



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

עירוב פרטי-ציבורי במערכת הבריאות: עמדות ופרקטיקות של הרופאים והציבור בישראל

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרופ' דני פילק – המחלקה לפוליטיקה וממשל, אוניברסיטת בן גוריון
פרופ' נדב דוידוביץ' - המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון
פרופ' גבי בן נון – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון

מילות מפתח

עירוב פרטי ציבורי במערכת הבריאות, ביטוחי בריאות נוספים, ביטוחים מסחריים, מחקר משלב שיטות, עמדות רופאים, עמדות מטופלים

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

רקע: מאז חקיקת חוק ההסדרים 1998 שאיפשר לקופות החולים למכור שרותי בריאות נוספים, עלה מאוד שיעור בעלי ביטוחים משלימים והעירוב פרטי-ציבורי. תופעה זו בישראל הינה חלק מתופעה גלובלית של התפשטות העירוב פרטי/ציבורי.

מטרות: ניתוח הסיבות לעלייה בערוב פרטי ציבורי בבריאות בישראל, בדגש ביטוחים משלימים.

שיטה: שילוב מחקר איכותני וכמותני: ראיונות עומק בקרב רופאים והציבור בשילוב סקר לבחינת עמדות ופרקטיקות בקרב שתי האוכלוסיות.

ממצאים עיקריים:

הרובד הבסיסי של הביטוחים המשלימים הפך ל"נורמה", הגבול בינו לציבורי מטושטש לכדי כך שאינו נתפס כביטוח פרטי. מאפייני רכישת הביטוחים המשלימים והמסחריים מצביעים על דפוסים של אי שוויון. חוסר שביעות רצון של רופאים מן המערכת הציבורית ומן התנאים במקום עבודתם נמצאו כמנבאים מובהקים ($p < 0.001$) עבור הפניית מטופלים למערכת הפרטית. בחלק האיכותני נמצא כי רופאים מפנים לפרטי כדי לסייע למטופלים כשהאפשרויות הציבוריות לא נתפסות כמספקות מבחינת איכות הטיפול, מרחקו וזמן ההמתנה. בו בעת, הסטת המטופלים למערכת הפרטית יוצרת אפיק הכנסה לחלק הולך וגדל של רופאים בכירים.

מסקנות: טשטוש הגבולות והמגבלות התקציביות רבות השנים של המערכת הציבורית - מייצר מצב בו רופאים ומטופלים מנסים לתמרן בתוכה כזמים בעוד המטופלים מנסים להחזיר לידם את השליטה בתוך אי הודאות וחוסר האמון הגובר שלהם במערכת.

המלצות/השלכות לקובעי המדיניות:

1. שיפור תנאי העבודה במערכת הציבורית, למשל דרך יישום מנגנון העסקה "Full-Timers".
2. התמודדות עם משבר האמון של השחקנים בתוך המערכת, למשל מתן אפשרות לבחור רופא במערכת הציבורית במימון ציבורי.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח – אנגלית

Full title of research project

Public-private mix in the health care system: Attitudes and practices of physicians and the public in Israel

Investigators: full name and affiliations

Prof. Dani Filc – Department of Politics and Government, Ben Gurion University of the Negev
Prof. Nadav Davidovitch – Department of Health Systems Management, Ben Gurion University of the Negev
Prof. Gabi Bin Nun – Department of Health Systems Management, Ben Gurion University of the Negev

Key Words

Private public mix in healthcare, supplementary health insurance, commercial health insurance, mix methods, physicians' attitudes, patients' attitudes

Abstract

Background: Since the legislation of the 1998 Arrangement law that allowed the public health funds to sell additional services, we witnessed a significant increase in the percentage of owners of complementary insurance and the blurring of the boundaries between the public and the private sectors.

Objectives: To analyze the reasons for the increase in the ownership of private insurance in Israel, focusing especially on those sold by the health funds.

Methodology: Mix-methods research, combining surveys of physicians and members of health funds with in-depth interviews with physicians and patients.

Findings: The basic scheme of the insurance sold by the sick funds became the norm, erasing the boundaries between them and the public insurance. The patterns of ownership of the different kinds of private insurance indicate inequality in access. Physicians' dissatisfaction with the public system and with their working conditions are significant variables ($p < 0.001$) for referring patients to the private system. The qualitative research showed that physicians refer patients to the private system in order to help them better navigate the system, while at the same time improving their source of income.

Conclusions: budget constrains and the blurring of the boundaries between public and private transformed patients and physicians into entrepreneurs within a system characterized by uncertainty.

Policy recommendations: 1) Improving working conditions in the public system (e.g. "full timers" model). 2) Improving trust (e.g. allowing choice of physician within the public system) 3) Increasing the funding of the public system.

חלק ד': תקציר מנהלים - עברית

(1) רקע מדעי: מאז חקיקת חוק ההסדרים 1998 שאיפשר לקופות החולים למכור שירותי בריאות נוספים, עלה מאוד שיעור בעלי ביטוחים אלו (מ- 51% ל-74.4%)¹, ובמקביל, חל גידול משמעותי ברכישת ביטוחים מסחריים (מ-16% ל-42%)². שיעורים אלו הופכים את ישראל לאחת מהמדינות בעלות השיעור הגובה ביותר של ביטוחים פרטיים בקרב מדינות ה-OECD³, מצב ייחודי הדורש הסבר עבור מדינה שמספקת סל שירותים ציבורי רחב לכל תושביה. כך למעשה, בצד הביקוש לשירותי בריאות, החברה ישראלית כיום מתחלקת לשלוש קבוצות לפי הכיסוי הביטוחי: תושבים אשר מכוסים רק על ידי הביטוח הציבורי, אלה שיש להם ביטוח משלים, וכאלה שרכשו ביטוחים מסחריים, לרב בנוסף לרובד הביטוח המשלים⁴. בעוד נושא זה נחקר ברמה המקרו-כלכלית ומנקודת מבט של מקבלי ההחלטות, נדרש מחקר גם ברמת הרופאים והמטופלים והאינטראקציה ביניהם.

(2) מטרות המחקר: מטרת העל היא לחקור את הדינמיקות החברתיות שמאחורי העלייה המרשימה בשימוש ברפואה מעורבת, פרטית וציבורית, ואת קשרי הגומלין שבין אינטראקציות של הפרט לבין מדיניות. מטרות ספציפיות מופיעות בהדגשה, תחת הממצאים העיקריים.

(3) שיטות המחקר: שילוב מחקר איכותני וכמותני (mixed methods). בחלק הראשון של המחקר בוצעו ראיונות עומק בקרב הציבור (n=20) ובקרב רופאים (n=21) מארבע התמחויות: קרדיולוגיה, אורתופדיה, טיפול נמרץ ומחלות זיהומיות. על-פי ניתוח תמטי של הממצאים האיכותניים, נבנו שאלונים לבחינת עמדות ופרקטיקות בקרב מדגם מייצג של הציבור בישראל (n=938) ושל רופאים מן התמחויות שצוינו לעיל (n=197). הסקר הועבר טלפונית בשיתוף עם מכון הסקרים גיאוקרטוגרפיה. בשלב הבא, בוצע ניתוח חד-ורב-משתני של נתוני הסקר באמצעות SPSS. לבסוף, בוצע ניתוח משולב של הממצאים האיכותניים והכמותיים משתי הקבוצות.

(4) ממצאים עיקריים

קשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המבוטחים לנטייתם לרכוש ביטוחים פרטיים: מתוך כלל המשתתפים בסקר, שיעור בעלי הביטוח המשלים דרך קופת חולים היה 82.5% ושיעור בעלי הביטוח המסחרי היה 49.8%. מצאנו קשר מובהק ($p < 0.001$) בין רכישת ביטוח משלים לבין שנות השכלה ורמת השכר. קשר זה נמצא גם עבור רכישת ביטוחים מסחריים. כך למשל 90.8% מבעלי ההכנסה מעל הממוצע רכשו ביטוח משלים לעומת 74.3% מבעלי הכנסה מתחת לממוצע. עבור רכישת ביטוחים מסחריים, 66% מבעלי הכנסה מעל לממוצע היה ביטוח זה, בעוד שיעור החזקת ביטוח מסחרי בקרב מי שהכנסתו מתחת לממוצע היה 32.6% בלבד. מבחינת מגזרים בישראל, יהודים נטו יותר לרכוש ביטוח משלים (88.5% לעומת 58.1%) וכן רכשו יותר ביטוח מסחרי (55% לעומת 22.5%) ביחס לערבים באופן מובהק ($p < 0.001$).

בחינת הסיבות לרכישת ביטוחים פרטיים: על-פי ממצאי החלק האיכותני, המרואיינים תופסים את העלייה ברכישת ביטוחי בריאות פרטיים כנובעת כתוצאה מהמחסור במימון ציבורי לשירותי בריאות,

מכך שהביטוחים הפרטיים מאפשרים קיצור זמני המתנה לרופא מומחה, וכתוצאה משיווק הביטוחים על-ידי קופ"ח וחברות ביטוח מסחריות. שיעור גבוה של מבוטחים (45.6%) ציינו בסקר שנציג מקופת החולים שאינו רופא המליץ להם לרכוש ביטוח פרטי. המלצה מבני משפחה או חברים הייתה גם היא שכיחה (40.1%) ורק במעט מקרים (11.8%) המבוטחים ציינו המלצה מאת רופא. בקרב הרופאים והמבוטחים שראוינו, הביטוחים המשלימים תוארו כמובנים מאליהם, כלומר בעלי מעמד של "נורמה", "משהו שהוא must", "חלק אינטגרלי" ו"נכס צאן ברזל". ניכר כי המרואיינים התקשו ליצור הפרדה ברורה בין הביטוח הממלכתי ובין הביטוח המשלים על רבדיו השונים.

משבר האמון במערכת הציבורית תואר בראיונות כסיבה עיקרית לרכישת ביטוחים פרטיים על ידי הציבור ולהמלצה לרכישתם מצד רופאים. שימוש בביטוח הפרטי לבחירת רופא מומחה תואר כדרך להקל על תחושת אי-הוודאות והחששות באשר לטיפול ומשך התור במערכת הציבורית. מניתוח תוצאות הסקר בקרב הציבור בישראל, מצאנו כי ככל שרמת האמון במערכת הבריאות הציבורית גבוהה יותר, כך מייחסים פחות חשיבות לבחירת רופא ($r=-0.21$, $P<0.01$). כמו כן, מצאנו כי אלו המחזיקים ביטוח פרטי מייחסים חשיבות גבוהה יותר לבחירת רופא בהשוואה לאלו שאינם מחזיקים בביטוח זה ($t=6.32$, $p<0.01$). הממצאים הכמותיים מאששים את ההשערתינו מתוך ראיונות העומק: באמצעות בחירת רופא, מטופלים מתמודדים עם רמת אמון נמוכה כלפי מערכת הבריאות הציבורית, ולכן זו אחת הסיבות המשמעותיות לרכישת ביטוח פרטי.

בחינת האינטראקציה בין המבוטחים לספקי השירותים ביחס לשילוב בין פרטי וציבורי: על פי הנתונים הכמותיים, למעלה מ-25% מהציבור קיבל הצעה מרופא לקבלת טיפול דרך מערכת הבריאות הפרטית, על פי סקר המבוטחים. כמו כן על פי סקר הרופאים, חוסר שביעות רצון של רופאים מן המערכת הציבורית ומן התנאים במקום עבודתם נמצאו כמנבאים מובהקים עבור הפניית מטופלים למערכת הפרטית. מצד אחד, עולה תמונה בה רופאים מפנים לפרטי על מנת לסייע למטופלים בהשגת טיפול כאשר האפשרויות הציבוריות לא נתפסות כמספקות מבחינת איכות הטיפול, מרחקו וזמן ההמתנה. בו בעת, הסטת המטופלים למערכת הפרטית יוצרת אפיק הכנסה, בדגש על חלק הולך וגדל של רופאים בכירים. בראיונות תוארה תופעה של יצירת "המתנה מלאכותית" לתור במערכת הציבורית, כאשר חלק מהרופאים הבכירים שראוינו טענו שהם מסרבים לקבל חולים חדשים במסגרת הציבורית. חולים חדשים אלו מתקבלים בפרקטיקה הפרטית, לאחר שהפעילו את הביטוח המשלים או המסחרי.

בחינת התפתחות "הביטוס ממוסחר" בשדה הבריאות והשימוש בהן בריאותי תרבותי: ניתוח הראיונות מראה דפוס נרטיבי לפיו המבוטחים מציגים את עצמם כ'עצמי בריאותי יזמי' כלומר כמי שמסוגל להבין את מצבו, לשקול את האפשרויות, לפעול באופן מושכל ולהגיע בסופו של דבר לתוצאה מיטבית. הצגת עצמי זו, אופיינית בראש ובראשונה למעמד בינוני-מבוסס אך נמצאה גם אצל מי שלא עברו לפרטי ואף טענו כי מצבם החברתי (הכנסה, מוצא, גיאוגרפיה) אינו מאפשר להם להגיע לרפואה פרטית. לעומת זאת, מי שיש בידיו 'הון בריאותי תרבותי' (ידע רלוונטי או לפחות

אמצעים לרכישתו) או 'הון בריאותי חברתי' (רשת היכריות) אינו זקוק בהכרח למסע התלואות הכולל את המעבר לרפואה הפרטית. זאת משום שאלו יכולים למצוא בקלות יחסית את הרופא בעל הסמכות והידע שעובד גם במערכת הציבורית ולנצל את ההיכרות כדי לקבל ממנו עצה טובה.

(5) מסקנות

המבנה של המערכת כיום מביא לכך שהאינטראקציה בין הרופאים למטופלים מייצרת מצב המעודד רופאים ומטופלים לפנות למערכת הפרטית. משילוב ממצאי המחקר, נציגי קופות החולים וחברות הביטוח המסחריות ממלאים תפקיד מרכזי בעידוד רכישת הביטוחים הפרטיים בעוד רופאים ממלאים תפקיד בעידוד השימוש בהם. ביטוחים משלימים הפכו ל"נורמה" - במידה ורוצים לשנות זאת (בגלל חוסר השיוויוניות, חוסר היעילות והכשלים שהמצב מייצר) נדרשת פעילות מעמיקה שנותנת מענה לחששות שנמצאו במחקר הן מצד הרופאים והן מצד המטופלים. טשטוש הגבולות בין המערכת הציבורית לפרטית והמגבלות התקציביות רבות השנים של המערכת הציבורית - מייצר מצב בו רופאים ומטופלים מנסים לתמרן בתוכה כזמים. הפרקטיקות של המסחור נוצרות מאינטראקציות חוזרות ונשנות בתוך מערכת שמתקשה להמשיך ולספק את הצרכים של המטופלים כפי שגם רופאים וגם מטופלים מבינים אותה. נוצרה מערכת של "איזונים חוזרים חיוביים", על פיהן הציבור "לומד" מעובדי המערכת (רופאים ולא רופאים), לרכוש ולעשות שימוש בביטוחים משלימים; והאחרונים מושפעים מההתנהגות והדרישות של אותו ציבור, עבורו טשטוש הגבולות בין ציבורי לפרטי הפך למובן מאליה.

(6) המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

לאור המסקנות לעיל, נדרש מענה בתוך המערכת הציבורית בכמה רבדים:

1. **שיפור תנאי העבודה והטיפול במערכת הציבורית** - להחזיר לרופאים את התחושה שהם יכולים לתת טיפול מיטבי בתוך המערכת. התייחסות לחוסר הודאות שהשחקנים מרגישים במערכת (הן מטופלים והן רופאים) דרך איפשור בחירת רופא במערכת הציבורית במימון ציבורי ויישום מנגנון העסקה של רופאים כ"פול טיימרים" (Full-Timers) במערכת הציבורית.
2. **התמודדות עם משבר האמון של השחקנים בתוך המערכת** - הממצאים מלמדים שקיים אמון בפרסונות (הרופא המטפל, הרופא המייעץ), אך לא במערכת. לשם כך צריך לגבש צעדי מדיניות שישענו על האמון הקיים בפרסונות, זאת - כצעד ראשון - על ידי גיוס אותם רופאים (בעיקר רופאים ראשונים) כ"שגרירים" של המערכת הציבורית.
3. **חיזוקה של המערכת הציבורית** - הגדלת מקורות המימון הציבורי של כלל מערכת הבריאות, אם באמצעות הגדלת השתתפות תקציב המדינה או דרך העלאת המיסוי המיועד לבריאות.

המלצות למחקרי המשך - בתחום עירוב רפואה פרטית-ציבורית, רצוי שיתמקדו בבחינת סביבת העבודה של הרופאים במערכת הציבורית, מקומו של רופא המשפחה ושאלת האמון במערכת הבריאות. כמו כן יש לבחון את המשמעות של הרפורמות האחרונות בהקשר של פרטי - ציבורי.

(7) מקורות

1. קלטניק, א., אונגר, מ. וברטוב, ש. (2017). דו"ח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן של קופות החולים לשנת 2016. משרד הבריאות: ירושלים.
1. אריאלי, ד., חורב, ט. וקידר, נ. (2014). חוק ביטוח בריאות ממלכתי - קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות: ירושלים.
2. OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
4. חברי הוועדה. (2014). הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ברשות ח"כ גרמן. משרד הבריאות: ירושלים.

חלק ה': Executive Summary- English

(1) Scientific Background: The 1998 Arrangement law allowed the public health funds to sell private insurance schemes. Since then, ownership of those schemes increased significantly (from 51% to 74.4%). In parallel also increased the share of owners of private commercial insurance (from 16% to 42%). Thus Israel became one of the countries with highest share of private insurance ownership within the OECD. In fact, concerning access to health care services, the Israeli population consists today of three tiers: those who enjoy only public insurance, those who own insurance sold by the health funds, and those that own also commercial private insurance schemes. This fact requires explanation, since Israel provides a broad and high-quality public basket of services. While this has been researched at the macro level, and from the perspective of policy makers, in order to understand this phenomenon it must be researched also from the perspective of physicians and patients and their interaction.

(2) Objectives: The principal objective is to understand the social dynamics underlying the significant increase in ownership of private insurance schemes, and the subsequent increase in public/private mix, with a focus on the interaction between policies and individual behavior. Specific objectives appear in the Findings section.

(3) Methodology: Mixed methods research. The research included in-depth interviews with patients (n=20) and physicians (n=21) belonging to four different specialties: cardiology, orthopedics, intensive care and infectious diseases. Based on the thematic analysis of the interviews we built questionnaires to probe attitudes and practices among a representative sample of the general public (n=938) and physicians of the four above mentioned specialties (n=197). We conducted a telephonic survey with the Geocartography Knowledge Group. We conducted single and multivariate analysis of the survey using the SPSS program. Finally, we integrated between the qualitative and the quantitative findings.

(4) Findings: a) **Relationship between socio-demographic characteristics and ownership of private insurance:** among the whole general public sample 82.5% owned a private insurance scheme sold by the health funds, and 49.8% owned commercial private insurance. We found a significant relationship ($p < 0.001$) between years of education and income and ownership of private insurance (both health funds and commercial). For example 90.8% of above-average income owned health funds' private insurance schemes compared to 74.3% among below average income. 66% among above average income owned commercial private insurance compared with 32.6% among those with below average income. Concerning ethnicity, a higher share of Jews owned health funds' insurance schemes compared with Arabs (88.5% compared to 58.1%) and the same concerning commercial insurance (55% compared to 22.5%) ($p < 0.001$).

b) **Reasons for purchasing private insurance:** the qualitative research showed that interviewees see the increase in the share of private insurance owners as resulting from the lack of funding of the public system, because private insurance

shortens the queues for specialists, and as a result of the marketing efforts of both sick funds and commercial firms. A relatively high percentage (45.6%) answered to the survey that a sick fund employee recommended them to purchase insurance. The second source were family members and friends (40.1%) and only 11.8% answered that a physician recommended them to purchase private insurance. In-depth interviews with both the general public and physicians showed that interviewees considered the health funds' insurance schemes as "norm", a "must", an integral part of public healthcare insurance. They have difficulties to clearly differentiate between the public insurance and the private schemes sold by the health funds. A clear reason for purchasing private insurance (and for physicians recommending the use of private insurance) that emerged from the interviews is the lack of trust in the public healthcare system. Freedom of choice of specialist was another reason, posed as a way to diminish uncertainty and fears concerning treatment. Another reason was shortening waiting times. The analysis of the survey among the general public showed that the higher the confidence in the system the lower importance attributed to choosing a specialist ($r=0.21$ $p<0.01$). We found also a positive correlation between ownership of private insurance and the importance attributed to the choice of specialist ($t=6.32$ $p<0.01$). Thus, the quantitative findings confirm what we learnt from the interviews: choice of physicians becomes a way to cope with lack of confidence in the system, and thus is a significant reason for purchasing private insurance.

c) Understanding the relationship between public and providers concerning the public/private mix: the quantitative data show that 25% of the general public received a physician's recommendation to receive treatment through private insurance. The physicians' survey taught us that physicians' lack of satisfaction with the public system and with their working conditions were found as significant variables predicting referral to the private sector. We see then a complex situation in which physicians refer patients to the private sector in order to help them in accessing treatment when the public sector seems not to provide quality treatment or accessible in terms of time and distance; but also a situation where referral to the private sector provides many of those physicians with a better source of income. Some of the interviewees spoke about "artificial waiting times" and some of the senior physicians clearly said that they do not receive new patients in the public system, but only through the private sector (financed by private insurance).

d) "Commodified habitus" and health cultural capital: the analysis of the in-depth interviews show a narrative pattern by which patients present themselves as "entrepreneurs of their own health". As individuals able to understand their situation, evaluate alternatives and navigating rationally the system in order to achieve the most optimal solution. While this narrative characterizes mostly those belonging to the upper classes, it was heard also from those belonging to lower classes, including those that told that their social status does not allow them to access private medicine. On the other hand, those who own "health cultural capital" (know how to navigate the public system) or "social health capital" (networks within the

system) feel that they can achieve good results without recurring to the private system.

(5) Conclusions: The current system is build in a way that physicians-patients interaction stimulates the use of private services. Representatives from both the health funds and the commercial private firms play an important role in stimulating purchase of private insurance. Thus the use of health funds' insurance schemes became the "norm". In order to modify the sutation (because of inequality and inefficiency), policy should address the fears of both physicians and public. Years of budget constrains and the blurring of the boundaries between private and public contributed to the commodification of the system, situation in which both physicians and patients behave as entrepreneurs. This commodification emerges form constant interactions between patients and physicians, where both try to achieve their goals. This is a positive feed-back system in which the public learns from the providers (physicians and non-physicians) to purchase and make use of private insurance, and the latter are influenced by the requirements of the public, for whom the blurring of the boundaries between public and private became the norm.

(6) Policy Implications and Recommendation; In light of the abovementioned conclusions, we propose the following: a) improving the working conditions in the public system: give physicians back the feeling that they can provide optimal treatment within the public system. In order to cope with lack of confidence of both physicians and providers, allowing a degree of physician choice and a system of full-timers. b) Coping with lack of trust: the findings show that while the public trust individual physicians, they do not trust the system as such. In order to build trust anew, policymakers must use the fact that the public has confidence in the physicians, by engaging them (mainly primary care doctors) as "ambassadors" of the public health care system. C) strengthening the public health care system: increasing funding of the system, either by increasing its share out of the general budget, or increasing ear-marked taxes.

Future research on the public/private interface should focus on the physicians' working conditions, the role and place of family doctors, and the topic of trust in the public healthcare system. Moreover, research should evaluate the impact of the most recent reforms on the public/private interface.

(7) References

1. קלטניק, א., אונגר, מ. וברטוב, ש. (2017). דו"ח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן של קופות החולים לשנת 2016. משרד הבריאות: ירושלים.
1. אריאלי, ד., חורב, ט. וקידר, נ. (2014). חוק ביטוח בריאות ממלכתי - קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות: ירושלים.
2. OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
4. חברי הוועדה. (2014). הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ברשות ח"כ גרמן. משרד הבריאות: ירושלים.

עירוב פרטי-ציבורי במערכת הבריאות: עמדות ופרקטיקות של הרופאים והציבור בישראל

1. הקדמה

מאז חקיקת חוק ההסדרים 1998 שאפשר לקופות החולים למכור שרותי בריאות נוספים, התרחשה בישראל עלייה חדה בשיעור בעלי פוליסה במסגרת הביטוח המשלים (ברמלי-גרינברג ושות' 2013, טופר-חבר טוב וברטוב 2014). על תופעה זו עמדו רבים במערכת הבריאות והיא היוותה את אחד הנושאים המשמעותיים על סדר היום של הועדה לחיזוק הרפואה הציבורית ("וועדת גרמן") (משרד הבריאות, 2014). תופעה זו תרמה משמעותית לעליה בהוצאה הפרטית לבריאות בישראל. באופן ישיר, שכן ההוצאה על ביטוחים משלימים מהווה אחוז ניכר מסך ההוצאה הפרטית בבריאות בישראל. באופן עקיף, כי הגידול בשימוש בשר"פ וההתפתחות המרשימה של הסקטור הפרטי (בעיקר זה שבבעלות קופות החולים הציבוריות, כגון רשת אסותא) התאפשרו בשל הביטוחים המשלימים. תופעות אלה של ערוב פרטי/ציבורי, הם הביטוי בישראל של תופעה גלובלית של התפשטות צורות שונות של עירוב פרטי/ציבורי בתחום שרותי הבריאות.

2. רקע מדעי

העלייה בהוצאות בריאות מחד ואימוץ מודלים כלכליים-חברתיים הנותנים עדיפות לאיזון תקציבי והפחתת מיסים, הביאו ללחץ מתמשך על תקציבי מערכות הבריאות במדינות רבות בעולם. אחד הפתרונות אשר הועלו במדינות רבות בכדי להתמודד עם האתגרים התקציביים הינו מודל של ערוב פרטי ציבורי (private-public mix). מודל זה אשר במקור הוצע בעיקר במדינות הכנסה נמוכה עד בינונית (Global Health Group, 2010), עולה גם במדינות עשירות. צורות שונות של שילוב בין המגזר הציבורי לפרטי הוצעו כתשובה המועדפת למגבלות התקציביות (Barlow et al 2013;) (McDonald et al. 2011, Acerete et al. 2011, Rechel et al. 2009). מודלים של שילוב פרטי/ציבורי אומצו כדי לתכנן, לממן, לבנות ולתחזק תשתיות רפואיות, ולפעמים אף כדי לספק שרותים (Barlow et al. 2013; Acerete et al. 2011). רצף צורות השילוב בין פרטי/ציבורי משתרע ממיקור חוץ של שרותים מסוימים, דרך שילוב של גורמים פרטים בפיתוח תשתיות (בריטניה), שילובם בדרגות שונות במתן השרותים (ספרד, פורטוגל), ועד הפרטה עם רגולציה חזקה (הולנד). (Rosenau and Lako 2008,) (Barlow et al. 2013; Acerete et al. 2011, Sanchez et al. 2013, McDonald et al. 2011).

רבים מהמודלים של שיתוף פרטי/ציבורי - כגון המודלים השונים שאומצו בבריטניה, פורטוגל וספרד - בנויים בעיקר על שיתוף במימון, אך על הפרדה ברורה בין שני המגזרים באספקת השרותים. עם זאת, קיימות יותר ויותר מודלים של שיתוף פרטי/ציבורי אשר מטשטשים את הגבול בין השניים, כפי שקורה בהולנד, אוסטרליה ובמידה מופחתת בקנדה (Exter, 2010; Flood and Thomas,).

(2010). בקנדה, פסיקת בית המשפט העליון בעניין Chaoulli קבעה שאיסור על ביטוח רפואי פרטי מכפיל (duplicate) איננו חוקתי; ועל ידי כך פתח את הדלת לטשטוש הגבולות בין המערכת הציבורית לפרטית (Flood and Thomas 2010). בהולנד המערכת הציבורית פועלת כרגולטור בתחרות בין חברות פרטיות שמספקות ביטוחים הממומנים באופן חלקי מכספי ציבור ובאופן חלקי מכספים פרטיים (Rosenau and Lako 2008).

בישראל השילוב בין פרטי וציבורי משמעותו בעצם טשטוש הגבול שבין הסקטור הפרטי ולציבורי: שר"פ, ביטוחים משלימים, בתי חולים ומכונים רפואיים פרטיים בבעלות קופות חולים ציבוריות (אסותא, הרצליה מדיקל סנטר, "קייר", מכון "מור"), שרותים שאינם בסל המסופקים על ידי קופות חולים ציבוריות (רפואת שיניים, רפואה קוסמטית, רפואה משלימה), שירותים פרטיים המסופקים בבתי חולים ציבוריים (בדיקות תקופתיות, בדיקות מעבדה שאינן נמצאות בסל השרותים, רפואה קוסמטית, תיירות רפואית, מלונות לילדות ועוד) ובניית בית חולים ציבורי על ידי גורם פרטי במימון משותף למגזר הפרטי ולמדינה (בית החולים באשדוד). תופעות אלו מהוות חלק משמעותי בעלייה בחלק הפרטי של ההוצאה הלאומית לבריאות, שצוינה על ידי הוועדה לחיזוק הרפואה הציבורית ("וועדת גרמן") כאחת הסיבות המשמעותיות למשבר במערכת הבריאות הציבורית (משרד הבריאות, 2014).

