



מהי רפואה שחורה בישראל ובעולם - תיאוריה ומעשה

לשחד את הרופא

רפואה שחורה קיימת בישראל, והמשמעות היא אחת: יש רפואה לשני סוגי אוכלוסייה - אלה שמתמשים ברפואה הציבורית ואלה שמצליחים לזכות ברפואה המועדפת מאוד • הם משלמים הרבה יותר, תומכים בקרנות מחקר בבתי חולים, מעניקים מתנות לרופא המטפל, מממנים מיכשור חדיש למחלקה הרפואית ומשלמים יותר עבור טיפול האמור להינתן בחינם • לפי ד"ר נסים כהן, התוצאה: החולים המועדפים זוכים לקיצור תורים, מקבלים טיפול אישי מרופא בעל שם, ומטופלים בתרופה ובמיכשור הטובים ביותר

בעשורים האחרונים ניתנה תשומת לב מחקרית רבה לתופעת "הרפואה שחורה". רפואה שחורה קיימת, בתצורות שונות, בעשרות רבות של מדינות ברחבי העולם. מחקרים שונים הצביעו על קיומה של התופעה במדינות שונות בצפון אסיה ובמרכז אסיה, אך גם בדרום מה ובמזרח. מלבד באזורים אלו אובחנה התופעה אף בדרום אמריקה, באפריקה, ואף במדינות ים-תיכוניות מפותחות יותר, כגון טורקיה, ובמדינות החברות בארגון ה-OECD, כגון יוון ומקסיקו. למרבה הצער, תופעה זו מאובחנת גם בישראל.

מושג זה כולל מיוגון של פעילויות שונות אשר פרטים נוקטים על מנת לספק לעצמם שירותי בריאות עדיפים בצורה לא-חוקית, או כזו שעל סף החוקיות. בין פעולות אלו ניתן למנות תשלום ישיר לרופאים תמורת קיצור תור לטיפול (בעיקר ניתוחים); תשלום לרופא על מנת שהוא עצמו יטפל בחולה באופן אישי; מתן מתנות והטבות למטפל לפני או אחרי טיפול; מתן תרומות לקרנות מחקר של מחלקה בבית חולים אשר בה מטופל חולה; תרומות של מיכשור וציוד רפואי או כסף לרכיב שת ציוד רפואי למחלקה; תשלום עבור טיפול שאמור להינתן ללא תשלום במסגרת ביטוח הבריאות הרגיל, על מנת שהוא יהיה משופר; שימוש שרופאים עושים במיכשור ציבורי ובמבנים ציבוריים ללא רשות על מנת לטפל בחולים פרטיים שלהם, וכיוצא באלו. עדיין, במידה רבה מתייחסים אליהם רופאים, מנהלים ומטופלים כדרכים נורמטיביות מקובלות להבטיח טיפול טוב יותר, והן חלק אינטגרלי מהתרבות הארגונית בחלקים נרחבים מאוד במערכת הבריאות הישראלית.

פיתויים חומריים קשים

לרפואה השחורה מאפיינים משלה והשפעות שליליות שונות בהקשר של יעילות המערכת. תשלומים אלו (ישירים או עקיפים) הוצגו כתופעה הפוגעת במטרות הכלליות ובביצועים כלליים של מערכות בריאות. הם נתפסו אף כמחסום בפני חסרי היכולת לקבלת שירותי בריאות וכמגדילי אי-שוויון בחברה, ומדיניות חברתית מצמצמת אובחנה במקומות שונים בעולם כקשורה בתופעה. יתר על כן, תשלומים אלו עשויים להגדיל את אי-השוויון בחברה, הואיל ומחסורי היכולת לרוב אינם יכולים לנקוט אסטרטגיה זו.

חשוב להבין, שתופעה זו עלולה לפגוע לא רק בשכבות החלשות, אלא גם במעמד הביניים. נוכח השתרשותה של התופעה במערכת הבריאות, גם מי שאינם מחוסרי יכולת כלכלית יהיו עתה חשופים ללחצים כבדים הרבה יותר לשלמם בשעת צרה. לא זו בלבד, אלא שהתופעה עלולה אף לפגוע ביעילותם של מנגנוני ניגולציה שונים. למשל, יעילותו של ביטוח רפואי, ככלי

המספק מענה מסוים לכשלי השוק באספקת שירותי ומוצרי בריאות, עשויה להיפגע, הואיל ותשלומים מסוג זה מתקיימים במנותק מהמענה ומ"כללי המשחק" של מוסד הביטוח. עתה, מקבלי השירותים מפנימים כי ישנם כללים "לא-פורמליים" שהם דומיננטיים הרבה יותר מאיכות הביטוח הרפואי שברשותם. מעבר לכך, קיומה והשתרשותה של התופעה עלולים לפגוע באמון הצבור בספקי הבריאות, ולהציב בפני אלו האחרונים פיתויים חומריים קשים העשויים להתנגש בחוקים, בכללים ארגוניים ובאתיקה רפואית.

