

**למטרת רווח או ללא כוונת רווח? מה ההבדל?  
לקחים ממערכת הבריאות בארצות הברית**

362.10021(73) 673

גרין, ברדפורד ה.  
למטרת רווח או ללא כוונת רווח?  
,32 ע' 32  
1997

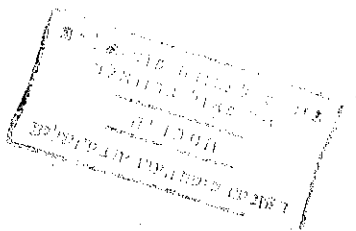
SW1 1157965 000 004



JSW115796502581

ברדפורד

מהאקדמיה לרפואה של ניו-יורק



הרצאה שנתית לזכרו של ארנולף מ. פינס ז"ל

18 בפברואר, 1997

בבית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד  
האוניברסיטה העברית בירושלים

האוניברסיטה העברית בירושלים  
רשות הספריות  
הספרייה לחינוך ועבודה סוציאלית



הארכה באמצעות האינטרנט: <http://aleph500.huji.ac.il>

תאריך החזרה

	08-06-2006

השאלה: טל. 5,5882066

## מרצים בהרצאות לזכרו של א.מ. פינס

תשלי"ט - ישראל כץ  
תש"מ - ארנולד גורין  
תשמ"א - רוברט פרלמן  
תשמ"ב - דוד בר-גל  
תשמ"ג - אורי ינאי  
תשמ"ד - ברנרד ריסמן  
תשמ"ה - ג'רלד ב.בוביס  
תשמ"ו - ראובן כהנא  
תשמ"ז - פליס דוידזון פרלמוטר  
תשמ"ח - הלל שמיד  
תשמ"ט - אלפרד כץ  
תש"ן - בארי צ'קוואי  
תשנ"א - הווארד ליטווין  
תשנ"ב - ארמנד לאופר  
תשנ"ג - ראלף מ. קרמר  
תשנ"ד - אלכס ויינגרוד  
תשנ"ה - דניס ר.יאנג  
תשנ"ו - בורטון א. וייסברוד  
תשנ"ז - ברדפורד ה. גריי

## למטרת רווח או ללא כוונת רווח? מה ההבדל? לקחים ממערכת הבריאות בארצות הברית

ברדפורד ה. גריי

אני שמח שזכיתי להרצות לכבודו של אדם נכבד כארנולף פינס, במיוחד בראותי את רשימת האנשים הנפלאים שקדמו לי בסדרת הרצאות זו. כמי שחוקר את הנושא של דפוסי בעלות והתנהגות ארגונית בשירותי הבריאות, כיום בתכנית של אוניברסיטת ייל על מוסדות ללא כוונת רווח (מלכ"רים)<sup>1</sup> מובן שהעניין שמגלים הישראלים בנושא המחקר שלי משמח אותי.

מאז ייסודה של התכנית האקדמית הראשונה לחקר מלכ"רים ופילנתרופיה, בשנת 1977 באוניברסיטת ייל, הלכה וגברה ההתעניינות במדיניות חברתית ובמחקר בארה"ב וברחבי העולם. חוקרים ישראלים מילאו תפקיד חשוב בהתפתחות זאת. מכוני מחקר ואיגודי חוקרים אינם עוד תופעה אמריקאית בלעדית. במספר ארצות נוספות קיימים מכוני מחקר וכן קיים איגוד בינלאומי של חוקרי המגזר השלישי.<sup>2</sup> בארצות רבות התפתחה מדיניות חברתית תומכת, לעיתים קרובות בהקשר של הפרטת שירותים ממשלתיים.

לאור הגידול העצום והבינלאומי בעניין בתחום המלכ"רים, יש אירוניה מסויימת בכך שארה"ב נמצאת בתקופה של ספקות ותהיות, יש אומרים משבר, ביחס לתפקידם של המלכ"רים. התחום שבו אני עוסק, שירותי הבריאות, הינו דוגמה מצויינת לכך.

סימפטום אחד לבעיה ומקור חשוב לספקות בנוגע לתפקיד המלכ"רים הינו הנוכחות והבולטות הגוברות של ארגונים פרטיים למטרת רווח העוסקים בפעילויות הנראות דומות מאוד למה שעשו

מלכ"רים בעבר. הם מוכרים אותו סוג של שירותים. סימפטום שני של הבעיה הינו המשבר הגדל בתחושת השליחות או המטרה שעבר על מלכ"רים רבים בתחום שירותי הבריאות עם הפיכתו של תחום זה למסחרי ותחרותי יותר. מלכ"רים רבים אומרים שהם מתקשים בפעילויות הצדקה המסורתיות שלהם. השאלה האם הארגונים למטרת רווח הינם חלק מן הבעיה או חלק מהפתרון שנויה במחלוקת.

במהלך חמש עשרה השנים האחרונות הייתה בארה"ב מחלוקת רבה בסוגיית המלכ"רים לעומת המוסדות הפרטיים למטרת רווח. שני הצדדים ספגו הרבה ביקורת וספקנות בתקופה זו. יש התופסים את המוסדות הפרטיים למטרת רווח כמביאים עימם לשירותי הבריאות ערכים ונוהגים בלתי הולמים לתחום זה. הביקורת נגד המלכ"רים היא שאינם נותנים די טיפולי צדקה ושירות לקהילה.

ההתפתחות שמשכה את תשומת הלב הרבה ביותר לסוגיה של דפוסי הבעלות הייתה תופעה חדשה יחסית - המרתם של מלכ"רים למוסדות פרטיים למטרת רווח. הרצאתי תתמקד בתופעת ההמרה, מפני שתופעה זו מאפשרת יישום רלבנטי של מה שנלמד מן המחקר על מלכ"רים וחברות פרטיות למטרת רווח.

### **מערכת הבריאות בארצות הברית**

תחילה, מעט רקע אודות מערכת הבריאות בארה"ב. מערכת זו הינה תערובת של פעילות ציבורית ופרטית. תפקידיה העיקריים של הממשלה הינם ויסות, מתן מימון לחינוך, למחקר ולפעילויות בתחום בריאות הציבור, ורכישת טיפול לקשישים ולעניים. באופן מסורתי היה ויסות שירותי הבריאות נתון בעיקר באחריות המדינות, אך התפקיד הפדרלי גדל בתחומים כמו מניעת קרטלים. אספקת שירותי בריאות נעשית בעיקר על ידי מוסדות מהמגזר הפרטי. רוב ביטוח

הבריאות ניתן על ידי מעסיקים, אך הרוכשות הגדולות ביותר של טיפול רפואי הן תכנית MEDICARE של הממשלה הפדרלית לטיפול בקשישים ובנכים, ותכנית MEDICAID למען העניים, הקטנה ממנה באופן ניכר ומנוהלת וממומנת חלקית על ידי המדינות. ארבעים מיליון בני אדם אינם מבוטחים ונסמכים על מוסדות ציבור או צדקה לקבלת טיפול רפואי. מצב מביש זה מחמיר בהתמדה.

הקמת התכניות MEDICAID ו-MEDICARE בשנת 1965 היוותה מהפך מבחינת מערכת הבריאות בארה"ב. לתכניות ממשלתיות אלה יש כוח הנובע ממשאביהן הכספיים והן הפכו את המדיניות בתחום הבריאות לעניין לאומי. לא היו בארה"ב תחומי מחקר במדיניות הבריאות או בשירותי הבריאות בטרם הקמתן של תכניות פדרליות שהפכו את השימוש בכספים לעניין ציבורי חשוב. מכך נבע עיסוק רב במחקר ובניתוח מדיניות. ברור ששתי תכניות אלה, ובפרט MEDICARE, הפכו לכוח המעצב החזק ביותר במערכת הבריאות של ארה"ב, אם כי בשנים האחרונות הגדילו בהדרגה מעסיקים גדולים את השפעתם בזכות תפקידם כרוכשי שירותים.

