

חמש-עשרה שנות מדיניות בריאות בישראל בראי החקיקה: ניתוח ניאו-מוסדי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשינויים שחלו בו (1994–2009)¹

ניסים כהן² ושלמה מזרחי³

מאמר זה מבקש ליישב פרדוקס מדיניות, המאפייין מערכות בריאות רבות ובהן המערכת הישראלית. בבסיסו של פרדוקס זה ניצבות שתי מגמות מנוגדות, לכאורה, בזירת מדיניות הבריאות: בד בבד עם צמצום הדרגתי של החלק הציבורי במימון מערכת הבריאות יש מעורבות ממשלתית הולכת וגוברת בניהולה (רגולציה מואצת). בעוד המגמה האחת משקפת אסטרטגיה של הפרטה, המגמה האחרת מלמדת על הגברת הריכוזיות של הממשל ועל כניסתו לתחומים רבים ונרחבים של ניהול המערכת. את הסתירה בין שתי המגמות ניתן ליישב דרך ראייתן כאסטרטגיה של הפרטה באמצעות ריכוזיות. כדי לשלוט בהוצאותיה הציבוריות, על הממשלה לשלוט תחילה במימון ובניהולם של מנגנוני מדינת הרווחה וארגוניה. שליטה שכזו מושגת לא פעם באמצעות ריכוזיות ואף הלאמה של משאבים ושל מנגנוני ניהול המערכת. לאחר שקנתה לעצמה שליטה זו, הממשלה יכולה לפנות לאסטרטגיה של הפרטה חבויה, כאשר קיצוצים (או העדר עדכון) תקציביים מאלצים את האזרחים, כמו גם את ספקי הבריאות, לנהל בעצמם את הסיכונים הטמונים בשוק החופשי. לטענתנו, הסבר זה מספק מענה לפרדוקס המדיניות, כפי שהוא משתקף במקרה הבוחן של מערכת הבריאות

- 1 מחקר זה מתבסס על נתונים שאספנו בעקבות עבודתו של ד"ר טוביה חורב (חורב, 2004) ותוך שימוש בנתונים שאסף הוא עד שנת 2004. במעמד זה נבקש להודות לו על נכונותו לספק לנו את המאגר, על סיועו, על עצותיו ועל הערותיו. האחריות לתוצר הסופי של מחקרנו ולמסקנות העולות ממנו מוטלת כמובן עלינו בלבד. המחברים מבקשים להודות לעו"ד אור גודווינסקי-סיוון על עזרתה ועצותיה במהלך הכנת המחקר.
- 2 המחלקה למינהל ומדיניות ציבורית, בית הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה.
- 3 המחלקה למינהל ומדיניות ציבורית, בית הספר לניהול ע"ש גילפורד גלייזר, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

ביטחון סוציאלי, כסלו תשע"ב, נובמבר 2011, מס' 87 : 65-103

נשלח לפרסום ב-27.4.10, התקבל ב-10.11.10

הישראלית. תחילה השיגה הממשלה שליטה על מימונה של מערכת הבריאות באמצעות חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994), חוק שהבטיח את גבייתו של תקציב "מסומן" לבריאות באמצעות המוסד לביטוח לאומי. לאחר מכן המשיכה הממשלה לחזק את שליטתה על מערכת הבריאות באמצעות מגוון רחב מאוד של תיקוני חקיקה בחוק זה באמצעות אסדרה (רגולציה) נרחבת בכל הקשור לסמכויותיהן של ארבע קופות החולים, אופן ניהולן והפיקוח עליהן. מכלול תיקונים זה אפשר לפקדי האוצר לקצץ בהדרגה את המימון הציבורי לשירותי בריאות, כחלק מאסטרטגיית מדיניות רחבה יותר של צמצומה של מדינת הרווחה הישראלית. אולם בניגוד לעולה ממחקרים אחרים שבחנו אסטרטגיה זו ברחבי העולם, תהליך נסיגתה של מדינת הרווחה בישראל, לפחות בתחום מדיניות הבריאות, נשען לטענתנו, לא על תוכנית אסטרטגית ארוכת טווח, אלא יותר על שיקולים קצרי טווח, הנובעים מתפיסת עולם נאו-ליברלית ומאינטרסים שונים של פקידים במשרד האוצר.

מבוא

מערכות בריאות בעולם ניצבות לפני אתגרים משמעותיים המובילים לא פעם לרפורמות, לשינויים מערכתיים ולשינויים מוסדיים. הבנק העולמי מנחה ומנהל רבים מהם במישורין או בעקיפין (Atkinson, 2002; Standing, 1999; World Bank, 1993). רפורמות מעין אלה כוללות על פי רוב אסטרטגיות של ביזור, הפרטה, השתתפות בעלויות מקומיות והשתתפות בתהליכי קבלת החלטות, שממשלות מציעות או אוכפות. יישומן של רפורמות אלה בתחום הבריאות מחולל לעתים תהליכים הפוכים, בשל תנאים מבניים מסוימים. תהליכים הפוכים אלה במדיניות הציבורית הם פרדוקס מדיניות.

שתי מגמות מקבילות, הסותרות זו את זו, מאפיינות בשנים האחרונות מערכות בריאות שונות בעולם, אך במיוחד את ישראל. מחד גיסא אנו עדים להתכווצות מתמשכת של המימון הציבורי לשירותי הבריאות. מאידך גיסא יש מעורבות גוברת של מוסדות המדינה בניהול מערכות הבריאות. בעוד המגמה האחת משקפת אסטרטגיה של הפרטה, המגמה האחרת מלמדת על הגברת הריכוזיות של הממשל ועל כניסתו לתחומים רבים ונרחבים של ניהול המערכת. בהגדירנו הפרטה במשמעותה המרחיבה, כמעשה של צמצום שליטתה של הממשלה באספקת צורכיהם של האזרחים והסתמכות גוברת והולכת על המוסדות הפרטיים בחברה (Savas, 2005; Starr, 1989), ריכוזיות ממשלתית היא למעשה ההפך מהפרטה. על כן שתי אסטרטגיות אלה (ריכוזיות והפרטה) נחשבות סותרות זו את זו, ולכן הן יוצרות פרדוקס מדיניות. פרדוקס זה עומד במרכז שאלת המחקר של מאמרנו, ובמסגרתו ננסה ליישבו. בפתח הדברים נציין שאין מאמר זה מתיימר לכלול תחת קורת גג

תיאורטית אחת את כלל האירועים המתרחשים בזירת מדיניות הבריאות בישראל, אלא להציע נקודת מבט אחת, שונה אך חשובה, על חלק חשוב מהמתרחש בזירה זו.

ב-26 ביוני 1994 פורסם ברשומות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן חבב"מ) (ס"ח התשנ"ד מס' 1469), אשר בישר שינוי מוסדי פורמלי נדיר בישראל. למעשה, בעידן שבו המגמה הכללית בחברה הישראלית היא הפרטות, צמצומים ונסיגה בפועל ממדיניות רווחה לכיוון ניא-ליברלי (פילק, 2006, עמ' 199), נחקק חוק רווחה אוניברסלי שהבטיח שירותי בריאות בסיסיים לכלל תושבי ישראל (שלו, 2003, עמ' 3). סל בסיסי זה נחשב כסל רחב מאוד במונחים בינלאומיים. על החוק אמר יו"ר הכנסת אז: "חוק שיירשם בתולדות החקיקה הסוציאלית בישראל כאחד מעמודי התווך" (ידיעות אחרונות, 16.06.1994 עמ' 5). לא זו בלבד, אלא שנדמה לכאורה שזהו החוק החברתי המשמעותי ביותר, בהיקף כזה, שנחקק בישראל, מאז שנות ה-90, למרות התנגדות אנשי האוצר ואגף התקציבים (כהן, 2010, עמ' 77). מחקרים רבים תיארו את אופיו של השינוי ואת התהליכים שהובילו להבשלתו (ראו למשל: כהן, 2010; רוזן וכן נון, 2005; שורץ, 2000; שורץ, דורון ודודוביץ, 2005: 104; שורץ ודודוביץ, 2005; Chernichovsky & Chinitz, 1995; Chinitz, 1995; Geva-May & Maslove, 2000; Horev, Babad, & Shvarts, 2003; Shirom, 1995; Shvarts, 1998; Zalmanovitch, 1997). מטרתו הפורמליות של חבב"מ היו לספק סל בריאות בסיסי אוניברסלי שיעניק כיסוי ביטוחי רפואי לכלל אזרחי המדינה, לקדם עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית, להבטיח יכולת קיום כלכלית של מערכת הבריאות, לספק לאזרחים חופש בחירה גדול יותר בבחירת קופת החולים שלהם ולאפשר למשרד הבריאות יכולת אסדרה טובה יותר. ואולם עוד ועוד ממצאים ומחקרים מצטרפים יחדיו כדי להראות, שחקיקתו ויישומו של חבב"מ לא השיגו את כלל המטרות המוצהרות בפתיח החוק. על אף רמתה הגבוהה של הבריאות בישראל, ועל אף השיפור המתמיד אצל כלל המגזרים החיים בה, יש קשר בין רמת הבריאות היחסית של האוכלוסייה בישראל לבין תכונותיה (מגדר, מגזר, אזור מגורים ומצב חברתי-כלכלי) (צ'רניחובסקי ועמיתים, 2003, עמ' 7).

בחינה שיטתית של שינויי החקיקה הרבים בחבב"מ חושפת את פרדוקס המדיניות המאפיין את מדיניות הבריאות בישראל. כפי שנראה בהמשך, במשך 15 השנים מאז חקיקתו, חלקו הציבורי של תקציב מערכת הבריאות נמצא בירידה ביחס להוצאה הפרטית על בריאות (בן-נון וקידר, 2007, א, 2007ב'; חורב, 2004), בעוד מעורבותה של הממשלה, באמצעות משרד הבריאות ובעיקר משרד האוצר, גדלה (חורב, 2004; Horev & Babad, 2005). שתי מגמות מקבילות אלה מרכיבות יחדיו את פרדוקס המדיניות במערכת הבריאות הישראלית. במאמר זה ננסה ליישב את הפרדוקס על ידי הטיעון של הפרטה דרך ריכוזיות. כדי לשלוט בהוצאותיה של מערכת הבריאות (ומדינת הרווחה), על הממשלה לשלוט תחילה במימוןם ובניהולם של ארגוניה השונים (Pierson, 1995). ברגע ששליטה

זו מושגת, יש ביכולתה להפעיל הפרטה סמויה או גלויה, המאלצת את הציבור ואת ספקי הבריאות להתמודד בעצמם עם הסיכונים החברתיים הנכפים עליהם בידי כוחות השוק עקב המצב החדש (Hacker, 2002).

לטענתנו, הסבר זה עשוי לספק מענה לפרדוקס המדיניות, כפי שהוא משתקף במקרה הבוחן של מערכת הבריאות הישראלית. כאן הצליחה הממשלה להשיג שליטה על מימונה של מערכת הבריאות, עם חקיקתו של חבב"מ, חוק שהבטיח את גבייתו של תקציב "מסומן" לבריאות באמצעות תשלומי בריאות של אזרחים למוסד לביטוח לאומי ותשלומי "מס מקביל" של המעסיקים. לאחר מכן הצליחה הממשלה לחזק את שליטתה על מערכת הבריאות באמצעות מגוון רחב מאוד של תיקוני חקיקה בחוק זה באמצעות אסדרה (רגולציה) נרחבת בכל הקשור לסמכויותיהן של ארבע קופות החולים, אופן ניהולן והפיקוח עליהן. מכלול תיקונים זה אפשר לפקדי האוצר לקצץ בהדרגה את המימון הציבורי לשירותי בריאות כחלק מאסטרטגיית מדיניות רחבה יותר – צמצומה של מדינת הרווחה הישראלית בניגוד לעקרונות הצדק, השוויון והסולידריות החברתית שברוחם נחקק חבב"מ. יש לציין כאן שלא כל ניסיונותיהם של אנשי האוצר תמיד צלחו בידם.

בניגוד לעולה ממחקרים אחרים שבחנו אסטרטגיה זו ברחבי העולם, לטענתנו תהליך נסיגתה של מדינת הרווחה בישראל, לפחות בתחום מדיניות הבריאות, התרחש בצורה שונה מזו שהספרות העולמית מתארת. אנו טוענים שלא תמיד הכרחי לראות את מגמת ההפרטה באמצעות ריכוזיות כאסטרטגיה מתוכננת היטב בחשאי ולטווח ארוך, כמתואר בניסיונות אחרים בעולם. מגמה זו עשויה להיות לעתים גם תוצאה של מציאות שהתעצבה והתרחשה מתוך תהליכים אחרים לגמרי, הקשורים באי-משילות ובתכנון לטווח קצר. אינדיקציות אמפיריות מהשטח מלמדות שמגמת ההפרטה של מערכת הבריאות בישראל לא נשענה על תוכנית אסטרטגית ארוכת טווח של שחקנים בעלי עוצמה, אלא יותר על שיקולים קצרי טווח הנובעים מתפיסת עולם ניאו-ליברלית ומאינטרסים שונים של פקדי האוצר ופוליטיקאים שונים. לכן אין לראות את נסיגתה של מדינת הרווחה בישראל בהקשר זה כחלק מתהליך אסטרטגי ארוך טווח, הגוזר מטרות ואופרציה סדורה מיעדים סדורים, אלא יותר כ"יציאה מהתסבוכת" ("muddling through") (Lindblum, 1959); (Wildavsky, 1984), כלשון ספרות המדיניות הציבורית. על רקע קשיי משילות כבדים ואי ודאות "רכה" ו"קשה" (דרור, 1987) נאלצים רוב השחקנים לפעול בזירת מדיניות הבריאות תוך שיקולי טווח קצר ו"כיבוי שריפות". התנהגות זו מאפיינת גם את השחקנים הדומיננטיים ביותר בזירת מדיניות הבריאות – פקדי האוצר.

התאפשרותה של התנהלות זו בעקבות תהליכי ריכוזיות מגבירה את הפוטנציאל לחוסר יעילות. מחד גיסא אין כוחות השוק מורשים באמת לקחת חלק במערכת הבריאות הישראלית בצורה חופשית ונתונים תחת אסדרה (רגולציה) מואצת. מאידך גיסא מעורבותה של הממשלה באה לידי ביטוי בעיקר בענייני תקציבי וכוחות בסיוע בתכנון

מדיניות ארוכת טווח. התוצאה היא צורך גובר והולך של אזרחים למצוא לעצמם פתרונות למחסור בשירותי בריאות. עניין זה מגביר את המוטיבציה שלהם לפנות לשוק הפרטי, וכשאין זה מסתייע הם פונים לערוצים חלופיים, כגון רפואה "שחורה" או "אפורה" (כהן, 2010; Cohen, 2011). בתורה גוברת המוטיבציה אצל הממשלה, המזהה עתה איום על המונופול שלה כספקית מוצרים ציבוריים, למסד את הפעילות בשוק החופשי באמצעות אסדרה מואצת או למסד תופעות של רפואה "שחורה" או "אפורה" כחלק משינוי מוסדי (למשל הסדרת שר"פ). פעולות אלה שוב מחריפות את העדר התכנון האסטרטגי לטווח ארוך אצל מקבלי ההחלטות בישראל, משום שגם הן ננקטות שלא מתוך ראייה מערכתית מקיפה וארוכת טווח.

