

מידע וקבלת החלטות – הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי): חקר־מקרה

מאת נורית ניראל וברוך רוזן*

המאמר הוא חקר־מקרה ומנתח בו השימוש שנעשה בנתונים בתהליך העבודה ובניסוח ההמלצות של "הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה" (ועדת אמוראי). המטרה היתה לבחון לעומק את אחת מצורות המפגש בין מידע לקבלת החלטות במערכת הבריאות. באמצעות ראיונות עומק מובנים למחצה עם חברי הוועדה ומי שכתבו את ניירות העמדה שהוגשו לוועדה, ובעזרת ניתוח תוכן של ניירות עמדה אלה, ובדיקת תוכן דוח הוועדה, ותוך שימוש במראי מקומות בדוח, נבחנו: (1) דפוסי השימוש במידע במהלך עבודתה של הוועדה; (2) מאפייני הוועדה שהשפיעו על השימוש במידע; (3) המידע שהיה חסר בסוגיות המרכזיות שדנה בהן הוועדה; (4) מה ניתן ללמוד מחקר־המקרה הזה על השימוש שנעשה במידע במסגרת ועדות ציבוריות. ממצאי המחקר הניבו תובנות על האופן שבו יכולה ועדה ציבורית לקביעת מדיניות לעשות שימוש מושכל במידע. בנוסף לכך, הם הראו איזה מידע חסר במספר סוגיות הממשיכות להיות על סדר־היום במערכת הבריאות.

מבוא

במאמר זה אנו מנתחים, במסגרת "חקר־מקרה" (case study), את השימוש שנעשה בנתונים בתהליך העבודה ובניסוח ההמלצות של "הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה" (להלן: ועדת אמוראי). ניתוח חקר־מקרה זה הוכן במסגרת מחקר

* מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאיירס־ג'וינט־מכון ברוקדייל, ירושלים. מחקר זה נתמך בידי קרן קוני וברט רבינוביץ למחקר יצירתי וחדשני במאירס־ג'וינט־מכון ברוקדייל, ובמענק מחקר מן המכון הלאומי למדיניות הבריאות ולחקר שירותי הבריאות, תל השומר.

רב-שנתי על תפקידם של נתונים בתהליכים לקביעת מדיניות הבריאות בשנים האחרונות (Rosen et al., יפורסם בקרוב).

ועדת אמוראי הוקמה בשנת 2000 בתום למעלה מארבעה חודשי שביתה של הרופאים, לאחר תהליך גישור שבסופו הושג הסכם בין ההסתדרות הרפואית בישראל כנציגת העובדים, ובין ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית וההסתדרות המדיצינית "הדסה", כנציגות המעסיקים הציבוריים בתחום הבריאות. במסגרת הסכם זה הסכימו הרופאים שלא להשבית את מערכת הבריאות במשך עשר השנים הקרובות. בהסכם הגישור הוסכם גם, שבמקרה של חילוקי דעות בין הצדדים, אלה יובאו להכרעה במסגרת מנגנון בורות שנקבע בהסכם. בנוסף לכך, נקבע בהסכם הגישור (בהתאם לתביעתה של ההסתדרות הרפואית בישראל), שתוקם ועדה ציבורית שתלמד את מערכת הבריאות הציבורית בישראל, תבחן את מעמד הרופאים במערכת זו, ותגבש המלצות לשינויים נדרשים (הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002).

תחומי הבדיקה לפי המנדט שקיבלה הוועדה היו: הגדרה מחדש של המושגים "רפואה ציבורית" ו"רפואה פרטית" ומה שביניהם; בחינה האם הרפואה הציבורית תמשיך להיות היצרן הראשי והדומיננטי של שירותי רפואה לאוכלוסייה בישראל; שכר הרופאים ומודלים של העסקת רופאים, ושל תגמול רופאים, כמו גם מעמדם של הרופאים לסוגיהם, סדרי עבודתם ומסלולי הקידום והרוטציה שלהם; הקשרים בין הרפואה הציבורית ובין הרפואה הפרטית (ובעיקר הנושא של שירותי הרפואה הפרטיים, הידועים בשם שר"פ, השכרת מיטות בבת-יחולים ציבוריים, שיתוף בתי-יחולים פרטיים בייצור השירותים, הסדרי התעסוקה, האתיקה וכללי ההתנהגות של הרופאים העוסקים בעבודה או בפרקטיקה פרטית); והיחס בין השירותים האמבולטוריים ובין אלה של בתי-יחולים.

בכתב המינוי נקבע גם, שהוועדה תתבקש להגיש את ממצאיה והמלצותיה בצורת דוח, ושהמלצות הוועדה אינן מחייבות. עוד נקבע, שמשרד הבריאות יעמיד לרשות הוועדה את כל השירותים המינהליים הנדרשים לעבודתה, וגם תקציב לפעולתה. ליושב-ראש הוועדה מונה עדי אמוראי, בעבר סגן שר האוצר וחבר כנסת, ולצדו מונו כחברי ועדה נוספים אישים מתחום הכלכלה, הניהול הרפואי, הרפואה, ניהול משאבי אנוש ויחסי עבודה.

הוועדה החלה בדיוניה בסוף ינואר 2001 וקיימה חמישים ישיבות של מליאת הוועדה ובערך עשר ישיבות של ועדת משנה ושל צוותים מקרב חברי הוועדה. ישיבות הוועדה, שהתקיימו בהשתתפות גורמים חיצוניים, הוקלטו והופקו מהן עשרים פרוטוקולים. ועדת המשנה, צוותים מטעם הוועדה, יושב-ראש הוועדה ומרכז הוועדה, קיימו ישיבות ומספר רב של פגישות עם מומחים, עם אנשי מקצוע ועם נציגויות

של ארגונים רפואיים, חלקם ביוזמת הוועדה וחלקם לפי פניית הגופים שהסכימו לשתף פעולה עם הוועדה. לבקשת משרד האוצר צורפו לישיבות הוועדה המוקלטות משקיפים מטעמו, ובעקבות זאת זומנו גם משקיפים מטעם משרד הבריאות, ההסתדרות הרפואית לישראל, שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות (הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002). הוועדה הגישה את המלצותיה לממשלה ב־2002.

למרות הזמן שעבר מיום הגשת הדוח, טרם אומצו ההמלצות שגיבשה הוועדה. יחד עם זאת, חלק נכבד מן הנושאים שנדונו בה עומדים בימים אלה על סדר־היום של מערכת הבריאות והטיפול בהם ימשיך להעסיק את מערכת הבריאות גם בשנים הבאות. משום כך עדיין מוקדם לקבוע את מידת השפעתה של עבודת הוועדה. למרות זאת, ועדה יכולה למלא תפקיד מכריע בקביעת מדיניות גם בשל עצם העובדה שבהמלצותיה מועלים רעיונות חדשים, שגם אם אינם זוכים להגשמה בטווח המידי, יש בהעלאתם כדי לעורר דיון ציבורי ולהביא לפתיחות שיאפשרו אימוץ של המדיניות המוצעת בטווח של שנים מספר (הררי והופנונג, 1988). מכל מקום, הסוגיות שאותרו באופן ניצול המידע, מידת השימושיות של המידע ואף החסרים במידע, ניצבות גם היום בפני קובעי מדיניות הבריאות במפגש שבין מידע לקבלת החלטות, ומכאן העניין שיש בבחינתם.

עבודה זו בוחנת את אופן השימוש במידע בעבודת הוועדה. קודם לבחינת השימוש במידע עמדנו על האופן שבו ראתה הוועדה את תפקידה, ובחנו את המטרות שהציבה לעצמה בעת כתיבת הדוח שלה. הנחנו, שמטרות אלה ישפיעו על אופן השימוש במידע שייעשה בעבודת הוועדה. בנוסף לכך, בבחינת השימוש במידע נבחן רצף השימוש בו. כלומר, נבדקו הן איסוף המידע בידי הארגונים בעלי העניין ושילובו בניירות העמדה שלהם, והן איסוף המידע והשימוש בו בוועדת אמוראי, ושילובו בדוח הוועדה.

סקירת ספרות

סקירת הספרות נוגעת לשני נושאים מרכזיים שהם רלוונטיים למושא מחקרנו, שהוא כאמור ניתוח מקרה של ועדה ציבורית כגוף העושה שימוש במידע בתהליך הדיונים שלה ובקבלת החלטותיה: (1) בחינת הגדרתן ותפקידן של ועדות ציבוריות בישראל כגופים המציעים המלצות לגופי השלטון השונים; (2) השימוש במידע בתהליך קבלת ההחלטות.

1. הגדרתן ותפקידן של ועדות ציבוריות כמציעות המלצות לגופי השלטון (א) ועדה ציבורית כגוף מקבל החלטות. הקמת ועדה ציבורית מקובלת בישראל כדרך ללימוד סוגיות מדיניות, דיון בהן, ליבון נושאים המצריכים מומחיות מקצועית, והצעת חלופות לפעולה. ועדות אלה יוצרות אווירה של נייטרליות סביב הנושאים העולים על סדר־היום הציבורי ומעניקות לדוחות שהן מגישות הילה של סמכות ואובייקטיביות (אייזנקג'קנה, 2004).

תפקידן של ועדות ציבוריות אד־הוק הוא להציג בפני מקבלי ההחלטות הצעות לקביעת מדיניות או לפעולה. ועדות אד־הוק עוסקות בנושאים שהשלטון מתקשה לקבל בהם החלטות, אם בשל הצורך בגישה אובייקטיבית ואם בשל כך שהנושא טעון מבחינה פוליטית, או שנוי במחלוקת בממשלה. משום כך, למקבלי ההחלטות נוח לעתים להעביר את ההחלטה או את ההמלצה לגוף חיצוני שהחלטותיו או המלצותיו, בדרך־כלל, אינן מחייבות (פרידמן וחסון, 2003). בנוסף לכך, לפעמים מוקמת ועדה ציבורית לשם דיון בנושא מורכב שבו יש חשיבות לתשומה המקצועית של מומחים בנושא זה (Harari, 1974).

