

## ”מדוע לא מכירים בי?”

### מאבק הכוחות בין הרפואה הקונוונציונלית לרפואה המשלימה

סתיו מאור \*

#### תקציר

הרפואה המשלימה נמצאת בעשורים האחרונים בתנופה, ומספר הפניות אליה הולך וגובר. למרות זאת היא טרם הוכרה מבחינה חוקית. נוצר מצב שבו כל אחד יכול לעבור הכשרה קצרה, לקבל תעודה מקצועית, לפתוח קליניקה ולקבל מטופלים. אין מי שישגיח על איכות הטיפול, אין פיקוח על המטפלים, המקצוע פרוץ, ובריאות הציבור מופקרת. כבר שנים שיש נסיונות להסדיר את הרפואה המשלימה אך עד כה המאמצים לא נשאו פרי.

מאמר זו ינסה לעמוד על הסיבות שבגינן הרפואה המשלימה טרם הוסדרה על אף צורך השעה. הבחינה תיעשה בחלוקת הסיבות לשתי רמות: רמה גלויה ורמה נסתרת.

הרמה הגלויה מתארת סיבות שנדונו בפורמים שונים, ולכן היא גלויה יחסית לעיני המסתקרן. עם הסיבות הגלויות אפשר למנות כאלה שקשורות בהיעדר מחקרים ברפואה המשלימה, בקשיים ביורוקרטיים ועוד.

הרמה השנייה היא הרמה הנסתרת, במובן זה שהשיח על אודותיה מצד הרופאים הקונוונציונליים מצומצם מאוד, ומדובר בעיקר בקרב הרפואה המשלימה. נקודת המוצא של הטיעון הנסתר היא שהרפואה הקונוונציונלית, שמקובלת במערב כפרופסיה בלעדית בתחום הרפואה, מצויה במאבק קיומי עם הרפואה המשלימה שמאיימת על מעמדה. ניתוח האיום הוביל אותי למסקנה שלפרופסיה הרפואית יש מניע חזק למנוע את הסדרת הרפואה המשלימה בחוק כדי לסכל את ההתקדמות הפרופסיונלית של הרפואה המשלימה, ובכך להגן על מעמדה.

האמצעי העיקרי שנוקטת הרפואה הקונוונציונלית במאבק עם הרפואה המשלימה הוא ”ניכוס”. במסגרת זו הרפואה הקונוונציונלית מנכסת לעצמה את תחומי העיסוק של הרפואה המשלימה ובכך מגדילה את סמכותה ומעמדה וגם מונעת מהרפואה המשלימה להתקדם במדרג הפרופסיונלי. מנגד הסדרת הרפואה המשלימה בחוק יכולה דווקא להעצים את מעמד הפרופסיה הרפואית ולגרום ששני הצדדים יצאו מרווחים.

**מילות מפתח:** רפואה משלימה, רפואה קונוונציונלית, פרופסיה, פרופסיות, איום על הרפואה הקונוונציונלית, מאבק בין פרופסיות, עלייה במספר הפניות לרפואה משלימה, מאפיינים פרופסיונליים, מקצועות משלימים, רפואה טיבעית.

#### א. מבוא

מהפכת הטכנולוגיה בעידן החדש הובילה לצמצום המרחק בין בני אדם, לקרבה בין מדינות והפגישה את תרבות המזרח עם תרבות המערב. המפגש התרבותי כלל מפגש גם בין הרפואה המערבית למזרחית. הרפואה המערבית

\* מאור סתיו – בעלת תואר BA במשפטים, סטודנטית במשפטים בעת כתיבת העבודה. Maorstav22@gmail.com

המאמר מבוסס על עבודת סמינריון שנכתבה במסגרת הסמינר הקליני ”אתיקה של פרופסיות” בהנחייתה של ד”ר לימור זר גוטמן. ברצוני להביע את הערכתי הרבה לד”ר זר גוטמן שליוותה אותי בכתיבת המאמר במקצועיות ובסובלנות רבה ופתחה בפניי כיווני חשיבה מגוונים. עוד ראויים לתודה הם אמיר שנון, פרופ’ שמעון גליק, אופיר סלע, יאיר שמר וא.ק על שהציגו בפניי את עמדותיהם המקצועיות שתרמו לעבודת המחקר.  
העבודה זכתה בפרס לעבודת הסמינריון המצטיינת לשנת תשע”א בבית הספר למשפטים, המסלול האקדמי המכללה למינהל.

פגשה לראשונה תרבות ריפוי שונה ודרכי רפואה מגוונות שמקורן לרוב במזרח. רפואה זו כונתה במערב ”רפואה משלימה”.

הרפואה המשלימה התקבלה בעולם המערבי בזרועות פתוחות, וזרם הפניות אליה הולך וגובר. למרות זאת הרפואה המשלימה טרם הוכרה מבחינה חוקית. נוצר מצב שכל מטפל הישר בעיניו יעשה, ובריאות הציבור מופקרת בידי מטפלים שאינם מחויבים אפילו בהכשרה מינימלית מכוח חוק.

האנרכייה המוסרית והחוקית הולידה מקרים קשים, כמו למשל מקרהו של פלוני שסבל מאי־אונות וטופל בזריקות סיליקון לאיבר מינו ב”מכון־יונה”, מרכז רפואי לטיפול באי־אונות. הטיפול גרם נזק רב לפלוני, ונמצא שהמטפלים שטיפלו בו לא היו רופאים מוסמכים.<sup>1</sup> מקרה זה הוא רק דוגמה מצערת אחת מני רבות שממחישה את הפריצות ברפואה המשלימה ואת הצורך הדחוף בחוק שיסדיר את פעילותה.

מאמר זה יתמקד בסיבות שבגינן הרפואה המשלימה עד היום אינה מוסדרת, ועיקר העבודה תוקדש לחשיפת המניעים החבויים שמונעים את ההסדרה. כדי להבין את הסיבות שמונעות את ההסדרה יש להבין קודם לכן את אופי הרפואה המשלימה ואת חשיבות הסדרתה. לצורך כך הפרק הראשון במאמר יוקדש להבנת אופי הרפואה המשלימה לעומת הרפואה הקונוונציונלית. הפרק השני יוקדש לסיבות שגרמו לעליית הביקוש לרפואה המשלימה. הפרק השלישי יתאר את הדרכים המצומצמות המאפשרות לרפואה המשלימה לפעול במסגרת החוק דרך הוראות פקודת הרופאים. ברם הפעילות המוסדרת של הרפואה המשלימה דרך פקודת הרופאים אינה סותמת את הפרצה להסגת גבול המקצוע הרפואי והחשש לפגיעה בבריאות הציבור. הפרק הרביעי ידון בבעיות אלו בהרחבה. הפרק החמישי יתאר את הפעולות שנקטו כדי להסדיר את מעמד הרפואה המשלימה, אך לא נחלו הצלחה. לעומת המקצועות המשלימים המקצועות הפרה־רפואיים הוסדרו ממש לאחרונה. הפרק השישי יתאר את הליך הסדרתם וישמש נקודת בסיס להשוואה בפרקים הבאים.

הפרק השביעי במאמר יתמקד בסיבות שבגינן הרפואה המשלימה טרם הוסדרה על אף צורך השעה. הסיבות נחלקות לסיבות גלויות שנדונו בשטח בפרוטוקולים ודוחות כגון היעדר מחקרים ברפואה המשלימה, קשיים ביורוקרטיים, היעדר לחץ מהציבור ועוד שלל סיבות אפשריות. לאחר מכן אבקש להצביע על הסיבה הנסתרת לאי־הסדרתה של הרפואה המשלימה. טענתי העיקרית היא שהרפואה הקונוונציונלית מאוימת מפני הרפואה המשלימה, שעם הסדרתה יעלה מעמדה ויפגע במעמד הפרופסיה הרפואית. כדי לבסס את טענתי אפתח בבחינת השפעתה של הסדרת הרפואה המשלימה על תפקיד הפרופסיה. לאחר מכן אפרק את הפרופסיה למאפייניה השונים, אבחן את מצב הרפואה המשלימה ביחס לכל מאפייניו, ומתוך כך אעלה השערות בעניין הפגיעה בפרופסיה הרפואית.

כדי לחזק את טענתי בדבר קיום האיום אראה שגופים המזוהים עם הרפואה הקונוונציונלית מבצעים פעולות שמורידות את קרנה של הרפואה המשלימה. לשם השלמת התמונה אבקש להצביע גם על היתרונות שבהסדרת הרפואה המשלימה לפרופסיה הרפואית, וכיצד ההסדרה דווקא עשויה לשפר את מעמדה.

## ב. הרפואה המשלימה והרפואה הקונוונציונלית

בישראל קיימות שלוש קבוצות של מקצועות שמטרתם לטפל בבעיות בגוף האדם ולרפאן.<sup>2</sup> הקבוצה הראשונה היא **מקצועות שמורשים על פי חוק** ומכונים בישראל ”רפואה קונוונציונלית”, כגון רופאים כלליים, רופאי שיניים, רוקחים, פסיכולוגים, מהפנטים, מיילדות, אחיות ועוד. הקבוצה השנייה היא קבוצת **המקצועות הפרה־רפואיים** שעד לא מזמן היו מוסדרים רק באופן מנהלי על ידי ”תעודת הכרה במעמד”. אולם בשנת 2008 נחקק חוק הסדרת

1 ע”א 8526/96 מדינת ישראל נ’ פלוני (פורסם בנבו, 23.6.2005).

2 החלוקה לשלוש רמות הוצגה במצגת בוועדת זיידס להסדרת הרפואה המשלימה במשרד הבריאות על ידי ד”ר אמיר שנון בתאריך: 15.2.2005. [www.altmedor.com/44554](http://www.altmedor.com/44554) (כניסה אחרונה: 12.8.2011).

העיסוק במקצועות הבריאות,<sup>3</sup> שנועד להסדיר חלק מהמקצועות הפרה-רפואיים. המקצועות שהוסדרו הם קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, כירורגים, פודיאטריים, מרפאים ביצירה ובהבעה, עובדי מעבדות, טכנולוגים רפואיים, טכנאי רנטגן, אורתוטיסטיים-פרותוטיסטיים, קרימנולוגים קליניים, מפעילי מכונות לב-ריאה, דיאטנים וגנטיקאים קליניים. קבוצת המקצועות השלישית היא **מקצועות שאינם מוסדרים בחוק או ברישוי כלשהו מטעם המדינה ומכונים "רפואה משלימה"**. עם קבוצה זו נמנות מעל 100 שיטות טיפול שונות הנמצאות בשלבי התפתחות שונים והמבקשות לקבל הכרה מטעם המדינה. עם המקצועות שנמנים בקבוצה זו אפשר למצוא את רפואת הצמחים, הרפואה הסינית וההודית, רפואה מערבית כגון הומאופתיה, נטורופתיה, רפואת הגוף והנפש שבה נכללים מקצועות ההיפנוזה, דמיון מודרך, מדיטציה, הילינג ועוד.<sup>4</sup>

אפשר להבחין שבראש המדרג עומדים המקצועות הקונוונציונליים שקיבלו הכרה בחוק, ובתחתית נמצאים המקצועות המשלימים שאינם מוכרים על ידי החוק. באמצע ממוקמים המקצועות הפרה-רפואיים שהמדינה רק לאחרונה החלה להכיר בהם. המדרג שנוצר מעלה את השאלה מה מבדיל בין הרפואה המשלימה לרפואה הקונוונציונלית שגרים לפער במצב החקיקתי ביניהם.

ההבדל הראשון הוא יחס הממסד: לרפואה הקונוונציונלית יש מונופול על שירותי הבריאות. המדינה למעשה האצילה את הסמכויות בענייני רפואה לפרופסיית הרפואה הקונוונציונלית, ואת הרופא הקונוונציונלי הפכה ל"שליח" המפקח על בריאות הציבור. למשל, רק רופאים מורשים רשאים לתת אישורים רפואיים לצד ג (מעסיק, בית משפט, ביטוחים).<sup>5</sup> כמו כן רק ברפואה הקונוונציונלית מושקעים סכומי עתק לצורך הטיפול הרפואי, ההוראה, הפיתוח והמחקר. אמצעים אלו מאפשרים לרפואה הקונוונציונלית להתפתח ולהתחדש בקצב מהיר. נוסף על כך, הרפואה הקונוונציונלית מאורגנת מבחינת ביטוח רפואי וזמינה בבתי החולים ובמרפאות ברחבי הארץ, ולכן הגישה אליה נוחה. בשונה מכך, הרפואה המשלימה כשמה כן היא – רפואה חלופית או משנית, וכך גם הממסד מתייחס אליה. המדינה איננה משקיעה בה סכומים גדולים לצורך מחקר ופיתוח, דבר המסביר את קצב התפתחותה האטי, ולרוב היא פועלת במסגרות פרטיות.<sup>6</sup>

הבדל שני הוא הכשרה ופיקוח: ברפואה הקונוונציונלית מוגדרים נהלים ברורים לקריטריונים הנדרשים לעיסוק ברפואה. כמו כן קיימים גופים המפקחים על מתן רישיונות וקובעים כללי אתיקה ומשמעת המחייבים את כל העוסקים במקצוע. מנגד תחום זה פרוץ במקצועות הרפואה המשלימה: אין דרכי הכשרה ברורים, החומר הנלמד אינו אחיד, ואין גוף שמפקח על המרפאים והכשרתם. בעקבות זאת פועלים בשטח מרפאים שונים חסרי ידע והכשרה מספקת.<sup>7</sup>

ההבדל השלישי הוא מידת ההתבססות על המדע: הרפואה הקונוונציונלית מבוססת על ראיות מוצקות הנובעות מהיקשים מדעיים אובייקטיביים שנעשו בניסויים ובתצפיות רבות על גוף האדם. לעומת זאת הבסיס המדעי של הרפואה המשלימה הוא דל מאוד. היא מבוססת בעיקר על תצפיות אמפיריות שנאספו לפני אלפי שנים ושעל בסיסן גובשו תאוריות ואידאולוגיות ריפוי שונות. לכן אי אפשר לעמוד על יעילות הטיפול, והגישה לחידוש ופיתוח התחום נחסמת.<sup>8</sup> עם זאת ראוי לציין שבשנים האחרונות חלה עלייה במחקר המדעי לבחינת יעילות הרפואה המשלימה. אם בשנות השבעים פורסמו 113 מאמרים בממוצע לשנה, בעשור האחרון פורסמו כ-969 מאמרים בממוצע לשנה.<sup>9</sup>

ההבדל הרביעי הוא ההתייחסות לגוף האדם: הרפואה המשלימה מתייחסת לגוף כאל יחידה אחת שלמה. לעומת זאת הרפואה הקונוונציונלית מתייחסת לגוף כקבוצה המחולקת ליחידות משנה, וכל יחידה נזקקת לטיפול שונה,

3 חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס"ח-2008, ס"ח 2172 (להלן – חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות).

4 ערן בן-אריה, דורית גמוס, משה פרנקל, דורון חרמוני "מחקר ברפואה משלימה בישראל בין השנים 1994-2004" **הרפואה** 145 ו' 441, 444 (2006).

5 מתי רונן "רפואה חלופית כאלטרנטיבה פונקציונלית לרפואה מערבית" **מגמות** (2) 252, 253-254 (1991).

6 דפנה גלאובר "המעמד החוקי של הרפואה המשלימה בארץ" **רפואה ומשפט** 58, 61 (2001).

7 רונן, לעיל הערה 5, בעמ' 253-254.

8 "דין וחשבון הוועדה לבדיקת נושא הרפואה המשלימה בישראל" (חוות דעת של משרד הבריאות, ספטמבר 1991) [www.medethics.org.il/articles/conference2/R9981353.asp](http://www.medethics.org.il/articles/conference2/R9981353.asp) (כניסה אחרונה: 12.8.2011) (להלן – דוח אלון).

9 יעל קשת "מחקר רפואי למדיניות בריאות: הרפואה החלופית והמשלימה" **הרפואה** 145 ו' 446, 447 (2006).

עצמאי ובלתי תלוי ביחידות האחרות בגוף. לכן גם שיטות הריפוי הן שונות. הרפואה הקונוונציונלית שמה לה למטרה לרפא את הגוף ממחלה באמצעות הבחנות וטיפולים רפואיים חיצוניים. מנגד הרפואה המשלימה מטרתה לרפא את המחלה בדרכים טבעיות שמקורן בגוף עצמו, ללא אמצעים חיצוניים.<sup>10</sup>

## ג. מדוע עלה הביקוש לרפואה המשלימה?

היה מצופה שחוסר היכולת להעריך את יעילות הרפואה המשלימה באמצעים מדעיים בעידן המודרני, אי-ההכרה מטעם המדינה והיעדר הכשרה ופיקוח על מטפלים יובילו לירידת קרנה של הרפואה המשלימה, ולא היא.<sup>11</sup> מחקרים מראים כי מספר הפונים לרפואה המשלימה בעולם, ובישראל בפרט, עלה. נמצא שהרפואה המשלימה נעשית מרכיב דומיננטי בחיי האדם המערבי.<sup>12</sup> כמו כן נמצא כי השימוש ברפואה משלימה מאפיין את כל שכבות האוכלוסייה ללא קשר למעמד הכלכלי.<sup>13</sup> אפשר לציין כמה גורמים אפשריים שגרמו לעלייה בביקוש לרפואה המשלימה. בפרק זה אחלק את הגורמים לכמה קבוצות לשם הבנת התהליך.

### חולשות הרפואה הקונוונציונלית

הגורם הראשון הוא אבדן הקשר האישי בין הרופא למטופל: בעבר הרופאים בכפרים היו מעין בני משפחה. עם השנים הלך העומס על המערכת הרפואית וגדל וכך גם משך ההמתנה לפגישה עם הרופא. כמו כן ההתקדמות הטכנולוגית הביאה עמה טיפולים באמצעות מכשירים מורכבים ומרתיעים.<sup>14</sup> גורמים אלו הפחיתו את הגישה למערכת הבריאות, הפכו את היחסים בין הרופא לחולה למנוכרים והשפיעו על יכולת הרופא להעניק יחס אישי ואיכותי לכל מטופל. תהליך ההתרחקות בין הרופא למטופל השפיע גם על האמון שנותן המטופל ברופא, ובכך החריפו היחסים ביניהם. נתונים אלו מוצאים ביטוי בממצאי סקרים שמהם עולה ש-77% מהציבור בישראל חושב שמערכת הבריאות צריכה לגלות יותר חמלה ואכפתיות.<sup>15</sup> אכזבת המטופלים מהיעדר היחס האישי מסבירה את העלייה בשיעור הפנייה לרפואה משלימה. זו מייחסת חשיבות להקשבה, לסיפוק צורכי המטופל וגילוי יחס אישי כלפיו. בפנייה לטיפולים המשלימים מצאו המטופלים אוזן קשבת, שהייתה חסרה להם ברפואה הקונוונציונלית.

