

# רפואה שחורה במערכת הבריאות הישראלית: בחינת התופעה והמלצות למקבלי החלטות\*

## ניסים כהן<sup>1</sup>, דני פילק<sup>2</sup> ודנה נתן-קרופ<sup>3</sup>

מחקר זה מבקש לספק הערכה, אפיון והסבר לתופעת השימוש ברפואה שחורה במערכת הבריאות הישראלית. המחקר בוחן כיצד התנסויות הקשורות לתהליך קבלת הטיפול הרפואי ולתוצאותיו עשויות להאיץ או להפחית את השימוש ברפואה שחורה. בהתבסס על סקר ארצי, מצאנו כי ככל שאנשים מרגישים תחושת צדק תהליכי בקבלת הטיפול הרפואי, ושמערכת הבריאות נוהגת באופן שוויוני, כך יורד הסיכוי לשימוש ברפואה שחורה. עוד נמצא כי ככל שאנשים מרגישים שמערכת הבריאות מקפחת אנשים כמוהם, הם נוטים להצדיק שימוש ברפואה שחורה. ממצאי המחקר מגלים כי השימוש ברפואה שחורה נעשה נורמטיבי, וכי שירותי בריאות פרטיים נתפסים לגיטימיים. כך יש מקרים שבהם המטופל הוא היוזם את השימוש ברפואה שחורה גם אם אינו מתבקש לעשות זאת, ומקרים אחרים שבהם צוותי רפואה מובילים מטופלים לקבל את הטיפולים במסגרת שירותי רפואה פרטיים. המחקר מוסיף לידע הקיים על שימוש ברפואה שחורה ומספק המלצות מעשיות.

**מילות מפתח:** מערכת הבריאות, תשלומים בלתי פורמליים על שירותי בריאות, רפואה שחורה, שחיתות

\* המחקר נערך במימון המכון הישראלי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל (2022/54).

1 פרופסור, המחלקה למינהל ומדיניות ציבורית, בית הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה  
2 פרופסור, המחלקה לפוליטיקה וממשל, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב  
3 דוקטור, המעבדה למיצוי זכויות, האוניברסיטה העברית בירושלים; המחלקה למינהל ומדיניות ציבורית, בית הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה; המחלקה לפוליטיקה ומינהל ציבורי, אוניברסיטת קונסטנץ  
<https://orcid.org/0000-0001-6907-6327>

## תקציר לקהל הרחב

המחקר הנוכחי מספק הערכה והסבר לתופעת השימוש ברפואה שחורה במערכת הבריאות הישראלית. תופעה זו מזוהה עם שוחד ושחיתות, ומתייחסת למגוון פעילויות שנוקטים מטופלים או בני משפחתם כדי לקבל שירותי בריאות עדיפים באופן בלתי חוקי או בדרכים הנמצאות ב"אזור האפור". התופעה כוללת תשלומים בלתי פורמליים עבור שירותים שהמטופל זכאי להם ללא תשלום נוסף על פי חוק, דוגמת תשלום ישיר לרופאים בעד קיצור תור לטיפול, תשלום לרופא כדי שהוא עצמו יטפל בחולה באופן אישי, מתן מתנות והטבות למטפל לפני הטיפול, במהלכו או אחריו.

המחקר מתבסס על סקר ארצי המהווה מדגם מייצג של 1,504 נשאלים בני 30 ומעלה שהעידו כי הם או בני משפחתם עברו פרוצדורה רפואית בחמש השנים האחרונות. 17.48% מהנשאלים דיווחו שהם או אחד מבני משפחתם השתמשו ברפואה שחורה. 6.83% מהנשאלים ציינו שהם או אחד מבני משפחתם שילמו תשלום לא פורמלי באופן דיסקרטי כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים; 8% העידו ששילמו תמורת טיפול פרטי בבית חולים שלא במסגרת שירותי רפואה פרטיים; 9.74% דיווחו כי נתנו מתנות לצוות רפואי לפני טיפול רפואי או במהלכו.

המחקר חושף גורמי מפתח לקיום התופעה. ככל שמטופל מרגיש תחושה של צדק בהתנסות בתהליך קבלת הטיפול הרפואי, וחש שמערכת הבריאות נוהגת באופן שוויוני, כך יורד הסיכוי לשימוש ברפואה שחורה. עוד נמצא כי ככל שאנשים מרגישים שמערכת הבריאות מקפחת אנשים כמוהם הם נוטים להצדיק שימוש ברפואה שחורה. ממצאי המחקר מגלים כי השימוש ברפואה שחורה נעשה מקובל, וכי שירותי בריאות פרטיים נתפסים לגיטימיים. כך, יש מקרים שבהם המטופל הוא שיוזם את השימוש ברפואה שחורה גם אם אינו מתבקש לעשות זאת, ומקרים אחרים שבהם צוותי רפואה מובילים מטופלים לקבל את הטיפולים במסגרת שירותי רפואה פרטיים.

## מבוא

רפואה שחורה היא תופעה המטרידה מקבלי החלטות וחוקרי מדיניות וכלכלת בריאות רבים ברחבי העולם (File & Cohen, 2015). היא מזוהה עם שוחד ושחיתות, ומתייחסת למגוון של פעילויות חוקיות או על סף החוקיות שפרטים נוקטים כדי לספק לעצמם שירותי בריאות עדיפים (Cohen & File, 2017). בין היתר, היא כוללת תשלום ישיר לרופאים עבור קיצור תור לטיפול (בעיקר ניתוחים); תשלום לרופא כדי שהוא עצמו יטפל בחולה באופן אישי; מתן מתנות והטבות למטפל או תרומות למחלקות לפני או אחרי טיפול; שימוש שרופאים עושים במכשור ובמבנים ציבוריים ללא רשות כדי לטפל בחולים פרטיים שלהם, ועוד (כהן ופילק, 2013).

רפואה שחורה היא חלק מתופעה רחבה יותר, המכונה בספרות "תשלומים בלתי פורמליים בעבור שירותי בריאות" (Cohen, 2012). מאז תחילת שנות האלפיים הופנתה במחקר תשומת

לב רבה לתשלומים אלו (Horodnic, 2021; Khodamoradi et al., 2018; Schaaf & Topp, 2019). אף שהם תורמים בעקיפין למימון מערכות בריאות שונות בעולם, הספרות מצביעה על כך שהם גם מעוררים בעיות רבות – ובעיקר אי שוויון בהקצאת המשאבים ופגיעה ביעילותן של מערכות בריאות (Binyaruka et al., 2021; Habibov, Auchynnikava, Fan et al, 2021; Habibov, Auchynnikava, & Lyu, 2021). רוב הדיונים בספרות בנושא זה נובעים או מתפתחים מתוך דיון רחב יותר בסוגיית השחיתות (Gaal & McKee, 2004, p. 164; Lewis, 2006; Naher et al., 2020). אולי בשל כך, המחקר בנושא מתמקד בעיקר במדינות מתפתחות בעלות הכנסות נמוכות או ממוצעות (Ensor, 2004; Gaal et al., 2006; Lewis, 2007), הגם שהתופעה מתקיימת לא רק במדינות אלו, אלא אף במדינות אירופיות ובמדינות מפותחות אחרות (Horodnic & Williams, 2018).

מחקרים שנערכו לאורך השנים מצביעים על כך שהתופעה מתקיימת, בהיקפים שונים, גם בישראל. כהן ואחי (Cohen et al., 2012) מצאו לפני קצת יותר מעשור כי בקרב ישראלים יש נכונות לפנות לערוצים בלתי פורמליים (בעיקר בבתי החולים) ולעיתים אף בלתי חוקיים כדי להשיג טיפול רפואי טוב יותר להם או לבני משפחותיהם. מחקרים שנערכו בעקבות ממצאים אלו מצאו כי הציבור הישראלי אכן גם עושה שימוש בפועל בערוצים אלו (Cohen & Filc, 2017; Filc & Cohen, 2015). ממצאים אלו באים בהלימה עם מחקרים מוקדמים יותר. לחמן (1992) וכן לחמן ונוי (1998) הצביעו על כך שכל חולה שלישי לפחות בישראל מעורב ברפואה שחורה. 45% מהחולים שהתראיינו במחקרם נעזרו ברפואה שחורה במחלקות הכירורגיות, 41% נתנו תשלום לרופא, 4% תרמו למחלקה, 28% מהחולים במחלקות הפנימיות נעזרו ברפואה שחורה, 24% מהחולים במחלקות פנימיות שילמו לרופא, 37% שילמו עבור קיצור תור ו-29% שילמו לרופא מסוים כדי שיטפל בהם. גם אם יש בעיות מתודולוגיות שונות באומדנים מסוג זה (ובעיקר ביכולת לקבל נתוני אמת מהרופאים), הרי הרפואה השחורה אינה תופעה שולית וזניחה בישראל (File & Cohen, 2015). למרבה האירוניה, גם ביום חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי דווח על רופא שנטל שוחד בתמורה לקיצור תור לניתוח. תגובותיהם של גורמים רפואיים לדבר היתה גם אז אין מדובר בתופעה חדשה בקהילייה הרפואית בישראל. סקר שפורסם בשנת 1989 ואשר נערך בקרב חולים ממרכז הארץ מלמד כי לפחות 27.4% מהנשאלים או בני משפחותיהם הקרובים השתמשו לפחות בפעולה אחת המוגדרת "שחורה" (לחמן ונוי, 1998, עמ' 52).

יש מחסור במחקרים עדכניים להערכת היקף התופעה ומאפייניה בישראל. הבדיקה השיטתית האחרונה נערכה בישראל לפני כעשור (Cohen & Filc, 2017; Filc & Cohen, 2015). מבדיקה זו עלה כי גם בשנת 2013 רפואה שחורה עדיין נהוגה בישראל, אף שבמבט אובייקטיבי נמצא כי חלה ירידה בהיקפי התופעה ביחס לעבר. עוד נמצא כי אמון הוא משתנה עיקרי, הקשור בצורה שלילית ומובהקת עם התופעה.

אלא שמאז בדיקה זו חלו שינויים רבים בחברה הישראלית, וכמובן אירועים היסטוריים משמעותיים – ובראשם משבר הקורונה (Horodnic et al., 2021), המלחמה המתחוללת מאז שבעה באוקטובר 2023 וחוסר היציבות הפוליטית בישראל (Cohen & Sabah, 2023, 2024). אלה תורגמו בוודאי למגמות של אמון הציבור במערכות פוליטיות וציבוריות בכלל, ובמערכת הבריאות בפרט (Vigoda-Gadot et al., 2023). מחד גיסא, המשבר הפוליטי המתמשך ובוודאי אירועי שבעה באוקטובר עשויים לפגוע באמון הציבור במערכת המדינתית. מאידך גיסא תפקודה של מערכת הבריאות בזמן המלחמה, ובמיוחד בתקופת הקורונה, עשוי להגביר את האמון במערכת הבריאות. מגמה נוספת שעשויה להשפיע על התופעה היא התרחבות הביטוחים הפרטיים, בעיקר המסחריים, בישראל (קפלינסקי, 2023). המחקר הנוכחי מבקש לענות על החוסר האמפירי בספרות המחקר, ולספק מסגרת תאורטית עדכנית לניתוח התופעה.

מבנה המאמר הוא כדלהלן. בחלק הבא יוצגו הטיפולוגיה של תשלומים בלתי פורמליים על שירותי בריאות, השפעותיהם המעשיות והסברים אפשריים לקיום התופעה. לאחר מכן יוצגו השערות המחקר ומערך המחקר, המפרט כיצד ההשערות נבדקו. בפרק הממצאים יוצגו ממצאי העיבודים הכמותניים של נתוני הסקר, וכן ניתוח איכותני של המענה על השאלות הפתוחות. לבסוף יידונו המסקנות העולות מהניתוח, תרומתן לידע הקיים והשלכותיהן המעשיות.

## תשלומים בלתי פורמליים על שירותי בריאות

תשלומים בלתי פורמליים על שירותי בריאות מוגדרים כ"תרומה ישירה שניתנת על ידי מטופל או כל אדם הפועל למענו לספקי שירותי בריאות, אשר ניתנת במזומן או בשווה-כסף, נוסף על כל תרומה הנקבעת על פי תנאי הזכאות עבור שירותים שאותו מטופל זכאי להם על פי חוק" (Gaal et al., 2006, p. 252). אלא שהגדרה זו, שהיא ככל הנראה הטובה ביותר בנמצא, אינה מתייחסת במישורין למוטיבציה של המשלם והמקבל. שהרי היא כוללת בתוכה הן מקרה של תשלום שניתן בגמר הטיפול כתשורה וכהבעת תודה של המטופל למספק השירותים, הן תשלום שוחד שניתן לפני הטיפול במטרה להשיג תנאים או עדיפות על אחרים.

אכן, לא כל תשלום בלתי פורמלי עבור שירותי בריאות נחשב רפואה שחורה. הטיפולוגיה של כהן (Cohen, 2012, p. 290) מבחינה בין ארבעה סוגים של תשלומים בלתי פורמליים עבור שירותי בריאות: **תשלומים שחורים**, **תשלומים אפורים**, **תשלומי הכרת טובה** ותשלומים **אבודים**. הסיווג של תשלומים בלתי פורמליים אלו נעשה באמצעות שני משתנים: **חוקיות ושיפור**. חוקיות מתייחסת לשאלה אם התשלום נעשה באופן חוקי או לא, ושיפור מתייחס לשאלה אם התשלום שיפר את מצבו של המשלם או לא. כך, תשלום שחור נעשה בצורה בלתי חוקית ומשפר את מצב המשלם. תשלום אפור אף הוא משפר את מצבו של המשלם, אך אינו נחשב למעבר על החוק. עם זאת, במקרים שיש בהם עמימות בדבר "כשרות" המעשה, הוא בהחלט יכול להעלות שאלות של אתיקה ומוסר. תשלומי הכרת טובה הם תשלומים חוקיים אשר אינם משפרים את מצבו של המשלם. תשלומים משויכים לקטגוריה זו אם הם ניתנים למטפל לאחר הטיפול, ובהנחה שאין

מדובר בסדרה של טיפולים מתמשכים על ידי מטפל שכבר קיבל תשלום שכזה בעבר ומצפה לנוסף בעתיד. לבסוף, תשלומים אבודים הם תשלומים בלתי חוקיים אשר בסופו של דבר אינם משפרים את מצבו של המטופל. עם זאת, ההבחנה במקרים שבהם תשלום בלתי חוקי ירע את מצבו של המשלם מוכחת בספרות כתאורטית יותר, מכיוון שאין בנמצא ממצאים אמפיריים המאששים או מפריכים את קיומה של התופעה. סביר להניח כי בחלק מהמקרים תשלום בלתי חוקי ישפר את מצבו של המשלם, ובמקרים אחרים לא יעשה כל שינוי.

