

כוחה של מומחיות? על יחסי הגומלין בין פוליטיקאים לפקידים ושקיפות בתהליך התקצוב ועל אגף התקציבים באוצר ומדיניות הבריאות בישראל

ניסים כהן¹

מאמר זה מציג את יחסי הכוחות בין השחקנים השונים בזירת מדיניות הבריאות בישראל, תוך התמקדות בסוגיית יחסי פוליטיקאים-פקידים ובשקיפות סביב תהליך התקצוב הציבורי. המאמר מצביע על הפקידים במשרד האוצר כשחקנים הדומיננטיים ובעלי העוצמה הרבה ביותר בזירה, אם כי כוחם של אלה אינו תמיד מוחלט. התנהלותו של האוצר, העושה שימוש נרחב בחוק ההסדרים, לא תמיד מאפשרת לשחקנים האחרים להשתתף ולהשפיע על תוצאות המדיניות. התנהלות זו מעוררת אי אמון בין השחקנים השונים בזירת מדיניות הבריאות. בסביבה של אי אמון ותחת תנאים מבניים המכתיבים ריכוזיות ועוצמה רבה לפקידי האוצר, נוטים השחקנים האחרים בזירת זו לחפש פתרונות מגוונים שיקדמו את המדיניות הציבורית הרצויה בעיניהם. לעתים הדרך היחידה לקדם מדיניות ציבורית רצויה היא באמצעות שיתוף פעולה או חבירה ליוזמות של פקידי האוצר.

מלות מפתח: יחסי פוליטיקאים-פקידים; תקציב; שקיפות; מדיניות בריאות; אגף תקציבים

1 המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, בית הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה.

מבוא

זה מכבר מצביעה ספרות המחקר כי מומחיותו של הפקיד מסייעת לו לנקוט אסטרטגיות של הסתרה והעדר שקיפות בכל הנוגע לאופן יישום המדיניות הציבורית, ובמיוחד בהיבטים התקציביים של פעולותיו. ואכן בעוד רוב תקציבי מדינות ה-OECD בשנות ה-2000 שקופים הרבה יותר מאשר לפני כן ופתוחים הרבה יותר מבעבר להשפעות של גורמים חוץ-ממשליים, עדיין אין הם שקופים לגמרי למקבלי החלטות שונים ובמיוחד לא לציבור הרחב (Schick, 2003). עם זאת, רוב תשומת הלב שניתנה בספרות לסוגיית הסתרת המידע והעדר השקיפות של הפקיד התמקדה בפקידים ממשרדים שונים ולא באלה ממשרד האוצר, המתקצבים בפועל את כלל המשרדים האחרים.

אגף התקציבים במשרד האוצר הוא מהשחקנים החשובים ביותר בזירת המדיניות הציבורית בישראל. למרות תפקידו החשוב ואף שבלעדיו קשה מאוד לשמר תקציב אחראי ומאוזן, עוצמתו והתנהלותו השנויה במחלוקת מעוררות ביקורת רבה. מאז 1985, ובעיקר עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994, גבר כוחו של האוצר (אסיסקוביץ, 2011); בין היתר וכפי שיפורט בהמשך גם מכיוון שאסף אליו כלי מדיניות חדשים. למרות הטענות כנגד פעילותו של האוצר, הדומיננטיות שלו בתהליכי עיצוב המדיניות הציבורית בישראל (גבאי, 2009), שיקוליו האידיאולוגיים בנוגע לשוק חופשי (Gross, Rosen, & Shirom, 2001, p. 6) והכלים שבהם הוא משתמש כדי לקדם את המדיניות הרצויה לו (אבנימלך ותמיר, 2002), טרם נבדקו באופן שיטתי עמדותיהם ותפיסותיהם של השחקנים בזירת מדיניות הבריאות בנושאים חשובים אלה. חסרים גם דיונים בספרות על האסטרטגיות שנוקטים פקידים עתירי כוח אלה, על תפיסת עולמם ועל יחסי הגומלין שלהם עם שחקנים אחרים בזירת מדיניות זו.

מטרתו העיקרית של המאמר היא לספק תמונת מצב של יחסי הכוחות בזירת מדיניות הבריאות בישראל, כפי שהיא עולה מתוך דבריהם של שחקנים ומומחים בזירה זו, תוך התמקדות בהתנהלותו, בתפיסת עולמו ובהשפעתו של אגף התקציבים באוצר על מדיניות הבריאות בישראל. אגב כך נפנה לספק מספר הצבעות על יחסי הגומלין בין השחקנים השונים בזירת מדיניות הבריאות ועל האסטרטגיות השונות המשמשות אותם סביב תהליך התקצוב, תוך התמקדות בסוגיית השקיפות. נסתמך על ניתוח אמפירי של ראיונות ושל ספרות, דוחות, עיתונות כתובה ופסיקה.

בחלק הבא של המאמר נדון ביחסי פוליטיקאים-פקידים, תוך התמקדות בתהליך התקצוב הציבורי ובסוגיית השקיפות. בחלק השלישי נציג תמונת מצב עדכנית של יחסי הכוחות בזירת מדיניות הבריאות בישראל, המתבססת על ניתוח ראיונות עם מקבלי החלטות פנים וחוץ-ממשליים ועם חוקרים בתחום. החלק הרביעי יתמקד בפקידי אגף התקציבים

במשרד האוצר, ויציג חלק מתפיסת עולמם, שיקוליהם והמוטיבציות המנחות אותם. החלק החמישי יתמקד בכלי המדיניות רב העוצמה שאנשי אגף התקציבים משתמשים בו תדיר – חוק ההסדרים – ויתאר את עמדותיהם של השחקנים השונים בזירה כלפי השימוש שנעשה בחוק זה וכלפי התנהלותו של האגף. אחת מהטענות של המאמר היא כי אף שאין חולק על כך שמשרד האוצר הוא השחקן הדומיננטי בזירת מדיניות הבריאות בישראל, השפעתו אינה מוחלטת, לא תמיד מכוונת, ולעתים אף עשויה להתמסס בשל האסטרטגיות של אלתורים, "שליפות", העדר שקיפות והסתרה שהוא נוקט לעתים. נחתום בסיכום ודיון קצר.

יחסי הגומלין בין פוליטיקאים לפקידים

הפרספקטיבה המסורתית והדומיננטית ששלטה בספרות משך שנים ארוכות גרסה שיש, או לפחות צריך להיות, פיצול בין עולם הפוליטיקה למינהל. על פי הבחנה זו, הפוליטיקאים, נבחרי הציבור, אמונים על עיצובה של המדיניות הציבורית, בעוד הפקידים, הממונים לתפקידם, אחראים על יישומה היעיל. היטיב להסביר זאת וודרו וילסון (Wilson, 1887, p. 210) שקבע כי האדמיניסטרציה נמצאת מחוץ לתחומי עולם הפוליטיקה. בהקשר זה הסבירו ברנארד (Barnard, 1938) וסיימון (Simon, 1947) שהאינטראקציות בין הפוליטיקאים לפקידים מבוססות על יחסי ממונה-כפיף, כשהפוליטיקאים הם האמונים על קבלת ההחלטות הערכיות. פיצול זה ספג כמובן ביקורת רבה (Peters & Pierre, 2004). אחת הביקורות הצביעה על המעורבות העולה של הפקידים במה שתואר מסורתית כתחומים השייכים בלבדית לעולם הפוליטיקה ולתחום פעילותם הבלבדי של נבחרי הציבור (Aberbach, Putnam & Rockman, 1981). ביקורת אחרת טענה כי מומחיותם של הפקידים הופכת אותם לשחקנים הדומיננטיים ביותר בזירת המדיניות הציבורית, בעוד תפקידם של הפוליטיקאים, חסרי הידע והמומחיות, הופך שולי (Peters, 1987). בכיוון זה החלו להתפתח מודלים תיאורטיים המבוססים על האינטראקציה בין פוליטיקאים לסוכנויות בירוקרטיות שונות (Bendor, Glazer, & Hammond, 2001; Moe, 1995).

אולם התרומה המשמעותית ביותר לספרות העוסקת ביחסי פוליטיקאים-פקידים היא זו של ויליאם ניסקנן (Niskanen, 1975; 1971). בהתמקדו בתהליך התקצוב הציבורי, הסביר ניסקנן שלרובם המכריע של הפקידים במגזר הציבורי יש תמריץ מובנה וחזק להגדיל את הארגון או את היחידה המינהלית שהם עומדים ראשה וכך גם להגדיל את התקציב המופקד בידם. הטענה היא שמניעים אלה הם המניעים העיקריים שמנחים את

הפקיד בשיקוליו, מכיוון שבאמצעים אלה הוא מעצים את כוחו ובעקיפין גם ממקסם תגמולים חומריים שהוא מקבל תמורת עבודתו (Blais & Dion, 1991; Friedman, 2002). הפקיד תמיד ישאף אפוא ליישם את המדיניות או להשפיע על עיצובה כך שתוביל להגדלה מרבית של תקציב משרדו על חשבון הרווחה החברתית. הואיל והפוליטיקאי תלוי בפקיד, כדי שזה יישם מדיניות ויספק עבורו את ביקושי הציבור (ובכך יסייע לו למקסם את סיכויי ההיבחרות שלו), יכול הפקיד להציע לפוליטיקאי הצעות של "הכול או כלום". מודלים אחרים (Bendor, Taylor, & Van Gaalen, 1985; Miller & Moe, 1983) מצביעים על יכולתם של הפוליטיקאים לאמץ אסטרטגיות מתוחכמות לשליטה בפקידים, במיוחד כשמדובר בפוליטיקאים ריכוזיים (Casas-Pardo & Puchades, 2001; Navarro, 2001; Edwards, 2001).

טענות אחרות הצביעו על הפקידים כרגולטורים, שהשפעת הלחצים עליהם של חברות כלכליות עולה על המוטיבציה שלהם למקסם את רווחת הציבור. בתיאוריית הפקיד השבוי (Regulatory Capture Theory), סטיגלר (Stigler, 1971) מסביר שרגולטורים, ובהם כמובן גם פקידים במשרדי אוצר, ניצבים לפני שני ביקושים (או לחצים) המתנגשים על פי רוב: לחץ של קבוצות אינטרס המגיע מחברות פרטיות בשוק (יצרנים) ולחץ אלקטורלי המגיע מהציבור (הצרכנים). הוא טוען כי הביקוש של קבוצות האינטרס, המבוסס בעיקר על יכולת ההתארגנות שלהן, הוא זה שתמיד "משכנע" יותר את מקבלי ההחלטות. כך החברות הגדולות הן אלה שבדרך כלל ינצחו בקרב על אופייה של הרגולציה והמדיניות הציבורית על חשבון רווחת הציבור. הרגולטור יכול לסייע לחברות הגדולות בארבע דרכים עיקריות: באמצעות סובסידיה ישירה; באמצעות "חומת מגן" בדמות מדיניות כלכלית המגנה על החברות הקיימות מתחרות, בעיקר הגנה על התוצרת המקומית דרך הגבלות על היבוא (protectionism); באמצעות השפעה על חברות אחרות המייצרות מוצרים "משלימים" או תחליפים (למשל: חברות המייצרות חמאה יושפעו מהמדיניות כלפי חברות המייצרות לחם או מרגרינה); באמצעות אפליה במחירים, תעריפים ועמלות שונות (Stigler, 1971, pp. 4-5). על פי רוב יעדיף הרגולטור את האופציה השנייה – להגביל את כניסתם לשוק של מתחרים פוטנציאליים לחברות הקיימות דרך חומת מגן של תעריפים יקרים, עמלות, פרוצדורות המקשות על חברות חדשות להשיג רישיונות ייצור ועוד. בהמשך נבחנה תיאוריה זו במקומות ובתחומים שונים (Boyer & Porini, 2004; Olson & Trapani, 1981).

