**עמדות וידיעות הציבור**

**בנוגע לביטוחי בריאות**

**קולקטיביים**

ראשי פרקים

מגישים:

אוחנה אוריין

גרינשטיין רועי

אבי אהרון עמית

אהרון אבירם

[1. מבוא 3-5](#_Toc419796926)

[2. הרפואה הפרטית בישראל 6-15](#_Toc419796927)

[3. שיטת המחקר 16-18](#_Toc419796928)

[4. ממצאים 19-30](#_Toc419796929)

[5. סיכום ומסקנות 31-33](#_Toc419796930)

[6. ביבליוגרפיה 34-36](#_Toc419796931)

# מבוא

### רקע

מטרת חוק ביטוח ממלכתי, חוק הנחקק בשנות התשעים של המאה הקודמת, הייתה להביא לידי יעילותה של המערכת הבריאות בישראל, כמו גם הרצון להביא לידי יתר שוויון במתן שירותי רפואה בישראל, וזאת לאור הפערים שנפערו, בין אלה שיש להם לבין אלו שאין להם את היכולת לממן שירותי רפואה טובים. במהלך הזמן, חוק זה נשחק ועמו גם הישגיו, זאת בתקופה שהפרטה של שירותים רפואיים והתשלום עליהם הינם חזות הכל. בעיות המימון החסר לעדכון סל הבריאות, תשלומי ההשתתפות וחוסר הנגישות, יוצרים התנגשות בין חוק ביטוח בריאות הממלכתי לחוק זכויות החולה, אשר נועד להבטיח טיפול רפואי נאות, שמירה על כבוד המטופל, העדר אפליה בין מטופלים ועוד. כאשר בעבר, טרם חוקק חוק ביטוח ממלכתי, ריחפה אווירה של רגרסיה תמידית באוויר, קרי, השירותים שניתנו לחולה הלכו והתמעטו, האלטרנטיבה הקיימת הייתה המעבר לשירותי בריאות פרטיים, ובמילים אחרות, דה-פקטו שירותי הבריאות הפכו למעשה למופרטים. במקרים שכאלה נקלע הרופא לדילמה - האם להעניק שירותים רפואיים, על פי הצו כלכלי המוכתב על ידי הקופה בה הוא עובד והמנוגד לשבועתו, או לתת למטופל את הטיפול האמיתי לו זקוק החולה.

לאור זאת הוצעו לציבור ביטוחי בריאות פרטיים בנושאים שונים: שיניים, גריאטרי, ניתוחים, השתלות וכד'. חברות ביטוח התמחו בנושא ומחלקות שלמות הועברו לטיפול בבריאות.

המחירים לא זולים אולם ארגונים וקולקטיבים אחרים התאגדו על מנת לקבל מחיר "סיטונאי". בשנים האחרונות ישנה תנופה משמעותית ברכישת ביטוחי בריאות קולקטיבים בעיקר דרך מקומות העבודה  אשר מציעים מחירים ותנאים מפתים, לעתים ללא חיתום או חיתום רפואי  בתהליך מקוצר.

### ? שאלת המחקר

שאלת המחקר היא :

1. מה עמדות הציבור כלפי ביטוחי הבריאות ותנאיהם.
2. האם הציבור מודע לתנאי הפוליסה הקולקטיבית.

ההנחה היא כי רוב הציבור אינו מודע לכך שביטוח קולקטיבי הוא אינו חוזה קבוע  אלא תקנון אשר תנאיו ומחירו עלולים להשתנות מעת לעת. לאור הנאמר לעיל אנו סבורים כי ביטוח מסוג זה, אשר אמור להקנות בטחון בעבור שרותי בריאות לטווח ארוך ולהיות בשימוש בעיקר בשנים המאוחרות של חיי המבוטח, כנראה לא נותן את המענה ההולם.

לצורך הסקת מסקנות בסוגיה זו הופצו שני סקרים, כדלהלן:

**סקר ראשון-**  הופץ לאנשים מעל גיל 21 באופן אקראי.

1. בא לתת סקירה כללית לגבי הרוכשים ביטוח בריאות בהתפלגות לפי משתנים כמו השכלה גיל ושכר.
2. בא לבדוק איזה פרמטרים חשובים לאנשים כאשר הם רוכשים או שוקלים לרכוש ביטוח בריאות.

**סקר שני**- הופץ בארגונים אשר מציעים ביטוח קולקטיבי לעובדיהם.

1. בא לבדוק מהו אחוז הרוכשים ביטוח בריאות קולקטיבי בתוך הארגון.
2. מדוע אנשים רוכשים ביטוח קולקטיבי.
3. האם יש מודעות אצל הרוכשים לתנאים של ביטוח קולקטיבי.
4. מהו אחוז האנשים שעדיין היו רוכשים ביטוח קולקטיבי כאשר הם מודעים לכל התנאים
5. האם יש התאמה לתשובות שהתקבלו בסקר הראשון אשר נוגעים לצרכים והצפיות  של מבוטחים בביטוחי בריאות.

המקורות הביבליוגרפים לעבודה זו הינם מגוונים ולא נסתמך על מקרה זה או אחר. עם זאת תהיה התייחסות למספר התבטאויות של אנשי רפואה אשר התייחסו לחוק עצמו – מי בעד ומי נגד.

# הרפואה הפרטית בישראל

מאז נכנס חוק הבריאות לתוקפו החמיר מצבם של החולים בארץ. רוב המבוטחים החלו לשלם יותר בגין רמת שירות הנופלת מהרמה שהייתה נהוגה קודם הרפורמה, לעתים עד פי 4 עבור משפחה. עובדתית, לקופות החולים יש כיום פחות כסף בקופתן (במיוחד מכבי, מאוחדת ולאומית). אם לפני החוק הקופות ה"קטנות" נותרו עם עודפי תקציב בסוף השנה, והיה להן כסף לממן הליכים חריגים, הרי שהמצב בחמש השנים האחרונות שונה לחלוטין, ומתאפיין בגירעונות של מאות מיליוני שקלים (רזניק, 2002).

המטופלים, המשלמים יותר מאז החלת החוק, לא מבינים כיצד הקופה בגירעון. הם עדים מזה שנים לתעמולתו של משרד האוצר אודות בזבוז הכסף וחוסר היעילות וממשיכים לכעוס על הקופה. רוב המטופלים לא מודעים לכך שחוק הבריאות הממלכתי מיועד בראש ובראשונה לפתור את הגירעון העצום של קופת חולים כללית (קרוב למיליארד ש"ח) וכבדרך אגב גם להבטיח ביטוח לאותם 140000 אזרחים שהיו ללא קופת חולים (לפני חוק זה, רוב אזרחי ישראל – מעל 95% - היו כבר חברים באחת מקופות החולים; אחוז גדול בהרבה מרוב מדינות העולם).