### לוח 1: טיפולוגיה של תשלומים בלתי פורמליים לבריאות

| פעולה בלתי חוקית | פעולה חוקית או "עמומה" |                          |
|------------------|------------------------|--------------------------|
| תשלום שחור       | תשלום אפור             | שיפור בטיפול ביחס לאחרים |
| תשלום אבוד       | תשלום הכרת טובה        | טיפול שווה / גרוע מאחרים |

מקור: Cohen, 2012, p. 290

טיפולוגיה זו מלמדת כי יש לנקוט זהירות רבה כאשר משווים את האופן שבו התופעה מתקיימת במקומות שונים או בהקשרים פוליטיים-תרבותיים שונים. אכן, עיון בספרות מעלה שתופעת התשלומים הבלתי פורמליים בעבור שירותי בריאות קיימת בצורות שונות, בעשרות רבות של מדינות ברחבי העולם (Cohen, 2018; Habibov, Auchynnikava, Fan et al, 2021; Habibov, Auchynnikava, & Lyu, 2021; Naher et al., 2020). בחלק מהמקרים, תשלומים אלו נחשבים על פי הטיפולוגיה לרפואה שחורה (Schaaf & Topp, 2019). הנה כי כן, רפואה שחורה מתקיימת גם במדינות אשר המודל של מערכת הבריאות שלהם שונה ממערכת הבריאות הישראלית. תשלומים מסוג זה נפוצים במדינות הגוש הסובייטי לשעבר, במרכז אירופה ובמזרח, בצפון אסיה ובמרכז, בדרום אמריקה ובאפריקה – אך גם במקומות אחרים בעולם. לואיס (Lewis, 2000) הראתה שתשלומים לא פורמליים על שירותי בריאות נוהגים בכלל מדינות מזרח אירופה ומרכז אסיה, ויוצאות מכלל זה צ'כיה וסלובניה, שבהן נוהג זה אינו כה גורף כנראה. גאאל ואח' (Gaal et al., 2006, p. 253) הצביעו על קיומה של התופעה ב-22 מדינות לפחות ברחבי אירופה, אפריקה ואסיה, אולם סקירה רחבה מציגה ראיות לתופעה במדינות רבות נוספות, ובהן ארמניה (World Bank, 2000), בולגריה (Balabanova & McKee, 1997; Delcheva et al., 2002), גיאורגיה (Belli et al., 2004), הונגריה (Gaal & McKee, 2005; Gaal et al., 2021), פולין (Chawla et al., 1998; McMenamin & Timonen, 2002), ורוסיה (Feeley et al., 1999). מחקרים שונים הצביעו על קיומה של התופעה במדינות שונות בצפון אסיה ומרכז, אך גם בדרומה ובמזרח: בנגלדש (Killingsworth et al., 1999), וייטנאם (World Bank, 1992) והפיליפינים (Killingsworth, 2003). התופעה רווחת גם בדרום אמריקה (Gatti et al., 2003), באפריקה (Lindelov et al., 2004; McPake et al., 1999), ואף במדינות ים-תיכוניות מפותחות יותר כגון טורקיה (Adaman, 2003; Tatar et al., 2007).

ה-OECD כגון מקסיקו (Hofbauer, 2006; Mossialos et al., 2005; ויוון (Giannouchos et al., 2021). היקפה הנרחב 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: השפעות מעשיות

הספרות מייחסת לתופעת התשלומים הבלתי פורמליים השפעות ומאפיינים שליליים שונים (Naher et al., 2018). בהקשר של יעילות המערכת, נטען כי התופעה פוגעת במטרות הכלליות ובביצועים הכלליים של מערכות בריאות (Gaal et al., 2006, p. 254). תשלומים אלו נתפסו אף כמחסום בפני אלו החסרים יכולת לקבל שירותי בריאות נאותים, וכגורם להרחבת אי השוויון בחברה (Balabanova et al., 2004), הואיל ומחוסרי היכולת אינם יכולים, לרוב, לנקוט אסטרטגיה זו (Lewis, 2000, p. 23). לפיכך, הם מעידים על מדיניות חברתית מצמצמת (Ensor, 2004, p. 241; Gaal et al., 2006, p. 255), כזו השואפת לצמצם את מעורבות המדינה בהספקת שירותי בריאות לאזרחיה, להבדיל מהמטרות המוצהרות בפתיח לחוק ביטוח הבריאות הממלכתי, הקובע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994). תוצאת התשלומים הללו היא קיפוחם של מעוטי היכולת והשכבות החלשות, והגדלת הפערים בין הקבוצות החזקות והחלשות בחברה. המשתייכים לאלה האחרונות אינם יכולים לספק תשלומים אלו כאחרים, ובוודאי לא ייהנו משירותי בריאות כאלו שנהנים מהם בעלי האמצעים.

מכאן שלתשלומים בלתי פורמליים יש משמעות חברתית שלילית, והם פוגעים בשוויונות ובנגישות של שירותי הבריאות וביעילות המערכת. אם אין תשלומים אלה ביטוי 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, והרחבת הפער בין בעלי האמצעים היכולים לעבור על החוק ולשלם על שירותים לבין מעוטי היכולת והמשתייכים לשכבות החלשות, שאינם יכולים לעמוד בתשלומים מעין אלה.

אולם תשלומים מסוג זה 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. הם עשויים להביא גם לפגיעה ביעילות הקצאת המשאבים, שכן תשלומים בלתי פורמליים עשויים להסיט משאבים לבעיות רפואיות שאינן דורשות משאבים כאלה (לדוגמה, רופא בכיר מאוד שמנתח בקע מפשעתי, פעולה שיכול לבצע רופא פחות בכיר). לא זאת בלבד, תשלומים בלתי פורמליים עשויים אף לפגוע ביעילותם של מנגנוני רגולציה שונים. למשל: יעילותו של ביטוח רפואי ככלי המחפה על חלק מכשלי השוק ומספק 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. תשלומים מסוג זה מעלים את ההוצאה הלאומית על בריאות בלי להשיג שיפור בתוצאות. זאת ועוד, קיומה והשתרשותה של התופעה עשויים לפגוע באמון הציבור בספקי הבריאות, ולהציב בפני אלה האחרונים פיתויים חומריים כבדי משקל העשויים להתנגש בחוקים, בכללים ארגוניים ובאתיקה רפואית. מכאן שלאמון הציבור בספקי שירותי הבריאות יש קשר בל יינתק לתופעה.

### תשלומים בלתי פורמליים לבריאות: הסברים

הספרות מספקת הסברים שונים להשתרשות התשלומים הבלתי פורמליים. ההסבר המבני הוא שעל רקע תנאים ואילוצים מסוימים עולה המוטיבציה של צרכני וספקי בריאות להשתמש בתשלומים בלתי פורמליים – לאור חוסר שביעות רצונם משירותי הבריאות הקיימים. נמצא כי משתני מגדר, דת, גזע ולאום של ספק השירות אינם מסבירים קבלת תשלומים בלתי פורמליים לבריאות. הסקירה הרחבה מראה כי התופעה רווחת במדינות שונות, בקבוצות אתניות שונות ובקרב בני דתות שונות. בניגוד לטענה הרווחת בספרות, נמצא במחקר כי מגדר אינו משתנה המסביר בצורה טובה את הנטייה של ספקי הבריאות לקבלת תשלומים בלתי פורמליים. ניתן אפוא לצפות כי **לאחר** ששיגו כוח והזדמנות שווה לזו של הגברים, נשים בעמדות כוח ייטו לנצל הזדמנויות לשחיתות לא פחות מגברים, אם כי נראה שהסכומים שהן ייטו לקחת יהיו נמוכים מאלו שייקחו הגברים (Dabalen & Wane, 2008, p. 21).

סביר להניח כי צורת הארגון החברתי של הספקת השירותים הרפואיים לאוכלוסייה יכולה לקבוע את המידה וההיקף של תשלומים בלתי פורמליים. בהקשר זה, רגולציה אפקטיבית היא רכיב קריטי (כהן, 2019). שירותי בריאות ממלכתיים או צורות שונות של ביטוח רפואי, הגשת השירותים במרפאות כלליות או במרפאה הפרטית של הרופא, צורות התשלום בעד השירותים – כמו מיסוי כללי, תשלום של דמי ביטוח, או תשלום בעד השירות בנקודת הצריכה – כל אלה עשויים לקבוע במידה רבה את אופייה של התופעה. חשובה במיוחד בהקשר זה היא צורת התשלום הנהוגה לרופאים. כך למשל, כאשר רופאים נשאלו לסיבות לנטילת תשלומים אלו, הסיבות שהם מנו היו, בין השאר, משכורות נמוכות, אי סדירות במתן משכורות, וכן הצורך במילוי הפער הגדול בין הצרכים הרבים של ארגוני הבריאות (בעיקר בתי החולים) לבין החוסר הגדול במשאבים, אשר תרומות חולים היו המענה היחיד שיכול היה למלאו. אולם מעבר לכך עולה בבירור כי חוסר פיקוח ורגולציה ממשלתית הוא גורם מבני חשוב שהשפיע על המוטיבציה לעשות כן (Belli et al., 2001; Bloom et al., 2001; Kutzin et al., 2003; Lindelow et al., 2003).

ממצאים מבתי חולים שונים בדרום אמריקה מצביעים על כך שאי אכיפה של כללים קיימים ואי כיבוד של הנהלים ושל החוק הקיים מאפשרים לספקים וללקוחות של מוצרים ציבוריים, וכן לעובדי ממשל במדינות שונות, לספק שירותי בריאות תוך הפרת הכללים הקיימים. לעומת זאת, כאשר הובחנה מגמה של אכיפה – התופעה נמצאה בנסיגה (Jaen, 2001; Giedion et al., 2001; Lewis, 2006, p. 23; Paravisini, 2001; Schargrotsky et al., 2001).

מחקר אחר העלה כי המשתנים העיקריים המסבירים את התופעה הם הערכת ביצועים נמוכה וחוסר שביעות רצון של המטופלים, חוסר הגדרה או אי ידיעה ברורה של השירותים המגיעים למטופלים, חוסר באחריותיות ותנאים מבניים של שחיתות בסיסית בממשל (Belli et al., 2004, p. 121). חוסר שביעות רצון עולה כמשתנה המסביר את נטייתם של מטופלים לנקוט דרך של תשלומים "מתחת לשולחן" אף במחקרו של תומפסון (Thompson, 2004), אצל (Lewis, 2007), אשר נערך בשלושה בתי חולים בקזחסטן. במחקר נמצא כי מטופלים העריכו כי לאחר שישלמו תשלום בלתי חוקי יקבלו שירות טוב יותר מבחינת איכות הטיפול, קיצור זמני המתנה ועוד. כן נמצא כי הערכת המטופלים את המוצרים והשירותים המסופקים להם עלתה לאחר התשלום הבלתי פורמלי שביצעו. חוסר ידיעה של המטופלים בדבר הזכויות המגיעות להם זוהה גם במחקרים אחרים כתופעה הקשורה לנטייתם לשלם תשלומים בלתי פורמליים (Belli et al., 2004; Killingsworth et al., 1999; Narayan, 2000).

שחיתות נמצאה אף היא כגורם מבני העשוי להסביר את התופעה. בסקרים שנעשו בבוליביה עלה כי תשלומים "מתחת לשולחן" קשורים במובהק עם תפיסות של נשאלים כי קיימת שחיתות בבתי חולים (Gray-Molina et al., 2001). בדומה לכך, ליויס (Lewis, 2000, pp. 8–5) מונה שלוש סיבות להופעתה של תופעת התשלומים הבלתי פורמליים: כשלי שוק, כשלי ממשל ושחיתות. אולם מעבר לכך, התופעה קיימת בעיקר בגלל אלו היכולים והמוכנים לשלם עבור המוצרים והשירותים (Lewis, 2000), ואלו מצויים בכל רחבי העולם (Naher et al., 2021).

בהתבסס על ספרות זו, אנו מנסחים כמה השערות מחקר:

1. קיים קשר שלילי בין אמון במערכת הבריאות לבין שימוש ברפואה שחורה.
2. קיים קשר שלילי בין שביעות רצון משירותי הבריאות לבין שימוש ברפואה שחורה.
3. קיים קשר חיובי בין תחושת השתתפות בתהליכי קבלת החלטות לבין שימוש ברפואה שחורה.
4. קיים קשר שלילי בין תחושת שוויון לבין שימוש ברפואה שחורה.

## תשלומים בלתי פורמליים: ההקשר הישראלי

שלא כמו במקומות שבהם תשלומים בלתי פורמליים מוצגים כ"תשורה" שתכליתה הכרת טובה לספק השירותים, הספרות הישראלית מתייחסת לתופעת התשלומים הבלתי פורמליים לבריאות בעיקר דרך הדיון על אודות "רפואה שחורה" (black medicine). רפואה שחורה היא למעשה סוג של "שוק שחור" (black market) או "כלכלה שחורה" (shadow economy). בנקודה זו ראוי לציין כי יש מקרים שבהם קיים תשלום מוסדר הניתן לרופא במישרין כדי שהוא יהיה זה שיבצע את הניתוח או הטיפול. בהלימה עם הספרות שנסקרה לעיל, תשלומים אלו מוסדרים ואינם נחשבים בלתי פורמליים – ובוודאי שלא רפואה שחורה – אלא רפואה פרטית המותרת על פי חוק.

