

הפרופ' שמזהיר: "אנחנו עכברי מעבדה של חברת הסיגריות פיליפ מוריס"

פרופ' נדב דוידוביץ', יו"ר איגוד בריאות הציבור בהסתדרות הרפואית: "יש מדינות שצובעות סכומים מתוך מסי הטבק, שהולכים למערכת הבריאות. אצלנו ההכנסות ממסים על טבק מגיעות ל-7 מיליארד שקל בשנה, ושיעור זעום מושקע במניעת עישון" ■ פיליפ מוריס: "אייקוס לא משווקת לקטינים, לבגירים שאינם מעשנים ולבגירים שהפסיקו לעשן"

רוני לינדר-גנץ רותם שטרקמן 14.04.2017 08:11



נדב דוידוביץ'

פרופ' נדב דוידוביץ', יו"ר איגוד בריאות הציבור בהסתדרות הרפואית, חבר הנהלת ארגון רופאים לזכויות אדם ויו"ר המרכז לחקר מדיניות בריאות בנגב באוניברסיטת בן-גוריון. בן 47, נשוי, אב לשלושה וסב לשניים.

פרופ' דוידוביץ', האם שר הבריאות יעקב ליצמן מפקיר את המלחמה בעישון ?

אני יכול רק להגיד שבשתי הקדנציות של שר הבריאות, הצליחו למסמס כל יוזמה שהעלינו במסגרת הקואליציה למניעת עישון בשיתוף עם הגורמים המקצועיים במשרד. בכל פעם הדרג המקצועי תמך ביוזמות ולאחר מכן זה מוסמס.

למה זה קורה? למה ענקית הטבק פיליפ מוריס קיבלה אצל ליצמן דלת פתוחה, פגישות והקלות מפליגות? למה בתקופתו כשר לא מקדמים חוקים נגד עישון ?

אני חושב שיש פה הרבה לחצים של חברות לובינג, כפי שעולה מהתחקירים בנושא. חברות הלובינג האלה לוחצות על כל מי שזז. הן מתוחכמות מאוד. לפעמים הן מסכימות לקדם רגולציה מסוימת כי הן יודעות שזה "טרייד-אוף", תחליף לרגולציה שמפריעה להן יותר, והן עורכות את המחקרים שלהן סביב מה יותר יזיק להם. למשל, לפעמים הן יעבדו מול ארה"ב ויעזרו לקדם שם חקיקה למניעת עישון תמורת זה שאנשים שיש להם השפעה על ארגוני סחר יעזרו להן לחדור לשוק הסיני.

אתה חתום יחד עם עמיתך על כמה מכתבים חריפים לשר הבריאות ולפרקליטות, שאומרים שבגלל רפיסות משרד הבריאות, הישראלים נהפכו ל"עכברי ניסויים" וישראל ל"מעבדת ניסויים" של פיליפ מוריס והסיגריות החדשה שלה, אייקוס, שמבוססת על חימום הטבק במקום שריפה.

האייקוס היא דוגמה מדהימה לתחכום של תעשיית הטבק: פיליפ מוריס שינו אסטרטגיה. הם מבינים שהסיגריות כמות שהן ייכחדו בסוף, ושעם אייקוס הם יוכלו להכניס לשוק מוצר יותר יקר בהרבה, שיאפשר גם ניטור אלקטרוני על מה אנשים עושים וכמה הם מעשנים. זה גם מתכתב עם אביזרי בריאות אחרים. הם מנצלים את הלקונה בישראל (בהוראת ליצמן, האייקוס לא הוגדרה בישראל כמוצר טבק ולכן לא חלו עליה המגבלות הנוגעות לעישון, כמו מגבלות פרסום ושיוק. הלקונה תוקנה בסופו של דבר בשבוע שעבר בעקבות עתירה שהוגשה לבג"ץ בנושא; רל"ג ור"ש), ועושים פה החדרה אגרסיבית עד כדי כך שבקרוב כבר לא נוכל לחזור אחורה. והם רוצים למכר ילדים.

אבל עכברי מעבדה? עד כדי כך ?