בחלק השני, להלן, נציג תחילה את הטיעונים שהספרות המוסדית מביאה להסבר שינויים מוסדיים במדינת הרווחה בכלל ובמדיניות הבריאות בפרט. במוקד שינויים אלה נבחין בתצורות שונות של שינוי מוסדי. לאחר מכן נציג את ההסברים המרכזיים על השינויים במערכת הבריאות בישראל. בחלק השלישי נסקור את שינויי החקיקה שנערכו בחב"מ מאז חקיקתו ועד אוקטובר 2009, ונסביר את הרציונל העומד מאחורי הפרטה באמצעות ריכוזיות במערכת הבריאות בישראל. בחלקו הרביעי של המאמר נסכם את ניתוחנו ונצביע על כשליו של מצב זה.

רפורמות בבריאות וצמצומה של מדינת הרווחה מפרספקטיבה מוסדית

הגישה המוסדית החדשה וניתוח מוסדי של מערכות בריאות

בעשורים האחרונים התפתחה ספרות ענפה העוסקת בהתפתחות ושינוי במוסדות, כמו גם בהשפעתם על מדיניות ציבורית ועל רווחה חברתית (Hacker, 2004; Pierson, 1995; Streeck & Thelen, 2005). הספרות מציעה מגוון הגדרות למושג "מוסד חברתי". ההגדרה הרחבה והמוסכמת ביותר היא אילוץ או חוקי משחק, המובילים ליציבות ביחסים בין בני אדם. במוסדות יש מוסכמות, כמו גם נורמות רשמיות ולא רשמיות. חוק מודרני בן ימינו יכול להיחשב כמערכת של מוסכמות או נורמות פורמליות המצוות או אוסרות על פעולות מסוימות (Voss, 2001, pp. 7561).

המוסדיות החדשה (neo institutionalism) מכנסת לתוכה זרמים תיאורטיים שונים, החולקים את הנחת היסוד הבסיסית שלמוסדות תפקיד משמעותי ואוטונומי בהשפעה על תוצאות פוליטיות (Beissinger, 2002; Katzenelson & Weingast, 2005; Pierson).

המבשיל לשינוי מוסדי משמעותי מוגדר כצומת קריטי (critical juncture). התהוות התוצאות המוסדיות בצומת הקריטי מוסברת באמצעות שיטת ניתוח הנקראת ניתוח תלוי נתיב (Path Dependence Analysis), כלומר ניתוח התהליכים והתנהגויות השחקנים השונים שיצרו את התנאים לשינוי המוסדי (Mahoney, 2000, pp. 507). אופיו של השינוי המוסדי מעוצב בהכרח בידי תהליכים אלה. יתר על כן, המדיניות הנוהגת עד התהוות הצומת הקריטי משפיעה גם היא על אופי השינוי, בשל קיומם של משובי מדיניות. אם הנוגעים בדבר נותנים משוב חיובי על המדיניות הנוהגת, ייעשה ניסיון לאמץ דפוסים מרכזיים ממנה במדיניות המוסדית החדשה, ואם המשוב שלילי, ייעשה שינוי דרמטי במצב. נורת' (North, 1990) גורס שהדרך לשינוי מוסדי מושפעת משני מרכיבים מרכזיים: "הינעלות" הנובעת מיחסים סימביוטיים בין המוסדות לארגונים, המתפתחים בשל התמריץ המבני שהמוסדות מספקים לארגונים; תהליך המשוב, שבאמצעותו בני האדם מבחינים בשינויים ומגיבים אליהם, כשיש להם הזדמנות לכך.

הספרות מספקת טיפולוגיות שונות של סוגי שינויים מוסדיים. בנתחו את השינויים שהתחוללו במערכת הבריאות מאז שנות ה-80, הצביע האקר (Hacker, 2004; 2002), בין היתר, על סחף (Drift) כעל מנגנון מתוחכם שחזק את מגמת האספקה הפרטית של שירותי בריאות במערכת הבריאות האמריקנית. סחף מוגדר כהזנחה של תחזוק מוסדי למרות שינויים חיצוניים, המובילה לכישלון הדפוסים המוסדיים בפועל (Hacker, 2004). ההזנחה (התעלמות) יכולה להיות מכוונת בשל שיקולי טווח ארוך או תולדה של חוסר תשומת לב בשל דומיננטיות של שיקולי טווח קצר. מאפייני הסחף הם שינוי תוצאות מוסדיות המושפע מהתעלמות (אסטרטגית או לא) מהצורך להתאים את המוסד לנסיבות המשתנות, וכן החלה של שינוי מוסדי שלא על ידי רפורמה או חקיקה, אלא באמצעות החוקים הנשארים על כנם מול תנאים חיצוניים משתנים. כך, לדוגמה, מראה האקר (Hacker, 2004) כיצד הצטמצם היקף הכיסוי הביטוחי במערכת הבריאות הציבורית בארצות הברית בשל העדר החלטה (non decisions) של מקבלי החלטות שמרנים, שנמנעו במכוון מסגירת הפערים הצומחים בכיסוי הביטוחי.

מאז חקיקתו של חב"מ ניצבה מערכת הבריאות הישראלית לפני תהליכים דומים של סחף ולפני מגמה של הפרטה במערכת הבריאות (פילק, 2006). מגמת ההפרטה במערכת הבריאות החלה להסתמן כבר בשנות ה-70 המאוחרות של המאה הקודמת (פילק, 2000). מגמה זו נעצרה לתקופה קצרה מאז חקיקתו של החוק. אך כפי שנראה בהמשך דיוננו, מאז 1997 היא החלה לבלוט שוב, וביתר שאת, במערכת הבריאות הישראלית. מדיניות ההפרטה לא רק שלא הלמה את הרציונל המקורי של החוק (Chernichovsky & Chinitz, 1995; Gross, Rosen & Chinitz, 1998), אלא התאפשרה גם בשל הלאמתם של מערכת הגבייה ותשלומי המס המקביל והמס האחיד. מגמת הריכוזיות שהתחזקה עם

השנים לאור שינויי חקיקה רבים, כפי שנראה בהמשך, יצרה את מה שנראה כפרדוקס לכאורה – הפרטה באמצעות ריכוזיות – תופעה שפירסון כאמור איתר זה מכבר (Pierson, 1995).

פירסון (Pierson, 1995) מציע מסגרת תיאורטית לניתוח תהליכים מרכזיים הנוגעים למדינת הרווחה ובמיוחד לניתוח האסטרטגיות הננקטות לצמצומה, ומצביע על מספר אסטרטגיות לצמצום מערכתי של מדינת הרווחה (Pierson, 1995, pp. 15-17): (א) הממשלה יכולה ליצור קיצוץ שיטתי בתקציבי רווחה על ידי הקטנת ההכנסות הממשלתיות לטווח ארוך, כך שגם אם ממשלות בעתיד ירצו להגדיל תקציבי רווחה, יהיה זה כמעט בלתי אפשרי. ניתן לצמצם הכנסות לטווח הארוך על ידי הפחתת מסים או אי העלאת מסים, מכירת נכסים המניבים הכנסות לטווח ארוך, כניסה לגירעון תקציבי וגידול בהוצאות אחרות, כמו ביטחון. (ב) הממשלה יכולה לאמץ מדיניות המתבססת על אספקה פרטית של שירותים, כדי להשפיע על דעת הקהל ולעורר התנגדות ציבורית למדינת הרווחה (כהן, מזרחי ויובל, 2008, עמ' 9). (ג) ניתן לשנות מוסדות פוליטיים ותהליכי קבלת החלטות בנוגע למדינת הרווחה המביאים גם לשינוי מדיניות. הגברת ריכוזיות בתהליכי קבלת החלטות עשויה להקנות שליטה למתנגדי מדינת הרווחה, בעוד שביזור יכול להעביר אחריות על תוכניות רווחה לרמת השלטון המקומי. (ד) אפשר להחליש קבוצות אינטרס המצדדות במדינת הרווחה; למשל: מדיניות המעלה את רמת האבטלה מחלישה את כוחם של איגודי עובדים.

אלא שאסטרטגיות אלה עשויות להקטין את תמיכת הציבור בפוליטיקאים, ועל כן הן כרוכות במחיר פוליטי לא מבוטל. פירסון (Pierson, 1995, p. 19-25) מאתר מספר אסטרטגיות מרכזיות שפוליטיקאים המעוניינים למקסם את סיכויי בחירתם מחדש נוקטים, כדי להוריד את המחיר הפוליטי של אסטרטגיות הצמצום המערכתיות של מדינת הרווחה: (א) פוליטיקאים יכולים לווסת את המידע הנמסר לציבור, כך שתקטן מודעותו לתוצאות השליליות של צמצום מדינת הרווחה. ויסות זה מחפה על הפרטה סמויה ועל אי ערכון של עלויות תוכניות הרווחה, כמו גם על צמצום הנראות של פעולות הפוליטיקאים על ידי הבניית רפורמות עקיפות ומורכבות והעברת האחריות לקיצוצים לרמת השלטון המקומי. (ב) פוליטיקאים יכולים לנסות לפצל את האופוזיציה על ידי קיצוצים שמיטיבים עם קבוצות מסוימות ופוגעים בקבוצות אחרות. (ג) פוליטיקאים יכולים לפצות קבוצות שנפגעות בצורה משמעותית ועשויות לחולל התגייסות משמעותית נגד קיצוצים.

מאז שנות ה-80 אימצו פקידים ופוליטיקאים ישראלים, במידה רבה, אסטרטגיות אלה של צמצום מדינת הרווחה והפחתת העלויות הפוליטיות הנגזרות ממנה. אסטרטגיות אלה אף שימשו במידה רבה בקביעת המדיניות הציבורית והמבנה המוסדי בזירת מדיניות הבריאות, בעיקר מאז שנות ה-90 ועד היום (דורון, 1999). להלן נציג את השינויים העיקריים בתחומים אלה.

השינויים במדינת הרווחה ומערכת הבריאות הישראלית

רוב חוקרי מדינת הרווחה מסכימים שמאז שנות ה-80 וביתר שאת מאז שנות ה-90 אימצו הממשלות בישראל מדיניות חברתית-כלכלית הנושאת סממנים ניאוליברליים. מגמה זו באה לשיאה במחצית הראשונה של העשור הראשון למילניום השני. תחילת העשור הראשון של שנות ה-2000 אף הוגדרה כ"שנות הרזון והצנע" של מדינת הרווחה בישראל (דורון, 2007, עמ' 53). אכן עוד ועוד מחקרים מתקבצים כדי להעיד שהמדיניות הציבורית-החברתית בישראל, בשלושת העשורים האחרונים, פעלה בכיוון כללי של צמצום: צומצמו תוכניות רווחה; המדינה צמצמה את מעורבותה באספקת שירותים בסיסיים והפריטה שירותים אחרים בתחומי מדיניות שונים; צומצם המגזר הציבורי; ארגוני העובדים הוחלשו; נעשו ניסיונות לחקיקה שתגביל ביטחון תעסוקתי לעובדים (בראלי, גוטוויץ ופרילינג, 2005; דורון, 1999; סבירסקי, 2005; Swirski, 1999). מגמת הצמצום ונסיגתה של המדינה הובחנה אף בתחום שירותי הבריאות (פילק, 2001; 2000; אפשטיין וחורב, 2007). רוב החוקרים אף סבורים ששינוי המדיניות כרוך בשינוי תפיסתי אידיאולוגי של מקבלי ההחלטות בישראל. כך הציעו הליכוד והעבודה, כמו גם מפלגת קדימה בראשותם של אריאל שרון ואהוד אולמרט אחריו, תוכניות קיצוץ כלכליות זהות למדי, עם שינויים לכאן ולכאן. בקובץ מאמרים חשוב בעריכתם של בראלי, גוטוויץ ופרילינג (2005) שהתפרסם לא מכבר נטען, שאין התפנית האידיאולוגית מאפיינת את הפוליטיקאים והפקידים בלבד, אלא את החברה הישראלית כולה. הטענה היא, שמשנות ה-80 עוברת החברה הישראלית מהפכה, שהפכה אותה לבעלת אוריינטציה כלכלית ניאוליברלית, המקדשת את כוחות השוק וערכים אינדיווידואליסטים וחשופה להשפעות הגלובליות בתחום זה של מדינות המערב. אף כי ממצאים אחרונים אינם מספקים אישוש אמפירי לטענה שדעת הקהל בישראל משקפת תפיסה ניאוליברלית (כהן, מזרחי ויובל, 2008), הרי שעל פי רוב, אין הציבור הרחב בישראל משפיע על מקבלי ההחלטות לנקוט מדיניות חברתית מרחיבה. אכן ספרות המחקר עמדה זה מכבר על היעדרו של קהל בוחרים המשפיע על הפוליטיקאים בעניין החברתי (דורון, 2003, עמ' 292; 2003, עמ' 427; 2007), על היות ה"פוליטיקאים קצרי ראות המונעים על ידי אינטרסים סקטוריאליים" (אבנימלך ותמיר, 2002) ועל מניפולציות שתכליתן להציג את הפרטת תוכניות הרווחה כניסיון להגדיל את חופש הבחירה של תושבים ולהביא להתייעלות (גל, 1994).

מחקרים אחרים רואים מפרספקטיבה אחרת את צמצומה של מדינת הרווחה בישראל, ומסבירים זאת בשינויים מבניים בחברה הישראלית. על פי רוב מחקרים אלה מצביעים על שנת 1985 ועל תוכנית הייצוב שאימצה אז ממשלת האחדות כנקודת מפנה מוסדית (בראלי, גוטוויץ ופרילינג, 2005). תוכנית זו שינתה את מאזן הכוחות בכך שהחלישה את ההסתדרות ששלטה בקופת חולים כללית (גרינברג, 1993) וחזקה את כוחו של האוצר

בכלכלה ובחברה הישראלית (גרינברג, 1996; 2007; שלו, 2004; Maman, 2002). מאז עשה משרד האוצר שימוש נרחב בחוק ההסדרים (מאור ובר ניר, 2008) בתחומי מדיניות שונים, ובכללם מדיניות הבריאות (שפרלינג וכהן, בדפוס; Horev & Babad, 2005), בנצלו את העובדה שהוא מפעיל לחץ רב על הקואליציה הפוליטית להעביר את כלל שינויי החקיקה כמקשה אחת.

בתוך כך סבלה מערכת הבריאות הישראלית ממשברים כלכליים רבים (Chernichovsky & Chinitz, 1995). תוכנית הייצוב של שנת 1985, שאליה נלווה חוק ההסדרים (נחמיאס וקליין, 1999), הכתיבה מדיניות ממשלתית של מאבק באינפלציה הגואה, תוך החלטה של אנשי אגף התקציבים באוצר שהיעד העיקרי הוא צמצום הגירעון התקציבי, ולא חידוש הצמיחה הכלכלית (דרי ושרון, 1994). בלימת האינפלציה החריפה את המשבר התקציבי של מערכת הבריאות (גרינברג, 2007, עמ' 179).

