

## מסחורה של מערכת הבריאות – תהליך ראוי או שגוי?

### דני פילק\*

מאמר זה עוסק בשאלה אם תהליך מסחורה של מערכת הבריאות בישראל הינו תהליך שלילי או חיובי. מסחורם של שירותי הרווחה הינו אחד המאפיינים של המודל החברתי-הכלכלי הניאו-ליברלי. חיבור זה מנתח את השוני בין מערכת הבריאות לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי לבין מערכת הבריאות אחריו. המאמר מראה כי מסחורם של שירותי הבריאות התבטא בשלושה אופנים: ראשית, בהעברת מימוןם של שירותי הבריאות מהממשלה לאזרחים; שנית, בהפרטת הבעלות על משאבי בריאות; ושלישית, באימוץ הערכים והתרבות הארגונית של המגזר העסקי על-ידי מערכת הבריאות הציבורית.

מבוא

פרק א: הפרטת המימון

1. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

2. המשך תהליך המסחור: 1997–2006

פרק ב: הפרטת הבעלות

פרק ג: אימוץ תרבות ארגונית "עסקית"

פרק ד: סיכום ומסקנות

### מבוא

מערכת הבריאות, כפי שמשקף מהדיון התקשורתי, נראית במשבר תמידי. תחושה זו נובעת מהציפיות הגדולות שעוררה ההתפתחות הטכנולוגית, אך גם מתהליך ממושך של שינוי. מערכת הבריאות הישראלית, בדומה לרוב מערכות הבריאות במדינות העשירות,

\* מרצה בכיר במחלקה לפוליטיקה וממשל, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, ויושב-ראש עמותת רופאים לזכויות אדם.

עברה בשני העשורים האחרונים שינויים משמעותיים. מעבר לחידושים הטכנולוגיים, חלו שינויים, בין היתר, באופן המימון של שירותי הבריאות, ביחסים בין הפרטי לציבורי ובתרבות הארגונית. מאמר זה יתמקד בתהליך מסחורם של שירותי הבריאות, ויטען כי תהליך זה הינו אחד השינויים המרכזיים של מערכת הבריאות הישראלית. המאמר יציג את האופנים השונים של מסחור שירותי הבריאות ואת האופן שבו השפיעה חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על תהליך המסחור, וידון באופייה של מערכת הבריאות שתים-עשרה שנה לאחר חקיקת החוק. אסיים מאמר זה בהתייחסות להיבט הנורמטיבי של מסחור מערכת הבריאות, ובפרט אתיחס לשאלה אם מדובר בתהליך ראוי או שגוי במדינת-ישראל.

מסחורה של מערכת הבריאות הוא אחד השינויים המאפיינים את המעבר ממודל חברתי-כלכלי "קיינסיאני/פורדיסטי", שאפיין את רוב המדינות המתועשות עד אמצע שנות השבעים של המאה העשרים, למודל ניאוליברלי פוסט-פורדיסטי. במגבלות מאמר זה אין אפשרות לדון בתהליך זה לעומק, אך חשוב לציין את המאפיינים העיקריים של המודל הניאוליברלי: ראשית, התעשייה העילית והמגזר הפיננסי כמגזרים המובילים של המשק; שנית, קריסתה של המערכת הפיננסית שאפיינה את העולם הקיינסיאני/פורדוסי (הסכמי ברטון-וודס) והחלפתה במערכת המושתתת על מעבר חופשי של הון ממדינה למדינה ועל שערי מטבעות שנקבעים על-ידי השוק; שלישית, נסיגה מהמחויבות למדיניות של תעסוקה מלאה; רביעית, מעבר מדגש בביקוש מצטבר כמנוע לצמיחה לדגש בשכבת בעלי ההון כמנוע לצמיחה; חמישית, הפחתת מיסים כדי לשחרר לשכבה זו משאבים להשקעה; שישית, היחלשות של ארגוני העובדים; שביעית, היחלשות יכולתה של המערכת הדמוקרטית לכוון את הפעילות הכלכלית; שמינית, ריסון האינפלציה כיעד עיקרי של המדיניות הכלכלית, תוך שימת דגש במדיניות מוניטרית מרסנת ובמשמעת פיסקלית קשוחה (כגון קביעת יעדי הגירעון בחקיקה); תשיעית, צמצום תפקידי המדינה עד למינימום, על-ידי תהליכי הפרטה מרחיקים ו"התמקצעות" של המדיניות הכלכלית (למשל, "עצמאותם" של הבנקים המרכזיים); ועשירית, מסחורה של מדינת-הרווחה.<sup>1</sup>

אחד הביטויים המרכזיים של המעבר למבנה חברתי-כלכלי ניאוליברלי הוא מסחורה מחדש של מדינת-הרווחה. משמעות המסחור היא שהקצאת המשאבים ונגישותם של השירותים נקבעות על-פי אמות-המידה של השוק. הקצאת המשאבים נעשית על-פי כללים של היצע וביקוש, והשירותים נגישים למי שיכול לשלם בעבורם. כלומר, אפשרות הגישה של הפרט לשירותים תלויה במידת תפקודו בשווקים השונים (השוק הפיננסי, שוק הנדל"ן, שוק העבודה וכדומה). במודל החברתי-הכלכלי הניאוליברלי, למסחורם מחדש של שירותי הרווחה יש שלוש מטרות עיקריות: ראשית, להעביר עלויות מהמגזר הציבורי לאזרח הפרטי, כדי לאפשר מדיניות פיסקלית מרסנת (הורדת מיסים ללא העמקת הגירעון);

1 מדינת-הרווחה במבנה הקיינסיאני/פורדיסטי אפשרה לאזרחים לשמור על רמת חיים מסוימת גם במקרים שבהם הם לא היו מצליחים לעשות זאת בעולם השוק. מדינת-הרווחה עשתה זאת על-ידי הספקת שירותים מסוימים כזכות אזרחית (בריאות, חינוך, דיור), על-ידי מערכת של ביטוח חברתי (פנסיה, דמי אבטלה, דמי נכות) ועל-ידי תשלומי העברה. Ash Amin, Post-Fordism: A Reader (1994); Bob Jessop, The Future of the Capitalist State (2002).

שנית, לפתוח אפשרויות חדשות להשקעה ולצבירת הון; ומטרה שלישית ואחרונה, להכפיף את כוח העבודה למשמעת של השוק.<sup>2</sup> מסחורה של מערכת הבריאות מהווה מרכיב מרכזי של מסחור מדינת-הרווחה בשל העלויות האדירות של שירותי הבריאות בתקופתנו, אשר גדלות עם העלייה בתוחלת החיים וההתפתחות הטכנולוגית המהירה. החברה הישראלית עברה בשני העשורים האחרונים תהליך של ניאוף-ליברליזציה.<sup>3</sup> מסחורה של מערכת הבריאות מהווה חלק מרכזי בתהליך זה. מסחור זה התבטא בישראל בשלושה אופנים: הפרטה חלקית של מימון השירותים, הפרטת הבעלות על חלק מהשירותים ואימוץ התרבות הארגונית של המגזר העסקי על-ידי מערכת הבריאות הציבורית. ברם, מסחורה של מערכת הבריאות בישראל לא היה תהליך חד-כיווני. במקביל לתופעות של הפרטה, שאציג בהמשך, התרחש מהלך מרכזי המנוגד לכיוון הכללי של מסחור מחדש: חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994. החוק מקנה אפשרות גישה לסל שירותים רחב לכל תושבי ישראל, ומנתק את אפשרות הגישה לשירותי בריאות מן היכולת הכלכלית.<sup>4</sup> במילים אחרות, החוק מוציא את שירותי הבריאות ממעגל השוק, ותוצאתו היא דה-קומודיפיקציה של שירותי הבריאות.

