

תשלומים בלתי פורמליים בעבור שירותי בריאות – התופעה והקשריה¹

ניסים כהן²

מטרתו העיקרית של מאמר זה היא לסקור את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים והקשריה, כפי שמוצגת בספרות העולמית והישראלית. במאמר יוצע הקשר רחב יותר לתופעה, המבוסס על תהליכים חברתיים מקיפים יותר ועל תרבות פוליטית. הקשר זה הוצע זה מכבר בספרות של מינהל ומדיניות ציבורית, כדי להסביר תופעות שונות מתחומי מדיניות שונים. אך כמו הגדרות ופרספקטיבות קודמות שניתנו לתופעה, גם ההסבר שיוצג במאמר זה אינו חף מחסרונות. ועדיין חיבורה של תופעת התשלומים הבלתי פורמליים להקשר רחב יותר מאפשר לכסות את רוב מאפייניה ותצורותיה.

מבוא

מאז תחילת שנות האלפיים הופנתה תשומת לב מחקרית רבה לתופעת התשלומים בלתי פורמליים. אף שתרומתם למימון מערכות בריאות שונות בעולם מובהקת, הספרות מצביעה על כך שהם גם מעוררים בעיות רבות. רוב הדיונים בספרות בנושא זה נובעים או מתפתחים מתוך דיון רחב יותר בסוגיית השחיתות (Gaal & McKee, 2004, p. 164; Lewis, 2006), ואולי בשל כך רוב תשומת הלב המחקרית לנושא זה מופנית בעיקר למדינות מתפתחות בעלות הכנסות נמוכות או ממוצעות (Ensor, 2004; Gaal et al., 2006; Lewis, 2007). אמנם אין הדבר מעיד בהכרח על כך שהתופעה קיימת רק שם,

1 המחבר מבקש להודות לפרופ' שלמה מזרחי מהמחלקה למינהל ומדיניות ציבורית באוניברסיטת בן גוריון בנגב על הדרכתו המקצועית והמסורה בעבודת הדוקטור, שמאמר זה מתבסס על חלקים ממנה.
2 המחלקה לניהול וכלכלה, האוניברסיטה הפתוחה.

אבל עצם העובדה שרוב הספרות בנושא מצביעה דווקא על חתך זה של מדינות, יש בה כדי לרמוז על כך שהתופעה רווחת שם יותר מאשר במדינות מערביות או עשירות יותר.

קשה להגדיר מה הם תשלומים בלתי פורמליים, ומחקרים שונים שנדרשו למשימה זו אינם בהכרח מקיפים את כלל היבטיהם ותצורותיהם בעולם. ספק רב אם ניתן לספק הגדרה שכזו. ניתן לטעון שתשלומים בלתי פורמליים לבריאות ניתנים לספקי שירותי בריאות שונים, כדי לעקוף את ההסדרים המוסדיים הכלליים ולהשיג עדיפות בנגישות לשירותים אלה או לזכות בשירותים ברמה טובה יותר (כמו הקדמת תור, בחירת רופא וכו'). טיעון זה טומן בחובו את התובנה שתשלומים אלה הם בבירור צורה מסוימת של שוחד וכן שעובדת קיומם מצביעה לא פעם על הליקויים באספקת השירותים הרפואיים לקבוצות רחבות באוכלוסייה. אבל טיעון זה חסר, מכיוון שאין הוא כולל נתח גדול של התופעה ואינו עונה על כלל תצורותיה בעולם. כפי שהספרות העולמית מלמדת, חלק מהתשלומים הבלתי פורמליים מגיע כתשורות או מתנות תודה לרופאים, רק לאחר שהמטופל קיבל שירות שווה לאחרים בכל היבט שהוא (איכות הטיפול, זהות המטפל, זמן המתנה וכו'). במקרים אלה לא ניתן להצביע על קשר בין התשלום הבלתי פורמלי לבין רצונם של מטופלים להשיג עדיפות כלשהי מול מטופלים אחרים. יתרה מזאת, הספרות העולמית הצביעה על כך שיהיה זה לא נכון לתאר תשלומים בלתי פורמליים כשחיתות ותו לא. אף שעל פי רוב אין תופעה זו חוקית או נמצאת התחום ה"אפור", יש זמנים ומקומות שונים שבהם היא מותרת בחוק (Lewis, 2000, p. 1). אמנם אין בכך כדי לטעון ששחיתות אינה חלק מהתופעה, אבל במקרים רבים בעולם עולה שאין היא המאפיין היחיד המבחין בין תשלום בלתי פורמלי לתשלום פורמלי (Gaal et al., 2006, p. 270).

הגדרה טובה המתגברת על חולשות הטיעון שהובא לעיל היא זו של לואיס (Lewis, 2000, p. 1), המגדירה תשלומים בלתי פורמליים כ"תשלומים לפרטים ולמוסדות ספקי שירותי בריאות, בהטבות או במזומן, הנעשים מחוץ לערוצי התשלומים הפורמליים, או כאלה שמערכת הבריאות אמורה לכסות אותם". גם הגדרתה של לואיס חסרה, כי לא ניתן להבין ממנה את המשמעות הנורמטיבית של התשלומים ומה הן השלכותיהם החברתיות. האם הם ניתנו כדי להשיג עדיפות על מטופלים אחרים? האם הם באים כהבעת תודה או שמא כשוחד?

לואיס מסבירה, שתשלומים בלתי פורמליים בחלק מהמדינות הם בלתי חוקיים בעליל, ואילו באחרות מעמדם החוקי שנוי במחלוקת (Lewis, 2000, pp. 1-2). יתרה מזו, קשה להצביע על התשלומים הבלתי פורמליים כבלתי פורמליים, שכן חלקם פורמליים לחלוטין, כלומר מדווחים עליהם לרשויות. בהונגריה, למשל, יכולים אלה המדווחים על תשלום בלתי פורמלי לרשויות המס לקבל על כך החזר כספי, מה שהופך למעשה את התופעה לפורמלית (Gaal et al., 2006, p. 268). כך גם בפולין (Shahriari, Belli, & Lewis, 2001). כאן המקום לציין שתשלומים בלתי פורמליים על בריאות אינם ייחודיים

רק לשירותי הבריאות הציבוריים. גם חולים המאושפזים בבתי חולים פרטיים עשויים לשלם לספק השירותים הפרטי תשלום בלתי פורמלי, הן כהבעת תודה והן ברצותם לזכות בעדיפות על חולים אחרים ששילמו את המחיר הרגיל.

גם אנסור (Ensor, 2004) ניסה להגדיר מה הם תשלומים בלתי פורמליים. הוא מייין אותם לשלוש קבוצות: תרומות (של ציוד או שכר רופאים); שימוש לרעה בתפקיד; תשלומים לשירותים אחרים. ואולם לא ברור אם הגדרות אלה יוכלו לכסות את כל היבטיה של התופעה. זאת בעיקר מכיוון שתופעת התשלומים הבלתי פורמליים נתפסת אחרת במקומות שונים ובזמנים שונים. חלקם ניתנים במזומן, חלקם כתרומות, חלקם האחר כתשורות או מתנות תודה לרופאים.

גאאל ואחרים (Gaal et al., 2006) הצביעו על הקושי הרב לערוך מחקר משווה בנושא בין מדינות בעולם. הם הסבירו, שאין לתופעה הגדרה המקובלת על כלל החוקרים בכלל המדינות והעונה על כל אופני התשלומים הבלתי פורמליים (Gaal et al., 2006, pp. 262-266). יש המדגישים את אי חוקיותה של התופעה, יש המדגישים את היותה לא פורמלית, יש כאלה הרואים אותה כסוג של שחיתות ועוד כיוצא באלה. על כן הם מציעים הגדרה המתבססת על זכאות לשירותים: תשלומים בלתי פורמליים הם "כל מה שניתן מעבר לזכאות הבסיסית לשירותים" (Gaal et al., 2006, p. 260). אבל אם זוהי ההגדרה, אז מה בנוגע למקרים שבהם אין הזכאות הבסיסית לשירותים ברורה לכלל המעורבים או שהיא מעורפלת?

כשם שקשה להגדיר תשלומים בלתי פורמליים, כך גם קשה לאמוד את היקפם. על פי רוב אין פעילות זו מתועדת, וברובה הגדול נעשית בחשאי. רק חלקים קטנים ממנה צצים מדי פעם ומגיעים לדיון ציבורי. במדינות שהם אסורים בהן על פי חוק, יקשה מטבע הדברים למצוא להם תיעוד. אבל גם כשאין החוק אוסר עליהם, בדרך כלל הם נמסרים ללא עדים למספק השירות, ולכן קשה לאסוף נתונים עליהם בצורה מסודרת (Gaal et al., 2006, p. 11; Lewis, 2000, p. 259). ועדיין מאז שנות ה-90 המוקדמות החלו לבחון את התופעה בדרכים שונות: דרך שאלות בנושא זה ששולבו בסקרים רגילים או אפילו סקרים חוזרים ומקיפים; דרך ראיונות וסקרים המתמקדים בתופעה זו בלבד; דרך קבוצות מיקוד (Lewis, 2006, p. 22). בין כל כלי המחקר האלה סקרי משק בית הם ככל הנראה הכלי הנפוץ ביותר למדידת התופעה בעולם. סקרים של הבנק העולמי יכולים לשמש בסיס השוואתי טוב יחסית, משום שהם משתמשים בשאלון סטנדרטי קבוע בכל המדינות, בדגימה אקראית וביישומים שונים של מודלים של בריאות.

