

מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי¹

רויטל גרוס², ברוך רוזן³ ואריה שירום⁴

מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא ציר המפתח של רוב המאמרים המתפרסמים בחוברת זו.⁵ על כן מטרת מאמר המערכת היא להציג את ההקשר הרחב – פניה של מערכת הבריאות בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. תחילה נציג את הרקע לחקיקת החוק ואת מטרותיו ונפרט את סעיפיו העיקריים. בהמשך נסקור את השינויים שנעשו בחוק מאז שנת 1995, ונבחן את השפעתו על הכנסות קופות החולים ועל הוצאותיהן, על רמת השירות, על שביעות הרצון של המבוטחים ועל מגמות המעבר של מבוטחים בין קופות החולים. לבסוף נדון בשאלה אם השיג החוק מטרות מרכזיות שעמדו לנגד עיני מתכנניו.

-
- 1 חלק מן המידע המוצג במאמר זה נאסף במסגרת עבודת מחקר של רויטל גרוס לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה בהנחיית פרופ' מיכאל הריסון, המחלקה לסוציולוגיה ואתרופולוגיה, אוניברסיטת בר אילן.
 - 2 פרופ' רויטל גרוס ז"ל (1953-2011) נמנתה עם צוות ג'וינט – מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.
 - 3 ד"ר ברוך רוזן, מנהל מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
 - 4 פרופ' אריה שירום ז"ל (1937-2012) לימד בפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל אביב, והיה חבר מערכת ביטחון סוציאלי בשנים 1994-2003.
 - 5 מדובר בגיליון 54 של ביטחון סוציאלי (העורך).

ביטחון סוציאלי, ניסן תשע"ד, אפריל 2014, מס' 93 : 77-107
פורסם בגיליון מס' 54, אדר תשנ"ט, פברואר 1999

הרקע לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק בשנת 1994, נכנס לתוקפו בינואר 1995, לאור המלצותיה של ועדת חקירה ממלכתית שהוקמה עוד בשנת 1988. ועדת החקירה מונתה כדי לבדוק את תפקודה ואת יעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת החקירה הממלכתית, 1990). בדין וחשבון שהגישה לממשלה בשנת 1990 המליצה הוועדה, בין היתר, על חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חילוקי הדעות שנתגלעו בוועדה על מהות החוק המוצע ועל תוכנו (ראו שם, כרך א, עמ' 78-83, וכרך ב, עמ' 38-64) מצאו ביטוי לאחר מכן ביוזמות חקיקה בכנסת, הן של שר הבריאות אז, אהוד אולמרט, בשנת 1992, והן של שר הבריאות חיים רמון שניהן בשנת 1994, יוזמות שעלו יפה והיו לחוק.

ועדת החקירה הממלכתית מונתה לתפקידה על רקע משברים כלכליים ומשברים בתחום יחסי העבודה במערכת הבריאות שהתחוללו בשנים שקדמו למינויה. למשברים אלה ניתנו הסברים אחדים. לפי הסבר אחד הביאה מדיניות התקצוב הממשלתי של שירותי הרווחה להקטנה נמשכת וגדולה למדי, לאורך אותה תקופה, של מימון מערכת הבריאות הציבורית מתקציב הממשלה, יחסית למקורות המימון האחרים (ועדת החקירה הממלכתית, 1990, כרך ב, עמ' 118-140; דורון, 1994). משקי הבית מימנו חלק גדל והולך מן ההוצאה הלאומית לבריאות באמצעות תשלום דמי חבר לקופות החולים ובתשלום ישיר לספקי שירותי בריאות פרטיים. היתה ירידה בחלקה של הממשלה במימון מערכת הבריאות, ובמקביל נצפתה עלייה בחלקו של המגזר הפרטי בהספקת שירותי בריאות. כמו כן נמצאה עלייה בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות מתוך התוצר המקומי הגולמי (קופ, 1996). במאמץ להקטין שיעורי גידול אלה של ההוצאה הלאומית לבריאות המשיכה הממשלה לקצץ בהוצאה לשירותי בריאות מתוך התקציב הממשלתי.

הסבר אחר תלה את המשברים במערכת הבריאות בהסתת כספי דמי חבר, במיוחד בקופת חולים כללית, לתכליות שאינן קשורות לבריאות. הסטה זו קשורה לצורת התשלום של המס האחיד, שכלל גם את דמי החבר בקופת חולים כללית ושולם להסתדרות הכללית (ועדת החקירה הממלכתית, 1990, כרך א). והיה הסבר שקשר את המשברים להקצאת המשאבים בין קופות החולים. גובה דמי החבר נקבע על פי הכנסת המבוטחים, ועל כן יצר תמריץ לבחירת מבוטחים בעלי הכנסה גבוהה. משאביה של קופת חולים כללית היו דלים משל קופות החולים האחרות, שחבריהן היו בעלי הכנסות גבוהות יחסית. אולם שיעור החולים הכרוניים, הקשישים והעניים בקרב מבוטחי קופת חולים כללית היה גבוה יותר מאשר בקרב מבוטחי קופות החולים האחרות. כלומר: מצד אחד היו צורכי הבריאות של מבוטחי קופת חולים כללית רבים יותר, ומצד אחר היו הכנסות הקופה נמוכות יותר. בשנת 1992, למשל, היתה ההוצאה לנפש מתוקנת בקופת חולים מכבי גבוהה ב-30% מן ההוצאה לנפש מתוקנת בקופת חולים כללית (רוזן ונבו, 1996).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקף כאמור בינואר 1995, נועד לטפל במשברים הכלכליים במערכת הבריאות, כמו גם בבעיות אחרות שאובחנו במערכת. בין הבעיות העיקריות ניתן למנות את אלה: כיסוי ביטוחי חלקי; אי בהירות בדבר הזכאות לשירותים; חלוקת משאבים בין הקופות שאינה תואמת צורכי בריאות; אי שביעות רצון של אזרחים מרמת השירות; הגבלות על מעבר וחופש בחירה בקופה; אי שוויון בשירותים בין אזורים ואוכלוסיות (רוזן, גרוס וברג, 1996).

יחד עם זאת לווה יישום החוק בחששות, שמטרותיו לא יושגו או שאולי יהיו לו תוצאות לזוואי לא רצויות, כגון הידרדרות בשירות עקב בעיות כספיות בחלק מקופות החולים, גידול בהוצאה הלאומית על בריאות והכבדת נטל ההוצאות הכספיות על הציבור.

החוק מגדיר מקורות ברורים למימון סל שירותי הבריאות וקובע מחויבות של המדינה לספק לכל התושבים שירותים מקיפים הכלולים בו. מלבד זאת החוק מבטיח את אלה: כיסוי ביטוחי אוניברסלי לכל תושב; זכאות לסל שירותים ללא קשר ליכולת כלכלית; עזרה הדדית בתשלום דמי הבריאות; הקצאת המקורות בין קופות החולים בהתאם לגיל המבוטחים, המשמש אומדן (proxy) לצורכי הבריאות. עוד קובע החוק, שקופת חולים חייבת לקבל כל תושב ללא הגבלות ותנאים, וכך מתאפשר למבוטח חופש בחירה. מלבד זאת נותקה הזיקה הכספית שבין קופת חולים כללית להסתדרות העובדים הכללית ובין קופת חולים לאומית להסתדרות העובדים הלאומית (מדינת ישראל, 1994). החוק חולל שינוי מהותי בעקרונות הפעולה של מערכת הבריאות. בעבר התבססה המערכת על ביטוח וולונטרי בידי קופות החולים, שהתחרו ביניהן על מחיר הפרמיה ועל הרכב סל השירותים. במערכת זאת מנגנון התחרות צפוי להביא למאמצי שיפור בשירות ולריסון ההוצאות. בה בעת יש תמריץ לברירת מבוטחים ("הסרת השמנת"; cream skimming) וגם הזדמנויות לעשות זאת באמצעות מחיר הפרמיה והרכב הסל. בעקבות החוק מערכת הבריאות מתבססת על עקרונות של תחרות מנוהלת, שבה האזרחים משלמים פרמיות אחידות לכל קופה, והקופות חייבות לספק סל שירותים אחיד ונתונות לפיקוח ממשלתי. במערכת כזו אין הקופות מתחרות על מחיר הפרמיה ועל הרכב הסל, והאפשרות ל"הסרת השמנת" מצטמצמת.

החוק מבטא ניסיון לפשרה בין היעדים המתחרים של רמת שירות ושוויון לעומת ריסון הוצאות והתייעלות. הקצאת המשאבים לפי נוסחת הקפיטציה יוצרת תמריץ להתחרות על רמת השירות ולמשוך גם קבוצות אוכלוסייה חלשות. גם ההוראות הנוגעות לחופש המעבר בין קופות החולים וקביעת הסל עשויות לקדם את יעדי השוויון ואת רמת השירות. היעדים של ריסון הוצאות והתייעלות אמורים להיות מושגים באמצעות הוראות החוק, הקובעות מסגרת תקציבית למערכת הבריאות, כך שסך כל המקורות למערכת מוגבל ונתון לשליטה ממשלתית.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו עוסק בבתי החולים, אלא כבדרך אגב. הרפורמה בבתי החולים בישראל נעשתה ונעשית בלי שנחקק לצורך זה חוק חדש, אלא באמצעות קביעת מדיניות ממשלתית, בעיקר בידי משרד הבריאות, אך גם בידי משרד האוצר (שירום ועמיתים, 1997).

החוק גם אינו עוסק כמעט בתחום בריאות השן, המופקד בידי מנגנון השוק הפרטי. בסל השירותים נכללות רק בדיקות שיניים מונעות לילדים. ברוב מדינות אירופה, לעומת זאת, סל השירותים כולל שירותי מניעה, שימור וטיפול שגרתי (ברנע ואמדו-גרונדשטיין, 1992). לפי חורב (1996), למרות ההשקעה הלאומית הגבוהה בישראל, הנגישות לטיפול נמוכה, וישראל תופסת את אחד המקומות הנמוכים בין מדינות המערב כמעט על פי כל מדד של בריאות השן. לפיכך נראה שיעילות הניצול של המשאבים הלאומיים המושקעים בתחום זה נמוכה.⁶

בחינת השינויים שיצר חוק ביטוח בריאות ממלכתי במערכת

חוק ביטוח בריאות ממלכתי חולל תמורות גדולות בכללי המימון של מערכת הבריאות, בהקצאת המשאבים בין קופות החולים ובכללי מתן השירותים. להלן נעמוד על ההבדלים בין שתי התקופות – עד שנת 1995, טרם החלת החוק, ומינואר 1995, תקופת יישומו.

1. מימון השירותים

לפני החלת החוק היה ביטוח הבריאות וולונטרי. עם יישומו הוטלה על כל תושב חובת תשלום מס בריאות. גם בגובה המס הוכנס שינוי, ולאחר החלת החוק גדלה מידת הפרוגרסיביות שלו (Achdut, 1998). נטל המס על השכבות החלשות נמוך מבעבר, ונטל המס על שכבות מבוססות, נשים נשואות וקבוצות מאורגנות (שזכו בעבר להנחות) הוכבד. בעבר גבו קופות החולים (או ההסתדרות הכללית במקרה של קופת חולים כללית) את דמי החבר בעצמן. עם יישום החוק נגבה מס הבריאות בידי המוסד לביטוח לאומי, ומקופות החולים ניטלה הסמכות לקבוע את גובהו, להעניק הנחות ולקבוע את שיעורי ההשתתפות העצמית. החוק קבע עוד, שכספי מס הבריאות מיועדים רק למתן שירותי בריאות, ואין

6 בישראל מוזרם לרפואת השן שיעור גבוה של המשאבים הלאומיים (12% בקירוב), לעומת השיעורים הנהוגים באירופה (7% בקירוב). הזרמת כספים גדולה זו מוצאת ביטוי, בין היתר, במספר רב של רופאי שיניים יחסית לאוכלוסייה ובעלות גבוהה יחסית של ריפוי שיניים בישראל לעומת מדינות מפותחות אחרות.

