

שיתוף ציבור

במדיניות בריאות

ד"ר מורן נגיד

מורין אמיתי



תשרי תשפ"א - אוקטובר 2020
נייר מדיניות מס' 66

מורין אמיתי

בעלת תארים ראשון ושני בהצטיינות בממשל, דיפלומטיה ואסטרטגיה, מן המרכז הבינתחומי. את התזה כתבה באוניברסיטת חיפה על התפיסות הסטריאוטיפיות של שחיתות פוליטית וציבורית. בוגרת מסלול עמיתי זהות ויהדות במכללה למדינאות. בעלת רקע בכתיבת ניירות מדיניות בתחומי המנהל הציבורי.



ד"ר מורן נגיד

עו"ד ד"ר מורן נגיד-מנהלת היחידה לשלטון המקומי, שיתוף וקהילה בפורום קהלת. חוקרת וכותבת מחקרי מדיניות בתחומי המשפט והמדיניות הציבורית. מתמחה בתחומי מחקר השלטון המקומי, שיתוף ציבור בתהליכי קבלת החלטות שלטוניים והשתתפות פוליטית. בעלת תארים LLM LLB מהאוניברסיטה העברית בירושלים ותואר דוקטורט מאוניברסיטת בר-אילן.



שיתוף ציבור

במדיניות בריאות

ד"ר מורן נגיד

מורין אמיתי



תשרי תשפ"א - אוקטובר 2020

נייר מדיניות מס' 66

**שיתוף ציבור במדיניות בריאות
ד"ר מורן נגיד ומורין אמיתי**

נדפס בישראל, תשרי תשפ"א - אוקטובר 2020

מסת"ב 9-81-7674-965-978 ISBN



תוכן העניינים

1	פתח דבר.....
5	מבוא.....
9	1. משברי בריאות – לקחים ותובנות משבר הקורונה 2020.....
9	א. בניית אמון – שקיפות במידע ונתונים וקשר ישיר עם הציבור.....
12	ב. ניהול קואופרטיבי: שותפות רחבה עם הציבור ועם הקהילה המדעית והעסקית.....
14	ג. בניית חוסן קהילתי.....
	ד. ביזור סמכויות ומשאבים לזירה המקומית: הרובד המשמעותי לניהול
15	משברי בריאות.....
17	ה. שיתוף ומעורבות קהילות מיעוט.....
21	2. שיתוף ציבור במדיניות בריאות: היכן, כיצד ומתי רלוונטי?.....
21	א. שיתוף ציבור במדיניות בריאות – תמונת מצב בינלאומית.....
	ב. במה משתפים? תחומי ידע ומדיניות לתהליכי שיתוף הציבור
24	במדיניות בריאות.....
26	ג. דפוסים נפוצים לשיתוף ציבור במדיניות בריאות.....
27	ד. מקרי בוחן מייצגים למתודות לשיתוף ציבור במדיניות בריאות.....
	3. שילוב ארגוני חברה אזרחית בתהליכי שיתוף ציבור
35	במדיניות בריאות.....
41	מקרי בוחן: שילוב ארגוני חברה אזרחית בתהליכי שיתוף ציבור במדיניות בריאות.....
	4. שיתוף ציבור במדיניות בריאות – עקרונות מנחים
49	לתהליכים מניבים.....
53	הערות.....





פתח דבר

**”מגפת הקורונה
חשפה ואף הוכיחה
תובנה שהייתה
ידועה ליודעי
ח”ן: שיתוף בעלי
עניין בתהליכי
קבלת החלטות
והעמקת חלקם של
האזרחים בתהליכי
עיצוב מדיניות
ובמימושה הם
כלים רבי חשיבות
בטיוב המדיניות
ובהצלחתה.”**

מסמך מדיניות זה נהגה ונכתב בזמנים שבהם מגפת הקורונה לא הייתה חלק מחיינו ומושגים כמו “אקספוננציאלית” ו”חקירה אפידמיולוגית” לא היו מוכרים לרוב אזרחי העולם. בעת כתיבת שורות אלה, המושגים הללו שגורים בפי כול, והעולם כולו מצוי בעיצומו של אחד מהמשברים הגדולים והמשמעותיים שידעה האנושות. אולם דווקא בזמנים אלה, כשמציאות החיים בצל הנגיף טופחת על פנינו, הולך ומתברר התפקיד המרכזי שממלאים האזרחים במלחמה במגפה הקשה ובמיתון השלכותיה. במובן זה, מגפת הקורונה חשפה ואף הוכיחה תובנה שהייתה ידועה ליודעי ח”ן: שיתוף בעלי עניין בתהליכי קבלת החלטות והעמקת חלקם של האזרחים בתהליכי עיצוב מדיניות ובמימושה הם כלים רבי חשיבות בטיוב המדיניות ובהצלחתה. כשבמדיניות בריאות עסקינן – וזו נוגעת כמעט לכל היבט הקשור באורחות חיו והרגליו של הפרט – הדברים מקבלים משנה תוקף, ובפרט בעיתות חירום כגון זו שאנו חווים כעת. במלחמה בקורונה ציבור האזרחים איננו רק צרכן פסיבי של מידע חיוני, אלא שחקן משמעותי ומשפיע במלחמת המניעה וההתמודדות עם המגפה, במניעת קריסתן של מערכות הבריאות ובהגנה וטיפול בקבוצות סיכון באוכלוסייה. ניהול המגפה והשגת שליטה על היקפי התחלואה וההדבקות מחייב שיתוף פעולה רחב של האזרחים והישמעות להוראות רשויות הבריאות. התברר כי פלטפורמות למסירת מידע דו־כיווני (מהרשויות לאזרחים ומהאזרחים לרשויות) ותהליכי ידוע והיוועצות המוניים הכוללים שיקוף והנגשה של מידע ונתונים הם אמצעים חיוניים להעברת מידע אמין ומציל חיים, להורדת מפלס החרדה, לחיזוק אמון הציבור בהנחיות ולהתמודדות עם היקפים רחבים ומסוכנים של מידע כוזב ומטעה. יתר על כן, הניסיון הגלובלי מלמד כי רשויות הבריאות ברחבי העולם מנהלות את המאבק בנגיף בעזרת ציבור בעלי העניין הרלוונטיים – מומחים, ארגוני חברה אזרחית והאזרחים עצמם.

שורות אלה נכתבות שעה שמתבררים ההיקפים המתעצמים של התחלואה בנגיף ומדינת ישראל נמצאת בעיצומו של "הגל השני" של המגפה. הנתונים העכשוויים מסמנים אופק קודר, מצביעים על עלייה תלולה בשיעור החולים הקשים ומזהירים מפני קריסה של בתי החולים והצוותים המטפלים. מסתמן כי מציאות זו היא תוצר ישיר של מדיניות החזרה לשגרה שבה נקטה מדינת ישראל. אופן היציאה מהסגר ההדוק והחזרה הכמעט מלאה לשגרת עסקים, עבודה ולימודים היו ועודם גורמים מכריעים ביכולת השליטה על הנגיף. עם זאת, ובהשוואה למדינות אחרות שנקטו במדיניות של חזרה לשגרת חיים בצל הקורונה, מדינת ישראל סובלת מנחיתות ניכרת בשליטתה על המגפה.¹ בניגוד לתנאי "הגל הראשון" של המגפה, ניכרת התרופפות במשמעת הציבורית להנחיות רשויות הבריאות וירידה בנכונות להיענות לחובת הבידוד, להוראות הריחוק החברתי ולחובת עטיית המסכה במרחבים הציבוריים. תגובה אזרחית זו מיוחסת למשבר אמון חריף של הציבור ברשויות ובהנחיותיהן, ולחוסר שביעות רצון מההנהגה וממנהלי המשבר.²

משבר האמון צמח על רקע ביקורות קשות על ניהול לקוי של המשבר המאופיין בתהליכי קבלת החלטות מוטי אינטרסים ולא עקביים והיעדרם של תהליכי מדידה והפקת לקחים. אחת מהביקורות הקשות ביותר שנשמעו נגעה לעובדה כי ניהול משבר הקורונה נעשה בחוסר שקיפות והעדר נגישות למידע ולנתונים, בהנחיות סותרות המנוסחות באיחור ומחוסרות עקביות, בתהליכי הסברה לקויים ובלתי מותאמים לקהילות המגוונות המרכיבות את החברה הישראלית, בהיעדרם של תהליכי הערכה והפקת לקחים מספקים ומבוססי נתונים, ובתהליכי קבלת החלטות המנותקים מהשטח וממי שעתיד ליישמן. על יסוד תנאים אלה, צמחו כמעט ללא מפריע תאוריות קונספירטיביות המכחישות את מציאות הקורונה ומשמשות מצע נוח להפרת הנחיות.

במובן זה, המקרה הישראלי הוא הוכחה מכרעת לחשיבות אמון הציבור ברשויות השלטון ובמקבלי החלטות. ב"גל הראשון" של הקורונה הייתה ישראל אחת מהמדינות המצליחות ביותר בהתמודדות עם הנגיף, אך ב"גל השני" התדרדרה במהירות למקום מסוכן למדי ונחשבת מדינה "מוכת קורונה". כעת ברור יותר מתמיד כי הריחוק של מקבלי החלטות מציבור האזרחים אינו עניין של מה בכך וכי המאבק בקורונה אינו מסתכם בהרחבת מערך הבדיקות והחקירות האפידמיולוגיות, במרוץ למציאת חיסון או להגדלת מספר מכונות הנשמה, אלא ברתימה של הציבור לקיים את הנחיות הריחוק החברתי והוראות הבידוד. נטייה זו חייבת להתבסס על

**”נוכח התחזיות
המנבאות
התמודדות ארוכת
טווח עם המגפה,
על השלכותיה
המכריעות על כל
תחומי החיים,
נחיצות שיתוף
הפעולה של הציבור
ומעורבותו בנעשה
רק תלך ותתעצם
ועימה גם הצורך
בשכלול כלי
השיתוף ובהעמקת
התהליכים
הקיימים.”**

תחושת אמון ואחריות משותפת, וזו לא תושג במלואה באמצעות הגברת מערכת האכיפה ואפילו לא בשימוש במערכות לאיכון סלולרי. כדי להגדיל את נטיית הציבור לפעול על פי ההנחיות ולקיים את הוראות הרשויות יש לפעול לביסוס מחודש של אמון הציבור במקבלי ההחלטות, ביסוס זה דורש קידום ערכים של שקיפות ותהליכי הסברה יעילים המותאמים לקהילה, הנגשה מלאה של מידע ונתונים והעמקת מעורבותם של הציבור ושל מומחים בניסוח המדיניות ובקביעת כלליה. מידה גבוהה של אמון דרושה לא רק כדי לרתום את הציבור להיענות להנחיות הרשויות, אלא גם כדי להשיג את תמיכתו בתוכניות כלכליות וחברתיות הנחוצות להבראת המשק ולצליחת אחד מהמשברים הקשים שידעה מדינת ישראל ואף האנושות כולה. יתר על כן, אי-חשיפת מידע ונתונים רלוונטיים לא רק פוגעת באמון הציבור ובאפשרות לרתום את האזרחים לשיתוף פעולה עם המדיניות וההנחיות, אלא מסכלים כל אפשרות לתהליכי מדידה, הערכה והפקת לקחים הנחוצים כל כך לטיוב מדיניות בתנאים של חוסר וודאות מהסוג שהקורונה יצרה. חוסר הנגישות של מוסדות אקדמיים, מכוני מחקר וארגוני חברה אזרחית לנתונים ולידע רלוונטי פוגע ביכולת להעריך את איכות התהליכים ואת מידת תרומתם ומונע תהליכי למידה והפקת לקחים נדרשים. למעשה, נטען כי אפילו אפידמיולוגים לא שותפו בתהליכי גיבוש המדיניות ולא נחשפו למידע שעליו התבססה, ובכלל זה כיצד ועל בסיס אילו נתונים הוחלט על השלת סגרים, מהם נתוני התחלואה הצפויים ומהן חלופות המדיניות שנשקלו טרם קבלת החלטות מרחיקות לכת כגון סגירת אזורי מסחר ומוסדות ופתיחה מחודשת שלהם.

נוכח התחזיות המנבאות התמודדות ארוכת טווח עם המגפה, על השלכותיה המכריעות על כל תחומי החיים, נחיצות שיתוף הפעולה של הציבור ומעורבותו בנעשה רק תלך ותתעצם ועימה גם הצורך בשכלול כלי השיתוף ובהעמקת התהליכים הקיימים. במובן זה, מסמך זה ומקרי הבוחן המוצגים בו הם כלי חשוב ללמידה ולהפקת הלקחים הנדרשים להובלת תהליכים משתפים שתכליתם התמודדות עם המשבר הנוכחי ועם האתגרים העתידיים. חלקו הראשון של המסמך יוקדש לסקירת דוגמאות ומקרי בוחן מרחבי העולם לתהליכי יידוע, ושיתוף אזרחים שנקטו מדינות בתקופת משבר הקורונה, וינסה לעמוד על מידת תרומתם ולקחייהם. חלקו השני של המסמך, כולל סקירה ודיון מקיפים לתהליכי שיתוף ציבור במדיניות בריאות לפני משבר הקורונה בזמנים של אתגרי בריאות שונים שעיימם התמודדה האנושות.



**”שיתוף האזרחים
בתהליכי קביעת
המדיניות מאפשר
לממשל לשאוב
מידע ממקורות
רבים ומגוונים,
להרחיב את זווית
הראייה המקובלת
ולהיעזר באמצעים
הללו כדי לשפר
את איכות קבלת
ההחלטות. ספרות
המחקר מוצאת
בשיתוף הציבור
כלי יעיל לזיהוי
בעיות ולהבנה
טובה יותר של
הצרכים המורכבים
של האזרחים.”**

שיתוף הציבור נועד להרחיב את בסיס ההשתתפות של האזרחים בתהליכים שלטוניים ולהגדיל את מעורבותם בתכנון מדיניות ומימושה. עקרון שיתוף הציבור ממזג בין שיח של זכויות לשיח של מחויבות, הוא מבקש להבטיח את היענותו של הממשל לתביעות האזרחים ולצורכיהם תוך כדי עידוד מעורבותם בתהליכים המשפיעים עליהם. באופן כללי, שיתוף ציבור הוא תהליך של התדיינות, המתקיים בין אזרחים וארגוני חברה אזרחית לבין הממשל, בנוגע להחלטות בדבר גיבוש מדיניות או יישומה.³ תהליכי שיתוף הציבור נפוצים בתהליכים רבים של קבלת החלטות וקביעת מדיניות וברמות שונות של הממשל – ברמה המקומית, המדינתית ואפילו הבין־מדינתית.

עקרון שיתוף הציבור נוסח והתפתח על רקע חסרונות הדמוקרטיה הייצוגית והנסיגה המתמדת באמון הציבור במוסדות הדמוקרטיים. הנחת היסוד היא כי הגדלת מעורבות האזרחים בתהליכים השלטוניים היא כלי מתאים לחיזוק מערכת היחסים של הממשל עם האזרחים ולהשבת אמון הציבור במוסדות. אולם שיתוף הציבור חיוני גם מנקודת מבטו של הממשל. למעשה, מה שצמח ככלי לחיזוק אמון הציבור בתהליכים השלטוניים התגלה כאמצעי נחוץ לטיוב המדיניות עצמה.⁴

שיתוף האזרחים בתהליכי קביעת המדיניות מאפשר לממשל לשאוב מידע ממקורות רבים ומגוונים, להרחיב את זווית הראייה המקובלת ולהיעזר באמצעים הללו כדי לשפר את איכות קבלת ההחלטות. ספרות המחקר מוצאת בשיתוף הציבור **כלי יעיל לזיהוי בעיות** ולהבנה טובה יותר של הצרכים המורכבים של האזרחים. עובדה זו מסייעת להתוות מדיניות מדויקת ואפקטיבית יותר,⁵ ואף להציע מצע לקידום **פתרונות חדשניים** המשמשים חלופות יצירתיות

**”מדיניות בריאות
נושאת חשיבות
מרכזית בבנייתן,
בהתפתחותן
ובחוסנן של
חברות. היא נוגעת
כמעט לכל היבט
הקשור באורחות
חיינו והרגליו של
הפרט, ומשפיעה
ישירות על איכות
חיייהם של כלל
האזרחים. לא
ייפלא אפוא
כי בעשורים
האחרונים ניכר
דפוס של שילוב
תהליכי שיתוף
הציבור והעמקתם
במגוון הולך
וגדל של תחומים
ושירותים מתחום
הבריאות.”**

לדפוס מדיניות המסורתיים.⁶ שיתוף הציבור הוא גם אמצעי חשוב להבטחת כפיפותן של רשויות המנהל הציבורי לייפוי הכוח שקיבלו מן הציבור ולבקרה על איכות התהליכים ותקינותם.⁷ חשוב לציין כי הגידול הניכר בתהליכים ויוזמות לשיתוף הציבור קשור גם בפיתוחם ובשכלולם של האמצעים הטכנולוגיים והמקוונים המשמשים לפרסום ולחילופי ידע ושיח – שינויים שהפכו את תהליכי ההיוועצות והשיח עם האזרחים לנגישים, קלים ופשוטים הרבה יותר. המרשתת והרשתות החברתיות נעשו פלטפורמה מרכזית להנגשת מידע שלטוני ולהרחבה ולהעמקה של תהליכי המעורבות הקיימים של האזרחים. פשטות השימוש והיעדר מגבלות של זמן, מרחק ומקום מנגישים את התהליכים להמון ומאפשרים את השתתפותו.

מדיניות בריאות נושאת חשיבות מרכזית בבנייתן, בהתפתחותן ובחוסנן של חברות. היא נוגעת כמעט לכל היבט הקשור באורחות חיינו והרגליו של הפרט, ומשפיעה ישירות על איכות חיייהם של כלל האזרחים. לא ייפלא אפוא כי בעשורים האחרונים ניכר דפוס של שילוב תהליכי שיתוף הציבור והעמקתם במגוון הולך וגדל של תחומים ושירותים מתחום הבריאות.

בד בבד עם התבססות מגמת שיתוף הציבור בתחום הבריאות הלכה והתבססה גם ההכרה שלפיה שיתוף הציבור הוא רכיב הכרחי להשגת שיפור באיכות שירותי הבריאות והתאמתם לצורכי האזרחים ולתנאי הסביבה המשתנים וכלי מתאים לייעול בהקצאת משאבים. לדוגמה, בעשור שחלף השקיע הבנק העולמי כ־85 מיליארד דולר ביוזמות מקומיות המערבות שיתוף ציבור בתחום מדיניות הבריאות. באותן שנים, החל גם ארגון הבריאות העולמי (WHO) להוביל את ”פרויקט הערים הבריאות” ברחבי אירופה, פרויקט בינלאומי רחב היקף המיושם כיום בכ־1,400 רשויות מקומיות, כפרים וקהילות ברחבי העולם. גישת הערים הבריאות, שהיא הבסיס לפרויקט, מבוססת על התפיסה שלפיה כדי לקדם בריאות יש לפעול ברמה המקומית, הקרובה לאזרחים ולקדם שיתופי פעולה עם כל המגזרים באמצעות מעורבות האזרחים בתהליכי קבלת ההחלטות.⁸ מחקר עכשווי מקיף של ארגון OECD מצביע על כך שבריאות היא אחד מתחומי המדיניות הזוכים לתהליכי שיתוף דומיננטיים מאוד ורבי-הישגים.⁹

**”מגפת הקורונה
שינתה את העולם
מקצה אל קצה
ובמובנים רבים היא
אילצה את מקבלי
ההחלטות ואת
קובעי המדיניות
לשנות את הקיים
ולחדשו. באשר
לשיתוף ציבור
בתחום מדיניות
בריאות, מגפת
הקורונה העמיקה
את התפיסות
הקיימות בקרב
חסידיה והצליחה
לשכנע רבים
ממטילי הספק
במידת נחיצותה.”**

מגפת הקורונה שינתה את העולם מקצה אל קצה ובמובנים רבים היא אילצה את מקבלי ההחלטות ואת קובעי המדיניות לשנות את הקיים ולחדשו. באשר לשיתוף ציבור בתחום מדיניות בריאות, מגפת הקורונה העמיקה את התפיסות הקיימות בקרב חסידיה והצליחה לשכנע רבים ממטילי הספק במידת נחיצותה. אומנם כפי שהרחבנו לעיל, תהליכי שיתוף הציבור הולכים וגדלים, גם בתחום מדיניות הבריאות. אולם משבר הקורונה ביסס את התובנה שלפיה בכל הנוגע למשברי בריאות, הציבור איננו רק שותף או גורם חיוני להיוועצות בתכנון מדיניות המשפיעה על איכות חייו ובריאותו, אלא גם שחקן מרכזי רב-השפעה במלחמת המניעה ובהתמודדות עם המגפה, במניעת קריסתן של מערכות הבריאות ובהגנה על קבוצות סיכון באוכלוסייה וטיפול בהן. למעשה, בו ממש תלויה הצלחתה (או חלילה כישלונה) של מדיניות בריאות הציבור.