לאחר תהליך פוליטי מרתק ארוך ומורכב מאוד, חוקקה כנסת ישראל ביוני 1994 את חוק ביטוח בריאות ממלכתי (חבב"מ). החוק הבטיח לכלל האזרחים סל בריאות בסיסי רחב מאוד יחסית (על פי סל הבריאות שהציעה באותה העת קופת חולים כללית), ובכך אף כינס את רוב מימון המערכת תחת חסות ממשלתית, בהעבירו את גביית מסי הבריאות לביטוח הלאומי שמחלקם בין הקופות על פי נוסחת הקפיטציה. משמעות התהליך היתה למעשה הלאמה של מנגנון גביית כספי מימון המערכת והקצאתם בד בבד עם הטלת האחריות לאספקת מוצרי ושירותי הבריאות על קופות החולים, אשר הפכו למלכ"רים האמורים לקיים ביניהם תחרות מבוקרת. שינויים אלה החלישו את כוחה היחסי של קופת חולים כללית, ובמקביל עוררו תהליכי הפרטה של שירותים שלא נכללו בסל הבריאות הבסיסי.

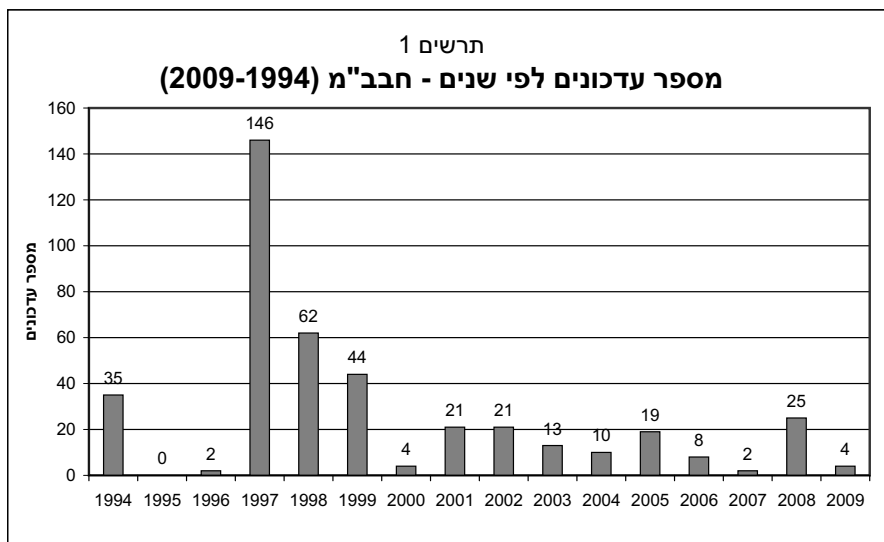
מחקרים רבים מלמדים שלמרות רמתה הגבוהה יחסית של מערכת הבריאות הישראלית, לא השיגו חקיקתו ויישומו של חבב"מ את כלל המטרות שהוצגו במבוא לחוק. במחקרים רבים נמצא קשר בין רמת הבריאות היחסית של אוכלוסיות בישראל לבין מאפייניהן (מגדר, מגזר, אזור מגורים ומצב חברתי-כלכלי). כך חוברים קריטריונים חברתיים-כלכליים שונים ליצירת שינוי ברמת הנגישות ומתוך כך גם באיכות שירותי הבריאות אצל מגזרים חלשים יותר (ניראל ורוזן, 2004; הלר, 2002; קופ, 2001; גרוס וברמלי-גרינברג, 2001; שמואלי וגרוס, 2001; סבירסקי, 1999; צ'רניחובסקי ואחרים, 2003, עמ' 7; גרוס וברמלי-גרינברג, 2004; אפשטיין וחורב, 2007, עמ' 10-21; גרוס, ברמלי-גרינברג ומצליח, 2007, עמ' 4-21). עיקר הקפוח בשירותי הבריאות, לפני ואחרי החלת חבב"מ, היה אצל הקשישים, בעיירות הפיתוח ובמגזר הערבי (שוכל ואנסון, 2000), גם אם המגזר הערבי מגלה מידה קצת יותר גדולה של אמון באנשי מערכת הבריאות מאשר כלל האוכלוסייה (מזרחי, ויגודה-גדות וכהן, 2009).

את התהליכים הללו במערכת הבריאות ניתן להבין אף תחת ההקשר הרחב של נסיגתה של מדינת הרווחה, שתואר בקצרה לעיל. עתה נפנה להסביר את התיקונים החקיקתיים העיקריים בחבב"מ כחלק מהקשר זה.

הפרטה באמצעות ריכוזיות, כפי שמשקפת בראי שינויי החקיקה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי

בחלק זה של המאמר אנו מציעים ניתוח שיטתי של התיקונים הרבים שחלו בחבב"מ, תחת הרציונל של הפרטה באמצעות ריכוזיות במערכת הבריאות בישראל. ניתוחנו מתבסס על 31 ראיונות עם פוליטיקאים, פקידים וחוקרי מדיניות בריאות ועל ניתוח מקורות טקסטואליים ראשוניים ומשניים, כגון פרוטוקולים של ועדות שונות, דברי ימי הכנסת, עיתונות כתובה ומקוונת וספרות מחקר. הנשאלים נבחרו תוך שימוש במתודת "מדגם כדור השלג" (Cohen & Arieli, 2011). אך בעיקר אנו מתבססים על כלל תיקוני החקיקה שנעשו בחבב"מ מאז חקיקתו בכנסת (יוני 1994) ועד אוקטובר 2009. במסגרת המחקר נסקרו כל הפרסומים ברשומות, שנגעו לחבב"מ, לרבות תיקוני חקיקה, הוראות שעה, הוראות מעבר ופרסומים אחרים. תיקון במאמר זה מתייחס לכלל סעיף או תת סעיף בחבב"מ שהוכנס בו שינוי במהלך התקופה מאז נחקק החוק וכן לכלל סעיף או תת סעיף שהתווסף או נגרע בשלמותו מהנוסח המקורי של חבב"מ, מאז פורסם לראשונה בשלהי יוני 1994 (ס"ח 1469).

במבט כללי, כפי שניתן ללמוד מהתרשים שלהלן, מאז אישור חבב"מ בכנסת ועד אוקטובר 2009 הוא תוקן 416 פעמים, רובן בין השנים 1997-1999. רוב התיקונים (388) היו תיקוני חקיקה שנעשו בסעיפי החוק השונים, 379 מתוכם נעשו בגוף החוק ועוד תשעה בסעיפי אחת התוספות לחוק. מלבד זאת פורסמו ברשומות עוד 28 התייחסויות הנוגעות לנושאים הקשורים לחוק ("תיקונים עקיפים"). אחד הגורמים החזקים ביותר שהשפיעו ומשפיעים על עיצובו של חבב"מ הוא חוק ההסדרים. כך, מתוך כלל התיקונים בחוק, נעשו 280 מהם בחקיקה דרך פרק הבריאות בחוק ההסדרים ובמסגרת החוקים להבראת כלכלת ישראל (כולל תיקוני חקיקה שנערכו במסגרת התוכנית הכלכלית לשנים 2009 ו-2010). אחת הסיבות המרכזיות לכך היא שכלי זה משיג תוצאות מהירות תוך זמן קצר, בעיקר מכיוון שהחוק עובר כמקשה אחת, ואי העברתו בכנסת משמעותו אי אמון בממשלה ופיזור, עניין שפוליטיקאים על פי רוב נרתעים ממנו (ראיונות: גלנטי, 2008.3.23; הבר, 2009.2.12; ופנר, 2008.2.10).

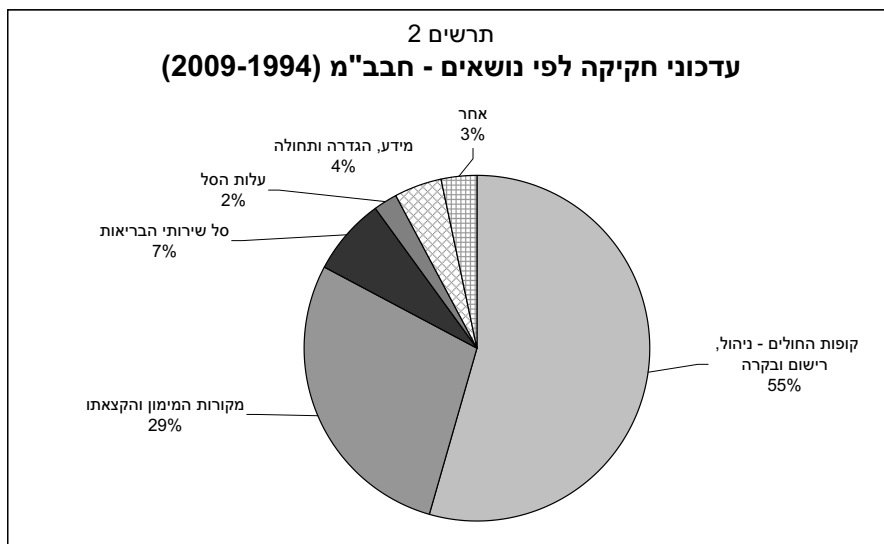


הלוח שלהלן והתרשים הממחיש אותו פורסים תמונת מצב עדכנית של מספר התיקונים שנעשו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לפי נושאים שונים. מעיון בלוח ובתרשים עולה ש-50% ויותר מתיקוני החקיקה שנעשו בחבב"מ נגעו לעניינים הקשורים לניהול קופות החולים והאכיפה הנוגעת אליהן; למשל: ניהול ענייני הקופה, נוהלי רישום החברות בקופה, נקיטת אמצעים נגד קופה ועוד. כך בין 1997 ל-1999 יזם האוצר שורה של תיקוני חקיקה הקשורים לעצמאותן הניהולית והארגונית של הקופות, ביניהם חוק חובת מכרזים עליהן, איסור הקצאת כספים רבים מדי לשיווקן לציבור, הגבלות על רכישת נכסים, אפשרות להפעיל סנקציות על דירקטורים שלהן ופיקוח עליהן, הגבלת מעבר מבוטחים אליהן אם הן נכנסות לגירעון, ואולי החשוב מכול – מינוי חשב מלווה לקופות (חבב"מ, תיקון 5, ס"ח 1607; תיקון 7, ס"ח 1645; תיקון 9, ס"ח 1704). מלבד תיקונים אלה, נגעו 29.1% מהתיקונים במקורות המימון והקצאתו, ובהם תיקונים בנושאים כגון תשלומי החברים, מס הבריאות, חלוקת התקבולים ומקורות המימון לסל. שאר התיקונים נגעו בסל שירותי הבריאות (7.5%), עלות הסל (2.2%), עדכונים בנושא מידע, הגדרות ותחולה (4.3%) ואחרים (3.1%).

לוח 1

עדכוני חקיקה לפי נושאים - חבב"מ (1994-2009)

אחוז העדכונים שבוצעו	מספר העדכונים שבוצעו	הנושא
		קופות החולים - ניהול רישום ובקרה
16.8%	70	נהלי רישום החברות
19.0%	79	ניהול ענייני הקופה
8.7%	36	נקיטת אמצעים נגד קופה
3.8%	16	שירותי בריאות נוספים
3.8%	16	עונשין ופניה לערכאות
1.7%	7	כפל שירותים
53.8%		סה"כ
		מקורות המימון והקצאתו
13.0%	54	תשלומי חברים
7.9%	33	מס בריאות
3.8%	16	מקורות מימון
4.3%	18	חלוקת תקבולים
29.1%		סה"כ
7.5%	31	סל שירותי הבריאות
2.2%	9	עלות הסל
		עדכונים אחרים
1.4%	6	מידע
2.6%	11	שינוי הגדרות
0.2%	1	תחולה
4.3%		סה"כ
3.1%	13	אחר
100.0%	416	סה"כ



הניתוח השיטתי שנביא להלן מעיד על מגמה של ריכוזיות, העולה מתוך תיקוני החקיקה הרבים בנושא מקורות המימון של מערכת הבריאות ותפקידם של משרד הבריאות ובעיקר משרד האוצר בניהולן של מערכת הבריאות ושל ארבע קופות החולים. מיד בעקבותיו נציג ניתוח דומה שתכליתו להצביע על מגמה מקבילה של הפרטה במערכת הבריאות הישראלית. מגמה זו תבוא לידי ביטוי בעיקר בצמצום ההשתתפות הציבורית במימון מערכת הבריאות בהשוואה להשתתפות הפרט, מה שמגביר את תופעת "הפרטת הסיכונים", שמשמעותה היא שאזרחים נאלצים למצוא בעצמם פתרונות שונים לבעיות של מחסור במוצרי ובשירותי בריאות.

תיקוני חקיקה בחבב"מ – מגמות של ריכוזיות

מבחנה של עצמאות ארגונית מותנה בראש ובראשונה בעצמאות התקציבית של הארגון, כלומר ביכולתו לייצר לעצמו מקורות הכנסה עצמיים. מכאן שכל מדיניות ציבורית או תיקוני חקיקה החותרים לצמצם ייצור משאבים כלכליים של ארגוני הבריאות משקפים גישה ריכוזית של מקבלי ההחלטות. תיקונים משמעותיים שנערכו בחבב"מ אכן משקפים מגמה כזו. עם החלתו של החוק, נחלקו מקורות מימון לארבעה חלקים עיקריים: מס בריאות שהחליף את המס האחד, נגבה בידי המוסד לביטוח לאומי ומועבר לקופות לפי חלקם היחסי של המבוטחים בהן ולפי עקרונות בסיסיים של נוסחת הקפיטציה (38%); מס מקביל, שהוטל על המעסיקים, בשיעור של 4.95% משכרו של כל עובד (39%);

השתתפויות עצמיות (5.4%); מימון מתקציב המדינה (17.5%) (הכנסת, מרכז המחקר והמידע, 2007).

גם אם לא הכול מסכימים על כך, בעיני רבים היה ביטול המס המקביל אחד התיקונים המשמעותיים ביותר בחב"מ. במקור נקבע (חוק מס מקביל, תשל"ג-1973) שמעביד חייב לשלם למוסד לביטוח לאומי 2.7% מהכנסתו של כל עובד, כדי שזה יעביר אותו לקופת החולים כחלק מדמי הביטוח. בשנת 1995 היתה עלות הסל 12.2 מיליארד ש"ח. דמי הביטוח שנגבו מהמבוטחים עמדו על כ-4.6 מיליארד, והמס המקביל נאמד ב-4.8 מיליארד ש"ח בקירוב. מנתונים אלה עולה שהשתתפות המדינה בתקציב הבריאות עמדה על שני מיליארד ש"ח, מה שהבטיח שרובו של הסכום יגיע לקופת, ללא תלות ברצונה של הממשלה (אבולעפיה, 2008, עמ' 69). גם בשנה שלאחר מכן היו מס הבריאות והמס המקביל 85% ממקורות המימון שיועדו לאספקת שירותי הבריאות (חורב, 2004, עמ' 19). בינואר 1997 בוטל המס (חוק מס מקביל, תיקון 16, ס"ח 1607). החוק תוקן, בין היתר, בעקבות לחץ מצד התאחדות התעשיינים וקהילת אנשי העסקים הישראלית, שביקשו להקל על המעסיקים (ריאיון: גיסין, 2.11.2008), אף כי בפועל לא היתה לכך השפעה של ממש על עלויות ההעסקה (שלו, 2003, עמ' 224). לבסוף, סוכם שהממשלה תשלם חלק זה לקופה במקום המעביד. יתרונות התיקון, כפי שהוצגו בידי אנשי האוצר, היו הוזלת עלויות ההעסקה ועידוד הצמיחה (ראיונות: קוגן, 2.3.2008; פרידמן, 26.2.2008), פישוט הליכי הגבייה דרך הביטוח הלאומי ושיפור הזרמת מקורות המימון לקופת, שכן חלק גדול יותר מהם יוזרם ישירות מתקציב המדינה ולא יהיה תלוי בהשפעות עונתיות ואחרות של הגבייה מהציבור (חורב: שם).