אפשרות לממן באמצעותם פעילויות אחרות, כבעבר. בכך נותקה הזיקה ההיסטורית בין קופת חולים כללית להסתדרות העובדים ובין קופת חולים לאומית להסתדרות העובדים הלאומית.

שינוי אחר הנוגע למימון המערכת הוא הקביעה שהמדינה אחראית להעביר מתקציבה כספים להשלמת מימון עלות השירותים שנקבעו בחוק, לפי תחשיב של עלות הסל המפורט בחוק, אשר יתעדכן בין היתר על פי מדד יוקר הבריאות שתפרסם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. כמו כן נקבע בחוק, ששרי הבריאות והאוצר רשאים לשנות, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, את הרכב מדד יוקר הבריאות ולעדכן את עלות הסל גם לאור פרמטרים אחרים לפי שיקול דעתם, ובמיוחד לאור שינויים דמוגרפיים.⁷

2. הקצאת המשאבים בין קופות החולים

מכיוון שבעבר, כאמור, גבו קופות החולים את מסי הבריאות בעצמן, היה גובה הכנסותיהן תלוי במעמד הכלכלי של מבוטחיהן. חוק ביטוח בריאות שינה את כללי ההקצאה וקבע, שמס הבריאות שהמוסד לביטוח לאומי גובה יוקצה בין קופות החולים לפי מספר הנפשות המבוטחות בכל קופה ולפי גילן. בנוסף לכך הקופות זכאיות להחזר הוצאות הטיפול במבוטחים החולים באחת מן המחלות הקשות שהוגדרו בחוק: אי-ספיקת כליות כרונית, גושה, תלסמיה (מייג'ור או אינטרמדיה) והמופיליה.⁸ עוד שינוי שתוכנן, אך טרם בוצע, נוגע להקצאת כספים למתן שירותי מניעה, גריאטריה, פסיכיאטריה ומכשירי שיקום. בעבר מומנו שירותים אלה בידי משרד הבריאות ובמסגרת תקציב ייעודי נפרד. לפי החוק, בתום תקופת ביניים של שלוש שנים היתה האחריות למתן השירותים אמורה לעבור מן המדינה לקופות החולים. בחוק נקבע עוד, שהמימון יועבר לקופות החולים במסגרת המימון הכללי, ולא במימון ייעודי לנושאים אלה. בהמשך נקבע, ששירותי רפואה מונעת יישארו באחריות המדינה. עד עתה לא הופעל החוק גם בנוגע להעברת האחריות לשירותים האחרים.

7 בחוק מוזכרים פרמטרים דמוגרפיים הקשורים בגידול האוכלוסייה ובהזדקנותה. בוועדת מומחים הומלץ לעדכן את עלות הסל גם לפי התקדמות הטכנולוגיה. משרד האוצר דורש להתחשב גם בפרמטר של התייעלות הנדרשת מקופות החולים כמו מכל גוף ציבורי.

8 בשנת 1998 הוכרה גם מחלת האיידס כמחלה קשה.

3. כללי מתן השירותים

בשונה מבעבר שבו קבעה כל קופה בעצמה את הרכב סל השירותים, קבע החוק סל שירותים אחיד המחייב את כל קופות החולים. עוד קבע החוק, שבתום תקופת הביניים (של שלוש שנים) שר הבריאות רשאי לקבוע תקנות המפרטות את סל השירותים וגם סטנדרטים בנוגע לאיכותם (למשל משכי המתנה לשירותים, מרחק מקום הספקת השירות מבית המבוטח, הסדרי בחירה בין ספקים).⁹ בעבר ניתן לקופות החולים שיקול דעת בקביעת סטנדרטים אלה. החוק מתיר לקופות החולים להציע במסגרת תוכניות ביטוח משלים שירותים שאינם כלולים בסל השירותים הבסיסי. יחד עם זאת, התוכניות נתונות לפיקוח משרד הבריאות בכל הנוגע לתוכן ולמחירן.

שינוי אחר נוגע לכללי המעבר בין הקופות. לעומת העבר, שבו יכלו הקופות לדחות את הפונים אליהן או להגביל את זכויותיהם בגין מצב בריאות או בשל סיבה אחרת, החוק מחייב את קופות החולים לקבל כל פונה.

עוד שינוי הוא חיזוק מעמדו של משרד הבריאות ביחס לקופות החולים. החוק קובע, שהמשרד יפקח על איכות הטיפול בקופות החולים. כמו כן הוא מחייב אותן למסור למשרד כל מידע שיבקש. החוק גם מקנה לשר הבריאות סמכות לאשר את תקציב הפיתוח של הקופות.

לבסוף, החוק מגביר את הפיקוח הציבורי על מערכת הבריאות, כשהוא קובע שוועדת העבודה והרווחה של הכנסת תהיה מעורבת בהחלטות הנוגעות לה ומורה על הקמת מועצת בריאות שבה יהיו חברים נציגי ציבור ונציגי גופים שונים במערכת. תפקידה של מועצת הבריאות לייעץ לשר הבריאות. כמו כן נקבע בחוק, שקופות החולים ומועצת הבריאות ימנו נציב קבילות ציבור.

ההתפתחויות בחקיקה מאז ינואר 1995 ומשמעותן

בארבע שנותיו הראשונות של החוק, 1995-1998, נעשו בו שינויים מהותיים בתוקף יוזמות חקיקה ממשלתיות. יוזמות אלה נכללו בחוקי ההסדרים שליוו כל אחד מחוקי התקציב שנחקקו מאז 1997 (מדינת ישראל, 1997, 1998, 1999). להלן נסקור בקצרה שינויים אלה ונדון במשמעותם.

9 ועדת מומחים במשרד הבריאות המליצה בשנת 1998 שלא לפרט את סל השירותים או לקבוע פרמטרים של איכות.

1. חוק ההסדרים, התשנ"ז-1997

עקב הגירעון במערכת הבריאות נקבעו בסוף שנת 1996 הסדרים, שנועדו "למתן את קצב הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות ולהבטיח כי כספי מקורות המימון הציבוריים משמשים למטרות להם יועדו" (מדינת ישראל, 1997, פרק ה). במסגרת החוק הוגבר פיקוחה של הממשלה על פעילות קופות החולים, וגדלה תלותן של קופות החולים בממשלה. שר הבריאות ושר האוצר הוסמכו למנות חשב מלווה לקופה שתיקלע לגירעון ולהגביל את תקציבי הפיתוח ואת קליטת החברים. עוד נקבע, שהמס המקביל ששילמו המעסיקים למוסד לביטוח לאומי, ואשר היה מס ייעודי למימון מערכת הבריאות, יוחלף בתמיכה ממשלתית ישירה.

במסגרת הוראות חוק ההסדרים הוגבלה עצמאותן של קופות החולים בניהול הפנימי, כדי לייעל את פעילותן ולמנוע גירעונות. החוק הגביל את שליטתן בתאגידים והסמיך את שר הבריאות לקבוע תקנות בדבר אפיקי ההשקעה של נכסי קופות החולים שאינם קשורים לבריאות. כמו כן נכללו בחוק הוראות המגבילות את היקף ההוצאה השנתית של קופות החולים לצורכי פיתוח, פרסום, שיווק ומכירות. עוד קבע החוק, שיש להחיל עליהן את חובות חוק המכרזים בהתקשרויות עם ספקים. כמו כן נקבע, שעל שר הבריאות לאשר את תקנוני הקופות ושכדי למנוע הוצאות מיותרות הנובעות מכפל שירותים של קופות החולים, שר הבריאות ושר האוצר רשאים להגביל הקמת תשתיות של הקופות (למשל פתיחת מרפאות) ולקבוע הסדרים מחייבים לרכישת שירותים ביניהן, לרבות תעריפים.

נקבע, ששיעורי הקצאות הכספים לקופות החולים יתעדכנו מדי רבעון, ולא מדי חצי שנה כבעבר, כדי לשפר את ההתאמה בין מספר החברים בקופה לבין המקורות המוקצים לה באופן שוטף.

בגלל טענות בתי החולים על עיכוב תזרים המזומנים וגם בגלל טענותיהן של חלק מקופות החולים על הנטל הכספי הכרוך בתשלום עבור אשפוז יולדות, נקבע שהתשלום למימון אשפוז יולדות יועבר לבתי החולים ישירות מן המוסד לביטוח לאומי, כפי שהיה ערב החלת החוק, ולא באמצעות קופות החולים. זאת ועוד, לנוכח טענותיהם של בתי חולים על צריכת יתר של שירותי אשפוז בידי קופות החולים, נקבע שינוי בהסדר "תקרות ההוצאה" (capping) לבתי החולים. לפי ההסדר המקורי לא יגדל היקף התשלומים לבתי החולים ביותר מ-2% מעבר לעליית מחיר יום אשפוז. לפי ההסדר החדש נקבעה לכל קופה תקרה לתשלום לכל בית חולים. מחיר תפוקות נוספות שמעל תקרת ההכנסה הועמד על מחצית התעריף הרגיל. עוד נקבע, שבתי החולים יקבלו מימון, אמנם מופחת, לפעולות שמעבר לתקרה, ולא יידרשו לבצע אותן ללא כל תשלום כבעבר. מטרת השינוי היתה לתמרץ את קופות החולים לרסן את הביקוש לשירותי בתי החולים מצד אחד ואת בתי החולים לרסן את היצע השירותים שלהם מצד אחר.

2. חוק ההסדרים, התשנ"ח-1998

עקב הגירעון המתמשך בתקציבי קופות החולים והתחרות הגוברת ביניהן, שהתבטאה בפרסום ראוותני ובאמצעי שיווק אגרסיביים, שבחלקם אף עברו על החוק, הוגבלו פעילויות אלה בסוף שנת 1997. נקבע שרישום לקופה ייעשה בסניפי הדואר, ולא בסניפי הקופה או באמצעות אנשי מכירות כבעבר. כמו כן נקבעו הגבלות חמורות על תקציבי הפרסום של קופות החולים, כדי להגביל את היקף השימוש בכספי החוק למטרה זו.

כדי לחסוך בהוצאות הנובעות מכפל שירותים, הוגבלה פעילות קופות החולים ביישובים קטנים. נקבע שביישוב שגרים בו עד 5,000 איש תפעל קופה אחת, וביישוב שגרים בו עד 10,000 איש יפעלו לכל היותר שתי קופות חולים. כדי להבטיח את איכות השירות ביישובים אלה נקבע, שהקופה תיבחר במכרז על פי מחיר השירות ואיכותו. למרות הגבלות אלה על התחרות בין קופות החולים, ניתנה להן האפשרות להגדיל את התחרות ביניהן על סל השירותים, שכן נקבע, שהן יוכלו להוסיף שירותים לסל, באישור שר הבריאות.

אשר לצד ההכנסות קבע חוק ההסדרים, שקופות החולים רשאיות לגבות תשלומי השתתפות עצמית לביקור רופא, כדי להגדיל את מקורות הכנסתן, בכפוף לאישור שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת. קופות החולים רשאיות להתחרות ביניהן ולקבוע את גובה ההיטל. יחד עם זאת, עליהן לעמוד בקריטריונים שנקבעו בחוק, כדי להבטיח שהתשלומים הנוספים לא יפגעו באוכלוסיות חלשות ולא ישמשו כלי לברירת מבוטחים. גובה ההיטל חייב להיות אחיד ולא קשור לרמת הכנסתם. כמו כן נקבע, שיינתנו פטורים והנחות לחולים, לקשישים, לעולים, לילדי משפחות גדולות ולמקבלי הבטחת הכנסה.

