

**רשתות מדיניות, רגולציה ומדיניות ציבורית:  
יישום חלקי של רגולציה  
ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל**

**גולני רפי**

**עבודת גמר מחקרית (תזה)  
המוגשת לאחר קבלת התואר "מוסמך"**

**אוניברסיטת חיפה  
הפקולטה למדעי החברה  
בית הספר למדעי המדינה**

**פברואר 2014**

**רשתות מדיניות, רגולציה ומדיניות ציבורית:  
יישום חלקי של רגולציה  
ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל**

**מגיש: גולני רפי  
בהנחיית: ד"ר ניסים כהן**

**עבודת גמר מחקרית (תזה)  
המוגשת לאחר קבלת התואר "מוסמך"**

**אוניברסיטת חיפה  
הפקולטה למדעי החברה  
בית הספר למדעי המדינה**

**פברואר 2014**

מאושר ע"י \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
(מנחה העבודה)

מאושר ע"י \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
(יו"ר הוועדה החוגית)

## **הכרת תודה.**

**לד"ר ניסים כהן,** תודה על המסירות, הביקורת הבונה, הסבלנות, ההנחיה המקצועית, המעמיקה וחסרת  
הפשרות.

**לפרופסור עמוס גילהר** - על העזרה, העצות הטובות והסיוע.

**לאריאלה רעייתי** - על התמיכה, האמונה, העידוד וכמובן האהבה.

## תוכן עניינים

V	תקציר	.....
VIII	רשימת לוחות ותרשימים	.....
1	1. מבוא	.....
1	1.1 הקדמה	.....
6	1.2 תופעת המחקר והרציונל התיאורטי	.....
6	1.3 מקרה הבוחן האמפירי	.....
8	1.4 מטרות המחקר	.....
9	1.5 שאלות המחקר	.....
10	2. רגולציה, רשתות מדיניות ומדיניות השיקום הגריאטרי	.....
10	2.1 רגולציה מהי?	.....
10	2.1.1 הגדרה, תפקידים וכלים	.....
12	2.1.2 רגולציה ככלי מדיניות	.....
13	2.2 רגולציה ומדיניות השיקום הגריאטרי בישראל	.....
13	2.2.1 הרגולציה בישראל	.....
14	2.2.2 מדיניות השיקום הגריאטרי וחשיבותו	.....
15	2.2.3 מאפיינים דמוגרפיים והשפעתם על מערך השיקום הגריאטרי	.....
17	2.2.4 מדיניות השיקום הגריאטרי ומדינת הרווחה בישראל	.....
17	2.2.5 הרגולציה בתחום השיקום הגריאטרי	.....
20	2.3 רשתות מדיניות	.....
20	2.3.1 גישת רשתות המדיניות ושורשיה	.....
21	2.3.2 השפעת הרשת על עיצוב מדיניות ציבורית	.....
23	2.3.3 גישות מחקריות לרשתות מדיניות	.....
24	2.3.4 טיפולוגיה של רשתות מדיניות	.....
26	2.3.5 מקרה הבוחן ורשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל	.....
30	3. שיטת המחקר	.....
30	3.1 השערות המחקר	.....
35	3.2 מערך המחקר	.....
36	3.3 שלבי המחקר	.....
37	3.4 אוכלוסיית המחקר / דגימה	.....
38	4. רשת מדיניות השיקום הגריאטרי - שחקנים, יחסי גומלין והגורמים המשפיעים על רגולציה	.....

38	4.1 מיפוי רשת מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל
38	4.1.1 שחקני הרשת
39	4.1.2 משרד הבריאות
39	4.1.2.1 מאפייני המשרד
44	4.1.2.2 אגף הגריאטריה
45	4.1.3 משרד האוצר
50	4.1.4 קופות החולים
55	4.1.5 האיגודים המקצועיים
57	4.1.6 בתי החולים
60	4.1.7 פוליטיקאים בממשלה ובכנסת
61	4.1.8 אמצעי התקשורת
64	4.2 הגורמים המשפיעים על ציות חלקי לרגולציה
64	4.2.1 מאפייני רשת המדיניות
65	4.2.2 היעדר תמריץ כלכלי לציות לרגולציה
67	4.2.3 פיקוח ובקרה לא ממוסדים של הרגולטור
69	4.2.4 היעדר שימוש בסנקציות על ידי הרגולטור
71	4.2.5 חוסר בגיבוי כלכלי ותקציבי
73	4.2.6 תדמית הרגולטור בעיני הגופים המוסדרים
73	4.2.6.1 חוסר אובייקטיביות וניגוד עניינים של משרד הבריאות וסוגיית "הכובע הכפול"
75	4.2.6.2 מקצועיות אגף הגריאטריה בתחום השיקום
77	<b>5. סיכום, מסקנות והמלצות</b>
77	5.1 סיכום ומסקנות
82	5.2 תרומת המחקר וחשיבותו
83	5.3 מגבלות המחקר ומחקרי המשך
83	5.4 המלצות למקבלי החלטות
86	<b>6. ביבליוגרפיה</b>
95	<b>7. נספחים</b>
95	נספח א': רשימת מרואיינים למחקר
96	נספח ב': עמודי אש 6 - 7
99	נספח ג': תקן מיטות, קבלות וימי אשפוז 1990-2000-2010
100	נספח ד': מיטות שיקום גריאטרי לפי בעלות 1988-2011
100	נספח ה': מיטות שיקום גריאטרי ותפוסה שנת 2011
101	נספח ו': בני 65 + וכלל האוכלוסייה 1955 - 2011
102	נספח ז': תוחלת החיים בלידה 1965-2011
103	נספח ח': תנועת חולים בגריאטריה שיקומית בבתי חולים כלליים וגריאטריים

## רשתות מדיניות, רגולציה ומדיניות ציבורית:

### יישום חלקי של רגולציה ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל

רפי גולני

#### תקציר

רגולציה מוגדרת כאסדרת יחסי חליפין של ערכים בחברה על-ידי סמכות שלטונית ביצועית שבאמצעות הוראות, תקנות, הנחיות, או צווים מנהליים – מגדירה דרישות, מאשרת מחד גיסא או מונעת ואף אוסרת פעילות או התנהגות של הפרט ו/או של ארגונים בחברה מאידך גיסא. יחד עם זאת ישנם מקרים שבהם הרגולציה איננה אפקטיבית, דהיינו אינה נאכפת במלואה מסיבות כאלה ואחרות, והתוצאה היא שהגופים, האמורים להיות תחת אסדרה פועלים תחת רגולציה לא אפקטיבית, ללא פיקוח וללא בקרה נאותים.

מטרתו המרכזית של המחקר היא לבחון תחת אילו תנאים נצפה למימוש חלקי של הרגולציה הממשלתית על גופים הנמצאים תחת אסדרה. זאת באמצעות מקרה הבוחן של עיצוב מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל ותוך שימוש בגישת רשתות המדיניות. גישת רשתות המדיניות בוחנת את האופן שבו שחקנים פנים-ממשליים חולקים משאבים עם שחקנים חוץ-ממשליים מהמגזר הפרטי ו/או מהמגזר השלישי, את מערכת היחסים שבין השחקנים השונים וכיצד משתתפי הרשת מקדמים לחצים לשינוי המדיניות או לשימורה.

נושא השקום הגריאטרי הינו חשוב ביותר, הואיל ומגמת ההזדקנות הכלל עולמית של האוכלוסייה לא פסחה על ישראל. הבעיה צפויה להחריף משנה לשנה, שכן האוכלוסייה במדינות המערביות ובהן ישראל הולכת ומזקינה. ברשת מדיניות השקום הגריאטרי שותפים בעלי עניין רבים, חלקם מאסדרים כמו: משרד הבריאות, משרד האוצר, וחלקם מוסדרים: ארבעת קופות החולים, בתי חולים גריאטריים, בתי חולים כלליים, בתי חולים פרטיים, בתי אבות, עמותות, ארגונים ועוד. עבודה זו חשפה מערכת סבוכה, ממוסדת וארוכת-טווח של אינטראקציות בין השחקנים השונים שברשת המדיניות, הבאה לידי ביטוי בתיאום בין שחקנים, קואליציות קבועות ומשתנות הד הוק, יחסי גומלין גלויים וסמויים, הכול לפי העניין והאינטרסים של הגופים השונים, מאסדרים ומוסדרים כאחד.

השערות המחקר, שאוששו בעבודה זו היו, כי למאפייני רשת המדיניות השפעה ניכרת גם על מידת ההיענות לרגולציה וכי רשת המאופיינת בגבולות סגורים עם מספר שחקנים מצומצם ובעלי כוח מרוכז תעודד היענות נמוכה לרגולציה ומימושה באופן חלקי. כמו כן אותרו חמישה משתנים נוספים הגורמים לכך שרגולציה לא תיושם באופן מלא: היעדר תמריץ כלכלי לגופים שתחת הרגולציה ליישמה, פיקוח

מוגבל של הרגולטור, אי הטלת סנקציות על מפרי הרגולציה, חוסר בגיבוי כלכלי ותקציבי למימוש כללי הרגולציה ותדמית נמוכה של הרגולטור בעיני הגופים המוסדרים.

העבודה בוצעה בגישה איכותנית. איסוף הנתונים כלל ראיונות עם 23 בעלי תפקידים בהווה או בעבר, שחקנים מרכזיים מכלל הגופים המרכיבים את רשת מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל, וניתוח תוכן איכותני של ספרות ומקורות טקסטואליים קשיחים ומקוונים: תקנות, חוקים, פרוטוקולים של וועדות שונות בכנסת ומחוצה לה, דו"חות ומאגרי מידע של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות, מבקר המדינה, משרד האוצר ועוד.

נמצא כי אכיפת הרגולציה בתחום השיקום הגריאטרי בישראל לוקה בחסר ואינה כפי שהיינו מצפים לאור האתגרים הרבים, בהם ניצבת מערכת הבריאות בכלל, ומערכת השקום הגריאטרית בפרט. ממצאים רבים מלמדים, כי חוקיה וכלליה אינם מיושמים ככתבם וכלשונם, הפיקוח והבקרה למימושה אינו ממוסד ואינו עקבי. כמו כן נמצא כי אין שימוש בכלי הסנקציות כלפי הגופים, שאינם סרים למרותה של הרגולציה והגופים השונים פועלים בהתאם לאינטרסים שלהם ולא דווקא על פי כללי הרגולציה.

נמצא במחקר שנוהלי משרד הבריאות וכלליו אינם מבוצעים במלואם על ידי קופות החולים ובתי החולים השונים, לקופות אין תמריץ כלכלי להשקיע בנושא הטיפול השיקומי הגריאטרי, הפקוח שמבצע אגף הגריאטריה מטעם המשרד חסר, חלקי, לא ממוסד, לא עקבי, ויש הטוענים, שאינו מקצועי דיו, ומכאן גם תדמיתו המקצועית, הלא גבוהה בעיני הגופים השונים. משום היות משרד הבריאות נושא "כבוע כפול" הן כרגולטור והן כספק שירותים הוא נתפס כגורם לא אובייקטיבי החשוד בניגוד עניינים, דבר המהווה במקרים רבים עילה לקופות שלא למלא את הנחיות המשרד.

ממיפוי השחקנים עלה, כי שלושת השחקנים המובילים והמשפיעים ביותר ברשת המדיניות הם: משרד האוצר ומשרד הבריאות שהינם גורמים ממשלתיים רגולטורים וקופת החולים הכללית שהינה גוף מבטח וספק שירותים. השפעתם של שלושת שחקנים אלו ניכרת על עיצוב מדיניות השקום הגריאטרי במדינת ישראל, לעיתים באופן המנוגד לרגולציה. אחרי שלושת הגופים הללו נמצאים ארבעה שחקנים נוספים: יתר קופות החולים, בתי החולים הכלליים, האיגודים המקצועיים ובעקף הסתדרות הרופאים (הר"י) והסתדרות האחיות וכמו כן אמצעי התקשורת. שלושת השחקנים הפחות משמעותיים ברשת נמצאו: בתי החולים הגריאטריים, אגף הגריאטריה ופוליטיקאים בממשלה ובכנסת.

תרומתו של מחקר זה מתבטאת בשלושה מישורים: במישור התיאורטי, לראשונה הוצעו הגורמים והתנאים, המסבירים את אי מימושה של הרגולציה באופן מלא תוך קישורה לתיאוריית רשתות מדיניות וניתוח מאפייני הרשת. כמו כן המחקר שעוסק בגישת הרשתות המדיניות בישראל מצומצם יחסית, ועל כן יש במחקר זה שעוסק בגישה זו, תרומה לניתוח הגישה ויישומה בישראל. במישור האמפירי, לראשונה נבחנה הרגולציה בתחום השיקום הגריאטרי במדינת ישראל והוצעו הגורמים לאפקטיביות הנמוכה של

הרגולציה הממשלתית בתחום זה. במישור המעשי, המחקר ומסקנותיו יכולים לשמש ככלי תומך החלטה לשיפור הרגולציה והאפקטיביות שלה במערכת הבריאות.



## רשימת לוחות

1. לוח 1- אוכלוסייה בישראל בשנת 2010 ותחזית ל- 2025 ול- 2035 \_\_\_\_\_ 3
2. לוח 2- מיטות שיקום גריאטרי 1990 - 2010 \_\_\_\_\_ 16

## רשימת תרשימים

1. תרשים 1- רשת מדיניות \_\_\_\_\_ 29
2. תרשים 2- השערות מחקר \_\_\_\_\_ 34
3. תרשים 3 - רשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל \_\_\_\_\_ 64

## 1. מבוא

### 1.1. הקדמה

רגולציה<sup>1</sup> מוגדרת כהסדרת יחסי חליפין של ערכים בחברה על-ידי סמכות שלטונית ביצועית, שבאמצעות הוראות, תקנות, הנחיות, או צווים מנהליים – מגדירה דרישות, מאשרת מחד גיסא, או מונעת ואף אוסרת פעילות או התנהגות של הפרט ו/או של ארגונים בחברה, מאידך גיסא (Jordana, Levi-Faur & Fernandez, 2011). יחד עם זאת ישנם מקרים, שבהם הרגולציה איננה אפקטיבית, דהיינו, אינה נאכפת במלואה מסיבות כאלה ואחרות, והתוצאה היא שהגופים, האמורים להיות תחת הסדרה פועלים תחת רגולציה לא אפקטיבית, ללא פיקוח וללא בקרה נאותים. נושא זה של מימוש הרגולציה באופן חלקי ואי-אכיפתה של הרגולציה באופן מלא עומד במרכז המחקר הנוכחי. המחקר שלפנינו עושה שימוש בתשתית התיאורטית של גישת 'רשתות המדיניות' תוך בחינת נושא הרגולציה והתנאים שבהם נצפה למימוש לקוי / חלקי / חסר על גופים תחת הסדרה. עניינו של המונח "רשתות מדיניות" הוא שעיצוב המדיניות כולל מספר גדול של שחקנים מהמגזר הציבורי והפרטי ומרבדים שונים בממשל והחברה (Hanf 1978). גישת רשתות מדיניות בוחנת את האופן שבו שחקנים פנים-ממשליים חולקים משאבים עם שחקנים חוץ-ממשליים מהמגזר הפרטי ו/או מהמגזר השלישי, בוחנת את מערכת היחסים שבין השחקנים השונים, וכיצד משתתפי הרשת מקדמים לחצים לשינוי המדיניות או לשימורה (Coleman & Skogstad, 1990).

ואן ווארדן (Van Waarden, 1992) מדגיש את יחסי התלות ההדדית ברשתות מדיניות בין השחקנים השונים, כגון פוליטיקאים, ביורוקרטים ובעלי אינטרסים שונים. לטענתו, גורמים שונים בפקידות הבכירה זקוקים לתמיכה פוליטית ולשותפות מול חלקים אחרים של הביורוקרטיה. בה בעת, בעלי אינטרסים אחרים אף הם פועלים לכך, שתהיה להם גישה לעיצוב ולביצוע מדיניות ציבורית. גם בעבודתי נראה כיצד שחקנים שונים, שהינם בעלי אינטרסים שונים, מקיימים אינטראקציות ויחסי גומלין ביניהם, קואליציות ושותפויות הד הוק, באופן גלוי וסמוי, מתוך כוונה להשפיע על עיצוב מדיניות הבריאות בכלל והשקום הגריאטרי בפרט.

העבודה הנוכחית עוסקת בניתוח מקרה הבוחן של עיצוב מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל ויישומה תוך שימוש בגישת רשתות המדיניות. זאת לאור ההנחה, כי פועלת כאן רשת של בעלי עניין פנים

---

<sup>1</sup> אסדרה, לפי חידוש האקדמיה ללשון העברית.

וחוץ ממשלתיים: משרד הבריאות, משרד האוצר, ארבע קופות החולים, בתי חולים גריאטריים, בתי חולים כלליים, בתי חולים פרטיים, בתי אבות, עמותות וארגונים מהמגזר השלישי ועוד.

סוגיית מעמד הקשישים על היבטיה השונים, עולה בעשורים האחרונים על סדר היום הציבורי, ובכללם על ידי מוסד ביקורת המדינה. הדבר נובע בין היתר מגידול מתמשך במספרם של הזקנים ובשיעורם באוכלוסייה, ומהצורך למצוא מענה הולם למגוון הצרכים המיוחדים של אוכלוסייה זו. רבים טוענים, כי המדינה חבה לאוכלוסייה הקשישה יצירת איכות חיים טובה עבורם, שכן הדור הקשיש תרם רבות לחברה לאורך כל השנים והוא ראוי ליחס מכבד, לטיפול נאות ובכלל זה לטיפול רפואי הולם. מדינת הרווחה במהותה אמורה בין השאר להבטיח לכלל האוכלוסייה רמת חיים נאותה בתחומי בריאות, חינוך ודיור (דורון, 1985). אין חולק על כך, שהדאגה לקשישים היא חלק מיעדיה של מדינת הרווחה. ואולם החברה הישראלית עברה תהליכי שינוי משמעותיים בשלושת העשורים האחרונים בכל הנוגע למדיניות חברתית, שפעלה בכיוון של צמצום תכניות רווחה וצמצום מעורבות הממשלה בהספקת שירותים בסיסיים, כמו בריאות, חינוך, רווחה ואף בטחון אישי (דורון, 2007, 2003, 1999).

דיון זה אינו מנותק מתהליכי הפרטה וממנגנוני רגולציה, המתרחשים בשנים האחרונות ברבות ממדינות המערב כמו גם בישראל. עם האצת תהליכי ההפרטה, שבהם העבירה הממשלה חלק נכבד מן האחריות ומן הביצוע, שסיפקה המדינה לארגונים חוץ ממשלתיים או פרטיים, דומה כי אוכלוסיית הקשישים נופלת בין הכיסאות הרבים או נלכדת ברשתות המדיניות המסועפות. אלה צמחו עוד מהתקופה של טרום הקמת המדינה והלכו והתגברו ברבות השנים, מאז ביזרה הממשלה את הטיפול באתגר זה.

מהפכת ההזדקנות היא המהפכה החברתית החשובה ביותר בעידן הנוכחי. ארצות העולם המפותחות צועדות בקצב מהיר למצב בו אחוז הקשישים מעל גיל 65 עולה על שליש מהאוכלוסייה, תוחלת החיים עוברת את גיל ה-80 וממשיכה לעלות. מהפכה זו נובעת מההתפתחות הטכנולוגית, המדעית והרפואית, שגרמה לגידול משמעותי בתוחלת חייו של האדם. נתונים לגבי הדמוגרפיה הכלל עולמית מצביעים על עלייה חדה בשיעור הזקנים בקרב כלל אוכלוסיית העולם. על פי מפקד האוכלוסין האמריקאי, אוכלוסיית הגיל השלישי בעולם גדלה בקצב מסחרר, בשנים הקרובות צפויה להכפיל את גודלה, ולראשונה אף לעקוף את אוכלוסיית הפעוטות. לכך יש השלכות רבות, ובראשן גידול ניכר בהוצאות המדינה בגין שירותי בריאות ופנסיה.

מגמת ההזדקנות הכלל עולמית של האוכלוסייה לא פסחה על ישראל, הבעיה תלך ותחריף משנה לשנה, שכן מדינת ישראל הולכת ומזקינה. ישראל נמצאת כיום בתוך גל של הזדקנות מהירה, שיוביל עד שנת 2030 לשיעור של 14% ויחולל תהליכים, שישפיעו לא רק על אזרחיה הוותיקים של המדינה, אלא גם על המערכות כולן והמדינה כולה (מכטינגר, 2010). בסוף שנת 2010 מנתה אוכלוסיית ישראל כ-7.7 מיליון

נפש ואוכלוסיית הקשישים (בני 65 ומעלה) מנתה כ- 763 אלף נפש. מאז שנת 1955 גדלה אוכלוסיית המדינה פי 4.3 ואוכלוסיית הקשישים גדלה פי 8.9 (מ- 85, 200 ל- 763, 400), כלומר, קצב הגידול של הקשישים היה כפול מזה של האוכלוסייה הכללית. אוכלוסיית הקשישים גדלה לא רק במספרים מוחלטים, אלא גם בשיעור הקשישים מכלל האוכלוסייה, אשר גדל פי שניים מ- 1955; אז היו הקשישים 8.4% מכלל האוכלוסייה במדינה, לעומת 9.9% בסוף שנת 2010 (מאיירס-ג'וינט - מכון ברוקדייל, 2011). מעיון בלוח 1 ניתן להתרשם כי על פי התחזית, תהליך ההזדקנות בישראל יואץ בין השנים 2013-2035, כך שלקראת שנת 2025 בני ה-65 ומעלה צפויים להיות כ-13% עד 14% מהאוכלוסייה ועד שנת 2035 כ-15% עד 16%. בניגוד למצופה מנתונים אלו, דווקא מספר המיטות הגריאטריות לשיקום ומספר ימי האשפוז הצטמצמו באופן דרסטי, ואפשר לראות כי בין השנים 1990 ו-2010 הצמצום ביחס לשיעור המיטות ל-1000 נפש צנח ב-50 אחוז, ומשך האשפוז ירד בכ-70% (משרד הבריאות, 2010, 2011). מבקר המדינה מציין, כי משך ימי האשפוז, הממוצעים בכל המחלקות לגריאטריה שיקומית, פחת במידה ניכרת מ-37.5 ימי אשפוז בשנת 2003 ל-26.9 בשנת 2009; צמצום של כ-28% (מבקר המדינה, 2012).

#### לוח 1. - אוכלוסייה בישראל בשנת 2010 ותחזית ל-2025 ול-2035

(במספרים - מאתר הלמ"ס: אוחזר בתאריך 2/12/13)

2035			2025			2010	גיל
נמוכה	בינונית	גבוהה	נמוכה	בינונית	גבוהה	שנת בסיס	
10,039	11,395	12,783	9,203	9,844	10,477	7,695	סך כולל
2,032	2,949	3,889	2,114	2,679	3,242	2,157	0-14
1,430	1,762	2,096	1,514	1,529	1,543	1,181	15-24
2,758	2,813	2,872	2,406	2,441	2,472	2,090	25-44
2,170	2,210	2,244	1,875	1,890	1,905	1,502	45-64
1,640	1,660	1,680	1,292	1,303	1,312	763	65+

בדומה להזדקנות וגידול האוכלוסייה, גם הוצאותיה של החברה הישראלית על בריאות עולות, אם כי במידה פחותה מאשר במדינות ה-OECD. ההוצאה הלאומית לבריאות, במחירים קבועים, עלתה בשנת 2012 ב-3.7 אחוז לעומת שנת 2011. ההוצאה לנפש במחירים קבועים עלתה ב-1.8 אחוז. ההוצאה הלאומית לבריאות, במחירים שוטפים, הסתכמה בשנת 2012 בכ-73.8 מיליארד ש"ח, שהם 7.4 אחוז מהתמ"ג. יש לציין, כי ההוצאה לבריאות כוללת את ההוצאות על כל שירותי הבריאות, שניתנים במרפאות ובבתי

החולים, וכן הוצאות על שירותי רופאים פרטיים ורופאי שיניים, הוצאה על תרופות, חומרי רפואה ומכשירים רפואיים, מחקר ומינהל ממשלתי בתחום הבריאות והשקעה במבנים ובציוד במוסדות הבריאות.

השוואה בין-לאומית של מדינות ה-OECD בשנת 2011 מראה, כי אחוז ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג בישראל (7.4%) היה נמוך מאשר חציון ההוצאה לבריאות במדינות ה-OECD (9.3%), במיוחד מארה"ב (17.7%), ומהולנד (11.9%). השיעור הנמוך ביותר היה במדינות: מקסיקו (6.2%), טורקיה (6.1%) ואסטוניה (5.9%). בשנים 1995-2011 חציון ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג עלה במדינות ה-OECD בהדרגה מ-7.5% ל-9.3%, לעומת זאת בישראל אחוז ההוצאה הלאומית מהתמ"ג נשאר כמעט ללא שינוי (הלמ"ס, 2013), על אף שכל הנתונים מלמדים, כי ההוצאה הלאומית לבריאות נמוכה בישראל ביחס למדינות המתקדמות בעולם.

בדו"ח מבקר המדינה לשנת 2011, דווח, ששירותי בריאות כללית פועלת לא אחת בניגוד להנחיות משרד הבריאות: חלק מהקשישים, הנזקקים לשיקום, אינם מקבלים שירות זה מקופת החולים, הקופה מפנה קשישים, הנזקקים לאשפוז שיקומי, למוסדות ללא רישוי מתאים, נציגי קופות החולים ולא הרופאים המורשים הם הקובעים את מהות השיקום, והכול בניגוד להנחיות המשרד (מבקר המדינה, 2012). מדו"חות המבקר, אנו למדים על שתי תופעות: הראשונה היא שמשרד הבריאות אינו הגורם היחיד העוסק בעיצוב מדיניות הבריאות בישראל ועוסקים בכך שחקנים רבים ואחרים. השנייה היא כי הרגולציה הממשלתית על אותם גופים איננה אפקטיבית, וכי השחקנים השונים פועלים לא אחת בניגוד להנחיות, ובניגוד לתקנות ולחוזרים השונים.

מטרידה לא פחות קביעתו של המבקר בדו"ח לשנת 2007, כי: "לקופות החולים אין תמריץ כלכלי להשקיע בשיפור מצב בריאותו ותפקודו של הקשיש ולמנוע הידרדרותו למצב סיעודי - שלב שבו עוברת האחריות מהקופות למשרד הבריאות" (מבקר המדינה, 2008: 457). כלומר, המבקר מצביע על כך שקיים אינטרס כלכלי לקופות, כי הקשיש, שהוא נטל כלכלי והוצאה שמכבידה עליהן, יהפוך למצב סיעודי ואז יעבור לאחריות משרד הבריאות, בעוד הקופות יפסיקו לשאת בנטל הכלכלי הנובע מהטיפול בקשיש. מצב עניינים זה יתואר ויידון בהמשך העבודה.

בעבודת מחקר זו נטען, כי בתחום השיקום הגריאטרי בישראל, הגם שקיימת רגולציה על ידי משרד הבריאות, במקרים רבים אכיפתה לוקה בחסר. חוקיה וכלליה של הרגולציה אינם מיושמים ככתבם וכלשונם ופעילות הגופים לעיתים בניגוד מוחלט לכלליה. הפיקוח למימוש הרגולציה חסר, והסנקציות כלפי הגופים המוסדרים, שאינם סרים למרותה, כמעט שלא קיימות אם בכלל. הגופים, הנמצאים תחת אסדרה, פועלים בהתאם לאינטרסים שלהם ולא דווקא על פי כללי הרגולציה. כלומר, אנו עדים לכך

ששחקנים, הנמצאים ברשת המדיניות של השיקום הגריאטרי בישראל, כמו גופי המגזר השלישי, קופות החולים ואף גופים פרטיים כמו בתי חולים פרטיים, בתי אבות ומוסדות אחרים, לא רק מעורבים בקביעת המדיניות וביישומה הלכה למעשה, אלא גם אינם מציינים תמיד להנחיות הרגולטור. תופעות אלו באות לידי ביטוי בדוחות מבקר המדינה ועל ידי בעלי תפקידים בכירים, שרואינו לצורך מחקר זה. לפנינו אפוא רשת מדיניות מסועפת ומרובת שחקנים בעלי אינטרסים שונים, אשר מקיימים יחסי גומלין משתנים עם שחקנים אחרים ויוצרים קואליציות אד-הוק לצד תחרות גלויה וסמויה. הדבר בא לידי ביטוי הן באי-ציות לרגולטור מחד גיסא, והן באי נקיטה בסנקציות כלפי הגופים שתחת ההסדרה, אשר אינם ממלאים את הנחיות הרגולטור, מאידך גיסא. העבודה בוחנת מהם הגורמים למצב זה, ומהם התנאים, שמאפשרים אי יישום מלא של הרגולציה על ידי השחקנים השונים.

העבודה מנתחת כיצד ובאיזה אופן מיושמת מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל תוך מיפוי כלל השחקנים אשר ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי: (1) מקבלי החלטות הבירוקראטיים בשלטון המרכזי: משרד הבריאות, משרד האוצר (2) פוליטיקאים מרכזיים: שרי בריאות וחברי כנסת. (3) מנהלי בתי חולים גריאטריים ציבוריים וממשלתיים וכן מקבלי החלטות מקרב המגזר השלישי: קופות החולים. (4) מנהלים של ארגונים מהמגזר הפרטי.

בעבודה נבחנו המוטיבציות השונות, המניעות את השחקנים השונים, והאסטרטגיות השונות בהן הם נוקטים על מנת לחזק השפעתם בעיצוב המדיניות ואת יישומה בפועל. מהי ההשפעה על הרגולציה וכמו כן באיזה אופן ובאיזה היקף פועל השלטון המרכזי לצורך ביצוע רגולציה על מנת לממש אחריותו. העבודה תצביע על התנאים, המביאים לידי כך, שהרגולציה אינה מיושמת ואינה נאכפת במלואה, או מה עשוי לגרום לגוף מוסדר להתנהל לפי רצונו.

יש לציין, כי עד כה לא נערך כל מיפוי שיטתי של מוסדות הרגולציה בישראל, ומעטים הם המחקרים על רגולציה, שעושים שימוש בכלים התיאורטיים של מדיניות ציבורית. רוב המחקרים שנעשו בתחום, בוחנים את הרגולציה בישראל, בעיקר על ההיבטים הכלכליים (ארבל-גנץ, 2003). בחינת הגורמים המאפשרים מימוש חלקי בלבד של רגולציה באופן כללי ובחינת אופן יישום מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל ברמה האמפירית, הם בעלי חשיבות רבה, ותרומתם התיאורטית, האמפירית והמעשית תפורט בהרחבה בהמשך מחקר זה.

## 1.2 תופעת המחקר והרציונל התיאורטי

המצע הרעיוני של הרגולציה מושתת על תפישת תפקידה של ממשלה להגן על הפרט בחברה האזרחית על ידי איזון בין האינטרסים השונים והכוחות המשחקים בשוק (Irvin, 2005). דרך האיזון היא הראויה, במיוחד כאשר נושאי הרגולציה עוסקים בארגוני החברה האזרחית והמגזר השלישי (לימור, 2005). מדיניות ציבורית אמורה להיות מעוצבת על ידי רשויות המדינה תוך שהיא מפוקחת ומבוקרת באמצעות רגולציה על ידי הגופים המוסמכים לכך. הגופים המוסדרים אמורים לבצע תפקידם בהתאם למדיניות שנקבעה ותחת אסדרה. מעורבות הגופים האמונים על יישום המדיניות בעיצוב המדיניות לצד רגולציה, שאיננה נאכפת מביאה למצב בו הגוף המוסדר הוא גם הגוף המעצב את הרגולציה, רגולציה אינה נאכפת, חוקים וכללים אינם נשמרים, אחריות המדינה לנושאי רווחה הולכת ופוחתת והאזרח, בסופו של דבר, נפגע משירות לא הולם.

העבודה במחקר זה בוחנת את התנאים המובילים לרגולציה, שאינה מיושמת במלואה, דהיינו, התנאים והגורמים, שהביאו למצב עניינים בו, גופים תחת רגולציה אינם מצייתים באופן מלא לרגולטור ואינם מיישמים הלכה למעשה את הנהלים והתקנות שנקבעו על ידי הרגולטור. הסיבות לכך הן רבות ומורכבות חלקן כתולדה של תהליכים היסטוריים, מתן שירות על ידי גוף באופן כמעט מונופוליסטי, כשלמדינה אין תחליפים אחרים, שליטה של גופים על הביקוש- בהיותם מונופסון. כוח הקניה העצום של שחקן כזה או אחר אשר מפחיתה את יכולת האכיפה של הרשויות על אותו ארגון או דווקא הקשרים והקואליציות של מספר שחקנים ברשתות המדיניות, העושים יד אחת כנגד הרגולטור הם הנותנים להם את הכוח, שלא לציית באופן מלא לרגולציה.

## 1.3 מקרה הבוחן האמפירי

מקרה הבוחן של קביעת מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל, הינו מקרה מרתק. היינו מצפים שמשרד הבריאות הוא אשר יוביל ויעצב את מדיניות הבריאות בכלל ומדיניות השיקום הגריאטרי בפרט, כמפורט ביעוד המשרד, חזונו ומטרותיו: "משרד הבריאות נושא באחריות הממלכתית להבטחת הבריאות לתושבי המדינה. המשרד קובע את המדיניות בתחום שירותי הבריאות והרפואה ומופקד על תכנון, פיקוח ובקרה, רישוי ותיאום השירותים של מערכת הבריאות" (אתר משרד הבריאות, אוחר בתאריך 15.10.2013), בעוד שבמציאות, פני הדברים שונים.

לכאורה מדיניות השיקום והאשפוז הגריאטרי בישראל הנו מונופול, הנשלט על ידי הממשלה כמעט בכל תחום: מחירי האשפוז, רישיון לפתיחת בתי חולים, מספר המיטות בבית חולים, נוהל הפניית

החולים לבתי החולים השונים ונהלים רבים ואחרים, כמו חוזרי מנכ"ל, המנחים את כלל הגופים בנושא זה. אע"פ שקיימת גם פעילות של קופות החולים, ארגוני מגזר שלישי והמגזר הפרטי בענף, הרי שגם פעילות זו אמורה להיות כפופה לרגולציה, שמטיל השלטון המרכזי, דהיינו: משרד הבריאות. בפועל פני הדברים שונים לחלוטין. אינדיקציות שונות, שקדמו למחקר זה, במיוחד דוחות מבקר המדינה, מלמדים, כי דווקא קופות החולים ובמיוחד שירותי בריאות כללית, היא המובילה כגורם מעצב את המדיניות בתחום השיקום הגריאטרי במדינת ישראל. תופעה זאת נובעת, ככל הנראה, ממספר רב של גורמים, כמו הקמת קופת חולים כללית עוד טרם הקמת המדינה והפיכתה לגורם משמעותי ובעל מעמד חזק ומוביל בעיצוב מערכת הבריאות ושליטת הקופה כמעט באופן מונופוליסטי על מתן שירות רפואי (בן נון, ברלוביץ ושני, 2010).

מערכת הבריאות הישראלית התגבשה בעיקר בתקופת היישוב. השירותים העיקריים סופקו כרפואה ציבורית, ובבסיס קבלת ההחלטות עמדו שיקולים פוליטיים יותר מרפואיים או כלכליים (Zalmanovitch, 2002). למרות תפקידה החשוב של הדסה, בעיקר בתקופת המנדט הבריטי, הייתה זאת קופת חולים כללית, ששימשה שנים רבות כספק השירותים הדומיננטי ביותר בזירה. משך שנים רבות הייתה קופת חולים כללית הקופה היחידה, שהגישה שירותי רפואה ראשונית (מרפאות בקהילה), שניונית (רפואת מומחים), שלישונית (אשפוז בבתי חולים) וכן רפואה מונעת (טיפת חלב) (שוכל ואנסון, 2000). לאורך שנים ארוכות של שלטון מפא"י זכתה ה"כללית" לתמיכה נדיבה של הממשלה ולמדיניות, שהעדיפה אותה על פני הקופות האחרות: מאוחדת, מכבי ולאומית (בן נון ואחרים, 2010). הדומיננטיות של כללית הייתה אחת הסיבות לכך שמשרד הבריאות זכה למעמד נמוך ולא נחשב מוביל בעיצוב מדיניות הבריאות (כהן, 2012).

מעבר לאמור לעיל, קיימות אינדיקציות לכך בדוחות מבקר המדינה, שהרגולציה הממשלתית על השחקנים השונים ברשתות מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל לא תמיד מבוצעת במלואה, הפקוח למימושה חלקי והאכיפה איננה מלאה. הגופים הנמצאים תחת אסדרה אינם מציינים תמיד לרגולטור, והרגולטור אינו אוכף תמיד את הכללים, החוקים והנהלים, שנקבעו על ידו. במחקר זה נעשה שימוש בכלים תיאורטיים על מנת לבחון סוגיה זאת לעומק ומכאן חשיבותו הרבה.

חוקרים רבים זיהו זה מכבר את שירותי הבריאות כמוצר ציבורי מהחשובים ביותר, שמספקת מדינת הרווחה לאזרחיה. מדינה המספקת שירותי בריאות ברמה איכותית ושוויונית תורמת לרווחתם ואיכות חייהם של אזרחיה, מחזקת אצלם את היכולת להתפתח ולשגשג ומחזקת גם את מדינת הרווחה. זוהי מערכת מורכבת מאוד, בה פועלים שחקנים מתוחכמים, המציבה לכל חברה אתגר גדול בכל הקשור לתכנון מוסדי ומדיניות ציבורית. מחקרים רבים נערכו בנושאים, הקשורים למדיניות הבריאות של ישראל,



אך מיעוטם עושה שימוש בכלים מתחום המדיניות הציבורית. מרבית המחקרים בנושא נעשו דרך דיסציפלינות כלכליות או היסטוריות (כהן, 2010). השימוש בכלים של הגישה, העוסקת בתחום רשתות המדיניות כמו גם של תיאוריות נוספות מתחומי המדיניות הציבורית, עשוי להעשיר את ההסברים הקיימים לעיצוב מדיניות הבריאות, תהליכי קבלת החלטות, מעורבות שחקנים וכדומה, כמו גם לחזק את תוקפם של כלים אלה.

#### **1.4 מטרת המחקר**

מטרתו המרכזית של המחקר היא לבחון תחת אילו תנאים נצפה למימוש חלקי של הרגולציה הממשלתית על גופים הנמצאים תחת אסדרה. זאת באמצעות מקרה הבוחן של עיצוב מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל ותוך שימוש בגישת רשתות המדיניות. בין היתר המחקר בוחן את טענות מבקר המדינה, המעלות חשד, כי הרגולציה מצד משרד הבריאות על קופות החולים אינה מיושמת באופן מלא הלכה למעשה. כמו כן המחקר בוחן את התנאים, שהובילו לכך, שהפיקוח והבקרה של משרד הבריאות בישראל בתחום השיקום הגריאטרי, הוצאתה מהכוח אל הפועל ואכיפתה הלכה למעשה- היא נמוכה. מעבר לכך העבודה מציעה מסגרת דיון קונספטואלית, המסייעת להסבר ולתיאור של תהליך קביעת מדיניות בתחום שירותי הבריאות בכלל והשיקום הגריאטרי בפרט, תוך שהיא מציגה את השחקנים העיקריים המשפיעים על מדיניות הבריאות בישראל, את יחסי הכוחות ביניהם ואת האסטרטגיות הננקטות על ידם. לצורך כך עושה העבודה שימוש בעשרים ושלושה הראיונות, שבצעתי בעבודה זו, כמסד נתונים עדכני לגבי תפיסותיהם הנורמטיביות והפוזיטיביסטיות השונות של מקבלי החלטות בתחום מדיניות הבריאות בישראל. בכך ייתכן שממצאיה יוכלו לשמש כלי בידי מקבלי החלטות ומעצבי מדיניות שונים.

## 1.5 שאלות המחקר

ישנם, כאמור, מקרים בהם הרגולציה איננה ממומשת במלואה. דהיינו: הגופים, שתחת אסדרה, אינם נשמעים לרגולטור, והיא אינה נאכפת במלואה או בחלקה. מכאן עולה שאלת המחקר:

**תחת אילו תנאים נצפה למימוש חלקי של רגולציה ולאכיפתה באופן לא מלא על גופים מוסדרים?**

כפי שנסקר, קיימות אינדיקציות שונות, כמו דו"חות מבקר המדינה, והתייחסויות של בכירים במערכת הבריאות עצמה, המצביעות על כך, שהרגולציה על הגופים השונים במערכת השיקום הגריאטרי, ובעיקר קופות החולים אינה אפקטיבית. תופעה זאת באה לידי ביטוי, בכך שהקופות אינן מקיימות תמיד את הנהלים, החוקים והתקנות של משרד הבריאות, ולעיתים אף פועלות בניגוד להם. מכאן עולות מספר שאלות אמפיריות:

א. האם הרגולציה של משרד הבריאות על הגופים, הנמצאים תחת אסדרתה, מתקיימת במלואה ונאכפת, אם לא?

ב. במידה ולא, מדוע הרגולציה של משרד הבריאות על הארגונים, העוסקים במתן שירות רפואי בתחום השיקום הגריאטרי אינה מלאה, ומדוע אינה נאכפת במלואה?

על מנת לענות על השאלות הללו יש לבחון:

1. מי הם השחקנים המרכזיים ברשת המדיניות, המשפיעים על עיצוב מדיניות השיקום הגריאטרי ועל יישומה?

2. מהן המוטיבציות ומהן האסטרטגיות בהם נוקטים שחקנים אלו, על מנת לחזק השפעתם בעיצוב המדיניות ויישומה, וכיצד הן מתקשרות לאיכות הרגולציה?

## 2. רגולציה, רשתות מדיניות ומדיניות השיקום הגריאטרי

### 2.1 רגולציה - מהי?

#### 2.1.1 הגדרה, תפקידים וכלים

למונח רגולציה אין הגדרה אחידה ומוסכמת. המונח הינו רחב ומהווה מעטפת לסוגים שונים של הגדרות (לוי-פאור, 1998; Jordana, 2004; Levi-faur, 2011). ג'ורדנה (Jordana, 2008) מגדיר רגולציה כהסדרת יחסי חליפין של ערכים בחברה על-ידי סמכות שלטונית ביצועית, שבאמצעות הוראות, תקנות, הנחיות, או צווים מנהליים, מגדירה דרישות, מאשרת מחד גיסא, או מונעת ואף אוסרת פעילות או התנהגות של הפרט ו/או של ארגונים בחברה מאידך גיסא.

יש הרואים בהגדרתו של סלזניק (Selznick, 1985) לרגולציה: שליטה מתמשכת וממוקדת של סוכנות ממשל על פעילות, שיש בה חשיבות לציבור, כהגדרה רווחת ומקובלת, בעוד שאחרים מגדירים רגולציה, כפעולות הסדרה, פיקוח ואכיפה, המבוצעות על ידי סוכנות מדינתית, עצמאית וייעודית. סוכנות זו תפעל בדרך כלל מתוקף חוק, המעניק לה סמכויות רחבות למדי לחקיקת משנה בתחום מוגדר. מטרת החוק היא הסדרת הפעילות הפרטית (Majone, 1994). לפי אוגוס (Ogus, 2004), רגולציה היא פעולה הנסמכת על כללים, שכוונתם לכוון, לווסת ולפקח על פעילותו של נושא מסוים, כשהסמכות להפעלת רגולציה מפורשת בחוק ומטרתה שמירה על החוק, מניעת סטיות, הגנה על הפרט ומניעת השתלטות של גורם כלשהו על התחום המפוקח. לפיכך באמצעות כללים של "מותר" ושל "אסור" הרגולציה קובעת נורמה מחייבת וטומנת בחובה תוצאת משנה - ויסות של הפעילות או ההתנהגות לכדי היקף, המשרת את האינטרס הציבורי הרחב (Baldwin, Cave & Lodge, 2012).

