



משרד הבריאות
אגף לכלכלה וביטוח בריאות

אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

השתקפותה של הרפורמה
מחמש עשרה שנות חקיקה

ד"ר טוביה חורב וניר קידר

תודות לפרופ' גור עופר ולעו"ד נתן סמוך על הארותיהם ותרומתם לעבודה זו.
מודגש בזאת שהמסמך משקף את דעותיהם של מחבריו.

פרסומי האגף לכלכלה וביטוח בריאות נועדו להציג היבטים שונים של סוגיות מדיניות לאומית בתחום הבריאות. מטרת הפרסומים היא להעשיר את הידע ולעורר דיון בנושאים השונים והם אינם מבטאים בהכרח את עמדת משרד הבריאות.

תוכן עניינים

1	מבוא.....	4
2	ממצאים.....	9
	א. סל שירותי הבריאות.....	10
	ב. עלות הסל.....	16
	ג. מקורות המימון.....	22
	ד. חלוקת התקבולים.....	29
	ה. ההוצאה הפרטית ותשלומי השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי הבריאות שבסל.....	32
	ו. דמי ביטוח בריאות.....	39
	ז. נגישות וזמינות.....	43
	ח. חופש המעבר בין קופות חולים.....	48
	ט. תוכניות השב"ן.....	52
	י. נושאי רגולציה וניהול.....	58
3	דיון	
	א. המגמות העיקריות המסתמנות.....	69
	ב. היבטים הקשורים להליכי שנייה במדיניות ציבורית.....	73
	ג. תפקיד המחוקק בקביעת מדיניות.....	74
	ד. תפקיד הממשלה בהקשר למדיניות ציבורית.....	76
	ה. מקומו של משרד הבריאות.....	77
4	סיכום.....	80
5	נספחים	
	נספח א' - פרוגרסיביות המימון - השוואת כללי התשלום של דמי ביטוח בריאות ודמי הביטוח הלאומי.....	81
	נספח ב' - רשימת חוקי הסדרים וחוקים לעיצוב המדיניות הכלכלית.....	84
	נספח ג' - נקודות אור וצללים - טבלה מרכזת.....	85
6	מקורות.....	89

רשימת תרשימים

1. ההקצאה השנתית להרחבת סל הבריאות 1998-2010..... 15
2. שעורי שינוי מצטברים של מדדים נבחרים 1995-2009..... 18
3. אחוז הגידול המצטבר במספר הנפשות המתוקננות..... 19
4. עלות סל שירותי הבריאות לנפש מתוקנת במחירים קבועים
1995-2010..... 19
5. השתתפות המדינה בעלות הסל במצב הנוכחי ואילולא בוטל
המס המקביל 1995-2009..... 25
6. הקשר בין צמיחה כלכלית להשקעה בבריאות 1995-2007..... 25
7. מגמות בהוצאות משק הבית על בריאות 1997-2008..... 38
8. השיעור היחסי של תשלומי חובה מתוך ההכנסה ברוטו של
משק הבית, לפי עשירוני הכנסה - 2007..... 41
9. שיעור FTE (משרות מלאות) של רופאים ראשוניים ומקצועיים
אחרים ל-10,000 מבוטחים לפי מחוז..... 45
10. שיעור המיטות לטיפול נמרץ לפי מחוזות לאלף נפש 1998/2008..... 46
11. שיעור מיטות לטיפול נמרץ לפי מחוזות לאלף נפש 1998/2008..... 46
12. שיעור המעברים השנתי בין קופות החולים 1995-2009..... 50
13. מגמות בשיעור מבוטחים בשב"ן מתוך כלל המבוטחים
בקופות החולים 1999-2008..... 55
14. קצב הצטרפות מבוטחים חדשים לשב"ן..... 57
15. מגמות בהוצאה על שירותי בתי חולים ומחקר כאחוז
מההוצאה הלאומית על בריאות 1993-2006..... 66

מבוא

בראשית שנת 1995 הונהגה במדינת ישראל רפורמה במערכת הבריאות ונחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי [1]. מאותו מועד ואילך, כל תושבי ישראל מבוטחים בביטוח בריאות ממלכתי. עקרונות הרפורמה והתהליכים שהביאו להבשלתה תוארו במספר מאמרים אחרים [2-5]. המטרות העיקריות של החוק היו לספק כיסוי אוניברסלי לכל תושבי המדינה; להגדיר סל שירותים בסיסי לו יהיה זכאי כל תושב; להגביר בקרב המבוטחים את חופש הבחירה בין קופות החולים; לנתק את הקשר בין ההכנסה של המבוטח לזכותו לשירותי בריאות; להקצות את המקורות לקופות החולים לפי נוסחה המביאה בחשבון את תמהיל המבוטחים בכל אחת מהן; להגביר את היעילות במערכת הבריאות ולשחרר את משרד הבריאות מתפקידיו כספק שירותים רפואיים, דבר שיאפשר לו להתרכז במשימותיו כרגולטור, וכגוף אשר מתכנן את מדיניות הבריאות ומפקח על יישומה [4]. העקרונות החברתיים שעמדו בבסיס החוק היו צדק, שוויון ועזרה הדדית, כפי שצוין בסעיף הראשון לחוק.

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מימון מערכת הבריאות אמור היה להתבסס על מיסוי פרוגרסיבי, ייעודי - דמי ביטוח הבריאות (מס בריאות) וכן תשלומי המס המקביל, המשולם על ידי מעסיקים. תשלומים אלה, אותם גובה המוסד לביטוח לאומי, אמורים היו להוות מקור המימון העיקרי של מערכת הבריאות. מקורות מימון נוספים שנקבעו בחוק היו תקציבים שהועברו למשרד הבריאות למימון שירותים אותם סיפק המשרד באופן ישיר למבוטחים (כגון בריאות הנפש, אשפוז סיעודי ושירותי מניעה לנשים הרות וילודים) וכן השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי בריאות ובתרופות והשלמות מתקציב המדינה כנדרש עד גובה עלות הסל. החוק הגדיר את סל השירותים אותו זכאי כל מבוטח לקבל. אספקת השירות הוטלה על ארבעת קופות החולים, למעט שירותי בריאות מסוימים אשר חובת אספקתם הושארה, זמנית, בידי משרד הבריאות, תוך הצהרת כוונות מצד המחוקק בדבר העברת שירותים אלה בעתיד לאחריות קופות החולים. עלות סל השירותים נקבעה והמדינה התחייבה להשלמת התקציב הנדרש לכיסוי מלוא

עלותו. לקופות החולים הותר גם לספק שירותי בריאות נוספים, מעבר לסל השירותים הבסיסי שהוגדר בחוק, זאת, באמצעות תוכנית לביטוח משלים.

בחוברת שהופקה על-ידי משרד הבריאות לאחר ובסמוך לאישורו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי [6] פורטו עיקרי החוק. שר הבריאות דאז (אפרים סנה) הצהיר, כי "החוק מבטיח בין השאר את חובת המדינה לספק שירותים רפואיים, הכוללים את כל הדרוש לבריאותו של האזרח". הוא הצהיר עוד, כי "חוק זה הוא נדבך נוסף במערכת השירותים שהמדינה נטלה על עצמה חובה לספקם לתושביה" [6].

הגדרת היקף המחויבות של המדינה לבריאותו של האזרח הינה אחד התחומים המורכבים ביותר במדיניות ציבורית. מהגדרה זו מסתעפות סוגיות כגון הרכב סל השירותים הרפואיים, היקף המימון הציבורי, שיטת המימון של המערכת, אופן אספקת שירותי הבריאות ועוד. האמור לעיל משקף את האתגר הטמון בניסיון לגשר בין הצהרה בדבר מדיניות נבחרת, דרך הפיכתה למחויבות הקבועה בחוק ועד ליישומה בפועל.

נוסח החוק, על שינויו, משקף לכאורה, בכל נקודת זמן, את נקודת שיווי המשקל בין כל הכוחות הפועלים בתחום הבריאות ומשפיעים על המדיניות הננקטת. מטבעם של דברים, מדיניות זו היא דינאמית ועוברת שינויים מתמידים, הן כתוצאה מלקחים הנלמדים תוך כדי יישום החוק והן עקב לחצים מצד בעלי עניין במערכת הבריאות, המבקשים באמצעות שינויי חקיקה לקדם את האינטרס/ השקפה אותם הם מייצגים. ואכן, מערכות בריאות תוארו בעבר באמצעות מודל פלורליסטי דינאמי שבמסגרתו נקבעת מדיניות הבריאות הציבורית כתוצאה של משא ומתן פוליטי ובהשפעת הכוחות המופעלים על ידי בעלי עניין (Stakeholders) בתוך המערכת [7]. הכוחות המשפיעים על קביעת המדיניות במערכת הבריאות הישראלית תוארו בעבר [8]. שם, מנו בין 'בעלי העניין' העיקריים במערכת הבריאות הישראלית את משרד הבריאות, משרד האוצר, קופות-החולים, ציבור המבוטחים, בתי-החולים, הרופאים, יצרני ויבואני התרופות, חברות ביטוח מסחריות ועוד. במאמר נותחה השפעה שהיתה לכל אחד מהם על תהליך יישום הרפורמה במערכת הבריאות בישראל. הקשר בין חקיקת בריאות לבין מדיניות הבריאות הננקטת בפועל, הוא מובן מאליו, לכאורה, ואף תואר בעבר בעולם

(9) ובישראל (10). אולם, גם יוזמת חקיקה אשר מלאה בכוונות טובות עלולה להגיע בסופו של דבר ליעד בלתי רצוי (11). השינויים הנעשים בחקיקה יכולים, אם כן, לשמש אבן-בוחן למגמות ולתהליכים המעצבים את המדיניות בתחום הבריאות, כפי שהותוותה על-ידי הרשות המחוקקת במדינת ישראל. שינוי תכוף של הכללים והחוקים לפיהם עובדת המערכת יכול להשפיע על תהליך יישום הרפורמה, לקרבה או להרחיקה מיעדיה המוצהרים.

בימים אלה מלאו חמש עשרה שנה ליישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. התהפוכות והשינויים אשר עברו עליו מאז חקיקתו בשנת 1994, מהווים קרקע נוחה לבחינת המדיניות והשינויים אשר חלו בה במשך השנים.

מטרת העבודה הנוכחית הייתה לבחון את מהלך היישום של הרפורמה במערכת הבריאות בישראל באמצעות בחינת השלכות עיקריות של החוק כפי שנוסח מלכתחילה וכן ניתוח של שינויי החקיקה שהתקבלו בכנסת מאז אושר שם חוק ביטוח בריאות ממלכתי ביום ה-15 ביוני 1994, בניסיון להקיש מתוכם על שינויים שחלו, במדיניות בתחום שירותי הבריאות לתושבי ישראל.

שיטה

במסגרת המחקר נסקרו כל הפרסומים ברשומות אשר נגעו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, לרבות תיקוני חקיקה, הוראות שעה, הוראות מעבר ופרסומים אחרים. שינויי החקיקה קובצו לקבוצות עיקריות לפי נושא ההתייחסות העיקרי של כל אחד מהסעיפים הרלבנטיים.

בעבודה הנוכחית, ייבחנו הן ההשלכות של סעיפים עיקריים בחוק, כפי שחוקק לראשונה והן של שינויי חקיקה עיקריים שבוצעו, במהלך השנים, בנושאים הבאים: סל שירותי הבריאות¹; עלות הסל; שיטת עדכון התקציב הייעודי; מקורות המימון; אופן חלוקת התקבולים בין קופות החולים; תשלומי השתתפות עצמית בגין שירותים רפואיים; דמי ביטוח בריאות (מס הבריאות); חופש המעבר בין

1 ההתייחסות תהא לשינויים הנוגעים לנושאים עקרוניים שהשתקפו בחקיקה הראשית ולא לטכנולוגיות או שירותים שהתווספו לסל במהלך השנים.

קופות-החולים; וכן נושאים הנוגעים לרגולציה וניהול. בראש כל פרק יוצגו בתמצית מה שמסתמן כנקודות "אור" ו"צל" בהקשר הרלוונטי ולאחר מכן ייסקרו ההשלכות ושינויי החקיקה העיקריים, הנוגעים לנושא הנדון.² תחת המושג "אור" יוצג מה שמצטייר כהישגים של הרפורמה במערכת הבריאות הקשורים לנושאים שבאו לידי ביטוי בנוסח המקורי של החוק או בעקבות השינויים שחלו בו במהלך השנים. במושג "צל" יוצגו תוצאות לא רצויות של הסעיף האמור בחוק או אתגרים, בהקשר הרלוונטי, שעדיין ניצבים בפני מערכת הבריאות וטרם יושמו.

בכל אחת מקבוצת ההתייחסות בהן נבדקו עדכוני החקיקה הרלבנטיים, נבחן השינוי - אם היה כזה, בהשוואה לנוסח החוק ולמדיניות שקדמו לעדכון ונבדקו המגמות אשר משתקפות משינויי החקיקה. במקום בו נמצא צורך, הודגשו הצעות חקיקה ו/או המלצות מטעם ועדות שונות, שלא השתקפו בשינויי החקיקה וכן הוצגו מספר נתונים רלוונטיים.

בכל מקרה של ספק באשר למהות העדכון וסיבתו, נבדקה הצעת החוק אשר קדמה לשינוי החקיקה האמור, תוך קריאת ההסבר אשר נלווה להצעת החוק כפי שאלה פורסמו ברשומות.³ במספר נושאים הוזכרו גם החלטות ממשלה שיצרו שינוי משמעותי במערכת הבריאות, גם אם אלה לא לוו בשינוי חקיקה.

מאחר שהדגש בעבודה הנוכחית היה על מדיניות, ולא על רשימת השירותים שבסל הבריאות - לא נכללו בסקירה זו שירותים ותרופות שנוספו לסל השירותים שהוגדר בחוק.

במחקר זה, "עדכון" מתייחס לשינוי, שנעשה בסעיף או תת-סעיף מאלה הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר בוצע במהלך התקופה מאז נחקק החוק וכן סעיף או תת סעיף שהתווסף או נגרע בשלמותו מהנוסח המקורי של החוק האמור. לעניין זה, נקודת הייחוס הראשונית היא חוק ביטוח בריאות ממלכתי בנוסח אשר אושר בכנסת ביום 15 ליוני 1994 [1].

2 העבודה הנוכחית מתמקדת בעדכוני החקיקה שלדעת המחברים משקפים מגמות בהקשר למדיניות הבריאות בישראל, בנושאים שהוזכרו לעיל. העבודה לא מתיימרת לפרט את כל השינויי החקיקה שבוצעו בתקופה הנדונה.

3 יודגש כי, ככלל, לא נסקרו במסגרת העבודה הנוכחית, הצעות חוק שלא הסתיימו בשינוי בנוסח החוק.

ממצאים

הקדמה

מאז אישורו בכנסת של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (15 ביוני 1994) ועד 31 בדצמבר 2009, אושרו 422 עדכונים בתחומים הנוגעים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מרביתם היו שינויי חקיקה שבוצעו בסעיפי החוק השונים (חקיקה ראשית). אחרים פורסמו ברשומות כהוראות שעה, או בתוספות ובצווים נלווים הקשורים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. 282 עדכונים (כ-67 אחוז מכלל העדכונים) התקבלו כתיקונים עקיפים במסגרת חוקים שנועדו להסדיר, לכאורה, מידי שנה את יעדי תקציב המדינה (חוק ההסדרים) ובמסגרת חוקים להבראת כלכלת ישראל (לרשימה כללית, ראה נספח ב'). בבחינת מגמות לאורך השנים נראה כי היקף השינויים המתבצעים מידי שנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי מצטמצם והולך. בעשור הראשון ליישום חוק (עד 31 למרץ 2004) בוצעו ב-363 סעיפים עדכונים (ממוצע של כ-36 בשנה), ואילו בחמש השנים האחרונות בוצעו עדכונים ב-59 סעיפים בלבד (ממוצע של כ-12 בשנה)⁴. שינוי מגמה קיים גם בהליך באמצעותו בוצע השינוי. אם בעשור הראשון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בוצע שימוש תכוף ביותר בחוק ההסדרים (כ-72 אחוז מכלל העדכונים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בוצעו באמצעותו), הרי שבחמש השנים האחרונות השימוש באמצעי זה נגע לכ-34 אחוז מהעדכונים בלבד.

להלן ייסקרו בקצרה עיקרי השינויים הרלבנטיים שנצפו בחקיקה בכל אחד מהתחומים שנבדקו, ויובלטו נקודות האור והצל המשתקפות מהם.

4 בהמשך תנותח מהות השינויים שבוצעו בתקופות השונות

א. סל שירותי הבריאות

נקודות אור וצל בסל שירותי הבריאות

אור:

1. מעבר מסלים שונים שהיו נהוגים בקופות החולים לסל בסיסי אחיד
2. חסימת האפשרות של שימוש בסל השירותים כאמצעי לברירת מבטחים
3. יצירת מנגנון של תעדוף התוספות לסל השירותים הבסיסי, באמצעות וועדה ציבורית מייצעת לשר הבריאות ולממשלה והרחבה ניכרת של סל השירותים.
4. פתיחת האפשרות של תחרות (מנוהלת/מוסדרת) בין הקופות על סל השירותים.
5. הסדרת יחסי הגומלין בין הסל הבסיסי לבין סל שירותי השב"ן
6. כיסוי אוניברסאלי של סל שירותי בריאות השן שבתוספת השלישית לתלמידים בכל הרשויות המקומיות
7. החלטת ממשלה בדבר הכללת שירותי בריאות השן לילדים במסגרת סל השירותים הבסיסי

צל:

1. היעדר תחרות משמעותית על סל השירותים (האפשרות לא מומשה במלואה)
2. היעדר מנגנון קבוע שמבטיח הקצאה שנתית לתוספת טכנולוגיות ושירותים לסל הבסיסי
3. אי יישום הסעיף בחוק הנוגע להעברת השירותים שבתוספת השלישית (ברה"נ ואחרים) מאחריות המדינה לקופות החולים

אחת ממטרות החוק הייתה למסד סל שירותים רפואיים אחיד לכל תושב, שמרבית השירותים הכלולים בו יסופקו באמצעות קופות-החולים ומיעוטם באחריות ממשרד הבריאות. שירותים אלה, האחרונים, היו אמורים לעבור

בהמשך לאחריות הקופות. יישום חלק מכוונות אלה לווה בקשיים שמשקפים בשינויי חקיקה, כמפורט להלן.

עם החלת החוק, נקבעה לקופות החולים תקופת הסתגלות ראשונית לסל השירותים האחד והמחייב ("תקופת הביניים")⁵. מאחר ובמהלך תקופה זו היו הקופות רשאיות לספק את סל השירותים שהיה נהוג אצלן במועד הקובע (1 בינואר 1994), בתנאים ובכללים שהיו נהוגים אצלן באותו מועד, לא יושם בשנים הראשונות לחוק, העיקרון של סל שירותים אחד. תקופת ההתארגנות לסל האחד הוארכה באמצעות תיקוני חקיקה עד לארבע שנים מיום החלת החוק [12]. ראויה לציון, העובדה שבסיומה של התקופה היו הקופות ערוכות לספק את סל השירותים הנקוב בחוק. עקרון הסל האחד והמחייב נועד, בין השאר, להגדיר באופן ברור את שירותי הבריאות להם זכאי מבוטח וכן למנוע מצב בו קופה תתמקד בעיקר בסל שירותים שיהיה אטרקטיבי רק לפלח מסוים מבין המבוטחים, דבר שעלול להוביל בעקיפין לברירת מבוטחים⁶. עם זאת, מדיניות ראשונית זו שחייבה סל שירותים אחד וכן כללים אחידים של גביית תשלומי השתתפות עצמית ממבוטחים, לא החזיקה מעמד זמן רב, מאחר ובשנת 1998 (עם סיומה של תקופת הביניים), בוצע עדכון לחוק, אשר אפשר לכל אחת מקופות-החולים להוסיף שירותים לסל שהוגדר בחוק, וכן לשנות את גובה תשלומי ההשתתפות העצמית בגין שירותים הכלולים בו (בכפוף לקבלת האישורים המתאימים) [12]. מצד אחד, הופר בכך העיקרון של סל שירותים אחד, אולם מאידך, נפתחה האפשרות לתחרות בין הקופות על סל השירותים ועל התשלומים בגינו. הסל הקבוע בחוק (שמפורט בתוספת השניה לחוק) משמש מאז כ'סל בסיס' (סל מינימום), בו מחויבת כל אחת מהקופות. הפוטנציאל של תחרות שתוביל להרחבת סל המינימום מומש באופן חלקי⁷ - ההבדלים בין סלי השירותים הבסיסיים של קופות החולים השונות, אינם גדולים והמידע אודותם אינו זמין למבוטחים [13].

5 סעיף 70 לחוק

6 מצב זה עלול להתקיים אם לא תתבצע הסדרה קפדנית

7 מאז 1998 הגישו הקופות מספר מצומצם ביותר של בקשות להרחבת הסל (מדובר בבקשה לשי-

נויים בסל השירותים ולא בגביה)

כאמור, בנוסף לסל השירותים שהוטל על קופות החולים לספק, הגדיר החוק רשימה נוספת של שירותים רפואיים, בעיקר בתחומי המניעה, בריאות הנפש, סיעוד ומכשירי שיקום וניידות, אותם זכאי החבר לקבל באמצעות משרד הבריאות. מנוסח החוק השתמע כי שירותי הבריאות שהמדינה סיפקה לפרט במועד הקובע, והמפורטים בתוספת השלישית לחוק, אמורים לעבור לאחריות קופות החולים. כוונה זו הובהרה מתוך הקביעה בחוק כי עד להשלמת העברתם של השירותים לאחריות קופות החולים ימשיכו אלה, כולם או חלקם, להינתן על ידי המדינה. מעניין לציין, כי בעוד שלגבי סל השירותים שבאחריות קופות-החולים הגדיר החוק במפורש את משך תקופת ההסתגלות לסל האחיד (תקופת הביניים), הרי שלגבי העברת השירותים מאחריות משרד הבריאות לאחריות קופות החולים, הסתפק המחוקק בהצהרת כוונות כללית, מבלי להגדיר תאריך יעד להעברת האחריות. מספר ניסיונות חקיקה שבוצעו במהלך השנים בניסיון להסדיר את העברת האחריות לקופות כשלו, וסדרה של תיקוני חקיקה הביאה למצב בו האפשרות להשתמש במנגנון שהגדיר החוק בסעיף 69 להעברה של שירותי מניעה (כגון בדיקות לגילוי מוקדם של מומים מולדים, חיסונים וטיפול מונע לאוכלוסיות בסיכון וכן שירותי תכנון המשפחה), פסיכיאטריה וגריאטריה וכן שירותי בריאות לתלמידים בבתי-ספר [14-16] לאחריות קופות החולים, נוסחה באופן פחות מחייב. גם שירותי מניעה בתחום בריאות השן לתלמידים בבתי הספר לא הועברו במהלך השנים לקופות החולים כמתוכנן, כמו גם שירותי האשפוז הסיעודי. בשני תחומים אחרונים אלה, סל השירותים שהיה נהוג עד כה, לא היה אוניברסאלי (לא כיסה את כל אוכלוסיית המבוטחים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי). זאת, עקב העובדה שכבר מלכתחילה הזכאות של מבוטח להשתתפות המדינה במימון אשפוז סיעודי, מכוח החוק, הותנתה במבחני הכנסה. שירותי בריאות השן לתלמיד שפורטו בתוספת השלישית לחוק, המשיכו מינואר 1995 להינתן על ידי רשויות מקומיות על בסיס וולונטרי, כפי שנהוג היה לפני החלת החוק ולא כל הילדים זכו לקבל שירות זה.

יש לציין כי על אף שהאחריות על שירותי בריאות הנפש בקהילה נמצאת עדיין בידי משרד הבריאות, קיים איזכור גם בתוספת השנייה לחוק לשירותים החופפים במידה מסוימת את אלה שבתוספת השלישית. דבר זה גרם בעבר לאי בהירות בהגדרת גבולות האחריות. בעניין זה, ראויות לציין מספר עובדות. האחת, שירותי

בריאות כללית מספקת שירותי בריאות הנפש למבוטחיה, במסגרת מרפאות בקהילה. בתביעה שהוגשה כנגד שר הבריאות וממשלת ישראל על ידי שירותי בריאות כללית, לעניין חובתה להמשיך לממן ולספק את השירות במסגרת מרפאותית, קבע בית המשפט המחוזי כי המדינה אחראית על מימון שירותי בריאות הנפש בבתי החולים ובמרפאות החוץ של בתי החולים, ואילו שירותי בריאות כללית אחראית למימון השירות שניתן במסגרת מרפאותיה בקהילה. התייחסות זו אושרה גם בעת דיון בעתירה שהוגשה לבג"צ בסוגיית תעריפי בתי החולים הפסיכיאטריים [17,18]. כמו כן, במסגרת שינויים בתוכנית הגביה ובסל השירותים, אושרה ב־1998 בקשת מכבי שירותי בריאות לחייב את המבוטחים בתשלומי אגרה, בעת קבלת שירותי בריאות הנפש במרפאותיה ואצל ספקים הקשורים עמה בהסכם. שתי קופות אלה מספקות אם כן שירותי סל בסיסי בתחום זה, על אף שעל פי שמהנוסח של התוספת השלישית משתמע כאילו האחריות עליהם עדיין נמצאת, לכאורה, בידי המדינה. ככל הידוע שתי הקופות האחרות לא מספקות שירות זה במסגרת הסל הבסיסי.

שינוי משמעותי בכיוון של הגדלת האוניברסאליות של סל השירותים חל במהלך שנת 2009. הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר ממאי 2009 קבע, כי החל מינואר 2010 תסופק רמה ראשונה של סל שירותי בריאות השן מניעתיים לתלמידים בבתי הספר [19] ואף הקציב מימון לנושא זה. מאותו מועד ואילך, סל זה אוניברסאלי ואמור להינתן לתלמידים בכל הרשויות המקומיות בישראל. כמו כן, שתי החלטות ממשלה שהתקבלו לאחרונה, הקצו מימון נוסף שייעודו, הכללת שירותי בריאות השן לילדים (רפואת שיניים משמרת) בחוק ביטוח בריאות ממלכתי [20,21], כבר במהלך שנת 2010. בהחלטות אלה לא פורטו קבוצות הגיל הזכאיות וסל השירותים שיסופק.

תחום אחד בלבד הוסר במהלך התקופה הנדונה מסל השירותים הבסיסי - כשנתיים לאחר החלת החוק, הוסר תחום אשפוז יולדות ויילודים מהגדרת סל השירותים שבאחריות הקופות והוחזר לאחריות המוסד לביטוח לאומי (למתכונת שהייתה מקובלת טרם ביצוע הרפורמה) [22]. ניסיונות שהיו בעבר על ידי המדינה להוציא/להגביל שירותים נוספים לא עלו יפה (לדוגמא נכשלו ניסיונות להגביל בחוק את מספר הניסיונות של הפריה חוץ גופית, ואת מספר הילדים). שינוי

נוסף לחוק, המאפשר לשר הבריאות להוסיף לסל שירות/תרופה, ללא הצגת מקור כספי, במתכונת של "שיחלוף" כנגד שירות/תרופה אשר יוצאו מהסל [23], לא יושם עד כה⁸.

בשנת 1998 בוצע שינוי בסעיף 10 לחוק אשר הפך למעשה את תוכניות הביטוח המשלים מתכנית 'ביטוח', לתוכנית לאספקת סל של שירותי בריאות נוספים (שב"ן), מעבר לזה הקבוע בתוספת השנייה והשלישית לחוק. בין היתר, נכללו בסעיף המעודכן עקרונות המסדירים את יחסי הגומלין בין סל השב"ן לבין הסל הבסיסי [12]. הסדרה שכזו נדרשה מאחר וקיימת זיקה בין סל השב"ן לסל השירותים הבסיסי. כדוגמא לכך ניתן להציג את העובדה שסל השב"ן מרחיב פעמים רבות כיסוי שניתן בסל הבסיסי בהיקף מוגבל. לאור חשש מהשפעה הפוכה, בה סל שירותי השב"ן יפגע בהרכב סל השירותים הבסיסי, בוצע בשנת 2008 שינוי חקיקה נוסף, שאסר להכליל בסל שירותי השב"ן תרופות מצילות חיים וכן שירותי בחירת רופא מנתח ללא תשלום השתתפות עצמית [24] (לפרטים נוספים, ראה בהמשך בפרק השב"ן).