מטרתו העיקרית של מאמר זה היא לסקור את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים והקשריה, כפי שהיא מוצגת בספרות העולמית. בתוך כך תיסקר גם ספרות ישראלית רלוונטית בנושא. בסוף הסקירה יוצע הקשר רחב יותר לתופעה, המבוסס על תהליכים

חברתיים מקיפים ועל תרבות פוליטית. הקשר זה הוצע זה מכבר בספרות של מינהל ומדיניות ציבורית, כדי להסביר תופעות שונות מתחומי מדיניות שונים. אך כמו הגדרות ופרספקטיבות קודמות שניתנו לתופעה, גם ההסבר שיוצג במאמר זה אינו חף מחסרונות. ועדיין חיבורה של תופעת התשלומים הבלתי-פורמליים להקשר רחב יותר מאפשר לנו לראות תמונה רחבה יותר של התופעה, המכסה את רוב מאפייניה ותצורותיה.

למאמר שבעה פרקים כולל המבוא. בפרק השני יובאו ראיות לקיומם של תשלומים בלתי פורמליים בשירותי בריאות במקומות שונים בעולם. בפרק השלישי יספק המאמר הסברים לתופעה זו, כפי שהם מוצגים בספרות העולמית. בפרק הרביעי תוצג תגובתם של מקבלי ההחלטות השונים בעולם לתופעה. בפרק החמישי תוצג תופעת התשלומים הבלתי פורמליים כפי שמצטיירת דרך הספרות הישראלית, ובפרק השישי יציע המאמר הקשר רחב יותר לקיומה של התופעה, כשהוא מתרכז במקרה הישראלי ומתבסס על ספרות מתחום המדיניות הציבורית. הפרק השביעי יוקדש לסיכום.

תשלומים בלתי פורמליים בעולם – ראיות לתופעה

חיפוש ראיות בספרות לקיומה של התופעה מעלה שהיא קיימת בצורות שונות, בעשרות רבות של מדינות ברחבי העולם. התופעה נפוצה במדינות הגוש הסובייטי לשעבר, במרכז אירופה ובמזרח, בצפון אסיה ובמרכז, בדרום אמריקה ובאפריקה, אך גם במקומות אחרים. לואיס (Lewis, 2000) הראתה שתשלומים בלתי פורמליים על שירותי בריאות נוהגים בכלל מדינות מזרח אירופה ומרכז אסיה, ויוצאות מכלל זה צ'כיה וסלובניה, שבהן נוהג זה כנראה אינו כה גורף. גאאל ואחרים הצביעו על קיומה של התופעה ב-22 מדינות לפחות ברחבי אירופה, אפריקה ואסיה (Gaal et al., 2006, p. 253). ואולם סקירה רחבה מציגה ראיות לתופעה זו עוד במדינות רבות, כגון ארמניה (World Bank, 2000a), בולגריה (Balabanova & McKee, 2002; Delcheva, Balabanova, & McKee, 1997), גיאורגיה (Belli, Shahriari, & Gotzadze, 2004), הונגריה (Gaal & Chawla, Berman, & Kawiorska 1998; McMenamin & McKee, 2005), פולין (McMenamin & McKee, 2005), קזחסטן (Timonen, 2002; Shahriari, Belli, & Lewis, 2001; Ensor & Savelyeva, 1998) ורוסיה (Feeley, Sheiman, & Shiskin, 1999). מחקרים שונים הצביעו על קיומה של התופעה במדינות שונות בצפון אסיה ומרכז, אך גם בדרומה ובמזרח במדינות, כגון בנגלדש (Killingsworth et al., 1999), וייטנאם (World Bank, 1992) והפיליפינים (Killingsworth, 2003). התופעה רווחת גם בדרום אמריקה (Gatti, Gray-Molina, & Klugman, 2003), באפריקה (Lindelov, Ward,

ממצאים מרחבי העולם מלמדים שתופעת התשלומים הבלתי פורמליים רווחת במערכות בריאות שונות ורבות. מחקר שנעשה בגיאורגיה מצא ששירותי בריאות שונים, מהצעת המיטות ועד לתרופות, מותנים בתשלומים בלתי פורמליים (Belli, Shahriari, & Gotzadze, 2004). ממצאים דומים לאלה נמצאו גם בפולין (Belli, Shahriari & Lewis, 2001). בקזחסטן נמצאה הסתמכות גוברת והולכת על תשלומים בלתי פורמליים (Sari, Langenbrunner, & Lewis, 2000, p. 37), ובטורקיה הם הפכו לתופעה מוצקה (Tatar et al., 2007). בהודו שילמו 50 אחוז ויותר מהמאושפזים תשלומים בלתי פורמליים בבתי חולים ממשלתיים בערים הגדולות; בערים קטנות יותר גדל שיעורם ל-90 אחוז בקירוב. נוהג זה הגיע גם לבתי חולים פרטיים, אך שם דיווחו על כך פחות מרבע מהנחקרים (Gopakumar, 1998). בקוסטה ריקה העידו 85 אחוז מחברי הצוות הרפואי שתשלומים "מתחת לשולחן" לרופאים הם תופעה נפוצה, וחצי מהמטופלים דיווחו ששילמו עבור התייעצות פרטית בתוך מתקנים ציבוריים (Lewis, 2006, p. 29). בבוליביה פחת מספר התשלומים הבלתי פורמליים, כשהניהול היה חזק וטוב יותר והונהגו אמצעי פיקוח והשגחה שונים כמו הערכות ביצועים תכופות בכתב והענשת עובדי מערכת הבריאות (Gatti, Gray-Molina, & Klugman, 2004). ממצא זה נתמך בתוצאות סקר משקי בית שנערך במדינה זו, המלמדות ש-45 אחוז מתושבי המדינה שילמו על שירותי בריאות תשלומים בלתי פורמליים (Chakraborty et al., 2002). מחקר משווה שנערך בכנגלדש, בהודו, בנפאל, בפקיסטן ובסרי לנקה מצא, שבכולן נאלצו אזרחים לשלם תשלומים בלתי פורמליים כדי לזכות במיטת אשפוז ולקבל תרופות מסובסדות ושירותי בריאות מבית החולים. חוץ מאשר בסרי לנקה, בכל המדינות האחרות היו התשלומים הבלתי פורמליים תנאי מקדים לקבלת שירותי בריאות (Thampi, 2002). תופעה חמורה עוד יותר נמצאה בהודו, שם נאלצו אימהות לשלם תשלומים בלתי פורמליים לאחיות, כדי לראות את התינוקות שזה עתה נולדו (Gopakumar, 1998). מחקר שנערך לאחרונה בשלושה בתי חולים ביוון מצא שמלבד שיקולי תזמון ונוחות מועד הניתוח, היו אלה תמריצים כלכליים שהניעו את הרופאים שם לבצע יותר ניתוחים קיסריים. תמריצים אלה ניתנו, הן כתשלום על שירותים רפואיים פרטיים בבית החולים והן כתשלומים בלתי פורמליים (Mossialos et al., 2005). אם כן, היקפה הגדול של התופעה ברחבי העולם הוא אחת הסיבות העיקריות לצורך לחקור אותה ולתת לה מענה ברמת מקבלי ההחלטות (Gaal et al., 2006, p. 253).

תשלומים בלתי פורמליים יכולים להתנהל גם בצורה עקיפה ומתוחכמת, המקשה על זיהויה של התופעה. למשל: ספק שירותי הבריאות הציבוריים אינו מקבל תשלום ישיר ומידי, אלא כעבור זמן, כשהמוטב לכאורה הוא מישוהו המקורב אליו ובתחום שירותים אחר לגמרי. עניין זה עולה כחלק מהשיח אודות התרבות הפוליטית במדינות ערביות. במחקרם הקלאסי הצביעו קניגהאם וסאריירה (Cunningham & Sarayrah, 1993) על ואסטה (*Wasta*) כ"כוח החבוי מאחורי החברה המזרח תיכונית" וכמשתנה המרכזי המסביר את דרך קבלת ההחלטות בחברות המזרח תיכוניות. פירוש המלה ואסטה הוא תוון, ובהטיה: לנווט שני צדדים בסכסוך לנקודת האמצע או לפשר ביניהם (הכוונה היא הן למפשר הן לפעולה עצמה). ואולם בעשרות השנים האחרונות הפכה המלה גם למושג שמשמעותו "להשיג דיווידנדים מהמשלה" (בפרוטקציה) או לסייע לקבוצות בחברה להתגבר על בעיית הפעולה הקולקטיבית (כהן, 2008, עמ' 60). בסיסה של הוואסטה הוא הנאמנות למשפחה או לחמולה, המסייעת לקבוצות חזקות בחברה הערבית להשיג משרות או לקדם את ענייניהן במשרדי המשלה, לעתים גם במוסדות להשכלה גבוהה (Cunningham & Sarayrah, 1993, p. 192). כך יקבל מקורב לקבוצה חזקה שירותים עדיפים בתחום הבריאות, וספק השירותים או מקורביו יזכו ליחס מועדף בתחומי מדיניות אחרים, כמו חינוך או השכלה גבוהה.

הספרות מייחסת לתופעת התשלומים הבלתי פורמליים השפעות ומאפיינים שליליים שונים. הם פוגעים במטרות ובביצועים הכלליים של מערכות בריאות (Gaal et al., 2006, p. 254). אין הם מאפשרים לחסרי היכולת גישה לשירותי בריאות נאותים, הם ומרחיבים את אי השוויון בחברה (Balabanova et al., 2004; Lewis, 2000, p. 23), והם מעידים על מדיניות חברתית מצמצמת (Ensor, 2004, p. 241; Gaal et al., 2006, p. 255).