הגידול העצום בשיעור המבוטחים בביטוחים משלימים שינה את כללי המשחק במערכת הבריאות הישראלית, כשאפשר את הגידול העצום של פעולות – בעיקר פולשניות – שנעשות על ידי רופאים שעובדים גם במערכת הציבורית, במתקנים פרטיים, במימון ביטוחים שמשווקים על ידי קופות החולים הציבוריות. שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים לסוגיהם עלה מ-49% ב-1999 ל-75% ב-2011 (חורב וקידר 2010, בן נון 2011). ביטוחים אלה מהווים שילוב של כפל ביטוחי (duplicate insurance) וביטוח נוסף (supplemental insurance). מצד אחד, הם מאפשרים לבחור רופא ולהקדים תור לביצוע פעולות הכלולות בסל הציבורי, ומאפשרים קבלת חוות דעת שנייה לגבי מחלות אשר כלולות בסל הציבורי. מצד שני, הפוליסות האלו מכסות באופן חלקי פרוצדורות, טיפולים ותחומים אשר אינם כלולים בסל הציבורי, כגון רפואה משלימה ורפואה קוסמטית. בשונה מהביטוחים הפרטיים, הפרמיות של הביטוחים המשלימים הן קולקטיביות וצורות ההחרגה מוגבלות.

טשטוש הגבולות בין פרטי וציבורי, בעיקר דרך השפעתם של הביטוחים המשלימים (טופר-חבר טוב וברטוב, 2014), פגע הן בשוויוניות המערכת, הן ביעילות שלה. הפגיעה בשוויוניות היא לא רק של צד הביקוש (העמקת אי השוויון בנגישות לשרותים), אלא גם בצד ההיצע (אי שוויון בקרב ספקי שירות), תוך כדי העמקת הפערים בין מרכז לפרפריה בשני המימדים (משרד הבריאות, 2014). בצד הביקוש, נוצר פער בין 80% מהאוכלוסייה המחזיקה ביטוחים משלימים, לבין 20% הנותר (למשל בנוגע לזמן המתנה לפרוצדורות אלקטיביות). המצב הקיים יצר מערכת ריבודית, המבדילה בין שלוש קבוצות: אזרחים אשר מכוסים רק על ידי הביטוח הציבורי, אלה שיש להם ביטוח משלים,

וכאלה שרכשו ביטוחים פרטיים. בנוגע לצד ההיצע, התפשטות הפעילויות הפולשניות הפרטיות במתקנים פרטיים שהייתה פועל יוצא של התפשטות הביטוחים המשלימים, יצרה שכבה דקה של רופאים מאוד עשירים, רובם רופאים במקצועות המבצעים פרוצדורות פולשניות, באזור המרכז. מנגד, אלה שעובדים רק במערכת הציבורית, חווים גידול משמעותי בעומס העבודה (צ'רניחובסקי 2016). הפגיעה ביעילות המערכת נובעת משלוש סיבות עיקריות: א) כפילויות ברכישת ביטוחים פרטיים, כאשר כ-35% מהתושבים מחזיקים גם בביטוח משלים שמשווק על ידי קופות החולים הציבוריות, ובביטוח של חברת ביטוח מסחרית. ב) כפילות בשימוש בשירותים, כשמתופלים שמחזיקים בביטוח משלים מבקרים בשל אותה בעיה אצל רופאים גם במערכת הציבורית, גם במערכת הפרטית (צ'רניחובסקי 2016). ג) פגיעה ביעילות כי הביטוחים המשלימים יצרו מנגנון שעוקף את וועדת הסל, ומאמץ טיפולים ופרוצדורות איבחון שיעילותם אינה מוכחת; או מרחיבה את השימוש בטיפולים קיימים לאבחנות שעוברן יעילותם של אותם טיפולים אינה מוכחת (חורב וקידר 2010).

למרות ההשלכות הבעייתיות של התפשטות הביטוחים המשלימים על מערכת הבריאות, ישראל היא כיום אחת המדינות עם השיעורים הגבוהים ביותר של רוכשי ביטוחים משלימים בין מדינות ה-OECD (OECD, 2017). רק בשתי מדינות – צרפת והולנד – שיעורי הרוכשים ביטוחים נוספים גבוהים יותר. ואמנם, במקרה של צרפת הביטוחים הם משלימים (מכסים חלק מההשתתפויות העצמיות הגבוהות שבמסגרת הביטוח הציבורי, בעיקר על תרופות), ובמקרה של הולנד, לאחר הרפורמה ב-2006, המערכת בנויה על רכישת ביטוחים מספקים פרטיים (OECD 2017; Rosenau and Lako 2008). אפילו במדינות כמו אוסטרליה, בהן הממשלה מעודדת באופן אקטיבי רכישת ביטוחים משלימים (על ידי הטבות מס), שיעורי המבוטחים בביטוחים אלה נמוך מאשר בישראל (Meyer 2015).

אם כן, נשאלת השאלה על אודות הסיבות לשיעור כה גבוה של רוכשי ביטוחים משלימים במדינה שמספקת סל שירותים ציבורי רחב לכל תושביה. מבין הסיבות השונות התורמות להסבר התופעה, הספרות מדגישה מאפיינים תרבותיים, תרבות הארגון, תפיסות על בריאות ואופן מתן שירותי בריאות, התנהגות של ספקי השירותים, תפיסת איכותה של המערכת הציבורית ורמת האמון (Schnusenberg et al. 2013).

גישות סוציולוגיות חדשות לחקר מדיניות ציבורית מדגישות את הקשר בין הממד המוסדי (מוסדות במסגרתם נקבעת המדיניות), לבין ממד הסוכנים (הסובייקטים אשר יוזמים או הם היעד של המדיניות). גישות אלה מבקשות להדגיש את האופן בו שני הממדים – מוסד וסוכן – משפיעים האחד על השני. מתוך גישות אלה, ובהמשך למחקרים שבוצעו במדינות אחרות (Collyer et al. 2010; Shim 2015), המחקר הנוכחי מבקש לעשות שימוש בגישתו התיאורטית של הסוציולוג פייר בורדייה כדי לבחון את התפשטות השילוב פרטי/ציבורי תוך טשטוש הגבולות בין שני הסקטורים. בורדייה פיתח שלושה מושגים להבנת תהליכים חברתיים מורכבים, מתוך אינטראקציה בין המבנים

החברתיים לפעולת הסוכנים. המושג הראשון –שדה - הוא מערך של יחסים חברתיים הקובעים את המצבים היומיומיים, ובו זמנית, נקבעים שוב ושוב. המושג השני הוא הון, אשר לדידו של בורדייה קיים בכמה צורות, הון כלכלי (הון שיכול להיות מוחלף בכסף), הון תרבותי והון חברתי. במחקר זה אנחנו נשתמש במושג "הון בריאות תרבותי" (Cultural health capital), שמשמעותו מכלול מיומנויות תרבותיות, יכולות ורבליות ולא ורבליות, נטיות [אישיותיות], התנהגויות וסגנונות תקשורת, אשר מטופלים ומטפלים מחזיקים בו כדי להתנהל במערכת הבריאות, כגון גישה פרו-אקטיבית לצבירת ידע והיכולת להבין ולהשתמש במידע ביו-מדיקלי (Shim 2010). הון זה הוא בין היתר פונקציה של מיקומו של הפרט בשדות השונים, בעיקר במיקומו האתנו-מעמדי, ויש לו קשר להון חברתי (רישות חברתי, למשל, היכרות אישית עם חברי אליטות כמו רופאים בכירים). המושג השלישי הוא "הביטוס", אוסף נטיות וקטגוריות תפיסה שמוטמעות באדם בילדותו המוקדמות. בורדייה הגדיר "הביטוס" כ"מערכות של נטיות מובנות וארוכות טווח... אשר יוצרות ומבנות פרקטיקות" (Bourdieu 1979). ה"הביטוס" מקנה לפרט "סכימות פעולה שמכוונות ... את התגובות [למצבים שונים], תחושה מעשית לגבי מה יש לעשות במצב נתון" (שם).

הספרות הסוציולוגית מציעה ארבע דרכים להשפעת ה"הביטוס" על המדיניות הציבורית: (1) המדיניות הציבורית היא ניסיון לשמר את האיזון בין השדה ל"הביטוס" (Trommel and van der Veen 1997). על פי גישה זו המדיניות אינה פעולה נשלטת אלא התוצר הלא מכוון של אינטרקציות רבות בין השדה המוסדי להביטוס של הסוכנים (שם). (2) ה"הביטוס" כ"זיכרון של מדיניות", כמשקע של מדיניות העבר שמתווה את אפשרויות העומדות בהווה בפני קובעי המדיניות (Kay 2006) (3) ה"הביטוס" של קובעי המדיניות, משפיע על בחירתם של אופציות למדיניות (4) ההביטוס של הציבור, אשר בהתנהגותו דורש ומשפיע על קובעי המדיניות (שם).

המחקר הנוכחי מבקש לבחון את הדרך האחרונה, על ידי בחינת שינויים ב"הביטוס" של הציבור – כולל אנשי מקצועות הבריאות – אשר בהתנהגותו משפיע על האלטרנטיבות העומדות בפני קובעי המדיניות. מבחינה זו, המחקר מבקש לבחון את היסוד ברמת המיקרו (microfoundations) של המדיניות (Trommel and van der Veen 1997).

3. מטרות המחקר

מטרת על:

לחקור את הדינמיקות החברתיות שמאחורי העלייה המרשימה בשימוש ברפואה מעורבת, פרטית וציבורית, ואת קשרי הגומלין שבין אינטראקציות של הפרט לבין מדיניות.

מטרות ספציפיות:

1. בחינת הקשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המבוטחים לנטייתם לרכוש ביטוחים פרטיים.
2. לבחון מהן הסיבות המביאות לרכישה של ביטוחים פרטיים.

- 2.1. האם ואיך משפיעות התנהגותם וגישותיהם של נותני השרותים על נטייתם של המבוטחים לרכוש ביטוחים פרטיים.
3. לבחון את האינטראקציה בין המבוטחים לספקי השרותים ביחס לשילוב בין פרטי וציבורי.
 - 3.1. כיצד המבוטחים עושים שימוש בשרותים השונים.
 - 3.2. האם ואיך משפיעות התנהגותם וגישותיהם של נותני השרותים על נטייתם של המבוטחים להשתמש בביטוחים פרטיים.
4. לבחון האם התפתח "הביטוס" חדש בשדה הבריאות – "הביטוס ממוסחר".
 - 4.1. לבחון את הצורות השונות של הון בריאות תרבותי.

חשיבות הפרויקט

העלייה הדרמטית ברכישת ביטוחים משלימים, ביטוחים מסחריים ושרותים נוספים המחזקים את העירוב פרטי-ציבורי במערכת הבריאות הוא אחד השינויים המשמעותיים במערכת הבריאות הישראלית בשני העשורים האחרונים, תופעה אשר נסקרה בהרחבה בועדת גרמן. גורמים שונים במערכת הבריאות ואף במשרד האוצר, מודעים לכך ששטוש הגבולות בין ציבורי לפרטי מהווה איום של ממש על עתידה של מערכת הבריאות הציבורית, גם אם גורמים שונים מדגישים צורות שונות של שיתוף זה (ראשי קופות החולים מדגישים את הבעייתיות הטמונה בשר"פ, מנהלי בתי החולים שבבעלות המדינה מדגישים את הבעייתיות של הביטוחים המשלימים). לכן, ולאור ההתפשטות המהירה של פתרונות שמשטשים את הגבולות בין המערכת הציבורית לסקטור הפרטי (בעיקר הביטוחים המשלימים) יש צורך להבין לעומק את הסיבות שהביאו למצב זה. בהמשך למחקרים שונים שנעשו על שר"פ ועל הביטוחים המשלימים, קיים צורך בחקר הסיבות השונות (סובייקטיביות וסוציו-דמוגרפיות) הגורמות להתרחבות תופעת הערוב פרטי ציבורי בכללותו, בכדי להתמודד טוב יותר עם תופעה משמעותית זו. חשיבות מחקר זה היא בבחינת מכלול ה"הביטוס" של הציבור ואנשי מקצועות הרפואה (סכימות התפיסה והפעולה עליהן "מונחות": עמדות, תפיסות לגבי רפואה ממוסחרת, אסטרטגיות שימוש במערכת הבריאות, הון בריאות תרבותי). הבנה לעומק את דפוסי החשיבה והאינטראקציה בין נותני השרותים לבין המבוטחים היא הכרחית כדי לפתח הצעות מדיניות המצליחות להתמודד עם הבעיה.

4. שיטות העבודה

המחקר נעשה תוך שימוש ב – mix methods אשר כולל שילוב שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות (תרשים 1). ראשית, בחלק האיכותני ביצענו ראיונות אישיים הן עם רופאים והן עם מטופלים, אשר התמקדו בתיאור מצבים, עמדות ותחושות, וכן סיבות לרכישת ביטוחים משלימים ואופן השימוש בהם. לאחר מכן מתוך החלק האיכותני גיבשנו את התמות השונות והנושאים אשר נכללו במחקר הכמותני. החלק הכמותני כלל סקר בקרב מדגם של אוכלוסיית המבוטחים וכן סקר בקרב מדגם של רופאים מהתמחויות שונות (מומחי טיפול נמרץ, מחלות זיהומיות, אורתופדים וקרדיולוגים). בהתאם

למטרות המחקר לעיל, הסקרים בחנו עמדות ופרקטיקות בנושא והקשר בינם לבין משתנים סוציו-דמוגרפיים, תוך ניתוח רב משתני.

שילוב בין המחקר בקרב רופאים והמחקר בקרב מבוסחים בוצע בעת בניית המדריך הכללי לריאיונות העומק, ניתוח הראיונות, בניית שאלון העמדות ואינטגרציה של כלל הממצאים (חצים ירוקים בתרשים 1). כמו כן, שילוב בין שיטות המחקר האיכותניות והכמותיות התבצע בעת בניית שאלון העמדות על סמך ההממצאים האיכותניים, שלב האינטגרציה בתוך ממצאי הרופאים/מבוסחים ובעת שילוב כלל ממצאי המחקר (חצים מלאים בתרשים 1). ניתוח משולב זה תרם לתיקוף הממצאים, בכך שאפשר אימות ממצאים שהתקבלו בשיטות מחקר שונות בקרב אוכלוסיית הרופאים והמטופלים שהשתתפו במחקר. בו בעת, המחקר האיכותני הוסיף מימד עומק לניתוח תוצאות הסקרים ובכך תרם להבנת הסיבות מאחורי העלייה בערוב פרטי ציבורי בבריאות בישראל.

תרשים 1: תיאור סכמטי של תהליך העבודה



4.1 החלק האיכותני

נתוני מחקר איכותני זה נאספו באמצעות ראיונות עומק עם רופאים אשר התקיימו בין החודשים פברואר ליולי 2017 ועם מבוסחים בין החודשים ספטמבר 2017 לדצמבר 2018. הראיונות הוקלטו, תומללו, והתוכן נותח על פי מתודולוגיית הניתוח התמטי (Thematic analysis) (Braun, 2008). תהליך הניתוח איפשר מציאת תמות (themes) משותפות לרופאים ומטופלים שונים, ותמות המבחינות בין תפיסות של רופאים מהתמחויות שונות, ומטופלים מקבוצות שייכות שונות, אודות

שאלות המחקר. ממצאי הניתוח המובא במחקר זה סייעו בבניית שאלון כמותני דרכו נבחנה יכולת ההכללה (generalizability) של הממצאים האיכותניים.

תכנון הראיונות – כלל בחירה של מטופלים במגוון רחב ככל האפשר של קבוצות שייכות: פריפריה ומרכז, סטטוס מקצועי גבוה ונמוך, גילאים שונים. עבור הרופאים, בחרנו להתמקד בארבע התמחויות: קרדיולוגיה, אורתופדיה, מחלות זיהומיות וטיפול נמרץ. התמחויות אלו נבחרו מתוך ההנחה המקובלת כי הרופאים המומחים למחלות זיהומיות ולטיפול נמרץ הם בעלי שיעור נמוך יותר של עיסוק ברפואה פרטית לעומת מומחים לאורתופדיה ולקרדיולוגיה, הנחה שאיששנו בסקר הרופאים (נספח 6.4).

שיטת הדגימה - המרואיינים נבחרו על ידי דגימה מבוססת תיאוריה (Purposeful – Theory based sampling). עבור הרופאים, התיאוריה שהנחתה את בחירת המרואיינים היא שלאלו מהתמחויות עם זיקה לרפואה הפרטית - קרדיולוגיה ואורתופדיה - יהיו עמדות שונות בהשוואה למומחי טיפול נמרץ ומחלות זיהומיות בקשר לסוגיות הקשורות בביטוחים הפרטיים, תהליכי הפרטה ויחסי רופא-מטופל.

עבור המבוטחים, ההנחה הייתה ש'הון הבריאות התרבותי' הוא משאב אשר מחובר לבלי הפרד להון החברתי ולשאר סוגי ההון שאדם מחזיק כחלק ממיקומו המעמדי ואף האתנו-מעמדי. למשל, חברי קיבוצים מבוגרים בפריפריה יכולים להיות דומים – על פי ההנחה – מבחינת 'הון הבריאות התרבותי' לבני גילם במעמד בינוני-גבוה במרכז הארץ, אך ייתכן שההבדל הגיאוגרפי ישפיע על יכולתם לממש את 'הון הבריאות התרבותי' שברשותם באמצעות מעבר מושכל בין מערכת ציבורית לפרטית. על כן, מעבר לדגימה על-פי אזורים גיאוגרפים, יצרנו קשר עם מבוטחים עם מאפיינים שונים בתחום שנות הלימוד והסטטוס המקצועי על מנת לתת ביטוי להבדלים במעמד כלכלי-חברתי בקרב מדגם המרואיינים.

כחלק מהדגימה המכוונת, המרואיינים נבחרים בשל הפוטנציאל שלהם להיות מקור עשיר לידע בהתאם למטרות המחקר (Palinkas, 2015). בנוסף, על מנת להגביר את איכות המחקר נעשתה דגימה המכוונת למקרים המפריכים או מאששים את התמות העולות מהממצאים (Confirming and disconfirming cases). למשל, המחקר כלל יצירת קשר עם מרואיינים שעוסקים בפרקטיקה פרטית במקצוע שנחשב לציבורי ולהפך – למשל מומחה לטיפול נמרץ או למחלות זיהומיות שעובד במסגרת פרטית.

יצירת קשר עם המשתתפים במחקר - נעשתה באמצעות שליחת דואר אלקטרוני המסביר את נושא הריאיון באופן כללי והיותו חלק ממחקר של המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון. הפנייה כללה בקשה להקדיש כ-60 דקות לטובת שיחה בנושא רפואה פרטית וציבורית בישראל, הוסבר כי השיחה תוקלט והובטח להם שפרטיהם יהיו חסויים. נעשו פניות ל-35 רופאים שנמצאו מתאימים לראיון ובפועל השתתפו ורואיינו 21 (60%) רופאים. מבין יתר המועמדים לראיון שניים סרבו, שבעה לא ענו לפנייה ועם אחד היה קושי במציאת זמן מתאים.

עבור אוכלוסיית המבוטחים, הפניות נעשו תוך שימוש בכל סוגי ההיכרויות שהיו לחוקרים – מהיכרות אישית ועד היכרות מקצועית, פניה עקיפה דרך ארגונים הפועלים באזורים ושונים ועוד. הראיונות נערכו בתוך מעגל מסוים, למשל, מאגל גיאוגרפי - חברי קיבוצים, עיירות פיתוח וכפרים ערבים בגליל - עד לנקודת 'רוויה' ואז יצאו למעגלים אחרים. רוב רובם (20/22) של המבוטחים אליהם פנינו הסכימו להתראיין, כאשר פחות מ-10% מתוכם חשו שלא בנוח לספר על חייהם ועל ניסיונם במערכת הבריאות.

כלי המחקר - איסוף הנתונים האיכותניים התבצע באמצעות ראיונות עומק מובנים למחצה (semi-structured interviews) המבוססים על מדריך כללי. בטרם ביצע הראיונות, חובר מדריך כללי (Interview guide) ובמהלך ביצוע הראיונות הראשונים מדריך זה עבר שינויי ניסוח והתאמות לפי האינטראקציה והניסיון המצטבר עם המראיינים ושאלות המחקר. גרסאות סופיות של המדריך הכללי, הן עבור ראיונות הרופאים והן עבור הראיונות עם המבוטחים, מצורפים בנספחים 1 ו-2 בהתאמה. שיטת הראיון המובנה למחצה מאפשרת גמישות והעלאת שאלות בנוסף לאלו שנוסחו מראש. כמו כן, בהתאם לדינאמיקה בראיון, נעשה שינוי של נוסח וסדר השאלות על מנת לסייע ביצירת רצף, זרימה ועידוד פתיחות בקרב המראיינים.

שיטת ניתוח הנתונים האיכותניים - התבסס על מתודולוגיית הניתוח התמטי (Braun, 2008). ראשית, 2-3 תמלילי הראיונות נקראו במלואם, תוך ניסיון להבין את פרספקטיבת המראיין, ללא הנחות מוקדמות וללא קטגוריזציה ידועה מראש. שנית, בוצעה קריאה חוזרת של הטקסט תוך מתן שמות לתהליכים ותפיסות שמתאר המראיין, שורה אחר שורה, באופן המבקש להתקרב לעולם המושגי העולה מתוך הטקסט. תהליך זה חזר על עצמו עבור 3-4 ראיונות נוספים, תוך מתן תשומת לב ליחידות משמעות, או תמות, המופיעות או חוזרות על עצמן אצל מספר מראיינים. לאחר מכן, יחידות משמעות, כגון פסקה או משפט בעל מסר מסוים, ממראיינים שונים אורגנו מחדש במסמך המכיל כותרות, או קטגוריות, ראשוניות עבור יחידות משמעות בעלות תוכן דומה. התהליך חזר על עצמו עם הוספת מידע חדש ממראיינים נוספים. שאלות המחקר שעמדו במרכז תהליך הניתוח היו אלה שהוצגו בנוגע לעלייה ברכישת ביטוחי בריאות משלימים ופרטיים, תהליכי הפרטה בבריאות, חשיבותו של 'הון בריאות תרבותי', הבניית 'הביטוס' של מטופל על רקע הממשק בין רפוא פרטית וציבורית, ודינאמיקה בין רופאים ומטפלים.

איכות ואמינות המחקר - אחד האתגרים במחקר איכותני מסוג זה הוא השפעתה של נקודת המבט הסובייקטיבית של המראיין והחוקר לרבות הנחותיו הקודמות. אחת הדרכים להתמודדות עם אתגרים אלו הוא שיתוף ממצאי המחקר וניהול דיון ושיח בתוך צוות החוקרים ומחוצה לו באשר לאופן בו ניתן לפרש את הנושאים העולים מהטקסט. כך למשל, חלק מקטעי הראיון שותפו בפורום של דוקטורנטים העוסקים במחקר איכותני בתחום הבריאות, פרשנותם תועדה וסייעה בעת תהליך הניתוח. הדיון והניתוח המשותף סייע בהתמודדות עם בעיית הסובייקטיביות הקיימת בניתוח על-ידי חוקר יחיד, והרקע השונה של צוות החוקרים המעורבים מתחומי הרפואה הקלינית, כלכלת

הבריאות, פוליטיקה וממשל, משפט ורפואה ובריאות הציבור העשיר את תהליך הניתוח. תיקוף הממצאים האיכותניים התבצע על-ידי: (1) ניתוח תמתי משולב של ראיונות הרופאים והמבוטחים, (2) בחינת ההשערות שעולות מן הממצאים האיכותניים דרך ניתוח סטטיסטי של סקרי הרופאים והמבוטחים, (3) עדכון וניתוח חוזר (iterative analysis) של כלל הממצאים האיכותניים לאור הממצאים הכמותיים כחלק מתהליך כתיבת המסקנות.

4.2 החלק הכמותי

4.2.1 סקר בקרב מבוטחים

תיאור אוכלוסייה המחקר – המחקר בוצע בקרב מדגם מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל (מגיל 25 ומעלה) במגזר היהודי (לרבות עולים מברית המועצות לשעבר) ובמגזר הערבי. סך-הכל השתתפו 938 משיבים. על מנת לתת ביטוי למגזרים השונים באוכלוסייה נעשתה דגימת שכבות פרופורציונאלית על פי כל אחד ממגזרים. כל שאלוני המחקר תורגמו גם לערבית ורוסית, ובכל מגזר הועבר השאלון בשפה המתאימה לו (עברית, ערבית ורוסית, בהתאמה).

כלי המחקר – בהתבסס על הממצאים שזוקקו מתוך החלק האיכותני (לעיל) גובש שאלון עמדות סגור (Altitude Scale) (נספח 3). שאלון העמדות הורכב בהתבסס על סולם ליקרט (Likert) הכולל 4 קטגוריות בלבד, על מנת לאפשר למראיין לבחור באפשרות הסבירה בעיניו תוך צמצום הנטייה לבחור בנקודת האמצע. בנוסף, במסגרת השאלון נעשה שימוש בסולם תשובות משולב (מספרי ומילולי) שמטרתו להתמודד עם תופעה של עייפות ונטייה לבחור באותו התשובה לקראת סוף השאלון. לצד שאלון עמדות התבקשו הנשאלים לספק פרטים דמוגרפיים שכללו: מגדר, מגזר באוכלוסייה, גיל, נטייה דתית, ארץ מוצא, מצב משפחתי, השכלה, רמת הכנסה, מצב בריאותי, מחלות כרוניות והשתייכות לקופת חולים. נתונים שמטרתם לאתר קשרים בין עמדות לבין מאפיינים דמוגרפיים. הסקר נערך בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל ובוצע באמצעות המכון למחקר מרחבי גיאוקרטוגרפיה'.

מהימנות כלי המחקר – נשענת על פעולות שנגקטו בשני ממדים שונים. שלב ראשון: בוצע תיקוף של תוכן השאלון באמצעות העברתו למספר מומחי תוכן בתחום מדיניות בריאות ומומחים מתחום בניית שאלונים. עם קבלת הערות המומחים בוצעו תיקונים והתאמות. שלב שני: נערך פיילוט (50 מוראיינים) מתוך מטרה למפות ולסנן ההיגדים שאינם מבחינים (ממוצעים נמוכים/גבוהים במיוחד) ו/או ההיגדים שאינם בהירים ומובנים לציבור.

תהליך איסוף הנתונים ומידת היענות – איסוף הנתונים התקיים בחודשים ינואר-פברואר 2018 באמצעות סוקרים של מכון גיאוקרטוגרפיה. כל הסוקרים עברו תדריך מוקדם על המחקר ועל הכלי המחקרי. במהלך תקופת הסקר בוצעו בדיקות איכות אקראיות של שיחות הסוקרים עם הציבור. תהליך בניית המדגם נעשתה בשיתוף עם מומחים לסטטיסטיקה ונעשתה בשני שלבים: א) בניית מדגם – מדגם אקראי של בני 25 ומעלה מתוך מאגר ארצי של חברת גיאוקרטוגרפיה. ב) טיוב –

איתור מספרי טלפון לנדגמים, כשבתוך כל משק הבית רואין אדם אחד מעל גיל 25. מרואיינים שאלוהם פנו ולא רואיין מכל סיבה הועברו לרשימת יומן המבקרת את הגורמים השונים לאי היענות. רשימת היומן אפשרה שליטה ומיצוי רכיבי המדגם. השאלון בעברית הועבר בין התאריכים: 18-25/2/2018; השאלון בערבית הועבר בין התאריכים: 19-21/2/2018; השאלון ברוסית הועבר בין התאריכים: 25-26/2/2018. טבלאות המסכמות את נתוני משתתפי סקר מופיעות בנספחים 6.1 ו-6.2.

שיטת ניתוח הנתונים – כל הנתונים שנאספו מתוך השאלונים הוקלדו ובוקרו (בדיקת תקינות במשתנים "סגורים". בהמשך בוצע ניתוח נתונים (Factor Analysis), תוך קיבוץ המשתנים ויצירת ציון מסכם זמני (אינדקס). ציון שביטא את הממוצע שהתקבל מכל התשובות שניתן באותו סולם. הממוצעים וסטיות התקן חושבו לכל אחד מההיגדים ולקבוצות ההיגדים מאותו התחום. כמו כן, נערכו בדיקות מהימנות מסוג אלפא קרונברך ולאחר מכן נערך ניתוח גורמים מסוג Principle Component Analysis עם רוטציה בשיטת ורימקס (Varimax). הרוטציה בשיטה זו מבצעת מקסום של השונות עבור טעינות של גורם מסוים – בטורים ובשורות – ומאפשרת הבחנה בין המדדים בפקטורים השונים. תוצאת הווריקמקס כוללת מספר גורמים מובחנים שאינם קשורים זה בזה. לאחר קבלת האינדקס הזמני בוצעה בדיקת קביעות שלאחריה חושבו ערכי האינדקס הקבוע. בהתבסס על תוצאות ניתוח הגורמים נערכו שוב בדיקות מהימנות Cronbach's- α ונעשה ניסיון לשלב גם את ההיגדים שלא נטענו על אחד משלושת הגורמים והיו רלבנטיים לאותו גורם על פי תוכן ההיגד (ללא פגיעה ברמת המהימנות). לבסוף, בעת שילוב הממצאים, הנתונים והאנדקס פורשו למול המסד התיאורטי וממצאי המחקר האיכותני.

