



מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל  
MYERS-JDC-BROOKDALE  
مایرس - جوینت - بروکدیل



מרכז סמוקלר למדיניות הבריאות

## דוח מחקר

# חקיקה מקדמת שקיפות במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות

רחל ניסנהולץ-גנות ✦ אריאל ינקלביץ' ✦ נורית ניראל

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

# חקיקה מקדמת שקיפות במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות

רחל ניסנהולץ-גנות      אריאל ינקלביץ'      נורית ניראל

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

פברואר 2016

ירושלים

שבת תשע"ו

עריכת לשון: רונית בן-נון  
תרגום לאנגלית (תמצית מחקר והודעת פרסום): נעמי הלסטד  
הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

**מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל**

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

ת"ד 3886

ירושלים 9103702

טלפון : 02-6557400

פקס : 02-5612391

כתובת האינטרנט : <http://brookdaleheb.jdc.org.il>

## מבוא

מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות היא חלק בלתי נפרד ממערכת הבריאות בימינו. רבות נכתב על קשר זה אשר במובנים רבים מניע את גלגלי הרפואה קדימה, בין היתר באמצעות מתן כספים למחקרים ולפעילותם של ארגוני רופאים כמו גם לארגוני חולים. עם זאת, העובדה שהתפתחות הרפואה שלובה בהתפתחות תעשיית התרופות טומנת בחובה גם סוגיות אתיות בעלות משקל המעסיקות את קובעי המדיניות בארץ ובעולם. בראש ובראשונה עולה חשש מהשפעה על דפוסי פעולתם של רופאים ושל יתר השחקנים במערכת, על ההוצאות לבריאות ועל הטיפול הרפואי הניתן לחולים.

הצורך ההדדי במערכת יחסים כזו, לנוכח הדילמות שהיא מעלה, מחייב את מערכות הבריאות בארץ ובעולם לבחון את השפעותיה הן על הרופא כפרט והן על כלל המערכת, ואף לשים לה סייגים.

מחקר זה מבקש לבחון מהן השלכות החקיקה הדורשת דיווח על תרומות שהתקבלו, על מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות), כפי שהן עולות מדבריהם של בעלי העניין המעורבים בתחום, ומהו מקומה של חקיקה זו בסביבה הרגולטורית הקיימת בישראל. נוסף לכך המחקר בוחן את עמדותיהם של בעלי העניין בנוגע למערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות, ואת הדרך המיטבית להערכתם להתמודדות עם הדילמות האתיות שהיא מעלה.

הפתרונות המוצעים להסדרת מערכת היחסים הנדונה נחלקים לשני סוגים:

**1. רגולציה עצמית:** הסדרה וולנטרית פנימית של הגופים המעורבים במערכת היחסים, הקובעת כללים אתיים לניהול מערכת היחסים. רגולציה כזו קיימת בקרב ארגוני רופאים וארגוני חברות תרופות בישראל ובמדינות שונות בעולם.

**2. רגולציה מטעם המדינה:** הסדרה רגולטורית, בדרך כלל באמצעות חקיקה, הקובעת כללים לניהול מערכת היחסים. דוגמה לחקיקה כזו היא חוקי "אור שמש" ("sunshine laws") – חקיקה הקובעת חובת דיווח ופרסום על כסף ושווה-כסף שהועברו מחברות תרופות לרופאים. חקיקה כזו קיימת במדינות כמו ארצות הברית וצרפת. בשנת 2010 חוקק סעיף 44 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הקובע כי יצרני תרופות וציוד רפואי ידווחו עד ה-1 במרץ בכל שנה לשר הבריאות על כל תרומה העולה על 2,500 ₪ לגוף העוסק בתחום הבריאות או לרופא. לצד זאת, החוק אף מטיל על הגוף הנתרם חובת דיווח על תרומות שהתקבלו.

חשוב לציין כי חקיקה בדרך כלל קובעת גבולות ברורים כדי להתמודד עם בעיות שונות. במקרה זה, המחוקק יכל לבחור חקיקה המציבה גבולות ברורים, כמו הגבלת סכומי התרומה או הגבלת מערכת היחסים. עם זאת, המחוקק בחר ללכת בדרך שונה, שבה החקיקה מעודדת שקיפות, מתוך הנחה שעצם השקיפות תביא להתנהלות בריאה יותר ולהתמודדות טובה יותר עם הבעיה שמעורר הקשר.

השפעת חקיקה כזו על בעלי העניין שלהם נגיעה לנושא נבדקה במחקרים בודדים שנערכו בכמה מדינות בארצות הברית. המחקרים הראו כי דרישת הדיווח על תרומות מחברות תרופות לרופאים אינה מפחיתה

רישום תרופות ואינה מפחיתה את ההשפעה הפסולה שיש לחברות התרופות על הרופאים. בישראל טרם נבדקה השפעת החקיקה על התנהלות הגורמים הרלוונטיים. אשר על כן, חשוב לבדוק נושא זה.

## מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון את הסוגיות האלה:

- ♦ באיזה אופן התערבות המחוקק, באמצעות חקיקת סעיף 40א לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מסדירה את מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות.
- ♦ כיצד משפיעה הרגולציה של מערכת היחסים בין הרופאים לחברות התרופות מטעם המדינה (באמצעות החקיקה) ומצד תעשיית התרופות על אופן התנהלות מערכת היחסים ועל הנורמות הנהוגות בתחום. לא ברור בדיוק ההבדל בין נקודה זו לקודמת.
- ♦ מהן עמדותיהם של בעלי העניין בתחום בנוגע למערכת היחסים בין הרופאים לחברות התרופות, ומהן עמדותיהם בנוגע לצעדים עתידיים שיש לנקוט על מנת להתמודד עם הדילמות האתיות שמערכת היחסים הזו מעלה.