כמו בספרות העולמית, אף בישראל נמצא קשר בין גורמים מבניים שונים לבין תופעת התשלומים הבלתי פורמליים. צורת הארגון החברתי של הספקת שירותי רפואה לאוכלוסייה וצורת התשלום הנהוגה לרופאים הובילו אף הן לקיומה של התופעה (כהן, 2019). כך למשל, במחקרם החלוצי הצביעו שורץ ואח' (Shvarts et. al., 1999) על ההתפתחויות במודל המשכורות של הרופאים בישראל כתופעה שעודדה את השוק השחור במערכת הבריאות. החוקרים הראו כי הרפואה השחורה אינה תופעה חדשה בישראל, וכי המקרה המתועד הראשון שלה התרחש כבר בשנת 1919 (Shvarts et. al., 1999, p. 252). בדומה לכך, לחמן ונוי הסבירו את האופן שבו המשבר המתמשך במערכת הבריאות, בשילוב עם רמת הריכוזיות הגבוהה מאוד של המערכת, הגבירו את חוסר שביעות הרצון של אזרחי ישראל ממנה ותרמו תרומה ניכרת לקיומה של רפואה שחורה. זו ביטאה, לדעתם, את אי האמון של הציבור במערכת הבריאות בישראל, ואת תחושתו כי היא אינה נותנת מענה לציפיות ולביקוש (לחמן, 1992; לחמן ונוי, 1998). עדיין, במידה רבה, רופאים, מנהלים ומטופלים רואים ברפואה השחורה דרך נורמטיבית מקובלת להבטיח טיפול טוב יותר, והיא חלק אינטגרלי מהתרבות הארגונית בחלקים נרחבים מאוד במערכת הבריאות הישראלית (לחמן ונוי, 1998, עמ' 52).

בדוח ועדת נתניהו נקבע בהקשר של רפואה שחורה כי "קשה להניח כי ניתן לחסלה באמצעים מינהליים או משפטיים" (ועדת נתניהו, 1990, עמ' 322). הוועדה הגדירה את התופעה כך: "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 הציבורי" (ועדת נתניהו, 1990, עמ' 321). מבקר המדינה הישראלי הצביע גם הוא על קיומם של תשלומים בלתי פורמליים לבריאות, וציין כי בין הרופא הבכיר לבין חוליו קיימת הסכמה שבשתיקה באשר לרפואה השחורה, ולפיה 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, 1998, עמ' 188–191).

כהן ומזרחי (Cohen & Mizrahi, 2012) סיפקו כמה אינדיקציות איכותניות לקיומה של רפואה שחורה בישראל. על פי מחקרם, מקבלי החלטות רבים במערכת הבריאות ומחוצה לה מסכימים כי רפואה שחורה מתקיימת בישראל בתצורות שונות. זאת ועוד, מחקר שנערך בשנת 2011 הוסיף לממצאים איכותניים אלו אף אינדיקציות כמותניות, המצביעות על **נכונות** בקרב הציבור הישראלי לנקוט אסטרטגיה זו (מזרחי ואח', 2011). כך למשל, כאשר נשאלו אזרחי ישראל: "אם אזדקק לשירותים ציבוריים (כגון חינוך, בריאות וביטחון אישי) ולא אהיה מרוצה ממה שהממשלה מספקת, הייתי שוקל לשלם עבור שירותים אלה, גם אם תשלום זה לא תואם את דרישות החוק", עמד ממוצע התשובות על 2.98, עם סטיית תקן של 1.46 (1=לא מסכים כלל, 2=מסכים במידה מועטה, 3=מסכים במידה בינונית, 4=מסכים במידה רבה, 5=מסכים במידה רבה מאוד). אשר להיגד "אם אזדקק לטיפול רפואי ולא אהיה מרוצה ממה שמערכת הבריאות הציבורית מספקת, הייתי שוקל לשלם לרופא תשלום מיוחד כדי לקבל טיפול מועדף",

ממוצע התשובות עמד על 3.7, עם סטיית תקן של 1.47 (1=לא מסכים כלל, 2=מסכים במידה מועטה, 3=מסכים במידה בינונית, 4=מסכים במידה רבה, 5=מסכים במידה רבה מאוד).

אלא שחסרים מחקרים כמותניים שבחנו את התנהגותם בפועל של אזרחי ישראל. הבחינה השיטתית האחרונה שנערכה בישראל נעשתה לפני יותר מעשור. מאז חלו התרחשויות רבות בעולם, ובמיוחד עשויה היתה להשפיע על תופעה זו תקופת הקורונה, כפי שכבר הובחן בספרות (Horodnic et. al., 2021). בבדיקה האחרונה שבוצעה בקרב החברה הישראלית נמצאה כי גם בשנת 2013 רפואה שחורה עדיין נהוגה בישראל, אף שבמבט אובייקטיבי נמצא כי חלה ירידה בהיקפי התופעה ביחס לעבר (Cohen & File, 2017; File & Cohen, 2015). עוד נמצא כי אמון הוא משתנה עיקרי הקשור בצורה שלילית ומובהקת עם התופעה. אלא שמאז בדיקה זו חלו שינויים רבים בחברה הישראלית, וכמובן אירועים היסטוריים משמעותיים ובראשם משבר הקורונה וחוסר היציבות הפוליטית בישראל. אלה בוודאי עשויים לבוא לידי ביטוי בשינויים באמון הציבור במערכות פוליטיות וציבוריות – ובמערכת הבריאות בפרט. המחקר המתואר במאמר זה מבקש לענות על החוסר האמפירי בספרות המחקר, ולספק מסגרת תאורטית עדכנית לניתוח התופעה.

## מערך המחקר

מערך מחקר מתאמי<sup>4</sup> זה מבוסס בעיקרו על שאלון ובו שאלות סגורות ופתוחות. כלי המחקר נבנה בהתבסס על הספרות, על היגיון תאורטי ועל היכרותנו את מערכת הבריאות בישראל. חלק הארי של ניתוחנו התבסס על שיטות מחקר כמותניות. ביצענו גם ניתוח איכותני של תשובות לשאלה פתוחה, כפי שיפורט בהמשך. קודם לנטילת הדגימה המייצגת, העברנו פיילוט של השאלון למדגם קטן ולא מייצג בן 20 נשאלים, רובם סטודנטים. מטרת הפיילוט היתה להוריד שאלות לא נחוצות ולתקן ניסוחים לא ברורים בטיטות השאלון. השאלון המתוקן תורגם במלואו לשפה הערבית, כדי לקבל נתונים תקפים ומהימנים ככל הניתן גם מאוכלוסיית ערביי ישראל. עם השלמת בנייתו של כלי המחקר, הועבר השאלון ל-1,504 נשאלים באמצעות סקר ארצי אחד, שחלקו היה טלפוני (400) וחלקו במרשתת (1,104). הנתונים נאספו עבורנו על ידי מכון גיאוקרטוגרפיה.

כדי לדגום מקבלי החלטות במשקי בית שהתנסו בתקופה האחרונה, במישרין או בעקיפין, בקשר עם בתי חולים, הסקר נערך בקרב נשים וגברים גילאי 30 ומעלה המעידים כי הם או אחד מבני המשפחה הקרובים אושפזו או עברו פרוצדורה פולשנית כלשהי במהלך חמש השנים האחרונות. הדגימה שנטלנו מבוססת אפוא על מדגם שכבות פרופורציונלי מייצג של אזרחים ישראלים שהם או קרוביהם מדרגה ראשונה אושפזו בחמש השנים האחרונות (כפוף להנחיית

4 מחקר מתאמי – מחקר הבוחן מתאמים (קשרים) בין משתנים.

הגיל), ואשר נשאלו על ניסיונם בשנים אלו. לאחר הסינונים, שיעור ההיענות בחלק הטלפוני עמד על 14.1%, ובחלק האינטרנטי על 67%.

המחקר קיבל את אישורה של ועדת אתיקה של אוניברסיטת חיפה (מספר 360/22). הוסבר לנשאלים שהשאלון אנונימי ושהמידע שימסרו באמצעותו יישמר בסודיות וישמש למטרות סטטיסטיות בלבד. עוד נאמר להם בתחילת הסקר כי באפשרותם לא לענות על חלק מהשאלות ואף להפסיק את השתתפותם במחקר בכל עת. כן הוסבר לנשאלים כי אף שניתן להניח שלא לכולם יש די ידע או כלים להחליט על תשובתם לכל אחת מהשאלות, ואף שעומדת לרשותם האפשרות לבחור בתשובה "לא יודע", הם מתבקשים לנסות ולהכריע על סמך הידע הקיים ברשותם ועל פי העדפתם האישית – ולא של אחרים. ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS. איסוף הנתונים נעשה באביב 2024, קצת יותר מחצי שנה אחרי אירועי אוקטובר 2023, ובתקופה של מלחמה.

## מאפייני המדגם

המדגם הנוכחי כלל 534 גברים (35.5%) ו-970 נשים (64.5%), 5 מרביתם (72.9%) נשואים. גילו של המרואייין הצעיר ביותר היה 30, ושל המבוגר ביותר – 90. הגיל הממוצע של הנשאלים הוא 50.55 שנים (ס"ת 14.5). יציבות המצב הכלכלי (על פי הערכה סובייקטיבית בין 0=כלל לא יציב ל-10=יציב מאוד) היא בממוצע 3.7 (ס"ת 1.76). ההכנסה החודשית (ברוטו) של משק הבית בקרב 19.4% מהמשיבים היא 22,001 שקלים ומעלה; אצל 33.4% מהמשיבים ההכנסה היא בטווח שבין 14,001 שקלים לבין 22,000 שקלים, אצל 27.7% בטווח שבין 8,001 שקלים ל-14,000 שקלים; אצל 12.1% בטווח שבין 4,001 שקלים ל-8,100 שקלים, ואצל 7.4% מהמשיבים ההכנסה היא 4,000 שקלים ומטה. מתוך כלל המשיבים 23.72% הם בעלי השכלה אקדמית, 70.25% בעלי השכלה תיכונית ועל-תיכונית, והיתר (6.03%) בעלי השכלה יסודית ומטה. מרבית המשיבים (64.92%) הם שכירים, 9.48% עצמאיים, 16.97% פנסיונרים, והיתר (8.63%) אינם עובדים מסיבות אחרות.

מכלל הנשאלים, 1,227 (84.91%) היו מהמגזר היהודי, ו-227 (15.09%) מהמגזר הערבי. בקרב המשיבים מהמגזר הערבי 61.97% הם מוסלמים, 21.6% נוצרים ו-16.43% דרוזים. מרבית המשיבים במגזר היהודי (38.63%) נקבו בהגדרה "ישראלית" לתיאור הזהות שלהם. 36.25% ציינו את ההגדרה "אשכנזי" ו-24.08% ציינו "מזרחי". היתר לא ציינו הגדרה מסוימת. רובם הגדול של המשיבים במגזר הערבי (40.86%) נקבו בהגדרה "ערבי" לתיאור הזהות שלהם. 18.28% ציינו את ההגדרה "פלסטיני" ו-27.96% ציינו "ישראלית". היתר לא ציינו הגדרה מסוימת.

בקרב המשיבים מהמגזר היהודי 4.35% הגדירו עצמם חרדים, 10.67% דתיים, 24.59% מסורתיים ו-60.39% חילונים. בקרב המשיבים מהמגזר הערבי 14.22% הגדירו עצמם דתיים מאוד, 66.97% דתיים, 12.84% לא כל כך דתיים, ו-5.96% לא דתיים כלל.

## משתני המחקר

כדי למדוד את היקף הרפואה השחורה בישראל, ביקשנו מהנשאלים לענות על שלוש השאלות המפורטות בלוח 2. שימוש בפועל ברפואה שחורה ("השתמש" או "לא השתמש") הוגדר על ידינו כתשובה חיובית של הנשאל על אחת משלוש השאלות הללו (כדי להגדיר בצורה ברורה אם מדובר בשימוש – כן או לא – בחרנו, כמקובל בספרות, להשתמש במשתנים דיכוטומיים). כדי לבחון משתנים ששערכנו כי הם קשורים עם רפואה שחורה (בהתאם לספרות שנסקרה לעיל), הרכבנו באמצעות סולם ליקרט (1=לא מסכים כלל, 5=מסכים במידה רבה) שלושה משתנים מורכבים בלתי תלויים: אמון, שביעות רצון והשתתפות פוליטית. בהלימה עם הספרות שנסקרה, שיערנו כי יימצא קשר שלילי בין שלושת המשתנים הללו לבין רפואה שחורה. התאמת ההיגדים למשתנים נשענה על היגיון תאורטי המבוסס על הספרות שנסקרה לעיל (תקפות תוכן) ועל בחינת ערך אלפא קרונבך (Cronbach's  $\alpha$ ), המסייעת להעריך את מהימנות העקיבות הפנימית בין ההיגדים. פירוט ההיגדים המרכיבים את המשתנים הללו וערך אלפא קרונבך שלהם מפורטים בלוח 3. נוסף על כך בדקנו אם יש קשר בין רפואה שחורה לבין עמדות כלפי התופעה. משמע, אם יימצא קשר בין עמדות כלפי התופעה לבין שימוש ברפואה שחורה בפועל. כאן שיערנו כי יתקיים קשר חיובי בין העמדות לבין המעשים. משמע, מי שאינו מצדיק פעולות אלו, גם יימנע מלעשותן בעצמו. מדד עמדות הציבור כלפי רפואה שחורה אף הוא מורכב משלושה היגדים, ומפורט בלוח 2.

