

המרכז לצדק חברתי ודמוקרטיה ע"ש יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים

- טיוטה לדין -

רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים

ניסים כהן, פברואר 2014¹

תקציר

פרק זה בוחן את הרגולציה הממשלתית על קופות החולים בישראל באמצעות בחינת השלכותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי - כפי שנוסח מלכתחילה ועל סמך תיקוני החקיקה - ודן במשמעותם. הפרק מנתח את אחריות המדינה לבריאות כפי שהיא מופיעה בחוק, את האמצעים העומדים לרשות המדינה כדי למלא את אחריותה, ואת כלי הרגולציה המוצעים בחוק. בנוסף, הפרק בוחן האם חלו שינויים בכלי הרגולציה מאז חקיקתו של החוק, ומהם, ומבקש להסביר האם רגולציה זו משקפת התמודדות נורמטיבית של המדינה עם שינויי המציאות והבעיות החדשות שנלוות להן. ממקרה הבוחן עולה האפשרות כי רגולציה עשויה לשמש לא רק בתפקיד המסורתי של פיקוח ואסדרה, אלא גם ככלי המוביל להפרטתן הזוחלת של מערכות ציבוריות.

מבוא

שני העשורים האחרונים מתאפיינים בתמורות רחבות הקף במערכת הבריאות. במחצית שנת 1994 נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק סוציאל-דמוקרטי במהותו, שהדגיש את ערכי הצדק, השוויון והסולידאריות חברתית. החוק הגדיר מחדש את הזכות האוניברסאלית לבריאות בישראל – תוך ניתוק הקשר בין ההכנסה של המבוטח לזכותו לשירותי בריאות. לעומת זאת, כשנתיים לאחר תחולתו ועד היום, נעשו בחוק שינויים תוספתיים רבים, חלקם מזוהים עם גישות ניאו-ליברליות של הפרטה, תחרותיות ושוק חופשי. השאלות שיעמדו במוקד חיבור זה הן האם השינויים במדיניות הבריאות באים לידי ביטוי ברגולציה של המדינה וכיצד?

מערכת הבריאות בישראל היא מהמערכות הגדולות במדינה. עם תקציב רגיל של 27.1 מיליארד ₪ בשנת 2014 (לא כולל תקציב פיתוח ותקציב בתי חולים ממשלתיים כלליים; 3.4 מיליארד ₪ הינם הוצאה המותנית בהכנסה) - היא הרביעית בגודלה לאחר החזרי חובות, משרד החינוך ומשרד הביטחון. במערכת הבריאות הממשלתית הועסקו בסוף שנת 2012 כ- 25 אלף עובדים (נציבות שירות המדינה, 2013: 55). ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2012 עמדה על 73.8 מיליארד ₪ (7.4% מהתמ"ג) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013).

¹ הפרק נכתב במסגרת [מחקר מקיף על רגולציה בישראל](#), המתקיים במרכז לצדק חברתי ודמוקרטיה ע"ש יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים. הערות לטייטה יתקבלו בברכה לכתובת: NissimCohen@poli.haifa.ac.il.

¹ ד"ר ניסים כהן מרצה במחלקה למינהל ומדיניות ציבורית באוניברסיטת חיפה וחוקר במרכז לצדק חברתי ע"ש יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים. אני אסיר תודה לד"ר **דורון נבות**, לפרופ' **דני פילק** ולד"ר **דניאל שפרלינג** על הערותיהם החשובות והבונות. המחקר מתבסס על נתונים שאספתי בעקבות עבודתו של ד"ר **טוביה חורב** (חורב, 2004) ותוך שימוש בנתונים שאסף הוא עד לפרסום מחקרו. אבקש להודות לו על נכונותו לספק לי את המאגר שבנה. אבקש גם להודות לעוזרי המחקר, **מר גיא אקוקה** ועו"ד **שירין שומר**, על סיועם המסור. כל טעות, השמטה או אי דיוק מונחים אך ורק על כתפי.

מורכבותה של המערכת נובעת לא רק מריבוי הארגונים הפועלים בה, אלא גם משילובם של מוסדות פרטיים וציבוריים, מקיומם של מערכי ביטוח שונים, ומאופיו הייחודי של המוצר הציבורי שהיא מספקת - המשלב תפיסות ערכיות לגבי ערך החיים ואיכותם לצד תפיסה הרווחת במרבית מדינות המערב כי בריאות היא זכות חברתית בסיסית (בן-נון, ברלוביץ ושוני, 2010). המערכת מורכבת ממספר קטן יחסית של ארגונים גדולים המפוקחים על ידי השלטון המרכזי ומבוססת בעיקר על קופות החולים (שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית), שבאמצעותן מקבלים אזרחי המדינה את רוב שירותי הבריאות. על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (סעיף 3ג), קופות החולים הן ארגונים ללא כוונת רווח המקיימים ביניהם תחרות מתונה המבוקרת על ידי המדינה. לפיכך, הרגולציה עליהן הינה רגולציה של שלטון מרכזי על ארגוני מגזר שלישי המספקים שירותים ומוצרים ציבוריים.

מטרתו של פרק זה היא לבחון את הרגולציה של קופות החולים בישראל באמצעות בחינת השלכותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ס"ח 1469) כפי שנוסח מלכתחילה, וכן על סמך תיקוני החקיקה שהתקבלו מיום אישורו בכנסת ועד לינואר 2013, ולדון במשמעותם. במסגרת הפרק אבקש לענות על השאלות הבאות:

- מהי ההגדרה של אחריות המדינה בכל הקשור לשירותי הבריאות, כפי שהיא מופיעה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי?
- מהם האמצעים שבידי המדינה כדי למלא את אחריותה זו, ומהם כלי הרגולציה המופיעים בחוק?
- האם חלו שינויים בכלי הרגולציה מאז חקיקתו של החוק, ומהם?
- האם רגולציה זו משקפת התמודדות נורמטיבית של המדינה עם שינויי המציאות והבעיות החדשות שנלוות להן במערכת הבריאות?
- האם בעקבות החוק ותיקוניו משיגה הרגולציה של המדינה את מטרותיו המוצהרות של החוק?

הפרטה מוגדרת על ידי גל-נור ופז פוקס (2014) כ"העברת נכסים, שירותים ומוצרים מבעלותם, מניהולם וממימונם (לפי העניין) של ארגוני המדינה לארגונים במגזר העסקי או לארגונים במגזר השלישי. במובנה הרחב פירושה הגדרה מחדש של אחריות המדינה, הזזת הגבולות בין המגזרים ודפוסי רגולציה...". בפרק זה נידרש, בין היתר, לשאלת הקשר בין הרגולציה של מערכת הבריאות לבין הפרטתה: האם ניתן להצביע על קשר ישיר או עקיף בין תהליכי ההפרטה החלים במערכת הבריאות בעשור וחצי האחרונים (כהן ומזרחי, 2011; פילק, 2001; 2000; סבירסקי, 2007), לבין הרגולציה של המדינה על תחום מדיניות זה? מהו מהותו של קשר זה? האם ותחת אילו תנאים, קיימת האפשרות כי רגולציה עשויה לשמש גם כלי לקידום מטרות ארגוניות ואידיאולוגיות שונות של מקבלי החלטות ורגולטורים שונים?

מחקר זה מתמקד ברגולציה של קופות החולים (ולא של ספקי שירותי בריאות אחרים במערכת הבריאות) כפי שהיא משתקפת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (ולא בערוצי רגולציה אחרים). הסיבה המרכזית לכך היא שחוק ביטוח בריאות ממלכתי הינו המסגרת החוקית המשפיעה ביותר על תחום מדיניות הבריאות בישראל (חורב, 2004: 7; כהן ומזרחי, 2011: 67). יש אף המרחיקים לכת וטוענים כי סמכות רשמית להפעלת רגולציה על ידי המדינה חייבת להיות מפורשת בחוק (Ogus, 2004).

ליבתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא למעשה מערכת היחסים בין קופות החולים המהוות חלק עיקרי ממערכת הבריאות הישראלית, לבין מבוטחיהן - מערכת המפוקחת על ידי השלטון המרכזי. עיקרם של כללי המשחק החשובים בכל הקשור להתנהלותן של קופות החולים מעוצבים באמצעות חקיקה. גם יוזמות אשר קודמו דרך ערוצי השפעה חשובים ואשר שינו מהותית את מדיניות הבריאות בישראל, כדוגמת חוק ההסדרים, התמקדו בעיקר בעיצובו מחדש של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (שפרלינג וכהן, 2012).

עם זאת, משרדים וגופים ממשליים שונים מפקחים ומסדירים את פעולתם של ספקי שירותי בריאות רבים ומגוונים מחוץ ובתוך מערכת הבריאות. יתרה מכך, משרד הבריאות משפיע על פעולתן של קופות החולים גם באמצעות ערוצים פורמליים אחרים (למשל, הנחיות מקצועיות של יחידות שונות במשרד הבריאות, חוזרי מנכ"ל, ועוד). בנוסף, ישנן מסגרות חוקיות נוספות המשמשות כרגולציה של מערכת הבריאות הציבורית, כמו גם של מערכות אחרות. מאחר שקופות החולים מהוות גוף נתמך שעיקר תקציבו בא מאוצר המדינה (בעיקר באמצעות מס בריאות), חל עליהן חוק חופש המידע (התשנ"ב, 1998). אך גם פקודת בריאות העם (עיתון רשמי מס' 1065, 1940) ופקודת בריאות הציבור - מזון (נוסח חדש, 1983) - הינן דוגמאות בולטות, וקיימות תקנות נוספות.

שיטת המחקר ומבנה הפרק

במסגרת המחקר נסקרו כל הפרסומים ברשומות אשר נגעו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, לרבות תיקוני חקיקה, הוראות שעה, הוראות מעבר ופרסומים אחרים. באמצעות מיפוי כלל שינויי החקיקה שחלו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי מיום חקיקתו ועד לינואר 2013, אתאר את המגמות העיקריות העולות ואצביע על ההתפתחויות המרכזיות ברגולציה הנעשית באמצעות חקיקה של המדינה על התנהלותן של קופות החולים.

בעקבות חורב (2004), "עדכון" במאמר זה מתייחס לכל שינוי שנעשה בסעיף או בתת-סעיף מאלה הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובוצע במהלך התקופה מאז נחקק החוק ועד לינואר 2013. כמו כן, כל סעיף או תת-סעיף שהתווסף או נגרע בשלמותו מהנוסח המקורי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאז פורסם לראשונה בשלהי יוני 1994 (ס"ח 1469). כמובן ש"עוצמת" תיקוני החקיקה שונה זו מזו. חלק מהתיקונים כוללים שינויים טכניים, ואחרים נובעים מהליך חקיקתו המזורז יחסית של החוק. כך, ישנם בחוק תיקונים שוליים של מספר מלים, ומאידך תיקונים שמשמעותם הוספה של פרקים שלמים.

עם זאת, קביעת משקולות לתיקונים שונים אינה אפשרית בסוג זה של בדיקה, בעיקר בשל בעיות של פרשנות שונה הקשורה במהימנות בין שופטים (למשל, יש שיראו בסעיף מסוים "עוצמה" שונה מאשר יראו בו אחרים). על מנת לספק לקורא נתונים כמותיים אובייקטיביים ככל שניתן, נספר כל שינוי כיחידה אחת כמקובל במחקרים מסוג זה. עם זאת, הפרק דן בהרחבה בשינויים המהותיים יותר שחלו בחוק, ומבליט אותם יותר משינויים אחרים. מעבר לניתוח השיטתי שאציע לכלל השינויים שחלו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי מאז חקיקתו, הפרק יתבסס על ניתוח מקורות ראשוניים ומשניים שונים, כגון פסיקה, מדיה כתובה ומקוונת וכן דוחות רשמיים וספרות מחקר.

חלקו הראשון של הפרק יסקור בקצרה תיאוריות, מגמות וממצאים שונים הנוגעים לרגולציה, תוך התייחסות למאפיינים העיקריים המתאימים למקרה הבוחן הנדון. החלק השני ידון בניסיון הישראלי וינתח את ההגדרה של אחריות המדינה בכל הקשור להספקת שירותי בריאות לתושביה כפי שעולה מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בחלק השלישי אפרט את אמצעי הרגולציה שהופיעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי המקורי משנת 1994. בפרק הרביעי אפרט את האמצעים

שנוספו בידי השלטון המרכזי מאז חקיקתו של החוק. לצורך כך, יספק הפרק ניתוח של כלל שינויי החקיקה שחלו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי עד לינואר 2013, ויבחן את משמעויות הרגולציה העולות משינויים אלה. בחלק **החמישי** אתמקד בשאלה האם הרגולציה משיגה את מטרות החוק. בחלק זה אתמקד במשמעויות הכלליות של הרגולציה כפי שהן עולות ממקרה הבוחן, אבחן את האפקטיביות של הרגולציה בתחום הבריאות ואת השפעתה על התנהלותן של קופות החולים. כמו כן, אדון במשמעותם של שינויי החקיקה בכל הקשור לרגולציה של המדינה ולתחומי אחריותה, ואצביע על הקשר שבין הרגולציה על מערכת הבריאות לבין סוגיית ההפרטה. חלקו **השישי** של הפרק יצביע על הרגולציה של קופות החולים כסוג של אמצעי עקיף להפרטתה של מערכת הבריאות שבו עושים שימוש ביורוקרטים בשלטון המרכזי. חלקו **השביעי** של הפרק יוקדש לסיכום, ובחלקו **האחרון** אציג מספר המלצות לשיפור המצב.

א. רגולציה בתחום הבריאות: היבטים נורמטיביים ופוזיטיביסטיים רגולציה כהשתקפות של תפיסות עולם

משמעות המושג רגולציה משתנה בהתאם להקשר בו הוא נדון (Black, 2002). בעבר המונח ציין בעיקר את הפיקוח על ארגונים עסקיים למניעת סוגים שונים של מונופול. כיום משמעותו רחבה יותר והוא תקף גם לגבי ארגונים ציבוריים: כללים מחייבים להתנהגות של ארגונים ושל פרטים שנועדו להגביל ולכוון את פעילותם באמצעות אמות-מידה, ניטור ואכיפה. הכלים העיקריים הם חוקים, תקנות, נהלים והסכמים בינלאומיים (גל-נור ופז-פוקס, 2014) במשמעותה הרחבה ביותר, ניתן להגדיר רגולציה כמכניזם של שליטה חברתית (Baldwin et al., 1998: 3-4). או בצורה מצמצמת יותר, כשליטה (control) מתמשכת וממוקדת של סוכנות ממשל על פעילות שיש בה חשיבות לציבור (Selznick, 1985: 363). באמצעות כלי מדיניות זה, המדינה יוצרת, משנה או משמרת את הסדר החברתי הקיים, ומפקחת על התנהלותם של שחקנים שונים בחברה (כלל האזרחים, ראשי ארגוני מגזר שלישי, מנהלי ובעלי פירמות ועוד).

על מנת להבין מהי רגולציה של מערכת הבריאות יש לענות על שתי שאלות מפתח: מדוע, אם בכלל, נדרשת רגולציה בתחום הבריאות, והאם רגולציה על מערכת הבריאות תהיה שונה מרגולציה על תחומי מדיניות אחרים? התשובה לשתי השאלות קשורה לאופיו של שוק שירותי הבריאות ולתפקיד המדינה בהספקתם של שירותים ומוצרים אלו, כפי שהוא בא לידי ביטוי בהשקפות הערכיות ובתפיסת העולם בכל חברה. רגולציה תתעדכן אפוא בהתאם ליחסי הכוחות הפוליטיים הנתונים בחברה ולתפיסת עולמם החברתית של מקבלי ההחלטות.