בהחלט. פיליפ מוריס רואה בישראל חברה חדשנית, ואנחנו שדה המחקר שלה של השיווק ושל ההחדרה. כיום התפישה בעולם היא של End Game הכחדת העישון לחלוטין. ההוצאה על נזקי העישון בעולם היא הנטל הכי גדול על הכלכלה העולמית. אז להכניס עכשיו מוצר אחר, חדש, שאף אחד לא יודע מה ההשפעה שלו, ייתכן שהוא פחות מזיק אבל עדיין מזיק וממכר — זה נזק אדיר. הצלחנו לייצר מצב שעישון זה כבר לא משהו "קולי", והם רוצים להחזיר את הגלגל אחורה — ואנחנו מעבדה מבחינתם. הם משקיעים בישראל השקעה חסרת פרופורציה — לומדים אותנו והולכים ליישם במדינות אחרות בגלל הפרצה בחוק.

ואתה טוען שהעניינים מעשנים יותר ובריאים פחות מהעשירים גם באשמת המדינה.

כן, כי מי שנגיש לקידום בריאות הן בעיקר אוכלוסיות חזקות. החלשים לא חשופים למסרים של אכילה בריאה, מניעת עישון, פעילות גופנית ועוד. עישון הוא דוגמה קלאסית למקום שבו ניסו לעשות דברים ברמה אוניברסלית — ודווקא יצרו פערים בבריאות.

כלומר, מי שהפסיק לעשן בעקבות הקמפיינים היו החזקים?

כן. מאמצי מניעת העישון הצליחו הרבה יותר בקרב מעמד סוציו-אקונומי בינוני גבוה ומעלה, מה שהביא לכך שכיום, בניגוד למצב שהיה לפני כמה עשרות שנים, דווקא בקרב המעמד הנמוך שיעור המעשנים גבוה יותר. זה נובע מכמה סיבות: גם הפניות והנגישות הגבוהות יותר למסרי קידום בריאות בקרב מעמד גבוה יותר, וגם סביבה מקדמת בריאות תלויה תכנון היא זמינה יותר באזורים עשירים יותר.

טוב, זה די ידוע שעניינים מעשנים יותר, שמנים יותר וכו'.

לא בדיוק. זה משהו שהתפתח בעשורים האחרונים. פעם החזקים היו יותר שמנים, כי אצל העניים היה מחסור במזון, והם עסקו יותר בפעילות גופנית בגלל עבודת הכפיים. שיעורי הסוכרת בחברה הערבית בישראל קפצו תוך 20 שנה מקרוב ל-0 ל-20%. אתה הולך היום בבאר שבע ורואה בדואים שמבחינתם לאכול במקדונלד'ס ובמבה זה החברה המערבית.

והחברה המערבית לא בהכרח מיטיבה עם הבריאות שלהם.

ממש לא מיטיבה. להפך. ההתפתחות מגיעה אליהם בקצב של טיל, ובנוסף הם עוברים לעבוד פחות בעבודות כפיים. זאת חברה במעבר.

כך שמצד אחד הם מושפעים לרעה מהקדמה, ומצד שני לא מרוויחים את הקדמה בבריאות, בתזונה ובפעילות הגופנית.

כן. אפילו המקומות שהם גרים בהם לא מעודדים פעילות גופנית. אין תשתיות, לפעמים אין מדרכה לצעוד עליה. הם נשארים מאחור, גם בהיבט של חשיפה לחומרים מסוכנים בסביבה שבה הם גרים, וגם במונח זה שאחרי שהם חולים הם פחות נגישים לשירותי רפואה בגלל שרבים מהם חיים בפרפריה. אפילו מבחינת היכולת שלהם לתבוע את מה שמגיע להם, ערבים הם האוכלוסייה שפונה הכי פחות בקבילות נגד קופות חולים למשל, ובנוסף יש להם פחות ביטוחים משלימים ופרטיים. כך שגם כשהם כבר נהיים חולים — הם נדפקים. זה מצב אבסורדי: מצד אחד כולם מדברים בשבחי קידום הבריאות, ומצד שני אין כל מקור תקציבי מוגדר לכך, וגם כשיש משהו — הוא לא מגיע לכולם.

בסרט "לא פה, לא שם" על ערביות שגרות בתל אביב נושא העישון עולה חזק: העובדה שבקרב נשים ערביות עישון אינו מקובל הופכת אותו לסמל השחרור.

כן, וזה לא חדש. הקטע של ה"קוליות", המודרניזציה, המרד. זה הדימוי שחברות הטבק יודעות לייצר כל כך טוב.

אבל במקרה הזה מדובר אצלם באיסור חברתי ולא בריאות.