## לוח 2: שימוש ברפואה שחורה

| ההיגד                                                                                                             | כן             | לא                | מספר המשיבים |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|--------------|
| האם אתה או אחד מבני משפחתך שילם תשלום לא פורמלי באופן דיסקרטי על מנת לקבל שירותי בריאות מועדפים לו או לבן משפחתו? | 93<br>(6.83%)  | 1,268<br>(93.17%) | 1,361        |
| האם שילמת תשלום לא פורמלי בעד טיפול פרטי בבית חולים ציבורי שלא במסגרת השר"פ (שירות רפואי פרטי)?                   | 112<br>(8%)    | 1,287<br>(92%)    | 1,399        |
| האם נתת מתנות לצוות רפואי לפני או במהלך טיפול רפואי שאתה או בן משפחתך קיבלתם?                                     | 141<br>(9.74%) | 1,307<br>(90.26%) | 1,448        |

**לוח 3: המשתנים המסבירים במחקר**

| המשתנה           | ההיגדים                                                                              | ממוצע | סטיית תקן | מס' משיבים | קורלציה עם שאר ההיגדים | אלפא של קרונבך |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|------------|------------------------|----------------|
| תחושת צדק תהליכי | הרופא התייחס אליי בכבוד                                                              | 4.58  | 0.76      | 1,456      | 0.76                   | 0.89           |
|                  | הרופא התייחס אליי באופן שוויוני וללא משוא פנים                                       | 4.61  | 0.78      | 1,449      | 0.73                   |                |
|                  | הרופא הקדיש זמן להקשיב לדבריי                                                        | 4.36  | 0.931     | 1,445      | 0.76                   |                |
|                  | הרופא קיבל החלטות על סמך העובדות ונסיבות הסיטואציה, ולא על בסיס תפיסותיו האישיות     | 4.50  | 0.85      | 1,339      | 0.72                   |                |
|                  | הרופא הסביר לי את החלטותיו ומעשיו                                                    | 4.42  | 0.92      | 1,445      | 0.69                   |                |
| תחושת אמן        | בהנחלה הראשית של קופת החולים שלי                                                     | 3.39  | 1.19      | 1,326      | 0.70                   | 0.85           |
|                  | ברופאי קופת החולים שלי                                                               | 4.02  | 0.96      | 1,492      | 0.70                   |                |
|                  | בקופת החולים שלי באופן כללי                                                          | 3.80  | 1.02      | 1,491      | 0.80                   |                |
|                  | ברופאים בבתי החולים שבהם ביקרתי                                                      | 3.79  | 1.02      | 1463       | 0.60                   |                |
| שביעות רצון      | משירותיה של קופת החולים שלך                                                          | 3.84  | 1.01      | 1,494      | 0.53                   | 0.85           |
|                  | משירותיהם של בתי החולים הציבוריים                                                    | 3.48  | 1.10      | 1,439      | 0.67                   |                |
|                  | מוזמני ההמתנה לניתוחים בישראל                                                        | 2.54  | 1.27      | 1,349      | 0.72                   |                |
|                  | מוזמני ההמתנה לרופאים מומחים בישראל                                                  | 2.33  | 1.23      | 1,466      | 0.70                   |                |
|                  | ממערכת הבריאות באופן כללי                                                            | 3.14  | 1.09      | 1,490      | 0.71                   |                |
| יכולת השתתפות    | מערכת הבריאות מעוניינת שהציבור ישתתף בתהליכי קבלת החלטות חשובות                      | 2.75  | 1.39      | 1,341      | 0.61                   | 0.76           |
|                  | במקרה שאיתקל בבעיה בכל הקשור לטיפול רפואי, אוכל לפנות אל המנהלים במקום ולתקן את המצב | 2.94  | 1.34      | 1,373      | 0.61                   |                |

לוח 3 – המשך

| המשתנה             | ההיגדים                                                                                                                        | ממוצע | סטיית תקן | מס' משיבים | קורליציה עם שאר ההיגדים | אלפא של קרונברך |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|------------|-------------------------|-----------------|
| השתתפות פוליטית    | חותם/ת על עצומות, שולח/ת מכתבי תמיכה או מחאה לאנשי ציבור או לעיתונות                                                           | 2.11  | 1.22      | 1,102      | 0.55                    | 0.70            |
|                    | משתתף/ת בהפגנות, כינוסים או מפגשים פוליטיים                                                                                    | 1.83  | 1.14      | 1,035      | 0.58                    |                 |
|                    | מפתח/ת שיחות או ויכוחים בעניינים פוליטיים                                                                                      | 2.81  | 1.25      | 1,217      | 0.44                    |                 |
| תחושת שוויון כללית | קופת החולים שלי מספקת שירותים שווים לכל, ללא הבחנה כל שהיא בין אדם לאדם                                                        | 3.93  | 1.17      | 1,385      |                         | 0.83            |
|                    | קופת החולים שלי מקפחת אנשים כמוני ביחס לאנשים אחרים במדינה                                                                     | 2.17  | 1.41      | 1,363      |                         |                 |
| תחושת הפליה אישית  | אני חושב שאנשים שתורמים כסף למחלקה או לבתי החולים הציבוריים בישראל מקבלים טיפול רפואי טוב יותר מאלה שלא תורמים                 | 3.83  | 1.44      | 1,307      | 0.62                    |                 |
|                    | אני חושב שמי שנותנים לרופא או לאחות מתנה לפני או במהלך הטיפול הרפואי מקבלים טיפול רפואי טוב יותר מאלה שלא עושים זאת            | 3.03  | 1.48      | 1,312      | 0.71                    |                 |
|                    | אני חושב שמי שמשלמים לרופא או לאחות כסף בצורה דיסקרטית לפני או במהלך הטיפול הרפואי מקבלים טיפול רפואי טוב יותר מאלה שלא משלמים | 3.24  | 1.57      | 1,255      | 0.75                    |                 |
|                    | רוב האנשים בישראל ישלמו באופן דיסקרטי לרופא תשלום לא פורמלי כדי לשפר את מצבם ואת מצב בני משפחתם                                | 2.66  | 1.45      | 1,294      | 0.55                    |                 |
| עמדות לגבי אחרים   | ישראלים שיכולים לעשות כן, יפעילו קשרים אישיים (פרוטקציה) כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים                                        | 3.92  | 1.39      | 1,386      | 0.57                    |                 |

### לוח 3 – המשך

| המשתנה                              | ההיגדים                                                                                                                      | ממוצע | סטיית תקן | מס' משיבים | קורלציה עם שאר ההיגדים | אלפא של קרונבך |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|------------|------------------------|----------------|
| עמדות בנוגע למדיניות החברתית הרצויה | המדינה היא האחראית להספקת שירותי בריאות לחולים ואסור שתשאיר את התחום לסקטור הפרטי                                            | 3.83  | 1.44      | 1,307      | 0.46                   | 0.66           |
|                                     | זהו תפקידה של המדינה לצמצם פערים חברתיים בין האזרחים                                                                         | 3.03  | 1.48      | 1,312      | 0.47                   |                |
|                                     | כאשר המדינה מספקת שירותים לאזרחים, היא צריכה להדגיש שיקולים חברתיים של שוויון והגינות יותר מאשר שיקולים של יעילות כלכלית     | 3.24  | 1.57      | 1,255      | 0.48                   |                |
| עמדות בנוגע לרפואה שחורה            | אם אדם זקוק לטיפול רפואי ואינו מרוצה ממה שמערכת הבריאות הציבורית מספקת, זכותו לשלם לרופא "יתשלום מיוחד" כדי לקבל טיפול מועדף | 2.92  | 1.61      | 1,396      | 0.43                   | 0.61           |
|                                     | בשעת הצורך ובמידה ואדם צריך, מותר לו להפעיל קשרים אישיים על מנת לספק לו או לבני משפחתו שירותי בריאות מועדפים                 | 3.11  | 1.55      | 1,412      | 0.43                   |                |

עם זאת, וכפי שהוסבר לעיל, כדי לבצע פעולות הנחשבות לרפואה שחורה יש צורך לא רק במוטיבציה, אלא גם ביכולת. אין זה מן הנמנע כי יהיו מי שיתמכו עקרונית בנקיטת פעולות אלו, אולם מסיבות שונות (למשל חוסר יכולת כלכלית) לא תהיה בידם היכולת לבצען. לפיכך, ביקשנו לבחון את הקשר בין **עמדותיהם** של אזרחי ישראל כלפי התופעה לבין המשתנים אמון, שביעות רצון והשתתפות פוליטית. נוסף על כך ביקשנו לבחון אם תחושות של שוויון קשורות אף הן עם עמדות כלפי רפואה שחורה. השערתנו במקרה זה היתה כי קיים קשר חיובי בין שני המשתנים הללו. עוד ביקשנו לבחון אם עמדות אידאולוגיות כלפי מדינת הרווחה (סוציאליזם, סוציאל דמוקרטיה וניאו-ליברליזם) וכלפי המדיניות החברתית הרצויה קשורות עם עמדות כלפי רפואה שחורה. בהתאם לספרות שסקרנו, השערתנו במקרה זה היתה כי ככל שאנשים יצדדו יותר במדיניות ניאו-ליברלית המדגישה אינדיבידואליזם ויוזמה פרטית, כך נצפה שיתמכו יותר בתופעה. פירוט ההיגדים המרכיבים את המשתנים הללו וערך אלפא קרונבך שלהם מפורטים בלוח 3.

לבסוף, נעשתה בקרה על משתנים סוציו-דמוגרפיים על פי פרוטוקול ניתוח סטנדרטי שמטרתו לזהות אם הקשרים בין משתני המחקר מתקיימים על אף ההתחשבות במאפיינים אישיים של הנשאלים. לפיכך כללנו בעיבודים את המגזר, המגדר, הגיל, ההשכלה, הדת, מידת הדתיות, המצב המשפחתי וההכנסה של הנשאלים.

## ממצאים: רפואה שחורה בישראל

הממצאים המובאים בלוח 2 מלמדים כי נכון לשנת 2024 רפואה שחורה עדיין קיימת במערכת הבריאות הישראלית. 17.48% מתוך מדגם בן 1,504 נשאלים דיווחו שהם או אחד מבני משפחתם השתמשו ברפואה שחורה בחמש השנים האחרונות.<sup>6</sup> כך למשל, 6.83% מהמשיבים ציינו שהם או אחד מבני משפחתם שילמו תשלום לא פורמלי באופן דיסקרטי כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים. עם זאת, יש לציין כי הממצאים מלמדים כי היקף התופעה אינו גדול מאוד, וכי בהשוואה לממצאי מחקרים קודמים שנסקרו לעיל (ודיווחו כי בעבר כל חולה שלישי היה מעורב ברפואה שחורה) נראה כי אובייקטיבית הוא הצטמצם. רק 8% מהנשאלים השיבו בחיוב על השאלה: "האם שילמת תשלום לא פורמלי בעד טיפול פרטי בבית חולים ציבורי שלא במסגרת השר"פ (שירות רפואי פרטי)?" ייתכן שאחד הגורמים שהובילו לירידה הוא האפשרות לשלם בצורה חוקית כדי לקבל טיפול מהרופא המועדף, מה שלמעשה "הלביץ" את הרפואה השחורה וצמצם את היקפה. כאמור, בישראל הובחנה התרחבות בביטוחים אלו (קפלינסקי, 2023). למרות זאת יש לציין כי נתון זה גבוה מהנתון שנמדד בסקר דומה שנערך בשנת 2013, ובו 5% מהנשאלים השיבו בחיוב על שאלה זו. על הירידה היחסית בשימוש בתשלומים שחורים ניתן ללמוד גם מתשובות הנשאלים בסקר שלנו לשאלה: "האם התבקשת או שנרמז לך על ידי רופא בבית חולים ציבורי לשלם תשלום אליו או לקרן מחקרים כדי להבטיח שהוא יטפל בך או כדי לקדם את התור?" מתוך כלל הנשאלים שענו על כך (1,442), רק 4% השיבו בחיוב. נוסף על כך, 9.74% מהנשאלים השיבו בחיוב על השאלה: "האם נתת מתנות לצוות רפואי לפני או במהלך טיפול רפואי שאתה או בן משפחתך קיבלתם?"

בסיכום המענה על שלוש השאלות הללו להערכת היקפו של השימוש בפועל ברפואה שחורה, 263 מהנשאלים השיבו "כן" לפחות על אחת מהן, כלומר באחת מהדרכים הללו לפחות: תשלום דיסקרטי לקבלת שירותי רפואה מועדפים, תשלום בעד טיפול פרטי בבית חולים ציבורי (שלא במסגרת שירות רפואה פרטי), והענקת מתנות לצוות רפואי לפני או במהלך קבלת טיפול רפואי.

6 נציין כי יש מקרים שבהם הטיפול הוא ארוך, וכולל מגוון שלבים לאורך זמן. יש שיטענו כי מתן מתנה במהלך טיפול רפואי אינו בהכרח "רפואה שחורה". בהתאם לספרות שסקרנו ובהתבסס על הבנתנו את מערכת הבריאות, אנו חושבים שיש מקום להניח שאכן מדובר ברפואה שחורה, שכן במקרים רבים מטרת המתנות היא לשפר את מצבו של נותן המתנה, והיא אינה רק ביטוי להוקרת תודה המגיעה בסוף הטיפול, כשגורלו של המשלם כבר אינו נתון בידיו של מקבל התשלום.

ייתכן שהיקף התופעה רחב מזה, לנוכח השימוש במדד המבוסס על דיווח עצמי ועשוי להציג הערכות חסר במקרה שנשאלים מתבקשים לדווח על התנהגויות שהם תופסים כשליליות.

ביקשנו לבדוק גם מה דעתם של אלו שהצהירו כי לא שילמו תשלומים שחורים על איכות השירות שקיבלו בהשוואה לטיפול שקיבלו מי שכן שילמו תשלומים שחורים. הממצאים מלמדים כי מרבית אזרחי ישראל סבורים שהטיפול שהם מקבלים אינו טוב פחות מהטיפול שמקבלים אלו המשלמים. 39.78% לא הסכימו כלל ו-14.89% לא הסכימו עם ההיגד: "אני חושב שקיבלנו טיפול רפואי פחות טוב ממה שהיינו מקבלים אם היינו תורמים כסף למחלקה או לבית החולים", 15.98% הסכימו עימו, ורק 12.39% הסכימו עימו מאוד. 43.28% לא הסכימו כלל ו-15.73% לא הסכימו עם ההיגד: "אני חושב שקיבלנו טיפול רפואי פחות טוב ממה שהיינו מקבלים אם היינו משלמים לרופא או לאחות כסף בצורה דיסקרטית", 15.62% הסכימו עימו, ורק 11.71% הסכימו עימו מאוד. אולם ממצאים שונים התקבלו בנוגע להשפעת התשלום השחור על הקדמת התור. אומנם 29.6% לא הסכימו כלל ו-9.47% לא הסכימו עם ההיגד "אני חושב שחיינו לתור יותר מאשר היינו מחכים אם היינו משלמים", אך 19.6% הסכימו עימו, ו-25.66% הסכימו עימו מאוד.

