

הפרטה במערכת הבריאות

דוד חייניץ ואילנה גראו

בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית בירושלים; חוקרים במרכז לצדק חברתי ודמוקרטיה ע"ש יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים¹

"אין תמה שהדיון אודות השוק הכלכלי מצופה בשכבה עבה של אידיאולוגיה. דרך אחת נוחה להפוך טיעון מורכב לאידיאולוגיה, היא ליצור דיכוטומיות היכן שבמקור קיימות דרגות עדינות של יותר ושל פחות. לדוגמה: האם אתה בעד או נגד "השוק החופשי?"

"So, it is no wonder that the discussion (over markets) has become thickly encrusted with ideology. And one convenient way to turn subtle argument into ideology is to create dichotomies where there are originally fine gradations of more and less. For example: are you for or against "the free market?"

(Robert Solow, The New Republic, 12.1.2010)

הקדמה

בפרק זה נדון בהפרטת מערכת הבריאות בישראל מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן: **החוק**) בשנת 1995. כפי שיוסבר בהמשך, חוק זה מהווה הלאמה של חלקים חשובים במערכת הבריאות. לכן, בבואנו לבחון באיזו מידה מערכת הבריאות עוברת תהליך של הפרטה, חשוב להבחין בין שתי שאלות: **האם תחומים שהיו פרטיים לפני שנת 1995 נשארו כך?; האם חלה נסיגה בהיקף ההלאמה שנעשתה בחוק והוטל תפקיד גדול יותר על המגזר הפרטי?**

השיח הציבורי נוהג לעסוק בהפרטה במערכת הבריאות בכללותה, שעה שהתמונה הינה מורכבת יותר. יש להבחין בין תחומים שתמיד היו מופרטים ו/או מופרטים במידה רבה, לבין תחומים שהולאמו, ולאחר מכן חלה בהם מגמת הפרטה. כך למשל, הגדלת חלקו של המימון הפרטי של שירותי בריאות מוצגת כ"הפרטה", מבלי לבחון, בין השאר, על אילו שירותים משקי הבית מוציאים את הכספים הללו. האם על שירותים שהולאמו או על שירותים שהיו ונשארו פרטיים? במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הולאם ואוסדר חלק משמעותי של מערכת הבריאות. עם זאת, כוונת החוק להרחיב את ההלאמה והאסדרה לתחומים נוספים כגון ביטוח סיעודי, בריאות הנפש, בריאות השן (למעט הלאמה ראשונית שחלה לאחרונה), קידום בריאות ורפואה מונעת - לא מומשה, ותחומים אלו נותרו פרטיים ו/או עוברים תהליך של הפרטה. בפרק זה אנו מבקשים לבחון בקפידה את הטענה כי קיימת מגמה של כרסום בחלק מהתחומים שהולאמו במסגרת החוק, על מנת למקם את נושא ההפרטה במסגרת מדיניות הבריאות הכוללת של המדינה.

בחלק הראשון נבחן את הרב-מימדיות של המונח "הפרטה" הן מבחינה אידיאולוגית והן מבחינה מתודולוגית, תוך הגדרת ארבעה פרמטרים עיקריים להערכת מידת ההפרטה במערכת. **בחלק**

¹ * המחברים מודים מקרב לב לצוות הפרויקט, לפרופסורים גור עופר ואבי ישראלי, ולח"כ חיים אורון על הערותיהם הבונות. האחראיות היא של המחברים.

השני נסקור את הרקע ההיסטורי להתפתחות ולתמורות הגדולות בכל אחד מארבעת הפרמטרים. **בחלק השלישי** נציג נתונים לגבי ארבעת הפרמטרים. **בחלק הרביעי** נדון במהותן של תמורות אלה ונציג הערכה לגבי מידת ההפרטה במערכת הבריאות. **בחלק החמישי** יוצגו השלכות והמלצות למדיניות.

1 הגדרת המונח "הפרטה" בהקשר למערכות בריאות

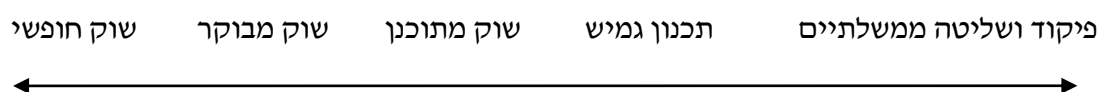
קיימת הסכמה רחבה בחברה הישראלית על כך שבריאיות הינה זכות חברתית בסיסית (חיניץ 2010). ההתעניינות הרבה בהפרטת מערכת הבריאות בישראל קשורה להשקפות ערכיות לגבי שוויון, צדק חברתי וערבות הדדית, וכל התפתחות המשפיעה על ערכים אלו תיבחן דרך פריזמה אידיאולוגית. לדעתנו, יש לגשת לנושא ההפרטה מתוך מודעות לחשיבותה של האידיאולוגיה, ובה בעת גם למידה שבה היא עשויה לעתים לטשטש את הדיון במרכיבים המעשיים של המערכת. ההנחה לפיה כל הזזת גבול לכיוון המגזר הפרטי מצביעה בהכרח על התנערות הממשלה מאחריות, משבשת את היכולת לבחון את המציאות באופן שקול יותר, ומבטלת מראש את האפשרות לדו-קיום בין הפרטה לבין שוויוניות וערכים אחרים.

דרך אחת "להתעלות" מעל הוויכוח האידיאולוגי היא לבצע ניתוח מסודר של התמורות שחלו במעמד של מוסדות והסדרים במערכת הבריאות, ובכך לנסות לפזר את ענני אי-הבהירות המלווים את הוויכוח הלוהט. מבלי להתעלם מההקשר האידיאולוגי, ובהתחשב במורכבות המונח "הפרטה" פרק זה יתבסס על ההגדרה כפי שהיא מופיעה בפרק המבוא בספר זה :

"העברת נכסים, שירותים ומוצרים מבעלותם, מניהולם וממימונם (לפי העניין) של ארגוני המדינה לארגונים במגזר העסקי, או לארגונים במגזר השלישי, או לאנשים פרטיים. במובנה הרחב פירושה הגדרה מחדש של אחריות המדינה, כלומר, הזזת הגבולות בין המרכיבים לעיל. הפרטה יכולה להתבצע לשני מגזרים: מהמדינה למגזר העסקי -- לגוף שפועל בשוק העסקי עם כוונת רווח; מהמדינה למגזר השלישי -- לתאגיד לא-עסקי ללא כוונת רווח. יש להבחין בין: (1) "הפרטה מינורית" -- לעמותה ציבורית שאין לה כוונות רווח ואינה פועלת על פי אמות מידה עסקיות ו/או תחרותיות (לדוגמה, ניהול המכינות הקדם אקדמיות על-ידי האגודה לקידום החינוך); (2) "הפרטה מזוירית" -- לתאגיד ללא כוונת רווח שפועל כגוף עסקי ולרוב גם תחרותי (קופות החולים); (3) העברה מארגון של המגזר השלישי לגוף עסקי אינה הפרטה מבחינת ההגדרה הפורמאלית, כי לא חל שינוי מהותי באחריות המדינה, אולם ההבחנה בין "מינוריות" ל"מזוירות" חלה גם עליה. לדוגמה, ההבדל שבין קופות החולים הציבוריות הקיימות לבין קופת חולים פרטית-עסקית."

הפרק יתמקד בבחינת התמורות שחלו במערכת הבריאות הישראלית הקשורות להגדרה זו, ויבחן באיזה מידה יש להגדיר שינויים אלו כהפרטה. כלי נוח להמשגה הנו הטווח שבין מבנה מוסדי המבטא אחריות ושליטה מלאה של המדינה מחד גיסא, לבין שוק חופשי לחלוטין, מאידך גיסא.

תרשים 1: ציר המבנה המוסדי של מערכות חברתיות



מקור : Saltman and von Otter, 1992

כמה הערות על תרשים 1. **ראשית**, הוא משקף ידע, הבנה וניסיון במדינות שונות שאין לבסס את המבנה המוסדי של מערכת הבריאות על אחד הקצוות - רק בשוק החופשי או רק בידי המדינה. המחקר מצביע על הכשלים החריפים של שירותי בריאות בשני המקרים. הראשון סובל מכשלי שוק הנובעים מאי סימטריה במידע בין רופאים לבין מטופלים, סיכון מוסרי המוביל לצריכת יתר של שירותי רפואה, קושי בהערכת טיב השירות הרפואי ואי שוויון בשוק ביטוחי הבריאות (Arrow 1963, Altman et al 1999, Altman and Schachtman 2011). השני, השירות הממשלתי סובל גם כן מבעיות הנובעות מחסמים במידע, ובמיוחד מתמריצים שליליים וחוסר יעילות. לכן, רוב מדינות המערב שביצעו רפורמות במערכות הבריאות חיפשו פתרון המשלב בין מנגנוני שוק המעודדים התייעלות ואיכות, לבין כלי בקרה ורגולציה של המדינה שירסנו את הנטיות לניצול פגמים במידע וליצירת אי שוויון בנגישות לשירותים רפואיים (Saltman and Von Otter 1992). **שנית**, בעוד הציר בתרשים נע מהפרטי לציבורי, ההבחנה היותר משמעותית היא בין פיקוד ושליטה ממשלתית הירארכית, לבין מערך של עיסקות חליפין מבוזרות במסגרת שוק חופשי. **שלישית**, רצף הנקודות על טווח הציר בתרשים משקף הסדרים מוסדיים שהגדרתם גולשת מעבר להבחנה בין פרטי וציבורי, למשל בחירה בין נותני שירותים פרטיים או ציבוריים. **רביעית**, בכל נקודה על הטווח יש תמהיל שונה של פרמטרים המרכיבים את המערכת - למשל מקור המימון ובעלות על שירותים - כאשר אין סיבה שפרמטרים מסוימים לא ינועו בכיוונים שונים על הרצף.

רשימת הפרמטרים להלן איננה מקיפה, אך היא כוללת את המרכיבים הבולטים הקשורים לאפיון המבנה המוסדי של מערכת הבריאות, והמתאימים מאד להגדרת ההפרטה לעיל:

א. מימון;

ב. בעלות (על מוסדות המספקים שירותי רפואה);

ג. בחירה²;

ד. רגולציה.

מוקד הדיון הוא השילוב בין פרמטרים אלה (רוזן 1990). אופיו של כל פרמטר יכול לנוע בין פרטי לציבורי. האפשרות לתמהילים שונים באה להוסיף להתמקדות בנושא ההפרטה כדרך לעמוד על התהליכים האמיתיים והמשמעותיים במערכת. למשל, אם יש יותר מימון פרטי וגם יותר מתן שירותים על ידי מוסדות פרטיים בעלי כוונת רווח, מובן מאליו שהתזוזה על הטווח תהיה לכיוון של הפרטה. אך אם בנוסף לכך יש רגולציה המגבילה את התנהגותם של הגופים הפרטיים כדי שישירותו משימות ציבוריות - נראה בכך מחסום העוצר את התזוזה של המערכת, הרבה לפני שהיא תגיע לקצה השמאלי של הטווח, דהיינו לשוק החופשי לגמרי.

בהקשר זה אפשר לציין שכיום בהולנד, ובכפוף להסדרים עם האיחוד האירופי, כל מבטחי הבריאות הם מוסדות פרטיים בעלי כוונת רווח, אך הם מוגבלים על ידי רגולציה קפדנית המיועדת לשמור על סולידריות ושוויוניות במערכת, ומבטחים אלו נוטים להפוך למלכ"רים. לעומת זאת, במספר מדינות

² מרכיב הבחירה מתאים להגדרת ההפרטה המשמשת במאמר זה, וכפוף לטענה לפיה ככל שהממשלה מעניקה חופש בחירה גדול יותר לאזרח, כך גוברת אחריותו לתפקידו כ"קליינט" או "צרכן" של השירותים. מערכת הירארכית הקובעת ממי והיכן יקבל האזרח שירותי בריאות, תמוקם קרוב יותר לצידו הימני של הציר. לעומת זאת, מערכת גמישה יותר, המאפשרת לאזרח בחירה מסוימת על פי שוברים (vouchers) - גם אם המימון והבעלות נשארים בידי הממשלה - מעבירה לאזרח חלק מהאחריות לתפקוד המערכת, ולכן, תמוקם בצידו השמאלי של הציר. תפישה זו תידון בהקשר לסוגיית השר"פ בהמשך.