במבחן האמפירי התיאוריה של סטיגלר ניצבת מול קושי לא מבוטל (Niles, 2002). התחזית שהיצרנים (החברות הגדולות) תמיד ינצחו בקרב על אופייה של הרגולציה, בעיקר בשל יכולת ההתארגנות החזקה שלהם (Olson, 1965), לא תמיד מתאמת. לא פעם מקבלי ההחלטות בעולם מתקינים תקנות וחוקים המיטיבים עם הציבור, וכך גם עושים פקיד משרד האוצר בישראל. בניסיון להשלים את ההסבר שמציג המודל החלוצי

של סטיגלר ניסה פלטצמן (Peltzman, 1976) להציע הסבר רחב יותר הנשען, לא רק על הביקוש, אלא גם על ההיצע של הרגולציה, כלומר להצביע על הגורמים העשויים להשפיע על המוטיבציה של הרגולטורים לעצב מדיניות שתטיב עם הצרכנים (הציבור הרחב). פלטצמן (Peltzman, 1976, p. 214) מתמקד בפוליטיקאים המחוקקים או הממנים פקידים לתפקידי רגולציה כמי שמושפעים מעמדת הבוחר החציוני ומשיקולים אלקטורליים (Downs, 1957), ומספק בידינו מודל מאוזן יותר של רגולציה. אלא שגם המודל המשופר של פלטצמן אינו חף מחסרונות. בהתמקדו בפוליטיקאים כמחוקקים, אין פלטצמן מביא את התמונה המלאה, משום שהרגולציה ברובה נעשית בידי סוכנויות מבצעות (הפקידים) ולא בבית המחוקקים. מכאן שהאינטראקציות בין הפוליטיקאי לפקיד הן ממד אחר, חשוב לא פחות, שיש לתת עליו את הדעת. בהמשך יספק המאמר אינדיקציות ליחסי גומלין אלה בזירת מדיניות הבריאות בישראל.

יחסי הגומלין בין פוליטיקאים לפקידים מתנהלים בעולם של א-סימטריה במידע. ככל שלפוליטיקאי קשה יותר לפקח על פעולותיו של הפקיד, לפקיד קל יותר "לסחוט רנטות" (rent extraction), בנצלו את כוחו ואת מומחיותו כדי להטות את המדיניות הציבורית למקום שבו תועלתו האישית ממוקסמת (McChesney, 1997). הוא עשוי אפוא להקצות בצורה בזבזנית יותר משאבים ציבוריים, כדי למקסם את עוצמתו ואת שליטתו על משאבים ציבוריים שונים. ככל שקשה יותר לפקח על פעולותיו של הפקיד, כך קל יותר לפקיד לנצל לטובתו את אי הסימטריה במידע ולסחוט עוד דיווידנדים (Banks & Weingast, 1992).

על רקע תיאור זה נראה שלעולם יהיה הפקיד בעל עוצמה רבה מזו של הפוליטיקאי. אבל לא תמיד אלה הם פני הדברים. מכיוון שאין המידע המצוי בידי הפקיד מושתת על סמכות פורמלית בלבד אלא גם על מומחיות (Altfeld & Miller, 1984), הפוליטיקאים מנסים להתגונן מפני מניפולציות המבוססות על התמחות ברוקרטית (Bendor, Taylor, & Van Gaalen, 1987). אחת הדרכים היא לשאוב מידע מקבוצות אינטרס שונות (Austin-Smith, 1997; Banks & Weingast, 1992; Bennedsen & Feldman, 2002). דרך אחרת, המבוססת על מודל מנהל-סוכן, היא מינויים פוליטיים. פוליטיקאים יכולים ואף מנסים להתגבר על הפער הגדול הטמון במומחיותם של הפקידים על ידי מינוי פקידים לתפקידי מפתח, בתקווה שאלה ישתפו עמם פעולה בתקופת כהונתם (Wood & Waterman, 1991).

אך מה קורה כאשר הפקידים אינם עובדים במשרד "רגיל" המתוקצב לתחום מדיניות ספציפי, אלא במשרד האחראי על הקצאת המשאבים לשאר המשרדים?

משרדי אוצר ותהליך התקצוב הממשלתי

כמו ברוב משרדי האוצר בעולם, הפקידים במשרד האוצר הישראלי הם שחקנים דומיננטיים עתירי כוח, ופעמים רבות אינם אהודים. וילדבסקי (Wildavsky, 1993) מחלק את השחקנים בתהליך התקצוב לשתי קבוצות: "פזרנים" (spenders) ו"חוסכים" (savers). הפזרנים הם מקבלי ההחלטות בסוכנויות ובמשרדי הממשלה השונים. החוסכים, האחראים על שמירת הקופה הציבורית, הם מקבלי ההחלטות במשרד האוצר. כשומרי הקופה הציבורית, עליהם לומר פעמים רבות לפוליטיקאים ולפקידים שונים כי אין בידיהם התקציב למיזמים שונים שאלה מבקשים להוציא אל הפועל (Wildavsky, 1975). ביכולתם גם "להעניש" פקידים ופוליטיקאים אשר אינם פועלים באחריות או בשקיפות. כך פקידים במשרדים אחרים נמנעים פעמים רבות מלבקש את מלוא התקציב שהיו רוצים לקבל, כי הם יודעים שאם יתגלה שבזבוז יותר מהנדרש למשימותיהם, יאבדו את אמון הפקידים באוצר ו"יענשו" בחלוקת התקציב הבא (Wildavsky, 1974).

המידע המצוי בידי פקידי אוצר במקומות שונים בדרך כלל רב מזה של שאר המשרדים. בעוד לכל אחד מהמשרדים האחרים יש תמונת מצב של המשרד שלהם, פקידי משרדי האוצר רואים ברוב המקרים את התמונה הגדולה, את המקרו. השליטה במידע זה היא אחד מקורות העוצמה החשובים של פקידים אלה, בעולם וגם בישראל, כפי שנראה בהמשך.

פקידים של משרדי אוצר הם שחקנים מיוחדים מאוד בזירת המדיניות הציבורית. ההבדל העיקרי בינם לבין פקידים אחרים הוא בכך שהם רואים ביכולת לשלוט בתקציב הציבורי ולרסנו אלמנט חשוב מאוד בהצלחתם המקצועית והאישית. אין זה אומר, כמובן, שאין הם מבקשים, ככל פקיד אחר, להגדיל את המשאבים הארגוניים לביצוע תפקידם או אינם מתקשים לבצע רפורמות מבניות במשרדם שלהם. אולם גם בשל תהליכי חברות שונים שהם עוברים, השליטה והריסון התקציבי הופכים בעיניהם למטרה מקודשת ומרכזית. לעתים קרובות, המטרה של עמידה ביעדי התקציב וריסונו מובילה את הפקידים במשרדי האוצר להתמקד במטרות קצרות טווח (בעיקר עמידה ביעדי התקציב השנתי) ופחות במטרות אסטרטגיות הכוללות ניתוחי עלות-תועלת ועלות-אפקטיביות ארוכי טווח. כל אלה, כפי שיראה המאמר, מתרחשים גם במקרה הישראלי. יתרה מזו, על רקע תרבות ארגונית המקדשת עמידה בתקציב שנתי (במקומות שבהם התקציב הוא כזה) ורואה בו ערך עליון, נזנחים ערכים אחרים והצדקות שונות למדיניות ציבורית הנוגעות לצדק חלוקתי. גם שקיפות היא ערך שנדחק פעמים רבות לקרן זווית.

שקיפות ותהליך התקצוב הממשלתי

תקציב הוא תוכנית עבודה מוצעת, המוגדרת במונחים פיננסיים ומעניקה קווים לביצוע מדיניות ותוכניות שונות. תקציב ציבורי הוא דין וחשבון פיסקלי המתואר באמצעות הוצאות והכנסות של כלל יחידות הממשל. הוא מעין חוזה הקושר בין יעדי הממשל להיקף המשאבים הנדרש להשגתם. תקציב ציבורי הוא אף מנגנון לשליטה, לניהול, לתכנון ולהערכת פעילויות של יחידות ומשרדים ציבוריים שונים. שקיפות תקציבית משמעותה מידע זמין בכל הנוגע לתהליכי קבלת ההחלטות של הממשלה וההעברות הכספיות שהיא מבצעת. ההצדקה לשקיפות תקציבית מוטבעת בעקרונות היסוד של תקצוב ציבורי: יציבות, יעילות והוגנות. באופן עקרוני, שקיפות תקציבית אמורה לשפר את יכולת הממשל לפעול ביעילות ואת הביצועים הכלכליים של המדינה (Kopits & Craig, 1998, p. 4). העדר שקיפות במינהל הציבורי, במיוחד בניהול הפיננסי שלו, מנציח חוסר יעילות ועלויות מיותרות. אם רק קבוצות ושחקנים בודדים יהיו מעורבים ומשותפים בתהליך התקצוב של המינהל הציבורי, האינטרסים שלהם הם שיבואו לידי ביטוי בסופו של דבר על חשבון הרווחה החברתית. שקיפות נחוצה וחשובה לא רק ליצירת שירות מדינה מוכשר, אלא אף כדי לרסן תמריצים של פקידים ופוליטיקאים שונים לפעול מתוך חוסר אחריות. בכך היא מסייעת לשלוט בגירעונות תקציביים (Rogoff, 1990).

כדי שתקציב יהיה שקוף, יש לפרסם את כלל הנתונים הפיסקליים שלו בצורה מסודרת ובזמן. יש לספק די זמן למחוקק, המאשר את התקציב הציבורי אך על פי רוב אינו בקיא בו, להתעדכן ולהבין את משמעויותיו ואת השפעותיו. לא רק זו, אלא שאף יש לתת די זמן גם לחברה האזרחית לעשות את תפקידה. תקציב שקוף מחזק תהליכי השתתפות פוליטית ומסייע לחברה להשפיע על המדיניות הציבורית באמצעות התקשורת, ארגוני מגזר שלישי וגורמים חוץ-ממשליים אחרים (Blöndal, 2003, p. 21).

אלא שעל פי רוב אין שקיפות בתקציב משרתת את האינטרס האישי של פוליטיקאים ופקידים שונים, והם רואים בה אסטרטגיה לא כדאית. כבר לפני עשרות רבות של שנים זיהה לאסוול (Lasswell, 1936) את הקשר הברור בין הפוליטיקה לתהליך התקצוב. כל שלבי הכנת התקציב – בנייתו בידי הפקידים, הצגתו לפני הפוליטיקאים המחוקקים המאשרים אותו ויישומו בידי ארגוני שירות המדינה השונים – קשורים בפוליטיקה. מבין כל המסמכים הנכתבים במסגרת הניהול הציבורי, התקציב, דה פקטו, הוא המסמך הפוליטי ביותר והזירה המרכזית בשיח ובמעשה הפוליטי (Wildavsky, 1974). המורכבות המאפיינת את תקציבן של רוב הכללות המודרניות מאפשרת למעצבי התקציב הציבורי ולמיישמי להסתיר מידע הנוגע לאי חלוקת עוגת התקציב על פי התחייבויות הממשלה (Benito & Bastida, 2009).