רפואה שחורה היא למעשה סוג של "שוק שחור" או "כלכלה שחורה". כלכלה שחורה היא עובדה קיימת ברחבי העולם. לרוב, לתופעה זו יש השפעות כלכליות וחברתיות שליליות, והיא נקשרת עם שחיתות. אף כי לא קיימת הסכמה מלאה בספרות לגבי הגדרת הפעילות הנכללות בתוך מה שמכונה "כלכלה שחורה", לגבי השיטות למדידתה, ולגבי השימוש בתוצאות המתקבלות משיטות מדידה אלו בנייתו כלכלי או בנייתו של מדיניות ציבורית, ישנן אינדיקציות המעידות על עלייה מסוימת בפעילויות אלו במקומות שונים בעולם. היקפה של הפעילות הכלכלית, שאינה מדווחת לרשויות המס בישראל, בשנים 2006-1999 היא בממוצע שנתי של 22.2% מהתוצר המקומי של ישראל וללא סטיית תקן משמעותית בין השנים הללו.

תופעת "הרפואה השחורה" בישראל לא נעלמה מעיני הרשויות. בעבר היא הוזכרה בדו"ח "ועדת נתניהו" לבדיקת תיפקודה של מערכת הבריאות בישראל (1990), וכן בדוחות של מבקר המדינה, שציין כי קיימת בעניין זה הסכמה שבשתיקה בין הרופא הבכיר לבין חוליו. 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: "לא מדובר באיים בודדים, אלא בתופעה...". ממצאי מחקרים שנערכו בשנים האחרונות מספקים אינדיקציות לכך שהתופעה מתקיימת בישראל גם בשנות ה-2000. מדוע אם כן התופעה לא מוגרה זה מכבר ממערכת הבריאות?

פוליטיקאים וביורוקרטים מעלימים עין

תיאורטית, ניתן להצביע על שלוש אסטרטגיות עיקריות בתגובתם של מקבלי ההחלטות כלפי תופעת הרפואה השחורה: מיגור, התעלמות או מיסוד. לכאורה, מצופה מהפוליטיקאים והביורוקרטים, האמונים על עיצוב המדיניות הציבורית וביצועה, להגיב על יוזמות אלו בחריזמה ולפעול למיגורן, שכן, מלבד בעיית אי-החוקיות או

**יעילותו של
ביטוח רפואי,
ככלי המספק
מענה מסוים
לכשלי השוק
באספקת שירותי
בריאות ומוצרי
בריאות, עלולה
להיפגע, הואיל
ותשלומים של
הרפואה השחורה
מתקיימים במנותק
מכללי המשחק של
מוסד הביטוח**





בעיקר בשל בעיות של אי-משילות), מקבלי החלטות, המזהים דפוס התנהגות זה, מגיבים אליו בשינוי ומיסוד המדיניות בכיוון היוזמות. הסבר אחד לכך הוא, שיוזמות אלו הן בעלות אופי מורכב של שימוש פרטי במשאבים ציבוריים. לפיכך, הפעילות שלמעשה אינה חוקית או על סף החוקיות, מקבלת הכשר ממסדי, שתכליתו למנוע תהליך של אובדן המונופול של מקבלי החלטות על אספקת המוצרים הציבוריים.