מחקר זה מבקש להעמיק את הידע הקיים על אודות תהליכי שיתוף הציבור במדיניות הבריאות וללמוד על תרומתה ועל לקחיה על ידי הצגה וניתוח של מגוון דוגמאות ומקרי בוחן למדיניות שיתוף הציבור בתחום הבריאות ברחבי העולם. החלק הבא של הדיון יתמקד בשאלות של שיתוף ציבור במשברי בריאות קיצוניים מסוג מגפה ובפרט בלקחים שאפשר ללמוד כבר עכשיו מניהול משבר הקורונה 2020.





1. משברי בריאות – לקחים ותובנות משבר הקורונה 2020

”שימוש בכלי
אכיפה וענישה
הולידו חוסר
אמון והובילו
להפרות סדר מצד
הציבור ובפרט
בקרב קבוצות
חברתיות הסובלות
מחולשה יחסית.
מנגד, אסטרטגיות
המתבססות על
שיתוף פעולה
התנדבותי התגלו
כאפקטיביות יותר.”

”דמוקרטיה פתוחה משמעה להסביר את החלטותינו ולעשותן שקופות... עלינו לעשות כל שביכולתנו כדי להצדיק את פעולותינו ולתקשר אותן, כך שתהיינה מובנות לכולם.”
אנגלה מרקל, בעת הצגתה את התוכנית המדינית למאבק בהתפשטות ה-COVID-19

א. בניית אמון – שקיפות במידע ונתונים וקשר ישיר ופרטני עם הציבור

משבר הקורונה שינה את תפיסות המדיניות הקיימות מן הקצה אל הקצה. בתחום שיתוף הציבור במשברי בריאות הוא הוכיח כי הציבור איננו רק ”לקוח” המקבל שירותים ומידע, אלא הוא גם שותף חיוני להיוועצות ושחקן מרכזי במלחמת המניעה במגיפה הקשה וההתמודדות עימה. מחקרים מצאו כי צעדים ממשלתיים כמו חיסון או בידוד בכפייה, אשר ננקטו בעבר לטובת התמודדות עם מגפת הדבר או האבעבועות השחורות הם בלתי מספקים ואף עשויים להשפיע לרעה. למעשה, שימוש בכלי אכיפה וענישה הולידו חוסר אמון והובילו להפרות סדר מצד הציבור ובפרט בקרב קבוצות חברתיות הסובלות מחולשה יחסית. מנגד, אסטרטגיות המתבססות על שיתוף פעולה התנדבותי התגלו כאפקטיביות יותר.¹⁰ תוצאותיהן של אסטרטגיות התגובה למשבר הקורונה שבהן נקטו המדינות בעולם הן ראיות משמעותיות לחשיבות אמון הציבור ברשויות ובהנחיותיהן.

”הסתכלות מעמיקה על הניסיון הבינ- לאומי להילחם בנגיף מצביעה על קיומו של יחס ישר בין מידת אמון הציבור במקבלי ההחלטות להישגים משמעותיים במאבק בנגיף כגון האטת קצב ההתפשטות והשגת שיעור מופחת של תמותה.”

הסתכלות מעמיקה על הניסיון הבינ-לאומי להילחם בנגיף מצביעה על קיומו של יחס ישר בין מידת אמון הציבור במקבלי ההחלטות להישגים משמעותיים במאבק בנגיף כגון האטת קצב ההתפשטות והשגת שיעור מופחת של תמותה.¹¹ בין המדינות המזוהות עם רמות גבוהות של אמון – ובהתאמה גם עם הצלחה במלחמה בנגיף – מניות סינגפור, שוויץ, איסלנד, ניו-זילנד ודרום קוריאה. התבוננות על אופני ההתנהלות של מדינות אלה מראה כי הן תמכו במדינות של שקיפות ושיתוף ציבור גם בתקופת השגרה, אך בימי המגפה פעלו במדיניות זו ביתר שאת והנהיגו שקיפות מלאה במידע ובנתונים ויזמו מנגנוני היועצות ויידוע עמוקים ומתמשכים עם הציבור ושאר בעלי עניין ובהם ארגוני חברה אזרחית, מומחים והמגזר העסקי.

אוסטרליה, סינגפור וטייוואן הן דוגמה מובהקת למדינות שמקפידות על תהליכי יידוע והיועצות עם האזרחים. תרבות שלטונית זו הצמיחה מידה גדולה של אמון ברשויות השלטון והייתה גורם חיובי ניכר לרתימת ציבור האזרחים לציית לכללים ולהנחיות הממשלה בתקופת הקורונה.

בדרום קוריאה שקיפות מלאה במידע, בנתונים ובהנחות עבודה הייתה הבסיס לכל פעולות הממשל במאבק בנגיף. מדיניות זו אפשרה לה, כמו גם לשוודיה ואיסלנד, להחיל מדיניות של הגבלות התקהלות וריחוק חברתי בדרך של המלצה ושיתוף פעולה מרצון של האזרחים ולא באמצעות שימוש במנגנוני אכיפה והטלת קנסות.¹² אומנם במקרה של מגפה קשה מסוג הקורונה ניתן לבקר את מידת ההשפעה המעשית של הטלת מגבלות וולנטריות, התלויות ברצון האזרחים ואינן כוללות אכיפה, אולם אי אפשר להתעלם מהעובדה שתפיסה כזו יכולה להתאפשר רק במדינות הזוכות לאמון חברתי ואזרחי גבוה. תימוכין להשערה זו אפשר למצוא בממצאי הסקרים שנערכו באיסלנד אגב המשבר והעלו את הנתונים המאלפים שלפיהם 84% מהאזרחים הנשאלים השיבו כי יהיו מוכנים לוותר על חלק מזכויותיהם ואף להקריב את חירותם לזמן מוגבל, אם ידעו כי ההגבלות מסייעות למאבק בהתפשטות הנגיף.¹³ לא ייפלא אפוא כי ממשלת איסלנד הציבה את ערכי השקיפות והשיתוף כיעדים רשמיים של מדיניות המלחמה בקורונה ושל ההגנה על בריאות האזרחים ועל יציבות מערכות הבריאות.¹⁴

ממשלת טייוואן הקפידה אף היא על שמירת קשר רציף עם ציבור האזרחים באמצעות הצהרות פומביות לציבור וחשיפת מידע חיוני מדי יום.¹⁵ בד בבד פעלה הממשלה להתמודדות עם מידע שגוי ושקרי (פייק ניוז) שהופץ ברשתות החברתיות על אודות המגפה והשפעותיה, באמצעות גוף ידע ייעודי ששמו Taiwan Fact Check

Center (TFC) ושתכליתו להילחם במידע כוזב ומטעה באמצעות מסירת מידע, הסברים מנומקים ונתונים בזמן אמת ובכך למנוע בהלה מיותרת בקרב הציבור ולחזק את האמון בהנחיות הרשויות ופעולותיהן.¹⁶ סקרי דעת קהל שנערכו בחודש אפריל העניקו רוח גבית לתפיסת המדיניות הטייוואנית ומצאו כי אמון הציבור בממשלה ובאנשי מקצועות הבריאות בכל הנוגע למדיניות בעת ה-Covid-19 זוכה לשיעור גבוה במיוחד של כ-80%.

ניו זילנד היא דוגמה נוספת לממשלה שהצליחה לקיים קשר פרטני, שוטף ומעמיק עם ציבור אזרחיה לאורך כל המשבר, התנהלות שזיכתה את הממשלה ואת העומדת בראשה בתמיכה ציבורית רחבה ובשיתוף פעולה מעורר השתאות של ציבור האזרחים עם הנחיות הממשלה והחלטותיה. נדגיש כי אין מדובר באהדה ציבורית הנגזרת ממדינות פופוליסטית מקלה. למעשה, ניו־זילנד היתה אחת מהמדינות הראשונות שפעלו לסגירת גבולותיה ולהטלת סגרים מחמירים על ערים מרכזיות.¹⁷ בחודש מרס הודיעה ראש הממשלה ג'סינדה ארדרן כי בכוונתה להמשיך במדיניות מחמירה זו¹⁸ ונדמה כי הקפדתה לקיים קשר יום־יומי עם האזרחים מסייעת לה להשגת שיתוף פעולה מספק ושמירה על ההנחיות הלא פשוטות הכוללות אף הגבלות על תנועת הרכבים ואיסור משלוחי מזון. ממשלת ניו־זילנד הקפידה על משלוח של מסרונים המספקים מידע חיוני לכלל התושבים, הכולל הכנה להתמשכות הסגר והדגשת חשיבות שיתוף הפעולה עם הנחיות הרשויות. עם זאת, במשך הסגרים סיפקה הממשלה לתושבים גם מועדים ומידע על אסטרטגיות היציאה מהסגר ופרסה לפניו נתונים מעודדים על הצלחת המדיניות שננקטה. גרמניה גם היא מדינה שההצלחה בניהול המשבר מיוחסת למידת האמון הגבוהה שבה זכתה ההנהגה הפוליטית במדינה, הודות להקפדה על מסרים ברורים ועל הנחיות עקביות לציבור האזרחים.¹⁹ למרות – ואולי בזכות – העובדה שהקנצלרית מרקל לא הסתירה את חומרת המצב מהציבור, היא המשיכה ליהנות מתמיכה נרחבת, וצעדי הממשל נעשו תוך כדי שיתוף פעולה עם התושבים – צעדים שאפשרו איתור מהיר של שרשרות הדבקה. בהקשר זה חשוב להדגיש כי שיתוף הציבור במידע אמין, כן ומלא הוא נדבך מרכזי ביצירת אמון ובהשגת שיתוף פעולה של האזרחים. בעיתות חירום ומשברי בריאות חלק לא מבוטל מהנתונים ומהמידע עשויים להיות קשים ופעמים לא מבוטלות מקבלי החלטות בוחרים להסתיר מידע ולא לפרסמו כדי להימנע מיצירת בהלה ציבורית. אומנם גם בתחום בריאות הציבור, יש להבחין בין עיקר לטפל ובין מידע חיוני לשאינו חיוני, אך באופן כללי, הסתרת מידע ונתונים חיוניים פוגעת באמון הציבור ובחוסן האזרחי יותר משהיא משרתת אותם.

ב. ניהול קואופרטיבי: שותפות רחבה עם הציבור ועם הקהילה המדעית והעסקית

איסלנד וטייוואן הן מדינות שנקטו באסטרטגיה קואופרטיבית לניהול משבר הקורונה כבר מהשלב הראשון של התפרצות המגפה. בבסיס תפיסת המדיניות הקואופרטיבית ניצבת ההנחה כי ניהול מיטבי של מצבי חירום מחויב לספק מענה מהיר ויעיל לאתגרים המתחדשים, ולפיכך דורש שיתופי פעולה עמוקים עם כל האזרחים, ובפרט עם המגזר הפרטי ועם המגזר השלישי, וניצול יעיל של משאבי הידע והניסיון המצויים אצלם.

לדוגמה, ממשלת איסלנד החליטה על קידום שיתופי פעולה חוץ-ממשלתיים נרחבים כדי להילחם במגפה. מסקנה זו גובתה בהחלטה לביצוע מערכי בדיקות נרחבים, הכוללים איתור מסלולי הדבקה בשיתוף פעולה עם חברה פרטית (deCode Genetics), מהלך שהגביר באופן ניכר את היקפי הבדיקות היומיות לאוכלוסייה. כדי להתמודד עם החשש שלפיו ייעשה שימוש רעה במידע שאוספות חברות פרטיות מונתה ועדת אתיקה ייעודית שנטלה חלק שוטף בתהליך והבטיחה כי החברה לא תעשה שימוש במידע שנאסף.²⁰ הגברת היקפי הבדיקות בכפוף לתהליכי הבקרה על המידע הנאסף הובילו לחיזוק אמון האזרחים בצעדי הממשלה, ואלה נחשבו אמינים וכנים.²¹ בד בבד, גויס צוות של חוקרי משטרה ואנשי רפואה שתפקידם לבצע חקירות כדי לנטר שרשרות הדבקה ולבודדן.²² האסטרטגיה הקואופרטיבית שימשה קו מנחה לעבודת הממשלה וביסודה התפיסה כי בריאות התושבים ויציבות מערכת הבריאות תלויים באמון הציבור בהחלטות הממשלה ובשיתוף הפעולה שלו עימן.

טייוואן, המזוהה כאמור עם מדיניות רשמית של שקיפות במידע וחשיפת נתונים לציבור, נקטה אף היא באסטרטגיה קואופרטיבית לניהול המשבר. טיוואן נהנתה מנקודת פתיחה טובה יחסית במשבר הנוכחי בזכות ניסיון קודם שלה בניהול משברי בריאות מסוג של מגפה, שבעקבותיהם השכילה להפיק לקחים ולהקים גוף בקרה ותיאום ייעודי להתמודדות עם מגפות. גוף זה, ששמו "מרכז הבקרה האפידמיולוגי המרכזי" (CECC), נועד לתאם בין הגופים הממשלתיים השונים ובינם לבין גופים חוץ-ממשלתיים דוגמת חברות פרטיות.²³ עם תחילת מגפת הקורונה החל מרכז הבקרה בפעולות מיידיות שכללו קידום וביצוע מערכי בדיקות נרחבים, ניסוח הנחיות ברורות ונגישות לציבור ואיסוף ביג-דאטה המסייע לנתח את המצב ולקבל החלטות מדויקות יותר. פעולות שסייעו גם

"בבסיס תפיסת המדיניות הקואופרטיבית ניצבת ההנחה כי ניהול מיטבי של מצבי חירום מחויב לספק מענה מהיר ויעיל לאתגרים המתחדשים, ולפיכך דורש שיתופי פעולה עמוקים עם כל האזרחים, ובפרט עם המגזר הפרטי ועם המגזר השלישי, וניצול יעיל של משאבי הידע והניסיון המצויים אצלם."

לבניית תכניות סיוע למוסדות חינוך ולעסקים. כחלק מהתפיסה המשתפת החליטה ממשלת טייוואן להתמודד עם המחסור החמור במסכות באמצעות עידוד ישיר של גופי ייצור פרטיים להפעיל קווי ייצור למסכות – מהלך שהוביל להקמה של 60 קווי ייצור חדשים תוך 25 ימים. שיתוף ציבור האזרחים בתנאי המחסור הביא לפיתוח עצמאי על ידי האזרחים של יותר מ-100 יישומונים המסייעים לציבור לאתר מוקדים שבהם יש מלאי מסכות ולאפשר לאזרחים לחסוך עמידה בתורים ולמנוע התקהלות מסוכנת.^{24,25} נוסף על כך, נעזר משרד הבריאות של טייוואן בחברות טכנולוגיות להפעלת צ'אט בוט ייעודי המאפשר לתושבים הנמצאים בבידוד לדווח בקלות על מצבם הבריאותי ולקבל מידע נחוץ. הפעלת הצ'אט תרמה להפחתת העומסים על רשויות הבריאות ועל כוח האדם המקצועי.²⁶

גם בגרמניה, נחלה הגישה הקואופרטיבית הצלחה בעת שהושגה היענות גבוהה לקריאה של הממשלה להתגייסות של כוח אדם אזרחי לסיוע בהתנדבות לבתי החולים ולצוותים החיוניים בשטח. ההיענות האזרחית הייתה עצומה והתבטאה בגיוס מהיר של כוח תגבור למערך הרפואה והביטחון, ובכלל זה סטודנטים לרפואה אשר התייצבו למשמרות בבתי החולים לצד חבריהם הרופאים²⁷ ורופאים בפנסיה ואנשי משטרה וצבא שהתייצבו לסייע באלפי מתקני הבידוד שהוקמו במיוחד כדי להתמודד עם המגפה.²⁸ נתון מעניין נוסף הממחיש את כוחה של ההתגייסות של המגזר העסקי והפרטי, נוגע לניהול מערך בדיקות האבחון לזיהוי ה-Covid-19. אחת ממערכות הזיהוי הראשונות פותחה בהצלחה במעבדה בבית חולים בברלין ובזכות מאמציה האדירים של הממשלה לעודד ולתמוך במעבדות ממשלתיות ופרטיות בביצוע הבדיקות, הצליחו המעבדות להגיע ליעדים מאתגרים בביצוע בדיקות המוניות.²⁹

דרום קוריאה נחשבת מדינה שהצליחה לשטח את עקומת ההדבקה בנגיף במהירות, ללא סגירה של עסקים מקומיים או הטלת סגרים מחמירים. לפי מחקר של Our World in Data מסוף יוני 2020, הצליחה דרום קוריאה בשלושה תחומים חשובים: בגילוי, בהכלה ובטיפול.³⁰ ההצלחה מיוחסת, בן השאר, לשיתופי פעולה נרחבים של הממשלה עם הקהילה המדעית. בתחום הגילוי, וכדי להבטיח מספר בדיקות יומי גבוה, נבנו מאות מרכזי בדיקות חדישים וגויסו חברות פרטיות לביצוע מערכי הבדיקות. עם התעצמות המגפה נפתחו כ-600 מרכזי בדיקה מחוץ למערכת הבריאות, בעלי יכולת לערוך כ-20 אלף בדיקות ביום. הקמת בתי חולים ארעיים, גיוס מהיר של עובדים למערכת הבריאות ורכישה מרוכזת של ציוד מיגון סייעו אף הם להתמודדות טובה עם המשבר. אחת מהפעולות החשובות ביותר

”ישנה חשיבות רבה לפעילויות קהילתיות במצבי חירום. פעמים רבות, הקהילה מתפקדת כרשת חוסן המשלבת ומקשרת בין משאבי האוכלוסייה ויכולות הקהילה למשימות הנדרשות בשטח.”

”לקהילה ולמנהיגיה יש היכולת לזכות באמון התושבים ולרתום אותם לשיתוף פעולה ולמשמעת אזרחית.”

המיוחסות לממשלה נוגעת לתחום איתור שרשרות הדבקה. לטובת התהליך גויסו מאות קציני מודיעין בתחום האפידמיולוגיה,³¹ וקיבלו מהממשלה סמכות להשתמש במגוון מקורות מידע, לרבות איכון על פי GPS, עסקאות כרטיסי אשראי וגישה למצלמות.³²

ג. בניית חוסן קהילתי

ישנה חשיבות רבה לפעילויות קהילתיות במצבי חירום. פעמים רבות, הקהילה מתפקדת כרשת חוסן המשלבת ומקשרת בין משאבי האוכלוסייה ויכולות הקהילה למשימות הנדרשות בשטח. בידי הקהילה כלים כגון: הפעלת מתנדבים המסייעים בהדרכה ואיתור מרחבי מיגון, סיוע לבעלי עסקים המייצרים אספקה סדירה לתושבי המקום, יצירת רשת תמיכה וסיוע חברתי עבור נזקקים ובעלי צרכים מיוחדים וקיום מרחבים מוגנים ופעילויות מותאמות לילדים ולנוער. הבסיס המתאים ליצירת אמון – שבאמור, הוא הגורם המרכזי להתנהלות האזרחים ולמידת צייתם להוראות החירום – הוא הבסיס הקהילתי.³³ לקהילה ולמנהיגיה יש היכולת לזכות באמון התושבים ולרתום אותם לשיתוף פעולה ולמשמעת אזרחית. יש לשים לב לזיהוי הצרכים והדרישות של האוכלוסיות הפגיעות ביותר בקהילה. מידע שכזה יהיה ניתן לאתר בקלות דרך הגופים הפועלים מול אותן אוכלוסיות בימים כתיקונם, וככל שהגופים הללו מקומיים יותר וקרובים יותר לתושבים, כך ניתן יהיה לענות על צרכיהן של אוכלוסיות אלה באופן ממוקד יותר.³⁴

יתרונה של הזירה המקומית-קהילתית בעיתות חירום ומשבר בא לידי ביטוי מובהק בהיבטים הבאים:

1. סיוע מידי לנפגעים;
2. אספקת מזון ותרופות וטיפול באוכלוסיות נזקקות;
3. מיפוי וזיהוי צרכים ייחודיים ומיידים;
4. סיוע מותאם לקהילה ולתרבות;
5. הקמת ארגוני מתנדבים והכוונתם;
6. פעילות רווחה וסיוע נפשי מידי ושוטף.