זה אומר שצריך למצוא את ההתאמה במסרים. הרבה פעמים קמפיינים ומסרים שונים מאוד מכוונים למיינסטרים היהודי ולא מגיעים לקהלים אחרים. לאורך כל הספקטרום, החל במניעה אבל גם לאחר מכן, אם לא נהיה ערים לנושא הפערים התרבותיים ונשנה את הסביבה והמערכת — נגדיל את הפערים הבריאותיים. חוק ביטוח בריאות ללא ספק שיפר את הנגישות של הערבים כאזרחים לשירותי בריאות, אבל הוא לא שיפר את תנאי החיים שלהם בצורה דרמטית. הבעיה היא שיש אוכלוסיות במצב יותר גרוע.



בית חולים אסותא

מי ?

הפלטטינים בשטחים, מבקשי המקלט וחסרי המעמד האזרחי. כל אלה הם אנשים שקופים לחלוטין מבחינת מערכת הבריאות. אבל מערכת הבריאות לבדה לא יכולה להתמודד עם אתגר הבריאות, היא חייבת שיתופי פעולה. אחרת אי אפשר לעמוד בהגדרה של בריאות, שהיא לא רק היעדר חולי אלא רווחה פיזית, נפשית וחברתית. אני עושה לסטודנטים שלי תרגיל בהקשר הזה: אומר להם מהי ההגדרה הכללית ואז מדבר אתם על בריאות בהקשר של אוכלוסיית מהגרים, כדי שייבנו שגם בריאות של מהגרים קשורה לרווחה פיזית, נפשית וחברתית.

אוקיי, ומה קורה אז ?

אתה רואה איך אנשים שאימצו כל כך בקלות את ההגדרה המקורית של בריאות, פתאום כשזה מגיע למהגרים, הם רואים בני אדם אחרים. כשנכנסים לשיחה מעמיקה יותר, אתה מבין שהם רואים מולם לא אדם, אלא מהגר שהוא נשא שחפת או איידס, ובכללי, שהוא נטל על מערכת הבריאות.

זה נכון ?

זה אפילו לא נכון — יש תופעה שנקראת "המהגר הבריא", שאומרת שהמהגרים יותר בריאים מהאוכלוסיה הקולטת. הרי אדם שחולה בשחפת או באיידס לא עושה מסעות של אלפי ק"מ לישראל.

באילו סטודנטים מדובר ?

סטודנטים לרפואה, סיעוד, בריאות הציבור.

עכשיו התגובה שאתה מדבר עליה נשמעת אפילו קשה יותר.

נכון, קשה גם להם.

זה אמור להיות טריוויאלי שאנשים שעוסקים בבריאות לא יהיו גזענים, ושכלל המערכת תהיה נקייה מגזענות.

קשה להתמודד עם זה, כי אנשי רפואה אוהבים לחשוב על עצמם כמי שנותנים טיפול אוניברסלי ועיוורים לאופן שבו המבנה הכלכלי-חברתי שלנו משפיע על הסיכון לתחלואה ועל נגישות לבריאות. קשה למערכת לראות איך הגזענות שקיימת בכל חברה מחלחלת גם לתוך מערכת הבריאות.

היא מחלחלת? איך ?

בכל הרמות. למשל, כשאתה בונה תוכנית בריאות אתה בדרך כלל חושב על האדם הממוצע — גבר אשכנזי מגוש דן. המערכת גזענית גם במובן זה שהיא לא מספיק ערה לחשיבות של שילוב בתפקידי ניהול של אנשים מכל המגזרים. התמונה לא שחורה לגמרי, יש התקדמות גדולה. אפילו בהסדרות הרפואית הקימו חברה לבריאות האוכלוסיה הערבית. ברמת המיקרו אנחנו עדיין רואים מקרים של אנשים שמבקשים הפרדה על רקע גזעי, והבקשות האלה מתקבלות.

תגיד לנו שיש סוף טוב לסיפור הזה. אתה מעביר את הסטודנטים לרפואה תהליך שבסופו הם רואים אחרת את חסרי המעמד ?

אנחנו יוצאים הרבה לסיור בשטח, למשל בחצר האחורית של תל אביב, אם זו מרפאה של רופאים לזכויות אדם ביפו, של משרד הבריאות או המרפאה למחלות מין ברחוב לוינסקי בדרום תל אביב. הסטודנטים רואים את תנאי החיים שאנשים חיים בהם, את הנגישות הכל כך שבירה לשירותי בריאות.

ומה לגבי הפלסטינים? לישראל יש אחריות לדאוג גם להם?

