



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות
The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research

כנס ים-המלח השביעי

צפת, 14-15 יוני 2006

"התנהגות בריאותית כיעד לאומי"

- **הסדרה, תמריצים וכלים כלכליים אחרים**
- **תפקידיה של מערכת הבריאות**
- **תרומתן של מערכות לאומיות אחרות**

תוכן העניינים

4	תכנית הכנס
5	רשימת המשתתפים
6	פתח דבר - אליק אבירם
9	בעז לב
15	הקדמה - אלי רוזנברג
	דוחות הצוותים
32	הסדרה, תמריצים וכלים כלכליים אחרים
85	תפקידיה של מערכת הבריאות
117	תרומתן של מערכות לאומיות אחרות
171	שיווק חברתי - נורית גוטמן
185	סיכום הכנס - גור עופר
189	אחרית דבר - אשר אלחיאני
194	נספח - רשימת המשתתפים בכנס וכתובותיהם

עריכה לשונית: איה מלצר
עיצוב גרפי: עידו מיכאלי
הוצאה לאור: אופסט קולור בע"מ

תכנית הכנס

יום ד', 14.6.2006:

09:30 – 10:30 הרשמה וכיבוד קל

10:30 – 13:00 **ישיבת מליאה** – יו"ר: אליק אבירם

דברי פתיחה – בעז לב

הרצאת פתיחה – אלי רוזנברג

הצגת עבודת הצוותים:

צוות 1: הסדרה, תמריצים וכלים כלכליים אחרים – יו"ר: עמיר שמואלי

צוות 2: תפקידה של מערכת הבריאות – יו"ר: אורנה בראון-אפל, טוני היימן

צוות 3: תרומתן של מערכות לאומיות אחרות – יו"ר: ניסים אוחנה,

שלומית עמיחי.

הרצאת אורח: עמרי פדן - מנכ"ל מקדונלד ישראל

13:00 – 14:00 ארוחת צהריים

14:00 – 16:00 דיונים בקבוצות

16:00 – 16:30 הפסקת קפה

16:30 – 17:00 דיונים בקבוצות

17:00 – 20:00 ארוחת ערב

יום ה', 15.6.2006:

09:00 – 10:30 דיונים בקבוצות

10:30 – 11:00 הפסקת קפה

11:00 – 13:00 דיונים בקבוצות

13:00 – 14:00 ארוחת צהריים

14:00 – 16:30 **ישיבת מליאה** – יו"ר: גור עופר

דברי סיכום – אבי ישראלי

דבר שר הבריאות – מר יעקב בן-יזרי

סיכום דיוני הצוותים

דיון

רשימת המשתתפים

ועדת היגוי:	אליק אבירם - יו"ר, צבי אדר, אשר אלחיאני, לאון אפשטיין, גבי בן נון, חיים דורון, רמי דיציאן, בעז לב, גור עופר, מנחם פיינרו, שפרה שורץ, לאה רוזן, אלי רוזנברג
מרכזת:	זיוה ליטבק

קבוצות דיון

תרומתן של מערכות לאומיות אחרות	תפקידה של מערכת הבריאות	הסדרה, תמריצים וכלים כלכליים אחרים	
ניסים אוחנה שלומית עמיחי	אורנה אפל-בראון אנטוני היימן	עמיר שמואלי	יו"ר:
ענת שבתאי	ליאורה ולינסקי	דורון פולצ'ק	מרכז/ת צוות:
נורית גוטמן מילכה דונחין יוסי הראל רותי וינשטיין סלמאן זרקא צדוק כמה עירית לבנה גליה שחם	שוש גן נוי חזה טבנקין דיאן לוין לילך מלויל יוסף עזורי ענת שמש	ליאונרד ליבוביץ דורית גולדמן איריס גינזבורג עמוס האוזנר גדעון יניב גיל סיגל מיקי רייטר	צוותי ההכנה:
שורוק איסמעיל אליז בארי ניהאיה דאוד אלי דפס יוסי הראל מיכל כהן-דר אברהם מידן תומר ניצן עוזי סלנט יאיר עמיקם רוני קטורזה גיא קפלן משה רווח אילנה שוהם-ורדי אפרת שרייר	ברוך אברהמי ניסים אלון שלמה בירקנפלד יצחק ברלוביץ יונתן הלוי ערן הלפרן דורית וייס מירי זיו זיידס יצחק עפרה חבקין דוד טל אלכס לבנטל ניקי ליברמן משה לשנו צבי מאור ערן מץ דב פסט חגי קדם עופרה קלטר-ליבוביץ סיגל רגב-רוזנברג ברוך רוזן יוסי רוזנבלום שושנה ריב"א איריס רסולי ציפי שדה תמי שוחט מיקי שרף	ארז און אורי אליאל רועי בן משה נועז בר-ניר דרור גוברמן מיקי דור זאב וורמברנד ג'ק חביב יסכה כהן-מנספילד יובל פרידמן ראובן קוגן אהוד קוקיה רחל קיי	משתתפים:

פתח דבר אליק אבירם

"...ונזכה לקבל מאיתך רפואה שלמה בעת צמיחת המחלה, בעת

שהחולי סתום וטמון בקרבנו ואין אנו יודעים ממנו כלל... ותקדים רפואה

למכה ותרפאנו קדם צמיחת המחלה"

תפילה זו שגורה בפייהם של חסידי ברסלב משכבר הימים. גם הרפואה הכירה מזמן בעובדה שמניעת המחלה "בטרם צמיחתה" הינה ראויה יותר מבחינה הומאנית, וגם יעילה יותר מבחינה חברתית וכלכלית. לפיכך נטלה על עצמה הפרופסיה לעסוק לא רק בטיפול במחלות אלא גם במניעתן. מזה שנות דור עוסקים רופאים וחוקרים אחרים במדעי ההיגיינה, האפידמיולוגיה, האימונולוגיה, הגנטיקה ושאר תחומי בריאות הציבור במטרה להקטין את התחלואה של המין האנושי. מחד, עשייה זו יש בצידה תחושת סיפוק. ההישגים בתחום זה הינם עצומים ומעוררי השתאות, בין אם מסתכלים על המדדים הקלאסיים (עלייה בתוחלת החיים וכיו"ב) ובין אם נזכרים באותן מחלות נוראות (דבר, אבעבועות שחורות, פוליו ועוד) אשר אימו בימים עברו על חלקים גדולים של אוכלוסית העולם והיום כמעט ונעלמו. מאידך, ישנה הרגשה כי רק פתחנו את הדלת בפני תחלואה "חדשה" - המחלות הכרוניות והניווניות.

המשימה היום לבטח קשה יותר. רפואה קורטיבית היא "מעניינת" יותר, והתגמול בצידה מפתה יותר מבחינה כספית. ההמצאות של ג'נר, פסטר וסאלק נתפסות כהיראות הרבה יותר מאשר העיסוק באורחות חיים, חינוך לבריאות ושיווק חברתי. התקנת הביוב בלונדון, המצאת הפניצילין וניתוחי השתלת אברים הניבו תוצאות מרעישות מבחינה בריאותית וגרמו לעוסקים בהם סיפוק מידי. לעומתם, פעולות כמו מניעת עישון ועידוד פעילות גופנית נראות אפורות ובלתי-מאתגרות. היה מי שהשווה את הרפואה הדיאגנוסטית-טיפולית לצייד ואת הרפואה המונעת לחקלאות. ברור היכן מוזרם יותר אדרנלין, אך שאלה אחרת היא מה עדיף מבחינת עלות/תועלת ותוצאות לזמן ארוך. הקדמתו של ד"ר רונברג שנישאה בפתיחת הכנס מיטיבה לתאר את האתגרים הנוכחיים והעתידיים שאל מולם נערכת הרפואה המונעת של ימינו. הרציונאל שהנחה את הוועד המנהל של המכון לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות להצביע על התנהגות בריאותית כעל יעד לאומי ולבחור השנה בנושא זה לדיון בכנס ים המלח כולל שלושה מרכיבים עיקריים.

ראשית, המחלות הכרוניות והניווניות גורמות לא רק לסבל קשה של החולים, אלא גם לעומס כבד על משאביה השונים של החברה כולה. לעג הגורל הוא כי ככל שייטב הטיפול הרפואי,

וככל שתתארך תוחלת החיים של הפרט, כך יילך ויגבר עומס זה והמחיר שהוא גובה בהשוואה להוצאות חברתיות אחרות.

שנית, הולך ותופח גוף הראיות המלמד כי חלק ניכר מהתחלואה הכרונית והניונית ניתן למניעה, או לפחות ל"דחיסה" לפרק זמן קצר בסוף החיים, לא רק באמצעות רפואה מונעת שניונית וגילוי מוקדם, אלא גם, ואולי בעיקר, באמצעות מניעה ראשונית המבוססת ברוב המקרים על התנהגות בריאותית נאותה. סביר להניח כי התשוואה על ההשקעה הכרוכה במניעה ראשונית תהיה גבוהה. ואכן, לגבי מספר רב של מצבים הוכח בעליל יחס נמוך של עלות/תועלת. שלישית, הובלת שינוי באורחות החיים של אדם הינה משימה לא פשוטה. לא כל שכן כאשר מדובר בשינוי חברתי שמקיף חלקים גדולים של האוכלוסייה. ברור כי משימה כזו לא יכולה ליפול על כתפי מערכת הבריאות לבדה. הצלחה של התערבות שתביא לשיפור בהרגלי החיים ולהתנהגות בריאותית יכולה להתממש רק באמצעות התגייסות של מערכות חברתיות שלמות נוספות ותמיכה רב-מקצועית.

כמיטב המסורת של המכון הלאומי, גם השנה עסקו שלושה צוותים בהכנתו המדוקדקת של הנושא לקראת הדיונים בכנס עצמו. צוותי העבודה התבקשו, כל אחד בתחומו, לסכם את הידע הקיים, לבדוק חלופות ולהמליץ בצורה מנומקת בפני מקבלי ההחלטות על צעדים שיש לנקוט כדי לקדם התנהגות בריאותית של תושבי מדינת ישראל, בעיקר בשלושת הנושאים ה"קלאסיים": ריסון העישון, מניעת השמנה ועידודה של פעילות גופנית. בנושאים אלה הצטבר ניסיון מעשי, הרבה בעולם ומעט גם בארץ, שניתן לבסס עליו המלצות מבוססות-ראיות. יחד עם זאת לא הוגבלו הצוותים מלעסוק גם בפעילויות אחרות השייכות למסגרת הרחבה של קידום בריאות ורפואה מונעת.

המחיר הכלכלי הגבוה שגובים החולים מן החברה המערבית מצדיק לכאורה עשיית שימוש באמצעים כלכליים ומשפטיים במטרה ליצור אצל הפרט מוטיבציה לנקוט בהתנהגות אישית שמגדילה את סיכוייו ליהנות מבריאות לאורך זמן. הצוות ה"כלכלי" בראשותו של עמיר שמואלי התייחס לסוגיות אלה וגם לשאלות של מיסוי, תקצוב והקצאת מקורות. נבדקו גם יעילותם של תמריצים כספיים (פרסים וקנסות) ושל גולציה וחקיקה בעידוד התנהגות בריאותית. אפיקי ההתערבות האפשריים נבחנו מתוך נקודות המבט של ארבעת השחקנים הראשיים בזירה זו: הצרכנים, היצרנים, ספקי בריאות ורפואה והמעסיקים. ההמלצות המעשיות זוקקו וגובשו במהלך שני ימי הכנס.

את הצוות ה"רפואי" הובילו אורנה בראון-אפל וטוני היימן. צוות זה התמקד בבחינת התפיסה הקיימת של תחום קידום הבריאות לעומת זו הרצויה, ובתפקודה העכשווי והעתיד של מערכת

דברי פתיחה בעז לב

כך כתב לאחרונה פרופסור אריאל רובינשטיין, חתן פרס ישראל לכלכלה, ב"ידיעות אחרונות":

"...שום תוספת ריאלית לתקציב הבריאות לא תושיע אותנו מהדילמה האם להוסיף מקורות לממן רכישת תרופה מאריכת חיים נוספת ואם כן - על חשבון מה. הדיון הציבורי בנושא מתרחש בצילם של שני כשלים, שספק אם ניתן להתגבר עליהם: הכשל האחד - כולנו נעדיף סיוע להארכת תוחלת חייו של חולה אחד שנראה אותו מישיר מבט ממסך הטלוויזיה, על פני השקעת סכום זהה בהפחתת זיהום אויר המקצר תוחלת חיי מספר גדול של אזרחים אנונימיים... למעשה, כולנו מעורבים יום יום, אם כי במודעות מוגבלת, בהכרעות בעניינים כגון תזונה, עישון ואורח חיים, שיש להם השפעה דרמטית על תוחלת וטיב חייו. את ההחלטות עד כמה לוותר על הנאות חיים כדי להשקיע בהארכת חייו אנו מגלגלים אל מנהיגים מרוטים במקום לקחת עליהן אחריות אישית".

הסתכלות זו מבטאה מקצת הבעייתיות של תחום קידום הבריאות, שמנסה לפלס לו דרך למרכז המפה של הבריאות הציבורית. קידום בריאות היא תפיסה שמטרתה ליצור עתיד בריא יותר תוך שילוב בין האדם לסביבתו ומתן כבוד לאוטונומיה, בחירה אישית ואחריות חברתית. לב העניין הוא שינוי, יצירת תמורה - בהתנהגות, בחברה ובסביבה.

איך מביאים את התפיסה הזו לכלל ביטוי בעולם מושגים מורכב? איך פותרים את בעיית האחריות האישית או החברתית לעישון, השמנה, זיפוזפ והתנחלויות כורסה כאורח חיים? ואיך בונים תמריצים מתאימים לשינוי? ובכלל - האם הובלת שינוי כזה היא מוסרית? איך מאזנים בין ערכים כמו התועלת הבריאותית הפרטית והחברתית מול האוטונומיה והבחירה האישית? תחומי המניעה וקידום הבריאות מתחרים מול הרפואה הקורטיבית על תשומת הלב של הציבור, התקשורת ומקבלי ההחלטות. בטורניר הזה, במגרש הפופוליסטי, נרשם ניצחון של הרפואה המונעת וקידום הבריאות בגביית מס שפתיים. אלא שהניצחון הוא 'ניצחון פירוס'. קל למצוא אוהדים ותומכים רעיוניים. יהיה זה אפילו בלתי-נאות פוליטית להסתייג מהעדיפות שיש להקנות למניעה ולקידום בריאות. אבל בחיים האמיתיים, במערכה הכוללת על התקציב ועל תשומת הלב הציבורית, ניגפים תחומים אלה כמעט ללא קרב. עובדה זו מסבירה את מצבה העגום של מערכת בריאות הציבור, בריאות התלמיד, בריאות העובד, קידום בריאות וכל תחום שהמילה השנייה בשמו נסמכת על המילה בריאות.

בחינה שטחית של מושג האחריות יבהיר שלאחריות יש מספר מרכיבים: מי נושא באחריות?

הבריאות על רבדיה השונים בכל הנוגע לתחום זה. הצוות חילק את המערכת לשלוש רמות, קבע לכל אחת מהן גבולות אחריות והמליץ על דרכי פעולה. הוגדרו מטלות לקובעי המדיניות ומקבלי ההחלטות ברמה הלאומית, דהיינו משרד הבריאות. נקבע מה נדרש מהארגונים העוסקים באספקת שירותי בריאות ברמה הקהילתית, כשהכוונה בעיקר לקופות החולים. לבסוף, נוסחו הציפיות מעובדי מקצועות הבריאות שמצויים באינטראקציה האישית של מטפל-מטופל, והרופאים בראשם.

הצוות ה"חברתי", שריכוזו היה בידי ניסים אוחנה ושלומית עמיחי, עסק במערכות חברתיות שמחוץ למערכת הבריאות. עניינן העיקרי של מערכות אלו אמנם אינו בריאות או רפואה, אבל יש להן תפקיד נכבד בקידום התנהגות בריאותית מאחר שרוב רובה של האוכלוסייה נחשף או נזקק להן ומשום שהן מצוידות בכלים ובאמצעים שמאפיינים מערכות ממלכתיות ברמה הלאומית. המערכות שנבדקו הן מערכת החינוך, צה"ל, המשטרה, מקומות עבודה גדולים והרשויות המקומיות. לגבי כל אחת מהמערכות הללו נבדקה תרומתן האפשרית לקידום התנהגות בריאותית, נסקרו פעילויותיהן בתחום קידום הבריאות וזוהו הפערים בין המצוי לרצוי. נבחנו הממשקים ויחסי הגומלין בין המסגרות הללו לבין מערכת הבריאות, וכן נבחנה השפעת התקשורת, כאמצעי חוצה מערכות, על קידום הבריאות. כמו כן נידונה השאלה מהם גבולות ההתערבות של החברה בחופש הבחירה של היחיד בשם קידומה של התנהגות בריאותית. שני מאפיינים בלטו במערכות שנבחנו: האחד - מיעוט או היעדר של כלי הערכה ובקרה, והשני - חוסר מיצוי של התקשורת והשיווק החברתי ככלים להשפעה על התנהגות בריאותית. מתוך כך ניתנה במה מיוחדת לנורית גוטמן להציג את המלצותיה לגבי הדרך שבה ניתן ליצור סביבה תקשורתית מקדמת בריאות. בהתאם לכך גובשו גם ההמלצות.

מהרצאתו של עמרי פדן, מנכ"ל מקדונלדס, למדנו כי התעשייה בכלל, ותעשיית המזון בפרט, זיהתה את קידום ההתנהגות הבריאותית כטרנד חברתי. שינויי התפריט של מקדונלדס הם, לפיכך, מהלך של win-win, מאחר שניתן לראות בהם גם שירות לציבור וגם סיגול המאמץ השיווקי לטעמו של הקהל.

תודה לאשר אלחיאני שעזר בגיבוש תוכנית הכנס וכן סיעם וכתב אחרית דבר. תודה לצוותים שעשו במלאכה, טרחו, למדו ולימדו. תודה לכל מי שהשתתף ותרם לקידום הכנס ולקידומה של הבריאות, ובמיוחד תודה לכל הצוות של המכון הלאומי אשר דאג לכל בסבלנות ובמסירות והנעים כל רגע.

HEALTH FASICM??

If the state is responsible for everybody's health and knows better than the individual how his health can be improved (diet, lifestyle, and physical exercise...). and how he must trade - off costs and benefits, then of course it will coerce him for his own good, just like a parent does with his child.

From the caring state to social engineering and tyranny, theory and history suggest that the slope is steep and slippery. we are far from Hippocrates, who told doctors to "make a habit of two things - to help, or at least to do no harm".

נדמה שהיום אנו משועבדים למחשבות על בריאות, משקל, דיאטה, ספורט. העיסוק שלנו בבריאות ובהתנהגות בריאותית הוא אמוציונאלי מאד, ומלווה ברגשי אשמה, רתיעה, אופוריה – הכל מלבד התייחסות רציונאלית. אנו מכורים לעישון, לאכילה, לגמילה (לא גמילת חסד, רחמנא לצלן), לדיאטות, לספורט ולאלימות. השמירה על הבריאות הפכה כמעט לתכלית קיומית. ומי שאינו שומר על הבריאות הופך לקורבן של אבירי מסדר הבריאות.

החוכמה היא להפוך את הבריאות לחלק ממהלך החיים השגור, היומיומי – כמו נשימה. להפוך את הבחירה שלנו בהתנהגות נכונה לפעולה אוטונומית שכמעט לא מהרהרים בה, ובלא שזו תהיה כפויה על מי שאינו רוצה בה מתוך בחירה חופשית. הדיון בנושא בריאות והתנהגויות בריאות הינו לכאורה כמו MOTHERHOOD AND APPLEPIE. מי יכול לומר משהו בגנות אבות המזון של הבריאות: מניעת עישון, תזונה נכונה ופעילות גופנית? אבל לתהליך האישי והחברתי יש מחירים וקורבנות ומימדים של בחירה וכפייה. לכן אין מנוס אלא לטפל גם במימדים האתיים של שינויי התנהגות וקידום בריאות, ולגעת בשאלות מרכזיות כמו: מה הם גבולות אחריותו האישית של הפרט למצבו במפת הבריאות? האם ניתן להעניש או לקנוס מישהו על כך שהוא שמן או מעשן? האין התנהגויות אלה תוצאה ידועה מראש של עוני ופערים חברתיים וחינוכיים? האם תמריצי השינוי צריכים לחול על הפרט או על החברה? האם צריך דיפרנציאציה בתעריפי ביטוח הבריאות למי שיש לו מחלה "התנהגותית"? מי הם הכוהנים של ה"בריאותיות" (HEALTHISM) והאם נכון להפקיד את הבריאות בידי מי שמופקד על הרפואה והטיפול? האם נכון לבצע "מדיקליזציה" של הבריאות? האם הנושא הוא בכלל בתחומה של מערכת הבריאות, וצריך להיות

ומהו מוקד האחריות? בכל מצב שבו נדרשת אחריות, יש באי-מימושה של האחריות – נזק. הנזק יכול להיות פרטי או ציבורי-חברתי. האחריות לבריאות נחלקת בין מספר שחקנים: הפרט, הסביבה והחברה, והשפעות הגומלין בין שחקנים אלו הן מורכבות. ברפואה הקורטיבית מוקד האחריות הוא אצל המטפל, ומושא ההתערבות הוא החולה. באינטראקציה הזו של מטפל – מטופל החולה הוא הצד הסביל, הפסיבי; עושים לו הבראה, מרפאים אותו. מנגד, התפיסה של קידום בריאות היא הפעלה אקטיבית של האובייקט להשתנות – השינוי צריך להתחולל בהשתתפותו האקטיבית של המושא. תפיסה זו מחייבת את המושא לרצות בשינוי ולבצע בחירה חופשית ומדעת.

שורשיה האטיולוגיים של התחלואה הפוסט-מודרנית נעוצים בהתנהגויות ובגורמים חברתיים ופסיכולוגיים. לאחר נטיעת ההרגל ישנה הטבעה שביטוייה הם התמכרות ותחלואה. מחלות שסיבתן עישון, שימוש בסמים ובתרופות, אכילה המקדמת סוכרת, מחלות לב וכלי דם, השמנת יתר, אלימות וחוסר פעילות גופנית הן, לכאורה, מחלות "בחירה". ניתן לייחס מחלות אלה או את חומרתן לבחירות התנהגותיות שאנשים עושים, באופן פרטי ובצורה קולקטיבית, לגבי הדרך שבה הם רוצים לנהל את חייהם. הסיבות לכך שאנשים בוחרים התנהגויות המזיקות לבריאותם אינן ברורות די צורכן ומחייבות בירור פסיכולוגי, סוציולוגי ואנתרופולוגי.

בכל פורום נוכל לשמוע על החשיבות העצומה של המניעה והמרכזיות של קידום בריאות. אבל מצוקתו של חולה אחד מפילה את כל מערך הטיעונים הזה ביד אחת קשורה מאחור. כי למחלה ולחולה יש פנים, יש זהות, והם מייצרים אמפטיה ומאפשרים לכאורה טיפול ורזולוציה מיידית של המצב. הבריאות, לעומת זאת, היא אנונימית, כמעט נשכחת במהלך העניינים הרגיל, ואין בה סממנים של דרמה או של טלנובלה. מקסימום אירוע דוקומנטארי. התערבויות בתחום בריאות הציבור תוצאותיהן ניכרות לאחר זמן רב והן קשות למדידה, ולכן לתחום המניעה והבריאות יש לובי חלש ודל. הבריאות היא שחקן ספסל בתוך מפת השירותים והזכויות, אין לה את הכוח השיווקי שיש לתחלואה ולתמותה. מתי לאחרונה ראינו עיתונאי רציני כותב על קידום בריאות או על התנהגויות בריאות ועל השפעתן על החברה, על איכות החיים ועל תוחלת החיים? אך מה שנאמר עד כה נכון באופן חלקי בלבד. הבריאות, או מה שנתפש כבריאות או לא בריא, הופך בחלק מהמקרים לתופעה המדורגת בין אובססיה קומפולסיבית לדת ממכרת. הכינוי HEALTH FASICM מבטא את הכפייה של תפישת הבריאות על שיגרת חיינו.

שיטוט קל במרחב המחיה של השטרודל האינטרנטי יציג מספר אינסופי של אתרים המדברים על הפטרנליזם הנוהג בכפיית הבריאות על הפרט והציבור, ולהלן דוגמא אחת מני רבות:

מובל על-ידי גורמי בריאות, או שהוא נושא חברתי השייך בבסיסו למארג החיים הנורמאלי? האם הכפפת הנושא לגורמים רפואיים אינה מתייגת את התנהגויות הבריאות כבעיות רפואיות שיש להן טיפול רפואי, ולא דווקא טיפול חברתי או סביבתי? דילמה זו מקבלת ביטוי לדוגמה בשאלה האם כדי לעסוק בספורט יש צורך מבחינת החוק בבדיקה רפואית מקדימה, והאם כדי להתאמן במכון כושר צריך אישור רפואי כתנאי. האם צריך רישיון מטעמם של בעלי מקצוע רפואי כדי לעסוק בבריאות?

הכפפת הבריאות למערכת הרפואית יכולה ליצור תלות ומגבלה לעיסוקים שצריכים להיות חלק משגרת החיים. הרי אפילו כדי להיות הורים אין צורך ברישוי או בבדיקות רפואיות מחייבות. "הרפאה" של החיים, הפיכת הבריאות לדת, הופכת מטרה לפולחן, ואנחנו הופכים לכוהנים בפולחן זה. הכניסה לדת הזו מלווה לעתים בחרדה, בשמירה אובססיבית על כללי הפולחן והמידות והמשקלות הכרוכות בכך, והתוצאה היא שהטיפול בחלק מהבעיות הופך לטיפול רפואי פרטני במקום טיפול חברתי וסביבתי.

תופעה מוכרת עוסקת באשמה שהחברה מטילה על היחיד החורג מההתנהגויות הנורמטיביות. במצב זה יש תהליך של "האשמת הקורבן" (VICTIM BLAMING). איפה מוקד ה"אשמה" וה"אחריות"? מי אשם – החברה? הפרט? המשמעות של "האשמת הקורבן" היא הטלת סיבת הבעיה החברתית על כתפיו של הפרט, אך לעיתים קרובות אין ליחיד היכולת להיחלץ ממעגל ההתנהגויות וההתמכרות, שבמקרים רבים סיבתן היא לחץ חברתי וסביבתי. המתחייב מכך הוא שכל ניסיון לשינוי התנהגותו של הפרט בלבד, בלי לשנות את הקונטקסט הסביבתי והחברתי, יהיה נדון לכישלון חרוץ.

בבחינת האשמה תמיד עולה שאלת הקשר הסיבתי בין גורם המחלה, המחולל, לבין המאכסן. הווקטור של "תחלואת הבריאות" היא ההתנהגות, ומידת השפעתה על הבריאות היא הסתברותית באופייה, ולא דטרמיניסטית. לכן צריך לגרום להורדת ההסתברות של התחלואה באמצעות טיפול בווקטור שלה – ההתנהגות – וגם בגורמים המאפשרים את התהוותה וקיבועה. הגורמים המשפיעים על המכלול ההתנהגותי כמו עוני, חשיפה סביבתית וחסך חינוכי מהווים גורמי סיכון חשובים יותר לחולי מאשר עישון או אכילה שאינה בריאה.

החיים הם דבר פרטי. הבחירה והאוטונומיה הם נכס של החיים הפרטיים. קיימת בעייתיות בכניסה לדלת האמות של היחיד ובהכתבה של ניהול אורח חייו. בהליכה על החבל הדק המנסה לאזן בין ה"אוטונומיה" וה"פטרנליזם" עשויה החברה לכאורה להכתיב "ערכים" ולכוון התנהגויות למימושם. כך נוצרת אמירה לגבי מה נכון ומה אינו נכון כערכי חיים. האם ערך הבחירה החופשית לא שקול כנגד מה שאנו מכנים אורח חיים בריא? איפה עובר קו הגבול שבו

החברה רשאית, ואולי צריכה, להתערב בהתנהגותו של הפרט?

המטרה הבסיסית של קידום הבריאות היא לשנות התנהגות אנושית ותנאי חיים – אבל אלה תלויים בצורה שבה האנשים חיים ובצורה שבה הם חושבים ופועלים. לכאורה יש ברצון לשנות את הזולת התנשאות מסוימת ואמירה ביקורתית לגבי מערכת הערכים של מי שאינו סוגד לבריאותיות. בריאות היא מושג ערכי ותרגומו הפנימי אינו זהה בתפישתם של אנשים שונים. הציפיות והתקוות צובעות את הבריאות באופן שונה עבור אנשים שונים בהתאם לחינוך שלהם, למצבם הסוציו-אקונומי, ולפוטנציאל הגנטי. מכאן, שוב, שאין לנתק את העיסוק בקידום בריאות מהרקע הערכי והקונטקסט הפרטי והחברתי.

אחת הדילמות המרכזיות שנוגעת לאופן שבו מפעילים אסטרטגיות לשינוי התנהגויות היא, האם השינוי קורה כתוצאה מבחירה חופשית או האם הוא כפוי לטובת הפרט או החברה. אסטרטגיה של השפעה חברתית ניתן לסווג לשלוש קטגוריות מרכזיות: כפייה, מניפולציה ושכנוע. קטגוריות אלה מייצגות רצף מפטרנליזם לאוטונומיה, רצף מהכתבה וכפייה עד להפעלת בחירה ורצון חופשיים. על-כן קמפיינים לשכנוע צריכים לפעול על-ידי פנייה להיגיון. לעומת זאת, הגבלת האופציות של הפרט לבחירה חופשית באמצעות מניעת מידע, הטעייה והונאה, או באמצעות יצירת תחושות אשמה, הן צורות של פטרנליזם שיוצרות דיסוננס בין הבריאות לערכי החיים.

מהו אם כן הגבול העדין בין טובת הפרט והחברה לבין האוטונומיה האישית, ומתי מותר או צריך להפעיל פטרנליזם רך או קשה? מתי רשאית החברה לכפות התנהגות על מי שאינו בוחר בה? האם רשאית החברה למנוע מהיחיד להזיק לעצמו באמצעות עישון או אכילה גסה, או שהיא רשאית להתערב רק כשהנזק האפשרי פולש לתחום הזולת?

מצבים שבהם התערבות וכפיית התנהגויות הם הכרחיים הינם כאלו שבהם הפרט אינו יכול לקבל החלטה או הכרעה ושיקול דעתו מוגבל, או כאלו שבהם הפרט יסבול מנזק משמעותי אם לא תהיה התערבות. מצבים שבהם הפרט, במבט לאחור, יסכים שההתערבות הייתה חיונית. אך יש המבטלים מכל וכל את הזכות להתערב בסדר העדיפויות האישיות. אחת הדרכים להתגבר על הדילמה היא לערב את הציבור בהכרעות אלה במהלך התכנון והיישום של תוכניות קידום בריאות והתערבויות לשינוי התנהגויות. המונחים של חופש בחירה והגדרה עצמית צריכים להיות בבסיסה של כל הכרעה.

אבן יסוד בבריאות היא מתן יכולת והעצמה לפרט בנושא השליטה על בריאותו ושיפורו, במקביל למתן אפשרות לפרט לגרום לשינויים בחברה ובסביבה שבה הוא רוצה לחיות. החשיבה המדעית מכניסה למרחב מושגים כמותיים כמו שיעורי תמותה ותחלואה, גורמי סיכון, מחקרים

קידום בריאות: הגדרת הצורך תוך מבט לעתיד אלי רוזנברג

רקע כללי

ארבעה גורמים עיקריים משפיעים על בריאות: גנטיקה, התנהגות, סביבה (פיזית וחברתית) – כלכלית) ומערכת הבריאות (Perls and Terry 2003, Woolf 2004). מערכת הבריאות מתמקדת בעיקר בתחום הטיפולי: במרכז עומדים הרפואה הראשונית, הרפואה המקצועית ובתי החולים. רק נתח קטן מהעשייה מוקדש למניעה. בתוך מערכת מורכבת זו, מכרז תחום 'בריאות הציבור', או כפי שהוא מכונה לעתים בחו"ל 'רפואה מונעת' (preventive medicine), את המכלול המניעתי.

תחום זה, שהחל את דרכו כמקצוע ששם דגש על הבריאות והגיהות, הועשר בתכנים רפואיים במאה התשע-עשרה, עם גילוי הגורמים המחוללים מחלות מדבקות ופיתוח חיסונים להן. בתקופה זו התפתח מקצוע רפואי חדש, אשר עסק בבריאות הציבור. בסוף המאה התשע-עשרה הבינו העוסקים בתחום שהגישה הרפואית בלבד לא תביא לשינויים המיוחלים במצב בריאות האוכלוסייה, ונוכחו לדעת כי התנהגות הפרט והציבור הינם מרכיבים מרכזיים ביצירת בריאות, וכי אין די במתן הנחיות על-ידי הרופא או הממסד הרפואי כדי לחולל שינוי התנהגותי בציבור. גורמים אלה הביאו להתפתחות מקצוע חדש: חינוך לבריאות. תחום זה ביסס את עצמו במהלך המאה העשרים. במחצית הראשונה של המאה עסק המקצוע החדש בעיקר בהעברת מסרים לגבי התנהגות הקשורה לגיהות, סניטציה ומניעת הידבקות, לדוגמה: איסור יריקה ברחוב, העלולה לגרום להפצת מחלת השחפת ומחלות נוספות. תחום החינוך לבריאות הוגדר כדלהלן:

"... פעילות תקשורתית שמטרתה חיזוק הבריאות, מניעה והורדה של החולי בפרט ובקבוצות, על-ידי השפעה על אמונות, עמדות והתנהגות של הפרט והקהילה" (Downie et al 1996).

במחצית השנייה של המאה העשרים, בעקבות הירידה בהיקף התחלואה במחלות מדבקות והעליה בהיקף התחלואה במחלות כרוניות, החל העיסוק בשינוי התנהגויות הקשורות למחלות כרוניות. בתקופה זו עלתה המודעות לעובדה שטיפול עצמי במחלות הכרוניות והתנהגויות הקשורות לאורח חיים משפיעים בצורה ממשית על הבריאות. עישון, פעילות גופנית ותזונה נתפסו כהתנהגויות בעלות חשיבות מרכזית במאמץ לשמירה על הבריאות. ההתייחסות לאורח חיים תפסה מקום מרכזי בין הנושאים שבהם טיפלו אנשי מקצועות החינוך לבריאות ובריאות הציבור. לקראת העשור השביעי של המאה העשרים החלו אנשי מקצוע בתחום להבין את מגבלותיה של מערכת הבריאות, ואת מגבלות מקצועות החינוך לבריאות ובריאות הציבור. בעקבות כך חל

כפולי-סמיות, משתנים תלויים ובלתי-תלויים, ניתוחי עלות תועלת... לתוך המרחב הזה יש להכניס מושגים כמו רווחה, יושרה, ערכיות, אוטונומיה, אחריות ואחריותיות, חמלה וסולידריות. במסגרת המאמץ להתמודד עם פניה של הבריאות העתידית התחלנו, כמו הרבה מדינות אחרות, לעסוק בהגדרות של יעדי הבריאות העתידיים במסגרת פרויקט 2020. השותפויות הנדרשות על-מנת להביא את הפרויקט לגמר תכנון, ובהמשך ליישום, מקיפות מכלול רב של גורמים המעצבים את חיינו כמו חינוך, איכות סביבה, תעשייה, רווחה ואחרים. ולאחר שיצרנו את השותפויות, הגדרנו הגדרות ותכנונו תוכניות, יש לזכור שכדי ליצור חברה המתנהגת נכון ויוצרת בריאות צריך לכבד את המשוואה הגורסת שבריאות משמעותה מימוש נכון של חופש בחירה ואוטונומיה. ואמר מי שאמר:

For most people, health is not life's goal. Public health is not a religion, health is a journey, not a destination. Health is a means to an end, it is a resource for living the full life, not something to be pursued in an obsessive way that denies risk enjoyment and testing limits..

שינוי בתפיסה הצרה שהתייחסה להתנהגות הפרט בלבד, וזנחה המחשבה שניתן להצליח בשינוי התנהגות ללא התייחסות רחבה יותר, למכלול גורמים: חברתיים, מדיניים, פוליטיים, סביבתיים ועוד. כדי לענות על הצרכים החדשים הללו החל פיתוח של תפיסה ישנה-חדשה, המנסה לחולל שיפור בבריאות לא מתוך מערכת הבריאות בלבד אלא על-ידי שיתוף כל המערכות החברתיות, הפוליטיות והסביבתיות. גישה זו מכונה 'קידום בריאות'.

המערכת המובילה שינוי זה היא מערכת הבריאות. אך הפעילות לקידום בריאות האוכלוסיה הינה אתגר קשה לביצוע, במיוחד עבור אלו הפועלים מתוך מערכת הבריאות: לצרכי השעה של החולים ש"לפנינו" יתרון על הצרכים המניעתיים, משום שפירות המניעה נקצרים רק ברבות הימים. זאת על-אף שהמניעה הינה בעלת סיכויים להניב תשואה בריאותית גבוהה יותר מאשר ההתערבות הטיפולית המוגבלת.

המושג 'קידום בריאות' מוגדר על-ידי ארגון הבריאות העולמי בצורה רחבה מאד, החובקת כמעט כל פעילות הקשורה לאיכות החיים של האוכלוסייה. ארגון הבריאות העולמי מגדיר קידום בריאות כ"תהליך המאפשר לאנשים להגביר את שליטתם במצב בריאותם ולשפרו...". על-מנת לממש את השאיפה לקידום הבריאות הוותיק קווי פעולה רחבים ותכליתיים. אלה מצאו ביטוי באמנת אוטווה (WHO, 1986), וכוללים את הבאים:

- פיתוח מיומנויות אישיות;
- בניית מדיניות ציבורית בריאה;
- יצירת סביבה תומכת;
- חיזוק פעילות קהילתית;
- אימוץ של תכני קידום בריאות על-ידי מערכת הבריאות, בנוסף לאחריותה לתחום הטיפולי. בנוסף, זוהו מספר אסטרטגיות לקידום בריאות האוכלוסיה:
- סינגור (Advocacy): הבעת עמדה לגבי סוגיה מסוימת וייזום פעולות אשר יביאו לשינוי הרצוי;
- איפשר (Enabling): יצירת התנאים ומתן ההזדמנויות הנחוצות להשגת מלוא הפוטנציאל הבריאותי;
- תיווך (Mediating): גישור בין אינטרסים של גורמים שונים - יחידים, קהילות ומגזרים - כדי לעודד שיתוף פעולה שישפר את מצב בריאות האוכלוסייה.

קווי הפעולה והאסטרטגיות הנ"ל יכולים לסייע בהגדרת הייחודיות של תחום קידום הבריאות לעומת שיטות העבודה הנהוגות במערכת הבריאות. פעולות לקידום בריאות מתמקדות בכלל האוכלוסייה (כולל האוכלוסייה הבריאה), וכן בקבוצות אוכלוסייה המוגדרות על בסיס משתנים מקובלים: מצב חברתי-כלכלי או רקע אתני. על-מנת להשפיע באופן משמעותי ומדיד על מצב הבריאות, יש צורך בשיתוף פעולה בין-מגזרי: עבודה עם התקשורת ועם מערכת החינוך, פעולות חקיקה ונקיטת צעדים בעלי השפעה כלכלית - צעדים של שינוי ארגוני, פיתוח קהילתי ופעילויות מקומיות. בין היתר עושה התחום שימוש נרחב בתקשורת בריאות (פיתוח עלוני הסברה, מבצעים תקשורתיים ושיתוף פעולה עם התקשורת לצורך השפעה על קובעי מדיניות), בסביבה מקוונת (פיתוח ותחזוקה של אתרי בריאות, תוכנות מחשב לאבחון מצב בריאות אישי ואמצעי למידה אינטראקטיביים ממוחשבים לשינוי התנהגות בריאותית), במחקר ופיתוח (הערכה, ייזום תוכניות חלון וכד'), ובשיטות מוגוונות נוספות. כל זאת תוך שיתוף הציבור בקבלת ההחלטות ובביצוען. כדי "לעשות סדר" במונחים הקרובים 'קידום בריאות', 'מניעת תחלואה' ו'מניעה ראשונית' מובאים להלן הגדרותיהם של מספר "מאורות מובילים" בתחום למושגים אלה: במילון קידום הבריאות שחיבר לארגון הבריאות העולמי (WHO Health Promotion Glossary 1998) מבדיל Don Nutbeam, מראשוני תחום קידום הבריאות, בין קידום בריאות לבין מניעת תחלואה, כדלהלן:

"מניעת תחלואה (disease prevention) וקידום בריאות (health promotion)
מופיעים לעתים בצוותא. למרות שקיימת ביניהם חפיפה בתכנים ובשיטות, נכון להגדיר מניעת תחלואה כפעולה שבדרך כלל יוצאת מהמגזר הבריאותי, ומטפלת ביחידים ובאוכלוסיות בעלי גורמי סיכון מוגדרים, הקשורים לרוב בהתנהגויות המהוות סיכון. לעומת זאת, קידום בריאות הוא תהליך המאפשר לאנשים להגדיל את השליטה שלהם על הגורמים המשפיעים על הבריאות (ברמת הפרט, החברה, הסביבה, והכלכלה (א.ר.)) וכך לשפר את בריאותם."

באחד מספרי הלימוד המובילים בתחום הרפואה המונעת (Clinical Preventive Medicine, Matzen 2004) מלובן הקשר בין המונחים 'מניעה ראשונית' ו'קידום בריאות' כך: "מניעה ראשונית היא הקטנת גורמי סיכון טרם הופעת מחלה או היפגעות. היא נעזרת בכלים של חינוך לבריאות וקידום בריאות כדי לטייב את הבריאות, במיוחד בתחומים שמעבר לתחומים הגופניים".

נתונים השוואתיים

ההשפעה המרכזית של העישון, ההשמנה והיעדר פעילות גופנית על בריאות הציבור, יחד עם היכולת להשפיע על גורמים אלה באמצעות התערבויות מקדמות בריאות, הביאו להחלטה להתמקד בתחומים אלה בכינוס ים המלח השנה.

בשנת 2006 יצאו שלושה סקרים שבדקו את שיעורי ההימצאות של שלושת גורמי הסיכון הנ"ל בישראל בשנים 4–2003:

- סקר בריאות לאומי: סקר חתך פנים-אל-פנים בקרב כ-5000 מרואיינים בני 21 ומעלה, שפורסם לאחרונה. הסקר נערך בשנים 4–2003, והינו משותף למשרד הבריאות וללשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הוא מהווה חלק מסקר בינלאומי בנושא בריאות הנפש.
- סקר KAP: סקר חתך טלפוני דו-שנתי שמתבצע מזה כעשור. הסקר האחרון נערך ב-2004 בקרב מעל 4000 איש מגיל 18 ומעלה ומתמקד בנושאי ידע, עמדות והתנהגויות בתחום הבריאות. הסקר משותף ליחידה לחינוך לבריאות ולמרכז הלאומי לבקרת מחלות.
- סקר EUROHIS: סקר חתך טלפוני של כ-10,000 מרואיינים בני 21 ומעלה. הסקר נערך לראשונה במתכונת מלאה ב-4–2003 על-ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, והוא מהווה חלק ממאמץ בינלאומי רחב. פרק אחד מתוכו עוסק בהתנהגות בריאותית מונעת.

כדי להבין את הממצאים של סקרים אלה בהקשרם הרחב, יוצגו הנתונים משתי נקודות מבט: השוואת נתוני מדינת ישראל לנתונים ממספר מדינות זרות, והשוואת הנתונים המקומיים לאורך ציר הזמן (סקר KAP).

השוואה למדינות זרות

בקטגוריה זו נבחרו מדינות משתי יבשות: ארה"ב ואירופה (פינלנד, אירלנד, שווייץ ופורטוגל). מדינות אירופה נבחרו כדי לשקף מגוון מדינות מתקדמות בעלות אוכלוסיה בסדר הגודל של אוכלוסיית ישראל (מ-4.1 מיליון (אירלנד) ועד 10.6 מיליון (פורטוגל)), הפרושות על-פני יבשת אירופה מצפונה ועד לדרומה. החלטנו להציג גם את מדד ה-HDI (Human Development Index), המשקלל נתוני בריאות (תוחלת חיים בלידה), חינוך (אוריינות מבוגרים ושיעור הנרשמים לבתי הספר) וכלכלה (התוצר המקומי הגולמי, GDP), כדי לשקף טוב יותר את היכולת הכללית של כל מדינה.

טבלה 1 מציגה את שיעורי שלושת הרגלי הבריאות – עישון, השמנה, ופעילות גופנית – ואת רמת ה-HDI של כל אחת מהמדינות. כפי שמצויין בטבלה, קיים שוני בדירוג קטגורית הפעילות הגופנית בין הסקרים הישראליים, שבהם המשיבים ה"פעילים" ביותר הם אלו הפעילים גופנית

לסיכום פרק זה, ראוי שנתמקד במאמרו של Breslow, המומחה הוותיק לבריאות הציבור, "From Disease Prevention to Health Promotion", משנת 1999. לדעת המחבר, המטרה שלשמה הפעולה מבוצעת היא זו המגדירה אותה: מניעת תחלואה כוללת שיטות למניעת הרעה במצב הבריאות, בעוד שקידום בריאות כולל פעולות לשימור המצב הקיים או להתקדמות לעבר מצב הבריאות המיטבי (optimal health). קידום בריאות עוסק בפיתוח המשאבים הנחוצים כדי לתפקד באופן מיטבי. הוא כולל, בין היתר, את המרכיבים הבאים: רמת כולסטרול נמוכה, צפיפות עצם גבוהה, זיכרון טוב, רמת אנרגיה גבוהה, גישה ה"שְׂשָׁה אֶלִי אתגרים", מצב רוח מרומם ורשת חברתית ענפה.

רקע אפידמיולוגי

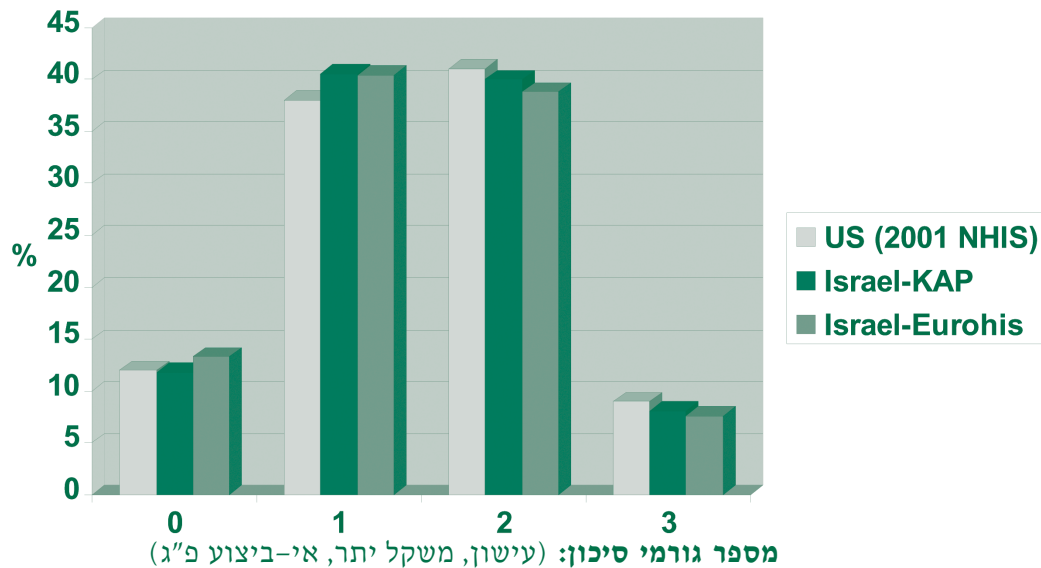
בישראל, כבמדינות מפותחות אחרות, סיבות המוות העיקריות הן מחלות לב, סרטן, ושבץ מוחי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 2003). מחלות אלו (יחד עם בעיות נוירו-פסיכיאטריות כגון דיכאון ושיטיון) גם יוצרות את עומס התחלואה הכבד ביותר במדינות אלו (Mathers et al 2006). Mokdad וחוקרים נוספים (Mokdad et al 2004) חישבו את הסיכון שניתן לייחס לאוכלוסיה (population attributable risk) של גורמי סיכון התנהגותיים שונים בארצות-הברית. על סמך חישוב זה, ותוך שימוש בנתוני התמותה הלאומיים לשנת 2000, חישבו החוקרים את התרומה של כל אחד מגורמי הסיכון לסך סיבות התמותה בארה"ב בשנה זו. עישון ותזונה לקויה/היעדר פעילות גופנית (בעיקר במנגנון יצירת השמנה) התגלו כגורמי הסיכון ההתנהגותיים המובילים. הם נמצאו אחראים ל-18.1% ו-15.2% מסיבות התמותה, בהתאמה. ממצאים אלו אינם מפתיעים כאשר מתחשבים במכלול המחלות החמורות ה"נזקפות" לגורמי סיכון אלו:

- עישון: אוטם שריר הלב, אי-ספיקת לב, שבץ מוחי, סרטן (בדרכי הנשימה, חלל הפה, הלוע, הוושט, הקיבה, הבלב, הכליות, שלפוחית השתן, מערכת הדם (לאוקמיה מיאלואידית) וצוואר הרוחם), מפרצת של הוותין, מחלת ריאה כרונית, ושברים בעצם האגן (US Surgeon General 2004). יש לציין שבשנה שלאחר השבר נצפה אצל קשישים שיעור תמותה הגבוה בכ-20% לעומת זה הצפוי לבני גילם (Roche et al 2005). מתרבות גם עבודות המצביעות על העישון כגורם סיכון לסוכרת סוג 2, במיוחד בגברים (Meisinger et al 2006).
- השמנה והיעדר פעילות גופנית: אוטם שריר הלב, אי-ספיקת לב, שבץ מוחי, סוכרת סוג 2 ומחלות ממאירות כמו סרטן השד (בנשים לאחר גיל המעבר), המעי הגס, הכליה, הרוחם, כיס המרה והוושט (Partnership for Prevention, 2006).

לאחרות. בנושא ההשמנה, שניים מתוך שלושת הסקרים מעידים על היותנו מדורגים במקום השני אחרי ארה"ב ה"גדולה". ובנושא הפעילות הגופנית, נראה שאנו נמצאים במקום האחרון, או קרוב אליו, אם נשים לב שלפחות חלק מהמשיבים בישראל פעילים רק שלוש פעמים בשבוע למשך 20 דקות, בעוד שכל היתר פעילים בדרגה מאומצת (חלק מהנסקרים בארה"ב) או בדרגה בינונית מעל 3 פעמים בשבוע (השאר). אם נשווה את עצמנו למדינה הדרומית היחידה בסקר, פורטוגל, ניתן לראות שאנו נופלים ממנה בכל תחום (פרט אולי למדד ה-BMI, על-פי אחד מהסקרים). שווייץ, מדינה בעלת אוכלוסיה של 7-8 מיליון נפשות, בדומה לישראל, היא אמנם בעלת שיעור מעשנים בשיעור די דומה לישראל, אך אוכלוסייתה שמנה הרבה פחות.

עד כה התייחסנו לאורח החיים הממוצע בכל אחד מהתחומים המדוברים. אך ידוע שהסיכון הבריאותי גובר ככל שמתרבים גורמי הסיכון אצל אותו אדם. איור 1 מציג השוואה בין סקר NHIS האמריקאי (משנת 2001) לבין סקרי EUROHIS ו-KAP הישראליים, בהיבט זה.

איור 1: ריבוי גורמי סיכון: ישראל / ארה"ב



לפי סקר EUROHIS, התמונה בשתי המדינות דומה למדי: בישראל שיעור האנשים בעלי שניים-שלושה גורמי סיכון נמוך מעט מהשיעור בארה"ב (Fine et al 2004), אך לא בצורה ניכרת, על-אף הגדרה מחמירה יותר בנושא הפעילות הגופנית: רק אלו שהתעמלו במשך 30 דקות לפחות 5 פעמים בשבוע בעצימות בינונית, או במשך 20 דקות 3 פעמים בשבוע בעצימות

מעל פעמיים בשבוע, הסקר האירופי (European Commission (2003) Physical Activity) שבו נספרים אלו הפעילים 4-6 ימים בשבוע יחד עם הפעילים כל יום (מבלי לציין משך ספציפי), וסקר ה-NHIS (National Health Interview Survey) האמריקאי, שהגדרותיו מצוינות בטבלה.

טבלה 1: שיעורי התנהגויות בריאות בישראל בהשוואה לחו"ל

מדינה	שנת הסקר	דירוג HDI בינ"ל	מעשנים (%)	BMI $30 \leq$ (%)	שיעור מבצעים פעילות גופנית 3 פעמים בשבוע
אירלנד	2003	8	27 ¹	13 ¹	31 ²
שווייץ	2003	9	26.8 ¹	7.7 ¹	—
ארה"ב (NHIS)	2004	10	21	24	45.9 ³
פינלנד	2003	13	22.2 ¹	12.8 ¹	31 ²
ישראל (Eurohis)	2003-4	22	25.1	14.4	32 ⁴
ישראל (KAP)	2004	22	25.5	12.2	30 ⁴
ישראל (סקר בריאות לאומי)	2003-4	22	27	14.8	28.7 ⁴
פורטוגל	2002	27	20.5 ¹	12.8 ¹	49 ²

¹ לפי OECD Health Data 2005

² לפי European Commission (2003) Physical Activity

³ 3 פעמים בשבוע למשך 20 דקות רצופות ובדרגה מאומצת, או לפחות 5 פעמים

בשבוע למשך 20 דקות ובדרגה בינונית

⁴ מעל פעמיים בשבוע למשך לפחות 20 דקות רצופות

הערה: הנתונים המודגשים הם הגבוהים מבין נתוני המדינות המשוויות.

מעיון בטבלה 1 נראה, כי מצבנו אינו שפיר במיוחד. על-פי אחד הסקרים הישראליים (סקר בריאות ישראל), שיעור העישון בישראל (ובאירלנד) הוא הגבוה ביותר מבין המדינות המשוויות. גם על-פי שני הסקרים האחרים אנו קרובים יותר למדינות בעלות שיעור העישון הגבוה מאשר

בין 15.7% – 15.5% בשנים אלו. חיבור נתונים אלו לנתוני שנים קודמות מ-KAP מעיד דווקא על מגמה הפוכה: השמנה של האוכלוסיה מאז שנת 2000. כדי להשלים את התמונה, נציין נתון שאינו מופיע באיור: לאחר שנים שבהן עלה אחוז הפעילים גופנית שלושה ימים בשבוע או יותר, סקר KAP מראה כי בין השנים 2002–2004 חלה דווקא ירידה (מ- 33.5% ל- 29.4%) במדד זה. מניתוח סקר HBSC (Health Behavior in School-Aged Children Study) האחרון (Janssen et al 2005), מחקר חתך רב-שנתי שבוצע לאחרונה בשנים 2001–2002 בקרב 137,593 ילדים ובני-נוער בין הגילים 10–16 ב- 34 ארצות, כולל ישראל, נראה שיש מקום לדאגה: אמנם אחוז גבוה יותר מקרב בני-הנוער הישראליים אוכלים לפחות פרי אחד ביום יחסית לכל שאר 33 הארצות שנסקרו, אך "זכינו" גם להוביל במספר נתונים המעודדים השמנה: צריכת משקאות קלים, צפייה בטלוויזיה (במשך לפחות 3 שעות ביום), ושיבה מול המחשב (במשך לפחות שעותיים ביום). ישראל נמצאת במקום ה- 18 מבחינת שיעור הנוער השמן. היא מדורגת במקום ה- 23 הנמוך באחוז העוסקים בפעילות גופנית (60 דקות לפחות 5 ימים בשבוע). רגרסיה לוגיסטית הראתה קשר מובהק בין משקל-יתר לבין צפייה מרובה בטלוויזיה. משמעות העלייה בהשמנה בארה"ב נותחה בשנת 2005 על-ידי הדמוגרף הידוע Olshansky וחוקרים נוספים במאמר בשם "A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century". במאמר מחשבים המחברים את הירידה הנוכחית בתוחלת חיים עקב השמנת – היתר הקיימת בארה"ב (איור 3), ומתריעים שהעלייה בהיארעות מחלות כרוניות, כגון סוכרת סוג 2, הנגרמות בעקבות ההשמנה, עלולה לעצור את מגמת השיפור שנצפתה בתוחלת החיים בארה"ב מאז אמצע המאה ה-19, ואף להפוך אותה.

גבוהה, לא נחשבו לבעלי סיכון בארה"ב, לעומת ההגדרה בישראל הדורשת פעילות של 20 דקות רצופות לפחות 3 פעמים בשבוע, ללא הגדרת עצימות. על-פי סקר KAP מצבנו בעייתי פחות, אך עדיין אינו "מזהיר". העובדה, שעל-פי שני הסקרים בין רבע למחצית מאוכלוסיית ישראל נושאת בקרבה שניים עד שלושה גורמי סיכון, אשר מסכנים בחלקם את אותם האיברים ומחוללים את אותן המחלות – מחייבת התייחסות.

השוואה לנתונים משנים קודמות

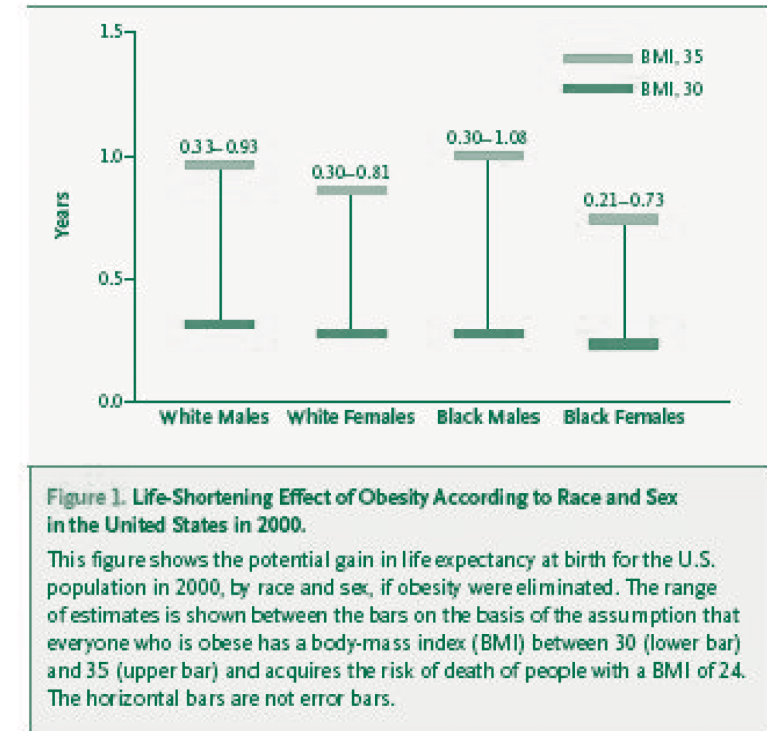
לאחר הצגת המצב הנוכחי, חשוב לדעת האם ישראל מצויה בתהליך שיפור או, חלילה, הידרדרות מבחינת אורח חיי תושביה. כדי לענות על השאלה, הבה נתבונן באיור 2, המציג את מגמות העישון וההשמנה מאז שנת 1998, על-פי הסקר היחיד המאפשר השוואה כזו, סקר KAP (חלק מהנתונים לקוחים מן הספר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל 2000–2002" בהוצאת המחלקה לחינוך וקידום בריאות והמרכז הלאומי לבקרת מחלות).

איור 2: סקר KAP (עישון והשמנה בישראל לפי מגדר, 1998–2004)



התמונה המתקבלת מהנתונים הנ"ל, ומאחרים שיוצגו להלן, היא מעורבת, ויתכן כי היא אפילו מדאיגה. בקרב הגברים החל אחוז המעשנים לעלות שוב, בעוד שבקרב הנשים נמשכת מגמת הירידה באחוז זה. אחוז האוכלוסיה הבוגרת הסובלת מהשמנת-יתר ($BMI \geq 30$) אמנם ירד קלות בשני המינים, אך הוא עדיין גבוה מרמתו בשנים עברו. חשוב להזכיר ששני הסקרים הישראליים האחרים משנים 4–2003 חולקים על ממצאי סקר KAP בהקשר זה. מתוך ממצאי סקרים אלה עולה כי אחוז השמנת-יתר בקרב גברים נע בין 13.9% – 13.2%, ובקרב נשים –

איור 3: קיצור תוחלת החיים בלידה עקב השמנת-יתר לפי גזע ומגדר (ארה"ב, שנת 2000)



האם ניתן לחולל שינוי מהותי?

היה זה אלברט איינשטיין שאמר: "לא ניתן לפתור בעיות עם אותו סוג החשיבה שאיתן יצרנו אותן". איזו חשיבה ראוי אם כן להפעיל כדי לסייע למקצוע קידום הבריאות להתמודד עם הסיכונים ההתנהגותיים שהוצגו לעיל?

ישנן עדויות משכנעות באשר לתועלת של הפסקת עישון (Doll et al 2004) וביצוע פעילות גופנית (Warburton et al 2006) למניעת מחלות כרוניות ולהקטנת תמותה בטרם עת (premature death). בסעיף זה נתמקד בפתרון הבעיה "הכבדה" ביותר: השמנת יתר.

ראשית, טוב לעיין בהנחיות נתמכות-הראיות מבית מדרשם של גורמים כמו – U.S. Preventive Services Task Force ב-<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> וה- Task Force on Community Preventive Services ב-<http://www.thecommunityguide.org> הן בהתערבויות בקהילה.

מהמלצות גופים אלה נראה, כי ניתן להפחית משקל באמצעות מתן ייעוץ באופן נמרץ ורחב-היקף לאנשים עם השמנת יתר ($BMI \geq 30$). במסמכים קיימות אף המלצות מגובשות בשני תחומים קהילתיים: בבתי ספר ובמקומות עבודה. אך התמונה בנושא זה מעורבת, וייתכן אף מאכזבת: מחד, ניתן לסכם שהתערבויות במקומות עבודה המכוונות לשיפור הידע התזונתי, לעידוד פעילות גופנית וללימוד שיטות שינוי התנהגות אכן מסוגלות לחולל ירידה במשקל. מאידך, נראה שקיימים ספקות לגבי הצלחת אותן התערבויות בטווח הארוך. לגבי ההתערבויות בבתי הספר שנבחנו (בעיקר אלו שהועברו בפעילויות בכיתה), סוכם שאין די ראיות לקבוע את דרגת היעילות שלהן.

הסקירות שנזכרו לעיל דנות בהפחתת משקל עודף קיים. אין בהן התייחסות להתערבויות שנועדו למנוע השמנה.