מחקר שנערך ב-2006 בבית הספר לבריאות הציבור של הרווארד, ביקש לבדוק את רמת הידיעה והמוכנות של קהילות להתמודדות עם מצבי מגפה באמצעות הצגת תרחיש של התפרצות מגפת שפעת. החוקרים ביקשו, בן השאר, לבדוק באיזו מידה תתאפשר היענות אזרחית להנחיות המורות – למשל על בידוד, איסורי התקהלות וסגר – ומצאו כי יצירת החוסן האזרחי הדרוש לתנאים מהסוג האמור

”ההיסטוריה

הוכיחה כי

הרשויות המקומיות

וההנהגה המקומית

נושאות תפקיד

מפתח בניהול

משברי בריאות

ובבניית ארון

וחוסן אזרחיים.”

תלויה במידת המוכנות של האזרחים לתנאי סגר, וזו מחייבת תכנון מקדים של אופני התגובה והמעורבות של הקהילה המקומית ושל ארגונים קהילתיים.³⁵

ד. ביזור סמכויות ומשאבים לזירה המקומית: הרובד הקרוב והמשמעותי לניהול משברי בריאות

ההיסטוריה הוכיחה כי הרשויות המקומיות וההנהגה המקומית נושאות תפקיד מפתח בניהול משברי בריאות ובבניית ארון וחוסן אזרחיים. ויליאם או'דוויר, ראש עיריית ניויורק בשנים 1946–1950, הוא דוגמה מצוינת לכך. בעקבות גילוי שלושה מקרים ראשונים של אבעבועות שחורות בחר או'דוויר להגיב באופן מידי להמלצות המפקח על בריאות הציבור בניו-יורק להתחסנות מהירה ונרחבת של הציבור. ראש העיר התחסן בפומבי כחלק מקמפיין נרחב לחינוך הציבור שאותו הוא הוביל. בעקבותיו התנדבו אלפי תושבים ואמצעי התקשורת בעיר לסייע בקמפיין ולמנוע הפצת מידע כוזב וחרדה מיותרת.³⁶ גם במשבר הקורונה, תגובת ההנהגה המקומית למשבר הוכחה כבעלת השפעה קריטית. בארצות הברית היו אלה ראשי הערים שנקטו בצעדים למניעת התפשטות הקורונה בעריהם, עוד בטרם הודיע הממשל הפדרלי על הגבלות רשמיות. באיטליה הובילה מדיניות התגובה השונה שנקטו הערים והמחוזות במדינה ביחס למגפה להבדלים יסודיים ביכולת השליטה על התפשטות המגפה.³⁷ ערים ומחוזות ששמו דגש על מדיניות הסברה לציבור התושבים ונקטו במאמצים לאיתור חולים ומסלולי הדבקה השיגו שליטה יחסית על התפשטות המגיפה ושמרו על תפקוד שוטף של מערכות הבריאות, בעוד שערים שנקטו במדיניות מקלה והפגינו אדישות לתהליך ההתפשטות הנגיף – כגון ראש העיר מילאנו, שיצא בקמפיין ”מילאנו לא עוצרת” ולאחר עוצר של 48 שעות בלבד התיר לפאבים ולמסעדות לשוב לעבודה סדירה – הביאו לקריסת מערכות הבריאות בעיר ולשיעורי תחלואה ותמותה עצומים. נתונים אלה מדגישים את החשיבות הרבה של הזירה המקומית בהתמודדות עם משברי בריאות ובחיזוק מערכות הקשר והיחסים עם האזרחים. הזירה המקומית, הקרובה והמשפיעה ביותר על חיי האזרחים ומרחב חייהם, נושאת יכולת מוגברת ליזום, לעודד ולהרחיב יוזמות למעורבות אזרחית ולשיתוף ציבור. מידת הנגישות לציבור האזרחים היא רכיב קריטי להצלחת תהליכי מדיניות הכרוכים בתימת ציבור האזרחים לשיתוף פעולה, בהנגשת מידע ובהסברתו, במיפוי צרכים וסדרי עדיפות ובהתאמת השירותים והסיוע הנדרש ובהגשת סיוע לקבוצות בסיכון. ככל שיוורדים מטה ברבדי הממשל ומכוונים

**”השלטון המרכזי
הוא הגוף הנכון
ביותר לניהול
המשבר ”מלמעלה”
באמצעות קביעת
העקרונות וניסוח
קווי פעולה מנחים,
ברורים ואחידים
והובלת תהליכי
הנחיה, בקרה,
ליווי והפקת
לקחים בעוד
הרובד המקומי
והקהילתי פועל
בשטח ומעביר
מידע דו־כיווני
מלמטה למעלה
ומלמעלה למטה.**

**” מוכנות הזירה
המקומית למצבי
חירום ולעיתות
משבר היא רכיב
מרכזי להצלחת
התמודדות
בשעת המשבר.”**

למוסדות הקרובים יותר לאזרח – כך גדלה הנטייה לשיתוף הפעולה של האזרחים. הבנה זו מחייבת ביזור כוח כלפי ”מטה” והעברת אחריות, סמכויות ומשאבים לרבדים המקומיים והקהילתיים. יש לציין כי ביזור הכוח לזירה המקומית והקהילתית איננו מבטל או מצמצם את אחריותן של הממשלה ושל רשויות השלטון המרכזי בניהול המשבר. השלטון המרכזי הוא הגוף הנכון ביותר לניהול המשבר ”מלמעלה” באמצעות קביעת העקרונות וניסוח קווי פעולה מנחים, ברורים ואחידים והובלת תהליכי הנחיה, בקרה, ליווי והפקת לקחים בעוד הרובד המקומי והקהילתי פועל בשטח ומעביר מידע דו־כיווני מלמטה למעלה ומלמעלה למטה. העברת המידע מלמעלה נועדה לתווך ידע באופן מותאם לקהילות, להורדת מפלס חרדה ולמניעת הפצת מידע כוזב, ועדכון הידע מלמטה נועד לסייע ביצירת פתרונות ממוקדים לבעיות מקומיות, תלויות קהילה או תרבות.

סקר שערך איגוד הרשויות המקומיות בנושא מידת שביעות רצון התושבים בנוגע לעבודת חברי המועצות המקומיות סביב משבר הקורונה, מאשש את ההנחה שלפיה הזירה המקומית היא זירה מטיבה לקשר דו־כיווני בין האזרחים לרשויות במצבי חירום ולתמיכה בשעות חירום.³⁸ נמצא כי יש אמון רב יותר בהתנהלותם של המוסדות המקומיים (מרפאות קהילתיות, מוסדות קהילתיים אחרים, מועצות מקומיות, עסקים מקומיים) בעת המגפה מאשר בהתנהלותם של מוסדות הממשל המרכזי.

מוכנות הזירה המקומית למצבי חירום ולעיתות משבר היא רכיב מרכזי להצלחת התמודדות בשעת המשבר. חלק מדרישות ההכנה הן:

- הכשרת תושבים אקטיביים ברמת העיר, הקהילה והשכונה. אין לצפות מציבור שאינו מעורב אף פעם, להתחיל להשתתף ולסייע במאמצים לעצירת משברים באופן מיידי. שיתוף ומעורבות אזרחית – עליהם להתקיים באופן קבוע כדי להכשיר את האזרחים לפעול בעיתות חירום. יש להקים מחלקות לשיתוף ציבור, בפרט לשעות חירום. חלק מעבודתן תהיה להקים מאגר אזרחים ובעלי עניין פעילים, אשר יסייעו בעת משברים.
- ייסוד, גיבוש ובנייה של מחלקות ייעודיות לחירום במוסדות העירייה או היישוב והקצאת משאבים של ידע והכשרה, הון אנושי ותקציב.
- ליצור שיתוף פעולה בין ארגונים קהילתיים לארגוני חברה אזרחית מקומיים ולמנהיגות דתית.

”התמודדות טובה של רשויות בריאות עם משברי בריאות קיצוניים כמו מגפה מחייבת שיתוף פעולה מלא של האזרחים עם הוראות הרשויות ובכלל זה גילוי ואיתור מוקדם של נדבקים, היענות להנחיות בידוד של חולים ושמירה על תנאי ריחוק חברתי. בקרב קבוצות מייעוט מזוהה נכונות פחותה לשיתוף פעולה עם הנחיות מסוג זה, הן בשל חסמים הנובעים משונות תרבותית ופערי שפה הן מחמת חוסר אמון ברשויות. בהקשר הישראלי, נוכח קשיי ההתנהלות ושיתוף פעולה של הקהילות הערבית והחרדית עם הנחיות הרשויות, הדברים מקבלים משנה חשיבות. לעיתים קרובות, פערי שוויון בתחום בריאות הם שיקוף של הפערים הקיימים במציאות, והתעלמות מהם עלולה לסכל הזדמנויות של אותן אוכלוסיות להשתתף בעיצוב מדיניות ולשפר את איכות חייהם ובריאותם. יוזמות שיתוף שתכליתן לקדם מעורבות של קבוצות הסובלות מפערים מסוג זה מסייעות בבניית תהליכי קבלת החלטות המייצגים מגוון רחב של צרכים ורצונות ומובילים לצמצום פערים בריאותיים.^{40,39}

מחקר מקיף שנערך בארצות הברית ובדק את השלכות מגפת השפעת על קבוצות מייעוט מצא כי הסרת החסמים המזוהים בקרב מייעוטים אתניים תלויה במאמצים להכליל את אותן הקבוצות בתהליכי תכנון המדיניות להתמודדות עם תנאי מגפה. מעורבותן של הקבוצות עצמן בתהליך עשויה לסייע ביצירת כללים והנחיות המותאמים לקהילה. לפי המחקר, קבוצות מייעוט חוששות מהקצאת משאבים בלתי שוויונית כלפיהם ושיתופן של הקהילות בתכנון המדיניות עשויה להגביר את האמון של אותן קהילות במקבלי ההחלטות ובנותני השירותים ומכאן להשפיע לחיוב על שיתוף הפעולה שלהן עם הרשויות.⁴¹

מעורבות הקהילות עצמן בתכנון אסטרטגיות ההתמודדות עם משברי בריאות עשויה לספק מידע חיוני בנוגע לערכים ולאמונות מקומיים שהבאתם בחשבון עשויה לשפר את מידת ההתאמה של המדיניות לנורמות הקהילה, לחזק את האמון שלהן ברשויות ולבנות היתכנות

- יצירת ערוצי שיתוף מידע וחיזוקם, ושימוש בהם להעברת מסרים מהרמה הלאומית לתושבים ולהפך. יש לאפשר ערוצים קבועים של שיתוף מידע אמין.
- יצירת זירות התייעצות קבועות עם מנהיגי קהילות התושבים ומענה לצורכי השעה של הקהילה המקומית.

ה. שיתוף ומעורבות קהילות מייעוט – בניית אמון

התמודדות טובה של רשויות בריאות עם משברי בריאות קיצוניים כמו מגפה מחייבת שיתוף פעולה מלא של האזרחים עם הוראות הרשויות ובכלל זה גילוי ואיתור מוקדם של נדבקים, היענות להנחיות בידוד של חולים ושמירה על תנאי ריחוק חברתי. בקרב קבוצות מייעוט מזוהה נכונות פחותה לשיתוף פעולה עם הנחיות מסוג זה, הן בשל חסמים הנובעים משונות תרבותית ופערי שפה הן מחמת חוסר אמון ברשויות. בהקשר הישראלי, נוכח קשיי ההתנהלות ושיתוף פעולה של הקהילות הערבית והחרדית עם הנחיות הרשויות, הדברים מקבלים משנה חשיבות. לעיתים קרובות, פערי שוויון בתחום בריאות הם שיקוף של הפערים הקיימים במציאות, והתעלמות מהם עלולה לסכל הזדמנויות של אותן אוכלוסיות להשתתף בעיצוב מדיניות ולשפר את איכות חייהם ובריאותם. יוזמות שיתוף שתכליתן לקדם מעורבות של קבוצות הסובלות מפערים מסוג זה מסייעות בבניית תהליכי קבלת החלטות המייצגים מגוון רחב של צרכים ורצונות ומובילים לצמצום פערים בריאותיים.^{40,39}

מחקר מקיף שנערך בארצות הברית ובדק את השלכות מגפת השפעת על קבוצות מייעוט מצא כי הסרת החסמים המזוהים בקרב מייעוטים אתניים תלויה במאמצים להכליל את אותן הקבוצות בתהליכי תכנון המדיניות להתמודדות עם תנאי מגפה. מעורבותן של הקבוצות עצמן בתהליך עשויה לסייע ביצירת כללים והנחיות המותאמים לקהילה. לפי המחקר, קבוצות מייעוט חוששות מהקצאת משאבים בלתי שוויונית כלפיהם ושיתופן של הקהילות בתכנון המדיניות עשויה להגביר את האמון של אותן קהילות במקבלי ההחלטות ובנותני השירותים ומכאן להשפיע לחיוב על שיתוף הפעולה שלהן עם הרשויות.⁴¹

מעורבות הקהילות עצמן בתכנון אסטרטגיות ההתמודדות עם משברי בריאות עשויה לספק מידע חיוני בנוגע לערכים ולאמונות מקומיים שהבאתם בחשבון עשויה לשפר את מידת ההתאמה של המדיניות לנורמות הקהילה, לחזק את האמון שלהן ברשויות ולבנות היתכנות

**”מעורבות
הקהילות עצמן
בתכנון אסטרטגיות
ההתמודדות עם
משברי בריאות
עשויה לספק
מידע חיוני בנוגע
לערכים ולאמונות
מקומיים שהבאתם
בחשבון עשויה
לשפר את מידת
ההתאמה של
המדיניות לנורמות
הקהילה, לחזק
את האמון שלהן
ברשויות ולבנות
היתכנות מעשית
של המדיניות
הממשלתית.”**

מעשית של המדיניות הממשלתית. מחקר שנערך בקנדה בתקופת התפרצות שפעת החזירים בחן את השפעת מעורבותן של האומות הראשונות – הכוללות כ־600 שבטים אינדיאנים – ומצא כי שיתוף הקהילות בתהליך תכנון המדיניות השפיע לחיוב על המדיניות ונתן מענה שהצליח לגשר על כשלים שחוו הקהילות בעקבות מגפת השפעת ב־2009 ובהם חוסר מוכנות ומידע בלתי מספק ברמה המקומית. תהליך השיתוף הוליד שינויים משמעותיים בתוכנית המדיניות וכלל הגדרה מחודשת וברורה של בעלי תפקידים ותחומי אחריות וגישור על פערי ידע קיימים.⁴² עוד מקרה המחזק את חשיבות מעורבותם של קבוצות חברתיות בתכנון מדיניות בריאות נוגע להתמודדות עם מגפת שפעת העופות בקרב קהילות אפרו־אמריקניות. מחקר מקדים מצא כי חברי הקהילה מביעים חוסר אמון בטיפול המוצע על ידי הרשויות וחלקם אף הביעו חשש כי הממשל עשוי לערוך בהם ניסויים.⁴³ כדי לשפר את אמון הקהילות ברשויות הבריאות הוחלט כי יש לפעול לחיזוק השקיפות ותחושת הצדק שחוות הקהילות באמצעות שילוב שלהן בתהליך קבלת ההחלטות. בניית ערוצי תקשורת ישירים ושוטפים של הרשויות השלטוניות עם קהילות מיעוט מסייעת להתמודדות יעילה ואפקטיבית עם משברי חירום מסוג של מגפות ומחזקת את יכולת התגובה של הפרטים עצמם.⁴⁴ ראוי להדגיש כי שיתוף קהילות מיעוט בתכנון מדיניות בריאות חייב להיעשות מראש ובאופן שוטף, ולא רק בשעת משבר. מחקר שבחן אסטרטגיות לשיפור יכולת שיתוף פעולה ומעורבות של קהילות מיעוט באירועי חירום קבע מודל המבוסס על שלושה שלבי שיתוף ומעורבות: לפני אירוע החירום, במשך אירוע החירום ואחריו. המחקר ניסח רשימה של פעולות נדרשות בכל אחד מהשלבים. עיקרי הממצאים מוצגים בטבלה הבאה:⁴⁵

מודל שלושת שלבי השיתוף ומעורבות בעתות משבר

לאחר האירוע	במשך האירוע	בטרם האירוע
שיתוף מנהיגים בקהילה בהערכת מאמצי תקשורת.	מחקר שטח מהיר לאיתור וזיהוי בעיות פרטניות שגרם המשבר בקרב האוכלוסייה.	מחקר מקדים לאיתור וגילוי חששות, ולשם זיהוי אסטרטגיות לבניית אמון.
התמקדות ברגשות צער, אובדן וחוסן.	יצירת קשר עם דוברים חיוניים.	שיתוף והיוועצות עם מנהיגי קהילות לשם הערכת מידת חוסן הקהילות.
הערכת תפקוד יועצי הבריאות בקהילה ואיתור צורכי הכשרה חדשים שעלו.	גיוס שותפים בקהילה, המשמשים צינורות לתקשורת ולהעברת מסרים.	השמת נציגי קהילות בתפקידים מרכזיים בתהליך התכנון השוטף של מדיניות הבריאות.
שיפור תוכניות התקשורת בהתאם לכשלים שעלו במשבר.	פריסת והצבת היועצים שהוכשרו קודם לכן במקומות נגישים ומרכזיים בקהילה.	הכשרת מנהיגים ויועצי בריאות בתוך הקהילה, שתפקידם להנחות ולהכווין בעת המשבר.
הערכת ערוצי העברת המסרים: מידת החשיפה, תדירות, תהליך החשיפה למידע.	פנייה לערוצי תקשורת אמינים בעיני קהילות ממוצאים אתניים שונים.	יצירת שיתוף פעולה עם ארגונים בעלי יכולת תקשורת עם קהילות מהגרים.
קביעה אם נדרשת הכשרה מחודשת לדוברים או האם נזקקים דוברים חדשים.	יצירת מוקדים להעברת חומרי מידע ועלונים, הפעלת תשתיות להעברת מסרים מקוונים.	זיהוי ערוצי תקשורת רלוונטיים מול קבוצות שונות בקהילות המיעוטים.
הערכת כשירות הצוותים בשטח.	עריכת מפגשי התייעצות עם נציגי הקהילה, ומפגשי פורומים עם התושבים.	בחירת דוברים קבועים לקהילה, אשר יבנו אמון ויעבירו מסרים בעת האירוע.
פיתוח חומרי ההפצה ושיפורם.	פיתוח חומרים מותאמים למצב הפרטני שנוצר והעברת עדכונים מותאמים בהתאם למצב.	בניית צוותי עבודה אשר יוכלו להעביר מסרים בשפות רבות ויספקו מענה לשאלות בעת אירוע החירום.
ייזום פורומים קהילתיים לדיון בהפקת לקחים מן המשבר.	דגש על מנהיגים בקהילה, בייחוד כדי להעביר מסרים לחיזוק חוסן קהילתי.	תקשורת עם הקהילה ושיתוף חברי הקהילה באופן שוטף, למשל בעזרת פורומים קהילתיים קבועים העוסקים בבריאות הציבור.





2. שיתוף ציבור במדיניות בריאות: היכן, כיצד ומתי רלוונטי?

א. שיתוף ציבור במדיניות בריאות תמונת מצב בינלאומית

תהליכי שיתוף ציבור הם יוזמות שלטוניות ואזרחיות, אשר נועדו לעודד ולהרחיב את בסיס ההשתתפות של האזרחים בתכנון מדיניות ומימושה. מגמת שיתוף הציבור הולכת ומתבססת גם בתחום הבריאות, ושיתוף אזרחים במדיניות בריאות מוכר היום כרכיב נחוץ בתכנון, בעיצוב ובניסוח מדיניות ברחבי העולם. את הניצנים הראשונים למעורבות אזרחים בתכנון מדיניות בריאות ניתן לזהות כבר מראשית שנות השמונים.⁴⁶ ההנחה הניצבת ביסוד התהליכים המשתפים היא כי שיתוף האזרחים ובעלי העניין בתכנון המדיניות יתרום לגיבוש מדיניות מיטיבה העונה לצרכים מקומיים ומתכתבת עם העדפות המושפעים ממנה.