ממצאים מלמדים, כי בפועל מרבית הרופאים הנורטלים תשלומים שחורים אינם מובאים לדין עקב העיסוק ברפואה שחורה, וכי ננקטים צעדים כנגד רופאים בודדים בלבד. כך, ב-6 השנים שבין 1987 ל-1993 הובאו 8 מקרים בלבד לדין. היינו, ההסתברות שרופא בודד ייתפס עקב תלונה היא בערך 1:39,000. כך, גם אם העניינה תהיה מקסימלית, הפיתוי הוא גדול, שכן התוחלת (הערך הגלום בעונש הצפוי כפול ההסתברות להיתפס) מובילה רציונלית רופאים שאינם מוטרדים מהיבטים חברתיים או ערכיים של רפואה שחורה, אלא מעוניינים למקסם תועלת אישית, לא להסס וליטול תשלומים אלו. יש השואלים: האם יכול משהו לצפות שסיכוני תפיסה נמוכים שכאלה יהיו הוות גורם הרתעה משמעותי? לדידם של אלו, ענישה חמורה אינה הפתרון - כל עוד אין אכיפה של החוק במובן של הבאת העבריינים לדין.

טענה זו היא למעשה כתב אשמה כלפי משטרת ישראל, אשר על פי חוק אמונה על מניעת עבירות וגייוון, תפיסת עבריינים והבאתם לדין. בפועל, טוענים חוקרים שונים, אין המשטרה נוקטת כל יוזמה לגילויים ולהעמדתם לדין של רופאים העוסקים ברפואה שחורה, שהיא, כאמור, עבירת שוחד, ופועלת רק כאשר מוגשת תלונה נגד רופא מסוים. אלא שתלונה מעין זו, כפי שכבר הוסבר, תוגש רק בחלק קטן מאוד מהמקרים. מה גם שבנוסף לעונש אשר מטיל בית המשפט על רופא המורשע בעבירת שוחד בגין עיסוק ברפואה שחורה, צפוי אותו נאשם 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 רשיונו של רופא אשר, בין היתר, הורשע בעבירה פלילית.

להכשיר את הרפואה השחורה ולהלבינה

אכן, קשה שלא להסכים עם טיעון זה. אולם, לא ניתן להתעלם מהעובדה כי הענישה של השופטים, של מי שכן נתפסו והובאו לדין, גם היא אינה תמיד נוקשה, וברובם המכריע של המקרים אין הנאשמים מקבלים את מלוא העונש האפשרי. ייתכן שאחת הסיבות לכך היא העדר לחץ פוליטי של מקבלי החלטות על המשטר והעל בית המשפט למגר את התופעה. יתר על כן, לא פעם נעשים ניסיונות על ידי מקבלי החלטות להכשיר את תופעת הרפואה השחורה ולהלבינה. הדיון הציבורי



החוקיות הגבולית שלהן, הן מציבות איום על המונופול של שחקני המדיניות הציבורית כספקי מוצרים ציבוריים. בפועל, פעמים רבות מאוד הם אינם מגיבים בחומרה המצופה.

ניתן לצפות כי אסטרטגיית המיגור תינקט בעיקר כאשר יעריכו מקבלי החלטות את אופי הפעילות כמאיימת עליהם ועל האינטרסים המרכזיים שלהם. כך, כאשר נתפסת הפעילות כאיום מהותי על "כללי המשחק" ועל האינטרסים המרכזיים שלהם - אזי נוטים מקבלי החלטות למגר את התופעה המתפתחת עוד באיבה. אולם, כל עוד תופסים מקבלי החלטות - פולייטיקאים ובירוקרטים - את השפעותיה של פעילות הרפואה השחורה עליהם כזניחות יחסית, ינקטו כלפיה אסטרטגיה של "העלמת עין".

במקרים אחרים, כאשר מקבלי החלטות תופסים את הפעילות כאיום מסוים על סמכותם או על המונופול שלהם כמקבלי החלטות בנושא המדובר אך לא כאיום אסטרטגי מהותי, הם ייטו למסד את המציאות החדשה (להפוך את הפעילות לחלק אינטגרלי מכללי המשחק המוסכמים), ולהוכיח לשינוי פורמלי במדיניות ציבורית. לכן, במקום למגר את התופעה (פעמים רבות



חוקרים טוענים שהמשטרה לא נוקטת כל יוזמה לגילויים ולהעמדתם לדין של רופאים העוסקים ברפואה שחורה

תופעת "הרפואה השחורה" בישראל לא נעלמה מעיני הרשויות. בעבר היא הוזכרה בדוח "ועדת נתניהו" לבדיקת תיפקוד של מערכת הבריאות בישראל וכן בדוחות של מבקר המדינה, שציין כי קיימת בעניין זה הסכמה שבשתיקה בין הרופא הבכיר לבין חוליו

שירותי רפואה שאינם כשרים למהדרין

יתר על כן, לא פעם נהנים פוליטיקאים ובירוקרטים בישראל בעצמם מ"רפואה אפורה". בשנת 2000 פורסמה רשימה של כ-200 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 שיחמה דומה של בית החולים "תל השומר" נכשלה בשנת 1994. היחמה המדוברת הבטיחה לבעלי הכרטיס טיפול אישי מועדף. מנהל המרכז הרפואי טען, כי ההטבות אינן כוללות שר"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 ל-VIP, בדיקה שנתית חינם, חנייה חינם בשטח בית החולים, ואף קשר עם רופאים בחו"ל.