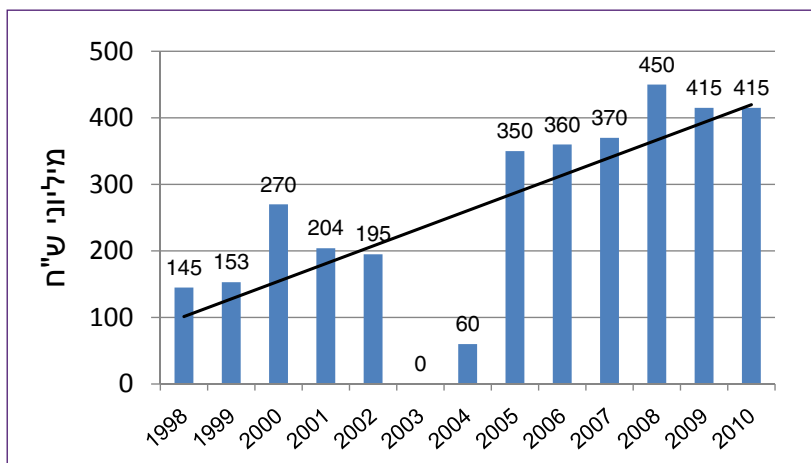
על מנת שסל השירותים שהוגדר בחוק לא יקפא על שמריו, הוקם מנגנון שיאפשר הרחבת הסל ותוספת של טכנולוגיות חדשות. זאת, על אף שבחוק עצמו לא עוגנה חובת עדכון, או החובה להקצות מימון למטרה זו. ההחלטה אם וכמה להקצות למטרה זו נתונה למשא ומתן בין משרדי הבריאות והאוצר, במסגרת דיוני התקציב. כל הקצאה שכזו מתווספת לבסיס עלות הסל. מאחר והקצאה שכזו אכן החלה להינתן מאז שנת 1998, הוקמה כשלוש שנים לאחר כניסת החוק לתוקף, וועדה ציבורית, מייעצת לשר הבריאות ולממשלה⁹, אשר מתכנסת מידי שנה ומבצעת תעדוף של הטכנולוגיות והשירותים אשר מועמדים להתווסף לסל השירותים. הוועדה מבצעת את התעדוף על בסיס התקציב להרחבת הסל שאושר לאותה שנה (או מספר שנים, לפי העניין). הקצאת סכום קבוע, המובטח

8 מדובר בתיקון משנת 2004 המקנה לשר סמכות (בהתייעצות עם שר האוצר ואישור הממשלה) לבצע "שיחלוף" בהיקף שעלותו לא תעלה על שיעור של 1% מעלות הסל. מעבר לשיעור זה - נדרש גם אישור של וועדת העבודה והרווחה והבריאות בכנסת.

9 הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות.

מראש, מאפשר תכנון רב שנתי. אולם, ניסיונות של משרד הבריאות לשכנע את משרד האוצר בדבר הצורך בהקצאה שנתית קבועה המבוססת על אחוז מוסכם מראש מכספי הסל, לא עלו עד כה יפה. בשלוש השנים האחרונות הוקצה אמנם מראש סכום גבוה יחסית, אולם הרקע לכך היה מחויבות (חד פעמית) של משרד האוצר להקצות תוספת תקציב, עקב הוצאתן של תרופות מאריכות ומצילות חיים מסל השב"ן של הקופות (ראה להלן). ההקצאה האמורה ניתנה בשלוש פעימות, שהאחרונה שבהן היא בשנה הנוכחית, שנת 2010. תרשים מס' 1 מציג את המגמות בהקצאה להרחבת סל השירותים (להרחבה נוספת - ראה התייחסות לנושא זה גם בפרק 'עלות הסל').

תרשים מס' 1:
ההקצאה השנתית להרחבת סל הבריאות (1998-2010)



מקור: אגף לכלכלה וביטוח בריאות

ב. עלות הסל ואופן עדכונו

נקודות אור וצל בעלות ואופן עדכונו

אור:

1. עלות הסל הבסיסי, נקבעה בחוק
2. קיימת בחוק מחויבות מדינה למימון עלות הסל הבסיסי
3. נקבע מנגנון לעדכון שנתי של עלות הסל באמצעות מדד מחירים ייעודי
4. מעלות הסל המקורי ירד סכום המכסה את עלות הטיפול ביולדות והתווסף סכום המכסה את הטיפול בנפגעי תאונות דרכים

צל:

1. מנגנון שאמור לעדכן את עלות הסל לפי שיעור הגידול באוכלוסייה והזדקנותה, מפצה רק באופן חלקי
2. לא נקבע מנגנון שיאפשר הקצאה שנתית, בשיעור קבוע, לתוספת טכנולוגיות ושירותים
3. מדד יוקר הבריאות אינו משקף נכונה את ההתייקרויות והשינויים במערכת הבריאות
4. ההקצאה למימון סל השירותים שהוגדר בחוק הולכת ונשחקת

החוק הטיל על שרי הבריאות והאוצר (באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת) לקבוע, עם יישומו של החוק, את עלות סל שירותי הבריאות. היינו, את התקציב אותו תעמיד המדינה, מידי שנה, לרשות מערכת הבריאות לשם מימון השירותים והתרופות הכלולים בחוק. כן נקבע כי מידי שנה יבוצע עדכון של עלות הסל, בהתאם למדד ייעודי - מדד יוקר הבריאות, שאמור לשקף את שיעור התייקרות התשומות במערכת הבריאות (מרכיבי המדד פורטו בתוספת החמישית לחוק). נקבע כי שר הבריאות ושר האוצר רשאים באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת לשנות בצו את הרכב מדד יוקר הבריאות או לעדכן את עלות הסל בשל

שינויים דמוגרפיים שחלו באוכלוסייה¹⁰. לכאורה, מדובר בצעד שמבטיח בחוק את המקור התקציבי ליישומו של החוק. אולם, בשנת 1997 בוצע בחוק שינוי מהותי, הנוגע לאופן עדכון עלות סל שירותי הבריאות [22]. באותו מועד, בוטל למעשה מנגנון ההצמדה האוטומטי (למדד יוקר הבריאות) בכל הקשור לסכום שהוקצה למשרד הבריאות לצורך מימוש החובה שהוטלה עליו לספק שירותי בריאות לפרט (מכוח התוספת השלישית לחוק). מאותו מועד ואילך, ההתייחסות לחלק זה של התקציב למימון עלות סל השירותים שהוגדר בחוק, היתה כחלק מהתקציב השוטף משרד הבריאות, והוא מתעדכן בהתאם לכללים לפיהם מתעדכן תקציב המדינה. מדובר בשירותים, כגון חיסונים, שירותי בריאות הנפש, שירותי בריאות לתלמיד, גריאטריה ואביזרי שיקום וניידות לנכים, אותם, כאמור, מספק המשרד, מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מנגנון ההצמדה האמור ממשיך מאז להתקיים רק בהקשר לעלות סל השירותים שבאחריות קופות החולים לספק מכוח התוספת השניה לחוק. בדיקה ראשונית שבוצעה מעידה כי ההקצאה לנפש בגין הסל של התוספת השלישית, נשחקה פחות בהשוואה להקצאה לנפש בגין סל השירותים שבאחריות קופות החולים.

עד כה, שונתה התוספת החמישית לחוק פעם אחת בלבד, באמצעות צו שפורסם בשנת 2006 [25], במסגרתו בוטל המרכיב של מדד המחירים הסיטונאיים (לתרופות) (שהיווה 17 אחוז מהמדד הכולל), והוגדל בהתאם המשקל של מדד המחירים לצרכן. שינוי זה לא עצר משמעותית את שחיקת המקורות למימון השירותים שבסל הבסיסי, במונחים של הכנסה לנפש מתוקנת. התאמתו של מדד יוקר הבריאות לשיקוף ההתייקריות של תשומות בשוק הבריאות הוטלה לאורך השנים בספק, מאחר והמדד לא כולל מרכיב המשקף את עלות שירותי האשפוז (המהווים כ-40 אחוז מהוצאות קופות החולים). תרשים מס' 2 מציג את השינוי המצטבר במחירי יום האשפוז ומשווה 2 מדדים - מדד יוקר הבריאות שהרכבו נקבע בחוק ומדד תשומות הבריאות¹¹ שמביא בחשבון גם את מחירי האשפוז. ניתן לראות שאי הכללת מרכיב מחירי האשפוז, מביאה למדד יוקר בריאות

10 "רשאים" - הנושא לא עוגן בחוק כחובה.

11 מדד שפותח בעבר באגף לכלכלת בריאות במשרד הבריאות ומשמש להדגמת הפער והצורך בהכלת מרכיב האשפוז במדד יוקר הבריאות.

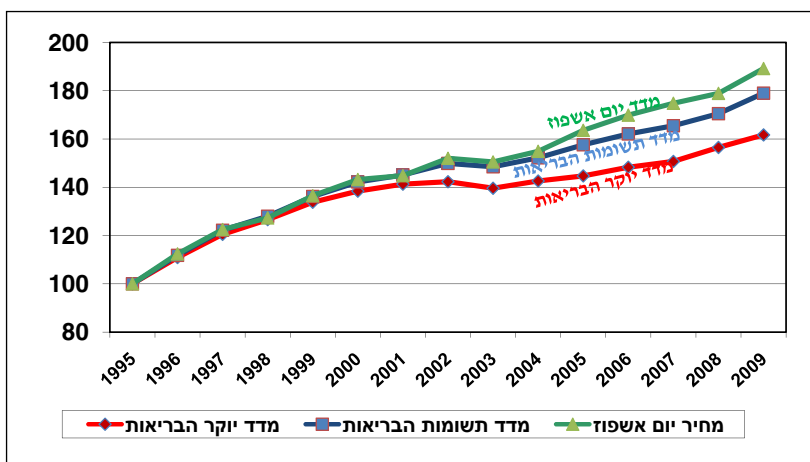
שמקדם את עלות הסל באופן איטי ביחס לעלות התשומות ושוחק משמעותית את מקורות המימון של קופות החולים. עם זאת, יש לדאוג כי המדדים אשר ירכיבו את מדד יוקר הבריאות לא יהיו נתונים להשפעה הנובעת מהתנהגות הקופות, דבר שיכול לגרום למצב של "סיכון מוסרי" (moral hazard) שייגרם מדחיפת עלויות כלפי מעלה בידיעה שהן מקבלות פיצוי מלא עבורן. בימים אלה החלה במשרד הבריאות עבודת מטה שתכליתה בחינה מחודשת של הרכב מדד יוקר הבריאות.

תרשים מס' 2:

שערי שינוי מצטברים של מדדים נבחרים

2009-1995

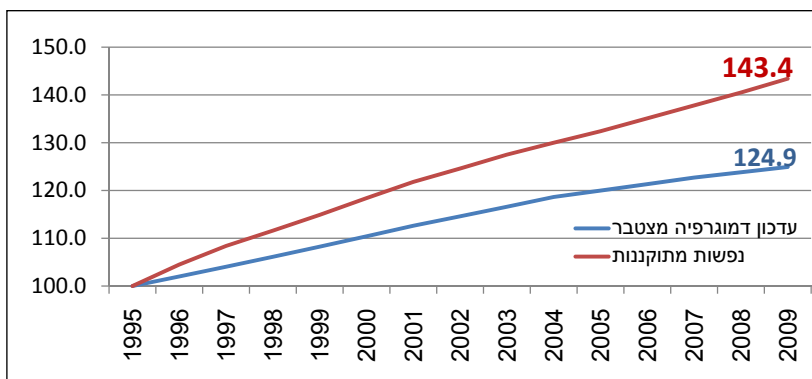
100 = 1995



מקור: אגף לכלכלה וביטוח בריאות

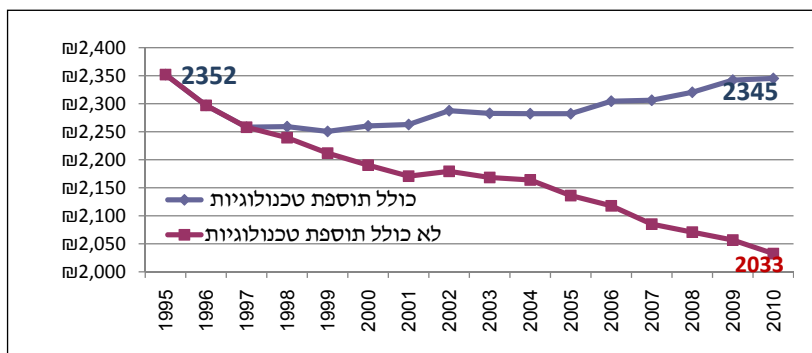
אשר לסעיף בחוק המאפשר עדכון שנתי של התקציב לקופות בגין שינויים דמוגרפיים, עדכון זה מבוצע בשיעור נמוך יותר מקצב גידול האוכלוסייה והזדקנותה, מצב שמגביר עוד יותר את השחיקה בהכנסה לנפש של קופות- החולים. לגרסת משרד האוצר, העדכון מועבר בהתאם לעלות השולית של כל נפש נוספת ולא בהתאם לעלות הממוצעת ולכן אין מקום לבצע עדכון המשקף

תרשים מס' 3:
מדד גידול דמוגרפי מצטבר (נפשות מתוקננות)
לעומת עדכון דמוגרפי מצטבר
(100=1995) 2009-1995



מקור: אגף לכלכלה וביטוח בריאות

תרשים מס' 4:
עלות סל שירותי הבריאות לנפש מתוקננת במחירים קבועים
(מחירי 1995) 2010-2000



מקור: אגף לכלכלה וביטוח בריאות

את מלוא השיעור של הגידול הדמוגרפי. טענה זו יכולה היתה לעמוד בפני עצמה לו ההקצאה של העלות השולית היתה מוגבלת ל"שוליים". היינו, לשיעור שולי של מבוטחים ואכן, בשנים הראשונות ליישום החוק היווה שיעור הגידול במספר המבוטחים תוספת שולית בהשוואה למסה העיקרית של המבוטחים בגינה בוצע התחשיב של עלות הסל. אולם, הגידול המצטבר מאז 1995 בשיעור הנפשות המתקוננות בהשוואה למספרן במועד בו נקבעה עלות הסל המקורית הגיע כבר ללמעלה מ-43 אחוזים. כלומר כיום, אין המדובר בשוליים כלל וכלל (ראה - תרשים מס' 3). הסבר נוסף לשחיקה בפיצוי הדמוגרפיה הינו כי מערכת הבריאות, כמערכות אחרות, אמורה להתייעל משנה לשנה ולכן אין לכאורה מקום לפיצוי מלא. לאור האמור לעיל, ראוי לשקול להגדיר את גובה הקיזוז בגין מקדם ההתייעלות וכן להגביל את רוחב השוליים לגביהם תקבלנה הקופות רק את העלות השולית, ולפצותן בכל עת בה הגידול המצטבר עובר את השיעור שנקבע.

תרשים מס' 4 להלן מציג את עלות סל השירותים לקופות החולים במונחים קבועים. מהתרשים ניתן לראות כי אם מביאים בחשבון את הסל הדינאמי, הצומח עקב כניסת טכנולוגיות חדשות לסל, העלות לנפש במחירים קבועים עולה בקצב מתון מאז שנת 1998 (מועד בו החלו בהקצאה לטכנולוגיות). מצב סביר בהתחשב בעובדה שמדובר בסל שירותים שהולך וגדל באופן עקבי במשך השנים. אולם, אם ניקח את סל השירותים הבסיסי, כפי שאושר במקור (ב-1995), שמהווה עדיין את הסל העיקרי המסופק כיום, ונבדוק את ההקצאה לנפש לקופות בגין סל זה (ללא התוספות שהתווספו לו במשך השנים עקב טכנולוגיות חדשות), נראה כי התקציב העומד לרשותן לאספקת סל זה הולך ונשחק באופן משמעותי ביותר במהלך השנים.

כפי שתואר בפרק הדין בסל השירותים, התוספת השנתית אשר נועדה להרחבת סל השירותים והטכנולוגיות (באותן שנים בהן היא הוקצתה), מתווספת מידי שנה לסל הבסיסי למימון עלות הסל. כאמור, ההקצאה אינה מבוססת על סכום קבוע או נוסחה קבועה והיא נתונה למשא ומתן בין משרדי האוצר והבריאות. במשך השנים הועלתה דרישה חוזרת ונשנית במערכת הבריאות להנהיג נוסחה 'אוטומטית' שתקצה נתח מסוים מתקציב המדינה, שהיקפו ייקבע כשיעור קבוע

מעלות הסל של קופות החולים, לשם הרחבת הסל ותוספת טכנולוגיות¹². מימוש נוסחה שכזו אכן היה מסדיר את הנושא ומאפשר תכנון ארוך טווח. עם זאת, החיסרון של מנגנון שכזה הוא בכך שאינו מתחשב בפעילות הכלכלית במשק ובסדרי עדיפויות בתקציב המדינה. אחת האפשרויות הראויות לדין, שעשויה לסייע באבטחת תקציב שנתי להרחבת סל השירותים, שיעוגן בחקיקה, היא החלת מנגנון עדכון חלופי שיתבסס על אינדיקטור שקשור לפעילות הכלכלית במשק (לדוגמא תמ"ג לנפש) זאת, כחלופה לדרישה להקצאה על בסיס קבוע, המנותקת ממצב המשק הישראלי באותה עת.

ראוי לציין כי 'עלות הסל' המורחב של קופות החולים (הכולל גם את השירותים והטכנולוגיות שהתווספו לסל המקורי, במהלך השנים) לא נבחנה מאז כניסת החוק לתוקף. בימים אלה מתבצעת בחינה רב-שנתית של העלות בפועל של שירותים וטכנולוגיות שהתווספו לאורך הדרך לסל השירותים, במגמה לבדוק אם זו עולה בקנה אחד עם התקציב שהוקצה לכך מראש.

תחום המיילדות היה עד להחלת החוק באחריות המוסד לביטוח לאומי. עם כניסת החוק לתוקף הוא הועבר לאחריות קופות החולים. שינוי חקיקה שבוצע בשנת 1997 [22] הוציא את השירות מסל השירותים שבאחריות קופות החולים והחזירו לאחריות המוסד לביטוח לאומי. בהתאם לכך עודכנה עלות הסל.

סעיף 22 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אפשר לקופת חולים שהגישה שירותים למי שניזוק ממזיק (לדוגמא במסגרת תאונת דרכים), לפנות למזיק או למבטחו ולגבות את הוצאותיה בגין שירותי הבריאות שסיפקה לנפגע. לקופות החולים היה קושי באיתור נפגעי תאונות דרכים בקרב מבוטחיה וכן בגביית הוצאותיה מחברות הביטוח. הקופות השקיעו משאבים רבים בהקמת מנגנוני איתור וגבייה למימוש זכותן להחזר ההוצאות, כאמור. לאור זאת, בוצע בשנת 2009 שינוי חקיקה [26], שעדכן את עלות הסל לקופות החולים והוסיף לו סך של 398 מיליון ₪ (במחירי 2008). זאת, לצורך מימון הטיפול הרפואי בנפגעי תאונות דרכים. עדכון זה ייתר

12 במרבית המקרים השיעור שהתבקש עמד על כ-2 אחוז מעלות הסל של הקופות

במידה מסויימת את מנגנוני הגבייה וההתחשבות שהוקמו בקופות החולים ובחברות הביטוח וחסך תקורות מיותרות.

תיקון חקיקה נוסף [59], שבוצע בשנת 2007 בסעיף 22 הנוכר לעיל, נועד למנוע תביעות הדדיות בין קופות החולים ובין נותני שירותים. לשם כך, הובהר באותו סעיף כי בהגדרת "מזיק" לא יכללו קופות החולים ונותני שירותים. בהתאם לכך, נק שארע לדוגמא למבוטח במהלך טיפול אצל נותן שירותים מטעם הקופה (לדוגמא בית חולים), לא יזכה את הקופה בהחזר הוצאותיה, מכוח סעיף 22 האמור לעיל.

ג. מקורות המימון

נקודות אור וצל במקורות המימון

אור:

1. מקורות המימון לכיסוי עלות הסל הבסיסי נקבעו בחוק
2. החוק מחייב את המדינה להשלים ממקורותיה כל סכום שיידרש למימון מלוא עלות הסל (כהשלמה למקורות המימון האחרים)
3. לרשות הקופות הועמד מקור מימון מובטח, מחברות הביטוח, שיחולק ביניהן באמצעות המוסד לביטוח לאומי, לכסוי עלות הטיפול בנפגעי תאונות דרכים

צל:

- 1 ביטול המס המקביל
2. שיעור המימון באמצעות "תקציב מסומן" לקופות החולים הצטמצם
3. שיעור המימון הציבורי במערכת הבריאות מצטמצם והולך
4. גדל השיעור שנקבע כ'הכנסה נורמטיבית' של הקופה בגין השתתפויות מבוטחים בשירותי בריאות

מקורות המימון לפעילות השוטפת שנועדה לספק את השירותים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הוגדרו בסעיף 13 לחוק. עם החלת החוק מקורות המימון היו

כדלקמן: דמי ביטוח הבריאות (מס הבריאות), תקבולי המס המקביל, ההקצאה השנתית למשרד הבריאות (לנושא אשפוז חולים סיעודיים מכוח חוק הביטוח הלאומי), החלק היחסי מדמי ביטוח אימהות לפי חוק הביטוח הלאומי¹³, הסכומים המופיעים בתקציב משרד הבריאות למתן שירותי הבריאות לפרט, סכומים נוספים מתקציב המדינה אשר ישלימו את מימון עלות הסל, ותקבולים של קופות-החולים משירותי בריאות הניתנים בתשלום מכוח החוק. מקור המימון האחרון, אם כן, הוא למעשה מחויבות של המדינה לממן כל סכום שיידרש להשלמת מלוא עלות הסל (כהשלמה למקורות המימון האחרים).

השינוי המהותי ביותר בתחום מקורות המימון בוצע מאוחר יותר במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה לשנת 1997 [22]. טרם החלת החוק וגם בתקופה הראשונה לאחר יישומו (ועד לשנת 1997), הועברו לקופות-החולים, כחלק מההכנסותיהן השוטפות, תשלומי המעסיקים, אשר שולמו למוסד לביטוח לאומי לפי חוק מס מקביל. זאת, בנוסף לדמי ביטוח בריאות ומקורות אחרים. תשלומים אלה היוו מקור מימון "מסומן", שהיה מיועד לקופות-החולים ללא כל התניות. כך, לדוגמא, בשנת 1996 היוו מס הבריאות והמס המקביל כ-85 אחוז ממקורות המימון שיועדו לאספקת שירותי הבריאות בחוק. משנת 1997 בוצע שינוי בחוק מס מקביל, שבמסגרתו בוטלה חובת תשלום המס המקביל [27]. השינוי לווה בהסבר, שמופיע בהצעת החוק, כי הממשלה, שהתחייבה ממילא להשלים מתקציבה כל פער בין הגבייה בפועל על-ידי המוסד לביטוח לאומי (של מס הבריאות) לבין עלות סל שירותי הבריאות שנקבעה בחוק, אחראית לכך שההכנסות של קופות-החולים לא יפחתו מהעלות שנקבעה לסל שירותי הבריאות. השינוי שיקף כוונה לפשט את הליכי הגבייה במוסד לביטוח לאומי, ולשפר את תזרים מקורות המימון לקופות-החולים, כאשר נתח גבוה יותר מן המקורות יזרום מתקציב המדינה ולא יהיה תלוי בהשפעות עונתיות ואחרות של הגבייה מהציבור. בפועל, הדבר גרם לתלות מוגברת בתקציב המדינה ובסופו של דבר תרם לשחיקת מקורות המימון, שעמדו לרשות הקופות.

13 מקור מימון זה בוטל עם החזרת תחום הלידות לאחריות המוסד לביטוח לאומי

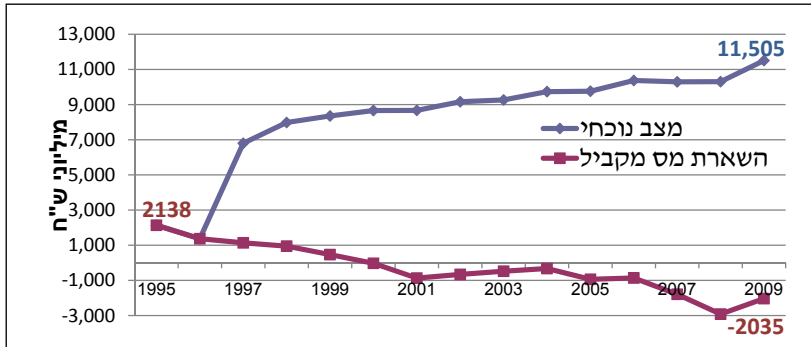
תרשים מס' 5 מציג את ההתפתחות הפוטנציאלית של המס המקביל, לו היה נשאר, וחלופתו מול המימון הקיים כיום מאוצר המדינה. מהתרשים ניתן לראות כי על פי ההתפתחות הכלכלית במשק המדינה¹⁴, במהלך חמש עשרה השנים האחרונות, אילו היתה נמשכת גבית המס המקביל וההקצאה בגינו היתה מועברת לקופות החולים, היה סכום הגביה הפוטנציאלית מכסה את מלוא עלות הסל של קופות החולים. מהתרשים ניתן לראות כי קיומו של המס המקביל, כמקור מימון מסומן, הביא למצב בו, בשנה הראשונה לחוק, היתה השתתפות המדינה מתקציבה, כהשלמת מימון של עלות הסל, מוגבלת לכ-2.1 מיליארד ₪ ובשנה השנייה ליישום החוק הסכום ירד לכ-1.3 מיליארד ₪. מאותו מועד בו בוטל המס המקביל (1997), הלכה וגדלה השתתפות המדינה, עד למצב הנוכחי בו היא עומדת על כ-11.3 מיליארד ₪. מאידך, לו היה נשאר מקור מימון זה (המס המקביל) בעינו, הוא היה מכסה את מלוא עלות הסל, והשתתפות המדינה בעלות הסל היתה הולכת ויורד, עד שבשנת 2000 היא היתה מתייתרת. המשך הגביה מאותו מועד ואילך לא רק שלא היה מצריך השתתפות כלשהי מתקציב המדינה, אלא אף היה משאיר עודף גביה שבשנת 2009 היה מגיע לכדי כ-2 מיליארד ₪¹⁵.

לכאורה, כל עוד מבטיח תקציב המדינה את כיסוי מלוא עלות הסל, אין בעיית מימון. אולם, יש להבהיר כי מעבר לשאלה הנוגעת להבטחת מקורות המימון למערכת הבריאות, חלה במהלך השנים שחיקה משמעותית ביותר בהוצאה הציבורית על שירותי הבריאות. שיעור המימון הציבורי מתוך ההוצאה הלאומית על בריאות הולך ומצטמצם ושיעור המימון הפרטי גדל והולך. שחיקה זו היתה אולי מובנת לו היתה היא קשורה להתפתחויות הכלכליות במשק ולהבנה שהאטה בפעילות הכלכלית במשק, משתקפת בסופו של יום גם ביכולת של התקציב הציבורי לממן שירותי רווחה, ובכללם את מערכת הבריאות. אולם, בדיקת נושא זה מעלה כי לא כך הם פני הדברים. תרשים מס' 6 מדגים את העובדה כי הקיפאון בהוצאה הציבורית לבריאות (במונחי מדד), בולטת במיוחד בשנים בהן היה **גידול** בפעילות הכלכלית במשק, (כפי משתקף בתמ"ג לנפש - ראה תרשים), בשיעורי

14 מתבסס על שיעור הגידול השנתי בהיקף גביית מס הבריאות, הקשור גם הוא לפעילות הכלכלית במשק.

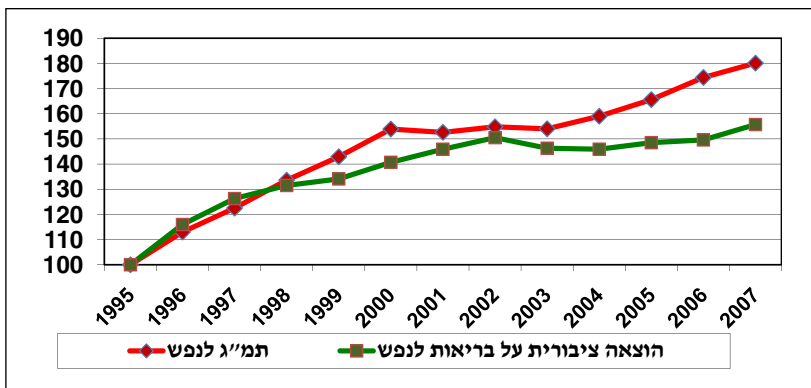
15 יש לציין שהשתתפות מעסיקים במימון שירותי בריאות מקובלת גם במדינות מערביות אחרות

תרשים מס' 5:
השתתפות המדינה בעלות הסל במצב הנוכחי
ואילולא בוטל המס המקביל



מקור: אגף לכלכלה וביטוח בריאות

תרשים מס' 6:
הקשר בין צמיחה כלכלית להשקעה בבריאות
 מגמות בתמ"ג לנפש ובהוצאה הציבורית על בריאות לנפש בממוחי מדד (100 = 1995)
2007-1995



מקור: עיבוד על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

הצמיחה השנתית של התמ"ג, וגידול בהכנסות המדינה ממיסים. למעשה, גם בתקופות בהן היתה צמיחה כלכלית, התקציב הציבורי למערכת הבריאות כאחוז מהתמ"ג, הלך ונשחק.

