

רפואה שחורה בישראל: מדידת התופעה, הסברים לקיומה והמלצות למיגורה¹

ניסים כהן² ודני פילק³

מחקר זה בוחן את המודל של אלברט הירשמן (Hirschman) על מקרה הבוחן של רפואה שחורה במערכת הבריאות הישראלית. בהתבסס על סקר ארצי, בחנו את היקף הרפואה השחורה, את מאפייניה, את הגורמים הקשורים אליה והמלצנו על דרכים לצמצומה. מצאנו שגם בשנת 2013 רפואה שחורה עדיין נהגת בישראל, אף שבמבט אובייקטיבי נראה שחלה ירידה בהיקפי התופעה ביחס לעבר. בניגוד לנטען בספרות, לא מצאנו קשרים בין העדר אופציית הקול, שתכליתה מחאה אל מול מקבלי ההחלטות והבעת אי שביעות רצון משירותי בריאות, לבין שימוש ברפואה שחורה או עמדות חיוביות כלפיה. עם זאת מצאנו קשר שלילי בין אמון המבוטחים במערכת הבריאות לבין שימוש ברפואה שחורה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם תוכנתו של הירשמן שהעדר נאמנות עשוי להוביל אנשים לאסטרטגיות של "יציאה". אנו גורסים שבשל העובדה שמדובר בשירות ציבורי, היציאה יכולה לקבל תצורה של התנהגות "דמוית-יציאה".

מלות מפתח: רפואה שחורה; תשלומים בלתי פורמליים; המודל של אלברט הירשמן; התנהגות דמוית-יציאה.

- 1 המחקר נערך במימון המכון הישראלי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר). ברצוננו להודות לד"ר דנה ושדי, לפרופ' דפנה קנטי ולגברת הילה ירושלמי מבית הספר למדעי המדינה באוניברסיטת חיפה על הערותיהן והצעותיהן. כן נבקש להודות לגברת אפרת ישכיל, מנהלת מרכז הסקרים שביחידה לייעוץ סטטיסטי שבאוניברסיטת חיפה, על עזרתה המקצועית והאדיבה. האחריות על הכתוב במאמר זה מוטלת על כתפינו בלבד.
- 2 המחלקה למינהל ומדיניות ציבורית, בית הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה.
- 3 המחלקה לפוליטיקה וממשל, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

ביטחון סוציאלי, חשון תשע"ד, אוקטובר 2013, מס' 92 : 128-97

נשלח לפרסום ב-9.7.2013, התקבל ב-1.8.2013.

מבוא

כיצד מגיבים אנשים כאשר הם נתקלים בבעיות הקשורות באספקת שירותי בריאות? לפני מספר עשורים הציע הכלכלן הפוליטי, אלברט הירשמן (Hirschman, 1970), מודל המסביר את תגובותיהם של לקוחות להידרדרותן של חברות. המודל התבסס על שילוב תובנות מתחום הכלכלה ומתחום מדעי המדינה. הוא הסביר שכל אימת שפרט כלשהו אינו מרוצה מתוצאות מדיניות של חברה, הוא יכול לבחור אחת מתוך שלוש דרכי פעולה:

יציאה (Exit) – הלקוח בוחר לנטוש את החברה, להפסיק לצרוך את מוצריה ולפנות לחברה אחרת לצורך אספקת המוצרים. בדומה ללקוח, גם אדם המשתייך לארגון נתון יכול לנטוש את הארגון שהוא חבר בו, כי אינו מרוצה מתוצאות מדיניותו, ולפנות לארגון אחר.

קול (Voice) – האדם בוחר לפעול בדרך אקטיבית, להשמיע את קולו, כדי לנסות להשפיע על תוצאות המדיניות או על תהליך קבלת ההחלטות של החברה שהוא נמנה עמה. כשהוא עושה זאת, הוא שואף להשיג תוצאות שהוא מעריך אותן כטובות יותר עבורו. הלקוח של החברה או החבר בארגון מביעים את אי שביעות רצונם ישירות לפני ההנהלה או לפני סמכות כלשהי שההנהלה כפופה לה, אשר נכונה להקשיב להם. עקב כך, מסביר הירשמן, החברה עוסקת במקור לבעיית אי שביעות הרצון של הלקוח או החבר בה ומנסה למצוא לה פתרון. אולם מכיוון שפעולה על פי עקרון הקול או היציאה כרוכה בעלויות גבוהות מאוד ללקוח או לחבר בארגון, ההסתברות שינקוט אחת מהן נמוכה כנראה.

נאמנות (Loyalty) – למעשה מדובר פה בתחושת אמון, המאופיינת בגישה פסיבית יותר ובציפייה ש"מישהו יעשה משהו" או "שיקרה משהו" שיהפוך את המצב לטוב יותר (שם, עמ' 78).

במסגרת ביקורתו של הירשמן על המחקר ההתנהגותי הוא מסביר, שבתנאים מסוימים מציאות של דיסוננס כלשהו אצל אדם לא רק תחולל שינוי באמונותיו או בתפיסותיו, אלא גם תביא לפעולה אלטרנטיבית לצמצום הדיסוננס (שם, עמ' 94). בהקשר של שירותי בריאות, פעולה אלטרנטיבית מסוג זה יכולה להיות שימוש ברפואה שחורה. רפואה שחורה היא מתן טובת הנאה לספק שירותי בריאות בניגוד לחוק או לכללים הארגוניים הנוהגים, כדי להשיג שירותי בריאות עדיפים. בין הפעולות האלטרנטיביות ניתן למנות את אלה: תשלום ישיר לרופא על קיצור תור לטיפול או כדי שהוא יטפל בחולה באופן אישי; מתן מתנות והטבות לרופא לפני או אחרי טיפול, כדי לשפר את איכות הטיפול; מתן תרומות לקרנות מחקר של מחלקה בבית חולים או לרכישת מכשור וציוד רפואי, כדי לקבל שירותי בריאות עדיפים; תשלום בעבור טיפול שניתן ממילא במסגרת ביטוח

הבריאות הרגיל, כדי להבטיח את איכותו. פעולות אלה הן אסטרטגיות של אנשים המבקשים לפתור לעצמם בעיות הקשורות באספקת שירותי בריאות, והן מהוות חלופה למודל המקובל של קול, יציאה או נאמנות.

רפואה שחורה היא חלק מתופעה רחבה יותר, המכונה בספרות "תשלומים בלתי-פורמליים" (Cohen, 2012). מאז תחילת שנות ה-2000 הופנתה תשומת לב מחקרית רבה לתופעת התשלומים הבלתי-פורמליים עבור שירותי בריאות. הספרות מצביעה על כך שהם גם מעוררים בעיות רבות. רובן קשורות ביעילות, בשוויוניות ובאמון הציבור בספקי שירותי הבריאות. 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 שבהן ההכנסות נמוכות או ממוצעות (Ensor, 2004; Gaal et al., 2006; Lewis, 2007). עם זאת, ממצאים מלמדים שהתופעה רווחת, בתצורות שונות, גם במדינות החברות בארגון ה-OECD (כהן, 2010). האם גם בישראל ניתן למצוא אותה?

תוצאותיו של מחקר שנערך בשנת 2011 ובחן את עמדותיו של הציבור הישראלי מלמדות שבקרב ציבור זה יש נכונות להשתמש בערוצים בלתי פורמליים ולעתים אף בלתי חוקיים כדי להשיג טיפול רפואי טוב יותר (Cohen et al., forthcoming). עם זאת, הספרות הישראלית חסרה מאוד בנתונים כמותיים על ההתנהלות בהקשר זה, כלומר על השימוש בפועל שהציבור הישראלי עושה בערוצים אלה. הנתונים האחרונים בנושא הוצגו בספרות לפני עשור וחצי ויותר. למרות האתגר המתודולוגי הגדול הכרוך במדידת רפואה שחורה (בעיקר הקושי לקבל נתוני אמת מהמשלמים ומספקי הבריאות), מחקרים שנערכו מלמדים, שבעבר לא היתה הרפואה השחורה תופעה שולית וזניחה בישראל. לחמן ונוי (1992, 1998) דיווחו בין היתר שנכון ליום עריכת בדיקתם, כל חולה שלישי לפחות בישראל מעורב ברפואה שחורה: 45% מהחולים שהתראיינו למחקרם השתמשו ברפואה שחורה במחלקות הכירורגיות; 41% נתנו תשלום לרופא; 37% שילמו עבור קיצור תור, ו-29% שילמו לרופא מסוים כדי שיטפל בהם.

מטרתו של מחקר זה היא לבחון את תובנותיו של הירשמן על תחום מדיניות שירותי הבריאות בישראל ועל מקרה הבוחן של רפואה שחורה במערכת הבריאות הישראלית. במאמרנו נבחן את היקף הרפואה השחורה בישראל נכון לשנת 2013, את מאפייניה, את הגורמים הקשורים אליה ונמליץ על דרכים לצמצומה.

למאמר שישה חלקים כולל חלק המבוא. בחלק השני נדון במודל של הירשמן ובביקורת שהופנתה כלפיו, תוך התמקדות בתחום שירותי הבריאות. בחלק השלישי נבחן את תופעת הרפואה השחורה בהקשר של האסטרטגיות שאנשים מאמצים בבקשם לפתור בעיות הנוגעות לאספקת שירותי בריאות ושל תופעת התשלומים הבלתי-פורמליים. בחלק

הרביעי נציג סקר ארצי הבוחן את היקפי הרפואה השחורה בישראל, שהועבר ל-1,105 נשאלים על בסיס מדגם מייצג. בחלק החמישי נדון בממצאינו, ובחלק השישי והאחרון נציע מספר המלצות להתמודדות עם התופעה.

המודל של הירשמן ותחום שירותי הבריאות

הירשמן הגדיר יציאה וקול כ"שתי תגובות מנוגדות של צרכנים או חברים בארגון למה שהם מפרשים כהידרדרות באיכות המוצרים, השירותים או ההטבות שהם מקבלים" (Hirschman, 1993). כלומר: מבחינת הירשמן אי שביעות רצונם של לקוחות משירותי בריאות היא הבסיס להתנהגות אלטרנטיבית שלהם. בהתייחס לתחום הבריאות, יציאה משמעותה עזיבת ספק השירותים בחיפוש אחר ספק טוב יותר. היציאה של מבוטחים עשויה להביא את ספק השירותים לשפר את איכות השירותים או המוצרים כדי למנוע עזיבה. קול הוא פעולת התלונה או ההתארגנות כדי למחות על הידרדרות השירותים ולגרום בכך לספקי שירותי הבריאות לפעול לשיפורם. כאשר יציאה היא פעולה אינדיבידואלית, הרי על מנת שהקול יהיה אפקטיבי, נדרשת פעולה קולקטיבית (Hirschman, 1993). מכיוון ש"עלות" היציאה נמוכה יותר, לדעתו של הירשמן, תהיה נטייה להעדיף אותה על העלויות הכרוכות בהשמעת קול מחאה. הדרך שמאזנת בין שתי הדרכים הראשונות היא הנאמנות לחברה או לארגון (Hirschman, 1970).