גם כשיש ציבור בוחרים רציונלי, עניין שכמובן לא תמיד מתקיים (Caplan, 2007), מקבלי החלטות עשויים להרוויח מעמימות בתהליך התקצוב. כאשר מעצבי מדיניות מקשים על הציבור להבין את התהליך שבו מדיניות הופכת לתוצאות, הם משמרים אסטרטגיה הנותנת בידם יתרון על פני שחקנים רציונליים, אך חשוכי מידע. אלה הרוצים להגדיל את התקציב יכולים לנקוט תחבולות מתחבולות שונות; למשל: הם יכולים להציג תחזיות מנופחות של צמיחה כלכלית (המתורגמות להכנסות עתידיות ממסים), להמעיט בחשיבות העלויות העתידיות הטמונות באישור תוכניות ופרויקטים חדשים ולהשאיר תוכניות ופרויקטים אחרים מחוץ לתקציב הציבורי, גם כשירוע שלתוכניות אלה יידרש תקצוב ציבורי (Alesina & Perotti, 1996). לעומתם, אלה הרוצים לשמר תקציב קטן ככל האפשר עשויים לנקוט אסטרטגיות הפוכות: להשמיע נבואות שחורות בדבר תחזית הצמיחה המקומית או העולמית, להסתיר מקורות הכנסה עתידיים או קיימים, להגזים בעלויות הכרוכות בפרויקטים ובתוכניות חדשות, להכניס לטבלת ההוצאות בתקציב יותר מפעם אחת הוצאות קיימות ועוד. כפי שנראה בהמשך, גם לפקידים במשרד האוצר לא תמיד תהיה המוטיבציה לבסס ולשמר תקציב שקוף.

השחקנים בזירת מדיניות הבריאות בישראל ויחסי הכוחות ביניהם

הניתוח המוצג להלן מבוסס על 71 ראיונות בלתי מובנים עם שרים, ראשי ועדות בכנסת, פקידים בכירים במשרדי הבריאות והאוצר, מנהלי יחידות של שירותי בריאות שונים, חברי ועדות שונות שקמו בנושאי מדיניות בריאות ומדיניות רווחה, מקבלי החלטות במשרדי ממשלה שונים, הנוגעים למדיניות הבריאות, מקבלי החלטות בארגונים חוץ-ממשליים וחוקרים בתחום שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל. 47 מתוך 71 המרואיינים נשאלו, בין היתר, גם על הערכתם האישית את יחסי הכוחות בזירת מדיניות הבריאות, כפי שיפורט בהמשך.

המרואיינים נבחרו על פי מידת היענותם להשתתף במחקר (מדגם נוחות) ותוך שימוש ב"מדגם כדור שלג" (Cohen & Arieli, 2011). השאיפה היתה להגיע למדגם מכסות מייצג ככל האפשר של השחקנים המשפיעים, ועל כן הדגימה גדולה יחסית. רוב הראיונות נערכו בפגישה אישית, ועיקריהם הוקלטו ושוכתבו. למרואיינים נמסר בתחילת הראיון כי דבריהם יצוטטו לצורכי מחקר (אלא כמובן אם יבקשו שלא לצטט משפטים ספציפיים), וניתנה להם האפשרות להתראיין ללא הקלטה. ראיונות ספורים נערכו באמצעות הטלפון או כריאיון מדוור. פירוט המרואיינים המצוטטים במאמר מובא בנספח המאמר. שמות

כלל המרואיינים שנדגמו למחקר זה מפורטים במקום אחר (כהן, 2010, עמ' 193-195). אף שהמדגם מלמד רק על עמדותיהם של שחקנים ומקבלי החלטות שונים בזירת מדיניות הבריאות, ואף שכמדגם נוחות אין הוא מייצג את אוכלוסיית המחקר כולה, הוא עשוי בהחלט לשמש כמסד נתונים חדש לבחינה פוזיטיביסטית של המתרחש בזירת מדיניות הבריאות בישראל. על כן אף שיש להתייחס בזהירות לכלל הממצאים העולים מהראיונות, בהחלט ניתן לקבל מהם אינדיקציות אמפיריות למגמות כלליות בתפיסות השחקנים השונים.

מתוך כלל הראיונות עלו ארבע מגמות עיקריות שנציגן להלן:

מגמה ראשונה: יש הבדלים פוזיטיביסטיים ונורמטיביים מהותיים בין תפיסות השחקנים השונים את המציאות, גם כאשר הם משתייכים לאותה קבוצה או לאותו ארגון. כלומר: יש הבדלים בין הפרשנויות של המרואיינים השונים למציאות וכן בין תפיסותיהם את מהות המצב האיריאלי. ייתכן שסיבה אחת לכך היא שמדיניות הבריאות היא תחום רחב מאוד, המכיל היבטים ותחומים שונים ומשיק למגוון רחב מאוד של נושאים. קשה אפוא למצוא שחקנים המזהים בבירור את המגמות השונות ברמת המקרו; במיוחד קשה למצוא שחקנים שיש ביניהם תמימות דעים בנושא. אחת הנקודות המעניינות ביותר בהקשר זה היא אי ההסכמה הרווחת בנוגע להגדרתן של קופות החולים ואופי פעילותן הרצויה. כלל אנשי האוצר המכהנים שנשאלו על כך מגדירים את הקופות באופן בולט כגוף פרטי או כגוף "שבהחלט יכול להיחשב כפרטי" (ראיונות עם קוגן, 3.2.2008; בר סימן-טוב, 4.5.2009). הפקידים ממשרד הבריאות, לעומתם, רואים בהן מלכ"ר או אפילו גוף ציבורי, כי "פה זה לא מלכ"ר טהור. אתה מקבל את הכסף מהמדינה" (ראיון עם ליפשיץ, 12.10.2008).

מגמה שנייה: כלל השחקנים, כולל פקידי האוצר, מזהים את פקידי האוצר כשחקנים הדומיננטיים והמשפיעים ביותר על מדיניות הבריאות. מבין אלה שנשאלו והסכימו לענות על השאלה הפתוחה "מי בעיניך הם השחקנים המשפיעים על מדיניות הבריאות בישראל?" לא היה אף נשאל אחד שלא הזכיר את פקידי האוצר כשחקנים המשמעותיים ביותר בזירה (47 נשאלים מתוך 47). אולם במאמר זה נטען שהכוח האבסולוטי או אפילו ה"מאג"י שרוב השחקנים בזירה מייחסים לאנשי אגף התקציבים באוצר אינו תמיד כה רב, כפי שנדמה כלפי חוץ. אף שאין חולקים על כך שמשרד האוצר משפיע מהותית על מדיניות הבריאות, לעתים נראה שהשפעתו אינה מכוונת, אינה תמיד הקובעת את המציאות בשטח ובמידה מסוימת מתמססת לא פעם עקב התנהלותו של אגף התקציבים עצמו. אמנם ניתוח כמותי של השינויים שנערכו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי מאז חקיקתו ביוני 1994 (כהן ומזרחי, 2011) מלמד שבין 1997 לסוף שנות ה-90 הצליח האוצר לחולל בו שינויים רבים. אבל מאז רובם המכריע של השינויים תוספתיים מאוד באופיים (שם).

מעניין היה למצוא שאלה שדווקא ניסו להמעיט בכוחו של האוצר ולטעון ש"יש לו השפעה מסוימת" היו בעיקר פקידי האוצר. מבין פקידי האוצר שנשאלו על כך לא היה אף אחד שטען שהאוצר הוא שחקן דומיננטי לחלוטין בהשפעתו. אמנם סביר להניח שהנשאלים המכהנים באוצר יבקשו להמעיט כלפי חוץ בכוחם היחסי, כדי לא לתת תחמושת לאלה הטוענים נגדם, אבל כך השיבו גם אלה שכבר סיימו את תפקידם במשרד. מכאן סביר להניח שאנשי האוצר אינם רואים את הכוח שבידם כאבסולוטי, כפי שמתארים זאת שחקנים אחרים. כך לעתים אין שחקנים חיצוניים מזהים את מגבלות כוחו של האוצר, את העומס הרב המוטל עליו ואת האילוצים הרבים הפועלים גם עליו. מלבד פקידי האוצר, נמצאו עוד שחקנים כבעלי השפעה רבה על מדיניות הבריאות בישראל. הבה נדרגם בלוח 1 לפי סדר הופעתם בתשובות המרואיינים:

לוח 1

השחקנים המשפיעים בזירת מדיניות הבריאות

השחקנים	דירוגם היחסי	מספר המרואיינים שציינו אותם כשחקן	באחוזים
פקידי האוצר	1	47	100%
פקידי משרד הבריאות	2	31	66%
מנהלי קופות החולים	2	31	66%
מנהלי בתי החולים הממשלתיים	3	28	59.6%
הסתדרות הרופאים בישראל (הר"י)	4	27	57.4%
הסתדרות האחים והאחיות בישראל	5	21	44.7%
ארגון עובדי המשק והמנהלה	6	20	42.6%
חברות הביטוח הרפואי ויצרניות התרופות	7	15	31.9%
ועדות הכנסת	8	14	29.8%
שר האוצר	9	8	17%
מערכת בתי המשפט	9	8	17%
ארגוני החולים (צב"י ואחרים)	10	5	10.6%
התקשורת	10	5	10.6%
האקדמיה (כולל המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות)	11	3	6.4%

כפי שניתן לראות בלוח לעיל, משרד הבריאות וקופות החולים נמצאים יחדיו במקום השני מבחינת חשיבותם כשחקן משפיע; כלומר: 31 מתוך 47 נשאלים שנשאלו וענו על כך הגדירו אותם כשחקן משפיע (סך הכול 66%). יש לציין כי רוב הנשאלים ציינו את "כללית" ו"מכבי" כשחקנים משמעותיים יותר והמעוטו בכוחה של "לאומית". עוד חשוב

לציין כי רבים, גם בקופות החולים ובמשרד הבריאות עצמו או כאלה ששימשו שם בתפקידים בכירים, אינם רואים במשרד הבריאות ובקופות שחקנים חשובים ברמת המקרו. כך למשל טוען מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר (ריאיון עם שמר, 13.6.2008), ש"משרד הבריאות אינו רלוונטי" וש"ניתן למחוק אותו" [מרשימת השחקנים המשפיעים על מדיניות הבריאות; נ"כ], וכך גם מבחינתו מנהלי קופות החולים, אשר "כקבוצה הם לא שחקן".

במקום השלישי מדורגים מנהלי בתי החולים הממשלתיים. 28 מהמרואינים שנשאלו וענו רואים בהם שחקן המשפיע על מדיניות הבריאות (סך הכול 59.6%). גם לדירוג זה נמצאו הסתייגויות. אחת מהן היא של מרדכי שני שכהן שתי כהונות כמנכ"ל משרד הבריאות (ריאיון עם שני, 22.4.2008). הוא אמר שהשחקנים העיקריים הם "ארבע קופות החולים, הבריאות והאוצר" ושכל השאר אינם שחקנים משמעותיים, אלא "שחקנים שיכולים להפריע, להתנגד לשינויים, אולם הם לא קובעים מדיניות". שוקי שמר (ריאיון, 13.6.2008) מסכים אף הוא, וטוען כי מנהלי בתי החולים (בדומה למנהלי ארבע הקופות) "כקבוצה הם לא שחקן; רק כסוליסט".