הוראות אחרות נוגעות למתן שירותי הביטוח המשלים (שנקראים עתה "שירותי בריאות נוספים"; שב"ן) בידי קופות החולים. נקבע שהקופות רשאיות להציע שירותים נוספים שאינם נכללים בסל השירותים הבסיסי, בתמורה לפרמיה נפרדת לכיסוי עלותם. בחוק ההסדרים נקבעו תקנות להפעלת השב"ן. נקבע שהשירות יינתן בידי הקופה עצמה או חברה בת שבשליטתה המלאה, אשר תנוהל באיזון תקציבי כמשק סגור. השב"ן יכלול רק מתן שירותים בפועל בידי הקופה, ולא יכלול פיצוי כספי ושירותי אשפוז סיעודי.

במסגרת חוק ההסדרים פורטו קריטריונים לתוכניות שב"ן: הקופה תקבל כל פונה ללא הגבלה הקשורה למצב בריאותו או למצבו הכלכלי; הקופה לא תפלה בין עמיתי התוכנית; המחיר יהיה אחיד לכל קבוצת גיל. בנוסף לכך ניתנו לשר הבריאות סמכויות פיקוח ובקרה על התוכניות, והוא רשאי לקבוע כללים בכל הקשור להפעלתן. עוד נקבע בחוק ההסדרים, שעל הקופות לפרסם מידע לציבור בנוגע לסל השירותים, לסל התשלומים הנוספים ולשירותי הבריאות הנוספים. מתן מידע מלא לאזרחים, כך נאמר, הכרחי להסדרת תחרות הוגנת בין הקופות.

3. חוק ההסדרים, התשנ"ט-1999

בסוף שנת 1998 נכללו בחוק ההסדרים עוד הוראות המגדילות את מעורבות הממשלה בניהול הפנימי של קופות החולים. החוק קובע, שבסמכות מנכ"ל משרד הבריאות להתריע לפני דירקטוריון של קופה על ליקויים בתפקודה. אם הקופה לא פעלה לתקן את הליקויים, ניתנה למנכ"ל הסמכות למנות ועדה לבדיקת הנושא בהשתתפות נציג היועץ המשפטי לממשלה. לשר הבריאות ניתנה סמכות לנקוט צעדים נגד קופה שלא פעלה לתיקון הליקויים שמצאה ועדת הבדיקה. שר הבריאות רשאי להורות לפרסם את ממצאי הוועדה, ולהורות לקופה שלא להוציא כספים לצורכי פרסום, שיווק וקידום מכירות לתקופה שיקבע. כמו כן בסמכותו לעכב את כספי המקדמות הכספיות המגיעות לקופה (עד להיקף של 2.5% מן התשלום החודשי). הוראה אחרת מאפשרת לשר הבריאות, באמצעות היועץ המשפטי לממשלה, לתבוע חבר דירקטוריון או נושא משרה אחר בקופה, בשל נזק שנגרם לקופה.

לשר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, ניתנה סמכות להעביר כספים ישירות למגן דוד אדום, בגין הפעלת ניידות טיפול נמרץ. הסכומים יועברו ממקורות המימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ויקוזזו מן התשלומים לקופות החולים. את הסכום שיועבר למגן דוד אדום יקבעו שרי הבריאות והאוצר.

סעיפים אחרים בחוק באים לסייע בריסון הוצאות באמצעות הגדלת התחרות בשוק התרופות, שצפויה להוביל לירידה גדולה במחירים ולחיסכון רב במערכת הבריאות. החוק מאפשר יבוא מקביל של תרופות, ובכך הוא מאפשר ליבואנים נוספים וגם לקופות החולים להיכנס לשוק. בנוסף לכך החוק מטיל פיקוח על מחירי התרופות, כך שהמחיר המרבי ייקבע כממוצע של המחיר במספר מדינות. גם הוראה זו צפויה להוזיל את המחירים. יתר על כן ניתנה לרוקחים סמכות לספק תרופה גנרית, גם אם נרשמה בשמה המסחרי, אלא אם קבע הרופא במפורש אחרת. שינוי זה עשוי להוזיל את ההוצאות על תרופות בקופות החולים וגם לעודד יצרני ויבואני תרופות לייצר ולייבא תרופות גנריות זולות יותר.

סעיפים אחרים מסייעים בריסון הוצאות באמצעות הגבלת זכויותיו של תושב ששהה מחוץ לישראל שנתיים רצופות לקבל שירותים רפואיים. החוק קובע תקופת אכשרה של חודשיים בגין כל שנת היעדרות. ההוראה אינה חלה על עולים, על חיילים במשך 24 חודש מסיום השירות, על קטינים ועל מי ששילם למוסד לביטוח לאומי מס בריאות בתקופת היעדרותו מן הארץ. החוק קובע גם מנגנון לפידיון תקופת האכשרה באמצעות תשלום מוגדל. בהקשר זה נקבעו בחוק ההסדרים כללים לקביעת תושבות ולקבלת זכויות רטרואקטיביות של תושב.

בחוק ההסדרים נכללות הקלות בתשלומי ההשתתפות העצמית, שהוכנסו עוד בחוק ההסדרים 1998. נקבע שאברך המקבל הבטחת הכנסה ממשרד הדתות יהיה זכאי להנחות

הניתנות למקבלי הבטחת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי. כמו כן נקבע, שתקרת התשלום בגין השתתפות עצמית לחולים כרוניים תחול לא רק על תרופות, אלא גם על ציוד מתכלה. ואחרון אחרון, בחוק ההסדרים נקבע, שגם בשנים 1999-2000 תמשיך שיטת ההתחשבנות עם בתי החולים להתבסס על תקרה (capping) שנקבעה לכל קופה בנוגע לשירותים שהן קונות מהם. עבור שירותים שיינתנו מעבר לתקרה תשלם הקופה 50% מן התעריף. נקבע עוד, שהתקרה תעודכן בכל שנה ב-1.25% מעבר לעדכון השוטף של מחירי יום האשפוז (זוהי הפחתה לעומת שנים קודמות, שבהן היה העדכון בגובה של 2%).

4. משמעות השינויים בחקיקה

השינויים שנעשו בחוק ביטוח בריאות בשנים 1996-1998 מבטאים מגמה ברורה של מעורבות הממשלה ביישום החוק: להגביר את הפיקוח ואת יכולת הוויסות מצד הממשלה של תהליכי הניהול ותהליכי קבלת ההחלטות בקופות החולים. מגמה זו לוותה במנגנוני בקרה ופיקוח שהוקמו במסגרת משרד הבריאות, כולל מערכת בקרה פיננסית על הוצאות הקופות. מערכת בקרה זו כוללת גם בקרה על אימוץ שינויים טכנולוגיים והפעלת הביטוחים המשלימים בידי הקופות.

מדיניות הגברת הפיקוח על הקופות מכוונת ככל הנראה להשגת ריסון הוצאות מערכת הבריאות לנוכח הגירעון המתמשך. מאז החלת החוק חשש משרד האוצר שאין די בכלי המדיניות של קביעת מסגרת תקציב מוגבלת על מנת להשיג את היעד של ריסון הוצאות ומניעת גירעונות. כמו כן אין החוק מפרט את האמצעים לאכיפת אחריות הקופות לבל יחרגו מן התקציב. על כן נקבעו בחוקי ההסדרים עוד הוראות להשגת יעד זה. לצד הוראות המגבילות את קופות החולים נקבעו גם הוראות הנוגעות לחיסכון כלל-מערכתי, למשל באמצעות ביטול שירותים כפולים או עידוד התחרות בתחום יבוא התרופות. ואולם בה בעת בחוקי ההסדרים נכללות גם הוראות הפוגעות ביכולתן של קופות החולים לבקר הוצאות של ספקים. דוגמה לכך היא ההוראות המאפשרות למשרד הבריאות לקבוע את גובה התשלום למגן דוד אדום ולקזוזו ישירות מכספי החוק, בגלל עיכובים בהעברת התשלומים.

ההוראות שבחוקי ההסדרים כוללות גם שינויים המכוונים להשיג התייעלות בקופות באמצעות מנגנון של תחרות. דוגמה לכך היא ההוראות המאפשרות תחרות על היקף סל השירותים, על גובה השתתפות העצמית ועל ההיקף והמחיר של שירותי הביטוח המשלימים (שב"ן).

בחינת ההוראות שבחוקי ההסדרים לנוכח מטרות חוק ביטוח בריאות ממלכתי מלמדת, שהשגת היעד של ריסון תקציבי עלולה לפגוע בחלק ממטרות החוק. תשלומי ההשתתפות העצמית עלולים לפגוע בעיקרון של אחריות הממשלה למימון עלות סל השירותים, שכן הם מעבירים לציבור חלק גדול יותר מנטל המימון.¹⁰ מתן האפשרות לקופות החולים להתחרות על גובה ההשתתפות וגובה התקרות עלול לשמש לברירת מבוטחים. יתרה מזאת, גידול רב בתשלומי ההשתתפות העצמית ללא מתן הקלות מספקות לאוכלוסיות חסרות אמצעים עלול לפגוע בעקרון השוויון בין אוכלוסיות בנוגע לנגישות לשירותי בריאות (Saltman & Figueras, 1997).

בחוק נקבע שיינתן פטור מהשתתפות עצמית למקבלי גמלת הבטחת הכנסה, למקבלי גמלה לפי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי ולזכאים להבטחת תשלום מזונות. כמו כן נקבעה תקרת תשלום רבעונית למשפחה,¹¹ כאשר משפחה שיש בה קשיש תשלם רק עד מחצית ממנה. עדיין אין מידע אמפירי המלמד באיזו מידה הקלות אלה עונות על הבעיה ובאיזו מידה צרכני בריאות עניים נמנעים מביקורים נחוצים. ההיטל חל על ביקור אצל רופא שניוני ועל ביקור במרפאות חוץ ובמכונים. לקופת חולים מכבי ניתן היתר מיוחד להמשיך לגבות היטל גם על ביקור אצל רופא ראשוני. ההיטל אינו פרוגרסיבי לפי הכנסה ואינו מבחין בין ביקורים שיוזמים הרופא או החולה. כמו כן נגבה תשלום עבור ביקורים לצורכי רפואה מונעת, דבר שעלול למנוע ביקורים נחוצים.

היטל על ביקור רופא נתפס לעתים כדרך למנוע ביקורים מיותרים ולהוזיל בדרך זו את הוצאות קופות החולים בלי לפגוע באיכות הטיפול. יחד עם זאת יש לזכור שבבעשרים השנים האחרונות יש עדויות על ירידת מה בשיעורי הביקורים אצל רופא והתקרבות לשיעורים הרווחים בארצות אירופה (משרד הבריאות, 1998, עמ' 135-142). אולם חסרים נתונים המאפשרים השוואה מדויקת בין מדינות. ממחקרים שנערכו בארצות הברית בקרב אוכלוסיות מן המעמד הבינוני עולה, שהיטל ביקור רופא הוריד את מספר הביקורים, ולא השפיע לרעה על בריאות האוכלוסייה (Keeler et al., 1987; Manning et al., 1998; Newhouse et al., 1982).

הוראות אחרות בחוקי ההסדרים עלולות לפגוע באיכות השירותים של הקופות, למשל ביישובים קטנים שבהם אין תחרות ביניהן. הגבלת תקציבי הפיתוח יכולה גם היא לפגוע ברמת השירות, בעיקר בטווח הארוך. גם מתן אפשרות למכירת שב"ן עשוי למתן את

10 נקבע שתשלומי ההשתתפות לא יהיו מרכיב במימון עלות הסל, ולכן לא יקוּוו מהשלמת הממשלה לעלותו. יחד עם זאת, בטווח הארוך עלול מקור הכנסה זה להשפיע על קביעת היקף עלות הסל בידי הממשלה ועקב כך לפגוע בהיקף השתתפותה במימון המערכת.

11 בקופת חולים מכבי התקרה היא 80 ש"ח; בקופת חולים כללית 120 ש"ח; בקופת חולים מאוחדת ובקופת חולים לאומית 140 ש"ח.

התמריץ של הקופות להעלות את רמת השירותים בסל הבסיסי ולהפנות את התחרות לשב"ן.