הגיוון מאפיין גם את דפוסי הבעלות בארגוני הבריאות בארה"ב - תערובת של שירותים ציבוריים (בבעלות השלטון המקומי, המדינה או הממשלה הפדרלית) ושני סוגי מוסדות פרטיים, למטרת רווח וללא כוונת רווח. ללא כוונת רווח אין פירושו ציבורי. המלכ"רים רשומים ככאלה על פי חוקי המדינות ומנוהלים על ידי נאמנים מתנדבים.

תערובת דפוסי הבעלות שונה בסוגים שונים של ארגוני בריאות, אך במשך השנים נצפתה מגמה נרחבת של שינוי לעבר בעלות פרטית למטרת רווח. בנקודה מסויימת בעבר היו כל ביטוחי הבריאות ללא כוונת רווח, אך כיום יש תערובת של מוסדות פרטיים למטרת רווח ומלכ"רים. בעבר היו רוב בתי החולים הפסיכיאטריים

ציבוריים, אך התפתחו מוסדות פרטיים רבים, ברובם למטרת רווח. לפני עשרים שנה היו כל הסוכנויות לשירותי טיפול ביתי ללא כוונת רווח, אך כיום יש ב-MEDICARE יותר סוכנויות פרטיות למטרת רווח מאשר מלכ"רים. בתי חולים סיעודיים היו מאז ומתמיד בעיקר למטרת רווח, אך בשלושים השנים האחרונות צמחו חברות ענק של בתי חולים סיעודיים בבעלות משקיעים. בין הארגונים המספקים שירותי ביטוח בריאות מקיפים לאוכלוסייה הרשומה תמורת תשלום פרמיה חודשית קבועה (- HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMOs) ) אנו מוצאים מעבר דומה מתחום שכמעט כולו ללא כוונת רווח בשנות השמונים לתחום שהוא בעיקרו פרטי ולמטרת רווח כיום. בתחום הבריאות אנו עדים לתופעה יוצאת דופן לגבי מלכ"רים - מעבר השליטה בתחומים שלמים (טיפול ביתי, שירותי ביטוח בריאות) ממלכ"רים למוסדות פרטיים למטרת רווח בעיקר תוך תקופה קצרה יחסית. זה שנים רבות שההון החדש הנכנס למערכת הבריאות מגיע בעיקר ממשקיעים.

שירותי בריאות פרטיים למטרת רווח אינם חדשים בארה"ב. רוב מרפאות הרופאים היו תמיד, למעשה, עסקים קטנים בבעלות פרטית, אך איננו חושבים עליהן ככאלה מפני שהן שייכות לאנשי מקצוע העוסקים ברפואה. כשנערך מפקד בתי החולים הראשון בתחילת המאה העשרים, היו כמחצית מבתי החולים בארה"ב למטרת רווח. היו אלה בעיקר מוסדות קטנים בבעלות רופאים, לעיתים קרובות חדרים עם מיטות לחולים בבתים שבהם נמצאה המרפאה של הרופא. מספרם של בתי חולים פרטיים אלה הצטמצם בכל מפקד חדש. במהלך המאה העשרים. כשנחקק חוק MEDICARE בשנת 1965, רק כ-15% מבתי החולים היו למטרת רווח. אך MEDICARE נתן את האות לשינוי, ובעשרים השנים האחרונות אנשים מביעים חשש (או תקווה) שמוסדות פרטיים למטרת רווח משתלטים על מערכת בתי החולים. אשוב לנקודה זו בהמשך.

## הבחנות חוקיות

ההבדלים בין מוסדות פרטיים למטרת רווח למלכ"רים בחוק האמריקאי מסוכמים בטבלה מס' 1. למוסדות למטרת רווח יש בעלים. אנשים משקיעים את כספם, הינם בעלי מניות בארגון וזכאים לחלקם ברווחים או בשווי הכלכלי של הארגון. גם הבדלים חוקיים וכלכליים בסיסיים בדפוסי בעלות: למטרת רווח/ללא כוונת רווח

## טבלה מספר 1

ללא כוונת רווח	למטרת רווח
חברות ללא בעלים או בבעלות "חברים"	חברות בבעלות משקיעים
מטרה: מחויבות חוקית למלא משימה מוגדרת (אספקת שירותים, חינוך, מחקר וכו'); חובה לשמור על יציבות כלכלית לשם כך	מטרה: להנהלה יש מחויבות חוקית להגדיל את הונם של בעלי המניות במסגרת החוק; הדבר נעשה על ידי אספקת שירותים
אין אפשרות לחלק את עודף ההכנסות על ההוצאות לבעלי השליטה בארגון	אפשר לחלק שיעור מסויים מהרווחים (הכנסה נטו פחות ההוצאות) לבעלים
ההנהלה אחראית כלפי מנהל מתנדב אשר לעיתים קרובות מנציח את עצמו	ההנהלה אחראית כלפי הבעלים (מחזיקי המניות)
מקורות ההון כוללים: תרומות הלוואות (בדרך כלל פטור ממס) הכנסות (בתוספת פחת) מענקים ממשלתיים	מקורות ההון כוללים: ריבית על הון ממשקיעים הלוואות הכנסות (בתוספת פחת ומסים) תשלומי תשואה על הון מגורמי צד שלישי (למשל MEDICAR)
הכנסות נובעות ממכירת שירותים ומתרומות	הכנסות נובעות ממכירת שירותים
בדרך כלל זכאים לפטור מרוב המסים	משלמים מסים: רכוש, מכירות והכנסה

מקור: BRADFORD H. GRAY. THE PROFIT MOTIVE AND PATIENT CARE: THE CHANGING ACCOUNTABILITY OF DOCTORS AND HOSPITALS. (MASSACHUSETTS HARVARD UNIVERSITY PRESS, 1991), P 62.

מלכ"רים הם חברות, אך אין להם בעלים. לאיש אין מניות בארגונים שלא למטרת רווח, ולאיש אין זכויות ברווחים או זכות להכנסות מארגונים אלה אם יימכרו.

מלכ"רים חייבים, על פי חוק, למלא את מטרתם המוצהרת בפעילויות צדקה, דת, חינוך או מחקר. מוסדות כאלה חייבים, כמובן, לשמור על יציבות כלכלית על מנת למלא את משימתם. במוסדות למטרת רווח, לעומת זאת, להנהלה חובה חוקית להגדיל את הונם של בעלי המניות במסגרת החוק, והארגון עושה כן על ידי אספקת שירותים. כך, שני סוגי המוסדות יכולים לספק שירותים, אך מלכ"רים מחפשים הכנסות על מנת לספק שירותים ומוסדות למטרת רווח מספקים שירותים על מנת ליצור הכנסות. ייתכן שזה תיאור פשטני, אך יש בו מן האמת.

מוסד למטרת רווח רשאי לחלק שיעור מסויים מרווחיו לבעליו, ואכן עושה כן. בדרך כלל השאר מושקע מחדש והריבית על ההון של הבעלים גדלה. המלכ"ר מנוע על פי חוק מלחלק עודפי הכנסות לאלה השולטים בארגון. למשל, הוועד המנהל או המנכ"ל של מלכ"ר אינם זכאים לחלק ברווחים אם ישנם. הנהלת המוסד הפרטי למטרת רווח חייבת בדיון וחשבון לבעלים - בעלי המניות - בעוד שהנהלת המלכ"ר נותנת דין וחשבון לוועד המנהל אשר לעיתים קרובות מנציח את עצמו.