ביטולו של מס מקביל, תוך מחויבות שמקורות המימון שיחליפו אותו יבואו מתקציב המדינה, הוצג כצעד טכני בלבד (בן נון, 2009) שמטרתו להקל על המעסיקים ולעודד את הצמיחה במשק. אנשי האוצר הציגו בזמנו את היוזמה ככזו שתעודד מעסיקים להעסיק עוד עובדים. כפי שנראה בהמשך וכפי שכבר עלה בספרות (שלו, 2003, עמ' 225; כהן, 2010א, עמ' 91), ספק רב אם זו היתה מטרתם העיקרית של מקדמי היוזמה. ואולם גם אם אכן זו היתה מטרתם, הרי שעדיין מתקבלת תמונה של מדיניות בריאות המושפעת ונשלטת בידי מוטיבציות חיצוניות ושיקולים קצרי טווח.

רבים סבורים שאין בביטול מס מקביל משום פגיעה בתחום הבריאות, כי "אם הכסף היה מסומן ובכל זאת לאוצר היתה מצוקה תקציבית, האם אז הוא לא היה מוצא מקום אחר להוריד?" (ריאיון: ליפשיץ, 12.10.2008), כי "גם תקציב הביטחון אינו מסומן, אז מדוע שתקציב הבריאות כן?" (ריאיון: קוגן, 2.3.2008), כי זה "שריד של תקופה קודמת ואינו נחוץ עוד..." (ריאיון: שני, 22.4.2008). אולם דומה שטענה זו מתייחסת רק לחצי הכוס הריקה. אמנם במקרה של מצוקה תקציבית אמור אוצר המדינה לכסות את ההפרש בין עלות סל שירותי הבריאות לבין מסי הבריאות וכספי המס המקביל, אבל מה באשר

לתקופות של עודף תקציבי? כשיש צמיחה ממוצעת של כ-4% בשנה והשכר הריאלי עולה ב-3%-2% בממוצע, הרי שללא ביטולו של מס מקביל, אמורה היתה מערכת הבריאות ליהנות מתוספת אוטומטית של 6%-7% בכל שנת צמיחה. עתה, עם ביטול המס, כשמערכת הבריאות זקוקה לתוספת למקורותיה, היא נדרשת לנהל דיון ולהתמודד על כך מול תחומי מדיניות אחרים (ראיונות: אורון, 24.1.2008; בן-נון, 4.12.2007; ישראל, 11.11.2008; לבנטל, 3.9.2008). תובנה זו אף עולה מזה שהיה הממונה על תחום הבריאות באוצר ואדריכלו של מהלך ביטול המס המקביל (ריאיון: פלץ, 1.1.2009). בכך למעשה נפגע חשב"מ ונגרם לו "נזק אנוש" (ריאיון: דורון, 17.2.2008). עם זאת, חובה לזכור שבפעולות שפל כלכלי מצטמצמות ההכנסות המגיעות ממס זה, ולכן עשויה השיטה להוות "חרב פיפיות" למערכת הבריאות (ריאיון: צ'רניחובסקי, 23.2.2009).

לא רק בעיתות צמיחה פעל ביטול המס לטובת מצמצמי מערכת הבריאות. בפועל רק בשנה הראשונה הועברו הכספים כולם למערכת הבריאות, ומאז עמדה הממשלה בהתחייבותה רק באופן חלקי (סבירסקי, 2007, עמ' 9). דבר זה גרם לתלות מוגברת של מערכת הבריאות באוצר ולשחיקת מקורות המימון שעמדו לרשות הקופות, לצד המכשולים וההתניות שהמדינה הציבה להן, עוד טרם סיפקה להן את ההשלמות התקציביות שהתחייבה להן. כך הונצחה תלותה של מערכת הבריאות בתקציב המדינה (בן-נון, 1999, עמ' 46; כהן, 2010א, עמ' 91).

במונחים של תהליכי צמצומה של מדינת הרווחה שדנו בהם קודם לכן (Pierson, 1995) ניתן להבין שינוי מוסדי זה, בדמות ביטולו של המס המקביל, כבנייה מחדש של אסטרטגיה של ריכוזיות תקציבית, שתכליתה לשלוט בעקיפין על משאבי ארגוני מערכת הבריאות. עם זאת, בעוד פירסון מציע אסטרטגיה זו כחלק ממהלך ארוך טווח ומתוכנן היטב שתכליתו לצמצם מימון ציבורי של מנגנוני מדינת הרווחה, האינדיקציות המוצגות לפנינו אינן מלמדות שזה בהכרח היה המצב במקרה זה. למעשה, כשמביאים בחשבון את שיקולי הטווח הקצר ואי המשילות אצל רובם המכריע של השחקנים בזירת המדיניות הציבורית הישראלית (נחמיאס וסנדר, 1999; Mizrahi & Meydani, 2003), סביר יותר להניח, שהפקידים במשרד האוצר פשוט ביקשו לשלוט על משאבים אלה. אף שביטול מס מקביל נחשב בעיני רבים מהלך המשפיע רבות על מערכת הבריאות לטווח הארוך, העדר תהליך קבלת החלטות מסודר והעובדה שהתיקון עבר דרך יוזמה בחוק ההסדרים מלמדים על אופיים קצר הטווח של השיקולים המנחים את כלל השחקנים. עוד ניתן ללמוד מכך לדעתנו על האילוצים המבניים ועל ההתנהגות הפוליטית של פוליטיקאים ופקידים. בהקשר זה בולטת הסתרתם של הפוליטיקאים מאחורי פקידי האוצר, מתוך חשש ממחירה הפוליטי של מגמת הפרטה זו. כך או אחרת, במבחן המעשה הרי שמיום ביטולו של המס המקביל הפכו קופות החולים תלויות יותר ויותר בפקידי האוצר.

מלבד השינוי המוסדי כבד המשקל בדמות ביטולו של מס מקביל, הוגברה במהלך שנות יישומו של חב"מ מעורבות המדינה בניהול ענייני הקופות, כפי שמשקף מהמגוון הרב של התיקונים בחוק, שתכליתם היתה להכפיף את תקנוני הקופות לאישור שר הבריאות, להשפיע על הרכב חברי הדירקטוריון בקופות, לקבוע כללי התקשרות בין קופה לתאגיד חיצוני, להרחיב את מנגנוני הפיקוח התקציבי עליהם ולהכתיב כללים בדבר אספקת שירותי ביטוח משלים. בזה האחרון בולטת התערבותה של המדינה באמצעות חוק ההסדרים בהוצאתן של התרופות מצילות החיים ומאריכות החיים מסל הבריאות בשנת 2008, כפי שיתואר בהמשך.

כאמור, חלק הארי של תיקוני החקיקה מאז חקיקת חב"מ נוגעים לנושאים שעניינם הניהול השוטף של קופות החולים. בשל מסגרת הדיון המצומצמת נתייחס רק לחלק מהם. חלק מהתיקונים התייחסו למוסדות של קופות החולים, לתקנון הקופה ולהבטחת זכויות המבוטחים באותו תקנון. בשנת 1997 נוסף לחוק פרק שלם העונה על צורך זה (פרק 11), שכותרתו כללים לניהול ענייניהן של קופות החולים (חב"מ, תיקון 5, ס"ח 1607). באותה שנה אף פורסם התיקון האומר שאין הקופה רשאית לרכוש שליטה בתאגיד אחר או להתקשר במיזם עם גורם חיצוני, אלא אם התמלאו קריטריונים שונים המפורטים בגוף התיקון (חב"מ, תיקון 5, ס"ח 1607). בשנה זו, כאמור, אף הוסמכו שר הבריאות ושר האוצר למנות חשב מלווה לקופות, וניתנו בידיו סמכויות לא מבוטלות. בשנת 1998 הוסף לחוק סעיף שלם הנוגע לשירותי בריאות ביישובים קטנים, ומטרתו המוצהרת היתה למנוע כפל שירותים בין הקופות השונות (חב"מ, תיקון 7, ס"ח 1645). בשנת 1999 עודכן בחוק מנגנון שיאפשר למנכ"ל משרד הבריאות למנות ועדה שתבחן את אופן ניהול ענייני הקופות ולהטיל עליהן סנקציות שונות (חב"מ, תיקון 9, ס"ח 1704). בשנת 2002 התווספה שורה של תיקונים המאפשרים לנקוט אמצעים מול קופות החולים ופעילות הדירקטורים שלהן (שם, תיקון 16, ס"ח 1821). אחת השאיפות הגדולות של האוצר היתה לשנות את תקנוני קופות החולים (בעיקר כללית ולאומית), כך שדירקטורים מטעמו ייכנסו להנהלתן. באופן זה הוא ביקש, למעשה, לשלוט בדרישותיהן של הקופות ובביקושים שלהן (ריאיון: גיסין, 2.11.2008). בשנת 2008 נקבע, ששרי הבריאות והאוצר רשאים, באישור ועדת הכספים של הכנסת, לקבוע בצו את היקף ההוצאה המרבית שרשאית להוציא כל קופת חולים על אשפוז בבתי חולים פרטיים, לפי התניות שונות (שם, תיקון 38, ס"ח 2125).

אולם, כאמור, אחד התיקונים המשמעותיים שנעשו בחוק נוגע להוצאת התרופות מצילות החיים משירותי הבריאות הנוספים (שב"נים). במסגרת דיון זה לא ניגע בשאלה אם תרופות אלה אכן מצילות חיים או לא, אלא נתמקד רק במהות החקיקה. תיקון זה, שנחקק אף הוא בשנת 2008, קובע שתוכניות השב"ן של קופות החולים לא יכללו תרופות מצילות חיים או מאריכות חיים (חב"מ, תיקון 38, ס"ח 2125). מלכתחילה לא התקבלה ההחלטה

להכניס לסל הבריאות תרופות מצילות חיים בחקיקה, אלא היתה החלטה מנהלתית שהתקבלה ואושרה במשרד הבריאות. עד שנת 2007 לא צוינו תרופות למחלת הסרטן ברשימות השב"ן של קופות החולים. אולם כבר בשנת 2004 כללה מאוחדת כיסוי מסגרת לתרופות אלה במסגרת ביטוח שיא (לא פירוט של תרופות, אלא מסגרת של תנאים הקובעים אילו תרופות אפשר לכלול), ומכבי כללה בשב"ן שלה תרופה מניעתית למחלת הסרטן (ריאיון: סמוך, 3.9.2008). בתחילת שנת 2007 הגישו קופות החולים הצעה להכניס תרופות מצילות חיים לשב"נים שלהן. ההצעה עברה את אישור הסמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות וקיבלה את אישור השר (ריאיון: ליפשיץ, 12.10.2008). המאשרים סברו שאף שאין הוא מושלם, מהלך זה מספק למערכת הבריאות מענה לסוגיית התרופות מצילות החיים לאלה שיש להם ביטוח המשלים, המהווים 70% מהאוכלוסייה (סמוך וליפשיץ, 2008; רוניק, 2007).

הכנסת תרופות אלה לשב"נים של הקופות, ובמיוחד לביטוח פלטינום של הכללית, עוררה התנגדויות עזות במשרד הבריאות עצמו (בן-נון, 2007; ריאיון: קידר, 16.9.2008), אצל חברי כנסת שונים ובמשרד האוצר, אשר חברו כולם לבטל את האישור. המתנגדים למהלך מתוך משרד הבריאות ומהכנסת, שהסתייעו במשפטנים של משרד המשפטים, טענו שהכנסת התרופות לשב"ן פוגעת באופיו השוויוני של חבב"מ ומרעה את מצבן של האוכלוסיות החלשות (ראיונות: אורון, 24.1.2008; גיסין, 2.11.2008; פילק, 5.6.2008). אחד מפקידי אגף התקציבים במשרד האוצר טען אף הוא שערך השוויון עמד לנגד עיניהם של פקידי האוצר בהתנגדותם לחוק (ריאיון: קוגן, 2.3.2008). אולם דומה שהחשש העיקרי של פקידי האוצר היה דווקא הפוך. למעשה נבע חששם מהמחשבה שדעת הקהל לא תאפשר פער גדול ומהותי בין סל הבריאות הבסיסי לזה המוצע כשב"ן. ההיגיון של האוצר, כפי שמתארים זאת פקידי משרד הבריאות בראיונות שנערכו עמם, הניח שהביטוח הבסיסי יושפע, במשך הזמן, מהביטוח המשלים, משום שככל שיגדל הביטוח המשלים, ייווצר לחץ להשוות אליו את זה הבסיסי (ראיונות: ליפשיץ, 12.10.2008; סמוך, 3.9.2008; קידר, 16.9.2008; שני, 22.4.2008). לימים זכתה טענה זו לאישוש בריאיון שנערך עם רכז הבריאות באוצר בעצמו (ריאיון: בר-סימן טוב, 4.5.2009). כך הגיע האוצר לתוצאה שספק אם ניתן היה לחזותה מראש.⁴ לבסוף, בשנת 2008, תוקן באמצעות חוק

4 למעשה נעשה מהלך זה נעשה ביוזמתו של חבר הכנסת חיים אורון, אשר הוביל להסכם שלפיו ייתוספו לתקציב סל שירותי הבריאות בין 120 ל-150 מיליון ש"ח בכל אחת משלוש השנים מאז התיקון, בתוספת סכום מסוים לחיסונים (סמוך וליפשיץ, 2008). משרד הבריאות ואחרים עמו הציעו עדכון קבוע של 2% בשנה, אולם משרד האוצר סירב מתוך חששו לאבד את הדומיננטיות והשליטה שלו בתהליך התיקון. לבסוף הסכים האוצר לתוספת בסל, אך התעקש שהתוספת תהיה בשקלים ולא באחוזים (רוניק ובסוק, 2007). בעוד יש הטוענים שזוהי דוגמה להליך פוליטי מאלץ המשיג הסכמה בין גורמים מנוגדים (ראיונות: אורון, 24.1.2008; דורון, 17.2.2008), היו שטענו שהמצדד הנלהב ביותר היה משרד האוצר, אשר כינה את הוצאת התרופות מצילות החיים כ"הצלחה" (ריאיון: קוגן, 3.2.2008) ושמלכתחילה היה בעדו (ריאיון: בלשר, 10.2.2008). עוד נטען שגם מובילי המהלך "הבינו שניתן לסגור רק שלוש שנים קדימה עם האוצר ולא לשנות לגמרי את השיטה" (ריאיון: שני, 22.4.2008).