## שיטת המחקר

שיטת המחקר כללה שימוש בשני כלים:

1. **ראיונות עומק פתוחים (חצי מובנים)** עם 42 נציגים בכירים מן המערכות שלהן נגיעה בתחום: משרד הבריאות, קופות חולים, חברות תרופות, איגודים רפואיים, ארגוני חולים ועיתונאים המסקרים את תחום הבריאות. הראיונות ארכו כשעה ועסקו בהשפעה הנתפסת של החקיקה ושל יוזמות של רגולציה עצמית על מערכת היחסים בין רופאים לחברות התרופות ובעמדות של המרואיינים בנוגע לרגולציה. ניתוח הראיונות התמקד בזיהוי תמות מרכזיות, על פי מטרות המחקר, והוא התבצע באמצעות תוכנת הנריילור.
2. **ניתוח שלושה מאגרי מידע** ובהם נתונים על תרומות וכספים המועברים מחברות תרופות לגופים שונים במערכת הבריאות, במטרה לבחון את מגמות השינוי בסכומי התרומות הכספיות ובמטרות שלהן לאחר החקיקה. שלושת המאגרים זמינים לציבור באתרי האינטרנט של כל אחד מן הגופים.
  - ♦ **מאגר הנתונים של משרד הבריאות.** המאגר הוקם על פי חוק משנת 2009, ובו נתונים על מתן תרומות כספיות של חברות לגופים העוסקים בתחום הבריאות.
  - ♦ **מאגר המידע של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י).** המאגר מפרט את סכומי התרומות שהתקבלו החל משנת 2009 על ידה ועל ידי איגודיה המדעיים, ואת ייעודן.
  - ♦ **דוחות התרומות של "פארמה ישראל".** החל משנת 2011 מפרסמת "פארמה ישראל" (ארגון חברות התרופות מבוססות מו"פ בישראל) דוח תרומות שנתי המפרט את סכומי התרומות ואת ייעודן. הדוחות כוללים פילוח של הנתונים לפי המוסד הנתרם וכן מידע על ייעוד התרומה.

במאגר המידע של משרד הבריאות יש דיווחים על פי חוק של ארגוני בריאות שונים, לרבות חברות תרופות וציוד רפואי, בתי חולים, קופות חולים וארגוני חולים. במאגר של ההסתדרות הרפואית יש גם דיווח לפי

איגודים שחלק מהם אינם מחויבים על פי חוק לדווח ישירות למאגר של משרד הבריאות. נוסף לכך, עקרונית, המאגר של ההסתדרות הרפואית עשוי לכלול גם קבלת תרומות מארגונים מסחריים שאינם קשורים לתחום הבריאות, כגון בנקים וחברות מזון. במאגר של פארמה-ישראל יש דיווח רק על חברות החברות בארגון, אך זהו דיווח מעמיק, הכולל ניתוחים לפי סכומים ולפי ייעודם.

## ממצאים

### עמדות בנוגע למערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות

**תפיסות שונות בנוגע לקשר בין רופאים לחברות תרופות: מעובדה בלתי נמנעת לתרומה למערכת הבריאות**  
רוב המרואיינים סבורים שמערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות היא לא רק בלתי נמנעת, אלא אף נחוצה וטובה למערכת הבריאות. לטענתם מדובר בקשר המבוסס על תלות הדדית, המתבטאת בכך שמן הצד האחד, חברות התרופות זקוקות לרופאים על מנת לפתח תרופות, ומן הצד האחר, רופאים (ומערכת הבריאות כולה) זקוקים לידע ולמקורות הכספיים של חברות התרופות כדי לבצע מחקרים ולקבל מידע על חידושים רפואיים בתחומם.

בהתאם לכך, רוב המרואיינים טוענים שניתוק מוחלט של הקשר יזיק למערכת הבריאות ולאיכות הרפואה בישראל מאחר שלא יהיה כסף למחקר ולהשתלמויות, וטיפולים חדשניים לא יגיעו לארץ. לדידם, במערכת היחסים הזו טמונים כמה יתרונות:

- ◆ **שיתוף בידע ושיח מקצועי.** חברות התרופות מחזיקות בידע המקיף ביותר על התרופות שהן מפתחות, ולכן יש להן היכולת (ויש הסבורים גם האחריות) להסביר לרופאים וללמדם על המוצרים שלהן בצורה הטובה ביותר.

- ◆ חלק מן המרואיינים טענו כי המעורבות של חברות התרופות בחינוך הרפואי היא סוג של "רע הכרחי" או "מצב לא אידאלי", אך עדיף על לא-כלום, שכן מרבית הרופאים אינם מקדישים זמן רב להתעדכנות על חידושים בתחומם. מצדם של הרופאים, הם נפגשים עם מטופלים ולעתים נתקלים בתופעות שונות או בצרכים שונים של מטופלים, שאינם מוכרים לחברות תרופות. הם יכולים לחלוק מידע בנוגע לתופעות לוואי, לתלונות או לבקשות של מטופלים. חברות התרופות זקוקות למידע זה כדי לשפר את המוצר ולטפל בסוגיות שלא עלו במהלך המחקר.

- ◆ **תוספת משאבים כספיים למערכת.** מערכת היחסים מעניקה משאבים הן למערכת והן לרופא. חברות התרופות מזרימות למערכת הבריאות משאבים כספיים. שני התחומים העיקריים שבהם משאבי חברות התרופות נתפסים כהכרחיים, במיוחד לאור היעדר מימון ציבורי מספק עבורם, הם מחקר וחינוך רפואי (CME - continuing medical education). נוסף לכך, קיימת חשיבות להשתתפות פעילה של רופאים ישראלים בכנסים בין-לאומיים בחו"ל, שבהם הם נחשפים לחזית העשייה בתחומם ומביאים תועלת רבה יותר למטופליהם. חברות התרופות מממנות חלק ניכר מנסיעות אלה.

המרואיינים התומכים בקשר בין רופאים לחברות תרופות סבורים כי האתגר הוא למצוא את האיזונים הנדרשים כדי להגיע למצב שבו שני הצדדים, וגם ספקי שירותי הבריאות (קופות החולים ובתי החולים) והציבור, מרוויחים ממנו.

## דעת מיעוט: המתנגדים לקיום הקשר

רק מעטים מן המרואיינים מתנגדים לקיום כל קשר בין רופאים לחברות תרופות, ובעצמם נמנעים מלקבל תמיכה מחברות תרופות. הם אינם שותפים לדעת הרוב ולפיה ניתוק היחסים יפגע במערכת הבריאות. להפך, הם תומכים באיסור הקשר בין רופאים לחברות תרופות ומדגישים את הסכנות הטמונות בו ואת השפעותיו השליליות על מערכת הבריאות. לדידם של אותם מרואיינים, בעולם אידאלי היו חברות התרופות אמורות לייצר מוצרים איכותיים, לפרסם את מלוא המידע אודותיהם ולהתחרות ביניהן על איכות ועל מחיר, במקום לנסות לקנות ולשחדר רופאים בכסף ובמתנות כדי שירשמו את מוצריהן.

