידך.

2. משרד האוצר - גם משרד האוצר תמך ברפורמה, בדומה למשרד הבריאות. ברפורמה זאת היה משרד האוצר נדיב יחסית ותמך בתמריץ שניתן לבתי החולים הממשלתיים - פתרון ארוך טווח לבעיות התקציב והגדלת יחס כח אדם למיטה ובתמריץ להמשך קיום מוסדות האשפוז הפרטיים ע"י הפיכתם להוסטלים ומגורים טיפוליים למיניהם. התמריץ המרכזי היה הכרת משרד האוצר בחשיבות המקור התקציבי של הפחתת שיעור המיטות האשפוזיות להגדרת תקציב למימוש חוק שיקום נכי נפש בקהילה וכן הגדילה לעשות בהסכמתה לתוספת מימון של 180 מיליון ₪ שינתן בהדרגה לאורך השנים 2001 - 2005 ובהתאם לשלבי מימוש הרפורמה המבנית, כך שבשלהי 2005 תקציב השיקום יהיה (ואכן היה) 300 מיליון ₪ במחירי 2001. תמריץ זה היווה את התמריץ היעיל ביותר מבחינת האוצר לוודא שיהיה אינטרס למערכת למימוש הרפורמה לאורך כל שנות ביצועה.

3. הכנסת - כלל לא הייתה מעורבת ברפורמה המבנית. לא עניין פעוט הוא שכנסת ישראל כלל לא הייתה מעורבת בעניין. יתכן והדבר מצביע מחד על החשיבות המועטת ה שנתן בית המחוקקים לרפורמה המבנית אך מאידך מנע היווצרות פתח לסחבת במימוש הרפורמה.

4. ממשלת ישראל - לא הייתה החלטת ממשלה בנושא (למעט אולי החלטה שלא

מומשה בדבר סגירת בי"ח אברבנאל), אך הממשלה פעלה בנושא באמצעות משרדי הבריאות והאוצר. הן ברפורמה הביטוחית והן ברפורמה המבנית קיבלה ממשלת ישראל החלטות שלא ביצעה. בתהליך הרפורמה המבנית אי מימוש החלטת הממשלה (סגירת בי"ח אברבנאל) היה דווקא אירוע תומך במימוש הרפורמה כי החלטה זו הייתה בבחינת מקל בגלגלי הרפורמה.

5. קופות החולים - קופות החולים תמכו מאוד ברפורמה המבנית וראו בה נדבך הכרחי בדרך לביצוע הרפורמה הביטוחית. זאת בכדי שתהיה תקרה ברורה וחד משמעית על ההוצאה העתידית שלהם לאשפוז פסיכיאטרי בגין מימוש הרפורמה הביטוחית. עם זאת ברפורמה המבנית, קופות החולים היו בבחינת שחקן שולי ביותר ותמיכתם הייתה חשובה מוסרית בלבד.

6. בתי החולים הממשלתיים - בתי החולים הממשלתיים תמכו בביצוע הרפורמה המבנית באופן כמעט גורף מכיוון שראו בכך פתרון לבעיות התקציב הגירעוני בו נמצאו עד כה מחד וכן בגין ההבטחה כי בעקבות הרפורמה יחס כח אדם למיטה יעלה באופן משמעותי. מאידך, הובטח להם כי השירות האמבולטורי הממשלתי יתוגבר בצורה משמעותית (הבטחה שלפחות ברמת התחושה לא קוימה לאור קריסת המערכת האמבולטורית כיום). אמנם הוספו 100 תקנים במסגרת פרויקט "שיפור טכנולוגיות" אך בהסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר סוכם על תגבור של 150 תקנים לקהילה בגין הגדלת העומס על האמבולטוריקה עקב צמצום מיטות האשפוז. תחושתם במהלך ביצוע הרפורמה כי אמנם שליטתם באימפריית האשפוז פחתה לאור צמצום המיטות שבעיקרו היה בבתי החולים הפסיכיאטרים הממשלתיים וכלל לא בבתי החולים של שירותי בריאות כללית או במחלקות הפסיכיאטריות בבתי חולים כללים (שאף תוגברו בבית חולים "שיבא" ובבתי החולים הנוצריים בנצרת). אך במקביל, הובטח להם כי הם יהיו האחראים על השירות האמבולטורי באזור אגן האשפוז שלהם שאמור היה לגדול משמעותית בעקבות צמצום המיטות. הבטחה זו הייתה תמריץ נוסף למנהלי בתי החולים לעמוד במצופה מהם בתהליך מימוש הרפורמה המבנית.

7. בתי החולים הציבוריים ושל קופות החולים - אלו תמכו ברפורמה המבנית כי ראו בכך שיפור בעוצמתם מול בתי החולים הממשלתיים. צמצום המיטות היה בעיקרו בבתי החולים הפסיכיאטרים הממשלתיים ולא בבתי החולים הציבוריים, הכלליים ובבתי

החולים הפסיכיאטרים של שירותי בריאות כללית (למעט סגירת ביה"ח טלביה של הכללית וקיצוץ במיטות אשפוז יום).

8. בתי החולים הפרטיים - תמכו ברפורמה המבנית (או לפחות ישבו על הגדר) עם ההגעה לסיכום מול משרדי הממשלה להמשך קיומם כאמור לעיל (עד אז הם התנגדו לרפורמה). בעלי בתי החולים הפרטיים היו שקועים בבעיות מימון קשות בגין צמצום האשפוז הממושך שהתבצע במשך השנים קודם לרפורמה המבנית וללא קשר אליה. הפיתרון שהוצע להם לשמש כבתי חולים לתלואה כפולה (בעיות פסיכיאטריות ופיגור), מגורים טיפוליים ומגורים טיפוליים אינטנסיביים והוסטלים כוללניים היווה להם מוצא ממצוקה זו ותמריץ משמעותי לשיתוף פעולה עם הרפורמה המבנית.

9. ציבור החולים ומשפחותיהם - תמכו בקיום הרפורמה. ראו בכך ערך חברתי חשוב של הפחתת האשפוז והצורך בו וכן הפחתה בסטיגמה של חולי הנפש בכך שיקבלו שירות רפואי דומה, במקביל לשירות הרפואי הגופני. אם זאת תמיכתם ברפורמה המבנית הייתה ברורה יותר כי היתרון הגלום בה ללקוחות - הפחתת האשפוז היה ברור ומובהק. הייתה תמימות דעים לגבי השיפור הצפוי במצבם של הלקוחות העיקריים של הרפורמה המבנית קרי אל מיסוד או מיסוד מחדש במסגרות פחות מגבילות, במסגרת הקהילה כחלופה לאשפוז ממושך או אשפוז חוזר (פתרון חלקי לבעיית REVOLVING DOOR PATIENTS).

10. ציבור העובדים - העובדים מתנגדים ככלל לכל שינוי בתחום העסקתם. אך ברפורמה המבנית הגיע משרד הבריאות לידי הסכמה שבשתיקה עם ארגוני העובדים לאחר שהובטח כי לא יהיו פיטורים של עובדים קבועים. כמו כן, ניתן פיתרון מוסכם לעובדים שמשרתם בוטלה בגין סגירת המחלקות. הרפורמה המבנית אמנם ביצעה קיצוץ בכח אדם אך כולו היה במסגרת עובדים זמניים או חודשי עבודה ולא פגע בעובדים קבועים. העובדים שמשרתם נסגרה (בגין סגירת מחלקות כגון מנהלי מחלקות ואחיות אחראיות מחלקה) זכויותיהם נשמרו במסגרת זיכרון דברים.

11. כלל הציבור - מכיוון שהתקשורת כלל לא עסקה ברפורמה המבנית כלל הציבור לא היה שותף לעניין. עם זאת הרפורמה המבנית ענתה במלואה, ובאופן חד ערכי למימוש ערך חברתי של צמצום האשפוז הפסיכיאטרי וניסיון לשילוב חולים אלו בקהילה.

ב. מנהיגות

בהמשך לכתוב בחלק הקודם, עיקר הובלת הרפורמה נעשתה ע"י משרדי הבריאות. משרד הבריאות ראה ברפורמה שליחות אשר יש לממשה אפילו במחיר של פגיעה בתקציבי המשרד ותקציבי בתי החולים שבבעלותו. כמו כן, משרד האוצר ראה חשיבות רבה ליישום הרפורמה ואף היה מוכן להרחיב את המקורות התקציביים המופנים לנושא (ראה סעיף ד').

ג. מיקוד הרפורמה

הרפורמה המבנית הייתה ממוקדת בהגדרת המדדים להצלחתה קרי ירידה במספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי מ-6,000 ל-3,500 (תוך כדי כך צומצמו הגדרות המיטות הקיימות לשלוש: פעילה אקוטי, פעילה ממושכת וקטינים) והגדלת תקציב למימוש חוק שיקום נכי נפש בקהילה. כן הוגדרו מדדים לגורמים משפיעים שנחשב כי ללא הגדרתם לא ניתן לבצע את הרפורמה. לכן הוגדרו מדדים למשך האשפוז ומדדי חזרה לאשפוז. כן הוגדר בבירור משך הזמן לביצוע הרפורמה - קרי סיום עד שנת 2005.

בתחום כח אדם: הוגדרו בבירור הפרמטרים הבאים: מספר התקנים להפחתה, מספר התקנים המועברים מהאשפוז לקהילה בכדי לאפשר את שחרור החולים מהאשפוז תוך הבטחה שיהיה להם גורם מטפל בקהילה.

הגורמים השונים נמנעו, בסופו של דבר, מלהכניס מטרות משנה לביצוע הרפורמה שעלולים לתקוע מקלות בגלגלים. דוגמה לכך הייתה החלטת הממשלה על סגירת בי"ח אברבנאל שלא הייתה הכרחית בכדי לממש את משימת הפחתת המיטות. סגירה זו יתכן והייתה נכונה וראויה אך פתחה חזית חדשה מול מתנגדים שונים שעיקרם העובדים מחד והמשפחות של נכי הנפש מאידך. אלו שחששו להעדר חלופה מתאימה למיטות שתסגרנה. התקשורת ראתה באקט זה עוד עדות ל"מטרה האמיתית" של הרפורמה המבנית - פגיעה בזמינות השירותים לאזרח וצמצומם. ויתור גורמי המדינה על דבר זה הראה כי אכן המדינה כנה ברצונה לבצע את הרפורמה ומוכנה לוותר על מטרות משנה ראויות ככל שיהיו ומכפיפה את כל מרצה לביצוע המשימה העיקרית.

ד. מימון

בעיקרה, הרפורמה המבנית לא הביאה להגדלת תקציב המדינה, ולכן זכתה לתמיכה רחבה של משרד האוצר. כתוצאה מהפחתת המיטות, תקני כח אדם ותקציב התפעול הכרוך בהם נחסך סכום של 120 מיליון ₪. משרד האוצר התחייב כי תקציב זה לא יגרע מתחום בריאות הנפש אלא יופנה למימון חוק שיקום נכי נפש בקהילה ואף הבטיח כי בהתאם להתקדמות מימוש הרפורמה הביטוחית יקצה ממקורותיו 180 מיליון ₪ נוספים למימוש חוק השיקום (הסכם בריאות אוצר 2001). דהיינו משרד האוצר נתן תמריץ כפול למימוש הרפורמה המבנית בכך שהבטיח כי הכסף הנחסך לא יגרע מתחום הפסיכיאטריה וכן הוסיף לכך תקציב חדש כתמריץ למימוש הרפורמה ובהתאם לשלבים השונים. **חשוב במיוחד שהאוצר הסכים ותמך בביצוע חלוקה מחדש של הכסף (ואף הוסיף תקציב) בהתאם לערך החברתי החדש שנוצר שיעקרו שחרור מאשפוז.**

ה. אגירה ציבורית

כפי שצויין קודם לכן, הן ציבור העובדים והן נפגעי הנפש ומשפחותיהם תמכו ברפורמה ולכן, לא נוצר הד תקשורתי כנגדה. מן הצד השני, גם הממשלה לא נעזרה בתקשורת על-מנת לקדם את מטרותיה. למעשה, התקשורת כמעט ולא עסקה ברפורמה המבנית ובכך בעצם תמכה בביצועה או לפחות לא הפריעה לכך.

תמריצים חיוביים ושליליים במסגרת הרפורמה המבנית

תמריצים חיוביים:

- תמריץ כלכלי במסגרת הרפורמה המבנית - ערב הרפורמה המבנית היו בתי החולים הפסיכיאטרים על סף קריסה כלכלית בגין תקציב לא הולם. הרפורמה המבנית הבטיחה תקציב הולם לבתי החולים הפסיכיאטרים (כולל הסכמה עם שירותי בריאות כללית לגבי התשלום הגלובלי עבור אשפוז בבתי החולים שלהם) ע"י העלאת התקציב הניתן למיטה.
- תמריץ כלכלי - הבטחת משרד האוצר כי עד לסיום ביצוע תהליך הרפורמה תוחרג מערכת בריאות הנפש מכל קיצוץ תקציבי עתידי (הבטחה שהושגה בדיונים על הרפורמה הביטוחית). כידוע, כמעט בכל שנה עוברים משרדי הממשלה קיצוץ רוחבי

(לרוב בגין הדרישה להתייעלות). משרד האוצר הבטיח, ויש לציין כי גם קיים, כי המערכת הפסיכיאטרית תוחרג מכל קיצוץ רוחבי או אחר עד סיום מימוש הרפורמה.

- מימוש ערך חברתי של צמצום האשפוז הפסיכיאטרי.
- תמריץ ניהולי - הבטחה כי ההגדלה הצפויה במערך האמבולטורי תתבצע באמצעות הגדלה של המרפאות הפסיכיאטריות הכפופות לביה"ח ובכך יהוו תחליף למוטת הניהול המצטמצמת של מנהלי בתי"ח הפסיכיאטריים.
- הבטחה לארגוני העובדים כי לא יפוטרו עובדים קבועים וכי יינתן פיתרון הולם לעובדים הנפגעים בגין הרפורמה ע"י שמירת זכויותיהם באמצעות זיכרון דברים.

תמריצים שליליים:

- אי הגעה להסכם תקציבי מול קופות החולים על הרפורמה המבנית נותן תחושה בשטח כי משרד האוצר אינו מחויב לביצוע הרפורמה הביטוחית. משרדי הבריאות והאוצר היו ערים לכך ולכן לבסוף הגיעו עם שירותי בריאות כללית להסכם בנידון (קרי רכש שירותים בגין השירותים הפסיכיאטרים האמבולטורים הניתנים ע"י בתי החולים גהה ושלוותא).
- אי קיום מרכיב קבוע של גידול בתקציב השיקום בגין גידול האוכלוסייה והחשש מ"פקק השיקום". עם צמצום מיטות האשפוז מחד והגדרת תקציב קשיח לשיקום חולי הנפש בקהילה מאידך, נוצר חשש כי חולים העומדים בתנאי השיקום לא יזכו לכך בגין מחסור בתקציב ו"יתקעו" באשפוז. חשש זה קיבל משנה תוקף לאור מצב מקביל בבתי החולים הכלליים, בעיקר במחלקות הפנימיות עם חולים קשישים המחכים לפיתרון להשמתם במוסד סיעודי. החשש כי בגין חולים שלא יהיה להם מקום בשיקום הקהילתי ועקב כך יישארו באשפוז פסיכיאטרי מחד וצמצום מספר המיטות האשפוזיות מאידך ייווצר "פקק" באשפוז ולא יהיו מיטות פנויות לאשפוז חולים הצריכים אשפוז זה והתפוסה תעלה מעל 100% והעומס על עובדים יהיה בלתי נסבל. מצב זה זכה לשם "פקק השיקום" והיווה תמריץ שלילי למימוש הרפורמה. בשיקול הכולל גברו התמריצים החיוביים על התמריצים השליליים למימוש הרפורמה המבנית. אך אי פיתרון סוגיית "פקק השיקום" נמשכה ומהווה כיום תמריץ שלילי משמעותי למימוש הרפורמה הביטוחית.

חלק חמישי: הרפורמה הביטוחית

גם לאחר מימושה והצלחתה של הרפורמה המבנית, האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש בישראל, נותרה בידי משרד הבריאות. מלבד האחריות הביטוחית, משרד הבריאות גם אחראי להפעלת מרפאות בריאות הנפש בקהילה אשר מהוות את הבסיס הנוכחי לטיפול בנכי נפש בישראל. במהלך השנים האחרונות, מנסה משרד הבריאות להעביר תיקון חקיקה אשר יעביר את האחריות הביטוחית אל קופות החולים במסגרת סל השירותים שהן מספקות לציבור (התוספת השנייה).

הצעת החוק עברה מספר גלגולים בשנים האחרונות, ולקראת סוף שנת 2008, במסגרת תת-וועדה מיוחדת שהוקמה בכנסת, נראה היה כי מהלך החקיקה מתקרב לסיומו (אם כי נשאר מספר מחלוקות, בעיקר סביב סוגיית המשאבים שיופנו לרפורמה). עם זאת, הקדמת הבחירות ופיזור הכנסת, מנעו מן הכנסת ה-17 להשלים את הליך החקיקה. תת-וועדה שהוקמה בכנסת והובלה ע"י ח"כ רן כהן, ביצעה שינויים מהותיים בהצעת החקיקה והגיעה להסכמות בנוגע למרבית המחלוקות בין הצדדים.

בדיון שנערך בכנס ציין רן כהן חמש סיבות מרכזיות שגרמו לו להתנגד לרפורמה בראשיתה: הרפורמה כמהלך של הפרטה, מכסות על טיפולים, קודי Z (פסיכיאטריה קלה), פגיעה בזכויות המטופלים והמטופלים ופגיעה בחוק שיקום נכי נפש בקהילה. רן כהן ציין כי במהלך עבודת הוועדה, הגיעו הצדדים להסכמות במרבית הנושאים השנויים במחלוקת. עם זאת, סוגיית המימון והפגיעה בחוק שיקום נכי נפש בקהילה, טרם הוסדרו והם מהווים תנאי הכרחי ליישום הרפורמה הביטוחית.

בשורות הבאות, נבחן את הניסיון להעביר את הרפורמה הביטוחית על סמך 5 קבוצות הקריטריונים שהוצגו בחלק הראשון.

1. כוחם של בעלי העניין המעורבים ברפורמה

הגורמים העיקריים שהיו מעורבים בגיבוש הרפורמה היו: משרד הבריאות, קופות החולים, משרד האוצר, משרד העבודה והרווחה, וועדת העבודה והרווחה של הכנסת. בנוסף פועלים במערכת גם מספר גורמים נוספים אשר לעיתים מעורבותם בתהליך רבה והשפעתם על תוצאותיו ניכרת. גורמים אלה כוללים: מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים, ארגוני עובדים, נציגי המומחים השונים בתחום בריאות הנפש, נציגי משפחות של נכי נפש, עמותות, ארגונים ויזמים המספקים שירותי בריאות נפש בקהילה במימון המדינה.

לעיתים לנציגים שונים מאותו ארגון או מגזר היו עמדות שונות לגבי הרפורמה. כמו כן, גם בין אלה שתומכים באופן כללי ברפורמה יש חילוקי דעות בנוגע לתנאים שבהם ראוי לבצע את ההעברה לקופות החולים.

להלן סקירה של מעורבות בעלי העניין המרכזיים

משרד הבריאות - תומך ברפורמה הביטוחית. נראה כי המשרד קיבל את העיקרון הרווח לפיו אין להפריד בין טיפול פיזי ונפשי. בנוסף, צפוי כי הרפורמה תאפשר למשרד הבריאות להתמקד בעיצוב מדיניות ובפיקוח. אולם, בניגוד לרפורמה המבנית ביצוע הרפורמה הביטוחית מבוסס על שינוי חקיקה ומתוך כך הסתמכות יתירה על שאר בעלי העניין - דבר שלא היה קיים, כאמור, ברפורמה המבנית.

עם זאת יש לציין כי למרות עמדתו הרשמית של משרד הבריאות, הדהדו קולות שונים ובעיקר בתוך האגף לבריאות הנפש, של בעלי עניין לגבי נושאים ספציפיים במיוחד בתחום השיקום אשר לא הלכו בקו המנחה של הנהלת המשרד, דבר אשר לא תרם לקידום ההליך של החקיקה ועיצוב המדיניות.

במשרד הבריאות חוששים ממספר תוצאות שליליות כגון:

- המעבר בין שירותי בריאות הנפש והשיקום אינו רציף וקל, ואינו "תפור" היטב.
- תמריץ שלילי לטיפול בחולים הקשים בגלל פיצוי קופות החולים לפי נוסחת קפיטציה מוגבלת יחסית (כפי שנוסחה בהסכם)
- אם התקציב לא יהיה מסומן (ear-marked), הקופות עלולות להשתמש בכספים הנוספים לפיתוח שירותים לאוכלוסיות אחרות ולהזניח את נפגעי הנפש.
- הפיצוי לקופות אינו מספיק כדי לכסות את הוצאותיהן על הטיפול בבריאות הנפש.
- מבוטחים שזקוקים לשירותי בריאות הנפש אינם נוטים לעבור קופה, וכתוצאה מכך חסר לחץ תחרותי שיגרום לקופה לשפר את איכות הטיפול.

חששות בעבר שעיכבו את יישום הרפורמה אך כיום נמצאו לכך פתרונות:

- חשש מאיבוד שליטה על התקציבים ועל הספקת השירותים.
- חשש מכך שהדגש בהסכם שנחתם מול משרד האוצר הוא על חסכון בעלויות ולא על שיפור איכות הטיפול. אי לכך החשש מתמריצים לאיכות טיפול ירודה.
- חשש מהקטנת היצע המרפאות אשר נעשית בעת שמצפים להגדלת הביקושים.
- קביעה של תעריפי השתתפות עצמית גבוהים עלולה לפגוע במטופלים שיותר על טיפול בגלל התשלום.

משרד האוצר - גם משרד האוצר תומך ברפורמה הביטוחית. משרד האוצר מעוניין בייעול מערכת השירותים, בצמצום מעורבות הממשלה בהספקה ישירה של שירותים ובהפחתה של מספר המועסקים ע"י הממשלה. בהתאם להמלצות הוועדות השונות שעסקו בנושא, המשרד מעוניין באופן עקרוני לצמצם עד כמה שניתן את הספקת השירותים ע"י הממשלה ובפרט ע"י משרד הבריאות ובכללן שירותי בריאות הנפש, זאת בשל ניגוד העניינים המובנה בו הוא מצוי בין תפקידו כרגולטור וקובע מדיניות ובין תפקידו כספק שירותים. אנשי משרד האוצר חוששים שהרפורמה תגביר את הדרישה לשירותים ותיצור גירעונות לקופות החולים, אשר יובילו לדרישה תקציבית מן האוצר. בשנת 2008 סיכם משרד אוצר עם משרד הבריאות כי תינתן תוספת כספית של 50 מליון ₪ להרחבת מערך השירותים בקהילה. יש לציין כי חלק מהצוות הדגיש שהתנאים שהאוצר הציב לקופות לשם קבלת תוספת זאת הם תנאים שהקופות לא יוכלו לעמוד בהם ולכן מבחינת הקופות זהו תקציב לא ריאלי.

המשרד עומד בתוקף על דרישתו לסגור (או להעביר בעלות) את המרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש וטרם הגיע לסיכום תקציבי המוסכם גם ע"י קופות החולים על עלות הרפורמה. במשרד האוצר טענו כי העברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים עלולה להביא לדרוש תוספת תקציב. מנגד, טענו בקופות החולים כי מדובר בהוספת נטל תקציבי ללא מימון הולם. במישור המעשי, התעוררה מחלוקת על התוספת שקופות החולים תקבלנה בגין העברת שירותי בריאות הנפש אליהן. הויכוח בין הקופות אשר טענו שהן מעוניינות להציע טיפול "אופטימלי" ללא הגבלת מחיר, לבין משרד האוצר אשר רצה לקבוע "תקרה" ו"סל" על מנת להבטיח ריסון תקציבי ויציבות פיננסית של הקופות מהווה אחד מהגורמים המעכבים המרכזיים של העברת הרפורמה.