תחום התערבותי חדש יחסית, ה"מתעורר לחיים" בשנים האחרונות, הוא חקר העירנות והשינה והשפעתן על הבריאות. חסך בשינה משנה את רמות ההורמונים המווסתים את התיאבון: הוא מפחית את רמת ה-leptin (הורמון המאותת על שובע) ומגביר את רמת ה-ghrelin (הורמון המגביר את התיאבון). מתוך הבנה זו ערכו Gangwisch ושותפיו (Gangwisch 2005) מחקר בקרב מדגם מייצג של יותר מ-5000 נבדקים. החוקרים תיעדו את משך השינה הלילית של הנבדקים בתחילת תקופת הניסוי, ועקבו אחר ה-BMI של נבדקים אלה לאורך שנים. הם מצאו כי, בניגוד לאלו שישנו 7 שעות לילות או יותר, הנבדקים שישנו פחות מ-7 שעות היו בעלי BMI גבוה יותר, שהתאפיין בחלק מהמקרים כהשמנה ממש ($BMI \geq 30$). האם באוכלוסיית ישראל, שבה מצאנו כי קרוב לכ-15% מהאוכלוסייה סבלו מהשמנת יתר בשנים 2003-4, קיים חסך בשינה? מתוך סקרי KAP ו-EUROHIS מתקבלים הנתונים הבאים:

טבלה 2: ממוצע שעות שינה לילות: השוואה בינ"ל

מדינה	שעות לילות	מקור
ישראל	6.58	KAP 2004
ישראל	6.59	Eurohis 2004
US	6.8 (Weekday)	National Sleep Foundation 2005 survey
ממוצע כללי	7.57	Ten-country Four continent *(standardized q're, 2002)
Japan	6.88	כנ"ל
Portugal	8.4	כנ"ל

Soldatos et al. 2005*

אם כן, בהשוואה בינלאומית, נראה שממוצע שעות השינה הלילית בישראל (פחות מ- 7 שעות) הוא נמוך, נמוך אף מהממוצע ביפן ובארה"ב, הנמצאות בטווח התחתון של המדינות שנכללו בסקר הנ"ל (יפן, אגב, תרמה את הנבדקים הרבים ביותר לסקר ולכן הקטינה את הממוצע הכללי). כמובן שנדרש עוד מחקר פרטני ובחינת ההצלחה של התערבויות שנועדו להגדיל את מכסת שעות השינה הלילית והשפעתן על משקל הגוף, אך בכך אולי נפתח צוהר חדש ומעניין להתמודדות עם הבעיה.

גישה מעניינת נוספת היא לימוד "סודות ההצלחה" של אנשים שהגשימו את יעדם להרזות. אלפי האנשים שהצליחו להפחית מעל 10 ק"ג ממשקל גופם ולשמור על הישג זה במשך למעלה מ- 5 שנים, נמצאים במעקב ברשומה בשם ה- National Weight Control Registry בארה"ב (Phelan et al 2006). במעקב רב-שנתי מתברר שחברי "נבחרת" זו התאפיינו בצריכת מזון דל-קלורי, בהגבלת כמות ה"מזון המהיר" שצרכו ובביצוע פעילות גופנית מרובה (מעל 2600 קלוריות/שבוע בממוצע).

סיכום

קידום הבריאות מגשר בין עולמות רבים: בין היחיד לקהילה, ובין המטופל הבריא, השואף לתוחלת חיים ולאיכות חיים, לבין חולה האוטם, הזקוק לגמילה מעישון כדי למנוע הישנות מסוכנת עד מוות. תחום קידום הבריאות מתמשק עם המגזר הטיפולי, ואולי אף ישכון בעתיד גם במרפאה הראשונית, אך מטרתו היא "לתקן את העולם" במישור החברתי, הכלכלי והסביבתי, בקביעת מדיניות בריאה ובתיווך הפעלתה בשטח. האם כל אלה ידורו בכפיפה אחת? איך נכון למצות את מקדמי הבריאות ואת המקצוע כולו כדי לתת מענה הולם לבעיות מהסוג שהוזכר לעיל? ומהו המודל הכלכלי המתאים ביותר לפעילויות קידום הבריאות המגוונות והיצירתיות? משרד הבריאות נרתם לאתגרים אלה, ומוביל יוזמה רבת-משתתפים וארוכת-טווח המתמקדת בקידום בריאות ומניעה, בשם "לעיתיד בריא 2020". עבודה רבה ומעניינת עוד לפנינו. נשאב עידוד מדבריו הקולעים של התנא רבי טרפון:

"הזמן קצר והמלאכה מרובה... והשכר הרבה... לא עליך המלאכה לגמור, ולא אתה בן-חורין להיבטל ממנה..." (פרקי אבות פרק ב', משניות כ-כ"א).

מקורות

- Marshall, M., Leatherman S. et al. (2004). "Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention & Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries". *OECD Health Technical Papers* 16. Paris, Organisation for Economic Co-operation & Development.
- Mathers, C.D., Lopez A.D. and C.J.L. Murray (2006). "The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001." in A.D. Lopez, C.D. Mathers, M. Ezzati, D.T. Jamison, and C.J.L. Murray (eds.) *Global Burden of Disease and Risk Factors*, New York: Oxford University Press. pp. 47-95.
- Matzen, R.N. (2004) "Preventive Medicine: Definition and Application". In R.S. Lang and D.D. Hensrud (eds.). *Clinical Preventive Medicine*, 2nd Edition. AMA Press.
- Meisinger, C., Doring, A., Thorand, B. and H. Lowel. (2006) "Association of Cigarette Smoking and Tar and Nicotine Intake with Development of Type 2 Diabetes Mellitus in Men and Women from the General Population: the MONICA/KORA Augsburg Cohort Study". *Diabetologia* 49. pp. 1770-1776.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. and J.L. Gerberding. (2004) "Actual Causes of Death in the United States, 2000". *JAMA* 291. pp. 1238-1245.
- MTV News. Accessed on July 19, 2006 at <http://www.mtv.com/news/articles/1521605/20060125/index.jhtml?headlines=true>.
- Nutbeam, D. (1998) *Health Promotion Glossary*. WHO/HPR/HEP/98.1, World Health Organization, Geneva.
- Olshansky, S. J., Passaro, D. J., Hershow, R. C. et al. (2005) "A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century". *N Engl J Med* 352. pp. 1138-1145.

- Baron-Epel, O., Levin-Zamir D. et al. (2004). "A Participatory Process for Developing Quality Assurance Tools for Health Education Programs", *Patient Education and Counseling* 54:2, pp. 213-219.
- Breslow L. (1999). "From Disease Prevention to Health Promotion", *JAMA* 281, pp. 1030-1033.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. and I. Sutherland. (2004) "Mortality in Relation to Smoking: 50 Years' Observations on Male British Doctors", *BMJ* 328. p. 1519.
- Downie, R., Tannahill, C. et al. (1996). *Health Promotion Models and Values*, Oxford University Press.
- European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 58.2 – European Opinion Research Group EEIG.
- Fine, L.J., Philogene, G.S., Gramling, R., Coups, E.J. and S. Sinha. (2004) "Prevalence of Multiple Chronic Disease Risk factors: 2001 National Health Interview Survey". *Am J Prev Med* 2004, 27:2S. pp.18-24.
- Gangwisch, J.E., Malaspina, D., Boden-Albala, B. and S.B. Heymsfield (2005). "Inadequate Sleep as a Risk Factor for Obesity: Analyses of the NHANES I". *Sleep* 28. pp. 289-296.
- Human development Indicators 2003. Accessed on June 14, 2006 at <http://hdr.undp.org/reports/global/2003/indicator>.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P.T., Boyce, W.F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C., Currie, C. and W. Pickett. (2005) "Comparison of Overweight and Obesity Prevalence in School-Aged Youth from 34 Countries and their Relationships with Physical Activity and Dietary Patterns". *Obesity Reviews* 6, pp. 123-132.

Warburton, D.E.R., Nicol, C.W. and S.S.D Bredin. (2006) "Health Benefits of Physical Activity: the Evidence". *CMAJ* 174. pp. 801-809.

.West Virginia Department of Health and Human Resources
Accessed on July 19, 2006 at <http://www.wvdhhr.org/bph/oehp/obesity/execsum.htm>.

Woolf, S.H.. (2004) "Society's Choice. The Tradeoff between Efficacy and Equity and the Lives at Stake". *Am J Prev Med* 27. pp. 49-56.

ידע, עמדות והתנהגויות בריאות בישראל 2000-2002, המחלקה לחינוך וקידום בריאות והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות 2003.

פטירות ושיעורי תמותה, לפי סיבה, מין וגיל, 2003, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

Partnership for Prevention. Accessed on July 19, 2006
at: <http://www.prevent.org/images/stories/Files/publications/Obesity%20Impact-v2.pdf>

Perls, T., and D. Terry. (2003) "Understanding the Determinants of Exceptional Longevity". *Ann Intern Med* 139. pp. 445-449.

Phelan, S., Wyatt, H.R., Hill, J.O. and R.R. Wing (2006). "Are the Eating and Exercise Habits of Successful Weight Losers Changing?" *Obesity* (Silver Spring) 14. pp. 710-716.

Roche, J.J.W., Wenn, R.T., Sahota, O. and C.G. Moran (2005). *Effect of Comorbidities and Postoperative Complications on Mortality after Hip Fracture in Elderly People: Prospective Observational Cohort Study*. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38643.663843.55 (published 18 November).

Sleep in America Poll 2005, National Sleep Foundation, March 2005. Accessed on May 30, 2006 at www.sleepfoundation.org.

Soldatos, C.R., Allaert, F.A., Ohta, T. and D.G. Dikeos. (2005) "How do Individuals Sleep around the World? Results from a Single-Day Survey in Ten Countries". *Sleep Medicine* 6. pp. 5-13.

Task Force on Community Preventive Services, Accessed on June 4, 2006
at <http://www.thecommunityguide.org/obese/>

The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General (2004). Accessed on July 19, 2006 at http://www.cdc.gov/Tobacco/sgr/sgr_2004/pdf/executivesummary.pdf.

Vital and Health Statistics, Series 10, Number 228: Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2004, USDHHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

צוות 1 בחינת השימוש בתמריצים כספיים, רגולציה וחקיקה לעידוד התנהגות בריאותית

תקציר

פרק זה מציג את עבודת ההכנה, עיקרי הדיונים בכנס וריכוז ההמלצות של הצוות לבחינת השימוש בתמריצים כספיים, רגולציה וחקיקה לעידוד התנהגות בריאותית. התנהגות בריאותית בהקשר זה משמעה בעיקר הימנעות מעישון, הקפדה על תזונה נכונה ושמירת משקל מתאים, ופעילות גופנית.

למרות שאימוץ התנהגות מזיקה על-ידי צרכנים רציונאליים אינו מצדיק לכאורה התערבות, הרי שבעיות של מידע לא נכון ולא מדויק, פגמים ברציונאליות, חוסר עקביות על-פני זמן, חולשה בהוצאה לפועל של החלטות ונזקים בריאותיים וכספיים הנגרמים לסביבה (מסוג הסיכון המוסרי), מביאים מדינות רבות לנסות ולשנות את דפוסי התצרוכת וההתנהגות של האוכלוסייה, הן בצורה "רכה" (שינויי מחירים יחסיים, הסברה) והן בצורה "קשה" (איסורי מכירה, הגבלות כמותיות וחקיקה).

מסגרת הדיון של צוות זה כללה ארבעה אפיקי התערבות, המתנקזים, בסופו של דבר, לבחינה כוללת של ההתערבויות לעידוד התנהגות בריאותית נאותה:

1. הצרכנים, המושאים הסופיים של ההתערבויות - בנושא זה נדונו שינויי מחירים (מיסוי עקיף), הקלות מס (מיסוי ישיר), תמריצים כלכליים מהמעסיקים ותמריצים והנחות בתשלומים לקופות החולים.
2. יצרנים וספקים של מוצרי התצרוכת שצריכתם מגדירה את ההתנהגות הבריאותית (סיגריות, מוצרי מזון "רעים" ו"טובים", מוצרי ספורט ופעילות גופנית) - תחת סעיף זה נדונו, בעיקר בהשראת הניסיון שהצטבר עם יצרני הסיגריות, אמצעי ההתערבות הבאים: שינוי מחירים ליצרן על-ידי מיסוי עקיף או סובסידיה, כולל "מס שומן", שימוש במיסוי ישיר (מס חברות) לשם עידוד או ריסון מחקר ופיתוח, ייצור ומכירות, שימוש במיסוי ישיר ובמערכת תמיכות לשם עידוד או ריסון פרסומת, אמצעים של "התערבות קשה" - איסור פרסומת, איסור מכירה, חובת הפקדה, הפרדת חשבונאות, שימוש בתביעות משפטיות, פיתוח מערכת אכיפה מקומית יעילה, ותמרוץ כספי של רשויות מקומיות לעידוד תשתית ספורט עממי בקהילה ובבתי הספר.
3. ספקי הטיפול הרפואי בקופות החולים, מהם מצופה להדריך את הצרכן באימוץ התנהגויות מקדמות בריאות. אפיק התערבות זה הוא הדל ביותר על-פי ממצאים ממחקרים וניסיון מעשי. הדיון בתחום זה התבסס על מסקנות הצוות לבחינת "תחרות על איכות" מכנס ים המלח 2005

ועל הפרויקט הלאומי של מדדי איכות הטיפול.

4. לבסוף, דן הצוות בקצרה בנושאים הבאים:

- מקומם של המעסיקים, הנהנים ממצב בריאות משופר של עובדיהם, בעידוד התנהגות בריאותית נאותה של העובדים, הן דרך תמריצים והן דרך אספקת אמצעים לפעילות גופנית בזמן העבודה.
- סוגיית "צביעת" כספים הנגבים כמיסים, קנסות או עונשים תחיקתיים אחרים על מוצרים מזיקים, לשימוש בעידוד התנהגות בריאותית.

תקציר המלצות הצוות כולל את הנקודות הבאות:

תמריצים לשינוי התנהגות במסגרת שוק ביטוח הבריאות וקופות החולים

- הצוות הגיע למסקנה כי אין מקום **לחייב** את הקופות להנהיג תמריצים כלכליים לשינוי ההתנהגות של מבטחיהן. עם זאת, יש מקום **לאפשר** לקופות לנהוג כך ואף לעודד זאת, בהתבסס על הניסיון שנצבר בארה"ב.
- הפעלת מערכות תמריצים לשינוי התנהגות יכולה להתבצע על-ידי מתן הנחות בפרמיות הביטוח המשלים ו/או על-ידי מתן הנחות בהשתתפויות עצמיות (על ביקורים אצל מומחים, שימוש במכוני הדמיה או תרופות).
- אחת הסיבות להסתייגויות מהפעלת שיטת תמריצים כזו היא היעדר מערכת מידע מפותחת שתקשור בין השתתפות בתוכניות לשינוי התנהגות לבין תוצאות התנהגותיות. לכן, הצוות ממליץ להשקיע בפיתוח מערכת כזו במסגרת ההשקעה המסיבית במערכות המידע בקופות.
- הצוות ממליץ על הרצת "מפעלי הדגמה" ניסיוניים שיוכלו ללמד על אפשרויות הפעלת תוכניות לשינוי התנהגות ועל מידת השפעת התמריצים (הגמישויות) בחברה הישראלית.

תמריצים לשינוי התנהגות ביוזמת מעסיקים בשוק העבודה

- הצוות סיכם כי יש לתמרץ מעסיקים להנהיג תוכניות מקדמות בריאות לטובת עובדיהם (כולל בניית חדרי כושר) על-ידי מתן הקלות במס על הוצאות אלה. ההוצאות עשויות לכלול מתן גמ תמריצים שווי-כסף לעובדים, כגון שימוש בתוכניות על חשבון זמן עבודה, חופשה נוספת בתשלום, בונוסים, מתנות וכו'.
- יש לחפש דרכים נוספות לערב את המעסיקים בעיצוב ההתנהגות הבריאותית של עובדיהם ולתמרצם, מתוך הכרה בעניין המעסיקים בבריאות עובדיהם.
- סוכני השינוי בתחום זה צריכים להיות מעסיקים מסקטור הבריאות והממשלה.

"מס שומן"

- בסך הכול, כפי שנמצא במדינות אחרות, עלתה התנגדות לא מבוטלת להטלת "מס שומן".
- ההתנגדות מבוססת על השיקולים הבאים: מידה לא ברורה של אחריות הצרכן, חוסר מידע בדבר מידת האפקטיביות של המס, שיקולים של הוגנות והתחלפות, בעיות טכניות בהפעלת המס. הצוות ממליץ להמשיך את הדיון בנושא ולחדדו.
- הסתמנה העדפה של כלי רגולציה "קשה" (איסורים ומגבלות) ופעולות על היצרנים והמשווקים על-פני פעולות על הצרכנים.
- עם זאת, קיימים מוצרים שעבורם "מדד המיסוי" הוא ברור, למשל: קוטג' 9% שומן לעומת 3% שומן, משקה דיאט לעומת משקה רגיל, קמח או אורז מלא לעומת קמח או אורז רגיל. במצבים אלה מומלץ ליצור דיפרנציאציה במחירים ובפרסום באופן שיעודד את צריכת המוצרים הבריאים יותר.

סיגוריות ומוצרי טבק

- יש לשקול את האמצעים הבאים:
- הרחבת המיסוי העקיף: ביטול פטור ממכס, הטלת מס על נרגילות ועל סיגוריות בודדות, העלאת שיעור המס.
- חובת הפקדה לכיסוי נזקי בריאות עתידיים.
- עידוד תביעות של מערכת הבריאות נגד היצרנים.
- איסור ו/או מיסוי על פרסומות למוצרי טבק.
- הגבלות על מכירת סיגוריות (סביב בתי ספר, בתי חולים, מחנות צה"ל, באמצעות האינטרנט והדואר).
- הגברת ההסברה והאכיפה בנושא איסור העישון.

מוצרי מזון המזיקים / מועילים לבריאות

- הצוות ממליץ, בראשונה, על שילוב של כלים לשינוי דפוסי צריכת מזון: מיסוי עקיף, הסברה, מגבלות פרסום ומגבלות מכירה.
- יש לחייב את היצרנים להפריד את החשבונאות של מוצרים המועילים לבריאות מזו של מוצרים מזיקים.
- יש להשתמש בכלי המיסוי ישיר והקלות ממס כדי לעודד או לרסן מחקר, פיתוח ופרסום של מוצרים נבחרים.

- יש לקבוע מחירי מינימום למזון מהיר.
- יש להטיל מגבלות על פרסום ומכירה של חטיפים ומשקאות ממותקים בבתי הספר.
- יש לחייב את היצרנים לסמן ולפרט מידע קלורי ותזונתי באופן ברור ובולט על גבי המוצר.
- יש לשקול סבסוד של מוצרים מועילים לבריאות באמצעות אלה המזיקים לבריאות. למשל, העלאת מחירי מוצרים מזיקים והורדת מחירים של מוצרים מועילים במכונות אוטומטיות למכירה, כך שסך הרווח הנקי לא ישתנה.

ציוד ספורט, חדרי כושר, בריכות, חוגי ספורט וכיו"ב

- יש צורך מיידי בסבסוד תשתיות ספורט ומינוריים באזורים מסוימים ולאוכלוסיות בסיכון (למשל נשים ערביות וחרדיות), כדי להגביר את הפעילות הגופנית בהם.
- יש לפתח "מערכת תומכת" לנסיעה באופניים - מסלולים, נתיבים, תנאי בטיחות, הסעות ברכבת, מקלחות במקומות העבודה, מכירות מוזלות, אפשרות השאלה - כדי לעודד נסיעה באופניים.
- יש לתמרץ את הרשויות המקומיות להפעלת ספורט עממי והקמת תשתיות ציבוריות (מסלולים, אירועים) באמצעות הקצאת המשאבים לרשויות המקומיות.
- יש לשקול מתן מענקים והלוואות מוזלות לפיתוח תשתיות לפי אזורים, כשם שנעשה בעידוד השקעות בהון פיסית בתעשיות ובאזורים מסוימים.
- יש לשקול לתמרץ או לחייב תרומות למימון תשתיות ספורט מחברות מסחריות המשווקות ציוד ספורט, וכן מחברות הטוטו.
- יש להקל בדרישות הרישוי ובהוצאות על מבנים עם חדרי מדרגות נוחים, לעידוד עלייה במדרגות כתחליף לשימוש במעליות.

תמריצים לספקי הטיפול הרפואי לעודד את בריאות מטופליהם

- הצוות מאמץ את מסקנות צוות כנס ים המלח 2005 שעסק ב"תחרות על איכות" כבסיס לתגמול ספקי השירות הרפואי על עידוד התנהגות בריאותית של מטופליהם.
- יש לפתח את פרסום המדדים וההישגים על-ידי הרגולאטור. עם זאת, הקופות רשאיות להשתמש בתוצאות אלה לצרכי פרסום.
- יש מקום לבחון בהירות את הסכנה של משיכה סלקטיבית על-ידי הקופות. דרך אפשרית לעקוף סכנות רבות היא לבחור במדדים הנבחנים באופן אקראי מתוך סדרת המדדים הכוללת.
- ניתן ליצור תשלומים המותנים בעמידה ביעדי מדדי איכות הטיפול, במקביל לתשלומים עבור עמידה ביעדי התקציב.

מבוא

בחלקה האחרון של המאה ה-20 חל גידול משמעותי בשכיחות המחלות הכרוניות המהוות את סיבות התחלואה והתמותה העיקריות במדינות המערב: מחלות קרדיו-וסקולאריות, מחלות הסרטן, יתר לחץ דם, שומנים בדם וסוכרת. בחינת מגמות התחלואה והתמותה בישראל מעלה גם היא תמונת מצב קשה: עלייה בשיעורי התחלואה והתמותה, בעיקר משאתות ממאירות ומסוכרות. התחלואה הכרונית גורמת לסבל אנושי ולתמותה מוקדמת, ומייצרת עלויות חברתיות ישירות ועקיפות ניכרות בדמות הוצאות על טיפול רפואי ואובדן תפוקה למשק. לדוגמה, על סמך ממצאים מאירופה ומארה"ב, העלות הישירה בגין ההשמנה בישראל מוערכת בכ-1.7 מיליארד ש"ח בשנה (כ-5% מההוצאה הציבורית לבריאות בשנת 2004, בדומה לשיעור ההוצאה במדינות מפותחות אחרות). העלות העקיפה כתוצאה מתמותה מוקדמת מגורם זה היא בסדר גודל זהה לעלות הישירה – 1.7 מיליארד ש"ח. העלות העקיפה כתוצאה מהיעדרויות-מחלה גדולה פי 1.5 מהעלות כתוצאה מתמותה מוקדמת, ומגיעה לכ-2.6 מיליארד ש"ח. כך, סך העלות העקיפה של השמנה מגיעה לכ-4.3 מיליארד ש"ח, וסך העלות של תופעה זו לחברה בישראל מגיע לכ-6 מיליארד ש"ח, המהווים כ-1.2% מהתמ"ג וכ-15% מההוצאה הלאומית על בריאות בשנת 2004. במקביל לגידול בשכיחות המחלות הכרוניות, הצטבר גוף ידע גדול ומבוסס המעיד על חשיבותה של התנהגות בריאותית – הימנעות מעישון, תזונה נבונה ופעילות גופנית – באפשרות המניעה של המחלות הללו, ולכן בהקטנת התמותה. יתר על כן, ניתוחים כלכליים לניבוי עלויותיהן של תוכניות התערבות שמטרתן לקדם בריאות בקרב האוכלוסייה מראים כי העלויות הצפויות של תוכניות אלו נמוכות באופן משמעותי מהעלויות הנובעות מטיפול בהשלכות הבריאותיות הנגזרות מהתנהגות בריאותית לקויה. לדוגמה, המנהל הכללי של משרד הבריאות כותב ב"חוזר מנכ"ל": "עלייה קטנה של אחוזים בודדים בשיעור העוסקים בפעילות גופנית בישראל עשויה להביא לחיסכון של מאות מיליוני ש"ח בשנה בשל הפחתת תחלואה ואשפוזים, ולמניעת מאות מקרי מוות בשנה".

עם זאת, קיים קושי רב בשינוי תבניות התנהגות (Economos 2001, Kaplan et al 1993), כל שכן התנהגויות בריאותיות מורכבות (complex behaviour) כמו הפסקת עישון, שמירה על תזונה נבונה וביצוע פעילות גופנית, הכרוכות בהתנהגויות נוספות (עבודה, שינה וכו') ובהרגלים קיימים, ומושפעות ממכלול של גורמים כלכליים, סביבתיים ופסיכו-סוציאליים הקשורים האחד בשני ופועלים באינטראקציה. ניתן למנות גורמים משפיעים נוספים על התנהגויות אלו: מצב משפחתי, סטאטוס חברתי, חינוך והשכלה, אמונות הקשורות בבריאות, גורמים פסיכולוגיים

- בסך הכול, קיים ניסיון טוב של הנהלות הקופות בנושא תגמול מחוזות על ביצועים. יש להתבסס על לקחים אלה בהפעלת התוכנית הלאומית.
- לא הייתה הסכמה לגבי הצורך בתקציב נוסף לתמרוץ המטפלים לעודד התנהגות בריאותית של מטופליהם, לעומת האפשרות להסתפק בהסטת תקציבים קיימים.
- יש לשקול את ראיית חלק מהתגמולים לקופות בגין עמידה ביעדי בריאות המטופלים כ"מימון ביניים", בגלל האופי העתידי של פירות ההשקעה הנוכחית.

המלצות הצוות בנושא "צביעת" כספים

- למרות התנגדות האוצר, יש מקום לדון מחדש בסוגיה לאור הנקודות הבאות:
- הניסיון האמריקאי והאוסטרלי בתחום הטבק מורה על יעילות מוגברת של מס טבק צבוע, ותמיכה ציבורית גם בקרב המשלמים.
- צביעה מדגישה כי המס אינו מיועד להגדיל את הכנסות הממשלה, וכי מטרתו היא שינוי התנהגות גם באמצעות השימוש בכספים.
- צביעת כספים מבטיחה משאבים שקשה להקצותם בדרכים אחרות.

כגון מיקוד שליטה ואמונת הפרט ביכולתו ליישם את השינוי הרצוי לו, מזג אוויר, מידת הבעיה (משקל, וותק וכמות העישון) ועוד. גורמים אלה הופכים את השינוי ההתנהגותי לתהליך שאינו פשוט כלל ועיקר. למרות שרק טבק (ניקוטין) נחשב כחומר ממכר מבחינה פסיכולוגית, אנשים רבים מכורים מבחינה נפשית להרגלים גרועים בתחום התזונה והפעילות הגופנית, שהתגבשו במשך שנים.

התערבויות המכוונות לשינוי התנהגותו של הצרכן (בין אם מקורן ברמה הלאומית-ממשלתית ובין אם ברמה המקומית) הינן נושא השנוי במחלוקת חברתית. לכאורה, צרכן רציונאלי, המסוגל לאסוף ולהבין מידע על תוצאות התנהגותו, ושאינו בהתנהגותו כדי להשפיע על רווחתם של אחרים, יקבל את ההחלטות הטובות לו עצמו, והיות שרווחת החברה מוגדרת על-פי רווחתם של חבריה, יתרום בכך למקסימיזציה של הרווחה החברתית. במצב זה אין כל צורך בהתערבות. הצורך בהתערבות עולה, גם במחיר פגיעה בחירות הצרכן ובריבונותו, כאשר לא מתקיים אחד או יותר מהתנאים שנזכרו לעיל. כיום, מקובל לחשוב כי יש מקום להתערבות לשם שינוי או מניעה של התנהגות בריאותית מזיקה, ועידוד התנהגות בריאותית נבונה. ההצדקה להתערבות למניעת עישון היא הברורה מכולן, ולו בגלל הנזקים של העישון הפסיבי, הנגרמים לאחרים בסביבתו של המעשן. ואמנם, מספר רב וגדל של מדינות מתערבות בצורה זו או אחרת להקטנת מימדי תופעת העישון. לגבי התנהגות תזונתית נבונה ופעילות גופנית ההסכמה גורפת פחות, והניסיון המעשי בהתערבויות כאלה ובהצדקתן אינו רב. עם זאת, במערכות שבהן קיים ביטוח בריאות ממלכתי, והפרט אינו משלם פרמיה התלויה בתוחלת הוצאות הבריאות שלו כפי שמתקיים בביטוח בריאות פרטי, קיים מהותית סיכון מוסרי: מכיוון שלפרט אין תמריצים ישירים לאמץ התנהגות בריאה ופעולות מניעה, גדלים הסיכויים כי יחלה, וההוצאה על כך תיפול על הקופה הציבורית. לכן, יש מקום להתערב על-מנת לתמרץ פעולות שיקטינו את הוצאות הטיפול הרפואי.

מקובל להבחין בין "התערבויות רכות" (המכוונות לעתים "פטרנליזם רך") לבין "התערבויות קשות" ("פטרנליזם קשה"). התערבויות רכות פועלות להעצים את הצרכן ולעזור לו להחליט החלטות "נבונות". דרכי ההתערבות הרכה העיקריות הן הסברה, הפצת מידע וקביעת תמריצים כלכליים. התערבויות אלה מעצימות את הצרכן מבחינת ריבונותו, ומשאירות את ההחלטה הסופית על התצרוכת בידי. התערבויות קשות כוללות רגולציות כמותיות והגבלות על התצרוכת. למשל: איסור עישון במקומות מסוימים, איסור מכירת סיגריות ואלכוהול לקבוצות אוכלוסייה מסוימות, איסור הצבת מכונות למכירת משקאות קלים בבתי ספר, וכו'.

למרות שהכוונה המקורית של הצוות הייתה להתמקד בתמריצים כלכליים לשינוי התנהגות בריאותית, במהלך הדיונים התברר כי אין אפשרות להתעלם משאר דרכי ההתערבות, ולכן הרחיב הצוות את תחומי הדיון ודן גם ברגולציה ובחקיקה כדרכים לעידוד התנהגות בריאות נאותה.

- מסגרת הדיון של הצוות כללה ארבעה אפיקי התערבות, המתנקזים, בסופו של דבר, לבחינה כוללת של ההתערבויות לעידוד התנהגות בריאותית נאותה:
 - הצרכנים, המושאים הסופיים של ההתערבויות;
 - יצרנים וספקים של מוצרי התצרוכת שצריכתם מגדירה את ההתנהגות הבריאותית (סיגריות, מוצרי מזון "רעים" ו"טובים", מוצרי ספורט ופעילות גופנית);
 - ספקי הטיפול הרפואי בקופות החולים, המצופים להדריך את הצרכן באימוץ התנהגויות מקדמות בריאות;
 - מקומם של המעסיקים בעידוד התנהגות בריאותית נאותה של עובדיהם, וסוגיית "צביעת" כספים הנגבים כמיסים, קנסות או עונשים תחקיקתיים אחרים על מוצרים מזיקים והתנהגות מזיקה, לשימוש בעידוד התנהגות בריאותית.

למרות חשיבותם, הצוות לא דן כלל בשינויים ארגוניים כוללים, כגון הקמת רשות ממלכתית לקידום בריאות, וב"שיווק חברתי" כדרך להפצת מידע והסברה. תת-הפרקים הבאים בדו"ח זה מסכמים את דיוני ההכנה של הצוות ואת הדיונים שנערכו בכנס עצמו לגבי כל אחד מארבעת המרכיבים הללו, ומציגים את ההמלצות העיקריות שנבעו מהדיונים.

"התערבויות רכות" ושינוי התנהגות הצרכנים

רקע

"התערבויות קשות" כופות שינויי התנהגות על הצרכנים ומגדירות כעבריינים את אלה שאינם משנים את התנהגותם בהתאם (כמו במקרה האיסור על עישון במקומות ציבוריים). מוקד הדיון בפרק זה הינו "התערבויות רכות", כלומר תמריצים כספיים, הסברה והפצת מידע. מטבע הדברים פרק זה הוא הארוך מכל הפרקים הבאים, ומציג סקירת ספרות נרחבת למדי.

תמריצים כלכליים (economic/financial incentives) מהווים אמצעי לשינוי התנהגות בריאותית במדינות שונות, באמצעות העלאת שיעור המשתתפים בתוכניות התערבות מניעתיות, שמטרתן שיפור במדדי הבריאות. ההנחה העומדת ביסוד השימוש בתמריצים היא, כי דרך השפעה על הכנסתו של הצרכן ועל ההוצאות היחסיות מהכנסה זו, ניתן לכוון אותו להתנהגות רצויה (הן מהיבטו של הצרכן הפרטי והן מההיבט החברתי-ציבורי), שינוי שלא היה מתרחש ללא התמריצים, נוכח המכשולים המורכבים העומדים בדרכו של הפרט הרוצה לשנות את התנהגותו. מכשולים אלה כוללים, כאמור, גורמים חברתיים, פסיכולוגיים ואף פילוסופיים, אמונות, עמדות ותהליכים קוגניטיביים הפועלים על הצרכן באופן מודע ושלא במודע. התייחסות ראויה לקונטקסטים אלה ולהיבט הכלכלי מסייעת בהבנת המכשולים שעליהם נועד להתגבר התמריץ, ובכך עשויה לשפר את פוטנציאל הצלחתו (Kane, Johnson, Town and Butler 2004).

אוריינטציה הצרכנים לגבי מניעת מחלות, הנקבעת בחלקה על-פי מידת המודעות להשלכות התנהגותם על בריאותם ואיכות חייהם, הינה גורם חשוב שני. מודעות גבוהה עשויה לגרום לצרכן לקחת אחריות על שינויים באורח חייו תוך חיפוש עזרה מספק השירותים, שמצדו עשוי להציע שירותים מניעתיים ושירותי קידום בריאות שהצרכן יחליט אם לקבלם אם לאו. עלייה ברמת המידע על הקשר בין התנהגות בריאותית ותחלואה או תמותה מהווה, לכן, את הבסיס להתערבויות הסברה והעלאת המודעות של צרכנים רציונאליים. בהקשר זה מעניין לציין מחקר שניסה לעמוד על הסיבות להבדלים בשיעור המעשנים בין אירופה וארה"ב (Cutler and Glaeser 2006). במחקר זה טוענים החוקרים כי מחירי הסיגריות באירופה גבוהים יותר, והתקנות נגד עישון חמורות יותר, כך שצפוי היה ששיעור המעשנים יהיה נמוך יותר באירופה. ואולם, שיעור המעשנים באירופה גבוה כמעט פי שניים מאשר בארה"ב. חלק מההסבר לכך נעוץ בהכנסה הנמוכה יותר באירופה, ואולם הסיבה למחצית מהפער הינה המודעות הפחותה והאמונות הבריאותיות המוצקות פחות לגבי נזקי העישון באירופה. המחברים מציינים אם כך לטובה את פעולות ההסברה של גורמי בריאות הציבור.

ההתמכרות למוצרים מזיקים כמו סיגריות, סמים, קפאין ואלכוהול זכתה למחקר נרחב

בתיאוריה הכלכלית (Yaniv 2006). המודל המפורסם ביותר בתחום זה הוא מודל ההתמכרות הרציונאלית (Becker and Murphy 1988). המודל מבוסס על יצירה של "מלאי התמכרות" הנצבר על-פי תצורות העבר למרות הידיעה על האופי הממכר של המוצר, לאור התועלת מצריכתו. מלאי התמכרות זה מקשה על הפסקת התצורות. מודל ההתמכרות הרציונאלית מנבא כי למרות ההתמכרות נשארים המכורים רציונאליים, וכי הם יקטינו את התצורות בתגובה לעליית מחיר המוצר הממכר. היות והצרכנים הם רציונאליים, ולקחו בחשבון את ההשלכות העתידיות של התמכרותם על רווחתם, ההצדקה לרגולציה נובעת רק מהשפעות חיצוניות, אם קיימות כאלה. מאז 1988 הוצעו מספר מודלים אלטרנטיביים להסבר הצריכה של מוצרים ממכרים, עם השלכות נוספות לגבי הרגולציה האופטימאלית (Gruber 2002). מודלים אלה מבוססים על חוסר-העקביות של הצרכן (למשל אמונתו שיוכל להפסיק לצרוך את החומר הממכר בעתיד, או רצונו להפסיק אבל חוסר יכולתו לעשות זאת), על קשיים בבקרה עצמית ובריסון עצמי, או על עלות הפסקה/גמילה גבוהה (Suranovic et al 1999). מודלים אלה רואים בקושי הנפשי שבגמילה את הסיבה המרכזית לתצורות המוצר. במצב זה אין כל ביטחון כי עלייה במחיר המוצר אמנם תקטין את תצורותיו. במקרים אלה, המס האופטימאלי כולל לא רק את העלויות לזולת (למשל עישון פאסיבי של אחרים, כולל נשים בהיריון) אלא גם את עלות הנזק הבריאותי לפרט עצמו, נזק שהפרט לא יכול לקחת אותו בחשבון. גם במצבים של צריכת מוצרים מזיקים אך לא ממכרים פסיכולוגית כמו מזון משמין ולא בריא, מין לא-בטוח, צפייה ארוכה בטלוויזיה וכו', צרכנים רציונאליים יקטינו את התצורות נוכח מחירים גבוהים יותר, ואולם ההצדקה לשינויי מחירים תלויה במידה שבה יכול הצרכן לקחת בחשבון את העלות העתידית של הנזק הבריאותי שנגרם לו עקב צריכת המוצרים המזיקים. בכל מקרה, גובה המס צריך לשקף בקירוב את הנזקים הבריאותיים שנגרמים על-ידי צריכת המוצר המזיק.

סוגיה נוספת קשורה בהתחלקות נטל המס על מוצרים ממכרים. הטענה הבסיסית היא שהיות שהצרכנים של מוצרים מזיקים הם בעלי הכנסות נמוכות יותר מאשר מי שאינם צרכנים, מיסים על תצורות יהיו נטל כבד יותר על העניים. גם כאן קיימות טענות כי מסקנה זו אינה נכונה. ראשית, העניים - הצרכנים הכבדים יותר של המוצר המזיק - ייהנו, יותר מהעשירים, מהעלייה במצב בריאותם ומהירידה בנזקים הבריאותיים. שנית, העניים רגישים יותר למחיר, ולכן עלייה במחיר תביא לירידה חדה יותר בכמות הנצרכת, וייתכן שתביא אף לירידה בהוצאות על המוצר המזיק.

שינויי המחירים היחסיים של מוצרים המשפיעים על הבריאות נעשים במספר דרכים. הדרך הקלאסית היא מיסוי (של מוצרים מזיקים) או סבסוד (של מוצרים מעלי בריאות). ואולם,

לאחרונה אנו עדים לעלייה ניכרת בשימוש בדרכים נוספות כגון: תשלומים ישירים במזומנים, בונוסים, הנחות (כולל הנחות בפרמיות ביטוח בריאות), קופונים לקניית מוצרים ו/או שירותים, מתנות ופרסים.

עישון טבק הוא הגורם הראשון במעלה לתחלואה ולתמותה בטרם עת והשלכותיו הכלכליות גם הן מרחיקות לכת, ולכן רגולציה ענפה הוטלה על תעשיית הסיגריות, כולל מיסי קנייה גבוהים. כלי הרגולציה העיקריים שהונהגו בארה"ב, אחת המדינות הראשונות שהחלו במלחמה מקיפה בעישון, כוללים: מס קנייה, איסור עישון במקומות מסוימים ומגבלות מכירה לצעירים. בנוסף, רשימה ארוכה של תביעות משפטיות נגד חברות הטבק, על-ידי אזרחים ומדינות (מדיקייד), הטילה עול כספי כבד על היצרנים. ממצאים אמפיריים בתחום צריכת הסיגריות מעידים על גמישות מחיר ממוצעת של -0.48. כלומר, עלייה של 10% במחיר תביא לירידה של 4.8% במספר הסיגריות הנצרכות (Galletad and List 2002). הגמישות גבוהה יותר בקרב צעירים. רבים מסיקים כי מיסוי הסיגריות הינו כלי המדיניות החשוב ביותר להקטנת העישון, בעיקר בקרב צעירים.

העלייה הניכרת בהשמנה מוסברת אמפירית בחלקה על-ידי שינויים לאורך זמן במחירים היחסיים. בחצי המאה האחרונה חלה, כתוצאה משיפורים טכנולוגיים, ירידה דרמטית במחירים היחסיים של מזון, ובעיקר של סוכר וממתקים, שומנים ומשקאות רבי קלוריות, מזון מהיר (ו'הגדלת המנות' של המזון המהיר) ומזון מוכן. מזון מהיר ומזון מוכן נוטים להיות רבי קלוריות ועתירי שומן, כולסטרול ומלח. במקביל, חלה עלייה במחיר היחסי של הזמן של נשים. כתוצאה מכך חלה תחלופה ממזון המיוצר בבית לעבר מזון מהיר ומוכן, בעיקר בקרב צעירים (לסקירה עדכנית ראה Rosin 2005). המסקנה מניתוחים אלה היא, כי ייתכן שניתן להשפיע באופן הפוך על מגיפת ההשמנה באמצעות שינויי מחירים יחסיים. בעיות ההוגנות מבחינת התחלקות הנטל שנדונו בנושא העישון תקפות גם כאן, כי נמצא שהשמנה מתואמת שלילית עם מעמד סוציו-כלכלי.

מעט נעשה עד כה בתחום מניעת ההשמנה. יש להניח כי הדבר נובע ממורכבות האפשרויות לנקוט ברגולציה כלפי סוג האוכל הנצרך בידי האוכלוסייה וכמותו. מצד אחד, לאור השלכותיה החמורות של ההשמנה, יש להכיר בה כפגיעה בבריאות הציבור, ולאור הבעיות בהנחת הרציונאליות של הצרכן, יש מקום להתערבות בנושא מצד המדינה. כך, הרופא הראשי בארה"ב קרא לנקוט במדיניות כלפי תופעת ההשמנה. מצד שני, יש הטוענים לפטרוניות מצד המדינה, בשל העובדה כי ההשמנה נובעת מהרגלי אכילה התלויים בבחירתו החופשית של האזרח ולכן יש להחשיבה 'מחוץ לתחום העניין הציבורי' (Rosin 2005).

נוכח ההשלכות הכלכליות המשמעותיות של ההשמנה הן על הצרכן והן על החברה כולה, ונוכח העובדה כי הצרכנים אינם נוטים להביא בחשבון את מכלול עלויות זה, התערבות מצד המדינה עשויה לסייע בהבנת ההשלכות הכלכליות של התופעה באמצעות מיסוי ורגולציות. באנגליה הוצע לממשלה לעשות שימוש ב"מס שומן" ("fat tax", ראה להלן) על-מנת להפחית את שכיחות ההשמנה במדינה. מס זה עשוי לבוא לידי ביטוי בשתי צורות עיקריות: האחת, מיסוי מוצרים המכילים רכיבים שצריכתם אינה מומלצת כגון מלח ושומן רווי, והשנייה – מיסוי מוצרים כגון חטיפים ומשקאות קלים (הנחשבים ל"לא בריאים") באמצעות מס ייעודי או הגדלת תשלום המע"מ ברכישתם. עם זאת, צורת ההיטל בגין תכולת שומן עשויה להיות קשה ליישום. ראשית, כמות מסוימת של שומן הינה חיונית, והמטרה היא מיסוי צריכה עודפת של שומן. מוצרים מסוימים, כמו חמאה, מכילים שיעור גבוה של שומן ובהתאם לכך יוטל עליהם מס גבוה. יתרה מכך, ייתכנו שינויים בתהליכי הייצור ועקב כך תידרש הערכה תכופה של השפעות המס, דבר שמשמעותו עלויות שיש להביאן בחשבון. מאחר שישנם מרכיבים נוספים על שומן, הקשורים גם הם עם תופעת ההשמנה, הועלתה אלטרנטיבה בדמות "מס קלוריות" ("calorie tax"). עקב בעיות ביישום אפשרויות אלה, הגישה המקובלת יותר תהיה הטלת מס על סוגי מוצרים, כפי שצוינה לעיל (Leicester and Windmeijer 2004).

השפעת תמריצים כלכליים על ביצוע פעילות גופנית לא נחקרה כמעט, ורק לאחרונה החלו להתפרסם תוצאות של ניסיונות בקנה מידה מקומי החוקרים את הקשר בין השניים (ראה להלן).

דו"ח AHRQ בדבר השפעת תמריצים כלכליים על התנהגות בריאותית מונעת

הסקירה הבאה מבוססת ברובה על הדו"ח המדעי הכוללני והמקיף ביותר המצוי כיום בתחום, אשר פורסם בשנת 2004 על-ידי הסוכנות למחקר ואיכות בשירות הרפואי בארה"ב (Agency for Healthcare Research and Quality) ומטרתו היתה לסייע בידי מעצבי המדיניות ומקבלי ההחלטות בפיתוח אסטרטגיות מבוססות-ראיות (evidence-based practice) למניעה. עיקרי הדו"ח פורסמו גם כמאמר (Kane et al 2004). המחקר הוזמן לאור דו"ח קודם שערך המכון לרפואה בארה"ב, אשר המליץ, בין יתר המלצותיו לתכנון וארגון מחדש של מערכת הבריאות בארה"ב, על עשיית שימוש בתמריצים שונים על-מנת לשפר את איכות השירות הניתן למטופלים ולסייע במניעה של מחלות כרוניות ובטיפול יעיל בהן. ההכרה ההולכת וגוברת בצורך זה לארגון מחדש ותכנון הובילה בשנים האחרונות ליוזמות בדמות "תשלום בעבור איכות" ("pay for quality") מצד ספקי השירותים. בדומה לכך באות לידי ביטוי יוזמות של "תשלום בעבור מניעה" ("pay for prevention") שמטרתן צמצום העלויות הכלכליות הגבוהות

הנובעות מתחלואה ותמותה ממחלות כרוניות, והניתנות למניעה באמצעות תוכניות לקידום בריאות ומניעת מחלות (health promotion & disease prevention)

הדו"ח המדובר סקר את המאמרים שבחנו תמריצים כלכליים שמטרתם היתה סיוע בשינוי התנהגויות הקשורות עם בריאות, בכלל זה שינוי התנהגות מורכבת אשר הוגדרה ככזו הדורשת מן הפרט השקעת מאמצים ניכרים למשך זמן ממושך. מתוך כלל 47 המאמרים המובאים בדו"ח שבהם מהווים הצרכנים את קהל היעד לקבלת התמריצים, קיימת התייחסות ל-23 תוכניות התערבות מבוססות-תמריצים שמטרתן קידום בריאות ומניעת מחלות, ובאופן ספציפי מניעה ראשונית: הפסקת עישון סיגריות (10 מחקרים), עידוד לפעילות גופנית (2), השמנה והפחתה במשקל (7), הנקה (1), תזונה (1), מניעת מחלת לב כלילית (1), ובקרה על כולסטרול (1). כמו כן מתמקד הדו"ח בהערכת התוכניות שנועדו להשיג התנהגות רצויה מצד המשתתפים כתנאי לקבלת התמריצים ולא בהערכת תוצאי שינוי במדדי בריאות. ברוב המחקרים השתייכו הצרכנים שהיוו את אוכלוסיית המחקר למעמד חברתי-כלכלי בינוני, היו בעלי משרות (מועסקים), ולרוב 'בריאים'.

בניתוח כפי שיובא להלן לא נכללו המחקרים הקשורים עם מתן תמריצים מהיבט הספקים, שכן אלו עסקו בבחינת מתן תשלומים ישירים או בונוסים לרופאים (או ליתר הצוות המטפל) לצורך עידוד שינוי התנהגות שאינה מורכבת.

בבואנו לסקור את הספרות בנושא התמריצים הכלכליים עולות ארבע שאלות מרכזיות:

- כיצד אנו מגדירים את המושגים "טיפול/שירות מניעת" ו"תמריצים כלכליים"?
- האם תמריצים פועלים?
- האם קיים דפוס של "מנה-תגובה" (dose/response), או שמא קיים "סף"?
- האם ישנן הוכחות למידת עלות-תועלת של תוכניות שבהן נעשה שימוש בתמריצים כלכליים?

באשר לשאלה הראשונה, מתברר כי בספרות לא קיימת התייחסות ייחודית למונחים "מניעה" ו"תמריצים כלכליים". בדו"ח המדובר הוגדר "טיפול/שירות מניעת" כטיפול/שירות המכוון לקהל הצרכנים המגדירים עצמם כ'בריאים', או מצויים בסיכון ועם זאת טרם אובחנו (או בעלי דיאגנוזה שלילית). השימוש במונח "תמריצים כלכליים" נועד לתאר שימוש בתמריצים כספיים בעבור הספקים כוללים תמריצים אלה תשלומי בונוסים ששולמו על בסיס פעולות שנעשו או על בסיס השגת תוצאים או התנהגות רצויה. התמריצים הכלכליים לצרכנים הינם ישירים בדרך כלל, וביניהם נכללו:

- שילומים בכסף מזומן עד לתקרה של \$500 למשך תקופה של 10 חודשים של הפסקת עישון. התשלומים נעו בין \$1 ל-\$25 להשתתפות ביחידת פעילות (למשל תשלום במפגש לצורך ביצוע פעילות או סדנא וכיו"ב), והשילום ניתן בתשלומים בשעת המפגש או כתשלום כולל של \$500-\$50 בתום תקופת הפעילות. תשלומים אלה ניתנו למשתתפים כגמול/פרס בהתאם למידת ההשתתפות בתוכניות וההתמדה בהן.
- מתנות - מוצרים בני קיימא ששוויים נע בין \$2 לכמה עשרות דולרים. מתנות אלו ניתנו בשילוב עם אלמנטים חינוכיים כגון הגרלות, תחרויות וכו'. המתנות, כמו התשלומים, ניתנו כפרסים וחולקו למשתתפים במידה הוגנת בהתאם למידת ההשתתפות בתוכניות וההתמדה בהן.
- כרטיסי הגרלה שניתנו כמשוב חיובי בתמורה להשתתפות, התמדה בפעילות והשגת יעדים.
- קופונים/תלושים - אלו כללו תלושי הנחה או תלושי חינם לקניית מוצרים ושירותים לא רפואיים, ושוויים הכספי הינו נמוך יחסית (בין \$2 ל-\$15). הקופונים שניתנו היו מגוונים: חלקם ניתנו על-מנת לעודד קנייה או ביצוע פעילות או לצורך סיוע בהתגברות על מכשול העומד בפני אימוץ ההתנהגות הרצויה, וחלקם ניתנו ללא קשר לפעילות הרצויה (למשל תלושי הנחה למספרות או תלושים לקניית מזון תינוקות). יצוין כי השימוש בקטגוריית תמריצים זו נעשה בעיקר עבור עידוד התנהגות שאינה מורכבת.
- הנחות על שירותים רפואיים - הנחות מלאות או חלקיות עבור שירותים רפואיים ניתנו על בסיס ההנחה כי המחיר מהווה מכשול לשינוי בפני הצרכן בבואו לשנות את התנהגותו. השירותים שלגביהם ניתן תמריץ זה כללו מתן חיסונים נגד שפעת ללא תשלום, הפחתה בדמי תשלום לביקור אצל רופא ו/או הנחה חלקית או מלאה על תחליפי ניקוטין. ערכם הכלכלי של תמריצים אלה היה לרוב גבוה בהשוואה לתמריצים אחרים (נע בין \$10 ל-\$25).
- תמריצים שליליים - עונשים וחזוקים שליליים ניתנו על-מנת להדגיש במכוון את ההתנהגויות העומדות בניגוד להתנהגויות הרצויות. בקטגוריה זו נעשה שימוש ב"חזרה כספית". בהסכם זה המשתתף מפקיד את כספו, והכסף מוחזר לו בתוספת גידול כשהושגו המטרות המוסכמות על-ידי הצדדים. מנגד, מאבד המשתתף את כספו אם המטרה לא הושגה. חוזים מסוג זה נערכו בדרך-כלל בנוכחות משתתפים אחרים, והכסף שאבד חולק בין משתתפים אלה, אשר בדרך כלל צריכים היו גם הם להוכיח השגת יעדים התנהגותיים.
- תוכניות מסוימות כללו מרכיבים אחרים אשר היוו מערפלים פוטנציאליים בבחינת השפעת התמריצים על הצרכן הספציפי. בין מרכיבים אלה בולט השימוש בלחצים חברתיים תוך מתן תמריצים הן לצרכן והן לקרוב התומך בו והעשוי להשפיע גם הוא על התנהגותו, או מתן תמריצים

המעודדים תחרות קבוצתית כחלק מתוכנית לקידום בריאות במקום העבודה, שבה חולקו פרסים כספיים במזומן לקבוצות אשר השיגו את המטרות שנקבעו. יש לציין כי המחקרים שבדקו את השימוש המשולב בתמריצים שונים (תמריץ כלכלי ולחץ חברתי) לא התייחסו להטיות האפשריות של הלחץ החברתי על התוצאות.

רשימת המחקרים שבדקו את מתן התמריצים לעידוד שינוי התנהגות מורכבת של צרכנים מופיעה בנספח 1. נתונים לגבי תמריצים כלכליים לצרכנים על-פי דיכוטמיית מובהקות (ממצאים מובהקים/לא מובהקים) מובאים בנספח 2.

באשר לשאלה האם התמריצים אמנם עובדים (השאלה השנייה שהוצגה לעיל), טבלה 1 מסכמת את הממצאים. ניתן לראות כי 72% מהתוכניות, שכללו מגוון תמריצים שונים, העלו ממצאים חיוביים.

טבלה 1: תמריצים כלכליים לצרכנים – ממצאים חיוביים

סוג התמריץ	ממצאים חיוביים מתוך כלל הממצאים
הגרלות	4 מ-5 (80%)
מתנות	2 מ-2 (100%)
תשלום מזומנים	3 מ-6 (50%)
קופונים	2 מ-3 (67%)
הנחות בקניית ציוד רפואי	1 מ-2 (50%)
עונשים/תמריצים שליליים	6 מ-7 (86%)
סך הכל	18 מ-25 (72%)

ניתן לסווג את מתן התמריצים לשלושה היבטים קשורים עם גישות שונות – ההיבט הפסיכולוגי, ההיבט הכלכלי וההיבט הפונקציונאלי. תחת היבטים אלו קיימות קטגוריות הבאות:

ההיבט הפסיכולוגי

- מתן תמריצים על-מנת להתגבר על עמדות קיימות, הקשורות למשל עם ההשלכות הבריאותיות של ההתנהגות הרצויה ("attitude barrier removal").
- מחקרים מסוימים ציינו מפורשות כי מטרת התמריצים שניתנו הייתה הסרת מכשולים כגון עלויות תחבורה או שירות רפואי ("structural barrier removal").

– פרסים ("rewards").

ההיבט הכלכלי

- תמריצים לרכישת הרגלים התנהגותיים ("purchasing behavior") – תמריצים שמטרתם חיסכון בעלויות כספיות לצרכן. במקרים אלה הצרכן עשוי להעריך את תועלת התמריץ באמצעות "רכישה" של השירות המוצע או ההתנהגות הרלוונטית (למשל חלוקת חינוך של מדבקות ניקוטין לצרכן).
- תשלום שמטרתו למקסם את הערך הכלכלי הפוטנציאלי של הצרכן בבואו לשנות את התנהגותו, באמצעות שימוש במזומן או במוצרים. תשלומים אלה כוללים מזומנים, קופונים, מקדמות על חשבון תשלום בעבור הגרלות, ומתנות ("income-generating behavior").

ההיבט הפונקציונאלי

- תמריצים לסיוע ביישום התנהגות רצויה ("facilitating") – אלה ניתנו על-מנת להקל על הצרכן לעסוק בהתנהגות הרצויה. קטגוריה זו כוללת הפחתת עלויות הקשורות עם השלמת קבלת טיפול/שירות מניעת.
- תמריצים להשתתפות ("participating") – תמריצים שמטרתם היתה העלאת שיעור ההשתתפות של הצרכנים ביישום ההתנהגות הרצויה.
- תמריצים להתמדה ("adhering") – תמריצים שמטרתם היתה העלאת שיעור ההתמדה של הצרכנים ביישום ההתנהגות הרצויה או השגת שינוי באורח החיים. במקרה של התנהגות מורכבת, כמו המקרה לפנינו, עשויים התמריצים לבוא לידי ביטוי בתום פרק זמן שבמהלכו הצליח הצרכן להטמיע את ההרגלים הדרושים.
- "outcome incentives" – תמריצים שניתנו על-מנת לקדם השגת תוצא או מטרה התנהגותית ספציפית.

טבלה 2 מתארת את הממצאים לפי קטגוריות ההיבטים (הפסיכולוגי, הכלכלי, והפונקציונאלי). מטבלה 2 עולה כי, בדומה לפרסים השונים, כך תמריצים כלכליים שמטרתם עידוד השתתפות והתמדה נמצאו באופן כללי יעילים בהנעת אנשים לעבר שינוי התנהגותם. רוב המחקרים בדקו תמריצים לטווח הקצר, וההתנהגות או התוצאה נבדקו גם הן לאחר פרק זמן קצר יחסית. יש לציין כי מחקר אחד בלבד בדק את השינויים שחלו בעמדות הצרכנים כלפי ההתנהגות הרצויה, וממצאיו היו שליליים. ארבעה מתוך חמשת המחקרים שהעלו ממצאים חיוביים בקטגוריית

העונשים הראו כי בתום התקופה היתה חזרה (rebound) לרמה ההתחלתית, טרם מתן התמריצים.

טבלה 2: כלל הממצאים החיוביים של תמריצים כלכליים לצרכנים לפי קטגוריות

סוג התמריץ	ממצאים חיוביים
תמריצים לסיוע ביישום התנהגות רצויה (facilitating)	1 מ-1 (100%)
תמריצים להשתתפות (participating)	4 מ-5 (80%)
תמריצים להתמדה (adhering)	5 מ-8 (63%)*
תמריצים להשגת תוצא (outcome)	10 מ-12 (83%)
תמריצים להסרת מכשולים (structural barrier removal)	2 מ-3 (67%)*
תמריצים להתגברות על עמדות (attitude barrier removal)	1 מ-2 (50%)
פרסים (rewards)	11 מ-15 (73%)
עונשים (punishments)	5 מ-6 (83%)
תמריצים לרכישת הרגלים התנהגותיים (purchasing behavior)	7 מ-8 (88%)
Income-generating behavior	10 מ-15 (67%)

* מחקר אחד מבין אלה הראה שמבחן התמריצים העלה תוצאה לא מובהקת

השאלה השלישית שהועלתה בתחילת הפרק נגעה לקיום דפוס של 'מנה-תגובה' בתחום התמריצים. ישנן מעט ראיות לקשר מנה-תגובה מהיבט הצרכנים. מבין מכלול התמריצים נראה כי תשלום מזומנים הינו התמריץ הכדאי ביותר. עם זאת, יש לסייג את האמירה ולהימנע מהכללה, שכן התוצאות המעטות מתייחסות בעיקר לאוכלוסיות המשתייכות לסטאטוס חברתי-כלכלי נמוך יחסית. כצפוי, נמצאה חשיבות לגובה התשלום – תשלומים גבוהים יותר נמצאו אפקטיביים יותר בהשוואה לסכומים נמוכים. כמו כן, גמישות המחירים היתה גבוהה יותר כאשר ניתן תשלום של 20\$ בהשוואה ל-6\$, לעומת 6\$ בהשוואה ל-0\$, למשתתפים בתוכנית להפסקת עישון. ממצאים אלה מרמזים על הקשר בין גובה התשלום לבין ההשפעה על התנהגות המשתתפים בתוכנית.

בנוגע לשאלה האחרונה שהועלתה, בדבר מידת היעילות-תועלת של התמריצים, גם כאן הראיות מעטות. מבין עשרים ושלושה המחקרים שעסקו בהתנהגות מורכבת, שניים בלבד בדקו מדד זה (האחד עסק בהפסקת עישון והשני במניעת מחלת לב כלילית). יתרה מכך, אף מחקר לא

ניסה לאמוד למשך תקופת זמן ממושכת יחסית, את מידת היעילות של מדיניות מתן תמריצים בצמצום תחלואה או תמותה צפויה בקרב האוכלוסייה שלה ניתנו התמריצים.

תמריצים להתנהגות בריאותית בשוק ביטוח הבריאות

הנחות למבוטחים בפרמיות ביטוח בריאות בתמורה להימנעות מעישון, ביצוע פעילות גופנית ועמידה בתנאי משקל תקין ("wellness tool") הולכות ונעשות פופולאריות בארה"ב (Finkelstein et al 2004). בגלל אופיו של שוק ביטוח הבריאות האמריקאי למועסקים, קשה להבחין בין יוזמות המבטחים, השואפים להקטין את הוצאות הטיפול הרפואי, לבין יוזמות של מעסיקים גדולים המספקים "ביטוח עצמי" לעובדיהם, בשל שאיפתם להעלות את פירון העבודה ולצמצם היעדרות מעבודה. הסדר ביטוח אופייני בארה"ב כולל רמה נתונה של השתתפות עצמית בביטוח הבסיסי (למשל \$2500), ואפשרות להשתתף בתוכנית ביטוח משלים חנם, הגוררת הורדת השתתפות עצמית זו ב-\$500 על עמידה בכל אחד מהתנאים הבאים: הימנעות מעישון, עמידה במשקל תקין, עמידה ברמת כולסטרול תקינה, ועמידה בלחץ דם תקין. עמידה בארבעת התנאים מורידה, לכן, את ההשתתפות העצמית ל-\$500 בלבד. תמריצים מסוג שונה כוללים תשלום כספי עבור השתתפות בתוכניות לגמילה מעישון, לרכישת הרגלי תזונה נכונה או לפעילות גופנית ועבור רכישת מכשירי כושר ביתיים.

סקירה רחבה של תוכניות מבוססות-תמריצים מעלה כי כ-40% מהחברות העסקיות הגדולות בארה"ב עושות שימוש בתמריצים פיננסיים, אם באופן ייחודי או בשילוב עם תוכנית התערבות לקידום הבריאות במקום העבודה, במטרה לעודד את עובדיהן לאמץ אורח חיים בריא יותר ולשמור עליו. תמריצים אלה כוללים תשלום בונוסים במזומנים, ימי חופשה בתשלום והנחות בתשלומים עבור ביטוחי בריאות. חברת IBM, למשל, מעניקה תשלום של \$150 במזומנים לעובד אשר יעסוק בפעילות גופנית בתדירות של 3 ימים בשבוע לפחות ולמשך 10 שבועות. חברה אחרת מעניקה ניקוי בגובה של \$200 בתשלום הביטוח לעובדים אשר פועלים לשינוי התנהגותם במטרה לשנות את אורח חייהם. חברה אחרת מוזילה לעובדיה את תשלומי הפרמיות למשך חודשיים בתמורה להיענות העובד להערכת מצב בריאותו, התחייבות להימנע מהתנהגויות מסוימות מסכנות-בריאות, ביצוע פעילות גופנית למשך 90 דקות בשבוע והשתתפות ב-3 קורסים לחינוך לבריאות. דוגמאות לתמריצים המוצעים על-ידי החברות מובאות בנספח 3.

סקירת דוגמאות אלה מעלה, כי רוב התוכניות מבוססות-התמריצים שנערכו על-ידי החברות פעלו בשלושה מישורים: הוזלת עלויות ההשתתפות בפעילויות מקדמות בריאות (למשל באמצעות סבסוד רכישת מנוי לחדרי כושר); הדגשת התועלת כתוצאה מהשתתפות בתוכניות

חינוכיות (חינוך לבריאות) או השתתפות בשיעורי פעילות גופנית; השגת תוצא ספציפי (למשל הפחתה במשקל הגוף) באמצעות תמריץ כלכלי או תמריץ מסוג אחר. תמריצים אלה כללו בין היתר תשלומי מזומנים, מתן הנחות בתשלומי ביטוחי בריאות, קופונים לרכישת מתנות, תשלום בעבור ימי חופש ופרסים.