למרות שמגמות אלה של שחיקת המימון הציבורי פורסמו בעבר, לא ניתן לכך עד כה מענה באמצעות חקיקה שתוביל לצעדים כגון הקטנת השתתפויות עצמיות של מבוטחים, ושינוי בתוספת החמישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (בה הוגדרו מרכיבי מדד יוקר הבריאות).

האם תהליכים דומים של שחיקת התקציב הציבורי על שירותי הבריאות מתרחשים במדינות אחרות? בבחינת מגמות המשתקפות מנתוני מספר מדינות, נמצא כי במהלך תקופה בה נשחקה ההוצאה הציבורית בישראל על בריאות, במדינות מערביות אחרות, בהן קיים סל בריאות ציבורי, שמרו על רמה קבועה יחסית של ההוצאה הציבורית על בריאות כאחוז מההוצאה הלאומית בתחום זה. בחלקן אף אובחנה עלייה בשיעור ההוצאה. זאת, על אף שיעור ההוצאה הציבורית אצלן מלכתחילה היה גבוה יחסית לשיעור המימון הציבורי בישראל. עם זאת, חשוב לציין כי בחלק ניכר ממדינות ה-OECD קיימת מגמת הזדקנות מואצת ושיעור הקשישים במדינות אלו גבוה מאשר בישראל, דבר אשר מצדיק שם הוצאה ציבורית גבוהה יותר על בריאות¹⁶. גם בארה"ב, בה לא קיים סל בריאות משמעותי במימון ציבורי, שיעור ההוצאה הציבורית בעשור האחרון נמצא במגמת עלייה מתונה. ישראל כאמור, ייחודית במגמת הירידה הקיימת בתחום זה בחמש עשרה השנים האחרונות.

אשר להשתתפויות עצמיות של מבוטחים בגין רכישת שירותים ותרופות בסל הבסיסי, אלה נקבעו כאמור כאחד ממקורות המימון של החוק. מהנוסח המקורי של סעיף 13(א)(6) לחוק, השתמע כי תשלומי ההשתתפות העצמית של מבוטחים אמורים לשמש, במלואם, כחלק מקורות המימון של עלות הסל. בהמשך, במסגרת עדכון חקיקה שבוצע בשנת 1998 [12], הוגדר מה שכונה בהמשך כ"הכנסה נורמטיבית" - היינו, סכום, מתוך כלל השתתפויות המבוטחים בגין שירותי

16 בעיקר במונחים של הוצאה לנפש

בריאות שבסל, שיהווה את החלק ממקורות המימון לפי סעיף 13 לחוק, הרלוונטי לעניין היקף ההשלמה מתקציב המדינה. סכום זה עמד על 687 מיליוני ₪ (במחירי 1995), והוא הוצמד למדד יוקר הבריאות לפיו מתעדכנת עלות הסל לקופות החולים (באותה עת, היווה סכום זה כ-5.4 אחוז מעלות הסל לקופות). יש לציין שתשלומי מבוטחים בגין שירותי סל בסיסי, אותם גבתה הקופה ואשר עולים על הסכום שהוגדר לעיל, נשארים גם הם בידי הקופה ומיועדים למימון שירותי הסל הבסיסי, וזאת מכוח האמור בסעיף 20 לחוק אשר מגביל את השימוש בתקבולים ממקורות המימון שבסעיף 13 לחוק למתן שירותי הבריאות הכלולים בסל.

כאמור, נקבע כי מעבר למקורות הייעודיים שנקבעו בחוק, יתרת עלות הסל תמומן מהמקורות האחרים, לרבות השלמות מתקציב המדינה. בשנת 2008 עודכן שנית הסעיף הדין במקורות המימון (סעיף 13) [24] ו'ה'הכנסה הנורמטיבית' הוגדלה. היא הוגדרה במונחים של שיעור מעלות הסל לקופות החולים והועמדה על 6.45 אחוז מעלות הסל לקופות. מאחר ומדובר ב'כלים שלובים', גידול זה בהכנסה הנורמטיבית לא הגדיל את המקורות העומדים לרשות הקופות, אלא הקטין את מקורות המימון הציבוריים המופנים למימון עלות הסל (מצמצם את היקף ההשלמות הדרושות מתקציב המדינה). מאחר וכפי שיתבהר להלן, הקופות גובות השתתפויות עצמיות בשיעור העולה על 6.45 אחוז מעלות הסל, העדכון שבוצע עד כה בהכנסה הנורמטיבית, מצביע על סיכון עתידי של המשך השימוש בגביה "העודפת" כמקור מימון חלופי למימון הציבורי.

בשנת 1998 בוצע שינוי חקיקה שהסמיך את שר הבריאות (בהסכמת שר האוצר) לקבוע תקרה שנתית להכנסות הקופה מתשלומי חברים, כשיעור מחלקה במקורות המימון הציבוריים שהועמדו לרשותה לשם מימון עלות הסל (סעיף 8(א)). לכאורה, מדובר כאן על האפשרות לקבוע תקרה כוללת להכנסות הקופה מהשתתפות מבוטחים בגין שירותי סל, ללא קשר לשאלה כמה מתוך הכנסות אלה ישמשו כמקור מימון לעניין גובה השלמות המדינה הנובעות מכך, שהרי כיום עניין ההכנסה הנורמטיבית בא כבר לידי ביטוי מפורש בסעיף אחר לחוק. סעיף זה, המאפשר להגביל בכל אחת מקופות החולים את כלל השתתפות המבוטחים עד תקרה כוללת, לא מומש עד כה [12]. השתתפויות המבוטחים בגין שירותים שבסל הבסיסי עומדת כיום על כ-8.4 אחוז מעלות הסל לקופות. מאחר והחוק

הגדיר שרק כ-6.45 אחוז יוקצה למימון עלות הסל, משתמע לכאורה שכ-2 נקודות האחוז בקירוב (כ-580 מיליון ₪ בקירוב) נותרים כיום בידי הקופות למימון שירותי סל, מעבר להקצאה שעומדת לרשותם באמצעות מקורות המימון שפורטו בחוק. הסעיף האמור נותן לכאורה סמכות בידי השר (בהסכמת שר האוצר) לקבוע תקרה לגובה ההשתתפויות העצמיות שמיקומה יהיה בתוך הטווח האמור, שנע בין גובה ההכנסה הנורמטיבית שנקבעה בחוק לבין הגביה בפועל (בהנחה שהגביה בפועל גבוהה יותר). פועל יוצא מכך יכול להיות הגבלת היקף השתתפות המבוטחים בשירותי בריאות או לחילופין לייעד את עודף הגביה למימון מטרות שייקבעו על ידי משרד הבריאות כבעלי עדיפות לאומית. עם זאת, במצב הנוכחי, נראה שכל עוד לא ישולב צעד שכזה בהגדלת מקורות מימון ציבוריים, תהיה יכולת המימוש של סעיף זה לשם הקטנת ההשתתפות העצמית, מוגבלת. זאת, מאחר ושימוש בו יצמצם עוד יותר את המקורות הריאליים העומדים בפועל למימון עלות הסל. שהרי בניגוד לאותו חלק מהשתתפויות המבוטחים, אשר מצוי בטווח ה'ההכנסה הנורמטיבית', לגביו כל ירידה בהשתתפויות מחייבת איזון והשלמה מתקציב המדינה - צמצום של אותו חלק מההשתתפויות שנמצא מעבר לטווח האמור, לא יאוזן ממקור אחר ותהא בכך משום שחיקה נוספת בתקציב העומד לרשות קופות החולים למימון עלות הסל הבסיסי. עם זאת, מדובר באמצעי חשוב שיכול להוות כלי רגולציה ותמרוץ של הקופות לשימוש נכון יותר וצודק יותר בעקרונות ההשתתפות של מבוטחים במימון שירותי הבריאות.

יש לציין כי סעיף 20 לחוק מגדיר מטרות נוספות של התקבולים ממקורות המימון וזאת מעבר למטרה של אספקת סל שירותי הבריאות כמפורט בחוק. חלק מהמימון מוקצה למטרות של מחקר רפואי ומימון פעילות מועצת הבריאות. סעיף 16 לחוק קובע כי סך ההקצאה למועצת הבריאות (עבור תפקידיה המנויים בסעיף 52 לחוק) לא יעלה על 0.1% מדמי ביטוח בריאות. בפועל ההקצאה למועצת הבריאות עומדת כיום על 9 מיליון ₪ המהווים כ-57% מהסכום המרבי אותו ניתן להקצות, על-פי החוק.

מקור מימון שהתווסף במהלך השנים לחוק נבע משינוי חקיקה שבוצע בשנת 1999 [28], לפיו חויבו "תושבים חוזרים" בתקופת ההמתנה טרם קבלת זכויות מלאות כמבוטחים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק אפשר להם,

לשלם פיצוי למדינה בתמורה לביטול תקופת ההמתנה האמורה. ולכן סכומים אלה המשולמים על ידי תושבים חוזרים, התווספו למקורות המימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי [28]. תיקונים שבוצעו מאוחר יותר הקטינו את הסכום משמעותית, ולבסוף גם אפשרו תשלומו בסכום אחד (לאחר שבתחילה חייבו פריסתו על פני 12 חודשים, ובהמשך ששה חודשים).

שינוי נוסף במקורות המימון בוצע בשנת 2009. זאת, במסגרת הרצון לייעל את הטיפול בנפגעי תאונות דרכים ואת מנגנון הגבייה של קופות החולים מחברות הביטוח, בגין הוצאה זו. כתוצאה מכך, בוצע שינוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובחוק הפיצויים נפגעי תאונות דרכים שאפשר קביעת סכום מוסכם (שיתעדכן מידי שנה) אשר יועבר מידי שנה מחברות הביטוח למוסד לביטוח לאומי לשם מימון הטיפול של הקופה בנפגעי תאונות דרכים ונקבע שסכום זה יתווסף לעלות הסל ויוקצה לקופות החולים, כל אחת לפי חלקה בנוסחת ההקצאה הרגילה (נוסחת הקפיטציה), לפיה מחולקים כספי הסל בין הקופות. במסגרת תיקון חקיקה שבוצע באותה שנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבע כי הסכום האמור ייכלל בין מקורות המימון המיועדים למימון עלות הסל של קופות החולים [26].

ד. חלוקת התקבולים

נקודות אור וצל בחלוקת התקבולים

אור:

1. נקבעה בחוק השיטה לפיה תחולק ההקצאה בין הקופות
2. נקבעה רשימה של 'מחלות קשות' והוגדר תקציב שיועבר לקופות בגין כל מבוטח החולה באחת ממחלות אלה

צל:

1. לא כל המרכיבים שהוזכרו בחוק נכללו בנוסחת ההקצאה
2. מבנה נוסחת ההקצאה שנוי במחלוקת
3. עיכוב בהקמת בסיס נתונים לאומי, החיוני ליצירת הנוסחה ועדכונה השוטף
4. חילוקי דעות לגבי הגדרת כל אחת מ'המחלות הקשות' ועלותן
5. רשימת המחלות הקשות הינה מצומצמת

לנוסחה לפיה מחולק התקציב בין קופות־החולים יש מטרה כפולה. האחת, תגמול הקופה באופן צודק ויעיל, ככל הניתן, בגין הוצאותיה על שירותי הבריאות למבוטחים וצמצום התמריצים ל"גריפת שמנת". והשנייה, תמרוץ קופות החולים להתנהגות מכוונת מדיניות לאומית, בנושאים כגון השקעה בפריפריה.

לגבי החלק הארי של הסכום לחלוקה נקבע בחוק, כי הוא יחולק בהתאם לנוסחה הנותנת משקל יחסי למבוטח בהתאם לקבוצת הגיל אליה הוא משתייך (נוסחת הקפיטציה). מבוטח בקבוצת גיל מבוגרת קיבל משקל גבוה מהממוצע וצעיר קיבל משקל נמוך מהממוצע, זאת תוך ראיית הגיל כמדד מקורב לשיקוף צורכי הבריאות והעלות השונה של שירותי הבריאות, בקבוצות הגיל השונות. המטרה הייתה לקשור בין גובה התקציב אותו מקבלת הקופה לבין התמהיל הדמוגרפי של חבריה ולמנוע בחירה סלקטיבית של מבוטחים ("גריפת שמנת"). המשקלות היחסיים פורסמו בתקנות. כל קופה מקבלת את חלקה היחסי בתקציב בהתאם לדמוגרפיה ולגודלה היחסי, באמצעות תחשיב המבוסס על מספר הנפשות המתוקננות.

החוק הגדיר כי בנוסחת הקפיטציה יש לכלול גם מרכיב המתייחס לריחוק מקום מגוריו של מבוטח ממרכזי אוכלוסייה. הוא אפשר גם לכלול מרכיבים נוספים בנוסחה, והכל כפי שיקבע שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ובלבד ששר העבודה והרווחה אישר כי בידי המוסד לביטוח לאומי הכלים לחישוב מספר המבוטחים המשוקלל, על פי אמות המידה עליהן הוחלט. מרכיב הריחוק של מקום מגורי מבוטח ממרכזי אוכלוסייה לא הוכלל עד כה בנוסחה, ועד היום לא שונה בהתאמה נוסח החוק. אולם, כיום יושבת על המדוכה וועדה בין־משרדית הבודקת מחדש, בין השאר, גם את המשתנים שבנוסחה. המלצותיה טרם הוגשו לשרים.

מספר שינויים בוצעו בנוסחת ההקצאה במהלך השנים. בינואר 1997 בוצע בנוסחת הקפיטציה שינוי עקב עדכון החקיקה שהוציא את תחום המיילדות מהקופות [29]. במקרה זה, המשקלות עודכנו, תוך התייחסות למרכיב הגיל בלבד (השינוי בא לידי ביטוי בתקנות ולא בגוף החוק). בעקבות המלצות של וועדה בין־משרדית בוצע ביולי 2005 שינוי נוסף בנוסחה. במסגרת חולקו קבוצות הגיל הראשונה והאחרונה, כל אחת מהן, ל 2 קבוצות משנה [30]. אולם, הוועדה לא

המליצה באותה עת להכליל את הריחוק ממרכזים עירוניים בנוסחה, אלא רק לכלול בה את נושא המגדר (המלצה זו טרם יושמה). יש לציין כי חוסר הקיים זה שנים בבסיס נתונים לאומי, בתחומים רלוונטיים, מקשה על היכולת להוסיף משתנים לנוסחה ועל עדכונה השוטי.

על פי הנוסח המקורי של החוק, חישוב הנפשות לצורך ההקצאה לקופות בוצע על ידי המוסד לביטוח לאומי, אחת ל-3 חודשים, בהתאם למידע הקיים בידי אודות גיל המבוטחים, הצטרפות חדשים ומעבר בין הקופות. הפער בן 3 חודשים בין עדכון אחד למשנהו, גרם לחוסר התאמה מלאה בין המצב בפועל לבין ההקצאה, כפי שחושבה. במטרה לשפר את מידת ההתאמה, נקבע בשנת 2006 כי בנוסף לחישוב הרבעוני, יבוצע, אחת לחודש, עדכון ביניים של מספר המבוטחים המשוקלל שיביא בחשבון את הלידות, הפטירות, ומספר המבוטחים החדשים [31].

החוק קבע שמתוך הסכום לחלוקה יוקצה סכום מסוים לחלוקה בין הקופות, שלא בהתאם לנוסחת הקפיטציה, אלא על פי מספר המבוטחים בכל קופה הלוקים במחלות קשות¹⁷. משרד הבריאות קבע תחילה רשימה של ארבע מחלות קשות בגינן כל קופה תקבל תקציב ייעודי לטיפול בחולים. העלות של כל אחת מהמחלות נקבעה בתאום בין משרדי הבריאות והאוצר. שינויים ספורים בלבד חלו בעניין זה. בשנת 1997 התווספה מחלת הכשל החיסוני הנרכש (איידס) לרשימת ארבע המחלות הקשות (השינוי בא לידי ביטוי בתקנות ולא בגוף החוק). כמו כן, עודכנה (פעם אחת בשנת 2005) העלות הכספית של חלק מהמחלות. עם זאת, יש לציין את העובדה שעקב חוסר בהירות שהיה במהלך השנים באשר להגדרה של מחלות אלה, גיבש לאחרונה המשרד קריטריונים והגדרות לפיהם נבחנת, לעניין התשלום האמור, ההכרה בחולה שאובחן באחת המחלות ההקשות שהוגדרו בחוק. המשרד גם נערך בימים אלה לבצע הערכה מחודשת של עלות כל אחת מהמחלות הקשות.

חשוב לציין כי הכללת מצבי חולי נוספים, בין אם באמצעות שכלול נוסף של מנגנון המחלות הקשות או בנוסחת הקפיטציה, עשויה להגביר את התחרות

17 כיום עלות המחלות הקשות מהווה כ-5% מעלות הסל.

בין קופות החולים על קבוצות בסיכון בריאותי ותפחית בצורה משמעותית את התמריץ הקיים כיום לברירת מבוטחים. הכללת מצבי בריאות בנוסחת הקפיטציה תופסת תאוצה במדינות העולם (לדוגמא, בגרמניה בשנת 2009 הוכללו למעלה מ-80 מצבי בריאות בנוסחת הקפיטציה) וראוי לשקול, להקים כבר כיום את מאגר המידע שיאפשר בעתיד להביא בחשבון משתנים שכאלה, בחישוב ההקצאה לקופות החולים.

ה. ההוצאה הפרטית ותשלומי השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי בריאות שבסל

נקודות אור וצל בהוצאה הפרטית ותשלומי השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי בריאות שבסל

אור:

1. ניתנה אפשרות לקופות לשנות את תשלומי ההשתתפות העצמית שנקבעו בחוק ולהתחרות ביניהן הן על תוספות לסל והן על התשלומים
2. נקבעו מנגנוני הגנה על אוכלוסיות יעד בהקשר לגובה ההשתתפות העצמית אותה הם נדרשים לשלם.

צל:

1. מנגנוני ההגנה לא כללו את כל השירותים המחייבים תשלום
2. רשימת האוכלוסיות הזכאיות להנחות/פטור מהשתתפות עצמית לא כללה את כל האוכלוסיות החלשות
3. במהלך השנים נמחקו אוכלוסיות חלשות כלכלית מרשימת האוכלוסיות הזכאיות להנחה/פטור מתשלומי השתתפות עצמית
4. שיעור הגביה מהמבוטחים בגין תרופות ושירותים שבסל עלה
5. שיעור הוצאות משקי הבית על בריאות וכן המימון הפרטי במערכת הבריאות גדל

במרבית המדינות בהן קיימת מערכת בריאות ממלכתית במימון ציבורי, קיימת חובת תשלום השתתפות עצמית של מבוטחים בעת רכישת שירותי בריאות מסוימים ותרופות שבסל. לצד חובת התשלום, קיימים בדרך כלל מנגנוני הגנה שנועדו למנוע מצב בו אוכלוסיות חלשות כלכלית יימנעו מקבלת שירותי בריאות חיוניים שכלולים בסל הממלכתי, עקב חוסר יכולת לממן. חובת תשלומי השתתפות עצמית קיימת גם בישראל וסכומי ושיעורי ההשתתפות העצמית הופיעו כבר בנוסח המקורי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כפי שאושר ביוני 1994. בראשית שנת 1997, עודכן החוק ונקבע כי תשלומי ההשתתפות העצמית של המבוטחים בגין השירותים הרפואיים שפורטו בחוק, יעודכנו בחודש אפריל מדי שנה, בהתאם למדד יוקר הבריאות, שהרכבו פורט בחוק [22].

במהלך השנים, נטל התשלומים על המבוטחים הוכבד והתשלומים הפכו גרסיבים יותר, תוך פגיעה באוכלוסיות חלשות. זאת, כתוצאה משינויי חקיקה שבוצעו בתחומים שיפורטו להלן. בפתח הדברים, ראוי להבהיר כי אכן כבר ממועד כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בינואר 1995, הוטלו על המבוטחים תשלומים בגין תרופות ובגין חלק מהשירותים הרפואיים, כגון, אשפוז סיעודי-מורכב, ביקור במוקד חירום, ביקור רופא בבית המבוטח, ואגרת מיון. כמו כן, יודגש כי כבר בנוסח המקורי של החוק היתה אפשרות לשר הבריאות, באישור שר האוצר וועדת העבודה והרווחה והבריאות של הכנסת ובהסכמת שר הרווחה, לקבוע בתקנות פטורים ושיעורים מופחתים מתשלומי השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי בריאות שבסל, "מטעמים חברתיים"¹⁸. סעיף זה לא מומש בזמנו. ולכן מרבית תשלומים אלה הינם ברמה אחידה בקופות השונות ובקרב כלל המבוטחים, ולגבי מרביתם לא הוגדרו, עד היום, אוכלוסיות פטורות או כאלה הזכאיות להנחות¹⁹.

ממועד החלת החוק ועד ראשית שנת 1998 בוצעו רק שני עדכונים בחקיקה, שהעניקו הנחה/פטור מתשלום השתתפות עצמית - האחד, הנחה בת 50 אחוז

18 ראה נוסח סעיף 14(ה) (4) לחוק המקורי. יש להבהיר, כי אותו סעיף עודכן בהמשך - נמחקו ממנו המילים "מטעמים חברתיים" והוא ממוקם כיום כסעיף 14 (ח) לחוק

19 למעט תחום התפתחות הילד כפי שיפורט להלן

לאזרח ותיק המקבל גמלת הבטחת הכנסה בגין רכישת תרופות הכלולות בסל הבריאות [22], והשני, ביטול הזכות שהוקנתה שנה קודם לכן, לרשות מקומית, לגבות אגרה בגין שירותי בריאות הניתנים לתלמיד במסגרת בית-הספר [14].

שינוי משמעותי ביותר בתחום זה של השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותים שבסל, חל בראשית שנת 1998. באותה שנה, התווסף לחוק סעיף בענין שינויים בסל ובתשלומים בגין שירותים רפואיים, שאפשר לכל קופה להגיש בקשה לשנות את גובה התשלומים בגין שירותים רפואיים הכלולים בחוק [11] (היינו, להגיש תכנית גביה שונה מזו שהוגדרה בחוק ומזו של הקופות האחרות). סמכות האישור נמסרה לשר הבריאות והותנתה באישור ועדת הכספים של הכנסת. נקבע שהקופה תפרסם הודעה על שינויים שאושרו, בהתאם לכללים שקבע שר הבריאות. נקבעו קריטריונים לאישור שינוי, בסל או בתשלומים, שתבקש הקופה ונקבעה רשימת זכאים להנחות או פטורים. קופות החולים הגישו כנדרש את התוכניות לאישור. אלה אכן אושרו²⁰ ומאז היקף תשלומי המבוטחים גדל משמעותית. בשנת 2008 שיעור השתתפות מבוטחים בגין שירותים ותרופות שבסל היווה כ-8.54 אחוז מההוצאה הכוללת של קופות החולים בגין סל השירותים שהוגדר בחוק (בהשוואה ל-8.2 אחוז, בשנת 2003).

ראוי להדגיש, כי האוכלוסיות שברשימת הקבוצות הזכאיות להנחות ופטורים, כאמור לעיל (כולל עדכונים מאוחרים יותר של אותה רשימה), זכאיות לפטור מוחלט או להנחה בתשלום ההשתתפות העצמית, רק לגבי תשלומים שאושרו לקופת-החולים לגבות, מכוח אותו תיקון לחוק (היינו, תוכניות גביה שאושרו משנת 1998 ואילך). אוכלוסיות אלה, אינן זכאיות להנחה כלשהי על תשלומים בגין שירותים רפואיים, אשר לגביהם חובת השתתפות העצמית היתה קיימת בחוק מלכתחילה, מאז הוא הוחל לראשונה בינואר 1995, ואשר לגביהן לא התבקש מצד הקופה כל שינוי, במסגרת תוכנית הגביה שהוגשה על ידה לאישור. זאת, על אף האפשרות שהיתה, כאמור, להרחיב הנחות אלה לכלל השירותים חייבי התשלום. אפשרות שכזו להרחבת השירותים המזכים בהנחות, קיימת לכאורה גם כיום, מכוח סעיף נוסף (8(ד)). סמכות זו מותנית בהסכמת שר האוצר

20 תוכניות הגביה שהגישו הקופות אושרו, למעט בקשתם לגביית 'מס עיתי'.

וועדת העבודה והרווחה של הכנסת (בסעיף זה לא נדרשת הסכמת שר הרווחה). יש לציין כי החלטה שכזו לא תיצור, לכאורה, כל שינוי בהקצאה למימון עלות הסל לקופות מהמקורות שהוקצו לכך בסעיף 13 לחוק, אלא תצמצם את היקף המימון מהשתתפויות המבוטחים ברצועה העליונה (מעבר להכנסה הנורמטיבית). משמעות החלטה שכזו היא, שמקורות המימון של קופות החולים יצמצמו, מבלי שתהא קיימת חובה, מכוח החוק, להשלמת מימון מתקציב המדינה.

מאז התווסף לחוק (בשנת 1998) הסעיף המגדיר אוכלוסיות הזכאיות להנחות בתשלומי השתתפות עצמית בגין שירותי בריאות שבסל, התרכזו מרבית תיקוני החקיקה בהרחבת רשימת הזכאים לפטורים ובמתן הקלות בקריטריונים לפיהם ניתנים פטורים/הנחות אלה. עד שנת 2002 אושרו כ-12 עדכוני חקיקה שעניינם הרחבת אוכלוסיית הזכאים להנחה או פטור מהשתתפות עצמית [28,32-37].

מדיניות ההרחבה המתמדת של מעגל מקבלי ההנחות והפטורים התהפכה לחלוטין, כאשר במסגרת התכנית הכלכלית שיזם משרד האוצר ב-2003, נחקק חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל [38]. כחלק מהמדיניות החדשה העלה האוצר את הטיעון, שההנחות וההטבות, הניתנות כיום מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי למקבלי גמלאות לפי חוק הבטחת הכנסה, מנוגדות לעיקרון המנחה העומד, בין השאר, בבסיס מערכת הבטחת הכנסה - מתן תמריצים להשתלבות בשוק העבודה, תוך חתירה מתמדת להגדלת ההשתכרות מעבודה ולהקטנת התלות בקצבאות קיום מתמשכות. לפיכך, עודכן חוק ביטוח בריאות ממלכתי באופן שביטל את ההנחות בהשתתפות מבוטחים בשירותי בריאות שבסל, שניתנו עד אז מכוח החוק למקבלי הבטחת הכנסה, אלא אם כן הם עברו את גיל הפרישה שנקבע בחוק. מאותה סיבה ביטל החוק לחלוטין גם את הפטור שניתן למקבלי תשלום חודשי לפי חוק המזונות, הדומה לעניין זה לגמלת הבטחת הכנסה [39]. ביטול ההנחות פגע גם באזרחים וותיקים המקבלים הבטחת הכנסה (צמצום ההנחה מ-75% ל-50%), עולים חדשים במהלך 36 החודשים הראשונים לשהותם בישראל המקבלים הבטחת הכנסה, וכן אברך המקבל הבטחת הכנסה וכן בת זוגו וילדיו - כל אלה הטבות שניתנו בחקיקה בין השנים 2000-2001.

כאמור, סעיף 8(א6) שהתווסף בשנת 1998 לחוק מאפשר לשר הבריאות, בהסכמת

שר האוצר, להגביל את השיעור הכולל של תשלומי ההשתתפות העצמית של מבוטחים, כאחוז מעלות הסל של הקופה, וכן מאפשר לקבוע תקרה משפחתית כוללת לכל ההשתתפויות עצמיות שבסל. סמכויות אלה לא מומשו עד כה, מלבד תקרה משפחתית ספציפית לאגרות ביקור אצל רופאים ומכונים, שנקבעה מכוחו של סעיף אחר - 8(א1).