חששות אנשי משרד האוצר מתמקדים בחשש מפריצה תקציבית. לכן משרד האוצר מעוניין להגדיר את "סל השירותים", cap על אשפוז, פיקוח על המחירים, השתתפות עצמית ולקבוע פרמטרים ליעילות הטיפול.

משרד המשפטים - המרכיב של ניסוח הצעת החוק המסתמך על ההסכם בין משרדי הבריאות והאוצר היה באחריותו של משרד המשפטים אשר עיצב ושינה חלק מהנושאים בגלל רוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה. תרומתו של משרד המשפטים היתה חשובה לקידום הנושאים כמו מעורבותו הברוכה בתהליך החקיקה בדיוני תת הוועדה של ח"כ רן כהן.

משרד הרווחה - משרד הרווחה חשש מנטל נוסף שייפול עליו באם יוגבלו חלק מהטיפולים או יוקטן הסל כפי שטוענים הפסיכולוגים לגבי קוד Z. משרד הרווחה ביחד עם לשכות הרווחה של הרשויות המקומיות התנגדו באופן נמרץ לנסיון לפגוע ולצמצם את זכויות המטופלים בהגבלת התקציב בחקיקה בנושא השיקום.

קופות החולים - הרפורמה בבריאות הנפש אינה נוגעת במידה שווה לכל הקופות: מבוסחי שירותי בריאות כללית מהווים 65.5% מהמטופלים במרפאות האמבולטוריות. יתר המטופלים מתחלקים בין הקופות האחרות: מכבי (12.8%), מאוחדת (7.6%) ולאומית (9.6%). הנתונים דומים גם לגבי מאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים³. עם זאת, נראה כי עמדותיהן של הקופות בנוגע לרפורמה הן די דומות.

קופות החולים מביעות תמיכה ברפורמה ומציגות עמדה שהיא בעד יצירת רצף טיפולי אשפוז-קהילה. הקופות מציגות עצמן כמעוניינות להבטיח טיפול אופטימלי לחבריהן אך מבקשות לתת להן את האמצעים הכספיים לעשות כן. מרבית חששותיהן סובבים סביב נושאי התקציב והכספים אך קיימים גם חששות נוספים. בין היתר הובעו חששות מארגון השירותים, מעומס על כח האדם ומחוסר של כח אדם מקצועי (במיוחד באזורי פריפריה, בריכוזי אוכלוסייה של דוברי ערבית, רוסית ואמהרית וכן לטיפול בילדים). הובע גם החשש מאי הוודאות מקצב הטמעת הרפורמה.

גם בקופות החולים עיקר החששות המרכזיים סובבים סביב נושאי התקציב והכספים. הן סבורות כי האומדן של משרד הבריאות והאוצר להיקף הדרישה לשירותי בריאות הנפש בעקבות הרפורמה הוא אומדן חסר. כמו כן קיים פער של כמה עשרות מיליוני ₪ בין משרד הבריאות וקופות החולים בקשר להוצאה הקיימת של הקופות ולפיכך לגבי התוספת התקציבית שתידרש ליישום הרפורמה.

במהלך הכנס, חלק מנציגי קופות החולים הביעו את חששם מפני אי-הוודאות לגבי השימושים והעלויות העתידיות הצפויות כתוצאה מיישום הרפורמה. חשש זה עלה גם לאור חוסר אמון של חלק מנציגי הקופות לגבי מהימנותו של המידע המוצג ע"י המדינה ואמור להוות בסיס לרפורמה.

³ התפלגות זו שונה מהתפלגות האוכלוסייה הכללית בין הקופות בשנת 2006 שהיא: שירותי בריאות כללית - 54%, קופת חולים לאומית - 10%, מכבי שירותי בריאות - 24%, קופת-חולים מאוחדת - 13%.

נקודות נוספות:

- קופות החולים טוענות כי התקציב שהוסכם עליו בין משרד הבריאות למשרד האוצר הינו תת-תקצוב. לטענתן תת-תקצוב זה ימנע הענקת שירות זמין ואיכותי.
- תקופת המעבר היא רגישה וצריכה להיות בה תוספת תקציבית ולא צמצום תקציבי.
- קופות החולים טוענות כי עלות מגע בודד גבוהה מ-160 ₪ ותקרת הטיפולים שנקבעה לכל מחלה נמוכה מדי לצורך ובפועל ידרשו יותר טיפולים, אשר ידרשו מימון מצדם.
- החשש מכך שצמצום בסל שירותי השיקום יעמיס על מערך בריאות הנפש של הקופות.
- חוסר בכח אדם מקצועי והצורך בהכשרת כח אדם נוסף כדי לעמוד בביקושים.
- החשש מעלות השקעה בתשתיות מיחשוביות ותשתית הקמה בכלל (לפי הערכת הקופות מדובר בעלות חד פעמית של כ-90 מיליון ₪ לעומת פיצוי צפוי של כ-30 מיליון ₪ בלבד).
- נציגי הקופות הדגישו את הצורך ברשת ביטחון בעיקר בגלל אי הוודאות מקצב הטמעת הרפורמה ומחוסר הנתונים לקביעת הפרמטרים לפיצוי הקופות. רשת הביטחון אמורה גם לתת מענה להשקעה בכח אדם ובתשתיות המידע.

ההסתדרות הרפואית (הר"י) - ההסתדרות הרפואית יצאה בקמפיין לפיו היא תומכת ברפורמה אך מתנגדת להסכם שנחתם בין משרד הבריאות למשרד האוצר. התמיכה ברפורמה מבוססת על תמיכתה העקרונית של הר"י בשילוב של הטיפול בגוף ובנפש. עם זאת, לדעתה של הר"י, ישנם פרטים רבים בהסכם שיש לתקנם או להבהירם בטרם תצא הרפורמה לדרך.

מטפלים בבריאות הנפש - הרופאים הפסיכיאטריים והפסיכולוגים מצהירים על תמיכתם העקרונית ברפורמה, אך הואיל ולרפורמה יש השפעות נרחבות על עבודתם הם מביעים חששות רבים. חששות אלה מתחלקים בין חששות מקצועיים לגבי איכות הטיפול לבין חששות ארגוניים לגבי עתידם התעסוקתי.

לגבי הפסיכיאטריים הודגשו בצוות החששות הארגוניים: חשש מהקטנת הביקוש לשירותים במגזר הפרטי אם השירותים במגזר הציבורי יהיו איכותיים, זמינים ופחות יקרים, ועל כן פגיעה אפשרית בהכנסות ממתן הטיפולים במסגרת הפרטית; חשש מפגיעה בהתמחות ובהכשרה של מטפלים; והחשש שבשל שיקולים של עלות-תועלת הקופות יעדיפו להעביר חולים לטיפול אצל פסיכולוגים/ עובדים סוציאליים, או מקצועות טיפוליים

אחרים, שעלות העסקתם נמוכה יותר. חשש מהעובדה שאין התחייבות כתובה ו/או תמריצים לפתוח מרפאות של הקופות במקום המרפאות הממשלתיות שתסגרנה. החלטה על סגירה עתידית של המרפאות פוגעת כבר היום בצוות ובתפקודו המקצועי, ופוגמת באיכות הטיפול, חשש מהסתמכות יתר על תרופות ("מדיקליזציה" של הטיפול), חשש מהכנסת שיקולים כלכליים על חשבון שיקולים רפואיים-מקצועיים, חשש שמחויבות בית החולים לגוף המממן תביא לפגיעה בעצמאות המקצועית של הרופאים ולהכפפת שיקולים מקצועיים לשיקולים הכלכליים.

היות שהפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים אינם רופאים אך חלקם בטיפולים אישיים בשירותי בריאות הנפש רב, חששותיהם מהמעבר גדולים יותר מחששותיהם של הפסיכיאטרים. למעשה חששותיהם מתמקדים בחשש לאובדן הכנסה, להבטחת מקום העבודה ותנאי העבודה, וכן מפגיעה במונופול ובאוטונומיה שלהם על מתן השירותים. אחת מהמטרות של הרפורמה הינה בקרת טיפול (managed care) וייעול השירותים. לגביהם הודגשו בצוות החששות הבאים:

החשש כי הרפורמה לא תספק מענה לכל מי שנזקק לטיפול פסיכולוגי-קליני אלא רק לאלה שיעברו אבחון פסיכיאטרי. ההסכם אינו כולל התערבויות בית-ספריות, ואינו כולל טיפול במצבי משבר לאחר אירועי חיים; חשש מהגדרת סל שירותים מצומצם, ובחישוב "רזה" של שעות טיפול; חשש מהקטנת הביקוש לשירותים במגזר הפרטי אם השירותים במגזר הציבורי יהיו איכותיים, זמינים ופחות יקרים; חשש משינויים בעבודת המטפל - שינויים הקשורים לאופי הטיפול, לשיטות הטיפול, לקשר שבין מטופל למטפל ולצורך להציב יעדים מוגדרים לטיפול.

חששות נוספים:

- סגירת המרפאות עלולה להביא לקטיעת טיפולים רגישים באבם. כמו גם להביא לאובדן ידע מקצועי וארגוני שנצבר לאורך שנים.
- החשש שייפגם הקשר בין המרפאות למערכת הרווחה.
- החשש מכך שהרפורמה אינה מספקת מענה לכל מי שנזקק לטיפול פסיכולוגי-קליני אלא רק לאלה שיעברו אבחון פסיכיאטרי.
- חשש מפגיעה בנגישות השירות לנזקקים.
- הקפאת קליטת מטופלים חדשים למרפאות האמבולטוריות תפגע בהכשרתם של מתמחים בפסיכולוגיה.
- חשש מהקטנת הביקוש לשירותים במגזר הפרטי אם השירותים במגזר הציבורי יהיו איכותיים, זמינים ופחות יקרים.

- חשש משינויים בעבודת המטפל - שינויים הקשורים לאופי הטיפול, לשיטות הטיפול, לקשר שבין מטופל למטפל ולצורך להציב יעדים מוגדרים להשגת תוצאות בזמן נתון ובמספר טיפולים מוגדר.

רופאים ראשוניים - להעברת האחריות על בריאות הנפש יש השלכות על עבודתו של הרופא הראשוני ועל מערך הרפואה הראשונית. עם יישום הרפורמה הביטוחית יצופה מהרופא הראשוני לטפל במצוקה נפשית כבכל מחלה אחרת. כבר כיום, רופאי המשפחה מצופים לאתר ולטפל במצוקה נפשית. מחקר של גרוס ואחרים (2009) העלה כי 37% מאלו שחשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה ופנו לקבלת עזרה מאיש מקצוע פנו לרופא משפחה. חלק הארי מהפונים לאיש מקצוע (44%) קיבלו את הטיפול במרפאה של רופא המשפחה או במרפאה של קופת החולים.

החששות שמעלים רופאי המשפחה בנוגע ליישום הרפורמה קשורים בעיקר להגברת עומס העבודה על הרופאים. שכן, העברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים תהפוך את הרופא הראשוני לשומר סף גם לגבי תחום מומחיות זה. שינוי זה ידרוש ממנו, בין השאר, להקפיד על תקשורת אמפטית עם החולה, להכיר את הרקע המשפחתי, החברתי והתרבותי של החולה; ובמידת הצורך אף לתת את הטיפול המתאים, או להפנות למומחה לבריאות הנפש לטיפול מעמיק יותר.

הקואליציה של ארגוני הצרכנים והמשפחות הפועלים בתחום בריאות הנפש - ארגוני

הנכים בתחום בריאות הנפש הופיעו על הבמה בשנת 1979 עם הקמת ארגון אנוש. ארגון זה הוקם ע"י בני משפחות חולים והחל דרכו כארגון התנדבותי נטו.

עם הזמן התפתחו בארגון שירותי תמיכה לחולים ולמשפחותיהם. בשלב מאוחר יותר החל הארגון למכור שירותים למשרד הבריאות. עירוב זה בין ארגון שהוא התנדבותי לבין ארגון עם אינטרסים כלכליים הנאבק על קיומו הביא לעתים למתחים בין הארגון והצרכנים אותם הוא מייצג.

לפני העברת חוק השיקום חשש הארגון מהעברת האחריות לידי קופות החולים. החשש היה שההסכמים שלו עם משרד הבריאות יפגעו. עם העברת חוק השיקום החששות הללו הוקלו.

עם השנים הוקמו מספר רב של ארגוני צרכנים ומשפחות הצרכנים. לא תמיד היתה אחידות דעים בין הארגונים השונים. עם זאת יש לציין לטובה את ארגון עוצמה. הפורום הארצי של משפחות נפגעי הנפש שהשכיל להביא לכך שרוב ארגוני המשפחות מיוצגות ע"י ארגון גג זה. הארגונים הבולטים בארגוני המשפחות: אנוש, משפחות למען משפחות,

ועד הפעולה של נפגעי הנפש, בנפשנו. בין ארגוני החולים אנו מוצאים מספר ארגונים אשר היו פעילים בתהליכי הניסיון להעברת הרפורמה בבריאות הנפש. לאחר תקופה ראשונית של חששות מהרפורמה והתנייתה בפתרון כל הבעיות בבריאות הנפש לפני העברה התיישרו ארגוני החולים בהבנה שהצעד הטוב למערכת ולמטופלים היא העברת הרפורמה. שני ארגונים שבלטו הם ארגון עוצמה וארגון בזכות. ארגוני הנכים הכללים כולל מטה מאבק הנכים גויסו רק בשנים האחרונות למאבק של חולי הנפש ובאופן כללי תמכו בעמדת המטופלים בתחום בריאות הנפש.

1. חששות הקואליציה של ארגוני הצרכנים והמשפחות הפועלים בתחום בריאות הנפש

- חשש מפגיעה במערך השיקום המוצלח לאחר יישום הרפורמה.
- חשש מפגיעה בחולים הקשים ביותר, המהווים אוכלוסייה חלשה שאינה מסוגלת לדרוש את זכויותיה; ופיתוח מגוון טיפולים לאוכלוסייה עם סימפטומים יותר קלים בשל שיקולים כלכליים.
- חשש שקופות החולים תפעלנה לפי התמריצים הכלכליים המוצבים בפניהן ולא לפי שיקולים מקצועיים הרואים את טובת המטופל.
- חשש מהסתמכות-יתר על תרופות ("מדיקליזציה").
- חשש שעם סגירת המרפאות הקיימות לא יימצא פתרון אחר טוב יותר בקהילה; כמו-כן מובע חשש מאובדן ידע, ניסיון וביטחון שנרכשו ע"י צוות המרפאה.

הכנסת ווועדת העבודה והרווחה של הכנסת - חוק ביטוח בריאות ממלכתי העניק לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת את האחריות לפקח על החוק. הוועדה אשר כלל לא הייתה מעורבת ברפורמה המבנית החליטה כי חייב להיות שימוע לכל הנוגעים בדבר ובכך פתחה פתח למשיכת זמן. תת הוועדה בנדון בראשות ח"כ רן כהן החלה בעבודה מאומצת בנושא אך בגין המצב הפוליטי הכללי במדינה לא סיימה את עבודתה. כיום לא ברורה עמדת הכנסת החדשה בנדון.

בתי החולים הממשלתיים - עמדתם לגבי הרפורמה הביטוחית חצויה ממספר סיבות. ראשית קיים חשש לאיתנות הפיננסית שלהם בגין הצורך להגיע להסכמים מול קופות החולים שישלמו בעתיד עבור האשפוז, לאור היחסים המתוחים הקיימים בין בתי החולים הכלליים וקופות החולים והעובדה כי למנהלי בתי החולים הפסיכיאטרים אין כל ניסיון

בחוזים מול הקופות לעומת אנשי הקופות שהם עתירי ניסיון בחוזים מול בתי חולים ממשלתיים (כלליים) ופרטיים (בתחום השיקום). כמו כן הם רואים איום ממשי בדרישת האוצר לסגירת המרפאות הממשלתיים (או העברת בעלות) הן בגין איבוד יכולתם לשלוט על ההפניה לאשפוז והן בגין חשש שלא יוקם מערך אמבולטורי חלופי הולם. יחד עם זאת, אי פגיעה בתקציב בתי החולים הפסיכיאטריים למרות ההפחתה הניכרת במספר המיטות מתנה את החששות וההתנגדות של מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים.

2. מנהיגות

משרד הבריאות, מצד אחד, מוביל את תהליך הרפורמה ומעוניין בביצוע, אך מן הצד השני הוא תלוי בתוספת המשאבים שיקצה האוצר ונתון ללחצים ציבוריים בנושא מצד ארגוני העובדים והצרכנים. עקב חשיבות התהליך משרד הבריאות שידרג את רמת ההובלה של התהליך מהרמה של האגף הרלוונטי - האגף לבריאות הנפש. מנכ"ל משרד הבריאות הטיל על צוות בראשותו של הסמנכ"ל הבכיר למינהל ומשאבי אנוש, ובשיתוף סמנכ"ל תקציבים, ראש שרותי ברהנ"פ ובסיועו של פרופ' שני כמנכ"ל לשעבר, את ההובלה של התהליך ובכך נתן ביטוי לחשיבות ומורכבות התהליך. קופות החולים, אשר יספקו את סל השירותים לנכי הנפש, לאחר יישום הרפורמה, משקיעות את מרב מאמציהן על-מנת להבטיח כי הן יקבלו משאבים מספקים לצורך יישום הרפורמה וכי במסגרת סל השירותים שהן יחוייבו לספק, לא יהיו דרישות אשר יהיה קשה לממשן. ארגוני העובדים והצרכנים, זכו לכח רב בתת הוועדה בכנסת אשר דנה בנושא והם בעלי השפעה משמעותית על עיצוב הרפורמה.

3. מיקוד הרפורמה

כפי שהודגש קודם לכן, הרפורמה נוגעת בעוד נושאים מאשר "ליבת" הרפורמה שהיא העברת האחריות הביטוחית על נפגעי הנפש לקופות החולים. בין הנושאים אשר נמצאים כיום במסגרת ההצעה לרפורמה ואין כל הכרח כי יהיו משולבים בה ניתן למנות את דרישת הממשלה לסגור את מרפאות בריאות הנפש הציבורית בבעלות ממשלתית (או להעביר בעלות) ואת הרצון להגביל את התקציבים הניתנים במסגרת חוק שיקום נכי הנפש בקהילה. סוגיות אלו, גורמות למספר קבוצות להתנגד לרפורמה בכללותה.

אין ספק כי כריכת נושאים אלו ביישום הרפורמה, מקשים על העברתה ומקטינים את סיכויי יישומה.

4. מימון

סוגיית מימון הרפורמה הינה אחד המכשולים העומדים כיום בפני השחקנים השונים. משרד האוצר טוען כי הרפורמה מתוקצבת באופן ריאלי והוא אף הפנה משאבים לתוספות תקציב לקופות אשר אמורים להספיק. לעומת זאת, קופות החולים טוענות כי הרפורמה מתוקצבת בחסר וכי העברת האחריות הביטוחית בתנאים אלו משמעותה פגיעה אנושה בקופות, בשירות שהן יתנו לנפגעי הנפש ולכלל האוכלוסייה. חשוב לציין, כי בנושא תיקצוב הרפורמה, ניטען בעבר כי כאשר יפתרו כל המחלוקות בין הצדדים, למעט סוגיית התקציב, יגיעו נציגי הממשלה והקופות לסיכום בנושא. לטענת מספר חברים בצוות, משרד האוצר לא מעוניין להתפשר על סוגיית התקציב טרם סגירת כל הנושאים השנויים במחלוקת, על-מנת שסיכום זה לא יהוו "נקודת בסיס" לדרישות נוספות.

5. אגירה ציבורית

למרות שרוב התקשורת הכתובה והאלקטרונית הציגה את הנתונים והמידע לגבי הרפורמה בצורה מאוזנת, הגורמים התומכים ברפורמה נשמעו תמיד במצב מיגננה ושאינם מצליחים להעביר את המסר שלהם לגבי חשיבות הרפורמה. לעומת זאת, המתנגדים לרפורמה, זכו לבמה תקשורתית נרחבת הן באמצעות סיפורים אישיים, הן באמצעות מיסגור הרפורמה כהליך של הפרטה והן באמצעות שימוש בלוביסטים. לכן נוצר המצב שנדמה היה שהתקשורת מעלה עמדה כנגד הרפורמה הביטוחית בכך שתרע את מצב המטופלים ולא תטיב עימם. בדיון שהתקיים בכנס הובהר כי העברת האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש לקופות החולים אינה מהווה הפרטה, אלא צעד משלים לאחריות הקופות לגבי הטיפול הפיזי בציבור (אשר אינו נתפס כמופרט). במסגרת זאת, המימון נשאר מימון ציבורי והאחריות הביטוחית היא בידי קופות החולים, אשר בפועל מבטחות את כלל האוכלוסייה בנושאי הפיזיים.

נושא שחזר ועלה היה בנוגע לשימוש משרדי הממשלה בלוביסטים. משרדי הממשלה לא הורשו להשתמש בלוביסטים וביחסי ציבור למען קידום הרפורמה, זאת לעומת פעילות ענפה של גורמים אחרים אשר הסתייעו בלוביסטים על מנת להשפיע על חברי הכנסת. בקרב חברי הצוות הייתה הסכמה כי יש לאפשר למשרד הבריאות להעסיק

לוביסטים כדי להביא את דבר המשרד בנושא הרפורמה, בכל מקום בו פועלים לוביסטים מטעם המתנגדים לרפורמה.

הצעדים הנדרשים לקידום הרפורמה הביטוחית

- נדרשת מחוייבות של משרד הבריאות והעומד בראשו לקידום הרפורמה והשלמת תהליך חקיקתה בכנסת.
- גיוס מוקדם של חברי כנסת לתמיכה ברפורמה - בכנסת הקודמת לא היה לובי של חברי כנסת אשר תמכו ברפורמה. ח"כ רן כהן, החל את דרכו בתת-הוועדה לנושא הרפורמה כמתנגד ושינה את עמדתו תוך כדי העבודה על החוק. מלבדו כמעט ולא היו חברי כנסת אשר לקחו חלק בתהליך החקיקה. בדומה לצעדים שבוצעו בכנסת הקודמת, מוצע לקיים יום עיון לחברי הכנסת ולהוציא אותם לבקר בשטח. ישנה חשיבות רבה לכינון מחדש של תת-הוועדה לנושא השלמת חקיקת הרפורמה.
- שותפות מלאה של הגורמים המרכזיים - הן במהלך עבודת הצוות והן בכנס עצמו עלה הצורך בהגברת שיתוף הפעולה בין השחקנים המרכזיים הקשורים למימוש הרפורמה: משרדי הבריאות והאוצר, קופות החולים וחברי הכנסת. לאור בעיית האמון בין הצדדים וחוסר הודאות לגבי נתוני השימושים הצפויים, יש משקל גבוה לשיתוף הפעולה.
- איתור מכשולים ומתנגדים - יש לזהות את הגופים המתנגדים לרפורמה, להיפגש עימם ולנסות ללבן את הסוגיות שאינן פתורות טרם הדיונים בנושא בכנסת.
- מיקוד הרפורמה - מרבית המשתתפים גרסו כי על מנת להגביר את סיכויי היישום של הרפורמה יש לבטל את הקשר בין השינויים בחוק שיקום נכי הנפש בקהילה לבין השלמת תהליך חקיקת הרפורמה הביטוחית. לחילופין, יש להגיע להסכמות בנושא עם הגורמים השונים.