בגוש המזרחי, פירוק המשטר הסובייטי הביא למעבר ממערכת בשליטה מלאה של הממשלה, למערכת בה למגזר הפרטי יש תפקיד משמעותי, למשל הקמת ביטוחי בריאות פרטיים בלי ריסון רגולטורי. לכן חשוב יותר לדון בתמהילים של הפרמטרים מעבר לדיון בהבחנה בין פרטי לציבורי וכך גם לגבי ההפרטה במערכת הבריאות בישראל.

יש לציין שהדיון כאן עוסק בעיקר בהפרטת המערכת לטיפול רפואי, שהיא מרכיב מרכזי במערכת הבריאות אך לא היחיד. מערכות אחרות כמו חינוך רפואי, בריאות הסביבה וגורמים חברתיים המשפיעים על בריאות, לא יידונו בפרק זה. עם זאת, הדיון לגבי הפרטת מערכת הטיפול הרפואי, משמש גם רקע מתאים לניתוח התחומים האחרים.

2 הפרטת מערכת הבריאות בישראל: ההקשר ההיסטורי³

במדינות רבות התארגנות קולקטיבית וולונטרית במימון ובהספקת שירותי בריאות קדמה להתערבות מסיבית של השלטון בתחום. המערכת בישראל מתייחדת בכך שהמבנה המוסדי שלה הוקם כארבעים שנים לפני הקמת המדינה. קופת חולים כללית הייתה אחד מהסדרי השירותים החברתיים בתקופת היישוב וה"מדינה שבדרך". הקופה פעלה לפי הכללים של ביטוח בריאות סוציאלי בהם דמי החבר מבוססים על רמת ההכנסה, והשירות אמור להינתן על בסיס צורך. ערב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 היו ארבע קופות חולים, לאחר שקופת חולים כללית איבדה את מעמדה הדומיננטי בגין מעבר מבוטחים לקופות אחרות, במיוחד למכבי. אחוז המבוטחים בקופת חולים כללית ירד מ- 82% בשנת 1950, ל- 66% בשנת 1994 ל- 52% ב- 2010. באותה תקופה עלתה קופת חולים מכבי מ- 3.4% מבוטחים בשנת 1950, ל- 17.6% בשנת 1994, ו- 25.3% ב- 2010 (בן נון ואחרים 2005, המוסד לביטוח לאומי 2010).

בתקופת היישוב היו מספר בתי חולים בולטים, בעיקר של ארגון הדסה. לאחר שנת 1948 הוצאה פריסת מערכת האשפוז הן על ידי הממשלה והן על ידי קופת חולים כללית. בנוסף, התפתחה תחרות בין משרד הבריאות לבין קופת חולים כללית על ההגמוניה במערכת, בין היתר כתוצאה מהקשרים הפוליטיים והארגוניים שבין מפלגת מפא"י-מערך-עבודה, ההסתדרות וקופת חולים כללית.

במהלך השנים, ובמיוחד בשנות השמונים, פעילות משרד הבריאות בתחום האשפוז, תרמה לכך שהוא חבש "שני כובעים" – נותן שירות רגולטורי. במספר תחומים חשובים, כמו בריאות הנפש, טיפול סיעודי וטיפול מונע ביולדות ובתינוקות, השירותים ניתנו ישירות על ידי משרד הבריאות. מצב זה הוסיף לטשטוש גבולות האחריות בין משרד הבריאות לבין גורמים חוץ-ממשלתיים כמו קופות החולים. במחקר זה לא נעסוק בשירותים שניתנים על ידי משרד הבריאות, אך ראוי לתת את הדעת על אי-הבהירות בקווי הסמכות והאחריות העולה מתמונה זו, והשלכותיה על הגדרת זכויות האזרחים ודרכי הספקת השירותים.

עם קום המדינה היו מי שדרשו בשם ה"ממלכתיות" שמוסדות טרום המדינה ישלבו במוסדות השלטון, ובהתאם לכך שקופות החולים יהיו בתוך המבנה הממשלתי. קופות החולים לא שיתפו פעולה עם מגמה זו, בין השאר בגלל התנגדות ההסתדרות, ועל כן מערכת הבריאות הייתה מורכבת מלכתחילה מתערובת של מוסדות ציבוריים-ממשלתיים וציבוריים-לא ממשלתיים, בלי תיחום ברור של אחריות וסמכות. לעומת זאת, ברוב מדינות העולם המערבי קופות החולים ובתי החולים הציבוריים ללא כוונת רווח הוגדרו כ"פרטיים", בעוד שבישראל הם הוגדרו כ"ציבוריים". כלומר,

³ לסקירה רחבה: ראו אסא מרון, בספר זה

מוסדות אלה אמורים לפעול ללא כוונת רווח, ולהיות נתונים לחוקים ולתקנות המגבילים את פעילותם והופכים אותם למוסדות ממלכתיים למחצה. יש לציין שלפני קום המדינה פעלו גם מספר בתי חולים פרטיים בעלי כוונת רווח (בן-נן ואחרים 2005). מגזר זה, מבחינת זהותו, מקור המימון והבעלות, לא התאפיין באי-בהירות: הוא היה פרטי לגמרי.

המשבר במערכת הבריאות בסוף שנות השמונים

התפתחות מערכת הבריאות מקום המדינה ועד לסוף שנות השמונים הובילה ללחצים לשינוי מבני. גירעונות כבדים, במיוחד בקופת חולים כללית, חוסר שביעות רצון מהשירות, גידול בהוצאות האזרח לשירותי הבריאות, ואי-שוויון בנגישות לשירותי בריאות - עוררו דיון ציבורי. גורם חיצוני למערכת הבריאות שהשפיע אף הוא על הדחף לשינוי, היה הכרסום בכוחה של ההסתדרות והבשלת התנאים להפרדה בין ההסתדרות לבין קופת חולים כללית.

בסוף שנות השמונים היו תורים ארוכים לניתוחים אלקטיביים, במיוחד למבוטחי קופת חולים כללית. צמיחתן של הקופות הקטנות העצמאיות, מכבי ומאוחדת, וההתפלגות הלא מאוזנת של המבוטחים בין הקופות מבחינת הכנסה, גיל ומצב בריאותי, הפכו למוקד השיח במערכת הבריאות. שתי קופות אלה אפשרו יותר חופש בבחירת נותן השירות לעומת קופת חולים כללית, והעמידו פחות מכשולים וביורוקרטיה בפני המבוטחים. בנוסף, הקופות העצמאיות משכו אוכלוסיות יותר צעירות, עשירות ובריאות. היכולת של אותן קופות לסנן מבוטחים נתפסה אף היא כבלתי הוגנת, משום שהן הגדילו את אי-השוויון במערכת.

הקידום הטכנולוגי והצלחתם של בתי חולים - הן פרטיים הן ציבוריים - להשיג ציוד רפואי מתקדם, גם ללא אישור או שליטה של משרד הבריאות, תרמו לתחושת היחלשות השליטה במערכת הבריאות. בשנות השמונים היו בישראל מספר גדול יחסית של מכונות סריקה (CT, MRI) לנפש בהשוואה למדינות העולם המערבי. ניתן לראות בכך דוגמה למצב שבו יש לשלטון שליטה ריכוזית לפי חוק, אך הוא לא מצליח לאכוף את רצונו באופן עקבי. אפשר לטעון שהמערכת בתקופה זו הייתה בו-זמנית ציבורית וריכוזית, וגם פרטית ומבוזרת.

באותה תקופה החלו בתי החולים במגזר הציבורי לפתח שירותים חדשים, תוך תחרות על משיכת צוות בעל מוניטין, במגמה לשפר את רמת השירות ובניסיון למשוך חולים. הדבר התרחש למרות שעל פי ההסדרים שסוכמו בין קופת חולים כללית לבין משרד הבריאות, כל אשפוז או ביקור במרפאת חוץ של בית חולים היה אמור להיקבע על פי תכנון אזורי. דוגמה נוספת להיעדר ניהול עקבי של מדיניות התכנון האזורי הייתה שבשוליים של התוכניות האזוריות, החלו להתפתח הסכמי עבודה בין בתי חולים לבין קופות חולים, למשל הבטחה להפנות חולים לטיפולים מובחרים לבתי חולים ספציפיים. כלומר, ניכרו סממנים ברורים של תחרות גוברת במערכת הבריאות בישראל. (חיניץ ורוזן, 1993).

המלצות ועדת החקירה בראשות השופטת נתניהו

התפתחויות אלה היוו את הרקע למינוי ועדה החקירה הממלכתית לבדיקת מערכת הבריאות בישראל ותפקודה (ועדת נתניהו) בשנת 1988. אמנם היו ועדות רבות שבדקו את מערכת הבריאות לפני ועדת נתניהו (ראו גם אסא מרון, בספר זה), אך יוקרתה של ועדת החקירה, כמו גם התפתחויות פוליטיות בתוך מפלגת העבודה, יצרו את התנאים לשינוי מבני ורפורמה במערכת. באופן ספציפי, מדובר במאבק בתוך מפלגת העבודה וההסתדרות, במסגרתו ניצח ח"כ דאז חיים רמון בבחירות לראשות ההסתדרות

והביא להפרדת קופת חולים הכללית מההסתדרות. מהלך זה סלל את הדרך לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994 (Chinitz 1995).

השינוי הבולט שחל בעקבות המלצות ועדת נתניהו, היה חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אולם הרוב בועדה המליץ על עוד שני מהלכים מבניים מרכזיים:

- הפיכת בתי החולים הממשלתיים (ואם אפשר גם בתי החולים של קופת חולים כללית) לתאגידים ציבוריים עצמאיים שלא יתוקצבו ישירות על ידי הממשלה, אלא יתחרו על הספקת שירותים שימומנו על ידי קופות החולים.
 - הוצאת ההספקה הישירה של שירותים כמו בריאות הנפש, טיפול סיעודי וטיפול באם ובילד ממשרד הבריאות והעברתם לקופות החולים.
- יש שראו בהמלצות אלו ניסיון להלאים את המערכת, ואילו אחרים ראו בהן דווקא הפרטה. היו גם שזיהו בהמלצות "דרך שלישית", ברוח "הניהול הציבורי החדש" (Chinitz 1995, רוזן ובן-נון 2005). למעשה היה בהמלצות שילוב של פרמטרים, כאשר מרכיבים שונים של המערכת נעו בכיוונים שונים על הציר, בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ויישום חלקי או העדר יישום של שני המהלכים האחרים שהוצגו לעיל.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994

החוק היווה ביטוי מובהק לכך שהמדינה נוטלת אחריות לביטוח הבריאות של האזרחים. לעומת אי-הסדר הקודם, במערכת, החוק הגדיר באופן שאינו משתמע לשני פנים את אחריות המדינה בשני ממדים עיקריים: **א. הגדרת זכויות המבוטחים; ב. הבטחת המשאבים הדרושים למימוש זכויות אלו.** הייתה זו הן הסדרה חוקית והן רגולציה של תחומים שהיו קודם לכן נתונים במידה רבה לשיקול הדעת של קופות החולים, שקיבלו את הכנסותיהן בהתאם להכנסת מבוטחיהן ו/או מסבסוד ממשלתי במקרה של גירעונות. החוק קבע את אחריות המדינה לביטוח הרפואי של כול אזרחיה, ובכך הלאים את מימון המערכת. בחוק נקבע:

- כל אזרח מחויב להיות רשום באחת מקופות החולים, משמע הלאמת הביטוח והרחבת הכיסוי לכ- 5% נוספים מהאוכלוסייה, בעיקר במגזרים החרדי והערבי, שלא היו מבוטחים לפני כן.
- מימון הקופות ייעשה על בסיס מס בריאות ייעודי שישולם על ידי האזרחים למוסד לביטוח לאומי, בנוסף למימון ממשלתי לצורך סגירת הפער בין ההכנסות ממס הבריאות לבין העלות המוערכת של סל השירותים המתחייב מהחוק. בכך הולאם כאמור התשלום והפך למס ממשלתי מיועד.
- על קופות החולים לספק סל בריאות סטנדרטי, הנתון לעדכון בהסכמת שר הבריאות ושר האוצר, כאשר האוצר מקצה את המשאבים הדרושים להוספת פריטים לסל; משמע שאחריות המדינה מוגבלת ותלויה במשאבים הזמינים לתחום הבריאות בתקציב הממשלה.
- קופות החולים מקבלות תשלום לפי גולגולת (קפיטציה) על בסיס מספר המבוטחים בקופה משוקלל לגיל, דהיינו ניתוק הכנסות הקופה מרמת ההכנסה של חבריה והצמדתן למדד של הדרישה הצפויה של חברי הקופה לשירותי רפואה. מהלך זה היה מיועד, ואף הביא לכך שלקופות יהיה תמריץ כלכלי למשוך אליהן יותר מבוטחים, וביניהם גם קבוצות אוכלוסייה שקודם לכן היו פחות אטרקטיביות: קשישים, מבוטחים בפריפריה וערבים.