## הסכנות הטמונות במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות

אף שמרבית המרואיינים מודעים ליתרונות הברורים הגלומים במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות, רובם ככולם מודים שהיא עלולה לגרום להשפעות שליליות, ובהן:

### 1. השפעה על סדר היום הרפואי

התלות ההולכת וגוברת של מערכת הבריאות בכספיהן של חברות התרופות מעניקה להן כוח-יתר של השפעה בקביעת סדר היום בעולם הרפואה ולהשפיע על הדגשים במחקר הבסיסי ועל הקשרים עם מוסדות המאשרים תרופות, דוגמת ה-FDA. כתוצאה מכך, תחומים ופעילויות שאינם רווחיים עלולים להידחק לשולי השיח הרפואי, וכל ביקורת על השיח השולט עלולה להיות חשופה ללחצים להשתיקה.

### 2. השפעה על הרגלי הרישום של הרופאים

להשפעה של חברות התרופות על הרגלי הרישום של הרופא עלולות להיות השלכות לא רק בפן הקשור לאיכות הטיפול הרפואי (עיוות שיקול הדעת הרפואי והעדפת תרופה פחות טובה), אלא אף בפן הכלכלי. הרופאים מחויבים למתן טיפול מיטבי לחוליהם. יש רופאים, במיוחד בבתי החולים, שרושמים תרופות יקרות (המשווקות על ידי חברות התרופות) בלי להתחשב בשיקולי העלות למערכת או בשיקולים הנוגעים לחולים עצמם, שלעתים מתקשים לשלם עליהן. ייתכן שבמקרים מסוימים ניתן היה לרשום תרופה יקרה פחות, מבלי לפגוע באיכות הטיפול.

חברות התרופות מנסות לשווק את מוצריהן ולעודד יותר רופאים לרשום את מוצריהן בדרכים שונות. המרואיינים התייחסו לחלק מהן, למשל:

### תועמלנות

♦ **העברת מידע לרופאים.** מיעוט קטן של מרואיינים מתנגדים נחרצות להתעדכנות באמצעות תועמלנים, ואילו רוב המרואיינים מביעים אמביוולנטיות בנוגע לפרקטיקה זו. מצד אחד הם מכירים בתרומתם של תועמלנים להתעדכנות של רופאים על תרופות חדשות, ומן הצד האחר הם מביעים חשש מהסתמכות עיוורת של רופאים רבים על המידע שהתועמלנים מעבירים.

♦ **יצירת דיס-אינפורמציה על תרופות מתחרות וגנריות.** פרקטיקה שצוינה על ידי חלק מן המרואיינים בהקשר זה, אף על פי שהיא אסורה לפי חוק, היא מתן מידע שגוי על תרופה מתחרה. אסטרטגיה נוספת של חברות התרופות מבוססות מחקר דווקא, שצוינה על ידי מרואיינים, היא הטלת ספק ויצירת פחד ואי-אמון בקרב רופאים מפני שימוש בתרופות גנריות.

◆ **פנייה לרופאי המשפחה.** חלק מן המרואיינים ציינו כי קל יותר לחברות התרופות להשפיע על רופאי המשפחה מאשר על רופאים מומחים אחרים, משום שרופאי המשפחה עוסקים במגוון רחב של תרופות ואינם יכולים לזכור את כל המידע עליהן. נוסף לכך, אין להם מספיק זמן להתעדכן בחידושים בכל התחומים שהם עוסקים בהם.

◆ **מתנות.** מתנות אלו כוללות עטים, ספלים ומוצרי לוגו קטנים ועשויות לכלול גם ציוד רפואי ומשרדי, מתנות אישיות יקרות וטיסות לכנסים בחו"ל ברמת אירוח גבוהה לרבות מגוון אטרקציות. בנושא זה התייחסו המרואיינים בעיקר להצלחתם של הצעדים הרגולטוריים ושל ההגבלות שחברות התרופות והמעסיקים נוקטים לשם צמצום התופעה ופיקוח עליה. חלק מן המרואיינים, בעיקר מקרב אלה המתנגדים או מבקרים את הקשר בין רופאים לחברות תרופות, התייחסו ישירות להשפעת המתנות על קבלת ההחלטות של רופאים. לטענתם מתנות עשויות להשפיע על רופאים מכיוון שהן יוצרות תחושה של חבות וצורך להחזיר.

◆ **חלוקת דוגמיות.** מן הראיונות עולה כי בעולם הרפואה קיים טווח רחב של דעות בקשר לתפקידים העיקריים של הדוגמיות הניתנות לרופאים מחברות התרופות. המצדדים במתן דוגמיות טוענים שהן מעניקות לרופאים הזדמנות להתנסות ולצבור ידע על תרופות חדשות, מאפשרות גישה לתרופות לאוכלוסיות שידן אינה משגת, מאפשרות בדיקת יעילות וסבילות של תרופות בקרב חולים ספציפיים וחוסכות כסף למוסדות רפואיים (בתי חולים וקופות חולים). מנגד, המתנגדים למתן דוגמיות טוענים שפרקטיקה זו מעודדת שימוש בתרופות יקרות, כולל כאלה שאינן כלולות בסל התרופות (מעלה את העלויות לקופות החולים), יוצרת הרגלי רישום לטובת אותן תרופות ונאמנות מותג (brand loyalty), ובשוליים מעודדת סחר לא חוקי בתרופות (רופאים המוכרים דוגמיות למטופליהם).

### **השפעה על מובילי דעה**

מארג יחסי החליפין בין רופאים לחברות תרופות כולל כמה התקשרויות נוספות הנוגעות בעיקר לרופאים בכירים ולמובילי דעה (key opinion leaders). רופאים אלה הם בעלי מעמד ושררה, ויכולים להשפיע הן על הרגלי הרישום של רופאים מן השורה השומעים לדעתם והן על החלטותיהם של רגולטורים ושל ועדת הסל. מסיבה זו חשוב לחברות התרופות להשקיע דווקא בהם, באמצעות מימון הרצאות ומחקרים ותשלום על ייעוץ. התקשרויות אלו נופלות מחוץ לתחומי האחריות של החקיקה משום שאין הן נחשבות תרומות. חלק מן המרואיינים אף טענו שהן דרך לעקיפת החקיקה.