## פרק א: הפרטת המימון

החל בשנות השמונים התרחש בישראל תהליך של העברת מימון של שירותי הבריאות מהממשלה לאזרחים. חלקה של הממשלה במימון ההוצאה הלאומית לבריאות הלך וקטן, ובד גדלה ההוצאה הפרטית. עד לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כלל המימון הציבורי של שירותי הבריאות את המקורות הבאים: תקציב המדינה; "מס מקביל", אשר שולם על-ידי המעסיקים וחולק בין קופות-החולים (על-פי מפתח שנתן משקל עיקרי לרמת ההכנסות של כל מבוטח); ו"מס החבר" (וולונטרי), ששולם על-ידי הפרט לקופת-החולים. המימון הפרטי כלל "הוצאות מהכיס" בזמן מחלה (תשלום לרופאים פרטיים, בריאות השן, אבזורים רפואיים ותשלומי השתתפות בתרופות) וביטוחי בריאות פרטיים. לאורך שנות השמונים פחת המימון הממשלתי מתקציב המדינה (לא כולל המס המקביל) מ-45% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות בשנות השבעים המאוחרות ל-21.6%

2 Ben Agger, *The Dialectic of Deindustrialization: An Essay on Advanced Capitalism*, 2

.CRITICAL THEORY AND PUBLIC LIFE 3 (John Forester ed., 1985)

3 דני פילק פופולזים והגמוניה בישראל (2006); אורי רם הגלובליזציה של ישראל – מק'וורלד בתל אביב, ג'יהאד בירושלים (2006).

4 זאת, לגבי תושבים המוכרים ככאלה על-ידי משרד הפנים, כלומר, לא לגבי מהגרי-עבודה ותושבים חסרי מעמד.

בשנות התשעים המוקדמות. טבלה 1 מראה את השינויים במימון הממשלתי, בתשלומי החבר וב"הוצאה מהכיס" לאורך שנות השמונים ובתחילת שנות התשעים.

טבלה 1: ההוצאה הלאומית לבריאות לפי המגזר המממן (באחוזים), 1980-1993<sup>5</sup>

| שנה  | ממשלה | דמי חבר | "הוצאה מהכיס" | שונות |
|------|-------|---------|---------------|-------|
| 1980 | 60    | 12      | 19            | 9     |
| 1981 | 60    |         |               |       |
| 1982 | 59    |         |               |       |
| 1983 | 54    |         |               |       |
| 1984 | 53    | 15      | 23            | 9     |
| 1985 | 54    | 14      | 25            | 7     |
| 1986 | 54    | 18      | 27            | 1     |
| 1987 | 51    | 19      | 29            | 1     |
| 1988 | 50    | 19      | 29            | 2     |
| 1989 | 47    | 20      | 28            | 5     |
| 1990 | 46    | 48      |               |       |
| 1991 | 46    | 49      |               |       |
| 1992 | 45    | 52      |               |       |
| 1993 | 44    | 52      |               |       |

מהטבלה ניתן ללמוד שבשנות השמונים התרחש תהליך של העברת חלק לא־מבוטל ממימון ההוצאה הלאומית לבריאות מהקופה הציבורית אל משקי־הבית. בזמן שההוצאה הממשלתית (ללא המס המקביל) ירדה מ־45% ל־22%, ה"הוצאה מהכיס" עלתה מ־19%

5 Gabi Bin Nun & David Chinitz, *The Roles of Government and the Market in the Israeli Health-Care System in the 1980s*, THE CHANGING ROLES OF GOVERNMENT AND THE MARKET IN HEALTH CARE SYSTEMS (David Chinitz & Mark Cohen eds., 1993). הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנתון סטטיסטי לישראל 54 (2003). יש לציין כי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מתייחסים למס המקביל כאל חלק מהמימון הממשלתי. כמו־כן, לגבי השנים 1981 עד 1983 נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מציגים רק את ההוצאה הממשלתית, ולגבי השנים 1990 עד 1993 הם מתייחסים לדמי החבר ול"הוצאה מהכיס" כאל תחום אחד.

ב-1980 ל-28% ב-1989. העובדה שעיקר הגידול בהוצאה הפרטית נרשם בקטגוריה של "הוצאה מהכיס" בזמן מחלה מלמדת שהיכולת לשלם נהפכה למרכיב משמעותי ביכולת הגישה לשירותי בריאות. אם כך, המשמעות של הפחתת חלקה של המדינה במימון שירותי הבריאות היא מסחור חלקי של שירותים אלה.

כמו-כן, הירידה החדה בהשתתפות המדינה במימון ההוצאה הלאומית לבריאות הובילה למשבר פיננסי של המערכת כולה.<sup>7</sup> קופת-חולים כללית, אשר ביטחה בתקופה זו יותר מ-80% מהאוכלוסייה, עבדה כל העת עם תקציב גרעוני. הפיזור הגיאוגרפי, העדר הפריירה בקבלת מבוטחים לקופה והמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של מבוטחיה הכבידו על מאזן הקופה ועל תזרים המזומנים שלה מאז ומתמיד. גרעונותיה של קופת-חולים כללית סובסדו על-ידי המדינה עד שנות השמונים. אולם כתוצאה מהמהפך השלטוני ומתוכנית ההבראה של 1985, ירד כיסוי הגירעון באופן ניכר, וכתוצאה מכך נקלעה קופת-חולים כללית למשבר פיננסי.

ככל שהתרחב תהליך ההפרטה, קצב העלייה של ההוצאה הפרטית האפיל על קצב העלייה של ההוצאה הלאומית לבריאות. האחרונה עלתה בין 1986 ל-1994 ב-43% (במחירים קבועים), ואילו ההוצאה בתחום בריאות השן (הוצאה שהיא כולה פרטית) עלתה באותן שנים ב-62%, וההוצאה הפרטית האחרת (רופאים פרטיים, תרופות, אביזרים) עלתה ב-59%. ההוצאה על רופאים פרטיים עלתה ב-102% בשנות השמונים, וב-32% נוספים בין 1990 ל-1994.<sup>8</sup> בזמן ששיעור העלייה בהוצאה הציבורית לבריאות היה 2.7%, שיעור העלייה הממוצע בהוצאה הפרטית היה 86%.