מכאן שלתשלומים בלתי פורמליים יש משמעות חברתית שלילית. אם אין תשלומים אלה ביטוי גרידא של הכרת תודה של מטופל לספק שירותי בריאות (לפי יכולתו של אותו מטופל ולאחר שהטיפול ניתן) ותו לא, כי אז השלכותיה של התופעה עשויות להיות מרחיקות לכת: הפרת עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית, המרחיבה את הפער בין בעלי האמצעים היכולים לעבור על החוק ולשלם על שירותים לבין מעוטי היכולת והשכבות החלשות שאינם יכולים לעמוד בתשלומים מעין אלה.

תשלומים בלתי פורמליים מהסוג שפורט לעיל עשויים לפגוע, לא רק בשכבות החלשות, אלא גם במעמד הביניים. ככל שהתופעה מכה שורש עמוק יותר במערכת הבריאות, גם אלה שאינם מחוסרי יכולת כלכלית הופכים חשופים ללחצים כבדים בהרבה, להשליש בצע כסף בעת צרה. זאת ואף זאת, תשלומים בלתי פורמליים עשויים אף לפגוע ביעילותם של מנגנוני רגולציה שונים. למשל: יעילותו של ביטוח רפואי, ככלי המחפה על חלק מכשלי השוק המספק שירותי ומוצרי בריאות, עשויה להיפגע, הואיל ותשלומים בלתי

פורמליים מסוג זה נעשים ללא קשר לכללי המשחק של מוסד הביטוח. עקב כך מקבלי השירותים מפנימים שיש כללים בלתי פורמליים דומיננטיים בהרבה מאיכות הביטוח הרפואי שברשותם. זאת ועוד, קיומה והשתרשותה של התופעה עשויים לפגוע באמון הצבור בספקי הבריאות ולהציב לפני אלה האחרונים פיתויים חומריים כבדי משקל, העשויים להתנגש בחוקים, בכללים ארגוניים ובאתיקה רפואית.

עניין חשוב לא פחות שמעלה מהספרות העולמית הוא שלא ניתן להפריד בין תשלומים בלתי פורמליים לתופעות קלוקלות אחרות בטענה שהם חלק משירותי בריאות פרטיים שאינם קשורים לשירותי הבריאות הציבוריים. מקרים רבים במדינות ברית המועצות לשעבר מלמדים שהתשלומים הבלתי פורמליים עירבו בין שירות פרטי לציבורי (Gaal et al., 2006, p. 274; Shahriari, Belli, & Lewis 2001, p. 4). ניתן אפוא לסכם, שלמרות הקושי בהגדרה מדויקת של התופעה, תשלומים בלתי פורמליים נהוגים במדינות שונות בעולם ומעלים טענות בדבר אי שוויון ונסיגתה של מדינת הרווחה.

ההסברים שמספקת הספרות לקיומם של התשלומים הבלתי פורמליים

הסברים מבניים

מסקירת הספרות בנושא עולה שמשתני מגדר, דת, גזע ולאום אינם מסבירים תשלומים בלתי פורמליים על בריאות. הסקירה מראה שהתופעה רווחת במדינות שונות, בגזעים שונים ואצל בני דתות שונות. מחקרם של דאבאלן ו-וויין (Dabalen & Wane, 2008) הראה, בניגוד לטענה הרווחת בספרות, שמגדר אינו משתנה, המסביר בצורה טובה את הנטייה של ספקי הבריאות לקבל תשלומים בלתי פורמליים. כך ניתן לצפות שלאחר ששיגו כוח והזדמנויות שווים לאלה של הגברים, ייטו נשים בעמדות כוח, לא פחות מגברים, לנצל הזדמנויות לשחיתות, אם כי נראה שהסכומים שידרשו יהיו נמוכים מאלה שידרשו הגברים (Dabalen & Wane, 2008, p. 21).

תנאים ואילוצים מסוימים ממריצים צרכני וספקי בריאות להשתמש בתשלומים בלתי פורמליים. סביר להניח שגודלם של התשלומים הבלתי פורמליים והיקפם הם תוצר של המבנה החברתי או המדיניות הממשלתית של אספקת השירותים הרפואיים: שירותי בריאות ממלכתיים או צורות שונות של ביטוח רפואי; מתן שירות במרפאות כלליות או במרפאה הפרטית של הרופא; תשלום על השירותים דרך מיסוי כללי או דרך דמי ביטוח

או עם קבלת השירות. כל המשתנים האלה עשויים לקבוע במידה רבה את אופייה של התופעה. חשיבות מיוחדת בהקשר זה יש לתנאי השכר של רופאים.

כך, למשל, כשנשאלו רופאים למה הם מקבלים תשלומים בלתי פורמליים, הסיבות העיקריות שהם מנו היו משכורות נמוכות, אי סדירות בתשלום המשכורות וכן הצורך לגשר על הפער הגדול בין הצרכים הרבים של ארגוני הבריאות (בעיקר בתי החולים) לבין המחסור הרוחק במשאבים, שהמענה היחידי שאפשר היה לתת לו בעתות דוחק כלכלי היה תרומות חולים לארגונים אלה. אולם מעבר לכך עולה בכירור שאי מעורבות ממשלתית היא גורם מבני חשוב שהשפיע על המוטיבציה לעשות כן (Belli, Shahriari, & Lewis, 2001; Bloom, Han, & Li, 2001; Kutzin et al., 2003; Lindelow, & Serneels, 2003).

אי משילות היא מושג הלקוח מספרות המנהל והמדיניות הציבורית (נחמיאס וסנדר, 1999). משמעותו היא אי יכולתם של פוליטיקאים ובירוקרטים לעצב מדיניות אפקטיבית וליישמה הלכה למעשה. אף שהספרות העולמית העוסקת בתשלומים בלתי פורמליים על בריאות אינה מדברת על מושג זה במישרין, ניתן להבין ממנה שיש קשר ישיר בינו לבין התופעה. ממצאים מבתי חולים שונים בדרום אמריקה מלמדים שכאשר אין אוכפים כללים ואין מכבדים את הנהלים ואת החוק, כי אז ספקים, כמו גם עובדי ממשל במדינות שונות, מספקים שירותי בריאות תוך הפרת הכללים הקיימים. לעומת זאת, במקומות שבהם נצפתה מגמה של אכיפה, נמצאה תופעת התשלומים הבלתי פורמליים בנסיגה (Giedion, Morales, & Acosta, 2001; Jaen & Paravisini, 2001; Lewis, 2006, p. 23; Schargrodsky, Mera, & Weinschelbaum, 2001).

מחקר אחר העלה שהמשתנים העיקריים המסבירים את התשלומים הבלתי פורמליים הם הערכת ביצועים נמוכה ואי שביעות רצון של המטופלים, העדר הגדרה של השירותים המגיעים למטופלים, אי ידיעה ברורה של המטופלים לאילו שירותים הם זכאים, אי לקיחת אחריות וממשל מושחת מהיסוד (Belli, Shahriari, & Gotzadze, 2004, p. 121). אי שביעות רצון נמצאה כמשתנה המסביר את נטייתם של מטופלים לשלם "מתחת לשולחן" אף במחקרו של תומפסון (Thompson, 2004, as cited in Lewis, 2007), שנערך בשלושה בתי חולים בקזחסטן. על פי ממצאי המחקר העריכו מטופלים, שהתשלום הבלתי חוקי שישלמו יבטיח להם איכות טיפול טובה יותר, קיצור זמני המתנה ועוד. עוד נמצא, שלאחר התשלום הבלתי פורמלי ששילמו גברה הערכת המטופלים למוצרים ולשירותים שסופקו להם. גם במחקרים אחרים נמצא קשר בין אי ידיעת המטופלים את הזכויות המגיעות להם לנטייתם לשלם תשלומים בלתי פורמליים (Belli, Shahriari, & Gotzadze, 2004; Killingsworth et al., 1999; Narayan, 2000).

גם סוגיית השחיתות עשויה להסביר את התופעה. סקרי עמדות בנושא מלמדים, שבבוליביה, למשל, תשלומים "מתחת לשולחן" קשורים באופן מובהק עם תפיסות של נשאלים שהשחיתות רווחת בבתי חולים (Gray-Molina et Al., 2001). בדומה, לואיס (Lewis, 2000) מונה שלוש סיבות להופעתה של תופעת התשלומים הבלתי פורמליים: כשלי שוק, כשלי ממשל ושחיתות. אולם מעבר לכך, התופעה רווחת בעיקר בגלל אלה היכולים ומוכנים לשלם בעד מוצרים ושירותים אלה (Lewis, 2000). מכאן, שלא בהכרח תנאים מבניים אלה הם היחידים שיובילו לתופעה, אלא שנצפה יותר לראותם כתולדה של ביקוש.

הסברים תלויי תרבות

מספר מחקרים ניסו לקשר בין תופעת התשלומים הבלתי פורמליים לבין גורמים תרבותיים. מחקר שבחן את התופעה בגיאורגיה גילה שמלבד הכרת תודה לרופאים ורצון לסייע להם חומרית, אחת הסיבות היתה התרבות המקומית (Belli, Shahriari, & Gotzadze, 2004, p. 117). שורשי התופעה, לטענת החוקרים, הם בתקופה הקומוניסטית שידעה המדינה ואף לפני כן (שם). סיבה אחרת היתה אי אמון במערכת הפוליטית ובמוסדות המדינה (שם).

אם נקבל את הטענה שתשלומים בלתי פורמליים הם הבעת תודה של מטופל לספק שירותי בריאות, הרי ניתן לראות בהם תופעה רצויה יותר משירותי בריאות פרטיים, משום שהם מספקים למערכת הבריאות עוד משאבים, בלי להכניס למשוואה את בעיית אי השוויון שמעלים ההיטלים והתשלומים הנוספים למערכת הבריאות. שכן הם משולמים לאחר מעשה, כשדרכם המטופל מביע את שביעות רצונו ואת הכרת תודתו על השירותים שקיבל. אם כן, תשלומים אלה לא רק שאינם פוגעים ביעילותה של מערכת הבריאות הנתונה, אלא אף מחזקים את יכולת ההיענות (Responsiveness) שלה לביקושי הציבור (Gaal et al., 2006, p. 256). ואולם אם מופעל לחץ כזה או אחר על נותן התשלום, הרי שזוהי אספקת בריאות כמוצר פרטי אחת באחד ממופעי החמורים יותר, שכן היא חוסמת את מעוטי היכולת (Balabanova et al., 2004).