חסידי הגישה הסוציאלית ובמידה מסוימת אף הגישה הסוציאל-דמוקרטית, יראו בבריאות שירות אשר המדינה מחויבת לספקו לכל אזרח כמוצר ציבורי וכסוג של **צדק חלוקתי**. שירותי הבריאות נחשבים כחלק אינטגרלי ואחד מיעדיה העיקריים של מדינת הרווחה המודרנית (דורון, 1985: 3; Webster, 2000), וכאלו, מעורבותה של המדינה באסדרה ברורה. מה גם שהספקת מוצר כציבורי טומנת בחובה בעיות רבות הקשורות בצריכתו ובהספקתו, ובעיקר בעיות הקשורות ב"טרמפיסטיות" (Weimer and Vining, 2005: 72). בנוסף לכך, ברגע ששירותי הבריאות מסופקים כמוצר ציבורי, עולה הסבירות לבעיות הקשורות בכשלי ממשל, ובמיוחד התחזקותם של אינטרסים מוסדיים של הגופים המפקחים או מספקים את שירותי הבריאות, אשר עלולים להוביל לפגיעה ברווחה החברתית. כל אלו ידרשו רגולציה רבה יותר של מערכת הבריאות.

אולם גם חסידי הגישה הניאו-ליבראלית, המצדדים בצמצום מעורבותה של המדינה בכל הקשור להספקת שירותים ומוצרים שאינם ביטחון פנים או ביטחון לאומי - יראו בתחום הבריאות שוק הרווי בכשלים שעל המדינה להסדירם. טענה רווחת בספרות מזה זמן רב היא כי שירותי בריאות אינם מוצר או שירות פרטי רגיל, אלא מוצר בעל מאפיינים ייחודיים למדי. אליבא דהייק, מההוגים הבולטים של הגישה הניאו-ליבראלית, גם אם אסור שהמדינה תתערב ותנסה להשפיע על התוצאות באופן ישיר (גם על מנת להפחית בעיות הקשורות בכשלי ממשל), עדיין חובה עליה להציב כללי משחק ברורים לשחקנים הפועלים על-פי כוחות השוק (Hayek, 1982: 55).

אלא שהטענה הרווחת לפי ארו (Arrow, 1963) היא שגורמים רבים מונעים מ"שוק" שירותי הבריאות לנהל את שירותיו ביעילות כלכלית. הגורם העיקרי לכך הוא חוסר היכולת לשווקו והיעדר מאפייני שוק במוצרים ובשירותים הרבים הנכללים בו ("Lack of Marketability"). מוסדות הבריאות מתנהגים לעתים קרובות באופן החורג מההתנהגות התחרותית וה"נורמטיבית" של השוק החופשי (Arrow, 1963; Chernew, 2001). לפיכך, גם בתפיסה הרואה במעורבות מינימלית של המדינה בתחום הבריאות דבר נורמטיבי – נדרשת קביעת כללי משחק ברורים בתחום. כך אפוא, בעוד שחסידי הגישה הניאו-ליבראלית ישאפו לשמר את תחום הבריאות בידי כוחות השוק, הרי שכוחות סוציאל-דמוקרטיים יבקשו כי לצד קיומם של ערוצים פרטיים, תדאג המדינה לספק לאזרחיה שירותי בריאות איכותיים ושוויוניים כחלק מזכות אוניברסאלית בסיסית. בכל מקרה, בין אם המדינה רואה בעצמה אחראית על אספקת שירותי בריאות לאזרחיה ובין אם היא מעוניינת להשאירם בידי כוחות השוק - עליה לדאוג לאסדרת תחום הבריאות.

הצדקות לרגולציה: כשלי שוק בתחום הבריאות

לתחום הבריאות מאפיינים מיוחדים המגבירים את מחויבותה של המדינה לרגולציה. בראש ובראשונה, בריאות היא מוצר בעל **ביקוש קשיח** – כולנו נשאף לצרוך ממנו עוד ועוד אם רק נוכל. זאת, למרות שבמקרה זה, בשונה ממוצרים אחרים (שככל שנרכוש מהם יותר - כך נקבל יותר מהמוצר), לאחר שלב מסוים, גם אם נרכוש עוד ועוד מהמוצר או השירות, מצבנו הבריאותי לא ישתנה. היקף הביקוש לבריאות אינו משתנה לרוב כאשר עולים המחירים. עובדה זו נכונה גם כאשר שירותי בריאות מסופקים כמוצר פרטי, אולם מתעצמת כאשר הם מסופקים **כמוצר ציבורי**, מוצר שקשה להגביל את הגישה אליו.

כשל נוסף בתחום הבריאות הוא **פערים באינפורמציה**. לרוב, למטופלים אין אינפורמציה מלאה על השוק, בוודאי לא כמו שהיא ישנה אצל ספקי השירותים, בעיקר משום שמרביתם מוגבלים לנושאים הקשורים למצב בריאותם (Haas-Wilson, 2001). בעוד חלק מהמוצרים והשירותים ניתנים לתכנון ולשליטה בידי המטופלים, הרי שישנם טיפולי חירום (כגון כשל בתפקוד הלב או תאונה) אשר אינם ניתנים לתכנון ולצריכה מבוקרת על ידי הפרט (Arrow 1963: 951-952). חולי לרוב הינו לא צפוי ויקר.

כשל שוק נוסף המתעצם לאור מאפיינים אלו הוא **המונופול**. היעדר תחרותיות בשוק הבריאות וקיומו של מונופול עלולים לפגוע אף הם ברווחה החברתית, מכיוון שאדם שזקוק לשירותי בריאות, ישלם גם מחיר מופקע עבור ספק בריאות המעוניין למקסם רווחים. שני כשלים נוספים הם **השפעות חיצוניות שליליות וחיוניות**. במקרים רבים, השימוש בשירותי בריאות משפיע לא רק על תועלתו הישירה של הפרט הצורך את השירותים אלא אף על

התועלות של פרטים אחרים בחברה. שימוש בחיסון כנגד מחלה מדבקת עשוי לא רק להועיל למחוסן, אלא אף לאלה הבאים עימו במגע ועשויים להידבק ממנו. ברם, האזרח הבודד אינו מביא תמיד בחשבון את ההשפעות שיש לבריאות הזולת על בריאותו האישית, מה גם שכאזרח פרטי אין הוא יכול לכפות על הזולת לנקוט אמצעי בריאות מסוימים – גם אם הוא היה מוכן לשלם מכיסו בהתאם לתועלת שהוא עצמו יפיק מבריאות הזולת. כך, רמת והיקף השימוש בשירותי הבריאות במשק הפועל על פי כוחות השוק החופשי, עשוי להיות נמוך מהאופטימום החברתי. בנוסף, אנשים שאינם שומרים על בריאותם עשויים לפגוע בבריאותם של אחרים, ובכך לגרום להשפעה חיצונית שלילית. למשל, אדם שאינו שומר על בריאותו עשוי להדביק אנשים אחרים (Zalmanovitch & Cohen, 2014).

מלבד כשלי שוק, הבעיות הכלכליות במגזר הבריאות נחלקות לשני סוגים נוספים. הראשון, הגברת עלויות כתוצאה משיפורים טכנולוגיים שגורמים לעתים קרובות להגדלת העלויות של מערכת הבריאות. למעשה, רק מקצת השיפורים הטכנולוגיים המתבצעים מתבטאים בחיסכון בהוצאות במגזר הבריאות עצמו. הסוג השני הוא רגישות חברתית גבוהה לאספקה נאותה ושוויונית של שירותי בריאות לכל (עופר ורוזן, 2002 : 13).

ביטוח בריאות יכול לצמצם חלק מכשלים אלו (Glied, 2001), אולם ישנם גם כשלים הקשורים בביטוח בריאות עצמו. חוסר הוודאות ופערי האינפורמציה בתחום מובילים בראש ובראשונה לבעיית הסיכון המוסרי (Moral Hazard). בהינתן קשיחות בביקוש עבור הפרט המבוטח בביטוח בריאות, המחיר השולי של השימוש בשירותי בריאות יהיה נמוך מהמחיר האמיתי בשוק. כלומר, ברגע שאנו משלמים פרמיה קבועה – ללא קשר לצריכת השירותים והמוצרים – נשאף לצרוך עוד ועוד שירותי בריאות, גם אם אין בכך צורך אמיתי. ביטוח הבריאות אפוא, יכול ליצור מצב בו שירותי הבריאות מסופקים לאדם כמוצר ציבורי, והתנהגותו בכל הקשור לצריכתם תהיה בזזנית ולא יעילה. בנוסף, לא פעם יכול הצרכן לבחור בחירה שלילית (Adverse Selection), בשל פערי האינפורמציה ואי-הבנתו את הביטוח הרפואי אותו הוא רוכש ולרכוש תוכניות שאינן מתאימות לו.

בשל החשיבות הרבה של מצב הבריאות לזכויות האזרח, רווחת הפרט וכושר השתכרותו, העמידו ממשלות רבות את האספקה הנאותה והשוויונית של שירותי הבריאות כמטרה חברתית חשובה. כתולדה מכך, נטלו עליהן ממשלות רבות את האחריות הישירה למימון ולביטוח השירותים ולאספקתם וכן התאפיינו ברמה גבוהה של פיקוח על מבטחים וספקי שירות פרטיים. לאור האמור לעיל, הרגולציה על תחום זה אינה יכולה להקפיא "תמונת מצב" של כללי משחק - על המדינה לעדכן ולשנות כללים אלו בהתאם לשינויים החלים בתחום. על מנת למנוע בעיות הקשורות בכשלי השוק שהוצגו לעיל, נדרשת מעורבות ורגולציה של המדינה – גם כאשר בריאות מסופקת כמוצר פרטי וגם כאשר שירותים אלו מסופקים ישירות על ידי המדינה.

רגולציה בתחום הבריאות

הדיון לעיל מלמד כי: (1) יש מגוון הצדקות אידיאולוגיות לרגולציה של מוסדות הממשל בתחום הבריאות; (2) מאפייניו המיוחדים של תחום שירותי הבריאות הופכות אותו לתחום מורכב ומשתנה; (3) בשל השינויים הרבים שחלים בו, חובה לעדכן את כללי המשחק עבור הכוחות והשחקנים השונים הפועלים בו. לפיכך, תפקידם של מוסדות הממשל לעצב, ליישם ולאכוף כללי משחק ברורים בצורה מעודכנת ובהתאם להתפתחויות השונות.

ההגדרה המוצעת לרגולציה במקרה זה היא: **כללים פורמאליים ובלתי-פורמאליים שתכליתם לכוון, לווסת ולפקח על התנהגות או פעילות שיש בעלת חשיבות ציבורית כלשהי של ספקי שירותי בריאות. כללים אלו מתעדכנים על ידי הרשויות השלטוניות בחברה ובממשל – בהתאם לשינוי ביחסי הכוחות הפוליטיים ובהתאם להתפתחויות האובייקטיביות בתחום.**

הרגולציה של קופות החולים בישראל שונה מרגולציה על שחקנים אחרים בתחום הבריאות משתי סיבות עיקריות. ראשית, מפני שהמדינה היא מקור מימון עיקרי של הקופות. עניין זה מחייב אותן לאלמנטים של שקיפות ואחריותיות. הסיבה השנייה היא אופיים המיוחד של ארגונים אלו. ממחקר שנערך לאחרונה עולה כי אצל מקבלי ההחלטות בישראל קיימת מחלוקת לגבי השאלה האם קופות החולים הינן ארגונים השייכים למגזר הפרטי, הציבורי או השלישי (כהן, 2013). מחד, הקופות אינן נמדדות בהכרח על-פי ביצועיהן הכלכליים כמו גוף פרטי עסקי, ולפיכך לא ניתן להחשיבן כגוף פרטי. מאידך, בשנים האחרונות מצביעים רבים על התנהלותן כארגונים מונחי מקסום רווחים (למשל, שליטתם על בתי חולים פרטיים שנערכים בהם לא מעט טיפולים סלקטיביים).

למרות שחלק ניכר מתקציבן מגיע ממס בריאות שהוא חלק מהמימון הממשלתי, ולמרות שגבייתו נעשית על ידי המוסד לביטוח לאומי על-פי נוסחת קפיטציה, לא ניתן לאפיין אותן כחלק אינטגרלי של שירות המדינה הממשלתי. עם זאת, מתוך התבוננות בחוק וכן בפעילותן העיקרית של הקופות, ניתן לקבוע כי הן ארגונים ללא מטרות רווח ולפיכך נדרשים לרגולציה מיוחדת, כולל רגולציה של הפעילות הפרטית שלהן, ולמעורבות מיוחדת של המדינה בכל הקשור להתנהלותן.

ב. מערכת הבריאות ואחריות המדינה לבריאות כפי שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי
בשנים שקדמו לחוק התאפינה מערכת הבריאות במשברים רבים שהובילו לאי שביעות רצון הולכת וגוברת. משברים אלה התבטאו בעיקר במימון שירותי הבריאות, אך גם בארגון שלהם ("ועדת נתניהו", דעת הרוב: 44-67; מבקר המדינה, 1988 : 175-204). תורים ארוכים, שביעות ועיצומים שונים הפכו עניין שבשגרה. מספר בעיות מערכתיות אפיינו את מערכת הבריאות במהלך שנות ה-80 ועד לאמצע שנות ה-90, כאשר העיקריות שבהן היו חוסר מודעות של מטופלים לזכויותיהם ולחובות ספקי השירותים, חוסר היכולת של ספקי הבריאות ומשרד הבריאות למשול (לעצב וליישם מדיניות לטווח ארוך) ובעיות של אחריותיות (להרחבה: כהן, 2012). אולם, למרות הבעייתיות הרבה במערכת הבריאות, היו רבים שנהנו מהיעדר בסיס חוקי לפעילות המערכת ורגולציה על ספקי הבריאות השונים. לפיכך, במשך שנים רבות נותר המצב הקיים על כנו, אף כי רבים ראו אותו כסוג של "הפקרות" (כהן, 2012 : 17).

ביוני 1994 התקבל בכנסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר נכנס לתוקפו בשנת 1995. מאז חקיקתו, חלו בחוק תיקונים ושינויים רבים ששינו אותו בצורה ניכרת (כהן ומזרחי, 2011). בחוק המקורי הובטח סל בריאות אוניברסאלי (שיוצג בהמשך) לכלל התושבים. מרבית מימון המערכת נעשה באמצעות מס, על מנת להבטיח את המשאבים הנדרשים להספקת סל זה. מימון המערכת התבסס בתחילה על:

1. מיסוי פרוגרסיבי (מס בריאות), שהינו למעשה דמי ביטוח הבריאות, שהחליף את "המס האחיד" הקודם שנגבה על ידי קופות החולים (בנפרד).
2. תשלומי המס המקביל (שהוטל על המעסיקים, מס שבוטל בחקיקה כשנתיים לאחר החלת החוק).

3. תקציב ממשלתי שהועבר למשרד הבריאות למימון השירותים אותם סיפק המשרד על פי החוק.
4. השלמות ייעודיות של המדינה (עבור פרויקטים ייעודיים שאינם חלק מהתקציב השוטף).
5. השתתפות עצמית של מבוטחים.
6. תרומות מהארץ ומחו"ל.