בהחלט. כל עוד מערכת הבריאות הפלסטינית לא יכולה להתפתח כי לא מאפשרים שם להשתמש במכשור מסוים ולא מאפשרים לרופאים להתמחות, וכל עוד המערכת הפלסטינית לא יכולה להיות שלמה — מדינת ישראל אחראית על הבריאות של האוכלוסייה שם. חשוב לדעת שרק חמישית מהחולים הקשים הפלסטינים מטופלים בישראל — 80% הנותרים מטופלים במזרח ירושלים, בירדן ובמדינות אחרות.

ואם החולה הפלסטיני תופס מיטה של חולה ישראלי בבית חולים עמוס?

אני לא רואה שזה קורה. אני אשמח שתיירות המרפא של תיירים מחו"ל תצטמצם. אני נגד תיירות מרפא. כל הטיעונים שזה מכניס כסף לבתי החולים לא תקפים במערכת הבריאות שנמצאת על הקצה. אבל הקשר שיש לנו עם הפלסטינים והאחריות שיש לנו כלפיהם שונה מהאחריות שיש לנו כלפי בני אדם באשר הם בני אדם. לי עצמי יש דוקטורנטים פלסטינים, אחד מהם הוא אח שמנהל מרפאת סוכרת באוגוסטה ויקטוריה במזרח ירושלים, וחלק משמעותי מהבעיות שהוא נתקל בהן נובע מהפרגמנטציה: חלק מהפלסטינים מבוססים על ידי אונר"א, חלק על ידי הרשות, חלק על ידי קופות חולים ישראליות, והמערכת המאוד מפוצלת הזאת מקשה לקבל טיפול. בסופו של דבר מה שבאמת משפיע הוא תנאי החיים שם. וגם מהבחינה הזאת, זה אינטרס שלנו שהחברה הפלסטינית תתפתח ותשגשג.

אתה מרגיש שהדיון בבריאות עלה כיתה בשנים האחרונות?

לגמרי. אנשים מבינים שמדיניות בריאות קשורה לאסטרטגיה ושזה דיון מאקרו כלכלי-חברתי. בשנים האחרונות אנשים שבעבר לא הייתי מאמין עליהם מסכימים שמה שקורה בערבוב בין הרפואה הפרטית לרפואה הציבורית לא יכול להמשיך להתקיים. דיברנו על זה כבר בתקופת המחאה החברתית, ומאז זה נכנס לדיון המרכזי וזה חשוב.

מה היה במחאה?

זו היתה אחת הפעמים הבודדות שבה ישבו אנשים מתחומים שונים וראו איך השיטה דופקת אותנו ומפוררת את הסולידריות. בהתחלה השיטה דופקת רק את המסכנים, אבל אחר כך היא מגיעה למעמד הביניים ומעבר לו. ההבנה שמה שמשפיע על החינוך, הבריאות והסביבה הם אותם גורמים, וכולם יחד צריכים לפעול במשותף כדי לדבר על צדק חברתי. זה היה רגע נדיר: נושאים שכתבנו עליהם שנים, כמו פולטיימרים (רופאים שיעבדו רק במערכת הציבורית), או היבטים של בחירת רופא לביטוח ציבורי, רפורמה בביטוח הסיעודי, גיבוש תוכנית לאומית לצמצום פערים — כל זה נהפך מאז לחלק מהדיון המרכזי. גם לתקשורת שמסקרת את תחום הבריאות היה חלק משמעותי בזה. באחרונה אנשים מתחילים לראות את ההשפעות של הלובינג ואינטרסים, ושלא רק אנשי מערכת הבריאות מעורבים פה. בקטע הזה, בעשור האחרון באמת קרה פה תהליך חיובי. רמת הדיון היא אחרת לגמרי. משרד הבריאות התחיל להנגיש הרבה נתונים, לוקח את הנושא של פערים בבריאות בצורה יותר רצינית.

אתה מעורב אישית במאבק נגד כריית הפוספטים של חברת רותם אמפרט (כיל) בשדה בריר

שדה בריר הוא מקרה מבחן שמציב את המראה מול הרבה מהחוליים שדיברנו עליהם כרגע: איך אינטרסים כלכליים דוחקים החוצה אינטרסים בריאותיים. למשל, כשערכו שם ניתוח סביבתי של ההשפעה של כריית הפוספטים על תושבי האזור התעלמו לחלוטין מ-5,000 בדואים שגרים שם.



הפגנה נגד כרייה בערד

5,000 אנשים? איך זה יכול להיות ?