התוצאות מראות כי תמריצים פינאנסיים המיושמים באופן נכון עשויים לחולל שינויי התנהגות חיוביים בקרב צרכנים המועסקים במקומות עבודה. שינויים אלה יכולים לבוא לידי ביטוי בעלייה בשיעורי ההשתתפות בתוכניות לקידום בריאות העובד במסגרת שעות העבודה (חינוך להרגלי אכילה נכונים, סדנאות לגמילה מעישון סיגריות וכיו"ב), ביצוע פעילות גופנית במסגרת שעות העבודה ומחוצה להן ועוד. מבחינה כלכלית, שינויים אלה מתבטאים בהפחתת עלויות ובחיסכון משמעותי בהוצאות החברות המעסיקות בגין הרגלי התנהגות בריאותית שליליים. יש לציין כי למרות השכיחות הגבוהה של יישום תוכניות התערבות מבוססות-תמריצים לקידום בריאות העובד, נדרשים מחקרים נוספים בנושא, נוכח מיעוטם ושיטות המחקר המוגבלות לפיהן נערכו. כתוצאה מכך, בדומה לתוכניות מבוססות-תמריצים מצד ספקי שירותי הרפואה, קיים קושי בקביעת מידת היעילות של תוכניות מסוג זה בהשוואה לתוכניות קונבנציונאליות לקידום בריאות העובד, וכן בקביעת גודלם של התמריצים הרצויים, אופן השפעתם על שני המגדרים ועל עובדים בדרגים השונים, העדיפות לתמריצים אישיים או קבוצתיים, תרומתם של התמריצים להתמדה בפעילות, ועוד.

נציין כי מדינות מסוימות בארה"ב (מישיגן, למשל) הנהיגו תקנות המחייבות חברות ביטוח להעניק הנחות ותמריצים למבוטחים ולמעבידים שעובדיהם מנהלים אורח חיים בריא.

סיכום

הרעיון שניתן להשפיע על התנהגויות אכילה, פעילות גופנית ועישון באמצעות תמריצים כלכליים נשען על ההנחה שניתן לראות בהתנהגויות אלה תוצאה של החלטה כלכלית (או לפחות החלטה שמעורבים בה שיקולים כלכליים). כל החלטה כלכלית מעמתת שיקולים של עלות (cost) ותמורה (benefit), והחלטה לנקוט פעולה בכיוון מסוים, או במקרה שלפנינו – לאמץ התנהגות הקשורה עם בריאות, מתקבלת אם התמורה עולה על העלות. מכאן שהנטייה לנקוט בפעולה נתונה תהיה גדולה יותר ככל שעלותה תהיה קטנה יותר ו/או התמורה ממנה גדולה יותר, בעוד שהנטייה שלא לנקוט פעולה תהיה גדולה יותר ככל שעלותה תהיה גדולה יותר ו/או התמורה ממנה קטנה יותר.

כדי לעודד אכילה דלת שומן וביצוע פעילות גופנית יש אפוא להקטין את עלותן של התנהגויות

אלה ו/או להגדיל את התמורה מהן, וכדי למנוע אכילה עתירת שומן וחוסר פעילות גופנית יש להגדיל את עלותן ו/או להקטין את התמורה מהן. בעבודתנו ניסינו למיין את סוגי התמריצים הכלכליים שניתן להעלות על הדעת על-פי השפעתם על צד העלות או התמורה של שתי המטרות דלעיל: עידוד אכילה דלת שומן ופעילות גופנית – ובמקביל, מניעת אכילה עתירת שומן וחוסר פעילות גופנית. התמריצים מתוארים בלוח 3.

טבלה 3: תמריצים לעידוד התנהגות משפרת בריאות ולמניעת התנהגות מסכנת בריאות

עידוד התנהגות משפרת בריאות	
הקטנת עלות	הגדלת תמורה
· הוזלת מחיר: סבסוד מוצרים דלי שומן, סוכר ומלח ועתידי קמח מלא וסיבים תזונתיים; סבסוד מכשירי התעמלות ביתיים וציוד נלווה (אופניים, גלגליות וכו'); · הקלת מס (ניכוי או זיכוי) בגין הוצאה על פעילות	· מענקי מעביד בגין פעילות גופנית, בדיקות תקופתיות, סדנאות בריאות, השגת משקל יעד וכו' · השתתפות בהגרלה
· הנחה בביטוחים משלימים בגין פעילות גופנית או בקרת משקל;	
מניעת התנהגות מסכנת בריאות	
הגדלת עלות	הקטנת תועלת
· ייקור מחיר: מיסוי מוצרים עתירי שומן, סוכר ומלח, מיסוי סיגריות, קביעת מחירי מינימום למזון מהיר	

מספר מסקנות עולות מהדיון לעיל:

- קל יותר למנוע התנהגות מסכנת בריאות בעקיפין, דרך עידוד האלטרנטיבה של התנהגות משפרת בריאות, מאשר במישרין.
- רוב התמריצים הכלכליים שאפשר להעלות על הדעת מוגבלים לאוכלוסיות ספציפיות (מגישי דו"חות מס, רוכשי ביטוחים משלימים, שכירים במפעלים מפותחים). קיים רק תמריץ

השימוש בתמריצים כספיים, רגולציה וחקיקה בצד היצרנים והספקים של מוצרי התצרוכת

יצרני הסיגריות

סיגריות הן המוצר היחיד הנמכר בשוק שהורג במסגרת השימוש הרגיל בו. למרות זאת, קיימים אילוצים שונים המונעים את הוצאת הסיגריות אל מחוץ לחוק כנהוג לגבי חומרים מסוכנים אחרים. ליצרני הסיגריות יש לובי שבו הם משקיעים סכומים רבים. בהיות המוצר ממכר, הרי פגיעה בהיצע שלו גורמת ליצירת לחץ על המשועבדים, ולחץ מצדם לקבל את מושא ההתמכרות, ולא דווקא להפסקת השימוש. דרך האיסור המוחלט על השימוש איננה מומלצת. הוכח כי צעדים כלכליים, הסברתיים, חינוכיים וחקיקתיים מביאים בפועל לירידה דרסטית בעישון, להצלה של חייהם של מיליונים, לירידה תלולה בהוצאות על בריאות ולחיסכון כספי עצום למשק בכלל. פעולות כאלה בישראל הורידו מאז שנת 1970 ועד היום את אחוז המעשנים מ-42% ל-25% מן האוכלוסייה הבוגרת (מעל גיל 18). בארה"ב חויבו יצרני סיגריות לשלם למדינות שונות פיצוי על מעשים חמורים שעלו בתביעות נגדם. הפיצוי נקבע בסך 245 מיליארד דולר במשך 25 שנה, והוא משולם מאז שנת 1998 בהתאם להסדר פשרה שהושג לאחר שטענות חברות הסיגריות כנגד רוב התביעות נדחו. גם בישראל תלויות ועומדות תביעות מסוג זה. שימוש בכספי הפיצוי מחברות הסיגריות בארה"ב או בכספי המיסוי על הסיגריות לשם מניעת עישון, כפי שנעשה באוסטרליה ובחלק ממדינות ארה"ב, השיג תוצאות מרשימות. כיום עומד שיעור העישון בקליפורניה על כ-15% בלבד, ובמסצ'וסטס על כ-18%, למרות תקציב פרסום ויחסי ציבור של מיליארדים מצד יצרני הסיגריות ושותפיהם. מכאן הצורך בצעדים הסברתיים, משפטיים, חינוכיים וחקיקתיים.

להלן יסקרו מספר אמצעים, אשר יש בהם כדי להביא להפחתת העישון ונזקיו.

חובת הפקדה:

ההצעה היא לדרוש מכל יצרן הרוצה למכור מוצרי טבק בארץ הפקדה של סכום אשר יכסה את הוצאות הבריאות העתידיות של הנפגעים ממוצריו ושל מערכת הבריאות, כתנאי לשיווק המוצרים. ההצעה מבוססת על כך, שאין ספק שכל סיגריה הנמכרת מהיום ואילך יוצרת בהכרח עומס על מערכת הבריאות. במצב הקיים, עומס זה מכוסה ממקורותיה של המדינה, והיצרנים מצידם מפקים רווח מבלי להשתתף בהוצאה הגבוהה. זאת ועוד: כשני שלישים מן התקבולים ממכירת הסיגריות בישראל מועברים ליצרנים בחו"ל; ואילו הוצאות הבריאות, המתלוות

אוניברסאלי אחד: הגדלת יחס המחירים בין מוצרים עתירי שומן למוצרים דלי שומן באמצעות מיסוי הראשונים וסבסוד האחרונים. אפשרות זאת נדונה בספרות בהרחבה ומכונה "מס שומן".

– אחד האתגרים העיקריים הינו הבנת מנגנון התמריצים שיפעל על צרכנים חסרי משמעת עצמית, צרכנים מכורים שאינם רציונאליים, אינם עקביים על-פני זמן וכו' (Della Vigna and Malmendier 2004).

ריכוז המלצות

- המלצות הצוות בסעיף זה נוגעת רק למתן תמריצים לשינוי התנהגות במסגרת שוק ביטוח הבריאות (ההמלצות לגבי שינוי דפוסי תצרוכת אחרים מובאות בפרקים הבאים):
- הצוות הגיע למסקנה כי מוקדם מדי **לחייב** את קופות החולים להנהיג תמריצים כלכליים לשינוי ההתנהגות של מבוטחיהן, ואין מקום לכך. עם זאת, יש מקום **לאפשר** לקופות לעשות צעדים אלו, ואף לעודדן לכך.
- הפעלת מערכות תמריצים לשינוי התנהגות יכולה להתבצע באמצעות מתן הנחות בפרמיות הביטוח המשלים לבעלי ביטוח משלים, ו/או מתן הנחות בהשתתפויות עצמיות (על ביקורים אצל מומחים, שימוש במכוני הדמיה ותרופות).
- אחת הסיבות להסתייגות מהפעלת שיטת תמריצים לשינוי התנהגות היא היעדר מערכת מידע מפותחת שתקשור בין השתתפות בתוכניות לבין תוצאות התנהגותיות. לכן, הצוות ממליץ להשקיע בפיתוח מערכת כזו במסגרת ההשקעות המסיביות במערכות מידע בקופות.
- הצוות ממליץ על הרצת "מפעלי הדגמה" ניסיוניים שיוכלו ללמד על אפשרויות הפעלת תוכניות לשינוי התנהגות ועל מידת השפעת התמריצים (הגמישויות) בחברה הישראלית.

אוטומטית לעישון הסיגריות, ממומנות במלואן ממקורות פנימיים. מיסוי על מכירת הסיגריות, הממומן על-ידי הצרכן, מושג אף הוא כמעט כולו מאותם המקורות הפנימיים – כך שאין למיסוי כל נגיעה לנושא כיסוי ההוצאה הבריאותית. גם ייצור סיגריות בארץ כרוך בהכרח בהעברת מקורות לחו"ל, כי הן הטבק, הן הנייר והן חלק מהתוספים לסיגריות מיובאים מחו"ל. כדי לעמוד, אם כן, באובדן המקורות שיושקעו בהכרח בהוצאות הבריאות הנלוות לעישון, חובת ההפקדה הזו – אשר תבוא ממקורותיו של מי שמעוניין לשווק מוצרי טבק בישראל, ולא ממקורותיהם של הצרכנים – נדרשת למערכת הבריאות.

חובת ההפקדה פועלת גם לתועלת המשק בכללותו: אם וכאשר יתברר כי משק הדואג לבריאות חבריו מוכן לדאוג לעתידו, ועומד על חובת ההפקדה, הרי כדאיות השימוש במשק המסוים הזה מצד יצרן הסיגריות בחו"ל לשם הפקת רווחים על חשבון הבריאות בו תפחת במידה ניכרת, ואיתה העישון והמחלות המתלוות אליו ומזיקות למשק בכללותו. כל זאת כמובן אם יישמר העיקרון שהיצרן יממן חובה זו מראש, וממקורותיו הוא. אין לדאוג לאובדן הכנסות ממיסוי סיגריות: העלאת המיסוי על מוצרי טבק בחו"ל התבררה כמכניסה מאד, גם כאשר העישון צומצם, ובמיוחד אז – הניסיון בארה"ב מאז שנת 1998 הוכיח, כי גם כאשר בחלק מהמדינות נטל המס הועלה פי חמישה והעישון פחת מאד, התקבולים לא פחתו. חובת ההפקדה היא כמובן מקור שונה לגמרי ממיסוי סיגריות, אשר ממומן דווקא על-ידי הצרכן ממקורות פנימיים, וליצרן אין בו כל חלק אלא כצינור להעברתו לאוצר המדינה. ואילו חובת ההפקדה נדרשת מראש, וממקורותיו החיצוניים של היצרן. לדרישה כזו של חובת הפקדה יש תקדים: במסגרת ההסדר המשפטי בארה"ב בשנת 1998, דרשו חלק ממדינות ארה"ב כי חברות חדשות הרוצות לשווק בהן סיגריות ייאלצו לבצע הפקדה כזו, משום שחברות חדשות אלו אינן כפופות לדרישות ההסדר, ולכאורה הן מוכרות סיגריות בתנאים עדיפים בשל כך. חובת ההפקדה נדרשה אפוא כדי לאפשר מבחינה כלכלית את ביצוע הפיצוי בסך 245 מיליארד דולר למדינות ארה"ב. יצוין, כי בימים אלה טוענות כמה מן החברות המחויבות על-פי ההסדר המשפטי כי חלק מהמדינות לא הקפידו בדרישת חובת ההפקדה, וכתוצאה מכך קטן פלח השוק של החברות המחויבות במידת מה, והן סבורות שיש להקטין את תשלומיהן בהתאם. הנושא נדון החל מאפריל 2006 במספר בתי משפט בארה"ב. דרישת הפקדה מכל מי שמעוניין בשיווק (או בהמשך השיווק) של מוצרי טבק, הגורם לתחלואה של 50% מהמשתמשים בו, תהיה על בסיס שוויוני נאות ובהתבסס על התקדים הנ"ל, ללא הקושי שנוצר בארה"ב. חברות הסיגריות העומדות בתוקף על הצורך בקיומה של חובת ההפקדה הזו בארה"ב, עד כדי הימנעות מתשלום של מיליארדים שהן מחויבות לו על-פי פסק הדין בטענתן כי חובת ההפקדה לא קוימה במלואה, חברות אלה לא יוכלו לטעון כי מדובר בחובה מכבידה או

חסרת הצדקה. חובת ההפקדה מוצדקת אפוא הן במובן הכלכלי, הן במובן המשפטי, הן במובן המוסרי, והן לאור התקדים הקיים כאמור.

מניעת התמכרות:

הצעה זו עיקרה הוא לחייב בחוק הפרדה של החומר הממכר ממוצר הטבק. כיום נדרש הצרכן לקנות "חבילה" הכוללת חומר ממכר (ניקוטין) וחומרים אחרים, בהם חומרים רעילים ביותר. מאחר שההתמכרות היא לב ליבה של תופעת העישון, הרי שברגע שהעישון לא יהיה ממכר ומשעבד – שיעור העישון יפחת באופן משמעותי. ואילו מי שמעוניין בחומר הממכר דווקא יוכל לרכשו בנפרד, ללא יתר רעלי הסיגריות. יצוין, שחברות הסיגריות עצמן שקלו, לפי מסמכיהן הפנימיים, לעשות צעד זה. על-פי הצעה זו, רק סיגריות שיעמדו בסטנדרט זה יוכלו להימכר בישראל. לפי חברות הסיגריות הפרדה כזו הינה קלה לביצוע בתהליך הייצור, ונתאפשרה כבר לפני יותר מ-30 שנה, אך בפועל לא נתבצעה. לכשתבצע, יהיה בכך מהלך צרכני חשוב, כי הצרכן יוכל לבחור בסיגריה ולא להיאלץ להשתמש בה עקב אפקט ההתמכרות והשעבוד. יצוין, שמרבית המשתמשים החלו לעשן בהיותם בגיל צעיר מאד.

מיסוי ישיר:

ההצעה בתחום זה היא לא להתיר כניכוי לצרכי מס הכנסה וכמס תשומות לצורך מע"מ הוצאות שנעשו לפרסום, קידום מכירות, או שתדלנות של יצרני סיגריות או מוצרי טבק אחרים. כיום הפרסומות למוצרי טבק אסורות ברדיו ובטלוויזיה, ומותרות בעיתונות הכתובה ובדרכים אחרות. המחוקק כבר ביטא את הסתייגותו מפרסום כזה, וכשהוא מותר בניכוי – וזה הוא המצב כיום – ההוצאה בגינו מוטלת בסופו של דבר על כלל ציבור משלמי המס. ההצעה תשנה תוצאה זו, ותמנע מהציבור את הצורך להשתתף בהוצאה המזיקה לבריאות, ואשר המחוקק כבר הכריז עליה כבלתי רצויה והורה על הגבלות לגביה שאינן קיימות לגבי מוצרים אחרים.

תביעות משפטיות:

לגבי נזקים שכבר נגרמו מן העישון, ואשר, כאמור, חברות הסיגריות בארה"ב מפצות את הציבור עליהם בסכום חסר תקדים של 245 מיליארד דולר, מוצע לעודד בחקיקה תביעות של מערכות הבריאות כנגד היצרנים, תוך קביעת דרך חישוב סטטיסטית לנזק הנגרם למערכת הבריאות. זאת יש לעשות באופן שיטיל את החבות הכלכלית על היצרן, ממקורותיו, ולא על הצרכן. מוצע לקבוע אחריות לפיצוי ללא הוכחת נזק כלפי הסובלים מהפרת החוק האוסר עישון

במקומות ציבוריים.

אמצעים ספציפיים לבני נוער:

בתחום זה ניתן לעשות שימוש באמצעים הבאים:

- המס על טבק הנרגילות יועלה ויושווה לזה המוטל על הסיגריות המוכנות. השימוש בנרגילות גורם נזק עצום, והוא הפך שכיח מאד אצל ילדים, שאינם מודעים לנזק הנגרם ממנו.
- תוחמר האכיפה ויוחמרו העונשים בתחום המכירה של מוצרי טבק לילדים, בניגוד לחוק – הן של סיגריות והן של טבק לנרגילות. כך גם לגבי פרסומות שמטרתן לעודד ילדים להתחיל לעשן.
- אין להתיר מכירה של סיגריות בודדות – דרך שיווק שמסייעת מאד להתמכרות של ילדים, הקונים סיגריות בודדות במחיר אפסי ועד מהרה הופכים מכורים לסיגריות.

איסור פרסום:

איסור פרסום, לרבות פרסומות מוסויות או עקיפות מכל סוג שהוא, למוצרי טבק. מדיניות זו כבר אומצה על-ידי המדינה באמנה שאישרה באוגוסט 2005 (FCTC). כיום הפרסום של סיגריות אסור בבריטניה, צרפת, איטליה ומדינות רבות אחרות באיחוד האירופי ומחוץ לו.

מיסוי עקיף (מס קנייה):

בתחום זה ניתן להשתמש באמצעים הבאים:

- ביטול ה-Duty Free על סיגריות, בהתאם להתחייבות המדינה בסעיף 6 של האמנה שהוזכרה בסעיף הקודם. כיום פטור גרסיבי זה, המשמש רק את מי שנוסע לחו"ל, הוא מיותר ויוצר אפליה בין סוגי אוכלוסיה שונים – לטובת הנוסעים לחו"ל. הפטור ניתן גם למי שאינו משתמש בסיגריות ויכול להשתמש בו למטרות מסחריות.
- העלאת מס הקנייה על מוצרי טבק, ושימוש בפירות ההעלאה למטרות מניעת עישון, כנהוג באוסטרליה ובארה"ב. במדינות מערב אירופה שיעור המס גבוה מאשר בישראל. מחיר הסיגריות בישראל נמוך יחסית למקובל במערב אירופה ובמרבית מדינות ארה"ב.

איסור מכירה:

- איסור מכירה של סיגריות בבתי חולים ובמחנות צה"ל – מכירה המעודדת את העישון של קבוצות רגישות.
- איסור מכירה של סיגריות ברדיוס של 500 מ' מבתי ספר (איסור זה מקובל מאד בארה"ב).

- איסור על מכירת סיגריות באינטרנט ובדואר. מכירה זו גם גורעת את תקבולי המס וגם מעודדת את העישון, והיא נאסרה במקומות רבים בארה"ב.

אכיפה:

קביעה בחוק של סכום שייעד לאכיפת החוקים העוסקים בעישון במקומות ציבוריים.

מוצרי מזון

קשה מאד להקיש ישירות מנושא הסיגריות לנושא מוצרי המזון, שכן מוצרי מזון, בצריכתם הנכונה, חיוניים לקיום האדם. בתחום זה גם לא עולה שאלת החומרים הממכרים, לפחות ככל הידוע כיום, וודאי שלא עולה שאלת הסיכון הסביבתי כמו זה הנגרם על-ידי עישון פסיבי. עם זאת, מאחר שישנם מוצרי מזון המיוצרים כך שצריכתם מביאה להשמנה, העלאת כולסטרול או עליה בלחץ הדם, ניתן לעשות שימוש בידע שנצבר בנושא העישון כדי למנוע את התמותה והתחלואה הנובעים מן ההשמנה. להלן יוצגו מספר רעיונות, אשר יש בהם כדי לצמצם את תופעת ההשמנה והסיכונים לבריאות הציבור הגלומים בה.

חשבונאות נפרדת:

מוצע, כי לאור שיקולים של בריאות המוצר – אחוז שומן, אחוז שומן רווי, אחוז מלח, היעדר סיבים תזונתיים ושיקולים רלוונטיים אחרים – יחויבו יצרנים של מוצרי מזון להכין את דו"חותיהם הכספיים תוך התייחסות נפרדת ל"מוצרי מזון בעלי סיכון בריאותי גבוה (בסב"ג)". התועלת בכך תהיה כפולה: ראשית, היצרן עצמו יפנים בדרך זו את העובדה שהוא מייצר מוצר שגורם בסופו של דבר נזק לצרכניו, והרי הדבר חשוב ביותר ליצרן הוא הקשר הטוב עם צרכניו. מודעות כזו ספק אם קיימת כיום, וודאי לא ברמה המשפיעה על מקבלי ההחלטות אצל היצרן. שנית, מוצרים שישווגו כבסב"ג ניתן יהיה בהמשך להחיל לגביהם הוראות מיוחדות, כדי להשפיע על הורדת צריכתם. מספר הצעות בכיוון זה מובאות להלן.

מיסוי ישיר:

ניתן לבנות מנגנון שיקל בנטל המס – לגבי יצרן של מוצרי מזון – בהתייחס למוצרים שאינם בעלי סיכון בריאותי גבוה. בכך ייקל על היצרן לקבל החלטות אשר יהיו לתועלת למשק כולו, בלא שישבול נזק מכך, שהרי יפצה עצמו במוצרים שאינם בסב"ג. למשל, ניתן לשקול פחת מואץ על ציוד שישמש באופן ייחודי בייצור מוצרי מזון שאינם בסב"ג. ניתן לשקול גם ניכוי בגין פרסום,

שיותר בשיעור חלקי בלבד כהוצאה למוצר בסב"ג. ניתן להכיר בניכוי עבור התקנה של מכונות לממכר מוצרי מזון שאינם בסב"ג בבתי ספר, ולא להכיר בה לגבי בסב"ג. כל אלה הם בגדר דוגמאות בלבד, ויהפכו לאמצעים מעשיים עם ביצוע חובת החשבונאות הנפרדת כנ"ל, יחד עם צעדים דומים אחרים בתחום המיסוי הישיר.

הגבלת פרסום:

ניתן להגביל את הפרסום למוצרי מזון בעלי סיכון בריאותי גבוה גם שלא דרך תמריץ בתחום המיסוי. למשל, ניתן להגביל את הפרסום לבסב"ג בטלוויזיה לשעות מסוימות בלבד – כנהוג לגבי משקאות אלכוהוליים – בהנחה כי ילדים אינם צופים בשעות מאוחרות אלו. יש היגיון בהחלת עיקרון זה על מוצרי מזון בסב"ג.

תמריצים למי שעיסוקו בעידוד הרגלי אכילה נכונים:

מוצע לתת הטבות מס לגופים המטפלים בעידוד הרגלי אכילה נכונים, וכן תמריצים כספיים ישירים (כגון מענקים והלוואות) למי שעיסוקו בעידוד הרגלי אכילה נכונים. ניתן לשלב צעד זה בשתי ההמלצות הקודמות, על-מנת לעודד יצרנים של מוצרי מזון להשקיע משאבים בעידודם של הרגלי צריכה נכונים, לגבי כל סוגי המזון.

תביעות משפטיות:

ככל שיתברר כי יצרנים של מוצרי מזון אחראים לתהליכי ייצור מזיקים, המכוונים להשגת רווח בדרך פסולה שקשורה ישירות בנזק זה – ניתן לשקול הגשה של תביעות משפטיות. מדובר למשל בחברה שמייצרת הן משקאות ממותקים בסוכר והן מוצרי מזון, ומכניסה בכוונה שיעור גבוה של מלח למוצריה על-מנת לעודד שתייה מוגברת של המשקה הממותק. בכך נגרם לצרכן נזק כפול, הן מצריכת המלח והן מהמשקה עתיר הסוכר, והצירוף של שני הנזקים יכול להביא להטלת אחריות אזרחית על החברה שעשתה זאת. לגבי מקרים כאלה קיימת כיום ספרות משפטית, הדנה באחריות העקרונית של היצרנים. כמו כן מספר תביעות בכיוון זה תלויות ועומדות.

"מס שומן" (Fat Tax):

"מס שומן" הינו מקרה פרטי של מיסוי עקיף, שבו המס מוטל על מוצרים עתירי מרכיבים תזונתיים מסכני בריאות (כגון שומן, כולסטרול, מלח או סוכר). בניגוד למס קנייה סטנדרטי או מע"מ, שמטרתם להכניס כספים לקופה הציבורית, נועד "מס השומן" להשפיע על התנהגות

הצרכנים: להפחית צריכה מסכנת בריאות ולהגדיל צריכה טובה לבריאות. הרעיון של "מס שומן" "מתגלגל" בשנים האחרונות בספרות הכלכלית, אך לא יושם עדיין באף מדינה בעולם. בדצמבר 2003 יצא ארגון הבריאות העולמי (WHO) בקריאה לממשלות העולם להפעיל "מס שומן" במדינותיהן (Leicester and Windmeijer 2004).

ישנן שתי דרכים חלופיות להפעלת "מס שומן":

- מיסוי מרכיבים תזונתיים מסכני בריאות במוצרי המזון השונים (למשל: מיסוי תכולת השומן הרווי, הכולסטרול, המלח או הסוכר).
- מיסוי סוגי מזון עתירי שומן, כולסטרול, מלח או סוכר (למשל: מיסוי גלדות, חטיפים, משקאות קלים). תקבולי "מס השומן" יכולים לשמש לסבסוד מוצרי מזון טובים לבריאות (דלי שומן, כולסטרול, מלח או סוכר) ולרכישת מכשירי התעמלות וכושר.

בתחום "מס השומן" עולות מספר בעיות פרקטיות:

- הצדקה חברתית – התערבות כלכלית המיועדת להשפיע על התנהגות "לא נאותה" של צרכנים מוצדקת רק אם ההחלטה הפרטית אינה מביאה בחשבון עלויות הנופלות על שאר החברה. מטרת ההתערבות היא להקטין את השלכותיה השליליות של ההתנהגות ה"לא נאותה" למימדים הרצויים מבחינה חברתית. אין עדיין הסכמה גורפת שהחלטות הצרכנים על הרכב תזונתם ופעילותם הגופנית מצדיקה התערבות כלכלית.
- מנגנון בקרה יקר – מס על המרכיבים התזונתיים יכול ליצור תמריץ ליצרנים לשנות תכופות את תכולת מוצריהם או להצהיר במרמה על הרכב תזונתי בריא יותר משהינו בפועל. הדבר יגרום לשינויי מחירים תכופים, יחייב בדיקות חוזרות ונשנות של המרכיבים התזונתיים בכל מוצר, וידרוש הערכות מחודשות של שיעורי המס הנדרשים להשגת התוצאות הרצויות.
- מסעדות ושירותי קייטרינג – הפעלת המס תחייב בדיקת רמות השומן בכל מנה של שירותים אלה וקביעת שיעורי מיסוי שונים למנות שונות בתפריט. זאת ועוד: רמות השומן במנה נתונה משתנות מדי יום בהתאם לטבח התורן.
- קיזוז פער המחיר – מיסוי מוצרים עתירי שומן יעלה את מחיריהם. אך הגדלת הביקוש למוצרים התחליפיים דלי השומן עלולה להביא לעלייה גם במחיריהם (למרות הסובסידיה), ולבטל את פער המחיר הרצוי בין שני סוגי המוצרים.
- מיסוי גרסיבי – צריכת שומנים אינה משתנה במידה רבה בהתאם להבדלים בהכנסה. מכאן שנטל המס יחסית להכנסה יהיה גבוה יותר עבור בעלי ההכנסות הנמוכות (אחוז המס יגדל עם

ירידת ההכנסה).

מדינות שונות מטילות מס (או היטל) מכירות על מוצרים מסוימים, מבלי לקרוא למס זה בשמו: בצרפת, מוטל מע"מ בגובה 20.6% על מוצרים כמו שוקולד, ממתקים, מרגרינה ומוצרים המכילים שומן מסוגים מסוימים, בעוד שעל יתר המוצרים משולם מע"מ בגובה 5.5% בלבד. בקנדה מוטל מס מכירות על משקאות קלים, ממתקים וחטיפים, בהשוואה למוצרים אחרים שבעבורם לא נגבה תשלום מס זה. מדינות שונות בארה"ב מטילות אף הן מיסי מכירות על משקאות קלים, חטיפים ומתוקים. אם כך, קיים ניסיון מוכח בהטלת מיסים גבוהים יחסית על מוצרי מזון ומשקאות הנחשבים כ'לא בריאים', ללא הגדרתו המפורשת של המס כ'מס שומן'. מס כזה עשוי ברוב המקרים להוות תוספת לגביית המע"מ (אינטגרלי/דיפרנציאלי ממס זה). עם זאת, אין בנמצא דוגמאות מרחבי העולם של מיסוי מוצרי מזון בהתאם לתכולת השומן או מרכיבים תזונתיים אחרים בהם (Leicester and Windmeijer 2004).

קיימת עדות אמפירית כי במדינות בארה"ב שבהן הוטל מס על משקאות קלים ומזון מהיר בשנים 1998–1991, קטנו שיעורי ההשמנה ביחס למדינות שבהן לא היו קיימים מיסים כאלה (Kim et al 2006).

מחקר ופיתוח:

אחד ההסברים העיקריים לחדירה העצומה של סיגריות ומזון מהיר ומזיק לשווקים הוא ההשקעה המסיבית במחקר ופיתוח בתחומים אלה. ניתן לעודד מחקר ופיתוח בתעשיית מוצרי המזון החיוביים, ולרסן מחקר ופיתוח של מוצרים מזיקים, באמצעות מערכת תמיכות או מגבלות.

הרחבת הגדרת מניעה:

ניתן לשקול הגדרת מזון בריא (כמו גם פעילות גופנית) כגורם מניעה, כמו פעולותיהם של מכוני אבחון מוקדם. כך תתאפשר גם תמיכת היצרנים בהפצת המידע, כמו שמכוני האבחון מפרסמים את ההמלצה לפרוצדורות אבחוניות (קולונוסקופיה, ממוגרפיה וכו') ובתמיכת קופות החולים.

ציוד ספורט, חדרי כושר, בריכות, חוגי ספורט וכו'

הדיון והשימוש באמצעים לעידוד ייצור ושיווק של מכשירי ספורט, חדרי כושר וכו' נמצא בחיתוליו, ומעט מאד ידוע עליהם. דיון כזה יכול להיות אחת התרומות העיקריות של הכנס

הנוכחי. עקרונית, מרבית האמצעים שנדונו לגבי יצרני המזון הבריא יכולים לשמש בעידוד ייצור ושיווק של מכשירים ומסגרות שיעודדו פעילות גופנית. בנוסף, נציין את תפקידן המכריע של הרשויות המקומיות בהקמת תשתית לספורט עממי בקהילה, כגון מסלולי הליכה וריצה, מסלולי אופניים, ארגון אירועים (מרתונים, מירוצים, אליפויות וכו'), ופיתוח הנושא בבתי הספר, במתנס"ים וכו'. השקעות מקומיות אלה צריכות להיות פטרות (חלקית) ממס ומעודדות על-ידי משרד הפנים בהתחשבות שלו עם הרשויות המקומיות.

סיכום

כפי שהוזכר בפרק הקודם, התערבות ממשלתית הינה מוצדקת אם הפרט לא מביא בחשבון את כל התוצאות החברתיות של התנהגותו. בעוד שההשפעות החיצוניות של העישון הן ברורות ונדונו במשך זמן רב, הרגולציה של תעשיית המזון (מבחינת מזון מקדם בריאות או מזיק לבריאות) ושל תעשיית מכשירי הספורט ומכוני הכושר היא צעירה, ועדיין אינה מבוססת ומפורטת מספיק.

אמצעי ההתערבות העיקריים שהוזכרו בפרק זה הם:

- שינוי מחירים ליצרן על-ידי מיסוי עקיף או סובסידיה, כולל "מס שומן";
- שימוש במיסוי ישיר (מס חברות) כדי לעודד או לרסן מחקר ופיתוח, ייצור ומכירות;
- שימוש במיסוי ישיר ובמערכת תמיכות כדי לעודד או לרסן פרסום;
- אמצעים של "התערבות קשה" - איסור פרסום, איסור מכירה, חובת הפקדה, הפרדת חשבונאות;
- שימוש בתביעות משפטיות;
- פיתוח מערכת אכיפה מקומית יעילה;
- תמרוץ כספי של רשויות מקומיות לעידוד הקמת תשתית ספורט עממי בקהילה ובבתי הספר.

ריכוז המלצות

להלן המלצות הצוות בנושא שינוי התנהגות בריאותית באמצעות פעולות על צד היצרנים והספקים:

סיגריות ומוצרי טבק:

- הרחבת המיסוי העקיף: ביטול פטור ממכס, הטלת מס על נרגילות ועל סיגריות בודדות, העלאת שיעור המס;

– חובת הפקדה;

– עידוד תביעות של מערכת הבריאות נגד היצרנים;

– איסור ו/או מיסוי של פרסומות למוצרי טבק;

– הטלת מגבלות על מכירת סיגריות (סביב בתי ספר, בתי חולים, מחנות צה"ל, באמצעות האינטרנט והדואר);

– הגברת ההסברה על איסור עישון ואכיפת האיסור.

מוצרי מזון המזיקים / מועילים לבריאות:

– שילוב של כלים לשינוי דפוסי צריכת מזון: מיסוי עקיף, הסברה, מגבלות פרסום ומגבלות מכירה;

– חיוב היצרנים בהפרדת החשבונאות של מוצרים מועילים לבריאות מזו של מוצרים מזיקים; שימוש בכלי המיסוי הישיר והקלות מס לשם עידוד או ריסון של מחקר, פיתוח ופרסום של מוצרים נבחרים;

– קביעת מחירי מינימום למזון מהיר;

– הטלת מגבלות על פרסום ומכירה של חטיפים ומשקאות ממותקים בבתי הספר;

– חיוב היצרנים בסימון המידע הקלורי והתזונתי ופירוטו באופן ברור ובולט על המוצר;

– שקילת אופציית הסבסוד של מוצרים מועילים לבריאות על-ידי אלה המזיקים לבריאות;

למשל, העלאת מחירי מוצרים מזיקים והורדת מחירי מוצרים מועילים במכונות אוטומטיות למכירה בבתי ספר ובמקומות עבודה, כך שסך הרווח הנקי לא ישתנה.

"מס שומן":

– בסך הכול, כפי שנמצא במדינות אחרות, עלתה התנגדות לא מבוטלת להטלת "מס שומן". ההתנגדות מבוססת על השיקולים הבאים: מידה לא ברורה של אחריות הצרכן, חוסר מידע בדבר מידת האפקטיביות של המס, שיקולים של הוגנות והתחלקות, ואוסף בעיות טכניות.

– הסתמנה העדפה של כלי רגולציה "קשה" (איסורים ומגבלות) ופעולות על היצרנים והמשווקים על-פני פעולות על הצרכנים.

– עם זאת, קיימים מוצרים שעבורם "מדד המיסוי" הוא ברור - קוטג' 9% שומן לעומת 3% שומן או משקה דיאט לעומת משקה רגיל. במקרים אלה יש ליצור דיפרנציאציה במחירים ובפרסום באופן שיעודד את צריכת המוצרים הבריאים יותר.

ציוד ספורט, חדרי כושר, בריכות, חוגי ספורט וכיו"ב:

– יש צורך מיידי בסבסוד תשתיות ספורט ומינוריים באזורים מסוימים ולאוכלוסיות בסיכון (למשל נשים ערביות וחרדיות), כדי להגביר את הפעילות הגופנית בהם.

– יש לפתח "מערכת תומכת" לנסיעה באופניים - מסלולים, נתיבים, אמצעי בטיחות, הסעות ברכבת, מקלחות במקומות העבודה, מכירות מוזלות, אפשרות השאלה - כדי לעודד נסיעה באופניים.

– יש לתמרץ את הרשויות המקומיות להפעלת ספורט עממי והקמת תשתיות ציבוריות (מסלולים, אירועים) באמצעות הקצאת המשאבים לרשויות המקומיות.

– יש לשקול מתן מענקים והלוואות מוזלות לפיתוח תשתיות לפי אזורים, כשם שנעשה בעידוד השקעות בהון פיסית בתעשיות ובאזורים מסוימים.

– יש לשקול לתמרץ או לחייב תרומות למימון תשתיות ספורט מחברות מסחריות המשווקות ציוד ספורט, וכן מחברות הטוטו.

– יש להקל בדרישות הרישוי ובהוצאות עבור מבנים עם חדרי מדרגות נוחים, לעידוד עלייה במדרגות כתחליף לשימוש במעליות.

השימוש בתמריצים כספיים, רגולציה וחקיקה בצד ספקי השירות הרפואי

רקע וסקירה

עיקר פעילות קידום הבריאות והחינוך לבריאות מתרחש בקהילה. הגם שיש אפשרות להעתיק את הדיון למוסדות אחרים, דוגמת בתי החולים, אנו נתמקד בקופות החולים והמבטחים כמוסדות מקדמי בריאות. כמו כן, לא נתייחס לרפואה הניתנת במוסדות פרטיים. בסקירת ספרות שנערכה, נמצאה הבחנה בין תמריצים כלכליים ותמריצים שאינם כלכליים, ובמיוחד "תוכניות בריאות" (wellness programs). תמריצים יכולים להיות מוחשיים (tangible) כמו משכורת, בונוסים וסחורה, או לא מוחשיים (intangible) כמו הכרה ותחושת שייכות. כמו כן תמריצים יכולים להיות שליליים (בשיטת המקל) כמו העלאת פרמיות, או חיוביים (בשיטת הגזר) כמו הפחתת פרמיות למשיגים יעדים שהוגדרו. בספרות מצוין, כי בתחום קידום הבריאות מועדפים התמריצים החיוביים, אשר מחזקים את הקשר בין פעולות שתוצאותיהן חיוביות לתמריצים (Hall 2006).

תמריצים הינם יעילים במיוחד כאשר הם קשורים לפעילויות שאותן רוצים לחזק. תמריץ כלכלי עקיף יכול לשמש להתנהגויות לא בריאות כגון קניית שתייה חריפה, אוכל לא בריא או טלוויזיה חדשה. לעומת זאת, ניתן לתמרץ באמצעות הכוונת המענק לרכישת ציוד מתאים לפעילות גופנית, אופניים או אוכל מסוג מסוים ("wellness dollars").

התגמולים מתחלקים לשתי קטגוריות: תגמולים על פעילויות (performance) ועל הישגים (output/outcome) ועל נותן התמריצים לשקול את סוג התמריץ המתאים לפי חלוקה זו. בקטגוריית הפעילויות ניתן למנות את מספר ההפניות הניתנות לביצוע פעילויות מניעה כגון ממוגרפיה, ובקטגוריית ההישגים ניתן למנות את מספר הנשים אשר ביצעו ממוגרפיה או את מספר המטופלים אשר הפסיקו לעשן.

מן הבחינה המעשית יש מקום לחלק את הדיון בין תמרוץ המתבסס על גישה למטפל הבודד (רופא/אחות/דיאטנית/פיזיותרפיסט וכו'), לבין תמרוץ המתבסס על ארגוני בריאות/מבטחים כמטרה. משרדי הממשלה או קובעי המדיניות של הרשות המבצעת אינם בעלי גישה למטפל הבודד כי אם לקופות החולים, ולפיכך המבנה הקיים מקשה על תמרוץ ישיר למטפל הבודד. יש על כן מקום להניח, כי הבניית תמריצים נכונה והצבת מדדים מתאימה כלפי קופות החולים תתורגם ותשורשר לתמרוץ המטפל הבודד. עם זאת, אין לשלול הבניית תמריצים גם ל"מטפלי הקצה". בארה"ב נוסו תמריצים לקידום בריאות המטופלים באמצעות שינוי התנהגות ואימוץ אורח חיים בריא (פעילות גופנית, הפסקת עישון וירידה במשקל), ובאמצעות ביצוע בדיקות סקר

בתחומים מוגדרים כגון ממוגרפיה, בדיקת Pap-Smear וכו'. מחקר שנערך באנגליה ובדק את השפעתם של תמריצים משולבים שנקבעו על-ידי ה-NHS הראה, כי במרפאות בכל האזורים (פריפריים ועירוניים) הייתה תגובה חיובית לתמריצים (Leese 1995).

המושג P4P (Pay for Performance) מתאר שיטת תגמול לרופא: בתמורה לפעילותו או לתוצאות פעילותו בתחום קידום הבריאות מקבל הרופא תגמול. למרות האופטימיות המופגנת מהשיטה, קיימים בספרות מחקרים מעטים בלבד על שיטה זו. (Med-Vantage 2005) ערך סקר לאומי בנושא P4P, ומצא כי בשנת 2005 היו 107 ארגונים רפואיים אשר השתמשו בשיטה לקידום איכות הטיפול (ארגונים המטפלים ב- 50 מיליון מטופלים). זאת בהשוואה ל- 84 ארגונים שנה לפני כן. 95% מהתוכניות כוונו לרופאים הראשוניים, 52% לרופאים מומחים, ו- 37% לבתי חולים (Hagland 2006). רוב המדדים עסקו במניעה ברמה השניונית או השלישונית ולא בתחום קידום הבריאות. בכל שלושת הסקטורים נמצא שיפור עצום. ההסבר לכך, לדעת קובעי התוכניות, הוא השקיפות במדדי האיכות (דיווח ציבורי) והפוטנציאל לתשלום נוסף אשר יצר דחיפות סביב שיפור בתחומים קליניים אלה. אם התמריצים והכללים להשגתם מוגדרים היטב הרי אפשר להגיע לתוצאות חיוביות בקבוצות יעד.

Rosenthal ושותפיו (2005) מצאו כי תשלום לרופאים על מטרות ביצועיות עלול להניב רווח קטן ביחס להשקעה הגדולה, ובסופו של דבר יתומצו בעיקר "הרופאים הטובים" אשר קו הבסיס שלהם בביצועים הינו גבוה. סקירת ספרות נוספת שנערכה על-ידי Town וחבריו (2005) הראתה שמתוך שמונה מחקרים בנושא, רק אחד מצא השפעה משמעותית של התמריץ על התנהגות הרופאים ברפואה מונעת. התמריצים במחקרים אלה היו קטנים, ואחת המסקנות שעולות מכך היא שתמריצים קטנים מדי לא יגרמו לרופאים לשנות את סגנון טיפולם בתחומי הרפואה המונעת.

מה יגרום לרופא לפעול בתחום קידום בריאות? מחקר שנערך על-ידי McMenamin et al ב- 2003 בדק את התערבות רופאים בתחום העישון, ומצא שכ- 70% מהרופאים התערבו בדרך כלשהיא בנושא העישון מול לקוחותיהם. גורמים שסייעו להגביר את תמיכת הארגונים בהתערבות בהפסקת עישון כללו הכנסה, הכרה ציבורית למדדי איכות, תמריצים כלכליים להתערבויות להפסקת עישון, דרישות לדיווח HEDIS, ניקוד, הכרה של ההנחיות הקליניות להפסקת עישון, שיוך לקבוצת רופאים, גודל הארגון, אחוז רופאי המשפחה בארגון, ובעלות של בית חולים על הארגון. מכאן ניתן להסיק שלתמריצים כלכליים מוחשיים יש השפעה על הגברת הייעוץ להפסקת עישון, כמו גם לתמריצים שאינם מוחשיים (הכרה ציבורית, דרישת דיווח איכות וכו'). ניסיון של פעילות בארגונים הראה כי שקיפות במדדי האיכות (דיווח ציבורי) ופוטנציאל

השילוב בפרויקט הלאומי של מדדי איכות הטיפול בקופות החולים

מדדי המטרות, בין אם אלו מדדי תהליך ותפוקות ביניים או מדדי בריאות, צפויים להיכלל בין מדדי איכות הטיפול המקובלים ונדונים בפרויקט איכות הטיפול. יש צורך לתאם את הפעולות, קביעת המטרות והתמריצים בהתאם.

פרטים טכניים

יש לא מעט פרטים טכניים שיש לדון בהם בתכנון המטרות, המדדים והתמרוץ, למשל:

- השילוב בין מדדי תשומות (למשל, תוכנית דיאטה), תפוקות ביניים (למשל, ירידה ב־ BMI) ומצב בריאות;
- דרך קביעת התקנון לתמהיל המבוטחים;
- רמות מוחלטות ו/או שינויים תקופתיים;
- דרך התגמול לקופה ו/או למטפל.

סיכום

בעקבות הדיון לעיל ממליץ הצוות להתמקד בדיון בנקודות הבאות:

- האתיקה של תמרוץ מטפלים במערכות בריאות;
- תמרוץ קופות לעומת תמרוץ מטפלים;
- גמול מטפלים עבור השתלמות בקידום בריאות המבוטחים;
- ביקורי "קידום בריאות";
- דרך תמרוץ הקופה במסגרת חלוקת המקורות (קפיטציה);
- קביעת המדדים במסגרת פרויקט מדדי איכות הטיפול;
- תמרוץ ביחס לשיפור שבוצע בכל ארגון בנפרד ולא one win;
- הגדרת קידום בריאות כחלק מפעילות ממומנת של קופות החולים ושלא על חשבון תקציבים קיימים.

לתשלום נוסף אשר יצר דחיפות סביב שיפור בתחומים קליניים אלה תורמים לשיפור בתחום. Sloane טוען במאמרו (2005) שישנן הוכחות מסוימות לכך שתמריצים עובדים. יחד עם זאת, סקירה של 7 מודלים ל-PfP מראה כי קיימים גורמים נוספים המשפיעים על שיפור מדדים, למשל הנתונים ההשוואתיים של המדדים.

בספרות שסקרנו התמריצים ניתנו לרופאים. רק מחקר אחד, באנגליה, בחן את מעורבות האחות בתמריצים אלה. יחסן של האחיות כלפי תמרוץ בנושא קידום הבריאות היה שלילי, למרות שהסכימו להשתתף בפיילוט. התמרוץ במקרה זה לא התניע תהליכים הקשורים לקידום בריאות (Coleman et al 2001).

לסיכום, קיימים מעט מחקרים העוסקים בקשר שבין מתן תמריצים כלכליים למטפלים להשפעה על קידום בריאות המטופלים, וההוכחות לגבי יעילותם של תמריצים במקרה זה אינן חד-משמעיות. נראה כי ככל שישנן טכנולוגיות מחשוב מעורבות היכולות לבחון את הביצוע ואת תוצאות העשייה בצורה מדויקת יותר, וככל שקיימת שקיפות רבה יותר בבחירת המדדים, כך ניתן להשפיע יותר על הביצוע.

גובה התמריצים הרצוי גם הוא אינו חד-משמעי, אולם ברור שהוא צריך להיות מחושב ביחס לחיסכון המושג.

תמריצים משולבים, כלכליים ושאינם כלכליים (בעיקר פעילויות רווחה לעידוד אורח חיים), הינם יעילים וחשוב לשלב בהם את המעסיקים אשר יכולים ליהנות מפירות שינוי ההתנהגות של עובדיהם, ולא להטיל את כל כובד האחריות על קופות החולים. מתן תמריצים לסקטורים נוספים פרט לרופאים דורש בחינה, מאחר שלא נחקר מספיק בספרות.

השלכות למערכת הישראלית: נקודות עקרוניות**תמריצים לקופה או תמריצים למטפל?**

יש הטוענים, כי מספיק להציב מטרות של רפואה מונעת והתנהגות בריאותית ולתמרץ את הקופות בהתאם, ואלו כבר יפעילו מערכות פנימיות להגשמת המטרות שיכללו את כל הדרגים, עד למטפלים עצמם (מרפאות ורופאים). תמריצים לקופה יוכלו להינתן דרך מנגנון הקצאת המקורות (נוסחת הקפיטציה) או בדרך מקבילה. הקופות יוכלו גם להפעיל מערכות תמריצים כלפי מבוטחיהן (ראה לעיל). לעומת זאת, יש הטוענים לאור פונקציית המטרה המורכבת והלא-ידועה של הקופות, ולאור הבדלים בפונקציות הייצור של הקופות ובמחירי גורמי הייצור, כי כדאי לפרט את המטרות והתמריצים ברמת הרופא והמרפאה הבודדים, כדי להבטיח את השפעתם על המטפלים, האמורים להשפיע על המבוטחים.

מקומם של המעסיקים בעידוד התנהגות בריאותית נאותה של עובדיהם

נראה כי למעסיקים יש מקום נכבד בעידוד עובדיהם לשיפור בריאותם, משתי סיבות: ראשית, ידוע כי עובדים בריאים נעדרים פחות מהעבודה, והינם פוריים יותר בזמן העבודה. שנית, העובדים מבליים בעבודה חלק ניכר מזמנם, ולכן מקום העבודה יכול להיות סוכן שינוי בכיוון התנהגות מקדמת בריאות. בארה"ב נמצא, כי כ- 40% מהמעסיקים הגדולים מפעילים תוכניות לשיפור הבריאות כגון סדנאות תזונה, תוכניות הרזיה ופעילות גופנית. התמריצים להשתתפות בפעילויות אלו כוללים תשלומים כספיים, מתנות וחופשות בתשלום (ראה לעיל וכן נספח 3).

יש מקום לדון בנקודות הבאות:

- כיצד יש לשכנע את המעסיקים לבחון אם תוכניות לשינוי התנהגות בריאותית אמנם משתלמות להם? יש צורך במחקר, הפצת התוצאות, ופעילות הסברתית.
- היות שבפעילות זו קיים גם אינטרס לאומי-חברתי לשיפור בריאות האוכלוסייה, יש מקום לשקול תמרוץ המעסיקים להציע תוכניות מסוג זה (כולל, למשל, הפעלת אולמות כושר בזמן העבודה) על-ידי מערכת המיסוי הישיר.
- סוכני השינוי צריכים להיות המעסיקים הגדולים הציבוריים (בתי החולים, קופות החולים ונציגי שירות המדינה) וארגוני המעסיקים.

המלצות הצוות בנושא מקומם של המעסיקים בעידוד ההתנהגות הבריאותית של עובדיהם הן:

- יש לתמרץ מעסיקים להנהיג תוכניות מקדמות בריאות של עובדיהם (כולל בניית חדרי כושר) על-ידי מתן הקלות במס על הוצאות אלה.
- ההוצאות הנ"ל עשויות לכלול גם מתן תמריצים שווי-כסף לעובדים, כגון שימוש בתוכניות על חשבון זמן עבודה, חופשה נוספת בתשלום, בונוסים, מתנות וכו'.
- יש להתנות את ההקלות במס במידת השימוש בפועל של העובדים בתוכניות אלה - "מעסיק מקדם בריאות".
- יש לחפש דרכים נוספות לערב את המעסיקים בעיצוב ההתנהגות הבריאותית של עובדיהם, ולתמרצם לכך.

ריכוז המלצות

- הצוות מאמץ את מסקנות צוות כנס ים המלח 2005 שעסק ב"תחרות על איכות" כבסיס לתגמול ספקי השירות הרפואי על עידוד התנהגות בריאותית של המטופלים:
- התגמול ייעשה על-ידי משרד הבריאות.
 - השיפוי ייעשה על-פי מדדי הביצוע של פרויקט המדדים הלאומי.
 - שיפוי הקופה ילווה בשיפוי פנים-ארגוני גיאוגרפי בתוך הקופה.
 - היקף השיפוי יהיה 1-2% מתקציב הקופה לפי שתי רמות:
 - 1% על ביצועי המדדים - רמה יחסית ומגמת שיפור כנגד יעדים מוגדרים;
 - 2% מול השקעה בפרויקטים של שיפור ומול השגת יעדים בתחומי תוכניות השיפור.
 - השיפוי יינתן ללא תלות בתשלומי הקפיטציה, ומעבר להם.

בנוסף, ממליץ הצוות על הצעדים הבאים:

- יש לפתח את פרסום המדדים וההישגים על-ידי הרגולאטור. עם זאת, הקופות רשאיות להשתמש בתוצאות אלה לצרכי פרסום.
- יש מקום לבחון בזהירות את הסכנה של משיכה סלקטיבית על-ידי הקופות. דרך אפשרית לעקוף סכנות רבות היא לבחור במדדים הנבחנים באופן אקראי מתוך סדרת המדדים הכוללת.
- ניתן ליצור תשלומים המותנים בעמידה ביעדי מדדי איכות הטיפול, במקביל לתשלומים עבור עמידה ביעדי התקציב.
- בסך הכול, קיים ניסיון טוב של הנהלות הקופות בתחום תגמול מחוזות על ביצועים. יש להתבסס על לקחים אלה בהפעלת התוכנית הלאומית.
- הצוות לא הגיע להסכמה אם יש צורך בתקציב נוסף כדי לתמרץ את המטפלים לעידוד התנהגות בריאותית של מטופליהם, או שאפשר להסתפק בהסטה של תקציבים קיימים.
- יש לשקול ברצינות את ראיית חלק מהתגמולים לקופות בגין עמידה ביעדי בריאות המטופלים כ"מימון ביניים", בגלל האופי העתידי של פירות ההשקעה הנוכחית.
- יש מקום לניסוח אמנה חברתית בנושא שתכלול את הקופות, הממשלה והמעסיקים, כולל צביעת כספים בין השווקים השונים.

"צביעת" כספי המיסים והקנסות על מוצרים והתנהגות מזיקים לבריאות

קיימת התנגדות מוצדקת בחלקה מצד משרד האוצר ל"צביעת" כספים הנגבים מריסון פעילות מזיקה (עישון, מזון לא בריא וכו') במטרה ליעד אותם לפעולות קשורות כמו תוכניות גמילה מעישון, פרסום וכו'. הטענה היא כי "צביעה" כזו מתעלמת מסדרי עדיפויות ציבוריים. עם זאת, קיימות מספר מערכות שבהן קיימת "צביעה" מסוג זה, בעיקר כהצדקה חברתית לקיום המס/קנסות/תביעות, בניגוד לראיתם על-ידי הציבור כמקור הכנסות אכזרי של הממשלה.

המלצת הצוות בנושא "צביעת" כספים היא, כי יש מקום לדון מחדש בסוגיה לאור הנקודות הבאות:

- הניסיון האמריקאי בתחום הטבק מורה על יעילות מוגברת של מס טבק צבוע, ותמיכה ציבורית גם בקרב המשלמים.
- צביעה מדגישה כי המס אינו מיועד להגדיל את הכנסות הממשלה, ומטרתו היא שינוי התנהגות גם באמצעות שימוש בכספים.
- צביעת כספים מגבירה את שקיפות המערכת.
- צביעת כספים מבטיחה משאבים שקשה היה להקצותם בדרך אחרת.
- צביעת כספים משמעותית קיימת בארה"ב ובאוסטרליה.
- הצוות ער לבעיה האפשרית כי רק כספים צבועים ומעטים מדי יוקדשו למטרות הנדונות אם לא תיקבע תוספת תקציבית נדרשת.