בתמונה הכללית, מקורות ההון של בתי חולים פרטיים למטרת רווח ושל בתי חולים ללא כוונת רווח הינם דומים בכך ששניהם מסתמכים במידה רבה על הכנסות ועל הלוואות. משום כך, מלכ"רים, כמו מוסדות למטרת רווח, חייבים לפעול באופן סביר מבחינה פיננסית, שכן מלווי ההון דורשים בטחונות לקבלת הריבית שלהם ולהחזרת כספם. העובדה שמלכ"רים חייבים להרוויח על מנת לשרוד הינה אירוניה שצויינה לא פעם.

למרות קווי הדמיון, יש גם הבדלים חשובים במקורות ההון על פי בעלות. עבור המוסדות הפרטיים למטרת רווח מכירת מניות למשקיעים הינה מקור חשוב מאוד להון. מקור ההון הייחודי של מלכ"רים הוא תרומות. עם זאת, תרומות כאלה מסתכמות כיום בפחות מחמישה אחוזים של ממוצע ההשקעות ההוניות של בתי החולים ללא כוונת רווח, ושיעור אף קטן מזה של תקציבי התפעול השוטף של רוב בתי החולים, למרות שמספר מוסדות עורכים מסעות התרמה בהצלחה רבה. תרומות אינן יכולות להתחרות בהון של משקיעים.

נקודה חשובה שברצוני להעלות היא שכוחות כלכליים חזקים מסויימים משפיעים על שני סוגי המוסדות. שניהם תלויים במידה רבה במכירת שירותים לצורך הכנסותיהם, פועלים באותה סביבה תחרותית, וזקוקים להכנסות על מנת להשביע את רצון המשקיעים. קיים, עם זאת, הבדל חשוב והוא שמשקיעי המלכ"רים הם הלוויים המבקשים רמה סבירה של תפקוד כלכלי, בעוד שבעלי המניות של המוסדות הפרטיים למטרת רווח מבקשים גידול ברווחים ובשווי השוק של המניות.

ההבדל האחרון בין המוסדות הפרטיים למטרת רווח לבין המלכ"רים נוגע לפטור ממס. רוב המלכ"רים במערכת הבריאות פטורים ממס רכוש, ממס מכירות ברמת המדינה וברמה המקומית, וממס הכנסה על תאגידים, מסים המשולמים על ידי המוסדות הפרטיים למטרת רווח. עם זאת הם חייבים במס מעסיקים, שהוא מקור המימון העיקרי לתכניות בריאות, בעיקר של MEDICARE. הפטור ממסים שמקבלים המלכ"רים הפכו לסלע מחלוקת ביחס לשני גורמים: א. הגינותה של תחרות בין מלכ"רים לבין מוסדות פרטיים למטרת רווח ו-ב. האם הפטור ממס למלכ"רים מוצדק על ידי תפקודם כמוסדות צדקה.

כך לכודים המלכ"רים בין לחצים סותרים, בין מציאות כלכלית ודרישה לשלם חשבונות ולענות על צרכים עתידיים להון ובין ציפייה חברתית שיפעלו באופן שמצדיק את הפטור שלהם ממס כמוסדות צדקה. לחצים סותרים אלה החמירו כתוצאה מסביבה ההולכת ונעשית תחרותית יותר, ומנוכחותם של מתחרים פרטיים למטרת רווח, המשלמים מסים. אין זה מפתיע שהמילה "משבר" נשמעת לעיתים קרובות.

### המחלוקת לגבי מוסדות פרטיים למטרת רווח לעומת מלכ"רים

המחלוקת הנוכחית בנוגע לשירותי בריאות פרטיים למטרת רווח בארה"ב חוזרת לפחות לשנת 1980. האירוע שהביא להתלקחותה היה פרסומו של המאמר רב ההשפעה "THE NEW MEDICAL-INDUSTRIAL COMPLEX" של ארנולד ס. רלמן, M.D.<sup>3</sup>, עורך ה-NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. רלמן הפך לדובר נלהב בזכות נקודת מבטו בנושא זה. הוא היה מודאג בנוגע למתרחש במערכת שירותי הבריאות ובמקצוע הרפואי כתוצאה מצמיחתם של שירותי בריאות פרטיים למטרת רווח, ובמיוחד קומץ של חברות של בתי חולים בבעלות משקיעים שצמחו מאפס לפני הקמתה של MEDICARE כדי בעלות או ניהול של כאחד מכל שבעה בתי חולים בארה"ב.

בשנות השמונים המוקדמות צמחה בקרב בתי החולים ללא כוונת רווח ותומכיהם דאגה לגבי שני איומים מצד החברות הפרטיות למטרת רווח. קראתי לאלה אתגר התחרות ואתגר ההשתלטות.<sup>4</sup> אתגר התחרות היה החשש שחברות אלה ייכנסו לעיר, יקנו או יבנו בית חולים, ואז יתחרו בהצלחה בבתי החולים שלא כוונת רווח. למשל, צפו שבתי החולים של חברות אלה ייקחו מבתי החולים האחרים את המטופלים שמשלמים עבור השירותים,

וישאירו להם רק את אלה שאין ביכולתם לשלם. התוצאה עלולה להיות גוויעתם של המלכ"רים וקץ לשירותי צדקה לבלתי מבוטחים.

אתגר ההשתלטות קשור לתרחיש שונה, שבו המוסדות הפרטיים למטרת רווח פשוט יבואו ויקנו את בתי החולים שלא כוונת רווח. בשנות השמונים המוקדמות אכן החלו בתי החולים הפרטיים למטרת רווח לרכוש בתי חולים ללא כוונת רווח ובתי חולים ציבוריים, ורבים חזו שתהליך זה יואץ מפני שלחברות אלה הייתה גישה להון רב ורכישת בתי החולים הייתה הדרך הקלה ביותר לשמר את הדפוס של צמיחת רווחים כדרישת המשקיעים. התחזית התבדתה, מסיבות שיוסברו בהמשך.

### דו"ח ה-INSTITUTE OF MEDICINE

את סוף הגל הראשון של הדאגה בנוגע לרפואה למטרת רווח ציין טוב מכל, אולי, דו"ח של מחקר שניהלתי שפורסם על ידי ה-IOM (INSTITUTE OF MEDICINE) בשנת 1986 תחת הכותרת FOR-PROFIT ENTERPRISE IN HEALTH CARE.<sup>5</sup> הדו"ח, שפורסם על ידי ועדת מומחים נכבדה, אמר, בעיקרו של דבר, "מה העניין הגדול?" הוא סקר את כל הראיות שהיו קיימות בנושא. רוב הראיות היו לגבי בתי חולים. הדו"ח מצא שההוצאות של בתי החולים הפרטיים למטרת רווח ושל אלה ללא כוונת רווח באספקת שירותים היו דומות. עם זאת, למרות הדמיון בהוצאות, השירותים עלו יותר לרוכשים, הן ל-MEDICARE והן ללקוחות פרטיים, כשנרכשו מהמוסדות למטרת רווח. ברור שחברות אלה לא צמחו בגלל "יעילות", אם כי טענה זו הועלתה לעיתים קרובות על ידי תומכיהן, והמוסדות הפרטיים למטרת רווח לא יכלו להוציא את המלכ"רים מן השוק על ידי תחרותיות. שיעורי התפוסה במוסדות פרטיים למטרת רווח היו נמוכים יותר מאשר במתחריהם המלכ"רים שנה אחרי שנה. העלות הגבוהה יותר ללקוחות במוסדות הפרטיים למטרת רווח הדאיגה

חלק מן הצופים, אך מערכת שירותי הבריאות כבר התחילה לאמץ שיטות ואסטרטגיות רכישה חדשות כדי לענות על בעיית המחיר. כך, חוסר היתרון של מוסדות פרטיים למטרת רווח באשר לעלות לא היווה מקור לדאגה רבה בעולם מדיניות הבריאות, אם כי הוא בהחלט קיצץ את כנפיה של טענתם העיקרית של מצדדי שירותי הבריאות הפרטיים למטרת רווח.

