

חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – למה דווקא בשנת 1994?¹

ברוך רוזן², גבי בן-נון³

מבוא

בשנת 1930 הגישה הסתדרות העובדים הכללית למנדט הבריטי הצעה לחקיקת חוק ביטוח בריאות. ההצעה נדחתה על-ידי השלטונות וירדה מסדר היום הציבורי של היישוב בארץ-ישראל. בשנת 1948, כחצי שנה לאחר הקמת המדינה, מינתה שרת העבודה גבי גולדה מאיר ועדה בינמשרדית לבחינת נוהלי הפעולה של מערכת הבריאות. הוועדה המליצה בין השאר על חקיקת חוק ביטוח בריאות. לאורך השנים הוקמו ועדות מקצועיות רבות נוספות (האחרונה והחשובה שבהם – ועדת נתניהו בשנת 1990), אשר חלקן מונה על-ידי הממשלה ובכולן הייתה כלולה ההמלצה לגבי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא מהחוקים החשובים ביותר בחקיקה החברתית שנחקקה בישראל בעשור האחרון. עד לאישורו ביוני 1994, הוצעו כ-15 הצעות חוק, חלקן יזומות על-ידי הממשלה וחלקן הצעות חוק פרטיות של חברי כנסת ממפלגות שונות, אולם אף אחת מהן לא הגיעה לקו הגמר (בן נון, ברלוביץ, שני, 2005).

מדוע כשלו כל הניסיונות לחקיקת החוק עד לשנת 1994, ומה היו התנאים והסיבות שגרמו לכך שהצעת החוק משנת 1992 הובאה לכדי סיום ביוני 1994. על שאלות אלה ואחרות ינסה מאמר זה לענות.

דיווחי התקשורת מאותה תקופה, כמו גם רוב הדו"חות האקדמיים שנכתבו אחר כך, נטו לייחס את הצלחת חקיקת החוק בשנת 1994 בעיקר

¹ המאמר פורסם לראשונה ב-2006 במכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, במסגרת הפרסום: "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005".

² ד"ר ברוך רוזן, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות, מאיירס-ג'וינט – מכון ברוקדייל, ירושלים.

³ מר גבי בן-נון, סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, ירושלים.

להנהגתו של שר הבריאות באותה תקופה ולשינויים במאזן הכוחות הפוליטיים שהתרחשו באותה עת (בראש ובראשונה – הירידה בכוחה של ההסתדרות (Chinitz, 1995; Geva-May, Maslove, 2000; שוורץ, דורון, דוידוביץ, 2007). במאמר זה נטען שגורמים אלה, מבלי להפחית בחשיבותם, אינם "כל הסיפור". במאמר יוצגו מספר גורמים והתפתחויות חשובות, אשר חברו יחדיו בסוף שנות השמונים ובתחילת שנות התשעים ותרמו לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994. ההתפתחויות שתרמו לחקיקת החוק יסווגו לשבעה נושאים מרכזיים:

- א. עוצמת המשבר במערכת הבריאות בסוף שנות השמונים ובתחילת שנות התשעים והצורך החיוני בשינוי "כללי המשחק".
- ב. פרסום המלצות ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות (ועדת נתניהו).
- ג. יישומן של רפורמות במערכות בריאות במספר מדינות אחרות וגיבושם של רעיונות חדשים בתחום.
- ד. מנהיגות וגיבוי פוליטי לאורך תהליך החקיקה.
- ה. חולשת מתנגדי החוק.
- ו. הפרגמטיזם והנכונות לפשרות שאפיינו את תהליך החקיקה.
- ז. הצמיחה הכלכלית והאופטימיות שאפיינו את תחילת שנות התשעים ואשר חיזקו את התמיכה הציבורית בחוק.

לגבי כל אחד מגורמים אלו, המאמר יבחן את מידת תרומתו לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כן תיבחן השאלה, האם הרכיבים שתרמו לחקיקת החוק בשנת 1994 המשיכו להתקיים לאחר אמצע שנות התשעים; זאת, כדי להעריך האם חקיקת החוק התאפשרה כתוצאה מפתחת "חלון הזדמנויות" צר, חד-פעמי ומוגבל בזמן, או שמא לידתו של החוק הייתה מחויבת המציאות והייתה מתרחשת בכל מקרה.

1. המשבר במערכת הבריאות בסוף שנות השמונים ובתחילת שנות התשעים

מערכת הבריאות בישראל, כמו רבות ממערכות הבריאות בעולם המערבי, נאלצה להתמודד עם הביקוש הגואה לשירותי בריאות מצד אחד למול הצמצום במשאבים הכספיים מן הצד האחר. החל באמצע שנות השמונים של המאה הקודמת נתונה מערכת הבריאות במשבר כלכלי קשה ומתמשך, שהלך והחריף לקראת תחילת שנות התשעים: התארכותן של

רשימות ההמתנה להליכים רפואיים רבים, שביתות ואי-שקט ביחסי העבודה, תחושה כללית של חוסר שביעות רצון בקרב צרכנים (Steinberg, 2003; Rosen, 1992; Bick, 1992). כל אלה היו רק ביטוי חלקי למשבר שהתמקד בעיקר בקופת-חולים הכללית.

בתחילת שנות התשעים הסתכם חובה המצטבר של קופת-חולים הכללית ביותר משלושה מיליארד דולר, והחזר הקרן והריבית על חוב זה נגס בחלק נכבד מההכנסות השנתיות השוטפות של הקופה.

הצטברותו של גירעון מתמשך זה נבעה מכמה סיבות:

א. ריכוזם הגבוה של חברים בעלי הכנסה נמוכה בקופת-חולים הכללית הביא לכך שהכנסות הקופה מתשלום דמי הביטוח היו נמוכות באופן יחסי לעומת הקופות האחרות.

ב. העובדה שתשלומי פרמיות הביטוח בקופה נגבו ביחד עם דמי החבר של ההסתדרות במסגרת "המס האחיד", וכן שכ-30 אחוז מההכנסות ממס זה הועברו למימון הפעילות הארגונית של ההסתדרות, תרמה אף היא להכנסה הממוצעת הנמוכה לנפש בקופה זו.

ג. ערב הפעלת החוק, הכללית ביטחה פחות משני-שליש מהאוכלוסייה לעומת 80 אחוז עד תחילת שנות השבעים וכ-75 אחוז בשנות השמונים (לוח 1). ירידה דרמטית זו במספר המבוטחים בכללית תרמה גם היא למצבה הפיננסי הקשה של הקופה.

ד. ריכוזם הגבוה של קשישים וחולים כרוניים בכללית העלה את ההוצאה לנפש בקופה בהשוואה לקופות-החולים האחרות (לוח 2).

ה. בעיות ניהול אשר היו קשורות בחלקן למעורבות ההסתדרות בתפעולה הישיר של הקופה.