לפי החוק, הקופות היו מורשות בכפוף לאישור שר הבריאות, להציע ביטוח משלים למבוטחיהן לכיסוי שירותים שאינם כלולים בסל הסטנדרטי. יש לציין שהביטוחים המשלימים כבר נכללו בחוק המקורי (ראו להלן דיון על מגמות במימון מערכת הבריאות).

3. מגמות במערכת הבריאות לפני שנת 1995 ואחריה

נציג להלן ארבעה פרמטרים שישקפו את מורכבות מערכת הבריאות שקמה: **מימון; בעלות על מתקני בריאות; חופש בחירה; אסדרה (רגולציה).**

א. מימון: ציבורי ופרטי

א 1. מימון מערכת הבריאות במאקרו

לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שני המרכיבים המרכזיים במימון המערכת היו ציבוריים: ההשתתפות הישירה של הממשלה והמס המקביל המיועד לבריאות. על אף שרבים החשיבו את דמי החברות בקופות כמימון ציבורי (מס אחיד), היו אלה למעשה תשלומים פרטיים, מפני ששולמו באופן וולונטרי מכיסו של החבר. כפי שניתן לראות ב**לוח 1**, בשנת 1990, חמש שנים לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי - הגיעה ההוצאה הפרטית לבריאות לכ-47% לפי הנוסחה החדשה שאומצה על-ידי ה"למ"ס, בעקבות הנחיות ה-OECD משנת 2009.

לוח 1: מקורות המימון להוצאה הלאומית לבריאות מ-1990 (באחוזים) - שנים נבחרות

שנה	ממשלה	מסים מיועדים		סה"כ ציבורי	פרטי		תרומות מחו"ל
		מס מקביל	מס בריאות		סה"כ	משקי בית	
1990	20.5	26		46.5	46.9		6.6
1994	27.3	22.5		49.8			4.5
1995	24.1	21.5	21.3	66.9	30.3	26.5	2.6
1997	41.3	2.3	24	67.7	30.2	25.5	2.2
2000	36.8	0	25.4	62.2	35.5	29	2.2
2005	34.2	0	25.2	59.4	38.7	29.5	2
2010	33.5	0	26.6	60.1	38.2	27.5	1.7

מקור: ה"למ"ס, שנתון סטטיסטי 39 לישראל 2011 (עם התאמות לחישוב החדש של ה-OECD)

כאמור, המס האחיד או דמי החברות בקופות החולים, היו למעשה הוצאה פרטית היות והחברות נעשתה על בסיס וולונטרי (אם כי בפועל מעל 90% מאזרחי המדינה היו חברים באחת הקופות), ואמנם כך מופיע הנתון בפרסומי ה"למ"ס.

לוח 1 מראה שמאז 1997 חלה ירידה בשיעור המקורות הציבוריים מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות. עם זאת, אין להסיק מנתונים אלה שהמימון הממשלתי האבסולוטי למערכת ירד. בפועל נוספו תקציבים, למשל לעדכון סל השירותים בכאחוז וחצי לשנה. בנוסף, המימון הציבורי ממשיך לכסות למעלה מ-90% של עלות סל השירותים שבמסגרת החוק (חורב וקידר, 2010). יתר על כן,

ההוצאה הציבורית לנפש במונחי מחירי 2005, עלתה בין השנים 1995-2009 ב-99 ש"ח (גור עופר 2010). יש לציין שההוצאה הציבורית בתחום הבריאות כאחוז מהתל"ג ירדה בשיעור הקטן ביחס לירידה בתחומים אחרים (עופר 2010).

א 2. מימון קופות החולים

לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המימון של מערכת הבריאות שיקף את חוסר הבהירות בתפקידי המגזרים השונים והתפיסות הרווחות לגביהם: הממשלתי, קופות החולים והמגזר הפרטי. קופת חולים כללית התנהגה בצורה יותר "ציבורית" מקופת חולים מכבי, בשל יכולתה של מכבי לברור את מבוטחיה שהיו לרוב יותר עשירים ויותר בריאים. בנוסף לכך, היכולת של חברי מכבי לבחור רופא הייתה אף היא סממן לאופייה ה"פרטי". ואמנם השילוב בין שיטת קביעת דמי החברות, שהייתה דומה בכל הקופות, והיכולת של אזרחים שלא היו כבולים לחברות בקופת חולים כללית לעבור לקופה אחרת – חיזק את המגמה הזאת ואף השתקף בהכנסות הקופות ובדפוסי ההוצאה שלהן. הכללית והלאומית היו "מכוונות משימה", תוך הקדשת תשומת לב מועטה ליציבות כלכלית, שעה שמכבי ומאוחדת פעלו בדומה לארגונים מכווני רווח וצברו נכסים משמעותיים (גור עופר 2010). הקשר שהיה קיים לפני קבלת החוק, בין חברות בקופת חולים לבין השתייכות לארגון עובדים ואף למקום העבודה (למשל בחברת העובדים של ההסתדרות), לעומת ה"עצמאות" של מכבי ומאוחדת - תרם לתפיסה שהראשונות הן יותר ציבוריות.

בלוח 2 ניתן לראות שמיסי החבר היו רגרסיביים בכל הקופות; דהיינו, ככל שהכנסת החבר עלתה, הוא שילם אחוז נמוך יותר מהכנסתו כדמי חבר לקופה. חברי הקופות הקטנות מכבי ומאוחדת (ה"עצמאיות") - היו בעלי הכנסה גבוהה יותר מאשר חברי קופת חולים כללית ולאומית, כך שלמרות ששיעור המס היה נמוך יותר במכבי ובמאוחדת, התקבולים מדמי חבר היו גבוהים יותר בקופות אלה. לעומת הרגרסיביות שהייתה קיימת לפני 1995, התשלומים נעשו פרוגרסיביים בעקבות החלת החוק.

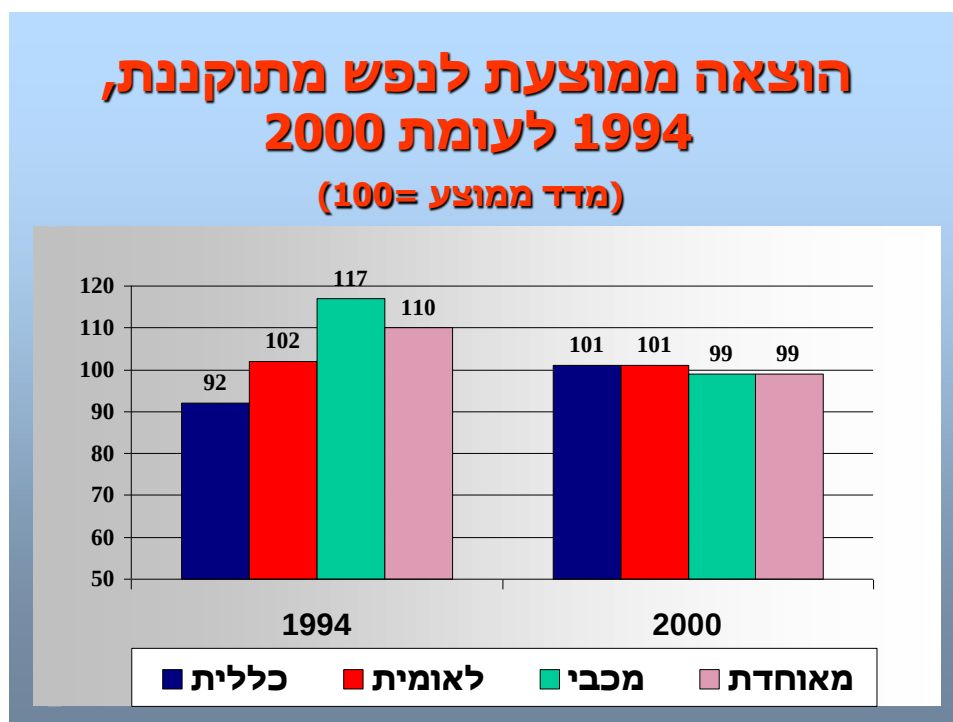
לוח 2: השוואת תשלומי מיסי בריאות לפני ואחרי החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

רמת שכר ברוטו (ש"ח)	תשלום מיסי חבר לפני חב"ם (כאחוז מהשכר)	תשלום דמי ביטוח בריאות אחרי חב"ם (כאחוז מהשכר)
2000	4.9	3.1
3000	5.0	3.7
4000	4.9	3.9
6000	4.6	4.2
8000	4.3	4.4
10000	3.8	4.4
12000	3.4	4.5
14000	3.0	4.5
16000	2.6	4.6

מקור: בן נון ועופר, 2005

תרשים 2 מראה שהדבר השתקף גם בדפוסי ההוצאות: בקופות העצמאיות ההוצאה לנפש הייתה גבוהה יותר באופן משמעותי מאשר בקופות כללית ולאומית. מכיוון שלקופות העצמאיות היו הכנסות גבוהות יותר כתוצאה מרמת הכנסה גבוהה יותר של חבריהם, ומכיוון שהאוכלוסיות שלהן היו צעירות ובריאות יותר, נותרה להן רוזרבה לעומת הגירעונות בכללית ובלאומית. ואכן, ניתוק הקשר בין הכנסות חברי הקופות לבין תקבוליהן בעקבות החוק גרם לתיקון המצב.

תרשים 2 : ההוצאה לנפש מבוטחת בקופות החולים לפני ואחרי חוק ביטוח בריאות ממלכתי



מקור: בן נון ועופר, 2005

א.3. מימון פרטי

בלוח 1 ניתן לראות שבעוד שחלקה של ההוצאה הפרטית הלך וגדל עם השנים (בשנים האחרונות ניכרת התייצבות), חלקם של תשלומי משקי הבית מהכיס עלו פחות, כאשר החלק החסר נובע ממימון ההוצאות דרך הביטוחים הפרטיים (כ-4%) והמשלימים (כ-6%). משמע, חלקה של ההוצאה לבריאות מכלל הוצאות משקי הבית גדל, אבל חלו שינויים משמעותיים בהרכב ההוצאות, כפי שניתן לראות ב**לוח 3**.

