

רפואה שחורה בישראל

היבטים פוליטיים-חברתיים

:: ניסים כהן

למחלקה; תשלום בעד טיפול שאמור להינתן ללא תשלום במסגרת ביטוח הבריאות הרגיל, על מנת שהוא יהיה משופר; שימוש שרופאים עושים במכשור ובמכשירים ציבוריים ללא רשות על מנת לטפל בחולים פרטיים שלהם, וכיוצא באלו. למרות זאת, רופאים, מנהלים ומטופלים מתייחסים לפעולות אלו כאל דרכים נורמטיביות ומקובלות להבטיח טיפול טוב יותר, והן מהוות חלק אינטגרלי מהתרבות הארגונית בחלקים נרחבים מאוד במערכת הבריאות הישראלית. תופעה זו אינה חדשה: המקרה המתועד הראשון של רפואה שחורה התרחש בפלשתינה/א"י כבר בשנת 1919.

הספרות מייחסת לתופעת הרפואה השחורה שורה של מאפיינים והשפעות שליליות. תשלומים (ישירים או עקיפים) פוגעים ביעילותה של מערכות בריאות. הם מהווים גם מחסום בפני חסרי היכולת לקבלת שירותי בריאות ומגדילים את אי-השוויון בחברה, הואיל ומחסורי היכולת, ובהם לעיתים גם קשישים, לרוב אינם יכולים לנקוט אסטרטגיה זו. תופעה זו עשויה לפגוע גם במעמד הביניים. ככל שמעמיקה תופעת 'הרפואה השחורה' במערכת הבריאות, גובר הלחץ גם על מחוסרי יכולת כלכלית ליטול בה חלק. לא זו בלבד, אלא שהתופעה עשויה אף לפגוע ביעילותם של מנגנוני רגולציה שונים. כך למשל, עשויה להיפגע יעילותו של ביטוח רפואי, ככלי המספק מענה מסוים לכשלי השוק באספקת שירותי ומוצרי בריאות, שכן תשלומים מסוג זה מתקיימים במנותק מהמענה ומ'כללי המשחק' של מוסד הביטוח. מקבלי השירותים מפנימים למעשה כי ישנם כללים בלתי-פורמליים שדומיננטיים הרבה יותר מאיכות הביטוח הרפואי שברשותם. לבסוף, קיומה והשתרשותה של התופעה עשויה לפגוע באמון הציבור בספקי הבריאות ולהציב בפני אלו האחרונים פיתויים חומריים העשויים להתנגש בחוקים, בכללים ארגוניים ובאתיקה רפואית.

רפואה שחורה קיימת, בתצורות שונות, בעשרות רבות של מדינות ברחבי העולם. מחקרים שונים הצביעו על קיומה של התופעה במדינות שונות בצפון ומרכז אסיה, אך גם בדרומה ומזרחה. התופעה נצפתה גם בדרום אמריקה, באפריקה, ואף במדינות ים-תיכוניות מפותחות יותר כגון טורקיה ובמדינות החברות בארגון ה-OECD כגון יוון ומקסיקו. וכן, גם בישראל.

מהי רפואה שחורה?

המושג 'רפואה שחורה' מתייחס למגוון של פעילויות הננקטות על-ידי יחידים המבקשים לספק לעצמם שירותי בריאות עדיפים, באופן שהוא לא חוקי או שהוא על גבול החוקיות. פעולות אלו כוללות תשלום ישיר לרופאים בעד קיצור תור לטיפול (בעיקר לניתוחים); תשלום לרופא על מנת שהוא עצמו יטפל בחולה באופן אישי; מתן מתנות והטבות למטפל לפני הטיפול או לאחריו; מתן תרומות לקרנות מחקר של מחלקה בבית חולים אשר בה מטופל חולה; תרומות של מכשור וציוד רפואי או כסף לרכישת ציוד רפואי

המושג 'רפואה שחורה' מתייחס למגוון של פעילויות הננקטות על-ידי יחידים המבקשים לספק לעצמם שירותי בריאות עדיפים, באופן שהוא לא חוקי או שהוא על גבול החוקיות.

קצה הקרחון

הסגל הבכיר של משרד האוצר מקנא בשוק הפרטי, אך הפעם לא מדובר בשאיפה לתנאי עבודה מתגמלים יותר. משרד האוצר צפוי להתקשר בשלוש השנים הקרובות עם אלכ"א (האגודה לפיתוח ולקידום כוח האדם הבכיר בשירות הציבורי מיסודן של ג'וינט-ישראל ונציבות שירות המדינה) על מנת שזו תעביר סדנאות מעשירות לסגל הניהולי של האוצר (כלכליסט, 16/1/11).