נושא נוסף לדאגה ב-IOM היה איכות הטיפול. מדדים שונים ומגוונים נבחנו ולא נמצאו הבדלים גדולים או עקביים. המוסדות הפרטיים למטרת רווח נראו קצת יותר טוב על פי מדדים מסויימים, אך במדדים אחרים תמונת המצב במלכ"רים נראתה טוב יותר במקצת.

המחקר בחן בקפידה גם את אספקת השירותים ללא תשלום על ידי בתי החולים, כלומר הטיפול בבלתי מבוטחים. כאן היו ההבדלים בין המוסדות הפרטיים למטרת רווח לבין מלכ"רים קטנים ממה שציפו רוב האנשים למצוא. כשנבחנו הנתונים הכלל-ארציים שנאספו על ידי איגוד בתי החולים האמריקאי, היה בדרך כלל הפער בין המוסדות הפרטיים למטרת רווח לבין המלכ"רים לא יותר מאחוז או שניים. רק בתי חולים מעטים משני הסוגים הגישו הרבה טיפול ללא תמורה; בשני הסוגים, טיפול ללא תמורה הגיע לכדי כארבעה או חמישה אחוזים מהכנסותיהם של בתי החולים. (כמובן, ממוצעים אלה מסווים את העובדה שמוסדות מסויימים מגישים הרבה טיפול ללא תשלום ורבים מספקים אך מעט טיפול שכזה).

אם כי הנתונים הכלל-ארציים לא העלו הבדל רב בין המוסדות הפרטיים למטרת רווח לבין המלכ"רים, הם מסווים מספר הבדלים חשובים. כשהתמקדנו במדינות מסויימות, מצאנו ראייה לכך שהמלכ"רים נענו יותר מן המוסדות למטרת רווח לצרכיהם של הבלתי מבוטחים. במדינות שבהן היו בלתי מבוטחים רבים ומעט

בתי חולים ציבוריים, מצאנו שבתי החולים שלא למטרת רווח הגישו הרבה יותר טיפול ללא תשלום - מ-50% ועד 100% יותר משסיפקו המוסדות הפרטיים למטרת רווח. ההבדל בין המוסדות הפרטיים למטרת רווח למלכ"רים היטשטש במבט הכלל-ארצי מפני שהראשונים היו מרוכזים במספר מדינות. הוועדה מצאה גם ראייה לכך שהמוסדות הפרטיים למטרת רווח סיפקו פחות שירותים הפועלים בהפסד (למשל מחלקות לטיפול בכוויות וטיפול נמרץ בילודים) מאשר סיפקו המלכ"רים. כמו כן, בתי החולים היחידים שהיו פעילים באמת בהוראה ובמחקר היו בתי החולים ללא כוונת רווח ובתי החולים הציבוריים, ולא אלה הפרטיים.

לדו"ח ה-IOM סופחה הצהרה בחתימתם של שבעה חברי ועדה ידועי שם, שלמרות שהם מאמינים שהדו"ח היה מדוייק והוגן באופן הצגת העובדות, הם עדיין מודאגים עד מאוד מן הצפוי אם חברות פרטיות למטרת רווח ישתלטו על מערכת הבריאות. עם זאת, רוב חברי הוועדה לא חתמו על ההצהרה מפני שלא האמינו שדבר זה יקרה. היה ברור שצמיחתן של החברות של בתי החולים פסקה. המלכ"רים עמדו בהצלחה באתגרים, הן של התחרות והן של ההשתלטות.

### **מגמות צמיחה של המוסדות הפרטיים למטרת רווח**

עד סוף שנות השמונים הצטמצמו החברות הגדולות ביותר של בתי חולים למטרת רווח למימדים קטנים יותר מאשר היו בתחילת העשור, מבחינת מספר בתי החולים ומספר המיטות שבבעלותן. הבנו שחברות אלה גדלו לא בגלל יעילות רבה יותר כפי שהן טענו משך זמן רב, ולא מפני שהן סיפקו הון נחוץ, מכיוון שברור שהיו במערכת מיטות רבות מדי ושבבתי החולים הפרטיים למטרת רווח הייתה תמיד תפוסה נמוכה יחסית. הם צמחו מפני שתכנית ה-MEDICARE יצרה מבלי משים סדרת כללים להחזרים כספיים שהיו כמו מכונה להדפסת כסף עבור משקיעים פרטיים למטרת רווח.

ל-25%-30%. הייתה, אם כן, צמיחה רבה במוסדות למטרת רווח, למרות שהיא סמויה במידת מה.

### צמיחה חדשה של מוסדות פרטיים למטרת רווח

באמצע שנות התשעים התחילו חברות בתי החולים הפרטיות למטרת רווח סבב חדש של צמיחה ופתחו ברכישת בתי חולים ללא כוונת רווח ובתי חולים ציבוריים. בשנת 1996 כבר היו בבעלותה של חברת COLUMBIA/HCA, שנוסדה בשנת 1967, כ-350 בתי חולים. אמנם חברה זו צמחה בעיקר על ידי רכישת חברות פרטיות אחרות למטרת רווח, אך היא רכשה גם מספר בתי חולים ללא כוונת רווח (33 בשנת 1995 ו-17 בשנת 1996). השאלה היא מה השתנה מאז שנות השמונים המאוחרות, כשפסקה צמיחת החברות הפרטיות.

נראה שחלו מספר שינויים. ראשית, בתי חולים רבים, בעיקר עצמאיים, חרדים לקיומם. תחת הכותרת של ניהול טיפול ותחרות מופעל לחץ על בתי חולים להוריד עלויות ולשחרר את החולים מהר יותר. השימוש בבתי חולים נמצא בירידה תלולה, ואורך השהות התקצר. שוב אין מאשפזים לצורך פרוצדורות מסוימות, וחולים משתחררים הרבה יותר מהר. בתי החולים צריכים להסתגל למציאות חדשה. הישרדות הפכה לדאגה של ממש מבחינתם.

שנית, הייתה עלייה רבה בהצטרפות לשירותי ביטוח בריאות, וכן גברה מאוד נוכחותן של חברות פרטיות למטרת רווח בתחום זה. שירותי ביטוח בריאות פרטיים למטרת רווח היו נדירים בשנות השמונים, רק אחדים שהיו בבעלותן של חברות הביטוח. כיום 66% מארגונים אלה הינם מוסדות פרטיים למטרת רווח, ובהם 55% מכלל החברים בארגוני בריאות. שירותי ביטוח בריאות הינם לקוחות גדולים של טיפול בבתי חולים, ורווחיהם נובעים מההפרש בין דמי הביטוח שהם גובים מלקוחותיהם (מעסיקים גדולים ותכניות ממשלתיות) לבין תשלומיהם לספקים. יכולתם של שירותי

הכללים התייחסו לעלות הריבית על הלוואות כאל הוצאה להחזר. חשוב מכך, על פי הכללים קיבלו בתי החולים הפרטיים למטרת רווח תשלומים נדיבים של תשואה להון ורכישת בתי חולים קיבלה עידוד על ידי מתן תשלומי פחת שנתיים על הון מושקע. רכישת בית חולים, אפילו אם היה זה אחד ש-MEDICARE כבר שילם לו הוצאות פחת, יצרה תזרים מזומנים חדש מפחת. כך, שוויים של בתי חולים היה גדול יותר עבור בעלים חדשים מאשר לבעלים הנוכחיים, דבר שהביא לתחלופה רבה.