לוח 1. התפלגות המבוטחים בין קופות-החולים, 1989, 1995 (אחוזים)

מאוחדת	מכבי	לאומית	כללית	סה"כ	
5.3	13.3	6.0	75.4	100.0	1989
9.1	19.5	9.2	62.2	100.0	1995

לוח 2. בני 65+ כאחוז מכלל המבוטחים בקופות ערב הפעלת החוק, 1994

מאוחדת	מכבי	לאומית	כללית
4.2	4.9	7.0	13.1

מקור לשני הלוחות, 1, 2: המוסד לביטוח לאומי, קובץ מבוטחים, נתוני סוף שנה.

סוף שנות השמונים ותחילת שנות התשעים התאפיינו בברירה סלקטיבית של מבוטחים "טובים" (מבוטחים התורמים באופן משמעותי להכנסה וההוצאה בעבורם נמוכה יחסית) על-ידי שתיים מקופות-החולים. התנהגות זו הותירה את קופת-חולים הכללית עם שיעור גבוה של קשישים וחולים כרוניים ומעוטי הכנסה וכתוצאה מכך הצטברו גירעונות כבדים. להתנהגות סלקטיבית זו של הקופות האחרות הייתה תרומה מרכזית למצבה הקשה של הקופה באותה תקופה.

בסוף שנות השמונים ירדה שביעות הרצון של צרכני מערכת הבריאות לשפל, שנבע בחלקו מהתארכות זמני ההמתנה לשירותי בריאות שונים ובחלקו מאי-הבהירות לגבי זכויות המבוטחים. עד אמצע שנות השמונים, העדר סל שירותים מוגדר ומחייב לא בא לידי ביטוי ברמת ובמגוון השירותים שסופקו על-ידי קופות-החולים למבוטחים. אולם ככל שמצבה הפיננסי של הכללית הלך והורע, היא התאימה את איכות ומגוון השירותים שניתנו למבוטחיה ליכולתה הכספית לממן שירותים אלה. בתחילת שנות התשעים, עם הכנסת מספר טכנולוגיות חדשות שעלותן גבוהה (כגון השתלת איברים), חלק מקופות-החולים הודיע שלא יספק טיפולים נחוצים מסוימים בשל מגבלות תקציב.

המדינה התמודדה לאורך השנים עם הגירעונות השוטפים של קופת-חולים כללית באמצעות "תכניות הבראה כלכליות" ותמיכה תקציבית לכיסוי הגירעונות התפעולים (בן נון, ברלוביץ, שני, 2005; שוורץ, דורון, דוידוביץ, 2007; Chinitz, 1995; Steinberg, Bick, 1992). מתווה זה של תכניות הבראה ותמיכה, לא טיפל בשורש הבעיה של מערכת הבריאות באותה תקופה. גם חילופי השלטון בסוף שנות השבעים הקטינו את הנכונות של הממשלות החדשות לנקוט במתווה הנהוג של תכניות הבראה ותמיכה, כדי לפתור את גירעון הקופה. יתר על כן, כפי שיידון בסעיף 4, הביקורת כלפי העדר מבחני תמיכה מאחורי התקצוב הממשלתי גברה, כך שפתרונות פיננסיים באמצעות תמיכות הפכו לנדירים יותר גם ללא קשר לזהות המפלגה השלטת.

המשבר העמוק באמצע שנות השמונים הוביל את הממשלה (ממשלת אחדות לאומית) למנות בשנת 1988 ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, אשר כפי שיתואר בהמשך המלצותיה בשנת 1990 ספקו את ה"מרשם" ל"מאפה" הוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

המשבר המתמשך של סוף שנות השמונים ותחילת שנות התשעים לא היה המשבר הפיננסי הראשון במערכת הבריאות הישראלית. לאורך השנים קדמו לו משברים רבים אחרים, אולם אף אחד מהם לא הוביל לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ייחודו של המשבר שבעקבותיו נחקק החוק בא לידי ביטוי במספר היבטים:

א. עומק הגירעון המצטבר של הכללית שהגיע בשנת 1993 ל-15 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות.

ב. הייתה תחושה שללא רפורמה "מהפכנית" לא יינתן סיוע מהממשלה במתכונת הקודמת של תמיכות ותכניות ההבראה.

ג. לראשונה נקשרו הבעיות הכספיות של קופת-חולים כללית, לפחות בחלקן, לכללי המשחק ששררו בשוק ביטוחי הבריאות, שאפשרו תחרות סלקטיבית על מבוטחים "טובים".

ד. חוסר הבהירות לגבי הזכויות והיקף סל השירותים לא עלו במשברים קודמים.

עומק המשבר של קופת-חולים כללית והשלכותיו על כלל מערכת הבריאות, כמו גם כישלונם המתמשך של תכניות ההבראה כאמצעי לפתרון משבר זה, יצרו תחושה של צורך דחוף בשינוי. ואכן, שתי ממשלות בתחילת שנות התשעים, אחת בראשות הליכוד והשנייה בראשות המערך, פעלו לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בהנחה, שרק שינוי מהפכני במערך יחסי מבטח/מבוטח ובתמריצים הכלכליים המובנים במערכת, עשוי לפתור את המשבר הפיננסי במערכת ולמנוע את הישנותו.

ניתן אם כן לומר, כי עומק המשבר בסוף שנות השמונים ובתחילת שנות התשעים תרם ללא ספק לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ושהמאפיינים הייחודיים שלו היוו חלק מרכזי (אם כי לא היחיד) בתשובה לשאלה מדוע נחקק החוק בשנת 1994?

2. פרסום המלצות ועדת החקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות – ועדת נתניהו

על רקע המשבר העמוק, בו הייתה נתונה מערכת הבריאות, הממשלה מינתה בשנת 1998 ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. בראש הוועדה עמדה שופטת בית המשפט העליון שושנה נתניהו וחבריה האחרים כללו שני מנהלי בתי-חולים

מהמובילים בישראל ושני אנשי אקדמיה: האחד מומחה לכלכלת בריאות והאחר - מומחה ליחסי עבודה. באוגוסט 1990 הגישה הוועדה את דו"ח הרוב לממשלה.⁴

דו"ח ועדת נתניהו העלה על סדר היום הציבורי את הצורך ברפורמה במערכת הבריאות על בסיס ניתוח כוללני של הבעיות במערכת הבריאות ומקורותיהן. הדו"ח המליץ על שורה של שינויים מרחיקי לכת במערכת (בן נון, ברלוביץ, שני, 1995; ; Chinitz, 1994; Penchas, Shani, 1995; ; Shirom, 1995).