נראה כי המציאות שונה מעט כאשר מדובר ב"תשלומים אפורים" או בתשלומי "הכרת תודה". מעניין לציין כי תופעת הקשרים האישיים (פרוטקציה) עדיין רווחת בישראל. הנתונים שאספנו מלמדים כי 35.93% מהנשאלים דיווחו שהם או אחד מבני משפחתם הפעילו קשרים אישיים כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים.

ממצא מעניין נוסף הוא שרבע מהנשאלים (25.14%) דיווחו כי נתנו מתנות לצוות רפואי לאחר טיפול רפואי שהם או בן משפחתם קיבלו. נציין כי תופעה זו מוכרת מאוד במדינות מזרח אירופה, ובמיוחד במדינות חבר העמים לשעבר. כפי שהוצג בסקירת הספרות, תופעה זו זוכה לביקורת רבה, אף שרבים רואים בה סוג של "הכרת טובה", הואיל ובמקרים רבים היא ניתנת לספקי שירותי הבריאות לאחר הטיפול. יש להדגיש כי במקרים שבהם מדובר בסדרה של טיפולים (למשל, הקרנות או טיפולי כימותרפיה), התשלום אינו נחשב להכרת תודה אלא יכול להיחשב כתשלום שחור לכל דבר ועניין, הואיל וספק השירותים יעניק למשלם (בין שהתשלום הוא במתנה יקרת ערך בין שהוא בכסף) שירותים רפואיים בעתיד.

בשל רגישות הנושא, וההנחה הרווחת כי ניתן ללמוד על התנהגות של אנשים מדעתם על פעילות של אנשים אחרים, פתחנו את השאלון בכמה שאלות מקדימות. שאלנו את המשתתפים אם לדעתם אזרחים אחרים שילמו בצורה בלתי חוקית כדי לקבל שירותי בריאות טובים יותר (שאלות השלכה), וכן אם ידוע להם על מכר או קרוב שלהם שעשו זאת. מתשובות הנשאלים ניתן ללמוד כי כאשר מדובר באחרים, או אפילו במכרים, ממדי התופעה גדלים בצורה ניכרת. כך למשל, 31.50% מהנשאלים הסכימו או הסכימו מאוד עם ההיגד "לדעתי, רוב האנשים בישראל ישלמו באופן דיסקרטי לרופא תשלום לא פורמלי כדי לשפר את מצבם ואת מצב בני משפחתם", ו-47.30% הסכימו או הסכימו מאוד עם ההיגד "לדעתי, מי שיכולים לעשות כן, יפעילו קשרים

אישיים (פרוטקציה) כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים". זאת ועוד, 10.20% מהנשאלים הצהירו כי ידוע להם על מכר או קרוב אשר ביקש או התבקש לשלם לרופא תשלום לא פורמלי באופן דיסקרטי כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים או קיצור תור, ו-47.10% ציינו שמכר או קרוב שלהם הפעיל קשרים אישיים כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים או כדי לקצר תור.

אף שהאינדיקציות שהתקבלו במחקר מלמדות כי אזרחי ישראל עדיין משתמשים ברפואה שחורה וברפואה אפורה (מפעילים פרוטקציות וקשרים אישיים), ואף שמספר גדול יותר של נשאלים מדווחים כי לדעתם אחרים עושים כן או אף מצהירים כי ידוע להם על מכרים שעושים זאת, הרי באופן כללי עמדותיהם של אזרחי ישראל כלפי התופעה הן שליליות. רובם הגדול של המשיבים (72.6%) רואה באופן שלילי את התופעה של אזרחים המשלמים כסף בצורה בלתי פורמלית לרופאים ולאנשי צוות כדי להקדים תור, לבחור את הרופא המטפל או לקבל טיפול רפואי טוב יותר. 1.10% בלבד רואים את התופעה בחיוב, 18% רואים בתופעה גם צדדים חיוביים וגם צדדים שליליים, ואילו 8.30% נוספים אדישים לתופעה או שאין להם דעה בעניין. נוסף על כך, הנשאלים מסכימים במידה בינונית-גבוהה עם פריטים המצדיקים שימוש ברפואה שחורה (ממוצע 3.02, ס"ת 1.36): 43.4% מהנשאלים מסכימים ומסכימים מאוד שאם אדם זקוק לטיפול רפואי ואינו מרוצה ממה שמערכת הבריאות הציבורית מספקת, זכותו לשלם לרופא "תשלום מיוחד" כדי לקבל טיפול מועדף. עם זאת, רובם הגדול של המשיבים (78%) לא מסכים ולא מסכים כלל עם ההיגד שבשעת הצורך, ובמקרה שאדם צריך, מותר לו להפעיל קשרים אישיים כדי לספק לו או לבני משפחתו שירותי בריאות מועדפים.

תחושת הצדק התהליכי בקרב הנשאלים גבוהה יחסית (ממוצע 4.49, ס"ת 0.72). כלומר לפי דיווחי הנשאלים, הם מרגישים שהרופא המטפל נהג בהם באופן צודק בעת הגשת הטיפול הרפואי באשפוז או בחליך הרפואי האחרון שעברו. רובם הגדול של המשיבים (91.5%) הסכימו והסכימו מאוד עם ההיגד "הרופא התייחס אליי בכבוד". כך גם 91.8% הסכימו והסכימו מאוד שהרופא התייחס אליהם "באופן שוויוני וללא משוא פנים". מעט פחות, אך בכל זאת חלק ניכר מהנשאלים (84.3%), הסכימו והסכימו מאוד עם ההיגד שהרופא הקדיש זמן להקשיב לדבריהם, שהרופא "קיבל החלטות על סמך העובדות וסיבות הסיטואציה ולא על בסיס תפיסותיו" (88.2%), ושהרופא "הסביר את החלטותיו ומעשיו" (87.5%). הממצאים דומים כאשר הנשאלים מתבקשים להתייחס להיבטים של שוויון מצד קופת החולים שלהם. 21.2% מהנשאלים מסכימים ומסכימים מאוד שקופת החולים מקפחת אנשים כמוהם ביחס לאנשים אחרים במדינה, אך 70.2% מסכימים ומסכימים מאוד שקופת החולים שלהם מספקת שירותים שווים לכל, ללא הבחנה כלשהי בין אדם לאדם.

הנשאלים התבקשו גם לדרג את מידת האמון שלהם בגורמים שונים בקופת החולים שלהם ובבית החולים שטופלו בו. אומנם בסך הכל מידת האמון של הנשאלים בגורמים אלה היא בינונית (ממוצע 3.77, ס"ת 0.87), אך ניתן להבחין כי מידת האמון ברופא קופת החולים היא הגבוהה ביותר (ממוצע 4.02, ס"ת 0.96), אם כי לא בפער ניכר ממידת האמון בהנהלה הראשית

של קופת החולים (ממוצע 3.39, ס"ת 1.19), בקופת החולים באופן כללי (ממוצע 3.8, ס"ת 1.02), וברופאים בבתי החולים שבהם טופלו (ממוצע 3.79, ס"ת 1.02). בפילוח מספרי הנשאלים לפי מידת האמון, נמצא ש-76.4% מהנשאלים דיווחו על מידת אמון רבה ורבה מאוד כלפי רופאי קופות החולים. מספר קטן יותר של נשאלים מדווח על אותן מידות אמון כלפי קופות החולים באופן כללי (66%), רופאי בית החולים (66.5%) וההנהלה הראשית של קופת החולים (49.7%). האמון בקופות החולים וברופאים גבוה מהאמון בהנהלה הבכירה של הקופות.

הנשאלים מביעים שביעות רצון בינונית ממערכת הבריאות (ממוצע 3.08, ס"ת 0.91). מרביתם (67.8%) שבעי רצון במידה רבה ורבה מאוד משירותיה של קופת החולים שלהם (ממוצע 3.8, ס"ת 1.01). אך רק 51.5% מהם שבעי רצון במידות אלה משירותיהם של בתי החולים הציבוריים (ממוצע 3.48, ס"ת 1.10) ו-36.2% שבעי רצון ממערכת הבריאות באופן כללי (ממוצע 3.14, ס"ת 1.09). 50.2% מהנשאלים אינם שבעי רצון כלל או שבעי רצון במידה מועטה בלבד מזמני ההמתנה לניתוחים (ממוצע 2.54, ס"ת 1.27), ו-59.8% הביעו חוסר שביעות רצון דומה מזמני ההמתנה לרופאים מומחים (ממוצע 2.33, ס"ת 1.23).

שילוב מנגנוני שיתוף של אזרחים בקבלת החלטות במינהל הציבורי יכול לחזק את תחושת השותפות של האזרחים, וכך גם את האמון בשירותים הציבוריים ואת שביעות הרצון מהם. אולם הממצאים מלמדים שהנשאלים מעריכים את יכולתם להשתתף בקבלת ההחלטות במערכת הבריאות במידה נמוכה עד בינונית (ממוצע 2.87, ס"ת 1.26). הדירוגים בקרב הנשאלים הם שונים. 26.1% מהנשאלים כלל לא מסכימים ו-18.9% לא מסכימים שמערכת הבריאות מעוניינת שהציבור ישתתף בתהליכי קבלת החלטות חשובות, ואילו 15.5% מסכימים ו-15.5% נוספים מסכימים מאוד. 24% הביעו עמדה ניטרלית. באופן דומה למדי, 18% מהנשאלים כלל לא מסכימים שיוכלו לפנות אל המנהלים כדי להתלונן על בעיה הקשורה לטיפול רפואי ושהתלונה תביא לתיקונה, 22.1% לא מסכימים, 18.9% מסכימים ו-17% מסכימים מאוד. גם בנוגע לפריט זה, 24% הביעו עמדה ניטרלית.

הממצאים מלמדים כי רמת ההשתתפות הפוליטית של הנשאלים די נמוכה (ממוצע 2.31, ס"ת 1.01). רבים מהנשאלים דיווחו כי הם חותמים על עצומות, שולחים מכתבי תמיכה או מחאה לאנשי ציבור או לעיתונות לעיתים רחוקות מאוד (44.1%), 20.8% לעיתים רחוקות, 20.2% לעיתים, ורק 9.6% לעיתים קרובות ו-5.3% לעיתים קרובות מאוד. בדומה לכך, 56.2% מהנשאלים דיווחו כי הם משתתפים בהפגנות, בכינוסים או במפגשים פוליטיים לעיתים רחוקות מאוד, 18.7% לעיתים רחוקות, 14.4% לעיתים, ורק 6.6% לעיתים קרובות, ו-4.1% לעיתים קרובות מאוד. עם זאת, 20.1% מהנשאלים דיווחו כי הם מנהלים שיחות או ויכוחים בעניינים פוליטיים לעיתים רחוקות מאוד, 19.2% לעיתים רחוקות, 30.6% לעיתים, 19.3% לעיתים קרובות, ו-10.7% לעיתים קרובות מאוד.

הממצאים מצביעים על כך כי הנשאלים תומכים ברעיון מדינת הרווחה במידה גבוהה (ממוצע 4.42, ס"ת 0.71). 84.4% מהנשאלים מסכימים ומסכימים מאוד שהמדינה היא האחראית

להספקת שירותי בריאות לחולים ואסור שתשאיר את התחום לסקטור הפרטי, 89.2% מסכימים ומסכימים מאוד שזהו תפקידה של המדינה לצמצם פערים חברתיים בין האזרחים, ו-80.1% מסכימים ומסכימים מאוד שכאשר המדינה מספקת שירותים לאזרחים, היא צריכה להדגיש שיקולים חברתיים של שוויון והגינות יותר מאשר שיקולים של יעילות כלכלית.

## בחירת הקשרים בין משתני המחקר

במחקר זה הגדרנו שני משתנים כמשתנים תלויים. המשתנה הראשון והעיקרי היה השימוש ברפואה שחורה כפי שהוגדר לעיל. המשתנה השני היה העמדות של הנשאלים כלפי רפואה שחורה. המשתנים הבלתי תלויים במחקרנו היו, כאמור, אמון כלפי מערכת הבריאות, שביעות רצון ממערכת הבריאות, השתתפות פוליטית ותחושת שוויון. הקשרים בין כל אחד מהמשתנים הבלתי תלויים לבין כל אחד מהמשתנים התלויים נבדקו בנפרד, וגם באופן סימולטני במסגרת מודלים מלאים שכללו את כל משתני המחקר ואת משתני הבקרה. נוסף על כך, בהמשך למחקרים אחרים שנערכו בנושא, ביקשנו לבחון את הקשר בין שימוש ועמדות כלפי רפואה שחורה לבין משתנים נוספים דוגמת תחושת צדק תהליכי, השתתפות פוליטית, תחושת הפליה אישית ועמדות כלליות כלפי המדיניות החברתית הרצויה (Cohen & Filc, 2017). כן נעשתה בקרה על משתנים סוציו-דמוגרפיים, על פי פרוטוקול ניתוח סטנדרטי שמטרתו לזהות אם הקשרים בין משתני המחקר מתקיימים על אף ההתחשבות במאפיינים אישיים של הנשאלים.