שינוי מסוים במגמה של צמצום בהיקף הזכאים להנחות בתשלומי השתתפות עצמית חל משנת 2005. זאת, במסגרת עדכון לחוק שהביא לכך שמשפחות המקבלות גמלת הבטחת הכנסה זכאיות לפטור מתשלום השתתפות עצמית בגין טיפולים מתחום התפתחות הילד, שהוגדרו בסל [40]. במהלך השנים שלאחר מכן, התווספו הנחות בתשלומי השתתפות עצמית לקשישים המקבלים השלמת הכנסה (הקטנת התקרה בגין תרופות לחולים כרוניים קשישים) וכן הנחה בת 10 אחוז בגין תרופות שבסל הבריאות לקשישים מעל גיל 75²¹. בשנת 2008 התווסף פטור מהשתתפות עצמית למי שתרים איבר להשתלה, בגין טיפולים רפואיים הקשורים לתרומה [47]. בשנת 2009, במסגרת הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר, הוחלט לבטל, החל מינואר 2010, את האגרה הנגבית מנשים הרות ומאמהות, בגין שירותים הניתנים במסגרת התחנות לבריאות המשפחה ("טיפת חלב") [48]. חובת תשלום השתתפות עצמית בגין שירותי מניעה מהווה חסם כלכלי המשפיע על צריכת שירותים אלה, בעיקר בקרב אוכלוסיות חלשות. דבר זה עלול להשפיע על מצב הבריאות ואף להוביל לגידול בהוצאה לטיפולים מורכבים שניתן היה למונעם. לפיכך, צעד זה של ביטול האגרה הוא בעל משמעות רבה במדיניות שמטרתה עידוד צריכת שירותי מניעה.

יש להבהיר כי חובת ההשתתפות העצמית של מבוטחים בשירותים שבסל הבסיסי, אינה מוגבלת לסל של קופות החולים. היא קיימת גם לגבי שירותים אותם מספקת המדינה מכוח התוספת השלישית לחוק. הודעה שפורסמה ברשומות בשנת 1995, מטעם שר הבריאות [49], מפרטת את התשלומים שהיו נהוגים באותה עת (ורובם נהוגים גם כיום). התשלומים העיקריים אותם נדרשים מבוטחים לשלם, בגין

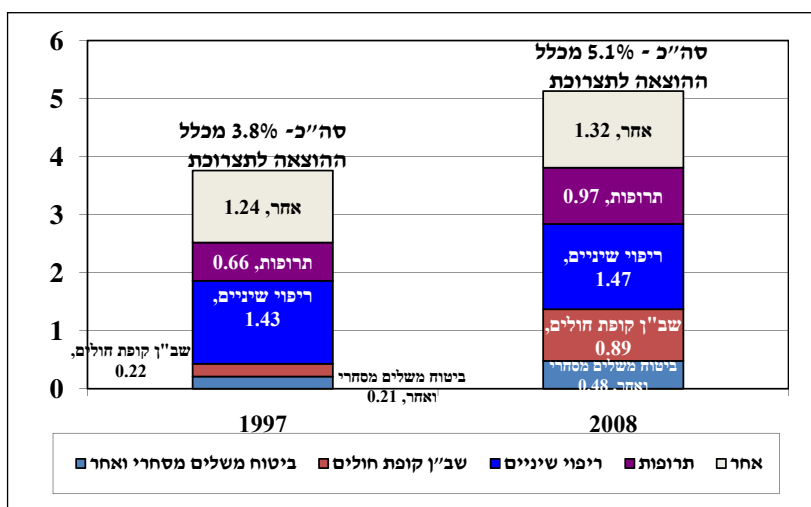
21 הראשון במסגרת עדכון תוכניות הגבייה של קופות החולים והשני כחלק מהסכם תמיכה עם קופות החולים

שירותים שבתוספת השלישית, הם: אשפוז סיעודי (תשלומי ההשתתפות העצמית מכסים בסעיף זה בממוצע כרבע מהעלות בפועל)²², אגרת טיפת חלב (בוטלה מינואר 2010), אגרת שירותי בריאות ובריאות השן לתלמיד בבתי הספר (ראה בעניין זה גם - חוזרי מנכ"ל משרד החינוך) וכן במימון מכשירי שיקום וניידות לנכים (השתתפות הנכה כ-25 אחוז, מותנה בסוג המכשיר ובמבחן הכנסה).

מעבר לשאלת ההשתתפות המבטוחים בשירותי הבריאות שבסל, קיימת לאורך השנים מגמה של עלייה במימון הפרטי בשירותי בריאות. הוצאות משקי הבית יכולים להיות מושפעים מעשיה או מאי-עשייה של הרגולטור, בהקשר למדיניות הננקטת ולביטוייה בחקיקה. תרשים מס' 7 מציג את התפתחות הוצאות משקי הבית בין שנת 1997 (לפני עדכון סעיף 10) לשנת 2008. מהתרשים ניתן לראות כי הוצאות משקי הבית על בריאות היוו בשנת 1997 3.8 אחוז בלבד מהוצאות משק הבית על תצרוכת ואילו ב-2008 הן מהוות 5.1 אחוז מההוצאה. המספרים שבתוך העמודות משקפים בכל סעיף את האחוז שמהווה ההוצאה בגינו מתוך כלל ההוצאה של משק הבית לתצרוכת. השקף מדגים גם את הגידול שחל בעיקר בהוצאות משקי הבית על הביטוח המשלים לסוגיו וכן על תרופות. כאמור, ההוצאה על רפואת שיניים היתה ונשארה, במהלך השנים, סעיף ההוצאה הגבוה ביותר. הוצאה זו מהווה כ-29% מההוצאה של משק הבית על בריאות. ההוצאה השנייה בגודלה היא על ביטוחים משלימים (שב"ן וביטוח מסחרי) - 26% מההוצאה של משק הבית על בריאות.

22 גובה ההשתתפות העצמית וכן הזכאות הבסיסית למימון על חשבון המדינה, נקבעים על בסיס מבחני הכנסה.

תרשים מס' 7:
מגמות בהוצאות משק הבית על בריאות
2008 – 1997



מקור: עיבוד על נתוני סקרי הוצאות משקי הבית, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

בשני נושאי ההוצאה העיקריים (רפואת שיניים ושב"ן) נרשמו במהלך השנים שינויים במדיניות ובחקיקה. לאחרונה התקבלו החלטות ממשלה [20,21], המכלילות בסל את שירותי רפואת השן לילדים. מעבר להשפעת צעד זה על הנגישות של שירותי רפואת השיניים לילדים, מהווה החלטה זו צעד ראשון בהתמודדות עם מרכיב ההוצאה הגדול ביותר של משק הבית על בריאות.

אשר לביטוח המשלים, סל השירותים של תוכניות השב"ן הלך והתרחב במשך השנים [50], היקף החדירה שלהן גדל וכתוצאה מכך הגידול הרב ביותר בהוצאות של משק הבית על בריאות מיוחס אכן לשב"ן. גידול זה נובע משלושה מרכיבים עיקריים - הגידול בכמות המבוטחים, סל השירותים שהלך והתרחב ובהתאם לכך עלותו וכן השינויים במחירי התשומות (התייחסות נוספת לעניין זה - ראה בפרק השב"ן).

ו. דמי ביטוח בריאות (מס בריאות)

נקודות אור וצל בדמי ביטוח בריאות

אור:

1. עצם קיומו של מס ייעודי
2. ניתוק הקשר בין תשלום המס לזכות לקבלת שירות
3. המס פחות רגרסיבי בהשוואה למס האחיד (מס חבר) שהיה נהוג בקופות טרם החוק
4. תקרת המס לבעלי הכנסה גבוהה הוגבהה
5. מדרגות המס עודכנו

צל:

1. שונו כללי הגבייה כך שגם אוכלוסיות שפטורות מדמי ביטוח לאומי, חייבות בתשלום מס בריאות
2. למעגל המשלמים התווספו אוכלוסיות שהיו פטורות מתשלום לפי הנוסח המקורי של החוק
3. הגבייה פחות פרוגרסיבית בהשוואה לגבייה של מיסוי סוציאלי אחר, כגון דמי הביטוח הלאומי

דמי ביטוח בריאות (מס בריאות) הוגדרו בחוק כחלק ממקורות המימון והם מהווים למעשה מס ייעודי, אשר נועד להחליף את דמי החבר אותם שילמו המבוטחים לקופות החולים, עד החלת החוק. גביית המס החדש הוטלה על המוסד לביטוח לאומי. למרבית התושבים נקבע מס בגובה אחיד - 4.8 אחוזים מההכנסה.

החוק ניתק למעשה את הזכות לקבלת שירות רפואי שכלול בחוק, מחובת תשלום דמי ביטוח הבריאות. במחקר שבוצע בעבר [51] נמצא כי דמי ביטוח הבריאות שהונהגו במסגרת החוק היו פרוגרסיביים, בהשוואה לשיטת התשלום (באמצעות 'מס חבר') שהיתה נהוגה בקופות החולים טרם החוק.

עם זאת, בוצעו מספר תיקוני חקיקה, שהראשון שבהם, שהתקבל ערב החלת החוק, טיפל בכללי הגבייה של מס הבריאות, כאשר במסגרתו כללי הגבייה של דמי ביטוח בריאות, הותאמו לכללים שהיו נהוגים בגביית דמי החבר בקופות-החולים (ולא לכללים המתבססים על עקרונות ונהלי תשלום המקובלים בעת גביית דמי הביטוח הלאומי). עדכון זה ואלה שבאו בעקבותיו אפשרו לגבות דמי ביטוח בריאות גם מהכנסות שאין גובים מהן ביטוח לאומי, לרבות מתגמולים המשולמים לפי כל דין [22,52]. כמו כן נקבע, כי מבטוח שמשלמת לו פנסיה מוקדמת ישלם מס כמו עובד רגיל [23]. בשנת 2003 הורחב עוד יותר מעגל המשלמים, כאשר נקבע כי משרתי הקבע בצה"ל יהיו חייבים בתשלום מס בריאות רגיל, ככל עובד אחר במשק [53]. כן הוטל מס בריאות (אמנם בשיעור מופחת) על עקרות הבית, שהיו פטורות עד אז כליל מתשלום המס (הפטור נשאר רק לעקרת בית שמשלמת בעדה קצבת זקנה) [39]. בשנת 2005 בוצע לסעיף זה עדכון נוסף [54] ובמסגרתו נקבע שעקרות בית ותלמיד או מתגייס שחל עליו פטור מתשלום דמי ביטוח לאומי, פטורים מתשלום דמי ביטוח בריאות. באותו תיקון עודכנו דמי ביטוח בריאות מ-4.8% ל-5%.

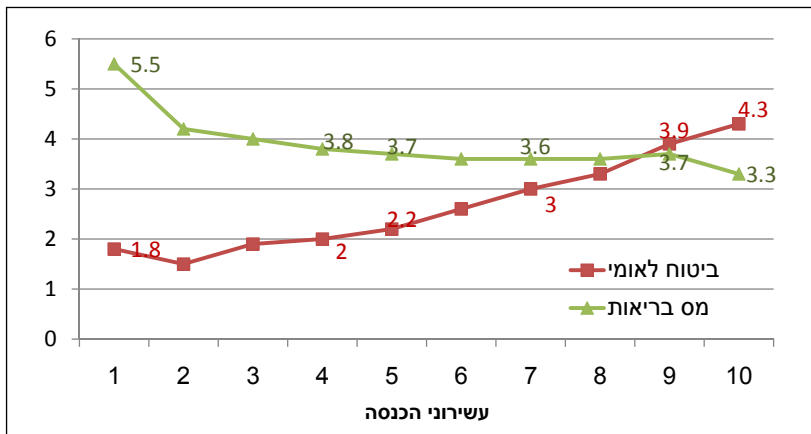
באופן כללי, ניתן לומר כי מאז תחילת החוק הורחבה גביית מס הבריאות מעבר למה שנקבע בנוסח המקורי של החוק (בעיקר מבחינת היקף המבוטחים החייבים בתשלום). האמור לעיל, הביא למצב בו תשלומי מס הבריאות הם פחות פרוגרסיביים בהשוואה לדמי הביטוח הלאומי. שיעור תשלומים של מס בריאות כאחוז מההכנסה ברוטו של משק הבית, הולך ויורד, ככל שמתקדמים ברמת ההכנסה של משק הבית.

תרשים מס' 8 מדגים את מידת הפרוגרסיביות של דמי ביטוח הבריאות (מס הבריאות) בהשוואה לדמי הביטוח הלאומי. בתרשים מודגם השיעור שמהווה ההוצאה בגין כל אחד משני סוגי תשלום אלה, כאחוז מההכנסה ברוטו של משק הבית, בכל אחד מעשירוני ההכנסה. מהתרשים ניתן לראות שבכל הקשור לתשלומי מס הבריאות, בקרב משקי בית מעשירוני ההכנסה הנמוכים הוצאה זו מהווה שיעור גבוה יחסית מהכנסתם בהשוואה לעשירוני הגבוהים. לעומת זאת, בכל הקשור לדמי הביטוח הלאומי העשירוני הנמוכים משלמים שיעור

נמוך יותר מהכנסתם לביטוח הלאומי בהשוואה לעשירוני ההכנסה הגבוהים. כך לדוגמא, משק בית מחמישון ההכנסה התחתון משלם שיעור של כ 5.5 אחוז מההכנסה ברוטו של משק בית מחמישון ההכנסה העליון משלם 3.3 אחוז בלבד (זאת, לעומת שיעור של 1.8 אחוז ו-4.3 אחוז בהתאמה, בתשלום דמי הביטוח הלאומי על ידי משקי בית מקרב חמישוניים אלה).

תרשים מס' 8:

השיעור היחסי של תשלומי חובה מתוך ההכנסה ברוטו של משק הבית לפי עשירוני הכנסה - 2007



מקור: עיבוד על נתוני הביטוח הלאומי וסקרי הוצאות משקי הבית, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

האמור לעיל הוא פועל יוצא ממדיניות שהוגדרה במהלך השנים בחקיקה, במסגרתה גובים מס בריאות גם מאוכלוסיות הפטורות מתשלום דמי הביטוח הלאומי. כדוגמא ניתן למנות את תשלומי ביטוח בריאות (אגרת מינימום) אותם גובים מאוכלוסיות אשר מקבלות קצבאות הבטחת הכנסה, מקבלי קצבאות זקנה מהביטוח הלאומי, נכי רדיפות הנאצים המקבלים גימלה ממשד האוצר, אלמנות

והורים שכולים המקבלים תגמולים ממשרד הביטחון ועוד. בנוסף לכך, קיימים גם הבדלים במידת הפרוגרסיביות של דמי ביטוח בריאות וביטוח לאומי בקרב סטודנטים, תלמידי ישיבה, ועובדים שכירים. כך לדוגמא, בגין חלק ההכנסה עד 60 אחוז מהשכר הממוצע במשק חייב העובד השכיר לשלם דמי ביטוח לאומי מופחתים ("תשלום מופחת") בשיעור של 0.4 אחוז משכרו (ובגין חלק ההכנסה מעל 60 אחוז מהשכר הממוצע במשק הוא מחויב בתשלום 7.0 אחוז (התשלום המלא), וזאת עד לתקרה שנקבעה בחוק. לעומת זאת, השיעור המופחת בדמי ביטוח הבריאות הוא 3.1 אחוז והשיעור המלא הוא 5.0 אחוז. כלומר, הפער בין בעלי הכנסה נמוכה לגבוהה גדול יותר בכל הקשור לתשלום דמי הביטוח הלאומי, בהשוואה לפער ביניהם בכל הקשור לתשלום דמי ביטוח בריאות. נראה, אם כן, שהנטל של דמי ביטוח בריאות הנופל על שכירים ברמת ההכנסה הנמוכה הוא גבוה יחסית ושדמי ביטוח הבריאות בקרב שכירים ככלל, הינם פחות פרוגרסיביים בהשוואה לנהוג בגביית דמי הביטוח הלאומי. דוגמאות נוספות ופירוט מלא של ההבדלים בין כללי גביית דמי ביטוח בריאות לכללים הנהוגים בגביית דמי הביטוח הלאומי, ניתן למצוא בטבלה שבנספח א'. יש להדגיש עם זאת, שנושא הגביה מגמלאות נובע בעיקרו משאלה עקרונית הנוגעת להבדלים בין ענפי הביטוח הסוציאלי השונים לבין ביטוח הבריאות, בהקשר למהות הכיסוי הביטוחי ואופן ניצולו באוכלוסייה.

יש לציין שניסיון להעביר, בשנת 2009, בחקיקה החלטה שתאפשר הרחבת מעגל המבוטחים שחויבו בתשלום מס בריאות במתכונת של סכום מינימום קבוע (ולא כאחוז מההכנסה) [55], דבר שהיה מגביר עוד יותר את הרגרסיביות של המימון, נכשל.

בין הצעדים שבמהלך השנים פעלו לשיפור מסוים בפרוגרסיביות של המימון בתשלומי מס הבריאות ניתן להזכיר את העובדה שברוח הפטורים שניתנו לאוכלוסיות מסוימות מתשלומי השתתפות עצמית בגין שירותים רפואיים, הורחבה במקצת, במהלך השנים, גם רשימת הפטורים ממס בריאות. כך, לדוגמא, במהלך שנת 2002 התווסף לרשימת הפטורים ממס בריאות תלמיד או מתגייס לצבא, הפטור מתשלום דמי הביטוח הלאומי. כמו כן נקבע, כי מי שמקבל "גימלה

נוספת לנכה" מכוח חוק הביטוח הלאומי (למבוטחים שגילם מעל גיל הפרישה הקבוע בחוק), ישלם את סכום המינימום שנקבע לעניין תשלומי דמי ביטוח בריאות [56]. כאמור, בשנת 2005 עודכן שיעור דמי ביטוח הבריאות משיעור של 4.8 אחוז לשיעור של 5 אחוז [54].

בשנים שלאחר מכן עודכנו מדרגות המס ובשנת 2009 הוכפלה תקרת ההכנסה המקסימאלית החייבת במס בריאות כאחוז מההכנסה (כהוראת שעה למשך שנתיים). שינוי זה יחול על בעלי הכנסות הגבוהות [57], והוא אמור להגביר את מידת הפרוגרסיביות, אולם השפעתו על הפרוגרסיביות של המימון לא ברורה עדיין.

ז. נגישות וזמינות

נקודות אור וצל בנושא נגישות וזמינות של שירותי בריאות

אור:

1. החוק חייב את משרד הבריאות לקבוע נורמות של זמינות ונגישות לשירותי הבריאות שבסל

צל:

1. הסעיף האמור נמחק מהחוק ולגבי הרוב המכריע של השירותים, טרם נקבעו נורמות של נגישות וזמינות,
2. אין שקיפות של מידע בנושא משכי ההמתנה וזמינות השירותים בקופות ולא נראה שבעניין זה קיימת תחרות ביניהן
3. אין שקיפות של מידע בנושא משכי המתנה וזמינות שירותים של הסל שבתוספת השלישית לחוק
4. קיימים פערים בנגישות לשירותים ובזמינותם בין קבוצות אוכלוסייה ובין פריפריה למרכז
5. טרם נקבעו קריטריונים לפריסת שירותי בריאות חיוניים
6. קושי במיסוד תשתית של שירותי בריאות בישובים קטנים

החוק נועד, בין השאר, להבטיח מתן שירותים רפואיים ברמת זמינות ונגישות סבירה. אולם כתוצאה משינוי חקיקה נותרו ההגדרות של איכות ונגישות מעורפלות ביותר.

בשנת 1998 נמחק מהחוק סעיף בעל חשיבות לעניין איכות השירותים הרפואיים וכן לעניין רמת הנגישות והזמינות, הנדרשות בעת אספקת שירותי בריאות הכלולים בחוק. בנוסח המקורי של החוק הוטל על שר הבריאות למנות ועדת מומחים, אשר אמורה הייתה לפרט את סל השירותים פירוט נוסף ולכלול בהמלצותיה הגדרות של זמינות, נגישות ואיכות. כאמור, סעיף זה נמחק בשנת 1998 ועמו החובה שהוטלה על השר [12]. הרציונאל שהוצג לביטול הסעיף היה להשאירו כגורם עליו תתקיים תחרות בין קופות החולים (על אף שדבר זה לא מונע הצבת רף תחתון). עד כה, לא נקבעו בנושא זה נורמות וסטנדרטים על ידי משרד הבריאות²³. לא נראה גם כי בנושא זה קיימת תחרות בין הקופות ואין פרסום של נורמות שהן הציבו לעצמן, אם אכן הוצבו כאלה²⁴. מידע אודות משכי המתנה לשירותים בקופות השונות, אינו זמין ולא מבוצע בנושא זה מעקב שוטף, לא אחר משכי המתנה וזמינות שירותים של קופות החולים, ולא באשר לשירותים הניתנים במסגרת התוספת השלישית.

פרסומים שהופצו בשנים האחרונות הדגימו פערים בנגישות לשירותי בריאות בין קבוצות הכנסה וכן בפריסת תשתיות השירותים וזמינותם בין פריפריה למרכז הארץ [58]. במסגרת העבודה הנוכחית יומחשו פערים בתשתיות באמצעות שלושה תרשימים. תרשים מס' 9 מדגים זאת באמצעות השוואת שיעור רופאים המועסקים בקהילה (במונחים של מספר משרות רופא ל-10,000 נפש). מהתרשים ניתן לראות את הפערים הקיימים בין המחוזות בעיקר בכל הקשור לשיעור רופאים מקצועיים (רפואת מומחים), המועסקים בקהילה, במחוז דרום ומחוז צפון, לעומת מחוז מרכז ולעומת המרכזים העירוניים הגדולים. תרשימים 10-11 ממחישים זאת, באמצעות השוואת ותשתיות פיזיות (שיעור מיטות לטפול נמרץ

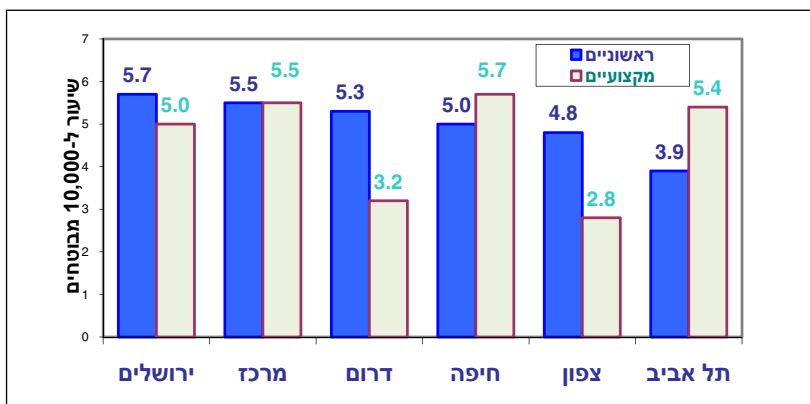
23 מלבד בתחום התפתחות הילד.

24 לאחרונה, הנהלת מכבי שירותי בריאות הציגה בפני סגן השר נורמות של זמינות ונגישות שהציבה בתחומים מסוימים

וטיפול (נמרץ ילדים). מהתרשימים עולה הפער הקיים בין מחוזות דרום וצפון לעומת המחוזות האחרים וכן מודגמת בהם העובדה שבעשור האחרון לא הצליחה מערכת הבריאות לצמצם פער זה. בתחומים אלה, מצבם של מחוזות אלה אף הורע במקצת במהלך השנים. פערים בין מחוזות אלה לשאר, קיימים גם בכל הקשור לשיעור מיטות כלליות, מיטות פנימיות, בעמדות לרפואה דחופה (עמדות מיון ורפואת חירום), עמדות ניתוח ובתחומים נוספים.

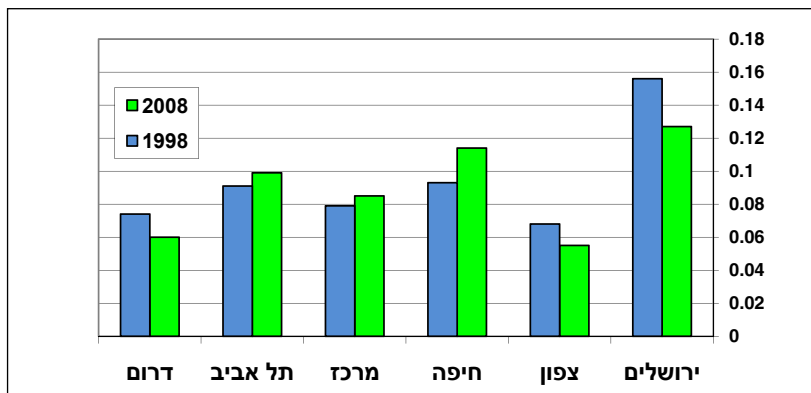
תרשים מס' 9:

שיעור FTE (משרות מלאות) של רופאים ראשוניים ומקצועיים אחרים ל-10,000 מבוטחים לפי מחוז



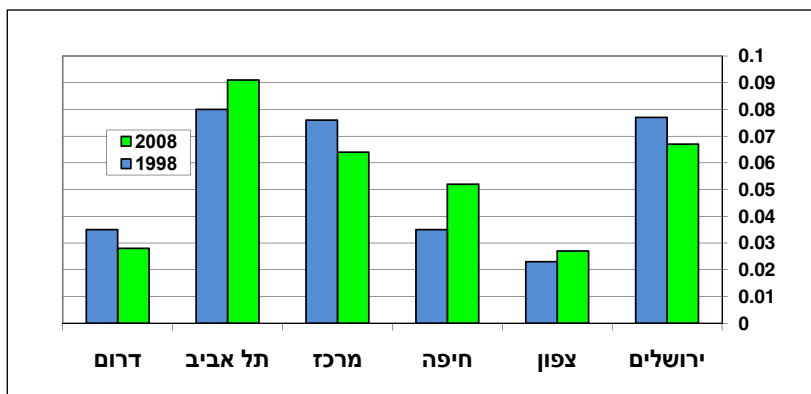
מקור: משרד הבריאות

תרשים מס' 10:
שיעור המיטות לטיפול נמרץ לפי מחוזות 1998/2008
שיעור ל-1,000 נפש



מקור: משרד הבריאות

תרשים מס' 11:
שיעור המיטות לטיפול נמרץ ילדים לפי מחוזות 1998/2008



מקור: משרד הבריאות

שינויי חקיקה שנגעו בפריסת שירותי הבריאות התמקדו בעיקר בניסיון למנוע בזבוז משאבים, הנובע מהשקעה עודפת בתשתיות ביישובים קטנים ומהקמת מספר מרפאות במקביל, כתוצאה מתחרות בין הקופות. בראשית שנת 1998 הוסף לחוק סעיף שלם הנוגע לשירותי בריאות ביישובים קטנים [12]. סעיף זה נועד למנוע בזבוז משאבים וכפילות של שירותי רפואה ביישובים קטנים. במסגרת התיקון נקבעה כמות המרפאות ביישובים קטנים (מרפאה אחת ליישוב המונה עד 5,000 נפש ושתי מרפאות ביישוב המונה בין 5,000 ל-10,000 נפש). נקבעו הקריטריונים לפיהם יקבע השר את מספר המרפאות ביישובים קטנים ואת דרכי ההתחשבות בין הקופות שיספקו שירותים באותם יישובים. הוטל על שר הבריאות לקבוע מי מהקופות תפעיל/יפעילו מרפאה ביישוב קטן (על בסיס מכרז) ולאיזה תקופה. נקבע כי קופה שתבחר תספק שירותים גם למבוטחי קופות אחרות, בהתאם לסל התשלומים והשירותים של הקופה בה הם חברים. השר רשאי להפסיק פעילות קופה שהפרה תנאי המכרז.

בינואר 2007 [59], נמחקה ההוראה הנוגעת ליישובים בגודל של 5,000 נפש, וכן בוטלה החובה שהוטלה על משרד הבריאות לקיים מכרז. הנוסח החדש של סעיף זה עיגן בחוק רק את חובתה של קופה המפעילה מרפאה יחידה ביישוב שגודלו עד 10,000 נפש, לספק שירותים לחברי הקופות האחרות באותו ישוב. מצב זה, מסיר למעשה את החיוב שנבע לכאורה מהנוסח הקודם של החוק, בדבר מחויבות מסוימת של משרד הבריאות להסדיר באמצעות מכרז את פריסת שירותי הבריאות ביישובים קטנים, וזאת מאחר וממילא לא היתה בצידו כל סמכות לכפות על קופה לגשת למכרז או להקים שירות רפואי במקומות ישוב העונים להגדרות אלה. במצב הנוכחי, טרם נקבעו נורמות / רף מינימום של זמינות לשירותי בריאות חיוניים במקומות ישוב קטנים.