גביית מס הבריאות הועברה מהקופות למוסד לביטוח לאומי וההכנסות ממנו חולקו בין קופות החולים על פי נוסחת קפיטציה (הכנסת, 2007). משמעות השינוי הייתה למעשה הלאמה של מנגנון גביית כספי מימון המערכת והקצאתם בד בבד עם הטלת האחריות להספקת השירותים הכלולים בסל לכלל האזרחים על הקופות. מקור ההכנסה העיקרי של הקופות הוא תשלומי הקפיטציה. תשלומים אלה אמורים לשקף את צרכי הבריאות של חברי הקופות, ואמורים להספיק לממון השירותים הכלולים בסל. כך גם נותק הקשר בין הכנסות המבוטחים לצרכי הבריאות שלהן. התחרות בין ארגונים שהנם ארגונים שלא למטרת רווח היא מרוסנת יותר מזו של פירמות עסקיות ומבוססת במידה רבה על איכות השירות. התחרות אמורה למקסם את הרווחה החברתית, כאשר הציפייה היא שקופה המעוניינת שיצטרפו אליה חברים נוספים תפעל ביעילות מרבית ותספק שירות איכותי שימשוך אליה מבוטחים חדשים.

מה הייתה הגדרת אחריות המדינה לבריאות כפי שהשתקפה בזמנו מהחוק? מהותה של אחריות המדינה בתחום זה באה לידי ביטוי בקביעה כי תתקיים שוויוניות בהספקת השירותים ובניתוק הקשר בין יכולותיו הפיננסיות של המבוטח לזכאותו וזכאות בני משפחתו לטיפול ולשירותים רפואיים. פרק ב' של החוק, העוסק בעקרונות היסוד שלו, מבהיר היטב אחריות זו כפי שהוגדרה בזמנו: (1) כל תושב זכאי לשירותי בריאות, (2) המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות (3) שירותי הבריאות הכלולים בסל יינתנו על פי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממגורי המבוטח, (4) השירותים יינתנו במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות הקופות (5) וזאת תוך שמירה על כבוד האדם והגנה על פרטיותו. כך, על פי החוק כל אזרח מחויב להשתייך לאחת מארבעת קופות החולים בעוד הקופות מחויבות לקבל כל אזרח ללא תנאי וללא שום דרישה.

החוק גם הטיל על קופות החולים את האחריות כלפי מי שרשומים בה למתן מלוא סל שירותי הבריאות המפורטים. סל השירותים הבסיסי (הוא סל שירותי הבריאות), כפי שפורט בזמנו בסעיף 7 לחוק, כלל מספר מרכיבים: (1) סל שירותי הבריאות הנתון וכן רשימת התרופות (והתשלומים עבורן) שהיו באותו הזמן ל"קופת החולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל" (2) שירותי הבריאות שנתנה המדינה בעיקר באמצעות משרד הבריאות קודם לחקיקתו של החוק (3) ושירותי רפואה במקום העבודה (שניתנו בזמנו על ידי הקופות לפי חוק מס מקביל) (חוק מס מקביל, התשל"ג-1973).

סל שירותי הבריאות הורכב מפירוט השירותים והתרופות בתוספות השנייה, השלישית והרביעית לחוק. התוספת הראשונה נתנה בידי המדינה, על פי סעיף 6(ב'), את האפשרות להוסיף בעתיד שירותי בריאות נוספים בצו, בעוד התוספת הרביעית לחוק כללה בתוך סל שירותי הבריאות אשפוז לילודת ולילוד ושירותי רפואה בעבודה. אולם, חלק הארי של סל שירותי הבריאות פורט בתוספות השנייה והשלישית. התוספת השלישית פירטה את שירותי הבריאות עליהן אחראית המדינה, כספקית ישירה. שירותים אלו כללו (1) שירותי רפואה מונעת (למשל: מעקב, הדרכה ופיקוח לילודת, חיסונים שונים, בדיקות שיגרה, מעקב והדרכה לרפואת השן של תלמידי בתי

הספר), (2) גריאטריה (למשל: אשפוז חולים סיעודיים גריאטריים וצעירים), (3) פסיכיאטריה (למשל: שירותי וטיפולי בריאות הנפש, הוסטלים ודיור מוגן ושירותי גמילה) (4) ומכשירי שיקום (למשל: תותבות לנכים, כסאות גלגלים לנזקקים ומכשירי שמיעה לילדים ונוער).

התוספת השנייה פירטה את אחריותן הישירה של קופות החולים. סעיף 7 לחוק מונה עם סל השירותים הבסיסי את שירותי הבריאות שנתנה קופת החולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל לחבריה במועד הקובע (ה-1 בינואר 1994), בנוסף לכמה תוספות נקודתיות. כך, על פי סעיף 3(ג') לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, האחריות להספקת מרבית שירותי הבריאות היא של ארבעת קופות החולים, כאשר השירותים השונים שנמצאו באחריות קופות החולים פורטו ברשימה ארוכה שהופיעה בתוספת השנייה. בין היתר, שירותים אלו כללו רפואה ראשונית ומקצועית, בדיקות מעבדה, בדיקות אנדוקרינולוגיות, המטולוגיות, פתולוגיות ועוד, שירותי סיעוד, התפתחות הילד, פיזיותרפיה, עבודה סוציאלית ועוד מגוון עשיר ורחב של שירותים. יתר על כן, גם השירותים שאספקתם הושארה על פי החוק בידי משרד הבריאות, תוכננו להיות מועברים בעתיד לאחריותן של הקופות (חורב וקידר, 2010: 5). מלבד הסל הבסיסי, קופות החולים רשאיות להציע לחבריהן ביטוח למימון שירותי בריאות נוספים, שאינם כלולים בסל הבריאות, זאת לפי תנאים ואמות מידה שיקבעו על ידי שר הבריאות לאחר התייעצות עם שר האוצר (סמוך, 2006; שפרלינג, 2011).

תחום הבריאות בישראל הינו תחום מעורב ושירותי הבריאות ניתנים באמצעות שלושה מגזרים: המגזר הציבורי (שירות המדינה), הפרטי (פירמות פרטיות) והשלישי (ארגונים שאינם למטרות רווח). שירותי הבריאות המסופקים בישראל מורכבים מארבעה רבדים עיקריים. **הרובד הראשון** הוא סל שירותי הבריאות המסופק לציבור (כפי שיפורט להלן), הן על ידי קופות החולים (המגזר שלישי) והן על ידי משרד הבריאות (המינהל הציבורי). **הרובד השני** הוא שירותי הבריאות הנוספים (שב"נים), המסופקים על ידי קופות החולים (המגזר השלישי). אלו הם שירותים המסופקים בצורה וולונטרית למבוטחים, כסוג של ביטוח משלים – אם כי הוא שונה במובנים רבים מביטוח פרטי ומוסדר בחוק. **הרובד השלישי** הוא מגוון השירותים והמוצרים הנמכרים לציבור על ידי חברות הביטוח המסחריות (המגזר הפרטי) במקביל או כהשלמה לסל הבריאות הבסיסי או לשירותים המוצעים בשב"ן. זאת, בין אם בהספקה ישירה או בהשלמת ההפרש בין ההוצאות בפועל של השירותים הרפואיים שקיבלו המבוטחים להוצאותיהם בפועל. **הרובד הרביעי** הוא שירותים ומוצרים הנרכשים על ידי אזרחים בצורה ישירה בשוק הפרטי מידיהן של חברות עסקיות (המגזר הפרטי). במסגרת הערוץ הפרטי, אזרחי ישראל יכולים לרכוש שירותים ותרופות שונים בישראל או בחו"ל, בין אם הם קיימים או שאינם קיימים בשלושת הרבדים האחרים.

ריבוי הרבדים והמגזרים הקשורים במערכת הבריאות מראים כי תחום מדיניות זה מורכב ממגוון גדול של שחקנים. מי הם השחקנים העיקריים והמשמעותיים הפועלים בתחום זה? ככלל, משרד האוצר בולט כשחקן דומיננטי מאד במינהל הציבורי בישראל (Galnoor, 2011: 91-94), ונמצא כי הדבר אף נכון בתחום הבריאות בפרט (כהן, 2013). ההנחה הרווחת אצל מרבית השחקנים בתחום הבריאות היא שפקידי האוצר, כשחקנים הדומיננטיים בזירה, נוהגים בכוחנות, חוסר שקיפות וחוסר שיתוף בכל הקשור לעיצוב מדיניות הבריאות וכי החלטות שונות הקשורות ברגולציה על קופות החולים מונחתות "בשליפה" וללא שיתוף של הקופות בתהליכי קבלת ההחלטות (כהן, 2013).

אחריות הקופות באה לידי ביטוי גם בפרשנותו של בית המשפט, שקבע כי "קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה" (ע"ע 1091/00). יש לציין, כי בשל פשרות שנערכו במסגרת עיצובו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כהן, 2012 : 27), עדכנו של סל שירותי הבריאות נותר אחת הסוגיות המרכזיות שנותרו לא פתורות גם לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. משמעות הדבר היא כי דה פקטו, אחריות המדינה מוגבלת ותלויה במשאבים הזמינים לתחום הבריאות בתקציב הממשלה. כך, מוכרע במערכת הפוליטית, באמצעות חוק התקציב, מה הסך היחסי מתוך התקציב הלאומי אשר יוקצה למערכת הבריאות. סוגיה זו, כפי שנראה בהמשך, קשורה ישירות הן לסוגיית הרגולציה והן לסוגיית ההפרטה במערכת הבריאות הישראלית. ההכרח להכריע בין הקצאת משאבים לבריאות לבין הקצאתם לתחומי מדיניות אחרים (למשל, ביטחון או חינוך) מקל על מעצבי התקציב לצמצם את אחריותה של המדינה לשירותי בריאות, הואיל ועתה הכספים אינם "צבועים" לבריאות (כלומר, אינם מועברים ישירות למערכת הבריאות).

להלן נצביע על הרגולטורים המרכזיים של קופות החולים כפי שעולה מחוק ביטוח בריאות המקורי, וכן נציג את אמצעי הרגולציה שעמדו לרשותם.

ג. הרגולציה של קופות החולים בישראל עם החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

לפני חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הצטמצמה הרגולציה של השלטון המרכזי על הקופות בעיקר לתחומים הקשורים לבריאות הציבור, סניטציה, רישוי לספקי שירותי בריאות (מוסדות, רופאים, רוקחים, אחיות, מיילדות ועוד) ובמגוון הנחיות ותקנות הקשורות בבקרת מחלות, ניסויים בבני אדם ונושאים דומים. מכאן, שלא הייתה רגולציה על החלק הארי של פעילות הקופות ולא הייתה חובה חוקית לכך, ובמרבית התחומים נותר לקופות חופש פעולה רב ואוטונומיה. בכל הקשור לשב"נים, ניתן לקופות שיקול דעת בלעדי להוסיף או לגרוע שירותים רפואיים. הרגולטורים הדומיננטיים על פי החוק המקורי היו שר הבריאות ופקידי משרדו. על פי סעיף 35 לחוק, מונה משרד הבריאות כמי שמפקח על פעילותן של קופות החולים ומבקר את איכות שירותיהן. החוק העניק לשר ולמשרדו סמכויות רגולציה נרחבות מאוד, הקנה להם כלים לאכיפה והעמיד אותם בעמדת שליטה חזקה על קופות החולים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר בסיס חוקי לרגולציה של השלטון המרכזי של קופות החולים ובכך אף על בתי החולים של הקופות (בעיקר קופת חולים כללית, שבבעלותה בתי חולים רבים). בנוסף להגדרת אחריותן של קופות החולים והקביעה דה פקטו שקופות החולים הן גוף מבוקר בהתאם לחוק מבקר המדינה, הגדיר החוק מערכת כללים מחייבים לקופות החולים ובראשם חובת האיזון התקציבי. כך, הוגדרה מערכת כללים שתבטיח דיווח, פיקוח וביקורת על הקופות, כמו גם כללים ותנאים המחייבים אותן בכל הקשור ליחסי הגומלין שלהן זו עם זו, ביחסיהן עם תאגידים אחרים, בכל הקשור למכסות ותעריפים שונים. סעיף 40 לחוק העניק גם למוסד לביטוח לאומי כלי אכיפה לצורך ביצוע תפקידו (חלוקת מיסי הבריאות שגבה בין הקופות על פי נוסחת הקפיטציה) וחייב את קופות החולים להעביר למוסד לביטוח לאומי את הנתונים הדרושים לו. במידה ולא תעשה כן הקופה, רשאי המוסד לביטוח לאומי לעכב כספים המגיעים לה על פי חוק. פרק ז' של החוק, אשר נשא את השם: "פיקוח ובקרה", הטיל על הקופות את חובת ניהול רשומות רפואיות ומנהליות כפי שיוגדרו על ידי שר הבריאות, ומינה את משרד הבריאות כמי שיבקר ויפקח על פעילותן כפי שייקבע בתקנות. הקופות חויבו למסור לשלטון המרכזי נתונים סטטיסטיים

אודות מבוטחיהן, הניהול הכספי שלהן, השירותים שהן מספקות, מצב מלאי התרופות והציוד שלהן, התקשרויותיהן עם נותני שירותים ופרטיהם וכן מידע ניהולי, כספי או רפואי. סעיף 37 לחוק פירט שורה של אמצעי אכיפה נגד קופות החולים – למקרה ואלו לא יקיימו את הוראות החוק. כך למשל, רשאי שר הבריאות למנות ועדה בודקת (אשר אחד מחבריה יהיה היועץ המשפטי לממשלה) אשר תבחן את התנהלות הקופה ותגיש לשר הבריאות את המלצותיה. במידה ויימצא כי הקופה אינה ממלאת את הוראות החוק, רשאי שר הבריאות להשעות חבר הנהלה של קופת חולים, למנות "מנהל מורשה" במקומו, לנקוט שורה של צעדים נוספים ואף לבטל את ההכרה בקופת החולים – בכפוף להמלצות הועדה. סעיף 43 לחוק המקורי אף הסמיך את שר הבריאות למנות באישור הממשלה ומועצת הבריאות נציב קבילות ציבור במשרד הבריאות, והקנה לו סמכויות הנתונות לנציב קבילות הציבור. בנוסף, על פי סעיף 30 לחוק המקורי, שר הבריאות רשאי לקבוע כי התקשרויות מסוימות בין קופות החולים לבין עצמן, או בין נותני שירותים יהיו טעונות את אישורו, ואף היה רשאי, על-פי סעיף 27 (ג'), למנות משקיף מטעמו למועצת קופת החולים.

שר האוצר מוזכר אף הוא כשותף לשר הבריאות ברגולציה על קופות החולים. תפקיד זה היה אמור להיות מוגבל לכאורה. כך, מוזכר שר האוצר כמי ששותף לשר הבריאות בעיקר בקביעת עלות סל שירותי הבריאות ועדכונו, לאישור רשימת מחלות קשות ועלות מתן השירותים לטיפולן, לאישור תקציב הפיתוח של קופות החולים ולקביעת פטורים ושיעורים מיוחדים מדמי ביטוח בריאות. כפי שנראה מיד, בתהליך הדרגתי שהחל כשנתיים לאחר חקיקת החוק, מעמדו של שר האוצר ומשרדו כרגולטורים הלך והתחזק.

