

תוכן העניינים

יא	רשימת לוחות
יג	רשימת תרשימים
טו	תודות
	מבוא
1	מדוע הפוליטיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי חשובה?

פרק ראשון

13	מערכת הבריאות כחלק ממדינת הרווחה
13	מערכות בריאות: דילמות בעידן של לחצים צולבים מתגברים
16	מערכות בריאות: דגמים, מגמות ודרכי פעולה
20	כללי קיצוב גלויים וסמויים
25	תמורות במדינת הרווחה וגישת הפוליטיקה הביורוקרטית
27	פוליטיקאים וביורוקרטים במדינת הרווחה
29	תכניות מדינת הרווחה כמוסדות פוליטיים
32	שינויים מוסדיים: אופיים ועוצמתם
34	תמורות בכלכלה הפוליטית של ישראל: הגמוניה נאו-ליברלית
39	תפקיד חוקי ההסדרים והשינויים הנעשים באמצעותם

פרק שני

42	מערכת הבריאות בישראל: היסטוריה, מטרות וסוגיות פוליטיות
----	--

פרק שלישי

51	שנות השמונים: משבר כלכלי, פוליטי ומוסדי
51	המשבר וגורמיו
54	השפעת צמצום התמיכה הממשלתית על קופות החולים
62	תגובת המפלגות הגדולות למשבר במערכת הבריאות
67	השפעת המשבר על נגישותו של הטיפול הרפואי
71	קונפליקט: הרחבת השירותים מול הגדלת ההשתתפות העצמית

73 פתרונות ביניים: ועדת טריינינג וועדת נתניהו
77 הביקורת על המלצות ועדת נתניהו

פרק רביעי

83 **חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי**
83 ניסיונות חקיקה: כישלונות ידועים מראש
89 ממשלת הליכוד מגישה הצעת חוק ביטוח ממלכתי
91 חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: התקדמות בשני צירים
92 הציר הפוליטי-מפלגתי
106 הציר הפוליטי-מקצועי
119 עיקרי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994

פרק חמישי

121 **שירותי בריאות כזכות חברתית**
122 אוניברסליזציה של חוג הזכאים והעצמת המבוטחים
125 דה־קומודיפיקציה חלקית של שירותי הבריאות
139 דה־קומודיפיקציה (מסחור) של שירותי הבריאות בשנות האלפיים

פרק שישי

144 **פוליטיקה של מחסור**
144 החוק והשלכותיו: הגורמים המעורבים ועמדותיהם
150 משרד הבריאות לאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי
154 סלעי מחלוקת בפוליטיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי
154 עלות סל שירותי הבריאות
157 עדכון עלות סל שירותי הבריאות
163 עדכון הרכב סל השירותים הבסיסי
168 נוסחת הקפיטציה
170 שינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנות התשעים
176 שינויים הנוגעים לעצמאותן של קופות החולים
177 שינויים הנוגעים להגדלת התשלומים על שירותי בריאות
182 תוצאות החוק והשינויים שהונהגו בו

פרק שביעי

באותו הנתיב: הפוליטיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנות האלפיים

184

186

191

המשך המאבק על עדכון סל הבריאות

ביטוחים משלימים נוספים כפיצוי על אי-עדכון הסל

פרק שמיני

הכלכלה הפוליטית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

200

200

203

ממדים נוספים

קיצוב לא-רשמי ושחיקת שירותים

מבט השוואתי על מערכת הבריאות ישראל: אינדיקטורים

ותוצרי בריאות

פרק תשיעי

סיכום ומסקנות: האומנם שינויים מפליגים?

207

207

210

211

212

שינוי במידת השפעתה של הפוליטיקה

שינוי בתפיסת שירותי הבריאות כזכות חברתית

שינוי בעקרונות מדיניות הרווחה

החוק כמדד לשוויוניות ולסולידריות חברתית

215

רשימת מקורות

240

מפתח העניינים

מדוע הפוליטיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי חשובה?

'אני מאוד מאוכזבת, ראיתי את הדיווחים ואני בוכה', סיפרה ל- YNET רגינה פרלמן, ניצולת שואה בת 75 מלוד, שזקוקה לתרופה לוסנטיס המיועדת לחולי ניוון רשתית העין כדי למנוע עיוורון באחת מעיניה. בעינה השנייה איבדה פרלמן את הראייה כבר לפני שנים אחדות. היא טופלה בתרופה אחרת במשך כשנתיים, אך ללא הועיל. 'היה צריך להכניס תרופה שהיא חיים או מוות. האם גמילה מעישון יותר חשובה מראייה? הפרופסור אמר שהשיקול שלהם קשור להצלת חיים, ומה יותר חשוב לחיים מאשר הראייה? כל השנים עבדתי כמורה ותרמתי למדינה, ועכשיו כשאני במצב קשה, לא מגיעה לי התרופה?'

התרופה לוסנטיס תומחרה על ידי ועדת סל הבריאות בעלות של 20,700,000 שקל בשנה ל-1,200 חולים, וזאת השנה השלישית שהוועדה החליטה שלא להכניס אותה לסל התרופות. מחירה של הלוסנטיס גבוה פי 40 מתרופה חלופית ששמה אַוּוסְטִין. הוועדה שקלה להשתמש בה כ'קו שני', למי שהטיפול באווסטין לא הועיל לו, כמו במקרה של פרלמן, אך נטען כי לא נמצאו ראיות מדעיות לכך.