4.2.2 סקר בקרב רופאים

תיאור אוכלוסייה המחקר – לצורך ביצוע המחקר, בוצע סקר טלפוני בקרב 197 רופאים בין החודשים אוקטובר 2018 – ינואר 2019. המשתתפים נדגמו באופן אקראי מרשימות של ההסתדרות הרפואית. הדפוסים השונים, והתשובות בסקרים הושאו בין ארבע קבוצות הרופאים הבאות: אורתופדים (n=69), קרדיולוגים (n=77), מומחי טיפול נמרץ (n=23) ומומחי מחלות זיהומיות (n=28).

כלי המחקר – בהתבסס על הממצאים שזוקקו מתוך ראיונות העומק עם רופאים, גובש שאלון עמדות סגור (ראה נספח 4). שאלון העמדות הורכב בהתבסס על סולם ליקרט (Likert) הכולל 4 קטגוריות בלבד, על מנת לאפשר למרואיין לבחור באפשרות הסבירה בעיניו תוך צמצום הנטייה לבחור בנקודת האמצע. בדומה לשאלון למבוטחים, במסגרת שאלון זה נעשה שימוש בסולם תשובות משולב (מספרי ומילולי). כמו כן, נשאלו הנבדקים גם מספר שאלות בעלות מענה דיכוטומי, לצד שאלון עמדות התבקשו הנשאלים לספק פרטים דמוגרפיים שכללו: מגדר, גיל, ארץ לימוד, קופת חולים בה הם מועסקים, מסגרות העסקה, תחום התמחות, משך לימודים ועוד. נתונים שמטרתם

לאתר קשרים בין עמדות לבין מאפיינים דמוגרפיים. הסקר בוצע באמצעות המכון למחקר מרחבי 'גיאוקרטוגרפיה'.

מהימנות כלי המחקר – עם סיום כתיבת הטיטה הראשונה של השאלון ניתן השאלון למומחים ול-10 רופאים וזאת על-מנת לבחון את מהימנותו. לאחר שינוי ניסוחים, נבחנה עקביות (Consistency) השאלות הנוגעות לתחומים השונים בשאלון באמצעות מבחן Cronbach's- α אשר בוצע ב- SPSS (Version 25.0). בהתאם למקובל בספרות (43) הוחלט להשאיר בשאלון את כל השאלות ששמרו על מודל עם ציון Cronbach's- $\alpha > 0.7$. השאלון הסופי כלל 27 שאלות בעלות ארבע אפשרויות מענה ו-12 שאלות בעלות אפשרות מענה דיכוטומית.

תהליך איסוף הנתונים ומידת ההיענות – המחקר התבצע באמצעות סקר טלפוני שנערך במהלך החודשים אוגוסט וספטמבר (2018). מספרי הטלפון של הרופאים המומחים והמרפאות סופקו על-ידי ההסתדרות הרפואית בישראל ("הר") תוך הבטחת חסיונם של הפרטים, ושימוש בהם לצורך מחקר זה בלבד. בתחילת השיחה עם כל אחד מן המרואיינים, הוצגה מטרתו של הסקר וצוינה העובדה שהסקר מתבצע מטעם אוניברסיטת בן גוריון בנגב. לאורך ביצוע הסקר ישב חוקר מטעמו במכון הסקרים והסביר לסוקרים את מהות הסקר ושאלותיו על-מנת שיוכלו להתמודד עם שאלות מצד המרואיינים. הסטודנט האזין לשיחות מדגמיות עם מרואיינים וסייע לסוקרים לקבל החלטות הנוגעות לשאלות בזמן אמת.

ניתוח חד-משתני - הקשרים שבין המשתנים התלויים הדיכוטומיים לבין המשתנים הבלתי תלויים הדיכוטומיים נבחנו באמצעות מבחן χ^2 . הקשרים שבין המשתנים התלויים הדיכוטומיים לבין המשתנים האורדינליים השונים (שאלות הסקר השונות) נבחנו באמצעות מבחן א-פרמטרי מסוג Mann-whitney. קורלציות בין משתנים רציפים שאינם מתפלגים נורמלית: המשתנים הסוכמים את כל התשובות לשאלות תחת כל אחת מן הקטגוריות, נבדקו באמצעות מבחן Spearman.

ניתוח רב-משתני - משתנים שנמצאו בעלי קשר מובהק בניתוח החד משתני ($P \text{ Value} < 0.05$) הוכנסו לעיבודים הרב משתנים השונים. אולם תחילה נבדקו ערפול ואינטראקציה בקרב המשתנים הבלתי תלויים השונים על סמך הידוע בספרות. בין המשתנים הרציפים השונים (כגון המדדים שהורכו מסכום התשובות שענו הנחקרים) נבדקה קו-לינאריות טרם הכנסתם למודלים הרב משתניים. במידה ונתקלנו בקבוע קורלציה $r > 0.8$ החלטנו להכניס רק אחד מן המשתנים למודל, תוך שימוש בשיקולים שיפורטו בהמשך במידת הצורך.

לצורך ניבוי תוצאים תלויים דיכוטומיים, כמו למשל המענה לשאלה "האם תמליץ למטופל לעשות שימוש בביטוח פרטי?" (רפרנס) עשינו שימוש ברגרסיה לוגיסטית רב משתנית. במקביל ולצורך ניבוי ההבדלים בתוצאים בין המומחים מההתמחויות השונות שעלו במחקר, עשינו שימוש ב-Mixed Models על-מנת לנסות ולהבין את ההבדלים בין האשכולות (ההתמחויות) השונים.

5. ממצאים**5.1 תיאור אוכלוסיות המחקר**

כאמור, במסגרת המחקר בוצעו ראיונות עומק בקרב ציבור המבוטחים ($n=20$) ובקרב רופאים ($n=21$) מארבע התמחויות וכן בוצעו סקרים בקרב מדגם מייצג של הציבור בישראל ($n=938$) ושל רופאים מן התמחויות שנבחרו ($n=197$). בפרק זה מתוארים מאפייניהם העיקריים של כלל משתתפי המחקר, כאשר טבלאות ונתונים נוספים על המדגמים מופיעים בנספחים 5 ו-6.

5.1.1 מחקר איכותני – מבוטחים

במחקר האיכותני בקרב מבוטחים, נעשו 20 ראיונות עומק כאשר כמחציתן היו עם נשים ($11/20$) והיתר עם גברים (נספח 5.1). הראיונות התבצעו עם מרואיינים מאזור המרכז (20%), ירושלים (10%), דרום (40%) וצפון (30%), באופן המאפשר ללמוד על נגישות לשירותי בריאות מפי מי שגר בפריפריה, בהקשר של יחסי רפואה פרטית וציבורית. רב המרואיינים הם יהודים שנולדו בארץ, בגילאי 55 ומעלה וחלק ניכר מהם בעלי השכלה אקדמית. כמו כן, לרב המוחלט היה לפחות רובד אחד של ביטוח פרטי, וחלק נכבד (40%) היה ביטוח מסחרי בנוסף לביטוח משלים מקופת החולים. עוד נציין שבקבוצה זו, שני מרואיינים היו מבוטחים בביטוחים אלו כהטבה מטעם הקיבוץ בו התגוררו ושלושה מרואיינים היו מבוטחים כהטבה של מקום העבודה.

5.1.2 מחקר איכותני – רופאים

מתוך 21 הרופאים שרואיינו, הרב היו גברים (81%), בעלי ניסיון של למעלה מ-20 שנים בתחום התמחותם (52%) וחלק ניכר מהם עבדו באזור המרכז (48%) במועד ביצוע הראיון (נספח 5.2). כמעט כל הרופאים שרואיינו עבדו ביותר ממקום עבודה אחד, כאשר ששה מתוכם עבדו בשניים ומעלה אזורים גיאוגרפים שונים. רב מומחי טיפול הנמרץ והמחלות הזיהומיות שרואיינו (7 מתוך 9) עבדו בסקטור הציבורי בלבד בעת הראיון. כמו כן, רב המומחים מתחומי האורתופדיה הקרדיולוגיה שרואיינו (9 מתוך 12) עבדו במקביל הן בסקטור הציבורי והן הפרטי (נספח 5.3).

5.1.3 מחקר כמותי – מבוטחים

מדגם המחקר כלל 938 משתתפים. הטבלה שבנספח 6.1 מציגה את התפלגות שכיחות מאפייני הרקע הסוציו-דמוגרפים של המדגם. מרבית המדגם היו נשים, מהמגזר היהודי ומרבית המדגם מעל גיל 55. כ-43% מן המדגם מגדירים את עצמם מבחינה דתית כחילונים. מבחינת המוצא, כשליש ממוצא מזרחי, כשליש ממוצא מערבי וכרבע ילידי הארץ מדור שני. מחצית המדגם בעלי השכלה תיכונית ועוד כ-45% בעלי השכלה על תיכונית. מרבית המדגם מדווחים על מצב בריאותי טוב ומעלה וכשליש בעלי מחלה כרונית. מבחינת הכנסה, כרבע מן המדגם בעלי הכנסה נמוכה מ-8,600 ₪, כשליש מן המדגם בעלי הכנסה בין 8,600-16,600 ₪. בנוסף, כמחצית המדגם מדווחים שהם רשומים בקופת חולים כללית, כ-20% במכבי ומיעוט המשתתפים בקופת חולים

מאוחדת/לאומית. רובם המכריע של המדגם (82.5%) דיווחו כי יש להם ביטוח בריאות משלים (שב"ן) דרך קופת החולים וכמחצית המדגם (49.8%) דיווחו כי יש להם ביטוח בריאות פרטי/מסחרי. רובם המכריע של המדגם (68.6%) דיווחו שלא הפעילו כלל את הביטוח המשלים או הפרטי שלהם בשנה שעברה. כ-12% מן המדגם הפעילו אותו פעם אחת ועוד כ-10% הפעילו אותו בין 2-4 פעמים.

5.1.4 מחקר כמותי – רופאים

מדגם המחקר כלל 197 רופאים. בטבלה שבנספח 6.3 ניתן לראות את התפלגות הרקעים השונים של הרופאים מן ההתמחויות השונות כפי שבאו לידי ביטוי במחקר. בבחינת גילאי המומחים השונים, לא נמצא הבדל מובהק ($p=0.143$) בין הרופאים מן ההתמחויות השונות, כמו כן, גם בבחינת מין הרופאים ניתן לראות ששעור הרופאים הגברים משמעותי יותר בכל הקבוצות מאשר קבוצת הנשים.

בבחינת הרקע האקדמי והקליני של הרופאים, היה הבדל מובהק ($p=0.02$) במשך השנים בהם הרופאים מההתמחויות השונות עבדו במערכת הבריאות כמומחים בתחומם. כמו כן נמצא כי קיים הבדל מובהק ($p<0.001$) במקום הלימודים בין המומחים במקצועות השונים, כאשר טיפול נמרץ הוא המקצוע היחיד בו רוב המרואיינים (69.6%) היו בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל. בין שנות ההתמחות הכוללות במקצועות השונים לא נמצאו הבדלים מובהקים ($p=0.104$). אך בביצוע Fellowship לעומת זאת נמצאו הבדלים מובהקים ($p=0.03$) בין הקבוצות, כאשר תת התמחות נמצאה נפוצה רק בקרב הקרדיולוגים (54.5%) ומומחי טיפול נמרץ (52.5%).

5.2 ממצאים עיקריים

בשל האופן האקספלורטיבי של איסוף הנתונים האיכותניים והשילוב בין שיטות כמותיות ואיכותניות, ממצאי המחקר כוללים מידע רב מעבר למוצג בדו"ח זה, מקצתם מופיעים בפרק הנספחים של הדו"ח (נספחים 7 ו-8). להלן מובאים עיקרי הממצאים על פי המטרות שהוצגו בסעיף מספר 3 של דו"ח זה:

5.2.1 קשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המבוטחים לנטייתם לרכוש ביטוחים פרטיים

סקר בקרב מבוטחים: מתוך כלל המשתתפים בסקר, שיעור בעלי הביטוח המשלים דרך קופת חולים היה 82.5% ושיעור בעלי הביטוח המסחרי היה 49.8%. מצאנו קשר ברור בין הנטייה לרכוש ביטוח משלים ובין סטטוס חברתי-כלכלי גבוה, כפי שניתן לראות מנתוני רכישת הביטוח על פי סוג ההשכלה ורמת השכר. קשר זה מתחזק בכל הנוגע לרכישת ביטוחים מסחריים. מתוך נתוני סקר המבוטחים 86.5% מבעלי השכלה על תיכונית ואקדמית רכשו ביטוחים משלימים, לעומת 78.6% מבעלי השכלה עד תיכונית ($p=0.001$). פער זה היה ניכר יותר עבור ביטוחים מסחריים, כאשר 61% מבעלי השכלה על תיכונית ואקדמית רכשו ביטוח מסחרי לעומת 38.6% מבעלי ההשכלה עד

תיכונית ($p < 0.001$). בדומה לכך, 90.8% מבעלי ההכנסה מעל הממוצע רכשו ביטוח משלים לעומת 74.3% מבעלי הכנסה מתחת לממוצע ($p < 0.001$). עבור רכישת ביטוחים מסחריים, 66% מבעלי הכנסה מעל לממוצע היה ביטוח זה, בעוד שיעור החזקת ביטוח מסחרי בקרב מי שהכנסתו מתחת לממוצע היה 32.6% בלבד.

מבחינת מגדר, שיעור הנשים אשר רכשו ביטוחים משלימים היה גבוה מעט מאשר בקרב גברים (84% לעומת 78.7%, $p = 0.045$), בעוד בכל הקשור לביטוח מסחרי ההבדל לא היה מובהק. סיבה אפשרית להבדל המגדרי ברכישת ביטוח משלים עשויה להיות בשל הטבות הקשורות בהיריון ולידה הכלולות בסל שירותי המשלים. כאשר משווים את שיעור רכישת הביטוחים הפרטיים בין המגזר היהודי לערבי, יהודים נטו יותר לרכוש ביטוח משלים (88.5% לעומת 58.1%) וכן רכשו יותר ביטוח מסחרי (55% לעומת 22.5%) ביחס לערבים באופן מובהק ($p < 0.001$).

ראיונות עומק עם מבטוחים: מרבית המבטוחים המצויים בשכבות ביניים - מהרובד הנמוך שלהן ועד המבוסס ביותר - אינם חשים כי הם עוברים גבול מוחשי כאשר הם רוכשים או מפעילים ביטוח משלים. גם אלה הממוקמים במדרגים חברתיים-כלכליים נמוכים יחסית, יכולים להיות בעלי ביטוח משלים ולהשתמש בו. מרואיינים אלו העידו כי התשלום לביקור לצורך ייעוץ איננו נתפס בעיניהם כיקר והופך לפיכך, מבחינה התנסותית, לחלק מהמערכת הציבורית. הגבול שבין המערכות נעשה מוחשי כאשר הם נדרשים לשלם כסף אשר נחשב בעיניהם כסכום נכבד, למשל במצבים של השתתפות עצמית לצורך הפעלת הביטוח הפרטי לביצוע ניתוח. למעשה מטופלים ממצב חברתי כלכלי נמוך יותר הם לא פעם בעלי ביטוח משלים ברובד הנמוך אשר מפעילים אותו רק באופן חלקי. מיעוט המוסדות הפרטיים באזורי הפריפריה מעצים את התופעה, כפי שאפשר להתרשם מדברי מרואיינים שחיים באזורים אלה. דהיינו, גם תושבי הפריפריה שנותרים בתוך גבולות המערכת הציבורית, ואשר אינם מצליחים להגיע לשירותי רפואה פרטיים – למשל, בתחום הניתוחים והאשפוז הפרטי - רוכשים ביטוח משלים בבחינת מובן מאליו, אך מממשים פחות את הביטוח בשל החסמים השונים.

נראה כי ההבדל החשוב בין הרבדים השונים של מי שמחזיקים בביטוח משלים – מהרובד הבינוני-מבוסס, דרך הבינוני-נמוך ועד מעמד הפועלים המקצועי – איננו בעצם ההחזקה, אלא באופן השימוש, אשר תלוי בהון הבריאותי-תרבותי או, חשוב מכך, בהון הבריאותי-חברתי. בנוסף לחסמים במימוש הביטוחים, קיים גם ההבדל בין מי שיכול להרים טלפון לרופא מומחה ממכריו וכך לקצר באחת את הדרך, להימנע מטרטורים בירוקרטיים וליצור אינטימיות ואמון ברופא, לבין מי שגם במערכות הבריאות הפרטיות-ציבוריות או הפרטיות ממשיך לבקש את דרכו, ונאלץ להוציא כספים מכיסו כדי להשיג את אותם יתרונות.

5.2.2 הסיבות המביאות לרכישה של ביטוחים פרטיים.

סקר בקרב מבוטחים: שיעור גבוה של מבוטחים (45.6%) ציינו שנציג מקופת החולים שאינו רופא המליץ להם לרכוש ביטוח פרטי. המלצה מבני משפחה או חברים הייתה גם היא שכיחה (40.1%) ורק במעט מקרים (11.8%) המבוטחים ציינו המלצה מאת רופא בקופת חולים. כאשר הצלבנו בין המלצה מרופא קופ"ח לרכוש ביטוח פרטי ובין הסטטוס הביטוחי, מצאנו כי בקרב חסרי הביטוח הפרטי שיעור ההמלצות מרופא לרכוש ביטוח פרטי היה גבוה בהשוואה לאלו שכבר רכשו (14.4% לעומת 9.9%).

על אף שלא ניתן להסיק קשר סיבתי בין המלצה מגורם מסוים ובין רכישה של ביטוח פרטי, שכיחות ההמלצות מצד נציגי קופות חולים, בני משפחה וחברים מסתמנות כגורם מרכזי בתהליך קבלת ההחלטה לרכוש ביטוח פרטי. עם זאת, ממצאי המחקר תומכים בכך שכאשר למטופל אין ביטוח מסחרי וגם לא ביטוח משלים, ההמלצות מצד רופאים לרכוש ביטוח פרטי הינן יותר שכיחות.

בחלק האיכותני, אחת הדרכים שהמראיינים ציינו להתמודדות עם תחושת אי-הוודאות כלפי המערכת הציבורית היא שימוש בביטוח הפרטי לבחירת רופא מומחה. לפיכך, נושאים אלו נבחנו במסגרת החלק הכמותי של המחקר. על-פי ניתוח רב משתני של תוצאות הסקר בקרב הציבור בישראל, נמצא קשר מובהק בין רמת אמון גבוהה במערכת הציבורית ובין רמת השכלה ($t=2.4$, $p=0.02$) והשתייכות למגזר הערבי ($t=5.98$, $p<0.01$), זאת לאחר תקנון למשתנים מגדר, גיל, מצב משפחתי, הכנסה וחברות בקופת חולים ($F(9, 937)=15.58$, $P<0.01$, $R^2=0.13$). מנגד, במסגרת ניתוח זה מצאנו קשר מובהק בין רמת אמון נמוכה במערכת הבריאות הציבורית ובין השתייכות לאוכלוסיית היהודים הותיקים ($t=-9.30$, $p<0.01$) ויהודים עולי בריה"מ ($t=-5.98$, $p<0.01$). תוך שימוש במבחן פירסון, מצאנו כי ככל שרמת האמון במערכת הבריאות הציבורית גבוהה יותר, כך מייחסים פחות חשיבות לבחירת רופא ($r=-0.21$, $P<0.01$). כמו כן, מצאנו כי אלו המחזיקים ביטוח פרטי מייחסים חשיבות גבוהה יותר לבחירת רופא בהשוואה לאלו שאינם מחזיקים בביטוח זה ($t=6.32$, $p<0.01$).

ראיונות עומק עם מבוטחים: הרושם העולה מן הראיונות הוא כי הביטוחים המשלימים, לפחות ברובד הבסיסי, הם בבחינת מובן מאליו. אין הם נתפסים כחלק מהמערכת הרפואית הפרטית אלא כתוספת אינטגרלית לביטוח הציבורי, לעיתים תוספת שהמבוטח כלל אינו חש, ובוודאי שאיננו תופס אותה כמנוגדת לביטוח הציבורי. מכך נובע כי השאלה הרלוונטית לגבי חציית גבול מודעת בין פרטי לציבורי, כלומר זו שעולה מעל סף התת-מודע ויכולה להזין פעולה, היא השאלה בדבר רכישת הביטוח הפרטי המסחרי או השאלה בדבר הרובד היוקרתי של הביטוח המשלים. שאלת נוכחותו ההתנסותית של המעבר מפרטי לציבורי נוכחת כאשר המטופל נדרש לשלם סכום אשר נתפס בעיניו כנכבד – זו כמובן אפשרות שיכולה לקרות גם תוך שימוש במשלים, למשל, בתחום רפואת השיניים או רפואה משלימה. ממצא זה חזר על עצמו בקרב מרבית המראיינים אשר השתייכו לרובדי המעמד הבינוני הנמוך.

בנסיבות אלה מצאנו בקרב המרואיינים בתיוגים שליליים ביחס לרפואה הציבורית: עומס ותורים ארוכים, יחס אדיש ומזלזל, אינטראקציה מנוכרת עם נותני שירותים מקצועיים. יחד עם זאת ולמרות תחושת הסרבול במערכת הציבורית, חלק נכבד מהמרואיינים ראו את המערכת הציבורית כמערכת בריאות טובה אשר נותנת מענה במקרה הצורך, במיוחד בהשוואה למערכת בריאות אחרת במזרח התיכון או בארצות הברית. כאשר נשאלו על התקלות אישיות שלהם עם מערכת הבריאות, או אז נפרשה תמונה מורכבת יותר של תחושת חוסר אמון במערכת, תסכול ומיאוס מסרבול השירותים הציבוריים.

ראיונות עומק עם רופאים: בדומה לראיונות עם המבוטחים, הרופאים שרואיינו הרבו לתאר את הביטוחים המשלימים כבעלי מעמד של "נורמה", "משהו שהוא must", "חלק אינטגרלי" ו"נכס צאן ברזל". אחד המרואיינים אף ציין כי הוא מתייחס לביטוח המשלים כ"חלק ממה שמערכת הבריאות היום נותנת בעלות נוספת" ואמר כי ההבדל עבורו בין ביטוח משלים ומס הבריאות מתמצה ב"הפרדה סמנטית". ממצאים אלו עשויים לבטא מצב מתקדם של טשטוש הגבולות והיעדר הבחנה בקרב רופאים בין המימון הפרטי והציבורי לשירותי בריאות, בפרט בכל הנוגע לתפיסתם של הביטוחים המשלימים על ידי מבוטחים ורופאים.

בין הסיבות לרכישת ביטוחים פרטיים, רופאים הדגישו את מאמצי השיווק מצד קופות החולים וחברות הביטוח הפרטיות. מרואיינים תיארו את מאמצי שיווק אלו כ"חלק ממערכת תעמולה מאוד אגרסיבית" וכן ציינו ש"חברות הביטוח עושות עבודה מעולה בלשכנע את האנשים ולהציע להם כל מיני הצעות כביכול אטרקטיביות". אחד הרופאים הדגיש כי עבור מטופלים המתגוררים בפריפריה הגיאוגרפית, הביטוח המשלים הוא "סוג של הונאה, כי כשתצטרך את זה – תתכבד אדוני תעלה תיסע מאה קילומטר צפונה לתל אביב או להרצליה". ממצאים אלו מתכתבים עם ממצאי ראיונות המבוטחים, לפיהם עצם ההחזקה בביטוח פרטי נתפסת כמובנת מאליה, אולם השימוש בביטוח שמור רק לאלו המתגוררים במרכז הארץ ויכולים להרשות לעצמם את הן את תעריפי ההשתתפות העצמית והן את העלויות הנלוות לטיפול הרחוק ממקום מגוריהם.

עוד תיארו הרופאים את העלייה ברכישת הביטוחים הפרטיים כמתרחשת על רקע המחסור במימון ציבורי לשירותי בריאות, מצוקת התורים ותנאי האשפוז השוררים במערכת הציבורית. בהקשר למצוקת התורים, מספר רופאים שרואיינו טענו שאלו תוצאה של "המתנה מלאכותית" שמטרתה לעודד מבוטחים לקבל ייעוץ ולעבור פרוצדורות רפואיות בסקטור הפרטי. לסיכום, מתוך הממצאים האיכותניים עולה האפשרות כי רכישת הביטוחים הפרטיים נובעת מתנאי הטיפול הקשים מנשוא במערכת הציבורית, בשילוב עם פעילות בעלי עניין להעלאת הביקוש וההיצע של שירותים פרטיים. בו בעת, לפי הממצאים הביטוחים הפרטיים מחריפים את התהליך בכך שמהווים אמצעי מימון למעבר הכפול, של רופאים ומטופלים שידם משגת, מן הציבורי לפרטי.

סקר בקרב רופאים: מן הסקרים שבוצעו בקרב הרופאים, עולה כי מספר גורמים יובילו את הרופא להמליץ למטופליו לעשות שימוש או לרכוש ביטוח פרטי: ראשית, שביעות הרצון של הרופא מן

המערכת הציבורית, הנמצאה קשורה באופן מובהק ($p < 0.05$) להמלצה לרכוש ביטוח פרטי, כך שחוסר שביעות רצון מהמערכת הציבורית מביא רופאים העובדים בה להמליץ למטופליהם לרכוש ביטוחים פרטיים. כמו כן שביעות הרצון של הרופא ממקום עבודתו, נמצאה גם היא קשורה באופן מובהק ($p < 0.05$) להמלצה של רופא למטופלו לעשות לרכוש ביטוח פרטי, דהיינו חוסר שביעות מתנאי ההעסקה ישפיע באופן חיובי על ההמלצה לרכוש ביטוח פרטי. לבסוף, האופן שבו תופס הרופא את תועלת הביטוחים הפרטיים, תשפיע גם היא באופן מובהק ($p < 0.05$) על המלצת הרופא. מצאנו כי תפיסת שירותי הבריאות עצמם, והשקפת העולם הנוגעת לבריאות אינן קשורות באופן מובהק ($p = 0.235$) להמלצת הרופא למטופליו.

כמו כן בדקנו את השאלה "האם נתוני הרקע של הרופאים אשר השתתפו בסקר, יכולים לנבא את המלצתם לרכוש ביטוחים פרטיים?" בקרב הנשאלים (146 המועסקים בהתמחות בעלת זיקה פרטית, ו-51 המגיעים מעולם בעל זיקה ציבורית) לא נמצא קשר מובהק ($p = 0.565$) בין הפרקטיקה ממנה מגיע הרופא לבין המלצתו על רכישת ביטוחים פרטיים (%37.1 מן המומחים בפרקטיקות הפרטיות המליצו וכן %37.2 מן המומחים מהפרקטיקות הפרטיות). מעבר לכך, לא נמצאו קשרים מובהקים בין התוצא לבין גיל הרופא ($p = 0.569$), מספר השנים בהן הוא עובד כמומחה ($p = 0.993$), מקום הלימודים ($p = 0.167$) או שנות ההתמחות ($p = 0.864$) או תת ההתמחות שביצע ($p = 0.407$).

5.2.3 האינטראקציה בין המבוטחים לספקי השירותים ביחס לשילוב בין פרטי וציבורי.

סקר בקרב מבוטחים: מבין 808 בעלי הביטוחים הפרטיים – משלים, מסחרי ושניהם – שהשתתפו בסקר, רובם המכריע (%68.6) דיווחו שלא הפעילו כלל את הביטוח המשלים או הפרטי שלהם בשנה שעברה. כ-12% מן המדגם הפעילו אותו פעם אחת ועוד כ-10% הפעילו אותו בין 2-4 פעמים.

כאשר בוחנים את האינטראקציה בין שימוש בביטוח הפרטי והמלצה לכך מרופא, מצאנו כי %20.3 מבעלי הביטוחים הפרטיים קיבלו המלצה מרופא בבית חולים לעשות שימוש בביטוח המשלים או המסחרי שלרשותם. מתוך המשיבים שהפעילו את הביטוח הפרטי שלהם בשנה האחרונה, שיעורם של אלו שקיבלו המלצה לעשות בו שימוש מצד רופא ב"ח היה גבוה יותר בהשוואה לשיעור מקבלי ההמלצות מתוך מבוטחים שלא הפעילו בשנה האחרונה (%29.2 לעומת %18.8). כמו כן, %26.1 מסך בעלי הביטוחים הפרטיים השיבו שרופא בבית חולים או בקופה הציע להם לבוא אליו דרך הביטוח המשלים ו/או המסחרי. גם במקרה זה, מצאנו כי שיעור מקבלי הצעה זו היה גבוה יותר מתוך קבוצת המבוטחים שהפעילו את הביטוח בשנה האחרונה בהשוואה לאלו שלא (%38.6 לעומת %23.8).