לוח 3 : ההוצאה החודשית לבריאות של משקי הבית : 1992-2009

2009	2007	2003	1999	*1992	
5.1%	5.3	4.8%	4.1%	3.5%	% ההוצאה לבריאות מסה"כ ההוצאה לתצרוכת משקי הבית
					התפלגות ההוצאה
29.5	25.5	19.5	16.6	5.2	ביטוחים (משלימים + פרטיים)
25.5	28.3	31.2	33	43.3	רפואת שיניים

תרופות	16.8	24.9	19.4	19.4	18.6
אחר	34.6	25.4	24	26.8	26.4

* לא כולל מס חבר

הגידול בהוצאות משקי בית לבריאות (מעבר למס הבריאות) מורכב בעיקר מהשתתפות בתשלום עבור תרופות וביטוח משלים. (השאלה כיצד מגדירים את הביטוח המשלים הינה מורכבת, ונתייחס אליה בהמשך). תשלומי ההשתתפות שהמטופלים משלמים בעת צריכת שירותים הם בעיקר עבור תרופות וביקורים אצל רופאים מומחים. ההשתתפות בתשלומים אלה היא עד תקרה מסוימת, והיא מועברת לקופת החולים ולא נשארת בידי נותן השירות. הכנסות הקופות ממקור זה גדלו באופן עקבי, מכ 5% מסך הכנסות הקופות ב-1995 לכ-7% ב-2009 (עבור שירותים הנכללים בסל הבריאות), וקבוצות חלשות נמנעות מצריכת שירותי בריאות בגין התשלומים האלה (חורב וקידר 2010, וולדמן אשרוב 2009). לפי סקר מכון ברוקדייל, ואולי בעקבות ניסיונות מוגברים מצד הקופות לוודא שהמטופלים מבינים שיש תקרה לתשלומים - נמצאה ירידה באחוז המדווחים כי התשלומים לבריאות מכבידים במידה רבה (22% ב-2007 לעומת 27% ב-2005), ונמצאה עליה באחוז המדווחים כי התשלומים לא מכבידים בכלל (30% ב-2007 לעומת 19% ב-2005). מגמה זאת נמצאה גם בקרב אוכלוסיות חלשות. עם זאת, עדיין כרבע מהחולים הכרוניים וכרבע מבעלי ההכנסה הנמוכה מדווחים כי התשלומים לבריאות מכבידים במידה רבה (גרס ואחרים, 2007).

בלוח 3 ניתן לראות שחלקם של הביטוחים בהוצאות משקי הבית עלה מ-5.2% ב-1992 ל-29% ב-2009. מנתוני הלמ"ס, מסתבר ש-63% מתשלומי הביטוח הינם לקופות החולים, כך שאין לייחס את כל ההוצאות הללו לביטוחים המשלימים. בנוסף לכך, בעוד שב-1995 רק ל-35% מבני 22+ היה ביטוח משלים, אחוז זה עלה לכ-80% בשנים האחרונות. הפריצה הגדולה נעשתה בעקבות התקנות בחוק ההסדרים ב-1998 אשר הטילו חובה על קופות החולים לקבל כל אחד לביטוח משלים ולגבות דמי ביטוח ללא קשר למצב הרפואי. כלומר, הגידול בביטוח המשלים, מעבר להוצאה הציבורית, שיקף רצון בקרב הציבור שלא היה ניתן למימוש עד אז.

האם יש לראות בהרחבת הכיסוי של האוכלוסייה בביטוח המשלים הפרטה? בקרב חוקרי מערכת הבריאות הדעות חלוקות. למשל, צ'רניחובסקי ושות' כותבים: "המימון הפרטי בישראל כולל גם ביטוחים משלימים...אשר יש להם אופי "חצי ציבורי". היות שקיימת חובה של הקופה לקבל לביטוח המשלים כל פונה ללא תקופת אכשרה, הפרמיה היא קבוצתית והשירותים ניתנים בעין. אף על פי כן, הביטוחים המשלימים נחשבים בדיון זה כהוצאה פרטית." (צ'רניחובסקי, 2010)

לעומתם, גורמים אחרים במערכת הבריאות דווקא מדגישים את המרכיב הציבורי, של הביטוח המשלים, כפי שזה בא לידי ביטוי בקטע הבא המסכם עמדות של בכירים במערכת הבריאות: "המרואיינים מסכימים שהשב"ן, עם יצירתו, מילא צורך וענה על אינטרסים, הן של הציבור (רצון לקבל מעבר למה שמדינה נותנת), הן של קופות החולים (הכנסה נוספת), והן של האוצר (הורדת לחצים תקציביים). כלומר, מתוך הממצאים עולה כי השב"ן הוא תוצאה של צורך. חשוב לציין כי כל המרואיינים ציינו בצורה חיובית את יצירת השב"ן ולא ציינו נקודות שליליות כלשהן לגבי יצירתו, מלבד מנהלי חברות הביטוח הפרטיות שאמרו כי "השב"ן הוא אחד המעשים הפחות הוגנים שהממשלה עשתה כלפי אזרחיה – העברת התקצוב אל כתפי האזרח". טענה זו של המגזר הפרטי

מוזרה, מפני שבהיעדר השב"ן, עוד יותר מהתקצוב למערכת הבריאות היה מוטל על כתפי האזרח הקונה ביטוח פרטי יותר יקר ופחות שוויוני מהשב"ן". (שוורץ-אילן, 2011). עמדה זו של המגזר הפרטי מראה שהלה רואה בביטוח המשלים משהו שונה ממימון פרטי טהור.

טענה נוספת לגבי הביטוח המשלים מתייחסת להשפעתו על מדד מחירי הבריאות. מדד שירותי הרפואה הפרטית עלה מעבר למדד המחירים הכללי. כתוצאה מכך קיימת פגיעה ביעילות ובשוויוניות (צ'רניחובסקי 2010). דוגמה לכך היא התופעה של מומחים העוזבים את המערכת הציבורית ומעדיפים לעבוד במערכת הפרטית בשל השכר הגבוה והתנאים המשופרים, ובכך פוגעים ביכולתה של המערכת הציבורית לספק את סל השירותים הבסיסי. כך, ב-2010, כ-30% מהוצאות הביטוח המשלים - כ-900 מיליון ₪ - הופנו למימון ניתוחים פרטיים, על פי נתוני דוח ברזילי (2011). יש לשים לב לכך שברוב חלקי הארץ אין אפשרות להשתמש בביטוח המשלים לצורך קניית שירותים ובחירת הרופא המטפל. עם זאת, כדאי לציין שעל פי דוח ברזילי, בשנת 2010 ההוצאות על בחירת מנתח בקרב מבטחי מכבי היו הגבוהות ביותר דווקא במחוז הדרום. הדבר קשור כמובן להפעלת שר"פ בבתי החולים הממשלתיים, נושא שיידון בהמשך.

באשר לביטוח המשלים, חוסר השוויוניות בא לידי ביטוי בכך שלמרות הגידול בהיקפו, אין ביטוח לכ-1.5 מיליון תושבים, כאשר בחמישון התחתון רק כ-62% מחזיקים בביטוח משלים לעומת 84% בחמישון העליון (גרוס 2010). הדבר אכן מצביע על אי שוויון, אבל אלמלא הביטוח המשלים רק אחוז קטן יותר מהאוכלוסייה היה יכול לאפשר לעצמו רכישת ביטוח נוסף במגזר הפרטי, שהוא יקר ופחות נגיש מבחינת חיתום. בהמלצותינו בסוף הפרק נדון בהרחבת הביטוח המשלים לאותם אזרחים שידם לא משגת. יש לציין גם שאחוז המחזיקים בביטוח בריאות פרטי מסחרי בקרב הציבור נשאר בהיקף של 35% משנת 2003, בו בזמן שאחוז מחזיקי ביטוח משלים של הקופות עלה מ-72% ל-81%. ניתן להסביר זאת בכך שהגידול בביטוח המשלים גרם להאטה ואולי לעצירה בגידול השוק לביטוחים פרטיים מסחריים (ברמלי גרינברג 2011).

לסיכום, קיומו של הביטוח המשלים מהווה תזוזה לכיוון הפרטת מערכת הבריאות, אך בד בבד יש לזכור גם את המאפיינים הציבוריים של אותו ביטוח:

- עקב ההסדרה אחרי 1998, יש לביטוח המשלים מאפיינים של ביטוח חברתי: נגישות, שוויון ועזרה הדדית (גרוס 2010). כך למשל, אין כעת הבדל בין אחוז המבוטחים הבריאים לעומת חולים כרוניים, ולמרות שהתשלום עולה עם הגיל, חל גידול בכיסוי האוכלוסייה המבוגרת בה אחוז המבוטחים דומה לכלל האוכלוסייה (מתוך דוח ברזילי 2011)
- הביטוח המשלים ניתן על ידי מלכ"רים (קופות החולים) ומפוקח על ידי משרד הבריאות המאשר את תוכנו ומחירו, בניגוד לביטוחים הפרטיים המפוקחים על ידי משרד האוצר.
- הביטוח המשלים מספק שירותים שלא היו ושאינם כעת בסל הבסיסי (עופר 2010). מדובר לרוב בשירותים שלא נכללו בסל הסטנדרטי בהתאם להחלטות הועדה לעדכון סל השירותים, שספק אם יש מקום להכליל אותם במסגרת המימון הציבורי. חשוב לשמור על שוויוניות בכל מה שקשור לשירותים בתוך הסל, אך לא ברור עד כמה יש צורך בשוויוניות בשירותים שמעבר לסל, כל עוד הסל הבסיסי נדיב בתוכנו (עופר וגראו, 1997)
- על מנת למנוע מצב בו הסל הבסיסי מממן את הביטוח המשלים, משנת 2002 תוכניות המשלים משלמות עבור שימוש במתקני קופות החולים המיועדים למתן הסל הסטנדרטי.

עם זאת, אין להתעלם מההשלכה של גידול האוכלוסייה המבוטחת בביטוחים המשלימים, וכן מהתחושה בקרב הציבור שהממשלה לא מרחיבה מספיק את הסל הסטנדרטי. על-פי ההגדרה בפרק המבוא בספר זה - מדובר ב"הפרטה במחדל".

4. תרומות

תרומות בעיקר לבתי חולים ממשלתיים וציבוריים, היוו חלק קטן יחסית במימון מערכת הבריאות. עם זאת, לתרומות יש אפקט מינוף על הוצאות שוטפות, כאשר ציוד שנרכש מתרומה מופעל באמצעות התקציב השוטף של בית החולים. **לוח 1** מראה שבשנות התשעים חלה ירידה במשקל התרומות מסך מימון המערכת, מ-6.6% ב-1990 ל-2.2% ב-1995, ומאז התרומות מהוות כ-2% ממימון המערכת.

ב. בעלות על מתקנים – הפרטה של חלק משוק האשפוז

1. בתי חולים כלליים

הבעלות על בתי חולים כלליים מתחלקת בין הממשלה, קופות החולים, מלכ"רים, והמגזר הפרטי (**לוח 3**). על אף שהמגזר הפרטי היה ונשאר קטן מבחינת מספר מוסדות ומיטות, הנתח שלו מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות היה ניכר יותר. לדוגמא, בשנת 2002 רק 4% מהמיטות לאשפוז כללי היו בבתי חולים פרטיים, אך אלו היו אחראים ל-9% מההוצאה על בתי חולים כלליים (בן נון ואחרים 2005). יתכן והדבר נובע מכך שבתי החולים הפרטיים עסקו בניתוחים רווחיים ויכלו לקבוע לעצמם את המחירים.

לוח 4: הבעלות על בתי חולים כלליים 1988-2010

בעלות	מס' מיטות (באחוזים) 1988	מס' מיטות (באחוזים) 2010
ממשלה	46.5	46.6
קופת חולים כללית	30.5	30.3
בתי חולים ציבוריים: הדסה, שערי צדק ומלכ"רים אחרים	20	19.6
פרטי	3.1	3.5

מקור: בן נון, ברלוביץ ושני, 2005 – מקור: משרד הבריאות, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום, 2010

בלוח 4 ניתן לראות שכמעט ולא חלו שינויים בהתפלגות הבעלות על מיטות אשפוז כלליות בתקופה הנדונה. עם זאת, בהתאם ל**לוח 5**, בעשור האחרון קיימת מגמת עלייה בתפקיד המגזר הפרטי בתחום האשפוז הכללי. על אף שאחוז ימי האשפוז המסופקים על ידי המגזר הפרטי לא עלה, מספר קבלות החולים שרובן "מוזמנות", למשל לבית חולים אסותא (בעיקר ניתוחים אלקטיביים) – עלה. רוב הניתוחים האלה ממומנים על ידי הביטוח המשלים, דבר המרחיב את הנגישות לשירותים אלו לא רק ל"עשירים" אלא גם למעמד הביניים.