ועדה ציבורית מייצעת לקביעת מדיניות מתאפיינת בכל חמשת המאפיינים האלה: הרשות הממנה היא רשות ממשלתית, ממלכתית, או מקומית; בין חברי הוועדה נכללים גם אנשים מחוץ לממשל; הרשות הממנה מגדירה בצורה פורמלית ועדות כאלה כוועדות ציבוריות מייצעות; מינוי חברי הוועדה, המשימה המוטלת עליה והדוחות המוגשים לרשות הממשלתית שמינתה אותה, הם פומביים; סמכותה היא של ייעוץ בלבד (הררי והופנונג, 1988).

הררי והופנונג (1988) מציגים את המאפיינים שלהלן בתור קריטריונים לבחינת ועדות ציבוריות מייצעות:

(1) הרכב חברי הוועדה. ברוב המקרים החברים בוועדה הם כאלה שכיחנו בעבר או בהווה במינהל הציבורי, ובמקרים רבים מי ששולטים בה הם נציגים של קבוצות אינטרסים.

(2) סגל מסייע. גודל הסגל המסייע עשוי להשפיע על עצמאות הוועדה ועל קצב עבודתה. באמצעות אי־מינוי סגל רחב הרשות הממנה עשויה להשפיע על הנושאים הנבדקים, על השיטות לאיסוף המידע, ועל היקף המידע ואיכותו.

(3) מסגרת ההתייחסות. תחום העבודה של הוועדה נקבע על־פי מסגרת ההתייחסות שניתנת לה בכתב המינוי. מסגרת ההתייחסות זו מגדירה את גודל המשימה ואת מספר הנושאים שתעסוק בהם הוועדה.

(4) אופי הפעילות של הוועדות. חלק מן הוועדות עוסקות בהכוונת מדיניות, חלק מהן מיועדות להעניק לגיטימציה למדיניות כזו או אחרת של הממשל, וחלק עוסקות במיקוח או במציאת פשרה.

(5) מקורות המידע. ועדות העוסקות בניתוח מדיניות בדרך-כלל משתדלות להתבסס על פירוש לא מותנה של מידע הזורם ממקורות מגוונים. ועדות המנסות להעניק לגיטימציה לפעולת הממשל מעדיפות להסתייע במידע שמקורו בממשל. ועדות המבוססות על שיתוף של קבוצות אינטרסים ניונות במידע ממקורות שונים. במקרה כזה, הפירושים שחברי הוועדה נותנים למידע כזה עלולים להיות מוטים מראש.

(6) דרך קבלת ההחלטות. הדרך הנפוצה ביותר היא זו של השגת קונסנזוס. דרכים אחרות כוללות הצבעת רוב, או הצבעה תוך מתן משקל שונה לקולות החברים.

(ב) ועדה ציבורית כגוף מייצג. ועדה ציבורית מייצעת עשויה לתפקד בשני אופנים:

(1) תפקוד אינסטרומנטלי. לפיו הוועדה היא כלי בידי הרשות הממנה, ותפקידיה יכולים לכלול הכוונת מדיניות וגם הענקת לגיטימציה לפעולה, או לאי-פעולה, של הרשות הממנה. ועדה ציבורית מייצעת יכולה גם לשמש מנגנון פורמלי המשתף בתוכו קבוצות אינטרסים בשל יכולתן להבטיח שההחלטות אכן ייושמו.

(2) תפקוד מערכתי. בתור שכזאת, תפקוד הוועדה כולל יישוב סכסוכים תוך ניסיון להביא את הצדדים המעורבים בקביעת המדיניות להסכמה או לפשרה, וניהול סכסוכים, דהיינו שמירת הסכסוך ברמה סבילה, או מניעת החרפתו. כשוועדה ציבורית מייצעת מתפקדת כך, עלולים להיות מקרים שבהם היא עשויה להביא להחרפת הסכסוך אם הציפיות מתוצאות פעילותה אינן מגיעות לידי מימוש (Harari, 1974).

בין שתפקודה של ועדה ציבורית מייצעת הוא אינסטרומנטלי ובין שהוא מערכתי, היא אמורה להיות כלי טוב למפגש בין מידע למדיניות. שכן, הזמן נתון בידיה לבדיקה מקיפה של נתונים ועובדות, ולא מופעלים עליה לחצים פוליטיים ישירים. מן הספרות אנו למדים, שוועדות שהוטל עליהן להמליץ על קביעת מדיניות ייטו לחפש נתונים ומידע ולהשתמש בהם.

3. השימוש במידע בקבלת החלטות

מצויה ספרות ענפה שבחנה את השאלות הקשורות בשימוש בנתונים ובממצאי מחקרים בידי מקבלי החלטות, ובהערכת ההשפעה של מחקר על מדיניות (Patton, Grimes, 1987; Nelson et al., 2001; Guthrie, 1977). גם בישראל נבחן הקשר בין מחקרים, חוקרים וקובעי מדיניות (בלס ואדלר, 2004; Blass & Gaziel, 1999) כמו גם הדרכים שנעשה בהן שימוש על-מנת להביא לידיעת קובעי המדיניות תוצאות מחקרים לשם השפעה על קבלת ההחלטות (פרידמן וחסון, 2003; איזנג'קנה, 2004). העיסוק הרחב בנושא זה נובע מן התפיסה הכללית שהחלטה או פעולה המבוססת על מידע ועל ממצאי מחקר היא רציונלית יותר מזו המבוססת על אינטואיציה, משום שהיא מאפשרת לקשור בין אמצעים לתוצאות ולהביא לידי שימוש יעיל במקורות. לא

רק זאת, גישה רציונלית עשויה להביא להחלטות ולפעולות מתאימות יותר לטובת החברה ולתועלתה. יחד עם זאת, הדעה הכללית, שבוטאה במאמרים רבים היתה, שבתהליך קבלת ההחלטות ובקביעת מדיניות השימוש במידע אמפירי שהוא מבוסס ואמין, וגם בתוצאות מחקרים, הוא מצומצם ביותר (Lasswell, 1975; Lynn, 1978; Neilson, 2001).

יש חוקרים שקשרו את אי־השימוש במידע בתהליך קבלת החלטות בפער הגדול בין שתי הקהילות, זו של החוקר החברתי וזו של מקבלי ההחלטות. הטענה היא, שמערכות אלה פועלות כשתי ישויות נפרדות שיש להן ערכים סותרים, שפה שונה, ותגמולים שונים. אולם, בעוד שהחוקרים חשים שיש תת־ניצול חמור של מידע אמפירי, מקבלי ההחלטות מרגישים, שהדוחות שהם מקבלים אינם מובנים, אינם עוסקים בבעיות השוטפות העומדות על הפרק ואינם רגישים ללחצים לפעול שתחתם נתונים מקבלי ההחלטות (Caplan, 1979).

חוקרים אחרים טענו, שקיום מידע מעודכן ורלוונטי, גם אם הוא באיכות גבוהה, הוא תנאי הכרחי, אך לא מספיק, לשימוש יעיל בו בידי מקבלי ההחלטות. להבנת השימוש, או אי־השימוש, במידע יש להבין גם את תפקידו ומעמדו של מקבל ההחלטות בתהליך הפוליטי והביורוקרטי. הסיכוי לכך שייעשה שימוש במידע קשור פחות במידת ההתאמה של המידע למדיניות, ויותר במידת התועלת של המידע לאינטרסים ביורוקרטיים. לפיכך, מידע הוא חלק מן התהליך הביורוקרטי־פוליטי שבו פועלים מקבלי ההחלטות (Rich, 1997).

בהתייחסנו למידע עלינו להבחין בין מידע גולמי – נתונים גולמיים שנאספו, אשר השימוש בהם דורש יכולת הבנה ופירוש – ובין מידע מעובד ומנותח, שהשימוש בו קל יותר לקובעי המדיניות (למרות שגם הוא דורש יכולת פירוש). מושג נוסף שיש חוקרים המשתמשים בו בהקשר זה, הוא ידע – כאן הכוונה למידע שעבר מבחני אמינות (Rich, 1997). ידע מדעי מקורו, בדרך־כלל, בנתונים כמותיים, במחקר או בניתוח של תהליכים מקרו־חברתיים. ידע מדעי עומד במבחני תוקף ומהימנות חיצוניים. לכאורה, הידע המדעי משקף את ה"אמת", אולם יש לזכור, שפעמים רבות גם ידע זה משקף את הערכים והנורמות של החוקר, וגם הוא עלול להיות מושפע מאידיאולוגיה ומעמדות פוליטיות (קרומר־נבו, 2000).

החוקרת רייץ' (Rich, 1997) הבחינה בין השימוש במידע – המידה שהמידע שהתקבל זכה לעיון בתהליך קבלת ההחלטות – ובין מידת השימושיות של המידע – המידה שהמידע רלוונטי ובעל ערך לדיון בנושא הנדון. בנוסף לכך, היא הבחינה גם בין ההגדרות דלעיל ובין המידה שבה המידע השפיע על ההחלטה המתקבלת, דהיינו תרם להחלטה לפעולה ואף הביא ישירות לקבלת החלטות. מן הראוי לציין, שבתהליך קבלת ההחלטות יכולים להיות למידע שימושים

שונים, כגון שימושים אינסטרומנטליים – לפתרון בעיות, לתמיכה בהחלטות, לחלוקת משאבים כספיים, ולהערכה האם להמשיך בתוכנית זו או אחרת או להפסיקה; שימושים מושגיים לצורך לימוד חברתי, לצבירת מידע, לצרכים כלליים של מדיניות ואף לצרכים פוליטיים; שימוש בתור "תחמושת" להגנת האינטרס במאבק פוליטי (כאשר כבר ננקטה עמדה בעניין). שימוש במידע בתור תחמושת נעשה בעיקר כאשר הוא מחזק את האינטרסים של המשתמשים בו. במקרה זה השימוש במידע יהיה חלק מן התהליך הפוליטי הביורוקרטי, ולא חלק מן התהליכים של פתרון בעיות (Weiss, 1977).