על-אף היותה שכיחה במדינות הדמוקרטיות בעולם, הרגולציה משנה פניה ממדינה למדינה לא רק בהיקפה, אלא גם בדרך עיצובה ובאופן יישומה. באחדות מהמדינות אכן כוננו ועדות עצמאיות, האחראיות על עיצוב מדיניות רגולטוריים, יישומה באחרות מופקדות על הרגולציה סוכנויות מעין-עצמאיות ויש מדינות בהן המיניסטריון הביורוקראטי אחראי על עיצובה ויישומה (ארבל-גנץ, 2003).

יכולתה של החברה להתקיים ושל השלטון לשמר את מעמדו, תלויים במידה רבה ביכולת לקיים מנגנוני איזון, כשהרגולציה היא אחד המכשירים המרכזיים במנגנון זה (לימור, 2005). בדו"ח ועדת טרכטנברג מתייחסת הוועדה לנושא חשיבות אכיפת הרגולציה ומציינת, כי הרגולציה היא אגד כללים, שהמדינה קובעת. היא מתערבת בפעולותיהם של הפרטים והשחקנים הפועלים בשוק, כך שהיא מכוונת את התנהגותם על מנת להגן על האינטרס הציבורי. עוד מציינת הוועדה כי: "ברי, שהמדינה לא צריכה

להסתפק רק בקביעת הכללים, אלא שעליה לפקח על יישומם ולאוכפם, קרי; להפעיל סנקציות כנגד מפרי הכללים הללו, שאחרת לא יישמר האינטרס, עליו יצאה המדינה להגן מלכתחילה... " (הוועדה לשינוי חברתי כלכלי, 2011).

בהמשך לכך, הרגולציה נועדה, בין השאר, לפקח על קיום החוקים והתקנות, להגן על השחקנים השונים ברשתות המדיניות למנוע השתלטות וצבירת מונופול של שחקן כלשהו, הפועל ברשת המדיניות בתחומים המפוקחים (Baldwin, Cave & Lodge, 2012). במקרה הבוחן שבמחקר המוצע לא כך הם פני הדברים, ואנו ניווכח לדעת, כי דווקא על השחקנים החזקים, בעלי שליטה מעין מונופוליסטית, הרגולציה לוקה בחוסר אפקטיביות ובמגבלות באכיפתה בפועל.

בין הכלים האפשריים להחלת רגולציה ניתן למנות כללים ותנאים להתאגדות; אשרות, זיכיונות ורישיונות, אגרות ותשלומים, דיווח, פיקוח, אתיקה וביקורת. הסמכות להפעלת אסדרה בידי המדינה חייבת להיות מפורשת בחוק. תיתכן גם רגולציה בתחום מסוים על ידי מתן תמריצים, או לחילופין סנקציות באמצעות מעורבות ישירה של הממשלה בפעולות הגופים הפועלים בשוק (Ogus, 2004). הרגולציה מתבצעת על ידי רשות רגולטורית עצמאית, שהוסמכה לכך מתוקף חוק. עם זאת יש הטוענים, אם כי במיעוט, כי אין הכרח, שהרגולציה תיעשה מטעם המדינה, אלא היא יכולה להתבצע באמצעות גופים "חוץ-מדינתיים", כגון ארגונים בחברה האזרחית והמגזר השלישי (לוי-פאור, 2010).

המצע הרעיוני של הרגולציה, מושתת על תפישת תפקידה של ממשלה במדינה, להגן על הפרט בחברה האזרחית על ידי איזון בין האינטרסים השונים והכוחות המשחקים בשוק (Irvin, 2005). דרך האיזון היא הראויה, במיוחד כאשר נושאי הרגולציה עוסקים בארגוני החברה האזרחית והמגזר השלישי (לימור, 2005). עם זאת, לרגולציה ישנן גם השלכות והשפעות באשר להגבלת פעילויות בשוק החופשי ואפשרות פגיעה בזכויות של הפרט או הארגון (Stigler 1971). כך למשל נראה, כיצד משרד הבריאות מגדיר, מי הגופים שיעניקו טיפול שיקומי לקשישים, מתוך רצון להגן על הקשישים ולקבוע אמות מידה לטיפול בהם, תוך אי מתן היתרים והגבלת גופים אחרים מאפשרות זאת, יש שיאמרו עד כדי פגיעה בחופש העיסוק. אם בעבר ראו ברגולציה מכשיר כלכלי לאיזון כוחות השוק, הרי ברבות השנים הפכה הרגולציה מכשיר של מדיניות חברתית ונורמטיבית. בתור שכזאת מטרתה היא קידום האינטרס הציבורי על-ידי תיקון כשלי שוק מזה (רגולציה כלכלית) והבטחת צדק חלוקתי מזה (רגולציה סוציאלית). כיום רגולציה מהווה מרכיב מרכזי בעיצוב המדיניות הציבורית ורשתות המדיניות למיניהן. המאבקים הפוליטיים של השחקנים וקבוצות האינטרס על הקצאת משאבים מביאים לעיצוב תצורות שונות של רגולציה (Baldwin, Cave & Lodge, 2012).

מדוע אם כן אנו נוכחים לדעת, כי הרגולציה לעיתים אינה נאכפת? מהם התנאים שגורמים לכך?  
בשאלה מרתקת זו מתמקד מחקרי.

## 2.1.2 רגולציה ככלי מדיניות

רגולציה היא כלי שנועד להשגת יעדי מדיניות. תאודור לואי (Lowi, 1996), מבכירי החוקרים בתחום המדיניות הציבורית, מסווג את המדיניות הציבורית מנקודת מבט תפקודית, על בסיס שלושה קריטריונים: האם המדיניות עוסקת בכללי משחק או בהענקה ישירה של משאבים? האם המדיניות מכוונת לטווח ארוך, בינוני או קצר? והאם המדיניות עוסקת בשסעים בחברה או בבעיות ממוקדות של קבוצה כזו או אחרת? על בסיס קריטריונים אלה נגזרים מאפייני המשנה לכל סוגי המדיניות: זהות השחקנים בתהליך קביעת המדיניות ויישומה, יחסי הגומלין בין השחקנים, מידת הבולטות של המדיניות בקרב הצבור הרחב, מידת ההשפעה לקבוצות אינטרס על קובעי המדיניות. על בסיס מאפיינים אלה אובחנו שלושה טיפוסים מדיניות: הקצאה, הקצאה מחדש ורגולציה.

בשונה ממדיניות הקצאה, העוסקת בהענקת משאבים לטווח הקצר, ובשונה ממדיניות הקצאה מחדש, המתמקדת בקביעת נורמות חדשות, רגולציה היא מדיניות של אסדרה, פיקוח וויסות של משאבים והתנהגויות. הממשל במדיניות זו אינו מקצה משאבים לקבוצות שונות, אלא קובע הסדרים, גבולות, הרשאות או אסורים לפעילותן. מדיניות הסדרה מכוונת לטווח בינוני, שלא כמו מדיניות הקצאה המכוונת לטווח הקצר, או מדיניות הקצאה מחדש המכוונת לטווח הארוך.

מחד גיסא חשובה היציבות והעקביות לגופים, שנמצאים תחת אסדרה, אך מאידך גיסא חשובות הנסיבות, המצדיקות את האסדרה. יש לתת את הדעת, לכך שהנסיבות משתנות מעת לעת, ובהתאם יש לשנות את האסדרה ולהתאימה למציאות הדינמית. מדיניות האסדרה, מטבעה, מיטיבה עם שחקנים מסוימים וגורעת מאחרים. מדיניות זו שקולה לפעמים ל"סכום אפס" בו הרווח של האחד הוא ההפסד לשני. לכן מערכות היחסים בין בעלי העניין אינן יציבות ומשתנות בהתאם לנסיבות ולאינטרסים. לעיתים הם פועלים אחד כנגד השני, ולעיתים יוצרים קואליציות ושיתופי פעולה כנגד גורם שלישי.

האצת מדיניות האסדרה, בעיקר מאז שנות התשעים של המאה העשרים, הביאה רבים מהחוקרים לכנות את המדינה המודרנית "מדינה מאסדרת", (Jordana & Levi - Faur, 2006), נוכח העובדה, כי דפוסי הפעילות השכיחים ביותר של המדינה קשורים לאסדרה ולפיקוח ופחות לאספקה ישירה של מוצרים ושירותים.

2.2.1. הרגולציה בישראל

בישראל, כמו במדינות רבות אחרות, הרגולציה התפתחה במקביל לתהליכי הפרטה, בעיקר מאז שנות השמונים, שבהן החלה בה הליברליזציה הכלכלית. אם בעבר המדינה הייתה מעורבת במשק ישירות, הן באמצעות החברות, שהיו בבעלותה, והן בהיותה היצרנית והספקית של שירותים למיניהם, הרי כיום היא מתמקדת יותר ויותר בוויסות ואסדרה של גורמים ושחקנים ברשתות המדיניות (ארבל-גנץ, 2003).

בעוד שבמדינות מערביות, הרגולציה הפכה לגורם מרכזי באסדרת המשק והחברה, בישראל הרגולציה הועצמה ותפסה את מקומה המרכזי יותר ויותר עם כניסתו של שחקן מרכזי, שחדר אל רשתות המדיניות – הוא המגזר השלישי. גורם זה מחולל פעילויות ומביא לשידוד מערכות שלטוניות, ציבוריות וחברתיות. גיבוש והתרחבות המגזר השלישי הביאו ליוזמות רגולטוריות שונות, על מנת להסדיר את הכללים בין המגזרים השונים, קרי: כל השחקנים, המשתתפים ברשת המדיניות – המגזר הציבורי, העסקי והשלישי.

בשנת 2012 החל "מרכז חזן לצדק חברתי" במכון ון ליר, במחקר, שמתמקד בסוגיית הרגולציה. מתוך מטרה להעמיק את הידע התיאורטי הכללי בנושא הרגולציה, תוך דיון בסוגיות רחבות ובמחלוקות הקיימות בין תפיסות שונות ביחס לכלי מדיניות זה. מטרה נוספת למחקר הייתה להנגיש ידע זה לציבור הרחב תוך העלאת סוגיות מהותיות לסדר היום הציבורי ולגבש המלצות למדיניות בסוגיית הרגולציה בכללותה ובמקרים פרטניים, בהם יעסוק המחקר (מתוך אתר מכון ון ליר, אוחר בתאריך 13. 12. 13). המחקר עוסק במקרי בוחן רבים בנושא הרגולציה בישראל, כמו בתחומי: הבריאות, הבנקאות, התחבורה, מיקור חוץ, שלטון מקומי ועוד.

ואולם רגולציה לכשעצמה אינה מספקת, אם הפיקוח והבקרה למימושה מבוצע באופן חלקי, אם על הגופים, שתחת אסדרתה לא מופעל סנקציה אם אינם מצייתים לרגולציה, ואם הרגולטור אינו ניתפס כאוטוריטה מקצועית בתחומו. ועדת טרכטנברג מצינת בפרק הדין בנושא רגולציה את היעדרותה של תורה רגולטיבית ממשלתית רחבה בישראל, ובאחד מהמלצותיה מדגישה את הצורך ביצירה של תורה בתחום הרגולציה הממשלתית (הוועדה לשינוי חברתי כלכלי, 2011).

## 2.2.2 מדיניות השיקום הגריאטרי וחיבובתו

שיקום רפואי הוא זכות המעוגנת בתוספת השנייה, בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד 1994), ונמצא באחריות קופת החולים בה מבוטח המטופל. השיקום הרפואי נעשה בהתאם לחוזר מנהל רפואה: "אמות מידה למתן טיפול שיקומי בקשישים" (4/2009). השיקום מיועד לקשישים (בני 65 ומעלה), לאחר אירוע מוחי ובעיות נוירולוגיות אחרות, או בעקבות בעיות אורתופדיות, כגון שבר בצוואר הירך, קטיעות גפיים או בשל ירידה חדה בתפקוד, הנגרמת ממחלה חמורה או ממושכת.

מדיניות בנושא זה נדרשת הן מכיוון שמדובר באוכלוסייה יחסית חלשה, חלקה נטולת יכולת הכנסה, אשר מחובת מדינת הרווחה לסייע לה במטרה לשפר את תפקודה ובריאותה, והן בשל העובדה, כי השיקום הגריאטרי הינו יקר, אינו ריווחי לקופות, האחראיות למימון שרות זה ו משום כך מהווה תמריץ שלילי לגופים, במיוחד המופרטים, להעניקו באופן שנדרש. במבנה הארגוני הקיים האחריות על הטיפול הרפואי בקשיש תלויה בהגדרת מצבו הרפואי: האם הוא שיקומי, סיעודי, סיעודי מורכב או תשוש נפש ועוד הגדרות כאלה ואחרות. ללא מדיניות מכוונת, ברורה ובעלת גולציה אפקטיבית על המוסדות השונים העוסקים בשיקום הגריאטרי, יימנע הטיפול הרפואי החשוב מאוכלוסיית הקשישים במדינה.

חיבובת השיקום הרפואי רבה, שכן עצמאות בתפקוד היא אחד הדברים החשובים ביותר לאדם. אובדן העצמאות והתלות בזולת מביאים לפגיעה קשה באדם, ברגשותיו ובאיכות חייו, ולמשבר חמור עבורו ועבור משפחתו. ירידה בתפקוד עלולה להיגרם עקב פגיעה גופנית כלשהי, בכל גיל והקשיש פגיע יותר. לפיכך נצפה למדיניות ציבורית, שתגן על זכויותיהם ובריאותם של הקשישים בדרך לשיקומם הרפואי, כשהרגולציה מהווה מנגנון איזון מרכזי במימוש זכות זאת, במיוחד נוכח תהליכי ההפרטה, ההולכים ומתחזקים גם בתחומי הבריאות, הרפואה והשיקום.

תהליך השיקום הרפואי הינו שלב בתהליך הריפוי, אשר נועד לאפשר למטופל לחזור לתפקוד מרבי, מבחינה פיזית, חברתית ונפשית, במטרה לקיים אורח חיים פעיל ובריא, במשפחה ובחברה. השיקום נותן תקווה וכלים כדי להשיג שיפור תפקודי. היעדר שיקום עלול לגרום לכך שאדם, שתפקודו נפגע, יזדקק לעזרה סיעודית בפעולות היום-יום, עד כדי אשפוז ממושך במחלקה סיעודית. חשוב מאד שהשיקום יבוצע ללא דיחוי, כדי למצות את "חלון ההזדמנויות" להשגת השיפור המיטבי במצבו של המטופל. השיקום הרפואי כולל טיפול על ידי רופאים, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק ואנשי מקצוע נוספים לפי הצורך (קלינאי תקשורת, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ודיאטנים). משך זמן השיקום תלוי במספר גורמים במשולב, לרבות סוג הפגיעה, מצבו הרפואי של המטופל, קצב התקדמות הטיפול ועוד. ככלל,

קיימת תקופה מינימאלית של שיקום במצבים רפואיים שונים. קבלת השירות מתבצעת בתיאום עם קופת החולים ובמימונה (אתר משרד הבריאות- האגף לגריאטריה).

### 2.2.3 מאפיינים דמוגרפיים והשפעתם על מערך השקום הגריאטרי

מאז קום המדינה ועד היום אוכלוסיית הקשישים גדלה, וכן גדל שיעורה בקרב האוכלוסייה במדינה. על פי השנתון הסטטיסטי (ספטמבר 2012), מנתה אוכלוסיית ישראל בסוף שנת 2011 כ- 7.8 מיליון נפש, ואוכלוסיית הקשישים (בני 65 ומעלה) מנתה כ- 783 אלף נפש, המהווים 10 אחוז מכלל האוכלוסייה. מאז שנת 1995 גדלה אוכלוסיית המדינה פי 4.4 ואוכלוסיית הקשישים גדלה פי 9.5 כלומר, קצב הגידול של הקשישים היה כפול מזה של האוכלוסייה הכללית. אוכלוסיית הקשישים גדלה לא רק במונחים של מספרם המוחלט, אלא גם בשיעור הקשישים מכלל האוכלוסייה אשר גדל פי שניים מ-1955, אז היוו הקשישים 4.8 אחוז מכלל האוכלוסייה במדינה, לעומת 10 אחוז בסוף 2011. קצב הגידול של הקשישים בני 75 ומעלה היה מהיר יותר מזה של הקשישים בני 65 ומעלה, ובשנים האחרונות האוכלוסייה, שגדלה בקצב המהיר ביותר, היא אוכלוסיית בני ה-80 ומעלה. כלומר, אוכלוסיית הקשישים עצמה הזדקנה אף היא, ובסוף שנת 2011, 47 אחוז היו בני 75 ומעלה, ו-28 אחוז היו בני 80 ומעלה (קשישים בישראל שנתון סטטיסטי, 2012). על פי תחזית הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס), לקראת 2025, בני ה-65 ומעלה צפויים להוות כ-13% מהאוכלוסייה ועד 2035 יהוו כ-16 אחוז מהאוכלוסייה (ראה נספחים ז' ח').

תוחלת החיים בישראל בעלייה. על פי נתוני הלמ"ס בשנת 2011, תוחלת החיים של הגברים: 80 שנים ושל נשים: 83.6 שנים (הלמ"ס 2012). מנתונים אלה היינו מצפים, שהמענה הרפואי יגדל בהתאמה, אולם מענה הולם, דורש עיצוב מדיניות ורגולציה אפקטיבית. החברה הישראלית עברה תהליכי שינוי משמעותיים בשלושת העשורים האחרונים בכל הנוגע למדיניות חברתית, שפעלה בכיוון של צמצום מעורבות הממשלה בהספקת שירותים בסיסיים ובכללם שירותי בריאות (דורון, 2007). יחד עם זאת בתחום הטיפול הרפואי בקשיש, ובהתבסס על נתוני ההזדקנות וצריכת שירותי הבריאות, היינו מצפים למדיניות, אשר תיתן מענה לצורכי הטיפול הרפואי בכלל ולשיקום הרפואי בקשישים בפרט, וזאת באמצעות הגדלת מספר מיטות השיקום הגריאטרי, אשר יתנו מענה ומזור למספרם של הקשישים ההולך וגדל ולמספר הקשישים המזדקן יותר משנה לשנה. כמו כן היינו מצפים למדיניות ציבורית, שתאכף רגולציה על נותני שירותי השיקום הגריאטרי בישראל: קביעת סטנדרטים לטיפול, פיקוח, בקרה וכיוצא באלה.



בפועל תמונת המצב שונה לחלוטין. על פי נתוני משרד הבריאות, וכפי שניתן לראות בלוח 2, מספר מיטות האשפוז לשיקום גריאטרי בירידה מתמדת, שיעור המיטות יורד, מספר ימי האשפוז מצטמצם ומשך האשפוז הממוצע יורד (משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל שנתונים: 2010, 2011).

## לוח 2. מיטות שיקום גריאטרי 1990 - 2010

(משרד הבריאות, אגף מידע, חטיבת מידע ומחשוב, תשע"ג 2012),

שנה	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000	1990
מס' מיטות	977	895	895	958	934	913	909	955	1187
שיעור מיטות ל-1000 איש בני 75 ומעלה	2.57	2.46	2.53	2.77	2.81	2.81	2.84	3.46	6.38

בעוד שתקן המיטות לשיקום גריאטרי עמד בשנת 1990 על 1187 מיטות, הרי שבשנת 2010, מספר המיטות קוצץ בלמעלה מ-20%, ועמד על 895 בלבד. שיעור המיטות לאלף בני 65 ומעלה ירד מ-2.7 בשנת 1990, ל-1.5 בשנת 2000 ול-1.2 בשנת 2011. לצד העלייה במספר הקשישים והקיצוץ במספר המיטות אנו עדים גם לירידה דרסטית במספר ימי האשפוז הממוצע, מ-84 ימים בשנת 1990, ל-28 ימים בשנת 2010 (נתונים נוספים בנספח ג'). האם הדבר נובע משיפורים טכנולוגיים, תרופתיים או רפואיים אחרים, שתרמו לקיצוץ זה או שמא מדובר במדיניות ציבורית מכוונת, ששמה לה למטרה לקצץ בימי האשפוז מתוך מניעים כלכליים ולא דווקא כאלה, שיתרמו לשיקומו של הקשיש? האם המדיניות הקובעת את משך האשפוז ומיקומו הינה החלטה של הרגולטור, קרי: משרד הבריאות או שמא נקבעה על ידי קופות החולים, אשר עיצבו מדיניות זאת, כפי שאציג בהמשך עבודה זו.

#### **2.2.4 מדיניות השיקום הגריאטרי ומדינת הרווחה בישראל**

עם הזמן מתרבים המחקרים, שמראים כי המדיניות הציבורית-חברתית בישראל בשלושת העשורים האחרונים פעלה בכיוון כללי של צמצום תכניות רווחה והפחתת מעורבות הממשלה באספקת שירותים בסיסיים (דורון, 1999; מזרחי ומידני, 2006), כולל בריאות (פילק, 2000). מגמה זו אינה הולמת לחלוטין את שהתרחש עם הקמתה של ישראל. בתקופה, שקדמה להקמת המדינה, התפתחה ביישוב היהודי בארץ ישראל מסורת של דאגה לרווחת האוכלוסייה. דורון וקרמר (1992) מסבירים, כי במשך שלושים השנה הראשונות התפתחה מדינת הרווחה כתולדה הכרחית של תהליך בניית האומה. מאז המחצית השנייה של שנות השבעים התחולל במדינת ישראל שינוי מהותי בכל הנוגע לטיבו ומהותו של משטר הרווחה. הוא חדל להיות סוציאל-דמוקרטי באופיו וחלק ניכר ממנו הפך לליברלי במהותו (דורון, 1999).

בבסיסו של הטיעון הכלכלי עומדת ההנחה, כי המדינה אינה יכולה עוד להמשיך לספק את שירותי הרווחה לכלל האוכלוסייה במתכונת רחבה יותר מהקיימת במדינות הקפיטליסטיות, הואיל ונטל זה מכביד על צמיחת הכלכלה. על מנת לעמוד בתחרות הכלכלית עם מדינות אחרות, חובה על המדינה לצמצם הוצאות אלו. בבסיסו של הטיעון האידיאולוגי עומדת ראייתו של השוק החופשי כערך עליון, תפיסה, הקוראת ממניעים אידיאולוגיים, לצמצם את מעורבותה של המדינה בתחומים חברתיים וכלכליים לרמת המינימום האפשרי (דורון, 1999).

בתחום השיקום הגריאטרי, כחלק ממדיניות ציבורית הנגזרת מהתפיסה האידיאולוגית של מדינת הרווחה, בעוד שבשנת 1990 כלל המיטות היו בבעלות ממשלתית, קופות חולים ובעלות ציבורית אחרת, הרי שמאז ועד היום צומצמו המיטות הממשלתיות וגדל מספרם של המיטות הפרטיות (משרד הבריאות, 2010). כלומר, אנו עדים למעבר למדיניות ניאו ליברלית, המאופיינת בהפרטות, תוך צמצום תפקידיה של מדינת הרווחה. לכאורה בתהליך זה של הכנסת גורמים פרטיים ומגזר שלישי, היינו מצפים להגברת הרגולציה ואכיפתה ביתר שאת על מנת לשפר וליעל את הטפול בקשיש (ראה נספחים ד' ה').

#### **2.2.5 הרגולציה בתחום השיקום הגריאטרי בישראל**

בידי הרגולטור קיימים כלים רבים למימוש אחריותו: חוקים, תקנות, נהלים, כלי פיקוח ובקרה, הענקת תמריצים והטלת סנקציות. כלים אלה עומדים גם לרשותו של משרד הבריאות, שהינו הרגולטור העיקרי בתחום הבריאות בכלל ובתחום השיקום הגריאטרי בפרט. המשרד מפקח באופן ישיר על כל בתי

החולים הגריאטריים בישראל, כולל המגזר הפרטי, וזאת מכוח "פקודת בריאות העם משנת 1940" (פקודת בריאות העם, 1940).

מאז קום המדינה היוו החקיקה הראשית והמשנית אמצעי להסדרת מערכת הבריאות ולהסדרת הפעילות בין האזרח לממשלה. החוק בא להגן על האזרח ולהבטיח את בריאות הצבור ומתן שירותים וטיפולים רפואיים. נושאים שלא הוסדרו על פי החוק הוסדרו בעזרת הנחיות מנהליות.

בעת קום המדינה היו קיימות הפקודות המנדטוריות, שעסקו בעיקר ברגולציה של נושאים בעלי השלכה רפואית, ובעקר נושאי בריאות הצבור, רישוי בתי חולים ורישוי בעלי מקצוע. הפקודות העיקריות, שהשפיעו על מערכת הבריאות הן: פקודת בריאות העם, פקודת הכלבת, פקודת הסמים המסוכנים, פקודת הרופאים, פקודת רופאי השיניים, פקודת הרוקחים ופקודת המיילדות. לאורך השנים הותאמו הפקודות למציאות המשתנה, נחקקו חוקים חדשים והותקנו תקנות חדשות. במערכת החקיקה הישראלית מעטים התחומים, שזכו להתייחסות כה מפורטת ולכמות כה גדולה של חוקים, ובעקר תקנות, כמו תחום הבריאות. תהליך זה הוא בעשור האחרון, ומעיון בספר החוקים מתגלים עשרות חוקים, תקנות וצווים, המסדירים היבטים שונים בפעולתה של מערכת הבריאות והרפואה (בן נון ואחרים, 2010).

לצורך מימוש אחריותו של משרד הבריאות כרגולטור, ניתנו בידיו כלים רבים. הכלי הראשון והמרכזי באמצעותו מבצע המשרד את תפקידו כרגולטור, הינו קביעת כללים ונהלים, המופצים באמצעות חוזרים, על ידי שלשה גורמים מרכזיים: מנכ"ל המשרד, ראש מנהל רפואה וראש אגף הגריאטריה. חוזרים ונהלים אלה, אשר הופצו זה מכבר, דנים באמות מידה למתן טיפול שיקומי (04/2009), איסור הפניית חולים לשיקום במוסדות אשפוז ללא אישור למתן שירותי שיקום (11/2004) ואמות מידה לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית שיקומית (0600/2002). כלי רגולטיבי נוסף הוא כלי הרישוי. משרד הבריאות קובע מעת לעת, בתיאום עם משרד האוצר, את היקף הרישוי למיטות לשיקום גריאטרי ומעניק רישיונות בהתאם. בנוסף, מעניק המשרד אישורים ורישיונות עבודה למטפלים השונים במקצועות הרפואה השונים. כלי חשוב ונוסף למימוש תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור הוא כלי הפיקוח והבקרה: נציגי המשרד מבצעים ביקורות עיתיות במוסדות לשיקום גריאטרי על מנת לבחון איכות הטיפול השיקומי.

לכאורה נראה, כי קיימת רגולציה, הנותנת מענה לכך, שהשקום הגריאטרי יהיה תחת אסדרה, מפקח ומבוקר, ואולם בפועל המצב שונה במידה רבה, והרגולציה אינה מיושמת ואינה נאכפת במלואה. השיקום הגריאטרי בישראל עולה חדשות לבקרים לשיח הציבורי עקב כשלים חמורים במערכת זו. ביולי 2012 נמסר בכנסת, כי על פי דו"ח מבקר המדינה, המצב הוא בכי רע<sup>2</sup>. המבקר מצא, כי אוכלוסיית הקשישים, הזקוקים לאשפוז ושיקום, מונה מעל 20,000 מקרים לשנה (ראה נספח ח'). הדו"ח, שסקר את

---

<sup>2</sup> משיבת ועדת משנה של הוועדה לענייני ביקורת המדינה לנושאי רווחה, 16 ביולי 2012, פרוטוקול מס' 1.

סדרי הטיפול באותם אירועים חריפים, מציג תמונה עגומה ביותר (מבקר המדינה, 2012). בין הליקויים העיקריים מצביע המבקר, על חוסר במיטות אשפוז לגריאטריה שיקומית, ירידה ניכרת במשך האשפוז, פיזור גיאוגרפי לא אחיד של מיטות לשיקום גריאטרי, תוך יצירת מחסור במיטות בצפון הארץ ובאזור ירושלים, אשפוז קשישים לשיקום במוסדות, שאינם שיקומיים וללא רישוי מתאים, אי מתן שיקום לקשישים הזכאים לכך, השהיית קשישים במחלקות חריפות ואי העברתם לשיקום בניגוד לנהלים, חסמים כלכליים במתן שיקום לקשישים ואי ביצוע בקרות על ידי משרד הבריאות במחלקות גריאטריות לשיקום. עוד מציין המבקר, כי במקומות בהן בוצעה בקרה, הרי שלא ננקטו כל צעדים נגד בתי החולים והמוסדות, שהתגלו בהם ליקויים מהותיים. המשמעות העולה מהדו"ח הינה כפולה: מצד אחד שחקנים ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל, משיקולים המונעים מאינטרסים כלכליים ואחרים, מעצבים ומיישמים בפועל מדיניות שונה ממה שהתכוון לה משרד הבריאות, ומצד שני משרד הבריאות, הגם שמכשיר הרגולציה בידיו, אינו עושה בו שימוש אפקטיבי ומאפשר בכך לשחקנים האחרים לעשות כרצונם (מבקר המדינה, 2012).

עוד בשנת 1990 הציגה ועדת החקירה הממלכתית בראשות השופטת נתניהו, לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (מדינת ישראל, 1990), את הבעייתיות, שבפיצול האחריות על טיפולו של הקשיש בין קופות החולים והמדינה; הטיפול הסיעודי הינו באחריות המדינה, בעוד ששיקום הקשיש הוא באחריות קופות החולים. בפועל נוצר תמריץ שלילי לקופות החולים, שלא להשקיע בשירותי שיקום למבוטחים שלהם, מפני שברגע שהקשיש הופך ממצב שיקומי לסיעודי, האחריות הממונית עוברת מקופת החולים למשרד הבריאות או למשפחה. אחת הדרכים, שבהן יכול הרגולטור להבטיח את האיכות של השיקום הרפואי, אבל מצד שני גם להבטיח את ההישרדות של אותם ספקים, מוסדות רפואיים, שמספקים שיקום, היא על ידי קביעת מחיר מינימום, שאותו ישלמו קופות החולים, בשילוב בקרה הדוקה של המשרד על איכות הטיפול.

נקודה נוספת וחשובה נוגעת למשרד הבריאות שנושא "כובע כפול". המשרד משמש כרגולטור מצד אחד, אך גם כספק שירותים בהיותו בעלים של בתי חולים כלליים וגריאטריים מצד שני. כפל תפקידים זה יוצר תרבות ארגונית של חשדנות אינהרנטית מצד הקופות ומי שאינם גופים ממשלתיים (מהמגזר הפרטי והשלישי) ותמריץ לעקוף את הכללים הרגולטיביים, משום החשש, שהרגולטור מקבל החלטות המיטיבות עם בתי החולים שבבעלותו.

לסיכום, במחקר זה אעשה שימוש בפרספקטיבה התיאורטית והמחקרית של רשתות מדיניות ורגולציה, ואטען כי בתחום השיקום הגריאטרי בישראל נוצרו תנאים שהובילו לכך, שאפקטיביות של הרגולציה של משרד הבריאות בישראל, על שחקני רשתות המדיניות ובמיוחד על קופות החולים- נמוכה.

הרגולציה איננה מתבצעת במלואה על ידי הגופים, הנמצאים תחת האסדרה, היא מפוקחת ומבוקרת באופן חלקי בלבד ואכיפתה אף לוקה בחסר. עוד אטען, כי השלטון המרכזי כבר אינו הגמוני בעיצוב וביצוע מדיניות השיקום הגריאטרי, בעוד שהשחקנים השונים מהמגזר השלישי (קופות חולים) והפרטי (בתי חולים ומוסדות פרטיים אחרים) הם הדומיננטיים כיום הן בעיצוב המדיניות והן ביישומה בפועל.

## 2.3 רשתות מדיניות

### 2.3.1 גישת רשתות המדיניות ושורשיה

מחקר זה עושה שימוש בגישת רשתות המדיניות, אשר מסבירה ומנתחת מדיניות, על ידי התמקדות בשחקנים השונים, הנוטלים חלק בעיצוב המדיניות, בקשרים ביניהם ובהשלכות קשרים אלו על תפוקות המדיניות (Rhodes & Marsh, 1992). גישת רשתות מדיניות טוענת, כי עזוב מדיניות ציבורית ויישומה, אינו אלא תוצר של יחסי גומלין בין נושאי התפקידים הרלוונטיים בממשל: פקידים ממונים ופוליטיקאים, לבין נציגי קבוצות אינטרס, אליטות ואו ארגונים, שיש להם זיקה לנושא המדיניות. אם כן המדיניות הציבורית משקפת את שקלול האינטרסים של הרשת, הנוצרת בין המעורבים, כתוצאה מהאינטראקציות הדינמיות והרב כיווניות, המתקיימות ביניהם (נחמיאס, ארבל-גנץ ומידני 2010).

כל רשת פועלת על פי דפוסים, המתפתחים מתוך קשרי הגומלין ועל פי זהות השחקנים השונים, כמו גם על פי תרבות פוליטית, לפי דרגות האמון ומידת החשיפה של העניין הנדון ולפי פעילות השחקנים עצמם כלפי חוץ (Marsh & Rhodes, 1992; Granados & Knoke, 2005; Howlett & Ramesh, 2003). רשתות מדיניות משקפות את התמורות, שחלו בעשורים האחרונים ביחסים בין המדינה לחברה ומבטאות שינוי במבנה של הפוליטיקה והחברה, לאור תהליכי הפרטה וביזור, המבטאים נסיגה של הממשלה וגופי שלטון מעיסוק בתחומים מסוימים (Bevir & Richards, 2009).

שורשיה של הגישה מצויים בתיאוריות מתחום מדעי המדינה בכל הקשור לגישה הפלורליסטית, המתמקדת בהשפעתן של קבוצות אינטרס על קובעי המדיניות וגישת תת הממשלים, המבחינה בשיתופי פעולה ממוסדים בין נבחרים ציבור, פקידות בכירה וקבוצות תת ממשליות, מדיניות ציבורית ואף מדעי הארגון. בנוסף מצויים שורשי גישת הרשתות המדיניות בתחום מדעי המדיניות הציבורית, בכל הקשור להתמקדות בקובעי המדיניות כשחקנים רציונאליים וכן מדעי הארגון בכל הקשור לחקירה של פנים הארגון וסביבתו.

גם במחקר זה נראה, כיצד עיצוב המדיניות ויישומה, אינו אלא תוצר של יחסי גומלין בין השחקנים השונים שברשת המדיניות, נצפה בדפוסי הפעילות, המתפתחים מתוך קשרי הגומלין ועל פי זהות השחקנים השונים, ונראה, כיצד הדבר משפיע על הרגולציה, הציות לה ויישומה הלכה למעשה בשטח.

### 2.3.2 השפעת הרשת על עיצוב מדיניות ציבורית

גישת רשתות המדיניות מספקת הסבר אפשרי לקשרים, הנוצרים בין נציגי הממשל ובין ארגונים שונים בתוך הממשל ומחוצה לו, ובנוסף היא נותנת ביטוי למידת ההשפעה, שיש לקשרים אלה ולמאפייניה על קביעת המדיניות. אומנם, מבחינה חוקית, האחריות לקביעת מדיניות מוטלת על רשויות השלטון, וכל אחת מן הרשויות נושאת בה בתחומה ובסמכותה. עם זאת, שחקנים נוספים פועלים להשפיע על התהליך (Detomasi, 2007). ההנחה, על פי גישת רשתות המדיניות, כי מדיניות ציבורית נקבעת כתוצאה ממפגשים בין פקידי ממשל ובין פעילים של קבוצות שונות בחברה, בארגונים כלכליים ו/או בממשל עצמו ומיחסי העוצמה השוררים ביניהם. מאחר והעוצמה מבוזרת ולאף גורם אין עוצמה באופן בלעדי, נוצרת רשת של מגעים וקשרי גומלין, המבטאת את יחסי העוצמה ואת האינטרסים של כל גורם ביחס לתחום המדיניות הנדון.

גישה זו מאפשרת לבחון את הדרך, שבה שחקן ממשלי, חולק משאבים עם שחקנים חיצוניים לו ומציעה הסבר לגבי השפעת המשתתפים ברשת זה על זה, לביצוע שינויים או לשימור המדיניות (מנחם, 1999; Nachmias & Arbel-Ganz, 2006). השחקנים המשתתפים ברשת, יכולים להיות זרועות של הממשל או שחקנים לא ממשליים, כגון חברות עסקיות, ארגוני מגזר שלישי ועוד.

השימוש במינוח רשתות מדיניות החל בסוף שנות ה-70 של המאה העשרים, והוא משקף שינוי במציאות הפוליטית ובמציאות בה מתעצבת מדיניות. מינוח זה הינו תגובה לתהליכים כגון: התארגנות סקטוריאליות בתהליך המדיניות, אינטרסים מתחרים, המציפים את מקבלי ההחלטות, גידול בתחומי המדיניות ובתת מערכות מדיניות, ביזור ופיצול של רשויות המדינה, תלות גומלין גוברת בין הרשויות לקבוצות אינטרס, התמחות גדלה בתחומי המדיניות וטשטוש הגבולות בין הציבורי לפרטי. השינוי במציאות הפוליטית הביא לחיפוש אחר מינוח, המגדיר את הדרך בה מוסדרת המדיניות (Jordana & Schubert, 1992: 11). רשתות מדיניות משקפות את התמורות, שחלו בעשורים האחרונים, ביחסים בין המדינה לחברה ומבטאות שינוי במבנה של הפוליטיקה והחברה, לאור תהליכי הפרטה וביזור, המבטאים נסיגה מהממשלה וגופי שלטון מעיסוק בתחומים מסוימים (Bevir & Richards, 2009).

ג'ורדנה וריצ'ארדסון (Jordana & Richardson, 1987) טוענים, כי תהליך עיצוב המדיניות מתרחש ב"תת מערכת מדיניות" בין ארגונים רבים בעלי תלות הדדית המהווים, את קהילת המדיניות (Policy communities). לדבריהם, קהילות אלו מכילות אנשי מנהל ציבורי ממשרדי ממשלה וקבוצות אינטרס בעלי תחושה של קהילה, יחסי תלות והחלפת מידע ואינטרסים. הבסיס להגדרת קהילת מדיניות היא קבוצה, המורכבת משחקנים מהסקטור הציבורי והפרטי, שיוצרים גבולות מוגדרים להסדרי מדיניות (Jordana & Richardson, 1987).

הקלו (Hecl, 1978) השתמש במושג "רשתות נושא" כדי לציין סוג של קשר ציבורי פרטי, המערב שחקנים רבים. רשת נושא בנויה מחברים רבים, מקבוצות אינטרס ומתוך גופי ממשל בעלי התמחויות, פעילות והתנסות בנושא מדיניות מסוים. בניגוד לקהילות מדיניות החברים בקהילה משתנים, וכך גם דרגת המחויבות ההדדית והתלות. ברשתות נושא אין אפשרות להבחין מי השחקן הדומיננטי ברשת (Hecl, 1978; 1990; 1990). רשתות נושא, כפי שהוגדרו על ידי הקלו, הן מינוח אחד לתהליך עשיית המדיניות בתחום נושא מסוים במציאות המורכבת ממכלול רחב של שחקנים. הקלו השתמש במינוח "רשתות נושא" כחלופה למודל "משולש הברזל" (Hecl, 1978: 104-107), אשר מניח מעגל מצומצם ויציב של משתתפים אוטונומיים (קבוצות אינטרס, ביורוקרטים, ופוליטיקאים) המתמזגים על מנת לטפל בסוגיה ציבורית מצומצמת, שמהווה אינטרס ישיר של השחקנים. לעומת זאת רשתות נושא מכילות מספר רב של שחקנים, בעלי מחויבות ותלות הדדית בשחקנים אחרים בסביבתם.

בישראל המחקר, שעוסק ברשתות מדיניות, מצומצם ביחס למדינות אחרות. זלמנוביץ (1988) בחן את השינויים ברשת המדיניות הפוליטית בישראל בעקבות המהפך השלטוני בישראל בשנת 1977, עם עליית מפלגת הליכוד לשלטון, לאחר עשרות שנים של שלטון מפלגת עבודה (Zalmanovitch, 1988). במחקרה של מנחם (1999), מוצגת השפעתן של רשתות המדיניות על מדיניות המים בישראל, כפי שעוצבה ויושמה על ידי נציב המים, תוך שהיא בוחנת את השפעת יחסי הגומלין בין השחקנים השונים כמו חקלאים, רשת המים ואחרים על עיצוב המדיניות (מנחם, 1999). נחמיאס וארבל-גנץ (2006), עסקו בנושא הדלק והגז פי-גלילות. לשיטתם, המדיניות שננקטה לא לקחה בחשבון את קיומה של רשת מדיניות פעילה ומסועפת, ועל כן גם כשלה בכל ניסיונותיה לפתור את הבעיה.

מעבר להגדרות הרבות לגישה זו, קיימות גם מספר גישות מחקריות שונות, שמקובלות אצל החוקרים השונים.

### 2.3.3 גישות מחקריות לרשתות מדיניות

רבים החוקרים שמשתמשים ברשתות ככלי אנליטי או כמודל על מנת ללמוד על מבנה היחסים, על התלות ועל הדינאמיקה בין שחקנים בתוך הסביבה הפוליטית של עיצוב המדיניות. כלי זה מסייע להתחקות אחר היחסים בין השחקנים השונים, המתאמים את פעילותם תוך תלות הדדית במשאבים ובאינטרסים (Borzel, 1997). לפי גישה זו, מדובר במסגרת להתייחסות, בה שחקנים שונים ממוקמים ומקיימים קשר בזירה הפוליטית. הרשת אינה מהווה תיאוריה במונחים הנוקשים שלה, אלא "ארגז כלים", המשמש לתיאור ולהערכת הצורה והמבנה של היחסים בין השחקנים (Kenis & Schneider, 1991). ואס (Vass, 1998) לדוגמא, חקר את הרפורמות, שהובילה ממשלת בריטניה בשנות השמונים והתשעים, ולטענתו השינוי במבנה המוסדי של הרשויות המנהליות, כמו גם בתחומי פעולתן והיקף סמכויותיהן, נבע מהצורך של הממשל לשנות את הרכב רשתות המדיניות, שהכבידו על יכולתם של הממונים לעצב וליישם מדיניות.

גישת מחקר נוספת, המקובלת בקרב חוקרים רבים, היא גישת היחסים הבין ארגוניים, המתייחסת לרשתות מדיניות לא רק ככלי אנליטי, אלא צורה אחרת של הסדר בין המדינה לקבוצות האינטרס. בעוד הגישה האנליטית מתמקדת יותר בסיבות ובהקשרים, הגורמים לעשיית מדיניות משותפת, הגישה הרואה ברשתות כיחסים בין ארגוניים מתמקדת במבנה ובתהליך דרכו מתעצבת המדיניות כיחידת הניתוח (Borzel, 1997). בניגוד לניתוח מאפייני כל שחקן בנפרד, יחידת הניתוח היא הרשת הבין ארגונית הנוצרת כתוצאה מהקשרים בין השחקנים. מיפוי מבנה הרשת נעשה באמצעות גישות איכותניות וכמותיות ומציאת הקשרים בין שחקנים אינדיבידואלים (סקטור פרטי וציבורי) אך בעלי תלות הדדית. גישה זו תורמת להבנת ההסדרים המוסדיים הפורמאליים ולהבנת יחסי התלות הלא פורמאליים, בתהליך עיצוב המדיניות (Thatcher, 1998).