לימים טען הירשמן, שלפעולת השמעת הקול יש ערך משלה, המאזן את חישובי העלות-תועלת של הפרטים. על רקע זה הוא הסביר ש"עלינו לצפות להופעתו של קול, כשלמוצרים או לשירותים יש מרכיב משמעותי של טובין ציבוריים..." (Hirschman, 1980, p. 434). כשהוא מפגין העדפה ברורה כלפי מערכת המחזקת את הבחירה (היציאה), ולא את השמעת הקול, אימץ ג'וליאן לה גרנד (Le Grand, 2007) את תפיסתו של הירשמן שלקול ערך משלו מבחינת משתמשי השירותים הציבוריים, אך קישר בין הערך המוענק לקול לבין אידיאולוגיה. סוציאל-דמוקרטים, מנקודת מבטו, יעדיפו מערכות המדגישות את השמעת הקול, ושמרנים יעדיפו מערכות המדגישות את הבחירה (היציאה). בין היתר נבחן במחקרנו טענה זו. אך מה קורה כאשר אופציית הקול חסומה לאנשים?

לימים הציעו מפתחיו ומרחיביו של המודל הקלאסי של הירשמן (Lyons & Lowery, 1985; Rusbult & Lowery, 1986) דרך פעולה רביעית, העומדת לרשות פרט שאינו שבע רצון מתוצאות מדיניות – נטישה, הנובעת מייאוש מכל מעורבות אקטיבית. ביחסי פרט-מדינה ניתן לאפיין התנהגות כזו כאי התעניינות ואי מעורבות בנעשה במרחב

הציבורי או בכל "השתתפות פוליטית" אחרת. התנהגות מעין זו מוגדרת התנהגות "דמוית-יציאה" (quasi-exit). מזרחי (Mizrahi, 2012) מצביע על התנהגות זו בהקשר של אספקה עצמית של שירותים ומוצרים ציבוריים, ולהמך-וילציג (Lehman-Wilzig, 1991, 1992) טוען שאסטרטגיה זו רווחת אצל רבים מאזרחי ישראל. בהמשך לטיעונים אלה נציע אנו שבמקרה של שירותי בריאות ניתן להרחיב את המודל של הירשמן ולהצביע על התנהגות זו כעל אלטרנטיבה רביעית.

בכל הקשור ספציפית לתחום הבריאות טענו מבקריו של הירשמן, שיש לנהוג זהירות, כאשר מבקשים לאמץ את המודל לתחום הבריאות. קליין (Klein, 1980, p. 423) טען, שבשונה מתחומים אחרים, בתחום הבריאות "צרכנים אינם רוכשים מוצר אחד, אלא חבילה מורכבת והטרונגית של שירותים שונים". שלזינגר ועמיתים (Schlesinger et al., 1999) טענו שהבדלים עמוקים במצב הבריאות מבנים גישות שונות לאלטרנטיבות יציאה וקול. מבקרי המערכת הצביעו על כך שבעידן "הטיפול המנוהל" נכונה למערכת הבריאות ההגדרה של "מונופול רופף": היא מאופיינת במידע מוגבל, בפערי ידע בין ספקי וצרכני שירותים ובעלויות פסיכולוגיות. כל אלה עשויים להגביל הן את היציאה ממנה והן את השמעת הקול בתוכה (Andreasen, 1984; Rodwin, 1997; Singh, 1990). בדומה לכך מפנה אוורט (Ewert, 2011) את תשומת לבנו לעובדה שהנאמנות לארגון, ובעיקר לנותני השירותים, גבוהה במערכות בריאות מאשר בשירותים או בארגונים אחרים.

על אף הביקורת השתמשו חוקרים רבים במודל של הירשמן לניתוח תחום הבריאות. לה גרנד (Le Grand, 2007) השתמש בו כדי לדון בהגברת רמת הבחירה של אזרחים המבקשים להשתמש בשירותי בריאות במערכת הבריאות הבריטית. אחרים השתמשו בו כדי להצדיק את הגברת הערוצים להשמעת קול במערכת של "טיפול מנוהל" (managed care), המבוססת על המגזר הפרטי (Rodwin, 1997). והיו כאלה שהסבירו דרכו רפורמות במערכת הבריאות, אשר ביקשו להגביר במקביל את אופציית היציאה ואת אופציית הקול – בגרמניה נקטו צעדים להגברת התחרות, והקימו מנגנונים שאפשרו השתתפות של המבוטחים (Pickard et al., 2006); אחרים ניסו להסביר באמצעותו את התפתחותן של התנועה לבריאות האישה או תנועות הנאבקות על זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות (Rodwin, 1997). אולם אחד השימושים המעניינים ביותר במודל היה קישורו לתופעת התשלומים הבלתי-פורמליים על שירותי בריאות.

רפואה שחורה ותשלומים בלתי-פורמליים על שירותי בריאות

תשלומים בלתי-פורמליים במערכת הבריאות שכיחים במדינות שונות ברחבי העולם (Allin et al., 2006; Chereches et al., 2013; Cohen, 2012) ומעוררים בעיות רבות בהקשר של יעילות, שוויוניות ואמון הציבור (ראו כהן, 2010, עמ' 42-51). יתרה מזאת, הם מערערים את עקרון הסולידריות שמערכת הבריאות הציבורית מבוססת עליו (Stringhini et al., 2009). יש הגדרות רבות לתופעת התשלומים הבלתי-פורמליים. ריבוי ההגדרות מקשה על המחקר ההשוואתי ועל הערכת היקף התופעה. מחקר חדש מעריך שיש הערכת חסר בנוגע לתשלומים הבלתי-פורמליים, גם אם שכיחות התופעה המדווחת מגיעה ל-3% בפרו, ל-20% בבולגריה, ל-21% באלבניה, ל-87% בגרוזיה, ל-91% בארמניה ול-96% בפקיסטן (Chereches et al., 2013, p. 96).

קרוב לוודאי שההגדרה המרחיבה יותר היא זו שגאל ועמיתים (Gaal et al., 2006) מציעים. הם מגדירים תשלומים בלתי-פורמליים כ"תרומה ישירה שמטופל או כל אדם הפועל למענו נותן במזומן או בשווה-כסף לספקי שירותי בריאות, בנוסף לכל תרומה הנקבעת על פי תנאי הזכאות עבור שירותים שאותו מטופל זכאי להם על פי חוק" (Gaal et al., 2006, p. 252).

הספרות מציעה הסברים רבים לתופעה. הסברים תרבותיים רואים את התשלומים הבלתי-פורמליים כמנהג מושרש בחברות מסוימות, שאינו מוגבל למערכת הבריאות. הסברים כלכליים מייחסים את התופעה למערכות בריאות שבהן אין קבלת השירותים כרוכה בתשלום בנקודת הכניסה, לביקושים עודפים ולחילופין להיצע עודף, לשכר נמוך ולמערכת פרטית שאינה מפותחת דיה. הסברים מוסדיים מצביעים על העדר אחריות, על העדר בקרה, על העדר שקיפות ועל מידע חסר.

תוך הרחבת המודל של הירשמן והתייחסות להיבטים של כשלי ממשל, פיתחו גאל ומקי (Gaal & McKee, 2004) מודל ביהיוריסטי-קוגניטיבי להבנת התופעה, המבוסס על רציונל כלכלי. על פי מודל זה, המכונה יציאה בלתי-פורמלית-פנימית (INXIT – Informal/Internal Exit), אדם שאינו מרוצה מהתוצאות ינסה לשנות את הפעילות המסורתית שנקט עד כה, כדי לשפר את מצבו. כאשר ערוצי ההשתתפות והיציאה חסומים, הוא לא יעשה זאת דרך הערוצים הפורמליים, למשל תלונות, אלא באמצעות ערוצים בלתי-פורמליים, כמו תשלומים או קשרים (Gaal & McKee, 2004, p. 167). עדיין אין פעילות זו יכולה להיחשב יציאה, כי היא נעשית במסגרת הארגון עצמו. הם מציעים להוסיף אפשרות זו לאלטרנטיבות שהציע הירשמן. הם טוענים שהתשלומים הבלתי-פורמליים דומים אמנם להשמעת קול, כי המטופלים הלא מרוצים אינם עוזבים את הארגון

אלא משתמשים באותם תשלומים כדי לגרום לארגון לשפר את השירותים שהם מקבלים, ובכל זאת הם דומים בעיקר ליציאה, משום שאינם מביאים לשיפור הארגון בכללותו, אלא מהווים רק פתרון פרטני (Gaal & McKee 2004: 167). לטענתם של גאל ומקי, צורות של תשלומים בלתי-פורמליים צומחות במערכות שבהן יציאה וקול אינן אופציות בהישג יד, והן מתקבעות, כשיש אי אמון כללי במערכת. עם זאת יש לציין, שגאל ומקי אינם דנים בקשר בין אי אמון לבין המושג המרכזי השלישי במודל של הירשמן, נאמנות. גורדיב ועמיתים (Gordeev et al., 2013, p. 17) השתמשו במודל ה-INXIT כדי לנתח את המקרה הרוסי. הם הראו שברוסיה שיעור התשלומים הבלתי-פורמליים גבוה מאוד, מכיוון שבמערכת הבריאות הרוסית היציאה והקול עדיין חסומים. מנקודת מבטם התשלומים הבלתי-פורמליים הופכים אופציה ממשית במקומות שבהם אין בחירה אמיתית בין ספקים, המגזר הפרטי אינו מפותח ואין היזון חוזר בקרב המוסדות המספקים שירותים.

לסיכום: הטענה בספרות היא שאי שביעות רצון ואי אמון במערכת מגבירים את השימוש בתשלומים בלתי-פורמליים. נאמנות יכולה אפוא להיחשב כסוג של אמון בספק שירותי הבריאות. מכאן ניתן לשער שמידה נמוכה של אמון במערכת בריאות משמעותה שיעור גבוה של תשלומים בלתי-פורמליים. כלומר: נזהה עוד דרך פעולה מלבד שלוש אלה שהציע הירשמן – התנהגות דמוית-יציאה (quasi-exit). המחקר הנוכחי יבחן טענות אלה על המקרה הישראלי ובמיוחד את הקשר של תופעת התשלומים הבלתי-פורמליים עם אמון הציבור בספקי שירותי בריאות. בהתבסס על תובנותיו של הירשמן, כפי שנסקרו בפירוט לעיל, נבחן אפוא את שלוש ההשערות האלה:

1. אנשים החשים אי שביעות רצון משירותי הבריאות הציבוריים ייטו להשתמש ברפואה שחורה יותר מאנשים החשים שביעות רצון.
2. אנשים החשים אי אמון במערכת הבריאות ייטו להשתמש ברפואה שחורה יותר מאשר אנשים החשים אמון כלפיה.
3. אנשים החשים שערוצי ההשתתפות שלהם במערכת הבריאות מצומצמים והשפעתם עליה נמוכה ייטו להשתמש ברפואה שחורה יותר מאלה החשים שהם יכולים להשפיע עליה.