תרופה אחרת שלא נכנסה לסל בדקות האחרונות של הדיון היא אַקְטִמְרָה, המיועדת לחולים בדלקות מפרקים שיגרוניות. התרופה מפחיתה נזק למפרקים ומסייעת לסובלים ממנה להמשיך בתפקוד יום-יומי תקין. סמוך לתום ישיבתה התברר שהוועדה דירגה תרופות בעלות החורגת מ-350,000,000 שקל. התרופה שהוצאה מהסל הייתה אקטמרה.

'זה רע מאוד שטיפול למניעה מעישון נכנס על חשבון התרופה אקטמרה, שבאופן מידי עוצרת מחלה', אומרת הליל וואלך, אשת יחסי ציבור בת 36, הסובלת מדלקת פרקים זה תשע שנים. 'מעשן יכול להיות בריא גם 60-70 שנה. תרופה לגמילה מעישון זה בהחלט מותרות, בטח ובטח אחרי שגרעו מסל התרופות 65,000,000 שקל לטובת טיפולי שיניים. יש פתרונות למעשנים. לדלקות מפרקים שיגרוניות אין מספיק פתרונות'.¹

1 מ' יסעור בית-אור, 'סל התרופות 2010: אלפי חולים נותרו ללא מענה', YNET,

מדי שנה, לקראת סופה, חוזר על עצמו טקס העדכון של סל שירותי הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. קבוצות אינטרס המייצגות חולים מעלות דרישות לכלול בחוק תרופות וטיפולים החיוניים להארכת חיים, למניעת הידרדרות במצבם של חולים במחלות קשות, או להקלת סבלם. קשה להישאר שווה נפש לנוכח מצוקתם של בני אדם, שהחלטה של חבריהם לקהילה הפוליטית מכריעה את גורלם. חוק ביטוח בריאות ממלכתי הגדיר תכנית ביטוח בריאות ציבורית שאינה נטולת מגבלות ופגמים. למעשה, אין מערכת בריאות ציבורית המסוגלת לספק שירותי בריאות מיטביים לכל דורש ולכל מצב רפואי, גם לא במדינות עשירות יותר מישראל. כידוע, ההוצאות הכספיות בתחום הבריאות יכולות להיות אין-סופיות.

הגורם המכריע את אופן חלוקת המשאבים המוגבלים האלה בין דרישות מתחרות הוא הפוליטיקה. ב'פוליטיקה' הכוונה היא לתהליך שבו קבוצות החיות במסגרת חברתית משותפת והאוחזות בעמדות או באינטרסים מגוונים מגיעות להחלטות קולקטיביות בעלות תוקף מחייב בדבר הייצור וההקצאה של המשאבים השונים שנועדו להסדיר את חייהן המשותפים. אין הדבר אומר שמתקבלות החלטות המוסכמות על הכול, או שההחלטות אינן יכולות להשתנות במשך הזמן. החלטות מתקבלות או משתנות עקב יכולתם של המשתתפים בתהליך הפוליטי (לרוב קואליציות של שחקנים פוליטיים) להפיק עוצמה מתוך המשאבים החומריים (דוגמת תמיכה אלקטורלית) והאחרים (למשל ידע, ניסיון ומנהיגות) שברשותם כדי לכפות את רצונם על יריביהם במסגרת הסדרים נתונים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי והפוליטיקה של מערכת הבריאות מציבים בפנינו שאלות מרתקות. הראשונה שבהן היא כיצד שינוי מוסדי כה מרכזי בפוליטיקה הישראלית, כחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנעשה לאחר כשלושה עשורים של ניסיונות כושלים, הביא לשינוי יחסי העוצמה וכללי המשחק בין הגורמים השונים במערכת הבריאות? ב'שינוי מוסדי' הכוונה היא לשינוי בעקרונות המגדירים יחסים בין גורמים הפועלים בתחום כלשהו של עיצוב מדיניות ציבורית (ממן ורוזנהק, 2009: 41). שאלה מעניינת נוספת היא האם וכיצד משפיע השינוי בתהליך הפוליטי על גורלם החומרי של כלל האזרחים? שאלה שלישית היא מדוע נעשים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי מאז חקיקתו שינויים, מהם, ומה טיבם ביחס לחוק ולמטרותיו?

עיון הזכות לשירותי בריאות הוא הנדבך המרכזי האחרון שהתווסף למדינת הרווחה בישראל עד כה. חוקרים של מדינת הרווחה בישראל מציינים את חוק ביטוח בריאות ממלכתי כביטוי מנוגד למגמה השלטת החותרת לדעתם לצמצום מדינת הרווחה (פילק, 2006). עם זאת הם רואים בשינויים שנעשו בו, לאחר שנכנס לתוקף, ביטוי למגמות הדומיננטיות של התניית רווחה ביכולת הכלכלית של הפרט על ידי 'יצירת קשר בין קבלת שירות רפואי לבין האפשרות לשלם בעדו', היינו צמצום

תכולתו כזכות חברתית (גרסו, 2004: 474). המאבק על חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנים 1992-1994 היה זירה מרכזית במאבק רחב יותר בין תפיסות עולם קולקטיביסטיות (סוציאלי-דמוקרטיות) לתפיסות עולם אטומיסטיות (נאו-ליברליזם). בד בבד גברה בעקבות החוק שליטת המדינה על קופות החולים, דבר המנוגד לעקרון צמצום המדינה בפעילויות כלכליות. שליטה מוגברת זו של המדינה על קופות החולים אף שירתה את צמצום החוק כביטוי של זכות חברתית.