בנוסף, למרות שהחוק מאוד ברור לגבי תשלומי המבוטחים, הכספים שמשלמים דרך ביטוח לאומי אינם מגיעים ישירות לקופות החולים, אלא מממנים את כל מערכת הבריאות, ובכלל זה את בתי החולים הממשלתיים, טיפת חלב וכד'. קופות החולים נמצאות בריב מתמשך לגבי "הזרמת" כספים מהאוצר לבריאות ואליהן, עובדה שמגיעה לעיתונות לעתים רחוקות ומלווה תמיד בתגובת האוצר לגבי חוסר יעילות הקופות, בזבוז ועוד השמצות שמטרתן היא טשטוש העיקר – "תקצוב חסר" של קופות החולים (בן נון 2001).

כל שנה קופת החולים מקבלת פחות כסף מהכמות לה היא זקוקה - בתוספת בקשה מהממשלה בדבר ייעול. "ייעול" – בלשון האוצר – להסתדר עם פחות כסף. שנה אחרי שנה אחרי שנה, קופות החולים מקבלות פחות כסף ממה שהן צריכות והיות ואת הבזבוז וההתייעלות מיצו זה מכבר, מה שנותר הוא לקצץ בשירותים. הקופות לא מעוניינות לפנות לציבור (בשל התחרות ביניהן על חברי קופה) ולכן הנושא נשאר נסתר מעיני הציבור. נכון להיום, כאשר קופת החולים טוענת כי אין לה כסף לבדיקה או תרופה מסויימת שאתה מעוניין בה (אשר אינה כלולה בסל השירותים) – באמת אין לה כסף. הרופאים, תרמו את חלקם ב"התייעלות" הקופות, ועד כה קוצץ שכרם בכ- 20% מאז החלת החוק. חוק ביטוח בריאות ממלכתי אולי לא נועד לקצץ בהוצאות הבריאות של המדינה, אולם הוא משמש כלי יעיל בידי האוצר לקיצוץ זה (בן נון 2001).

במערכת בריאות אי-שוויוניות שכזו, הרופא אינו יכול שלא להיות ער לתופעת האיפה ואיפה, ושחלק ממטופליו מקבלים שירותים הפחות טובים מהאחרים, בשל אי יכולת הקופה לעמוד בעלויותיו השונים של הטיפול.

השאיפה לשוויון מוחלט בין המבוטחים הינה אוטופית ובלתי ריאלית, למרות זאת, חוק ביטוח הבריאות הממלכתי הצליח לצמצם, במידת מה, את פערי אי-השוויון ולספק שירותים נדיבים למרבית התושבים. לאור הצלחתו של החוק, הרגרסיה שחלה בשנים האחרונות, במתן שירותי רפואה הולמים לחולים, מדאיגה. נומינלית, הוצאות הבריאות גדלות עם השנים בעבור כל המבוטחים. קביעה של תשלומי השתתפות, אי-הרחבת הסל הבסיסי והצבת חסמים בירוקראטיים, הם רק חלק מהאמצעים של קובעי המדיניות שנועדו להגביל את רמת ההוצאה הציבורית לבריאות. נציבת קבילות הציבור, לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ציינה בדו"ח השנתי לשנת 2004 כי "בולטת מצוקתו של הפרט יותר ויותר ואי-יכולתם של התושבים לממש את זכותם לתרופות ושירותי רפואה, וכתוצאה מכך קיימת פגיעה בשוויוניות ובעזרה ההדדית אשר הם ביסודו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לתוך ואקום זה, בו הקופה שואפת לצמצם עלויות במטרה לשרוד כלכלית, שירותי הרפואה המשלימה הם אלו אשר משלימים, במידת מה, את אשר הקופה עצמה אינה מספקת. אך אליה וקוץ בה, שירותי הרפואה המשלימה כרוכים בתשלומים חודשיים, שלא תמיד הם בהישג ידם של חולים רבים, יוצא איפוא שאת הטיפול ההולם מקבל העשיר ואת הטיפול הלקוי מקבל זה שאין הפרוטה מצויה בכיסו. שר הבריאות, מר דני נווה, הטיב לבטא את תחושותיו בנושא, בריאיון לכתב עיתון 'מעריב' בתאריך 24.4.2005 - " לא לילד הזה ייחלנו" .

העיקרון של 'השרות הרפואי הפרטי' הוא, שמספר מוגבל של רופאים בכירים בבית-החולים הציבורי, מקבלים מבית החולים אישור להביא אליו לטיפול מספר מצומצם של חולים פרטיים (בד"כ כ- 20% מתפוסת המיטות במחלקה). חולים פרטיים אלה משלמים לבית החולים הציבורי עבור הטיפולים והאשפוז כאילו היה זה בית-חולים פרטי, וכן משלמים לרופא הבכיר (כרופא פרטי) עבור טיפול אישי מועדף ומשופר ביחס לזה שמקבלים שאר החולים הציבוריים במחלקה (שמואלי 1993).

ההסתדרות הרפואית דיווחה, כי כבר כיום נעשית פעילות של שירותי רפואה פרטית במסגרת בתי החולים הממשלתיים המכונה שר"ן - שירות רפואי נוסף. דווח כי שיעור הניתוחים הפרטיים המבוצעים בבתי החולים הממשלתיים עומד על 25% מכלל הניתוחים המבוצעים בהם. זאת לעומת המרכז הרפואי הדסה בירושלים אשר הגביל את שיעור הניתוחים הפרטיים היכולים להתבצע בו ל- 20%[[1]](#footnote-1).

ההסתדרות הרפואית דיווחה על שירותי הרפואה הפרטיים הניתנים לעת הזאת בבתי החולים השונים (בן נון 2001):

1. היקף שיעור הניתוחים המבוצעים במסגרת שר"פ בבית החולים הדסה מוגבל ל- 20% מסך הניתוחים המבוצעים בבית החולים, ואילו שיעור הניתוחים הפרטיים המבוצעים בבתי החולים הממשלתיים עומד על - 25% מכלל הניתוחים המבוצעים בהם.
2. השר"פ ניתן על ידי רופאים מומחים ותיקים ובעלי ניסיון. בבית החולים הדסה מונהג הסדר טר"א (טיפול רפואי אישי) הניתן על ידי מומחים שעדיין לא הגיעו לדרגת הכשירות המאפשרת להם לעסוק בשר"פ.
3. הפניה לקבלת טיפול שר"פ מתקבלת במערכת נפרדת. מוקד קבלת שר"פ בהדסה איננו יכול לקבוע תורים בשעות הבוקר לרופאים המועסקים במסגרתו.
4. הכספים המתקבלים מופנים לאלה - תשלום לרופא, מימון עלויות הטיפול, השקעה במחקר ובתשתיות (שדמי 2002).
5. במסגרת שר"פ יש אפשרות למטופל להתאשפז בבית חולים מסוים כדי לקבל טיפול רפואי מרופא ספציפי בו הוא בוחר. בבתי החולים הציבוריים החולים מטופלים בהקשר זה במסגרת הטיפולית הרגילה, ואילו במסגרת בתי החולים הממשלתיים יש הפרדה מהמאושפזים הרגילים, למעט כאשר האשפוז מחייב אישפוז במסגרת המחלקות הרגילות.