לתהליך ההפרטה של מימון שירותי הבריאות היו כמה תוצאות, אשר הובילו יחדיו למשבר כלל-מערכתי. אחת התוצאות של מסחורה החלקי של מערכת הבריאות הייתה יצירת מערכת בריאות ריבודית. המדרגה התחתונה במערכת ריבודית זו כללה את הפלשתינים בשטחים הכבושים ואת מהגרי-העבודה ללא אשרת כניסה, אשר אפשרות הגישה שלהם לשירותי בריאות הייתה מוגבלת ביותר. הרובד השני כלל את תושבי ישראל ללא ביטוח בריאות (כ-7%-8% של האוכלוסייה, לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי). הרובד השלישי הורכב ממבוטחי קופת-חולים כללית, שבה ההוצאה לנפש הייתה 2,533 שקלים (במחירי 1993) – נמוך יותר מאשר בכל יתר הקופות.<sup>10</sup> הרובד הבא היה זה של מבוטחי הקופות

6 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שם.

7 Arie Shirom, *Toward a Diagnostic Model of Macro-systems in the Public Sector: The Case of Israel's Health-Care System*, THE CHANGING ROLES OF GOVERNMENT AND THE MARKET IN HEALTH CARE SYSTEMS (David Chinitz & Mark Cohen eds., 1993); Dov CHERNICHOVSKY, ECONOMIC DIMENSIONS OF THE CRISIS IN THE ISRAELI HEALTH – CARE SYSTEM (1991).

8 CHERNICHOVSKY, שם. ראו גם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לעיל ה"ש 5.

9 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שם.

10 בפועל הייתה ההוצאה נמוכה אף יותר. הסיבה לכך היא כי האוכלוסייה של קופת-חולים כללית הייתה מבוגרת יותר ועם אחוז גבוה יותר של חולים כרוניים. היות ואוכלוסיות אלה צורכות יותר שירותי רפואה, אזי היחס בין הוצאה לנפש לצריכה הייתה נמוכה יותר בקופת-

הקטנות (קופות-חולים מכבי שירותי בריאות, מאוחדת ולאומית), שבהן ההוצאה לנפש הייתה 2,970 שקלים, והאוכלוסייה הייתה צעירה ובריאה יותר, הווה אומר, אוכלוסייה הצורכת פחות שירותי בריאות. משמעות הדבר היא שהפער בפועל בין הרבדים השני והשלישי היה גדול עוד יותר מזה המשתקף מהשוואת ההוצאה לנפש. לבסוף, הרובד העליון היה זה של העשירים מאוד, אשר צריכת שירותי הבריאות שלהם הייתה בעיקרה פרטית. תוצאה שנייה של תהליך הפרטת המימון הייתה, כפי שצוין קודם, שקופת-חולים כללית צברה גירעון הולך וגדל בשל הפסקת הסובסידיה הממשלתית. בשל משקלה של קופת-חולים כללית במערכת הבריאות דאז, קשיי התורים שלה גרמו לקשיים כלכליים לספקים שונים, ובעיקר לבתי-החולים הממשלתיים.

כמו-כן, רבים מבין המבוטחים הצעירים, הבריאים ובני מעמדות-הביניים עזבו לקופות הקטנות, ובמיוחד לקופת-חולים מכבי שירותי בריאות (להלן: קופת-חולים מכבי).<sup>11</sup> תהליך העזיבה היה תוצאה של מצבה הכלכלי הקשה של קופת-חולים כללית, הפערים בהוצאה לנפש בינה לבין הקופות האחרות, היחלשות הזהות הקולקטיבית של "תנועת העבודה" והתרבות הארגונית הביורוקרטית של קופת-חולים כללית. גל עזיבה זה החמיר עוד יותר את המשבר בקופת-חולים כללית בשל ההרעה בתמהיל המבוטחים.

בין 1981 ל-1994 עלה שיעור המבוטחים בקופות הקטנות מ-8% ל-37% מכלל המבוטחים, ואילו שיעור המבוטחים בקופת-חולים כללית ירד מ-82% ל-62%.<sup>12</sup> בשל עזיבתם של מבוטחים צעירים רבים, עלה באותן שנים אחוז החברים מעל גיל שישים וחמש בקופת-חולים כללית מ-9.4% ל-13%. במקביל ירדו שיעוריהם בקופת-חולים הקטנות: בקופת-חולים לאומית - מ-8.7% ל-7.2%; בקופת-חולים מכבי - מ-6.1% ל-4.8%; ובקופת-חולים מאוחדת - מ-8.3% ל-4.1%.

המשבר של מערכת הבריאות הוביל להקמתה של ועדת חקירה ממלכתית - ועדת נתניהו - אשר המליצה על שינויים מבניים במערכת, שבמרכזם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

## 1. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

הפתרון הזמני למשבר במערכת הבריאות היה אם כן חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק הכיר בזכות לשירותי בריאות של כל תושבי ישראל (המוכרים על-ידי משרד הפנים ככאלה). החוק מתחייב לשוויון בנגישותם ובאיכותם של שירותי הבריאות, על-ידי הבטחת סל שירותים לכלל התושבים. כמו-כן קבע החוק מנגנון מרוכז לגביית מס הבריאות (שהחליף את מס החבר שנגבה על-ידי כל קופה) וכן נוסחה לחלוקת הכספים בין הקופות שמתקנת את מספר הנפשות הרשומות בכל קופה לפי גורם הקשור לגיל המבוטחים (כדי

חולים כללית.

11 קופת-חולים מכבי הנהיגה באותם ימים מדיניות של "גריפת השמנת", על-ידי כך שסירבה לקבל חולים כרוניים, חולים קשישים ונתמכי סעד.

12 גבי בן-גון ושוקי גרינבלט התפלגות מבוטחים בין קופות חולים 1950-1998 (1999).

לשקף, באופן חלקי לפחות, את העובדה שגיל הינו המשתנה המרכזי המשפיע על הוצאות הבריאות.<sup>13</sup>

החוק חולל שינויים במערכת הבריאות שהיו מנוגדים לכיוון הכללי של מסחור מדינת-הרווחה בכלל ושירותי הבריאות בפרט. החוק ניתק בין היכולת הכלכלית של המבוטחים לבין הזכות לקבל שירותי בריאות. כל תושב זכאי לשירותי בריאות שווים ללא קשר להכנסתו. החוק הרחיב את הכיסוי הביטוחי ל-7% מהאוכלוסייה שלא היה מבוטחים (בין מאתיים וחמישים אלף לשלוש מאות אלף נפש), ולכן ניתק למעשה את ביטוח הבריאות מן היכולת לשלם בעבורו.<sup>14</sup> נוסף על כך, אופן חלוקת המשאבים בין הקופות שנקבע בחוק משקף את הצרכים הבריאותיים השונים (שכן גיל הינו המשתנה העיקרי המנבא צורך בשירותי בריאות), ולא את רמת ההכנסות של חברי הקופה, כפי שהיה לפני חקיקת החוק. משמעותם של שינויים אלה היא דה-קומודיפיקציה של שירותי הבריאות, משום שנגישותם אינה עוד פונקציה של כללי השוק. לחוק הייתה גם השפעה שוויונית בכך שחלוקת המשאבים בין הקופות על-פי קפיטציה מתוקנת צמצמה את פער ההוצאה לנפש בין הקופות.<sup>15</sup> כתוצאה משינוי שיטת הגבייה והחלוקה בין הקופות, גדלו ההכנסות לנפש של קופת-חולים כללית ב-11%, ושל קופת-חולים לאומית - ב-7%; ובו-בזמן קטנו ההכנסות לנפש של קופת-חולים מאוחדת ב-7%, ושל קופת-חולים מכבי - ב-15%. ההוצאה לנפש של הקופות, מתוקנת לפי גיל, נעשתה אף היא שוויונית יותר: בין 1994 ל-1996 היא פחתה בכ-9% בקופת-חולים לאומית, בכ-8% בקופת-חולים מכבי ובכ-5% בקופת-חולים מאוחדת; ואילו בקופת-חולים כללית היא עלתה בכ-5%. כמו-כן אסר החוק על הקופות לסרב לקבל גבר או אישה הפונים להירשם כחברים, ועל-ידי כך הפחית עד-מאוד את תופעת "גריפת השמנת". המערכת נעשתה ריבודית פחות, משום שכל האוכלוסייה זכאית לסל בריאות, והפערים בין הקופות הצטמצמו מאוד.