הניסיון הבינלאומי מלמד כי ברוב מייצג של המקרים, צמחה מדיניות שיתוף הציבור מרצונם של מקבלי ההחלטות ומעצבי המדיניות, כדי להרחיב את נקודות המבט והידע הקיימים, על ידי תהליכי היוועצות עם האזרחים ובעלי עניין. מדיניות שיתוף ציבור ממוסדת – שהיא חלק בלתי נפרד מתהליכי קבלת ההחלטות – מחייבת יצירתן של תשתיות חוקיות, טכנולוגיות ומבניות מתאימות והקצאת משאבים הולמים לביסוס התהליכים והובלתם (הון אנושי וכספי).⁴⁷ קנדה, לדוגמה, היא מדינה שבה מעורבות האזרחים במדיניות בריאות משולבת באופן רשמי בכמה רמות פעילות של מערכת הבריאות,

”מדיניות שיתוף
ציבור ממוסדת –
שהיא חלק בלתי
נפרד מתהליכי
קבלת ההחלטות –
מחייבת יצירתן של
תשתיות חוקיות,
טכנולוגיות
ומבניות מתאימות
והקצאת משאבים
הולמים לביסוס
התהליכים
והובלתם (הון
אנושי וכספי).”

ואף בתהליכי הערכת טכנולוגיות בריאות חדשניות. בקנדה נוסדה תנועת ה"קהילות הבריאות" (Healthy Communities), אשר הפכה במשך השנים לתנועה עולמית. התנועה היא יוזמה משותפת של ארגון המתכננים הקנדי, אגודת בריאות הציבור הקנדית ופדרציית הרשויות המקומיות בקנדה, והיא נוסדה במטרה לשפר את מדיניות הבריאות הממשלתית על ידי מעורבות הציבור בתהליכי קביעת מדיניות הבריאות המקומית.⁴⁸ במסגרת הסכמי האיגודים החברתיים שנחתמו בין ראש הממשלה ומושלי הפרובינציות (למעט קוויבק), נוסחה התחייבות רשמית של הממשל להבטחת קיומם של מנגנוני שיתוף ציבור יעילים ואפקטיביים הן בפיתוח סדרי העדיפויות החברתיים הן בביקורת אחר התוצרים.

שיתוף הציבור בקביעת מדיניות בריאות ובעיצוב שירותי בריאות מוסדר ברמות שונות של מחויבות, מחקיקה ועד החלטות ממשלה או הנחיות רגולטוריות. בברזיל, למשל, השתתפות ציבור המטופלים בתכנון מדיניות בריאות היא זכות המעוגנת בחוקה,⁴⁹ ובספרד השתתפותם של אזרחים היא זכות יסוד בחוקה הספרדית, ומעורבות האזרחים היא עקרון מנחה למדיניות הבריאות בחוק הבריאות הכללי הספרדי. מכוחו של החוק יוסדו גם מועצות הבריאות הקהילתיות, ומועצת הבריאות הלאומית אף החליטה להקים גוף ייעודי שכל תכליתו היא קידום שיתוף הציבור בתחום.⁵⁰

בבריטניה שיתוף ציבור הוא חלק ממוסד במדיניות הבריאות הממשלתית. ב־2012, בעקבות הרפורמה של השירות הציבורי הבריטי, זכה התחום לביסוס ולהעמקה נוספים בעקבות ההחלטה לשפר ולייעל את התהליכים המערבים אזרחים בתכנון ועיצוב מדיניות בריאות.⁵¹ לפיכך, לדוגמה, כדי להיות זכאים למימון ממשלתי, נדרשים גופים מחקרניים לפרט כיצד הם מתכוונים לשלב שיתוף ציבור במחקריהם.⁵²

במקרה של פורטוגל, חוק נהלי הבריאות וחוקת שירותי הבריאות הלאומית מגדירים באילו תחומים יש לחייב השתתפות מייעצת של הציבור ובעלי העניין. מכיוון שקיומו של החוק לבדו לא הצליח לייצר השתתפות גבוהה בקרב הציבור, הוחלט לבזר את תהליכי השיתוף לרמה המקומית על ידי חלוקה לחמישה אזורים מנהליים, ולהקים בכל אחד מהאזורים גוף האחראי על שיתוף הציבור בתחום.^{53,54}

באיטליה, השינוי המשמעותי ביותר בתחום שיתוף הציבור התרחש לאחר רפורמה במערכת הבריאות (1978), אשר הציגה לראשונה את מודל מערכת הבריאות הציבורית המבוזרת, והביאה לייסודם של מוסדות בריאות אזוריים ומקומיים. הרפורמה ראתה בעקרון

”הניסיון הבין-לאומי מצביע על כך שהצלחת התחום מחייבת ביזור של סמכויות וכוח כלפי מטה – לרשויות המקומיות ולמוסדות הקהילתיים. מוסדות אלה מקיימים מערכת יחסים קרובה יותר מול התושבים ומסוגלים לזהות באופן מדויק יותר את העדפותיהם וצורכיהם ולרתום אותם לשיתופי פעולה ולמעורבות משמעותית.”

שיתוף הציבור עקרון מנחה בארגון המחודש של מערכת הבריאות האיטלקית, אשר כללה, בין השאר, את מיסודו של הכנס השנתי לתכנון בריאותי וחברתי ברמה המקומית. ראוי לציין כי בשנים הראשונות ליישום הרפורמה תהליכי השיתוף המקומיים לא התנהלו כמצופה, ובמרבית המחוזות ניצלו לרעה את כלי שיתוף הציבור ובחרו לערב את נציגי המפלגות ללא שיתוף אזרחים כלל. ב־1993 חל מפנה חיובי, בזכות חקיקה שהביאה להקמת תשתית להערכת שירותי בריאות בעזרת משתמשי קצה המספקים משוב המשלב בין תלונות, דרישות והצעות לשינוי.⁵⁵

אומנם למיסוד תחום שיתוף הציבור בחקיקה או בהסדרים רשמיים יש תרומה מרכזית לקידום התחום ולהבטחת המשאבים הנדרשים להפעלת תהליכים משפיעים וארוכי טווח ולהבטחת הלגיטימציה לתוצריהם, אולם הוא בהחלט אינו מספק. יוון היא דוגמה מעניינת כיצד שיתוף ציבור שהחל בחקיקה אופטימית מעולם לא יצא לפועל. ב־1983 התקבלה רפורמה שהובילה להקמתו של שירות הבריאות הלאומי שתכליתו, בן השאר, הייתה לספק מנגנונים למעורבות קהילות בהחלטות מדיניות ובפרט כאלה שנועדו להתבצע דרך מועצות הבריאות האזוריות (שמעולם לא הוקמו). מאז, במשך כמעט 40 שנים לא עלה שוב נושא שיתוף הציבור בבריאות במסגרת אף ממשלה, ונדמה כי המשבר הכלכלי שפוקד את יוון מאז 2010 לא תורם לשיפור המצב.⁵⁶

הביזור הוא רכיב קריטי להצלחת תחום שיתוף הציבור במדינות בריאות, אשר מטרתו לסייע לרשויות להבין טוב יותר את רצונות וצורכי מקבלי שירותי הבריאות – האזרחים.

הניסיון הבין-לאומי מצביע על כך שהצלחת התחום מחייבת ביזור של סמכויות וכוח כלפי מטה – לרשויות המקומיות ולמוסדות הקהילתיים. מוסדות אלה מקיימים מערכת יחסים קרובה יותר מול התושבים ומסוגלים לזהות באופן מדויק יותר את העדפותיהם וצורכיהם ולרתום אותם לשיתופי פעולה ולמעורבות משמעותית. בהולנד למשל, פתיחת שוק הבריאות לתחרות ב־2006, הביאה לתיקון הריכוזיות ששררה בתחום ולחיזוק השפעתן של הרשויות המקומיות.⁵⁷

”התפיסה הנפוצה היא שככל שתחום המדיניות הוא בעל השפעה ניכרת וישירה יותר על חייהם של האזרחים – כך גדלה בהתאמה גם נטיית ההשתתפות של האזרחים וגם ההצדקה לשתף אותם בתהליך. מדיניות בריאות, הנוגעת באופן ישיר לבריאות הציבור ולאיכות חייהם של האזרחים, נתפסת כבעלת פוטנציאל שיתוף גבוה. אין זה אומר כי כל תחום מדיניות הבריאות ראוי ונכון לשתוף ציבור, ישנם נושאים המערבים שיקולים ”מקצועיים” גרידא או נושאים בעלי השפעה רחבת היקף, המתאימים פחות לשתוף הציבור. בתהליכי קבלת החלטות המערבים שיקולי מומחיות רבים ומורכבים, לעיתים נכון להשאירם בערוץ קבלת ההחלטות המסורתי, ללא ערוצי שיתוף ציבור. אך עם זאת, ראוי להדגיש כי מורכבותו של הנושא אינה עילה להימנע מתהליך שיתוף ציבור ואולי אפילו להפך. השתתפות הציבור בניסוח מדיניות בריאות, בעיצוב שירותים ובקביעת סדרי עדיפות ציבוריים עשויה להיות בעלת תרומה משמעותית בתהליכי קבלת החלטות המכוונים למציאת פתרונות לבעיות מורכבות ולתעדוף משאבים ציבוריים. ספרות המחקר מצביעה על כך שהאפקטיביות והתרומה של מעורבות הציבור בניסוח מדיניות בריאות רלוונטית במיוחד דווקא לתחומי הידע המורכבים יותר, המערבים שיקולים אתיים וערכיים. נטען כי ככל שהקשר בין ערכים למדיניות גדול יותר, כך מתעצמת ההצדקה לשתף את מי שעתיד להיות מושפע מהמדיניות.⁵⁸ בהתייחס לתחומים העכשוויים שבהם עוסקת מדיניות הבריאות במערב, שיתוף בתחום הבריאות איננו רק בעל תרומה משמעותית לטיוב המדיניות עצמה, כי אם גם כלי ערכי נחוץ במיוחד. לא ייפלא אפוא כי התפתחות מדע הגנטיקה והשימוש המתעצם בטכנולוגיות מורכבות ברפואה ובשירותים הפכו דאגות תאורטיות להתלבטות ממשית והסיטו את הפוקוס המרכזי של חוקרי שיתוף הציבור במדיניות בריאות מהסוגיות (המורכבות הרבה פחות) שבהן עסקו עד כה, כגון איכות מתן השירות של הרפואה בקהילה.⁵⁹

ב. במה משתפים? תחומי ידע ומדיניות לתהליכי שיתוף הציבור במדיניות בריאות

שיתוף ציבור תכליתו לעודד מעורבות ציבור בהחלטות המשפיעות באופן ישיר או עקיף על חייהם של האזרחים. התפיסה הנפוצה היא שככל שתחום המדיניות הוא בעל השפעה ניכרת וישירה יותר על חייהם של האזרחים – כך גדלה בהתאמה גם נטיית ההשתתפות של האזרחים וגם ההצדקה לשתף אותם בתהליך. מדיניות בריאות, הנוגעת באופן ישיר לבריאות הציבור ולאיכות חייהם של האזרחים, נתפסת כבעלת פוטנציאל שיתוף גבוה. אין זה אומר כי כל תחום מדיניות הבריאות ראוי ונכון לשתוף ציבור, ישנם נושאים המערבים שיקולים ”מקצועיים” גרידא או נושאים בעלי השפעה רחבת היקף, המתאימים פחות לשתוף הציבור. בתהליכי קבלת החלטות המערבים שיקולי מומחיות רבים ומורכבים, לעיתים נכון להשאירם בערוץ קבלת ההחלטות המסורתי, ללא ערוצי שיתוף ציבור. אך עם זאת, ראוי להדגיש כי מורכבותו של הנושא אינה עילה להימנע מתהליך שיתוף ציבור ואולי אפילו להפך. השתתפות הציבור בניסוח מדיניות בריאות, בעיצוב שירותים ובקביעת סדרי עדיפות ציבוריים עשויה להיות בעלת תרומה משמעותית בתהליכי קבלת החלטות המכוונים למציאת פתרונות לבעיות מורכבות ולתעדוף משאבים ציבוריים. ספרות המחקר מצביעה על כך שהאפקטיביות והתרומה של מעורבות הציבור בניסוח מדיניות בריאות רלוונטית במיוחד דווקא לתחומי הידע המורכבים יותר, המערבים שיקולים אתיים וערכיים. נטען כי ככל שהקשר בין ערכים למדיניות גדול יותר, כך מתעצמת ההצדקה לשתף את מי שעתיד להיות מושפע מהמדיניות.⁵⁸ בהתייחס לתחומים העכשוויים שבהם עוסקת מדיניות הבריאות במערב, שיתוף בתחום הבריאות איננו רק בעל תרומה משמעותית לטיוב המדיניות עצמה, כי אם גם כלי ערכי נחוץ במיוחד. לא ייפלא אפוא כי התפתחות מדע הגנטיקה והשימוש המתעצם בטכנולוגיות מורכבות ברפואה ובשירותים הפכו דאגות תאורטיות להתלבטות ממשית והסיטו את הפוקוס המרכזי של חוקרי שיתוף הציבור במדיניות בריאות מהסוגיות (המורכבות הרבה פחות) שבהן עסקו עד כה, כגון איכות מתן השירות של הרפואה בקהילה.⁵⁹

”ספרות המחקר מצביעה על כך שהאפקטיביות והתרומה של מעורבות הציבור בניסוח מדיניות בריאות רלוונטית במיוחד דווקא לתחומי הידע המורכבים יותר, המערבים שיקולים אתיים וערכיים. נטען כי ככל שהקשר בין ערכים למדיניות גדול יותר, כך מתעצמת ההצדקה לשתף את מי שעתיד להיות מושפע מהמדיניות.”

בחירה נכונה של הנושא שבוחרים לשתף עם הציבור ושל קהל היעד הרלוונטי המושפע ממנו, עשויה להביא להצלחה גדולה של התהליך וליעילות גבוהה בתוצריו. נושאים שתוכנם ותכונותיהם מתאימים לתהליך משתף עשויים להניב תהליכי שיתוף מוצלחים במיוחד ואף לתרום לחיזוק מערכת היחסים בין המשתתפים לרשויות ולחזק את אמון הציבור במדיניות הבריאות. עם זאת, שיתוף הציבור בשאלות ובתחומים שאינם ראויים או מתאימים לתהליך משתף, עשוי להיות מזיק ובעל השלכות שליליות על מידת האמון של המשתתפים.

אין רשימה קבועה של נושאים ותחומי ידע שניתן ומומלץ לשלב בהם את תהליכי שיתוף ציבור. תחומי הידע והעניין המעורבים במדיניות בריאות הם רבים ומגוונים מאוד וקשה לקבוע בפסקנות באילו נושאים ותחומים לשתף את הציבור ובאילו לא, ופעמים רבות ההחלטה תלויה בתנאים סביבתיים, פוליטיים ותרבותיים. ההמלצה הנכונה היא להפעיל שכל ישר ולנצל את תכונות היצירתיות והגמישות המאפיינות את תהליכי השיתוף ליצירת הליך מותאם. הניסיון המעשי בתחום הוא רחב ובהחלט אפשר להצביע על מגמות. הסתכלות בין־לאומית משווה מצביעה על תחומים מסוימים שבהם נראה תהליכי שיתוף ציבור במדיניות בריאות רבים יותר. סקירה של ניירות מדיניות ומחקרים העוסקים בתחום מעלה כי את מרבית התהליכים ניתן לחלק לארבעה אשכולות ידע מרכזיים:⁶⁰

ארבעת אשכולות הבריאות הנפוצים בהם מתקיימים תהליכי שיתוף



בתוך גבולות האשכולות, וגם מחוצה להם, ישנו מנעד רחב ורבגוני של תהליכים ומודלים משתפים. חלקו הבא של המסמך יציג ויאפיין דפוסי שיתוף שכיחים.

ג. דפוסים נפוצים לשיתוף ציבור במדיניות בריאות

ישנו מנעד רחב ומגוון של דפוסים ושיטות לשיתוף ציבור במדיניות בריאות. אחת מהחוזקות המשמעותיות המזוהות עם תחום השיתוף היא העובדה שהתהליכים אינם כבולים לדפוסים מוגדרים והיצירתיות והגמישות יפה להם. לפניכם רשימה לא ממצה של מודלים נפוצים לשיתוף ציבור במדיניות בריאות.

מודלים נפוצים לשיתוף ציבור במדיניות בריאות



*יובא בהרחבה בפרק הבא

לעיתים קרובות, כדי להשיג השתתפות משמעותית ומייצגת נדרש ומומלץ לשלב בין הדפוסים השונים. לדוגמה, שימוש בכלי שיתוף מקוונים המביאים להשתתפות רחבת היקף יחד עם מפגשי שיח המכוונים לדיאלוג עמוק ומצומצם, עשוי להיות מניב וממצה. הצורך בהפעלת יוזמות מוגדרות ובנושאים קונקרטיים המשתנים מעת לעת נותר על כנו גם כאשר מועצות בריאות מקומיות מקיימות תהליכים כוללים, מתמשכים וארוכי טווח. באופן כללי, מודלים שונים מקדמים מטרות מובחנות שונות והם בעלי יתרונות וחולשות שונים. שיתוף ציבור מושכל צריך לשאוף לא רק להתאמת התהליך לנושא, אלא גם להתאמת המודל ליעדי התהליך ולתכונותיו. חלקו הבא של המסמך יציג בהרחבה כמה מקרי בוחן שייסעו להעריך את איכותם ותרומתם של כלי השיתוף בתחום.

ד. מקרי בוחן מייצגים למתודות לשיתוף ציבור במדיניות בריאות

המודל: מפגשי שיח עם הציבור^{61, 62}

מקרה בוחן – דיאלוג אזרחים במסגרת הוועדה המלכותית לעיתיד מערכת הבריאות בקנדה

בשנת 2001 מינה ראש ממשלת קנדה את הוועדה המלכותית לעתיד מערכת הבריאות. אחד מיעדיה המרכזיים של הוועדה היה לכונן שיח עם אזרחי קנדה בנוגע לסדרי העדיפות הערכיים של האזרחים הקנדים. התהליך כלל 12 מפגשים שנערכו במקומות שונים, בכל שיח השתתפו כ־40 אזרחים – ובסך הכול 489 משתתפים שנבחרו באופן אקראי, וסיפקו ייצוג הולם לכלל האוכלוסיות. נוסף על כך, התקיימה התייעצות מקוונת בנוגע למדיניות הבריאות של קנדה עם כ־10,000 אזרחים (שלא נבחרו באופן אקראי), וסקר דעות טלפוני שכלל דגימה אקראית של כ־1,600 אזרחים בגירים. יש לציין כי לא ננקטו צעדים מיוחדים להבטיח את הכללתן של קבוצות שוליים, למרות קיומו של פער בין שירותי הבריאות שהן מקבלות ובין השירותים שמקבלת שאר האוכלוסייה.

החוקרים הגדירו את התהליך "מוצלח" בהתבסס על כך שהדו"ח הסופי התייחס לאזרחים כאל "שחקנים אקטיביים" במערכת הבריאות הקנדית, וקרא למעורבות ציבור נוספת, ובכלל זה יסודה של "אמנת הבריאות הקנדית". עוד נטען כי תהליך השיתוף הוא שהשפיע על החלטות להקים את "מועצת הבריאות הקנדית", לתקן את חוק הבריאות הקנדי ולשלב את ערך האחריותיות במערכת הבריאות. מנגד נטען כי בסופו של דבר הממשלה לא יישמה החלטות רבות ששולבו בדו"ח הסופי, דבר העלול להעיד על אי בשלות של הממשלה להביא לידי ביטוי את רצון הציבור כפי שהוא מובע באופן הישיר ביותר.

יתרונות לשימוש במודל זה: מעודד אזרחים פעילים ומעוררים יותר, מאפשר להתאים את השיח לאוכלוסיית היעד והנושא שבו דנים.

חסרונות לשימוש במודל זה: דורש משאבים רבים ושיתוף פעולה גבוה מצד התושבים.