מבחינה חוקית קיימת בעיה בהפעלת השירותים:

* השר"פ מנוגד לסעיף 2 לצו הפיקוח על המצרכים והשירותים (שירות רפואי לציבור) התשמ"ג- 1983, האוסר על תאגיד פרטי לתת שירות רפואי וכן לסעיף 4 לצו האוסר על מי שאינו מוסד רפואי ציבורי לגבות תמורה בעד מתן שירות רפואי.
* השר"פ מנוגד לחוק נכסי המדינה תשי"א -1952, בכך שבתי החולים הממשלתיים משתמשים בנכסי המדינה לצורך ביצוע רפואה פרטית.
* עקיפת הוראות החוק בנוגע לפיקוח על מכירת שירותים - לפי חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים נקבעו מחירים מרביים לימי אשפוז ולפעולות אמבולטוריות, וזאת על מנת להגביל את ההוצאה הלאומית לצרכי בריאות. הצורך בהוראות אלה נובע משליטה של בית החולים על היקף התפוקות שלו, בשל כשלי השוק ופערי המידע המאפיינים את שוק הבריאות. השר"פ מאפשר לבית החולים מכירת שירותים שלא בהתאם להגבלת מחירם הקבועה בחוק.
* פעילות שר"פ בבתי חולים ממשלתיים באמצעות חברת ביטוח מנוגדת לסעיף 31ג לחוק יסודות התקציב הקובע כי תאגיד בריאות לא יפעל אלא באישור שר הבריאות ושר האוצר
* חוק ביטוח בריאות ממלכתי רואה בעקרון השוויון עיקרון יסוד:  
  סעיף 1 קובע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית";  
  סעיף 8 לחוק קובע כי:

"(א) אין בהם (בשינויים לסל הבריאות) כדי להביא לדחייה של חברים על רקע מצבם הכלכלי או הבריאותי;  
(ב) תשלומי החברים, בין בהשתתפות עצמית ובין כתשלום עתי קבוע, יהיו אחידים ובלתי מפלים, ובלא תלות בהכנסות החברים".

נשאלות השאלות :

* האם למען טובת הכלל מותר לנו לרמוס זכויות של יחידים או קבוצות?
* האם למען טובת הכלל מותר לנו לפגוע בקבוצות ילדים מסוימות וליהנות על חשבונם?

בהתמודדות עם שאלות אלו, פותחה בדורות האחרונים גרסה חדשה של תועלתנות המכונה "תועלתנות-כלל". ב"תועלתנות – כלל" השאלה היא, מהו הכלל המוסרי שיביא למירב התועלת אם רוב בני האדם ינהגו לפיו? בעוד שבגירסת תועלת-אקט ערכו המוסרי של מעשה נקבע במישרין על-פי תרומתו לאושר הכללי, הרי שבגירסת תועלת-כלל המעשה מוערך בעקיפין על-פי כלל מוסרי מסוים ששמירתו מבטיחה את טובת הכלל, ללא התעלמות מהפרט (גבע, 1997).

מבחינה עניינית ברור הוא כי השירותים הרגילים יפגעו. רופא העובד מספר שעות בניתוחים פרטיים לא יכול להיות מרוכז כמו רופא שאך זה החל את יום עבודתו. זו גם הסיבה שבמקומות עבודה רבים אוסרים או שרואים בעין לא יפה עבודה\עיסוק נוסף של העובד. עיסוק נוסף, בדרך כלל גם אם אינו מעייף את העובד גורם לו לטרדות באמצע העבודה. גם בית החולים עשוי להינזק. השר"פ יוצר מצב בו לבית החולים יהא אינטרס להעדיף פעילות שתפיק רווחים על פני דאגה לצרכי החולים. מהות הסדר השר"פ היא ניצול נכסי המדינה על ידי הרופא לעשיית רווח עצמי, מעבר לשכרו המשתלם לו. פעולה זו מנוגדת לחוק נכסי המדינה וחוק התקציב, כאמור לעיל, ואיננה עולה בקנה אחד עם עיקרון בסיסי של מינהל תקין (סבירסקי, 2001).

תאגידי הבריאות כפופים לכללי המינהל החלים על המדינה, ואין להם סמכות לפעול בניגוד לכך; עיקרון זה עולה מדברי ההסבר לתיקון חוק יסודות התקציב בנוגע לתאגידי הבריאות, שלפיהם - "הפעילות... תהיה כפופה לכללי המינהל החלים על הממשלה", ומהוראת החוק המאפשרת לשר הבריאות לקבוע כי הוראות ספציפיות יחולו על תאגידי הבריאות בשינויים המחויבים, ומכלל הן אתה שומע לאו. תמיכה בשר"פ כמענה לבעיית שכרם של הרופאים אינה יכולה להוות הצדקה לו. הדבר אינו מצדיק פגיעה קשה בשוויוניות שהמערכת הרפואית הממשלתית מחויבת בה. כפי שצוין, עקב אופייה של הרפואה ניתן להבין דרישת מטופל לבחירת מטפל מסוים, אך ייחודיות זו עצמה מחייבת את המערכת בהקפדה יתירה על שמירת השוויוניות. על שירות רפואי הכרוך בשמירה והצלה של חיי אדם להינתן כך שלא יהא דמו של האחד סמוק משל רעהו - וברור שאינטרס שכר הרופאים איננו יכול להתחרות בעיקרון זה (סבירסקי 2001).