הגורם השני הוא אכזבת הציבור: עם הצלחת הרפואה הקונוונציונלית בעידן המודרני נוצרה ציפייה שהיא תביא מזור לכל מחלה. אולם עם השנים התגלו מחלות שטרם נמצא להם מרפא. אכזבת הציבור מחוסר יכולת הרפואה לרפא כל חולי וההבנה שהרופא אינו כול-יכול גרמו לציבור לחפש אחר דרכי ריפוי חלופיות.<sup>16</sup>

גורם שלישי הוא ריבוי התמחויות וביורוקרטיה: הרפואה הקונוונציונלית מרובה בהתמחויות וביורוקרטיה, דבר שלעתים מבלבל את האדם הפשוט ומעיק עליו. לעומת זאת הרפואה המשלימה מתייחסת לכל בעיות החולה ואינה מפנה את המטופל לגופים אחרים. בזכות זה החולה מרגיש שמצא מענה לבעייתו במקום אחד מבלי שיצטרך להתרוצץ בין מרפאות.<sup>17</sup>

המסקנה העולה מן האמור לעיל היא שהרפואה המשלימה ידעה לתעל את עצמה על פי החולשות של הרפואה הקונוונציונלית. דהיינו, בתחומים שבהם הרפואה הקונוונציונלית מתקשה, הרפואה המשלימה סיפקה מענה.

10 יונתן דייזיס "אחריות מקצועית של מטפלים ברפואה המשלימה" **רפואה ומשפט** 117, 118 (2001).

11 שם, בעמ' 252.

12 מוטי לוי "צמיחה משלימה מרשימה" **איתנים** יוני 22, 22-23 (2001).

13 רונן, לעיל הערה 5, בעמ' 264.

14 אורנה כהן "להחזיר את הרופא לחולה" **זמן רפואה** אוגוסט-ספטמבר 7 (2009); למידע מורחב בנוגע לזמן ההמתנה אצל רופא ראה המחקר "בקרה ופיקוח על משך ההמתנה לפגישה עם רופא מקצועי בקופות-החולים", שנערך על ידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת בתאריך 25.6.2006. [www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01849.pdf](http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01849.pdf) (כניסה אחרונה: 12.8.2011).

15 מנחם פרידמן "ארץ מצוקה" **זמן רפואה** ינואר-פברואר 6, 8 (2011).

16 צפריר בר אילן "רפואה משלימה לאור המשפט" **רפואה ומשפט** 39, 50-51 (2008).

17 בר אילן, שם.

## גורמים חברתיים

הגורם הראשון הוא העלייה בתודעה לאוטונומיה חופשית: בשנים האחרונות חדרה לתודעת הציבור ההבנה שלחולה הזכות לבחור את הטיפול שהוא חפץ בו על פי טעמו וצרכיו.<sup>18</sup> סביר להניח שתופעה זו התרחשה עקב מהפכת זכויות היסוד.<sup>19</sup> המודעות לזכות הבחירה במסגרת חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו<sup>20</sup> גרמה לחולים להבין שהרפואה הקונוונציונלית היא לא האפשרות היחידה העומדת בפניהם, ושיש באפשרותם לפנות לטיפול חלופי אם ירצו. בנוסף, נגישותו של המידע הרב עקב מהפכת האינטרנט חיזקה את חופש הבחירה של החולה לבחור בטיפול הרצוי לו.

הגורם השני הוא עליית המודעות למוצרים אורגניים: בשנים האחרונות גדלה המודעות החברתית למוצרים "טבעיים" ו"אורגניים", והחל שימוש בהם במקום שימושי יותר בתרופות לא טבעיות. השינוי בתודעה הביא לגידול מספר הפניות לרפואה המשלימה, שכאמור פותרת בעיות בדרכים טבעיות.<sup>21</sup>

## גורמים הנוצצים בהתנהגות הטבע האנושי

גורם ראשון הוא מצוקת האדם החולה: כאשר הוא נקלע למבוי סתום כגון מחלה קשה שאין לה מרפא טבע האדם הוא לפנות לכל עזרה שיכולה לרפא את מחלתו, גם אם מדובר בטיפול שתוצאותיו אינן מציאותיות לחלוטין, ולו כדי שירגיש שכל אפשרויות הטיפול מוצו.<sup>22</sup>

גורם שני קשור בתרבות: חלק רחב מהאוכלוסייה בישראל הם מהגרים שהגיעו עם מטענים דתיים, תרבותיים ורוחניים מגוונים. מטענים אלו כוללים גם אלמנטים מקובלים במצב של חולי ובריאות שהיו מקובלים בארץ מוצאם. מטבע הדברים אוכלוסייה זו רואה בטיפולים המשלימים לגיטימית לא פחות, ואף יותר, מהרפואה הקונוונציונלית.<sup>23</sup>

## ד. כיצד הרפואה המשלימה פועלת בישראל?

למרות השינויים הרבים שגרמו לעלייה בביקוש לטיפול הרפואה המשלימה מעמדה המשפטי לא הוסדר מעולם בחוק. פרק זה ידון במערך המשפטי שדרכו פועלת הרפואה המשלימה בישראל בהיעדר חוק שמסדיר את מעמדה המשפטי.

זכות המטפלים לעסוק ברפואה משלימה הוא דרך חוק יסוד: חופש העיסוק, שלפיו "לכל אזרח או תושב המדינה יש זכות לעסוק בכל עיסוק, מקצוע או משלח יד".<sup>24</sup> נוסף על כך, חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו מאפשר לכל אדם אוטונומיית בחירה חופשית לבחור את הטיפול הרצוי לו, אם טיפול קונבנציונלי ואם טיפול משלים.<sup>25</sup> עם זאת

18 דוח אלון, לעיל הערה 8, בעמ' 5.

19 להרחבה בנושא המהפכה החוקתית ראו: הלל סומר "הזכויות הבלתי מנויות על היקפה של המהפכה החוקתית" **משפטים** כח 257 (1997); ראו גם אהרון ברק "המהפכה החוקתית: זכויות אדם מוגנות" **משפט וממשל** א 9 (1992).

20 חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו (להלן – חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו).

21 דוח אלון, לעיל הערה 8, בעמ' 5.

22 משאלונים שחילקתי בקרב 20 מטופלים בטיפולים משלימים עולה כי 20% פנו לטיפול דיקור סיני לאחר שמיצו את כל שאר הטיפולים. (להלן – שאלונים).

23 רונן, לעיל הערה 5, בעמ' 263-264.

24 סעיף 3 לחוק יסוד: חופש העיסוק (להלן – חוק יסוד: חופש העיסוק); ראו גם את הפרשנות שניתנה לו בבג"ץ 1715/97 **לשכת מנהלי ההשקעות בישראל נ' שר העוצר**, פ"ד נא(4) 367, 383 ואילך (1997); לסקירה מקיפה על חוק יסוד: חופש העיסוק ראה: מנחם גולדברג "חופש העיסוק: מזכות יסוד לחוק יסוד" **הפרקליט** מא(ג) 291 (1994).

25 השווה לבג"ץ 5016/96 **חורב נ' שר התחבורה**, פ"ד נא(4) 1 (1997). בפרשה זו חופש התנועה נדון במסגרת הזכות לאוטונומיה חופשית בקשר לסגירת כביש ראשי ביום שבת כדי לא לפגוע ברגשות הדתיים.

אפשר לפגוע בזכות יסוד באמצעות חוק.<sup>26</sup> פקודת הרופאים<sup>27</sup> מגבילה את חופש העיסוק באופן שבו היא מייחדת את העיסוק ברפואה לרופאים מורשים בלבד. למשל, סעיף 3(א) לפקודה קובע שרק רופאים מורשים יעסקו ברפואה. על מי שאינו רופא מורשה חל איסור לעסוק ברפואה או להתחזות למי שעוסק ברפואה או לעסוק בה.<sup>28</sup> אף על פי כן סעיף 3(ב) לפקודה מונה שלושה חריגים לייחוד העיסוק ברפואה. הסעיף שדרכו מתאפשר לרפואה המשלימה לפעול הוא סעיף קטן 3 לפקודה: "כל אדם – ממתן עצה או טיפול, באקראי ובלי שכר או גמול, או מעבודה תחת פיקוחו האישי הישיר של רופא מורשה". אפשר לחלק את הסעיף לשני חלקים: הראשון, "ממתן עצה או טיפול, באקראי ובלי שכר או גמול", קרי לא מספיק שהטיפול או העצה יינתנו בלי שכר או גמול, הוא צריך אף להינתן באופן אקראי. אם התנאים הללו אינם מתקיימים, הרי שאם נתן אותם מי שאינו רופא מורשה הוא עובר על סעיף 3(א) לפקודה. החלק השני, "תחת פיקוחו האישי הישיר של רופא מורשה": בעניין זה קבע בית המשפט בע"פ 762/78 ש"אין מניעה שכל אדם יטפל בחולים, כל עוד מתבצעת העבודה תחת פיקוחו הישיר של רופא מורשה". מסקנה זו משלימה את סעיף 7 לפקודה, שמתירה לרופא מורשה להעסיק את מי שאינו רופא בקשר לעיסוקו המקצועי. בעניין זה נקבע שמידת הפיקוח תלויה בנסיבות. ככל שהאדם שבפיקוח ידוע כמומחה במקצועו, מידת הפיקוח פוחתת, ודי אם הוא מתבטא בהפניה תוך מסירת האבחון והוראות הטיפול.<sup>29</sup>

פרשנות בית המשפט בפרשת שלחין היא בסיס חשוב לפעולת מערך הרפואה המשלימה. דרך הסעיף ופרשנות בית המשפט הרופאים המורשים יכולים להפנות את המטופלים לרופא משלים המוכר לרופא במומחיותו תוך מסירת הפניה והוראות המשך טיפול. כל זאת ללא פיקוח ישיר של הרופא. הפיקוח האישי מתבטא למעשה בהשאת שיקול הדעת הרפואי אצל הרופא המורשה.<sup>30</sup>

פתח נוסף לפעילות מערך הרפואה המשלימה בישראל הוא דרך הגדרת העיסוק ברפואה בסעיף 1 לפקודה: "בדיקת חולים ופצועים, אבחונם, ריפויים, מתן מרשם להם, פיקוח על נשים בזיקה להריון וללידה, או שירותים אחרים הניתנים בדרך כלל מידי רופא לרבות ריפוי באוקופנקטורה". מכך משתמע שעיסוק שאיננו נמנה עם אחד מהעיסוקים הללו אינו נחשב עיסוק ברפואה, וניתן לביצוע גם על ידי מי שאינו רופא מורשה.<sup>31</sup> ברם בית המשפט סייג בפרשת שלחין הגדרה זו וקבע שהגדרת עיסוק ברפואה תעמוד על ההבחנה בין "מחלה" או "פציעה" לבין "מצב (או "פגם"). כלומר, עיסוק ברפואה הוא עיסוק שחל כאשר המטפל מנסה לרפא את המטופל מ**מחלה** או **פציעה**. ואילו, כאשר הטיפול נועד לשפר את **מצבו** של המטופל אין מדובר בעיסוק ברפואה. מכאן שלא טיב השיטה נבחן אלא מצבו של המטופל. דרך פרשנות זו ניתן ללמוד שהפתח המשפטי לפעילות הרפואה המשלימה הוא היותו של המטופל שרוי במצב של "פגם" או "מצב".<sup>32</sup>

## ה. הקשיים שנוצרו מאי-הסדרת הרפואה המשלימה בחוק

בפרק הקודם ראינו כיצד החקיקה ופרשנות בית המשפט יצרו דרכים מצומצמות שדרכן הרפואה המשלימה יכלה לפעול באופן חוקי, אך חלקי. עם זאת מעמדה החוקי של הרפואה המשלימה בישראל עדיין רחוק מלהשביע רצון. בית המשפט הגדיר את המצב שבו אין חוק ספציפי ומפורש שמסדיר את מעמד הרפואה המשלימה כ"אנרכיה מוסרית וחוקית טוטאלית, בבחינת 'איש הישר בעיניו יעשה'. כל אדם יכול להכריז על עצמו כמרפא, וכל דבר שחושב שהוא נכון לעשותו עושה, ומערכת הערכים עליה נסמך היא זו המקובלת עליו ללא שום שיתוף של ערכי הציבור, על ידי חקיקה מסודרת".<sup>33</sup> במצב השורר היום אין מניעה שכל אדם יחליט שהוא מרפא, יפרסם עצמו

26 בתנאי שהחוק "הולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה, ובמידה שאינה עולה על הנדרש, או לפי חוק כאמור מכוח הסמכה מפורשת בו" (סעיף 4 לחוק יסוד: חופש העיסוק וסעיף 8 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו).

27 פקודת הרופאים [נוסח חדש], תשל"ז-1976, ס"ח 78 (להלן – הפקודה).

28 פירוט נרחב על הסעיפים בפקודה שמטרתם לשמור על ייחוד המקצוע ראו בפרק ה והערות השוליים הנלוות לו, להלן.

29 ע"פ 726/78 שלחין נ' מדינת ישראל, פ"ד לד (2) 701 פסקה 3 (1979) (להלן – פרשת שלחין).

30 גלאובר, לעיל הערה 6, בעמ' 92.

31 שם, בעמ' 88.

32 שלחין, לעיל הערה 29.

33 ת"א (ת"א) 16966/03 ז.מ.נ' א.ר., פ"מ תשס"ד(3) 9, 4 (2004).

ברבים ויקבל אליו אנשים לטיפולים שונים באין מפריע, מבלי שחלה עליו מסגרת המגבילה את מעשיו. מכאן נוצרים שני כשלים עיקריים ששלובים זה בזה: הסגת גבול המקצוע ופגיעה בבריאות הציבור.

כאשר המטפלים עוסקים ברפואה המשלימה תחת אחת המטריות המשפטיות שהוצגו בפרק הקודם, וכל עוד הם אינם עוברים על הפקודה, הם אינם פורצים את גבולות מקצוע הרפואה, שכן עיסוקם נעשה דרך המתווה שהפקודה התוותה. עם זאת כאשר המטפל פועל באופן חופשי תוך כדי עיסוק ברפואה או בהיעדר פיקוח מטעם רופא מורשה, הוא עובר על הוראות ייחוד המקצוע בפקודה.

בפקודה זו המחוקק ביקש להגביל חד-משמעית את העיסוק ברפואה באופן שבו רק רופא מורשה יוכל לעסוק ברפואה ולא שום גוף אחר. מטרת ייחוד המקצוע היא בראש ובראשונה להגן על שלומו ובריאותו של הציבור. למשל, סעיף 3(א) לפקודה מייחד את תחום העיסוק ברפואה לרופאים מורשים בלבד: "מי שאינו רופא מורשה לא יעסוק ברפואה ולא יתחזה, במפורש או מכללא, כעוסק ברפואה או כמוכן לעסוק בה". סעיפים 1 ו-2 לפקודה קובעים שהרופא המורשה הוא מי שיש לו רישיון, היתר זמני, היתר מוגבל או רישיון מיוחד.<sup>34</sup> יתרה מכך, הפקודה מחמירה עם אלו המנסים להסיג את גבולות המקצוע, וקובעת בסעיף 5 לפקודה כי "לא ישתמש אדם בכינוי 'רופא', 'עוסק ברפואה', 'מנתח' או בכינוי דומה, במילים או באותיות, המרמזו שיש לו כשירות לרפואה, אלא אם הוא רופא מורשה". זאת ועוד, סעיף 6 לפקודה אוסר על אדם להעסיק את מי שאינו רופא מורשה בפעולות שהן עיסוק ברפואה, אלא אם על פי סעיף 7 לפקודה הוא עובד בפיקוחו של רופא. כמו כן קובע סעיף 8 לפקודה שאם אדם הסיג את גבול המקצוע ונתן שירות אישי או עבודה שלפי הפקודה מוסמך לעשותם רק רופא מורשה, לא יוכל לבקש מבית המשפט את שכו עבור עבודתו.

ייחוד העיסוק ברפואה אינו הוראה טכנית כלל וכלל. הוא נועד בראש ובראשונה להגן על שלומו ובריאותו של הציבור. ההנחה היא שרק אדם בעל הכישורים והמיומנויות הנדרשים ואשר קיבל רישיון מטעם משרד הבריאות יגשים מטרה זו באופן הבטוח ביותר.<sup>35</sup> מכך עולה שכאשר מטפלים משלימים עוברים על הוראות הפקודה ועוסקים ברפואה מבלי שיש להם רישיון לכך, מטרת המחוקק להגן על בריאות הציבור באמצעות הוראות ייחוד המקצוע מושמת לאל.

אולם חרף ההגבלות שבהוראות ייחוד העיסוק ברפואה הסיכון לפגיעה בבריאות הציבור על ידי מטפלים משלימים עודנו קיים: ההוראות לייחוד העיסוק מתמודדות רק עם מצב שבו המטפל המשלים מבצע טיפול שבו יש אלמנטים של עיסוק ברפואה. דהיינו, ההוראות נוגעות רק לחלק מסוים של טיפולים ואינן מתייחסות להיקף פוטנציאל הפגיעה הרחב מטיפולים אחרים. כמו כן ההוראות מתמודדות עם תופעה שכבר קיימת ואינן מנסות למנוע את היווצרותה מלכתחילה.