יש להדגיש שלא כל תשלום בלתי-פורמלי עבור שירותי בריאות יכול להיחשב רפואה שחורה. הטיפולוגיה של כהן (Cohen, 2012, p. 290) מבחינה בין ארבעה סוגים של תשלומים בלתי-פורמליים על שירותי בריאות: תשלומים "שחורים", תשלומים "אפורים", תשלומי "הכרת תודה" ותשלומים "אבודים". הסיווג של תשלומים בלתי פורמליים אלה נעשה באמצעות שני משתנים: חוקיות ושיפור. משתנה החוקיות מתייחס לשאלה אם התשלום נעשה באופן חוקי או לא. משתנה השיפור מתייחס לשאלה אם

התשלום שיפר את מצבו של המשלם או לא. תשלום שחור נעשה בצורה בלתי חוקית ומשפר את מצב המשלם. תשלום אפור משפר אף הוא את מצבו של המשלם, אך לא נחשב בלתי חוקי. עם זאת, במקרים שבהם יש עמימות בנוגע לכשרותו, הוא בהחלט יכול להעלות שאלות של אתיקה ומוסר. תשלומי הכרת תודה הם תשלומים חוקיים שאינם משפרים את מצבו של המשלם. אלה תשלומים שניתנים למטפל לאחר הטיפול בהנחה שאין מדובר בסדרה של טיפולים מתמשכים שהמטפל קיבל עליהם תשלום כזה כבר בעבר ומצפה לתשלום נוסף בעתיד. תשלומים אבודים הם תשלומים בלתי-פורמליים, אשר בסופו של יום אינם משפרים את מצבו של המטופל או אף מרעים אותו. עם זאת, אין גיבוי אמפירי לכך שהורע מצבם של אלה ששילמו תשלומים בלתי-פורמליים. זהו רעיון תיאורטי בלבד. סביר להניח שבחלק מהמקרים תשלום בלתי חוקי ישפר את מצבו של המשלם ובמקרים אחרים לא יעלה ולא יוריד. במהלך המחקר המוצע נבחן את קיומם של סוגי תשלומים אלה במערכת הבריאות הישראלית.

לוח 1

סוגים של תשלומים בלתי-פורמליים לבריאות

פעולה בלתי-חוקית	פעולה חוקית או עמומה	
תשלום שחור	תשלום אפור	טיפול בטיפול ביחס לאחרים
תשלום אבוד	תשלום הכרת תודה	טיפול שווה / גרוע מאחרים

כאמור, חסרים נתונים עדכניים על היקפי הרפואה השחורה בישראל בעשור האחרון. כעת נבקש לבחון את טיבה של התופעה בישראל נכון לשנת 2013.

מעריך המחקר

נתוני מערך מחקר מתאמי זה מבוססים על שאלון שיש בו שאלות סגורות ופתוחות. כלי המחקר נבנה בהתבסס על הספרות, על היגיון תיאורטי ועל היכרותנו את מערכת הבריאות בישראל. חלק הארי של ניתוחנו התבסס על שיטות מחקר כמותיות. אך בד בבד ערכנו גם ניתוח איכותני של השאלות הפתוחות, כפי שיפורט בהמשך. קודם לנטילת הדגימה המייצגת, העברנו פיילוט של השאלון למדגם קטן ולא מייצג של 26 נשאלים, רובם סטודנטים. מטרת הפיילוט היתה לנפות שאלות לא נחוצות ולתקן ניסוחים לא ברורים בטיוטת 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-1,105 נשאלים באמצעות סקר טלפוני ארצי.

כדי לדגום מקבלי החלטות במשקי בית שחוו בתקופה האחרונה מפגש ישיר או עקיף עם בתי החולים, הונחה צוות הסוקרים שלא לראיין צעירים מתחת לגיל 30. הדגימה שנטלנו מבוססת אפוא על מדגם שכבות פרופורציונלי מייצג של כלל אוכלוסיית ישראל (בכפוף להתניית הגיל), אשר נשאלו על ניסיונם בעשר השנים האחרונות. השוואה של מאפייני המדגם לנתונים הדמוגרפיים שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מלמדת שהמדגם שלנו דומה מאוד במאפייניו לנתוני הלשכה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013). היחס בין אלה שנתבקשו להשתתף בסקר לבין אלה שענו על השאלון בסופו של דבר עומד על 0.67.

מחקר זה קיבל את אישור ועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה. למשתתפים נאמר שהשאלון אנונימי ושהמידע שימסרו באמצעותו יישמר חשאי וישמש למטרות סטטיסטיות בלבד. עוד נאמר להם בתחילת הסקר, שבאפשרותם לא לענות על חלק מהשאלות ואף להפסיק את השתתפותם במחקר בכל עת. כמו כן הוסבר להם שאף שניתן להניח שלא לכולם יש די ידע או כלים להחליט בכל אחת מהשאלות, ואף שאחת מאפשרויות התשובה היא "לא יודע", הם מתבקשים לנסות ולהכריע על סמך הידע שיש להם ועל פי העדפתם האישית ולא של אחרים. ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS. הנתונים נאספו באביב 2013, כמעט שנתיים לאחר המחאה החברתית ובתקופה של שיפור יחסי במצבה הכלכלי של ישראל. נציין שבסמוך לתקופת איסוף הנתונים או במהלכה לא אירעו אירועים מיוחדים (יחסית למציאות הישראלית הדינמית במהותה).

מאפייני המדגם

המדגם הנוכחי כלל 494 גברים (45%) ו-611 נשים (55%), רובם (85%) נשואים. המרואיין הצעיר ביותר היה בן 30 והמבוגר ביותר בן 90. הגיל הממוצע של הנשאלים הוא 52.5 שנים (ס"ת 13.3). רוב המשיבים (90%) העריכו את רמת הבריאות שלהם כטובה או אף טובה מאוד. ממוצע יציבות המצב הכלכלי (על פי הערכה סובייקטיבית בין 0 = כלל לא יציב ל-10 = יציב מאוד) הוא 5.8 (ס"ת 2.52). ההכנסה החודשית (ברוטו) של משק הבית אצל 11% מהמשיבים עומדת על 20,000 ש"ח ומעלה. אצל 17% מהמשיבים ההכנסה היא בטווח שבין 14,000-20,000 ש"ח, אצל 28% – 4,001-8,000 ש"ח, ואצל 12% מהמשיבים ההכנסה היא 4,000 ש"ח ומטה. מתוך כלל המשיבים 43% הם בעלי השכלה אקדמית, 53% בעלי השכלה תיכונית ועל תיכונית, והיתר (4%) בעלי השכלה יסודית ומטה. רוב המשיבים (55%) שכירים, 13% עצמאיים, 17% פנסיונרים, והיתר (15%) אינם עובדים מסיבות אחרות. 52% מהמשיבים היו מאזור המרכז, 34% מאזור הצפון ו-14% מאזור הדרום. 916 משיבים (84%) ציינו שהם או מישהו מבני משפחתם אושפזו בעשור האחרון.

882 (80%) מכלל המשיבים היו מהמגזר היהודי ו-223 (20%) מהמגזר הערבי. בקרב המשיבים מהמגזר הערבי 76% הם מוסלמים, 12% נוצרים ו-12% דרוזים. רוב המשיבים במגזר היהודי (64%) השיבו "ישראלי" כשנשאלו על זהותם, 33% השיבו "אשכנזי" ו-17% השיבו "מזרחי". עוד 2% ציינו הגדרות אחרות (מכיוון שלמשיבים ניתנה האפשרות לבחור יותר מתשובה אחת אין המספרים מסתכמים ל-100%). רובם הגדול של המשיבים במגזר הערבי (77%) השיבו "ערבי" כשנשאלו על זהותם, 39% השיבו "פלסטיני" ו-37% השיבו "ישראלי". עוד 5% ציינו הגדרות אחרות (האחוזים מצטברים ליותר מ-100%, מכיוון שניתן היה לסמן יותר מהגדרה אחת). רמת הדתיות הממוצעת של כלל משתתפי המדגם (בסולם בין 0 = כלל לא דתי ל-10 = דתי מאוד) עמדה על 4.76 (ס"ת 3.32).

משתני המחקר

כדי למדוד את היקף הרפואה השחורה בישראל, ביקשנו מהמשיבים לענות על ארבע שאלות המוצגות בלוח 2. הגדרנו שימוש בפועל ברפואה שחורה ("השתמש" או "לא השתמש") כתשובה חיובית של המשיב על אחת מארבע השאלות האלה (כדי להגדיר בצורה ברורה אם מדובר בשימוש או לא, בחרנו, כמקובל בספרות, להשתמש במשתנים דיכוטומיים). כדי לבחון משתנים שנחשדו בעינינו כקשורים 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 – שביקשנו לבחון את זיקתם לרפואה שחורה. בהלימה עם הספרות שנסקרה שיערנו שיימצא קשר שלילי בין שלושת המשתנים האלה לרפואה השחורה. התאמת ההיגדים למשתנים נשענה על היגיון תיאורטי המבוסס על הספרות שנסקרה לעיל (תקפות תוכן) ועל בחינת ערך אלפא קרוונבך (Cronbach's α), שמסייעת להעריך את מהימנות העקיבות הפנימית בין ההיגדים. פירוט ההיגדים המרכיבים את המשתנים האלה וערך אלפא קרוונבך שלהם מפורטים בלוח 3. עוד בדקנו אם יש קשר בין רפואה שחורה לבין עמדות כלפיה; כלומר: אם ימצא קשר בין עמדות בנוגע לרפואה השחורה לבין השימוש בה בפועל. כאן שיערנו שיהיה קשר חיובי בין העמדות לבין המעשים. כלומר: מי שלא מצדיק מתן תשלומים "שחורים" גם ימנע מלעשות זאת בעצמו. מדד עמדות הציבור כלפי רפואה שחורה אף הוא מורכב משלושה היגדים ומוצג בלוח 3.

לוח 2

שימוש ברפואה שחורה

מספר המשיבים	לא	כן	ההיגד
1,094	1,021 (93%)	73 (7%)	האם אתה או אחד מבני משפחתך שילם תשלום לא פורמלי באופן דיסקרטי על מנת לקבל שירותי בריאות מועדפים לו או לבן משפחתו?
097,1	1,047 (95%)	50 (5%)	האם שילמת תשלום לא פורמלי בעד טיפול פרטי בבית חולים ציבורי שלא במסגרת השר"פ (שירות רפואי פרטי)?
1,101	1,074 (98%)	27 (2%)	האם תרמת כסף או ציוד לבית חולים או לקרן מחקר בבית החולים על מנת להקדים תור, לקבל טיפול טוב יותר או לבחור את הרופא המטפל?
1,083	995 (92%)	88 (8%)	האם נתת מתנות לצוות רפואי לפני או במהלך טיפול רפואי שאתה או בן משפחתך קיבלתם?