מכיוון שהאחריות למתן שירותי רפואה מונעת הוחזרה למשרד הבריאות והאחריות למתן שירותי פסיכיאטריה וגריאטריה טרם הועברה לקופות החולים, אף שתקופת הביניים הסתיימה בדצמבר 1998, לא הושג באופן מלא היעד של שחרור משרד הבריאות מהספקת שירותים שוטפים. במהלך התקופה יש דיון ציבורי על היתרונות ועל החסרונות של העברת שירותים אלה מן הממשלה לאחריות הקופות.

היתרון העיקרי של העברת שירותי הפסיכיאטריה והגריאטריה לקופות החולים היה טמון בחיזוק המשכיות הטיפול, בשיפור התיאום בין הגורמים השונים ובעיגון זכותם של האזרחים בחוק. מאז חודש יוני 1995 נעשות פעולות ליישום החוק בתחום שירותי בריאות הנפש ונערכים דיונים שתכליתם להסדיר את חילוקי הדעות בנוגע לתקציב, לשירותי השיקום ולטיפול בחולים כרוניים. לעומת זאת טרם הוחל בהסדרת נושא האשפוז הסיעודי. יש הטוענים, שארגון שונה של תחום האשפוז הסיעודי יכול להביא לחיסכון, בין היתר משום שהוא יאפשר תחלופה בין מיסוד ובין טיפול בקהילה (מיכאלי, 1997). אחרים חוששים שמתן זכאות בחוק עלול להוביל לגידול רב בביקוש ובכך להגדיל מאוד את ההוצאות.

בישראל יש היום כ-80,000 חולים מוגבלים, שאינם מסוגלים לבצע בעצמם חלק גדול מהפעולות היומיומיות. רובם הגדול מטופלים בקהילה (77% בקירוב), וחלקם הגדול זכאים לגמלת סיעוד מטעם המוסד לביטוח לאומי בתוקף חוק הסיעוד שנחקק בשנת 1988. 23% מן החולים הסיעודיים מטופלים במוסדות לטיפול ממושך (באר, 1999). מימון האשפוז בא מן המאושפזים ובני ביתם בהתאם ליכולתם הכספית, ואת ההפרש בין השתתפות המשפחה לבין עלות האשפוז בפועל מכסה משרד הבריאות במסגרת התקציב המוקצה לכך בכל שנה. עלות האשפוז מהווה מעמסה כבדה על רוב המשפחות שלא הוכרו בידי משרד הבריאות כראויות לסבסוד לפי מבחן האמצעים הנוהג (אקשטיין, 1998). נכון לסוף שנת 1998 היו ברשימת ההמתנה כ-1,900 חולים קשישים שמשרד הבריאות הכיר בהם כסיעודיים. מהם המתונו לאשפוז 600 בקירוב, והשאר נמצאו בתהליכי אישור זכאות (האגף לגריאטריה, משרד הבריאות, 1998). בתקופת ההמתנה רובם מטופלים בקהילה, וחוק ביטוח סיעוד, התשמ"ח-1988, אמנם מכסה חלק מעלות הטיפול, אבל המשפחות נושאות בחלק האחר. במקרים אחרים קופות החולים נושאות בעול מימון הטיפול, אף שאינן מקבלות על כך פיצוי במסגרת מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מן הניסיון במדינות אחרות עולה, שיש מספר חלופות להסדרת הנושא, והן נסקרו בהרחבה במאמר של רחל קיי (1999).

עד כאן בחנו את מרכיבי חוק ביטוח בריאות ואת ההתפתחויות בחקיקה ודנו בסוגיות הקשורות לאופן יישומו. להלן נציג ממצאים בדבר השפעות החוק על שלושה תחומים מרכזיים: המצב הכספי של קופות החולים, רמת השירות שהן מציעות וחופש המעבר ביניהן. הנתונים שיוצגו בנוגע לרוב הנושאים הם מן התקופה שעד 1997, אבל ייתכן שמאז היו התפתחויות חשובות.

הכנסות קופות החולים והוצאותיהן

חוק ביטוח בריאות ממלכתי והתפתחויות אחרות השפיעו על היקף המשאבים העומד לרשות מערכת הבריאות, וגם שינו את הקצאת המשאבים בין הקופות. בפרק זה יוצגו הממצאים העיקריים מניתוח נתוני הדוחות הכספיים של קופות החולים (איבנקובסקי ועמיתים, עומד להתפרסם; ויטקובסקי ונבו, 1998; רוזן ועמיתים, 1998). הניתוח הוא במונחים ריאליים, לפי מדד המחירים לצרכן.¹² הוא מתייחס רק להכנסות ולהוצאות שוטפות הקשורות לשירותים הנמצאים בסל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. יש להדגיש, שהניתוח אינו כולל הכנסות והוצאות הקשורות למימון ולפיתוח.

לפני שנסקור את השינויים במצבן הכספי של קופות החולים לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בתחילת 1995, עלינו לציין שני אירועים מרכזיים משנת 1994: (א) רופאים, אחיות ועובדי בריאות אחרים זכו לתוספות שכר נכבדות, לעומת מגזרים אחרים במשק. (ב) במסגרת הסכם הבראה שנחתם בין הממשלה לקופת חולים כללית הוענקה לקופת חולים כללית תמיכה גדולה מאוד (בצורת סובסידיה) לכיסוי הגירעון השוטף (בנוסף לסיוע הממשלתי לכיסוי גירעונות העבר). אירועים אלה גרמו לכך שבשנת הבסיס, 1994, היתה רמת ההכנסות וההוצאות גבוהה בהרבה מזו שבשנים הקודמות.¹³

12 הניתוח נעשה על בסיס מצטבר; כלומר: הכנסות והוצאות הקשורות לפעילות בשנה אחת יוחסו לאותה שנה, גם אם הכספים עצמם הועברו בשנה אחרת.

13 יש חילוקי דעות על המידה שבה שני אירועים אלה קשורים למאמץ של הממשלה "להעביר" את חוק ביטוח בריאות בכנסת וליצור תנאים להצלחתו. כלומר: לא ברור אם ובאיו מידה יש לכלול את עלויות השכר של 1994 והסובסידיות שניתנו לקופת חולים באותה שנה בחישוב של השפעות החוק.

1. תמורות בשנה הראשונה של החוק (1995 לעומת 1994)

בשנה הראשונה להפעלת החוק עלה סך כל ההכנסות של כלל קופות החולים ב-8% בקירוב.¹⁴ שיעור גידול זה היה גבוה רק במעט מן הגידול במספר הנפשות המתוקננות המבוטחות בקופות. על כן כמעט לא השתנה סך כל ההכנסות לנפש מתוקננת. לצד יציבות זו בסך הכולל של ההכנסות לנפש מתוקננת היה שינוי דרמטי בהרכב ההכנסות (ראו לוח 1). "הכנסות לפי חוק", כלומר הכספים שהעבירה הממשלה לקופות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בגין עלות הסל,¹⁵ היו גבוהות בהרבה מן הכספים שקיבלו הקופות ממסי חבר וממס מקביל ערב החלת החוק. אבל עלייה זו קווצה כמעט במלואה עקב ירידה גדולה בהיקף אותן סובסידיות שהממשלה וההסתדרות העבירו לקופות על פי שיקול דעת ובהתאם להסכמי הבראה (ולא מכורח חוק זה או אחר).

כצפוי, השתנו דפוסי השינוי מקופה לקופה, במיוחד כאשר מתייחסים לסעיפי הכנסה ספציפיים. חשוב מאוד להדגיש את השינויים שהיו בסעיף "הכנסות לפי חוק", שהוא המרכיב הגדול ביותר בהכנסות הקופות. בעקבות הגידול בסך כל המקורות בסעיף זה ובעקבות המעבר לשיטת הקפיטציה, חלה בקופת חולים כללית עלייה של כמעט 15% ב"הכנסות לפי חוק" לנפש, ואילו בקופת חולים מכבי חלה ירידה של כמעט 10% בסעיף זה. בקופת חולים כללית קווצה תוספת ההכנסות מ"הכנסות לפי חוק" עקב ירידה דרמטית בהיקף הסובסידיות. בה בעת בחלק מן הקופות הקטנות קווצה חלקית הירידה הדרמטית ב"הכנסות לפי חוק" בעזרת סובסידיות שנתנה הממשלה עבור הפעילות של שנת 1995, כדי לסייע במעבר לכללי המשחק החדשים. בעקבות קיזוזים אלה היו שיעורי השינוי בסך כל ההכנסה לנפש מתוקננת בקופות השונות הרבה יותר דומים משיעורי השינוי ב"הכנסות לפי חוק"; מדובר בעלייה של 2% בקירוב בקופת חולים לאומית, עלייה של 1% בקירוב בקופת חולים כללית, ירידה של 1% בקירוב בקופת חולים מאוחדת וירידה של 2% בקירוב בקופת חולים מכבי.

14 יש לציין, שנתון זה של גידול של 8% בקירוב בסך הכולל של הכנסות הקופות כולל גם את ההכנסות בגין חודש ינואר 1995, "החודש החסר", שהגיעו לקופות רק בתחילת 1997. הכנסות אלה נרשמו בחישוב שלנו בשנת 1995, משום שהן ניתנו כנגד פעילות שהתקיימה בשנת 1995, והבריקה שלנו נעשתה על בסיס מצטבר. ללא הכנסות בגין החודש החסר, היה הגידול בסך כל הכנסות הקופות בשנת 1995 רק 5% בקירוב, כלומר כ-2.5% מחמת לגידול במספר הנפשות המזוקנות.

15 על פי חוק עלות הסל נקבעת מדי שנה בידי שר הבריאות ושר האוצר. בשנה הראשונה של החוק (1995) היה צורך לקבל גם את אישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת. עלות הסל היא הקצבה לקופות החולים להספקת השירות בסל הבריאות הבסיסי שבחוק. לשנת 1995 התבססה ההחלטה על גובה עלות הסל במידה רבה על עבודת מטה שניתחה את הוצאות הקופות לנפש מתוקננת בשנת 1993, ובנתה אומדנים של הגידול בהוצאות, שעשוי לנבוע מעליות צפויות במחירי התשומות, מהרחבת מעגל המבוטחים ומשינויים אחרים. בחוק נקבע שעלות הסל תתעדכן מדי שנה לפי מדד יוקר הבריאות, ושרי האוצר והבריאות רשאים לעדכן גם לפי פרמטרים אחרים, כגון גידול האוכלוסייה והזקנות.

לוח 1

הכנסות לנפש מתוקנת בשנים 1994-1997 בכלל משק הקופות,
במחירי דצמבר 1996 (בש"ח)

1997	1996	1995	1994	
2,280	2,319	2,364	2,179	הכנסה לפי חוק
153	135	129	121	השתתפות עצמית
75	96	100	90	הכנסות אחרות
2,508	2,550	2,594	2,389	סך הכול ללא סובסידיות
3	39	91	277	סובסידיות
2,511	2,589	2,685	2,665	סך הכול

שנת 1995 התאפיינה גם בבעיות בתזרים המזומנים במשק הקופות (בעיות אלה אינן מקבלות ביטוי במספרים לעיל, שחושבו על בסיס מצטבר). רק בתחילת שנת 1997 העביר משרד האוצר כספים למימון הפעילות בינואר 1995 (המכונה החודש החסר), דבר שהשפיע על תזרים המזומנים בשנת 1995 בכלל הקופות. זאת ועוד, בשנת 1995 נפגע תזרים המזומנים של חלק מן הקופות הקטנות בשל עיכובים בהעברת הסיוע הממשלתי לתקופת המעבר.