גישה נוספת רואה ברשתות כסוג של צורת ממשל חלופית, הנוצרת כתוצאה ממאפייני הפוליטיקה המודרנית, הכוללים ביזור חברתי, סקטוריאליות וגידול בתחומי המדיניות, שיוצרים עומס על הממשל "governance under pressure" (Jordana & Richardson, 1983). התוצאה היא מערכת קבלת החלטות, המורכבת משחקנים רבים, מחוץ למבנה ההיררכי של המערכת הפוליטית ויצירת סוג חדש של ממשל, המאפשר לממשלות העברת משאבים פוליטיים בין השחקנים הציבוריים והפרטיים. רוד (Rhode, 1990) רואה ברשתות מדיניות חלופה לגישת השוק ולצורת הממשל ההיררכית, תוך הרחבת הגבולות של הסקטורים הפרטי, הציבורי וההתנדבותי.



בעבודה זו אראה ברשתות תשקיף של יחסים, המבוססים על "חילופין" (exchange), תוך שאיפה לנתח את טיב היחסים והקשרים הפורמאליים והבלתי פורמאליים בין הסקטורים השונים בתהליך עיצוב המדיניות. זאת בהתאם לגישתו של תאצ'ר (Thatcher, 1998), הרואה ברשת, שילוב אלמנטים של קונפליקט עם שיתוף, וכן על פי תפיסתו של ואן וארדן, המדגיש את האינטראקציה בין שחקנים וארגונים, שמתאמים בצורה זו או אחרת את פעילותם. צורת הקשרים, הנוצרים בין השחקנים, נבדלת במידת העוצמה, במידת המיסוד ובמידת האינטנסיביות, מעצבת את מבנה הרשת וקובעת את דרך החלפת המשאבים (Van Waarden, 1992).

מכאן, לטעמי, אופייה המרתק של הגישה, בה אנו רואים כיצד מערכות היחסים הדינמיות, נתונות לשינויים כל העת ומונעות על ידי אינטרסים שונים ומשתנים. גישה זו מאפשרת לאבחן את יחסי הגומלין בין השחקנים, מאפשרת מתן הסבר באשר לתפוקות המדיניות ומציעה דרך שיטתית לניבוי התנהגויות אפשריות במסגרת הרשת. כל רשת יחידה ומיוחדת באופייה, בעיסוקה, במבנה שלה ובאינטראקציה בין השחקנים שבה, מה שמוסיף עוד יותר עניין לגישה.

#### **2.3.4 טיפולוגיה של רשתות מדיניות**

קיימת שונות גדולה בין הרשתות כתוצאה מעיסוק בתחום שונה, אפיון השחקנים ומספרם, מידת הקשרים ביניהם וטיבם. הרשתות שונות ומתאימות למאפייני המדינה ולמאפיינים חיצוניים נוספים. חוקרים שונים ניסו ליצור טיפולוגיות שונות של רשתות כדי להבחין ביניהם, לסווג ולקשור בין מאפייני הרשת לתוצר המדיניות. הטיפולוגיות משמשות ככלי לסווג מידע ולתאר תת מערכות מדיניות בצורה השוואתית וכן שואפות להציע טווח רחב ומקיף של רשתות מדיניות אפשריות (Thatcher, 1998).

באופן כללי ניתן לומר, שהטיפולוגיה, המוזכרת בספרות, מבוססת על הסכמה, שהרשתות מהוות סוג של יחסי עוצמה ותלות בין הממשל לקבוצות אינטרס ובמהלכם יש חילופי משאבים. על פי הספרות, המתייחסת לרשתות מדיניות כגישה שמסבירה הליכי מדיניות, ניתן לזהות שלושה מאפיינים עיקריים של רשתות: תלות הדדית בין השחקנים (בתוך זה נבחנת מידת התלות, וכיצד היא באה לידי ביטוי) ריבוי שחקנים והעדר שחקן יחיד, שקובע את האסטרטגיה, כלומר, המדיניות הינה תוצאה של אינטראקציה בין השחקנים בעלי השפעה שונה; הרשת מהווה סוג של מוסדיות, דהיינו, קיים דפוס של יחסים בין שחקנים וקודים של התנהגות (Klijn, 1996). בעבודתי אטען, כי דפוס היחסים ברשת המדיניות משפיע על ההיענות לרגולציה.

ואן וארדן (Van Waarden, 1992) השתמש בשבעה משתנים, המגדירים את התחומים והדפוסים של רשתות מדיניות: מספר השחקנים – הרבה או מעט, משפיע על גודל הרשת ומורכבות הקשרים בין השחקנים, זהות השחקנים – ממשליים, פרטיים, קבוצות, גבולות הרשת – פתוחים וחדירים או סגורים, בסיס ההשתתפות – מתוך כפייה של השלטון או מתוך רצון חופשי של המשתתפים, שכיחות הפעילות ברשת – תכופה, נדירה או מעורבת, רמת המיסוד של הרשת – גבוהה, בינונית או נמוכה, יחסי כוחות – האם הכוח מרוכז אצל שחקן אחד או מבוזר בין השחקנים. בעבודה זו, אעשה שימוש במדדים אלו לצורך ניתוח מאפייני רשת מדיניות השקום הגריאטרי במדינת ישראל. ואן וארדן, צמצם את הקריטריונים לשלושה קריטריונים החשובים ביותר לאבחנה בין רשתות מדיניות: מספר המשתתפים וסוגם, תפקוד הרשת ופעילותה ויחסי הכוחות בין השחקנים (Van Waarden, 1992). עבודתי מתמקדת בין היתר גם ביחסי הכוחות בין השחקנים השונים, גודלם, עוצמתם והשפעתם, תוך שאני מבקש לבחון האם במציאות של יחסי כוחות בה המאסדר חלש ביחס למוסדר והרשת מאופיינת בגבולות סגורים, עם מספר מצומצם של שחקנים דומיננטיים, עשויה להיות הפחתת ציות לרגולטור ויישום חלקי של רגולציה.

רוד (Rhode, 1990) הציע טיפולוגיה, הכוללת חמישה סוגי רשתות, לפי דרגת יציבותן וסגירותן. בקצה ה"סגור" נמצאות קהילות המדיניות (Policy communities), רשתות המאופיינות במספר חברים מצומצם, חלוקת כוח שווה בין השחקנים, אינטגרציה גבוהה ויציבות. בקצה השני נמצאות רשתות נושא (Issue networks), הכוללות מספר משתתפים רב, מכנה משותף נמוך ודרגת תלות לא גבוהה בין השחקנים. באמצע נמצאות רשתות פרופסיונאליות (Professional networks), שהחברים בהן בעלי מומחיות, רשתות בין ממשלתיות (Intergovernmental networks), שהחברים בהם הם בעיקר, רשויות ממשל שונות ורשתות יצרנים (Producer networks) בעלות אינטרס כלכלי. רשת המדיניות, שבמרכז עבודתי, הינה פרופסיונאלית, בחלקה ממשלתית ושחקניה בעלי אינטרס כלכלי, ומכאן מורכבותה בכל הקשור ליחסי הגומלין בין השחקנים השונים, השפעתם על עיצוב מדיניות הרשת והשפעת תוצרי יחסי הכוחות על ההיענות לרגולציה. וויליס ווראי (Wilks & Wrigh, 1987) הציעו אבחנה מדוקדקת יותר בהתייחס לטיפולוגיה של רוד. הם אבחנו בין רשתות שונות שקיימות בסקטורים השונים והציעו, כי היחסים בין הממשלה לתעשייה ייבחנו כסקטור משנה נפרד. דגש נוסף באבחנתם הוא על היחסים הבין אישיים, בהם לא אעסוק בעבודה זו. זאת בניגוד לרוד, שהתמקד ביחסים המבניים בין המוסדות השונים. אבחנה בסיסית יותר בין סוגי רשתות מדיניות היא בין רשתות בעלות אפיון הטרוגני, כפי שיבוא לידי ביטוי בעבודתי כאן, לבין רשתות הומוגניות מבחינת סוג ואפיון השחקנים ברשת. ההטרוגניות המאפיינת את השחקנים, שמעורבים ברשתות המדיניות, מתבטאת באינטרסים ובמשאבים שונים מצד השחקנים

המעורבים. מצב זה של הטרוגניות יוצר סוג של תלות גומלין בין השחקנים, כאשר הרשת מאפשרת תיווך בין האינטרסים והחלפת משאבים כמו מידע ויכולת השפעה (Borzel, 1997). העובדה, כי ברשת מדיניות נכללים שחקנים מגוונים וקבוצות אינטרס שונות, מקלה על היכולת להשיג תמיכה, להגיע להסדרים ולהשפיע על עיצוב המדיניות (Holsa, 1999).

המבקרים את הספרות, שעוסקת ברשתות המדיניות, טוענים להיותה תיאורית ואין ביכולתה לספק הסברים לגבי תוצרי המדיניות (Dowding, 1995). דימוי הרשתות, לטענתם, היא מטאפורה יותר מאשר כלי תיאורטי ומודל לניתוח מדיניות. לדעת דאוודינג (Dowding), ההסברים לתוצרי המדיניות נעוצים בשחקנים שמרכיבים את הרשת ובעמדות הכוח שלהם ולא ברשת עצמה.

### **2.3.5 מקרה הבוחן ורשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל**

מקרה הבוחן של מדיניות השיקום הגריאטרי ממחיש את נושא רשתות המדיניות בצורה טובה מאוד. ניתן לבחון באמצעותו את מאפייני הרשת והאינטראקציות בין כלל השחקנים הממשליים, דוגמת משרד הבריאות ומשרד האוצר, לבין השחקנים האחרים ברשת: מנהלי קופות חולים, מנהלי בתי חולים ממשלתיים, מנהלים ציבוריים אחרים ומנהלים פרטיים. נוכל לאמוד את תפוקות מדיניות הרשת ולנבא התנהגויות אפשריות במסגרתה. ניתוח רשת המדיניות ניתן לבצע על בסיס מספר פרמטרים. במחקרי אפיון את רשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל על בסיס שבעת המדדים של ון וורדן (Van Waarden, 1992), שפורטו לעיל (ראה פסקה 4.3.2 להלן). ואבחן את השפעתם של מאפיינים אלו על מידת ההיענות לרגולציה בתוך הרשת.

ספרות המחקר, אפוא, מלמדת, כי ניתן להסתייע בגישת רשתות מדיניות בתיאור מערכת של גורמים שונים, המשתתפים בעיצוב המדיניות ויישומה. אולם, כפי שאראה במחקרי זה, לנושא הרשתות השפעה גם על אפקטיביות הרגולציה אשר תחת תנאים מסוימים: היסטוריים, כלכליים, כוח קנייה, שינויים בתפיסת מדינת הרווחה ותפקידיה וכיוצא בזה, נצפה לאפקטיביות נמוכה של הרגולציה על הגופים נותני השירות.

מערכת הבריאות הינה אחת מהגדולות והמורכבות במדינה המודרנית בכלל, וכך גם בישראל. תקציבה של המערכת ומספר העובדים בה הינם מהגדולים מבין גופי המדינה. מורכבותה של המערכת נובעת לא רק מריבוי הארגונים הפועלים בה, אלא גם מהשילוב בין מוסדות פרטיים וציבוריים, קיומם של מערכי ביטוח שונים, אופיו הייחודי של המוצר הציבורי שהיא מספקת, המשלב תפיסות ערכיות לגבי

החיים ואיכותם ומהתפיסה הרווחת ברוב מדינות המערב, כי בריאות היא זכות חברתית בסיסית (בן-נון ואחרים, 2005).

ברשת מדיניות הבריאות בישראל מספר קבוע פחות או יותר של שחקנים וניתן לאפיין גבולותיה כסגורים. על פי רוב אותם שחקנים אשר ניתן לחלקם לארבע קבוצות מרכזיות: (1) משרד הבריאות, המחזיק, למעשה, באחריות המיניסטריאלית לתפקוד המערכת ומספק בעצמו שורה ארוכה של שירותי בריאות, שהוא רוכש מגופים שונים (2) ארבע קופות החולים – הספקיות העיקריות של סל שירותי הבריאות הקבוע בחוק (שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, מאוחדת ולאומית) (3) ארגוני מגזר שלישי – בעיקר מלכ"רים, הפועלים להספקת שירותי ומוצרי בריאות, כגון האגודה למלחמה בסרטן, אגודת "יד שרה" ועוד. (4) מוסדות המגזר הפרטי – חברות שונות הפועלות למטרות רווח ומספקות שירותים ומוצרי בריאות שונים, כגון בתי חולים פרטיים, שירותי רפואת שיניים, מכוני אבחון ועוד (שם: 20). בקבוצה זו נמנות גם חברות הביטוח וחברות התרופות, שבשנים האחרונות הפכו לשחקן משמעותי.

בנוסף לארבע קבוצות אלו, ישנם עוד מספר גופים, שהם חיצוניים למערכת הבריאות, אך משפיעים או לפחות קשורים אליה באופנים רבים. נזכיר כאן את החשובים מביניהם (1) משרד האוצר (בפרט אגף התקציבים באוצר, אם כי בשנים האחרונות החלו גם אנשי אגף החשב הכללי והממונה על השכר לשמש שחקנים משפיעים), אשר למעשה שולט כשחקן המשפיע ביותר, דרך חוק ההסדרים וסעיפי התקציב השונים, שנוגעים למערכת הבריאות. (2) ארגוני עובדים - בעיקר הסתדרות הרופאים בישראל (להלן: הר"י), שמאז 1987, ובמיוחד מאז 1995, מנסה להשפיע על מגוון רחב של תחומי מדיניות, הקשורים למערכת הבריאות, וכן ארגוני האחיות וארגונים נוספים כמו עובדי משק ומנהלה, עובדים פארה רפואיים ועוד. כוחם של איגודי העובדים גדול במיוחד, לאור יכולתם להתאחד במאבקים משותפים (בסיוע ההסתדרות), אם כי הם מוגבלים לעסוק בנושאים ספציפיים, שקשורים למקצועות החברים. (3) המוסד לביטוח לאומי. (4) ועדות הכנסת השונות – במיוחד ועדת הכספים, אך גם ועדת העבודה, הרווחה והבריאות ואחרות ושדולות. (5) ממשלת ישראל. (6) מערכת בתי המשפט - כוחה של זו וכן כוחם של משרד המשפטים והיועץ המשפטי לממשלה, גוברים מאוד בשנים האחרונות (חורב, 2005), כחלק ממגמה רחבה יותר של מעורבות הולכת וגדלה בתחומי מדיניות שונים (מזרחי ומידני, 2006).

בכלל הגופים שברשת מדיניות מערכת הבריאות ניתן להבחין בגופים מאסדרים, גופים מוסדרים וקבוצות אינטרס, אשר כולם יוצרים למעשה רשת סבוכה של יחסי גומלין בין הקבוצות השונות. חלקם שייכים למערכת הבריאות וחלקם חיצוניים לה. זוהי רשת ממוסדת רבת שנים, המאופיינת בקואליציות, חלקם קבועות וחלקם הד-הוק, הכול בהתאם לאינטרסים ומדיניות השחקנים השונים, ומאופיינת בפעילות רבה גלויה וסמויה. גבולותיה הסגורים של הרשת, מספר שחקניה הקבועים והדומיננטיות

המרוכזות בידי שחקנים בודדים, כפי שיוצגו בהמשך, משפיעים על היענות חלקית לרגולציה ועל מדיניות השיקום הגריאטרי בכללותו.

למדיניות השיקום הגריאטרי, עיצובה ויישומה השלכה ישירה על מצבו של הקשיש במצבים השכיחים בהם הוא נדרש לשיקום: לאחר אירוע מוחי ובעיות נוירולוגיות אחרות, בעקבות שבר בצוואר הירך ובעיות אורתופדיות אחרות, ובשל ירידה חדה בתפקוד, הנגרמת ממחלה חמורה או ממושכת עם ריתוק למיטה. הגוף המרכזי האמון על קביעת מדיניות הבריאות במדינת ישראל כמו גם על השיקום הגריאטרי הינו משרד הבריאות. עם זאת יש לזכור כי משרד הבריאות אינו רק רגולטור, אלא אף ספק שירותים וזאת כבעלים של מספר בתי חולים ממשלתיים כלליים, גריאטריים ואחרים. על יישום המדיניות ועל מתן השירות בתחום השיקום הגריאטרי, בהתאם לזכות המעוגנת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד 1994), מופקדות ארבע קופות החולים (כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית), אשר באחריותן ובמימוןן לספק את שירותי השיקום הרפואי באמצעות מוסדות, שאושרו לכך על ידי משרד הבריאות ובהתאם למפורט ב"חוזר מנהל רפואה": אמות מידה למתן טיפול שיקומי בקשישים" מס' 4/2009 (משרד הבריאות, חוזר מינהל רפואה, ינואר 2009).

ברשתות המדיניות בנושא השיקום הגריאטרי שחקנים רבים ונוספים: משרד האוצר, כגורם המתקצב והמתקן, אשר לו השפעה ניכרת על התקציב ועל מדיניות הבריאות, על בתי החולים הגריאטריים הממשלתיים, שהינם שחקן נוסף ומרכזי הן כגוף המטפל בקשישים, הזקוקים לשיקום, והן כגוף הקובע במידה רבה את אופי השיקום, משכו וכד', בתי חולים כלליים, אליהם מגיע הקשיש לראשונה, והם האמורים להפנותו להמשך שיקום בתיאום עם הקופה המבטחת, בתי חולים גריאטריים פרטיים, המתחרים על שוק השיקום ועל הנתח התקציבי ובתי אבות שבחלקם משמשים בפועל גם כמקום שיקום. פוליטיקאים - שרים וחברי כנסת, העוסקים בתחום השיקום בחקיקה, בירוקרטים במשרדים השונים, שמונעים משיקולים משרדיים כאלה ואחרים ולא בהכרח רפואיים, איגודים מקצועיים של הסקטורים השונים כמו הסתדרות הרופאים או האחיות, שרואים בראש וראשונה את טובת הסקטור המקצועי אותו הם מייצגים.

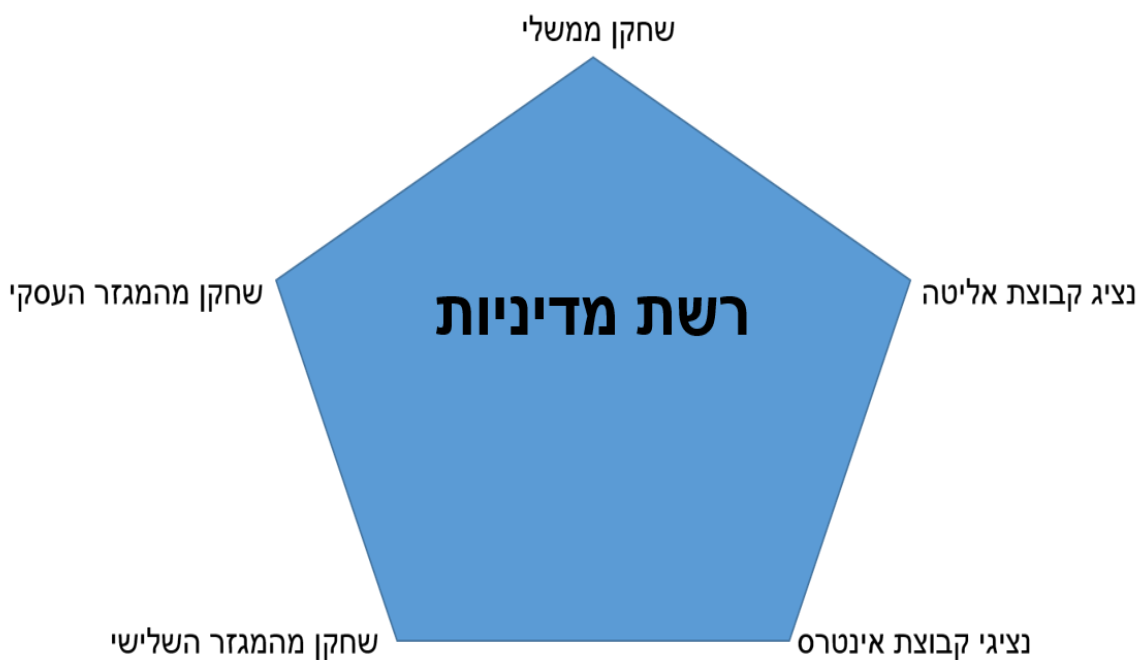
בדומה לגישתו של תאצ'ר (Thatcher, 1998), ניתן לראות ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי, קשרים, המבוססים על "חילופין" (exchange), בין הגופים שברשת המדיניות: בין הקופות לבתי החולים ובין משרד הבריאות לקופות, בין בתי החולים הכלליים לבתי החולים הגריאטריים ובין בתי החולים השונים לאוצר. יחסי הגומלין והקשרים הפורמאליים והבלתי פורמאליים בין הגופים השונים פעילים ומשפיעים בתהליך עיצוב המדיניות. בהתאם לגישתו של תאצ'ר, הרואה ברשת שילוב אלמנטים של קונפליקט עם שיתוף, כך גם כאן נצפה בקואליציות בין הגופים: בין האוצר לקופות, כשהאינטרסים

מאוחדים כנגד משרד הבריאות, ובין בתי החולים הכללים עם הקופות כנגד האוצר בתנאים אחרים, הכול על פי הנושא והעניין.

ואן וארדן (Van Waarden, 1992), מדגיש את האינטראקציה בין שחקנים וארגונים, שמתאמים בצורה זו או אחרת את פעילותם, מעצבים את מבנה הרשת וקובעים את דרך החלפת המשאבים. בדומה לתפיסתו, ניתן לראות כי גם רשת מדיניות השיקום, הינה רשת מדיניות מסועפת ומרובת שחקנים, בעלי אינטרסים שונים, אשר מקיימים יחסי גומלין משתנים עם שחקנים אחרים, יוצרים קואליציות הד הוק לצד תחרות גלויה וסמויה, הכול על פי הצרכים והאינטרסים, המשרתים אותם באותה עת.

### תרשים 1. רשת מדיניות (מתוך: נחמיאס ואחרים, 2010, עמ' 205).

רשת מדיניות כמרחב העיצוב והיישום של המדיניות על ידי בעלי עניין



### 3. שיטת המחקר

#### 3.1 השערות מחקר

ואן וארדן (Van Waarden, 1992), מדגיש את האינטראקציה בין שחקנים וארגונים, שמתאמים בצורה זו או אחרת את פעילותם, מעצבים את מבנה הרשת וקובעים את דרך החלפת המשאבים. בדומה לתפיסתו, ניתן לראות כי גם רשת מדיניות השיקום בישראל, הינה רשת מדיניות מסועפת ומרובת שחקנים, בעלי אינטרסים שונים, אשר מקיימים יחסי גומלין משתנים עם שחקנים אחרים, יוצרים קואליציות הד הוק לצד תחרות גלויה וסמויה, הכול על פי הצרכים והאינטרסים, המשרתים אותם באותה עת.

ואן וארדן (שם), ציין כי שלושת הקריטריונים החשובים ביותר לאבחנה בין רשתות מדיניות הם: **מספר המשתתפים** (הרבה / מעט) ו**סוגם** (ממשליים / שאינם ממשליים), **תפקוד הרשת ופעילותה** (גבולות הרשת, סוג החברות ושכיחות הפעילות בה) ו**יחסי הכוחות** (מרוכז / מבוזר) **בין השחקנים** (Van Waarden, 1992).

מספר השחקנים וסוגם הינו הקריטריון הראשון שקובע את גודל הרשת ואופייה. ככלל שחקנים הינם אינדיבידואלים, אך מכיוון שהם לרוב חברים בארגון ומתפקידם לייצג אותו, הרי ששחקני הרשת יכולים להיחשב כארגונים. תכונות שחקן רלוונטיות המשפיעות בין היתר על אופי הרשת: הצרכים והאינטרסים של השחקנים שמהווים את הבסיס לתלות ההדדית ואשר גרמו ליצירת מבנה הרשת מלכתחילה, המבנים, היכולות, המשאבים והביצועים של הארגונים הממשלתיים והאחרים, דרגת ההתמקצעות בארגון ובכלל זה דפוסי ההכשרה והגיוס של נציגי הארגון, המנדט ותפיסת התפקיד שלהם. במסגרת הקריטריון השני הדין בתפקוד הרשת ופעילותה, חשיבות רבה נודעת לגבולות הרשת שיכולים להיות פתוחים ומאפשרי זרימה תוך כניסה ויציאה של שחקנים נוספים, או לחילופין גבולות סגורים עם מספר שחקנים קבוע, בעלי עוצמה ומונופוליסטיים. סוג החברות, דהיינו: השתתפות וולונטרית או על בסיס חובה קובע האם השחקנים תופסים את הרשת כבעיה או כהזדמנות. תכונות נספות הקובעות במידה רבה את אופי הרשת ואופן תפקודה ופעילותה הן עוצמת היחסים כלומר תדירות ומשך האינטראקציה בין השחקנים, סימטריה או הדדיות של יחסי הגומלין, התקבצות או היפרדות בתת רשתות. לדפוסי החיבור או סוג התיאום בין השחקנים ברשת השפעה ניכרת על אופייה: סמכות היררכית, ייעוץ ומשא ומתן, חברויות חופפות, הנהגות שלובות זו בזו, ניוד תכופ של כוח אדם מארגון לארגון. כמו כן חשיבות רבה לאופי היחסים בין השחקנים: עימות, תחרות או שיתוף פעולה. דרגת מיסוד הרשת, כלומר

האופי הפורמאלי של הרשת ויציבותה, על פי ואן וארדן, תלויה במאפיינים המבניים של הרשת. המיסוד חזק יותר ברשתות סגורות, עם חברות על בסיס חובה, קשרים בעלי אינטנסיביות גבוהה, סימטריות בקשרים, חברויות חופפות והנהגות שלובות זו בזו.

רשתות מדיניות מביאות לידי ביטוי את היחסים בין הכוחות המהווים אף הם קריטריון מרכזי בבחינת אופייה של הרשת. חלוקת הכוח היא פונקציה של משאבי השחקנים, גודלם ודרגת הריכוזיות או הפיצול שלהם. חלוקת הכוח קובעת את השליטה ברשת ובמידה וצד אחד מקבל שליטה בלעדית, קרוב לוודאי שיתפתחו לחצים למונופולזציה או מונופסוניזציה (Van Waarden, 1992: 29-52).

שלושת השערותי הראשונות במחקר זה טוענות כי משתנים אלו קובעים גם את מידת ההיענות לרגולציה ובסיטואציה מסוימת, כפי שאפרט בהמשך, תורמים להיענות נמוכה לרגולציה ולמימושה באופן חלקי.

השערת המחקר הראשונה היא כי **מספר מצומצם של שחקנים**, הינו אחד התנאים המעודדים היענות נמוכה לרגולציה. השערת כי מספר שחקנים מצומצם וקבוע ברשת המדיניות, גורם לכך שהשחקנים מכירים היטב אחד את השני, יודעים את כוחו ומעמדו של כל שחקן ושחקן ברשת, מכירים היטב את הרגולטור: עצמתו, כוחו, מעמדו, יכולת אכיפתו, מודעים היטב לחולשותיו וכל זאת מעודד את השחקנים לפעול על פי האינטרסים החשובים להם, גם אם אלו אינם תואמים לרגולציה.

השערת המחקר השנייה, נסבה סביב הקריטריון השני שמציין ואן וארדן, הדן בתפקוד הרשת ופעילותה. ואן וארדן מבחין בין גבולות רשת פתוחים וחדירים לבין גבולות סגורים וכן עושה הבחנה בין שכיחות פעילות תכופה ברשת, לשכיחות נדירה או מעורבת. ברשת מדיניות בה הגבולות סגורים, זהות השחקנים ומספרם קבוע, אין יציאה וכניסה של שחקנים חדשים לרשת והפעילות בה מרובה, מצב עניינים זה מאפשר לשחקנים הקבועים ברשת לקבע מעמדם, לצבור כוח ולפעול בהתאם לאינטרסים שלהם, גם אם נוגדים לא אחת את הרגולציה. מכאן השערת השנייה, כי **גבולות רשת סגורים ברשת מדיניות בה הפעילות תכופה ושוקקת**, מעודדים חוסר היענות מלאה לרגולציה.

בבחינת יחסי הכוחות, עסק ואן וארדן בשאלה האם הכוח מרוכז אצל שחקן אחד או מבוזר בין השחקנים. השערת השלישית, במחקר זה, הינה כי **ריכוז כוח בידי מספר מצומצם של שחקנים** או בידי שחקן אחד, מעודד את השחקן לפעול קודם כל בהתאם לאינטרסים שלו, גם אם אין הלימה ביניהם לרגולציה. ריכוז הכוח בידי שחקן אחד, מעודדת אותו להיענות נמוכה לרגולציה. זהו מצב של סמי מונופול והיעדר תחרות ואו איום ממשי מצד שחקנים אחרים. למספר מועט של שחקנים קיימת דומיננטיות ברשת, באופן המאפשר להם לעשות כרצונם, לפעול בניגוד לרגולציה המחייבת, במידה ואינה עולה בקנה אחד עם האינטרסים של השחקן.



מעבר לשלושת המשתנים שהוזכרו לעיל, אשר מהווים את הבסיס לשלושת השערותיי הראשונות ואשר עקרון הוא הקשר שבין מבנה ואופי רשת המדיניות, על מימוש חלקי של רגולציה, הרי שקיימים חמישה משתנים נוספים אשר על פי השערותיי מעודדים מימוש חלקי של רגולציה.

דו"חות מבקר המדינה (2008, 2012), כמו גם וועדת נתניהו (מדינת ישראל, 1990) קובעים, כי לקופת החולים אין תמריץ כלכלי להשקיע בשיפור מצב בריאותו ותפקודו של הקשיש, וכי הקופות ובעיקר בריאות כללית, פועלות לא אחת בניגוד להנחיות משרד הבריאות משיקולים כלכליים. רגולציה דורשת כוח אדם ומשאבים תקציביים לצורך עיצוב, יישום, פיקוח ואכיפה. מוצע שבמדינות מבוססות יותר הרגולציה תהיה על בסיס תמריצים כמו: הקלות מס ובנוסחים (Kumaranayake, 1997), דהיינו, גופים מוסדרים, שיקיימו רגולציה יתומרצו באופן שישתלם להם לקיימה ולהתמיד בכך.

ארגונים מבצעים חישובי עלות תועלת בבואם לציית או לא לציית לרגולציה. רגולציה העולה בקנה אחד עם האינטרס של הארגון תזכה להיענות, בעוד שבמידה וארגון סבור, כי היענות לרגולציה איננה משתלמת לו, אזי נצפה לחוסר ציות (Malloy, 2003). השערת המחקר הרביעית היא כי **חוסר תמריץ כלכלי** הוא אחד התנאים המובילים להיענות נמוכה של רגולציה. ליהיא להט וגל טלית (2011) מציינות במחקרן, כי שילוב גורמים בהספקת שירותים חברתיים, הינו תהליך מורכב ובעל קשיים בהקשר פיקוחי (להט וטלית, 2011). פיקוח כרוך בגידול משאבים, עלויות נכבדות ועלייה במספר העובדים במנהל הציבורי בשל הצורך לפקח על רגולציה, כאשר גם הגופים המפוקחים נדרשים להקדיש זמן ומשאבי כוח אדם לדיווחים (Hood et al., 1999; Goodship et al., 2004). אולם לא רק משאבים הן מקור הבעיה: יש הטוענים, כי התלות של המשרד הממשלתי בספקים מייצרת תופעה, המכונה "תופעת הרגולטור השבווי", תהליך העשוי לנבוע מהקשר שמתפתח בין המפקחים למפוקחים, כמו גם מהצורך בשירותים, שמעניק הספק, לעיתים ספק יחיד. תלות זו מצרה את יכולת הפיקוח ואת יכולת הטלת הסנקציה של הרגולטור. גורם נוסף, המגביר את התלות, הוא תהליכים של אובדן ידע של הרגולטור, היות שהידע נצבר ברובו ברמת הספק, עד כדי מצבים בהם המפוקחים טוענים, כי אין לרגולטורים את הכישורים, הדרושים לשם ביצוע הרגולציה (גל-נור, 2007; כורזים-קורושי, ליבוביץ ושמיד, 2005; מנדלקרן ושרמן, 2010; Goodship et al., 2004).

לאור כל זאת השערת המחקר החמישית שלי היא כי "**פיקוח מוגבל**" הנובע כאמור, משתי תופעות: (1) מכוח אדם ומשאבים מוגבלים לפיקוח. (2) מרמת הידע והכישורים של המפקחים, שנמוכה לעיתים מרמתם של המפוקחים. תופעות אלה מובילות לרמת אפקטיביות נמוכה של רגולציה, הבאה לידי ביטוי בחוסר ציות לרגולטור.

למשרד הבריאות היקף נרחב של אחריות לרגולציה בנושאים רבים ומורכבים: רפואה מונעת, רפואת שיגרה, רפואת חירום, רפואה בקהילה, אשפוז, שיניים, מזון ועוד אין ספור נושאים רבים ומורכבים. לצד כל אלה המשאבים (תקציב, כוח אדם, ידע וכדומה) מוגבלים מאוד לפיקוח. מעבר לכך בתחום השיקום הגריאטרי הידע, שבידי העוסקים בשטח בתחום השיקום, כמו בתי החולים הגריאטריים השיקומיים, אינו נופל, ולעיתים אף עולה על הידע והיכולות של המפקחים. ככל שהמשאבים לפיקוח קטנים, כך הרגולציה על העוסקים בתחום השיקום הגריאטרי אפקטיבית פחות ופחות.

התנאי השישי המהווה את הבסיס להשערת המחקר, נסב סביב סוגיית "אי הטלת סנקציות". החשש של ארגון מהטלת סנקציות, הינם בבסיס "מודל ההרתעה" - העדר ענישה משמעותית, והעדר סנקציות מובילים לאי ציות (Malloy, 2003). הרתעה הינו אחד הכלים המרכזיים לצורך אכיפת רגולציה (Rechtschaffen, 2004). תנאי הכרחי לאפקטיביות הרגולטיבית, היא יכולת הרגולטור להטיל סנקציות על הגופים, הנמצאים תחת הסדרה. למדינה צריכה להיות יכולת להפעיל סנקציות כנגד מפרי הכללים, כי אחרת לא יישמר האינטרס עליו יצאה המדינה להגן מלכתחילה (הוועדה לשינוי חברתי כלכלי, 2011). סנקציות כלכליות והטלת אחריות אישית יכולות לשמש ככלי, המעודד ציות ורגולציה אפקטיבית. אי הטלת סנקציות על ידי הרגולטור, מובילה לרגולציה בלתי אפקטיבית ולחריגות רבות מצד הגופים, האמורים לציית לכלליה ונהליה. השערת המחקר השלישית, אם כן היא: ככל שהרגולטור ישתמש פחות בכלי הסנקציה כנגד הארגונים החורגים, כך נצפה לאפקטיביות רגולציה נמוכה יותר. אי הטלת סנקציות מצד משרד הבריאות על הארגונים, שאינם ממלאים אחר הכללים ונהלים המחייבים, מביא לחוסר אפקטיביות של הרגולציה. ככל שמשרד הבריאות ישתמש פחות בכלי הסנקציה כנגד הארגונים החורגים מהכללים, כך נצפה לאפקטיביות רגולציה נמוכה יותר.

מבקר המדינה מציין, כי משרד הבריאות קובע תקנים ללא גיבוי תקציבי (מבקר המדינה, 2012: 379). השערת השביעית מניחה, כי "רגולציה ללא גיבוי תקציבי", דהיינו, כזאת המוטלת על הגופים השונים באמצעות נהלים ותקנות, שאין מאחוריהן תקציב המגבה את יכולת הגופים לבצע הלכה למעשה את אשר הם נדרשים לו, מוביל לאי ביצוע של הרגולציה או לביצוע חלקי בלבד.

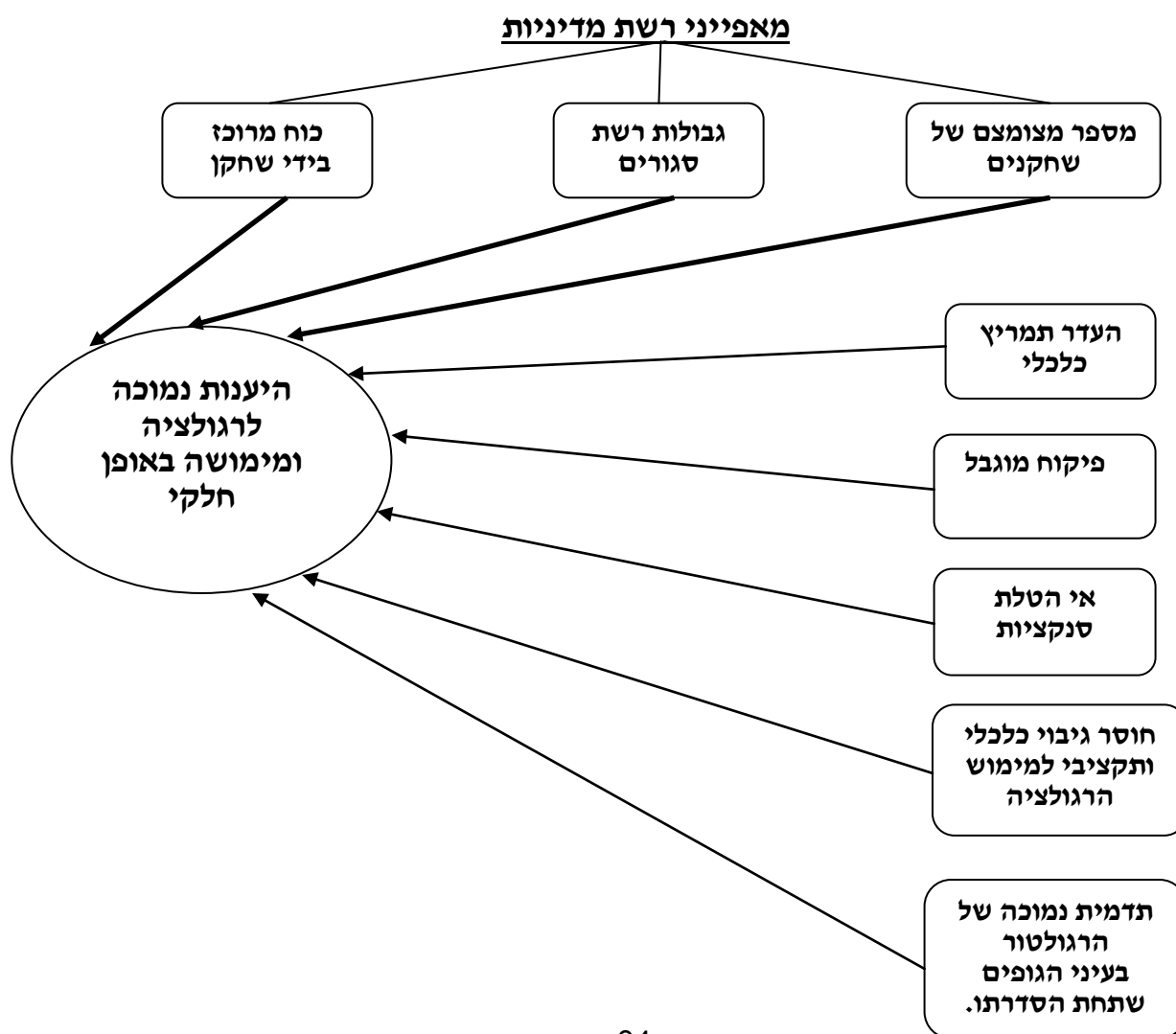
השערת השמינית היא כי **תדמית נמוכה של הרגולטור** בעיני הגופים המוסדרים יגרמו למימוש רגולציה באופן חלקי בלבד. הגורמים התורמים במקרה הבוחן בעבודה זו, לתדמיתו הנמוכה של משרד הבריאות, על פי השערתנו, הם "הכובע הכפול" בו נושא המשרד כרגולטור וכבעלים של בית חולים והתדמית המקצועית הנמוכה של אגף הגריאטריה בכל הקשור לשיקום.

נושא "הכובע הכפול" עלה בכל הוועדות, שבדקו וחקרו את מערכת הבריאות בישראל, ורובם ככולם המליצו בדבר הוצאת בתי החולים ממשרד הבריאות. גם משרד הבריאות ביעדיו המוגדרים "עמודי

אש", יעדים המהווים את היעדים הרב שנתיים של המשרד (ראה נספח ב'), קבע את ההפרדה כיעד מרכזי. השערתי כי תדמיתו של המשרד נמוכה, בין היתר, בשל של כובעו הכפול. משרד הבריאות חשוד על ידי הקופות בניגוד עניינים, כחסר אובייקטיביות, כפועל משיקולים זרים, ומשום אותה תדמית הקופות, להערכת, אינן ממלאות אחר הרגולציה. גם לאגף הגריאטריה "תרומה" לתדמית זו הואיל ואגף זה אינו מהווה אוטוריטה בתחום השיקום, כפי שציין זאת מבקר המדינה, ואף המליץ על הקמת גוף במשרד, שיעסוק בשיקום בראייה כוללת (מבקר המדינה, 2012 : 400).

להשערתי, ככל שהרגולטור הוא בעל תדמית נמוכה בעיני הגופים המוסדרים, דהיינו, בעל תדמית של רגולטור חלש ולא אובייקטיבי, רגולטור לא אסרטיבי ולא מקצועי בתחום עליו הוא לכאורה מופקד, הרי שהרגולציה תמומש באופן חלקי בלבד. ככל שהגופים המוסדרים יראו ברגולטור גוף הפועל מתוך אינטרסים ומתוך שיקולים זרים, כך גם ימעטו לסור למרותו.

## תרשים 2- השערות המחקר



לסיכום, במחקר זה אעשה שימוש בפרספקטיבה התיאורטית והמחקרית של רשתות מדיניות ורגולציה, ואטען, כי רשת המדיניות בתחום השיקום הגריאטרי בישראל, המאופיינת בגבולות רשת סגורים, במספר מצומצם של שחקנים ובכוח המרוכז בידי שחקנים בודדים ברשת, הובילו לכך שהאפקטיביות של הרגולציה של משרד הבריאות בישראל, על שחקני רשתות המדיניות ובמיוחד על קופות החולים – נמוכה. לצד שלושת מאפיינים אלו, קיימים חמישה משתנים נוספים: העדר תמריץ כלכלי, פיקוח מוגבל, אי הטלת סנקציות, חוסר גיבוי כלכלי ותדמית נמוכה של הרגולטור, התורמים אף הם על פי השערותיי להיענות נמוכה לרגולציה.

### 3.2 מערך המחקר

העבודה תיעשה תוך שימוש בגישה איכותנית, המתבססת באופן כללי על העמדה הקונסטרוקטיבית (שקדי, 2003). החקירה האיכותנית הקונסטרוקטיבית מתאפיינת ביחסה ההוליסטי לתופעות (Stake, 1995). חוקרים, המשתמשים במתודולוגיות איכותניות-קונסטרוקטיביות, שואפים להבין תופעות ומצבים כישויות שלמות (Lincoln & Guba, 2000). האונטולוגיה הקונסטרוקטיבית נוטה לייחס חשיבות מרובה לתנאים ההיסטוריים, שבהם אירועים ומצבים מתרחשים, ועל פיה אי אפשר להבין חלקים מחוץ להקשרי הזמן ולמכלול, שבתוכו הם מתרחשים (Huberman & Miles, 1994).

עבודה זו עושה שימוש, בעיקר בשיטות ניתוח תוכן איכותניות, לבחינה אמפירית של המסגרת התיאורטית המוצעת על מקרה הבוחן. חקר של מקרה בוחן מוגדר כחקר של דוגמה אחת של תופעה, אשר מבקשים לחקרה כדגם או כמקרה פרטי של תופעה רחבה יותר, הניתנת להכללה מסוימת (Jary & Jary, 1991). מייילס והוברמן (Miles & Huberman, 1994) מגדירים "מקרה" כתופעה מסוג כלשהו, המתרחשת בתוך קונטקסט מוגדר.