בספר זה נעשה ניסיון להסביר את השחיקה שחלה בכוחו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לצמצם את תלותו של הפרט בכוחות השוק לקבלת שירותי בריאות כתוצאה של תהליך פוליטי. ניתוק מערכת הבריאות מהפוליטיקה המפלגתית והאלקטורלית העלה לקדמת הבמה סוגיות של הקצאת משאבים מוגבלים וקונפליקט בין שיקולים רפואיים לבין אילוצים כלכליים: הצורך להכריע כמה משאבים יוקצו למערכת הבריאות הציבורית ומאילו מקורות, וכיצד יחולקו בין הצרכים המגוונים. אף שמערכות בריאות ניצבות בפני לחצים אובייקטיביים, דוגמת גידול האוכלוסייה והזדקנותה, הרי שלחצים אלה הופכים למדיניות ולשינויים במערכות הבריאות בעקבות החלטות של גורמים פוליטיים וכתוצאה של המאבקים ביניהם.

הספר בוחן, על ידי הגדרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כמוסד פוליטי, כיצד השפיע החוק על יחסי הכוחות בין הגורמים המרכזיים המעורבים בעיצוב הסדרי הביטוח הרפואי, על כללי המימון ואספקת השירותים במערכת הבריאות, ועל הקביעה של מידת הקשר בין היכולת הכלכלית של הפרט לבין נגישותם של שירותי בריאות. כמו כן יש בו התייחסות לאופן שבו חוק ביטוח בריאות ממלכתי עצמו השפיע על יכולתם של גורמים אלה לחולל שינויים מאוחרים בכללי החוק ובנגישות של ביטוח הבריאות במימון ציבורי.

הבריאות הייתה תחום מרכזי בפוליטיקה הישראלית עד לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עוד לפני הקמת המדינה, מראשית המאה העשרים, שימש תחום הבריאות כמשאב חיוני בידי כוחות פוליטיים ביישוב – ובמיוחד בתנועת העבודה – כדי לגייס תומכים ולשמור על נאמנותם. אז, כמו היום, שירותי בריאות היו מוצר יקר מדי לאדם היחיד, והתארגנות קולקטיבית הייתה פתרון נאות. לאחר הקמת המדינה המשיכה מערכת הבריאות להיות גורם מרכזי המשפיע על הפוליטיקה המפלגתית והאלקטורלית. מערכת הבריאות המשיכה להיות מקור מרכזי למשאבים שסייעו בראש ובראשונה למפלגת העבודה במאבקה האלקטורליים, ואפשרו לה רציפות שלטונית עד 1977 ומעמד מרכזי בפוליטיקה הישראלית לאחר מכן. זה ההסבר לנכונותה של מפלגת העבודה להגן על מקור עוצמה זה בחירוף נפש עד לשנות התשעים. ומנגד, ניסה הליכוד, בלא הצלחה, לנתק את מפלגת העבודה ממערכת הבריאות, אחד ממקורות עוצמתה המרכזיים.

המאבק הפוליטי סביב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התנהל בשני מישורים. במישור אחד ניטש מאבק בתוך מפלגת העבודה (כשהמפלגות האחרות מילאו בו תפקיד משני). הכרעה במישור זה הייתה תנאי נחוץ, אך לא מספיק, להשלמה מוצלחת של חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מישור שני של מאבק היה בין משרד האוצר, משרד הבריאות וקופות החולים, והוא שעיצב את מרבית כללי המשחק החדשים במערכת הבריאות שיצר החוק.

עיקר ייעודו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא היה לעגן זכות חברתית, אלא להתמודד עם המשבר הכלכלי החמור של מערכת הבריאות בשנות השמונים ובראשית שנות התשעים. הוא נועד בעיקר לשפר את מצבה הקשה של קופת חולים כללית, המבטחת וספקית השירותים הגדולה ביותר במדינה. החוק התמקד בכמה בעיות שגרמו למשבר, ובעיקר בקשר שבין מערכת הבריאות לבין הפוליטיקה המפלגתית והאלקטורלית, וכן באי-ההלימה המתגברת בין הצרכים לבין דפוסי הקצאת המשאבים. בסוף שנות השמונים גברה התחושה במערכת הפוליטית כי אין ביכולתה של מערכת הבריאות לתפקד עוד כבעבר, ושנדרשים פתרונות להסדרתה ולהקלת מצוקותיה הכלכליות. עיגון הזכות החברתית לשירותי בריאות היה מטרה משנית בלבד, אף שהוצג כמטרה מרכזית במאבק הפוליטי סביב חקיקת החוק.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הצליח להתמודד עם חלק מהבעיות שנועד לפתור, השאיר על כנו או העצים בעיות אחרות ויצר בעיות חדשות. החוק הגדיר את הגישה אל שירותי בריאות שאינם חירום כזכות חוקית אוניברסלית;² השתית את מימונה על השתתפות פרוגרסיבית יותר מבעבר של הפרטים; הסדיר הקצאה פרוגרסיבית יותר של מקורות מערכת הבריאות בהתאם לצרכי קופות החולים ומבוטחייהן; הגדיר ביתר בהירות את השירותים הרפואיים שהפרט זכאי להם, וביטל חלק ניכר מהאפוליות שהיו בין מבוטחים שונים בתוך קופות החולים; ואפשר בחירה ומעבר בין קופות החולים.