לוח 5: ימי אשפוז ותפוסת מיטות באסותא לעומת בתי חולים ממשלתיים

שנים	סוג בית חולים	קבלות	אחוז מוזמנים	אשפוז	מיטות
2002	פרטי : אסותא	27,318	72.3	39,078	91.7
	ממשלתיים	92,895	18.4	486,608	98.5
2005	פרטי : אסותא	41,984	74	51,410	95.2
	ממשלתיים	99,123	17	513,063	102.7
2008	פרטי : אסותא	42,640	74	51,880	95.8
	ממשלתיים	101,391	17.4	535,244	102

מקור : משרד הבריאות, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום, 2008

בניגוד להמלצות ועדת החקירה הממלכתית בתי החולים הממשלתיים לא הפכו לתאגידים עצמאיים, דהיינו, אין תזוזה על הציר לכיוון הפרטה. האמביוולנטיות, הן של משרד הבריאות והן של נציבות שירות המדינה, שיחקה תפקיד בעצירת תהליך התאגוד. ממחקרים עולה שמנהלי בתי החולים וצוותים ברמות שונות של המבנה הארגוני בהם, החלו לנקוט מהלכים אסטרטגיים ותחרותיים כולל פיתוח שירותים חדשים, שיפור איכות השירות והגדלת פלח שוק בציפייה לשינוי המיחל (חיניץ ורוזן 1993 ; פדר בוביס, 2006).

2. בעלות על בתי חולים אחרים

כפי שנראה בלוח 6, למיטות הפרטיות בתחומים כמו פסיכיאטריה וטיפול ממושך היה לפני 1995 נתח הרבה יותר גדול בבעלות על בתי חולים מאשר בתחום האשפוז הכללי. בשנים האחרונות נעלמו רוב מיטות האשפוז לבריאות הנפש, כשחלקם של המוסדות הפרטיים נעלם כמעט לחלוטין. באותה תקופה עלה חלקו של המגזר הפרטי במוסדות לאשפוז ממושך. לא נדון בכך בפרק זה, אך יש לציין שעל אף שהמימון לשירותים אלה מגיע בעיקרו מתקציב המדינה, בהשוואה לתחום האשפוז הכללי, יותר נותני שירותים ומתקנים הם בידי המגזר הפרטי. הדבר מצביע על מדיניות של קניית שירותים בתחום זה על-ידי הממשלה, במקום הרחבת מתקנים ממשלתיים.

לוח 6 : מיטות פרטיות בתחום בריאות הנפש וטיפול ממושך כאחוז מסך המיטות בארץ

2010	1988	
227 (6.6%)	2,419 (כ-40%)	מיטות פרטיות לבריאות הנפש
13975 (59%)	3,800 (כ-36%)	מיטות פרטיות לטיפול ממושך

מקור : בן נון, ברלוביץ ושני, 2005, מקור : משרד הבריאות, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום 2010

3.3. מרפאות קהילתיות ורופאים

רוב המרפאות בקהילה היו לפני שנת 1995 ונשארו לאחר מכן בבעלות קופות החולים. אחוז קטן יותר של מרפאות היה בידי רופאים עצמאיים שעבדו עבור הקופות. הדפוס של הרופא העצמאי היה נפוץ יותר בקופות העצמאיות, מה שתרם לתפיסתם כארגונים פרטיים לעומת קופות חולים כללית ומאוחדת.

ג. חופש בחירה: מבוטחים לעומת קופות החולים

1. בחירת קופת החולים

לפני 1995 בחירת קופת החולים הייתה מוגבלת בגלל הזיקה בין ההשתייכות לקופת חולים כללית ולהסתדרות העובדים והיכולת של הקופות העצמאיות שלא לקבל כל מי שרצה להיות חבר. חוק ביטוח בריאות ממלכתי הטיל על המדינה את החובה לדאוג לכך שכל אזרח יהיה מבוטח באחת הקופות, ובמקביל היקנה חופש בחירה למעבר בין הקופות. בשנים 1995-98, כ-3.5% מהמבוטחים החליפו קופה מדי שנה, אך לאחר מכן רק כאחוז מהמבוטחים עוברים קופה מדי שנה. עם זאת, קיימת בהחלט תחרות בהתנהגותן של הקופות והן יוצאות למסעות פרסום בתקופות הרישום.

2. בחירת הרופא

לפני 1995, בקופות החולים כללית ולאומית הרופאים בקהילה עבדו לפי שיטת המרפאה האזורית, והאזרח השתייך למרפאה באזור מגוריו. בתוך המרפאה יכול היה האזרח לבחור את הרופא הראשוני שלו. הרופאים שימשו שומרי סף. לחולה לא הייתה אפשרות לפנות ישירות לרופא מומחה או לבית חולים, והוא היה זקוק להפניה מהרופא הראשוני. במכבי ובמאוחדת עבדו לפי שיטת הרופא העצמאי, דבר שאיפשר למבוטח לבחור את הרופא שלו. בקופות העצמאיות הייתה גם אפשרות לפנות ישירות לרופא מומחה וגם למרפאות חוץ בבתי החולים. תכונות אלו הקנו לקופות העצמאיות אופי יותר "פרטי" לעומת קופות חולים כללית ולאומית.

מאז 1995, החופש לבחור את המטפל בתוך קופות החולים מוגבל רק לבחירה בין נותני השירותים שיש להם התקשרות עם הקופה. בכך הגדיל החוק את חופש הבחירה של המטופלים בהשוואה למצב שלפני החוק, לפיו בחלק מהקופות היו המטופלים חייבים ללכת למרפאה האזורית.

3. בחירת בית החולים והרופא המטפל

לפני 1995 ההפניה לבתי חולים כלליים נעשתה במרבית המקומות בארץ על בסיס תוכניות אזוריות שהוסכמו בין קופת חולים כללית לבין משרד הבריאות. בירושלים היה לחולים חופש בחירה בין בתי החולים בעיר, להוציא רפואה דחופה בבתי החולים במסגרת תורנויות.

נושא חופש הבחירה בלט מאוד בבחירת הרופא המטפל. בבתי החולים בירושלים נוסד השירות הרפואי הפרטי (שר"פ) שהסדיר את בחירת הרופא באמצעות משרד השר"פ בבית החולים, בכפוף למגבלות מסוימות, כולל הציפייה שבחירת הרופא לא תניב גם קיצור תור, במיוחד עבור ניתוחים אלקטיביים. מחוץ לירושלים התפתחה תופעה המכונה "רפואה שחורה", שהייתה מנוגדת לחוק ואשר במסגרתה חולים שילמו ישירות לרופאים כדי לבחור את הרופא ולקבל טיפול יותר מהיר ואישי. יש לציין שלעומת הרפואה השחורה, השר"פ, אולי בשל היותו מוסדר, נתפס כרפואה פרטית חוקית. הרצון לבחור את הרופא ולהאיץ את הטיפול תרם להתפתחות בתי חולים פרטיים כמו אסותא והמרכז הרפואי הרצליה, בהם התשלומים לא נחשבו לא חוקיים. התפתחות זו הדגישה ואף החמירה את הבעיה המרכזית של עבודת רופאים בשני המגזרים – הממשלתי והפרטי. כמו כן, התעוררה שאלת

הסיכוי לסבסוד המגזר הפרטי על ידי תקציבים ציבוריים. יש לציין שחלק מההכנסות של בתי החולים הפרטיים באו מקניית שירותים על ידי קופות החולים.

לעומת זאת, בשנים האחרונות קופות החולים מגבירות את הפניית החולים לבתי חולים על פי הסכמי עבודה שנחתמו עם בתי החולים. הנתונים היחידים בנושא זה, משנת 1996, הצביעו על כך שכ-30% מהמטופלים בחרו את בית החולים, וייתכן שפעילות הקופות בהפניית אנשים לבתי חולים נבחרים התנגשה עם הרגלים וציפיות ליותר חופש בחירה (חיניץ ואחרים, 1996). מראיונות עם בעלי תפקידים במערכת הבריאות עולה שהקופות נסוגות במקרים לא מעטים מול לחצם של מטופלים שלא רוצים להיענות להפניות הקופה. אולם לא כל המטופלים הם דעתניים באותה מידה, כך שלהפניות הקופה יש משקל משמעותי בהכרעה על המיקום של קבלת הטיפול הרפואי (Feder Bubis and Chinitz 2010).

מחוץ לירושלים המצב בבתי החולים היה כרוך בשילוב "ייחודי" בין בעלות ממשלתית לבין מימון פרטי. בתי החולים הממשלתיים יצרו דפוס חדש של השר"פ הירושלמי על ידי הקמת קרנות מחקר. במקום לשלם תשלומים מכיסם בתמורה לטיפול על ידי רופא נבחר, נתבקשו המטופלים לתרום לקרן המחקר של בית החולים. קרנות אלו שימשו לתגמול צוות העובדים מחוץ לשעות העבודה הרגילות. תחום פעילות זה מהווה הפרטה בתוך מוסדות ממשלתיים. ייתכן שהצוות זוכה ליותר מימון פרטי ממה שהיה זוכה לו אילו בתי החולים הפכו לתאגידים ציבוריים. בשנת 2004 קבע היועץ המשפטי לממשלה שניהול קרנות המחקר מנוגד לחוק יסודות התקציב, לחוק נכסי המדינה ולעיקרון השוויון (רובינשטיין 2002), וביטל את ההסדר של בחירת הרופא במסגרת קרנות המחקר. עם זאת, הקרנות ממשיכות להתקיים ולא ברור אם בחירת רופא חדלה לחלוטין.

שאלת הפעלת השר"פ בבתי חולים ממשלתיים לא יורדת מסדר היום של מערכת הבריאות. מצד אחד, הדבר משביע את רצונם של חולים הרוצים לבחור את נותן השירות ומכניס משאבים נוספים למערכת הציבורית. מצד אחר, השר"פ מגדיל את הסיכון המוסרי ומאיים על השוויוניות. יש לציין שבחוות דעתו, היועץ המשפטי לממשלה רובינשטיין הציג הסדרה אפשרית של השר"פ בבתי החולים הממשלתיים בהתאם לחוק ולמסקנות ועדת נתניהו.

במקביל לתהליכים אלה, בית החולים הפרטי אסותא שרוב מניותיו בידי קופת חולים מכבי, הרחיב מאוד את פעילותו בשנים האחרונות. לבתי החולים הממשלתיים יש טענות שרופאים זונחים את המערכת הציבורית לטובת עבודה באסותא, ושחולים עם זיהומים לא מתקבלים לאשפוז באותו בית חולים ומופנים לבתי חולים ציבוריים.

ד. רגולציה: משרד "חלש" להגברת הרגולציה

לפני 1995, משרד הבריאות היה הגוף האחראי על רגולציה במערכת הבריאות בתחומים של רישוי, ניטור התפקוד של המערכת, בקרה תקציבית ורגולציה כלכלית. עם זאת, בתחומים מרכזיים משרד הבריאות היה תלוי מאוד במשרד האוצר. למשל, בתחום השכר המהווה כ-70% מההוצאות של מערכת הבריאות - לאוצר היה תפקיד מרכזי. רוב הרופאים שעבדו בבתי חולים ובקהילה קיבלו שכר שנקבע במשא ומתן בין המשרדים הללו וההסתדרות הרפואית. כמו כן, משרד הבריאות בתיאום עם ההסתדרות הרפואית והמועצות המקצועיות שלה, קבע את התקינה בבתי חולים. משרד הבריאות בתיאום עם האוצר, קבע גם את התעריפים המירביים לשירותים בבתי החולים הממשלתיים.