### **הצד השני של המטבע: ציפיותיהם של הרופאים מחברות התרופות**

לניסיון של חברות התרופות להשפיע על החלטותיהם של רופאים יש צד נוסף, והוא ציפיותיהם של הרופאים והתנהגותם. חלק מן המרואיינים, בעיקר בכירים בחברות התרופות, טוענים כי חלק מהרופאים מנצלים את התלות של חברות התרופות בהם לטובתם האישית ומתנהגים בדרך שאינה אתית ולעתים אף חצופה. לטענתם, הבעיה נובעת בחלקה מכך שהרופאים, במיוחד הוותיקים שבהם, מתקשים להתרגל לסביבת הרגולציה החדשה המציבה גבולות לקשר עם חברות התרופות וקובעת כללים נוקשים להתקשרויות ביניהם.



## עמדות בנוגע לאופי הרגולציה של מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות: בין רגולציה מטעם המדינה לרגולציה עצמית

אף שרוב המרואיינים סבורים כי הבעיה אינה חמורה, רובם ככולם חושבים שיש צורך ברגולציה, אך קיימים חילוקי דעות בנוגע למקור האחריות והסמכות לרגולציה ובנוגע להיקפה. המודלים העיקריים של רגולציה, כפי שעלו בראיונות, הם: רגולציה עצמית, רגולציה מטעם המדינה ורגולציה מטעם המעסיק (בתי חולים וקופות חולים). התפיסות בנוגע ליתרונות ולחסרונות של כל אחד מן המודלים אשר הועלו על ידי המרואיינים עולות בקנה אחד עם הידע הקיים בספרות המקצועית.

### רגולציה עצמית

המצדדים ברגולציה עצמית טוענים כי על הרגולציה להתבסס על כללים אתיים הצומחים "מלמטה", מן השטח, ומוסכמים על העוסקים בתחום. אלה הם היתרונות של הרגולציה העצמית, כפי שעלו מדבריהם:

◆ **היכרות עם המצב בשטח.** בהשוואה לרגולטור, שני הצדדים מכירים טוב יותר את הסוגיות והבעיות בשטח ולכן הם נמצאים בעמדה טובה יותר מאשר המחוקק כדי לקבוע כללים אתיים שיהיו מידתיים ומוסכמים על כולם.

◆ **הסכמה במקום כפייה.** הרגולציה של מערכת היחסים צריכה להתבסס על הסכמה הדדית של הצדדים המעורבים בקשר ולא על כפייה "מלמעלה". כך המוטיבציה של הצדדים לשמור על כללי ההתנהגות תהיה גבוהה יותר.

◆ **עודף רגולציה.** עודף רגולציה, שלעתים מאפיינת רגולציה מטעם המדינה, עלול לפגוע בהיבטים החיוביים של הקשר בין רופאים לחברות תרופות, ולהביא להשלכות שליליות על שיתוף הפעולה המדעי בין הרופאים לחברות התרופות ועל המוטיבציה שלהן להשקיע בישראל

◆ **מניעים "פוליטיים" של המחוקק.** המחוקק מערב בהחלטותיו שיקולים פוליטיים שאינם עולים בקנה אחר עם "צורכי המערכת", כפי שהמעורבים בקשר תופסים אותם.

◆ **חולשת הרגולטור והיעדר אכיפה.** למחוקק אין יכולת אפקטיבית לאכוף את חוקים והנהלים, ביחוד בקרב הרופאים, בשל התרבות הארגונית בעולם הרפואה, המעודדת אוטונומיה ושיקול דעת עצמאי.

### רגולציה מטעם המדינה

מרואיינים רבים התייחסו לבעייתיות הטמונה ברגולציה העצמית, הביעו תמיכה בהתערבות רגולטורית מצד המדינה וציינו את יתרונותיה, לצד חסרונותיה של הרגולציה העצמית:

◆ **השלכות הרגולציה על הציבור.** רגולציה מטעם המדינה מביאה בחשבון שיקולים כלל-ציבוריים, בניגוד לקוד האתי או לרגולציה עצמית, המתמקדת, מטבע הדברים, ברצונות של שני הצדדים.

◆ **פיתויים חומריים במערכת היחסים.** הפיתויים החומריים הכרוכים במערכת היחסים הזו גדולים מכדי להשאיר את הרגולציה של הקשר למי שמעורב בו. לכן יש צורך בחקיקה שתסדיר את מערכת היחסים.

◆ **וולונטריות הרגולציה.** היות שרגולציה עצמית היא וולונטרית, אכיפתה תלויה ברצון הטוב של הצדדים להסכם.

- ◆ **אפקט ההרתעה של חקיקה.** לחקיקה יש אפקט הרתעה גדול יותר מאשר לקודים אתיים, משום שחברות גדולות מעדיפות לא לעבור על החוק, גם אם הן מתנגדות לו.
- ◆ **קביעת כללי משחק משותפים.** חקיקה יוצרת כללי משחק אחידים ושווים לכולם ולפיכך היא מונעת תחרות לא הוגנת, בניגוד לקוד האתי (האמנה) שאינו מחייב אלא את הצדדים החתומים עליו.
- ◆ **היקף ההשקעות אינו תלוי באופי הרגולציה.** המצדדים בחקיקה דוחים את הטיעון ולפיו עודף רגולציה עלול לפגוע במערכת הבריאות ולדרדר את רמת הרפואה בארץ עקב צמצום ההשקעות במחקר בישראל.

### **רגולציה מטעם המעסיק / ארגונים נותני שירות**

חלק מן המרואיינים טענו כי הרגולציה צריכה לבוא מטעם המעסיק (קופות החולים ובתי החולים), וכי על מערכת היחסים להתנהל בין חברות התרופות למעסיקים (שהם ספקי שירות רפואי גדולים) ולא ברמת הרופא הבודד. לטענתם, למעסיקים יש מנגנונים לפיקוח על הקשר ולמניעת השפעה פסולה, כגון מנגנון רכש מרכזי ומערכת תעודוף ובקרה על רישום תרופות.