לוח 3
משתנים בלתי תלויים

אלפא של קרונבך	מתאם עם שאר ההיגדים	מספר משיבים	סטיית תקן	ממוצע	המשתנה / ההיגדים
					תחושת אמון
0.778	0.547	1075	1.22	3.03	יש לי אמון בהנהלה הראשית של קופת החולים שלי
	0.639	1087	1.09	3.78	יש לי אמון ברופאי קופת החולים שלי
	0.721	1094	1.10	3.59	יש לי אמון בקופת החולים שלי באופן כללי
	0.437	1032	1.08	3.56	יש לי אמון ברופאים בבתי החולים בהם ביקרתי
					שביעות רצון
0.813	0.479	1093	1.09	3.64	אני שבע רצון משירותיה של קופת החולים שלי
	0.625	996	1.11	3.22	אני שבע רצון משירותיהם של בתי החולים הציבוריים
	0.620	848	1.21	2.42	אני שבע רצון מזמני ההמתנה לניתוחים בישראל
	0.622	1028	1.16	2.5	אני שבע רצון מזמני ההמתנה לרופאים מומחים בישראל
	0.667	1081	1.09	3.04	אני שבע רצון ממערכת הבריאות באופן כללי
					יכולת השתתפות
0.750	0.600	1028	1.29	2.54	מערכת הבריאות מעוניינת לשתף את הציבור בתהליכי קבלת החלטות חשובות
		1060	1.25	2.68	לדעתי, במידה ואתקל בבעיה בכל הקשור לטיפול רפואי, אוכל לפנות אל מקבלי ההחלטות במקום ולתקן את המצב
					תחושת שוויון
-	-	1038	1.24	3.6	קופת החולים שלי מספקת שירותים שווים לכול, ללא הבחנה כלשהיא בין אדם לאדם

עם זאת, וכפי שהוסבר לעיל, כדי לבצע פעולות הנחשבות רפואה שחורה, יש צורך לא רק במוטיבציה, אלא גם ביכולת. לא מן הנמנע שיהיו כאלה שיתמכו עקרונית בנקיטת

פעולות אלה, אולם מסיבות שונות (למשל אי יכולת כלכלית) לא תהיה בידם היכולת לבצען. על כן ביקשנו לבחון את הקשר בין עמדותיהם של אזרחי ישראל כלפי התופעה לבין המשתנים אמון, שביעות רצון והשתתפות. עוד ביקשנו לבחון, אם תחושות של שוויון קשורות אף הן לעמדות בנוגע לרפואה שחורה. השערתנו במקרה זה היתה שיש קשר חיובי בין שני המשתנים האלה. כמו כן ביקשנו לבחון, אם עמדות אידיאולוגיות בנוגע למדינת הרווחה (סוציאליזם, סוציאל דמוקרטיה וניאו-ליברליזם) ולמדיניות החברתית הרצויה קשורות לעמדות הציבור כלפי רפואה שחורה. בהתאם לספרות שסקרנו שיערנו שבמקרה זה ככל שאנשים יצדדו יותר במדיניות ניאו-ליברלית המדגישה אינדיבידואליזם ויוזמה פרטית, כך נצפה למצוא אצלם תמיכה גדולה יותר בתופעה. פירוט ההיגדים המרכיבים את המשתנים האלה וערך אלפא קרוונבך שלהם מוצגים בלוח 4.

לוח 4

עמדות בנוגע לרפואה שחורה וכלפי המדיניות החברתית הרצויה בישראל

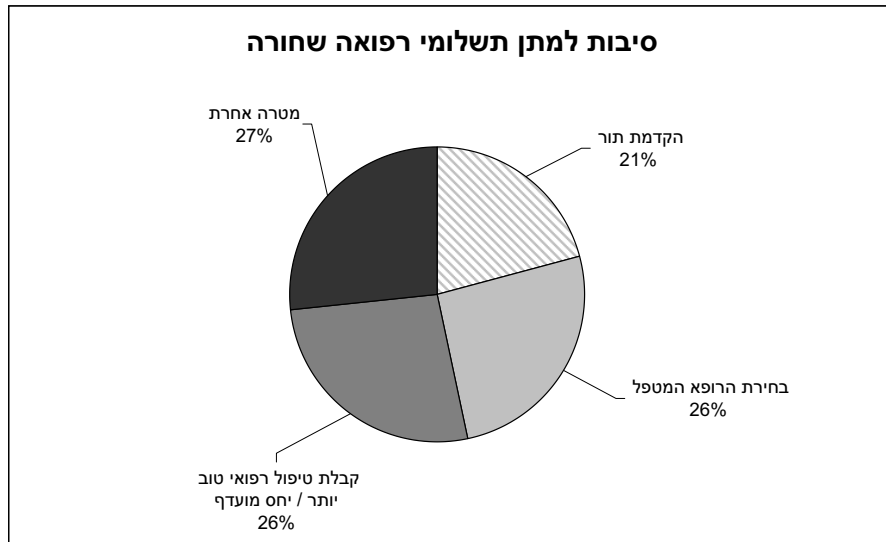
אלפא של קרוונבך	מתאם עם שאר ההיגדים	מספר משיבים	סטיית תקן	ממוצע	המשתנה / ההיגדים
					עמדות בנוגע למדיניות החברתית הרצויה
0.644	0.440	1,083	1.04	4.47	המדינה היא האחראית להספקת שירותי בריאות לחולים ואסור שתשאיר את התחום לסקטור הפרטי
	0.552	1,079	1.01	4.54	זה הוא תפקידה של המדינה לצמצם פערים חברתיים בין האזרחים
	0.476	1,070	1.07	4.19	כאשר המדינה מספקת שירותים לאזרחים, היא צריכה להדגיש יותר שיקולים חברתיים של שוויון והגינות מאשר שיקולים של יעילות כלכלית
					עמדות בנוגע לרפואה שחורה
0.62	0.45	1,057	1.58	2.80	אם אדם זקוק לטיפול רפואי ואינו מרוצה ממה שמערכת הבריאות הציבורית מספקת, זכותו לשלם לרופא תשלום מיוחד כדי לקבל טיפול מועדף
		1,068	1.55	3	בשעת הצורך ובמידה ואדם צריך, מותר לו להפעיל קשרים אישיים על מנת לספק לו או לבני משפחתו שירותי בריאות מועדפים

לבסוף ניסינו לבחון את הקשר בין משתנים שיוכיים וסוציו-דמוגרפיים (מגזר, מגדר, גיל, השכלה, דת, מידת דתיות, רמת בריאות, הכנסה, מצב כלכלי ואזור גיאוגרפי) לבין רפואה שחורה.

ממצאי המחקר: רפואה שחורה בישראל

המצאים המובאים בלוח 2 מלמדים, שנכון לשנת 2013 יש רפואה שחורה במערכת הבריאות הישראלית. 12% מכלל המשיבים במדגם שילמו תשלומים שחורים על שירותי בריאות. כך, למשל, ציינו 7% מהמשיבים שהם או אחד מבני משפחתם שילמו באופן דיסקרטי תשלום לא פורמלי, כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים. עם זאת יש ציין, שהמצאים מלמדים שהיקפי התופעה אינם גדולים מאוד ושבהשוואה לממצאי מחקרים קודמים שנסקרו לעיל (ודיווחו שבעבר היה כל חולה שלישי מעורב ברפואה שחורה) נראה שאובייקטיבית חלה ירידה בהיקף התופעה. רק 5% מהמשיבים 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 של בעלי היכולת להשתמש בשר"פ ובשב"ן (שירותי הבריאות הנוספים שהם למעשה הביטוחים המשלימים של הקופות), אשר בעצם "הלבינו" את הרפואה השחורה. על היקפי התופעה בישראל ניתן ללמוד גם מתשובות המשיבים על השאלה "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 (1091), השיבו בחיוב רק 6%.

מה היתה מטרת התשלומים או התרומות לבתי החולים שנתנו המשיבים שהצהירו שהשתמשו ברפואה שחורה? ממצאי מחקרנו, המובאים בתרשים שלהלן, מלמדים שהסיבות העיקריות היו הקדמת תור, בחירת הרופא המטפל ורצון לקבל יחס מועדף וטיפול טוב יותר מהרגיל (גם כאן ניתן היה לבחור יותר מתשובה אחת). מתשובות הנשאלים ששילמו תשלומים שחורים ניתן אף ללמוד שרוב התשלומים שולמו על ניתוחים (50%), והשאר שולמו על "טיפול רפואי אחר" (24%). שאר המשיבים העדיפו לא לומר מה היתה הפרוצדורה הרפואית שעליה שילמו תשלום שחור או כינו את הפרוצדורה הרפואית כ"אחר". עוד מצאנו שמכלל אלה שהצהירו ששילמו תשלומים שחורים היו 64% בבתי חולים במרכז הארץ, 27% בצפון ו-8% בדרום. אחוז אחד מהנשאלים דיווח ששילם בשחור בבית חולים בחו"ל.



עוד ביקשנו לבדוק מה דעתם של אלה שהצהירו שלא שילמו תשלומים שחורים על איכות השירות שקיבלו בהשוואה לאלה שכן שילמו. הממצאים מלמדים שרוב אזרחי ישראל סבורים שאין הם מקבלים טיפול פחות טוב מאלה שמשלמים. כך התפלגו התשובות על ההיגד "אני חושב שקיבלנו טיפול רפואי פחות טוב ממה שהיינו מקבלים אם היינו תורמים כסף למחלקה או לבית החולים": 47% לא הסכימו עמו כלל; 14% לא הסכימו עמו; 11% הסכימו עמו, ורק 12% הסכימו עמו מאוד. עם ההיגד "אני חושב שקיבלנו טיפול רפואי פחות טוב ממה שהיינו מקבלים, אם היינו משלמים לרופא או לאחות כסף בצורה דיסקרטית" 50% לא הסכימו כלל, 16% לא הסכימו, 9% הסכימו, ורק 11% הסכימו עמו מאוד. ממצאים דומים התקבלו גם בנוגע להשפעת התשלום השחור על הקדמת התור; עם ההיגד "אני חושב שחיכינו לתור יותר מאשר היינו מחכים אם היינו משלמים" 40% לא הסכימו כלל, 15% לא הסכימו, 12% הסכימו, ו-18% הסכימו עמו מאוד.

עם זאת, נראה שהמציאות משתנה מעט כשמדובר בתשלומים "אפורים" או בתשלומי "הכרת תודה". הנתונים שאספנו מלמדים ש-27% מהמשיבים דיווחו שהם או אחד מבני משפחתם הפעילו קשרים אישיים (פרוטקציה), כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים. עוד ממצא מעניין הוא שרבע מהמשיבים (25%) דיווחו שנתנו מתנות לצוות אחרי טיפול רפואי שהם או בן משפחתם קיבלו. נציין, שתופעה זו מוכרת מאוד במדינות מזרח אירופה ובמיוחד במדינות חבר העמים לשעבר, וכפי שנסקר בספרות היא סופגת ביקורת רבה. אבל רבים רואים בה סוג של הכרת תודה, משום שבמקרים רבים היא ניתנת לספקי שירותי

הבריאות לאחר הטיפול. יש להדגיש שבמקרים שבהם מדובר בסדרה של טיפולים (למשל הקרנות או טיפולי כימותרפיה), אין התשלום נחשב הכרת תודה, אלא תשלום שחור לכל דבר ועניין, משום שספק השירותים יעניק למשלם (בין אם התשלום הוא מתנה יקרת ערך או תשלום כספי) שירותים רפואיים בעתיד.