זה פשוט נלקח כהנחת יסוד שהם מתאדים משם. בשדה בריר יש אינטרסים גדולים של רותם אמפרט, ולפי הניתוח הבריאותי יהיו שם בין חמישה לעשרה מקרי מוות נוספים מסרטן מעבר לצפוי בשנה, וזה מבלי להביא בחשבון את תושבי היישוב הבדואי אלפרען, שנמצא ממש באזור המיועד לכרייה .

אבל איך יכול לקרות מצב שיש ניתוח בריאותי כזה ולא מביאים אותו בחשבון ?

בגלל המצב החוקי בישראל אין חובה לערוך תסקירי השפעה על הבריאות, אלא רק על הסביבה. בהליכי תכנון רוצים לראות אם יש היתכנות לבניית שכונה, מכרה חדש, תחנת כוח פחמית וכו', ולכן דורשים תסקיר, הבעיה שבחוק קיימת רק חובה לתסקיר השפעה על הסביבה. בעיה נוספת היא שהמממן הוא היזם, כך שיש בעיה של ניגוד עניינים. גם בוועדה העליונה לתכנון אין כיום נציג בריאות, רק משקיף. זה נותן לכם מושג לגבי סדרי העדיפויות שיצרו כאן מקבלי ההחלטות ולגבי חשיבותה של בריאות הציבור .

אז מה אתה מציע ?

בהרבה מדינות בעולם יש חובה של תסקיר השפעה על הבריאות. לא מדובר רק בחשיפת הצדדים השליליים אלא במתודולוגיה שמדברת על שיתוף ציבור, על מתן ערך של איך תכנון פרויקט משפיע על פערים חברתיים ואם אפשר לצמצם אותם, ואיך מסתכלים על ההשפעות החיוביות שיש לפרויקט .

בוא נגיד את האמת: זה לא קורה כי הפחד הוא שתסקירי בריאות כאלה יתקעו מקלות בגלגלים של כל פרויקט .

יש פה תפישה מוטעית. זה לא שמתכננים הכל ואז בסוף נותנים למישהו לערוך תסקיר. הרעיון הוא לערוך כבר מההתחלה תסקיר אינטגרטיבי, לשים על השולחן את כל החלופות האפשריות ולבחון בצורה אינטגרטיבית את הנושא הסביבתי, הבריאותי, החברתי והכלכלי. כיום אין מי שרואה את התמונה הכוללת, וגם יש ניגוד עניינים: כל יזם משלם ועורך תסקיר השפעה על הסביבה בעצמו. אם היו עושים את זה מההתחלה וגם משתפים את הציבור — זה היה חוסך זמן .

אבל ליוזמות האלה של ארגוני בריאות וסביבה יש דימוי של טהרנות, של לפסול בלי לראות את התמונה הגדולה .

לא כולם חושבים אותו הדבר. גם בתחום הבריאות וגם בתחום הקיימות אפשר לקחת אנשים שרוצים לפקח אבל במקביל מבינים שהנושא הכלכלי חשוב, ובמקום להפוך את זה למלחמה — להתחיל את התהליך מתחילת התכנון. זה דורש שינוי ארגוני גדול, אבל זה נדרש. אנחנו, איגוד רופאי בריאות הציבור, יחד עם הקליניקה המשפטית למדיניות סביבתית של אוניברסיטת בר-אילן, מנסים לקדם חובה של תסקיר השפעה על הבריאות. כתבנו עם ח"כ דב חנין הצעת חוק שתחייב שבכל פרויקט גדול ומשמעותי, בנוסף לתסקיר השפעה על הסביבה, יהיה גם תסקיר בריאות. גם משרד הבריאות תומך בהצעת החוק הזאת, הבעיה שבינתיים זה תקוע: ב-2013 הוועדה של בריאות וסביבה שחנן עמד בראשה נסגרה ועמה גם היוזמה להעלות הצעת החוק .

השיקול הבריאותי צריך לגבור תמיד על הכל ?

אני לא טוען שזה צריך לגבור על הכל, אבל כיום בכלל לא מביאים אותו בחשבון, וזה לא מאוזן. בתסקיר השפעה על בריאות מכניסים בני אדם — מסתכלים על כל האוכלוסיה שמושפעת, על מי יותר ועל מי פחות, ואם זה משפיע יותר על קבוצות מודרות צריך לדעת את זה. כשאפשר לייצר פרויקטים שמצמצמים פערים — כדאי לעשות את זה .

לעשות מה? להפיל את הפערים על העשירים ?

פשוט לחלק את הסיכונים בצורה הוגנת יותר .

אבל ברור לך שמכל האמוניה למשל, יעבור מחיפה לנגב — לא להרצליה פיתוח .