בשנות השמונים המוקדמות שינה MEDICARE את הכללים לתשלומי פחת ותשואה להון ונעצרה צמיחתן של חברות אלה. כך ראינו שלמרות כל המהומה סביב חברות פרטיות של בתי חולים למטרת רווח, הייתה יציבות ראויה לציון בתמונת הבעלות הפרטית למטרת רווח לעומת בעלות ללא כוונת רווח בשנים מאז קמה MEDICARE (1965). חברות אלה צמחו על ידי רכישת בתי חולים פרטיים עצמאיים, על ידי בניית בתי חולים חדשים ועל ידי רכישת חברות אחרות של בתי חולים. מעט מאוד בתי חולים ללא כוונת רווח או בתי חולים ציבוריים נרכשו על ידי מוסדות פרטיים למטרת רווח. שישים אחוז מבתי החולים היו מלכ"רים בשנת 1965, כמו גם בשנת 1994. שיעורם של בתי החולים הקהילתיים למטרת רווח אפילו פחת מעט בתקופה זו. באופן אירוני, מספרם הגיע לשפל בשנת 1980, השנה שבה כתב ד"ר רלמן את הדו"ח שלו.

עם זאת, תמונה זו של יציבות מטעה במידת מה. אם סופרים מיטות במקום בתי חולים, חלקם של המוסדות הפרטיים למטרת רווח כמעט הוכפל בין השנים 1965 ו-1994. יתר על כן, אם מוסיפים את בתי החולים שהם ניהלו אם כי לא היו בבעלותם, ואם כוללים את בתי החולים הפסיכיאטריים והשיקומיים, חלקם של בתי המוסדות הפרטיים למטרת רווח מכלל בתי החולים קרוב יותר



ביטוח בריאות גדולים להפנות מטופלים לבתי חולים מסויימים מקנה להם יתרון במיקוח עם בתי החולים; בתגובה, בתי החולים משתדלים להתקשר עם ארגונים גדולים יותר.

האוכלוסייה של כ-40 מיליון בלתי מבוטחים בארה"ב הוסיפה לגדול, והקושי להשיג סבסוד צולב הלך וגדל עם הלחץ על בתי החולים לצמצומים. זאת עשויה הייתה להיות שעת הכושר למלכ"רים, אבל במקום זאת חוונו אבדן אמון בהם. מדינות רבות קיימו שימועים וחוקקו חוקים הקובעים שהמלכ"רים אינם עושים די על מנת להיות ראויים לפטור ממסים שהם מקבלים. באופן אירוני הראתה צמיחת המוסדות הפרטיים למטרת רווח שהמלכ"רים לא היו כה שונים כפי שציפינו, וגרמה לאבדן האמון בהם.

שינוי נוסף משנות השמונים הוא שכיום החברות הפרטיות למטרת רווח מתקיפות, באופן גלוי ומתוחכם, את הפטורים ממס שמקבלים המלכ"רים. ראש החברה הפרטית הגדולה ביותר למטרת רווח, COLUMBIA/HCA, צוטט כאומר ש"אין להתיר לבתי חולים שאינם משלמים מסים להתקיים". "לא משלמים מסים" הוא כינוי אחר למלכ"רים. זאת המילה שמעדיפים המוסדות הפרטיים למטרת רווח, הם "בתי החולים המשלמים מסים". הם טוענים שכל בתי החולים עושים רווחים, אך חלקם משלמים מסים וחלק לא. חלק מקובעי המדיניות אוהבים טיעון זה.

### המרת מלכ"רים למוסדות פרטיים למטרת רווח

המרת בתי חולים ושירותי ביטוח בריאות ללא כוונת רווח למוסדות פרטיים למטרת רווח הפכה לתופעה נפוצה. אם כי היא מתרחשת זה קרוב לשני עשורים, הרעיון של הפיכת מלכ"ר למוסד פרטי למטרת רווח הוא חדש למדי בתודעתם של רוב האנשים. לא הייתה זו תופעה בולטת בתחום בתי החולים עד לפני שנתיים. בתקופת הפרוייקט של ה-INSITUTE OF MEDICINE בשנות השמונים חקרנו ומצאנו רק 53

בתי חולים מתוך יותר מ-3,500 מלכ"רים בארה"ב, פחות מ-1.5%, שהיו בעבר מלכ"רים אך כעת היו בבעלותן של חברות גדולות לבתי חולים. מספר כמעט זהה של המרות בכיוון ההפוך התרחש באותה תקופה, אם כי הדבר לא תועד עד לאחרונה. מחקר של בתי חולים שנערך לא מזמן מצא 119 המרות ממלכ"ר למוסד פרטי למטרת רווח בין השנים 1980 ו-1993, ו-79 המרות בכיוון ההפוך.

המרות של בתי חולים ללא כוונת רווח נעשו נפוצות יותר במידה ניכרת בשנים האחרונות - 34 בשנת 1994, 58 בשנת 1995, ו-63 בשנת 1996. נראה שברוב ההמרות של בתי החולים היו מעורבים קונים מבחוץ. כלומר, אין זה שהארגון פשוט הופך למוסד פרטי למטרת רווח. חברת בתי חולים כמו COLUMBIA/HCA או TENET קונה את הנכסים.

המרות אינן מוגבלות לבתי חולים. בעוד שרוב בתי החולים הם מלכ"רים, תחום שירותי ביטוח הבריאות הפך לתעשייה פרטית למטרת רווח בתמש עשרה השנים האחרונות. בתקופה זו הומרו כשליש מהתכניות שהיו ללא כוונת רווח. רבות מן ההמרות של שירותי ביטוח בריאות לא היו כרוכות ברוכש מבחוץ שקנה את הנכסים. במקום זאת, במקרים רבים היו ההמרות כרוכות בארגון מחדש תחת אותה הנהלה. המרות כאלה התרחשו בדרך כלל כשהעומדים בראש הארגון החליטו שיוכלו לגייס הון ביתר הצלחה כארגון פרטי למטרת רווח או להגיע לבעלות לא יקרה על נכס רווחי.

בשנתיים האחרונות התחלנו לראות גם המרה למעמד פרטי למטרת רווח של תכניות ביטוח בריאות ללא כוונת רווח. תכניות של הצלב הכחול במדינות אחדות הומרו למוסדות פרטיים למטרת רווח, והמרות רבות נמצאות בהליכי ביצוע.

בהמרות של מלכ"רים אמור שווי הנכסים להישאר במגזר המלכ"רים. שוויים יכול להיות משמעותי מאוד. דבר זה התברר לפני שנתיים או שלוש כאשר הומרו מספר שירותי ביטוח בריאות ותכנית של הצלב הכחול בקליפורניה. לקרנות שנוצרו כתוצאה מכך יש נכסים בשווי מיליארדי דולרים. לקרן המרה אחת בקליפורניה, CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION, יש נכסים בשווי 2.2 מיליארד דולר, ולשתי קרנות אחרות קרוב למיליארד.<sup>6</sup> כשהתברר שהמרתם של ארגוני בריאות ללא כוונת רווח עשויה להיות כרוכה בסכומים גדולים מאוד, משך הנושא עניין נרחב בקרב קובעי מדיניות וחוקרים. מדינות רבות אימצו בשנה או שנתיים האחרונות חקיקה לגבי אופן הטיפול בהמרות של מלכ"רים. עד אז נבדקו המרות רבות באופן שטחי בלבד. מעניין, עם זאת, שלמעשה השיא בהמרת שירותי ביטוח הבריאות היה לפני עשר שנים, דבר המצביע פעם נוספת על כך שהעניין הציבורי בנושא כלשהו לא בהכרח משקף את חשיבותו האמיתית.

השאלות העולות בקביעת מדיניות לגבי המרות המלכ"רים ושזכות להתייחסות בחקיקה כוללות מה יש לעשות בכסף, איך לקבוע את ערכו של המוסד, וכיצד ניתן למנוע או למזער קונפליקט אינטרסים. השאלה האחרונה היותה בעיה גדולה. ברבות מעסקאות אלה היו אותם אנשים (מנהלי המוסד וחברי הוועד המנהל) הן בצד הקונה והן בצד המוכר.

