

חוק ביטוח בריאות ממלכתי

בין מדינת רווחה להפרטה

:: ניסים כהן

המגזרים בישראל, קיים קשר חזק בין רמת הבריאות היחסית של האוכלוסיה בישראל לבין תכונותיה לפי מגדר, מגזר, אזור מגורים ומצב חברתי-כלכלי.

פרדוקס השינויים בחוק

בחינה שיטתית של שינויי החקיקה הרבים בחב"מ חושפת את הפרדוקס המאפיין את מדיניות הבריאות בישראל. במשך חמש-עשרה השנים שמאז חקיקתו, חלקו הציבורי של תקציב מערכת הבריאות, ביחס להוצאה הפרטית לבריאות במשק נמצא בירידה, בעוד מעורבותה של הממשלה, באמצעות משרד הבריאות ובעיקר משרד האוצר, גדלה.

מגמה מרכזית בתוך השינויים שנערכו בחב"מ היא ניסיון לצמצם את העצמאות הארגונית, ובראש ובראשונה את האוטונומיה התקציבית של ארגוני הבריאות; היינו, את יכולתם ליצור מקורות הכנסה עצמיים. ביטול 'המס המקביל' (תשלום של המעסיק בעבור ביטוח הבריאות של העובד) הוא אחד השינויים המשמעותיים ביותר שנעשו בחב"מ. החוק תוקן, בין היתר, בעקבות לחץ מצד התאחדות התעשיינים וקהילת אנשי העסקים הישראלית, שביקשו להקל על המעסיקים (אף כי בפועל לא הייתה לדבר השפעה של ממש על עלויות ההעסקה). לבסוף, סוכם כי הממשלה תשלם חלק זה מהמס לקופות החולים במקום המעביד. יתרונות השינוי, כפי שהוצגו, היו הן בהוזלת עלויות ההעסקה ועידוד הצמיחה, הן בפישוט הליכי הגבייה דרך הביטוח הלאומי, והן בשיפור תזרים מקורות המימון לקופות בכך שחלק גדול יותר מהם יזורם ישירות מתקציב המדינה ולא יהיה תלוי בהשפעות עונתיות ואחרות של הגבייה המציבור.

במהלך השנים הוגברה מעורבות המדינה בניהול ענייני הקופות באמצעות מגוון של עדכונים בחוק, וביניהם הכפפת תקנוני הקופות לאישור שר הבריאות, ניסיונות להשפיע על הרכב חברי

שתי תופעות מקבילות, אך סותרות זו את זו בצורה פרדוקסלית, מאפיינות את מערכת הבריאות בישראל בשנים האחרונות. מחד, אנו עדים להפחתה מתמשכת של המימון הציבורי לשירותי הבריאות. מאידך, נצפית מעורבות גוברת של מוסדות המדינה בניהול מערכות הבריאות. בעוד שאת המגמה הראשונה ניתן לראות כמשקפת אסטרטגיה של הפרטה, המגמה השנייה הינה של הגברת הריכוזיות של הממשל וכניסתו לתחומים רבים ונרחבים בניהול המערכת. אם נגדיר הפרטה כמעשה של הפחתת שליטתה של הממשלה ו/או הגברת ההסתמכות על המוסדות הפרטיים בחברה בהספקת רצונותיהם של האזרחים, ריכוזיות ממשלתית הינה ההפך מהפרטה. קיומו של פרדוקס זה עומד במרכז מאמר זה ובמסגרתו ננסה ליישב.

ב-26.06.1994 פורסם ברשומות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן: חב"מ), ובכך אירע בישראל שינוי מוסדי פורמלי נדיר. בעידן בו המגמה הכללית בחברה הישראלית עודדה הפרטות, צמצומים ונסיגה בפועל ממדיניות רווחה לכיוון ניאוליברלי, נחקק חוק 'רווחה' אוניברסלי שהבטיח שירותי בריאות בסיסיים לכלל תושבי ישראל. מטרתו הפורמלית של חב"מ היו לספק סל בריאות בסיסי אוניברסלי שיתן כיסוי ביטוחי רפואי לכלל אזרחי המדינה ('סל בריאות'), 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 רגולציה טובה יותר. אולם, יותר ויותר ממצאים ומחקרים מצטרפים יחדיו להראות, כי חקיקתו ויישמו של חב"מ לא השיגו את כלל המטרות המוצהרות בפתיח החוק, כפי שטענו לעשות כן מקדמיו. על אף רמתה הגבוהה של הבריאות בישראל, ועל אף השיפור המתמיד שנמצא אצל כלל

בעידן בו המגמה הכללית בחברה הישראלית עודדה הפרטות, צמצומים ונסיגה בפועל ממדיניות רווחה לכיוון ניאוליברלי, נחקק חוק 'רווחה' אוניברסלי שהבטיח שירותי בריאות בסיסיים לכלל תושבי ישראל.