תשלומים בלתי פורמליים עשויים גם לפגוע ביעילותה של מערכת הבריאות, שכן ספקי בריאות יפנו את עיקר התשומות שלהם לאלה המשלמים להם. הם גם עשויים להפחית את השקיפות ועמה את המידע הנמסר לצרכנים בדבר טיב השירותים הניתנים ומחירים (Gaal et al., 2006, p. 256). לואיס (Lewis, 2001, p. 3) מוסיפה ששכיחות התופעה במדינות שהיו שייכות בעבר לגוש הקומוניסטי עשויה ללמד שהשיטה הקומוניסטית טיפחה אותה. עם התפרקותה של השיטה ובד בבד עם התכווצות המשאבים הציבוריים, הפכו התשלומים הבלתי פורמליים לתופעה משגשגת במדינות אלה.

ההקשר התרבותי מופיע גם אצל גאאל ומקי (Gaal & McKee, 2004, p. 164). הם טענו שמקור התופעה הוא שיטת סמאשקו (Semashko) על שמו של נציב הבריאות בברית המועצות בשנים 1930-1918, ניקולאי אלכסנדרוביץ סאמשקו. מהות הסמאשקואיזם היא המוסכמה שבריאות היא תחום שמתחייב להודות על שירותיו על ידי מתנה לספק השירותים (שם). לפיכך, טוענים המחברים, יהיה זה קשה מאוד, אם לא בלתי אפשרי, לשרש את התופעה. הם מחלקים אפוא את הסיבות לתשלומים בלתי פורמליים (על פי המחקר שערכו בהונגריה) לשלוש קטגוריות עיקריות: חברתית-תרבותית, חוקית-אתית וכלכלית. ההסבר הכלכלי, לעומת ההקשר התרבותי שנסקר לעיל, דווקא רואה את הסמאשקואיזם כמחולל המחסור במוצרים ציבוריים, שהוביל לתשלומים בלתי פורמליים שיספקו ביקושים אלה. גם המשכורות הנמוכות של ספקי השירותים עודדו את התופעה (שם). הסיבה החוקית-האתית הדגישה היבטים אחרים: הרופא החמדן המנצל את כוחו כדי למקסם אינטרסים אישיים; האמביוולנטיות של הרגולטור כלפי התופעה; האכיפה המהוססת (שם). אך גם הסברים אלה אינם מרחיקים מעבר לתחום הבריאות או טוענים שמאפייני התנהגות דומים רווחים באותן החברות גם בתחומי מדיניות והקשרים אחרים. שאלה מעניינת אפוא היא אם אפשר שתופעה מעין זו תצטמצם בכל כך הרבה מקומות בעולם רק לתחום הבריאות ולא תגלוש לתחומי מדיניות אחרים.

הסברים הנובעים מההקשר הרחב

הספרות מציעה גם הקשרים רחבים יותר לתופעת התשלומים הבלתי פורמליים, המבוססים על התנהגות כלכלית. גאאל ומקי (Gaal & McKee, 2004) עשו כנראה את המאמץ המשמעותי ביותר למקם את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים בהקשר רחב יותר. הם הרחיבו את המודל של הירשמן (Hirschman, 1970), התייחסו להיבטים של כשלי ממשל, ומתוך כך פיתחו מודל ביהיוויוריסטי-קוגניטיבי להבנת התופעה, המבוסס על רציונל כלכלי. על פי מודל זה, המכונה עזיבה בלתי פורמלית (INXIT – Informal/Internal Exit), אדם שאינו מרוצה מהתמורה להשקעתו יבקש לשנות את הפעילות המסורתית שנקט עד כה כדי לשפר את מצבו. כשערוצי ההשתתפות והעזיבה הפורמליים חסומים, הוא לא יעשה זאת דרכם (באמצעות תלונות למשל), אלא דרך ערוצים בלתי פורמליים, בעזרת תשלומים או קשרים (Gaal & McKee, 2004, p. 167). עדיין אין פעילות זו יכולה להיחשב עזיבה, משום שהיא נעשית במסגרת הארגון עצמו. החוקרים טוענים שאף שהמחקר והמודל מבוססים על המציאות בהונגריה, לא מן הנמנע שהם יתאימו גם למדינות אחרות שמתקיימים בהן אותם התנאים. אכן הרציונל של מודל זה מספק מסגרת טובה מאוד לניתוח התופעה, אבל אין הוא מצביע על עוד מופעים שלה ובמיוחד אינו מלמד על תהליכי הדיפוזיה שלה לארגונים שונים ולשכבות שונות בחברה

ועל תגובתם של השחקנים השונים אליה. קשה אפוא ללמוד ממנה על ההשפעות ארוכות הטווח שהיא משפיעה על החברה ועל אופייה הדמוקרטי.

ולסיכום חלק זה ניתן לומר שהספרות מציעה משתני הקשר, משתנים סיבתיים ותנאים מבניים רבים שיסבירו את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים. ואולם חסרה מסגרת שיטתית שתאחד את כלל המשתנים וההיבטים הללו לכדי מודל; ספק אם תוכל אי פעם ליווצר מסגרת כזו בשל מורכבות התופעה ותצורותיה השונות. אך מעבר לכל זאת בולטת בחסרונה ההצבעה על תהליכי דיפוזיה שעוברת (או עשויה לעבור) תופעה זו. עניין זה עולה גם בהתייחסותם של המחקרים השונים לתגובתם של מקבלי החלטות לתופעה.

תגובתם של מקבלי החלטות בעולם לתשלומים בלתי פורמליים

תגובתם של מקבלי החלטות לתופעת התשלומים הבלתי פורמליים עמדה במרכז מחקרים מספר שנערכו בעולם. מחקרים אלה ברובם המכריע ניסו להציע פתרונות נורמטיביים לטיפול בתופעה. לואיס (Lewis, 2007) הציעה להנהיג עמלות רשמיות לשירותי בריאות שונים, בד בבד עם פיקוח הדוק והתנהלות אחראית של ספקי שירותי הבריאות. עוד היא ממליצה לחזק את תפקיד הקהילייה בעידוד השקיפות של ספקי שירותי הבריאות. היא טוענת (Lewis, 2000, pp. 27-30), שעל פי רוב מקבלי החלטות מתעלמים מהעברה ובמקרים מסוימים אף שותפים לה. יתרה מזאת, נוכחותה של התופעה הופכת בעקיפין לחלק מהתהליך הפוליטי הרשמי. במדינות שונות מקבלי החלטות משתמשים באומדן של תשלומים בלתי פורמליים, כדי לקבוע את משכורות הרופאים (שם).

מחקרים אחרים ניסו להסביר את תגובותיהם של מקבלי החלטות לתופעה. ניסיונות שונים בעולם מצביעים על מיסודם של התשלומים הבלתי פורמליים כחלק ממאמצי הממשל לשלוט במערכת. מחקרים של בארבר, בונט ובקדאם (Barber, Bonnet, & Bekedam, 2004), שבחן את העניין בבית חולים גדול בקמבודיה, מצא שמיסוד התשלומים הבלתי פורמליים (במקרה זה באמצעות "תרומות" לבית החולים) צמצם את היקפם. משמעות המיסוד היתה קביעת עמלות שירות קבועות למטופלים, פיקוח ושקיפות. שיתפו פעולה עם המיסוד פקידי משרד הבריאות ברמה הלאומית והאזורית, השלטון המקומי והנהלת בית החולים. לתהליך המיסוד הצטרפו אף נציגי הצלב האדום, שהבטיחו להנהלת בית החולים להשלים את הפער שיווצר בתקציבו בעקבות תהליך המיסוד. המחקרים מסכמים שתהליך זה קידם את היעילות הכלכלית של בית החולים

ואיזון בתוך כמה שנים את תקציבו (Barber, Bonnet & Bekedam, 2004). אסטרטגיה דומה נקטו מקבלי ההחלטות בקירגיסטאן. אף כאן מצביעים החוקרים (Kutzin et al., 2003) על תרומתו של תהליך המיסוד לצמצום התשלומים הבלתי פורמליים. אנסור (Ensor, 2004) מצביע גם הוא על נטייה של מקבלי החלטות וחוקרים לתמוך במיסוד כדי לצמצם תשלומים בלתי פורמליים, אבל הוא מזהיר שמיסודם יעמיס על מטופלים עוד עמלות מלבד אלה הנהוגות ויגדיל את נטל המימון על אזרחים. הוא ממליץ למקבלי החלטות להגביר תחרות, לספק מידע על מתקנים רפואיים "טובים" ולפתח בסיס חוקי אפקטיבי של זכויות חולים. הוא מוסיף, שללא התייחסות של מקבלי החלטות לתופעות מקומיות אלה בכל מגזרי החברה, סביר להניח שהתופעה לא תיעלם.

לא תמיד ניתן להצביע על מדיניות ברורה של הממשל כלפי תופעת התשלומים הבלתי פורמליים עבור שירותי בריאות. בבולגריה, למשל, היתה עמדתם של מקבלי ההחלטות כלפי התופעה אמביוולנטית למדי במשך שנים. בין 1989 ל-1997 לא חל כל איסור רשמי על תשלומים אלה. ב-1997 יצא צו המאשר באופן מעורפל מספר שירותים שבהם תשלומים אלה מותרים, בהתאם לשיקולים מקומיים (Balabanova & McKee, 2002).