ח. חופש המעבר בין קופות-חולים והליכי הרישום לקופה

נקודות אור וצל בתחום הסדרי המעבר בין קופות חולים

אור:

1. האפשרות לעבור באופן חופשי, על פי החלטת המבוטח
2. הגדלת מספר המועדים במהלך שנה בהם ניתן לעבור קופה
3. איסור התניית מקום עבודה בחברות בקופת חולים מסוימת
3. הוצאת הליך הרישום ובקשת המעבר מהקופות והעברתם לגורם חיצוני, בלתי תלוי
4. איסור פעילות פרסום ושיווק באתר הרישום
5. ביטול תקופות האכשרה בשב"ן בעת מעבר בין קופות

צל:

1. עד כה לא חל שינוי משמעותי בשיעור המעברים בין קופות והוא נותר נמוך
2. קיומם של חסמי מעבר שטרם טופלו (לדוגמא ביטוח סיעוד)

בשלבים הראשונים, בין יוני 1994 לינואר 1995, לאחר פרסום החוק אך טרם יישומו, הוסדרו באמצעות עדכוני חקיקה בעיקר נושאים שנועדו להבטיח את חופש המעבר בין קופות-החולים ולהסדיר את הרישום לקופות-החולים, על מנת שלא ייווצר מצב בו תושב אינו מבוטח ו/או אינו רשום באף אחת מקופות החולים [52].

תחום אחר של עדכונים שבוצעו באותה עת, קבע את העונש הצפוי בגין התניית קבלה למקום עבודה כלשהו בחברות בקופת-חולים מסוימת (נושא שלא נכלל בנוסח המקורי של החוק). נושא זה זכה להדגשה נוספת בשנת 2001 [60]. באותה שנה התקבל תיקון לחוק, אשר החמיר את ההתייחסות למעשה היוצר זיקה כלשהי בין קבלה למקום עבודה וחברות בקופת-חולים מסוימת - העדכון נועד להבהיר

שבנוסף לאיסור על התניית הקבלה למקום עבודה כלשהו בחברות בקופת-חולים מסוימת, חל איסור על המעביד לשאול עובד אודות זהות הקופה אליה הוא משתייך, אלא לאחר שהתקבל לעבודה (לצורך מתן טיפול רפואי לעובד)²⁵.

לאחר יישומו של החוק, בוצעו גם שינויים שהם תוצאה של לקח שנלמד משנות ההפעלה הראשונות של החוק בכל הנוגע לרישום מבוטחים לקופות-החולים. כך למשל, נטען כי תחרות אגרסיבית בין הקופות הובילה לניסיונות, שלכאורה חרגו לעיתים מכללי המנהל התקין, מצד הקופות להשפיע על לקוחות לעבור לקופה אחרת. כמו כן, גדלה והלכה ההוצאה של הקופות על פרסום ושיווק. בהתאם לכך התמקדו באותה עת עדכוני החקיקה בשינוי הליך הרישום של מבוטחים לקופות-החולים. הליך זה, שהתבצע עד אז בקופות-החולים והיה נתון לכאורה למניפולציות מצידן, הועבר החל מינואר 1998 לרשות הדואר, ונאסרה פעילות פרסום ושיווק בצמוד לסינפי הדואר - מרבית הסעיפים שעודכנו באותה תקופה נגעו לנושא זה [12].

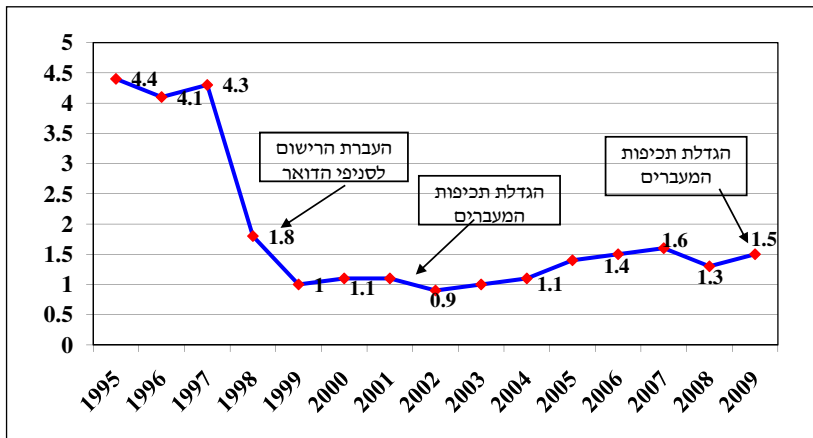
במהלך השנים חלו גם שינויים במועדים בהם רשאים מבוטחים לעבור בין קופות החולים ובמשך שההייה המינימאלית הנדרשת ממבוטח בקופה הקולטת, טרם עוברו לקופה אחרת. במצב ההתחלתי נקבעו שני מועדי מעבר (ינואר ויולי) ומבוטח חויב להישאר לפחות שנה אחת בקופה הקולטת. בהמשך (בינואר 2005) [61], נקבעו ארבעה מועדי מעבר (בתחילת כל רבעון) ונקבע שעל המבוטח חלה חובת הודעה מראש של 45 יום לפחות, לפני המעבר (במקום שלושה חודשים, עד אז). החל מיום 1 ליולי 2005 עד 30 ליוני 2007 עוגנה הוראת שעה אשר מאפשרת למבוטח לעבור לקופה אחרת, בתום ששה חודשים לחברותו בקופה הנעזבת (במקום שנה, עד אז). שינוי חקיקה אחרון בוצע בשנת 2009 [62], במסגרתו נקבעו ששה מועדי מעבר (אחת לחודשיים החל מ-1 לינואר) ושינו את ההגדרה של שהייה מינימאלית כך שניתן לבצע העברה פעמיים במהלך 12 חודשים (לא הוגדרה תקופת מינימום).

25 ראוי לזכור את הזיקה שהיתה קיימת עד לחקיקת החוק, בין הסתדרויות עובדים ומקומות עבודה לבין חברות בקופות חולים

את השפעתם של פעילויות החקיקה הנ"ל על שיעור המעברים בין קופות החולים ניתן לראות בתרשים מס' 12. התרשים מציג את שיעור המעברים השנתי בין הקופות כאחוזי מכלל המבוטחים. ניתן לראות כי בשנים הראשונות ליישום החוק, במהלכן נפתח לראשונה חופש ההצטרפות לקופות השונות, עמד שיעור המעברים השנתי על 4.3-4.0 אחוזי מכלל המבוטחים. שיעור זה נמשך עד שנת 1998, בה הועבר נושא הרישום והטיפול בטפסי הבקשה למעבר בין קופות, אל סניפי הדואר. באותה שנה חלה ירידה תלולה בשיעור המעברים. משנת 1999 נשאר שיעור המעברים ברמה נמוכה שנעה בין 0.9-1.1 אחוזי, עד לשנת 2005. שינוי החקיקה שחל באותה שנה בדבר הגדלת תכיפות המעברים בין הקופות כאמור לעיל, עורר רק במקצת את שיעור המעברים וזה גדל מאותו מועד ואילך לקצב שנע בין 1.3-1.6 בשנה. מוקדם מידי לבחון את השפעת השינוי האחרון שנעשה בשנת 2009 (הגדלת התכיפות המעברים לששה), על שיעור המעברים.

תרשים מס' 12:

שיעור המעברים השנתי בין קופות חולים 1995-2009



מקור: אגף לכלכלה וביטוח בריאות

לאור טענות שנשמעו במהלך השנים בדבר היותן של 'תקופות האכשרה' הנהוגות בתוכניות השב"ן כחסם שמונע מעברים בין קופות החולים (עקב חשש של מבוטח מאיבוד הזכויות בשב"ן בעת מעבר מקופה לקופה) בוצע בשנת 2009 שינוי חקיקה [62] שמאפשר (החל מינואר 2010) רציפות בתקופת הוותק בשב"ן, לעניין חישוב תקופת האכשרה בתוכנית השב"ן של הקופה הקולטת, למבוטחים העוברים לקופה אחרת ואשר צברו וותק בשב"ן של הקופה הנעזבת ובלבד שההרשמה לשב"ן של הקופה החדשה בוצע בתוך 90 יום ממועד החלפת הקופה. הרציפות נשמרת במעבר בין תוכניות שב"ן הנמצאות באותו רובד ביטוחי. גם כאן, מוקדם עדיין לבחון את ההשפעה של צעד זה על המעברים בין קופות.

בביטוחי סיעוד המוצעים על ידי קופות החולים למבוטחיהן (באמצעות פוליסות קבוצתיות של חברות ביטוח מסחריות), קיימים, למבוטחים חדשים המצטרפים לתוכנית זו (לרבות כאלה שעברו מקופה אחרת), הליכי חיתום²⁶ ותקופות אכשרה²⁷, אשר עלולים להוות חסם משמעותי במעבר בין קופות החולים, ובמיוחד בפני אוכלוסיות של מבוטחים הנמנים על קבוצות גיל גבוהות. ניסיון של המפקח על הביטוח במשרד האוצר ליצור רציפות ביטוחית באמצעות הקניית זכות למבוטח שעוזב קופה, לעבור לפוליסת סיעוד אישית, ללא חיתום רפואי²⁸, לא מהווה מענה הולם לסוגיה זו, עקב מחירן הגבוה של פוליסות אישיות. בימים אלה מנהל משרד הבריאות מגיעים עם אגף שוק ההון הביטוח והחיסכון במגמה למצוא דרך ליצור רציפות ביטוחית, בעת מעבר בין קופות חולים, גם בהקשר לביטוחי סיעוד²⁹.

במשך השנים בוצעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי עדכוני חקיקה גם בנושאים נוספים, הקשורים לבקשת הצטרפות לקופת-חולים - בעיקר כזו הכרוכה בבקשת תושבות בישראל [28,63]. אלו, לא יפורטו במסגרת עבודה זו.

26 התניית הצטרפות באישור חברת הביטוח המביא בחשבון את גיל המבוטח ואת מצב בריאותו
27 יש לציין כי הגדרות של 'תקופת אכשרה' בתוכניות השב"ן ובפוליסות הביטוח הסיעודי, אינן זהות

28 ראה חזרי אגף שוק ההון הביטוח והחיסכון במשרד האוצר בנושא פוליסות סיעוד קבוצתיות
29 למודל חלופי ליצירת רציפות ביטוחית, ראה - חורב 2006 ב: <http://www.taubcenter.org.il/files/>

ט. תוכניות השב"ן**נקודות אור וצל בתוכניות השב"ן****אור:**

1. הביטוח המשלים הפך לתוכנית לשירותי בריאות נוספים, נגישה יחסית למקובל בביטוח המסחרי, ובעלת עקרונות של עזרה הדדית והצטרפות פתוחה.
2. בוצעה מידה רבה של הסדרה בתוכניות השב"ן
3. קיימת תחרות בין הקופות על תוכניות על השב"ן

צל:

1. תוכניות השב"ן תפחו וההוצאה בגינן גדלה משמעותית
2. בעייתיות עקב יחסי גומלין הקיימים בין סל השירותים הבסיסי לבין סל שירותי השב"ן
3. התחרות שהתפתחה בין קופות החולים מתמקדת בעיקר בשב"ן (נפחות בסל הבסיסי)
4. הגידול בתוכניות השב"ן ובביטוחים המשלימים תרם לגידול בשיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית על בריאות
5. ההסדרה לא כללה אלמנטים שעשויים להגביל/לשלוט בהיקף ההוצאה בגינן או בהבטחת נגישות לשירותים חיוניים שאינם בסל הבסיסי
6. תוכניות השב"ן מעודדות שימוש בשירותי בריאות פרטיים

הנוסח המקורי של החוק, אפשר לקופת-חולים לספק למבוטחיה ביטוח רפואי משלים. מאחר שערב החוק הציעו קופות-חולים לחבריהן ביטוח משלים, בדרך כזו או אחרת, נועד למעשה סעיף זה לאפשר את המשך הפעלת התוכניות השונות ובלבד שההצטרפות אליהן היא וולונטרית.

הקופות, שהיו עד אז מבטחי הבריאות העיקריים במשק, פעלו באותה עת גם מכוח היתר שניתן להן בחוק הפיקוח על עסקי ביטוח. בתחילת 1998 אושר שינוי

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר התייחס לאותן תוכניות במסגרתן מציעות הקופות למבוטחיהן שירותים נוספים, מעבר לאלה להם זכאים המבוטחים מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במסגרת עדכון זה בחקיקה שונה שם התכנית מ"ביטוח משלים" ל"שירותי בריאות נוספים" ונקבעו עקרונות לפיהן תופעלנה התוכניות. שינוי זה לא היה סמנטי בלבד. הוא סימל מדיניות אשר קטעה את ההתייחסות, שהייתה מקובלת עד אז, לשירותים אלה של קופות החולים כתכנית ביטוח לכל דבר ועניין. יש להבהיר שעד אותו מועד, הכיל חוק הפיקוח על עסקי ביטוח [64] סעיף שהתיר לקופות החולים לעסוק בביטוחי בריאות, שהרי עד לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי זו היתה למעשה המהות העיקרית של עיסוקן. לאור שינוי המדיניות האמור, עודכן בהתאם חוק הפיקוח על עסקי ביטוח, ומאותו מועד ואילך, עודכן גם חוק ביטוח בריאות ממלכתי [12] באופן שהחיל על תכניות השב"ן של קופות החולים, כללים בעלי עקרונות חברתיים דומים לאלה שנהוגים לגבי סל השירותים הבסיסי המסופק על ידי הקופות מכוח החוק. לדוגמא, הקופה חויבה לצרף לתכנית לשירותי בריאות נוספים כל חבר המבקש להצטרף לתוכנית ואסור לה להגביל את הצירוף לגיל מסוים או לבצע "חיתום רפואי", חל איסור על הפליה בין העמיתים בתוכנית זו, הקופות נדרשו לקבוע פרמיה אחידה לכל קבוצת גיל (community rating), וחל איסור לקבוע פרמיה המותאמת למצב הבריאות של המבוטח ולרמת הסיכון שלו כלפי המבטח. החוק נתן למשרד הבריאות סמכויות פיקוח ובקרה על תכניות אלה שהינן זהות לאלה שנקבעו בחוק ביטוח בריאות, לעניין שירותים בסל הבסיסי. כמו כן, לגבי תוכניות השב"ן נתונה למשרד גם הסמכות לאשר את התוכניות. באותה מסגרת גם נקבע כי התכנית תנוהל כמשק כספי סגור, תמומן רק ממקור הפרמיות והשתתפויות של החברים בה והוטלה על כל קופה חובת איזון תקציבי של כל תוכנית מסוג זה. כל זאת, במטרה למנוע סבסוד צולב בין התקציב המיועד לסל הבסיסי לבין השירותים הנוספים. החוק לא הגדיר אילו שירותים יכללו בשב"ן, והשאיר נושא זה לתחרות בין הקופות. אך הוא אסר על הקופות לספק, במסגרת השב"ן, ביטוח סיעודי וכן לכלול בתוכניות אלו פיצוי כספי. כל העקרונות האמורים לעיל העומדים בבסיס ההפעלה של תוכניות השב"ן, הופכים למעשה את מהותן של תוכניות האלה למעין "ביטוח" רפואי קבוצתי, זמין יחסית, שעקרונות פעילותו

נמצאים בתווך שבין הסל הבסיסי לבין פוליסות ביטוח הבריאות המוצעות על ידי חברות ביטוח מסחריות.

כאמור, במסגרת עדכון שבוצע בחוק בשנת 2008 [24] נאסר גם על קופה לכלול בסל שירותי השב"ן תרופות מצילות ומאריכות חיים וכן בחירת רופא, ללא תשלום השתתפות עצמית. זוהי למעשה ההתערבות היחידה בחוק, מיום בו הוסדרו בו כללי השב"ן, שהגדירה הגבלות בסל שירותי השב"ן. עד אותו מועד, הגבלות שכאלה הוסדרו בדרך כלל בחקיקה משנית ובהנחיות של משרד הבריאות (לדוגמה האיסור שחל על הקופות לכלול במסגרת סל השב"ן פטור מהשתתפות עצמית שנקבעה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי). נראה כי עיגון נושא זה בחקיקה, נבע אכן מצורך משולב משפטי וגם ניהולי - שיסייע ביישום החלטה ניהולית במהותה, שהיתה בתחום סמכותו של משרד הבריאות³⁰.

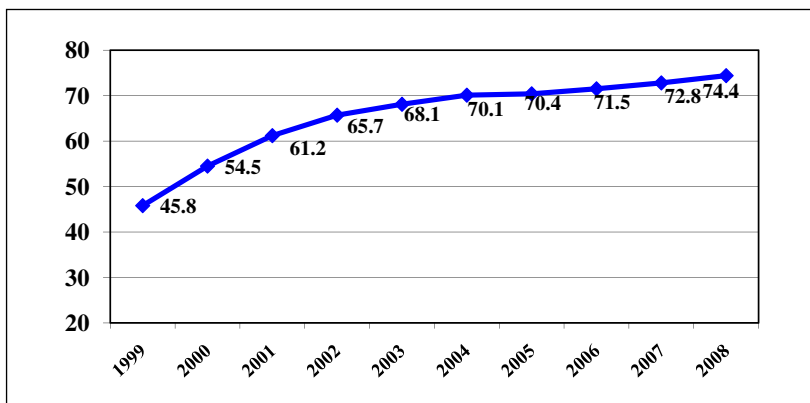
כפי שצוין בפרק שדן בהוצאות משקי הבית על שירותי בריאות, סל השירותים של תוכניות השב"ן הלך והתרחב במשך השנים והיקף החדירה שלהן גדל ביותר [50]. כתוצאה מכך, הגידול החד בעשור האחרון בהוצאות של משק הבית על בריאות מיוחס ברובו לשב"ן ולביטוחי הבריאות המסחריים (שבמרבית המקרים מתחרים בו).

אשר להיקף החדירה של תוכניות השב"ן, תרשים מס' 13 מדגים את הגידול שחל בעשור האחרון בשיעור המבוטחים בתוכניות השב"ן, כאחוז מכלל המבוטחים בקופות החולים. מדובר במספר החברים ברובד הביטוחי הראשון (ובשנים מסוימות - היחיד). מאחר וחברות ברובד הראשון הינה תנאי להצטרפות לרובד העליון, לא משקף הגרף את הגידול הנוסף שחל עקב הצטרפות מבוטחים לרובד העליון, בכל פעם בו החליטה קופה נוספת על פתיחת רובד שכזה³¹.

30 יש להבהיר כי בשלב הסופי, טרם אישור השינוי בחוק, הגיעו משרדי הבריאות והאוצר להבנות והסכמות בנושא זה והמשרד תמך בשינוי בחקיקה.

31 יש להדגיש שבשנים הראשונות לחוק שלוש קופות היה רק רובד אחד בשב"ן. קופת חולים מכבי היתה הקופה היחידה שהציעה למבוטחיה שני רבדים בשב"ן. הקופות האחרות החלו לפתח תוכניות שכאלה, בשנים מאוחרות יותר (לפריטס, ראה מקור 50)

תרשים מס' 13:
מגמות בשיעור מבוטחים בשב"ן מתוך כלל המבוטחים בקופות החולים
2008 – 1999



מקור: משרד הבריאות

ראוי להבהיר כי תוכניות השב"ן כוללות גם שירותים חיוניים שקיימת חשיבות להגברת הנגישות אליהם לדוגמא: טיפולים רפואיים בחו"ל שהינם מצילי חיים או מצילי איבר (שלא ניתנים לביצוע בישראל), הרחבת סל השירותים בתחום התפתחות הילד, רפואת שיניים לילדים, הרחבת תקופת השיקום לחולי לב, שירותי אמבולנס, חוות דעת נוספת ועוד. לצידם, קיימים שירותים שהם בבחינת 'מותרות' (לדוגמא, ניתוחים קוסמטיים או שירותי רפואה פרטית). לכאורה, תמהיל מסוים של שני סוגים אלה באותו רובד ביטוחי ראשון חשוב שיהיה, שאם לא כן - אם הרובד יורכב רק משירותים שכיחים וחיוניים ביותר, תהא עלות הפרמיה גבוהה יחסית וחסר יהיה מרכיב של ערבות הדדית בין חולים ובריאים. במהלך השנים התמהיל בין שתי קבוצות השירותים השתנה (ל'טובת' הרחבת שירותי המותרות). בשנים האחרונות פיתחו גם כל הקופות את הרובד הנוסף של שב"ן. ההתפתחות שחלה ברובד העליון במהלך אותן שנים, לא כיוונה אליו בהכרח דווקא את שירותי המותרות. זאת, למרות שלכאורה היה הגיון בכך ששירותים

חיוניים ירוכזו בעיקר ברובד הבסיסי, בו קיימים יותר מבוטחים ופיזור הסיכונים טוב יותר דבר שמקל גם על הנגישות של אוכלוסיות חלשות כלכלית לשירותים אלה ומוזיל עלויות. על אף שבנושא תוכנית השב"ן קיימת רגולציה קפדנית מצד המשרד (לדוגמא אופן ההתחשבות מול הסל הבסיסי, הקשר בין הרבדים, אופן הרישום ועוד) נמנע עד כה המשרד מצעדי רגולציה שמטרתם הכוונת/התערבות בסל שירותי השב"ן³², ו/או קביעת תקרה מכסימאלית של גובה הפרמיה ברובד הביטוחי הראשון של השב"ן. לכאורה, מהלך משולב שכזה עשוי לכוון לרובד הבסיסי שירותים חיוניים שטרם נכנסו לסל הבסיסי ולהשפיע משמעותית הן על מבנה תוכניות השב"ן ונגישותן לאוכלוסייה והן על ההוצאה הפרטית על בריאות.

החל משנת 2008, הוסיפו חלק מקופות החולים את שירותי רפואת השיניים לילדים לסל שירותי השב"ן. בקשתם אושרה על ידי משרד הבריאות³³. תרשים מס' 14 מדגים את תוצאות החלטה על הכללת שירותי רפואת שיניים לילדים **בסל השב"ן** של אחת מקופות החולים. ראוי להדגיש כי שירותי רפואת השיניים שאושרו חנם לילדים (שירות חיוני בהתחשב, בין היתר, בעובדה שאין לו חלופה ציבורית) נכללו דווקא ברובד העליון של השב"ן ולא בבסיסי. מהתרשים נראה בביורר הגידול בשיער ההצטרפות לשב"ן מרגע בו הוכללו בו שירותי רפואת השן לילדים. נראה שהגידול התרכז בעיקר במשפחות עם מספר גדול יחסית של ילדים.

מעבר ל'צמא' שכנראה קיים בקרב הציבור לפתרון כלשהו בתחום זה של בריאות השן, נועד התרשים להבהיר את ההשלכות שיכולות להיות להחלטה של הרגולטור שתוצאתה (הלא מכוונת) עלולה להיות 'דחיפת' מבוטחים נוספים לרובד העליון של שירותי השב"ן, כתוצאה מהגבלת שירות חיוני שכזה דווקא לסל השירותים שברובד הזה. ההשפעה של צעד שכזה על המרכיב של ההוצאה הפרטית, בתוך ההוצאה הלאומית על בריאות ועל הוצאות משקי הבית על שירותי השב"ן, ברורה.

בנוסף לאמור לעיל, סל השירותים הנוכחי בתוכניות השב"ן מעודד, לכאורה, פנייה למערכת הבריאות הפרטית. הנגישות של מבטוחי השב"ן לרפואה פרטית גורמת

32 למעט במקרה של תרופות מצילות חיים, כצעד בו חויב המשרד מכוח החוק

33 במקרה האחרון שאושר החלטה התקבלה חודשים ספורים לפני שהתקבלה החלטה הממשלה בדבר הכללת רפואת השיניים לילדים בסל הבסיסי

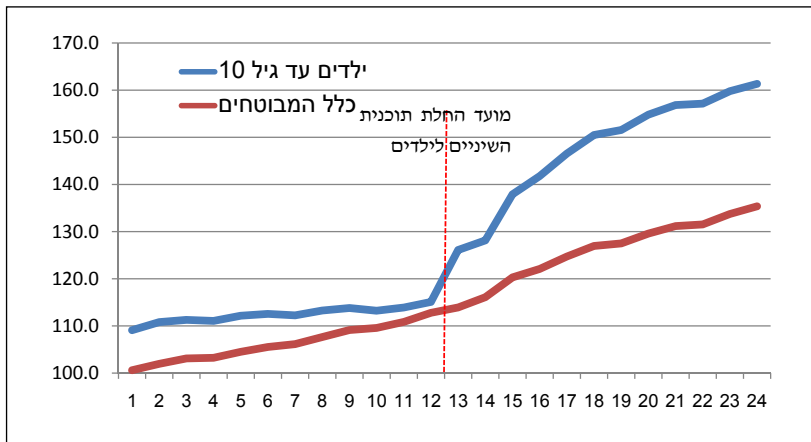
לעליית הביקושים של שירותים אלה ועלולה לעודד צמיחה של הסקטור הפרטי ולתרום למעבר של רופאים מהמערכת הציבורית למערכת הפרטית. כדי למתן השפעות אלה על המערכת הציבורית, מבלי לפגוע באפשרות של מבוטחים לבחור גם במערכת הפרטית, מומלץ לשקול צעדים דוגמת העלאת שיעור ההשתתפות העצמית של מבוטחים בשב"ן בכל הקשור לבחירת רופא מנתח מחוץ למסגרת של בתי חולים ציבוריים.

המגמות של העשור האחרון מצדיקות הערכה מחדש של מדיניות המשרד בשאלות הנוגעות לרגולציה של השב"ן, כמו גם בשאלה אם ראוי שהעקרונות החברתיים העומדים בבסיס תוכניות השב"ן ומשפיעים על אופן ניהולן (הצטרפות פתוחה, ללא תקופת אכשרה במעבר בין קופות, ובעיקר סבסוד צולב) אכן נועדו להנגיש גם שירותי מותרות, כגון ניתוחים פלסטיים.

תרשים מס' 14:

קצב הצטרפות מבוטחים חדשים לשב"ן (קופה X)

שיעור המבוטחים בשב"ן מכלל המבוטחים בקופה בתחילת הספירה = 100



מקור: אגף לכלכלה וביטוח בריאות

י. נושאי רגולציה וניהול

נקודות אור וצל בנושאי רגולציה וניהול

אור:

1. הגבלת הגידול בהוצאה של קופות החולים על פרסום ושיווק
2. שליטה בהוצאות פיתוח של קופות החולים
3. פיתוח תמריצים ומדדים להתייעלות ולתהליכי שיפור בקופות
4. רגולציה למניעת ניגוד עניינים בפעילות קופת חולים
5. פיתוח מנגנוני אכיפה
6. מיסוד כלים התערבות המדינה במצבים של חוסר איזון תקציבי משמעותי/קיצוני בפעילות קופת חולים

צל:

1. חוסר הצלחה בהעברת שירותים מהתוספת השלישית לאחריות קופות החולים וניתוק משרד הבריאות מאחריותו כספק שירותי בריאות
2. כרסום בסמכויות של שר הבריאות והרחבת סמכויות של שר האוצר
3. חוסר בהירות בקשר שבין צעדי רגולציה שנקטים בפועל למדיניות המשרד
4. בתחומים מסוימים, שימוש "יתר" ובלתי עקבי בכלי חקיקה ורגולציה
5. חוסר כלים/ הימנעות מרגולציה בנושאים הנוגעים למערכת האשפוז

במהלך שנות היישום של החוק גברה המעורבות של המדינה בנושאים הקשורים לרגולציה וניהול השירותי הבריאות בידי קופות החולים והשתנה שווי המשקל בין הגורמים האחראים על הרגולציה. דבר זה משתקף בתחומים שונים. נדגים נושא זה באמצעות הצגת עדכוני חקיקה שבוצעו בתחומים הבאים: הקניית אמצעים לאכיפה; מגמות בסמכויות שהוקנו בחוק לשרי הבריאות והאוצר; צעדים להגבלת הוצאה על בריאות; הקשר בין הקופה לתאגידים אחרים; וכן המעורבות בתקנון הקופה והדירקטוריון שלה.

הקניית אמצעים לאכיפה

סעיף 33 לחוק קבע כבר מתחילה כי קופות החולים הן גוף מבוקר כמשמעותו בסעיף 9(6) לחוק מבקר המדינה (התשי"ח-1958). כמו כן, הקופות הן גוף ציבורי החייב לקיים ביקורת פנימית, על פי האמור בחוק הביקורת הפנימית (התשנ"ב-1992). מאחר שקופות חולים מהווה גוף נתמך, שעיקר תקציבו מאוצר המדינה, הוחל עליהן החל מ-2004 גם חוק חופש המידע (התשנ"ח-1998). על אף יכולת הפיקוח הנובעת מכל האמור לעיל, ניתן לראות כי שינויי החקיקה שהתקבלו במהלך השנים הראשונות ליישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי נועדו, בין השאר, להרחיב את סמכויות האכיפה של המדינה כנגד הקופות. דוגמא בולטת לעדכון שכזה שבוצע בנוסח המקורי של החוק הוא הסמכות למנות חשב מלווה לקופה שחרגה מתקציבה או פעלה בניגוד לכללים שנקבעו בחוק [22].