קיומם של הביטוחים המשלימים עשוי לפגוע בעקרון השוויון, במידה והשירותים והטיפולים שיופיקו בהם יחרגו מעבר לטיפולים שוליים, מה שיביא לכך שהשכבות החלשות ביותר והזקוקות ביותר, לא יוכלו לקבל כיסוי מלא לצרכי הבריאות שלהן.



הדירקטוריון בקופות, קביעת כללי התקשרות בין קופה לתאגיד חיצוני, הרחבת מנגנוני הפיקוח התקציבי עליהן והכתבת כללים בדבר אספקת שירותי ביטוח משלים. בזה האחרון, כוללת התערבותה של המדינה בהוצאת התרופות 'מצילות'/'מאריכות' החיים בשנת 2008 משירותי הביטוח המשלים באמצעות חוק ההסדרים. במאמר מוסגר, את פעילותן של הקופות להגדלת כוחן על ידי הכנסת התרופות 'מצילות החיים' לשירות הבריאות הנוספים (שב"ן), כמו גם את העובדה כי זכו להכשר לכך מהרגולטור, יש להבין, בין השאר, כניסיון התמודדות עם ההזנחה תקציבית וההפרטה העקיפה והסמויה שהופעלה עליהן. הלאמת מערכת הגבייה, 'סימון' כספי מס הבריאות עבור שירותי בריאות והפיכת הקופות למעין מלכ"רים המקיימים ביניהם תחרות המבוקרת על ידי המדינה בשנת 1995, הקנו לממשלה שליטה גדולה יותר על ספקי הבריאות בעיקר בצד מקורותיהם הכספיים ואפשרו לבירוקרטים באוצר לצמצם באופן הדרגתי ומתמשך את מימון מערכת הבריאות.

שינויים חשובים נוספים בחוק היו הגדלת גביית התשלומים מהמבוטחים לקופות והכנסת שירותי בריאות נוספים (שב"ן) בתשלום. במסגרת חוק ההסדרים של שנת 1998, הוחלט על הגדלת ההכנסות של הקופות - אשר נכנסו לגירעונות בשל מדיניות הצמצום התקציבי של האוצר - באמצעות תוספת תשלומים מהמבוטחים. אחת ההתפתחויות השליליות ביותר בשלהי העשור הראשון למאה ה-21 הייתה הגידול הרב בשיעורי ההשתתפויות העצמיות של מבוטחים בהוצאות הבריאות שלהם. כדאי מובן לציין כי קיומם של הביטוחים המשלימים - שמרבית הציבור בישראל מבוטח בהם בימינו - עשוי לפגוע בעקרון השוויון, במידה והשירותים והטיפולים שיוספקו בהם יחרגו מעבר לטיפולים שוליים, מה שיביא לכך שהשכבות החלשות ביותר והזקוקות ביותר לא יוכלו לקבל כיסוי מלא לצרכי הבריאות שלהן.

לשינוי הסעיף בחוק המאפשר גביית כספים ממבוטחים והצעת תשלומי השתתפות שאינם כלולים בסל הבריאות, הייתה משמעות נוספת: משעה שחויבו הקופות לספק הנחות ופטורים התלויים במבחנים שונים, נאלצו המבוטחים הזכאים לכך להציג בפניהן אסמכתאות. המשמעות של כך הייתה שמצבם הפיננסי של המבוטחים, אשר עד כה היה חשוף רק בפני המוסד לביטוח לאומי, הפך לגלוי בעיני הקופות. תיקון זה הוסיף את הכנסת המבוטח

למערכת השיקולים של הקופות לגבי השירותים למבוטח, דבר שמהווה שינוי משמעותי מהיבט הזכויות של המבוטחים.