## השימוש ברפואה שחורה: הסברים

המשתנה העיקרי, שימוש ברפואה שחורה, נמדד כמשתנה דיכוטומי (1-לא, 2-כן). בדיקת מובהקות הקשרים בין משתנה זה לבין המשתנים הבלתי תלויים בוצעה באמצעות מבחני chi-square. לצורך בדיקות אלה קיבצנו את המשתנים הבלתי תלויים, שערכיהם במקור נמצאים בטווח שבין 1 עד 5, לשתי רמות (רמה נמוכה=1-3; רמה גבוהה=3-5). הבדיקות נעשו במסגרת פרוטוקול סטנדרטי לניתוח מקדים של הנתונים. אף שממצאי הבדיקות הסטטיסטיות מעידים על קשרים חלשים מובהקים בין המשתנים הבלתי תלויים לבין המשתנה התלוי, מרביתם תומכים בהשערות המחקר. להלן פירוט הקשרים שנמצאו בבדיקות:

נמצא קשר חלש מובהק ( $\Phi=0.069$ ,  $P=0.009$ ) בין שימוש ברפואה שחורה לבין עמדות כלפי רפואה שחורה: בקרב נשאלים המצדיקים רפואה שחורה שיעור השימוש עומד על 20.3%, ואילו בקרב נשאלים שאינם מצדיקים רפואה שחורה הוא עומד על 14.9% ( $\chi^2(1)=6.38$ ,  $P=0.009$ ). נמצא קשר חלש מובהק ( $\Phi=-0.063$ ,  $P=0.017$ ) בין שימוש ברפואה שחורה לבין תחושת צדק תהליכי: בקרב נשאלים שהביעו תחושת צדק תהליכי ברמה נמוכה שיעור השימוש עומד על 29.8%, ואילו בקרב נשאלים שהביעו תחושת צדק תהליכי ברמה גבוהה הוא עומד על 17.4% ( $\chi^2(1)=5.698$ ,  $P=0.017$ ). גם רמת האמון נמצאה בקשר חלש מובהק עם המשתנה התלוי ( $\Phi=-0.123$ ,  $P=0.000$ ):

36.1% מהנשאלים שהעידו על רמת אמון נמוכה דיווחו על שימוש ברפואה שחורה, לעומת 15.9% מהנשאלים שהעידו על רמת אמון גבוהה ( $\chi^2(1)=22.249$ ,  $P=0.000$ ). נמצא קשר חלש מובהק ( $\Phi=-0.061$ ,  $P=0.020$ ) בין שביעות רצונם של הנשאלים לבין שימוש ברפואה שחורה: 20.5% מהנשאלים שהעידו על שביעות רצון נמוכה משירותי הבריאות דיווחו על שימוש ברפואה שחורה, לעומת 15.8% מהנשאלים שהעידו על שביעות רצון גבוהה ( $\chi^2(1)=5.396$ ,  $P=0.020$ ). הממצאים מעידים על קשר חלש מובהק גם בין תפיסת יכולת ההשתתפות לבין שימוש ברפואה שחורה ( $\Phi=-0.062$ ,  $P=0.019$ ): 20.8% מקרב הנשאלים שתופסים את יכולתם להשתתף בקבלת החלטות במערכת הבריאות ברמה נמוכה דיווחו על שימוש ברפואה שחורה, לעומת 16% מקרב הנשאלים שתופסים את יכולתם להשתתף ברמה גבוהה ( $\chi^2(1)=5.511$ ,  $P=0.019$ ). נמצא קשר חלש מובהק ( $\Phi=-0.078$ ,  $P=0.004$ ) בין תחושת שוויון כללית לבין שימוש ברפואה שחורה: 26.2% מהנשאלים המרגישים ברמה נמוכה שקופת החולים שלהם מספקת שירותים באופן שוויוני דיווחו על שימוש ברפואה שחורה, לעומת 17% מהנשאלים שמרגישים ברמה גבוהה שקופת החולים שלהם מספקת שירותים באופן שוויוני ( $\chi^2(1)=8.291$ ,  $P=0.004$ ). תחושת הפליה אישית נמצאה בקשר חלש מובהק ( $\Phi=0.098$ ,  $P=0.000$ ) עם המשתנה התלוי: 24.1% מהנשאלים המרגישים שקופת החולים מקפחת אותם ברמה גבוהה דיווחו על שימוש ברפואה שחורה, לעומת 16% שמרגישים תחושות אלה ברמה נמוכה ( $\chi^2(1)=12.777$ ,  $P=0.000$ ).

בקרב הנשאלים שהעידו על רמה גבוהה של השתתפות פוליטית נמצא כי שיעור השימוש ברפואה שחורה גבוה יותר (21.7%) מאשר בקרב נשאלים שהעידו על רמה נמוכה של השתתפות פוליטית (17.3%), אך לא נמצא קשר מובהק בין המשתנים הללו ( $\chi^2(1)=3.263$ ,  $P=0.071$ ). גם הקשר בין עמדות כלפי המדיניות החברתית הרצויה לבין שימוש ברפואה שחורה אינו מובהק ( $\chi^2(1)=2.793$ ,  $P=0.095$ ), אך בקרב נשאלים התומכים ברמה נמוכה במדיניות חברתית המבוססת על רעיון מדינת הרווחה, שיעור הנשאלים שדיווחו על שימוש ברפואה שחורה (28.2%) גבוה יותר משיעורם בקרב התומכים ברמה גבוהה במדיניות זו (17.8%).

בדקנו גם את הקשרים בין שימוש ברפואה שחורה לבין משתני הבקרה הסוציו-דמוגרפיים: השכלה (אקדמית; לא אקדמית), תחושת ביטחון כלכלי (רמה נמוכה; רמה גבוהה), הכנסה (גבוהה או נמוכה מ-22,000 שקלים), מגזר, דתיות, מגדר ומצב משפחתי, אך הם נמצאו לא מובהקים.

כדי לבחון באופן סימולטני את הקשר של כל המשתנים הבלתי תלויים יחדיו לשימוש ברפואה שחורה, הותאם מודל של רגרסיה לוגיסטית בינארית המכיל את כל המשתנים הבלתי תלויים שפורטו לעיל, ומודל נוסף המכיל גם את משתני הבקרה. כל המשתנים הבלתי תלויים הוכנסו

למודל באופן גולמי (ללא קיבוץ לרמות). תוצאותיו של הניתוח הסטטיסטי העלו כמה קשרים ישירים מובהקים. עיקרי הניתוח מובאים בלוחות 4 ו-5.

**לוח 4: רגרסיה לוגיסטית עבור שימוש ברפואה שחורה**

| שיטת Enter      |            |                           |              |                                        |
|-----------------|------------|---------------------------|--------------|----------------------------------------|
| 1-לא, 2-כן      |            |                           |              |                                        |
| רווח בר סמך 95% |            | מידת מובהקות<br>(p-value) | יחס הסיכויים | משתנה בלתי תלוי                        |
| גבול תחתון      | גבול עליון |                           |              |                                        |
| 0.570           | 0.952      | 0.019                     | 0.736        | תחושת צדק תהליכי                       |
| 0.717           | 1.381      | 0.975                     | 0.995        | תחושת אמון                             |
| 0.630           | 1.146      | 0.286                     | 0.850        | שביעות רצון                            |
| 0.833           | 1.210      | 0.965                     | 1.004        | יכולת השתתפות                          |
| 0.974           | 1.374      | 0.098                     | 1.157        | השתתפות פוליטית                        |
| 0.677           | 0.975      | 0.026                     | 0.812        | תחושת שוויון כללית                     |
| 0.928           | 1.237      | 0.345                     | 1.071        | תחושת הפליה אישית                      |
| 0.614           | 0.989      | 0.040                     | 0.779        | עמדות בנוגע למדיניות<br>החברתית הרצויה |
| 0.959           | 1.264      | 0.172                     | 1.101        | עמדות כלפי רפואה<br>שחורה              |
|                 |            | 0.053                     | 4.673        | (קבוע)                                 |

**לוח 5: רגרסיה לוגיסטית עבור שימוש ברפואה שחורה**

| שיטת Enter      |            |                           |              |                                        |
|-----------------|------------|---------------------------|--------------|----------------------------------------|
| 1-לא, 2-כן      |            |                           |              |                                        |
| רווח בר סמך 95% |            | מידת מובהקות<br>(p-value) | יחס הסיכויים | משתנה בלתי תלוי                        |
| גבול תחתון      | גבול עליון |                           |              |                                        |
| 0.578           | 0.978      | 0.034                     | 0.752        | תחושת צדק תהליכי                       |
| 0.715           | 1.391      | 0.986                     | 0.997        | תחושת אמון                             |
| 0.629           | 1.153      | 0.298                     | 0.851        | שביעות רצון                            |
| 0.816           | 1.201      | 0.917                     | 0.99         | יכולת השתתפות                          |
| 1.003           | 1.437      | 0.046                     | 1.201        | השתתפות פוליטית                        |
| 0.659           | 0.954      | 0.014                     | 0.793        | תחושת שוויון כללית                     |
| 0.912           | 1.224      | 0.464                     | 1.057        | תחושת הפליה אישית                      |
| 0.626           | 1.023      | 0.076                     | 0.8          | עמדות בנוגע למדיניות<br>החברתית הרצויה |
| 0.962           | 1.274      | 0.155                     | 1.107        | עמדות כלפי רפואה<br>שחורה              |
| 0.919           | 1.017      | 0.186                     | 0.967        | הכנסה                                  |
| 0.837           | 1.181      | 0.945                     | 0.994        | השכלה                                  |
| 0.981           | 1.01       | 0.523                     | 0.995        | גיל                                    |
|                 |            | 0.076                     |              | מצב משפחתי                             |
| 1.055           | 3.35       | 0.032                     | 1.88         | מצב משפחתי (נשוי)                      |
| 0.558           | 6.204      | 0.313                     | 1.86         | מצב משפחתי (אלמן)                      |
| 0.404           | 2.171      | 0.879                     | 0.937        | מצב משפחתי (גרוש)                      |
| 0.676           | 1.394      | 0.87                      | 0.97         | מגדר                                   |
| 0.224           | 2.416      | 0.613                     | 0.736        | מגזר                                   |
| 0.859           | 1.305      | 0.594                     | 1.059        | דתיות                                  |
|                 |            | 0.103                     | 6.21         | (קבוע)                                 |

מצאנו אפוא כי קיים קשר שלילי מובהק בין תחושת צדק תהליכי לבין שימוש ברפואה שחורה. כלומר, ככל שההתנסות בתהליך קבלת הטיפול הרפואי מעוררת במטופל תחושה של צדק, כך יורד הסיכוי לשימוש ברפואה שחורה. באופן דומה, נמצא קשר שלילי מובהק בין תחושת שוויון כללית לבין שימוש ברפואה שחורה. כלומר, ככל שהמטופל מרגיש שקופת החולים מספקת שירותים באופן שוויוני למטופלים, כך יורד הסיכוי לשימוש ברפואה שחורה. קשר שלילי מובהק נמצא גם בין עמדות בנוגע למדיניות החברתית הרצויה לבין שימוש ברפואה שחורה. המשמעות היא שככל שהמטופל תומך בעקרון מדינת הרווחה, כך יורד הסיכוי לשימוש ברפואה שחורה.

הקשרים בין תחושת צדק תהליכי ותחושת שוויון כללית לבין המשתנה התלוי נותרו מובהקים גם כאשר כללנו את משתני הבקרה במודל עם המשתנים הבלתי תלויים. אך במודל זה, הקשר בין עמדות בנוגע למדיניות החברתית הרצויה לבין שימוש ברפואה שחורה אינו מובהק. לבסוף, נמצא כי הסיכוי שמטופלים שמצבם המשפחתי מוגדר "נשוי" ישתמשו ברפואה שחורה גבוה מהסיכוי שמטופלים רווקים יעשו זאת. מעבר לכך, לא נמצאו קשרים מובהקים בין משתני הבקרה לבין שימוש ברפואה שחורה.

### עמדות כלפי רפואה שחורה: הסברים

עמדות כלפי רפואה שחורה נמדדו באמצעות משתנה המורכב מפריטים שהוצגו לעיל, שערכיו נמצאים בטווח שבין 1 ל-5. בדיקת המתאמים בין משתני המחקר נערכה באמצעות בדיקת מתאמים מרובים בין משתני המחקר על פי מקדם המתאם פירסון. לוח 6 מציג את המתאמים והסטטיסטיקה התיאורית של המשתנים. הבדיקות נעשו במסגרת פרוטוקול סטנדרטי לניתוח מקדים של הנתונים. מבין משתני המחקר והבקרה, השתתפות פוליטית ( $t=0.077$ ), תחושת הפליה אישית ( $t=0.176$ ) והכנסה ( $t=0.107$ ) נמצאו בקשר חיובי מובהק עם עמדות כלפי רפואה שחורה. כן נמצא קשר מובהק בין מגדר לבין עמדות כלפי רפואה שחורה. נמצאו קשרים מובהקים נוספים בין משתני המחקר לבין משתני מחקר אחרים. אף לא אחד מהקשרים חרג מרמה של 0.07, כך שאפשר לשלול בעיה של מולטיקוליניאריות בין משתני המחקר.

לוח 6: סטטיסטיקה תיאורית ומתאמים בין משתני המחקר

[illegible]

כדי לבחון באופן סימולטני את הקשר של כל המשתנים הבלתי תלויים יחדיו לעמדות כלפי רפואה שחורה, הותאם מודל של רגרסיה ליניארית מרובה המכיל את כל המשתנים הבלתי תלויים שפורטו לעיל ואת משתני הבקרה שנכללו בבדיקת המתאמים. ממצאי הבדיקה הזו מוצגים בלוח 7. מהבדיקה עולה כי כאשר כוללים את המשתנים הללו יחד במודל הרגרסיה, נמצאים קשרים מובהקים חיוביים בין תחושת הפליה אישית ( $\beta=0.197$ ) והכנסה ( $\beta=0.122$ ) לבין עמדות כלפי רפואה שחורה. כלומר, ככל שהמטופל מרגיש שקופת החולים מקפחת אנשים כמוהו ביחס לאנשים אחרים, וככל שהכנסתו עולה, כך הוא נוטה להצדיק שימוש ברפואה שחורה.