מעניין לפיכך למצוא כי בעוד שאלכ"א נוסדה מתוך תפיסה כי איכות הסגל הניהולי מהווה את אחד הגורמים המשמעותיים ביותר בעתיד המינהל הציבורי בישראל, במשרד האוצר ממשיכים במדיניות היבוש אשר מגדירה את המגזר הציבורי כ"איש השמן" הרוכב על המגזר הפרטי "הרזה", אותו יש לקצץ ולהפריט בכל הזדמנות. נשאלת השאלה מה ילמד הסגל הבכיר של משרד האוצר בסדנאות הללו - האם יקבל הכשרה להמשך 'ניהול יעיל' של יבוש השירות הציבורי, או שמא דווקא ילמד על חשיבות חיזוק השירות הציבורי ומשרדי הממשלה, תוך צמצום כוחו שלו עצמו?



(שר"פ) יכול לשמש דוגמה מעניינת בהקשר זה. השר"פ הוא שירות רפואי הפועל בתוך בתי החולים הממשלתיים, ובמסגרתו מקבלים מטופלים שירותים מתקדמים שונים בתמורה לתשלום פרטי. במסגרת השר"פ יכול החולה לבחור לעצמו רופאים בכירים שיבצעו בו ניתוחים שאינם דחופים או פעולות פולשניות שונות, כגון צנתורים. הניתוח עצמו מתבצע בתוך חדרי הניתוח של בתי החולים, באמצעות ציוד של בתי החולים ועל-ידי צוות בית החולים. זהו, למעשה, עירוב של אספקה פרטית של מוצר הבריאות עם מבנים ומכשור ציבוריים. התומכים הכולטים בשר"פ הינם ההסתדרות הרפואית בישראל

כאשר נשאלו רופאים לסיבות לנטילת תשלומים 'שחורים', הם מנו סיבות שונות ובהן שכר נמוך, אי-סדירות בקבלת המשכורות, וכן הצורך במילוי הפער הגדל בין הצרכים הרבים של ארגוני הבריאות (בעיקר בתי החולים) לבין המחסור במשאבים, ושתרומות חולים אליהם נתפסו כמענה היחידי שיכול היה למלאו. הסברים נוספים שעלו במחקר הם הערכת ביצועים נמוכה וחוסר שביעות רצון של המטופלים, חוסר הגדרה או אי ידיעה ברורה של השירותים המגיעים למטופלים, חוסר באחריות (accountability) וקיומם של תנאים מבניים של שחיתות בסיסית בממשל. אולם מעבר לכך, עולה בבירור כי גורם מבני חשוב שהשפיע על המוטיבציה של רופאים לקבל תשלומים 'בשחור' הוא העדרה של מעורבות ממשלתית.

תופעת הרפואה השחורה בישראל לא נעלמה מעיני הרשויות. בעבר היא הוזכרה בדר"ח ועדת נתניהו לבדיקת תפקודה של מערכת הבריאות בישראל (1990) וכן בדוחות של מבקר המדינה שציין כי קיימת בעניין זה הסכמה שבשתיקה בין הרופא הבכיר לחוליו. המבקר הוסיף כי תופעה זו פוגעת בחינוך ובהדרכה של הרופאים הצעירים, שמטבע הדברים אינם נכללים בהסדרים אלה. לדעת רבים ממקבלי ההחלטות במערכת הבריאות, במשרד האוצר ובוועדות הבריאות של הכנסת, תופעת הרפואה השחורה מתקיימת ברמות שונות גם כיום. בהתייחסו לגילוי מקרה בו רופא בכיר קיבל שוחד מחולים לשם קידום ענייניהם, אמר בכיר במשרד הבריאות כי "לא מדובר באיים בודדים אלא בתופעה...".

חשוב להבחין בין רפואה שחורה לבין 'רפואה אפורה'. זו מתייחסת בעיקר לתופעת ה'פרוטקציה' - קבלת טיפול מועדף בבית חולים ציבורי לא על סמך תשלום כספי ישיר או מתן טובות הנאה, כי אם על בסיס קשרים אישיים או העדפת מכובדים וידוענים. יתכן שניתן לכלול בקטגוריה זו גם פניה של מטופלים למרפאות פרטיות של רופאים כדי לקבל מהם בבוא העת טיפול מועדף בבית החולים הציבורי שבו הם עובדים.

שר"פ - בין אפור לשחור

התפקיד המשמעותי שממלאת הרפואה השחורה בתרבות הארגונית של מערכת הבריאות הופך אותה לדוגמה מצוינת דרכה ניתן לבחון את השפעת הפעילות הלא חוקית או 'אפורה' על מקבלי ההחלטות - פוליטיקאים וביורוקרטים. הדיון אודות מיסוד השירות הרפואי הפרטי



כאשר נשאלו רופאים לסיבות לנטילת תשלומים 'שחורים', הם מנו סיבות שונות ובהן שכר נמוך, אי-סדירות בקבלת המשכורות, וכן הצורך במילוי הפער הגדול בין הצרכים הרבים של ארגוני הבריאות (בעיקר בתי החולים) לבין המחסור במשאבים, ושתרומות חולים אליהם נתפסו כמענה היחידי שיכול היה למלאו.