בשל רגישות הנושא וההנחה הרווחת שניתן ללמוד על התנהגות של אנשים מתוך דעתם על פעילות של אנשים אחרים, פתחנו את הריאיון במספר שאלות מקדימות; שאלנו אם לדעתם אזרחים אחרים שילמו בצורה בלתי חוקית כדי לקבל שירותי בריאות טובים יותר (שאלות השלכה) ואם ידוע להם על מכר או קרוב שלהם שנהג כך. מתשובותיהם ניתן ללמוד שכאשר מדובר באחרים או אפילו במכרים, ממדי התופעה גדלים בצורה משמעותית. כך, למשל, 28% מהמשיבים 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-59% הסכימו או הסכימו מאוד עם ההיגד "לדעתי, מי שיכולים לעשות כן, יפעילו קשרים אישיים (פרוטקציה) כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים". 14% מהמשיבים הצהירו שידוע להם על מכר או על קרוב שביקש או התבקש לשלם תשלום לא פורמלי באופן דיסקרטי לרופא, כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים או קיצור תור, ו-41% ציינו שמכר או קרוב שלהם הפעיל קשרים אישיים כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים או כדי לקצר תור.

אף שהאינדקסיות שהתקבלו במחקר מלמדות שאזרחי ישראל עדיין משתמשים ברפואה שחורה וברפואה אפורה (מפעילים פרוטקציות וקשרים אישיים), ואף שמספר גדול יותר של נשאלים מדווחים שלדעתם אחרים עושים זאת או אף מצהירים שידוע להם על מכרים שעושים זאת, הרי שבאופן כללי עמדות אזרחי ישראל כלפי התופעה הן שליליות. רובם הגדול של המשיבים (74%) רואים באופן שלילי את התשלומים הבלתי-פורמליים. 2% בלבד רואים אותם בחיוב, 18% רואים בהם גם צדדים חיוביים וגם צדדים שליליים, ו-6% אדישים לתופעה או שאין להם דעה בעניין.

בחינת הקשרים בין משתני המחקר

הגדרנו שני משתנים במחקר כמשתנים תלויים. המשתנה הראשון והעיקרי היה השימוש ברפואה שחורה, כפי שהוגדר לעיל. המשתנה השני היה עמדות המשיבים כלפי הרפואה השחורה; ביקשנו לבחון את הקשר שלו עם המשתנים הבלתי-תלויים. המשתנים הבלתי-תלויים במחקרנו היו כאמור אמון במערכת הבריאות, שביעות רצון ממערכת הבריאות, שיתוף הציבור בקבלת החלטות (כפי שהמשיבים רואים זאת), השוויון (מנקודת מבטם של המשיבים) במתן שירותי הבריאות ועמדות המשיבים כלפי המדיניות החברתית הרצויה. הקשרים בין כל אחד מהמשתנים הבלתי-תלויים לבין כל אחד מהמשתנים התלויים נבדקו

בנפרד. מובהקות הקשרים נבדקה תוך שימוש במבחני chi-square. לצורך בדיקה זו קיבצנו את המשתנים הבלתי-תלויים לשתי רמות (רמה גבוהה – מעל לחציון; רמה נמוכה – מתחת לחציון).

הבחינות הסטטיסטיות שערכנו מלמדות שהמשתנה היחיד שנמצא בקשר מובהק עם השימוש ברפואה שחורה הוא מידת האמון של המשיבים: אצל בעלי האמון הנמוך במערכת הבריאות שיעור השימוש עמד על 14% לעומת 9% בלבד אצל בעלי האמון הגבוה (Chi-Square(1)=6.32, P=0.012). אם כן, בשונה מהמצופה על פי המודל של הירשמן, לא מצאנו קשר מובהק, לא עם שביעות הרצון מהשירות הציבורי ולא עם יכולת ההשתתפות (משתנה הקול). עם זאת, כאמור, ממצאינו מלמדים שככל שאופציית ה"נאמנות" נחלשת, השימוש ברפואה שחורה גובר. בדומה, המשתנה היחיד שנמצא בקשר מובהק עם העמדות בנוגע לרפואה שחורה הוא מידת השוויון במתן שירותי הבריאות, מנקודת מבטם של המשיבים. שיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה בקרב אלה שתופסים את מידת השוויון במתן השירותים כגבוהה הוא 42% לעומת 33% בלבד בקרב אלה שתופסים את מידת השוויון כנמוכה (Chi-Square(1)=9.95, P=0.0016). אף כאן לא מצאנו קשר מובהק עם משתנה הקול. בחנו גם את המאפיינים השיוכיים והסוציו-דמוגרפיים שפירטנו לעיל. הקשרים בין כל אחד מהמאפיינים האלה לבין כל אחד מהמשתנים התלויים נבדקו אף הם באמצעות מבחני chi-square. לצורך בדיקה זו קיבצנו חלק מהמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים למספר מצומצם של רמות. מכלל המשתנים השיוכיים, המשתנה היחיד שנמצא בקשר מובהק עם השימוש ברפואה שחורה הוא המגזר שהמשיב משתייך אליו. נמצא ששיעור השימוש בקרב היהודים הוא 13% לעומת 7% בלבד בקרב הערבים (Chi-Square(1)=5.86, P=0.0155). כאשר בחנו את הקשר בין המשתנים השיוכיים לבין העמדות בנוגע לרפואה שחורה, נמצאו מספר משתנים בעלי קשר מובהק ($P < .05$) עם המשתנה התלוי שלנו:

1. מגזר – שיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה בקרב היהודים עמד על 42% לעומת 25% בלבד אצל הערבים (Chi-Square(1)=19.48, P<0.0001).
2. השכלה – שיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה בקרב בעלי השכלה אקדמית עמד על 43% לעומת 35% בלבד אצל בעלי השכלה לא אקדמית (Chi-Square(1)=6.87, P=0.0088).
3. מידת הדתיות – שיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה בקרב אלה המגדירים עצמם ברמת דתיות גבוהה (8-10 בסולם של 1-10) עמד על 46% לעומת 35%-36% בקרב משיבים מרמות דתיות נמוכות יותר (Chi-Square(3)=8.71, P=0.0335).

4. הכנסה – שיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה בקרב בעלי הכנסה גבוהה (אלה שמרוויחים מעל 20,000 ש"ח ברוטו בחודש) עמד על 52% לעומת 36%-38% בלבד בקרב משיבים מרמות הכנסה נמוכות יותר ($\text{Chi-Square}(2)=9.35, P=0.0093$).
5. תחושת ביטחון כלכלי – שיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה בקרב משיבים המגדירים את מצבם הכלכלי כי ציב יותר (דירוגים 8-10 בסולם 1-10) עמד על 46% לעומת 32%-37% בלבד בקרב נשאלים המגדירים את מצבם הכלכלי כי ציב פחות ($\text{Chi-Square}(2)=10.8, P=0.0045$). נציין כי בשונה ממשנתה ההכנסה ששאל על הכנסה אובייקטיבית, מדד משנתה זה את תחושת הביטחון הכלכלי הסובייקטיבית של המשיבים.
6. אזור גיאוגרפי – שיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה נמצא נמוך יותר בקרב תושבי אזור הצפון (32%) לעומת שיעור גבוה יותר בקרב תושבי הדרום והמרכז – 39% ו-42% בהתאמה ($\text{Chi-Square}(2)=9.78, P=0.0075$).

בחינה מרובה של הקשרים בין משתני המחקר באמצעות רגרסיה לוגיסטית

כדי לבחון את הקשר של כל המשתנים הבלתי תלויים יחדיו, הן לשימוש ברפואה שחורה והן לעמדות בנוגע לרפואה שחורה, הותאם מודל של רגרסיה לוגיסטית המכיל את כל המשתנים הבלתי תלויים שפורטו לעיל, פרט למשתנה ההכנסה שבו היה מיעוט יחסי של תשובות. כל המשתנים הבלתי-תלויים הוכנסו למודל באופן גולמי (ללא קיבוץ לרמות), פרט למשתנה ההשכלה שקובץ לשתי רמות (אקדמית/לא אקדמית) ומשתנה האזור הגיאוגרפי שהוגדר באמצעות שני משתני דמי (צפון/דרום, כשאזור המרכז מהווה את קבוצת הייחוס). תוצאותיו של הניתוח הסטטיסטי המתואר לעיל העלה מספר לא גדול של ממצאים מובהקים. עיקרי הניתוח מובאים בלוחות 5 ו-6.

לוח 5

תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית עבור שימוש ברפואה שחורה (המודל המלא)
(N=964)

95% Confidence Interval		Odds Ratio	משתנה בלתי-תלוי
Lower limit	Upper Limit		
1.070	0.586	0.792	אמון במערכת הבריאות
1.267	0.661	0.915	שביעות רצון ממערכת הבריאות
1.283	0.869	1.056	שיתוף הציבור בקבלת החלטות
1.327	0.906	1.096	שוויון במתן שירותי הבריאות
1.325	0.791	1.024	עמדות חברתיות/פוליטיות
5.140	1.237	* 2.522	מגזר (יהודים)
1.283	0.576	0.860	מגדר (גברים)
1.009	0.975	0.992	גיל
1.845	0.779	1.199	השכלה (אקדמית)
1.136	1.000	1.066	רמת דתיות
1.198	0.606	0.853	רמת בריאות
1.093	0.918	1.002	מצב כלכלי
1.523	0.569	0.931	אזור גיאוגרפי (צפון)
1.669	0.523	0.934	אזור גיאוגרפי (דרום)

P<0.05 *

לוח 6

תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית עבור שימוש ברפואה שחורה
(מודל נבחר, בשיטת Stepwise)
(N=1077)

95% Confidence Interval		Odds Ratio	משתנה בלתי תלוי
Lower limit	Upper Limit		
0.936	0.614	0.758	אמון במערכת הבריאות
4.187	1.306	2.339	מגזר (יהודים)
1.139	1.016	1.076	רמת דתיות

בהתאם לתובנותיו של הירשמן, מצאנו שככל שרמת האמון של המשיבים במערכת הבריאות גדלה, כך שיעור השימוש ברפואה שחורה קטן. כלומר: לאמון יש קשר שלילי עם השימוש ברפואה השחורה. עוד מצאנו, ששיעור השימוש ברפואה שחורה גבוה יותר בקרב משיבים יהודים מאשר בקרב משיבים ערבים. ניתן לשער שמצבם הכלכלי של ערביי ישראל, הטוב פחות ממצבם של היהודים, יכול להסביר ממצא זה. לבסוף, מחקרנו חושף שככל שרמת הדתיות של המשיבים (ללא קשר לדתם) גבוהה יותר, כך עולה שיעור השימוש ברפואה שחורה. ממצא מעניין זה דורש הסבר, שכן לכאורה היינו מצפים שאנשים דתיים יהיו רגישים יותר לאתיקה ולא ירעו מצב של אחרים כדי לשפר את מצבם. אולי ניתן להסביר ממצא זה בכך שהצלת חיים היא ערך עליון אצל אנשים דתיים, ולכן כל האמצעים כשרים כשנחוץ לשפר מצב בריאותי. אבל בה בעת קשה להאמין שאצל אנשים שאינם דתיים הצלת החיים שלהם או של בני משפחתם לא תעמוד בראש סדר העדיפויות. על כן ראוי לבחון נושא זה במחקרי המשך.