ההסדרים סעיף 10 (ב') בחב"מ, ונקבע שתוכנית השב"ן של קופת חולים נתונה לא תכלול תרופות מצילות חיים או מאריכות חיים (חבב"מ, תיקון 38, ס"ח 2125).

יש לראות את פעילותן של הקופות להגדלת כוחן על ידי הכנסת תרופות מצילות חיים לשב"נים, כמו גם את העובדה שזכו להכשר לכך מהרגולטור, גם כתגובה למצב המבני שנכפה עליהן ולמצוקתן התקציבית. בלב מצב זה ניצבת המגמה שמובילים פקידי האוצר, לעודד את החלק הפרטי בהוצאות רבות הקשורות לבריאות אצל משקי הבית, ומגמת ההפרטה הפוקדת את מערכת הבריאות הישראלית. מגמה זו תתואר עתה, תוך התמקדות בתיקוני החקיקה הרבים שנעשו בחבב"מ מאז חקיקתו.

תיקוני חקיקה בחבב"מ – מגמות של הפרטה

מגמת ההפרטה מאפיינת את מערכת הבריאות כחלק מצמצומה של מדינת הרווחה החל בסוף שנות ה-70 (פילק, 2001). גם אם מגמה זו הואטה לתקופה קצרה מאוד, עם החלתו של חבב"מ, הרי שכבר בשנת 1997 הובחנה מגמה כללית מואצת של הפרטה במערכת הבריאות הישראלית, כפי שיוצג להלן.

הלאמת מערכת הגבייה, הבטחתו של מס הבריאות כ"מסומן" עבור שירותי בריאות והפיכת הקופות למעין מלכ"רים המקיימים ביניהם תחרות המבוקרת בידי המדינה בשנת 1995 הקנו לממשלה שליטה גדולה יותר על ספקי הבריאות. אולם מאז 1995 הגבירה הממשלה את שליטתה הריכוזית ואת פיקוחה על קופות החולים על ידי שורה ארוכה מאוד של תיקונים בחוק. שליטה זו אפשרה לפקידים באוצר צמצומים הדרגתיים ומתמשכים של מימון המערכת. אין ספק בכך שרובם המכריע של פקידי האוצר, כמו גם אישים רבים באליטה הפוליטית, הפקידותית, הכלכלית והאינטלקטואלית, מחזיקים בתפיסת עולם המקדשת את השוק פרטי ואת הקטנת מעורבות המדינה. אך יש הבדל מהותי בין תפיסת עולם לבין פעילות ממניעים אידיאולוגיים ארוכי טווח. אנו טוענים שהאסטרטגיות הספציפיות שבהן בוחרים שחקנים אלה מכוונות לצמצם עלויות פוליטיות ואישיות לטווח הקצר, לצד אילוצים מבניים ותרבותיים האוכפים גם הם, במידה רבה, חישובי טווח קצר. זאת ועוד, גם אם היו שיקולים אידיאולוגיים המוטיבציה העיקרית של השחקנים בזירת המדיניות, הרי שעדיין יש הבדל גדול בין ראייה אידיאולוגית עקבית לבין היכולת לממש אותה. בסוף התהליך נוצר הרושם שהוא מבוסס על מהלכים אידיאולוגיים מתוכננים וארוכי טווח של גורמים בעלי עוצמה, אלא שזהו רושם חיצוני מוטעה בלבד, כפי שיוצג להלן.

כפי שצוין לעיל, במבחן המעשה, בין התיקונים המשמעותיים בחוק היה ביטולו של מס מקביל. ביטול החוק סייע בידי האוצר, בתהליך של סחף (drift), בצמצום הדרגתי

ובהפרטה סמויה של המערכת דרך הקפאת תקציבים משנים קודמות ללא צורך בתיקון (שהרי עם גידול מספר העובדים, היו מקורות מס מקביל אמורים לגדול עמו אוטומטית). המימון הציבורי של מערכת הבריאות מסך ההוצאה לבריאות פחת משמעותית בשנים אלה (בן-נון וקידר, 2007, עמ' 2-71). בשנת 2004 ניצבה ישראל במקום ה-20 מתוך 28 מדינות בגודל ההוצאה הלאומית על בריאות (כולל שירותים במסגרות פרטיות), עם שיעור של 8.2% מהתמ"ג (הלמ"ס, 2007). דו"ח שפרסמה הלמ"ס בשנת 2009, ואשר התאים את הצגת נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות לפי מגזר מממן לזו הנהוגה בארגון הבריאות העולמי, מצביע על כך שבשנת 2007 הגיע המימון הפרטי (ללא מס בריאות) ל-43% מההוצאה הלאומית לבריאות (הלמ"ס, 2009). תהליך צמצום תקציבי הבריאות אינו משקף את רצונו של הציבור הישראלי, המעוניין להגדיל את מעורבות המדינה באספקת שירותי בריאות, ואף מוכן לשלם על כך יותר מסים, גם בהשוואה לתחומי מדיניות אחרים (כהן, מזרחי ויובל, 2008).

האקר (Hacker, 2004) מגדיר סחף כההליך הפרטה סמוי, המתוכנן היטב מראש בידי שחקנים בעלי עוצמה. אולם בשונה מניתוחו של האקר, במקרה הישראלי אינדיקציות רבות מצטרפות יחדיו ומרמזות שהקיצוצים התוספתיים הרבים בתקציב מערכת הבריאות לא היו תוצאה של תהליך ארוך טווח מתוכנן, אלא יותר תוצאה של ניסיונות והחלטות אד-הוק קצרות טווח, שנעשו בידי פקידים שונים (ראיונות: אורון, 24.1.2008; גפני, 1.5.2008; ישראלי, 11.11.2008; שני, 22.4.2008; שרף, 5.6.2008). לתפיסה זו בדבר העדר מדיניות מתוכננת ארוכת טווח אצל מקבלי ההחלטות שותף גם מבקר המדינה. בהתייחסו להגדלת אי השוויון במערכת הבריאות טען המבקר ש"בתהליך הדרגתי שלא היה פרי מדיניות מכוונת ולא ראייה כוללת [ההדגשה שלנו, המחברים] חלה ירידה גדולה בשיעור המימון הציבורי בתחום הבריאות, ובד בבד תשלומי החולים הולכים וגדלים..." (דו"ח מבקר המדינה לשנת 2007, עמ' 422). על כן ניתן לטעון, שבמקרים רבים אין שינויים אלה פרי מדיניות מתוכננת לטווח ארוך של מקבלי ההחלטות, אלא טקטיקות שתכליתן לקצור הישגים לטווח קצר. כך אנשי האוצר מצמצמים למעשה (או שאינם מעדכנים) את תקציבי מערכת הבריאות בשיטת "ניסוי וטעייה", תוך בדיקת סף הסיבולת של המערכת (ראיון: מאור, 18.10.2007) וב"שיטת הסלמי" (ראיון: סנה, 26.2.2008), לא פעם תוך שימוש "ברעיונות חצי בשלים שנורים מהמותן..." (חיניץ, 2008).

אי היכולת לתכנן לטווח ארוך במשרד האוצר, שנתפס כשחקן הדומיננטי ביותר בזירת מדיניות הבריאות (ראיונות: גרוס, 28.12.2008; שורץ, 21.7.2008), מקרינה ומשפיעה אף על התנהלותו של משרד הבריאות. על כן קשה מאוד לטעון שמדיניות הבריאות בישראל מתוכננת ומוסדרת בידי מקבלי ההחלטות, אם בשל אופי פעילותם של המשרדים (ראיונות: שני, 22.4.2008; שמר, 13.6.2008) ואם בשל התנאים המבניים בישראל, שבעטיים תעצור חולשתו של המשרד יוזמות רבות שלו (ראיונות: חיניץ, 17.8.2008;

פילק, 5.6.2008). כך למשל גם מסביר אחד היועצים המשפטיים הדומיננטיים במשרד הבריאות: "זה שהמערכת מתנהלת בצורה כזו [יוזמות שונות של האוצר ושל אחרים, המגיעות ללא תכנון ומחשבה מסודרים; המחברים] זה גורם גם לי לפעול בצורה של מחטפים. [...] האילוצים שמסביב מכתבים לי לפעול בצורה כזו. לכן אני מנסה להשיג דברים כאן ועכשיו ולא לחשוב לטווח ארוך. [...] אני לא יודע מה יהיה בעוד שנה. [...] ככה אנחנו מתחילים להתייחס לדברים בצורה לא שיטתית. מכיוון שאני לא מצליח להשתלט על הכול, אז אני מקדם דברים שחשובים לי" (ריאיון: סמוך, 3.9.2008).

עוד תיקונים חשובים היו הגדלת וגביית התשלומים מהמבוטחים לקופות והכנסת שירותי בריאות נוספים (שב"ן) בתשלום. תיקונו של סעיף 10 (חבב"מ, תיקון 7, ס"ח 1645), לאחר שתקנות בנושא לא קודמו (ריאיון: סמוך, 3.9.2008), מחליף למעשה את האפשרות שניתנה בידי קופות החולים להציע ביטוח משלים (כפי שהוא ביחס לסל השירותים הבסיסי) באפשרות שניתנה בידן להציע תוכניות לשירותים נוספים (שלו, 2003, עמ' 258). בשנת 2006 היו 71.5% ממבוטחי קופות החולים בעלי ביטוח שב"ן, לעומת 45.8% בשנת 1999 (בן-נון וקידר, 2007, עמ' 27). נמצא שמצב בריאותם של מבוטחים אלה טוב, והם נמנים עם בעלי רמות ההכנסה הגבוהות (גרוס וברמלי-גרינברג, 1997). על פי החוק זכותו של כל מבוטח להצטרף לביטוח המשלים של הקופה, והוא לא יוגבל בידי הקופה, ללא קשר למצבו הרפואי, למעט "תקופות אכשרה סבירות" (חבב"מ, סעיף 10 ג1). אולם תקופות אכשרה של קופות החולים מגיעות אף לשנתיים תמימות, כאשר מדובר באספקת תרופות שאינן כלולות בסל הבסיסי או בניתוחים בחו"ל (מאוחדת, ללא תאריך). זוהי אחת המכשלות הגדולות הניצבות לפני צרכני בריאות המבקשים לעבור מקופה לקופה (ריאיון: גיסי, 2.11.2008).

כבר מיום החלת החוק הוטלו על המבוטחים תשלומים עבור תרופות, כמו גם עבור אשפוז סיעודי מורכב, טיפולים בתחום התפתחות הילד, בדיקת חלבון עוברי ואגרת מיון. סעיף 10 לחוק קובע, שקופת חולים רשאית להציע לחבריה תוכנית לשירותי בריאות נוספים בין בעצמה ובין באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה. הקופה רשאית לבחור אילו שירותים היא כוללת בתוכנית השב"ן, ובלבד ששירותים אלה אינם כלולים בסל השירותים הבסיסי (שי, 2001, עמ' 4). עניין מהותי הוא שהתוכנית תהיה מאוזנת מבחינה כלכלית. באחת ההצעות שהועלו בחוק ההסדרים המוצע בשנת 1997 הותר לקופות לגבות עוד תשלומים שהוגדרו כ"תשלומים פרטיים" (למשל: אגרת רופא מומחה, תשלום עבור בדיקות או העלאת סכום הגבייה לתרופות). נקבע שתשלומים אלה יעודכנו מדי חודש אפריל, לפי מדד יוקר הבריאות שהרכבו פורט בתוספת החמישית לחוק. חוק ההסדרים של אותה השנה קבע שבכל שנה תעמוד תרומת הקופות על סכום "נורמטיבי" השווה ל-5.37% מעלות הסל; כלומר: עלות הסל תמומן בחלקה מגביית כספים מהמבוטחים באישור שר הבריאות וועדת הכספים (חבב"מ, תיקון 5, ס"ח 1607). בדיונים לקראת קריאה שנייה

ושלישית של חוק ההסדרים לשנת 1998 טען ח"כ רן כהן, בהתייחסו לתיקונים הללו, ש"היום באים לא לשנות איזה שינויים קלים וקטנים כאן ושם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אתם הולכים לרסק את השיטה, כשהשיטה מוכחת על ידיכם כטובה. הרי ברור לחלוטין, שברגע שבו לא יהיה סל בריאות קשיח וברגע שבו אפשר יהיה שכל קופת חולים תגבה מכל אחד מהמבוטחים שלה גבייה שונה, בזמן שהיא רוצה, כמה שהיא רוצה, ייווצרו קופות לעשירים וקופות לעניים. הרי זה שינוי טוטלי" (דברי הכנסת, 28.12.1997).

הביטוחים המשלימים והעובדה שרוב הציבור בישראל רוכש אותם (בן-נון וכץ, 2005, עמ' 644) פוגעים בעקרון השוויון, משום שדווקא השכבות החלשות והזקוקות להם ביותר לא יכולות לרכוש אותם (צ'רניחובסקי, 2004; רוזן ועמיתים, 2006). במסגרת חוק ההסדרים של שנת 1998 הוחלט להגדיל את ההכנסות של הקופות, שנכנסו לגירעונות בשל מדיניות האוצר, באמצעות תוספת תשלומים מהמבוטחים (חבב"מ, תיקון 7, ס"ח 1645). למרות הצלחתם המוגבלת של הקופות ומשרד הבריאות להפחית את גובה תשלומי המבוטחים שאליהם שאף האוצר מלכתחילה, הפכה הגדלת התשלומים לעובדה בשטח (אבולעפיה, 2008, עמ' 70), והקופות קיבלו פורמלית את האפשרות לקבוע סל שירותים ותשלומים (חבב"מ, תיקון 7, ס"ח 1645). כך, למעשה, היתה אחת ההתפתחויות הפחות רצויות, בשלהי שנות ה-2000, גידול נכבד בשיעורי ההשתתפויות העצמיות (עופר, 2007).

חובה לציין שעל פי תיקוני החקיקה בחבב"מ אין מגמת ההפרטה משתקפת כהליך לינארי לחלוטין. בהקשר זה יש לציין שפוליטיקאים שונים, שזיהו את הפוטנציאל למקסם את סיכויי היבחרותם על ידי הטבות לקבוצות שונות, קידמו אף הם שינויי חקיקה, אשר העניקו הנחה או פטור מתשלום. כך למשל הוגדל שיעורה של הנחה לרכישת תרופות הנמצאות בסל הבריאות שניתנה לאזרח ותיק המקבל גמלת הבטחת הכנסה (חבב"מ, תיקון 5, ס"ח 1607) מ-50% ל-75% (חבב"מ, תיקון 12, ס"ח 1772); בוטלה האפשרות שניתנה לרשויות מקומיות לגבות אגרת בריאות מהורי תלמידים בבתי ספר (חבב"מ, תיקון 6, ס"ח 1630); התווספה האפשרות להנחות ופטורים גם עבור אברכים המקבלים הבטחת הכנסה; לתקרת התשלום החודשית לחולים כרוניים הוכנס גם ציוד מתכלה שהחולה נזקק לו (חבב"מ, תיקון 9, ס"ח 1704); הנחות ניתנו לאשתו ולילדיו של אברך המקבל הבטחת הכנסה (חבב"מ, תיקון 11, ס"ח 1744); נקבעה הנחה של 75% בגין תרופות הכלולות בסל, למי שהוכר כוותיק מלחמת העולם השנייה והוגדר כ"נזקק" (חבב"מ, תיקון 10, ס"ח 1737); ניתנה הנחה לנכים (חבב"מ, תיקון 17, ס"ח 1855). עדיין, למרות שינויים אלה, המגמה העיקרית כאמור היא הפרטת מערכת הבריאות.