במצב השורר היום שבו אין חוק שמתמודד עם הרפואה המשלימה באופן ספציפי, והממסד אינו מכיר במעמד משפטי כלשהו למקצועות הרפואה המשלימה, נוצר פוטנציאל עצום לפגיעה בבריאות הציבור: הפגיעה נוצרת מאחר שאין לממסד כל חובה חוקית לפקח על ההכשרה המקצועית של המרפאים ועל שיטות עבודתם. יתרה מכך, אין כל חובה חוקית על המטפל לקבל הכשרה מקצועית או לעבור בחינות מטעם משרד הבריאות. למעשה, די אם למטפל יש ידע מינימלי או חלקי בתחומו כדי שיציע את שירותיו ברבים. במצב זה אין ביטחון שהמטופלים אכן מקבלים טיפול הולם. יוצא שמי שפונה לרפואה המשלימה עלול להינזק בשל מעשה או מחדל, מכמה גורמים אפשריים: מחמת אבחון לא נכון של המחלה עקב אי-שימוש באמצעי אבחנה קונוונציונלי, בשל הפסקת הטיפול הקונוונציונלי שהיה עשוי להועיל, או גרימת נזק בשל טיפול לא יעיל או נכון.<sup>36</sup>

המקרה שאירע בת"א 7669/01<sup>37</sup> ממחיש את התוצאות שיכולות להיווצר מטיפול לא נכון. במקרה זה יועץ טבעוני והומאופת שלא היה רופא טיפל בנער שסבל ממחלה קשה באופן שיש בו כדי לסכן את חייו של אותו נער. המצב

34 דרישה זו קיימת גם בחוק הרופאים הוטרינרים, תשנ"א-1991, ס"ח 1432; רופאי שיניים [נוסח חדש], תשל"ט-1979, ס"ח 32, ובפקודת הרוקחים [נוסח חדש], תשמ"א-1981, ס"ח 14.

35 ת"א (מחוזי י-ם) 923/94 **כאיד מוחמד מרואני נ' בית חולים "מקאסד"** (פורסם בנבו, 22.2.1998), פסקה ה.

36 פסקה זו מבוססת על "דוח שנתי 46" של מבקר המדינה לשנת 1995 ולחשבונות כספים של שנת 1994.

37 ת"א (חי') 7669/01 **מדינת ישראל נ' רווס**, רפואה ומשפט 28 194 (2002).

הופך לחמור עוד יותר כאשר המטפלים מנצלים את מצוקתם של האנשים שחלו במחלה קשה ומציעים להם טיפולים מופרכים תוך ניצול מצוקתם. דוגמה הממחישה את ניצול החולים התמימים אפשר למצוא בת”א 16966/01.<sup>38</sup> במקרה זה מרפא על-טבעי הבטיח לאישה שירפא אותה ממחלת ניוון שרירים שממנה סבלה בשיטת ”רוני אליהו” שהוכחה במאות מטופלים בתמורה ל-88 אלף ש”ח. המטפל אף הבטיח שאם הטיפול לא יצליח ישיב לה את כספה. הלקוחה, שהייתה חולה במחלה קשה, הסכימה לשלם את הסכום, אך הטיפול לא צלח, והתובעת ביקשה מהמרפא שישב את כספה. המסקנה היא שבהיעדר חוק נוצרה פרצה שמאפשרת פעילות הרסנית של רמאויות, הטעויות ושרלטנות מצד מטפלים שמסכנת את בריאות הציבור התמים. הרפואה המשלימה אינה מוצר בשוק שצריך לפקח עליו; מדובר בבריאות הציבור. לפיכך האינטרס לחוקק חוק שמסדיר את המקצוע הוא הכרחי.

## ו. האמצעים שנקטו כדי להסדיר את מעמד הרפואה המשלימה

בשל הקשיים שנוצרו עקב אי-הסדרת הרפואה המשלימה בחוק נתמנתה בשנת 1991 ועדה בראשותו של פרופ' מנחם אלון, המשנה לנשיא בית משפט העליון, לבדיקת נושא הרפואה המשלימה בישראל. הוועדה נתבקשה להמליץ אם אפשר לתת הכרה לטיפול בשיטות הרפואה המשלימה, ומי יהיה מורשה לעסוק בהן. הוועדה פרסמה ממצאיה בדוח – דוח אלון – ומן הממצאים עלה שהמצב רחוק מלהשביע רצון. נמצא שאין מעמד משפטי לרוב המרפאים העוסקים ברפואה המשלימה, ושרובם פועלים בניגוד לחוק. הוועדה המליצה להסדיר את הרפואה המשלימה באמצעות גיבוש כללים שישמרו על בריאות הציבור מפני נזק אפשרי וימנעו את פריצות המקצוע לשרלטנים.<sup>39</sup>

בשנת 1995, כארבע שנים אחרי יציאת דוח אלון, הוציא מבקר המדינה דוח ביקורת שממנו עלה כי המלצות ועדת אלון לא נדונו בשום פורום. מבקר המדינה הפציר בשנית ואמר כי ”מן הראוי שהמשרד ידון בנושא הרפואה המשלימה, יבחן אותו על כל מורכבותו, ויגבש כללים והסדרים חוקיים שיסדירו את כל היבטיו”.<sup>40</sup> למרות הדרישה בדוח מבקר המדינה לגבש הסדר חקיקתי לא נעשו צעדים ניכרים לכיוון הצעת חוק.

בשנת 2002 עלתה הצעת חוק להסדיר את מקצוע האקופונקטורה (דיקור סיני).<sup>41</sup> מטרת ההסדרה, כפי שנציגי הרפואה המשלימה התעקשו עליה, הייתה להסדיר את המקצוע כתחום עצמאי ולא כמשני לרפואה הקונוונציונלית משום שמדובר במקצוע בעל ראייה שונה של בריאות האדם.<sup>42</sup> בדיוני הצעת החוק הודגשה הגנת המטופלים מפני אנשים שמתיימרים להיות מומחים והשוואת מעמד הרופאים המשלימים למעמד הרופאים הקונוונציונליים מבחינת כבוד ומוניטין.<sup>43</sup> הצעת החוק עברה קריאה ראשונה, אך בדיונים הגיעו למסקנה כי יש לחוקק חוק אשר יסדיר את כל המקצועות יחדיו ולא רק את העיסוק באקופונקטורה. לפיכך ההליכים נעצרו.<sup>44</sup>

במסגרת הניסיון לחוקק חוק שיסדיר את כל תחומי הרפואה המשלימה התכנסה ועדה לקידום דרכי הרגולציה של הרפואה המשלימה ברשות ד”ר יצחק זיידס. תפקיד הוועדה היה ”לבחון את ההיבטים השונים של קידום ההכרה

38 ת”א (ת”א) 16966/01 זרדב נ’ אליהו, רפואה ומשפט 30 163 (2002).

39 למשל, הומלץ שכל מרפא שאינו רופא והוא בעל תואר דוקטור שאינו קשור לרפואה הקונוונציונלית לא יורשה להשתמש בתואר דוקטור אלא אם יציין את סוג התואר במפורש. כדי להגן על הציבור הומלץ שמטפל שגרם נזק לבריאותו של אדם יענש בעברת ”שרלטנות הגורמת נזק לבריאות”. וכן כדי למנוע את הטעיית הציבור דרך פרסום הומלץ להחיל את ההסדרים הקיימים ברפואה הקונוונציונלית גם ברפואה המשלימה.

40 דוח מבקר המדינה, לעיל ה”ש 36, עמ’ 238.

41 הצעת חוק העיסוק באקופונקטורה, התשס”ב-2002, ה”ח 5974. הצעת החוק כוללת קביעת תנאי רישוי למטפלים באקופונקטורה. כמו כן היא כוללת הוראות לייחוד העיסוק והתואר השכלה, הכשרה והוראות מעבר. מדברי ההסבר להצעת החוק עלה שההצעה גובשה בין היתר כדי לבטל את ההפליה שנוצרה מכך שסעיף 3 לפקודת הרופאים הכליל את הקביעה כי עיסוק באקופונקטורה הוא ”עיסוק ברפואה”, וגם כדי לקדם הסדר מתקדם ברוח דוח אלון.

42 פרוטוקול ישיבה מס’ 439 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת ה-16, 13 (2005.6.27).

43 פרוטוקול ישיבה מס’ 535 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת ה-15, 14 (2001.7.23).

44 פרוטוקול מס’ 439, לעיל הערה 42, בעמ’ 8-12.



בתחומים ברפואה המשלימה, ולהציע הסדרי חקיקה להסדרת תחומים ולפיקוח עליהם.<sup>45</sup> המחלוקת העיקרית בדיוני הוועדה נסבה על החלטת משרד הבריאות להתנות את הסדרת הרפואה המשלימה בהכשרה במסגרת מוסדות אקדמיים בפיקוח המלי"ג בלבד.<sup>46</sup> אך בשל החלטת המלי"ג שלא לאשר לימודים אקדמיים ברפואה משלימה,<sup>47</sup> לא היה טעם עוד במינוי הוועדה, וכך נכשל ניסיון ההסדרה.

בניגוד למצב בישראל קיימות מדינות שהסדירו בחקיקה את הרפואה המשלימה. למשל, בגרמניה נחקק חוק העוסקים ברפואה (Heilpraktikergesetz),<sup>48</sup> הוא הראשון שהסדיר את מעמד המטפלים המשלימים וקבע את זכאותם לרישיון של "עוסקים ברפואה". על פי חוק זה, מי שעוסק ברפואה משלימה ואינו רופא מורשה יכול לקבל רישיון לעיסוק ברפואה משלימה. עיסוק ברפואה משלימה הוגדר כעיסוק מקצועי או טיפול יום-יומי בריפוי מחלות, מכאובים או נזקים גופניים או הקלתם. הגדרה זו מלמדת שמבחינת המצב המשפטי, בשונה מישראל, אין בגרמניה מונופול על תחום הרפואה, ולכן מי שאינו רופא מורשה בכל זאת יכול לעסוק ברפואה.<sup>49</sup> עם זאת חלות כמה מגבלות על העוסקים ברפואה משלימה: במסגרת עיסוקם הם אינם רשאים לעשות טיפולים מסוימים כגון טיפולי שיניים, מחלות מין, לידה, הרדמה ועוד. פעולות אלו רשאים לעשות רק רופאים מורשים, והעובר על האיסור ייענש במסגרת החוק הפלילי.

בגרמניה יהיה אדם רשאי לקבל רישיון "עוסק ברפואה" אם הוא בן 25 לפחות, בעל אזרחות אירופית, בעל תעודת בגרות, ללא עבר פלילי ועבר בהצלחה בחינה בתחום. המועמדים נבדקים על ידי ועדה מטעם המדינה (Gutachtungsausschuss), שאחראית למתן הרישיונות לעוסק ברפואה. הוועדה מורכבת מרופאים מורשים ומבעלי רישיון לעסוק ברפואה.

על הכשרת העוסקים ברפואה משלימה אמון הארגון הפדרלי הגרמני לרפואה משלימה, והוא רשאי לקבוע לעצמו אמות מידה מקצועיות. הארגון מפעיל תתי-ארגונים ב-29 ערים בגרמניה. הארגונים מפעילים בתי ספר לרפואה משלימה, ובסיום מקבלים התלמידים תעודה מטעם הארגון. אך התעודה אינה תנאי הכרחי לקבלת רישיון לעסוק ברפואה מטעם המדינה אלא בגדר המלצה לוועדה בלבד. עם זאת בפועל רק 10% מהמועמדים מקבלים רישיון לעסוק ברפואה ללא הכשרה מהארגון.<sup>50</sup>

## ז. אמצעים שננקטו כדי להסדיר את המקצועות הפרה-רפואיים

בעוד שמקצועות הרפואה המשלימה טרם הוסדרו בחקיקה כלשהי, שמונה ממקצועות הבריאות הפרה-רפואיים זכו להסדרה בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות,<sup>51</sup> ואילו מעמד הרפואה המשלימה נשאר על כנו. עד שנת 2008 המקצועות הפרה-רפואיים לא היו מוסדרים בחקיקה, בדומה למצב המשפטי של הרפואה המשלימה. אך משרד הבריאות נהג להעניק תעודות הכרה במעמד למקצועות פרה-רפואיים דרך חוזרים של המנהל הכללי מטעם משרד הבריאות. בחוזרי המנהל ניתנו הנחיות לבתי החולים ולמפראות השייכות למשרד הבריאות להעסיק רק את

45 ראו את כתב המינוי ל"ועדה לקידום דרכי ההכרה והרגולציה של הרפואה המשלימה" מטעם משרד הבריאות (להלן: "ועדת זיידס") ([www.altmedor.com/44554/](http://www.altmedor.com/44554/)) (כניסה אחרונה: 13.8.2011).

46 אפשר ללמוד על המחלוקת ממכתב ששלחה הלשכה למקצועות בריאות משלימים לד"ר יצחק זיידס יו"ר הוועדה ובו היא מתנגדת לתניה זו נחרצות ([www.altmedor.com/44554/](http://www.altmedor.com/44554/)) (כניסה אחרונה: 13.8.2011).

47 על החלטת המלי"ג ראו דוח הוועדה המקצועית לבחינה כוללת של תחום הרפואה המשלימה מטעם משרד הבריאות, אוקטובר 2009; אורי קשתי "המועצה להשכלה גבוהה: לא יוענק תואר לתלמידי רפואה משלימה" **הארץ** 16.12.2009. ([www.haaretz.co.il/hasite/pages/1135393.html](http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/1135393.html)) (כניסה אחרונה: 13.8.2011) (להלן: "החלטת המלי"ג").

48 קישור לחוק בשפה הגרמנית ראה: [www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heilprg/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heilprg/gesamt.pdf).

49 מצב זה קיים גם בבריטניה ראו: World Health Organization, *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide review*, 125-126 (2001) [www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/PM-WHOTraditional\\_medicines\\_legal\\_status.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/PM-WHOTraditional_medicines_legal_status.pdf).

50 סקירה על המצב בגרמניה: שם, בעמ' 95.

51 המקצועות שהוסדרו הם אלה: ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, טיפול בהפרעות תקשורת, תזונה-דיאטנות, קרימינולוגיה קלינית, פודיאטרייה, פודיאטרייה ניתוחית, כירופרקטיקה – ראו תוספת ראשונה לחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות.

מי שקיבל תעודת הכרה במעמד. ברם בג"ץ 2921/03 ביטל את נוהל מתן תעודות הכרה במעמד בקבעו כי לא ייתכן שפגיעה בחופש העיסוק תיעשה באמצעות חוזרי מנהל, ולא בחוק.<sup>52</sup> בעקבות כך נפסק בבג"ץ 1423/05, שמשבוטל הנוהל לא יוכל משרד הבריאות לדרוש כתנאי להעסקה תעודת הכרה במעמד. לכן הוציא בית המשפט העליון צו מוחלט שלפיו מעסיקים רשאים להעסיק גם את מי שאינו בעל תעודת הכרה במעמד,<sup>53</sup> ומשרד הבריאות הפסיק להעניק תעודות הכרה במעמד. ביטול הנוהל הביא את המחוקק למצב של חוסר בררה אלא להסדיר את המקצועות הפרה-רפואיים בחוק. הודות לכך משנת 2005 קוימו ישיבות רבות בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות כדי להסדיר את הסוגיה. הניסיון צלח והביא לחקיקת חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות. בדברי ההסבר להצעת החוק נאמר שמטרת החוק היא "להסדיר בחקיקה את העיסוק במקצועות הבריאות, כדי להבטיח רמה מקצועית הולמת של העוסקים בהם ולהגן על בריאות הציבור".<sup>54</sup> במסגרת החוק התקבלו הוראות המעגנות תנאים למתן תעודה, ייחוד התואר וייחוד פעולות, קריטריונים של הכשרה מעשית ובחינות. זאת ועוד, החוק מעגן חובות אמון, אתיקה מקצועית, עברות משמעת ופיקוח על בעלי תעודות מטעם משרד הבריאות.<sup>55</sup>

## ח. מדוע מקצועות הרפואה המשלימה לא הוסדרו עד כה?

סיבות רבות לאי-הסדרת מקצועות הרפואה המשלימה בחוק. כחלק מהניסיון להבין לעומק את הסיבות אבקש לסווגן לשתי קבוצות: "סיבות גלויות" ו"סיבה נסתרת". הסיבות הגלויות הן סיבות שאפשר למצוא דיון עליהן במאמרים, בפרוטוקולים של דיוני ועדות וכדומה. אין ויכוח ניכר בעניינן, ויש לשער שהתשובה הראשונה של רופא לשאלה מדוע הרפואה המשלימה טרם הוסדרה בחוק תתבסס על חלק מאותן סיבות; מכאן המקור לשמן "סיבות גלויות". לעומת זאת הסיבה הנסתרת היא סיבה שכמעט אין דיון עליה, כנראה בשל החשש שהיא תעורר אנטגוניזם כלפי הרופאים ותפגע בפרופסיה הרפואית. הסיבה הנסתרת התגלתה רק לאחר ששאלתי את השאלה "למה", ובאותה נקודה לא הסתפקתי בתשובה שמתבססת שוב על הסיבות הגלויות המובנות מאליהן אלא ניסיתי לרדת לרבדים שמתחת לפני השטח, למקומות שידועים על קיומם אך לא נוגעים בהם מספיק, ועל אותם מקומות בחרתי להתעכב.

### 1. סיבות גלויות

ראשית, תהליך החקיקה הוא מורכב ומסובך מעצם מהותו ודורש תקציבים רבים. כמו כן יש להביא בחשבון את הביורוקרטיה החקיקתית המסובכת בישראל שמקשה על כל גיבוש הליך חקיקה. ההליך הופך לקשה עוד יותר כאשר יש צורך להביא בחשבון את המקצועות השונים, ואך טבעי הוא שלכל מקצוע יש צרכים ואינטרסים אחרים.<sup>56</sup> בשל כך העיסוק בתחום הרפואה המשלימה הופך לעיסוק בנושא מורכב, שמחייב איזון בין אינטרסים שונים. הקושי הוא במציאת הסדר שמחד גיסא ימנע טיפולים שעלולים לפגוע בבריאות הציבור, ומאידך גיסא יהיה הסדר שלא יפגע בחופש העיסוק של מטפלים באופן החורג מפסקת ההגבלה.<sup>57</sup>

סיבה שנייה היא הקושי להכיר במקצועות הרפואה המשלימה כאשר אין ידע מדעי מספיק שמאפשר להעריך את עילות המקצועות בקני מידה מדעיים.<sup>58</sup> במילים אחרות, במדינת ישראל כזכור לרפואה הקונוונציונלית יש

52 בג"ץ 2921/03 קאופמן נ' ד"ר שנון, פ"ד נא (4) 367 (2004) (להלן – בג"ץ קאופמן).