להלן העיקריים שבהם:

- א. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר יבטיח כיסוי ביטוחי אוניברסאלי באמצעות קופות-החולים.
- ב. הקמת מערכת מימון מרכזית וייעודית למערכת הבריאות, אשר תרכז גביית מיסים משכר העובדים והמעסיקים ותבטיח יציבות פיננסית למערכת לטווח ארוך.
- ג. יצירת נוסחה להקצאת מקורות על בסיס נפשות ומדדי "צורך" נוספים לאזורים ולקופות-החולים.
- ד. תאגוד בתי-החולים הממשלתיים ורה-ארגון משרד הבריאות שיתרכז בתפקידיו המיניסטריליים (בתכנון, בקביעת מדיניות, בבקרה ועוד).
- ה. מבנה אזורי של שירותי בריאות, ביזור והגברת התחרות המנוהלת.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק בשנת 1994 שיקף רבות מהמלצות ועדת נתניהו. אולם, דבר זה כשלעצמו איננו מעיד על כך שהמלצות הוועדה היוו את הגורם המרכזי לחקיקת החוק: חלק מהמלצותיה בנושאים אחרים נדחו על-ידי שרי הבריאות (מבנה אזורי של שירותים) וחלק מהמלצותיה לא יושמו עד היום (תאגוד בתי-החולים הממשלתיים). חלק מהמלצות הוועדה הקשורות לחוק הוצע כבר קודם לכן על-ידי מומחים אחרים או על-ידי גופים ציבוריים (Robinson, Dixon, 1999). כשם שהמשבר בשירותי הבריאות בסוף שנות השמונים ובתחילת שנות התשעים לא היה המשבר הראשון במערכת הבריאות, כך, ועדת נתניהו לא הייתה הראשונה לחקור את בעיות המערכת ולהמליץ על

⁴ המלצות הוועדה התפצלו לדו"ח הרוב, שכלל את דעות ארבעה מחברי הוועדה ודו"ח מיעוט של חבר אחד. באופן כללי דו"ח המיעוט המליץ לנקוט בשינויים פחות גורפים ודרמטיים מדעת הרוב (בן נון, ברלוביץ, שני, 2005; ; Rosen, 2003; ; דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990; ; Chernichovsky, Chinitz, 1995).

פתרונות. כפי שצוין במבוא, בין השנים 1948-1990 נעשו כ-15 ניסיונות שונים לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לכן השאלה של התרומה הייחודית של ועדת נתניהו לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי דווקא בשנת 1994, עדיין מחייבת תשובה.

לועדת נתניהו היו מספר מאפיינים ייחודיים, הן במנדט שהיא קיבלה והן בשימוש שהיא עשתה במנדט זה:

א. לראשונה מונתה ועדת חקירה **ממלכתית** בראשות שופט לבדיקת מערכת הבריאות. ייחוד זה העניק לוועדה יוקרה רבה והכרה בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה, יותר מאשר לכל ועדה קודמת שמונתה לבדיקת מערכת הבריאות.

ב. המנדט שהוענק לוועדה ותהליך בחירת חבריה היה מקצועי ונטול זיהוי פוליטי. מאפיין זה בלט בהשוואה לרוב הוועדות האחרות שמונו בעבר (בן נון, ברלוביץ, שני, 2005; Steinberg, Bick, 1992). העדר תיוג פוליטי של הוועדה אפשר לשני שרי בריאות ממפלגות שונות – השר אהוד אולמרט מהליכוד והשר חיים רמון ממפלגת העבודה – לאשר ולקדם את המלצותיה בנושא חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ג. דו"ח הוועדה חידד לראשונה את כשל השוק המרכזי של ענף ביטוח הבריאות בישראל. הדו"ח הבהיר את הקשר שבין המשבר הכלכלי בקופת-החולים הכללית, ובין תופעת הברירה של מבוטחים (גריפת שמנת), שהייתה נהוגה בקופות-החולים הקטנות. ועדת נתניהו הייתה גם הוועדה הציבורית הראשונה, שהאירה את הקשר בין אי-הבהירות של סל השירותים ששרר אז ובין העדרו של חוק, המבטיח את זכאות האזרח לשירותי בריאות. חידוש נוסף שהיה כלול בהמלצות הוועדה התייחס למנגנון הקצאת המקורות – הוועדה אמצה מהרפורמה ההולנדית (ראה בהמשך) את רעיון הקצאת המקורות על בסיס הצרכים הדיפרנציאליים של מבוטחי כל קופה. המטרה הייתה לצמצם את התמריצים להתנהגות סלקטיבית של הקופות ולהפוך את ההקצאה ליעילה וצודקת יותר, כמו גם לשקופה יותר לביקורת ציבורית.

ד. גרסת הצעת החוק שעליה המליצה הוועדה הייתה שמרנית מצד אחד ומהפכנית באחר: המלצת הוועדה, שלא כמו חלק מהוועדות הקודמות, לא כללה קריאה להפיכת מערכת אספקת שירותי בריאות לממלכתית או לביטולן של קופות-החולים (בן נון, ברלוביץ, שני, 2005). בה בעת, שלא כמו חלק מהוועדות הקודמות, היא קראה לניתוק הקשר ההיסטורי בין קופת-חולים כללית לבין ההסתדרות.

למול המודעות וההסכמה עם הצורך בשינוי כללי הפעילות של קופות-החולים, עמדו בפני המערכת המלצותיה הברורות והסמכותיות של ועדת נתניהו, ובמרכזן המלצתה לחקיקת חוק ביטוח בריאות. תרומתה העיקרית של הוועדה הייתה בכך, שהדו"ח העלה על סדר היום הציבורי את הצורך האובייקטיבי והמיידני ברפורמה מקיפה של מערכת הבריאות. העובדה שוועדה זו הייתה א-פוליטית ושבראשה עמדה שופטת של בית משפט עליון הייתה רבת משקל בהשפעתה על התמיכה הציבורית והפוליטית הרחבה ברעיון של חקיקת חוק ביטוח בריאות.

3. הצטברות ניסיון ביישום רפורמות במערכות בריאות והופעתם של רעיונות חדשים בתחום זה

בראשית שנות התשעים של המאה הקודמת, רבות ממדינות העולם המערבי היו מצויות בתהליכי שינוי ורפורמה בתחום הבריאות. עובדה זו תרמה גם היא ללגיטימיות של תהליך הרפורמה במערכת הבריאות הישראלית. המלצות ועדת נתניהו הושפעו מהניסיון שנצבר ביישום רפורמות במדינות אחרות במספר תחומים מרכזיים:

א. הרעיון של מימון קופות-החולים על-פי נוסחת הקצאה מותאמת סיכון אומץ מהניסיון ההולנדי. כחלק מרפורמת Dekker בשנות השמונים של המאה הקודמת, ההולנדים החלו להקצות חלק מכספי ביטוח הבריאות הממלכתי לקופות-החולים על-פי מספר החברים, גילם ומדדים אחרים של צורך בשירותי בריאות (Chernichovsky, Chinitz, 1995). המטרה הייתה לעודד תחרות הוגנת בין הקופות תוך צמצום התמריצים לברירת מבוטחים.

ב. הרעיון שהממשלה אינה צריכה להפעיל באופן ישיר את שירותי הבריאות ובעיקר לא את בתי-חולים אומץ מהמודל של הרפורמה הבריטית בתאגידי בתי-חולים (Robinson, Dixon, 1999).