נספח 1: מחקרים שבדקו מותן התמריצים לעידוד שינוי התנהגות מורכבת (צרכנים)

Table 2. Summary of included studies by complex prevention definition

Author	Prevention definition Economic definition Theory/justification	Theoretical incentive Functional incentive	Prevention target	Intervention	Incentive condition	Group assignment	Outcomes
Anderson (2001) ⁴⁴	Complex Purchasing behavior None	Barrier removal: structural Facilitating	Nutrition	Coupons: fresh produce from farmers' markets, \$20 total	Required behavior: purchase food	Group 1: control, no intervention, <i>n</i> =97 completed Group 2: education, <i>n</i> =123 completed Group 3: coupons, <i>n</i> =114 completed Group 4: education plus coupons, <i>n</i> =121 completed	Significant findings: • Groups 3 and 4 more likely to have visited farmer's market, <i>p</i> <0.001 • Coupons increased fruit and vegetable consumption, <i>p</i> <0.01 • Education "improved" attitudes and beliefs regarding fruit and vegetable consumption, <i>p</i> <0.01
Curry (1991) ⁴⁵	Complex Income behavior Dect and Ryan: intrinsic/extrinsic motivation; Bandura's self- efficacy	Reward Participating	Smoking cessation	Gift: ceramic coffee mug at the end of first two program units Lottery: all- expense-paid 1-week trip for two to Hawaii, expense-paid weekend at San Juan Island resort, weekend at a deluxe hotel in downtown Seattle. Bonus entries for returning second two program units	Required behavior: return unit progress reports of self-help program	Group 1: control, self-help program, <i>n</i> =305 Group 2: intrinsic motivation, personalized feedback plus program, <i>n</i> =304 Group 3: extrinsic motivation, financial incentives plus program <i>n</i> =304 Group 4: intrinsic plus extrinsic plus program, <i>n</i> =304	Significant findings: • Extrinsic more likely to complete first unit, <i>p</i> =0.0001, and complete at least one activity in more than one of last six units, <i>p</i> =0.039 • Intrinsic more likely to show continuous abstinence, <i>p</i> =0.004 Compared to extrinsic groups, intrinsic OR was 2.67

(continued on next page)

Table 2. continued

Author	Prevention definition Economic definition Theory/justification	Theoretical incentive Functional incentive	Prevention target	Intervention	Incentive condition	Group assignment	Outcomes
Dey (1999) ⁴⁶	Complex Purchasing behavior None	Barrier removal: structural Adhering	Smoking cessation	Free nicotine patches for 12 weeks	Required behavior pick up patches from pharmacy	Group 1: counseling and prescription, <i>n</i> =39 Group 2: counseling and free patch, <i>n</i> =58	No significant difference between groups • Rate of self- reported abstinence • Lab-confirmed abstinence Significant findings: • Biochemical- confirmed quit rates $p<0.0001$ at 8 months; $p<0.0009$ at 2 months from significant postpartum
Donatelle (2000) ⁴⁷	Complex Income behavior Behavioral change: no justification of chosen rewards	Reward Outcome	Smoking cessation	Cash: \$50 per month for each abstinent month, maximum of 10 months, preterm plus 2 months postpartum	Required outcome: lab-verified abstinence	Group 1: control, education, <i>n</i> =108 Group 2: education plus incentives plus social support from significant other	Significant findings: • Number of sessions attended per participant, Group 1: 6.04, Group 2: 9.42, $p<0.01$ • No difference in weight loss between groups Significant findings: • Change in cholesterol level: Group 1: 11.3% decrease Group 2: 13.2% decrease, $p=0.035$
Follick (1984) ⁴⁸	Complex Purchasing behavior Behavioralist	Reward/negative reinforcement/ punishment Adhering	Weight loss	Contract: return \$5 per session, 14 sessions Cash: forfeit money split between subjects who had not forfeited	Required behavior: attend weight loss educational sessions	Group 1: weight loss program, <i>n</i> =24 Group 2: program plus monetary contract, <i>n</i> =24	Significant findings: • Number of sessions attended per participant, Group 1: 6.04, Group 2: 9.42, $p<0.01$ • No difference in weight loss between groups Significant findings: • Change in cholesterol level: Group 1: 11.3% decrease Group 2: 13.2% decrease, $p=0.035$
Francisco (1994) ⁴⁹	Complex Income behavior None	Reward Outcome	Cholesterol level	Lottery: five \$100 cash prizes; 5-in- 29 chance if all participants make goal	Required outcome: to participate in lottery, lower serum cholesterol by 20%, or be under 200, within 6 months	Group 1: control, health fair and follow-up test, <i>n</i> =34 Group 2: health fair, test, and chance for lottery entry, <i>n</i> =29	Significant findings: • Change in cholesterol level: Group 1: 11.3% decrease Group 2: 13.2% decrease, $p=0.035$

(continued on next page)

התנהגות קריאה/תית כ"ח 19/11

Table 2. continued

Author	Prevention definition Economic definition Theory/justification	Theoretical incentive Functional incentive	Prevention target	Intervention	Incentive condition	Group assignment	Outcomes
Gomel (1993) ⁵⁰	Complex Income behavior Prochaska: no justification of chosen rewards	Reward Outcome	CVD prevention	Lottery plus competition: two lottery draws for \$40, \$40 for meeting 3- month goal, 1/4 chance at \$1000 prize for station with highest percent meeting goals	Required behavior: self reported progress toward or meeting lifestyle change goals	Group 1: control, health risk assessment (HRA), <i>n</i> =1.15 completed Group 2: HRA plus risk factor education <i>n</i> =70 completed Group 3: HRA plus behavioral counseling <i>n</i> =102 completed Group 4: HRA plus counseling and incentive <i>n</i> =77	Significant findings: • BMI, body fat percent, mean blood pressure, aerobic capacity, quit rates, Group 4 usually had strong response within 6 months but relapsed to initial levels by 12 months
Gottlieb (1990) ⁵¹	Complex Income behavior None	Reward Participating	Smoking cessation	Prize and competition: cold turkey buffet; participants (smokers and nonsmoking supporters) were charged a \$5 incentive fee that was pooled and refunded to winning worksites	Required behavior: turkey buffet to worksites with highest recruitment rate; pooled kitty to split among quitters at worksite with the highest proportion of quitters	Group 1: control/ comparison, noncompetition sites, <i>n</i> =6 Group 2: competition sites, <i>n</i> =6	Significant findings: • 70% of employees in Group 2 participated in program vs 17% of employees in Group 1, $p<0.001$ • 28% of smokers in Group 2 participated vs 6% of smokers in Group 1, $p<0.001$

(continued on next page)

כנס יום המחקר המסיים

Table 2. continued

Author	Prevention definition Economic definition Theory/justification	Theoretical incentive Functional incentive	Prevention target	Intervention	Incentive condition	Group assignment	Outcomes
Harland (1999) ⁵²	Complex Income behavior None	Barrier removal: attitudinal Participating	Exercise	Coupons: one free use of fitness center, up to six possible	Required behavior: attend 40-minute motivational interviews	Group 1: control, baseline HRA, <i>n</i> =91 completed Group 2: baseline HRA plus 1 interview, <i>n</i> =96 completed Group 3: baseline HRA plus 1 interview and voucher, <i>n</i> =88 completed Group 4: baseline HRA plus 6 interviews, <i>n</i> =88 completed Group 5: baseline HRA plus 6 interviews and vouchers	No significant difference attributable to vouchers. • Increased self-report physical activity • Increased self-report moderate activity • Increased self-report vigorous activity • Regression analysis showed interaction effect between vouchers and interview, <i>p</i> =0.01 • No lasting effects at 12 months follow-up
Hughes (1991) ⁵³	Complex Purchasing behavior None	Barrier removal: structural Adhering	Smoking cessation	Free or reduced price for nicotine gum; \$0, \$6, or \$20 vs full price of \$24	Required behavior: purchase gum	Group 1: free gum, <i>n</i> =32 Group 2: \$6/box gum, <i>n</i> =36 Group 3: \$20/box gum, <i>n</i> =38	Significant findings: • Decreased cost increased several measures of incidence of obtaining gum and long term use, <i>p</i> <0.05 to <i>p</i> <0.006 • Price elasticity higher for \$6 vs \$20 (0.45) than free vs. \$6 (0.21) • Decreased cost had nonsignificant trend to increase cessation

(continued on next page)

התנהגות קריאה כחץ נחמד

Table 2. continued

Author	Prevention definition Economic definition Theory/justification	Theoretical incentive Functional incentive	Prevention target	Intervention	Incentive condition	Group assignment	Outcomes
Jeffery (1993) ⁵⁷	Complex Purchasing behavior Behavioralist	Negative reinforcement/ punishment Outcome	Smoking cessation/obesity	Monetary contract: money withheld from paycheck, minimum of \$5 per check. If goal met, money returned to employee	Required outcome: lab-verified smoking reduction goals or weight-loss goals	Group 1: control, no treatment, <i>n</i> =16, 645 employees Group 2: 11 bi-weekly behavior modification sessions plus incentive, <i>n</i> =16, 597 employees Group 3: control, no treatment, <i>n</i> =16, 645 employees Group 4: 11 bi-weekly behavior modification sessions plus incentive, <i>n</i> =16, 597 employees Group 5: control, no treatment, <i>n</i> =16, 645 employees Group 6: 11 bi-weekly behavior modification sessions plus incentive, <i>n</i> =16, 597 employees	Significant findings: Group 2: significantly greater smoking abstinence at end of program, <i>p</i> =0.03
Jeffery (1993) ⁵⁸	Complex Income behavior Behavioralist	Reward Outcome	Weight loss	Cash incentive: minimum of \$12.50 to maximum of \$25 per week- depending on percent of goal attained, 20 weeks total	Required outcome: lose weight and maintain loss	Group 1: control, no treatment, <i>n</i> =41 Group 2: Standard behavioral therapy (SBT), <i>n</i> =40 Group 3: SBT plus food provision, <i>n</i> =40 Group 4: SBT plus incentive, <i>n</i> =40 Group 5: SBT plus food provision plus incentive, <i>n</i> =41 Group 6: SBT plus food provision plus incentive, <i>n</i> =41	No significant findings for incentives • Change in BMI, completion of food records, quality of diet, nutrition knowledge
Jeffery (1998) ⁵⁹	Complex Income behavior Behavioralist	Reward Adhering	Weight loss	Cash incentive: graduated payments of \$1 to \$3 per exercise session, paid monthly, 222 total possible walks, \$266 potential total per person	Required behavior: attend supervised exercise sessions	Group 1: Control, standard behavioral therapy (SBT), <i>n</i> =40 Group 2: SBT plus supervised exercise, <i>n</i> =41 Group 3: SBT plus personal trainer, <i>n</i> =42 Group 4: SBT plus incentive, <i>n</i> =37 Group 5: SBT plus trainer plus incentive, <i>n</i> =36	No significant findings for incentives • Self-reported exercise behavior • Body weight Exercise session attendance

(continued on next page)

כנס יום המחקר המביא

Table 2. continued

Author	Prevention definition Economic definition Theory/justification	Theoretical incentive Functional incentive	Prevention target	Intervention	Incentive condition	Group assignment	Outcomes
Jeffery (1993) ⁵⁷	Complex Purchasing behavior Behavioralist	Negative reinforcement/ punishment Outcome	Smoking cessation/obesity	Monetary contract: money withheld from paycheck, minimum of \$5 per check. If goal met, money returned to employee	Required outcome: lab-verified smoking reduction goals or weight-loss goals	Group 1: control, no treatment, n=16, 645 employees Group 2: 11 bi- weekly behavior modification sessions plus incentive, n=16, 597 employees	Significant findings: Group 2: significantly greater smoking abstinence at end of program, p=0.03
Jeffery (1993) ⁵⁸	Complex Income behavior Behavioralist	Reward Outcome	Weight loss	Cash incentive: minimum of \$12.50 to maximum of \$25 per week- depending on percent of goal attained, 20 weeks total	Required outcome: lose weight and maintain loss	Group 1: control, no treatment Group 2: Standard behavioral therapy (SBT), n=40 Group 3: SBT plus food provision, n=40 Group 4: SBT plus incentive, n=40 Group 5: SBT plus food provision plus incentive, n=41	No significant findings for incentives • Change in BMI, completion of food records, quality of diet, nutrition knowledge
Jeffery (1998) ⁵⁹	Complex Income behavior Behavioralist	Reward Adhering	Weight loss	Cash incentive: graduated payments of \$1 to \$3 per exercise session, paid monthly, 222 total possible walks, \$266 potential total per person	Required behavior attend supervised exercise sessions	Group 1: Control, standard behavioral therapy (SBT), n=40 Group 2: SBT plus supervised exercise, n=41 Group 3: SBT plus personal trainer, n=42 Group 4: SBT plus incentive, n=37 Group 5: SBT plus trainer plus incentive, n=36	No significant findings for incentives • Self-reported exercise behavior • Body weight Exercise session attendance

(continued on next page)

התנהגות בריאותית כישלון

Table 2. continued

Author	Prevention definition Economic definition Theory/justification	Theoretical incentive Functional incentive	Prevention target	Intervention	Incentive condition	Group assignment	Outcomes
Jeffery (1999) ⁶⁰	Complex Income behavior Behavioralist	Barrier removal: attitudinal Adhering	Obesity prevention	Lottery: \$100, one per month for a 1/10 chance over 3 years	Required behavior: return postcard attached to newsletter	Group 1: control, SBT, n=414 Group 2: SBT plus monthly educational newsletter, n=197 Group 3: SBT plus newsletter plus lottery, n=198	Significant findings: • Response rate of returned postcards (direct measure of incentive) Group 2: 65%, Group 3: 71%, p<0.05 • No significant differences for weight gain or behavior changes, although change was in the right direction Significant findings: • Higher cessation rates for Group 2, 39% vs 16%, p<0.01, at end of program • At 6-month follow-up, no significant difference between groups Significant findings: • Group 3 quit rates significantly higher than Group 2 at end of 6 month program, p=0.02 • Biochemistry confirmed quit rates were not significantly different between Groups 2 and 3 at 6-months follow-up
Klesges (1987) ⁶¹	Complex Income behavior None	Reward Participating outcome	Smoking cessation	Prize plus competition: within-site competition between teams, prizes of \$5 to \$15 per participant	Required behavior: greatest percent of initial participants completing program, highest quit rate at 6 months; highest abstinence rate at 6 months	Group 1: control/ comparison and noncompetition sites, n=not reported Group 2: competition sites, n=not reported	
Koffman (1998) ⁶²	Complex Income behavior Prochaska, Bandura: no justification of chosen rewards	Reward Outcome	Smoking cessation	Prize plus competition: workers paid \$50 to participate, rewarded \$15/ month of abstinence for up to 5 months, plus first-place team wins up to \$1980 (split five ways), 1/13 chance to win	Required outcome: lab-verified abstinence	Group 1: control, traditional nonsmoking program, Worksite n=29 Group 2: multifaceted program, Worksite n=80 Group 3: multifaceted program plus incentive, Worksite n=68	Significant findings: Group 3 quit rates significantly higher than Group 2 at end of 6 month program, p=0.02 • Biochemistry confirmed quit rates were not significantly different between Groups 2 and 3 at 6-months follow-up

(continued on next page)

כנס יום המחקר המביא

נספח 2: תמריצים כלכליים לצרכנים על-פי דיכטומיית מובהקות הממצאים (מובהקים/לא מובהקים)

Table 5. Consumer incentive type by significance

Nonsignificant findings	Significant findings
Lotteries \$50/session plus \$2000 travel package. For middle-class people to attend group exercise program ⁶⁶ (complex). Microwave. For people who showed for community program cholesterol retest ³⁹ (simple). Dinner for two. For car dealership employees attending off-hour smoking-cessation class ²³ (simple). \$100 cash. For low SES women returning for postpartum check ²⁹ (simple).	\$100/month; 1-in-10 chance to win over 3 years. For low SES and middle-class people to return monthly nutrition newsletter postcards ⁶⁰ (complex). Three travel packages: 1 week in Hawaii, weekend in San Juan, weekend at local hotel. For self-help smoking members of GHCPs ⁴⁵ (complex). ^a Five \$100 cash prizes; 5-in-29 chance if all participants make goal. For health fair participants with high cholesterol ⁴⁹ (complex). ^b Two \$40 cash for meeting 3-month goal; 1-in-4 chance at \$1000 competitive lottery. For employees of ambulance services ⁵⁰ (complex). ^a \$25; \$50, and \$100 cash prizes. For immunizing parents of children/patients at public clinic ⁴³ (simple). Three \$50 grocery gift certificates. For low SES urban community health center ³⁷ (simple).
Gifts Nutrition information package. For community women attending mammography ³⁴ (simple). Jewelry. For low SES women attending postpartum check ⁴¹ (simple). Baby blanket. For low SES women attending prenatal checks ⁵⁰ (simple).	Nutritional information package. For community women attending mammography ³⁵ (simple). Ceramic coffee mug (also lottery). For smoking members of GHCPs in self-help program ⁴⁵ (complex). ^a Turkey buffet and pooled kitty to winning worksites for competitive smoking-cessation program. For employees of state government department ⁴⁷ (complex). ^b Gerry Cuddler. For low SES women attending postpartum check ⁴² (simple).
Cash \$50 payment. For middle-class worksite employees for cigarette abstinence ⁶⁵ (complex). Potential of up to \$266 over 18 months; \$1 to \$3 per exercise session. For middle-class people to attend group exercise program ⁵⁹ (complex). \$12.50 to \$25 per week for 20 weeks. For middle-class people to lose weight ⁵⁷ (complex).	\$5 cash payment. For active drug users to return for TB skin test reading ³⁰ (simple). \$10 cash payment. For active drug users to return for TB skin test reading ³⁰ (simple). \$10 cash payment. For active drug users to return for TB skin test reading ³¹ (simple). Two \$15 payments. For low SES people to attend STD prevention education ⁴¹ (simple). Three cash payments totaling \$35. For active drug users to attend AIDS prevention education ²² (simple). \$5 to \$15 per participant for competitive team members. For employees of diverse firms for smoking cessation ⁶¹ (complex). ^a \$1 to \$10 per day for 6 weeks. For mostly hospital workers for decreased smoking ⁶⁴ (complex). ^b \$50 for participation, \$15/month for abstinence, \$1980 competitive kitty. For employees of aerospace firms for smoking cessation ⁶² (complex). ^a \$50/month for smoking abstinence, maximum 10 months. For low SES pregnant women ⁴⁷ (complex). ^c
Coupons Fitness center passes. For lower SES people attending motivational counseling for exercise program ⁵² (complex). Bus passes. For lower SES women returning for abnormal Pap ²⁷ (simple). \$5 department store gift certificate. For lower SES women returning for postpartum check ²⁹ (simple).	Free postage. For lower SES people to return completed FOBT ²⁴ (simple). Bus passes. For lower SES women returning for abnormal Pap ³² (simple). 75%-off coupons for box of condoms. For young adults for STD prevention ²¹ (simple). Coupon for infant formula. For low SES women to attend postpartum check ⁴¹ (simple). Free taxicab fare. For low SES women to attend prenatal visit ³⁶ (simple). \$10 of free bus passes or fast food coupons. For active drug users to return for TB skin test reading ³¹ (simple).

(continued on next page)

Table 2. continued

Author	Prevention definition Economic definition Theory/justification	Theoretical incentive Functional incentive	Prevention target	Intervention	Incentive condition	Group assignment	Outcomes
Schiava (1995) ⁶³	Complex Income behavior None	Reward Adhering	Breastfeeding	Gifts and raffles of high frequency and considerable value, from \$15 haircuts to raffle for trip for two on Grand Canyon Railway. Significant other/partner also received incentives for attending	Required behavior: complete educational program and self-reported breastfeeding levels	Group 1: control, usual education, n=29 Group 2: completed education with a significant other (partner, parent, etc.) plus incentives, n=26 completed	Significant findings: • Differences between groups in exclusive breastfeeding and exclusive formula-feeding behaviors at discharge, 2 weeks, 6 weeks, and 3 months postpartum, from p=0.000 to p=0.023
Stitzer (1983) ⁶⁴	Complex Income behavior Behavioralist	Reward Participating	Smoking cessation	Cash incentive of \$0, \$1, \$5, or \$10 per day, ten payment periods	Required outcome: reduce CO levels to 50% of baseline	Group 1: \$0 payment group Group 2: \$1 payment group Group 3: \$5 payment group Group 4: \$10 payment group	Significant findings: • CO levels decreased in orderly fashion as pay increased, p<0.001 • Number of daytime cigarettes also decreased in orderly fashion, p<0.001 • Percent of targets met increased in orderly fashion, p<0.01
Windsor (1988) ⁶⁵	Complex Income behavior None	Reward Outcome	Smoking cessation	Cash incentive of \$25 at 6 weeks and \$25 at 6 months	Required outcome: abstinence	Group 1: Control, self-help program, n=95 Group 2: Self-help plus skills training/social support, n=94 Group 3: Self-help plus incentive, n=95 Group 4: Self-help plus skills training/social support plus incentive, n=94	No difference in cessation rates between groups for incentives

נספח 3: סוגי תמריצים המוצעים על-ידי מעסיקים

Employer	Location	Reward Criteria	Incentive
Adventist Media Center	California	Exercise at least 20 minutes or walk at least one mile.	Paid vacation
Cigna Corp	Pennsylvania	Complete exercise program.	Prizes and gift certificates
Coors Brewing Company	Colorado	Complete 12-week weight management program.	Cash and prizes
Hoffman-LaRoche	New Jersey	Complete at least 4 wellness activities.	Gift certificates
Johnson & Johnson	New Jersey	Complete health risk appraisal.	Health premium credits
Motorola	Nationwide	Sign up for gym membership.	Gym membership credits
Providence Everett Medical Center	Washington	Complete wellness challenge(s) and limit medical claims and sick leave.	Prizes and cash
Quaker Oates	Nationwide	Complete health risk appraisal and screening and take lifestyle pledge.	Health premium and other benefit credits and cash
Sara Lee Knits Products	North Carolina	Attend exercise classes and seminars and recruit co-workers into program.	Prizes
Star Tribune	Minnesota	Complete health assessment and 3 health-ed courses, exercise, and forswear risky behaviors.	Health premium credits
Synovus Financial Corp	Georgia	Complete health risk appraisal and screening.	Health premium credits
VSM Abrasives	Missouri	Lose weight and keep it off.	Cash and paid vacation
We Energies	Wisconsin	Complete health risk appraisal, outline personal goals, and/or complete wellness challenge(s).	Cash

Table 5. continued

Nonsignificant findings	Significant findings
	\$10 grocery gift certificate. For active drug users to return for TB skin test reading³¹ (simple). \$20 in coupons for farmer's market fresh produce. For low SES women to improve nutrition⁴⁴ (complex).^b Two \$15 coupons for goods or services. For low SES people to attend STD prevention education²⁶ (simple). Free evening day care. For immunizing parents of children/patients at public clinic⁴³ (simple). Three grocery gift certificates totaling \$35. For active drug users to attend AIDS prevention education²² (simple). Multiple kinds, of high frequency and moderate to high value. For low SES women to breast feed⁶³ (complex).^c
Free/reduced medical Free nicotine patches; did not test for uptake, only effect on cessation⁴⁶ (complex). Voucher for reduced clinic visit. For low SES women for abnormal Pap²⁷ (simple).	Free or reduced price of \$6 or \$20 (vs \$24) per pack of nicotine gum. For smoking rural family practice patients⁵³ (complex). Voucher for reduced clinic visit. For low SES women for abnormal Pap³³ (simple). Free influenza shots. New Zealand⁴⁰ (simple). Free influenza shots. Denmark³⁸ (simple).
Punishment Return contracted amount, minimum \$5 per paycheck. For worksite employees for smoking abstinence⁵⁸ (complex).	Return contracted amount, minimum \$5 per paycheck. For worksite employees for meeting weight loss goals⁵⁸ (complex).^b Return \$20 per session for ten sessions. For overweight people to meet weight loss goals⁵⁴ (complex).^b Return \$20 per session for ten sessions. For overweight people to attend weight loss sessions⁵⁴ (complex).^b Return \$30 per every 5–16 reduction, up to \$150. For overweight people to meet weight loss goals⁵⁶ (complex).^b Return \$1, \$5, or \$10 per session for 30 sessions. For overweight people to meet weight loss goals⁵⁵ (complex).^b Return \$5 per session, 14 sessions; forfeit money split. For mostly female employees of a hospital to attend weight loss sessions⁴⁸ (complex). Return to WIC offices monthly (not bimonthly) for vouchers. For low SES parents of nonimmunized children²⁰ (simple). Return to WIC offices monthly (not quarterly) for vouchers. For low SES parents of nonimmunized children²⁵ (simple). Lose AFDC benefits. For low SES parents of non-immunized children²⁸ (simple).

Kane, R.L., Johnson P.E., Town R.J. and M. Butler (2004) "A Structured Review of the Effect of Economic Incentives on Consumers' Preventive Behavior." *American Journal of Preventive Medicine* 27:4.

Kane, R.L., Johnson P.E., Town R.J. and M. Butler (2004) "Economic Incentives for Preventive Care: Evidence Report/Technology Assessment No. 101" AHRQ Publication No. 04-E024-2. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.

Kaplan, M.R., Sallis, F.J. and L.T. Patterson (1993) *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill.

Kim D. et al (2006) "Food Taxation and Pricing Strategies to "Thin Out" the Obesity Epidemic", *Am J Prev Med* 30:430.

Leese B. (1995) "Change in General Practice and its Effects on Services Provision in Socioeconomic Characteristics" *BMJ* 311 pp. 550-564.

Leicester, A. and F. Windmeijer (2004) "'The Fat Tax': Economic Incentives to Reduce Obesity". The Institute for Fiscal Studies. Briefing Note No. 49.

McMenamin, S.B., Schaufli, H.H., Shortell, S.M., Rundall, T.G. and R.R. Gillies (2003), "Support for Smoking Cessation Intervention in Physician Organization: Results from a National Study" *Med Care* 41:12, pp. 1396-1406.

Rosenthal, M.B., Frank, R.G., Li, Z. and A.M. Epstein (2005) "Early Experience with Pay for Performance: from Concept to Practice" *JAMA* 294:14, pp. 1821-1823.

Rosin O. (2005). *The Economics of Obesity: a Survey*. Unpublished manuscript, Bar Ilan University.

Suranovic, S.M. et al. (1999) "An Economic Theory of Cigarette Addiction", *JHE* 18, pp. 1-29.

מקורות

Becker, G.S. and K.M. Murphy (1988) "A Theory of Rational Addiction", *JPE* 96, pp. 675-700.

Coleman, T., Waynn, A.T., Stevenson, K. and F. Cheater (2001) "Qualitative Study of Pilot Payment Aimed to Increasing General Practitioners' Antismoking Advice to Smoker" *BMJ*, 323, pp. 1-5.

Cutler, M.D. and E.L. Glaeser (2006) "Why do Europeans Smoke More than Americans?" *NBER WP 12124*.

Della Vigna S. and U. Malmendier (2004) "Contract Design and Self Control: Theory and Evidence", *QJE* CXIX p. 358.

Economos, C.D. (2001) "Less Exercise Now, More Disease Later? The Critical Role of Childhood Exercise Interventions in Reducing Chronic Disease Burden." *Nutrition in Clinical Care* 4:6, pp 306-313.

Finkelstein E.A. and K.M. Kosa (2004) *Use of Incentives to Motivate Healthy Behaviors among Employees*. RTI International.

Galletad and List (2002) "Meta Analysis of Price Elasticities of Cigarette Demand, *Health Econ* 12, pp. 821-835.

Gruber, J. (2002) "The Economics of Tobacco Regulation". *Health Affairs* 21:2, pp. 146-162.

Hall, B. (2006) "Good Health Pays Off! Fundamental of Health Promotion Incentives", *Journal of deferred Compensation*, 11: 2, p16(11).

Hagland, M. (2006) "Pay for Performance Show Results, Spur Development", *Health Care Strategic Management*. 24:2.

צוות 2 תפקידיה של מערכת הבריאות

תקציר

צוות זה עסק בפעילויות מערכת הבריאות שמהוות חלק מתהליך קידום הבריאות (health promotion) של האוכלוסייה בישראל, ובבעייתיות של פעילויות אלה. הדיון התמקד בשלושה נושאים:

- מדיניות התומכת בפעילויות קידום בריאות במערכת הבריאות;
- קידום בריאות במסגרת שירותי בריאות בקהילה;
- קידום בריאות/עידוד אורח חיים בריא ברמת מטפל-מטופל.

המסקנות שאליהן הגיע הצוות בנוגע לכל אחד מהנושאים מוצגות להלן.

מדיניות

- יש צורך לעדכן את סל הבריאות ולכלול בו שירותי קידום בריאות שהוכחו כיעילים. יש צורך לממן שירותים נוספים על אלה הניתנים על-ידי קופות החולים כיום.
- יש לבצע מעקב על ביצוע פעולות קידום הבריאות באמצעות מדדים ספציפיים, אשר יוכלו במסגרת מדדי האיכות הלאומיים. הנהלות הארגונים תהיינה אחראיות לתוצאות המדדים.
- יש צורך למקד את משרד הבריאות בתחום קידום הבריאות כך שהמשרד יוביל את הנושא ברמה הלאומית, תוך שיתוף גורמים אחרים במערכת הבריאות ומחוצה לה (משרדי ממשלה וארגונים אחרים). יש צורך לפתח תוכנית לאומית לפעילות לקידום בריאות, שבה ימופו צרכי האוכלוסייה, תתבצע קביעת קדימויות, ויתוכננו תוכניות קידום בריאות ברמה הלאומית. התוכנית הלאומית תקשר בין כל הגורמים העוסקים בקידום הבריאות בארץ, הן במשרד הבריאות והן מחוצה לו.
- קיים צורך להגדיר במסגרת משרד הבריאות את המקצועות 'מקדם בריאות' ו'מחנך לבריאות', ולאייש את המשרות העוסקות בקידום בריאות באנשים המוסמכים לכך.

Town, R., Kane, R., Johnson, P. and M. Butler (2005) "Economic Incentives and Physicians' Delivery of Preventive Care: a Systemic Review" *Am J Prev Med* 28:2. pp. 234-240.

Yaniv, G. "Rational Health-Compromising Behavior and Economic Intervention", in Altman, M. (ed) *Foundations and Extensions in Behavioral Economics: a Handbook*.

מדיניות התומכת בפעילויות קידום בריאות במערכת הבריאות

הנושאים לדיון בתחום זה היו:

- עדכון חוק ביטוח בריאות ממלכתי לאחר 10 שנות פעילותו, כך שיכלול את תחום קידום הבריאות, והכללת שיטות התערבות לקידום בריאות בסל הבריאות.
- קביעת מדדי הערכה לרמת ההצלחה של פעילויות קידום בריאות במערכות השונות, כדי לאפשר את הערכת הפעילויות ותקצובן.
- אפשרות הקמת רשות לאומית לקידום בריאות בעלת תקציב נפרד ושאלת מיקומה של רשות כזו - בתוך משרד הבריאות או לידו.
- הגדרת המקצועות 'מקדם בריאות' ו'מחנך לבריאות' והכרה בהם.

רקע - חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותחום קידום הבריאות

ב-20 השנים האחרונות חל פיתוח מואץ של המקצוע המכונה 'קידום בריאות' בתוך מערכות הבריאות בארץ, פיתוח שבוסס בחלקו על מושגים ותיאוריות מתחום החינוך לבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לעומת זאת, עוצב על-פי הדגם של 'שירותי בריאות כללית', ואינו כולל היבטים של קידום בריאות. לכן, יש מקום לעדכן את החוק לאחר פעילות של למעלה מעשור. בחוק ביטוח בריאות מתוארים תחומי שירותי הבריאות באופן כללי (סעיף 6 תיקון תשנ"ז), ובסעיף 6 ניתנת אפשרות להוסיף על התחומים המפורטים בחוק. הסעיף הראשון ברשימה הינו "רפואה מונעת אישית וחינוך לבריאות". למרות אזכורו של התחום בראש הרשימה, הפירוט בנוגע אליו בהמשך החוק הינו מצומצם יחסית.

שירותי רפואה מונעת שניוניית ושירותי גילוי מוקדם מפורטים בסעיף 26 לתוספת השנייה לחוק, ומבטיחים ארבעה סוגי בדיקות סריקה תוך פירוט קהלי היעד הזכאים להן. הבדיקות המוזכרות הינן ממוגרפיה, בדיקת דם סמוי בצואה, קולונוסקופיה ובדיקת משטח צוואר הרחם. נושא המניעה הראשונית והשניוניית מוזכר גם בתוספת השלישית לחוק, ומתייחס לפעילות בטיפות החלב (סעיף 1 בתוספת השלישית). כמו כן, קיים סעיף הנוגע לשירות מונע לקשיש, ללא פירוט.

שירות החינוך לבריאות מוזכר בחוק רק פעמים ספורות:

- תחת סעיף 19, שירותי סיעוד (15) - "הדרכה פרטנית בנושאי בריאות".
- המקצוע "חינוך לבריאות" מוזכר רק פעם אחת בחוק, בתיאור שיקום הלב של חולים שעברו

שירותי הבריאות בקהילה

- מומלץ לכל ארגון אשר עוסק במתן שירותי בריאות לבנות מערך ייעודי לקידום הבריאות, הן במטה והן ברמה האזורית והמקומית.
- יש לדון בצורך להקים מרכזים ייעודיים לקידום בריאות בקהילה במסגרת קופות החולים, אשר יתפקדו כמרכז מומחים שאליו יופנו אנשים להתערבות פרטנית וקבוצתית לקידום הבריאות.
- חובה על ארגוני בריאות לספק שירותי קידום בריאות לאוכלוסייה הבריאה, וכל עובד בצוות המטפל אשר מוסמך על-ידי הקופה, לרבות מזכירות ופקידות, רשאי לפנות למבוטחים הבריאים במסגרת שירותים אלו.

הטיפול הפרטני

- על כל המטפלים במערכת הבריאות (רופאים, אחיות ושאר עובדי מקצועות הבריאות) לבצע חינוך לבריאות ופעילויות רפואה מונעת כחלק אינטגרלי מהטיפול. על המטפלים לעבור הכשרה ולקבל כלים מתאימים שיאפשרו להם ביצוע מיטבי של משימה זו, כולל הפניה לשירותי חינוך לבריאות וקידום בריאות, לפי הצורך.
- כדי לפנות זמן לביצוע פעילויות קידום בריאות ורפואה מונעת באיכות גבוהה, יש לבחון את הגדרת התפקידים בתוך צוות המרפאה, את הדרישות הארגוניות לגבי משך המפגש הקליני, ואת התמהיל הראוי של פעולות קליניות-טיפוליות, פעולות מנהלתיות, ופעולות שמטרתן קידום בריאות או מניעת תחלואה.
- יש מקום לדון בתגמול הצוות המטפל על הישגים בקידום בריאות/רפואה מונעת.

התקף לב. החוק קובע כי יש לכלול בהדרכת החולה מחנך לבריאות, בנוסף לצוות הרפואי הכולל רופא, אחות ותזונאית.

– הייעוץ הדיאטטי, שכלול אף הוא בתחום החינוך לבריאות, מופיע בחוק (בסעיפים 11(י) ו-22(ו) לתוספת השנייה), אך מצוין שיינתן "למטרה רפואית בלבד". מכאן שהחוק אינו תומך בפעילות מקצועית של העברת מידע לגבי תזונה בריאה ועידוד שינוי התנהגות של הציבור הבריא. על-פי החוק, רק לאחר שאדם חולה הוא זכאי לקבל ייעוץ לגבי שינוי תפריטו. ניתן לומר, אם כן, שאין בחוק תמיכה בשירותים אשר יינתנו מעבר לייעוץ הפרטני לחולים על-ידי אנשי מקצוע העוסקים בתזונה. לדוגמא, סדנאות לירידה במשקל לבעלי עודף משקל ללא בעיות בריאות והדרכת ילדים והורים בנושאי תזונה בגיל הרך או בתקופת ההתבגרות לא יינתנו במסגרת סל השירותים שבחוק.

מלבד האזכורים הנ"ל אין בחוק תיאור שירותים המקדמים את בריאותו של הציבור הבריא, שירותים אשר מערכות הבריאות חייבות לספקם. הנושא "אורח החיים" אינו משולב בחוק כחלק ממאמץ המניעה בקרב אנשים בריאים, ואף לא כחלק מהטיפול בחולים, אפילו בהתייחס למחלות דוגמת מחלות לב, יתר לחץ דם וסוכרת, אשר ידוע כי אורח חיים הוא מרכיב חשוב בהיווצרותן, ובכל רמות המניעה שלהן.

מושג מרכזי בתחום קידום הבריאות כיום הוא שיתוף פעולה בין-ארגוני. הפעם היחידה בחוק שבה מוזכר שיתוף פעולה בין מערכת הבריאות לבין מוסדות או ארגונים אחרים נוגעת לבתי-ספר (בסעיף 1.7 של התוספת השלישית).

'רפואה מונעת אישית' ו'חינוך לבריאות', כפי שאלה מופיעים ב"תחומי שירותי הבריאות" (סעיף 6), הינם שני מושגים רחבים אשר קשה להבין מה הם כוללים, ולכן הם עלולים להתפרש בצורה שונה על-ידי אנשים שונים. על-פי המקובל במערכת הבריאות, 'רפואה מונעת' כוללת בעיקר בדיקות גילוי מוקדם כגון ממוגרפיה, וחיסונים בגיל הילדות. טכנולוגיות אלו כלולות בסל השירותים. 'חינוך לבריאות', לעומת זאת, הינו מושג רחב יותר הכולל את כל היבטי העברת המידע לציבור ושיפור עמדותיו ויזומיותיו, במטרה לשנות את התנהגויותיו. תחום זה אינו נתפס כ"טכנולוגיה", אלא כחלק מהתפקיד השגרתי של המטפל, יהיה זה הרופא, האחות או הדיאטנית. בבחינה מדוקדקת של החוק לא נמצא אזכור של חינוך לבריאות ביחס לנושאים ספציפיים, אלא רק בצורה הרחבה שלו. לבעיה זו שני היבטים. מצד אחד, הדרכה היא חלק אינטגרלי מעבודת הצוות הרפואי, ולכן קיימת תפיסה הגורסת שאין לציין את נושא ההדרכה בפני עצמו - בדיוק כפי שלא כתוב בחוק שעל הרופא לרחוץ ידיים לאחר בדיקה גופנית. מצד שני, כאשר לא מצוין באופן מפורש שיש לבצע פעולות מסוימות, הפעולות לא יבוצעו - עקב חוסר

זמן וקיום מעכבים נוספים, ועקב חוסר יכולת לעקוב אחרי ביצוען.

בעיה נוספת העולה מתוך צורת אזכור זו של החינוך לבריאות בחוק הינה בעיית התחרות על משאבים (תקצוב, זמן טיפול, משאבי אנוש) בין תחומי הטיפול בחולי לתחומי מניעת החולי וקידום הבריאות. כאשר הפעילויות המופנות למניעה ולקידום הבריאות מתחרות על אותם משאבים המופנים לטיפול בחולי, יד המניעה על התחתונה. למניעה אין פנים מוגדרות שאותן ניתן להציל, ולעומת זאת בנקל ניתן לחוש אמפטיה כלפי ילד הסובל ממחלה קשה וניתן היה להצילו לו היו בנמצא משאבים נוספים. תוצאות המניעה נראות רק בטווח הבינוני והארוך, והנטייה היא להשקיע משאבים בפעולות המביאות לתוצאות הנראות מיד.

בנוסף לכך, קיימים נושאים ואסטרטגיות בקידום הבריאות אשר אינם מוזכרים בחוק כלל, כגון יצירת סביבה מעודדת בריאות או השמת דגש על קידום בריאות בשירותי הבריאות. לבעיות אלו ישנם מספר פתרונות אפשריים:

- עדכון חוק ביטוח בריאות והוספת התחומים שבהם צריכה מערכת הבריאות לפעול כדי לקדם את בריאות האוכלוסייה.
- פיתוח מדדי הערכה לפעילויות של מערכת הבריאות לקידום הבריאות.
- הקמת רשות לאומית לקידום בריאות, צעד שימנע תחרות על אותם המשאבים בין תחום קידום הבריאות לבין המערכת המטפלת בחולי.

עדכון חוק ביטוח בריאות ממלכתי

המסקנה שעלתה בעקבות הדיון היא כי יש להוסיף לחוק ביטוח בריאות ממלכתי פירוט של הנושאים אשר מערכת הבריאות חייבת לספק כשירות למבוטחים. לשם כך מומלץ לבצע עבודה מקיפה שתסייע לתהליך קבלת ההחלטות לגבי התוספות לחוק.

לדוגמא: יש מקום לפירוט רב בתחום אורח החיים, מאחר ומרכזיותם של הרגלים יומיומיים לקידום הבריאות הוכחה במחקרים רבים. אורח חיים בריא כולל תזונה נבונה, ביצוע פעילות גופנית, הימנעות מעישון, הימנעות משתיה מופרזת של אלכוהול ועוד. נושאים אלו לא מוזכרים בחוק כלל, ובעיקר אין קביעה לגבי התערבות בנושאים אלו במבוטחים הבריאים. החוק מאפשר לדיאטנים לתת טיפול והדרכה תזונתיים רק לחולים. השירותים לבריאים ניתנים במספר תתי-מערכות בריאות, אך הם ניתנים לאחר מימון על-ידי מקבל השירות. יש לציין שהקופות דורשות הרחבת התקציב אם יוחלט על הוספת נושאים אלו לסל.

בחוק אין כל אזכור של פעילות גופנית. יש מקום להוסיף את הנושא לחוק, הן בנוגע לאנשים החולים במחלות מסוימות (כגון סוכרת, יתר לחץ דם ומשקל יתר) והן בנוגע לבריאים.

ההוספה לחוק מחייבת את בחינת הנושאים שיש להוסיפם (כגון מניעת עישון וגמילה מעישון, עידוד פעילות גופנית וייעוץ לתזונה בריאה) וכן בדיקה עתית של ההתערבויות המוכחות שבהן ראוי להשתמש כדי להביא לשיפור במצב הבריאות. בכל נושא כזה קיימת ספרות ענפה (ראה מקורות). שיטות שונות נבדקו ויש מקום לקבוע מדיניות התומכת באימוץ השיטות המוכחות. לדוגמא: הוספת תחליפי ניקוטין לסל התרופות הממומנות על-ידי חוק ביטוח בריאות ומימון קבוצות גמילה מעישון למעוניינים להיגמל (כיום המעשן צריך לממן מכיסו שימוש בשיטות גמילה מעישון).

מומלץ שוועדה מקצועית, או הרשות הלאומית המוצעת בנייר עבודה זה, תכין הצעה ובה סדר עדיפויות לגבי הנושאים והשיטות שניתן להוסיף לחוק ביטוח בריאות. בבחינת השירותים הספציפיים שיש להוסיף לחוק צריך לקחת בחשבון את ההיבטים הבאים: מגמות שינוי באוכלוסייה בישראל, מגמות בתחלואה, גורמי סיכון התנהגותיים וצריכת שירותים, וגישות להתערבות אשר הוכחו כיעילות בשינוי התנהגות בריאותית והעומדות במבחן עלות/תועלת מקובל. כל זאת נכון לעשות תוך התייחסות לרב-תרבותיות בחברה הישראלית.

הערכת שירותי קידום הבריאות ופיתוח מדדים בתחום

יש להשקיע משאבים בהערכת שירותי קידום הבריאות, כדי להוכיח על בסיס מדעי שההתערבות הביאה לתוצאות הרצויות. כמו כן, הערכה מאפשרת מדידת תוצאות נוספות לאלו שאלהן כוונה ההתערבות. הערכה משמשת כהצדקה לניתוב משאבים, וניתן להשתמש בנתונים כדי לשכנע מקבלי החלטות באשר לחשיבות ההשקעה. כיום אין בישראל מאמץ מספיק ומסודר להערכת תוכניות קידום בריאות. חוסר זה נובע מכמה סיבות, ביניהן חוסר תקציבים המיועדים להערכה וחוסר מיומנות של אנשי המקצוע בביצוע הערכה כזו. הערכה של תוכניות קידום בריאות דורשת לעתים שיטות שונות מעט מאלו המקובלות במחקר הרפואי הרגיל. מצב זה מביא ללמידה מועטה משגיאות, המשך שימוש בתוכניות לא יעילות, השקעה באוכלוסיות לא מתאימות, היעדר פיתוח של גוף ידע ארגוני ולאומי בנושאים שבהם מדובר, ועוד. תוצאות אלו מביאות לעיתים להקצאת משאבים שגויה ואף לבזבז.

את ההערכה בתחום קידום הבריאות ניתן לחלק לשלושה שלבים:

- הערכת התכנון (needs assessment & formative evaluation) – התאמת שיטות ההתערבות לקהל היעד, בדיקה מקדימה של חומרי העזר והשיטות.
- הערכת ההפעלה או התהליך (process evaluation) – מעקב אחר שלבי הביצוע.
- הערכת התוצאות (impact evaluation and outcome evaluation) – הן בטווח קצר והן בטווח הארוך.

השלב השני מבוצע ברוב המקרים, באמצעות מעקב אחר הפעילות, אך השלבים האחרים לוקים בחסר.

בישראל פותחו כלים לבקרת איכות של תוכניות חינוך לבריאות (Baron-Epel, Levin-Zamir et al 2004). אך עקב חוסר משאבים מתאימים ומדיניות תומכת, כלי הבקרה לא הוטמעו בכל מערכות הבריאות וקידום הבריאות בישראל.

הרחבת ההערכה והבקרה על תוכניות, פעילויות ושירותי קידום הבריאות תשפר את עבודת מקדמי הבריאות, מערכת הבריאות ושאר המערכות העוסקות בקידום בריאות. נסקור כעת כמה עקרונות מרכזיים בפיתוח מדדים, שכן מדדים אחידים ואובייקטיביים, אשר עברו תיקוף מדעי והניתנים לאיסוף בדרכים סבירות, הם חיוניים לתהליך בקרה אפקטיבי ושוויוני.

גופים בינלאומיים גדולים העוסקים בבניית מדדים למערכת הבריאות, כגון ה-AHRQ (The Agency for Healthcare Research and Quality) החלו לעבוד בשנים האחרונות בתחומים הקשורים לקידום בריאות ורפואה מונעת. ישנם שני קשיים עיקריים במדידה של פעילויות קידום בריאות. ראשית, השפעת ההתערבות היא, בדרך כלל, השפעה בטווח הבינוני-ארוך (מספר שנים), ולכן המדידה המומלצת מתמקדת בדרך כלל במדדי תהליך ולא במדדי תוצאה. במחקרים רפואיים רגילים, חלק גדול מהמדדים אינם מתייחסים לתוצאות ארוכות-טווח (כגון כריתות גפיים לסוכרתיים), אלא לתוצאות בטווח הקצר-בינוני (כגון רמות המוגלובין מסוכרר). אך במקרה של קידום בריאות ומניעה ראשונית, התוצאות קצרות-הטווח, כגון תחילת ביצוע פעילות גופנית, שינוי הרגלי אכילה והפחתה בכמות הסיגריות, אינם ניתנים למדידה מדעית או אובייקטיבית. קושי נוסף במדידת פעילויות של קידום בריאות נובע מכך שחלק מההתערבויות במסגרת המערכת הרפואית בתחום זה הינן התערבויות "רכות", אשר לא ניתנות לתייעוד בצורה אובייקטיבית – מתן מידע, העברת מסר, הפניה להתערבות נוספת ומתן ייעוץ לשינוי התנהגות.

לאור זאת, מומלץ להתמקד בשלושה סוגים של מדדים בתחום קידום הבריאות:

1. מדדים המשקפים תהליכים ארגוניים המבוססים על התערבויות שהוכחו מדעית. מספר דוגמאות למדדים כאלה: קיום תשתית ממוחשבת בארגון לאיתור אנשים בעלי עודף משקל (שדה ממוחשב) הכוללת אמצעי טיוב נתונים, אחוז הרופאים אשר קיבלו הכשרה בייעוץ ראשוני לביצוע פעילות גופנית, וכו'.
2. מדדים המשקפים הימצאות בעיה או מחלה המושפעות ישירות מהתערבות באורח החיים (Marshall, Leatherman et al 2004), כגון אחוז האוכלוסייה בעלת BMI שערכו 30 ומעלה, אחוז האוכלוסייה שאינה מבצעת די פעילות גופנית על-פי הגדרות אחידות (כגון בעזרת סופר פסיעות), אחוז המעשנים באוכלוסייה והיארעות מחלת הסוכרת (על-פי מדדים ביוכימיים).
3. מדדים המבוססים על דיווח מטופלים בנוגע לקבלת ייעוץ או הפניה מגורם רפואי בנושא אורח חיים, כגון אחוז בעלי BMI שערכו 30 ומעלה אשר קיבלו התייחסות מהרופא שלהם לגבי משקלם, או אחוז המבוטחים אשר הומלץ להם לבצע פעילות גופנית. מדדים אלה מתבססים על סקר טלפוני בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה.

נדגים את שלושת סוגי המדדים לעיל תוך התמקדות בבעיית העישון.

1. מדידת אחוז הרופאים הראשוניים שעוברים הכשרה פורמלית למתן ייעוץ לגמילה מעישון. ייעוץ זה הוכח חד-משמעית כיעיל, אך על-מנת להבטיח את יעילותו דרושה הכשרה הולמת ומדיניות ארגונית ברורה בנושא (כגון מדידה). ממחקרים שונים, כולל קבוצות מיקוד שנערכו בשנת 2004 בקרב 90 רופאי קופת חולים 'מכבי', ברור כי הרופאים אינם חשים בטחון ביכולתם לבצע ייעוץ זה ללא הכשרה הכוללת המחשה ותרגול. כדי שמדד זה יהיה יעיל, יש צורך לתת את הדעת על ההכשרה בנושא, ולבצע תיעוד של המשתתפים בהכשרה ומעקב אחריהם בעזרת גוף חיצוני.
2. תיעוד אחוז המעשנים באוכלוסייה, ותיעוד המעבר מ"מעשן" ל"מעשן לשעבר" במשך תקופה מוגדרת. מדד זה אמנם ישים באופן פשוט יחסית, אך לאור הניסיון מזה שנתיים ב'מכבי' שירותי בריאות', קופת חולים שבה קיים שדה חובה לתיעוד מצב העישון בתיק הרפואי, יש צורך לבצע בקרה מלווה באימות הנתונים הנרשמים בקרב מדגם אקראי של מטופלים.
3. אחוז המעשנים אשר מדווחים על קבלת התייחסות (מדד 1), ייעוץ (מדד 2), חומרים כתובים (מדד 3) והפניה להתערבות נוספת (מדד 4) מהרופא בקהילה. איסוף הנתונים ייעשה באמצעות סקר טלפוני תקופתי של אוכלוסייה אקראית על-ידי גורם חיצוני, ויהיה אחיד לכל הארגונים.

בנוסף, יש לקבוע מדדים להערכת פעולות משרד הבריאות בתחום. למשל, שימוש באמצעים מוכחים מדעית להערכת מערכות שיווק תקשורתיות למניעת עישון (חשיפה למסר וכד'). יש לקבוע גם מדדים להצלחת פעולות שבהן משרד הבריאות שותף, למשל אלו המופעלות על-ידי משרד החינוך, כגון קבוצות גמילה לנוער, פעולות למניעת עישון בבתי ספר, וכיוצא בזה. מדדים בנושא קידום הבריאות צריכים להיות רלוונטיים לכל מוסדות הבריאות במדינה, לרבות בתי חולים. מומלץ כי המדדים בתחום זה ייכללו בתהליך הבקרה וההערכה של כל המוסדות. יש חשיבות רבה לבניית מערך ייעודי למעקב אחר ביצוע פעילויות של קידום בריאות בכל ארגוני הבריאות. מומלץ לבנות את המדדים לקידום הבריאות במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה הפועלת כיום.

תפקיד משרד הבריאות בקידום בריאות

- לאור הדיון לעיל, ברצוננו להמליץ על מיקוד משרד הבריאות בתחום קידום הבריאות ובהובלת הנושא ברמה הלאומית, תוך שיתוף כל הגורמים הרלוונטיים במערכת הבריאות ומחוצה לה (משרדי ממשלה וארגונים אחרים), בנוסף לפעולות הברוכות של המשרד המטפלות בחולי. מיקוד מסוג זה יענה על הצרכים הבאים:
- בניית תוכנית לאומית לקידום בריאות האוכלוסייה שיכלול מיפוי צרכים, זיהוי התערבויות שהוכחו כיעילות וזיהוי מחסומים וגורמים תומכים בהפעלת תוכניות קידום בריאות.
 - הגדרת קדימויות להתערבות (סדר עדיפויות) וכן התאמת המדיניות לטיפול בקבוצות סיכון. לדוגמא: ניתן לבחור גורם סיכון אחד כמו עישון, ולבנות תוכנית התערבות לאומית רחבת היקף ברמה של מדיניות, תקשורת, טיפול פרטני ועוד, המיועדת לקבוצות אוכלוסייה שבהן שיעורי העישון גבוהים במיוחד.
 - שיתוף פעולה בין כל הארגונים שהינם בעלי השפעה על בריאות, כולל ארגונים מחוץ למערכת הבריאות.
 - הקצאת תקציבים המיועדים לקידום הבריאות בלבד, כדי למנוע תחרות של התחום עם תחום הטיפול בחולי על אותם תקציבים.
 - הכרה בנושא כבעל חשיבות לאומית, העלאת המודעות אליו, ומתן מקום ראוי לו, שאינו בצילו של הטיפול בחולי.
 - יצירת מערכות ארגוניות העובדות בשיטות של קידום בריאות, בשונה מהשיטות שבהן נעשה שימוש במערכת הבריאות.
 - הכשרת אנשי מקצוע בתחום קידום הבריאות.

- הקמת ארגון גג אשר יכלול גוף ידע לאומי, ימנע כפל משאבים, וינתב את הידע בתחום לכל הגורמים שעשויים למצוא בו תועלת.
- אפשרות התמקצעות בתחום המחקר בקידום הבריאות, הפעלת תוכניות מקומיות וארציות, ויצירת שיתוף פעולה בינלאומי בתחום.

המטרות המרכזיות של מיקוד משרד הבריאות בתחום הינן מיפוי צרכים, קביעת סדר עדיפויות, בניית תוכניות קידום בריאות לאומיות, הפעלתן והערכתן. פעילויות אלה הינן מורכבות מעצם הצורך לעבוד בשיתוף פעולה בין-ארגוני ובו-בזמן להמשיך בפעילות הקיימת ולהרחיב את הפעילות במערכת הבריאות. יש למצוא את הדרכים המתאימות לביצוע פעילויות אלה.

חשוב לציין שכיום פועלת בארץ מועצה לאומית לקידום בריאות וכן קיימים תפקידים ומחלקות העוסקים בקידום בריאות באופן מפוזר בתוך המערכות הקיימות. המטרה היא ליצור שיתוף פעולה בין גופים אלה.

הכשרה בקידום בריאות, והכרה בעיסוק בתחום זה כמקצוע

העיסוק במקצוע קידום הבריאות התפתח כתוצאה משינוי בדפוסי התחלואה והתמותה בעולם, שגרם להעברת המיקוד מטיפול קליני בבתי חולים למאמצים למניעת מחלות עוד טרם הופעתן. במקביל, השתנתה התפיסה הרואה ב'בריאות' היעדר מחלות, לתפיסה הרואה בבריאות את מיצוי הפוטנציאל הגופני, הנפשי וההתפתחותי של האדם. הצהרת אוטווה (1986) התוותה את העקרונות המנחים פעילויות לקידום הבריאות בעולם כולו. ההצהרה קוראת לשילוב של חמש אסטרטגיות לשם השגת שיפור מירבי ברמת הבריאות, והיא פורשת את עקרונות הבסיס של מבנה הדעת הקרוי "קידום בריאות". בשנת 1998 קרא ארגון הבריאות העולמי למדינות החברות בו להעביר את קידום הבריאות לראש סדר העדיפויות, וליישם את שילוב חמש האסטרטגיות של אמנת אוטווה על-מנת להשיג השפעה מירבית על מצב בריאות האוכלוסייה, תוך שימוש נרחב בממצאי מחקר תקפים. קידום הבריאות הוצג כמשאב לפיתוח חברתי הדוגל בשבירת הגבולות המסורתיים בין גופים שונים המאפשרת מיצוי פוטנציאל הבריאות של האוכלוסייה (World Health Assembly 1998).

מקומו של מקצוע קידום הבריאות במערכות בריאות

על-פי ארגון הבריאות העולמי (2001), "משאבי אנוש בבריאות" הינם "כל הסוגים של עובדים קליניים ושאנים קליניים, המאפשרים את קיומה של כל התערבות בריאותית". הגדרה רחבה זו חסרה טיפולוגיה של אנשי מקצועות הבריאות, ומקשה על זיהוי צרכי ההכשרה בקידום בריאות של עובדים במקצועות השונים. כאשר מדובר בפיתוח כוח העבודה הבריאותי, מקובל להתמקד בקבוצות קלות לזיהוי של עובדים, כגון רופאים, אחיות, רופאי שיניים וכו'. על-פי Mable & Marriot (2001) שש הקטגוריות של "משאבי אנוש בבריאות" העונות על ההגדרה של ארגון הבריאות העולמי הן:

- צרכני בריאות בעלי אחריות בריאותית על עצמם ועל אחרים;
- משאבי אנוש בלתי-מקצועיים, כגון מתנדבים;
- בעלי מקצועות הבריאות המוכרים בתחומי הטיפול השונים;
- מטפלים ייחודיים כגון שינניות;
- עובדים פרא-רפואיים כגון טכנאי רנטגן, עובדי מעבדה ואנשי בריאות אלטרנטיבית;
- "אחרים", אשר לא לוקחים חלק פעיל בטיפול אך נושאים תפקיד מרכזי בקביעת המדיניות בתחום הבריאות ויישומה.

העוסקים בקידום הבריאות משתייכים לקטגוריה האחרונה, והם מדורגים על-פי החלק היחסי של עיסוקם המוקדש לפעולות קידום בריאות (רותם, אוקונור, באומן ובלאק 1995) ועל-פי המערכת המעסיקה אותם:

- "מקדמי בריאות" - אנשי מקצוע העוסקים בקידום בריאות בלבד;
- "עוסקים בקידום בריאות" - אנשי מקצוע העוסקים בקידום בריאות באופן קבוע, כחלק מתפקיד אחר כגון "סיעוד" או "רפואה";
- "אחרים", העוסקים מדי פעם או לעיתים רחוקות בפעולות קידום בריאות, כחלק מתפקידם במערכת הבריאות.
- עובדים המועסקים מחוץ למערכת הבריאות, ומקדישים זמן כלשהו לקידום בריאות.

חלוקה זו מייחסת לעובדי מערכת הבריאות אחריות מרכזית ליישום עקרונות קידום הבריאות. אנשי מקצוע בתחום קידום הבריאות מתחלקים לעובדים כלליים (Generalists), העוסקים במגוון רחב של נושאים, ולעובדים מומחים (Specialists) שהוכשרו לעסוק בתחום ספציפי כגון הפחתה של צריכת משקאות אלכוהוליים, מניעת עישון בקרב בני נוער, וכד'.

באוסטרליה, אנגליה וקנדה, העיסוק בקידום בריאות נתפס, אם כי אינו בהכרח מוכר, כמקצוע או עיסוק ייחודי, מאחר שהוא ממלא אחר תנאים הכרחיים להגדרת עיסוק (קיום גוף דעת ייחודי, מיומנויות ספציפיות, אתיקה מקצועית מוסכמת וצורך בחינוך אקדמי פורמאלי). בארה"ב המצב שונה במקצת, וקיימת הכרה מקצועית ב"מחנכים לבריאות", מקצוע רשום המחייב מבחנים תקופתיים לצורך הכרה מקצועית.

לימודי קידום בריאות מתקיימים כהכשרה ספציפית, ו/או כחלק מלימודי רפואה, בריאות הציבור, סיעוד, עבודה סוציאלית, הוראה ועוד. באירופה, ארה"ב, קנדה ואוסטרליה המקצוע נלמד לתואר ראשון, שני ושלישי. תכניות לימודים אקדמיות בתחום קידום הבריאות מחולקות על-פי רוב למספר מסלולים, דבר המאפשר לסטודנטים להתמחות בתחום הקרוב ללבם ולשים דגש על עבודה מעשית בקהילה. השנה הראשונה מוקדשת ליצירת בסיס מוצק בתחום, תוך לימוד ערכי היסוד של קידום בריאות, תיאוריות של שינוי התנהגות, מבואות ברווחה, חינוך והתנהגות ארגונית וכן קורסים בביוכימיה, פיזיולוגיה ואיכות הסביבה. בהמשך, מתאפשרת העמקה בתכנים אלו ואחרים. קיים קשר תוך-ארגוני הדוק בין הפקולטות שבהן נלמד הנושא לבין מוסדות מחקר העוסקים בהשפעת ההתערבויות על מצב הבריאות, תוך הדגשת שיקולי עלות-תועלת. בדומה לארצות המזרחיות לעיל, בישראל נלמד התחום באקדמיה, בעיקר לתואר שני בבריאות הציבור, ותוך כדי שירות בארגוני הבריאות. הנושא מועבר גם במכללות להוראה, ותוך כדי שירות בבתי ספר. נערכות גם השתלמויות קצרות בתחום בצה"ל ובמקומות נוספים, אולם לא קיים מיפוי רשמי של הכשרות אלו.

בארצות הברית קיימות תכניות אקדמיות המתמקדות בחינוך לבריאות, וקיימת הכרה מקצועית בתחום. בישראל, אין מוסד אקדמי המאפשר רכישת תואר בחינוך לבריאות, ויש חסך באפשרויות לקידום מקצועי ולפיתוח קריירה בקידום בריאות וחינוך לבריאות. הקושי המרכזי בהכרה בקידום הבריאות כמקצוע נובע מהיעדר דרישות מקצועיות מוגדרות, ומהרקע ההכשרתי המגוון של עובדים האחראים ליישום פעולות קידום בריאות במערכות הבריאות השונות. כתוצאה מכך, מקדמי בריאות אינם מובחנים ואינם מתוגמלים על-פי רמת הכשרתם, וההכשרה עצמה אינה בנויה על-פי צרכי המערכת (שטרם הוגדרו בישראל).

ההבדל בין חינוך לבריאות לבין קידום בריאות

פעולות לקידום בריאות מבוצעות ברמות שונות. אנשי מקצוע הפועלים לשינוי התנהגות הפרט ומשפחתו (ברמה הפרטנית או הקבוצתית) מתמקדים בפעולות תקשורת לקיום אורח חיים בריא, ועוסקים בעיקר בחינוך לבריאות. אלו הם מחנכים לבריאות.

מקדמי בריאות מתמקדים, מעבר לפעולות של חינוך לבריאות, גם בהשפעה על הגורמים הקשורים לבריאות ברמת החברה, הסביבה, המדיניות ועוד. לכן הכשרתם המקצועית רחבה יותר, ומציידת אותם במיומנויות כמתואר בהמשך.

בישראל, ההפרדה בין "מחנך לבריאות" ל"מקדם בריאות" אינה קיימת. הן "מקדם בריאות" והן "מחנך לבריאות" בישראל עשויים להיות בעלי תואר אקדמי גבוה בתחום, ולצידם ניתן למצוא עובדים שעברו הכשרה כלשהי, לאו דווקא בתחום הבריאות בכלל או בקידום בריאות, בפרט. מקדמי בריאות בעלי הכשרה בסיעוד, רפואה, בריאות הציבור, חינוך, תקשורת ועוד מועסקים בארגונים רבים, אולם מעטים מהם עברו הכשרה אקדמית בתחום קידום הבריאות. במערכת הבריאות ניתן למצוא אנשי מקצוע מתחומים אלה במשרד הבריאות, בחלק מקופות החולים ובשירותי בריאות פרטיים.

ניתן אולי להתייחס לקידום הבריאות בישראל כאל "מקצוע מפציע" (emerging profession), מאחר שקיימת קבוצת אנשי מקצוע הסבורה שהשירות שהיא מספקת הינו ייחודי, ואשר רואה צורך בהכרה מקצועית רשמית המבוססת על מדדים מוסכמים כדי לאפשר את העיסוק במקצוע. אולם איך נקבעים מדדים אלו?

גישת המיומנויות

אחת הגישות לפתרון בעיית קביעת המדדים הינה גישת המיומנויות בהכשרה לקידום בריאות. גישה זו מתבססת על עקרונות של "best practice" בקידום הבריאות. עקרונות אלה מבוססים על הקביעה כי "אותם תהליכים ופעילויות הנמצאים בהלימה עם העקרונות, היעדים, האתיקה, התיאוריות, הראיות, והבנת הסביבה המזוהים עם קידום בריאות, להם הפוטנציאל הגדול ביותר להשגת יעדי קידום בריאות במצב נתון" (Kahan & Goodstadt 2001). על-מנת להיחשב כ-best practice, על תוכניות הכשרה באשר הן להתבסס על מיומנויות המזוהות עם המקצוע שבו מדובר (Birkmeier & Drake, ND). כך ניתן לאמוד את איכותן. על-פי שילטון ועמיתיו (2003), שעסקו באיתור המיומנויות הדרושות למקדמי בריאות ברמות שונות של עיסוק, "מיומנות" הינה "שילוב של תכונות המאפשרות לפרט לבצע סידרה של משימות ברמה הולמת". לפי הגדרה אחרת, מיומנות הינה "הידע, הכישורים והיכולות לבצע משימה מוגדרת" (Hicks 1987). לפי

שילטון ועמיתיו (2003), עיסוק מקצועי יותר בקידום בריאות יתאפשר בעזרת הגדרת מיומנויות וניסוח סטנדרטים לביצוע. כאמור, ניתן להגיע לרמת ביצוע מוסכמת ומתמחה על-ידי רכישת ידע ויכולת ברמה שתאפשר את ביצוע המטלות המוגדרות. לאחרונה זוכה גישת המיומנויות להתעניינות מקצועית ואקדמית באיחוד האירופי ובאוסטרליה, בעוד שבקנדה הגישה שונה קמעה: מיומנויות קידום בריאות מחולקות לתחומי פעולה (שילטון ועמיתיו 2003), ורמת העיסוק בקידום בריאות מכתובה את רמת המיומנות הנדרשת מכל איש מקצוע, ואת רמת ההכשרה המינימאלית שיצטרך לעבור. בארה"ב קיימת חלוקה שונה, אולם בשל דמיונה לחלוקה הקנדית, היא לא הובאה כאן.

המיומנויות הנדרשות ממקדם בריאות

- הערכת צרכים - זיהוי מקורות מידע לבריאות של פרטים, קהילות ואוכלוסיות; זיהוי גורמים התנהגותיים, סביבתיים וארגוניים המקדמים את מצב הבריאות או מרעים אותו; סקירה והבנה של מידע שנאסף לצורך הערכת צרכי הבריאות של האוכלוסייה; סיוע לקהילות ועירובן בזיהוי צורכיהן ובקביעת סדר עדיפויות לקידום בריאותן.
- תכנון תוכניות קידום בריאות - ניתוח ביקורתי של ספרות רלוונטית; שיתוף חברי קהילה ואנשי מפתח בשלבי התכנון וההערכה של התוכניות, ייסוד שותפויות ושיתוף פעולה; פיתוח תוכניות המשכיות המבוססות על תיאוריות ובנויות בשלבים הגיוניים; פיתוח יעדים מתאימים ומדידים; פיתוח הצעות מימון לתוכניות קידום בריאות ארוכות וקצרות טווח; פיתוח, סקירה וניתוח ביקורתי של מדיניות מקדמת בריאות במגזר הבריאותי ומחוצה לו; ייעוץ בנוגע לשינויים נדרשים במדיניות בעלת השפעה על הבריאות; שיתוף פעולה אפקטיבי עם קהילות, ארגונים ומגזרים אחרים לשם זיהוי מרכיבי מדיניות בעלי השפעה על הבריאות.
- יישום תוכניות קידום בריאות - ייסוד ומיסוד שותפויות קהילתיות בתוך מגזר הבריאות ומחוצה לו; ריכוז תהליכי הפקה של עזרים: עלונים, פוסטרים וחומרים אודיו-ויזואליים; בניית יכולת ליישום עקרונות קידום בריאות בקרב ספקי שירותים ועובדים קליניים; יישום תהליכי פיתוח קהילתי; ריכוז פעילויות להערכת סיכונים בריאותיים; שימוש באסטרטגיות של תקשורת המונים; שימוש באסטרטגיות קבוצתיות; שימוש באסטרטגיות מבניות/סביבתיות; שימוש באסטרטגיות של "חסות" (sponsorship); פיתוח תוכניות קהילתיות.
- מיומנויות של תקשורת אפקטיבית עם אנשי מקצוע ולקוחות - שימוש במבחר גישות של חינוך לבריאות; כתיבה לקהל של בעלי מקצוע; כתיבת בקשות מימון ותוכניות; כתיבת דו"חות לקהל הרחב ולעיתונות; מיומנויות לצורך עריכת ראיונות ברדיו ובטלוויזיה; הצגה בפני קהל

והתאמת התקשורת לרקע תרבותי, שכבת גיל, מוצא אתני ומגדר; יישום מיומנויות סינגור פוליטי; ריכוז והנחייה של סדנאות וכנסים.

- מיומנויות ארגון וניהול - ניהול אפקטיבי של משאבים; השגת תוצאות ודיווח עליהן בזמן ובתקציב שאושרו; שימוש בתקשורת בין-אישית: משא ומתן, עבודת צוות, מוטיבציה, פתרון קונפליקטים, החלטת החלטות, פתרון בעיות; מנהיגות, שיתוף פעולה מקצועי ובין-ארגוני.
- מחקר והערכה - מיומנויות לביצוע מחקר, הערכה והסקת מסקנות.

מיומנויות נוספות שעלו בדיון, הנוגעות בעיקר לרופאים ולאחיות הינן: מיומנויות תקשורת והדרכה להעברת מסרים בריאותיים; שינוי התנהגות באופן מותאם-תרבותית; זיהוי בפועל של ההנחיות המתאימות למטופלים פרטניים (לפי גיל, מגדר, קבוצת סיכון); ביצוע אבחון מלא לאורח חיים; יכולת לבצע הערכת סיכונים וקביעת תוכנית טיפולית-מניעתית על-פי המידע הנצבר מהשלבים הנ"ל (שימוש ב-health risk appraisal).

המלצות

- בעקבות הדיון לעיל, המלצותינו הן:
- הכרה של משרד הבריאות בקידום הבריאות כמקצוע, כולל מערכת הכשרה, השמה, מבנה קריירה ותגמול הולם.
- בקרה כלשהי על המערכות המכשירות "מקדמי בריאות" בישראל, שמטרתה לוודא עמידה במדדי הכשרה שיאפשרו עיסוק מקצועי ברמה הולמת, כמקובל בעולם המערבי.

קידום בריאות במסגרת שירותי בריאות בקהילה

הנושאים לדיון בתחום זה הינם:

1. מהו המבנה הארגוני הדרוש כדי לבצע קידום בריאות באופן מקצועי? מיהו האחראי לביצוע פעילויות לקידום בריאות, וכיצד עליו לבצע אותן?
2. האם יש צורך במרכזי קידום בריאות בקהילה כהשלמה לעבודת המרפאה והצוות המטפל?
3. האם יש לקופות החולים אחריות לפנות למבוטחים הבריאים? מהי דרך הפנייה המיטבית? מי צריך לבצע את הפנייה?