בנוסף לכך, בין הגורמים העשויים להשפיע על השימוש במידע בתהליך קבלת ההחלטות צוינו האיכות המדעית של המחקר, עד כמה המידע המחקרי מכוון לפעולה, עד כמה הוא תורם להקטנת אי-הוודאות (Weiss & Bucuvalas, 1980), כמו גם מידת הרלוונטיות של המידע, מידת האמון הניתנת למידע וליוצרו, מעורבות מקבל ההחלטה בזמן יצירת המידע, תכונות הרקע של מקבל ההחלטה, האופן שבו תוצאות המחקר מובאות בפני מקבלי ההחלטה, מידת השינוי הצפוי כתוצאה מן המידע, ואחרון אחרון, אפשרות היישום של המסקנות שניתן להסיק ממנו (Oh, 1997; Oh & Rich, 1996; Shulha & Cousins, 1997).

הדעה הרווחת היום בספרות המקצועית היא, שלמרות שהחלטות של קובעי המדיניות אינן נקבעות רק על-פי נתונים, או בעיקר על-פיהם, התרומה שלהם בתהליך קבלת ההחלטות חשובה. כאמור, לא תמיד היה הדבר כך. היו תקופות שבהן שלטה התפיסה, שהשיקולים הפוליטיים חשובים עד כדי כך שהם מותרים מעט מקום לשקול שימוש בנתונים בתהליך. אכן, ממצאים ממחקר שפורסם לאחרונה על שימוש בנתונים בתהליכי קבלת החלטות בתחום הבריאות בישראל העידו על יותר נתונים זמינים במרוצת השנים ועל שימוש רב יותר בהם לעומת המצב לפני עשר שנים (רוזן ואח', 2004). יחד עם זאת נמצאה שונות גדולה במידת השימוש בנתונים. לעתים הנתונים ממלאים תפקיד חשוב ומכריע, לעתים תפקיד שולי בלבד ולעתים אין להם תפקיד כלל (שם). מכאן, שיש מקום להתמקד במחקרים עדכניים על הנושא, הן אמפיריים והן קונצפטואליים, בניסיון למצוא את הגורמים המשפיעים על מידת תרומתם של הנתונים לתהליך קבלת ההחלטות.

עד כה לא פורסם מחקר אמפירי שבדק את השימוש במידע בידי ועדות ציבוריות בישראל.

ועדת אמוראי עומדת בקריטריונים של ועדה ציבורית מייעצת אד-הוק, כפי שהגדרנו לעיל. ועדה ציבורית זו עסקה בסוגיות המרכזיות במערכת הבריאות, ואף הגישה שורה של מסקנות והמלצות לקביעת מדיניות שעלו כתוצאה מעבודתה. משום כך, בחינת דרך עבודתה והשימוש שנעשה בה במידע, כמו גם בחינת הגורמים שהיו

עשויים להשפיע על מידת תרומתם של הנתונים להחלטותיה, מספקת הזדמנות לבחון לעומק את אחת מצורות המפגש בין מידע לקבלת החלטות במערכת הבריאות ובכך לתרום למחקר של תהליך קבלת ההחלטות במערכת זו.

מטרות המחקר

- מטרות המחקר הנוכחי כפי שהגדרנו אותן היו כדלקמן:
- (1) לבחון עד כמה נעשה שימוש במידע במהלך עבודת הוועדה, ומה היו דפוסי השימוש במידע;
 - (2) להבין את מאפייני עבודת הוועדה אשר השפיעו על השימוש במידע;
 - (3) לבחון איזה מידע היה חסר בסוגיות שדנה בהן הוועדה, מאחר שסוגיות אלה ממשיכות להיות על סדר-היום של מערכת הבריאות.
 - (4) לבחון מה ניתן ללמוד מחקר-המקרה הזה על השימוש במידע במערכת הבריאות ובמערכות אחרות, הן במסגרת של ועדות ציבוריות והן בפורומים אחרים.

שיטת המחקר

שיטת המחקר היא כאמור ניתוח חקר-מקרה. השימוש בחקר-מקרה מתאים לענייננו מפני שרצינו לשאול את השאלות "איך" ו"למה"; כלומר, להאיר ולהסביר שורה של החלטות שקיבלה הוועדה בנוגע לשימוש במידע (מדוע נתקבלו, איך נתקבלו ומה היו התוצאות). לפי הספרות העוסקת בנושא יש יתרון לשימוש בשיטת מחקר זו כאשר אלה שאלות המחקר וכאשר המטרה היא לקבל הסבר לאירועים עכשוויים שאין לנו, כחוקרים, שליטה עליהם. מגבלתו של כלי מחקר זה היא, שעל סמך ממצאיו לא ניתן להגיע להכללה מדעית או סטטיסטית על אוכלוסיות או עולמות שונים, אולם, כאמור, ניתן לקבל באמצעותו הסבר לתהליך ואף יותר מכך, להגיע לכלל הכללות אנליטיות (Yin, 1994). כמקובל בחקרי אירוע, כלי המחקר שלנו כללו מספר מקורות מידע:

- (1) ראיונות עומק מובנים למחצה עם יושבי-ראש הוועדה, עם חברי הוועדה, עם מזכיר הוועדה, ועם מי שכתבו את ניירות העמדה שהוגשו לוועדה מטעם הארגונים השונים (בסך הכל 14 איש. ראה את רשימת המרואיינים בנספח א).
- (2) ניתוח תוכן של פרקים בניירות העמדה של הצדדים.
- (3) בדיקת תוכן פרקי הדוח ומראי המקום בדוח הוועדה.

ממצאים

1. איסוף מידע בידי ועדת אמוראי

לצורך איסוף המידע השתמשה הוועדה בגישה ה"עימותית" (the adversarial approach). לפי גישה זו, הגופים בעלי העניין הם אלה המציגים בפניה את הנתונים והמידע שבידם באופן הנראה להם. עם תחילת פעולתה פנתה הוועדה אל השחקנים הראשיים במערכת הבריאות (קופות-החולים, משרד האוצר ומשרד הבריאות, ההסתדרות הרפואית, מנהלי בתי-חולים, איגוד הדיקנים של בתי-הספר לרפואה, ארגון צרכני הבריאות – צ.ב.י., וחוקרים מן האקדמיה), וביקשה מהם להכין ניירות עמדה ולהגישם לה. מכאן, שאת איסוף הנתונים והצגת העמדות השונות עשו, למעשה, הגופים השונים במערכת הבריאות. צוות המטה של הוועדה היה מצומצם ביותר. הוא כלל את מזכיר הוועדה, בחצי משרה, ומזכירה גם היא בחצי משרה. צוות זה כמעט לא עסק באיסוף מידע, אלא, במידת-מה, בעיבוד חומר שקיבלה הוועדה מידי בעלי העניין השונים במערכת הבריאות, ובהבאת הנתונים למכנה משותף במידה שניתן היה לעשות זאת. לדברי יושב-ראש הוועדה, ההחלטה על נקיטת גישה זו לאיסוף המידע נבעה, בין היתר, מן האילוצים האלה: העובדה, שמומחים רבים הועסקו מטעם הארגונים בעלי העניין, ונתונים רבים שהיו בידי הארגונים האלה. בנוסף לכך, אילוצי תקציב קשים מנעו מראש הקמת צוות מטה שיעסוק באיסוף המידע ובעיבודו.

מכל מקום, בהתאם לגישה שנקט יושב-ראש הוועדה, הגופים בעלי העניין במערכת הבריאות הם אלה היודעים והמכירים את מצוקת המערכת. לפיכך, ניתן להסתמך על ניירות העמדה שלהם, ועל הנתונים שהם נסמכו עליהם בהכנת ניירות עמדה אלה, למרות שהוועדה (קרי, יושב-ראש הוועדה והחברים בה) היתה ערה לכך, שניירות עמדה אלה עשויים להיות מוטים ומונחים על-פי אינטרסים ארגוניים. יתרה מזו, יושב-ראש הוועדה ראה בניירות העמדה שהכינו הצדדים תהליך חשוב של בחינה עצמית של המערכות שלהם, תוך הסתמכות על נתונים הקיימים בידי גופים אלה על עצמם. בנוסף לכך, בהתאם לגישה ה"עימותית" הוועדה יכלה להניח, שהעימות והאימות של נתוני הצדדים יחשפו את ההטיות, ויעזרו להגיע לנתונים ה"אמיתיים". ולא זו בלבד, הוועדה חילקה את ניירות העמדה שהוגשו לה לשחקנים הראשיים ואפשרה להם להגיב. עקב כך נוצרו עימות ואימות של העובדות והנתונים. בנוסף לכך, הוועדה ערכה ישיבות רבות שהוקלטו ופוענחו והתמליל הפיק שורה ארוכה של פרוטוקולים. בישיבות אלה הופיעו נציגי הארגונים שהציגו את עמדותיהם. מלבד זאת שימשו הישיבות במה לרופאים, לאחיות ולמנהלים בשירותי הבריאות לשם הצגת מצוקות אישיות, עומסי עבודה ובעיות שהם נחשפו להם באופן אישי. לדברי יושב-ראש הוועדה, העובדה שניתן היה להתרשם באופן בלתי אמצעי ולתחקר את ה"עדים" הוסיפה, על כל פנים

לו עצמו באופן אישי, ערך מוסף לנתונים שהתקבלו מניירות העמדה. בראיונות שנערכו עם מזכיר הוועדה ועם חבריה עלה, שהכנת ניירות העמדה בידי הארגונים השונים נמשכה זמן רב ועיכבה מאוד את עבודת הוועדה (למשך שנה בערך).

למרות שכתב המינוי של הוועדה הגדיר מספר נושאים מצומצם כמנדט שלה לבדיקה ולהעלאת המלצות, הארגונים בעלי העניין, ובעקבותיהם הוועדה, ראו בעבודתה הזדמנות לבדיקת המערכת כולה. לדברי יושב־הראש, אי אפשר היה לדון בנושא אחד בלי לבחון נושא אחר, שכן, רוב הסוגיות על־פי המנדט שקיבלה הוועדה, הן פועל־יוצא של סוגיות אחרות במערכת הבריאות (פירוט הסוגיות שעסקה בהן הוועדה מובא בנספח ב). על־פי היקף הסוגיות שבדקה, דמתה ועדת אמוראי לוועדה קודמת, היא "ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל" (ועדת נתניהו), שהגישה את המלצותיה לממשלה עשר שנים קודם לכן (ב־1990). אולם, ועדת נתניהו, מתוקף היותה ועדת חקירה, גבתה עדויות, ואף קיבלה את עמדות הצדדים בכתב, והעסיקה צוות מטה מיוחד לצורך איסוף המידע, ניתוחו והסקת מסקנות, כדי להגיע לעובדות "האמיתיות", ואילו ועדת אמוראי הסתמכה כמעט אך ורק על מידע שהגיע מן הארגונים בעלי העניין.