53 בג"ץ 1423/05 קדרון-קליין נ' שר הבריאות, פ"ד נא (8) 223 (2005) (להלן – בג"ץ קדרון-קליין).

54 דברי הסבר להצעת חוק הסדרת העיסוק מקצועות הבריאות, התשס"ח-2007, ה"ח 2986.

55 ראה: סעיף 8; פרק ב; פרק ה; פרקים ז-ט לחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות – בהתאמה.

56 פסקה זו נכתבה על סמך התכתבותי עם ד"ר אמיר שנון, מנהל האגף למקצועות הבריאות במשרד הבריאות אשר היה ממובילי ההליך להסדרת העיסוק במקצועות פרה-רפואיים, השתתף בוועדת זיידס וגם בהצעת החוק העיסוק באקופונקטורה (להלן – דבריו של ד"ר שנון). תשובתו של שנון היא בדבר המקצועות הפרה-רפואיים, אך מצאתי שהיא נכונה גם למקצועות המשלימים (תמליל הראיון המקורי נמצא אצל המחברת).

57 לפסקת ההגבלה ראה לעיל, הערה 26.

58 על הקושי להעריך את הרפואה המשלימה בהיעדר מחקרים מדעיים ראו דוח אלון, לעיל הערה 8, בעמ' 4.

מונופול על שירותי הבריאות; היא קיבלה מנדט מהמדינה לדאוג לבריאות הציבור מתוקף תפקידה הפרופסיונלי.<sup>59</sup> מתוקף התפקיד משרד הבריאות איננו מוכן להכיר במקצועות או בטיפולים שאינם מבוססים על שיטות מחקר מדעיות שיעילותן הוכחה.<sup>60</sup> החשש של הרפואה הקונוונציונלית הוא שמבין מאות הטיפולים שקיימים ברפואה המשלימה יוכרו מקצועות שהם בגדר אחיזת עיניים,<sup>61</sup> וכך לא ימלא משרד הבריאות את תפקידו לשמור על בריאות הציבור.<sup>62</sup>

סיבה שלישית היא הסבירות שעקב סוגי הטיפול השונים והחפיפה ביניהם יעמוד המחוקק בפני בעיה קשה בבואו לנסות ולהגדיר שיטות טיפול מסוימות או פעולות שונות שרשאים לעשות רק מטפלים משלימים המתמקצעים בתחום מסוים. מסקנה זו אפשר להסיק מהשוואה לבעיות שנתקל בהם המחוקק בהליך חקיקת חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות. בחוק זה נתגלה קושי רב בניסיון להגדיר פעולות ייחודיות שמוסמכים לעשותן רק בעלי תעודות במקצועות הבריאות. הקושי נוצר עקב החפיפה הרבה בין הפעולות במקצועות השונים.<sup>63</sup> למשל, אם נגדיר שפעולה ייחודית של מקצוע הפיזיותרפיה היא עיסוי הגוף, הגדרה זו חופפת את הפעולות שרשאים לעשות מעסים. והרי לא מתקבל על הדעת לאסור על מעסים לבצע פעולת עיסוי, שכן בכך ייפגע חופש העיסוק שלהם. מאחר שקיימות הרבה הגדרות חופפות לכל מקצוע, משרד הבריאות ביקש לפרוט לפרטים את ההגדרה של העיסוק בכל מקצוע.<sup>64</sup> ואולם, עד היום, גם אחרי שחוק העיסוק במקצועות הבריאות נכנס לתוקף, אין פעולות ייחודיות בחוק,<sup>65</sup> ומדבריו של ד"ר שנון עולה כי ייתכן שקביעת פעולות ייחודיות היא בלתי אפשרית.

קבלת הגדרות מדויקות לפעולות שמותרות לביצוע על ידי אנשי המקצוע רלוונטית למקצועות הרפואה המשלימה, בדיוק כשם שהיא רלוונטית למקצועות הפרה-רפואיים. בלעדיהן יש קושי לקבוע מתי מטפל מסיג את גבול המקצוע ופועל שלא כפי סמכותו, ולכן הסבירות שבעיה זו תעלה גם ברפואה המשלימה ותקשה על ההליך גבוהה מאוד.

סיבה רביעית היא אי-בהירות המסקנות מהמלצות דוח אלון: ההמלצות לא ניתנו פה אחד והדעות נחלקו. דעת הרוב בוועדה המליצה לשנות את החוק בדבר ייחוד העיסוק ברפואה באופן שטיפולים מסוכנים יינקטו בידי רופאים מורשים בלבד, וטיפולים שאינם מסוכנים נזק יותרו לעוסקים ברפואה משלימה. לכן הומלץ להגדיר בחוק את העיסוקים והפעולות שמותרים לרופאים בלבד, במקום להכיר בכל אחד ממקצועות הרפואה המשלימה ולפקח עליהם. בנוסף, דעת הרוב המליצה כי הביקורת על הרפואה המשלימה תהיה באמצעות התארגנות מקצועית של העוסקים בה, אשר תעודד הכשרה ולימוד ותביא לגיבוש אמות מידה לקראת הכרה במקצועות על ידי משרד הבריאות.<sup>66</sup>

מנגד, דעת המיעוט בוועדה סברה כי אין לערוך שינויים בייחוד העיסוק במקצוע הרפואה כדי למנוע חוסר שליטה, שרלטנות וסכנה להפקרת הציבור. לכן הוצע להכיר באותם תחומים שהוכחו כמועילים ולקבוע קריטריונים בתחומי הלימוד, ההכשרה, תנאי ההגנות המקצועיים והפיקוח.<sup>67</sup> אך גם בתוך דעת הרוב היו הסתייגויות לאחר הגשת ההמלצות. פרופ' שמעון גליק, שנמנה עם דעת הרוב, הרגיש כי דעת הרוב הקלה עם הרפואה המשלימה

59 על ההכרה שקיבלה הרפואה הקונוונציונלית מהממסד ראו דיון בפרק ב והערות השוליים הנלוות לו, לעיל.

60 רון, לעיל הערה 5, בעמ' 253-255.

61 התכתבות עם ד"ר אמיר שנון, לעיל הערה 56.

62 פסקה זו נכתבה על סמך ריאיון טלפוני שקיימתי עם פרופ' שמעון גליק ביום 22.5.2011, פרופ' גליק כיהן כנציב תלונות הציבור במשרד הבריאות. בעבר כיהן כדיקן הפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. במסגרת תפקידו הוא השתתף בוועדת אלון (תמליל הריאיון נמצא אצל המחברת).

63 פרוטוקול ישיבה מס' 1 של ועדת המשנה של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות להסדרת העיסוק במקצועות רפואיים, פרה-רפואיים, הכנסת ה-17, 6-5 (7.3.2007).

64 שם, בעמ' 8.

65 בסעיף 5 לחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות נקבע ש"לא יעשה אדם פעולה שיוחדה בתוספת השנייה לבעל תעודה במקצוע בריאות מסוים [...] אלא אם הוא בעל תעודה באותו מקצוע". אך התוספת השנייה בחוק טרם התקבלה, ולכן הסעיף טרם נכנס לתוקף.

66 דוח אלון, לעיל הערה 8, בעמ' 15-20.

67 שם, בעמ' 21-26.

וביקש להחמיר בתנאים להכרה ברפואה המשלימה שהומלצו על ידי דעת הרוב.<sup>68</sup> ריבוי הדעות וההסתייגויות בוודאי הקשה על גיבוש קו מנחה להסדרת הרפואה המשלימה ויצר בלבול בנוגע לדרך הראויה להסדרת המקצוע.

סיבה חמישית היא הרצון של מקצועות הרפואה המשלימה לרישוי גורף של כל המקצועות בחוק מסגרת אחד. כאשר היה ניסיון לחוקק את חוק האקופנקטורה, שתחילה יסדיר את תחום הדיקור הסיני ובהמשך יהווה קרקע להכרה במקצועות נוספים, האיגודים המקצועיים התנגדו.<sup>69</sup> וכך הן הליך הצעת חוק האקופנקטורה לא צלח, כמו גם גיבוש חוק כללי במסגרת ועדת זיידס שיסדיר את כל המקצועות.<sup>70</sup> ייתכן שעמדת האיגודים כלפי חוק גורף שיסדיר את כל המקצועות תרמה להכשלת ההליך, שכן היא בבחינת "תפסת מרובה לא תפסת". הקושי לחוקק חוק אחד שיסדיר את כל המקצועות נעוץ בהיות בסיס הידע רחב ועצום. כלומר, כל טיפול מבוסס על תחום ידע אחר, לכל מקצוע נורמות טיפול שאופייניות לו, קריטריונים ללימוד שונים, דרכי עבודה שייחודית לו וצרכים מיוחדים. ניסיון לאגד את כל בסיס הידע בחוק אחד הוא כמעט בלתי אפשרי.<sup>71</sup> ודוק, מדובר בחוק שנוגע לבריאות הציבור, ולכן קיים להסדר משנה חשיבות: בהחלת הוראות כלליות על כל המקצועות עשוי להתקבל על הדעת שלא יובאו בחשבון פרמטרים ספציפיים הייחודיים למקצועות מסוימים, ובכך החוק עשוי להחמיץ את מטרתו להגן כראוי על בריאות הציבור ולהבטיח את הרמה ההולמת של המטפלים. יתרה מכך, חוק כללי שחל על מספר רב של מקצועות עשוי להוביל לבעיה באכיפת החוק ובפיקוח על המקצועות השונים. בעקבות זאת יהפוך החוק ל"אות מתה" ולא ייושם הלכה למעשה.

סיבה שישית היא שעל אף מספר הפניות הרב לשיטות הטיפול השונות שנעמד באלפים, לא הוגשו הרבה תביעות משפטיות ולא היו הרבה גילויי אי־שביעות רצון מצד המטופלים.<sup>72</sup> קרוב לוודאי שהיעדר הלחץ מטעם הציבור ובית המשפט הפחית את הצורך לגבש הצעת חוק דחופה. ייתכן שאם הציבור היה מגיש תביעות רבות יותר שהיו מגיעות לערכאה העליונה, היה מופעל לחץ על המחוקק, והוא היה שם את הנושא בעדיפות גבוה יותר. לדוגמה, המחוקק עשה מאמצים להעביר את חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות רק לאחר הלחץ שהופעל עליו מבית המשפט לאחר בג"ץ קאופמן ובג"ץ קדרון־קליין.<sup>73</sup> אך במקרה זה דומה שהציבור שאנן ואף מסגור על הרפואה המשלימה יותר מאשר על הרפואה הקונוונציונלית. כנראה משום שהרפואה המשלימה עונה על ציפיות הלקוח ומקדישה לו זמן, הקשבה ומגע.<sup>74</sup> לכן אין די כוח ולחץ ציבורי כדי לקדם את החקיקה. "היחידים שמנסים לקדם את ההסדרה הם המטפלים עצמם באמצעות האיגודים המקצועיים והלשכה".<sup>75</sup>

## 2. הסיבה הנסתרת: איום על הרפואה הקונוונציונלית

בפרק זה אבקש להתנתק מהסיבות הגלויות שסוקרו עד כה ולהישאב לתוך אינטרסים פנימיים שעומדים בבסיס מעמד הפרופסיה הרפואית. הרפואה הקונוונציונלית נהנית ממעמד מקצועי פרופסיונלי שבמסגרתו המדינה האצילה כוח לפרופסיה הרפואית. למעשה, הפרופסיה הפכה ל"סוכן של פיקוח חברתי" שתפקידה לשמור על בריאות הציבור נוסף על תפקידיה התרפויטיים. כחלק מכך היא זוכה למונופול בשירותי הבריאות, לאוטונומיה

68 נתון זה עולה ממכתב הסתייגות שנשלח אליי בפקס מפרופ' שמעון גליק, וממנו עולה כי הוא הציב שלושה תנאים בהמלצתו לשר הבריאות: הראשון, להגדיר באופן ברור וקפדני את העיסוקים המותרים לרופא בלבד ולהחמיר בדינם של מרפאים משלימים שפורצים את גבול מקצוע הרפואה. השני, חקיקה שתעניש עונש כבד את מי שאינו רופא מורשה וגרם נזק לבריאותו של אדם בטיפול שנתן לו. השלישי, חקיקה מפורשת למניעת הטעיה בכל הנוגע לענייני בריאות.

69 פרוטוקול 439, לעיל הערה 42.

70 על התפרקות ועדת זיידס ראו דיון בפרק ו והערות השוליים שנלוות לו, לעיל.

71 דברים אלו נכתבו על סמך חלופת מכתבים אלקטרוניים בין יאיר שמר, יו"ר ארגון הגג למקצועות הרפואה המשלימה, לבין ד"ר יצחק זיידס, הממונה על הוועדה לבדיקת אפשרויות הרגולציה לרפואה משלימה [www.altmedor.com/44554/](http://www.altmedor.com/44554/) (כניסה אחרונה: 14.8.2011).

72 דוח אלון, לעיל הערה 8, בעמ' 13.

73 דברי ההסבר, לעיל הערה 54.

74 דוח אלון, לעיל הערה 8, בפרק ה; ראו גם פרוטוקול 535, לעיל הערה 43, בעמ' 40.

75 פסקה זו נכתבה על סמך התכתבותי עם אופיר סלע, יושב ראש הלשכה למקצועות בריאות משלימים.

לניהול ענייניה ולתמיכה תקציבית מהממשלה. כמו כן הכניסה לשורות המקצוע דורשת רישיונות שמפוקחים על ידי המדינה, וכדי לשמור על רמה הולמת של העוסקים בתחום נקבעו כללי אתיקה.<sup>76</sup>

טענתי העיקרית היא שהסיבה הנסתרת מבוססת על חשש שהצלחת שיטות הריפוי המשלימות ועליית מעמד הרפואה המשלימה יאימו על עליונותה של הרפואה הקונוונציונלית כפרופסיה הבלעדית בשירותי הבריאות.<sup>77</sup> החשש אינו בכדי, שכן ממצאי מחקרים מאששים את המסקנה שהתפיסה ללגיטימציה הבלעדית של מערכת הבריאות הקונוונציונלית התערערה בשנים האחרונות, וכך אנשים רבים יותר מעדיפים לפנות לשירותי הרפואה המשלימה.<sup>78</sup> דומה שחולשת הרפואה הקונוונציונלית, הגורמים החברתיים והגורמים הקשורים בטבע האדם<sup>79</sup> הגבירו את התערעורת התפיסה והובילו להגברת האיום מצד הרפואה המשלימה.

האיום על הרפואה הקונוונציונלית הוביל ליצירת מגננות ודעות תוקפניות: ממחקרים עולה שהרופאים עודדו תפיסה הרואה בפרקטיקות החלופיות יסודות אנכרוניסטיים, שאינם מסוגלים להתחרות עם הידע והטכנולוגיה של הרפואה הממוסדת. כמו כן המטפלים המשלימים מוצגים כשואפי-בצע המאחזים את עיני הציבור.<sup>80</sup> תפיסה זו באה לידי ביטוי גם במציאות היום-יומית, עת פונים המטופלים לרופא ומעלים את אפשרות הטיפול המשלים. תגובת הרופאים נעה בספקטרום של בין ביטול מוחלט, כעס ליחס מזלזל ומתנשא כלפי הרפואה המשלימה. תחושות אלו מתבטאות מאמירות מזלזלות כגון "עבודת אלילים", "אמונות טפלות" וכדומה. ועד לתגובות אדישות או כיבוד רצון המטופל: "אני לא מבין בזה", "תעשה מה שאתה מרגיש שטוב לך" ועוד.<sup>81</sup> מתגובות אלו עולה שאין ספק שרופאים מתקשים להכיר בשיטות טיפול חלופיות שאינן מ"בית היוצר" של הרפואה הקונוונציונלית ולכבדן.

## 2.1. הפגיעה בתפקיד הפרופסיה

בפרק הקודם הוצג האיום שבו נתונה הרפואה הקונוונציונלית וביטוי כלפי חוץ. בחלק הבא אבקש להציג את האיום מבחינת פנים-הפרופסיה. במסגרת זו אעמוד על כך שהחשש מפני עליית המעמד של הרפואה המשלימה יצר לרפואה הקונוונציונלית מניע חזק למנוע את הסדרת הרפואה המשלימה כדי לשמור על תפקיד הפרופסיה.

קיימות שתי גישות עיקריות המסבירות מהו תפקיד הפרופסיה במסגרת ארגון מקצועי, והרלוונטיות לענייננו היא הגישה הביקורתית (הובריאנית).<sup>82</sup> הגישה מניחה שהכוח המניע של ההתארגנות הפרופסיונלית הוא אינטרס עצמי. לפיכך הסדרי הכניסה לשורות המקצוע, ההכשרה, הרישוי והאוטונומיה נועדו בראש ובראשונה למקסם את הרווחים החומריים לפרופסיה, ובכך לחזק את מעמדה. מאחר שהפרופסיה מעוניינת להישאר רווחית, היא חייבת להצדיק את הביקוש לשירותיה. לכן עליה ליצור את הרושם בקרב הלקוחות שלצורך אותו שירות הם זקוקים לאיש פרופסיה. תהליך זה אינו פשוט מאחר שהוא מאותגר על ידי גופים חיצוניים לפרופסיה שמבקשים לגזול את נתח השוק הפרופסיונלי מכוח הטענה שגם הם מספקים את אותו השירות, והוא טוב לא פחות מזה של הפרופסיה.<sup>83</sup>

לפיכך אפשר לראות שהרפואה הקונוונציונלית מאותגרת בהתמודדות קשה עם הרפואה המשלימה, שבאמצעות הכרה חוקית מנסה לפלוש לתחום שירותי הריפוי – שהבלעדיות עליו נתונה לרפואה הקונוונציונלית – ולספק את אותו שירות רק באמצעות טיפולים אחרים. ההכרה החוקית תהיה בבחינת מתן גושפנקה לרפואה המשלימה לחדור לתחום שירותי הריפוי שאמונה עליו הרפואה הקונוונציונלית, ולכן יש לה מניע חזק למנוע את ההסדרה.

76 מתי רונן, לעיל הערה 5; לקוד האתי של הרופאים ראה: [tad.colman.ac.il/cml/125571.pdf](http://tad.colman.ac.il/cml/125571.pdf) (כניסה אחרונה: 14.8.2011).