במציאות של לחצים צולבים על מערכת הבריאות המגדילים מדי שנה את עלויותיה במידה ניכרת, ובהם ההתקדמות הטכנולוגית הרפואית והזדקנות האוכלוסייה, החוק ששיקף את יחסי הכוחות בין הגורמים המרכזיים במערכת הבריאות לא יכול להתמודד במלואן עם הדרישות המגוונות של חברי הקהילה הפוליטית. יתרה מזאת,

2 גם לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה להלכה זכאות אוניברסלית לשירותי בריאות האם והילד, רפואת הנפש, רפואה גריאטרית (כל אלה באחריות משרד הבריאות), שירותי לידה (באחריות המוסד לביטוח לאומי) ולשירותים במצבי חירום רפואיים. מדינת הרווחה הישראלית לא התעלמה מצרכי בריאות מסוימים שלא היו מפותחים בקופות החולים ומעלותם הכספית לפרט, גם אם הגישה אליהם, חלקם או כולם, לא היה מנותקת לחלוטין מיכולתו הכלכלית של הפרט. להרחבה ראו שלו, 2003: 109-110, 244-251; בן-נון, ברלוביץ ושני, 2005: 218-245.

יהיה זה נאיבי לחשוב שאפשר ליצור מערכת בריאות במימון ציבורי שתספק את צרכי הכול.

מהותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא חתירה לריסון עלויות מערכת הבריאות, להקצאת משאבים לפי צרכים ולשמירה על איכות הטיפול הרפואי. החוק עיגן את הזכות החברתית לשירותי בריאות, אך לא הגדיר זכות זו כבלתי מוגבלת ועימת אותה עם שיקולים כלכליים. לכן סוגיות כגון אופן עדכון עלות סל השירותים הבסיסי ודרך קביעת הרכבו,³ שלידתם בחוק, הפכו מוקדים לעימות.

שנתיים לאחר כניסתו לתוקף, החל חוק ביטוח בריאות ממלכתי לעבור שינויים רבים שחיזקו את הקשר בין יכולתו הכלכלית של הפרט לבין נגישות הטיפול הרפואי. שינויים שהשפיעו באופן עקיף על הזכות החברתית לשירותי בריאות היו תיקונים בחוק שנועדו להגביר את הפיקוח על קופות החולים במטרה לעודד ריסון תקציבי, ושינויים הנוגעים לאופי מימון מערכת הבריאות, כמו ביטול המס המקביל בסוף 1996. תיקונים אלה תורגמו לשחיקת שירותים, להגבלת הגישה אליהם ו/או להתננייה בתשלום. שינויים שהשפיעו באופן ישיר על היקף הזכות החברתית לשירותי בריאות היו התניית מתן שירותים רפואיים בהשתתפות כספית של הפרט, כגון תכניות הגבייה על תרופות ועל ביקורים אצל רופאים מקצועיים שהונהגו ב-1998. עם זאת, בעשור הראשון של המאה העשרים ואחת החוק עודנו מבטיח גישה גבוהה יותר אל שירותי רפואה ביחס לתקופה שקדמה לו גם לעניים יותר בחברה.

ההסבר המוצע בספר לשינוי בתהליכים הפוליטיים הוא המעבר מפוליטיקה מפלגתית ואלקטורלית לפוליטיקה ביורוקרטית. ב'תהליכים פוליטיים' הכוונה היא להרכב השחקנים המשתתפים במשחק הפוליטי וליחסי העוצמה ביניהם בתהליכי קבלת החלטות. בספר מוצגות בהדגשה שתי קבוצות של שחקנים: פוליטיקאים וביורוקרטים. ב'פוליטיקאים' הכוונה היא בראש ובראשונה לפוליטיקאים יחידים ולמפלגות פוליטיות, אך גם לגורמים נוספים כמו ההסתדרות, שהקשרים הארגוניים והפוליטיים בינה לבין מפלגת העבודה (או מפא"י/המערך) היו הדוקים. ב'שחקנים ביורוקרטים' הכוונה היא הן לסוכנויות מדינתיות האחראיות על מימון, כמו משרד האוצר, או על הסדרה ופיקוח או מתן שירותים, כמו משרד הבריאות, והן לנותני שירותים שאינם סוכנויות מדינתיות דוגמת קופות החולים, ששירותיהן מוסדרים בחוקי המדינה ועיקר מימונן הוא על ידי המדינה.⁴

3 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי המונחים 'סל שירותי הבריאות' ו'סל השירותים הבסיסי' חופפים. בספר נעשה שימוש בשני המונחים לסירוגין.

4 בספרות קיימת התייחסות אל גופים אלה כאל ביורוקרטיות ציבורית-למחצה (semi-public bureaucracies), והם נחשבים למשלימים את עבודתה של הביורוקרטיה הממשלתית, ולא דווקא באים במקומה. ראו Rourke, 2001: 12521.

הדיון מבקש להאיר צד חשוב של חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – המישור הפוליטי-מקצועי שלו היו שותפים פוליטיקאים, פקידים ונותני שירותים (קופות החולים), ואשר הביא לעיצוב רוב הוראותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אירוע חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התנהל בשתי רמות משיקות: זאת הפוליטית-מפלגתית וזאת הפוליטית-מקצועית (כלכלית ורפואית). בתהליך חקיקת החוק החל להתגבש השינוי המוסדי במערכת הבריאות. לפני חקיקתו, היו סוכנויות מדינתיות ונותני שירותים שותפים לעיצוב המדיניות בתחום הבריאות ולקביעת הסדרי המימון של מערכת הבריאות, אך הבכורה בתהליכי קבלת ההחלטות ניתנה למפלגות ולפוליטיקאים. במהלך חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי השתנה מעמדם של הסוכנויות הביורוקרטיות ושל נותני השירותים, והם הפכו לאחר כניסת החוק לתוקף לגורמים המרכזיים בעיצוב המדיניות בתחום הבריאות ובקביעת הסדרי המימון של מערכת הבריאות.