ניתוח פוליטיביסטי זה מספק אישור לטענתו של אסיסקוביץ (2007; 2011) כי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הובילה להיעלמותה של הפוליטיקה המפלגתית והאלקטורלית ממוקדי התהליכים של קבלת ההחלטות במערכת הבריאות. ההסתדרות והפוליטיקאים השונים שתמכו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או התנגדו לו איבדו את מעמדם כשחקנים משמעותיים. את מקומם תפסו שחקנים פקידים: משרד הבריאות, קופות החולים, אך בעיקר הפקידים במשרד האוצר. וכאשר הסוגיות העומדות על הפרק אינן חלק מיחסי העוצמה בין פוליטיקאים או אינן קשורות לנושאים מרכזיים שעל סדר היום הציבורי, הן מועברות לזירה הבירוקרטית, וכוחם של הפקידים עולה.

השחקן הבא בדירוג הוא הסתדרות הרופאים בישראל (הר"י); 28 מהמשיבים לשאלה הגדירו אותה כשחקן משפיע על מדיניות הבריאות (סך הכול כ-57.4%). יש להדגיש שהראיונות נערכו במהלך תקופה ארוכה שבה נמנעה הר"י מלהכריז על שבידת רופאים. גם כאן יצוין כי יש כאלה שאינם רואים בה שחקן משמעותי (שני, 22.4.2008) או לחילופין כזה שהפך משמעותי יותר בעשור האחרון, כפי שמתאר זאת חבר הכנסת חיים אורון, מהפוליטיקאים הבקיאיים ביותר במתרחש בזירה זו (ריאיון, 24.1.2008). לאחר מכן מופיעים מופיעים לפי הסדר הסתדרות האחיות (סך הכול 44.7%) וארגון עובדי המשק והמנהלה (סך הכול 42.6%). אף שרוב המשיבים לא ציינו אותם כשחקן משפיע, בולטת הטענה כי העובדה שהשניים משתפים פעולה זה עם זה, ומאחדים כוחות מדי פעם, הופכת אותם לשחקן בעל עוצמה רבה יותר, כפי שהסביר זאת מי ששימש כרכז בריאות באגף התקציבים באוצר (ריאיון עם קוגן, 3.2.2008). הבאים אחריהם הם חברות הביטוח הפרטיות (סך הכול 31.9%). הפיכתן לשחקן בשנים האחרונות עולה בקנה אחד עם מגמת

ההפרטה המאפיינת את מערכת הבריאות הישראלית (פילק, 2001) ועם העובדה שהחלק הפרטי בהוצאה הלאומית על צורכי בריאות מתמיד לעלות בשנים האחרונות. גם כאשר להן יש שאינם מעריכים את יכולתן לשמש כשחקן משמעותי, למשל מנכ"ל משרד הבריאות בעבר (ריאיון עם שני, 22.4.2008), המסביר כי "גם חברות הביטוח [אינן שחקנים חשובים; נ"כ]. הן רק מנצלות את חולשות המערכת לדברים שטובים עבורן".

השחקן הבא בתור בדירוג הוא ועדות הכנסת (סך הכול 29.8%). ממצא זה מעורר עניין, לאור העובדה שאיש מהמרוויינים לא ציין במפורש את שר הבריאות כשחקן משפיע. סיבה אפשרית אחת לכך היא שיתכן שחלק מהמשיבים לשאלה מזהים אותו תחת משרד האוצר. סיבה אפשרית אחרת היא שהרוב פשוט אינם מעריכים את השר כשחקן משמעותי. בהקשר זה עולה מדברי רוב המרוויינים ההערכה שרוב הפוליטיקאים בישראל אינם מעוניינים בתפקיד שר הבריאות, בשל שיקולי עלות-תועלת (כהן, 2012, עמ' 19).

שר האוצר ובתי המשפט עולים גם הם כשחקנים המשפיעים על מערכת הבריאות (סך הכול 17%). אף שלא הכול מייחסים להם חשיבות, בולטת טענתו של מנכ"ל משרד הבריאות בעבר כי "מאוד מאוד משמעותי [כשחקן; נ"כ] הוא בית המשפט. גם משרד המשפטים והיועץ המשפטי הוא בעל מעמד מאוד חזק. יש דברים שעוברים או לא עוברים לפי רצון היועץ המשפטי" (ריאיון עם ישראלי, 11.11.2008). התקשורת וארגוני החולים (למשל צב"י – צרכני בריאות ישראל) הם הבאים בדירוג, עם מספר דומה של מרוויינים שהשיבו כי הם שחקנים משפיעים (סך הכול 10.6%). לשיעור נמוך בסולם הגיעו האקדמיה (כולל המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות; סך הכול 6.4%), נציבות שירות המדינה, הרשויות המקומיות ומשרד ראש הממשלה (כל אחד 2.1%). אף שהמוסד לביטוח לאומי הוא זה שגובה את מס הבריאות, לא היה אף מרווייין שציין אותו כשחקן משפיע.

שלא במפתיע, אף לא אחד מהמרוויינים ציין את הציבור הרחב בישראל כשחקן בעל השפעה בזירת מדיניות הבריאות. אם כי ממצאים אמפיריים מלמדים שהציבור הישראלי מעוניין להגדיל את מעורבות המדינה באספקת שירותי בריאות, גם בהשוואה לתחומי מדיניות אחרים, ואף מוכן לשלם על כך יותר מסים, על פי רוב אין הציבור הרחב משפיע ישירות על המדיניות החברתית בישראל (כהן, מזרחי ויובל, 2010).

לצד ההבדלים הרבים בעמדות הנשאלים השונים כלפי כוחם היחסי של השחקנים השונים בזירת מדיניות הבריאות, קשה מאוד לאפייין מגמות של הסכמה כלפי כוחו היחסי של שחקן זה או אחר. כך למשל בולטת טענתו של מנכ"ל משרד הבריאות בעבר, כפי שכבר נסקר לעיל, כי הר"י אינה שחקן משפיע, כאשר רוב הנשאלים דווקא מזהים בה שחקן משמעותי מאוד. זה נכון גם בכל הקשור לטענתו של מנכ"ל אחר של משרד הבריאות בעבר, שהובאה אף היא לעיל, כי בית המשפט הוא שחקן משפיע בזירת מדיניות

הבריאות, טענה ההולמת את השפעתו בתחומי מדיניות ציבורית אחרים (מזרחי ומידני, 2006), בעוד רוב הנשאלים האחרים כלל לא ציינו אותו ככזה. אחת התובנות שאולי ניתן ללמוד ממגמה זו היא שמדיניות הבריאות היא אחד מתחומי המדיניות הגדולים והמורכבים ביותר, ולכן קשה לאפיין את כלל השחקנים המשפיעים עליה, כמו גם את השפעתו היחסית של כל שחקן. תובנה אפשרית אחרת היא שתרומתם של שחקנים שונים לתוצאות מדיניות הבריאות משתנה בהתאם לתקופה, למאפייניהם האישיים ולמיקומו ההיררכי או הארגוני של המעריך.

מגמה שלישית: חסר אמון בסיסי בין השחקנים השונים – בין פוליטיקאים לפקידים, בין פקידים לפקידים וכן הלאה. ההנחה הרווחת היא שהאוצר, כשחקן הדומיננטי, נוהג בכוחנות, חוסר שקיפות וחוסר שיתוף בכל הקשור לעיצוב מדיניות הבריאות. התפיסה הכללית היא כי השפעתם של הפקידים במשרד האוצר גדולה משל השר העומד בראשם, וכי על מנת ששר אוצר יוכל לעצור אותם, נדרשים שני תנאים יחדיו: שר בעל עוצמה פוליטית גדולה וגיבוי של ראש הממשלה. חלק גדול מעוצמתו של האוצר טמון בחולשתם של הפוליטיקאים ובאי היציבות הפוליטית. כלומר: רוב כוחו של האוצר מתאפשר על ידי העדר נוכחות פוליטית דומיננטית שתאלצו ליישם את מדיניותה. בהקשר זה, רוב המרואיינים מעריכים כי כוחו היחסי של משרד הבריאות כמעצב מדיניות הוא קטן, אם כי לעתים ביכולתו להשפיע. עוד עולה שרבים מהמרואיינים מזהים את משרד הבריאות כ"שלוחה" של משרד האוצר, ש"ישרה איתו קו" בשנים האחרונות.

מגמה רביעית: מדברי רוב המרואיינים עולה הסכמה על כך שבשנים האחרונות חלו נסיגה וצמצום באופי הציבורי של שירותי הבריאות בישראל, והם מצביעים על המגמה המתמשכת של הפרטת מערכת הבריאות. המיעוט החולק על טענה זו מונה בעיקר פקידים מהאוצר.

אגף התקציבים באוצר – בין אידיאולוגיה לאינטרסים

אגף התקציבים פועל כיחידה מקצועית ומרכזית בתוך משרד האוצר ואחראי על קביעת המדיניות הכלכלית של הממשלה. ככזה, מצטייר האגף לא פעם כגוף אוטונומי שלא תמיד פועל בהתאם לרוח מנכ"ל משרד האוצר עצמו. העומס היומיומי המוטל על פקידים אלה הוא רב, והם חשופים לקיתונות של ביקורת, לא תמיד מוצדקת, שמפנים לעברם פוליטיקאים, פקידים שונים, קבוצות אינטרס שונות ושחקנים חוץ-ממשליים אחרים. העומס הרב המוטל על אגף התקציבים אף הביא בתחילת שנת 2011 בכירים באוצר לקרוא לבצע בו שינוי מבני נרחב. הטענות שהעלה מנכ"ל משרד האוצר עצמו הן כי

למהלכיו של המשרד אין גיבוי מחקרי אסטרטגי מספיק וכי אין משרד האוצר יכול להסתפק ביעוץ הכלכלי של אגף התקציבים בלבד. הטענה היתה שמכיוון שאגף התקציבים קטן מדי, אין לו מסה קריטית, ולכן השפעתו על עבודת האוצר קטנה מדי (בסוק, 2011).

רבים מתפקידי המפתח במשרד האוצר ובכללם התפקיד החשוב של הממונה על התקציבים הם מינוי פוליטי. כך מבין 18 משרות מקצועיות בכירות שבשל רגישותן הרבה ומאפייניהן המיוחדים הופטרו מחובת המכרז, אם על פי חוק המינויים ואם בהוראה מפורשת בחוקים אחרים, חמישה נושאי משרות, ומלבדם גם מנכ"ל המשרד, הם דה פקטו סוג של מינוי פוליטי, אף שהם מחויבים בוועדת איתור (הולנדר, 2008, עמ' 14-16).

רבים מפקידי האגף הם אנשים מוכשרים הרואים בתפקידם שילוב של שליחות ציבורית והזדמנות לקדם את הקריירה המקצועית שלהם. ראיונות אישיים שאנשי האגף המכהנים עורכים למועמדים לעבודה הם שלב חשוב המשפיע על גיוס מועמדים חדשים. יחד עם זאת, גם אם הטענה היא שאידיאולוגיה וערכים בלבד הם המכתיבים את פעילותם של כלל הפקידים באוצר (ריאיון עם קוגן, 2008.3.2), הרי שלפחות חלק מהפקידים הצעירים רואים בתפקידם באוצר מקפצה להמשך דרכם המקצועית (ריאיון עם פרידמן, 2008.2.26). שימור וחיזוק עוצמתו הפוליטית של המשרד, כפי שמוסבר בהמשך, נתפסים כמניע חשוב בפעילותו (אבולעפיה, 2008, עמ' 68). כפי שמסביר זאת בכיר במשרד הבריאות, הקריטריונים להערכת איכות תפקודו של הפקיד באוצר לא תמיד מתרכזים בתרומתו לרווחת הציבור, אלא מבוססים על מדדים שונים, כגון דירוג האשראי של ישראל על פי חברות שונות, הנמדד בצמצום גירעונות (ריאיון עם לבנטל, 2008.9.3). לכן מרכזים הפקידים את מרב מאמציהם בטיפול בנתונים אלה, ולא דווקא תמיד במקסום רווחת הציבור.