מכיוון שלאחר איסוף הנתונים מצאנו שהתפלגות הערכים התצפיתיים של משתנה עמדות הציבור כלפי רפואה שחורה אינה מתאימה להתפלגות הנורמלית, לא יכולנו להשתמש בה במודל של רגרסיה ליניארית כפי ששאפנו מלכתחילה. זאת ועוד, בחינת ההתפלגות של משתנה זה הראתה שכיחות גבוהה יחסית בשני קצוות הסולם. לכן חילקנו את משתנה העמדות לשתי רמות (הסכמה/אי הסכמה), ובהתאם לכך הותאם אף לו מודל של רגרסיה לוגיסטית. תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית שערכנו עבור עמדות הציבור כלפי רפואה שחורה, המצגות בלוחות 7 ו-8, מעלות מספר מסקנות מעניינות: (א) בניגוד למה שציפינו על פי המודל של הירשמן, מצאנו שבאופן פרדוקסלי ככל שעולה רמת שביעות הרצון של המשיבים ממערכת הבריאות, כך עולה שיעור העמדות החיוביות שלהם כלפי רפואה שחורה. (ב) בהלימה עם הממצאים בנוגע לשימוש בפועל ברפואה שחורה נמצא ששיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה גבוה יותר אצל יהודים מאשר אצל ערבים.

(ג) מצאנו ששיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה גבוה יותר אצל בעלי השכלה אקדמית מאשר אצל חסרי השכלה אקדמית. (ד) אף כאן בהלימה עם הממצאים שעלו בדבר הקשר של שימוש ברפואה שחורה עם משתני המחקר מצאנו, שככל שעולה רמת הדתיות של המשיבים, כך עולה שיעור העמדות החיוביות שלהם כלפי תופעת הרפואה השחורה.

לוח 7

תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית עבור עמדות בנוגע לרפואה שחורה (המודל המלא)
(N=957)

95% Confidence Interval		Odds Ratio	משתנה בלתי תלוי
Lower limit	Upper Limit		
0.985	0.641	* 0.795	אמון במערכת הבריאות
1.589	1.013	* 1.269	שביעות רצון ממערכת הבריאות
1.217	0.928	1.063	שיתוף הציבור בקבלת החלטות
1.193	0.921	1.048	שוויון במתן שירותי הבריאות
1.075	0.767	0.908	עמדות חברתיות/פוליטיות
3.351	1.396	*** 2.163	מגזר (יהודים)
1.107	0.642	0.843	מגדר (גברים)
1.015	0.992	1.004	גיל
1.630	0.902	1.212	השכלה (אקדמית)
1.114	1.021	** 1.067	רמת דתיות
1.213	0.763	0.962	רמת בריאות
1.127	0.998	1.061	מצב כלכלי
1.293	0.667	0.929	אזור גיאוגרפי (צפון)
1.333	0.597	0.892	אזור גיאוגרפי (דרום)

P<0.05 *
P<0.01 **
P<0.001 ***

לוח 8

תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית עבור עמדות בנוגע לרפואה שחורה
(מודל נבחר, בשיטת Stepwise)
(N=1060)

95% Confidence Interval		Odds Ratio	משתנה בלתי תלוי
Lower limit	Upper Limit		
1.383	1.025	* 1.190	שביעות רצון ממערכת הבריאות
3.034	1.491	*** 2.126	מגזר (יהודים)
1.748	1.040	* 1.348	השכלה (אקדמית)
1.102	1.020	** 1.060	רמת דתיות

P<0.05 *
P<0.01 **
P<0.001 ***

ניתוח איכותני של ממצאי הסקר

במסגרת התשאול התבקשו הסוקרים לשאול את השאלה הפתוחה הזו: "האם תסכים לספר על ניסיון שבו נתבקשת או הרגשת שאתה או בן משפחתך צריך לשלם תשלום 'שחור' על מנת להקדים תור או לקבל שירות רפואי טוב יותר מהרגיל?" ניתוח התשובות על שאלה זו, שיש להתייחס אליהן כמובן בזהירות הראויה, מעלה מספר ממצאים מעניינים.

הממצא הראשון מספק תימוכין לממצאים הכמותיים המאשרים שיש בישראל רפואה שחורה. כך למשל מספרת אחת המשיבות (משיבה 247): "רופא בבית החולים אמר שינתח ושנהוג להודות. [...] והוא אמר שלא יכול בבית חולים פרטי, כי אין ציוד, אז צריך בבית חולים ממשלתי." כך דיווחה משיבה אחרת (משיבה 418): "[היה לי] סיפור של ילד שעבר תאונת דרכים והייתי צריכה הרבה פעמים ללכת לרופא בקשר לידיים שנפגעו. הרופא המטפל לא רצה לתת לנו קבלות על הטיפול – הוא רצה שחור. אנחנו רצינו קבלות כדי לקבל החזר מהביטוח. שילמנו יותר והוא נתן לנו בסוף קבלות." ממצא אחר מחזק את הטענה שחלק מהתשלומים השחורים משולמים באמצעות קרנות המחקר של בתי החולים. כך סיפר אחד המשיבים (משיב 1099): "רמזו שאם יתרמו לקרן מחקר, אז יזרזו את הטיפול. וגם רמזו שיטפל בה רופא מסוים."

ממצא מעניין אחר מלמד שתשלומים שחורים ניתנים בישראל לא רק לרופאים. מהדיווחים עולה שחלק מאזרחי ישראל מבקשים לשפר את מצבם גם בכל הקשור

לשירותי סיעוד וטיפול שנותנות אחיות: "סבא היה מאושפז בבית חולים, והמשפחה הרגישה צורך לתת יותר כסף על מנת שהאחיות יטפלו בו [...] שיתייחסו אליו..." (נשאלת 178). "לאחר שנתנו מתנה לאחת האחיות, אז היחס השתנה..." (נשאלת 697).

אולם הממצא העיקרי העולה מהניתוח האיכותני אינו נוגע ישירות לרפואה השחורה, אלא לתפקידו של השר"פ ולמגמות בעייתיות מאוד העולות משירות זה. ממצא מעניין זה לא היה זוכה ככל הנראה לתימוכין אמפיריים, אילו היינו מסתפקים בשאלות סגורות בלבד. ואולם הניתוח האיכותני מספק אינדיקציות רבות לכך שהשר"פ הולך ומקבל אפיונים של רפואה שחורה. אף שנושא השר"פ מוסדר בחוק ואף שמשולמים עליו מסים וחלקים גדולים מהתשלום אינם מגיעים ישירות לרופאים, אלא לבתי החולים, עולה שלא מעט רופאים "מפתים" את הפונים לבתי החולים הציבוריים לפנות לערוצים פרטיים במסגרת בית החולים. על רקע התורים הארוכים לפרוצדורות שונות ועל רקע העובדה שלא כל פרוצדורה מתבצעת בידי המומחה המוביל באותה המחלקה, לחולים רבים נרמז, ולעתים אף נאמר בצורה מפורשת, שתשלום (חוקי) לשר"פ ישפר את מצבו של המשלם ביחס לאחרים בבית החולים הציבורי. על רקע הא-סימטריה במידע לטובת הרופאים, דיווחו משיבים רבים שלאחר שאמר להם הרופא המטפל בבית החולים הציבורי שיצטרכו להמתין חודשים מספר עד שיגיע תורם לניתוח, הוא הציע להם לפנות לשר"פ כדי לזרז את ההליך. כך, למשל, סיפר אחד המשיבים (משיב 328): "[...] היה בבית חולים ונרמז לו על ידי הרופא שאם הוא רוצה טיפול טוב יותר הוא יכול לבוא למרפאה פרטית שבה עובד הרופא." משיב אחר (משיב 321) סיפר: "המטופל היה צריך לעבור ניתוח אצל רופא מומחה. [הוא] הגיע לרופא מומחה של קופת חולים. הרופא אמר שאם הוא יחכה לתור של קופת חולים ייקח לו זמן [...] אבל אם הוא רוצה, הוא יוכל לעשות לו את הניתוח באופן פרטי." והנה עוד מקבץ: "היה ניתוח לפני מספר שנים [...] ניתוח עיניים אצל [...] המליץ לעשות ישירות דרכו. אם לא אז המחלקה תעשה והוא לא מבטיח שיהיה שם. כששאלנו למה? הוא אמר: 'אתה לא מעדיף שמומחה יהיה נוכח?' כלומר: תשלם ותקבל אותי שם..." (משיב 446). "רופא אמר שאם יבואו דרך ביטוח פרטי באופן פרטי, אפשר לקבל טיפול מחר... ואם ציבורי – עוד חצי שנה בלבד..." (משיב 513). בחלק מהמקרים, כמו המצוטטים לעיל, הרופאים אומרים את הדברים בצורה מפורשת, ובמקרים אחרים הם רק רומזים: "[זה] לא היה בצורה ברוטלית, תמיד בצורה רמוזה, תמיד ממקום של 'בעצם יכולתם ולמה לא עשיתם' [...] 'אם הייתם משלמים, אז היינו עושים דברים אלה ואחרים'..." (משיב 835).

לא רק זאת, אלא שממצאינו מלמדים, שלא פעם הרופאים אף מפנים לקליניקות הפרטיות שלהם את המטופלים המגיעים לבתי חולים ציבוריים, כדי לשפר את מצבם של אלה בבתי החולים הציבוריים ביחס לחולים אחרים. הנה מבחר ציטוטים: "פנו לרופא שעובד במוסד ציבורי שגם יש לו פרקטיקה פרטית, שילמו 600 ש"ח עבור ביקור, אחר כך העלה אותם

בתור לטיפול במסגרת בית חולים ציבורי... (משיבה 614). [הסיפור שאני מספר קשור] לבת של אח שלו שהיתה צריכה לעשות לבת שלה ניתוח לאוזניים... ורמו לה שהיא תבוא לקליניקה שלו כדי שתשלם כסף למרות שהוא במערכת הבריאות הציבורית... (משיב 145). [...] היה צריך לעבור ניתוח ואמרו לו שאם הוא ישלם 50 אלף ש"ח, הוא יקבל אותו מידית, ואף הרופא הפנה אותו למרפאה פרטית שבה הוא עובד... (משיבה 307). "אבא שלי שבר את צוואר הירך ברגל וכדי לבחור את הרופא המנתח, הם הלכו אליו להתייעצות פרטית כדי שינתח אותם, ולאחר ששילמו הוא הצליח להקדים את הניתוח בבית החולים..." (משיב 631). "הרופא רמו להם שכמה שישלמו יותר, יקבלו חוות דעת שהטיפול דחוף..." (משיב 871).

ממצאים אחרים מלמדים על הפניית מטופלים שפנו מלכתחילה אל בתי חולים ציבוריים לקבלת טיפול בבתי חולים ובארגונים פרטיים. כך למשל מדווח אחד המשיבים (משיב 839): "רופא הציע לחולה להקדים טיפול ולבוא אל מעבדה פרטית שלו תמורת כסף. [הדבר] קרה במחלקה בכירה. הרופא היה רופא בבית חולים ציבורי." לעומתו מתארת אחת המשיבות (משיבה 555) מגמה המזכירה שיווק אגרסיבי: "ד"ר [...] ניסה לשכנע את אימא לעשות את הניתוח ב[...] שהוא בית חולים פרטי, ועל ניתוח זה היה מקבל סכום כסף גדול. [...] היתה מזכירה שהתקשרה אליה על מנת לראות איפה זה עומד."