כמעט כל מי ששקל את הנושא ברצינות מאמין שהנכסים שנוצרו תחת פטור ממס במגזר המלכ"רים צריכים להישאר במגזר זה, אפילו אם הארגון משנה את צורתו, מתפרק או מוכר את נכסיו. עם זאת, במדינות אחדות לא ראו המחוקקים את ההמרה באור זה, ודרשו שהכספים מההמרה ייכנסו להכנסות הכלליות של ממשלת המדינה. כך ראינו במספר מדינות נכסים ללא כוונת רווח שנעלמו

בעת המרתם של מלכ"רים. עם זאת, המקרה האופייני הוא שמוקמת קרן או שהכסף נמסר לקרן קיימת.

המרת מלכ"רים למוסדות פרטיים למטרת רווח היא התופעה המעניינת ביותר שמצאתי בחוקרי את נושא ההשוואה בין שני דפוסי הבעלות בחמש עשרה השנים האחרונות. חקר ההמרות נותן לנו הזדמנות ליישם את כל הידוע לנו ומעלה שאלות חדשות. במאמר שהתפרסם לאחרונה בכתב העת<sup>7</sup> HEALTH AFFAIRS אני מנתח סיבות אפשריות לכך שנרצה לעודד או לנסות למנוע את המרתם של ארגוני בריאות ללא כוונת רווח למוסדות פרטיים למטרת רווח.

### טיעונים בזכות המרת מלכ"רים

הועלו שש סיבות לכך שהמרה ממלכ"ר למוסד פרטי למטרת רווח עשויה להיות רעיון טוב. לא כולן סבירות ביותר.

ראשית, נשמעה טענה שהמרה עשויה לקדם כיסוי לבלתי מבוטחים. סיבה אחת שאין לנו ביטוח רפואי אוניברסלי בארה"ב היא קיומם של ארגוני צדקה, שמעצבי המדיניות תמיד האמינו שיטפלו בנזקקים. עד עצם היום הזה טוענים בוויכוחים על מדיניות בתחום הבריאות שאם אדם שאינו מבוטח יזדקק באמת לטיפול רפואי, הוא יוכל לקבלו. לא תמיד זו האמת, אך הפוליטיקאים יכולים לטעון כך מפני שיש לנו מלכ"רים שאמורים להגיש שירותי צדקה. מכאן אפשר לטעון שאילו נפטרנו מהמלכ"רים, אזי היו מעצבי המדיניות נאלצים להתמודד עם העובדה שיש לשלם על מנת לקבל טיפול רפואי. נשמעה גם הטענה שאם ניתן להפיק כסף מהמרות, אזי ניתן לשלם עבור הטיפול בבלתי מבוטחים. עם זאת, אני סבור שכל נכסי שירותי ביטוח הבריאות ללא כוונת רווח יכולים לכסות את הבלתי מבוטחים לשנה אחת. אם כך אין בכך משום

פתרון של קבע לבעיית הבלתי מבוטחים; אך יהיה זה קיצו של מגזר המלכ"רים בתעשיית הבריאות.

שנית, המרות יוסיפו ארגונים לרשימת משלמי המסים, תוצאה שבדרך כלל נושאת חן בעיני מעצבי המדיניות. אך רוב המסים לא יושקעו במערכת הבריאות הנתמכת בעיקר על ידי מסים מיועדים, כך שהמרות יביאו למעשה ליציאת כספים ממערכת הבריאות לכל כיוון שבו תחליט הממשלה לנצל את הכנסותיה הכלליות.

הטיעון השלישי בזכות המרות הוא שנכסים שנתרמו לצדקה יבואו לידי שימוש פרודוקטיבי יותר. קשה להתמודד עם טיעון זה, מפני שחלק מהמלכ"רים אינם מספקים הרבה פעילויות בנות מדידה לתועלת הקהילה. בית חולים ללא כוונת רווח עשוי להוציא 2 או 3 אחוזים מהכנסותיו או אפילו פחות מכך על טיפול ללא תמורה ומספר פעילויות אחרות. אם שוויו לרוכש פרטי למטרת רווח מאה מיליון דולר, ניתן להכניס סכום זה לקרן שתשלם חמישה, שישה או אפילו שבעה מיליון דולרים בשנה. אפשר לנצל היטב כסף זה לנצח. ייתכן שזה עשוי היה להיות שימוש טוב יותר בנכסים אלה, במיוחד אם שוויו של בית החולים למטרת רווח יהיה 90 מיליון שנה לאחר מכך, 75 מיליון כעבור שנה נוספת, ואחרי ארבע שנים יפשוט בית החולים את הרגל, דבר שעלול לקרות לבתי חולים רבים מפני שיש יותר מדי בתי חולים ומיטות ריקות בארה"ב.

טיעון רביעי בזכות המרה הוא הצורך בהון. גישה להון הינה בעייתית עבור ארגוני בריאות רבים. מקור אחד להון הוא השקעות פרטיות, אך ערוץ זה סגור בפני מלכ"רים על פי החוק. זהו הטיעון הנפוץ ביותר בזכות המרת מלכ"רים בתחום שירותי הבריאות.

טיעון חמישי הוא קידום מיזוגים וצמצום מספר המיטות. גרעין האמת שיש בטיעון זה נובע מאי הרצון מצידם של ועדים מנהלים של מלכ"רים לסגור את מוסדותיהם. תהיה בכך משום הודאה בכישלון ומשום כך נאמנים מנסים לעיתים קרובות לקיים את פעילות הארגון בכל מחיר. באופן פרדוקסלי מכירה עשויה לקדם סגירה. במקרים אחדים רכשה חברה פרטית למטרת רווח שלושה או ארבעה בתי חולים בשוק נתון ואז סגרה אחד או שניים מהם. זוהי דרך להיפטר מתחרות, והיא יכולה לעזור לכווץ את המערכת. קומץ דוגמאות הקנו אמינות מסויימת לטיעון של צמצום המערכת, אך סביר שהשפעתה המשמעותית יותר של רכישת בתי חולים על ידי חברות פרטיות למטרת רווח תהיה קיומם של בתי חולים שלולא כן היו נסגרים או מומרים למטרה אחרת, כגון טיפול סיעודי. על כן אינני סבור שלטיעון זה בזכות מכירת בתי חולים ללא כוונת רווח יש תקפות רבה מנקודת מבט מערכתית.

הטיעון האחרון בזכות המרה הינו סיומה של מה שאחדים מתומכי המוסדות הפרטיים למטרת רווח מכנים "הצגה" או "פיקציה" של תועלות חברתיות של מלכ"רים.<sup>8</sup> אשוב לנקודה זו.

### טיעונים כנגד המרה

ניתן להביא שלושה טיעונים כנגד המרת מלכ"רים. ראשית, קשה למצוא דרך למנוע מגורמים פרטיים ליהנות מהמרות אלה. בעבר יצרו ההמרות הרבה רווחים פרטיים מפני שלא היו לנו הליכים מבוססים להערכת הנכסים ולפיקוח על תהליך ההמרה. במקרים רבים, במיוחד בהמרות של שירותי ביטוח בריאות, רכשו האנשים שניהלו את המלכ"ר את נכסיו תמורת חלק קטן מערכו, כפי שהתברר כשהארגון נמכר בשנית לאחר מכן.<sup>9</sup> אך כפי שצויין חוקקו מדינות רבות חוקים המסדירים את ההמרות ועסקאות אלה נתונות לפיקוח רב בהרבה מאשר בעבר.