המבנה הרגולטורי הזה האמור להשתקף בתכנון, הערכה ואכיפה - מאופיין בריכוזיות ובניהול מיקרו שמונעים מהמוסדות בשטח לנהל את ענייניהם בהתחשב בנסיבות מקומיות. בנוסף, הכובע הכפול של משרד הבריאות – כהן רגולטור והן כספק עיקרי של שירותי בריאות (בעיקר באמצעות בתי החולים) - מגביר את החשש לניגוד אינטרסים. זאת ועוד, למשרד הבריאות, בתיאום עם ההסתדרות הרפואית (באופן חלקי באמצעות המועצה המדעית), יש שליטה על רישוי כוח האדם במערכת הבריאות.

על אף הפעלת הכלים הרגולטוריים הנ"ל, משרד הבריאות נחשב בעיני רבים למשרד חלש מבחינה רגולטורית (מדינת ישראל 1991, המכון לדמוקרטיה 2010). הדבר נבע מחוסר יכולתו של המשרד לשלוט בהתפתחותה והתרחבותה של קופת חולים כללית, וכן מכך שכבעלים על שירותי הרפואה, במיוחד בתחום האשפוז הכללי, המשרד נמצא במצב של ניגודי אינטרסים ומתקשה לתכנן לטווח ארוך ולפקח על שירותי הרפואה במדינה. אמנם לא נעשה מחקר לאישוש טענות אלו, אולם אנשי מפתח כמו מנכ"לי המשרד לדורותיהם, נוהגים לטעון שכאשר משרד הבריאות מבקש לקדם עניין מסוים הכרוך בהקצאת משאבים – תקנים או תקציב – עליו לשכנע את משרד האוצר, ולא תמיד הוא מצליח בכך. למשרד האוצר יש גם מונופול ריכוזי על המשא ומתן עם איגודי העובדים בסוגיות השכר במערכת הבריאות.

קיימות סיבות היסטוריות לכך שמשרד הבריאות לא שיחק תפקיד רגולטורי משמעותי יותר במערכת הבריאות בישראל. ראשית, לא קל לקבוע אמות מידה, לבצע מדידה ולהטיל סנקציות בתחום הרפואה (Chinitz 2005,2007; Chinitz and Israeli 2011). סנקציות ננקטו בעיקר בעקבות טעויות, רשלנות ואירועים רפואיים חריגים, אולם לא כאשר נוצרו גירעונות ולעיתים רחוקות כאשר בוצעה רכישה של ציוד יקר ללא אישור. טשטוש הגבולות בין המגזרים – ממשלתי, ציבורי ופרטי – תרם לאי-הבהירות באשר לתפקיד משרד הבריאות כרגולטור. כמו כן, הגישה הלא ברורה בנושא האחראיות, עודדה יחס דו-משמעי לרגולציה. מדי פעם צמחו הגירעונות של קופת חולים ושל בתי החולים, והממשלה הייתה מזרימה כספים, יוזמת תוכניות הבראה, וחוזר חלילה.

לעומת זאת, במגזר הפרטי טוענים שמשרד הבריאות היה הרבה יותר נוקשה כרגולטור כלפיהם. ייתכן כי הפרדה חדה יותר בין הציבורי לפרטי - לעומת טשטוש הגבולות בין הממשלה והמערכת הציבורית (בתי חולים ממשלתיים, קופות חולים, בתי חולים ציבוריים כמו הדסה) – עמדה ביסוד תחושה זאת. (Chinitz and Israeli, 2011)

מצב הרגולציה לאחר 1995

1. **תמחור והסכמי שכר** – כפי שהיה נהוג בעידן שלפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי. משרד הבריאות קובע את התעריפים עבור השירותים הניתנים על ידי בתי החולים הציבוריים. השכר של כוח האדם במערכת נקבע על בסיס משא ומתן והאיגודים המקצועיים. התקינה נקבעת על ידי משרד הבריאות בתיאום עם ההסתדרות הרפואית על ועדותיה.

2. **רישוי כוח אדם מקצועי ומתקנים רפואיים** – פתיחת מחלקות ושירותים חדשים ורכישת ציוד יקר על ידי בתי חולים, נשארו כפופים כמו קודם לאישור משרד הבריאות.

3. **סל השירותים** – חוק ביטוח בריאות ממלכתי כולל רשימה מפורטת של השירותים הכלולים בסל. תהליך עדכון הסל מנוהל על ידי משרד הבריאות, ומשרד האוצר מקצה כל שנה סכום לצורך זה. הביטוחים המשלימים יכולים לכסות רק שירותים שאינם כלולים בסל וגם אפשרויות כמו בחירת

המטפל וטיפולים בחוץ לארץ. בשנת 2007 התקיים דיון ציבורי סוער על הכללת תרופות "מצילות חיים" בביטוח המשלים. הדבר גרם לכך שפריטים אלו הוצאו מהביטוח המשלים והוקצו סכומים נכבדים להרחבת הסל בכל אחת מהשנים 2009, 2010 ו-2011. ניתן לומר שפירוט סל השירותים ועדכנו מהווים דוגמה יוצאת דופן לרגולציה בתחום הבריאות ובמדיניות הציבורית בכלל. התהליך – הכולל ועדה מקצועית לעדכון הסל, הכפופה למגבלה תקציבית הנקבעת על ידי משרד האוצר – הוא ייחודי בעולם ובעל סממנים של אחריות מרשימה בנוף המינהל הציבורי הישראלי. שלא במפתיע, התהליך זוכה גם לביקורת לגבי הבסיס ה"מדעי" של קבלת ההחלטות, השפעתם של בעלי עניין כמו חברות תרופות ומידת השקיפות של הדיונים. עם זאת, מדובר בתהליך גלוי של קיצוב שירותי בריאות, שלגביו הדרג הפוליטי – כולל שר הבריאות, שר האוצר, ולפעמים גם ראש הממשלה – לא יכול לחמוק מאחריות. התהליך תרם לתמורות בהעדפות הציבור להקצאת משאבים לשירותי הבריאות, כאשר הדירוג היחסי של טיפולים המוסיפים איכות חיים עולה על טיפולים להצלת חיים, או יותר נכון, על הארכת חיים במצבים ללא ריפוי. כמו כן נראה שהציבור נותן לגיטימציה לתהליך קבלת ההחלטות (Chinitz, Maslin, Grau, 2009).

4. בקרת איכות – משרד הבריאות מפעיל מהלכים של ניטור איכות הטיפול הן בתוך בתי החולים והן במסגרות קהילתיות. פעילויות אלו מבוססות על שיתוף הגופים המבוקרים. לא תמיד כל המידע הדרוש נגיש ולא כל הממצאים, במיוחד הערכות האיכות במוסדות ספציפיים - מתפרסמים ברבים. מכון ברוקדייל מודד את שביעות הרצון של הציבור משירותי קופות החולים ומפרסם את הממצאים. משרד הבריאות ובתי החולים מבצעים סקרי שביעות רצון שאינם מתפרסמים בציבור באופן מלא שיאפשר השוואה בין נותני השירותים (גרוס ושות' 2007, לינדר גנץ 2012). בימים אלו מפרסם המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות מידע השוואתי על ביצועי קופות החולים (דן אבן, 2012).

4. מידת ההפרטה במערכת הבריאות

יש הטוענים שמערכת הבריאות בישראל עוברת תהליך הפרטה המביא לתוצאות שליליות, במיוחד בשל אי-השוויון במערכת (מרכז אדווה 2006). אולם מבט מעמיק יותר על הפרמטרים המרכזיים ומקומם ברצף שבין שוק חופשי לשליטה ממשלתית, חושף תמונה מורכבת יותר. בזמן שמדדים מסוימים מצביעים על גידול במימון הפרטי, מדדים אחרים מצביעים על גידול מסוים במימון הציבורי. על אף שבתי החולים לא עברו תהליך של תאגוד, אנו עדים ליותר יוזמה מקומית והתנהלות אוטונומית של בתי חולים, והתקשרויות שלהם עם גורמים מממנים שונים, בעיקר עם קופות החולים. החופש לבחור את קופות החולים גדל, בזמן שחופש הבחירה של נותן השירות עובר תהליכים מעורבים. הרגולציה של זכויות המבוטחים ושל סל השירותים הדוקה ביותר, אולם הנגישות למידע על דפוסי מימוש הזכויות וניצול השירותים לוקה בחסר, והמידע הוא נכס פרטי של קופות החולים. לפיכך הבקרה על איכות הטיפול נסמכת על שיתוף הפעולה ההתנדבותי של קופות החולים ובתי החולים. אי-השוויון במערכת הבריאות ובמצב הבריאות של האזרחים קיים בתוך המערכת הציבורית, אך ללא קשר ישיר לתהליכי הפרטה. משמע, שגם אם לא היה גידול כלשהו במימון הפרטי או במספר נותני השירותים הפרטיים במערכת, עדיין היינו עדים לפערים משמעותיים. לא ברור גם, כי אין עדיין מחקרים על כך, אם הפעילות הפרטית במערכת, כמו השר"פ בירושלים, גורמת לכך שמימון פרטי מסבסד את המערכת הציבורית, או לחילופין, הציבור הוא זה שמסבסד את המערכת הפרטית.

לוח 7 תנועות על הציר הפרטה-הלאמה במערכת הבריאות

מרכיב	נע לכיוון הלאמה	נע לכיוון הפרטה
א. מימון		
מימון ציבורי אבסולוטי לגולגולת	(עליה לעומת 1995, ירידה לעומת 1998)	
מימון ציבורי יחסי לגולגולת		+
מס בריאות	+	
ביטוח פרטי		+
		הצמיחה בשוק זה האטה מאוד אולי בגלל צמיחת הביטוחים המשלימים של קופות החולים
ביטוח משלים		+
		גידול בהוצאה מכיסם של האזרחים ואין ל 20% מהאוכלוסייה את ביטוח משלים
הוצאה "מהכיס" של האזרחים		+
		בעיקר לפריטים שלא נכללו אף בעבר בסל הציבורי
ב. בעלות ואספקת שירותים בתחום האשפוז כללי		+
ג. חופש בחירה		+
ד. רגולציה	+	
	למשל: על הביטוח המשלים; -הביטוחים כפופים ליותר רגולציה; -הרחבת הנגישות לקבוצות רבות יותר; כיסוי רק לפריטים שאינם בסל הציבורי	

אם הפרטה מוגדרת כ"הזזת הגבול" בין המגזר הציבורי והמגזר הפרטי (כך שהאחרון גדל על חשבון הראשון), לא כול הפרמטרים שמוצגים בלוח 7 לעיל עברו תהליך של הפרטה.

- מצד אחד, המימון הציבורי הכולל למערכת הבריאות לא ירד במונחים אבסולוטיים, הוא גדל בהתמדה; מצד שני, המימון לא גדל בשיעור גידול האוכלוסייה.
- הבעלות על השירותים נשארה באופן כללי ציבורית / ממשלתית, אך התנועה היא בכיוון להפרטה.
- חופש הבחירה והתחרות נעו בו בזמן לכיוון השוק ולכיוון הגבלה מחמירה יותר על ידי הרגולטור, אך הכיוון הוא הפרטה משום שיותר אזרחים בוחרים את נותן השירות, בין היתר על-ידי ניצול הביטוח המשלים.

- הרגולציה של מנגנוני המדינה בתחום הבריאות התחזקה, והיא מאזנת את התמריצים התחרותיים שציינו לעיל, שהוכנסו למערכת עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בנוסף, וכפי שצוין לעיל, תחומים כמו ביטוח סיעודי לא נכללו בסל השירותים, אך אין לזהות כישלון זה עם ההפרטה. דברים שהיו פרטיים מאז ומתמיד במערכת כמו טיפול סיעודי ורפואת השן, נותרו פרטיים (חוץ מהרפורמה שהחלה ביוני 2010, ומכסה טיפולים מסוימים לילדים בגילאי 0-8), ומהווים את החלק הארי של ההוצאה הפרטית על בריאות, חוץ מהביטוח המשלים שמערבב הפרטה עם תכנים ציבוריים. בתחומים רבים כמו קביעת תעריפים ורמות שכר, תקינת מוסדות רפואיים ורישוי מקצועות הבריאות - המערכת נשארה ריכוזית והסמכות היא בידי משרד הבריאות. עם זאת, הולך וגדל החופש בקביעת ההסכמים בין בתי החולים לבין קופות החולים, ובשימוש בקרנות מחקר להוספת כוח אדם ותוספות שכר.