רקע – מגמות של חינוך לבריאות וקידום בריאות במערכות בריאות בעולם

במגמה לבחון את התרומה של קידום הבריאות בכלל, והחינוך לבריאות בפרט, לפתרון בעיית העלויות של מערכות הבריאות, נערכים מחקרים רבים הנוגעים לאפשרויות הפחתה ומניעה של עלויות באמצעות טיפול עצמי וקידום הבריאות.

מחקרים אלה מעידים על הפחתה בעלויות של מרפאות הקהילה (out-patient costs), הפחתה בעלויות האשפוז ואף הפחתה במספר ימי המחלה כתוצאה מהשקעה בקידום בריאות. הדרכת מטופלים במסגרת המרפאות הקהילתיות ומרפאות החוץ מהווה דרך נוספת להפחתת עלויות. חולים המקבלים מידע במסגרת ההדרכה אודות החלופות הטיפוליות נוטים לבחור בטיפולים פולשניים פחות. מחקרים הראו אף שהעברת מידע והנחיות לצרכני בריאות אודות טיפול עצמי עשויה להפחית את השימוש בשירותי בריאות ב-7% – 17%. בנוסף, הוכח שחינוך לבריאות מעלה את ביטחון המטופלים, במיוחד מטופלים החולים במחלות כרוניות. העלאת הבטחון מאפשרת לחולים לקבל החלטות בנושאי בריאות, דבר המביא להפחתת השימוש בשירותי בריאות בטווח הארוך.

מבטחי בריאות בארה"ב (HMO)

המבנה התקציבי של מבחר קופות חולים בארה"ב הינו כדלקמן:

- המקור התקציבי של המחלקות והמרכזים לחינוך לבריאות הינו ההנהלה המרכזית/מחוזית של הקופות.
- כעקרון, ההשתתפות בתוכניות לחינוך עבור חולים, קשישים וזוגות צעירים לקראת לידה, הינה בחינם ללקוחות הארגון, ועלותה כ-10\$ למפגש לנרשמים מקופות אחרות.

– ההשתתפות בתוכניות בנושא אורח חיים בריא (הפחתת מתחים, הורדה במשקל, גמילה מעישון וכו') היא תמורת תשלום סמלי (כ-5\$ עבור כל מפגש), אם בכלל. כאשר יש תשלום, מטרתו היא להעלות את רמת התחייבותם של המשתתפים לתוכנית.

בתי חולים מקדמי בריאות

אמנם בתי חולים אינם נחשבים כ"שירות קהילתי", אך מצאנו לנכון להתייחס גם לארגונים אלה. החל משנת 1989 קיימת התייחסות לבית החולים כמסגרת פוטנציאלית לקידום בריאות (Health Promoting Hospital). לשם תפקודו כמסגרת כזו, בית החולים צריך לכלול יחידה העוסקת בחינוך לבריאות לחולים המאושפזים בין כתליו. מדובר במסגרת אשר מהייתה עוסקת בתחום הבריאות והחולי מקדמת את בריאות המטופלים והעובדים בה כאחד, באמצעות מדיניות כגון הגשת מזון בריא ואכיפת הגבלת העישון בין כותלי בית החולים. כמו כן מציע "בית חולים מקדם בריאות" שירותי קידום בריאות למסגרות קהילתיות בסמוך לבית החולים. טרם ניתן להסיק מסקנות לגבי האפקטיביות של מסגרת זו על-פי תוצאות של מדדי בריאות, אם כי מחקרים רבים נמצאים בעיצומם.

- יכולתם של ארגוני בריאות לבצע קידום בריאות ברמה הארגונית מותנית בגורמים הבאים:
- יכולתו של הארגון להתייחס למטרה באופן מערכתי, ולהתבסס על אפשרויות להתערבות ברמה ארצית וקהילתית;
- קיום אפשרות לשלב את קידום הבריאות במסגרות השונות (מרפאות ובתי חולים) ולעודד אנשי מקצועות שונים לקחת בו חלק;
- נכונות לפעול בשיתוף עם גורמים חיצוניים אשר יש להם השפעה על אוכלוסיית המבוטחים;
- קיומם של ערוצי תקשורת המאפשרים גישה לקהל ברמה הבין-אישית, הקבוצתית, ההמונית ובעזרת המדיה הממוחשבת והאלקטרונית.

קידום בריאות וחינוך לבריאות בקופות החולים בארץ

שירותי בריאות כללית

המדיניות המנחה את 'שירותי בריאות כללית' ביחס לשירותי רפואה מונעת הינה שתחום זה מצוי באחריות המדינה, והעברתו לידי הקופות דורשת תקצוב מתאים. יחד עם זאת, מבצעת 'הכללית' פעילות חלקית בתחומים המשיקים לרפואה המונעת, ביניהם מתן שירותים במסגרת תחנות לאם ולילד בחלק מהמחוזות, פעילות בתחום חינוך לבריאות וקידום בריאות, הפעלת

תוכנית לגילוי מוקדם של סרטן השד וסרטן המעי הגס ועוד.

ב'שירותי בריאות כללית' יש תשתית ארגונית מובנית לפעילויות של קידום בריאות. קיימת מחלקה העוסקת רק בחינוך לבריאות ובקידום הבריאות בהנהלה ובמחוזות. המחלקה מקיימת פעילות ענפה בתחום אורח חיים בריא. ברמת המרפאה הקהילתית, ישנה מגמה של שילוב הרישום של עישון, BMI ופעילות גופנית בתיק הממוחשב של הלקוח, והחל תהליך של הפיכת נושאים אלה למדדי איכות. תוכניות קידום בריאות בתחומים אלה כוללות ייעוץ אישי על-ידי הצוות המטפל, הפניה לסדנאות לשינוי התנהגות בתחומים של גמילה מעישון והרזיה, והפניה לקבוצות של פעילות גופנית. הסדנאות הללו הינן שירותים מחוץ לסל השירותים, ולקוחות "כללית מושלם" מקבלים הנחות בדמי ההרשמה עבורן. משתתפים בסדנאות הגמילה מעישון במסגרת ההטבה "נגמלת לא שילמת", שמתמידים בגמילה מן העישון חצי שנה מתום הסדנה, מקבלים בחזרה את דמי ההרשמה במלואם.

'שירותי בריאות כללית' הפיקה ומפיצה דרך המרפאות בקהילה חוברות הדרכה בנושאים אלה בעברית, ערבית ורוסית.

מרפאות רבות בקהילה יוזמות שיתוף פעולה עם ארגונים שונים שמטרתו קידום הנושא של אורח חיים בריא בקרב תושבי הקהילה, לדוגמה שיתוף פעולה עם בתי ספר באמצעות התוכנית "עניין של מידה", שיתוף פעולה עם מועדוני קשישים, ועוד.

'שירותי בריאות כללית' גם מעבירה מסרים בתחום קידום הבריאות באמצעות אמצעי התקשורת ההמוניים: טלוויזיה, אינטרנט ורדיו.

מכבי שירותי בריאות

ב'מכבי שירותי בריאות' קיימת תשתית ארגונית מובנית לפעילויות קידום בריאות. באגף הרפואה הראשונית במטה 'מכבי' קיימת יחידה לקידום הבריאות. בכל מחוז מועסקת מנהלת קידום בריאות מחוזית, אשר אחראית על תוכניות קידום הבריאות בכל מתקני הקופה במחוז, בתיאום עם המטה. בכל אחד מכ- 150 סניפי 'מכבי' מונתה מקדמת בריאות סניפית, אשר מרכזת את נושא קידום בריאות בסניף בנוסף על תפקידה הרגיל. מקדמות הבריאות הסניפיות עוברות הכשרה פורמלית בתוך הארגון בנושא קידום בריאות (כ- 60 שעות). בדרך-כלל מרכזת מקדמת הבריאות וועדת קידום בריאות בסניף, אשר מובילה את התוכניות בו. מערך קידום הבריאות ב'מכבי שירותי בריאות' עוסק במניעה ראשונית, שניונית ושלישונית.

מזה 5 שנים קיימת ב'מכבי שירותי בריאות' תוכנית "אורחות חיים" העוסקת במניעת עישון, תזונה נכונה ושמירה על משקל תקין, עידוד פעילות גופנית, התמודדות עם לחץ וצרכנות בריאות

נכונה. במסגרת תוכנית זו הוכשרו פיזיותרפיסטים כיועצי פעילות גופנית, וכן רופאים ועובדים סוציאליים כמנחים לסדנאות התמודדות עם לחץ. כל הסדנאות מוצעות בעלות מסובסדת. עבודת הקופה בתחומי הרפואה המונעת נמדדת בעזרת תשתית ממוחשבת הבנויה על מדדי איכות מוגדרים (Health Value Added - HVA) הפועלת מזה שנתיים. המדדים כוללים איתור מוקדם של מחלות (ביצוע ממוגרפיה, מדידת לחץ דם ועוד), ואחוז מילוי שדה סטטוס עישון בתיק הרפואי.

'מכבי שירותי בריאות' משקיעה משאבים רבים בהעברת מסרים לחבריה ולאוכלוסייה הרחבה בנושא קידום הבריאות באופן שוטף – בעלוני, באתר האינטרנט, בעמדות ממוחשבות במרפאות, ובמדיה הכתובה והאלקטרונית.

קופת חולים מאוחדת

בקופת חולים 'מאוחדת' החלה פעילות להקמת תשתית ארגונית לקידום בריאות הכוללת, בשלב זה, מספר מקדמי בריאות מחוזיים. השיטות העיקריות אשר באמצעותן מתייחסת הקופה לנושאי אורח חיים ובמיוחד עישון, תזונה ופעילות גופנית הן: הסברה בהיקף רחב באמצעות פרסומים על במות שונות ולמגזרים ייחודיים (למשל ימי בריאות באזורים שונים בשיתוף עם רשויות מקומיות, מתנ"סים ובתי ספר, וכן במסגרת הקופה ובין כתליה, כולל בשפה הרוסית); הפצת חומרי הסברה; פניות מיוחדות למגזר החרדי לרבות פוסטרים, חוברות ופרסומים בעיתונות החרדית; הכללת הנחיות לגבי הכוונה נכונה של מבוגרים, מתבגרים וילדים בנושאי תזונה נכונה ושינוי במשקל על-ידי מערך הדיאטה; סדנאות הרזיה ומרפאות השמנה על-פי מודל ייחודי.

קופת חולים לאומית

בקופת חולים 'לאומית' לא קיימת כיום תשתית ארגונית מובנית להפעלת תוכניות קידום בריאות. עם זאת, הקופה פועלת להעלאת המודעות ולהדרכה של הצוותים המטפלים ומשקיעה מאמץ רב בתוכניות למניעת מחלות, לקידום בריאות ולחינוך לבריאות בקרב מבטחיה. בנושא גילוי מוקדם של גורמי סיכון למחלות לב וכלי דם מופעלת תוכנית "לאומית צ'ק-אפ". במסגרת תוכנית זו נסקרו והופנו לטיפול על-פי הצורך אלפי מבטחים "בריאם" בגילאי 55-18 לאיתור מוקדם של גורמי סיכון, ובכלל אלה עישון, פעילות גופנית מועטה, משקל עודף, יתר לחץ דם, תסמונת מטבולית ובדיקות מעבדה.

בשנה האחרונה הכשירה הקופה עובדים כמנחי קבוצות גמילה מעישון ומתקיימות סדנאות

ראשונות בנושא זה. כן מתקיימות בסניפי הקופה פעילויות הדרכה וחלוקת חומר פרסומי לציבור המבוטחים באופן פרטני ולקבוצות, והרצאות הפתוחות לקהל הרחב בנושאים שונים של קידום בריאות וחינוך למניעת מחלות.

המלצות לגבי מבנה מערך קידום הבריאות בשירותי הבריאות בקהילה

העקרון המוביל בהמלצותינו הינו שקידום בריאות הוא מקצוע לכל דבר, הדורש מיומנות, הכשרה והכרה רשמית. עקרון נוסף בהפעלת תוכניות קידום בריאות הוא עקרון המדידה. הארגונים השונים יימדדו על ביצוע הפעילות על-פי מדדים שייקבעו. האחריות למעקב אחר הפעילויות תהיה בידי הארגונים, ולפיכך הם אלה שיקבעו את הגורם האחראי לביצוע ולהערכה של הפעילות.

כדי לעמוד במורכבויות של פיתוח תוכניות לקידום בריאות במסגרת שירותי הבריאות בקהילה יש צורך לבנות מערך כולל המסוגל לתכנן, לבצע ולהעריך את כל הפעילויות הנדרשות. לפיכך מומלץ שהמערך יכלול יחידות מטה ויחידות אזוריות בעלות הגדרות ומשימות שונות במהותן.

המלצות ברמה הארצית

- הגדרת יחידה ארגונית ייעודית בתחום החינוך לבריאות וקידום הבריאות, המאויישת על-ידי אנשי מקצוע מומחים לקידום בריאות.
- פיתוח כלים ושיטות לקידום בריאות, ועידוד השימוש בהם באמצעות קביעת מדיניות ארצית; פיתוח נוהל עבודה ארצי לקידום בריאות. לדוגמא: קביעת מדיניות לגבי הפעלת קבוצות לשינוי התנהגות.
- הקמת גוף עליון בתחום הרפואה המונעת/קידום הבריאות, שחברים בו נציגים ממקצועות קידום הבריאות, מהתמחויות רפואיות רלוונטיות, מתחום הסיעוד וממקצועות בריאות אחרים.
- פיתוח מיומנויות מקצועיות בתחום קידום הבריאות באמצעות השתלמויות לאנשי מקצוע ממקצועות הבריאות השונים.
- הפעלת ערוצי תקשורת ארציים שיעבירו מידע עדכני בנושאי קידום בריאות שונים.
- בניית תשתית לשיתוף פעולה עם גורמי בריאות אחרים כגון משרדי ממשלה, ארגונים שונים וקופות אחרות בהובלת רשות לאומית.
- בניית מערך מעקב והערכה על-פי מדדים מדעיים.

המלצות ברמה האזורית (מחוז/נפה/לשכה)

- הקמת יחידת קידום בריאות אזורית המנוהלת על-ידי איש מקצוע קידום בריאות, אשר תפקידו לסגור על הפעילויות בקביעת סדר העדיפויות של השירותים. היחידה האזורית תהיה אמונה על עמידה ביעדים ארוכי הטווח מול הדרישות הדחופות העולות בכל ארגון הנותן שירות רפואי. היחידה תסייע בהפעלת הנהלים והתוכניות בהתאמה לאוכלוסייה המקומית, תוך תיאום מקצועי עם הגורם הארצי.
- הפעלת מערך של קבוצות לשינוי התנהגות בהתאם למדיניות הארצית ובהתאמה לצרכים המקומיים.

המלצות ברמה המקומית (מרפאה/סניף/תחנה)

- מינוי עובד בכל יחידה מקומית בארגון, אשר ירכז את נושא קידום בריאות, ויהיה אחראי על הפעלת תוכניות שהוכנו בתיאום עם היחידה האזורית והצוות המטפל. במרפאות קטנות השייכות לרופאים עצמאיים יוגדר מרכז קידום בריאות מטעם הקופה למספר מרפאות באותו אזור גיאוגרפי. רכזי קידום הבריאות יקבלו הכשרה מקצועית הולמת. כל ארגון ימנה אחראי על קידום בריאות על-פי המערך הארגוני.
- הקמת מערכת להפניית מטופלים הדורשים התערבות מומחה בנושא אורח חיים. ההפניה יכולה להיות לאנשי מקצוע מומחים בחינוך לבריאות בכל היחידות הנותנות שירות למטופלים, או למרכזי הדרכה למטופלים המאוישים על-ידי מחנכים לבריאות בכל התחומים, במסגרת פרטנית או קבוצתית.

דרכי הגישה לאוכלוסיה הכללית

- הפנייה לאוכלוסיה הבריאה עשויה להתבצע באופנים שונים:
- פנייה לציבור כולו באמצעות פרסום בכלי התקשורת (הכתובה והאלקטרונית), פרסום מקומי (מרכזים קהילתיים, מתנ"סים, סניפי קופות וכו') או דיוור ישיר. דרכי הפנייה הללו הינן קצרות טווח ומוגבלות לפרק זמן הפעלתם, ולמעט הפרסום המקומי, הן אף יקרות. יש צורך בזיהוי האמצעים היעילים ביותר.
- פנייה אישית באמצעות הצוות הרפואי, אנשי מקצועות הבריאות והסגל הפקידותי המטפל באופן ישיר במבוטח ומכירו אישית. מאידך, ניתן לפעול גם באמצעות צוות, אשר אינו חלק מהמטפלים הישירים במבוטח (במצב כזה ניתן אף להפעיל עובדים ארעיים לצורך קישור ותיאום פנייה לקבלת שירות). פנייה דרך המטפלים הישירים הינה מורכבת יותר מבחינה

קידום בריאות/עידוד אורח חיים בריא ברמת מטפל-מטופל

שאלות לדיון

השאלות שעלו לדיון בתחום זה הינן:

- מי בצוות המטפל מתאים לעסוק בקידום בריאות? כיצד ניתן לשלב את עבודת חברי הצוות המטפל כדי שתהיה סינרגיסטית? האם על המטפל להיות מודל לחיקוי (לא מעשן, פעיל גופנית, במשקל גוף תקין וכו')? איזה הכשרה דרושה לצוות המטפל בכדי לעסוק בחינוך לבריאות?
- מהן הגישות המתאימות לחולל שינוי התנהגות בריאות ברמת הפרט? מבחינה אתית, האם גישה פטרנליסטית/תועלתנית היא אסורה (זכויות/העצמה/אוטונומיה של המטופל)? רצויה (מניעת נזק לחברה)? או שמא היא בגדר חובה (ערבות הדדית)? או חובה משפטית (מניעת רשלנות)?
- מתי נכון לעסוק בקידום בריאות? האם נכון לשלב את העיסוק בקידום בריאות במרפאה הראשונית או במסגרת אחרת? כיצד ניתן לשלב בין קידום הבריאות והרפואה הטיפולית? האם העיסוק בחינוך לבריאות ישפר את בריאות המטופלים או רק יעמיס על הצוות המטפל? האם הרופא הראשוני רוצה לעסוק בחינוך לבריאות?

רקע

חשיבה על שיפור שירותי קידום הבריאות והרפואה המונעת מעסיקה את מערכת הבריאות בישראל מזה שנות דור. בסוף שנות ה-60 החלה קופת-חולים 'כללית' דאז להפעיל מודל "עבודת צוות", שבו רופאים ואחיות עבדו יחד בתחום המניעתי והטיפולי. על-פי עבודות מדעיות שפורסמו לאורך עשרות השנים שבהן הופעלה התוכנית, נראה שהיא הקטינה את עומס המבקרים במרפאה הראשונית - ככל הנראה עקב מניעה וטיפול מבעוד מועד. היא גם שיפרה את איתורן של מחלות כרוניות כגון יתר לחץ דם ואת המעקב אחריהן, והעלתה את נגישות האוכלוסייה לשירותי הרפואה הראשונית. כמו כן היא הגבירה את שביעות הרצון של המטופלים (דורון ושות' 2005). עקב שיקולים כלכליים וארגוניים, המודל הופסק במרפאות העירוניות, אך הוא ממשיך לפעול בהצלחה גם היום במרפאות הכפריות של 'שירותי בריאות כללית'. סקר שבוצע על-ידי משרד הבריאות והלישכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנים 1999 - 2000 גילה, ששיעור הביקורים השנתי הממוצע אצל רופא משפחה היה 5.27 לנפש בכל הגילים, והגיע

לוגיסטית בשלבים הראשונים, אולם אם קיימת תוכנית התערבות ארוכת טווח, גישה זו עשויה להיות יעילה דרך אפשרות case finding ממושכת. בכל מקרה, הפעלת פנייה אישית ושימורה עלולים להיות יקרים לאורך זמן.

נקודה חשובה בתחום זה הינה השימוש במאגרי מידע לצורך פנייה אישית. חשוב לדון בחשיפת מידע רגיש בפני מבצע הפנייה למבוטח (פקידות, עובדים ארעיים או עובדי הקופה). נשאלת השאלה האם מותר, מבחינה חוקית ואתית, השימוש במאגר למטרה זו? נראה שכן - כי שיפור הטיפול למבוטח וקידום בריאותו הינה המטרה שלשמה יועד המאגר. האם ניתן לחשוף מידע בפני עובדים נוספים? התשובה לכך תלויה קרוב לוודאי בסוג העניין. המידע הרגיש כולל פרטים בדרגת רגישות משתנה.

מומלץ יהיה לקבוע כללים אחידים לפנייה שיכללו את סוג הפנייה, מהותה, המידע שניתן לפונה וכן זהות הפונה ומקצועו. אנו ממליצים אם כן, שאחת הפעולות הראשונות שיבוצעו על-ידי הרשות הלאומית תהיה קביעת כללים לפניות יזומות לאוכלוסייה בנושא קידום בריאות.

לשיא של 12.32 לנפש בין הגילים 75-84 (בריאות בישראל 2005 – נתונים נבחרים, משרד הבריאות, ירושלים 2005). מנתונים מארה"ב, היכן שתדירות הביקורים אצל רופאי משפחה קטנה מזו שבישראל, תועד שמעל 90% מהנבדקים ביקרו אצל רופא/מטפל במהלך השנתיים שקדמו לראיון המחקרי (National Health Interview Survey 2004). פועל יוצא מהנ"ל הוא שמבחינה עקרונית, הרופא/הצוות המטפל הינו זמין להגיש שירותי רפואה מונעת וקידום בריאות. אך בפועל, המצב מורכב יותר. לעומת ארה"ב, שבה משך המפגש הממוצע של מטפל עם מטופל הינו 17.4 דקות (CDC/NCHS, 2002 National Ambulatory Medical Care Survey), בישראל מקובל להקצות למפגש כזה 10 דקות בלבד. אכן, הזמן קצר ומלאכת הבריאות מרובה. במחקר שנערך במכון גרטנר נמצא, שרק ב-15% מהביקורים אצל הרופא הראשוני נעשתה פעולה כלשהי לקידום הבריאות.

עוצמת הראיות לגבי ייעוץ לאורחות חיים בריאים ברמת המרפאה גמילה מעישון:

מחקרים הראו כי לייעוץ הרופא למעשן על נזקי העישון ולהמלצה להפסקת עישון השפעה חיובית. ממעקב לאורך שנה עולה, כי ייעוץ ומעורבות הרופא מעלה את שעורי הפסקת העישון בצורה משמעותית. להמלצה להפסקת עישון המלווה בטיפול תרופתי השפעה רבה עוד יותר (Mojica et al 2004). נמצא כי אפילו ייעוץ קצר, של 3-1 דקות, מועיל (Fiore et al 2000). כוח המשימה האמריקאי לרפואה מונעת נתן המלצה ברמת A (הגבוהה ביותר) לסקירת סטטוס העישון ומתן ייעוץ/טיפול תרופתי מלווה לכל אוכלוסיית הגברים והנשים המעשנים בפרקטיקה. כמו כן, ניתנה המלצה ברמת A לסקור את כל הנשים המעשנות בהריון, ולהתערב לצורך גמילתן מעישון. שיחה למשך 15-5 דקות בליווי מתן חומרי הסברה (ללא טיפול תרופתי) נמצאה יעילה להפסקת עישון בנשים הרות. אין די מחקרים לקבוע מסמרות בנוגע לאיתור ילדים ומתבגרים מעשנים, והתועלת המושגת ממתן ייעוץ לאוכלוסיה זו.

ייעוץ לתזונה בריאה:

לדעת כוח המשימה האמריקאי, יש לסקור את מדד משקל הגוף (BMI – משקל/גובה²) לכל מבוגר, אך רק לאלה שמדד זה אצלם גבוה מ-30 יש לייעץ לשנות התנהגות. יש להעביר את הייעוץ יותר מפעם בחודש בשלושת החודשים הראשונים. טרם הוכח שייעוץ לשיפור מרכיבי התזונה (כגון שומנים וסוכר) ברמת הרפואה הראשונית לכלל האוכלוסייה (כולל לילדים ולמתבגרים) הינו יעיל (מרכיב זה קיבל מכוח המשימה

רמה I – 'אין מידע מספיק כדי להמליץ בעד ההתערבות או נגדה'. לעומת זאת, כשמדובר בייעוץ לאוכלוסיות עם יתר שומנים בדם, יתר לחץ דם או בעלי סיכון מוגבר למחלות כרוניות תלויות-תזונה, קיימת המלצה להתערבות ברמה B ('מומלץ לביצוע על בסיס ראיות סבירות').

כוח המשימה מתאר שתי גישות מבטיחות בתחום הייעוץ התזונתי, אשר טעונות הוכחה מחקרית נוספת:

- ייעוץ ליחיד או לקבוצות עד 3 איש בעצימות בינונית על-ידי תזונאית או רופא/אחות שעברו הכשרה מיוחדת בנושא.
- ייעוץ על-ידי רופא בעצימות נמוכה (≥ 5 דקות), המלווה בחומרי הדרכה המועברים למטופל, ייעוץ טלפוני משלים או קשר הדדי אחר (למשל דרך המחשב).

ייעוץ לביצוע פעילות גופנית:

גם כאן קבע כוח המשימה האמריקאי שאין די מחקרים מבוקרים כדי להכריע לגבי יעילות הייעוץ ברמת הרפואה הראשונית (רמת המלצה I), למרות שברור שביצוע פעילות גופנית על-ידי המטופל מועילה לבריאותו. אי לכך, מוסיף כוח המשימה, שילוב התערבויות רבות-גורמים (קביעת יעדים עם המטופל, כתיבת מרשמים/תוכניות אישיות לפעילות גופנית, מעקב וליווי טלפוני או בדואר על-ידי צוות שתודרך באופן מיוחד) עשוי לסייע ליעילות הייעוץ ההתנהגותי של המטפל.

גורמים המעכבים יישום פעולות מניעה

ברמת הפרט ניתן להצביע על הגורמים הבאים כמהווים מחסום ליישום פעולות מניעה: חוסר זמן עקב מחויבויות קליניות ומנהלתיות אחרות, חוסר ידע כיצד להתערב ומהי מידת היעילות של ההתערבות, היעדר כישורים, היעדר כלים מתאימים לייעוץ, חוסר אמונה ביכולת לחולל שינוי גם אם היכולת קיימת (lack of self-efficacy), תסכול מפרק הזמן הארוך החולף מעת ביצוע ההתערבות ועד לביצוע השינוי, התמקדות באי-ההצלחות, אי-ביצוע התנהגות המטרה על-ידי הרופא, חשש מהברחת/אובדן מטופלים, ואי-הסכמה עם הנחיות קליניות מניעתיות (Stange et al 1994, Nimalsuriya & Frank 2006, Petrella & Wight 2000). נושא היעדר הזמן נתמך ביתר שאת במאמרם של Yarnell ושות' (2003), המסכם שדרושות למטפל לא פחות מ-1773 שעות שנתיות, שהן כ-7.4 שעות ביממה, כדי לבצע את ההמלצות ברמות A ו-B של כוח המשימה האמריקאי עבור 2500 מטופלים אמריקאים טיפוסיים!

ברמת המרפאה זהו הגורמים הבאים כמעכבים פעולות מניעה: היעדר עבודת צוות, עומס/ זרימה לא יעילה של תורים, חוסר מוטיבציה ומחסור בתשתיות פיזיות.

ברמת הארגון קיימים המחסומים הבאים: מערכות מחשוב שלא אופיינו לעידוד קידום בריאות ומניעה, חוסר דגש על מניעה, היעדר תגמול עבור ביצוע פעולות כגון ייעוץ להתנהגות מעודדת בריאות, והיעדר היזון חוזר על הביצועים המוחלטים והיחסיים של כל רופא.

גורם מעכב ברמת הקהילה הינו חוסר ידע והעצמה המביא לחוסר דרישה לפעולות קידום בריאות מצד המטופלים.

נתח ניכר מהגורמים הנ"ל מודגש בהקשר של אי-ביצוע ייעוץ וטיפול לגמילה מעישון במאמר של Schroeder ושות' (2005).

המצב בעולם ובישראל

מחקרים מראים, כי בארה"ב עוסקים רופאי המשפחה בפעולות של קידום בריאות/רפואה מונעת. לדוגמא, במחקר תצפיתי שנערך בצפון-מזרח אוהיו בקרב 4,454 מטופלים ו-138 רופאים נמצא כי ממוצע הביקורים השנתי אצל הרופא עומד על 4.3. רופאי המשפחה הקדישו בממוצע כ-10% מזמן הביקור לפעולות קידום בריאות/מניעה ראשונית (ייעוץ לביצוע פעילות גופנית, גמילה מעישון ותזונה בריאה/ירידה במשקל) (Stange et al 1998). עם זאת נמצא, ששיעור ביצוע פעולות קידום בריאות ומניעה הינו נמוך יחסית, אף בגמילה מעישון, היכן שלכל הדעות קיימות הוכחות מוצקות ליעילות ההתערבות. רק 17% מהמטופלים שהגיעו לרופא המשפחה עם מחלה כרונית שלא קשורה לעישון קיבלו ייעוץ לגמילה מעישון מהרופא (Jaen et al 1998).

במחקר שנערך בקרב 2,082 רופאים ראשוניים מ-11 מדינות אירופאיות נשאלו הרופאים לגבי ביצוע פעולות קידום בריאות ורפואה מונעת בשני מטופלים דמיוניים: גבר בן 52 ואשה בת 57, המגיעים לבדיקה בפעם הראשונה עם בעיה טריוויאלית. הרופאים השיבו שבקרב מטופלים כאלה הם מבצעים את הפעולות המניעתיות הבאות בתדירות כדלהלן (לגבר ולאשה, בהתאמה): ייעוץ לגמילה מעישון (61%-71%), בדיקת BMI (43%-42%), ייעוץ לירידה במשקל (59%-62%), ייעוץ לביצוע פעילות גופנית (54%-57%). כפי שניתן לראות, שיעור ביצוע הפעולות גבוה יחסית, אך יש להניח שבבדיקת תיקים רפואיים היו מתקבלים ערכים נמוכים יותר (Brotons et al 2005).

בישראל, בעבודה שנערכה בשנת 2003 על-ידי מכון ברוקדייל, נשאלו מטופלים האם דנו איתם בנושאי עישון, תזונה ופעילות גופנית בשנה החולפת. 37% מהמטופלים ציינו כי דנו איתם על תזונה נכונה, 33% קיבלו ייעוץ בנושא פעילות גופנית, ועם 22% עלה נושא העישון. ממצאים אלה דומים לממצאי סקר משנת 2001 (גרס ושות' 2003). בסקר טלפוני שבוצע על-ידי בראון-אפל

ורגב (2000) בקרב כ-800 תושבים ישראלים בגיל 45 - 75, נתבקשו הנבדקים לציין האם בשנה החולפת נשאלו על-ידי המטפלים שלהם על היקף ביצוע הפעילות הגופנית שלהם, האם קיבלו עידוד להגביר אותו והאם הותוותה להם תוכנית אישית לכך. רק 12.5%, 8.6% ו-3.4% בהתאמה ענו בחיוב.

ניתן היה אולי להניח שכאשר מדובר במטופלים עם מחלה המוטבת על-ידי אימוץ אורח חיים בריא, שיעור ייעוץ ברוח זו היה עולה, אך ממצאי המחקר הבא אינם מאוששים זאת: במסגרת מחקר בנושא הטמעת הנחיות קליניות לגבי סוכרת ויתר לחץ דם ברפואה ראשונית, שנערך על-ידי גרוס ושות', נמצא כי כשליש מחולי יתר לחץ דם דיווחו שהרופא המליץ להם על פעילות גופנית, ורק 17% אמרו שהרופא שאל אותם לגבי עישון. בקרב המעשנים, 23% אמרו שהרופא דן איתם בנושא הפסקת עישון. רק 2%-1% מהחולים דיווחו כי האחות דנה איתם בנושאים אלה (גרס ושות' 2005).

בסקר שנערך בקרב רופאים ראשוניים בישראל ובמספר מדינות אירופאיות בשנות ה-90, דיווחו כ-78% מהרופאים הישראלים שהם דנים בנושא הפסקת העישון עם מטופליהם במסגרת הביקורים הרגילים, ו-68% דיווחו שקיימו עם המטופלים שיחה בנושא הרגלי אכילה (שוורצמן ושות' 1998). המאמר מציג השוואה בין רופאים ישראליים לעמיתיהם האירופאים, ועולה ממנו כי שיעור העיסוק בקידום בריאות בישראל הוא נמוך יחסית. יש לזכור כי הסקר מבוסס על דיווח עצמי הנשען על הזיכרון, וייתכן שמדובר ברצייה חברתית גבוהה ובהערכה כללית אופטימית של התנהגות מניעתית. לכן, לא ניתן לראות בנתונים אלה מדד חד-משמעי של שיעור המטופלים הזוכים להתערבות ייעוצית-מניעתית.

לבסוף, ניתן להצביע על קרן אור בנושא הייעוץ לגמילה מעישון: מחקר משנת 1996 הצביע על כך שרופאים צעירים שקיבלו מעל 22 שעות הכשרה מתמשכת (Continuing Medical Education, CME) לחודש ביצעו יותר פעולות רפואה מונעת (Tabenkin et al 1996). ניתן לסכם ולומר שרופאי המשפחה והאחיות אמנם עוסקים בפעולות קידום בריאות ורפואה מונעת במידה מסוימת, אך ההיקף טעון שיפור. ייעוץ לשינוי התנהגות של המטופל הוכח כיעיל בתחום העישון, אך חשוב לשפרו. הדבר נכון אף יותר לגבי ייעוץ להגברת פעילות גופנית או שינוי הרגלי אכילה, אשר טרם הוכחו כיעילים בשינוי התנהגות המטופל. קשה לעמוד במדויק על הנעשה, הואיל ולגבי מרבית החולים אין רישום מלא של אורח החיים (כגון סטטוס העישון ומתן ייעוץ) בתיק הרפואי. מעורבות של שאר אנשי מקצועות הבריאות קיים ורצוי אך אינו מספק. יש כר פעולה נרחב לעידוד הביקוש בקרב הציבור, ולעידוד קידום הבריאות והמניעה ברמה ארגונית שתתמוך בעשייה הפרטנית במרפאות.

מקורות

- Baron-Epel, O., Levin-Zamir, D. et al. (2004). "A Participatory Process for Developing Quality Assurance Tools for Health Education Programs". *Patient Education and Counseling* 54:2, pp. 213-219.
- Baron-Epel O. and Z. Regev. (2000). "Quality and Correlates of Physical Activity Counseling by Health Care Providers". *Prev Med* 31:5. pp. 618-626.
- Brotons, C., Bjorkelund C. et al. (2005). "Prevention and Health Promotion in Clinical Practice: the Views of General Practitioners in Europe." *Prev Med* 40:5. pp. 595-601.
- Botelho, R. (2004). *Motivational Practice - a Resource Guidebook for Skills Development: Promoting Healthy Habits and Self-care of Chronic Diseases*. MHH publications, Rochester, New York, pp. 109-115.
- CDC/NCHS (2002) National Ambulatory Medical Care Survey, accessed at <http://www.cdc.gov/nchs> on May 25, 2006.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J. et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence, Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. p. 59.
- Jaen, C.R., Crabtree, B.F., Zyzanski, S.J., Goodwin, M.A. and K.C. Stange. (1998). "Making Time for Tobacco Cessation Counseling". *J Fam Pract* 46:5. pp. 425-428.
- Kahan, B. and M. Goodstadt (2001). "The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion". *Health Promotion Practice*. 2:1. pp. 43-67.
- Marshall, M., Leatherman, S. et al. (2004). "Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention & Primary Care at the Health Systems Level in OECD countries". *OECD Health Technical Papers* 16. Paris, Organisation for Economic Co-operation &

פתרונות מוצעים

- ציפייה מכל הצוות המטפל (רופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות האחרים) לעסוק בחינוך לבריאות ברמה הפרטנית. זאת ניתן להשיג בעזרת הכשרה בסיסית ומתמשכת, מדידה, תגמול והערכה ארגונית הולמת.
- עידוד מתן דוגמא אישית לאורח חיים בריא על-ידי עובדי הבריאות, במרפאה ומחוצה לה.
- הצבת נושא קידום הבריאות והרפואה המונעת בעדיפות גבוהה על-ידי בתי הספר למקצועות הבריאות, קופות החולים, הר"י והסתדרות האחיות.
- העברת נושאים שאינם קליניים מרופאים ואחיות לגורמים אחרים, כדי לפנות עבור אלה זמן לפעולות קידום בריאות ורפואה מונעת (למשל, נטילת דם יכולה להתבצע על-ידי גורמים ייעודיים ולא על-ידי אחיות).
- בחינת הארכת הזמן למפגש הקליני עם המטופל מעבר ל- 10 דקות.
- יצירת ביקורים יזומים או מיעוד לקידום בריאות ולרפואה מונעת.
- העצמת החולה ושיתופו בתהליך, על-ידי התאמת היעוץ והחינוך לבריאות לצרכיו הבריאותיים.
- מתן כלים למטפלים להדרכה יעילה, לדוגמא - הראיון המוטיבציוני (Botelho 2004), הכנת מרשמי מניעה, דברי שכנוע מתומצתים ומוכנים מראש (scripting), חוזים משותפים.
- תגמול על הישגים בקידום בריאות וברפואה מונעת על-ידי משרד האוצר או הקופות.
- שיפור תשתיות המחשוב על-ידי הקופות כך שתתמוכנה בקידום בריאות/רפואה מונעת.
- הגדרת עישון והשמנת יתר כמחלות, ולא רק כגורמי סיכון.

Vital and Health Statistics, Series 10, Number 228, Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2004, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland, May 2006.

World Health Assembly. (1998). *Health Promotion*. Agenda item 20. The 10th plenary, 16 May.

World Health Organization, *The Jakarta Declaration - On Leading Health Promotion into the 21st Century*, Geneva, 1997.

World Health Organization, *Strengthening the Evidence Base for Health Promotion – Technical Report 1*. Fifth Global Conference on Health Promotion, Mexico City, 2000.

World Health Organisation. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion* WHO: Geneva.

Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Ostbye, T., Krause, K.M. and J.L. Michener (2003). "Primary Care: is there Enough Time for Prevention? *Am J Public Health* 93:4, pp. 635-641.

בראון-אפל, א. (1997). "חינוך לבריאות – האם כדאי להשקיע?" הרפואה, 132:ג, עמ' 192-198. 50 שנות בריאות בישראל, משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, אוגוסט 1998.

בראון-אפל, א. וד. לוי-זמיר (2002). הבטחת איכות בתוכניות חינוך לבריאות בישראל - דוח מחקר מוגש למכון הלאומי לחקר שרתי בריאות ומדיניות בריאות בישראל.

בריאות בישראל 2005 – נתונים נבחרים, משרד הבריאות, ירושלים 2005.

גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש. ור. מצליח (2003). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003 והשוואה לשנים קודמות. דו"ח מחקר מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות, עמ' 11-13.

Development.

Mojica, W.A. et al. (2004). "Smoking-Cessation Interventions by Type of Provider: a Meta-Analysis", *Am J Prev Med* 26. pp. 391-401.

Nimalsuriya, K. and E. Frank. (2006) "A New Key to Improving the Health of Patients and of the Whole Population: Physicians Preach What We Practice". Posted 22-2 on *Medscape Public Health & Prevention*, <http://www.medscape.com/viewarticle/522907>.

Petrella, R. J. and D. Wight. (2000). "An Office-Based Instrument for Exercise Counseling and Prescription in Primary Care. The Step Test Exercise Prescription (STEP)." *Arch Fam Med* 9:4. pp. 339-44.

Shilton, T., Howat P., James R., and T. Lower (2003). "Development of Competencies for Health Promotion Practitioners in Australia", *Promotion & Education – Intl J of Health Promotion & Education*. 10:4. pp.162-171.

Schroeder, S. A. (2005). "What to Do with a Patient who Smokes", *JAMA* 294:4. pp. 482-487.

Shvartzman, P., Gross, R., Tabenkin, H., Yuval, D., Grinshtein, M. and B. Wienka (in Hebrew) (1998) ["Primary Care Physicians in Israel--Compared with European Countries"] *Harefuah*.134:7. pp.505-10, 592.

Stange, K. C., Zyzanski, S. J. et al. (1998). "Illuminating the 'Black Box'. A Description of 4454 Patient Visits to 138 Family Physicians", *J Fam Pract* 46:5. pp. 377-389.

Tabenkin, H., Yofe, Y. and R. Gross. (1996) "Preventive Medicine in Primary Care in Israel, Findings from a National Survey". *Public Health Rev* 24. pp. 19-35.

צוות 3 תרומתן של מערכות לאומיות אחרות

תקציר מנהלים

צוות זה עסק בנושא קידום התנהגות בריאותית במערכות חברתיות שמחוץ למערכת הבריאות, מתוך ההכרה כי עיקר ההשפעה על ההתנהגות הבריאותית מתרחש במסגרת מערכות אלו. מטרת הצוות הייתה גיבוש חלופות והמלצות על מדיניות ברמה הלאומית בשלוש מערכות נבחרות:

1. מערכת החינוך
2. ארגונים פורמליים מקדמי בריאות: מקומות עבודה, צה"ל והמשטרה
3. מערכות קהילתיות מקדמות בריאות, בדגש על רשויות מקומיות

מערכות אלה משפיעות על חלק נרחב מהציבור הישראלי, ומכאן חשיבותן ויכולתן לתרום לשיפור בריאות הציבור. דיוני הצוות התמקדו בשלושת נושאי התוכן הספציפיים שנקבעו לכנס: תזונה, עישון ופעילות גופנית.

בכל מערכת נסקרו הפעילויות המרכזיות בתחום קידום הבריאות וזוהו הפערים בין המצוי לרצוי. כחלק מניתוח הסוגיה נבחנו הממשקים ויחסי הגומלין בין המסגרות השונות לבין מערכת הבריאות. לבסוף, הועלו נקודות מרכזיות לדיון וגובשו המלצות למדיניות. שני מאפיינים בלטו במערכות שנבחנו: האחד – מיעוט או היעדר של כלי הערכה ובקרה, והשני – חוסר מיצוי של התקשורת והשיווק החברתי ככלים להשפעה על התנהגות בריאותית. שאלה כללית, שעולה בקשר לכל המערכות, היא מהם גבולות ההתערבות של החברה בחופש הבחירה של היחיד בשם קידום הבריאות.

מערכת החינוך

הנוער הישראלי רושם שיעור עישון נמוך יחסית בהשוואה בינלאומית. עם השנים חלה ירידה בשכיחות העישון בקרב בנים ועלייה בשכיחות העישון בקרב בנות. שיעור נמוך מן הנוער עוסק בפעילות גופנית, וקיימת בקרב שכיחות גבוהה יחסית של הפרעות אכילה המתבטאות בדיאטות להפחתת משקל.

תוכניות רבות פועלות במערכת החינוך לקידום התנהגות בריאותית, אולם בולטים בתחום זה היעדרה של הכוונה לאומית וחוסר סטנדרטיזציה. הצוות הסכים כי על מערכת החינוך לעסוק בקידום בריאות כיעד לאומי, שאינו חורג מייעודה המסורתי בתחום החינוך וההוראה. צוותי העבודה דנו בין היתר בשאלת החלוקה הנכונה של סמכות ואחריות בין משרד הבריאות ומשרד

גרוס ר., גרינשטיין, מ., מצליח, ר., טבנקין, ח., פורת, א., היימן ט. וב. פורטר. (2005). הטמעת הנחיות קליניות ברפואה הראשונית שינוי התנהגות רופאים. דו"ח מחקר של מכון ברוקדייל.

דורון ח. וש. שוורץ (2004). "תמורות במישור ארגון שירותי הבריאות", מתוך – הרפואה בקהילה – משירות לעולים בנגב ועד לתחייתה של רפואת המשפחה, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, תשס"ה.

החינוך ובסוגית מקור המשאבים הנחוצים לקידום בריאות במערכת החינוך.

מתוך המודלים האפשריים בחר הצוות להמליץ על זה הגורס שיתוף וחלוקת סמכויות ואחריות בביצוע בין משרד הבריאות ומשרד החינוך. המודל המוצע לדיון הוא כוללני ומחייב פעילות רב-ערוצית בכל נקודת זמן במתכונת של "בית ספר מקדם בריאות". וועדה בין-משרדית (חינוך ובריאות) תקבע מטרות ויעדים למערכת החינוך בתחום קידום הבריאות, תבנה תוכנית התערבות לאומית ארוכת טווח, תקבע קריטריונים לשיתופי פעולה עם גורמי חוץ ותתאם את מערך הפעילות הכולל. בנוסף, תייצר וועדה זו תשתית מידע ותריץ תוכניות הערכה כחלק אינטגרלי מכל התערבות. לגבי גבולות ההתערבות בחירות הפרט, העיקרון המומלץ הוא שמירה על החירות כל עוד נמנעת פגיעה באדם אחר ובסביבה. לדוגמה, נכון לאסור כליל עישון בבתי הספר כיוון שהעישון הפאסיבי פוגע בזכות המורים והתלמידים הלא מעשנים לנשום אוויר נקי ולהימנע מנזקים בריאותיים.

ארגונים פורמאליים מקדמי בריאות: מקומות עבודה, צה"ל והמשטרה

מקום העבודה מהווה מסגרת אפקטיבית לקידום הבריאות. בחברות בינלאומיות רבות הפך קידום הבריאות, מסיבות כלכליות ותדמיתיות, למדיניות מוצהרת של הנהלת החברה. החקיקה הישראלית אינה מטילה חובה על המעסיק לפעול לעידוד אורח חיים בריא של עובדיו. צה"ל, כגוף הפועל למען מטרות לאומיות ערכיות החורגות מייעודו העיקרי, עוסק מאז הקמתו בקידום בריאות חייליו. השימוש שנעשה בצה"ל בכלי מדידה והערכה בתחום קידום הבריאות בולט בהשוואה למערכות אחרות.

במשטרת ישראל עוצבה תוכנית אינטגרטיבית כלל-ארגונית כתוצאה מתפיסה הקובעת כי קידום בריאות הוא אחד הביטויים הן לדאגה של הארגון לפרט והן לשמירה על כישורי השוטר למלא את תפקידו ביעילות.

השאלות שנדונו בקשר למערכות אלו הן:

- האם ראוי שצה"ל (וגם המשטרה) יעסוק בקידום מטרות הנוגעות לחברה ולא ישירות לתפקודו העיקרי?
- באיזה מידה מהווה רמת ההיררכיה של הארגון גורם משפיע על אפקטיביות העשייה בתחום קידום הבריאות? באיזו מידה ראוי לנקוט אמצעים משמעותיים כדי להשפיע על התנהגות בריאותית?
- כיצד ניתן להשפיע על אקלים חברתי ובטיחותי של מקומות עבודה למען השקעת משאבים

פנימיים לתמיכה בקידום בריאות, כחלק ממטרה חברתית וכתמריץ עסקי?

- באיזה מידה נכון ליצור סטנדרטיזציה של קידום בריאות ומה צריכה להיות התשתית הארגונית הלאומית התומכת בכך?

מסקנת הצוות היא כי על צה"ל לעסוק בקידום בריאות מסיבות ערכיות ולאור תפיסת תפקידו ומעמדו בחברה הישראלית כצבא העם. ראוי להקצות לצורך כך משאבים ייעודיים, אשר חלקם יהיה מכספי ביטוח הבריאות והביטוח הלאומי. נכון, עם זאת, לעשות שימוש קטן ככל שניתן בהיררכיה וכפייה לצורך קידום בריאות. יש לשמור על חופש הבחירה של הפרט עד לנקודה שבה עלולה להיווצר פגיעה באחר.

קידום בריאות במקום העבודה מהווה שינוי תפיסתי והוא מבטא גישה חדשה בתחום היחס לרווחת העובד. המטרה בתחום זה היא לעצב תרבות ארגונית שונה אשר יהיה לה, בין היתר, גם ביטוי בתפוקות הארגון. התמריץ הכלכלי הוא, אם כן, מניע מרכזי, אך יש צורך להאירו בפעילות הסברה עבור המעסיקים על-מנת שישתתפו בתוכניות לקידום בריאות.

למשרד הבריאות, כאחראי על בריאות הציבור, יש תפקיד מרכזי בבניית מודלים ברמה הלאומית של תוכניות לקידום בריאות המותאמות למקומות עבודה שונים. תפקידו ליצור סטנדרטיזציה במסרים, במבנה ובתהליכים. משרד הבריאות ישמש כגורם המנחה מקצועית, ואילו מקום העבודה יישם את ההנחיות על-פי המדיניות שנקבעה, תוך הותרת מרווח גמישות ביישום. המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים צריכים להגדיל את השקעותיהם במקומות עבודה ולתרום את מומחיותם בגיבוש תוכניות ליישום, בעיקר במקומות עבודה גדולים.

מערכות קהילתיות מקדמות בריאות, בדגש על רשויות מקומיות

תוכניות לקידום בריאות בקהילה מתבצעות על-ידי מספר גופים, ביניהם לשכות הבריאות של משרד הבריאות, קופות החולים וכן גופים שמחוץ למערכת הבריאות. חלק מגופים אלה פועלים בתיאום עם הרשויות המקומיות ויש גם הפועלים באופן עצמאי.

רשויות מקומיות עוסקות לא מעט בקידום בריאות, מעצם תפקידן כאחראיות לאיכות חיי התושב. עם זאת, אין זו מחובתה הרשמית של הרשות המקומית לפעול בתחום התנהגות הבריאות, למעט אכיפת החוקים המגבילים את העישון, ואכיפה זו לרוב אינה מתבצעת. רשויות מקומיות אשר חברו ל"רשת ערים בריאות" לקחו על עצמן מחויבות פוליטית לקידום בריאות תושביהן ולאימוץ מסגרת מקדמת בריאות. הניסיון שהצטבר בארץ ובערים אירופיות מצביע על האפקטיביות של המסגרת העירונית כמקדמת בריאות ("עיר בריאה"). לכן יש לעודד הצטרפות

חינוך לבריאות וקידום בריאות במערכת החינוך

הרציונאל מאחורי חינוך לבריאות וקידום בריאות בבתי הספר

בריאותם של ילדים ובני נוער היא בעלת חשיבות עליונה לצורך ההתפתחות והצמיחה במדינה¹. בריאות הינה משאב יומיומי חשוב והיא קשורה להישגים חינוכיים, איכות חיים ופריור כלכלי. גורמים שונים משפיעים על בריאותם ורווחתם של ילדים וצעירים. גורמים אלה כוללים את התנאים הפיזיים בבית, בקהילה ובבית-הספר, זמינותם ואיכותם של שירותי הבריאות, תנאים כלכליים וחברתיים, היקף החשיפה לתוכניות חינוך לבריאות וקידום בריאות, ואיכותן של תוכניות אלו².

המסגרות העיקריות התורמות להתפתחות הילד הן מערכת החינוך והמשפחה. במסגרות אלה מתחיל עיצוב העמדות וההרגלים אשר קובעים את דרכי ההתנהגות המשפיעות על הבריאות בטווח הקצר ובעיקר בטווח הארוך. רוב ההתנהגויות של ילדים הינן פועל יוצא של צפייה במבוגר משמעותי וחיקוי. למידת הרגל חדש או אימוץ התנהגות שונה מושפעים גם מהסביבה החברתית המיידית המשמשת כמקור מקודד להתנהגות. סביבת המוסד החינוכי מאפשרת את חשיפת הילד למגוון אפשרויות, ומסייעת לו לקבל החלטות בעלות השפעה בריאותית על בסיס ידע, התנסות, רכישת מיומנויות ובחירה אישית. מטרת המוסד החינוכי היא לפתח ולטפח את יכולת התלמיד וכישוריו לגדול כאדם בריא בגופו ובנפשו, ולפתח אצלו אחריות אישית וחברתית בקשר לבריאות.

כבר בשנות החמישים של המאה העשרים הכיר ארגון הבריאות העולמי במסגרת בית הספר כמסגרת חשובה לחינוך לבריאות ולקידום בריאות. מסגרת בית הספר נגישה לרוב אוכלוסיית הילדים, בעיקר במדינה כמו ישראל שבה קיים חוק חינוך חובה. התלמידים פוקדים את בית הספר במשך 10 - 12 שנים ברציפות, דבר המאפשר הבניית תוכניות ארוכות-טווח בהתאם להתפתחות הילדים וצורכיהם. במוסד החינוכי ישנו צוות המלווה את התלמידים והמאומן בהוראה. בית הספר מהווה מסגרת בסיסית להעברת מידע עדכני ומהימן והוא מאפשר השגת מטרות מוגדרות בתחום הבריאות על-ידי יצירת קשרים ושותפויות בין משפחות, קבוצות השווים, קהילות מקומיות, סקטורים שונים והסביבות הפיזיות והחברתיות שבהן חיים הצעירים³. באופן מסורתי התמקד החינוך לבריאות ביחיד - בניסיון לשנות את עמדותיו והתנהגותו. בתחילת דרכו של החינוך לבריאות התבססו התוכניות בתחום על העברת ידע לגבי הסכנות הצפויות מאימוץ התנהגויות סיכון. תוכניות כאלה נוסו בתחומים שונים, למשל בתחומי מניעת

ערים נוספות לרשת.

השאלה העומדת על הפרק בתחום המדיניות היא: מהו התפקיד הרצוי של הרשות המקומית בקידום בריאות, ומה מידת אחריותה מול רשויות וארגונים אזרחיים אחרים? מבין החלופות שנדונו בחר הצוות להמליץ על זו הגורסת גישה משולבת: מחד, מתן סמכות נרחבת (והקצאת משאבים) לרשויות המקומיות, ומאידך, הקמתו של גוף ממונה (בין-משרדי, במשרד ראש הממשלה, או מועצה עליונה) לליווי העשייה ולהערכתה. הגוף הממונה יהיה על-משרדי וירכז את המשאבים מהמשרדים השונים באופן יעיל. הוא יקבע עקרונות מקצועיים, ידאג לסטנדרטיזציה של התוכניות, יפקח על ביצוען וינטר את התוצאות תוך ראייה לאומית ומערכתית. המשאבים יוזרמו לרשויות המקומיות, שם יהיה עיקר הביצוע.

השימוש בסמים ובאלכוהול, מניעת העישון ושינוי הרגלי אכילה. לתוכניות מסוג זה היתה השפעה מוגבלת על התנהגותם של צעירים^{4,5,6}. במהלך השנים התפתחו מודלים שונים לחינוך לבריאות וקידום בריאות בבתי הספר, המאמצים גם אסטרטגיות חינוכיות שונות. בין מודלים אלו קיימים **מודלים לחינוך רגשי** (affective education models) הכוללים פיתוח וחיזוק של ההערכה העצמית של התלמידים, פיתוח מיומנויות בין-אישיות ומיומנויות לפתרון בעיות ותהליך קבלת החלטות; **מודלים התנהגותיים** המבוססים על תיאוריות פסיכולוגיות וכוללים אימון התלמידים לעמידה בלחץ חברתי, הכרה בהשפעת התקשורת, שימוש בעמיתים כמודלים לחיקוי ועידוד התלמידים למחויבות אישית להימנעות מהתנהגות מסוכנת; **מודלים להעצמת תלמידים; ומודל רב-מרכיבים (או כוללני) לקידום הבריאות בבית הספר** הכולל שילוב בין אסטרטגיות חינוכיות, השפעה על הסביבה הפיזית והחברתית בבית הספר, שירותי בריאות וייעוץ ושילוב הורים וגורמים קהילתיים⁷.

בשנות השמונים התגבשה יוזמה של ארגון הבריאות העולמי לפיתוח מודל של "בית ספר מקדם בריאות", שמתבסס על עקרונות קידום הבריאות כפי שנחתמו באמנת אוטווה ובהצהרות ג'אקארטה. בבסיסו של מודל זה עומדת המחויבות של כלל אוכלוסיית בית הספר – מורים, תלמידים והורים – לפעול בקביעות לשיפור הבריאות וקידומה. קידום הבריאות מתבטא בגישה כוללת (comprehensive approach) שבה מוטמעים מסרים בריאותיים באמצעות תוכנית הלימודים הפורמאלית והבלתי-פורמאלית, מדיניות בית הספר, הסביבה הפיזית והחברתית בבית הספר, שירותי הבריאות, המעורבות הקהילתית ושיתוף פעולה בין-ארגוני⁸. את המודל מאפיינת, כאמור, גישה כוללת לבריאות, המתמקדת בשיפור הרווחה החברתית, הנפשית והפיזית. ישנן עדויות מחקריות התומכות בגישה הכוללת לקידום הבריאות בבתי הספר כמסגרת "best practice" לקידום בריאות^{3,9}. תוכניות לקידום בריאות בבתי הספר שהיו מבוססות על עקרונות הגישה הכוללת ועל תפיסת עולם המדגישה שוויון, הוגנות, צדק חברתי וזכויות הפרט והחברה, נמצאו יעילות בשיפור הסביבות הפיזיות והחברתיות בבית הספר, בשינוי ההתנהגות הבריאותית בתחומים כמו תזונה, פעילות גופנית, מניעת תאונות ובריאות נפשית, ובשיפור הבריאות.

בהתייחס באופן ממוקד לנושא מניעת העישון בקרב מתבגרים במסגרת בתי הספר, העדויות המחקריות שנאספו בשנים האחרונות ברחבי העולם המערבי מציגות תמונה עגומה למדי. תוכניות מניעה אשר התבססו על **מודל עמידות ההשפעה החברתית** (social influence resistance model), וכללו הקניית מיומנויות להתמודדות עם השפעות חברתיות ומיומנויות סירוב, נמצאו אמנם כבעלות השפעה חיובית בדחיית גיל התחלת העישון, אך גרמו רק להפחתה

מינורית בשיעורי העישון, שנשתמרה בטווח הקצר בלבד. כל התוכניות שנוסו בבתי הספר נמצאו כלא יעילות לטווח הארוך^{10,11}. נקודת אור מגיעה ממדינת פלורידה בארה"ב, אשר בה נערכה תוכנית למניעת עישון שהתבססה על קמפיין אגרסיבי המציג את מניפולציות חברות הטבק תוך שימוש באסטרטגיות של שיווק חברתי ותוכנית להעצמה של בני הנוער. ההפחתה בשיעורי העישון של בני הנוער נשתמרה שם גם לאחר שנתיים¹². בעקבות זאת גוברים הקולות הקוראים לעריכת שינויים במתכונת המוכרת כיום למניעת עישון בבתי הספר. ההמלצות מעודדות שילוב תוכניות בבתי הספר עם קמפיינים תקשורתיים¹³, הגברת האכיפה של חוקי הגבלת העישון במקומות ציבוריים בכלל ושל מורים בבתי הספר בפרט¹⁴, והגברת השימוש באסטרטגיות לאומיות מחוץ לבתי הספר, כמו העלאת מחירי הסיגריות והגברת האכיפה של החוק לאיסור מכירת סיגריות לקטינים¹⁵.

התנהגות בריאותית בקרב בני הנוער בישראל¹⁶

עישון סיגריות:

- השוואות בינלאומיות – הנוער הישראלי (כיתות ו'–י') רושם שיעור עישון נמוך מאוד בהשוואה לכל מדינות אירופה. כנראה שמגמה זו משתנה בגילאים הבוגרים, מסיום התיכון והלאה.
- מגמות לאורך זמן – מחקרים משנת 1994 ועד היום מלמדים כי עם השנים חלה ירידה בשכיחות העישון בקרב בנים ועלייה בשכיחות העישון בקרב בנות. במצב היום ברמה הארצית, הפער בין שיעור הבנים והבנות המעשנים בגילאי כיתות י' הצטמצם עד כדי הבדל לא מובהק סטטיסטית. יצוין כי בסקרים שנעשו במספר רשויות מקומיות בישראל נמצא כי הבנות בכיתות י' מעשנות אף יותר מן הבנים בכיתות י'.

עישון נרגילה:

- שכיחות עישון הנרגילה גבוהה משכיחות עישון הסיגריות בקרב הנוער הישראלי.
- עישון הנרגילה בקרב הנוער הישראלי (כיתות ו'–י') הוא גבוה במיוחד (מעל 50% התנסות). שכיחות זו גבוהה בהרבה משכיחות מעשני הסיגריות. מכאן שישנו אחוז משמעותי מאד של נוער ישראלי המעשן נרגילה למרות שאינו מעשן סיגריות כלל. תופעה זו משנה באופן ניכר את המדרג הקלאסי הידוע של התחלת שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים דרך התנסות בגיל צעיר בסיגריות ומעבר לאלכוהול ולסמים קלים. אם נשתמש במודל תיאורית ה'שערים' (Gateway Theory), הרי שהנרגילה פתחה עבור בני נוער בגילאים צעירים יחסית שער נוסף,

רחב ביותר, לעולם התוכן ההתנהגותי של שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים. נקודה זו חמורה הן בגלל הסיכונים בעישון נרגילה והן בגלל שהתנהגות זו מהווה את בסיס הפירמידה שממנו צומחות התנהגויות השימוש בסמים למיניהן.

פעילות גופנית:

בהשוואות הבין-לאומיות על-פני שנים צוין שיעור נמוך של נוער ישראלי (כיתות ו'–י', בנות ובנים) העוסק בפעילות גופנית אחרי שעות הלימודים. בנושא זה יש מקום רב לשיפור. לפעילות הגופנית חשיבות רבה הן בגלל ההשפעה החיובית של פעילות זו על הבריאות הפיזיולוגית והנפשית והן בגלל התפקיד של פעילות גופנית כהתנהגות אטרקטיבית אלטרנטיבית להתנהגויות סיכון אחרות.

הרגלי אכילה:

השוואות בינלאומיות מראות כי אחוז הבנות הישראליות (החל מגיל 11) העושות דיאטה לשם הורדת משקל הינו הגבוה ביותר מבין 36 המדינות שנבדקו. עובדה זו מטרידה מאוד היות שההתעסקות עם דיאטות, בעיקר כאלו שנעשות ללא הכוונה והשגחה מקצועיים וללא צורך, מהווה את הבסיס של פירמידת ההתנהגויות שהופכות בסופו של דבר להפרעות אכילה כמו אנורקסיה ובולימיה. הדרך היחידה למנוע הפרעות אכילה קשות היא על-ידי צמצום בסיס הפירמידה, כבר בגיל 11.

תחומי אחריות בנושא חינוך לבריאות וקידום בריאות בבית הספר

נושא הבריאות במערכת החינוך נוגע לכל מקצועות הלימוד, ויש לעסוק בו בכל שנות הלימוד. "השילוב בין עיצוב וטיפול של התנהגות בריאה לבין מקצועות הלימוד בסביבה תומכת בריאות יסייעו בפיתוח אחריות לבריאות ברמת הפרט וברמת הקהילה" (מתוך חוזר מנכ"ל תשס"ו/8((א)). בשנתיים האחרונות פיתח משרד החינוך סטנדרטים כמסגרת לפיתוח, לניהול ולהערכה של האקלים והתרבות בבית הספר. הנחת היסוד היא שבית הספר, כמוסד שאחראי להתפתחותם הכוללת של התלמידים, יוערך על-פי האקלים והתרבות שקיימים בו ולא רק על-פי הישגיהם הלימודיים של תלמידיו. אקלים בית הספר מתייחס לטווח רחב של גורמים שונים המשפיעים לרוב על הרווחה הנפשית.

תכנים לימודיים

תוכניות לקידום בריאות צריכות להיות שזורות בתחומי התוכן השונים במערך הלימודי ומשולבות בתהליך החינוכי-חברתי. על התוכניות להיות בעלות משמעות ערכית ולהשתלב בתוכנית העבודה השנתית של בית הספר ואף של הגן והחינוך הקדם-יסודי.