ג. הרעיון שתחרות בין קופות-החולים יכולה לקדם יעילות (ולא להוות רק מקור לבזבז ולכפילויות) הושפע, ככל הנראה, מהגיזול ומההתרחבות של מודל קופות-החולים בארצות-הברית, כמו גם ממאמרים של כלכלני בריאות אמריקניים, ובהם Alain Enthoven, Kronick (1989). כלכלנים אלה הצביעו על החשיבות של הסדרה ועל התחרות המנוהלת בין קופות-החולים, כדי לממש ככל האפשר את רווחי התחרות ולצמצם את ההשלכות השליליות שלה.

רעיונות חדשים אלה, שעל בסיסם רבות מהמדינות המתועשות ביצעו רפורמות משמעותיות במערכות הבריאות שלהן, סיפקו תמיכה ועידוד לבצע את הרפורמה גם במערכת הבריאות בישראל (Saltman, Figueras, 1996).

תרומה חשובה נוספת להעברת החוק הייתה למגמה הכללית שהלכה והתפתחה במנהל הציבורי, להחליף את דרכי המימון המבוססות על תמיכות בעלות זיקה פוליטית במימון על-פי נוסחה או על פי קריטריונים ברורים ושקופים, כחלק מ"המינהל הציבורי החדש" (Jones, 2004). בסביבה חדשה זו, האפשרות של תמיכה בקופת-החולים הכללית בדרך של כיסוי גירעונות העבר לא יכלה לשרוד יותר. לכן היה צורך בשינוי מהפכני של דרכי המימון וההקצאה במערכת הבריאות תוך ביסוסם ברוח ה"מינהל הציבורי החדש".

בה בעת, גם גישת הציבור להסתדרות השתנתה: הלכה וגברה התמיכה בעמדה, שההסתדרות צריכה להתמקד בתפקידה כאיגוד מקצועי ולהגן על זכויות העובדים, ולצמצם את תפקידה כמעסיק וכספק שירות ישיר. גם השאיפה להרחיק את ההסתדרות והפוליטיקה המפלגתית ממערכות ציבוריות מיוחסת בחלקה לרעיונות החדשים של המינהל הציבורי שנדונו לעיל. כתוצאה משינויים אלה, במפלגת העבודה גברה התמיכה בניתוק הקשר בינה לבין ההסתדרות, ומכאן הדרך הייתה קצרה גם לתמיכה בניתוק הקשר בין קופת-החולים וההסתדרות.

שנות התשעים הראשונות התאפיינו גם בכך, שהלך וגבר העניין בהגנת זכויות הצרכן ובשמירה על חופש הבחירה שלו, לא רק בתחום הבריאות, אלא גם בתחומים חברתיים אחרים. בתוך מערכת הבריאות תרמו רעיונות אלה לתמיכה במתן חופש בחירה למבוטחים בין קופות-החולים, וכן שסל השירותים יהיה מעוגן בחקיקה כזכות יסוד של התושבים במדינה.

4. מנהיגות וגיבוי פוליטי

יישומה של רפורמה חברתית כל כך מקיפה, הנוגעת לכל תושב, אינה יכולה להתבצע ללא גיבוי מהדרג הפוליטי. הגיבוי הפוליטי נדרש במיוחד על רקע העובדה, שהרפורמה חייבה שינוי חקיקתי ומעורבות אינטנסיבית של ועדת כנסת מיוחדת שהוקמה לצורך חקיקת החוק (בראשות ח"כ עמיר פרץ).

בתחילת שנות התשעים התקיים במערכת הפוליטית בישראל קונצנזוס לגבי הצורך בחוק ביטוח בריאות ממלכתי להסדרת כללי הפעולה של המערכת. המשבר הקשה שפקד את מערכת הבריאות וההמלצות נעדרות הזיהוי הפוליטי של ועדת נתניהו היוו גורם מרכזי בהחלטת שתי ממשלות – אחת בראשות הליכוד והשנייה בראשות המערך – לפעול בנחישות לחקיקת החוק.

בשנת 1990 ואחר-כך בשנת 1992 התמנו כשרי בריאות שני שרים ממפלגת השלטון (אולמרט מהליכוד ורמון מהעבודה), שניהם בעלי כוח והשפעה במפלגותיהם. שני השרים בחרו בתפקיד שר הבריאות, תוך זיהוי פוטנציאל השינוי והאתגר במערכת הבריאות, במשולב עם השגת יעדים פוליטיים ברמה הארצית.

אהוד אולמרט קיבל את דו"ח ועדת נתניהו עם תחילת תפקידו כשר בריאות. הוא אימץ את המלצות הוועדה ופעל ליישומן תוך שהוא מתמקד בעיקר בהפיכת בתי-החולים הממשלתיים לתאגידיים (בתי-חולים עצמאיים שלא למטרת רווח), ואחר-כך – ביישום המלצת הוועדה לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הצעת החוק של אולמרט הייתה דומה למדי להמלצת וועדת נתניהו. אולמרט קיבל את תמיכת הממשלה בחוק וסיים את הכנתו לקריאה ראשונה בכנסת, אולם עקב הבחירות וחילופי השלטון נעצר תהליך החקיקה שהוא יזם.

עם חילופי השלטון (1992) החל חיים רמון, שר הבריאות החדש, לפעול להעברת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והגיש הצעת החוק שאימצה נדבכים מרכזיים בהמלצות ועדת נתניהו (ומבחינה זו ההצעה הייתה דומה מאוד להצעת החוק של אולמרט). רמון נתקל בהתנגדות נחרצת של ההסתדרות ותומכיה במפלגתו (העבודה) לשני מרכיבים מרכזיים בהצעה – ההצעה לגביית מס בריאות על-ידי ביטוח לאומי וביטול הזיקה בין החברות בהסתדרות והחברות בקופת-חולים. כפשרת ביניים הוחלט שתהליך הכנת הצעת החוק ימשיך להתבצע אך עמדת הממשלה בשני נושאים אלה תיקבע רק בוועידת מפלגת העבודה. וועידת מפלגת העבודה הכריעה בהמשך בעד עמדת ההסתדרות בשני נושאים חלוקים אלה ועל רקע החלטה זו התפטר רמון מתפקידו כשר בריאות, רץ ונבחר כמזכ"ל ההסתדרות ובכך סלל את הדרך להתגבר על המכשול העיקרי האחרון בדרך לאישור החוק.

בניגוד לעמדה המסורתית של משרד האוצר ושרי האוצר לאורך כל השנים, בשנת 1992 תמך שר האוצר אברהם שוחט בחקיקת חוק ביטוח

בריאות ממלכתי, וזאת למרות התנגדותה של הפקידות המקצועית במשרד האוצר. האוצר נושא באופן מסורתי בתפקיד "שומר" הקופה הציבורית, הדואג לבלימת ההוצאה בתקציב המדינה. ביד משרד האוצר מרוכז כוח רב ולכן תמיכתו בכל מהלך של רפורמה כלכלית/חברתית מהווה תנאי הכרחי ליישומה. לאורך השנים התנגד משרד האוצר לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בעיקר בשל החשש שעיון הזכות לשירותי בריאות בחקיקה יעלה את ההוצאה הלאומית לבריאות. החשש היה, שכתוצאה מכך יגדל גם החלק המופנה לבריאות בתקציב המדינה. לאורך השנים התמידו שרי האוצר בעמדתם זו וכתוצאה מכך נכשלו ניסיונות קודמים לחקיקת החוק.