טיעון שני כנגד המרות נוגע לאי ודאויות באשר להגנה על טובת הציבור. מהי טובת הציבור אם מלכ"ר שוקל המרה? כיצד נגדיר אותה, וכיצד נפעל להגנתה? אין לנו מערכת מושגית טובה לכך. בשנים האחרונות אנו נמצאים בתהליך עיצובם של מושגים אלה. למשל, החברה הפרטית למטרת רווח שרוכשת בית חולים עשויה להבטיח שתגיש בעתיד לא פחות טיפול ללא תמורה מאשר נתן בית החולים בעבר; דרוש פיקוח על כך, אך איש אינו יודע כיצד לעשות זאת ביעילות, מכיוון שקל לשחק במספרים.

הטיעון השלישי והחשוב ביותר כנגד המרות הינו אבדן התועלות החברתיות של המלכ"רים. כך, מצד אחד אנו מוצאים אנשים האומרים שיש להיפטר מהמלכ"רים מפני שאין להם תועלות חברתיות, ומצד שני כאלה האומרים שיש לקיימם בגלל התועלות החברתיות. השאלה היא, אם כן, מהן התועלות החברתיות של מלכ"רים בשירותי הבריאות? אדון בשלוש מהן.

הראשון הינו יתרון מווסת. פטור ממס הינו מנוף למדיניות שניתן לנצל למטרות שונות. מובן שיש לכך אספקטים שנויים במחלוקת. מעצבי מדיניות יכולים להצמיד תנאים מסוימים רבים ושונים להענקת מעמד של פטור ממס. אין הסכמה האם ניצול הפטור לצרכי מדיניות ציבורית הוא מעשה נבון. החשש הוא שאם ייעשה הדבר לגבי בתי חולים, ניתן לעשות כך לגבי מוזיאונים, להקות מחול או אוניברסיטאות. אפשר למנוע הוראת קורס מסויים באוניברסיטאות ללא כוונת רווח כתנאי לפטור ממס, או לחייב תערוכות במוזיאון לעמוד בקנה מידה ציבורי. אנו חוששים, אם כן, מפני התניית פטור ממס בתנאים הקשורים בביצוע. הלא אחד הערכים של מגזר המלכ"רים הינו שהוא אמור להיות אלטרנטיבה לממשל, ולא רק לעשות מה שהממשל אומר לו לעשות.

התועלת השנייה של המלכ"רים נוגעת לאמינות. אמינות הינה סוגיה שאנו, העוסקים במלכ"רים, דנים בה רבות. טיעון זה, שהועלה לראשונה על ידי הנרי הנסמן מבית הספר למשפטים באוניברסיטת ייל, נוגע לתחומים שבהם יש פער ניכר במידע בין קונה השירות לבין המוכר, כך שמיקומו של הקונה אינו מאפשר לו לדעת האם הוא מקבל את מה ששילם עבורו. בנסיבות אלה אנשים עשויים לסמוך יותר על מלכ"רים מאשר על מוסדות פרטיים למטרת רווח, מפני שהאיסור על חלוקת רווחים מקטין את התמריץ לרמות. הדבר נכון באופן הברור ביותר לגבי תרומות למוסדות צדקה שעוסקים, למשל, בפעולות סעד בארצות אחרות. התורם אינו יכול לוודא מה נעשה בתרומתו. בנסיבות כאלה סביר שהתורמים יהיו נכונים יותר לתרום לארגון ללא כוונת רווח מאשר לארגון הפועל למטרת רווח.

למלכ"רים יכול להיות תפקיד גם בעולם המסחרי ולא רק בעולם התרומות, בתחומים שבהם השירותים מורכבים וקשים להערכה על ידי הרוכש. שירותי בריאות הינם תחום שכזה. מלכ"רים יכולים לתת מידה מסויימת של ביטחון שהפער במידע לא ינוצל לרעה מפני שהאנשים המנהלים את הארגון אינם יכולים להפיק רווח אישי מרמאות שתביא להגדלת רווחיו. על כן קטנה יותר הסבירות שהם ינצלו את פגיעותם של האנשים הנמצאים בעמדה נחותה מבחינת מידע, הן המטופלים והן צד שלישי המשלם עבור הטיפול.

מלכ"רים בשירותי הבריאות, שבהם אנשים מסתמכים רבות על עצת הרופאים, עשויים להיות אמינים יותר מסיבה נוספת. מלכ"רים מנועים משימוש באסטרטגיות ניהול מסויימות שמוסדות פרטיים למטרת רווח רשאים לאמץ, כגון יצירת שותפויות למטרת רווח עם גורמים שיכולים להפנות אליהם מטופלים. למשל, COLUMBIA/HCA, חברת בתי החולים הפרטית למטרת רווח הגדולה ביותר, מתאפיינת ביצירת שותפויות מקומיות כאשר היא מתחילה

לפעול בקהילה מסויימת; היא מוכרת 40% מהזכויות בבית החולים לרופאים בקהילה כדי שיהיה להם עניין לאשפז את מטופליהם בבית החולים של החברה. מלכ"ר אינו רשאי ליצור הסדרים מסוג זה עם רופאים מפני שתהיה זו הפרה של האיסור על חלוקת רווחים.

את התועלת השלישית של המלכ"רים ניתן לכנות תועלת קהילתית. התועלות הקהילתיות של בתי חולים ללא כוונת רווח הפכו לסלע מחלוקת בארה"ב. איני יכול להיכנס לפרטי המחלוקת כאן. אסתפק בכך שאומר שהמצדדים בטיפול פרטי למטרת רווח נוטים להגדיר את "התועלת הקהילתית" באופן צר ביותר וכוללים בהגדרתם רק טיפולי צדקה לאנשים שאינם מבוטחים. לטענתם, אם המלכ"רים אינם משרתים אנשים בלתי מבוטחים רבים, אין הם מספקים את התועלות הקהילתיות שיצדיקו את הפטור ממס.

מצידו השני של המתרגם מונים עם התועלות הקהילתיות רשימה ארוכה של מדיניות ופעילויות, ובכלל זה לא רק טיפולי צדקה אלא גם מעורבות בהוראה ובמחקר, מתן מקום שבו אנשים יכולים להתנדב, שיתוף פעולה בפעילויות קהילתיות לקידום הבריאות וכן הלאה.

נושא נוסף שעליו חלוקת הדעות הוא, האם יש לשפוט את תפקוד מלכ"רים בנוגע לתועלת הקהילתית יחסית למה שעושות החברות הפרטיות למטרת רווח או יחסית לערכו היחסי של הפטור ממס שהם מקבלים. במדינות אחדות נדרשים בתי חולים להראות שהם מביאים יותר-תועלת קהילתית מסכומי הפטור שהם מקבלים.

מחלוקת נוספת נוגעת לשאלה האם יש לשפוט את תפקודם של מלכ"רים על ידי השוואת אוכלוסיית המוסדות הפרטיים למטרת רווח עם אוכלוסיית המלכ"רים או שמא יש להוציא מלכ"רים מסויימים מן ההשוואה. המוסדות הפרטיים למטרת רווח טוענים

שאין זה הוגן לכלול בתי חולים אוניברסיטאיים בהשוואות בין מלכ"רים למוסדות פרטיים למטרת רווח, מפני שהם משרתים אנשים רבים שאין ביכולתם לשלם ועוסקים בפעילויות הוראה ומחקר ויש ביניהם רק מעט מוסדות פרטיים למטרת רווח. הם טוענים שהסיבה היחידה שהמלכ"רים נראים טוב יותר מהמוסדות הפרטיים רווח בהשוואות מסויימות היא שבתי החולים האוניברסיטאיים מופיעים בקטגוריה אחת ולא בשנייה. אותו טיעון מופיע לגבי בתי חולים עירוניים. המוסדות הפרטיים למטרת רווח טוענים שאם משווים בתי חולים פרטיים למטרת רווח בפרברים עם בתי חולים ללא כוונת רווח באזורים פרבריים, אזי תפקודם של השניים, למשל בתחום הטיפול ללא תמורה, יהיה דומה מאוד. קרוב לוודאי שהצדק איתם. עם זאת, אין זה מקרה שמוסדות פרטיים למטרת רווח אינם מפעילים בתי חולים אוניברסיטאיים עירוניים. חברות אלה הינן תוצר של האסטרטגיות שלהן ושל החלטותיהן לגבי המקומות שבהם רכשו והקימו בתי חולים בשלושים השנים האחרונות.