מתי מומלץ להשתמש במודל? כאשר חסר מידע על הערכים, הצרכים והרצונות של האזרחים, כאשר מייצרים מדיניות רחבת היקף וכאשר יש צורך בשיח עמוק בין מקבלי החלטות לאזרחים.

מקרה בוחן – כנסי הבריאות בברזיל

הכנסים הלאומיים בברזיל הם תוצר של חקיקה משנת 1990 שבמסגרתה הוחלט על מדיניות של ביזור ושיתוף קהילה בתהליכי קבלת ההחלטות הנוגעים למדיניות הבריאות. הכנסים הלאומיים מתקיימים פעם בארבע שנים וכל כנס נמשך כשלושה-ארבעה ימים, אולם התהליך המוביל לכנס הלאומי יכול להגיע אף לשנה, והוא כולל את חובת קיומם של כנסים מקומיים ואזוריים שמוצבים להם יעדי זמן קשיחים כדי להספיק להכין תוצרים לכנס הלאומי. הכנסים מורכבים משני חלקים: שולחנות עבודה ומליאות, ובסיום כל כנס התוצרים מרוכזים ומועברים לטובת הפעלת כנסי ההמשך הדנים בהצעות שהועלו. כל כנס מותאם באופן פרטני לנושאים הנידונים בו וליעדים שהוצבו עבורו, אך מטרתה העל של כל הכנסים היא אחת: הערכת מצב הבריאות הלאומי והתוויית קווים מנחים למדיניות הבריאות. הרכב המשתתפים וחלוקתם התבצעו באופן שיאפשר ייצוגיות לשלוש קבוצות:

- א. קהל היעד שעבורו מעוצבת המדיניות,
- ב. כוח העבודה בתחום הבריאות,
- ג. ההנהלה במוסדות הבריאות הציבוריים והספקים הפרטיים.

ניתוחים מעמיקים של מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות הצביעו על תוצרים טובים של התהליכים המשתתפים, המשפיעים על תהליכי קבלת ההחלטות של מנהלי מוסדות הבריאות ברחבי המדינות המשתייכות לרפובליקה הפדרטיבית. לדוגמא: הכנס שנערך במדינת מאטו גרוסו, וכלל 16 רשויות מוניציפליות, הביא ליצירת מסמך מכונן שעיצב את סדרי העדיפויות ולראשונה הביא בידי הדרג המבצע את דרישות הציבור ורצונותיו.

יתרונות השימוש במודל זה: מחויבות קצרת טווח מצד האזרחים בכל כנס, מתאים לכל נושא ולכל קהל יעד, מעורבות רב-מגזרית הכוללת אנשי מקצוע ואזרחים.

חסרונות השימוש במודל זה: לא תמיד אפקטיבי, קשה מאוד ליצור תוצרים משמעותיים במפגשים חד-פעמיים ולכן דורש חזרתיות.

מתי מומלץ להשתמש במודל? כאשר יש צורך בתהליך מתמשך או חוזר על עצמו, כאשר יש דיון כוללני אך יש צורך למקד את מעורבות האזרחים במטרה אחת או כמה מטרות מוגדרות בלבד.

מקרה בוחן – השקפת מטופלים על תהליכי אישורי ניסויים קליניים ומחקרים רפואיים

רשות מחקרי הבריאות האנגלית ביקשה לקבל הבנה טובה יותר של עמדות הציבור בנוגע לתהליכי האישור של מחקרי בריאות וניסויים קליניים ויצרה תוכנית עבודה שכללה סדנאות שיח עם מטופלים ועם אזרחים שנבחרו על בסיס אקראי. השיח התמקד בתועלות ובסיכונים שבניסויים הרפואיים שבהם מעורבים מטופלים ובחן מהם הנושאים האתיים העלולים לעלות. בין השאר, נבחן אילו פרוצדורות נדרש לאמץ כדי לפשט את תהליך אישור מחקרי הבריאות, תוך כדי שמירה על האינטרסים והזכויות של הציבור והמטופלים והגנה עליהם. במסגרת השיח דנו בנושאים כגון האופן שהציבור תופס את הסיכונים הכרוכים בהסכמה להשתתף במחקרים רפואיים והמידה שבה הציבור סומך על עצת הרופא הממליץ להם להשתתף במחקרים רפואיים. הדיאלוג עם קהל המטופלים והציבור הרחב נעשה בשני רבדים:

1. מפגשים עם הציבור, שכללו 60 משתתפים שנבחרו באופן המייצג את כל הרבדים הדמוגרפיים באוכלוסייה.
2. סדנאות עבודה שהתקיימו ברחבי אנגליה, שבהן השתתפו מטופלים שגויסו (בידיעתם) על ידי קופות החולים.

תוצרי הדיאלוגים העלו כי לציבור הכללי יש ידע מועט מאוד בנוגע למחקרי בריאות ולכן הוא נוטה לקבל החלטות על סמך חישובי עלות-תועלת אישיים ומעדיף להגדיל סיכונים כדי להשיג רפואה טובה יותר. לעומתם, היו המטופלים מיודעים יותר בנוגע לתהליכי האישור של מחקרי בריאות ולכן רובם העדיפו כי השתתפות עתידית בעיצוב המדיניות האתית של אישור מחקרי הבריאות תכלול אך ורק מטופלים ובני משפחותיהם, ולא את הציבור הכללי. שתי הקבוצות הביעו צורך ועניין בהמשך שיתוף אזרחים בתהליכים מסוג זה. ממצאי השיחות משמשים כיום בסיס לעבודתן של כל וועדות האתיקה הרפואית. נציין גם כי סקרים שנעשו זמן מה לאחר סיום המפגשים הראו כי רמת האמון ברשות מחקרי הבריאות עלתה, הן בקרב הציבור הכללי הן בקרב מטופלים.

יתרונות לשימוש במודל זה: לגופים יש גישה ישירה לקהלי היעד הרלוונטיים וניתן לגייס דרכם משתתפים, לרוב שיתוף ציבור מסוג זה יגביר את אמון המעורבים בגופי הבריאות.

המודל מקדם התייעצות עמוקה הדורשת מעורבות ברמה גבוהה ולכן לפני תהליך שכזה יש לספק למשתתפים את כל המידע הרלוונטי הנוגע לתהליך ולגבולות השפעתו. מחסור במידע או חוסר תיאום ציפיות יביאו לכישלון התהליך

מתי מומלץ להשתמש במודל? מודל נכון לדיאלוג בנושאים מורכבים המשלבים גם שיקולים כלכליים, אתיים ואחרים.

המודל: מועצות בריאות מקומיות^{69, 70}

מקרה בוחן – פרויקט מעורבות אזרחים במועצת הבריאות בניו ברונזוויק, קנדה

בשנת 2008 הקימה ממשלת הפרובינציה את מועצת הבריאות של ניו־ברונזוויק, במטרה לספק מנגנון יעיל למעורבות אזרחית בתכנון מערכת הבריאות. מועצות בריאות הן גופים קבועים המורכבים מאזרחים, ממומחי בריאות, ממוסדות ממשלתיים ומספקים ויצרנים של שירותי בריאות ותפקידן לסייע בגיבוש תוכניות מדיניות ולקבוע סדרי עדיפויות. מועצות הבריאות המקומיות הן השתתפותיות בהגדרתן, ומשמשות גם מנגנון ייעוץ לשר הבריאות של ניו־ברונזוויק לשיפור מערכת הבריאות המקומית. ב־2010 יזמה מועצת הבריאות פרויקט שיתוף ציבור הנושא את הכותרת: "הבריאות שלנו. נקודת המבט שלנו. הפתרונות שלנו". בשלב הראשון השתתפו 311 מתדיינים ומתוכם 131 אזרחים, על אף שיעד המועצה היה 500 משתתפים. בשלב הראשון התקיימו ארבעה ימי עיון באזורים נפרדים שבהם דנו באתגרים הקיימים למערכת הבריאות. בשלב השני התקיימו ארבעה ימי עיון אחרים שבהם דנו בפתרונות לאתגרים שעלו במפגשים הראשונים. בשלב השלישי התקיים מפגש כולל אחד ובו דירגו את סדרי העדיפויות של הטיפול והפתרונות המוצעים לאתגרי מערכת הבריאות. בסיום התהליך נוצר דו"ח מסכם אשר קיבל התייחסות נרחבת בדו"ח ההמלצות של שר הבריאות של ניו־ברונזוויק.

אומנם לא נערך דו"ח על הצלחת התהליך ולא ניתנה התייחסות לאי־השגת מספר המשתתפים המתוכנן, אולם הפרויקט קיבל שבחים רבים בזכות העובדה שהמלצותיו שימשו מסד מרכזי לניסוח המלצות מועצת הבריאות ב־2011.

יתרונות לשימוש במודל זה: קיומו של מנגנון קבוע המאפשר קביעות והמשכיות, ומייצר סביבה תומכת לתהליכי השינוי.

חסרונות לשימוש במודל זה: בתנאים הלא נכונים עלול לתת משקל גבוה יותר לקבוצות אינטרס או אוכלוסיות דומיננטיות על חשבון החלשות.

מתי מומלץ להשתמש במודל? מומלץ לייסד מועצות ברמה המקומית ובאופן המטפל בבעיות קהילתיות ונקודתיות, ולא בבעיות לאומיות רחבות היקף.

המודל: מועצות לאומיות להשתתפות ציבור במדיניות בריאות^{71, 72, 74}

מקרה בוחן – מועצת האזרחים של המכון הלאומי לבריאות ומצינונות מחקרית

בשנת 1999 הוקם "המכון הלאומי לבריאות ומצינונות מחקרית" הבריטי, ושלוש שנים לאחר מכן הוקמה במסגרתו מועצת האזרחים, בתור גוף בלתי תלוי אשר תפקידו ליצור דיון אזרחי בנושאים חשובים שבהם עוסק המכון. הנושאים הנידונים מגוונים, החל מדיון בפערי שוויון ועד בטיחות מטופלים, אולם נקודת המוצא הכללית של הדיונים היא לאתר ולחשוף נקודות התייחסות שאנשי המכון לא הצליחו להעלות בעצמם. המועצה עצמה מורכבת מ־30 חברים המכהנים לתקופה של שלוש שנים כל אחד, ותפקידם לשמש נציגים לכלל האוכלוסיות המתגוררות באנגליה ובוויילס. ראשית, הוועד המנהל של המכון והמועצה מחליטים יחדיו מהם הנושאים שבהם ידונו, ובעת הדיון מקפידים להשמיע את מרב הקולות בנושא על ידי השתתפותם של מומחים, בעלי עניין וארגונים. לאחר מכן מתקיים דיון בין חברי המועצה הרשאים להפנות שאלות למציגים. בסיום התהליך, הנמשך כמה ימים בדרך כלל, מוגשות לוועד המכון מסקנות ונוצר דו"ח סופי שבו המכון מציין לאילו מסקנות נתן מענה.

תוצאות עבודת המועצה פרושות על פני עשרות דו"חות מפורטים העוסקים בנושאים מגוונים. הפחתת נזקי עישון, פערי שוויון בבריאות, חסיון רפואי וגיל מינימלי להשתתפות במחקרים הם רק חלק קטן מנושאי הדו"חות שנכתבו בעשורים האחרונים. עולה כי תהליכי המועצה סיפקו למכון נקודות מבט חשובות על הדרך שבה הציבור תופס את מדיניות הבריאות, אולם חולשתה של המועצה טמון בכך שאין לה כל יכולת להשפיע על מה שיעשה בסופו של דבר וכי בפועל הקובע את הנושאים שבהם ידונו במועצה הוא הוועד המנהל ולא הציבור.

יתרונות לשימוש במודל זה: רלוונטי עבור מגוון רחב של נושאים, מאפשר מעקב אחר יישום החלטות רשמיות, מוביל לאחראיות מצד המשרדים המשתפים, המחויבים לספק מענה לתוצרי תהליך השיתוף.

חסרונות לשימוש במודל זה: תהליך השיתוף יהיה מושפע מגורמים פוליטיים וייתכן שיתעכב או ייכשל בעקבות התנגדויות רבות במהלכו.

מתי מומלץ להשתמש במודל? כאשר מנסים להוביל מדיניות שיתוף ציבור בבריאות לאומית בכל גופי הבריאות הציבוריים ושלוחותיהם, כחלק בלתי נפרד מעבודת המשרדים הממשלתיים הרלוונטיים. לדוגמה, נושא הזיהום הנוגע הן לעבודת המשרד להגנת הסביבה והן לעבודת משרד הבריאות, יביא לצורך בעבודה משותפת של מועצות לאומיות שיוקמו כל אחת במשרדה.

המודל: נציגות בוועדות מייעצות

מקרה בוחן – פיתוח מסגרת אסטרטגית לנושא בריאות הנפש בקנדה

ביוני 2008 יזמה הוועדה הקנדית לבריאות הנפש תהליך שיתוף ציבור לפיתוח מסגרת אסטרטגית לנושא בריאות הנפש. ברקע לתכנית ניצבו ממצאים מחקרניים שלפיהם אזרח אחד מכל ארבעה אזרחים קנדים עלול לסבול במשך חייו מבעיות נפשיות, אולם רק שליש מקבוצה זו היא בעלת יכולת להשיג את העזרה הדרושה לה, ורק רבע מאוכלוסיית הקטינים הסובלת מבעיות נפשיות מקבלת סיוע הולם לכך. במטרה למצוא פתרון למצב זה ולאפשר בניית תוכנית מדינית אסטרטגית לבריאות הנפש, יוסדה "וועדת בריאות הנפש". היא הורכבה ממומחים ומנציגים מכלל קבוצות האוכלוסייה וכללה

מועצות מייעצות בתחומים שונים. תהליך מעורבות הציבור ובעלי העניין היה פרויקט של הוועדה שכלל כ־2,500 משתתפים, ביניהם אזרחי קנדה בעלי זיקה לתחום בריאות הנפש, עובדי מדינה, וחברי קהילות שונות וכ־400 קבוצות בעלי עניין. לצורך הפעלת תהליך שיתוף הציבור הרחב הוקם אתר ייעודי שהציג את ספר העבודה וכלל מידע רלוונטי למשתתפים ושאלונים המורכבים משאלות סגורות ופתוחות. השתתפו בפרויקט כ־1,700 נציגים מהציבור הכללי וכ־300 קבוצות בעלי עניין (לאומיות ומקומיות). האתר היה פעיל כחודשיים וזכה לפופולריות רבה שזימנה את הארכת הפעלתו.

בעקבות המפגשים, שונתה לחלוטין הטיוטה הראשונית לאסטרטגיית בריאות הנפש, והוכנסו בה סעיפים שלא היו קודם לכן. נוסחה הצהרת חזון, מטרות ויעדים שונו ונוספו, מילות מפתח נוסחו מחדש ובוטל יעד מרכזי אחד.

יתרונות לשימוש במודל זה: מביא לידי ביטוי קולות שבדרך כלל אינם נשמעים בעת עיצוב מדיניות הבריאות.

חסרונות לשימוש במודל זה: כישלון של התהליך יביא לחוסר אמון בתהליכים עתידיים, מעורבות אישית ורגשית של המשתתפים עלולה להוביל לפערים בין מסקנות המשתתפים בתהליך בנוגע למדיניות הרצויה ובין מגבלות המערכת.

מתי מומלץ להשתמש במודל? בעת הצורך בפתרון בעיות השעה, פתרון בעיות נקודתיות, ופתרון בעיות אשר המדינה ניסתה ולא הצליחה לפתור בעצמה.

המודל: פלטפורמות מקוונות לשיח ולשיתופי פעולה בתחום הבריאות

מקרה בוחן – Foodborn שיקגו, או כיצד סייעה טוויטר לאתר מקור הרעלות מזון?

טוויטר צ'אט היא פלטפורמה מקוונת הפועלת תחת הרשת החברתית "טוויטר", ומאפשרת ליצור שיחות רבות משתתפים סביב נושאים מסוימים, המשותפים לקבוצות אוכלוסייה רבות. החברים בצ'אט של טוויטר יוצרים קהילה וירטואלית שבה לכולם יש עניין משותף שהם מבקשים למצוא לו פתרונות. היתרון המשמעותי של שיח המוני שכזה הוא יצירת זירה לסיעור מוחות ולרעיונות פוריים, אולם החסרון הגדול הוא שקשה מאוד למקד את הדיון בכל הנוגע לנושאים

רחבים המעריבים אוכלוסייה גדולה. Foodborn היא יוזמה של מחלק בריאות הציבור בעיר שיקגו שהחלה לפעול ב־2013 ונועדה לאסוף מידע בזמן אמת בנוגע להרעלות מזון ברחבי העיר ובכך להשלים את המנגנונים הקיימים של מפקחי בריאות. הרקע ליוזמה צמח מהתובנה כי על אף שמרבית מקרי הרעלות המזון אינם מדווחים לרשויות הבריאות, מתקיים דיון ער בנושא ברשתות החברתיות. על יסוד זאת החליטו הרשויות בעיר ליצור בוט (תוכנה לאיסוף מידע) שתפקידו לאתר מילים הקשורות להרעלת מזון בחשבונות טוויטר המקושרים למשתמשים משיקגו. באמצעות חיפוש ממוקד זה התאפשר למחלקת הבריאות של שיקגו ליצור קשר עם המדווחים ולספק להם מענה בריאותי מיידי, ובד בבד לאתר את מקור הרעלת המזון ולטפל בנושא.

האלגוריתם הצליח להוביל לאיתור 133 מקרים של חשד להרעלות מזון שלא אותרו על ידי מפקחי מחלקת הבריאות וב־20% מהמסעדות נמצאה לפחות הפרת נהלים אחת. הצלחתה של היוזמה הובילה לכך שמשרד החקלאות האמריקאי הודיע על כוונתו לנסות לשחזר את המערכת בערים אחרות.

יתרונות לשימוש במודל זה: דורש משאבים מעטים מאוד באופן יחסי לכלים האחרים, מקשר לקהלי יעד רבים ומגוונים באופן מהיר.

חסרונות לשימוש במודל זה: דורש תהליך סינון מורכב ומדויק מאוד של התשובות המסופקות למערכות הטכנולוגיות, תיתכן אי־הלימה בין המידע שמחפשים לבין המידע המתקבל.

מתי מומלץ להשתמש במודל? כשיש צורך באיסוף נתונים ומידע רחבי היקף ממספר רב של פרטים, כשהזמן קצר, כשאינן יכולת לקבל את המידע מאמצעים אחרים הכוללים קשר ישיר עם הפרטים.



3. שילוב ארגוני חברה אזרחית בתהליכי שיתוף ציבור במדיניות בריאות

חלקם של ארגוני החברה האזרחית בתהליכי שיתוף ציבור הוא גדול מאוד, ובייחוד בתחום מדיניות בריאות, שבה הארגונים המייצגים קבוצות אינטרס הם רבים יותר מאשר בתחומים אחרים. רבים רואים בארגונים אלו גורם חיוני להנעת תהליכי השיתוף ולהפעלתם המיטבית. ספרות המחקר מצביעה על יתרונות רבים הגלומים במעורבות ארגוני חברה אזרחית בתהליכים המשתפים. קרבתם של הארגונים ל"שטח" מגבירה את יכולתם להגיע לציבור האזרחים ולרתום אותו לתהליכים. הנחה זו נכונה במיוחד בהתייחס לקבוצות אוכלוסייה הסובלות מחולשה יחסית או מיחסי אמן רעועים עם הרשויות. כיוון שחלק הארי של תהליכי השיתוף בתחום מונע מתוך רצון של מקבלי החלטות לזהות צרכים של קהילות ופרטים ולנסח מדיניות מותאמת, יתרון שילובם של ארגוני חברי אזרחית הוא ברור. בתהליכי שיתוף הצומחים מצד האזרחים – בעקבות דרישה או צורך פרטני של האזרחים עצמם – חשיבות מעורבותם של הארגונים מובהקת אפילו יותר.