מהספרות העולמית עולה שמקבלי ההחלטות מאפשרים את התופעה, גם מכיוון שלעתים הם עצמם נהנים ממנה. בכירי ממשל במקומות שונים בעולם, ובמיוחד במדינות דרום אמריקה, מקבלים שוחד מספקי שירותי בריאות (Di Tella & Savedoff, 2001). כך, למשל, הוערך שניתן היה לחסוך 11 אחוז מהוצאות הבריאות של קולומביה, לו הקפידו מקבלי ההחלטות על כללי מכרז ברורים (Giedion, Morales, & Acosta, 2001). לחילופין, במקומות שונים בעולם היו חוקרים שטענו שתשלומים בלתי פורמליים משחקים תפקיד חשוב בהבטחת יציבותה ושרידותה של מערכת הבריאות. מיגורה של תופעה שנויה במחלוקת זו, הם טענו, עשוי למוטט את המערכת המוסדית הקיימת (Gaal & McKee, 2004, p. 164). ואם כך הדבר, האם ניתן לצפות שמקבלי ההחלטות במקומות אלה ישאפו לשים קץ לתופעה?

מסיכום חלק זה עולה שמקבלי ההחלטות עשויים להעלים עין מהתשלומים הבלתי פורמליים, הן משום שביטולם עלול לגרור את מערכת הבריאות לקשיים כלכליים שימוטטו אותה והן משום שלעתים הם עצמם נהנים מהם. במקומות רבים מיסודו מקבלי ההחלטות את התופעה במישרין או בעקיפין. תהליך המיסוד הובחן כניסיון לשלוט במצב ובמערכת הבריאות. כפי שניתן להתרשם, רובם המכריע של המחקרים מתרכזים בתופעה עצמה, אף כי יש כאלה המנסים לבחון אותה בהקשר רחב יותר.

תשלומים בלתי פורמליים לבריאות – המקרה הישראלי

בשונה ממקומות שבהם תשלומים בלתי פורמליים מוצגים כתשורה שתכליתה הכרת תודה לספק השירותים, הספרות הישראלית מתייחסת לתופעת התשלומים הבלתי פורמליים בעיקר דרך הדיון אודות "רפואה שחורה" (*Black Medicine*). רפואה שחורה היא למעשה סוג של שוק שחור או "כלכלה שחורה" (*Shadow Economy*).

כלכלה שחורה היא עובדה קיימת ברחבי העולם. על פי רוב, לתופעה זו השפעות כלכליות וחברתיות שליליות, והיא נקשרת עם שחיתות (Schneider, 2007, p. 3). אף שאין בספרות הסכמה גורפת בנוגע להגדרת הפעילויות הנכללות ב"כלכלה שחורה", בנוגע לשיטות מדידתה ובנוגע לשימוש בתוצאות מדידות אלה בניתוח כלכלי או בניתוח של מדיניות ציבורית, יש אינדיקציות המעידות על עלייה מסוימת בפעילויות אלה במקומות שונים בעולם (Schneider, 2007, p. 3; Schneider & Buehn, 2007, p. 1). שניידר וביהן (Schneider, & Buehn, 2007, p. 2) מגדירים כלכלה שחורה כייצור טובין ושירותים שהועלמו במתכוון מרשויות החוק, ומספקים סיבות שונות להופעתה (Schneider & Buehn, 2007, pp. 3-5). על פי מחקרם היקף הפעילות הכלכלית שאינה מדווחת לרשויות המס בישראל עומד בשנים 1999-2006 על ממוצע שנתי של 22.2 אחוז מהתוצר המקומי, ללא סטיית תקן משמעותית בשנים אלה (Schneider & Buehn, 2007, p. 17).

אמנם קשה לקשור בין ממצאיהם של השניים לבין הממצאים בספרות העולמית בנוגע לתשלומים בלתי פורמליים לבריאות, משום שאלה כאמור לא תמיד משקפים שחיתות או כלכלה שחורה. אבל מעניין להבחין שבמדינות רבות שבהן אכן הצביעה עליהם הספרות כעל סוג של רפואה שחורה נמצאו גם, על פי מחקרם של השניים, היקפים רחבים יחסית של כלכלה שחורה. כך למשל נמצאו בשנת 2006 ביוון ובמקסיקו 25.3 ו-31.5 אחוזים (בהתאמה) של כלכלה שחורה מסך התוצר המקומי הגולמי, כשהממוצע בשאר 25 מדינות ה-OECD בעלות ההכנסה הגבוהה עמד על 15.8 אחוזים (Schneider & Buehn, 2007, p. 26). גם במדינות המתפתחות שבהן הובחנו תשלומים בלתי פורמליים כסוג של רפואה שחורה נמצאו אחוזים גבוהים של פעילויות כלכלה שחורה מסך התוצר המקומי הגולמי (Schneider & Buehn, 2007, pp. 15-22).

ממצא זה מחזק את הטענה שידובר בה בהמשך, שבחברה שיש בה פעילויות נרחבות של כלכלה שחורה בתחום מדיניות מסוים (כגון בריאות), סביר להניח שיימצאו תופעות דומות גם בתחומי מדיניות אחרים. זהו תהליך חלחול המוטבע בתרבות הפוליטית המקומית הנתונה.

כמו בספרות העולמית, אף בישראל נמצא קשר בין גורמים מבניים שונים לתשלומים בלתי פורמליים, ובהם צורת הארגון החברתי של אספקת שירותי רפואה לאוכלוסייה וצורת התשלום הנהוגה לרופאים. שוורץ ועמיתים (Shvarts et. al., 1999) הצביעו במחקרם החלוצי על ההתפתחויות במודל המשכורות של הרופאים בישראל כעל תופעה שעודדה את השוק השחור במערכת הבריאות. הם הראו, שתופעת הרפואה השחורה אינה תופעה חדשה בישראל ושהמקרה המתועד הראשון של רפואה שחורה אירע עוד בשנת 1919. לחמן ונוי הסבירו כיצד המשבר המתמשך במערכת הבריאות, כמו גם רמת הריכוזיות הגבוהה מאוד של המערכת, הגבירו את אי שביעות הרצון של אזרחי ישראל ממנה ותרמו מהותית לקיומה של רפואה שחורה; זו ביטאה לדעתם את אי אמון הציבור במערכת הבריאות בישראל, שחש שאין היא נותנת מענה לציפיות ולביקוש של האוכלוסייה (לחמן ונוי, 1998; לחמן, 1992). מחקרם של מזרחי, ויגודה-גדות וכהן, שנערך מאוחר יותר אכן מספק אינדיקציות ראשונות לאמון מועט של הציבור במוסדות שונים של מערכת הבריאות בישראל (Mizrahi, Vigoda-Gadot, & Cohen, 2009), וראוי לבחון בעתיד את הקשר בין משתנה זה לבין הנטייה לפנות לרפואה שחורה.

המושג רפואה שחורה מתייחס למגוון דרכים שפרטים נוקטים כדי לרכוש או לספק שירותי בריאות עדיפים בצורה לא חוקית או או "אפורה". בין דרכים אלה ניתן למנות תשלום ישיר לרופאים בעד קיצור תור לטיפול (בעיקר ניתוחים); תשלום לרופא כדי שיטפל בחולה באופן אישי; מתן מתנות והטבות למטפל לפני או טיפול אחריו; מתן תרומות לקרנות מחקר של מחלקה בבית חולים שבה החולה מטופל; תרומת מכשור וציוד רפואי או כסף לרכישת ציוד רפואי למחלקה; תשלום בעד טיפול שאמור להינתן ללא תשלום במסגרת ביטוח הבריאות הרגיל, כדי להבטיח טיפול טוב יותר; שימוש שרופאים עושים במכשור ומבנים ציבוריים ללא רשות כדי לטפל בחולים פרטיים שלהם (לחמן ונוי, 1998, עמ' 49-50). רופאים, מנהלים ומטופלים רואים בדרכים אלה דרכים נורמטיביות להבטחת טיפול טוב יותר, והן חלק אינטגרלי מהתרבות הארגונית בחלקים נרחבים מאוד במערכת הבריאות הישראלית (שם, עמ' 52).

פילק (2001, עמ' 267) מגדיר את הרפואה השחורה כ"כל דבר הקשור בצורה כלשהי להעדפה בטיפול שלא משיקול רפואי, הניתנת במוסד ציבורי, שלא במסגרת גלויה וממוסדת כמו שר"פ" ורואה בה את "הסנונית הראשונה שבישרה את תהליכי ההפרטה של סוף שנות ה-70". יתר על כן, בדו"ח ועדת נתניהו אף נקבע בנוגע אליה, ש"קשה להניח שניתן לחסלה באמצעים מינהליים או משפטיים" (דעת הרוב, עמ' 322). הוועדה הגדירה תופעה זו כ"שירות רפואי הניתן במוסד ציבורי, בהעדפה כלשהי – שאינה משיקול רפואי ושלא במסגרת גלויה וממוסדת[...]. כנגד תשלום כספי או טובות הנאה אחרות שהחולה נותן לרופא המקבלו בתוקף תפקידו בבית החולים" (ועדת נתניהו, דעת הרוב, 1990, עמ' 321). מבקר המדינה הצביע גם הוא על קיומם של תשלומים בלתי

פורמליים לבריאות, וציין שיש הסכמה שבשתיקה על הרפואה השחורה בין הרופא הבכיר לחוליו – הם מתחייבים שלא להמציא ראיות היכולות להפליל אותו. תופעה זו פוגעת אף בחינוך ובהדרכה של הרופאים הצעירים, אשר מטבע הדברים אינם נכללים בהסדרים אלה (מבקר המדינה, 1988, עמ' 185-191). אינדיקציות לא מעטות מלמדות על קיומה של התופעה בישראל גם בשנות ה-2000 (כהן, 2010, עמ' 105).