מרבית החוקרים של מערכת הבריאות מצביעים על חוק ביטוח בריאות ממלכתי כעל שינוי מוסדי רדיקלי. בעיקר הם מתכוונים להיעלמה של הפוליטיקה המפלגתית והאלקטורלית מתהליכי קבלת החלטות במערכת הבריאות. החוק שינה את מערך הכוחות ואת זירות הפעולה של תהליכי קבלת ההחלטות: ההסתדרות הכללית נעלמה כמעט לחלוטין מתהליכי עיצוב המדיניות במערכת הבריאות; הפוליטיקה המפלגתית והאלקטורלית כמעט נעלמה, והפוליטיקאים הפכו לגורמים משניים יותר בהשוואה לעבר; כוחו של משרד האוצר גבר מאוד, ומשרד הבריאות נותר בעל עוצמה מועטה; קופות החולים אימצו יותר מבעבר שיקולים כלכליים בפעולותיהן; קבוצות אינטרס של חולים ושל רופאים הפכו משמעותיות יותר, אך השפעותיהן החשובות כשלעצמן על תהליכי קבלת החלטות עודן בשוליים; בתי הדין לעבודה הוסמכו בחוק לדון במחלוקות בין המבוטחים לבין קופות החולים שבהן הם חברים; הכנסת וועדותיה, שבהן חלק ניכר מעיצוב המדיניות נקבע בדרך של חקיקה, הפכה מרכזית, לצד הזירה הציבורית.

חלק גדול מהתהליכים הפוליטיים סביב החוק הועתקו, לאחר חקיקתו, לכנסת ולוועדותיה, בעיקר ועדת הכספים. שינוי זה התרחש עקב הקישור המוצלח שעשה משרד האוצר בין חוק ביטוח בריאות ממלכתי לבין סוגיות של תקציב ותקצוב. ואולם נושאי כלכלה ורווחה דוגמת מערכת הבריאות אינם נחשבים מרכזיים ביותר בעיני רוב הפוליטיקאים. כך ניתנת הזדמנות לגורמים כגון משרד האוצר, משרד הבריאות וקופות החולים, להשפיע על אופיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ושל שירותי הבריאות ועל הגישה אליהם.

אפשר לראות את השינויים שנעשו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כמאבק על עוצמה ועל שליטה בעיצוב מדיניות הבריאות בין משרד האוצר לבין משרד הבריאות, קופות החולים וקבוצות אינטרס של רופאים וחולים, במסגרת כללי המשחק המוסדיים החדשים. כחלק מהמאבק מוצגים שיחים שונים על אודות

היקף חובותיה של המדינה כלפי הפרט, ונכונותה להתערב בפעולתם של כוחות השוק ולמתן את השלכותיהם במערכת הבריאות (שכן עלות הטיפול הרפואי יכולה להיות גבוהה מאוד ורחוקה מהישג ידם של מרבית הפרטים). השינויים שנעשו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי למן כניסתו לתוקף מבטאים את העוצמה הרבה יותר שרכש משרד האוצר לעומת הגורמים האחרים. אף שמרבית השינויים שהוכנסו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי צמצמו את היקף הזכות לשירותי בריאות, המגמה אינה לינארית לחלוטין, ולא כל השינויים שיוזם משרד האוצר התקבלו. יתרה מזאת, הוגדרו הסדרים מנהליים למימון נוסף ולהרחבת היקף השירותים הרפואיים שבהם זכה הפרט בעקבות מאבקים פוליטיים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשלכותיו על מערכת הבריאות ועל הנגישות של שירותיה נידונים בפרסומים קודמים. הספר 'עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005' (בן-נן ועופר, 2006) מקבץ שורה ארוכה של מאמרים הבוחנים את אופן השפעתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי על מקטעים שונים של מערכת הבריאות, דוגמת השילוב הציבורי-פרטי במימון ובהגשת שירותים והתנהגות הגורמים המרכזיים – המדינה, קופות החולים, נותני השירותים וציבור האזרחים – בתוך מערכת כללים משתנה. מאמרים שפורסמו בכתב העת 'ביטחון סוציאלי' בשנים קודמות בחנו סוגיות שונות ביישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואת הקשר בין החוק לבין הקצאת משאבים לצרכים מתחרים של קבוצות שונות בחברה הישראלית.⁵ ספרן של יהודית שובל ועפרה אנסון (2000), 'העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל', מתמקד בקשר שבין החברה הישראלית על שסעיה, לבין התפתחות מערכת הבריאות והקצאת שירותי בריאות, ובתוך כך מקדיש דיון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ולהיבטים מסוימים של הפוליטיקה של מערכת הבריאות בישראל. ספרה של כרמל שלו (2003), 'בריאות, משפט וזכויות אדם', מתמקד בכללים החוקיים ובדין הקיים בתחום הבריאות, תוך שימת דגש בנגישות של ביטוח בריאות כפי שעוצבה על ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מאמרו של אייל גרוס (2004), 'בריאות בישראל: בין זכות למצרך', סוקר מנקודת מבט משפטית את השלכות חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשינויים שהוכנסו בו עד לראשית שנות האלפיים על הנגישות של שירותי בריאות. ספרם של גבי בן-נן, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני על שתי מהדורותיו (2005, 2010), 'מערכת הבריאות בישראל', סוקר את ההיבטים המרכזיים של מערכת הבריאות בישראל, אופן התפתחותה והסוגיות המרכזיות בה. מאמרים של ברוך רוזן והדר שמואל (Rosen and Samuel, 2009), "Health System Review", Israel: הוא סקירה מקיפה

5 גרוס, רוזן ושירום, 1999; ניראל ואחרים, 2001; שמואלי וגרוס, 2001; שמואלי ומרקוביץ, 2001; קיי, 2003; בנטור ואחרים, 2004.