תפקידם של ארגוני החברה האזרחית בתור ספקי שירותים הלך והתעצם בעשורים האחרונים וכן גם יכולתם להשפיע על תהליכי קבלת החלטות שלטוניים הכרוכים בשיקולי בריאות, חברה, רווחה ועוד.⁷⁵ כאשר עוסקים במדינות מתפתחות, הסובלות ממחסור בתשתיות בריאות יציבות ומספקות, הדברים הינם בעלי משנה תוקף.⁷⁶ ספרות ענפה סוקרת את חלקם ההולך ומתעצם של ארגוני החברה האזרחית בתהליכי שיתוף ציבור ומצביעה על יתרונות רבים במודל זה. למעשה, מדינות מערביות רבות מכוונות לשילוב

ארגוני חברה אזרחית במדיניות בריאות מתוך הכרה במוגבלותה של המערכת הממשלתית.⁷⁷ מוגבלות זו אינה רק מוגבלות של זמן, כוח אדם ובספ, אלא בעיקר נוגעת לקשיי נגישות לשטח ולאזרחים. חסרון זה מסביר הן את הנטייה לשלב ארגונים ועמותות בתהליכי שיתוף ציבור הן את תרומתם של הארגונים לייעול התהליכים ותוצריהם.

נוסף על כך, יש הטוענים כי תהליכים המנוהלים על ידי גורם חיצוני (חוץ־ממשלתי) מסייעים להובלת תהליכים פתוחים וביקורתיים יותר – ובכך תורמים לזיהוי בעיות וחולשות שהגורמים הממסדיים אינם ערים להם – ובהתאמה גם ליצירת פתרונות יצירתיים. כך לדוגמה היה במקרה של ארגון 'מעצבים את הנוער של אמריקה' (SAY), ארגון ללא כוונות רווח המוביל תוכניות להאטת קצב תופעת השמנת היתר בקרב ילדים ונוער. הארגון ביקש להשמיע את קולן של המשפחות והקהילות בעת עיצוב תכניות מקומיות ולאומיות לשיפור הבריאות והתזונה של בני הנוער בארצות הברית ולשם כך יזם מפגשים עירוניים של חמישה ימים כדי לברר מהם, לתפיסת הציבור, החסמים והפתרונות לנושא השמנת היתר בקרב ילדים ונוער, וכיצד תפיסות אלה נבדלות מתפיסות אנשי המקצוע והמומחים. בין ינואר 2006 לאוגוסט 2007 התקיימו חמישה מפגשים עירוניים שכללו יותר מ־2700⁷⁸ משתתפים.⁷⁹ הפגישות נעשו במודל של שולחנות עגולים, כאשר תוצרי המפגשים חשפו כי בפועל קיים פער ניכר בין המקומות שבהם מיושמות התוכניות הממשלתיות לבין המקומות שבהם לתפיסתו של הציבור ראוי ליישם אותן.⁸⁰

נמצאנו למדים, כי לארגונים בלתי ממשלתיים ישנו תפקיד מפתח בזיהוי צרכים ואתגרים המתכתבים הן עם תנאי השטח הן עם צרכי האזרחים. פעמים רבות עבודתם של ארגונים אלה מסייעת במיסוד שיתופי פעולה בין האזרחים לרשויות ובהנעת קהילות לפעולה. על יסוד האמור, מקומם החשוב של ארגוני חברה אזרחית בקידום תהליכי שיתוף ציבור בתחום מדיניות בריאות הוא מרכזי וחיוני.

בארצות הברית למשל, מופעל "מודל הארגונים הקהילתיים", תהליך קבלת החלטות השתתפותי המעצים קהילות במטרה לשפר את בריאותן. זהו תהליך המדגיש את הפעילות הקהילתית המאורגנת ומתוכנן להפעיל קהילות ולהניען להשתמש במבנים החברתיים שלהן ובמשאבים המצויים ברשותן, כדי להשיג מטרות קהילתיות המבוססות על ערכי הקהילה, ושנקבעו על ידי נציגי הקהילה.⁸¹ מודל זה משלב ארגוני חברה אזרחית שתפקידם להנגיש שירותי בריאות עבור אוכלוסיות אשר אינן מכוסות בביטוחי הבריאות הנפוצים. אותן סוכנויות מעורבות בכלל התהליך הארגוני של אספקת שירותי

**”לעיתים,
ארגוני חברה
אזרחית יכולים
לספק שירותים
שהמשלה אינה
יכולה או אינה
מוכנה לספק בשל
חוסר עניין פוליטי,
מגבלות במשאבים
או בעיות של
חוסר אמון
בקרב אוכלוסיות
מסוימות.”**

הבריאות ובכלל זה קידום מדיניות בריאות שתיטיב עם האוכלוסיות החלשות והעניות.⁸²

לעיתים, ארגוני חברה אזרחית יכולים לספק שירותים שהמשלה אינה יכולה או אינה מוכנה לספק בשל חוסר עניין פוליטי, מגבלות במשאבים או בעיות של חוסר אמון בקרב אוכלוסיות מסוימות. ההנחה הרווחת היא כי השירותים שהארגונים מספקים עשויים להלום את רצונות הציבור וצרכיו יותר מאשר המשלה או המגזר הפרטי. מחקרים מראים כי מעורבותם של ארגוני חברה אזרחית הובילה לשיפורים משמעותיים בשיעורי התחסנות בקרב הציבור, להגברת השימוש בתמיסות למניעת התייבשות, להפחתת שיעור תת-התזונה בקרב ילדים ולעוד תוצאות חיוביות.⁸³ מחקר מקיף שבדק האם וכיצד הקמתה של קואליציה המאגדת את כלל ארגוני החברה האזרחית⁸⁴ העוסקים בשיתוף קהילות בעיצוב מדיניות בריאות, תורמת לשיפור באספקת שירותי בריאות מצא כי שיתוף פעולה והאצלת סמכויות לארגונים אלה מביא למקסום התועלות אצל מקבלי השירותים וליעילות בחלוקת המשאבים.⁸⁵ עוד נמצא כי המרוויחים העיקריים ממעורבות הארגונים בתהליכים הן דווקא האוכלוסיות החלשות יותר ובהן קשישים, מיעוטים, ובעלי הכנסה נמוכה.⁸⁶ בפקיטן לדוגמה, סבלה מערכת הבריאות במשך שנים ארוכות מאספקת שירותי בריאות לקויים ומניהול כושל, ונמצא כי כניסתם של ארגוני חברה אזרחית ממשלתיים ובין-לאומיים למערכות הבריאות תרמה לשיפור ניכר בתפקוד המערכות. הסיבה להצלחה מיוחסת ליכולתם של הארגונים להוביל תכנון גמיש המתבסס על פרויקטים מבוססי שיתוף ציבור בתחומי חינוך בריאות, מדיניות בריאות מונעת ופיתוח קהילתי.⁸⁷

מחקר שבחן כיצד ארגונים חוץ ממשלתיים עשויים לסייע להפחית חסמים במתן שירותי בריאות, הדגים את הצורך ואת החשיבות שבהטמעת עבודת הארגונים בתוך הקהילות. נמצא כי ארגונים אלה מספקים שירותי רפואה והסברה באופן שנתפס בעיני האוכלוסייה המקומית כטוב ואמין יותר.⁸⁸ ההסבר לכך מיוחס כאמור ליכולת ההשפעה הישירה והמשותפת של החברה האזרחית – המצויה בין הפרט למדינה – על חיי האזרחים שהיא משרתת. זירה זו חסרה את הכוח המחייב והרגולטורי של המדינה ואת הכוח הכלכלי של השוק, ולפיכך הצלחתה תלויה בקיומה של רשת תמיכה כלכלית והכרה ממסדית בפועל. סיפורן של מועצות הבריאות בברזיל הוא דוגמה לחיוניות ההכרה והתמיכה בפועלם של הארגונים. המועצות איבדו את כוח השפעתן על התהליכים המשתפים ועל הקהילות בעקבות חוסר תמיכה מהמערכת הציבורית ואי ההכרה של המשלה. פגיעה

**”הארגונים
השותפים לתהליכי
השיתוף בין
הממשלה לאזרחים
אינם חייבים
להתמקד בתחומי
בריאות גרידא
ופעמים רבות אף
ארגונים העוסקים
בתחומים אחרים
עשויים להימצא
מתאימים משום
נגישותם לקהילה.”**

זו השפיעה לרעה על יכולת היישום של תוצרי הדיונים שהובילו המועצות בתהליך שיתוף ציבור רחב, שכלל ייצוג אוכלוסיות שלמות ומגוונות.⁸⁹

מחקרים אחרים מצאו כי נוכחותם של ארגוני החברה האזרחית מגבירה את מעורבות הקהילות בשירותי הבריאות ומגבירה אחריותיות כלפיהן.⁹⁰ לא ייפלא כי ההצדקה לחלקם הגדול של הארגונים בתהליכי שיתוף ציבור במדיניות בריאות, ובפרט אלו המכוונים למעורבות של קבוצות אוכלוסייה ייחודיות, אינה מסתכמת ברצון להשגת ייצוגיות גרידא, אלא גם בפרגמטיזם המניח כי מעורבותם עשויה לתרום ידע ומומחיות הנשענים על ניסיון רב והיכרות מעמיקה עם הנושאים הרלוונטיים.

למעשה, מרכיב הידע והמומחיות הוא הגורם המרכזי בהצדקה למעורבות אזרחים וארגוני חברה אזרחית במדיניות בריאות. אומנם לציבור המטופלים ולארגונים בדרך כלל אין ידע רפואי או מקצועי, אך נטען כי עצם החוויה של חיים בצל מחלה מביאה חולים רבים לחקור ולרכוש מידע הנוגע לגורמי המחלה, לדרכי אבחונה, להשפעות הלוואי שלה ועוד.⁹¹ הידע הנצבר מאפשר לייצר דיון מקיף ורחב יותר ועשוי ליצור פתרונות יעילים וחדשניים מאלה הקיימים בגבולות הידע המקצועי. במובן זה, ארגוני החברה האזרחית הממוסדים ”מלמטה” מכירים את הציבור ומעורים בו, ומגשרים על החשש מפני מעורבות ישירה ורחבה מדי של אזרחים בתהליכי שיתוף ציבור, העוסקים בנושאים מקצועיים-בריאותיים. פעמים רבות ארגונים אלה מסוגלים לאגד את כלל תובנות ”חוכמת ההמונים” לבסיס ידע רחב ולגיטימי, המוסיף על בסיס הידע שמספקים הארגונים המקצועיים.

יש לציין כי הארגונים השותפים לתהליכי השיתוף בין הממשלה לאזרחים אינם חייבים להתמקד בתחומי בריאות גרידא ופעמים רבות אף ארגונים העוסקים בתחומים אחרים עשויים להימצא מתאימים משום נגישותם לקהילה. לדוגמה, כיום גופים מוסדיים רשמיים רבים יותר בתחומי החינוך והבריאות, מסתייעים בארגונים חברתיים לקידום בני נוער כגוף ידע וכגורם מפתח בביסוס שיתופי פעולה בקידום מדיניות בריאה בקרב צעירים.

לחברה האזרחית מנעד רחב ביותר של תפקידים בפונקציית מערכת הבריאות ובכללם:

- **חלוקת שירותי בריאות** – בפרט במקומות שידה של המדינה קצרה מלהגיע אליהם, בכוחם של ארגונים אלו להציע שירותי רפואה מיידית, רפואה מונעת ורפואה שיקומית.^{92, 93}
- **קידום בריאות בקהילות** – הארגונים מאפשרים חילופי ידע בין הרשויות לקהילה ולהפך. דוגמאות שכיחות נוגעות לנושאים כגון בטיחות בדרכים, נזקי עישון, מחלות מין וכיוצא באלה.
- **עיצוב מדיניות בריאות** – בפרט במקרים שבהם ארגוני החברה האזרחית מצליחים לספק מידע חדש שמקבלי ההחלטות לא יכלו להיחשף אליו. חשוב להדגיש כי ככל שארגונים אלה קרובים ונגישים יותר לקהילות ולפרטים, כן גדלה יכולתם לייצג את צורכי המטופלים.⁹⁴
- **חלוקת משאבים** – הקצאה יעילה ושוויונית.⁹⁵ הקצאה התואמת לצרכים ייחודיים.
- **ניטור איכות שירותי הבריאות ופיקוח על ספקי השירותים** – מדיניות שיתוף ארגוני החברה האזרחית עשויה לקדם גם ערכים של שקיפות ובקרה ולתרום למעקב אחר איכות המדיניות שיושמה ולבחינתה.⁹⁶

לשילוב החברה האזרחית בקידום שיתוף ציבור במדיניות בריאות יתרונות רבים. להלן יוצגו עיקרי היתרונות בחלוקה לשלוש נקודות מבט:

המדינה – הישות המוסדית

- מקבלת תמיכה חיצונית לקידום יעדי מדיניות הממשלה;
- מרוויחה מחדשנות ופתרונות יצירתיים הנכנסים לזירת קבלת ההחלטות המסורתית;
- זוכה להרחיב את המשאבים ולייעל את השימוש בהם;
- ארגוני חברה אזרחית נוטים להיות גמישים יותר מן הפקידות הממשלתית בתהליכי עיצוב מדיניות.⁹⁷

הציבור

- זוכים להזדמנויות להשמיע את קולם. לעיתים קרובות קולות האזרחים אינם נשמעים במסגרת תהליכי תכנון ועיצוב מדיניות בריאות בגלל חוסר נגישות לתהליכים ולמקבלי החלטות, וכאמור הדבר נחוץ לכינון יחסי אמון ולשיתוף פעולה.

ארגוני החברה האזרחית

- מקבלים לגיטימציה בקרב הקהילה;
- משפרים את יכולתיהם בהשפעה על מדיניות הבריאות, בפרט בכל הנוגע לשיפור שירותי הבריאות הקיימים בקרב אוכלוסיות חלשות.

אל מול היתרונות הרבים קיימים גם כמה חסרונות וסיכונים שיש להיות ערים להם:

- החשש מפני השתלטותן של קבוצות או אידיאולוגיות מסוימות על השיח הציבורי באמצעות ארגוני חברה אזרחית דומיננטיים;
- פגיעה באחריותיות;
- ייצוגיות חסרה או ייצוגיות של קבוצות מסוימות על חשבון אחרות;
- חשש מפגיעה במידת הייצוגיות והאחריותיות כלפי תתי-קבוצות בתוך הקהילות המיוצגות;
- חשש ממצבים של ניגוד אינטרסים בין הארגונים לנציגי הממשל עלולה להעמיד בסיכון את תהליך שיתוף הציבור ולהביא להימנעות משיתוף עתידי.⁹⁸
- ריבוי דעות ועמדות, שאינו מאפשר הליך קבלת החלטות יעיל ואפקטיבי.

מקרי בוחן: שילוב ארגוני חברה אזרחית בתהליכי שיתוף ציבור במדיניות בריאות

מקרה בוחן *Creating Community Services*, ארה"ב⁹⁹

בועידה שנערכה בשנת 2013 הובאו יחד ארגונים המייצגים מומחים בתחום בריאות הנפש עם חברי קונגרס במטרה לערוך דיון ציבורי בנושא הסיוע לאזרחים הסובלים ממחלות נפש, כאשר מטרת הדיאלוג המוצהרת הייתה לעורר מודעות לנושא בריאות הנפש.

הנתונים: לפני קיומו של השיח הלאומי בנושא בריאות הנפש הראו הנתונים כי פחות מ-40% מבעלי הפרעות האישיותיות חיפשו טיפול, כאשר הסיבה המרכזית לכך היא תפיסות שליליות כלפי מחלות נפש. הדיונים הובילו על ידי- ארגון "יוצרים שירותי קהילה" (CCS) (Creating Community Services) -, אשר נוסד בעקבות חיבור בין כמה ארגונים שקידמו מפגשי שיח בנושא בריאות הנפש תחת קורת גג אחת.

תוצרים: בתהליך שיתוף הציבור הצליחו לכתוב כמה מסמכים לפיתוח תוכניות חינוכיות העוסקות בבריאות הנפש ומיועדות לאוכלוסיות שונות, והדיונים הובילו להבנה כי למרות ההבדלים בין הערים באופן הובלת התהליכים, רובן הגיעו לאותן מסקנות ולאותם תוצרים, ולפיהם יש להתמקד בזיהוי, במניעה, ובנגישות לטיפולים.

מסקנה: אין להתעלם מתשתיות ידע וארגון קיימות. יש לאתר ארגונים קיימים כאלה ולתת להם מנדט להוביל תהליכי שיתוף ציבור בזירה המקומית המוכרת והנגישה להם.

תנועה של פעילי איכות סביבה בשם Arsena (תרגום ממקדונית למילה Арсена שפירושה "תרכובת רעילה המשמשת להדברת מזיקים") החלה ליצור סדרה של תעלולים תקשורתיים במטרה להביא למודעות אזרחים לבעיית זיהום אספקת המים הלאומית, לאחר שהממשלה הקיימת לא הצליחה או לא היתה מעוניינת למצוא פתרון. הבעיה נמשכה עשרות שנים והממשלה לא יידעה את אזרחיה בנושא. לאחר שינוי במערכת הפוליטית ועלייתה של ממשלה חדשה, ובסיוע תקציבי של האיחוד האירופי, יצרה התנועה פרויקט מודעות שכלל שלטי חוצות, ביצוע מחקרים עצמאיים, והובלת עצומות. הקמפיין הביא למודעות גבוהה ולשינוי התנהגות, ואזרחים רבים עברו לשתיית מים מינרליים. התנועה הצהירה שהשיגה את מטרתה להביא להכרה רשמית בבעיית זיהום המים ולייסוד תשתית מים חדשה.

מסקנה: לא להתעלם מתנועות אקטיביסטיות המעלות בעיות של בריאות הציבור המנוסחות "מלמטה למעלה". תרומתן עשויה להיות גדולה.

האתגר: ייסוד תשתית מותאמת לשיתוף ציבור בתוך כלל מוסדות הבריאות הרלוונטיים

מקרה בוחן Health Effects Institute, ארצות הברית^{103, 102}

המכון להשפעות בריאותיות (HEI) הוא מלכ"ר עצמאי אשר נוסד ב-1980 במטרה לספק מידע מדעי בלתי מוטה על ההשפעות הבריאותיות של פליטות גזים מרכבים וממקורות אחרים. מחצית ממימון הארגון מגיע מן הסוכנות להגנת הסביבה (EPA) והמחצית השנייה מתעשיית הרכבים האמריקאית. האיזון בין המימון המגיע משני הצדדים מאוגד בהסכמים נוקשים אשר נועדו לאפשר פיקוח יעיל ומניעת ניגוד עניינים.¹⁰⁴ פעם בשנה מקיים הארגון כנס לאומי ובו ניתנת לציבור הזדמנות להשתתף, ללמוד, להגיב ולהשפיע על תוכניות רעיונות הנוגעים למחקרים עתידיים. במסגרת זו, מעורבות הציבור משולבת בשלבים הראשוניים ביותר של המחקרים ומאפשרת לוודא כי בעלי עניין רבים ככל האפשר יוכלו לספק מידע חשוב ויעוץ רלוונטי לפני פיתוחן האסטרטגי של תוכניות המחקר שאורכן חמש שנים.

תוצרים: עד כה מימן הארגון יותר מ-330 פרויקטים מחקריים בצפון אמריקה, באירופה, באסיה ובאמריקה הלטינית, ופרסם כ-260 דו"חות מחקריים המספקים למקבלי ההחלטות מידע חיוני הנוגע למדיניות הנדרשת לטיפול בזיהום האוויר שנוצר מפליטת גזים.

המלצה: לעודד מדיניות המאפשרת לארגונים בלתי ממשלתיים המקיימים קשר רציף עם האזרחים לתווך ידע בינם לבין מקבלי ההחלטות.

מקרה בוחן, Development Network of Indigenous Voluntary Association, אוגנדה¹⁰⁵

Development Network of Indigenous Voluntary Association היא רשת ארגוני חברה אזרחית וארגונים קהילתיים הממוקמים באוגנדה ומספקים זירה לפעולה קולקטיבית המשמיעה את קולן של אגודות מקומיות התנדבותיות המבקשות לקדם הזדמנויות לשירותי בריאות טובים, יעילים ושוויוניים. מטרתה של הרשת היא להשפיע על המדיניות להפחתת העוני, ולהתמקד בקבוצות אוכלוסייה אשר שירותי הבריאות הבסיסיים אינם מספקים מענה לצרכיהן הייחודיים. ארגון הגג מאפשר לכלל הארגונים הקטנים לקדם נושאי בריאות שונים עבור אוכלוסיות שונות על ידי העברת כלים, עריכת מחקרים, ביצוע הכשרות ופיתוח ארגוני, באופן המאפשר לארגונים הללו להפוך לשחקנים חזקים ולפעול לאחר מכן באופן עצמאי בתהליכי עיצוב מדיניות בריאות רשמיים. בזכות המחקרים הרבים שערך הארגון, הוא התבסס כשחקן בעל השפעה רבה בזירה הציבורית והצליח ליצור זירות רבות לשיתוף ציבור בקהילות שונות ברחבי אוגנדה, מתוך מטרה למצוא פתרונות עם השלטון המקומי תוך כדי דרישה להתנהלות אחראית של הנציגים כלפי אזרחיהם.