הוועדה שאנו עוסקים בה גם לא הזמינה מחקרים. לטענת צוות המטה לא היה בכך צורך, שכן בפני הוועדה הופיעו גם חוקרים ואנשי אקדמיה, ומרביתם ליוו את הופעתם בפני הוועדה בחומר כתוב. מקורות מידע נוספים היו מאמרים מן הספרות המדעית על הניסיון שנרכש בעולם בסוגיות השונות שהעסיקו את הוועדה. חלק מאלה מצא צוות המטה, ואת רובם העבירו לידי צוות המטה חוקרים מן האקדמיה ומחוצה לה.

דבר נוסף שאִפִּין את עבודת הוועדה היתה גישתו של יושב־ראש הוועדה, שהעדיף שהוועדה תנסח המלצות כלליות, ולא תרד לפרטים, משום שרצה להביא את הצדדים לעמק השווה. הרציונל שלו לגישה זו היה, שרצוי שהמלצות הוועדה יישענו על עמדות הצדדים, במיוחד על המשותף, ולא על המבדיל, ולפיכך עדיפות פשרה והשגת קונסנזוס על־פני חקר "האמת" וחידוד מחלוקות. דרך זו היא המבטיחה, לדעתו, שהמלצות הוועדה תהיינה מקובלות על הגורמים השונים במערכת.

2. איסוף המידע והשימוש בו בידי הארגונים בעלי העניין

על איסוף המידע ועל השימוש בו בידי הארגונים בעלי העניין למדנו מראיונות שערכנו עם מי שריכזו את כתיבת ניירות העמדה של הארגונים הנוגעים בדבר (קופות־החולים, משרדי הבריאות והאוצר ויועציהם של גופים אלה); מקריאת ניירות העמדה; ומניתוח תוכן שערכנו לניירות העמדה של ארגונים אלה בשלושה נושאים עיקריים: רמת השכר של הרופאים, שירות רפואי פרטי (שר"פ) ומימון המערכת. מן הראיונות עלה, שההנהלה, של כל אחד מן הגופים האלה, ייחסה חשיבות

רבה להגשת נייר העמדה לוועדת אמוראי. מידת ההשקעה באיסוף מידע ונתונים, ושימוש בהם בניירות העמדה שהוכנו, היתה שונה מארגון לארגון, אולם, בכולם ניכר שההתייחסות להכנת נייר העמדה ולנושאים שייכללו בו היתה רצינית מאוד. בחלק מן הארגונים נבנו צוותי עבודה ותת-צוותים שאספו חומר והכינו פרקים לנייר העמדה. אחדים מן הארגונים (כגון ההסתדרות הרפואית בישראל, שירותי בריאות כללית, משרד האוצר) שכרו גופים חיצוניים או אנשים מן הארגון לשם הכנת נייר העמדה שהוגש לוועדה. בין הארגונים הנוגעים בדבר היו ארגונים שהשקיעו מאמץ וזמן רבים של אנשים רבים לצורך איסוף המידע והכנתו בצורה כתובה, כדי להביא לגיבוש קונסנזוס פנים-ארגוני בין בעלי דעות שונות בתוך אותו ארגון. המידע שנאסף ועובד תמך, בחלקו, בעמדות שכבר גובשו קודם לכן, ובחלקו נועד לעזור בהבניית עמדת הארגון. בארגונים אחרים, ההשקעה בהכנת נייר העמדה והנתונים הקשורים לכך דרשו פחות זמן ומרץ משום שהם עסקו בסוגיות שהארגון נדרש להן בעבר, וכבר היו לו עמדות מגובשות וניירות עבודה מוכנים.

מבדיקת ניירות העמדה שהוגשו לוועדה, וגם מן הראיונות, עלה, שכל ארגון הדגיש את הסוגיות שהיה לו בהן עניין מיוחד, או שעלו בקנה אחד עם האינטרסים שלו, ומשום כך לא נגע בסוגיות שהוא לא היה מעוניין לגעת בהן (למשל, נייר העמדה שהגיש משרד הבריאות כמעט שלא עסק בשאלה של שכר הרופאים ותגמולם, ונייר העמדה של "מכבי שירותי בריאות" לא דן בשכר רופאים בבתי-חולים, אולם הקדיש פרק נרחב להצעה בדבר קביעת השכר לרופאים בקהילה).

3. סוגי המידע שהשתמשו בהם כותבי ניירות העמדה

מניתוח התוכן שערכנו על שלושה נושאים בניירות העמדה, ומן הראיונות עם נציגים של קופות-החולים שעסקו בהכנתם, עלה, שבאופן כללי ניירות העמדה של קופות-החולים נשענו על נתונים ממאגרי המידע של הקופות, ולא על נתונים ארציים. במקביל, המשרדים הממשלתיים עשו שימוש רב בנתונים המצויים בידיהם. לדברי המרואיינים, הסיבה לכך היתה הן משום שאלה היו הנתונים שהיו זמינים להם, והן משום שברוב הסוגיות שהם עסקו בהן לא היו מספיק נתונים ארציים, או שלא היו כלל כאלה בנמצא. לדוגמה, בנושאים הנוגעים לנוסחת הקפיטציה, לשכר רופאים בבתי-חולים ובקהילה, לשחיקת מקורות המערכת ואף להתקשרויות בין הקופות לבתי-החולים, הסתמכו הצדדים על מקורות פנימיים.

מקורות מידע נוספים שנעשה בהם שימוש רב בניירות העמדה הם נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נתונים סטטיסטיים על תנועת חולים לפי מוסדות ולפי מחלקות, דוחות השוואתיים על פעילות קופות החולים (שנהוג לכנותם בשם "דוח ויטקובסקי") ודוחות של מחקרים רלוונטיים לסוגיות שנדונו, ובהם דוחות של מכון

ברוקדייל על מערכת הבריאות, ודוחות מחקרי ההערכה שבוצעו במכון זה על חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כמו גם מאמרים של חוקרים מאוניברסיטת בן-גוריון בנגב ומאוניברסיטת תל-אביב. בנושאים שלגביהם לא היו נתונים מישראל (ואף לא נתונים של קופות-החולים), חיפשו בחלק מן הארגונים מקורות כגון מחקרים או נתונים מחוץ-לארץ, ונערכו סקירות של הספרות הרלוונטית.

חלק מן המרואיינים הביעו את הדעה, שבכל הסוגיות שנבחרו לעיון לא חסרו נתונים זמינים, ומשום כך, לדבריהם, לא היה כל קושי בהכנת החומר לשימוש הוועדה. לדוגמה, אפילו בנושא של בחירת רופא (שר"פ), נציגי הקופות אמרו שהם יכלו לבחון את הנתונים על מבוטחי הקופה שעשו שימוש בשירות זה הן בבריאות-החולים בירושלים והן בבריאות-החולים הממשלתיים (במיוחד באזור המרכז) במסגרת דגם של שר"פ שהופעל שם בשנים האחרונות. יחד עם זאת, ניתוח התוכן שערכנו בנושא השר"פ בניירות העמדה שהוגשו לוועדה העלה, שבנושא זה נעשה שימוש מועט ביותר בנתונים לצורך הצגת עמדות הארגונים.

בנוסף לכך, המרואיינים ציינו, שבחלק מן הנושאים, והשר"פ בראשם, ההתדיינות היתה על עמדות נורמטיביות, ולא על עובדות, מפני שמדובר בהערכה ובעמדות, ולא בנתונים. בסוגיות אלה עשו המרואיינים מאמצים להבהיר את עמדות הארגון שלהם בנושא הנדון.

4. פריטי מידע שכותבי ניירות העמדה הרגישו בחסרונם

בראיונות שאלנו גם על פריטי מידע שהיו חסרים בעת כתיבת נייר העמדה, ועל נושאים מרכזיים במערכת אשר לגביהם לא היו, ואולי גם אין, נתונים שניתן להסתמך עליהם. להלן הנושאים שעלו מתוך הראיונות:

(1) נתונים שיספקו תשובה לשאלה: "האם מערכת הבריאות יעילה?" שאלה שלדברי המרואיינים קשה למדוד אותה, אף-על-פי שבספרות יש מודלים למדידה של סוגיה זו. אלא שבישראל קשה עוד יותר מאשר בארצות אחרות להתמודד עם סוגיה זו משום שאין מספיק נתונים. להלן מספר דוגמאות שעלו מדברי המרואיינים: הועלתה טענה שיש בישראל עודף של רופאים ביחס לאוכלוסייה, דבר המעיד על חוסר יעילות. אולם, אין נתונים מדויקים על מספר הרופאים המועסקים, ויש סתירות בנוגע לנתון זה בין מאגרי נתונים שונים.

טענה נוספת בנוגע ליעילות המערכת מצביעה על ההוצאות על בריאות לנפש. הוצאות אלה נחשבות גבוהות בישראל ביחס לגיל הצעיר של האוכלוסייה (בהשוואה לארצות אחרות). לטענת המרואיינים שנגעו בסוגיה זו, בישראל אין מספיק נתונים שיעידו על כך שהאוכלוסייה בה חולה יותר מאשר בארצות אחרות, או שהיא חולה כמו בארצות אחרות. כלומר, לא ניתן לבחון באמצעות חלוקה לפי גילים ותחלואה

האם מערכת הבריאות יעילה, אם לאו. בדומה לכך, כמעט שאין נתונים על השונות באבחנות ובטיפולים בין בתי-חולים ומחלקות בבתי-חולים, כך שלא ניתן להראות שונות באבחנות ובאופן מתן הטיפול בין אוכלוסיות דומות.

(2) נתונים על איכות המערכת הרפואית. מקובל לומר, שמערכת הבריאות בישראל מספקת טיפול רפואי איכותי. חלק מן המרואיינים טענו, שאין מספיק נתונים התומכים בטענה זו ונותנים לה תוקף. לפיכך, יכול להיות שמדובר במיתוס שאינו נסמך על נתונים מוצקים.