זה המקום להבחין בין מה שמכונה בספרות "רפואה אפורה" לבין תשלומים בלתי פורמליים. רפואה אפורה מתייחסת בעיקר לתופעת ה"פרוטקציה" – קבלת טיפול מועדף בבית חולים ציבורי ללא תשלום כספי ישיר או מתן טובות הנאה, אלא על בסיס קשרים אישיים, כגון קשרים חברתיים, היכרות אישית או העדפת מכובדים וידועים בציבור. כך, בהעדר איסור חוקי מפורש, ניתן לראות כפרוטקציה גם פנייה של מטופלים למרפאות פרטיות של רופאים העובדים בבתי חולים ציבוריים, כדי לקבל מהם בבוא העת טיפול מועדף במוסד הציבורי (לחמן ונוי, 1998, עמ' 56).

ואולם דיכוטומיה זו בין רפואה שחורה לאפורה אינה אלא מתודולוגית בלבד. היא אכן טובה להבחנה בין שני אשכולות של פעילויות שאזרחים נוקטים כדי לספק לעצמם שירותי בריאות. אך שני מושגים אלה אינם מנותקים זה מזה כלל ועיקר, כשבאים להסביר את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים בהקשר תרבותי רחב יותר. ההסבר לטענה זו יעמוד במוקד החלק הבא של דיוננו.

תשלומים בלתי פורמליים לבריאות – הסבר תלוי תרבות

הספרות הבחינה זה מכבר, כי שלל גורמים מבניים ותהליכים חברתיים מובילים חלקים נרחבים בחברה הישראלית לאמץ דפוס פעילות של קביעת עובדות בשטח בכל הקשור לרכישת שירותים שאותם אין הממשלה מספקת בהיקף או באיכות המבוקשים (כהן, 2010; כהן, מזרחי וויבל, 2008, עמ' 59; מזרחי, ויגודה-גדות וכהן, 2009, עמ' 159; מזרחי ומידני, 2006; מזרחי וכהן, בדפוס; Mizrahi & Ben-Poart, 2005; Mizrahi & Vigoda-Gadot, 2009; Mizrahi, Vigoda-Gadot, & Cohen, 2010). דפוס פעילות זה, המכונה בספרות "פוליטיקה אלטרנטיבית" (*Alternative Politics*) (Lehman-Wilzig, 1991; Ben-Porat & Mizrahi, 2005; Mizrahi & Meydani, 2003; Mizrahi & Meydani, 1992), כולל פנייה מוגברת לערוצים אלטרנטיביים, בדרך כלל בשוק הפרטי, כדי לרכוש שירותים לאלתר, כמו למשל בתחום החינוך, הרווחה, ביטחון פנים ועוד. כשתהליך מסוג זה, שנועד במקורו לסייע בהשגת מטרות נקודתיות בטווח הקצר, מקיף מגוון גדול של תחומי מדיניות ונמשך לאורך עשרות שנים

הוא מטביע בציבור הישראלי את התפיסה שהשתתפות בערוצים הרגילים לא תספק עבורו את השירות או המוצר הציבורי המבוקש, ועל כן עליו לנקוט יוזמות חד צדדיות כדי לספק לעצמו מוצרים ושירותים ציבוריים. כך ההשתתפות של רבים מאזרחי ישראל מבוססת על פוליטיקה אלטרנטיבית במקום על "השתתפות פוליטית" מקובלת (מזרחי, ויגודה-גדות וכהן, 2009, עמ' 153). נכון אפוא לראות תשלומים בלתי פורמליים לא כתופעה ייחודית לתחום הבריאות, אלא בתוך ההקשר של ההסבר הרחב יותר המובא בספרות המדיניות הציבורית.

פוליטיקה אלטרנטיבית היא מושג רב ממדי המתייחס לשימוש של פרטים וקבוצות במוסדות לא פורמליים לשם קבלת מוצרים ציבוריים או שירותים ממשלתיים, שאותם הממשלה אמורה לספק על פי החוזה החברתי. בהגדרנו מוצר ציבורי ככזה שמרגע אספקתו אי אפשר למנוע את השימוש בו, ולכן גם אי אפשר לגבות את התשלום הריאלי תמורת אספקתו (דורון, 2006, עמ' 112; 78; Weimer & Vining, 2005), הרי שגם שירותי בריאות, שעל פי החלטה חברתית-פוליטית לא נגבה המחיר הריאלי תמורת אספקתם, הם מוצר ציבורי.

השימוש במוסדות הבלתי פורמליים בא מכיוון הצרכנים מזה (פרטים וקבוצות הפועלים להשיג לעצמם מוצרים ושירותים ציבוריים) ומכיוון הספקים מזה (דרכי הפעולה של ספקי המוצרים והשירותים הציבוריים – הפוליטיקאים והבירוקרטים). המאפיין העיקרי של דפוס זה הוא היותו על פי רוב בלתי חוקי או מצוי בתחום ה"אפור". הגדרתו המצמצמת של המושג מתייחסת לאספקה עצמית של מוצרים ציבוריים או שירותים ממשלתיים שמבצעים פרטים וקבוצות בחברה שלא באמצעות גורמי הממשל, באופן בלתי חוקי או "על גבול החוקיות". לא פעם מאופיינת התנהגות זו ב"טשטשו" או בדחיקתו לשוליים של החוק. בדרך כלל זוהי טקטיקה שנועדה לספק פתרון קצר טווח, מקומי, למחסור במוצרים ציבוריים או לאספקה לא אפקטיבית של שירותים ממשלתיים (כהן, 2010, עמ' 7).

כאן המקום להדגיש, שצריכה של שירותים ומוצרים שונים בשוק הפרטי וכחוק אינה פוליטיקה אלטרנטיבית. פוליטיקה אלטרנטיבית משמעה אספקה עצמית של מוצרים ושירותים ציבוריים בדרך בלתי חוקית או על גבול החוקיות. כך פרטים שאינם מרוצים מהמוצרים ומהשירותים הציבוריים שמספקים להם מוסדות הממשל ואין להם אמן במוסדות אלה, ואשר חשים מודרים מתהליכי קבלת החלטות, ייטו לעקוף את המוסדות הללו, כשיתאפשר להם, ולספק לעצמם את המוצר הציבורי בדרכים לא כשרות או מפוקקות. פעמים רבות ניתן לראות התנהלות זו כהתנהלות חד צדדית של אותם הקבוצות והפרטים, שתכליתה "לקבוע עובדות בשטח" ולעקוף את גורמי הממשל.

במהלך שנות ה-80 פרחה הפוליטיקה האלטרנטיבית בחברה הישראלית. הכלכלה השחורה (מעין גלגול של השוק השחור שפרח עוד בתקופת הצנע עקב מדיניות הקיצוב

של שנות ה-50), החינוך האפור, נישואי קפריסין, הכבלים הפיראטיים וכן תופעת הרפואה השחורה – כל אלה הם דוגמאות לפוליטיקה אלטרנטיבית (מזרחי ומידני, 2006, עמ' 25).

הספרות העוסקת בפוליטיקה אלטרנטיבית מציגה את התופעה בעיקר כניסיון של פרטים או קבוצות לספק לעצמם מוצרים ציבוריים לאור מחסור באספקה הממשלתית (שם, עמ' 106). התנאים המבניים שיוצרים את המחסור הם אפוא חלק מהאילוצים שתחתיהם פועלים השחקנים השונים המעורבים בתהליך המדיניות הציבורית. בין תנאים אלה ניתן למנות שסעים חברתיים עמוקים, בעיות כלכליות, בעיות חוץ וביטחון, אי יציבות פוליטית, ריכוזיות במבנה מערכות הממשל ויכולת משילות נמוכה של מקבלי ההחלטות (מזרחי ומידני, 2006; ; Lehman-Wilzig, 1991; Ben-Porat & Mizrahi, 2005; Mizrahi & Meydani, 2003). אם כן, יש לבחון את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים מתוך פרספקטיבה רחבה יותר של פרטים המנסים לפתור לעצמם בעיות שונות בתוך תרבות פוליטית קיימת. הטענה היא שיש לראות תשלומים בלתי פורמליים כחלק מהתרבות הפוליטית הנתונה, ולא שתופעת התשלומים הבלתי פורמליים מבוססת באופן גורף בכל מקום על פוליטיקה אלטרנטיבית. במקום שבו תעודד התרבות הפוליטית הרווחת אספקת שירותים ומוצרים ציבוריים בצורה בלתי חוקית או "אפורה", נצפה לנוהג של תשלומים בלתי פורמליים. יתרה מזו, ניתן להניח בוודאות גבוהה למדי, שאם בתחומי מדיניות אחרים מלבד בריאות, כגון חינוך, סיעוד, דיור, תחבורה מערכת של מוסדות שיאכפו התנהגות חוקית ותרבות פוליטית השתתפותית, המבוססת על שקיפות, יושרה, אחריות, היענות, דיווחיות ואמינות, גם בתחומים אלה יימצאו תשלומים בלתי פורמליים ותופעות דומות להם.

הגדרת תשלומים בלתי פורמליים כסוג של פוליטיקה אלטרנטיבית גם לוקה בחסר. ראשית, אף כאן אין הגדרה זו כוללת מקרים שבהם ניתנים תשלומים אלה כהוקרת תודה, משום שאין כאן ניסיון לספק שירותים באמצעות עקיפת מוסדות פורמליים. שנית, פוליטיקה אלטרנטיבית מיוחסת במפורש לאספקה עצמית של שירותים ומוצרים ציבוריים, ואין הגדרה זו כוללת שירותים הניתנים במסגרות פרטיות. כאן אין מדובר באספקה בלתי חוקית של שירותים ומוצרים ציבוריים, אלא על "נטישת" הפרט את המוסדות הציבוריים ומעבר אל המוסדות הפרטיים. עדיין, גם כשניתנים תשלומים בלתי פורמליים במקומות פרטיים, ניתן להניח שנוהג זה הוא חלק בלתי נפרד מהתרבות המקומית, המחלחל מתחומי החיים השונים של החברה.