ד. רגולציה בסימן שינוי: הרגולציה של קופות החולים במהלך שנות יישומו של החוק
עיון בספרות מלמד כי כאשר מדובר על קופות החולים בישראל, הרגולציה הקיימת משקפת מגמה עקבית, ברורה ומתמשכת של ריכוזיות השלטון המרכזי. חינוץ וגראו (2014) הצביעו באופן כללי על ריכוזיות ברגולציה של מערכת הבריאות בישראל. משרדי הבריאות והאוצר הם שמסדירים את תחום השכר המהווה כ-70% מההוצאות של מתקני הבריאות, קובעים את התקינה בבתי חולים וקובעים את התעריפים המרביים לשירותים בבתי החולים הממשלתיים. למשרדים אלו אף שליטה רבה על רישוי כוח האדם במערכת הבריאות. עם זאת, העובדה שמשרד הבריאות אינו רק רגולטור אלא גם ספק עיקרי של שירותי בריאות (באמצעות בתי החולים הממשלתיים ושירותי רפואה מונעת וביטוח האוכלוסייה בתחומי בריאות הנפש, גריאטריה, בריאות הציבור ומכשירי שיקום), מעלה חדשות לבקרים טענות לניגוד אינטרסים ולחולשתו של המשרד ולכך שהרגולציה שלו מופנית בעיקר כלפי ארגונים מהמגזר הפרטי (שם). מאידך, המשבר הכלכלי החרף של בית החולים הדסה בירושלים שימש בידי רבים דוגמה מאלפת לאוזלת ידו של משרד הבריאות בכל הקשור לרגולציה על ארגוני מגזר שלישי, גם כאשר אלו מספקים חלק משרותיהם כשירותים רפואיים פרטיים (שר'פ).

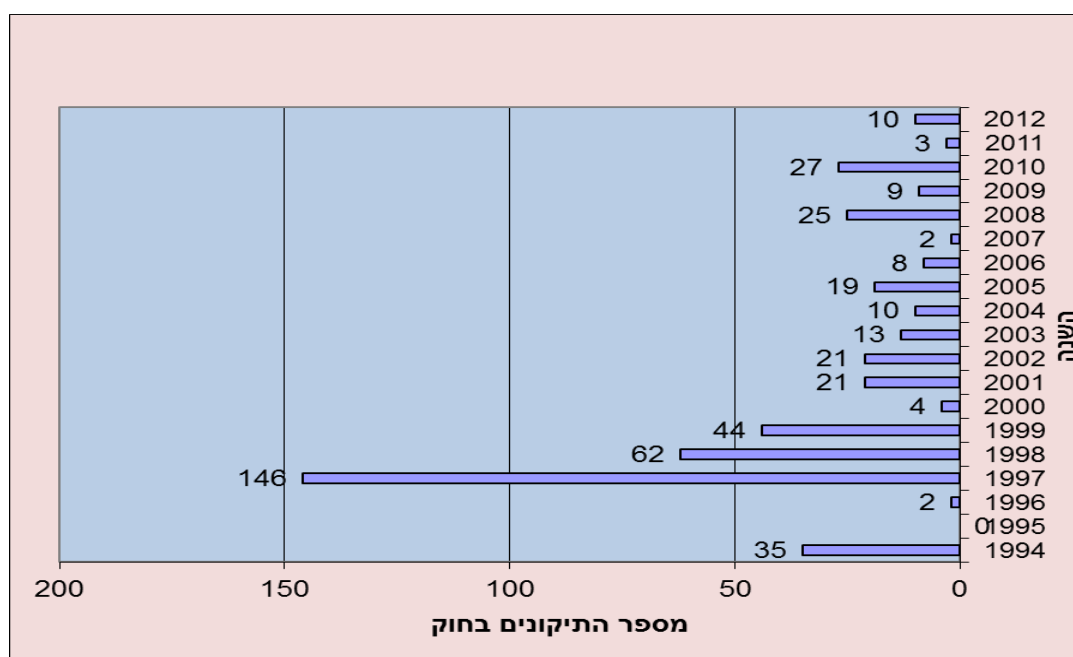
ממצאים אלו בדבר ריכוזיות הרגולטור עלו גם ממחקרים אחרים (כהן ומזרחי, 2011). אחת הטענות הנפוצות על ידי מקבלי החלטות מחוץ למערכת הבריאות ובתוכה היא הן כי משרד הבריאות הינו למעשה "שלוחה" של משרד האוצר, שאנשיו הם השחקנים הדומיננטיים והמשפיעים ביותר על תחום הבריאות (Cohen, 2014). חורב הראה אף הוא התחזקות של הרגולטורים במשרד האוצר, והסביר כי נוסח החוק, על השינויים הרבים שחלו בו, משקף לא רק צרכים מקומיים או אילוצים מקצועיים – אלא גם את השינויים בשיווי המשקל הפוליטי של הכוחות והשחקנים

הפועלים בזירת מדיניות הבריאות (חורב, 2004 : 7). עליית כוחם של הביורוקרטים בזירת מדיניות הבריאות (אסיסקוביץ, 2007) ובמיוחד עליית כוחם של פקידי משרד האוצר (כהן, 2013), באה לידי ביטוי באופייה ובמהותה של האסדרה של קופות החולים ומשקפים הגברת מעורבות המדינה בפעילות קופות החולים והרחבת סמכויות האכיפה נגדן. כך הצליח השלטון המרכזי לחזק בתחומים רבים את שליטתו על קופות החולים ועל התנהלותן.

אכן, טענות אלו הולמות את הממצאים העולים מניתוח שינויי החקיקה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. **תרשים 1** מראה שמאז אישור חוק ביטוח בריאות ממלכתי ביוני 1994 ועד ינואר 2013, התבצעו בו **461** עדכונים, בעיקר בין השנים 9-1997. מרבית השינויים (433) היו בחוק עצמו, כאשר 395 עדכונים מתוכם בוצעו בסעיפי החוק, ו-38 עדכונים בסעיפי התוספות לחוק. מתחילת שנת 2009 ועד לינואר 2013 חלה עליה במספר התיקונים בתוספות של החוק. כך, מתוך 49 תיקונים, מרביתם (29 תיקונים) חלו באחת התוספות לחוק. בנוסף, פורסמו ב"רשומות" 28 התייחסויות נוספות הנוגעות לנושאים הקשורים לחוק ("תיקונים עקיפים"). כפי שאראה בהמשך, כמחצית מהעדכונים בחוק קשורים בצורה ישירה לרגולציה של קופות החולים.

מתוך כלל השינויים בחוק, 285 (61.8%) נעשו בפרק הבריאות בחוק ההסדרים ובמסגרת החוקים להבראת כלכלת ישראל.² אחת הסיבות המרכזיות לכך שמספר כה גדול של שינויים בוצע דרך חוק ההסדרים היא שהחוק עובר כמקשה אחת (אף כי הוא כולל סעיפי חקיקה מגוונים שהיו יכולים ואולי צריכים לפרנס מספר חוקים), ואי העברתו בכנסת משמעותו אי אמון בממשלה ופיזור (כהן ומזרחי, 2011; שפרלינג וכהן, 2012; בג"ץ 4885/03). עם זאת, למרות שהשימוש באמצעי זה על מנת לעדכן את מדיניות הבריאות בישראל נמשך, בשנים האחרונות אנו עדים לשינוי: אם בשנים 1994 עד סוף 2008 נערכו כ-68% מהעדכונים בחוק באמצעות שימוש בחוק ההסדרים (או חוקים להבראת כלכלת ישראל), הרי שמתחילת שנת 2009 ועד לינואר 2013 התעדכנו רק כ-10% מהשינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות חוקים אלו.

תרשים 1: מספר תיקוני חקיקה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994-2013)



² כולל תיקוני חקיקה שנערכו במסגרת חוקי מדיניות והתייעלות כלכלית בשנים שונות, כשהאחרון ביניהם הוא חוק המדיניות הכלכלית לשנים 2011-2012, התשע"א-2011.

במהלך שנות יישומו של החוק גברה הרגולציה של השלטון המרכזי על קופות החולים בצורה משמעותית, כאשר העדכונים השונים בחוק מלמדים על שאיפה לחזק שליטה זו ולהרחיבה. החלק הארי של תיקוני החקיקה מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נוגע לנושאים שעניינם רגולציה על הניהול השוטף של קופות החולים. צומת חשובה של מגמה זו הייתה הוספת פרק שלם (11) לחוק, בשנת 1997 שכותרתו: "כללים לניהול ענייניהן של קופות החולים" (תיקון 5, ס"ח 1607).

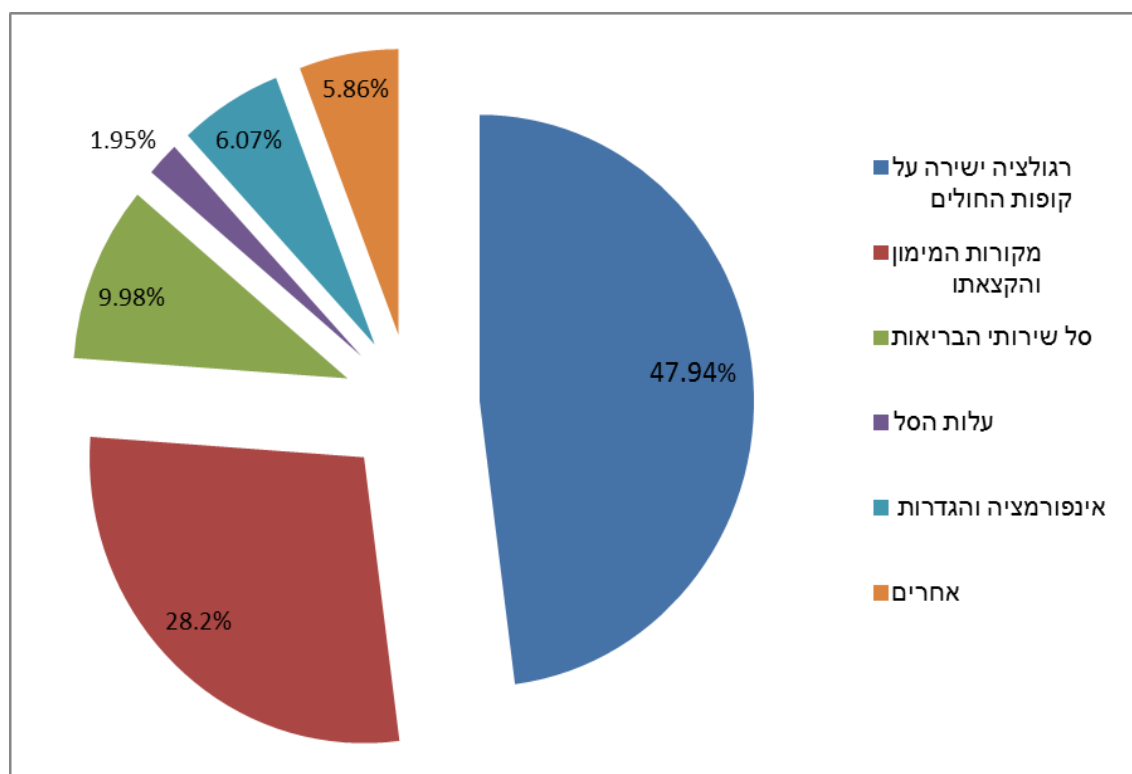
לוח 1 ותרשים 2 מציגים תמונת מצב עדכנית של מספר התיקונים שנעשו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לפי הנושאים. הנתונים מלמדים על "התפוצצות רגולטיבית" של השלטון המרכזי כלפי קופות החולים: כמעט 48% מתיקוני החקיקה שנעשו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי עוסקים ישירות ברגולציה הקשורה לעצמאותן הניהולית והארגונית של הקופות והאכיפה הנוגעת אליהן. למשל, ניהול ענייני הקופה, נוהלי רישום החברות בקופה, נקיטת אמצעים נגד קופה, הטלת 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, מינוי חשב מלווה לקופות, סמכות לתבוע חבר דירקטוריון או נושא משרה אחר בשל מחדל או התנהלות לא תקינה ועוד (חב"ב"מ, תיקון 5, ס"ח 1607; תיקון 7, ס"ח 1645; תיקון 9, ס"ח 1704). 28.2% מהתיקונים עוסקים במקורות המימון והקצאתו, ובהם תשלומי החברים, מס הבריאות, חלוקת התקבולים ומקורות המימון לסל. שאר התיקונים הם בסל שירותי הבריאות (10%), עלות הסל (2%), עדכונים בנושא מידע, הגדרות ותחולה (6.1%) ואחרים (5.9%). נדגיש שוב, כי לא כל השינויים הם באותה העוצמה וכי ישנם ביניהם גם שינויים טכניים או פרוצדוראליים.

לוח 1: שינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ותוספותיו לפי נושאים

הנושא	מספר העדכונים שבוצעו	אחוז מסך העדכונים
רגולציה ישירה של קופות החולים		47.9%
נהלי רישום החברות	73	15.8%
ניהול ענייני הקופה	75	16.3%
נקיטת אמצעים נגד הקופה	38	8.2%
שירותי בריאות נוספים	17	3.7%
עונשין ופניה לערכאות	11	2.4%
כפל שירותים	7	1.5%
מקורות המימון והקצאתו		28.2%
תשלומי חברים	61	13.2%
מס בריאות	37	8%
מקורות מימון	17	3.7%
חלוקת תקבולים	15	3.3%
סל שירותי הבריאות		10.0%
	46	10%

2.0%	2%	9	עלות הסל
6.1%			עדכונים אחרים
	2%	9	מידע
	3.9%	18	שינוי הגדרות
	0.2%	1	תחולה
5.9%	5.9%	27	אחרים
100.0%	100%	461	סה"כ

תרשים 2: שינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לפי נושאים



את הרגולציה של קופות החולים, כפי שהיא משתקפת מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ניתן לחלק לחמש קטגוריות מרכזיות (חלק מסעיפים ניתן לשייך ליותר מקטגוריה אחת):

1. שליטה על ניהול ענייניהן הפנימיים-ארגוניים של הקופות
2. שליטה על הוצאותיהן של קופות החולים
3. שליטה על הכנסותיהן של קופות החולים
4. רגולציה של יחסי הגומלין של הקופות עם בעלי עניין שונים אחרים
5. חיזוק אמצעי האכיפה ויכולת הטלת סנקציות על הקופות

שליטה על ניהול ענייניהן הפנימיים של הקופות

השליטה על ניהול ענייניו הפנימיים של ארגון הינה אחת הקטגוריות החשובות ביותר בכל הקשור לרגולציה של השלטון המרכזי על ספקי שירותי בריאות. תכליתה של שליטה זו היא מניעה או איסור פעילות או התנהגות מסוימת הקשורה לאופן התנהלותו של הארגון כיחידה אוטונומית. אכן, חלק גדול מהשינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בכלל, ובאלו שנגעו בנושא הרגולציה על קופות החולים בפרט, נכללים בקטגוריה אותה הגדרנו כ"השליטה על ניהול ענייניהן הפנימיים-ארגוניים של הקופות".

לפני חקיקתו של החוק וברוח החוק העות'מאני, פעלו הקופות באופן עצמאי כ"אגודות" והיו רשאיות לקבוע תקנון פנימי משל עצמן ולפי רצונן. הן היו אלו שהסדירו את ההיבטים המשפטיים בינן לבין מבוטחיהן (צ'רניחובסקי, מזרחי ופרנקל, 2008: 23). אסדרת נושא ניהול הקופות לא נעשתה בצורה אפקטיבית גם עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עם זאת, בחוק החדש נקבע כי בכל קופה תהיה מועצה, אשר תשמש כישות המנהלת העליונה של הקופה, וכי סמכויותיה ייקבעו בתקנון. כך, נקבע כי במועצה יהיה מינימום מסוים של נציגים מקרב קופות החולים שייבחרו על פי הכללים שיוסדרו בתקנון הקופה. זאת, כאשר חברי המועצה לא יהיו עובדי קופת החולים ולא יקיימו עימה קשר עסקי כלשהו. החוק אף התיר לשר הבריאות למנות משקיף מטעמו למועצה.