השונה והדומה ברפורמות השונות

עיקר ההבדלים בין הרפורמות השונות על-פי הקריטריונים שהוצגו מסוכם בטבלאות 1 ו-2. יחד עם זאת, זיהינו מספר הבדלים מהותיים בין הרפורמות השונות אשר ראוי לתת עליהם את הדעת.

- הבדל באוכלוסיית המטופלים - הן הרפורמה השיקומית והן המבנית עסקו בעיקר באוכלוסייה אשר סובלת מפגיעות נפש חמורות יחסית. הרפורמה הביטוחית נוגעת

לאותה האוכלוסייה אך בנוסף גם לאוכלוסייה אשר מוגדרת כ-soft psychiatry. ההתייחסות לאוכלוסייה זאת מגדילה באופן משמעותי הן את מספר המטופלים והן את השונות בניהן.

- מידע ככלי לקבלת החלטות - ברפורמה השיקומית ובמבנית לא היה נדרש בסיס ידע רחב לגבי העתיד כתנאי לקבלת החלטה בנוגע לרפורמה. עם זאת, חוסר הידע לגבי היקף השימושים ברפורמה השיקומית הביא ברבות השנים לגידול ניכר בהוצאה על נושא זה. המחסור במידע בנוגע להיקפי השימושים ברפורמה הביטוחית הינו משמעותי ומשפיע על נכונותם של קופות החולים לקחת על עצמן חלק מן הסיכונים (בעיקר הכלכליים) הכרוכים ברפורמה.
- מעורבות קופות החולים - בשונה מהרפורמה השיקומית והמבנית בהן קופות החולים לא היוו שחקן מרכזי, ברפורמה הביטוחית הן מהוות שחקן מרכזי. כאמור, עפ"י הרפורמה הביטוחית האחריות הביטוחית לנכי הנפש תהייה על קופות החולים. סוגיה זאת הופכת את קופות החולים לבעל עניין מרכזי ביותר בהחלטה על יישום הרפורמה, וזאת בשונה מהרפורמה השיקומית והמבנית.
- תוספת מימון - הרפורמה הביטוחית דורשת תוספת מימון הן באופן חד-פעמי (לפיתוח תשתיות בקופות) והן באופן שוטף, עקב התחזית לגידול בביקושים. הרפורמות השיקומית והמבנית לא היו כרוכות בהקצאה תקציבית מיוחדת. עיקר התקציב לרפורמה השיקומית הגיע מהחיסכון התקציבי שיצרה הרפורמה המבנית. פן נוסף של המימון הינו מימון הביניים ורשת הביטחון שיש לתת לקופות החולים.
- שינויים טכנולוגיים - בשנים האחרונות התרחשו שינויים מהותיים במגוון טכנולוגיות התרופות לטיפול פסיכיאטריים. שינויים אלו איפשרו לקצר באופן מהותי את משכי האשפוז במוסדות לבריאות הנפש, ובכך מינפו את הרפורמה המבנית והשיקומית.

סיכום

מאז ראשית שנות השבעים של המאה הקודמת נעשו מהלכים רבים לקידום רפורמה יסודית בשירותי בריאות הנפש בישראל, במטרה להסיט את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים לקהילה ולהקים מערך של שירותים טיפוליים ושיקומיים מתקדמים ויעילים.

הניסיונות לרפורמה קהילתית בתחום בריאות הנפש בישראל תואמים את המגמה הכללית במדינות המפותחות לאל-מיסוד, שהחלה כבר במחצית השנייה של המאה

העשרים. הדגשים במטרת הרפורמה השתנו לאור שינוי בידע, באופנות הטיפוליות, ובהתאם לכוחם של בעלי העניין - הישירים והעקיפים.

ארבעה ניסיונות עיקריים לראורגניזציה של שירותי בריאות הנפש - על פי רוב ביוזמת משרד הבריאות - נעשו החל משנות השבעים של המאה הקודמת ועד להיום. המהלך הראשון היה בתכנית הראורגניזציה של 1972 (תוכנית טרמר), השני הינו בהסכם מנצ'ל-דרון, משנת 1978, בין משרד הבריאות לקופת חולים הכללית. הניסיון השלישי נעשה בשנים 1995-1997, בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. והניסיון הרביעי לרפורמה ביטוחית נערך בשנים 2006-2009 והוא זוכה לתמיכה של משרד האוצר.

למרות הסכמה רחבה בדבר נחיצותה של רפורמה מקיפה בבריאות הנפש, רק הרפורמות השיקומית והמבנית יושמו עד כה בהצלחה. החלק השלישי של הרפורמה - העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופת החולים (הביטוחי הרפורמה הביטוחית) - עדיין לא יצא אל הפועל. זאת בגלל שהכוחות שפעלו לדחיית הרפורמה הביטוחית היו חזקים ורבים יותר מהכוחות שפעלו לקידום הרפורמה. כמו כן, פיזור הכנסת והחלפת הממשלה אשר קטעו את העבודה בוועדות הכנסת, תרמו גם כן לדחייה. גורמים נוספים הינם: היעדר הסכמה בנושאים קרדינלים כמו מימון, היקף הרפורמה, סל השירותים וכדומה, היו סיבות לעיכוב הרב בין אישור החוק בקריאה ראשונה ביולי 2007, והעיכוב בדיוני הכנסת עד סוף 2008, שאפשרו לכוחות שהתנגדו לרפורמה מרווח פעולה רחב שעוכב בהתנגדויות בוועדה את התהליך. אם היו הסכמות רחבות - ניתן היה להעביר את החקיקה בפרק זמן קצר יותר.

הצלחתה של הרפורמה המבנית נעוצה בכך שהייתה ממוקדת, לוותה בתמריצים כספיים, וזכתה לאמון ומחויבות של משרד האוצר והבריאות, שהובילו את הרפורמה. קבוצות בעלי עניין אחרות לא הכשילו את הרפורמה בגלל התמריצים ובגלל תמימות דעים לגבי השיפור הצפוי. הרכיב המבני, בניגוד לרכיבים האחרים, היה שקוף, ממוקד ולווה בבסיס מחקרי נרחב.

הרפורמה המבנית הייתה ממוקדת בהגדרת המדדים להצלחתה, קרי ירידה במספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי והגדרת תקציב למימוש חוק שיקום נכי נפש בקהילה. כן הוגדרו מדדים לגורמים משפיעים שנחשב כי ללא הגדרתם לא ניתן לבצע את הרפורמה. גם בתחום כח האדם הוגדרו פרמטרים ברורים: מספר התקנים להפחתה, מספר התקנים המועברים מהאשפוז לקהילה בכדי לאפשר את שחרור החולים מהאשפוז תוך הבטחה שיהיה להם גורם מטפל בקהילה.

הרפורמה המבנית זכתה לאמון מלא ומחויבות של משרד האוצר והבריאות שתמכו

ברפורמה המבנית, מה שבא לידי ביטוי בתמריצים נדיבים יחסית לבתי החולים הממשלתיים. ניתנו תמריצים לבעיות התקציב והגדלת יחס כח אדם למיטה ותמריץ להמשך קיום של חלק ממוסדות האשפוז הפרטיים על ידי הפיכתם להוסטלים ומגורים טיפוליים למיניהם. קופות החולים תמכו ברפורמה המבנית שכן הן ראו בה נדבך הכרחי בדרך לביצוע הרפורמה הביטוחית, זאת בכדי שתהיה תקרה ברורה וחד משמעית על ההוצאה העתידית שלהם לאשפוז פסיכיאטרי בגין מימוש הרפורמה הביטוחית. בתי החולים תמכו בה, ברובם, בגלל שהרפורמה לוותה בתמריצים שהתקציב נשאר בתוך המערכת הפסיכיאטרית הממשלתית. מאידך, מעורבותן של הממשלה והכנסת ברפורמה הייתה זניחה.

ציבור החולים וארגוני החולים (הלקוחות) - קבוצת בעלי עניין חשובה לקידום כל רפורמה, תמכו ברפורמה בגלל תמימות דעים לגבי השיפור הצפוי: אל-מיסוד במסגרות נוקשות פחות, במסגרת הקהילה כחלופה לאשפוז ממושך או אשפוז חוזר. הרפורמה המבנית קיצצה את כח האדם אך כולו היה במסגרת עובדים זמניים או חודשי עבודה, בעוד שהעובדים הקבועים לא נפגעו. עובדים שמשרתם נסגרה זכויותיהם נשמרו במסגרת זיכרון דברים, ולרוב נמצא להם תפקיד חלופי בהסכמה.

הרפורמה השיקומית, הקשורה קשר אינטגרלי לרפורמה המבנית, קיבלה ביטוי פורמאלי עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000 ובעקבותיו, ההקמה, התקצוב והפיתוח של מערך שירותים לשיקום נכי נפש בקהילה במסגרת שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות. בניגוד לרכיב המבני, היוזמה לרכיב השיקומי באה מהכנסת (ח"כ גוז'נסקי) והיא זכתה לתמיכה ועידוד של שר הבריאות (הרב ניסים דהן). משרד הבריאות ראה בחוק הזדמנות לשיפור השירות, ליצירת תנאים מאפשרים לרפורמה מבנית ובסופו של דבר להסרת בלם להגשמת היעד של רפורמה ביטוחית בבריאות הנפש.

גם בקרב המועסקים בתחום בריאות הנפש, בעיקר אלו שאינם רופאים, היה שינוי בהשוואה לרכיב המבני. הם תמכו ברפורמה השיקומית משום שראו בה הזדמנות מקצועית לשינוי תפיסה בשיקום נכי נפש בשירותי בריאות הנפש ואפשרות לשיפור השירות בתחום מומחיותה, וחיזוק המוניטין המקצועי שלה. מנגד, משרד האוצר חשש מיישום הרפורמה הביטוחית בגלל חשש לדרישות תקציביות נוספות כתוצאה מיישום הרפורמה והפניית חולים לשיקום מעבר לרמה שלפני יישום החוק.

כאמור, הרכיב הביטוחי של הרפורמה עדיין לא יצא אל הפועל. גורמים רבים תרמו לעיכובה של הרפורמה הביטוחית כאשר עם העיקריים בהם נימנים: (1) תחושה וטענות של חלק מהשחקנים על "העדר שקיפות"; (2) העדר נתונים אמין וזמין לכל

השחקנים (3) העדר בסיס מחקרי. כל אלו הובילו לחוסר הסכמה וחוסר אמון בין השחקנים על מהות הרפורמה ועל חלוקת התקציב בעקבות הרפורמה. גורמים אלו התחדדו לאור ריבוי קבוצות בעלי העניין במערכת הבריאות אשר מעורבותם בתהליך הרפורמה רבה והשפעתם על תוצאותיו ניכרת. המספר הרב של קבוצות בעלי עניין במערכת הבריאות הוביל גם לחוסר הסכמה בדבר המכניזם המתאים לביצוע הרפורמה. הדבר חשוב במיוחד שכן הרכיב הביטוחי של הרפורמה הושט על שינוי חקיקה.

כל הניסיונות להעביר את הרפורמה הביטוחית סבלו מחוסר נתונים הזמינים לכולם ובסיס מחקרי. אלו פגעו ביכולת של הצדדים להגיע להסכמות ועוררו חששות, שלפעמים לא היו מוצדקים, כלפי המניעים של הצדדים השונים, כאשר כל צד חושש שהאחר מנסה לנצל את המצב שנוצר עקב השינוי במטרה לשפר את מצבו על חשבוננו. כתוצאה מכך נפגע האמון והמחויבות של הצדדים להעביר את הרפורמה.

גורמים אלו היוו כר פורה לפעילותם של בעלי עניין, ובעיקר בקרב הלקוחות, קופות החולים והעובדים שחששו שהרפורמה תפגע בהם, אלו ניצלו את העדר האינפורמציה והבסיס המחקרי והשתמשו בתקשורת לטובתם. דוגמא לכך היא השימוש בתקשורת של בעלי עניין שרצו לסכל את הרפורמה מחשש לפגיעה במצבם. הקבוצה טבעה את המונח של הפרטת שירותי בריאות הנפש, בעוד שהרפורמה המוצעת עסקה באל-מיסוד, ולא בהעברת השירותים לידיים פרטיות. כתוצאה מכל אלו, הממשלה והכנסת הביעו חוסר נכונות להביע עמדה ברורה בנוגע לנחיצות הרפורמה, בגלל החשש כיצד עמדתם תתפרש בציבור.

העדר שקיפות ומחסור בנתונים זמינים על מערכת הבריאות תקף גם ליתר רכיבי הרפורמה, אולם השפעתם שם על הצלחת הרפורמה הייתה שולית, בגלל שלא היה צורך בשינויי חקיקה (ברכיב המבני) ובגלל ההכרה בנחיצות הרפורמה בקרב כל בעלי העניין. העברתה של הרפורמה הביטוחית תאפשר טיפול רפואי כוללני לאזרחי ישראל ע"י קופות החולים. סיום התהליך מותנה במחויבות של הנהלת משרד הבריאות, שילוב מוקדם של חברי כנסת, הפעלת לובי מתאים, מימון הולם שמתחשב בפערי מידע קיימים ומיקוד הרפורמה ע"י ניתוקה מהשינויים בחוק שיקום נכי נפש בקהילה.

לוח 1 - כוחם של השחקנים ברפורמות השונות

מדוע רפורמות לא מתבצעות?

ארגוני חולים	ארגוני עובדים	קופות החולים	משרד האוצר	משרד הבריאות	אינטרס	רפורמה שיקומית
שיפור איכות הטיפול בנכי הנפש	חשש מפני התמורות שגרמו בעקבות הרפורמה המבנית הקשורה לשיקומית	תועלת מקצועית וארגונית בשיפור הטיפול השיקומי במבוטוהיהן	הזדמנות לשינוי מבני במערכת הבריאות וצמצום תקני כ"א - חשש מפריצה תקציבית	הזדמנות לשינוי תפיסה בתחום נכי הנפש ושיפור השירות לנכים		
תומך	מסוייג	ניטרלי	תומך מסוייג	תומך	עמדה	
בינוני	חלש	לא מעורבות	חזק	חזק	כח	
רפחמת האשפוז והפחתת המסיגמה על חולי הנפש	שמירה על תנאי העובדים, מניעת פיטורים	הרפורמה תביא לצמצום עליות לקופות אם וכאשר מתבצע הרפורמה הביטוחית	הזדמנות לשינוי מבני במערכת הבריאות וצמצום תקני כ"א - הפרדת משרד הבריאות מאספקת שירותים	הזדמנות לשינוי תפיסה בתחום נכי הנפש ושיפור השירות לנכים	אינטרס	רפורמה מבנית
תומך	מתנגד	תומך	תומך	תומך	עמדה	
בינוני	בינוני	חלש	בינוני-חזק	חזק	כח	
שמירה על זכויות הנכים	חשש מפני סגירת המרפאות הציבורית לבריאות הנפש	תמחור הוגן של הרפורמה, מתן רשת ביטחון, איחוד טיפול גוף-נפש	הפרדת תפקידי משרד הבריאות, שמירה על המסגרת התקציבית, חשש כי בעתיד יהיה "יקר" יותר להעביר את הרפורמה לקופות, כריכת נושא המרפאות הציבורית וחוק השיקום	השלמות הרפורמה הכוללת, שחרור המשרד מתפקידו כמבטא, שיפור השירות לנכים	אינטרס	רפורמה ביטוחית
תומך ומתנגד כאחד	מתנגד	תלוי תקציב מספק - תומך	תומך מסוייג	תומך	עמדה	
בינוני-חזק	בינוני	חזק	חזק	בינוני	כח	

לוח 2 - מאפייני הרפורמות

אמון בין השחקנים	איורה ציבורית	מימון	מיקוד הרפורמה	מנהיגות	
	תמיכה	דרש תוספת תקציב אשר רובה הגיע מהחיסכון שנוצר עקב הרפורמה המבנית	ממוקדת - העברת מרכז הכובד של הטיפול בנפגעי נפש לקהילה	ח"כ גוז'נסקי, משרד הבריאות	רפורמה שיקוסית
הסכמות בע"פ בין העובדים לבתי החולים בנושא שמירת זכויות העובדים	תמיכה כמעט ללא הד ציבורי	הביא לחיסכון בתקציב ור"א - פינה מקורות לנושא השיקום בקהילה	ממוקדת - סגירת מיטות אשפוז ותקני ר"א	משרד הבריאות, משרד האוצר	רפורמה מבנית
חששות כבדים של בעלי העניין לגבי הנתינים המהווים בסיס לרפורמה	התנגדות לרפורמה, מסגורה שלא בצדק כ"הפרטה"	דורש תוספת תקציב	לא ממוקדת - לצד העברת האחריות הביטוחית נוגעים גם בחוק השיקום ובמספראות הציבוריות	משרד הבריאות	רפורמה ביטוחית

רשימת מקורות

1. Aviram, U. (In press). Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry*
2. Berman, P. and T. Bossert (2000). *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?* DDM Report No. 81. Boston: Harvard School of Public Health.
3. Gross, R., Baruch, Y. 2004. "Responsibility for mental health care" *Health Policy Monitor Bertelsmann Stiftung survey no 4*. <http://www.hpm.org/index.jsp>
4. Gross, R., Brammli-Greenberg, S., Bennun, G. 2007. "Responsibility for mental health care (2)" *Health Policy Monitor Bertelsmann Stiftung survey no 9*. <http://www.hpm.org/index.jsp>
5. Hsiao, William. (2000) "Inside the Black Box of Health Systems." *Bulletin of the World Health Organization*.
6. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. 2007. "Mental health policy and practice across Europe: an overview" in: *Mental Health Policy and Practice Across Europe: the future direction of mental health care*. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G (ed), McGraw Hill: Open University Press.
7. Rosen, R., Nirel, N., Gross, R., Brammli-Greenberg, S., Ecker, N. 2008. "Perspectives - The Israeli Mental Health Insurance Reform". *Journal of Mental Health Policy and Economics* 11(4): 201-208.
8. אבירם, א. (2007). רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה. *חברה ורווחה*, 27, 115-127.
9. אבירם, א., גיא, ד. וסייקס, י. (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש: הזדמנות שהוחמצה. *ביטחון סוציאלי*, 71, 53-83.
10. אבירם, א., גיא, ד., סייקס, י. 2006. "הרפורמה במדיניות בריאות הנפש, 1995-1997 הזדמנות שהוחמצה". *ביטחון סוציאלי* 71: 53-83.
11. אבירם, א. ודהאן, נ. (2007). תכנית הראורגניזציה של שירותי בריאות הנפש בישראל, 1972. בתוך א. אבירם, ג', גל וי. קטן (עורכים) *עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות*. ירושלים: מרכז טאוב.
12. אבירם, א., גינת, י. 2006 "שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות - הקדמה". שירותי

- בריאות הנפש בישראל, מגמות וסוגיות. אבירם, א.; גינת, י. (עורכים). עמ' 9-12. הוצאת צ'ריקובר, תל אביב.
13. אבירם, א., רוזן, ה. 2006. "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל - הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי" שירותי בריאות הנפש בישראל, מגמות וסוגיות. אבירם, א.; גינת, י. (עורכים). עמ' 43. הוצאת צ'ריקובר, תל אביב.
14. אליצור, א., ברוך, י., ולרנר, י. ושני, מ. (2004). הרפורמות בבריאות הנפש בישראל. בתוך י. קופ (עורך). *הקצאת משאבים לשירותים חברתיים-2004*. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (עמ' 302-332).
15. אלרואי דה-בר, ה. 2006. "הפסיכיאטרים חוששים: הרפורמה תפגע בחולים". NRG 16.10.2006. <http://www.nrg.co.il/online/43/ART1/491/974.html>
16. בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות. 2005. אתר הבית/פרסומים/הודעות לעיתונות. www.bizchut.org.il/heb/upload/.press/reformapress.html
17. גינת, י. (1992). ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. *הרפואה*, 123, 268-264.
18. גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., רוזן, ב., ניראל, נ., וירצר, ר. 2009. "מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים". דוח מחקר. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל (עומד להתפרסם).
19. הדס-לידור, נ., ולכמן, מ. (עורכים) (2007). *שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות-פרקטיקה, מדיניות ומחקר*. כפר יונה: ליתם.
20. המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. 2002. כנס יום-המלח. מושב בריאות הנפש.
21. חבר, א. שני, מ. קוטלר, ד. פסט, ד. אליצור, א. ברוך, י. "הרפורמה בבריאות הנפש - מאין ולאן" הרפואה, חוברת ה', מאי 2005
22. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התשס"ה (2000). *ספר החוקים*, 1746.
23. לכמן, מ. (2006). שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? בתוך א. אבירם וי. גינת (עורכים) *שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות*. תל-אביב: צ'ריקובר (עמ' 305-321).
24. משרד הבריאות ומשרד האוצר. 2006. סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא העברת מלוא האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות. 17.09.2006. ירושלים.
25. משרד הבריאות. 2004. שנתון סטטיסטי 2004. האגף לשירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים.
26. משרד הבריאות. 2006. שנתון סטטיסטי 2006. האגף לשירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים.

27. ניראל, נ.; אקר, נ.; רוזן, ב.; ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר. 2008. "הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכתה", מסמך רקע שהוגש לסדנה לדיון בסוגיות למחקר הערכת הרפורמה בבריאות הנפש, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. <http://brookdalehebjdc.org.il/files/PDF/Elisabet/EvaluatingMentalHealthReform-Nov07.pdf>.
28. סייקס, י. 2006. "העברת שירותי בריאות הנפש בישראל ממשד הבריאות לקופות-החולים: מדיניות במבוי סתום". שירותי בריאות הנפש בישראל, מגמות וסוגיות. אבירם, א.; גינת, י. (עורכים). עמ' 97-112. הוצאת צ'ריקובר, תל אביב.
29. רועה, ד., צ'ופרה, מ., חסון-אוחיון, א., שור, ש., לכמן, מ. ורודניק, א. התפתחויות מחקריות והמשגתיות באשר להפרעות נפשיות קשות והשלכותיהן על תחום השיקום הפסיכיאטרי. *חברה ורווחה*, כ"ה, 207-222.
30. שמר, י. 2006. הרצאה: "העברת בריאות הנפש לקופות החולים - האמנם רפורמה?" כנס המי"ל: העברת בריאות הנפש לקופות-החולים - רפורמה אמיתית או העברה תקציבית? כפר המכביה, 20.12.2006, תל אביב.
31. שפיר, ג. 1995. "יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום, סיכוי". *שיחות* ט (2): 151-158.
32. שרשבסקי, י' (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל - תהליכים ואתגרים. בתוך א. אבירם וי. גינת (עורכים) *שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות*. עמ' 259-387. תל אביב: צ'ריקובר.

צוות 2

המקרה של הפרדת בתי החולים הממשלתיים מהממשלה

הקדמה

נושא תאגוד בתי חולים אינו נושא חדש. כבר בראשית שנות ה-90 המליצה וועדת נתניהו על תאגוד בתי החולים הממשלתיים, בכדי להביא לשיפור בתפקוד מערכת הבריאות ולניצול יעיל של משאביה (1). הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (וועדת אמוראי) (2), שהגישה את המלצותיה בשנת 2002, המליצה על תאגוד בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים בבעלות שירותי בריאות כללית. גם וועדת ליאון (מאי 2004) (3) המליצה על הפיכת בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית לבתי חולים ציבוריים הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח. נושא התאגוד נידון גם במספר כנסים אקדמיים (כנס קיסריה של המכון הישראלי לדמוקרטיה וכנס יום המלח של המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות) (4, 5) ואף היה נושא לבדיקה בדוח מבקר המדינה לשנת 2004 ומוזכר גם בדוח מבקר המדינה לשנת 2009 שהתפרסם לפני מספר ימים (6).