חקר המקרה, מעצם היותו חלק מפרדיגמת המחקר האיכותני, שואף ללמוד את המצבים הטבעיים בסביבה הנחקרת, ללא שליטה ובקרה על התהליך. זאת כאשר החוקר עצמו מהווה אחד מכלי המחקר העיקריים (יוסיפון, 2001), ותוך שימוש בנתונים, העולים מהמערך הטבעי, תיאור של המציאות בלשון סיפורית, התמקדות בתהליכים ולא בתוצאות, נטייה לניתוח אינדוקטיבי של הממצאים והתחשבות בנקודת המבט של הנחקרים (צבר בן-יהושע, 1997).

איסוף הנתונים כלל 23 ראיונות עם מקבלי החלטות ומומחים בתחום (רשימת המרואיינים מובאת בנספח א'), וניתוח תוכן איכותני של ספרות ומקורות טקסטואליים קשיחים ומקוונים: תקנות, חוקים, פרוטוקולים של וועדות שונות בכנסת ומחוץ לה, דו"חות ומאגרי מידע של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות, מבקר המדינה, משרד האוצר ועוד.

במחקר המוצע על ידי חשיבות רבה לתנאים ולתהליכים ההיסטוריים, בהם התפתחה מערכת הבריאות ועוצבה מדיניות השיקום מאז קום המדינה ועד היום, קיומה וביסוסה של קופת החולים הכללית עוד טרם הקמת המדינה, ותהליכים אחרים מקום המדינה ועד היום, שהשפיעו רבות על מבנה רשתות המדיניות בתחום השיקום הגריאטרי, וכן על אפקטיביות הרגולציה הממשלתית על הארגונים נותני השירות.

המחקר מתמקד במקרה הבוחן של מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל. המחקר ישען על הנחות תיאורטיות הנגזרות, כאמור, מספרות הכוללת ספרות תיאורטית, ספרות מחקר ומסמכים בתחום מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל וכן על בסיס ראיונות עומק-בלתי מובנים שבצעתי עם בעלי תפקידים בכירים, הנוטלים חלק בעיצוב מדיניות הבריאות.

ראיון בלתי מובנה הוא ראיון, בו החוקר מתרשם ממגוון סוגי אינפורמציה, העולים מהמראיין (תשובות, הבעות פנים וכו'). על מנת לבצע ראיון זה החוקר מכין מגוון שאלות ללא תשובות מובנות. חסרונותיו הבולטים של כלי זה הם האפשרות להטיות סובייקטיביות מצד המראיין, הקושי בעיבוד הנתונים המתקבלים ומידת התגובתיות שלו בשל גודל הפער בינו לבין המראיין (צבר, 1997). יתרונו הגדול של כלי זה הוא שכאשר נוצרת כימייה טובה בין החוקר למראיין, ניתן להגיע בראיון לתובנות עמוקות מאוד. כל הראיונות התקיימו במפגש פנים מול פנים. בחירת מדגם המרואיינים התבצעה בשיטות מדגם נוחות, כאשר הראיין אושר על ידי המרואיינים, דבריהם הוקלטו ועברו שעתוק על ידי כותב העבודה. התמלול והפרשנות של הראיונות עברו גם חוות דעת של אדם נוסף (מנחה העבודה) כדי לצמצם בעיות של מהימנות (מהימנות בין שופטים).

### 3.3 שלבי המחקר

בשלב הראשון הטקטיקה המחקרית מתבססת במחקר זה על ניתוח תוכן (Analysis Content) טקסטואלי, בו ביצעתי שימוש בחומר כתוב כדי להסיק מסקנות על תופעות והתנהגויות של ספרות ראשונית ומשנית, בתחום השיקום הגריאטרי. ניתוח תוכן איכותי של מקורות כתובים ומאגרי מידע הוא ניתוח תכנים שנעזר במקורות שונים כדי להבין באופן מצטבר ומבין השורות את ההקשר הכללי של המחקר. לצורך כך נעזרתי במאמרים, בספרות מקצועית, במחקרים, בדו"חות ביקורת, בדו"חות מבקר

המדינה, בנתונים סטטיסטיים רשמיים, בדברי ימי הכנסת וכיוצא בזה. כמו כן סקרתי את כלל ההנחיות, את הפרוטוקולים משיבות, החלטות, חוקים ונהלים, המחייבים בתחום השיקום הגריאטרי, כפי שנקבעו על ידי הרשויות המוסמכות. בשלב השני ביצעתי מגוון ראיונות עומק עם בעלי תפקידים מקרב השלטון המרכזי במשרדי הבריאות והאוצר, בירוקרטים, חבר כנסת, מנהלי בתי חולים ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים ומנהלים מקופות החולים. כל הראיונות התקיימו במפגש פנים אל פנים.

תהליך ניתוח הנתונים במחקר בוצע באופן שיטתי תוך הצלבת הנתונים, העולים מכלי המחקר השונים: בין הראיונות עצמם ובין הראיונות למקורות הטקסטואליים, תוך ניתוח נושאי (Thematic analysis) של הראיונות והטקסטים ועל ידי חלוקה לקטגוריות בתהליך הניתוח. קטגוריות הן אבני הבניין של הניתוח שלנו ומהוות כלים מארגנים, המאפשרים לחוקרים לסדר את חלקי המידע בהתאם למאפיינים הרלוונטיים (שקדי, 2003).

#### 3.4 אוכלוסיית המחקר / דגימה

אוכלוסיית המחקר לראיונות הם כלל מקבלי החלטות - פוליטיקאים ובירוקרטים ממשרדי הבריאות והאוצר, מנהלי בתי חולים כלליים וגריאטריים, ממשלתיים ופרטיים, מנהלים מקרב מטה קופות החולים והמחוזות השונים ואנשי מגזר שלישי רלוונטיים. היינו, כל השחקנים נמנים על הגופים השונים שברשת מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל.

במהלך המחקר ראיינתי מדגם נוחות של 23 מנהלים ממגוון התפקידים שבאוכלוסיית המחקר ובתוכם: חבר כנסת לשעבר, 3 ראשי אגפים ממשרד הבריאות, 2 נציגים ממשרד האוצר, 3 מנהלי בתי חולים גריאטריים ממשלתיים, 2 מנהלי בתי חולים כלליים, 2 מנהלי בתי חולים פרטיים, 6 מנהלים ממטה קופות החולים השונות ומהמחוזות השונים, ובעלי תפקידים מתחום האדמיניסטרציה השיקום והסיעוד מהמגזר הממשלתי, הפרטי והשלישי.

קראתוול (Krathwohl, 1993) מדגיש את ההבדל בין אוכלוסיית מחקר כמותי, שבו הנבדקים נבחרים באופן מדגמי, לבין אוכלוסיית מחקר איכותני בו חשוב לבחור אנשים בעלי יכולת למסור מידע, שצריכים להיבחר על פי הרגישות שלהם, הידע, התבונה, כושר הדיבור ויכולת ההתנסחות וכמובן רצונם לדבר. איכויות אלה של המרואיינים היו במרכז שיקולי הבחירה שלי למחקר זה מעבר לנכונותם להתראיין ולהשתתף במחקר.

## 4. רשת מדיניות השקום הגריאטרי

### שחקנים, יחסי גומלין והגורמים המשפיעים על הרגולציה

#### 4.1 מיפוי רשת מדיניות השקום הגריאטרי במדינת ישראל

##### 4.1.1 שחקני רשת המדיניות

שחקני הרשת הם אלה, שביכולתם לקבוע, כיצד תיראה המערכת הארגונית ותחום המדיניות, בה עוסקת הרשת, אופן תפקודה, באיזה אופן נקבעת המדיניות, דפוסי התנהלות המערכת, והאם תוכל להשיג את יעדיה ומטרותיה. מכאן החובה לזהות את השחקנים, המשפיעים על המערכת, לנתח את שיקוליהם והאינטרסים שלהם ולאמוד את כוחם ואת השפעתם על המערכת (Lindenberg & Crosby, 1981).

שחקנים יכולים להיות פרטים, קבוצות או ארגונים, שיש להם עניין בנושא העומד לדיון (פרויקט, תהליך או מדיניות) או שהם יכולים להיות מושפעים ממנו, או שהם בעלי השפעה או עשויים להיות בעלי השפעה בתהליך הקשור בנושא המדובר (Brugha & Varvasovszky, 2000). שחקנים יכולים להיות כאלה, המוגדרים חיוניים להפעלתו ולשרידותו של הארגון, המוגדרים כבעלי עניין ראשוניים, ויכולים להיות כאלה, המקיימים יחסי חליפין עם הארגון, אך אינם חיוניים להבטחת שרידותו, ואלה מוגדרים כבעלי עניין משניים (Freeman, 1984).

במסגרת המחקר, אשר התבסס על ניתוח תוכן טקסטואלי של מקורות ראשוניים ומשניים וראיונות, מופו, כאמור, השחקנים המרכזיים ברשת מדיניות הבריאות במדינת ישראל בכלל, ובתחום מדיניות השיקום הגריאטרי בפרט. מיפוי זה נחוץ לזיהוי שחקני הרשת של מדיניות השקום הגריאטרי במדינת ישראל, לבחון את יחסי הגומלין בין השחקנים והאסטרטגיות השונות, בהן הם נוקטים ביחסים ביניהם, לאמוד את כוחם של השחקנים ואת השפעתם על עיצוב מדיניות הבריאות בכלל והשיקום הגריאטרי בפרט.

להלן אציג את השחקנים העיקריים בזירת מדיניות השקום הגריאטרי במדינת ישראל:

## 4.1.2 משרד הבריאות

### 4.1.2.1 מאפייני המשרד

בתקופת המנדט הבריטי הלכה והתפתחה התשתית של שירותי הבריאות הקהילתיים והאשפוזיים ואפשר לאפיין לראשונה את שירותי הבריאות בישראל כ"מערכת בריאות" ולא עוד ארגונים מקומיים וללא תיאום בניהם, כפי שהיה עד אז. ניסיונו של בן גוריון להקים מערכת בריאות ממלכתית, עם הקמת המדינה, לא צלח בשל התנגדותן של ההסתדרות וקופת חולים כללית, אשר הצליחו לשמר את המבנה הארגוני ומוקדי הכוח בידיהן. כך הונצח המבנה הפלורליסטי, שהתגבש במהלך השנים טרם הקמת המדינה, באופן שעיצב במידה רבה את אופייה עד לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובמידה מסוימת עד היום. מאפייניה הם: מערכת פלורליסטית בה פועלים מוסדות וארגונים רבים, נשלטת על ידי ההסתדרות (עד לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי), תקציב גירעוני, הספקת שירותי בריאות על ידי משרד הבריאות לצד תפקידיו כרגולטור, והספקה ישירה של שירותי בריאות על ידי קופות החולים לצד תפקידן כמבטח.

למעורבותו של משרד הבריאות בהספקת שירותי הבריאות ישנם שורשים היסטוריים. עם צמצום פעולותיה של "הדסה" בארץ ישראל, עקב המשבר הכספי בארה"ב בשנות השלושים של המאה העשרים, עברו שירותי בריאות הצבור לאחריות המנדט הבריטי, ועם סיומו של המנדט עברו שירותי המניעה לאחריות משרד הבריאות. נושאי בריאות הנפש, האשפוז הסעודי ומכשירי השיקום לא היו מפותחים באותה תקופה, ולכן קופות החולים לא עסקו בהם. לאחר מלחמת העולם השנייה נטלה המדינה על עצמה את הטיפול בניצולי השואה הרבים, שעלו לארץ ונזקקו לאשפוז בגין מצבם הנפשי. הזדקנות האוכלוסייה, העלייה בשיעור הנכים והעלייה לארץ חייבו את המדינה ליטול את האחריות לטיפול גם בנושא זה, ממניעים חברתיים של סיוע לאוכלוסיות נזקקות (בן נון ואחרים, 2010).

משרד הבריאות הוא אחד ממשרדי הממשלה הגדולים ביותר בהיבטים של: מספר מועסקים, תקציב כולל, והנתח לו זוכה תחום הבריאות מכלל התל"ג. הצעת התקציב של משרד הבריאות לשנות הכספים 2013 - 2014 מסתכמת בכ- 26 מיליארד ש"ח ברוטו ובכ- 27.1 מיליארד ש"ח בהתאמה. תקציב הפיתוח לשנים 2013-2014 עומד על כ- 498 מיליון ש"ח ברוטו וכ- 400 מיליון ש"ח בהתאמה. תקציב בתי



החולים הממשלתיים הכלליים לשנים 2013-2014 מסתכם בכ- 8.6 מיליארד ש"ח ובכ- 9 מיליארד ש"ח בהתאמה (מדינת ישראל, 2013, עמ' 126).

על פי מודן (1993: 11): "...שנים רבות נחשב משרד זה זוטר מבחינת יוקרתו וחשיבותו, אולם מערכת הבריאות נחשבת כאחד הנושאים כבדי המשקל, המעסיקים כל אזרח, לרבות נושאי משרה בכירה. בשל כך אחת לתקופה המשרד עולה לכותרות, כמופקד על מכלול בעיות הבריאות במדינה, וצרותיו מובאות לכל בית בישראל". למרות האמור לא זכה משרד הבריאות במקום הראוי לו ליד שולחן הממשלה. אנשי המפלגה היותר דומיננטיים שובצו לתיקים, הנחשבים בכירים יותר כמו ביטחון, חוץ, תעשייה ואילו תיק הבריאות אויש בסדר עדיפות משני (אריאן, 1985).

רבים מהמרואיינים ציינו, כי בשנים האחרונות התחזק המשרד, וכל נושאי הרגולציה והפיקוח השתפרו ביחס לשנים עברו. מדיניות משרד הבריאות משתקפת ב-"עמודי האש", בחזון ובמשימות. כל אלה יחד מהווים את תפיסת העולם של המשרד, מדיניותו והמשימות הניצבות בפניו. יחד עם זאת קיימת הכרה בעובדה, כי לא תמיד המדיניות מיושמת הלכה למעשה, וזאת בשל קשיים, המוערמים מצד משרד האוצר וקופות החולים (אהרוני, 1991; מודן, 1993; ישי, 1994). כך למשל, מסביר אחד המרואיינים למחקר כי: "בכל הקשור ליישום בשטח, זה כבר ספור אחר, כי נכנסים גורמים נוספים הפוגעים והמפריעים לכך" (ראיון: אפק, 13. 8. 22) תופעה זו לא נסתרת מעיניהם של רבים מהמנהלים, שטענו אף הם כי משרד הבריאות אמנם עוסק בשנים האחרונות, ובעיקר בתקופתו של המנכ"ל הנוכחי, רוני גמזו ברגולציה, מפרסם חוזרים, נהלים וכללים בתחומים רבים, אך קיימת בעיה ביישום בשטח ובאכיפת הרגולציה במלואה הלכה למעשה (ראיונות: גילהר, 13. 7. 30. פורת, 13. 8. 7. רייסנר, 13. 8. 15. מנדלסון, 13. 8. 21. רוטמן, 13. 8. 26. אוחנה, 13. 9. 12).

משרד הבריאות הוא הרגולטור בתחום הבריאות בכלל ובתחום השיקום הגריאטרי בפרט. המשרד מפקח באופן ישיר על כל בתי החולים הגריאטריים בישראל, מכוח פקודת בריאות העם משנת 1940. לכאורה מדיניות השיקום והגריאטרי בישראל הינה מונופול, הנשלט על ידי הממשלה בכל תחום: מחירי האשפוז, רישיון לפתיחת בתי חולים, קביעת מספר המיטות בבתי החולים, נוהל הפניית חולים לאשפוז בבתי חולים, ועוד עשרות נהלים, הנחיות וחוזרי מנכ"ל, המנחים את כלל הגופים בנושא זה. בפועל פני הדברים שונים לחלוטין, ודווקא קופות החולים, ובמיוחד שירותי בריאות ככללית, הן המובילות כגורם מעצב של המדיניות בתחום השיקום הגריאטרי במדינת ישראל. תופעה זו נובעת, ככל הנראה, ממספר רב של גורמים כמו הקמת קופת חולים כללית עוד טרם הקמת המדינה והפיכתה לגורם משמעותי ובעל מעמד חזק ומוביל בעיצוב מערכת הבריאות ושליטת הקופה כמעט באופן מונופוליסטי על מתן שירות רפואי (בן נון ואחרים, 2010).

במשך שנים רבות הייתה קופת חולים כללית הקופה היחידה, שהגישה שירותי רפואה וכן רפואה מונעת (שובל ואנסון, 2000). לאורך שנים ארוכות של שלטון מפא"י זכתה ה"כללית" לתמיכה נדיבה של הממשלה ולמדיניות, שהעדיפה אותה על פני הקופות האחרות (בן נון ואחרים, 2010). הדומיננטיות של כללית הייתה אחת הסיבות לכך שמשרד הבריאות זכה למעמד נמוך ולא נחשב מוביל בעיצוב מדיניות הבריאות (כהן, 2012).

חולשת משרד הבריאות אל מול הקופות באה לידי ביטוי גם בראיונות, שבוצעו במסגרת עבודה זו. כך למשל, מציין אחד ממנהלי בתי החולים הגריאטריים: "למשרד אין את הכוח הפוליטי ואין את היכולת לאכוף בפועל את המדיניות על הקופות" (ראיון: גילהר, 13.7.30) או כפי שהתבטא בחריפות חבר הכנסת לשעבר, אריה אלדד: "הרגולציה אמורה להיות חד משמעית בידי משרד הבריאות, אבל הוא עובד גרוע, וכבר ציינתי בוועדת הרווחה והבריאות, כי אם יש גרועים ממנו. אנחנו בצרות", ועוד המשיך והוסיף: "המשרד נכשל בכל הקשור לחקיקה. חקיקה נמשכת לפעמים עשרות שנים, כמו במקרה של חוק העזרה הראשונה. המשרד משותק בגלל לחץ של ארגוני עובדים, יבואנים, יצרנים וגופים אינטרסנטים. המשרד רע בכל הקשור לרגולציה, בהתקנת תקנות ובאכיפה. העובדים במשרד משתדלים להימנע מחיכוכים ומאבקים, ולכן כל דבר, שכרוך בקבלת החלטות, נדחה. המשרד חלש, אין יד מכוונת, מנכ"לים מתחלפים, מדיניות לא קבועה, ואין ראייה לטווח ארוך" (ראיון: אלדד, 13.8.13).

בדו"ח המבקר לשנת 2011 דווח, ששירותי בריאות כללית פועלת לא אחת בניגוד להנחיות משרד הבריאות: חלק מהקשישים, הנזקקים לשיקום, אינם מקבלים שירות זה מקופת החולים, הקופה מפנה קשישים הנזקקים לאשפוז שיקומי למוסדות ללא רישוי מתאים, נציגי קופות החולים ולא הרופאים המורשים הם הקובעים את מהות השיקום, והכל בניגוד להנחיות המשרד (מבקר המדינה, 2012). בדומה, מסביר אחד המרואיינים למחקר כי: "המשרד אינו מצליח לבקר ולאכוף הפניית חולים מבתי חולים כלליים לבתי חולים גריאטריים, כי הקופות התחזקו מאוד", ומוסיף כי: "יש מדיניות של משרד הבריאות לגבי שיקום, יש חוזרי מנכ"ל ונהלים כתובים, אבל בסופו של דבר, הקופות הן אלה שקובעות הלכה למעשה" (ראיון: גילהר, 13.7.30).

וועדות בדיקה רבות הוקמו מאז הקמת המדינה לבחינת מערכת הבריאות בישראל, אולם חלק מההמלצות שחזרו ונשנו כמעט בכלם, כמו הצורך בהפרדת בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות, לא מומשו עד היום. בשנת 1951 המליצה "ועדת קנה" להנהיג חוק ביטוח בריאות ממלכתי, "ועדת מן" המליצה בשנת 1954 להנהיג שר"פ ואילו "ועדת הלר" המליצה ב-1959 בין היתר להקים רשות עליונה לאשפוז (משרד הבריאות, 1959). בשנת 1968 הוגשו המלצות "ועדת מן" (משרד הבריאות, 1968) בנושא עיצוב מחדש של שירותי הבריאות בישראל, שהמליצה בדבר הקמת "רשת בריאות ארצית", שתהיה

אחראית למדיניות הבריאות. בשנת 1972 הגישה הוועדה המלצה נוספת בנושא הנהגת שירות רפואי פרטי (שר"פ) - שירות רפואי פרטי, המסופק בתשלום במסגרת בתי חולים בישראל, מאפשר לחולה לבחור באופן פרטי רופא, שיערוך לו בדיקה, אבחון או ניתוח, כששכרו משולם על ידי החולה, לרוב במימון ביטוח כזה או אחר, זאת תוך שימוש בתשתיות בית החולים בו מועסק הרופא. קיומו של שר"פ במסגרת בתי החולים הציבוריים שנוי במחלוקת ציבורית עזה בישראל. כיום נאסר בישראל על קיום שר"פ בבתי החולים הציבוריים, והוא פועל רק בבתי החולים בירושלים ובבתי חולים פרטיים).

בשנת 1978 הגישה "ועדת זוהר", ועדה שביקשה לבחון את מבנה ותפקידי משרד הבריאות ורשות הבריאות, את מסקנותיה (משרד הבריאות, 1978):

(א) משרד הבריאות יחדל להיות נותן שירותים ועסוק בקביעת מדיניות, קביעת תקנים בתחום הבריאות ויבצע פיקוח ובקרה על השרות הרפואי.

(ב) הקמת רשות עצמאית - רשות בריאות ממלכתית באמצעותה יינתנו שירותי בריאות.

(ג) הקמת מרכז בריאות אזורי שיהיה חלק מהרשות, כשבנוסף ייקבעו מרכזי על.

(ד) גבייה עבור דמי בטוח באמצעות המוסד לביטוח לאומי.

"ועדת טוקטאלי" (משרד הבריאות, 1982) המליצה בדבר חוק בריאות ממלכתי והפרדה בין משרד הבריאות לבין הרשות לאשפוז, ובשנת 1985 יושמה הצעתו של מנכ"ל המשרד מר יצחק טובי בדבר הפרדה בין המשרד כמיניסטרויון לרשות האשפוז (משרד הבריאות, 1986). כל אלה, כאמור, ללא תוצאות ממשיות. בשנת 1987 מינתה שרת הבריאות, שושנה ארבלי אלמוזלינו ועדה בראשות פרופסור טריינין "ועדת טריינין" לקביעת מדיניות והיערכות ארגונית ותפקודית של מערכת הבריאות (משרד הבריאות, 1988). הוועדה הגישה המלצותיה ב-1988. בין השאר המליצה על הנהגת ביטוח בריאות ממלכתי, הקמת רשות אשפוז תוך הוצאת בתי החולים הממשלתיים מרשות משרד הבריאות לרשות סטטוטורית, משרד הבריאות במתכונתו החדשה יעסוק בקביעת מדיניות בריאות, בתי חולים - יפעלו כיחידה עצמאית, גמישות תפעולית ואחריות תפעולית ותקציבית מלאה ויונהג שירות רפואי נוסף - שר"ן.

ביום 14.6.88 מינה נשיא בית המשפט העליון, השופט שמגר, על יסוד החלטת הממשלה מיום 5.6.1988, ועדת חקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל - "ועדת נתניהו". דו"ח הוועדה והמלצותיה הוגשו לממשלה ביום 26.8.1990 (מדינת ישראל, 1990). הוועדה זיהתה את ריכוזיות היתר כאחת הבעיות המרכזיות, המונעות תפקוד יעיל ואפקטיבי של מערכת הבריאות. לפי המלצות דו"ח הרוב, תואצלה סמכויות משרד הבריאות לרשות בריאות שתוקם, וסמכויות מהנהלות מרכזיות של קופות החולים תואצלה להנהלות אזוריות. דו"ח הרוב ממליץ לשחרר את משרד הבריאות מתפעול שוטף של בתי החולים הממשלתיים.

ההמלצות העיקריות של הרוב בוועדת נתניהו כללו: חקיקת חוק בריאות ממלכתי, הפיכת בתי חולים ממשלתיים וציבוריים לתאגידיים, שינוי במבנה משרד הבריאות והפיכתו למיניסטריון, שעיקר תפקידו הוא קביעת מדיניות תכנון פיקוח ובקרה, שילוב שר"פ ברפואה ציבורית, הכללת שירותי בריאות נפש ושירותים גריאטריים בשירותי הבריאות הציבוריים שעל הקופות לספקם ועוד.

כיום, 23 שנים לאחר וועדת נתניהו, משלא יושמה עדיין ההמלצה בדבר הפרדת בתי החולים מהמשרד, נושא "כובעו הכפול" של המשרד כרגולטור וכבעלים עומד במרכז טיעוניהן של הקופות. לטענתן, המשרד חשוד ברגולציה, המפלה את קופות החולים לרעה, וזאת משום היות המשרד בעלים של בתי חולים המתחרים בקופות (ראיונות: פורת, 7.8.13. וינר, 13.8.12. צחורי, קרן 13.8.14). גם נציגי משרד הבריאות רואים חשיבות להפרדה זו, כפי שציין ראש מנהלת רפואה במשרד הבריאות: "במסגרת עמודי האש של ממשד הבריאות מוקדש פרק שלם לצורך בהקמת מינהלת בתי חולים ולצורך בהפרדה בין תפקידי המשרד כרגולטור לתפקידו כבעלים של בתי חולים. במצב הנוכחי כל מה שהמשרד עושה הוא חשוד בניגוד עניינים, ולכן חשוב לבצע את ההפרדה (ראיון: אפק, 13.8.22).

כשחקן ברשת המדינית, מקיים משרד הבריאות אינטראקציות רבות ומשתנות הן כמאסדר והן כספק שירותים, באמצעות בתי החולים הממשלתיים: כלליים וגריאטריים. ביחסי הגומלין עם רגולטור הנוסף לצידו משרד האוצר, נמצא משרד הבריאות במאבק על משאבים ואמצעים. משרד הבריאות בשאיפה להגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות, וכנגד משרד האוצר במגמה הפוכה. משרד הבריאות קובע רגולציה לקופות ומצד שני מספק להן שירותי אשפוז. המאבק הכלכלי בין משרד הבריאות ובתי החולים הממשלתיים מצד אחד וקופות החולים מהצד השני, בנושא מחירו של יום האשפוז מוביל מחד למאבקים, כשהמשרד רוצה להעלות והקופות שואפות להוריד את המחיר, ומאידך לשיתופי פעולה בין הקופות לבתי החולים הכלליים ולקואליציות בניהם במידה וזה משרת אותם כנגד משרד הבריאות, למשל, באי העברת מאושפזים לבתי חולים גריאטריים. יחסי הגומלין של המשרד מורכבים וסבוכים גם עם שאר השחקנים: מול האיגודים כמו הר"י בנושא תקנים והסמכת מומחים, מול הסתדרות האחיות בכל הקשור לשכר ותקינה, מול הכנסת וועדותיה בכל הקשור לאשור חוקים, חוק הסדרים, ותקנות כאלה ואחרות. האינטראקציה של המשרד מול אמצעי התקשורת והשפעתם על סדר היום במשרד רבה, ובדרך כלל מוצא המשרד עצמו כמגיב על התרחשויות רבות, שמתפרסמות בתקשורת.

ניתן לסכם, כי הגם שמשרד הבריאות הינו שחקן מרכזי ברשת מדינית הבריאות בכלל והשיקום הגריאטרי בפרט, המשרד מקיים אינטראקציות רבות וסבוכות עם כל השחקנים ברשת, תוך שהוא מתקשה לפעול, בעיקר כנגד האוצר בכל הקשור להגדלת ההוצאה הציבורית לבריאות ומול הקופות,

הרואות בו גוף בעל אינטרסים כבעלים של בתי חולים משלו, הפועל בחוסר אובייקטיביות ובחוסר שקיפות. מכאן הדרך לאי ציות לרגולציה- קצרה.

#### 2.2.1.4 אגף הגריאטריה

האגף אחראי על תחום הגריאטריה והמחלות הממושכות במוסדות אשפוז גריאטריים, בבתי החולים הכלליים ובקהילה. אוכלוסיית היעד לפעולות האגף היא בני ה- 65 ומעלה וכן חולים במחלות ממושכות עם מגבלות תפקודיות קשות. בין תפקידי האגף: תכנון, קביעות מדיניות, פיתוח שירותים ופיתוח כוח אדם, קביעת סטנדרטים ונהלים מקצועיים, רישוי, פיקוח, בקרה ופיתוח אמצעי אכיפה. האגף אחראי גם על הניהול המקצועי והתקציבי עבור מתאשפזים באמצעות משרד הבריאות, "הקודים" על פי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (מתוך אתר משרד הבריאות, אוחר בתאריך 13.11.22).

נציגי בתי החולים הגריאטריים וכן חלק ממנהלי בתי החולים הכלליים ומהקופות רואים באגף הגריאטריה אגף חלש פרסונאלית ומקצועית, אגף שמיצב את עצמו כאחראי לנושא של סיעוד ובתי אבות ונמנע מלעסוק בתחום השיקום הגריאטרי (ראיונות: גילהר, 13.7.30. רוזנפלד, 13.8.11. מנדלסון, 13.8.21). כך למשל מסביר מנהל מחוז לשעבר באחת הקופות כי: "אגף הגריאטריה במשרד חלש, עוסק בסיעוד ואינו עוסק בשיקום, אין לו תקציב, אין לו כוח אדם וחסרים בו אמצעים לפיקוח ובקרה..." (ראיון: וינר, 13.8.12)

בדומה, מסביר ראש אגף הגריאטריה במשרד הבריאות, כי בשבע שנים האחרונות חל שינוי בתחום, וכי המשרד נכנס באופן חזק גם לנושא השיקום הגריאטרי והפיקוח על בתי החולים הגריאטריים השיקומיים, אם כי מדגיש את כוחן של הקופות: "כשמתאים להם, דברים קורים, אבל כשהקופות מתנגדות זה כמעט בלתי אפשרי למימוש..." (ראיון: כהן, 13.10.28).

לסכום, עולה, כי משרד הבריאות, ובעיקר המנכ"ל הנוכחי הוא שחקן משמעותי ביותר ברשת מדיניות הבריאות, בעוד שאגף הגריאטריה שחקן פחות משמעותי ברשת, אם כי אגף זה הולך ומתחזק בשנים האחרונות. השפעת אגף הגריאטריה ברשת המדיניות על עיצוב המדיניות קטנה, יחסי הגומלין עם השחקנים השונים: בתי החולים הכלליים ובתי החולים הגריאטריים- קטנה אם כי, כאמור, הם בתהליכי התפתחות.

בתוקף היותו ממונה על חלוקת המשאבים הכספיים במדינה, היה משרד האוצר מאז ומתמיד, מהחשובים ומהחזקים שבמשרדי הממשלה. שינויים בתקני כוח אדם וציוד, משכורות, רפורמות ארגוניות ואחרות, או כל מהלך אופרטיבי אחר, אשר ננקט על ידי משרד ממשלתי כלשהו ומתבטא בסיכומו של דבר במשמעות תקציבית, חייב לעבור את אישורו של משרד האוצר. כמו ברוב משרדי האוצר בעולם, הפקידים במשרד האוצר הישראלי הם שחקנים דומיננטיים עתירי כוח, ופעמים רבות אינם אהודים ( Wildavsky, 1993). כשומרי הקופה הציבורית עליהם לומר פעמים רבות לפוליטיקאים ולפקידים שונים, כי אין בידיהם את התקציב, שאלה מבקשים להוציא אל הפועל (Wildavsky, 1975). "למשרד האוצר השפעה מכרעת על כל ענייני המדינה ודרך ניהולה, ועל המשק כולו. פועלים בו כעשרה מנהלים בכירים, כל אחד במעמד של מנכ"ל בנוסף למנכ"ל האוצר. . . " (שנהר וירקוני, 1994, עמ' 237). ברוב המדינות הדמוקרטיות אגף התקציבים הוא גוף מקצועי חזק מאוד, הנמצא באזור התפר שבין הדרג הפוליטי לבין הדרגים המקצועיים (דרי ושרון, 1994, עמ' 16), ואילו בישראל קיימת שליטה, כמעט מוחלטת, של פקידי האוצר על ההתנהלות ויכולת התפקוד של מערכת הבריאות ובכלל זה קופות החולים. בישראל מעורבות פקידי האוצר היא קיצונית. בעוד שבמדינות אחרות נעשית הרגולציה על ידי פקידות משרד הבריאות, אצלנו, כאמור, קיימת שליטה מוחלטת של פקידי האוצר (רוזנבלום וליאור, 1997; בן נון, 1997). תקציב המדינה מבטא אומנם את השקפת הממשלה על השיטה הכלכלית הרצויה, את סדרי העדפויותיה, אבל מושפע לא מעט גם מתפקודם של העושים במלאכה, שחלקם עלולים לנצל את כוחם על מנת לשרת אינטרסים של קבוצות כאלה ואחרות (בן בסט ודהן, 2006).

אגף התקציבים במשרד האוצר הוא מהשחקנים החשובים ביותר בזירת המדיניות הציבורית בישראל (כהן, 2013). למרות תפקידו החשוב ואף שבלעדיו קשה מאוד לשמר תקציב אחראי ומאוזן, עוצמתו והתנהלותו, השנויה במחלוקת, מעוררת ביקורת רבה, במיוחד נוכח העובדה, כי עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 גבר כוחו של האוצר (אסיסקוביץ, 2011). על מעמדו של אגף התקציבים ניתן ללמוד גם מדבריו של אהוד אולמרט, שטען כי לרפרנט באוצר יש יותר השפעה על קביעת סדרי העדיפויות הלאומיים מאשר לשר בממשלה (דרי ושרון, 1994, עמ' 33).

ועדת נתניהו, התייחסה אף היא לנושא זה וציינה: "אגף התקציבים באוצר מתערב בניהול השוטף של משרדי הממשלה ובהחלטות בתחומים ייעודיים מקצועיים טהורים, עד כדי טענה מצד שרים ומנכ"לים

של משרדים כי לרפרנט של אגף התקציבים סמכויות העולות על אלה שלהם" (מדינת ישראל-ועדת נתניהו, כרך א', 1990, עמ' 146).

כשחקן מרכזי ברשת מדיניות הבריאות משרד האוצר מקיים מערכת סבוכה של יחסי גומלין עם כלל השחקנים, תוך שהוא מקצה את התקציב למשרד הבריאות בהתאם להחלטת הממשלה ומפקח על ההוצאה באופן שוטף באמצעות החשב. משרד האוצר מתוך רצון לשמור על הוצאה לאומית נמוכה לבריאות, אינו מאפשר למשרד הבריאות לממש החלטות, שעלולות בעיניו להגדיל את ההוצאה הלאומית (כמו הרחבת מיטות אשפוז, או העלאת מחיר יום אשפוז). האוצר מקיים קואליציות הד הוק עם שחקנים נוספים ברשת, למשל, עם קופות החולים, כשקואליציות אלה משרתות את האינטרסים של שני הצדדים (כמו בהתנגדותם להצעת משרד הבריאות להקים בית חולים נוסף בדרום). משרד האוצר מקיים משאים ומתנים וערוצי תקשורת ישירים עם האיגודים המקצועיים כמו רופאים ואחיות, מגיע עימם להסכמים לא תמיד במעורבות משרד הבריאות, ומשמש בעצם מעורבותו הרבה כרגולטור בתחום הבריאות לכל דבר ועניין, ויש האומרים יותר ממשרד הבריאות ואף מעליו.

מעורבות האוצר בענייני מדיניות בריאות אינה לרוחם של בכירים במערכת הבריאות. בכירי מערכת הבריאות סבורים, כי קיימת חלוקה לא הגיונית ולא נכונה בין אחריות משרד הבריאות לכל נושאי הרפואה והבריאות, בעוד שמירב הסמכות לאשר תקציבים ותקנים הינה בידי האוצר. כך למשל, מסביר זאת מנהל בית חולים כללי ומנכ"ל משרד הבריאות לשעבר: "הבעיה שקיימת הפרדה בין סמכות לאחריות. מלוא האחריות על ראשי המשרדים, השר והמנכ"ל בעוד שהסמכות כולה באגף התקציבים במשרד האוצר" עוד הוסיף ואמר: "...האוצר קובע הכול. הוא שולט במשרד הבריאות דרך התקציב ודרך רגולציה-תקנות חשב כללי, חקיקה ראשית, חוק הסדרים ודומה. הוא השתלט כמעט באופן מלא על מדיניות הבריאות... כל מה שקורה במשרד הבריאות זה תגובתי למסגרת התקציב שמוקצית" (ראיון: אורן, 16.8.13).

גם נציגי הקופות טוענים, כי כוחו של משרד האוצר רב, ואף מתייחסים ליחסי הגומלין של האוצר עם השחקנים האחרים שברשת המדיניות. מרואיין מהנהלת קופת "מכבי" מסביר כי: "הכול מתחיל ונגמר בכסף, תקציב הבריאות נמצא באוצר, יש נציג קבוע של משרד האוצר במשרד הבריאות, החשב. בלעדיו לא מתקבלות החלטות. אם יבוא פרופסור מתחום הבריאות ויאמר שצריך לעשות דבר מה, ויבוא נציג האוצר ויאמר שזה לא מה שנסגר בתקציב, הדיון הסתיים. היכן שמתחיל הכסף נגמרת הרפואה. . . " (ראיון: צחורי, 13. 8. 14). ומרואיין בכיר מ"הכללית" טוען: "מי שאמור להוביל את עיצוב מדיניות הבריאות בישראל זה משרד הבריאות, בפועל משרד האוצר שולט במדינת ישראל, כסף קודם לכל. משרד הבריאות

אינו עצמאי גם ברמה של סעיף כזה או אחר, כל סעיף שהמשרד מעוניין לשנות דורש את הסכמת האוצר. משרד הבריאות אינו דומיננטי, האוצר שולט בוועדות הכנסת... " (ראיון: וינר, 12.8.13).

לעומת זאת משרד האוצר רואה את מעורבותו במדיניות הבריאות כמחויבת המציאות. בתפקידו כשומר הקופה הציבורית האוצר רואה את מעורבותו כחובה הכרחית, הואיל ולטענתו רק לו יש את הראייה הרחבה של כלל התקציב. בראיית האוצר, לכל הוצאה יש השלכה על כלל המשק, ובסופו של דבר, אם יצטברו גירעונות בקופות החולים, על האוצר יהיה לכסות גירעונות אלו. את ההיגיון שבדבר מסביר הרפרנט לשעבר של משרד הבריאות באוצר: "משרד הבריאות לא יכול להיות רגולטור יחיד. לדברים שהוא עושה יש השלכות על תקציב המדינה, ולכן האוצר חייב להיות מעורב", והוסיף: "...כשיש גירעונות לקופות החולים, למי הן באות? למשרד הבריאות? לא. הן באות למשרד האוצר, ולכן ברור שהוא הרגולטור..." (ראיון: הכהן, 12.9.13).

כוחו הרב של משרד האוצר והדומיננטיות הרבה שלו במדיניות הגריאטריה אינה נעלמת אף מעיניהם של בכירים במשרד הבריאות. בדומה לטענות הרבות, שהועלו בספרות על כוחו האבסולוטי של משרד האוצר (דרי ושרון, 1994: 33), גם מרואיינים רבים למחקר זה מדווחים על העלייה הרבה בדומיננטיות של האוצר, ביחס לשאר חברי הרשת בעשורים האחרונים, ואף על העובדה, שכוחו הרב משפיע על תפקודו של משרד הבריאות. כך למשל, ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות מציין: "...משרד הבריאות כיום חזק הרבה יותר מבעבר ועוסק הרבה ברגולציה, אבל מי שבולם פעמים רבות ולא נותן לעבוד, זה משרד האוצר..." (ראיון: אפק, 13.8.22).

מהראיונות עולים מספר אסטרטגיות עיקריות של משרד האוצר בהתנהלותו בזירת מדיניות הגריאטריה. אחת הבולטות שבהן היא יצירת קואליציות עם הגופים, הנמצאים תחת אסדרה של משרד הבריאות. כך למשל, מסביר ראש מנהל רפואה: "...האוצר עושה קואליציה עם קופות החולים כנגד משרד האוצר: למשל, בכל הנוגע למחיר יום אשפוז, האוצר מתנגד, כי אינו רוצה בעלייה של ההוצאה הלאומית לבריאות, והקופות, כמובן, מעוניינות לשלם כמה שפחות. כך משרד הבריאות מוצא עצמו לבד במערכה על קביעת מחיר ריאלי ליום אשפוז. במקרה אחר בו רצה משרד הבריאות להקים בית חולים נוסף בנגב, נוכח הקמת "עיר הבה"דים" (בסיסי ההדרכה) של צה"ל ומתוך תפיסה, שיש צורך בכך כמענה רפואי אמיתי לאלפי האנשים, שיעברו לנגב. האוצר התנגד למהלך זה, כי איננו מעוניין בבית חולים נוסף, שיעלה את ההוצאה הלאומית לבריאות, ועשה יד אחת עם קופת חולים כללית, שהתנגדה להקמת בית חולים נוסף שיתחרה בבית חולים סורוקה, שכידוע שייך לקופה, ושוב מצא עצמו משרד הבריאות מתמודד כנגד קואליציה, שחברה הד הוק לסיכול התוכנית שיזמנו..." (ראיון: אפק, 13.8.22).



ראיונות עם חברי הכנסת חושפים, כי להערכתם, משרד האוצר אינו מתחשב בדעת הכנסת וועדותיה, ועושה ככל שניתן להעביר את המדיניות הרצויה לו תוך יצירת קואליציות, מתן הבטחות ומניפולציות כאלה ואחרות. כך למשל, מסביר חבר כנסת לשעבר, אריה אלדד, כי: "האוצר הוא קבוצה של פקידים, שמרגישים עליונות מוחלטת על הרשות המחוקקת, לא סופרים את הכנסת, גם אם נאלצים לעבור על כל מיני משוכות דוגמת וועדות כאלה ואחרות, הם בדרך כלל בזים לכנסת, לכל משרד ולממשלה במידה רבה. שרים מתמיינים, בעיני האוצר, לכאלה שיותר קל לתמרן אותם ולכאלה שיותר קשה לתמרן. הם ממפים באופן סיסטמתי את מפת האינטרסים הפוליטיים והכלכליים, מפעילים אותם במניפולציות זה כנגד זה, מפלגות כנגד מפלגות", עוד הוסיף ואמר: "נתמוך בהצעת חוק שלך אם תתמוך בנו בחוק אחר וכדומה. חלק מהפקידים ישרים יותר וחלק פחות, יש כאלה שסימנו כבר את התפקיד הבא שלהם אצל אחד מהטייקונים במשק, ולכן ההעדפות שלהם מראש יהיו לגופים כלכליים כאלה...." (ראיון: אלדד, 13.8.13).

אחד ממקורות העוצמה העיקריים של המשרד הוא כוחו החוקי והתקנוני להתערב בנעשה בתוך תקציבי המשרדים, בהעדר הסמכות של שאר המשרדים לשנות סעיפים או להעביר תקציבים מסעיף אחד לסעיף אחר בתקציבם (כהן, 2013). לא קיימת כמעט שום גמישות תקציבית למשרד הבריאות, וכל שינוי ברמת הסעיף הבודד מחייב את הסכמת האוצר (גל נור, 2007).