לשינוי סעיף 8 (א), המאפשר לגבות כספים ממבוטחים ולהציע להם תשלומי השתתפות שאינם כלולים בסל הבריאות, היתה עוד משמעות מלבד זו התקציבית. למעשה היה זה

אחד התיקונים המהותיים ביותר בעקרונות החוק בכל הקשור במעבר מאוניברסליות לרזידואליות של שירותי הבריאות. עם החלת החוק וקביעת סל השירותים של כללית כסל הבסיסי המחייב את כלל הקופות, ניתן לשלוש הקופות פרק זמן של שלוש שנים ל"הסתגלות". לאחר מכן ניתנה להן ארכה עוד של חצי שנה (מ- 1.1.1998). השינוי המהותי טמון דווקא בחובה שהוטלה על הקופות לתת פטורים והנחות לקבוצות ספציפיות מסוימות וחלשות. פטורים אלה התעדכנו עם השנים (חבב"מ, תיקון 9, ס"ח 1704; תיקון 11, ס"ח 1744; תיקון 14, ס"ח 1798; תיקון 20, ס"ח 1874; תיקון 22, ס"ח 1892; תיקון 24, ס"ח 1919).

משעה שחויבו הקופות לספק הנחות ופטורים התלויים במבחנים שונים, נאלצו המבוטחים הזכאים לכך להציג לפנייהן אסמכתאות. המשמעות היתה שמצבם הפיננסי של המבוטחים, שעד אז היה גלוי רק לפני המוסד לביטוח לאומי, הפך גלוי לקופות. אף שגם קודם לתיקון סעיף 8 (א) נחשפו הקופות לפרטים אודות אזרחים ותיקים המקבלים הבטחת הכנסה, הוסיף תיקון זה את הכנסת המבוטח למערכת השיקולים של הקופות בנוגע לשירותים למבוטח, ומלבד המשמעות התקציבית התחולל כאן תיקון משמעותי מהיבט הזכויות של המבוטחים (ריאיון: סמוך, 3.9.2008). מעבר לזאת, תיקון משמעותי אחר היה ההרשאה שניתנה לקופות בסעיף 10 לחוק, להוסיף עוד שירותים במסגרת הביטוח המשלים (כפרמיה). סעיף זה, במקור, אמור היה להציב את הגבול הברור בין השירות הבסיסי לבין השירות המשלים.

עוד תיקון היה ההחלטה שנתקבלה ב-21 במרץ 1996 וקבעה ששירותי טיפות חלב, בדיקות לגילוי מוקדם של מומים מולדים, חיסונים, טיפול מונע לאוכלוסיות בסיכון ושירותי תכנון המשפחה לא יעברו לאחריות הקופות, אלא יישארו באחריות משרד הבריאות (חבב"מ, תיקון 4, ס"ח 1585). התכלית שביסוד התיקון היתה לשמר את שירותי הרפואה המונעת כשירות ציבורי, הניתן בידי המדינה. משרד האוצר נכשל בניסיונותיו להעביר הצעה לתיקון החוק. הנושא שב ועלה ביוזמת האוצר בדיוניהן של ועדות ציבוריות שונות וועדות הכנסת, אולם ההתנגדות והביקורת הציבורית ליוזמה זו היו קשות ונחרצות. שנה לאחר מכן שונה הנוסח ממצב זמני, "עד להשלמת העברתם", למצב קבוע: "שירותי הבריאות שניתנו על ידי המדינה ימשיכו להינתן על ידי משרד הבריאות (כולם או קצתם), אלא אם הוחלט אחרת על ידי שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר ובאישור הממשלה" (חבב"מ, תיקון 5, ס"ח 1607). תיקון זה, שמציעו היה שותף לעיצוב החוק המקורי כנציג האוצר, השאיר את האשפוז הסיעודי ואת הפסיכיאטריה מחוץ לסל הבריאות (ריאיון: שני, 22.4.2008). בשנת 2003 הורחב מעגל המשלמים מס בריאות, עת נקבע כי משרתי הקבע בצה"ל יהיו חייבים במס ככל עובד אחר (חבב"מ, תיקון 21, ס"ח 1882). מס בשיעור מופחת הוטל על עקרות הבית שאינן זכאיות לקצבת זיקנה (חבב"מ,

תיקון 22, ס"ח 1892), ונקבע שמבוטח המקבל פנסיה מוקדמת ישלם מס כעובד רגיל (חבב"מ, תיקון 26, ס"ח 1920).

אחד התיקונים המהותיים ביותר בחוק, גם בהקשר של דיונו בתהליכי הסחף הפוקדים את מערכת הבריאות, נוגע להליך עדכנו של סל הבריאות. בשנת 1997 תוקן החלק העוסק בעדכון הסל מ"עלות סל שירותי הבריאות" ל"עלות הסל לקופות". משמעות התיקון היתה שמאותו מועד ואילך לא נקבע מנגנון ההצמדה לסכום שהוקצה למשרד הבריאות לצורך מתן שירותי בריאות לפרט, המפורטים בתוספת השלישית לחוק (חבב"מ, תיקון 5, ס"ח 1607). לכאורה עניין זה נתון למשא ומתן בין משרדי האוצר והבריאות. מדובר כאן בשירותים כגון חיסונים, בריאות הנפש, גריאטריה ואביזרי שיקום וניידות לנכים, אשר האחריות לאספקתם על פי חבב"מ מוטלת על משרד הבריאות. במסגרת אותו תיקון נקבעה גם השיטה לחישוב העלות הכוללת של הסל – העלות לקופות בגין מתן שירותים, על פי התוספת השנייה לחוק, בתוספת עלות שירותי רפואה בעבודה ועלות מתן שירותי הבריאות לפרט, לפי התוספת השלישית לחוק. אף שלאורך השנים, כפי שנתאר להלן, חלו שינויים בסל השירותים, הוספו טכנולוגיות חדשות ושונו כללי גביית תשלומים מהחברים, מעבר לעדכונים אלה לא נעשו במקביל תיקוני חקיקה הנוגעים לאופן חישוב עלות הסל, למעט תיקון בשנת 2002 המתייחס לכך שסכום הפסד ההכנסות לקופות החולים בשל הוספת נכה נתמך, הזכאי להנחה בתרופות, יתווסף לעלות הסל של הקופות, ותיקון ההנחה שניתנה בחוק לאסירי ציון (חבב"מ, תיקון 17, ס"ח 1855; תיקון 20, ס"ח 1874).

כמו במדד המחירים, התברר עם הזמן, שגם ההתפתחויות הטכנולוגיות והדינמיות המאפיינות את עולם המחקר והרפואה אינן משתנה שניתן להתעלם ממנו. כך גם ההתפתחויות הדמוגרפיות, כגון הזדקנות האוכלוסייה וקצב הריבוי הטבעי (בן נון, ברלוביץ ושני, 2005, עמ' 192-193; סבירסקי, 2006, עמ' 4-5). אחת הפשרות העיקריות שנעשתה עם חקיקתו של חבב"מ היתה להותיר את עדכנו ללא נוסחה קבועה. עובדה זו אפשרה לאוצר לשחוק את סל הבריאות לא רק על ידי קיצוצים ישירים, אלא גם באמצעות התעלמות מהוצאות סמויות, כגון גידול אוכלוסין והזדקנות. בשנת 1995 עמדה העלות הכללית של הסל על 12.2 מיליארד ש"ח, והדילמה המרכזית היתה כיצד יש לעדכן סכום זה עם השנים. בעוד שבמשרד הבריאות ובקופות סברו שיש להתחשב בשינויים הדמוגרפיים והטכנולוגיים, בשינויי המחירים ובהופעת תרופות חדשות (ריאיון: בן-נון, 4.12.2007), הוביל תהליך הפשרה בעניין זה בין האוצר למקדמי החוק לאי הגדרה מסודרת של נוהל עדכון הסל בחוק. הטענה היתה שאין לעגן בחקיקה את מנגנון ההצמדה של עלות הסל, שכן לא ניתן לכבול את ידי המדינה בקביעת סדר עדיפות (בן-נון, ברלוביץ ושני, 2005, עמ' 195). האוצר ניצל עמימות זו כדי לשחוק את הסל משנה לשנה (אבולעפיה, 2008, עמ' 69). בשנת השיא עודכן הסל ב-370 מיליון ש"ח, ובשנת השפל הוא לא עודכן כלל (לוקסנבורג, 2005, עמ' 303).

עם חקיקתו של חבב"מ החל ריטואל קבוע: משרד הבריאות והקופות טוענים שהסל אינו מייצג את הוצאותיהם, בעיקר בשל הגידול הבלתי פוסק בהוצאות הבריאות (ריאיון: שני, 22.4.2008), והאוצר מתנה העברות שונות של כספים בהצגת שינויים ניהוליים וארגוניים של הקופות (ריאיון: שמר, 13.6.2008). זוהי דוגמה אחת מרבות לריכוזיות האוצר ולניסיונו להנציחה מול אנשי מערכת הבריאות. זאת ועוד, היו מקרים שבהם האוצר לא מיהר להעביר את הכספים לקופות כמתבקש ועשה זאת באיחור (מבקר המדינה, 1998, עמ' 157).

הטענה הרווחת של המתנגדים בנוגע לאי עדכוננו של הסל היא שהסל אמור להתעדכן אוטומטית ב-2% בשנה (ריאיון: אורון, 24.1.2008), המינימום הנדרש המקובל במדינות מערביות שונות (ווד, 2006, כמצוטט אצל סבירסקי, 2007, עמ' 18). בפועל, מאז החלת החוק, בממוצע לא עלתה התוספת לסל בישראל בגין שינויים אלה על 0.8% בשנה, ובשנים הראשונות לא ניתנה כלל (שם). עם השנים, בעקבות לחץ ציבורי של מבוטחים שחיייהם היו בסכנה מכיוון שהתרופות שנוזקקו להן לא נכללו בסל הבסיסי ולא היה בידם לרכוש אותן, נוספו תרופות וטכנולוגיות רפואיות לסל שירותי הבריאות. עדיין סל התרופות ודינוי הוועדה המציעה אותו הפכו לריטואל קבוע של דמגוגיה וויכוחים מתוקשרים בין נציגי האוצר, קבוצות אינטרס ופוליטיקאים. הבעיה המרכזית, כפי שרואה אותה חבר ועדת הסל לשעבר ויו"ר הר"י, היא ש"הוועדה לא קובעת את גודל התקציב שיופנה לעדכון הסל. קביעת גודל התקציב גם אינה קבועה בחוק. [...]היו ניסיונות לקבוע אחוז מסוים מן התקציב שיועבר מדי שנה, באופן אוטומטי, לצורך הכנסת תרופות חדשות לסל הבריאות. [...]משרד האוצר התנגד לכך בתוקף והכשיל את הדבר" (ריאיון: בלשר, 10.2.2008). הטכנולוגיות השונות שפותחו עם השנים הובילו ללחץ של קבוצות ופרטים לעדכן את הסל (שלו, 2003, עמ' 266-272). אך לחץ זה הוביל רק ל"פיצוי" בצורת "תקציב מיוחד" שהקצה האוצר כחלק מדיוני התקציב השנתי, שלא אפשר לקופות לתכנן מדיניות לטווח ארוך (שם, עמ' 270).

תיקוני החקיקה שלעיל משקפים מגמה כללית של הפרטה במערכת הבריאות בישראל. רוב התיקונים משקפים אסטרטגיה של הזנחה תקציבית, ובכך כופים הפרטה עקיפה או סמויה. בחלקו הבא והמסכם של מאמרנו נדון במגמות ההפרטה והריכוזיות הרווחות במערכת הבריאות הישראלית, ונראה שהן משקפות במידה רבה את מרכזיותם של פקידי משרד האוצר בזירת המדיניות בישראל ואת האסטרטגיות שהם נוקטים כדי לקדם את תפיסת עולמם המדינית ואת האינטרסים האישיים שלהם. כך מחד גיסא הם מנסים להשיג שליטה על מנגנוני עיצוב מדיניות, במיוחד מנגנונים של תקצוב והקצאת משאבים, ומאידך גיסא הם מנהלים את הקצאתם של משאבים אלה דרך תחשיבי טווח קצר המאפיינים תפיסת עולם ניאוליברלית של צמצום המעורבות הממשלתית בכלכלה ובחברה.

הפרטה באמצעות ריכוזיות במערכת הבריאות הישראלית – סיכום ודיון

מאמר זה ניסה ליישב פרדוקס מדיניות המאפיין מערכות בריאות רבות ואף את המערכת הישראלית. בבסיס הפרדוקס ניצבות שתי מגמות, מנוגדות לכאורה, בזירת מדיניות הבריאות. מחד גיסא אנו עדים לצמצום הדרגתי של החלק הציבורי במימון מערכת הבריאות. מאידך גיסא מעורבות ממשלתית הולכת וגוברת מורגשת בכל הקשור לניהול מערכת הבריאות. בעוד המגמה הראשונה משקפת אסטרטגיה של הפרטה, המגמה השנייה מלמדת על הגברת הריכוזיות של הממשל ועל כניסתו לתחומים רבים ונרחבים בניהול המערכת.

תהליך הריכוזיות והצמצומים הרבים שנכפו על מערכת הבריאות סייעו מן הסתם לצמצם מוקדי אי יעילות במערכת זו והמריצו את ספקי הבריאות להכניס טכנולוגיות ושיטות עבודה מתקדמות יותר כדי להגביר את יעילותם. אבל מגמת ההפרטה פוגעת, בסופו של דבר, בערך השוויון, אחד משלושת הערכים המנחים של חבב"מ. כאן כשלה הרפורמה של שנת 1994 בהשגת אחד מיעדיה העיקריים – חיזוק השוויון והסולידריות במימון מערכת הבריאות הלאומית (שירום, 2006, עמ' 354). במהלך המאמר הצגנו מחקרים רבים המעידים על כישלון זה.

בחינה שיטתית של תיקוני החקיקה בחבב"מ מאז חקיקתו בשנת 1994 ועד שלהי שנת 2009 מלמדת כי שתי מגמות אלה ופרדוקס המדיניות שהן יוצרות לכאורה מצויים במערכת הבריאות הישראלית. במהלך 15 שנות יישומו של החוק, חלקו הציבורי של מימון המערכת נמצא בנסיגה ביחס לזה הפרטי, בעוד המעורבות הממשלתית, דרך משרד הבריאות ובעיקר דרך משרד האוצר, לא נחלשה, כפי שתוכנן עם החלתו של החוק, אלא רק התחזקה (חורב, 2004).