ועדכנית של מערכת הבריאות הישראלית בכללותה, הכוללת דיון על ההיבטים השונים של ארגון והסדרה, מימון, הקצאה ומתן שירותי בריאות בישראל.

חיבורים אלה מציגים באופן מצומצם את ההיבט הפוליטי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חקיקתו והשינויים שהונהגו בו, כמנגנון לעיצוב גבולותיה של הקהילה הפוליטית הישראלית ושל הסולידריות בה. בספר זה אני מבקש למלא את החסר על ידי התמקדות בהיבטים הפוליטיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בשונה מעבודותיו של דני פילק (2000, 2001; Filc, 2004, 2005), הפרספקטיבה התאורטית והתהליכים הפוליטיים המוצגים והנידונים בספרי הם של 'רמת ביניים'. כלומר, אין הם משקיפים על החברה רק ממבט על, אלא מתמקדים בגורמים המרכזיים המצויים בתהליכים הפוליטיים הרלוונטיים. ספרו של יאיר זלמנוביץ (*Policy Making at the Margins of Government: The Case of the Israeli Health System*, (Zalmanovitch, 2002), מנתח את התהליכים הפוליטיים של מערכת הבריאות בישראל מנקודת מבט דומה לזאת שבה מתמקד ספרי, אך הדיון בו מתרכז בתהליכים הפוליטיים שקדמו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בחנית אירוע מרכזי בהיסטוריה הפוליטית של ישראל, כמו זה של חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והתהליכים הפוליטיים שהיו לפניו ולאחריו, מאפשרת נקודת מבט נוספת על תמורות חברתיות ופוליטיות בישראל, שכולנו חווים אותם. הכוונה היא לשינויים בסולידריות של היחיד ושל הקהילה הפוליטית, למאבקים בין תפיסות עולם שונות על אודות הקשרים, ולמידת המחויבות ההדדית בין הקהילה הפוליטית לבין חבריה. היבטים אלה של החיים החברתיים נבחנים בתחום מרכזי שכולנו, בנקודת זמן כזאת או אחרת, פועלים בתוכו אם כלקוחות ואם כנותני שירותים – מערכת הבריאות.

הספר בוחן את התמורות שחלו במערכת הבריאות בישראל מנקודת המבט של חקר מדינת הרווחה. מדינת הרווחה היא 'מדינה בה העוצמה הפוליטית הממוסדת מופעלת באופן מכוון על מנת לשנות את פעילותם של כוחות השוק בשלושה כיוונים: 1. הבטחת הכנסה מינימלית ליחידים ולמשפחות, ללא קשר לערך עבודתם או לנכסיהם בשוק; 2. צמצום הפגיעה ברמת החיים של האזרחים הנובעת מיציאות לא רצוניות משוק העבודה, כגון אבטלה, מחלה וזקנה; ו-3. מתן מגוון מוסכם של שירותים לכל האזרחים ללא הבדל מעמד או סטטוס' (רוזנהק, 1995: 5). ביטוח בריאות ושירותי בריאות במימון ציבורי הם שירותים חברתיים.

מתוך דיון בתאוריות על התמורות במדינת הרווחה ובהסברים להן, שם הספר דגש בפוליטיקה ביוורקרטית וביחסים שבין פוליטיקאים לביורוקרטים. הדיון בהיסטוריה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כחלק מרכזי בהתפתחות מדינת הרווחה בישראל, מצטרף לזרמים המחקריים של הסוציולוגיה הפוליטית ושל הכלכלה הפוליטית הבוחנים את הדינמיקה ואת התמורות שהתחוללו בחברה ובפוליטיקה בישראל משנות השמונים של המאה העשרים ואילך. הבחינה נעשית באמצעות התמקדות

בקשר שבין פוליטיקה לבין כלכלה, ושימוש בכוח פוליטי לריסון או לשחרור כוחות השוק. דיון בסוכנויות ביורוקרטיות ובנותני שירותים, דוגמת קופות החולים, הנוטלים חלק בתהליכים האלה, מאפשר להסביר את ההתפתחויות בתחום ביטוח בריאות בהשוואה למגמות מרכזיות בכלכלה הפוליטית של ישראל.