בשנים שלאחר חקיקת החוק חלו בו שינויים והתאמות נוספים שנדרשו הן בשל חקיקת החסר בנוגע לניהול קופות החולים, והן בשל הניסיון שהצטבר עם השנים הראשונות ליישומן של החוק. תיקון משמעותי ראשון היה בשנת 1997, שבה נחקק פרק שלם שתכליתו היא הכללים לניהול ענייניהן של קופות החולים (תיקון 5, ס"ח 1607). התיקון קבע (ולאחר מכן חזר והדגיש בסעיף נוסף) כי ההוראות בתקנות הנוגעות לדירקטוריון ולמוסדות הקופה (הרכבם וסמכויותיהם) טעונות את אישור שר הבריאות. עוד נקבע כי תקנון הקופה טעון את אישורו של שר הבריאות, ונקבע מועד להגשת תקנוני הקופות לאישור שר הבריאות וקביעת משך הטיפול באישור.

בנוסף, נקבע כי כל שינוי אחר בתקנות (שאינו נוגע לדירקטוריון ולמוסדות הקופה), יובא אף הוא לידיעת שר הבריאות. כחלק מפרק זה אף נחקק כי השר רשאי להורות לקופה שלא לקבל חברים חדשים, כל עוד לא תוקן ליקוי בתקנון. סעיף 24 (ג') לחוק אף מקנה לכל תושב את הזכות להכיר את תקנון הקופות (ואף זכות לקבל העתק ממנו תמורת תשלום). בשנת 1997 אף נקבעו דרכי החזקה והשקעה של נכסי הקופה, וכן הוגבלה יכולת הקופה להשקיע או לפעול מחוץ לישראל, תוך קביעת תנאים לכך (תיקון 5, ס"ח 1607).

טיעונו של השלטון המרכזי (ובעיקר של משרד האוצר) היה כי קופות החולים שהיו קיימות ערב תחילת החוק, הוכרו מבלי שנדרשו להתאמת המבנה הארגוני שלהן לחוק החדש. לחלקן בפועל יש מבנים ארגוניים ומשפטיים מסורבלים, שאין בהם קביעה ברורה של חלוקת הסמכות והאחריות. לפיכך, הציע משרד האוצר לקבוע הסדרים בסיסיים אחידים למבנה של קופות החולים תוך פירוט תחומי האחריות והסמכויות של מועצת הקופה, הדירקטוריון, המנהל הכללי, ועדת הביקורת, וקביעת כללי כשירות מינימליים וכללי פסילת כהונה של הקופות. ניסיונות אלו - שהובלו ברובן על ידי יוזמות בחוק ההסדרים והיוו סוג של "רגולציה בכפיה" - לא צלחו תמיד בידו של האוצר.

בשנת 2002 התווספה שורה של תיקונים המאפשרים שליטה נוספת על ענייניהן הפנימיים של קופות החולים ועל פעילות הדירקטורים שלהן (תיקון 16, ס"ח 1821). אחת השאיפות של האוצר

הייתה לשנות את תקנוני קופות החולים (בעיקר כללית ולאומית), כך שדירקטורים מטעמו ייכנסו להנהלתן. באופן זה ביקש האוצר למעשה, לשלוט בדרישותיהן של הקופות ובביקוש שלהן לתקציב נוסף. האסטרטגיה בה נקט האוצר לצורך כך, התבססה בעיקר על כפיית רצונו על הקופות – ללא שיתופם בתהליך קבלת ההחלטות (צ'רניחובסקי, מזרחי ופרנקל, 2008: 9). עם זאת, כאמור, ניסיונות שונים של משרד האוצר (בעיקר דרך חוק ההסדרים וחוקים להבראת המשק) בשנים 2003 ו-2009 לא צלחו בידו.

שליטה על הוצאותיהן של קופות החולים

עצמאותו של כל ארגון תלויה באוטונומיה התקציבית שלו. ככל שעצמאותן של הקופות בכל הקשור להוצאותיהן פוחתת, כך עולה הריכוזיות של השלטון המרכזי ומתגברת יכולת הרגולציה שלו. ריכוזיות ושליטה על משאבים תקציביים של ארגוני המינהל הציבורי בתחומי מדיניות שונים, הינן תופעות המאפיינות את מדינת ישראל מאז היווסדה (Galnoor, 2011: 45). עניין זה אינו שונה גם בתחום הבריאות.

החוק המקורי קבע כי קופת החולים היא גוף מבוקר והתייחס למצב בו קיים חשש כי קופות החולים אינן מקיימות את הוראות החוק. לפי סעיף 37, נקבע כי במידה וקיים חשש כי קופת החולים אינה מתנהלת כראוי (בעיקר אינה שומרת על איזון תקציבי) וכי ייתכן ולא תוכל לספק לפיכך לחבריה את סל שירותי הבריאות כפי שנקבע בחוק, יוכל שר הבריאות לנקוט שורה של מהלכים שבסופם תמונה ועדה בודקת שתבחן את התנהלותה של הקופה.

מאמץ כבד הופנה לשליטה על ההוצאות של הקופות על אשפוז בבתי חולים. בשנת 2008 נקבע כי שרי 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 (תיקון 38, ס"ח 2125). קודם לכן, נקבעה על ידי השלטון המרכזי תקרת הוצאה בבתי החולים הממשלתיים, ונקבעה תקרת הוצאה אחידה לכל אחת מהקופות בכל בתי החולים הממשלתיים.

אחד השינויים בחוק שהוביל לשליטה אפקטיבית על הוצאותיהן של קופות החולים היה הגבלת הגידול בהוצאה של הקופות על אמצעי פרסום ושיווק. פרסום ושיווק הנם כמובן אסטרטגיות חשובות שעשויות להגביר שקיפות ולהקטין פערי אינפורמציה, אולם כאשר הם נעשים בהיקף רחב מדי - הדבר מוביל לבזבוז מיותר של משאבים שיכולים היו להיות מופנים לשיפור שירותי בריאות.

מאז חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי חל גידול משמעותי מאוד בהוצאה של קופות החולים על הוצאות שנועדו לפרסמן ולשווקן. חקיקת החוק הפכה את אמצעי הפרסום, שהיו משניים עד אז, לדומיננטיים יותר, הואיל והקופות חששו מגלי עזיבה של מבוטחים (חשש שלא התממש בסופו של דבר). השקעת המשאבים הרבים לפרסום מומנה בעיקר מהתקצוב הקפיטציוני שלהן, כלומר מהכספים שנועדו לבריאות. כך, הגידול המשמעותי ביותר בהוצאה לפרסום היה בשנת החלתו של החוק, כאשר ההוצאות על הפרסום גדלו בשיעור של פי 2.5 בתוך שנה בלבד (1994-1995), ועמדו על מעל 8 מיליון ₪ (שורץ, 2009: 275; 283).

בשנת 1997 מגמה זו נחלשה משמעותית, עת נקבע כי שר הבריאות רשאי לקבוע הוראות מעבר שתכליתן הגבלת הוצאות קופות החולים על כלי פרסום ושיווק (תיקון 5, ס"ח 1607). כשנה מאוחר יותר, נקבע כי שר הבריאות רשאי לקבוע תקרת הוצאה שנתית להוצאות פרסום ושיווק וכן לקבוע כללים בנוגע לדרכי הפרסום ושיווקם (תיקון 7, ס"ח 1645). כשנתיים מאוחר יותר, במסגרת

חוק ההסדרים לשנת 1999, נקבע כי השלטון המרכזי רשאי להקפיא כספים המיועדים להוצאות פרסום ושיווק (תיקון 9, ס"ח 1704).

שינויי חקיקה נוספים נגעו בפריסתן של מרפאות קופות החולים. אמנם, דוגמה זו יכולה להיכנס גם תחת קטגוריות אחרות של רגולציה, אולם כאן, התערבותו של השלטון המרכזי נבעה בעיקר מהשאיפה למנוע בזבוז של משאבי הקופות. הרעיון היה ליצור מערכת של כללי משחק אשר תמנע השקעה עודפת בתשתיות בישובים קטנים והקמתן של מרפאות דומות במקביל, מתוך רצון של כל קופה להוביל בתחרות על קופות אחרות. כך למשל, בשנת 1998 נוסף לחוק סעיף העוסק בסוגיית שירותי הבריאות בישובים קטנים. נקבעה מכסה של מרפאה אחת לישוב המונה עד 5000 תושבים ושתי מרפאות בישוב המונה עד 10,000 תושבים (תיקון 7, ס"ח 1645). תיקונים משמעותיים חשובים נוספים, שתכליתן רגולציה של הוצאות קופות החולים - היו קביעת כללים ותנאים להוצאות הקופה על הקמת תשתיות וכן לעניין מחירי מכירת שירותים בין הקופות (תיקון 5, ס"ח 1607).

שליטה על הכנסותיהן של קופות החולים

הרגולציה של השלטון המרכזי על קופות החולים לא באה לידי ביטוי רק בשליטה על הוצאותיהן, אלא אף על האופן בו הן פועלות להגדיל את הכנסותיהן. כאמור לעיל, עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הולאם מנגנון גביית דמי ביטוח הבריאות בכוונה לספק שירותי בריאות אוניברסליים לכלל אזרחי ישראל. ככל שפוחתת האוטונומיה של הקופות על הגדלת הכנסותיהן העצמיות, כך גדלה תלותן בשלטון המרכזי. הכנסות אלו מגיעות ברובן מכספי ביטוח הבריאות הנגבים באמצעות המוסד לביטוח לאומי ובהתאם לנוסחת הקפיטציה, אולם גם מהכנסות עצמיות ותוכניות שונות שמציעות הקופות ובעיקר שירותי הבריאות הנוספים שלהן.

התערבות השלטון המרכזי ושליטתו על הכנסותיהן העצמיות של הקופות בא לידי ביטוי בעיקר ברגולציה של השב"נים. הרגולציה הוגבלה לפיקוח, אם כי במקרה ספציפי אחד שיוצג בהמשך ("תרופות מצילות חיים"), לא הסתפק השלטון המרכזי בפיקוח ופעל בצורה אקטיבית יותר כדי להכווין ולווסת את פעולתן של קופות החולים.

מלכתחילה איפשר החוק המקורי לקופות לספק לחבריהם ביטוח משלים על פי הבנתן. ב-15 בינואר 1998 חל שינוי דרמטי במדיניות השלטון המרכזי בנושא זה (תיקון 7, ס"ח 1645). תיקונו של החוק, מחליף למעשה את האפשרות שניתנה בידי קופות החולים להציע ביטוח משלים, והתיר להם לספק שירותי בריאות נוספים בלבד (ש"ל, 2003, עמ' 258). כך, קופות החולים רשאיות להציע לחבריהן תוכנית לשירותי בריאות נוספים, בין אם בעצמן ובין באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה. הקופה רשאית לבחור אילו שירותים היא כוללת בתוכנית השב"ן – ובלבד ששירותים אלה אינם כלולים בסל השירותים הבסיסי. משמעות התיקון הוא כי השב"נים הינם תוכניות השונות מהותית מביטוח בריאות "רגיל". כך למשל, אין לקופות רשאיות להתאים פרמיה לסיכונים הקשורים במבוטח, לבצע חיתום רפואי ועוד – למעט "תקופות אכשרה סבירות" (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סעיף 10 ג'). האפשרות שניתנה בידי הקופות להציע ביטוח משלים, בנוסף לסיבות נוספות, הוביל לעלייה באחוז המבוטחים בשב"נים. כך, אם בשנת 1999 45.8% ממבוטחי קופות החולים היו בעלי ביטוח שב"ן, הרי שבשנת 2006 האחוז עלה ל-71.5% (בן-נון וקידר, 2007: 27). בנוסף, יותר ויותר משפחות בעלות הכנסה בינונית ומטה מבטחים עצמם בשב"ן.

אחד התיקונים המשמעותיים שנעשו לאחרונה בחוק נוגע להוצאת תרופות "מצילות חיים" מהשב"נים. מלכתחילה לא התקבלה ההחלטה להכניס לסל הבריאות תרופות מצילות חיים

בחקיקה, אלא הייתה החלטה מינהלתית שהתקבלה ואושרה במשרד הבריאות. בראשית 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 (כהן ומזרחי, 2011 : 80-82). הכנסת תרופות אלה לשב"נים של הקופות עוררה התנגדויות עזות אצל השלטון המרכזי ורצון לבטל את האישור. לבסוף, ועל אף חילוקי דעות קשים במשרד הבריאות, נחקק בשנת 2008 תיקון הקובע שתוכניות השב"ן של קופות החולים לא יכללו תרופות מצילות חיים או מאריכות חיים (תיקון 38, ס"ח 2125).

ערוץ חשוב נוסף היה ההתערבות בכל הקשור להשתתפויות העצמיות שהוטלו על המבוטחים. כבר מיום החלת החוק אושר לקופות להטיל על המבוטחים תשלומים עבור תרופות, כמו גם עבור אשפוז סיעודי מורכב, טיפולים בתחום התפתחות הילד, בדיקת חלבון עוברי ואגרת מיון. 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 שנה קבע שבכל שנה תעמוד תרומת הקופות על סכום "נורמטיבי" השווה ל-5.37% מעלות הסל; כלומר, עלות הסל תמומן בחלקה הקטן מגביית כספי המבוטחים באישור שר הבריאות וועדת הכספים (תיקון 5, ס"ח 1607). במסגרת חוק ההסדרים של שנת 1998 הצליח משרד האוצר להגדיל את ההכנסות של הקופות באמצעות תוספת תשלומים מהמבוטחים. כך, למרות ההצלחה המוגבלת של הקופות ומשרד הבריאות להפחית את גובה תשלומי המבוטחים אליהם שאף האוצר מלכתחילה, הקופות קיבלו פורמלית את האפשרות לקבוע סל שירותים ותשלומים (תיקון 7, ס"ח 1645). השתתפותם העולה של המבוטחים בעלות הסל באה לידי ביטוי גם בעליה ההולכת וגדלה במימון הפרטי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות – מ-28.8% בשנת 1996 (כשנתיים לאחר חקיקת החוק) ועד ל-38.2% בשנת 2010 (הלמ"ס, 2011 : 312). עניין זה נקשר זה מכבר גם למגמת ההפרטה החלה במערכת הבריאות בשנים האחרונות (כהן ומזרחי, 2011) ובו אדון בפרק העוסק בהפרטה באמצעות רגולציה. מנגד, סוג אחר של תיקונים נגע דווקא בהנחות ובפטורים מתשלומי ההשתתפות העצמית. כך למשל, ניתנה 50% הנחה לאזרח ותיק המקבל גמלת הבטחת הכנסה, לרכישת תרופות שנמצאות בסל הבריאות (תיקון 5, ס"ח 1607); שיעורה הוגדל מ-50% ל-75% (תיקון 12, ס"ח 1772); בוטלה האפשרות שניתנה לרשויות מקומיות לגבות אגרת בריאות מהורי תלמידים בבתי ספר (תיקון 6, ס"ח 1630); התווספה האפשרות להנחות ולפטורים גם עבור אברכים המקבלים הבטחת הכנסה; בתקרת התשלום החודשית לחולים כרוניים נוסף גם ציוד מתכלה שהחולה נזקק לו (תיקון 9, ס"ח 1704), וכך גם לאשתו וילדו של אברך המקבל הבטחת הכנסה (תיקון 11, ס"ח 1744); נקבעה הנחה של 75% בגין תרופות הכלולות בסל למי שהוכר כוותיק מלחמת העולם השנייה והוגדר כ"נזקק" (תיקון 10, ס"ח 1737); ניתנה הנחה לנכים (חבב"מ, תיקון 17, ס"ח 1855), ועוד.