סיכום ומסקנות

מחקר זה בחן את היקף תופעת הרפואה השחורה בישראל נכון לשנת 2013, את מאפייניה ואת הגורמים הקשורים בה, תוך בחינת מספר תובנות שאליהן הגיעו הירשמן וחוקרים אחרים. אחד הממצאים המרתקים ביותר שעולים ממחקרנו נוגע דווקא לכך שלא מצאנו קשרים שציפינו למצוא על פי המודל של הירשמן. מחקרנו לא מצא שום קשרים מובהקים בין העדר אופציית הקול (השתתפות) לבין שימוש ברפואה שחורה או עמדות כלפיה. יתרה מזאת, לא מצאנו קשר מובהק בין שביעות הרצון משירותי הבריאות הציבוריים לבין השימוש ברפואה שחורה.

תיאורטית מצאנו שמידת האמון של המשיבים קשורה בצורה מובהקת עם השימוש ברפואה שחורה. ככל שגוברת רמת האמון של המשיבים במערכת הבריאות, כך יורד שיעור השימוש ברפואה השחורה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם תובנתו של הירשמן שהעדר נאמנות עשוי להוביל אנשים לאסטרטגיות של יציאה. וכשמדובר במוצר ציבורי, היציאה יכולה לקבל תצורה של התנהגות "דמוית-יציאה", כפי שסקרנו לעיל. עם זאת, מכיוון שמערך המחקר שלנו הוא מתאמי ולא ניסויי, קשה לקבוע בוודאות אם העדר

האמון הוא שהשפיע על רפואה שחורה או להפך. ייתכן שדווקא אצל אלה שהתנסו ברפואה שחורה פחת האמון בעקבות השימוש הבלתי ראוי שעשו ספקי השירותים במעמדם. מחקרי המשך המבוססים על מערך מחקר ניסויי עשויים לשפוך אור על סוגיה מרתקת זו.

מצאנו גם שככל שעולה רמת הדתיות של הנשאלים (ללא קשר לדתם), כך עולה שיעור השימוש ברפואה שחורה. עוד מצאנו קשר בין ההשתייכות למגזר מסוים לבין שימוש ברפואה שחורה: שיעור השימוש אצל יהודים היה גבוה מזה שאצל הערבים. המאמר ניסה לספק הסברים לממצאים אלה, אף שראוי לבחון את ההסברים אמפירית במחקרי המשך. בכל הנוגע לעמדות בנוגע לרפואה שחורה מצאנו, שמידת השוויון במתן שירותי הבריאות קשורה עם משתנה זה בצורה מובהקת: אצל אלה שתופסים את מידת השוויון במתן השירותים כגבוהה, שיעור העמדות החיוביות כלפי רפואה שחורה גבוה יותר מאשר אצל אלה שתופסים את מידת השוויון כנמוכה. מצאנו גם כי פרדוקסלית, ככל שעולה רמת שביעות הרצון של המשיבים ממערכת הבריאות, כך עולה שיעור העמדות החיוביות שלהם כלפי שימוש ברפואה שחורה. כלומר: למרבה ההפתעה שביעות רצון גבוהה אינה קשורה באופן חיובי עם נכונות לשימוש ברפואה שחורה. עוד גילינו, שהמשתנים מגזר, השכלה, מידת הדתיות, הכנסה, תחושת ביטחון כלכלי ואזור גיאוגרפי קשורים אף הם במידה מובהקת עם עמדות הציבור כלפי רפואה שחורה. ממצאינו מלמדים אפוא, שלפחות בהתייחס למקרה הבוחן שלנו, קשה להתאים את המודל של הירשמן במלואו לסוגיית הרפואה השחורה.

בעקבות הספרות שנסקרה (Lehman-Wilzig, 1992, 1991; Mizrahi, 2012) הצענו להרחיב את המודל של הירשמן, המציג שלוש דרכי פעולה, בהצביענו על רפואה שחורה כעל דרך פעולה רביעית המכונה התנהגות "דמוית-יציאה" (quasi-exit). עוד נוסף שהניסיון הישראלי עשוי ללמד אותנו על תובנה שלא נכללה במודל של הירשמן. בהתייחס לאופציית השר"פ והשב"ן, אנו טוענים שיש מקרים שבהם ספקי שירותי הבריאות עצמם הם אלה שמפתחים ומבססים פורמלית דרכי פעולה נוספות. אמנם השר"פ והשב"ן אינם נכללים בסל השירותים שהמדינה מחויבת לספק לאזרחיה על פי האמנה החברתית. אבל מאפייניהם המיוחדים והעובדה שספקיהם הם אותם ספקים העובדים במערכת הבריאות מבדילים את אופציית השימוש בהם מאופציית ה"יציאה" הקלאסית. במקרה זה ניתנת לאזרחים ההזדמנות לצאת אד-הוק מהמערכת הרגילה (רפואה ציבורית בחינם) תוך מתן תשלום מוסדר. כלומר: כדי שהלקוח לא "יציא" לגמרי ממערכת הבריאות, הערוצים האלה מספקים לו סוג של "יציאה חלקית תוך שמירה על נאמנות".

בכל הקשור למקרה הישראלי מצאנו שנכון לשנת 2013 יש רפואה שחורה במערכת הבריאות הישראלית. ממצאינו ניתן להסיק שבעשור האחרון שילם לפחות כל אזרח עשירי בישראל תשלומים שחורים, כדי לשפר את מצבו ביחס למטופלים אחרים. עוד

מצאנו שלפחות אחד מכל ארבעה ישראלים הפעילו קשרים אישיים (פרוטקציה), כדי לקבל שירותי בריאות מועדפים. ממצא מעניין אחר הוא שמטופלים בישראל מעניקים מתנות לצוות רפואי לאחר טיפול רפואי שהם או בן משפחתם קיבלו. אף שלתופעה זו עשויים להיות גם צדדים חיוביים – רצונם של מטופלים להביע את הערכתם ואת תודתם לטיפולם המסור של ספקי שירותי בריאות – בקלות רבה יכולות המחוות האלה לקבל תפנית שלילית, במיוחד במקרים שבהם מדובר בסדרה של טיפולים. במקרים אלה אין התשלום נחשב הכרת תודה, אלא תשלום שחור לכל דבר ועניין, משום שמדובר ביחסים מתמשכים שבהם יעניק ספק השירותים למשלם שירותים רפואיים גם בעתיד. לא רק זו, אלא שהשתרשותה של התופעה, אם תחרוג מגבולות הטעם הטוב, יכולה להפוך לחריגים את אלה שאינם מעניקים תשורות ולהפעיל לחץ על מטופלים מחוסרי אמצעים.

השאלה אם השיעור הנמוך יחסית של שימוש ברפואה שחורה בישראל נכון לשנת 2013 מלמד שבסך הכול מערכת הבריאות הישראלית אינה סובלת מהתופעה היא בעיקרה שאלה נורמטיבית. התשובה עליה תלויה בתפיסת עולמו של המשיב. בהשוואה לממצאיהם של לחמן ונוי (1998), שסקרנו לעיל, אכן חלה ירידה אובייקטיבית בשיעור המדווחים שהשתמשו ברפואה שחורה. עם זאת, לעניות דעתנו, מבחינה אבסולוטית אין הנתונים הקיימים משביעי רצון. אנו גם מעריכים שההיקף האמיתי גבוה מזה שדיווחו עליו המשיבים. בכל מקרה, לדעתנו התופעה יכולה להתפרץ ולהתרחב בהמשך – במיוחד אם בעתיד יחול שינוי באופי אספקת שירותי הבריאות ובעיקר שירותי האשפוז בישראל.

הממצא המעניין שעלה בהקשר הישראלי, ולפיו ככל שעולה רמת האמון כלפי מערכת הבריאות, כך יורד שיעור השימוש ברפואה שחורה, עשוי אולי ללמד שיש אזרחים שהיו מעוניינים שלא להשתמש ברפואה שחורה, אילו היו מאמינים באמת, שכספי המסים שלהם משמשים בצורה יעילה את מערכת הבריאות ושהם יכולים לבטוח במקבלי ההחלטות העוסקים במדיניות הבריאות בישראל. עניין זה נמצא בהלימה עם ממצא מעניין אחר שעלה מהסקר שערכנו: בעוד עמדות הציבור כלפי המדיניות החברתית הרצויה מעלות שאין הציבור בישראל מעוניין להשאיר את שוק הבריאות בידי כוחות השוק בלבד (ראו לוח 4), הרי שכאשר נשאלו המשיבים על מידת הסכמתם עם ההיגד "אני מסכים/ה לשלם יותר מסים עבור שירותי בריאות איכותיים שווים לכלל האזרחים במדינה", ירדה ההסכמה עם ההיגד באופן משמעותי (3.22 עם ס"ת 1.55): 30% מהמשיבים הסכימו מאוד עם ההיגד ו-18% הסכימו עמו. לעומתם, 9% לא הסכימו עמו ו-24% מהמשיבים לא הסכימו עם ההיגד כלל.

הניתוח האיכותני שערכנו מחזק את הממצאים הכמותיים ומלמד אף הוא שבישראל יש רפואה שחורה נכון לעכשיו. מצאנו שהרפואה השחורה בישראל מכנסת תחתיה לא רק רופאים, אלא גם שירותי סיעוד וטיפול הניתנים בידי אחים ואחיות. אך חשוב מכול, הניתוח האיכותני מספק אינדיקציות רבות לכך שהשר"פ הולך ומקבל מאפיינים של

רפואה שחורה. לא מעט רופאים "מפתים" את הפונים לבתי החולים הציבוריים לפנות לערוצים פרטיים במסגרת בית החולים, כדי לשפר את מצבם ביחס לאחרים. ממצאינו מלמדים שלא פעם הרופאים אף מפנים את המטופלים המגיעים לבתי חולים ציבוריים לקליניקות הפרטיות שלהם או אל בתי חולים וארגונים פרטיים. הזליגה של רפואה שחורה לתחום השר"פ עשויה לחזק את טענותיהם של אלה שמבקשים לצמצם או לבטל את השר"פ בבתי החולים. זליגה זו תורמת מנקודת מבטם לבעייתיות הקיימת מלכתחילה בעצם היותו של ערוץ פרטי בבתי חולים ציבוריים שאמורים להיות שווים לכול. אך מעבר לכך, על רקע מאפייניו המיוחדים של תחום הבריאות ועל רקע פערי הידע בין ספקי שירותי הבריאות לבין הצרכנים, תופעה זו מציבה אתגר לא קטן גם למצדדים בקיומו או בהרחבתו של השר"פ. ראוי אפוא שמקבלי ההחלטות יפעלו לגבש מדיניות ציבורית שיטתית ועקבית בנושא.