פוליטיקה אלטרנטיבית מבוססת, על פי רוב, על השתרשותה של התופעה כחלק בלתי נפרד מהתרבות הנתונה, וכל כן נצפה שהיא תחלחל לרוב רובדי החברה. הגדרתו המרחיבה של המושג פוליטיקה אלטרנטיבית מתייחסת גם לאופן האספקה, וכוללת את פעילותם של ספקי המוצרים והשירותים הציבוריים, הפוליטיקאים והבירוקרטים, המשתמשים בעצמם במוסדות לא פורמליים כדי לספק מוצרים ציבוריים, ופועלים בדרך

כלל בתחום ה"אפור". במצבי הידרדרות או שימור תנאים מבניים קשים נצפה שהתופעה לא תישאר מנת חלקם של תחומי מדיניות ספציפיים בלבד או של קבוצות מסוימות בציבור הרחב (Mizrahi & Vigoda-Gadot, 2009), אלא תאומץ גם בידי קבוצות אינטרס, פוליטיקאים ובירוקרטים כדי להשיג תוצאות רצויות. כך, תוך תהליכים מתמשכים של למידה קולקטיבית והתנסות, מחלחלת התנהגות פוליטית תלוית תרבות זו לכלל הסקטורים והרבדים בחברה (כהן, 2010). עקב כך כלל השחקנים בזירת המדיניות הציבורית מונחים בידי שיקולים קצרי טווח ויוזמות חד צדדיות, העוקפות כללים פורמליים, הן בפעילות בלתי חוקית והן על ידי דחיקה התעלמות או שלילה של כללים פורמליים קיימים. יש אפוא לבחון תשלומים בלתי פורמליים לא כתופעה ספציפית, אלא כחלק מתהליכים נרחבים יותר המתחוללים בחברה.

סיכום

מטרתו העיקרית של מאמר זה היתה להציג את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים, כפי שהיא מתחוררת מהספרות הענפה שנכתבה בנושא. הסקירה שהובאה במאמר זה מעלה אינדיקציות רבות בספרות לתופעת התשלומים הבלתי פורמליים, ומעלה שהיא רווחת, במופעים שונים, בעשרות רבות של מדינות ברחבי העולם. התופעה נפוצה בעיקר במדינות הגוש הסובייטי לשעבר, במרכז אירופה ובמזרחה, בצפון אסיה ובמרכזה, בדרום אמריקה ובאפריקה, אך גם במדינות מפותחות יותר כמו יוון. גם בישראל התופעה רווחת, כפי שניתן ללמוד מהספרות הישראלית ומדו"חות שונים שנכתבו בארץ בנושא.

העובדה שלתופעה זו מופעים ומאפיינים שונים במקומות שונים בעולם היא ככל הנראה הסיבה העיקרית לכך שקשה מאוד להגדירה; זאת ועוד, המחקרים השונים שנדרשו להגדרת התופעה אינם בהכרח מקיפים את כלל היבטיה. כפי שנאמר, שחיתות אינה יכולה להיות הגדרה מוצלחת לתופעה, משום שאף שעל פי רוב אין היא חוקית או נמצאת בתחום האפור, יש זמנים ומקומות שונים שבהם היא מותרת בחוק. יתרה מזו, במקומות שונים חלק מהתשלומים הבלתי פורמליים הם פורמליים לחלוטין, כלומר מדווחים לרשויות החוק ונרשמים.

הספרות העולמית מצביעה גם על הבעייתיות הרבה שבמחקר משווה בנושא בין מדינות בעולם. שכן אין לתופעה הגדרה שתהיה מקובלת על כלל החוקרים בכלל המדינות ושתכסה את כל גרסאות התשלומים הבלתי פורמליים. יש כאלה המדגישים את אי חוקיותה של התופעה, יש את עניין אי הפורמליות שבה, ואחרים מדגישים דווקא את היותה סוג של שחיתות.

כמו הגדרת התופעה, גם מדידתה קשה מאוד. גם כשאין היא אסורה בחוק, על פי רוב התשלומים נעשים בדיסקרטיות בין המשלם למספק השירות. קשה מאוד אפוא לנהל איסוף נתונים מסודר אודותיה. ובכל זאת מאז שנות ה-90 המוקדמות החלו לבחון את התופעה דרך סקרים או אפילו סקרים חוזרים ומקיפים שבהם שילבו שאלות בנושא זה, דרך ראיונות וסקרים המתמקדים אקסקלוסיבית בתופעה זו ודרך קבוצות מיקוד.

מאמר זה הציע להכניס את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים למסגרת קונספטואלית רחבה יותר, השעונה על הכלים התיאורטיים של מדיניות ציבורית. במסגרת זאת הוצע לראות את התופעה כחלק בלתי נפרד מדפוסי ההתנהגות הפוליטית של החברה. התנהגות זו מבוססת על עקיפת המוסדות הקיימים ואספקת שירותים ומוצרים ציבוריים שונים בצורה בלתי חוקית או על גבול החוקיות לאזרחים שאינם שבעי רצון מתוצאות המדיניות הציבורית ואינם מאמינים שיוכלו לשנותן. בשל תנאיה המבניים של מדינת ישראל, התנהגות פוליטית תלוית תרבות זו, שהוגדרה לא מכבר בספרות כפוליטיקה אלטרנטיבית, מחלחלת בתהליך אטי ולעתים בלתי מורגש לכלל הסקטורים ותחומי המדיניות הציבורית בישראל.

בדומה להסברים שונים שניתנו לתופעה בעולם, נוכחנו לראות שגם ההסבר המחבר את תופעת התשלומים הבלתי פורמליים לתרבות הפוליטית הנתונה ולפוליטיקה אלטרנטיבית אינו שלם. חיבורן של השתיים מוציא מכלל תופעת התשלומים הבלתי פורמליים תשלומים לא רשמיים הניתנים במסגרות פרטיות. ועדיין הסבר זה מספק תמונה רחבה יותר לתופעה ומצביע על חלחולם של דפוסי התנהגות תלויות תרבות גם לתחומים אחרים. מחקרים אחרים יצביעו על מאפיינים של פוליטיקה אלטרנטיבית בהיבטים אחרים של מדיניות בריאות ובתחומי מדיניות ציבורית אחרים.

מקורות

דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), בראשות כבוד השופטת שושנה נתניהו. דין וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב.

דורון, ג' (2006). משטר נשיאותי לישראל. ירושלים: כרמל.

כהן, נ' (2008). קהילות עסקים בתהליך השלום והגלובליזציה: עלות-תועלת של השתתפות פוליטית ומדיניות ציבורית בפלסטין ובירדן. פוליטיקה, 18, 57-86.

כהן, נ' (2010). שינויים מוסדיים, פוליטיקה אלטרנטיבית ומדיניות ציבורית: המקרה של עיצוב וכיצוע מדיניות הבריאות בישראל. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון. עבודת דוקטור שנכתבה במסגרת המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית (לא ראתה אור).

כהן, נ' ומזרחי, ש' (בדפוס). "פוליטיקה אלטרנטיבית", שינויים מוסדיים ומדיניות בריאות: מסגרת קונספטואלית והמקרה הישראלי. בתוך א' צפדיה וח' כץ (עורכים), מדינה משגיחה – מדינה מפקירה. תל-אביב: רסלינג.

כהן, נ', מזרחי, ש' ויובל, פ' (2010). מדינת הרווחה, מדיניות ציבורית ודעת הקהל: ישראל 2008. ביטחון סוציאלי, 82, 47-77.

לחמן, ר' (1998). כתם שחור על חלוק לבן הרפואה השחורה בישראל. תל-אביב: רמות, אוניברסיטת תל-אביב.

לחמן, ר' (1992). רפואה שחורה בישראל. תל-אביב: מכון גולדה מאיר לחקרי עבודה וחברה.

מבקר המדינה (1998). דו"ח שנתי 38, ירושלים: משרד מבקר המדינה, עמ' 188-191.

מזרחי, ש', ויגודה-גדות, ע' וכהן, נ' (2009). הניהול הציבורי החדש (NPM): אופן הציבור, השתתפות אזרחית והערכת ביצועים – המקרה של ספקי שירותי רווחה ובריאות בישראל. בתוך ה' זוכרדה וד' מקלברג (עורכים), הדמוקרטיה הישראלית בת שישים: חזון ומציאות (עמ' 133-161). תל אביב: הוצאת האגודה הישראלית למדע המדינה.

מזרחי, ש' ומינני, א' (2006). מדיניות ציבורית בין חברה למשפט. ירושלים: כרמל.

נחמיאס, ד' וסנד, א' (1999). משילות ומדיניות ציבורית. בתוך ד' נחמיאס וג' מנחם (עורכים), המדיניות הציבורית בישראל (עמ' 34-11). ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

פילק, ד' (2001). בריאות עוברת לסוחר: הרפואה הציבורית בישראל בין המדינה, החברה האזרחית והשוק. בתוך י' פלד וע' אופיר (עורכים), ישראל: מחברה מגויסת לחברה אזרחית? (עמ' 262-280). ירושלים ותל אביב: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד.

Adaman, F. (2003). *Study on the Social Protection Systems in Turkey*. Entry for the report study on the social protection systems in the 13 applicant countries. Prepared for European Commission.