ממצאי המחקר הכמותי תומכים בכך שלרופאים תפקיד מרכזי יותר בהחלטתם של מטופלים האם לעשות שימוש בביטוח הפרטי, בהשוואה להחלטה האם לרכוש ביטוח זה. כמו כן, ייתכן וקיים דפוס

לפיו מבוטחים שהשתמשו בביטוח הפרטי פעם אחת או יותר בשנה צפויים לשוב ולקבל המלצות והצעות לעשות שימוש נוסף בביטוח הפרטי מצד רופאים. אולם, יש להדגיש כי על סמך נתונים אלו לא ניתן להסיק האם השימוש בביטוח נעשה לפני או אחרי קבלת ההמלצה מהרופא.

ראיונות עומק עם מבוטחים: מרבית המרואיינים נטו לספר סיפור שבו התחנה הראשונה היא מערכת הבריאות הציבורית ובה אפשר לזהות תמות חוזרות הנוגעות לאינטראקציה בין המבוטח לבין נותני שירותים ציבוריים, וכמעט כולן שליליות: עומס ותורים ארוכים, יחס אדיש ומזלזל, אינטראקציה מנוכרת מצדם של נותני שירותים מקצועיים. נפוץ הדגש לפיו התלונות אינן כלל על מקצועיותם של הרופאים, אלא אך ורק על מה שהמערכת מסביבם מעוללת להם ולמטופלים.

לתמות אלה אפשר לצרף תופעות חוזרות של 'תבונה ערמומית' שהמבוטחים מפגינים ביחס לממשק שבין פרטי לציבורי, כשהמטרה היא למצוא את הדרך המיטיבית ולהגיע לטיפול הטוב ביותר בתנאים הטובים ביותר. בחלק מהראיונות מספרים המרואיינים על רופאים במערכת הציבורית – רופאי משפחה או רופאים מומחים – אשר מתוך רצון טוב מיעצים למטופל כיצד להגיע למערכת הפרטית כדי לקצר תור או לשפר את איכות השירות, או מפעילים "פרוטקציה" כדי שהמטופל יגיע לתור או לבדיקה בתוך המערכת הציבורית. חשוב לציין שפעולות אלה מתוארות כחלק מרצונם הטוב וחסר האינטרסים של אותם רופאים.

תיאורים אלה מאירים באור חדש את ההשערות ביחס ללחצים שמפעילים רופאים במערכת הציבורית על המטופל כדי שיגיע למערכת הפרטית. אי אפשר לומר שהאפשרות הזאת נפסלה, אך נראה כי הסיפור שהמטופלים מעדיפים לספר הוא דווקא על פעולה מיטיבה של הרופא המוכר להם, אשר סייעה להתמודד עם חוסר המידע והמערכת הבעייתית. כמו כן, בחלק מהראיונות מסרו המרואיינים כי בהיותם מאושפזים לקראת ניתוח באשפוז פרטי נאמר להם כי אם הדברים יסתבכו, הרופאים יחזרו ויישענו על הציבורי. ממצא זה היה דומיננטי במסגרת ראיונות העומק עם הרופאים, כפי שמוצג בהמשך.

ראיונות עומק עם רופאים: הדינאמיקה ביחסי מטפל מטופל ברפואה הציבורית תוארה על ידי רופאים כעשויה להיות קצרה ובלתי ממצה, כאשר קיים אתוס שעל הרופא במערכת הציבורית "לתקתק מטופלים" על מנת להיחשב כרופא יעיל (6.12). מנגד, המערכת הפרטית תוארה כמרחב בו המטופל מקבל את מלוא תשומת הלב של הרופא, או בניסוח אחר, מערכת המאפשרת למטופל לקנות את הזמן של הרופא.

רופאים העובדים במערכת הפרטית במקביל לעבודתם הציבורית תיארו תחושה של מחויבות מוגברת כלפי המטופלים הפרטיים, מצב שתואר כקשור בתגמול הכספי הישיר מהמטופל לרופא. ממצא זה בלט במיוחד בראיונות עם רופאים מתחומי הכירורגיה. רופאים מומחים למחלות זיהומיות ולטיפול נמרץ העובדים במערכת הציבורית בלבד תיארו כיצד מחויבות מוגברת כלפי המטופל הפרטי עשויה לבוא על חשבון הטיפול במטופל הציבורי בבתי חולים ציבוריים עם שרות רפואה פרטי (שר"פ).

בנוסף, ממצאי המחקר האיכותני בקרב רופאים תומכים בכך שהחלטת חלקם שלא לקבל חולים חדשים במסגרת הציבורית, תוך קבלת החולים החדשים במסגרת הפרטית, משמשת כאמצעי להסטת מטופלים מהמערכת הציבורית לפרטית. פרקטיקה זו עשויה להגביר את הביקוש לשירותי בריאות פרטיים, דרך הארכת התורים ליעוץ ופרוצדורות רפואיות במערכת הציבורית. במקביל, ובדומה לממצאי ראיונות המבוטחים, תופעת הסטת המטופלים מן הפרטי לציבורי לאחר שהטיפול "הסתבך" במערכת הפרטית תוארה באופן נרחב על ידי רופאים העובדים במערכת הציבורית והפרטית.

סקר בקרב רופאים: כאשר בוחנים את האינטראקציה שבין הרופאים למטופליהם באשר לרכישה ושימוש בביטוחים פרטיים, עולה השאלה האם תפיסת הבריאות ומקומו של המטופל בעיני הרופא יובילו אותו להמליץ למטופלו על שימוש או רכישה של ביטוחים פרטיים. בסקר שביצענו הורכבה תפיסת המטופל מנקודות מבטו של הרופא ממספר אספקטים אשר לא נמצאו קשורים באופן מובהק לפרקטיקה ממנה הגיע הרופא. כך למשל נמצא כי לא קיים קשר ($p=0.951$) בין השאלה "מטופל שידו משגת זכאי לשירות רפואי בזמינות גבוהה יותר" לבין הפרקטיקה הציבורית או הפרטית. אולם מצאנו כי דווקא הרופאים העובדים במערכת הציבורית מאמינים כי במערכת הפרטית ניתן לסייע למטופלים ולהעניק להם טיפול מסור ומקיף יותר ($p=0.015$).

5.2.4 התפתחות "הביטוס" חדש בשדה הבריאות – "הביטוס ממוסחר"

ראיונות עומק עם מבוטחים: ניתוח הראיונות מראה דפוס נרטיבי לפיו המבוטחים מציגים את עצמם כ'עצמי בריאותי יזמי' כלומר מי שמשוגל להבין את מצבו, לשקול את האפשרויות, לפעול באופן מושכל ולהגיע בסופו של דבר לתוצאה מיטבית. הצגת עצמי כזו מלווה לעיתים קרובות בסיפורים שאפשר לזהותם כ'סיפורי מסע' אשר אופייניים (על פי הספרות) לגברים מערביים במעמד הבינוני. במקרה לפנינו, סיפורים אלה מתחילים מבעיה בריאותית, יוצאים לעיתים מהרפואה הציבורית ועוברים לפרטית, תוך כדי בירור פרטים והשגת הטיפול הרפואי המיטבי – קיצור תור, קבלת יחס אישי וכד'.

כאן חייבים להדגיש כי הצגת עצמי זו נמצאה גם אצל מי שבפירוש לא עברו לפרטי ואף טענו כי מצבם החברתי (הכנסה, מוצא, גיאוגרפיה) אינו מאפשר להם להגיע לרפואה פרטית. עדיין היה להם חשוב להראות את עצמיותם היזמית. מכאן ניתן ללמוד כי ה'עצמי' המוצג, גם אם נברא והתפתח ב'מעבדות' הרפואה המסחרית והוא תוצאה של מיסחור עמוק של הבריאות עד כדי התייחסות ממוסחרת של אדם לגופו, אין הדבר מלווה בהכרח בכל ה'חבילה' הסימבולית הכרוכה בעזיבת הרפואה הציבורית ופניה אל הפרטית. אולי תופעות אלה מעידות על חלחול עמוק עד רמה המצדיקה שימוש במושג 'הביטוס' שכן זו רמה בה האדם כלל איננו מודע לחלק מרכיבי הצגת ה'עצמי' שהוא מפגין, אלא הוא קורא את המציאות ופועל באופן שנחשב 'יזמי', תהא אשר תהא זירת הפעולה.

במיוחד בולטים הסיפורים בהם העובדות המסופרות, כאשר מביטים בהם במבט חשדני, מראות כי הישגיו של אותו 'עצמי יזמי' אינם כה מרשימים כפי שהוא מנסה להציגם. החולה המספר עדיין נותר, גם בסוף המסע, במצב של ידע מועט ולא אמין, אחרי שבחר בחירות שאינן בהכרח מושכלות אלא לעיתים מבוססות על שמועות וכו'. הצגת 'עצמי בריאות יזמי' שרוחו היא רוח ממוסחרת, אמנם אופיינית בראש ובראשונה למעמד בינוני-מבוסס אך היא מחלחלת מטה עד לרבדים הנמוכים ביותר. כמו כן, אין היא דווקא נחלת מי שיש בידיו 'הון בריאותי תרבותי' (ידע רלוונטי או לפחות אמצעים אמינים לרכישתו) או 'הון בריאותי חברתי' (רשת היכרות). בעלי ההון הרלוונטי אינם זקוקים בהכרח למסע התלאות וההרפתקאות, שכן הם יכולים למצוא בקלות יחסית את הרופא בעל הסמכות והידע שעובד לפעמים במערכת הציבורית ולנצל את ההיכרות כדי לקבל ממנו עצה טובה.

5.3 מגבלות המחקר

- (1) הטיית מידע מסוג Social Desirability – הטיה מוכרת המחקרים הכוללים שאלונים, ולפיה הנשאל עונה בהתאם למה שלדעתו מצופה ממנו. במטרה להתמודד עם הטיה זו כל אחד מהשאלונים נוסח באופן שמצמצם הטיות אפשריות, ובתחילת כל סקר הוסבר לנשאלים חשיבות מסירת מידע מהימן והיות הסקר אנונימי.
- (2) מחקר חתך – מעצם היות השאלון מחקר חתך ממצאיו מוגבלים לניתוח מידע חד ממדי. ברם, שאלון המחקר והממצאים אינם עומדים בפני עצמם, והם משתלבים עם יתר רכיבי המחקר. האינטגרציה בין רכיבי המחקר (ניתוח תיאורטי, מחקר איכותני ומחקר כמותני) הם שחושפים את המורכבות ומייצגים תמונה מלאה והוליסטית המאפשרת ללמוד את סוגיית נושא המחקר.
- (3) מדגם מיצג – המחקר האיכותני בקרב רופאים ומבוטחים מסתמך על ניתוח ראיונות עומק בקרב מדגם קטן (20 מבוטחים ו-21 רופאים). כמו כן, בראיונות העומק בקרב רופאים היה יצוג חסר של רופאות, ובראיונות המבוטחים התקשנו ליצור קשר עם מרואיינים שהם חלק מהשכבות הכלכליות-חברתיות הנמוכות ביותר בחברה הישראלית. שילוב שיטות מחקר כמותיות בקרב מדגם רחב יותר (938 מבוטחים ו-197 רופאים) הקל במידת מה מגבלה זו בכך שאפשר לצוות המחקר לבחון את מידת ההכללה והמובהקות הסטטיסטית של הממצאים האיכותניים בקרב מדגם מיצג של אוכלוסיות אלו בישראל.

6. מסקנות המחקר

1. מתוך שילוב הממצאים הכמותניים והאיכותניים, המסקנה הראשונה היא שלביטוח המשלים בישראל של ימינו יש מעמד של נורמה חברתית. שיעורם הגבוה (כ-80%) של בעלי הביטוח המשלים עשויים להיות מוסברים על ידי מאמצי השיווק של קופות החולים שניכרו הן בנתוני סקר המבוטחים והן בראיונות העומק, אך יהיה זה הסבר חלקי בלבד.
2. מתוך ראיונות העומק, המצב העגום של מחלקות האשפוז ומצוקת התורים במערכת הציבורית הם המנוע העיקרי שדוחף רופאים מומחים ומטופלים שידם משגת אל חיק

המערכת הפרטית המשגשגת. "חווית" המטופל, משפחתו ומכריו מול מערכת ציבורית – בה התורים ארוכים והאשפוז צפוף – מובילות למשבר אמון, ולתהליך של חיפוש פתרונות דרך קשרים ופנייה למערכת הפרטית.

3. מראיונות העומק עם המבוטחים עולה שמערכת הביטוחים המשלימים יצרה מצב בו המבוטחים אינם מאבחנים שקיים גבול ברור בין המערכת הציבורית לזו הפרטית אליה ניגשים דרך הביטוחים המשלימים. ממצא זה מאשש את נטענה שבישראל קיים טשטוש משמעותי של הגבול בין ציבורי לפרטי.

4. הממצאים מראים שההחלטה לרכוש את הביטוחים המשלימים מושפעת בעיקר מעובדים הלא רופאים בקופות החולים ומהסביבה החברתית של המבוטחים (בני משפחה וחברים). מנגד, ההחלטה לעשות שימוש בביטוחים המשלימים שנרכשו מושפעת בעיקר מהמלצות של רופאים.

5. על פי הנתונים הכמותיים, למעלה מ-25% מהציבור קיבל הצעה מרופא לקבלת טיפול דרך מערכת הבריאות הפרטית, על פי סקר המבוטחים. כמו כן, חוסר שביעות רצון של רופאים מן המערכת הציבורית ומן התנאים במקום עבודתם נמצאו כמנבאים מובהקים עבור הפניית מטופלים למערכת הפרטית, על פי סקר הרופאים.

6. מורכבות זו באה לידי ביטוי גם בראיונות העומק. מצד אחד, עולה תמונה בה רופאים מפנים מטופלים לפרטי על מנת לסייע בהשגת טיפול כאשר האפשרויות הציבוריות לא מתאפשרות באיכות, מרחק וזמן הנתפסים כסבירים. בו בעת, היעדר סבירות זו יוצרת אפיק הכנסה לכל המעורבים במתן שירותים בסקטור הפרטי, כולל חלק הולך וגדל של רופאים בכירים.

7. על פי ממצאי המחקר האיכותני, הסטת מטופלים מהמערכת הציבורית לפרטית נעשית בחלק המקרים על ידי רופאים ותיקים המסרבים לקבל חולים חדשים במסגרת הציבורית, תוך קבלת החולים החדשים במסגרת הפרטית. כמו כן, סקר הרופאים אישש את הממצא האיכותני בדבר העדפתם של רופאים בעלי פרקטיקה פרטית לקבל חולים מורכבים במערכת הציבורית.

8. מהממצאים האיכותניים – הן הראיונות עם המבוטחים, הן עם הרופאים, עולה שבממשק בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית – בעיקר בשל מערכת הביטוחים המשלימים המטשטשת את הגבולות בין פרטי לציבורי – מתכונן "הביטוס ממוסחר" יזמי, התואם את מה שידוע בספרות על המאפיינים של הסובייקט הניאו-ליברלי. בקרב אוכלוסיית הרופאים, מדובר ברופא יזם/ספק של שירותי בריאות. אצל המבוטחים, מדובר בהפיכתם ליזמים של הבריאות של עצמם. בשני המקרים יזמות זו מתבטאת בניווט בין המערכת הציבורית לפרטית, ובתוך כל אחת מהן.

לאור המסקנות העולות מן הממצאים:

המבנה של המערכת כיום מביא לכך שהאינטראקציה בין הרופאים למטופלים מייצרת מצב המעודד רופאים ומטופלים לפנות למערכת הפרטית. משילוב ממצאי המחקר, נציגי קופות החולים וחברות הביטוח המסחריות ממלאים תפקיד מרכזי בעידוד רכישת הביטוחים הפרטיים בעוד רופאים ממלאים תפקיד בעידוד השימוש בהם. ביטוחים משלימים הפכו ל"נורמה" - במידה ורוצים לשנות זאת (בגלל חוסר השיוויוניות, חוסר היעילות והכשלים שהמצב מייצר) נדרשת פעילות מעמיקה שנותנת מענה לחששות שנמצאו במחקר הן מצד הרופאים והן מצד המטופלים. טשטוש הגבולות בין המערכת הציבורית לפרטית והמגבלות התקציביות רבות השנים של המערכת הציבורית - מייצר מצב בו רופאים ומטופלים מנסים לתמרן בתוכה כזמים. הפרקטיקות של המסחור נוצרות מאינטראקציות חוזרות ונשנות בתוך מערכת שמתקשה להמשיך ולספק את הצרכים של המטופלים כפי שגם רופאים וגם מטופלים מבינים אותה. נוצרה מערכת של "איזונים חוזרים חיוביים", על פיהן הציבור "לומד" מעובדי המערכת (רופאים ולא רופאים), לרכוש ולעשות שימוש בביטוחים משלימים; והאחרונים מושפעים מההתנהגות והדרישות של אותו ציבור, עבורו טישטוש הגבולות בין ציבורי לפרטי הפך למובן מאליו. נוצר מצב שמנקודת ראות של "הביטוס ממוסחר" נראה כ"win-win situation", אך בו יש פגיעה במערכת הבריאות הציבורית

7. המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

לאור המסקנות לעיל, נדרש מענה בתוך המערכת הציבורית בכמה רבדים:

1. **שיפור תנאי העבודה והטיפול במערכת הציבורית** - להחזיר לרופאים את התחושה שהם יכולים לתת טיפול מיטבי בתוך המערכת. התייחסות לחוסר הודאות שהשחקנים מרגישים במערכת (הן מטופלים והן רופאים) דרך איפשר בחירת רופא במערכת הציבורית במימון ציבורי ויישום מנגנון העסקה של רופאים כ"פול טיימרים" (Full-Timers) במערכת הציבורית.
2. **התמודדות עם משבר האמון של השחקנים בתוך המערכת** - הממצאים מלמדים שקיים אמון בפרסונות (הרופא המטפל, הרופא המייעץ), אך לא במערכת. לשם כך צריך לגבש צעדי מדיניות שישענו על האמון הקיים בפרסונות, זאת - כצעד ראשון - על ידי גיוס אותם רופאים (בעיקר רופאים ראשונים) כ"שגרירים" של המערכת הציבורית.
3. **חיזוקה של המערכת הציבורית** - הגדלת מקורות המימון הציבורי של כלל מערכת הבריאות, אם באמצעות הגדלת השתתפות תקציב המדינה או דרך העלאת המיסוי המיועד לבריאות.

המלצות למחקרי המשך - בתחום עירוב רפואה פרטית-ציבורית, רצוי שיתמקדו בבחינת סביבת העבודה של הרופאים במערכת הציבורית, מקומו של רופא המשפחה ושאלת האמון במערכת הבריאות. כמו כן יש לבחון את המשמעות של הרפורמות האחרונות בהקשר של פרטי - ציבורי.

רשימת מקורות

1. Acerete B., Stafford A. and Stapleton P., 2011, Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model' Critical Perspectives on Accounting 22: 533– 549.
2. Barlow J., Roehrich J., and Wright S., 2013, Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services. Health Affairs, 32: 146–154.
3. Bourdieu, P., 1979, Outline of a Theory of Practice, Cambridge: Cambridge University Press.
4. Braun, V, Clarke, V, Braun, V & Clarke, V .(2008) .Using thematic analysis in psychology Qualitative research in psychology. 2 (3), 77-101.
5. Collyer F. et al., 2015, Healthcare Choice: Bourdieu's Capital, Habitus and Field, Current Sociology, 63, 5: 685-699.
6. Exter A., 2010, Health System Reforms in the Netherlands: From Public to Private and its Effects on Equal Access to Health Care, European Journal of Health Law, 223.
7. Flood C. and Thomas B., 2010, Blurring of the Public/Private Divide: The Canadian Chapter, European Journal of Health Law 17: 257–278.
8. Global Health Group, 2010, Public-Private Investment Partnerships for Health: An Atlas of University of California, San Francisco.
9. Kay A., 2006, The Dynamics of Public Policy: Theory and Evidence, Cheltenham: Edward Elgar
10. McDonald J., Powell Davies G., Jayasuriya R. and Frit Harris M., 2011, Collaboration across private and public sector primary health care services: benefits, costs and policy implications, Journal of Interprofessional Care, 25: 258–264
11. Meyer, B.M. 2015. Investigations of trust in public and private healthcare in Australia: A qualitative study of patients with heart disease. Journal of Sociology, 15 (2): 221-235.

12. OECD (2017), Health at a Glance 2017. Paris: OECD Publishing.
13. Rechel B, Erskine J, Dowdeswell B, Wright S, and McKee M. 2009. Capital investment for health: case studies from Europe. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
14. Rosenau P. and Lako C., 2008, An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 33: 1031-1057.
15. Sanchez F., Abellan J. and Oliva J., 2013, Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional , Documento de Trabajo 4/2013 Real Instituto Elcano Madrid.
16. Schnusenberg O. Loh Ch., Nihalan K., 2013, The Role of Financial Wellbeing, Sociopolitical Attitude, Self-Interest, and Lifestyle in One's Attitude Toward Social Health Insurance, Appl Health Econ Health Policy, 11:369–381
17. Shim JK, 2010, Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Healthcare Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment, Journal of Health and Social Behavior 51: 1-15
18. Trommel W. and Van der Veen R., 1997, Sociological Perspectives on Institutions and Neo-institutionalism, in Steunenberg B. and van Vught F. (eds.), Political Institutions and Public Policy, Netherlands: Springer
19. אחדות ל" , בן נון ג', 2011, בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל : המקרה של השר"פ, התוכנית לכלכלה וחברה במכון ון ליר. מאי 2011.
20. ברמלי גרינברג ש. ומדינה-הרטום ת.ת. 2013, תמצית ממצאי הסקר התשיעי עוקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות, ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
21. חורב ט. וקידר נ., 2010, אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים: משרד הבריאות.
22. טופר-חבר טוב ר. וברטוב ש., 2014, דוח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לשנת 2013, ירושלים: משרד הבריאות
23. משרד הבריאות, 2014, הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית דין וחשבון, ירושלים: משרד הבריאות.

24. צ'רניחובסקי, ד', בלייך, ח', רגב, א'. (2016). ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל. דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2016.
25. קלטניק, א., אונגר, מ. וברטוב, ש. (2017). דו"ח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן של קופות החולים לשנת 2016. משרד הבריאות: ירושלים.

נספחים

נספח 1: מדריך כללי לראיונות עומק עם רופאים

1. מה זה רפואה בשבילך?
2. מה דעתך על מערכת הבריאות בישראל?
 - שאלות 1+2 איך הוא/היא רואה את עיסוקו כרופא, מערכת הבריאות, עולם המושגים, והסוגיות המרכזיות שלהן מייחס חשיבות.
3. איך היית מתאר/ת את רמת האמון (*) ברפואה הציבורית?
 - *רמת האמון שלך בתור רופא, ורמת האמון של המטופלים במערכת הציבורית.
 - הניסוח בכוונה פתוח – לראות למה הוא בוחר להתייחס. הכוונה נוספת בראיון.
 - חלק ממטרת המחקר: לבחון את רמת האמון של המבוטחים ושל ספקי השרותים במערכת הבריאות הציבורית.
4. מה אתה עושה אם למטופל שלך יש זמן המתנה ארוך לבדיקה/טיפול?
 - שאלה פתוחה לפרשנות. האם ימליץ למטופלים מרקע סוציו-אקונומי מסוים על שימוש בשירותי שב"ן? חוות דעת שנייה?
5. איפה אתה פוגש רפואה פרטית בעבודתך?
 - עבור רופא שכבר ציין שהוא עובד בפרטי בנוסף לציבורי, לנסות להבין מה הקשר בין הפרקטיקה הפרטית והציבורית.
6. מה דעתך על הביטוחים המשלימים והפרטיים?
 - אשאל במידה ונושא הביטוח המשלים לא עלה בשאלות לעיל.
7. מה הסיבה לדעתך לעלייה ברכישת ביטוחים משלימים ופרטיים?
 - שאלת מחץ - One shot question – ע"פ שאלת העל של המחקר.
8. תאר/י את הקשר שלך עם רופאים אחרים?
9. ומה הקשר שלך עם הדרג הניהולי?
 - רופאים בפרטי ובציבורי? רופאי קהילה, בי"ח ורפואה יועצת? איך תופס את סביבת העבודה שלו, ומה היחסים שלו עם רופאים במסגרות אחרות (פרטיות וציבוריות).
 - להכיר את הגישה שלו לתהליכים ניהוליים שקורים במערכת, ומה יחסו למערכת.
10. מה דעתך על ערבוב שירותי רפואה פרטיים וציבוריים במערכת הבריאות בישראל?
 - הזדמנות נוספת לשמוע דברים שלא עלו, ולסכם את דבריו של המראיין.

נספח 2: מדריך כללי לראיונות עומק עם מבוטחים

1. מה דעתך על מערכת הבריאות בישראל?
- פותח פתח לסיפור אישי, פירוט על חוזקות וחולשות, תסכולים מהמערכת ועוד.
2. איך היית מתאר את רמת האמון שלך במערכת?
3. איך היית מתאר את הקשר שלך עם רופא המשפחה?
4. איזה ביטוח יש לך?
4.1. במקרה של משלים/פרטי: למה בחרת לעשות ביטוח זה?
4.2. חסמים בשימוש בביטוח
4.3. האם היתה השפעה של אנשי מערכת הבריאות? – האם רופאים רמזו שכדאי להגיע אליהם דרך הפרטי או המשלים?
5. תוכל לתאר מקרה בו השתמשת בביטוח?
5.1. ספר לי איך הגעת לקבל טיפול במסגרת פרטית
6. מדוע חשוב לך לבחור רופא?
- לשאול במידה והמטופל ציין שחשוב לו.
6.1. מה השיקולים שלך בבחירת רופא?
- למשל, דרגה אקדמית, גבר/אשה, המלצות – ממי?, פרופסורה, התמחות בחו"ל, יחסים בין אישיים
6.2. במי נעזרת על מנת לבחור רופא?
- (רופא משפחה? הרב פיהרר? חברים? המלצות באינטרנט ובעיתונים)
7. האם תוכל בבקשה להרחיב על טיפול רפואי שעברת?
- במסגרת ציבורית, פרטית, עם הפעלה של ביטוח, כירורגי, דיאגנוסטי. שאלה פתוחה.
8. במה שונה האינטראקציה שלך עם רופא פרטי ביחס לעם רופא במערכת הציבורית?
- האם יש הבדל בטיפול? בציפיות? בתשומת הלב? בזמן למפגש? בשירות לפני, אחרי או בזמן הטיפול?
9. באיזה מוסד רפואי היית בוחר לעבור בו פרוצדורה רפואית? למה?
9.1. עבור מטופלים שבחרו במוסד פרטי: אם היית יודע/ת שאותו רופא עובד גם בפרטי וגם בציבורי

נספח 3: שאלון עמדות למבוטחים

שאלון תפיסות ועמדות בקרב הציבור בנושא בריאות

שלום, שמי _____ ואני מדבר ממכון המחקר גיאוקרטוגרפיה. אנו עורכים סקר קצר כחלק מעבודת מחקר שמטרתה ללמוד כיצד ניתן לשפר את איכות השירות והטיפול שכל אחד מאתנו מקבל במערכת הבריאות הציבורית. תשובותיך תשארנה חסויות, והמידע שתספק ישמש למטרות מחקר בלבד.

במהלך הסקר, בשאלות הנוגעות למערכת הבריאות הציבורית, הכוונה היא לקופות החולים (כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית) ולבתי החולים הציבוריים ממשלתיים ושל קופות החולים.

בשאלות הנוגעות בביטוח משלים הכוונה היא לביטוחים של קופות החולים כגון: מושלם, עדיף, שיא, זהב לפי קופת החולים.