אחד המוסדות החזקים ביותר המשפיעים על כוחו של משרד האוצר הוא חוק ההסדרים (שפרלינג וכהן, 2012). חוק זה מהווה את אחד מכלי המדיניות החשובים, שיש בידי משרד האוצר, מכיוון שאי-אישורו פוגע קשות בקואליציה הממשלתית, מופעל על הפוליטיקאים לחץ רב להעבירו, אף שהוא מציע שינויים מבניים, שראוי שיידונו באופן מעמיק יותר בכנסת (Shalev & Chinitz, 1997). תהליכי החקיקה הנלווים לחוק זה מתוארים כחפוזים ובלתי ראויים (סיני, 2002), וכפוגעים בעיקרון הפרדת הרשויות ובעיקרון ההשתתפות של חבר כנסת בתהליך החקיקה (וסרמן, 2007). בג"צ קבע, כי השימוש במנגנון חקיקה זה מעורר בעייתיות רבה מבחינת ההליך הדמוקרטי התקין (בג"צ ארגון מגדלי העופות, 2004). בג"צ פירט לאורך עשרות עמודים את משנתו הביקורתית, אך אין ספק שחוק ההסדרים לא עבר מן העולם, והאוצר ממשיך להציע טיוטות שנתיות של חוקי הסדרים, הכוללים עשרות תיקוני חקיקה. בכל הקשור לאינטראקציות בין פוליטיקאים לפקידים, החוק מצטייר ככלי, המסייע לפקידים באוצר להסתיר מידע ולהתמקח עם פוליטיקאים שונים, תוך שהוא פוגע בהליכי ממשל תקינים ובשקיפות בכל הקשור לתהליך התקצוב הציבורי (כהן, 2013). חוק ההסדרים מתקבל כלא דמוקרטי, ויש האומרים דרקוני בעיני רבים מהמרוויינים בעבודה זו, כך למשל, התבטא מנהל בית חולים כללי ומנכ"ל משרד הבריאות לשעבר: "חוק ההסדרים דרקוני, לא דמוקרטי, מנסים לצמצם אותו, אבל מכניסים לתוכו כל מיני גזירות ושינויים

מבניים, מכניסים עשרות רבות של סעיפים, אחר כך מוציאים מזה מספר מסוים של סעיפים, כאילו מתוך פשרה, אך עדיין נותר חוק דרקוני ולא דמוקרטי. . . " (ראיון: אורן, 13. 8. 16). גם חבר הכנסת לשעבר, אריה אלדד, מתאר מגמה דומה: "השימוש בחוק ההסדרים בא הרבה פעמים על מנת לעקוף התנגדויות של איגודים, אבל הכנסת משתדלת להוציא ככל האפשר נושאים מחוק ההסדרים. זה לא חוק דמוקרטי, רמת הנוגדנים לחוק עולה, ואני מניח שיותר ויותר השימוש בו יקטן. החוק למעשה עוקף את הכנסת גם אם לכאורה בסוף הכנסת מאשרת אותו.... " (ראיון: אלדד, 13. 8. 13). לעומתו חבר הכנסת עזמי בשארה התייחס לעניין זה מעל דוכן הכנסת, וטען, כי את הביקורת אין להפנות כלפי הממשלה, כי אם כלפי הכנסת עצמה (דברי הכנסת 172 התשנ"ח, עמ' 329).

גם בתחום הבריאות נעשה שימוש רב, יש יאמרו מופרז, בחוק ההסדרים. הטקטיקה העיקרית של האוצר היא ניסיון לכפות על מערכת הבריאות שינויים מבניים באמצעות חוק ההסדרים (צ'רניחובסקי, מזרחי ופרנקל, 2008: 34). האוצר מעביר באמצעות חוק זה שינויים מבניים וחוקיים בתחום מדיניות הבריאות. השימוש בחוק ההסדרים הוא רב וכוחו של משרד האוצר גדול מאוד אך לא מוחלט. דוגמא מצוינת לכך ניתן לראות בניסיון של משרד האוצר להביא לידי סגירה של בית החולים הגריאטרי "פלימן" בחיפה בשנת 2003. משהבין האוצר, כי בדרך של חקיקה יקשה עליו הדבר, הכניס זאת לחוק ההסדרים. בהתייחסו לכך, אמר מנהל בית החולים "פלימן": ". . . דווקא הדוגמה של ניסיון סגירתו של בית החולים "פלימן" על ידי האוצר, מוכיח, שהאוצר בהחלט מעורב, אך אינו שולט, כי במציאות משרד הבריאות הצליח במקרה זה לבלום את האוצר ובית החולים, כידוע, לא נסגר, אע"פ שסגירתו עברה בחוק ההסדרים .... " (ראיון: גילהר, 13.7.30).

מול הביקורת שנמתחה על חוק ההסדרים, טוענים התומכים במנגנון זה, כי הוא כלי חשוב לשם יישום מדיניות, שאינה פופולארית, אך חיונית, לדעתם, למשק המדינה, ולא ניתן היה לקדמה בהליכי חקיקה רגילים (שטרסלר, 2007). טענה נוספת, שמשמיעים התומכים בחוק ההסדרים, היא שהליכי החקיקה הרגילים עלולים לעכב רפורמות חשובות במשך זמן רב (מאור ובר ניר, 2008). כך למשל, אמר חשב משרד הבריאות: "חוק ההסדרים מאפשר להעביר נושאים בדרך יותר נוחה. על מנת להעביר חוק רגיל זה "קריעת ים סוף". ללא חוק ההסדרים לא ניתן לקדם הרבה דברים. הוויכוח הוא על המינון, מה להכניס לחוק ההסדרים ומה לא להכניס. ללא חוק ההסדרים לא ניתן לקדם רפורמות, החוק גם מחליש קבוצות לחץ וניתן לבצע הכול בצורה מהירה.... " (ראיון: ברף, 13. 8. 13).

נציגי האוצר טוענים, כי בשל ההשלכות התקציביות על המשק חייב משרד האוצר להיות מעורב בכל הקשור למדיניות בריאות ולוודא שאין עלייה בהוצאה הלאומית על בריאות. לטענתם, ההשוואה למדינות אחרות אינה מדויקת, כי ישראל מדינה צעירה יותר, אחוז הקשישים בה נמוך יחסית, כך שצריך

להיות לה פחות הוצאות בנושא בריאות. גם נציג האוצר רואה במשרד האוצר גורם הכרחי, שותף לרגולציה בתחום הבריאות. אין למשרד הבריאות, בראיית משרד האוצר, ראייה תקציבית כוללת, ומכאן משרד האוצר, שלו יש את הראיה התקציבית הכוללת, חייב להיות מעורב ברגולציה גם בתחום הבריאות (ראיון: הכהן, 13. 9. 12).

בראיית סמנכ"ל ארגון ותקצוב של משרד הבריאות, עם כל הקשיים התקציביים, שמערים משרד האוצר, מצליח משרד הבריאות לקדם נושאים ותחומים, החשובים לו למימוש אחריותו על מדיניות הבריאות בישראל: "... צריך לגשר בין צורך רפואי נכון לתקציב. משרד האוצר שותף בתהליכים, קיימים קונפליקטים, אבל בסוף אנחנו מנסים "להרחיב את השמיכה", האוצר נילחם בכך ורוצה שהשמיכה תישאר צרה, בכל מיני תירוצים של מדינה צעירה וכדומה.... " והוסיף " אני לא חש שמשרד הבריאות נחות או חלש מהאוצר, ועובדה שהמשרד כיום עוצמתי מאי פעם, התקציב של המשרד גדל ועוד יגדל גם בהמשך. האוצר מקשה, זה נכון, אבל אנחנו מצליחים למרות זאת לקדם פרויקטים כמו בנושא של בריאות הנפש.... " (ראיון: אסרף, 13. 10. 17).

לסיכום, אין ספק, כי משרד האוצר ובעיקר אגף התקציבים, הוא שחקן משמעותי ביותר ברשת מדיניות הבריאות בישראל על כל נדבכיה, ויש אומרים הדומיננטי ביותר, לצד משרד הבריאות וקופת החולים הכללית. האוצר מקיים אינטראקציות עם כל השחקנים, מקצה משאבים למשרד הבריאות ולבתי החולים, ביחסי גומלין עם הגופים השונים כמו עם האיגודים שמעל ראשו של משרד הבריאות, מקיים אינטראקציות משתנות, קואליציות ומאבקים וכל זאת במטרה להדק שליטתו על ההוצאה הלאומית לבריאות, למנוע ממנה גדילה, תוך השפעה רבה מאוד על עיצוב מדיניות הבריאות בכלל והשיקום הגריאטרי בפרט.

#### **4.1.4 קופות החולים**

במדינת ישראל ארבע קופות חולים, המופקדות על אבטחת אספקתם של שירותי הבריאות: כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית. ארבעת קופות החולים פרוסות על פני כל חלקי הארץ, מאורגנות על בסיס וולונטרי ומספקות שירותי ריפוי אמבולטוריים ושירותי אשפוז לכלל האוכלוסייה, אם באופן ישיר או על ידי קניית שירותים מגורמים אחרים במערכת.

קופות החולים בישראל הוקמו, כאמור, עוד טרם הקמת המדינה. חוזקה של קופת החולים הכללית נובע בין השאר מכך שהיא הקימה והניחה את היסודות למערכת הבריאות בארץ, עוד טרם הקמת המדינה. היא המשיכה, בנתה ופיתחה את הרפואה במשך כל שנות קיומה של המדינה, מהקמתה ועד היום, ומכך היא שואבת את כוחה ועוצמתה שהלכה והעצימה עם השנים, בתהליך היסטורי מתמשך. אולם אין

ספק, שהפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בינואר 1995 היוותה את השינוי המהותי ביותר בדפוס פעילותן של קופות החולים (בן נון ואחרים, 2010). קופת החולים הכללית הינה ארגון הבריאות הגדול ביותר במערכת הבריאות בישראל ואחד מארגוני הבריאות הגדולים בעולם. עד להחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה הקופה חלק מהסתדרות העובדים הכללית בארץ ישראל, והחברות בקופה הותנתה בחברות בהסתדרות. הקופה מספקת באופן עצמאי חלק משירותי הבריאות עבור חבריה בתחום האשפוז. בתחום זה היא רוכשת שירותי אשפוז מבתי חולים ממשלתיים וציבוריים.

קופת חולים מכבי היא הקופה השנייה בגודלה בישראל, מספר מבוטחיה במגמת עלייה והקופה הרחיבה את היקף שירותי האשפוז הכללי הניתן על ידה במסגרת שני בתי חולים, שמפעילה הקופה אסותא ורמת מרפא. שתי הקופות הקטנות יותר הן מאוחדת ולאומית (בן נון ואחרים, 2010).

קופת החולים הכללית הפכה ברבות השנים למוקד כוח מרכזי בחברה הישראלית, שאינו רק משפיע על חלוקת ההוצאה הלאומית אלא כמעט קובע אותה (ישי, 1987, עמ' 49). כיוון שמשך שנים רבות מאוד היו משרדי האוצר והבריאות, בשליטתם של גורמים שההסתדרות הייתה ביתם, הוזרמו במשך השנים המשאבים בצורה דיפרנציאלית לבתי החולים של קופת החולים, שציודם ושעורי כוח האדם שבהם עלה תמיד על זה המצוי במערכת הממשלתית (מודן, 1993, עמ' 43).

משנת 1995, בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כל תושבי מדינת ישראל מבוטחים באחת הקופות. שיקום גריאטרי הוא זכות המעוגנת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד 1994), ונמצא באחריות קופת החולים בה מבוטח המטופל. במהלך שנות השמונים של המאה העשרים וראשית שנות התשעים, הלך וגדל חלקם היחסי של המבוטחים, שגילם +65 בקופת החולים הכללית, בעוד שביתר קופות החולים חלקם היחסי של בני +65 הלך ופחת. בשנים האחרונות התמתנה מגמה זאת: בשנת 2008 רק 68% מאוכלוסיית הקשישים מבוטחת בקופת החולים הכללית ושיעור המבוטחים בקופות החולים האחרות מצוי בשנים האחרונות במגמת עלייה (בן נון ואחרים, 2010). הקופות ובעיקר "הכללית" ולאחרונה גם "מכבי" בעלי השפעה מכרעת על עיצוב מדיניות הבריאות בישראל. עוד ב-1990 הציגה ועדת החקירה הממלכתית, בראשות השופטת נתניהו, לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (מדינת ישראל, 1990), את הבעייתיות, שבפיצול האחריות על טיפולו של הקשיש בין קופות החולים והמדינה: הטיפול הסיעודי הינו באחריות המדינה, בעוד ששיקום הוא באחריות קופות החולים. בפועל נוצר תמריץ שלילי לקופות החולים, שלא להשקיע בשירותי שיקום למבוטחים שלהם, כי ברגע שהקשיש הופך ממצב שיקומי לסיעודי האחריות הממונית עוברת מקופת החולים למשרד הבריאות או למשפחה. בדו"ח המבקר לשנת 2011 דווח, ששירותי בריאות כללית פועלים לא אחת בניגוד להנחיות משרד הבריאות: חלק מהקשישים, הנזקקים לשיקום אינם מקבלים שירות זה מקופת החולים, הקופה מפנה קשישים, הנזקקים

לאשפוז שיקומי, למוסדות ללא רישוי מתאים, נציגי קופות החולים ולא הרופאים המורשים הם הקובעים את מהות השיקום, והכל בניגוד להנחיות המשרד (מבקר המדינה, 2012). מטרידה לא פחות קביעתו של המבקר בדו"ח לשנת 2007 הקובע כי: "לקופות החולים אין תמריץ כלכלי להשקיע בשיפור מצב בריאותו ותפקודו של הקשיש ולמנוע הידרדרותו למצב סיעודי - שלב שבו עוברת האחריות מהקופות למשרד הבריאות" (מבקר המדינה, 2008 : 457). ביולי 2012 נמסר בכנסת, כי על פי דו"ח מבקר המדינה המצב הוא בכי רע. המבקר מצא, כי אוכלוסיית הקשישים, הזקוקים לאשפוז ולשיקום מונה מעל 20 אלף מקרים לשנה. הדו"ח, שסקר את סדרי הטיפול באותם אירועים חריפים, מציג תמונה עגומה ביותר, כשבין הליקויים העיקריים מצביע המבקר על כך, שהקופות מאשפוזות קשישים לשיקום במוסדות שאינם שיקומיים וללא רישוי מתאים משהים קשישים במחלקות חריפות, ובניגוד לנהלים אינם מעבירים אותם לשיקום (מבקר המדינה, 2012).

כוחם הרב של הקופות והדומיננטיות הרבה שלהן במדיניות הגריאטריה צוינה והודגשה על ידי כל מנהלי בתי החולים, שרואיינו במסגרת עבודה זו. מנהלי בתי החולים טוענים, כי הקופות הן בעלות השפעה ותפקיד מכריע במערכת הבריאות בישראל, משפיעות על עיצוב המדיניות, וקובעות אם ובאיזו מידה לקיים את החלטות הרגולטור. כך למשל, ציין אחד ממנהלי בתי החולים הגריאטריים: "הכללית מכתיבה את המדיניות והקופות האחרות לומדות ממנה. . . בעוד שבעבר השיקום הגריאטרי היה ברובו בבתי החולים, הרי שמשוף שנות ה-90 השיקום הגריאטרי התחזק בקהילה על ידי הקופות. . .". הוא אף מוסיף: ".... הקופות מחליטות באופן כמעט בלעדי מי יקבל ומי לא יקבל שיקום בבית החולים, הקופות קובעות מי ילך לשיקום בית, מי יישאר בבית חולים כללי או מי ילך לשיקום גריאטרי. ההחלטה הסופית היא של הקופה הקובעת מי ילך ולאן. הקופה לעיתים אף מפנה לשיקום במקומות בהן אין רישוי לעסוק בשיקום, כמו בבתי אבות" (ראיון: גילהר, 13. 7. 30). מנהל בית חולים ציבורי אומר: "קופות החולים גופים גדולים, חזקים ודומיננטיים. הם בעלי המאה ועל פי החלטתם המערכת מתפקדת או לא מתפקדת...." (ראיון: אוחנה, 13. 9. 12).

הקופות מודעות לכוחם הרב ולהיותן שחקן מוביל ברשת המדינית. הן נוטלות חלק בעיצוב מדיניות הבריאות בישראל. אם בנושא הרפואה האשפוזית קיימת מעורבות של משרד הבריאות, הרי שברפואה הקהילתית המעורבות מצומצמת ביותר וכל נושא שירותי הרפואה בקהילה נשלט על ידי הקופות (ראיונות: פורת, 13. 8. 7. וינר, 13. 8. 12. ברף, 13. 8. 13. אסרף, 13. 10. 17). הקופות רואות עצמן כמובילות את המערכת הרפואית, ונציגיה אף טוענים, כי מצב עניינים זה נוח למשרד, כיון שהקופות לעיתים מובילות מהלכים תוך נטילת סיכון כלכלי כזה או אחר, ומשרד הבריאות צופה מן הצד. כך למשל, טען אחד ממנהלי "מכבי": "הקופות מובילות בגיבוש התפיסה, ביישומה, במדיניות, בהכשרות בקדמה

ובפיתוח. משרד הבריאות הרבה פעמים "בונה על זה". הקופות יוזמות, לוקחות סיכון, ומשרד הבריאות, אחרי שרואה שזה מצליח, בא ומסדיר זאת. כך זה קורה ברוב המקרים.... " (ראיון: פורת, 13. 8. 7).

כוח הקניה של הקופות והיותם מונופסון הינו הסיבה המרכזית לדומיננטיות של הקופות ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל. ברצותן הן יוצרות קואליציות בינם לבין עצמן או בין למשרד האוצר, הכול לפי הנושא, העניין והאינטרסים, העומדים על הפרק. הקופות מנצלות לעיתים את חולשת משרד הבריאות ואינן מצייתות לרגולציה בטענות של חוסר תקציב, או חוסר אובייקטיביות של משרד הבריאות כרגולטור, בגלל היותו בעלים של בתי חולים. ברצותן הן עומדות כנגד בתי החולים הכלליים, כשמצב זה משרת את בתי החולים של הקופה, ומאידך יוצרות קואליציה עם בתי החולים הכלליים, כשה משרת את שניהם כלכלית, אינן ממלאות אחר הנחיות הרגולציה ואינן מפנות, למשל, חולים לאשפוז מבתי חולים כלליים לבתי החולים הגריאטריים. על כוח השפעתה של קופת חולים כללית אמר מי שהיה בעבר מנכ"ל משרד הבריאות וכיום מנהל בית חולים: ".... קופת חולים "כללית" מונופסון, הקופות פועלות כקרטל והן חזקות מידי. . . מחיר יום אשפוז אינו מתעדכן באופן ריאלי, והמקורות, שעומדים לרשות בתי החולים צומצמו. הכסף הולך לקופות החולים, שהשקיעו בשיווק, בתשתית, בשכר גבוה לרופאים, שכר שהוא הרבה יותר גבוה ממה שמקבלים הרופאים בבתי החולים הכלליים. הקופות פועלות בכוחניות מול המוסדות והספקים השונים, כשהכוח שלהן נובע קודם כל מכוח הקניה שלהן, מהחולשה של משרד הבריאות ומהאינטרס המשותף להן ולמשרד האוצר, שלא להעלות את מחיר יום האשפוז. הקופה מעדיפה לסבסד באמצעות כספי הקהילה את בתי החולים של הקופה ולא לשלם מחיר הולם לבתי החולים האחרים. האוצר מאידך, רוצה בריסון ההוצאה, ולכן שוחק את מקורות הסל. הקופות מתואמות ביניהן- מה שמביא לחולשה של משרד הבריאות מולם.... " (ראיון: אורן, 13. 8. 16), בדומה, ציין סגן מנהל בית חולים אחר: "הקופות מנצלות את כוח הקנייה שלהן ומערערות על תשלומים" והוסיף: "המשרד אינו יכול להתמודד מול הקופות. כוח הקנייה של הקופות העביר את העוצמה לקופות.... " (ראיון: רייסנר, 13. 8. 15).

יחסי הגומלין בין משרד הבריאות לקופות בתוך רשת המדיניות הגריאטרית משקפים מציאות בה כוחן הכלכלי של קופות החולים, ובעיקר "כללית" מטות את הכף לטובתן. כך יוצא, כי מי שקובעים את מחירי התרופות בפועל הן קופות החולים. כך למשל, מסביר חבר כנסת לשעבר: "משרד הבריאות לא מסוגל להשתלט על כוח הקנייה שיש לקופות החולים. הקופה יכולה "להוריד לקרשים" בתי חולים מבחינת מחירים, "כללית" קובעת את מחירי התרופות ולא משרד הבריאות. לעיתים היא עושה זאת ללא כל פרופורציה למחיר, שבו היא רכשה את התרופה, וזאת לצורך יצירת הכנסות ולאיוון תקציבי, הקופה קובעת בפועל את מחירי האשפוז, והמשרד חלש מאוד מול הקופות כמו גם מול משרד האוצר...." (ראיון: אלדד, 13. 8. 13)

הראייה הכלכלית תפסה מקום מוביל בראיית הקופות, לא רק ביחסי הגומלין עם השחקנים האחרים ברשת המדיניות, אלא גם בתוך הקופות עצמן. חלק ממנהלי המחוזות בקופות מעידים בעצמם, כי השיקול הכלכלי מכריע בהחלטות של הקופות, בכל הקשור להסכמים עם ספקים, בתי חולים, שיטות טיפול, אשפוז וכדומה. הראייה הכלכלית הביאה למינויים של כלכלנים כמנהלי מחוזות, לחוסר גמישות של מחוזות בהחלטות, לצנטרליזציה באישורים וכדומה. כך למשל, ציינו מנהלים מהמחוזות השונים בקופות השונות: "הקופות מונעות על ידי כסף. השיקול המרכזי שלהם הוא כלכלי" "השיקולים של הקופה כמעט אך ורק כלכליים. מי שעושה את ההסכמים הם אנשי הכספים..." (ראיונות: וינר, 13. 8. 12. בנדק, 13. 8. 14). לעומת זאת, טוען אחד ממנהלי ה"כללית", כי הכול מבוצע במסגרת החוק: "הקופות קובעות מי יאושפז, כמה, איפה, הכול בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי וסל השירותים. החוק הגדיר את הגבולות בכל הקשור למדיניות רכש שירותים, זכותי כקופה לקבוע בנושאים אלה כל עוד השרות שאנו מעניקים זמין. אין ספק שלמרכיב הכלכלי משמעות אדירה..." (ראיון: רוטמן, 13. 8. 26).

עוצמתן של הקופות אינה נסתרת מעיניהם של הבכירים במשרד הבריאות הטוענים, כי המשאבים והתקציבים נמצאים בידי הקופות ומעורבות משרד הבריאות בקהילה קטנה מאוד ביחס לקופות. עוד טוענים נציגי משרד הבריאות, כי הקופות הן מונופסון השולט בביקוש, ומשרד האוצר עושה יד אחת עם הקופות כנגד משרד הבריאות במטרה להחליש את משרד הבריאות. כך למשל, לדברי ראש מינהל רפואה: " חוק ביטוח בריאות ממלכתי נותן לקופות כסף, והן עושות בכסף מה שהן רוצות. הקופות הן מונופסון, הן קובעות את הביקוש. חוק ביטוח בריאות לא מאפשר לאזרח חופש בחירה של בית חולים, הקופה היא שקובעת, ואני חושב שצריך לשנות זאת. אבל האוצר הוא שומר הסף של הקופות, מגן עליהם, שומר עליהם" (ראיון: אפק, 13. 8. 22).

גם בתחום השיקום הגריאטרי ראש אגף הגריאטריה ומנהלת באגף הגריאטריה במשרד הבריאות מציינים את חולשת משרד הבריאות מול הקופות ואת השפעתן הרבה של הקופות, הנסמכות על המבנה הארגוני הקיים בו. הטיפול בקשיש מפוצל בין מספר גורמים כתלות במצבו הרפואי של הקשיש: " הקופות מאוד חזקות בתחום השיקום הגריאטרי. כשמתאים להן דברים קורים, וכשהן מתנגדות, זה כמעט בלתי אפשרי למימוש" (ראיון: כהן, 13. 10. 28). בנוסף, טוענים אנשי המשרד, כי האוצר מתוך שאיפה שלא להעלות את ההוצאה הלאומית לבריאות, מונע פיתוח של מיטות אשפוז נוספות, ובסופו של דבר, הוא גורם למצוקה בתחום השיקום, מה שמונע ממשרד הבריאות את היכולת לאכוף על הקופות אשפוז שיקומי. "המבנה הארגוני יוצר חסם של מיטות, המבנה הארגוני לא מעודד את הקופות לשיקום, לכן אין פיתוח של מיטות, וזה גורר גם חוסר בכוח אדם ובתקנים.." (ראיון: רסולי, 13. 10. 28).

לסיכום, קופת החולים הכללית הינו גוף מוסדר, שחקן משמעותי ודומיננטי ברשת מדיניות הבריאות בכלל וברשת מדיניות השקום הגריאטרי בפרט. היא עומדת לצידם של שני הגופים האחרים, שהינם מאסדרים: משרד האוצר ומשרד הבריאות. קופת החולים האחרות, בעיקר מכבי, אך גם לאומית ומאוחדת משמעותיות, אבל פחות מהכללית, בעיקר משום גודלם וכוח הקנייה שלהם שהינו קטן מאשר הכללית. הקופות ובעיקר הכללית, כמבטחת, כספקית שירותים וכבעלים של בתי חולים הינן ביחסי גומלין עם כלל השחקנים - בעלי אופי משתנה, הכול על פי האינטרסים והעניינים, העומדים על הפרק. הקופות רואות במשרד הבריאות רגולטור, החשוד בניגוד עניינים, בשל היותו בעלים של בתי חולים, הדואג לטענתן קודם כל לבתי החולים שלו. הן נאבקות מול המשרד על תקציבים, מקיימות קואליציות עם האוצר כנגד העלאת מחיר יום אשפוז ומתחרות עם בתי החולים הכלליים הממשלתיים. קופת החולים שולטות בכל הקשור להפניית מאושפזים לבתי חולים גריאטריים לצורך שיקום, הן ביחסי גומלין עם האיגודים בכל הקשור לתקנים, להסכמי שכר, ולהתמחויות. כמונופסון השולט בביקוש הן בעלות השפעה רבה בעיצוב מדיניות הבריאות הלכה למעשה, תוך שהם מציינות באופן חלקי לרגולציה בהתאם לאינטרסים שלהן.

#### **4.1.5 האיגודים המקצועיים**

בספרות של המדיניות הציבורית זוהתה השפעתן הגדולה של קבוצות אינטרס, ובעיקר של "קבוצות אינטרס כלכליות", כגון ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), על תוצאות המדיניות. ישי (1986: 173) הצביעה על כוחה והשפעתה של הפרופסיה המקצועית על מדיניות ציבורית, ועל ניסיונותיהם בעשורים שלאחר מכן לקדם רפורמות, שיעלו בקנה אחד עם האינטרסים של חבריה (ישי, 1990: 8-172; 1999: 129). הר"י הוא ארגון העובדים של רופאי ישראל, הפועל כארגון מקצועי, עצמאי, בלתי תלוי ובלתי מפלגתי לקידום הרופאים והרפואה בישראל (בן נון ואחרים, 2010). להר"י שלוש מטרות עיקריות: שיפור האיכות הרפואית - מדעית, שמירה על תנאי עבודה ושכר לרופאים ומעורבות ציבורית - רפואית. הר"י מעורבת בקביעת מדיניות רפואית ציבורית בנושא רישוי רופאים ובעיקר בכל הקשור למעמדו של הרופא. בין יתר מוסדותיה של הר"י ישנה המועצה המדעית, אשר קבעה את תקנון ההתמחות. הליך ההתמחות עוגן בחוק פקודת הרופאים בשנת 1972. באותה שנה קבע החוק את חובת העמידה בבחינות כתנאי לקבלת התואר מומחה. חובת הבחינות הקנתה כוח רב מועצה המדעית כלפי חברי הר"י וביססה את מעמדה בציבור כולו. במסגרת פעילותה המועצה המדעית עוקבת אחר מהלך ההתמחות, מקיימת בחינות התמחות ומאשרת סיום התמחות (בן נון ואחרים, 2010).



איגוד חשוב וחזק נוסף במערכת הבריאות בישראל הוא הסתדרות האחים והאחיות בישראל, המאגד בתוכו את האחים והאחיות, ופועל בשלושה מישורים עיקריים: קידום הסכמים קיבוציים להעלאת שכר ולשיפור מבנה תנאי עבודת האחים והאחיות, ליווי לוועדי האחיות במקומות עבודה ומתן מענה פרטני וייעוץ לאחות בעבודתה. (אתר הסתדרות האחים והאחיות בישראל, אוחר ב- 24. 11. 134). קיימים איגודים נוספים כמו איגוד עובדי מנהל ומשק, איגוד הפרה רפואיים, איגוד הרוקחים, עובדים סוציאליים וכד', אך השפעתם קטנה משמעותית מהר"י ואגוד האחיות.

הר"י והסתדרות האחים והאחיות בישראל מוערכים על ידי רובם ככולם של בעלי התפקידים, שרואיניו במסגרת עבודה זו, כארגונים חזקים, המשפיעים על עיצוב מערכת בריאות בישראל. הם קובעים את כל נושא ההתמחויות של הרופאים, מעורבים בכל נושא התקינה, וכן בעלי השפעה מכרעת בתחום הסכמי השכר והרגולציה.

בעוד שרבים ממנהלי בתי החולים ציינו את עוצמתו של הר"י ואיגוד האחיות (ראיונות: אורן, 13. 8. 16. סיטון, 13. 8. 20. מנדלסון, 13. 8. 21), ניתן ללמוד על מיקומם והשפעתם של האיגודים ברשת המדינית מדבריהם של נציגי הקופות המציינים, כי ישנה בעייתיות בקשר הישיר בין האיגודים למשרד האוצר, מעל ראשי משרד הבריאות, בקביעת שכר ותקנים- נושאים שהם בעלי השלכה נרחבת על עיצוב מדיניות הבריאות בישראל, כשמשרד הבריאות כלל אינו מעורב בכך.

חלק מנציגי הקופות מלינים על כך, שהסכמים נחתמים על ידי הר"י והאוצר, אך מי שמשלם את המחיר אלה הן הקופות. מנהלים מקופות מאוחדת ומכבי מסבירים: "למשרד אין חלק ותפקיד בכל הקשור להסכמי שכר של העובדים. הסכמי השכר הינם תוצר של יחסי הגומלין בין הר"י למשרד האוצר. הבעיה שלכל הסכם כזה יש השלכות תקציביות על כולם כולל על הקופות. כך יוצא שהקופות אשר אינן שותפות לדיונים, משלמות את המחיר. "משרד האוצר יושב עם האיגודים בנושא שכר ואז מגלגל זאת על הקופות באמצעות מחיר יום אשפוז..." (ראיונות: בנדק, 13. 8. 14. קרן, 13. 8. 14).

עוצמת האיגודים רבה גם בעיני בכירים במשרד הבריאות, ולדבריהם האיגודים מקשים לא אחת על המשרד ביצירת קואליציה עם משרד האוצר כנגד משרד הבריאות. למשל, ראש מנהל רפואה מציין, כי כוחם של האיגודים רב" האיגודים חזקים, כי הם "עם היד על השלטר", ומוסיף: "אגף התקציבים באוצר עושה קואליציה עם איגוד האחיות כנגד משרד הבריאות לבלימת הרפורמה של תאגוד בתי חולים" (ראיון: אפק, 13. 8. 22). סמנכ"ל התקציבים במשרד הבריאות מחזק את דברי אפק: "קיימות קבוצות כוח במערכת, שמקשות על הרגולטור. ניסינו לבצע שינוי בסמכויות הרוקח, או להאציל סמכויות מהרופא לעוזר רופא, וכך גם בתחום הסיעוד. האיגודים מתנגדים. קשה לנהל מערכת במנוגד מגורמי הכוח, אך אנו

נאבקים. עוצמתו של הר"י נובעת מהמחסור ברופאים. אנו מתייחסים אליהם בכבוד, מקשיבים להם, אבל בסוף ההחלטה היא שלנו..." (ראיון : אסרף, 13. 10. 17).

לסיכום, האיגודים ובעיקר הר"י והסתדרות האחיות הינם שחקן חשוב ברשת המדיניות. יחסי הגומלין הישירים בינם ובין האוצר מאפיינים את רשת המדיניות, מחזקים את שני הצדדים ובמידה מסוימת מחלישים את משרד הבריאות, כאשר נושאים בין האוצר והאיגודים נסגרים ללא מעורבות משרד הבריאות. ליחסי הגומלין הישירים של האיגודים מול האוצר יש השלכה על שכר, על תקנים ועל התמחויות של רופאים, ובכך הם משפיעים באופן ניכר על עיצוב המדיניות. באמצעות כוח השליטה ברופאים ובאחיות יכולים האיגודים לאכוף את עמדתם. בהסתכלות כוללת על כלל השחקנים ברשת, משקל השפעתם פחותה מאשר משקלו של משרד האוצר, משרד הבריאות ו"כללית", אך בהחלט הם שחקנים בעלי חשיבות ובעלי משקל לצידם של השחקנים האחרים כמו: שאר הקופות, בתי החולים הכלליים ואמצעי התקשורת השונים.

#### 6. 1. 4 בתי החולים

אחד השחקנים החשובים ברשת המדיניות הבריאות בכלל והגריאטרית בפרט, הינם בתי החולים. מגזר בתי החולים במערכת הבריאות בישראל מהווה מרכיב מרכזי בעלויות המערכת: כ- 35% מההוצאה הלאומית לבריאות מושקעת בבתי החולים לסוגיהם וכ- 54% מכלל המועסקים במערכת מועסקים בבתי חולים (למ"ס, 2013). משרד הבריאות מפעיל 11 בתי חולים, תשעה בתי חולים ממשלתיים ושני בתי חולים עירוניים ממשלתיים, למתן שירותי אשפוז כלליים (מתוך 41 בתי חולים כלליים בישראל). בנוסף המשרד מפעיל 11 בתי חולים לבריאות הנפש (מתוך 13) ועוד 5 בתי חולים גריאטריים מתוך 8 בתי חולים גריאטריים במדינת ישראל (מתוך: אתר משרד הבריאות). מרכזיותה של חוליה זו במערכת הבריאות הן מבחינת הכמות והן מבחינת האיכות גרמה לכך, שדפוסי התפעול, הארגון, הניהול והתגמול זכו לאורך השנים לתשומת לב מיוחדת והיוו מרכיב מרכזי בהצעות השונות לשינויים ולרפורמות במערכת הבריאות הישראלית (בן נון ואחרים, 2010).

בתי החולים ניצבים בפני אתגרים הקשורים לשינויים בסביבה בה הם פועלים (Healy & Mckee, 2002): ביקוש הולך וגדל, התקדמות טכנולוגית, תחרות, והיצע רחב של שירותים רפואיים, לצד שינויים חברתיים וכלכליים רחבים יותר. ועדת נתניהו הוקמה על פי החלטת הממשלה מיוני 1988. אחת הבעיות המרכזיות, שאיתרה ועדה זו הייתה בתחום ניהול בתי החולים הכלליים: ריכוזיות יתר, חוסר יעילות בהפעלת משאבים, כפילויות, ניהול לא מקצועי ולא כלכלי, והעדר תמריץ לפעילות כלכלית יעילה.

(מדינת ישראל, 1990). הוועדה המליצה, כי בתי החולים שבבעלות משרד הבריאות וקופת החולים הכללית יהפכו לתאגידיים, שיפעלו בצורה עצמאית על פי שיקולים כלכליים עסקיים.

כשחקן ברשת המדיניות מקיימים בתי החולים השונים אינטראקציות רבות ומתמשכות עם כלל השחקנים שברשת: עם משרד האוצר בכל הקשור לתקצוב בתי החולים, אישור מספר מיטות, תקינת כוח אדם ועלות יום אשפוז. בכל הנושאים הללו נמצאים השניים מצדו השני של המתרס. בעוד משרד האוצר מעוניין לצמצם את ההוצאה הציבורית לבריאות באמצעות אי פתיחת מיטות נוספות, קיצוץ בתקציב ובתקנים ואי העלאת מחיר יום אשפוז, הרי שבתי החולים רוצים בדיוק את ההיפך: להתרחב, לקבל יותר תקציבים, להכניס יותר טכנולוגיות ויותר תקנים. משרד האוצר טוען, כי מעורבותו במדיניות הבריאות הכרחית וקושר זאת לבתי החולים. כך למשל, מסביר בכיר לשעבר באגף התקציבים: "בתי החולים הם שחקן חשוב, כי היצע של סטנדרט טיפולי יוצר ביקוש. כשבית חולים מסוים מכניס טכנולוגיה מסוימת, בתי החולים האחרים מחקים אותו על מנת לעמוד בתחרות. השוק תחרותי, ודבר גורר דבר. לכן על האוצר להיות מעורב ולבלום תופעות שכאלה...." (ראיון: הכהן, 13. 10. 3).

מערכת יחסי הגומלין ברשת המדיניות סבוכה ומשתנה מעת לעת ומעניין לעניין. האינטראקציה של בתי החולים עם הקופות חזקה, כי הקופות כמבטח מממנות את עלות האשפוז של המבוטחים לבתי החולים. מצד אחד יחסי הגומלין הם של שיתוף מתוך מגמה לשמור על קשרי מבטח- ספק שירותי אשפוז, ומצד שני אלה יחסים של תחרות: בתי חולים כלליים ממשלתיים מול אלה של קופת חולים כללית, בתי חולים כלליים מול בתי חולים גריאטריים, בתי חולים גריאטריים ממשלתיים מול אלה הפרטיים, ממשלתיים מול הקופות בכל הנוגע למחירי יום אשפוז. לעיתים נצפה בקואליציות של שחקנים כמו בתי החולים הממשלתיים כולם כנגד השחקנים האחרים כמו הקופות בכל הקשור למחיר יום אשפוז, ולעיתים קואליציות של הקופות עם בתי החולים הכלליים כנגד הרגולטור-משרד הבריאות, בכל הקשור להפניית חולים לבתי חולים גריאטריים, גם אם לעיתים זה נוגד רגולציה כזאת או אחרת. כך למשל, טוענים מנהלי בתי החולים הגריאטריים, כי בתי החולים הכלליים משתפים לעיתים פעולה עם הקופות ומשיקולי תפוסה אינם מפנים מאושפזים לשיקום בבתי חולים גריאטריים גם אם זה נוגד את הנחיות המשרד (ראיונות: גילהר, 13. 7. 30. רוזנפלד, 13. 8. 11).

מנהלי בתי החולים, שראיינתי במסגרת עבודה זו, רואים בבתי החולים שחקן משפיע במערכת, אבל הרבה פחות ממשרד האוצר ומקופות החולים. מנהל אחד מבתי החולים הציבוריים מציין: "בתי החולים הם שחקן במערכת, אם כי שולי ביחס לאוצר ולקופות...". (ראיון: אוחנה, 13. 9. 12).

כאמור, לא ניתן כמובן לדון על כלל בתי החולים בכפיפה אחת. קיים הבדל ניכר בין בתי החולים הכלליים, בתי חולים גדולים בעלי השפעה רבה על מערכת הבריאות לבתי החולים הגריאטריים הקטנים,

שהשפעתם על המערכת קטנה. כפי שציין, מנהל בית חולים כללי: " כל נושא השיקום הגריאטרי בראייה לאומית הוא בסוף "שרשרת המזון" (ראיון: אורן, 13. 8. 16). כך בניגוד לעוצמתם של בתי החולים הכלליים, המעניקים שירות, שאין לו תחליף ואין בלתו, בולטת חולשתם של בתי החולים הגריאטריים, בתי חולים קטנים, הנשענים במידה רבה על רצונם ועל הסכמתם של הקופות להפנות אליהם חולים. בתי החולים הגריאטריים עומדים בתחרות מול גורמים פרטיים ומול שיטות שיקום חלופיות, הנוצרות על ידי הקופה ללא הכוונה ממשרד הבריאות וללא פיקוח. בתי החולים הכלליים, משיקולים כלכליים שלהם ושל הקופות, אינם מפנים חולים לאשפוז בבתי חולים גריאטריים, משאירים אותם לאשפוז בבתי חולים כללים ויוצרים אגב כך עומס מלאכותי בבתי החולים הכלליים, בעוד שבתי החולים הגריאטריים אינם בהכרח מלאים. (ראיון: גילהר, 13. 7. 30).

בתי החולים מקבלים סבסוד מתקציב משרד הבריאות בהיקף של עשרות מיליוני שקלים בכל שנה. בתי החולים הממשלתיים, שלא כמו משרדי הממשלה, פועלים בדרך כלל בסביבה תחרותית, ועל כן מנהליהם צריכים לנקוט גמישות ניהולית אגב התחשבות בצורכי השוק, ובד בבד לקיים את החוקים ואת ההוראות החלים על יחידה ממשלתית (מבקר המדינה, 2006).

בעוד שהקופות רואות בכפיפות בתי החולים למשרד הבריאות כדבר בעייתי, המונע מהמשרד להיות רגולטור אמיתי ואובייקטיבי (ראיונות: פורת, 13. 8. 7. וינר, 13. 8. 12. בנדק, 13. 8. 14. צחורי, 13. 8. 14. קרן, 13. 8. 14), הרי שחלק ממנהלי בתי החולים סבורים, כי טענת קופות החולים כנגד משרד הבריאות בדבר כובעו הכפול- הינו תירוץ, אך יש לטפל בכך ולבצע הפרדה בין בתי החולים למשרד ולו משום הנראות שבנושא (ראיונות: גילהר, 13. 7. 30. רוזנפלד, 13. 8. 11. רייסנר, 13. 8. 11. אורן, 13. 8. 16. אוחנה, 13. 9. 12).

מצוקת האשפוז הינה אחת הנושאים המרכזיים, שבאמצעותו ניתן לאפיין את יחסי הגומלין בין השחקנים שברשת מדיניות הבריאות בכלל והשקום הגריאטרי בפרט. בעוד שמשרד הבריאות ובתי החולים טוענים למחסור במיטות, שאינו מטופל למרות הצרכים, משרד האוצר מתנגד לכך הואיל ואינו מעוניין בהגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות. התנגדות האוצר להגדלת מספר המיטות מחד גיסא, וחולשת משרד הבריאות להכריע בנושא מאידך גיסא, מנציחים את המשך המצב של חוסר במיטות. ולראייה, מנהל בית חולים כללי ומנכ"ל משרד הבריאות לשעבר אומר: "שיעור המיטות לאשפוז בישראל הינו מהנמוכים ביותר בין מדינות ה-OECD. בישראל כ-1.9 מיטות לאשפוז כללי לאלף נפש. כשהמוצע ב-OECD עומד על 3.5 יש צורך דחוף בתוספת מיטות. האוצר טוען, שצריך להמיר מיטות לא מאוישות, כביכול. האוצר מגרד שברי מיטות מכאן ומכאן ואומר: תמירו, תסיטו" (ראיון: אורן, 13. 8. 16). ראש מנהל רפואה מחזק

את דברי האחרון ואומר: "יש מסמך שדן בתוספת מיטות, אך האוצר לא מוכן לקבלו" (ראיון: אפק, 13. 8. 22).

לסיכום, בתי החולים הכלליים משמעותיים ברשת מדיניות השקום הגריאטרי. מקיימים אינטראקציות ברשת המדיניות עם השחקנים האחרים תוך יצירת קואליציות משתנות, הד הוק, הכול על פי האינטרסים והעניין שנדון על הפרק, ובכך גם משפיעים על מימושה של הרגולציה. בתי החולים הגריאטריים, בשל גודלם והאוכלוסייה המטופלת בהם, משפיעים הרבה פחות וחלשים אל מול הכוחות הגדולים כמו הקופות, בתי החולים הכלליים והאוצר, ועל כן גם השפעתם על עיצוב מדיניות הבריאות קטנה.

#### **7.1.4 פוליטיקאים בממשלה ובכנסת**

משרד הבריאות הוא המחזיק והמפעיל של בתי החולים הגדולים במדינה, ותקציבו הוא התקציב השלישי בגודלו בממשלה (לאחר משרד הביטחון ומשרד החינוך). למרות זאת שנים רבות נחשב משרד זה זוטר מבחינת יוקרתו וחשיבותו (מודן, 1993: 11). משרד הבריאות אינו נחשב כמשרד בעל עוצמה בתוך הממשלה, עקב ריבוי הבעיות וחוסר יכולת ממשית לעריכת שינויים משמעותיים וברי-מדידה בזמן קצר, בתחום הבריאות. תפקיד שר הבריאות אינו בדרך כלל, תפקיד מבוקש. אנשי המפלגה היותר דומיננטיים שובצו לתיקים, הנחשבים בכירים יותר כמו ביטחון, חוץ, תעשייה ואילו תיק הבריאות אויש בסדר עדיפות משני (אריאן, 1985). מצב עניינים זה לא השתנה מהותית, גם בשנים האחרונות. בין השנים 2009 עד 2013 ניהל את המשרד בפועל סגן השר ליצמן יעקב, עד למינויה של השרה הנוכחית, יעל גרמן, כשרת הבריאות במרץ 2013.