בעיה נוספת הושמעה בעניין האיכות, באופן מיוחד האיכות בבתי-החולים. אבל לא זו בלבד שאין מידע על נושא זה, אין גם הסכמה בכל הנוגע למדידת איכות. (3) שירות רפואי פרטי (שר"פ). לדברי חלק מן המרואיינים לא היו בנמצא נתונים על השירות הרפואי הפרטי בירושלים. הנתונים שחסרו נגעו הן לעלויות והן לטענות שהרופאים הטובים ייתנו את הטיפולים בעיקר במסגרת השר"פ. בנוסף לכך, בגלל חוסר נתונים אי אפשר היה להשוות בין הנתונים על העלויות ועל הנגישות לשירותים בבתי-החולים בירושלים וזמינותם, ובין הנעשה בשאר חלקי הארץ. באחת הקופות הצביעו גם על מחסור בנתונים הנוגעים להעדפות הציבור בנושא זה, להשלכות של השר"פ על ההוצאה הלאומית לבריאות ועל השפעת הפעלתו על קופות-החולים. בנוסף לכך, אמר לנו אחד המרואיינים מאחת מקופות-החולים, שבגלל העדר נתונים על שר"פ, בכתבת נייר העמדה הם הניחו מספר הנחות ופיתחו אותן לפי נתונים של בתי-החולים של הקופה.

(4) שכר הרופאים. כאן היו הדעות בין נציגי הארגונים השונים חלוקות. היו שטענו, שיש רכיבי מידע הנוגעים לשכר שקיימים במערכת, אף-על-פי שלעתים לא קל להשיגם: "אם רוצים, ניתן לדעת כמה רופא מרוויח – מהו שכרו בבית-החולים ובתאגיד הבריאות. אולם, המערכת בחרה, ברצון ובמודע, לא להשתמש בנתונים אלה". לטענת מרואיינים אחרים, הבעיה העיקרית בדיון על נושא זה לא היתה קשורה למידע על השכר. ניתן היה להשיג מידע זה הן מנתוני הממונה על השכר במשרד האוצר, הן מנתוני קופות-החולים וההסתדרות הרפואית, והן מתלושי שכר. עיקר הוויכוח נסב על הגדרת שכר רופאים ועל מה מסתכלים כאשר בוחנים אותו, האם רק על שכר הבסיס, או שיש לכלול גם עבודה נוספת.

4. השימוש שנעשה במידע בדיוני הוועדה ובהמלצותיה

מראיונות עם חברי ועדת אמוראי, ומניתוח מראי המקום בפרקי דוח הוועדה, למדנו על אופן השימוש בנתונים בעבודת הוועדה.¹ כאמור, הארגונים הנוגעים בדבר

1 לפי עדות אחד מחברי הוועדה, לא כל החומר התייעודי, המחקרי והמידע הכמותי שהוגשו לוועדה ושנעשה בהם שימוש בעת הדיונים בוועדה אכן צוטטו בדוח הוועדה. לפיכך לא ניתן להסתמך באופן מוחלט על בדיקה זו.

ייחסו חשיבות רבה להגשת ניירות העמדה שלהם. מן הראיונות עם חברי הוועדה עלה, שהוועדה "הוצפה" במידע, מעבר ליכולת שלה להכיל את הכל. לדברי מזכיר הוועדה, כמות חומר הרקע והמידע שקיבלה הוועדה היתה כה גדולה שלא הכל נכנס לדוח הכתוב. מן הראיונות שנערכו עם חברי הוועדה עולה, שהם נחלקו בדעתם בהתייחסותם לשני נושאים הקשורים לשימוש במידע שהוגש להם: (1) איכות המידע שהועבר לוועדה; (2) עד כמה היה צורך בנתונים ספציפיים ובמידע קונקרטי על הנושאים שנדונו בעבודת הוועדה.

חלק מחברי הוועדה ציינו, שניירות העמדה והדוחות שהגישו הגופים היו ניירות עבודה רציניים מאוד וגם שימושיים מאוד לעבודתה. ולא זו בלבד, היו שאמרו שלמרות שהיה ברור שאת המידע מסרו גופים אינטרסנטיים, ניתן היה לסנן אותו ולנפות ממנו הפרזות או נתונים שהוצגו בצורה חד-צדדית. בנוסף לכך, מתוך היכרות עם המערכת, בנתונים שמסרו הארגונים בעלי העניין לא היו דברים שאינם מהימנים. אחרי הכל, לדבריהם, בסיסי הנתונים הציבוריים הם מצומצמים למדי, ולא ניתן להפיק נתונים שהם שונים מאוד אלה מאלה. חברי הוועדה האלה הביעו את הדעה, שלאיש מן הגופים שהגישו נתונים לא היה עניין לעשות בהם מניפולציה, וגם קשה למדי לעשות בהם מניפולציה. ההנחה היתה, שאם גורם ציבורי מביא נתונים בפני ועדה ציבורית הוא לא "ישחק אתם".

חברים אחרים בוועדה אמרו, שהמידע, מקורותיו, והאופן שבו ניתן היה להשתמש בו, היו נקודה בעייתית בעבודת הוועדה. הטענה לא נגעה דווקא למחסור במידע, אלא לאיכותו, והיא קשורה לסוגיה מרכזית שעמה היו חברי הוועדה צריכים להתמודד: העובדה, שכמעט בכל נושא התבסס הדיון על נתונים ממקורות שונים. מאחר שהמידע לא בא ממקור ראשי אחד, לא היתה אחידות באופן הצגת הנתונים. עובדה זו יצרה קושי טכני להשגת נתונים אמין ברמת הפרט, ואף לפי חתכים שונים, ואילצה את הוועדה להתמודד עם נתונים שסותרו לעתים זה את זה. ולא זו בלבד, במקרה שהיה מידע חלקי ממקור אחד, היו בין חברי הוועדה כאלה שאמרו, שלא ניתן להסתמך על מידע כזה ולהסיק ממנו על שאר הגופים במערכת. לדברי חברים בוועדה, הושקע זמן רב על-מנת לגשר על ההבדלים בנתונים מן המקורות השונים. לדברי חברי הוועדה, השוני בנתונים נמצא לא רק בין נתוני ההסתדרות הרפואית לישראל ובין נתוני משרד האוצר, אלא גם בין נתוני משרד הבריאות ובין נתוני משרד האוצר, ובין נתוני קופות-החולים ובין נתוני משרדי הממשלה.

חלק מחברי הוועדה ציינו, שלא תמיד נבעו הפערים במידע מן הנתונים עצמם. לעתים הם נבעו מן ההגדרות השונות ומן הטרמינולוגיה השונה שהשתמשו בהן הארגונים, וגם מן האינטרסים השונים של הארגונים שהגישו חומר לוועדה (היה מי שביטא זאת כך: "כל אחד רצה למכור את עצמו"). לדוגמה: לא היה מקור מידע

אחד על שכרו של רופא. ההגדרות שניתנו להטבות השונות שנכללו בשכר היו שונות בכל מקור, ולא היתה אחידות בהצגת הנתונים. בסוגיות רבות שדנה בהן הוועדה היה צורך לחזור אל נציגי הארגונים כדי לקבל הבהרות להגדרות ולמושגים. כתוצאה מכך, הדיון בכל נושא כלל התדיינות בתוך הוועדה על הנתונים הסותרים מן המקורות השונים. בשל כך כלל חלק מעבודת המטה של מזכיר הוועדה (בשיתוף עם אחד מחברי הוועדה) הכנת לוחות שכללו הצלבה של נתונים שהתקבלו מן הצדדים, השוואה שלהם והאחדתם, במידת האפשר.

באופן כללי יש בין חברי הוועדה אחדים שתלו את הבעייתיות של מקורות המידע בהטרוגניות של מערכות המידע השונות הקיימות במערכת הבריאות. למשל, בעוד שבחלק מבתיהחולים עושים את סיכומי המחלה באופן ידני, באחרים יש מערכות מתוחכמות המספקות ניתוחי מידע. פערים מסוג זה הפריעו מאוד לעבודת הוועדה גם בשל כך שהמידע המתוחכם יותר שהגיע לידיה היה חלקי, ולדעת חבריה אי אפשר היה להסיק ממנו על המערכת כולה. בנוסף לכך, אחדים מחברי הוועדה העירו על כך, שיש "איים של מידע", אולם המידע אינו מסודר בצורה שיטתית, ולא רק זאת, אלא ש"לא ניתן לחבר" בין מקורות המידע. כל ארגון מגדיר אחרת מושגי יסוד, כפי שמתאים לו, ואין דרישה מוגדרת (מטעם משרד הבריאות) לבניית מסדי נתונים מסודרים. לא רק שאין מסד נתונים אחיד, גם אין מערכת תקשורת בין בסיסי הנתונים, דבר שהיה מאפשר לכל מי שמורשה לכך לקבל את כל סוגי הנתונים שהוא נוקק להם.

בנוסף לכך, חלק מן המידע שנמסר לחברי הוועדה, למשל נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ואולי גם חלק מנתוני קופות-החולים, היה מידע גולמי, דהיינו מידע המציג נתונים בסיסיים שאינם מנותח ומעובד באופן שיקל על חברי הוועדה להשתמש בו (קרי, מידע שאינו כולל יותר מדי נתונים, אלא רק את אלה שהם רלוונטיים ביותר לסוגיה שדנים בה, והנתונים הכלולים בו כבר מעובדים כך שניתן להשתמש בהם לצורך הסוגיה הנדונה). אפשר שעובדה זו תרמה לתחושה של הצפה בנתונים שאינם תמיד רלוונטיים לנושאי הדיון.

אשר למידה שבה העריכו חברי הוועדה את הצורך בנתונים ספציפיים בנושאים שהם קריטיים לעבודת הוועדה, תפיסת ייעודה של הוועדה היתה אחד הגורמים שקבעו את התייחסות חברי הוועדה למידת הצורך במידע כזה. חלק מהם, ובהם יושב-ראש הוועדה, חשבו, שייעודה של הוועדה הוא להגיע למסקנות או להמלצות כלליות בלבד. משום כך, אם ניקח בתור דוגמה את נושא השכר, לדעת אלה שתמכו בגישה זו, מטרת הוועדה היתה לקבוע עקרונות כלליים בנושא זה, ולא את השיעורים של עליית שכר, ולשם כך ניתן להסתפק במידע כללי ואין צורך בנתונים כמותיים ספציפיים. גישה זו היתה מנוגדת, כמובן, לזו של אחרים מבין חברי הוועדה, שחשבו

שמטרת הוועדה היא להגיע להמלצות קונקרטיות, ולפיכך חשוב מאוד לקבל נתונים כמותיים ספציפיים שהם קריטיים על-מנת להבין את מהות הבעיה והיקפה בכל אחד מן הנושאים העיקריים שעלו לדיון בוועדה.