המלצות למקבלי החלטות

לצד הצלחות מרשימות, מערכת הבריאות בישראל ניצבת גם מול אתגרים לא מעטים. קיומה של רפואה שחורה בישראל, ולא פחות מכך עמדותיהם החיובית של חלק מהאזרחים כלפי התופעה, מציבים לפני מקבלי ההחלטות אתגר מורכב שיש להתייחס אליו בכובד ראש. אף שיהיו כאלה שיצביעו על חצי הכוס המלאה, כלומר על הירידה המשמעותית בשימוש ברפואה שחורה ועל השיעור הנמוך יחסית של התופעה, אין ערובה שבעתיד לא יחול שינוי לרעה. גם אם כרגע מצבה של מערכת הבריאות בכלל הקשור לרפואה שחורה אינו גרוע כבעבר, לא מן הנמנע שהמגמות הקיימות ייתנו את אותותיהן ובעתיד ישפיעו לרעה על מערכת הבריאות. זאת ואף זאת, העובדה שבמדינות דמוקרטיות מערביות כמעט אין בספרות דיווחים על התופעה מציבה את ישראל עם מדינות מסוימות שהתרבות הפוליטית והאתיקה הרפואית בהן אינן מודל לחיקוי. שחיתות, ככל הנראה, היא חלק בלתי נמנע מהמציאות האנושית. עם זאת, מערכות תמריצים נכונות וכללי משחק בהירים הנאכפים בצורה אפקטיבית יעשו את ההבדל בין מערכת בריאות מושחתת לבין מערכת שרק מדי פעם מתגלים בה עשבים שוטים.

כיצד ניתן אפוא לשפר את המצב? ההמלצות שנפרט להלן יוצאות מתוך נקודת הנחה שקשה מאוד לשפוט אדם הפונה בעת צרה (למשל מצוקה או סכנת חיים לו או לבן משפחתו) לערוצים לא חוקיים אלה. על כן יש להפנות את עיקר המאמץ לא לצמצום הביקוש, אלא לצמצום ההיצע האלטרנטיבי הקיים, כלומר להפעיל על ספקי שירותי הבריאות ברמות השונות רגולציה אפקטיבית יותר. להלן המלצותינו:

1. אכיפת החוק – לחמן ונוי (1998) מצביעים על כך שרוב הרופאים הנוטלים תשלומים שחורים אינם מובאים עקב כך לדין. בין השנים 1987-1993 הובאו לדין שמונה

מקרים בלבד. על פי נתון זה ההסתברות של רופא בודד להיתפס עקב תלונה היא 1:39,000 בקירוב. כך, גם אם הענישה תהיה מרבית, הרי שהתוחלת (הערך הגלום בעונש הצפוי כפול ההסתברות להיתפס) מובילה רופאים שאינם מוטרדים מהיבטים חברתיים או ערכיים של התופעה, אלא מעוניינים למקסם תועלת אישית, לא להסס מליטול תשלומים אלה. בנאי (2002) משתמש בנתון זה כדי להעלות את השאלה אם ניתן לצפות שסיכוי תפיסה נמוכים שכאלה יהוו גורם הרתעה משמעותי. בעקבות בנאי אנו סבורים, שכל עוד אין החוק נאכף והעבריינים אינם מובאים לדין, הרי ענישה חמורה כשלעצמה אינה הפתרון. בהקשר זה מפתיע לגלות שאין במשטרת ישראל יחידה המופקדת על עבירות בתחום הרפואה השחורה. כלומר: כמעט תמיד יוגשו כתבי אישום רק בעקבות "הלשנה" ולא בעקבות חקירה משטרתית. בפועל אין המשטרה נוקטת כל יוזמה לגילויים ולהעמדתם לדין של רופאים העוסקים ברפואה שחורה, שהיא, כאמור, עבירת שוחד, ופועלת רק כאשר מוגשת תלונה כנגד רופא מסוים (שם). אלא שתלונה מעין זו תוגש רק בחלק קטן מאוד מהמקרים. על ראשי המשטרה והשר המופקד עליה לפעול בדחיפות לתיוקן המצב הקיים ולהפנות מאמצים למיגור התופעה.

2. הגברת הענישה – קשה שלא להסכים עם טיעונו לעיל של השופט בנאי. אך גם לא ניתן להתעלם מכך שלעתים קרובות העונש שהשופטים מטילים על אלה שכן נתפסו והובאו לדין קל מדי. ואולי הסיבה לכך היא, כפי שמציין בנאי, שבנוסף לעונש שמטיל בית המשפט על רופא המורשע בעבירת שוחד בגין עיסוק ברפואה שחורה, אותו נאשם צפוי אף לצעדים משמעותיים אשר ימנעו ממנו לעסוק במקצוע הרפואה. 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 שברוב המקרים לא נשלל רישונו של העבריינים. על הרשות השופטת ועל ראשי מערכת הבריאות להחמיר אפוא את הענישה של אלה שסרחו.

3. שקיפות ומתן מידע לאזרחי ישראל – הנתונים שאספנו מלמדים שאזרחי ישראל מעריכים שהיקף התופעה רחב יותר מכפי שהוא בפועל. הערכה זו עשויה להגביר את אי האמון של אזרחי ישראל בספקי שירותי הבריאות, רובם רופאים ואחיות הגונים ומסורים העושים יום וליל עבודה מפרכת וחשובה. על מקבלי החלטות, ובעיקר על ראשי מערכת הבריאות, לצמצם את פערי המידע בנושא זה וכן בכל הקשור לשר"פ. עוד עליהם להדגיש לפני הציבור שבכוונתם לפעול בצורה אפקטיבית למיגורה של התופעה.

4. מתן הסברים, הכשרה וכללי משחק ברורים לספקי שירותי הבריאות – ככל הידוע לנו, בארגונים השונים וכן בתהליך הכשרתם של סטודנטים לרפואה כמעט אין הכשרה, הדרכה או דיונים בנושא הרפואה השחורה. על מקבלי החלטות במערכת הבריאות ליזום דיונים והדרכות, ובעיקר להדגיש את הקווים האדומים בנושא, גם אם לכאורה ידוע לכול ששחיתות אינה חלק מכללי המשחק של הארגון. בהקשר זה יש גם להסדיר בצורה ברורה

ואפקטיבית את הסוגיה של הטיית אנשים לערוצים פרטיים בתוך קופת החולים ומחוצה לה.

נבקש לסיים את דיוננו בהדגישנו שבממצאים שהצגנו במאמר זה אין, בשום פנים ואופן, כדי להכפיש את כל מערכת הבריאות הישראלית. מצאנו שרוב 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. מיגורה של התופעה ממערכת הבריאות יחזק את האמון בה וישפר את ביצועיה, הן במישור הכלכלי והן במישור החברתי. מודעות לנושא ולחץ על פוליטיקאים ועל מקבלי החלטות אחרים מחוץ למערכת הבריאות ובתוכה עשויים להיות צעד ראשון לקראת שינוי. מחקרי המשך שנערוך יבחנו את עמדותיהם ואת התנהגותם של ספקי שירותי הבריאות ומקבלי ההחלטות בתוך מערכת הבריאות הישראלית ומחוצה לה.

מקורות

- בנאי, י' (2002). רפואה שחורה כעבירה פלילית. רפואה ומשפט, 26, נבו.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013). ירחון סטטיסטי לישראל, יוני 2013. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- כהן, נ' (2010). תשלומים בלתי פורמליים בעבור שירותי בריאות – התופעה והקשריה. ביטחון סוציאלי, 84, 79-104.
- לחמן, ר' ונוי, ש' (1998). כתם שחור על חלוק לבן – הרפואה השחורה בישראל. תל-אביב: רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
- לחמן, ר' ונוי, ש' (1992). רפואה שחורה בישראל: תפיסות, נסיבות והשלכות. תל-אביב: מכון גולדה מאיר לחקרי עבודה וחברה.
- Allin, S., Davaki, K., & Mossialos, E. (2006). Paying for 'free' health care: The conundrum of informal payments in post-communist Europe. *Global Report on Corruption: Corruption and Health*. Transparency International, pp. 63-71.
- Andreasen, A. (1984). Consumer satisfaction in loose monopolies: The case of medical care. *Journal of Public Policy and Marketing*, 2 (1), 122-135.

- Chereches, R., Ungureanu, M., Sandu, P., & Rus, I. (2013). Defining informal payments in health care: A systematic review. *Health Policy, 110* (2-3), 105-114.
- Cohen, N. (2012). Informal payments for healthcare – The phenomenon and its context. *Health Economics, Policy & Law, 7* (3), 285-308.
- Cohen, N., Mizrahi, S., & Yuval, F. (2012). Black market medicine and public opinion toward the welfare state: Evidence from Israel. *Social Policy & Administration, 46* (7), 727-747.
- Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine, 58* (2), 237-246.
- Ewert, B. (2011). When choice becomes a duty and voice is limited: Health care consumerism in Germany. *Central European Journal of Public Policy, 5* (1), 52-75.
- 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.
- Gordeev, V. S., Pavlova, M., & Groot, W. (2013). Informal payments for health care services in Russia: Old issue in new realities. *Health Economics, Policy and Law*, First View Article, 1-24.
- Hirschman, A. (1993). Exit, voice, and the fate of the German democratic republic: An essay in conceptual history. *World Politics, 45* (1), 90-107.
- Hirschman, A. (1980). Exit, voice and loyalty: Further reflections and a survey of recent contributions, *The Milbank Memorial Fund Quarterly, 58* (3), 430-453.
- Hirschman, A. (1970). *Exit, voice and loyalty*. Cambridge: Mass, Harvard University Press.

- Klein, R. (1980). Models of man and models of policy: Reflections on 'exit, voice and loyalty' ten years later. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 58 (3), 416-429.
- Le Grand, J. (2007). *The other invisible hand: Delivering public services through choice and competition*. Princeton: Princeton University Press.
- 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), 984-97.
- Lewis, M. (2006). *Governance and corruption in public health care systems*. Center for Global Development, Working Paper Number 78.
- Lyons, W. E. & Lowery, D. (1986). The organization of political space and citizen responses to dissatisfaction in urban communities: An integrated model. *Journal of Politics*, 48 (1), 321-334.
- Mizrahi, S. (2012). Self-provision of public services: Its evolution and impact. *Public Administration Review*, 72 (2), 285-291.
- Pickard, S., Sheaff, R., & Dowling, B. (2006). Exit, voice, governance and user-responsiveness: The case of English primary care trusts. *Social Science and Medicine*, 63 (2), 373-383.
- Rodwin, M. (1997). The neglected remedy: Strengthening consumer voice in managed care. *The American Prospect*, 34 (1), 45-50.
- Rosbult, C. E. & Lowery, D. (1985). When bureaucrats get the blues: Responses to dissatisfaction among federal employees. *Journal of Applied Social Psychology*, 15 (1), 80-103.
- Schlesinger, M., Druss, B., & Thomas, T. (1999). No exit? The effect of health status on dissatisfaction and disenrollment from health plans. *Health Services Research*, 34 (2), 547-576.

- Singh, J. (1990). Voice, exit and negative word-of-mouth behaviors: An investigation across three service categories. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 18 (1), 1-15.
- Stringhini, S., Thomas, S., Bidwell, P., Mtui, T., & Mwisongo, A. (2009). Understanding informal payments in health care: Motivation of health care workers in Tanzania. *Human Resources for Health*, 7 (1), 53-62.