עקרונות להפעלת תוכניות לקידום בריאות במוסד חינוכי

- ראשית, יש לערוך איתור צרכים פנימי של המוסד, על כלל האוכלוסיות שאותן הוא משרת (תלמידים, מורים, הורים וכו').
- יש לזהות מצבים הדורשים התערבות ממוקדת.
- בהתייחס לקבלת עזרה מגורמי חוץ מקצועיים: האחריות להפעלת תוכניות לקידום הבריאות מוטלת על המנהל והצוות החינוכי. עם זאת, אחד מעקרונות קידום הבריאות הוא שילוב גורמים קהילתיים בפעילות הנעשית במוסד החינוכי. גורמים קהילתיים אלו כוללים שירותי בריאות, אגודות ועמותות וולונטריות לקידום בריאות ועוד. כניסתם של גורמים אלו מחויבת בקבלת אישור ממנהלת משרד החינוך, ובהמשך ניתן לשלבם בפעילות ככוח עזר לצוות החינוכי. תרומתם של הגורמים הקהילתיים מגבירה את היכולות והמשאבים של בתי הספר הן מבחינה כספית והן מבחינה אנושית, והיא מסייעת לבתי הספר להתאים את תוכניותיהם לצרכי הקהילה.

פירוט תוכניות ופעילות עכשווית לקידום בריאות במערכת החינוך

תוכניות רבות פועלות במערכת החינוך בתחומי התזונה, הפעילות הגופנית והחינוך לשגרה בריאה (שבאה לידי ביטוי בלמידה, בפעילויות ובסביבה בריאה). חלק מתוכניות אלה הן תוכניות לימודים וחלקן תוכניות מניעה. חלקן פותחו על-ידי משרד החינוך וחלקן על-ידי גורמים מקצועיים חיצוניים. התוכניות מיועדות לגילאים שונים ומותאמות ליכולות התלמידים ולדרך החינוכית של בית הספר, והן מבוססות על תהליכי למידה חווייתיים תוך התנסות מעשית. בתוכנית הלימודים החדשה להוראת מדע וטכנולוגיה (משנת תש"ס), המיועדת לכיתות א'–ו', נכלל נושא החינוך לבריאות בנושאים המרכזיים. צוות מב"ט (מדע בחברה טכנולוגית) של בית הספר לחינוך באוניברסיטת תל-אביב פיתח תוכנית לימודים העוסקת בכל שנה באחד מהנושאים הבאים: בריאות, בריאות השן, מערכת הנשימה, העור, פעילות הלב, מערכת החיסון ותזונה.

לתחום הפעילות הגופנית מוגדרות שיעורים שבועיים בכל הכיתות. המורים לחינוך גופני

מקבלים הכשרה והעשרה בתחומי הבריאות, מתוך מגמה לשים דגש על חינוך לאורח חיים בריא ופעיל כבר מהגיל הצעיר. לאחרונה פותחה תוכנית ייחודית בנושא החינוך הגופני לגני הילדים, שתיכנס לתוקף בשנת הלימודים הקרובה.

תוכנית נוספת הקיימת במערכת הבריאות נקראת "תפור עלי – עושים בית ספר לבריאות". זוהי תוכנית רב-שנתית לקידום הבריאות בבתי הספר ובגני הילדים, המבוססת על צוותים רב-מקצועיים תוך מעורבות ההורים והקהילה. התוכנית הינה ייחודית לכל שכבת גיל, עוסקת בבריאות ומתמקדת בחינוך לתזונה נבונה בכיתות א'–ו', בפעילות גופנית למניעת מחלות כחלק משגרת היום בכיתות ג'–ו', ובחשיבות ההיגיינה האישית והסביבתית, המיניות וההתפתחות בקרב מתבגרים בחטיבת הביניים והחטיבה העליונה. התוכנית פועלת מזה ארבע שנים במגזר היהודי ובמגזר הערבי.

בעת השקת התוכנית פעלו במסגרתה כ-300 בתי ספר, וכיום פועלים בה כ-850 בתי ספר בתחומי התוכן השונים.

פעולות משרד החינוך בנושא מניעת עישון

השירות הפסיכולוגי ייעוצי (שפ"י) הוא הממונה על תוכניות המניעה בתחום זה במערכת החינוך הפורמאלית בכלל המגזרים. שפ"י פועל לקידום ההתפתחות הרגשית, הקוגניטיבית והחברתית של אוכלוסיית התלמידים במערכת החינוך, וכן לבניית סביבה של רווחה נפשית לנמצאים ולגדלים בה.

התוכניות החינוכיות בתחום נערכות ומופעלות על-ידי יחידה מיוחדת בשפ"י, כחלק מתוכניות המניעה בנושאי סמים, אלכוהול וטבק. המדיניות מתבססת על ניתוח הבעיות המאפיינות את גיל ההתבגרות, המביאות לידי אימוץ התנהגויות מסוכנות, וזיהוי ההשפעות התרבותיות והסביבתיות על התנהגות התלמיד. התוכניות נועדו לספק כלים וידע להעצמת המתבגרים אל מול התופעות שהם נחשפים אליהן ולמנוע את השימוש בחומרים מזיקים.

בתי הספר מפעילים את התוכניות באחריות המנהל, בהנחיית היועצים החינוכיים, ובשיתוף הפסיכולוגים החינוכיים, המחנכים, ההורים והמורים. לצורך יישום המדיניות בתחום זה פועל משרד החינוך בשיתוף הגופים הנוגעים בדבר מחוץ למשרד, ובהם המחלקה לחינוך לבריאות וקידום בריאות במשרד הבריאות, האגודה למלחמה בסרטן, הליגה למחלות ריאה ושחפת, 'שירותי בריאות כללית', 'מכבי שירותי בריאות' ואגודות בריאות נוספות.

משנת הלימודים תשס"ה קיים בכל בית ספר על-יסודי מוביל בית ספרי בנושא המניעה (מב"ס). המב"ס מרכז ומקדם את כל נושאי המניעה, ובכלל זה מניעת העישון, במטרה לקדם

את הרעיון של **בתי ספר נקיים מעישון**. תפקידו לגייס את כלל המערכת הבית ספרית לתוכניות לקידום בריאות, מתוך אמונה כי **"כל מורה הוא מחנך למניעה"**.

פרסומים:

חוזר מנכ"ל מיוחד על עישון סיגריות ונרגילות. החוזר הופץ במוסדות החינוך בעקבות התוספת לחוק האוסר עישון בין כותלי המוסד החינוכי.

חוברות ועזרי למידה. יחידת שפ"י האחראית על התוכניות החינוכיות מוציאה לאור חוברות לבתי הספר המותאמות לשכבות הגיל השונות. כמו כן מופצים מידע עדכני, פרסומים מקצועיים, מחקרים, תוכניות חדשות ועזרים לאנשי המקצוע השונים.

מעורבות תלמידים:

תוכנית "עמיתים למניעת עישון". בתוכנית זו מלמדים תלמידים עמיתים את חבריהם בתמיכת מחנכים, מורים ויועצים, לאחר שהוכשרו לכך במסגרת "סמינרי עמיתים". בתשס"ו הוכשרו כ-800 עמיתים מארבעים וחמש חטיבות ביניים, כולל סמינר ייחודי במגזר הערבי, במחוז מרכז, ובמגזר הדתי בחיפה.

"פרלמנט ירושלים". בעיר ירושלים מתקיים פרויקט ייחודי המשותף למשרד החינוך ולמנח"י. תלמידים מכיתות ז'–י' נבחרים כנאמני מניעת עישון ומקיימים פעילויות שוטפות למניעה בבתי הספר בעיר.

פרויקטים מיוחדים:

בתי ספר נקיים מעישון. בעקבות דיון שנערך במועצה הלאומית לקידום בריאות, מינו המנכ"לים של משרד הבריאות ומשרד החינוך צוות מוביל שכלל נציגות בכירה ורלבנטית משני המשרדים ואנשי מקצוע בתחום קידום הבריאות בעלי רקע אקדמי. הוועדה גיבשה המלצות יישומיות להשגת המטרה של הפיכת בתי הספר לנקיים מעישון, והגישה את המלצותיה להנהלות שני המשרדים. ההמלצות טרם יושמו.

נרגילה = סיגריה. במסגרת מאמצי משרד החינוך להתמודד עם תופעת עישון הנרגילות שאין לה אח ורע בעולם, נערך יום עיון מיוחד למדריכי יחידת שפ"י, פותחו מערכי שיעור ונכתבה חוברת לבתי הספר.

היום הבין-לאומי ללא עישון. מדי שנה נערכת תחרות בין בתי הספר בכל הארץ במסגרת תוכניות המניעה. ביום הבין-לאומי ללא עישון נערכת תערוכה של העבודות ובתי הספר

המצטיינים זוכים בפרסים.

גורמי חוץ מקצועיים:

מוסדות אקדמיים שונים, איגודים מקצועיים וקופות החולים משתפים פעולה לפיתוח תוכניות התערבות בבתי הספר. בתחום זה בולטת ההשתתפות של מוסדות המגזר השלישי כגון עמותת עתיד, קרן קרב, קרן ספרא רש"י והג'וינט, שפיתחו תוכניות בתחום הבריאות.

מעורבות משרד הבריאות:

- משרד הבריאות פועל בבתי הספר כבר שנים רבות לשיפור ולשימור בריאותם של ילדים ובני נוער. מספר גורמים מרכזיים מעורבים בפעילויות בבתי הספר: המחלקה לחינוך לבריאות ולקידום בריאות, מחלקת הסייעות, מחלקת בריאות הסביבה, מחלקת אם וילד, המחלקה לשחפת ואיידס ומחלקת תזונה. גורמים אלה שייכים כולם לשירותי בריאות הציבור.
- תפקידו העיקרי של משרד הבריאות הם:
- מתן יעוץ מקצועי בנושאי בריאות ספציפיים ובתחום קידום הבריאות;
- פיתוח תוכניות לחינוך לבריאות ולקידום בריאות המותאמות לגיל ולמאפיינים אחרים;
- הכשרה של צוותים חינוכיים (למשל במסגרת התוכנית "הכי בריא להיות בריא");
- הרצאות לתלמידים בבתי הספר על-ידי מומחים מלשכות הבריאות.

בכל הפעילויות של משרד הבריאות שותפים בעלי תפקידים שונים: אחיות, רופאי בתי הספר, תברואנים, דיאטניות, מקדמי בריאות ועוד. הצלחתם של גורמים אלו תלויה במידה רבה בשילובם כחלק מצוות בית הספר. בנוסף, בהתייחס לכל המובא בזאת, לאורך כל תקופת השימוש בתוכניות התבססה הפצתן על שיקול דעתם של אנשי החינוך אך לא בוצעה הערכה כלל-ארצית לבדיקת יעילותן.

הכשרת הצוותים החינוכיים:

בתוכניות חינוך לבריאות יש להקנות לצוות החינוכי ידע, מודעות והבנה רחבים ולהעצימם כגורמים משפיעים ומשמעותיים. על הצוות החינוכי להטמיע את המסרים ברמה האישית כדי להגיע ליכולת ארגונית ולפעילות משמעותית.

קשיים ביישום התוכניות

קיימים מספר מרכיבים ארגוניים ומבניים אשר בולמים או מעכבים את יישום התוכניות לקידום בריאות:

- שאלת האחריות לבניית המדיניות והדרכים למימושה. כיוון שאין הגדרה ברורה במסגרת תוכנית הלימודים מי מהמורים צריך לעסוק בתחום קידום הבריאות, נותרת ההחלטה בידי מנהל המוסד החינוכי או צוות המורים. למותר לציין שהמורים אינם מתוגמלים על פעילות נוספת, באופן שקיים בתחומים אחרים.
- תרבות ארגונית המעודדת עיסוק בפרויקטים ספציפיים הנחשבים "יוקרתיים" (כמו למשל קריאה בכיתות הנמוכות ומדעים בכיתות הגבוהות) על חשבון פעילויות בתחומים אחרים, בין השאר גם בחינוך לבריאות ובקידום בריאות.
- חוסר במשאבים כספיים, כיוון שרוב התקציבים הבית ספריים מיועדים להשגת מטרות אחרות שהוגדרו על-ידי המינהל החינוכי.
- קושי בגיוס עזרה ומעורבות ברמה הקהילתית, במיוחד מהורי התלמידים, שהיעדר מעורבותם פוגע באופן משמעותי ביכולת ההצלחה של התוכניות.
- היעדר הכשרה מספקת של צוותים חינוכיים בתחום קידום הבריאות בכל מערכי ההכשרה השונים, החל בבתי הספר להוראה וכלה בהכשרה הניתנת במהלך תקופת העבודה בבתי הספר.
- היעדר מערכת מחקר והערכה אשר בודקת את יעילותן של התוכניות הקיימות, ומיסוד ארגוני שלה.

שאלות שהועלו לדיון

- בעקבות הדיון לעיל עסק הצוות בשאלות הבאות:
- האם נכון שמערכת החינוך תעסוק בקידום בריאות מתוקף אחריותה, בהינתן ייעודה ומשימותיה בלמידה והקניית ידע בתחומי דעת ומקצועות לימוד? מה הם תחומי האחריות ועל מי חלה האחריות במערכת החינוך?
- מי אחראי לקידום הבריאות במערכת החינוך? ובפני מי צריך לתת דין וחשבון?
- בהינתן שהמשימה הנדונה היא רב-תחומית, על מי מוטלת מלאכת התיאום הבין-משרדית והרב-מגזרית?
- מה תפקידו של משרד הבריאות בתחום החינוך לבריאות וקידום הבריאות של תלמידים במערכת החינוך?
- עד כמה צריכה מערכת החינוך לאפשר בחירה חופשית של התנהגות אשר יש לה השלכות

שליליות על הבריאות? האם עליה לכפות התנהגות מקדמת בריאות תוך שימוש בכלים העומדים לרשותה?

דיון והמלצות

תפיסת מערכת החינוך את תחום קידום הבריאות תואמת את הצרכים והיעדים של התלמידים במדינת ישראל. תחום הבריאות אינו תחום לימודי ככל התחומים כיוון שבריאות אינה "עוד שיעור", והחינוך לה צריך להיות מוטבע בתרבות הארגונית כערך ולקבל ביטוי בכל מקצועות הלימוד, תחומי הדעת והתהליך החינוכי. במסמך המדיניות של הפיקוח על הבריאות הוגדרו מטרות החינוך לבריאות. אלה מתבססות על היעדים ועקרונות הפעולה המומלצים לקידום בריאות בבתי הספר. המדיניות נגזרת מהתפיסה של "בתי ספר מקדמי בריאות" המתייחסים לבריאות כוללנית – גופנית, רגשית וחברתית – כחלק מההוויה והעשייה החינוכית. המדיניות מדגישה את מעורבות התלמידים, ההורים והקהילה, ומטרתה העיקרית היא שינוי התנהגות ולקידוח אחריות של התלמיד על מצב בריאותו.

במצב הקיים כיום **אין מחוייבות** של בתי הספר לאמץ תוכנית כוללנית לקידום בריאות. ישנה מחוייבות לשלב נושאים מוגדרים בלמידה במהלך שנת הלימודים בהתאם למערכת הלימודים הפורמלית. מהספרות המחקרית עולות המלצות הגורסות כי לשם יצירת שינוי מהותי בבריאות יש צורך בתרבות ארגונית שבה הבריאות היא ערך ובהבניית תוכניות כוללניות בבתי הספר, אשר מתייחסות להיבטיה השונים של הבריאות (הגופניים, החברתיים והנפשיים).

מתוקף תפקידו בתחום זה, על משרד הבריאות להתוות מדיניות ארצית בתחום ולתרום בפיקוח על הפעילות הקיימת ובהערכתה. ישנה גם סוגיה כלכלית: משרד החינוך משקיע ממשאביו הדלים (הן משאבי זמן והן משאבי ממון) בקידום בריאות. לקידום בריאות יש השלכות ארוכות-טווח ברמה הלאומית, החורגות מתחום סמכותו ואחריותו הצרים של משרד החינוך. לכן ראוי לגייס מקורות נוספים (הן מהמגזר השני והן מהמגזר השלישי) להרחבת מקורותיו.

להלן מוצע מודל לקידום הבריאות במערכת החינוך: משרד הבריאות מוביל השנה מהלך לאומי (תוכנית 2020) אשר במסגרתו יוגדרו מטרות, יעדים וכן המלצות לפעולה בתחום קידום הבריאות. הצעד המתבקש הבא הינו הקמת וועדה בין-משרדית (חינוך ובריאות) שתקבע מטרות ויעדים ייחודיים למערכת החינוך וכן תוכנית פעולה ארוכת-טווח במסגרת מהלך זה. בשלב הבא תיבנה תוכנית התערבות לאומית אשר תכלול התייחסות לרב-תרבותיות המאפיינת את האוכלוסייה הישראלית ולקבוצות בעלות צרכים מיוחדים.

הכנת תוכנית הפעולה חייבת להתבסס על הידע הקיים בספרות המחקרית העולמית תוך

אימוץ תוכניות שנמצאו כיעילות (best practice). בצד פיתוח התוכניות יש להקים מערך מחקרי מתאים שיעקוב אחר תוצאי פעולות ההתערבות תוך שימוש בכלי מחקר מתאימים, ויבחן גם חלק חשוב לא פחות – תהליכי השינוי (process evaluation). המצב כיום, שבו מושקעים משאבים רבים בהפעלת התוכניות השונות אך יעילותן כלל איננה נבחנת, הוא בלתי-נתפס.

תפקידים נוספים של הוועדה הבין-משרדית יהיו:

- הקמת תשתית מידע לאומית;
- פיתוח המשאב האנושי על כל תחומיו;
- דאגה לכך שהתוכניות המועברות בבתי הספר יציידו את התלמידים בכלים ובמיומנויות אשר יסייעו בידם לבחון באופן ביקורתי את המידע המתקבל מהמדיה על אפיקיה השונים, ולקבל החלטות אישיות על סמך מודעות ואוריינות בריאותית.

סיכום והמלצות

- קידום בריאות יוכרז כיעד לאומי.
- תופעל וועדת תיאום עליונה בין-משרדית אשר תנסח מדיניות כוללת, תגדיר סמכויות, תבנה תוכנית יישומית, תמליץ למוסדות להכשרת מורים על מסלולי הכשרה בתחום קידום הבריאות ותבנה מערך מחקרי מלווה לכלל הפעילויות השונות. גוף זה יורכב מנציגי משרדי הבריאות והחינוך והגופים העוסקים בנושא. לוועדה יוקצו תקציבים לצורך הפעלתה.
- למערכת החינוך יש תפקיד מרכזי בקידום התנהגות בריאותית. צוות בין-משרדי (חינוך ובריאות) יפעל בקביעות לתיאום הפעילויות של המערכת בתחום זה.
- לצורך קידום הבריאות של הדור המתחנך כיום במערכת החינוך יש להתמקד בבניית "מסגרות מקדמות בריאות", כפי שהוגדרו ונבחנו על-פי עקרונות מובילים של ארגון הבריאות העולמי, וכפי שנוסחו במדינות רבות בעולם בזירת מערכת החינוך. יש חשיבות רבה להקמת רשת מידע לתמיכה ולמעקב אחר פעילותן של המסגרות בבתי הספר. אחד הכלים המומלצים הוא רשת האינטרנט, המאפשרת העברת מידע והענקת תמיכה ברמות שונות.
- תוגבר האכיפה של חוקים קיימים לקידום בריאות בבתי הספר.
- יפותחו מסלולי הכשרה בקידום בריאות במסגרת מוסדות להכשרת צוותי הוראה.

ארגונים פורמליים מקדמי בריאות: מקומות עבודה, צה"ל והמשטרה

מקום העבודה כמקדם בריאות

רקע

מקום העבודה מהווה מסגרת אפקטיבית לקידום הבריאות. ראשית, זמן העבודה תופס נתח ניכר משעות הפעילות שלנו. שנית, מקום העבודה הוא סביבה מוגדרת היטב, מוכרת, עם חלוקה ארגונית פנימית ומובנית בין צוות העובדים להנהלה. גורמים אלה עשויים לתרום באופן משמעותי להנעת תהליכים ותוכניות בתחום קידום הבריאות.

אחד העקרונות החדשניים של מסגרות לקידום בריאות הינו המעבר מהגדרת מטרות ספציפיות לשינוי התנהגות ברמת היחיד או האוכלוסייה, לפעולות ברמה הארגונית, המערכתית והסביבתית.

הדאגה לבריאות העובד מעוגנת בחקיקה הישראלית בחוק "ארגון הפיקוח על העבודה" משנת 1954 ו"בפקודת הבטיחות בעבודה". חוקים אלו עוסקים בעיקר בפן הרפואה התעסוקתית ופחות בתחום הרפואה המונעת, אך הם מטילים למעשה את האחריות לבריאות העובד בין היתר על המעסיק. את חובת המעסיק למנוע חשיפה לחומרים מסוכנים ניתן ליישם גם בתחום העישון כחומר מסוכן, אף שנושא העישון מעוגן בחוק אחר. החקיקה הישראלית אינה מטילה חובה על המעסיק לפעול לעידוד אימוץ אורח חיים בריא של עובדיו.

תוכניות לקידום הפעילות הגופנית במקומות עבודה החלו בארה"ב בשנות השבעים, והן הסתמכו על מחקרים רבים שהראו כי קיים קשר ישיר בין כושרו הגופני של העובד ובין תפוקתו והמורל שלו בעבודה. בשנות השמונים, לאחר פרסום מחקרים שהוכיחו כי קיימת לתוכניות אלה גם הצדקה כלכלית עבור הארגון בשל הפחתה בהוצאותיו על ימי מחלה של העובדים, התרבו מקומות העבודה המיישמים קידום בריאות (WHP), תוך מעורבות ומחויבות מצד ההנהלה. תוכניות הבריאות שהחלו בפעילות הגופנית כחלק מהתרבות הארגונית התרחבו וכללו גם תוכניות לתזונה נכונה, הימנעות מעישון וניהול אורח חיים בריא. כיום, תוכניות לקידום בריאות במקומות עבודה קיימות בחברות בינלאומיות רבות (Xerox, Intel, 3M) והן הפכו למדיניות מוצהרת של הנהלת חברות אלה תוך תגמול עובדים הבולטים בהשתתפותם בתוכניות.

מדוע משקיעים ארגונים וחברות בקידום הבריאות?

ברוב המדינות בעולם דומה המצב החוקי למצב בישראל, והוא מטיל על המעסיק בעיקר חובת בריאות תעסוקתית ופוסט אותו מתחום הרפואה המונעת הרחב יותר. על-פי סקר שנערך בקרב יותר מ-1,400 חברות אירופאיות¹ (Wynne and Clarkin 1992) ניתן להצביע על שתי סיבות עיקריות לכך שארגונים עוסקים בקידום בריאות במקום העבודה. סיבה אחת הינה פתרון בעיות ספציפיות ומקומיות (לדוגמא: ריבוי חולים בארגון, חוסר מוטיבציה, אי-ביצוע החוק). הסיבה השנייה הינה ההכרה כי יישום תוכנית לקידום בריאות משפר את ביצועי הארגון ומביא תועלת הן בשיפור בריאות העובד והן בגידול בתפוקות. ממחקרים נוספים עולה כי הסיבה החשובה באמת להשקעה בקידום בריאות במקום העבודה הינה הרצון הפשוט ל"שפר את הבריאות".

דו"ח שירותי הרווחה בקנדה לשנת 2000 מציין כי 17.5% מהמעסיקים הציעו לעובדיהם תוכנית מקיפה וכוללת לשיפור איכות החיים במקום העבודה, ו-64% נוספים שילבו רכיבים של תוכניות מסוג זה. הסיבות שציינו המעסיקים לצעד זה נחלקו באופן הבא: כ-27% מן המעסיקים ציינו כי הסיבה היא שהם מאמינים שעובדים בריאים הם משאב חיוני. כ-26% טענו כי עשו זאת מתוך יעד אסטרטגי לקידום בריאות ושיפור אורח החיים. כ-14% ציינו את הרצון להפחית היעדרות מחמת מחלה, וכ-10% – את המטרה להפחית הוצאות הקשורות לתחלואה (Buffett and Taylor 2000)². ממחקרים שונים עולה כי מרבית המעסיקים סבורים שיישום תוכניות לקידום בריאות במקום העבודה חשובות מספיק בגלל הסיבה הבריאותית בלבד³ (Low 2003). סיבות כמו הפחתת הוצאות הינן חשובות, אך לא החשובות ביותר Association for Worksite Health Promotion 2000)⁴.

קיימת שונות בין מדינות העולם לגבי המניע העיקרי של מקומות עבודה לקידום בריאות. בארה"ב הצורך בהפחתת ההוצאה על תחלואה ופציעות מהווה גורם מניע חזק, בעוד שבאנגליה ובארצות אירופאיות אחרות המניע העיקרי הוא הרצון לשמור על תקנות הבטיחות והבריאות בעבודה, וכן הרצון לקיים את ההתחייבויות לארגוני העובדים. ייתכן שההבדל בין שתי תפיסות אלו נובע ממבנה מערכת הבריאות בכל מדינה. בעוד שבארה"ב רוב נטל ההוצאות על תחלואה ופציעות חל על המעסיקים, הרי שבאנגליה מרבית הנטל נופל על המדינה. המודל האנגלי דומה לזה הישראלי: גם במודל זה המדינה, באמצעות המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים, נושאת בנטל של ההוצאה על תחלואה ופציעות, ולא המעסיק.

הנעת המעסיק להשקיע משאבים בקידום בריאות במקום העבודה נובעת אם כך משילוב של טיעונים כלכליים, טובת הארגון או המפעל ורצון לתרום לרווחת העובד, שעשויה להגביר את מחויבותו לארגון ואת שביעות רצונו.

ההצלחה ביישום תוכניות לקידום בריאות כפי שזו מדווחת במאמרו של Breucker⁵ (2004), מביאה לתוצאות הבאות:

- הפחתה בהוצאה על ימי מחלה והטיפול במחלות;
- שיפור היצירתיות וגידול בתפוקה;
- יכולת להתמודד עם האתגר של כוח עבודה מזדקן;
- שביעות רצון של העובדים, הלקוחות, המעסיקים ובעלי המניות;
- ברית ומחויבות חברתית המאפשרת נתיב מרכזי לעתיד טוב יותר מבחינת שגשוג כלכלי ואיכות חיים.

התנאים להצלחת תוכניות לקידום בריאות במקום העבודה

- בדיקת צרכים ותיאום ציפיות בשיתוף העובדים.
- בניית תוכנית כוללת ומקיפה המשלבת שינוי אורח החיים של הפרט, שיפור סביבת העבודה והקניית תרבות ארגונית בתחום הבטיחות ואיכות החיים. התוכנית צריכה להתבצע באופן שווה עבור כל העובדים, ולהיות משולבת באסטרטגיה של הארגון וביעדיו.
- בניית תוכנית הפועלת על כל הרבדים ההיררכיים בארגון, החל מהנהלה הבכירה וכלה באחרון העובדים.
- שכנוע לגבי תועלת התוכנית הן ברמת הפרט והן ברמת הארגון או המפעל, ושיתוף פעולה מרצון.
- מדידה והערכה של התוכנית.
- הענקת תמריצים ותגמולים למקומות עבודה המיישמים תוכניות לקידום בריאות.

קידום בריאות בצה"ל

המטרה

שימור בריאות חיילי צה"ל וקידומה.

היעדים

העלאת אחוז הנגמלים מעישון בקרב החיילים, מניעת התחלת העישון בזמן השירות הצבאי והפיכת בסיסי צה"ל לבסיסים נקיים מעישון, שבהם תתקיים אכיפה לפקודת מטכ"ל בנושא עישון במקומות ציבוריים; הספקת מזון בריא יותר ביחידות והקניית הרגלי תזונה נכונים יותר לחיילים; הקניית הרגלי פעילות גופנית טובים יותר. קיום הוראות ופקודות בתחומים אלו.

מבנה

בצה"ל קיימים גופים קובעי מדיניות העוסקים בתחום קידום הבריאות, מזון וכושר גופני, אשר נציגיהם נמצאים ברמות השונות בשטח.

מפקדת קצין הרפואה הראשי אחראית על קביעת המדיניות בתחום הבריאות. ענף בריאות הצבא מהווה חלק מהמפקדה, ומרכז את תחום הרפואה המונעת כחלק מקידום הבריאות של חיילי צה"ל. המרכז לשירותי רפואה עוסק אף הוא הן ברפואה הפעילה והן ברפואה המונעת. אחד הגופים האחראים לתחום הרפואה המונעת הינו המלב"ת – המרכז לבדיקות תקופתיות לאנשי הקבע.

מפקדת זרוע היבשה אמונה על קביעת המדיניות בתחום הפעילות הגופנית. מרכז הכושר הקרבי בווינגייט הינו הגוף המכשיר בתחום, והוא פועל למען הפצת המדיניות בבסיסי צה"ל. ענף מזון באגף הלוגיסטיקה והמרכזים קובע מדיניות בתחום המזון: לוחות המזון הניתנים ליחידות בהתאם לאופי הפעילות ביחידה, פרטי המזון שיירכשו ועוד. מרכז מזון הינו הגוף המבצע, הרוכש ומספק את המזון ליחידות.

תהליכים

לעזרתם של קובעי המדיניות קיימים חוקים והוראות. אמנם, חלק מהפקודות, כמו פקודת הספקת סיגריות וגפרורים בשעת חירום, אינן מייצגות את רוח הזמן ועומדות בפני ביטול. כמו כן, חלק מהחוקים האזרחיים בנושא הבריאות אינם תקפים לגבי צה"ל, למשל, הגבלת העישון במקומות ציבוריים. פקודת מטכ"ל זו לא הותאמה לחוק האזרחי ופתחה פירצה לעישון במקומות ציבוריים בהסכמת הנוכחים. הפקודה נמצאת בעבודת מטה לצורך שינוי הסעיפים הרלוונטיים. כמה מהוראות צה"ל בתחום הבריאות:

- איסור עישון בחדרי אוכל בשבת.
- הוראת קצין הרפואה הראשי המחייבת העברת הרצאה פעם בשנה בנושא העישון ונזקיו.
- הוראות מז"י בנושא בוחן כושר לקצינים ואנשי הקבע, הקובעת כי על כל הקצינים ואנשי הקבע לבצע בוחן כושר אחת לשנה (הוראה זו שונתה בעקבות ההבנה כי קיים סיכון לתחלואה בעקבות פעילות גופנית מאומצת המתבצעת אחת לשנה עבור אנשים שלא מורגלים לסוג זה של מאמץ, וכן לאור ריבוי הפטורים מריצה. כיום עומדת בפני אנשי הקבע בחירה בין ריצה של 2 ק"מ להליכה של 4 ק"מ).
- הוראת שעות חובה של אימון גופני בקורסים ובשגרה.
- פקודות מטכ"ל וקצין לוגיסטיקה ראשי העוסקות בסל התקציבי, לוחות המזון והתפריטים.

תחומי העשייה בצה"ל

פרויקט בסיס בריא. פרויקט זה מתקיים בקרב אנשי הקבע וחיילי החובה בבסיס, ומתווה את המדיניות בנושא אורח חיים בריא בהובלת המפקדים. הפרויקט מתקיים בבסיסי צה"ל מספר רב של שנים וכולל התערבות בתחומי תזונה, פעילות גופנית, עישון, בדיקות מניעה ועוד. המשתתפים בפרויקט ממלאים שאלון לצורך מיפוי הרגלי הבריאות שלהם והתאמת התוכנית לרצונם. הפרויקט מושתת על ימי בריאות הכוללים הרצאות, פעילות ספורטיבית וביצוע בדיקות (סוכר, פרופיל שומנים, לחץ דם), ביצוע פעילות גופנית סדורה אחת לשבוע, שינוי תפריטים במטבחים ועוד. מספר רב של יחידות מצטרפות לפרויקט זה תוך שיתוף פעולה עם קובעי המדיניות, הנחייה, תמיכה ויעוץ מצדם.

מיזם רמונ"א – רפואה מונעת אישית. פרויקט זה מבוסס על העשרת המפגשים הרפואיים והעשייה במרפאה בתכני אורח חיים בריא ורפואה מונעת. הפרויקט מובל על-ידי מפקדי המרפאות, ומלווה בסדנאות ובימי עיון להכשרת אנשי הרפואה. עיקר הדגש בהכשרה הינו מתן כלים לרופאים בגישה למטופלים בנושאי הרפואה המונעת והקניית הרגלים בריאים. הפעילות נבחנת באמצעות מדדי איכות וכן מתקיימת תחרות בין כלל המרפאות המשתתפות בתהליך.

תחום ההסברה בצה"ל. הנחיות ההסברה מדגישות את החשיבות של ביצוע הרצאות בתחום החינוך לבריאות באופן שוטף. חלק מתכני החובה לכלל חיילי הבסיס, בהתאם להוראת קצין הרפואה הראשי, הינם: פגיעות אקלים, היגיינה, נזקי רעש, מחלות מין, תברואת מזון ועוד. חומר הסברה מופץ באופן שוטף ביחידות. איגרות וטיפים מופצים בימי בריאות מרכזיים דרך המנהלן הראשי בתפוצות שונות – לכלל חיילי צה"ל, למפקדים ולרופאים.

ביצוע סקרים והנפקת דו"חות. משנת 1980 מתבצע באופן שוטף סקר בקרב 5% מהמתגייסים והמשתחררים בנושאים שונים המאפשרים ללמוד על דפוסי התנהגותם: עישון, סמים, פעילות גופנית, פעילות מינית ועוד. כל שנה מופק דו"ח הרגלי הבריאות של חיילי החובה בנושאים מרכזיים: עישון, פעילות גופנית, סמים ועוד. נתונים לגבי אנשי הקבע נאספים מהמכון לבדיקות תקופתיות. כל איש קבע עובר (אחת לכמה שנים ובהתאם לגילו) סדרה של בדיקות סקר לגילוי מוקדם. כחלק מהבדיקות הוא ממלא שאלון בנוגע להרגלי הבריאות שלו. השנה הופק לראשונה דו"ח הרגלי הבריאות של אנשי הקבע מתוך איחוד של כלל הנתונים המופקים מגופים שונים. עיקרי הנתונים מצורפים בנספחים 2, 4, 5 ו-7.

ימי בריאות ליחידות בבה"ד 8 וביחידות עצמן. ימי בריאות אלה כוללים לרוב שילוב של פעילויות ספורטיביות, דוכן בריאות והרצאות בנושאי בריאות. כלל חיילי היחידה לוקחים חלק בפעילות. עשרות ימים כאלו מתקיימים בכל שנה, אחוז המשתתפים בפעילויות הינו גבוה וכך גם

שביעות הרצון מהן.

שבוע הכושר והבריאות. שבוע זה מתקיים אחת לשנה בכלל צה"ל, ובו ניתן דגש נרחב להעלאת המודעות לאורח חיים בריא. מעבר לפעילות המתבצעת בכל היחידות, קיימת בדרך-כלל יחידת מטרה שבה מושקע עיקר הפעילות – הפנינג של דוכני בריאות מתחומים שונים, הרצאות, פעילויות ספורטיביות, קביעת מסלולי הליכה, הפצת טיפים וחומרי הסברה. בסוף שבוע הכושר והבריאות מתקיימת אליפות צה"ל למפקדים הכוללת תחרויות ספורט בכל התחומים לכלל יחידות הצבא.

סדנת אורח חיים בריא. סדנא זו מתקיימת אחת לחודש בוינגייט, ופתוחה לכלל אנשי הקבע. במשך שבוע מקבלים אנשי הקבע הרצאות בנושא אורח חיים בריא (נזקי העישון, תזונה נכונה, חשיבות הפעילות הגופנית ועוד), ומבצעים פעילויות ספורטיביות ואת בוחן הכושר שהוזכר לעיל. הסדנה נערכת במטרה להעלות את הידע והמודעות של המשתתפים בנושא אורח החיים הבריא.

תוצאות ומסקנות

כלל הפעילויות המתבצעות בתחום קידום הבריאות בצה"ל הינו נרחב. הפעילות, במרבית היחידות שבהן היא קיימת, מובלת בשיתוף פעולה בין גורמי הרפואה, הספורט והתזונה ביחידה ואף מעודדת על-ידי מפקד היחידה. הפעילות זוכה לקשב ולשביעות רצון מכלל המשתתפים בה. עדיין קיימים פערים בין היחידות השונות, הן ברמת התקציבים שהן משקיעות בפרויקטים והן ברמת המשאבים הקיימים לכל אחת מהן למטרות כמו חדרי כושר, סדנאות לירידה במשקל ולגמילה מעישון, וכוח אדם האמון על קידום בריאות.

יש צורך ביצירת תשתית מידע לגבי כלל המשרתים בבסיס שתכיל נתונים כמו: גובה, משקל, סטטוס עישון ועוד. כמו כן רצוי כי כלל המרפאות יעסקו באיתור יזום של קבוצות סיכון וביצירת תוכנית טיפול בהן תוך מעקב, למשל, טיפול בבעלי BMI>30 בעזרת תוכנית מבוקרת ומפוקחת לירידה במשקל. במכון לבדיקות תקופתיות לאנשי הקבע יש צורך באכיפת ההתייבות של משרתי הקבע לבדיקות וכן בהרחבת היקף סדנאות ההסברה בנושא גמילה מעישון, תזונה, פעילות גופנית ועוד.

תוכניות למניעת עישון בצה"ל

קמפיין "לחמים בעישון כבר בתיכון". הפרויקט כולל תלמידים מרשת "אורט" ומטרתו לצמצם את מספר המעשנים בקרב בני הנוער העתידיים להתגייס לצה"ל. התלמידים נחשפים להרצאות ולפעילויות משותפות עם חיילים ואף משתתפים בתחרות על עיצוב סטיקר המבטא

את תחושותיהם לגבי העישון. הפרויקט מתבצע מזה השנה השלישית ומשלב כארבעה בתי ספר בפעילות כל שנה, בשיתוף משרד הבריאות, האגודה למלחמה בסרטן ורשת אורט.

פרויקט קד"צ אחיות מוסמכות בנושא קידום בריאות ומניעת עישון. פרויקט זה כולל תלמידות קורס אחיות מוסמכות, בשילוב קורסי החובשים, במטרה להעשיר את הידע והמודעות של החובשים לעתיד.

תוכנית "בסיסים נקיים מעישון". בסיסים רבים נכנסים לפרויקט זה על-מנת לאכוף את פקודת מטכ"ל בנוגע לאיסור עישון במקומות ציבוריים.

גמילה מעישון. הכשרת רופאים ראשוניים למתן ייעוץ לגמילה מעישון, כולל התאמת טיפול פרמקולוגי.

סדנאות גמילה מעישון. בכל שנה מתקיימות בממוצע כ-6 סדנאות.

ימי עיון בנושא עישון לסגלי הרפואה. ימי עיון אלה נערכים במטרה להרחיב את הידע של סגלי הרפואה בהתפתחויות האחרונות בתחום.

פעילות הסברתית לקראת "יום ללא עישון" הבין-לאומי. לקראת יום זה מופצים איגרת מידע ופרק בדו"ח שר הבריאות.

מה צופן העתיד? האתגרים

- הרחבת הפעילויות בתחום הגמילה מעישון;
- סבסוד תרופות בסל משלים, הרחבת מאגר הסדנאות לגמילה מעישון;
- עישון כסעיף ליקוי רפואי;
- פתיחת קורס למנחים בסדנאות גמילה מעישון.

פעילויות בנושא תזונה

מערך ההזנה בצה"ל - מצב קיים

מרבית המטבחים בצבא הינם מטבחים מבשלים, שבהם קיימים לוחות מזון הנקבעים על-פי אופי הפעילות ביחידה. הלוחות משפיעים על מגוון המוצרים המתקבלים ביחידה, ההרכב התזונתי והתכולה הקלורית שלהם. כל יחידה מקבלת מסגרת תקציבית מוגבלת לקניית מוצרים נלווים מיוחדים. המצב התברואתי ומצב התשתיות במטבח קובעים את מגוון אפשרויות הבישול. שביעות הרצון של החיילים מן הבישול ביחידות השונות נמדדת. לצד חדרי האוכל בבסיסים התפתחה לאחרונה גישה למזון מהיר בסטקיות, פיתיות, שקליות וכו'.

פעילות צה"ל בתחום התזונה

חוברת הסברה "לא סופרים קלוריות". חוברת זו נכתבה במיוחד עבור מתגייסות ומשתחררות ומחולקת להן.

מעורבות חיל הרפואה בקביעת התפריט הצה"לי העתידי במסגרת פרויקט מי"ל (מזון ישיר לחייל). בנושא זה יורחב בהמשך.

הכשרת רופאים בנושא התזונה במסגרת פרויקט רמון"א. הפעילות מתבצעת במסגרת סדנה בת 3 ימים להרחבת הידע בנושא התזונה לרופאים, תוך מתן כלים ודגשים למתן ייעוץ ראשוני במפגש הרפואי.

הכשרת טבחים בתחום התזונה הנכונה. סדנה בתחום זה מתקיימת אחת לשנה.

הכנסת מוצרים דלי-שומן לשקמיות.

סדנת תזונה נכונה. במכון לבדיקות תקופתיות מתבצעת סדנה לתזונה נכונה בהנחיית פסיכולוגית ודיאטנית לכלל אנשי הקבע. בממוצע מתקיימות ארבע סדנאות בשנה.

תוכנית שינויים בגיזרה (בשיתוף גל"צ). תוכנית זו מלווה אנשי קבע בעלי BMI גבוה בתוכנית הרזייה וכושר, בהנחייתו של יאיר קרני. ראיונות עם המשתתפים משודרים באופן קבוע בגל"צ. זו התוכנית הראשונה שבוצעה בתחום.

מגבלות צה"ל בתחום התזונה

רכש המזון לחיילים מתבצע על-ידי היחידה, שנתונה לסד תקציבי קשה המשפיע באופן ישיר וברור על הפריטים הנרכשים. סוג המזון הנרכש מושפע גם מאילוצי תשתית המגבילים את אפשרויות הרכש. בניית התפריט ביחידה נעשית בשאיפה לרצות את הסועדים וטעמם, תוך ניסיון ליצור את מירב הגיוון בהתחשב בתקציב. המזון מבושל על-פי-רוב ביחידות, כך שאיכותו וטעמו תלויים בכוח האדם האמון על המשימה.

אין בקרה ברמה המטכ"לית על המינון של מזון בריא ומזון לא בריא המסופק לסועדים.

מודעות כוח האדם האמון על התזונה בבסיסים בנושא תזונה בריאה הינה נמוכה מאוד.

מניתוח מרכז מזון עולה כי בשל אילוצי תקציב, רכישת פריטים המוגדרים כ"לא בריאים" הינה גדולה מאוד, והם שכיחים בארוחות יותר ממוצרי מזון בריאים שעלותם גבוהה. לדוגמא, במשק הבשר מוגדר 80% מהמזון המסופק כלא בריא.

פעילויות מתוכננות

מחקר מב"ת (מחקר בריאות ותזונה) צבאי. עקב היעדר מידע מספק על הרגלי הצריכה והתזונה של חיילי צה"ל יתבצע מחקר זה החל בשנת העבודה 2006.

פרויקט מי"ל – מזון ישר לחייל. פרויקט זה גורר שינויים במדיניות הארגונית, ומעבר להסעדה על-ידי קבלנים אזרחיים. בין היעדים שנקבעו בפרויקט: שיפור מערך ההזנה, איכות המזון ורמת השירות, באמצעות יכולת שליטה ובקרה על כל מערך ההזנה בצבא וצמצום הסיכון התברואתי.

המלצות בתחום התזונה

- הגבלת היקף המזון הלא בריא המסופק, תוך קביעת המינון לצריכת סוגי מזון שונים;
- הכשרה והעלאת המודעות בנושא מזון בריא לסגלי המטבחים;
- הגדרת 'בישול בריא' והנחיית המבשלים בבישול כזה;
- הגדרת מדיניות לניצול תקציבי התזונה תוך ראיית התזונה הבריאה כמובילת המדיניות;
- הרחבת היקף הסדנאות בנושא תזונה בריאה.

פעילות גופנית בצה"ל**המצב הקיים**

אחת לשנה מתקיימים מרוצים ואלופיות כגון מירוץ רמת גן ואלופות צה"ל למפקדים. קיים מערך של מדריכי אימון גופני המספקים ייעוץ אישי בחדרי כושר והתאמת תוכנית אימונים אישית. מדריכי האימון הגופני מנחים את הפעילות הגופנית המתקיימת ביחידות, בקורסים ובימי הבריאות.

פעילויות מומלצות

- פרויקט הרזייה ופעילות גופנית (כדוגמת "שינויים בגיזרה") כחובה לכל הקצינים והנגדים עם רמת BMI של 30 ומעלה.
- שיפור תשתיות האימון הגופני ביחידות: פתיחה של חדרי כושר וספינינג ביחידות.
- מתן תוכניות אימונים אישיות וחוגים במסגרת שעות העבודה (הדבר תלוי בתקציב סל חוגים ומרצים).
- תגמול יחידות שמשפרות באחוז ניכר את שיעור העיסוק בפעילות גופנית, את רמת הכושר הגופני או את אחוזי הירידה במשקל.
- שילוב "חבר" בפעילויות הספורט לאנשי הקבע, לדוגמה: חוג מטיילים באופני הרים ביערות

קק"ל.

- יצירת קבוצות בצה"ל שישולבו בליגה למקומות עבודה במרחבים השונים כגון: כדורסל, כדורגל, אופניים, ריצת ניווט, טריאתלון ועוד.
- הרחבת השימוש בנקודות ספורט למנויים ובחוגי כושר גופני במתקנים אזרחיים.

הדרך האופטימלית להשגת היעדים בתחום הפעילות הגופנית

- קיום ההוראות והפקודות בנושאים אלו.
- יצירת שיתוף פעולה עם גורמים מחוץ לצבא בפרויקטים משותפים, ולימוד תוכניות שזכו להצלחה וניתן להתאימן לצבא.
- הקצאת משאבים לפעילויות ביחידות, תוך צמצום הפערים התקציביים בין הפיקודים והזרועות.
- הגדלת זמינות כוח אדם האמון על קידום הבריאות ביחידות.
- הובלת מפקדים: הנחייה מהדרג הבכיר כלפי מטה, הגורמת להתנעת תהליכים ולשינוי הרצוי.

המלצות בתחום הפעילות הגופנית

- יש לקבוע מדדים לבסיס בריא ופעיל (תחרות על פרס הרמטכ"ל).
- יש לוודא כי הפעילות הגופנית והפעילות לקידום בריאות ביחידה ביחידה (הן פעילויות הסברה והן מדדים פיזיים) תיבדקנה על-ידי ביקורת אגף כוח-אדם.
- יש לבצע "טיפול 10,000" – הסברה בנושא חשיבות הפעילות הגופנית בחיי היום יום (פדומטר).
- יש להרחיב את סל השירותים הקיים לאנשי הקבע והחובה כאחד, לדוגמא: הרחבת מגוון הסדנאות, הקצאת מרצים והוספת חדרי כושר בכלל היחידות.

קידום בריאות במשטרת ישראל**תוכנית אינטגרטיבית כלל-ארגונית**

"סקר הרגלים" שביצעה מחלקת הרפואה של משטרת ישראל באפריל 2004 בקרב השוטרים, לשם מיפוי בעיותיהם, גורמי הסיכון ואורחות החיים שלהם, הצביע על בעיות בתחום ההשמנה, היעדר פעילות גופנית ועישון אצל השוטרים. התוכנית שהוצעה לפתרון הבעיה היתה כוללת והתמקדה בעיקר ברווחת השוטר ובאיכות חייו. זאת מתוך דאגה לפרט ולרווחתו, אך גם בשל המחויבות של משטרת ישראל לביצועי שוטריה, והלימה לייעודה כנותנת שירות. התפיסה הכוללת מניחה כי רווחת הפרט, שמירה על בריאותו וקידומה הם תנאים הכרחיים להוכחת הדאגה של הארגון לפרט ולהבטחת היעילות המירבית של השוטר במילוי תפקידו.

מבנה

היישום היעיל של התוכנית מחייב שיתוף פעולה בין כל הגורמים המעורבים בה, בכלל זה המפקדים, שלהם תפקיד מפתח בהצלחת התוכנית. רק אינטגרציה מלאה בין הגורמים השונים יכולה להביא למיצויה המלא של התוכנית. ההנחה היא כי את המהלך כולו צריך להוביל הקרפ"ר, שהינו, יחד עם הרופאים והחובשים במערך הרפואה, הממונה העיקרי על בריאותו של השוטר במשטרת ישראל.

התוכנית כוללת שלושה צעדים מרכזיים:**1. שינוי התנהגות ברמת הפרט.**

מטרות צעד זה הינן מיסוד הפעילות הגופנית כחלק משגרת החיים של השוטר וכחלק משגרת העבודה בארגון, הקניית הרגלים נכונים בתחום התזונה וצמצום שיעורי ההשמנה. בניית צעד זה התבססה על ייעוץ של רופא כמוביל שינוי.

השינוי בתחום הפעילות הגופנית כלל את השלבים הבאים: תחילה החליטו קובעי המדיניות במשטרה על ביצוע פעילות גופנית כפעילות חובה במסגרת שעות העבודה. בשלב השני התקיים קמפיין הסברתי המפיץ את החלטת המטה. בשלב השלישי התבקש כל שוטר למלא שאלון רפואי. בשלב הרביעי הגיעו השוטרים לרופא, אשר בנה תוכנית פעילות אישית לכל שוטר. בשלב החמישי הגיעו השוטרים לחדרי כושר ושם בנו עבורם מדריכי הכושר תוכנית אישית. בשלב השישי מיישמים השוטרים את התוכנית האישית שהוכנה עבורם בחדרי הכושר השייכים למשטרה או במתקנים אזרחיים, על-פי הסדר. לאורך כל התקופה ישנו מעקב וליווי מקצועי של הרופא ושל מדריך הכושר.

השינוי בתחום התזונה כלל את הרכיבים הבאים: בשלב הבירור ייעץ הרופא היחידתי לשוטרים בנושאי תזונה והמליץ, על-פי שיקול דעתו, על פנייה לדיאטנית. בכל מחוז קיימת מרפאה אשר בה ניתנים טיפולים פרטניים לשוטרים הזקוקים להם. כמו כן חלה התערבות במטבחים שכללה בניית תפריט יומי, שבועי וחדשי עבורם. כתיבת המתכונים נעשתה בהתאם לתפריטים ובהתאמה לפעילות השוטרים, תוך מתן דגש לאוכלוסיות מיוחדות (אנשים הזקוקים למזון דל מלח או דל סוכר, צמחוניים). התבצע חישוב קלורי ותזונתי למתכונים השונים, והם יושמו במטבחי המשטרה על-ידי טבחי המשטרה בליווי אנשי מקצוע מהתחום.

השינוי בתחום החינוך לבריאות כלל את המרכיבים הבאים: בניית פינות מודעות תוך שימת דגש על העברת מסרים בתחום הרגלי תזונה – טיפים, הדרכה לגבי כמויות נצרכות רצויות, תחליפים ופירוט הערכים התזונתיים של המתכונים המוגשים בחדר האוכל.

השינוי בתחום העישון היה כרוך בפעילויות הבאות: הרופא היחידתי הסביר לשוטרים המעשנים על הסכנות הבריאותיות הכרוכות בכך, המליץ להם על-פי שיקול דעתו לערוך בדיקות בריאותיות נוספות ועודד אותם להצטרף לקבוצות גמילה שהתקיימו במחוזות השונים.

2. שיפור סביבת העבודה

מטרות צעד זה היו: שינוי התפריטים, שיטות הבישול והרגלי הצריכה בחדרי האוכל; יצירת סביבות עבודה נקיות מעישון במתקני משטרת ישראל; מניעת מחלות מקצוע ופגיעות בעבודה האופיינית לעיסוקו של השוטר; הגנה על העובדים מפני גורמי סיכון בעבודה ובסביבתה. יצירת סביבות פיזיות נקיות מעישון בוצעה בשלבים הבאים: תחילה נתקבלה החלטה של קובעי המדיניות על איסור עישון במתקנים השונים. תוכננה תוכנית עבודה מתאימה ליישום שכללה קביעת נהלים וגיוס "נאמני עישון" לביצוע ההחלטה. בשלב הבא נערך קמפיין הסברתי מקיף שבו הוצגו מרכיבי התוכנית. לאחר מכן יושמו התקנות והוחל במעקב ובאכיפה. בתחום הבריאות התעסוקתית נערך זיהוי חשיפה לגורמי סיכון תעסוקתיים. תחילה הוגדר הצורך בביצוע בדיקות למקצועות השונים, לאחר מכן מופו העובדים העוסקים המקצועות אלו, הבדיקות תואמו ובוצעו תוך מעקב אחר הביצוע וטיפול בממצאים חריגים.

3. מדידה ומעקב

בחינת תוצאי פעולות ההתערבות היא שלב חשוב ומתבקש, שכן ממנה אפשר יהיה להקיש אילו מרכיבים מן התוכנית הינם יעילים ובאיזו מידה הושגו המטרות שנקבעו מראש. שיטות המדידה והמעקב כללו: הגדרת מדדים לכל רכיב בתוכנית; פיתוח תוכנה או התאמת

תוכנה קיימת לניהול, הזנת הנתונים ומעקב אחר המדדים; ביצוע מבחן בסיס או איסוף נתוני בסיס לפני ביצוע ההתערבות; איסוף נתונים, ביצוע מבחנים תקופתיים ומעקב אחר השינויים לכל אורך התוכנית; ניתוח הנתונים ובניית תוכניות המשך.

עקרונות הבסיס של תוכנית ההתערבות

- יצירת שינוי והדגשתו בעיקר בקרב המפקדים, המהווים מודל לחיקוי;
- תהליך קבלת החלטות המתחיל בקובעי המדיניות ומחלחל לכל רבדי הארגון;
- הובלת המערך על-ידי אנשי הרפואה בארגון;
- העלאת מודעות קהל היעד באמצעות עריכת "ימי בריאות": הפנינג נרחב שבו מחולקים אביזרים, מוצרים ועלוני מידע, מוצגות תוכניות לקידום אורח חיים בריא ונערכות בדיקות סקירה שונות. עד היום התקיימו 33 ירידי בריאות, בהשתתפות כ-10,000 שוטרים.

אפקטיביות השינוי - מדדים ארגוניים

- ביצוע שיעורים שבועיים של פעילות גופנית במסגרת שעות העבודה;
- הטמעה הדרגתית של סביבה ללא עישון;
- שינוי תזונתי בחדרי האוכל;
- ביצוע סדנאות מתקנות במסגרת שעות העבודה.

אפקטיביות השינוי

- מספר השוטרים המשתתפים בתוכנית - 8,900.
- מספר השוטרים העוסקים בפעילות גופנית במסגרת שעות העבודה - 5,700.
- מספר המשתתפים בסדנאות לגמילה מעישון - 438.
- מספר המשתתפים שהפסיקו לעשן למשך שנה או יותר - 167 (38% מהמשתתפים בסדנאות).

שאלות לדיון

- האם ראוי שצה"ל יעסוק בקידום מטרות הנוגעות לחברה ולא ישירות לתפקודו העיקרי?
- באיזו מידה מהווה רמת ההיררכיה של הארגון גורם משפיע על אפקטיביות העשייה בתחום קידום הבריאות? מהם גבולותיה, יתרונותיה וחסרונותיה של אכיפה על-ידי פקודות מול חינוך תוך שיתוף וקבלת עול מרצון - עד היכן ראוי לנקוט אמצעים האוסרים עישון? האם נכון לכפות פעילות גופנית?
- מהו תפקיד מקום העבודה במכלול העשייה בתחום קידום הבריאות בהשוואה להשפעות ממקורות אחרים? מהי האפקטיביות של גוף זה בהינתן פרק הזמן המוגבל שבו מצוי העובד במקום העבודה ובהתחשב בהשפעות חיצוניות?
- כיצד ניתן להשפיע על אקלים חברתי ובטיחותי במקומות העבודה למען השקעת משאבים פנימיים לתמיכה בקידום בריאות, כחלק ממטרה חברתית וכתמריץ עסקי ליצירת תדמית רצויה בקרב הציבור הרחב?
- מה הם שיתופי הפעולה הרצויים בין מקומות עבודה למערכות אחרות, ומה צריכה להיות מעורבות משרד הבריאות?
- באיזה מידה נכון ליצור סטנדרטיזציה של קידום בריאות ותחרותיות בתוצאות בכלל מקומות העבודה, ומה צריכה להיות התשתית הארגונית הלאומית התומכת בכך? האם יש מקום להענקת תמריצים? ואם כן - מי אחראי לספקם?

דיון

צה"ל כמקדם בריאות

צה"ל כולל שתי אוכלוסיות עיקריות: צבא הקבע - אוכלוסייה של עובדים, בדומה לכל מקום עבודה אחר, וצבא העם - אוכלוסייה של חיילים בשירות חובה. סוגיית קידום הבריאות בקרב אוכלוסיית הקבע היא פשוטה למדי. בעקבות הדיון על היתרונות הכלכליים שיש למקום עבודה בעקבות יישום תוכניות לקידום בריאות, הרי שבאוכלוסיית הקבע היתרון הוא כפול, שכן צה"ל הוא המבטח הרפואי של איש צבא הקבע וכל ההוצאות הרפואיות עבורו חלות על הצבא. לכן, לצה"ל אינטרס ברור, ולו בתחום הכלכלי, ליישם תוכניות לקידום בריאות בקרב אוכלוסייה זו. לגבי אוכלוסיית החיילים בשירות חובה יש לבחון היבטים שונים של הסוגיה. חייל החובה שווה בצה"ל תקופה קצרה יחסית, ולכן מפירות השקעת הצבא בקידום בריאותו ייהנו המבטחים האחרים במדינה - קופות החולים. המשוואה הכלכלית, אם כן, אינה מייצרת עבור צה"ל מוטיבציה לפעולה במבחן עלות-תועלת. מהו המודל שעל-פיו יש לפעול כלפי אוכלוסייה זו? לצבא העם תפקיד חשוב בעיצוב האישיות והקניית הערכים של המשרתים בו. צה"ל תופס

תפקיד מהותי ובעל השפעה רבה בחברה בישראל. נושא החינוך לבריאות לא נבדל מפרויקטים חינוכיים אחרים, דוגמת לימוד עברית, שגם בהם עוסק צה"ל. לכן, צה"ל מהווה מסגרת מתאימה שיש לנצל להקניית ערכים גם בתחום קידום הבריאות. כל עוד קיים צבא העם, אשר ייעודו אינו מצומצם למטרות בטחוניות, והוא כולל מרכיבים חברתיים לא מבוטלים של קליטת עליה וחינוך, גם עיסוק בבריאות החברה הוא רלוונטי בו.

אנו מבדילים בין העיסוק בקידום הבריאות לבין המקורות למשאבים המיועדים למטרה זו. בהחלט נשאלת השאלה, האם צה"ל, כמסגרת המאפשרת הזדמנות (אולי אחרונה) להשפעה על אוכלוסייה מרוכזת, אמור גם לשאת בעלות ולהקצות משאבים פנימיים לקידום בריאות בקרב חיילי החובה, או שיש צורך בהשקעת משאבים לאומיים על-מנת לאפשר לצה"ל להתמודד עם סוגיה זו.

אכיפה אל מול שיתוף פעולה מרצון

הפרט צריך להיות שותף מלא בתהליך קבלת ההחלטות הקשורות לקידום הבריאות. שילוב פעיל של כלל העובדים בהגדרת הצרכים, בפיתוח התוכניות לקידום בריאות ובהפעלתן הוא אבן יסוד בתהליך.

אנו סבורים כי כפייה כשיטה אינה צעד נכון. קידום בריאות במקום העבודה מהווה שינוי תפיסתי ומחשבתי ומבטא גישה חדשה בתחום השירות לעובד, שמטרתה להביא לשיפור איכות חייו ובריאותו. רווחת העובד קשורה במידה רבה בבריאותו האישית. קידום בריאות במקום העבודה הוא בבחינת תהליך win-win לעובד, לארגון ולחברה בכללותה, ולכן המטרה היא לעצב תרבות ארגונית אחרת.

אין ויכוח כי על החוקים הנוגעים לבריאות העובד להתקיים בכל מקום עבודה, ובכלל זה החוק האוסר על עישון במקומות עבודה. נשאלת השאלה האם רשאי המעסיק והאם יהיה זה נכון מצדו להרחיב את הקבוע בחוק ולהחיל על העובדים הוראות והנחיות דוגמת סביבה נקייה מעישון בכלל המבנים במפעל. והאם נכון לעודד שינויי חקיקה כך שיחולו גם על הצבא?

אנו סבורים כי יש למצוא את האיזון הנכון בין טובת הפרט וחירות הפרט לבין טובת הכלל, ובכלל זה טובת המפעל או הארגון. המוטיב "להגן על הבריא" הוא נושא מרכזי בסוגיה זו. בהתייחס למוטיב זה, הזכות האישית של המעשן לעשן פגה ברגע שהוא פוגע באחר. כלומר, קו הגבול לקיום זכויות הפרט וחירותו עובר על-פי מידת הנזק הנגרם לאחר. על המעסיק למצוא את הדרך שבה הוא ישיג את מטרותיו ויעדיו מצד אחד, אך לא יפגע בחלק מהעובדים מצד שני. לדוגמה, מעסיק המבקש להנחיל סביבה נקייה מעישון בתוך מתקני העסק יצטרך למצוא פתרונות

הולמים לעובדים המעשנים כגון: סדנאות גמילה מעישון על חשבון המעסיק ובזמן העבודה, אזור מוגדר בתחומי המפעל שבו יוכלו המעשנים לעשן מבלי להפריע לאחרים, תמריצים לאלו שיפסיקו לעשן וכו'.

הארוחות במקום העבודה הן הטבה הניתנת לעובד במסגרת הסכמי השכר. יהיה זה סביר לדרוש כי המעסיק המממן ארוחות אלו יהיה אחראי גם לאיכותן ולהתאמתן לבריאות העובד. בכל מקרה, בידי העובד נותר החופש להביא מזון מהבית. ההתמודדות עם סוגיית המזון צריכה להיות משולבת גם בתהליך הסברתי וגם בתהליך התאמת התזונה במקום העבודה לטווח הבריאותי. מבחינת המעסיק קיים אינטרס ברור לשנות את הרכב התזונה, שכן לא ירחק היום שבו יחלו להופיע תביעות כנגד מעסיקים על פגיעה בבריאות הנגרמת מתזונה לקויה במקום העבודה.

האם לגיטימי שמעסיק יתנה הטבה של מימון אביזרי ספורט בביצוע בפועל של פעילות ספורט כלשהי? אנו סבורים שכן. היתרונות בביצוע פעילות גופנית מעוגנים במחקרים רבים. כאן פועל העיקרון "כל עוד הדרישה לביצוע אינה מזיקה, ניתן לדרוש זאת". כל עוד העובד מבצע פעילות גופנית על-פי יכולתו ובהתאם למצבו הבריאותי, ניתן להתנות קבלת הטבה בפעילות הזו. הביצוע בפועל נותן תמריץ חיובי לקבלת ההטבה.