הניסיונות לניתוק בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות והפיכתם לגופים עצמאיים נעשו בהתאם להחלטות ממשלה שונות אשר התקבלו מראשית שנות התשעים של המאה הקודמת. כך למשל, ביום 6 באוקטובר 1991 נתקבלה החלטת ממשלה מס' 1930 לרשום 5 בתי חולים ממשלתיים כחברות לתועלת הציבור. ביום 8 בספטמבר 1997 התקבלה החלטה מס' 2641 וביום 22 באוגוסט 1999 התקבלה החלטה מס' 172, כולן בנושא תאגוד בתי החולים.

החלטות הממשלה העדכניות בדבר העברת בתי החולים הממשלתיים לידי "חברות מנהלות" הן: החלטה מס' 2460 שהתקבלה ביום 18 באוגוסט 2004. החלטה זו הינה המשך להחלטת ממשלה מס' 130 מיום 25 במרץ 2003 והחלטת ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה מס. חכמ/25 מיום 22 ביולי 2003, להעביר את בתי-החולים הממשלתיים

לידי חברות מנהלות שיוקמו בתיאום בין שר הבריאות ושר האוצר. תאגוד של בתי החולים הציבוריים הנו אחת הדרכים לפתרון בעיית ניגוד האינטרסים של משרד הבריאות בתפקידו כמיניסטרו/רגולטור מחד וכבעלים של בתי החולים מאידך. ניגוד עניינים זה אינו שנוי במחלוקת אך מאידך לא כל יתר המטרות שהוצגו כסיבות להפרדת בתי החולים ממשרד הבריאות מוסכמות על הכל. מטרות התאגוד כפי שפורטו בוועדת ליאון לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים הינן:

- שחרור הממשלה מניהול שוטף.
- התייעלות בשוק תחרותי.
- ניצול יעיל של משאבי המערכת על ידי יצירת אשכולות אזוריים של קמפוסים.
- גמישות ניהולית בתוך בתי החולים.
- קיום בקרת איכות במערכת.

בעקבות התאגוד אמור משרד הבריאות להיפך לגוף קובע מדיניות ומפקח על ביצועה בהיבטי תהליך ותוכן כאחד.

החלטות לחוד ומעשים לחוד. הליך התאגוד של בתי החולים הממשלתיים לא יצא עדיין אל הפועל, וכיום למעלה משני עשורים לאחר הגשת המלצות דוח וועדת נתניהו ועל אף קיומן של מספר החלטות ממשלה בעניין, עדיין לא תואגד ולו בית חולים ממשלתי אחד. זאת על אף שב-20 השנים האחרונות הובלו תהליכים שונים של שינויים מבניים של רשויות וחברות ממשלתיות: הפרטת בזק, הפרטת בתי הזיקוק, הפרטת צים, הפרטת אל-על, רפורמה ברשות הדואר, שינויים מבניים בתעשיות הביטחוניות, ועוד.

האם יש מה ללמוד מכישלון רפורמות במקומות אחרים בעולם?

לאור העובדה כי מדובר במהלך שעקרונית מוסכם על מרבית הגורמים במערכת הבריאות בארץ מעניין לראות מה עלה בגורלן של רפורמות מוסכמות אחרות במערכות הבריאות בעולם. קיים אמנם קושי מובנה בהשוואת מערכות שאינן דומות כלל האחת לרעותה בכלל ובמערכות הבריאות בהן קיימת מורכבות רבה יותר מאשר במערכות אחרות. השוני בכיסוי הביטוחי, המימוני ובצורת מתן השירות הינו גדול ביותר בין מערכות הבריאות בעולם.

העדר כיסוי ביטוחי לכ-50 מיליון איש בארה"ב היה אתגר שניצב לפנייהם של נשיאים רבים במאה שעברה. על הכל מוסכם, לכאורה, כי המצב בו לחלק משמעותי באוכלוסיה אין כל ביטוח בריאות אינו רצוי ואינו תקין.

למרות זאת גם נשיאים שהובילו שינוי משמעותי בתחומים חברתיים לא הצליחו לפתור בעיה זאת. כבר במערכת הבחירות של שנת 1912 הועלה הנושא ע"י תיאודור רוזולט שאף נבחר לנשיא בתום מערכת הבחירות. הנשיא פ.ד. רוזולט שהקים את מערכת הביטוחן הסוציאלי המודרנית בארה"ב (Social Security) וויתר על הובלת שינוי בתחום זה על מנת למנוע את הכשלון של ייסוד מערכת הביטוחן הסוציאלית (5-1934) (7). גם הנשיא ג'ונסון שבתקופת כהונתו חוקק החוק שהיה הבסיס ל-Medicare ויתר על הנושא של כיסוי לכל. תוכניות דומות של הנשיאים ניקסון וקרטר אינם מוזכרים כמעט מחוץ לקבוצה קטנה המתעניינת בנושא.

הנשיא קלינטון עסק רבות בנושא הן במהלך מערכת הבחירות והן בשנתיים הראשונות לכהונתו. רבות נכתב על הסיבות לכשלונה של רפורמת קלינטון, כאשר חלק מהכותבים מתייחס לסיבות הכשלון על רקע ההסכמה הכוללת בדבר הצורך בהבטחת ביטוח בריאות לכלל תושבי ארה"ב.

הנקודות הבאות צוינו כסיבות לאי ההצלחה:

- הרפורמה עסקה בכלל מערכת הבריאות האמריקאית ולא הייתה ממוקדת בפתרון בעיית חסרי הביטוח בלבד (8).
- ההתנגדות לשינוי הייתה חזקה מהצורך לשינוי (בגלל התנגדות בעלי העניין) (8).
- מגבלות הכוח הפוליטי שהיה זמין לנשיא קלינטון - וזאת בניגוד לנשיאים ג'ונסון ורוזולט (7, 9).
- העדר דיון ציבורי רחב ומקיף שיכל לייצר "קואליציה של פשרות" (9) (המקבילה לנושא הנדון כאן הוא העדר "שולחן עגול" של כלל הגורמים במערכת הבריאות בארץ).
- ההתנגדות הגדולה בציבוריות האמריקאית לכל סוג של מיסוי נוסף הינה חזקה מהצורך להבטיח כיסוי לכלל האוכלוסייה (10).

למרות הקושי בהשוואות בינלאומיות יש מקום אולי לזקק את הלקחים מרפורמות שונות שצלחו או כשלו וללמוד מהם איך לקדם את נושא ההפרדה של בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות בטרם יעשה מאמץ מחודש לחלץ את הנושא מהקיפאון בו הוא שרוי. בעיקר יש ללמוד את הלקחים מתוך רפורמות שהיו מוסכמות (לפחות לכאורה) על

דעת הרוב המכריע של המעורבים בדבר. מופו חסמים כלליים ביישום של רפורמות וכן חסמים ספציפיים לרפורמות במערכת הבריאות.

חסמים כלליים

- **קיימת הסכמה רעיונית ובהיעדר משבר של ממש הנושא לא מתקדם:** בזמן חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה משבר עמוק במערכת הבריאות. עיקר המשבר היה בקופת חולים כללית (כשמה אז) עליה רבץ חוב של מעל 3 מיליארד ₪. חלק ניכר מהכנסותיה שמש לצורך טיפול בחובותיה. גם הצורך בנייתוק הקופה מההסתדרות הכללית היה מוסכם על מרבית הגורמים המעורבים (למעט כמונן ההסתדרות) והציבור הרחב. המצב בבתי החולים הממשלתיים אינו דומה כלל למצב ששרר ערב ביטוח בריאות ממלכתי ובהיעדר משבר של ממש אין זרז לפיתרונות יצירתיים בתחום המבנה התאגידי.
- **היעדר מנהיגות:** למרות ההסכמה הרחבה בדבר הצורך בביצוע הפרדה לא קיימת מנהיגות מזהה עם הנושא. לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה הסכמה פוליטית רחבה בדבר הצורך בחקיקה והפרדת קופת חולים כללית מההסתדרות. שרי הבריאות שהובילו את המהלך (אולמרט ואחריו רמון) היו דמויות מרכזיות במפלגת השלטון ומנכ"ל המשרד פרופ' מרדכי שני פעל בכל כוחו לביצוע עבודת המטה הנרחבת הנדרשת לצורך העברת הרעיון לחקיקה ולהפעלה בטווח זמן קצר יחסית.
- **היעדר ניסיון:** עד כה הופרטו בארץ רק חברות/גופים שהינם למטרות רווח. שירותים חברתיים טרם עברו צעד דומה. הניסיון להעברת התחנות לבריאות המשפחה לקופות החולים לא קרם עור וגידים. הפרטת בתי הסוהר התקדמה יותר אך נמצאת כעת על שולחנו של בג"ץ וקשה לדעת כיצד יסתיים הדיון בנושא זה, הנמשך כבר מספר שנים.
- **אבדן שליטה:** כל שינוי מסוג זה במבנה התאגידי טומן בחובו שינוי במאזן הכוחות הקיים. לעיתים הצדדים המכריזים על הצורך בשינוי בפומבי, בחדרי חדרים חוששים מאבדן עמדת הכוח שלהם במצב הקיים ולכן לא עושים ככל יכולתם לקדם את השינוי שהינו לכאורה מוסכם.

חסמים ספציפיים למערכת הבריאות

- **קיים בפועל תאגוד זוחל/חצי תאגוד (קרנות מחקרים, אגודות יידיים):** במצבם של בתי החולים אין משבר מקביל לזה שהיה קיים בזמן חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משבר שידחוף את המעורבים לתהליך שיביא להפרדה של בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות. יתרה מכך, מאז הוקמו תאגידי הבריאות בראשית שנות התשעים של המאה שעברה נתנו לבתי החולים הממשלתיים גמישות מסוימת הן בנושאים תקציביים והן בנושאי ניהול כח אדם. במצב זה ייתכן ו"התאגוד הזוחל" מבחינת היתרונות לבתי החולים כבר קיים. מאידך, "החובות" הכרוכות בהפרדה של בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות והצעדים הנדרשים לקראת מצב זה אינם כה אטרקטיביים כדי שהמערכת כולה תפעל למימוש ההפרדה.
- **מעמד העובדים:** מעמד העובדים בעידן שלאחר ההפרדה לא הוסדר וקיימות הצעות שונות בדבר המודל הרצוי להעסקת העובדים בתאגיד. במערכת הבריאות קיימות שלוש קבוצות עובדים עיקריות: רופאים, אחיות ועובדי מנהל ומשק. יש לצפות לכך כי קושי נוסף, מעבר לקושי המשותף לכל העובדים, יהיה בסקטור עובדי המנהל והמשק שמאופיו חשוף יותר למודלים שונים של מתן השירות עליו הוא אמון.
- **העדר מודל תאגידי ברור ומוסכם להפרדה:** וועדת נתניהו המליצה עוד בשנת 1990 על ביזור ועצמאות לבתי החולים הממשלתיים אך לא קבעה את המודל המדויק לביצוע הנושא. בשנת 1991 הוקמו עמותות בששה בתי חולים כצעד מכין להפרדה בין משרד הבריאות ובתי החולים. וועדת אמוראי המליצה על הקמת תאגידי עצמאיים ואילו וועדת ליאון המליצה על הפרדה בצורה של הפיכת בתי החולים הממשלתיים לחברות ממשלתיות. דעת המיעוט בוועדת ליאון המליצה על העברת בתי החולים לחברות בנות של קופות החולים.
- **העדר הסכמה על תוכנית הפעלה הראשונית:** תוכנית הפעלה הראשונית אינה מוסכמת. גם אם המודל התאגידי היה מוסכם עדיין קיימים חילוקי דעות בדבר הדרך הנכונה להוצאת ההפרדה מן הכוח אל הפועל. יש הגורסים כי חובה להתחיל בבית חולים אחד או שניים לניסיון ורק אח"כ להמשיך ומאידך יש הטוענים כי אין לגשת לנושא אלא אם כן כל בתי החולים הממשלתיים ואלו של שירותי בריאות כללית

יכנסו ביחד לתהליך (עמדת הר"י). בין דעות אלו קיימות עמדות ביניים, כגון: קודם בתי החולים הממשלתיים ואחר כך בתי החולים של שירותי בריאות כללית (וועדת ליאון).

• **ניסיונם של תאגידים קיימים:** בתי החולים העצמאיים תלויים כולם בתרומות לצורך קיומם. בית החולים משגב לדרך כשל ונסגר. בית החולים ביקור חולים נמצא במשבר מתמשך ונראה כי עתידו אינו מובטח. גם בתי חולים יציבים כמו הדסה ושערי צדק נזקקו בעשור האחרון לסדרת צעדים פנימיים עקב מצוקה כלכלית ונזקקו לתוכניות הבראה למיניהן. הדשא, אם כן, של "הארץ המובטחת" אינו כה ירוק וייתכן והוא גורם מעכב אף הוא.

מעבר לחסמים שמקורם בחילוקי דעות או בתוכניות בלתי מגובשות סופית קיימים חסמים שאינם שנויים במחלוקת אך בנוכחותם ללא פתרון קשה להתקדם לעבר מצב בו בתי החולים הממשלתיים יהיו יישויות עצמאיות. בין אלו יש למנות את הסיבות הבאות:

1. **העדרה של מערכת תמחור אמיתית** - מערכת התמחור הקיימת כיום הינה מערכת היסטורית שעוברת תיקונים נקודתיים מעת לעת. עדיין קיים חוסר איזון בין מחירים גבוהים יחסית של שירותים אמבולטוריים ומחירים נמוכים יחסית במערכת האשפוז. יש להסדיר נושא זה במידה ומעוניינים בבתי חולים עצמאיים יציבים כלכלית.

2. **תשתיות בתי החולים** - קיים פער גדול בין מצב תשתיות בתי החולים המועמדים לעבור את השינוי. יש צורך להעבירם למכנה משותף מינימאלי בטרם יציאה לדרך חדשה.

3. **מערכת פיקוח על איכות הטיפול** - אחד היתרונות המצופים של הפיכת משרד הבריאות למיניסטרוני הינו יכולתו להיות גורם מנחה ומפקח למערכת. יש צורך בהקמת מערכת הפיקוח מראש על מנת להבטיח שבתי החולים ידעו כיצד תימדד פעילותם.

4. מימון המעבר של בתי החולים הממשלתיים לישויות עצמאיות - בנספח לדוח וועדת ליאון ציין משרד הבריאות כי היקף התמיכה הישיר והעקיף בבתי החולים הממשלתיים עומד על כ- 900 מיליון ₪ בשנה (מחירי 2004). יש להסדיר המשך תקציב זה בטרם ביצוע השינוי המבני.

5. תכנית מגירה למקרה של כשלון - יש להבטיח כי יקבעו קריטריונים מחייבים וברורים על פיהם יוחלט כי בית חולים מועבר למעמד החדש. מעבר לכך, כמו בכל דרך חדשה, קיימת אפשרות של חוסר הצלחה. יש להבטיח רשת ביטחון למספר שנים ראשונות על מנת לאפשר את השינוי. ללא רשת ביטחון כזו, קשה לראות איך תושג התקדמות.

בניתוח שבוצע במהלך המפגש הראשון הוצגו עמדות הצדדים השונים שהיו מעורבים בניסיון להפריד את בית החולים "וולפסון" ממשרד הבריאות:

1. מנקודת מבטה של מכבי שירותי בריאות, אשר הייתה אמורה לקבל את האחריות להפעלת בית החולים מידי משרד הבריאות, הבעיות המרכזיות היו מצבם הרעוע של תשתיות בית החולים, היעדר מנהיגות מצד משרד הבריאות שהתבטאה בהיעדר שותפות אמיתית במהלך ואף שידר לסירוגין התנגדות, אי אמון וסקפטיות והתמשכות המשא ומתן לתקופה ארוכה (כשנתיים וחצי) אשר הביאה להתדרדרות במצבו הכללי של בית החולים לאור העובדה שהופסקו כל ההשקעות מצד משרד הבריאות בתשתיות ובמשאבי האנוש.

2. מנקודת מבטו של בית החולים הרצון לנהל את בית החולים תחת קופת חולים עורר התנגדות הן מצד העובדים, שהעדיפו להישאר עובדי מדינה ובכך לא איפשרו למשא ומתן להתקדם והן בקרב קופת חולים כללית ובתי החולים בסביבת "וולפסון" שחששו מיצירת מוקד משיכה של מכבי שירותי בריאות אשר תפגע בהם. גם ההיסטוריה של בתי חולים עצמאיים כמו משגב לדך וביקור חולים לא סייע בשכנוע העובדים בביטחונם התעסוקתי העתידי.

המצב המתמשך של אי הודאות סביב התהליך גרמה לפגיעה חמורה בהכנסות בית החולים עקב ירידה חדה בהפניית מטופלי קופת החולים הכללית לבית החולים.

3. מנקודת מבטו של הפרוייקטור (מר חיים פלץ) שהתבקש לסייע בקידומו של התהליך לאחר כשנתיים מתחילתו הסיבה המרכזית לכישלון המהלך היה העדרה של הצלחה במו"מ עם העובדים ובעיקר במו"מ עם עובדי מנהל ומשק והסתדרות הכללית. היה ברור שחיסכון משמעותי כתוצאה מהתיאגוד יתבטא תחילה בהפחתת עובדים במינהל ומשק, בעוד שלא הייתה צפויה להיות הפחתה במספר האחיות או הרופאים. כדי להצליח במו"מ נדרש היה לטיפול משולב שמצד אחד יקצה משאבים והתחייבויות לעובדי בית החולים ובעיקר לעובדי מנהל ומשק ומצד שני יתמודד חוזית עם מכלול הנושאים הקשורים להעברה, כולל אפשרות לתיקוני חקיקה.

המפגש השני עסק בניסיון להעלות רעיונות שייאפשרו להתגבר על החסמים העיקריים ולאפשר הפרדה של בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות.

החסמים העיקריים להפרדה המלאה שהוצעו במהלך השנים:

- מודל העסקת העובדים בישות החדשה
- העדר הסכמה על מבנה בתי החולים שיופרדו ממשד הבריאות
- עלויות המעבר
- העדר נחישות בצורך בשינוי ובמנהיגות נחרצת לביצועה
- עיסוק בהפרדה כנושא בפני עצמו ולא בנושאים נלווים עתירי מחלוקת כגון שר"פ

החסם העיקרי הראשון: מודל העברת העובדים

בעידן המודרני, יותר ויותר שירותים ממשלתיים עוברים שינויים מבניים. שינויים מבניים יכולים ללבוש צורות שונות: הפיכה מיחידת סמך משרדית או רשות לחברה ממשלתית או "הפרטה" (העברת השליטה מבעלות ממשלתית לציבורית או פרטית). מטבע הדברים, כאשר מתרחש שינוי במבנה הבעלות של החברה, עולות שאלות הנוגעות לגורלם ועתידם של העובדים. כיום עדיין אין חקיקה מסודרת המסדירה את גורלו של הסכם העבודה ומעמד העובדים במצב של שינוי מבני או חילופי מעבידים.

תהליכי השינויים המבניים שבוצעו בשנים האחרונות התבססו על הדברות עם הסתדרות העובדים הכללית ולעיתים העזרות בחקיקה ראשית. עמדת ההסתדרות בהגנה על זכויות העובדים בעת שינוי מבני התחזקה ביוני 2004 בפסיקה בבג"צ במעמד של שבעה שופטים שזכתה לשם **"בג"צ רמת"א**. הפסיקה קבעה ששנוי מעביד ומבנה החברה הוא שינוי מהותי ולכן העובדים זכאים להמשיך לעבוד בשירות המעביד הקודם, ואם המעביד

החדש יבחר לפטרם (וזו הנחת העבודה), תקום חובה ליתן להם זכויות כעובדים שפוטרו מעבודתם, שכוללות לא רק פיצויי פיטורים, אלא גם זכויות נוספות הנובעות מחוזה העבודה האישי, מהסכם קיבוצי או מנהגים (למשל: פיצויי פיטורים מוגדלים, מענקי פרישה וכיו"ב).

החלטת בג"צ יוצרת קושי וחשש לעלויות מעבר גבוהות בשינויים מבניים בגופים הממשלתיים. מאז בג"צ רמת"א ניסתה הממשלה לתקן את חוק פיצויי פיטורים כדי שיעקר את החלטת בג"צ. יחד עם זאת, ניסיונות חוזרים ונשנים להעביר את תיקון 20 לחוק פיצויי פיטורים דרך חוק ההסדרים נכשלו שנה אחרי שנה בשנים האחרונות עקב התנגדות ההסתדרות תוך איום מפורש להשבית את כלל המשק. יש לציין שמאז הלכת רמת"א נעצרו כל היוזמות לשינויים מבניים משמעותיים ברשויות וחברות ממשלתיות למעט המשך השינוי המבני בנמלים שנמשך מכוח חקיקת החוק חודש לאחר בג"צ רמת"א.

דוח וועדת ליאון שהוגש במאי 2004 הציע שני מודלים בסיסיים בהקשר של מערכת יחסי העבודה: השאלת עובדים לתאגיד החדש או העסקתם בידי התאגיד החדש. האפשרויות הללו לא קודמו באופן יעיל מאז. החלטת הממשלה 2460 מאוגוסט 2004 קבעה באופן לקוני שמעבר עובדים לחברות מנהלות יתבצע בהתאם "לאמור בכל דין" ולאחר ניהול משא-ומתן עם ארגוני העובדים היציגים, במגמה לחתום על הסכם שיסדיר את השלכות המהלך על שכרם ותנאי עבודתם של העובדים.

יחד עם זאת, מודל ההעסקה כולל שאלות מורכבות של מעמד העובדים הקבועים, זכויות הפיטורים, זכויות הפנסיה, מעמד העובדים הזמניים, מעמד עובדי תאגידי הבריאות, יצירת שתי אוכלוסיות עובדים עם זכויות שונות ועוד. ארגוני העובדים מצדם אינם מצדדים כלל ברפורמה ולא מוצאים את היתרונות בה לעובדים ולכלל מערכת הבריאות. יתכן כי החלתו של שר"פ בביה"ח המתואגד מהווה זרז כלשהו לחלק מהוועדים, אך ודאי לא זרז מספיק. הביקורת של ארגוני העובדים על ההשלכות הבלתי צפויות של רפורמה אחרת, רפורמת בכר (רפורמה בשוק ההון והחיסכון הפנסיוני), מחזקת את השמרנות בקרב ארגונים אלו.

הסרת החסם הראשון: מודל העברת העובדים

- זניחה של נסיונות תיקון 20 לחוק פיצויי פיטורים.
- הדברות עם העובדים על מודל תאגוד בבתי"ח הממשלתיים הכלליים בלבד, ללא חקיקה המבטלת את זכויות העובדים בבג"צ רמת"א אלא הסכמה נקודתית על

שמירת הביטחון התעסוקתי. הבסיס להסדרת הנושא נמצא בפרק 4.7 בדוח ליאון וכולל את הגדרת הזכויות של העובדים בהקשר של הלכת רמת"א.

- יש להבטיח החלה של הסדרי פנסיה, הסכמים קיבוציים, ייצוג העובדים, רשת בטחון פיננסית ומניעת פיטורי עובדים.
- הובלת המהלך בחקיקה ראשית.

החסם השני: העדר הסכמה על מבנה השוק

"יש להבחין בין תאגוד לבין הפרטה. מאחר והמגבלות המוטלות על בית חולים ציבורי הן כאלה שאינן מאפשרות להפעילו כחברה למטרת רווח, הרי מן הראוי להבהיר, כבר בשלב הראשון של הדיונים עם נציגויות העובדים, כי אין בכוונת הממשלה להפריט את בתי החולים הציבוריים אלא להפעילם כתאגידים ציבוריים עצמאיים" **(מתוך דוח ליאון)**.