בשנת 1992 שר האוצר (בייגה שוחט) חרג לראשונה מהעמדה המסורתית של שרי אוצר נגד החוק. תמיכתו של שר האוצר אפשרה את קידום הליך החקיקה, תוך שיתוף פעולה בין אנשי המקצוע במשרדי הבריאות והאוצר, ותרמה באופן מכריע לכך, שהתהליך לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 הגיע גם ליד גמר, בשונה מהניסיונות קודמים. תמיכתו של שר האוצר בחקיקת החוק היוותה צעד אחד במכלול של צעדים כלכליים שהממשלה נקטה באותה תקופה, לצמצום פערים ולהרחבת הסולידריות החברתית בחברה הישראלית.

תמיכתו של שר האוצר בחקיקת החוק הותנתה בשני תנאים: התנאי הראשון היה, שהצעת החקיקה לא תרחיב את הזכאויות בסל שירותי הבריאות מעבר למה שהיה קיים באותה תקופה וזאת כדי למנוע עלייה בהוצאה הלאומית והציבורית לבריאות. התנאי השני היה, שהצעת החקיקה לא תעלה את נטל התשלומים של העובדים עבור מס בריאות – כדי למנוע גידול בהוצאה הציבורית לבריאות. תנאי שר האוצר התקבלו ובכך הוסר מחסום עיקרי נוסף בחקיקת החוק.⁵

עם אישור הממשלה והשגת התמיכה בחוק בקריאה ראשונה בכנסת, הטיפול בהמשך גיבוש הצעת החוק עבר לוועדה מיוחדת של חברי כנסת מוועדת הכספים ומוועדת העבודה והרווחה, בראשות אמיר פרץ. ח"כ פרץ, אשר תמך בעקרונות החוק, קידם את תהליך החקיקה תוך קיום סדרה ארוכה של דיונים ושיתוף קשת רחבה של מומחים ואנשי מערכת הבריאות.

⁵ מעבר לתנאים אלו, החוק נוסח באופן המחייב את הסכמת שר האוצר בכל נושא שהייתה לו משמעות תקציבית-כלכלית.

כפי שניתן לראות, הנחישות של המנהיגות הפוליטית (שרי הבריאות וחברי הכנסת שהיו מעורבים בתהליך) להשגת הרפורמה, כמו גם הגיבוי הפוליטי הכללי לחוק, באו לידי ביטוי בתמיכה גורפת בהצעת החוק, שהוגשה לכנסת בשנת 1994, וההצבעה בקריאה השלישית בכנסת עברה ללא כל מתנגדים.

5. חולשתם של מתנגדי החוק

חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה מהחוקים החברתיים החשובים ביותר שנחקקו בישראל. ההסברים להצלחת שינוי חקיקתי בסדר גודל כזה טמונים לא רק בניחות עוצמת התומכים בחוק אלא מחייבים התייחסות גם לגורמים שהיו עשויים להיות מושפעים לרעה מיישומו, כמו ההסתדרות הכללית וקופות-החולים הקטנות (מכבי ומאוחדת).

א. הסתדרות העובדים הכללית

כבר משנות השלושים של המאה הקודמת החברות בקופת-חולים הותנתה בחברות בהסתדרות העובדים הכללית. כספי המס האחיד שולמו על-ידי החברים ללשכת המס של ההסתדרות הכללית, אשר העבירה כ-70 אחוז ממנו לקופת-חולים. יתרת הכספים שימשה למימון פעולותיה של ההסתדרות כארגון עובדים. הזיקה בין החברות בהסתדרות לבין החברות בקופה היוותה מקור כוח מרכזי של ההסתדרות הכללית, הן לגיוס ושמירה על חברים, והן כמקור מימון מרכזי לפעולותיה כארגון עובדים. על רקע זה התנגדה ההסתדרות הכללית באופן עקבי ובלתי מתפשר לכל הצעת חקיקה, שכללה הפרדה של הזיקה הזאת בין החברות והמרתם של מנגנוני הגבייה בקופה במנגנוני גבייה של המדינה (המוסד לביטוח לאומי). שינוי זה נתפס בצדק על-ידי ההסתדרות, כשינוי שיגרום לה להפסד הכנסה, להפסד בהיקף החברים ולפגיעה בעוצמה הפוליטית של הארגון, שהיה מצוי גם כך בתהליך ירידה⁶. חשוב לציין, שבניגוד לעמדת הנגד הנחרצת של ההסתדרות בשני נושאים אלה, תמכה ההסתדרות בחלקים אחרים של חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, כגון כיסוי אוניברסאלי והגדרת סל השירותים.

⁶ הזיקה שהתקיימה בטרם החוק בין חברות בקופת-חולים וחברות בהסתדרות העובדים נתפסה כאחת הבעיות הקשות של מערכת הבריאות ולכן ביטולה היה תנאי הכרחי להפעלתו. מצד שני, מבחינתה של ההסתדרות ניתוק הזיקה נתפס כאיום על עצם קיומו של הארגון. בין שתי עמדות קוטביות אלה לא ניתן היה להגיע לפשרה.

ההסתדרות תמכה גם בעיקרון של ההקצאה על בסיס הצרכים (נוסחת הקפיטציה), אולם, בשל התנגדותה לגביית דמי הביטוח על-ידי המדינה, היא העדיפה לתמוך ברעיון של סבסוד ממשלתי, שיינתן כפיצוי לקופת-חולים כללית על כך שחבריה נוקקים יותר מהממוצע. כלומר, ההסתדרות תמכה עקרונית בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי אבל בחוק שונה מזה שהוצע בתחילת שנות התשעים.

לאורך השנים היוותה ההסתדרות אחד ממוקדי הכוח המרכזיים בחברה ובפוליטיקה הישראלית, הן כארגון עובדים המקושר למפלגת השלטון והן כארגון שבבעלותו מוסדות כלכליים עתירי כוח. התנגדותה המסורתית לחקיקת חוק ביטוח בריאות היוותה גם היא את אחד החסמים המרכזיים לחקיקת החוק בעבר.

לקראת תחילת שנות התשעים נחלש והלך כוחה של ההסתדרות הכללית. תהליכי הגלובליזציה והתחרות שינו את דפוסי התעסוקה והקטינו את הדומיננטיות של ההסתדרות בפעילות הכלכלית של המשק. בתחילת שנות התשעים נמצאה ההסתדרות באחד מרגעי השפל שלה – ההסתדרות קיבלה שוב ושוב כותרות שליליות בתקשורת והגוף הבריורקרטי, שגם קודם לכן לא זכה לאהדת הציבור, איבד יותר ויותר מכוחו הפוליטי, הכלכלי והציבורי.⁷ בתקופה זו רבים ממפעלי ההסתדרות נקלעו לקשיים כלכליים ורבים מהם נמכרו; חלקה של ההסתדרות בכלכלה ירד באופן משמעותי; והתמיכה בהסתדרות גם בקרב מנהיגי מפלגת העבודה הלכה והצטמצמה.