את הפרדוקס בין שתי המגמות ניתן ליישב דרך ראייתן כאסטרטגיה של הפרטה באמצעות ריכוזיות. כדי לשלוט בהוצאותיה הציבוריות, על הממשלה לשלוט תחילה במימוןם ובניהולם של מנגנוני מדינת הרווחה וארגוניה. שליטה שכזו מושגת לא פעם באמצעות ריכוזיות, ואף הלאמה, של משאבים ושל מנגנוני ניהול המערכת. משהושגה שליטה זו, הממשלה יכולה לפנות לאסטרטגיה של הפרטה חבויה, כאשר קיצוצים (או העדר עדכון) תקציביים מאלצים את האזרחים, כמו גם את ספקי הבריאות, לנהל בעצמם את הסיכונים הטמונים בשוק החופשי. במקרה הישראלי תחילה תפסה הממשלה שליטה על תקצובה של מערכת הבריאות באמצעות הגדרת תקציב "משוריין" לבריאות, הנגבה באמצעות המוסד לביטוח לאומי – מס חובה פרוגרסיבי שהמבוטחים משלמים – ובאמצעות גבייתו של מס מקביל מהמעסיקים. לאחר מכן הגבירה הממשלה את שליטתה על המערכת

באמצעות שורה של תיקוני חקיקה בחב"מ ושורה של רגולציות בנושא סמכויותיהן של קופות החולים, דרכי ניהולן ופיקוח עליהן. כך משתלבות מגמות הריכוזיות וההפרטה זו בזו ומחזקות זו את זו. תהליכים אלה אפשרו לפקידי משרד האוצר לצמצם בהדרגה את חלקו הציבורי של המימון לשירותי בריאות, כחלק ממדיניות מתמשכת, אם כי לא בהכרח כזו המתוכננת אסטרטגית לטווח ארוך, של צמצום מדינת הרווחה. בהקשר זה יש לציין שלא כל היוזמות של האוצר תמיד צלחו בידיו. כך, למשל, לא צלחו הצעת חוק ההסדרים לשנת 1998 ליצור לכל קופת חולים "סל גמיש" של שירותים, כמו גם היוזמה להקים קופת חולים חמישית למטרות רווח. הצעות אלה לא צלחו גם בניסיונות שונים מאוחר יותר (בן נון, 2009, עמ' 15-17).

אכן ניתוחנו ממחיש כיצד הרציונל שפיתח פירסון (Pierson, 1995) עוזר להסביר את פרדוקס המדיניות המתרחש מאחורי הקלעים של תיקוני החקיקה בחב"מ, ובחסותו מתנהלות במקביל שתי מגמות סותרות של הפרטה וריכוזיות. הניתוח אף מצביע על הדומיננטיות הרבה של פקידי האוצר בזירת מדיניות הבריאות ועל האסטרטגיה הדואלית המאפיינת את שאיפתם לקדם את פרדיגמת המדיניות ואת האינטרסים שלהם (Horev & Babad, 2005). כך בעודם מנסים להחזיק שליטה מוגברת על מנגנוני קבלת החלטות מדיניות, במיוחד מנגנוני תקצוב והקצאת משאבים, בה בעת הם מנהלים את הקצאתם של משאבים אלה תחת שיקולי טווח קצר, אשר יש להבינם מתוך תפיסת עולם של צמצום המעורבות הממשלתית בכלכלה ובחברה וצמצומה של מדינת הרווחה.

השימוש של פקידי האוצר בחוק ההסדרים במכלול גדול של תיקוני חקיקה מהותיים בולט מאוד בניתוחנו. בכל הקשור לעדכון של חב"מ, הם מנצלים היטב את העובדה שאי העברת חוק ההסדרים בזמן כנסת משמעותה פירוקה של הממשלה, כמו גם את העובדה שחוק זה משלב בתוכו, כמקשה אחת, מגוון גדול של תחומי מדיניות. אם כי גם לא תמיד מצליחים להעביר כל תיקון שרצו. פעולותיהם של פקידי האוצר מלמדות, שאף שבבסיסן ניצבת תפיסת עולם ניאו-ליברלית, הרואה בחיוב צמצום של מעורבות ממשלתית בחיי הכלכלה והחברה, לא ניתן לראותם כחלק ממדיניות אסטרטגית סדורה וארוכת טווח, שתכליתה צמצומה של מדינת הרווחה. אינדיקציות לא מעטות שהבאנו כאן ואינדיקציות ממחקרים אחרים שנערכו (שפרלינג וכהן, בדפוס) מרמזות על מרכזיותם של חישובי טווח קצר, תחת תנאים מבניים של אי ודאות וקשיי משילות רבים אצל שחקנים שונים בזירת מדיניות הבריאות. אם כן, יש לראות את תהליכי ההפרטה הישירה, העקיפה והסמויה המתרחשים במערכת הבריאות הישראלית כתהליכים הנובעים מגישת "לצאת מהתסבוכת" ("muddling through") בניהול הציבורי ובמדיניות הקצאת המשאבים (Lindblum, 1959; Wildavsky, 1984).

התנהלות זו ההופכת לאפשרית בשל תהליכי ריכוזיות יתר מגדילה את הפוטנציאל לאי יעילות ולפגיעה ברווחה החברתית בישראל. גם אם הניסיון הבינלאומי מלמד שכוחות

השוק לבדם אינם יכולים להגיע לשיווי משקל מיטבי כשמדובר בשירותי בריאות, בישראל אף אחד לא באמת מניח להם לפעול באיזון מפריע ולנסות להתייבב על שיווי משקל מיטבי. לצד זה, הממשלה מעורבת בעיקר בהיבטים התקציביים, ואינן היא מספקת תשתית רגולטיבית שבבסיסה תכנון מדיניות אפקטיבי, סדור וארוך טווח. התוצאה היא צורך הולך וגובר של אזרחי ישראל למצוא בכוחות עצמם פתרונות לבעיות של אספקת שירותי ומוצרי בריאות. צורך זה מוביל לא פעם את האזרחים לנקוט פעולות מקומיות, קצרות טווח וצרות אף הן, כדי לפתור לעצמם בעיות פרטניות. הממשלה, בתורה, תגיב ליוזמות אלה של האזרחים בריטואל קבוע של "כיבוי שריפות", ובמסגרתו לא פעם תמסד בחוק יוזמות אלה (כהן ומזרחי, 2010). עניין זה מגביר את הדומיננטיות של שיקולי טווח קצר והעדר תכנון אסטרטגי אצל רוב השחקנים בזירת מדיניות הבריאות. מחקרים אחרים יבחנו לעומק דפוס בעייתי זה של שינוי מוסדי במדיניות הציבורית.

מקורות

- אבולעפיה, ר' (2008). יותר משלוש מאות תיקונים לחוק באמצעות חוק ההסדרים. ארץ אחרת, 43, 66-71.
- אבנימלך, מ' ותמיר, י' (2002). רווחה מתקתקת: הכלכלה והפוליטיקה של הרווחה בישראל. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- אפשטיין, ל' וחורב, ט' (2007). אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות: הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בן נון, ג' (1999). ההתפתחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימונו במהלך ארבע שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ביטחון סוציאלי, 54, 35-52.
- בן-נון, ג' (2007). שובה של הרפואה הציבורית. הארץ, <http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/938950.html> (10.01.2008)
- בן נון, ג' (2009). מחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד עידן הזהב והפליטנום בתוך ח' דורון (עורך), מערכת הבריאות: לאן? מחוק ביטוח בריאות שוויוני לאי-שוויון בבריאות. באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. עמ' 7-48.
- בן נון, ג', ברלוביץ, י' ושני, מ' (2005). מערכת הבריאות בישראל. משרד הביטחון – ההוצאה לאור.

- בן נון, ג' וכץ, ח' (2005). עשור לחוק: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2005. בתוך המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: 1995-2005 (עמ' 633-669).
- בן נון, ג' וקידר, נ' (2007א). השוואות בינלאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל 1970-2005. ירושלים: משרד הבריאות.
- בן נון, ג' וקידר, נ' (2007ב). חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2007. ירושלים: משרד הבריאות.
- בראלי, א', גוטווייץ, ד' וט' פרילינג (עורכים). (2005). חברה וכלכלה בישראל: מבט היסטורי עכשווי. ירושלים: יד יצחק בן צבי ושדה בוקר, הוצאת אוניברסיטת בן גוריון.
- גל, ג' (1994). מסחור מדינת הרווחה והפרטתה: השלכות לגבי ישראל. חברה ורווחה, טו, 7-24.
- גרוס, ר' וברמלי-גרינברג, ש' (1997). חלופות לארגון שוק ביטוח הבריאות המשלים והמסחרי בישראל בעקבות יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ביטחון סוציאלי, 50, 40-58.
- גרוס ר' וברמלי-גרינברג, ש' (2001). ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות צרכנים. ביטחון סוציאלי, 61, 71-154.
- גרוס, ר' וברמלי-גרינברג, ש' (2004). סיכום ממצאים עיקריים ממחקר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2003 והשוואה ל-2001. ירושלים: ג'וינט – מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר', ברמלי-גרינברג, ש' ומצליח, ר' (2007). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ירושלים: ג'וינט – מכון ברוקדייל.
- גרינברג, ל' (1993). ההסתדרות מעל הכול. ירושלים: נבו.
- גרינברג, ל' (1996). עובדים חזקים, עובדים חלשים: זרמים בכלכלה הפוליטית הישראלית 1967-1994. תיאוריה וביקורת, 9, 61-80.
- גרינברג, ל' (2007). שלום מדומיין, שיח מלחמה: כשל המנהיגות, הפוליטיקה והדמוקרטיה בישראל 1992-2006. תל אביב: רסלינג.
- דברי הכנסת, 28.12.1997.

דורון, א' (1999). מדיניות הרווחה בישראל – ההתפתחויות בשנות ה-80 וה-90. בתוך ד' נחמיאס וג' מנחם (עורכים), המדיניות הציבורית בישראל (עמ' 437-474). ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

דורון, א' (2003א). מדינת הרווחה בעידן של צנע וצמצומים: מבט מתחילת המאה ה-21. חברה ורווחה, כג, 275-294.

דורון, א' (2003ב). משטר הרווחה במדינת ישראל: מגמות השינוי והשלכותיהן החברתיות. סוציולוגיה ישראלית, ה (2), 417-434.

דורון, א' (2007). עיצוב מדיניות הרווחה בישראל, 2000-2005. בתוך א' אבירם, ג' גל וי' קטן (עורכים), עיצוב מדיניות חברתית בישראל, מגמות וסוגיות (עמ' 33-57). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

דרור, י' (1987). הימורי מדיניות: קביעת מדיניות כהימור עמום. בתוך ר' אלבוים-דרור (עורכת), מדיניות ומינהל: תיאוריות ויישומים בחינוך (עמ' 185-216). ירושלים: מאגנס.

דרי, ד', ושרון, ע' (1994). כלכלה ופוליטיקה בתקציב המדינה. תל אביב: המכון הישראלי לדמוקרטיה והוצאת הקיבוץ המאוחד.

הכנסת, מרכז המחקר והמידע (2007). מערכת הבריאות בישראל: נתונים עיקריים מוגש לשדולה לבריאות הציבור בראשות ה"כ חיים אורון. ירושלים: ח' בטבת, תשס"ח 17 בדצמבר, 2007.

הלר, א' (2002). דו"ח ועדת החקירה הפרלמנטרית לנושא הפערים החברתיים בישראל בראשות חבר הכנסת רן כהן: דו"ח וסקירה על התפתחות הפערים החברתיים בישראל בעשרים השנים האחרונות. ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2007א). סקר הוצאות משקי הבית 2005: סיכומים כלליים. פרסום 1287.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2007ב). ההוצאה הלאומית לבריאות, 1962-2005. פרסום 1284.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2009). שנתון סטטיסטי לישראל 2008, 59.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, רשומות – ספר החוקים 1469, 26 ביוני 1994.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 4, ס"ח 1585.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 5, ס"ח 1607.

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 6, ס"ח 1630.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 7, ס"ח 1645.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 9, ס"ח 1704.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 10, ס"ח 1737.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 11, ס"ח 1744.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 12, ס"ח 1772.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 14, ס"ח 1798.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 15, ס"ח 1798.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 16, ס"ח 1821.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 17, ס"ח 1855.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 20, ס"ח 1874.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 21, ס"ח 1882.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 22, ס"ח 1892.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 24, ס"ח 1919.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 31, ס"ח 2002.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי – תיקון 38, ס"ח 2125.
- חוק מס מקביל, התשל"ג-1973, רשומות – ספר החוקים 1,689 באפריל 1973.
- חוק מס מקביל – תיקון 16, ס"ח 1607.

חורב, ט' (2004). השתקפותה של מדיניות בריאות בראי החקיקה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

חיניץ, ד' (2008). להפריט את אגף התקציבים באוצר. הארץ, <http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/ShArtPE.jhtml?itemNo=1011005&contrassID=2&subContrassID=6&sbSubContrassID=0> (20.9.2008)

כהן, נ' (2010א). שינויים מוסדיים, פוליטיקה אלטרנטיבית ומדיניות ציבורית: המקרה של עיצוב וביצוע מדיניות הבריאות בישראל. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון, עבודת דוקטור שנכתבה במסגרת המחלקה למינהל ומדיניות ציבורית ולא פורסמה.

כהן, נ' (2010ב). תשלומים בלתי פורמליים על שירותי בריאות – התופעה והקשריה. ביטחון סוציאלי, 84, 39-64.

כהן, נ', מזרחי, ש' ויובל, פ' (2008). מדינת הרווחה, מדיניות ציבורית ודעת הקהל: ישראל 2008. ביטחון סוציאלי, 82, 47-77.

כהן, נ' ומזרחי, ש' (2010). פוליטיקה אלטרנטיבית, שינויים מוסדיים ומדיניות בריאות: מסגרת קונספטואלית והמקרה הישראלי. בתוך ח' כץ וא' צפדיה (עורכים), מדינה משגיחה מדינה מפקירה: מדיניות חברתית בישראל, 1985-2008 (עמ' 363-386). תל אביב: רסלינג.

לוקסנבורג, א' (2005). סוגיות בניהול סל השירותים ועדכונו. בתוך המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: 1995-2005 (עמ' 303-314).

מאוחדת (ללא תאריך). מאוחדת שיא – תקנות: תוכנית ביטוח הבריאות המשלים והמקיף. חוברת שהפיצה קופת חולים מאוחדת.

מבקר המדינה (1989). דוח מבקר המדינה לשנת 1988 (38). ירושלים: משרד מבקר המדינה.

מבקר המדינה (2008). דו"ח מבקר המדינה לשנת 2007 (ב'58). ירושלים: משרד מבקר המדינה.

מזרחי, ש', ויגודה-גדות, ע' וכהן, נ' (2009). הניהול הציבורי החדש (NPM): אופן הציבור, השתתפות אזרחית והערכת ביצועים – המקרה של ספקי שירותי רווחה ובריאות בישראל. בתוך ה' זובידה וד' מקלברג (עורכים), הדמוקרטיה הישראלית בת שישים: חזון ומציאות (עמ' 133-161). תל אביב: הוצאת האגודה הישראלית למדע המדינה.