5. מקורות המידע העיקריים שהשתמשה בהם הוועדה

מניתוח מראי המקומות בדוח הוועדה עלו מספר מקורות מידע שהוועדה עשתה בהם שימוש רב, בהשוואה למקורות אחרים. כפי שניתן היה לשער מאופן עבודתה והסתמכותה על ניירות העמדה של הצדדים, מתברר, שכמעט בכל פרקי הדוח מצוטטים פריטי מידע מתוך ניירות העמדה שהגישו הצדדים. הוועדה עשתה גם שימוש רב בסקרים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (נתונים מתוך השנתונים הסטטיסטיים הנוגעים לסקרי הוצאות משפחה וסקרי הבריאות). מקורות בולטים נוספים הם דוחות של מחקרי מכון ברוקדייל, בעיקר בנושא ביטוחי הבריאות הפרטיים, ועבודת מחקר מאוניברסיטת בן גוריון בנגב בנושא שכר הרופאים.

6. מידע שחסר לוועדה

מכיוון שהמידע הגיע מן הגופים השונים, היו סוגיות שבהן חסר לוועדה מידע. שכן, מלכתחילה לא הנחתה הוועדה את הארגונים כאילו נושאים היא מעוניינת לקבל מידע, אלא הם אלה שבחרו את הנושאים והסוגיות החשובים להם ולמערכת הבריאות כולה. לדברי מזכיר הוועדה, בנושאים, שבהם מצאה הוועדה שחסר לה מידע, היא פנתה שנית לארגונים בעלי העניין ולגורמים ממשלתיים, ובהם משרדי ממשלה והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, וביקשה להעביר אליה את הנתונים החסרים. במקרים אחרים הסתמכה הוועדה על מידע שחבריה יכלו להשיג בכוחות עצמם בגלל היותם קשורים למערכת הבריאות, או למשרדי ממשלה אחרים (למשל, מידע על השר"פ בבית-החולים "הדסה", תלושי שכר של רופאים, ונתונים על שכר הרופאים מן הממונה על השכר במשרד האוצר). למרות זאת, במספר סוגיות שעמדו על סדר-יומה של הוועדה, המידע הדרוש לא היה בנמצא או שהוא היה בעייתי, עובדה שפגמה בקבלת החלטות בנושאים אלה.

7. פריטי מידע שלא היו בנמצא

(1) שכר הרופאים. נושא השכר היה הנושא המרכזי בסכסוך העבודה ובשביתת הרופאים שנלוותה לו. נושא זה היה גם מניע עיקרי למינוי הוועדה, ולפיכך גם נושא מרכזי בעבודת הוועדה. הטענה היתה, שבמערכת נמצא מידע מפורט על שכר הרופאים והכנסותיהם, אולם קיים קושי להשיגו. חברים בוועדה אמרו, שהנתונים שהובאו בפני הוועדה היו נתונים על ממוצעים של שכר, ואי אפשר היה לקבל נתונים פרטניים,

אף לא לפי חתכים של קבוצות רופאים.² כמו־כן לא ניתן היה לקבל נתונים על התפלגות השכר. למשל, כמה רופאים מקבלים תוספת שכר מסוג זה או אחר, או איך הרופאים מתפלגים בין אלה המקבלים משכורות של בכירים ובין אלה המקבלים משכורות של זוטרים.

בנוסף לכך, אף אחד לא היה מסוגל לומר כמה מרוויח רופא – לא רק מה גובה המשכורת, אלא גם מהי הכנסתו הכוללת. כך, למשל, לא ידוע כמה בסך־הכל מרוויח רופא העובד במספר עבודות, או כמה מרוויח רופא המקבל גם תגמול על שר"פ או על עבודה בתאגיד הבריאות. לטענת חלק מחברי הוועדה היה קשה לקבל נתונים מדויקים על הכנסה מפני שאיש במערכת לא היה מוכן למסור אותם, והוועדה לא עשתה די מאמצים כדי לקבלם. נראה, שבנושא השכר הסתפקה הוועדה בנתונים שהשיגה, או שנמסרו לה, ולא ביקשה עוד נתונים משום שהעדיפה לא להתמודד עם הנושא, גם מסיבות פוליטיות. למעשה, אמרו לנו חברים בוועדה, עקפו את הבעיה ולפיכך לא לחצו לקבל עוד מידע. בנוסף לכך, גם מימד הזמן קבע – בשלב כלשהו הם התעייפו והחליטו לסכם את דיוני הוועדה ולסיים את עבודתה, ומשום כך לא ביקשו עוד מידע בנושא זה.

(2) נתונים על עבודה בתאגידי הבריאות. לדברי חברי הוועדה אין נתונים מרוכזים על מספר הרופאים העובדים במסגרת תאגידי הבריאות, על מספר השעות שהם עובדים, ועל רמת ההכנסות שלהם בכל בתי־החולים הממשלתיים. לדברי המרואיינים, מן האופן שבו הוצגו בפניהם הנתונים לא ניתן היה להבין את הנתונים המעטים שהוצגו לוועדה בנושא.

(3) מידע על הציוד הרפואי בבתי־החולים. למרות שדובר על אופטימיזציה של ציוד, לא היה בידי הוועדה מידע מדויק האם יש מחסור בציוד, או אולי עודף, ואולי יש כאן כפילויות בין בתי־החולים. חברים בוועדה הסתמכו בעת הדיון על ידע אישי וסברו שקיים עודף של ציוד.

(4) ביטוח רפואי משלים. בנושא זה ציינו חברים בוועדה, שאמנם יש מחקר של מכון ברוקדייל, אולם הוא אינו מספק תשובות לכל השאלות שעולות, כגון מה הציבור מקבל באמצעות הביטוח המשלים, או כמה הרופאים מרוויחים באמצעותו. אין גם מספיק נתונים להשוואה בין הקופות, "כי לרוב האנשים קשה לקחת נתונים ולבצע השוואות ולהסיק מסקנות".

(5) נתונים על מקצועות רפואיים הנמצאים במצוקה. בנושא זה הסיקה הוועדה, שחסר לה מידע כמותי שניתן להסתמך עליו (לדוגמה, האם יש תקנים פנויים בבתי־החולים שאין מי שימלאם), למרות עדויות כלליות שמסרו נציגי מקצועות רפואיים שונים

2 ממוצעים אינם מספיקים בגלל שיש הבדלים גדולים בין תתי־המחוזות, למשל בין כירורג כללי לכירורג לב.

על הקשיים במקצוע בנספח לנייר העמדה של ההסתדרות הרפואית. לדעת חברים בוועדה, חסרה גם ההגדרה מהו מקצוע הנתון במצוקה. אי לכך היא המליצה לבדוק נושא זה לעומק.

(6) השתתפות עצמית בתשלום (co-payments). לוועדה חסר מידע על היקף ההחזרים הניתנים לחולים.

(7) שירות רפואי פרטי (שר"פ). מן הראיונות עלה, שחסרים מידע ונתונים על עד כמה השר"פ מסובסד למעשה בידי המערכת הציבורית. חסר גם מידע שיבחין בין הפעילות המתבצעת כשר"פ, ובין הפעולות הנעשות בתאגידי הבריאות (כמה ניתוחים, חלוקת הזמן של הרופאים). חלק מחברי הוועדה חשבו, שההכרעה כאן היא בעיקרה ערכית, ומשום כך לא היתה משמעות למחסור בנתונים.

נושאים נוספים שהוזכרו ככאלה שחסרים בהם נתונים הם: ניהול סיכונים ורשלנות רפואית, והצד של הצריכה – כמה אנשים מוציאים על בריאות.

האם השפיע המידע שהוגש לוועדה על המלצותיה?

לחברי הוועדה היה קשה להצביע על סוג אחד של מידע שהשפיע עליהם במיוחד. דומה, שהנתונים והמידע שנמסרו לוועדה באמצעות ניירות העמדה של הארגונים, ממצאי המחקרים, נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ואף מידע שהציגו חברי הוועדה עצמם, קיבלו ביטוי בדיוני הוועדה. חלק מחברי הוועדה, במיוחד אלה המצויים יותר בנעשה במערכת הבריאות, ציינו, שהנתונים השונים חידדו ודייקו דברים שהם ידעו עליהם מכבר. אפשר שהיה קשה לחברי הוועדה להבחין בין סוגי מידע אחדים ובין הדינמיקה של הדיונים ביניהם במידת ההשפעה על ההמלצות. אפשר גם, שהמרחק בין הזמן שבו התקיימה עבודת הוועדה ובין הזמן שבו רואיינו מוסרי המידע תרם לאי היכולת שלהם להצביע על מידע החסר במיוחד. גם ניתוח התוכן של המלצות הוועדה העלה, שהן משקפות פשרה ואין בהן המלצות חד-צדדיות, שהיו מעניקות יתרון לצד זה או אחר. מסיבה זו לא זוהו ההשפעות של מקור מידע אחד. כששאלנו את נציגי הארגונים השונים (שכתבו את ניירות העמדה שהוגשו לוועדה) עד כמה הם חושבים שנייר העמדה שלהם השפיע על המלצות הוועדה, חלקם הגדול השיבו, שלדעתם הוועדה התחשבה מאוד בנייר העמדה של ארגונם. חלק מהם ענו, שהדבר כבר לא עניין אותם מפני שלדוח הוועדה לא היה אפקט והוא לא יושם.

סוגיות לדיון ומסקנות

ניתוח השימוש במידע בוועדת אמוראי מעלה לדיון מספר סוגיות:

1. הדרכים העומדות בפני ועדה ציבורית לאיסוף מידע ולשימוש בו. יתרונות וחסרונות לכאורה עומדות בפני ועדה ציבורית מייצגת שתי דרכים לקבלת המידע לצורך קבלת החלטות:

(1) להגדיר את השאלות העובדתיות, לאסוף מידע, לנתחו ולתת את התשובות בעזרת צוות מטה או מחקר;

(2) לפנות לארגונים המתעמתים כדי לקבל הגדרות של השאלות העובדתיות, כדי לקבל את המידע הדרוש ולנתחו, וגם כדי לקבל תשובות על הסוגיות שעל הפרק.