עם זאת, החוק לא הצליח לבלום את כל ההשפעות של תהליך המסחור. היחס בין מימון פרטי למימון ציבורי לא חזר לרמות של שנות השבעים המוקדמות. בשנת 1995, 75% מההוצאה הלאומית לבריאות היו במימון ציבורי, ו-25% - במימון פרטי.<sup>16</sup> זאת ועוד, החוק לא הצליח לבלום את הכוחות הפוליטיים שדוחפים את תהליך מסחורה של מדינת-הרווחה, ולכן כבר בשנת 1997, רק שנתיים לאחר כניסת החוק, החל תהליך של כרסום הישגי החוק.

13 החוק אפשר גם לכלול גורמים נוספים לנוסחת הקפיטציה, כגון מצב חברתי-כלכלי או תמהיל המבוטחים (Case-Mix), אך בפועל, למן חקיקת החוק, טרם הוכנסו לנוסחת הקפיטציה גורמים מתקננים נוספים מלבד הגיל.

14 ס' 3(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ס"ח 156.

15 ההוצאה לנפש בקופת-חולים כללית לאחר כניסתו של החוק הייתה 2,658 שקלים, ובקופת-חולים מכבי - 2,722 שקלים.

16 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנתון סטטיסטי לישראל 51 (2000). יש להביא בחשבון שברוב מדינות ה-OECD היחס הוא 80/20.

## 2. המשך תהליך המסחור: 1997–2006

חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הצליחה לבלום רק לתקופה קצרה את תהליך המסחור של מערכת הבריאות הישראלית. בשנת 1997 ביטלה הממשלה את חלקם של המעסיקים במימון שירותי הבריאות, על-ידי ביטול המס המקביל. על-פי טענת הממשלה, המושאבים שאבדו למערכת כתוצאה מביטול המס המקביל היו אמורים להינתן מהתקציב הכללי. ברם, לא רק שביטול המס המקביל היווה העברה של הנטל מהמעסיקים לציבור כולו (צעד גרסיבי אשר התיישר עם השאיפה הניאו-ליברלית להפחית עד למינימום את המס על ההון), אלא שבפועל לא עמד האוצר בהבטחתו, והקיצוצים לא איחרו לבוא. בחוק ההסדרים 1998<sup>17</sup> התכוון האוצר לכלול את הצעדים הבאים:

1. כל קופה תוכל לקבוע את תכולת סל השירותים שתיתן למבוטחיה ואת המחיר שתגבה. אילו התקבלה, הייתה הצעה זו שמה קץ להבטחת סל שירותים אוניוורסלי ולניתוק בין יכולת התשלום לבין השימוש בשירותי בריאות. המשמעות של מהלך זה הייתה חזרה אל המבנה הריבוני, הלא-שוויוני. קופה שתגבה יותר תוכל לספק סל רחב יותר, ומטבע הדברים תפנה לאוכלוסייה המסוגלת לשלם תעריפים גבוהים יותר.
  2. המבוטחים יחויבו בהשתתפות עצמית על שימוש בשירותים, כגון רפואה מקצועית ובדיקות הדמיה. כמו-כן, כל קופה תגבה "מס-גולגולת" – מס בסכום קבוע מכל מבוטח, ללא קשר להכנסה. מדובר למעשה במס גרסיבי מאוד, אשר היה מעלה את חלקן של השכבות החלשות במימון שירותי הבריאות, ועל-ידי כך מעמיק עוד יותר את אי-השוויון.
  3. הממשלה לא תכסה את הפער שבין הכנסתן של הקופות לבין הוצאותיהן בפועל, אלא תשתתף בסכום קבוע. המשמעות של צעד זה הייתה העברת האחריות לגרעונות אל קופות-החולים.
  4. תתאפשר פעילותן של קופות-חולים למטרות רווח. המשמעות של צעד זה הייתה הפיכת תחום הבריאות מתחום העוסק בהספקת שירות שנתפס כזכות אזרחית לעוד תחום של "עשיית כסף". האינטרס העיקרי של מיזם עסקי הוא להגדיל רווחים, ולא לדאוג למצב הבריאות של המבוטחים בו.
  5. ההשתתפות העצמית בגין תרופות תועלה ב-25%.
- חבילת השינויים עוררה התנגדות רבה בקרב ארגונים הקשורים לבריאות. ארגוני חולים, ארגון האחים והאחיות וכן ההסתדרות הרפואית יצאו למאבק נגד השינויים שהציע האוצר. ההתנגדות הציבורית בלמה חלק מההצעות הללו (כגון מס-הגולגולת, היכולת לקבוע סל שירותים דיפרנציאלי והפעלת קופות-חולים למטרות רווח), אולם הכנסת ההשתתפות העצמית בגין שירותים, העלאת ההשתתפות העצמית בתרופות והעברת האחריות לגירעון מן המדינה אל הקופות שינו באופן משמעותי את רוח החוק, ותרמו להעמקת מסחורה של המערכת. כדי לעמוד במגבלות התקציביות (ובהינתן שנוסחת עדכון הקפיטציה לא כללה

17 פרק 1 לחוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח 1998.



משפט ועסקים ו, התשס"ז מסחורה של מערת הבריאות – תהליך ראוי או שגוי?

את גידול האוכלוסייה ואת הודקנותה, נאלצו הקופות להעביר חלק מההוצאות למבוטחים.<sup>18</sup> כפי שאנו יכולים להתרשם מעיון בטבלה 2 להלן, שיעור ההוצאות של קופות-החולים שמומנו ישירות על-ידי המבוטחים עלה באופן משמעותי משנת 1997.

#### טבלה 2: השתתפות עצמית כאחוז מההכנסות של קופות-החולים

| שנה  | אחוז  |
|------|-------|
| 1995 | 5.7%  |
| 1996 | 5.3%  |
| 1997 | 5.6%  |
| 1998 | 6.2%  |
| 1999 | 7.6%  |
| 2000 | 8.1%  |
| 2001 | 8.8%  |
| 2002 | 9.6%  |
| 2003 | 14.0% |
| 2004 | 14.4% |

חוקי ההסדרים מ-1997 ו-1998 פתחו פתח לתהליך מתמשך של העברת נטל המימון מהקופה הציבורית אל הפרט הנוזק לטיפול. טבלה 3 להלן מראה כי לאורך השנים קטן החלק הציבורי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, וגדל החלק הפרטי.