### **עמדות בנוגע לחקיקה: בין אדישות לסקפטיות**

הן תומכי הרגולציה מטעם המדינה והן תומכי הרגולציה העצמית תמימי דעים באשר לחשיבותה של השקיפות במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות. מן הראיונות עולה כי משרד הבריאות אימץ את רעיון השקיפות ופועל לקידומו, באמצעות החקיקה משנת 2010. ככל שמטרת החקיקה היא להגביר את השקיפות במערכת היחסים, המרואיינים נוטים לתמוך בה. עם זאת, המעבר מן הרעיון ליישומו בחקיקה מעלה הסתייגות וחוסר אמון מצד המרואיינים, ללא הבדל מבחינת שיוכם הארגוני או המקצועי, הסבורים כי השפעתה של החקיקה בישראל אינה מורגשת, לא במובן של ירידה בהיקף התרומות ולא במובן של שינוי בנורמות של מערכת היחסים. ממצאים אלו דומים לממצאים העולים ממחקרים שנערכו בארצות הברית.

המרואיינים מנו כמה סיבות להשפעתה המועטה של הרגולציה, שאינה קובעת גבולות אלא מחייבת שקיפות, ובהן:

- ◆ חוסר מודעות לקיומה של החקיקה
- ◆ הקלות שבה ניתן לעקוף את החקיקה
- ◆ ההגדרה של "תרומה" אינה ברורה דיה לחלק מן החייבים בדיווח
- ◆ היעדר אכיפה
- ◆ פרסום סכומי התרומות אינו מרתיע
- ◆ היעדר שיתוף של כל הגורמים הרלוונטיים בתהליך החקיקה.

מחקרים שנערכו בנושא בארצות הברית העלו סיבות דומות ובהן הקושי להגיע למידע כסיבה נוספת לקשיים ביישומה של החקיקה. דווקא בישראל המידע זמין ונגיש באמצעות האינטרנט.

## מקור השינוי: התעצמות הרגולציה העצמית בעולם

מן הראיונות ומן הספרות המקצועית עולה כי בשנים האחרונות חל שינוי נרחב בסביבה הרגולטורית של מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות ברמה הבין-לאומית. עיקר השינוי מתבטא בכך שחברות תרופות מבוססות מחקר בין-לאומיות אימצו קודים אתיים המסדירים ומגבילים את הקשר עם רופאים. נוסף לכך, קיימות דרכי הסדרה נוספות, הן של הרופאים והן של המעסיקים.

השינוי התפיסתי נבע בחלקו מביקורת ציבורית עולמית בעקבות כמה פרשיות מתוקשרות של השפעה פסולה על רופאים. חברות התרופות חששו מפגיעה כלכלית בעקבות הביקורת הציבורית והגיבו, בין היתר, באמצעות אימוץ קודים אתיים המסדירים את מערכת היחסים והידוק הרגולציה והפיקוח הפנימיים על הנעשה בתחום. גורם נוסף לשינוי התפיסתי היא התערבותו של המחוקק במדינות המערב. מדינות כמו ארצות הברית ובריטניה חוקקו חוקים מחמירים יותר בתחום, כמו החוק נגד שחיתות, והידקו את הפיקוח על חברות התרופות, בין היתר באמצעות חובת דיווח.

## השפעת המגמה לרגולציה עצמית בעולם על המצב בישראל

התחזקות הרגולציה העצמית של חברות התרופות ברמה הבין-לאומית נותנת את אותותיה גם בישראל. הדבר בא לידי ביטוי בפיקוח הדוק יותר של הנהלות של חברות התרופות הרב-לאומיות על הכספים שהן מעניקות לארגוני בריאות ולמטפלים. נוסף לכך, בישראל קיים קוד אתי (אמנה) בין התעשייה להסתדרות הרפואית, הקובע נורמות וכללים אתיים לניהול מערכת היחסים בין רופאים לחברות התרופות באמצעות הסכמה ושיתוף פעולה בין כל המעורבים בקשר.

## רגולציה מטעם המעסיקים

מגמת ההתחזקות של הרגולציה העצמית נוגעת גם למעסיקים, קרי, בתי החולים וקופות החולים. מן הראיונות עולה כי בשנים האחרונות לקחו המעסיקים את נושא מערכת היחסים עם חברות התרופות לתשומת לבם ונקטו כמה צעדים כדי להסדירו, למשל:

- ♦ **יציאה של רופאים לכנסים.** בכל בית חולים פועלת ועדה בראשות מנהל בית החולים או סגנו, המחליטה מי מן הרופאים ייצא לכנס. הוועדה דנה בבקשה תוך שהיא בודקת את תוכני הכנס ואת רמת האירוח. התשלום עבור נסיעת רופא לכנס מתבצע דרך הנהלת החשבונות של בית החולים ולא ישירות מול הרופא, כפי שהיה נהוג בעבר.
- ♦ **הידוק הפיקוח על רישום תרופות.** הפיקוח נעשה על ידי מערכת ממוחשבת המנתבת את הרופא לתרופות מסוימות על פי תעודף התרופות הפנימי של הקופה, ומאלצת אותו להתאמץ ולבקש אישורים מיוחדים אם הוא רוצה לרשום תרופה אחרת.

## שינויים במערכת היחסים בשנים האחרונות: מ"כלכלת מתנות" ליחסים המבוססים על חוזים

מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות, הן בארץ והן בחו"ל, עוברת בשנים האחרונות תהליך שינוי ראוי לציון, המבטא מגמה של ריסון "כלכלת המתנות" והפניית תשומת לב מוגברת לשיקולים של נראות. השינוי בא לביטוי בכמה תחומים:

- ♦ **הסדרה חוזית של תרומות והעברות כספיות.** בניגוד לעבר, כל העברה כספית לרופאים ולגופים אחרים במערכת הבריאות עוברת כיום בדיקה קפדנית, פיקוח והסדרה על בסיס חוזה.