ועדת אמוראי בחרה כאמור בדרך השנייה, בגישה ה"עימותית". לפי גישה זו, הנהוגה כדרך לקבלת מידע בבתי-המשפט ואף כדרך אפשרית לניתוח של בעיות מדיניות (Busenberg, 1999), בעלי העניין המתעמתים הם שיצביעו על הסוגיות לדיון, ישאלו את השאלות הנוגעות להן ויביאו את המידע המצוי בידם, לפי ראות עיניהם, בפני הוועדה. לא ברור איזו מן הדרכים טובה יותר להשגת מידע אמין: הגישה ה"עימותית" חסרונה בכך, שכל צד ינסה לחזק בעזרת הנתונים את עמדותיו ואת האינטרסים שלו. משום כך הוא עשוי להציג רק את אלה מן הנתונים התומכים בעמדותיו. בנוסף לכך, קיים חשש, שסוגיות הנוגעות לטובת הציבור, אך אינן מעניינם של הצדדים, לא יעלו על שולחן הדיונים, ולא יהיה מי שיספק את המידע הדרוש לדיון בהן. יתרונה בכך, שהגופים בעלי העניין הם גם אלה המכירים את מערכת הבריאות ואת הסוגיות הנוגעות להם, כך שהאינטרס של כל ארגון יהיה לאסוף מידע רב ומקיף בכל הנוגע להן, וניתן יהיה לקבל מידע רב מן הארגונים השונים, כולל מידע פנימי, שאילולי כן לא היה נחשף בפני קובעי המדיניות. יתרון נוסף של גישה זו הוא בכך, שהיא מעניקה לארגונים בעלי העניין הרגשה טובה שמאפשרים להם להציג את עמדתם ושומעים את מה שיש להם לומר. הדבר חשוב במיוחד כאשר הכוונה היא להגיע להמלצות המקובלות על הצדדים.

השיטה, שבה הוועדה נעזרת בצוות מטה למחקר כמקור למידע, לניתוחו ולקבלת התשובות לשאלות, חסרונה בכך, שאין הדבר בטוח שצוות המטה למחקר הוא אובייקטיבי ויאסוף את המידע המרבי (כל "האמת"), אם משום שאינו מכיר מספיק את המערכת ואם משום שקיים קושי להגיע לנתונים. ייתכן גם, שצוות כזה יסתפק במידע שהוא חושב שהוועדה זקוקה לו ואשר יספק את הוועדה, ולא מעבר לכך. יתרונן של צוות מטה למחקר הוא בכך, שהוא מספק ניתוח אובייקטיבי של המידע שהוא אוסף וגם דן בסוגיות הנוגעות לטובת הציבור ואינן מעניינם של הצדדים.

בנוסף לכך, היעזרות בסגל מטה בעבודתה של ועדה ציבורית מייצגת יכולה לתרום לאיכות המידע המועבר לחברי הוועדה ולמידת השימושיות שלו שהיא, לפי הגדרתה של ריץ' (Rich, 1997), המידה שבה המידע רלוונטי ובעל ערך לדיון בנושא הנדון. אמנם, גם במטה בעל ההיקף המצומצם שפעל ליד ועדת אמוראי, לקחו על עצמם מזכיר הוועדה ואחד מחבריה לסנן במידת מה את המידע ולעשות אינטגרציה של שפע הנתונים מן המקורות השונים. אולם, נראה שלא היה בכך די. ראייה לכך הן עדויות שמסרו חלק מחברי הוועדה על היותם מוצפים במידע ועל הרגשתם שהיה כאן כשל בקבלת מידע אמין.

לפי הספרות, מידע הוא שימושי לקובעי המדיניות אם הוא אינו כולל יותר מדיי נתונים, אלא רק את אותם נתונים שהם הרלוונטיים ביותר לקבל את ההחלטה שדנים בה (Rich, 1997). ולא זו בלבד, אלא שהנתונים צריכים להיות כבר מעובדים באופן שניתן להשתמש בהם (למשל השוואות בין שנים). צוות מטה הפועל ליד ועדה יכול לעבד את המידע, לעשות אינטגרציה של מקורותיו, ואף האחדה שלהם, ובכך לחזק את אמוןם של חברי הוועדה הציבורית במידע שנמסר להם, ואף להגביר את המידה שבה ירצו להשתמש בו לצורך קבלת החלטותיהם ובכך לעקוף את המגבלות על השימוש במידע שמצאו חוקרים שונים (Oh, 1997; Oh & Rich, 1996; Shulha & Cousins, 1997). הדבר נכון במיוחד כאשר מדובר במערכת מורכבת מאוד כמו מערכת הבריאות, שבה עסקה עבודת ועדת אמוראי, ואשר עמה לא היתה לחלק מחברי הוועדה היכרות קודמת. ממצאי המחקר מלמדים, שגם ועדה ציבורית הבוחרת לצורך עבודתה בדרך של איסוף המידע מבעלי עניין מתעמתים, עשויה להיעזר רבות בעבודתו של צוות מטה למחקר שהוא בעל יכולת לסנן את המידע ולעשות אינטגרציה של שפע הנתונים מן המקורות השונים.

2. אופן השימוש במידע כפועל-יוצא מגישת הוועדה

מניתוח הממצאים עלה, שעל-מנת להבין את אופן השימוש במידע יש חשיבות להבין את הגישה הכללית שוועדה ציבורית נוקטת. בעקבות הררי והופנונג (1988) אנו למדים, שיושב-ראש הוועדה פעל בדרך שהיא אופיינית לוועדות העוסקות בניתוח מדיניות: פירוש המידע הזורם ממקורות מגוונים. עיקר השימוש במידע היה שימוש אינסטרומטלי, כפי שמגדירו וייס (Weiss, 1977), כחלק מתהליך של פתרון בעיות. שכן, בהתאם להגדרתו של הררי (Harari, 1974), הוועדה מילאה תפקיד מערכתי כגורם מיישב חילוקי דעות, המנסה להביא להסכמה או לפשרה בין קבוצות אינטרסים, ולמציאת המשותף בין מקורות המידע השונים. לגישה כזו יש יתרון בעצם התפקיד שהיא ממלאת במערכת, כלומר למצוא פתרון לקונפליקטים, אולם, יש לה גם חיסרון שיש לו השלכות על הנושא המרכזי של מחקר זה, והוא, אופן השימוש במידע. שכן,

קיימת אפשרות שהוועדה תעדיף שלא להביע עמדה ברורה בנושאים שנותרו שנויים במחלוקת גם לאחר דיוני הוועדה, ובעקבות כך, גם לא להשיג מידע חסר עליהם. ואכן, בוועדת אמוראי כך נמצא לגבי נושאים, כגון תאגוד בתי-חולים, העברת התחנות לבריאות המשפחה לידי קופות-החולים ושכר הרופאים. הנושא האחרון הוא דוגמה טובה לטיפול בנושא שנותר שנוי במחלוקת: השכר היה הנושא המרכזי בסכסוך העבודה ובשביתת הרופאים שנלוותה לו. נושא זה היה כאמור גם המניע העיקרי למינוי הוועדה, ולפיכך גם נושא מרכזי בעבודתה. אולם, הוא נותר שנוי במחלוקת בעת הדיונים בוועדה. בהתאם לאסטרטגיה שבחרה הוועדה – לשמש גורם מיישב חילוקי דעות ומביא לפשרה – היא לא מצאה לנכון לקבוע לגבי עמדה חד-משמעית, וגם לא הרגישה צורך להגדיר מהו המידע החיוני הקריטי לקבלת החלטה בנושא השכר ולדאוג שמידע זה יגיע לידיה. החלטה כזו היא בעייתית לגבי אותם נושאים שבהם לא הצליחה הוועדה להגיע להמלצה שתהיה מקובלת על הצדדים ועל גורם אחר כלשהו (הממשלה, בורר חיצוני או הוועדה), וקיים צורך לבחור בין טענות מנוגדות. אלה המקרים שבהם אי השגת המידע משאירה את קובעי המדיניות ללא נתונים שהיו יכולים לתרום לקבלת ההחלטות.

3. נחיצות נתונים בעת התוויית מדיניות כוללת

בגוף העבודה ציינו, שתפיסת ייעודה של הוועדה קבעה גם היא את התייחסות חברי הוועדה למידת הצורך במידע כמותי אמפירי. חלק מהם, ובהם יושב-ראש הוועדה, חשבו שיייעודה של הוועדה הוא להגיע למסקנות או להמלצות כלליות בלבד, ולפיכך, לדעת אלה שתמכו בגישה זו, מטרת הוועדה היתה לקבוע עקרונות כלליים. לשם כך ניתן היה, לדעתם, להסתפק במידע כללי ואין צורך בנתונים אמפיריים קונקרטיים. על קביעה זו ניתן להציב מספר סימני שאלה. בהחלט ייתכן שגם אם מטרתה של ועדה ציבורית היא התוויית מדיניות כללית, לעובדות, המגובות בנתונים כמותיים ספציפיים, שהם קריטיים על-מנת להבין את מהות הבעיה והיקפה בכל אחד מן הנושאים העיקריים העולים לדיון, יש תפקיד חשוב בהחלטה איזו מדיניות להתוות. הדבר נכון גם כאשר מטרתה של ועדה כזו היא להגיע להסכמה, או לפשרה, בין קבוצות אינטרסים. גם כאן הנתונים הכמותיים הקריטיים עשויים למלא תפקיד קריטי גם משום שהשימוש בהם עשוי לעזור בשכנוע הצדדים לדיון.