**לוח 7: רגרסיה ליניארית מרובה לבחינת קשרים ישירים בין המשתנים הבלתי תלויים לבין עמדות כלפי רפואה שחורה**

| מידת מובהקות<br>(p-value)                   | t      | ערך מקדם<br>מתוקן | ערך מקדם לא<br>מתוקן |        |                                        |
|---------------------------------------------|--------|-------------------|----------------------|--------|----------------------------------------|
|                                             |        | Beta              | טעות תקן             | B      |                                        |
| 0.000                                       | 3.523  |                   | 0.526                | 1.853  | קבוע                                   |
| 0.956                                       | 0.055  | 0.002             | 0.072                | 0.004  | תחושת צדק תהליכי                       |
| 0.734                                       | 0.339  | 0.017             | 0.084                | 0.029  | תחושת אמון                             |
| 0.421                                       | 0.805  | 0.040             | 0.075                | 0.060  | שביעות רצון                            |
| 0.512                                       | 0.655  | 0.027             | 0.047                | 0.031  | יכולת השתתפות                          |
| 0.187                                       | 1.321  | 0.045             | 0.044                | 0.058  | השתתפות פוליטית                        |
| 0.328                                       | -0.978 | -0.034            | 0.064                | -0.063 | עמדות בנוגע למדיניות<br>החברתית הרצויה |
| 0.564                                       | 0.577  | 0.024             | 0.049                | 0.028  | תחושת שוויון כללית                     |
| 0.000                                       | 5.264  | 0.197             | 0.037                | 0.193  | תחושת הפליה אישית                      |
| 0.800                                       | -0.254 | -0.009            | 0.003                | -0.001 | גיל                                    |
| 0.002                                       | 3.126  | 0.122             | 0.012                | 0.038  | הכנסה                                  |
| 0.966                                       | 0.042  | 0.001             | 0.043                | 0.002  | השכלה                                  |
| 0.341                                       | 0.953  | 0.035             | 0.043                | 0.041  | מצב משפחתי                             |
| 0.628                                       | -0.484 | -0.016            | 0.090                | -0.043 | מגדר                                   |
| מקדם ההסבר המתוקן (Adjusted R Squared) 0.52 |        |                   |                      |        |                                        |

## ניתוח הממצאים האיכותניים

נוסף על הנתונים הסטטיסטיים, במסגרת התשאול התבקשו הסוקרים לשאול את השאלה הפתוחה הבאה: "האם תסכים לספר על ניסיון שבו נתבקשת או הרגשת שאתה או בן משפחתך צריך לשלם תשלום 'שחור' כדי להקדים תור או לקבל שירות רפואי טוב יותר מהרגיל?" ניתוח התשובות של הנשאלים על שאלה זו, שיש להתייחס אליהן בזהירות הראויה, כמובן, מעלה כמה ממצאים מעניינים. כדי להבטיח את אנונימיות הנשאלים הוסרה כל התייחסות המזהה את פרטיהם האישיים, וצוינו מספרי קוד במקום שמותיהם.

חלקו האיכותני של המחקר תומך בממצאים שעלו מחלקו הכמותי בדבר קיומה של רפואה שחורה בישראל. כך למשל מספר אחד הנשאלים: "שילמנו עבור העברת מטופל ממסדרון לחדר. כתוצאה גם הטיפול נהיה יותר מסור ונעשו יותר בדיקות" (נשאל 1902945). תשובות אחרות מחזקות את הטענה כי חלק מהתשלומים הניתנים כרפואה שחורה משולמים בחסות תרומה לבית החולים. מסביר אחד הנשאלים: "תרומה לבית החולים שיפרה את היחס בקבלת הטיפול הרפואי" (נשאל 1718640). הממצאים מלמדים כי אף שהמשיבים לא התבקשו במישרין לבצע תשלום "שחור" עבור שירותים רפואיים, נרמז להם על כך, או שהם התבקשו בעקיפין לעשות זאת. אחד הנשאלים מציין זאת במפורש. לדבריו, "המצב הוא כזה שיש רמזות לעיתים ולא ממש דרישה ישירה; ועליך להבין את התנאים בין השורות שרומז הרופא" (נשאל 363421). נשאל אחר מציין שקיבל "רמזים... ממזכירת הרופא שאם [הרופא] יקבל מתנה כלשהי הוא ישמח" (נשאל 109238).

ממצא מעניין בהקשר הזה הוא שיש נשאלים שמדווחים כי העניקו מתנה או שילמו ביוזמתם תשלומים "שחורים" גם כאשר לא נתבקשו לעשות זאת. כך, אחד הנשאלים משיב על השאלה "לא קרה לי", ועם זאת הוא מוסיף: "שילמנו כהוקרת תודה לרופא אחרי ניתוח מוצלח" (נשאל 1281857). בדומה לכך, היה נשאל שהשיב: "לא היה מצב כזה. רק אחרי אשפוזים ממושכים אני יודעת שקונים מתנה לצוות הרפואי". נשאלת סיפרה כי "לפעמים אני מפנקת את צוות האחיות במרפאה על מנת שיטפלו באימא שלי יפה יותר בעתיד" (נשאלת 1870360), ואחרת אמרה: "אני באופן אישי מודה במילים לרופאים של אימא שלי ומפנקת את הצוות רפואי בשוקולדים או סריגים עבודת יד" (נשאלת 101072). מדברים אלה משתמע כי יש נשאלים שמרגישים שעליהם להוסיף תגמול (מעבר לזה שהצוות הרפואי מקבל במסגרת השכר הפורמלי) שיהווה תמריץ למתן שירות רפואי מועדף.

מגמה עיקרית העולה מהניתוח האיכותני שביצענו נוגעת לתפקידו של השר"פ ולמגמות בעייתיות מאוד העולות משירות זה. ככל הנראה, ממצא מעניין זה לא היה זוכה לתימוכין אמפיריים לו היינו מסתפקים בשאלות סגורות. ממצאי המחקר מספקים אינדיקציות רבות לכך שהשר"פ הולך ומקבל מאפיינים של רפואה שחורה. אף שהשר"פ מוסדר בחוק, ואף שמשולמים עליו מיסים וחלקים מהתשלום אינם מגיעים במישרין לרופאים אלא לבתי החולים, עולה כי לא מעט רופאים "מובילים" את הפונים לבתי החולים הציבוריים לפנות

לאפיקים פרטיים במסגרת בית החולים, ואף לקליניקות הפרטיות שלהם. מדווח אחד הנשאלים: "ישנם רופאים שנותנים תחושה שאם לא תגיע למרפאה הפרטית שלהם במקום לבית חולים הציבורי כלום לא יתקדם בטיפול" (נשאל 1721061). נשאל נוסף התייחס לכך: "נרמז לנו פעמים רבות שלרופאים המטפלים יש קליניקה פרטית" (נשאל 250991).

בהינתן תורים ארוכים לפרוצדורות שונות, ובהינתן שלא כל פרוצדורה מתבצעת על ידי המומחה המוביל באותה המחלקה, לחולים רבים נרמז – ולעיתים אף נאמר במפורש – כי תשלום (חוקי) לשר"פ ישפר את מצבו של המשלם ביחס לאחרים **בבית החולים הציבורי**. בהינתן א-סימטריה באינפורמציה לטובת הרופאים, נשאלים רבים דיווחו כי לאחר שהרופא המטפל בבית החולים הציבורי אמר להם כי התור לניתוח הבא יהיה רק בעוד כמה חודשים, הוא הציע להם לפנות לשר"פ כדי לזרז את ההליך. כך למשל, מדווח אחד הנשאלים: "אחותי בטיפולי פוריות. נאמר לה שיש לחץ בתורים ואם זה מאוד לחוץ לה תוכל לפנות לרופאים מומחים בקליניקות פרטיות בתשלום. היא אכן עשתה זאת" (נשאל 1207624). נשאלת אחרת אומרת דברים דומים: "כשהלכתי לרופא פוריות דרך הקופה והוא אמר שמקרה מורכב כמו שלי זה רק לבוא אליו לקליניקה הפרטית" (נשאל 156681). דיווחים נוספים מדגימים זאת: "באחד המקרים להזמנת בדיקה פולשנית מורכבת אוזכר בפניי שהרופא מטפל גם באופן פרטי ואם אני מעוניין ניתן לקבל טיפול בתאריך מוקדם יותר" (נשאל 590142); "נתבקשתי לשלם לאותו שירות שניתן על ידי אותו רופא מחוץ למסגרת הקופה באופן פרטי כדי לקדם את התור" (נשאל 1652505).

יש נשאלים המצדיקים שימוש ברפואה שחורה על בסיס החומרה או הדחיפות של הטיפול הרפואי. אומר נשאל: "אם צריך משהו דחוף וטוב ויש לך קשרים נכונים אז אתה נאלץ להפעיל אותם" (נשאל 114189); ואחר מציין: "[כדי] להציל אדם יקר אני אשלם" (נשאל 841965). באופן דומה נשאל מתייחס לתשלום נוסף כאמצעי לגיטימי לטיפול בבעיות דחופות: "חשבתי בהתחלה על השר"פ אבל אני חושב שזה לגיטימי לטפח בבעיות תמורת תשלום סמלי".

ממצא מעניין הוא שיש נשאלים שהעידו כי אינם מודעים לקיומה של התופעה או להיקפה. נשאלת מציינת: "מעולם לא קרה לי, ואני ובן זוגי עברנו ניתוחים וטיפולים. מאמינה שאם קיימת בכלל, זו תופעה אנקדוטלית בלבד ולא רחבה" (נשאלת 162020). ונשאל אחר מציין: "לא ידעתי שאנשים עושים את זה וזה באמת משנה משהו בדרך הטיפול או בזמני הטיפול" (נשאל 266552). היה נשאל שאמר "כל הזמן אני מתאכזב ממועדי התורים; אבל לא חשבתי על דבר כזה" (נשאל 57702); נשאלת אחרת אמרה: "לא היה לי ניסיון כזה ואני מצטערת לשמוע שזה קיים" (נשאלת 652693). ותשובה דומה נוספת היתה "לא נתקלתי במקרה כזה ומצער לשמוע שזו תופעה קיימת" (נשאל 1135751).

יש נשאלים שהביעו מורת רוח כלפי התופעה מסיבות אידאולוגיות וערכיות, ועל בסיס תפיסות של צדק ושוויון. למשל, אחד הנשאלים מציין: "עצוב מאוד שכך עובדים הדברים במדינת ישראל. אנשים זכאים לקבל שירות רפואי ללא הבדל דת, גזע, מין וממוין" (נשאל 1891986).

נשאל אחר אומר: "לא מסכים, כי יש אנשים שאין להם את היכולת וזה פוגע בהם וגם בשוויון" (נשאל 1062586). מצינת נשאלת: "לא צריך... מסרבת לשלם" (נשאלת 313). נשאל אחר טוען: "זה לא מקובל. זה חוסר נאמנות" (נשאל 152), ונשאלת נוספת משיבה: "לא – אני זכאית לקבל שירות בלי שיטות לא יפות" (נשאל 91). יש נשאל שאף התייחס לכך שקריטריונים מקצועיים צריכים להיות דומיננטיים במתן שירות רפואי לעומת נורמות של רפואה שחורה: "זה לא דבר יפה לעשות. צריכה להיות הקדמה לטיפול לפי מצב רפואי" (נשאל 1606139).

## דיון ומסקנות

מחקר זה מספק עדויות עדכניות לקיומה של תופעת השימוש ברפואה שחורה, ומראה כיצד התנסויות הקשורות בתהליך קבלת הטיפול הרפואי עשויות להאיץ או לצמצם את קיומה. בהתבסס על סקר ארצי, מצאנו כי ככל שאנשים מרגישים תחושת צדק תהליכי בקבלת הטיפול הרפואי, ושמערכת הבריאות נוהגת באופן שוויוני, כך יורד הסיכוי לשימוש ברפואה שחורה. אכן, חשיבותו של צדק תהליכי בכל הקשור לאינטראקציות עם מי שמכונים בספרות "בירוקרטיים ברמת הרחוב" (עובדים סוציאליים, מורים, שוטרים, רופאים ואחיות ועוד) נמצאה בספרות כמשתנה חשוב הקשור למגוון תופעות – כולל נכונותם של אזרחים "לקחת את החוק לידיים" אם הם חשים כי הם מקופחים וכי לא נעשה עימם צדק בתהליך מול נותני השירותים (Edri-Peer & Cohen, 2025).

עוד נמצא כי ככל שאנשים מרגישים שמערכת הבריאות מקפחת אנשים כמוהם הם נוטים להצדיק שימוש ברפואה שחורה. עם זאת, לא נמצאו קשרים בין אמון, שביעות רצון, יכולת השתתפות בקבלת החלטות במערכת הבריאות והשתתפות פוליטית, לבין השימוש ברפואה שחורה או הצדקתה. ממצאי המחקר מגלים כי השימוש ברפואה שחורה נעשה נורמטיבי וכי שירותי בריאות פרטיים נתפסים לגיטימיים. כך, יש מקרים שבהם השימוש ברפואה שחורה נעשה באופן יזום על ידי המטופל גם אם אינו מתבקש לעשות זאת, ומקרים אחרים שבהם צוותי הרפואה מובילים מטופלים לקבל את הטיפולים במסגרת שירותי רפואה פרטיים.

חשוב להדגיש כי אין בממצאים שהצגנו במאמר זה כדי להכפיש את כל מערכת הבריאות הישראלית. מצאנו כי מרבית ספקי שירותי הבריאות בישראל נמנעים מלנצל לרעה את תפקידם. הרופאים, האחיות ואנשי המשק והמנהלה במערכת הבריאות עושים עבודה חשובה וקשה תחת אילוצים תקציביים לא קלים, ועדיין מציגים תוצאות מרשימות – במיוחד במצבי משבר דוגמת מגפת הקורונה. לצד זאת, אנו סבורים כי מיגורה של התופעה ממערכת הבריאות יחזק את האמון באנשיה וישפר את ביצועיה הן במישור הכלכלי הן במישור החברתי. מודעות לנושא ולחץ על פוליטיקאים ומקבלי החלטות אחרים – מחוץ למערכת הבריאות ובתוכה – יכולים להיות צעד ראשון לכיוון שינוי.

אכן, לצד הצלחות מרשימות, מערכת הבריאות בישראל ניצבת גם בפני אתגרים לא מעטים. קיומה של רפואה שחורה בישראל, ולא פחות מכך עמדות חיוביות של חלק מהאזרחים כלפי התופעה, מציבים בפני מקבלי ההחלטות אתגר מורכב שיש להתייחס אליו בכובד ראש. אף שיהיו שיצביעו על מחצית הכוס המלאה, הבאה לידי ביטוי בירידה הניכרת בשימוש שעושים אזרחי ישראל ברפואה שחורה ובשיעורים הלא גבוהים יחסית של התופעה, אין ערובה שהדבר לא ישתנה לרעה בעתיד. גם אם כרגע מצבה של מערכת הבריאות בכל הקשור לרפואה שחורה אינו גרוע כבעבר, לא מן הנמנע שהמגמות הקיימות ייתנו את אותותיהן וישפיעו לרעה על מערכת הבריאות בעתיד. לא זו בלבד, אלא שהעובדה שבמדינות דמוקרטיות מערביות התופעה כמעט אינה מדווחת בספרות מציבה את ישראל לצד מדינות מסוימות אשר התרבות הפוליטית והאתיקה הרפואית בהן אינן צריכות להיות מודל לחיקוי. ככל הנראה, שחיתות היא חלק בלתי נמנע מהמציאות האנושית. עם זאת, מערכות תמריצים נכונות וכללי משחק בהירים הנאכפים באפקטיביות יבדילו בין מערכת בריאות מושחתת לבין מערכת שרק מדי פעם מתגלים בה עשבים שוטים.