ההסתדרות פעלה במגרש הפוליטי כנגד טיוטת הצעת החוק שהוגשה לכנסת וניסתה גם להשפיע על דעת הציבור ועל הדיונים בוועדת הכנסת. אולם, בשל הירידה במעמדה הציבורי, היא שמה את עיקר מבטחה בוועידת מפלגת העבודה, אליה הועברה ההכרעה בשני הנושאים החלוקים. דחיית העימות על שני הנושאים החלוקים התאימה גם לתומכי הצעת החוק, שכן בכך התאפשר קידום של מרכיבי החוק האחרים ללא התנגדות אקטיבית של ההסתדרות.

אבל ההתרחשויות בפועל "התגלגלו" אחרת: כיבוש הנהגת ההסתדרות על-ידי שר הבריאות לשעבר, אשר היה מיוזמיה העיקרים של החקיקה, הסיר את שארית ההתנגדות שעוד נותרה בהסתדרות ופתח פתח להשלמת תהליך החקיקה.

⁷ חלקם של גילאי 18 ומעלה מתוך כלל הזכאים להצביע בבחירות להסתדרות ירד מ-61 אחוז בשנת 1981 ל-47 אחוז בשנת 1994 (Nathanson, 1999).

ב. קופות-החולים הקטנות (מכבי ומאוחדת)

השינוי המוצע בחוק בשיטת הקצאת המקורות, היה אמור להפוך שתי קופות-חולים – מכבי ומאוחדת – לנפגעות העיקריות מהצעת החקיקה. קופות-החולים האלה נהנו בטרם החוק מהכנסות גבוהות יותר לחבר לעומת קופת-חולים כללית, היות שהפרמיה לקופה שולמה ביחס להכנסה וחבריהן היו בעלי הכנסות גבוהות יותר. ההצעה לשינוי שיטת ההקצאה, לפיה מקורות הקופה יהיו תלויים במספר המבוטחים ובגילם (במקום בהכנסת המבוטחים), אמורה הייתה לגרום להפסד הכנסות גדול לשתי קופות אלה – ההכנסות אף היו צפויות לעבור למבוטחי שתי הקופות האחרות. על רקע הירידה הצפויה בחלקן של קופות אלה בנתח המקורות הציבוריים, כתוצאה מחקיקת החוק, נשאלת השאלה, מדוע הן לא הצליחו לעכב את תהליך החקיקה.⁸

דרכן של הקופות הקטנות כנגד חקיקת החוק הייתה בניסיון להשהות את הליך החקיקה. בנוסף פעלו הקופות הקטנות בניסיון לשכנע אנשי מקצוע בתחום הבריאות, תומכים פוליטיים ואת הציבור הרחב, בכך שהצעת החוק אינה תואמת את האינטרס הציבורי. הקופות הקטנות הציגו את הצעת החוק כאנטי-תחרותית וכגורמת להורדת רמת השירות, להגבלת חופש הבחירה ולביטול הזדמנויות לחידושים. הן טענו, כי המטרה המרכזית של החוק היא לכסות את גירעונותיה של קופת-חולים כללית והטילו ספק בכך שהמטרה ראויה ובכך שהחוק הוא הכללי ההולם להשגתה. לטענתן, הבעיות של קופת-החולים הכללית נבעו מניהול כושל ומהקשר להסתדרות ולא נבעו מכללי המשחק ששררו במערכת. לטענתן, גם אם הממשלה רוצה לתמוך בקופת-החולים הכללית, אין כל סיבה שהדבר ייעשה על חשבון קופות-החולים הקטנות יותר, המתפקדות היטב.

חברי קופות-החולים הקטנות (מכבי ומאוחדת) היוו באותה תקופה כמעט שליש מהמבוטחים והתאפיינו בפרופיל חברתי-כלכלי גבוה מהממוצע. אולם למרות זאת ולמרות שרמת השירותים למבוטחים שלהן הייתה עלולה להינזק כתוצאה מהחוק, הקופות הקטנות לא הצליחו

⁸ בארה"ב, חברות הביטוח, שעמדו להפסיד מהביטוח האוניברסלי שהוצע על-ידי הנשיא קלינטון, כן הצליחו לעצור את תהליך השינוי (Galnoor, Rosenbloom, Yaroni, 1998).

לגייס את חבריהן להתנגד לחקיקת החוק⁹, וגם כאשר הצליחו בגיוס ההתנגדות, הן לא הצליחו לתרגם התנגדות זו לכוח פוליטי. חשוב לציין, שבאותה עת, הקופות מכבי ומאוחדת היו נעדרות גיבוי פוליטי חזק ולכן יכולת ההתנגדות שלהם הייתה מוגבלת. בנוסף, לא היה להן, באותה עת, ניסיון, מומחיות ותשתית ידע, לשם הנעת תמיכה ציבורית ופוליטית בנושאי מדיניות בריאות. חקיקת החוק בשנת 1994 נבעה אם כן בחלקה, מניצול חלון הזדמנות, שבו שתי קבוצות של שחקנים מרכזיים, שהתנגדו לחוק (ההסתדרות ושתי קופות-החולים הקטנות), היו בעמדת חולשה: עשר שנים קודם לחקיקת החוק היה ביכולתה של ההסתדרות לחסום כל ניסיון חקיקה. מצד שני כוחן הפוליטי והכלכלי של קופות-החולים הקטנות באמצע שנות התשעים היה מוגבל הרבה יותר מכוחן כיום.

6. פרגמטיזם ונכונות לפשרה

תהליך השלמת החקיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ארך כשנתיים, בהם נידונה החקיקה עם מגוון רחב של גורמים במערכת. מיד בכניסה לתהליך התגבשו הסכמות לגבי חמשת עקרונות היסוד של החוק – חובת ביטוח לכל, חופש בחירה בקופה, הגדרת סל שירותים, שינוי במנגנון הגבייה, ושינוי מנגנון ההקצאה. אולם היה צורך בעבודת מטה ארוכה כדי לצקת תוכן יישומי לעקרונות אלה, כמו גם להשלים נושאים רבים נוספים בתקנות החוק המוצעות. את ההחלטה על כיסוי ביטוחי לכל לדוגמה, היה צריך לתרגם באופן אופרטיבי – כיצד רושמים את הבלתי מבוטחים? האם לאפשר להם חופש בחירה או לרשום אותם באופן מרוכז? מה לעשות עם מבוטחים החברים ביותר מקופה אחת? היכן יתבצע תהליך הרישום? ועוד. גם אימוץ העיקרון של חופש בחירה בקופה, שהיה קל יחסית, הצריך קבלת החלטות לגבי מספר מועדי המעבר המותרים, האם לאפשר מעבר כזה לאורך כל השנה או לרכזו לתקופות קבועות, האם להגביל את כמות העוברים לכל קופה? כן/לא ועוד. נוסח הצעת החוק המקורית לא נתן תשובה לכל השאלות האופרטיביות ותהליך החקיקה אופיין במידה רבה בדחיית ההכרעות

⁹ הדבר מעניין במיוחד לאור המצב בארה"ב, בה בתקופה המקבילה, חברות ביטוח פרטיות הצליחו להניע את דעת הקהל כנגד הרפורמה הביטוחית שהוצעה על-ידי הנשיא קלינטון (Galnoor, Rosenbloom, Yaroni, 1998).