עם הזמן התברר שההתפתחויות הטכנולוגיות והדינמיות המאפיינות את עולם המחקר והרפואה אינם משתנה שניתן להתעלם ממנו. כך גם לגבי ההתפתחויות הדמוגרפיות כגון הזדקנות האוכלוסיה וקצב הריבוי הטבעי. אחת הפשרות העיקריות שנעשתה עם חקיקתו של חבב"מ, הייתה השארת ערכונו ללא נוסחה קבועה. עובדה זו אפשרה לאוצר לשחוק את סל הבריאות לא רק על ידי קיצוצים ישירים, אלא גם באמצעות התעלמות מ'הוצאות סמויות', כגון גידול אוכלוסין והזדקנות. בשנת 1995, עמדה העלות הכללית של הסל על 12.2 מיליארד ש"ח, והדילמה המרכזית הייתה כיצד יש לעדכן סכום זה עם השנים. בעוד שבמשרד הבריאות ובקופות סברו כי יש להתחשב בשינויים הדמוגרפיים, הטכנולוגיים,

משעה שחויבו הקופות לספק הנחות ופטורים התלויים במבחני הכנסה, נאלצו המבוטחים הזכאים לכך לחשוף בפניהן את מצבם הפיננסי, אשר עד כה היה חשוף רק בפני המוסד לביטוח לאומי.

מגוון רחב מאוד של תיקוני חקיקה בחוק זה באמצעות אסדרה (רגולציה) נרחבת בכל הקשור לסמכויותיהן, אופן ניהולן והפיקוח על ארבע קופות החולים. מכלול תיקונים זה אפשר לפקיד האוצר לקצץ בהדרגה את המימון הציבורי לשירותי הבריאות כחלק מאסטרטגיית מדיניות רחבה יותר, של צמצומה של מדינת הרווחה הישראלית – ובניגוד לעקרונות הצדק, השוויון והסולידריות החברתית שברוחם נחקק חב"מ.

אולם, בניגוד לעולה ממחקרים אחרים שבחנו אסטרטגיה זו ברחבי העולם, תהליך נסיגתה של מדינת הרווחה בישראל, לפחות בתחום מדיניות הבריאות, לא נשען על תוכנית אסטרטגית לטווח-ארוך, אלא יותר על שיקולים קצרי-טווח בהינתן תפיסת עולם ניאור-ליבראלית ואינטרסים שונים של פקיד האוצר. במסגרתו של תהליך זה, בשל קשיי משילות קשים וחוסר ודאות, נאלצים לפעול מרבית השחקנים בזירת מדיניות הבריאות תוך שיקולי טווח-קצר ו'כיבוש שריפות'. התנהגות זו מאפיינת גם את השחקנים הדומיננטיים ביותר בזירת מדיניות הבריאות – פקיד האוצר.

העובדה שהתנהגות זו הופכת לאפשרית בעקבות תהליכים של ריכוזיות מגבירה את הפוטנציאל לחוסר יעילות. מחד גיסא, נראה – לאור מעורבותה העמוקה של הממשלה – כי היומרה לתת דרור לכוחות השוק אינה אמיתית. מאידך גיסא, מעורבותה של הממשלה באה לידי ביטוי בעיקר באלמנטים תקציביים ופחות באחרים. התוצאה היא צורך גובר של אזרחים למצוא לעצמם פתרונות למחסור בשירותים רפואיים. כך, מתגברת המוטיבציה של אזרחים לפנות לשוק הפרטי לאספקה עצמית של שירותי בריאות, ובמקום בו הדבר פחות אפשרי – לפנות לערוצים אלטרנטיביים כגון 'רפואה שחורה' או 'אפורה'. בתורה, גוברת המוטיבציה אצל הממשלה, המזהה עתה איום על המונופול שלה כספקית של מוצרים ציבוריים, למסד את הפעילות בשוק החופשי באמצעות רגולציה מואצת, או למסד תופעות של 'רפואה שחורה' או 'אפורה' בתוך המסגרות הציבוריות (למשל: באמצעות הסדרת השר"פ – שרותי הרפואה הפרטיים בתוך בתי החולים). עניין זה מגביר את החוסר בתכנון אסטרטגי ארוך טווח אצל מקבלי ההחלטות בישראל, הואיל וגם צעדים אלו ננקטים שלא מתוך ראייה מערכתית ארוכת-טווח ומקיפה. ניתן לומר בוודאות גבוהה כי התנהלות כזאת לאורך זמן היא הרסנית.