החל משנת 1996 ועד שנת 2002 הונהג השר"פ ב-4 בתי חולים ממשלתיים. בתחילת שנת 2002 פירסם היועץ המשפטי לממשלה, אליקים רובינשטיין, חוות דעת ראשונה מסוגה, שקבעה כי הפעלת השר"פ בבתי החולים הממשלתיים אינה חוקית, והיא פוגעת בעקרון השוויון. החל משנה זו חדל השר"פ להתייחס בבתי החולים הממשלתיים, אך נכון להיום מסכימות קופות החולים "מכבי" (באמצעות בית החולים "אסותא"), ו"כללית" (באמצעות בית החולים "הרצליה מדיקל סנטר"), שירותי רפואה פרטיים שעל פי ההסתייגות דרות הרפואית בישראל "אינם כשרים למהדרין". במקום ביל ממשכיים שחלקם שונים בזירת מדיניות הבריאות לנסות למסד פעילות זו בחוק גם בשנים האחרונות. האם, בסופו של דבר, תופעה זו תמוסד או תמוגר? רק ימים יגידו.

«ד"ר ניסים כהן הוא רכז הקורס "מדיניות ציבורית" בתוכנית למוסמך במינהל עסקים במחלקה לניהול וכלכלה של האוניברסיטה הפתוחה.

ביס למיסוד השירות הרפואי הפרטי (שר"פ) יכול לשמש דוגמא 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 עבורו ניתוחים שאינם דחופים או פעולות פולשניות שונות, כגון צינתורים. 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 ומיכשור ציבוריים.

התומכים הבולטים בשר"פ הם ההסתדרות הרפואית בישראל ומנהלי בתי החולים הגדולים. מעורבותן של חברות הביטוח וקרנות המחקר הנהנות מהשר"פ פחות בולטת, אך סביר להניח שאף הן תומכות במידה רבה.

המתנגדים העיקריים לו, נכון לשנת 2010, הם משרד האוצר, משרד הבריאות ושירותי בריאות כללית - הגדולה מבין קופות החולים בישראל. במשרד האוצר אף טענו, בעת סכסוך הרופאים האחרון כי כל מבוקש שם הוא לא תוספות שכר ושיפור תנאים, כי אם הרחבה משמעותית ביותר של כל תחום השר"פ בבתי החולים הממשלתיים. באוצר התנגדו לכך נמרצות, וסגן שר האוצר, יצחק כהן (ש"ס), טען כי את הכנסת השר"פ בהיקף עצום לבתי החולים הממשלתיים לא ניתן לאפשר בשום פנים ואופן. "זה ייהרג ובל יעבור", אמר אנשי משרד האוצר.

יתרונותיו וחסרונותיו של השר"פ רבים ומגוונים. לענייננו נדגיש, כי המצדדים בו טוענים שראוי 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 הקיים בו בקרב בני מעמד הביניים, לעומת שימוש נמוך מאוד יחסית בקרב מעוטי ההכנסה וחסרי הביטוח המשלים. פעילות זו של השר"פ מכניסה סה 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. כך מאפשרים מקבלי ההחלטות, אשר מלכתחילה הזניחו את מערכת הבריאות, הסדר מוסדי עבור בעלי היכולת, בעוד מעוטי היכולת נשארים ללא פתרון.

מה עושים כדי לזכות ברפואה שחורה?

- תשלום ישיר לרופאים לשם קיצור תור לניתוח
- תשלום לרופא כדי שהוא עצמו יטפל אישית בחולה
- מתן מתנות והטבות למטפל לפני ואחרי הטיפול
- מתן תרומות לקרנות מחקר של המחלקה בבית החולים
- תרומות של מיכשור וציוד רפואי
- תשלום עבור טיפול שאמור להינתן בחינם במסגרת הביטוח
- היתר לרופאים לעשות שימוש במבנים ציבוריים ובמיכשור ציבורי ללא רשות