בשנת 1998 נחקק עדכון שהסמיך את שר הבריאות לקבוע תקרה שנתית להכנסות הקופה מתשלומי מבוטחיה, כשיעור מחלקה במקורות המימון הציבוריים שהועמדו לרשותה למימון הסל הבסיסי. למרות שהאפשרות נתונה לשר הבריאות, עד כה לא נעשה בה שימוש בפועל. חורב וקידר (2010 : 28) מסבירים כי במצב הנוכחי, כל עוד לא יוגדלו מקורות המימון הציבוריים, תהיה יכולת המימוש של תיקון זה מוגבלת, שכן משמעות הפעלתו היא צמצום המקורות הריאליים העומדים למימון עלות הסל. עם זאת, תיקון זה מקנה בידי השלטון המרכזי כלי חשוב לתמרוץ הקופות לשימוש מיטבי יותר בעקרונות ההשתתפות של מבוטחים במימון שירותי הבריאות.

בשנת 1998 אף הוסף לחוק סעיף שלם הנוגע לשירותי בריאות בישובים קטנים, ומטרתו המוצהרת הייתה למנוע כפל שירותים בין הקופות השונות (תיקון 7, ס"ח 1645). סעיף זה יש להדגיש, קשור גם בהוצאותיהן של קופות החולים, שכן רגולציה של פתיחת סניפים נוספים מגבילה גם את הוצאותיהן של הקופות. תיקון נוסף בהקשר זה אשר בו נדון בהמשך, חל בראשית שנת 1997, עת הוסמכו שר הבריאות ושר האוצר למנות חשב מלווה לקופות.

רגולציה של יחסי הגומלין של הקופות עם בעלי עניין שונים

החלק הארי של שינויי החקיקה הקשורים ברגולציה שתכליתה שליטה על יחסי הגומלין עם בעלי עניין שונים, מתמקד בסופו של דבר בחששו של השלטון המרכזי מפני לקיחת סיכונים כלכליים או התחייבויות פיננסיות בעלות מקדם סיכון גבוה על ידי הקופות. כך, בשנת 1997 נוסף שינוי לחוק האומר שאין הקופה רשאית לרכוש שליטה בתאגיד אחר או להתקשר במיזם עם גורם חיצוני, אלא אם פעילותו של התאגיד מוגבלת לתחום הבריאות; ההתקשרות נועדה לסייע למתן שירותים לחברי הקופה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי; לקופה יש לפחות 50% מאמצעי השליטה והיא (או מספר קופות יחד) בעלת השליטה בתאגיד; והתקבל לכך אישור מראש משרי הבריאות והאוצר (תיקון 5, ס"ח 1607). באותו התיקון אף נאסר על הקופה לתת אשראי או לערוב לחוב של אחר, אלא אם ניתן לכך היתר משרי הבריאות והאוצר.

בשנת 2009 בוצע תיקון בחוק המאפשר לקופה לבצע מיקור חוץ עם תאגיד שעיסוקו אינו בריאות כאשר מדובר בשירותי משק, לוגיסטיקה ומנהלה (אספקת שירותי עזר משקיים), תוך התניה כי ההתקשרות תעשה רק באישור שר הבריאות ושר האוצר, ורק לצורך ביצוע פעולות שבתחומי אחריותה (תיקון 44, ס"ח 2201).

חיזוק אמצעי האכיפה ויכולת הטלת סנקציות על הקופות

עיון בתיקוני החוק מלמד כי מטרת חלק מהעדכונים בחוק לא נוגעים ברגולציה ישירה של קופות החולים, אלא בבניית וחיזוק אמצעי האכיפה ויכולת הטלת סנקציות של השלטון המרכזי על הקופות. כפי שנראה להלן, התיקונים השונים מצביעים על מגמה של חיזוק עוצמתו של השלטון המרכזי ושליטתו על קופות החולים. רגולציה מוגברת זו, כפי שאראה בהמשך, הובילה בסופו של יום לחיזוק מגמת ההפרטה של מערכת הבריאות. חיזוק השליטה על קופות החולים מאפשרת אפוא לשלטון המרכזי לבצע שורה של שינויים תוספתיים שמטרתם עיצוב מדיניות ניאו-ליברלית יותר, הגם שזו עומדת לא פעם בסתירה למטרותיו המוצהרות של החוק.

בראשית שנת 1997 הוסמכו שר הבריאות ושר האוצר למנות חשב מלווה לקופות. רגולטור זה הינו עובד החשב הכללי, שתפקידו לפקח על העברת תקציבי המדינה ולוודא כי התקציב מבוצע על פי החוק וכללי המינהל התקינים. בידי החשב ניתנו סמכויות מקיפות. כניסתם של החשבים לקופות נערכה כחלק ממגמה שקידם משרד האוצר במרבית ארגוני המינהל הציבורי בישראל ואף בארגונים אחרים (למשל, גם בחברת ביטוח פרטית לרכב). מאז, במידה ומתעורר חשד אצל השלטון מרכזי כי קופת חולים אינה ממלאת אחר חוקי חוק ביטוח בריאות ממלכתי או שישנו חשד להתנהלות לא תקינה – יכול השלטון המרכזי למנות לקופה חשב מלווה מטעמו – בלי לתת הזדמנות לקופה להשמיע את טענותיה. שתי הסמכויות החשובות ביותר שבידי החשב המלווה הן אישור גיוס עובדים חדשים וקידום עובדים קיימים בקופה ומתן אישורו לכל התחייבות כספית של הקופה (תיקון 5, ס"ח 1607). באותו התיקון אף נקבע כי שר הבריאות ושר האוצר רשאים להורות לקופה על הקפאת הפיתוח, במידה והקופה לא עמדה בחובתה לאיזון תקציבי. בהתאם לתיקון זה, בשנת

2002 מונה חשב חיצוני לקופת חולים לאומית בעקבות גירעונות קשים. אכן, החשב, שהוגדר כ"בקר חיצוני" קיבל סמכויות רבות גם בכל הקשור להתקשרויות חדשות או התקשרויות קיימות של הקופה, ואישורו נדרש לכל תשלום לעובדיה, ספקיה ומבוטחיה.

מנגנון אכיפה נוסף שפותח בשנת 1999, היה מינוי ועדות בדיקה לקופות שיפרו את חובת האיזון התקציבי הנדרש על פי חוק. לפי החוק, מנכ"ל משרד הבריאות יכול להתריע בפני יושב ראש הדירקטוריון ומבקר הפנים של הקופה שחרגה מאיזון תקציבי ולכפות כינוס של הדירקטוריון לדיון דחוף בנושא (תיקון 9, ס"ח 1704). מנגנון נוסף שעודכן בשנה זו איפשר למנכ"ל משרד הבריאות למנות ועדה שתבחן את אופן ניהול ענייני הקופות ולהטיל עליהן סנקציות שונות (חב"מ, תיקון 9, ס"ח 1704) כגון פרסום ממצאה, הקפאת כספי פרסום ושיווק של הקופה ועיכוב כספי מקדמות. בשנת 2002 התווספה שורה של תיקונים נוספים המאפשרים לנקוט אמצעים מול קופות החולים ופעילותן. כך למשל, נקבע כי במידה ולא יתכנסו חברי הדירקטוריון כאמור, יוכל שר הבריאות למנות ועדה מטעמו ואף לפרסם ברבים את ממצאה (תיקון 16, ס"ח 1821). אמצעי אכיפה נוספים שנוספו בשנים אלו היו האפשרות של השלטון המרכזי להגביל את מספר המצטרפים לקופה במידה וחרגה מאיזון תקציבי, וכאמור – להקפיא פעילות שיווק ופרסום ותוכניות פיתוח שלהן (תיקון 9, ס"ח 1704). כך גם ניתן בידי השלטון המרכזי לעכב העברת כספים ומקדמות לקופות שלא עמדו בדרישות החוק. בשנת 2006 נקבע כי עמדתו של נציב התלונות במשרד הבריאות תכריע בחילוקי דעות שנתגלעו בין הקופה לבין אחד ממבוטחיה, וכי במידה ויחליט הנציב כי על הקופה להעביר כספים למבוטח הנמצא עימה בסכסוך, הם יקוזזו מהסכום שאמור לעבור אליה מהמוסד לביטוח לאומי (תיקון 34, ס"ח 2046). כך, סמכויותיה של נציבות התלונות חוזקו משמעותית.

מגמה נוספת הקשורה בחיזוק אמצעי האכיפה ויכולת הטלת סנקציות על הקופות היא השינוי ביחסי הגומלין והעוצמה של הרגולטורים. בהקשר זה בולטת התחזקותו של משרד האוצר על חשבון משרד הבריאות, שכתוצאה מכך הפך דה-פקטו, לרגולטור הדומיננטי בזירת מדיניות הבריאות. בעוד שבנוסח המקורי ניתנו לשר הבריאות סמכויות נרחבות מאוד במרבית התחומים, הרי שעם חלוף השנים, יותר ויותר החלטות נדרשו לאישורו המפורש של שר האוצר, להסכמתו ו/או כפופות להתייעצות עמו. למעשה, חיזוק אמצעי האכיפה ויכולת הטלת סנקציות של השלטון המרכזי על קופות החולים, עוצבו כך שיותר אמצעי אכיפה ניתנו למשרד האוצר. כך למשל, נקבע כי שר הבריאות רשאי לקבוע תקרה שנתית להכנסות הקופה מתשלומי חברים אשר ישמשו כחלק ממקורות המימון, אולם נדרשת הסכמתו של שר האוצר; נקבע כי הוספת שירותים לקופות ביוזמת שר הבריאות דורשות את אישור שר האוצר; ניטלה סמכותו של שר הבריאות לשנות את התשלומים בעד התרופות שבצו הבריאות (רשאי לשנות רק את סוג התרופות); נדרשה הסכמת שר האוצר לקביעת כללים בנוגע לדרכי הפרסום והשיווק של הקופות; להטלת סנקציות שונות על הקופות; נדרש אישורו מראש של שר האוצר בכל הקשור להתקשרות הקופות עם תאגידי חוץ; להשקעות פיתוח ותשתיות של הקופות; לכל שינוי שיערך בנוסחת הקפיטציה, ועוד (תיקון 5, ס"ח 1607; תיקון 7, ס"ח 1645).

ה. האם הרגולציה של קופות החולים השיגה את מטרת החוק?

הישגיה של מערכת הבריאות הישראלית בעקבות החוק נחשבים טובים מאוד – הן אבסולוטית והן בהשוואה למערכות בריאות אחרות. בהשוואה בינלאומית, ההוצאה הישראלית לבריאות של כאחוז מהתמ"ג אינה גבוהה ועומדת על 7.7% בלבד (הלמ"ס, 2011). זאת, לצד מיקום מכובד של ישראל

בשורה רחבה של קטגוריות הבוחנות אפקטיביות של מערכות בריאות כגון תוחלת חיים, תמותת תינוקות, פריון לאישה, שיעור הרופאים ועוד (הלמ"ס, 2011; קידר, אריאלי וחורב, 2012). אמנם, קשה להצביע על קשר סיבתי בין שורת מדדים אלו לבין מאפייני הרגולציה על מערכת הבריאות, אולם סביר להניח כי לפחות חלק מהישגים אלו קשור ברגולציה על קופות החולים.

בעוד מדדים שונים מצביעים על מגמה מתמשכת של שיפור ברמת הבריאות של תושבי ישראל, גוברות הטענות בדבר פערים בין הקבוצות בכל הקשור לשירותי הבריאות ולעליה המתמשכת באחוז הפרטי של ההוצאה הלאומית לבריאות (שירום, 2006: 354). יתר על כן, ההוצאה הציבורית לנפש במונחי מחירי 2005, עלתה בין השנים 1995-2009 ב-99 ש"ח (עופר 2010, כמצוטט אצל חניניץ וגראו, 2014). ממצאי מחקרים מצביעים על כך שנגישותן של אוכלוסיות חלשות שאין ביכולתן לשלם תשלומי השתתפות עצמית, נפגעה לאורך השנים ושהם נמנעים מרכישת תרופות וטיפולים רפואיים שונים (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2011: 18; 52). באופן פרדוקסלי, כפי שאפרט בפרק הבא, חולשותיה העיקריות של מערכת הבריאות בכל הקשור לפערים בין קבוצות, וכן הגדלת ההוצאה הפרטית על בריאות - קשורות באופייה של הרגולציה על המערכת ובמיוחד באופייה של הרגולציה על קופות החולים.

הישגי הרגולציה על קופות החולים, המושגים באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, באים לידי ביטוי בעיקר בעובדה שעם חקיקתו של החוק המדינה הצליחה לספק סל שירותים בסיסי ונדיב על בסיס אוניברסאלי כחלק מיעדה של מדינת הרווחה. כאמור, אחריות המדינה לבריאות, על פי החוק, היא הספקת סל בסיסי של שירותי בריאות לכל תושב על פי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממגורי המבוטח, תוך שמירה על כבוד האדם והגנה על פרטיותו, כאשר המדינה אחראית למימון סל השירותים. זאת, תוך התניה שהשירותים יינתנו במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות הקופות. השוואתו של המצב כיום למצב שהיה קודם לחקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (דוח ועדת נתניהו, 1990: 44-67) מלמדת כי באופן יחסי, מצבה של מערכת הבריאות הישראלית השתפר משמעותית. בנקודת זמן זו ובאופן כללי, המדינה אכן עומדת בתחומי אחריותה. סקרים שונים גם מלמדים כי נכון לשנת 2009 ישנה שביעות רצון אצל אזרחי ישראל מביצועי מערכת הבריאות (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2011) ויש להניח כי לרגולציה של קופות החולים חלק חשוב בכך.

הרגולציה של השלטון המרכזי על קופות החולים, כפי שהיא באה לידי ביטוי בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והתיקונים שחלו בו הוכחה כאפקטיבית במגוון של תחומים. אומנם, במספר תחומים, ובמיוחד בכל הקשור לשכר המנהלים הבכירים של הקופות, הרגולציה מצטיירת כפחות אפקטיבית (וכאשר מדובר ברגולציה על ארגונים אחרים מהמגזר השלישי המצב חמור אף יותר). עם זאת, השלטון המרכזי השכיל לייצר במקרים רבים אחרים שליטה טובה על קופות החולים אשר במקרים רבים לא רק הובילה לצעדי התייעלות וחיסכון – אלא אף ליצירת מערכת חלוקת שירותים טובה וצודקת יותר עבור אזרחי ישראל. כך, זוכים כיום כלל תושבי ישראל לסל בסיסי אחיד ואוניברסאלי ללא קשר לשיוכם הפוליטי או מקום עבודתם, נותק הקשר בין הכנסתו של אזרח או מקום עבודתו לבין קופת החולים או השירותים שהוא מקבל והופחתו אלמנטים גרסיביים במס הבריאות. לא רק זו, אלא שגם שירותי השב"נים של הקופות הוסדרו ונכנסו בהם אלמנטים "חברתיים" (ולא כאלו המבוססים על ביטוח פרטי גרידא). מבחינה כלכלית, התחרות המוגבלת בין קופות החולים, המדדים להתייעלות שפותחו על ידי השלטון המרכזי, ומנגנוני האכיפה הקיימים מובילים את הקופות להתנהג בצורה פחות בזבזנית מהעבר.