כדי לשפר את המצב נדרשים כמה צעדים חשובים. ראשית, יש לפעול ל**אכיפת החוק**. מרבית הרופאים הנוטלים תשלומים שחורים אינם מובאים לדין עקב העיסוק ברפואה שחורה, ונגד רופאים ספורים בלבד ננקטים צעדים. אנו סבורים כי ענישה חמורה כשלעצמה אינה הפתרון – כל עוד אין אכיפה של החוק במובן של הבאת העבריינים לדין. בהקשר זה, מפתיע לגלות כי אין במשטרת ישראל פונקציה האמונה על עבירות בתחום הרפואה השחורה. משמע, כתבי אישום יעלו כמעט תמיד רק אם תהיה "הלשנה", ולא בעקבות חקירה משטרתית. אלא שתלונה מעין זו תבוא רק בחלק קטן מאוד מהמקרים. על מקבלי ההחלטות במשטרה לפעול בדחיפות לתיקון המצב הבעייתי הקיים, ולהפנות מאמץ למיגור התופעה.

שנית, יש לפעול ל**החמרת הענישה**. נוסף על העונש שמטיל בית המשפט על רופא המורשע בעבירת שוחד בגין עיסוק ברפואה שחורה, אותו נאשם צפוי אף לצעדים משמעותיים אשר ימנעו ממנו לעסוק במקצוע הרפואה. כך, בהתאם לסעיף 41 לפקודת הרופאים נוסח חדש (תשל"ז-1976), שר הבריאות רשאי להורות על התליית רישונו של רופא אשר, בין היתר, הורשע בעבירה פלילית. אלא שבמרבית המקרים רישונו של העבריינים אינו נשלל. על הרשות השופטת וראשי מערכת הבריאות להגביר אפוא את הענישה כלפי מי שסרחו.

שלישית, יש לפעול לחיזוק ההיבטים האתיים בקרב **ספקי שירותי הבריאות**, ובמיוחד באמצעות מתן הסברים והכשרה הממוקדים בהספקת שירותים ציבוריים על פי כללי אתיקה הולמים, וקביעה ושמירה על כללי משחק ברורים. ככל הידוע לנו, כמעט שאין הכשרה, הדרכה או דיונים בנושא הרפואה השחורה בארגונים השונים, וגם לא בתהליך הכשרתם של סטודנטים לרפואה. על מקבלי ההחלטות במערכת הבריאות ליזום דיונים והדרכות בנושא, ובעיקר להדגיש את הקווים האדומים בנושא – גם אם לכאורה ידוע לכל ששחיתות אינה חלק מכללי

המשחק הקיימים בארגון. בהקשר זה, יש להסדיר בצורה ברורה ואפקטיבית גם את הבעייתיות שפורטה לעיל בכל הקשור להטיית אנשים לערוצים פרטיים בתוך קופות החולים ומחוץ להן.

## מקורות

ועדת נתניהו (1990). **דוח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, בראשות כבוד שופטת שושנה נתניהו, דין וחשבון. כרך ראשון: דעת הרוב.**

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994.

כהן, נ' (2019). רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים. בתוך י" גל-נור (עורך), **רגולציה בישראל** (225–260). מכון ון ליר.

כהן, נ' ופילק, ד' (2013). רפואה שחורה בישראל: מדידת התופעה, הסברים לקיומה והמלצות למיגורה. **ביטחון סוציאלי**, 92, 97–128.

לחמן, ר' (1992). **רפואה שחורה בישראל**. מכון גולדה מאיר לחקרי עבודה וחברה.

לחמן, ר' ונוי, ש' (1998). **כתם שחור על חלוק לבן: הרפואה השחורה בישראל**. רמות.

מבקר המדינה. (1998). **דוח שנתי 38** (עמ' 171–202). משרד מבקר המדינה.

מזרחי, ש', יובל, פ' וכהן, נ' (2011). **מדינת הרווחה, פוליטיקה אלטרנטיבית ודעת הקהל: ישראל 2011**. נייר מחקר מספר 4 של המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

קפלינסקי, ח' (2023). **ניתוח השינוי המוצע בביטוחי הבריאות בחוק התוכנית הכלכלית**. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

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. European Commission.

Balabanova, D., & McKee, M. (2002). Understanding informal payments for health care: The example of Bulgaria. *Health Policy*, 62, 243–273. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00035-0](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00035-0)

Balabanova, D., McKee, M., Pomerleau, J., Rose, R., & Haerpfer, C. (2004). Health service utilisation in the former Soviet Union: Evidence from eight countries. *Health Services Research*, 39, 1927–1950. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00326.x>

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.03.007>
- 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.
- 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.
- Binyaruka, P., Balabanova, D., McKee, M., Hutchinson, E., Andreoni, A., Ramesh, M., Angell, B., Kapologwe, N., & Mamdani, M. (2021). Supply-side factors influencing informal payment for healthcare services in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 36(7), 1036–1044. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab034>
- Chawla, M., Berman, P., & Kawiorska, D. (1998). Financing health services in Poland: New evidence on private expenditures. *Health Economics*, 7, 337–346. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199806\)7:4%3C337::AID-HEC340%3E3.O.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199806)7:4%3C337::AID-HEC340%3E3.O.CO;2-Z)
- Cohen, N. (2012). Informal payments for healthcare: The phenomenon and its context. *Health Economics, Policy and Law*, 7(3), 285–308. <https://doi.org/10.1017/s1744133111000089>
- Cohen, N. (2018). How culture affects street-level bureaucrats' bending the rules in the context of informal payments for health care: The Israeli case. *The American Review of Public Administration*, 48(2), 175–187. <https://doi.org/10.1177/0275074016665919>
- Cohen, N., & Filc, D. (2017). An alternative way of understanding exit, voice and loyalty: The case of informal payments for health care in Israel. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(1), 72–90. <https://doi.org/10.1002/hpm.2309>
- Cohen, N., & Mizrahi, S. (2012). Comparative implications: Public policy and alternative politics in the case of the Israeli healthcare system. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 14(1), 26–44. <https://doi.org/10.1080/13876988.2011.646818>
- Cohen, N., Mizrahi, S., & Yuval, F. (2012). Black market medicine and public opinion toward the welfare state: Evidence from Israel. *Social Policy and Administration*, 46(7), 727–747. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2012.00849.x>
- Cohen, N., & Sabah, Y. (2023). How the permanent senior professional staff can enable policy capacity in the face of political instability: Insights from the Israeli experience. *Public Performance and Management Review*, 46(4), 1001–1025. <https://doi.org/10.1080/15309576.2023.2190532>

- Cohen, N., & Sabah, Y. (forthcoming 2024). Public policy in Israel. In M. van Gerven, C. Rothmayr Allison, & K. Schubert (Eds.), *Encyclopedia of public policy*. Springer.
- Dabalén, 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. (1997). Under-the-counter payments for health care: Evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 42(1), 89–100. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(97\)00061-4](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00061-4)
- Edri-Peer, O., & Cohen, N. (2025). Citizens' illegal behaviour as a response to unsatisfactory street-level encounters: The causal relationship between procedural justice and vigilantism. *Public Management Review*, 27(4), 1224–1244. <https://doi.org/10.1080/14719037.2024.2399145>
- Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine*, 58(2), 237–246. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00007-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00007-8)
- Ensor, T., & Savelyeva, A. (1998). Informal payments for health care in the former Soviet Union: Some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 13(1), 41–49. <https://doi.org/10.1093/heapol/13.1.41>
- Feeley, F. G., Sheiman, I. M., & Shiskin, S. V. (1999). *Health sector informal payments in Russia*. Boston University.
- Filc, D., & Cohen, N. (2015). Blurring the boundaries between public and private health care services as an alternative explanation for the emergence black medicine: The Israeli case. *Health Economics, Policy & Law*, 10(3), 293–310. <https://doi.org/10.1017/S1744133114000383>
- 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. <https://doi.org/10.1215/03616878-31-2-251>
- 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. <https://doi.org/10.1002/hpm.751>
- Gaal, P., & McKee, M. (2005). Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1445–1457. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.009>
- Gaal, P., Velkey, Z., Szerencses, V., & Webb, E. (2021). The 2020 reform of the employment status of Hungarian health workers: Will it eliminate informal payments and separate the public and private sectors from each other? *Health Policy*, 125(7), 833–840. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.014>

- Gatti, R., Gray-Molina, G., & Klugman, J. (2003). *Determinants of corruption in local health care provision: Evidence from 108 municipalities in Bolivia*. World Bank.
- Giannouchos, T. V., Ukert, B., Vozikis, A., Steletou, E., & Souliotis, K. (2021). Informal out-of-pocket payments experience and individuals' willingness-to-pay for healthcare services in Greece. *Health Policy*, 125(6), 693–700. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.001>
- 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* (pp 163–198). Inter-American Development Bank.
- 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* (pp. 26–56). Inter-American Development Bank.
- Habibov, N., Auchynnikava, A., Fan, L., & Lyu, Y. (2021). How different motivations for making informal out-of-pocket payments vary in their influence on users' satisfaction with healthcare, local and national government, and satisfaction with life? *BioMed Research International*, 2021(1), 1–13. <https://doi.org/10.1155/2021/5763003>
- Habibov, N., Auchynnikava, A., & Lyu, Y. (2021). Association between “grease-the-wheel”, “sand-the-wheel”, and “cultural norm” motivations for making informal payments with satisfaction in public primary, secondary, and vocational education in 27 nations. *International Journal of Educational Development*, 80, 102320. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2020.102320>
- Hofbauer, H. (2006). Citizens' audit in Mexico reveals paper trail of corruption. In J. Kotalik & D. Rodriguez (Eds.), *Transparency international: Global corruption report 2006*, 43–45.
- Horodnic, A. V. (2021). Trends in informal payments by patients in Europe: A public health policy approach. *Frontiers in Public Health*, 9, 780337. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.780337>
- Horodnic, A. V., & Williams, C. C. (2018). Informal payments by patients for health services: Prevalence and determinants. *The Service Industries Journal*, 38 (11–12), 841–855. <https://doi.org/10.1080/02642069.2018.1450870>
- Horodnic, A. V., Williams, C. C., Drugă, R. I., & Incaltarau, C. (2021). Informal payments by patients in central and eastern Europe during the COVID-19 pandemic: An institutional perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10914. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010914>
- 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* (57–94). Inter-American Development Bank.

- Killingsworth, J. (2003). *Formal and informal fees for health care*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.
- Killingsworth, J. R., Hossain, N., Hedrick-Wong, Y., Thomas, S. D., Rahman, A., & Begum, T. (1999). Unofficial fees in Bangladesh: Price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning*, 14, 152–163.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/14.2.152>
- Khodamoradi, A., Ghaffari, M. P., Daryabeygi-Khotbehsara, R., Sajadi, H. S., & Majdzadeh, R. (2018). A systematic review of empirical studies on methodology and burden of informal patient payments in health systems. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), e26–e37.  
<https://doi.org/10.1002/hpm.2464>
- Kutzin, J., Meimanaliev, 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, San Francisco, California.
- 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.
- Lewis, M. (2006). *Governance and corruption in public health care systems*. Working Paper Number 78. Center for Global Development.
- Lewis, M. (2007). Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*, 26(4), 984–997.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.984>
- Lindelov, M., Serneels, P., & Lemma, T. (2003). *Synthesis of focus group discussions with health workers in Ethiopia*. 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. World Bank.
- McMenamin, I., & Timonen, V. (2002). Poland's health reform: Politics, markets and informal payments. *Journal of Social Policy*, 31, 103–118.  
<https://doi.org/10.1017/S0047279402006517>
- McPake, B., Asimwe, D., Mwesigye, F., Ofumbi, M., Ortenblad, L., Streefland, P., & Turinde, A. (1999). Informal economic activities of public health workers in Uganda: Implications for quality and accessibility of care. *Social Science & Medicine*, 49(7), 849–865. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00144-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00144-6)
- 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.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckio02>

- Naher, N., Hassan, M. S., Hoque, R., Alamgir, N., & Ahmed, S. M. (2018). *Irregularities, informal practices, and the motivation of frontline healthcare providers in Bangladesh: Current scenario and future perspectives towards achieving universal health coverage by 2030*. ACE SOAS Consortium Working Paper, 4.
- Naher, N., Hoque, R., Hassan, M. S., Balabanova, D., Adams, A. M., & Ahmed, S. M. (2020). The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in the public sector: A scoping review of current and future prospects in low and middle-income countries of south and south-east Asia. *BMC Public Health*, 20(1), 1–16.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08975-0>
- Narayan, D. (2000). *Voices of the poor*. World Bank and Oxford University Press.
- Schaaf, M., & Topp, S. M. (2019). A critical interpretive synthesis of informal payments in maternal health care. *Health Policy and Planning*, 34(3), 216–229.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czz003>
- Schargrodsky, E., Mera, J., & Weinschelbaum, F. (2001). Transparency and accountability in Argentina's hospitals. In R. Di Tella & W. D. Savedoff (Eds.), *Diagnosis corruption* (pp. 95–122). Inter-American Development Bank.
- Shahriari H., Belli, P., & Lewis, M. (2001). *Qualitative study on informal payment in health in Poland*. World Bank.
- Shvarts, S., de Leeuw, D. L., 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.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.89.2.248>
- 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.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.1029>
- Vigoda-Gadot, E., Mizrahi, S., Cohen, N., & Mishor, E. (2023). Citizens' reactions to global crises: A longitudinal study during the COVID-19 pandemic in Israel. *Springer Nature Social Sciences*, 24(3), 24.  
<https://doi.org/10.1007/s43545-023-00610-0>
- 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.
- World Bank. (2000). *Armenia Institutional and Governance Review*.