בתי"ח הממשלתיים הם יחידות סמך בתוך משרד הבריאות. תאגוד פירושו העברתם למבנה של חברה שיכול להתרחש במספר מבנים משפטיים:

- חברה ממשלתית כחלק מרשות החברות הממשלתיות ובהתאם לחוק החברות הממשלתיות או חברה עירונית בהתאם לפקודת העיריות.
- חברה לתועלת הציבור בבעלות של קופת חולים.
- חברה לתועלת הציבור בבעלות של עמותה (בדומה להדסה, שערי צדק, לניאדו, מעייני הישועה ועוד).

וועדת ליאון צידדה בפתרון הראשון כ"דרך המלך" ובעלות ע"י קופות החולים כאפשרות שנייה בלבד. החלטת הממשלה 2460 מאוגוסט 2004 הציעה תאגוד של ביה"ח הלל יפה תחת אחת מקופ"ח בתוספת לתהליך ההעברה במכרז של ביה"ח וולפסון לידי אחת מקופות החולים. בנוסף, הוחלט באותה החלטה על תאגוד בתי"ח שיבא ורמב"ם תחת חברה מנהלת עצמאית.

דעת המיעוט של וועדת ליאון שהוצגה ע"י נציג האוצר שללה תאגוד במבנה של חברה ממשלתית ואכן החלטת הממשלה 2460 לא כללה שום פתרון שכזה; בעשותה כך, דחתה הממשלה בפועל את ההמלצה הראשית ודעת הרוב של וועדת לאון ואימצה את דעת המיעוט. הבסיס לדעת המיעוט בוועדת ליאון השולל תאגוד כחברה ממשלתית

מגביר את עוצמת החסם הקודם עליו דובר (חסם ארגוני העובדים). נאמר בדוח ליאון: "העובדים יחששו מהשינוי ויטענו כי ביטחונם ביכולתם של התאגידים למלא אחר התחייבויותיהם אינו דומה כלל לביטחונם ביכולת המדינה או שירותי בריאות כללית למלא אחר התחייבויותיהם. סביר להניח כי העובדים ידרשו רשת ביטחון נוספת". לעומת זאת נכתב בדעת המיעוט המתנגדת לתאגוד במבנה של חברה ממשלתית: "המגמה העיקרית של תאגוד בתי החולים היא הינתקות הממשלה מתפעול וניהול בתי החולים. הפיכת בתי החולים הממשלתיים לחברות ממשלתיות תותיר את הממשלה כבעלת הבית בנעשה בבתי החולים".

ההתנגשות בין שתי עמדות אלו הוא סלע מחלוקת שמחייב יישוב ופשרה. אימוץ מבנה משפטי של חברה ממשלתית מגלם בתוכו את היתרונות שכוללים בין השאר ניהול חברה מסודר והמפוקח ע"י דירקטוריון וכל זאת עדיין בחסות מטריית האחריות הכלכלית של המדינה, כיאה לנדרש בשרות חברתי בסיסי כבריאות. עמדת משרד הבריאות שהובעה באופן נחוש במהלך ניסיונות העברת ביה"ח וולפסון לחברה מנהלת בבעלות אחת קופות החולים - השוללת לחלוטין מודל של תאגוד תחת קופ"ח איננה מובנת. ניהול בתי"ח תחת קופות חולים לא יכולה להיחשב כמודל פסול במיוחד לאור הניהול המוצלח של בתי"ח תחת שירותי בריאות כללית.

הסרת החסם השני: הסכמה על מבנה השוק

יצירת מבנים מגוונים המותאמים לבתי"ח ללא מבנה זהה לכלל בתי החולים. המבנה יהיה תלוי ביכולת פיננסית ותחרותית מוכחת של ביה"ח להיות תאגיד עצמאי. במידה ולא הוכח מבנה שכזה המודלים 'הבטוחים' יותר חברה ממשלתית/עירונית או חברה בת של קופ"ח יחשבו כפתרון הרצוי.

להלן מתווה אפשרי למספר מודלים מבניים:

- מרכזי על ובתי"ח גדולים-חברות ממשלתיות או עירוניות או לחליפין כתאגיד עצמאי
- בתי"ח קטנים - תחת קופות חולים או חברות ממשלתיות
- בשלב הראשון לא יהיה עיסוק בתחום זה בהתייחס לבתי החולים הממשלתיים שאינם כלליים (פסיכיאטריים, סיעודיים וכו') ובתי חולים של שירותי בריאות כללית.

החסם השלישי: השלכות פיננסיות - עלויות מעבר

הניהול הפיננסי של בתי"ח הממשלתיים תחת משרד הבריאות שונה מבתי"ח הציבוריים האחרים במספר נושאים כבדי משקל:

- ניהול ואחריות של עלויות הגמלאים הקיימים והעתידים המבוסס על פנסיה תקציבית
- נתינת הנחת מחזור של כ-2% לקופות החולים
- אי הפרשה של עלויות צפויות על אחריות מקצועית
- תקציבי פיתוח שמקורם בתקציב הממשלתי

בנוסף לכך המעבר לחברה מנהלת כולל השלכות פיננסיות הנובעים מעלויות "השאלת" העובדים או העברת העובדים (מענק חד פעמי, אפשרות פיטורים ועוד), העברת הנכסים והמיטלטלין והסכם העברת חבויות אחריות מקצועית וחבויות פוטנציאליות אחרות (ימי מחלה, חופשה, חבויות על נכסים ומיטלטלין). עלויות המעבר צפויות להסתכם במאות מיליוני שקלים וזאת ללא "רשת בטחון" תקציבית שיתכן ותידרש ללוות את המעבר.

הסרת החסם השלישי: השלכות פיננסיות - עלויות מעבר

- קביעת עקרונות פיננסיים למודל
- יצירת מודלים פיננסיים לכל בית חולים (באחריות גוף חשבונאי חיזוני ובלתי תלוי)
- החלטות בהקשר של המשך סבסוד/ספיגה והמשך הענקת רשת בטחון לכל סוג של מבנה תאגידי
- תוכנית עשור לכל בית חולים להתייעלות עד לתקרה שתקבע תוך הפחתת הסבסוד

החסם הרביעי: נחישות בצורך והובלת מנהיג

היחזמה הכושלת של העברת בית חולים וולפסון לידי חברה מנהלת בבעלות קופת החולים התאפיינה בחוסר מובילות. היחזמה הובלה ע"י שחקנים משניים ולא הייתה שייכת לגורם בעל משקל שראה בה משימה לביצוע, כדוגמת הרפורמה בנמלים שהובלה ע"י שר האוצר דאז בנימין נתניהו. זאת ועוד - בניגוד למצב שהיה קיים במשק הבריאות לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי אין כיום אווירה של משבר במערכת הבריאות הקשורה לנושא הפרדה ואין מישהו אשר מזהה עם הרעיון ועם התהליך במיוחד לאור התדמית של "רעיון שמדברים עליו ולא עושים" שדבק בו. בנוסף לאמור לעיל

קיימת דעה של חלק מהמנהלים במערכת כי כיום אין יתרון גדול בתאגוד כפי שהיה נראה בעבר לפני הגדלת הגמישות הניהולית של מנהלי בתי"ח הממשלתיים במסגרת רפורמת "המפעלים העסקיים" והתעצמות תאגידי הבריאות ב-15 השנים האחרונות.

הסרת החסם הרביעי: נחישות בצורך והובלת מנהיג

- יש ליצור הבנה כי מערכת הבריאות הציבורית ובמיוחד בתי"ח הממשלתיים נמצאים בפתחם של אתגרים מורכבים אם לא משבר וזאת עקב הסיבות הבאות:
- תחרות גדלה מצד השוק הפרטי ורבדי הביטוח הנוספים
 - שינוי בתפיסת המטופלים את אופן הטיפול בבי"ח והגדלת הציפיות
 - מחסור צפוי ברופאים ועובדי בריאות נוספים
 - דיון מכונן במשרד הבריאות והאוצר על הצורך בשינוי המבני ועל היתרונות במבנה תאגידי גם אם הוא עדיין בבעלות הממשלה כחברה ממשלתית. שני המשרדים צריכים ללבן את היתרונות והחסרונות בתאגוד ולהחליט על מדיניות משותפת. אין מקום למדיניות של גמגום ו"עמידה על הגדר" מאחד המשרדים (כפי שהיה בתהליך וולפסון).
 - החלטת ממשלה על תחילת תהליך התאגוד וקביעת לוחות זמנים צפופים אך ריאליים בהובלה של המנכ"לים במשרדי הבריאות, האוצר והמשפטים - בחסות השרים וראש הממשלה.

חסם אפשרי נוסף: נושא השר"פ

האם יש לכרוך את מיסוד השר"פ כחלק בלתי נפרד מתהליך ההפרדה? נושא קיומו של שירות רפואה פרטי במערכת הציבורית שנוי במחלוקת ברבדים אחדים. לנושא השלכות מהרמה הערכית וכלה ברמה המשפטית. מצד אחד ניתן לאמור שאין לערב רפורמה ברפורמה אחרת שכן עירוב זה יוצר עיכובים ליישומה של הרפורמה עליה אין חילוקי דעות. מאידך, ניתן לטעון כי השר"פ הינו עובדה קיימת בכל בתי החולים שאינם באחריות המדינה או שירותי בריאות כללית וכי במיסודו ניתן יהיה לא רק לתת מענה לצורך בתחום זה אלא גם להוות זרז להגעה להסכמה על ביצוע ההפרדה.

תיאור החסמים הרבים שאותרו כסיבה לעיכוב - הנמשך כבר כעשרים שנה - בתהליך ההפרדה עורר את השאלה האם מערכת הבריאות איננה דבקה ברעיון שברמה העקרונית

מוסכם אך ברמה המעשית הינו מורכב מידי להשגה מחד, ומאידיך אולי איננו נחוץ עוד. במהלך השנים יצרו לעצמם בתי החולים הממשלתיים תאגידי בריאות אשר מנהלים כ- 20% מהפעילות התקציבית של בתי החולים ואשר מאפשרים למנהלי בתי החולים מידה מסוימת של גמישות ניהולית. במקביל, הכניסה למבנה תאגידי עצמאי מעורר חששות מהצפוי במצב זה (בחלקו מבוסס על הניסיון בבתי החולים העצמאיים כיום) ובכך פחת הרצון להיכנס לתהליך של הפרדה. הסיכוי להתגבר על מכלול החסמים שפורטו לעיל נראה מורכב מידי להשגה בטווח הנראה לעין.

לדעת משתתפי הדיון, השגת המטרה של הפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשד הבריאות איננה מחייבת התגברות על כל החסמים המורכבים שהוצגו לעיל וניתנת להשגה בדרך פשוטה יותר. יש לבצע את ההפרדה בתוך המסגרת הממשלתית על ידי יצירת חיץ ניהולי ותקציבי בין הנהלת משרד הבריאות לבין בתי החולים ללא השינוי הנרחב לו היו בתי החולים הופכים לתאגידיים עצמאיים. צעד זה ניתן להשגה במספר דרכים, כגון:

1. העברת האחריות השוטפת על בתי החולים למשרד הרווחה.
2. הקמת רשות רגולטורית למערכת הבריאות במנותק מניהול בתי החולים.

אימוץ אחת מהמלצות אלו ייתן מענה מלא לבעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות ללא צורך בפיתרון כל החסמים שצוינו לעיל.

בשולי הדברים יש להוסיף שהעדר מנהיגות ברורה לתהליך מחד וקיומן של בעיות דחופות יותר לפתרון, כגון: הכללת שירותי בריאות הנפש בסל הבריאות ונושא הטיפול הכרוני, מחייבים גישה חדשה לגבי הנושאים שמערכת הבריאות צריכה לרכז בהם את מאמציה בשנים הקרובות.

בדיון השתתפו רבות מהדמויות המובילות במערכת הבריאות ורובם המכריע תמך בגישה שמתמקדת בהפרדת משרד הבריאות מניהול בתי החולים כמשימה המרכזית. חשיבות משנית קיימת כיום למבנה התאגידי החדש. הדעה הרווחת הייתה כי בשלב ראשון יש להתרכז בהפרדה גם במחיר השארת המבנה התאגידי ללא שינוי.

על המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות מוטלת המשימה לבחון האם גישה חדשה זאת תוכל סוף סוף לקדם את ההפרדה בין בתי החולים למשרד הבריאות.

רשימת מקורות

1. נתניהו ש', צרניחובסקי ד', פנחס ש' ואחרים. דין וחשבון ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. ירושלים, 1990
2. אמוראי ע', צרניחובסקי ד' ישראלי א' ואחרים. דין וחשבון הועדה לבדיקת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה. תל אביב, 2002
3. ליאון מ' ואחרים. דין וחשבון. הועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים. תל אביב, 2004
4. מערכת הבריאות בעשור הבא: המשך הרפורמה. כנס יום המלח של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. ספטמבר 2000
5. מור יוסף ש'. תאגוד בתי חולים - הצורך ומשמעויות. הרפואה (144), 682-684, 2005
6. מבקר המדינה, דוח שנתי מס' 59' (לשנת 2008), 2009
7. Skocpol T. The rise and resounding demise of the Clinton plan. Health Aff (Millwood). 1995 Spring;14(1):66-85.
8. Oberlander J. Learning from failure in health care reform. N Engl J Med. 2007 Oct 25;357(17):1677-9.
9. Hecl H. The Clinton health plan: historical perspective. Health Aff (Millwood). 1995 Spring;14(1):86-98.
10. Mongan JJ. Anatomy and physiology of health reform's failure. Health Aff (Millwood). 1995 Spring;14(1):99-101.

צוות 3

מנגנון עדכון סל הבריאות

1. הקדמה

וועדת נתניהו (1990) הקדישה פרק שלם (פרק ד) למדיניות הטכנולוגיות הרפואיות בישראל וראתה אותן כחלק מהתפקידים העיקריים של משרד הבריאות. הגדרת הטכנולוגיות, שהתבססה על הגדרת ארגון הבריאות העולמי, התייחסה לכלל הגישות האבחוניות והטיפוליות בחולים וכללה תרופות, אביזרים רפואיים וציוד רפואי.

וועדת נתניהו המליצה:

1. להקים במשרד הבריאות מינהל תרופות, אביזרים רפואיים וציוד רפואי, בו יינתן רישוי לא רק לתרופות אלא גם לאביזרים ולציוד רפואי מההיבט של בטיחות ויעילות.
2. להקים יחידה להערכת טכנולוגיות רפואיות במסגרת האגף למדיניות טכנולוגיה רפואית ובקרת איכות, אשר:
 - א. על בסיס ניתוחיה את השפעת אימוץ הטכנולוגיות החדשות יקבעו סדרי עדיפויות לאומיים;
 - ב. תארגן ועידות קונצנזוס לגיבוש מדיניות לאומית בנושא.

בנובמבר 1990, במסגרת סידרת פגישות לא פורמליות שנערכו במשרד הבריאות כהכנה ליישום הרפורמה ולחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כתב פרופ' גבי בן-נון בהתייחס למקורות המימון⁴:

⁴ "השינוי במקורות המימון ותהליכי זרימתם כתוצאה מהמלצות וועדת החקירה הממלכתית", נובמבר, 1990.

"העיקרון שהנחה את הוועדה בהמלצותיה הוא להבטיח שמרבית מקורות המימון למערכת יהיו ציבוריים... ולשמור על האופי הייעודי של מימון המערכת. מימוש עיקרון זה יושג באמצעות עיגון בחוק של חלק גדול יותר של מקורות המימון... ע"י כך יושג צמצום (עד כמה שאפשר) בהתנצחויות לגבי גובה המקורות בין משרד האוצר ומשרד הבריאות ובחוסר הוודאות לגבי היקף המשאבים העומדים לרשות המערכת".

כניסת חוק בריאות ממלכתי לתוקף בינואר 1995, החליפה את המנגנונים הנפרדים והבלתי רשמיים של קביעת סל השירותים ותנאי הזכאות לו ע"י הקופות במערכת אחידה של סל זכאויות, לו זכאי כל תושב במדינת ישראל (לוקסנבורג, 2005). החוק הגדיר סל תרופות בסיסי, אך לא התייחס לאופן קביעת עלותה של טכנולוגיה חדשה ולאופן בו יוחלט על כניסת טכנולוגיות חדשות לסל.

מטרת מסמך זה לבחון את הדינאמיקה שהובילה לקבלת ההחלטה לגבי מנגנון עדכון סל הטכנולוגיות ואת תהליך יישומו ותחזוקתו במשך עשר שנים. מסגרת הדיון מתייחסת להצלחת רפורמות בבריאות כיכולת ליישם מדיניות רצויה, ללא קשר להשפעתה (Saltman & Figueras, 1997), ורואה כל שינוי קטן במערכת הבריאות כשינוי משמעותי. למרות שמנגנון עדכון הסל אינו מהווה כשלעצמו רפורמה, נוכל ללמוד רבות בהקשרו מסקירת גורמים מקדמים ומעכבים יישום רפורמות בבריאות.

הסוגיות המרכזיות בהן דן הצוות:

1. הדינאמיקה שהובילה לקבלת ההחלטה על מנגנון לעדכון טכנולוגי של "סל הבריאות"
 - נקודת מבט היסטורית
 - גורמים מקדמים ומעכבים
2. גורמים המשפיעים על יישום ותחזוקת המנגנון
 - שינויים במנגנון לאורך השנים
 - חולשות וחוזקות המנגנון
 - התנגדויות למנגנון
3. נקודות למחשבה
 - גורמים המסייעים בייזום והחלטה על רפורמה בתחום הבריאות בישראל
 - גורמים המסייעים ביישום ותחזוקת המצב החדש לאחר מעבר הרפורמה

מסמך זה יציג נייר עמדה, הכולל סקירת ספרות ותיעוד שיחות עם דמויות מפתח בתהליך מיסוד ויישום מנגנון העדכון הטכנולוגי של סל התרופות בישראל. בהמשך המסמך

יוצגו המלצות מהעולם ליישום מוצלח של רפורמות, ותיבחן הצלחת יישומו ותחזוקתו של מנגנון עדכון הסל. בסוף המסמך יוצגו השאלות לדין בכנס.

2. קבלת ההחלטה לגבי מנגנון עדכון טכנולוגי של סל הבריאות

2.1 השתלשלות היסטורית

- 1990 - וועדת נתניהו מכירה בצורך להערכת טכנולוגיה.
- 1992 - הקמת "יחידה להערכת טכנולוגיות רפואיות" במכון גרטנר.
- 1995 - כניסת חוק בריאות ממלכתי לתוקף בינואר 1995, ללא קביעת מנגנון לעדכון טכנולוגי (תיקצוב ותיעדוף).
- 1995-1997 - בשנים אלו לא תוקצבו מקורות ייעודיים להוספת טכנולוגיות לסל. תקופה זו הוגדרה מראש כתקופת ביניים, בה הקופות יכולות לפעול באמצעות מנגנונים עצמאיים, בטרם יוקם מנגנון משותף.
- 1996 - החלטת בג"צ לגבי הוספת תרופת הבטאפרון לטיפול בחולי טרשת נפוצה לסל, ללא הקצאת מקור מימון לצורך כך.
- 1997 - בדצמבר 1997, בעקבות זעקה ציבורית גדולה סביב אי-מתן תרופות חיוניות, שלא היו כלולות ברשימת התרופות בסל, נעשה העדכון הראשון של הסל. משלחת ילדים חולי סרטן ביקרה אצל נשיא המדינה, ואחת הילדות החולות (טלי לוי) התלוננה כי היא פוחדת שלא תקבל את התרופות לטיפול במחלתה. בעקבות הלחץ הציבורי שהתעורר הבטיח שר האוצר באותה תקופה, יעקב נאמן, כי "אף חולה סרטן לא ייפגע" והקצה 150 מיליוני ₪ לעדכון הסל (סל 1998), תוך דרישה לכלול בעדכון תרופות לטיפול בסרטן ובאיידס.
- 1998 - הקמת המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות במשרד הבריאות, שמונה לניהול הסל ועדכנו. בשנה זו, לראשונה, החל תהליך מסודר ושיטתי של הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל השירותים הבסיסי. באותה שנה מינה שר הבריאות את הוועדה הציבורית, שתתעדף טכנולוגיות ותמליץ על אלו שתתווספנה לסל, בעת קבלת תקציב ייעודי לכך. הוועדה הציבורית ("וועדת הסל") דנה רק בתוספת טכנולוגיות לסל שמספקות קופות החולים, המפורטות בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

2.2 ניתוח הגורמים לקבלת ההחלטה

ניתוח הדינמיקה, שהובילה לקבלת ההחלטה על המנגנון לעדכון הטכנולוגי של "סל הבריאות", מתבסס על ראיונות עם דמויות מפתח שלקחו חלק בתהליך. **גב' מירי זיו**, מנכ"ל האגודה למלחמה בסרטן⁵, מציינת את השילוב של עבודת לובי, הסיפור של טלי לוי (הילדה חולת הסרטן) והחשיפה התקשורתית, כגורמים שמינפו את קבלת ההחלטה.

"במקור, עם חקיקת חוק ביטוח ממלכתי, בוטל המס המקביל שהיה צבוע לבריאות. האגודה למלחמה בסרטן במסגרת "צב"י" התריעה שתהליך עדכון עלות הסל אינו מתנהל באופן מסודר. לקריאתם לא הייתה היענות, כך ששלוש שנים לא נערך כל עדכון לסל.

כתוצאה מכך, האגודה התחילה בעבודת לובי בכנסת, תוך שהיא בוחרת לצורך כך חולים, שמסוגלים להתמודד עם חשיפה.

ביום שישי, התקשרה מירי זיו לעזר ויצמן (הנשיא) וביקשה ממנכ"ל בית הנשיא (אריה שומר) להתערב בנושא. בעקבות בקשתו שלחה לו מידע בנושא.

במקביל, האגודה נערכה לבחירת חולים שיוכלו להתמודד עם חשיפה למדיה. ביום ראשון, השתתפו בתוכנית הטלוויזיה "פופוליטיקה" פסיכולוגית שחלתה בסרטן השד ומרצה מבר אילן שחלה בסרטן.

במקביל, קבוצת ילדים חולי סרטן באה לביקור בבית הנשיא. ראומה ויצמן, שאלה אותם במה היא יכולה לעזור להם, אחת הילדות, שראתה את התוכנית "פופוליטיקה" בטלוויזיה וחששה שלא תקבל תרופות, ביקשה מראומה שתעזור להם. ראומה אמרה לה שתנסה לעזור להם לקבל את התרופה (למרות שלא היה משהו קונקרטי שהיה חסר לילדים חולי סרטן, טלי לוי הבינה בעקבות התוכנית שלא תוכל לקבל את התרופות הנחוצות). מנכ"ל בית הנשיא התקשר למשה"ב - בעקבותיו הוזמנו לדיון בכנסת קבוצת הילדים חולי הסרטן.

ביום שני התקיים דיון בכנסת, בישיבת וועדת הכספים, אליו הגיעו הילדים והשתתפו בו גם מנכ"ל אוצר (דויד מילגרם) ויו"ר וועדת הכספים (אברהם רביץ ז"ל). בישיבה, דיברה אותה ילדה ומירי שאלה "למה מחכים שילדים לא ישנו בלילות מחרדה שהם שלא יקבלו תרופות?"

⁵ סיכום שיחה עם מירי זיו שהתקיימה ב-3.5.2009

באותו יום (של דיון וועדת הכספים, 1998) ב-12 בלילה, הודיעו שיקציבו 150 מליון ₪ לנושא. נערכה פניה מהירה למועצה הלאומית לאונקולוגיה לקבלת החלטה על רשימת תרופות".