יש חשש כי החולים אשר יטופלו במסגרת השר"פ יזכו לטיפול רפואי מועדף בעת ביצוע הפרוצדורה או האבחון שבעבורם שילמו, ובנוסף יזכו לתנאים מועדפים בעת אשפוזם. ההסדר עלול להביא לידי כך שבסופו של דבר טיפול רפואי על ידי המומחים הבכירים יינתן במרבית המקרים תמורת תשלום, ומי שיפנה לקבלת טיפול רפואי ציבורי לא ייהנה ממנו כראוי. השר"פ עלול להוות מסלול של הקדמת תורים לטיפול רפואי תמורת ממון. בנוסף עולה חשש שקיומו של שר"פ יביא להגדלת היקף הפרוצדורות הרפואיות המבוצעות שאינן בהכרח הכרחיות, וזאת מתוך מוטיבציה - בחלקה אף לא מודעת - לקבלת שכר עבורם. כמו כן מתעורר חשש שהשר"פ יביא לידי כך שלרופאים לא תהא מוטיבציה לעסוק בטיפול רפואי ציבורי, וכתוצאה ייתכנו אבטלה סמויה ואילוץ חולים רבים לפנות לשר"פ לשם קבלת טיפול רפואי ראוי (סבירסקי 2001).

## עקרון השוויון והשירות הציבורי לכל ברפואה הציבורית

קיימים מספר מודלים המדברים על אחריות הגוף העסקי וכיצד הלקוח רואה את אחריות הגוף לדאוג לשמירה על מוסריות.

טרבינו (1986 בתוך גבע 1997 ) הציגה "מודל אינטראקציוני לקבלת החלטות בארגונים".

המודל מתאר את ההשפעה המשותפת של המצב ומאפייני הפרט על תהליך ההחלטה הקוגניטיבי. התהליך מתחיל עם היווצרותה של דילמה אתית בסביבה הארגונית. טרבינו הניחה, בהתבסס על "תיאורית ההתפתחות מוסרית קוגניטיבית" של קולברג (1969), שתפיסת המוסריות של מקבל השירות ובמקרה שלנו החולה, היא הגורם המרכזי המשפיע על ההתנהגות האתית/בלתי אתית של הארגון. לדעת טרבינו, הקשר בין רמת ההתפתחות מוסרית קוגניטיבית לבין ההתנהגות, מושפע הן מתיווכם של גורמים מצביים. במקרה שלנו, הגורמים המצביים הם ההכרח לספק שירותי רפואה בטיב מכסימלי לכל דיכפין.

עקרון השוויון הוא חלק מאושיות המשפט ומתשתיות החברה הישראלית. אמר השופט ברק[[2]](#footnote-2):

דומה שהכל מסכימים כי השוויון הינו מערכי היסוד של מדינת ישראל. השוויון מונח בבסיס הקיום החברתי. הוא מעמודי התווך של המשטר הדמוקרטי (ראו פרשת קעדאן, עמ'272). הוא "תחילת התחילות"[[3]](#footnote-3). הצורך להבטיח שוויון הוא טבעי לאדם. הוא מבוסס על שיקולים של צדק והגינות[[4]](#footnote-4). פועלו העיקרי של השוויון הוא ביחסים שבין הפרט לרשות הציבורית.

בעיות בהפעלת המנגנון

שילוב של שרות רפואי פרטי במסגרת בית חולים ציבורי והעדפה, בתשלום, של חולים פרטיים לעומת החולים "הרגילים", מעוררת שאלות אתיות נוקבות. אך, עולות גם בעיות של שקיפות בהפעלת המנגנון. אינטרס בתי החולים בהפעלת מנגנון השר"פ ודומיו ברור גם כן - השירות מהווה מקור להכנסה כספית נוספת לבית החולים (לעיתים קרובות המערכת הכספית פועלת באמצעות "קרן המחקרים" של בית החולים, כך שאינה מוצאת ביטויה הישיר בתקציבי בית-החולים ובמאזניו, והופכת מקור 'הכנסה נוספת' לרופאיו הבכירים, בלא שתוספות אלה יכבידו על תקציביו). השאלה האתית הבולטת כאן, ברורה גם היא - האם בתי החולים הציבוריים, שאינם למטרת רווח והמשאבים שלהם הם ציבוריים, רשאים להעמיד משאבים ציבוריים אלה לשימוש פרטי וליצירת הכנסה נוספת לבתי החולים ולרופאים? שאלה נוקבת עוד יותר, לאור מצוקת המשאבים והאמצעים העומדים לרשות בתי החולים, היא - האם המשאבים, שמוקצים עבור השר"פ (מיטות, טיפולים, וכו'), נמנעים מהחולים הציבוריים ובאים על חשבונם? (בן נון, 2001)

שאלה נוספת - בתי החולים אינם מציגים קריטריונים ברורים (אם אכן קיימים כאלה) לבחירת הרופאים הבודדים שזוכים להיכלל במסגרת זו. מאחר ובכך מתאפשר לרופא להשתכר תוספות שכר משמעותיות, רבים הרופאים המרגישים מקופחים על כי לא זכו להיכלל במסגרת השר"פ, על אף כישוריהם. גם כאשר כוונות מנהל בית-החולים ושיקוליו טהורים, חוסר קריטריונים ואי-שקיפות לגבי שיקולי צירוף רופא לשר"פ, פותח פתח לתהליכים "פוליטיים", העדפות "מקורבים לצלחת", אפליה וכו'.

ולבסוף- תמחור השירותים. על התמחיר לקחת בחשבון באופן ברור ומדויק את עלות ההשקעה הציבורית במשאבי בית-החולים אותם השר"פ מנצל. כפי שהדברים נראים עתה, כל בית-חולים מתמחר את עלויות שירותי השר"פ לפי ראות עיניו ושיקוליו. מסתבר כי במקרים רבים המחיר שקובע בית-החולים מתחשב רק בהוצאות ישירות, בעוד עלות ההוצאות הקבועות והעקיפות, נשארות על כתפי הציבור (התקציב הציבורי). היווצרות תחרות בין בתי-החולים, יוצרת תמריץ להשתמש בגישה זו כדרך להצגת מחירים 'תחרותיים', שלמעשה מסובסדים בעקיפין על ידי הציבור. לכן, קביעת קריטריונים ברורים על ידי משרד הבריאות, לחישוב מחירי השר"פ ותמחור עלות אמיתית, חשובים למניעת עיוותים קשים במערכת המיועדת למיסוד.

# שיטת המחקר

## מערך המחקר

מערך מחקר המבוסס על **הגישה הכמותית,** בו יהיה שימוש בטכניקות סטטיסטיות כמותיות לאיסוף נתונים ועיבודם (נחמיאס ונחמיאס, 1992). מחקר כמותי יוכל לספק תשובות ברורות יותר להשערות המחקר על סמך חקר התנהגות הנצפית בהווה. שימוש בסוג מחקר זה מאפשר:

1. רפלקציה – יכולת שחזור מחדש של הנתונים
2. ריבוי שיטות בדיקה סטטיסטיות

סוג המחקר שניבחר הנו **מחקר תיאורי (מחקר שדה)** שמטרתו לתאר ולבדוק קשרים בין משתנים. במחקר תיאורי מתבצעת מדידה ישירה של המשתנים, כפי שהם מתקיימים במציאות.