עם זאת, חובה להבחין בין **המצב** הנתון כיום לבין **המגמה** הפוקדת את מערכת הבריאות החל משנתיים מאז החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חסרונות הרגולציה על מערכת הבריאות באים לידי ביטוי בעיקר במגמה הכללית שמובילה לפגיעה בעקרונות המנחים של החוק המבוססים על שוויון וסולידאריות חברתית. לפיכך, לא ניתן להתעלם מהמגמה המתמשכת העולה ממכלול התיקונים שנערכו בחוק מאז יוני 1994. העקרונות המנחים הבאים במבוא לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הם צדק, שוויון ועזרה הדדית. עקרונות אלו מלמדים כי מדינת ישראל בחרה, לפחות בכל הקשור למדיניות הבריאות שלה, גישה סוציאל-דמוקרטית ואחריות ישירה של המדינה לשוויוניות בשירותי בריאות ולזכות לבריאות בישראל. אולם, השליטה ההולכת וגוברת על קופות החולים משקפת מגמה הסותרת את ערכי החוק ומסיטה את מדיניות הבריאות לכיוון ניאו-ליבראלי יותר. החשש של אלו התומכים בעקרונות המנחים של החוק אינו נובע ממצבה הנתון כיום של מערכת הבריאות – אלא ממגמת ההפרטה הפוקדת אותה ומהמקום אליו היא תגיע בעתיד – במידה והדברים ימשיכו במסלולם הנוכחי. מגמה זו מתרחשת למרות שהיא נמצאת בסתירה עם ערכי הסוציאל-דמוקרטיים של החוק, ולמרות שתהליך צמצום תקציבי הבריאות אינו משקף בהכרח 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; Cohen, Mizrahi & Yuval, 2012). הרגולציה על תחום הבריאות בישראל, אפוא, קשורה בצורה ישירה עם מגמת ההפרטה במערכת הבריאות. טענה זו תעמוד במוקד החלק הבא.

1. הפרטה באמצעות רגולציה

כפי שניתן להתרשם מהניתוח לעיל, ניתן לטעון כי במקרים מסוימים רגולציה עשויה לשמש גם כאסטרטגיית שליטה שתכליתה השפעה על האופן בו יסופקו שירותים או מוצרים שונים הנתונים תחת אחריותה הישירה של המדינה. טענה זה מבוססת על הרעיון של **"הפרטה באמצעות רגולציה"**. בהצביעם על פרדוקס ה"הפרטה באמצעות הלאמה", שתכליתן מחד ריבוי אסטרטגיות של הלאמה לצד ריבוי אסטרטגיות שתכליתן הפרטה, מציעים כהן ומזרחי (2011) כי השלטון המרכזי בישראל נוקט באסטרטגייה של הפרטה באמצעות ריכוזיות. על מנת לשלוט בהוצאותיה הציבוריות, הממשלה נדרשת ראשית לשלוט במימונם ובניהולם של מנגנוני וארגוני מדינת הרווחה. שליטה שכזו מושגית לא פעם באמצעות ריכוזיות, ואף הלאמה, של משאבים ושל מנגנוני ניהול המערכת. אכן, כפי שהמחשנו, תיקונים רבים בחוק ביטוח בריאות יכולים להיחשב כסוג של הלאמה אשר מובילה לשליטה של השלטון המרכזי על ספקי שירותי הבריאות. כהן ומזרחי מסבירים כי לאחר ששליטה זו מושגת, הממשלה יכולה לפנות לאסטרטגייה של הפרטה חבויה, כאשר קיצוצים (או חוסר עדכון) תקציביים מאלצים את האזרחים, כמו גם את ספקי הבריאות, לנהל בעצמם את הסיכונים הטמונים בשוק החופשי. אכן, שליטה מעין זו, כפי שהיא באה לידי ביטוי ברגולציה של קופות החולים, משמשת כאסטרטגייה שבסופו של יום מגבירה את מגמת הפרטה במערכת הבריאות. הריכוזיות הקיימת ותיקונים חקיקה נוספים שנועדו להגביר אותה (בין היתר גם בשל הדומיננטיות של ביטוחי השב"נים והביטוחים הפרטיים) מכשירות את הקרקע להפרטה זוחלת עתידית של מערכת הבריאות.

כך, עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תפסה הממשלה (וליתר דיוק – משרד האוצר) שליטה על תקצובה של מערכת הבריאות באמצעות הגדרת תקציב "צבוע" לבריאות, הנגבה על ידי המוסד לביטוח לאומי. לאחר מכן, הגבירה הממשלה את שליטתה על המערכת באמצעות

שורה של עדכוני חקיקה בחוק, באמצעות שורה של רגולציות בנושא סמכותן, דרכי הניהול ופיקוח על קופות החולים. באופן זה, ניתן להסביר כיצד משתלבות מגמת הריכוזיות יחדיו עם מגמת ההפרטה ומחזקות זו את זו. השינויים הרבים שחלו בחוק ונותחו בהרחבה בפרק זה, אפשרו לביורוקרטים במשרד האוצר להפחית בהדרגה את חלקו הציבורי של המימון לשירותי בריאות, כחלק ממדיניות מתמשכת (לאו דווקא כזו המתוכננת אסטרטגית לטווח-ארוך) של צמצום מדינת הרווחה.

אם כן, מהניתוח שמציע פרק זה עולה כי לא זו בלבד שהרגולציה של תחום הבריאות הינה ריכוזית מאוד ומשקפת ניסיון לשליטה חזקה (לעתים כאמור עד כדי הלאמה) של השלטון המרכזי – אלא שהיא למעשה אחד ההסברים העיקריים לכך שבמקביל אליהם פוקד תהליך של הפרטה את מערכת הבריאות בישראל. בהמשך לטענתם של כהן ומזרחי (2011), כפי שניתן ללמוד ממקרה הבוחן שלנו, ישנם מקרים מסוימים בהם הרגולציה עצמה עשויה להוביל להפרטתן הזוחלת של מערכות ציבוריות, ולא דווקא להופיע ביתר שאת רק לאחר שהופרטו שירותים ציבוריים.

התחזקותו של משרד האוצר קשורה גם בעובדה שמשרד הבריאות אינו משמש כרגולטור בלבד – אלא אף מספק בעצמו שירותים ומוצרי בריאות. מציאות זו היא להבנתי אחת הבעיות המרכזיות ברגולציה של תחום הבריאות, ובנוסף אף מקלה על האוצר את מלאכתו בשימור וחיזוק מעמדו שלו כרגולטור וכשחקן הדומיננטי בזירה. מכיוון שמשרד הבריאות הוא גם ספק שירותים, הוא מעסיק עובדים רבים המושפעים מהסכמי שכר והסכמים אחרים הנערכים עם האוצר. לפיכך, הוא נמצא במצב בעייתי המחליש אותו מול האוצר, החזק ממילא.

מעבר לכך, מכיוון שמשרד הבריאות הינו הבעלים של מספר גדול של בתי חולים בישראל ומכיוון ששירותים רבים לא עברו מהתוספת השלישית לאחריות קופות החולים, ישנן בעיות שונות של ניגודי עניינים ואינטרסים בין משרד הבריאות לקופות. ייתכן ומציאות זו מובילה לכך שקופות החולים לא תמיד נשמעות להנחיות החוק ואפילו להנחיות ישירות של מנכ"ל משרד הבריאות. כך למשל, מדי שנה מונעות קופות החולים מאלפי ישראלים לקבל תרופות וטיפולים הכלולים בסל וחיוניים לבריאותם - בניגוד גמור להמלצות הרופאים ולחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוך שהן נשענות על הטיעון של "חילוקי דעות בין קופות החולים למשרד הבריאות בנוגע להגדרות ולפרשנויות של הוראות הסל..." (רזניק, 2012). במקרים אחרים, האחריות להספקת שירותים מוטלת על ידי בתי המשפט דווקא על קופות החולים ולא פעם הקופות נאלצות לספק שירותים שאינם בסל הנקוב בחוק ללא מתן גיבוי תקציבי הולם (חורב, 2004 : 44).

סיכום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע גבולות רחבים של אחריות ישירה ועקיפה של המדינה לבריאות תושביה. סל הבריאות הבסיסי שהובטח לכלל תושבי המדינה, במקביל להלאמתה של מערכת הגבייה והביטוח, קבע שהמדינה היא האחראית הישירה להספקה נדיבה של שירותי בריאות לכלל אזרחי ישראל. חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר בסיס חוקי לרגולציה של השלטון המרכזי של קופות החולים והקנה לשלטון המרכזי כלים אפקטיביים לשליטה על פעילותן של הקופות. התיקונים שחלו בחוק מאז חקיקתו, הוסיפו וחיזקו את שליטתו של השלטון המרכזי על הקופות. האם ניתן להצביע על קשר ישיר או עקיף בין תהליכי ההפרטה החלים במערכת בריאות, לבין הרגולציה של השלטון המרכזי על תחום מדיניות חשוב זה? אמנם, ייתכן כי במקרים שונים הרגולציה תמשיך להיות ריכוזית ואף תוביל בהמשך להלאמות נוספות. אולם כפי שנוכחנו במקרה זה, התשובה היא כי ניתן להצביע על קשר בין רגולציה מסיבית להפרטת מערכת הבריאות. קשר זה

אינו בא לידי ביטוי רק בהיבט "המסורתי" בו מפריטה המדינה שירותים ובמקביל נוטלת על עצמה לכוון, לווסת ולפקח על ארגונים אלו. אדרבא, במקרים מסוימים דוגמת מקרה הבוחן שלנו, הרגולציה בעצמה עשויה לשמש כלי שיוביל להפרטתן הזוחלת של מערכות ציבוריות שונות. דהיינו, הרגולציה עשויה לשמש בידי הרגולטור (פוליטיקאי או ביורוקרט) כאסטרטגיה סמויה או חבויה שתכליתה עיצוב המדיניות הציבורית. האקר (Hacker, 2004) התחקה אחר מגמות דומות שחלו בשנות השמונים של המאה הקודמת במערכת הבריאות האמריקאית, והגדיר תהליכים דומים של הפרטה כסוג של סחף (*Drift*). כפי שאראה בהמשך, בעוד חלק גדול מהתיקונים בחוק משקפים ריכוזיות יתר ואף הלאמה – תיקונים אלו מובילים בטווח הארוך ולמרבת הפרדוקס, דווקא לחיזוק מגמת ההפרטה במערכת הבריאות.

בהתייחס למקרה הבוחן, תכליתם של שינויים רבים שחלו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה רגולציה ישירה על קופות החולים. השלטון המרכזי, משרד הבריאות אך בעיקר משרד האוצר, פעל 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. כך, לא רק שהצליח השלטון המרכזי לשלוט בצורה טובה על התנהגותן של הקופות, אלא שמשרד האוצר חיזק את מעמדו באמצעות כללי הרגולציה השונים שהוספו לאורך הזמן. את שליטתו על קופות החולים ניצל האוצר על מנת לחזק מגמות של הפרטת מערכת הבריאות. אחת התוצאות לכך היא התחזקותה של מגמת ההפרטה הפוקדת את מערכת הבריאות החל משנותיהם לאחר חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

אבחון המגמות המרכזיות הקשורות ברגולציה של השלטון המרכזי על קופות החולים מלמד על קיומם של אתגרים לא מעטים. הגם שבמדדים שונים עולה כאמור כי מצבה של מערכת הבריאות בישראל משביע רצון, לא מן הנמנע שהמגמות הקיימות ייתנו את אותותיהן וישפיעו לרעה על מערכת הבריאות בעתיד. להלן המרכזיים שבהם, ובהמשך מספר המלצות לשיפור המצב:

1. משרד הבריאות אינו עוסק רק ברגולציה אלא משמש גם ספק שירותים. דבר זה לא רק מחליש את כוחו מול משרדי הממשלה השונים (ובעיקר משרד האוצר), כפי שהספרות ודוחות ועדות שונים טוענים, אלא אף יוצר בעיות של ניגודי אינטרסים.
2. מרבית הרגולציה של השלטון המרכזי על קופות החולים מגיע "מלמעלה למטה" באמצעות יוזמות מקומיות של רפרנטים ורכזי בריאות במשרד האוצר. לפיכך, יוזמות רבות מונחתות "הר כגיגית" על הקופות ללא שיתופן וללא התייעצות מוקדמת עימן.
3. היוזמות הננקטות על ידי השלטון המרכזי מלמדות על אמון נמוך של משרדי האוצר והבריאות בקופות החולים, ובהנחה שהן לא יפעלו בצורה מיטבית למקסם את הרווחה החברתית של מבוטחיהן ובצורה יעילה כלכלית.
4. חלק גדול מהניסיונות של השלטון המרכזי לשלוט על ענייניהן הפנימיים של קופות החולים, נובע מכך שהקופות אינן משקפות כלפי חוץ כי הן פועלות להסדיר בצורה מיטבית ועניינית נושאים מהותיים. בהקשר זה, בולטת התנהלותן בכל הקשור לתקנונים הפנימיים שלהן, למשכורות הבכירים או לדירקטוריונים שלהן. עניין זה יכול רק לחזק אצל השלטון המרכזי את המוטיבציה לנקוט ביוזמות כוחניות שיונחתו על הקופות ללא שיתוף.
5. הרגולטורים על הקופות אינם מצליחים, או אולי אינם מעוניינים, ליצור תחרות משמעותית ואמיתית בין קופות החולים (כהן, 2010 : 98). אולי כתולדה מכך, לא פעם נתונים רבים, כגון משך תקופת המתנה לטיפול וזמינות שירותים, אינם זמינים למבוטחים.

6. חל כרסום משמעותי בכוחו של משרד הבריאות כרגולטור, כך שהרגולטור המרכזי של הקופות כיום הוא משרד האוצר. עובדה זו מובילה, דה-פקטו, לכך שהמגמה הקיימת מובילה בטווח הארוך לפגיעה בערכי הצדק, השוויון והעזרה ההדדית כפי שהם מופיעים בפתח לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ותואמת את רוח תפיסת העולם הניאו-ליבראלית של פקידי משרד האוצר. התסמינים הבולטים לכך הם הגידול בהוצאות משקי הבית על בריאות, כמו גם החלק היחסי של המימון הפרטי של מערכת הבריאות, שרק גדלים עם השנים.

7. בהמשך לכך, הרגולציה של השלטון המרכזי (משרדי האוצר והבריאות) אינה עקבית, ובמקרים רבים אינה עולה בקנה אחד עם מדיניות משרד הבריאות.

רבים ממקבלי החלטות במערכת הבריאות בישראל סבורים כי קיימת מדיניות של "כיבוי שריפות" והיעדר תכנון אסטרטגי לטווח ארוך. בשל קשיי משילות קשים וחוסר ודאות, נאלצים מרבית השחקנים לפעול בזירת מדיניות הבריאות תוך כדי הפעלת שיקולי טווח-קצר (כהן, 2011). קשיי משילות אלו משפיעים גם על הרגולציה של מערכת הבריאות והאפקטיביות שלה. אספקט שחוזר על עצמו לאורך השנים בניתוחים שונים של מערכת הבריאות בישראל, מצביע על כך שבתחומים מסוימים מובחן "שימוש יתר" ובלתי עקבי בכלי חקיקה ורגולציה (חורב וקידר, 2010: 58). בנוסף, אין כל ספק, כי מקבלי החלטות במשרדי האוצר והבריאות, ראשי קופות החולים, כמו גם שחקנים אחרים, אשר יחושו כי רבים מהאינטרסים שלהם עתידים להיפגע כתוצאה משינויים אלו, יתנגדו לשינויים המוצעים ואף יערימו קשיים רבים על היוזמות שהוצעו כאן. לפיכך, יידרשו נחישות רבה ויצירתיות של מקבלי החלטות על מנת לשפר את המצב הקיים ואת הרווחה החברתית.