מכאן עולה אחת מהבעיות המרכזיות בכל הנוגע ליחסי העוצמה של השחקנים בזירת מדיניות הבריאות בישראל: בהמשך לרציונל המובא במודלים שפיתחו פלטצמן (Peltzman, 1976) וסטיגלר (Stigler, 1971), אשר נסקרו לעיל, ועל רקע בעיות קשות של אי-משילות (כהן, 2011) והעובדה שלא תמיד יש קבוצות אינטרס מאורגנות ואפקטיביות, המציפות מידע נגדי, אי האיזון היחסי ביחסי הכוחות בין השחקנים בזירה לטובתם של אנשי האוצר עשוי לעתים להתרגם לכשל ממשל. העובדה שרבים מפקידי האוצר יודעים שבעתיד יעברו לתפקידים שונים במגזר הפרטי עשויה ליצור, לפחות אצל חלק מהם, ניגוד אינטרסים. לא מעטים מאנשי האוצר מצהירים בעצמם בפומבי כי "בעוד חמש עד עשר שנים" יהיו מעוניינים לעבוד במגזר הפרטי (דגן, 2008). סביר אפוא להניח שככל שיבקשו למלא את תפקידם נאמנה ובאופן שמשרת מבחינתם את רווחת הציבור, הם גם ישאפו לעמוד ביעדים שאותם יעריכו מעסיקהם לעתיד. במגזר הפרטי, על פי רוב, רווחת הציבור אינה הקריטריון הראשון המשקף את הצלחת העובד ובוודאי לא היחיד. לא

רק שלמגזר הפרטי אין העניין או קנה המידה להעריך את טיב עבודת אגף התקציבים בהקשר של התועלת שהביא למערכת הבריאות, אלא שלעתים קרובות יהיו ניגודי אינטרסים בין רווחת הציבור הרחב לבין קבוצות אינטרס כלכליות של בעלי חברות פרטיות. חובה להדגיש כי דפוס זה כמובן אינו ייחודי לאנשי האוצר בישראל, והוא חלק מהמציאות האנושית. הבעיה, במקרה זה, היא הא-סימטריה המוגזמת ביחסי הכוחות לטובתו של האוצר.

מאז 1985 גבר כוחו של האוצר, והוא הפך לשחקן הדומיננטי בזירת המדיניות הציבורית בישראל (בן בסט ודהן, 2006). אחד ממקורות העוצמה העיקריים של המשרד הוא כוחו החוקי והתקנוני להתערב בנעשה בתוך תקציבי המשרדים – בהעדר הסמכות של שאר המשרדים לשנות סעיפים או להעביר תקציבים מסעיף אחד לסעיף אחר בתקציבם. למרות חששם המסורתי של פקידי משרד האוצר מחוק ביטוח בריאות ממלכתי (ריאיון עם ליפשיץ, 26.11.2007), מאז חקיקתו חיזק האוצר את מעמדו כשחקן החזק ביותר בזירת הבריאות (Horev & Babad, 2005). אמנם אנשי האוצר מגדירים עצמם כ"שותף מוביל" בעיצוב מדיניות הבריאות בישראל (ריאיון עם קוגן, 2.3.2008), אבל למעשה פוליטיקאים ופקידים שונים רואים במשרד את השחקן הדומיננטי ביותר והמשפיע ביותר על מערכת הבריאות בישראל (ראיונות עם אורון, 24.1.2008; בלשר, 10.2.2008; בן-נון, 4.12.2007; סנה, 26.2.2008; רמון, 2.3.2008); זאת אף שהוא מוגבל לעתים בידי אילוצים שונים, כגון דעת קהל (שני, 22.4.2008) או סנקציות של ועדת הכספים בכנסת (ריאיון עם גיסין, 2.11.2008).

ממצא מעניין שעולה בהקשר זה הוא שחלק מכוחו של האגף נובע גם מהתרבות הארגונית שלו. התפיסה היא שעל פי רוב אנשי אגף התקציבים "מדברים בקול אחד" וכי גם אם יש חילוקי דעות ביניהם, "ברגע שמתקבלת ההחלטה כולם מיישרים עמה קו" (ראיונות עם פרידמן, 26.2.2008; קוגן, 2.3.2008). משרד הבריאות, לעומת זאת, נתפס פעמים רבות, גם לדעת חלק מאנשיו, כמי "שאינו תמיד משדר בקול אחד" (ריאיון עם פרוסט, 16.3.2008). עם זאת, כאמור, אנשי האוצר נחלו לאורך השנים גם כישלונות רבים בהעברת יוזמות שהעריכו אותן כחשובות, לעתים גם על חודו של קול (ריאיון עם פלץ, 1.1.2009).

מדיניות תוספתית ותקציב תוספתי היו, לאורך השנים, הדומיננטיים ברוב המדינות, כולל ישראל (גל-נור, 2007, עמ' 139). בדומה לכך משתנה תקציב הבריאות משנה לשנה בשוליים בלבד (ראיונות עם ליפשיץ, 26.11.2007; פרידמן, 26.2.2008; קוגן, 2.3.2008). על כן טוענים אנשי אגף התקציבים שהם יכולים "לשחק" רק בארבעה-חמישה אחוזים מהתקציב (ריאיון עם פרידמן, 26.2.2008). ועדיין, גם אם אין בידי כוח מוחלט, הרי שיכולתו של האוצר להשפיע על המערכת בתחומים שונים היא אדירה (ריאיון עם גנור, 22.11.2007). בראיונות שנערכו עמם מדמים אנשי האוצר את פעילותם מול מערכת

הבריאות ל"היגוי של ספינת משא כבדה" (ראיונות עם פלץ, 1.1.2009; פרידמן, 26.2.2008; קוגן, 2.3.2008). בשל מורכבותו של שוק הבריאות, רמת תחכום של השחקנים, למידתם המהירה והפוטנציאל של כל שינוי להוביל לתוצאות לא צפויות (ראיונות עם פלץ, 1.1.2009; פרידמן, 26.2.2008; קוגן, 2.3.2008), ניתן לצפות שהשינויים המוצלחים ביותר יהיו על פי רוב התוספתיים. כך למעשה מצמצמים (או שאינם מעדכנים) אנשי האוצר את תקציבי מערכת הבריאות בדרך של ניסוי וטעייה, תוך בדיקת סף הסיבולת של המערכת (ריאיון עם מאור, 18.10.2007). הצמצומים נעשים ב"שיטת הסלמי" (ריאיון עם סנה, 26.2.2008), כאשר הטענה היא שאין הוכחה שמערכת הבריאות אינה נהנית מ"שומנים עודפים" (ראיונות עם ליפשיץ, 26.11.2007; פלץ, 1.1.2009; פרידמן, 26.2.2008; קוגן, 2.3.2008). כך אין משרדי הבריאות והאוצר מגיעים להסכמה על מדיניות לאומית, כפי שניתן היה לצפות שיתרחש במדינה מתוקנת (Chernichovsky, 2005, p. 5).

תפיסת העולם הרווחת באוצר, באשר למדיניות הבריאות הרצויה והמהלכים הרצויים ברמת המקרו בנוגע למערכת הבריאות, כפי שעולה מראיונות עם אנשיו, מושתתת על יסודות של כלכלה חופשית ניאוליברלית (ראיונות עם בר סימן-טוב, 4.5.2009; פרידמן, 26.2.2008; קוגן, 2.3.2008). המשבר הכלכלי הגדול שפקד את ישראל בשנות ה-80 המוקדמות של המאה שעברה, בחלקו בשל העדר פקידים נחושים במשרד האוצר שיתייצבו מול פוליטיקאים בזבזנים וחסרי אחריות תקציבית, הוסיף ל"זיכרון הארגוני" של האגף מספר "לקחים" ותובנות. לדוגמה: נאמר כי על מנת לא לחרוג ממסגרת התקציבית, כפי שכבר אירע לאגף בעבר (חורש, 2009), "צריך לשרד נחישות עד גבול האטימות", כי "חייבים, לטווח ארוך, להעביר מסר למערכת שנתפס כמסר אמין שאין טעם לשבור הסכמים ולהגיע לירושלים". כמו כן חובה לזכור כל העת ש"כמנוף לשיפור וייעול, צריך כל הזמן ליצור על המערכת לחץ תקציבי" (ריאיון עם פלץ, 1.1.2009).

חוק ההסדרים והשפעתו על תהליך התקצוב

מאז ינואר 1995 הולאם למעשה מנגנון הגבייה והתקצוב של מערכת הבריאות הישראלית. תהליך תקצוב ריכוזי זה מכתוב, למעשה, שליטה חזקה של הממשלה בכל הקשור למימון מערכת הבריאות. יתר על כן, ביטולו של מס מקביל בשנת 1997 הגדיל בצורה משמעותית את שליטתם של הממשלה ומשרד האוצר במימון מערכת הבריאות (ריאיון עם בן-נן, 4.12.2007). נקודת התורפה של החוק היתה העדר ההסכמה אם על הנוסחה לעדכון הסל לכלול עדכונים אוטומטיים בעקבות השתנות מחירים, התפתחות טכנולוגית או גידול

והזדקנות אוכלוסין. משרד האוצר ניצל את העמימות הקיימת על מנת לשחוק את מקורות הסל, כחלק ממגמה כללית של צמצום המשאבים המופנים לאפיקים חברתיים (אבולעפיה, 2008).

אחד המוסדות החזקים ביותר המשפיעים על עיצובו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא חוק ההסדרים (שפרלינג וכהן, 2012). בסקירתן מראות מאור ובר ניר (2008, עמ' 103-104) שבאופן כללי (בכלל תחומי המדיניות והמשק) הורחב השימוש בחוק ההסדרים בין השנים 1997-1999 וביתר שאת בין השנים 2002-2005. כלי זה משיג עבור האוצר תוצאות מהירות תוך זמן קצר, בעיקר מכיוון שהחוק עובר כמקשה אחת, ואי העברתו בכנסת משמעותה אי אמון בממשלה ופיזור, עניין שפוליטיקאים על פי רוב נרתעים ממנו. מאז אישור חוק ביטוח בריאות ממלכתי בכנסת ועד ה-1 בנובמבר 2008 נערכו בו 410 עדכונים (שינויים בחוק), 276 מתוכם על ידי חקיקה דרך פרק הבריאות בחוק ההסדרים (כהן, 2010, עמ' 88-89).

חוק ההסדרים הוא אחד מכלי המדיניות החשובים שיש בידי משרד האוצר. מכיוון שאי-אישורו פוגע קשות בקואליציה הממשלתית, מופעל על הפוליטיקאים לחץ רב להעבירו, אף שהוא מציע שינויים מבניים שראוי שיידונו באופן מעמיק יותר בכנסת (shalev & chinitz, 1997). לידתו של מוסד זה, כחלק מ"תוכנית הייצוב" של 1985 (נחמיאס וקליין, 1999, עמ' 7), הושפעה גם מהתרבות הפוליטית הרווחת ומפעילותם של "יזמים פוליטיים" בנושא (Meydani, 2008).