לסיכום, אנו סבורים שהשימוש "בכוח" באמצעות פקודות וחוקים לקידום הבריאות אפשרי אך מוגבל. בכל התנהגות נדרש איזון עדין בין הפרט לבין הכלל. איזון זה נבחן באמצעות מבחני הנזק ומבחני היכולת. לאור זה, נראה לנו סביר לחייב עובד להימנע מעישון במסגרת העבודה, אך לא לכפות עליו הימנעות מעישון מחוץ לשעות העבודה. ניתן לחייב עובד להגיע אל מקום ביצוע הפעילות הגופנית ואף להשתתף לפי יכולתו (למשל, הליכה במקום ריצה), אך לא ניתן לחייבו בפעילות זו מחוץ למסגרת העבודה. בארגונים מסוימים העובדים יידרשו לעמידה בתנאים חריגים אך לגיטימיים בתחומים שבהם אנו עוסקים. כך, ארגון העוסק במוצרי ספורט רשאי להתנות קבלת עובדים בהיותם בעלי יכולות ספורטיביות ברורות, וארגון העוסק בשיווק מוצרי לבוש וטיפוח ידרוש עובדים בעלי גזרה ומשקל מתאימים.

חלקו של מקום העבודה במכלול העשייה בתחום קידום הבריאות

קיים מתאם חיובי גבוה בין דפוסי החיים, העבודה והפנאי, לבין בריאות הפרט. העיקרון בעניין זה הוא, כי נדרש שתתקיים זיקה בין שעות העבודה ושעות הפנאי. על הארגון לעצב את העבודה כך שתעודד יצירת מסגרת בריאה יותר. כמו כן, כחלק מקידום הבריאות ניתן ליצור תנאי עבודה בטוחים, מספקים ומהנים. בראייה כוללת, מקום העבודה נמצא על רצף של מסגרות חיים במהלך חיי היחיד, מסגרות שביניהן קיימות השפעות הדדיות.

התמריץ הכלכלי הוא גורם מרכזי בשכנוע מקום העבודה להשתתף בתוכניות לקידום בריאות. בעקבות חשיפת היתרונות הכלכליים כתוצאה מיישום תוכניות לקידום בריאות, ישקיעו ארגונים משאבים פנימיים להשגת יעדים כמו צמצום היעדרות מפאת מחלה וצמצום תחלופה. בנוסף, ראוי לשלב בתהליך את העובדים כצוות וכפרטים. על העובדים להיות שותפים מלאים וחשובים בכל תהליכי קבלת ההחלטות הקשורות לקידום בריאות.

מקומם של שיתופי פעולה

שיתופי פעולה בין מקומות עבודה לבין עצמם ובינם לבין מערכות אחרות בתחום קידום הבריאות הינם חיוניים, בראש ובראשונה לשם העברת הידע והניסיון המצטבר. תפקידם של שיתופי הפעולה הינו להעצים את האפקט המושג מקידום בריאות בארגון אחד ואת השפעתו במכלול העשייה בחברה. בנוסף לכך, שיתופי הפעולה חיוניים בעיקר ביצירת סטנדרטיזציה במסרים, במבנה ובתהליכים שאותם אנו רוצים להשתית בחברה. למשרד הבריאות, כאחראי על בריאות הציבור, תפקיד מרכזי בבניית מודלים, ברמה הלאומית, של תוכניות לקידום בריאות המותאמות למקומות עבודה שונים. נשאלת השאלה עד כמה צריך משרד הבריאות להיות מעורב בתהליכים אלה. אנו רואים חשיבות ביצירת "ארגז כלים" ליישום תוכניות לקידום בריאות במקומות עבודה. משרד הבריאות ישמש כגורם המנחה מקצועית את התוכניות תוך הותרת מרווח גמישות ביישום, ואילו מקום העבודה יישם אותן על-פי המדיניות המותווה.

סטנדרטיזציה ותשתית ארגונית לאומית

קביעת היעדים והתוצאות הרצויות מיישום תהליכים בקידום הבריאות בהיבט הלאומי ראוי שתתבסס על מדיניות אחידה של הגורם המקצועי והאחראי במדינת ישראל על בריאות הציבור. כמו בכל תחום ונושא שרוצים לקדם, גם בתחום קידום הבריאות יש מקום ליצור תחרותיות. ניתן לקבוע רף בתחום זה באמצעות תעודת תקן שתינתן למקום העבודה, דוגמת ISO ("בריאזו" – מושג אשר יתג את מקומות העבודה ויתרום לתדמיתם כעסקים הדואגים לרווחת

העובד ולבריאותו).

למקום העבודה ולתנאי ההעסקה השפעה רבה על בריאות העובד. ריבוי תאונות או ריבוי מחלות מהווה נטל על מוסדות הרווחה במדינה ובסופו של דבר על תקציב המדינה. לתוכניות בתחום קידום הבריאות במקום העבודה תוצאות מוכחות בהפחתת היעדרות מפאת מחלה, מחלות ותאונות, ולכן, בנוסף ליתרונות שמפיק מהן המעסיק, קיים אינטרס ברור של המדינה לעודד מעסיקים ליישם תוכניות מסוג זה, שכן אלו עשויות להפחית את ההוצאה הכוללת על טיפול בנזקים בהיעדר תוכניות לקידום בריאות. המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים עומדים בחזית ההוצאה על בריאות העובד, הן בתחום הטיפולי והן בקצבאות הניתנות בגין אובדן כושר עבודה. לכן, ראוי שמוסדות אלו יגדילו את השקעתם במקומות עבודה הן בתחום המשאבים הכספיים והן בבניית מודלים ליישום במקומות העבודה השונים. במאמר של Lowe משנת 2003³ מצוטטים מספר מחקרים המוכיחים החזר חיובי על ההשקעה.

המלצות

- בניית מודלים ברמה הלאומית של תוכניות לקידום בריאות המותאמות למקומות עבודה שונים.
- השקעה של משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים בהבניית מערך תומך ליישום תוכניות לקידום בריאות במקומות העבודה.
- בניית מערך מענקים ותמריצים למקומות עבודה שיישמו תוכניות לקידום בריאות ויעמדו ביעדים.
- עידוד שיתופי פעולה בין מקומות עבודה לבין עצמם ובינם לבין מוסדות הקהילה לשם העצמת האפקט של קידום הבריאות באמצעות העברת ידע, משאבים ותמיכה מקצועית.

מערכות קהילתיות מקדמות בריאות, בדגש על הרשויות המקומיות

פעילויות לקידום בריאות בקהילה – סקירה

תוכניות לקידום בריאות בקהילה, בתחומים הנדונים, מתבצעות על-ידי מספר גופים, ביניהם נציגי לשכות הבריאות של משרד הבריאות, נציגי קופות החולים וכן גופים שמחוץ למערכת הבריאות. חלקם פועלים בתיאום עם הרשויות המקומיות הרלבנטיות, על אגפיהן הספציפיים, חלקם שותפים במערך הכולל של הרשות המקומית (ראה להלן) ויש גם הפועלים באופן עצמאי בשטח. להלן מספר דוגמאות לכך (יש לציין כי אין ריכוז עדכני של פעילויות אלה, ועל כן המידע מובא על סמך היכרות אנשי הצוות ו/או בדיקת אתרים באינטרנט).

פעילות של ארגונים

- “אשל” – האגודה לתכנון ופיתוח שירותים למען הזקן בישראל עוסקת בפעילות לקידום תזונה נבונה ופעילות גופנית באוכלוסייה זו¹. הפעילות כוללת: מפגשי הדרכה המועברים על-ידי מתנדבים שהוכשרו לכך, חוגי ספורט מסובסדים, “נאמני הליכה”, שיפור תזונה בבתי אבות בפיקוח תזונאיות. התוכנית כולה מופעלת בשיתוף הגורם המקצועי ברשות המקומית ובהשגחתו.
- המרכז לבריאות האישה של הדסה, בשיתוף משרד הבריאות והרשויות מקומיות – מרכז זה פועל למען העצמת נשים בקהילה להובלת קידום בריאות. פעילות מקיפה מתקיימת רק בבית שמש ובאבו-גוש.
- עמותת “ישראל בשביל אופניים” – העמותה מעודדת “תעבורה פעילה” (אופניים, הליכה ותחבורה ציבורית) בשגרה היומית, כתחליף לנסיעה ברכב פרטי.
- “הדסה ישראל” – מתנדבות מטעם הארגון פועלות בקהילה להעלאת מודעות הציבור לבעיית העישון. הפעילות מוגבלת לירושלים.
- האגודה למלחמה בסרטן פועלת בתחום המאבק בעישון, באמצעות הסברה בתחומי מניעת ההתמכרות לעישון, גמילה מעישון וקידום החקיקה והאכיפה (האגודה אף מקבלת פניות מהציבור בעניין הפרת החוק). האגודה מפעילה “טלמידע”, שירות מידע טלפוני. כ-40% מהפונים ל”טלמידע” הם בני נוער. האגודה שותפה לפרויקט “עמיתים” של משרד החינוך, שבמסגרתו מוכשרים בני נוער, מובילי דעה בקרב בני גילם.

“מתנ”ס מקדם בריאות”

תוכנית זו הינה מסגרת ייחודית שהתפתחה בארץ. התוכנית מופעלת משנת 1994 על-ידי מדור קידום הבריאות בחברה למתנ”סים, במימון הוועדה לקידום בריאות במשרד הבריאות. התוכנית מקיפה עד כה למעלה מ-100 מתנ”סים של החברה למתנ”סים, בפריסה ארצית ובכלל המגזרים. התוכנית מופעלת בהתאם לעקרונות קידום הבריאות כפי שהוצהרו באמנת אוטווה, ומדגישה את העצמת הקהילה ושיתופה בפעילויות מקדמות בריאות. התוכניות לקידום בריאות במתנ”סים מופעלות בשיתוף פעולה עם גופים וארגונים מקצועיים המביאים את הידע, בעוד המתנ”ס מספק את המסגרת הארגונית-קהילתית.

- אחד העקרונות המנחים “מתנ”ס מקדם בריאות” הינו בחירת נושא לקידום הבריאות על-פי זיהוי הצרכים הספציפיים בקהילה שבה התוכנית עומדת להיות מופעלת.
- מעבר להפעלת תוכניות לקידום הבריאות בקהילה, מדגיש “מתנ”ס מקדם בריאות” את חשיבות ההטמעה של נושא קידום הבריאות בכל פעילויות הקהילה: יצירת סביבה פיזית מקדמת בריאות, מדיניות מקדמת בריאות (מזון בריאות בשיבות ובגני המתנ”ס והמעונות שלו, מניעת עישון בכל רחבי המתנ”ס, סביבה מטופחת, הצללה ובטיחות בפעילויות בכלל ובפעילויות הקיץ בפרט, גן בטוח ועוד).
- בעקבות “התמחות” המתנ”סים בתוכניות קידום בריאות נפרצה דרך לגופים ולארגונים נוספים לשיתוף פעולה עם החברה למתנ”סים בהפעלת תוכניות כגון:
- פרויקט “אישה” – מנהיגות נשים בקידום בריאות נשים במימון קהילת קליבלנד והסוכנות היהודית.
- פרויקט “הולכים ורוכבים בשביל הבריאות” – פרויקט משותף עם איגוד הקרדיולוגים ואיגוד האופניים במימון חברת פיזר לתרופות.
- פרויקט מתוכנן ישראלי-ירדני למנהיגות נשים בקידום בריאות ודו-קיום, במימון קהילת קליבלנד.
- פרויקט ייעודי לקידום הבריאות בקרב עולי הפלאשמורה.

רשויות מקומיות

הרשויות המקומיות עוסקות לא מעט בקידום הבריאות, מעצם תפקידן כאחראיות לאיכות חיי התושב. הן פועלות לשיפור הגורמים המשפיעים על הבריאות - חינוך, רווחה, ניקיון, תשתיות, איכות הסביבה, פעילות פנאי ועוד. בתחומי ההתנהגויות הבריאותיות הנדונות בפרק זה אין זו מחויבותה הרשמית של הרשות המקומית לפעול, למעט אכיפת החוקים המגבילים את העישון. אכיפה זו לרוב אינה מתבצעת. בתחום הפעילות הגופנית הותקנו בחלק מן הערים מסלולי הליכה בסיוע קופות החולים, על-מנת לאפשר לתושבים להרחיב את פעילותם הגופנית. רשויות מקומיות אשר חברו ל"רשת ערים בריאות" מחויבות לקידום בריאות תושביהן ולאיימוץ תבנית של "מסגרת מקדמת בריאות".

"ערים בריאות"

המסגרת הראשונה שפותחה על-ידי ארגון הבריאות העולמי כמקדמת בריאות היא "העיר הבריאה"³. נקודת המוצא של קונספט זה היא ההכרה בחשיבותה של הרשות המקומית בפיתוח הבריאות, מתוקף הסמכות שניתנה לה לפעול על דטרמיננטים של בריאות (חברתיים, כלכליים וסביבתיים) וחשיבותה בפיתוח שותפויות לקידום הבריאות. הרשות המקומית אחראית למימוש התנאים המאפשרים את קידום הבריאות.

"עיר בריאה" היא זו שבה קיימת מודעות לבריאות כערך ומחויבות פוליטית לפעול להפיכת חזון "בריאות לכל" למציאות. בהתחייבות זו מאמצת העיר הבריאה שלוש אמנות בין-לאומיות: "בריאות לכל", "אמנת אוטווה לקידום הבריאות" ו"אג'נדה מקומית 21 לפיתוח בר-קיימא". - "בריאות לכל" הוא מסמך עקרונות שנוסח על-ידי ארגון הבריאות העולמי ב-1977, ועודכן בשנת 1998 למסמך "בריאות 21". - אמנת אוטווה לקידום הבריאות נוסחה בסיום הכנס הבינלאומי הראשון לקידום הבריאות, ב-1986. - "אג'נדה 21 לפיתוח בר-קיימא" הינה התחייבות של ראשי הערים הבריאות לפעול גם למען פיתוח בר-קיימא בעריהם. ההתחייבות ניתנה בהצהרת אתונה, בסיום הכנס הבינלאומי של הערים הבריאות ב-1998.

כדי לפעול לקידום בריאות וקיימות (פיתוח בר-קיימא), מתחייבת "העיר הבריאה" להכיר תחילה את מצב הבריאות של אוכלוסייתה על כל רבדיה, להכיר את המאפיינים החברתיים-כלכליים והסביבתיים הקשורים למצב הבריאות, לזהות את הפערים הבריאותיים, למפות את השירותים והתוכניות בעיר, לעמוד על דפוסי השימוש בהם ולבחון את ההלימה ביניהם לבין צרכי האוכלוסייה (מיפוי זה מכונה "פרופיל בריאות עירוני"). פעולה זו נעשית בצוות בין-תחומי, בין-מגזרי ובשיתוף התושבים. על בסיס ממצאי הפרופיל מקיימת העיר הבריאה תהליך משתף של תכנון אסטרטגי לפיתוח הבריאות והקיימות. מתוכנית זו נגזרות תוכניות פעולה המשתלבות בתוכניות העירוניות ובאלה של הארגונים השותפים לתהליך ופועלים בעיר.

ארגון הבריאות העולמי מוביל את תנועת הערים הבריאות בכל אחד מאזורי הפעילות שלו ברחבי העולם. הרשת הישראלית של הערים הבריאות מחויבת כלפי הרשת האירופית, מעצם ההכרה שקיבלה מארגון הבריאות העולמי כחברה מן המניין ברשת זו. הרשת האירופית, בשלב הנוכחי של פעולתה, שמה דגש על תהליכים של מחויבות פוליטית, שינוי ארגוני ברשות המקומית, בניית יכולות, תכנון משתף ופרויקטים חדשניים. היא מקדמת מדיניות עירונית כוללת הנשענת על הערכת צרכים, עם דגש מיוחד על אי-שוויוניות ועוני בערים, צרכים מיוחדים של קבוצות פגיעות, פעילות כלפי הגורמים הכלכליים, החברתיים והסביבתיים המשפיעים על הבריאות ומינהל איכותי משתף.

רוב תהליכי ההערכה שנעשו בערים הבריאות ברשת האירופית עסקו בהערכת המבנה והתהליכים. מחקרים אלה הדגימו, עם השנים, את תהליך ההפנמה של תבנית המסגרת מקדמת הבריאות. בסקר שנערך בשנים 94-1993 ב-10 ערים באנגליה ובהולנד⁴ נבחנה מידת הפנמתה של מדיניות ציבורית בריאה והטמעת עקרונות העיר הבריאה בפעילות העירונית השוטפת. ממצאי הסקר העלו כי ברוב הערים לא הופנמו העקרונות ברמת המדיניות העירונית. מספר שנים לאחר מכן נחקרו תהליכים ב-10 ערים בארצות האיחוד האירופי⁵. ב-6 מהן נעשו שינויים במדיניות העירונית לקראת מימוש חזון העיר הבריאה. בשתי הערים שבהן השינוי היה האפקטיבי ביותר היה גם מיסוד של היזמות החברתית. בהורנס, דנמרק, התבטא המיסוד ב"חנות עיר בריאה" אשר שימשה כמרכז קהילתי לקידום בריאות, ובוינה הוא התבטא בשילוב היזמות החברתיות בבירוקרטיה העירונית.

סקירה⁶ המסכמת את הראיות שהתפרסמו לגבי ההישגים של פעילות מקדמת בריאות מקישה על האפקטיביות של הערים הבריאות, למרות היעדר עדויות מספקות לגביהן עצמן. למשל, ברור היום כי האפקטיביות של פעילות מקדמת בריאות מותנית במידת הכוללניות של ההתערבות. הרשת הישראלית של ערים בריאות הוקמה בשנת 1990 בשיתוף 4 ערים, ומאגדת כיום 40

ערים ומועצות מקומיות, שלוש מועצות אזוריות, ארבעה משרדי ממשלה, תשעה ארגונים ומספר פרטים. הרשת פועלת כארגון ארצי במסגרת מרכז השלטון המקומי ובסיוע משרד הבריאות. הצטרפות עיר אל רשת הערים הבריאות נעשית לאחר החלטה במליאת מועצת העיר כי היא מוכנה לקבל על עצמה את עקרונות הפעולה של הערים הבריאות. אז מוקם צוות היגוי רחב בראשות ראש הרשות או חבר מועצה מטעמו ומתמנה מתאם/רכז, המהווה גם איש קשר של הרשות עם הרשת. בצוות ההיגוי שותפים נציגי מחלקות העירייה, נציגי מערכת הבריאות הפועלת בעיר (לשכת הבריאות וקופות החולים), נציגי מערכות החינוך (הפורמאלי והבלתי-פורמאלי), הרווחה ואיכות הסביבה, ארגוני מתנדבים ונציגי תושבים.

המתאם העירוני אחראי להטמעת העקרונות של העיר הבריאה בתפקוד העירוני היום-יומי, תוך שימוש באסטרטגיות של קידום הבריאות (על-פי אמנת אוטווה). כמו כן הוא עוסק בתיאום, האצה וייזום פעולות. בכל עיר בריאה פועלים לריכוז מידע לשם בניית "פרופיל בריאות עירוני", ובמקביל פועלים לתכנון משותף ויישום של תוכניות לקידום בריאות, בהתאם לצרכים מאותרים. רוב הערים הבריאות מעודדות את בתי הספר וגני הילדים להצטרף לתוכנית של "בתי ספר מקדמי בריאות" ומעודדות פעילות משותפת עם מתנ"סים מקדמי בריאות.

העיסוק בנושאי עישון, תזונה ופעילות גופנית מתקיים בכמחצית הערים הפעילות ברשת בארץ. את אופי העיסוק בנושאים אלה ניתן לדרג על פני רצף שבין עיסוק בחינוך לבריאות/הסברה לבין יישום מדיניות כוללת. בחיפה, למשל, עוסקים במניעת עישון ובקידום פעילות גופנית כחלק מתוכנית כוללת לקידום "בריאות לכל", אשר נבנתה על בסיס נתוני פרופיל הבריאות העירוני והתייעצויות של צוותי מומחים ותושבים. עיריית הרצליה, היוזמת מגוון פעילויות לקידום בריאות, אימצה מדיניות של "עיר נקייה מעישון". בערים אחרות מפעילים רק חלק מהאסטרטגיות לטיפול בעישון. בירושלים פועל פרלמנט הנוער, בהנחיית אגף החינוך בעירייה ובשיתוף עם אגף הבריאות. הדגש בפעילותו של גוף זה הוא מניעת עישון כחלק מתוכנית הלימודים. על-פי דיווח עיריית ירושלים ירד שיעור בני הנוער המעשנים בבתי הספר שבהם פועלים נציגי הפרלמנט, לעומת שאר בתי הספר בעיר.

ארגון הבריאות העולמי יצא בקריאה לרשויות המקומיות באירופה לקחת חלק בשמירה על אירופה נקייה מעישון. "רשת ערים בריאות בישראל" החליטה לאמץ רעיון זה והכינה, באמצעות צוות פעולה רב-תחומי (כולל נציגי משרד הבריאות, קופות החולים, הרשויות המקומיות, האגודה למלחמה בסרטן, ענף בריאות הצבא בצה"ל, משטרת ישראל וחברת גלקסו סמיתקליין) קווים מנחים אשר ישמשו להנחיית הערים והארגונים המעוניינים להיכנס לתהליך ולהטמיע את המדיניות.

העיסוק בתוכניות תזונה בערים הבריאות נעשה בעיקר באמצעות גני ילדים מקדמי בריאות. רשויות מקומיות אחדות עורכות סדנאות להכשרת צוותי הגננות והסייעות (לעיתים בשיתוף או ביוזמת משרד הבריאות) ואלה עוסקות בגנים בהסברה, הדגמה והכנה של מזון בריא, יצירת מדיניות גנית הדוגלת בבניית תפריטים לארוחות בוקר ומסיבות המבוססים על עקרונות התזונה הנכונה, הגדלת הנגישות לפירות וירקות, ולימוד תחום התזונה דרך נושאי תוכן מרכזיים כמו אוריינות, חשבון ומדעים. תוכניות אלה נעשות בשיתוף ההורים. בקרית שמונה פועלת תוכנית "צהריים טובים", שמטרתה מתן ארוחות צהריים טעימות ומזינות בבתי הספר, תוך שמירה על תנאים תברואתיים. התוכנית כוללת פעילות להקניית הרגלי אכילה בריאים בגיל הצעיר בייעוץ תזונאי ואחיות בתי הספר, שיתוף התלמידים בעיצוב התפריט, ביקורת על משלוח מזון מחברות הקייטרינג ואיסוף מידע לגבי שביעות רצון ההורים.

ערים אחדות פועלות לשיפור תזונת בני גיל הזהב או לשיפור הרגלי תזונת נשים באמצעות הרצאות וסדנאות לשיפור הידע והעלאת המודעות. בקרית גת משלבים פעילות זאת עם קורסי בישול (לעדה האתיופית).

העיסוק בפעילות גופנית בערים הבריאות מתבטא ברובן בהתקנת מסלולי הליכה, בשיתוף עם קופות החולים. עבודת תשתית זו מספקת תנאים סביבתיים לעידוד הליכה בערים רבות. בערים אחרות פותחו ומופעלות תוכניות כגון "הליכה בכף", "מועדון הולכים" ו"נאמני הליכה". בחיפה, מעודדים ספורט עממי (ולא תחרותי) הן במסגרת מערכת החינוך והן בקרב אוכלוסיית הקשישים, בעיקר בשכונות "חלשות". הגברת התאורה במגרשי הספורט השכונתיים מהווה חלק מתוכנית זו.

רשת ערים בריאות משמשת במה להחלפת ידע, מידע והתנסויות. הרשת עוסקת בהכשרה ובהעשרה של מתאמי הבריאות העירוניים בתחומי התוכן והמתודות, מלווה מקצועית את העשייה העירונית, יוצרת קואליציות עם גופים ממשלתיים ובלתי-ממשלתיים ומפתחת קווים מנחים ליישום מדיניות עירונית בנושאים מוגדרים. במסגרת פעילות הרשת נערכים גם מחקרי הערכה המשמשים בסיס לתכנון המשך הפעילות.

קשיים ומכשולים ל"ערים בריאות"

- תפקיד המתאם העירוני אינו מתוקנן, והמתאם עושה את עבודתו בנוסף על תפקידיו האחרים.
- רשת "ערים בריאות" חסרה יחידת מטה. רוב עבודת הייעוץ וההנחיה נעשה בהתנדבות.
- תקציב הרשת בנוי על דמי חבר וסיוע של משרד הבריאות. תקציב זה מספיק לביצוע פעילות מינימלית בלבד.

– יש צורך בגיוס שותפים וחסויות לשם ביצוע משימות.

שאלות לדיון

- מהו התפקיד הרצוי של הרשות המקומית בקידום בריאות, ומהי מידת אחריותה לכך?
- מהו המודל הרצוי ברשות המקומית לקידום הבריאות – מהי החלופה המתאימה ביותר מבין הבאות?
- הקצאת משאבים לרשויות המקומיות למימוש עצמאי של יכולות ביצוע מקומיות.
- ריכוז המשאבים בידי משרד הבריאות והזרמתם לרשויות על-פי תנאים מוגדרים מראש.
- ריכוז הנושא בידי גוף בין-משרדי (או בידי משרד ראש הממשלה) אשר ינתב משאבים ויפקח על העשייה.
- מהם הממשקים האפשריים והמומלצים בין הגורמים השונים, ליצירת אפקט אופטימאלי ברמת הפרט?

דיון

תפקיד הרשות המקומית בקידום בריאות

תפקידה הטבעי של הרשות המקומית הוא לספק תנאים המאפשרים את קידום הבריאות. גורמים ציבוריים ופרטיים רבים עוסקים בקידום הבריאות במרחב העירוני. יש הפועלים ישירות בשטח באופן בלתי תלוי בקדימויות העירוניות וללא קשר עם הרשות המקומית. יש המעוניינים לפעול ברמה המקומית, עם הרשות המקומית, ומציעים לה סיוע תקציבי תמורת הפעלת היוזמות (צעד זה כרוך בדרך כלל ב- matching של הרשות המקומית). יוזמות אלה מופעלות לעיתים במקביל ליוזמות מקומיות אחרות וללא בחינה של צרכים וקדימויות. ברשויות החברות ברשת הארצית של הערים הבריאות פועלת הרשות המקומית כמתאמת היוזמות והשותפויות, וברוב המקרים מתעלת אותן על-פי צרכי התושבים. בתחומי ההתנהגויות הנדונות יש לרשות המקומית מחויבות חלקית בלבד, אלא אם קיבלה על עצמה לפעול כעיר בריאה. בתחום העיסוק אחראית הרשות המקומית, על-פי החוק, לפעול לאכיפת החוקים המגבילים את העישון. אכיפה זו לרוב אינה מתבצעת. בתחום עידוד הפעילות הגופנית פועלות הרשויות המקומיות באמצעות אגפי התרבות, הפנאי והספורט שלהן. ברשויות רבות הותקנו מסלולי הליכה, בשיתוף עם קופות החולים. שותפות זו מסתיימת לרוב בשבילי הליכה הצמודים לעורקי תחבורה ראשיים (לצורך נראות השילוט של הגורם המממן). אין צורך להרחיב את הדיבור על המשמעות השלילית של הקרבה לעורקי תחבורה לבריאות ההולך. בתחום

התזונה אין הרשות המקומית עוסקת, למעט יוזמות מקומיות של שותפות בין משרדי החינוך והבריאות בגני הילדים (כמתואר לעיל).

הרשויות המקומיות החברות ברשת הארצית של הערים הבריאות מחויבות, כאמור, לבריאות התושבים ופועלות על-פי צרכיהם. רשויות אלה נהנות מפיתוח יכולות בתחום קידום הבריאות, מליווי מקצועי ומרישות עם הערים האירופיות החברות ברשת ועם ארגון הבריאות העולמי, המהווים מקורות ידע. תשתית לניטור והערכה מתחילה להיווצר בערים הבריאות. הניסיון שהצטבר בארץ ובערים אירופיות מצביע על היתכנות מימושה של המסגרת העירונית כמקדמת בריאות ("עיר בריאה").

המודל הרצוי לפעולת הרשות המקומית בתחום קידום הבריאות

- ניתן לחשוב על שלושה מודלים לפעולת הרשות המקומית בתחום קידום הבריאות:
- הקצאת משאבים לרשויות המקומיות למימוש עצמאי של יכולות ביצוע מקומיות. הקצאה כזו תאפשר לרשות המקומית לענות על צרכי התושבים ולקבוע איתם את סדרי הקדימויות שלהם. התקציבים לא יתמססו בדרך מאחר שהם קרובים לשטח ולצרכן. מודל זה יהיה יעיל ואפקטיבי מאחר שיעקוף את האינטרסים הפוליטיים המנוגדים אשר נמצאים ברמות עליונות יותר ועלולים לבלום את השקעת המשאבים בנושא. יחד עם זאת, חסרים ברשות המקומית גורמים מקצועיים שיגבשו את התכנים ואת דרכי הפעולה האפקטיביות (מבוססות-ראיות). בנוסף, מודל זה עלול ליצור אי-שוויון על-פי מקום מגורים. רשות מקומית אשר נמצאת בגירעון תקציבי עלולה להשתמש בתקציבים המיועדים לקידום בריאות למען מטרות "דחופות" יותר.
- ריכוז המשאבים בידי משרד הבריאות והזרמתם לרשויות על-פי תנאים מוגדרים מראש. גישה כזו תשלול מהרשויות המקומיות את עצמאותן בתחום קידום הבריאות מחד, ותחייב את משרד הבריאות לספק ליווי מקצועי מאידך.
- ריכוז הנושא בידי גוף בין-משרדי (או בידי משרד ראש הממשלה) אשר ינתב משאבים ויפקח על העשייה, כדוגמת הרשות למאבק בסמים. צעד זה יחייב הקמת גוף חדש המרכז בתוכו את הגורמים המקצועיים המתאימים אשר יוכלו ללוות את העשייה ברמה המקומית.

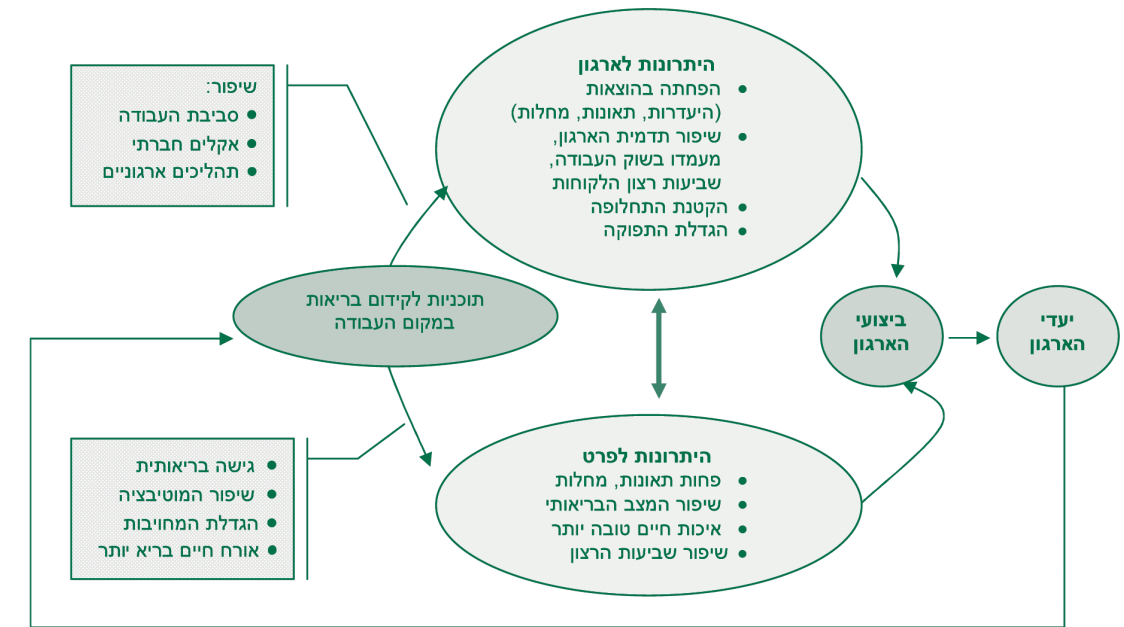
המלצות

- יש לעודד את הרשויות המקומיות לעסוק בקידום בריאות ולהצטרף אל "רשת ערים בריאות בישראל", על-מנת להשתייך למסגרת תומכת ומלווה, המורגלת לעבודה עם שותפויות.
- מומלץ שמודל ההפעלה יהיה מודל אשר משלב בין מתן יתר סמכות (והקצאת משאבים) לרשויות המקומיות ויחידת מטה (רצוי בין-משרדית) מקצועית לליווי העשייה והערכה.
- מן הראוי למסד את פעילות המתאם העירוני ואת פעילות הרשת. מיסוד זה יתאפשר אם יאומץ המודל של שילוב בין הקצאת משאבים ומתן סמכויות יתר לרשויות המקומיות והקמת גוף בין-משרדי אשר יספק את התמיכה והליווי המקצועי, כפי שהוצע בסעיף הקודם.
- על-מנת ליצור אפקט אופטימאלי, ברמת הפרט, יש צורך בשילוב של מערכי הסברה, הדרכה, פיתוח מיומנויות אישיות ויצירת תנאים סביבתיים וחברתיים שיאפשרו את מימוש ההתנהגויות הרצויות. חשוב גם לשתף את הפרט בכל תהליכי התכנון.
- יש לעודד את הרשויות המקומיות לנקוט במדיניות כוללת לצמצום העישון, תוך שמירה על סביבות נקיות מעישון, פעולות הסברה, אכיפה ועידוד גמילה.
- יש לעודד את הרשויות המקומיות לפעול למען עידוד הפעילות הגופנית של כל חלקי האוכלוסייה.
- על הרשות המקומית לדאוג לבטיחות, טיב והרכב התזונה במוסדות שבאחריותה.

סיכום המלצות צוות 3 – תרומתן של מערכות לאומיות אחרות להתנהגות בריאותית

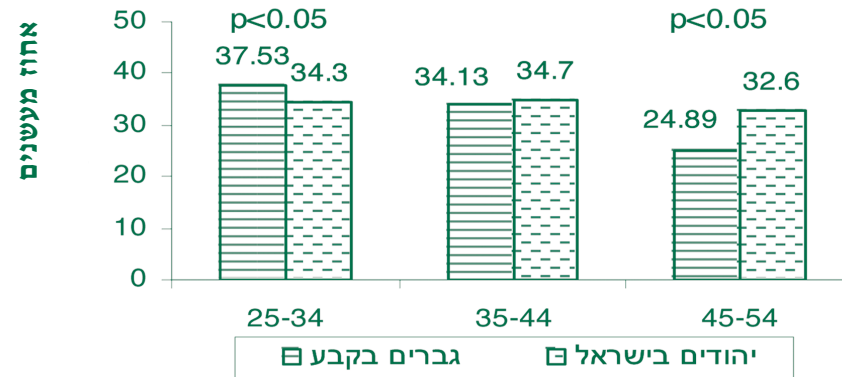
- לשם קידום התנהגות בריאותית ברמה הלאומית יש להתמקד בבנייה של מסגרות מקדמות בריאות בזירות מרכזיות – מערכת החינוך, צה"ל, מקומות עבודה והרשויות המקומיות.
- תופעל וועדת תיאום עליונה בין-משרדית (בריאות וחינוך) אשר תנסח מדיניות כוללת, תגדיר סמכויות ותבנה תוכנית יישומית המתאמת בין המשרדים והגופים העוסקים בנושא. לוועדה יוקצו תקציבים לצורך הפעלתה.
- למערכת החינוך יש תפקיד מרכזי בקידום התנהגות בריאותית. צוות בין-משרדי (חינוך ובריאות) יפעל בקביעות לתיאום הפעילויות של המערכת.
- תוגבר האכיפה של חוקים קיימים לקידום בריאות.
- מקצוע קידום הבריאות יוכר כפרופסיה (משרד הבריאות ימליץ להפקיד את תחום קידום הבריאות בארגונים השונים בידי אנשי מקצוע).
- משרד הבריאות יפתח עקרונות פעולה לקידום בריאות בארגונים פורמאליים ובמקומות עבודה ויצג מודלים שונים ליישומם. במקביל ייזום המשרד תמרון למקומות עבודה לעסוק בקידום בריאות. בנוסף, ייקבע מדד קידום בריאות לדירוג מקומות עבודה וארגונים והערכתם (תו תקן).
- מומלץ שברשויות המקומיות תוקם וועדת בריאות במעמד חובה (ולא וועדת רשות כפי שקיים כיום).
- משרד הבריאות יקדם קמפיינים תקשורתיים לקידום הבריאות. לתקשורת תפקיד חשוב בקידום הבריאות בקרב האוכלוסייה ולפיכך יש צורך בהרחבת השימוש בה ליצירת עדיפות ציבורית בנושא זה.
- הצוות קורא לרשויות מקומיות להצטרף לרשת ערים בריאות בישראל.
- תחזק התשתית למגבלות על פרסום ושיווק מוצרים בעלי אופי אנטי-בריאותי במדיה, על-ידי העמקת החקיקה ואכיפתה.
- יש להרחיב את אמצעי הפיקוח וההגבלה על פרסום ושיווק מוצרים מזיקים.
- תפותח תשתית לסביבה תקשורתית מקדמת בריאות על-ידי הבטחת מידע נגיש לציבור, הכשרה והקניית מיומנויות.

נספח 1: מקום העבודה כמקדם בריאות: יתרונות

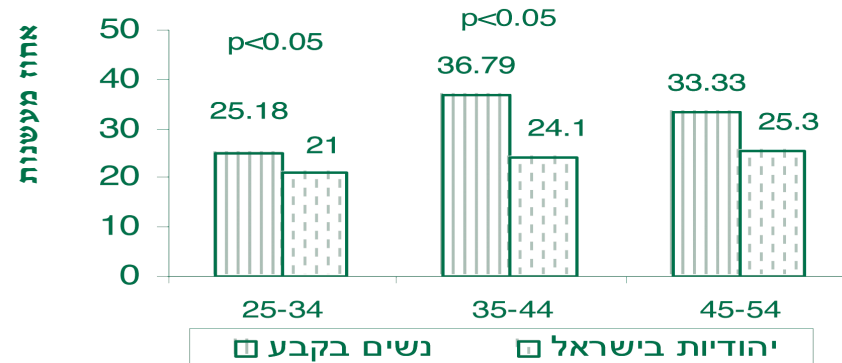


נספח 2: שיעורי עישון סיגריות בקרב חיילי החובה והקבע

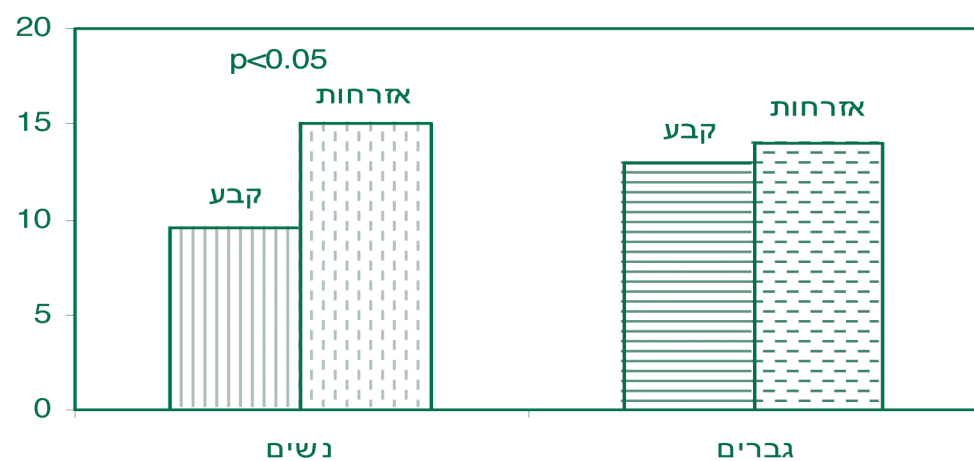
עישון בקרב גברים בקבע ובישראל ע"פ גיל



עישון בקרב נשים בקבע ובישראל ע"פ גיל



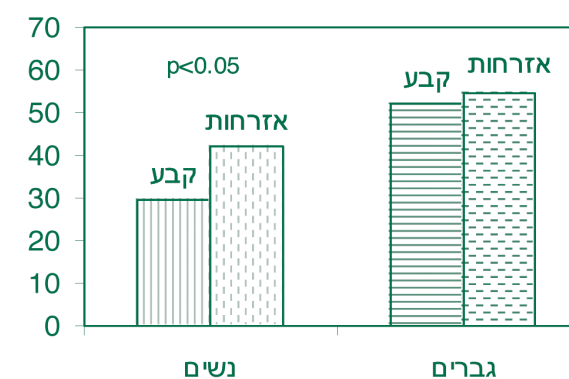
נספח 5: הימצאות השמנת יתר ($BMI \geq 30$) בבני 25-44 לפי מין: השוואה בין משרתי הקבע והאזרחים



נספח 3: צריכה יומית ממוצעת של סיגריות לפי מין בקרב משתחררים

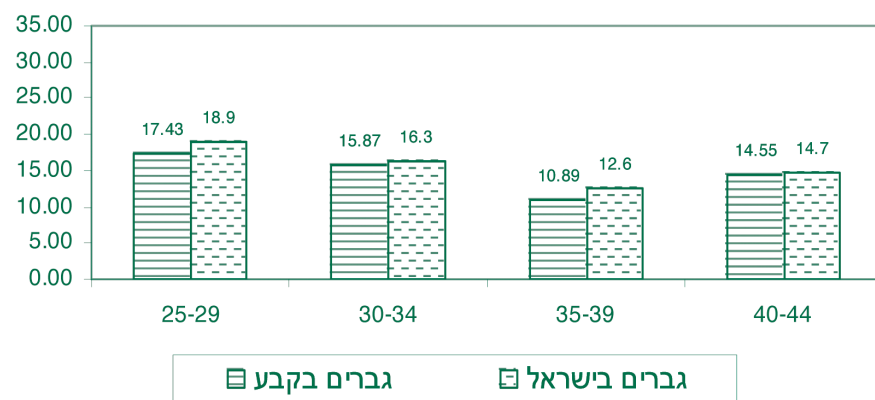


נספח 4: הימצאות עודף משקל והשמנת יתר ($BMI > 25$) בבני 25-44 לפי מין ובהשוואה בין משרתי הקבע והאזרחים

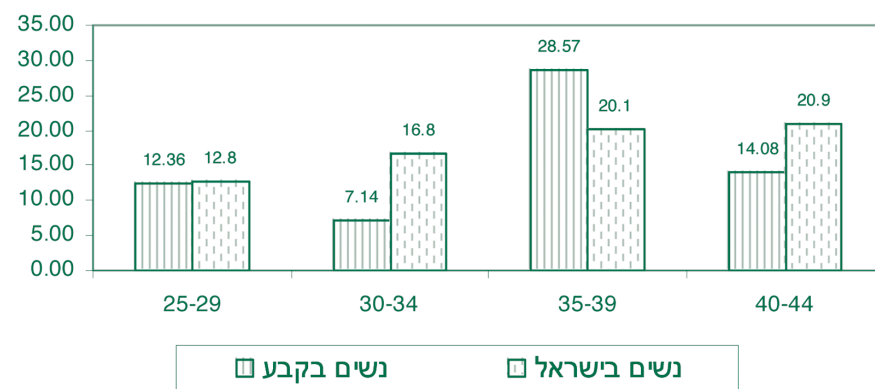


נספח 7: עיסוק בפעילות גופנית (לפחות 3 פעמים בשבוע פעילות רציפה של לפחות 20 דקות)

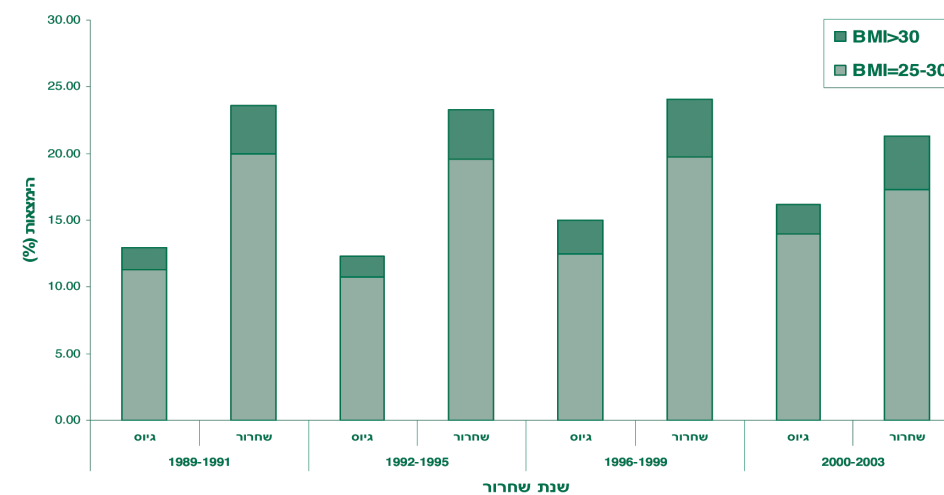
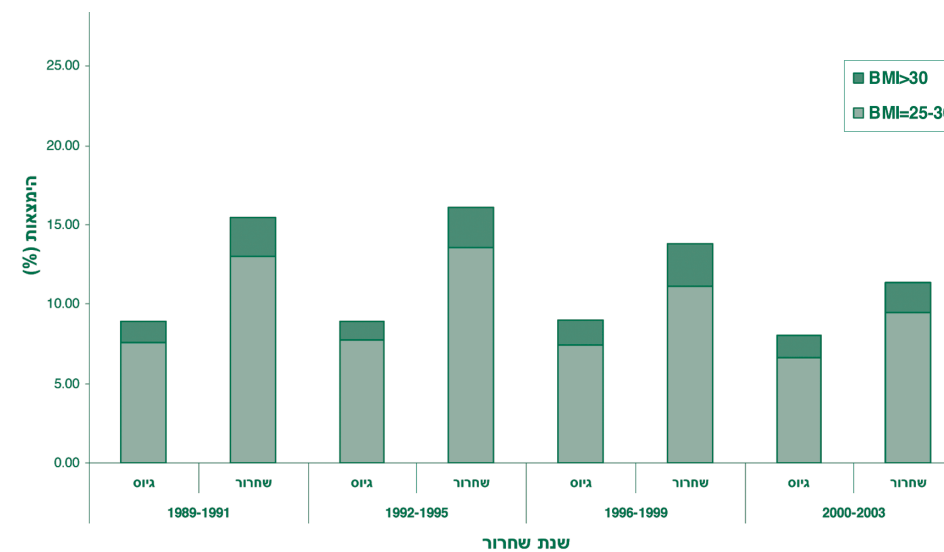
עיסוק בפעילות גופנית לפי גיל בקרב גברים בשרות קבע לעומת כלל אוכלוסיית הגברים היהודים בישראל



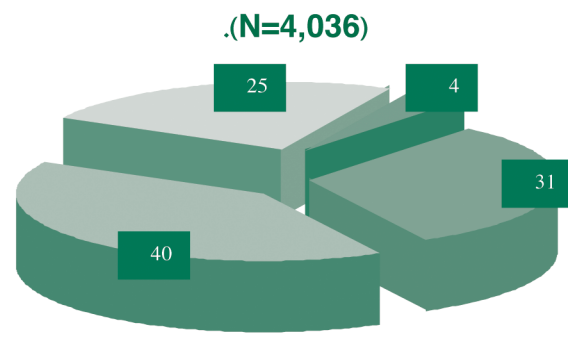
עיסוק בפעילות גופנית לפי גיל בקרב נשים בשרות קבע לעומת כלל אוכלוסיית הנשים היהודיות בישראל



נספח 6: BMI בבנות: גיוס לעומת שחרור



נספח 10: התפלגות (ב- %) קיומם של 0-3 גורמי הסיכון העיקריים לתחלואה (משקל, עישון והיעדר פעילות גופנית) בקרב שוטרים במשטרת ישראל (N=4,036)



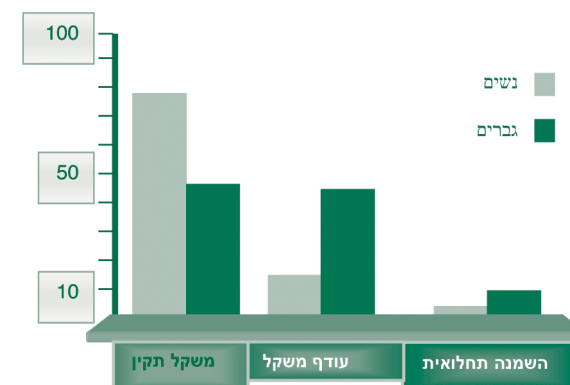
נספח 11: ימי היעדרות מפאת מחלה בשנים 2002-2004



נספח 8: תוצאות "סקר בריאות"

גברים		נשים		כללי		מעשן פעילות גופנית
לא	כן	לא	כן	לא	כן	
63%	37%	67%	33%	64%	36%	
49%	51%	37%	63%	41%	59%	

נספח 9: התפלגות (ב- %) שלוש הקטגוריות של BMI בקרב נשים וגברים (N=4,036)



¹⁰ Reid, D. J., Killoran, A. J., McNeill, A. D. and Chambers (1992). "Choosing the Most Effective Health Promotion Options for Reducting a Nation's smoking Prevalence". *Tobacco Control* 1, pp. 185-197.

¹¹ Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K.W. E. et al (2000). "Investing in Youth Tobacco Control: a Review of Smoking Prevention and Control Strategies". *Tobacco Control* 9, pp. 47-63.

¹² Bauer, U.E., Johnson, T.M., Hopkins, R.S. and R.G. Brooks (2000). "Changes in Youth Cigarette Use and Intentions Following Implementation of a Tobacco Control Program: Finding from Florida Youth Tobacco Survey, 1998-2000". *JAMA* 284, pp. 723-728.

¹³ Flynn, B.S., Worden, J.K., Secker-Walker, R.H., Badger, G.J., Geller, B.M, and M.C. Costanza (1992). "Prevention of Cigarette Smoking through Mass Media Intervention". *American Journal of Public Health* 82, pp. 827-834.

¹⁴ Pentz, M., Brannon, B.R., Charlin, V.I., Barrett, E.J., Mackinnon, D.P. and B.R. Flay. (1989). "The Power of Policy: the Relationship of Smoking Policy to Adolescent Smoking". *American Journal of Public Health* 79, pp. 857-862.

¹⁵ Lewit, E.M., Hyland, A., Kerrebrock, N. and K.M. Cummings (1997). "Price, Public Policy, and Smoking in Youth People". *Tobacco Control* 6, pp. S17-24 (suppl 2)

¹⁶ הראל, י. ול. קורן (2004). נוער בישראל – רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בינלאומי. ירושלים: הג'וינט – מכון ברוקדייל.

ארגונים פורמליים מקדמי בריאות: מקומות עבודה, צה"ל והמשטרה

¹ Wynne, R., and N. Clarkin (1992). *Under Construction: Building for Health in the EC Workplace*, European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions.

מקורות

חינוך לבריאות וקידום בריאות במערכת החינוך

¹ WHO (1998). *WHO's Global School Health Initiative: Helping Schools to Become "Health-Promoting Schools"*. Fact Sheet No 92, available on: www.who.int/inf-fs/en/fact092.html.

² *The Comprehensive School Health Model: An Integrated Approach to Promoting Healthy Students in Healthy Schools*. Health Canada, available on: www.hc-sc.gc.ca/hppb/children/english.

³ NHMRC (1997). *Effective School Health Promotion – Towards the Health Promoting School*. Commonwealth of Australia, Canberra.

⁴ Bangert-Drowns, R. L. (1988). "The Effects of School-Based Substance Abuse Education: A Meta-Analysis". *Journal of Drug Education* 18:3, pp. 243-264.

⁵ Contento, I.R., Manning, A.D. and B. Shannon (1992). "Research Perspective on School-Based Nutrition Education". *Journal of Nutrition Education* 24, pp. 247-260.

⁶ Hansen, W.B. (1992). "School-Based Substance Abuse Prevention: A Review of The State of the Art in Curriculum, 1980-1990". *Health Education Research* 7, pp.,403-430.

⁷ Poland, B.D., and L.W. Green (2000). *Settings for Health Promotion Linking Theory and Practice*. Sage Publication, London.

⁸ WHO (1996). *Promoting Health Through School - The World Health Organization's Global School Health Initiative*. WHO: Geneva.

⁹ Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S. and A. Sowden (1999). "Health Promoting Schools and Health Promoting in Schools: Two Systemic Reviews". *Health Technology Assessment* 3: 20, pp. 1-204.

קידום בריאות, תקשורת ושיווק חברתי

נורית גוטמן

הקדמה

לתקשורת ההמונים תפקיד מרכזי בחיי מרבית הציבור, אשר מבלה חלק ניכר מזמנו בצפייה בטלוויזיה, בעיסוק במחשב (כולל משחקים), בהאזנה לרדיו ובקריאת עיתונים וכתבי עת. בנוסף, הציבור חשוף לשלטי חוצות ולמסרים המתנוססים על כלי רכב ואביזרים למיניהם, וכן למסרים בטלפונים הסלולאריים אשר הופכים כיום לערוצי תקשורת רב-תכליתיים. לתקשורת ההמונים תפקיד משמעותי ופוטנציאל רב להיות מקור למידע בנושאי בריאות ואף להשפיע על התנהגות הקשורה לבריאות. השפעה זו יכולה להתבטא בצורה שלילית, למשל כאשר אמצעי התקשורת ההמונית משמשים ככלי לקידום הצריכה של מוצרים מזיקים לבריאות ואף בעצם השהייה מול המחשב והטלוויזיה, המהווה גורם אנטי-בריאותי.¹ לעומת זאת, אמצעי התקשורת יכולים להיות כלי חשוב בקידום התנהגות בריאותית, ובכלל זה הפצת מידע לשם הנעת אנשים לאימוץ הרגלי אכילה בריאים, הגברת פעילות גופנית והימנעות מעישון סיגריות.

פרסומת מסחרית ובריאות הציבור

ילדים ובני נוער נוטים לרכוש בעצמם את מוצרי המזון שאותם יאכלו, או להשפיע על הוריהם לקנות מוצרים אלה עבורם, ולכן ילדים ובני נוער הופכים ליעד חשוב של המפרסמים. אחת מאסטרטגיות השיווק המוצלחות עבור ילדים נקראת "עקרון הנדנד" – המשווקים מעודדים ילדים ל"נדנד" להוריהם לרכוש את המוצר. מומחים מעריכים שבארה"ב מושקעים בכל שנה 13 מיליארד דולר בשיווק לילדים על-ידי תעשיית המזון והמשקאות בלבד.² רק אחוזים ספורים מגודל תקציב זה מוקדשים על-ידי ממשלות וארגונים ציבוריים להתמודדות עם השמנת-היתר.

הגבלת הפרסום המסחרי

הגבלת פרסום מסחרי למוצרים "לא-בריאותיים" היא נושא מעורר מחלוקת בקרב המצדדים במתן חופש ביטוי לגופים מסחריים, אולם הציבור הרחב תומך ברובו בהגבלות על פרסום מסחרי. בממצאי סקרים שנערכו עבור הרשות השנייה לרדיו וטלוויזיה (באוגוסט 2003 בקרב מבוגרים ובמרץ 2004 בקרב צעירים) נמצא רוב גורף (כ-80% בקרב המבוגרים וכ-75% בקרב בני הנוער) של נשאלים אשר סברו כי לפרסומות מסחריות יש השפעה שלילית על התנהגותם של ילדים ובני נוער, ולכן ראוי לפקח עליהן ולהגבילן. בתחום פרסום מוצרי הטבק קיימים תקדימים ברחבי העולם להגבלות מחמירות על פרסום. מדיניות זאת מסתמכת על עשרות מחקרים המצביעים על

² Buffet, T. (2000). *National Wellness Survey Report 2000*. Whitby.

³ Lowe, G. (2003). *Healthy Workplaces and Productivity: a Discussion Paper*. Prepared for the economic analysis and evaluation division, health Canada.

⁴ Association for Worksite Health Promotion, US (1999). *National Health Promotion Survey*, Northbrook, 2000.

⁵ Breucker, G. (2004). *Why EfH Companies Invest in Workplace Partnership and Corporate Health: the EfH Business Case for Workplace Partnership and Corporate Health*, Draft executive summary.

מערכות קהילתיות מקדמות בריאות, בדגש על רשויות מקומיות

¹ <http://www.eshelnet.org.il/he/programs.php?catid=1>

² Wen, L.M. et al (2005). "Promoting Active Transport in a Workplace Setting: Evaluation of a Pilot Study in Australia". *Health promotion International*, 20. pp. 123-133.

³ <http://www.euro.who.int/healthy-cities>

⁴ Goumans, M. and J. Springett. (1997). "From Projects to Policy: 'Healthy Cities' as Mechanism for Policy Change for Health". *Health Promotion International* 12. pp. 311-322.

⁵ De Leeuw, E. (1999). "Healthy Cities: Urban Social Entrepreneurship for Health". *Health Promotion International*, 14. pp. 261-269.

⁶ De Leeuw E and T. Skovgaard. "Utility-Driven Evidence for Healthy Cities: Problems with Evidence Generation and Application". *Social Science and Medicine* 61. pp. 1331-1341.

כך שמאמצי השיווק של סיגריות משפיעים על עישון בקרב ילדים ובני נוער. יתר על כן, מסמכים של חברות הטבק נחשפו ובהם הוצהרה במפורש האסטרטגיה להפוך את העישון בקרב בני נוער לדבר נחשק.³

הגבלת פרסום סיגריות

בישראל קיימת כבר משנת 1983 חקיקה המגבילה את אופן הפרסום של מוצרי טבק. למעשה, כבר משנת 1978, ביוזמה עצמית של רשות השידור, נמנע פרסום מוצרי טבק ברדיו או בטלוויזיה. משנת 2001 הורחבו ההגבלות על הפרסום והשיווק והן כוללות איסור השימוש בתמונות בני אדם, איסור הפרסום במדורי ספורט ועיתוני ספורט ואיסור על צירוף שוברי הגרלה ופרסום עקיף. כמו כן, מחויבים יצרני הסיגריות להדפיס אזהרה רשמית על חפיסת הסיגריות ועל שלטים של בעלי עסק. אזהרה זו נכתבת בכיתוב בולט בגודל שנקבע בחוק, אולם גודל האזהרה קטן יחסית מהקיים בארצות המובילות בנושא זה (כגון קנדה), והיא אינה כוללת תמונות ואיורים. בנוסף, בישראל, בניגוד לארצות אירופה, אין עדיין איסור גורף על פרסום ועל אסטרטגיות שיווק כדוגמת מתן חסויות. זאת למרות שהוגשו הצעות חוק בנושא זה, ולמרות שישראל חתומה על אמנה בין-לאומית בנושא.

הגבלת פרסום מוצרי מזון בעלי ערך תזונתי דל

מאחר ששיטות השיווק באמצעות ערוצי המדיה החדשים הפכו למתוחכמות ביותר, וכיוון שילדים ובני נוער נחשפים בשכיחות הולכת וגוברת לתכנים ולמסרים שאין להוריהם שליטה עליהם או על הנגישות אליהם, יש להגן על ילדים ובני נוער מחשיפה לפרסום מוצרי מזון דלי ערך תזונתי. השיווק של מוצרי מזון בעלי ערך תזונתי נמוך מגיע כיום לילדים ולבני נוער בין היתר באמצעות משחקים, צעצועים, בובות ואביזרים שכוללים דמויות או סמלים של המותג. ניתן למצוא פרסום של מוצרי מזון אף בקלטות ווידאו או DVD של תוכניות ילדים. גם במסגרת בתי הספר קיימת פעילות שיווקית נרחבת, וחומרי לימוד מופקים בחסות חברות מסחריות שונות. במדינות שונות, כולל ישראל, יש המקדמים חקיקה ותקנות שיגבילו את השיווק של "מזון מהיר" ומזונות בעלי ערך תזונתי דל, המכונים בעיקר לילדים. זהו המצב באירלנד, באנגליה, באוסטרליה, בסקוטלנד, בדנמרק ובמדינות שונות בארה"ב ובהן קליפורניה, מרילנד וניו-יורק. בנובמבר, איטליה ובלגיה נקבעו איסורים והגבלות על הקרנת פרסומות לילדים. קיימות מדינות שבהן המגבלות על דרכי השיווק לקטינים מעוגנות בהסכמים וולונטריים של איגודי משווקים או יצרנים. במספר מדינות הוקמו ועדות לפיקוח עצמי לגבי פרסום לילדים בטלוויזיה.

לשכת המסחר הבינלאומית (ICC) פרסמה עדכון ל"קווים מנחים לשיווק ופרסום בתקשורת האלקטרונית". בישראל, בתיקון לחוק להגבלת השיווק לקטינים, נאמר ש"בכל הנוגע להשפעת פרסומות על צרכנים – ילדים מהווים קבוצה פגיעה במיוחד, הזוכה להתייחסות נפרדת במרבית מדינות העולם המערבי". החוק מפרט שורה של הנחיות, לרבות הנחיה כללית כי פרסום לקטינים ייעשה מתוך אחריות ובכל מקרה מבלי לעודד "זלילה". יש לציין שהמחוקק הישראלי הבהיר כי ב"דרכי שיווק" הכוונה לפנייה באופן ישיר, עקיף, גלוי או סמוי, לרבות באמצעות דואר, טלפון, רדיו, טלוויזיה, תקשורת אלקטרונית מכל סוג שהוא, קטלוגים או מודעות. ההגבלות החלות על פרסום מופעלות בשני מישורים עיקריים:

- מתן מידע לגבי סכנות ותכונות תזונתיות של המוצרים הרלוונטיים בצמוד לפרסום.
- הגבלה של פרסום ודרכי שיווק של מוצרים באמצעים שונים, לרבות קביעה כי מוצרים אלה יפורסמו בשעות שאינן שעות צפייה מוגברת של ילדים (החל מהשעה 21:00), וכן איסור על שימוש באמצעים כגון ידוענים ודמויות מצוירות על-מנת לקדם פרסום של מוצרים.

מידע לצרכנים

החוק במדינת ישראל (תקנות הבריאות 1993) מחייב לציין על כל מוצר מזון ארוז את סימונו התזונתי כמידע חיוני לצרכן. כמו כן, החל משנת 1993 חל איסור על ייחוס סגולות ריפוי למוצרי מזון. בנוסף, בשנת 1997 אישר משרד הבריאות שמונה הצהרות שניתן לציין על גבי אריזות המזון, כגון "צמצום צריכת השומן במזון עשוי להקטין את הסיכון להתפתחות מחלת הסרטן". הצהרות אלה קושרות תכונות תזונה לבריאות או חולי, ומטרתן לסייע לצרכנים לבחור מוצרי מזון שיכולים לקדם את בריאותם, וכן להגן עליהם מפני הצהרות לא מבוססות. לפי נתוני משרד הבריאות, ההיענות של היצרנים לעשות שימוש בהצהרות אלו נמוכה.