18 מגמת משרד האוצר להעביר את האחריות התקציבית לקופות נמשכת גם השנה. בחוק התקציב לשנת 2007 נקבע ש"בשנת 2007 יפעלו משרד הבריאות ומשרד האוצר לגיבוש מנגנון של חלוקת סיכונים בין משרד הבריאות לקופות החולים לעניין אשפוז סיעודי, באופן שקופות החולים תשאנה בחלק מעלות מימון אשפוז סיעודי של מבוטחיהן".

טבלה 3: ההוצאה הלאומית לבריאות לפי המגזר הממוין, 1995-2005<sup>19</sup>

| שנה  | הממשלה | משקי-הבית |
|------|--------|-----------|
| 1995 | 75.0%  | 25.0%     |
| 1996 | 74.5%  | 25.5%     |
| 1997 | 73.1%  | 25.6%     |
| 1998 | 72.2%  | 27.8%     |
| 1999 | 69.4%  | 29.0%     |
| 2000 | 67.2%  | 28.2%     |
| 2001 | 66.5%  | 27.8%     |
| 2002 | 66.0%  | 28.7%     |
| 2003 | 66.8%  | 29.4%     |
| 2004 | 66.2%  | 30.0%     |
| 2005 | 65.2%  | 30.7%     |

המשמעות של העברת חלק מהמימון מהמגזר הציבורי לפרטי היא הגברת אי-השוויון ביכולת הגישה לשירותי בריאות. סקרים שונים שנערכו בשנים האחרונות מראים שהקבוצות החברתיות העניות יותר מתקשות לרכוש תרופות באופן סדיר. בסקר של ההסתדרות הרפואית הודגם שכ-25% מהחולים הכרוניים מוותרים על טיפול בשל הקושי לרכוש תרופות. על-פי סקר של מכון ברוקדייל, 29% מבעלי ההכנסות הנמוכות דיווחו כי ויתרו על תרופת מרשם בשנת 2003 בשל עלותה. כמו-כן, מנתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2004 אנו לומדים שכ-39% מתושבי ישראל הערבים ו-19% מאלה המשתכרים עד 4,000 שקלים לחודש ויתרו על תרופת מרשם בשל עלותה.<sup>20</sup> בהינתן שאחוז העניים בקרב הקשישים גבוה יחסית, ושמדובר באוכלוסייה חולה יותר, אנו רואים שתוצאה מרכזית של תהליך המסחור היא שנגישותם של השירותים והקצאת המשאבים אינן מותאמות לצרכים הבריאותיים של האוכלוסייה, אלא ליכולת התשלום.

הירידה בהשתתפות המדינה במימון ההוצאות לבריאות והעברת הנטל אל הפרט גרמו לעלייה בשיעור ההוצאות לבריאות מסך ההוצאות של משקי-הבית. בין השנים 1997 ו-2001 עלה סך ההוצאות של משקי-הבית ב-24%, אך ההוצאות לבריאות עלו ב-60%.<sup>21</sup> ביטוי

19 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנתון סטטיסטי לישראל 57 (2006).

20 שולמית אבני "כסף כסף תרדוף" (2005), נגיש ב-[http://www.phr.org.il/phr/files/articlefile\\_1124179566140.doc](http://www.phr.org.il/phr/files/articlefile_1124179566140.doc) (4.11.2006).

21 דב צ'רניחובסקי, יהודית אלקנה, יונתן אנסון וענת שמש שוויוניות ומערכת הבריאות

נוסף לאי-השוויון שנגרם כתוצאה ממסחורם של שירותי הבריאות הוא העובדה שהעלייה בהוצאות לבריאות בולטת יותר בחמישון העליון. בשנת 1997 היו ההוצאות לבריאות של החמישון העליון גבוהות פי 2.9 מאלה של החמישון התחתון, ואילו בשנת 2004 הן כבר היו גבוהות פי 3.9.

## פרק ב: הפרטת הבעלות

הצורה השנייה של מסחור שירותי הבריאות היא הפרטת הבעלות על משאבי בריאות. שיעור ההוצאה של המגזר העסקי מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות עלה מ-18.9% ב-1984 ל-23.3% ב-1993.<sup>22</sup> מספרם של בתי-החולים הפרטיים עלה מ-57 ב-1980 ל-94 ב-1993, ושיעור המיטות הפרטיות גדל מ-2.9% ב-1980 ל-4% ב-1993.<sup>23</sup> בין אותן שנים גדל מספר המיטות במגזר הציבורי ב-14.4%, ואילו במגזר הפרטי – ב-50%. טבלה 4 מראה את השינויים בשיעור ההוצאה הלאומית לבריאות על-פי מגזר מבצע בשנים שקדמו לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

טבלה 4: שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות לפי המגזר המבצע (באחוזים),  
1984-1993<sup>24</sup>

| שנה    | עסקי | ללא כוונות רווח | קרנות בריאות | ממשלה ורשויות מקומיות |
|--------|------|-----------------|--------------|-----------------------|
| 1984/5 | 18.8 | 12.5            | 44.6         | 24.1                  |
| 1985/6 | 20.8 | 12.2            | 43.4         | 23.6                  |
| 1986/7 | 22.7 | 12.3            | 42.3         | 22.7                  |
| 1987/8 | 24.3 | 12.1            | 41.2         | 22.4                  |
| 1988/9 | 24.2 | 12.2            | 41.5         | 22.1                  |
| 1990   | 24.3 | 12.7            | 41.4         | 21.5                  |
| 1992   | 24.8 | 12.7            | 39.9         | 22.5                  |
| 1993   | 24.0 | 12.1            | 43.6         | 20.3                  |

בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות (הוצאת המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, 2003).

22 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנתון סטטיסטי לישראל 52 (2001).

23 Bin Nun & Chinitz, לעיל ה"ש 5.

24 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לעיל ה"ש 22.

פן נוסף של הפרטת הבעלות על שירותי בריאות הוא הרחבת שוק הביטוחים הרפואיים הפרטיים. לאורך שנים הייתה רק חברת ביטוח אחת שעסקה בתחום הבריאות, אך התרחבות השוק הניעה את חברות הביטוח הגדולות לפתח "מוצרים" בתחום הבריאות. חברות הביטוח – אשר מטרותן אינה שיפור בריאות האוכלוסייה, אלא שיפור הרווחים של בעלי המניות – פונות לקהל צעיר, בריא ועמיד יותר.<sup>25</sup>

התפתחותו של המגזר העסקי בתחום הבריאות נתמך על-ידי שינויים בחקיקה. לדוגמה, עד חקיקת חוק הסיעוד, בשנת 1988, היו רק שלושה עשר מוסדות פרטיים שסיפקו שירותי אשפוז סיעודי. בשנת 1991, שלוש שנים לאחר חקיקת החוק, עלה מספרם לשמונים וארבעה.<sup>26</sup> כיום, עיקר הגידול והפיתוח בתחום האשפוז הסיעודי הוא במגזר הפרטי.