השאלות שנשאלות בתחילת הסקר על מנת לשמור על מדגם מייצג הן: מין, גיל, דתיות, מוצא – מותאמים למגזר. שאר השאלות נשאלות בסוף הסקר על מנת לא לייגע את הנשאלים.						
כעת אקריא בפניך מספר היגדים הנוגעים למערכת הבריאות, לגבי כל אחד מהם אנא ציין באיזו מידה אתה מסכים או שאינך מסכים איתו: (היגדים מוצגים בסדר משתנה, בהקראה ברצף, תשובה אחת)						
	כלל לא מסכים	מסכים במידה מועטה	מסכים במידה רבה	מסכים במידה רבה מאוד	לא יודע (ללא הקראה)	
1.	אני מאמין וסומך על הרופא המטפל בקופת החולים.	1	2	3	4	99
2.	אני מאמין וסומך על הרופא המטפל בבית החולים.	1	2	3	4	99
3.	במערכת הבריאות הציבורית הטיפול הרפואי הוא בדרך כלל טוב ומועיל.	1	2	3	4	99
4.	כדי לקבל טיפול רפואי טוב ומועיל במערכת הבריאות הציבורית צריך קשרים (פרוטקציה).	1	2	3	4	99
5.	כדי לקבל טיפול רפואי טוב ומועיל במערכת הבריאות הציבורית צריך כסף.	1	2	3	4	99
6.	במערכת הבריאות הציבורית עובדים הרופאים הכי טובים.	1	2	3	4	99
7.	ניתוחים מורכבים ומסובכים עדיף לעשות	1	2	3	4	99

					במערכת הבריאות הציבורית.	
99	4	3	2	1	מערכת הבריאות הציבורית היא מערכת שוויונית.	8.
99	4	3	2	1	מי שיש לו ביטוח בריאות פרטי או ביטוח משלים (שב"ן) זוכה לטיפול רפואי טוב יותר בתוך המערכת הציבורית.	9.
99	4	3	2	1	במערכת הבריאות הציבורית התורים לניתוחים נקבעים על פי הצדקה רפואית או צורך רפואי.	10.
99	4	3	2	1	התורים במערכת הבריאות הציבורית תמיד ארוכים יותר מהתורים במערכת הפרטית.	11.
99	4	3	2	1	יש לאפשר קיצור תורים בתשלום פרטי במערכת הבריאות הציבורית.	12.
99	4	3	2	1	יש לאפשר בחירת רופא מנתח בבתי חולים ציבוריים לכולם וללא תשלום	13.
<u>שאלות 14-16 בסדר משתנה</u>						
14. עד כמה אתה בטוח שאם חלילה תחלה במחלה קשה, תקבל <u>מקופת החולים</u> שלך את הטיפול הטוב והמועיל ביותר, כולל תרופות ובדיקות אבחון? (תשובה אחת, הקראה ברצף)						
כלל לא בטוח						
לא כל כך בטוח						
בטוח						
בטוח מאוד						
לא יודע (ללא הקראה)						
15. בהנחה ויש לך או יהיה לך ביטוח בריאות מחברת ביטוח מסחרית (לדוגמה: הראל, הפניקס, כלל), עד כמה אתה בטוח שאם חלילה תחלה במחלה קשה, תקבל ממנה כיסוי (מימון) שיאפשר לך לקבל את הטיפול הטוב והמועיל ביותר, כולל תרופות ובדיקות אבחון? (תשובה אחת, הקראה ברצף)						
כלל לא בטוח						
לא כל כך בטוח						
בטוח						
בטוח מאוד						
לא יודע (ללא הקראה)						
16. עד כמה אתה בטוח שאם חלילה תחלה במחלה קשה, תקבל <u>מבתי החולים הציבוריים</u> את הטיפול הטוב והמועיל ביותר, כולל תרופות ובדיקות אבחון? (תשובה אחת, הקראה ברצף)						
כלל לא בטוח						
לא כל כך בטוח						
בטוח						
בטוח מאוד						
לא יודע (ללא הקראה)						

כעת אקריא בפניך מספר גורמים, לגבי כל אחד מהם, אנא ציין באיזו מידה, יהיה חשוב לך או שלא יהיה חשוב לך, אם חלילה תזדקק לניתוח.					
(גורמים בסדר משתנה, להקריא את הסקלה ברצף, תשובה אחת לכל גורם)					
לא יודע (ללא הקראה)	חשוב מאוד	חשוב	לא כל כך חשוב	לא	כלל חשוב
99	4	3	2	1	17. לבחור את בית החולים שבו יבוצע הניתוח
99	4	3	2	1	18. לבחור את הרופא המנתח
99	4	3	2	1	19. לדעת מי ינתח אותך לפני הניתוח
20. אם חלילה תזדקק לניתוח, עד כמה אתה סומך, או לא סומך, על כך שבית החולים ישבץ עבורך את המנתח המתאים ביותר למצבך?					
(בהקראה ברצף, תשובה אחת)					
כלל לא סומך					
סומך במידה מועטה					
סומך במידה רבה					
סומך במידה רבה מאוד					
לא יודע (ללא הקראה)					
21. בהנחה שבית החולים היה מבטיח לך שינתח אותך רופא מומחה ומתאים, באיזו מידה היה חשוב לך, בכל זאת, להיות זה שבחר מי ינתח אותך? (הכוונה שהוא יבחר את הרופא המנתח ולא יקבל את תשובת בית החולים)					
כלל לא					
במידה מועטה					
במידה רבה					
במידה רבה מאוד					
לא יודע (ללא הקראה)					
22. אם חלילה תזדקק לניתוח ותצצה לבחור את הרופא המנתח, באיזו מידה אתה מוכן לשלם על בחירה כזו מכספך הפרטי?					
בטוח שלא					
חושב שלא					
חושב שכן					
בטוח שכן					
לא יודע (ללא הקראה)					

לגבי כל אחד מהדברים הבאים, שאקריא בפניך, אנא ציין אם קרה לך או שלא קרה לך.			
(היגדים בסדר משתנה, בהקראה ברצף, תשובה אחת לכל היגד)			
	קרה	לא קרה	לא זוכר / לא יודע (ללא הקראה)
23.	הרופא בקופת החולים המליץ לך לרכוש ביטוח בריאות משלים (של קופת החולים או מסחרי).		
24.	נציג/ת מקופת החולים (לא רופא/ה) המליץ לך לרכוש ביטוח בריאות של קופת החולים.		
25.	בני משפחה/חברים המליצו לך לרכוש ביטוח בריאות משלים (של קופת החולים או מסחרי).		
26.	הרופא בבית החולים המליץ לך לעשות שימוש בביטוח בריאות משלים (של קופת החולים או מסחרי).		
27.	רופא בבית חולים או בקופה הציע לבוא אליו דרך הביטוח המשלים / פרטי.		
ברשותך, אבקש לשאול מספר פרטים משלימים, אשר ישמשו למטרות מחקר בלבד. המידע שיתקבל לא יימסר לאף גורם.			
28.	באיזו קופת חולים אתה רשום?		
	(ללא הקראה, תשובה אחת)		
	כללית		
	מכבי		
	מאוחדת		
	לאומית		
	לא יודע / מסרב (ללא הקראה)		
29.	כיצד אתה מעריך את מצבך בריאותך הכללי?		
	(בהקראה ברצף, תשובה אחת)		
	טוב מאוד		
	טוב		
	לא כל כך טוב		
	לא טוב		

	גרוע
	לא יודע / מסרב (ללא הקראה)
30.	האם יש לך כיום מחלה כרונית, או בעיה רפואית חריפה? (כמו יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב, בעיה כתוצאה מתאונה, מאירוע מוחי, סרטן או מאירוע אחר) (ללא הקראה, תשובה אחת)
	כן
	לא
	לא יודע / מסרב (ללא הקראה)
31.	האם יש לך ביטוח בריאות משלים (שב"ן) דרך קופת החולים? (לדוג': שיא, עדיף, מושלם, זהב וכו') (ללא הקראה, תשובה אחת)
	כן
	לא
	לא יודע / מסרב (ללא הקראה)
32.	האם יש לך ביטוח בריאות פרטי/מסחרי (לדוג': הראל, הפניקס, כלל, מגדל וכיו"ב)? (ללא הקראה, תשובה אחת)
	כן
	לא
	לא יודע / מסרב (ללא הקראה)
33.	<u>למי שיש ביטוח בריאות משלים או מסחרי – ציין לפחות באחת מ-2 השאלות הקודמות קוד 1</u> האם הפעלת את הביטוח בריאות המשלים או הפרטי שלך בשנה האחרונה? אם כן, נסה להיזכר כמה פעמים הפעלת אותו? (ללא הקראה, תשובה אחת)
	לא הפעלתי
	כן – פעם אחת
	כן – 2-4 פעמים
	כן – למעלה מ-4 פעמים
	כן – אבל לא זוכר כמה פעמים
	לא יודע / מסרב

34.	מהו מצבך המשפחתי?
	רווק/ה
	נשוי או חי עם בן/בת זוג
	גרש או חי בנפרד
	אלמן
	מסרב לענות (לא להקריא)
35.	מהי השכלתך? (בית הספר האחרון בו למדת)
	יסודית / חטיבת ביניים
	תיכונית / ישיבה תיכונית
	בית ספר על תיכוני (סמינר, בית מדרש)
	אוניברסיטה (טכניון, מכללה אקדמית)
	השכלה אחרת, פרט _____
	לא סיים יסודי או לא למד כלל
	לא יודע / לא זוכר / מסרב (ללא הקראה)
36.	באיזה יישוב אתה מתגורר?
37.	תגיד לי בבקשה במסגרת הטווח שאקריא, מה היה סך כל ההכנסות ברוטו שלך, בחודש שעבר? עצור אותי בבקשה בקטגוריה המתאימה:
	(בהקראה ברצף, תשובה אחת)
	עד 4,100 ₪ בחודש
	מ 4,100 ₪ עד 6,200 ₪ בחודש
	מ 6,200 ₪ עד 8,600 ₪ בחודש
	מ 8,600 ₪ עד 10,900 ₪ בחודש
	מ 10,900 ₪ עד 13,500 ₪ בחודש
	מ 13,500 ₪ עד 16,600 ₪ בחודש
	מ 16,600 ₪ בחודש עד 20,400 ₪ בחודש
	מעל 20,400 ₪ בחודש
	מעל 45,000 ₪ בחודש
	מסרב לענות (לא להקריא)

נספח 4: שאלון עמדות לרופאים

כלי המחקר - בהתבסס על הממצאים שזוקקו מתוך ראיונות העומק עם רופאים, גובש שאלון עמדות סגור (Altitude Scale) שהורכב מן ההיגדים המפורטים למטה. שאלון העמדות הורכב בהתבסס על סולם ליקרט (Likert) הכולל 4 קטגוריות בלבד, על מנת לאפשר למרואיין לבחור באפשרות הסבירה בעיניו תוך צמצום הנטייה לבחור בנקודת האמצע. בדומה לשאלון למבוטחים, במסגרת שאלון זה נעשה שימוש בסולם תשובות משולב (מספרי ומילולי). כמו כן, נשאלו הנבדקים גם מספר שאלות בעלות מענה דיכוטומי, לצד שאלון עמדות התבקשו הנשאלים לספק פרטים דמוגרפיים שכללו: מגדר, גיל, ארץ לימוד, קופת חולים בה הם מועסקים, מסגרות העסקה, תחום התמחות, משך לימודים ועוד. נתונים שמטרתם לאתר קשרים בין עמדות לבין מאפיינים דמוגרפיים. הסקר בוצע באמצעות המכון למחקר מרחבי 'גיאוקרטוגרפיה'.

שביעות רצון מן המערכת הציבורית

- 1.1. אני חש כי העבודה במערכת הציבורית מתגמלת
- 1.2. אני חש כי העבודה במערכת הציבורית מספקת מבחינה כלכלית
- 1.3. במערכת הציבורית אני ניצב בפני אתגרים מקצועיים רבים יותר מאשר במערכת הפרטית
- 1.4. במערכת הציבורית העבודה מתבצעת באופן יעיל יותר ביחס למערכת הפרטית
- 1.5. במערכת הציבורית העבודה מתבצעת באופן איכותי יותר מהמערכת הפרטית
- 1.6. בעת ביצוע פרוצדורות בחולים מורכבים, אני חש ביטחון גבוה יותר כאשר הן מתבצעות במערכת הציבורית
- 1.7. נוח לי יותר לקבל חולים מורכבים בבית החולים הציבורי מאשר במסגרת הפרטית בה אני עובד

שביעות רצון ממקום העבודה

- 2.1. במפגשים חברתיים עם בני גילי, אני חש שרמת הכנסתי נמוכה משלהם
- 2.2. אני מרגיש שאני ראוי לשכר ותנאים טובים יותר מהתנאים הנוכחיים שלי
- 2.3. אני מחפש דרכים שונות לשפר את שכרי ואת תנאי העבודה שלי
- 2.4. אני מוכן להתרחק ממקום המגורים שלי על מנת לשפר את תנאי השכר שלי
- 2.5. אני חש שהעומס במקום העבודה שלי שוחק אותי
- 2.6. העומס בפניו אני ניצב במקום העבודה שלי מונע ממני להעניק למטופלים את תשומת הלב שהייתי מעוניין להעניק להם

תפיסת תרומתו של שוק הביטוחים הפרטיים למבוטח

- 3.1. ביטוח משלים / פרטי מאפשר למטופל לקבל שירות רפואי בזמינות גבוהה יותר
- 3.2. ביטוח משלים/פרטי מאפשר לשפר את הנגישות לשירותי בריאות, עבור מטופלים הגרים בפריפריה
- 3.3. האפשרות לקצר תורים באמצעות ביטוחים משלימים/פרטיים מורידה עומס מן המערכת

השקפת עולם בנוגע למתן שירותי בריאות

- 4.1. מטופל שידו משגת זכאי לשירות רפואי בזמינות גבוהה יותר
- 4.2. שהמטופל משלם על הטיפול שהוא מקבל, הוא מחויב לו יותר
- 4.3. מטופל שידו משגת זכאי למגוון רחב יותר של טיפולים רפואיים
- 4.4. במסגרת הפרטית אני יכול להעניק למטופל טיפול מסור ומקיף יותר מאשר במערכת הציבורית
- 4.5. אני חש כי בשירותים הפרטיים מטופלים סומכים עלי יותר מאשר במערכת הציבורית

נספח 5.1 – מאפיינים עיקריים של 20 המבוטחים שרואיינו

מספר	אחוזים	מאפיין	מספר	אחוזים	מאפיין
אזור מגורים בארץ			מגזר באוכלוסייה		
4	20%	מרכז	11	55%	יהודי (ותיקים)
2	10%	ירושלים	3	15%	יהודי (עולים)
8	40%	דרום	4	20%	ערבי
6	30%	צפון	מגדר		
ביטוח בריאות נוסף			9	45%	זכר
1	5%	ללא	11	55%	נקבה
11	55%	ביטוח בריאות משלים	השכלה		
0	0	ביטוח בריאות מסחרי	5	25%	תיכונית
8	40%	ביטוח משלים+מסחרי	2	10%	על תיכונית
			9	45%	אקדמית
			גיל		
			3	15%	18-35
			1	5%	35-44
			3	15%	45-54
			5	25%	55-65
			8	40%	+65

נספח 5.2 – מאפיינים עיקריים של 21 הרופאים שרואיינו

מספר	אחוזים	מאפיין	מספר	אחוזים	מאפיין
אזור מקום העבודה המרכזי			שנות וותק לאחר התמחות		
10	47.6%	מרכז	11	52.3%	למעלה מ-20 שנים
6	28.6%	ירושלים	9	42.9%	בין 10 ל-20 שנים
5	23.8%	דרום	1	4.8%	פחות מ-10 שנים
אזור נוסף בו עובד/ת הרופא/ה (N=6)			מגדר		
4	57.1%	מרכז	17	81%	רופאים
1	14.3%	ירושלים	4	19%	רופאות
1	14.3%	דרום	בוגרי בית ספר לרפואה		
2	28.6%	צפון	7	33.3%	האוניברסיטה העברית
			6	28.6%	אוניברסיטת בן גוריון בנגב
			1	4.8%	הטכניון
			4	19%	אוניברסיטת תל אביב
			3	14.3%	בוגרי בית ספר בחו"ל

נספח 5.3 – חלוקת המרואיינים לפי תחום התמחות ועיסוקם במערכת הציבורית ו/או הפרטית

קרידולוגיה וכירורגיה לב/חזה	אורתופדיה	טיפול נמרץ	מחלות זיהומיות	עבודה במערכת ציבורית/פרטית
2	1	3	4	ציבורי בלבד
0	0	1	0	פרטי בלבד
5	4	0	1	ציבורי ופרטי

נספח 6.1: מאפייני רקע סוציו-דמוגרפים של משתתפי סקר המבוטחים (N=938)

מספר	אחוזים	מאפיין	מספר	אחוזים	מאפיין
קופת חולים			מגזר באוכלוסייה		
479	51.5%	כללית	648	69.1%	יהודי (ותיקים)
212	22.6%	מכבי	130	13.9%	יהודי (עולים מבר"מ)
137	14.6%	מאוחדת	160	17.1%	ערבי
82	8.7%	לאומית	מגדר		
28	3.0%	לא יודע/מסרב	362	38.6%	זכר
ביטוח בריאות משלים			576	61.4%	נקבה
774	82.5%	כן	השכלה		
140	14.9%	לא	471	50.2%	תיכונית
24	3.0%	לא יודע/מסרב	420	44.8%	על תיכונית
ביטוח בריאות מסחרי			47	5.0%	אקדמית
467	49.8%	כן	גיל*		
431	45.9%	לא	141	15.0%	18-35
40	4.3%	לא יודע/מסרב	182	19.4%	35-44
הפעלת ביטוח משלים/פרטי בשנה האחרונה			158	16.8%	45-54
554	68.6%	לא הפעלתי	214	22.8%	55-65
103	12.7%	כן – פעם אחת	243	25.9%	+65
84	10.4%	2-4 פעמים	הכנסה חודשית (ש"ח)*		
29	3.6%	מעל 4 פעמים	98	10.4%	עד 4100
17	2.1%	כן, לא זוכר כמה	136	14.5%	4100-8600
21	2.6%	לא יודע/מסרב	186	19.8%	8600-13500
			159	17.0%	13500-20400
			78	8.3%	מעל 20400

נספח 6.2: טבלת מעקב והיענות עבור משתתפי סקר המבוטחים, על פי שפת הסקר

סה"כ		הסתיים בהצלחה		להוציא מהמאגר		הפסיק באמצע		מסרב		סטטוס
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	שפה
100%	2872	23%	648	2%	50	2%	66	73%	2108	עברית
100%	521	31%	160	1%	3	5%	25	64%	333	ערבית
100%	1087	12%	130	1%	8	1%	16	86%	933	רוסית
100%	4480	21%	938	1%	61	2%	107	75%	3374	סה"כ

נספח 6.3: מאפייני רקע של משתתפי סקר הרופאים (N=197), לפי תחום התמחות

P-Value	מומחים במחלות זיהומיות N = 28	רופאי טיפול נמרץ N = 23	קרדיולוגים N = 77	אורתופדים N = 69		
0.143	55.46 ± 9.53	60.3 ± 7.28	58.9 ± 10.0	56.9 ± 8.39	Mean ± SE	גיל (שנים)
	16 (57.1)	17 (73.9)	65 (84.4)	67 (97.1)	n(%) גברים	מין
	12 (42.9)	6 (26.1)	12 (15.6)	2 (2.9)	n(%) נשים	
0.02*	19.88 ± 9.92	24.52 ± 10.98	23.67 ± 10.26	19.4 ± 9.69	Mean ± SE	שנים בהן עובד/ת כמומחה
<0.001**	27 (96.4%)	7 (30.4%)	43 (55.8%)	40 (58%)	ישראל	מקום לימודים
	1 (3.6%)	16 (69.6%)	34 (44.2%)	29 (42%)	אחר	
0.104	6.88 ± 1.29	7.3 ± 1.30	6.79 ± 1.88	7.29 ± 1.46	Mean ± SE	שנות התמחות
0.03*	7 (25.0)	12 (52.5)	42 (54.5)	24 (34.8)	n(%) כן	fellowship
	21 (75.0)	11 (47.8)	35 (45.5)	45 (65.2)	n(%) לא	

נספח 6.4: מאפייני מסגרות עבודה של משתתפי סקר הרופאים (N=197), לפי תחום התמחות

מומחים במחלות זיהומיות N = 28	רופאי טיפול נמרץ N = 23	קרדיולוגים N = 77	אורתופדים N = 69	
5 (17.9%)	1 (4.3%)	14 (18.2%)	17 (24.6%)	רופא שכיר בקופת חולים
4 (14.3%)	4 (17.4%)	18 (23.4%)	27 (39.1%)	רופא עצמאי
17 (60.7%)	15 (65.2%)	58 (75.3%)	52 (75.4%)	רופא בבית חולים ציבורי
1 (3.6%)	4 (17.4%)	23 (29.9%)	22 (31.9%)	רופא בבית חולים פרטי
3 (10.7%)	1 (4.3%)	17 (22.1%)	24 (34.8%)	קליניקה פרטית
5 (17.9%)	2 (8.7%)	5 (6.5%)	3 (4.3%)	אחר
1.0	1.0	2.0	2.0	מספר מסגרות עבודה חציוני לרופא

נספח 7: ממצאים עיקריים מראיונות עומק עם מבטחים

היעדר הבחנה בין ביטוח ציבורי לבין רובד בסיסי של המשלים

ביטוי לכך הם מראיינים, בדרך כלל משכבות נמוכות יחסית (בתחתית המעמד הבינוני או ברבדי מעמד פועלים מקצועי), אשר כלל לא ידעו אם יש בידם ביטוח משלים או לא. כך ביטאה את הבילבול או חוסר ההבחנה פ' (C13) מבטחת בשנות ה-70 המוקדמות לחייה ממוצא רוסי החיה בבאר שבע.

פ': יש לי רק ציבורי. ואני במכבי ושם אסותא וכל מיני כאלה.

מראיין: כן, אוקיי. אה, את אומרת שכשאת הולכת לאסותא – את אומרת שזה ציבורי.

פ': בשבילי זה ציבורי בגלל שמכבי-אסותא יש ביניהם איזשהו חוזה.

מראיין: כן.

פ': ואני הולכת לשם לאסותא לבדיקות, אם יש צורך.

מבטח אחר ר' (C1) שאפשר להגדירו כמצוי ברובד הבינוני-מבוסס, סוכן ביטוח בן 77 מתל אביב, הצהיר כי אין לו צורך בכל הרבדים היוקרתיים של הביטוח המשלים. כפעולה של מובן מאליו, הוא מחזיק רק את הביטוח המשלים, והוא בעיקר סומך על הביטוח הפרטי.

[יש לי] מושלם בלבד. אני לא מוכן לשלם אגורה שחוקה אחת בעד הרמאות המשתרשרת. לא מוכן. אני כן מוכן את הדלתות האלה לשלם לביטוח פרטי. וזה מה שאני עושה. אז אין לי היגיון לקחת מושלם ופלטיון ביטוח פרטי. זה כלפי ביטוח, זה בלאגן ... ולכן אני נמצא עם המושלם שזה לכאורה תיאורטית פותח את דלתות הרפואה בישראל.

כך סיכמה את הדבר א' (C12) אישה בת 72 ממוצא רוסי החיה בבאר שבע ומעידה כי היא הלכה למערכת הבריאות הציבורית עד שנתקלה בצורך של ממש, כזה שעימת אותה ואת בעלה עם התורים הארוכים והיחס האדיש המיוחס למערכת הציבורית:

אני חושבת שמערכת הבריאות לא פועלת למען הבן אדם פשוט. אולי לא פשוט. בן אדם רגיל. מערכת הבריאות שלנו פועלת לטובת שאנשים יש להם כסף. אם יש כסף אז אפשר לקבל שירות רפואי ממש ברמה טובה. אם אין לך כסף אז פה מתחיל סיפור. תורים שלמשל לא יודעת לכל המומחים תורים – אי אפשר להשיג בקלות. אפשר להשיג בפרוטוקציה או אפשר להשיג פרטי. כסף, לשלם כסף, או דמי השתתפות או בכלל סכום מלא. ניתוחים – או צריך לחכות כמה חודשים בתור כדי לעבור ניתוחים בלי כסף; או לשלם סכומים ולא מעט כדי לעבור ניתוח באופן פרטי. זה מה שאנחנו עשינו בזמנו.

א' נתקלה בצורך עליו היא מספרת באופן מיוחד אחרי תאונה קשה שעבר בעלה בעבודה אשר בעקבותיה נזקק לניתוחים אורתופדיים. היא מתארת מצב קשה בו אלמלא בתה שעברה בתפקיד ניהולי בכיר בקופת חולים המקומית ואלמלא הביטוחים הפרטיים, ספק אם היו מצליחים לעבור את התקופה. וזאת מסקנתה:

אני מאד מרחמת על האנשים שאין להם את זה [קשרים בקופה המקומית. ר.א.] והם צריכים להסתדר איכשהו לבד. במיוחד אנשים שכבר בגיל אחרי פנסיה, אחרי שיש להם כל מיני מחלות. אני לא יודעת איך הם מסתדרים. אני ממש לא יכולה להגיד איך הם מסתדרים במערכת הבריאות שלנו. לא מזמן היינו במיון ולפני ניתוחים היינו במיון כמה פעמים, ובבית חולים סורוקה. ולפני שבועיים היינו במיון. קודם כל משחררים שם בלי הגדרה ממה בן אדם סובל ולמה. ככה משחררים את הבן אדם הביתה: לך הביתה ותעשה שם מה שאתה רוצה. זה היה כבר כמה פעם עם ב' [בעלה. ר.א.]. הם לא עולים על הסיבה, על הבעיה, הם לא יכולים לגלות את הבעיה. הכי פשוט. לתת לבן אדם עזרה כמו זריקה נגד כאבים, בדיקת דם. בזמן אחרון אפילו לא עשו לו אק"ג ולא עשו לו US שהוא סובל מכאבים ברגל. לא עשו לו. אתם תעשו את זה במסגרת קופת חולים.

נ', אישה בת 64 ממושב בנגב המערבי שנולדה במרוקו, לא חשבה להזדקק לביטוח המשלים אותו רכשה רק לאחר מותו של בעלה ולאחר שכל חייה התבססה על הביטוח הציבורי בלבד. נ' היא תופרת ובשנים האחרונות הסתבר לה כי היא מפתחת קטרקט בשתי עיניה. היא מתארת את מצבה בטון כמעט אדיש:

מראיין: ואת לא רואה טוב?
מראיינת: לא. בכלל אפילו אין משקפיים אני לא רואה.
מראיין: איך את מצליחה לעבוד?
מראיינת: הם מתפלאים איך אני מצליחה לתפור. כי אני..
מראיין: איך את מצליחה לעבוד גם? לעבוד גם צריך לראות.
מראיינת: נכון, נכון. קרוב מאד אני רואה מצויין. ככה מרחק. בן אדם עומד לידי מטר – אני לא רואה. לא מזהה אותו.

וכך נ' מתארת את המחסומים הבירוקרטיים והתורים בהם נתקלה בסורוקה:
מראיינת (נ'): אני הייתי אצל רופא עיניים לפני שנה וחצי. והוא אמר לי דחוף לעשות קטרקט. עכשיו נתן לי מכתב הפניה. הבאתי את זה במרפאה שלנו. אמרו לי: "טוב, אנחנו שולחים את זה בפקס לסורוקה..

מראיין: רגע, רגע. לא שמעתי טוב היה בעיה בטלפון. מה אמרו במרפאה?

מרואינת: שהם שולחים את זה לסורוקה. "תחכי, תחכי. הם יזמינו אותך". אתה יודע מה? אני מחכה כבר שנה. שנה פלוס. שלחו לי.. עד שקיבלתי בשבוע שעבר מכתב – אומרים לי – את נמצאת בתור מתי שיתפנה. לך תדע מתי יתפנה. מראיין: כן, ואף אחד לא אומר לך כלום? היית שם בביקור? היית בביקור במרפאה? בסורוקה. מרואינת: לא. מראיין: אז אפילו לא פגשת רופאים מומחים מסורוקה בתחום הזה? מרואינת: כן, עדיין לא.

נ' התקשרה למרפאה פרטית בשם 'שבע עיניים' בבאר שבע. שם אמנם נזקקה להמתין כמה חודשים לתום תקופת ההכשרה, אבל מנקודת מבטה ההבדל בין התורים הוא שמיים וארץ ולו משום שכעת תה מישוה מדבר איתה, אלא שאז הסתבר כי היא צריכה תקופת הכשרה של הביטוח המשלים

מישהו מדבר איתה וקובע לה תורים. כך נ' מתארת את ההבדלים בין המערכות: מראיין: זה ממש קשה לי לשמוע, באמת. מרגיז אותי נורא. סורוקה כאילו.. עד עכשיו עוד לא היית אפילו.. לא הגעת אפילו לדבר עם מישהו בסורוקה להגיד לו "זה דחוף, זה לא דחוף". אין לך בכלל תקשורת אתם. מרואינת: כלום. "את נמצאת במערכת – תחכי". מראיין: אבל הם ישר מדברים אתך לקבוע תור לניתוח? או שהם רוצים קודם לפגוש.. הם לא רוצים קודם לפגוש אותך? את לא אמורה לבוא לפגישה לרופא מומחה כדי.. אצלם כדי שיגיד? מרואינת: איפה, בסורוקה? מראיין: כן. מרואינת: כלום! שום מילה, שום דבר. רק שלחו לי מכתב שאת מחכה בתור. שיהיה לנו תור פנוי ניצור אתך קשר. מתי יהיה? אלהים יודע. מראיין: עכשיו מה הולך להיות בשבע עיניים? מה הולך להיות שם? מרואינת: שבע עיניים זה – אני לוקחת את הצילומים שלי, ויש שמה רופא מומחה. אז הוא קובע לי ישר, ישר קובע לי תור. נותן לי סדרת בדיקות – לעשות בדיקות, קובע לי ככה אשפוז יום.