77 עפרה גולן "האתיקה של יחסי רופא ומטופל בנוגע לרפואה משלימה" **רפואה ומשפט** 38 יוני 2008, 127, 122 (2008).

78 רונן, לעיל הערה 5, בעמ' 263.

79 גורמים אלו נדונו בפרק ג, לעיל.

80 רונן, לעיל הערה 5, בעמ' 262-263.

81 גולן, לעיל הערה 77, בעמ' 123.

82 גישה נוספת היא הגישה הפונקציונליסטית. לדיון מורחב על אודותיה ראו בפרק 3 והערות השוליים הנלוות לו, להלן.

83 נטע זיו "מי הזיז את הגלימה שלי? – על הסגת גבול מקצוע עריכת הדין" **מחקרי משפט** כד (2) 439, 446-451 (2008).

יתרה מכך, כיום רוב הטיפולים המשלימים נערכים באוטונומיית קופות החולים שהן חלק ממערך הרפואה הקונוונציונלית, וההכנסות מטיפולים אלו עוברים לפרופסיה הרפואית.<sup>84</sup> ייתכן שכשמצועות הרפואה המשלימה יוסדרו בחוק, האוטונומיה ואתה הרווחים מהטיפולים יועברו לידיים אחרות.

נובע מכך שאם תפקיד הפרופסיה הוא לדאוג לאינטרסיה הכלכליים, האינטרס של הרפואה הקונוונציונלית הוא למנוע הכרה חוקית של הרפואה המשלימה כדי לסכל פוטנציאל של גזילת רווחים. מכך עולה שהכרה במקצועות הרפואה המשלימה נתפסת על ידי הפרופסיה כאי-מילוי תפקידה להגן על אינטרסיה האישיים, ומכאן נובעת התנגדותה להכרה.

## 2.2. הפגיעה בפרופסיה הרפואית אם תוסדר הרפואה המשלימה

בפרק הקודם עמדנו על החשש שהכרה במקצועות המשלימים תפגע בתפקיד הפרופסיה למקסום רווחיה. בפרק זה אבקש להראות שהאיום על הרפואה הקונוונציונלית מלווה גם בחשש לפגיעה במעמד הפרופסיה עצמה. עמדה זו תוצג על ידי פירוט הפרופסיה למאפייניה השונים, בחינת הרפואה המשלימה ביחס לכל מאפיין, ומתוך כך הסקת השערות באשר לפוטנציאל הפגיעה בפרופסיה הרפואית.

### (א) לימודים

נדרשת תקופה ניכרת של לימודים פורמליים באותו מקצוע וקבלת רישיון. כמו כן מומלצת הכשרה ארוכה ושיטתית במוסדות להשכלה גבוהה שתכלול הטמעה של ערכי המקצוע ותחייב המשך למידה לאורך כל תקופת העיסוק.<sup>85</sup>

לימודי הרפואה המשלימה קרובים לממש את מאפיין הלימודים בתור פרופסיה: הלימודים נערכים לרוב בבתי ספר שבהם תכנית הלימודים פותחה כדי להכשיר מטפלים מקצועיים, מיומנים ובעלי יכולות קליניות. הלימודים נמשכים לרוב עד ארבע שנים וכוללים תכנים מגוונים ומעמיקים גם בתחום המדעים, תוך שילוב התנסות פרקטית במהלכם. הלימודים נערכים בעיקר בחמישה מוסדות בארץ: רידמן, קמפוס ברושים, מירב, מדיסון וסמינר הקיבוצים. עם זאת על פי ההחלטת המל"ג, לימודים אלו אינם מזכים בתואר מוכר.<sup>86</sup> מהנתונים הללו אפשר ללמוד שאף על פי שלימודי רפואה משלימה לא הוכרו, מערך הלימודים של הרפואה המשלימה מפותח מאוד וכולל הכשרה ארוכה ושיטתית. סביר להניח שאילו ניתן אישור המל"ג, הייתה הרפואה המשלימה יכולה לזכות במאפיין הלימודים הפרופסיונלי.

לפיכך החשש שיכול לעלות מצד הרפואה הקונוונציונלית הוא שעם הסדרת הרפואה המשלימה יתפתחו מקצועות הרפואה המשלימה מבחינת התכנים הלימודיים, והמל"ג יאשר את תכניות הלימוד כאקדמיות. יש לשער שההכרה במקצועות תעלה את הביקוש ללימודי רפואה משלימה, שכבר היום מסתמנות כמבוקשות, ולכן תעלה איכות הלימודים ויוקרתם. אם אלו יהיו פני הדברים, ייווצר מצב שבו קיימים שני מסלולי לימוד יוקרתיים שעוסקים בריפוי הגוף, כל אחד בגישה אחרת. אפשר לשער שמצב זה יביא חלק מהמועמדים לרפואה קונוונציונלית להעדיף את לימודי הרפואה המשלימה. אז צפוי לרפואה הקונוונציונלית מאבק תחרותי על קהל המועמדים שלה, וייתכן שמספר הסטודנטים לרפואה יפחת כמתבקש. מכאן שהחשש של הרפואה הקונוונציונלית הוא לפגיעה בדור ההמשך של הפרופסיה, קרי חשש קיומי.

קרוב לוודאי שחשש זה מתעצם גם בעקבות אי-שביעות הרצון מתנאי העבודה ברפואה הקונוונציונלית (תנאי השכר, שעות העבודה, עומס, מחסור בחיי משפחה) שאינם הולמים את ההכשרה הארוכה והקשה בלימודי

84 להרחבה בנושא הטיפולים שנערכים במסגרת קופות החולים ראה בפרק 2.3 והערות השוליים הנלוות לו, להלן.

85 על מאפיין ההכשרה ראה: שלומית אבדור "בסיסי ידע בתפקוד פרופסיונאלי של מורים בזיקה לתהליכים רפלקטיביים ולמאפייני הקוריקולום של הכשרת מורים" **מעוף ומעשה במכללת אחוה** 9, 175, 176 (2003).

86 הנתונים על בתי הספר שבהם לומדים רפואה משלימה נלקחו מסקר שוק ברפואה משלימה שנערך על ידי Bdicoface בשנת 2008 [tad.colman.ac.il/cmb/paper-local/137711.pdf](http://tad.colman.ac.il/cmb/paper-local/137711.pdf) (כניסה אחרונה: 14.8.2011); על משך הלימודים ואופיים בהרחבה ראה: [www.limudi.co.il/](http://www.limudi.co.il/) (כניסה אחרונה: 14.8.2011).

הרפואה.<sup>87</sup> בנוסף, ייתכן שגם תנאי הקבלה הקשים ללימודי רפואה<sup>88</sup> עשויים להביא סטודנטים שמעוניינים לעסוק בריפוי גוף האדם לבחור בלימודי רפואה משלימה, שתנאי הקבלה אליהם לפי שעה קלים יותר.<sup>89</sup> להשערתך, תנאים אלו עשויים להשתנות לכשתעלה קרנו של המקצוע בעקבות ההסדרה.

## (ב) ידע

נדרש שאיש הפרופסיה יהיה בעל ידע אזוטרי רחב ויכולות אינטלקטואליות מגוונות. פרופסיות שונות מבוססות על סוגי ידע שונים.<sup>90</sup> ככל שהידע הפרופסיונלי מורכב יותר, ייחודי ומובחן מסוגי ידע אחרים, הפרופסיה תדורג בסולם פרופסיונלי במקום גבוה יותר.<sup>91</sup>

הידע של הרפואה המשלימה איננו מבוסס על מחקרים. אולם בעשורים האחרונים הפריחה בפנייה לרפואה המשלימה הביאה גם לפריחה ניכרת במחקר הרפואה המשלימה בישראל, גם לעומת מדינות אחרות. המחקרים הם לרוב תיאוריים ועוסקים ביישום גישות מטופלים ואנשי צוות, היקף הצריכה של הרפואה המשלימה, סיבות לצריכה, מאפייני הפנייה ועוד. עם זאת נעשו מעט מאוד מחקרים קליניים אקראיים בעלי מתודולוגיה גבוהה. הסיבות לכך נעוצות בעיקר במחסור בתקציבים ובקושי במציאת תשתית הולמת למחקר.<sup>92</sup> מנתונים אלו עולה שברוב המקרים יש אפשרות לבצע מחקרים קליניים, אך הקושי העיקרי הוא מגבלות שנובעות מהיעדר תקציב.

לפיכך מתקבל על הדעת שהכרה חוקית תניע הזרמה תקציבית לרפואה המשלימה למטרות מחקר. אין ספק שקידום המחקר יוביל להתפתחות בסיס ידע לרפואה המשלימה, ובכך מעמדה לעבר פרופסיה המאיימת על הרפואה הקונוונציונלית יתקדם שלב.<sup>93</sup> החשש שעשוי לעלות מצד הרפואה הקונוונציונלית הוא שבעקבות פיתוח המחקר תוכח יעילותן של השיטות המשלימות באופן מדעי. וכך הייחודיות הפרופסיונלית של הרפואה הקונוונציונלית כרפואה היחידה שמתבססת על ידע מדעי תתערער.

עם זאת יש להביא בחשבון שבעקבות ההסדרה תעלה קרנה של הרפואה המשלימה בקרב הציבור, ובד בבד תינתן לגיטימציה רבה יותר לשימוש בשיטות טיפול שאינן מדעיות. בעקבות זאת ייתכן שבלעדיות השיטות המדעיות

87 נתונים אלו עולים מסקר של ההסתדרות הרפואית "מוצאים סיפוק בעבודה; עובדים קשה מידי; לא מרוצים מהשכר" **זמן רפואה** 10 26 (2008) [www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type3/07-11-04\\_zman.pdf](http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type3/07-11-04_zman.pdf) (כניסה אחרונה: 14.8.2011); בימים אלו מתקיים גם מאבק של ההסתדרות הרפואית מול משרד האוצר לשיפור תנאי העבודה של רופאים ומתמחים; להרחבה בנושא ראו אתר ההסתדרות הרפואית: [www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=5590](http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=5590) (כניסה אחרונה: 14.8.2011).

88 תנאי הקבלה ללימודי רפואה באוניברסיטת תל-אביב נכון לשנת 2011 הם אלה: בני 20; אזרחי ישראל; ציון פסיכומטרי 700 לפחות ובאנגלית 120 לפחות; תעודת בגרות ישראלית [go.tau.ac.il/index.php/ba/what-to-learn/](http://go.tau.ac.il/index.php/ba/what-to-learn/) (כניסה אחרונה: 14.8.2011).

89 משיחת טלפון שקיימתי עם פקידה בבית ספר רידמן לרפואה משלימה בתאריך 27.7.2011 נאמר לי שכדי להתקבל ללימודי רפואה משלימה יש צורך ב-12 שנות לימוד, ריאיון אישי ושאלון התאמה.

90 "מאפייני ידע מייצגים היררכיה שברומה מצויים סוגים של ידע מופשט, מדעי או אינטלקטואלי; בתווך מצוי ידע טכנולוגי, המקשר בין ידע שמקורו מדעי לבין מציאת יישומו; בבסיס מצויים סוגים של ידע תפריטי-ספציפי וידע התרשמותי. מרכיב מרכזי המאפיין את המומחיות הפרופסיונלית מתבטא ביכולת ליצור מטה-קוגניציה, המתבטאת בהבניה של ידע אישי-ייחודי המקשר בין סוגי הידע השונים": שלומית אבדור, לעיל הערה 85.

91 לימור זר-גוטמן "תדמית מקצוע עריכת הדין" **המשפט** יב 231, 233 (2007).

92 מחקר ברפואה משלימה בישראל בשנים 1994-2004, לעיל הערה 4, בעמ' 440-444; בעיה אחרת בעשיית מחקרים קליניים קפדניים נובעת מאופייה המיוחד של הגישה ההוליסטית, המאפיינת את חלק משיטות הרפואה המשלימה. לפי הגישה, הטיפול מורכב מכמה שיטות משולבות והוא מותאם למצבו הפיזי והנפשי; קשת, לעיל הערה 9, בעמ' 447-448.

93 התפתחות המחקר עשויה גם להביא את המלי"ג להכיר בלימודי רפואה משלימה כלימודים אקדמיים, שכן היא סירבה להכיר בלימודי הרפואה המשלימה בשל היעדר בסיס מחקרי מדעי: החלטת המל"ג, לעיל הערה 47. מצב זה יאפשר לרפואה המשלימה להתקדם הן מבחינת מאפייני בסיס הידע אך גם מבחינת מאפייני הלימודים.

דווקא תתערער.<sup>94</sup> החשש גובר אף יותר בשל מספרם העולה של מטופלים שנכוו מהטיפולים המדעיים ומסרבים לשוב למערכת הקונוונציונלית.<sup>95</sup>

יש לציין שאותו חשש בנוגע לסוג הידע אינו קיים כשמדובר במקצועות הפרה-רפואיים שיעילותם המדעית הוכחה בעשורים האחרונים, ולכן לא היה חשש שמנע את הסדרתם.<sup>96</sup> כאשר שאלתי את פרופ' גליק מדוע לדעתו המקצועות הפרה-רפואיים הוסדרו, ואילו המקצועות המשלימים לא הוסדרו, הוא השיב: ”המקצועות שהוסדרו כמו ריפוי ועיסוק, פודיאטריה וכדומה הם מקצועות שהפכו למקצועות קונבנציונאליים לכל דבר ועניין... ויש להסדיר אותם. המקצועות המשלימים לא הוסדרו לעומת זאת, בגלל שהאיגודים הרפואיים התנהגו כמו איגודים מקצועיים בלבד, ולא כבדו את עצמם מבחינה מדעית, ולכן הייתה בעיה להסדיר אותם״.<sup>97</sup>

מדברים אלו אפשר להסיק שהרפואה הקונוונציונלית אינה חוששת להסדיר מקצועות שהוכחו באמצעים מדעיים, שכן היא רואה בהם מקצועות השייכים לפרופסיה הרפואית, ולכן הם אינם מאיימים על הפרופסיה. נראה שככל שהמקצוע מתאפיין בבסיס ידע שעולה בקנה אחד עם השיטות המוכרות לרפואה הקונוונציונלית, הסיכוי שהוא יוסדר גבוה יותר.

### (ג) מונופול

כדי שיהיה לפרופסיה מונופול, נדרש שתחום העיסוק ייוחד רק לאותה פרופסיה באופן שבו כל גורם אחר לא יהיה רשאי להציע אותו שירות ולקיימו.<sup>98</sup> הרפואה הקונוונציונלית מחזיקה במונופול על שירותי הבריאות,<sup>99</sup> וכל עוד מעמדה איתן, יישאר המונופול על שירותי הבריאות על כנו.

החשש שיכול לעלות בהקשר זה בקרב הרפואה הקונוונציונלית הוא שעם הסדרת הרפואה המשלימה תגבר הלגיטימציה שלה בקרב הציבור, ומנגד תתערער הלגיטימיות הבלעדית של הרפואה הקונוונציונלית להחזיק במונופול על שירותי הבריאות. במילים אחרות, החשש הוא שמעמד הרפואה המשלימה ישתווה למעמד הרפואה הקונוונציונלית מבחינת הלגיטימיות הציבורית. ואם אלו יהיו פני הדברים, ייתכן שהרפואה הקונוונציונלית תיאלץ לוותר על המונופול ולחלוק אותו עם הרפואה המשלימה.

דוגמה למהלכים מסוג זה אפשר למצוא במדינות אחרות: בעבר היה באריזונה מונופול לעורכי דין על פעולת העברת זכויות במקרקעין. אולם בעקבות תחרות בשוק התחוללה רפורמה בשנות ה-90 שפתחה את השוק לגופים חיצוניים שהיו צריכים לעמוד בתנאים מסוימים כדי לקבל רישוי לעסוק בתחום. מהלך דומה התחולל גם באנגליה.<sup>100</sup> דוגמה נוספת למהלך דומה אפשר למצוא בארצות הברית: בעבר התאפיינה ארצות הברית בחקיקה המונעת את הסגת גבול המקצוע ממי שאינו עוסק בעריכת דין. בעקבות תחרות גוברת על שוק השירותים המשפטיים מצד גופים חיצוניים, ובשל עלייתם של מנגנונים חלופיים לפתרון סכסוכים כגון גישור ובוררות, נוצר הצורך בשיתופי פעולה בין עורכי דין לבעלי מקצועות אחרים (רואי חשבון, משרדי תיווך, אנשי ביטוח, רופאים, פסיכולוגים ועוד). אף על פי שחדירת הגופים החיצוניים הם בבחינת הסגת גבול המקצוע,<sup>101</sup> בשל התחרות והביקוש להם התקבלה

94 מממצאי מחקרים עולה כי כבר היום בלעדיות השיטה המדעית התערערה. רונן, לעיל הערה 5, בעמ' 84.

95 פרוטוקול ישיבה מס' 584 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת ה-15, 16 (14.10.2002) [www.knesset.gov.il/protocols/data/html/avoda/2002-10-14.html](http://www.knesset.gov.il/protocols/data/html/avoda/2002-10-14.html)

96 לעניין זה ראה ויכוח שהתקיים בין נציגי הרפואה המשלימה לבין נציגי הרפואה הקונוונציונלית על סוגיית הסדרת מקצועות משלימים אף על פי שהבסיס המדעי שלהם הוא דל ביותר: פרוטוקול ישיבה מס' 9 של ישיבת ועדת משנה של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות להסדרת העיסוק במקצועות רפואיים ופרה-רפואיים, הכנסת ה-17, 16-18 (26.3.2008).

97 ריאיון עם פרופ' שמעון גליק, לעיל הערה 62.

98 זר-גוטמן, לעיל הערה 91.

99 רונן, לעיל הערה 5.

100 על המצב באריזונה ראו: Jonathan Rose, *Unauthorized Practice of Law in Arizona: Alegal and Political Problem That won't Go Away*, 34 ARIZ. ST. L.J. 585 (2002); Simon Domberger & Avrom Sherr, *The Impact of Competition on Pricing and Quality of Legal Services*, 9 INT'L REV. L. & ECON. 41 (1989).

101 זיר, לעיל הערה 83, בעמ' 477.