בסוגיות פרטניות ובהעברתן לוועדות מקצועיות עתידיות. גישה זו תרמה גם היא להצלחת תהליך החקיקה של החוק בזמן יחסית קצר. כך גם תכונה נוספת, שאפיינה את תהליך ניסוחו של החוק, של העדפת העמדה המעשית על-פני הטוהר האקדמי, היישומיות על-פני השלמות הקונספטואלית. במקומות בהם לא ניתן היה להגיע לפתרון מידי הדבר נדחה לאחר חקיקת החוק.

להלן מספר דוגמאות ליישומה של אסטרטגיה זו במספר צמתי החלטה בתהליך החקיקה.

הגדרה של סל השירותים. שלא כמו במקרה המקביל בהולנד, אשר ניסתה לבסס את תהליך הגדרת הסל על בסיס קריטריונים של נחיצות ויעילות, התשובה לשאלות אלו בארץ ניתנה באימוץ סל השירותים של הקופה הגדולה, קופת-החולים הכללית. הסל היה קיים במידה רבה גם בקופות האחרות והוא צילם רמת רווחה נתונה של מערכת הבריאות הישראלית. הבחירה לאמץ את הסל הקיים נבעה מההכרה שתוספת זכויות כרוכה בתוספת הוצאה והסיכוי לקבל לכך את תמיכת משרד האוצר היה קלוש וגורם לעיכוב של תהליך סיום החקיקה¹⁰.

פירוט סל השירותים. ניתן להציג את רמת הפירוט של סל השירותים בטווח שבין פירוט כוללני ועד לפרטני: הגדרה במונחים כלליים של סל שירותים על בסיס תחומי שירות בלבד (כדוגמת שירותי אשפוז, שירותי קהילה ועוד) נתפסה כהתנערות מאחריות וכהנצחה של המצב הקיים לפני החוק. מצד שני, פירוט הסל תוך התייחסות לממדים בקבלת השירותים, כגון מרחק, זמן ואיכות קשה יותר מבחינה טכנית, אורך זמן רב ומחייב מעקב שוטף אחר השינוי. גם כאן התקבלה בסופו של דבר פשרה פרקטית, לאמץ את פירוט הסל, אשר היה קיים ערב הפעלת החוק בקופת-החולים הכללית (אשר ביטחה כאמור כ-65 אחוז מהאוכלוסייה), ולהטיל על ועדה לפרט את הסל בעתיד, תוך התייחסות למרכיבים של איכות, זמינות ונגישות השירות.

קביעת נוסחה להקצאת המקורות לקופות (קפיטציה). גם בנושא זה עמדו בפני מנסחי החוק שתי אפשרויות: פיתוח נוסחת הקצאה, המבטאת באופן מפורט ומעודן את הצרכים הדיפרנציאליים של המבוטחים בכל

¹⁰ תרומתו של החוק בנושא סל השירותים הייתה בעיקר בעיגונה של הזכאות לסל זה בחקיקה, וכן בכך שהסל ניתן ללא התניות מכל סוג שהוא (בעבר הייתה הגדרתו של סל השירותים מעורפלת ומותנה בתנאים שונים, כגון סיבת האירוע, יכולת כספית של הקופה ועוד).

קופה, היה אורך זמן רב ומעכב את יישום הפעלת החוק. לכן גם כאן התקבלה החלטה לאמץ נוסחה פרקטית, שגיבושה היה מהיר יחסית, ושהייתה מבוססת על תשתיות מידע קיימות תוך דחיית שיכלול הנוסחה למועד מאוחר יותר¹¹.

מנגנון עדכון עלות הסל. מקורות המימון של חוק ביטוח בריאות נגזרים מעלות סל השירותים המוגדר בחוק אולם מעצבי החוק התלבטו באשר למנגנון העדכון הראוי, אשר יבטא שינויים דמוגרפים, חידושים טכנולוגיים ושינויי מחירים. לפי עמדה אחת יש לכמת מנגנוני עדכון אלה (של דמוגרפיה, טכנולוגיה, ומחירים) ולעגנם בחוק באופן אוטומטי. לעומתה נשמעה העמדה, שיש להשאיר לממשלה את החירות לקבוע בכל שנה את היקף העדכון. בסופו של דבר הושגה פשרה, לפיה ניתנה התאמה אוטומטית לשינויים במחירים (באמצעות נוסחת מדד יוקר הבריאות) ואילו לגבי גידול האוכלוסייה, שינויים בהרכב הגיל ושינויי הטכנולוגיה – הם ייקבעו על-ידי הממשלה ועל-פי שיקול דעתה וסדרי העדיפויות הנקבעים מעת לעת.

בדוגמאות שהוצגו לעיל באו לידי ביטוי מספר תכונות שאפיינו גם צמתי החלטה אחרים בתהליך חקיקת החוק:

- שמירה במידת האפשר על רמת הרווחה וההוצאה הקיימת כדי לקבל את תמיכתו של משרד האוצר שבלעדיה חקיקת החוק לא הייתה אפשרית;
- חיפוש הפתרון הפרגמטי שיאפשר יישום החוק מוקדם ככל האפשר¹²;
- דחיית סוגיות חלוקות, שפתרון היה עלול לעכב את יישומו של החוק, ולהעבירו לטיפול של ועדות מיוחדות אחרי השלמת החקיקה. האם ניתן היה להגיע לפשרות דומות בניסיונות קודמים יותר של חקיקת החוק? קשה לדעת. היו שתי סיבות מרכזיות לכך שההסכמות הושגו ואפשרו את חקיקת החוק בשנת 1994:

¹¹ נוסחת ההקצאה שנבחרה הייתה כאמור רחוקה מלהיות מושלמת אולם ההכרעה על אימוץ הנוסחה נעשתה תוך מענה לשאלות הבאות: האם הנוסחה המוצעת משפרת את המצב הנוכחי? האם היא מצמצמת את התמריץ לבצע סינון על-ידי הקופות? ולבסוף - האם היא ניתנת ליישום מיידי?

¹² קופות-החולים הקטנות אשר התנגדו לחוק, נקטו כמובן בעמדה ההפוכה – כך למשל בסוגיית עדכון הסל הקופות הקטנות נקטו בעמדה, שיש צורך לפרט את מרכיבי הסל עד כמה שאפשר – עמדה טקטית שבין מטרותיה היו עיכוב תהליך החקיקה.