5. השלכות והמלצות למדיניות ציבורית

תהליך ההפרטה דורש התייחסות במסגרת מדיניות כוללת שתבהיר שוב את אחריות המדינה בתחום הבריאות, שהפכה מעורפלת נוכח הכוונות המקוריות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994. כך למשל, אמר חבר הכנסת לשעבר חיים אורון, אחד ממובילי החקיקה בתחום, בכנס השנתי של המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות (תל אביב, 14.3.12):

"אני לא נגד הביטוח המשלים, אולם כשחוקקנו את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ניסינו, בין היתר להקים "חומה סינית" בין מה שיהיה ציבורי במסגרת החוק, לבין מה שיהיה פרטי. הביטוח המשלים מטשטש את הגבול בין הציבורי לפרטי, משום שהוא פועל גם בחלק הציבורי, כאשר משתמשים בו לממן דברים שהם בסל הבסיסי, למרות שהחוק אוסר עליו לעשות כך. הוא גם מביא לשחיקת הסל הציבורי, משום שבמקום שכספו של הציבור יוזרם לסל הבסיסי, הוא זורם למשלים. באשר לרמה הגבוהה של מימון פרטי במערכת הבריאות, יש להדגיש שאם היינו כוללים את תחומי הסיעוד, בריאות הנפש וטיפול שיניים במסגרת סל הבריאות - היינו ככל הנראה הרבה יותר דומים למדינות אירופאיות באחוז המימון הפרטי מההוצאה הלאומית לבריאות. לדעתי הבעיה היא שלא נקבעה מדיניות בריאות ברורה מאז חקיקת החוק. צריך לקבוע מדיניות שתכריע בכמה סוגיות:

1. גובה השכר שיש לשלם לרופא בסקטור הציבורי, ובתמורה לדרוש שלא יעבוד בסקטור הפרטי.

2. הכנסת הסיעוד, בריאות הנפש והשיניים לתוך סל הבריאות.

3. להעלות את מס הבריאות על מנת לכסות דברים אלו, ובמקביל להסביר לציבור שבתמורה הוא יקבל יותר וישלם פחות. בין השאר, כיוון שכיסוי ציבורי יכול להינתן בעלות ובמחיר נמוכים יותר, משום שכולם ב"ריסק פול".

בהמשך לכך, אין לדעתנו לבסס את מדיניות הבריאות על ההנחה שהדגש צריך להיות על הפיכת מגמת ההפרטה, אלא להתמקד בשינויים הנחוצים. הוא הדין לגבי העמדה ההפוכה הגורסת שיש להפריט את מערכת הבריאות, לדוגמה על ידי הקמת קופת חולים חמישית (ואפילו יותר מאחת) בבעלות פרטית ולמטרות רווח. הצעה זו מועלית שוב ושוב על-ידי משרד האוצר במסגרת חוק ההסדרים – ובינתיים לא זוכה לתמיכה -- מתוך תפיסה שגויה שגוף פרטי יגביר את התחרות במערכת הבריאות.

במקום להתמקד יותר על המידה בסוגיית ההפרטה, יש לחזק את ההישגים החיוביים של המערכת ולפתח תהליך של למידת מדיניות (policy learning) אפקטיבית. ראוי להתחיל בשינוי הדגש מרפואה טיפולית לרפואה מונעת, לקידום בריאות הציבור ולסגירת פערים בין קבוצות ובין אזורים במערכת הבריאות. ההתפתחויות שתוארו בפרק זה, ללא קשר להבחנה בין ציבורי לפרטי, מצביעות על כך שהקרקע הוכשרה לשינוי זה. אנו סבורים שהן קובעי מדיניות והן הציבור הרחב, מוכנים להתמודדות עם הצורך לפתח את מערכת הבריאות ולסגור את הפערים בתוכה. ברשות משרד הבריאות, בניגוד לתדמיתו כגוף חלש, עומדים הכלים הנחוצים כדי לנוע בכיוון חדש. הדבר ידרוש תוספת תקציב למערכת הבריאות, אך לא רפורמה מבנית נוספת.

במהלך שביתת הרופאים (2011), הועלו טענות כי מערכת הבריאות הציבורית קורסת וקיימת סכנה שהיא מתחילה להידמות למערכת הבריאות האמריקאית. טענות אלו חוטאות לנעשה במדיניות הבריאות בישראל. לדוגמה, בארצות הברית ל-15% מהאוכלוסיה אין ביטוח בריאות בכלל, בעוד שבשראל יש כיסוי למאה אחוז של האוכלוסיה.⁴ בארצות הברית כ-85% מהאזרחים מבוטחים במגזר הפרטי, בעוד שבשראל רק ל-35% יש ביטוח פרטי, והביטוח המשלים נתון לרגולציה משמעותית מצד הממשלה. אמנם, מספר מיטות האשפוז לנפש בישראל קטן בהשוואה למדינות אחרות, ולממשלה יש תוכנית להגדילו, אולם ניתן להפחית את הלחץ על האשפוז על-ידי חיזוק הרפואה בקהילה והרפואה המונעת, למשל בתחום החיסונים. צפוי אמנם מחסור ברופאים, אולם בנוסף לתוספת תקנים יש לבדוק את השימוש במשאבים הקיימים וחלוקת התפקידים בין המקצועות השונים, ולחזק את התפקיד של אנשי הסיעוד בניהול הטיפול. לפי מספר אינדיקטורים מרכזיים, מערכת הבריאות בישראל מתפקדת באופן יעיל יחסית מבחינת הבטחת נגישות לסל שירותים רחב, ועלותה תואמת את הממוצע ב-OECD, עם תוצאות סבירות ורמות שביעות רצון גבוהות יחסית (בן נון וקידר, 2007). בנוסף, המערכת עשתה צעדים חשובים לקראת "אחריות". דוגמה בולטת לכך הינה תפקודה של הועדה לעדכון סל השירותים, הדנה בסוגיות טעונות מבחינה ערכית ופוליטית, הגם שעבודתה טעונה שיפורים מסוימים. דווקא בתחום קשה זה הצליחה המערכת ליצור תהליך קבלת החלטות שכלל הנראה נתפס כלגיטימי בעיני הציבור. לפיכך, רצוי לאתר צעדי שינוי תוספתיים, כך שההתקדמות תהיה הדרגתית ומבוקרת.

המלצות וסיכום

לפי תפיסת המחברים ולאור הניתוח לעיל, להלן מספר מהלכים רצויים להמשך התפתחותה של מערכת הבריאות:

1. חיזוק השיח הציבורי בנושאים כמו אי-שוויון בבריאות על-ידי הצגת נתונים עדכניים וסקירת עמדות והשקפות בקרב הציבור. ניתן להתבסס על דיוני הוועדה לעדכון סל השירותים, ולבחון את דעת הציבור לגבי העברת משאבים מרפואה טיפולית לרפואה מונעת, קידום בריאות וסגירת פערי בריאות באוכלוסייה. יש לבסס תהליך של סקרי דעת קהל בנושאי בריאות, ומשוב המבוסס על ממצאים למקבלי החלטות ולציבור, וזאת על-מנת ליצור דיאלוג מתמשך בנושאים ערכיים אלו.

⁴ ההשוואה לארצות הברית מוצגת כאן בגלל הטענה הרווחת שהמצב במערכת הבריאות בישראל מתקרב לזה של ארה"ב. ההשוואה ל-OECD דורשת ניתוח מעמיק יותר, בין השאר משום שבאירופה הטיפול הסיעודי מורכב, והטיפול בשיניים ובריאות הנפש הם שם חלק משמעותי של הסל הציבורי.

אין לראות בעמדות הציבור את הגורם הקובע בתהליך קבלת ההחלטות, אלא תשומה לדיונים המקצועיים ומקור לתמיכה ולשיפור המשילות של המערכת.

2. חלק גדול מההוצאה הפרטית לבריאות מוקדש לשירותי סיעוד ממושכים. הביטוח הסיעודי מהווה מרכיב חשוב בביטוחים המשלימים של קופות החולים. בדומה לנעשה בגרמניה (שם יש מבנה דומה של קופות חולים הפועלות תחת רגולציה ממשלתית), יש לכלול את הביטוח הסיעודי במסגרת של השירותים הסטנדרטי שבאחריות קופות החולים. הדבר יהיה כרוך בהגדלה של שיעור מס הבריאות בכ-1.5%, שיאפשר מתן כיסוי לכלל האוכלוסייה. במצב כיום אותו סכום מוצא על פרמיות לביטוח סיעודי המכסה רק חלק מהאוכלוסייה. המלצה זו ניתנה כבר על-ידי חוקרי מדיניות אחדים (מרכז טאוב 1999; קיי 1998, בית אור 2010), והוצעה גם על ידי שרי הבריאות בעבר ובהווה.

3. על הממשלה לשקול סבסוד הצטרפות של אוכלוסיות חלשות לביטוח המשלים, בדומה לנעשה בצרפת. אפשרות זו הועלתה על ידי קופות החולים בדיון על תרופות "מצילות חיים" וזכתה לתמיכה בציבור (Chinitz, Meislin, Grau, 2009). ניתן לשקול מס על הפרמיות המשולמות לביטוח המשלים כמקור למימון מהלך זה. לחלופין, ניתן לשקול העלאת מס הבריאות באחוז או מעט יותר כדי להרחיב את הסל הבסיסי לכולם. הציבור בישראל מעדיף הרחבת הביטוח המשלים על-פני העלאת מס הבריאות (חיניץ 2010), אולי מתוך רצון להשאיר לעצמו מידה של חופש בחירה בהגדרת סל שירותי הבריאות.

4. ביטול ההשתתפות בתשלום בעת צריכת שירותי בריאות או החזרתה לרמה הקודמת (4%) בעת החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בספרות המקצועית ההנחה היא שהשתתפות מונעת מאוכלוסיות חלשות לצרוך שירותי רפואה חיוניים. גם מערך של פטורים מתשלום לקבוצות חלשות כרוך בהוצאות ניהוליות. הכנסות הקופות מהשתתפות בתשלום עבור תרופות ושירותים הכלולים בסל הסטנדרטי, מסתכמות בכ-8% מהכנסותיהן. את הסכומים האלו צריך יהיה להשלים מתרומה נוספת של תקציב המדינה לכיסוי עלות סל השירותים או מהעלאה של שיעור מס הבריאות.

5. יש להרחיב את הסדר השר"פ הנהוג בירושלים לכלל בתי החולים הציבוריים בארץ, בכפוף לאסדרה המתבקשת בין היתר מחוות דעתו של היועץ המשפטי לממשלה, כך שיבטיח בין היתר שההכנסות יכסו את ההוצאות של בתי החולים על הפעלתו, מעבר לשכרם של נותני השר"פ. הדבר ימנע בריחת רופאים למגזר הפרטי ויכניס תוספת תקציבים למערכת הציבורית. "זוהי דוגמה לצעד של הפרטה בתוך המגזר הציבורי ובפיקוח יעיל עליו, הבא לרסן הפרטה מחוץ למגזר הציבורי" (גור עופר, 2010). אמנם ניתן לצפות שככל שהמימון לשר"פ מקורו בביטוח המשלים, הפרמיות עלולות לעלות, אך במקרה כזה הממשלה תצטרך להחליט האם לממן בחירת רופא וקיצור תורים מתקציבים ציבוריים; ו/או לתת אפשרות לבחור את המטפל על-ידי העלאת הפרמיות של הביטוח המשלים (משמע השארת ההחלטה בידי ציבור רוכשי הביטוח המשלים); או לחלופין, להעלות את מס הבריאות; או למצוא מקורות מימון אחרים מתקציב המדינה.