החלטה בדוח לשכת עורכי הדין האמריקאי ששיתופי הפעולה אינם אסורים, ושכל מדינה רשאית לקבוע לעצמה מדיניות בנושא.<sup>102</sup>

לחלופין, מלבד החשש הפרופסיונלי לשיתוף במונופול, ייתכן שעם עליית הלגיטימיות של הרפואה המשלימה יתגבשו התנאים להעניק לה מונופול בלעדי בתחום השירותים המשלימים. הואיל והרפואה הקונוונציונלית גורפת רווחים נאים ממתן טיפולים משלימים במסגרת קופות החולים,<sup>103</sup> יש לה אינטרס למנוע את התחזקות הרפואה המשלימה לקראת בשלות מקצועית לקבלת מונופול.

#### (ד) אוטונומיה

האוטונומיה באה לידי ביטוי בניהול עצמי של הפרופסיה. במסגרת זו הפרופסיה מארגנת את מוסדותיה, קובעת תנאי הצטרפות לשורותיה, נהלים פנימיים, קוד אתי ודין משמעתי – כל זאת מבלי שהפרופסיה כפופה למוסדות המדינה.<sup>104</sup>

בישראל הרפואה הקונוונציונלית מנוהלת על ידי ההסתדרות הרפואית, שאוטונומיית הניהול העצמי שלה מוגבלת עקב כפיפותה למשרד הבריאות, בנוגע למתן רישיונות, שיפוט משמעתי וכללי אתיקה.<sup>105</sup> אך לרפואה הקונוונציונלית דווקא יש פרוגטיבה ניהולית עצמאית על הטיפולים המשלימים שהיא מספקת במסגרת שירותי קופות החולים ובתי החולים.<sup>106</sup> עם זאת בשנים האחרונות נשמעים קולות רבים בארץ הקוראים להכרה אוטונומית למקצועות הרפואה המשלימה תוך כפיפות למשרד הבריאות.<sup>107</sup> הדי הקריאות לאוטונומיה מגיעים גם ממדינות שמעבר לים. למשל, בבריטניה הקים משרד הבריאות ועדה שנועדה לבחון את המודלים האופציונליים להסדרת הרפואה המשלימה. במסגרת זו נבחנו שלושה מודלים אפשריים שמעניקים אוטונומיה בדרגות שונות: מודל ראשון הוא **רגולציה וולונטרית** (regulation Voluntary). המודל מתבסס על כוחות השוק וקצב ההתפתחות העצמי של הרפואה המשלימה. המטרה היא לאפשר לכל מקצוע ליצור איגודים משלו שיקבעו קריטריונים מקצועיים, רישום של מטפלים ופיקוח עצמי על בתי הספר. באופן זה המקצועות יוצרים את המנגנון המתאים ביותר לכל מקצוע במינימום פגיעה בחופש העיסוק.

מודל שני הוא רגולציה ממשלתית (Statutory regulation). המודל מתאים למקצועות בשלים בעלי גוף ידע נרחב המבוסס על מחקרים, והוא מיושם בתחום הרפואה הקונוונציונלית. המודל מספק הגנה של גוף ממשלתי, שמונע שימוש בתארים מקצועיים על ידי גיבוי בענישה פלילית. כמו כן המודל מספק מנגנון ממשלתי לקביעת נורמות בהכשרה ועיסוק ומקיים פיקוח על הרשומים.

מודל שלישי הוא ארגון פדרלי וולונטרי (Federal-style regulation). לפי המודל יוקם גוף רגולטור יחיד מטעם הממשלה למקצועות הרפואה המשלימה, בדומה ל"מועצת מקצועות הרפואה" (Health profession council), שמפקחת על כמה מקצועות פרה-רפואיים. הארגון שיוקם יפקח על כמה מקצועות, אך כל מקצוע יהיה ראשי לקבוע לעצמו קריטריונים לעיסוק, הכשרה וחינוך, וישתתף בדיונים מקצועיים.

102 ראו דוח: Situations, Commission on Nonlawyer Practice, American Bar Association, Nonlawyer Activity in Law-Related: A report with Recommendations (Aug. 1995). [www.paralegals.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=338](http://www.paralegals.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=338)

103 על רווחי קופות החולים מטיפולי הרפואה המשלימה ראה: סקר שוק, לעיל הערה 86, בעמ' 3-4; ראו גם דיון בפרק 2.3 והערות השוליים הנלוות לו, להלן.

104 זר-גוטמן, לעיל הערה 91.

105 עלי זלצברגר "קשר המשפטנים הישראלי: על לשכת עורכי הדין בישראל ובעלי בריתה" **משפטים** לב(1) 43, 55-54 (2002).

106 גלאובר, לעיל הערה 6, בעמ' 95.

107 מראיון טלפוני שערכתי ביום 23.4.2011 עם יאיר שמר, יו"ר ארגון הגג למקצועות הרפואה המשלימה שהיה שותף בוועדת זיידס, בהצעת חוק האקופונקטורה ובכתבת כללי אתיקה (תמליל הראיון המקורי נמצא אצל המחברת) עולה שלדעתו הפתרון הראוי ביותר להסדרה הוא אוטונומיה עצמית עם כפיפות למשרד הבריאות; ראה גם מכתב הלשכה, לעיל ה"ש 46. שלפיו הלשכה מבקשת אוטונומיה ניהולית בתחום ההכשרה, הלימודים וההסמכה בתחומי הרפואה המשלימה; ראה גם "הסמכויות של הגוף המקצועי" (חוות דעת של עורכת הדין והמגשרת עפרה גולן, 15.2.2004). חוות הדעת ניתנה בקשר להצעת חוק האקופונקטורה. גולן סברה שחשוב שבכל המקצועות ה"מנהל" המוסמך יהיה בעל מקצוע בתחום הנדון, שכן הם יכולים לקבוע את הסטנדרטים המקצועיים הנכונים ביותר [www.altmedor.com/44554/](http://www.altmedor.com/44554/) (כניסה אחרונה: 15.8.2011).

בדומה לקריאות האיגודים המקצועיים בארץ הגיעה הוועדה למסקנה שמודל וולונטרי שמעניק את מרב האוטונומיה הוא המומלץ ביותר. נימוקה היה שמודל זה מאזן בין חופש העיסוק של המקצועות לבין הצורך בהגנה על בריאות הציבור. כמו כן עלותו הכלכלית פחותה ממודל הרגולציה הממשלתית שמתאים למקצועות מבוססים בעלי חוסן כלכלי.<sup>108</sup>

ייתכן שהחשש של הרפואה הקונוונציונלית בעקבות הקריאות לאוטונומיה הוא שחוק שיסדיר את הרפואה המשלימה יעניק אוטונומיה מקצועית למקצועות המשלימים, או לכל הפחות יכין את הקרקע לקבלתה. נראה שהענקת האוטונומיה תביא לנישול הרפואה הקונוונציונלית מניהול המקצועות. החשש גדל לנוכח התחזקות ההתארגנות המקצועית של הרפואה המשלימה על ידי ”הלשכה למקצועות בריאות משלימים”, שמאגדת בתוכה אגודות מקצועיות. הלשכה פועלת לקביעת קריטריונים מקצועיים ופיקוח על הכשרת העוסקים בתחום. בנוסף, היא פועלת למען רגולציה ומייצגת את האיגודים כלפי מוסדות המדינה.<sup>109</sup> כמו כן הלשכה וגופים אחרים גיבשו כללי אתיקה למקצועות המשלימים.<sup>110</sup> משתמע מכך שקיימת תשתית ארגונית למתן אוטונומיה, וכדי להתקדם צעד נוסף לעבר פרופסיה אוטונומית לא חסר אלא הכרה ממסדית. לפיכך האיום על הפרופסיה הרפואית מבחינה אוטונומית הוא ממשי.

### (ה) תדמית וקשר אישי

אף על פי שמדובר במאפיינים נפרדים לפרופסיה, החשש מצד הרפואה הקונוונציונלית כלפיהם הוא אותו חשש, ולכן הדיון בעניינם מאוחד: מאפיין התדמית בא לידי ביטוי בכך שאנשי הפרופסיה הם בעלי תדמית גבוהה, מכובדת ויוקרתית. על פי תדמיתם הם נהנים ממעמד כלכלי גבוה וממשכורות גבוהות ביחס לשאר המשכורות במשק.

התדמית היא ערך מכוון מבחינת הפרופסיה, שכן התדמית היא שמרוממת את מעמדה. לכן שמירה על תדמית המקצוע היא תנאי בסיסי לקיומה. יתרה מכך, לפרופסיה יש אינטרס לשמור על התדמית, שכן המונופול והאוטונומיה שמהם נהנית הפרופסיה תלויים בשמירה על התדמית המקצועית. שמירה על תדמית המקצוע חשובה גם כדי לשמור על אמון הציבור. קיימים שלושה סוגי אמון: אמון המבוסס על תהליך מהתנסות קודמת, אמון שנרכש עקב מאפיינים אישיותיים שדומים למאפיינים שלי ואמון מוסדי שלפיו אדם רוכש אמון כלפי ארגון מסוים, חברה או פרופסיה. האמון האחרון הוא האמון שמבקשת הפרופסיה לנטוע בקרב הציבור.

תדמית המקצוע ואמון הציבור משפיעים זה על זה ביחס דו-כיווני – אם תדמית המקצוע תיפגע יפחת אמון הציבור בפרופסיה, ולהפך. ללא אמון הציבור תיפגע הלגיטימציה של המקצוע להתנהל כפרופסיה, והמקצוע יחדל מלהתקיים. לכן מדובר בערך עליון.<sup>111</sup>

היחס האישי כמאפיין פרופסיונלי בא לידי ביטוי בשירות שמציע איש הפרופסיה ללקוח, הכולל יחס אישי שמתבטא בפגישות אישיות, הקשבה, הרגעה, הבנה וקשר רציף. תדמית המקצוע מבוססת בין היתר על היחס האישי שמקבל הלקוח. ככל שהלקוח מרוצה מהשירות שקיבל, כך תעלה תדמית המקצוע בעיני רוחו, ולהפך.<sup>112</sup>

כזכור, אחד ההבדלים בין הרפואה המשלימה לרפואה הקונוונציונלית הוא סוגיית הקשר האישי: הרפואה המשלימה מתאפיינת ביחס אישי ללקוח, ואילו הרפואה הקונוונציונלית קורסת תחת העומס ואינה מצליחה להעניק יחס אישי כמצופה ממנה.<sup>113</sup> למצב זה יכולות להיות שתי השלכות על החשש של הרפואה הקונוונציונלית:

108 Areport commissioned by the prince of wales's Foundation for Integrated Health, *Development of Proposals For a Future Voluntary Regulatory Structure For Complementary Health Care Professions* (2005) [www.altmedor.com/image/users/44554/ftp/my\\_files/new%20files/Voluntary%20Regulatory%20Structure.pdf](http://www.altmedor.com/image/users/44554/ftp/my_files/new%20files/Voluntary%20Regulatory%20Structure.pdf) (כניסה אחרונה: 15.8.2011).

109 לחזון המלא של הלשכה ראה אתר: [www.altmedor.com/](http://www.altmedor.com/) (כניסה אחרונה: 15.8.2011).

110 לקודים האתיים שגיבשו האיגודים ראה: [www.altmedor.com/44554/](http://www.altmedor.com/44554/) (כניסה אחרונה: 15.8.2011).

111 זר-גוטמן, לעיל הערה 91, בעמ' 233-234.

112 שם.

113 ראה פרק ג והערות השולים הנלוות לו, לעיל.

ראשית, סוגיית היחס האישי והאמון שנותנים המטופלים במטפל בולטת כמאפיין מרכזי ברפואה המשלימה. בכך תואמת הרפואה המשלימה את מאפיין התדמית ואת הקשר האישי שמאפיינים פרופסיה, ומתקדמת למעמד שיאיים על הרפואה הקונוונציונלית כאשר תזכה להכרה.<sup>114</sup>

שנית, אפשר לשער שעם ההכרה הרשמית ברפואה המשלימה תתגבר תודעת הציבור ליחס האישי שהיא מעניקה ללקוחותיה. החשש אז הוא שחסרון הרפואה הקונוונציונלית לעומת הרפואה המשלימה יבלוט אף יותר, ותדמית הרפואה הקונוונציונלית תיפגע. הנזק התדמיתי יפגע גם באמון הציבור, שהוא ערך מכונן מבחינת הפרופסיה. הפגיעה בתדמית עשויה להשפיע גם על האוטונומיה והמונופול, שניזונים מהתדמית החיובית של הפרופסיה.

### (ו) הכרה רשמית

מאפיין זה בא לידי ביטוי בהכרה מצד הלקוחות וחברי פרופסיות אחרות במקצוע כפרופסיה. הכרה זו חשובה כדי לבסס את בעלות הפרופסיה על ידע שאינו נמצא ברשות אחרים ונותנת לגיטימציה לפרופסיה להמשיך ולפעול במסגרת מקצועית פרופסיונלית.<sup>115</sup> כיום הרפואה המשלימה איננה זוכה להכרה רשמית, שכן היא איננה מוכרת בחוק. אם הרפואה המשלימה תוכר, תהיה זו נקודת פתיחה טובה לגיבוש ההכרה בדבר התארגנות המקצוע. מן הסתם החשש של הרפואה הקונוונציונלית הוא מאותה הכרה רשמית שתהיה צעד חשוב בהתפתחות הרפואה המשלימה לעבר פרופסיה שתתחרה עמה ותגזול ממנה לקוחות.<sup>116</sup>

## 2.3. אמצעים שנוקטת הרפואה הקונוונציונלית כדי למזער את האיום על הפרופסיה

בחלק הקודם הוצגה העמדה שהסיבה שמונעת את הסדרת הרפואה המשלימה היא החשש של הרפואה הקונוונציונלית מפגיעה בפרופסיה. הואיל ועניינו במניע נסתר, הסיכוי שאיש פרופסיה יודה בכך הוא מזערי. אך במקום זאת אפשר למצוא פעולות שנוקטים גופים המזוהים עם הרפואה הקונוונציונלית שמאמתות את החשש שאכן מתנהל מאבק שנועד להחליש את הרפואה המשלימה.<sup>117</sup>

בהקשר זה מעניין לחשוב שדווקא לפני המאה ה-19 התנהלה הרפואה כולה באמצעות פנייה למטפלים עממיים. אך עם עליית קרנה של הרפואה המערבית במאה ה-19 התחולל מאבק דומה למאבק שאנו עדים לו כיום עת ביקשו הרופאים לדחוק את רגלי המטפלים העממיים כדי לבסס את בלעדיותם על הרפואה. למעשה אנו עדים למעגל היסטורי שחוזר על עצמו.

האמצעי העיקרי שנוקטת הרפואה הקונוונציונלית הוא ניכוס הרפואה המשלימה לידיה: הרפואה הקונוונציונלית בקופות החולים ובמרכזים רפואיים מעניקה שירותי טיפול משלימים ללקוחותיה. למשל, בקופת חולים כללית קיים אגף הנקרא "כללית רפואה משלימה", בקופת חולים מכבי קיים אגף הנקרא "מכבי טבעי".

סוגי הטיפולים הנפוצים שמוצעים באותם מרפאות הם טווינה, כירופרקטיקה, נטורופתיה, ביופידבק, שיטת אלכסנדר, דיקור סיני ועוד. אותן מרפאות מנוהלות ומפוקחות על ידי רופאים מורשים<sup>118</sup> אשר התמחו גם בתחום הרפואה המשלימה, וכל קופה קובעת לעצמה את הסטנדרטים הרפואיים. הטיפולים המשלימים נעשים על ידי

114 מהשאלונים עולה כי 85% מהמטופלים ענו שהסדרת הרפואה המשלימה בחוק תגרום תגביר את אמוןם במטפל. גם 15% הנותרים שענו שהסדרה לא תשפיע על האמון נימקו את תשובתם בכך שהאמון שלהם במטפל הוא כה רב ולכן להסדרה אין נפקות מבחינתם.

115 אבדור, לעיל הערה 85, בעמ' 178.

116 מאפיין נוסף לפרופסיה הוא סממנים פרופסיונליים חיצוניים משותפים: השיתוף בא לידי ביטוי בהכשרה משותפת המעצבת את חברי המקצוע והתפיסה המקצועית, עולם מושגים, שפה משותפת ואף לבוש וחפצים שייחודיים רק לחברי הפרופסיה. הסממנים החיצוניים מבדילים את חברי הפרופסיה מקבוצות אחרות ומעניקות ממד חשוב ויוקרתי לזהותם האישית. מדובר במאפיין חשוב, אך מאחר שהסממנים החיצוניים של הרפואה הקונוונציונלית חזקים מאוד ומושרשים איני רואה כיצד הסדרת הרפואה המשלימה תפגע בהם פגיעה ניכרת. זיו, לעיל הערה 89, בעמ' 448-449.

117 גולן, לעיל הערה 77, בעמ' 129.

118 על פי סעיף 7 לפקודת הרופאים, שמעגנת את חובת הפיקוח על מי שאינם רופאים מורשים.