אף שפורמלית אין כל עבירה על החוק בתהליך חקיקת החוק, פוליטיקאים ופקידים רבים רואים בחוק זה חוק אנטי דמוקרטי, ובטקטיקות הנלוות אליו, שנוקט אגף התקציבים, הם רואים אקט אשר שאינו "כשר למהדרין" בלשון המעטה (ראיונות עם בן-נון, 4.12.2007; גלנטי, 23.3.2008; גפני, 1.5.2008; סנה, 26.2.2008). בדומה כתבו אבנימלך ותמיר (2002) מסמך האשמה חריף (גם) כנגד פקידי האוצר, שמסתירים מידע, מציגים נתונים מגמתיים ושוחקים את תקציבי הרווחה, כדי לנטרל את הנזק שגרמו לדעתם המחוקקים. באחד משיאי המשבר במאי 2009 אף איימה הר"י לנקוט צעדים משפטיים אישיים נגד אנשי האגף (ניב, 2009). תהליכי החקיקה הנלווים לחוק זה מתוארים כחפוזים ובלתי ראויים (סיני, 2002), כפוגעים בעקרון הפרדת הרשויות ובעיקר בעקרון ההשתתפות של חבר הכנסת בתהליך החקיקה (וסרמן, 2007). בבג"ץ ארגון מגדלי העופות בישראל, אגודה חקלאית שיתופית בע"מ, נגד ממשלת ישראל (4885/03) נקבע: "השימוש במנגנון חקיקה מזוהז, המשמש חוקים כלכליים שונים [חוק ההסדרים; נ"כ], מעורר בעייתיות רבה מבחינת ההליך הדמוקרטי התקין. [...] מדובר בהליך חקיקה שמקשה מאוד על קיומו של דיון מעמיק וממצה, ואשר פוגע ביכולתם של מקבלי החלטות בממשלה ובכנסת לגבש עמדה מבוססת לגבי כל אחד מהנושאים המופיעים בהצעת החוק." בבג"ץ הר"י נגד היועץ המשפטי לממשלה (4927/06) נכתב בין היתר כך: "המקרה דנן [הקביעה בחוק

ההסדרים ולפיה בהתאם להוראות שיקבע שר הבריאות יהיה רוקח רשאי לנפק תכשיר מרשם שלא על פי מרשם חתום בידי רופא; נ"כ] אכן מלמד על הליכי חקיקה שאינם נאותים ומצביע על הצורך לפעול לצמצום השימוש בחוק ההסדרים למטרות שלא לשמן נועד.

אחת הטקטיקות הנפוצות בעניין זה היא להכניס בכל שנה שינויים שהשחקנים האחרים מכנים אותם "עזים". כך, בכל שנה, בעת דיוני התקציב, מניח האוצר לפני הממשלה שורה של הצעות שחלקן לפחות הוכנסו כדי לשמש בסיס למשא ומתן עם השרים ועם חברי הכנסת ובסופו של דבר הן מנופות. הכוונה היא שהשחקנים השונים יפנו את מאמצייהם לניפויים של סעיפים "בעייתיים" אלה ויעבירו סעיפים אחרים שבהם בעצם חפצים פקידי האוצר (בלשר, 10.2.2008). שינויים אלה בחלקם אינם שינויים תוספתיים, אלא שינויים מבניים גדולים, דוגמת ההצעה בשנת 2008 להקים קופת חולים חמישית למטרות רווח, ההצעה לביטול הסל האחיד ועוד. טקטיקה אחרת של אנשי האוצר, כפי שעולה מדברי המרואיינים, היא להכניס סעיפים שנדחו בשנים קודמות להצעת חוק ההסדרים החדש (ופנר, 10.2.2008). בפועל, כל אחד מהשחקנים האחרים (פוליטיקאים, פקידים או קבוצות אינטרס שונות אחרות) "נשכב על הגדר" בכל הקשור לניפוי או שינוי סעיפים החשובים בעיניו; סעיפים שנותרים מיותרים ו"חסרי הגנה" נכנסים בסופו של דבר לחוק.

עוד טקטיקה שנוקט האוצר לעתים תכופות היא תשלומי "אתנן פוליטי" לשחקנים האחרים – בעיקר לפוליטיקאים – כדי שיתמכו בחוק. בהקשר זה, הסתרת מידע ואספקת מידע חסר לפוליטיקאים שונים עולות כדפוס דומיננטי ביחסי הגומלין שבין הפקידים באוצר לפוליטיקאים. מתוך דברי המרואיינים עולה כי בתהליך העברת חוק ההסדרים "נסגרים דילים" חשאיים תוך הסתרת מידע, כשהמטרה היא להעביר את החוק כולו, כמקשה אחת, בתמורה להטבות כספיות בנושאים ספציפיים (ראיונות עם אורון, 24.1.2008; אלדד, 18.5.2008; בלשר, 10.2.2008; גפני, 1.5.2008; ופנר, 10.2.2008; לבנטל, 3.9.2008; סנה, 26.2.2008).

טענות רבות הועלו גם בנוגע להיבטים פרוצדורליים שונים הנלווים לחקיקתו של החוק. אחת הטענות הנפוצות היא כי מועד פרסומו ואופן פרסומו אינם מאפשרים לפוליטיקאים להיערך לקראתו כראוי ולהגיב עליו. בכך מבססים פקידי האוצר בינם לבין פוליטיקאים שונים יחסי גומלין המושתתים על העדר שקיפות ועל "מחטפים". בהקשר זה העלתה באפריל 2009 חברת הכנסת מטעם מפלגת העבודה, שלי יחימוביץ, את הטענה כי "האוצר מקפיד לחלק את החוק רק באמצעות פקס ולא בקובץ מחשב נגיש לעבודה. משרדי הממשלה מקבלים רק את הטיוטה הנוגעת אליהם, ובכך האוצר מונע מהשרים לראות את התמונה הכוללת" (אזולאי, 2009).

ואולם על אף הביקורת הרבה המושמעת כלפי חוק ההסדרים מתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה, מעניין למצוא, שמבקרי החוק משתמשים בו גם הם לעתים. לא פעם אנשי משרד הבריאות, קופות החולים, הר"י ואחרים, המעוניינים לקדם חוקים ויוזמות שונים, שולחים אותם לאוצר, כדי שזה יצרפם לחוק ההסדרים. מדובר בעיקר ביוזמות שלהערכתם יקשה או יהיה בלתי אפשרי להעביר בערוצים המקובלים או כאלה שלהערכתם יהיה לאוצר אינטרס לקדמן (ראיונות עם ישראלי, 11.11.2008; פרידמן, 26.2.2008; קידר, 16.9.2008). אם כי מחקר זה לא העלה אינדיקציות לכך, לא מן הנמנע הוא שגם פוליטיקאים נוקטים פעולות אלה.

הקושי בהעברת היוזמות בערוצים המקובלים והמוטיבציה לפנות לערוץ זה נובעים מהתנאים המבניים הבעייתיים שבהם שחקנים אלה פועלים. מיטיב להסביר זאת אחד מבכירי משרד הבריאות עצמו:

החקיקה הרגילה מאוד מתסכלת, ואתה אומר: "למה לי ללכת על זה? אם אני עובר את המשוכה של משרד האוצר, נגמר הסיפור." [...] זהו [חוק ההסדרים; נ"כ] חוק שמשרד הבריאות עצמו משתמש בו. [...] כשאנחנו רוצים להעביר דברים דרך האוצר [...], זה משהו שאפשר להעביר דרכו בתוך שבעה-שמונה חודשים. אם היינו הולכים בחקיקה רגילה, זה לוקח שנתיים, שלוש, ותאר לעצמך שכל פעם מתחלף שר, מתפרקת ממשלה או יו"ר ועדה וצריך שוב להסביר הכול מחדש (ריאיון עם ליפשיץ, 12.10.2008).

אחת הטענות ששבים ומשמיעים שחקנים שונים בזירת מדיניות הבריאות נוגעת לאי השיטתיות של האוצר ומצביעה על כך, שרוב הפעולות שהוא יוזם "נשלפות" לא פעם ללא תהליך חשיבה מסודר וארוך טווח. פוליטיקאים ופקידים רבים טוענים שהקיצוצים התוספתיים הרבים בתקציב מערכת הבריאות בישראל אינם תוצאה של תהליך ארוך טווח מתוכנן, אלא יותר של ניסיונות והחלטות אד-הוק קצרות טווח של פקידים שונים (ראיונות עם אורון, 24.1.2008; גפני, 1.5.2008; ישראלי, 11.11.2008; שני, 22.4.2008; שרף, 5.6.2008). גם מבקר המדינה שותף לתפיסה זו של חסרונה של מדיניות מתוכננת ארוכת טווח באוצר ובמערכת הבריאות. בהתייחסו להגדלת אי השוויון במערכת הבריאות טען המבקר כי "בתהליך הדרגתי שלא היה פרי מדיניות מכוונת ולא ראייה כוללת חלה ירידה גדולה בשיעור המימון הציבורי בתחום הבריאות, ובד בבד תשלומי החולים הולכים וגדלים" (דוח מבקר המדינה לשנת 2007, 2008, עמ' 422).

העובדה שהשחקן המוערך כדומיננטי ובעל העוצמה הרבה פועל לדעת המרואיינים באופן אקראי ולא מתוכנן משפיעה אף על התנהגותם של שאר השחקנים בזירת מדיניות הבריאות. כך אומר יועץ משפטי במשרד הבריאות:

זה שהמערכת מתנהלת בצורה כזו [יוזמות שונות של האוצר ושל אחרים, המגיעות ללא תכנון ומחשבה מסודרים; נ"כ] גורם גם לי לפעול בצורה של מחטפים. [...] האילוצים שמסביב מכתבים לי לפעול בצורה כזו. [...] לכן אני מנסה להשיג דברים כאן ועכשיו ולא לחשוב לטווח ארוך. [...] אני לא יודע מה יהיה בעוד שנה. [...] ככה אנחנו מתחילים להתייחס לדברים בצורה לא שיטתית (ריאיון עם סמוך, 3.9.2008).

מתיאור זה עולה כי שחקנים בזירת מדיניות הבריאות רואים את פעילותו של משרד האוצר ככוללת לא פעם קבלת החלטות ונקיטת יוזמות חד-צדדיות, שתכליתן להשיג מטרת קצרות טווח על פי רוב, תוך אי כיבוד והתעלמות, פעמים רבות, מנהלים ומסדרי ממשל תקינים. העובדה שגם שחקנים אחרים בזירה מנסים להשתמש בכלי זה מלמדת כי התנהלות זו היא חלק אינטגרלי מההתנהגות הפוליטית של רוב השחקנים בזירת מדיניות הבריאות.

סיכום ודיון

מאמר זה הציג תמונת מצב של יחסי הכוחות בין השחקנים השונים בזירת מדיניות הבריאות בישראל, בהתבסס על עמדותיהם כמו גם על עמדותיהם של חוקרים. התבססותו של המאמר על דגימת נוחות, גדולה ככל שתהיה, מחייבת התייחסות זהירה לנתונים המובאים בו. ממצאי המחקר מצביעים על הפקידים במשרד האוצר כשחקנים הדומיננטיים ובעלי העוצמה הרבה ביותר בזירה. אלא שהמאמר טוען כי כוחם של אלה אינו מוחלט, כפי שגורסים רבים. אחת הסיבות לכך היא התנהלותו הכוחנית של האוצר, המעוררת עליו ביקורת המחלחלת לאטה גם לציבור הרחב. שחקנים חשובים אחרים שאיתר המחקר הם פקידי משרד הבריאות, מנהלי קופות החולים, מנהלי בתי החולים הממשלתיים, ראשי הר"י, ראשי הסתדרות האחיות וארגון עובדי המשק והמנהלה, בעלי חברות הביטוח, חברי ועדות הכנסת, שרי האוצר ושופטי בתי המשפט בערכותיהם השונות.