קופות החולים הגיבו על התפתחויות אלה בהיקף ההכנסות ובתזרים המזומנים במאמצים שונים לריסון הוצאות, וההוצאה לנפש מתוקנת בשנת 1995 ירדה ב-3% כמעט, ובחלק מן הקופות הקטנות היתה ירידה תלולה הרבה יותר. ירידה זו מרשימה במיוחד לאור העובדה, שבשנת 1995 עלה מחיר יום האשפוז ב-10% מעבר לעלייה במדד המחירים לצרכן. בין הפעולות שנקטו, אשר תרמו לריסון ההוצאות (במיוחד בקופות הקטנות), אפשר למנות את אלה: קיצוצים בשכר בחלק מן הקופות, לחץ על ספקי תרופות להוריד מחירים והגברת המאמצים שהושקעו בבקרת אשפוז כדי לחסוך בשירותי בתי החולים. התקררות שנקבעו להכנסות בתי החולים גם הן סייעו לקופות להוריד את רמת הוצאותיהן.

בעקבות הירידה בהוצאות לנפש מתוקנת והיציבות בהכנסות לנפש מתוקנת בכלל משק הקופות התאפיינה שנת 1995 באיזון בין ההכנסות השוטפות להוצאות השוטפות, ללא גירעון גדול (בן-נון, 1999).

2. תמורות בשנים 1995-1997

בשונה משנת 1995, בשנת 1996 הגיע הגירעון בכלל משק הקופות לממדים גדולים, והיקפו אף גדל בשנת 1997 (בן-נון, 1999). האם נבעו גירעונות אלה מעלייה בהוצאה לנפש מתוקנת בקופות החולים או מירידה בהכנסה לנפש מתוקנת? נראה שהם נבעו משני המקורות גם יחד, אף-על-פי שתרומתה של הירידה בהכנסה לנפש מתוקנת היתה גדולה יותר בשנים 1995-1997. בתקופה זו ירד סך כל ההכנסה לנפש מתוקנת ב-6% בערך וסך כל ההוצאה לנפש מתוקנת עלה ב-2% בקירוב. בפסקאות שלהלן נדון בשינויים בהכנסות ולאחר מכן נדון בשינויים בהוצאות.

כפי שעולה מלוח 1, היתה הירידה בהיקף הסובסידיות מקור מרכזי לירידה בסך כל ההכנסות לנפש מתוקנת בין 1995 ל-1997.¹⁶ לירידה זו בסובסידיות לנפש מתוקנת היתה השפעה חזקה במיוחד על הקופות הקטנות. מלבד זאת היתה גם ירידה גדולה בסעיף ההכנסות לפי חוק לנפש מתוקנת, והיא השפיעה על כל הקופות. גם בסעיף זה יש ביטוי למדיניות, שהרי הכנסת מחליטה בכל שנה כיצד לתת ביטוי כספי לגידול באוכלוסייה, להזדקנות, להתקדמות הטכנולוגיה הרפואית, להתייעלות ולשינויים אחרים, בבואה לקבוע את עלות הסל.

בהקשר זה חשוב להזכיר גם את הוויכוח המתמשך סביב מדד יוקר הבריאות, שהוא מדד מיוחד שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כדי לתת ביטוי אוטומטי לשינויים במחירי התשומות של שירותי הבריאות.¹⁷ המדד מביא בחשבון את השכר במגזר הבריאות, את השכר במגזר הציבורי בכללותו, את מחירי התרופות ואת מחירי תשומות הבנייה. אין מדד זה נותן ביטוי ישיר ואוטומטי לעלויות במחיר יום האשפוז ונותן רק ביטוי חלקי¹⁸ לעלויות בשכר העובדים בתחום הבריאות.¹⁹ עקב כך נטען, שאין מדד יוקר הבריאות נותן ביטוי נכון ומלא לשינויים במחירי תשומות הקופות, ובכך הוא פוגע בכוח הקנייה של הקופות אף יותר ממה שמשקף בלוח 1, המציג את הנתונים במונחים של מדד המחירים לצרכן.

16 חלק נכבד מהסובסידיות שניתנו לקופות בשנת 1995 הוגדרו מראש כזמניות וכמיועדות לסייע במעבר הכללי המשחק החדשים. משרד האוצר טוען, שהירידה בהיקפן לשנת 1996 היתה במידה רבה צפויה ומתוכננת. משרד הבריאות טוען, שהסובסידיות האלה היו אמורות להתפרס על פני כל שלוש שנות המעבר.

17 בשנת 1996 עלה מדד יוקר הבריאות ב-10.9% לעומת עלייה של 11.3% במדד המחירים לצרכן, עלייה של 12.4% במחיר יום אשפוז, עלייה של 12.9% בשכר למשרת שכיר במשק בכללותו ועלייה של 10.4% בשכר למשרת שכיר בשירותי הבריאות, הרווחה והסעד. בשנת 1997 עלה מדד יוקר הבריאות ב-8.7% לעומת עלייה של 9% במדד המחירים לצרכן, עלייה של 9% במחיר יום אשפוז, עלייה של 11.8% בשכר למשרת שכיר במשק בכללותו ועלייה של 8.8% בשכר למשרת שכיר בשירותי הבריאות, הרווחה והסעד.

18 הכנסת קבעה את הנוסחה של "מדד יוקר הבריאות" על סמך המלצות ועדת מומחים של כלכלני בריאות. חברי הוועדה סברו, שאם הקופות יקבלו פיצוי מלא על כל עלייה בשכר בתחום הבריאות ועל כל עלות במחיר יום האשפוז, הן לא יתגייסו לניסיונות לרסן את השכר ואת מחיר יום האשפוז.

19 קופות החולים ניסו להביא לשינוי בנוסחה הקובעת את "מדד יוקר הבריאות", אך ללא הצלחה. גם כאן ניתן לדבר על השפעה של מדיניות, ולא רק של אילוצים טכניים.

הירידה בהכנסות לנפש מתוקנת הושפעה, כפי הנראה, בין היתר מסוגיות כלכליות שהשפיעו על שיקולי המדיניות: (א) ייתכן שהמיתון, ששרר במשק הישראלי בשנים 1996 ו-1997, השפיע על היקף ההכנסות של המדינה בכללותה, והגביל את יכולתה להשקיע בבריאות כמו גם בתחומי עשייה אחרים. (ב) המדיניות הנוהגת במשרד האוצר היא לחתור להקטין את חלקה של הממשלה בתל"ג, כדי לפנות משאבים למגזר העסקי ובכך לעודד צמיחה. (ג) משרד האוצר טען, שניתן היה להוריד את ההכנסות לנפש מתוקנת בלי לפגוע ברמת השירות בדרך של התייעלות הקופות, במיוחד לאור הגידול במספר המבוטחים וההזדמנויות לממש יתרונות לגודל. (ד) ייתכן שהכנסות מערכת הבריאות הושפעה גם משינויים בסדרי העדיפויות של הממשלה, שהתבטאו בהעברת משאבים מבריאות לחינוך, לרווחה ולתשלומי העברה (וינבלט ועמיתים, 1998), ואולי גם לתחומי עשייה אחרים. אין בידנו המידע הדרוש כדי לאמוד את תרומתו של כל אחד מן הגורמים שהוזכרו לירידה בהכנסה לנפש מתוקנת במערכת הבריאות.

חשוב לציין, שהיתה שונות רבה בין הקופות בהיקף הירידה בסך ההכנסות לנפש מתוקנת בשנים 1995-1997. בקופת חולים כללית חלה ירידה של 4% בקירוב, ואילו ביתר הקופות היא עמדה על 10% בקירוב (עקב ביטול הסובסידיות).

כפי שצוין לעיל, עלתה ההוצאה לנפש מתוקנת בכלל משק הקופות ב-2% בקירוב בשנים 1995-1997. הגידול בהוצאה לנפש מתוקנת היה בעיקר בקופת חולים כללית. בחלקו גידול זה עולה בקנה אחד עם אחת המטרות של חוק ביטוח בריאות – לשנות את הקצאת המשאבים בין הקופות ולהגדיל את ההקצאה לקופת חולים כללית, שלמבוטחיה היו צורכי בריאות רבים יותר. כפי שכבר נאמר לעיל, בשנת 1992 היתה ההוצאה לנפש מתוקנת במכבי גבוהה ב-30% בקירוב מזו של קופת חולים כללית, ובשנת 1996 הפער ביניהן הצטמצם כמעט לחלוטין.

אם מתייחסים לכל התקופה של 1994-1997 מתברר, שסך כל ההוצאה לנפש מתוקנת בכלל משק הקופות ירדה ב-1% בקירוב; בקופת חולים כללית היתה עלייה של 3% בקירוב, ואילו בקופות האחרות היו ירידות שנעו בין 4% ל-13%.

3. מידע ראשוני על שנת 1998

יש עדויות ראשוניות לכך שב-1988 נעצרה הירידה בהכנסות השוטפות לנפש מתוקנת, ואפשר שהיתה אפילו עלייה לעומת שנת 1997. יש גם עדויות לכך, שהיתה ירידה גדולה בהוצאה לנפש מתוקנת, אבל הנתונים הרשמיים הדרושים כדי לכמת את כל התמורות שהיו בהכנסות ובהוצאות בשנת 1998 לא היו זמינים במועד כתיבת המאמר. בשלב זה ניתן לומר, שבשנת 1998 הזרימה הממשלה למערכת סכומים גדולים בגין "רשת ביטחון"

ו"התפתחויות טכנולוגיות" (ויטקובסקי ונבו, 1999). בסוף שנת 1998 היתה כנראה גם עלייה בהכנסות מהשתתפות עצמית, בעקבות החלת הסעיף על היטלים חדשים מכוח חוק ההסדרים. שנת 1998 התאפיינה גם במאמצים רציניים לרסן הוצאות בקופות ובירידה ריאלית (של 1% בקירוב) במחיר יום האשפוז. היקף הגירעון בשנת 1998 היה נמוך בהרבה מהיקף הגירעון בשנת 1997.

4. הגידול ברכוש הקופות ובמספר המבוטחים

הניתוח שהוצג לעיל התייחס רק להכנסות ולהוצאות שוטפות, ולא כלל התייחסות למגמות בהוצאות הפיתוח. נושא זה מורכב במיוחד, ובעתיד יש מקום לבדיקה מעמיקה שלו. בשלב זה נאמר רק שמדור"ח שהכין לאחרונה משרד הבריאות (נבו, 1998) עולה, שבשנים 1994-1997 היה שיעור הגידול בשווי הרכוש, בשלוש הקופות הקטנות, קטן בהרבה משיעור הגידול במספר החברים, ואילו בקופת חולים כללית עלה שיעור הגידול בשווי הרכוש על שיעור הגידול במספר החברים.

רמת השירות ושביעות הרצון של המבוטחים מן הקופות

יש עדויות ראשוניות לכך, שבשנת 1998 היה חוק ביטוח בריאות ממלכתי אמור להשפיע על רמת השירות בקופות החולים ועל שביעות רצונם של המבוטחים, אולם לא היתה ודאות באשר לכיוון ההשפעה. ניתוח התמריצים הגלומים בחוק מלמד, שמצד אחד היתה רמת השירות עשויה לעלות, משום שהקצאת המשאבים בין הקופות נעשית לפי מספר החברים וגילם, ולפיכך הקופות ימשיכו במאמצים לשפר את השירותים כדי לגייס חברים חדשים. יתרה מזו, מכיוון שהחוק קובע סל שירותים אחיד ופרמיה אחידה, מוקד התחרות בין הקופות יכול להיות רק איכות השירותים ונגישותם, ולפיכך צפוי שיפור ברמת השירות ובשביעות הרצון. החוק גם קובע כאמור חופש מעבר בין הקופות שעשוי להגביר את התחרות ביניהן.

אולם בכמה תחומים הסל האחיד שנקבע, התואם את הסל שנתנה קופת חולים כללית ערב החלת החוק, מצומצם יותר מאשר הסל שניתן בקופות החולים האחרות לפני החלת החוק (גרוס וברמלי, 1996). משום כך החלת החוק עשויה לפגוע בהיקף השירות בתחומים שצומצמו. בקופות אלה גם היקף ההכנסה לנפש ממקורות החוק נמוך מבעבר (רוזן ועמיתים, 1998), והמחסור במשאבים עשוי גם הוא לפגוע ברמת השירות. זאת ועוד, עקב הגבלת אפשרות התחרות על תוכנו ועל מחירו של הסל הבסיסי, יש חשש שקופות החולים

ימקדו את פיתוח השירותים ואת התחרות ביניהן בשירותי סל הבריאות המשלים, ועקב כך לא ישקיעו בהעלאת איכות השירותים בסל הבסיסי.