הצעד של מינוי חשב מלווה לקופה אשר הפרה את חובת האיזון התקציבי, נועד לפקח על ההכנסות וההוצאות של הקופה. בסמכות החשב לאשר כל הצטרפות של עובד חדש וכל שינוי בתנאי העסקה של עובדים קיימים, הקופה מחויבת באישורו גם לכל התחייבות כספית או אחרת, שהיא נוטלת על עצמה. סמכויות החשב המלווה הוגדרו וניתן חופש פעולה לשר הבריאות ושר האוצר לקבוע תנאים שבהתקיימם ימונה לקופה חשב מלווה. החשב חויב להגיש, באופן שוטף, דו"ח על מצבה הכספי של הקופה לשרי הבריאות והאוצר.

דוגמאות לאמצעים אחרים שהוספו לחוק: שר הבריאות ושר האוצר רשאים להגביל את מספר המצטרפים לקופה אם זו לא עמדה בחובת האיזון התקציבי; התווספה גם הרשאה לשר הבריאות לפרסם ברבים את ממצאי הוועדה שמונתה על-ידו לבחינת מצב הקופה; אם תוך 14 יום לאחר פרסום ממצאי הוועדה לא תוקן הלקוי - רשאי השר לפטר "נושא משרה" (נוסח קודם היה "חבר הנהלה"); למנות לקופה חשב מלווה; להקפיא פעילות פרסום ושיווק של קופה; לעכב כספי מקדמות; וכן להורות על הקפאת תוכניות הפיתוח של הקופה. כאמור, כל אלה הינן סמכויות **שהתווספו** לאלה שנקבעו, מלכתחילה, בסעיף 37 לחוק המקורי. בנוסף לסמכויות האכיפה הנ"ל, בוצעו בחוק עדכון שהגביר את יכולת האכיפה

בכל הקשור להחלטות נציבות התלויות במשרד הבריאות לעניין חוק הביטוח בריאות ממלכתי. גוף זה הוגדר והוסדר בחוק עם החלתו ב־1995. עדכון שבוצע בשנת 2006 [65] אפשר לנציב/ה להכריע בחילוקי דעות בין קופה למבוטח באופן שקביעת הנציב לא תישאר בגדר הבעת דעה/חוות דעת (דבר שיש לו השפעה מסוימת אם השאלה מובאת בסופו של דבר לערכאה שיפוטית), אלא הוקנתה סמכות למנכ"ל משרד הבריאות, במצבים בהם הנציב הכריע לטובת מבוטח, אך הקופה לא נענית להכרעתו, להורות לשלם למבוטח את המגיע לו ולקזז את ההוצאה מהסכומים המועברים לקופה במסגרת ההקצאה השוטפת לקופת החולים (מהמוסד לביטוח לאומי). לדוגמאות נוספות לסמכויות אכיפה, ראה להלן בפרק 'צעדים להגבלת ההוצאה'.

מגמות בסמכות שהוקנתה לשרי הבריאות והאוצר

בנוסח המקורי של החוק ניתנו לשר הבריאות סמכויות כמעט בלעדיות במרבית התחומים. דבר זה ביטא במידה מסוימת את הדומיננטיות שהייתה למשרד הבריאות בהליכי החקיקה, שהובילו לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מאוחר יותר, חל כרסום בסמכויותיו של שר הבריאות. הדבר קשור כנראה לנושאים בגינם התבקשו שינויי החקיקה, וכן לעובדה שמרבית שינויי החקיקה שבוצעו במהלך העשור הראשון לחוק נעשו במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה להסדרת יעדי התקציב השנתיים (תקציב המדינה), הליך אשר מובל על ידי משרד האוצר.

מהמועד בו החלו להתבצע שינויים בחקיקה שבגינם צריך היה לקבוע סמכות ביצוע, נקבע בדרך־כלל, כי ההחלטה תתקבל במשותף על־ידי שרי הבריאות והאוצר (ולעיתים שותפו בהחלטה גורמים נוספים). כך לדוגמא, בהקשר לנוסחת הקפיטציה, לפיה מחולק ה"סכום לחלוקה" בין קופות־החולים, הסמכות לקבוע את המשקלות בנוסחה, בנוסח המקורי של החוק, ניתנה לשר הבריאות, באישור ועדת העבודה והרווחה בכנסת. מאוחר יותר נקבע, כי שינוי המשקלות בנוסחה זו ייעשה על־ידי שר הבריאות בהסכמת שר האוצר, לאחר התייעצות עם שר העבודה והרווחה ובהסכמת ועדת העבודה והרווחה בכנסת [22].

דוגמא נוספת נוגעת לכללים לפיהם תבצע התקשרות בין שתי קופות חולים [22]. בעניין זה, על אף שבנוסח המקורי של החוק, לא נדרש שר הבריאות להסכמת שר האוצר, הרי שבתיקון לחוק נקבע, כי הוראות מעבר לעניין כללים ותנאים להקמת תשתיות בפריפריה וכן לעניין מכירת שירותים בין הקופות ייקבעו המחירים על ידי שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר. גם בעניין הגבלת ההשקעה בתשתיות בפריפריה (ישובים עד 10,000 נפש), החוק עודכן תחילה [12] באופן שאפשר לשר הבריאות לקבוע איזה מהקופות יפעילו מרפאות ביישוב קטן מ-10,000 נפש ולאיה תקופה (תוך התחייבות לספק שירותים לחברי הקופות האחרות באותו ישוב), אולם קביעת הכללים על פיהם תתבסס ההחלטה, הוטלה במשותף על שרי הבריאות והאוצר. כאמור, הוראה זו שבצידה גם אחריות מסוימת של שני משרדי ממשלה אלה על פריסת השירותים בישובים קטנים, הוסרה מאוחר יותר מהחוק [59].

בנוסח המקורי של החוק, הוקנתה לשר הבריאות סמכות לאשר לקופת-חולים להחזיק באמצעי שליטה בתאגיד אחר כלשהו. יוזמה מאוחרת יותר קבעה כי שרי הבריאות והאוצר הם שיקבעו את התנאים למתן היתר לקופה להתקשר במיזם עם גורם אחר. סמכות משותפת של שני השרים, נקבעה גם באשר למתן היתר לקופת חולים לתת אשראי או לערוב לחוב של אחר, או לרכישת שליטה של קופה בתאגיד אחר [22], וכן בתיקון מאוחר יותר שמאפשר, בתנאים מסוימים, התקשרות שכזו עם תאגיד אחר, אף אם פעילותו אינה בתחום הבריאות [66]. גם במרבית עדכוני החקיקה שעסקו בפעילות אכיפה, הותנתה הסמכות שהוענקה לשר הבריאות בהסכמת שר האוצר. כך הדבר בכל הקשור לסנקציות כלפי קופת חולים שלא עמדה בחובת האיזון התקציבי, כגון הגבלת מספר המצטרפים לקופה, הקפאת הפיתוח של הקופה, וכן מינוי חשב מלווה לקופה. תלות בשר האוצר נקבעה גם בהקשר לקביעת התקרה השנתית להכנסות הקופה מתשלומי חברים, אשר ישמשו כחלק ממקורות המימון; בקביעת כללי הקפינג להגבלת הוצאות הקופה על שירותי בתי החולים; וכן לגבי הסמכות, שהוענקה לשר הבריאות, לקבוע הוראות מעבר לעניין היקף ההוצאה השנתית של הקופה לצורכי פרסום ושיווק ולעניין דרכי החזקה והשקעה של נכסי הקופה. גם סמכותו של השר לשנות את סדרי התשלומים של מבוטח בגין תרופות שכלולות בצו, נמחקה [12,22]. סמכות

שהוענקה לשר הבריאות לבצע "שחלוף" בסל השירותים בין תרופות שונות ובלבד שצד זה לא יוסיף לעלות הסל, הותנתה גם היא באישור שר האוצר [23].

החוק הגדיר למבוטח חדש שקיבל סטטוס של "תושב", זכאות להחזר כספי בגין שירותי בריאות שניתנו לו בתקופה שמיום הגשת הבקשה לתושבות³⁴, ועד למועד בו ניתנה הודעת הביטוח הלאומי בדבר התושבות. גם כאן, נקבע כי זכאות זו תתבסס על כללים שיקבע שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר (ובסכום שתקבע ועדה שנקבעה לצורך זה) [28,63].

בעניין אחד **הורחבו** סמכויותיו של שר הבריאות על חשבון סמכויות שהיו מוקנות בלעדית לשר אחר (האוצר). זאת, בכל הקשור לתכניות לשירותי בריאות נוספים, המוצעת על-ידי הקופה לחבריה (שב"ן). כאמור, במסגרת חוק ההסדרים לשנת 1998 בוצע שינוי בסעיף 10 לחוק ומאותו מועד לא הוגדרו עוד תכניות הביטוח המשלים של קופות החולים כתכנית 'ביטוח', כמשמעותן בחוק הפיקוח על עסקי ביטוח. תוכניות ביטוח כפופות לממונה על שוק ההון, הביטוח והחיסכון במשרד האוצר. הוצאת תוכניות אלה מגדר תוכניות ביטוח גררה את הקביעה כי שר הבריאות הוא שרשאי לקבוע כללים להפעלת תכנית השב"ן ונשמטה הדרישה הקודמת ממנו להתייעץ בעניינים אלה עם שר האוצר [12].

אותם עדכוני חקיקה אשר במסגרתם הוענקו לשר הבריאות סמכויות בלעדיות (ללא התניה בהסכמת אחרים) קשורים לסעיפי חקיקה שעסקו בניהול ענייני קופות-החולים. אשור תקנון קופת-חולים וכן סמכויות האכיפה בכל הקשור לתקנון זה, יכולים להוות דוגמא מאפיינת לכך [19]. כמו כן, ניתנה לשר הבריאות הסמכות להורות למוסד לביטוח לאומי לעכב כספים המגיעים לקופה, שלא מסרה למשרדו את הנתונים הנדרשים לו³⁵ [22]. דוגמא נוספת נוגעת לחובת הדיווח הנדרשת מאנשים שתרמו לקופת חולים או לאיגוד בריאות (הוראת שעה מיולי 2008).

34 או מיום תחילת התושבות, לפי המאוחר ואף זכאות להחזר כספי בגין שירותי בריאות שקיבל בישראל בתקופה שקדמה בששה חודשים למועד הגשת הבקשה או אישור התושבות (המאוחר מביניהם)

35 עד למועד העדכון חלה על הקופה חובת העברת מידע רק למוסד לביטוח לאומי:

עדכונים שהתייחסו לסמכויות של שר הרווחה והשירותים החברתיים (בנוסח המקורי של החוק - שר העבודה והרווחה) היו בעיקרם טכניים ונועדו להגביר את מעורבותו בעניינים הקשורים לרישום חברים בקופות-החולים, בהשוואה לזו שהיתה על פי הנוסח המקורי של החוק [52] וכן בכל הקשור לגביית דמי ביטוח בריאות בידי המוסד לביטוח לאומי. כך לדוגמא, נקבע במסגרת אותו עדכון כי הכללים בדבר ההודעה על רישום בקופה ומועד כניסת הרישום לתוקף ייקבעו על-ידי שר הבריאות, בהסכמת שר העבודה והרווחה. אותו תיקון בחוק, הקנה גם סמכות לשר העבודה והרווחה להתקין תקנות בנושא גביית דמי ביטוח בריאות, חלוקתם והעברתם לקופות-החולים, למשרד הבריאות ולמועצת הבריאות (עד לאותו שלב הייתה נתונה סמכות זו לשר הבריאות, בהסכמת שר העבודה והרווחה). תחום נוסף בו הורחבו סמכויותיו של שר העבודה והרווחה, מעבר לאמור בחוק המקורי, היה הצורך בהתייעצות עמו בחישוב ההקצאה לפי נוסחת הקפיטציה [22].

בתיקון מאוחר יותר נקבע גם כי שר העבודה והרווחה, באישור שרי הבריאות והאוצר, הוא שיקבע כללים לביצוע התשלום המיוחד ("כופר", כתחליף ל'תקופת המתנה' שנקבעה לתושב שנעדר מישראל תקופה העולה על שנתיים ימים) [67].

ניתוח שינויי החקיקה הנוגעים לסמכויות המוקנות לשרים השונים, מעיד על כך שחל כרסום בסמכויות שר הבריאות; עיקר השינויים הנוגעים לסמכויות בלעדיות שהוענקו לשר הבריאות התמקדו בנושאים הקשורים לניהול ענייני קופת-חולים, לתקנון הקופות ולתכניות השב"ן; מנגד, חלה הרחבה ניכרת בסמכויותיו של שר האוצר; לשר העבודה והרווחה הוענקו סמכויות שנגעו בעיקר בנושאים הקשורים למידע ולפעילות של המוסד לביטוח הלאומי.

צעדים להגבלת ההוצאה במערכת הבריאות

בנוסח המקורי של החוק לא הושם דגש על הקניית יכולת למשרדי הבריאות והאוצר לווסת ולשלוט בגובה ההוצאה על שירותי הבריאות. חלק מעדכוני החקיקה אפשרו בהמשך הקמת מנגנונים שתכליתם שליטה טובה יותר בהוצאות

קופות החולים. כך לדוגמה בשנת 1997 בוצע עדכון [22] שקבע כי שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, רשאי לקבוע הוראות (מעבר) לעניין היקף ההוצאה השנתית של הקופה לצרכי פרסום ושיווק. תיקון דומה חל לעניין הוצאות הקופה להקמת תשתיות (הוצאות פיתוח) ולעניין מכירת שירותים בין קופות חולים. התיקון קבע כי יש להגיש את תקציב הפיתוח לאישור שרי הבריאות והאוצר והוגדרה בו גם מתכונת הגשת התקציב. באותה מסגרת נקבעו בחוק גם סנקציות ועונשים כנגד קופה שלא הגישה את תקציב הפיתוח לאישור השרים או שחרגה מהתקציב שאושר - נקבעו קנסות וכן ניתנה סמכות לשרים להורות על הקפאת הפיתוח. בשנת 1998 נקבע כי שר הבריאות בהסכמת שר האוצר רשאי לקבוע כללים בדבר דרכי פרסום ושיווק וכן תקרת הוצאה שנתית לעניין זה [12]. הוראת שעה מפברואר 1999 נתנה בידי השר גם את האפשרות (במסגרת סעיף 37(ב1)(א1) לחוק) להקפאת כספים המיועדים לפרסום ושיווק של הקופה, כחלק מהסנקציות נגד קופה [28]. בשנת 2002 הורחב השימוש בכלי זה (הקפאת תקציב השיווק והפרסום) גם למצבים בהם חרג הדירקטוריון מהכללים שנקבעו בחוק [36]. ניתן לראות אם כן שבמהלך השנים נקבעו תקרות הוצאה והתהדקה יכולת השליטה של המדינה בהוצאת הפיתוח ובהוצאות הפרסום והשיווק של קופות החולים. יש להבהיר כי עקב שינויים שחלו במהלך השנים בהגדרות ובאופן הסדרי ההתחשבות הפנימיים של קופות החולים בין הסל הבסיסי והשב"ן, להשוואה של נתונים על רמת ההוצאה לנפש בין השנים, לפי סעיפי ההוצאה הנ"ל יהיה ערך מוגבל ולכן קשה להדגים את ההשפעה הרב-שנתית של צעדים אלה על ההוצאה.

ההוצאה על שירותי בתי החולים היוותה מאז ומתמיד את החלק הארי בהוצאות קופות החולים. במחצית הראשונה של שנות ה-90 היא עמדה על כ-44 אחוז וב-1995 היא גדלה לכ-45 אחוז מההוצאה הלאומית. מצב זה, הביא להכרה בצורך לנקוט בצעדים שיאפשרו בלימת ההוצאה בתחום זה. לאור זאת, נקבעה תקרת הוצאה בבתי החולים הממשלתיים. בשנתיים הראשונות להסדר נקבעה תקרת הוצאה אחידה לכל אחת מהקופות בכל בתי החולים הממשלתיים, עד אותה תקרה התשלום לפי התעריף הרגיל, ומעליו הקופה מקבלת 100 אחוז הנחה, היינו היא לא משלמת בגין שירותים שנצרכו בפועל מעל התקרה (אלפא=0). החל משנת 1996 הצטרפו למודל גם בתי חולים של קופת חולים כללית וחלק מבתי החולים

הציבוריים-פרטיים, כשהמודל עצמו עודכן, כך שלכל קופה נקבעה תקרת צריכה שונה. ההסדר בין קופות החולים לבתי חולים שונה פעם נוספת בשנת 1997 - על פי השיטה החדשה, נקבעה תקרת צריכה נפרדת לכל קופה בכל בית חולים (פרטנית) והתעריף מעל לתקרה נקבע כתשלום 50 אחוז מהתעריף (אלפא=50). התקרה נקבעה לפי נוסחה שהביאה בחשבון את הצריכה של הקופה באותו בית חולים בשנה הקודמת ואת הגידול במספר המבוטחים של הקופה. במסגרת חוק ההסדרים, לשנת 2002 הפך ההסדר להיות מחייב לכל בתי החולים הכלליים-ציבוריים, התקרה נקבעה על בסיס צריכה בפועל בשלוש שנים קודמות, הוגדר מנגנון עדכון ריאלי המביא בחשבון את גידול האוכלוסיה ובנוסף ניתנה לכל קופה האפשרות להגיע להסדר פרטני עם כל בית חולים, דבר שאיפשר להגיע להסכמים גוברי קפ- וכן לקבוע תעריף מוזל מעל תקרת הצריכה שנקבעה (נמוך מ-50%). כושר המיקוח של קופות החולים ויכולתן לווסת חולים מבית חולים אחד למשנהו, הביאו להפחתה ניכרת בתעריפי ה-cap. כמו כן, השיגו הקופות, במרבית המקרים, הנחות נוספות, מעבר לנוסחה האמורה. מצב זה הוביל לכך שבשנת 2005 הנהיגו "רצועת הנחות" כך שמעל תקרת הצריכה הפרטנית ובתוך תחום הרצועה (עד ערך של 113 אחוז) האלפא עמדה על 30 אחוז מהתעריף ואילו בגין צריכה מעל שיעור זה התשלום נקבע על 50 אחוז מהתעריף (בניסיון להקטין תמריצים לקופות לוויסות מלאכותי של שירותים בין בתי החולים). בשנת 2008 הוחלט לבסס את הנוסחה על בסיס מחירי נטו (היינו תעריפים אחרי כל ההנחות שקיבלה הקופה), נקבעה רצועת מינימום מתחתיה תחויב הקופה בתשלום מחצית העלות שבין הצריכה בפועל ל-90% מעלות סכום התקרה שנקבעה לקופה בבית חולים זה. כמו כן, הוחלט לפעול להוצאת שירותים אמבולטוריים מחוץ להסדר ה-cap [68].

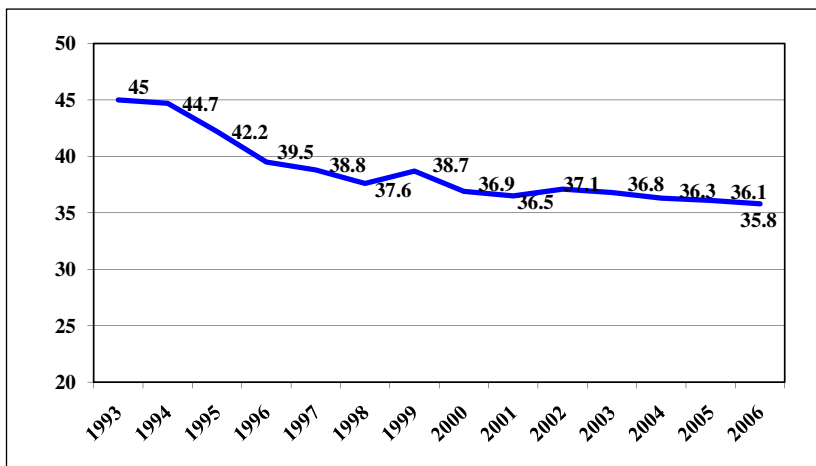
השינויים התכופים ברגולציה בתחום זה וכן לחצים, הן מצד קופות החולים והן מצד בתי החולים, השפיעו על ההתנהגות הן של הקופות והן של בתי החולים. כך לדוגמה המנגנון יצר לקופות תמריצים שונים בהקשר למידת ההשקעה בפיתוח מנגנוני הבקרה שלהן, וכן על ההחלטה אם לפתח שירותי מומחים עצמיים בקהילה או להשתמש בשירותי מרפאות החוץ של בתי החולים. בתי החולים הגיבו, בהתאם לתמריץ הכלכלי בכל זמן נתון, ביצירת תורים מלאכותיים, קיום

הסדרים פרטניים עם קופה, הוצאת שירותים אל מחוץ לקפ, והכוונת מבוטחים לרכוש טכנולוגיות יקרות בקופה. עם כל זאת, תרמו צעדים אלה במקביל לצמצום משמעותי בהוצאה הלאומית על מחירי בתי החולים.

השילוב של מגמה זאת יחד עם המשך המגמה של העברת הדגש של הקופות לעבר מתן שירותים בקהילה, הביאו לירידה כללית באחוז ההוצאה המופנה לבתי חולים. כך לדוגמא, ההוצאה על בתי חולים ומחקר שעמדה ערב החוק (לפני שנת 1995) על למעלה כ-44 אחוזים מההוצאה הלאומית, ירדה באופן עקבי ובשנת 2006 היא עמדה על שיעור של 35.8 אחוזים בלבד (תרשים מס' 15).

תרשים מס' 15:

מגמות בהוצאה על שירותי בתי חולים ומחקר כאחוז מההוצאה הלאומית על בריאות 1993-2006



מקור: לשכה מרכזית לסטטיסטיקה

בינואר 2008 בוצע עדכון חקיקה שנתן בידי שרי הבריאות והאוצר (באישור וועדת הכספים של הכנסת) לקבוע בצו את היקף ההוצאה המירבית שרשאית להוציא

כל קופת חולים, מידי שנה, ממקורות המימון המפורטים בסעיף 13 לחוק, לצורך רכישת שירותי אשפוז מכלל בתי החולים הפרטיים וכן את הכללים לפיהם יוסדר נושא זה [24].

תחום נוסף אשר קיימת לו השפעה על ההוצאה הפרטית במערכת הבריאות, היה תוכניות השב"ן. כזכור, בהמשך לשינוי חקיקה שבוצע ב־1998 (תואר קודם לכן – ראה בפרק הדן בתוכניות השב"ן וכן בהוצאה הפרטית). התפתחו שירותי השב"ן בצורה ניכרת וההוצאה בגינן עלתה באופן תלול, דבר שהשפיע על הוצאות משקי הבית ועל שיעור המימון הפרטי בתוך ההוצאה הלאומית על בריאות. על אף שתחום השב"ן אכן התאפיין במהלך השנים בפעילות רגולטיבית רבה מצד משרד הבריאות, נמנע עד כה המשרד מרגולציה שמטרתה שליטה טובה יותר בהוצאה הפרטית. נושא זה כאמור הפך במהלך השנים להיות המרכיב השני בחשיבותו בהוצאות משקי הבית על בריאות. המרכיב הראשון בהוצאות משקי הבית הוא רפואת שיניים וגם כאן, להחלטה/מדיניות שנקט המשרד במהלך השנים בכל הקשור להכללה/אי הכללת של שירותי בריאות השן בסל הממלכתי, קיימת השלכה על ההוצאה הפרטית לבריאות כאחוז מההוצאה הלאומית.

הדוגמאות שהוצגו נועדו להבהיר כי להחלטות שבשליטת משרד הבריאות (או הימנעות מהן), בדבר צעדי מדיניות ורגולציה, יש השפעה רבה, הן על ההוצאה הציבורית והן על ההוצאות משקי הבית ועל ההוצאה הפרטית על בריאות. לכך ניתן כמובן להוסיף את מדיניות המשרד בכל הקשור להשתתפויות עצמיות של מבוטחים בשירותי בריאות.

קשר עם תאגידי אחרים

עקב חששו של המחוקק מפני מצב בו קופת-חולים תיקח על עצמה סיכונים כלכליים לא סבירים, כלל החוק כבר מתחילתו את סעיף 29 הנוגע לשליטה של הקופה בתאגיד אחר. סעיף זה הורחב במהלך השנים במטרה להבטיח מפני ניגודי עניינים ולמנוע מצבים בהם הקשר עלול לפגום ביכולת הקופה לספק שירותי בריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי או לסכן את האיזון התקציבי של

הקופה. לשם כך, נוסחו במהלך תקופת היישום של החוק כללים שתכליתם לוודא שכספי מקורות המימון המוקצים לקופות־החולים מכוח החוק ישמשו למטרות החוק בלבד, כדי למנוע פעילות שעלולה לסכן את יכולת הקופה לספק שירותי בריאות למבוטחיה. מרבית העדכונים הנוגעים לעניין זה נועדו להסדיר את ההתקשרות שבין הקופה לתאגיד אחר. כך, למשל, עודכן החוק באופן שאינו מאפשר לקופה לרכוש שליטה בתאגיד אחר או להתקשר במיזם עם גורם חיצוני, אלא אם התקיימו התנאים והקריטריונים אשר פורטו בסעיפי החוק השונים [22]. כן נאסר על הקופה לתת אשראי או לערוב לחוב של אחר אלא אם ניתן לכך היתר משרי הבריאות והאוצר, והוגבלה יכולת הקופה להשקיע או לפעול מחוץ לישראל.

במסגרת חוק ההסדרים לשנת 2009 בוצע שינוי בחקיקה המאפשר לקופה להקשר עם תאגיד שעיסוקו **אינו** בבריאות אלא בשירותים לוגיסטיים, ובלבד שמטרת הקשר היא לסייע לה במילוי התחייבויותיה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בהצעת החוק הוצגה דוגמא של שירותי מכבסה) [66].

מעורבות בהרכב הדירקטוריון ותקנון הקופה

מאז החלת החוק נוגעת המסה העיקרית של עדכוני החקיקה לנושאים שעניינם הניהול השוטף של קופת־חולים. כך לדוגמא, התייחסו חלק מהעדכונים למוסדות של קופת־החולים, לתקנון הקופה ולאבטחת זכויות המבוטחים באותו תקנון. לחוק התוסף פרק שלם העונה על צורך זה שכותרתו "כללים לניהול ענייניה של קופת־חולים" [22]. העדכונים הנוגעים לתקנוני קופת־חולים טעונים אישור שר הבריאות, ניתנה לשר סמכות שלא לאשר שינוי בתקנות, העלול לפגוע באפשרות לניהול תקין ועצמאי של הקופה. למשל נקבע, שההוראות בתקנות הנוגעות לדירקטוריון, למוסדות הקופה, להרכבם ולסמכויותיהם, טעונים אישור שר הבריאות בעוד שכל שינוי אחר, די אם יובא לידיעת השר.

מתוקף עדכון חקיקה זה, השר רשאי לאסור על קופת־חולים לקבל חברים חדשים כל עוד לא תוקן ליקוי בתקנון. בהסבר שניתן להצעת החוק טרם אישורו, הובהר

כי מטרות השינויים הינן להתאים את תקנון הקופה להוראות החוק, להבטיח את עיקרון עצמאות הקופות, ייצוג חברי הקופה במוסדותיה, דרכי מינוי, סמכויות וכו'. עם זאת מעיון בסעיפים שהופיעו בהצעת החוק [69] **ולא אושרו** בנוסח הסופי, היה ניסיון להכליל בדירקטוריון של כל קופה נציגים מטעם שרי הבריאות והאוצר, דבר שלטענת הקופות יכול היה להביא לפוליטיזציה של הדירקטורים ופגיעה בייצוגיות החברים בהרכב הדירקטוריון. ניסיון נוסף להשפיע על הרכב הדירקטוריון עלה במסגרת **הצעת** החוק להבראת כלכלת ישראל 2003-2004 [15]. גם יוזמה זו לא צלחה. ניסיון נוסף, שהיה במסגרת חוק ההסדרים 2009 [55], לא צלח גם הוא.