בשנת 2000 פורסמה רשימה של כמאתיים שמות של אנשי עסקים, אך גם פוליטיקאים ובירוקרטים שונים, שהיו בין המועמדים לקבלת כרטיס 'חבר כבוד' של עמותת ידידי המרכז הרפואי רבין (לשעבר בילינסון). יוזמה זו באה לאחר שיוזמה דומה של בית החולים 'תל השומר' נכשלה בשנת 1994. היוזמה המדוברת הבטיחה לבעלי הכרטיס טיפול אישי מועדף. מנהל המרכז הרפואי טען כי ההטבות לא כוללות ש"פ וכי "בזכות פתיחות הלב והתרומות הגדולות שקיבל בית החולים, אנו יכולים להעניק היום לכל הציבור את התנאים הטובים ביותר". בפועל, כללו ההטבות החריגות סיוע וטיפול אישי מהמחלקה לאח"מים, בדיקה שנתית חינם, חניה חינם בביה"ח ואף "קשר עם רופאים בחו"ל".

החל משנת 1996 ועד שנת 2002, הונהג השר"פ בארבעה בתי חולים ממשלתיים. בתחילת שנת 2002 פרסם היועץ המשפטי לממשלה, אליקים רובינשטיין, חוות-דעת ראשונה מסוגה שקבעה כי הפעלת השר"פ בבתי-החולים הממשלתיים אינה חוקית, הואיל והיא פוגעת בעקרון השוויון. החל משנה זו, חדל השר"פ להתקיים בבתי החולים הממשלתיים, אך נכון להיום, מספקות קופות החולים 'מכבי' (באמצעות בית החולים 'אסותא') ו'כללית' (באמצעות בית החולים 'הרצליה מדיקל סנטר') שירותי רפואה פרטיים שעל פי ההסתדרות הרפואית בישראל "אינם כשרים למהדרין". במקביל, ממשיכים שחקנים שונים בזירת מדיניות הבריאות לנסות למסד פעילות זו בחוק גם בשנים האחרונות. האם, בסופו של דבר, תופעה זו תמוסד או תמוגר – רק ימים יגידו.

ומנהלי בתי החולים הגדולים. מעורבותן של חברות הביטוח וקרנות המחקר הנהנות מהשר"פ פחות בולטת, אך סביר להניח שאף הן תומכות בו במידה רבה. המתנגדים העיקריים לו, נכון לשנת 2010, הם משרד האוצר, משרד הבריאות ו'קופת חולים כללית' – הגדולה מבין קופות החולים בישראל.

יתרונותיו וחסרונותיו של השר"פ רבים ומגוונים. לענייננו, נדגיש כי המצדדים בו טוענים כי ראוי להתירו היות שהתופעה כבר מושרשת כל כך בתרבות הישראלית עד כי לא ניתן להשיב את הגלגל לאחור. לעומתם, טוענים מתנגדיו כי הוא מעמיק את אי השוויון החברתי והכלכלי. מחקר שבחן את הנגישות הכלכלית של השר"פ בבתי חולים ציבוריים בירושלים (בהם השר"פ חוקי) מצא שימוש נרחב בו בקרב בני מעמד הביניים, לעומת שימוש נמוך מאוד יחסית בקרב מעוטי ההכנסה וחסרי הביטוח המשלים. פעילות זו של השר"פ מכניסה אמנם לבית החולים כולו תוספת תקציבית (הרופא אמור לקבל פחות מכ-20% מהתשלום בסופו של דבר), אך סביר להניח כי היא פועלת בעיקר לטובת רופאים בכירים ומטופלים בעלי אמצעים. המאפיין העיקרי של התופעה הוא ההתמזגות המתוחכמת של מימון פרטי ושל משאבים ציבוריים. למעשה, השר"פ הוא מיסוד חוקי של 'רפואה שחורה' על ידי המדינה. באופן זה מקבלי ההחלטות, אשר מלכתחילה הזניחו את מערכת הבריאות, מאפשרים הסדר מוסדי עבור בעלי היכולת, בעוד מעוטי היכולת נשארים ללא פתרון.

יתר על כן, לא פעם נהנים פוליטיקאים ובירוקרטים בישראל בעצמם מ'רפואה אפורה'.

השר"פ הוא מיסוד חוקי של 'רפואה שחורה' על ידי המדינה. באופן זה, מקבלי ההחלטות, אשר מלכתחילה הזניחו את מערכת הבריאות, מאפשרים הסדר מוסדי עבור בעלי היכולת, בעוד מעוטי היכולת נשארים ללא פתרון.

ד"ר ניסים כהן הוא רכז הקורס מדיניות ציבורית בתוכנית למוסמך במנהל עסקים שבמחלקה לניהול וכלכלה של האוניברסיטה הפתוחה. בשנת תשע"א הוא משמש כחוקר אורח במרכז לחקר תיאוריית הבחירה החברתית (Center for Study of Public Choice), אוניברסיטת ג'ורג' מייסון, ורג'ינה, ארה"ב.

nissimco@openu.ac.il