המלצות למקבלי החלטות

1. **ניתוק משרד הבריאות מאספקה ישירה של שירותים.** העובדה שמשרד הבריאות משמש גם ספק שירותים וגם רגולטור, מעוררת בעייתיות רבה וכן ניגודי אינטרסים. העברת שירותים אלו לארגון אחר (מהמגזר הציבורי או השלישי) שיעודו **היחיד** יהיה הספקת שירותים, תפתור רבים מניגודי אינטרסים אלו. אך מעבר לזאת, סוגיית הכובע הכפול של משרד הבריאות כרגולטור וכספק שירותים מחלישה את כוחו של משרד הבריאות ומנציחה את חוסר האיזון בזירת המדיניות לטובתו של משרד האוצר. כך למשל, עיקר משאבי הרגולציה של השלטון המרכזי בתחום הבריאות בישראל מופנים למדדי התייעלות כספיים ופחות לרגולציה שתכליתה מניעת מחלות וקידום בריאות.

לבעיות המשילות הקשות המאפיינות את החברה הישראלית יש כמובן חלק עיקרי במהותה ואופייה של הרגולציה בישראל. בראש ובראשונה יש לפעול לניתוקו של משרד הבריאות מכל צורה של אספקת שירותים ישירים לתושבי ישראל ולדאוג לכך שמטה המשרד יעסוק אך ורק בהכוונה, וויסות ופיקוח. ניתוק הקשר בין משרד הבריאות להספקת שירותי בריאות עשוי לתרום ליציבות ועקביות ברגולציה של משרד הבריאות וליצור הלימה בינה לבין המדיניות הציבורית המוצהרת של המשרד. הוא עשוי אף להפחית במידת מה את חוסר האמון בין המאסדרים לבין עצמם (בעיקר בין משרד האוצר למשרד הבריאות) ואת חוסר האמון בין המאסדרים למאוסדרים (בין השלטון המרכזי לבין הקופות). יצירת רפורמה בנושא זה תהיה קשה מאוד ליישום. גם אם תתעורר המוטיבציה לכך השלמתה בוודאי תארך זמן. עם זאת, עניין מהותי זה הינו ככל הנראה הסוגיה החשובה ביותר בכל הקשור לשיפור הרגולציה על מערכת הבריאות בישראל.

2. **שקיפות ושיתוף הקופות בעיצוב, יישום והערכת הרגולציה של הממשל.** הרגולציה הריכוזית של השלטון המרכזי, כפי שהיא במתכונתה הנוכחית, מעוררת חוסר אמון והתנגדות (לעתים בלתי-מוצדקת) אצל קופות החולים. חלק מחוסר האמון של קופות החולים נובע מתחושתן כי האוצר נוהג בחוסר שקיפות בהתנהלותו מולן (Cohen, 2014). יש לשתף, ככל שניתן, את קופות החולים בעיצוב הרגולציה על תחום הבריאות ולהשתדל למעט ביוזמות המגיעות כ"הנחתה מלמעלה". לקופות ישנם לא פעם סדרי עדיפויות שונים, ולא כל רגולציה תעלה בקנה אחד עם האינטרסים המקומיים שלהן. עם זאת, וכפי שכבר נטען בספרות, תהליך שיתופי יכול למנוע בחלק מהמקרים תוצאות לא רצויות, להגביר תחרות ולייעל את תהליכי קבלת ההחלטות (Yang and Holzer, 2006). השיתוף יחזק את מחויבותן של קופות החולים לשינויים עליהן יוחלט, ויקל עליהן להזדהות ולהבין את הצורך בהם. בעוד השלטון המרכזי מעביר חלקים ניכרים מאחריות המדינה להספקת שירותי בריאות אל קופות החולים, ראוי להעביר אליהן גם יכולת השפעה רגולטיבית ברמה הלאומית.

3. **חיזוק הרגולציה העצמית של הקופות.** כאמור, לעתים רגולציה יכולה להיעשות בצורה טובה גם על ידי הגופים הנמצאים תחת אסדרה של הרגולטור (Kirkbride and Letza, 2004). לפיכך, ראוי לחזק ואף ליצור פונקציות חדשות של רגולציה עצמית בתוך הקופות עצמן. אלו יהיו יחידות ייעודיות שתפקידן לבקר בצורה עצמאית פונקציות ותפקודים שונים של קופות החולים (למשל, שקיפות ודיווח לציבור אודות משך תקופת המתנה לטיפול וזמינות השירותים אצלם). יוזמה זו צריכה לבוא מתוך הקופות. גם אם נראה כי היא אינה הולמת את האינטרסים המקומיים שלהן, לטווח הארוך היא תיטיב את מעמדן ותקפה את ההצדקות של האוצר לרגולציה כוחנית עליהן. הפחתת הריכוזיות של השלטון המרכזי ומתן אוטונומיה וסמכות לקופות תוך קידום שקיפות והטלת אחריות אישית על מקבלי ההחלטות בקופה, עשויה במקרים לא מעטים להשיג תוצאות טובות.

ביבליוגרפיה

- בן נון, ג', ברלוביץ, י' ושני, מ' (2010). **מערכת הבריאות בישראל.** תל אביב: עם עובד.
- בן נון, ג' וקידר, נ' (2007). **חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2007.** ירושלים: משרד הבריאות.
- ברמלי-גרינברג, ש', גרוס, ר', יאיר, י' ועקיבא, א' (2011). **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות.** ירושלים: מאיירס – ג'וינט – מכון ברוקדייל.
- גל-נור, י' ופז-פוקס, א' (עתיד להתפרסם ב-2014). **מדיניות הפרטה בישראל: אחריות המדינה והגבולות בין הציבורי והפרטי.** המרכז לצדק חברתי ע"ש יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים. ירושלים: הוצאת הקיבוץ המאוחד ומכון ון ליר, עמ' ?
- דורון, א' (1985). **מדינת הרווחה בעידן של תמורות.** ירושלים: מאגנס.
- הכנסת, מרכז המחקר והמידע (2007). **מערכת הבריאות בישראל: נתונים עיקריים מוגש לשדולה לבריאות הציבור בראשות ח"כ חיים אורון.** ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013). **שנתון סטטיסטי לישראל מספר 64.** ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2011). **שנתון סטטיסטי לישראל מספר 62.** ירושלים.

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

חורב, ט' וקידר, נ' (2010). **אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי**. ירושלים: משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות.

חיניץ, ד' וגראו, א' (עתיד להתפרסם ב-2014). **הפרטה במערכת הבריאות**; מתוך הספר: **"מדיניות ההפרטה בישראל: אחריות המדינה והגבולות בין הציבורי לפרטי"**. המרכז לצדק חברתי ע"ש יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים. ירושלים: הוצאת הקיבוץ המאוחד ומכון ון ליר, עמ' 88-89.

כהן, נ' (2013). **כוחה של מומחיות? על יחסי הגומלין בין פוליטיקאים לביורוקרטים ושקיפות בתהליך התקצוב ועל אגף התקציבים באוצר ומדיניות הבריאות בישראל**. **ביטחון סוציאלי**, 91: 88-59.

כהן, נ' (2012). **יזמי מדיניות ועיצוב מדיניות ציבורית: המקרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי**. **ביטחון סוציאלי**, 89: 42-5.

כהן, נ' (2011). **"מדינת הרווחה, מדיניות ציבורית ו"אי-משילות": המקרה של בית החולים באשדוד"**. בתוך ה' זובידה וד' מקלברג (עורכים), **רפורמות שלטוניות: מחקרים בפוליטיקה ישראלית (ד')**. תל אביב: הוצאת האגודה הישראלית למדע המדינה. עמ' 93-123.

כהן, נ' ומזרחי, ש' (2011). **חמש-עשרה שנות מדיניות בריאות בישראל בראי החקיקה: ניתוח ניאוו-מוסדי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשינויים שחלו בו (1994-2009)**. **ביטחון סוציאלי**, 87: 103-65.

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

נציבות שירות המדינה (2013). **דוח סיכום פעילות לשנת 2012**. ירושלים: נציבות שירות המדינה.

סבירסקי, ב' (2007). **ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל: ביטוייה והשלכותיה**. תל אביב: מרכז אדווה.

סמוך, נ' (2006). **"שירותי בריאות 'בסל' ו'מחוץ לסל' – חובות קופות החולים וזכויות המבוטחים בראייה משפטית"**. בתוך: בן נון, ג' ועופר, ג' (עורכים), **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: 2005-1995**. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות: 178-183.

עופר, ג' ורוזן, ב' (2002). **"מערכת הבריאות בישראל: הישגים, בעיות והשלמת הרפורמה"**, בתוך: **הרפורמה במערכת בריאות: עבר ועתיד**. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה, נייר עמדה מספר 29.

פילק, ד' (2001). **"בריאות עוברת לסוחר: הרפואה הציבורית בישראל בין המדינה, החברה האזרחית והשוק"**, בתוך: פלד, י' ואופיר, ע' (עורכים), **ישראל: מחברה מגויסת לחברה אזרחית?**. ירושלים ותל אביב: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד: 80-262.

פילק, ד' (2000). **"הפרויקט הניאו - ליבראלי ותהליכי ההפרטה במערכת הבריאות"**, בתוך: מאוטנר, מ' (עורך), **צדק חלוקתי בישראל**. תל אביב: רמות. עמ' 88-375.

צ'רניחובסקי, ד', מזרחי, ש' ופרנקל, צ' (2008). **ניהולן הציבורי של קופות החולים בישראל**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קידר, נ', אריאלי, ד' וחורב, ט' (2012). **השוואות בינלאומיות של מערכות בריאות: ארצות ה-OECD וישראל 2010**. ירושלים: משרד הבריאות.

רזניק, ר' (2012). שומרים על הקופה. אתר הבית של היומון: "ישראל היום" בתאריך 01.09.2012
<http://www.israelhayom.co.il/site/newsletter_article.php?id=20875&hp=1&newsletter
>=<31.08.2012

שורץ, ש' (2009). "הפרסום במערכת הבריאות: תחרותיות בעידן חוק ביטוח בריאות חובה". בתוך:
דורון, ח' (עורך). **מערכת הבריאות: לאן? מחוק ביטוח בריאות שווייני לאי-שוויון בבריאות**. באר
שבע: הוצאת הספרים של בן גוריון. עמ' 275-291.

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

שפלינג, ד' (2011). ועדות החריגים של קופות החולים: מגמות חדשות בשאלת מעמדן ותרותן
לנגישות הטיפול הרפואי ולאיכותו. **רפואה ומשפט**, 44: 26-36.

שפלינג, ד' וכהן, נ' (2012). השפעתם של חוק ההסדרים ופסיקות בג"ץ על מדיניות הבריאות ועל
מעמדה של הזכות לבריאות בישראל – ניתוח ניאו-מוסדי. **חוקים: כתב עת לענייני חקיקה**, ד':
153-236.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 5: 941-73.

Black, J. (2002) *Critical Reflections on Regulation*. CARR Discussion Papers, London.

Baldwin, R., and Cave, M. (1999). *Understanding Regulation*. Oxford: Oxford University Press.

Baldwin, R., Scott, C. and Hood, C. (1998), "Introduction". in R. Baldwin, C. S. and C. Hood (Eds). *A Reader on Regulation*, Oxford: Oxford University Press, pp. 1-55.

Chernew, M. (2001). General Equilibrium and Marketability in the Health Care Industry, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (1): 885-97.

Galnoor, I. (2011). *Public management in Israel, development: Structure, functioning and reforms*. NY: Routledge Studies in Middle Eastern Politics.

Cohen, N. (forthcoming 2014). The Power of Expertise? Politician-Bureaucrat Interactions, National Budget Transparency and the Israeli Health Care Policy. *Policy Studies*.

Cohen, N., Mizrahi, S. and Yuval, F. (2012). Black Market Medicine and Public Opinion toward the Welfare State: Evidence from Israel. *Social Policy & Administration*, 46 (7): 727-747.

Glied, S. A. (2001). Health Insurance and Market Failure since Arrow, *Journal of Health Politics Policy and Law* 26 (5): 957-965.

Haas-Wilson, D. (2001). Arrow and the Information Market Failure in Health Care: The Changing Content and Sources of Health Care Information, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (5): 1031-44.

- 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.
- Kirkbride, J. & Letza, S. (2004). Regulation, governance and regulatory collibration: Achieving an "holistic" approach. *Corporate Governance*, 12(1), 87.
- Ogus, A. (2004). *Regulation: Legal form and economic theory*. Oxford, U.K.: Hart Publishing.
- Selznick P. (1985). "Focusing Organisational Research on Regulation". In: R. Noll (Ed.) *Regulatory Policy and the Social Sciences*. Berkeley: University of California Press. pp. 363-368.
- Webster, C. (2000). "Medicine and the Welfare State 1930-1970". in: Cooter, R. & Pickstone, J. (eds.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. New-York: Harwood, pp. 125-40.
- Weimer, D. L. and Vining, A. R. (2005). *Policy Analysis: Concepts and Practice*. 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Yang, K. and M. Holzer (2006). The Performance-Trust Link: Implication for Preference Measurement. *Public Administration Review* 66: pp. 114-126.
- Zalmanovitch, Y. and Cohen, N. (in press) "The Pursuit of Political Will: Politicians' Motivation and Health Promotion" *International Journal of Health Planning and Management*.

פסיקה, חקיקה ודוחות רשמיים

- בית הדין הארצי לעבודה, ע"ע 1091/00 אלעד שטרית נ' קופת חולים מאוחדת, פד"ע לה 5. בג"ץ 4885/03 ארגון מגדלי העופות בישראל נ' ממשלת ישראל, פ"ד נט(2) 14, 27 בספטמבר 2004. דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, בראשות כב' השופטת שושנה נתניהו, דין וחשבון, כרך ראשון (דעת הרוב) 1990. דוח מבקר המדינה לשנת 1998. (48). ירושלים: משרד מבקר המדינה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, רשומות – ספר החוקים 1469, 26 ביוני 1994. חוק המדיניות הכלכלית לשנים 2011-2012 (תיקוני חקיקה), רשומות – ספר החוקים 2271, 6 בינואר 2011. חוק מבקר המדינה [נוסח משולב], התשי"ח – 1958, רשומות – ספר החוקים 248, 20 במארס 1958. חוק חופש המידע, התשנ"ח – 1998, רשומות – ספר החוקים 1667, 29 במאי 1998. חוק מס מקביל, תשל"ג – 1973, רשומות – ספר החוקים 689, 1 באפריל 1973. פקודת בריאות הציבור – מזון. דיני מדינת ישראל [נוסח חדש] מס' 36, 19 באוגוסט 1983, עמ' 749; תחילת הנוסח החדש מיום פרסומו [נוסח זה בא במקום פקודת בריאות הציבור (מזון), 1935]. פקודת בריאות העם. ע"ר מס' 1065, 20 בדצמבר 1940, תוספת 1, עמ' (ע) 191, (א) 239.