כפי שניתן ללמוד מטבלה 5 להלן, חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא השפיעה על המשך הפרטת הבעלות. חלקו של המגזר העסקי מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות עלה מ-22.9% ב-1995 ל-48.2% ב-2005.<sup>27</sup> העלייה החדה בחלקו של המגזר העסקי בשנת 2003 היא תוצאה של השינויים באופן ניהולם של בתי-החולים הציבוריים, שיידונו בתת-פרק הבא. בשנת 2003 החלה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לראות "בתי חולים כלליים המוכרים את מרבית שירותיהם במחיר מלא" כשייכים למגזר העסקי, כפי שמקובל על-פי הגדרות ה-SNA.<sup>28</sup> אין מדובר באפקט של קטלוג, אלא בשינוי שמשקף את תהליך המסחור של מערכת הבריאות הציבורית.

טבלה 5: שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות לפי המגזר המבצע (באחוזים).

<sup>29</sup>1995–2005

| שנה  | עסקי | ללא כוונות רווח | קרנות בריאות | ממשלה ורשויות מקומיות |
|------|------|-----------------|--------------|-----------------------|
| 1995 | 22.9 | 12.5            | 42.3         | 22.3                  |
| 1996 | 23.2 | 12.3            | 42.3         | 22.2                  |
| 1999 | 26.1 | 11.9            | 41.0         | 21.0                  |
| 2001 | 27.7 | 11.3            | 41.0         | 20.0                  |

<sup>25</sup> Donald W. Light, *From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and*

*Lessons from the British Experience*, 75 THE MILBANK QUARTERLY 297 (1997).

<sup>26</sup> ג'וני גל "הפרטת שרותים במדינת הרווחה: המקרה הישראלי" חברה ורווחה 24, 7 (1994).

<sup>27</sup> בין שנת 1993 לשנת 2000 גדל מספר המיטות במגזר הציבורי ב-16%, ואילו מספר המיטות הפרטיות גדל ב-35%. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לעיל ה"ש 22, בעמ' 16.

<sup>28</sup> ה-SNA - System of National Account - היא מערכת מושגית הקובעת סטנדרטים סטטיסטיים בין-לאומיים למדידה של כלכלת השוק.

<sup>29</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לעיל ה"ש 19.

| שנה  | עסקי | ללא כוונות רווח | קרנות בריאות | ממשלה ורשויות מקומיות |
|------|------|-----------------|--------------|-----------------------|
| 2002 | 28.3 | 11.3            | 40.2         | 20.2                  |
| 2003 | 47.6 | 6.8             | 34.6         | 11.0                  |
| 2004 | 47.6 | 4.6             | 33.8         | 14.0                  |
| 2005 | 48.2 | 4.6             | 33.8         | 13.4                  |

תהליך ההפרטה של מערכת הבריאות כולל גם הפרטת מעבדות, שימוש בקבלני-משנה פרטיים לחלק מבדיקות המעבדה בבתי-חולים שאינם כלליים, והעמקת ההפרטה של השירות הגריאטרי, כפי שבא לידי ביטוי בחוק התקציב לשנת 2005.

### פרק ג: אימוץ תרבות ארגונית "עסקית"

ביטוי נוסף למסחורה של מערכת הבריאות הוא אימוץ הערכים והתרבות הארגונית של המגזר העסקי על-ידי מערכת הבריאות הציבורית. המגזר הציבורי אימץ את השפה הארגונית, את דרכי הפעולה ואת אופי יחסי העבודה של המגזר העסקי. אם בעבר דיברו בקופות-החולים על "פציינטים" או "חברים", כיום מדברים על "לקוחות". באופן שתואם את אופי העבודה הפוסט-פורדיסטית, המגזר הציבורי מרבה להעסיק עובדים במשרות חלקיות, באמצעות חברות כוח-אדם (בעיקר בתחום הניקיון), ומשתמש בקבלני-משנה. כמו-כן, הן קופות-החולים (שהן מוסדות ללא כוונת רווח) והן בתי-החולים הציבוריים מפעילים שירותים פרטיים (כגון מכונים לניתוחים פלסטיים, מכוני הדמיה או שירותים הקשורים ל"איכות חיים").

תהליך זה נובע משתי סיבות עיקריות: ראשית, העברת האחריות התקציבית מהמדינה לקופות-החולים ולבתי-החולים. חוק ההסדרים משנת 1998 שם בפועל קץ לאחריות המדינה לעלותו של סל הבריאות, כפי שנוסחה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. על-פי החוק, המדינה אחראית לכיסוי הגרעונות שיווצרו בשל פערים אפשריים בין גיוס הכספים למימון סל הבריאות לבין עלות הסל בפועל. טענת האוצר הייתה שכיסוי אוטומטי של הגירעון של הקופות מהווה תמריץ שלילי להתייעלותן. לכן בחוק ההסדרים של 1998 נקבע סכום קבוע שהמדינה מעבירה לקופות, אשר אינו מכסה את הפער בין הכספים שקיבלו הקופות מהביטוח הלאומי וממשרד הבריאות לבין הוצאותיהן בפועל. מצב זה חייב את הקופות לשים את האיזון התקציבי בראש סדר העדיפויות שלהן, ולהתנהל כמיזמים עסקיים. תהליך דומה עבר על בתי-החולים הממשלתיים (בתי-החולים בבעלות קופת-חולים כללית עברו אותו תהליך כחלק מהקופה-האם). כפי שנראה בהמשך, הפיכתם ל"משקים סגורים" או

ליחידות שאחראיות לתקציביהן חייב את בתי-החולים לפתח חשיבה עסקית שמטרתה להגדיל את הכנסותיהם ולצמצם את הוצאותיהם. התדרת הגיון השוק למערכת הבריאות הציבורית חייבה את מוסדות הרפואה הציבורית להעדיף שיקולים של איזון תקציבי על שיקולים רפואיים.

שנית, כוחה של האידיאולוגיה הניאו-ליברלית, המאמינה שרק המגזר הפרטי יכול להתנהל בצורה יעילה. האידיאולוגיה הניאו-ליברלית מושתתת על תפיסה הגורסת כי האדם הוא יצור רציונלי ואנוכי גרידא, אשר כל כוונתו היא למקסם את רווחיו. תפיסה זו מנוסחת היטב על-ידי Adam Smith, אשר טען כי אם רצוננו שהאופה יספק לנו לחם, אל לנו להסתמך על טוב-ליבו, אלא רק על אנוכיותו ורצונו להרוויח. Smith הוסיף כי רק הקבצנים תולים את פרנסתם בטוב-ליבו של הזולת. הילכך, רק מנגנון השוק, הנשען על יסודות של רווח והפסד, יכול להוות מערכת יעילה להקצאת משאבים ולהבטיח גישה למוצרים ולשירותים. הציפייה שמנגנונים של סולידריות חברתית (כגון מערכת בריאות ציבורית) יצליחו לספק שירותים בצורה יעילה הינה ציפייה תמימה שאינה מודעת לטבעו האמיתי של האדם, והיא נידונה להיכזב. לכן יש לצמצם את מעורבותה של המדינה לתפקיד של רגולטור, ולהעביר את הספקת השירותים לידיים פרטיות או פרטיות למחצה.<sup>30</sup>

ביזור האחראיות הכלכלית (ללא שיתוף יחידות-הקצה בתכנון האסטרטגי) החדיר את החשיבה העסקית גם לממשק מטפל-מטופל, והוביל לניגודים בין המחויבות המקצועית של עובדי הרפואה למטופליהם לבין מחויבותם המוסדית, תוך יצירת מצבים של "נאמנות כפולה".