דיון

א. מה היו המטרות במערכת הישראלית ולאן הולכים / המגמות העיקריות המסתמנות

במחקר שניחת בעבר מגמות ברפורמות של ארבע מדינות לא נמצאו ממצאים חד משמעיים המצביעים לכאורה על כך שרפורמות שהונהגו שם לאחרונה במערכת הבריאות, פגעו באופן משמעותי בסולידריות החברתית על היבטיה השונים [70]. ממצאי העבודה הנוכחית מצביעים על האפשרות שבישראל התמונה שונה. בבחינת מאות הסעיפים אשר עודכנו במהלך התקופה בה יושם חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל והנתונים הנוספים שהוצגו בעבודה זו, ניתן לומר כי הרפורמה אכן מימשה רבות ממטרותיה. חוק ביטוח בריאות הינו אחד החוקים החברתיים ביותר בישראל אשר מקנה בחקיקה את הזכות הבסיסית לבריאות. עם זאת, חלק מהמטרות טרם הושגו ובמקביל לכך חל כרסום חלקי בעקרונות חברתיים שעמדו בבסיס הרפורמה. בנספח ב' מוצגים במרוכז נקודות ה"אור" העיקריות ולצידן הצללים שליוו את הרפורמה במהלך שנות יישומה והאתגרים להמשך הדרך. כדוגמא, להישגים ניתן להציג את הבטחת חופש המעבר בין קופות החולים, ניתוק הקשר שבין חובת התשלום של דמי ביטוח בריאות לבין הזכות לשירותי בריאות, קביעת סל שירותים בסיסי-מחייב, צמצום האפשרות לגריפת שמנת של קופות החולים, הבטחת מקור מימון מסומן למערכת הבריאות, קביעת עלות

הסל ומחויבות, מעוגנת בחוק, להקצאתו מידי שנה, מחויבות המדינה להשלמת עלות הסל, מיסוד מנגנון לעדכון שנתי של ההקצאה למימון סל השירותים ושיפור השליטה בהוצאה לבריאות (והגברת היעילות של המערכת). מאידך, לצד כל אלה ניתן לזהות מספר בעיות/צללים שהתעוררו במהלך הדרך ואלה מהווים אתגרים של מערכת הבריאות לשנים הבאות. להדגמת העיקריות שבהן ניתן להציג את העובדה שמקור המימון הבטוח ("מסומן") מכסה חלק קטן יחסית מעלות סל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תוספת שנייה ושלישית), המדד לפיו מבוצע העדכון השנתי של עלות הסל לקופות, לא משקף את ההתייקריות הריאליות בשוק הבריאות וכתוצאה מכך נשחקת בהתמדה ההקצאה למימון עלות הסל, התחרות על הסל הבסיסי לא מומשה ולמרות חופש המעבר של מבוטחים בין קופות החולים, שיעור המעברים קטן יחסית. כל זאת, בנוסף לעובדה שהוראות החוק להעברת שירותים שבתוספת השלישית טרם מומשו (15 שנה לאחר החלת החוק). בנוסף, חל גידול משמעותי במימון הפרטי במערכת הבריאות ככלל ובהשתתפויות העצמיות של מבוטחים בפרט, ומנגנוני הגנה על אוכלוסיות חלשות (בהקשר לפטור או הנחה מתשלומי השתתפות עצמית) נשחקו, דברים אלה פגעו בנגישותן של אוכלוסיות אלה לשירותי בריאות בסיסיים [71]. הנגישות של מבוטחים למידע בדבר זכויותיהם בסל הבסיסי אינה טובה עדיין ויתכן שהדבר קשור לעובדה שנושא זה לא זכה לביטוי מודגש בחקיקה ראשית או משנית, ביטול הסעיף הנוגע לכך בחוק תרם כנראה לכך שטרם נקבעו סטנדרטים של נגישות וזמינות של שירותי בריאות, בעיקר בפריפריה. כמו כן, טרם נקבע מנגנון לעדכון עלות הסל לצורך הרחבת סל השירותים והטכנולוגיות.

בהקשר לנקודה זו האחרונה (תוספת התקציב המיועד להרחבת סל השירותים הבסיסי), קיימות למעשה שתי שאלות נפרדות. האחת, האם ראוי שיהיה מנגנון, מעוגן בחוק, המבטיח הקצאה שנתית למטרה זו, והשנייה, מהו המנגנון המתאים לכך. אשר לשאלה הראשונה, ישראל נמצאת בחזית המדינות המערביות מבחינת קצב הכללת טכנולוגיות חדשות ונראה שאין חילוקי דעות על כך שראוי לשמר את איכות שירותי הרפואה ברמה הגבוהה המאפיינת את המערכת, ולכן יש מקום לעגן בחקיקה את החובה של המדינה להקצות מידי שנה סכום שיועד להרחבת השירותים בסל הבסיסי. עם זאת, באשר לשאלה השנייה, ראוי לשקול

אם מנגנון העדכון של הקצאה זו אמור אכן להתבסס על שיעור קבוע מעלות הסל של הקופות (כפי שמוצע זה שנים רבות)³⁶. למנגנון מסוג זה קיים יתרון ברור למערכת הבריאות. זאת, מאחר וסל השירותים עצמו וכן העלות הנדרשת לאספקתו מובטחים כאמור בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ואינם מושפעים באופן ישיר מהמצב הכלכלי של המשק בכל שנה נתונה, ולכן כל הקצאה שתיגזר מסכום זה תישמר לאורך שנים ברמה קבועה יחסית. שמירת עלות הסל במונחים ריאליים היא אכן מטרה חשובה שעוגנה בחוק (גם אם באופן לקוי). מאידך, שיעור העדכון השנתי של ההקצאה **להרחבת** הסל משקף את **הקצב**³⁷ בו אמור להיות מורחב סל השירותים הבסיסי. נושא זה אכן חשוב ביותר, אולם הוא "מתחרה" במטרות חברתיות ראויות אחרות אותן חפצה הממשלה לקדם - בחינוך, בתעסוקה, ברווחה ובנושאי בריאות אחרים. ההשקעה של המדינה להקצאת תוספות לשירותים החברתיים מותנית במגבלות של תקציב המדינה, שלעצמו מושפע ממצבו של המשק הישראלי בכל שנה נתונה. לאור זאת, ראוי אולי לשקול לאמץ מנגנון לעדכון השנתי של התוספת המוקצית להרחבת סל שירותי הבריאות אשר יתבסס על אינדיקטור המשקף את הפעילות הכלכלית במשק בכל שנה (לדוגמא תוצר לנפש)³⁸. יתכן שגישה שכזו תגביר את הסיכוי לעגן בחקיקה את עמם הזכות של מערכת הבריאות להרחבה שנתית של סל שירותי הבריאות.

נראה שבמהלך השנים מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי גברה יכולת הרגולציה של משרדי הבריאות והאוצר ומתבצעת הסדרה אקטיבית במערכת הבריאות ככלל ובקרב קופות החולים בפרט. דוגמאות אחדות לכך, הם צעדים שהגבירו את יכולת השליטה בהוצאה, הגברת יכולת האכיפה, מעורבות בניהול הקופות והסדרת הכללים בכל הקשור להפעלת תכניות השב"ן. חלק מהצעדים שננקטו על ידי המחוקק הביאו ליצירת תלות מוגברת בתקציבי המדינה, אולם אפשרו גם מעורבות מוגברת של משרדי הבריאות והאוצר בתהליכים ארגוניים המתרחשים/נדרשים מקופות החולים - אלה מהווים פעמים רבות תנאי להעברת

36 יש הנוקבים בכ"2 אחוז מעלות הסל לקופות כ"600 מיליון ₪ בשנה.

37 מדובר בקצב העדכון והיקפו, ולא בעצם הצורך בעדכון שהוא נושא שלא שנוי במחלוקת

38 סכום הבסיסי ייקבע ע"פ שיעור מוסכם מעלות הסל בשנת המוצא ומאותו מועד הסכום יקודם

ע"פ המנגנון המוצע

תקציבים (הסכמי תמיכה). לחץ שכזה על קופות החולים יכול לשמש לעיתים זרז לצעדי התייעלות שהשלכותיהם לא תמיד מיוחסות לצעדים הראשוניים. כך לדוגמא, לחץ תקציבי על קופות החולים בשנים הראשונות ליישום החוק, זרז את החלטתן להעלות את היקף ואת רמת המחשוב שלהן, ולחייב את כל הרופאים לעבוד באופן ממוחשב. מעבר לשליטה התקציבית הטובה יותר שהשיגו הקופות בעקבות צעד זה, היו לכך ההשלכות רבות נוספות. הדבר הוביל להרחבת האפשרות של הקופה לפתח את איכות השירותים, מעקב אחר היענות הרופאים ל-"clinical guidelines", פיתוח ומעקב אחר מדדי איכות - הן ברמת הרופא והן ברמה קבוצתית של אוכלוסיות יעד מקרב המבוטחים ועוד. קופות החולים אכן עברו במהלך השנים תהליך עמוק של התייעלות שאת חלקו ניתן לייחס לתהליכים פנימיים שהתרחשו או שיכלו להתרחש עצמאית בקופות, אולם, נראה שהלחץ התקציבי תרם להאצת תהליכים אלה. עם זאת, לחץ גדול מדי, לאורך זמן, עלול להביא לשחיקה תקציבית כזו שבשלב מסוים תפגע באיכות השירות הניתן למבוטח. לפיכך מציאת נקודת האיזון בין השאיפה להתייעלות לבין המשך פעילות המערכת ברמת האיכות הגבוהה המאפיינת אותה זה שנים רבות, היא אתגר חשוב ביותר שראוי לבחינה משותפת של משרדי הבריאות והאוצר.

הגברת יכולת הרגולציה, לא מהווה ערבות לקיומה של רגולציה מושכלת, שהינה פרי של השקפת עולם ומדיניות ברורה. לאופי הרגולציה המתבצעת יש השלכות רבות על תפקוד המערכת. במאמר זה הוצגו דוגמאות ליכולת שיש למשרד הבריאות, ולא רק למשרד האוצר, באמצעות כלי מדיניות ורגולציה להשפיע משמעותית על שיעור ההוצאה הפרטית על בריאות (ראה לדוגמא שב"ן ורפואת השיניים). מאידך, עודף רגולציה ומעורבות חקיקתית עלולים לעיתים לשמש תחליף לכלים ניהוליים. צעדים שהצטיירו ככאלה במהלך השנים האחרונות, כגון בסוגיות הנוגעות להרכב סל שירותי השב"ן (בחירת רופא ותרופות מצילות חיים), וכן הליך רישום תרופות, מחייבים המשך מעקב, כדי לוודא האם מדובר במגמה או באירוע חולף.

ב. היבטים הקשורים להליכי שינוי במדיניות ציבורית

הדרך בה מבוצעת רפורמה והשינויים המתבצעים בה בשלבי היישום, תורמים לעיצוב התוצאה הסופית. מידת ההשפעה של גורמים שונים על חקיקת הבריאות בשלבים הראשונים של הרפורמה נזכרה בעבר במחקרים שונים [73-72,8]. שם תואר כי טרם חקיקת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי בישראל היתה התלבטות בין קובעי המדיניות בדבר השיטה המועדפת ליצירת שינוי במערכת הבריאות. ההתלבטות היתה בין שימוש בחקיקה רדיקאלית הגורמת לשינוי מהותי במערכת הציבורית לבין הגישה האינקרמנטליסטית - המבוססת על סדרה של צעדים קטנים ועקביים שמהווים בסופו של דבר מנוף לאימוץ מדיניות חדשה. נבחרה בישראל הגישה הראשונה, בניגוד לעמדה שהציג באותה עת משרד האוצר. בשלב בניית מדיניות ציבורית, קיימת חשיבות רבה ליצירת קואליציה אשר תומכת במדיניות ואשר תלווה אותה במהלך היישום. חוקרים אחדים [74] הדגישו את החשיבות של טיפול בנושאים כגון מדיניות דר-משמעותית, או קונפליקט המובנה מראש בתוך המדיניות³⁹. היבטים אלה ראוי להביא מראש בחשבון בעת תכנון מדיניות ציבורית חדשה. החקיקה שאכן עברה בכנסת ואפשרה את יציאתה לדרך של הרפורמה, היתה כרוכה בשינוי חקיקתי רדיקאלי למדי. אולם, נראה כי היא לא מיסדה כללים שיאפשרו התמודדות עם כשלי מדיניות, המובנים מראש במערכת ואשר עלולים להביא בהמשך לשינוי אינקרמנטאלי שעלול לפגוע במטרות הרפורמה. כתוצאה מכך, יעדי מדיניות חשובים (כגון צעדים שמשמעותם ניתוק משרד הבריאות מתפקידיו כספק שירותי בריאות) לא מומשו, וחל כרסום במעמדו של משרד הבריאות. כרסום חל גם ביעדים שהושגו בתחילת הדרך ובתחומים מסוימים החלה הרפורמה לקבל פנים אחרות. דבר זה אירע כתהליך של שינוי זוחל (incremental change), שבחלקו הגדול הסתייע בהליך חקיקה מקוצר, שבו התקבלו החלטות הכוללות שינויים מפליגים בעקרונות הרפורמה (בעיקר בעשור הראשון), ללא דיון מעמיק. דווקא סיטואציה המאפיינת את ישראל, בה תשומת הלב הציבורית נתונה פעמים רבות לנושאים אחרים, בוערים יותר, עלולה להביא למצב בו כתוצאה משינוי אינקרמנטלי איטי שכיוונו לא נקבע

מראש בממשלה, מיושמת במערכת הבריאות, בפועל, רפורמה שונה מזו בה בחרה הממשלה מלכתחילה. סביר להניח שלחלק מההחלטות, המתקבלות במהלך אותה תקופת יישום, שותפים בעלי עניין במערכת בריאות שפועלים לעיתים, שלא מדעת, כנגד האינטרסים שלהם עצמם. מצב זה קורה בדרך כלל עקב חוסר במידע מספק [75].

שינוי אינקרמנטלי נמצא אמנם בספרות כיעיל למימוש מדיניות בריאות נבחרת [76], אולם לצד סיכוי גבוה להצלחה ביישום שיטה זו, יש לה גם מגבלות לא מעטות [77]. בין השאר, בשיטה זו, פעמים רבות, לא מבחינים בין אמצעים למטרה והניתוח שלה מוגבל ביותר, כיוון שמתעלמים מאלטרנטיבות פוטנציאליות למימוש המדיניות, מערכים חברתיים חשובים ומתוצאות שעלולות לצמוח בגינה שעומדות בסתירה לקווי המדיניות שנבחרה בתחילת הדרך. על פי הגישה המקובלת, בנושאים עתירי ידע ובחברות מודרניות המשתנות בקצב מהיר, חלופה זו של שינוי הדרגתי אינה מתאימה והטכניקה ההולמת יותר לשינוי מדיניות ציבורית בנושאים חברתיים חשובים היא באמצעות דיון ציבורי שקוף ומעמיק שלאחריו מתבצע שינוי רדיקאלי בקצב מהיר יחסית⁴⁰, על פי מודל נורמטיבי אשר כולל שלבים של הבהרת ערכים ותכליות ומנסה לזהות חלופות טרם קבלת ההחלטה, והכל, כאמור, תוך דיון ציבורי ובשקיפות ראויה [78]. חמש עשרה השנים האחרונות בחקיקת בריאות בישראל, בהן בוצע אכן שינוי זוחל, מציבות אתגר בחיפוש הדרך הנכונה להימנע מהמשך תהליך השינוי וניטור בתכיפות ראויה.

ג. תפקיד המחוקק בקביעת מדיניות

על רקע המודלים השונים של שינויים במדיניות ובחקיקה שהוזכרו לעיל, חשוב להדגיש את תפקידו של המחוקק בקביעת המדיניות, בעיצוב פעילותה של הרשות המבצעת והתנהגותם של כלל בעלי העניין במערכת הבריאות [7]. דווקא בגלל שכיווני חקיקה מושפעים מלחצם של בעלי עניין, חשוב שחקיקת בריאות תתנהל

40 יובהר שלא כל שינוי רדיקאלי במדיניות הוא בסדר גודל של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

תוך שקיפות והבהרת השקפת העולם אשר עומדת בבסיס החקיקה. אם לא כן, עלולים להגיע למצב שתואר על ידי חוקרים אחרים כ־legal Jungle שהוא תוצאה של חקיקה אקראית, המגיבה רק על אירועים ספציפיים, ללא יעדים ברורים. מצב שכזה מפריע יותר משהוא מהווה תרומה כלשהי לבריאות הציבור ועלול להוביל את המערכת כולה לכיוונים בלתי צפויים מראש [11]. האמור לעיל קשור, בין השאר, לסוג ההליך החקיקתי באמצעותו מבוצע השינוי. הנתונים שהוצגו בעבודה זו מעידים על כך שבעשור הראשון ליישומו של החוק, בוצעו אכן מרבית שינויי החקיקה בעזרת הליך חקיקה מקוצר במסגרת חוק שנתי להסדרת יעדי תקציב - חוק ההסדרים (כ־72 אחוז מהסעיפים בהם בוצעו באותה תקופה שינוי חקיקה). חוקים אלה נוצלו לשנוי מדיניות במערכת הבריאות, תוך דילוג על הליכי החקיקה המקובלים, לעיתים ללא שקיפות מספקת וללא דיון ציבורי הולם. זאת, על אף שמדובר פעמים רבות בנושאים שאינם קשורים לתקציב השנתי בגינו הוגש אותו חוק הסדרים מלכתחילה. עם זאת, נראה כי בשנים האחרונות, לאחר שהשימוש בחוק ההסדרים לשם העברת חקיקה שאינה קשורה לתקציב המדינה בשנה הרלוונטית זכה להתייחסויות מצד היועצת המשפטית לכנסת, עלה לדיון בכנסת ואף נדון בבג"צ [79,80], הצטמצם מעט השימוש בכלי זה⁴¹, לפחות בכל הקשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. סביר להניח אם כן שהירידה שהוצגה בעבודה זו בהיקף ובקצב העדכונים שבוצעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, נובעת משילוב של שני גורמים עיקריים - כניסת התשתית החוקית לפיה פועלת מערכת הבריאות למצב של steady state, ולכן לא נדרשים בה כבר שינויים משמעותיים אותם צריך להסדיר בחקיקה, וכן עקב הפחתת השימוש בחוק ההסדרים. חשוב להמשיך ולשמר מגמה זו של צמצום השימוש בחוק ההסדרים שלא לייעודו, בהקשר לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם באותם מקרים בהם יוכל לכאורה משרד הבריאות ל"הרוויח" (בטווח הקצר) משינוי שעשוי להיות מאושר בדרך זו. ואכן בעת בחינת ריכוז אורות וצללים עיקריים, המוצגים בנספח, נראה כי מרבית נקודות האור קשורות לצעדים שנקטו עם החלת החוק ובשנים הראשונות

41 יש לציין כי הצעת חוק ההסדרים לשנים 2009-2010 היתה רחבה ביותר, אך צומצמה במידה ניכרת.

ליישומו. חלק גדול מנקודות הצל קשורים לפעילות חקיקתית שבוצעה בעיקר בעשור הראשון ליישום החוק, בהליך מקוצר שבוצע במהלך שנים מאוחרות יותר, או שאמורה היתה להתבצע, אך טרם בוצעה. שינויי חקיקה שבוצעו בחמש השנים האחרונות נוגעים פחות לשאלות של מהות ויותר לשיפור בהסדרה ולשינויים שחלקם מינהליים. עם זאת, חשוב להדגיש כי שיפור הרגולציה הינו תהליך מתמשך שהחל עם כניסת החוק לתוקף ונמשך כאמור עד היום.

ד. תפקיד הממשלה בהקשר למדיניות ציבורית

כאשר קיימת כוונה להוציא לפועל מדיניות ציבורית, חשובה ביותר קיומה של 'יד מכוונת' ברשות המבצעת. ואכן מקובל לראות את הממשלה כמי שיכולה ואמורה לנווט את המדיניות הנבחרת (a steering role) [81]. במסגרת מודל בו מתבצעת הערכת מדיניות ציבורית בגישה של ניתוח רשתות⁴² מוצגת הממשלה כאחד מבעלי העניין החשובים ומודגשת יכולתה למלא תפקיד, בהתאם למקום בו היא בוחרת לשים עצמה. היא יכולה לבחור שלא להשתתף כלל ביישום המדיניות או להשתתף ביישום בשיתוף עם קבוצות אחרות ברשת, במיוחד עם כאלה שאינן למטרת רווח. אם בחרה הממשלה להשתתף היא יכולה למקם עצמה כמנהלת של התהליך⁴³, שתפקידה שיפור האינטראקציה בין השחקנים – תוך התבססות על הרכב ומבנה המערכת כפי שהם, והשאתם כנתון שאינו משתנה. אפשרות שנייה, היא להיות גורם שמייסד/מתווה רשתות⁴⁴. היינו, גורם שפועל ליצירת שינויים מבניים במערכת, טרם יישום הרפורמה ובמהלכה, זאת במגמה לאפשר יישום חלק יותר של קווי המדיניות הנבחרת. אכן ממשלות מתאימות יותר למשימה זו האחרונה. אולם, חיוני שהממשלה לא תבלבל בין התפקידים. אל לה לחטוא בניגוד עניינים ולמקם עצמה הן כמנהלת או כמתווה רשתות והן כ'שחקן' באחת הרשתות. דברים אלה עלולים להביא לעימותים עם השחקנים האחרים, לחוסר יעילות של המערכת ולפגוע באמינות ובהכרה בלגיטימציה של הממשלה

Network analysis) 42

Process manager 43

Network builder/Network constitution 44

לקבוע ולנהל מדיניות בתחום המדובר [82]. מסיבה זו היו שהעלו את הצורך שבמהלך יישום רפורמה יכללו בה גם קריטריונים של תהליך שימדדו נושאים כגון פתיחות, שקיפות, תקפות ולגיטימציה של הממשלה או המשרד הממשלתי הרלוונטי⁴⁵. אחרים העלו גם את חשיבות ההנהגה, הן בתוך הממשלה והן מחוצה לה [83]. כל המדדים האלה חשובים במיוחד להערכת מדיניות ציבורית ברשתות מורכבות, כגון מערכת בריאות [84]. במערכת הבריאות בישראל לא בוצעו טרם החלת הרפורמה שינויים מבניים שיכלו לכאורה לסייע ביישום ראוי שלה ואשר יכלו למנוע דומיננטיות-יתר של שחקן יחיד ו/או ניגוד העניינים אשר מובנה במשרד הבריאות. מצב זה אכן פוגע לכאורה בתחושת חלק מהשחקנים האחרים באשר לגגיטימיות של מעורבות המשרד בתחומים מסוימים, ועלול לפגוע גם בהתייחסות לגגיטימיות של מעורבות ממשלתית, ככלל, במערכת הבריאות בישראל ולאינטרסים אשר מניעים אותה. פניות תכופות לבג"ץ מצד קופות החולים אכן מחזקות טענה זו [85]. כל עוד לא צלחו הניסיונות להפריד בין תפקודיו של המשרד הבריאות כמיניסטרוני לבין היותו ספק שירותי בריאות, ראוי שבהחלטות מדיניות שמקבל המשרד תהא אכן הקפדה יתרה על שקיפות של תהליך קבלת ההחלטות ועל בניית תהליכי קבלת החלטות באמצעותם ניתן להציף ולנטרל את האינטרס הפנימי כדי לחזק את הדיון מההיבט הממלכתי/מיניסטריאלי.

חשוב לציין כי במרבית המקרים, הספרות המקצועית מתייחסת לממשלה כגוף מונוליטי. הניסיון בישראל מלמד שראוי לבחון מחדש גישה זו מולל חלופה הכוללת בעת ניתוח מדיניות ציבורית גם את שאלת יחסי הכוחות **בתוך** הממשלה [86].

ה. מקומו של משרד הבריאות

התמונה המשתקפת בראי החקיקה הישראלית ב-15 השנים האחרונות, מרמזת על כך שמעבר לשאלת מעמדו של המשרד כלפי ה'שחקנים' האחרים במערכת הבריאות, קיימת חשיבות רבה למיקומו של משרד הבריאות כגורם המקצועי

⁴⁵ process criteria like openness, carefulness, reliability and legitimacy

שאמור לייזום ולהוביל תהליכים ושינויים בחקיקה הנדרשים ליישום הרפורמה בהתאם לתנאים המשתנים ותוך הגנה על העקרונות החברתיים העומדים בבסיסה, כמו גם בבניית מאגרי מידע ונתונים החיוניים לקבלת החלטות. המשתקף מעבודה זו מדגים גם את החשיבות של המשרד כגורם שמתווה מדיניות ומכוון את כלל השותפים במערכת הבריאות, באמצעות תמריצים, מתן הנחיות ברורות וניטור שוטף אחר תוצאות מדיניותו בתחומים השונים. למשרד תפקיד מרכזי גם כגורם אשר מתריע אודות תוצאות לא רצויות של שינויים שביצעה, או מתכוונת הרשות המחוקקת לבצע, תוך הרמת דגל אדום בכל עת שהניסיון המצטבר ברשות המבצעת מעיד על כך שתוצאתו (לעיתים ארוכת הטווח) של שינוי או קבוצת שינויים בחקיקה מסיטים את הרפורמה במערכת הבריאות מיעדיה החברתיים.

התווית מדיניות ברורה בתחומי פעילותו השונים של המשרד ושיתוף פעולה שלו בהסברה ובשלבי תכנון שונים של צעדי המדיניות, עם השחקנים האחרים במערכת הבריאות, חיוני ביותר להמשך יישומה המוצלח של הרפורמה שהחלה לפני 15 שנה במערכת הבריאות. שקיפותם של תהליכים ומיצוב המשרד כגורם חסר פניות במערכת הבריאות חשובים ביותר. בתפקידו של המשרד כרגולטור יכול הוא, במעשה או במחדל, להאיץ תהליכים, בין חיוביים ובין שליליים. כדוגמא ראשונה לעניין זה ניתן להצביע על פרויקט מדדי האיכות. מעורבותו של המשרד בקידום פרויקט זה קשור לא רק לתפקידו בקביעת סטנדרטים של איכות אלא גם הובלת מהלך שהביא לשיפור במדדים לאורך זמן. דוגמא נוספת נוגעת למעורבות פעילה של המשרד להגברת השקיפות והזמינות של מידע אודות זכויות המבוטחים. מעורבות שכזו עשויה לתרום לא רק להבנה טובה יותר של הסיבות לשינויים בחקיקה בתחומים אלה, אלא להוביל גם להבנה טובה יותר של המבוטחים בדבר זכויותיהם, למיצוי נכון יותר של שירותי הבריאות, ובהמשך להשפיע גם על התחרות בין הקופות על סל השירותים הבסיסי. מאידך, הרחבת הכיסוי בשב"ן והגדלת החדירה של תוכניות אלה ושל תוכניות לביטוח בריאות מסחרי, קשורות למדיניות שנוקט המשרד ובמסרים עקיפים המועברים, באופן בלתי מכוון, לציבור המבוטחים. הימנעות מקביעת תקרה כוללת להשתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי בריאות שבסל, גידול בלתי מבוקר בסל שירותי השב"ן ועלותו, כמו גם חמש עשרה שנה בהן לא נכללו שירותי בריאות הפה והשיניים לילדים בסל

הבסיסי, הן דוגמאות לפעילות שלכאורה נמצאת במגרש של משרד הבריאות ובהן קיים צורך בגיבוש מדיניות ארוכת טווח שתתווך להגיע למערכת צודקת יותר. נראה, שבתקופה זו, אכן נערך לכך המשרד. לרגולציה נבונה ומדיניות נחווה בתחומים אלה יש משמעות רבה לא רק על בריאותם של מבוטחים ונגישותם לשירותי בריאות אלא גם להוצאה הלאומית על בריאות ככלל וההוצאה הפרטית (מהיבט הוצאות משקי הבית) בפרט. כפי שנאמר קודם, יכולת משרד הבריאות לבצע רגולציה אכן גדלה במהלך השנים וזו בה לידי ביטוי בשטח בתחומים רבים. עם זאת, חשוב לשמר יכולת זו ולהשתמש בה באופן מושכל ומדוד.

חוקרים שונים הדגישו בעבר שלא עקרונות כלכליים, אלא דווקא ערכים פוליטיים וחברתיים, הם שצריכים להוביל מדיניות בתחום הבריאות [87,88]. סביר יותר לטעון שרפורמה חברתית מונעת בדרך כלל מעקרונות חברתיים ויחסי כוחות פוליטיים, אולם במהלך יישומה היא חייבת להביא בחשבון אילוצים כלכליים ועקרונות כלכליים, ולשמור על דינאמיות שתגיב להם מבלי לוותר על העקרונות החברתיים שעמדו בבסיסה. עקרונות כלכליים שיושמו במהלך השנים ברפורמה של מערכת הבריאות בישראל, תרמו לא מעט להתייעלות מערכת הבריאות ושמרו לכאורה על מסגרת ההוצאה הלאומית (כאחוז מהתמ"ג), אולם הם הביאו במקביל לשחיקה במימון הציבורי ולגידול בהוצאות משקי הבית, דבר שפוגע בשוויוניות בנגישות לשירותי בריאות. השילוב בין יעדים מאקרו-כלכליים לחברתיים הוא אכן אתגר קשה ונראה כי לא ניתן להשיג בעת ובעונה אחת את כל המטרות. אולם, השאלה על אילו מהמטרות להתפשר ראויה לדיון ציבורי ואמורה להיות חלק ממדיניות ציבורית כוללת, אשר המסגרת ההולמת לה היא בדיון בין נציגי משרד הבריאות והאוצר ובוועדות הכנסת השונות, ואישורה אמור להתבצע בהליכי חקיקה רגילים.