רופאי הקופה, וכמדיניות אין הקופה מפנה לרופאים מחוץ למרפאות. חלק מהקופות נותנות הנחה של עד 40% לטיפולים, וחלקן מכסה טיפולים בתנאי שרופא של הקופה הפנה לקבלת טיפול.<sup>119</sup>

מסקר שנערך בשנת 2007 אפשר לראות שהיקף ההכנסות מטיפולים משלימים בארץ מוערך בכ-525 מיליון שקלים, וכ-60% מהטיפולים התבצעו בקופות החולים, והם כ-12% משיעור הרווח התפעולי של קופות החולים. מנגד, רק כ-35% מהטיפולים נערכו בשוק הפרטי. מהממצאים עולה שרוב הטיפולים המשלימים בארץ נעשים על ידי הרפואה הקונוונציונלית.<sup>120</sup>

אפשר להסיק מכך שהפרופסיה הרפואית מנסת לעצמה את הרפואה המשלימה ומכפיפה אותה לחסותה הפרופסיונלית. באמצעות הניכוס הרפואה הקונוונציונלית גורפת רווחים רבים שמעצימים את מעמדה לפי גישת התפקיד הביקורתית. ניכוס התחום מתבצע גם על ידי רופאים מורשים שנוסף על הכשרתם הקונוונציונלית רוכשים התמחות במקצועות משלימים, ובכך מנכסים את התחום וגורפים רווחים.<sup>121</sup>

אמצעי נוסף לניכוס הוא מודל ”ייחוד פעולות” שהתקבל בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות: בסעיף 5 לחוק זה נקבע שמי שאינו בעל תעודה במקצוע בריאות אינו רשאי לעשות פעולות מסוימות שיוחדו לאותו מקצוע.<sup>122</sup> מודל זה פוגע אנושות ברפואה המשלימה, שכן קיימות פעולות שיוחדו למקצועות הבריאות, אך הן נעשות יום-יום כחלק מטיפולים משלימים.<sup>123</sup> הפגיעה באה לידי ביטוי בכך שהרופאים המשלימים, שבמשך שנים עשו את אותם טיפולים, ייחשבו בעקבות המודל החדש עבריינים אם יבצעו טיפולים אלה ללא תעודה.<sup>124</sup> החוק למעשה מעביר את הטיפולים לנחלת מקצועות הבריאות. בכך נפגעים חופש העיסוק ופרנסתם של המרפאים המשלימים.<sup>125</sup>

הליך ניכוס תחומים על ידי פרופסיות תואר על ידי אבאט בספרו *ABBOTT. THE SYSTEM OF PROFESSIONS*<sup>126</sup> מציע תאוריה המסבירה את הליך התחרות על תחומים בין פרופסיה לבין התארגנויות המתיימרות להפוך לפרופסיה. במרכז התזה עומדת הטענה שתחום עיסוק שאינו מטופל על ידי שום גוף הוא נדיר ביותר, ואף אם הוא קיים הוא מתמלא במהירות באמצעות ניכוס התחום לפרופסיות הקיימות. פעולת הניכוס על פי התאוריה נקראת ”ייחוד טריטוריאלי”. הליך זה כולל כמה שלבים: 1. המשגת הבעיה; 2. טיפול והסקה; 3. הכללה והיקש. פעולת ההמשגה מחייבת שימוש בקטגוריות הבסיסיות של המקצוע. אשר לרפואה הקונוונציונלית, ההמשגה יכולה להיות תחום ריפוי מחלות, הקלת כאבים, קיום ערך חיים בריא וכדומה. מושגים אלו מזוהים עם טיפולים שיכולה להעניק הפרופסיה הרפואית, ובכך בא לידי ביטוי שלב הטיפול וההסקה. ואולם, לפי גישתו של אבאט, השלב המכריע שיקבע את הפוטנציאל של הפרופסיה לנכס לעצמה תחום הוא שלב ההכללה והיקש. כדי להפקיע תחום מידי פרופסיה או גוף שמתיימר להיות פרופסיה, הליך ההכללה צריך להיות צר מדי מבחינת שיקול הדעת, כדי שייפתח הפתח לטענה שאותו תחום אינו דורש שיקול דעת, ויכול לבצעו גם מי שאינו מומחה. או שיהיה בו שיקול דעת רחב מדי, שיפתח פתח לטיעון כי אין מדובר במומחיות ייחודית לפרופסיה דווקא.<sup>127</sup>

119 גלאובר, לעיל הערה 6, בעמ' 96-97.

120 סקר שוק, לעיל הערה 87.

121 להתנגדות הרפואה המשלימה להתמחות הרופאים הקונוונציונליים ברפואה משלימה ראה: פרוטוקול 535, לעיל הערה 43, בעמ' 9-11.

122 יש לציין שהפעולות הייחודיות טרם נקבעו בחוק. ראו ריאיון טלפוני עם יאיר שמר, לעיל הערה 107.

123 למשל, פעולת ”שיקום נירולוגי” נעשית הן במקצוע הפיזיותרפיה והן בשיטת אלכסנדר, פלדנקרייז, פאולה ורופלינג. כך גם טיפול ”שיקום תנועתי” שנעשה על ידי פיזיותרפיסטים כירופרקטיים ואוסטאופתים. בדומה לכך דיאטנות וייעוץ תזונתי נטורופתי חופפים ועוד. פרוטוקול ישיבה מס' 9 של ועדת המשנה של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות להסדרת העיסוק במקצועות רפואיים ופרה-רפואיים, הכנסת ה-17, 20-21, 35 (26.3.2008).

124 ראו סעיף 47 לחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות.

125 דיון על הפגיעה במקצועות הרפואה המשלימה ראה פרוטוקול 9, לעיל הערה 123, בעמ' 18-19; ראה גם עצומה של המקצועות ההוליסטים נגד חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות שפוגע בעיסוקם באתר: [www.ahavana.co.il/content/?menu\\_id=120](http://www.ahavana.co.il/content/?menu_id=120) (כניסה אחרונה: 15.8.2011).

126 ANDREW ABBOTT, *THE SYSTEM OF PROFESSIONS: AN ESSAY ON THE EXPERT LABOR* (1988)

127 זיו, לעיל הערה 83, בעמ' 451-452.

לפיכך אפשר ללמוד שניכוס הרפואה המשלימה לתחום הפרופסיה הרפואית מתאפשר מחד גיסא משום שמדובר בתחום טיפולים שכל אחד בנפרד הוא צר מדי, מהבחינה שקל לרכוש את שיקול הדעת הנדרש באמצעים פשוטים,<sup>128</sup> ומאידך גיסא מתקבל על הדעת שהניכוס מתאפשר דווקא משום שמדובר בתחום טיפולים רחב מאוד,<sup>129</sup> המותיר שיקול דעת רב ואשר הביא את הרפואה הקונוונציונלית למסקנה שגם לרופאים יש די מרחב להיות חלק מאותו תחום.

לניכוס הרפואה המשלימה כמה תוצאות מבחינת הרפואה המשלימה: הראשונה, מניעת עצמאות מקצועית (אוטונומיה). לפיה, ברגע שרוב הטיפולים המשלימים מתבצעים באוטונומיית קופות החולים, נמנעת מהרפואה המשלימה האפשרות לממש אוטונומיה עצמאית שבחסותה ינוהל מערך הטיפולים. מאפיין האוטונומיה כאמור חשוב לפרופסיה. ככל שהאוטונומיה רחבה יותר, כך מעמד הפרופסיה חזק יותר, ולהפך.<sup>130</sup> משתמע מכך שהפרופסיה הרפואית משתמשת בניכוס הרפואה המשלימה כדי למנוע ממנה להתקדם לעבר פרופסיה שתתחרה אתה על תחום השירותים ותגזול ממנה רווחים צפויים, שעל פי גישת התפקיד הביקורתית חשובים לה.

יאיר שמר, יו"ר ארגון הגג למקצועות הרפואה המשלימה, ביטא היטב את ההשפעה של מניעת האוטונומיה: "החשש הוא שהרפואה הקונבנציונלית תעשה עוד ענף של רפואה משלימה ותתייחס לזה לפי האופי של עצמה, וכך היא תחנוק את הרפואה המשלימה שיש לה אופי אחר. לכן, אנחנו רצינו סוג של אוטונומיה משלנו כדי למנוע את המצב הזה. החשש הכי גדול הוא שהם יתפכו אותנו למקצוע כמו כל המקצועות הרפואיים ויסרסו את הנשמה שלנו".<sup>131</sup> משתמע מכך שללא אוטונומיה קשה לרפואה המשלימה לטפח את רוח המקצוע הייחודית.

לתוצאת מניעת האוטונומיה נלווית גם התוצאה של מניעת מאפיין ההכרה הרשמית של תפיסת המקצוע כפרופסיה מצד לקוחות ופרופסיות אחרות. כל זמן שהרפואה המשלימה מתנהלת בחסות הרפואה הקונוונציונלית ולא באופן עצמאי, ההכרה לא תתאפשר.

תוצאה נוספת של הניכוס היא פגיעה בתדמית הרפואה המשלימה: מריאיון שקיימתי עם ד"ר א"ק, לשעבר מטפל מוסמך לדיקור סיני בקופת חולים כללית, עולה שהטיפול בקופה אינו עומד בסטנדרטים המקובלים בתחום הרפואה המשלימה הפרטית: הטיפול מתבצע במשך כ-20 דקות בלבד, זמן הקצר בהרבה מטיפול פרטי, המחיר זול יותר, אין יחס אישי למטופל, והרמה המקצועית נמוכה יותר.

לטענתו, קופות החולים מנצלות את הביקוש לרפואה המשלימה במתן טיפולים דרך הקופה. ולא זו אף זו, הן הפכו את הרפואה המשלימה למוצר מסחרי איכותי פחות. בכך לטענתו פגעו הקופות בתדמית האיכותית שמזוהה עם הרפואה המשלימה.<sup>132</sup> אפשר לשער שדרך מסחור הטיפולים מצליחה הרפואה הקונוונציונלית לפגוע בתדמית הרפואה המשלימה המהווה נדבך חשוב בהתקדמות לעבר פרופסיה. בכך משיגה הפרופסיה את מטרתה למנוע עליית מתחרים, כמו גם להדגיש את התדמית החיובית של הרופאים לעומת תדמיתם של המטפלים ברפואה משלימה, ובכך זוכה להגברת אמון הציבור בה.

תחום נוסף שדרכו נעשה ניסיון לנכס, או להתאים, את הרפואה המשלימה לקונוונציונלית הוא תחום הלימודים: כאשר ועדת זיידס מונתה על ידי משרד הבריאות, התנה ד"ר יצחק זיידס שעמד בראשה את ההסדרה של מקצועות הרפואה המשלימה בלימוד המקצועות במסגרת מוסדות אקדמיים ובפיקוח המל"ג בלבד.<sup>133</sup> לבסוף, כזכור, המל"ג לא הכיר כלל בלימודי רפואה משלימה כלימודים אקדמיים, והדיונים בוועדה פסקו. אך מעצם הצבת התניה אפשר

128 בשיחת טלפון שקיימתי עם מכללת רידמן ומכללת ברושים (בתאריך 15.8.2011) נאמר לי שיש מגוון רחב של קורסים ברפואה משלימה שנמשכים בין חצי שנה לארבע שנים.

129 למגוון הרחב של שיטות הטיפול ראו שחר בן-פורת "שיטות רפוי וטפול אלטרנטיביות חיים אחרים 83 168 (2010).

130 לפיכך אפשר ללמוד שפרופסיות עורכי הדין היא החזקה ביותר בישראל מבחינה אוטונומית, שכן ללשכת עורכי הדין יש אוטונומיה נרחבת לנהל את ענייניה ללא כפיפות למוסדות המדינה. להבדיל מכך, ההסתדרות הרפואית מוגבלת, בהיותה כפופה למשרד הבריאות: זלצברג, לעיל הערה 105, בעמ' 49-55.

131 ריאיון עם יאיר שמר, לעיל הערה 107.

132 פסקה זו נכתבה על סמך ריאיון אישי שקיימתי עם ד"ר א"ק מדקר מוסמך המתמחה בשיטות (FEA, CAc, PhD) בתאריך 24.5.2011 (תמליל הריאיון המקורי נמצא אצל המחברת).

133 התכתבות עם אופיר סלע, לעיל הערה 75; ראו גם ריאיון טלפוני עם יאיר שמר, לעיל הערה 107.

ללמוד שהפרופסיה הרפואית מנסה להתאים את הרפואה המשלימה למודל אקדמי שמוכר לה תוך התעלמות מצורכי המקצוע וייחודו: האקדמיה שבה נלמד מקצוע הרפואה מבוססת על מחקר ומדע, תפיסות שאינן מסוגלות להתמודד כלל עם הפרדיגמות ההוליסטיות של הרפואה המשלימה. לכן כפיית האקדמיזציה עשויה לנוון את הייחודיות של הרפואה המשלימה.<sup>134</sup>

יוצא שהכפפת הרפואה המשלימה לאקדמיה מקדמת את מטרת הרפואה הקונוונציונלית להתאים את מסגרות הלימוד של הרפואה המשלימה למסגרות של הרפואה הקונוונציונלית, ובכך מאפיין הידע הפרופסיונלי, שבא לידי ביטוי ברפואה המשלימה בידע ייחודי ומובחן ממקצועות אחרים, נעקר והופך לבסיס ידע דומה לזה של הרפואה הקונוונציונלית.

נוסף על כך, לאקדמיזציה יש השלכות שיכולות למוטט את הרפואה המשלימה: ריכוז הלימודים במוסדות אקדמיים יביא לסגירת בתי הספר המקצועיים הקיימים. הפחתה במספר המוסדות תביא לירידה במספר הסטודנטים ולהצטמצמות התחום. גורם נוסף שעשוי להשפיע על מספר האנשים שייכנסו למקצוע הוא רף קבלה גבוה שיציבו האוניברסיטאות, שעשוי להגביר את הקושי להתקבל ללימודים. בנוסף, מרצים רבים בעלי ניסיון פרקטי עתיר שנים שלימדו בבתי הספר המקצועיים ימצאו את עצמם ללא עבודה, ויתקשו להשתלב באקדמיה, שכן רובם חסרי תואר אקדמי. נראה כי צעד זה עלול להוביל לקריסת הרפואה המשלימה, הן בשל צמצום מספר הסטודנטים והן בשל איכות ההוראה ואיכות המטפלים שיצאו מהמוסדות האקדמיים.<sup>135</sup>

עם זאת ייתכן שצמצום תחום הרפואה המשלימה בעקבות האקדמיזציה יקנה יוקרה ומעמד גבוה לעוסקים בתחום, ובכך יתגבש מאפיין התדמית ואמון הציבור שיקדם את הרפואה המשלימה לעבר פרופסיה.

#### 1. כיצד הסדרת המקצועות המשלימים תיטיב עם הפרופסיה הרפואית?

עד כה הצבעתי על החשש של הרפואה הקונוונציונלית מפני פגיעה בפרופסיה אם יוסדרו המקצועות המשלימים בחוק. בהקשר זה ניכוס הרפואה המשלימה לידי הקונוונציונלית הוצג כאמצעי העיקרי כדי למזער את החשש. בפרק זה אבקש להצביע על העמדה שהסדרת הרפואה המשלימה יכולה דווקא לעלות בקנה אחד עם האינטרסים של הפרופסיה הרפואית.

האינטרס הראשון של הרפואה הקונוונציונלית להסדיר את הרפואה המשלימה קשור בתפקיד הפרופסיה. כזכור, קיימות שתי גישות עיקריות המסבירות מהו תפקיד הפרופסיה בארגון מקצועי: האחת היא הגישה הביקורתית,<sup>136</sup> והשנייה היא הגישה הפונקציונליסטית: גישה זו מניחה כי בבסיס ההתארגנות המקצועית עומד אינטרס ציבורי שהפרופסיה אמונה על שמירתו. השמירה על האינטרס מבחין בין עיסוק או משלח יד לבין פרופסיה. לפיכך האינטרס הציבורי הוא ערך עליון, שכן קיום הפרופסיה תלוי במידת אמון הציבור בכך שהפרופסיה אכן שומרת על אותו אינטרס. אם יישחק אמון הציבור, הפרופסיה עשויה לאבד את מעמדה הייחודי ולרדת לדרגת עסק או משלח יד.

לפי הגישה הפונקציונליסטית, ההכשרה המוקדמת, ההתמחות, מבחני הכניסה והקוד האתי שקובעת הפרופסיה לעצמה הם תנאים הכרחיים לפרופסיה, שכן מטרתם להבטיח שאיכות השירות המקצועי ללקוח תהיה ברמה הגבוהה ביותר. בדומה לכך האוטונומיה של הפרופסיה מוצדקת מהסיבה שאין גוף הבקיא בתחומי המקצוע יותר מאשר חבריי הפרופסיה, ועל כן הם בעלי הכשירות הטובה ביותר לבקר את תחום התנהלותם ולפקח עליה לטובת הציבור. כמו כן אפשר לראות בהענקת האוטונומיה לפרופסיה ”עסקת חליפין חברתית”: בתמורה לשירותים הציבוריים שמעניקה הפרופסיה היא מקבלת את האפשרות לנהל את ענייניה הפנימיים.<sup>137</sup>

134 ראו חלופת מכתבים בין יאיר שמר ליצחק זיידס, לעיל הערה 76.

135 ריאיון טלפוני עם יאיר שמר, לעיל הערה 107.

136 ראו דיון בפרק 2.1 והערות השוליים הנלוות לו, לעיל.

137 פסקה זו נכתבה על סמך זיו, לעיל הערה 83, בעמ' 446-447.

על פי גישה זו, אפשר ללמוד שהסדרת הרפואה המשלימה עולה בקנה אחד עם תפקיד הפרופסיה הרפואית לשמור על בריאות הציבור. כזכור, אחת המטרות החשובות שבגינה יש צורך דחוף להסדיר את הרפואה המשלימה היא הגנה על בריאות הציבור.<sup>138</sup> משתמע מכך שאם הפרופסיה היא בעלת תפקיד ציבורי להגן על בריאות הציבור, במסגרת זו יש לה מניע חזק לקדם את הסדרת הרפואה המשלימה כדי למנוע מצב שבו הציבור חשוף לסיכון בריאותי בקבלת טיפול משלים.

כמו כן אם הרפואה הקונוונציונלית תקדם את הסדרת הרפואה המשלימה, מעמדה כפרופסיה יתחזק, שכן באמצעות קידום ההסדרה היא ממלאת כראוי את תפקידה לשמור על האינטרס הציבורי. מהלך זה יוביל הן להגברת אמון הציבור בכך שהפרופסיה אכן רואה בערך הציבורי ערך עליון, והן לחיזוק תדמית הפרופסיה הרפואית שתושפע ישירות מהתגברות האמון הציבורי.

מניע נוסף של הרפואה הקונוונציונלית להסדיר את מעמד הרפואה המשלימה קשור במצוקה הגדולה של הרפואה הקונוונציונלית בישראל: קיים מחסור עצום של כ־400 רופאים בכל התחומים בכל שנה. המחסור מורגש במיוחד במקצועות המשפחה, הרדמה, רפואה דחופה, ילדים ונאונטולוגיה. כמו כן קיים מחסור של מיטות בבתי החולים, מחסור בצוותים רפואיים שאינם רופאים, ובעיקר מחסור באחיות. המחסור מורגש בכל פינות הארץ וגורם סבל רב למטופלים.<sup>139</sup> התדרדרות מערכת הבריאות הובילה ליצירת עומסים כבדים, צפיפות ולחץ שאינם מאפשרים לרופאים להביא לידי ביטוי את הידע שלהם ואת יכולותיהם המקצועיות לטובת החולה. בעקבות זאת המטופל שציפה ליחס אישי יותר מאוכזב מהרופא, וגם ממערכת הבריאות הקונוונציונלית בכללותה, שכן הוא רואה ברופא מייצג המערכת.<sup>140</sup>

אם הרפואה המשלימה תוסדר, אפשר לשער שאמון הציבור והביקוש לטיפוליה יגדל.<sup>141</sup> במצב הקיים, שבו הרפואה הקונוונציונלית נמצאת במצוקת עומס, לחץ וצפיפות, פניית המטופלים לטיפולים משלימים יכולה לעזור לרפואה הקונוונציונלית בהפחתת העומס על מערכת הבריאות.