נוסף על כך, בתרבות הארגונית החדשה יחידות-הקצה אחראיות לא רק לאיזון התקציבי (ומתבקשות לשם כך להתאמץ לשפר את תמהיל המבוטחים כדי לחסוך בהוצאות), אלא גם ל"שיווק" המוצרים שלהן. מתרחש כך מעבר ממצב שבו השימוש בשירותים הוא פונקציה של צורכי המטופלים למצב שבו "צריכת השירותים" היא פונקציה, באופן חלקי לפחות, של אסטרטגיה שיווקית מוצלחת.

כמו-כן, כל מטפל חייב להביא בחשבון את היחס עלות-תועלת של הטיפולים. כך חודרים לשיקולים הקליניים היעדים הניאו-ליברליים של הפחתת ההוצאה הציבורית לשם האצת התהליך של הצבר ההון. ביטוי לשינוי ארגוני זה ניתן למצוא בדרך שבה ביקש יצחק פטרבורג, המנכ"ל הקודם של שירותי בריאות כללית (לשעבר קופת-חולים כללית, ששמה שונה גם-כן כחלק מהשינוי בתרבות הארגונית), לסכם את כהונתו. פטרבורג טען כי "במשך חמש השנים האחרונות קופת-חולים השיגה יעדים חשובים. היא עברה מהפכה שיווקית, היא חיזקה את הבסיס הפיננסי שלה. היא הפכה לארגון עסקי לכל דבר... הישגים אלה אינם מאפיינים ארגון בריאות, אלא ארגון עסקי שרואה בלקוח את המשאב העיקרי שלו".<sup>31</sup>

30 אמונה ניאו-ליברלית זו חסינה לגוף רחב של נתונים המראים כי מערכות שהן פרטיות בעיקרן, כגון המערכת האמריקאית, יעילות הרבה פחות ממערכות בריאות ציבוריות. ראו, למשל: ICENTE NAVARRO, MEDICINE UNDER CAPITALISM, (1976).

31 יצחק פטרבורג "מרפאה ללא גבולות" זמן רפואה 3, 21 (2002).

תהליך דומה עבר על בתי-החולים הציבוריים. הפיכתם ל"משקים סגורים" חייבה אותם לדאוג למקורות הכנסה על-ידי הרחבת הפעולות ה"רווחיות" (כגון צנטורים), תוך מתן תגמול מועדף לרופאים שביצעו פעילויות אלה.<sup>32</sup> בתי-החולים פיתחו שירותים שאינם כלולים בסל, ו"מכרו" אותם לביטוחים המשלימים, לבעלי ביטוחים פרטיים או ישירות לפרט המשלם. לצורך כך קיבלו בתי-החולים הממשלתיים אישור למכור שירותים עד לגובה של 20% מכלל הכנסותיהם.

בתחום בתי-החולים, השילוב ציבורי/פרטי לובש שלוש צורות עיקריות: שירותי השירות הרפואי הפרטי (להלן: שר"פ), אשר מאפשרים למטופלים לבחור את הרופא במסגרת בית-החולים תמורת תשלום נוסף;<sup>33</sup> שירותי הרפואה הנוסף (להלן: שר"ן), כלומר, מכירת שירותי בריאות שאינם כלולים בסל השירותים המובטח על-ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי; ופתיחת מוסדות פרטיים במתחמים של בתי-החולים הציבוריים. דוגמות לסוג זה של שילוב בין פרטי לציבורי הן הפעלת "קלאס קליניק" במרכז הרפואי על-שם חיים שיבא בתל-השומר, פתיחת מכון לטיפול בהשמנת-יתר במרכז הרפואי תל-אביב על-שם סוראסקי (המוכר כבית-החולים איכילוב) או פתיחת מתקני אשפוז פרטיים ליולדות בשני בתי-חולים אלה. באשר לקופות-החולים הציבוריות, הללו מספקות על בסיס פרטי שירותים של בריאות השן, הדמיה, אשפוז ורפואה אלטרנטיבית.

בדומה לשני הביטויים האחרים של מסחור מערכת הבריאות, גם אימוץ תרבות ארגונית "עסקית" פוגע בשוויוניות של המערכת. פיתוחם של שר"פ ושר"ן הופך את אפשרות הגישה לשירותים לפונקציה של יכולת תשלום, ולא של חומרת הבעיה הרפואית. כאשר מוסד בריאות מאמץ את העקרונות של המגזר העסקי, ההחלטות על הקצאת המשאבים אינן מבוססות על צרכיה של האוכלוסייה, אלא על כדאיות כלכלית. ההיגיון הקובע אינו הגיון בריאות הציבור אלא הגיון השוק.

## פרק ד: סיכום ומסקנות

כפי שציינו, מאז יושמה התוכנית לייצוב המשק בשנת 1985, החל בישראל תהליך של מעבר למודל "פוסט-פורדיסטי/ניאו-ליברלי". תהליך זה חולל שינויים עמוקים במבנה החברה הישראלית. מצד אחד, פיתוח מואץ של כלכלה "חדשה", בעיקר על בסיס תעשיית

32 אריה שירום וציפי עמית "שירות רפואי פרטי בבתי חולים ציבוריים: תמונת מצב והערכה" ביטחון סוציאלי 47, 48-70 (1996); דוד היניץ ורוזן ברוך דפוסי תחרות בין בתי חולים בישראל בשנות ה-90 המוקדמות (1991).

33 כיום הפעלת השר"פ מוגבלת לכמה בתי-חולים, וקיימים חלוקי דעות בין קופות-החולים והאוצר, מחד גיסא, והנהגות בתי-החולים הגדולים והסדרות הרפואיות מנגד, לגבי הרחבת השר"פ לכלל בתי-החולים.

הטכנולוגיה העילית, ועלייה משמעותית של התוצר המקומי הגולמי לנפש; ומצד אחר, העמקת הפערים, התרחבות העוני, כרסום הסולידריות החברתית ופגיעה משמעותית במדינת-הרווחה.