- ◆ **העברת המימון לנסיעות לכנסים בחו"ל דרך המעסיק.** חברות התרופות הפסיקו את העברת המימון לכנס ישירות לרופא, והן נדרשות להעביר את הכספים דרך בתי החולים, קופות החולים או האיגודים הרפואיים.
  - ◆ **ירידה ברמת האירוח.** בניגוד לעבר, אופי האירוח (hospitality) שחברות התרופות מציעות לרופאים צנוע יותר ויש ירידה בהיקף המתנות והאטרקציות.
  - ◆ **איסור על אירוח בני-זוג.** בניגוד לעבר, חברות התרופות אינן מממנות כיום נסיעה ואירוח של בני זוג בכנסים מדעיים.
  - ◆ **צמצום רכיב הנופש לטובת הרכיב המדעי.** חברות התרופות מקפידות כיום לא לממן כנסים המוקדשים ברובם לנופש, כגון כנסים בסופי שבוע. נוסף לכך, החברות מציבות דרישות בנושא הזה מאיגודים רפואיים המבקשים את תמיכתן לצורך ארגון כנסים, למשל: לספק פרטי תקציב, להעביר דוח מפורט בנוגע לשימוש בכספים או להשיב את הכספים העודפים.
  - ◆ **צמצום ההשפעה על תוכן הכנסים וגילוי נאות.** בשנים האחרונות חברות התרופות מתערבות פחות בתוכן ההרצאות הספציפיות הניתנות בכנסים, וגם כאשר הן מתערבות, הרופאים המציגים מציינים זאת בגילוי נאות.
  - ◆ **ירידה במספר הדוגמיות.** כמה חברות הפחיתו או הפסיקו לחלוטין את חלוקת הדוגמיות.
  - ◆ **ירידה במספר המתנות ובערכן.** בעוד שבעבר מתנות יקרות היו הנורמה, כיום חברות התרופות מסתפקות במתנות קטנות. חלק מן החברות אף כפופות לכללים המגבילים את שווי המתנה.
- אשר לעומק השינוי ולמשמעותו, הראיונות הראו שהדעות חלוקות. יש הטוענים שזהו שינוי אמתי בנורמות של מערכת היחסים ויש הגורסים כי מדובר בשינוי קוסמטי בלבד, שאינו נוגע במהותה של מערכת היחסים בין רופאים לחברות התרופות.

## **דעות שונות בנוגע להמשך הדרך: בין שקיפות להעלאת מודעות**

- החקיקה והרגולציה העצמית נתפסות כפתרונות חלקיים ולא מושלמים. המרואיינים נשאלו כיצד הם רואים את המשך התהליך הזה ומהם הפתרונות שהם מציעים. בתשובותיהם צוינו ההצעות האלה:
- ◆ **העמקת השקיפות באמצעות חקיקה.** רוב המרואיינים מאמינים בהעמקת השקיפות במערכת היחסים כפתרון רצוי, או לפחות כצעד בכיוון הנכון. בתוך כך, חלק מהם מציעים להרחיב את תחומי הדיווח בחוק כך שיכללו העברות כספים שלא נחשבות תרומות על פי החוק. גם יוזמי החוק במשרד הבריאות רואים בסעיף 40 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי שלב אחד בתהליך ארוך טווח של שינוי הנורמות במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות.
  - ◆ **העמקת הרגולציה העצמית.** יש המאמינים בהעמקת הרגולציה העצמית של חברות התרופות והאיגודים הרפואיים. מרואיינים אלה, בעיקר מקרב חברות התרופות והרופאים, שותפים לאמונה כי שקיפות היא פתרון רצוי לבעיות הנובעות ממערכת היחסים, ועם זאת הם גורסים כי מי שצריך לקדם את הנושא הם הרופאים וחברות התרופות ולא המדינה באמצעות חקיקה.

- ◆ **הקמת קרן תרומות משותפת.** מודל זה עולה בדבריהם של כותבים מובילים בספרות המקצועית. מנגנון הפעילות של הקרן יהיה באמצעות ריכוז כלל התרומות של חברות התרופות וחלוקת הכסף לפי קריטריונים שייקבעו על ידי הקרן. גם בראיונות שב ועלה רעיון זה, ואולם המרואיינים ציינו כי עלולים להיות מכשולים בהקמת קרן כזו בשל שתי סיבות עיקריות: 1. לחברות התרופות אין אינטרס גדול לתרום כסף לקרן מסוג זה 2. יהיה קשה מאוד ליצור מנגנון תרומות אחד שיתאים לכל החברות.
- ◆ **שילוב נושא מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות בחינוך הרפואי.** חלק מן המרואיינים סבורים כי המפתח לטיפול בנושא זה טמון בחינוך, ועל כן הם מציעים לשלב תכנים רלוונטיים במסגרת לימודי הרפואה, כחלק בלתי נפרד מתכנית הלימודים.

## ניתוח דוחות תרומות

### משרד הבריאות

דוחות של משרד הבריאות על תרומות של חברות תרופות לגופים העוסקים בתחום הבריאות קיימים עבור השנים 2011-2012. הדוחות מחולקים לשלוש רמות, ובכל רמה יש דוח תורמים ודוח נתרמים: ברמה הראשונה – דוחות המסכמים את סכומי התרומות לפי תורם (מה הסכום שהוציאה כל חברה בסך-הכול) ולפי נתרם (מה הסכום שקיבל כל ארגון). ברמה השנייה הדוחות כוללים, נוסף לשם התורם או הנתרם, גם פירוט של סכומי התרומה שניתנו לכל גוף או סכומי התרומה שהתקבלו מכל גוף. בדוחות ברמה השלישית מובא פירוט המטרה של כל תרומה.