ממצאים מסקרי מבוטחים שנערכו במכון ברוקדייל בשנים 1995 ו-1997 מלמדים על ההשפעות בפועל שהיו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי על רמת השירות בקופות החולים ועל שביעות הרצון של המבוטחים (גרוס ועמיתים, 1998). ממצאי הסקרים מלמדים, שבסתיו 1995 דיווחו כ-18% מן המבוטחים על שיפור בשירות לעומת השנה הקודמת, 4% דיווחו על הרעה, והשאר לא חשו בשינוי (ברג ועמיתים, 1997). שיעור החשים בשיפור היה גבוה במיוחד בקופת חולים כללית (23%). בקופות החולים האחרות לא חש הרוב המכריע בשיפור, 7%-11% חשו בשיפור, ו-4%-13% חשו בהרעה.

בהמשך, בין השנים 1995-1997, חשו שיעורים גבוהים יותר בשיפור, בכל קופות החולים. 40% מן המרואיינים בקירוב ציינו שחשו בשיפור בשירותי הקופה לעומת השנה שעברה, ורק 9% דיווחו שחשו בהרעה. בשנים אלה ניכרה עלייה מובהקת מבחינה סטטיסטית²⁰ גם בשיעור המדווחים על שביעות רצון רבה ורבה מאוד מן הקופה (מ-83% ל-91%). העלייה ניכרה במיוחד בקופת חולים כללית, אולם עדיין שביעות הרצון בקופה זו נמוכה יותר מאשר בקופות האחרות. נמצאה עלייה גם בשביעות הרצון מתחומי השירות: הרמה המקצועית של רופאי המשפחה והרופאים המקצועיים, יחס האחיות, מבחר התרופות, שירותי המעבדה, ניקיון וטיפול המתקנים.

ממצאי המחקר מלמדים עוד, שבעקבות החוק היה שיפור מובהק מבחינה סטטיסטית גם במדדים אחרים של איכות השירותים: נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על התמדה אצל רופא משפחה קבוע, על קיצור משך ההמתנה במרפאה לרופא משפחה ועל קיצור משך ההמתנה לתור לרופא מקצועי. עלייה נמצאה גם בשיעור ביצוע פעולות רפואה מונעת (מדידת לחץ דם וממוגרפיה לנשים בגיל 50 ומעלה) ובשיעורם של אלה המעריכים את מצב בריאותם כטוב מאוד או טוב.

אחת ממטרותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה להגדיל את השוויון בין קבוצות אוכלוסייה ובין אזורים בארץ. היה צפוי שבעקבות הקצאת מקורות החוק לפי נוסחת הקפיטציה יועברו כספים רבים יותר לקופת חולים כללית, שבה יש ריכוז גבוה של אוכלוסיות חלשות, ושדבר זה יאפשר לה לשפר את השירותים הניתנים להן, כמו גם לאוכלוסיות אחרות. עוד היה צפוי שבעקבות שיטת ההקצאה החדשה ייווצר תמריץ לכל קופות החולים להתחרות גם על האוכלוסיות החלשות. הנוסחה נותנת תמריץ למשיכת אוכלוסיית הקשישים, שכן התגמול עבורם גבוה כמעט פי ארבעה מאשר עבור הצעירים. הנוסחה נותנת תמריץ גם לביטוח עניים וערבים, מכיוון שאין הכנסות הקופות בגין הסל

20 מעתה ואילך יציגו רק שינויים מובהקים מבחינה סטטיסטית.

הבסיסי קשורות עוד להכנסות המבוטחים ומכיוון שהן תלויות במספר הנפשות (ולא במספר משפחות כבעבר); וכידוע, באוכלוסיות אלה המשפחות גדולות בדרך כלל. היה צפוי אפוא שיפור יחסי ברמת השירות ובשביעות הרצון של קבוצות אוכלוסייה אלה. אבל עדיין יכול להיות, שקופות החולים יעדיפו אוכלוסיות של צעירים, הצורכים פחות שירותים, ואוכלוסיות מבוססות, מכיוון שמקורות המימון שלהן כוללים גם הכנסות מביטוחי בריאות משלימים ומתשלומי השתתפות עצמית, וההכנסה הצפויה מאוכלוסיות בעלות הכנסות נמוכות נמוכה יותר.

כדי ללמוד על השינויים ברמת השירות ובשביעות הרצון בקרב האוכלוסיות החלשות, נערך ניתוח מיוחד של ממצאים שהעלו סקרי מכון ברוקדייל. הממצאים על אוכלוסיית הקשישים מלמדים, שבין השנים 1995 ל-1997 היתה עלייה בשביעות הרצון של הקשישים מקופות החולים שלהם, והיא גדולה יותר מן העלייה בשביעות הרצון של הצעירים. שיפור היה גם במדדים של נגישות השירותים וזמינותם ושל פעולות רפואה מונעת. יחד עם זאת, עדיין יש פער לעומת הצעירים בזמני המתנה לרופא משפחה ולקבלת תור לרופא מקצועי, כמו גם בביצוע בדיקות ממוגרפיה (בנטור ועמיתים, 1999).

ממצאי מחקר על האוכלוסייה הערבית (Farfel & Yuval, 1998) מלמדים, שבשנים 1997-1995 הצטמצמו חלק מן הפערים באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית. צומצם הפער במצב הבריאות, לפי דיווח עצמי, בזמני המתנה לרופא משפחה, באורך התור למומחים ובנוחות שעות העבודה של מומחים. בשנת 1997 דיווחו שיעורים גבוהים מאוד בקרב הערבים (70%), לעומת היהודים (34%), על שיפור ברמת השירותים בהשוואה לשנה הקודמת. יחד עם זאת, השינוי ברמת שביעות הרצון בשנים 1997-1995 בקרב הערבים היה קטן יותר מאשר בקרב היהודים. ממצאי המחקר מלמדים עוד, שעדיין יש פערים בתחומי שירות אחרים. בקרב הערבים נמצאו שיעורי שימוש נמוכים יותר בשירותי רפואה דחופה בקהילה, בשירותי בריאות הנפש ובשירותי רופאים מקצועיים. שיעור פעולות הרפואה המונעת גם הוא עדיין נמוך יותר מאשר בקרב היהודים וכן שיעור הרכישה של ביטוח משלים. יותר ערבים דיווחו על ויתור על קבלת שירות עקב מרחק. במחקר נמצאו עוד עדויות לכך שאין השירותים עונים באותה מידה על צורכי האוכלוסייה הערבית. שיעור הערבים שדיווחו, שזמני הנסיעה לרופאים וזמני המתנה לתור לרופאים מומחים אינם סבירים, היה גבוה משיעור היהודים שדיווחו על כך.

ממצאי מחקר אחר שנערך על האוכלוסייה הערבית (Adler & Lotan, 1998) מציג ממצאים דומים. מצד אחד נמצאו שיפורים במתקני הקופות, בהיצע הרופאים ובמכוני האבחון, ביחס הצוות הרפואי ובקיצור זמני המתנה למומחים. מהצד האחר הצביעו החוקרים על צרכים לא מסופקים, הבאים לידי ביטוי בשביעות רצון נמוכה מן השירותים ובשימוש רב בשירותי רפואה פרטיים, המעיד על העדר שירותים מספקים במסגרת הציבורית. נמצא גם שימוש מועט בשירותי רפואה מונעת (בדיקות לחץ דם, ממוגרפיה,

בדיקות שמיעה) וגם מודעות נמוכה, לדעת חברי הצוות במרפאות, למתן שירות ולהיענות לצורכי החולים. מחקר אחר מצביע על בעיה באוכלוסיית הברווים בדרום: אין הם ערים לזכויותיהם לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (Shvartz et al., 1998).

ממצאי מחקר, שניתח את סקרי מכון ברוקדייל תוך התמקדות באוכלוסייה הענייה (Berg et al., 1998), מראים שלפי דיווחי מבוטחים, השייכים לחמישון התחתון, היו בשנים 1995-1997 שיפורים במדדים אחדים של איכות השירות: רופא קבוע, זמני המתנה במרפאת הרופא הראשוני, אורך התור למומחים ונוחות שעות העבודה של המשרד והמעבדה. היה גם שיפור בשביעות רצונם של בעלי ההכנסות הנמוכות, ושיעור הדיווחים על שיפור בשירותים היה גבוה יותר (49%) מאשר בקרב בעלי הכנסות גבוהות יותר (35%). יחד עם זאת, ממצאי הסקר מלמדים שבתחומים אחדים עדיין נותרו פערים גדולים למדי בין בעלי ההכנסות הנמוכות לאחרים: זמן ההגעה לרופא ראשוני, שביעות הרצון משירותי הקופות ונגישות לביטוחי בריאות משלימים.

אף שממצאי המחקרים מלמדים, שבעקבות החלת החוק חלה עלייה ברמת השירות של קופות החולים, לא ניתן לקבוע קשר סיבתי חד-משמעי ליישום החוק, משום שאי אפשר לדעת מה היו המגמות לולא יושם. יש עדויות לכך שמאמצי השיפור בקופות החולים החלו עוד בתחילת שנות ה-90, לפני החלת החוק, והם היו קשורים להתגברות התחרות בין הקופות באותה עת. אפשר שמגמה זו היתה מתמידה גם ללא החלת החוק. אבל יש בסיס חזק יותר לקשר בין החוק לבין השיפור שנצפה בקרב האוכלוסיות החלשות, עקב השינויים שחולל בשיטת המימון של הקופות ובמערכת התמריצים.

ממצאי סקרי המבוטחים שהוצגו לעיל עולה, שבניגוד לחששות שהובעו ולמרות קשיי התקציב בקופות, עד שנת 1997 לא היתה ירידה ברמת השירות בעקבות החוק, וניכרה מגמה של שיפור בשביעות הרצון של המבוטחים משירותיהן. יש מאפיינים הקשורים לחוק שעשויים להסביר מגמות אלה: (1) ככל הנראה הגבלת התחרות על תוכן הסל והפרמיה אכן מביאה להתמקדות התחרות ברמת השירותים: נגישות וזמינות, יחס וטיפוח מתקנים. גם חופש הבחירה בקופה עשוי להגביר את התחרות בתחומים אלה. (2) ייתכן שפעולות הפרסום ומאמצי השיווק של הקופות, המתאמצות למשוך אליהן חברים (Shvartz et al., 1998), משפיעים גם על המבוטחים שכבר רשומים בקופה ומעלים את שביעות רצונם. (3) חופש המעבר שהחוק קובע מאפשר לאלה שאינם שבעי רצון לעזוב את הקופה, והנשארים מעריכים מחדש את שביעות רצונם לנוכח החלטתם להישאר בקופה.

למרות השיפור שנצפה ברמת השירות, חשוב לעקוב אחר איכות הטיפול הקלינית בקופות החולים, נושא שלא נבדק עד כה. ולצד המעקב אחר שביעות הרצון בקרב האוכלוסייה הכללית, יש מקום לבחון לעומק את רמת השירות הניתנת למבוטחים בעת מחלה קשה,

ובמיוחד לחולים שהטיפול בהם יקר. התמריצים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי אינם מעוררים קופות חולים לספק שירותים לחולים במחלות שעלות הטיפול בהן גבוהה, משום שפרט למחלות אחדות הטיפול בהן אינו מתוגמל. לפיכך אפשר שלצורכיהם של חולים אלה אין מענה הולם. ממחקר של רובין ועמיתים (Rubin et al., 1998) עולה, שבעיות הנגישות של חולים קשים גדולות יותר משל מבוטחים בריאים, וייתכן שיש בכך כדי להעיד על בעיה גדולה יותר.