אז קודם כל שזה יהיה שקוף ושנשים ידעו מזה, ואם המדינה כן מקדמת תוכנית לאומית לצמצום פערים בבריאות זה לא בקו אחד עם התוכנית. כיום ההחלטות האלה מתרחשות בחוסר שקיפות מוחלטת. בריאות הציבור הוא תחום מוזנח בישראל. מספיק להסתכל על הנתונים היבשים כדי להבין עד כמה: פקודת בריאות העם היא מ-1940, ומאז היא תוקנה טלאי על טלאי. יש לנו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך הוא עוסק בחולים .

אתה רוצה שחוק בריאות יעסוק בבריאים ?

ברור. עד היום לא מוגדר בישראל מהו סל קידום הבריאות שזכאי לו כל אדם כאן, וגם לשירותים הקיימים אין מנגנון עדכון תקציבי. ויש את פרדוקס המניעה — כולם מדברים על חשיבות המניעה, אבל כשעורכים קיצוץ רוחבי במשרדי הממשלה זה התחום שנפגע ראשון. לפני שנתיים, למשל, הדבר הראשון שמשרד הבריאות קיצץ בקיצוץ הרוחבי היה תוכנית לאורח חיים בריא בסכום של 26 מיליון שקל.

זה באמת מצער, ומצד שני זה גם די אינטואיטיבי ו"טבעי" שיקצו קודם מהבריאים ורק אחר כך מאלה שכבר חולים.

זה חייב להשתנות, וזה ישתנה. מנכ"ל משרד הבריאות משה בר סימן טוב מינה את עצמו ליו"ר המועצה הלאומית לקידום בריאות. הוא רוצה להכניס לזה חשיבה אסטרטגית כלכלית ולחשוב על מקורות תקצוב ועל סל הבריאות. יש צורך אמיתי לחוקק חוק בריאות ציבור שמגדיר למה זכאי כל אדם ומה התקציבים המתאימים לכך. יש מדינות שצובעות סכומים מתוך מסי הטבק, שהולכים למערכת הבריאות או למניעת עישון. אצלנו ההכנסות ממסים על טבק מגיעות ל-7 מיליארד שקל בשנה, ורק שיעור זעום מהסכום הזה מושקע במניעת עישון.

כשאומרים "בריאות הציבור" מיד קופצות לראש תחנות טיפות החלב. רבות מהן מוזנחות, לא מעודכנות. הן כבר נהפכו למושא ללעג.

טיפות החלב היו הלחם והחמאה של מערכת הבריאות הישראלית, המוסד שזכה בהכי הרבה פרסים, הן היו האחראיות לירידה הדרמטית בתמותת התינוקות בישראל. ונכון, היום הן נמצאות במשבר קיומי. למה? בדיוק בגלל מה שדיברנו עליו קודם: אין להן מנגנון תקצוב ברור, הילודה עלתה בעשרות אחוזים תוך לא הרבה שנים (מ-100 אלף ל-180 אלף לידות בשנה), לא היה מנגנון עדכון לא לכוח אדם, לא לשירותים שניתנים, התשתיות מבוססות על הסכם משנות ה-70 עם הרשויות המקומיות, שבהרבה מקומות מתנערות ממנו. לקחו שירות שכל העולם הגיע אלינו כדי ללמוד עליו ופשוט יישו אותו. יש היום תורים אדירים, וכבר כמעט שכחנו שהתפקיד של טיפות החלב הוא לא רק חיסונים — זה גם עידוד הנקה, איתור אלימות במשפחה, איתור דכאון אחרי לידה.



טיפות חלב ברמת גן

ואולי זו דוגמה לכך שהמדינה לא יודעת להפעיל בעצמה שירותים? אולי צודקים אלה שרוצים להעביר את טיפות החלב לקופות החולים, שמומחיות באספקת שירותי בריאות?

טיפות החלב הן בריאות הציבור, וזה תחום שחייב להיות מנוהל בראייה רחבה של כלל האוכלוסיה, ולא בראייה קופתית. בנושא של בריאות הציבור צריך להסתכל ברמה של שכונה ולא להגיד מי פה מכללית ומי ממאוחדת. כיום לדוגמה, משרד הבריאות נותן את השירות של טיפות חלב גם לילדים מבקשי מקלט שלא מבוססים בקופות, כי הראייה שלו כלל-אוכלוסייתית. ברגע שיעבירו שירות כזה לקופות חולים — מי שייפגע זה החלשים. זה שירות שייבשו בגלל אידיאולוגיה שרוצה להפריט כל דבר ולהוריד תקנים. משרד הבריאות צריך להגדיר מה ליבת הפעילות שלו, וקידום בריאות זה משהו שצריך להסתכל על קהילה.