באשר למדדים שונים של תועלת קהילתית, חוץ מנתונים לאומיים על כמות הטיפול שמוגש ללא תמורה על ידי בתי חולים ללא כוונת רווח ועל ידי בתי חולים פרטיים למטרת רווח, המלכ"רים מספקים תועלת קהילתית רבה יותר על פי מספר מדדים. רוב הנתונים מסוכמים בספרי, THE PROFIT MOTIVE AND PATIENT CARE.

\* במדינות שבהן יש בלתי מבוטחים רבים ובתי חולים ציבוריים מועטים, מלכ"רים מספקים 50% עד 100% יותר טיפול ללא תמורה מאשר מספקים בתי החולים הפרטיים למטרת רווח.

\* מלכ"רים מספקים יותר שירותים בלתי רווחיים.

\* מלכ"רים מעורבים הרבה יותר בהוראה ובמחקר.

\* נמצא שבתי חולים פרטיים למטרת רווח נוטים הרבה יותר לחוץ על הרופאים שלא לאשפז מטופלים בלתי רווחיים.

\* בתי חולים פרטיים למטרת רווח מיוצגים ייצוג יתר בין בתי החולים אשר הפרו חוק האוסר לסרב להגיש שירותי חירום לאנשים בלתי מבוטחים.

\* למלכ"רים שליטה מקומית רבה יותר. כמעט כל המוסדות הפרטיים למטרת רווח מצויים כיום במערכות ארציות, כשהבעלות היא במקום אחר. כשליש מהמלכ"רים הינם חלק ממערכת, אך מערכות אלה הן קטנות יותר ובדרך כלל הן מחוזיות.

\* מוסדות פרטיים למטרת רווח נוטים להימצא במקום שבו נמצא הכסף והמלכ"רים נוטים להימצא בכל מקום.

\* מלכ"רים יציבים הרבה יותר ממוסדות פרטיים למטרת רווח. בתי חולים רבים למטרת רווח החליפו בעלים שש או שמונה פעמים בחמש עשרה השנים האחרונות. אינני יודע כיצד לכמת את תועלתה של יציבות הבעלות בבתי חולים.

\* הממצא שאולי הוא המפתיע ביותר, שרוכשי שירותים משלמים פחות למלכ"רים מאשר למוסדות פרטיים למטרת רווח. וכמובן, על המלכ"רים להשקיע את רווחיהם במטרות שלמען קם הארגון.

### סיכום

הבלתי ידוע בנושא המוסדות הפרטיים למטרת רווח והמלכ"רים עודנו רב. דרכי התנהגותם של בתי חולים ללא כוונת רווח אחרי רכישתם על ידי חברות פרטיות למטרת רווח נחקרו אך מעט. איננו

יודעים הרבה אודות פעילויותיהם של שירותי ביטוח בריאות לתועלת הקהילה. נושא זה נחקר כיום בפרוייקט שאני מעורב בו. איננו יודעים דבר על פני הדברים אם ישלוט השוק הפרטי למטרת רווח במגזר בתי החולים; הידע שלנו על התנהגותו נובע כולו ממצבים שבהם נוכחים סוגים אחרים של בתי חולים. יש, אם כן, הרבה שאיננו יודעים.

להלן מסקנותי מן הראיות שראיתי בחמש עשרה השנים האחרונות. ראשית, למרות טענות רבות שאין הבדל בין מוסדות פרטיים למטרת רווח לבין מלכ"רים, אני חושב שיש הבדלים חשובים במבנים הבסיסיים שלהם למתן דין וחשבון. ניהול בידי מנכ"ל שחייב דין וחשבון כלפי מעלה לחברה החייבת דין וחשבון בשוק ובחדר ההנהלה כלפי מחזיקי המניות, שרוצים ומצפים לראות תשואה גדולה יותר ברבעון הבא, הוא פשוט שונה מחובת דין וחשבון כלפי ועד מנהל שלא למטרת רווח. גם כך, לא ניתן לאמר בפשטות שמוסדות פרטיים למטרת רווח יפעלו באופן מסויים ומלכ"רים אחרת, מפני שהעולם אינו כה חד וחלק וכל בתי החולים ניצבים מול סדרת אילוצים משותפת בשוק, במבנים המווסתים ובגישה להון.

עמיתי מרק שלזינגר חקר בתי חולים פסיכיאטריים ומצא שמידת הדמיון בין בתי חולים פרטיים למטרת רווח למלכ"רים הושפעה הן על ידי מידת התחרות המקומית והן על ידי השאלה האם היה לחץ מווסת על המלכ"רים שלא לפעול באופן שמגביר את הרווחים עד למקסימום. לו הופעל לחץ רב יותר על המלכ"רים לספק תועלות קהילתיות ממשיות, סביר להניח שהיו מתנהגים אחרת מכפי שהם נוהגים כיום.

לסיום, ברצוני לטעון כי יש יתרון מערכתי לקיום דפוסי בעלות שונים. למדנו הרבה על מלכ"רים בזכות האפשרות להשוותם למוסדות פרטיים למטרת רווח. ההשוואה מאלפת, והעלתה מספר

that the imperfect incentives in the current American health care system and the imperfect controls over potential fraud and quality problems that the incentives may reward make it essential that the field continue to be dominated primarily by institutions that are committed to ends other than economic return. Even if we have a mixture of ownership forms, I think that a system made up predominantly of nonprofits is better than a predominantly for-profit system would be.

נקודות של ביקורת מבוססת כלפי המלכ"רים. אין זה נורא שיהיו כמה מוסדות פרטיים למטרת רווח במערכת, אך אני מאמין גם שהתמריצים הבלתי מושלמים במערכת הבריאות בארה"ב והבקרה הבלתי מושלמת על האפשרות להונאה ולבעיות איכות שעלולות ליהנות מתמריצים אלה מחייבים שהשליטה בתחום תמשיך להיות בידי מוסדות המחוייבים למטרות שונות מאשר התשואה הכלכלית. אפילו כשיש תערובת של דפוסי בעלות, סבורני שמערכת שמורכבת בעיקר ממלכ"רים היא טובה יותר מאשר מערכת הנשלטת על ידי מוסדות פרטיים למטרת רווח.

## הערות

- 1 Program on Nonprofit Organizations (PONPO), Yale University, P.O.Box 208253, 88 Trumbull Street, New Haven, CT 06520-8253
- 2 The International Society for Third Sector Research.
- 3 Arnold S. Relman, "The New Medical-Industrial Complex." New England Journal of Medicine (October 23, 1980):963-969.
- 4 Bradford h.Gray, "Nonprofit Hospitals and the For-Profit Challenge," Bulletin of the New York Academy of Medicine 66 (July-August 1990): 366-374.
- 5 Bradford h. Gray (ed.). For-Profit Enterprise in Health Care. A Report of the Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1986
- 6 Domenica marchetti. "Redefining Health Philanthropy." The Chronicle of Philanthropy vol. IX, no. 19 (July 24, 1997):1,12-15
- 7 Bradford h. Gray, "Conversion of HMOs and Hospitals: WhAt's at stake?" Health Affairs 16:2 (March/April 1997):29-47.
- 8 Hasan, Malik m. "let's end the Nonprofit Charade." The New England Journal of Medne 334, vol. 16 (April 18, 1996):1055-57.
- 9 Chronicle of Anne lowrey Bailey. "Charities Win, Lose In Health Shuffle." Chroncle of Philanthropy (June 14, 1994):1.