חשוב גם להמשיך ולעקוב בעתיד אחר רמת השירות המסופק לאוכלוסייה הכללית; שכן לנוכח הקשיים הכספיים המתמשכים של מערכת הבריאות והוראות חוק ההסדרים, ייתכן צמצום ברמת השירותים לאזרחים או ירידה בנגישותם.

מגמות מעבר בין קופות חולים והרכב המבוטחים בקופות

אחת ממטרותיו העיקריות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה להבטיח חופש בחירה בקופה ולהפחית את התמריצים לקופות חולים לעסוק בכרית מבוטחים. לפני החוק הקשו חלק מן הקופות על קשישים ועל חולים כרוניים להצטרף לשורותיהן, ומאמצי השיווק שלהן התמקדו בצעירים, בבריאים ובבעלי הכנסה גבוהה מן הממוצע. בשל מגמות אלה התרכזו קשישים, חולים ובעלי הכנסה נמוכה בעיקר בקופת חולים כללית וגם בקופת חולים לאומית. מלבד זאת, מספר גדול למדי של חברי קופת חולים כללית השתייכו לקופה זו בשל לחצים של מעבידים שהיו קשורים להסתדרות הכללית או משום שגרו באזורים שבהם פעלה רק קופה זו (רוזן ועמיתים 1995; רוזן ושטיינר, 1996).

התקופה שקדמה לחוק (1991-1994) אופיינה בירידה גדולה בפלח השוק של קופת חולים כללית. בין דצמבר 1991 לדצמבר 1994 ירד שיעור המבוטחים בקופת חולים כללית מ-73% ל-63% (רוזן ושטיינר, 1996). יתרה מזו, בקרב העוזבים היו הרבה מאוד צעירים בריאים ובעלי הכנסות גבוהות. נמצא גם, שהנטייה להצטרף לקופת חולים כללית ולהישאר בה קטנה בהרבה בקרב העולים החדשים לעומת הוותיקים. חשוב גם לציין, שבשנים 1993-1994 עברו מדי שנה לקופה אחרת כ-4% מכלל המבוטחים.

היה צפוי שהקצאת המשאבים בין הקופות באמצעות נוסחת קפיטציה תגביר את כוח משיכתם של העניים והקשישים. מלכתחילה לא היה ברור אם השינוי בתמריצים יהיה חזק דיו כדי להביא לשינוי במדיניות גיוס המבוטחים של קופות החולים. מלבד זאת לא היה ברור מלכתחילה אם הרפורמה תשפיע על פלח השוק של קופת חולים כללית. היו חוקרים שחשבו, שמשום שהחוק הקל את המעבר בין קופות החולים, תאבד קופת חולים כללית

מכוחה, לאחר שמספר לא מבוטל של קשישים, חולים וחברי הסתדרות ינצלו שינוי זה ויעברו לקופה אחרת. אחרים טענו, ששינוי הקצאת המשאבים והגדלת חלקה יאפשרו לה לשפר את השירותים ולשפר את מעמדה.

על מה שקרה בפועל ניתן ללמוד מניתוח נתוני המוסד לביטוח לאומי (כהן, 1993-1998; בנדלק, 1998). בשנים 1995-1997 – לפני שהוחל (בתחילת 1998) חוק ההסדרים שהגביל את פעולות השיווק של קופות החולים – התחרו כולן במרץ על גיוס חברים חדשים (Shvarts et al., 1998). יחד עם זאת, עד סוף 1997 נשאר שיעור המעברים בין קופות בהיקף של 4% לשנה, כפי שהיה בתקופה שקדמה לחוק.²¹ פלח השוק של קופת חולים כללית המשיך להצטמצם מ-62% בקירוב בסוף 1995 ל-58.6% בקירוב בסוף 1997 (בנדלק, 1998). אולם קצב הירידה הואט לעומת השנים שקדמו לחוק. בשנים 1994-1997 ירד חלקה של קופת חולים כללית ב-5 נקודות האחוז לעומת ירידה של 10 נקודות האחוז בשנים 1991-1994.

ממצאי סקרי אוכלוסייה של מכון ברוקדייל מלמדים על ירידה גדולה למדי בשיעור המבוטחים בקופת חולים כללית, הסבורים שיוכלו לקבל שירותים טובים יותר בקופה אחרת (מ-37% ב-1993 ל-15% ב-1997). יחד עם זאת, גם ב-1997 שיעור החושבים כך בקרב מבוטחי קופת חולים כללית גבוה יותר מאשר בקרב חברי קופות החולים האחרות. ממצאי הסקרים עולה עוד, שהיה גידול רב בשיעור התושבים, שבאזור מגוריהם פועלת יותר מקופה אחת, שהגישו שיש להם אפשרות לבחור (רוזן ועמיתים, 1996; Rosen & Shamai, 1998).

האוכלוסייה הערבית התגלתה כיעד שיווק לקופות החולים, הן בשל השינוי בשיטת המימון של הקופות (שאינה קשורה עוד להכנסת המשפחה, אלא למספר הנפשות ולגילן) והן משום שהם צורכים פחות שירותים מאשר האוכלוסייה היהודית. שיעורי המעבר בין הקופות בקרב האוכלוסייה הדוברת ערבית גבוהים במידה רבה מאלה שבקרב האוכלוסייה הדוברת עברית (12% לעומת 5%).

האוכלוסייה הקשישה נוטה פחות לעבור מקופה לקופה. לשם הדגמה, בשנת 1997 עברו לקופה אחרת כ-8% מן המבוטחים בני 15-25, לעומת אחוז אחד בלבד של מבוטחים בני 65-75 (בנדלק, 1998). אין נתונים המאפשרים לבדוק אם, לאחר החלת החוק, האוכלוסייה הקשישה עוברת מקופה לקופה יותר מבעבר, אבל ניתוח שיעורי הגידול של הקשישים לפי קופה מלמד, שהיה שינוי לעומת העבר. נתוני המוסד לביטוח לאומי (כהן, 1993-1998) מלמדים, שלאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בקופת חולים מכבי

21 קצב המעברים ירד בצורה דרמטית בשנת 1998, כנראה בעיקר עקב השינויים בתהליכי רישום ומעבר וההגבלות על פרסומת, שהונהגו על פי חוק ההסדרים, התשנ"ח-1998.

ובקופת חולים מאוחדת שיעור הגידול של הקשישים גבוה משיעור הגידול בקרב הלא-קשישים. למשל: בקופת חולים מכבי גדל מספר הקשישים בשנים 1997-1994 ב-47%, ומספר החברים הכולל גדל ב-30%. מגמה זו מנוגדת למה שהתרחש לפני החלת החוק; בשנים 1994-1991 גדל מספר הקשישים ב-31%, ומספר החברים הכולל גדל ב-58%. תפנית דומה היתה גם בקופת חולים מאוחדת.²² הסבר אפשרי לכך הוא, שבקופת החוק נעשתה אוכלוסיית הקשישים אטרקטיבית בעיני קופות החולים יותר מאשר בעבר. יחד עם זאת, מניתוח מאמצי השיווק של קופות החולים ומראיונות עם מנהלי קופות אלה עולה, שכל קופות החולים עדיין מעדיפות אוכלוסייה צעירה.

המעבר למימון באמצעות קפיטציה לא הגדיל את כוח המשיכה של חולים כרוניים בהשוואה לאנשים בריאים באותו גיל. יתרה מזו, מראיונות בקופות החולים עלה, שעקב חופש המעבר המלא שקבע החוק יש היום נטייה להימנע מפיתוח שירותים משופרים לחולים, כדי לא למשוך אותם לעבור לקופה. מכיוון שאי אפשר להגביל הצטרפות של חולים כבעבר, היו מנהלים שטענו שפיתוח שירותים אלה צומצם לעומת העבר (גרוס, עומד להופיע). בהתאם לכך, מעניין שנתונים ראשוניים מסקר שימוש בשירותי בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנערך ב-1997, מראים שיש פיזור שווה יותר של בעלי מחלות כרוניות בין קופות החולים בהשוואה לממצאי סקר דומה שנערך ב-1993. זה נשאר נכון גם לאחר שמנטרלים את ההשפעה של צמצום הפערים במבנה הגילי (רוזן, 1998ב).

ייתכן שעיון הזכות לחופש מעבר בין קופות בחוק סלל את הדרך למעבר חולים כרוניים רבים מקופת חולים כללית לקופות החולים האחרות, אף שלקופות החולים אין תמריץ כלכלי יחסי לנסות למשוך אוכלוסייה זו.

סיכום ודיון

כיצד נראית מערכת הבריאות לאחר החוק? האם הושגו מטרותיו? האם התאמתו החששות? באופן כללי נתונים על תפקוד מערכת הבריאות בעקבות החוק מלמדים, שהחוק השיג חלק נכבד מן המטרות שלשמן נחקק: כיסוי ביטוחי לכלל האוכלוסייה, חופש מעבר בין קופות החולים, שינוי בהקצאת המקורות בין קופות החולים והשוואת ההכנסה לנפש ביניהן. התמריצים הגלומים בחוק עודדו את קופות החולים לשפר את רמת

22 יחד עם זאת, בקופת חולים כללית גדל בשנים 1994-1991 מספר הקשישים ב-10%, ומספר החברים הכולל לא השתנה. בשנים 1997-1994 גדל מספר הקשישים ב-9%, ומספר החברים הכולל גדל ב-6%.

השירות למבוטח הממוצע, וגם לפתח שירותים באזורי הפריפריה ולחלק מן האוכלוסיות החלשות. בסך הכול ניתן להעריך, שהחוק קידם את השוויון בין אוכלוסיות ואזורים אף שעדיין נותרו פערים. ייתכן שעל מנת לסגור את הפערים, נחוצים כלי מדיניות נוספים.

אשר להיבט הכלכלי, החשש שהחוק יביא לעלייה בהוצאה הלאומית לבריאות לא התאמת. בשנות ההפעלה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ירד חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מן התמ"ג מ-8.8% ב-1994 ל-8.4% בשנים 1996-1997 (משרד הבריאות, 1998, עמ' 177). בעקבות החוק ירדה ההוצאה השוטפת לנפש מתוקנת בקופת חולים מכבי, בקופת חולים מאוחדת ובקופת חולים לאומית, בלי שהאוכלוסייה דיווחה על ירידה בשביעות הרצון וברמת השירות (לפחות עד 1997). מגמה זו יכולה להעיד על התייעלות. בקופת חולים כללית התמונה שונה. שכן אחת ממטרות החוק היתה להגדיל את ההכנסה לנפש ולהשוותה לזו של קופות אחרות. בהתאם לכך, במקביל לדיווחי המבוטחים על עלייה בשביעות הרצון וברמת השירות, היתה גם עלייה קלה בהוצאה לנפש.

יחד עם זאת, הממצאים מצביעים על כך שלמרות החלת החוק, עדיין אין במערכת יציבות פיננסית, והיא פועלת תוך גירעון מתמשך. מלבד זאת מתנהל ויכוח על רמת המימון של המערכת, ותהליכי העדכון משאירים, כבעבר, מקום רב לשיקול דעת של הממשלה. הוראות חוקי ההסדרים שנחקקו מאז 1996 אף מחזקות את מעמדה של הממשלה ואת תלותן של קופות החולים בהחלטותיה, במיוחד באשר להיקף המשאבים.