המחקר יכלול **סקר** המבוסס על שאלון מובנה הכולל שאלות סגורות שיופץ לאוכלוסיית המדגם. שימוש בשאלון הנו נוח יחסית מכיוון שהינו מבוסס על דיווח מילולי של הנחקרים ונותן מענה נוח לבדיקת השערות המחקר. הפניה לאוכלוסיית המדגם תהייה אקראית ללא הבדל של גיל, מין או דת.

**השיקול בבחירת מערך המחקר**: במחקר מסוג זה ניתן לאסוף נתונים רבים, לעבד, אותם ולהפיק מהם את המסקנות הרצויות. כמו כן ניתן לבחון את כלליות הממצאים. מחקר איכותי או תצפית לא היו משיגים את מטרתם היות ואינם יכולים לבחון את הקשר בין המשתנים ואינם מתאימים לאוכלוסיית מדגם גדולה (בית מרום 1986).

## המדגם

### אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר הראשונה הם אנשים שנדגמו רנדומלית חולקו שאלונים למכיריו וחבריו של עורך המחקר (=רועי). שיטת המחקר היתה כדור שלג.

אוכלוסיית המחקר השניה היתה בשני ארגונים אשר מציעים ביטוח קולקטיבי לעובדיהם.

בפועל נדגמו 178 איש בסדר השני ו 178 בסקר הראשון

### כלי המחקר

כלי המחקר הוא סקר מובנה שחובר על ידי עורך המחקר (=רועי) וחולק לשני סוכני ביטוח לפני העברתו לנשאלים.

השיקולים בבחירת שאלון מובנה וסגור למחקר הם: נוחות – נוח יותר לענות על שאלון מסוג זה ואחוז המשיבים הינו גבוה יחסית. אחידות – אפשר לחזור על התהליך המדגמים נוספים. בשימוש בשאלון מובנה נדרשים משאבי זמן וכסף מעטים יחסית. תלות מזערית בין איכות תגובת המרואיין לבין אופיו ואישיותו של המראיין. הניתוח ותוצאותיו אינם תלויים בעמדת החוקר ותפיסותיו, בנוסף לכך ניתוח מהיר של התשובות. לא נדרשים מראיינים בעלי ידע רב בנושא הנחקר. קל להשוות בין תגובות מרואיינים שונים.

### ההליך

הסקר נערך בתקופה של שבוע. שיטת התקשורת היתה דרך דואר אלקטרוני בלבד, וכך גם נאספו השאלונים. יומיים לפני יום תאריך היעד לאיסוף כל השאלונים, במידה ולא התקבלו כולם, התבצעה שוב תזכורת טלפונית לזירוז מסירתם. במידה ועדיין לא נמסרו השאלונים, חזר מבצע הסקר לרשימה הראשונית ופנה לנדגמים שסומנו כמסכימים להשתתף במחקר עד למסירת כל השאלונים. הליך זה, מתחילתו ועד סופו נוהל ובוצע על ידי החוקר.

## 

### שיטת הניתוח

הניתוח הוא סטטיסטיקה תיאורית בלבד.

# ממצאים

**התפלגות המשתתפים בסקר הראשון לפי משתנים שונים:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| התפלגות לפי משתנה מין | | | |
| מין | כמות | אחוז |
| זכר | 103 | 57.87% |
| נקבה | 75 | 42.13% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| התפלגות לפי משתנה השכלה | | |
| השכלה | כמות | אחוז |
| תיכונית | 72 | 40.45% |
| אקדמאית | 106 | 59.55% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| התפלגות לפי משתנה שכר | | |
| שכר | כמות | אחוז |
| עד 5,000 | 40 | 22.47% |
| 5,000-10,000 | 94 | 52.81% |
| מעל 10,000 | 44 | 24.72% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

**ממצאים מהסקר הראשון:**

**? האם יש לך ביטוח בריאות פרטי?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 125 | 70.22% |
| לא | 53 | 29.78% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

**? האם אתה חושב שביטוח בריאות פרטי הינו חיוני?   
 דרג בסולם של 1 עד 5**

**? עד כמה חשובה לך הוודאות לגבי התפתחות הפרמיה? דרג בסולם של 1 עד 5**

**? האם חשוב לך שהפוליסה תהיה מותאמת לך אישית?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 127 | 71.35% |
| לא | 51 | 28.65% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

**? האם חשוב לך שיהיה לך סוכן ביטוח אישי?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 110 | 61.80% |
| לא | 68 | 38.20% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

## ניתוח הממצאים ודיון

נמצא כי 70.2% מהנשאלים מחזיקים בביטוח בריאות פרטי וכי רמת החשיבות של החזקת ביטוח בריאות פרטי בקרב הנשאלים הינה גבוהה (4 מתוך 5). ממצאים אלו מעידים כי באוכלוסיה יש הסכמה כמעט גורפת לגבי הצורך בהחזקת ביטוח בריאות פרטי וזאת כנראה מתוך הבנת המגבלות של שרותי הבריאות הציבוריים בישראל.

בנוסף, ניתן להניח כי ישנם רבים אשר רואים חשיבות מרובה בהחזקת ביטוח פרטי, אולם אינם יכולים להרשות זאת לעצמם עקב מגבלות כלכליות שכן מממצאי הסקר עולה כי 22.7% מהנשאלים משתכרים עד 5,000 ₪ בחודש.

נמצא כי רמת החשיבות לגבי וודאות התפתחות הפרמיה הינה גבוהה (3.88 מתוך 5). מממצא זה ניתן להסיק כי:

1. נטיית האדם הטבעית הינה בחירה בוודאות על פני אי הוודאות.
2. בדרך כלל, פוליסות בריאות נרכשות לטווח ארוך ומשמשות את האדם בעיקר בשלבי חייו הבוגרים, בהם רמת ההכנסה לרוב קטנה, ולכן מעדיף המבוטח לדעת מהו התשלום הקבוע בו הוא צריך לעמוד על מנת לתכנן את עתידו בפן הכלכלי / תקציבי.
3. תוכניות ביטוח נוטות להשתנות, ועל מנת לקבע תנאים דרך פוליסה מסויימת, ובכדי לא להפסיד תנאים מועדפים, רוצה המבוטח לדעת את התשלומים העתידיים בכדי להמנע ממעבר לפוליסה אחרת ו/או ביטול של פוליסה קיימת כתוצאה מאי עמידה בתשלום.