4. המידה שבה המידע השפיע על החלטות הוועדה

החוקרת רייץ' (Rich, 1997) הבחינה בין השימוש במידע ומידת השימושיות שלו, ובין המידה שבה המידע משפיע על ההחלטות המתקבלות. נמצא, שרוב המרואיינים שייצגו ארגונים שהגישו לוועדה ניירות עמדה, סברו שנייר העמדה שמסרו השפיע

על המלצותיה. יחד עם זאת, מן הממצאים קשה להצביע על מקורות מידע ספציפיים שהשפיעו במידה רבה על המלצות אלה, גם בשל העובדה, שהוועדה בחרה בדרך של פשרה וקונסנזוס, על־מנת שהצדדים יקבלו את המלצותיה. כתוצאה מכך המלצותיה מכילות משהו מניירות העמדה של כל ארגון. בנוסף לכך, ייתכן שהמלצות הוועדה ומסקנותיה היו עשויות להיות אחרות לו עמד לרשותה מידע נוסף, שלא היה בידיה, על הנושאים המרכזיים של מערכת הבריאות, שלגביהם היה מחסור בנתונים. אולם, על שאלה מעניינת זו אין בממצאי מחקרנו כדי לתת תשובה.

5. מידע חסר בנושאים מרכזיים במערכת הבריאות

למרות שהיה בידי הוועדה מידע רב, נמצא מחסור בנתונים על מספר נושאים מרכזיים במערכת הבריאות: יעילותה של מערכת הבריאות, איכות המערכת, שירות רפואי פרטי, שכר רופאים, פיתוח מערכות מידע ותקשורת בין בסיסי נתונים במערכת הבריאות, ביטוח רפואי משלים, מקצועות רפואיים במצוקה והשתתפות עצמית בתשלום. לעתים סוגיות חשובות נתונות במחלוקת ממושכות במשך שנים; הצדדים בעלי העניין מציגים טענות ו"עובדות" סותרות, ולמרות זאת אף גורם אינו מנצל את שעת הכושר לאיסוף הנתונים שהיו עשויים להבהיר את העובדות. מדוע אין בנמצא נתונים על הנושאים שצוינו לעיל, למרות שהם מעסיקים את מערכת הבריאות זה עשרות בשנים, היא שאלה חשובה שלא נבדקה במחקר זה. אכן, בדיקת הסיבות האפשריות ל"כישלונה" של קהיליית המחקר לחקור אותם כדי לספק את צורכי המידע של קובעי המדיניות היא נושא לגיטימי למחקר בעתיד. מכל מקום, מאחר שהנושאים שנמצא בהם מחסור בנתונים עדיין עומדים על סדר־יומה של מערכת הבריאות, רצוי שמשאבי המערכת ומחקרים עתידיים יתמקדו בפיתוח מאגרי נתונים ובעריכת מחקרים באותם נושאים.

סיכום

בעבודה זו בחנו עד כמה נעשה שימוש במידע במהלך עבודתה של ועדת אמוראי, ומה היה אופן השימוש במידע בעבודתה. ייחודה של העבודה הנוכחית הוא בכך, שעוד קודם לבחינת השימוש במידע, עמדנו על המטרות שהציבה הוועדה לעצמה בעת כתיבת הדוח. הבנת ההקשר הזה חשובה משום שמטרות אלה השפיעו במידה רבה על אופן השימוש במידע שעשתה הוועדה בעבודתה. בנוסף לכך, בבחינת השימוש במידע בחנו את רצף השימוש בו. כלומר, הן את איסוף המידע בידי הארגונים בעלי העניין ושילובו בניירות העמדה שהגישו לוועדה, והן את השימוש שנעשה במידע

זה בוועדת אמוראי ושילובו בדוח הוועדה. בחינת האופן שבו עשתה הוועדה שימוש במידע הניבה תובנות על האופן שבו ועדה ציבורית לקביעת מדיניות יכולה לעשות שימוש מושכל במידע.

בנוסף לכך, בעזרת זיהוי פיסות המידע שחסרו לעבודת הוועדה, ממצאי המחקר תורמים לסדר-היום של מערכת הבריאות, משום שמרבית הסוגיות שנדונו בוועדה עומדות על סדר-היום של מערכת זו, והטיפול בהן ימשיך להעסיק אותה גם בשנים הבאות.

ביבליוגרפיה

- אייזנאנג'קנה, פ' (2004). על הקשר שבין ידע למדיניות. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- בלס, נ', אדלר, ח' (2004). פוליטיקה, חינוך וידע מדעי – היש ביניהם קשר? מגמות, 143(1), 32-10.
- הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (2002). דין וחשבון הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה. תל-אביב.
- הררי, א', הופנונג, מ' (1988). ועדות מייעצות לקביעת מדיניות בישראל בפרספקטיבה השוואתית. מדינה ממשל ויחסים בין-לאומיים, 28-29, 39-75.
- פרידמן, א', חסון, ש' (2003). כיצד חוקרים וקובעי מדיניות משפיעים. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- קרומרנב, מ' (2000). ידע מן החיים לעומת ידע אקדמי: המקרה של מקבלי הבטחת הכנסה. ביטחון סוציאלי, 58, 132-150.
- רוזן, ב', שורץ, ר', סיקרון, מ', סייקס, י', ברג, א' (2004). השימוש בנתונים בתהליכי קבלת החלטות משמעותיות הקשורות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. דמ-436-04. ירושלים: מאיר-סג'וינט-מכון ברוקדייל.
- Blass, N. & Gaziel, H. (1999). The extended school day in Israel: Do research findings really matter. In Cooper, B.C. & Randall, E.V. (Eds.). *Accuracy or advocacy: The politics of research in education* (pp. 161-175). Thousand Oaks, Calif.: Corwin Press.
- Busenberg, G.J. (1999). Collaborative and adversarial analysis in environmental policy. *Policy Sciences*, 2(1), 1-11.
- Caplan, N. (1979). 2-communities: Theory and knowledge utilization. *American Behavioral Scientist*, 22(3), 459-470.
- Harari, E. (1974). Japanese politics of advice in comparative perspective: A framework for analysis and a case study. *Public Policy*, 22(4), 537-577.
- Lasswell, H.D. (1975). Constraints on the use of knowledge in decision making. In Kochen, M. (Ed.). *Information for action*. New York: Academic Press.
- Lynn, L.E. (Ed.) (1978). *Knowledge and policy: The uncertain connection*.

- Washington, D.C.: National Academy of Science, Study Project on Social Research and Development, Vol. 5.
- Neilson, S. (2001). *Knowledge utilization and public policy processes: A literature review*. Canada: Evaluation Unit, IDRC.
- Nelson, C.E., Roberts, J., Maederer, C.M., Wertheimer, B. & Johnson, B. (1987). The utilization of social science information by policymakers. *American Behavioral Scientist*, 30(6), 569-577.
- Oh, C.H. (1997). Explaining the impact of policy information on policy making. *Knowledge and Policy*, 10(3), 25-55.
- Oh, C.H. & Rich, R.F. (1996). Explaining use of information in public policymaking. *Knowledge and Policy*, 9(1), 3-35.
- Patton, M.Q., Grimes, P.S. & Guthrie, K.M. (1977). In search of impact: An analysis of the utilization of federal health evaluation research. In Weiss, C.H. (Ed.). *Using social research in public policy*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Rich, R.F. (1997). Measuring knowledge utilization: Processes and outcomes. *Knowledge and Policy*, 10(3), 11-24.
- Rosen, B., Sykes, I., Berg, A. & Nirel, N. (forthcoming). *Data and decision-making in the NHI era: A summary report*. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute
- Shulha, L.M. & Cousins B. (1997). Evaluation use: Theory, research, and practice since 1986. *Evaluation Practice*, 18(3), 195-208.
- Weiss, C.H. (Ed.)(1977). *Using social research in public policy making*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Weiss, C.H. & Bucuvalas, M.J. (1980). *Social science research and decision-making*. New York: Columbia University Press.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research, design and methods*. Second edition. Thousand Oaks, London and New Delhi: SAGE Publications, Applied Social Research Methods Series, Volume 5.

נספח א. רשימת המרואיינים

חברי ועדת אמוראי	
מר עדי אמוראי	יושב-ראש הוועדה
מר יעקב דנון	חבר הוועדה
פרופ' אבי ישראלי	חבר הוועדה
מר עמי סגיס	חבר הוועדה (לא התראיין)
פרופ' דב צ'רניחובסקי	חבר הוועדה
פרופ' ברכה רמות	חברת הוועדה
פרופ' יוסי תמיר	חבר הוועדה
מר אריה קורן	מזכיר הוועדה
מרואיינים אחרים	
מר יצחק בכר	בעבר שירותי בריאות כללית
מר גבי בן-ננון	משרד הבריאות
פרופ' קובי גלזר	אוניברסיטת תל-אביב, יועץ כלכלי להסתדרות הרפואית בישראל
גב' רחל הרצוג	ההסתדרות הרפואית בישראל
מר גל הרשקוביץ	בעבר משרד האוצר
עו"ד לאה וופנר	ההסתדרות הרפואית בישראל
ד"ר רחל קיי	מכבי שירותי בריאות

נספח ב. הסוגיות שעסקה בהן הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי)

1. קביעת עלות סל שירותי הבריאות ואופן עדכונה
2. מקורות המימון
3. הקצאת המימון לקופות-החולים
4. בחירת רופא במערכת האשפוז הציבורית
5. תוכניות ביטוח בריאות משלים

- .6 דפוסי התחשבנות במערכת הבריאות
- .7 מעמד, מבנה וארגון מחדש של בית־החולים הציבורי
- 7.1 תאגוד בתי־החולים הציבוריים
- 7.2 מבנה חטיבתי של בתי־חולים
- 7.3 מערך התקינה בבתי־החולים הציבוריים
- 7.4 הגבלת משך הכהונה של מנהלי מחלקות ויחידות
- 7.5 מקצועות רפואיים הנתונים במצוקה
- 7.6 מחלקות מוכרות להתמחות, התמחויות ומומחים
- .8 הבטחת איכות
- .9 רפואה ציבורית בקהילה
- 9.1 קידום בריאות האם, הילד והמתבגר
- 9.2 רפואה ראשונית בקהילה
- 9.3 רפואה מקצועית בקהילה
- .10 מבנה ההעסקה ושכר הרופאים במערכת הציבורית
- .11 ניהול סיכונים ורשלנות רפואית
- .12 בחינות גמר אחידות ורישום תקופתי של רופאים
- .13 מחקר רפואי
- .14 מחשוב ארצי של הרשומה הרפואית