אז איך אפשר להציל את טיפות החלב?

אנחנו, כרופאי בריאות הציבור, הגשנו הצעה של הקמת רשות לגיל הרך שתיתן את השירות הזה בצורה ממלכתית, עם מנגנון עדכון, שתהיה אחראית גם על שירותי בריאות התלמיד, שיהיו המשכיים — רשות שתראה את הילד מגיל 0 עד 18. חשוב לזכור שלא מדובר פה רק בחיסונים. זו הבעיה בדיון הציבורי — זה נהפך לדיון על מכונת חיסונים. טיפות החלב צריכות לצאת לקהילה, ולעשות את הדברים שעשו פעם וכל העולם בא ללמוד מהן.

העיסוק של רופאים לזכויות אדם הוא לא תמיד בנושאים שבקונצנזוס יחסי כמו פערים בבריאות או עישון, אלא בנושאים לוחצים פוליטיים. באחרונה יש פרסומים שלפיהם לקראת שביתת הרעב הגדולה של אסירי הפת"ח שמתוכננת אחרי פסח נשקלת האפשרות להקים בית חולים שדה מיוחד לאסירים שובתי הרעב, כך שהם לא יופנו כמו בעבר לבתי חולים אזרחיים, אלא יטופלו בבית החולים הזה על ידי רופאים שיגויסו למילואים. זה לגיטימי בעיניך ?

ממש לא לגיטימי. זה ניסיון נואל לעקוף את ההתנגדות הגורפת של הרופאים להזנה בכפייה תוך ניצול המצב שהרופאים בשירות בתי הסוהר אינם חברים בהסתדרות הרפואית ומהווים פעמים רבות את השכבה המוחלשת של הפרופסיה הרפואית .

מה הכוונה השכבה המוחלשת ?

הרופאים בשב"ס הם פעמים רבות עולים חדשים, רופאים שלא סיימו התמחות, ולא מאוגדים בהסתדרות הרפואית. ואז תחשבו על דילמות כמו הזנה בכפייה, שביתת רעב, נגישות לטיפולים .

ומה לגבי האסירים ולא רק הביטחוניים ?

גם הם מוחלשים ביותר: כיום יש בישראל שתי אוכלוסיות שמוחרגות מחוק ביטוח בריאות ממלכתי — חיילים ואסירים. אלה גם שתי האוכלוסיות שנחשבות לאוכלוסיות שביות ורגישות במחקרים. לאסירים גם אין סל בריאות כמו שיש לכל אזרח. רק באחרונה היה מצב שבו אף על פי שהתרופה היקרה לצהבת מסוג C נכנסה לסל, השב"ס אמר שאין תקציב לתת אותה לאסירים שחולים בזה. כל המערך הזה מייצר דילמות אתיות מורכבות .

איך אפשר לשנות את המצב הזה ?

ההצעה של רופאים לזכויות אדם היא להוציא את מערך הרפואה משירות בתי הסוהר — או שהמדינה תיקח על זה אחריות או שיהיה מכרז ואחת מקופות החולים תהיה אחראית. ואז לעשות הפרדה של הקשר הגורדי בין האדם שזכאי לטיפול רפואי או תרופתי לבין השיקולים הזרים של המערכת שנכנסים לתמונה — בעוד שהרופא הוא זה שעומד באמצע .

ויש לו נאמנות כפולה .

נכון: מצד אחד למפקדים שלו, ומצד שני לאסירים המטופלים. יש הרבה מדינות בעולם שערכו את הרפורמה הזאת. מבחינתנו הרעיון הנואל של הקמת בית חולים נפרד של שב"ס לשובתי הרעב רק מחזק את העמדה הזו .

אתה עצמך רופא, אבל לא מטפל יום-יום בחולים .