הפחתת העומס שבו נושאת הרפואה הקונוונציונלית תוביל לחיזוק כמה ממאפייני הפרופסיה הרפואית: ראשית, בעקבות הפחתת העומס יתאפשר לרופא להעניק זמן ארוך יותר לכל טיפול, יחס אישי לכל מטופל ומיצוי יכולתיו המקצועיות. לכן מאפיין היחס האישי בפרופסיה הרפואית בין הרופא לחולה יתחזק, וימצב את הפרופסיה הרפואית במעמד איתן יותר. חיזוק היחס האישי יכול לבוא לידי ביטוי גם בהטמעת ערכי היחס האישי של הרפואה המשלימה בקרב ציבור הרופאים הקונוונציונלים, לאחר שהרפואה המשלימה תוסדר, והביקוש לה יעלה.

לחיזוק היחס האישי בוודאי תהיה השפעה גם על תדמית הרופאים, מהיותם מנוכרים, מרוחקים ולא נגישים, להיותם אכפתיים, נגישים, בעלי חמלה, דאגה ומקצועיות. חיזוק התדמית תבוא לידי ביטוי גם באמון שירכוש הציבור כלפי הפרופסיה הרפואית, ובכך תתחזק הלגיטימציה של הרפואה למונופול ואוטונומיה בשירותי הבריאות.

## ט. סיכום

המצב שבו הרפואה המשלימה אינה מוסדרת ומוכרת על ידי המדינה הוא מסוכן בסכנו את בריאות הציבור ובתפתחו פתח לכניסת שרלטנים לתחום. גם כ־20 שנה לאחר הקמת ועדת אלון, שהמליצה על הסדרת הרפואה המשלימה, לא נעשו צעדים ניכרים לכיוון הסדרה. אפשר למנות סיבות רבות לאי־הסדרת הרפואה המשלימה עד היום, ובהן היעדר בסיס מדעי לרפואה המשלימה, לחץ ציבורי, קשיים בגיבוש מודל ראוי לכל המקצועות ואי־הבהירות של דוח אלון. ואולם, מלבד סיבות אלו, שנדונו בפורמים שונים, והן בוודאי תורמות לאי־ההסדרה, הגעתי למסקנה שיש בסיס להניח שאחת הסיבות הדומיננטיות שמונעת את ההסדרה היא הרפואה הקונוונציונלית.

138 ראו דיון בפרק ה והערות השוליים הנלוות לו, לעיל.

139 פרידמן, לעיל הערה 15, בעמ' 6-9.

140 רונית הראל "ביקיעים במעמדו של הרופא" *זמן הרפואה* אוקטובר-נובמבר 51 (2007).

141 השאלונים, הערה 114.

לרפואה הקונוונציונלית מעמד פרופסיונלי. במסגרת זו היא נהנית ממעמד יוקרתי וכלכלי גבוה, ממונופול על שירותי הבריאות ומאוטונומיה חלקית בתחום השירותים הרפואיים. החשש של הרפואה הקונוונציונלית הוא שעם הסדרת הרפואה המשלימה יעלה מעמדה ויערער את היסודות הפרופסיונליים שמבססים את מעמדה הרם.

אותו חשש הוא המניע את הרפואה הקונוונציונלית לנכס את הרפואה המשלימה לידיה דרך קופות החולים, דרך חוק העיסוק במקצועות הבריאות או דרך יצירת אקדמיזציה לרפואה המשלימה. דרך פעולות אלו הרפואה הקונוונציונלית מונעת מהרפואה המשלימה את האפשרות להתפתח לפרופסיה על ידי דיכוי מאפיין האוטונומיה, ההכרה הרשמית, התדמית והלימודים. הניכוס, על שלל צורותיו, ממזער את הסיכוי שהרפואה המשלימה תתפתח בעתיד לפרופסיה, ובכך הרפואה הקונוונציונלית מבטיחה את מעמדה.

אמנם הרפואה הקונוונציונלית עלולה לאבד הרבה יתרונות אם הרפואה המשלימה תוסדר, אך הגעתי למסקנה כי קיימים גם יתרונות שהיא עשויה לזכות בהם: הסדרת הרפואה המשלימה תחזק את אמון הציבור ואת תדמית הרופאים כאשר יראה הציבור שהפרופסיה פועלת למען הגנה על בריאותו. כמו כן הקשר האישי בין החולה לרופא יתחזק ככל ששיעור הפנייה לרפואה המשלימה יעלה, והעומס על מערכת הבריאות הקונוונציונלית יפחת.

ראוי שמקצועות הרפואה המשלימה יוסדרו בחוק שמפקח על המטפלים והכשרתם ויגן על בריאות הציבור. צורך השעה מחייב הסדרה, ועל הרפואה הקונוונציונלית להתמודד הן עם ההשלכות החיוביות על הפרופסיה והן עם ההשלכות השליליות. אפשר לשאוב השראה להסדרה מהמודלים שמוצעים בבריטניה או מאלו שפועלים בגרמניה.



## הערות למאמר: "מדוע לא מכירים בי?" – מאבק הכוחות בין הרפואה הקונוונציונלית לרפואה המשלימה

אי שם, בפאתי מזרח, הגו שלושה יזמים רעיון מהפכני: את הבניין רב הקומות שביקשו להקים יתחילו לבנות מקומת הגג וימשיכו בהדרגה כלפי מטה. הציבור היה מעוניין מאוד במיזם זה, ציירים חובבים נלהבים שרטטו מגדלים פורחים באוויר, והציורים הוגשו לוועדת תכנון ערים. אולם שוד ושבר, זו לא ידעה כיצד לנהוג – לא נמצא חוק המסדיר בניית מגדלים מראשם כלפי מטה. האם יאושר ליזמים אהובי הציבור להקדים ולבנות את הקפטריה שבראש המגדל בטרם ייצקו את יסודותיו? האם החוק, או נכון יותר היעדרו, הוא התשובה לשאלה זו? האם חוק שיסדיר טיפול בבני אדם בשיטות הזויות יהפוך אותן לבטוחות וליעילות?

החלוקה ל"רפואה קונוונציונלית" ול"רפואה משלימה" שגויה ומטעה. רפואה יש רק אחת – תורה מדעית ומעשית המושתתת על יסודות מדעיים איתנים, בודקת וחוקרת את המכונה המופלאה – גוף האדם – ואת הנפש המדריכה אותו. מקימיו של בניין רפואי זה שואפים לפתח אמצעי ריפוי בטוחים ולהוכיח בשיטות מדעיות מודרניות את יעילותם. רפואה זו תכונה כאן "רפואה נכונה". אמנם הבניין טרם הגיע לשיא קומתו ותפארתו, והוא גם זקוק לשיפוצים. על הרפואה הנכונה להתמקד במטופל, לכבדו, להגן על זכויותיו ולשתפו בהחלטות הטיפוליות. אולם שינויים ושיפורים אלה ייעשו על גבי אותם יסודות, ואין צורך בהריסת הבניין והקמת מגדלים פורחים באוויר. כל שאר ה"רפואות", המבוססות על מסורות ותורות פילוסופיות, יפות למדעי ההיסטוריוגרפיה והאנתרופולוגיה, אך לא לטיפול בבני אדם. בראשית כונו תורות אלה בשם "רפואה חלופית" (אלטרנטיבית), אולם משהבינו חסידיה כי אין הם יכולים להעמיד בניין רפואי שלם מבסיסו ועד לראשו, שונה השם ל"רפואה משלימה", דהיינו ניסיון התנחלות בקומותיו העליונות של הבניין הרפואי, כאשר מישוהו אחר ישקיע, יעמול ויזיע בחפירת ויציקת היסודות וחזוקם. גישה זו מגלמת לדעתי, בלשון המעטה, חוסר הגינות, ואכן גם מונח זה מפנה כיום את מקומו ל"רפואה אינטגרטיבית". כאן תקובצנה תורות אלה, שהן רבות מאוד ושהשונויות ביניהן גדולה ביותר, תחת המונח "רפואה אחרת".

המצב שבו הרפואה האחרת אינה מבוססת על עובדות ועל עקרונות מדעיים רפואיים מוכחים הוא מסוכן, והמסקנה המתבקשת היא שאין לאפשר לבורים ולשרלטנים, באמצעות חוק, לסכן את בריאות הציבור. לכן השאלה העיקרית אינה מדוע לא הוסדרה הרפואה האחרת בחוק אלא אם יש כלל צורך בחוק זה. ראשית יש להכיר בכך שבעניין זה אין קיצורי דרך. גם את הרפואה האחרת יש לבנות מהיסודות ולא מהכיפה. על העוסקים בתחומים אלה להוכיח כי תורותיהם ושיטות הטיפול שלהם אינן מופרכות ואינן מסכנות את המטופלים. גם החלוקה למקצועות רפואיים קונוונציונליים, מקצועות פרה-רפואיים ורפואה משלימה אינה מתאימה למציאות והיא מטעה. המקצועות הפרה-רפואיים שייכים לרפואה הנכונה והם חלק ממנה לכל דבר ועניין – הם מבוססים על תורה אחידה, הכוללת בין היתר את ההסכמה שגוף האדם מורכב מתאים המודרכים על ידי הגנים המצויים בהם ועל עקרונות האנטומיה, ההיסטולוגיה, הביוכימיה, המיקרוביולוגיה, הפתולוגיה והפרמקולוגיה ותחומים רבים נוספים הכלולים בספרי הלימוד של הרפואה הנכונה. אמצעי הטיפול המבוססים על יסודות אלה שונים, והמקצועות הרפואיים רבים, אולם כולם פועלים באותה דרך מדעית ומעשית, ולכן מקצועות אלה הם חלק בלתי נפרד מהרפואה הנכונה. והנה זה פלא, כנסת ישראל הצליחה להתחיל בסלילת הדרך להסדרת העיסוק במקצועות הבריאות. בשנת 2008 הוסדר העיסוק בארבעה מקצועות (ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, הפרעות תקשורת ותזונה), ובשנת 2010 הוספו שלושה מקצועות (קרימינולוגיה קלינית, פודיאטריה וכירופרקטיקה). לכן מי שחפץ בהסדרה או בהגנה חוקית יתכבד נא, יתאמץ ויחקור בשיטות אמין ומדעיות את תורתו ואת שיטות הריפוי שלו, יוכיח שהוא ראוי להימנות עם מקצועות הרפואה הנכונה, והדלת תהיה פתוחה בפניו לבוא ולחסות תחת כנפי החוק. ועד אז יש לנקוט את כל הצעדים כדי להגן על הציבור מפני הרפואה האחרת, במיוחד כשהיא באה במקום הרפואה הנכונה ומונעת ממטופלים טיפול שעשוי לעזור להם. לדעתי הסדרה חוקית ספציפית של הרפואה המשלימה אינה צורך השעה, ואף לא צורך המאה. מנגד, חוק ניסויים בבני אדם הוא חוק חיוני, שאפשר לחוקקו, ויש להתקינו ולנסחו באופן שהוא יגן על הציבור גם בפני מטפלים ושיטות ריפוי מסוכנות. הצעות לחוק זה מעלות עובש זה שנים רבות, ואי-חיקוקו הוא מחדל של כנסת ישראל ותעודת עניות לנבחרי העם.

סיפורו של האוזון מדגים את תהליך הצירוף של שיטת ריפוי אחרת לרפואה נכונה. אוזון הוא מולקולה המורכבת משלושה אטומי חמצן (חמצן אטמוספרי מורכב משני אטומי חמצן). אוזון אינו יציב, וכשהוא בא במגע עם רקמות חיות בעת תהליך התפרקותו, מתפתחת ”תקיפה חמצונית”. שנים רבות נחשב הטיפול באוזון ”רפואה משלימה”, אך לאחרונה הצביעו מחקרים בסיסיים על פעילותו בעידוד מנגנוני ההגנה מפני זיהומים, ומחקרים קליניים בבני אדם (גם בישראל!) הראו את יעילותו בריפוי פצעים כרוניים (למשל בחולי סוכרת). לנוכח הצטברות המידע על השפעותיו המיטיבות של אוזון הוא הוסף בשנה שעברה לסל הבריאות לא פּפּנְאָה (כמקובל ברפואה האחרת) אלא כטיפול על פי הוריות מוגדרות. כיום אוזון כלול ברפואה הנכונה, והשימוש בו מוסדר חוקית (שהרי סל הבריאות מוגדר בחוק).

נשוב נא אל שלושת היזמים הנלהבים. בשל דרישת הציבור לקפטריה עכשיו ומיד הם ניסו להמריץ את ועדת התכנון להחליט בעניינם והגישו לוועדה חוות דעת של מעצב פנים, שקבעה כי תכניות הבנייה ישימות ובטוחות, וחוות דעת משפטית שנערכה על ידי פקיד ההוצאה לפועל, שהבטיחה את חוקיות המיזם. ועדת התכנון סירבה לקבל חוות דעת אלה ודרשה מהיזמים תכניות מאושרות בידי מהנדס קונסטרוקציה ומסמך משפטי חתום בידי עורך דין. היזמים פנו לבית המשפט הגבוה לצדק בעילה של פגיעה בחופש העיסוק וטענו כי מהנדסי הקונסטרוקציה ניכסו לעצמם אישור בניית בניינים רבי קומות, ועורכי דין ניכסו לעצמם את העיסוק בחוק ובמשפט. מה משער הקורא הייתה תגובתו של בית המשפט? אנשי המקצוע בהנדסה, במשפט, ברפואה (נכונה כמובן, כולל במקצועות פרה-רפואיים) וגם במקצועות אחרים מקבלים רישיון לעיסוק במקצוע לאחר שקנו השכלה מתאימה, עמדו במבחנים, ונמצאו מתאימים לשאת באחריות הכרוכה בעיסוקם. זו דרכה של חברה מתוקנת להבטיח את שלום הציבור. רפואה נכונה היא מקצוע מדעי ומעשי וגם דרך חיים ואינה ישות המנכסת לעצמה נכסים. האם אין זה מובן מאליו, וגם מוצדק, שהעוסקים ברפואה נכונה יגנו על הישגיהם, זכויותיהם ופרנסתם שנקנו בעמל רב? האם אפשר לכלול בכפיפה אחת רופא שהשקיע 11-13 שנים בלימודים ובהתמחות ברפואה נכונה למי שהכתיר עצמו כמטפל בבני אדם ללא כל השקעה ברכישת השכלה וללא דרישות סף? האם מאבקם של עורכי הדין, המשקיעים 3.5 שנות לימוד ושנות סטז', פחות משליש מרופא, במי שעוסקים בנושאים משפטיים ואינם חברים בלשכת עורכי הדין, אינו צודק? הגילוי המרעיש של ”סיבה נסתרת” אינו גילוי כלל וכלל, אלה הפנים הגלויות של הסדר החברתי. כל מי שסובר כי יש להוקיר ולתגמל את מי שמשקיע ברכישת מקצוע, דהיינו כל אדם בעל ערכים והגינות, מבין זאת. תנוח דעת הקורא, הרפואה הנכונה אינה ”מצויה במאבק קיומי עם הרפואה המשלימה שמאיימת על מעמדה...”; יש מקום רק לרפואה אחת, נכונה, ובסופו של דבר יקום הנער הקטון ויצביע על המלך: ”הרי הוא עירום”. גם ההכרזה כי ”האמצעי העיקרי שנוקטת הרפואה הקונוונציונלית במאבק עם הרפואה המשלימה הוא ’ניכוס’. במסגרת זו הרפואה הקונוונציונלית מנכסת לעצמה את תחומי העיסוק של הרפואה המשלימה...” מעוררת גיחוך. אם אכן מדובר במאבק, בסופו של דבר הטובים ינצחו.

לסיכום:

א. לטעמי, אין צורך בחוק ספציפי להסדרת רפואה חלופית/משלימה/אינטגרטיבית. כאשר יוכח, על פי מדדים מקובלים במאה ה-21, כי שיטה זו או אחרת אינה מזיקה/מסוכנת למטופלים אלא מיטיבה עמם, יהיה אפשר להוסיפה לחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות.

ב. לדעתי, אין כל סיכוי שבעתיד הנראה לעין יהיה אפשר לחוקק חוק אחד שיאגד את כל מאות השיטות המנויות ברפואה משלימה, וגורל דוחות הוועדות המכובדות, המאמרים המלומדים והמלצותיהם בעניין זה – יהיה כשלג דאשתקד.

ג. חשוב הרבה יותר שכנסת ישראל תתעשת ותחוקק סוף סוף את חוק ניסויים בבני אדם, שיש לו נפקות לנושא הנדון.

ד. אני מקווה כי גם בעידן שבו השיווק והמדורג הם חזות הכול, ידע הציבור הנאור לזהות את הרפואה הנכונה. אין מדובר במקסום רווחים וב”מורוחים” אלא בהכרה ובתגמול ראויים של אלה המשקיעים בהשכלה וברכישת מקצוע, במחקר ובהשתלמות, ומנגד – בניפוי העוסקים במקסמי שווא.

ה. ובמיוחד למשפטנים אני מציע לקרוא בעיון את פסק הדין שיצא מתחת ידי בית המשפט העליון של ארצות הברית (ואומץ גם על ידי בית המשפט בישראל), אשר כה היטיב להגדיר את עקרונות ההוכחה המדעית. להלן תמצית דבריו, מפי כבוד השופט Blackmun:

**“The adjective ‘scientific’ implies a grounding in the methods and procedures of science. Similarly the word ‘knowledge’ connotes more than subjective belief or unsupported speculation. The term ‘applies to any body of known facts or to any body of ideas inferred from such facts or accepted as truths on good grounds’ . . .the requirement that an expert’s testimony pertain to ‘scientific knowledge’ establishes a standard of evidentiary reliability”<sup>1</sup>**

פרופסור עופר קפלן, LLB, MD – מה”פרופסיה”

---

1 .Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc. 509 U.S. 579 (1993)