הגישה התאורטית שהספר מבוסס עליה היא הגישה המוסדית החדשה (הגישה הנאו-מוסדית). מוסדות הם כללים רשמיים וכללים לא-רשמיים המסדירים את היחסים בין גורמים פוליטיים ונותנים משמעות ליחסים האלה, מעצימים שחקנים מסוימים ומחלישים שחקנים אחרים, מבנים את אופן זרימת המידע ביניהם, נותנים הזדמנויות פעולה לחלק מהשחקנים ובולמים יוזמות מצד שחקנים יריבים (Campbell, 2004: 1; Tuohy, 1999: 7-8). מוסדות המכוונים ומסדירים קונפליקטים הם משתנים חשובים להבנת תהליכי העיצוב של המדיניות הציבורית. רוב התאוריות הנאו-מוסדיות רואות במוסדות גורם יציב המעצב בתורו את התנהגות הגורמים המעורבים בדבר. תאוריות נאו-מוסדיות אחרות גם מנסות להסביר כיצד מוסדות מתפתחים ומשתנים לאורך זמן, וכיצד חלק מן השחקנים והתמורות בסביבה הפוליטית, הכלכלית, התרבותית, הדמוגרפית והגאוגרפית (למשל תופעות טבע) יכולים לשנות מוסדות.

אני מבקש אפוא לחשוף את התהליכים הפוליטיים ואת המגמות המניעות אותם, תוך כדי זיהוי צומתי הכרעה. ב'צומתי הכרעה' הכוונה היא לאירועים שבהם נידונו הכללים ו/או היישומים של תחום כלשהו במדיניות הציבורית, ושבהם פעלו גורמים לקבל החלטה על שינוי הכללים, או התנגדו לה, וחתרו לבלום יוזמה של מתנגדיהם. דוגמאות לצומתי הכרעה הם תהליכי חקיקה, ועדות וזירות נוספות שבהן נידונים הכללים לביטוח בריאות במימון ציבורי.

המידע שהתבססתי עליו נאסף ממקורות שונים.⁶ חלק מרכזי מהשינויים נעשו בחקיקה, והמקורות לכך הם פרוטוקולים של דיוני ועדות הכנסת ושל מליאת הכנסת ונוסחי הצעות חוק וחוקים. לפרוטוקולים של ועדות הכנסת היה מקום מרכזי במיוחד. אמנם הדיונים בוועדות הכנסת אינם אלא שלב אחד בתוך תהליכי קבלת ההחלטות, אבל האינטראקציה, ובמקרים רבים המאבק, בין הגורמים השונים חושף אירועים נוספים, קודמים כרונולוגית, ומסייע לחשוף את העמדות ואת האינטרסים

6 מכיוון שנושא הספר דן באירועים, בתמורות ובתהליכים משנות השמונים ועד לשנים האחרונות, כמה מקורות מרכזיים היו חסומים בפני. אפשר להזכיר בהזדמנות זו מקור מרכזי שהגישה אליו הייתה מנועה בשל חוק הארכיונים, המחייב תקופת השגחה בין מועד החיבור של מסמך כלשהו המצוי באותו ארכיון לבין חשיפתו לציבור – פרוטוקולים של ישיבות הממשלה וועדותיה. עיון במקורות פומביים אחרים, ראיונות ומסמכים שהושגו מחלק מהמוראיינים והצלבה ביניהם, נועדו לחשוף את התהליכים ואת ההסברים להם, גם כאשר חלק מהמקורות האחרים אינם גלויים.

שלהם. נוסף על כך, אותרו בארכיון הכנסת חומרים נלווים, בעיקר התכתבויות בין מקבלי החלטות. מקורות ראשוניים נוספים הם דוחות של ועדות ופרסומים של גורמים שונים, ובראשם משרדי האוצר והבריאות וקופות החולים.

המקורות המרכזיים שנאספו במהלך המחקר – פרוטוקולים ודוחות – נותחו בשני מישורים: (1) איתור מידע ונתונים על אירועים ותהליכים פוליטיים, תוך הצלבה בין מקורות שונים; (2) זיהוי וניתוח תפיסות של השחקנים, עמדותיהם והאינטרסים שלהם על פי הגישה הנרטיבית, הרואה בניתוח הטקסטים והראיונות לאו דווקא מקור לאיתור עובדות, אלא מקור לזיהוי עמדות ותפיסות (Hodder, Silverman, 2000). ההנחה היא כי למסגרת שבה מתקיימת האינטראקציה בין השחקנים יש השפעה רבה, גם אם לא מוחלטת, על התנהגותם, על עמדותיהם ועל היחסים ביניהם – ועל תוצרי האינטראקציה ביניהם. לכן, במחקר מסוג זה, למסגרות שבהן נערכות אינטראקציות יש השפעה על אופי ההחלטות המתקבלות שיש להביאן בחשבון (שנהב, 2003). הניתוח הנרטיבי הוא גם סיבה לשימוש הרב בציטוטים המובאים בספר. מטרתי לחשוף בפני הקורא את אופן עיצוב הטענות והצגתם על ידי הגורמים השונים בצד הפרשנות שלי. אמנם, מטבע הדברים, בחירת הציטוטים המובאים היא סלקטיבית ונועדה לחזק את טיעוני, אך הצגתם מאפשרת לקורא לשפוט את הפרשנות שלי ולעצב פרשנות אישית דומה או שונה.

סוג נוסף של מקורות הוא כלי התקשורת, ובעיקר העיתונות הכתובה. הזירה הציבורית היא אחת מהזירות המרכזיות שבהן מתנהל המאבק על עיצוב מערכת הבריאות. לא תמיד זו הזירה החשובה ביותר, אבל הגורמים המעורבים מייחסים לה חשיבות רבה. לחוקר כלי התקשורת משמשים, אם מתייחסים אליהם בזירות הנדרשת, מקור חשוב להבנת העמדות והאינטרסים של השחקנים. במקרה של חוקר ביטוח בריאות ממלכתי יש חשיבות רבה למקורות משניים, ואכן נעשה שימוש גם בהם.