כמו בממשלה, כך גם בכנסת, העיסוק בנושא השקום הגריאטרי מועט מאוד, וכמעט שאינו מעניינם של חברי הכנסת. יתכן שהדבר נובע ממורכבות הנושא, אשר עיסוק בו איננו נושא תוצאות מידיות. כפוליטיקאים, חברי הכנסת שואפים להיבחר מחדש, ועל כן הטענה היא שהם מתרכזים במטרות קצרות טווח שציבור הבוחרים יכול להיות מודע להן ובמטרות שהן בגדר שאיפות ללא מגבלות תקציביות (אסיסקוביץ, 2007). זאת גם דעתם של מירב השחקנים שברשת מדיניות השקום הגריאטרי. רק שלושה מרואיינים מתוך עשרים ושלושה, שרואיינו לצורך מחקר זה, הזכירו את הכנסת וועדותיה כשחקן ברשת מדיניות הבריאות בישראל, כך שניתן להניח, שמרבית המרואיינים לא רואים בכנסת ובחבריה שחקנים שבאים לידי ביטוי ברשת מדיניות הבריאות. אף לא אחד מהמרואיינים בעבודה זו, מבכירי השחקנים ברשת מדיניות השקום הגריאטרי ומדיניות הבריאות בישראל, לא הזכיר את תפקיד שר הבריאות כשחקן

ברשת. מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר ציין, כי נושא הבריאות אינו עולה כלל במערכת הבחירות, כי לרוב מדובר בנושאים מורכבים מאתגרים ועם פתרונות יקרים וארוכי טווח, מה שמקשה על הפוליטיקאים להיות מעורבים: "... ככלל העיסוק בתחום, שנושא פרי שאינו מידי, אינו מעניין את חבר הכנסת הממוצע. ... " (ראיון: אורן, 13.8.16).

השליטה הרבה של משרד האוצר בתחום הבריאות והניסיון להעביר חקיקה ושינויים דרך חוק ההסדרים בעייתי. כך למשל התבטאה שופטת בית המשפט העליון דליה דורנר בכנס בנושא "חוק ההסדרים והשלכותיו על זכויות אדם: "חברי כנסת מנומנמים מאשרים את חוק ההסדרים לפנות בוקר ללא כל מחשבה..."; "החלטות ועדת הכספים הן פוליטיות - 90% מהסעיפים בהצעת החוק המקורית של האוצר עוברים..."; "אין למעשה ביקורת פרלמנטאית על החוק...". הגיע הזמן, בפרפראזה לאמירתו של הילד בסיפור של אנדרסן, לומר בקול צלול וברור: "הכנסת היא עירומה". הכנסת אינה המחוקקת, ודאי לא העיקרית, במדינת ישראל בשנת 2004. המחוקק העיקרי יושב באגף התקציבים במשרד האוצר... " (ויסרמן, 2004).

חוסר התייחסות האוצר לחברי הכנסת עולה גם מדברי הפוליטיקאים. פוליטיקאי לשעבר טוען כי: "האוצר לא סופר את הכנסת, בזים לכנסת ומתמרנים את הח"כים במניפולציות זה כנגד זה". עוד אמר: "פקידי האוצר מרגישים עליונות מוחלטת על הרשות המחוקקת, גם אם נאלצים לעבור על כל מיני משוכות דוגמת ועדות כאלה ואחרות" (ראיון: אלדד, 13.8.13). לדברי אחד מנציגי קופת החולים, פוליטיקאים וחברי כנסת בשיטת הבחירות הארצית פחות מושפעים מדעת קהל. לטענתו, לו השיטה הייתה אזורית, אזי היה לפוליטיקאי אינטרס לטפל גם בסוגיות הבריאות של בוחריו.

ניתן לסכם, כי השפעת הפוליטיקאים בממשלה ובכנסת מועטה ביותר בכל הקשור להשפעה על רשת מדיניות השקום הגריאטרי. חוסר מעורבותם של הפוליטיקאים כשחקן נובעת בראש וראשונה ממורכבות הנושא, ומכך שהעיסוק בו כפוליטיקאים אינו נושא רווחים מידיים. ההכרה של הפוליטיקאים בדבר כוחו של האוצר כשחקן מרכזי ברשת מדיניות הבריאות, אף היא אינה מעודדת אותם למעורבות רבה יותר.

#### **4.1.8 אמצעי התקשורת**

במציאות הפוליטית המודרנית התקשורת מחזיקה בכוח השפעה אדיר הן על הצבור והן על המערכת הפוליטית והפוליטיקאים (אריאן, בן נון, ברנע, וצפתי, 2005). בעניין זה יש להזכיר את מחקרם של מיכל הרשמן - שטרית וגבי ויימן (הרשמן- שטרית ווימן, 2004), שמצאו, כי אמצעי תקשורת ההמונים מכתיבים את סדר היום הפוליטי במדינה. התקשורת בוחרת מה לפרסם, כמה לפרסם ואיך, ובכך היא גם

מביאה ידיעה וגם מביעה עמדה. גופים שונים פונים לתקשורת במטרה להעלות נושאים אלו ואחרים על סדר היום: אזרחים מהשורה, ארגונים שונים או פוליטיקאים. בעיות שונות יזכו לטיפול על ידי פוליטיקאים, משום שהן מסוקרות ומדוברות בתקשורת ואחרות עלולות לרדת מסדר היום, משום שהתקשורת לא גילתה בהן עניין. הדבר עלול לגרום לכך שבעיות חשובות, שלא היה להן הד תקשורת, לא יזכו לטיפול. לחברי כנסת, לממשלה ולפוליטיקאים אחרים יש אינטרס להציג את טיפולם בנושא, שזכה לסקור תקשורת, שכן הדבר מקדם את חשיפתם ומאפשר קידום בהמשך.

השפעתה הרבה של התקשורת אינה נסתרת גם מעיניהם של חלק ממנהלי בתי החולים ומנהלים בקופות, שרואיינו לצורך עבודתי. הללו טענו, כי לתקשורת השפעה על סדר היום הפוליטי בכלל ומשרד הבריאות בפרט, אם כי לא בעוצמה של השחקנים האחרים, כמו: משרד האוצר, הקופות ומשרד הבריאות. לדברי המנהלים השונים, הדבר בא לביטוי, כשאירוע כלשהו בתחום הבריאות מתפרסם בתקשורת הכתובה או האלקטרונית: "כשיש אירוע, המתפרסם בתקשורת, כולם מיד עוסקים; בו מהשר כלפי מטה. מדוע? כי קיים חשש מדעת הקהל, וזה גורם מעצב מדיניות" (ראיון: רוזנפלד, 13. 8. 11). "הציבור והתקשורת משפיעים באופן משמעותי על רגולציה" (ראיון: אוחנה, 13. 9. 12). מנהל בכיר בקופת החולים הכללית אמר: "בעידן הרשתות החברתיות והאינטרנט לדעת הקהל משמעות רבה. אפשר לראות את ההשפעה על אחוזי ההתחסנות בפוליו בחודשים האחרונים. התקשורת מעוררת את דעת הקהל וגוררת לעיתים את משרד הבריאות לקביעת נהלים מסוימים, שהוא לא היה עושה, או לחילופין היה עושה אחרת, אלמלא דעת הקהל" עוד הוסיף "ללא דעת הקהל והתקשורת משרד הבריאות לא היה מפתח מנגנוני בקרה ופיקוח. התקשורת משחקת כאן תפקיד חשוב..." (ראיון: רוטמן, 13. 8. 26).

הטענה המרכזית של רבים מהמרואיינים במסגרת עבודה זו היא שהגורם שמעורר את מרבית השערוריות בשנים האחרונות במוסד או בית חולים כזה או אחר הוא התקשורת. הציבור למד לעשות בכך שימוש ומפנה את תשומת לב התקשורת, בין אם דרך עיתונאים באופן ישיר, או בין אם דרך האינטרנט ורשתות חברתיות, באשר לסוגיות, שברצונו לעורר. לטענת מנהלי בתי החולים, כששערורייה מתפרסמת בתקשורת, דוגמת אירוע התעללות בחולה, שנחשף על ידי המשפחה לתקשורת, בבית חולים פרטי אלישע בחיפה ב 11 אוקטובר 2013) ראבד, 1.11.13), אזי כל המשרד עוסק בכך. במקום שהמשרד יממש את תפקידו כרגולטור, יבצע בקרה על גופים מוסדרים, יפקח ויוודא כי הרגולציה ממומשת, המשרד חלש, אינו מפקח ואינו מבקר, עד שהתקשורת מעוררת אותו לעשות כן. לראייה, ציין חבר כנסת לשעבר: "תפקידו של הרגולטור לבקר ולפקח. בפועל משרד הבריאות נזעק לטפל, כשקורה משהו ומתפרסם בתקשורת. הכול תגובתי ולא מתוכנן. מי שמעורר את מרבית השערוריות בשנים האחרונות במוסד פסיכיאטרי כזה או אחר,

או במקרה של פגיעה בקשישים חסרי ישע, זו התקשורת ולא גוף מפקח של משרד הבריאות. כשזה מגיע לתקשורת אז מטפלים" (ראיון: אלדד, 13. 8. 13).

על פי ראייתו של אחד ממנהלי בתי החולים הגריאטריים, כשמדובר בתחום הגריאטריה הבעיה כפולה: לתקשורת בשגרה אין עניין בתחום הרפואה הגריאטרית, אלא רק כאשר יש אירוע של התעללות או אירוע, שמסעיר ומעסיק את התקשורת לזמן קצר מועד. הבעיה השנייה נובעת מכך, שמדובר באוכלוסיית הקשישים, שאינה אקטיבית. אלה הם צרכנים חלשים, ולכן אין דחיפה לנושא. תדמית בתי החולים הגריאטריים אינה גבוהה בעיני הציבור, והאדישות הגבוהה של הציבור וחוסר העניין שבתקשורת מסייעים למשרד האוצר ולקופות לקצץ בשירות זה ומשפיעים לרעה על כוח המיקוח של בתי החולים הגריאטריים (ראיון: גילהר, 13. 7. 30).

העלאת נושא על סדר היום הציבורי נעשית ביוזמת עיתונאים, פוליטיקאים וביוזמת גורמים בעלי אינטרס וקבוצות אינטרס, המייצגים מגזרים חברתיים שונים ונמנים על רשת מדיניות השיקום הגריאטרי. העיתונות היא זו שמעלה נושאים על סדר היום הציבורי והפוליטיקאים, חברי כנסת, ממשלה הם אלה המגיבים. תגובת הפוליטיקאים, תהליך קבלת ההחלטות במדינה ותוכן ההחלטות מושפעים כולם מסדר היום הציבורי, כלומר מעדיפות אותה נותנת התקשורת לנושאים מסוימים. החיסרון המרכזי הוא שנושא חשוב דוגמת הטיפול השיקומי בקשיש, שאינו במרכז עניני התקשורת, יזכה לחשיפה פחותה בתקשורת ולעיסוק מועט על ידי הרשויות.

לסיכום, קיימת השפעה מסוימת של אמצעי התקשורת על רשת מדיניות השיקום. הציבור וקבוצות אינטרס שונות מודעים לכוחם של אמצעי התקשורת, מעוררים נושאים וסוגיות שונות דרכם, מה שמפעיל את המאסדר; משרד הבריאות לפעולה. פעולה זו משפיעה על סדר היום הציבורי והפוליטי ועל עיצוב מדיניות הבריאות הלכה למעשה. ההשפעה בדרך כלל קצרה בזמן, כי האירוע התקשורתי של מחר משכיח את האירוע של אתמול, אבל עדיין קיימת השפעה, גם אם היא לא רבה ואינה ארוכת טווח, כמו השפעתם של השחקנים הדומיננטיים, דוגמת משרד האוצר, משרד הבריאות וקופת החולים הכללית.



### תרשים 3. רשת מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל



#### 4.2 הגורמים המשפיעים על ציות חלקי לרגולציה

##### 4.2.1 מאפייני רשת המדיניות

כאמור, ואן וארדן (Van Waarden, 1992) השתמש בשלושה קריטריונים מרכזיים לאבחנה בין רשתות מדיניות: מספר המשתתפים וסוגם (הרבה או מעט), יחסי כוחות (מרוכז או מבוזר) ו**גבולות הרשת** (פתוחים וחדירים או סגורים).

רשת מדיניות השיקום הגריאטרית במדינת ישראל מאופיינת בגבולות סגורים, במספר שחקנים מצומצם, קבוע ובעלי דומיננטיות בולטת באופן משמעותי משחקנים אחרים. מאפיינים אלו לא רק מאבחנים את הרשת אלא גם משפיעים על היענות נמוכה לרגולציה ומימושה באופן חלקי. זהות השחקנים ומספרם קבוע, אין יציאה וכניסה של שחקנים חדשים לרשת והפעילות בה מרובה. מצב עניינים זה מאפשר לשחקנים הקבועים ברשת ובמיוחד לקופות החולים ול"כללית" הדומיננטית שבהם, לקבע

מעמדם, לצבור כוח ולפעול בהתאם לאינטרסים שלהם גם אם נוגדים לא אחת את הרגולציה. המספר המצומצם יחסית של השחקנים הדומיננטיים ברשת מדיניות השיקום הגריאטריים עליהם נמנים: משרד האוצר, משרד הבריאות והקופות (ראה פירוט בסעיפים 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4) מהווים גורם המעודד היענות נמוכה לרגולציה. מספר שחקנים מצומצם וקבוע ברשת המדיניות השיקום הגריאטרי, גורם לכך שהשחקנים מכירים היטב אחד את השני, יודעים את כוחו ומעמדו של כל שחקן ושחקן ברשת, מכירים היטב את הרגולטור- משרד הבריאות, מודעים היטב לחולשותיו וכל זאת מעודד את השחקנים לפעול על פי האינטרסים החשובים להם גם אם אלו אינם תואמים לרגולציה.

ריכוז הכוח בידי מספר מצומצם של שחקנים ובמקרה הבוחן בידי הקופות מעודדן לפעול קודם כל בהתאם לאינטרסים שלהם גם אם אין הלימה ביניהם לרגולציה. הקופות כמונופול וכמונפסון ובהיעדר תחרות ואו איום ממשי מצד שחקנים אחרים ואו מצד הרגולטור פועלות לעיתים בניגוד לרגולציה המחייבת במידה ואינה עולה בקנה אחד עם האינטרסים שלהן.

לסיכום: בהתאם לקריטריונים שהציב ואן וארדן (Van Waarden, 1992) לבחינת מאפייניה של רשת המדיניות, ניתן לראות כי רשת המדיניות בתחום השיקום הגריאטרי בישראל מאופיינת ברמת מיסוד גבוהה הנובעת מגבולותיה הסגורים, מספרם המצומצם של השחקנים ויחסי גומלין וקשרים בעלי אינטנסיביות גבוהה. חלוקת הכוח ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי היא פונקציה של משאבי השחקנים וגודלם אשר קבעה במידה רבה את השליטה של קופות החולים ותהליכי המונופוליזציה והמונופסיציה. הכוח המרוכז בידי שחקנים בודדים ברשת הובילו לכך שהאפקטיביות של הרגולציה של משרד הבריאות בישראל על שחקני רשתות המדיניות ובמיוחד על קופות החולים- נמוכה.

#### **4.2.2 העדר תמריץ כלכלי לציות לרגולציה**

מטרתה של הרגולציה בכללותה היא הסדרה של מערך החיים הכולל במדינה ובכלל זה התנהגות הפרט הארגון ומידת המעורבות של רשויות המדינה בפעולותיהם של אלו תוך ניסיון להגן על כל אחד מהגופים מפני כוחו של האחר. עמידה ברגולציה ובתקנותיה דורשים על פי רוב מהגוף המוסדר השקעת תקציב ומשאבים, כסף, כוח אדם, ציוד וכד'. על כן הגוף המוסדר ישאף לצמצם הוצאותיו עד כמה שניתן על מנת למקסם רווחיותו. מתוך הבנה כי הרגולציה עולה כסף, וכי האינטרס של הגופים הפוך, דהיינו שואפים לחסוך כסף, הרי שרק תמריץ כלכלי יכול לעודד גופים לעמוד ברגולציה. במידה שהתמריץ יהיה שלילי, הרי שהגוף ישתדל שלא למלא אחר הרגולציה.

בדומה לטענתו של מאלוי (Malloy, 2003), כי ארגונים מבצעים חישובי עלות - תועלת ובחינת התאמת הרגולציה לאינטרסים שלהם, אף כאן עולה, כי אי ציות לרגולציה על ידי הקופות נובע מן העובדה, כי במבנה הנוכחי אין משום תמריץ להיענות לרגולציה ולהשקיע בשיקומו של הקשיש. כך למשל, מציינים המרואיינים, כי לרוב השיקול המרכזי והמכריע של הקופות הוא השיקול הכלכלי, לקופות אין תמריץ כלכלי להיות פרו אקטיבי בכל הנוגע לטיפול השיקומי בקשיש, ולו האוצר היה מקצה תקציבים גבוהים, הרי שהיה בכך משום תמריץ לקופות לקיים אחר הנחיות הרגולציה (ראיונות: רסולי, 13. 10. 28. גילהר, 13. 7. 30, סיטון, 13. 8. 20).

אכן דו"חות מבקר המדינה (2008, 2012) כמו גם ועדת נתניהו (מדינת ישראל, 1990) קובעים, כי לקופת החולים אין תמריץ כלכלי להשקיע בשיפור מצב בריאותו ותפקודו של הקשיש, וכי הקופות ובעיקר בריאות כללית פועלות לא אחת בניגוד להנחיות משרד הבריאות משיקולים כלכליים. רגולציה דורשת כוח אדם ומשאבים תקציביים לצורך עיצוב, יישום, פיקוח ואכיפה. מוצע שבמדינות מבוססות יותר הרגולציה תהיה על בסיס תמריצים, כמו: הקלות מס, בונוסים וכדומה (Kumaranayake, 1997).

כך למשל ציינה בפניי מנהלת באגף הגריאטריה במשרד הבריאות, כי המבנה הארגוני אינו מעודד את הקופות לפתח שירותי שיקום רפואי כדי למנוע מצב סיעודי: " המבנה הארגוני לפיו הטיפול הסיעודי איננו באחריות קופות החולים יוצר חסם להגדלת מספר מיטות השקום..." ומנהל בית חולים גריאטרי אמר: "לו האוצר היה מקצה תקציבים גבוהים יותר לטיפול שיקומי בקשיש, היה בכך משום תמריץ לקופות לטפל בקשיש" (ראיון: גילהר, 13. 7. 30). באשר לשיקול הכלכלי בהחלטה האם לממש רגולציה כזאת או אחרת, אמר אחד מהמנהלים של בית חולים פרטי: "יש החלטות של הרגולטור, שהקופות מחליטות לא לקיים כמו בתחום השיקום, כשעל פי רוב השקול המכריע הוא השיקול הכלכלי" (ראיון: סיטון, 13. 8. 20).

לסיכום, העדר תמריץ כלכלי גורם לחוסר ציות לרגולציה ולמימושה באופן חלקי בלבד. על מנת להביא לידי מימוש מלא של הרגולציה יש לתמרץ כלכלית את הגופים המוסדרים. תימרוץ כלכלי יכול להתקיים בצורה של בונוסים והטבה על מילוי רגולציה או לחילופין שינוי מבנה ארגוני כמו הכפפת תחום הסיעוד לקופות, כך שזה יתמרץ אותם להשקיע בשיקום הגריאטרי על מנת שהקשיש לא יהפוך לסיעודי ולנטל על הקופה. תימרוץ כלכלי יעודד את הגופים המוסדרים לקיים אחר הוראות הרגולציה ולהגדיל את רווחיות הארגון.

### 3.2. 4 פיקוח ובקרה לא ממוסדים של הרגולטור

יש המכנים את הרגולציה כרשות המפקחת (ארבל – גנץ, 2003). רגולציה מעצם הגדרתה, באה חוצץ בין האינטרס הציבורי ובין האינטרס של הארגון, שעל הסדרתו היא אמונה. הרגולטור נדרש לאזן בין קבוצות או שחקנים שונים, בין אינטרסים המנוגדים זה לזה. ללא בקרה וללא פיקוח ממוסדים לא ניתן לקיים רגולציה. חוסר מיסוד תחומים אלו יביא בהכרח למימוש חלקי ולציות חלקי לנוהלי הרגולציה ולתקנותיה.

המשרד קובע מדיניות, עוסק רבות ברגולציה, מפרסם נהלים וחוזרים רבים, במיוחד במהלך השנים האחרונות, אבל כפי שעולה מדוחות מבקר המדינה, ועדות החקירה השונות וממנהלים בכירים שרואינו במסגרת עבודתי, משרד הבריאות אינו אוכף ואינו מוודא מימושם הלכה למעשה של הנהלים והתקנות, שנקבעו על ידו.

משרד הבריאות קבע בחוזר מנהל רפואה "אמות מידה לטיפול שיקומי בקשישים" (מנהל רפואה 4, 2009) תוך שהוא מגדיר, כי זכותו של כל אדם לקבל טיפול שיקומי נאות על פי חוק זכויות החולה (תשנ"ו, 1996). מבקר המדינה (מבקר המדינה, 2010) מציין בין יתר ממצאיו, כי חולים רבים שהיו אמורים נוכח מצבם הרפואי להתאשפז בבתי חולים לשיקום, שוהים תחת זאת במוסדות סיעודיים, בניגוד לחוק ובניגוד לכללים, שקבע משרד הבריאות. עוד מציין המבקר: "כִּי 20% מהחולים לאחר אירוע מוחי ו- 10% מהחולים לאחר שבר בצוואר הירך שהיו ברי שיקום, לא קיבלו אותו, לא באשפוז ולא בקהילה" (מבקר המדינה, 2010: 373). ממסמכי משרד הבריאות ומשיחות של נציגי משרד מבקר המדינה עם בכירים בתחום השיקום הגריאטרי עולה, כי אפשר עדיין למצוא מקרים לא מעטים, בהם קופות החולים מאשפוזות קשישים, הזקוקים לשיקום באשפוז, במחלקות ובמוסדות, שאין להם רישוי למיטות שיקום או לגריאטריה שקומית (שם, עמ' 374). בנושא הליכי הפנייה לשיקום, מציין המבקר, כי כדי להבטיח את קבלת השיקום המיטבי, קבע משרד הבריאות בחוזר מינואר 2009, שהחלטות על מתן שיקום, סוג השיקום ויעדיו, יינתנו על ידי רופא מומחה בגריאטריה או מומחה בשיקום. אולם בביקורת, שבוצעה במספר בתי חולים, נמצא כי את כל ההחלטות לגבי שיקום קשישים קיבל רופא המחלקה, שלרוב אינו מומחה בגריאטריה או בשיקום בניגוד לחוזר משרד הבריאות (שם, 378).

מבקר המדינה התייחס אף הוא לנושא הפיקוח והבקרה בתחום השיקום הגריאטרי וציין, כי האגף לגריאטריה שבמשרד אמור לבצע בקרה תקופתית בבתי חולים ובמוסדות גריאטריים, המהווה בסיס לחידוש הרישוי של בתי החולים והמוסדות הגריאטריים. לדברי המבקר, נמצא, כי החל משנת 2008, עת שהאגף לגריאטריה במשרד החל בביצוע בקרה תקופתית, לא בוצעה בקרה במחלקות לגריאטריה שיקומית

במספר בתי חולים. עוד כתב המבקר, כי כדי להבטיח את יעילות הבקרה ואת פעילותן הראויה של המחלקות לגריאטריה שיקומית, צריך לקבוע בקרות בתדירות שווה בכל אחת מן המחלקות ולבצען. כמו כן ראוי שיהיו כללים לגבי תדירות הבקרות בכל אחד מסוגי המרכזים הרפואיים. אולם בביקורת המבקר עלה, כי המשרד לא קבע כללים לגבי תדירות הבקרות בכל אחד מסוגי המרכזים הרפואיים. עוד נמצא שמשנת 2008, השנה שבה התחיל המשרד בביצוע הבקרות, יש מחלקות שנעשו בהן שלוש בקרות, לעומת זאת, יש מחלקות, שבוצעה בהן רק בקרה אחת או שתיים (מבקר המדינה, 2012 : 420).

מטענותיהם של רבים מקרב השחקנים שברשת המדינית שרואיינו בעבודה זו, עולה כי הפיקוח על הקופות חלקי ביותר, וכך גם המצב בבתי החולים הכלליים בהם הפיקוח בדבר הפניית מאושפזים, לצורך שיקום לקוי ביותר (ראיונות : גילהר, 13. 7. 30. מנדלסון, 13. 8. 21).

טענה נוספת שהושמעה, מתמקדת בחולשתו של אגף הגריאטריה, בכל הקשור לפיקוח בבתי חולים פרטיים ובמוסדות פרטיים אחרים. כמו כן ציינו השחקנים, כי גם כאשר מתבצע פיקוח של האגף, הוא אינו מקצועי דיו ומתמקד על רשומה ותיעוד ולא בהכרח על כל מה שצריך (ראיונות : גילהר, 13. 7. 30. רוזנפלד, 13. 8. 11. מנדלסון, 13. 8. 21. וינר, 13. 8. 12. בנדק, 13. 8. 14. אורן, 13. 8. 16. סיטון, 13. 8. 20. אוחנה, 13. 9. 12).

גם מנהלי בתי החולים הכלליים ממשלתיים ופרטיים, מדגישים את בעיית הפיקוח וטוענים, שפיקוח ובקרה אינם מתבצעים על ידי המשרד. למשל, מנהל בית חולים כללי ומנכ"ל לשעבר של משרד הבריאות טוען כי: "אגף הגריאטריה חלש, קטן, ואינו מסוגל לעסוק בפיקוח ובקרה" (ראיון : אורן, 13. 8. 16). אחרים מציינים: "המשרד קובע נהלים, מוציא חוזרים, אבל אין לו יכולת אכיפה, אין כוח אדם מספיק ומתאים לאכיפה בבתי החולים הכלליים... " (ראיון : סיטון, 13. 8. 20). "...בכל הקשור לבקרה בבתי החולים הכלליים בתחום השקום אנחנו בבעיה רצינית. אכיפה של רגולציה חסרה הן מקצועית והן עניינית" (ראיון : אוחנה, 13. 9. 12).

אחת הבעיות שהועלתה היא עודף רגולציה. כללים רבים מידי, שלא מאפשרים ביצוע של פיקוח יעיל. המלצת חלק מהמוראיינים הינה לצמצם ברגולציה החיצונית, להתמקד בעיקר, לטייב את הפיקוח ולהשתמש גם בכלי התמריצים. לדברי מנהל אחד מבתי החולים הציבוריים, המשרד אינו מבדיל בין עיקר לטפל, מייצר עודף נהלים ואין לו יכולת פיקוח. לו היה המשרד מתמקד בעיקר ומאפשר למנהלי בתי החולים לעסוק בשאר הדברים, אזי היה הדבר מקל על המשרד לבצע פיקוח ובקרה. כלי נוסף, לדבריו, שיש לבצע בו שימוש, הוא כלי התמריצים. לדבריו: "המערכת צריכה לעבוד על תמריצים, ואז היא תנוע בכיוון שהמשרד מעוניין בו. אי אפשר כל הזמן לרוץ באכיפה" (ראיון : אוחנה, 13. 9. 12). גם ראש מינהל רפואה

במשרד הבריאות רואים בפיקוח ובבקרה החלקית בעיה לא קלה ומציין את חוסר שביעות הרצון מהיקף הבקרה ואיכותה (ראיון: אפק, 13. 8. 22).

לדברי חלק מהמרוואיינים, נציגי הקופות ומנהלי בתי החולים, בשנים האחרונות בעיקר מתקופתו של המנכ"ל הנוכחי, מבצע יותר פיקוח על מרפאות, רשומה רפואית, ויש שיפור בנושא של הפיקוח גם בבתי החולים (ראיונות: צחורי, 13. 8. 14. רייסנר, 13. 8. 15. רוטמן, 13. 8. 26). נציגי המשרד מציינים, כי בשנים האחרונות הוקצו משאבים רבים לנושא הפיקוח והבקרה (ראיון: אסרף, 13. 10. 17). גם ראש האגף לגריאטריה מציין, כי חל שיפור בנושא הפיקוח, אם כי עדיין לא לשביעות רצונו המלאה: "...עד לפני מספר שנים הקופות עשו פחות או יותר מה שרצו. לפני כ- 7 שנים התחלנו בבקרה בנושא השיקום הגריאטרי. עדיין אינני מרוצה מאינטנסיביות הפיקוח. אהיה מרוצה, כשהפיקוח יהיה רצוף כל הזמן. אבל אם יש תלונה אנחנו בודקים. צריך לזכור שבתי החולים הכלליים עובדים עם הקופות וצריכים להמשיך לעבוד איתם, ולכן גם הם אינם ממהרים להתלונן" (ראיון: כהן, 13. 10. 28). מנהלת המחלקה לשירותים קהילתיים באגף הגריאטריה הוסיפה ואמרה: "איננו בודקים כל מקרה, אי אפשר לבדוק כל הזמן את כל החולים. אנו מבצעים בדיקה מדגמית..." (ראיון: רסולי, 13. 10. 28).

לסיכום, נמצא, כי הרגולציה בשנים האחרונות בכל הקשור לנהלים, לתקנות, ולחוזרים של משרד הבריאות, רבה ונרחבת. לעומת זאת הפיקוח של הרגולטור, משרד הבריאות, על יישומה של הרגולציה, הלכה למעשה לוקה בחסר. הפיקוח בכל הקשור למדיניות השיקום הגריאטרי, אינו מספיק ואינו עקבי וממוסד. במידה שמתבצע פיקוח, הרי שאיננו מקצועי דיו. מצב עניינים זה מאפשר לגופים המוסדרים לממש את האינטרסים שלהם ולהשפיע על עיצוב רשת מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל. השערתי בדבר פיקוח מוגבל כגורם לרגולציה המבוצעת, באופן חלקי, אכן אוששה. מערכת ממוסדת של פיקוח ובקרה מצד הרגולטור על הגופים שתחת אסדרתו הינה תנאי בסיסי ומרכזי למימוש הרגולציה. ארגון, שאינו מפוקח ואינו מבוקר, יעשה ככל יכולתו למקסם את האינטרסים שלו ברשת עיצוב המדיניות, אגב מימוש חלקי של רגולציה.

#### 4.2.4 העדר שימוש בסנקציות על ידי הרגולטור

כלי הסנקציות הינו כלי מחויב המציאות במקרה בו גוף מוסדר אינו ממלא אחר הנחיות ותקנות הרגולציה. גוף הפועל בהיעדר סנקציה לא ימהר לציית לרגולציה במידה שאינה משרתת את האינטרסים שלו. מבקר המדינה בהתייחסו לנושא הסנקציות כתב, שכדי שהבקורות יהיו יעילות, יש לנקוט צעדים כנגד בתי חולים ומוסדות, שהתגלו בהם ליקויים של ממש בשעת הבקרה. אלא שלדברי מבקר המדינה, המשרד

מעולם לא נקט צעדים נגד מוסדות רפואיים, דוגמת אי-חידוש של רישיון המוסד, ביטול רישיון המוסד או הקטנת המיטות שברישי. מבקר המדינה, ביוני 2010, בבקרה בבית החולים הרצוג שבירושלים מצא כי בניגוד לדרישות כוח האדם לתפעול של מחלקה לגריאטריה שיקומית, אינו מועסק בה מומחה ברפואה פיזיקאלית ושיקום. אולם למעט ציון עובדה זו בדו"ח הבקרה, לא התריעו לפני בית החולים הרצוג על ביטול או קיצור משך זמן הרישוי, שניתן למחלקה לגריאטריה שיקומית (מבקר המדינה, 2012 : 420).

כפי שמאלוי (Malloy, 2003) ציין, כי העדר ענישה משמעותית והיעדר סנקציות מובילים לאי ציות ורכש שאפן (Rechtschaffen, 2004) ראה בכך תנאי הכרחי לאפקטיביות רגולטיבית, ציינו רוב המרואיינים אף הם, כי המשרד אינו עושה שימוש בכלי זה (ראיונות: גילהר, 13. 7. 30. אורן, 13. 8. 16).

חלק מהמרואיינים טען, כי המשרד אינו נוקט בדרך של סנקציות כנגד מי שפועל בניגוד לנהלים ולחוזרים השונים, משום שהמשרד מודע לעובדה שאי ביצוע הנהלים נובע מחוסר משאבים ומחוסר יכולת לעמוד בהם (ראיונות: רוזנפלד, 13. 8. 11. וינר, 13. 8. 12. אוחנה, 13. 9. 12). יש הטוענים, שהמשרד נוהג איפה ואיפה בכל הקשור להפעלת סנקציות, כך שכל אחד רואה את הארגון, שבראשו הוא עומד, כמופלה לרעה. כך למשל, סגן מנהל בית חולים ממשלתי טוען, כי בתי החולים הממשלתיים מופלים לרעה ביחס לקופות הגדולות והחזקות: (ראיון: רייסנר, 13. 8. 15). לעומתו מנהל בית חולים ציבורי טוען להפליה לרעה מול בתי החולים הממשלתיים (ראיונות: רייסנר, 13. 8. 15. סיטון, 13. 8. 20). לעומתם טוען ראש אגף הגריאטריה, כי המשרד כן עשה שימוש מעת לעת בכלי הסנקציות וצמצם את מספר המיטות שברישיין למספר מוסדות, שחרגו מרגולציה (ראיון: כהן, 13. 10. 28). בכיר לשעבר בקופת החולים הכללית טוען, כי יש מקום לסנקציות על ארגונים, שאינם מקיימים את הנחיות הרגולטור. לדבריו, יש להתייחס לסנקציה כצידה השני של המטבע המעניקה תמריצים. לדבריו, חשוב שהשימוש בכלי יהיה סיסטמתי ונרחב, ולא רק כשגורם חיצוני דוגמת: תקשורת, נציב תלוות צבור או בתי דין מעורבים בכך (ראיון: וינר, 13. 8. 12).

לסיכום, השימוש, שנעשה בפועל בכלי הסנקציות, הינו מועט אם בכלל. ללא שימוש בכלי הסנקציות הסבירות לציות מלא לרגולציה נמוך עד מאוד. כלי הסנקציות הינו הצד השני של המטבע, אשר מעברו נמצא כלי התמריצים. גוף מוסדר, שיידע כי אם יציית לרגולציה, יתומרץ. אם לא יציית לרגולציה, לא רק שלא יתומרץ, אלא שתופעל סנקציה כנגדו, וכתוצאה מכך ישאף למלא אחר הרגולציה באופן מלא. ועדת טרכטנברג, בהתייחסותה לחוסר השימוש בכלי הסנקציות קבעה, כי: "למדינה צריכה להיות יכולת להפעיל סנקציות כנגד מפרי הכללים, שאחרת לא יישמר האינטרס עליו יצאה המדינה להגן מלכתחילה" (הוועדה לשינוי חברתי כלכלי, 2011 : 166).

באחריות הרגולטור לקבוע כללים ותקנות, אך גם לוודא כי קיימים הכלים / המשאבים/ האמצעים למימוש אותם כללים, אחרת הרגולציה תיוותר כתובה על הנייר מבלי שניתן לממשה הלכה למעשה. מדבריהם של חלק מהמנהלים בבתי החולים ובקופות, עולה, כי הנהלים, שקובע המשרד, מתעלמים במקרים רבים מההשלכות הכלכליות והתקציביות. המשרד קובע נהלים, שלקופות ולבתי החולים אין יכולת למלא. המשרד מודע לכך ומבין שאינו יכול לאכוף על הגופים לבצע, ומכאן שהנהלים נשארים במקרים רבים על הנייר ללא יישום. אי יישום נהלים, לדעת רבים מהמרוויינים, מוביל לזילות המערכת ולזילות הרגולציה. לעומתם נציגי המשרד רואים בכך תירוץ, ולדבריהם, ניתן ליישם חלק ניכר מההנחיות על ידי קביעת סדר עדיפות שונה בהוצאה התקציבית של הקופות. יש שרואים ברגולציה על תקנותיה ועל הנחיותיה "סמן ימני", שחשוב לקבוע, גם אם כרגע אין יכולת תקציבית למימוש (ראיונות: רוזנפלד 13.8.11, וינר, 13.8.12, בנדק, 13.8.14, קרן, 13.8.14, רייסנר, 13.8.15, סיטון, 13.8.20, רוטמן, 13.8.26).

מבקר המדינה בהתייחסו לקביעת תקנים בלא גיבוי תקציבי ציין, כי אף שמשרד הבריאות הוא גם הבעלים של בתי החולים הממשלתיים, הדרישות בחוזר המשרד, שדן בנושא אמות מידה לרשוי ותפעול מחלקה גריאטרית שיקומית, לכוח אדם במחלקות לגריאטריה שיקומית, לא תואמו עם נציבות שירות המדינה האחראית לתקני כוח האדם בבתי החולים הממשלתיים. לפיכך המדינה לא אישרה את הדרישות לכוח אדם, והן לא גובו בתקנים ובתקציבים מתאימים. בפועלהתברר, כי בתי החולים הממשלתיים אינם מיישמים את ההוראות, שקבע המשרד (מבקר המדינה, 2012, :379). רבים מהמרוויינים הדגישו, כי התקנות והכללים, שקובע המשרד, בעיקרם נכונים והשתמשו בביטויים כמו "חכמים" "עושים שכלי" "הגיוניים", אבל ציינו כי לא ניתנים למימוש בגלל תקציב ומשאבים- מה שמוביל לאי עמידה בחוק, לזילות ושחיקת מוסד הרגולציה (ראיונות: רייסנר, 13.8.15, אוחנה, 13.9.12).

לעומתם יש הטוענים, כי חוסר המשאבים הינו תירוץ של הקופות לאי ביצוע הנחיות ושהכל עניין של סדר עדיפות: "...לקופות יש שולי תמרון, המאפשרים להם לבצע את הנחיות הרגולטור, לו רק רצו בכך" והוסיף: "הקופה יכולה להשקיע פחות בקרמיקות או בפאר במרפאות, או במשכורות מופרזות ולהשקיע בעלויות הנגזרות מהנחיות משרד הבריאות" (ראיון: אורן, 13.8.16). עמדה אחרת, שהושמעה הייתה כי משרד הבריאות צריך לקבוע רגולציה, שנראית לו נכונה, גם אם אין כרגע גיבוי תקציבי ויכולת כלכלית. הגופים ימצאו, בסופו של דבר, את המשאבים לממש את הרגולציה. כך למשל אמר אחד המנהלים: "...הכללים הם הסמן הימני, וזה מאלץ אותנו לשאוף להגיע למקום שהגדיר המשרד". גם חשב



משרד הבריאות טען בדומה לכך: "המנכ"ל מוציא הנחיות ונהלים, שמשרתים מבחינתו את טובת החולה. משפורסמו ההנחיות, האחריות עוברת לגופים. הם אלה שצריכים לבקש תקציב למימוש ההנחיות, אם הם סוברים, שאינם יכולים לממש זאת מתקציבם. לעיתים חוסר תקציב הוא תירוץ שלא לבצע" (ראיון: ברף, 13. 8. 13). בראיית ראש מינהל רפואה, למנכ"ל משרד הבריאות הפרורגטיבה לקבוע סדרי עדיפות. באשר להוצאה התקציבית שיש לבצע: "המשרד מפיץ חוזרים, גם אם אין לכאורה תקציב. זכותו של המנכ"ל לקבוע לקופות במה להשקיע את הכסף, לתת דגש במה שנראה חשוב למשרד, ולאו דווקא במה שנראה חשוב לקופות" (ראיון: אפק, 13. 8. 22). "רגולטור צריך לשים את כוכב הצפון של המערכת, להתנתק משיקולים של כאן ועכשיו. רגולטור חכם שם את כוכב הצפון ולא מוותר. הקופות יכולות למצוא את המשאבים למימוש קביעות המשרד במסגרת המקורות שלהם" (ראיון: אסרף, 13. 10. 17). גם ראש אגף הגריאטריה סבור שעל המשרד להוציא נהלים שיקבעו את הרמה הנדרשת גם אם לכאורה אין כרגע תקציב למימושם: "צריך להוציא חוזרים ונהלים, גם אם אין כרגע תקציב, כי אם נוציא רק נהלים, שיש להם גבוי תקציבי, הרמה תרד. לעיתים לאחר שנוהל יוצא, מוצאים לכך גם תקציב" (ראיון: כהן, 13. 10. 27).

לדברי פרנט בריאות לשעבר במשרד האוצר, כאשר משרד הבריאות קובע נהלים ותקנות ללא גיבוי תקציבי זה רע, כי זה מייצר גירעונות בקופות, שהאוצר צריך לכסות מקופת המדינה ולא מתקציב משרד הבריאות. זו גם אחת הסיבות שמשרד האוצר מעורב בעיצוב מדיניות בריאות, ושמשד הבריאות איננו הרגולטור היחיד בבריאות. לכן לדבריו, האוצר תובע ממשרד הבריאות לצמצם רגולציה בעלת משמעות כלכלית / תקציבית (ראיון: הכהן, 13. 9. 12).

לסיכום, אין חולק, כי למימוש רגולציה נדרשים משאבים ועיקר הויכוח נסוב סביב השאלה: האם המשאבים קיימים או לא קיימים, מי צריך להקצות את המשאבים, והאם הגופים תוך שינוי סדר עדיפות פנימי, יכולים לעמוד ברגולציה, שמכתיב הרגולטור. בעבודה נמצא, כי הרגולטור בדרך כלל אינו מקצה משאבים, הנגזרים ממימוש הרגולציה. בחלק מהמקרים הדבר אינו נלקח בחשבון, בחלק מהמקרים סבור הרגולטור, כי הגוף המוסדר יכול לקיים את הנחיות הרגולציה בהסתמך על משאבים קיימים, ולעיתים קביעת הרגולציה נעשית כ"סמן ימני" או כ"כוכב הצפון", כפי שהתבטאו חלק מנציגי המשרד, כשברור שלא ניתן לממש זאת בטווח המידי. כפי שציינתי בהשערת המחקר, אכן התעלמות מהצורך במשאבים למימוש הרגולציה מביאה לכך שבסופו של דבר הגופים המוסדרים אינם מממשים את הרגולציה במלואה, ומשפיעים בצורה ניכרת על עיצוב רשת המדיניות.

## 4.2.6 תדמית הרגולטור בעיני הגופים המוסדרים

תדמית המשרד כרגולטור בעיני הגופים, שנמצאים תחת רגולציית המשרד, איננה טובה, וזאת בשל שתי טענות מרכזיות החוזרות ועולות במשך שנים רבות והבאות לידי ביטוי הן בכתובים והן בראיונות שביצעתי: הראשונה נסבה סביב נושא היותו של המשרד בעל כובע כפול כרגולטור וכבעלים של בתי חולים, ואילו הטענה השנייה היא חולשתו של אגף הגריאטריה: ובכלל זה מעמד האגף במשרד, חולשתו המקצועית ויכולתו המצומצמת בביצוע פיקוח ובקרה בכל הקשור לשיקום הגריאטרי. להלן פירוט הטענות:

### 4.2.6.1 חוסר אובייקטיביות וניגוד עניינים של משרד הבריאות בסוגיית "הכובע הכפול"

לא ניתן לקיים רגולציה אפקטיבית, כאשר הרגולטור חשוד כל העת כפועל ממניעים לא הגונים ולא שקופים. משרד הבריאות בהיותו בעל כובע כפול, כרגולטור וכבעלים של בתי חולים, נחשד כל העת על ידי הקופות כפועל מתוך אינטרסים כבעלים של בית חולים. כל רגולציה נבחנת ונחשדת, וכשאינה נושאת חן בעיני הגופים המוסדרים, הם אינם מציינים וטוענים כנגד המשרד. תדמית הרגולטור כאובייקטיבי וחסר פניות נפגעת, והרגולציה אינה ממומשת במלואה.