נמצא כי רמת החשיבות לגבי התאמה אישית של הפוליסה למבוטח הינה גבוהה (4.22 מתוך 5). מממצא זה ניתן להסיק כי לא כל המתאים לאדם אחד טוב בעבור האחר. הציפייה בקרב המבוטחים, במיוחד בתחום הבריאות - הכולל היבטים רבים המשפיעים על הצרכים הרפואיים, כגון גיל, מוצא, מין, אורח חיים, תחביבים, מבנה אישיותי - הינה כי תנאי הפוליסה יותאמו ספציפית למענה על צרכיהם האינדיבידואלים. ממצא זה מתבטא גם בפן הכלכלי, בו מבוטח רוצה לשלם עבור שירותים אשר אולי ישמשו אותו ולהמנע מתשלום עבור שרותים אשר סביר להניח כי לא יצרוך.

נמצא כי 71.35% מהנשאלים מעדיפים להשתמש בשרותיו של סוכן ביטוח אישי. מממצא זה ניתן להסיק כי עקב המבנה המורכב של תחום הביטוח, המצריך ידע מקצועי רחב , יעדיפו המבוטחים איש מקצוע אחד אשר אליו יכולים לפנות על מנת לקבל מענה לצרכיהם הביטוחיים ועליו יכולים לסמוך בשעת הצורך כי ישמור על האינטרסים שלהם אל מול חברות הביטוח.

### התפלגות המשתתפים בסקר השני לפי משתנים שונים:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| התפלגות לפי משתנה מין | | |
| מין | כמות | אחוז |
| זכר | 92 | 51.69% |
| נקבה | 86 | 48.31% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| התפלגות לפי משתנה השכלה | | |
| השכלה | כמות | אחוז |
|  | 61 | 34.27% |
| אקדמאית | 117 | 65.73% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| התפלגות לפי משתנה שכר | | |
| שכר | כמות | אחוז |
| עד 5,000 | 35 | 19.66% |
| 5,000-10,000 | 93 | 52.25% |
| מעל 10,000 | 50 | 28.09% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| התפלגות לפי משתנה גיל | | |
| שכר | כמות | אחוז |
| 25-35 | 83 | 46.63% |
| 36-45 | 58 | 32.58% |
| 46-55 | 28 | 15.73% |
| 56-65 | 9 | 5.06% |
| 65+ | 0 | 0.00% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

## ממצאים מהסקר השני:

**? האם יש לך ביטוח בריאות פרטי?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 136 | 76.40% |
| לא | 42 | 23.60% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

**? האם אתה מבוטח בביטוח בריאות קבוצתי דרך מקום העבודה?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 119 | 66.85% |
| לא | 59 | 33.15% |
| סה"כ | 178 | 100.00% |

**? מהי הסיבה שרכשת ביטוח בריאות במקום העבודה ולא באופן פרטי?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| מחיר | 56 | 47.06% |
| תנאים | 41 | 34.45% |
| אחר | 22 | 18.49% |
| סה"כ | 119 | 100.00% |

**? האם הוסבר לך שהפוליסה אינה חוזה, אלא תקנון ותנאיה עלולים להשתנות מעת לעת?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 67 | 56.30% |
| לא | 52 | 43.70% |
| סה"כ | 119 | 100.00% |

**? האם הוסבר לך שהמחיר איננו קבוע ויש סבירות גבוהה שהוא עלול להשתנות משמעותית?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 50 | 42.02% |
| לא | 69 | 57.98% |
| סה"כ | 119 | 100.00% |

**? האם אתה יודע מהן אופציות המשך הפוליסה שלך במידה ותעזוב את מקום עבודתך?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 48 | 40.34% |
| לא | 71 | 59.66% |
| סה"כ | 119 | 100.00% |

**? האם אתה מבין את ההשלכות של אי חידוש הפוליסה ממקום העבודה- דבר אשר יכול לגרור לשינוי משמעותי במחיר ובתנאי הפוליסה?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 42 | 35.29% |
| לא | 77 | 64.71% |
| סה"כ | 119 | 100.00% |

**? האם אתה מבין את ההשלכות של אי חידוש הפוליסה ו/או פיטורין ממקום העבודה?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 50 | 42.02% |
| לא | 69 | 57.98% |
| סה"כ | 119 | 100.00% |

**? במידה והיית יודע את העובדות הללו, האם עדיין היית רוכש ביטוח קולקטיבי?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תשובה | כמות עונים | אחוז |
| כן | 59 | 53.64% |
| לא | 51 | 46.36% |
| סה"כ | 110 | 100.00% |

## ניתוח הממצאים

נמצא כי 76.4% מהנשאלים מחזיקים בביטוח בריאות פרטי וכי 66.8% מחזיקים בביטוח בריאות קבוצתי דרך מקום עבודתם. מממצאים אלו ניתן להסיק כי הרוב הגורף של המחזיקים בביטוח בריאות מוצאים לנכון לרכוש אותו דרך מקום עבודתם, דבר אשר מצביע על הסתמכות העובד על מקום עבודתו והועד, באם קיים, אשר עשו עבודתם נאמנה ביצירת פוליסה משתלמת. בנוסף, סביר להניח כי עניין הנוחות הינו גורם משמעותי, הנגשת הפוליסה ע"י מקום העבודה חוסך זמן רב בביצוע סקרי שוק ולימוד הנושא ע"י העובד באופן עצמאי.

נמצא כי כמחצית מהמבוטחים בביטוח בריאות קולקטיבי דרך מקום עבודתם, רכשו אותו בעקבות אטרקטיביות המחיר ביחס למחירי הביטוחים הפרטיים הסטנדרטים. ביטוחים הינם השקעה לטווח ארוך, אשר אינם תמיד מנוצלים באופן מיידי, ועל כן לרוב קשה להתחייב בתשלומים גבוהים כלפי פוליסה שקיימת אי וודאות לגבי עתיד השימוש בה. לכן מתפתים רבים לשלם פחות, גם במקרים בהם הפוליסות הקולקטיביות אינן מקיימות את מלוא הרצונות הביטוחיים שלהם. בנוסף ניתן להניח כי בעקבות יוקר המחיה במדינת ישראל, אנשים מנסים לחסוך וקצץ בכל תחום אפשרי, גם תחום הביטוח אינו חסין ולכן לא פעם נושא "המחיר" מכריע לבסוף בשיקולי הצריכה.