אחת ממטרות החוק היתה לשחרר את משרד הבריאות מהספקת שירותים ולחזק את תפקודו כמיניסטרוניון. אולם נראה שמטרה זו עדיין לא הושגה במלואה. המשרד עדיין אחראי להספקת שירותי מניעה, פסיכיאטריה וגריאטריה, והוא אף מעורב בניהול בתי החולים הממשלתיים, עקב קשיים במימוש מדיניות התאגוד ועקב מחשבות שניות על העברת שירותים אלה לקופות. מצב זה ממשיך להשפיע על יכולתו להתמקד בקביעת מדיניות וסדרי עדיפויות, בקרה ופיקוח.²³

משרד בריאות הממלא תפקידים אלה ופועל כמיניסטרוניון הוא הכרחי ליישום אפקטיבי של הרפורמה במערכת הבריאות, כפי שאבחנה עוד ועדת החקירה הממלכתית (1990, כרך א, ב). בשנים האחרונות היו תמורות מהותיות בתפקוד המשרד, ובהן התמחות מקצועית של העובדים ושינויים ארגוניים במבנה שלו. במסגרת זו הוקמו, למשל, יחידות לבקרה על קופות החולים, לבקרת איכות הטיפול, להערכת טכנולוגיות, לתכנון ולאיסוף מידע על בריאות האוכלוסייה. יחד עם זאת, משרד הבריאות עדיין לא השתחרר מתפקידים

23 חשוב לזכור, שיש הבדל במידה שבה הספקת שירותים שונים בידי משרד הבריאות מפריעה ליכולתו להתפקד כמיניסטרוניון. למשל: מעורבות בניהול בתי חולים פוגעת יותר מאשר אחריות לשירותים אם וילד.

הקשורים בהספקת שירותים, ובפרט שירותי אשפוז. כפל התפקידים מקשה על מיקוד פעילות המשרד במילוי תפקידי מיניסטריאון, ואף מעורר שאלות בדבר ניגוד אינטרסים בקבלת החלטות על תפעול מערכת הבריאות.

יש מספר תחומים שבהם נחוצה במיוחד קביעת מדיניות ובקרה בידי משרד הבריאות: פיקוח אפקטיבי על קופות החולים ואכיפת כללים שנקבעו; קביעת כללי התנהגות וחוקי משחק הולמים במגזר האשפוז, כדי למנוע, למשל, ביצוע יתר של ניתוחים ופיתוח מיותר של מחלקות; קביעת עקרונות להפעלת שירותי רפואה שניוניים במערכת הבריאות, כדי למנוע בזבוז משאבים הנובע מכפל שירותים בין מרפאות בקהילה ומרפאות חוץ ובין ספקי שירותים שונים באותו אזור; הפצת מידע לאזרחים, שהוא הכרחי לקבלת החלטות מושכלות. למשל: בידי האזרחים אין מידע על איכות הטיפול בקופות החולים ובכתי החולים.

הרפורמה שהציעה ועדת החקירה הממלכתית, ושחלק ממנה יושם עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, היתה צעד ראשון לפתרון בעיות מערכת הבריאות בישראל. אולם גם היום, ארבע שנים לאחר החלת חוק ביטוח הבריאות, קובעי המדיניות מתמודדים עם סוגיות מדיניות כבדות משקל ובעלות השפעה גדולה, הן על ההיבט הכלכלי והן על הטיפול הניתן לאזרחים. המאמרים המופיעים בחוברת הנוכחית [חוברת 54] עוסקים בחלק מסוגיות אלה: מימון המערכת, מנגנון קביעת סל השירותים ועדכונו, הסדרת הטיפול בחולים סיעודיים, רמת השירות ואיכות הטיפול הניתן לקשישים, שהם צרכני השירותים העיקריים, תכנון כוח אדם, המבנה הארגוני של מערכת האשפוז וארגון שירותי הרפואה הראשונית.

כפי שידוע מניסיון של ארצות אחרות, יישום רפורמות במערכת הבריאות הוא תהליך ממושך ודינמי, ובמהלכו נעשים שינויים מתמידים ולעתים אף מרחיקי לכת. אחד המרכיבים החשובים בתהליך הוא מידע עדכני שיסייע לקובעי המדיניות במעקב אחר יישום הרפורמה ותוצאותיה. המידע יכול לזהות בעיות ביישום, כמו גם תוצאות לוואי לא רצויות. על סמך המידע ניתן לשפר את תוכניות הרפורמה ולתקן מרכיבים שנמצאו בעייתיים. אחד ההיבטים הייחודיים של הרפורמה בישראל הוא שהחוק כולל הוראה ולפיה 0.1% מתקציב הבריאות מיועד למחקרים על השפעות החוק, סכום המוקצה באמצעות המכון הלאומי למדיניות בריאות וחקר שירותי בריאות. ממצאי מחקר הם אחד המקורות שבכוחם לתרום למאמצים לשפר את מערכת הבריאות. על כן חשוב להמשיך את המאמץ של קהיליית החוקרים להתמקד בסוגיות מדיניות עדכניות, וגם להדק את הקשר עם קובעי המדיניות, כדי שיעשה שימוש מרבי בממצאי המחקרים בתהליכי קבלת ההחלטות.

מקורות

- איבנקובסקי, מ', רוזן, ב' ונבו, י' (עומד להתפרסם). תמורות במשק הקופות 1996 לעומת 1995. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- אקשטיין, ג' (1998). סיעוד הורים בישראל. תל אביב: חברת הכוון, שירותים כלכליים בע"מ.
- באר, ש' (1999). הקשישים בישראל: עובדות ומספרים. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- בנטור, נ', גרוס, ר' וחיניץ, ד' (1999). חוק ביטוח בריאות ממלכתי והקשישים: נגישות לשירותים, איכותם, ושביעות רצון. ביטחון סוציאלי, 54, 76-91.
- בן-נון, ג' (1999). ההתפתחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימונו במהלך ארבע שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ביטחון סוציאלי, 54, 35-52.
- בנדלק, ז' (1996). שכר ממוצע תעסוקה, חברות בקופת חולים ומעמד בעבודה לפי יישוב 1995-1993. סקרים תקופתיים, 140, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- בנדלק, ז' (1998). חברות בקופת חולים. סקרים תקופתיים, 150, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- ברג, א', גרוס, ר', רוזן, ב' וחיניץ, ד' (1997). מערכת הבריאות בעיני הציבור כעקבות החלת חוק בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ-284-97.
- ברנע, ח' ואמדו-גרונדשטיין, ר' (1992). סלי שירותי בריאות באירופה – סקירת ספרות (מסמך שהוכן לוועדה להגדרת סל השירותים במסגרת המכון הלאומי למדיניות בריאות). ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- גרוס, ר' וברמלי, ש' (1996). ביטוחי בריאות בישראל. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- גרוס, ר', גרינשטיין, מ', דובני, א', ברג, א', יובל, ד' ורוזן, ב' (1998). רמת השירות בקופות החולים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר מבוססים 1997 והשוואה לסקר 1995. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.

גרוס, ר' (עומד להופיע). ההיערכות הארגונית של קופות החולים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.

דורון, א' (1994). בזכות האוניברסליות: האתגרים של המדיניות החברתית בישראל. ירושלים: מאגנס.

האגף לגריאטריה משרד הבריאות (1998). רשימת ממתנים לחודש דצמבר 1998. תל אביב.

ויטקובסקי, י' ונבו, י' (1998). דו"ח על פעילות קופות החולים לשנת 1997. תל אביב. וינבלט, ג', קטן, י', בלנקט, י', בלס, נ', נחשון-שרון, ד' וקופ, י' (1998). השירותים החברתיים והתפתחותם. בתוך י' קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1998 (עמ' 89-109). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990). דין וחשבון – כרך ראשון: דעת הרוב, כרך שני: דעת המיעוט. ירושלים: המדפיס הממשלתי.

חורב, ט' (1996). הקשר בין תחלואה וצרכים ובין המדיניות הננקטת בתחום בריאות השן. ביטחון סוציאלי, 47, 104-112.

כהן, ש' (1998-1993). סדרת תזכירים בנושא השיעור לחלוקת כספי המס המקביל. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

מדינת ישראל, חלק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994). ספר החוקים, התשנ"ד, חוק 1469, י"ז בתמוז התשנ"ד, 1994.

מדינת ישראל (1997). חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1997.

מדינת ישראל (1998). חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998.

מדינת ישראל (1999). חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1999.

מיכאלי, ר' (1997). מצע לדיון בנושאי בריאות בוועדת המשנה לשירותים חברתיים. תל אביב: מועצת קופת חולים כללית.

משרד הבריאות (1998). בריאות בישראל. ירושלים: שירותי מידע ומחשוב.

נבו, י' (1998). סיכום תוצאות הפעילות בקופות החולים בשנים 1957-1995. ירושלים: משרד הבריאות.

קופ, י' (1996). "ריפויי בבלימה", התמודדות עם התייקרות שירותי הבריאות לפני הפעלת חוק הבריאות – השוואה בין ישראל ובין ארצות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD). ביטחון סוציאלי, 47, 132-146.

קיי, ר' (1999). ביטוח סיעודי בישראל לאן? ביטחון סוציאלי, 54, 92-109.

רוזן, ב', כהן, מ', ברג, א' ונבו, י' (1995). התנהגות הצרכן בשוק קופות החולים. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ 237-95.

רוזן, ב', גרוס, ד' וברג, א' (1996). חוק ביטוח בריאות ממלכתי – ארבעה-עשר חודש להפעלתו. הדעה הרווחת, 1-2, 14.

רוזן, ב' ונבו, י' (1996). הכנסות, הוצאות ודפוסי שימוש של קופות החולים: ניתוח השוואתי. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ 276-96.

רוזן, ב' ושטיינר, ר' (1996). החברות בקופות החולים ומעברים ביניהן: מגמות ותמורות. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ 275-96.

רוזן, ב', איבנקובסקי, מ' ונבו, י' (1998). תמורות במשק הקופות: 1995 לעומת 1994. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה, דמ 317-98.

שטיינר, ר' (1995). שכר ממוצע, תעסוקה, חברות בקופת חולים ומעמד בעבודה לפי יישוב – 1993-1995. סקרים תקופתיים, 130, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

שירום, א', אגוז, נ', בן-נון, ג', דורון, ח', מיכאלי, ד', מישל, ז' וצ'רניחובסקי, ד' (1997). תיאגוד בתי חולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות. ירושלים: טאוב מרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

Achdut, L. (1998). Progressivity in the finance of the national health expenditure in Israel. *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*. Tel-Hashomer.

Adler, V. & Lotan, M. (1998). The impact of the National Health Insurance Bill (1995) on the Arab sector in Israel. *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*. Tel-Hashomer.

- Berg, A., Rosen, B., & Morgenstein, B. (1998). The poor and Israel's health care system under national health insurance. *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*. Tel-Hashomer.
- Farfel, M. & Yuval, D. (1998). Arabs' and Jews' perceptions and use of the health system 2.5 years following implementation of the National Health Insurance Law. *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*. Tel-Hashomer.
- Keeler, E. B., Sloss, E. M., Brook, R. H., Operskalski, B. H., Goldberg, G. A., & Newhouse, J. P. (1987). *Effects of cost sharing on physiological health, health practices and worry*. RAND N-2699-HHS.
- Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., Benjamin, B., Leibowitz, A. A., Marquis, M., & Zwanziger, J. (1988). *Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment*. RAND R-3476-HHS.
- Newhouse, J. P., Manning, W. G., Morris, C. N., Orr, L. L., Duan, N., Keeler, E. B., Leibowitz, A., et al. (1982). *Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance*. RAND R-2847-HHS.
- Rosen, B. (1998). *Workshop on capitation – Executive summary*. Tel-Hashomer: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.
- Rosen, B. & Shamai, N. (1998). *Financing and resource allocation in Israeli health care*. Published on the Brookdale Institute web site at: www.jdc.org.il/brookdale/health/fmdingsjjealth_overview.htm.
- Rubin, H. R., Olmer, L., Friedman, L., & Mozes, B. (1998). Comparative consumer evaluations of different Israeli health plans (Kupot Holim): The importance of surveying ill respondents and measuring health status. *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*. Tel-Hashomer.

Saltman, R. B. & Figueras, J. (1997). *European health care reform analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Shvarts, S., Reuveni, H., Meyer, J. & Greenberg, D. (1998). HMO newspaper advertising in a new, competitive Israeli health care market. *The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997*. Tel-Hashomer.