מן המידע המופיע בדוחות אלה עולה:

- ◆ **עלייה בהיקף התרומות הכולל בין שנת 2011 לשנת 2012.** סכום התרומות הכולל שדווח בין שנת 2011 לשנת 2012 הצביע על עלייה בצד התורמים, מ-29.3 מיליון ₪ ל-32.7 מיליון ₪, ובצד הנתרמים – עלייה מזערית, מ-41.2 מיליון ₪ ל-41.4 מיליון ₪. ההבדל בין הסכומים שדווחו על ידי הארגונים המעניקים את הכספים לאלו המקבלים את הכספים עשוי לנבוע מן העובדה שחלק מן התרומות אינן מגיעות ישירות למקבל אלא דרך חברת כנסים, דרך מלון או דרך מעסיק.
- ◆ **מגמת העלייה אינה עקבית.** כאשר בוחנים את העלייה ברמת התורם או הנתרם הבודד קשה להבחין במגמה ברורה של שינוי. בחלק מן המקרים יש עלייה בסכום התרומות ובחלק אחר יש ירידה. לדוגמה, "גיי-סי התיקור" תרמה 4.8 מיליון ₪ בשנת 2011 ו-6.3 מיליון ₪ בשנת 2012. לעומת זאת, "רוש פרמצבטיקה" תרמה 2.6 מיליון ₪ בשנת 2011 ו-1.7 מיליון ₪ בשנת 2012. אותה מגמה מעורבת ניתן לראות גם בצד הנתרמים. לדוגמה, "עמותת הידידים איכילוב" קיבלה תרומות בסך מיליון ₪ בשנת 2011 ו-1.1 מיליון ₪ בשנת 2012. לעומת זאת, "קמ"ר רמב"ם" קיבל 2.8 מיליון ₪ בשנת 2011 ורק 2 מיליון ₪ בשנת 2012.
- ◆ **לא כל מי שחייב בדיווח למשרד הבריאות אכן מדווח.** יש ארגונים רבים הרשומים ככאלה שקיבלו כסף, אך אין בנמצא דיווח על כך.
- ◆ **קיים פער בין הסכומים בדוח התורמים ובין הסכומים בדוח הנתרמים.** למשל, בשנת 2012 דוח התורמים מסתכם ב-32.7 מיליון ₪ (עלייה של כ-10% מן השנה שקדמה לה) בעוד שדוח הנתרמים מסתכם ב-41.4 מיליון ₪.

◆ קושי לדעת את ייעוד התרומה בפועל ולהעריך את המידתיות שלה.

◆ מבחינת ייעודן, כמחצית מן התרומות מוגדרות "אחר".

◆ בחלק מן המקרים קיים פער ניכר בסכום המדווח בשנת 2011 לעומת הסכום המדווח בשנת 2012.

למשל, חברת "טבע דיווחה על תרומות בסך 1.7 מיליון ₪ בשנת 2011 ו-8.1 מיליון ₪ בשנת 2012. לעומתה, חברת "נוברטיס" דיווחה על תרומות בסך 4.2 מיליון ₪ בשנת 2011 ו-250,631 ₪ בשנת 2012. פערים דומים קיימים גם בדיווחי הנתרמים.

### "פארמה ישראל"

הדוחות של "פארמה ישראל" קיימים לשנים 2011 ו-2012, וכוללים מידע על התרומות שחילקו החברות בארגון וכן פילוחים לפי מאפיינים שונים. עם זאת, הדוחות אינם כוללים פילוח לפי חברות. נוסף לכך, בניגוד לדוחות של משרד הבריאות ושל הר"י, אין בדוחות אלה מידע על כל תרומה, אלא סיכום של כלל התרומות לפי סעיפים שונים. דוחות אלה מלמדים על ירידה קטנה בסכום התרומות הכולל, מ-21.2 מיליון ₪ בשנת 2011 ל-20.4 מיליון ₪ בשנת 2012. חשוב לציין שהדוחות כוללים תרומות של החברות בארגון בלבד, וזו עשויה להיות הסיבה לכך שחלק מן הסכומים המופיעים בדוחות נמוכים מן הסכומים המדווחים במאגר של משרד הבריאות.

בתי חולים הם המוסד שזכה לסכום התרומות הגבוה ביותר. הם קיבלו 11 מיליון ₪ בשנת 2011 ו-11.4 מיליון ₪ בשנת 2012. אחריהם ארגוני החולים, עם תרומות בסך 5 מיליון ₪ בשנת 2011 ו-4 מיליון ₪ בשנת 2012.

### ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)

הדוחות של הר"י החלו להתפרסם בשנת 2009. מתוך 189 איגודים, חברות וחברות בת (להלן: איגודים) הפועלים בהר"י, 75 איגודים בלבד דיווחו במהלך השנים. לאורך התקופה שבין 2009 ל-2012 מצויים בדוחות נתונים של 16 איגודים. אשר לשאר האיגודים, חסרים נתונים של שנים מסוימות.

גם במקרה של האיגודים אין מגמה ברורה של שינוי בהיקף התרומות. לדוגמה, בעוד שאיגוד הרופאים המרדמים קיבל סכומים גדולים והולכים משנה לשנה (17,684 ₪ בשנת 2009, 51,928 ₪ בשנת 2010, 61,000 ₪ בשנת 2011 ו-120,236 ₪ בשנת 2012), האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה לא זכה לעלייה כזו, אלא שמר על מגמה מעורבת (169,985 ₪ בשנת 2009, 228,170 ₪ בשנת 2010, 128,199 ₪ בשנת 2011 ו-84,267 ₪ בשנת 2012). יצוין כי ברוב המקרים חסר בדוחות מידע מפורט על ייעודן הספציפי של התרומות (למשל, לאיזה כנס נועדה התרומה), מעבר לסיווג הכללי.

## דין

### השינויים שחלו במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות

מן המחקר עולה כי בשנים האחרונות התרחשו כמה שינויים בולטים בקשר בין רופאים לחברות התרופות. אלה הם השינויים הבולטים:

◆ המעבר מ"יחסי מתנה" ליחסים המושתתים על הסכמות חוזיות. בעוד שבעבר חילקו חברות התרופות מתנות לרופאים ולארגוני רופאים והעבירו כספים לצורכי פעילויות, מבלי לבחון למה הם משמשים

בפועל ובאיזו מידה, ההתנהלות מול חברות התרופות כיום מתבססת על חוזים המפרטים את הסכומים שניתנים לארגונים השונים ואת ייעודם.

♦ התנהלות כללית שונה של חברות התרופות מול הרופאים, בדגש על הנראות והצניעות.

♦ דיווח על תרומות: נמצא כי למרות שבמהלך שלוש השנים שחלפו מאז תחילת חובת הדיווח במתכונת זו יש יותר דיווחים על תרומות, המגמה בנוגע לסכום התרומות היא מעורבת. בחלק מן המקרים יש עלייה קלה בסכום התרומות ובחלק מהם צמצום. אין וודאות אם עצם הדיווח הביא לכך. נוסף לכך יש חוסר בהירות בנוגע לייעודן של התרומות.