פרופ' מרדכי שני⁶ מצוין, כי הגורמים שקידמו את קבלת ההחלטה על המנגנון לאימוץ טכנולוגיות חדשות לסל הבריאות הם: וועדת נתניהו (1990), שהצביעה על חשיבות הנושא ועל הצורך בהקמת אגף טכנולוגיות במשרד הבריאות; הקמת אגף להערכת טכנולוגיות ואבטחת איכות במשרד הבריאות כתשתית ארגונית מקצועית (1994); המשבר שנוצר ע"י סירובו של מנכ"ל שירותי בריאות כללית, פרופ' יצחק פטרבורג, לאשר מתן תרופות חדשות, ללא מקור תקציבי והלובי שארגנה האגודה למלחמה בסרטן. וועדת נתניהו, שהמליצה על הקמת אגף טכנולוגיה, ראתה חשיבות רבה לנושא. הדיונים עם האוצר על משמעות הטכנולוגיות הרפואיות התקיימו בשנת 1994 באישון לילה.

באוצר לא היה אף גורם שהבין את הנושא לעומק. למעשה, ההתנגדות הייתה עקרונית ולא עניינית, כאשר היה בלבול בין מכשור רפואי לטכנולוגיה. היו מספר גורמים שקידמו את התהליך:

1. משרד הבריאות.
2. פרופ' פטרבורג, שהתנגד לתוספת טכנולוגיות ללא מקור תקציבי.
3. האגודה למלחמה בסרטן עם לובי חזק של הנשיא.
4. המדיה.

לדבריו, לאוצר לא הייתה הבנה כי צריך להקצות סכום כסף ייעודי לעדכון סל הטכנולוגיות. להערכתו, הסכום הנדרש אותו יש להקצות לנושא לא יפחת מ-400 מליון ₪ לשנה.

פרופ' יהושע שמר⁷, המתייחס אף הוא לגורמים שפורטו לעיל כמשפיעים על קבלת ההחלטה בנושא, מוסיף את תרומת ההבשלה האקדמית של הנושא התיאורטי:

- "הקמת יחידה אקדמית במכון גרטנר על ידי פרופ' שני בשנת 1992, וקורס ב"הערכת טכנולוגיות ברפואה" שנפתח בבי"ס למנהל עסקים באוניברסיטת תל-אביב בחוג למנהל מערכות בריאות.

⁶ סיכום שיחה עם פרופ' מרדכי שני שהתקיימה ב-6.5.2009

⁷ דיוני צוות 3, 27.4.2009

- השתתפות אנשי מפתח בתחום הבריאות (כמו: פרופ' מיכאלי, פרופ' פטרבורג, פרופ' רווח, ד"ר דיצאן, ד"ר אורן ועוד) בכנסים מקצועיים שונים והעלאת הנושא על סדר היום".

פרופ' שמר מדגיש כי שני הגורמים, שהשפעתם על קבלת ההחלטה היו קריטיים, הם החלל שיצר החוק בשנים 1995-1997, והמשבר סביב סירובו של פרופ' פטרבורג לאשר את התרופה של אחת מהילדות במשלחת לנשיא. המשבר האחרון היווה, לדבריו, את הזרז הגדול ביותר ליישום הרפורמה והתחלת הטמעתה בקרב מנהלים במערכת הבריאות בישראל:

"חוק בריאות ממלכתי יצר חלל: הוא הגדיר סל תרופות בסיסי, אך לא נתן פתרונות לניהול, לעדכון. בין השנים 1995-1997 הרפורמה לא הייתה למעשה מגובה בפרדיגמה של המדינה לגבי הטכנולוגיות בבריאות (הטכנולוגיה היחידה שהתווספה בתקופה זו היא בטאפרון, לטיפול בטרשת נפוצה, וזאת בעקבות התערבות בג"צ ולמרות התנגדות הקופות). בפועל, נוצר צורך, שבא לידי ביטוי בלחצים של כל בעלי העניין (קופות, אוצר, משרד הבריאות) להגדרת מתודולוגיה ומנגנון לעדכון הסל.

הזרז הגדול ביותר ליישום הרפורמה היה המשבר סביב התרופה לטלי לוי וסירוב פרופ' פטרבורג, שהיה מנכ"ל הכללית באותה תקופה, לאשר את התרופה ללא הקצאה כספית. בעקבות הלחץ הציבורי, האוצר אישר העברת 150 מליון ₪ עבור 15 תרופות למחלת הסרטן. התרופות אושרו בהליך זריז ולא פורמאלי ע"ח תקציב 1998. בעקבות המשבר הובן, שיש צורך בתוספת תקציבית מידי שנה, ושיש לפתח מתודולוגיה לצורך חלוקתו הנכונה. בשנת 1999 הוקמה הוועדה הראשונה, הממסדת מתודולוגיה פורמאלית לדיון בעדכון שנתי של סל התרופות".

פרופ' יצחק פטרבורג⁸, המתייחס אף הוא לאירועים, מציין:

"למעשה לא עמדה על הפרק כל החלטה ספציפית לא לתת לטלי לוי תרופות להן הזדקקה. ההחלטה הייתה להעמיד את הנושא לדיון ציבורי כדי שינתן פתרון מערכתי לסוגיה של עדכון הסל"

⁸ כיכום שיחה עם פרופ' יצחק פטרבורג, שהתקיימה ב-10.5.2009

ד"ר שמואל קלנג מתייחס אף הוא לאירועים שקדמו לקבלת ההחלטה⁹:

"העדכון הראשון של הסל נעשה לאחר שלוש שנים מתחילתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. התפתחות הרפואה והטכנולוגיות הרפואיות הביאו לכך שהפער בין רמת שירותי הבריאות שבסל הבסיסי לבין הטכנולוגיות שידעה הרפואה להציע הלך וגדל, ובהתאם החל לחץ ציבורי ביחס לעדכון הסל. שר הבריאות דאז, יהושע מצא חזר וציין במהלך 1997 כי קיימות 15 תרופות חיוניות להכללה בסל. לאחר ביקורה המפורסם של אותה ילדה חולת הסרטן בבית הנשיא בו הסבירה כי היא עומדת למות כיון שהתרופות לטיפול בה אינן כלולות בסל, הוחלט לעדכן את הסל ומשרד האוצר הקצה לטובת העדכון 150 מיליון ₪.

עוד בשנת 1996, החל לעבוד צוות מקצועי באגף הרוקחות בראשות ד"ר שגב שני וד"ר שמואל קלנג ובשיתוף עם ד"ר גרי גינזבורג על רשימת התרופות אותן יש להכליל בסל (פרוט שיטת העבודה ותוצאותיה מתוארים בנפרד). מיד עם השמע ההחלטה על תקצוב של 150 מיליון ₪ לעדכון הסל, נפגשו ד"ר שני וד"ר קלנג עם נציגי שירותי בריאות כללית על מנת לבצע חישוב מדויק של עלות ההכללה בסל כפונקציה של עלות ליחידה כפול מספר החולים. בתום הדיונים הנ"ל הוצגה רשימה מסכמת של 26 תרופות לד"ר בעז לב וד"ר יהושע שמר המשנים למנכ"ל משרד הבריאות.

ביום הקובע הגיע שר הבריאות לכנסת, על מנת לקבל את אישור שר האוצר לרשימת התרופות, כנדרש על פי חוק והעבירה בחזרה למנכ"ל משרד הבריאות דאז פרופ' גבי ברבש. פרופ' ברבש הטיל את משימת כתיבת הצו על סטז'ר צעיר במחלקה המשפטית - עו"ד יואל ליפשיץ.

טיוטת הצו הועברה לבקרה מקצועית של המשנים למנכ"ל, ד"ר ברלוביץ (ראש מינהל הרפואה), ד"ר שני וד"ר קלנג. מה רבה הייתה הפתעה כשהתגלה כשעתיים לפני אישור הרשימה בכנסת, כי הרשימה קוצצה וכללה 15 תרופות בלבד מהסיבה שזה מספר התרופות אותו הציג השר מצא בנאומיו. הרשימה הייתה מסודרת לפי סדר אלף-בית, כך שתרופות כגון TAXOL ו-TAXOTERE לא נכללו ברשימה.

משהתברר העניין החלה פעילות בהולה לתוך הלילה של תעדוף ושינוי הרשימה המיועדת להכללה בסל. עו"ד ליפשיץ בלשכה המשפטית קיבל כל מספר רגעים טלפון ובו הוראה לשנות תרופה אחת באחרת. בתום אותו יום נמסרה למנכ"ל משרד הבריאות

⁹ כתבו ד"ר שמואל קלנג וד"ר שגב שני

ולשר הבריאות הרשימה הסופית של הסל שכללה 17 תרופות ובהן תרופות חדשות לטיפול בסרטן, ב-HIV, בסכיזופרניה וכו' (וזאת לאחר הגדרת כל התרופות החדשות לטיפול ב-HIV (protease inhibitors) כתרופה אחת).

ניתן לסכם את הדינאמיקה שהובילה לקבלת ההחלטה לגבי העדכון הטכנולוגי ב"סל התרופות" עפ"י חלוקת הגורמים המשפיעים עליה לשלושה: גורמים יוזמים, גורמים מקדמים וגורמים מעכבים.

גורמים יוזמים:

- העלאת הנושא הטכנולוגי על סדר היום ע"י פרופ' מרדכי שני, חבר וועדת נתניהו ומנכ"ל משרד הבריאות.
- בניית המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, וקידום אקדמי של הנושא ע"י פרופ' יהושע שמר, משרד הבריאות.
- התרעה על היעדר מנגנונים על ידי עמותת צב"י והאגודה למלחמה בסרטן.

גורמים מקדמים:

- חלל שנוצר במשך שלוש שנים 1995-1997.
- משבר שנוצר ע"י סירובו של פרופ' פטרבורג לאשר תרופה, שאינה כלולה ב"סל" ללא הקצאה כספית.
- התערבות של גב' ראומה ויצמן ומנכ"ל בית הנשיא, מר אריה שומר, בעקבות דברי הילדה חולת הסרטן.
- חשיפה תקשורתית גבוהה.

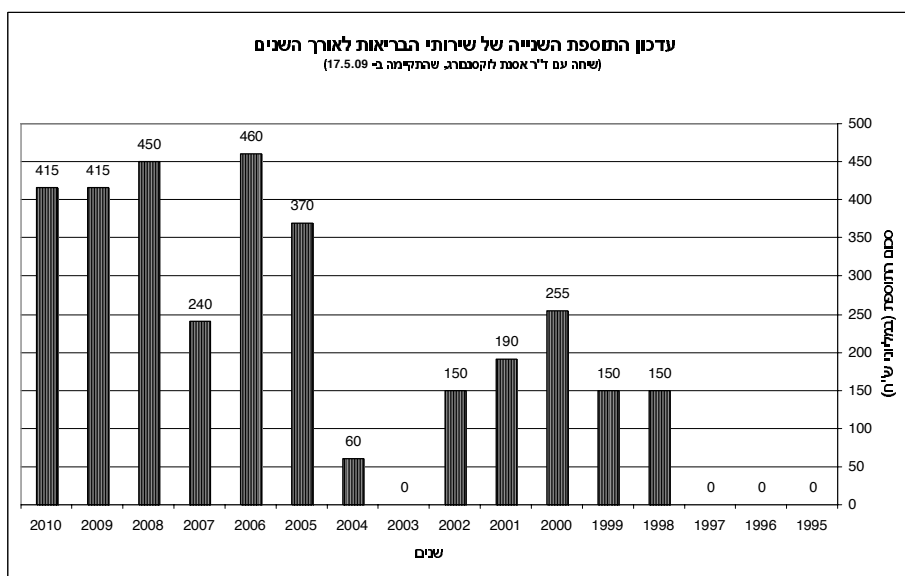
גורמים מעכבים:

- היעדר חקיקה.
- היעדר מנגנון עדכון.
- התנגדות האוצר לתקצוב ייעודי וקבוע לתחום הטכנולוגיות לרבות משמעות התקצוב והשלכותיו.

3. תהליך היישום והתחזוקה של מנגנון עדכון סל הבריאות

3.1. עלות הסל-תיקצוב

החל מ 1998 ניתנה כל שנה תוספת ייעודית לעדכון טכנולוגי של סל הבריאות, שנעה בין 370 מליון ₪ בשנת השיא לאי עדכון הסל בשנת השפל. התוספת השנתית הממוצעת בגין טכנולוגיות עמדה על 1% מגובה עלות הסל, כאשר ההמלצה, המתבססת על הניסיון הבינלאומי, היא לתוספת של 2% (לוקסנבורג, 2006).



הניסיונות לשנות את החקיקה לגבי מנגנון העדכון הטכנולוגי לא צלחו. על שולחן הכנסת הונחו הצעות חוק רבות, שביקשו לעגן בחקיקה את העדכון הטכנולוגי, וכן לוודא שהעדכונים ייעשו בהתאם לשינויים הריאליים. השאלות לגבי דרך עדכון הסל בהיבט הטכנולוגי והיקף העדכון נותרו במחלוקת. לדעת רבים, העדר מנגנון קבוע של עדכון טכנולוגי וחוסר יציבות בהיקף ההקצאה השנתית פוגע באיכות ויעילות תהליך אימוצן של תרופות וטכנולוגיות חדשות, שהכרחי שיהיה ארוך טווח ורב שלבי (לוקסנבורג, 2006).

3.2 תיעודף

תהליך אימוץ הטכנולוגיות בישראל הוא ייחודי, מתאים למאפייני המדינה וזוכה להערכה רבה בארץ ובעולם (לוקסנבורג, 2006 עמ' 308). התהליך השיטתי, המופעל החל משנת 1998, מבוסס על: הכנת חומר מקצועי ברמה גבוהה ע"י המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות (המהווה הבסיס המקצועי לתהליך); קביעת סדר עדיפויות של הטכנולוגיות השונות, המועמדות להכללה בסל השירותים, ב"פורום טכנולוגיות" במשרד הבריאות; תיעודף הטכנולוגיות ע"י "וועדת הסל", וועדה ציבורית הממליצה מידי שנה על רשימת התרופות והטכנולוגיות שיצורפו לסל הציבורי במגבלות התקציב הנתון. במהלך השנים, עם צבירת ניסיון בתהליך, בוצעו שינויים מתמידים בעבודה המקצועית של הגורמים המעורבים בתהליך ובעבודת הוועדה הציבורית. התהליך, המתבצע במשך שנה, כולל את השלבים הבאים:

- 1. הגשת בקשות:** הפצת חוזר מנכ"ל, המפרט הנחיות להגשת טכנולוגיות לסל, זיהוי ואיתור יזום של טכנולוגיות ע"י המינהל לטכנולוגיות רפואיות.
- 2. הערכה מהירה של הטכנולוגיות:** קבלת ההצעות במינהל לטכנולוגיות וניפוי הטכנולוגיות שאינן מתאימות לדיון בוועדה, בהתחשב בראיות מדעיות, סטטוס רגולטורי, בטיחות ויעילות.
- 3. הערכה מקיפה של הטכנולוגיות:** עיבוד מקצועי מקיף של ההצעות ע"י המינהל לטכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות. דרוג הטכנולוגיות ע"י "פורום טכנולוגיות" בראשות מנכ"ל משרד הבריאות לפי סדר עדיפויות על פי קריטריונים מנחים. החל משנת 2006, בעקבות החלטת ממשלה, החלה לפעול במקביל, וועדת מישנה, המורכבת מנציגי משרד הבריאות, האוצר וקופות החולים. תפקיד וועדה זו להגיש לוועדה הציבורית תמחור של התוספת הנדרשת לעלות הסל בגין כל אחת מהטכנולוגיות, שהוספתן לסל נבחנת ע"י הוועדה הציבורית.
- 4. וועדה ציבורית:** הוועדה דנה בכל הטכנולוגיות שהוגשו ומדרגת את אלו שהועברו לתיעודף הסופי. החלטות הוועדה בקשר לטכנולוגיות המומלצות להכללה בסל השירותים מתקבלות בקונסנזוס.

5. אישור ההמלצות: המלצות הוועדה מועברות לאישור שר הבריאות, מועצת הבריאות, שר האוצר והממשלה. לאחר אישורן הסופי ע"י הממשלה הן מתפרסמות באמצעות חוזרי מנכ"ל משרד הבריאות, בתקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומיושמות באופן מייד ע"י קופות החולים.

הדיון בתהליכי היישום והתחזוקה של מנגנון עדכון "סל הבריאות" יתבסס על ניתוחם של Saltman ו-Figueras (1997) לגבי הגורמים התומכים בהצלחת יישום רפורמות באירופה.

4. ניתוח הצלחת רפורמות בריאות

הקשיים ביישום רפורמות תלויים בתהליך יישומן יותר מאשר בתוכנו. בניתוח הגורמים המשפיעים על הצלחת יישום רפורמות יש להתייחס לגורמי הקשר (קונטקסט), גורמים תהליכיים וגורמים הקשורים לשחקנים (בעלי העניין) Saltman ו-Figueras (1997).

4.1 הקשר (קונטקסט)

ארבעה תחומי הקשר המשפיעים על תהליכי יישום הרפורמות הם: מצב מאקרו-כלכלי, סביבה פוליטית, ערכים חברתיים, השפעות חיצוניות.

- **מצב מאקרו - כלכלי:** במדינות רבות, הגורם המשמעותי ביישום רפורמות הוא חוזקן הכלכלי היחסי. רפורמות רבות מוצגות בתקופות של קיצוצים כלכליים, המנוגדים למגמת התרחבותה של מערכת הבריאות. לדוגמה, רוב הארצות מחבר העמים וממזרח אירופה היו במועד הכנסת הרפורמות במצב של מיתון, שהוביל לירידת המשאבים שהופנו למערכת הבריאות. בתקופה של האטה כלכלית, יש קושי ביישום רפורמות בשל הקיצוצים התקציביים במשק בכלל, הפוגעים גם בתקציב הבריאות.

- **סביבה פוליטית:** למבנה הפוליטי במדינה השפעה ניכרת על היכולת ליישם רפורמות בתחום הבריאות. הכוח היחסי של הסקטור הפרטי לעומת הסקטור הציבורי, ההיסטוריה שבבסיס יחסים אלו, משפיעים על יכולת הממשלה ליישם באופן מוצלח רפורמות. היחסים בין המאפיינים הפוליטיים ותהליכי יישום הרפורמה מורכבים. לדוגמה,

באנגליה, בה האחריות ליישום הרפורמות היא לאומית - ריכוזית - הרפורמה יושמה בתהליך של top-down¹⁰. לעומת זאת, בשוודיה, בה מערכת הבריאות מבוזרת, נבחנו רפורמות שונות באמצעות פרויקטי פיילוט. במדינות בהן יש קואליציה של כמה מפלגות (לדוגמה, הולנד) יש צורך במשא ומתן, ולפעמים להסכמה של כל הצדדים כדי ליישם את הרפורמה. אפיונים נוספים, המתייחסים לפן הפוליטי הם: יציבות השלטון, מעמד משרד הבריאות, יציבות הצוות הניהולי.

- **ערכים חברתיים:** קונפליקט בערכים בין ובתוך קבוצות - קובעי מדיניות, אנשי מקצוע והציבור. כאשר הערכים מתנגשים עם יעדי הרפורמה, יכולה להיווצר התנגדות ליישומה. בנוסף, קיים הבדל בין רפורמות בהן הממשלה רוצה לתת שירותים או מענקים לציבור, לבין אלו בהן היא רוצה לגרוע ממנו שירותים.
- **השפעות חיצוניות:** העברה של מודלים ורעיונות לרפורמות בבריאות בין מדינות שונות. לדוגמה, יצירת שירות בריאות ממלכתי בסוף שנות ה-70 תחילת שנות ה-80 ביוון, איטליה, פורטוגל וספרד, שהושפע מהמודל האנגלי. ההשפעה יכולה להיות לא רק בתוכן הרפורמה, אלא גם במנגנוני היישום שלה. אימוץ מודל רפורמה בלי לדאוג למנגנון מתאים ליישומה במדינה המאמצת יכול לגרום לכישלונה. לעיתים לרפורמות המיובאות ניתן פחות קרדיט, דבר המתבטא בבעיות יישום רבות יותר (לדוגמה, המצב בכמה מדינות באמריקה הלטינית, בהן הרפורמות נראות ככפויות ע"י גורם חיצוני).

4.2 תהליך

יישום הרפורמה מצריך נקיטת מספר צעדים: התייחסות לחלוקת הכוח והסמכות בתחום הבריאות, תכנון תפעול הרפורמה והאסטרטגיה ליישומה.

- **חלוקת הכוח והסמכות:** התייחסות למנגנונים שונים - רגולציה, רישום, תקצוב וגביית מיסים המופעלים בתהליך יישום הרפורמה. בהקשר זה נבחנת מרכזיותו של משרד הבריאות בתקצוב המערכת בהשוואה לביטוח סוציאלי או ביטוח בריאות.

¹⁰ פירוט התהליך בעמוד הבא (אסטרטגיית יישום הרפורמה)

- **תפעול הרפורמה:** התייחסות לשאלה האם ברור כיצד להפוך את מטרות המדיניות לאופרטיביות. לדוגמה, בולגריה הציגה רפורמה למערכת ביטוח בריאות ממלכתית שתהיה באחריות משרד הבריאות. המהלך אופיין בדיון מועט בהתייחס לתהליכי היעוץ והשיתוף בין הארגונים הנדרשים למבנה החדש. רפורמות בתחום הבריאות הן תהליכיות (process oriented). משמעותו שינוי סטטוס קוו המצריך שיתוף פעולה, או סוג של קונסנזוס בין שחקנים שונים בסקטור הציבורי והפרטי.
- **אסטרטגיית יישום הרפורמה:** החוקרים בתחום מציינים שלושה מימדים מרכזיים המשפיעים על ההצלחה ביישום רפורמות בתחום הבריאות (Sakyi, 2008; Roberts et al., 2002; Tragakes & Polyzos, 1998):
- **שינוי הדרגתי לעומת שינוי קיצוני:** שינוי הדרגתי אינו מערב שינוי מקיף בתוך מבנים ארגוניים קיימים, בניגוד לרפורמה המושתתת על שינוי מבני.
- **תכנון מלמעלה למטה לעומת תכנון אופקי:** עירוב מינימאלי (אם בכלל) בדיון של שחקני המפתח במערכת הבריאות והציבור, לעומת תהליך תכנון אופקי המבוסס על קונסנזוס.
- **חשיבות התאמת התהליך למדינה ולמבנה הפוליטי בה.**

ההחלטה באיזו אסטרטגיה להפעיל את הרפורמה תלויה בשלושת הממדים הנ"ל. לדוגמה, באנגליה ב-1991 הוצגו רפורמות שונות בתחום הבריאות. עד אמצע שנות ה-90 רוב השינויים המתוכננים יושמו, וכונה אחר-כך גישת ה "big-bang" לרפורמות בבריאות. אסטרטגיה זו כללה ריכוזיות ותוכנית רפורמה בעלת היקף רחב, המתוכננת מלמעלה למטה (top-down), ללא פרויקטי פיילוט ולמרות התנגדות של הגוף הרפואי המקצועי וחלק מהציבור. גם בניו-זילנד יושמו הרפורמות באופן מהיר בשל מבנה פוליטי דומה לזה שבאנגליה. לעומת זאת, במדינות כמו פינלנד, גרמניה, הולנד ושוודיה, התהליך היה איטי יותר, התבסס על דיון בין הגופים כפי שמתבקש מהמבנה הפוליטי הקואליציוני שלהן.

4.3 שחקנים

בנוסף לתוכן ולתהליך יישום הרפורמה יש חשיבות לשחקנים, או לבעלי העניין ביישום הרפורמה.

- **אזרחים:** השפעת הציבור כפרטים או כקבוצות עניין תלויה ברמת השתתפות הציבור במערכת הבריאות במדינה. לדוגמה, בהולנד, מעורבות הלקוחות והשתתפותם במגוון תהליכי קבלת החלטות ממוסדת יחסית. מעורבות מטופלים או התעלמות מעמדתם הינו גורם היכול להוות גורם מכשיל או מקדם ביישומן של רפורמות.