המלצתנו היא להתחיל את המהלך על בסיס הביטוח המשלים, מכיוון שהוא מהווה אפיק לבדיקת נכונות הציבור לשלם עבור חופש בחירה והקדמת תור. על הממשלה לספק מידע לציבור, דוגמת המחקר של רוזן, עופר וגרינשטיין (2006) על היתרונות והחסרונות של השר"פ מבחינת איכות הטיפול. התהליך חייב להיעשות, בין השאר, תוך פיקוח ובקרה הולמים, כפי שמפורט בדוח אמוראי (משרד הבריאות 2003).

עם זאת, אין להתמקד בשר"פ כפתרון מרכזי לבעיית אי-ספיקת מערכת האשפוז הציבורי. הכנסת השר"פ, אם תתקבל החלטה על כך – צריכה להתבצע רק לאחר טיפול יסודי במעמדם של בתי החולים הציבוריים (לדוגמא: הכרעה בנושא תיאגוד בתי החולים), והקמת מערך רגולטורי מתאים.

6. יש להפוך את בתי החולים הממשלתיים לתאגידי ציבוריים או לפחות להוציא אותם מניהולו הישיר של משרד הבריאות. זהו צעד שישאיר את בתי החולים במגזר הציבורי, אך יאפשר להם יתר גמישות ניהולית, כולל אפשרות למנהלי בתי החולים להעניק תגמול דיפרנציאלי לעובדים ולרופאים. לדוגמה, להגדיל את שכרם של רופאים המסכימים לעבוד אך ורק בבית החולים הציבורי. גמישות כזו תחת פיקוח יעיל, תגביר את היעילות ותשפר את איכות השירות ללא פגיעה בשוויון. הדבר אף יחזק את המגזר הציבורי ויפחית את הסטט משאבי הציבור לבתי החולים הפרטיים (עופר 2010). ייתכן וניתן לבסס את המהלכים המוצעים על ידי אסדרה מהודקת יותר של תאגידי הבריאות הפועלים ליד בתי החולים הממשלתיים. עם זאת, ובהמשך לפרק של שיר חבר בספר זה (על שיטות הפרטה), על הממשלה להקפיד על רגולציה שתמנע את הגלישה של התאגידים הציבוריים למוסדות פרטיים.

7. להעביר מידע לציבור על השיקולים בבחירת בית חולים ועל היתרונות והחסרונות של הסכמי ההתקשרות שבין הקופות לבין בתי החולים. היתרונות לבחירת בית חולים או רופא בתוך בית החולים על-ידי האזרח, לא מניבים בהכרח תוצאות בריאותיות טובות יותר. על משרד הבריאות לפרסם אלו בתי חולים משתתפים בתוכניות לשיפור איכות הטיפול והגברת הבטיחות.

8. על משרד הבריאות לחזק את הניטור של הבטיחות ואיכות הטיפול בבתי החולים. תוכניות ניטור כאלה כבר מתבצעות בשיתוף בין משרד הבריאות, בתי החולים וצוותי חוקרים ממשרד הבריאות, מוסדות אקדמיים ומכוני מחקר. על משרד הבריאות לבדוק ולפרסם נתונים על התפקוד של בתי החולים. הביקורת על משרד הבריאות החובש "שני כובעים", גורסת שמילוי תפקידי הניטור על ידו תלוי בתאגוד בתי החולים. לדעתנו, משרד הבריאות כבר אוסף נתונים על תהליכי האשפוז וההתנהגות הארגונית של בתי החולים ולכן הוא יכול לשמש כרגולטור עוד טרם היפרדותו מבתי החולים שלו, ולפני יישום התאגוד.

* * *

לסיכום, מערכת הבריאות בישראל אינה מושלמת, אך בעיותיה העיקריות אינן נובעות דווקא מתהליכי ההפרטה. באותה מידה, אין היגיון רב בשינויים המוצעים מדי שנה במסגרת חוק ההסדרים שנועדו להזיז את הגבול לכיוון של הפרטה, כגון: תשלום אחוז של מס הבריאות ישירות לקופות;

הקמת קופת חולים חמישית פרטית; הקמת בתי חולים פרטיים במסגרת מכרזים ממשלתיים; ועוד צעדים המבוססים על ההנחה שהפרטה תשפר את תפקודה של מערכת הבריאות. מערכת הבריאות היא אחת המערכות החברתיות המוצלחות במדינת ישראל. ראוי אם כן, שההמלצות לשיפורה יתבססו על בחינה מושכלת של הלקחים - החיוביים והשליליים - שניתן להפיק מהתקדמות המערכת בעשור האחרון, על מנת להיערך לשלב הבא של תכנון מדיניות בריאות. שלב זה יהיה כרוך במעבר מהתמקדות בטיפול הרפואי לדגש על טיפול מניעתי, קידום בריאות וסגירת פערי בריאות באוכלוסייה.

ביבליוגרפיה

- אבן דן, 2012. דוח חדש מגלה איזה קופת חולים עושה יותר בדיקות; הארץ, 2 אפריל בית-אור, 2010: "ליצמן: ביטוח סיעודי לכולם: מס הבריאות יעלה בחצי אחוז". <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4002964,00.html>
- בן נון, גבי, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, 2005. מערכת הבריאות בישראל; משרד הביטחון. בן נון, גבי, עופר גור, 2005. עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי תל השומר: המכון הלאומי לחקר שירותי מדיניות בריאות
- בן נון, גבי, וניר קידר, 2007. השוואות בין לאומיות למערכות בריאות: ישראל וה-OECD, ירושלים: משרד הבריאות.
- בנדלק ג. 2010. סקרים תקופתיים: חברות בקופות החולים 2010 (233), המוסד לביטוח לאומי ברזילי דפנה, 2011. דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לשנת 2010; פרסום משרד הבריאות
- ברמלי-גרינברג שולי, 2012. דברים שהוצגו למועדון החוקרים של המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות, מצגת פברואר.
- גרוס רויטל, ברמלי-גרינברג שולי, מצליח רונית ואחרים, 2007. סקר עמדות הציבור לגבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים: מכון ברוקדייל.
- גרוס רויטל, 2010. ביטוח בריאות משלים ומסחרי בישראל: מבנה השוק וסוגיות מדיניות. היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל, עורכים: גבי בן נון ורחל מגנזי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, (2010); ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2008. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- וולדמן אשרובר, 2009. דוח מסכם על פעילות קופות החולים ירושלים: משרד הבריאות חורב ט, קידר נ (2010), חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2009. ירושלים: משרד הבריאות.
- חיניץ, דוד, וברוך רוזן, 1993. בין שני שווקים: תחרות במערכת האשפוז בירושלים ותל אביב, ירושלים: מכון ברוקדייל.
- חיניץ, דוד, דני יובל, ברוך רוזן, ואיילת ברג, 1996. בחירת בית החולים בעידן של תמורות במערכת הבריאות, ירושלים: מכון ברוקדייל.
- חיניץ דוד (2010), עמדות הציבור לגבי תיעדוף שירותי בריאות ואי שוויון במערכת הבריאות בישראל" דו"ח מחקר למכון לחקר מדיניות הבריאות בישראל.
- לנדר גנץ, 2012. סקר שביעות הרצון בבתי החולים: דוח מסורס שלא מחדש כמעט דבר *דה מרקר* 24.2.12
- המכון הישראלי לדמוקרטיה 2010, הפרלמנט, גיליון 64
- מדינת ישראל, 1991. דוח ועדת נתניהו: ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, ירושלים: משרד הביטחון.
- מרכז אדוה: שלושה עשורים להפרטה; 2006
- משרד הבריאות, דוחות נבחרים.
- משרד הבריאות, 2003. דו"ח ועדת אמוראי: הוועדה לבחינת הרפואה ומעמד הרופא בה.
- משרד הבריאות, 2004. הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים.
- מרכז טאוב, 1999. ההוצאה הלאומית לשירותים חברתיים, ירושלים.
- מרכז טאוב (2010) הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2008
- עופר, גור, 2010א. התכתבות אישית והערות לטייטה על הפרטה במערכת הבריאות.

עופר, גור, 2010. שביל הזהב של הרמב"ם: תפקידם של ארגונים ללא מטרות רווח במערכת הבריאות- היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל, עורכים: גבי בן נון ורחל מגנזי עופר, גור 2010. "האם הביטוח המשלים מהווה הפרטה?" – הרצאה במסגרת שולחן עגול שהתקיים במרכז חזן לצדק חברתי במכון ון ליר, 27.12.10

עופר גור ואלסטר-גראו אילנה, 1997. "תאגוד בתי החולים-חוליה חסרה ברפורמה במערכת הבריאות בישראל", רבעון לכלכלה, ע"מ 521-556

פדר-בוביס פאולה (2006) תפיסות של עובדים בבתי חולים לגבי הסביבה הארגונית. האוניברסיטה העברית חיבור לדוקטורט

צ'רניחובסקי דב, רוני גמזו, גיא נבון, 2010. "גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם"; מרכז טאוב.

קיי, רחל (1999). "הביטוח הסייעודי לאן?", ביטחון סוציאלי 54: 92-109

רובינשטיין, אליקים, 2002. חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה: מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים.

רוזן, ברוך, 1990. רפואה ציבורית ופרטית בישראל, ירושלים: מכון ברוקדייל.

רוזן ברוך, גור עופר, ומרים גרינשטיין, 2006. שירות רפואי פרטי בבתי החולים הירושלמיים: סוגיות נבחרות, ירושלים: מכון ברוקדייל.

רוזן ב, בן-נון ג 2005 חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – למה דווקא בשנת 1994? בתוך: בן נון ועופר (עורכים) *עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי* תל השומר: המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות

שירוס, אריה, 1997. תיאגוד בתי חולים ציבוריים בישראל: הערכת התפתחויות וחלופות למדיניות, ירושלים: מרכז טאוב.

Arrow K 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Health Care. *American Economic Review* 53:5 940=73.

Altman S, Schachtman D 2011 *Power, Politics and Universal Health Care* Amherst NY: Prometheus Books.

Altman SH, Reinhardt UE and Schachtman D (eds) 1999 *Regulating Managed Care*. San Francisco: Jossey Bass

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: 909-32.

Chinitz, David 2005. "The Art of Qualitics: Towards Better Regulation and Management of Health Systems," *Deah Rovachat* 41: 20-22 (Hebrew).

– , 2007. "Coping Accountably in a Dangerous World," *Health Economics, Policy and Law* 2(4): 449-456.

Chinitz, David and Rachel Meislin, 2010. "Israel: Partial Health Care Reform as Laboratory of Ongoing Change," in Okma Kieke, and Luca Crevelli (eds.), *Seven Countries, Seven Reform Models*, Singapore: World Scientific Press.

Chinitz, David., Rachel Meislin, and Ilana. Grau, 2009. "Values, Institutions and Shifting Policy Paradigms," *Health Policy* 90: 37–44.

Chinitz David and Israeli Avi (2011) Hospital Governance in Israel: in *Governing Hospitals in Europe* in Saltman RB, Duran A, and Dubois H (eds) *Governing General Hospitals in Europe* Brussels: WHO European Observatory on Health Care Systems .

Hirschmann, Albert O., 1970. *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge: Harvard University Press.

Israeli, Avi, 2010. "Responsibility and Accountability: Talk is Cheap," in Rosen Bruce., Avi Israeli, and Stephen Shortell (eds.), *Health and Health Care: Who is Responsible, Who is Accountable?* Singapore: World Scientific Press, forthcoming.

Lindblom, Charles E. 1959. The Science of "Muddling Through." *Public Administration Review* 19:79 – 88.

Rosen, Bruce 2010. *Israel: Health Systems in Transition*, Copenhagen: World Health Organization.

Saltman, Richard B, Casten von Otter, 1992. *Planned Markets and Public Competition*, Open University Press.

Solow, R., 2010. Hedging America: review of "How Markets Fail", by John Cassidy, The New Republic, January 12.