פרסום עקיף

חברות מסחריות עושות שימוש גובר והולך באסטרטגיות פרסום עקיפות או סמויות. אחת הדרכים לפרסום עקיף היא הצגת מוצרים והשימוש בהם בתוכניות טלוויזיה, בסרטים ובמשחקי מחשב. פרסום סיגריות הוא דוגמה בולטת לכך: חרף האיסור על פרסום סיגריות, נחשפים בני נוער לעישון בסרטים, תופעה הממומנת בחלקה על-ידי חברות הטבק.^{4,5} בארה"ב אין איסור על השימוש בטכניקות של פרסום עקיף, אך הוא אסור בחלק ממדינות אירופה. בישראל, חוק הרשות השנייה לרדיו וטלוויזיה וכן כללי האתיקה אוסרים על פרסום עקיף. עם זאת, לא ברור אם גם רשתות הכבלים נכללות באיסור זה. בית המשפט העליון מאפיין פרסומת סמויה כגורמת

נזק לחברה. אחת השיטות להתמודדות עם תכנים מסחריים ועם פרסום לא ישיר היא הקניית מיומנויות של אוריינות מדיה (media literacy) לילדים ולבני נוער, כדי שיהיו מודעים להשפעות המכוונות והלא מכוונות של מגוון הנושאים שאליהם הם נחשפים באמצעות ערוצי התקשורת.⁶

גורמים מסחריים המעודדים מסרים בריאותיים

במקביל לפעילות חקיקה להגבלת דרכי השיווק של מוצרי מזון בעלי ערך תזונתי נמוך, פונים גורמים ממשלתיים וציבוריים שונים למשווקים ולמשרדי פרסום כדי לעודדם להפוך לגורם המקדם התנהגות בריאותית של הציבור. נמצא שאכן ניתן לרתום ערוצי מדיה לשינוי זה. לדוגמא, ערוץ ניקולודיאון המשרד בחו"ל לילדים ולבני נוער, החליט להוסיף לתכניו הרגילים תכנים חינוכיים בנושא הבריאות ואף הפסיק את שידוריו ביום מסוים לשלוש שעות שבמהלכן שודרה קריאה לצופים לעסוק בפעילות גופנית.

תקשורת ההמונים כמקור מידע בנושאי בריאות

תקשורת ההמונים מהווה מקור חשוב למידע בנושאי בריאות, וברוב ערוצי התקשורת ישנם מדורים, כתבות ותוכניות העוסקים בנושאי בריאות. מרבית האנשים בארצות המערב מדווחים שהמקור החשוב ביותר עבורם למידע בנושאי בריאות הוא אחד מערוצי תקשורת ההמונים. בסקר שנערך בישראל עבור ההסתדרות הרפואית (אפריל, 2005)⁷ דיווחו 88% מהמשיבים כי הם נוהגים להתעדכן באופן קבוע בנושאים שונים של בריאות בערוץ תקשורת אחד לפחות. הטלוויזיה היא המדיום הפופולרי ביותר להתעדכנות בנושאי בריאות, ו-38% מהמשיבים דיווחו שהם מתעדכנים בנושא באמצעות האינטרנט. החשיפה למידע, לפי הנשאלים, גם משפיעה על ההתנהגות הבריאותית: כמחצית מהם דיווחו כי שינו לפחות אחד מהרגלי החיים שלהם בעקבות מידע שאליו נחשפו. ההשפעה ניכרת בעיקר במעבר לצריכת מזון בריא (29%) ובעיסוק בספורט (15%).

הייצוג, האמינות והמהימנות של המידע הבריאותי באמצעי התקשורת ההמוניים

למרות שלנושאי בריאות נוכחות גבוהה באמצעי התקשורת השונים, במקרים רבים אין בכך תרומה רבה לקידום הבריאות, מאחר שאלו אינם מלווים בהסבר כיצד לאמץ התנהגויות מקדמות בריאות. יתר על כן, לעיתים המידע שניתן הינו חלקי ולוקה בחוסר דיוק, ויש בו כדי להטעות את הציבור.⁸ מחקרים הראו גם שסוג הכיסוי של נושאי בריאות נוטה לאמץ את המודל הרפואי ולא את מודל בריאות הציבור וקידום הבריאות. נושא אחר הוא האופן שבו מוצג האידיאל הבריאותי

בתקשורת ההמונים. חוקרים מצביעים על כך שבעיתונות, בייחוד בכתבי העת, יש חיזוק של אידיאל הרזון, ובכך היא תורמת לחוסר שביעות רצון של נערות מתדמית הגוף שלהן ולהפרעות אכילה. בנוסף, נמצא שהמסרים המוצגים מתמקדים בעיקר באחריות הפרט, ללא התייחסות לגורמים סביבתיים.⁹ בקרב העיתונאים יש הכרה בחשיבות של שיפור איכות הדיווח והסיקור בנושאי בריאות¹⁰ וכיום יש מגוון תוכניות ואף פרסים לסיקור טוב של נושאי בריאות מטעם קרנות ואגודות עיתונאים מקצועיות.

נושאי בריאות בתוכניות בידור

לא רק העיתונות הכתובה והמשודרת, אלא גם תוכניות בידור מהוות מקור חשוב למידע בנושאי בריאות. מחקרים בארה"ב מראים שהצופים בטלוויזיה נחשפים לתכנים הקשורים לבריאות בכל ארבע דקות בממוצע, בעיקר בנושאי אכילה ושתיה אלכוהול. במרבית המקרים הנושא הבריאותי אינו מרכזי אלא מופיע כרקע בלבד, אולם דווקא בשל כך השפעתו יכולה להיות משמעותית, כי הוא מייצג תפיסת מציאות הנתפסת כנורמטיבית. נמצא שבסצינות רבות בתוכניות בידור מוצגת התנהגות בריאותית שלילית אשר הצופה עלול לאמץ. זאת ועוד, נדירים התכנים המציעים כיצד להתמודד עם נושאים חשובים כגון השמנת-יתר או חוסר פעילות גופנית. לפיכך, למרות ההזדמנויות הרבות להציג התנהגויות מקדמות בריאות, הדבר אינו שכיח בתוכניות בידור. בנוסף, התוכניות אינן נוטות להציג היבטים רב-תרבותיים הקשורים לקידום בריאות של אוכלוסיות שונות.¹¹

שיווק חברתי לקידום בריאות

שיווק חברתי לקידום בריאות הוא תהליך הכרוך בפעילות מתמשכת ועקבית שמטרתה להשפיע על ערכים חברתיים, נורמות, עמדות, התנהגויות ומדיניות שמקדמת את רווחת הפרט והחברה. השיווק החברתי משלב גישות, תיאוריות ומודלים מתחומי התקשורת, יחסי הציבור, הפסיכולוגיה, הסוציולוגיה, העבודה הקהילתית, הפרסום והשיווק המסחרי. הידע בתחום זה התפתח בשלושים השנים האחרונות והוא כולל מגוון גישות ואסטרטגיות שמטרתן להניע את הציבור לאמץ עמדות ופעילויות למטרות של קידום בריאות. באמצעות גישות של שיווק חברתי ניתן אף לגייס בצורה יעילה אמצעי תקשורת שונים להעלאת נושאי קידום הבריאות הן לסדר היום הפרטי של התושבים והן לסדר היום הציבורי של מקבלי ההחלטות. מדובר בתחום עם בסיס תיאורטי ומחקרי נרחב השם דגש על שיתוף אוכלוסיות היעד והגעה לאוכלוסיות בעלות אפיונים תרבותיים וחברתיים שונים.¹² האתגר בתחום הדיון הנוכחי הינו ל"שוק" תוכניות

לקידום בריאות, כולל פיתוח משאבים המתאימים במיוחד לאוכלוסיות שונות ועונים על צרכיהן היחודיים.

"שיווק חברתי" לקידום בריאות במדינות שונות

המחקרים הראשונים בתחום התקשורת וקידום הבריאות, בעיקר בהפחתת גורמי הסיכון למחלות, נערכו בתחילת שנות ה-70 והצביעו על הצלחת היישום של שיטות השיווק החברתי בקידום בריאות. תוכניות חלוציות למניעת מחלות לב, שנעשו בשיתוף עם אוניברסיטת סטנפורד ואוניברסיטת מדינת מינסוטה ומומנו על-ידי הממשל האמריקני, הראו שינוי בהתנהגות ובפרמטרים בריאותיים והן מהוות מודל יישומי של שיווק חברתי למטרות קידום בריאות.¹³ ישנן מספר דוגמאות מוצלחות של קמפיינים תקשורתיים למניעת השמנת-יתר ולהתמודדות עמה. לדוגמא, בעקבות קמפיין תקשורתי בארה"ב בשנת 1998 שוכנעו מעל שליש מהאנשים לצרוך חלב דל-שומן במקום החלב הרגיל, והמשיכו בכך גם לאחר סיום הקמפיין.¹⁴ קמפיין חדש בארה"ב נקרא "צעדים קטנים" וכולל עשרות המלצות התנהגותיות קלות יחסית לאימוץ למניעת השמנת-יתר. יש לציין כי בהתמודדות עם נושא השמנת-יתר קיימת חשיבות לפעילות משולבת, אשר תשפיע על מכלול הגורמים: הסביבה החברתית והמוצרים המסחריים עצמם. תוכנית התערבות נוספת אשר ראוי להזכיר היא "קמפיין האמת" שנערך בארה"ב למניעת עישון בקרב בני נוער. תוכניות אלו לא ניסו להשפיע על קהלי היעד באמצעות טכניקות של הפחדה או שינוי התנהגות ברמה אישית, אלא באמצעות השפעה על נורמות, שינוי בתפיסת נושא העישון עצמו ומיצוב שלילי של חברות הטבק.¹⁵ יש לציין שבמדינות שונות יש תקנות שמסדירות את השימוש ללא תשלום של תשדירים ותוכניות לקהילה בערוצי המדיה.

מגוון גישות, תכנון אסטרטגי, מחקר ומעקב

שימוש בשיווק החברתי יכול לסייע לקידום בריאות באוכלוסיות בעלות מאפיינים תרבותיים שונים ונגישות נמוכה יחסית למשאבים חברתיים.¹⁶ כאן, האתגר ל"שיווק" תוכניות לקידום בריאות כולל פיתוח אמצעים העונים על צרכיהן הייחודיים של אוכלוסיות אלה. לשם כך חשוב לעשות שימוש בידע המצטבר בתחום, כולל מחקר יישומי ממוקד ושיתוף אוכלוסיות היעד. אחד המשאבים החשובים שניתן לנצל למטרת פרויקטים לקידום בריאות הוא קיום שותפות עם גורמים וארגונים שונים. השותפויות מאפשרות ניצול משאבים של הגורמים הציבוריים, ובכלל זה ערוצי התקשורת שלהם, כדי להגיע, באמצעות פעילות הסברתית, לאוכלוסיות שונות. ניתן לערוך גם שותפות עם גורמים מסחריים, היכולה לבוא לידי ביטוי בחסויות או בשימוש בערוצים

מסחריים להפצת מידע. ניתן גם ליישם גישות של יחסי ציבור, וכן שיטות בתחום המתפתח של החדרת נושאי בריאות בתוכניות בידור ודרמה, בין אם מדובר בסדרות שלמות¹⁷ או בסצינות ספציפיות.¹⁸ ארגונים ציבוריים, כולל משרד הבריאות של ממשלת ארה"ב ומכוני תקשורת אקדמיים, מפתחים חומרים המעודדים יוצרים לשלב נושאי בריאות בתוכניות בידוריות.¹⁹

קידום בריאות באמצעי התקשורת בישראל: הישגים, פערים ואתגרים

עיתונות

בשנים האחרונות חלה תנופה רבה בסיקור העיתונאי של נושאי בריאות בישראל: כמעט בכל העיתונים היומיים קיימים מדורי בריאות קבועים ומוספי בריאות. גם באינטרנט, למרבית העיתונים יש מדורי בריאות, וחלקם כוללים פורומים ואפשרות התייעצות עם אנשי מקצוע. ככלל, השימוש באינטרנט כמקור לקבלת מידע בנושאי בריאות הולך ומתרחב, ולמשתמשים יש נגישות גם לאתרים בחו"ל. גם בטלוויזיה הישראלית הולך וגדל מספר התוכניות העוסקות בבריאות באופן ישיר או עקיף, למרות שעדיין מספר כתבי הבריאות בה הוא מועט. כתבי הבריאות בישראל הוזמנו בשנים האחרונות להשתתף בהשתלמויות ובסדנאות שנערכו בחסות משרד הבריאות וגורמים אחרים, אולם מדובר בפעילות נקודתית. אין בארץ גוף המעניק הכשרה מקצועית לעיתונאים שסוקרים נושאים הקשורים לקידום בריאות. הנושא אינו נלמד במוסדות להשכלה גבוהה, ולמרבית הכתבים אין רקע מקצועי בנושאי בריאות.

תוכניות בידור

במדיה הבידורית יש התייחסות בתוכניות רבות לנושאי בריאות, בכלל זה מידע ועצות בנושאי תזונה, פעילות גופנית, מניעת עישון או הפסקתו. חלק מתוכניות אלה מופקות עבור ילדים ובני נוער ומשודרות בערוץ הטלוויזיה החינוכית. אולם, בחלק מהמקרים מפיקי התוכניות וכותביהן אינם מתייעצים באנשי מקצוע ואף נמנעים מלהתייחס לנושאים שחשובים לאוכלוסיות עם צרכים מיוחדים. בנוסף, בדומה לתוכניות בחו"ל, ההתייחסות לנושאים של קידום בריאות (לדוגמא, עישון או דיאטת רזון) היא בדרך כלל ברמה של שינויים בהתנהגות הפרט, ולא כנושא להתמודדות ברמה החברתית והממלכתית. לעומת זאת, בניגוד לישראל, במדינות אחרות מבוססת החדרת נושאי הבריאות לאמצעי התקשורת על שימוש בידע מקצועי, והיא אינה כרוכה בתשלום (בשונה ממתן חסות לתוכנית).

קידום בריאות באמצעות שיווק חברתי בישראל

בישראל מתקיימת פעילות תקשורתית ענפה בקרב גורמים ממשלתיים, קופות החולים, ארגונים ועמותות שמטרתם לקדם את בריאות הציבור. משרד הבריאות עורך, בדרך כלל תוך שיתוף עם גורמים ציבוריים אחרים (לדוגמא, האגודה למלחמה בסרטן), פעילות תקשורתית לקידום מניעת עישון ותזונה בריאה. פעילות זו כוללת קמפיינים פרסומיים בטלוויזיה המכוונים לקהלי יעד שונים. במקביל, קיימת פעילות תקשורתית גם באינטרנט. גם קופות החולים עושות שימוש בתקשורת לקידום בריאות באמצעות תשדירים וכתבות בעיתונות הכתובה ובאינטרנט. קיימות גם פעילויות אחרות, כגון הצגה המיועדת לבני נוער ועוסקת בהשמנת יתר, הפרעות אכילה ועישון, אשר הופקה על-ידי 'שירותי בריאות כללית' ומוצגת בפני קהל של בני נוער ברחבי הארץ. כמו כן, משרד הבריאות, קופות החולים ומרבית הארגונים משתמשים בשיטות של יחסי ציבור כדי להפיץ מידע ולהעביר מסרים באמצעות סיקור חדשותי. יש לציין, שחלק ניכר מהפעילות התקשורתית נעשה בתקציב מצומצם יחסית בהשוואה לתקציבי הפרסום והשיווק של גורמים מסחריים. כך, לדוגמא, תקציב של קמפיין פרסומי למוצר כגון שמפו לשיער גדול יותר מהתקציב הכולל של משרד הבריאות לקמפיינים תקשורתיים לסך כל הנושאים שעימם המשרד מתמודד. בנוסף, הפעילויות התקשורתיות מאופיינות במגבלות רבות הקשורות בביצוע מחקר מקדים, הערכה מעצבת והערכה מסכמת ברמה מקצועית. מרביתן מוגבלות באופן התאמתן או הגעתן לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים, וחלק ניכר מהתוכניות אינן מעוגנות בפעילות של שיווק חברתי משמעותי מעבר לתשדירים או העברת מסרים. כמו כן, הפעילויות הללו מתקיימות למשך פרק זמן מוגבל. לעומת מדינות אחרות, בישראל אין כיום גוף מקצועי המקצה משאבים ועוסק בהכנת חומרי הדרכה לשיווק חברתי. כמו כן אין בישראל מרכזים אקדמיים של שיווק חברתי אשר יקדמו את המחקר המקצועי בנושא.

שאלות שהועלו לדיון

- מהן האפשרויות שניתן לנצל כדי לפתח את הפוטנציאל הטמון בשימוש באמצעי תקשורת לקידום בריאות במציאות הישראלית, כולל השימוש בערוצי מדיה חדשים, חקיקה (לזמן שידור), שותפויות וכו'?
- מהן האפשרויות לפיקוח ב"סביבה תקשורתית" שמגדילה סיכונים בריאותיים, בייחוד כשמדובר בילדים ובבני נוער?
- מהן האפשרויות שניתן לנצל כדי לטפח "סביבה תקשורתית" מקדמת בריאות, כולל שימוש בסוגים שונים של תוכניות בתקשורת ההמונים?

- מהן האפשרויות שניתן לנצל כדי לפתח שימוש מקצועי בשיטות של שיווק חברתי בקרב גופים ציבוריים?

המלצות ואתגרים**אמצעי התקשורת וקידום בריאות**

- מיצוב מחודש של נושא קידום הבריאות. ראוי להציג את תחום קידום הבריאות כנושא מרכזי, חברתי, הנוגע לרווחת הציבור, מעבר לתחום הסיקור של כתבי בריאות בלבד.
- זמינות אמצעים לעיתונאים. יש לספק לעיתונאים כלים שיאפשרו שיפור הסיקור התקשורתי של נושאי עישון, פעילות גופנית ותזונה. אלה כוללים נגישות למאגרי מידע, מתן יזום של מידע ונתונים, השתלמויות, מפגשים עם אנשי מקצוע ועם מקבלי החלטות. ראוי לעודד את כתבי הבריאות לתת מקום מרכזי יותר לנושאים של מדיניות בריאות, מעבר לסיקור מחדלים.
- תמריצים. יש לעודד קרנות למתן מענקים ופרסים לעיתונאים על סיקור מצטיין. יש לעודד קרנות למתן פרסים לתוכניות בידור המצטיינות בתכנים של קידום בריאות.
- קידום בריאות בעולם הבידור. יש להקצות משאבים למתן חסות לתוכניות המיועדות לקידום בריאות, משאבים שיסייעו ליוצרים ולמפיקים להציג נושאים שונים באופן מקדם בריאות. יש להימנע, כמדיניות, ממתן תשלום עבור שילוב נושאי בריאות בתוכניות בידור.
- אמינות המידע בנושא קידום בריאות במדיה. יש להעמיד לרשות הציבור אמצעים לבדיקת אמינות המידע שהוא מקבל באמצעי התקשורת.

המלצות לשמירה מפני "סביבה תקשורתית" המגדילה סיכונים בריאותיים

- מידע על תוויות המזון. יש להרחיב את המדיניות לגבי סוג המידע שצריך להופיע על תוויות מוצרי מזון ואופן הצגתו כך שיוכל לשמש בצורה יעילה את הצרכנים למטרת קידום בריאותם.
- הגבלות על פרסום ושיווק ישיר של מוצרי מזון עתירי סוכרים ושומנים. יש להרחיב את מסגרת ההגבלות על שיווק ופרסום מוצרי מזון בעלי ערך תזונתי נמוך שתורמים להשמנת-יתר. יש להגביל את השיווק המיועד לילדים ולבני נוער הנעשה באמצעות משחקים, קלטות ווידאו או DVD, צעצועים, בובות ואביזרים שכוללים דמויות או סמלים של מותגי מוצרי מזון. יש להגביל את השימוש באסטרטגיות שיווקיות המעודדות "נדנדוד להורים".
- בקרה על פרסום מוצרים המתיימרים להיות בעלי תכונות בריאותיות. יש לדאוג לבקרה על הפצת מידע חלקי או מטעה לגבי המאפיינים הבריאותיים של מוצרי מזון.
- הרחבת ההגבלות על פרסום ושיווק ישיר של סיגריות. יש להשלים את החקיקה המטילה

- איסור מקיף וכולל על פרסום, קידום והענקת חסויות של מוצרי טבק. ישראל הצטרפה באוגוסט 2005 ל-192 מדינות אשר חתמו על האמנה של ארגון הבריאות העולמי לפיקוח על הטבק. על-פי האמנה מחויבת ישראל לפעול בתוך חמש שנים מכניסתה לתוקף של האמנה להשלמת החקיקה.
- הגבלות על פרסום עקיף. יש להגביל פרסום עקיף והחדרת מוצרים (product placement) בתוכניות טלוויזיה ובסרטים, כולל סיגריות ומוצרי מזון. יש לגבש מדיניות לגבי התמודדות עם פרסום עקיף של מוצרי מזון וסיגריות בבתי הספר (המתבצע באמצעות מתן חסויות של חברות מסחריות לחומרי לימוד).
- תיעוד ומחקר יישומי. יש להקצות משאבים למחקר ולתיעוד אופן הצגת נושאי הבריאות בתקשורת. יש לעודד מחקרים בנושאים כמו השפעת השיווק של מוצרי "מזון מהיר" בעלי ערך תזונתי גבוה יותר – האם הוא יקדם צריכת מוצרים בריאים יותר, או ישמש כלגיטימציה להמשך צריכה של מוצרי מזון מהיר בעלי ערך תזונתי נמוך?

המלצות לטיפול "סביבה תקשורתית" מקדמת בריאות

- מידע נגיש לציבור לגבי חקיקה והגבלות. יש להפיץ מידע כך שהציבור יהיה מודע לזכויותיו לגבי ההגבלות הקיימות והצעות החקיקה, ויכול להפעיל לחץ על מקבלי ההחלטות לקדם חקיקה תקשורתית מקדמת בריאות.
- הקניית מיומנויות באוריינות מדיה לציבור הרחב. יש להקנות מיומנויות של אוריינות מדיה לאוכלוסיות שונות (בתוכן ילדים, מיעוטים, עולים חדשים), כולל חשיפת שיטות שיווקיות של מוצרים לא בריאותיים.
- מקורות מימון חלופיים לפרויקטים הנתמכים על-ידי חברות מסחריות. יש לאתר מקורות חלופיים למימון תוכניות הנתמכות על-ידי יצרנים של מזונות דלים בערך תזונתי או על-ידי חברות טבק, כדי שארגונים חברתיים ומוסדות חינוכיים לא יהיה תלויים במשאבים אלו.

המלצות לשימוש בשיווק חברתי לקידום בריאות בישראל

- תיעוד, מחקר ונתונים. יש להקצות משאבים לתיעוד מלא והערכה של תוכניות שבוצעו עד כה, כדי שניתן יהיה לבצע הערכה מקדימה, מעצבת ומסכמת לתוכניות עתידיות.
- הכשרה. יש לעודד הקמת תוכניות אקדמיות או מקצועיות שבהן תלמידים ואנשי מקצוע בתחום קידום הבריאות והשיווק המסחרי יוכלו ללמוד ולהתמחות בשיווק חברתי למטרות קידום הבריאות.

- שקיפות. יש צורך בשקיפות בכל הקשור לפעילות התקשורתית הנעשית מטעמים של כלל הגופים הציבוריים בישראל בנושא קידום בריאות.
- הקפדה על התהליך וההערכה. ראוי שגופים המקבלים משאבים ציבוריים עבור שיווק חברתי יבצעו אותו בצורה מקצועית, כולל הערכה ושיתוף אוכלוסיות היעד, שמירה על כללים אתיים, ושקיפות למקבלי ההחלטות ולציבור.
- מדיניות שידור. יש לפעול לקידום הסכמים וולונטריים או תקנות לשם הגדלת הזמן המוקצה לתשדירים ולתוכניות לשירות הקהילה עבור גורמים ממשלתיים, ללא תשלום.
- קמפיינים תקשורתיים ציבוריים. חשוב שתכנון וביצוע קמפיינים תקשורתיים יעשה כחלק ממערך שלם ולא כפעילות נפרדת ובלעדית.
- שילוב נושאים של קידום בריאות בתכניות בידור. יש לקדם את העיסוק המקצועי בהעברת מידע והצגת מודלים לחיקוי באמצעות תוכניות בידור ודרמה.
- שימוש בערוצי התקשורת החדשים. יש לפתח מערך ומשאבים להעברת מידע לקידום בריאות באמצעות האינטרנט וערוצי התקשורת החדשים, כולל טלפון סלולארי.
- אוכלוסיות ייחודיות. יש לדאוג להעברת מידע באמצעי תקשורת שמאפשרים הגעה לאוכלוסיות מרקע חברתי ותרבותי מגוון, תוך שימוש בערוצי מדיה ייחודיים.
- שיתוף אוכלוסיות יעד. יש לעשות שימוש בערוצי תקשורת לשיתוף תושבים וקהילות בפעילות תקשורתית לקידום בריאות.

⁹ Kline, N. N. (2006). "A decade of Research of Health Content in the Media: The Focus on Health Challenges and Sociocultural Context and Attendant Informational and Ideological Problems". *Journal of Health Communication*, 11. pp. 43-59.

¹⁰ Voss, M. (2002) "Midwestern Reporters' Opinions on Their Ability to Report Health Care News" *American Journal of Public Health* 92:7. pp, 1158-1160.

¹¹ Byrd-Bredbenner, C., Finckenor, M. and D. Grasso (2003). "Health Related Content in Prime-Time Television Programming". *Journal of Health Communication*. pp. 329-341.

¹² Hastings, G.B., Stead, M., Whitehead, M., Lowry, R., MacFadyen, L., McVey, D., Owen, L. and K. Tones (1998). "Using the Media to Tackle the Health Divide: Future Directions". *Social Marketing Quarterly*, 4:3. pp. 42-67.

¹³ Winkleby, M.A., Taylor, B., Jatulis, D. and S.P. Fortmann (1996). "The Long-Term Effects of a Cardiovascular Disease Prevention Trial: The Stanford Five-City Project". *American Journal of Public Health* 86. pp. 1773-1779.

¹⁴ Reger, B., Wootan, M.G. and S. Booth-Butterfield (1999) "Using Mass Media to Promote Healthy Eating: A Community-Based Demonstration Project". *Preventive Medicine*, 29:5. pp. 414-421.

¹⁵ Sly, D. F., Hopkins, R. S., Trapido, E. and S. Ray (2001). "Influence of a Counteradvertising Media Campaign on Initiation of Smoking: The Florida "Truth" Campaign". *American Journal of Public Health* 91:2. pp. 233-238.

¹⁶ Hastings, G.B., Stead, M., Whitehead, M., Lowry, R., MacFadyen, L., McVey, D., Owen, L. and K. Tones (1998). "Using the Media to Tackle the Health Divide: Future Directions". *Social Marketing Quarterly*, 4:3. pp. 42-67.

מקורות

¹ Bar-on, M. E. (2000). "The Effects of Television on Child Health: Implications and Recommendations". *Arch Dis Children* 83, pp. 289-292.

² Story, M. and S. French (2004). "Food Advertising and Marketing Directed at Children and Adolescents in the US". *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*.1:3.

³ Pierce, J., Choi, W., Gilpin, E., Farkas, A. and C. Berry (1998). "Industry Promotion of Cigarettes and Adolescent Smoking". *Journal of the American Medical Association* 279, pp. 511-515.

⁴ Sargent, J.D., Tickle, J. J., Beach, M.L., Dalton, M.A., Ahrens, M. B. and T.F. Heatherton (2001). "Brand Appearances in Contemporary Cinema Films and Contribution to Global Marketing of Cigarettes". *Lancet*. 357(9249). pp. 29-32.

⁵ Mekemson, C., Glik, D., Titus, K., Myerson, A., Shaivitz, A., Ang, A., and S. Mitchell (2004). "Tobacco Use in Popular Movies During the Past Decade". *Tobacco Control* 13:4. pp. 400-402.

⁶ Potter, J. (2005). *Media Literacy*. Sage Publications.

⁷ כהן, א. (2005) "הכי מעניין בריאות" זמן הרפואה, יוני-יולי 2005, עמ' 29-24.

⁸ Caburnay, C.A., Kreuter, M.W., Luke, D.A., Logan, R. A., Jacobsen, H.A., Reddy, V.C., Vempaty, A.R., and H.R. Zayed (2003). "The News on Health Behavior: Coverage of Diet, Activity, and Tobacco in Local Newspapers". *Health Education & Behavior* 30: 6, pp. 709-722.

סיכום הכנס גור עופר

רבים יודעים שהתלבטנו ארוכות לפני שהחלטנו לבחור בנושא קידום הבריאות עבור כנס ים המלח השנה. במונחים של משקל גוף רצוי, פעילות גופנית והפסקת עישון, המטרות של קידום הבריאות הן ברורות. החלק המתעתע בתחום הוא החיפוש אחר האמצעים היעילים להשגת מטרות אלה; הדבר דומה לניסיון לנעוץ שינים בגוף גמיש וחלקלק. מה הם הכלים והמנופים המקדמים את מטרות קידום הבריאות? איך עוברים מפוזר של מטיפים להמלצה על אמצעים שאכן יכולים להביא לתוצאות ממשיות? נדמה לי שאלה מכם שהשתתפו בדיונים ובחנו בתשומת לב את המסקנות וההמלצות של הכנס מבינים את כוונת דברי. עם זאת, בסיכום, נראה לי כי למרות החששות וההיסוסים יצאנו נשכרים. ייתכן שאין בידינו מתכונים מדויקים לטיפול בכל הבעיות, אבל אין ספק שהבאנו את ההתלבטויות לתודעה, ואולי גם למדנו שלא מדובר בנקודת ארכימדס בודדה או שלפת שפן מן הכובע אלא בכמה וכמה מנופים והרבה שפנים, ושרק שיתוף פעולה רב-מערכתי יוכל לקדם בריאות בפרשה רחבה.

עוד יותר התלבטנו וחששנו לגבי ההחלטה להזמין את עמרי פדן, מנכ"ל מקדונלד'ס בישראל, להרצאת הפתיחה של הכנס. ראשית ברצוני לחזור על מה שנאמר אתמול – הופעה זו אינה כרוכה בשום עסקה כספית בין מקדונלד'ס למכון. אני חוזר על כך כי גם לאחר הודעתי הראשונה שמעתי פקפוקים בנושא. ההחלטה להזמין לכנס את מנכ"ל מקדונלד'ס הייתה חד-צדדית, מצידנו, ומתוך ידיעה שאנחנו לוקחים סיכון.

אני יודע שאפילו עתה אין הסכמה על החלטה זו ויש רבים שראו בהרצאת הפתיחה מעין "מקדונלד'ס בחנות חרסינה". אכן, נדמה לי שנשברו פה מספיק כלי חרסינה מחשבתיים כדי להפוך את ה"פרובוקציה" הזו, עבור מי שזו אכן הייתה כזו בשבילו, לחלק מהותי של הכינוס הזה, וללמוד ממנה כמה לקחים. אני הפקתי שניים:

הראשון, איש עסקים המוכר במיליונים הופיע בכנס ואמר שקידום בריאות מוכר. בדיונים, לעומת זאת, נשמעו הרבה ספקות בעניין.

השיעור השני הוא השינוי המחשבתי הקיצוני שמקדונלד'ס עברה, וההשקעה הגדולה ומהירות ביצוע השינוי שהחברה נקטה מרגע שהגיעה למסקנה. מדובר, אחרי הכול, בחברה המוכרת אוכל שחייב להיות טעים, משביע וזול, ושצריכה הייתה להשקיע מאמץ מחקרי הזר להחלוטין בשאלה כיצד לשמור על כל הנ"ל אך להפוך אותו לפחות מזיק לבריאות, אפילו למקדם בריאות. לשם כך צריך היה לפתע לחקור תכונות שונות לגמרי של שמן (כאן רבים מאיתנו למדו דברים חדשים), בשר ותפוחי אדמה ודרכי הכנה שונות של מזון, להוסיף מרכיבים חדשים לתפריט, להדפיס

¹⁷ Singhal, A. and E. Rogers (2001). "The Entertainment-Education Strategy in Communication Campaigns". In R. E. Rice and C. K. Atkin (Eds). *Public communication campaigns* (third ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. pp. 343-356.

¹⁸ Winsten, J. A. (1994). "Promoting Designated Drivers: The Harvard Alcohol Project". *American Journal of Preventive Medicine* 10 (Suppl.3), pp. 11-14.

¹⁹ Beck, V. (2003). "Working with Daytime and Prime-Time Television Shows in the United States to Promote Health" In A. Singhal, M. Cody, E. Rogers & M. Sabido (Eds.), *Entertainment-Education and Social Change: History, Research, and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. pp. 207-224.

אינפורמציה תזונתית על העטיפות וכו'. זהו שינוי פרדיגמה מחשבתית מן הקצה אל הקצה. בואו ננסה לתאר לעצמנו כמה מאמץ דרוש לכל אחד מאיתנו על-מנת לשנות דרכי מחשבה במידה קיצונית כל-כך. מה שמעורר מחשבה הוא השינוי במקדונלד'ס נעשה בסופו של דבר על-מנת למכור, ולא כפי שהדבר במערכות שלנו, מתוך שיקולים של טובת הכלל.

ייתכן שצודקים אלה שאומרים שכל מה שמקדונלד'ס הצליחה לעשות זה להפוך מוצר גרוע מבחינה תזונתית למעט (או הרבה) פחות גרוע. אך יש לזכור כי התרומה לקידום בריאות נמדדת על-פי השיפור באיכות המוצר מוכפל במספר הקונים. לכן אין לי ספק ששיפור זה שקול לתוצאות של הרבה אמצעים משובחים הננקטים על-ידי בודדים. בטוחני כי הסערה שהתחוללה, לא בכוס מים אלא בכוס של קידום הבריאות, לימדה אותנו דבר מה.

החשיבות של הכנס הייתה גם בכך שהוא הפגיש את אנשי קידום הבריאות, שאינם יושבים בדרך כלל בחדר הסמוך למנכ"ל הקופות ובתי החולים ובאקדמיה, עם קהל גדול של אנשי מגזר הבריאות המקדישים את רוב זמנם, ועוד יותר מכך את מרב תשומת הלב שלהם, לחולים ולרפואה מתקנת ודחופה. כמה כתבים, פוליטיקאים ואנשי מערכת הבריאות טרחו להזכיר לקהל הצופים בשביתת הרעב למען תוספת תרופות לסל, כי המניעה של רוב המחלות שבהן מדובר הינה בחינם או בתשלום פשוט.

אחד ממוקדי הוויכוח בכנס היה התהייה מדוע קופות החולים תובעות תוספות תקציב על-מנת להרחיב פעילות בתחום קידום הבריאות. אם פעילות זו אכן משפרת בריאות בעלות נמוכה, כפי שטוענים רבים, מדוע אין הקופות נוקטות בפעילות זו על-מנת לחסוך בעלויות (של טיפול במחלות מאוחר יותר) ומבלי לבקש תוספת תקציב? מדוע אין הקופות מתחרות זו בזו בפעילות זו? החיסכון לקופות נראה מבוטח, במיוחד לאור שיטת הקפיטציה הנהוגה בארץ. הטענה הנגדית היא כי הארכת חיים של מבוטחים אינה "משתלמת" לקופות, מאחר שאלו יצטרכו לעמוד בעתיד בהוצאות הגבוהות של מבוטחים זקנים (וחולים) יותר. אך לפי שיטת הקפיטציה הקופות מפוצות עבור כל מבוטח כל עוד הוא חי בשיעור המתאים לגילו. ואמנם, אחד ממנכ"ל הקופות השיב לכתב כי קופת החולים שהוא עומד בראשה משקיעה בקידום בריאות כי הדבר "כדאי לה", אני מניח שבנוסף על טובת החולים. אפילו אם הדבר נאמר גם למטרות של יחסי ציבור, הוא מהווה סימן לכך שקידום בריאות נתפס כמועיל בתחום זה.

גם אם אין בעיית תקציב להפעלת תוכניות לקידום בריאות, יש בעיה של מימון: ההשקעה בקידום בריאות היא עכשיו, והפירות (החיסכון) בעתיד (הרחוק). בינתיים צריך לטפל במבוטחים שלא התנהגו כראוי בעבר ולכן הם חולים יותר. מתקבלת כאן תקופת מעבר של נטל מימוני (אך לא תקציבי) כפול על הקופות. את בעיית מימון הביניים הזאת אפשר וצריך לפתור בדרכים

שונות.

דיברנו בכנס רבות אודות השאלה על מי יש להטיל את העומס הנוסף של פעילות קידום הבריאות בתוך מערכת הבריאות. אין לי ספק שאכן נדרשת תוספת של מומחים בתחומים שונים ושל מערכות תומכות, כולל מחשוב. עם כל זאת, הדרך הנכונה ביותר בעיניי, ואף הזולה ביותר, היא להטיל את התפקיד הזה על רופא המשפחה או הרופא האישי. הדבר כרוך בהכשרה וגם בתוספת משמעותית של עומס ופיצוי, אך אלו הינם יחסית קטנים בהשוואה לאלטרנטיבות. הכרת הרופא את חוליו משפרת את השירות וגם חוסכת משאבים. סמכותו של הרופא, המבוססת גם על הכרת החולה ובעיותיו, היא גורם מכריע להצלחה. כל הקמה של מערכת מקבילה כרוכה בהוצאות גבוהות בהרבה. אולי ראוי להתחיל בדרישה מן הרופא למדוד בכל ביקור לחץ דם ומשקל (ולחשב עבור החולה את ה-BMI שלו). ביקור ללא מרכיבים אלה לא ייחשב לצורך פיצוי או בונוס.

באשר לתרומה לקידום בריאות של מערכות מחוץ למערכת הבריאות עלי להתוודות כי בתקופת הכנת הכנס היה לי וויכוח מתמשך עם הצוות שעסק בנושא. בוויכוח זה הצגתי גישה קיצונית יותר מזו של חברי הצוות לגבי המשימות שיש להטיל על מערכת החינוך ועל הצבא. בניגוד למקומות עבודה רגילים, שם הפעילות מוכתבת על-ידי שילוב של תמריצים ותקנות שלטוניים ונכונות הבעלים והעובדים, הרי שמערכת החינוך והצבא הן מערכות ציבוריות, בהן יש לדעתי לנקוט באמצעים החלטיים יותר; מה גם שדרכן עוברת כמעט כל האוכלוסייה. תפקיד מערכת החינוך הוא להכין את הדור הבא לאורח חיים "נכון" בכל התחומים. להתנהגות בריאותית ולשמירת כושר גופני יש חשיבות ישירה לצבא, אך בנוסף יש לצבא גם תפקיד חינוכי. לכן הייתי רוצה לראות יותר החלטיות ומידה של הכתבה, גם בדרך של פקודות, ויותר הטלת אחריות ומחויבות על שתי מערכות אלה. הדבר נכון ביחס למניעת עישון, להרגלי תזונה ולפעילות גופנית. שיתוף הפעולה מצד המורים והתלמידים, המפקדים והחיילים הוא חשוב ביותר, ולכן כל תוכנית צריכה לנקוט באמצעים שיביאו לכך. בתחום זה אני מצדד על-כן בצעדים חריפים יותר מאלה העולים מהמלצות הצוות.

בדיוני הכנס עלתה דילמה הנובעת מכך שחלק ניכר מן האמצעים הננקטים למען קידום הבריאות יעילים יותר בקרב קבוצות אוכלוסייה מבוססות מאשר בקרב מגזרי אוכלוסייה חלשים יותר. קביעה זו נכונה בכל הנוגע לאמצעים שונים של "שיווק חברתי", שבהם רמת ההבנה של הצד המקבל ושיתוף הפעולה שלו חשובים מאוד. חלק מן האמצעים להתנהגות בריאותית נאותה גם כרוכים בהוצאה כספית ניכרת, וגם כאן יש יתרון לחזקים. יוצאים מן הכלל בתחום זה הם מסים והיטלים הבאים לצמצם שימוש במוצרים הפוגעים בבריאות. כאן הפגיעה הכלכלית גדולה

אחרית דבר אשר אלחיאני

תעודת כבוד היא למכון לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, שהחליט השנה לחרוג מסדר היום הרגיל של הכנסים השנתיים עד כה, שכלל עיסוק בנושאים הנמצאים כולם במרכז תשומת הלב של מערכת הבריאות (נושא תאגוד בתי החולים או שר"פ, תקצוב מערכת הבריאות, וכו'), ולהעלות על סדר היום נושא ברמה הלאומית, הנוגע לכל אזרח ואזרח, ושהשפעה עליו נתונה בידי גורמים רבים – מערכת החינוך, הצבא, מקומות העבודה והבילוי, וכל משק בית – נושא קידום הבריאות בישראל כיעד לאומי.

תחום קידום הבריאות אינו שייך ל"מגרש המשחקים" הבלעדי של גוף אחד או מערכת אחת. לקחים מהניסיון בעולם מראים, שרק שילוב ותיאום יעיל של כוחות שונים יכולים להביא לשינוי ולקידום בריאות אמיתי ולאורך זמן. ולכן מבורך הדבר, שהדיונים בכנס ים המלח השנתי של שנת 2006 התמקדו הן בהיבטים שונים של עשייה במערכות שונות (מערכת הבריאות ומערכות תומכות כגון מערכת החינוך, הצבא, המשטרה, השלטון המקומי והתקשורת), והן בבחינת נקודת המבט הכלכלית והניהולית של התחום.

בדיונים הפורים שהתקיימו בשני ימי הכנס, ואשר נכח בהם קהל משתתפים מגוון יותר מאשר בכנסי העבר, בלט מסר מרכזי אחד: הגיע הזמן לעבור מהתפיסה הגורסת שקידום הבריאות בישראל הוא חשוב ומובן מאליו, לתפיסה מעשית ואקטיבית המניחה שהדבר לא יקרה מעצמו, אלא רק אם תקודם מערכת של ביצוע מתואם ומתוכנן בתחום המדיניות, בתחום ההתערבות של מסגרות ומערכות שונות, ובליוי הערכה, בקרה ומחקר.

באחד הצוותים בכנס תואר תהליך הדיון על הרכבת סל הבריאות לקראת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994. בדיון בוועדת הרווחה והבריאות של הכנסת, בראשות ח"כ עמיר פרץ, סוכם שקידום הבריאות והחינוך לבריאות הינם כה חשובים וטריוויאליים, שאין צורך כלל להזכירם בחוק ולהכלילם בסל הבריאות. הזמן שחלף מאז הוכיח שמטרות אלה אינן מובנות מאליהן כלל ועיקר, ושהן חייבות להיות מוגדרות וברורות על-מנת שיתבצעו.

התפיסה שהדברים מובנים מאליהם גרמה לכך שבשנים שחלפו לא התקיים עיסוק במחקרי evidence ובשיווק הנושא לקובעי המדיניות, למדיה ולחולים. כאשר הנושא נתפס כ"רוח החוק", ולכן לא מפורט בחוק כמרכיבים ספציפיים בסל הבריאות, אזי הוא גם לא מקבל תקציבים, לא "צובעים" כספים עבורו ולא מקצים משאבים לאכיפת נושאים שנקבעו כחלק מקידום הבריאות בעם. התוצאה היא שהנושא "חלף עם הרוח".

לכן, חייבת להיות התייחסות לשיטות לשינוי התנהגות בריאותית שהוכחו כברות-השגה הן בקרב בריאים והן בקרב חולים, ויש להכליל שיטות אלה בסל הבריאות, ככל תחום קורטיבי אחר.

יותר בחלשים (בדיוק כמו במקרה ההפוך של השתתפות בתשלום עבור תרופות) ולכן ייתכן כי אלה יגיבו בעוצמה רבה יותר ויצמצמו את השימוש במוצרים אלה. בעוד שיש חשיבות רבה לגיבוש אמצעים המעודדים התנהגות בריאותית ראויה בקרב קבוצות חלשות, נראה לי שהמטרה של קידום בריאות חשובה דיה ולכן אין להגביל את נקיטת האמצעים להשגתה משיקולים של (אי) שוויון. עם זאת יש לפתח אמצעים לקידום בריאות שיהיו יעילים לכל חלקי האוכלוסייה. נושא הכנס השנה תואם עם משרד הבריאות, ויותר מכך עם פרויקט 2020 של המשרד, העוסק בנושאים דומים. ברצוני להודות על-כן לבצע לב, המרכז את הפרויקט במשרד הבריאות, על התמיכה, הסיוע ושיתוף הפעולה. כן נתונה תודתנו לראשי הפרויקט במשרד, לאה רוזן ואלי רוזנברג, שתרמו רבות לכנס ולעבודת הצוותים. בארוחת הצהריים עם שר הבריאות החדש יעקב בן-יזרי נשאלה השאלה מהי המטלה הדחופה ביותר במערכת הבריאות היום. תשובתי הייתה, שרצוי לפנות את משרד הבריאות עד כמה שניתן לעסוק בפרויקטים אסטרטגיים כמו פרויקט מדדי האיכות ופרויקט 2020 ואני מקווה שפרויקטים אסטרטגיים וארוכי טווח כאלה יתפסו נתח הולך וגדל מהפעילות הכללית של המשרד על חשבון עיסוקים אחרים, שעל-פי דעתי יש גופים שיכולים לבצעם בצורה טובה יותר.

בסיום כל כנס מתחילה החשיבה על הנושא לכנס הבא. בהקשר זה ברצוני לציין את מעורבותו ותורמתו של חבר הכנסת דוד טל בעבודת המכון. דוד טל הוא הפוליטיקאי היחיד שהשתתף ברוב כנסי ים המלח עד עתה ובפעילויות אחרות של המכון, והערכתו לעבודת המכון התבטאה לאחרונה גם בסיוע רב לתיקון תקציב המכון, לאחר שזה קוצץ לפני כשנתיים. התיקון הוא לשנה אחת ואנו מקווים, בעיקר בעקבות הבטחת השר, שתקציב המכון יחזור לרמתו המקורית בצורה קבועה.

בשיחה עם חבר הכנסת טל על נושא מתאים לכנס ים המלח הבא הוא הציע לחזור לנושאים ולהמלצות של שבעת הכנסים שהתקיימו, לבדוק אילו מתוך ההמלצות בוצעו ואילו לא, להבין אילו מסקנות עדיין תקפות לאור ההתפתחות של המערכת על פני השנים, ולנסות לבנות מערכת קדימויות חדשה לשינויים רצויים ולדרכים להגשמתם. הצעה זו חוזרת במידה מסוימת לנושאי הדיון של כנס ים המלח הראשון. ההצעה רצינית והיא תישקל בכובד ראש. בהזדמנות זו ברצוני לבקש מקהל המשתתפים לפנות למכון ולהציע נושאים אפשריים לדיון בכנס ים המלח בשנה הבאה.

ולבסוף ברצוני לחזור ולהודות לכל אלה שלקחו חלק בהכנת הכנס ושהשתתפו בו.

במהלך הכנת הכנס, ובמידה רבה יותר במשכו, התברר באופן בהיר יותר כי אנו נמצאים בשעת כושר נכונה ומתאימה לקידום הנושא. תחום קידום הבריאות הפך לנושא פופולארי: התעשייה עוסקת בו, ואפילו מקדונלד'ס ישראל בחרו לקדם אותו, מכיוון שהתברר להם שקידום בריאות "מוכר", ומקדם עסקים ורווחים. המדיה עולה על גדותיה בנושאים של התנהגות בריאותית. התקשורת דיווחה על כנס ים-המלח השנה יותר מעל כל כנס בעבר, למרות חששות מארגני הכנס. נראה שהן האוכלוסייה והן המדיה מעוניינות בדחיפת נושא ההתנהגות הבריאותית, ויתנו רוח גבית לקידום הנושא על-ידי ומול קובעי המדיניות.

גם בקופות החולים "גילו" לאחרונה את נושא קידום הבריאות. מחקר שעשה פרופ' צבי אדר בחסות המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות מצא, שאחד השיקולים העיקריים של מבוטחים צעירים בבחירת קופה הוא האם הקופה נתפסת כמקדמת בריאות. בין אם משיקולים שיווקיים-פירסומיים, ובין אם משיקולים ענייניים של קידום בריאות, הקופות משקיעות בשנים האחרונות משאבים רבים בקידום הבריאות ובשכנוע ציבור לקוחותיהן שהן מעוניינות בקידום בריאות המבוטחים ולא רק בטיפול בהם בעת מחלתם.

הכנס לא נכנס לוואקום עשייה בנושא זה. ישראל הינה מדינה מקדמת בריאות. משרד הבריאות עוסק בתחום קידום הבריאות, ופעילות נרחבת מתבצעת בתחום התכנון והמדיניות על-ידי צוות 2020. אך במקביל, ישראל היא גם ארץ המקדמת תחלואה ובקצב וב"מרץ" גדול ביותר. ישראל הינה מהמובילות בקרב ארצות המערב באחוזי השמנה ועישון. אחד המשתתפים בכנס כינה את התופעה המדאיגה בשם "צונאמי", שיש להתכונן אליו לקראת השנים הבאות הן מבחינת התחלואה המצפה לנו, והן מבחינת העלויות והמשאבים שנצטרך להקצות לטיפול בתוצאות התנהגות הבריאות העכשווית של תושבי ישראל. עלינו מוטלת האחריות להביא לכך שהממשלה, והחברה כולה, יכירו ב"תו המחיר" הכרוך בהתנהגותנו הבריאותית כיום, ויראו בהתנהגות זו בעיה הדורשת למקם את הנושא בעדיפות לאומית גבוהה.

בין השאר, עלתה בכנס הסוגיה של הקמת גוף לקידום הבריאות בישראל – רשות ממשלתית לקידום בריאות, וועדת שרים לנושא, או גוף בין-משרדי אחר. לטעמי, משרד הבריאות הוא הרשות לקידום בריאות, ועליו להיערך לכך שתחום זה יהיה עיסוקו המרכזי. כמובן ששינוי זה מחייב מימוש המלצתם של רוב כנסי ים המלח הקודמים, המלצה להפסקת העיסוק המרכזי של המשרד כיום, שהוא ניהול בתי החולים הממשלתיים, והירתמות ארגונית, תכנונית ותקציבית לעיסוק בבריאות העם, ובראש ובראשונה – קידום בריאות ומניעת תחלואה אקוטית וכרונית. משרד הבריאות הינו הגורם המתאים ביותר לקדם תוכנית לאומית לשיפור ההתנהגות הבריאותית של האומה הישראלית, אילו היה לוקח על עצמו לבצע תוכנית כזו, תוך שיתוף כל

הגורמים הרלוונטיים (משרדי האוצר, התחבורה, החינוך, העבודה והרווחה ואיכות הסביבה, השלטון המקומי, צה"ל, משרת ישראל, שירות בתי הסוהר וכו'), ומקבל את מלוא הגיבוי לכך. יחד עם המדיה, הציבור והקופות, אם כן, האתגר שלנו הוא למקם את נושא קידום הבריאות כבעל עדיפות גבוהה, ולהביא לכך שנושא זה יוכרז על-ידי קובעי המדיניות בארץ כיעד לאומי. לשם כך יש צורך במספר דברים:

- תכנון והכוונה. מועמד בולט לטיפול בתחום זה הינו פרויקט 2020, שיביא לבניית תוכנית לאומית לקידום תחומים ויעדים, תוכניות הכשרה, ותוכנית שתכלול תיאום ארצי ואזורי להשגת היעדים שייקבעו.
- משאבים שיוקצו לקידום הבריאות ממקורות כלליים וממשרד הבריאות. על משרד הבריאות לשכנע את האוצר שמוטב להשקיע כעת משאבים מצומצמים יחסית בקידום בריאות ובמניעת מחלות, מאשר להיאלץ להשקיע משאבים גדולים בהרבה בשנים הבאות, עם התפרצות התחלואה הצפויה עקב ההתנהגות הלא-בריאותית של רוב הציבור היום.
- שבירת הפרדיגמה הקיימת של מפגש רופא-חולה, שמתאפיין בעבודה פרטנית של כ-6 דקות בממוצע המתרכזת ברובה בטיפול בתחלואה אקוטית. יש לפעול ברמה הלאומית וברמת הקופות לאפיון מחדש של מפגש זה. אפיון זה צריך לכלול עבודת צוות ושימוש מושכל בבעלי מקצועות הבריאות השונים הן לטיפול בתחלואה הכרונית ולמניעת סיבוכים משניים, והן לקידום בריאות האדם הבריא בצורה אקטיבית. האפיון צריך להתמקד במעבר מרפואה מגיבה לרפואה יוזמת.
- בנייה של מערך מדידה ומחקר לנושא קידום הבריאות. תפקידו של מערך כזה הוא הערכת הנושא לשם קידום תחומים שבהם ההתערבות נמצאה יעילה ועומדת בקריטריונים של עלות/תועלת, ולשם קידום האמצעים הנכונים והדרכים המתאימות לקידום בריאות בקרב אוכלוסיות יעד שונות, הן מבחינת התחלואה והן מבחינת המאפיינים הסוציו-אקונומיים והתרבותיים השונים של אוכלוסיות אלה.
- קביעת תמריצים. זאת יש לעשות באמצעות מיסוי, תמחור, חקיקה ורגולציה, תוך התחשבות בדילמות האתיות שעליהן יש לשים את הדעת במקביל לקביעת מדיניות בנושא. בביצוע צעד זה יש לקחת בחשבון את המחלוקת הקיימת בנוגע לפגיעה בחופש הפרט על-ידי רגולציה וחקיקה.
- פיתוח מדדים וסטנדרטים לקידום בריאות. אלה צריכים להיות הן מדדי תהליך והן מדדי תוצאה לטווח הקצר והארוך. צעד זה הינו חיוני לשלב המדדים הקשורים להתנהגות בריאותית במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה.

- פיתוח מקצועי בתחום קידום הבריאות. על משרדי הבריאות והחינוך לעודד, באמצעות מוסדות ההשכלה הגבוהה, את המקצועות העוסקים בקידום בריאות. יש לדאוג לפיתוח מקצועי, רישום מתאים והולם של המקצוע ופיקוח על העוסקים בו. כמו כן יש לקדם שילובם של מקצוענים מן התחום במשרד הבריאות, בקופות החולים ובמוסדות נוספים (כמו מערכת החינוך, הצבא והמשטרה). יש לשאוף למיצוי מושכל של יכולות אנשי המקצוע, בעבודה משותפת ובעזרה לרופאים, שנמצאו כסוכן היעיל ביותר בשינוי התנהגות בריאותית.
- והחשוב ביותר - שיווק חברתי מתמשך ועקבי של התחום. מטרת צעד זה הינה להשפיע על הנורמות של הציבור, על עמדותיו ובעיקר על התנהגותו, כמו גם על קובעי המדיניות. תכנית לאומית בתחום קידום הבריאות חייבת לכלול התייחסות לסביבה תקשורתית מקדמת בריאות. אמצעי התקשורת ההמוניים תורמים רבות לתחום בהיבטים הבאים:
 - . מתן מידע מוסמך ומותאם תרבותית בתחום קידום הבריאות;
 - . עיצוב נורמות חברתיות בתחום הבריאות וחינוך להן; שימוש מקצועי ומתוכנן באמצעי התקשורת ההמוניים יכול לתרום רבות למיצוב חיובי של התנהגויות בריאותיות.
 - . פרסום התוכניות והשירותים בתחום קידום הבריאות העומדים לרשות הציבור, ושיווקם. אין ספק, שהעלות הנדרשת להעברת מסרים מתאימים מן התחום באמצעי התקשורת באופן קבוע הינה גבוהה ביותר. יש לשלב בתהליך אמצעים של רגולציה ותמחור ציבורי, על-מנת לגייס את המשאבים הנדרשים ליישום עקרונות אלו למען בריאות העם.
- שיווק התוכניות והשירותים צריך להיות דיפרנציאלי, ומופנה לקהלי יעד שונים:
 - בראש ובראשונה הרופאים והצוענים הרפואיים השונים; מטרתו של שיווק זה תהיה שיפור הידע בנושאים אלה וקידום עמדות שיביאו להתגייסותם של אנשי הרפואה כסוכני שינוי הולמים ויעילים.
 - קובעי המדיניות;
 - המדיה;
 - אוכלוסיות יעד שונות, תוך התחשבות בפן החברתי הן בעת השיווק והן בעת יישום תוכניות התערבות לשינוי התנהגות בריאותית.

איך נדע שהצלחנו?

חלק ממדדי ההצלחה בקידום הנושא ובשיפור ההתנהגות הבריאותית הינם:

- בעתיד הקרוב והרחוק יוקצו לנושא יותר משאבים.
- מעמד מקצועות הבריאות העוסקים בקידום בריאות יעלה.

- הציבור יוכיח אכפתיות ומעורבות בנושא וייזום מחאות והפגנות כנגד גופים המקדמים תחלואה, כמו אלה שאנו רואים כיום נגד החברות הסלולריות.
- תפוח מערכת תמיכה ברופאים הראשוניים המתפקדים כסוכני השינוי העיקריים. התמיכה תיעשה הן על-ידי רה-ארגון של סביבת העבודה של הרופאים, כולל התאמת הזמן המוקצה לקידום בריאות, והן על-ידי בניית מערכת של עבודת צוות במרפאות הראשוניות. מערכת זו תכלול ייעוץ על-ידי מומחים לקידום בריאות והקמת רשת של מרכזים לקידום בריאות, באופן שקיים כיום בתחום הרפואה האקוטית לילד ולאישה.

רשימת המשתתפים בכנס וכתובותיהם

guttman@post.tau.ac.il	אוניברסיטת בר-אילן	יוסי	הראל	33
ilanits@clalit.org.il	שרותי בריאות כללית	זאב	וורמברנד	34
doritwe@clalit.org.il	שרותי בריאות כללית	דורית	וייס	35
ruth.w@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	רותי	וינשטיין	36
valinsky_l@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	ליאורה	ולינסקי	37
miriziv@inter.net.il	האגודה למלחמה בסרטן	מירי	זיו	38
itzhak.zaidise@sheba.health.gov.il	ביה"ח שיבא	יצחק	זיידס	39
tzadok_c@bezeqint.net	מקד"ר, צה"ל	סלמאן	זרקא	40
jack@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	ג'ק	חביב	41
ofra.havkin@lbm.health.gov.il	משרד הבריאות	עפרה	חבקין	42
tamenkinha@einharodm.org.il	בית חולים העמק	חווה	טבנקין	43
davidt@knesset.gov.il	כנסת ישראל	דוד	טל	44
gidyan@colman.ac.il	המכללה למנהל	גדעון	יניב	45
michal.cohen-dar@lbr.health.gov.il	משרד הבריאות	מיכל	כהן-דר	46
herczeg@post.tau.ac.il	מכון הרצג	יסכה	כהן-מנספילד	47
tzadok_c@bezeqint.net	משרתת ישראל	צדוק	כמה	48
boaz.lev@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	בעז	לב	49
iritli@education.gov.il	משרד החינוך	עירית	לבנה	50
alex.leventhal@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	אלכס	לבנטל	51
dianeale@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	דיאן	לוי	52
leibovic@post.tau.ac.il	בית חולים בילינסון, מרכז רפואי רבין	ליאונרד	ליבוביץ	53
nickyli@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ניקי	ליברמן	54
zival@israelhpr.health.gov.il	המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות	זיוה	ליטבק	55
leshnom@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	משה	לשנו	56
zvima@clalit.org.il	שרותי בריאות כללית	צבי	מאור	57
ameidan@leumit.co.il	קופת חולים לאומית	אברהם	מידן	58
lucky2cu@gmail.com	משרד הבריאות	לילך	מלויל	59
ematz@leumit.co.il	קופת חולים לאומית	ערן	מץ	60
tomernitzan@intel.com	אינטל	תומר	ניצן	61
gs6x@virginia.edu	המכללה האקדמית, קריית אונו	גיל	סיגל	62
mili_a@meuhedet.co.il	קופת חולים מאוחדת	עוזי	סלנט	63
msgur@huji.ac.il	המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות	גור	עופר	64
azuri_yo@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	יוסף	עזורי	65

שם משפחה	שם פרטי	שיוך מוסדי	כתובת דוא"ל
1	אבירם	אליק	aviram@israelhpr.health.gov.il
2	אברהמי	ברוך	avrami@avrahami-law.com
3	אדר	צבי	zvia@gertner.health.gov.il
4	אוחנה	ניסים	ohana@reuth.org.il
5	און	ארז	erezonn@bezeqint.net
6	איסמעיל	שורוק	shuruki@jdc.org.il
7	אלון	ניסים	rfridman@leumit.co.il
8	אלחיאני	אשר	elasher@clalit.org.il
9	אליאל	אורי	oriel@clalit.org.il
10	אפל-בראון	אורנה	ornaepel@research.haifa.ac.il
11	אפשטיין	לאון	leon@hadassah.org.il
12	בארי	אליוט	berry@md.huji.ac.il
13	בירקנפלד	שלמה	shlomobi@clalit.org.il
14	בן משה	רועי	roei.bm@moh.health.gov.il
15	בן נון	גבי	gabi.bennun@moh.health.gov.il
16	בר-ניר	נועז	noaz@clalit.org.il
17	ברלוביץ	יצחק	berlo@moh.health.gov.il
18	גוברמן	דרור	dror.guberman@moh.health.gov.il
19	גוטמן	נורית	galias@education.gov.il
20	גולדמן	דורית	goldman_d@mac.org.il
21	גינזבורג	איריס	irisg@mof.gov.il
22	גן נוי	שוש	shoshga@clalit.org.il
23	דאוד	ניהאיה	Nihaya@md.huji.ac.il
24	דונחין	מילכה	milka@hadassah.org.il
25	דור	מיקי	dor@moh.health.gov.il
26	דורון	חיים	
27	דיציאן	רמי	dycianr@clalit.org.il
28	דפס	אלי	dapas_e@clalit.org.il
29	האוזנר	עמוס	hausnner@bezeqint.net
30	היימן	אנטוני	heyman_t@mac.org.il
31	הלוי	יונתן	halevy@szmc.org.il
32	הלפרן	ערן	halpern_e@clalit.org.il

shlomita@jdc.org.il	מאירס-גוינט-מכון ברוקדייל	שלומית	66 עמיחי
yair.amikam@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יאיר	67 עמיקם
doron.health@gmail.com	בריאות הציבור	דורון	68 פולצ'ק
mfainar@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	מנחם	69 פיינר
dov.fast@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	דב	70 פסט
yuvalfr@mof.gov.il	משרד האוצר	יובל	71 פרידמן
Kedem_h@mac.org.il	מכבי שרותי בריאות	חגי	72 קדם
koreuven@mof.gov.il	משרד האוצר	ראובן	73 קוגן
kandil_l@mac.org.il	מכבי שרותי בריאות	אהוד	74 קוקיה
ronikatorza@walla.com	משטרת ישראל	רוני	75 קטורה
Kaye_r@mac.org.il	מכבי שרותי בריאות	רחל	76 קיי
ofrak@post.tau.ac.il	מכון גרטנר	עופרה	77 קלטר-ליבוביץ
giorak@gertner.health.gov.il	מכון גרטנר	גיאורא	78 קפלן
sigalre2@clalit.org.il	שרותי בריאות כללית	סיגל	79 רגב-רוזנברג
revachmos@013.net	המועצה הלאומית לטראומה	משה	80 רווח
bruce@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	ברוך	81 רוזן
lrosen@vms.huji.ac.il	משרד הבריאות	לאה	82 רוזן
Joseph_r@meuhedet.co.il	קופת חולים מאוחדת	יוסי	83 רוזנבלום
leah.rosen@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	אלי	84 רוזנברג
shoshy.riba@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	שושנה	85 ריב"א
drmiki@zahav.net.il	האגודה לבריאות הציבור	מיקי	86 רייטר
iris.rasooly@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	איריס	87 רסולי
anat.shabtay@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ענת	88 שבתאי
zipisa@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ציפי	89 שדה
Vilana@bgumail.bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון	אילנה	90 שוהם-ורדי
tamar.shohat@telaviv.health.gov.il	משרד הבריאות	תמי	91 שוחט
shvarts@bgumail.bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון	שפרה	92 שורץ
galiash@education.gov.il	משרד החינוך	גליה	93 שחם
ashmueli@md.huji.ac.il	האוניברסיטה העברית ומכון גרטנר	עמיר	94 שמואלי
Anat.shemesh@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ענת	95 שמש
tzl_epid@lbr.health.gov.il	מקפ"ר, צה"ל	אפרת	96 שרייר
michaelsh@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	מיקי	97 שרף