- Balabanova, D. & McKee, M. (2002). Understanding informal payments for health care: The example of Bulgaria. *Health Policy*, 62, 243-273.
- Balabanova, D., McKee, M., Pomerleau, J., Haerpfer, R. R., & Haerpfer, C. (2004). Health service utilisation in the former Soviet Union: Evidence from eight countries. *Health Services Research*, 39, 1927-1950.
- Barber, S., Bonnet, F., & Bekedam, H. (2004). Formalizing under-the-table payment to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 19 (40), 199-208.
- Belli, P., Shahriari, H., & Gotzadze, G. (2004). Out of pocket and informal payments in the health sector: Evidence from Georgia. *Health Policy*, 70, 109-123.
- Belli, P., Shahriari, H., & Lewis, H. (2001). *Institutional issues in informal health payments in Poland: Report on the qualitative part of the study*. HNP Thematic Group Working Paper, World Bank. (February).
- Ben-Porat, G. & Mizrahi, S. (2005). Political culture, alternative politics and foreign policy: The case of Israel. *Policy Sciences*, 38, 177-194.
- Bloom, G., Han, L., & Li, X. (2001). How health workers earn a living in China. *Human Resources for Health Development Journal*, 5 (1), 25-38.
- Chakraborty, S., Gatti, R., Klugman, J., & Gray-Molina, G. (2002). *When is "free" not so free? Informal payments for Basic health services in Bolivia*. Mimeo.
- Chawla, M., Berman, P., & Kawiorska, D. (1998). Financing health services in Poland: New evidence on private expenditures. *Health Economics*, 7, 337-346.
- Dabalen, A. & Wane, W. (2008). *Informal payments and moonlighting in Tajikistan's health sector*. The World Bank, Europe and Central Asia Region, Poverty Reduction & Economic Management Sector Unit, Policy Research Working Paper (PRWP-4555).

- Delcheva E., Balabanova D., McKee M., et al. (1997). Under-the-counter payments for health care: Evidence from Bulgaria, *Health Policy*, 42, 89-100.
- Di Tella, R. & Savedoff, W. D. (2001). Shining light in dark corners. In R. Di Tella & W. D. Savedoff (Eds.), *Diagnosis corruption*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine*, 58 (2), 237-246.
- Ensor, T. & Savelyeva, A. (1998). Informal payments for health care in the former Soviet Union: Some evidence from Kazakhstan. *Health Policy Plan*, 13, 41-49.
- Falkingham, J. (2004). Poverty, Out-of-pocket payments and access to health care: Evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine*, 58, 247-258.
- Feeley, F. G., Sheiman, I. M., & Shiskin, S. V. (1999). *Health sector informal payments in Russia*. Boston: Boston University.
- Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M., & Szocska, M. (2006). Informal payments for health care: Definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31 (2), 251-293.
- Gaal, P. & McKee, M. (2004). Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19 (2), 163-178.
- Gaal, P. & McKee, M. (2005). Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science & Medicine*, 60 (7), 1445-57.
- Gatti, R., Gray-Molina, G., & Klugman, J. (2003). *Determinants of corruption in local health care provision: Evidence from 108 municipalities in Bolivia*. World Bank.
- Giedion, U. Morales, L. G., & Acosta, O. L. (2001). The impact of health reforms on irregularities in Bogotá hospitals. In R. Di Tella & W. D.

- Savedoff (Eds.), *Diagnosis corruption*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Gopakumar, K. (1998). *Citizen feedback surveys to highlight corruption in public services: The experience of public affairs centre*. Bangalore, Mimeo.
- Gray-Molina, G., de Rada, E. P., & Yanez, E. (2001). Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals. In R. Di Tella & W. D. Savedoff (Eds.), *Diagnosis corruption*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations and States*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hofbauer, H. (2006). "Citizens" audit in Mexico reveals paper trail of corruption. *Transparency International: Global Corruption Report 2006*, pp. 43-45.
- Jaen, M. H. & Paravinski, D. (2001). Wages, capture and penalties in venezuela's public hospitals. In R. Di Tella & W. D. Savedoff (Eds.), *Diagnosis corruption*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Killingsworth, J. (2003). *Formal and informal fees for health care*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.
- Killingsworth J., Hossain N., Hedrick-Wong Y., Thomas, S., Rahman, A., & Begum, T. (1999). Unofficial fees in Bangladesh: Price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning*, 14, 152-163.
- Kutzin, J., Maeimanaliev, T., Ibraimova, A., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (2003). *Formalizing informal payments in Kyrgyz hospitals: Evidence from phased implementation of financing reforms*. Paper presented at IHEA Conference, San Francisco, California.
- Lehman-Wilzig, S. N. (1992). *Wildfire: Grassroots revolts in Israel in the post-socialist era*. Albany: SUNY Press.

- Lehman-Wilzig, S. N. (1991). Loyalty, voice, and quasi-exit: Israel as a case study of proliferating alternative politics. *Comparative Politics*, 24 (1), 97-108.
- Lewis, M. (2007). Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*, 26 (4), 984-997.
- Lewis M. (2006). *Governance and corruption in public health care systems*. Center for Global Development, Working Paper Number 78.
- Lewis M. (2000). Who is paying for health care in eastern europe and central asia? Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia, Region, The World Bank: Washington, DC.
- Liaropoulos, L. & Tragakes E. (1998). Public/private financing in the Greek health care system: Implications for equity. *Health Policy*, 43, 153-169.
- Lindelov, M., Serneels, P., & T. Lemma. (2003). Synthesis of focus group discussions with health workers in Ethiopia. Washington D.C.: World Bank, DEC Draft paper.
- Lindelov, M., Ward, P., & Zorzi, N. (2004). *Expenditure tracking and service delivery survey, The Health Sector in Mozambique*. Final Report. Washington D.C.: World Bank.
- McMenamin, I. & Timonen, V. (2002). Poland's health reform: Politics, markets and informal payments. *Journal of Social Policy*, 31 ,103-118
- McPake, B., Asimwe, D., Mwesigye, F., Ofumbi, M., Ortenblad, L., Streefland, P., et al. (1999). Informal economic activities of public health workers in Uganda: Implications for quality and accessibility of care. *Social Science & Medicine*, 49 (7), 849-865.
- Mizrahi, S. & Meydani A. (2003). Political participation via the judicial system: Exit, voice and quasi-exit in Israeli society. *Israel studies*, 8, 118-138.
- Mizrahi, S. & Vigoda-Gadot, E. (2009). Citizens' learning, involvement, and participation in decision-making under the democratic ethos: A

- theoretical framework and the Israeli experience. *International Journal of Public Administration*, 32 (5), 438-460.
- Mizrahi, S., Vigoda-Gadot, E., & Cohen, N. (2010). Trust, participation and performance in welfare supply organizations: The case of social security organization in Israel. *Public Management Review*, 12 (1), 99-126.
- Mizrahi, S., Vigoda-Gadot, E., & Cohen, N. (2009). Trust, participation, and performance in public administration: An empirical examination of health services in Israel. *Public Performance and Management Review*, 33 (1), 7-33.
- Mossialos, E., Allin, S., Karras, K., & Davaki, K. (2005) An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: The impact of financial incentives and convenience. *European Journal of Public Health*, 15 (3), 288-295.
- Narayan, D. (2000). *Voices of the poor*. Washington D.C.: World Bank and Oxford University Press.
- Schargrotsky, E., Mera, J., & Weinschelbaum, F. (2001). Transparency and accountability in Argentina's hospitals. In R. Di Tella & W. D. Savedoff (Eds.), *Diagnosis Corruption*. Washington D.C.: Inter-American Development Bank.
- Schneider A. (2007). Shadow economies and corruption all over the world: New estimates for 145 countries. *Economics: The Open-Access, Open-Assessment E-Journal*, 1, 2007-2009 (**Version 1**). From <http://www.economics-ejournal.org/economics/journalarticles/2007-9>
- Schneider A. & Buehn, F. (2007). Shadow economies and corruption all over the world: Revised estimates for 120 countries. *Economics: The Open-Access, Open-Assessment E-Journal*, 1, 2007-9 (**Version 2**). From <http://www.economics-ejournal.org/economics/journalarticles/2007-9>
- Shahriari H., Belli P., & Lewis, M. (2001) *Qualitative study on informal payment in health in Poland*. Washington D.C.: World Bank.

- Shvarts, S., Leeuw, D. L. D., Granit, S., & Benbassat, J. (1999). From socialist principles to motorcycle maintenance: The origin and development of the salaried physician model in the Israeli Public Health Services, 1918 to 1998. *American Journal of Public Health*, 89 (2), 248-253.
- Tatar, M., Ozgen, H., Sahin, B., Belli, P., & Berman, P. (2007). Informal payments in the health sector: A case study from Turkey. *Health Affairs* 26 (4), 1029-1039.
- Thampi, G. K. (2002). *Corruption in South Asia, insights and benchmarks from citizen feedback surveys in five countries*. Transparency International.
- Thompson R. & Witter, S. (2000). Informal payments in transitional economies: Implications for health sector reform. *International Journal of Health Planning and Management*, 15 (3), 169-187.
- Weimer, D. L. & Vining A. R. (2005). *Policy analysis: Concepts and practice* (4th ed). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- World Bank, (1992). *Viet Nam: Population, health, and nutrition sector review*. Report No. 10289-VN, East Asia and Pacific Region. World Bank, Population and Human Resources Operation Division. Washington D.C.
- World Bank. (1993). *World development report: Investing in health*. Washington: Oxford University Press for the World Bank.
- World Bank, (1999). *Czech Republic country economic memorandum*.
- World Bank, (2000a). *Armenia institutional and governance review*.
- World Bank, (2000b). *Anticorruption in transition: Confronting the challenge of state capture*.