בעיית התורים בפריפריה היא בעיה ידועה ומוכרת. הסיפורים משקפים אותה היטב. ו' (C19) היא אישה בת 34 מכסיפה שבמקור הגיעה לנגב משוב ערבי בגליל.

מראיינת: יש לי מלא מלא דוגמאות [לבעיית התורים והזמינות בנגב. ר.א.] למשל לפני חודש.. לבת שלי יש בעיה במערכת העיכול, יש לה גם בעיה בשתן, וגם בעיות בעיכול. אני צריכה גסטרואנתרולוג ילדים. גסטרו ילדים אני צריכה לנסוע לאיכילוב או שאני אחכה תור לעוד שנה בסורוקה.

מראיין: שנה, אמרו לך? הרופאים במערכת הבריאות הקהילתית רצו שהיא תראה גסטרו ילדים..

מראיינת: אני שייכת לקופת חולים מאוחדת. אז אין לנו גסטרו ילדים ששייך לקופת חולים מאוחדת. הייתי גם במכבי שאין להם גסטרו ילדים.

מראיין: אין בדרום את מתכוונת? אין באזור שלכם?

מראיינת: אין בדרום. כן, אין בדרום. אז הייתי צריכה לחכות לתור לגסטרו ילדים שנה כן. אז בפעם הראשונה שהייתי צריכה להתייעץ עם גסטרו בתחילת הבעיה של הבת שלי, הייתי צריכה לנסוע לבית חולים צרפתי בנצרת בצפון.

מראיין: למה? את רצית ללכת לבית חולים הצרפתי כי זה מה שהיכרת?

מראיינת: לא, לא, לא. פשוט כי לא היתה להם אפשרות לתת לי תור קרוב. אין רופא ששייך למכבי. אין תורים קרובים. התור הכי קרוב זה היה בתל אביב עוד חודשיים ומשהו והילדה סובלת מכאבי בטן ועצירות.

סיפורי הפניה אל המערכת הפרטית בעקבות ההתנסות במערכת הציבורית מופיעים בחלק גדול מהראיונות. לעיתים הסיפורים אינם אישיים, אלא התנסות שקרתה לקרוב משפחה. לעיתים הסיפורים הם אירוע אחד מכון ולאחריו המטופל כבר לא יפנה למערכת הציבורית.

מ' (C2), קוסמטיקאית בת 70 מאחד הקיבוצים בגליל המזרחי, מספרת על בעיית עיניים של אמה:

מראיינת: היה לי אמא שלי סיפור של עיניים. אמא שלי – עין אחת לא רואה טוב. היה לה שטף דם בעין – עיוורת בעין אחת. לא נראה אבל היא לא רואה. ובעין השניה פתאום היה לה איזה שטף דם והיא לא ראתה. הלכנו לרופאים של עפולה. הלכנו לרופאים וניסו ואמרו 'אין מה לעשות'. שלושה חודשים היא ישבה בבית – "אין מה לעשות היא לא תראה יותר". היא ישבה בבית, לא טלויזיה, לא ספר, לא כלום. ישבה עם הארבע קירות שלה וזהו. אנחנו לא, הבנות שלה לא הסכמנו לזה. חיפשנו רופאה מומחית. נסענו לרופאה מומחית. מצאנו דרך האינטרנט. ואני עוד ביקשתי מהרופאים פה בעפולה – טפלו בה, תנו לה זריקה. יש זריקות של אווסטין, תעשו משהו. "לא היא לא בתקן, לא מגיע לה, היא לא תוכל לקבל, זה לא בשבילה". אמרתי: אבל האישה לא רואה. "בסדר, זה מה שיש". הלכנו אליה, עשתה לה שלוש

זריקות, באנו לביקורת האחרונה, היא אמרה לי "מצטערת, אני צריכה עוד זריקה אחרונה". אמא שלי רואה, קוראת ..

מראיית: ויהי אור..

מראיית: הכל בסדר. מאז, הם מחוקים. המחלקה הזאת מחוקה אצלי. מחלקת עיניים בעפולה מחוקה אצלי. עשו שם קונסיליום וכל מיני דברים, החליטו כל מיני החלטות שלא מגיע לאמא שלי. זה ממש לא היה בסדר. ממש ממש לא היה בסדר.

מראיית: ומה שהלכתן זה היה דרך הפרטי?

מראיית: הלכנו דרך הפרטי. הפעלתי את ועדת בריאות כי הם היו צריכים לשלם את זה בפרטי. זה היה פרטי.

י' (C20) מסגר לשעבר, בן 70 מעיירה בגליל המזרחי עבר טיפולים קשים לאחר תאונת עבודה בה ריסק את הקרסול ונפגע בגב. כך הוא מתאר את ניסיונו במערכת הציבורית:

תראי, אני אומר, מטפלים אבל לא מטפלים כי.. הוא יודע שמחכה לו עוד אחד. וזה, יאללה, לגמור ולהביא את השני. אני מניסיון של הרגל שלי, של הקרסול, היתה שבורה וזה מה שהיה לי בדיוק המקרה הזה שיאללה – גמרת? תביא את השני. זה לא כמו פרטי – אתה עומד על ידו, יושב ומראה, ותעמוד רגע, תסתכל רגע. לא. זה כמו מפעל, סרט נע. זה מה שראיתי בקופת חולים בכללית. לא בקופת חולים השני, איך קוראים להם, מכבי. זה אני לא יודע. בכל אופן, גם גב. אני גם מקרה גב. עשיתי גם ניתוח ...

המערכת הציבורית זה כמו סרט נע. זה לא בדיוק מתייחס אליך כמו שבן אדם אתה.. רופא אחר שאתה הולך אליו של פרטי אז הוא מתייחס אליך כמו שצריך, הוא מסביר לך מה יש לך, מה אין לך, מה זה. אבל ברופא ציבורי זה לא, צולע, בוא נגיד צולע, לא 100%.

א', קיבוצניקית אקדמאית, סיפרה על הניתוח שעברה:

הם אמרו לי, אם יש איזה סיבוך או משהו, בבית החולים הפרטי, הרופא אמר לי את תצטרכי לבוא אלי לבילינסון. כי יש להם יותר אמצעים שם. ועזרים להתמודד עם בעיות. אם הכל הולך חלק, אז הכל בסדר, סבבה. אבל אם לא אז מעביר לרפואה הפרטית, אהה.. לציבורית.

תבונה ערמומית ואכפתיות של הרופאים אם בתוך המערכת הציבורית ואם בממשק בין פרטי לציבורי

מ' (2C) היא אישה בת 70, אקדמאית מקיבוץ בגליל המזרחי. היא מספרת כי רצתה לעבור ניתוח בדרך שתהיה הרבה יותר טובה מבחינה רפואית ותגרום לפחות נזקים וכאב – כך המליץ לה הרופא, אבל הוא לא ידע כיצד להבטיח שהיא תעבור ניתוח אצלו, וניסה תחילה למצוא דרך עקלקלה בתוך המערכת הציבורית.

מראיינת: אני מאד רציתי – כבר שמעתי, כבר קראתי באינטרנט – שיש פתיחה קדמית. חיתוך קדמי. וחיפשתי דרך קופת חולים רופאים שיעשו לי את הניתוח הזה. ולא מצאתי. מצאתי רופא ב-X – ד"ר Y. הוא הסכים לנתח אותי אבל מקופת חולים אמרו לי שאין לי אישור, אני לא אקבל החזרים. אז אותו רופא אמר לי: תקשיבי, תבואי במקרה לבית חולים שלי, תגיעי למיון, אני אקח אותך מהמיון. אבל פה אמרו לי אין דבר כזה. לא בטוח שיחזירו לך את הכסף קופת חולים. כאילו שאני נפלתי או קרה לי משהו והם לקחו אותי לניתוח הזה.

מראיינת: רגע, לא הבנתי מה הוא הציע. הוא אמר לך תבואי בדרך אגב..
מראיינת: הוא הציע לבוא דרך אגב דרך המיון כי משהו קרה והוא כבר יקח אותי משם לפרטי. לניתוח.

מראיינת: בתוך Y?
מראיינת: בתוך Y
מראיינת: אבל פרטי?
מראיינת: אני חושבת שזה לא היה פרטי.
מראיינת: כאילו לשלם לו על זה?

מראיינת: לא. הוא לא דיבר על לשלם לו על זה. אני לא זוכרת עכשיו אם.. לא, אני הלכתי אליו לייעוץ בפרטי ואז הוא לא עבד עם הקופות שלנו וזה, והוא אמר תבואי אלי Y. הוא אמר לי תבואי אליו Y ואמרתי לו "אבל אני לא יודעת אם אתם עובדים עם קופת חולים. אתם גם לא באזור שלנו". אז הוא אמר: תבואי דרך המיון ואני אקח אותך לניתוח. אז פה, המזכירה הרפואית אמרה לי "לא בטוח שיחזירו לך את הכסף".

מראיינת: מה, אם תלכי למיון?
מראיינת: אם אני אלך לבית החולים הזה, גם אם אני אעבור דרך המיון. אף אחד לא מבטיח לי שקופת חולים.. הלכתי לצמרת מאד גבוהה בקופת חולים כללית כדי שיאשרו לי את הניתוח כי רציתי אותו קדמי. כי ידעתי שההתאוששות הרבה יותר מהירה,

קורעים פחות שרירים, פחות רקמות. ידעתי שההתאוששות יותר מהירה. זה מה שהיה חשוב לי. אבל לא הצלחתי. בסוף הלכתי למישהו פרטי דרך מדיקל סנטר.

ר' (C8), פנסינרית בת 65, המתפרנסת בקושי ולשעבר עובדת במפעל קוסמטיקה מירוחם, מספרת על הרפואה שהמליצה לה כיצד להגיע לרופא מומחה פרטי:

מראיינת: ד"ר X' [רופאת משפחה] נתנה לי את השם של הרופא הזה ב.Y.

מראיינת: והיא המליצה לך ללכת בפרטי?

מראיינת: היא המליצה לי, כן, היא המליצה לי ללכת בפרטי בגלל שהתור היה ארוך. אז היא אמרה לי "אם את רוצה לקצר דרך אז את יכולה ללכת אליו".

ע', חבר קיבוץ בדרום בן 66 ובעל תואר דוקטור, מעיד על עצמו כי:

מראיינת: אני לא מבין כלום ברפואה. בניגוד לאנשים אחרים אני לא מתחיל לבדוק באינטרנט ולבדוק מה יש לי. אני מגיע לרופא, אני רוצה לסמוך עליו, ולכן הגעתי לרפואה, פעמיים, כשהייתי צריך פרוצדורה (לא ברור 02.50) אז הגעתי לשר"פ ולא סמכתי על הרפואה הפרטית. זה בעצם גם מה שא' (רופא המשפחה במקום מגוריו) פה ייעץ לי.

מראיינת: הוא ייעץ לך ללכת לשר"פ?

מראיינת: כן, בשני המקרים שהייתי צריך אז הוא ייעץ לי ללכת לשר"פ.

שניים מבין המראיינים ניסו לתאר תמונת מצב אופיינית בגליל בקרב החברה הערבית בה, מנקודת מבטם, השימוש ברפואה הציבורית יותר נפוץ, אבל הדרך להתמצא בה, להתחמק מהתורים ולהגיע לשירות המיטיבי, דרך זו מחייבת היכרות עם רופאים עם בעלי תפקידים במערכת, למה שתיארה למעלה פ' ביחס לבאר שבע ולביתה העובדת בקופת חולים.

ו' (C19), מורה לנהיגה בת 34 שמוצאה בגליל והיא חיה בנגב, מתארת את התנסותה בחיפוש אחר רופא מתאים לבתה כאשר שתיהן הגיעו לצפון.

מראיינת: אני הייתי לנסוע לרופא דרך הבית חולים הצרפתי שם.

מראיינת: אבל למה לבית החולים הצרפתי בנצרת? למה דווקא לשם הגעת?

מראיינת: כי אני..

מראיינת: או איך הגעת דווקא לשם?

מראיינת: כי אני מכירה אנשים שטופלו שם. אני מכירה מישהו שעובד שם. אמר לי "יש שם גסטרו ילדים, את יכולה לקבוע לו תור".

- מראיין: ועברת... אחרי שהיכרת את הרופא – היכרת מישהו, טוב את מהאזור, אז היכרת מישהו שמכיר מישהו? ככה זה עובד?
- מרואינת: אני מכירה מישהו מהמערכת הרפואית שם שאמר שיש שם גסטרו ילדים והוא נגיש מבחינת תורים ואת יכולה להספיק. רק תביאי התחייבות ואין בעיה.
- מראיין: אוקיי, מה היה השלב הבא? ביקשת תור מה..
- מרואינת: נסעתי.
- מראיין: אה, נסעת קודם. לא קודם כל ביקשת תור מ..
- מרואינת: לא, ביקשתי התחייבות. אמרתי להם: אתם לא מצליחים להשיג לי תור קרוב – אני משיגה תור קרוב, אני רוצה התחייבות.
- מראיין: אוקיי.
- מרואינת: לחצתי על הנהלת המרפאה אצלנו בכפר. השגתי התחייבות, ונסעתי לבית חולים הצרפתי.

ב' (C15), בן 50, מנהל של עמותה גדולה החי בכפר בגליל מתאר מציאות שאולי היא מציאות הייחודית לחברה הערבית בגליל, בה קיים צירוף של לחצים ועומס במערכת הציבורית עם קירבה של חלק מהמטופלים לרופאים ולאנשי רפואה ומנהל שמאפשר מציאות פתרונות:

אני לא מקבל את הזמן שלו [של החבר ובן המשפחה, הרופא. ר.א.] אבל במקרים דחופים ורציניים הוא מנסה לסייע. אבל לדעתי הוא אין לו זמן לתת לחולים שירות איכותי. למה? זה קרה במספר מקרים. למשל דוד שלי – יותר מפעם אני רואה את המסמכים שלו – זה לא מסמכים שלו. היה כתוב שהוא עשה, למשל, ניתוח מעקפים. והוא לא עשה ניתוח מעקפים. אבל כתוב שם שהוא עשה ניתוח מעקפים. ולמה זה קורה? כי זמן. למשל אני עושה בדיקות שם, משאיר את זה אצל רופא. כשהייתי צעיר ובריא לא בדקתי. הייתי מדי שנתיים-שלוש, או כשהייתי חולה הייתי עושה check out כללי כזה. ואני לא בודק. ואחר כך אני הלכתי לרופא מומחה והוא אומר לי "תשמע, אתה עשית סקירה.. יש לך צואה בדם כבר מ-95'. זה מסוכן, זה סימן שיש לך [לא ברור 09.38-09.39]. כשהלכתי לרופא הוא נהיה אדום. שלחתי לו אימייל דרך אגב, לא רציתי לדבר אתו. הייתי ראסמי. הוא לא ענה לי. אבל הוא מיד, מהיום למחר, איתר לי תור ללכת לעשות סקירה. ממש למחרת. זה תור שצריך לחכות לו לפחות 3 שבועות. נתן לי 3 ימים, יומיים. ממש ככה, יומיים. היה יום חמישי – אמר לי ביום שבת אתה עושה את זה בנצרת. ותיקח את התרופות האלה, תנקה, אל תאכל, ממש שום מים.

מראיין: הוא חשש אולי שאולי הוא פספס משהו.

מראיין: אה, אבל אני חושב אנשים נופלים כאן. הרופא הוא הדמות המרכזית אצלנו. באמת עכשיו אני אומר לך, אצל כל המשפחה כי אנחנו לא מכירים. היום.. ב-2003 אבא שלי חלה, וכל התקשורת שלי היתה מול רופא המשפחה. היא לא היתה דרך מערכת הבריאות. לא הכרתי כלום. היום אנחנו משפחה: אחים שלי גדלו, אנחנו מכירים אנשים, מכירים את שר הבריאות, מכירים אנשים, מכירים את זה ← מכיר את זה ← מכיר את זה. אנחנו חזקים יותר.

שימוש בהון בריאותי-חברתי

מי שיש ברשותו הון בריאותי-חברתי משתמש בו באופן שחוסך הוצאות כספיות ק' (C9) הוא היסטוריון במקצועו בן 53 מירושלים. כך הוא מתאר את ההיזקקות לרופא. דרכו עוברת דרך הביטוח המשלים או הפרט, אך העיקר הוא השימוש בהיכרות חברתית: ק': [יש לי טלפון] של הרופא ילדים. יש לי גם טלפון בבית וגם את הפלאפון שלו. זה לא בהכרח אומר שהוא תמיד עונה. אבל התשובה היא יצא לי כמה פעמים להתקשר אליו לצורך. להתקשר שלא בשעות הקליניקה שלו וקיבלתי מענה. מראינת: ובמה אתה נעזר כשאתה בוחר רופא? ... ק': אז זה בעיקר במי, פחות במה. כלומר באופן אישי, בקטע הזה אני לא כל כך רץ לגוגל או ל-Medcare או לכל מיני אתרים מהסוג הזה. בקטע של איתור רופאים אני לא עושה את זה כי אני מרגיש שאני הולך לאיבוד. אני משתדל במי. זה להיוועץ באנשים או ב... נגיד אם זה רופא שאני מכיר אותו אין לי בעיה להתקשר אליו ולהגיד לו 'שמע, זה וזה הסיפור, למי היית מכוון אותי?'. או אני מנסה לחשוב אם היו חברים שהיתה להם בעיה דומה או נדרשו לסוג מסוים של רופא שאני נדרש לו עכשיו ולקבל מהם את הניסיון שלהם עם מה שזה שווה. זה בעיקר זה.

מי שאין ברשותו הון בריאותי-תרבותי ובעיקר חברתי נתקל בבירוקרטיה גם כשמדובר במערכות הפרטיות או המשלימות

מ' (C11) היא עובדת משק בת 52, ערביה מוסלמית מיפו. כך היא מספרת על תלאותיה במערכת הרפואה הפרטית ועל מסקנותיה: מראינת: אז יש לך חוויה לא טובה מה.. מראינת: לא, בכלל לא טוב. והמון המון המון שילמתי כסף. הייתי יכולה אז יכולה לשלם 600 שקל ולחכות עוד שבוע ומרוב הלחץ שהיה לי בראש – רוצה רק שאין היריון – וגם הלכתי לפרטי ונתנו לי כדורים שזה יהיה הפלה ולא היה, לפני שעשיתי את הגרידה. אז אני לא מאמינה ברופאים פרטיים, לא.

מ' (C7) סטודנט בן 30 מהרצליה רואה כך את הדברים:

מערכת הבריאות בישראל, איך שאני רואה אותה היום, קורסת. מכמה היבטים: (1) מההיבט הערכי בסיסי הפשוט שאתה מסתובב בבתי חולים ורואה טיפול לא טוב ולא נכון והזנחה שהיא לפעמים פושעת עבור אנשים שידם אינה משגת. כשאני אומר ידם אינה משגת אני מתכוון לעובדה שהזקנה במסדרון שמדברים עליה היא לא הסבתא שלנו וגם לא הדודה שלנו אלא היא הסבתא והדודה של אנשים חסרי יכולת, חסרי קשרים שאין להם במעגל הקרוב רופאים. אין להם היכולת להיקרא פרסונל.

וכך הוא מתאר ניסיון אישי:

סבתא שלי שהיא התאשפזה ואחר זה נפטרה, ישבה בחדר במחלקה, פרטי, כל רגע בא מנהל המחלקה ודאג לשלומה, בדק אותה, הסתכל עליה. מדוע? כי ההורים שלי הם רופאים ואבי היה מנהל מחלקה והם מכירים את המליייה והם מכירים את המקום ומכירים את ההוא. לנו לא תהיה בעיה אז לי לא תהיה בעיה

כן, ב.. יש לי דלקת ב.. דלקות במפרקים. מתנה מהשירות הצבאי. ירי באקדח והמגע הזה עשו לי דלקות ו.. היה איזה תקופה, אני חושב שזה היה שנה שניה או שלישית, שהדלקת מאד מאד החמירה. אני מכיר את זה. זה קורה בדרך כלל בעונות מעבר. זה איזשהו ארטיטריס כזה או אחר לא משהו שיש יותר מדי מה לעשות אתו. אבל בתקופות מעבר יש כאב שחולף בדרך כלל אחרי 3-4 ימים. והיא החמירה בצורה קיצונית. היינו בשנה שלישית או רביעית והיה איזה אלמנט של מבחן באופק או משהו ורציתי טיפול עכשיו. עכשיו מקומי. אפרופו מה שדיברנו קודם. בשתי שיחות טלפון הבנתי מי נמצא איזה רופא בכיר נמצא ב-medical center שזה מרחק של 12 דקות נסיעה מהבית שלי. בעוד שיחה הצלחתי להשיג את הטלפון האישי שלו ולהסתמס אתו ולקבוע אתו בשעה לא היגיונית, זה היה 11 בלילה, להגיע. הוא לקח על זה סכום גבוה. לא זוכר 800 או 1000 שקל בערך, והביטוח החזיר לי אחוז ניכר – 70-80%. אבל זה אפשר.. זה היה פינוק נטו. לא פינוק כי סבלתי מכאבים.

סיפור של 'עצמי בריאותי יזמי'

רקדתי בלובי - סיפור של 'עצמי בריאותי יזמי' שמוצג כלפי חוץ כמסע הרפתקאות מוצלח

ר' (C1) הוא גבר תל אביבי יהודי בן 77, סוכן ביטוח ובעל השכלה גבוהה. אך הוא מתאר את המעבר מרפואה ציבורית לפרטית ואת ההצלחה הפנומנאלית (כמעט נס) של הטיפול:

מראוין: היתה לי בעיית גב. התרוצצתי אצל גדולי הרופאים שאף אחד לא המליץ בכלל על כיוון של ניתוח אלא על כל מיני טיפולים כאלה או אחרים, שאני קורא להם מעשי

קוסמות וכישוף. שום דבר לא הקל עלי בסבל שאני עברתי בעניין הזה. עד שהגעתי לרופא צעיר שהגיע עם דוקטורית ניתוח מסוימת לאחר שלמד ב. Pittsburgh- בדק אותי, המצאתי לו, MRI. ואמר לי 'אדון נכבד אני לא עובד עם הציבורי בעניין הזה כי לא רוצים אותי שם. אתה מוזמן למערכת הפרטית'. תוך שתי דקות ועשרים שניות כל המסמכים מהמבטח עברו לבית החולים. לא שילמתי אגורה אחת שחוקה עבור הניתוח. הוא ניתח אותי ויצאתי במחול ובריקודים מיד לאחר הניתוח. לאחר שהייתי כשלוש שעות בכל המערכת הזאת. ארבע שעות. [אשתו הוסיפה מאחור: ב- 9.30 וחצי הוא נכנס, 16.30 רקדנו בלובי].

מראיית: כבר יכולת ללכת?

מראיין: רקדתי!

הצגת 'עצמי בריאותי יזמי' הפועל בתנאים של חוסר במידע

ר' (C5) היא עו"ד ירושלמית יהודיה ותיקה בת 62.

קראתי איזשהו מחקר שאומר שבדרך כלל חולים לא באמת יודעים להעריך את האיכות של הטיפול שהם מקבלים. זה מחקר שבדק את ההבדל בין, שאני מתעניינת לגביו מבחינה מקצועית שלי, בין בתי חולים שהם בבעלות עסקית לבין בתי חולים שהם בבעלות של ארגונים חברתיים או עמותות או ארגונים אחרים. והוא בעצם בודק את הציפיות של אנשים מתי הם מצפים שיהיה פחות טוב ומתי הם מצפים שיהיה יותר טוב. טוב, זאת שאלה מאד מעניינת. אבל בין השאר, אחת המסקנות היתה שאנשים לא באמת יודעים להגיד אם הטיפול שהם קיבלו היה מספיק טוב. אני יכולה לראות אם הצלקת טובה או לא, אבל אני גם לא יכולה להגיד אם היתה מישהי אחרת במצב שלי אם היה לה צלקת יותר גדולה או פחות גדולה. אז גם לא דברים שמתים, אז ברוך השם. אז אני באמת יכולה להגיד. אני יכולה להגיד לך שאבא שלי בחר את המנתח שניתח אותו וגם הרג אותו. אז אני מתייעצת.. במקרה הזה התייעצתי עם הקוסמטיקאית. שהיא באמת גם מומחית מאד, אז היא הציעה לי אותו. פעמים אחרות אני באמת שואלת או חברים שהם רופאים או.. זה מאד קשה, זה באמת קשה לדעת. יש.. או אנשים שמתמצאים. יש כל ה.. אני לא. תמיד מחפשת את הרבנים האלה שיודעים אבל יש [כאלה שכן יודעים].

חלחול דגם 'עצמי בריאותי יזמי' מטה לרבדים נמוכים או לקבוצות מודרות (למשל ערבים)

הדוגמא הבאה מראה עד כמה הדגם של 'עצמי בריאותי יזמי' יכול לחלחל ולהגיע גם לשכבות שאין סיבה ליחס להן הון בריאותי תרבותי, אך מסתבר כי גם הן יכולות לגייס הון בריאותי חברתי מסוים

(רופא המשפחה ואני חברים או אף קרובי משפחה). כמו כן, הדוגמא מראה מדוע 'עצמי-יזמי' איננו בהכרח פונה לרפואה הפרטית. אמנם הרפואה הפרטית עדיפה מכמה בחינות שתוארו למעלה, אבל בהחלט ייתכן "יזמות" שתכליתה למצוא את הטיפול הטוב ביותר גם בתוך המערכת הציבורית. תופעה זו דווחה גם על ידי אינפורמנט שגם הוא, כמו המרואיין, ערבי החי בגליל.

כך מספר ג', ערבי בן 55 העובד כאינסטלטור, חי בנצרת והוא בעל השכלה תיכונית:

בדרך כלל, אני אוהב ללכת לפרטי. מבחינת, עוד פעם, אני אמרתי את זה וסיפרתי את זה לפני זה: פרטי הוא מתייחס.. כאילו לא חלילה מתייחס כאילו, הם לא רוצים להתייחס; הוא רוצה לעבוד שיהיה תוצאות בשבילו – שם זה. אז מראש אני הולך ללכת לפרטי. אבל הרופא [רופא המשפחה שנחשב על ידי ג' לחבר. ר.א.] אומר לי "לא, יש לנו רופא בקופה שלנו, בקופת חולים, לא משנה איפה, אז יש לנו רופא שלנו – קודם כל תלך אליו". כאילו, לא רוצים להוציא כסף. כל אחד יבוא מה שהוא רוצה לעשות – אין דבר כזה. אז הולכים אליו. אם זה לא עוזר פה ושמה, אז יוצאים החוצה לרופאים מומחים יותר.

ב' (C15), אשר הוזכר למעלה, הוא אמנם אדם בסטטוס אקדמי והכנסתו גבוהה יחסית אבל הוא חי כל ימיו בכפר ערבי שנמצא, כפי שהוא מתאר, באשכול 2, כלומר מהישובים העניים בישראל, והמציאות שהוא מתאר היא מציאות יומיומית שיש לה שתי פנים. מצד אחד, אנשים "נופלים" בגלל הזמינות הנמוכה ועומסי התורים והיכולת הכלכלית הנמוכה. מצד שני, אנשים בכפר מתרגלים להשתמש ברשתות הקשרים החברתיות שהמשפחות בונות אשר בחלקן כוללות רופאים ואנשי רפואה ומנהל רפואי בכל הדרגות. אחד הסיפורים הסבוכים שמתאר ב' הוא סיפור בפרקים שעובר 4 אחים – אביו ושלושת אחיו – כולם חלו במחלות ריאות קשות אשר גרמו לחלקם למות בהיותם צעירים. כאשר ילדיהם התבגרו וגם הפכו ליותר מבוססים כלכלית הם החליטו שלא לוותר ופתחו במסע להצלת אחד האחים :

מרואיין: הוא [אבא של ב'. ר.א.] לא הגיע למעמד [של מועמד להשתלת ריאות. ר.א.]. גם לא הסבירו לנו שהוא יכול להיות מועמד. והתחלנו לחשוב על לעשות בחוץ לארץ ועל העלויות בחוץ לארץ ואבא שלי אמר שלא צריך.. לא רצה כי זה המון כסף ואין לנו. היינו ממש משפחה רגילה, נורמטיבית, אנשים, פקידים. אנשים שחיים את היום שלהם.

מראיין: כן.