שינויי המחירים והופעת תרופות חדשות, הוביל תהליך הפשרה לאי הגדרה מסודרת של נוהל עדכון הסל בחוק. הטענה הייתה כי אסור לעגן בחקיקה את מנגנון ההצמדה של עלות הסל, שכן לא ניתן לכבול את ידי המדינה בקביעת סדרי עדיפויות. את העמימות הזו ניצל האוצר על מנת לשחוק משנה לשנה את הסל. בשנת השיא, עודכן הסל ב-370 מיליון ₪, ובשנת השפל לא עודכן כלל.

בניגוד לעולה מהספרות העולמית, במקרה הישראלי אינדיקציות רבות מצטרפות יחדיו ומרמזות שהקיצוצים הרבים בתקציב מערכת הבריאות לא היו תוצאה של תהליך ארוך טווח מתוכנן, אלא יותר תוצאה של ניסיונות והחלטות אד-הוק שנעשו על ידי בירוקרטים שונים. לפיכך, ניתן לטעון כי במקרים רבים שינויים אלה אינם פרי מדיניות מתוכננת לטווח-ארוך של מקבלי ההחלטות, אלא טקטיקות שתכליתן לקצור הישגים לטווח-קצר. כך, ממשיכים אנשי האוצר ומצמצמים את תקציבי מערכת הבריאות (או אינם מעדכנים אותם), בשיטת 'ניסוי וטעייה', תוך בדיקת סף הסיבולת של המערכת וב'שיטת הסלמי', כשהקו המנחה אותם אינו תוכנית מלאה לפעולה מופרטת של מערכת הבריאות אלא 'הלך רוח' ניאור-ליברלי, שרואה בחיוב קיצוץ במגזר הציבורי.

הפרטה באמצעות ריכוזיות

את הסתירה בין הגברת השליטה הממשלתית וההפרטה ניתן ליישב על ידי ההסבר לפיו מדובר בהפרטה דרך ריכוזיות. על מנת לשלוט בהוצאותיה של מערכת הבריאות (ומדינת הרווחה) ולהקטין אותן, על הממשלה ראשית לשלוט במימונה וניהולה. ברגע ששליטה זו מושגת, יש ביכולתה להפעיל הפרטה סמויה או גלויה, המאלצת את הציבור ואת ספקי הבריאות להתמודד בעצמם עם הסיכונים החברתיים הנכפים עליהם על ידי כוחות השוק.

הסבר זה מספק מענה לפרדוקס המדיניות כפי שהוא משתקף במקרה הבוחן של מערכת הבריאות הישראלית. ראשית, השיגה הממשלה שליטה על מימונה של מערכת הבריאות באמצעות חקיקתו של חב"מ, חוק אשר הבטיח גבייתו של תקציב 'מסומן' לבריאות באמצעות תשלומי בריאות של אזרחים למוסד לביטוח לאומי ותשלומי 'מס מקביל' באמצעות המעסיקים. לאחר מכן, המשיכה הממשלה לחזק את שליטתה על מערכת הבריאות באמצעות

אחת הפשרות העיקריות שנעשתה עם חקיקת החוק הייתה השארת עדכנון ללא נוסחה קבועה. עובדה זו אפשרה לאוצר לשחוק את סל הבריאות לא רק על ידי קיצוצים ישירים, אלא גם באמצעות התעלמות מ'הוצאות סמויות', כגון גידול אוכלוסין והזדקנות.

על מנת לשלוט בהוצאותיה של מערכת הבריאות ולהקטין אותן, על הממשלה ראשית לשלוט במימונה וניהולה. לאחר מכן ביכולתה להפעיל הפרטה סמויה או גלויה, המאלצת את הציבור ואת ספקי הבריאות להתמודד בעצמם עם כוחות השוק.

ניסים כהן הוא רכז הקורס 'מדיניות ציבורית' במחלקה לניהול וכלכלה של האוניברסיטה הפתוחה. מתמחה במנהל ומדיניות ציבורית, מדינת הרווחה, מדיניות חברתית ומדיניות בריאות.

NissimCo@openu.ac.il