- א. פרסומו של "מרשם" העקרונות הבסיסי של החוק בוועדת נתניהו, שהמלצותיה המקצועיות והבלתי מפלגתיות צמצמו את טווח הנושאים שבהם היה צורך בפשרה.
- ב. ההסכמה על חקיקת החוק הושגה ברמה המיניסטריאלית בין שרי הבריאות והאוצר, תוך הבנה שיש להתחשב באילוצים התקציביים. הסכמה זו אפשרה את שיתוף הפעולה בין אנשי המקצוע בשני המשרדים, שחתרו להגיע לפשרות מוסכמות.

7. צמיחה כלכלית ואופטימיות ותמיכה ציבורית בחוק

שיעורי הצמיחה של הכלכלה הישראלית בתחילת שנות התשעים היו מהגבוהים ביותר שידעה המדינה – שיעור שנתי ממוצע של כ-6 אחוזים לעומת כ-3 אחוזים בממוצע בסוף שנות השמונים¹³. בנוסף, במהלך תקופה זו שררה בישראל תחושה כללית של אופטימיות, שניזונה מהציפיות להמשך השיעורים הגבוהים של הצמיחה הכלכלית, בין השאר בשל שיחות השלום והסכמי אוסלו שנחתמו בשנת 1993.

מעבר להשלכות הכלכליות הישירות של תהליך השלום, ייתכן שלעצם קיומו של התהליך הייתה תרומה עקיפה לחקיקת חוק ביטוח בריאות, בעקבות התחושה שהנה ניתן להתפנות ולתת מענה גם לבעיות פנימיות, הנוגעות לחברה הישראלית. קצבי הצמיחה הגבוהים והתחושה הכללית של אופטימיות הקלו במידה רבה על מקבלי ההחלטות לאמץ שינויים חברתיים בכלל ואת הרעיון של חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בפרט, תוך לקיחת הסיכון של גידול בהוצאה הציבורית.

באופן כללי, לאורך תהליך החקיקה זכה החוק לאהדת הציבור. הציבור לא היה מצוי במלוא משמעותם של הפרטים שנכללו בחוק אך הבין את הצורך החיוני בשינוי ובעיקר הזדהה עם הרעיון של ניתוק קופת-החולים מההסתדרות והפוליטיקה שהיא ייצגה. עמדה חיובית זו של הציבור היוותה גם רוח גבית חיובית לפוליטיקאים לתמיכה בחוק.

¹³ חלק מצמיחה זו בתמ"ג נבע מגידול האוכלוסייה, אך גם אחוזי הצמיחה לנפש היו מרשימים.

סיכום

ריבוי הוועדות שהמליצו על חקיקת חוק ביטוח בריאות, כמו גם ריבוי ניסיונות החקיקה בנושא זה לאורך כמעט חמישים שנה, מעיד כי ההכרה הגורפת בצורך בחקיקה, שתסדיר את נושא ביטוח הבריאות בישראל, הייתה ארוכת שנים.

כפי שתיארנו לאורך המאמר, לא ניתן לייחס את חקיקת החוק בשנת 1994 לגורם מרכזי אחד בלבד. חקיקתו של החוק נבעה מצירוף של התפתחויות רבות, שראשיתן בעוצמת המשבר בתחילת שנות התשעים ובצורך החיוני בשינוי כללי המשחק של מערכת הבריאות, ומפרסום המלצות ועדת נתניהו, שהתוותה את הקווים המרכזיים לשינוי הנדרש. צרוף זה (משבר עם מרשם לפתרונו) בשילוב עם שינוי במאזן הכוחות הפוליטיים, התפתחויות מקרו כלכליות, ו"רוח" רפורמיסטית ששררה באותה עת במערכות בריאות בעולם – כל אלה בתזמון **משותף** אפשרו לבסוף את חקיקתו של החוק.

חלק מההתפתחויות שנסקרו במאמר שררו גם בעשורים קודמים אבל הם קיבלו **תאוצות ועוצמות** גדולות יותר בתחילת שנות התשעים. בנוסף, חלק מהגורמים אשר סייעו לחקיקת החוק בתחילת שנות התשעים לא המשיכו להתקיים לאחר מכן. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 הייתה אם כן בחלקה הגדול ניצול של "חלון הזדמנויות" שנפתח בפני יוזמיה. ייתכן שאילולי נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994, ישראל הייתה נותרת ללא חוק כזה גם כיום, בשנת 2006.

מקורות

- בן נון, ג', ברלוביץ, י', שני, מ'. (2005). *מערכת הבריאות בישראל*, משרד הביטחון - הוצאה לאור.
- דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. (1990). דו"ח נתניהו, ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- שוורץ, ש', דורון, ח', דוידוביץ, נ'. (2007). בין חזון לגירעון – המאבק ההיסטורי פוליטי על חקיקת החוק. בתוך ספר הכנס של המכון הלאומי לשנת 2006.
- Chinitz, D. (1995). Israel's health policy breakthrough: the politics of reform and the reform of politics. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(4): 909-932.
- (1994). Reforming the Israeli health care market. *Social Science and Medicine* 1982, 39(10): 1447-1457.
- Chernichovsky, D., Chinitz, D. (1995). The political economy of healthy system reform in Israel. *Health Economics*, 4 (2): 127-141.
- Enthoven, A., Kronick, R. (1989). A consumer-choice health plan for the 1990s, Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (1). *N Engl J Med*. Jan 5; 320(1): 29-37.
- Galnoor I., Rosenbloom D., Yaroni, A. (1998). Creating new public management reforms: Lessons from Israel. *Administration & Society*, Vol. 30, No. 4, 393-420.
- Geva-May, I., Maslove, A. (2000). What prompts health care policy change? On political power contests and reform of health care system (the case of Canada and Israel). *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25 (40): 717-741.
- Jones, P. (2004). The role of labor unions in a changing world environment: A comparative analysis. Economic Development Institute (<http://econwpa.wustl.edu/eps/lab/papers/0410/0410012.pdf>).
- Nathanson, R. (1999). Union responses to a changing environment: The new Histadrut – The general federation of labor in Israel.

- Geneva: International Labor Organization, Labor and Society Program DP/104/1999.
- Penchas, S., Shani, M. (1995). Redesigning a national healthcare system: The Israeli experience. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (2): 9-17.
- Rosen B. (2003). *Health care systems in transition – Israel*. Copenhagen: The European Observatory of Health Care Systems.
- Robinson R., Dixon A. (1999). *Health care systems in transition – Israel*, Copenhagen: The European Observatory of Health Care Systems.
- Saltman R., Figueras J. (Eds.). (1996). *European health care reform: Analysis of current strategies*. Copenhagen: The European Observatory of Health Care Systems.
- Shirom, A. (1995). The Israeli health care reform: A study of an evolutionary major change. *The International Journal of Health Planning and Management*, 10 (1): 5-22.
- Steinberg G., Bick E. (1992). *Resisting reform: A policy analysis of the Israeli health care delivery system*. University Press of America and Jerusalem Center for Public Affairs. London.