כפי שתואר בפרקים הקודמים, תהליך זה לא פסח על מערכת הבריאות. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה צעד שבלם, ולו באופן חלקי, את התהליך הכולל של הפרטת המערכת, אך למן 1998 הכוחות הדוגלים במערכת מופרטת מצליחים לכרסם ברוח החוק, ותהליך ההפרטה מעמיק בכל אחד משלושת הרבדים שתוארו. הנימוקים שמובאים כדי להצדיק את מסחורה של מערכת הבריאות הם:

1. מנגנון השוק מהווה את הדרך היעילה היחידה להקצאת משאבים. הספקת שירותי בריאות על-ידי מערכת ציבורית מביאה לידי בזבוז משאבים יקרים.
2. כלכלה בריאה נשענת על תקציב מאוזן, ולכן יש לצמצם את השתתפות המדינה בהוצאה הלאומית לבריאות, ולהעביר לפרט את האחריות למימון השירותים.
3. חופש הבחירה הינו ערך מרכזי בחברה מפותחת. בישראל של המאה העשרים ואחת האזרח רוצה חופש בחירה מרבי (מי יהיה ספק השירותים, באילו שירותים הוא או היא מעוניינים, כמה כסף לייעד למימון שירותי בריאות). רק המערכת הפרטית מאפשרת חופש בחירה.
4. ההתפתחות הטכנולוגית המהירה בתחום הבריאות גורמת לפער משמעותי בין היצע השירותים לבין יכולת החברה לממן שירותים אלה. הילכך יש צורך תמידי בהקצבה מושכלת. כדי לאפשר תהליך זה, המערכת הציבורית חייבת מנגנון ביורוקרטי עצום, שמגביל את חירויות הפרט. רק מנגנון השוק מאפשר לכל פרט ופרט לבחור כיצד להשתמש במשאבים באופן מושכל.

כנגד נימוקים אלה אפשר להעלות שלושה סוגי נימוקים: שיקולים של יעילות כלכלית, שיקולים של בריאות הציבור, ולבסוף נימוקים נורמטיביים הקשורים לשאלה מהי חברה ראויה. בנוגע לסוג הנימוקים הראשון – שיקולים של יעילות כלכלית – הניסיון הבין-לאומי מראה שמערכות בריאות פרטיות יעילות פחות מאלה הציבוריות. המערכת האמריקאית היא הדוגמה הבולטת לכך. בארצות-הברית ההוצאה הלאומית לבריאות מהווה כ-15% מהתוצר המקומי הגולמי (לעומת 8%-10% במדינות OECD אחרות), ועם זאת מדדי הבריאות שלה (תוחלת חיים, תמותת תינוקות) טובים פחות מאלה של רוב המדינות האירופיות, וכארבעים מיליון איש חסרים ביטוח בריאות. ברור לכל שמערכת אשר משתמשת במשאבים רבים יותר ומשיגה תוצאות טובות פחות הינה מערכת לא-יעילה. משמעות הפיכתם של שירותי הבריאות לסחורה היא שהיעד העיקרי של המערכת הוא למקסם רווחים, ולא לספק את צורכי האוכלוסייה. במצב זה כל ספקי הבריאות ינסו "למכור" כמה שיותר "מוצרים", גם אם אלה אינם מיטיבים בהכרח עם המטופלים.

באשר לסוג הנימוקים השני, הפרטת מערכת הבריאות מביאה לידי כך ששיקולים עסקיים יאפילו על שיקולים של בריאות הציבור. לדוגמה, תהליך התיאגוד של בתי-החולים באנגליה, בתקופתה של תצ'ר, הביא לידי כך שבתני-חולים סגרו מחלקות לילודות ופתחו במקומן מחלקות לכירורגיה פלסטית, שהיו רווחיות יותר. במקרה שלנו, הצורך של קופות-החולים לשפר את "תמהיל המבוטחים", על-ידי גיוס מטופלים צעירים ובריאים



יותר, גורם לעיוות בסדר העדיפויות שלהן – הקופות מעדיפות לפתח שירותים המיועדים לצעירים במקום לפתח שירותים לאוכלוסיות הזקוקות להם יותר.

לגבי סוג הנימוקים השלישי והאחרון, קיימות שאלות ערכיות הקשורות להפרטת מערכת הבריאות. כפי שראינו בסיום פרק א, מסחור המערכת מגביר את אי-השוויון ביכולת הגישה לשירותים. המעבר למבנה חברתי-כלכלי ניאוליברלי הביא לידי העמקת הפערים בחברה הישראלית, והתניית השירותים בהשתתפות בתשלום מעמיקה את הפער בטיב השירותים ובכמות השירותים שאוכלוסיות שונות מקבלות. הפרטת שירותי הבריאות מגבירה את חופש הבחירה של אלה המסוגלים להשתתף במימון השירותים, אך מגבילה עד-מאוד את חופש הבחירה של העשירונים הנמוכים. בפרפרזה זולה, לעניי ישראל יש החופש לא לרכוש את התרופות שהם זקוקים להן. לא צריך להיות שוויונאי רדיקלי כדי לקבל את הטענה ששוויון הזדמנויות הוא מרכיב בלתי-נפרד מחברה דמוקרטית. אפשרות גישה לשירותי בריאות איכותיים היא תנאי הכרחי לשוויון הזדמנויות אמיתי.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר ניתן בין הזכות לקבל סל בריאות רחב יחסית לבין היכולת לשלם בעבור השירותים, הביא בשנותיו הראשונות לידי צורת מימון שוויונית יותר ומיתן את אופיים הריבודי של שירותי הבריאות בישראל. עם זאת, כפי שניתן ללמוד מהנתונים שהוצגו במאמר זה, כמעט שתי-עשרה שנים לאחר יישום החוק, מסחורה של מערכת הבריאות החריף את המצב בכל אחד מהפרמטרים שהוצגו. נטל המימון מועבר בהדרגה מהמדינה לכל מי שנזקק לטיפול, בשיעורים גבוהים יותר מאשר בכל מדינות ה-OECD, מלבד ארצות-הברית. חלקו של המגזר העסקי בהוצאה הלאומית לבריאות גדל בצורה ניכרת, והמוסדות הציבוריים נאלצים להתנהל כחברות למטרת רווח כדי לשרוד, מפני שהמדינה מסירה מעצמה את האחריות התקציבית למוסדות הבריאות ומעבירה אותה ליחידות-הקצה (קופות-החולים ובתי-החולים הציבוריים). מסחורה של מערכת הבריאות מביא לידי כך ששיקולי רווח והפסד קודמים לשיקולי צורך רפואי, והתוצאה היא אי-שוויון הולך וגדל באפשרות הגישה לשירותי בריאות.

האם תהליך זה רצוי או שגוי? התשובה היא תלוי למי. לחברות עסקיות שמצאו במערכת הבריאות המופרטת שדה לעשיית רווחים, לשכבה קטנה של ספקי בריאות שהגדילו את הכנסותיהם ולשכבה קטנה של אזרחים שיכולים לממן לעצמם שירותים פרטיים – היה התהליך רצוי בהחלט. אך לכל אלה שאינם יכולים לממן שירותים פרטיים, לכל אלה שכתוצאה מהעלויות הגדלות נאלצו לוותר על טיפול, לכל עובדי הבריאות שמזדהים עם מערכת בריאות ציבורית, לכל אלה שרוצים מערכת בריאות המכוונת לספק את צורכי החולים, ולא את רווחי המשקיעים, ולכל אלה שחפצים בחברה סולידרית, שוויונית ודמוקרטית – מסחורה של מערכת הבריאות הוא תהליך שגוי בהחלט.