המלצה: יש להפנות תקציבים ומשאבים לביסוס ולהכשרת ארגוני חברה אזרחית, כדי להשתתף בתהליכי שיתוף הציבור ולהניעם. מאמצים אלה עשויים לשפר הן את איכות התהליך, הן את תוצריו ולבסס שותפות אמיצה וארוכת טווח בין המשתתפים.

נהר Still Creek הוא אחד הנהרות האחרונים בוונקובר שעדיין נותרו בהם מים זורמים, אולם לאחר שנים של פיתוח עירוני סביבו הוא הפך לרעיל עבור חיות המים ששרצו בו ושלאט־לאט נעלמו ממנו. בעקבות זאת, החליטו הרשויות המקומיות והמשרדים הממשלתיים המושפעים מכך (בין השאר, משרד החקלאות והמשרד להגנת הסביבה המקומיים) לכונן תהליך של התדיינות בשיתוף הציבור. את התהליך הובילו שני גופי חברה אזרחית: Evergreen Foundation ו־ Still Moon Society, ארגונים המעורבים בעריכת פעילויות ליצירת מודעות בקרב הציבור, במטרה לשפר את המצב הקיים. התהליך שנבחר לשיתוף הציבור קרוי Watershed Governance והוא נחשב לתהליך המספק דרכים יעילות ושיתופיות יותר עבור הרשויות והקהילות לשחזור מערכות אקולוגיות באיזורים אורבניים, משום שהוא מסתייע בתושבים לניהול טוב יותר של השימוש במקורות המים בסביבה מסוימת. בפועל, תהליך השיתוף עם ארגוני החברה האזרחית, יחד עם ארגון פעיל של אזרחים מתנדבים בשם The Society's Still Creek Streamkeepers בשיקום הנהר, הביא ליצירת תוכנית משולבת לתכנון השימוש בקרקעות, במטרה להפחית את הזיהום בנהר.

תוצרים: בדיקות שנערכו לאחר יישום התכנית החדשה מצאו כי איכות המים השתפרה, ולאחר 80 שנה נצפו בנהר, שהיה מערכת אקולוגית ימית לא מאוכלסת, כמה דגי סלמון אשר נראה כי הם שבים לשרוץ במימיו.

מסקנה: יש לאפשר לארגוני חברה אזרחית לעודד השתתפות אקטיבית של אזרחים לא רק בניסוח מדיניות אלא גם במימושה.

”היוזמה האזרחית לזכויות בעלי המוגבלויות” נוסדה על ידי פדרציית האגודות בעלי המוגבלויות של אזרחי ניקרגואה, ונועדה לאפשר לתתי־קבוצות להתבטא במסגרת זו ולמצוא פתרונות לבעיות שונות. היוזמה נוצרה בעקבות חוק 202 ”למניעת, שיקום, ושוויון הזדמנויות עבור בעלי המוגבלויות” לאחר שהחקיקה המקורית הגבילה את זכויותיהם באופן ניכר. למעשה, הפדרציה חיברה בין ארגונים שונים המתמקדים בצרכים מגוונים של בעלי מוגבלויות לבין מקבלי ההחלטות, ויחדיו הם יצרו תהליכי שיתוף ציבור המותאמים לצורכי הציבור, אשר נועדו לשפר את מצבם הבריאותי, חברתי והסביבתי של בעלי המוגבלויות. אחד מהכלים החשובים שבהם השתמשו היה תהליך יוזמת סדר היום, אשר בו כל קבוצה רלוונטית הגישה למחוקקים סדרת הצעות פרטניות ביותר, שיאפשרו למחוקק לנטר חוקים המגלמים בתוכם פגיעה בבעלי מוגבלויות, החל בחוקים בתחומי החינוך, הנגישות, הבריאות ומצבי החירום, וכלה בחוקים הנוגעים להגנה על נשים וילדים ולתמיכה מוסדית בארגונים מקומיים.

מסקנה: ייצוגיות היא נדבך קריטי לניסוח מדיניות בריאות מטיבה. לארגוני חברה אזרחית הפעילים מול אוכלוסיות חלשות וייעודיות משמעות רבה בהובלת תהליכי שיתוף השואפים למעורבות אוכלוסיות אלה.

מועצת הבריאות של ניו־ברונסוויק החלה בהליך שיתוף ציבור תחת הפרויקט הקרוי "הבריאות שלנו. נקודת המבט שלנו. הפתרונות שלנו." שמטרתו להעביר למשרד הבריאות סדרת המלצות בנושא שיפור שירותי הבריאות.

גיוס המשתתפים נחלק לשניים:

1. קבוצת אזרחים שגויסה בצורה אקראית על ידי חברה מקצועית שנשכרה אך ורק לשם תפקיד זה. קבוצה זו נועדה לייצג את אוכלוסיית ניו־ברונסוויק על שלל מאפייניה הדמוגרפיים.
2. קבוצת אזרחים שגויסו דרך קבוצות של בעלי עניין שכללו ארגונים קהילתיים, קבוצות אינטרס, ואיגודים מקצועיים שונים בתחומי הבריאות והרפואה.

סך הכול גויסו 310 משתתפים.

תוצרים: חלק מן ההמלצות הפכו לאבן הפינה של המלצות המועצה למשרד הבריאות לשנת 2011. תוצר לוואי של התהליך הוא שמועצת הבריאות ציינה במסקנותיה כי הפרויקט הראה כי האזרחים הפרובינציאליים מוכנים ומסוגלים להיות מעורבים בדיונים הקשים הנוגעים לשקלול העלויות והתמורות של התועלות הגלומות בעיצוב מדיניות בריאות ותכנון שירותי בריאות, בתנאי שקיבלו מידע באיכות טובה ואפשרו להם לקיים דיון במסגרת תהליך מובנה ומעוצב היטב.

מסקנה: מעורבותם של ארגוני חברה אזרחית אינה מבטלת את הצורך במעורבות הציבור עצמו ואת התועלת הטמונה בשיתופו. יש לוודא כי התהליך כולל ייצוג מלא הן של הארגונים הרלוונטיים, שיתפקדו ככוח מניע ומוביל של התהליכים, והן של האזרחים עצמם.





4. שיתוף ציבור במדיניות בריאות – עקרונות מנחים לתהליכים מניבים

א. תשומת לב מרבית לנושאים הנבחרים לתהליך המשתף: יש לבחון אילו נושאים רלוונטיים לתהליכי שיתוף ציבור בתחום ואילו אינם. קביעת סדרי עדיפויות של מדיניות הבריאות כוללת לרוב החלטות משמעותיות המערבות שיקולים מקצועיים ומומחיות שקשה – ואולי אף בלתי אפשרי – לשתף בכולן. לעיתים, ההחלטה הנכונה היא לא לצאת לתהליך משתף בנושא מסוים והסיבות לכך עשויות להיות רבות ומגוונות. תכנון נכון של התהליך המשתף צריך לכלול התייחסות לשאלות: האם הנושא הנדון עשוי לייצר שיח פורה וענייני? האם בכוחו לרתום שותפים מקרב הציבור שיסיעו בתהליכי איסוף מידע בלתי נגיש והעלאת רעיונות חדשים? האם הוא יכול לחשוף נקודות מבט חדשות? אם התשובה לשאלות המוצגות היא חיובית, אזי טמון בתהליך המשתף פוטנציאל אמיתי לשכלול המדיניות ולשיפורה.

ב. ייצוגיות וקהלי היעד: יש לבחון מיהם קהלי היעד שעליהם משפיעה המדיניות, הן באופן ישיר ומיידי הן באופן עקיף ו/או ארוך טווח. כמו כן יש להביא בחשבון את כלל בעלי העניין העתידיים להיות מושפעים מהמדינות ולדאוג לייצוג מספק שלהם. בכלל זה, יש לזהות ולאפיין אם קיימים גורמים העלולים לסכן או להכשיל את התהליך, ולנסות לבנות מודל משתף המאפשר שיח ודיון מוקדמים המסוגלים לגשר על פערי ידע ואמון ולהביא בחשבון גם התנגדויות ונקודות מחלוקת.

ג. הזירה המקומית היא רובד חיוני בהובלת תהליכי שיתוף ציבור יעילים: יוזמות לשיתוף הציבור בשלטון המרכזי ותשתית חוקית-מוסדית מתאימה אינן מבטיחות כשלעצמן השתתפות ציבור מספקת במדיניות בריאות. יש ליזום, לעודד ולהרחיב יוזמות ותהליכים לשיתוף הציבור בתחום מדיניות הבריאות ברובד המקומי, הקרוב והמשפיע ביותר על חיי האזרחים ועל מרחב חייהם. חשוב להדגיש שככל שיורדים מטה ברבדי הממשל ומכוונים למוסדות הקרובים יותר לאזרח – כך גדלה נטיית ההשתתפות של האזרחים וניתן להבטיח השתתפות רלוונטית ומועילה, שעשויה להשפיע לטובה על ניסוח סדרי העדיפויות המדויקים של מדיניות הבריאות ועל התאמת שירותים.

ד. הפניית משאבים ייעודיים: לעיתים רבות, חוקים והוראות שתכליתם לקדם שיתוף ציבור במדיניות בריאות נעצרים ברמת השלטון המקומי או אצל ארגוני חברה אזרחית ואינם מקודמים דרכם בשל חוסר במשאבי כסף, כוח אדם, ידע או הון אנושי מתאים. הקצאת משאבים ובניית כלים ייעודיים לשיתוף הציבור יעודדו ריבוי של התהליכים והעמקתם ויאפשרו למקבלי ההחלטות לנהל תהליכי שיתוף ברצינות ובאחריות הנדרשת. המלצה זו נכונה בייחוד במדינת ישראל, שבה קיימים פערים ניכרים בין הרשויות המקומיות.

ה. תכנון, תזמון והתאמת תהליך השיתוף לקהל היעד ולנושא המשותף: יש לעצב את תהליך השיתוף ושיטת השיתוף כך שישרתו את כלל האינטרסים הלגיטימיים של בעלי העניין בתהליך – ציבור, מומחים ורשויות – ואת מטרותיהם. יצירתיות וגמישות יפים לתהליך המשותף ונחוצים לתכנון נכון ומותאם לנושא הנדון, לקהל היעד ולמטרות התהליך.

ו. מיקוד הנושא המשותף בתחום מוגדר ובעל גבולות השפעה ברורים הוא נדבך הכרחי בתכנון נכון ומדויק. **יש לפעול לשיתוף הציבור כבר בשלבי התכנון המוקדמים.** הוכח כי שיתוף ציבור בשלבים המאוחרים של עיצוב מדיניות הוא שגוי, מזמן התנגדויות וחוסר שיתוף פעולה, ופוגע בהיתכנותם של תהליכים עתידיים. הציבור מזהה בהתנהלות זו חוסר כנות והוא אף עלול להיות מזיק. מומלץ לשלב בתהליך כלי שיתוף שונים וזירות שיתוף שונות כדי להשיג השתתפות רחבה, מייצגת ומניבה.

ז. **בניית זירות שיתוף ציבור עצמאיות** בד בבד עם תהליכי השיתוף הנפוצים אשר בדרך כלל מוגנים מלמעלה למטה. כדאי לפעול ליצירת תשתית לאומית-ממסדית המספקת לאזרחים זירה וכלים לחולל פתרונות באופן עצמאי, ומעודדת את המגזר הפרטי והשלישי לתרום ולייצר חדשנות בתחום הבריאות, בהתבסס על כלים ופלטפורמות לשימוש בחכמת ההמונים.¹¹²

ח. **שילוב ארגוני חברה אזרחית:** ארגון קיים הפועל בשטח מסוגל להוביל תהליכי שיתוף ציבור יעילים ומייצגים בכפוף לקבלת המנדט המתאים ממקבלי החלטות. לארגוני חברה אזרחית הקרובים לציבור ולצרכיו יתרון מובנה בהגעה לקבוצות אוכלוסייה ייחודיות, בשיתוף במידע רלוונטי וביצירת שיתוף הפעולה הנדרש בין הרשויות לציבור. יש לפעול לקידום יצירת תשתית מארגנת ומשלבת של ארגוני החברה האזרחית בתהליכים. כדי לחזק את אמון הציבור בארגונים המובילים, על הרשויות להפגין מחויבות ואחריותיות כלפי התהליכים והתוצרים ולכונן תשתית לתקשורת הדדית שוטפת וארוכת טווח המוטמעת בקהילה.

ט. **שקיפות ואמינות:** שקיפות מידע ונתונים היא נדבך קריטי להצלחת התהליך המשותף ולהוכחת כנותו, והדברים אמורים כמובן גם בנוגע לנתונים ולמידע על כשלים, על חולשות ועל סכנות המאפיינים את התחום ולא תמיד נעים ונוח לפרסמם. הצלחת התהליך המשותף תלויה במידה רבה באמינותו.¹¹³





הערות ומקורות

- 1 <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001336120> ראו למשל דיון בהצלחתה של דנמרק.
- 2 עמוס הראל, "ישראל סובלת מהיעדר מנהיגות ועלולה להידרדר למספר מתים גבוה" (הארץ, 01.07.20) <https://www.haaretz.co.il/hblocked?returnTo=https%3A%2F%2Fwww.haaretz.co.il%2Fhealth%2Fcorona%2Fpremium.highlight-1.8960518>
שני אשכנזי, "כך איבדו הישראלים את האמון בהנחיות הקורונה" (גלובס, 15.06.20) <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001332288>
שני אשכנזי, "וואז מאשימים את הציבור: התוצאות הבלתי צפויות של חוסר שקיפות" (גלובס, 09.06.20) <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001331689>
אורי פסובסקי גלי ויגרב "שרשרת כשלים, העדר שקיפות והנחיות סותרות: כל הדרך לכאוס של גל הקורונה השני" (גלובס, 03.07.20) <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001334493>
- 3 European Institute for Public Participation, [Public Participation in Europe- International Perspective](#), June 2009; World Bank, [Strategic Framework for Mainstreaming Citizen Engagement in World Bank Group Operations: Engaging with Citizens for Improved Results](#), January 2014, p. 8
- 4 OECD, [Focus on Citizens: Public Engagement for Better Policy and Services](#), June 2009 עמ' 25
- 5 מורן נגיד, [שיתוף הציבור בשלטון המקומי – הניסיון המעשי ולקחי](#), המכון הישראלי לדמוקרטיה, דצמבר 2015.
- 6 OECD, [Focus on Citizens: Public Engagement for Better Policy and Services](#), June 2009
- 7 אייל בנבנישתי וביא שניא "שיתוף הציבור בהליך המנהלי" **ספר יצחק זמיר** 2'1, 119 (התשס"ה). מחקרם דן בשיתוף הציבור כאמצעי להרחבת מנגנוני הפיקוח על הרשויות המנהליות.
- 8 World Health Organizations, Regional Office for Europe. WHO European Healthy Cities Network רשת הערים הבריאות של ארגון הבריאות העולמי פועלת זה 30 שנה, ומייצרת תשתיות וחיבורים שמטרתם לקדם את גישת הערים הבריאות. כל עיר החברה ברשת מתחייבת לשיתוף ציבור בתהליך.
- 9 עמ' 16 לדו"ח.
- 10 American Civil Liberties Union Report, Mariner, W., Annas, G. & Parmet, W. (January 2008). Pandemic Preparedness: The Need for a Public Health – Not a Law Enforcement/National Security – Approach. At https://www.aclu.org/sites/default/files/field_document/asset_upload_file399_33642.pdf
- 11 Foreign Policy Magazin, Schard, L.M. (April 15 2020). Argument – The Secret to Coronavirus Success Is /Trust. At <https://foreignpolicy.com/2020/04/15/secret-success-coronavirus-trust-public-policy>
- 12 .Ibid
- 13 WION (World Is One News), (June 30, 2020). Conversation - What coronavirus success of Taiwan and Iceland has in common. At <https://www.wionews.com/opinions-blogs/what-coronavirus-success-of-taiwan-and-iceland-has-in-common-309593>

- GeekWire, Bishop, T (May 17, 2020). COVID-19 lessons from Iceland: How one Nordic country has all but [stopped the virus in its tracks](https://www.geekwire.com/2020/covid-19-lessons-iceland-one-nordic-country-stopped-virus-tracks/). At <https://www.geekwire.com/2020/covid-19-lessons-iceland-one-nordic-country-stopped-virus-tracks/> 14
- Wang CJ, Ng CY, Brook RH. "Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and .Proactive Testing". JAMA; 323 (14) (2020): 1341-1342 15
- Taiwan News, Staff writer (February 27, 2020). Fact-checking center warns of disinformation about virus outbreak in Taiwan. At <https://www.taiwannews.com.tw/en/news/3882216> 16
- Ministry of Health. COVID-19 – Border controls. At <https://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/covid-19-novel-coronavirus/covid-19-current-situation/covid-19-border-controls> 17
- 1NEWS, (March 19, 2020). New Zealand border 'unlikely' to reopen within three months - Health Minister David Clark. At <https://www.tvnz.co.nz/one-news/new-zealand/new-zealand-border-unlikely-reopen-within-three-months-health-minister-david-clark> 18
- The Conversation, Strandberg, T. Coronavirus: US and UK governments losing public trust. At <https://theconversation.com/coronavirus-us-and-uk-governments-losing-public-trust-137713> 19
- Nordic Life Science News, Otmani M. (March 22, 2020). COVID-19: First results of the voluntary screening in Iceland At <https://nordiclifescience.org/covid-19-first-results-of-the-voluntary-screening-in-iceland/> 20
- AMGEN Website, News Releases (April, 2020). Iceland Provides a Picture of the Early Spread of COVID-19 in a Population with a Cohesive Public Health Response. At <https://www.amgen.com/media/news-releases/2020/04/iceland-provides-a-picture-of-the-early-spread-of-covid-19-in-a-population-with-a-cohesive-public-health-response/> 21
- GeekWire, Bishop, T (May 17, 2020). COVID-19 lessons from Iceland: How one Nordic country has all but stopped the virus in its tracks. At <https://www.geekwire.com/2020/covid-19-lessons-iceland-one-nordic-country-stopped-virus-tracks/> 22
- AMGEN Website, News Releases (April, 2020). Iceland Provides a Picture of the Early Spread of COVID-19 in a Population with a Cohesive Public Health Response. At <https://www.amgen.com/media/news-releases/2020/04/iceland-provides-a-picture-of-the-early-spread-of-covid-19-in-a-population-with-a-cohesive-public-health-response/> 22
- Laws & Regulations Database of The Republic of China. Ministry of Health and Welfare (January 28, 2008). Enforcement Regulations Governing the Central Epidemics Command Center. At <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0050025> 23
- BBC News, Silva, S. (June 7, 2020). Technology - Coronavirus: How map hacks and buttocks helped Taiwan fight Covid-19 <https://www.bbc.com/news/technology-52883838> 24
- Taiwan News, Everington, K. (February 27,2020). Taiwan platform includes over 100 apps showing mask availability in stores, At <https://www.taiwannews.com.tw/en/news/3882111> 25
- Ministry of Foreign Affairs Republic of China (Taiwan), (March 20, 2020). CDC announces tech partnerships for overseeing home quarantine. At https://nsp.p.mofa.gov.tw/nsppe/content_tt.php?unit=2&post=173912&unitname=Taiwan-Today&postname=CDC-announces-tech-partnerships-for-overseeing-home-quarantine 26
- DW (Deutsche Welle), Keschel, H. (April 4, 2020). Coronavirus: In Germany, medical students step up to fight COVID-19. At <https://www.dw.com/en/coronavirus-in-germany-medical-students-step-up-to-fight-covid-19/a-53019943> 27
- Euractive, Schulz, F. (March 19, 2020). Germany military to make doctors, thousands of reserves available in COVID-19 response. At <https://www.euractiv.com/section/coronavirus/news/germany-military-to-make-doctors-1000-reserves-available-in-covid-19-response/> 28
- Exemplars in Global Health, Wieler , L., Rexroth , U., René, G. Emerging COVID-19 success story: Germany's strong Enabling Environment. At <https://www.exemplars.health/emerging-topics/epidemic-preparedness-and-response/covid-19/germany> 29