החסרונות המובהקים של הביטוח הקולקטיבי הינם העובדה כי הוא אינו מהווה חוזה בין מבטח למבוטח, אלא תקנון ועל כן התעריף החודשי והתנאים עלולים להשתנות מעת לעת לפי כללי התקנון, מן התשובות ניתן לראות כי בממוצע מחצית מהנשאלים לא היו מודעים לעובדות הללו, אשר באופן מובהק מהוות שיקול מהותי בהחלטה להתקשר עם מבטח כזה או אחר. לכן ברור באופן חד משמעי כי הנושאים הללו אינם מקבלים דגש כנדרש וכמוצפה מחברות הביטוח בעת שיווק הפוליסה ובמעמד רכישתה.

מעל 50% מהנשאלים ענו כי הם אינם מכירים את האפשרויות העומדות בפניהם בעת עזיבת מקום העבודה ו/או פיטורין. בעניין זה נציין כי היפלטות מביטוח בריאות עקב פיטורין, עזיבת מקום העבודה ו/או החלטת חברת הביטוח לא להמשיך בהתקשרות בתום התקופה הקבועה בתקנון היא בעלת משמעות כפולה:

1. איבוד התנאים "המועדפים" אשר מספקת הפוליסה הקולקטיבי.

2. איבוד התשלום החודשי האטרקטיבי.

באופן עקרוני לאחר היפלטות מבוטח מביטוח הקולקטיבי, חברת הביטוח מחוייבת לקבל את המבוטח לכל אחת מהתוכניות הפרטיות הרגילות אותן היא משווקת, בהנחה מסויימת לתקופה של מס' שנים בודדות. אף על פי כן, בגילאים מבוגרים, לאחר שנים בהם מבוטחים היו רגילים לתנאים ומחיר אטרקטיבי, הם מגלים כי למרות קבלתם ללא חיתום התנאים וההטבות שונים. כמו כן, המחיר, למרות ההנחה, גבוה באופן משמעותי מהמחיר אותו היו רגילים לשלם. במקרים מסויימים ההפרש במחיר יכול להיות מאות שקלים בחודש וכל זאת בזמן שההכנסה בדר"כ אינה מטיבה עם אותו מבוטח עקב עזיבת מקום העבודה ויציאה לפנסיה או פיטורין.

# סיכום ומסקנות

העבודה הנוכחית עסקה בנושא הרצון לרכוש ביטוח בריאות פרטי וידיעת המבוטחים את מצבם. במחקרנו בחנו את ציפיות הציבור בישראל מביטוח הבריאות הפרטי במציאות הישראלית. במקביל בדקנו ב-5 ארגונים שונים האם ביטוח הבריאות הקולקטיבי אותו הם מציעים לעובדיהם עונה על הציפיות הללו.

באופן גורף ניתן להסיק כי הציבור מבין כי ביטוח בריאות פרטי הינו כלי הכרחי במציאות הישראלית וכל זאת מתוך הכרה במגבלות מערכת הבריאות הציבורית בישראל. ביטוח הבריאות הפרטי מציע פתרונות מצילים ומאריכים חיים אשר עלותן הגבוהה אינה כלולה בסל הבריאות על מתכונתו הנוכחית.

ממחקרנו עולה כי הציבור בישראל מעדיף פוליסות ביטוח בעלות ודאות בכל הנוגע לתנאים ותעריפים. כמו כן, יש העדפה ברורה לשימוש בשרותיו של סוכן ביטוח כאיש אמון וכגורם מקצועי השומר על האינטרסים של המבוטח אל מול חברות הביטוח.

למרות כל זאת, ובאופן מפתיע, רוב העובדים בארגונים אשר מציעים ביטוחי בריאות קולקטיבים יעדיפו לרכוש את ביטוח הבריאות הפרטי עבורם ועבור משפחתם באופן קולקטיבי דרך מקום העבודה אף על פי שפוליסות אלה אינן מקיימות את צרכיו ו/או רצונותיו הבסיסיים של הציבור, כגון תעריף ומחיר קבוע וידוע מראש.

ניתן לראות כי החברות אינן מציגות באופן שקוף וברור את החסרונות של הפוליסה הקולקטיבית. כראיה לכך, רוב המבוטחים אינם מודעים לתנאים אילו.

לעניות דעתנו, בכל מקרה יש לחייב את חברות הביטוח בהצגה מלאה וברורה של כל תנאי הפוליסה במעמד שיווקה, וכל זאת בכדי לתת למבוטח את מלוא הכלים והנתונים על פיהם יוכל לבטח את בריאותו ובריאות משפחתו בעתיד.

למרות כל הנאמר לעיל, מרבית הנשאלים אשר מסרו כי לא היו מודעים לחסרונות הפוליסה, היו רוכשים אותה בכל מקרה, ולכן בעניין זה ניתן להסיק כי ישנם מספר גורמים אשר יוצרים תנאים מתאימים לשגשוג הפוליסות הקולקטיביות בישראל, כאשר הבולטים בהם הינם:

1. הסתמכות על מקום העבודה בעניין השגת תנאים מועדפים.

2. נוחות ופתרון קל, מהיר ומיידי לצורך כיסוי ביטוחי.

3. מחיר ותנאים מועדפים ביחס לפוליסות פרטיות.

4.חוסר שקיפות באופן הצגת כל משמעוית ותנאי הפוליסה למבוטחים.

כרעיון, לעניות דעתינו, ניתן לשקול אפשרות של שלילת האופציה לשיווק פוליסות בעלות אופי של תקנון בתחום הבריאות על כל משמעויותיו, מתוך רצון וכוונה להגן על המבוטח. לדוגמא; נושא הפנסיות, הציבור אינו תמיד יודע לדאוג לעתידו ועל כן מצופה מהמדינה להתערב על ידי הצבת תנאים מינימום מסויימים בשיווק הפוליסות.

## מגבלות המחקר

* + ישנה סיבה להאמין שחלק מן העובדים יירצו לספק תשובות מסוימות על מנת למצוא חן, או "לצבור נקודות" מול החברה ולאל הראות כי הפוליסה עליה חתמו אינה הטובה ביותר. פתרון חלקי למצב זה הוא הצגת החוקר כגורם חיצוני ולא כגורם מן הארגון (SETTLE 2001). בנוסף פנתה לעובדים עימם אינה בקשר
  + בדומה לנקודה הקודמת, ייתכן שחלק מן הנדגמים יטה את השאלון על ידי "החרפת" תיאור של בעיה, על מנת לעורר תשומת לב למצב של קיפוח בביטוח (CASICIO 1998).
  + התפלגות המחקר לפחות מבחינת השכלה אינה מייצגת את המצב באוכלוסיה
  + לגבי תוקף חיצוני – לא ניתן יהיה להכליל את התוצאות שנתקבלו אל מחוץ לארגון, לארגונים אחרים, מאחר והסביבה היא מאוד ספציפית.