מרבית המרואיינים סבורים כי השינויים שחלו אינם נובעים מן החקיקה בישראל, אלא מן הקודים האתיים ומכללי ההתנהגות של החברות הבין-לאומיות המשוקות את התרופות בארץ.

### **חוסר ידע בנוגע לחקיקה בישראל**

נראה כי החקיקה בישראל אינה זוכה למקום שאליו כיוון המחוקק מלכתחילה ואינה מקיימת במלואו את התפקיד שייעדו לה. רבים מן המרואיינים סבורים שהחקיקה אינה רלוונטית לחיי היום-יום שלהם. יתרה מזו, חלק ניכר מהם ציינו כי אינם מכירים את החקיקה, ויש שכלל לא ידעו במה היא עוסקת ומה היא קובעת. יודגש כי כל המרואיינים במחקר הם בכירים בתחומם. לעובדה שהם אינם מכירים את החקיקה לעומק או שהם סבורים כי היא אינה רלוונטית עבורם השלכות על הארגון שאותו הם מובילים.

### **תמונת המצב במדינות אחרות**

הממצאים מראים כי החקיקה בישראל אינה מקיימת באופן מיטבי את התפקיד שייעדו לה. גם הרגולציה העצמית, בדמות הקודים של חברות תרופות, אינה נותנת מענה לכל הקשיים הטמונים במערכת היחסים בין רופאים לחברות התרופות ואינה מתמודדת עם מכלול הבעיות הנובעות ממנה. הקוד האתי אינו תמיד ברור וידוע לציבור וגם יכולת האכיפה שלו אינה ברורה.

תמונת המצב שתוארה לעיל אינה ייחודית לישראל. גם חקיקה דומה במדינות אחרות אינה מצליחה למלא את תפקידה כיאות. מחקרים שנעשו בארצות הברית, במדינות שאימצו חוקי "אור שמש", האירו כמה בעיות ביישומם, ובהן היעדר גישה קלה למידע והעובדה כי המידע שניתן להשיגו אינו מאפשר לחשוף את דפוסי התשלומים או להבין מהי התמורה לכל תשלום. במחקר אחר נמצא כי חברות התרופות עדיין מוציאות סכומים נכבדים על שיווק לרופאים וכי החוק לא הפחית את הפרקטיקות הבעייתיות הכרוכות במערכת היחסים בין רופאים לחברות התרופות. נוסף לכך לא ברור אם החשיפה תורמת למטופלים, שכן אין להם עניין במידע על הכספים שקיבל הרופא שלהם (Chimonas et al., 2010).

### **מבט לעתיד**

לאור כל שהוצג, נשאלת השאלה מהן הדרכים שבהן ניתן לפעול על מנת לצמצם את השפעתה של מערכת היחסים הנדונה על מערכת הבריאות כולה ועל רכיביה. כיווני הפעולה שהציעו המרואיינים ובהם העמקת השקיפות, הקמת קרן תרומות משותפת והרחבת החינוך הרפואי בתחום, יכולים לשמש בסיס לשיח בעתיד בהובלת משרד הבריאות, אך בשלב הראשון על המחוקק לקבל החלטה באיזו מידה, אם בכלל, הוא מעוניין לעסוק בנושא ולהיות מוביל ביצירת המגבלות על מערכת היחסים בין הרופאים לחברות התרופות.

בהנחה שהמחוקק בישראל יבחר להמשיך לפעול כדי לקבוע גבולות למערכת היחסים הנדונה ולהשפיע על דרך ההתנהלות של שני הצדדים, ראוי לגבש מדיניות שתיושם בשתי הדרכים, הן לקבוע נורמות וסייגים למערכת היחסים אשר יציבו רף התנהגות ראוי בעיני המחוקק, והן להמשיך להרחיב את המידע המועבר מחברות התרופות למחוקק ולציבור.



## דברי תודה

בהכנת המחקר, במהלכו ובכתיבת דוח זה הסתייענו באנשים רבים ותודתנו נתונה להם.

אנו מודים לכל המרואיינים שהקדישו מזמנם וענו בסבלנות וברצינות על השאלות במהלך הראיונות. תודה על היכולת לחזור ולחדד שאלות שעלו במהלך ניתוח החומרים ועל שפתחתם בפנינו צוהר לדילמה החשובה שנדונה במחקר זה.

תודה לכל עמיתינו במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל שקראו את הדוח או חלקים ממנו והאירו את המחקר מזוויות מעניינות וחדשניות. תודה מיוחדת לד"ר ברוך רוזן על הקריאה ועל הדיונים המעמיקים בנושא. תודה גם לרותי וויצברג על הבדיקות שערכה עם עמיתיה שבחוו"ל. תודה לרונית בן-נון על עריכת הלשון של הדוח, לנעמי הלסטד על תרגום התמצית לאנגלית וללסלי קליינמן על ההכנה לדפוס.

## תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	2. רקע מדעי
6	3. מטרת המחקר
7	4. שיטת המחקר
8	5. ממצאים
8	5.1 עמדות בנוגע למערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות
10	5.2 הסכנות הטמונות במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות: כיצד כסף קונה השפעה?
15	5.3 הצד השני של המטבע: ציפיותיהם של רופאים מחברות תרופות
16	5.4 השפעות מערכתיות: המקרה של ועדת סל התרופות
	5.5 עמדות בנוגע לרגולציה של מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות: בין רגולציה מטעם המדינה לרגולציה עצמית
17	
20	5.6 עמדות בנוגע לחקיקה: בין אדישות לסקפטיות
23	5.7 מקור השינוי: התעצמות הרגולציה העצמית בעולם
	5.8 שינויים במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות בשנים האחרונות: מ"כלכלת מתנות" ליחסים המבוססים על חוזים
25	
27	5.9 דעות שונות בנוגע להמשך הדרך: בין שקיפות להעלאת מודעות
29	5.10 ניתוח דוחות תרומות
31	6. דיון
31	6.1 השינויים שחלו במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות
31	6.2 מקור השינויים
32	6.3 חוסר ידע בנוגע לחקיקה בישראל
32	6.4 תמונת המצב במדינות אחרות
32	6.5 מבט לעתיד
34	רשימת מקורות