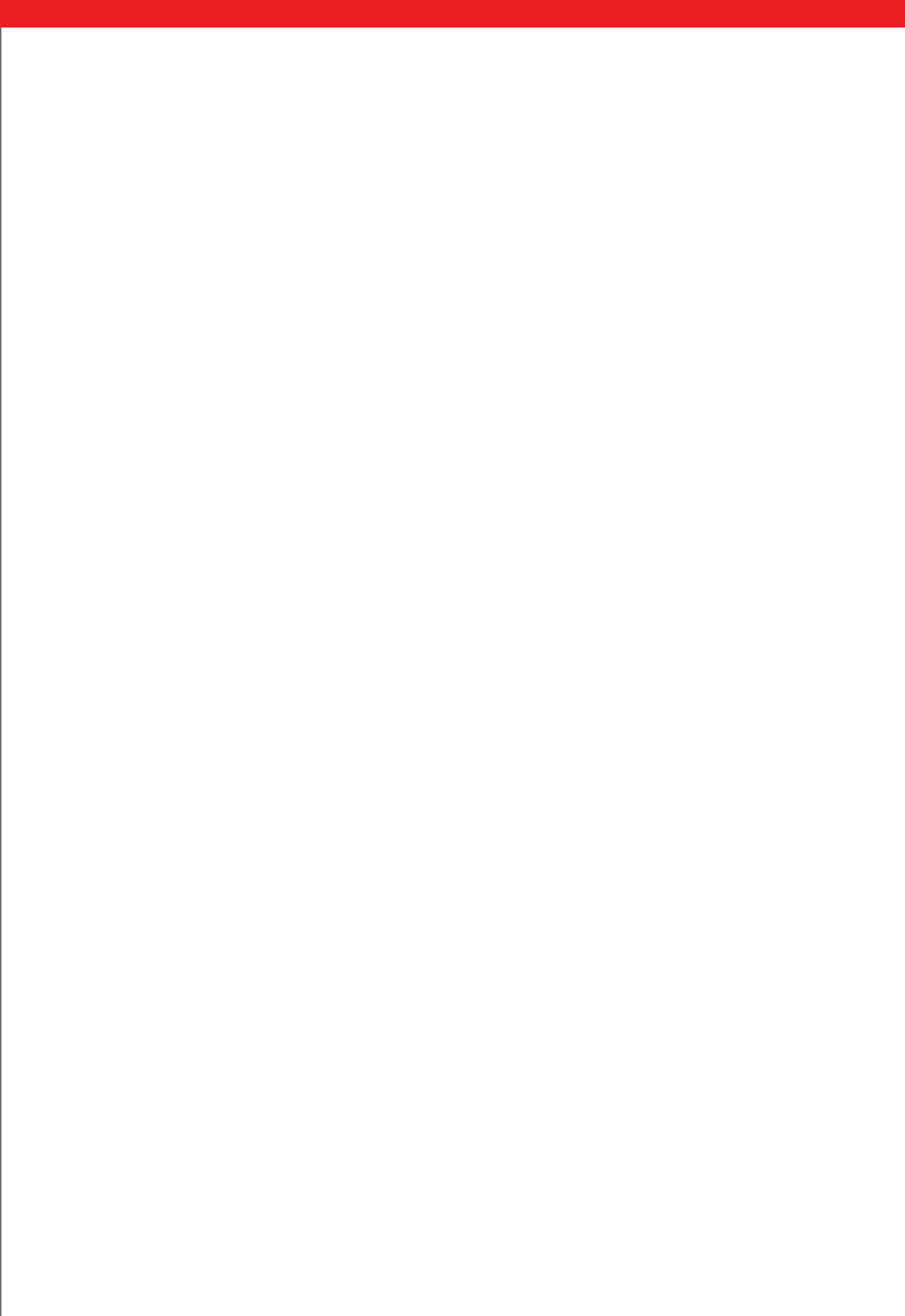
- Our World in Data, June 30 2020. Emerging COVID-19 success story: South Korea learned the lessons of MERS. At <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-south-korea> 30
- כוגרי רפואה אשר מגויסים לשירות החובה הצבאי שלהם במסגרת התוכנית להכשרה אפידמיולוגית והופכים בהכשרתם לקציני מחקר אפידמיולוגי. 31
- World Bank Blogs, by Chung D. & Soh, S.H. (March 23 2020). Korea's response to COVID-19: Early lessons in tackling the pandemic. At <https://blogs.worldbank.org/eastasiapacific/koreas-response-covid-19-early-lessons-tackling-pandemic> 32
- בן יוסף, ש. (2018). כשסיסטם פוגש אקוסיסטם - חיווק חוסן קהילתי וחברתי בעת חרום, גדלה מהאחר "ניווט במורכ" בוח". <https://shayby.files.wordpress.com/2018/02/d79bd7a9d7a1d799d7a1d798d79d-d7a4d795d792d7a9-d790d7a7d795d7a1d799d7a1d798d79d-d797d799d796d795d7a7-d797d795d7a1d79f-d7a7d794d799d79c.pdf> 33
- בן יוסף, ש. (2015). הכנת קהילות עירוניות להתמודדות במצבי חרום, גדלה מהאחר "ניווט במורכבות". <https://bit.ly/3llpb9y>
- Reilly, M.J. and Markenson, D.S. (2011), "Health Care Emergency Management: Principles and Practice", Jones & Bartlett Learning, Sudbury, MA 34
- Blendon, R. & Koonin, L. & Benson, J. & Cetron, M. & Pollard, W. & Mitchell, E. & Weldon, K. & Herrmann, M. "Public Response to Community Mitigation Measures for Pandemic Influenza". *Emerging infectious diseases*.14 (2008): 778-786 35
- Sepkowitz, K. (2004). "The 1947 Smallpox Vaccination Campaign in New York City, Revisited". *Emerging infectious diseases*.10(5)960-1 36
- Pisano, G., Sadun R. & Zanini M. 'Lessons from Italy's Response to Coronavirus', Harvard Business Review, March 27 2020. Drafted in April 21st, 2020 at <https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus> 37
- Local Government Association (May 2020). Resident satisfaction with councils' response to COVID-19, .Drafted 17.6.2020 <https://bit.ly/2YXGtFP> 38
- de Freitas, C & Martin, G. (2015). Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. *Social Science & Medicine*.135:31-9 39
- Institute of Health Equity. Marmot M. (2010) Fair Society, Health Lives, Final Report. At <http://www.instituteofhealthequity.org> 40
- Hutchins, Sonja & Fiscella, Kevin & Levine, Robert & Ompad, Danielle & McDonald, Marian. (2009). Protection of Racial/Ethnic Minority Populations During an Influenza Pandemic. *American journal of public health* 41
- Charania, N.A., Tsuji, L.J. A community-based participatory approach and engagement process creates culturally appropriate and community informed pandemic plans after the 2009 H1N1 influenza pandemic: remote and isolated First Nations communities of sub-arctic Ontario, Canada. *BMC Public Health* .12(2012):268 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-268> 42
- Blanchard, J., Haywood, Y., Stein, B., Tanielian, T., Stoto, M., & Lurie, N. "In their own words: Lessons learned from those exposed to anthrax". *American Journal of Public Health*, 95(3) (2004): 489-495 43
- Annas, G., Mariner, W., & Parmet, W. (2008). "Pandemic preparedness: The need for a public health, not law enforcement/national security", approach (The American Civil Liberties Union). Retrieved July 9 2020, .from http://www.aclu.org/pdfs/privacy/pemic_report.pdf 44
- Schoch-Spana, M., Franco, C., Nuzzo, J. B., & Usenza, C. "Community engagement: Leadership tool for catastrophic health events". *Biosecurity and Bioterrorism*, 5 (2007): 8-25
- Quinn, S. (2008). "Crisis and Emergency Risk Communication in a Pandemic: A Model for Building Capacity and Resilience of Minority Communities". *Health promotion practice*. 9(4_suppl):18S-25S 45

- Bolsewicz, K. & Hipgrave, D. & Jimenez, E. (2013). "Public Engagement in Health Priority Setting in Low- and Middle-Income Countries: Current Trends and Considerations for Policy". *PLoS medicine*. 10. e1001495 46
- Pagatpatan, Jr, C. & Ward, P. (2017). Understanding the factors that make public participation effective in health policy and planning: A realist synthesis. *Australian Journal of Primary Health* 47
- Arai, S. & Pedlar, A. "Building Communities Through Leisure: Citizen Participation in a Healthy Communities Initiative". *Journal of Leisure Research*. 29 (1997):167-182 48
- 1998 49
- Serapioni, M. & Matos, A. (2014). Citizen Participation and Discontent in Three Southern European Health Systems. *Social science & medicine* (1982). 123. 10.1016/j.socscimed.2014.06.006 50
- House of Commons Public Administration Select Committee Public engagement in policy-making, Second Report of Session 2013–14, Report, together with formal minutes, oral and written evidence. At <https://publications.parliament.uk/pa/cm201314/cmselect/cmpubadm/75/75.pdf> 51
- de Freitas, C. (2017). Public and patient participation in health policy, care and research. *Porto Biomedical Journal*. 22. 31. 10.1016/j.pbj.2017.01.001 52
- Oliveira MD, Magone MJ, Pereira JA. (2005). "Nondecision making and inertia in Portuguese health policy". *J Health Polit Policy Law*. Feb-Apr 2005; 30 (1-2): 211-230 53
- de Freitas, Claudia. (2017). "Public and patient participation in health policy, care and research". *Porto Biomedical Journal*. Mar-Apr; 2(2): 31–32 54
- Serapioni M, Duxbury N. "Citizens participation in the Italian health-care system: the experience of the Mixed Advisory Committees". *Health Expect* 17 (2012): 488-499 55
- Theodorou M, Samara K, Pavlakis A, Middleton N, Polyzos N, Maniadakis N. (2010). The public's and doctors' perceived role in participation in setting health care priorities in Greece 56
- Bovenkamp, H., Trappenburg, M., Grit, K. Patient participation in collective healthcare decision making: The Dutch model. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*. 13 (2009): 73-85 57
- Tim Tenbenschel, "Virtual special issue introduction: Public participation in health policy in high income countries – A review of why, who, what, which, and where?" *Social Science & Medicine*, 71 (9) (2010): 1537-1540 58
- Lehoux, P., Daudelin, G., Demers-Payette, O., & Boivin, A. "Fostering deliberations about health innovation: what do we want to know from publics?" *Social Science & Medicine*, 68(11) (2009): 2002-2009 59
- Tenbenschel, T. (2010). "Virtual special issue introduction: Public participation in health policy in high income countries - A review of why, who, what, which, and where?" *Social science & medicine* 71(1982): 1537-1540 60
- Amanda Sheedy. (2008). "Handbook on Citizen Engagement: Beyond Consultation". *Ottawa: Canadian Policy Research Networks*. At https://ccednet-rcdec.ca/sites/ccednet-rcdec.ca/files/handbook_on_citizen_engagement.pdf 61
- MacKinnon, M. P., Pitre S. and Watling, J. (2007). "Matching Methods with Policy Purpose: Two Case Examples of Public Engagement". *Canadian Policy Research Networks*. At http://oaresource.library.carleton.ca/cprn/47131_en.pdf 62
- Elias, P., Cohn, A. "Health Reform in Brazil: Lessons to Consider". *American journal of public health*. 93. (2003): 44-48 63
- Ferrarezi, E. & Koga, N. (2015). "National Health Conferences and Participatory Processes in the Brazilian Federal Public Administration. At <https://www.pgionline.com/wp-content/uploads/2015/08/National-Health-Conferences-and-Participatory-Processes-in-the-Brazilian-Federal-Public-Administration.pdf> 64

- Pogrebinschi, Thamy and Santos, Fabiano. "Participation as Representation: The Impact of National Public Policy Conferences on the Brazilian Congress" (2010). *APSA 2010 Annual Meeting Paper*. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1643679> 65
- Hunn, A (2013) "Patient and Public Engagement Project: Patient and Public Dialogue Workshops" Ipsos MORI, July 2013 66
- Richartz, N. & Mccarron, D. (2007). "Shaping America's youth: Engaging communities in childhood obesity prevention efforts". 135st APHA Annual Meeting and Exposition 2007 67
- Government Report (2006). "Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada". The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. At https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/out_of_the_shadows_at_last_-_full_o_o_.pdf 68
- Citizen's Council. National Institute for Health and Clinical Excellence. National Health Service, 31 March 2010. Web. 4 Dec 2010 69
- Davies, C. Barnett, E., Wetherell, M. & Seymour-Smith, S. (2005). "Opening the Box: Evaluating the Citizens Council of NICE". report prepared for the National Co-ordinating Centre for Research Methodology, NHS Research and Development Programme. National Co-ordinating Centre for Research Methodology. The Open University. March 2005 70
- Coelho, Vera S. P., Barbara P., & Mariana C. (2005). "Participation and Public Policies in Brazil," in Gastil and Levine (Ed) forthcoming In The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the 21st Century, 174–84. San Francisco, CA: Jossey-Bass 71
- מתוך דף הפייסבוק של המועצה: https://www.facebook.com/pg/NBHC.CSNB/about/?ref=page_internal 72
- New Brunswick. (2008). Transforming New Brunswick's Health-care System: The Provincial Health Plan 2008-2012. Fredericton, NB: Province of New Brunswick 73
- New Brunswick Health Council. (2011). Moving Towards a Planned and Citizen-centered Publicly-funded Provincial Health Care System: Recommendations to the New Brunswick Minister of Health 74
- ראו למשל הטענה שלפיה ארגוני חברה אזרחית מספקים חלק גדול יותר של שירותי בריאות הממומנים על ידי הממשלה, מאשר הסוכנויות הממשלתיות עצמן. *Journal of Voluntary Action Research*, 16 (1987): 11-21 75
- Brudney, J. L. "Coproduct and privatization: Exploring the relationship and its implications. *Journal of Voluntary Action Research*", 16 (1987): 11-21 76
- The World Bank, Rural population (% of total population), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS> 76
- ראוי להדגיש כי הארגונים השותפים לתהליכים אינם כוללים רק ארגונים בלתי ממשלתיים ללא כוונת רווח והם יכולים להיות מוסדות שבחלקם פועלים במסגרות הממשלתיות ולמשל ארגונים קהילתיים שהוקמו מכוח החלטת מחוקק, אך פועלים באופן עצמאי או דרך המגזר הפרטי (ולמשל, ארגוני סיוע שהוקמו על ידי המגזר הפרטי מתוך תפיסת אחריות תאגידית). World Health Organization, December 2001. Strategic alliances The role of civil society in health, Civil Society Initiative- External Relations and Governing Bodies 77
- ממפיס, טנסי - 1000 משתתפים, דאלאס, טקסס - 500 משתתפים, פילדלפיה, פנסילבניה - 350 משתתפים, שיקגו, אילינוי - 600 משתתפים, דה מוין, איוהו - 250 משתתפים. 78
- Heath, R. G.; Lewis, N.; Schneider, B.; and Majors, E. "Beyond Aggregation: 'The Wisdom of Crowds' Meets Dialogue in the Case Study of Shaping America's Youth", *Journal of Public Deliberation* 13 (2) (2017) Article 3 79
- Richartz, N. & Mccarron, D. (2007). "Shaping America's youth: Engaging communities in childhood obesity prevention efforts". Conference: 135st APHA Annual Meeting and Exposition 2007 80
- Rural Health Information Club, Community Organization Model. At <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/program-models/community-organization> 81

.Ibid 82

- Graham P. M. "Ordinary people only': Knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare". *Sociology of health & illness*. 30 (2008): 35-54 98
- Campbell, T., et al. (2016). "Promoting Inclusion, Equity and Deliberation in a National Dialogue on Mental Health". *Journal of Public Deliberation*, Vol.12(2)8 99
- Mitevaska, L., Stanculescu, M. S. and Stikova, E. (2016) "Performance of the public health care sector in the (Republic of Macedonia)", *South Eastern European Journal of Public Health (SEE)PH* 100
- Stojanovski, F. (2018, November 11). Activists in Macedonia win fight for clean water despite years of dismissal by former government. Retrieved from GlobalVoices: <https://globalvoices.org/2018/11/11/grassroots-activists-in-macedonia-win-fight-for-clean-water-despite-years-of-dismissal-by-former-populist-government/> 101
- EPA Website, Research Centers Health Effects Institute (2000-2005) Health Effects Institute, <https://cfpub.epa.gov/ncer/abstracts/index.cfm/fuseaction/outlinks.centers/center/101> 102
- About HEI, What is the Health Effects Institute? <https://www.healtheffects.org/about> 103
- About HEI, Conflict of Interest Policies. <https://www.healtheffects.org/about/conflict-of-interest-policies> 104
- Support to Civil Society Engagement in Policy Dialogue, Uganda Country Report (January 2013), published by the Ministry of Foreign Affairs of Denmark 105
- Parkes, M. W., Morrison, K. E., Bunch, M. J., Hallström, L. K., Neudoerffer, R. C., Venema, H. D., & Waltner-Toews, D. Towards integrated governance for water, health and social–ecological systems: The watershed governance prism. *Global Environmental Change*, 20(4) (2010): 693-704 106
- City of Burnaby, Greater Vancouver Regional District, & City of Vancouver. (2007). From Pipe Dreams to Healthy Streams: A Vision for the Still Creek Watershed. Integrated Stormwater Management Plan for the Still Creek Watershed. At <https://council.vancouver.ca/20061130/documents/pe3.pdf> 107
- .Citizens' Initiative on the Rights of Persons with Disabilities. Latinno. <https://latinno.net/en/case/14020/> 108
- .Nicaragua. My Right Empowers People with Disabilities. <http://myright.se/english/myright-in-the-world/nicaragua/> 109
- New Brunswick Health Council. (2011). "Moving Towards a Planned and Citizen-centered Publicly-funded Provincial Health Care System: Recommendations to the New Brunswick Minister of Health". Moncton, NB: New Brunswick Health Council. <https://myright.se/english/myright-in-the-world/nicaragua/> 110
- New Brunswick Health Council. (2010). "Our Health. Our Perspectives. Our Solutions: Results of Our First Engagement Initiative with New Brunswick Citizens". Moncton, NB: New Brunswick Health Council. https://nbhc.ca/sites/default/files/our_health_our_perspectives_our_solutions_-_results.pdf 111
- דוגמה מעניינת לחדשנות מסוג זה היא האתר www.Patient-innovation.com, המאפשר לחבר בין חולים למטפלים מסביב לעולם במטרה לשתף רעיונות ופתרונות יצירתיים שפיתחו בעצמם או כאלה שנוצרו בעקבות שיתופי פעולה אחרים וסייעו לשיפור מצבם הבריאותי. 112



פורום קהלת

פורום קהלת הוא מכון מחקר השוכן בירושלים ופועל לעיגון מעמד הקבע של ישראל במדינת הלאום של העם היהודי, לחיזוק הדמוקרטיה הישראלית, קידום חירות הפרט ועידוד יישום עקרונות השוק החופשי בישראל. הפורום איננו מפלגתי ונשען על מקורות עצמאיים פרטיים ללא מימון ישיר או עקיף ממדינת ישראל או מכל ישות מדינית אחרת. כל תוצרי הפורום מוגשים למקבלי ההחלטות ולציבור ללא תמורה.

פורום קהלת לכלכלה

פורום קהלת לכלכלה מקדם מדיניות תומכת צמיחה, תחרות וחירות, באמצעות מחקר כלכלי וחברתי והכנת וקידום הצעות מדיניות. פעילות הפורום ופרסומו מכוונים למקבלי ההחלטות ולקהל הרחב, ומטרתם לגבש תמונה מדויקת של המציאות הכלכלית והחברתית בישראל, לאתגר תפיסות מקובלות, ולקדם שגשוג כלכלי וחברתי.



פורום קהלת (ע"ר)

רח' עם ועולמו 8

ירושלים, 9546306

טל' 02-6312720

פקס' 077-318-2028

office@kohelet.org.il

www.kohelet.org.il

ISBN 978-965-7674-81-9



9

789657674819