## המלצות למחקר המשך

במחקר המשך רצוי לבחון את השפעת איכות השירות הניתן על ידי חברת הביטוח על הרצון להמשיך את הביטוח לאחר פרישה מהעבודה

כמו כן רצוי לבחון את שביעות הרצון מאיכות השירות של חברת הביטוח למבוטחים בקולקטיב לעומת מבוטחים בביטוח בריאות פרטי

# ביבליוגרפיה

אקשטיין, שלמה, ובין-ציון זילברפרב. 1993. "תהליך ההפרטה של חברות ממשלתיות בישראל- סקירה והערכות לעתיד." רבעון לכלכלה, 1, 233-238

בן מאיר, יהודה. 1987. קבלת החלטות בסוגיות הביטחון הלאומי. תל אביב: הקיבוץ המאוחד

בנטור, נטע. 1991. כלים לקידום היעילות במערכת הבריאות בישראל. ירושלים: משרד הבריאות

בן-נון, משה. 2001. השוואות בינלאומית במערכות בריאות**.** ירושלים**:** משרד הבריאות.

בקר, מנחם, כהן יוסף. 1984. מדדים ועלויות להערכת הנזק הכלכלי של תאונות דרכים לסוגיהם. אוגוסט.

גבע, אביבה. 1997. מוסר ועסקים. תל-אביב: האוניברסיטה הפתוחה.

גרוס, רויטל וברוך רוזן, 1992. "דו"ח ועדת נתניהו: ניתוח ההמלצות לגבי חלוקת הסמכויות במערכת הבריאות.", בטחון סוציאלי, 6: 36-54.

גרוס, רויטל. 1992. "דו"ח ועדת נתניהו." בטחון סוציאלי. 6: 36-18.

דורון, אברהם. 1995. בזכות האוניברסליות. ירושלים: מאגנס.

דרור, יחזקאל. 1989. תזכיר לראש הממשלה ב. לבנות מדינה. ירושלים: אקדמון,

וינריב, אלעזר. 1985. בעיות בפילוסופיה של המוסר. חלק ו', הוצאת האוניברסיטה הפתוחה.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקה תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. פרוטוקולים מספר 66, 46, ו- 87.

יחזקאל, דרור. 1989. "תכנון האורגניזציה וביצועה." נתיבי ארגון 4: 26-32

יחזקאל, דרור. 1989. אסטרטגיה רבתי לישראל. ירושלים: מכון דיוויס ליחסים בינלאומיים

יניץ, דוד, רוזן, ברוך, 1993. דפוסי תחרות בין בתי החולים בישראל בתחילת 1990. ירושלים: מכון ברוקדייל

ישי, יעל. 1987. קבוצות אינטרס בישראל- מבחנה של הדמוקרטיה. ירושלים: אשכולות ועם עובד.

ישי, יעל. 1994. רופאים ומדינה- תיאגוד בתי החולים בישראל. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

לחמן, אברהם, 1998. כתם שחור על חלוק לבן: רפואה שחורה בישראל. ירושלים: משרד הבריאות

מילגרום, דוד. 1991. "מערכת הבריאות בחמש מדינות נבחרות." בטחון סוציאלי 37: 12-18

נחמיאס, דוד, גילה, מנחם. 1989. המדיניות הציבורית ישראל. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה

סבירסקי, ברברה. 2001. "השר"פ: הזדמנות להתוות מדיניות - במקום להיגרר אחר ההתפתחויות בשטח", השלכות וסכנות בשר"פ בהיבטים השונים, ירושלים: הוצאת איגוד בתי חולים פרטיים, עמודים 4-8

סמואל, יצחק. 1990. אירגונים,מאפיינים, מבנים ותהליכים. הוצאת אוניברסיטת חיפה, 1990.

סמוחה, סמי. 1993. "שסעים מעמדיים, עדתיים ולאומיים ודמוקרטיה בישראל." בתוך החברה הישראלית: היבטים ביקורתיים, עורך אורי רם. תל אביב: ברירות. 45-55

עציוני הלוי, חווה. 1993. הקשר אליטות והדמוקרטיה בישראל. תל אביב: ספריית הפועלים

רווה, מיכל. 21.5.02 "השר"פ בבתי החולים מסתיים מחר." גלובס, עמוד 4

רזניק, רן. 2.5.2202. "רופאים יוכלו להשתכר בשר"פ פי חמישה."הארץ, עמוד ב3

שדמי, חיים. 4.6.2002 "אפליה לטובת העשירים או קיצור התורים לרווחת כולם." הארץ, עמוד 3א

שטיינברג, ג'רלד. 1989. "מכשולים בדרך לשינוי מבנה מערכת הבריאות בישראל." בטחון סוציאלי 34: 78-61.

שמואלי, עמיר. 1993. "חוק בריאות ממלכתי: מספר היבטים על המקרו- ניהול." רבעון לכלכלה דצמבר: 123-128.

Bacharach Samuel B., Power in Organizations London: Harper.

Bottomore T B Elite and Society London1964

Caiden G E Administrative Reform Hebrew University 1963

Calista D J "On the Orthodoxy and Tentativeness of Reform: An Introduction to Uts Duality" Bureaucratic and Governmental Reform 1986london

Chapman R and Greenway J R the Dynamics of Administrative Reform London: Croom Helm 1980

Grindle M S and Thomas J Public Choices and Policy Change Johns Hopins University Press, Baltimore 1991

Kingdom J W Agenda, Alternatives and Public Policies Harper Collins College Publishers, University of Michigan

Lemans A F the Management of Change in Government Netherlands, 1976.

Pfeiffer J. Power in Organizations, Marshfield, 1981.

Quah J S "Administrative Reform: A Conceptual Analysis" Philippine Journal of Public Administration Vol Xx No 1 January 1976.

1. נתוני היועצת המשפטית למשרד הבריאות ביום ד' בתמוז תשס"א (25.6.01) המסתמכים על נתונים מאת פרופ' גבי ברבש, מנהל המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי ( איכילוב) בתל-אביב, [↑](#footnote-ref-1)
2. דיון נוסף, בג"ץ 4191/97 רקנט ואח' נגד בית הדין הארצי לעבודה ואח' (פ"ד נ (5) 330) [↑](#footnote-ref-2)
3. השופט מ' חשין בבג"ץ 7111/95 מרכז השלטון המקומי נ' הכנסת, פ"ד נ(3) 485, 501 [↑](#footnote-ref-3)
4. בג"ץ 953/87 פורז נ' ראש עירית תל-אביב-יפו, פ"ד מב(2) 309, 332, וכן בג"ץ 1703/92 ק.א.ל. קווי אוויר למטען בע"מ נ' ראש הממשלה, פ"ד נב(4) 193 [↑](#footnote-ref-4)