- **אנשי מקצוע:** רופאים ובעלי מקצועות נוספים בתחום הבריאות, המעורבים בקבלת ההחלטות ושומרים על האינטרסים הסקטוריאליים שלהם באמצעות קבוצות לחץ, כמו איגודים מקצועיים,

- **צמרת מדינית:** פוליטיקאים בכירים ומנהלים בעלי השפעה ביישום מדיניות. מידת השפעתם מותנית בקרבתם לשטח ויכולתם לאמוד בעיות פוטנציאליות.

- **קבוצות עניין:** קבוצות אלו כוללות חברות תרופות, תעשייה טכנולוגית, חברות ביטוח. לדוגמה, הכישלון של ממשל קלינטון ביישום רפורמה במערכת הבריאות בארה"ב מדגימה את ההשפעה המורחבת של בעלי עניין על תהליך היישום, ואת העובדה שדרישותיהם אינן נובעות בהכרח ממניעים אלטרואיסטים, אלא מרצונם להגן על האינטרסים שלהם.

דוח ארגון הבריאות העולמי לגבי יישום הערכת טכנולוגיות באירופה מציין, שהשפעת הערכת הטכנולוגיות יכולה לגדול אם יתמלאו מספר תנאים: שותפות של בעלי עניין מרכזיים בתהליך קבלת החלטות (מטופלים, ספקים, תעשייה); מתן עדיפות גבוהה להתבססות על דוחות הערכה; מתן המשאבים הנחוצים ליישום ההחלטה; שקיפות בתהליכי קבלת החלטות; שיתוף פעולה; ידע ומיומנות של השופטים (Garrido et al, 2008).

לוח 1: גורמים מקדמים ומעכבים ביישום רפורמות בבריאות

גורמים מקדמים	גורמים מעכבים
הגדרה ברורה של המטרות המרכזיות מונעת קונפליקטים	קונפליקט בין מטרות הרפורמה - מטרות רבות, שחלקן מתנגש עם ערכים פוליטיים וחברתיים.
פשטות המימדים הטכניים: <ul style="list-style-type: none"> • קיום ידע וטכנולוגיה • היעדר צורך במשאבים חדשים 	מורכבות מימדי הרפורמה: <ul style="list-style-type: none"> • חוסר ניסיון • צורך בהכשרה/הדרכה
שינוי הדרגתי במצב קיים: מקל על כינון הסכמות	שינוי קיצוני במצב הקיים: אפשרות להתנגדות רבה
יישום ע"י "שחקן" אחד; מו"מ בין "שחקנים" הופך את יישום הרפורמה למורכב	יישום ע"י כמה "שחקנים": קושי בשיתוף פעולה בין סקטורים
יישום מהיר: משך זמן קצר מגביל התפתחות תהליכי התנגדות ועיוות של הרפורמה	רפורמה מורכבת, המיושמת באיטיות: מחייבת הקמת מערכות חדשות (ארגונים ותהליכים)

Saltman & Figueras (1997)

**5. ניתוח תהליך יישום ותחזוקת מנגנון עדכון "סל
התרופות" בישראל**

תהליך עדכון הסל בישראל הינו ייחודי. במרבית העולם המערבי נבחנת הכללתה בסל של כל טכנולוגיה בפני עצמה מול תקציב שירותי הבריאות השנתי. לעומת זאת, בישראל מתבצעת הערכה בו-זמנית של: א) מספר רב של טכנולוגיות (כ-400 כל שנה) המתחרות זו בזו. ב) קביעת סדר העדיפויות לגבי הכללתן אל מול סכום שנקבע והוקצב למטרה זו.¹¹

¹¹ כנס ים-המלח השמיני, 2007, עמ' 89.

מנגנון העדכון מאופיין בגורמים מקדמים רבים, הנחוצים לצורך הצלחה של רפורמות
עפ"י Saltman ו-Figueras (1997) (עפ"י לוח 1, עמ' 108):

- מטרת הרפורמה ברורה: עדכון סל התרופות בגין התפתחויות טכנולוגיות במסגרת תקציבית מוגדרת.
- הערכת טכנולוגיות מהווה גוף ידע אקדמי ויישומי מוכר.
- שינוי הדרגתי, שאינו מאיים על מבנים ארגוניים קיימים.
- וועדה המתעדפת את הטכנולוגיות בקונסנזוס (בהתחשב בתקציב לגביו מתקיים מו"מ).
- יישום מהיר ממועד ההחלטה ועד הביצוע.

העובדה שתקצוב הסל עמד מידי שנה לדיון הפכה אותו לחלק **מהמשחק הפוליטי** (הראל, 2005). בקרב מנהלים המהווים את הצמרת המקצועית בתחום הבריאות קיימת הסכמה לגבי הצורך בקביעת סל שירותים אחיד ומחייב. תמיכה זו גבוהה יותר בקרב מקבלי החלטות, המשתייכים למוסד לביטוח לאומי, קופות חולים, בתי חולים ואיגודים מקצועיים ומדעיים (גרוס, ניראל ומצליח, 2005). לעומת זאת, לטענת האוצר, מתן פיצוי אוטומטי ומלא למקדם הטכנולוגי, עלול להוביל לחוסר התייעלות המערכת, ומהווה מכשלה לגמישות לה נזקקת הממשלה מול שינויים במצב המשק (ישראלי, 2005). היעדר הסכמה לגבי אופן עדכון תקציב הסל מבטא **קונפליקט בין עמדות חברתיות** של ארגוני הבריאות, הסבורים כי בריאות היא זכות יסוד של אזרחי המדינה, וכי המדינה חייבת לדאוג להחלתה על כל הציבור; לבין עמדות של כלכלת שוק, המובעות ע"י משרד האוצר, הסבור כי הדאגה לבריאות ומימונה הם חובתם הפרטית של האזרחים.

הניסיונות לשנות את החקיקה ולעגן בחוק את מנגנון העדכון הטכנולוגי לא צלחו¹². על שולחן הכנסת הונחו הצעות חוק רבות, שביקשו לעגן בחקיקה את העדכון הטכנולוגי, וכן לוודא שהעדכון ייעשה בהתאם לשינויים הריאליים. וועדת טל (1999) המליצה לעגן בחוק מנגנון עדכון של עלות הסל השנתי על שלושת מקדמיו: מקדם דמוגרפי, מקדם מדד הבריאות ומקדם טכנולוגי בשיעור של 2%. המלצות הוועדה נדחו

¹² כנס ים-המלח השמיני, 2007, עמ' 20-91.

ע"י הממשלה, שטענה שמנגנון עדכון אוטומטי מבטל את שיקול הדעת של הממשלה בקביעת שיעור התוספת הריאלית. וועדת אמוראי (2002) המליצה שהסכום המוקצה לעדכון המרכיב הטכנולוגי ימשיך להיות נתון להחלטת ממשלה ולא ייקבע במנגנון אוטומטי. רוב חברי הוועדה סברו שעל המדינה לשאוף לעדכן באופן קבוע את סל השירותי הבסיסי ולהוסיף לו טכנולוגיות חדשות.

ב- 2008, מטופלים וארגונים שונים לזכויות אדם, ביניהם האגודה לזכויות האזרח, ארגוני חולים וארגוני רופאים, פנו לחברי כנסת בקריאה לתמוך בהצעת החוק לעדכון קבוע של סל הבריאות¹³. הארגונים הזהירו כי השחיקה ההדרגתית של סל הבריאות תביא "למציאות איומה, בה מי שידו אינה משגת נידון לחיות בכאב ובסבל".

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי נועד במקור להבטיח את מקורות המימון של מערכת הבריאות בישראל ולדאוג לשוויוניות בקבלת שירותי בריאות. השינויים שבוצעו בחוק במהלך השנים הביאו לעלייה מתמדת בחלקו של המימון הפרטי של מערכת הבריאות לעומת זה הציבורי. ההשלכות החברתיות הנגזרות מכך הן גידול ברמת אי-השוויון בזמינות ואיכות שירותי בריאות לכלל ציבור. פערים אלו יצרו במהלך השנים 1999-2009 **משברים, שפתרונם הוביל לגידול בסכום המוקצב ל"סל"**, כמפורט להלן:
- 2000: התפטרות מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' יהושע שמר, הביאה להגדלת התקציב מ- 150 מליון ₪ ל- 255 מליון ₪.
- 2003: אי עדכון הסל בשל המצב הכלכלי והפוליטי (תקופה של "תפר" בין ממשלות ומצב כלכלי קשה של המשק) והלחץ הציבורי בעקבותיו, הקדימו את העברת התוספת בגובה 60 מליון ₪, שאושרה לשנת 2004, לרבעון האחרון של שנת 2003.
- 2006: אחרי שנים של עדכון חלקי ושנתיים של היעדר עדכון הסל או עדכון מינימאלי (2003-2004), נוצר פיגור משמעותי בתקציב הסל. תקציב 2005 (370 מיליון ₪) לא הצליח לתת מענה לכלל הצרכים הרפואיים הדחופים שהצטברו. בניסיון להדביק את הפער, החל לחץ גובר של חולים, רופאים וארגוני חולים באמצעות המדיה. עדכון סל הבריאות זכה להתעניינות תקשורתית גבוהה: הכתבות שפורסמו

¹³ <http://www.acri.org.il/Story.aspx?id=1904> בתאריך 4.5.2009

בעיתונות היו ממיסות לב ועקבו בהתמדה אחרי סיפורי חולים. בסיומו של המאבק רשמו התומכים בהגדלת הסל הישג מרשים. הלחץ התקשורתי, שכלל קמפיין מתוקשר של ההסתדרות הרפואית, שביתת רעב של חולי סרטן ומשפחותיהם, הפגנות חולים מול הכנסת וחשיפת סיפורי חולים בתקשורת, השפיע על מקבלי ההחלטות, שאישרו תקציב של 700 מליון ₪ לשנים 2006-2007. יתכן כי **הרקע הפוליטי**, שכלל אי-וודאות באשר לגורל הממשלה ערב ההצבעה על התקציב, הפך את נבחרי הציבור לרגישים יותר והשפיע על חוסר יכולתם להתעלם ולהימנע מלתמוך בעדכון סל הטכנולוגיות.

- ב-2008 אישרה הממשלה לראשונה תקציב תלת-שנתי לעדכון טכנולוגי של "סל התרופות": 450 מליון ₪ לשנת 2008, ו-415 מליון ₪ לכל אחת משתי השנים 2009, 2010. תקצוב זה מאפשר למערכת הבריאות לתכנן את עבודתה לטווח ארוך. החלטה זו נותנת תשובה (גם אם חלקית) לקשיים שליוו את יישום הרפורמה ותחזוקתה לאורך השנים.

- בשנה זו (2008), הוקמה ע"י הר"י וועדה אלטרנטיבית, "הפורום הציבורי" בראשותה של שופטת בית המשפט העליון בדימוס דליה דורנר. ה"פורום הציבורי" הוקם בעקבות צמצום וועדת הסל מ-24 משתתפים ל-16 והפחתת מספר נציגי הר"י בה. לצדו של הפורום הציבורי, פעלה וועדה מקצועית, שהורכבה מרופאים בכירים במקצועות הרפואיים הרלוונטיים לטכנולוגיות הרפואיות המועמדות להיכלל בסל התרופות. וועדה זו בחנה את הטכנולוגיות מבחינת תועלתם הרפואית, תוך התייחסות לעלותן. הוועדה הסתייעה בעבודתה במודל מדעי ייחודי להערכת טכנולוגיות רפואיות, שפותח על ידי ההסתדרות הרפואית והטכניון¹⁴.

מאפיינים נוספים התומכים ביישום המנגנון הם:

אסטרטגיית **יישום ותחזוקת** המנגנון לעדכון "סל התרופות" הינה תהליכית: **יישום המנגנון אינו מהווה שינוי מהפכני** (בהתאם למומלץ כיום בעולם בהקשר לרפורמות בבריאות), ואינו מאיים **על בעלי העניין**, כיוון שאינו מערב שינוי במבנים ארגוניים קיימים.

¹⁴ <http://www.ima.org.il> / בתאריך 16.5.09

תוצאות היישום והתחזוקה של מנגנון עדכון סל התרופות מהירות ומיידיות: מידי שנה במועד ידוע מראש מתקיימים דיוני הוועדה ומתפרסמות הטכנולוגיות החדשות המומלצות על ידה.

החלטות הוועדה נוגעות לכלל האוכלוסייה ומשמעויותיהן ברורות וספציפיות: ידוע לכל אילו טכנולוגיות אושרו ואילו לא. לדברי ד"ר אסנת לוקסנבורג¹⁵, בתחילת הדרך, הציבור וגורמים שונים במערכת הבריאות לא הטמיעו לחלוטין את המשמעות של עדכון טכנולוגיה בתחום הבריאות. תהליך העדכון הטכנולוגי עבר עם השנים הבשלה, שיהיה קשה, לדבריה, להפסיקה.

התפתחה **מתודולוגיה ברורה, המחזקת ע"י התייחסות ציבורית ומקצועית.** שקיפות עבודת הוועדה ופתיחת דייונה לתקשורת בשנתיים האחרונות חשפה לציבור את עבודתה המקצועית והמעמיקה ותרמה להבנת התהליך ומקצועיותו. כמו כן, תוספת התקציב השנתית המיועדת להכנסת טכנולוגיות חדשות גרמה לכך שהנושא הטכנולוגי הינו חלק מהאג'נדה של כל בעלי העניין במערכת הבריאות: "כולם רוצים להכניס טכנולוגיה - כי לזה יש תקציב במערכת"¹⁶.

לוח 2: תיעדוף הגורמים המשפיעים על יישום ותחזוקת הרפורמה

קריטריונים להערכת יישום ותחזוקת רפורמות	גורמים משפיעים
מבנה מערכת הבריאות במדינה - מנהיגות	הובלת תהליכי יישום ותחזוקה ע"י מנהיגות היודעת מהי מטרתה ואילו צעדים אופרטיביים עליה לנקוט לצורך השגתה.
שיתוף של בעלי עניין	הרכב הוועדה
זיהוי הזדמנויות ומכשולים בסביבה	משברים התעניינות ומעורבות תקשורתית תהליך המוריד לחצים מהאוצר/ פוליטיקאים/ חולים

¹⁵ דיוני צוות 2, 27.4.2009

¹⁶ דיוני צוות 3, 27.4.2009

תזמון	בחירת הזמן הנכון ליישום והנעת הרפורמה בהתבסס על זיהוי ההזדמנויות והמכשולים בסביבה.
אסטרטגיית יישום הרפורמה	התייעצות - התייעצות חלקית עם בעלי עניין רווח קונקרטי בטווח זמן קצר ניהול אינטרסים של בעלי עניין מרכזיים
קונפליקטים בין משרדי ממשלה לגבי תקצוב	קונפליקט בין האוצר למשרד הבריאות משאיר את השליטה במקורות בידי האוצר
חקיקה	היעדר חקיקה לגבי תקצוב הסל
משאבים ליישום ההחלטה	שינוי גובה התקציב כתגובה למשברים 2008: תקצוב תלת-שנתי המקורב לסכום הראלי של עדכון שנתי מומלץ של 2%.
שקיפות בתהליך קבלת החלטות	התהליך הגיע לפתיחות מקסימלית ע"י פתיחת דיוני הוועדה לתקשורת בשנתיים האחרונות ופרסום "בזמן אמיתי" של החלטות הוועדה הציבורית.
שיתוף פעולה	שיתוף קופות החולים (בוועדה וביישום) קבלת החלטות בקונצנזוס* שיתוף פעולה בין ארגונים שונים (לדוגמה, צב"י ו-הר"י במאבקים להגדלת הסל וחקיקה)
ידע ומיומנות חברי הוועדה ומיצובם במערכת כמקבלי החלטות	הנהלות בכירות ברמה של מקבלי החלטות האחראים על יישומן חלק גדול מחברי הוועדה חברים בה לאורך זמן כך שנוצרה מיומנות נרכשת לאורך השנים.
משך זמן לעדכון הסל (קצר - ארוך)	קצר - כל שנה
הפקת לקחים שוטפים בוועדה	שינויים בתהליכי עבודה

*תהליך ששונה בוועדת הסל האחרונה לגבי חלק מהטכנולוגיות. מומלץ לחזור לתהליך של קבלת החלטות בקונצנזוס.

6. חוזקות וחולשות ביישום ותחזוקת המנגנון

6.1. חוזקות

- הרכב הוועדה כולל נציגים ממשרד הבריאות, האוצר, הנהלות קופות החולים, ארגונים רלוונטיים והציבור. הרכב זה מבטיח שהחלטותיה מתבססות על שיקולים ציבוריים, חברתיים, כלכליים, אתיים ואחרים, תוך התחשבות בהיבטים ציבוריים, בנוסף לשיקולים הקליניים.
- קבלת ההחלטות בקונסנזוס במסגרת הרכב זה, מאפשרת להציג בוועדה תמונת מבט יישומית של הרפואה בישראל על התלבטויותיה, צרכיה, והשינויים הנדרשים במערכת בהיבט הטכנולוגי (קלנג, לא פורסם).
- קבלת ההחלטות מתבססת על בחינה מעמיקה של הטכנולוגיות. בחינה זו מתייחסת ליעילות הטכנולוגיה בטיפול במחלה (מניעתה/מצילת חיים/מונעת תמותה/מאריכת חיים); התייחסות לאיכות חיים צפויה; קיום חלופה טיפולית ובדיקת יעילות החלופה; קיום ניסיון בשימוש בטכנולוגיה; עלות כלכלית ברמת הפרט וברמה הלאומית; מספר החולים שייחננו מהתרופה; התועלת הצפויה מהכללת הטכנולוגיה בסל לטווח קצר וארוך ועוד.
- קבלת החלטות בלוח זמנים קצר יחסית למקובל בעולם ובאופן שתואם את תיקצובן.
- יישום מהיר ויעיל של החלטות הוועדה ע"י הקופות.
- היעדר הציבור (המטופלים) בוועדה ובתהליך קבלת ההחלטות - מצב, שלדעת חברי הצוות¹⁷, צריך להישמר כפי שהוא (בניגוד להצעה האירופית להגדלת מעורבות המטופלים בתהליך). עמדה זו מתבססת על הטענה לפיה השתתפות הציבור, המורכב

¹⁷ דיוני הצוות, 11.5.2009

מקבוצות אינטרסים שונות, יכולה לגרום להטיות שאינן מבוססות מדעית ומקצועית של חברי הוועדה, שיגרמו לפגיעה בקבלת ההחלטות.

- תהליך עדכון הטכנולוגיות הינו מובנה ושקוף: מוגדר בלוח זמנים (שנה), ברור ומקובל וקיימת בו שותפות של כל בעלי העניין. כל שנה מפורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות, המפרט את אופן ההגשה ואת ההחלטות לאותה שנה. משנת 2008, תהליך עדכון "סל שירותי הבריאות" מפורסם באופן מפורט יותר באתר האינטרנט של משרד הבריאות, תוך פרסום עיקרי החלטות הוועדה הציבורית באופן מיידי לאחר כל דיון¹⁸.

- מבחינת נבחרי הציבור (הפוליטיקאים) וחברי הממשלה, המנגנון מפחית את הלחץ הציבורי עליהם, שכן ידוע לכל שהוועדה מתכנסת וקובעת מהן הטכנולוגיות המאושרות.

- הקצאה תלת-שנתית (2008) הכניסה שקט לעבודת הוועדה: הביטחון שקיים תקציב מאפשר תכנון לטווח ארוך (מחוזק גם ע"י בית משפט)¹⁹. התקציב שהוקצה (400-420 מליון ₪) הינו סכום ראלי, ומן הראוי שיוקצה מידי שנה⁹.

6.2. חולשות

- צמצום מספר המשתתפים בוועדה היה כרוך בשינוי הרכבה: צמצום מספר הרופאים מחד, והצעות להוצאת נציגי קופות החולים ממנה מאידך. עדכון הסל הינו, כאמור, פועל יוצא של דיון מעמיק וקונסנזוס של חברי וועדת הסל. משתתפי הוועדה, המקובלים על בעלי העניין בתחום, גיבשו עם השנים תהליכי עבודה שהושפעו, בין היתר, מהתמקצעות ומיציבות פרסונאלית של אנשי המקצוע בה. שינוי בהרכב הוועדה יכול לפרק קואליציות בתוכה ולגרום להתמוטטות המנגנון.

¹⁸ פירוט התהליך מוצג בעמוד 8

¹⁹ בג"ץ-434/09 מדברי השופט דנציג: "ברצוני להביע את תקוותי כי חולי המיאלומה הנפוצה יזכו בסעד המבוקש על ידם וזאת במסגרת דינוי הוועדה לשנת 2010.

- הר"י מצביעה על הסכנות הכרוכות בשינוי הרכב וועדת הסל²⁰.
 - ניתוק הקשר בין קופות החולים לבין החלטות הוועדה: (א) קופות החולים הינן הגורם היחיד המצוי בהכרות ישירה, כמעט בלתי אמצעית עם ציבור החולים וצורכיהם; (ב) קופות החולים הן הנושאות בכל נטל יישום החלטות הוועדה.
 - עיסוק הוועדה בחידושים ובפיתוחים העדכניים והמתקדמים ביותר בתחום הרפואה מחייב, שאנשי המקצוע שישבו בה יהיו המעודכנים ביותר בתחום ההתמחות הרלוונטי והמומחים בתחום.
 - צמצום מספר חברי הוועדה לקבוצה של מינויים "מטעם" והעדר תמהיל ראוי ורחב לכלל האינטרסים במערכת - סופו שיוביל לראיה צרה, שאולי תשרת את משרד האוצר, אך בוודאי לא תשרת את צרכי החולים והרפואה הישראלית.
- פיצול הוועדה לשתי וועדות (2008) גרם לקושי בהבנה הכוללת והאינטגרטיבית של כלכלה רפואית במסגרת הדיונים. השלכה נוספת של הפיצול הינה ריכוז הדיון האינטנסיבי בתיעדוף בעיקר לקראת מועד סיום עבודת הוועדה ולא לאורך כל תקופת עבודתה²¹.
 - בעבר, היו ויכוחים קשים על כל תרופה בין חברי הוועדה (כ-30 משתתפים), במסגרתם כל משתתף ביסס את דבריו על מידע רב. הדיונים היו אינטגרטיביים והתייחסו לפן המקצועי-רפואי ולפן הכלכלי. כתוצאה מכך, קבלת ההחלטה לגבי התעדוף התבססה על בקיאות גבוהה של משתתפי הוועדה בכל אחת מהטכנולוגיות שעמדו לבחירה.
 - מאז הקמת וועדת המשנה, הניתוח הכלכלי והמקצועי הופרדו. הוועדה הציבורית מקיימת דיון מקצועי. וועדת המשנה, בה משתתפים עמודי התווך של וועדת הסל, מתמקדת בניתוחים כלכליים (עלות/תועלת) ומציגה אותם לוועדה הציבורית.
 - פיצול הוועדות פגם בפוריות הדיונים, בתהליך הלמידה וברמת הבקיאות של חברי הוועדה בטכנולוגיות העומדות לבחירה, כך שביצוע התיעדוף נערך רק בימי העבודה האחרונים של הוועדה ולא לאורך עבודתה השוטפת. לצד עמדה זו נשמעת

²⁰ פיצור ושינוי הרכב וועדת סל התרופות בישראל, נייר עמדה של הר"י מתאריך 13.6.2006.

²¹ דיוני הצוות, 11.5.2009.

גם הדעה, כי הפיצול גרם לדיון קליני מעמיק, המתנהל לפני ביצוע התיעדוף האינטגרטיבי (קליני וכלכלי).

■ עמדת הר"י בנושא היא, שהוספת וועדה כלכלית כחלק מוועדת הסל, משקפת שינוי בסדרי עדיפויות עתידיים של וועדת הסל ומהווה המשך ישיר לתהליך של העברת נטל ההוצאה על בריאות מהכיס הציבורי לכיס הפרטי²².