"כובע הכפול" של משרד הבריאות כבעלים של בית חולים וכרגולטור פוגעים באובייקטיביות של המשרד ובלגיטימיות שלו להיות רגולטור אמין ואובייקטיבי. טענה זאת מובילה עשרות שנים הן בהמלצות הוועדות השונות, שדנו במערכת הבריאות בישראל לאורך ההיסטוריה, והן בטענותיהם של הגופים השונים במערכת הבריאות, כפי שבאים לידי ביטוי גם בראיונות עם בכירים במערכת במסגרת עבודה זאת.

בשנת 1978 הגישה "וועדת זוהר" את מסקנותיה ואת עיקריה בכל הקשור למבנה משרד הבריאות ורשות הבריאות ותפקידיהם (משרד הבריאות, 1978). הוועדה המליצה שמשרד הבריאות יחדל להיות נותן שירותים ויעסוק בקביעת מדיניות, קביעת תקנים בתחום הבריאות וביצע פיקוח ובקרה על השירות הרפואי. ארבע שנים אחר כך, "ועדת טוקטאלי" (משרד הבריאות, 1982) המליצה בדבר חוק בריאות ממלכתי והפרדה בין משרד הבריאות לבין הרשות לאשפוז. בשנת 1985 הוגשה הצעתו של מנכ"ל המשרד מר יצחק טובי בדבר הפרדה בין המשרד כמיניסטרוון לרשות האשפוז (משרד הבריאות, 1986). בשנת 1988 המליצה "וועדת טריינין" (משרד הבריאות, 1988), בין השאר, על הקמת רשות אשפוז תוך הוצאת בתי

החולים הממשלתיים מרשות משרד הבריאות לרשות סטטוטורית, משרד הבריאות במתכונתו החדשה יעסוק בקביעת מדיניות בריאות, ובתי חולים- יפעלו כיחידה עצמאית.

בראשית שנות ה-90 המליצה ועדת נתניהו על תאגוד בתי החולים הממשלתיים, כדי להביא לשיפור בתפקוד מערכת הבריאות ולניצול יעיל של משאביה. בשנת 2002 המליצה ועדת אמוראי - הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה- על תאגוד בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים בבעלות שירותי בריאות כללית. בשנת 2004 ועדת ליאון המליצה על הפיכת בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית לבתי חולים ציבוריים, הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח (הר"י, ספטמבר 2013).

נושא כפל התפקידים של משרד הבריאות עלה גם על ידי רוב המרואיינים במחקרי, ורובם מציינים, כי משרד הבריאות בשל כפל תפקידיו איננו אובייקטיבי, כפי שהיה צריך להיות, והמשרד מונע מאינטרסים לטובת הגופים שלו. הרגולציה אף היא מונעת לא אחת משיקולים אלה, וגם האכיפה סלקטיבית. חייבים לבצע הפרדה. המשרד לא צריך להיות בעלים של בתי חולים. עליו להיות רגולטור אובייקטיבי, באופן שיוביל רגולציה נכונה ויבצע אכיפה יעילה (ראיונות: פורת, 13. 7. 30. וינר 13. 8. 12. בנדק 13. 8. 14). לאחרונה הודיעו ראשי קופות-החולים, כי הם מתכוונים לעתור לבג"ץ, נגד הסיכומים האחרונים בין משרדי הבריאות והאוצר, שאמורים להיכלל במסגרת תקציב המדינה לשנים 2014-2015. בקופות-החולים טוענים, שמשרדי הבריאות והאוצר הציגו בפני הציבור מצג, שלפיו התקציב הקרוב יכלול תיקון היסטורי, שישים קץ לשחיקה בתקציבי קופות-החולים, בשעה שבפועל כנגד אותו תיקון ישנה שורה של סעיפים בתקציב, שמכבידה על הקופות אפילו יותר.

אלי דפס, מנכ"ל הכללית, מצייין, כי מדובר ב"העדפה בוטה" של בתי-החולים הממשלתיים. בראיון עמו הוא טוען שמספר ועדות ציבוריות קבעו מאז שנות ה-70 כי משרד הבריאות מצוי בניגוד עניינים, כמי שמתפקד כרגולטור מחד וכבעלים של בתי-החולים הממשלתיים מנגד. השיא הגיע דווקא במשמרת של יעל גרמן כשרת הבריאות. לדוגמא, מחיר יום אשפוז, שמשלמות הקופות לבתי-החולים, צפוי לעלות ב- 5.5%, בין היתר בגין העלאת דמי הביטוח הלאומי למעסיקים. זאת בזמן שהקופות עצמן לא מפוצות על כך. בנוסף, לדבריו, הקופות נדרשות מעתה לרכוש 98.4% מסך השירותים, שהן רכשו בכל אחד מבתי-החולים בשנה שעברה. "אתה מבין מה זה אומר? בית-חולים ממשלתי לא צריך לעבוד או להתייעל כמו שדורשים תמיד מאתנו, כי מובטחת לו הכנסה מראש - ולא משנה אם הוא שירותי או לא. אין סיכוי שבתי-החולים הממשלתיים יתייעלו בצורה כזו" (ניב, 13. 6. 2). יש טוענים, כי גם אם יש בטענת הקופות מן האמת, הרי שיש בכך גם תירוץ, וכדאי ולו משום הנראות להפריד בין הכובעים (ראיונות: רוזנפלד 13. 8. 11. אוחנה 13. 9. 12. אורן, 13. 8. 16. אסרף 13. 10. 17. רסולי 13. 10. 28).

נושא הפרדה של משרד הבריאות מבתי החולים שלו, מודגש גם ביעדי המשרד "בעמודי האש", המהווים את היעדים לטווח ארוך של המשרד, יעדים, שלאורם נקבעים היעדים השנתיים. באחד מיעדיו של משרד הבריאות מוגדר: "שינויים מבניים - העצמת תפקודו של המשרד כמיניסטריון, האחראי על כלל מערכת הבריאות ועל הפרדת המשרד מתפקידו כספק שירותים" (אתר משרד הבריאות, אוחזר בתאריך 13.11.30, ראה נספח ב').

כך, גם כל נציגי משרד הבריאות, שרואיינו במסגרת עבודתי, רואים חשיבות להפרדה זו ומציינים, כי קיימת תכנית להקמת מינהלת בתי חולים (ראיונות: אפק, 13.8.22. אסרף, 13.10.17. כהן, 13.10.28), אחד מהם אף טען, כי כובעו הכפול של המשרד הוא "אבי אבות הטומאה של המערכת. במצב הנוכחי כל מה שמשרד הבריאות עושה הוא חשוד בניגוד עניינים. לכן מישהו אחר צריך לנהל את בתי החולים ולא משרד הבריאות". עוד הוסיף ואמר: "האוצר מתנגד לכך, הוא רוצה שמשרד הבריאות ימשיך להיות חלש ושיהיה חשוד בניגוד עניינים". (ראיון: אפק, 13.8.22).

לסיכום, תדמית משרד הבריאות כרגולטור בתחום השיקום הגריאטרי נמוכה. המשרד נחשד כפועל ממניעים אינטרסנטיים מעצם היותו גם בעלים של בתי חולים. סוגיה זו גורמת, בין אם כסיבה אמתית ובין אם כתירוץ, לאי ציות לרגולציה על ידי הגופים המוסדרים. העבודה מאוששת אפוא את השערתי, כי כל עוד הרגולטור בעל תדמית לא הוגנת, וחסר אובייקטיביות, הרי שהגופים המוסדרים לא יצייתו באופן מלא לרגולציה שאינה משרתת את האינטרסים שלהם.

#### 4.2.6.2 מקצועיות אגף הגריאטריה בתחום השיקום

קשה לשכנע בחשיבות הרגולציה ומילוי אחר הנחיותיה, כשהרגולטור נתפס כלא מקצועי דיו בתחום המדיניות אותה הוא אמור להוביל. אגף הגריאטריה במדינת ישראל עסק שנים רבות בתחום הסיעוד הגריאטרי ולא בתחום השיקום הגריאטרי, ועל כן איננו נתפס על ידי השחקנים האחרים שברשת מדיניות השיקום הגריאטרי כאוטוריטה בתחום זה. מכאן שגם ניסיונות האגף לקבוע רגולציה בתחום, שאינו מובל על ידו, מעלים קשיים רבים ביישום, חוסר ציות ויישום חלקי בלבד של רגולציה. אגף הגריאטריה בעל תדמית חלשה גם בקרב מרבית המרואיינים בעבודה זו, אם כי רובם ציינו, כי חלה לאחרונה התחזקות, בעיקר בתקופת המנכ"ל הנוכחי, והדבר בא לידי ביטוי הן בפיקוח ובקרה רבים יותר והן בחוזרים ובנהלים.

במדינת ישראל מאות מיטות לגריאטריה שיקומית ומאות מיטות לשיקום. בכל שנה מאות אלפי ימי אשפוז נצרכים הן במחלקות שיקום כללית והן במחלקות לגריאטריה שיקומית. חלוקת התפקידים

במשרד לנושא השיקום היא שהאגף לגריאטריה (הכפוף למינהל רפואה) עוסק בכל הנוגע לשיקום קשישים, ובין השאר גם עושה את הבקרות במחלקות לגריאטריה שיקומית בבתי החולים השונים. כל העוסקים בשיקום הכללי במשרד כפופים במישרין למינהל הרפואה (ולא לאגף ייעודי נפרד), והמינהל מבצע בקרות בנושאי השיקום לפי סוגיו: האגף לרפואה כללית שבמינהל הרפואה מבצע בקרות של מחלקות האשפוז לשיקום כללי, והאגף לקהילה שבמינהל הרפואה מבצע בקרות של שיקום בקהילה. יוצא אפוא שלמרות הפעילות הרבה בתחום השיקום הכללי והגריאטרי, אין במשרד אגף ייעודי, שמתמחה בתחום השיקום (מבקר המדינה, 2012: 399-400). בתשובתו מספטמבר 2011 ציין סגן נציב שירות המדינה, כי בשל ממצאי הביקורת בתחום השיקום, יש מקום לשקול הקמת מסגרת ארגונית ייחודית לנושאי השיקום במשרד הבריאות. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לשקול ולהקים יחידה או אגף ייעודי, שיתמקצע בנושא השיקום ויתאם דרכי פעולה עם אגף הגריאטריה מחד גיסא ועם מוסדות השיקום מאידך גיסא. (שם, עמ' 400).

מספר מנהלים, שרואיינו לעבודה זו ציינו, כי אגף הגריאטריה חלש, איננו אוכף את המדיניות בבתי החולים הכלליים, הבקרה והפיקוח מעטים. האגף מוכוון יותר לסיעוד ולבתי אבות, איננו מקצועי בתחום השיקום, וחסר אמצעים לביצוע בקרה בהיקף הנדרש.

גם נציגי המשרד טענו, כי הקופות חזקות, ואילו הפיקוח והבקרה של המשרד לא מספקים. יש שתולים זאת בחוסר תקציב ובחוסר מיטות (ראיון: כהן, 13.10.28) ויש שתולים זאת בחוסר מנהיגות. כך למשל, התבטא סמנכ"ל ארגון ותקצוב במשרד הבריאות, בהתייחסותו לנושא זה: " כדי שרגולציה תתממש התנאי הראשון הוא מנהיגות. ברמת המשרד זה מתחיל מלמעלה, ברמת המנכ"ל, וחייב לרדת למטה דרך ראש אגף גריאטריה. צריך להיות שאפתן ובעל כושר מנהיגות בלתי מעורערת. מנהיגות שמשדרת סמכותיות בהובלה מקצועית, נחישות ויוזמה. כדי להיות מנהיג עליך להיתפס על ידי כולם כאוטוריטה בתחום, לאחר מכן צריך כמובן כלים כמו פקוח, בקרה, והטלת סנקציות כנגד מי שאינו עומד ברגולציה, אבל קודם כל מנהיגות ונחישות" (ראיון: אסרף, 13.10.17).

לסיכום, אגף הגריאטריה במשרד הבריאות בניגוד לאגפים אחרים במשרד, בעל תדמית לא גבוהה בכל הקשור למקצועיות בנושא השיקום הגריאטרי וביכולתו לבצע פקרה ופיקוח בתחום זה, מה שמוביל, בהלימה עם השערות המחקר, לאי ציות מלא לרגולציה ולמימושה באופן חלקי בלבד.

## 5. סיכום, מסקנות והמלצות

### 1. 5 סיכום ומסקנות

בעבודה זו בחנתי תחת אילו תנאים נצפה למימוש חלקי של הרגולציה הממשלתית על גופים הנמצאים תחת הסדרה. זאת באמצעות מקרה הבוחן של עיצוב מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל ותוך שימוש בגישת רשתות המדיניות. טענתי, כי בתחום השיקום הגריאטרי בישראל, הגם שקיימת רגולציה על ידי משרד הבריאות, במקרים רבים אכיפתה לוקה בחסר. חוקיה וכלליה של הרגולציה אינם מיושמים ככתבם וכלשונם ופעילות הגופים לעיתים בניגוד מוחלט לכלליה. הפיקוח למימוש הרגולציה חסר וכמו כן לא מבוצע שימוש בכלי הסנקציות כנגד מפרי הרגולציה. הגופים המוסדרים פועלים בהתאם לאינטרסים שלהם ולא דווקא על פי כללי הרגולציה, כלומר, אנו עדים לכך ששחקנים, הנמצאים ברשת המדיניות של השיקום הגריאטרי בישראל, כמו גופי המגזר השלישי, קופות החולים ואף גופים פרטיים כמו בתי חולים פרטיים, בתי אבות ומוסדות אחרים לא רק מעורבים בקביעת המדיניות וביישומה הלכה למעשה, אלא גם אינם מצייתים תמיד להנחיות הרגולטור.

במחקר זה הוצעו מספר תנאים לחוסר ציות לרגולטור ולתוצאה של אי מימוש הרגולציה באופן מלא על ידי הגופים, שנמצאים תחת ההסדרה. תנאים אלו מאפשרים לגופים, המוסדרים האמונים על יישום המדיניות, להיות שותפים מובילים בעיצוב המדיניות. הגוף המוסדר הוא אפוא גם הגוף המעצב את הרגולציה, רגולציה אינה נאכפת, חוקים וכללים אינם נשמרים, אחריות המדינה לנושאי רווחה הולכת ופוחתת והאזרח בסופו של דבר נפגע משירות לא הולם. גישת רשתות המדיניות מספקת, כאמור, הסבר אפשרי לקשרים, הנוצרים בין נציגי הממשל ובין ארגונים שונים בתוך הממשל ומחוצה לו, ובנוסף היא נותנת ביטוי למידת השפעה, שיש לקשרים אלה ולמאפייניה על קביעת המדיניות. גישה זו נשענת על ההנחה, כי מדיניות ציבורית נקבעת כתוצאה ממפגשים בין פקידי ממשל ובין פעילים של קבוצות שונות בחברה, בארגונים כלכליים ו/או בממשל עצמו ומיחסי העוצמה השוררים ביניהם. מאחר והעוצמה מבוזרת ולאף גורם אין עוצמה באופן בלעדי, נוצרת רשת של מגעים וקשרי גומלין, המבטאת את יחסי העוצמה ואת האינטרסים של כל גורם ביחס לתחום המדיניות הנדון. בעבודה זו רשתות המדיניות הינה תשקיף של יחסים, המבוססים על "חילופין" (exchange), תוך שאיפה לניתוח טיב היחסים והקשרים הפורמאליים והבלתי פורמאליים בין הסקטורים השונים בתהליך עיצוב המדיניות בהתאם לגישתו של תאצ'ר (1998),

הרואה ברשת שילוב אלמנטים של קונפליקט עם שיתוף, וכן על פי תפיסתו של ואן וארדן (1992), המדגיש את האינטראקציה בין שחקנים וארגונים המתאמים בצורה זו או אחרת את פעילותם.

המחקר התבצע בגישה איכותנית תוך התבססות על ניתוח תוכן טקסטואלי וראיונות עומק עם שחקנים בכירים מכלל הגופים שברשת מדיניות השיקום הגריאטרי לבחינה אמפירית של המסגרת התיאורטית, המוצעת על מקרה בוחן של השיקום הגריאטרי במדינת ישראל.

במסגרת העבודה נבחנו מאפייני הרשת בהתאם לגישתו של ואן וארדן (1992), בוצע מיפוי לבחינת השחקנים המעורבים ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל, נבחנו היחסים בין הגופים השונים, יחסי הגומלין והעוצמות, הקשרים, הקואליציות והאינטראקציות השונות, כל זאת על מנת לבחון באיזו מידה משפיע כל אחד מהשחקנים על מדיניות השיקום הגריאטרי, ובאיזו מידה משפיעים כל אחד ממאפייני הרשת על מימושה של הרגולציה והיענות לה. לאחר שהוגדרו המאפיינים, השחקנים והקשרים ביניהם, נבדק האם ועד כמה ממומשת הרגולציה, תוך בחינת התנאים והגורמים המשפיעים על חוסר ציות לרגולציה ואי מימושה באופן מלא הלכה למעשה.

בכל הקשור למקרה הבוחן, בעבודתי נשאלו שתי שאלות מרכזיות: האם הרגולציה של משרד הבריאות על הגופים, הנמצאים תחת הסדרתה, ממומשת הלכה למעשה אם לא? אם אינה ממומשת במלואה, מדוע אינה ממומשת במלואה ומדוע אינה נאכפת על ידי משרד הבריאות על הארגונים המעורבים במתן שירות רפואי זה?

מצאתי, כי שחקנים, הנמצאים ברשת המדיניות של השיקום הגריאטרי בישראל, כמו גופי המגזר השלישי, קופות החולים ואף גופים פרטיים כמו בתי חולים פרטיים, בתי אבות ומוסדות אחרים, שאמורים לפעול תחת מדיניות ורגולציה של משרד הבריאות, לא רק מעורבים בקביעת המדיניות וביישומה הלכה למעשה, אלא גם אינם מצייתים תמיד להנחיות הרגולטור, כפי שדבר זה בא לידי ביטוי בדוחות מבקר המדינה ובראיונות שבצעתי. לפנינו אפוא רשת מדיניות מסועפת ומרובת שחקנים בעלי אינטרסים שונים, אשר מקיימים יחסי גומלין משתנים עם שחקנים אחרים, יוצרים קואליציות הד-הוק לצד תחרות גלויה וסמויה.

ממיפוי השחקנים ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי עולה כי הרשת מאופיינת בגבולות סגורים עם מספר מצומצם של שחקנים בעלי כוח ריכוזי. שלושת השחקנים המרכזיים הם: משרד האוצר, משרד הבריאות וקופת החולים הכללית. השחקן הראשון הוא משרד האוצר ובעיקר אגף התקציבים בו. בתוקף היותו ממונה על חלוקת המשאבים הכספיים במדינה, היה משרד האוצר, מאז ומתמיד, מהחשובים והחזקים שבמשרדי הממשלה. שינויים בתקני כוח אדם וצידוד, משכורות, רפורמות ארגוניות ואחרות, או כל מהלך אופרטיבי אחר, אשר ננקט על ידי משרד ממשלתי כלשהו ומתבטא בסיכומו של דבר במשמעות

תקציבית, חייב לעבור את אישורו של משרד האוצר. ברוב המדינות הדמוקרטיות אגף התקציבים הוא גוף מקצועי חזק מאוד, הנמצא באזור התפר שבין הדרג הפוליטי לבין הדרגים המקצועיים, ואילו בישראל קיימת שליטה, כמעט מוחלטת של פקידי האוצר על ההתנהגות ועל יכולת התפקוד של מערכת הבריאות ובכלל זה קופות החולים. בישראל מעורבות פקידי האוצר היא קיצונית; בעוד במדינות אחרות נעשית הרגולציה על ידי פקידות משרד הבריאות, אצלנו, כאמור, קיימת שליטה מוחלטת של פקידי האוצר, ודומה שקיימת הפרדה בין סמכות לאחריות. מלוא האחריות חלה על משרד הבריאות בעוד שהסמכות ברובה נמצאת בידי אגף התקציבים במשרד האוצר.

השחקן השני, בשלישיה המובילה לצד האוצר ו"הכללית" הוא משרד הבריאות. כרגולטור בתחום הבריאות בכלל, ובתחום השיקום הגריאטרי בפרט. המשרד מפקח באופן ישיר על כל בתי החולים הגריאטריים בישראל מכוח פקודת בריאות העם משנת 1940. משרד הבריאות עוסק בשנים האחרונות, ובעיקר בתקופתו של המנכ"ל הנוכחי, רוני גמזו, ברגולציה, מפרסם חוזרים, נהלים וכללים בתחומים רבים. יחד עם זאת האינדקציות, שעולות ממחקרי, ממחישות, כי קופות החולים פועלות לא אחת בניגוד להנחיות משרד הבריאות: חלק מהקשישים, שנזקקים לשיקום אינם מקבלים שירות זה מקופת החולים, הקופה מפנה קשישים, הנזקקים לאשפוז שיקומי למוסדות ללא רישוי מתאים, נציגי קופות החולים ולא הרופאים המורשים הם הקובעים את מהות השיקום, והכול בניגוד להנחיות המשרד.

ממכלול ניתוח המקורות הטקסטואליים והראיונות בעבודת מחקר זו עולה, כי על משרד הבריאות להשתחרר מתפעולם השוטף של בתי החולים הממשלתיים, להשתחרר מכובעו הכפול ולשמש כרגולטור באופן מלא. עוד עולה ממכלול הממצאים, כי משרד הבריאות מתקשה לתפקד מול משרד האוצר ומול הקופות. יחד עם זאת צוין על ידי רבים מהמראיינים, והדבר אף נסמך על הנתונים בשטח, כי המשרד, בעיקר בשנים האחרונות, בתקופת המנכ"ל הנוכחי, עוסק ברגולציה, מתקין תקנות, מפיץ נהלים ומהדק את הפיקוח והבקרה יותר מאי פעם.

השחקן המשמעותי בשלישיית השחקנים, המובילים ברשת מדיניות הבריאות בכלל והשיקום הגריאטרי בפרט, הוא קופת החולים הכללית. מעבודתי עולה, כי רבים ממנהלי בתי החולים כמו גם בכירים במשרד הבריאות רואים ב"כללית" את הגוף המשמעותי בעצוב מדיניות הבריאות בקהילה באופן כמעט מוחלט ובמסגרת הרפואה האשפוזית באופן די נרחב.

ארבעה שחקנים אחרים צוינו כחשובים, אם כי לא מובילים, ברשת מדיניות השיקום הגריאטרי במדינת ישראל: שלושת הקופות האחרות, בראשן "מכבי" ולאחריה "לאומית" ו"מאוחדת", וזאת בעיקר בשל כוח הקניה שלהן והיותן מונופסון. האיגודים המקצועיים: הר"י והסתדרות האחים והאחיות בישראל נתפסים על ידי רובם ככולם של בעלי התפקידים, שרואיניו במסגרת עבודה זו, כארגונים חזקים,



המשפיעים על עיצוב מערכת הבריאות בישראל, כקובעים את כל נושאי ההתמחויות של הרופאים, וכמעורבים בכל נושא התקינה וכן כבעלי השפעה מכרעת בתחום הסכמי השכר. בתי החולים הכלליים, יחידות הסמך הגדולות של משרד הבריאות מהווים מרכיב מרכזי בעלויות מערכת הבריאות. מרבית המרואיינים בעבודה זו רואים בבתי החולים "שחקן" משפיע במערכת, אבל הרבה פחות ממשרד האוצר ומקופות החולים.

אמצעי התקשורת הוגדרו אף הם על ידי חלק מהמרואיינים והמקורות הכתובים כשחקן, המשפיע על סדר היום הפוליטי והציבורי בתחום הבריאות. התקשורת במציאות הפוליטית המודרנית מחזיקה בכוח השפעה אדיר הן על הציבור והן על המערכת הפוליטית ועל הפוליטיקאים. בפועל, משרד הבריאות נזעק לטפל, כשקורה משהו והאירוע מתפרסם בתקשורת. כעובדה, מי שמעורר את מרבית השערוריות בשנים האחרונות במוסד כזה או אחר, זאת התקשורת, ולא גוף מפקח של משרד הבריאות.

שלושה שחקנים ברשת המדיניות, המשפיעים בעוצמה החלשה ביותר הינם: הפוליטיקאים בממשלה ובכנסת, שנושא הבריאות בכלל והשיקום הגריאטרי בפרט, כנראה אינו במרכז עניינם. בתי החולים הגריאטריים, בשל גודלם הקטן, השפעתם וכוח המיקוח הקטן שלהם אינם מהווים שחקן משמעותי, המשפיע על עיצוב מדיניות השיקום הגריאטרי. הם נתונים לחסדי הקופות, המפנות אליהם חולים לאשפוז שיקומי, נשענים על סבסוד ממשלתי ללא תאגיד, תרומות או הכנסות נוספות, ומייצגות אוכלוסייה חלשה במדינה: אוכלוסיית הקשישים. השחקן האחרון הוא אגף הגריאטריה, אגף הנתפס כחלש, לא מקצועי בתחום השיקום, אשר מיתג עצמו במשך שנים רבות לכיוון של בתי אבות ומוסדות שיקומיים, לא אסרטיבי, קטן מבחינת משאבים, אמצעים וכוח אדם.

בכלל הגופים שברשת מדיניות מערכת הבריאות ניתן להבחין בגופים מוסדרים וקבוצות אינטרס, אשר כולם יוצרים, למעשה, רשת סבוכה של יחסי גומלין בין הקבוצות השונות. חלקם שייכים למערכת הבריאות וחלקם חיצוניים לה. זוהי רשת ממוסדת רבת שנים, המאופיינת בקואליציות; חלקם קבועות וחלקם הד-הוק, הכול בהתאם לאינטרסים ומדיניות השחקנים השונים. רשת סבוכה זו מאופיינת בפעילות רבה, גלויה וסמויה. משרד האוצר מקיים אינטראקציות עם כל השחקנים, מקצה משאבים למשרד הבריאות ובתי החולים ביחסי הגומלין עם הגופים השונים, כמו עם האיגודים מעל ראשו של משרד הבריאות, מקיים אינטראקציות משתנות, קואליציות ומאבקים והכול במטרה להדק שליטתו על ההוצאה הלאומית לבריאות, לא לאפשר לה לגדול, תוך השפעה רבה ביותר על עיצוב מדיניות הבריאות בכלל והשיקום הגריאטרי בפרט. משרד הבריאות ביחסי הגומלין עם משרד האוצר נמצא במאבק מתמיד על משאבים ואמצעים, ושואף להגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות. ביחס לקופות משרד הבריאות ב"כובעו הכפול" קובע רגולציה ומצד שני מספק שירותי אשפוז לקופות. המאבק הכלכלי בין השניים

בנושא מחירו של יום האשפוז מוביל למאבקים, כשהמשרד רוצה להעלות מחיר, והקופות רוצות להוריד את מחיר יום האשפוז.

בתי החולים הכלליים נמצאים באינטראקציות מורכבות מול כל השחקנים שברשת עיצוב המדיניות, בקואליציה עם משרד הבריאות כנגד משרד האוצר והקופות בכל הנוגע להעלאת מחיר יום אשפוז, במאבקים מול האוצר על תוספת מיטות, בקואליציות עם הקופות כנגד בתי החולים הגריאטריים ובכל הקשור להפניית חולים לאשפוז. הם תומכים באיגודים, כשהעניין משרת את האינטרס שלהם ומתנגדים במקרים אחרים. יחסי הגומלין בין השחקנים השונים ברשת המדיניות משפיעים הן על ההיענות לרגולציה והן על עיצוב המדיניות שברשת, הכול בהתאם לאינטרסים של השחקנים השונים.

בבחינת התנאים, שהובילו לכך, שהרגולציה בתחום השיקום הגריאטרי ממומשת רק בחלקה על

ידי הגופים המוסדרים, עולה כי קיימת השפעה של מאפייני הרשת הבאים :

- גבולות רשת סגורים, זהות השחקנים ברשת ומספרם קבוע.

- מספר השחקנים ברשת יחסית מצומצם.

- כוח מרוכז אצל מספר שחקנים דומיננטיים ברשת.

בנוסף, עלו חמישה גורמים המשפיעים על היענות חלקית לרגולציה :

- היעדר תמריץ כלכלי של קופות החולים להשקיע בשיקום הגריאטרי.

- פיקוח ובקרה מוגבלים מצד משרד הבריאות בתחום השיקום הגריאטרי.

- אי הטלת סנקציות במקרים של חריגה מהרגולציה.

- חוסר גיבוי כלכלי ותקציבי למימוש וליישום כללי הרגולציה ותקנותיה.

- תדמית נמוכה של אגף הגריאטריה במשרד הבריאות, בעיניהם של בתי החולים הגריאטריים לשיקום, בתי החולים הכלליים וקופות החולים, ותדמית משרד הבריאות כחסר אובייקטיביות מעצם היותו רגולטור ובעלים של בתי חולים, הפועל בחוסר שקיפות ומתוך דאגה לבתי החולים שלו ולא מתוך ראייה רחבה והוגנת. אגף הגריאטריה בעל תדמית נמוכה בכל הקשור למקצועיותו כרגולטור בתחום השיקום הגריאטרי ויכולתו לפקח ולבקר רגולציה בתחום זה.

לסכום, הניתוח האמפירי, אושש את השערות המחקר, כי התנאים, הגורמים לחוסר ציות

לרגולטור ולאי מימושה הלכה למעשה הינם : שלושת מאפייני הרשת : גבולות, מספר שחקנים, ויחסי

הכוחות וכן חמישה גורמים נוספים : חוסר תמריץ כלכלי לגוף, שנמצא תחת רגולציה, פיקוח מוגבל

בהיקפו ובאיכותו מצד הרגולטור, היעדר שימוש של הרגולטור בכלי הסנקציות כנגד מפרי רגולציה,

מתן הנחיות ותקנות רגולטוריות ללא גיבוי כלכלי ותקציבי ותדמית נמוכה של הרגולטור בעיני הגופים המוסדרים. כל אלה תורמים באופן משמעותי לחוסר ציות ולאי מימוש הרגולציה הלכה למעשה.

## 2.5 תרומת המחקר וחשיבותו

תרומתו של מחקר זה מתבטאת בשלושה מישורים: תיאורטית, אמפירית ומעשית. יכולתה של החברה להתקיים ושל השלטון לשמר את מעמדו תלויים, במידה רבה, ביכולת לקיים מנגנוני איזון, כשהרגולציה היא אחד המכשירים המרכזיים במנגנון זה. אפקטיביות נמוכה של רגולציה משמעותה פגיעה במנגנוני איזון אלו ומכאן נובעת חשיבותו התיאורטית של המחקר זה: לראשונה הוצעו הגורמים והתנאים המסבירים את מימושה של הרגולציה באופן חלקי וחסר על גופים הנמצאים תחת אסדרה. וכמו כן לראשונה נותח הקשר בין מאפייני רשת המדיניות לרגולציה. מעבר לכך, מחקר זה מהווה חיזוק לנכונות התיאוריה בנושא רשתות מדיניות בבחינתה על המקרה הישראלי, כי מחקר העוסק בגישה זו בישראל מצומצם מאוד ביחס למדינות אחרות, ועל כן יש במחקר, העוסק בגישה זו, תרומה לניתוח הגישה ויישומה בישראל.

**ברמה האמפירית**, לראשונה נבחנה הרגולציה בתחום השיקום הגריאטרי במדינת ישראל והוצעו הגורמים לחוסר הציות ולמימוש החלקי של הרגולציה הממשלתית- משרד הבריאות על קופות החולים, וארגוני המגזר הפרטי והשלישי, שעוסקים במתן שירותי שיקום גריאטרי. המחקר מנתח את יחסי הגומלין בין רשת המדיניות ומאפייניה, שחקני הרשת וכן את ההשפעה של תהליכים הסטוריים, כלכליים, אידיאולוגיים ואחרים על עיצוב מדיניות השיקום הגריאטרי בישראל.

**במישור המעשי**, יש לזכור, כי הטיפול הרפואי, הנוגע לאוכלוסיית הקשישים בכלל ובישראל בפרט נוגע לכולנו. האוכלוסייה הולכת ומזדקנת, מספר הקשישים ושיעורם באוכלוסייה הולך וגדל, ועל פי הערכת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אוכלוסייה זאת תגדל עוד יותר בשנים הקרובות, ומכאן שהמחקר ומסקנותיו יכולים לשמש ככלי תומך החלטה לשיפור הרגולציה והאפקטיביות שלה במערכת הבריאות.

### 3.5 מגבלות המחקר ומחקרי המשך

לעבודה זו מספר מגבלות. ראשית המחקר נשען, כאמור, על ניתוח מקרה בוחן. מחקר זה הינו בעל תקפות פנימית חזקה, בעוד שתקפותו החיצונית חלשה יותר. העובדה, שהמסגרת התיאורטית נבחנת רק על תחום מדיניות השיקום הגריאטרי, מגבילה את תוקפה החיצוני של העבודה. עבודות המשך שתנסנה להסביר את התנאים והגורמים המשפיעים על רגולציה לא אפקטיבית בתחומי מדיניות אחרים עשויות לאושש מסגרת תיאורטית זו.

המחקר מנתח את נושא הרגולציה ואכיפתה מזווית הראייה של מקבלי החלטות (מנהלים בירוקרטים וכד') בלבד. ניתוח התוכן מביא לידי ביטוי החלטות ונהלים, שנכתבו על ידי מקבלי החלטות וגם בראיונות באים לידי ביטוי עמדתם של הבכירים ומקבלי החלטות בארגונים ובמגזרים השונים. המחקר אינו לוקח בחשבון גורמים נוספים וזוויות ראייה נוספות כמו: הלקוחות עצמם (במקרה הבוחן – הקשישים ובני משפחותיהם), והגורמים הרפואיים המטפלים (הרופאים), האם וכיצד משפיעה אפקטיביות הרגולציה על הטיפול והשיקום הרפואי? האם למעורבות הקופות בקביעת המדיניות יש השלכה על איכות הטיפול? שאלות אלו עשויות להיות בסיס למחקרי המשך. אשר יעמיקו את המחקר בשני מישורים:

- 1) מיפוי וניתוח תנאים נוספים לגורמים, שהוצגו במחקר זה, המשפיעים על אפקטיביות נמוכה של רגולציה, וזאת באמצעות שימוש בכלי מחקר אחרים ונוספים (סקרים ושאלונים).
- 2) בחינה של נקודות מבט וזוויות ראייה נוספות לאלו של המנהלים, מצד הלוקוחות ונותני השירות לצורך בחינת ההשפעה של אפקטיביות הרגולציה על השירות הניתן, ובמקרה הבוחן על הטיפול הרפואי ואיכותו מנקודת מבטם של הרופאים המטפלים מחד גיסא והקשישים ומשפחותיהם מאידך גיסא.

### 4.5 המלצות למקבלי החלטות

- 1) במבנה הארגוני הקיים האחריות על הטיפול הרפואי בקשיש תלויה בהגדרת מצבו הרפואי: האם הוא שיקומי או סיעודי, או סיעודי מורכב, או תשוש נפש, ועוד הגדרות כאלה ואחרות. במצב עניינים זה אין תמריץ לקופות להעניק את הטיפול המיטבי, הקשיש נופל בין כסאות הבירוקרטיה של המוסדות השונים: משרד הבריאות, קופת החולים, ביטוח לאומי, משרד הרווחה ועוד. המלצתי היא להעביר את מלוא הטיפול לאחריות גוף אחד, בעדיפות לקופת החולים, באופן שייטיב עם הקשיש, יבטל תהליכים בירוקראטיים מיותרים, יתמרץ את הקופות להעניק טיפול אופטימאלי,

יבטל את הצורך בהעברת מידע בין גופים שונים, ובסופו של דבר, יוזיל את הטיפול הרפואי הכולל וישפר את איכות החיים של הקשישים.

2) כיום כל נושא השיקום מפוצל תחת מספר גורמים שונים במשרד הבריאות: אגף לגריאטריה (הכפוף למינהל רפואה) אמור לעסוק בכל הנוגע לשיקום קשישים, ובין השאר גם עושה את הבקורות במחלקות לגריאטריה שיקומית בבתי החולים השונים, ואילו כל העוסקים בשיקום הכללי במשרד כפופים במישורין למינהל הרפואה (ולא לאגף ייעודי נפרד), הבקרה בתחום השיקום הכללי מפוצלת בין האגף לרפואה כללית, שבמינהל הרפואה, אשר מבצע בקורות של מחלקות האשפוז לשיקום כללי, ואילו האגף לקהילה שבמינהל הרפואה מבצע בקורות של שיקום בקהילה. כלומר, שלושה אגפים שונים מבצעים בקרה לנושא השיקום ואין במשרד אגף ייעודי לשיקום, שירכז את כל הידע בנושאי השיקום ואת הטיפול בו. מבנה זה פוגע במקצועיות ובתדמית המשרד ופוגע ביכולת של משרד הבריאות להוות אוטוריטה בתחום השיקום. המלצתי לאמץ את הערות והמלצות מבקר המדינה ולהקים אגף במשרד הבריאות, שירכז את כל נושא השקום במדינה. אגף זה יתמחה בכל נושא השקום ויוביל אותו כאוטוריטה מקצועית וכרגולטור בתחום זה, יפקח ויבצע בקרה של הטיפול השיקומי בכל המוסדות: בקהילה ובבתי החולים השונים, במחלקות השיקומיות ובמוסדות לשיקום, בטיפול בבית, טיפולי יום ובאשפוז. אין ספק כי תדמית המשרד בתחום זה תעלה והענות לרגולציה תהיה גבוהה הרבה יותר.

3) במצב הנוכחי, בכל נושא הפיקוח והבקרה יש חוסר בהירות באשר לתדירות הבקרה ומהותה, אין מעקב לתקון ליקויים, במוסדות מסוימים כלל אין פיקוח ובקרה, אין סנקציות ברורות במקרים של אי עמידה ברגולציה ומן הצד השני אין מנגנון, שמתמרץ לעמידה ברגולציה. המלצתי למסד את כל נושא הפיקוח, הבקרה והאכיפה. יש לקבוע נהלים קבועים וממוסדים באשר לאופן ביצוע הבקורות, מהותן, תדירותן במוסדות השונים. יש לקבוע מערכת של תמריצים וסנקציות לגבי חריגות. דהיינו, בניית מערכת "שקופה", המתמרצת מחד גיסא בעמידה בהנחיות הרגולטור, ומענישה מאידך גיסא במידה שישנה חריגה מכללי הרגולטור. רק מיסוד הנושא באופן ברור ושקוף לכולם, יאפשר מימושה של הרגולציה ויעודד עמידה בה.

4) אין ספק, כי בשנתיים האחרונות בתקופת המנכ"ל הנוכחי, הועמקה והתרחבה הרגולציה באמצעות עשרות רבות של תקנות וחוזרים בהיקף, שלא היה שנים רבות. היקף נרחב של רגולציה יוצר שלוש בעיות מרכזיות: לרבים מהחוזרים יש משמעות תקציבית, ואולם הגופים שתחת ההסדרה אינם מתוקצבים בהתאם, ועל כן גם אינם מקיימים את ההנחיות. שנית, התחושה של מנהלי הגופים שתחת ההסדרה, כי במספר נושאים הרגולציה מיותרת, וכי ניתן היה לסמוך על מנהלים כיוון שידעו לנהל את הגוף עליו הם אחראיים גם בלי תקנות חיצוניות מטעם המשרד. שלישית, קיים קושי רב למשרד הבריאות

לפקח על מימושן של הנחיות ותקנות רבות כל כך. אני ממליץ לצמצם את הרגולציה החיצונית לנושאים, שהינם בליבת העיסוק של משרד הבריאות ולהרחיב את הרגולציה הפנימית של בתי החולים, הפועלים כיחידות סמך עצמאיות. צמצום הרגולציה החיצונית יביא למיקוד בעיקר, יאפשר הקצאת מקורות למימוש ויאפשר בקרה ופיקוח טובים יותר של הרגולטור. מצד שני הרחבת הרגולציה הפנימית תיתן תחושה טובה יותר ושיתוף פעולה טוב יותר עם הגופים המוסדרים.

5) על פי הרגולציה הקיימת, הקופות רשאיות להעניק טיפול של "שיקום בית", ואולם אין פירוט, המגדיר את מהות שיקום הבית, והדבר נתון להחלטת הקופה. חוסר הרגולציה בתחום מביא לכך שהקשישים נפגעים כי לעיתים מבוצע שיקום הבית כתחליף לאשפוז משיקולים כלכליים ולא דווקא משיקולים רפואיים. כל קופה מעניקה טיפול שונה בהתאם להחלטתה ויכולותיה. אין ספק, כי נושא שיקומו של הקשיש בביתו תופס יותר ויותר תאוצה, כפי שקורה בסקנדינביה, וכי הפתרון השיקומי המיטבי עבור חלק מהחולים הוא בבית ולא באשפוז. על משרד הבריאות להתקין תקנות ולאכוף את הרגולציה בכל הקשור לשיקום בית: מי יכול לקבל שיקום בית? מה כולל שיקום בית? אילו טיפולים ניתן לקבל בבית? באיזו תדירות? רגולציה מקיפה בנושא תשפר באופן דרסטי את הטיפול השיקומי ותאפשר שיקום אופטימאלי לקשיש בין אם בקהילה, באשפוז או בשיקום בית.

## 6. ביבליוגרפיה

- אהרוני, י' (1991). **הכלכלה הפוליטית בישראל**. תל אביב: עם עובד.
- אסיסקוביץ, ש' (2011). **לחיים יש מחיר: הכלכלה הפוליטית של רפורמת חוק ביטוח בריאות ממלכתית בישראל**. ירושלים: מאגנס.
- ארבל-נגץ, א' (2006). מדיניות הסדרה ופיקוח בישראל: רשויות רגולטוריות ורשתות מדיניות, אצל רייכמן, א. ונחמיאס, ד. (עורכים) **מדינת ישראל – מחשבות חדשות** (עמ' 149-170). הרצליה, מפעלות – המרכז הבינתחומי הרצליה.
- אריאן, א' (1985). **פוליטיקה ומשטר בישראל**. תל אביב: הוצאת זמורה.
- אריאן, א' בן נוו, פ' ברנע, ש' וצפתי, י' (2005). **התקשורת בדמוקרטיה הישראלית מנקודות מבט שונות במסגרת פרסומי מדד הדמוקרטיה הישראלית**. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- בן נוו, ג', ברלוביץ, י' שני, מ' (2010). **מערכת הבריאות בישראל**, תל אביב: עם עובד.
- גל-נור, י' (2007). **מנהל ציבורי בישראל**. ירושלים: אקדמון.
- דורון, א' (1985). **מדינת הרווחה בעידן של תמורות**. ירושלים: מאגנס.
- דורון, א' (1996). **ביטוח בריאות ועמדת הרופאים: המאבקים של שנות החמישים הראשונות**. עיונים, 6, 250-270.
- דורון, א' (1999). מדיניות הרווחה בישראל – ההתפתחויות בשנות ה-80 וה-90. בתוך: נחמיאס, ד. ומנחם, ג. (עורכים). **המדיניות הציבורית בישראל, ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה**. עמ' 474-437.
- דורון, א' (2003). **מדינת הרווחה בעידן של צנע וצמצומים: מבט מתחילת המאה ה-21. חברה ורווחה, ג"כ**, 275-294.
- דורון, א' (2007). **עיצוב מדיניות הרווחה בישראל, 2000-2005**. בתוך אבירם, א., גל, ג', וקטן, י. (עורכים), **מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 33-57). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- דורון, א' וקרמר, ר' (1992). **מדינת הרווחה בישראל**. תל-אביב: עם עובד.
- הרשמן – שטרית, מ' ווימן, ג' (2004). **השפעת התקשורת על סדר יומה של הכנסת. פוליטיקה 11-12**, 141-165.
- חורב, ט' (2005). **מדיניות בריאות בראי הפסיקה**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- יוסיפון, מ' (2001). **חקר מקרה, בתוך: צבר בן-יהושע, נ' (עורכת), מסורות וזרמים במחקר האיכותי** (עמ' 257-305). תל-אביב: דביר.
- ישי, י' (1986). **קבוצות אינטרס בישראל: מבחנה של דמוקרטיה**. תל אביב: אשכולות.
- ישי, י' (1987). **קבוצות אינטרסים בישראל**. תל אביב: עם עובד.
- ישי, י' (1990). **כוחה של מומחיות- ההסתדרות הרפואית בישראל**. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- ישי, י' (1994). **עוצמת הרופאים במדינת רווחה**. מסגרת ניתוחית וחקר מקרה ישראלי, **בטחון סוציאלי, חוברת 41**, 20-47.