מרואיין: בלי כסף. והוא גם.. הוא לא רצה. וגם לא הציעו לנו תהליך ולא עשינו בדיקות מוכנות. ולא ידענו. התגלגלנו כמו כדור משוטט. לא היה לנו איזה משהו אסטרטגי כזה, לחשוב עליו שנשים יד. לא כמו שני הדודים האחרים. שני הדודים האחרים – אחד אחרי 3 שנים אז שמנו יד – אנחנו לא נרשה.. הסיפור היה יותר מורכב. זה 4

אחים שכולם מתו צעירים. לפני אבא שלי מת עוד דוד בגיל 56. אבל ממחלה אחרת. ואז אחרי כמה שנים בא אבא שלי וגם לו לא ארגנו טוב. אז על הדוד המספר 3 שנסענו לגרמניה – שמנו יעד שאנחנו נעשה לו כמשפחה. הוא אדם שיש לו כסף בדרך כלל. שמנו יעד שאנחנו לא נרשה שהוא ימות לנו בידיים. אנחנו נעשה את המקסימום. ואז התחילו לחפור והיה לנו יכולת למידה. והתחלנו לחפור פשוט מאד. חפרנו, יצאנו. דרך אגב אנחנו יצאנו לגרמניה לגלות איפה עושים השתלות. הקופה לא עזרה לנו. הקופה לא רצתה. אני, אני נסעתי בעצמי לגרמניה ב-2006 2005 ונתנו לי רק שם אחד בוינה. כשהלכתי לשם ביקשתי חומרים והבנתי שזה לא המקום הנכון. ומוינה הלכתי לברלין ומברלין אמרו לי המקום היה טוב לעשות באירופה זה הנובר.

מראיין: כן.

מראיין: ואז נסעתי, ולא היה GPS, ממש על מפות, ממש אני זוכר עכשיו, על מפות נסעתי. ונכנסנו שם ואמרו שזה עולה 105 אלף יורו. ואז לחצנו על המערכת למעלה עם הרופא המשפחה שלנו שהם יממנו את זה, חלק, לא יודע איך היה הסיפור.

מראיין: אה, הזכות הזאת שקיימת בסל שאם אין טיפול בארץ אז אפשר..

מראיין: בדיוק. אני חושב שהיה לו ביטוח.

מראיין: זה ממש נדיר לנצל את הסעיף הזה. הצלחתם לנצל אותו?

מראיין: כן, הצלחנו לנצל אותו כי רופא המשפחה גם נתן את המשקל שלו. היינו בטרומה כי כבר שני אחים שלו מתו צעירים וכו'. אבל גם היינו, יותר כבר עם קצת כסף. אני מדבר על המשפחה האישית שלי אבל המשפחה של דוד שלי הם עשירים ממש. והם היו מוכנים להשקיע. ואז הלכו שם, ישבו 6 חודשים עם אשתו. שכרו חדר, דירה, בגרמניה. תשמע זה לא כל משפחה עושים את זה. וכל שבועיים נוסעים לגרמניה, מחליפים מישהו וכו'. עכשיו כשנסענו להודו, והתגייסות זה לא קל. כי כל שבועיים יצאו שני אנשים וחזרו שני אנשים מגרמניה.. מהודו. זה חתיכת הוצאות ענקית. כאילו, כי הוא קודם כל חיכה 3 חודשים בבית מלון 5 כוכבים. כי בעצם אתה לא יכול לשים אותו בהודו – הודו מלאה זיהומים – באיזשהו סתם מקום. זה הוא ואשתו וכל פעם ליוו אותו שני אנשים. שני אנשים האלה מהמשפחה, כאילו בני הדודים וכו'. במשך 4-5 חודשים החלפנו אנשים – נסעו וכו' על חשבון המשפחה, ישבו טיפול. אבל זה מקרה נדיר. כל הכפר יודע ודיבר עלינו. כאילו אני בעצמי נסעתי. בכל הגליל אמרו לי "תשמע, לא מובן מאליו שאנשים ככה יסעו לדודים שלהם". "חבר'ה, זה כמו אבא. כאילו מה קורה כאן?"

נספח 8: ממצאים עיקריים מראיונות עומק עם רופאים

היעדר הבחנה בין מימון פרטי וציבורי לשירותי בריאות

כפי שניתן לראות מן הציטוטים למטה, הרופאים שרואיינו הרבו לתאר את הביטוחים המשלימים כבעלי מעמד של "נורמה", "משהו שהוא must", "חלק אינטגרלי" ו"נכס צאן ברזל". מרואיין 7B אף ציין כי הוא מתייחס לביטוח המשלים כ"חלק ממה שמערכת הבריאות היום נותנת בעלות נוספת" ואמר כי ההבדל עבורו בין ביטוח משלים ומס הבריאות מתמצה ב"הפרדה סמנטית". ממצאים אלו מבטאים מצב מתקדם של טשטוש הגבולות והיעדר הבחנה בקרב רופאים בין המימון הפרטי והציבורי לשירותי בריאות, בפרט בכל הנוגע לביטוחים המשלימים.

"ביטוח משלים הוא לא ביטוח פרטי, הוא ביטוח חצי ציבורי שהוא בגלל שחלק ניכר באוכלוסייה רוכש אותו אז ברגע שכולם רוכשים אותו אז זה הנורמה. אז אם זו הנורמה אז הפרטי מתייחס אולי למתי מעט, לייחודי, לשונה. אבל אם הנורמה היא שלכולם יש פחות או יותר את אותו הדבר, את אותו סל את אותו ביטוח משלים, אז זאת הנורמה, אז כולם חשופים לאותם תנאים. הרי הביטוחים המשלימים לא באופן עקרוני, לא שונים בגדול אחד מהשני, ולכן זאת הנורמה. אז אני מתייחס לביטוח המשלים כ..., שקיים אצל רוב האנשים כחלק ממה שמערכת הבריאות היום נותנת בעלות נוספת. קוראים לזה ביטוח משלים זה לא מס בריאות, קוראים לזה ביטוח משלים, אבל מעבר להפרדה הסמנטית אני כמו שאמרתי אני לא חושב שיש פה, זה לא ביטוח פרטי, בהבנה שלי."

7B – קרדיולוג.

מראיין: אם מדברים חזרה על סוגיה של המטופל בפריפריה. איך אתה חושב שהוא רואה את הביטוחים המשלימים?

מרואינת: אני חושב שהרבה אנשים רואים את זה כמשהו Must. אפילו לא נכנסים לעומק לבדוק מה התוספת שהוא.. רוב האנשים אני לא חושבת שהם לא בדיוק יודעים מה המשמעות. חוץ מכנראה קצת יותר שירות. אבל לא, לא ממש לעומק.

B4 – מחלות זיהומיות

מראיין: וכיום עם המצב הנוכחי?

מרואיין: אני לא אגיד אמת אם אני יגיד לך שאני מבין בדיוק את הפרטים של הפוליסה. אני באמת לא יודע. אבל זה נשמע מחיר סביר עבור משהו שכן עוזר. כי הרי כל פעם

כשאני מתקשר לקביעת תורים וזה. הם רוצים את המספר של הכרטיס של ה.. אה, יש לך ביטוח? בסדר. זאת אומרת שהם מתנים אולי לא מתנים. אבל מסייעים יותר כאשר אתה כן רוכש את הביטוח. הם הצליחו להפוך את זה לנכסי צאן ברזל. זאת הבעיה. זאת אומרת זה הפך להיות איזה חלק אינטגרלי.

B3 – מחלות זיהומיות

שיווק ביטוחי בריאות פרטיים על רקע חולשת המערכת הציבורית

"זה מאוד מתוחזק על ידי מערכת תעמולה מאוד אגרסיבית, יש פה המון, המון אנשים מרוויחים המון כסף מהחולשה של המערכת הציבורית [...] זה חברות ביטוח שמפעילות לחץ שהם מספרות לך על הזוועות שיהיו אם אין לך ביטוח משלים."

11B – מחלות זיהומיות

"זה העיקרון בכל כלכלה. את המוצר [ביטוח פרטי] היא לא הייתה מציעה אם השוק לא היה צמא לכזה דבר. והשוק צמא. עובדה. לכל קופה יש את המשלים שלה. נקרא בשמות אחרים. אבל לא משנה. את הביטוח הנוסף שלה. עובדה חברות הביטוח לאחרונה, בחמש השנים האחרונות, נכנסות כמו טיל לתוך הביזנס הזה. כל פעם אתה פותח איזה מדיה שאתה לא רוצה. ואומרים לך מגדל ואומרים לך אני יודע מה פניקס. ואומרים לך זה זה. זה חברות ביטוח. שפתאום מוכרות לך ביטוח על גבי ביטוח על גבי ביטוח. מה זה? זה רק בגלל שיש צורך."

3B – מחלות זיהומיות

מראיית: "ואם כבר מדברים על לבטח. אז, מה אתה חושב הסיבה לכך שיש יותר ויותר ביקוש לביטוחים משלימים, ביטוחים פרטיים?"

מראיין: "הסיבה היא כפולה. אה, כאילו זה גם הפרה וגם העגל. כלומר גם חברות הביטוח עושות עבודה מעולה בלשכנע את האנשים ולהציע להם כל מיני הצעות כביכול אטרקטיביות. ויש פרסום גדול [...] יש לחץ מצד מי שמוכר. אה, ונכון, גם הקונה, יש לו, כמו שאמרנו קודם. יש מידה מסוימת של חוסר אמון. קל מאוד למכור ביטוח. כן? אה, להגיד למישהו, מה תעשה כשיפול עליך איזה אסון? אה, יהיה לך מחלה קשה. אתה רוצה שיהיה לך את הרופאים הכי טובים לבחור אותם. הכל. אז, החולה יודע שלא תמיד המערכת הציבורית תיתן לו לבחור את הרופאים הכי טובים. הוא יבחר את מי ש... הוא יקבל את מי שיהיה זמין באותו זמן. שלרוב זה אנשים טובים. אבל, הוא חושש מהיום הקשה שיבוא אליו. אז הוא, הוא מוכן לשלם את מה שצריך לשלם."

20B – אורתופד

"נגיד שחולה בבאר שבע יש לו ביטוח משלים. והוא רוצה לעבור ניתוח לב פרטי. איפה יעבור אותו? [...] עשית ביטוח. הקופה שכנעה אותך שכדאי לך לעשות ביטוח משלים. עכשיו הגיע רגע האמת. ואומרים לך תשמע, אתה צריך ניתוח מעקפים. אני רוצה את הפרופסור הזה והזה שינתח אותי. איפה יתבצע הניתוח? יש בית חולים פרטי בבאר שבע? לא לניתוחי לב. יש בקריית גת? מקו רחובות ודרומה עד אילת אין בית חולים פרטי אחד שעושה ניתוחי לב פתוח. ניתוחי לב מוכרים לכל האוכלוסייה הזאת שהיא מעל מיליון נפש את הביטוחים הפרטיים האלה. **בעצם זה סוג של הונאה, כי כשתצטרך את זה – תתכבד אדוני תעלה תיסע מאה קילומטר צפונה לתל אביב או להרצליה.** תדאג למגורים לבני המשפחה שלך שמה בסביבה במלונות שישלמו הרבה כסף כדי לגור שם במרכז, בזמן שאתה מאושפז בבית החולים הפרטי, כי אנחנו מכרנו לך ביטוח אבל אנחנו לא רוצים לתת לך את האפשרות להשתמש בו. **אתה רוצה להשתמש בו? תשלם.** זה נראה לך הגיוני שהפריפריה ככה תקבל טיפול?"

9B – כירורג לב.

1.12. מחסור במימון ציבורי לשירותי בריאות

מראיין: "זאת מערכת שמנוצלת בחלק קטן מהפוטנציאל שלה בגלל תת תקצוב כרוני. זאת מערכת שמדינת ישראל איננה משקיעה בה את המשאבים הנדרשים, והתוצאה היא שחולים סובלים. החולים מקבלים טיפול לעתים קרובות או באיכות לא טובה, או לעתים יותר קרובות בזמינות מאוד לא טובה. כאשר השיקולים הם שיקולים פוליטיים. שיקולים של הקצאת תקציב."

מראיין: "איך אתה רואה את זה בא לידי ביטוי פה ב[בית חולים]?"

מראיין: "בתת תקינה. בזה שיש, אנחנו זקוקים להרבה יותר אנשי צוות ממה שיש לנו, והאבסורד מתגבר על זה שיש המון אנשים שמחפשים עבודה ואנחנו לא מסוגלים להציע להם עבודה למרות שאנחנו צריכים אותם. [...] זה מתבטא בקיצור תורים, במשמרת שנייה שיש עלינו מגבלות קשות של קיצור תורים. כאשר יכולנו לקצר תורים יכולנו לעשות הרבה יותר לו הדבר הזה היה נפתח. **אנשים ממתנים בתורים אינסופיים של אינסוף. מספר המיטות שלנו הרבה פחות ממה שהיינו צריכים. אז בכל הנושאים של תשתיות ומשאבים אין לנו מספיק.**"

B12 – קרדיולוג

"יש צפיפות, יש מחסור באחיות, בכוחות עזר, אם מישהו צועק בלילה לא יגיעו אליו מהר מספיק" [...] דוגמה פיזית קטנה: כשאני הייתי מתמחה בפנימיות פה, היו מרפסות למחלקות פנימיות, מדי פעם אפילו אנשים לצערנו היו קופצים מהם למותם, ואז בגלל מחסור בתנאי אשפוז, מחסור במיטות, הפכו את כל המרפסות במחלקות פנימיות לחדרי אשפוז, ככה הוסיפו בעצם שתי מיטות לכל חדר. אני מניח ומקווה שהגדילו באופן פרופורציונלי את מספר המטפלים, אבל גם אם הגדילו, התשתיות לא בנויות לחדר של שישה [...] ופתאום אתה מוצא הגדלה של חמישים אחוז כאילו בגניבה אפילו."

11B – מחלות זיהומיות

מראיין: "אתה זוכר איך הגעת להחלטה של לעבוד רק ב[מסגרת פרטית]?"
 מרואיין: "אני ניהלתי כאמור את המחלקה לטיפול נמרץ ב[בי"ח ציבורי] והגעתי לאיזושהי נקודה שבה באמת התסכול מזה שהיו מעט מידי משאבים לטפל בחולים שאני הייתי צריך לטפל בהם מאוד הקשה עלי. וכשהגיעה האפשרות לעבוד במקום שבו לא תהיה לי המגבלה של מיטות טיפול נמרץ לטובת החולים שצריכים טיפול נמרץ אז החלטתי לעבור."

מראיין: "ואיך אתה רואה את ההתמודדות עם הסוגיות האלה כאן?"
 מרואיין: "כאן יש סוגיות אחרות, אבל הסוגיות הספציפיות האלה לא עומדות על הפרק... פה יש מספיק מיטות טיפול נמרץ לכל הפעילות שקוראת פה, ולכן אין מצב שבו חולה צריך מיטת טיפול נמרץ ואני לא מצליח לתת לו אותה."

19B – טיפול נמרץ

"המתנה מלאכותית" וקיצור זמני המתנה דרך רפואה הפרטית

מראיין: "ומה אתה אומר למשל על סוגיית ההמתנות במערכת?"
 מרואיין: "אני תמיד יש לי את החשד שחלק מההמתנה היא המתנה מלאכותית כדי להפעיל לחץ על חולים ללכת לרפואה הפרטית ולקבל שם מענה יותר מהיר. אני חושב שחלק אחר של הבעיה נובע מזה שהתגמול בבתי החולים הוא כזה שיש סוגים שונים של פרוצדורות שלא משתלם לעשות אותם בקיצור תורים ולקצר את התורים. הבית חולים לא מתוגמל כמו שצריך [...] הרופאים לא מתוגמלים כמו שצריך. וזאת בעיה אדמיניסטרטיבית שהמערכת יכולה לפתור אם היא רוצה להקטין עומסים."

מראיין: "כן, למה יש לך את החשד ההוא?"
 מרואיין: "אני מכיר את הנפשות הפועלות [...] שהרופאים עוברים מהשלב הרומנטי למציאות והם רואים עם איזה בעיות פרנסה וקיום הם צריכים להתמודד.. להתחבט. אז הרבה מהם מעדיפים את השיקול ה.. את התועלת האישית שלהם ובחרים בדרך שהיא לא

תמיד לתועלת המערכת הציבורית. ואני רואה את זה יום יום מסביבי. זאת תופעה שכל מי שפוקח עיניים רואה אותה."

9B – כירורג לב

מראיין: "...אני חושב שחלק ממי שמסרבל את המערכת או מאט אותה זה הרופאים עצמם."

מראיין: "מאיזה מקום?"

מראיין: "ממקום של טשטוש אינטרסים. ממקום של דיכטומיה שלא לומר סכיזופרניה. ניסית

פעם לקבל תור לרופא מומחה כזה או אחר במערכת הציבורית? אז אני אגיד לך איך זה הולך. אתה מצלצל ואתה אומר אוקיי, אני רוצה תור לד"ר פלוני או לפרופסור פלוני למרפאה שלו ב[בי"ח ציבורי]. לך אין שום בעיה. התור הוא תשעה חודשים. ואז אתה סוגר את הדלת, מהר מצלצל למרפאה הפרטית שלו והוא אומר לך תבוא היום בערב. אז איך אתה חושב הדבר הזה עובד? אוקיי? ולמי יש אינטרס שהתור יהיה תשעה חודשים ולא זה. התשובה היא שחלק מבעלי העניין בדבר הזה הם רופאים שרוצים להטות חולים אל הרפואה הפרטית. ואתה חושב שלא קורה שאם נגיד חולה פה צריך ניתוח X, Y, 'אני רוצה שאתה תנתח אותי'. ואז הוא [הרופא] אומר לו 'ינתח אותך רופא מהמחלקה', ואז הוא [המטופל] אומר 'מה אני צריך לעשות כדי שאתה תנתח אותי?' הוא [הרופא] אומר לו, 'תשתחרר ותבוא אליי ל[בי"ח פרטי] אני אנתח אותך היום בערב'.

5B - טיפול נמרץ

מראיין: "מי אומר את זה בעצם למטופל שאתה יכול לראות רופא במערכת הציבורית בזמן כזה, ובפרטית..?"

מראיין: "החיים, חברים שלו, ההתנסות שלו, העובדה שהוא צלצל פעם וביקש תור לזה וזה, כל בן-אדם שמבקר בעיתון שכתוב, כל בן-אדם שרוצה תור למרפאת כאב במדינת ישראל, צריך להמתין סדר גודל של שנה כשיש לך כאבים במידה כזו שרצית להגיע למרפאת כאב, שנה זה הרבה זמן. אז אתה הולך למקומות, אתה מחפש, רואה, אוקיי, במרפאה הזו התור הוא קצת יותר קצר, 6 חודשים לא שנה אז אם אני אלך פרטי ואשלם על זה אני אמצא רופא מומחה לכאב שיטפל בי מחר."

19B – טיפול נמרץ.

מראיין: "בכל מקום זה ככה. אנגליה אתם מכירים, כן, שהתורים הם אינסופיים, ולא רק שם.

קנדה, התורים מאוד ארוכים. עכשיו, תמיד אם אתה משלם משהו מהכיס התורים פתאום נהיים קצרים יותר."

2B – אורתופד.

מראיין: "אין לך מה להשוות את המערכת הפרטית למערכת הציבורית. עוד פעם אני בכוונה עושה לך את ההשוואה בין שני הדברים הקיצוניים. בין הפריפריה לבין רמת החיל. אז ברור לך שזמן ההמתנה בפריפריה שיכול להיות חודשיים או שלושה יכול להתקצר ליום או יומיים ברפואה הפרטית."

13B – כירורג לב.

שילוב בין ביקוש, היצע ותנאים ברוטלים במערכת הציבורית

מראיין: דיברת על זה שכל כך הרבה אנשים עכשיו מחזיקים בביטוח משלים וביטוח פרטי. מה אתה חושב שהעלייה? מה הגורמים לכך?

מראיין: חלק מזה כבר דיברנו קודם. על זה שהם יצרו איזשהו חוסר אמון של חולים במערכת הציבורית. זה מערכת שהיא לפעמים היא ברוטלית כלפי החולים. ואתה רואה את הביטויים של זה באלימות כלפי צוות רפואי. זה מגיע לפעמים לדרגות קיצוניות של חוסר שביעות רצון אצל המטופלים. אז אם המערכת הציבורית היא לא מתוגמלת, והיא לא מפותחת. ומצד שני מעמידים מגדלי שן כאלה יפים כמו הבית חולים של אסותא וכך הלאה. אז החולים מנותבים לסוג הזה של הרפואה. וכדי להקל על עצמם אז הם עושים את הביטוחים. וגם עודדו אותם לעשות את זה. היה מאוד משתלם לקופות שהחולים משקיעים עוד חלק מהשכר שלהם ומה.. על חשבונם בשביל לבטח את עצמם לדברים שחלק מהם היו אמורים להיכלל בסל הבריאות. [...] זאת אומרת היה פה איזה זהות אינטרסים בין המבטחים בין החולים ובין המטפלים שהבה ונגבה עוד כסף מאנשים. [...] ברגע שיצרו את האפשרות לשמונים אחוז מהאוכלוסייה לבחור יצרו גם את האפשרות לרופאים לפתות. כי הרבה יותר קל, המצפון פחות מעיק כשאני דורש ממך לשלם איזה השתתפות עצמית שיכולה להיות אפילו סמלית [...] לעומת אם אני דורש ממך לשלם את מלוא המחיר. אם אתה לא מבטח בשום צורה שהיא. היום רוב החולים מבטחים. רוב החולים הם טרף פוטנציאלי, הם ציד.

9B – כירורג לב

מראינת: "ואם כבר מדברים על לבטח. אז, מה אתה חושב הסיבה לכך שיש יותר ויותר ביקוש לביטוחים משלימים, ביטוחים פרטיים?"

מראיין: "הסיבה היא כפולה. אה, כאילו זה גם הפרה וגם העגל. כלומר גם חברות הביטוח עושות עבודה מעולה בלשכנע את האנשים ולהציע להם כל מיני הצעות כביכול אטרקטיביות. ויש פרסום גדול [...] יש לחץ מצד מי שמוכר. אה, ונכון, גם הקונה, יש לו, כמו שאמרנו קודם. יש מידה מסוימת של חוסר אמון. קל מאוד למכור ביטוח. כן?

אה, להגיד למישהו, מה תעשה כשיפול עליך איזה אסון? אה, יהיה לך מחלה קשה. אתה רוצה שיהיה לך את הרופאים הכי טובים לבחור אותם. הכל. אז, החולה יודע שלא תמיד המערכת הציבורית תיתן לו לבחור את הרופאים הכי טובים. הוא יבחר את מי ש... הוא יקבל את מי שיהיה זמין באותו זמן. שלרוב זה אנשים טובים. אבל, הוא חושש מהיום הקשה שיבוא אליו. אז הוא, הוא מוכן לשלם את מה שצריך לשלם."

20B – אורתופד

תקתוק מטופלים במערכת הציבורית

אחד הנושאים המרכזיים שעלו מהראיונות עם רופאים בהקשר זה, הוא הציפייה של המטופל מהרופא הפרטי שיקדיש לו יותר זמן מאשר מה שנהוג בציבורי. כפי שאומרים המרואיינים בקטעים אלו, הזמן שרופא יכול להקדיש למטופל במערכת הציבורית הוא מוגבל מאוד. חלק מן הסיבות לכך נעוצות בסוגיית המימון הציבורי שהוצגה במסגרת רמת המאקרו. סיבה נוספת שהעלו המרואיינים נובעת משילוב של תמריצים כספיים לראות יותר מטופלים, למשל אצל רופאים עצמאיים, ואתוס לפיו רופא טוב הוא רופא ש"מתקתק" הרבה מטופלים במעט זמן.

מרואיין: לרופא אין זמן לשבת.. אם אני בא פרטי לחולה לראות סקונד אופיניין אני יושב עם החולה ארבע שעות. מהתחלה עד הסוף הכל פיצ'פקס והכל זה. אז ברור שאין זמן ברפואה הרגילה הציבורית לעשות את זה. זה נכון. זה כאילו רפואה לעשירים.. עכשיו זה תלוי מי הרופא. יש רופאים שהם מאוד מאוד.. אבל מאוד מאוד יסודיים. מאוד מאוד.. תראה, אני גם.. אני מאוד יסודי. אבל אני בטוח לא יכולה לראות את הכל. [...]

אני לא רואה את כולם. אני לא יכול לראות כל חולה. אבל יש חולים.. יש רופאים שהם מאוד יסודיים ומאוד טובים ומאוד.. אבל המערכת נורא מקשה. נגיד הבת שלי אני רואה את זה שהיא באמת בן אדם מאוד יסודי. "אין, תתקתקי אותה, יאללה. מה לא הספקת לראות את כל החולים?" זה בעיה, אני זוכר שאני עבדתי כשהייתי בפנימית. עם אחד הרופאים הכי טובים שאני מכיר היום. שהוא היה איטי כמו צב. אבל הוא היה איטי כמו צב כי הוא היה באמת יסודי נורא. והם מה זה צחקו עליו. ואף אחד לא רצה לעבוד איתו. כי באמת צריך גם לתקתק אין מה לעשות. הקטע הזה הוא באמת.. צריך למצוא את ה.. את שביל הזהב. אבל זה זה לא פשוט.

14B – מחלות זיהומיות

מרואיין: ואתה רואה איזה קשר כלשהו בין הדברים?

מראיין:

עדיין אני חושב שאנשים באופן בסיסי הם אנשים טובים, אני חושב שבאופן כללי מי שהולך לעבוד כאח אחת במערכת, רופא במערכת הבריאות, אלה אנשים ברמה גבוהה מאוד, אנשים שאכפת להם. עצם בחירת המקצוע הזה כבר מעידה על כך שאתה מדבר באנשים שאכפת להם ולכן האנשים האלה צריכים לדעת להפיק את המרב, את המיטב. ואם האנשים האלה עובדים בלחץ וכל הזמן אין להם זמן לנשום ואין להם זמן אז ברור שאין להם זמן להקשיב לחולים, אם קופת חולים מכריחה רופא מהמרפאה להקדיש אני לא יודע שבע, שמונה, תשע, עשר דקות לחולה וזה שש שבע דקות הוא צריך לתקתק את ה—את הנתונים במחשב. לא נשאר לו זמן לדבר עם החולה, לא נשאר לו. אני לא יודע אם אתה ראית אבל לפעמים אתה יושב מול חולה ואתה רואה את הדו"ח של קופת חולים לחץ דם דופק נמדד לפני שנתיים, משקל לפני-, הם כותבים את זה מדפיסים מוציאים אם כותבים לחץ דם הם צריכים לכתוב באיזה תאריך זה נבדק, אז אתה רואה מישהו שנבדק עכשיו, חולה שנפטר בא עם כאבים בחזה? כותבים לו-, לא כותבים לו מה היה לחץ דם היום, כותבים לו בחזה, בא באופן אוטומטי הם לא כותבים מה היה היום, זה.. זה נכנס לגיליון באופן אוטומטי, אתה מבין? אם הוא גם יבדוק דופק, אם הוא ייקח גם כן לחץ דם, אם הוא ייקח את זה? כבר לא יישאר לו זמן בכלל לשוחח עם החולה.

8B – קרדיולוג

אגב, כשאני אמרתי שאני הולך לפתוח מרפאה פרטית, לא קיבלתי איזה תגובות אוהדות אה. כאילו זה עוד לא, קרה, אבל. בוא נאמר שהרוחות לא מעודדות, ולא מפרגנים עם זה יותר מדי. אבל זה בסדר. מצד שני אני כן שמעתי אמירות, על זה ש[...]. אם אתה לא עובד בקופת חולים, אז אתה לא מכיר את המסה של האנשים, ואת הלאות חולה בחמש דקות. שזה כאילו איזה מין יכולת מופלאה כזאת.. להביא אה.. לתקתק את החולים, לראות עשרה חולים בשעה. זה איזה מין יכולת, איזה כישרון מופלא כזה שאני צריך לרכוש. לא. אז זה אחד הדברים, לא בשביל זה הלכנו שמה לטיפול. לא בשביל זה הלכתי ללמוד רפואה בשביל לראות עשרה, ארבע עשרה חולים קבועים. הם רואים חמישים, חמישים חולים בארבע שעות. והם, הם עושים את זה, באופן קבוע. פעמיים, שלוש, ארבע פעמים בשבוע. אז לא בשביל זה הלכתי ללמוד רפואה. אני לא חושב שזה איזה כישרון גדול. נכון, זה דורש ממך איזושהי מיומנות, אה, לא לפספס דברים. אבל גם מתפספסים דברים ככה. וזה גם גורם לך להתנהג בצורה שלא בשביל זה הלכתי ללמוד רפואה. להתנהג עם החולים אה, כמו אה, כמו שאומרים לי. כן אה, "הכי טוב לעבוד בבני ברק. שם אתה לא צריך לדבר עם החולים. הם באים, האמא באה עם שלושה ילדים, אה, לא מעניין אותה שום דבר. פוצי-מוצי,

שום דבר. מעניין אותה שתבדוק את הילד. היא לא, אתה לא מחליף איתה מילה אחת. אם אני אראה אותה חצי דקה אחרי זה ברחוב, אני גם לא אזהה אותה. כי אין, אני אפילו לא יוצר, "הוא אומר לי, "אני אפילו לא יוצר קשר עין איתה. כל מה שאני חושב עליו, זה איך שאני מעביר את הכרטיס, ואיך אני עובר לחולה הבא." אז, וזה, זה ציטוטים אה, אמיתיים. ובגאווה גם מסוימת כזאת, שיש לי את היכולת [...] לעשות את זה בחמש דקות. אז, אז את ה, זה שיוורדים עליי ש, שאולי, אני לא בדקתי. אולי יש לי את היכולת הזאת. שאין לי את היכולת הזאת, אני, אני עם זה אני ישן, לא היו מעבירים, עם זה אני ישן טוב בלילה.