מקור משלים היו ראיונות שערכתי עם חלק ממקבלי ההחלטות בעבר ובהווה, רובם ניתנים להגדרה כפוליטיקאים או כביורוקראטים. הראיונות עסקו בתפיסת העולם של המרואיינים ושל הארגונים שבהם פעלו, על עמדות ועל קונפליקטים בתוך הארגונים שבהם, תפיסתם את היריבים ואת כוונותיהם, והתהליכים ואירועים שהתרחשו במסגרת התהליכים הפוליטיים האלה. בראיונות נשאלו שאלות פתוחות (Fontana and Frey, 2000), והתוואי שלהם היה נתון לשינוי לפי התפתחות כל ראיון וראיון, שכן לעתים המרואיינים העלו לדיון סוגיות שמיקדו את תשומת הלב. כמו כן, ראיונות מאוחרים יותר נבנו על בסיס המידע שהתקבל מראיונות קודמים ומחומרים שנאספו במהלך המחקר. לראיונות יש יתרון על המקורות האחרים, שכן הם מאפשרים לחשוף באופן בלתי אמצעי עמדות, אינטרסים וגורמים למעשים. לעתים עלו בראיונות אירועים או הסברים לפעולה של גורמים שלא היה אפשר לחשוף

אותם ממקורות אחרים. תוך כדי כך המרואיינים אף תורמים את זווית הראייה שלהם להבנת התהליכים המרכזיים של מערכת הבריאות ושל חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עם זאת לראיונות יש חסרונות לא מעטים כמקור מידע: לעתים המרואיינים אינם זוכרים במדויק אירועים בעבר הרחוק, או אף הקרוב,⁷ וייתכן אף שהם יתארו אותם ממרחק הזמן באופן שונה מדרך התרחשותם מסיבות השמורות עמם.

בספר תשעה פרקים. הפרק הראשון מציג את המסגרת התאורטית לדיון במערכות בריאות מנקודת המבט של מחקר מדינת הרווחה. חלקו הראשון של הפרק דן בייחודיותו של תחום הבריאות, בסוגיות המרכזיות שלו, ובתהליכים הפוליטיים בו, לעומת תחומים אחרים המהווים חלק ממדינת הרווחה. שני החלקים הבאים של הפרק מציגים את גישת הפוליטיקה הביורוקרטית, שכמה חוקרים גייסו בשנים האחרונות להסבר התמורות במדינות רווחה על רקע הביקורות על הגישות הרווחות לניתוחן, ואת ההקשר המוסדי של הפוליטיקה של מדינת הרווחה. חלקו האחרון של הפרק מציג סקירה תמציתית של שני שינויים מרכזיים בכלכלה הפוליטית של ישראל, שמערכת הבריאות היא חלק ממנה – התמורה האידאולוגית הנאו-ליברלית בקרב רבים ממקבלי ההחלטות, ועלייתם של שחקנים דוגמת אגף התקציבים במשרד האוצר, שיש לו מקום מרכזי בפוליטיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הפרק השני מתאר בקצרה את מערכת הבריאות לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, את התפתחותה ההיסטורית, את המבנה שלה ואת הקשר שלה עם פוליטיקה מפלגתית ואלקטורלית. הפרק השלישי דן במשבר שאירע במערכת הבריאות בשנות השמונים ובראשית שנות התשעים מזווית ראייה שונות המשתלבות זו בזו מבחינה כלכלית, מוסדית ופוליטית. הפרק הרביעי מציג את תהליך חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שני משוריו: הפוליטי-מפלגתי והפוליטי-מקצועי. כאן גם נידונה הסוגיה בנוגע למידת התיישבותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי עם התפיסה הנאו-ליברלית שקנתה לה מעמד הגמוני בישראל.

הפרקים החמישי, השישי, השביעי והשמיני עניינם השינויים שיצר חוק ביטוח בריאות ממלכתי בהסדרים המוסדיים ('כללי המשחק'). הפרק החמישי דן בשינוי הזכות החברתית לשירותי בריאות בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הפרק השישי עוסק בתהליכים הפוליטיים סביב מימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובמיוחד בהשפעה שנודעה לעליית כוחו של משרד האוצר על תוכן החוק והיקף הזכות החברתית לשירותי בריאות. הדיון עוסק בעיצוב יחסי הכוחות בעקבות החוק ובמיסודם. הפרק השביעי דן במגמות המסחר של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

7 במקרים מסוימים מרואיינים מאותו ארגון שנכחו באותו אירוע חלקו עימי גרסאות שונות לחלוטין של אותו אירוע, כך שהיה צורך למצוא מקורות נוספים שיתמכו בגרסה כזו או אחרת.

בשנות האלפיים. הדיון מתייחס לאירועים ולתהליכים שאירעו עד סוף שנת 2007. הפרק השמיני מציג נתונים נוספים על אודות הבריאות וכלכלת הבריאות בישראל לאורך זמן ובפרספקטיבה השוואתית, במטרה להעלות לדיון את השאלה אם חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כשינוי בכלכלה הפוליטית של מערכת הבריאות בישראל, הוביל לשינוי באינדיקטורים ובתוצרים המרכזיים של מערכת הבריאות. את הספר חותם דיון מסכם קצר המציג את המסקנות העיקריות של המחקר שיש בהן כדי לתרום להבנתם של תהליכים קיימים במדינת הרווחה הישראלית.