- ישי, י' (1999). "דמוקרטיה למען העם? קביעת מדיניות הרווחה בישראל", **בטחון סוציאלי**, 56, 126-137.
- כהן, נ' (2010). **שינויים מוסדיים, פוליטיקה אלטרנטיבית ומדיניות ציבורית: המקרה של עיצוב וביצוע מדיניות הבריאות בישראל**. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- כהן, נ' (2012). יזמי מדיניות ועיצוב מדיניות ציבורית: המקרה של חוק בריאות ממלכתי. **בטחון סוציאלי**, 89, 5-42.
- כהן, נ' (2013). כוחה של מומחיות? על יחסי הגומלין בין פוליטיקאים לפקידים ושקיפות בתהליך התקצוב ועל אגף התקציבים באוצר ומדיניות הבריאות בישראל. **ביטחון סוציאלי**, 91, 89-59.
- כורזים-קורושי, י' ליבוביץ, ש' ושמיד, ה' (2005). ההפרטה החלקית של שירותי אומנה – סוגיות ולקחים בתום ארבע שנות הפעלה, **ביטחון סוציאלי**, 70, 77-56.
- לוי-פאור, ד' (1998). יותר תחרות יותר רגולציה. **פוליטיקה**, 1, 27-44.
- לימור, נ' (2005). רגולציה ופיקוח על ארגוני מגזר שלישי. **ביטחון סוציאלי**, 70, 159-187.
- לימור, נ' (2010). **רגולציה המגזר השלישי**. תל אביב: אוניברסיטת בן גוריון, הוצאת הקבוץ המאוחד והמרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי.
- מאור, ע' ובר ניר, ד'. (2008) השפעת השימוש הגורף בכלי של חוק ההסדרים במשק המדינה על הפערים בשנים 2002-2005, **ביטחון סוציאלי**, 77, 95-125.
- מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. (2011). **קשישים בישראל שנתון סטטיסטי 2011**. ירושלים: המרכז לחקר הזקנה.
- מודן, ב' (1993). **רפואה במצור, שביתת הרופאים/משבר במערכת הבריאות**. תל אביב: אדם.
- מזרחי, ש' ומידני, א' (2006). **מדיניות ציבורית בין חברה למשפט**. ירושלים: כרמל.
- מנדלקרן, ר' ושרמן, א' (2010). **ההפרטה של הביצוע: הספקת שירותים חברתיים באמצעות מיקור חוץ**. ירושלים: מכון ון-ליר.
- מנחם, ג' (1999). מדיניות המים בישראל: פרדיגמות מדיניות, רשתות מדיניות ומדיניות ציבורית. בתוך ד' נחמיאס וג' מנחם (עורכים), **המדיניות הציבורית בישראל** (עמ' 68-35). ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- נחמיאס, ד' ארבל-גנץ, א' ומידני, א' (2010). **מדיניות ציבורית יסודות ועקרונות**. האוניברסיטה הפתוחה, עמ' 148-149, 205.
- סמואל, י' (1996). **ארגונים: מאפיינים, מבנים, תהליכים**. תל אביב: זמורה ביתן.
- פילק, ד' (2000). הפרויקט הניאו-ליבראלי ותהליכי ההפרטה במערכת הבריאות. בתוך: מאוטנר, מ' (עורך), **צדק חלוקתי בישראל** (עמ' 88-375) תל אביב: רמות.
- צבר בן-יהושוע, נ' (1997). **המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה**. גבעתיים: מסדה.
- צ'רניחובסקי, ד', מזרחי, ש' ופרנקל, צ' (2008). **ניהולן הציבורי של קופות החולים בישראל**, ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שובל, י"ט' ואנסון, ע' (2000). **העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל**. ירושלים: מאגנס.
- שפרלינג, ד' וכחן, נ' (2012). השפעתם של חוק ההסדרים ופסיקות בג"צ על מדיניות הבריאות ומעמדה של הזכות לבריאות בישראל- ניתוח ניאו-מוסדי. **חוקים**, 4, 153-236.



- Baldwin, R. , Cave, M. & Lodge, M. (2012). *Understanding regulation: Theory, strategy, and practice*. New York, N. Y: Oxford University Press.
- Bevir, M. & Richards, D. . (2009)Decentring policy networks: Lessons and prospects. *Public Administration Vol. 87, No. 1*, 132–141.
- Borzel, T. A. (1997). What so special about policy networks? an exploration of the concept and it's usefulness in studding european governance, *European Integration Online Papers (EIoP)*. Vol. No. 16. Retrueved from <http://eiop.or.at/eiop/pdf/1997-016.pdf>
- Brugha, R. & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning*. V15. No 3, 239 - 246.
- Coleman, W. D. & Skogstad, G. (1990). *Policy Communities and Public Policy in Canada*. Toronto, Canada: Coop Clark Pitman.
- Detomasi, D. (2007). The multinational corporation and global governance: Modelling global public policy networks. *Journal of Business Ethics*, 71, 321-334.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: a stakeholder approach*. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall.
- Goodship, J. , Kevin, J. , Matt, G. , Judith. L. & Stephen, C. (2004). Modernizing regulation or regulating modernization? The public, private and voluntary interface in adult social care. *Public Policy and Administration*, 19 (2), 13-27.
- Granados, F. J. & Knoke, D. (2005). Organized interest groups and policy networks. In T. Janoski, (Eds), *The handbook of political Sociology* (pp. 287-310). Cambridge, U. K: University Press.
- Hanf, K. . (1978)*Introrganizaional policy making: Limits to coorsination and central control*. London and Beverly Hills: Sage.
- Healy, J. & Mckee, M. (Eds.) (2002). *Hospital in changing Europe. European observatory on health care systems*. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Hecl, H. . (1978)Issue Networks and the executive establishment. In A. King (Eds.), *The new american political system*, (pp. 87-124). Washington, AEI.
- Hola, K. W. (1999). *Lobbing together*. Washington DC: Georgetown University Press.
- Hood, C. , Colin. S. , Oliver J. , George. J. & Tony, T. (1999). *Regulation inside government: Waste-watcher, quality police and sleaze-busters*. Oxford: Oxford University Press.
- Howlett, M. & Ramesh, M. (2003). *Studding public policy*. Canada: Oxford University Press.

- Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods, In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research* (pp. 428-444). CA, Thousand Oaks: Sage.
- Irvin, R. A. . (2005) State regulation of nonprofit organizations: Accountability regardless of outcome. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 34, 161-178.
- Jary, D. & Jary, J. (Eds.). (1991). *Case study, Collins dictionary of sociology*. Glasgow: Harper Collins.
- Jordana, G. (1990). Sub-Government, policy communities and networks. refilling the old bottles? *Journal of Theoretical Politics*, 2(3), 319-338.
- Jordana, G. & Richardson, J. J. (1987). *Government and pressure groups in Britain*. Clarendon, Oxford.
- Jordana, G. & William, A. M. (1997). Accounting for sub governments explaining the persistence of policy communities. *Administration & Society*, 29 (5)S, 559
- Jordana, J. & Schubert, K. (1992). A preliminary ordering of policy network labels. *European Journal of Political Research*, 21, 7-21.
- Jordana, J. & Levi-Faur, D. (2004). *The Politics of Regulation, Institutions and Regulatory Reforms for the Age of Governace*, Edward Elgar Publishing Inc. UK.
- Jordana, J. & Levi- Faur, D. (2006). Towards a latin american regulatory state? The diffusion of autonomous regulatory agencies across countries and sectors international. *Journal of public Administration*, vol. 29, No. 4-6, 335-336.
- Jordana, J. , Levi-Faur, D. & Fernandez, M. X. (2011). The global diffusion of regulatory agencies: Channels of transfer and stages of diffusion. *Comparative Political Studies*, 44(10), 1343-1369.
- Jorgensen, D. L. (1989). *Participant Observation: A Methodology for Human Studies*, London: Sage Publications.
- Kenis, P. & Schneider, V. . (1991) "Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox", in B. Martin and R. Mayntz (eds), *Policy Networks: empirical Evidence and Theoretical Consideration*, Campus, Frankfurt.
- Klijn, E. H. . (1996) Analyzing and managing policy processes in complex networks: A theoretical examination of the concept policy networks and its problems. *Administration And Society*, 28(1), 90-119.
- Krathwohl, D. R. (1993). *Methods of educational and social science research: An Integrated approach*. , New York, N. Y: Longman.
- Kumaranyake, L. (1997). The role regulation: Influencing private sector activity within health sector reform. *Journal Of International Development*, Vol. 9, No. 4, 641-649.

- Levi - Faur, D. (2011). *Handbook on the politics of regulation*. UK: Edward Elgar Publishing.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K Denzin & S. L Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research: Second edition* (pp163-188). London, U. K: Sage.
- Lindenberg, M. & Crosby, B. (1981). *Managing development: the political dimension*. West Hartford, CT: Kumarian Press. pp 3 -70.
- Lowi, T. (1966). Distribution, regulation, redistribution: the functions of government. In Ripley, R. B. (Eds.), *Public Policies and their Politics* (pp. 27-40). New York, N. Y: W. W. Norton & Co.
- Majone, G. (1994). The rise of the regulatory state in europe. *West European Politics, Vol 17, Issue 3*, 77-101.
- Malloy, F. T. (2003). Regulation, compliance, and the firm, temple law review articles. *Temple University of the Commonwealth System of Higher Education, Vol. 76, No. 3*, 451-531.
- Marsh, D. & Rhodes, R. A. W. (1992). Policy communities and issue networks- beyond typology. In D. Marsh, and R. A. W. Rhodes, (Eds.) *Policy networks in British government* (PP. 220-315). Oxford: Clarendon press.
- Miles, M. & Huberman, M. (1994). *Qualitative data analysis*. Beverly Hills, L. A: Sage.
- Nachmias, D. & Arbel, G. O. (2006). Policy implementation in Israel: The loss of governmental capacity. *International Journal of Public Administration, 29, 9*, 679-699.
- Ogus, A. (2004). *Regulation: Legal form and economic theory*. Oxford, U. K.: Hart.
- Rechtschaffen, C. (2004). Promoting pragmatic risk regulation: Is enforcement discretion the answer?. *Golden Gate University School of Law, 1-1-2004*, 1327-1375.
- Rhodes, R. A. W. & Marsh, D. (1992). New direction in the study of policy networks. *European Journal of Political Research, 21*, 181-205
- Selznick, P. (1985). Focusing organizational research on regulation. In R. G. Noll (Eds.), *Regulatory policy and the social sciences*(pp. 363-367). Berkeley: University of California Press.
- Shalev, C. & Chinitz, D. (1997). In search of equity, efficiency, universality and comprehensiveness: Health reform and managed competition in Israel. *Dalhousie Law Journal, 55*, 553- 558.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. London, U. K: Sage.

- Stigler, G. J. . (1971) The theory of economic. *Journal of Economics and Management Science*, (1)2, 3-21.
- Thatcher, M. . (1998) The development of policy network analyses: From modest origin to overarching Frameworks, *Journal of Theoretical Politics*, (4)1, 389-416.
- Van Waarden, F. . (1992) Dimensions and types of policy networks. *European journal of Political Research*, 21, 29-52.
- Vass, P. (1998). Regulatory Reform and Regulations among Multiple Authorities in the United Kingdom. In Doern G. B. and Wilks, S. (Eds.), *Changing Regulatory Institutions in Britain and North America* (pp. 236-260). Toronto, Canada: Toronto University Press.
- Wildavsky, A. (1975). *Budgeting: A Comparative theory of budgetary processes*. Boston, MA: Little, Brown.
- Wildavsky, A. (1993). Budget games are ready for reform. In Kjell A. Eliassen and Jan Kooiman (Eds.), *Managing public organizations: Lessons from contemporary European experience* (pp. 262-268). New Delhi, India: Sage.
- Wilks, S. & Wright, M. (1987). *Comparative government-industry relations: Western Europe, the United States and Japan*. Oxford, U. K: Clarendon Press.
- Zalmanovitch, Y. (2002). Policy making at the margins of government: The case of the Israeli health system. Albany: State University of New York Press.

#### דוחות ומסמכים רשמיים

- מבקר המדינה, (2006). דו"ח שנתי 56 ב' לשנת 2005 ולחשבונות שנת הכספים 2004, 201-211.
- מבקר המדינה, (2008). דו"ח שנתי 58 ב' לשנת 2007 ולחשבונות שנת הכספים 2006, 77-83.
- מבקר המדינה, (2012). דו"ח בקורת שנתי 62 לשנת 2011 ולחשבונות שנת הכספים 2010, 283-337.
- מדינת ישראל, (1990). דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, ירושלים: כרכים א' + ב'.
- מדינת ישראל, (2013). תקציב המדינה הצעה לשנת התקציב 2013 - 2014, ירושלים.
- משרד הבריאות, (1958). דו"ח הועדה לתכנון האשפוז במדינת ישראל. תל אביב.
- משרד הבריאות, (1969). דו"ח הועדה לארגון שירותי הבריאות בישראל- עיצוב מחדש של שירותי הבריאות בישראל. ירושלים.
- משרד הבריאות, (1978). דו"ח הצוות לרפורמה בשירותי הבריאות- הצעות לרפורמה בשירותי הבריאות. תל אביב.
- משרד הבריאות, (1984). דו"ח הועדה להקמת רשות אשפוז ארצית. תל אביב.

משרד הבריאות, (1986). **הצעה להקמת- מינהל אשפוז, הצעה לארגון**. ירושלים.

משרד הבריאות, מנהל רפואה (2009). **אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים, חוזר מס' 4/2009**, ירושלים.

משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב (1991). **מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל 1990**. ירושלים.

משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב. (2001). **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2000**. ירושלים.

משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב. (2010). **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2010**. ירושלים.

משרד הבריאות, האגף לשירותי מידע ומחשוב. (2010). **בריאות בישראל נתונים נבחרים 2010**, ירושלים.

משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב. (2011). **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2010**. ירושלים.

### חקיקה ופסיקה

**חוק ביטוח בריאות ממלכתי**, התשנ"ד-1994, רשומות- ספר החוקים 1469, 26 ביוני 1994

**פקודת בריאות העם**, 1940

בג"ץ ארגון מגדלי העופות בישראל אגודה חקלאית שיתופית בע"מ נגד ממשלת ישראל, 4885/03, (2004. 9. 27)

### פרוטוקולים של ועדת הכנסת

פרוטוקול מס' 1 משיבת ועדת משנה של הוועדה לענייני בקורת המדינה לנושאי רווחה, יום שני, כ"ו בתמוז התשע"ב (16 יולי 2012)

**מקורות רשמיים של הכנסת** (התאריכים מובאים בגוף הטקסט)  
"דברי הכנסת"

### אינטרנט

אסיסקוביץ, שי (2007). **גישת הפוליטיקה הביורוקרטית ומדינת הרווחה הישראלית**, ביטחון סוציאלי, 75, דצמבר 2007, אוחזר ב 12 באוקטובר מ- [http://www.btl.gov.il/Publications/Social\\_Security/BitahonSocial75/pages/bithon75article3.aspx](http://www.btl.gov.il/Publications/Social_Security/BitahonSocial75/pages/bithon75article3.aspx).  
10/12/13

ארבל-גנץ, א' (2003). **רגולציה – הרשות המפקחת**. מחקר מדיניות 37, **המכון הישראלי לדמוקרטיה**. אוחזר ב-1 ספטמבר 2013 מ-ספרים-ומאמרים/הוצאה-לאור/הספרים/מחקרי-מדיניות [www.idi.org.il/](http://www.idi.org.il/)

בלס, ת' (2013). **מה בין סדר היום התקשורתי ובין סדר היום הציבורי והפוליטי?** אוחזר ב-1 בנובמבר 2013 מ- <http://www.bashaar.org.il/News.asp?id=156>

בן בסט, א' ודהן, מ' (2006). **מאזן הכוחות בתהליך התקציב**, ירושלים, המכון הישראלי לדמוקרטיה.  
אוחזר ב-12 בנובמבר 2013 מ-[http://www.idi.org.il/media/266388/Book\\_7071.pdf](http://www.idi.org.il/media/266388/Book_7071.pdf)

גל-נור, י' (2003). **הוועדה לבדיקת תפקידי המגזר השלישי בישראל והמדיניות הננקטות כלפיו, דוח מסכם**, אוניברסיטת בן גוריון בנגב: המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי. אוחזר ב-11 באוקטובר, 2013. מ-<http://www.bgu.ac.il/~gidron/publication/pub11.pdf>

הוועדה לשינוי חברתי כלכלי. **דו"ח הוועדה לשינוי כלכלי חברתי** (2011). ע"מ 199-155, אוחזר ב-1 ספטמבר, 2013 מ-[www.hidavrut.gov.il](http://www.hidavrut.gov.il)

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013. **הוצאה הלאומית לבריאות 1962 – 2012**, פרסום מס' 1542, אוחזר ב-28 אוקטובר 2013 מ-[WWW.cbs.gov.il](http://WWW.cbs.gov.il)

**הסתדרות האחים והאחיות בישראל**, אוחזר ב-24 בנובמבר, 2013 מ-[WWW.histadrut.org.il/index.php?page\\_id=182:24/11/2013](http://WWW.histadrut.org.il/index.php?page_id=182:24/11/2013)

הסתדרות הרפואית לישראל (הר"י), (2013). **עמדת ההסתדרות הרפואית לישראל לוועדת שרת הבריאות** כ"כ יעל גרמן לחיזוק הרפואה הציבורית, רמתגן: ספטמבר 2013, מ-<http://www.ima.org.il/ima/FormStorage/Type7/hariStandBook2013.pdf>

וסרמן, א' (2004). **הכנסת היא עירומה - הערות על חוק ההסדרים**. תל אביב: עתון הארץ. 1.1.2004. אוחזר ב-12 בנובמבר 2013 מ-<http://hagada.org.il/2004/01/01/> **חוק ההסדרים**

וסרמן, ג' (2007). **חוות דעת משפטית בנושא: איסור על הכללת תרופות מצילות חיים ומארכות חיים בתכניות לשירותי בריאות נוספים** (תוכניות השב"ן) אתר האגודה לזכויות האזרח בישראל: אוחזר ב-2 ספטמבר 2013 מ-<http://www.acri.org.il/pdf/mashlimim1.pdf>

ידיעות אחרונות, אוחזר ב-1 בדצמבר 2013 מ-[www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4439355,00.html](http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4439355,00.html)

לוי-פאור, ד' (2010). **הגרעון הרגולטורי של עידן הפרטה - לקראת רפורמה רגולטורית בישראל**, נכתב במסגרת פרויקט הפרטה, מכון ון-ליר. אוחזר ב-15 לספטמבר 2013 מ-<http://regulation.huji.ac.il/papers/jp%2056.pdf>

ליהיא, ל' וטלית, ג' (2011). **תהליך בהתהוות או שינוי הכרחי? רגולציה בשירותי הרווחה האישיים בישראל**. נייר מדיניות מס' 02. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים. אוחזר ב-20 לספטמבר 2013 מ-<http://taubcenter.org.il/index.php/publications/discussion-papers/social-welfare/a-work-in-process-or-a-much-needed-change-regulation-in-the-personal-welfare-services-in-israel/lang/he/>

לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, אוחזר ב-20 בנובמבר, 2013 מ-<http://www.cbs.gov.il/reader>

לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, (2013), **אוכלוסייה בישראל בשנת 2010 ותחזית ל-2025 ו-2035 במספרים ובאחוזים, לוחות 1 ו-2**, אוחזר ב-15 בספטמבר, 2013 מ-[http://www.cbs.gov.il/reader/cw\\_usr\\_view\\_SHTML?ID=811](http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=811)

מכטינגר, ר' (2010). **האוכלוסייה הקשישה בישראל: תמונת מצב, דילמות חברתיות ואתגרים במדיניות**, המכון למדיניות ואסטרטגיה, כנס הרצלייה השנתי העשירי, הבינתחומי הרצלייה. אוחזר ב-18 באוקטובר 2013 מ-[http://www.herzliyaconference.org/\\_Uploads/3183OLD.pdf](http://www.herzliyaconference.org/_Uploads/3183OLD.pdf)



## נספח א'

### רשימת המרואיינים למחקר (לפי סדר מועדי ביצוע הראיונות)

1. פרופסור עמוס גילהר, מנהל בית חולים גריאטרי ממשלתי "פלימן", 13. 7. 30, חיפה.
2. פרופסור אבי פורת, מנהל המכון למחקר שירותי בריאות ב"מכבי", 13. 8. 7, תל-אביב.
3. ד"ר ורה רוזנפלד, מנהלת בית חולים גריאטרי ממשלתי "שמואל הרופא", 13. 8. 11, באר יעקב.
4. ד"ר מיקי וינר, מנהל רפואי מחוז חיפה לשעבר ב"שירותי בריאות כללית", 13. 8. 12, חיפה.
5. פרופסור אריה אלדד, ח"כ לשעבר, 13. 8. 13, רמת-גן.
6. מר אבי ברף, חשב משרד הבריאות, 13. 8. 13, ירושלים.
7. ד"ר פאול בנדק, מנהל רפואי מחוז ירושלים לשעבר ב"מאוחדת", 13. 8. 14, תל-אביב.
8. ד"ר שרון צחורי, מנהלת רפואית- בקרת בתי חולים ב"מכבי", 13. 8. 14, תל-אביב.
9. מר אשר קרן, מנהל מערך שירותים רפואיים ב"מכבי", 13. 8. 14, תל-אביב.
10. פרופסור שמעון רייסנר, סגן מנהל בית חולים רמב"ם, 13. 8. 15, חיפה.
11. פרופסור מאיר אורן, מנהל ביי"ח הלל יפה ומנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, 13. 8. 16, חדרה.
12. ד"ר אריק סיטון, מנהל ביי"ח גריאטרי "בית בלב" ("מכבי") בבתי ים, 13. 8. 20, בת-ים.
13. מר דני עייש, מנהל אדמיניסטרטיבי, "בית בלב"- בת ים, 13. 8. 20, בת-ים.
14. ד"ר יוהנה צוקר, רופאת שיקום, "בית בלב"- בת ים, 13. 8. 20, בת-ים.
15. גבי שולמית גולן, מנהלת הסיעוד, "בית בלב"- בת ים, 13. 8. 20, בת ים.
16. ד"ר גדי מנדלסון, מנהל בית חולים גריאטרי ממשלתי "דורות", 13. 8. 21, חיפה.
17. פרופסור ארנון אפק, ר' מינהל רפואה במשרד הבריאות, 13. 8. 22, תל-אביב.
18. ד"ר ערן רוטמן, מנהל רפואי מחוז מרכז "שירותי בריאות כללית", 13. 8. 26, ראשון לציון.
19. ד"ר ניסים אוחנה, מנהל מרכז שיקומי גריאטרי פרטי "רעות", 13. 9. 9, תל-אביב.
20. מר ערן הכהן, רפרנט הבריאות במשרד האוצר לשעבר, 13. 9. 12, תל-אביב.
21. מר יאיר אסרף, סמנכ"ל ארגון ותקצוב במשרד הבריאות, 13. 10. 17, תל השומר, קריית אונו.
22. ד"ר אהרון כהן, ר' אגף הגריאטריה במשרד הבריאות, 13. 10. 28, ירושלים.
23. ד"ר איריס רסולי, מנהלת המחלקה לשירותים קהילתיים, אגף הגריאטריה, 13. 10. 28, ירושלים.



נספח ב'  
"עמודי האש 6 - 7" - משרד הבריאות  
(מתוך : אתר משרד הבריאות: [www.health.gov](http://www.health.gov) 1/12/13)





## חיזוק תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור

- גיבוש תכנית לניצול יעיל ואפקטיבי של משאבים במשרד – התייעלות בהוצאות לעומת שנת 2012
- קביעת תהליכי עבודה וחלוקת תחומי אחריות בין המחוזות למשרד הראשי לתחום הרגולציה ולעבודה השוטפת
- קביעת נוהל אופן ביצוע בקרות משרד הבריאות (מינהל רפואה, בריאות הציבור ומינהל טכנולוגיות)
- קידום ושדרוג האגף לפיקוח. בניית תוכניות עבודה בתחומי עישון, אלכוהול, אמ"ר, תרופות וסמים. מיסוד שת"פ עם משטרה והר"מ.
- קידום וחיזוק מערך הבקרה והתביעה בגין הפרות רגולטוריות ביחידות המשרד ולשכות הבריאות.



עמוד אש 7

## הפרדה מבנית בין שלושת תפקידי משרד הבריאות

מפרידים ומתחזקים



## יעדים

1. הפרדה מבנית של בתי החולים מהמשרד
  - הקמת מנהל בתי חולים
  - העברת שירותים ומשאבים רלוונטיים מיחידות המשרד למסגרת זו
2. העברת האחריות הביטוחית באשפוז סיעודי לקופות החולים במסגרת הרפורמה בביטוח סיעודי ציבורי
3. העברת שירותים (מכשירי שיקום וניידות, בדיקות גנטיות, שחפת ומזון רפואי) לקופות (תוספת שניה)
4. ליווי וישום הרפורמה בבריאות הנפש

נספח ג'

תקן מיטות, קבלות וימי אשפוז

בשנים 1990-2000-2010

הערות	1990/2010	1990	2000	2010	שנים
קיצוץ ב-21%	- 241	136 ,1	955	895	מיטות תקן
פי 2.6 מאושפזים	+ 7,667	4,632	10,038	12,299	קבלות
ממוצע של 84 ימים לחולה בשנת 1990 לממוצע של 28 ימי אשפוז לחולה ב- 2010	- 44,169	390,032	371,325	345,863	ימי אשפוז

## נספח ד'

### מיטות שיקום גריאטרי על פי בעלות 1988-2011

1988	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	בעלות
940	1,182	782	955	909	913	934	958	895	895	977	סה"כ
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
34.8	42.7	42.7	44.3	37.7	37.6	36.7	35.8	40.0	40.0	41.1	ממשלתי
59.5	49.1	52.3	46.3	39.4	39.2	38.3	37.4	31.1	31.3	28.7	כללית
5.7	8.2	5.0	5.7	9.7	10.1	9.9	9.6	6.5	6.5	9.0	ציבורי
			3.8	11.2	11.2	15.1	14.7	19.6	19.6	18.7	פרטי
				2.0	2.0						מכבי
							2.5	2.7	2.7	2.5	מאוחדת

מתוך : משרד הבריאות, אגף מידע, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום 2011 חלק א' – עמ' 152

## נספח ה'

### מיטות שיקום גריאטרי ותפוסה שנת 2011

תשושי נפש	גריאטריה סיעודית	סיעודית מורכבת	גריאטריה שיקום	סה"כ	
3,970	16,617	1,654	977	24,019	מספר מיטות
10.46	43.78	4.36	2.57	63.27	שיעור מיטות ל-1,000 בני 75 +
303.3	284.6	63.5	29.8	155.7	שהיה ממוצעת (ימים)
88.6	92.7	87.1	100.8	92.5	אחוז תפוסה

מתוך : משרד הבריאות, אגף מידע, מוסדות אשפוז ויח' לאשפוז יום 2011 ממצאים עיקריים עמ' 9

## נספח-ו'

### בני 65+ וכלל האוכלוסייה, 1955–2011

(מתוך: משאב, קשישים בישראל שנתון סטטיסטי 2012, ירושלים, אוגוסט 2013, עמ' 18)

לוח 1.1: בני 65+ וכלל האוכלוסייה, שנים נבחרות

אלפים

אוכלוסייה בסוף שנה		אוכלוסייה ממוצעת		
אחוז בני 65+	כלל האוכלוסייה בני 65+	כלל האוכלוסייה בני 65+	בני 65+	
4.8	85.2	1,789.1	1,750.4	1955
5.0	106.8	2,150.4	103.3	1960
6.1	157.9	2,598.4	149.5	1965
6.8	204.0	3,022.1	197.2	1970
7.9	277.4	3,493.2	266.0	1975
8.6	338.3	3,921.7	334.1	1980
8.9	378.0	4,266.2	372.5	1985
8.8	383.2	4,331.3	380.6	1986
8.9	392.8	4,406.5	388.0	1987
8.9	399.8	4,476.8	396.3	1988
9.0	410.5	4,559.6	405.2	1989
9.2	442.2	4,821.7	423.2	1990
9.3	470.8	5,058.8	457.2	1991
9.4	487.2	5,195.9	478.6	1992
9.5	504.5	5,327.6	495.7	1993
9.5	519.9	5,471.5	512.2	1994
9.6	537.5	5,619.0	528.6	1995
9.9	554.5	5,612.3		*1995
9.9	568.0	5,757.9	561.2	1996
9.9	583.0	5,900.0	575.4	1997
9.8	593.7	6,041.4	588.3	1998
9.8	607.7	6,209.1	600.7	1999
9.8	622.9	6,369.3	615.2	2000
9.8	639.0	6,508.8	630.9	2001
9.9	655.4	6,631.1	647.2	2002
9.9	669.8	6,748.4	662.6	2003
9.9	681.8	6,869.5	675.8	2004
9.9	693.1	6,990.7	687.4	2005
9.9	702.0	7,116.7	697.6	2006
9.8	708.2	7,243.6	705.1	2007
9.7	715.3	7,374.0	711.7	2008
9.8	726.7	7,419.1		*2008
9.8	741.5	7,552.0	734.1	2009
9.9	763.4	7,695.1	752.5	2010
10.3	804.5	7,836.6	783.9	7,765.8 2011

מקורות: למ"ס, קובצי האוכלוסייה; שנתון סטטיסטי \* נתוני סוף שנה מתוקנים על סמך מפקדי האוכלוסין והדירור 1995 ו-2008, בהתאמה



נספח- ז'

תוחלת החיים בלידה 1965 – 2011

(מתוך: משאב, קשישים בישראל שנתון סטטיסטי 2012, ירושלים: אוגוסט 2013, עמ' 98)

לוח 2.1: תוחלת החיים בלידה, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, שנים נבחרות

	בני דתות אחרות		יהודים		כלל האוכלוסייה		
	נשים	גברים	נשים	גברים	נשים	גברים	
			73.2	70.5			1965
			73.3	69.8			1970
	71.5	68.2	74.5	70.9	73.9	70.3	1975
	73.4	70.0	76.2	72.5	75.7	72.1	1980
	75.8	72.0	77.3	73.9	77.0	73.5	1985
	75.9	73.3	78.9	75.3	78.4	74.9	1990
	77.3	73.8	79.8	75.9	79.5	75.5	1995

	אוכלוסייה ערבית		יהודים ואחרים*		כלל האוכלוסייה		
	נשים	גברים	נשים	גברים	נשים	גברים	
	77.2	75.1	80.3	76.6	80.0	76.3	1996
	76.8	74.3	80.6	76.4	80.1	76.0	1997
	76.8	74.4	80.7	76.4	80.3	76.1	1998
	78.1	74.9	80.7	77.0	80.4	76.6	1999
	77.9	74.6	81.2	77.1	80.9	76.7	2000
	77.8	74.5	81.6	77.7	81.2	77.3	2001
	77.9	74.7	81.9	77.9	81.5	77.5	2002
	78.2	74.9	82.2	78.1	81.8	77.6	2003
	79.6	75.4	82.7	78.5	82.4	78.0	2004
	78.6	74.9	82.6	78.7	82.2	78.2	2005
	78.5	75.1	83.0	79.2	82.5	78.7	2006
	78.8	75.2	82.8	79.2	82.4	78.7	2007
	79.6	75.7	83.3	79.5	83.0	79.0	2008
	80.8	76.4	83.7	80.1	83.3	79.6	2009
	81.3	76.6	83.9	80.3	83.6	79.7	2010
	<b>80.9</b>	<b>76.5</b>	<b>83.9</b>	<b>80.5</b>	<b>83.6</b>	<b>80.0</b>	<b>2011</b>

מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי \* כולל: יהודים, נוצרים שאינם ערבים ואוכלוסייה ללא סיווג דת (ראו מבוא)

## נספח - ה'

**תנועת חולים בגריאטריה שיקומית בבתי חולים כלליים וגריאטריים**  
 מתוך : משרד הבריאות, אגף מידע, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2011, חלק ב',  
 ירושלים : 2012, עמ' 418.

### תנועת החולים במחלקה: גריאטריה שיקום\* לפי מחוז, בעלות ובית חולים

שם מוסד	בעלות	מיטות תקן בסוף		קבלות סה"כ	סה"כ	שחרורים לביה"ח כללי	פטריות בביה"ח	מצבת חולים בסוף השנה	ימי אשפוז	אחוז תפוסה		שהיה ממוצעת של חולים ששוחזרו	
		2011	2010							בתקן	במועל	2011	2010
<b>ס ה"כ ארצ'י</b>		977	895	12,020	11,980	10.9	331	981	346,303	105.9	100.7	103.9	30.6
ממשלתית		402	358	4,529	4,585	13.5	158	368	120,637	90.7	82.2	92.3	27.5
שירותי בריאות כללית		280	280	3,302	3,288	12.4	151	293	108,709	109.3	106.4	99.9	33.0
קופת חולים מאוחדת		24	24	293	280	0.3	3	16	8,552	99.7	97.6	97.6	26.2
ציבורית		88	58	1,215	1,217	15.3	8	130	35,822	165.4	155.7	155.7	48.1
פרטית		175	175	2,641	2,650	3.5	11	174	72,583	112.5	114.8	117.0	26.8
<b>מחוז ירושלים</b>		28	28	493	499	12.8	1	35	10,561	105.4	103.3	103.3	25.0
הרצוג	ציבור	28	28	493	499	12.8	1	35	10,561	105.4	103.3	103.3	25.0
<b>מחוז צפון</b>		18	18	327	328	0.0	0	18	-5,798	88.2	81.3	88.2	15.0
פזריה	ממשלתית	18	18	327	328	0.0	0	18	-5,798	88.2	81.3	88.2	15.0
גאות טבריה	פרטי	0	0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>מחוז חיפה</b>		234	190	2,991	2,984	14.9	43	220	69,768	93.7	81.7	93.2	21.5
פזריה	ממשלתית	144	144	1,744	1,756	16.8	39	120	36,726	89.9	89.9	87.5	19.2
מ.גריאטרי פרנס חנה	ממשלתית	28	28	844	855	17.9	3	65	21,762	81.4	82.8	82.8	37.6
בית בלב בית אילון	פרטי	0	0	0	0	0.0	0	0	0	147.1	0.0	0.0	21.6
בית בלב נשר	פרטי	18	18	384	392	0.0	1	35	11,280	140.2	171.7	171.7	22.2
<b>מחוז מרכז</b>		446	446	4,994	4,970	11.6	201	446	163,759	103.6	100.6	99.9	34.4
שמאל הרופא	ממשלתית	72	72	555	555	16.6	46	68	22,476	95.0	85.5	85.5	55.4
מ"ג דורות נתניה	ממשלתית	36	36	491	504	15.9	0	35	12,122	85.8	92.3	158.1	23.0
מאיר	כללית	52	52	402	402	0.0	0	45	17,516	97.5	92.3	92.3	45.6
הראפלה	כללית	78	78	1,184	1,184	0.0	19	77	28,548	102.1	100.3	100.3	24.6
בית רבקה	כללית	150	150	1,709	1,702	24.0	39	171	62,645	117.2	114.4	102.2	36.0
בית עמית רחובות	מאוחדת	24	24	293	280	0.3	3	16	8,552	99.7	97.6	97.6	26.2
נוה עמית רחובות	פרטי	34	34	366	367	0.0	1	34	11,900	96.1	95.9	95.9	33.2
עמל סיעודית רעננה	פרטי	0	0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>מחוז תל-אביב</b>		146	126	1,832	1,831	6.7	79	171	62,741	137.3	134.6	136.4	42.6
שיבא	ממשלתית	60	60	593	599	0.0	70	62	21,753	95.5	99.3	99.3	36.8
רעות תל אביב	ציבור	30	30	644	640	19.1	7	59	23,018	221.5	210.2	210.2	64.4
בית בלב בת ים	פרטי	36	36	594	593	0.0	2	50	17,970	136.8	136.8	136.8	26.7
סאות התיכון	פרטי	0	0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>מחוז דרום</b>		87	87	1,376	1,375	6.8	7	91	33,676	102.4	106.0	106.0	26.4
בית הדר אשדוד	ציבור	30	0	78	78	0.0	0	36	2,243	0.0	122.6	122.6	0.0
נווה שבא באר שבע	פרטי	36	36	538	530	17.3	3	29	12,180	98.9	92.7	92.7	23.5
בית הדר	פרטי	30	30	370	373	0.0	1	0	10,572	105.1	115.9	115.9	34.6
בית בלב עומר	פרטי	21	21	389	395	0.0	3	26	8,681	104.7	113.3	113.3	21.6

\* כולל את המחלקות: גריאטריה שיקום בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים.



## **Policy Networks, Regulation and Public Policy:**

### **Partial Implementation of Regulations in the Israeli Geriatric Rehabilitation Policy**

#### **Network**

**Submitted by Rafi Golani**

#### **Abstract**

Regulation is defined as the control exerted by an enforcing authority over the exchange of social values, through the use of instructions, standards, guidelines or governmental directives, in order to define the actions and behaviors that individuals and social organizations are permitted or required to perform, as well as those that should be avoided or even prohibited. However, under certain conditions, regulation may not be effective, that is, it is not fully enforced, for various reasons; consequently, establishments or organizations which are meant to be regulated actually operate without proper monitoring or supervision.

The main goal of the current study is to examine the conditions that might lead to partial implementation of governmental regulation. To this end, I examine the case of Israel's geriatric rehabilitation policy making, using the policy network approach. This approach examines the manner in which governmental players interact and share resources with non-governmental players (specifically, with the private sector and NGOs), investigates the complex web of relations between the various players involved, and considers the manner in which members of the policy network exert pressure on others to either change or maintain the current policy.

The issue of geriatric rehabilitation is extremely important, given the global trend of aging, which encompasses Israel's population as well. The scope of the problem increases from year-to-year, as the median age of populations in Western countries -Israel among them-

continues to rise. The policy network for geriatric rehabilitation includes several players, some of which are regulators, such as the bureaucrats from the Ministry of Health and the Ministry of Finance, whereas others are regulated, among them, Israel's four major Health Maintenance Organizations (hereafter: HMO), as well as geriatric hospitals, general hospitals, private hospitals, protected living facilities, and NGOs. The current study revealed the ongoing, complicated, well-established interactions among the various players in the policy network. Evidence of this mechanism can be seen in the manner in which the actors coordinate their moves, in the existence of permanent as well as ad hoc coalitions, and in the reciprocal relationships –both clandestine and explicit, all of which are determined by the interests of the various stakeholders, the regulating institutions and the regulated organizations.

The research hypotheses, which were confirmed, claim that policy networks have a significant influence on the degree to which the interested parties adhere to the regulations and that a closed network with only a few players who hold most of the power leads to partial implementation of and poor compliance with regulations. The study identified five additional factors that are associated with partially implemented regulations: the lack of financial incentives to ensure the regulated bodies' full compliance in implementing regulations; limited supervision by the regulator; the absence of sanctions taken against those who violate the regulations; insufficient budgetary and financial support for implementing regulatory rules, and the regulator's poorly-respected image - as perceived by the regulated bodies.

This study is based on a qualitative approach. Data collection included a sample of 23 interviews with officials who were major players in the many organizations that constitute the policy network for geriatric rehabilitation in Israel, as well as a qualitative content analysis of the literature and of textual resources, both hard copy and online, including regulations, laws, protocols from meetings held by parliamentary and non-parliamentary committees, and reports and databases of the Israeli Central Bureau of Statistics, the Ministry of Health, the state comptroller, and the Ministry of Finance, among others.

The findings indicated that regulation implementation in the area of geriatric rehabilitation in Israel is deficient and does not meet expectations, due to the multiple challenges that both the healthcare system in general and geriatric rehabilitation in particular must face. As findings demonstrated, in the healthcare system, laws and regulations are not fully implemented, and the supervision and monitoring responsible for enforcing proper implementation is not well-established and does not operate consistently. In addition, I found that sanctioning measures are not used against organizations that fail to comply with the regulations; rather, these bodies are free to operate according to their own interests, while ignoring the regulatory rules.

Based on this study, it appears that the regulations and rules dictated by the Ministry of Health are not fully implemented by the HMOs or by the various hospitals: the HMOs have no financial incentive to invest in geriatric rehabilitative care, and the supervision conducted by the geriatric medicine department of the Ministry of Health is insufficient, partially implemented, not officially established, inconsistent and, some would claim, not operating on an adequately professional level. Hence, its professional image is found lacking and institutions do not feel compelled to abide by the regulations. Given that the Ministry of Health wears two hats, working both as the regulator and as the service provider, it is perceived as being a non-objective observer, motivated by conflicting interests; this, in turn, serves as a pretext for the HMOs to disregard the Ministry's guidelines and regulations.

A mapping of the players in the arena revealed that the three major and most influential players in the policy network are the Ministry of Finance and the Ministry of Health, which are governmental regulatory bodies, and the Klalit HMO, which is a health insurance and service provider. The influence of these three parties on the design of geriatric rehabilitation policies in Israel is noticeable, occasionally due to their violation of regulations. Following these three, there are four other major players: the three remaining Israeli HMOs; general hospitals; the professional unions and the media. The three parties in the policy network with the least impact

were the geriatric hospitals, geriatric medicine department of the Ministry of Health, as well as politicians in both the government and the Parliament.

This study contributes on three different levels. Theoretically, this is the first study that uses the theory of policy networks and the analysis of network features to provide a comprehensive explanation of the causes and conditions that lead to partial implementation of regulations. In addition, relatively little research in Israel has focused on the policy network approach; therefore, by employing this approach, the current study contributed to the recognition and dissemination of this approach in Israel. Empirically, this is the first investigation of regulation in the area of geriatric rehabilitation in Israel and some factors have been suggested as explaining the low efficacy level in governmental regulation in this field. Moreover, on the practical level, this study and its conclusions could be used as a tool to support policies for improving the efficacy of regulatory practices in the healthcare system in Israel.

**Policy Networks, Regulation and Public Policy:  
Partial Implementation of Regulations in the Israeli  
Geriatric Rehabilitation Policy Network**

**By: Rafi Golani**

**Supervised by: Dr Nissim Cohen**

**THESIS SUBMITTED AFTER CONFERRAL OF THE  
MASTER'S DEGREE**

**University of Haifa**

**Faculty of Social Sciences**

**School of Political Sciences**

**February, 2014**

**Policy Networks, Regulation and Public Policy:  
Partial Implementation of Regulations in the Israeli  
Geriatric Rehabilitation Policy Network**

**Rafi Golani**

**THESIS SUBMITTED AFTER CONFERRAL OF THE  
MASTER'S DEGREE**

**University of Haifa  
Faculty of Social Sciences  
School of Political Sciences**

**February, 2014**