נכון, נולדתי בחיפה, גדלתי באיטליה, שם אבי למד רפואה. אמא שלי היא אחות בטיפול נמרץ ואבא שלי מרדים, אבל אני העדפתי לצאת מגבולות בית החולים, לתחום של בריאות הציבור. למדתי רפואה בתל אביב כעתודאי, הייתי רופא צבאי, אחר כך עשיתי הפסקה לטובת דוקטורט בסוציולוגיה של הבריאות באוניברסיטת הרווארד, ואחר כך חזרתי לצבא והתמחיתי בבריאות הציבור. מ-2001 אני מתנדב ברופאים לזכויות אדם, ארגון שהשפיע עלי רבות ופקח לי את העיניים להבנה הרבה יותר עמוקה של פוליטיקה של הבריאות. עבדתי במשרד הבריאות והחל ב-2008 אני במשרה מלאה באוניברסיטת בן-גוריון, כיום כראש המחלקה לניהול מערכות בריאות, שבה שמים דגש על הנושאים של אי-שוויון בבריאות, פוליטיקה של בריאות, איך להשפיע על מדיניות בריאות. אני חושב שהנושא הזה נהפך עם השנים להרבה יותר מיינסטרים מפעם .

האקדמיה יכולה בכלל להשפיע על מערכת הבריאות ?

אני מאמין בשיתוף ובאינטגרציה של הידע מכל מיני דיסציפלינות, ואם אתה מגיע מהאקדמיה יש לך יתרון כי אתה נתפש כניטרלי ויש לך אפשרות להושיב ליד השולחן את כל בעלי העניין. אנחנו יודעים לשתף את משרד הבריאות, קופות החולים והחברה האזרחית, מה שלפעמים המשרד מתקשה לעשות .

לא מאשימים אתכם לפעמים שאתם יושבים במגדל השן ולא מחוברים למצוקות האמיתיות בשטח ?

להפך: המחלקה שלנו מעורבת בשטח, נמצאים אצלנו אנשים כמו גבי בן נון וטוביה חורב (בכירים לשעבר במשרד הבריאות ובקופות החולים), וארגונים פונים אלינו כדי שנייעץ להם בתחומים של בריאות הציבור ומדיניות בריאות שיש אליהם הרבה יותר פתיחות היום. כל התחום הזה תופס מקום הרבה יותר מכובד וחשוב מבעבר. במחלקה לניהול מערכות בריאות בבאר שבע יש אלפי בוגרים של התואר הראשון, השני והשלישי — והם באים אלינו .

אתה מרגיש שרופאים לזכויות אדם מצליחים לשנות משהו בתמונה הגדולה ?

בהחלט. אם מאמצים רעיונות שלנו ובסוף לא יודעים מאיפה זה הגיע — זו הצלחה. יש דברים שברופאים לזכויות אדם ובארגונים אחרים דיברו עליהם כבר לפני 15 שנה, כמו הפרטה של מערכת הבריאות, פירמידה של הדרה, או הרעה החולה של הביטוחים המשלימים. אלה דברים שפעם כשהיינו מעלים אותם היו מסתכלים עלינו כמו קומוניסטים הזויים. בסך הכל אני חושב שיש לנו מערכת בריאות מצוינת. אחד הדברים הכי חשובים זה נושא האמון של הציבור במערכת, בדגש על מעמד הביניים, כי ברגע שהוא נוטש את הספינה — זה מסוכן.

אבל במידה רבה הוא כבר נטש: יש מאסה של ניתוחים שמתבצעים במערכת הפרטית, לאחד מכל שני ישראלים יש גם ביטוח משלים וגם פרטי, יותר מחצי מהציבור מרגישים שאם יהיו חולים לא יהיה להם מזור או מימון לטיפול מיטבי.

אני חושב שעדיין יש לנו מערך מצוין של רפואת קהילה. כמערכת, מערך הקהילה יותר טוב מבתי החולים, בניגוד להיררכיה המוטעית כאילו רופאי בתי החולים טובים יותר. ישראלים רגילים ודורשים שתהיה להם מרפאה ליד הבית — וגם זה לא מובן מאליו. אז אני אופטימי. כי המבנה של המערכת הוא כן נכון. השילוב של קהילה ובית חולים טוב יחסית לעולם. התיק הרפואי הממוחשב פה והשילוב של טכנולוגיה במערכת מצוינים, אז הבסיס קיים — ואם נמשיך ונשקיע הוא יפרח.

מפיליפ מוריס נמסר בתגובה: "פיליפ מוריס בע"מ אינה משווקת את אייקוס לקטינים, לבגירים שאינם מעשנים ולבגירים שהפסיקו לעשן, וכל טענה אחרת היא משוללת כל יסוד. החברה משווקת את המוצר בארץ באופן אחראי אך ורק למעשנים מעל גיל 18 כדי לספק להם אלטרנטיבה טובה יותר מאשר מהמשך עישון סיגריות. פיליפ מוריס בע"מ תמשיך לשווק את אייקוס בישראל באופן אחראי ובהתאם לדין."