20B - אורתופד

קניית הזמן ותשומת הלב של הרופא דרך המערכת הפרטית

לפי חלק מהמראיינים, מגבלות זמן אלו של הרפואה הציבורית מובילות מטופלים לבחור במסלול הרפואה הפרטית וזאת מתוך ציפייה שהרופא הפרטי יוכל להקדיש להם יותר זמן ותשומת לב מאשר לו היו הולכים למסלול הציבורי.

מראיין: "ומה לדעתך הציפיות שלהם כשהם רואים אותך בפרטי?"
מראיין: "אני חושב שציפייה מרכזית שיש להם זה הקדשת זמן. חלק גדול מהסיבה שמביאה אנשים למערכת הפרטית זה הם רוצים שמישהו יקדיש להם את הזמן שהם חושבים שהם זקוקים לו כדי לשמוע אותם, כדי לענות לשאלות שלהם בצורה נינוחה. עכשיו במערכת הציבורית אנחנו מאוד מוגבלים בזמן. חלק אחר של הרצון שלהם זה להתייעץ עם מישהו שהם חושבים שהוא בר סמכא, שהוא מומחה, שאפשר לסמוך על דעתו, והם גם רוצים כתובת להמשך. זאת אומרת הם רוצים כתובת גם לעוד חודש או חודשיים שכאשר משהו ישתבש יהיה להם למי לפנות." 12B - קרדיולוג.

אחד המראיינים, מומחה למחלות זיהומיות, העלה את נושא הציפייה של המטופל לזמן בהקשר של חוות דעת שנייה (second opinion).

מראיין: "ומה אתה חושב על הנושא הזה של second opinion?"
מראיין: "תראה, אני הרבה עושה second opinion. הרבה יותר קוראים לי לראות חולים בבתי חולים אחרים. [...] אתה יודע אפילו שזה בית חולים נהדר. לרופא אין זמן לשבת.. אם אני בא פרטי לחולה לראות second opinion אני יושב עם החולה ארבע שעות. מהתחלה עד הסוף הכל פיצ'פקס והכל זה. אז ברור שאין זמן ברפואה הרגילה הציבורית לעשות את זה. זה נכון. זה כאילו רפואה לעשירים.. עכשיו זה תלוי מי

הרופא. יש רופאים שהם מאוד מאוד.. אבל מאוד מאוד יסודיים. מאוד מאוד.. תראה, אני גם.. אני מאוד יסודי. אבל אני בטוח לא יכול לראות את הכל. [...] אני לא יכול לראות כל חולה. אבל יש חולים.. יש רופאים שהם מאוד יסודיים ומאוד טובים ומאוד.. אבל המערכת נרא מקשה. "14B – מחלות זיהומיות.

נוסף על הציפייה של המטופלים לקבל יותר זמן עם הרופא, אחד הרופאים (12B) ציין כי לדעתו המטופלים בוחרים לראות רופא פרטי מתוך ציפייה כי הדבר יביא לקיצור התור אצל אותו רופא במערכת הציבורית. מצב זה עשוי לנבוע מכך שבמקרים רבים הרופאים שעובדים בפרטי ממלאים גם תפקידים בכירים במערכת הציבורית. בהמשך לעיל, המצב בו המטופל "קונה" את הזמן של הרופא במסגרת הפרטית עשוי במקרים מסוימים לאפשר לרופא לזהות אבחנות שבמערכת הציבורית הוא לא היה מזהה, וכן לשפר את איכות המעקב הרפואי אחר המטופל במערכת הציבורית.

מראיין: "רופא יכול לעבוד במערכת הציבורית, ולעשות מרפאה עם חמישים מטופלים. יש לו עשר דקות למטופל, אותו רופא עם אותה מידה של קשב וזה. יש עשר דקות למטופל, והוא אחר כך הולך למרפאה הפרטית שלו. על אותו מטופל או סוג בעיה יש לו ארבעים דקות. כי הוא גובה על זה כסף ויש לו את הזמן, וזה. ובמטופל הזה הוא יאבחן משהו, של את זה לא יאבחן משהו. זה ברור מאליו, זה טריוויאלי. "19B – טיפול נמרץ.

מראיין: "תראה, אפשר אני חושב לומר שתיקח שני חולים שמתאשפדים עם אותה בעיה. אחד מהם הוא מטופל של מומחה מסוים בתחום במערכת הפרטית והשני לא. סביר שמי שיש לו רופא שמכיר אותו מהמערכת הפרטית אותו רופא ימשיך לראות אותו ולעקוב אחריו, והחולה השני יקבל את השירות שלו, אבל יקבל אותו מרופא כלשהו. זאת אומרת הוא לא יבחר את מי שיטפל בו, ויכול להיות שמי שיטפל בו יהיה פחות מנוסה, פחות בכיר וכולי. "12B - קרדיולוג.

מחויבות מוגברת כלפי המטופל הפרטי תוך הזנחת המטופל הציבורי

חלק מן המראיינים, העובדים הן ברפואה הציבורית והן ברפואה הפרטית, תיארו מצבים בהם חשו כרופאים שהם מחויבים יותר למטופל הפרטי מאשר למטופל הציבורי, או תיארו מצבים בהם ראו את עמיתיהם נוהגים באופן זה. מצב זה כונה בעבודה כ"מחויבות מוגברת", כלומר ההסכמה לטפל באדם באופן פרטי וקבלת תשלום ישיר מהמטופל תוארה כמגבירה את תחושת המחויבות של הרופא כלפי כל תהליך הטיפול במטופל הפרטי, מעבר לתחושת המחויבות כלפי מטופל ציבורי. תחושת מחויבות מוגברת זו הייתה בולטת במיוחד בראיונות עם רופאים מתחומי הכירורגיה.

דוגמאות למחויבות מוגברת זו ניתן לראות בתמה הקודמת (ראה קטעים של 14B ו- 12B לעיל). בנוסף, מובאת דוגמא מתוך ציטוט של אורתופד (1B) בנוגע לטיפול בילדה עם מצב רפואי מורכב:

"אני אומר אל תשלחו לי את זה לרפואה פרטית. אנחנו מוכנים לראות אותה ברפואה ציבורית. אז לפחות לא יהיה לי.. אחריות כזאת שאני מה שנקרא.. אבא ואמא של המקרה הזה. ואני תמורת תגמול שאני מקבל אני עכשיו חייב לפתור כל הבעיות שלה. ויש לה בעיות עד הודעה חדשה". 1B – אורתופד

רופאים מומחים למחלות זיהומיות ולטיפול נמרץ העובדים במערכת הציבורית בלבד תיארו כיצד מחויבות מוגברת כלפי המטופל הפרטי עשויה לבוא על חשבון הטיפול במטופל הציבורי בבתי חולים ציבוריים עם שרות רפואה פרטי (שר"פ). על כן, כפי שניתן להתרשם בקטעי הראיון הבאים, נושא המחויבות המוגברת של הרופא כלפי המטופל הפרטי נמצא כקשור בתופעות העדפת המטופל הפרטי על פני הציבורי (אפליה):

מראיין: ואם מסתכלים על נושא השר"פ באופן הכללי בבית חולים, מה אתה חושב עליו?
מראיין: אני לא מספיק יודע, אני יכול להגיד לך מה קורה בכירורגיה. בהסתכלות של רופא טיפול נמרץ, רק הפרספקטיבה שלי, כן? עצם קיום השר"פ יוצר בעיתיות[...] כי במקרה של שר"פ אתה מיד מיודע כאיש טיפול נמרץ, "אהה זה השר"פ של [רופא מסוים] כל שאלה לפנות אליו רק הוא.."

מראיין: מה זאת אומרת?
מראיין: אני רוצה לשחרר את החולה מטיפול נמרץ. "לא אני לא מסכים. לא, לא, אני לא מוכן" [...] אני חושב שהחולה יכול לצאת מטיפול נמרץ, אבל הם רוצים את החולה עוד יומיים בטיפול נמרץ...

מראיין: מי זה הם?
מראיין: הכירורג המנתח, שר"פיסט. כי הטיפול הוא מאוד טוב, אז למה לא להשאיר את החולה עוד יומיים, כי זה שר"פ. "אז בואו נשאיר אותו עוד יומיים, תן לו לעבור את הסוף שבוע אצלכם, אני גם לא נמצא, בדיוק אני נוסע לפראג, אני אחזור ואז נדבר." והכל מיני כאלה מין. כאילו יש כל מיני... "תשאירו אותו אצלכם, בכל זאת.. עכשיו אני לא רואה את הכסף הזה, אבל גם אם הייתי רואה את הכסף הזה אני לא חושב שזו הגישה. החולה צריך לקבל את אותו טיפול כמו כל חולה אחר. שילמת שר"פ לא שילמת שר"פ. אתה לא שילמת שר"פ בשביל להיות יומיים בטיפול נמרץ, שילמת שר"פ לא שילמת שר"פ. מנתח ספציפי. מה לעשות? המנתח הספציפי הזה הוא מביא X כסף שר"פ לבית החולים. בית החולים מקבל X אחוזים מהשר"פ שלו ולכן כך יעשה לאיש אשר המלך חפץ בעיקרו... ובזה הסתיימה האוטונומיה שלי. כרופא טיפול נמרץ, אין לי שיקול

דעת. אז זה מאוד בעייתי, ויש את תמונת הראי של החולה שהוא לא שר"פ, שאז אה.. שם אה.. זה החולה מטלטל בין, בין רופא לרופא, כאילו.. אין לו Case Manager קבוע.

17B – טיפול נמרץ

מראיין: איך אתה פוגש?

מראיין: אהם.. אני פוגש בעיקר אני די.. בעיקר כשרופאים אחרים עושים את זה, ואנחנו נדרשים ל.. אנחנו שותפים בטיפול גם חולים כאלה לפעמים זקוקים לייעוץ למחלות זיהומיות. אז שם, אפשר לראות לעיתים דברים שהם מקוממים. אותי. או לא רק אותי, יש לי שותפים פה שמרגישים דומה. אני חושבת שעם אחרים הכל בסדר.

מראיין: מה מקומם?

מראיין: מקומם שחולים לא יקבלו את אותו.. שנעשית איזושהי אפליה. זה מה שמקומם. אה.. חולה ש.. חולה שנותח ו.. שכב במחלקה ורכש חיידק עמיד. יש להעביר אותו לבידוד. מכיר את הנושא של הKTC או לא יודעת איך קוראים לזה בסורוקה, לא יודעת אם נכנסתם לזה, קלבסילות [Klebsiela] עמידות מאוד, יש יחידת בידוד בסורוקה?

מראיין: כן

מראיין: יש בכל מקום, זה אומר להוציא חולה מהמחלקה שבה הוא נמצא לתוך מחלקת בידוד. אז לעיתים חולה שהוא שר"פ אז אה.. המנתח יסרב.

מראיין: מה זאת אומרת?

מראיין: יסרב להעביר את החולה. הוא ילחם על זה, בגופו, שהחולה לא יועבר למחלקה אחרת. זה החולה שלו, הוא רוצה בשבילו.. הוא חושב שהכי טוב זה אצלו במחלקה הוא רוצה אותו מתחת לעיניים שלו, הוא יסרב להעביר אותו. בעוד שחולה אחר "יאללה תעבירו, מה אכפת לנו" כי.. אז.. מה... אז קודם כל אני חושבת שזה פגיעה בז infection control זו פגיעה בכולם. זה ש.. [לא מובן] .. זה לא נכון לעשות את אה.. לשנות את איך שאנחנו מתמודדים עם זה. אם אתה חושב שזה נכון אז זה נכון לכל החולים. אבל יש משהו מקומם שיש חולה שנלחם בשבילו בין אם המלחמה הזו נכונה או נכונה, ויש חולה שמה שיהיה יהיה.. לא מעניין אותנו.

מראיין: ולמה הוא רוצה להשאיר אותו במחלקה

מראיין: זה זה עניין אחר. הרבה פעמים.. הרבה.. רופאים אה.. אה.. כירורגים ולא רק. גם אונקולוגים המטולוגים רואים את המחלקה שלהם הוא רוצים לטפל בחולים שלהם במחלקה שלהם. גם פחות נח שיש לך [לא ברור] במקומות אחרים. וגם אה.. אתה יודע, אתה חושב שטיפול שם הוא פחות טוב מאצלך. וגם ב.. האמת היא ש.. בדרך כלל ה.. היחידות הקיבוץ האלה מרכזות אליהם את החולים הכי קשים, והכי מורכבים..

מראיין: איזה יחידות?

מראיין: היחידות של הקיבוץ של החולים, הנשאים של החיידקים העמידים. זה הרבה פעמים זה.. זה אומר גם שחולה ישכב כאן עם חולים אחרים שהם מאוד מאוד מורבידים.. שהם אה.. גם בנראות של זה.

מראיין: מה זאת אומרת בנראות?

מראיין: זה יכול להיות חולה שהוא צלול ועצמאי שהולך עכשיו לשכב ליד חולה דמנטי וסיעודי, [לא ברור] ישכב ליד חולה בפנימית. ולא זה לא מה שהוא רצה כשהוא שילם שר"פ. רצה לקבל חדר לבד, פרטי.

B21 – מחלות זיהומיות

הפניית "חולים חדשים" למערכת הפרטית

באשר לשאלה האם רופאים בישראל פועלים להארכת משכי ההמתנה לתור הציבורי על מנת להגביר את הביקוש לשירות הפרטי, התקבלו תשובות שונות בקרב מראיינים. כך למשל, מראיין 9B העובד ככירורג לב במערכת הציבורית בלבד תיאר כי "יש לי את החשד שחלק מההמתנה היא המתנה מלאכותית כדי להפעיל לחץ על חולים ללכת לרפואה הפרטית". וכן מראיין 5B העובד כמומחה לטיפול נמרץ במערכת הציבורית בלבד תיאר "למי יש אינטרס שהתור יהיה תשעה חודשים ולא זה? התשובה היא שחלק מבעלי העניין בדבר הזה הם רופאים שרוצים להטות חולים אל הרפואה הפרטית". מנגד, רופאים העובדים במערכת הפרטית התייחסו לתופעה פערי התורים בין המערכת הפרטית לציבורית כמשהו ש"בכל מקום זה ככה" (2B - אורתופד), "זה המצב" (13B - כירורג לב) וכמעין עובדה מהחיים (19B – טיפול נמרץ). מתוך דבריהם ניתן להבין כי הם מייחסים לרופא תפקיד שולי בכל הקשור למשכי ההמתנה הארוכים במערכת הציבורית. ואולם, ממצאי המחקר האיכותני תומכים בכך שהחלטתו של רופא מומחה לא לקבל "חולים ציבוריים חדשים" עשויה לשמש כאמצעי להסטת מטופלים אל הפרקטיקה הפרטית, כפי שניתן לראות מן הקטעים הבאים:

"אני היום לא מקבל חולים ציבוריים חדשים [...] אז זה חולים נוספים שרצו מטבע הדברים הלכו לשר"פ". 8B – קרדיולוג

"במרפאה שאני עושה פה בבית חולים אני רואה חולה בממוצע - אבל זה רובם חולים חוזרים [...] - אז לוקח לי בממוצע עשר דקות. במערכת הפרטית אני יושב עם חולה בממוצע כשלושים דקות. חלקם יותר חלקם פחות, אבל יש שם בתמהיל הרבה יותר חולים חדשים, וחולה חדש דורש הרבה הרבה זמן". 12B - קרדיולוג

"כל מיני רופאים בכירים שפעם קיבלו את החולים שהם היו יותר צעירים אז פתאום המזכירה שלהם אומרת "הוא לא מקבל חולים חדשים" [...] כאילו מה זה אומר הוא לא רואה חולים חדשים? הוא נותן את התחזוקה של החולים שמכירים אותו כבר. ומי שרוצה אותו בחולים החדשים צריך לבוא לפרטי". 15B – כירורג חזה

כלומר, על-פי הממצאים ייתכן והחלטתו של רופא שלא לקבל חולים חדשים במסגרת הציבורית וכן לקבלם במסגרת הפרטית היא למעשה אמצעי מעודן להסגרת מטופלים מהמערכת הציבורית לפרטית. כמו כן, כאשר רופא מוכן לתת טיפול למטופל חדש רק במסגרת הפרטית סביר כי יגדל הביקוש לביטוחים פרטיים.

הפניית חולים שהסתבכו למערכת הציבורית

כפי שניתן להתרשם מן הקטעים המופיעים בנספח זה, תופעה זו תוארה באופן נרחב על ידי הרופאים שרואיינו. מרבית העדויות המופיעות בנספח זה הן מפי רופאים במערכת הציבורית המקבלים למחלקותיהם מטופלים שהסתבכו במערכת הפרטית, כפי שניתן לראות בקטע הבא:

מראיין: איכות הרפואה *per se*, מקרה על מקרה, הרפואה הפרטית לא מייצרת רפואה טובה יותר, להפך. לא יודע אם להפך, אבל הרבה מאוד פעמים... הרבה מאוד פעמים בכל הסיבוכים שמתרחשים, הם אחר כך חוזרים להיות מטופלים בתוך הרפואה הציבורית. בתוך מה שבית חולים שלישוני גדול יכול להציע על מערך המומחים והתמיכה שלו. החולה שמנותח... ניתוח בריאטרי ומסתבך. איפה אתה חושב הוא מטופל? הוא מטופל אצלי ביחידה. הוא שוכב פה חודש וחצי. עם הדליפות וההשקות והסיומים והספסיסים והשטיפות בחדר ניתוח וקדימה ואחורה וה-CT... איפה כל הדבר הזה קורה? ב"ב"ח פרטי? קורה פה אצלנו.

B5 – טיפול נמרץ

בקטע הבא, מראיין העובד במערכת הפרטית במקביל לעבודתו במערכת הציבורית מתאר את השיקולים שלו בבחירה באילו מטופלים לטפל במערכת הציבורית או הפרטית. כפי שניתן לראות מדבריו, המערכת הציבורית מוצגת כמעין ברירת מחדל ("אז עושים בציבורי. והמערכת מכסה הכל") עבור טיפול בחולים מצבים רפואיים שהסתבכו או בעלי סבירות גבוהה לסיבוכים.

מראיין: אם אנחנו מסתכלים על התגמול כספי. אם אני בא לבית חולים פרטי, עושה ניתוח קצר, אלגנטי, יפה, נקי, בלי שמישהו נגע לפני וקלקל וזה... זאת אומרת אני משחרר פציינט הביתה, אני אחר כך רק רואה אותו במרפאה. אז כל הזמן שאני השקעתי אני הרווחתי. ושווה לי היה לנסוע. עכשיו אם אני מנתח נגיד אותה, אני נוסע גם למחרת

לשם, אני נוסע גם יומיים אחרי זה, אני נוסע גם שלושה ימים... לפי השעות שאני הייתי עסוק במקרה הזה מחולק לתגמול שאני קיבלתי, זה יורד אז לא שווה לי. לכן רפואה פרטית מעדיפים מקרים straight forward. פשוטים, נקיים. נכון שזה לעיתים פחות מאתגר. אבל יש גם מקרים שמאתגרים. אבל זה אני עושה מה שנקרא בשביל יופי המקצוע. אם אני לוקח את המקרים האלה שאני יודע זה מקרים מסובכים וזה. אבל אני חושב שאני לא אסתבך איתם. אני אצליח לעקוף את הסיבוכים והכל. אבל זה עדיין [...]. מי יממן טיפולים של הסיבוכים? הוא לא מוכן לזה כלכלית. או נגיד תייר שבא ומסתבך. הוא לא מוכן להשקיע עוד אלפים, אלפים, על הסיבוך שנוצר. לכן רופאים לא כל כך רוצים ברפואה פרטית לעשות את זה. אז עושים בציבורי. והמערכת מכסה הכל. אז יש הבדל.

B1 – אורתופד.

בהמשך מוצגים עוד קטעי ראיון עם תיאורים של העברת חולים שהסתבכו במערכת הפרטית למערכת הציבורית, מנקודת מבטם של רופאים במערכת הציבורית.

מראיין: "יוצא לך לראות מקרים של מטופלים שמסתבכים בפרטי ומגיעים לציבורי?"
 מרואיין: "בטח, מלא, אני מה זה צורח על זה. הולכים לעשות ניתוח [בי"ח פרטי] ואת כל הבעיות של [בי"ח פרטי] מביאים לפה. מלא מלא. כל הזמן ככה. כל פעם אני כותב למנהל בית החולים, סליחה למה אתם מקבלים את כל הבעיות של [בי"ח פרטי], שהם יפתרו את הבעיות שלהם. או שישלמו כסף לבית החולים באמת, למה אנחנו צריכים להסתבך, למה אנחנו צריכים להוציא את הכסף על כל הסיבוכים, שהם יוציאו את הכסף על כל הסיבוכים. זה נורא מעצבן, זה כאילו בית חולים ככה, של הדברים היפים והפשוטים ואנחנו צריכים אחר-כך לאכול ככה את כל הבעיות. וזה מעצבן, מה שאמרתי קודם על המשכורת וכולי. כן, בהחלט הרבה באים. סיבוכים של פרטי לפה."
 14B- מחלות זיהומיות.

מראיין: "יוצא לך לראות מקרים שהסתבכו בפרטי ומגיעים לציבורי?"
 מרואיין: כן. אנחנו לפעמים גם עליהם, זה גם כן אחת הסיבות שצריך לגזור קופון משום שהמערכת הפרטית היא טובה כל עוד הכל בסדר, הכל בסדר הכל פיקס. כשיש סיבוכים וסיבוכים כבדים וצריך טיפול מולטי דיציפלינרי, צריך יחידות טיפול נמרץ נשימתית, המערכת הפרטית לא יודעת להתמודד עם זה כמו שצריך. היא יודעת, כמו סרט נע, להיכנס לניתוח סטנדרטי, לצאת סטנדרטי ובריא. ברגע שדברים משתבשים ולפעמים משתבשים מאוד, הכל בסוף נופל רק על הכתפיים של המערכת הציבורית.
 11B – מחלות זיהומיות

מראיין: נגיד החולה מסתבך, אז כאילו צריך להישאר בבי"ח. פה [בבי"ח ציבורי] הוא נשאר עד.. או שהוא מת או שאתה מציל אותו וזהו. אבל שמה [בפרטי] זה לא הולך. אתה לא יכול. אז עושים כל מיני מניפולציות בשביל להוציא אותו מבי"ח. כאילו שליום אחד רק שלא יהיה מאושפז ואז אם הוא בא עוד פעם אומרים "אי אפשר לקבל אותך". שולחים אותו לפה.

מראיין: מה זאת אומרת להוציא אותו מבית החולים?
מראיין: כאילו, להעיף אותו הביתה. איכשהו לאיזשהו מקום שלא יהיה מאושפז. וברגע שהוא לא מאושפז.. שהרי אין מיון שמה. [בי"ח פרטי] אין מיון. אתה חוזר עם זיהום בפצע. אומרים לו "מצטערים אדוני, בזה אנחנו לא מטפלים". שולחים אותו למיון שלנו. הגיעו למצב שמנהל בי"ח הקודם נתן הוראה לא לקבל חולים שנותחו [בי"ח פרטי]. כי היה להם כל כך הרבה חולים עם סיבוכים מ[בי"ח פרטי] שבאו ל[בי"ח ציבורי] שסתמו להם את המחלקות עם חולים עם סיבוכים. לא מוכן, הוא רוצה שהמקום במחלקות יהיה לחולים שבאים חדשים. אז הוא אמר "חולה שבא.. זה תגידו לו שייפנה ל[בי"ח פרטי]".
מראיין: ומה אתה חושב על זה?

מראיין: אני חושב שזה אהה. דבר רע מאוד, אבל הוא מובן לי לגמרי [...]. גם אני הגבלתי את זה. עושה ניתוחים כאלה רק לחולים שנותחו פה. בבית חולים הזה וזהו. לא מתקן סיבוכים של בתי חולים אחרים. אם חולים כאלו פונים אני לא מטפל בזה. למה? כל אשפוז כזה הוא לשלושה חודשים. ואז בא לך חולה מזוהם למחלקה, צריך לעשות לא בידוד הוא תופס חדר לבד. זה גם חולים שיש להם בדרך כלל המון טענות כי כבר הסתבכו וזרקו אותם מבית חולים אחד, והם מרגישים שזרקו אותם וכאילו זנחו אותם[...]. ואתה מקבל את כל הכעס למרות שאתה לא עשית שום דבר רע. ויכולים להיות לך כאן שלושה חודשים. יש לך 2-3 חולים כאלה, אז גם המחלקה מתחילה להיראות לא טוב. [...] בא בן-אדם שאין לו זיהום רוצה לעבור ניתוח לסרטן ריאה. מסתכל ימינה שמאלה, רואה 'בידוד זיהום', 'בידוד זיהום' [...] הוא אומר המחלקה לא טובה אלך למקום אחר. זה כאילו בעייתי, אז אני חושב שזה... זה כאילו דבר רע שאומרים דבר כזה כהוראה, אבל אני מבין מאיפה זה בא לגמרי, כאילו לא ייתכן שמישהו יעשה רק את הניתוחים הרווחיים ואז ברגע שהחולה לא בסדר, מנפנף אותו לבית חולים אחר. ויש עם זה בעיה. המדינה לא התעסקה, נתנה ל[בי"ח פרטי] לעשות מה שהוא רוצה. וככה הם עושים, אם יש סיבוכים, הם שולחים אותם.

15B – כירורג חזה

מנגד, מובא ציטוט של מראיין העובד במערכת הפרטית ועמו נידון נושא מעברם של מטופלים עם

סיבוכים לאחר ניתוח מהמערכת הפרטית לציבורית.

מראיין: "אני רוצה לשאול למשל על מקרים של מטופלים שמסתבכים בפרטי והולכים לציבורי. זה משהו שאתה נתקל בו?"

מראיין: "תראה בתחום שלנו, אני עוד פעם אני מדבר רק על התחום שלי כי אני לא מכיר תחומים אחרים. בתחום שלנו, לפחות פה מה שאנו מכירים, [בי"ח פרטי] יודע לטפל בכל הסיבוכים שיכולים להיות בדיוק כמו בית חולים ציבורי. יש שם טיפול נמרץ מצוין, יש שם מערכות הדמיה מצוינות, כמו במערכת הציבורית. אז אין כל כך חולים.. אם יש להם סיבוכים אנו מטפלים בהם אין האוס [בי"ח הפרטי], זה לא שהם נזרקים למערכת הציבורית. במיוחד בניתוחי לב הם גם חוזרים למחלקה שבה הם נותחו...]. נותחו [בי"ח פרטי] ניתוח לב הם יחזרו עם סיבוך יחזרו לניתוחי לב [בי"ח פרטי], [בי"ח פרטי] מקבל אותם, ההפך הוא מתעקש לקבל אותם הוא לא רוצה שילכו למערכת הציבורית. אז פה המדיניות של [בי"ח פרטי] היא מדהימה הם מתעקשים בתחום שלי, לא מכיר תחומים אחרים שהחולים שנותחו אצלם, אם הם הסתבכו הם חוזרים ל[בי"ח פרטי]. גם בגלל שאני חושב שרפואית זה נכון וגם [...] בגלל שהם לא רוצים שהחולים יסתובבו במערכת הציבורית שנותחו במערכת הפרטית. ולמרות של[בי"ח הפרטי] זה עולה יותר ומורכב יותר, תופס חדרים תופס מיטות תופס הכל, [בי"ח הפרטי] לוקח אחריות על המקרים האלה, הם כולם חוזרים למחלקה שבה הם נותחו. זה מערכת בריאות מצוינת. המערכת הפרטית, אמרתי לך בארץ היא מצוינת."

B13 - כירורג לב.

בקטע לעיל מובא תיאור מאוד אוהד של המערכת הפרטית ושל בי"ח פרטי מסוים בו עובד המראיין במקביל לעבודתו הציבורית. אהדה זאת ניתן לראות בהתייחסות הרבה לצדדים שונים של ביה"ח כמצוינים, ובתיאור המדיניות שלהם להמשך הטיפול במטופלים שנותחו אצלם כ"מדהימה". המראיין מעלה טענות שייתכן ושמע כי נאמרו על בית החולים הפרטי –המטופלים "נזרקים" למערכת הציבורית – ומתאר עם הגזמה מסוימת את התמודדות של ביה"ח הפרטי עם מטופלים הדורשים המשך טיפול לאחר ניתוח – "להפך הוא מתעקש לקבל אותם". כמו כן, הוא חוזר ומציין שאינו מכיר מה קורה בתחומים אחרים, דבר שניתן לפרש אותו כהסתייגות מסוימת מהאמירה שהתופעה אינה קיימת כלל במוסד הפרטי.