נמצאו הבדלים מהותיים בין תפיסות השחקנים השונים את המציאות, גם כאשר הם משתייכים לאותה קבוצה או לאותו ארגון. כך למשל בעוד פקידי האוצר רואים בקופות החולים מערכת פרטית או כזו האמורה להיות פרטית, פקידי משרד הבריאות מחשיבים אותן כמלכ"רים או אפילו כגופים ציבוריים. מלבד זאת נמצאו, כמפורט, פערים בין הפרשנויות של המרואינים השונים למציאות הנתונה וכן בין תפיסותיהם בדבר מהות המצב האידיאלי שיש לשאוף אליו. למרות ההבדלים הרבים בעמדות הנשאלים כלפי

כוחם היחסי של השחקנים השונים בזירת מדיניות הבריאות, לא הצליח המאמר לאפיין מגמות של הסכמה בנוגע לכוחו היחסי של שחקן זה או אחר. כך, למשל, חלק מהשחקנים אינם רואים את הר"י או את בתי המשפט כשחקנים משפיעים וחלקם כן. אחד ההסברים שהציע המאמר לכך הוא שמדיניות הבריאות היא אחד מתחומי המדיניות הגדולים והמורכבים, ולכן קשה לאפיין את כלל השחקנים המשפיעים עליה או את השפעתו היחסית של כל שחקן. הסבר אחר היה שתרומתם של שחקנים שונים לתוצאות מדיניות הבריאות משתנה בהתאם לתקופה, למאפייניהם האישיים של השחקנים ולמיקומו ההיררכי או הארגוני של המעריך.

מגמה אחרת שעלתה, ואין להמעיט בחשיבותה, היא חוסר האמון הבסיסי השורר בין השחקנים השונים – בין פוליטיקאים לפקידים, בין פקידים לפקידים וכן הלאה. מאפיין בעייתי זה משפיע מאוד בכל הנוגע לאינטראקציות בין שחקנים שונים בזירת המדיניות הציבורית ובעיקר ביחסי הגומלין בין הפוליטיקאים לפקידים. ההנחה הרווחת היא שהאוצר, כשחקן הדומיננטי, נוהג בכוחנות ובחוסר שיתוף בכל הקשור לעיצוב מדיניות הבריאות. אי האמון של השחקנים השונים, כמו גם ההערכה כי ערוצי ההשפעה הפורמליים חסומים לפנייהם, מוביל רבים מהם להשתמש באסטרטגיות בלתי פורמליות ועוקפות ממשל, המאופיינות לא פעם באי כיבוד חוקים ונהלים, כפי שנטען זה מכבר (כהן ומזרחי, 2010; שפרלינג וכהן, 2011; 2012; Cohen & Mizrahi, 2011).

הטענות העיקריות המופנות כלפי הפקידים באגף התקציבים מתמקדות בשימוש הנרחב בחוק ההסדרים ובהיבטים הפרוצדורליים השונים הנלווים לחקיקתו. חוק זה עלה בספרות זה מכבר כבעל השפעות נרחבות על חוק ביטוח בריאות ממלכתי (חורב, 2004). ממצאי המחקר מלמדים כי גם בימינו הוא ממשיך לשמש את אנשי אגף התקציבים ככלי מדיניות אפקטיבי. בכל הקשור לאינטראקציות בין פוליטיקאים לפקידים, מצטייר החוק ככלי המסייע לפקידים באוצר להסתיר מידע ו"להתמקח" עם פוליטיקאים שונים. הוא פוגע בהליכי ממשל תקינים ובשקיפות בכל הקשור לתהליך התקצוב הציבורי. המאמר הוסיף ופירט מספר טקטיקות שנוקטים פקידי אגף התקציבים, כמו הסתרה, העדר שקיפות, שימוש ב"ספינים" או ב"עזים" בתהליך התקצוב, מתן "אתנן פוליטי" לשחקנים אחרים, יצירת "דילים" חשאיים ועוד. התנהלות זו של אגף התקציבים תורמת לאי האמון הכבד השורר בין השחקנים השונים בזירת מדיניות הבריאות. בסביבה של אי אמון ותחת תנאים מבניים המכתיבים ריכוזיות ועוצמה רבה לפקידים באוצר, נוטים השחקנים האחרים בזירת מדיניות לחפש פתרונות אחרים, כדי לקדם את המדיניות הציבורית הרצויה בעיניהם. כך, למשל, על אף הביקורת הרבה המושמעת כלפי החוק מתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה, עולה כי לא פעם משתמשים בכלי זה גם אלה המבקרים אותו עצמם.

לא ניתן לסיים את המאמר בלי להדגיש כי על אף הביקורת הרבה המופנית כלפיו, לאגף התקציבים יש גם תרומה משמעותית לרווחה החברתית בישראל. ראוי לזכור שהיחלשות

גדולה מדי של אגף זה, שרבים מייחלים לה, פירושה אף הוא סוג של חוסר איזון ביחסי הגומלין שבין פוליטיקאים לפקידים, אלא שהפעם לכיוון ההפוך. ואז כפי שקרה כבר בעבר, כשפוליטיקאים פועלים למקסם את רווחתם של מגזרים וקבוצות מסוימים שיבחרו בהם, המשמעות של אגף תקציבים חלש מדי, אשר אינו מצליח לעמוד בפרץ, היא פגיעה מהותית ברווחה החברתית. כספי ציבור רבים עשויים להתבזבז בצורה בלתי אחראית ובהתאם לשיקולים פוליטיים-מגזריים. ולמרות זאת, חוסר האיזון הבלתי סביר הרווח כיום לטובתם של פקדי האוצר פוגע בערכים חברתיים חשובים, ברווחה החברתית ולטווח הארוך אף ביעדים כלכליים (גבאי, 2009). העובדה שרוב הפקידים האלה יהיו קשורים בעתיד עם אינטרסים של קבוצות כלכליות חזקות מהמגזר הפרטי טומנת בחובה פוטנציאל בעייתי מאוד.

ההמלצה שיש לגזור אפוא מניתוח זה היא שכדי לשפר את הרווחה החברתית, חובה לשפר את האיזון ביחסי הכוחות בין השחקנים בזירת המדיניות. עניין זה עלה במקומות אחרים בעולם, ואין סיבה שלא יהיה נכון גם במקרה הישראלי. אם כן, אין בשום אופן לשאוף לבטל או לפגוע מהותית בכוחו של אגף התקציבים, אלא רק להחזיר את עוצמתו לממדיה הראויים.

מקורות

- אבולעפיה, ר' (2008). יותר משלוש מאות תיקונים לחוק באמצעות חוק ההסדרים. ארץ אחרת, 43, 66-71.
- אבנימלך, מ' ותמיר, י' (2002). רווחה מתקתקת: הכלכלה והפוליטיקה של הרווחה בישראל. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- אזולאי, י' (2009). "ח"כ שלי יחימוביץ' העלתה לאינטרנט את טיוטת חוק ההסדרים; 'אוסף פרוע של החלטות אלימות'", אתר "הארץ":
<http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/1081830.html>. (01.05.2009)
- אסיסקוביץ, ש' (2007). גישת הפוליטיקה הביורוקרטית ומדינת הרווחה הישראלית. ביטחון סוציאלי, 75, 39-64.
- אסיסקוביץ, ש' (2011). לחיים יש מחיר: הכלכלה הפוליטית של רפורמת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל. ירושלים: הוצאת הספרים ע"ש י"ל מאגנס.

בג"ץ ארגון מגדלי העופות בישראל אגודה חקלאית שיתופית בע"מ נגד ממשלת ישראל (4885/03).

בג"ץ ההסתדרות הרפואית בישראל נגד היועץ המשפטי לממשלה (4927/06).
בן בסט, א' ודהן, מ' (2006). מאזן הכוחות בתהליך התקצוב. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

בסוק, מ' (2011). מנכ"ל האוצר פועל להקמת אגף חדש במשרד. אוחזר מ-
<http://www.themarket.com/markets/1.596604>

גל-נור, י' (2007). מינהל ציבורי בישראל, התפתחות, מבנה, תפקוד ורפורמות. ירושלים: אקדמון.

גבאי, י' (2009). כלכלה פוליטית: בין מראית עין כלכלית למציאות כלכלית. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

דגן, ל' (2008). הצעירים המבטיחים של מגזין THE MARKER – נבחרי הציבור. אוחזר מ-

http://www.themarket.com/tmc/article.jhtml?ElementId=ev20080910_1238

הולנדר, ש' (2008). עקרונות יסוד וכללי מינהל בשירות המדינה. ירושלים: נציבות שירות המדינה.

וסרמן, ג' (2007). הוות דעת משפטית בנושא: איסור על הכללת תרופות מצילות חיים ומאריכות חיים בתכניות לשירותי בריאות נוספים (תוכניות השב"ן). אתר האגודה לזכויות האזרח בישראל:

<http://www.acri.org.il/pdf/mashlimim1.pdf>

חורב, ט' (2004). השתקפותה של מדיניות בריאות בראי החקיקה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

חורש, ה' (2009). עלייתו ונפילתו של נער האוצר. אוחזר מ-
<http://www.nrg.co.il/online/1/ART1/890/994.html?hp=1&loc=60&tmp=8447>

כהן, נ' (2012). יזמי מדיניות ועיצוב מדיניות ציבורית: המקרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ביטחון סוציאלי, 89, 5-42.

כהן, נ' (2011). מדינת הרווחה, מדיניות ציבורית ו"אי-משילות": המקרה של בית החולים באשדוד. בתוך ה' זובידה וד' מקלברג (עורכים), רפורמות שלטוניות: מחקרים בפוליטיקה ישראלית (ד') (עמ' 93-123). תל אביב: הוצאת האגודה הישראלית למדע המדינה.

כהן, נ' (2010). שינויים מוסדיים, פוליטיקה אלטרנטיבית ומדיניות ציבורית: המקרה של עיצוב וביצוע מדיניות הבריאות בישראל. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון. עבודת דוקטור שלא פורסמה; נכתבה במסגרת המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית.

כהן, נ' ומזרחי, ש' (2010). פוליטיקה אלטרנטיבית, שינויים מוסדיים ומדיניות בריאות: מסגרת קונספטואלית והמקרה הישראלי. בתוך ח' כץ וא' צפדיה (עורכים), מדינה מפקירה מדינה משגיחה (עמ' 363-386). תל אביב: רסלינג.

כהן, נ' ומזרחי, ש' (2011). חמש-עשרה שנות מדיניות בריאות בישראל בראי החקיקה: ניתוח ניאו-מוסדי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשינויים שחלו בו (1994-2009). ביטחון סוציאלי, 87, 65-103.

כהן, נ', מזרחי, ש' ויובל, פ' (2010). מדינת הרווחה, מדיניות ציבורית ודעת הקהל: ישראל 2008. ביטחון סוציאלי, 82, 47-77.

מאור, ע' ובר ניר, ד' (2008). השפעת השימוש הגורף בכלי של חוק ההסדרים במשק המדינה. ביטחון סוציאלי, 77, 95-124.

מבקר המדינה (2008). דוח מבקר המדינה לשנת 2007 (ב'58). ירושלים: משרד מבקר המדינה.

מזרחי, ש' ומינני, א' (2006). מדיניות ציבורית בין חברה ומשפט – בית המשפט העליון, השתתפות פוליטית וקביעת מדיניות ציבורית. ירושלים: הוצאת כרמל, סדרת "מצב האומה".