מזרחי, ש' ומינני, א' (2006). מדיניות ציבורית בין חברה למשפט. ירושלים: כרמל.

נחמיאס, ד' וסנד, א' (1999). משילות ומדיניות ציבורית. בתוך ד' נחמיאס וג' מנחם (עורכים), המדיניות הציבורית בישראל (עמ' 11-34). ירושלים, המכון הישראלי לדמוקרטיה.

נחמיאס, ד' וקליין, ע' (1999). חוק ההסדרים: בין כלכלה לפוליטיקה, נייר עמדה מס' 17. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

ניראל, נ' ורוזן, ב' (2004). מגמות בהעסקת רופאים בעידן של יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ביטחון סוציאלי, 65, 55-83.

- סבירסקי, ב' (1999). תקציב משרד הבריאות לשנת 1999. דו"ח מרכז אדווה.
- סבירסקי, ב' (2006). תקציב חסר הופך לנורמה: תקציב מערכת הבריאות הציבורית לשנת 2007. מסמך משותף של מרכז "אדווה" ושל "רופאים לזכויות אדם- ישראל" (ע"ר).
- סבירסקי, ב' (2007). ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל: ביטוייה והשלכותיה. תל אביב: מרכז אדווה.
- סבירסקי, ש' (2005). 1967: תפנית כלכלית-מדינית בישראל. בתוך א' ברלי, ד', גוטוויץ, וט' פרילינג (עורכים), חברה וכלכלה בישראל: מבט היסטורי עכשווי (עמ' 91-116). ירושלים: יד יצחק בן צבי ושדה בוקר, אוניברסיטת בן גוריון.
- סמוך, נ' וליפשיץ, י' (2008). כשל ידוע מראש. הארץ, <http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/941953.html>. (1.5.2008)
- עופר, ג' (2007). מערכת הבריאות: מוסדות, תמריצים, שחקנים (הרצאה בכנס השנתי השישי למדיניות הבריאות). המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- <http://www.israelhpr.org.il/FileServer/228960f3eabcbb6530ed9543bab6e052.pdf> (10.2.2008)
- פילק, ד' (2000). הפרויקט הניאו-ליברלי ותהליכי ההפרטה במערכת הבריאות. בתוך מ' מאוטנר (עורך), צדק חלוקתי בישראל (עמ' 375-388). תל אביב: רמות.
- פילק, ד' (2001). בריאות עוברת לסוחר: הרפואה הציבורית בישראל בין המדינה, החברה האזרחית והשוק. בתוך י' פלד וע' ואופיר (עורכים), ישראל: מחברה מגויסת לחברה אזרחית? (עמ' 262-280). ירושלים ותל אביב: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד.
- פילק, ד' (2006). פופוליזם והגמוניה בישראל. תל אביב: רסלינג.
- צ'רניחובסקי, ד' (2004). ביטוח פרטי מרצון בשירותי הרפואה בישראל. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- צ'רניחובסקי, ד', אלקנה, י', אנסון, י' ושמש, ע' (2003). שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- קופ, י' (עורך). (2001). הקצאת משאבים לשירותים חברתיים – 2001. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

רוזן, ב' ובן נון, ג' (2005). חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – למה דווקא בשנת 1994 ? בתוך המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: 1995-2005 (עמ' 107-124).

רוזן, ב' עופר, ג', גרינשטיין, מ', בירנבאום, י' והלוי, י' (2006). הנגישות הכלכלית של שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים בירושלים. ביטחון סוציאלי, 72, 59-76.

רוזניק, ר' (2007). בכיר במשרד הבריאות: ההסכם עם האוצר – ספסור בזכויות החולים. הארץ, <http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/891675.html> (16.01.2008).

רוזניק, ר' ובסוק, מ' (2007). הממשלה תאסור על קופות החולים לכלול בביטוח משלים תרופות לסרטן שאינן בסל. הארץ, <http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/890416.html> (19.12.2008).

שובל, ח' ואנסון, י' (2000). העיקר הבריאות – מבנה חברתי ובריאות בישראל. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

שורץ, ש' (2000). קופת חולים, הסתדרות, ממשלה, מהלכים בעיצובה של מערכת הבריאות בישראל – 1960-1947. באר שבע: המרכז למורשת בן-גוריון: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

שורץ, ש' ודודוביץ, נ' (2005). רפואה, חברה ופוליטיקה – חוק ביטוח בריאות ממלכתי כמקרה מבחן. בתוך א' בראלי, ד', גוטוויץ, וט' פרילינג (עורכים), חברה וכלכלה בישראל: מבט היסטורי ועכשווי (ב') (עמ' 431-475). ירושלים: יד יצחק בן-צבי ואוניברסיטת בן גוריון.

שורץ, ש', דורון, ח' ודודוביץ, נ' (2005). בין חזון לגרעון – המאבק ההיסטורי פוליטי לחקיקת החוק. בתוך עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: 1995-2005 (עמ' 69-106). המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

שי, י' (2001). שירותי בריאות משלימים של קופות החולים. ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע.

שירום, א' (2006). מערכת הבריאות בישראל לקראת 2010: לקחים מכישלונות עבר ברפורמות הבריאות. בתוך א' רייכמן וד' נחמיאס (עורכים), מדינת ישראל: מחשבות חדשות (עמ' 353-381). הרצליה: מפעלות – המרכז הבינתחומי הרצליה.

שלו, כ' (2003). בריאות, משפט וזכויות האדם. תל-אביב: רמות, אוניברסיטת תל אביב.

- שלו, מ' (2004). תפקידה המשתנה של המדינה בכלכלה הישראלית. בתוך מ' נאור (עורך), מדינה וקהילה (עמ' 20-25). ירושלים: מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- שמואלי, ע' וגרוס, ר' (2001). אי-השוויון בבריאות הקשור בהכנסה בישראל של שנות ה-90. ביטחון סוציאלי, 59, 64-75.
- שפרלינג, ד' וכהן, נ' (בדפוס). השפעתם של חוק ההסדרים ופסיקות בג"ץ על מדיניות הבריאות ומעמדה של הזכות לבריאות בישראל – ניתוח ניאו-מוסדי. חוקים (עתיד להתפרסם בגיליון ד).
- Arian, A. (1998). *The Second Republic – Politics in Israel*. Chatham, NJ: Chatham House.
- Atkinson, S. (1995). Restructuring health care: Tracking the decentralization debate. *Progress in Human Geography*, 19 (4), 486-503.
- Atkinson, S. (2002). Political cultures, health systems and health policy. *Social Science & Medicine*, 55 (1), 113-124.
- Beissinger, M. R. (2002). *Nationalist Mobilization and the Collapse of the Soviet State*. New York: Cambridge University Press.
- Chernichovsky, D. & Chinitz, D. (1995). The Political Economy of Health System Reform in Israel. *Health Economics*, 4 (2), 127-141.
- Chinitz, D. (1995). Israel's health policy breakthrough: The politics of reform and the reform of politics. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 20 (4), 909-932.
- Cohen, N. (forthcoming 2011). Informal payments for healthcare – The phenomenon and its context. *Health Economics, Policy and Law*.
- Cohen, N. & Arieli, T. (2011). Field research in conflict environments: Methodological challenges and the snowball sampling. *Journal of Peace Research*, 48 (4), 423-436.
- Geva-May, I. & Maslove, A. M. (2000). What prompts health care policy change? On political power contests and reform of health care systems (The case of Canada and Israel). *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25 (4), 717-741.

- Gross, R., Rosen, B., & Chinitz, D. (1998). Evaluating the Israeli health care reform: Strategy, challenges and lessons. *Health Policy*, 45, 99-117.
- Hacker, J. S. (2004). Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States. *American Political Science Review*, 98 (2), 243-260.
- Hacker, J. S. (2002). *The divided welfare state: The battle over public and private social*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Horev, T. & Babad, Y. M. (2005). Healthcare reform implementation: Stakeholders and their roles-the Israeli experience. *Health Policy*, 71 (1), 1-21.
- Horev, T., Babad, Y. M., & Shvarts, S. (2003). Evolution of a healthcare reform: The Israeli experience. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 5 (6), 463-473.
- Horowitz, D. & Lissak, M. (1989). *Trouble in utopia*. Albany: Suny Press.
- Katznelson, I. & Weingast, B. R. (2005). Intersection Between Historical and Rational Choice Institutionalism. In I. Katznelson & B. R. Weingast (Eds.), *Preferences and situations: Points of contact between historical and rational choice institutionalisms* (pp. 1-24). New York: Russell Sage Foundation.
- Lindblom, C. E. (1959). The science of "muddling through". *Public Administration Review*, 19 (2), 79-88.
- Mahoney, J. (2000). Path dependence in historical sociology. *Theory and Society*, 29, 507-548.
- Maman, D. (2002). The emergence of business groups: Israel and South Korea Compared. *Organization Studies*, 23 (5), 737-758.
- Mizrahi, S. & Meydani, A. (2003). Political participation via the judicial system: Exit, voice and quasi-exit in Israeli society. *Israel Studies*, 8, 118-136.

- North, D. C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. (1995). *Dismantling the welfare state*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. (2004). *Politics in time: History, institutions, and political analysis*. Princeton: Princeton University Press.
- Pierson, P. & Skocpol, T. (2002). Historical institutionalism in contemporary political science. In I. Katznelson & H. V. Milner (Eds.), *Political science: The state of the discipline* (pp. 693-721). London: Norton.
- Savas, E. S. (2005). *Privatization in the city: Successes, failures, lessons*. Washington, DC: CQ Press.
- Shirom, A. 1995. The Israeli health care reform: A study of an evolutionary major change. *International Journal of Health Planning and Management*, 10 (1), 5-22.
- Shvarts, S. (1998). Health reform in Israel: Some aspects of seventy years of struggle (1925-1995). *Social History of Medicine*, 11 (1), 73-88.
- Standing, H. (1999). Frameworks for understanding gender inequalities and health sector reform: An analysis and review of policy issues, gender and health equity project. Boston (MA): Harvard Centre for Population and Development Studies.
- Starr, P. (1989). The Meaning of Privatization. In S. B. Kamerman & A. J. Kahn (Eds.), *Privatization and the Welfare State* (pp. 15-48). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Streeck, W. & Thelen, K. (2005). *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Swirski, S. (1999). *Politics and education in Israel: Comparisons with the United States*. New York: Falmer Press.

- Voos, R. T. (2001). Institutions. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 7561-7566). Amsterdam: Elsevier Science.
- Wildavsky, A. B. (1984). *The politics of the budgetary process* (4th ed.). Boston: Little, Brown.
- World Bank. (1993). *World development report: Investing in health*. Washington: Oxford University Press for the World Bank.
- Zalmanovitch, Y. (1997). Some antecedents to healthcare reform: Israel and the United States. *Policy and Politics*, 25 (3), 251-268.

רשימת המרואיינים למחקר⁵

1. מר אורון חיים, חבר כנסת וחבר בוועדת הכספים, הכנסת, 24.1.2008, תל אביב.
2. ד"ר בלשר יורם, יושב ראש ההסתדרות הרפואית בישראל, 10.2.2008, רמת גן.
3. מר בן נון גבי, בעבר סמנכ"ל תקצוב, משרד הבריאות, 4.12.2007, ירושלים.
4. מר בר סימן-טוב משה, רכז תחום הבריאות באגף התקציבים, משרד האוצר, 4.5.2009, ריאיון טלפוני.
5. מר גיסין מידד, יו"ר ארגון צב"י (צרכני בריאות ישראל), 2.11.2008, ריאיון טלפוני.
6. מר גלנטי יצחק, יו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת, 23.3.2008, תל אביב.
7. מר גנור יצחק, מנהל שירותי הבריאות הנוספים, מכבי שירותי בריאות, 22.11.2007, תל אביב.
8. פרופ' גרוס רויטל, זכרה לברכה, חוקרת, מרכז סמוקלר, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 28.12.2008, ירושלים.

5 התפקיד של המרואיין נכון ליום הריאיון, אלא אם כן נכתב מפורשות אחרת.

9. הרב גפני משה, חבר בשדולה לבריאות הציבור, הכנסת, 1.5.2008, ריאיון טלפוני.
10. פרופ' דורון חיים, בעבר מנכ"ל קופת חולים כללית, 17.2.2008, תל השומר.
11. מר הבר שרגא, בעבר המשנה למנכ"ל וסמנכ"ל לתכנון, תקצוב, תמחור וכלכלת בריאות, משרד הבריאות, 12.02.2009, ירושלים.
12. עו"ד ופנר לאה, מזכ"לית, ההסתדרות הרפואית בישראל, 10.2.2008, רמת גן.
13. ד"ר חורב טוביה, סמנכ"ל תקצוב, משרד הבריאות, 21.9.2008, ירושלים.
14. ד"ר חנינין דויד, חוקר, האוניברסיטה העברית, 17.8.2008, ירושלים.
15. פרופ' ישראלי אבי, מנכ"ל משרד הבריאות, 11.11.2008, ירושלים.
16. ד"ר לבנטל אלכס, מנהל המחלקה לקשרי חוץ, משרד הבריאות, 3.9.2008, ירושלים.
17. עו"ד ליפשיץ יואל, סמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושב"ן, משרד הבריאות, 12.10.2008, ירושלים.
18. מר מאור צבי, מנהל מחוז שרון-שומרון, שירותי בריאות כללית, 18.10.2007, נתניה.
19. עו"ד מיזל רביב, ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית בישראל, 13.1.2008, רמת גן.
20. עו"ד סמוך נתן, יועץ משפטי, משרד הבריאות, 3.9.2008, ירושלים.
21. ד"ר סנה אפרים, בעבר שר הבריאות, 26.2.2008, ירושלים.
22. ד"ר פילק דני, חוקר ופעיל בעמותת רופאים לזכויות אדם, 5.6.2008, באר שבע.
23. מר פליץ חיים, בעבר סגן הממונה על התקציבים ורכז בריאות, משרד האוצר, 1.1.2009, קריית שדה התעופה בן גוריון.
24. מר פרידמן יובל, בעבר רפרנט תחום בריאות באגף התקציבים, משרד האוצר, 26.2.2008, ירושלים.
25. פרופ' צ'רניחובסקי דב, בעבר חבר בוועדת נתניהו, 12.11.2007, באר שבע.
26. מר קוגן ראובן, רכז תחום הבריאות באגף התקציבים, משרד האוצר, 2.3.2008, ירושלים.
27. מר קידר ניר, רכז כלכלת בריאות, משרד הבריאות, 16.9.2008, ירושלים.
28. פרופ' שוריץ שפרה, חוקרת, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 21.7.2008, תל השומר.

29. פרופ' שמר שוקי, בעבר מנכ"ל משרד הבריאות ומכבי שירותי בריאות, 13.6.2008, תל השומר.
30. פרופ' שני מרדכי, בעבר מנכ"ל משרד הבריאות וחבר בוועדת נתניהו, 22.4.2008, תל השומר.
31. ד"ר שרף מיכאל, מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, 5.6.2008, באר שבע.