• היעדר הליך ברור ורציף לניהול דיוני הוועדה²³. תהליך זה תלוי מאוד בסגנון הניהול של יושב ראש הוועדה (מינוי היו"ר הינו לשנה). למעשה, לא קיים נוהל בחינה מסודר של הטכנולוגיות. הוועדה אינה מדרגת את סדר החשיבות של הקריטריונים על פיהם נבחנות הטכנולוגיות, ושיטת התיעדוף לפיה היא פועלת משתנה בהתאם ליו"ר. בהקשר זה נשאלות השאלות הבאות: האם יו"ר הוועדה צריך רקע במינהל ציבורי? האם יש מקום לקבוע קריטריונים למינוי יו"ר הוועדה? האם יש צורך במיסוד שיטת תיעדוף קבועה?

7. קווים מומלצים ליישום רפורמות בריאות בישראל - למידה מהניסיון

ליישום רפורמה ותחזוקתה צריכים להקצות מחשבה ומאמצים באותה מידה כמו לתכני הרפורמה. הגורמים שמומלץ לתת עליהם את הדעת לגבי תהליך היישום והתחזוקה הם:

- 1. תזמון:** בחירת הזמן הנכון (מבחינת תנאי הסביבה: הזדמנויות, משברים) ליישום הרפורמה.
- 2. זמינות משאבים כספיים:** יש לדאוג למשאבים לטווח הקצר והארוך.
- 3. מחויבות הממשלה ומנהיגות:** יש חשיבות גבוהה למחויבות הממשלה לרפורמה ולמנהיגות בהקשרה. מחויבות זו מושפעת מיציבות פוליטית. היעדר מנהיגות פוליטית משפיעה גם בכך שהיא יוצרת חלל, היכול להתמלא ע"י בעלי עניין שונים המנסים להפעיל לחצים לשינוי מטרות הרפורמה לכיוון האינטרסים שלהם.

²² פיזור ושינוי הרכב וועדת סל התרופות בישראל, נייר עמדה של הר"י מתאריך 13.6.2006.

²³ דיוני הצוות, 11.5.2009

4. שיתופי פעולה אסטרטגיים: שיתופי פעולה עם אנשים, ארגונים ואיגודים התומכים בשינוי המוצע והפחתת הכוח של המתנגדים ע"י יצירת קונסנזוס בין גופים רלוונטיים משמעותיים.

5. תמיכה ציבורית: התחשבות בדעת הציבור משפיעה על הצלחת הרפורמה. על הציבור להבין את הבעיה, את הצורך בשינוי והפתרונות המוצעים. התקשורת היא כלי לקבלת תמיכה ציבורית כמו גם להשפעה במשחק הכוחות בין בעלי העניין השונים.

8. סיכום דיוני הכנס

בכנס נדונו שני נושאים עיקריים:

1. מהי הדינמיקה שהובילה לקבלת ההחלטה על מנגנון לעדכון טכנולוגי של "סל הבריאות".
2. סוגיות ביישום ותחזוקת מנגנון זה.

נקודות המוצא בדיונים היו:

- התייחסות להצלחת רפורמות בבריאות כיכולת ליישם מדיניות רצויה.
- התייחסות למנגנון עדכון "סל הבריאות" כאל תהליך שינוי ולא כאל רפורמה.
- מנגנון וועדת הסל הוא תהליך שהבשיל והצליח מכורח העובדה שהוא חי ומתקיים כל שנה.
- ניתן להשתמש בתהליך/מנגנון זה ללמידה על גורמים מקדמים ומעכבים יישום רפורמות בבריאות.

להלן תמצית הדיונים בנושאים אלו וההסכמות שגובשו במהלכם

הדיון בשלב הראשון עסק בשאלה מהם התנאים היוצרים שינוי במערכת כפי שבאו לידי ביטוי במנגנון הנדון. בדיון הייתה הסכמה לגבי התנאים הבאים:

1. קיום צורך אמיתי בשינוי לצורך פתרון בעיה לוחצת, המתייחסת לערכים מרכזיים של החברה. המשתתפים בדיון ציינו כי החוק, שהתייחס לצורך בעדכון אך לא לאופן ביצועו, זרע את הזרע למשבר שנוצר ודרש פתרון.

2. קונצנזוס ציבורי לגבי יישומיות התהליך התאפשר בשל זהות אינטרסים של כל הכוחות במערכת הבריאות (היעדר קבוצות וטו במערכת).
 3. גיוס יעיל של הציבור ותמיכה פוליטית בתהליך, שנתפס כחשוב ביותר ("חיים ומוות") וככדאי לכולם.
 4. היבט פרסונאלי - מנהיגות (או מנהיג) חברתית או פוליטית, המקורבת למשאבים (מנכ"ל משרד האוצר) ומסוגלת להציע או להוביל שינוי.
 5. השינוי לא התקבל כפתרון קבוע "בחצוצרות ותרועות", והתפתח להיות תהליך מתגלגל, המבוסס על מנגנון קבוע ותהליכים זמניים (דורש ומקבל אישור כל שנה) שאינו סטטוטורי.
 6. השינוי הינו מרמה שנייה ומתמקד רק בחלק ממערכת הבריאות. למרות הצורך, שהביעו חלק ממשתתפי הדיון, להתייחס אליו כאל שינוי מדרגה ראשונה ולהרחיבו לתחומים נוספים (כמו רפואת שיניים), הייתה הסכמה בין המשתתפים כי ניסיון למיסוד התהליך בחקיקה תוך הקצאת מקורות קבועה הייתה מקטינה את הסיכוי להפעלתו.
- הדיון בשלב השני עסק בסוגיות הקשורות ליישום ותחזוקה של מנגנון עדכון "סל הבריאות" במהלך עשר שנות קיומו. בקרב משתתפי הדיון הייתה הסכמה כי אי אפשר לעצרו וכי הוא מקובל ומוכר בציבור.

הגורמים המקדמים את יישום ותחזוקת המנגנון הם:

1. קביעת הדרך וההמשכיות: יש מדיניות ברורה ועקבית ותהליך המתבסס על מקצועיות ושיקולים כלכליים, אתיים ורפואיים. המדיניות (מטרות ויעדים) לגבי מנגנון עדכון "סל הבריאות" מוגדרת, מובנית, מדידה ועקבית ומנוהלת ע"י כח אדם שהתמקצע בנושא לאורך השנים.
2. הטמעת חשיבות הנושא התבצעה במגוון דרכים: העברת מסר ברור לכל קהל - "חייבים

לעדכן את הסל" ויש כלי מקצועי פשוט ויישים לצורך כך; מתן תוצאות ברורות, מיידיות ומדידות; פרסום והטמעת התהליך ע"י הגורמים המעורבים בו בקרב הציבור, אנשים מהשורה, חולים, רופאים, קופות, פוליטיקאים, אקדמיה ופורומים נוספים; ניסיונות לפגוע בתהליך פעלו כבומרנג ויצרו משברים.

3. כולם שותפים לתהליך: המשימה נתפסת כלאומית ושותפים בה כל הגורמים הרלוונטיים (מועצת בריאות, קופות, הר"י, חברות מסחריות, עמותות חולים, מועצות לאומיות, בתי חולים ועוד), כשבכל גוף מעורבת בו ההנהלה הבכירה. שותפות זו, הנגזרת מכך שהמנגנון נותן מענה לאינטרסים של כל בעלי העניין, מגבירה את שתופי הפעולה ביניהם לצורך קידום המטרה ומאפשרת ראיית מאקרו של הנושא, קבלת החלטות ומחויבות ליישומן.

4. אבולוציה בצעדים מבוקרים: התהליך, שהתחיל כאבולוציה ולא רבולוציה, נתפס כלא מאיים, לא מובלט ומתקדם בצעדים קטנים. בנוסף, הוא מאופיין בגמישות ובהתאמתה שוטפת למגמות עדכניות, התמקצעות ושמירה על רמת עדכון גבוהה בהיבטים שונים הקשורים לתהליך (טכנולוגית, מתודולוגית, כלכלית, תהליכים במדינות אחרות) ובהתאמתו לתרבות בישראל.

5. הפקת לקחים, "חיבור לשטח" תוך שמירת "יד על הדופק", הקשבה לביקורת ובחינת מהותה מהווים תנאים הכרחיים לתחזוקת המנגנון. למידה מתמדת זו, המתבצעת בכל שלבי התהליך וע"י כל הגורמים, מאפשרת זיהוי הזדמנויות ומכשולים והתייעלות מידי שנה.

6. יצירת אמון בתהליך: התהליך מקובל ע"י המערכת הפוליטית והמשפטית ומוכיח את עצמו מידי שנה לציבור, לרופאים (כל שנה נכנסות טכנולוגיות ומתחילות להינתן באופן מיידית), למשרד הבריאות (משוחרר מהצורך לקבל החלטה ולעמוד מול לחץ ציבורי), לאוצר ולממשלה (כלי המותאם ללוחות הזמנים של קבלת ההחלטות ולתקציב השנתי). המנגנון נתפס כתהליך מינהלי מקצועי (וועדת הסל ואגף הטכנולוגיות), המחויב לאיכות ולמצוינות מקצועית ומשדר אמינות שלטונית. תרומה נוספת להבנת התהליך ולבניית האמון בו היא שקיפותו, שנבנתה באופן הדרגתי, הכוללת פרסום הפרוטוקולים של ישיבות "וועדת הסל" והחלטותיה באינטרנט, ופתיחת דיוניה לעיתונאים.

7. למערכת נוח להמשיך ולתחזק את הדיון הציבורי לגבי סל הטכנולוגיות במקום להתמודד בבעיות יסוד שלה. בכך, מהווה מנגנון זה "עלה תאנה" המכסה על הפחתת ההוצאה לבריאות.

הגורמים המקשים על יישום ותחזוקת המנגנון הם:

1. דעות משתתפי הדיון היו חלוקות לגבי הצורך בקביעת שיעור עדכון טכנולוגי בחוק. לצד זאת הייתה הסכמה גורפת כי תקצוב רב-שנתי הכרחי ויעיל יותר מאישור שנתי (כפי שהיה עד 2008) לתכנון ויישום החלטות לגבי "סל הבריאות".

2. "וועדת הסל" של הר"י (פורום ציבורי) מהווה קריאת תגר שיכולה מחד להוות איום למנגנון, ומאידך מהווה אישור נוסף לחוזק המנגנון. בדיון הוצע לנסות להגיע להסכמה של כל הצדדים לגבי התנהלות התהליך. הייתה הסכמה בין משתתפי הדיון כי בוועדת הסל כיום יש ייצוג לוקה לפרופסיה ושעל הר"י להיות חלק מהוועדה.

3. הוועדה היא וועדת תיעדוף המבוססת על טכנולוגיות שעומדות בפנייה. שני כשלים עלו בהקשר זה: סדקים בהעברת מושג זה (תיעדוף) לציבור (יחסי ציבור) והיעדר מנגנון בקרה לגבי הוצאות "צבועות" בהתאם לטכנולוגיות שתועדפו.

לסיכום - הדגשים והמלצות

מנגנון עדכון הסל הטכנולוגי, הפועל מזה עשור, מסית את הדיון הציבורי מעיסוק בבעיות יסוד וכשלים של מערכת הבריאות. לאור זאת הצוות ממליץ:

- לשמר את תהליך עדכון הסל ולא לפרוץ את המסגרות להן יועד.
- לדאוג להקצאת מקורות לטווח של שלוש עד חמש שנים, שיאפשרו תכנון וקביעת סדרי עדיפויות.
- לפתח מנגנונים ומקורות נפרדים (חקיקה והקצאת משאבים) כדי לתת מענה לסוגיות השונות עימן מתמודד משרד הבריאות ולהימנע מלהשתמש במנגנון זה כמעטפת לפתרון כשלים או בעיות אחרות במערכת.

רשימת מקורות

1. אפרתי, י. (2004). "מצאו תחליף". זמן הרפואה, 12: 26-31.
2. גרוס, ר., ניראל, נ., מצליח, ר. (2006). "הישגים ואתגרים במערכת הבריאות בעידן החוק: נקודת המבט של מנהלים בכירים במערכת" בתוך: בן-נון ג., עופר ג. (עורכים), עשור לחוק בריאות ממלכתי 1995-2005, המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות הבריאות.
3. הראל, ר. (2005). "בשירות הסל". זמן הרפואה, 17: 38-43.
4. וועדת החקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. (1990). ירושלים: מדפיס הממשלתי.
5. ישראלי, א. (2006). "חוק ביטוח בריאות ממלכתי: "מה נותר לעשות?" בתוך: בן-נון ג., עופר ג. (עורכים), עשור לחוק בריאות ממלכתי 1995-2005, המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות הבריאות.
6. לוקסנבורג, א. (2006). "סוגיות בניהול סל השירותים ועדכונן" בתוך: בן-נון ג., עופר ג. (עורכים), עשור לחוק בריאות ממלכתי 1995-2005, המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות הבריאות.
7. פרידמן, מ. (2003). "עדכון חצי עדכון". זמן הרפואה, 8: 16-20.
8. קופות החולים: המשטר התאגידי, הגבולות וסלי השירותים, כנס ים-המלח השמיני, המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות בריאות, מאי 2007.
9. קלנג, ש. (לא פורסם). "תגובה למאמר מה שלא מספרים לכם על סל התרופות".
10. Garido, M. V., Kristness, F.B., Nielsen, C.P., & Busse, R. (2008). Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe. Copenhagen, WOH, The European Observatory on Health Systems and Policies.
11. Roberts, M. J., Hsia, W., Berman, P., & Reich, M.R. (2002). Getting Health Reform Right, Oxford University Press.
12. Sakyi, E. K. (2008). "A Retrospective Content Analysis of Studies in Factors Constraining The Implementation of Health Sector Reform in Ghana." International Journal of Health Planning and Management 23: 259-298.
13. Saltman, R. B., Figuerad, J. (1997). European Health Care Reform: Analysis of current strategies. Copenhagen, WHO European Region.
14. Tragakes, L., Polyzos, N. (1998). "The Evolution of Health Care Reforms in Greece: Charting A Course of Change." International Journal of Health Planning and Management 13: 107-130.

נספח משתתפי הכנס

שם משפחה	שם פרטי	שיוך מוסדי	מייל
1	אבירם	אורי	msaviram@mscc.huji.ac.il
2	אבירם	אליק	aviram@israelhpr.health.gov.il
3	אבן	דן	daneven_ever@yahoo.com
4	אבן	יאב	yoave@ch2news.tv
5	אברמוביץ	אהרון	abramovic@netvision.net.il
6	אדטו	רחל	radato@knesset.gov.il
7	אדמוני	אלי	shoshl@clalit.org.il
8	אהרונסון	זאב	ahronson@meuhedet.co.il
9	אוחנה	ניסים	ohana@reuth.org.il
10	אורן	מאיר	oren@hy.health.gov.il
11	אלון	ניסים	nalon@leumit.co.il
12	אלחיאני	אשר	dalia.maimon@clalit.org.il
13	אלרואי	הילה	hilla.alroy@gmail.com
14	אפשטיין	ליאון	leon@hadassah.org.il
15	בורד	אנה	annab.glz@gmail.com
16	ביטרמן	חיים	bitterman_haim@clalit.org.il
17	בירנבאום	יאיר	ybirnbaum@hadassah.org.il
18	בירקנפלד	שלמה	shlomobi@clalit.org.il
19	בלונדהיים	אורנה	blondheim_o@clalit.org.il
20	בלשר	יורם	yochi@ima.org.il
21	בן-דוד	דן	danib@post.tau.ac.il
22	בן-נון	גבי	gabibinnun@gmail.com
23	בר	יעל	yael.bar@moh.health.gov.il
24	בר-אל	יוסי	barel@clalit.org.il
25	בר ניר	נועז	noazba@gmail.com
26	בר סימן טוב	משה	barmoshe@mof.gov.il
27	ברוך	יהודה	yehuda.baruch@abr.health.gov.il
28	ברלוביץ	יצחק	berlo@wolfson.health.gov.il
29	ברמלי-גרינברג	שולי	shuli@jdc.org.il
30	ברקן	נעם	noam-ba@yedioth.co.il
31	גוברמן	דרור	dror.guberman@moh.health.gov.il

avishty@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	אבישי	גולדברג	32
mgissin@gmail.com	צרכני בריאות ישראל	מידד	גיסין	33
itzhakg@vanleer.org.il	מכון ואן ליר	יצחק	גל-נור	34
glazer@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	יעקב	גלזר	35
ronnig@tasmc.health.gov.il	המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי	רוני	גמזו	36
itamar.grotto@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	איתמר	גרוטו	37
revital@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	רויטל	גרוס	38
dudi.g@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	דודי	גרשנוביץ	39
trabina@carmelventures.com	כרמל ונצ'רס	שלמה	דוברת	40
ehudda@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אהוד	דודסון	41
dor@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	מיקי	דור	42
kettydor@gmail.com	ערוץ 1	קטי	דור	43
nihp@israelhpr.health.gov.il	המכון הלאומי	חיים	דורון	44
defes_e@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אלי	דפס	45
mali.crazi@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	מירה	היבנר-הראל	46
halevy@szmc.org.il	בית חולים שערי צדק	יונתן	הלוי	47
eranhil@clalit.org.il	מרכז רפואי רבין	ערן	הלפרין	48
lea@ima.org.il	הר"י	לאה	וופנר	49
yweiss@hadassah.org.il	הדסה	יובל	וייס	50
doritwe@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	דורית	וייס	51
rachel_m@mac.org.il	מכבי שרותי בריאות	רחלי	וילף-מירון	52
ewirtheim@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	איתן	וירטהיים	53
dvardy@leumit.co.il	קופת חולים לאומית	דני	ורדי	54
miriziv@inter.net.il	האגודה למלחמה בסרטן	מירי	זיו	55
itzhak.zaidise@sheba.health.gov.il	המרכז הרפואי ע"ש שיבא	יצחק	זיידס	56
yzilberstein@mof.gov.il	משרד האוצר	יאיר	זילברשטיין	57
zilonka_s@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	שעיה	זילונקה	58
jack@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	ג'ק	חביב	59
tuvia.horev@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	טוביה	חורב	60
eytanh@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	איתן	חי עם	61
anwarhi@mof.gov.il	משרד האוצר	אנואר	חילף	62
chinitz@cc.huji.ac.il	האוניברסיטה העברית	דוד	חיניץ	63
asaftoker@hadassah.org.il	הדסה	אסף	טוקר	64
knadlan@netvision.net.il	לשעבר יו"ר ועדת העבודה והבריאות	דוד	טל	65
yasurm@walla.com	ynet	מיטל	יסעור בית-אור	66
oritja@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אורית	יעקובסון	67

yoffe_n@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	חמי	יפה	68
avigdor13@gmail.com	לשעבר מנכ"ל משרד רוה"מ	אביגדור	יצחקי	69
mankal@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	אבי	ישראלי	70
elico@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אלי	כהן	71
gadic@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	גדי	כהן	72
aaron.cohen@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	אהרון	כהן	73
miri.cohen@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	מירי	כהן	74
noaca@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	נעה	כץ	75
salit@salitpr.com	המכון הלאומי	סלעית	כץ-אפודי	76
mmancal@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	בעז	לב	77
chezy.levy@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יחזקאל	לוי	78
osnat.luxenburg@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	אסנת	לוקסנברג	79
nickyli@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ניקי	ליברמן	80
zival@israelhpr.health.gov.il	המכון הלאומי	זיוה	ליטבק	81
ronnyl@haaretz.co.il	דה-מרקר	רוני	לינדר-גנץ	82
yoel.lipschitz@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יואל	ליפשיץ	83
adaya@bezeqint.net	טכניון	עדיה	מאירוביץ	84
zivam@israelhayom.co.il	ישראל היום	זיוה	מוגרבי	85
moses_s@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	שרי	מוזס	86
hananmo@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	חנן	מוניץ	87
nitza_m@meuhedet.co.il	קופת חולים מאוחדת	שמואל	מועלם	88
moryosef@hadassah.org.il	המכון הלאומי, הדסה	שלמה	מור-יוסף	89
ematz@leumit.co.il	קופת חולים לאומית	ערן	מץ	90
guyn@bankisrael.gov.il	בנק ישראל	גיא	נבון	91
nof_dina@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	דינה	נוף	92
niv_shai@walla.com	גלובס	שי	ניב	93
jsiegel@jpost.com	גרזולם פוסט	ג'ודי	סגל	94
ilan.sofer@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	אילן	סופר	95
uzysalant@gmail.com	עו"ד	עוזי	סלנט	96
msgur@mscc.huji.ac.il	האוניברסיטה העברית	גור	עופר	97
yair.amikam@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יאיר	עמיקם	98
gideshet@yedioth.co.il	ידיעות אחרונות	גדען	עשת	99
yakov.polikavits@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יעקב	פולאקביץ	100
porath_avi@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	אבי	פורת	101
jpliskin@bgumail.bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	יוסי	פליסקין	102
phaim1@netvision.net.il	אגד	חיים	פלץ	103

dov.fast@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	דב	פסט	104
jfarb@poria.health.gov.il	בית חולים פוריה	יעקב	פרבשטיין	105
frost@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	יוסף	פרוסט	106
shlomoperi@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	שלמה	פרי	107
noafo@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	נועה	פרסטר	108
dov@som.bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	דב	צ'רניחובסקי	109
kedem_h@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	חגי	קדם	110
yossi@kucik.co.il	לשעבר מנכ"ל משרד רוה"מ	יוסי	קוצ'יק	111
kokia_e@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	אהוד	קוקיה	112
nir.kaidar@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ניר	קידר	113
Kaye_r@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	רחל	קיי	114
yosike@civil-service.gov.il	נציבות שרות המדינה	יוסי	קינר	115
ofraL@gertner.health.gov.il	מכון גרטנר	עפרה	קלטר-לייבוויץ	116
shmuelkl@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	שמואל	קלנג	117
avigdork@clal-ins.co.il	כלל חברה לביטוח	אביגדור	קפלן	118
carmel@mint.co.il	מגזין "מנטה"	כרמל	קרמן	119
carmitre80@gmail.com	קול ישראל	כרמית	ראובן	120
sigalre2@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	סיגל	רגב-רוזנברג	121
revachmos@013.net		משה	רווח	122
bruce@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	ברוך	רוזן	123
joseph_r@meuhedet.co.il	קופת חולים מאוחדת	יוסי	רוזנבלום	124
yehuda.ron@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יהודה	רון	125
ran_reznick@haaretz.co.il	הארץ	רן	רזניק	126
michal.mizrahi@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	שוש	ריבא	127
s_reisner@rambam.health.gov.il	מרכז רפואי רמב"ם	שמעון	רייסנר	128
shvarts@bgumail.bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	שפרה	שורץ	129
pninas@clalit.org.il	מרכז רפואי סורוקה	פנינה	שלפר	130
rachels@assuta.com	בית חולים אסותא	רחל	שמואלי	131
shamiss@sheba.health.gov.il	המרכז הרפואי ע"ש שיבא	ארי	שמיס	132
tovit@assuta.com	מכון גרטנר	יהושע	שמר	133
einav.shimron@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	עינב	שמרון-גרינבאום	134
mshani@post.tau.ac.il	מכון גרטנר	מרדכי	שני	135
shani_n@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	נפתלי	שני	136
msshef@mscc.huji.ac.il	האוניברסיטה העברית	גבי	שפלר	137
schreibj@hadassah.org.il	הדסה	יעקב	שרייבמן	138
michaelsh@clalit.org.il	מרכז רפואי סורוקה	מיכאל	שרף	139
torly@hadassah.org.il	הדסה	אורלי	תורן	140



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy Research

טל': 03-5303516/7 פקס: 03-5303250
e-mail: nihp@israelhpr.health.gov.il דוא"ל:

www.israelhpr.org.il