מהעבודה הנוכחית משתמע כי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הגיע כנראה למצב של steady state בו לא נדרשים שינויי חקיקה בתכיפות גבוהה כבעבר. נראה גם כי נקודות ה"אור" וההצלחות שנבעו עד כה מחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי גוברות על הצללים. עם זאת, המשך מגמת השינוי הזוחל שתוצאתו פגיעה בעקרונות השוויון עלול לערער את ההישגים שהשיגה הרפורמה עד כה.

שיתוף פעולה וחשיבה משותפת ויצירתית, ארוכת טווח, מצד משרד הבריאות במשותף עם משרד האוצר, יסייעו למצוא דרכים משותפות להמשך קידומה של מערכת הבריאות כמערכת יעילה המבוססת על עקרונות של צדק, שוויון וערבות הדדית.

סיכום

שינויי החקיקה והנתונים שהוצגו בעבודה זו, אפשרו מעקב אחר התקדמות תהליך יישום הרפורמה במערכת הבריאות בישראל במהלך 15 שנים בקירוב. מניתוח החקיקה עולה כי שינויים שבוצעו הגבירו את הרגולציה, שיפרו את התחרות בין קופות החולים, הגבילו את הגידול בהוצאות, ותרמו להתייעלות תחומים רבים. עם זאת, נמצא גם כי דווקא בסוגיות מהותיות לגביהן היה לכאורה צורך בשינויי חקיקה, לא בוצעו השינויים הנדרשים וכי שינויי חקיקה מסוימים פגמו בעקרונות חברתיים חשובים שעמדו בבסיס החוק והעיקרי שבהם, שוויוניות בנגישות לשירותי בריאות. במהלך השנים הראשונות לחוק חל כרסום בסמכויות שהוקנו לשר הבריאות. מערכת הבריאות בישראל הגיעה להישגים רבים, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה הישג חברתי בעל משמעות רבה ביותר, וגם אם חלק מעקרונות החוק נשחקו במהלך השנים, עדיין מצבנו טוב יותר מאשר טרם החלתו. עם זאת, בתום תקופה זו של חמש עשרה שנה, יש מקום לבצע גם הערכה מחדש בתחומים שהוצגו בעבודה זו ובמיוחד בכל הקשור לשיטת המימון של מערכת הבריאות, למנגנוני ההשתתפות עצמית של מבוטחים ולשיפור באיכות וביכולת הרגולציה בתחומים מסוימים. כל זאת, במגמה להגיע למערכת בריאות צודקת יותר לרווחת תושבי ישראל.

נספח א'

השוואת כללי התשלום של דמי ביטוח בריאות ודמי הביטוח הלאומי

א. גמלאות שאינן מחליפות הכנסה

קבוצת אוכלוסייה	ביטוח בריאות	ביטוח לאומי	הערות
גמלאות פטורות			
קצבה לשירותים מיוחדים לנכים קשים	פטור	פטור	
גמלת סיעוד	פטור	פטור	
גמלת נידות	פטור	פטור	
גמלה לילד נכה	פטור	פטור	
קצבת ילדים	פטור	פטור	
תגמולים לחסידי אומות עולם	פטור	פטור	
גמלאות ביטוח לאומי החייבות באגרת מינימום			
קצבת נכות כללית	95 ש"ח	פטור	אגרת מינימום
קצבת נכות מעבודה - עד גיל פרישה	95 ש"ח	פטור	אגרת מינימום
גמלה לבני משפחה של נפטר מתאונת עבודה - עד גיל הפרישה	95 ש"ח	פטור	אגרת מינימום
תגמולי לנפגעי איבה	95 ש"ח	פטור	אגרת מינימום
גמלת הבטחת הכנסה	95 ש"ח	פטור	אגרת מינימום
דמי מזונות	95 ש"ח	פטור	אגרת מינימום
קצבת שאירים	95 ש"ח	פטור	אגרת מינימום
גמלאות נוספות החייבות באגרת מינימום			
משרד הביטחון			
נכי צה"ל, אלמנות והורים שכולים המקבלים תגמולים ממשרד הביטחון	95 ש"ח	פטור	אם אין להם הכנסות אחרות
משרד האוצר			
נכי מלחמות הנאצים ונרדפי הנאצים המקבלים תגמולים ממשרד האוצר	95 ש"ח	פטור	אם אין להם הכנסות אחרות
קצבת זיקנה			
קצבה בתוספת השלמת הכנסה	95 ש"ח	פטור	
קצבה ללא השלמת הכנסה	180 ש"ח	פטור	
זוג/או מקבל קצבה+ תוספת בגין בת הזוג	261 ש"ח	פטור	

ב. גמלאות מחליפות הכנסה

קבוצת אוכלוסייה	ביטוח בריאות	ביטוח לאומי	הערות
דמי אבטלה*	3.1%	4.61%	
דמי לידה*	3.1%	4.61%	
דמי פגיעה*	3.1%	4.61%	
תגמולי מילואים לשכיר*	3.1%	4.61%	
דמי תאונות*	3.1%	4.61%	

* דמי ביטוח בריאות-הגביה כמו לגבי עובד שכיר (הקיצבה העולה על 60% מהשכר הממוצע - הגביה היא בשיעור 5%). ביטוח לאומי - כמו "לא עובד".

ג. אוכלוסיות מיוחדות

קבוצת אוכלוסייה	ביטוח בריאות	ביטוח לאומי	הערות
סטודנטים**	95 ₪	4.61%	
תלמידי ישיבה**	95 ₪	4.61%	
שאינם עובדים ואין להם הכנסות***	95 ₪	4.61%	
שאינם עובדים - עד 60% מהשכר הממוצע (מופחת)***	5%	4.61%	
שאינם עובדים - חלק השכר מעל 60% מהשכר הממוצע (מלא)	5%	7%	

** אם אין לו הכנסות מעל 5% מהשכר הממוצע, מבוצע החישוב ע"ב הכנסה משוערת של 5% מהשכר הממוצע. בטל"א-18 ₪

*** הבסיס לחישוב התשלום לבטל"א - 15% מהשכר הממוצע במשק - התשלום - 55 ₪

ד. אוכלוסיות בעלות הכנסה

ביטוח לאומי			ביטוח בריאות			קבוצת אוכלוסייה
סה"כ	מעביד	עובד	סה"כ	מעביד	עובד	
מקבלי פנסיה מוקדמת						
		0.39%	3.1%		3.1%	חלק הפנסיה עד 60% מהשכר הממוצע (מופחת)
		6.79%	5%		5%	חלק הפנסיה מעל 60% מהשכר הממוצע (מלא)
עובדים שכירים						
4.25%	3.85%	0.40%	3.1%		3.1%	חלק השכר עד 60% מהשכר הממוצע (מופחת)
12.43%	5.43%	7%	5%		5%	חלק השכר מעל 60% מהשכר הממוצע (מלא)
עצמאים						
6.72%		6.72%	3.1%		3.1%	חלק השכר עד 60% מהשכר הממוצע (מופחת)
11.23%		11.23%	5%		5%	חלק השכר מעל 60% מהשכר הממוצע (מלא)
עובדים במשק בית						
6.25%	5.25%	1%	1%		1%	מגיל 18 עד גיל פרישה
5.25%	5.25%		1%		1%	מגיל פרישה עד גיל הזכאות לקצבת זקנה, שאינם מקבלים קצבת זקנה

**** תשלומי הביטוח הינם עד לתקרה בגובה 10 פעמים השכר הממוצע במשק.

נספח ב'

חוקי הסדרים וחוקים לעיצוב המדיניות הכלכלית

1. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997) התשנ"ו-1996.
2. חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה) התשנ"ח-1998 12 - סיכום כנס יס-המלח מס' 6 (22-23 ביוני, 2005), 'תחרות ורגולציה במערכת הבריאות', המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, 2005.
3. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 1999) (התשנ"ט-1999).
4. חוק ההסדרים במשק מדינת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת ההתקציב 2000) התש"ס-2000
5. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2001) התשס"א-2001
6. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002) התשס"ב-2002
7. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2003) התשס"ג-2003
8. חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנות הכספים 2003 ו-2004) התשס"ג-2003
9. חוק המדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2004 (תיקוני חקיקה), התשס"ד-2004.
10. חוק המדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2005 (תיקוני חקיקה), התשס"ה-2005, ס"ח 1997, מיום 11 באפריל 2005
11. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2006) התשס"ב-2006, ס"ח 2057 מיום 15 ביוני 2006
12. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2007) התשס"ז-2007, ס"ח 2077 מיום 11 בינואר 2007
13. חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008) התשס"ח-2008, ס"ח 2125 מיום 1 בינואר 2008
14. חוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום התכנית הכלכלית לשנים 2009 ו-2010) - התשס"ט - 2009. ס"ח 2203, מיום 23 ביולי 2009

נספח ג' נקודות אור וצללים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי טבלה מרכזת

צללים	נקודות אור
<p>א.סל שירותי הבריאות</p> <p>1. היעדר תחרות משמעותית על סל השירותים (האפשרות לא מתמשה במלואה)</p> <p>2. היעדר מנגנון קבוע שמבטיח הקצאה שותפת לתוספת טובולוגיות ושירותים לסל הבסיסי</p> <p>3. אי יישום הסעיף בחוק הנוגע להעברת השירותים שבתוספת השלשית (כר"ג ואחרים) מאחריות המדינה לקופות החולים</p>	<p>1. מעבר מסלים שונים שהיו הנוגים בקופות החולים לסל בסיסי אחיד</p> <p>2. חסימת האפשרות של שימוש בסל השירותים כאמצעי לברירת מבוטחים</p> <p>3. יצירת מנגנון של תערוף התוספות לסל השירותים הבסיסי, באמצעות וועדה ציבורית מיועצת לשר הבריאות ולממשלה והרחבת ניכרת של סל השירותים.</p> <p>4. פתיחת האפשרות של תחרות (מנוהלת/מסודרת) בין הקופות על סל השירותים.</p> <p>5. הסדרת יחסי הגומלין בין סל הבסיסי לבין סל שירותי השב"ץ</p> <p>6. כיסוי אוניברסאלי של סל שירותי בריאות השן שבתוספת השלישית לתלמידים בכל השורות המקומיות</p> <p>7. החלפת ממשלה בדרך הכללת שירותי בריאות השן לילדים במסגרת סל השירותים הבסיסי</p>
<p>1. מנגנון שאמור לערוך את עלות הסל לפי שיעור הגידול באוכלוסייה והדקדקנות, מפצה רק באופן חלקי</p> <p>2. לא נקבע מנגנון שיאפשר הקצאה שותפת, בשיעור קבוע, לתוספת טובולוגיות ושירותים</p> <p>3. מדד יוקר הבריאות אינו משקף נכונה את החתיינקיות והחויינתיים במערכת הבריאות</p> <p>4. ההקצאה לטמון סל השירותים שתובר בחוק הולכת ונשחקת</p>	<p>ב. עלות הסל ואופן ערובו</p> <p>1. עלות הסל הבסיסי, נקבעה בחוק</p> <p>2. קיימת בחוק מחויבות מדינה לטמון עלות הסל הבסיסי</p> <p>3. נקבע מנגנון לערוך שנתית של עלות הסל באמצעות מדד מחירים ייעודי</p> <p>4. מעלות הסל המקורי ירד סכום המכסה את עלות הטיפול בילדות והתוסף סכום המכסה את הטיפול בנפגעי תאונות דרכים</p>

צלים	נקודות אור
<ol style="list-style-type: none"> 1. ביטול המס המקביל 2. שיעור המימון באמצעות "תקציב מסוגי" לקופות החולים הצטמצם 3. שיעור המימון הצבורי במערכת הבריאות מצטמצם והולך ודל שיעור שקבע כהכנסה נורמטיבית של הקופה בגין השתתפויות מבוטחים בשירותי בריאות 	<ol style="list-style-type: none"> 1. מקורות המימון לכיסוי עלות הסל הביסי נקבעו בחוק 2. החוק מחייב את המדינה להשלים למקורותיה כל סכום שיידרש למימון מולא עלות הסל (כהשלמה למקורות המימון האחרים) 3. לרשות הקופות העמד מקור מימון מובטח, מחברות הביטוח, שחולק ביניהן באמצעות המוסד לביטוח לאומי, לכסוי עלות הטיפול בנפגע תאונות דרכים
<ol style="list-style-type: none"> 1. לא כל המרכיבים שהוזכרו בחוק נכללו בנוסחת ההקצאה 2. מבנה נוסחת ההקצאה שנוי במחלוקת 3. עיכוב בהקמת בסיס נתונים לאומי, החיוני ליציאת הנוסחה ועדכונה השטרף 4. חילוקי דעות לגבי הגדרת כל אחת מהמחלות הקשות ועתון 5. רשימת המחלות הקשות הינה מצומצמת 	<p>ד. חלוקת תקבולים</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. נקבעה בחוק השיטה לפיה תחולק ההקצאה בין הקופות 2. נקבעה רשימה של מחלות קשות והוגדר תקציב שיעבר לקופות בגין כל מבוטח החולה באחת ממחלות אלה
<p>ה. ההוצאה הפרטית ותשלומי השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי בריאות שבסי</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. מנגנוני ההגנה לא כללו את כל השירותים המוחייבים תשלום 2. רשימת האוכלוסיות הזכאיות להנחות/פטור מהשתתפות עצמית לא כללה את כל האוכלוסיות החלשות 3. במהלך השנים נמחקו אוכלוסיות חלשות כללית מרשימת האוכלוסיות הזכאיות להנחה/פטור ממשלומי השתתפות עצמית 4. שיעור הגביה מהמבוטחים בגין תרופות ושירותים שבסל עלה 5. שיעור הוצאות משקי הבית על בריאות וכן המימון הפרטי במערכת הבריאות גדל 	<ol style="list-style-type: none"> 1. יזתנה אפשרות לקופות לשנות את תשלומי השתתפות העצמית שנקבעו בחוק ולהתחרות ביניהן הן על תוספות לסל והן על החלומים 2. נקבעו מנגנוני הגנה על אוכלוסיות יעד בהקשר לגובה ההשתתפות העצמית אותה הם נדרשים לשלם.

צללים	נקודות אור
<ol style="list-style-type: none"> 1. שינוי כללי הגבייה כד שגם אוכלוסיות שפטורות מדמי ביטוח לאומי, הייבית בתשלום מס בריאות 2. למעגל המשלמים התוספו אוכלוסיות שהיו פטורות מתשלום לפי הנוסח המקורי של החוק 3. הגבייה פחות פרוגרסיבית בחשוואה לגבייה של מיסוי סוציאלי אחר, כגון דמי הביטוח הלאומי 	<ol style="list-style-type: none"> 1. יצאם קיובו של מיס ייעודי 2. ניתק הקשר בין תשלום המס לזכות לקבלת שירות 3. המס פחות רגרסיבי בהשוואה למס האחד (מס חבר) שהיה נהוג בקופות טרם החוק 4. תקרת המס לבעלי הכנסה גבוהה הוגבהה 5. מדרגות המס עורכנו
<ol style="list-style-type: none"> 1. הסעיף האמור נמחק מהחוק ולגבי הרוב המכריע של השירותים, טרם נקבעו נורמות של נגישות וזמינות, 2. אין שקיפות של מידע בנושא משכ"י המתנה וזמינות השירותים בקופות ולא נראה שבאגיון זה קיימת תחרות ביניהן של הסל שבתוספת השלישית לחוק 3. אין שקיפות של מידע בנושא משכ"י המתנה וזמינות שירותים אוכלוסייה ובין פרפרייה למרכז 4. קיימים פערים בנגישות לשירותים ובזמינותם בין קבוצות 5. טרם נקבעו קריטריונים לפריסת שירותי בריאות חיוניים 6. קושי במיסוד תשתית של שירותי בריאות ביישובים קטנים 	<ol style="list-style-type: none"> 1. החוק חייב את משרד הבריאות לקבוע נורמות של זמינות ונגישות לשירותי הבריאות שבסל
<ol style="list-style-type: none"> 1. עד כה לא חל שינוי משמעותי בשיעור המעברים בין קופות והוא נותר נמוך 2. קיימם של חסמי מעבר שטרם סופלו (לדוגמא ביטוח סיעוד) 	<p>ח. חופש המעבר בין קופות החולים והלצי הרישום לקופה</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. האפשרות לעבור באופן חופשי, על פי החלטת המבטוח 2. המדלת מספר המועדים במהלך שנה בהם ניתן לעבור קופה 3. איסור התניית מקום עבודה בחברות בקופת חולים משויימת 3. הרצאת הלצי הרישום ובקשת המעבר מהקופות והעברתם לגורם חיצוני, בלתי תלוי 4. איסור פעילות פרטים ושייווק באתר הרישום 5. ביטול תקופות האכשרה בשב"ן בעת מעבר בין קופות

צללים	נקודות אור
<ol style="list-style-type: none"> 1. תוכניות השב"ן תפסו והוציאה בניגון גדולה משמעותית 2. בנייתות עקב יחסי גומלין הקיימים בין סל השירותים המסיסי לבין סל שירותי השב"ן 3. התחרות שהתפתחה בין קופות החולים מתקדמת בעיקר בשב"ן (נפחות בסל הבסיסי) 4. הגידול בתוכניות השב"ן ובבטיחות המשלמים תרם לגידול בשעור הוצאה הפרטית מסד ההוצאה האומית על בריאות 5. ההסדרה לא כללה אלמנטים שעשויים להגביל/ לשלוט בהיקף ההוצאה בניגון או בהבטחת נגישות לשירותים היוונים שאינם בסל הבסיסי 6. תוכניות השב"ן מעודדות שימוש בשירותי בריאות פרטיים 	<ol style="list-style-type: none"> 1. הגבירה המשלים הפך לתוכנית לשירותי בריאות נוספים, נגישה יחסית למקובל בביטוח המסחר, ובעלת עקרונות של עזרה הדדית והצטרפות פתוחה. 2. בוצעה מידה רבה של הסדרה בתוכניות השב"ן 3. קיימת תחרות בין הקופות על תוכניות על השב"ן
י. נושאי רגולציה וניהול	
<ol style="list-style-type: none"> 1. חוסר הצלחה בהעברת שירותים מהתוספת השלישית לאחריות קופות החולים וניתוק משרד הבריאות מאחריותו כספק שירותי בריאות 2. ברסום בסמכויות של שר הבריאות והרחבת סמכויות של שר האוצר 3. חוסר בהירות בקשר שבין צדדי רגולציה שנוקטים בפועל למדיניות המשרד 4. בתחומים מסוימים, שימוש "יתר" ובלתי עקבי בכלי תקיקה ורגולציה 5. חוסר כלים/ הימנעות מרגולציה בנושאים הנוגעים למערכת האשפוז 	<ol style="list-style-type: none"> 1. הגבלת הגידול בהוצאה של קופות החולים על פרסום ושיווק 2. שלטת בהוצאות פיתוח של קופות החולים 3. פיתוח תמריצים ומודים לחתייעלות ולתהליכי שיפור בקופות 4. רגולציה למניעת ניגוד עניינים בפעילות קופת חולים 5. פיתוח מנגנוני אכיפה 6. מיסוד כלים התערבות המדינה במצבים של חוסר איזון תקציבי משמעותי/ קיצוני בפעילות קופת חולים

מקורות

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 ס"ח 1469, 26 ביוני 1994.
2. Chinitz, D. Israel's health policy breakthrough: the politics of reform and the reform of politics. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1995, Winter, 20(4): 909-32.
3. Horev T, Babad YM, Shvarts S. Evolution of the Israeli healthcare reform. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 2003;5(6):463-73.
4. Gross R, Rosen B, Chinitz D. Evaluating the Israeli health care reform: strategy, challenges and lessons. *Health Policy* 1998; 45(2): 99-117.
5. Shvarts S. Health reform in Israel: some aspects of seventy years of struggle (1925-1995). *Social History of Medicine* 1998; 11(1): 73-88.
6. משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי, לשכת הפרסום הממשלתית, לשכת הדוברת (1995), חוק ביטוח בריאות ממלכתי: כל מה שרצית לדעת, הזכות שלך - החובה של המדינה, ירושלים.
7. Reich MR. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy* 1995;32: 47-77.
8. Horev T, Babad YM. Healthcare Reform Implementation: Stakeholders and Their Roles - the Israeli Experience. *Health Policy* 2005; 71:1-21
9. Legemaate J. Integrating health law and health policy: a European perspective. *Health Policy*. 2002 May;60 (2):101-10.
10. חורב ט. השתקפותה של מדיניות בריאות בראי החקיקה, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית, ירושלים 2004.
11. Havighurst CC. American Health Care And The Law- We Need To Talk! *Health Affairs* 2000;19(4):84-106.
12. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 7), ס"ח 1645, 15 בינואר 1998.
13. סיכום כנס ים-המלח מס' 6 (23-22 ביוני, 2005), 'תחרות ורגולציה במערכת הבריאות', המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, 2005.
14. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מספר 6), ס"ח 1630, 17 ביולי 1997.
15. **הצעת חוק** - התכנית להבראת כלכלת ישראל 2003 (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2003-2004).
16. **הצעת חוק** ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מספר 20) (העברת שירותי האשפוז לאחריות קופות החולים), התשס"ג-2002. הוגשה ביום 21 באוקטובר 2002.

17. ה"פ 225/01 שירותי בריאות כללית נ' שר הבריאות וממשלת ישראל (לא פורסם) הק-מח 2002(2), 177.
18. בג"צ 8663/04 מדינת ישראל ואח' נ' שירותי בריאות כללית (לא פורסם) פדאור 04 (18), 835.
19. החלטת ממשלה מס' 140, בעניין ייעול ההוצאה במערכת הבריאות, מיום 12/5/2009 (סעיף 3)
20. החלטת ממשלה מס' 1064 בעניין הכללת טיפולי שיניים בסל הבריאות מיום 14/12/2009
21. החלטת ממשלה מס' 1096 (אישור החלטת ממשלה בעניין הכללת טיפולי שיניים בסל שירותי הבריאות) מיום 20/12/2009
22. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מספר 5), ס"ח 1607, 7 בינואר 1997.
23. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 26), ס"ח 1920, 18 בינואר 2004.
24. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 38), ס"ח 2125, 6 בינואר 2008.
25. צו בנושא עדכון התוספת החמישית
26. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 46), ס"ח 2203, 23 ביולי 2009.
27. חוק מס מקביל התשל"ג 1973 (תיקון מס' 16), ס"ח 1607, 7 בינואר 1997
28. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 9), ס"ח 1704, 15 בפברואר 1999
29. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות החולים), התשנ"ה-1995. פורסם: ק"ת 5649, התשנ"ה, עמ' 493.
30. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות החולים), התשנ"ה-1995. פורסם: ק"ת 5804, התשנ"ז, עמ' 308.
31. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 35), ס"ח 2057, 15 ביוני 2006.
32. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 10), ס"ח 1737, 11 במאי 2000.
33. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 11), ס"ח 1744, 6 ביולי 2000.
34. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 12), ס"ח 1772, 10 בינואר 2001.
35. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 14), ס"ח 1798, 19 ביולי 2001.
36. חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 16), ס"ח 1821, 7 בינואר 2002
37. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 19), ס"ח 1862, 1 באוגוסט 2002.

38. חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנות הכספים 2003 ו-2004) התשס"ג - 2003
39. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 22), ס"ח 1892, 1 ביוני 2003.
40. חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 32), התשס"ה-2005, ס"ח 2013, 14 ביולי 2005.
41. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 40), ס"ח 2144, 31 במרץ 2008.
42. סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר 2009
43. הודעה בדבר תנאים ותשלומים לשירותי בריאות שנתנה המדינה לפרט במועד הקובע לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי - פורסם: י"פ 4288, התשנ"ה, 5.3.1995, עמ' 2271
44. ברמלי-גרינברג ש. גרוס ר. מצליח ר. תכנית הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006. דמ-495 - 07. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. ירושלים, 2007.
45. אחדות ל. שמואלי ע. סבג-אנדבלד מ., מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת החוק - מגמות וסוגיות. בתוך - בן-נון ג. עופר ג. (עורכים), 'עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 2005-1995, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2006.
46. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 2), ס"ח 1496, 28 בדצמבר 1994.
47. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 21), ס"ח 1882, 29 בדצמבר 2002.
48. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 33), ס"ח 2023, 10 באוגוסט 2005.
49. הצעת חוק ההסדרים שנים 2009-2010
50. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 18), ס"ח 1862, 1 באוגוסט 2002.
51. חוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום התכנית הכלכלית לשנים 2009 ו-2010) - התשס"ט - 2009. ס"ח 2203, מיום 23 ביולי 2009
52. אפשטיין ל. חורב ט. אי שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות: הצגת הבעיה וקווים מנחים להתמודדות עמה. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים 2007.
53. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 36), ס"ח 2077, 11 בינואר 2007.
54. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 13), ס"ח 1792, 4 ביוני 2001.
55. חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 27), התשס"ה 2004, ס"ח 1962, 29 בנובמבר 2004.
56. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 45), ס"ח 203, 23 ביולי 2009.
57. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 23), ס"ח 1899, 6 באוגוסט 2003.

- .58 חוק הפיקוח על עסקי ביטוח התשמ"א-1981 (סעיף 95).
- .59 חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 34), התשס"ו-2005, ס"ח 2046, 1 בינואר 2006.
- .60 חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 44), התשס"ט-2009, ס"ח 2201, 29 ביוני 2009.
- .61 חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 15), התשס"א-2001, ס"ח 1798, 19 ביולי 2001.
- .62 ראה עדכונים רלוונטים (מידי שנה) וכן סקירת האגף לתכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות.
- .63 ראה הצעת החוק
- .64 Maarse H, Paulus A. Has solidarity survived? A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries. *J Health Polit Policy Law*. 2003 Aug;28(4):585-614.
- .65 גרוס ר. ברמלי-גרינברג ש., וייצברג ר. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007 והשוואה לשנים קודמות. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל: דמ-541-09, ירושלים, 2009.
- .65 Gross R, Rosen B, Shirom A. Reforming the Israeli health system: findings of a 3-year evaluation. *Health Policy* 2001;56:1-20.
- .66 Shirom A., "The Israeli Healthcare Reform: A Study Of An Evolutionary Major Change," *International Journal of Health Planning Management*, 1995, January-March, 10(1), 5-22.
- .67 Matland RE. Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* 1995 5(2); 145-74
- .68 Sweitzer SO. Understanding the Flow of Health Policy in the United States: Self-Interest or Ignorance? *Quarterly Review of Economics and Business* 1990,30:140-7.
- .69 Sparer MS. State and the Politics of Incrementalism: Health Policy in Wisconsin during the 1990s. *J Health Polit Policy Law*. 2004; 29(2):269-91.
- .70 Braybrooke D. Lindblom CE. *A Strategy of Decision: Policy Evaluation as a Social Process*. New York: Free Press of Glencoe 1963.
- .71 Dror Y. *Public Policy Re-examined*. 2nd ed. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers 1989. and also in 'The Barriers Facing Policy Science'. *The American Behavioral Scientist*. Jan 1964. 3-7.
- .72 הנחיית יועמ"ש הכנסת מס' 2/06 בעניין חוק ההסדרים

- .73 בג"צ 3106 /04 האגודה לזכויות האזרח בישראל, נ' הכנסת ואח' פד' נט(5)567.
- O'Toole LJ.Jr. Strategies for intergovernmental management: Implementing .74 programs in interorganizational networks. *Journal of Public Administration* 1988; 25(1):43-57.
- Klijn EH. Koppenjan JFM. Public management and policy networks: .75 Foundations of network approach to governance. *Public Management* .2000; 2(2):135-58
- Mechanic D. Who shall lead: is there a future for population health? *J Health .76 Polit Policy Law*. 2003 Apr-Jun;28(2-3):421-42.
- Kickert WJM. Klijn EH. Koppenjan JFM. (eds). *Managing complex Networks: .77 Strategies for the Public Sector*. Boston: Little, Brown and Company 1997.
- .78 חורב ט. מעורבות מערכת המשפט בעיצוב מדיניות הבריאות, כתב העת רפואה ומשפט, .2005, 32
- Stream C. State Efforts to Expand Health Coverage: One Bite at a Time. *J Health .79 Polit Policy Law*. 2004; 29(2):305-12.
- Fuchs, V., (1993), *The Future of Health Policy*, Harvard University Press, .80 Cambridge.
- Haggard, S., and Kaufman, R. R., Eds., (1992), *The Politics of Economic .81 Adjustment*, Princeton University Press, Princeton.