נחמיאס, ד' וקליין, ע' (1999). חוק ההסדרים: בין כלכלה לפוליטיקה. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה, נייר עמדה מס' 17.

ניב, ש' (2009). ההסתדרות הרפואית מאיימת בצעדים אישיים נגד אנשי אגף התקציבים. אוחזר מ-

<http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000447537>

סיני, ר' (2002). חוק ההסדרים לא מפלה בין חלשים. הוא פוגע בכולם. אוחזר מ-
<http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/ShArtPE.jhtml?itemNo=238811&contrassID=2&subContrassID=2&sbSubContrassID=0>.

פילק, ד' (2001). בריאות עוברת לסוחר: הרפואה הציבורית בישראל בין המדינה, החברה האזרחית והשוק. בתוך י' פלד וע' אופיר (עורכים), ישראל: מחברה מגויסת לחברה אזרחית? (עמ' 262-280). ירושלים ותל אביב: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד.

שפרלינג, ד' וכהן, נ' (2012). השפעתם של חוק ההסדרים ופסיקות בג"ץ על מדיניות הבריאות ומעמדה של הזכות לבריאות בישראל – ניתוח ניאו-מוסדי. חוקים, 4, 153-236.

Alesina, A. F. & Roberto, P. (1996). *Budget deficits and budget institutions*. Working Paper no. 5556, National Bureau for Economic Research.

Altfeld, M. & Gary, J. M. (1984). Sources of bureaucratic Influence: Expertise and agenda control. *Journal of Conflict Resolution*, 28, 701-730.

Austen-Smith, D. (1997). Interest groups: Money, information, and influence. In D. C. Mueller (Ed.), *Perspectives on public choice* (pp. 296-321). New York: Cambridge University Press.

Banks, J. & Weingast, B. (1992). The political control of bureaucracies under asymmetric information. *American Journal of Political Science*, 36 (2), 509-524.

Bendor, J., Glazer, A., & Hammond, T. (2001). Theories of delegation. *Annual Review of Political Science*, 4, 235-269.

Bendor J., Taylor S., & van Gaalen, R. (1985). Bureaucratic expertise versus legislative authority: A model of deception and monitoring in budgeting. *American Political Science Review*, 79, 1041-1060.

Bendor, J., Taylor, S., & Van Gaalen, R. (1987). Politicians, bureaucrats, and asymmetric information. *American Journal of Political Science*, 31 (4), 796-828.

Benito, B. & Bastida, F. (2009). Budget transparency, fiscal performance, and political turnout: An international approach. *Public Administration Review*, 69, 403-417

Bennedsen, M. & Feldman, S. (2002). Lobbying legislatures. *Journal of Political Economy*, 110 (4), 919-946.

Barnard, C. (1938). *The functions of the executive*. Cambridge: Belnap Press of Harvard.

- Blais, A. & Dion, S. (1991). *The budget-maximizing bureaucrat: Appraisals and evidence*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Blöndal, J. R. (2003). Budget reform in OECD member countries: Common trends. *OECD Journal on Budgeting*, 2 (4), 7-26
- Boyer, M. & Porrini, D. (2004). Modelling the choice between regulation and liability in terms of social welfare. *The Canadian Journal of Economics / Revue canadienne d'Economique*, 37 (3), 590-612.
- Caplan, B. (2007). *The myth of the rational voter: Why democracies choose bad policies*. Princeton: Princeton University Press.
- Casas-Pardo, J. & Puchades-Navarro, M. (2001). A critical comment on Niskanen's Model. *Public Choice*, 107 (1-2), 147-67.
- Chernichovsky, D. (2005). *Social and economic effects of developments in the public-private mix in the health system*. Jerusalem: The Taub Center for Social Policy Studies in Israel, Working Paper no. 3-05.
- Cohen, N. & Arieli, T. (2011). Field research in conflict environments: Methodological challenges and the snowball sampling. *Journal of Peace Research*, 48 (4), 423-436.
- Cohen, N. & Mizrahi, S. (2012) Comparative implications: public policy and alternative politics in the case of the Israeli healthcare system. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 14 (1), 26-44.
- Dunlevy, P. (1992). *Democracy, bureaucracy and public choice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Edwards, G. C. (2001). Why not the best? The loyalty-competence trade-of in presidential appointments. In G. C. MacKenzie (Ed.), *Innocent until nominated: The breakdown of the presidential appointments process* (pp. 81-106). Washington, DC: Brookings institution press.
- Friedman, S. (2002). *The micro-economics of Public policy analysis*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Gross, R., Rosen, B., & Shirom, A. (2001). Reforming the Israeli health system: Findings of a 3-year evaluation. *Health Policy*, 56, 1-20.
- Horev, T. & Babad, Y. M. (2005). Healthcare reform Implementation: Stakeholders and their roles – The Israeli experience. *Health Policy*, 71 (1), 1-21.
- Kopits, G. & Craig, J. (1998). *Transparency in government operations*. Washington DC, International Monetary Fund.
- Lasswell, H. (1936). *Politics: Who gets what, when, how*. New York: McGraw-Hill.
- McChesney, F. S. (1997) *Money for nothing: Politicians, rent extraction, and political extortion*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Meydani, A. (2008). Political entrepreneurs and electoral capital: The case of the Israeli state Economy arrangement law. *Constitutional Political Economy*, 19 (4), 301-312.
- Miller, G. J. & Moe, T. M. (1983). Bureaucrats, legislators, and the size of government. *The American Political Science Review*, 77 (2), 297-322.
- Mizrahi S. (2004). The political economy of water policy in Israel: Theory and practice. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 6, 275-290.
- Moe, T. (1995). The politics of structural choice: Toward a theory of public bureaucracy. In O. E. Williamson (Ed.), *Organization theory: From Chester Barnard to the present and beyond* (pp. 116-153). New York: Oxford University Press.
- Moe, T. M. (1985). Control and feedback in economic regulation: The case of the NLRB. *American Political Science Review*, 79, 1094-1116.
- Niles, M. C. (2002). On the hijacking of agencies (and airplanes): The federal aviation administration, 'agency capture,' and airline security. *American University Journal of Gender, Social Policy, and the Law* 10 (2), 381-442.
- Niskanen, W. A. (1975). Bureaucrats and politicians. *Journal of Law and Economics*, 18 (1), 617-643.

- Niskanen, W. A. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Chicago: Aldine.
- Olson, M. (1965). *The logic of collective action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Olson, C. V. & Trapani, J. M. (1981). Who has benefited from regulation of the airline industry?. *Journal of Law and Economics*, 24 (1), 75-93.
- Peltzman, S. (1976). Toward a more general theory of regulation. *Journal of Law and Economics*, 19 (1), 211-240.
- Peters, B. G. (2001). *The politics of bureaucracy* (5th ed.). London and New York: Routledge,.
- Schick, A. (2003). The role of fiscal rules in budgeting. *OECD Journal on Budgeting*, 3 (3), 7-34.
- Shalev, C. & Chinitz, D. (1997). In search of equity, efficiency, universality and com-prehensiveness: Health reform and managed competition in Israel. *Dalhousie Law Journal*, 55, 553-558.
- Simon, H. A. (1947). *Administrative behavior*. New York: The Free Press.
- Stigler, G. J. (1971). The theory of economic regulation. *Bell Journal of Economics and Management Science*, 2, 3-21.
- Wildavsky, A. (1993). Budget games are ready for reform. In A. K. Eliassen & J. Kooiman (Eds.), *Managing public organizations: Lessons from contemporary European experience* (pp. 262-268). New Delhi: SAGE Publications.
- Wildavsky, A. (1975). *Budgeting: A comparative theory of budgetary processes*. Boston/Toronto: Little, Brown and Company.
- Wildavsky, A. (1974). *The politics of the budgetary process*. Boston: Little, Brown and Company.
- Wildavsky, A. (1961). Political implications of budgetary re-form. *Public Administration Review*, 21 (6), 183-190.
- Wilson, W. (1887). The study of administration. *Political Science Quarterly*, 2 (2), 197-222.

Wood, B. D. & Waterman, R. (1991). The dynamics of political control of the bureaucracy. *American Political Science Review*, 85 (9), 801-828.

רשימת המרואיינים למחקר

- (תפקיד המרואיין נכון ליום הראיון, אלא אם כן נכתב מפורשות אחרת).
1. מר אורון חיים, חבר כנסת וחבר בוועדת הכספים, הכנסת, 24.1.2008, תל אביב.
 2. פרופ' אלדד אריה, חבר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת, 18.5.2008, ירושלים.
 3. ד"ר בלשר יורם, יושב ראש, ההסתדרות הרפואית בישראל, 10.2.2008, רמת גן.
 4. מר בן נון גבי, סמנכ"ל תקצוב, משרד הבריאות, 4.12.2007, ירושלים.
 5. מר בר סימן-טוב משה, רכז תחום הבריאות באגף התקציבים, משרד האוצר, 4.5.2009, ריאיון טלפוני.
 6. מר גיסין מידד, יו"ר ארגון צב"י (צרכני בריאות ישראל), 2.11.2008, ריאיון טלפוני.
 7. מר גלנטי יצחק, יו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת, 23.3.2008, תל אביב.
 8. מר גנור יצחק, מנהל שירותי הבריאות הנוספים, מכבי שירותי בריאות, 22.11.2007, תל אביב.
 9. הרב גפני משה, חבר בשדולה לבריאות הציבור, הכנסת, 1.5.2008, ריאיון טלפוני.
 10. עו"ד ופנר לאה, מזכ"לית, ההסתדרות הרפואית בישראל, 10.2.2008, רמת גן.
 11. פרופ' ישראלי אבי, מנכ"ל, משרד הבריאות, 11.11.2008, ירושלים.
 12. דר' לבנטל אלכס, מנהל המחלקה לקשרי חוץ, משרד הבריאות, 3.9.2008, ירושלים.
 13. עו"ד ליפשיץ יואל, סמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושב"ן, משרד הבריאות, 12.10.2008, ירושלים.
 14. מר ליפשיץ יעקב, בעבר מנכ"ל משרד האוצר, 26.11.2007, באר שבע.

15. עו"ד סמוך נתן, יועץ משפטי, משרד הבריאות, 3.9.2008, ירושלים.
16. ד"ר סנה אפרים, בעבר שר הבריאות, 26.2.2008, ירושלים.
17. מר פליץ חיים, בעבר סגן הממונה על התקציבים ורכז בריאות, משרד האוצר, 1.1.2009, קריית שדה התעופה בן גוריון.
18. פרופ' פרוסט יוסף, ראש מחוז ירושלים, שירותי בריאות כללית, 16.3.2008, ירושלים.
19. מר פרידמן יובל, בעבר רפרנט תחום בריאות באגף התקציבים, משרד האוצר, 26.2.2008, ירושלים.
20. מר קוגן ראובן, רכז תחום הבריאות באגף התקציבים, משרד האוצר, 2.3.2008, ירושלים.
21. מר קידר ניר, רכז כלכלת בריאות, משרד הבריאות, 16.9.2008, ירושלים.
22. מר רמון חיים, בעבר המשנה לראש הממשלה וחבר בוועדת החוץ וביטחון, 2.3.2008, ריאיון מדוור.
23. פרופ' שמר שוקי, בעבר מנכ"ל משרד הבריאות ומכבי שירותי בריאות, 13.6.2008, תל השומר.
24. פרופ' שני מרדכי, בעבר מנכ"ל משרד הבריאות וחבר בוועדת נתניהו, 22.4.2008, תל השומר.
25. ד"ר שרף מיכאל, מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, 5.6.2008, באר שבע.