

**האוניברסיטה העברית בירושלים**  
**THE HEBREW UNIVERSITY OF JERUSALEM**



הפקולטה למדעי החברה

ביה"ס ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל

**הרגולציה של משרד הבריאות על קופות החולים בישראל:**

**היררכיה, הכוונה או שיתוף פעולה?**

עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית

בהנחיית פרופ' דוד לוי-פאור.

מוגש ע"י: תרצה אטיה

תעודת זהות: 204020119

תאריך: 23/12/2022

## תקציר

עבודה זו עוסקת בהתפתחות הרגולציה של משרד הבריאות על קופות החולים בישראל. נחקרו שלושה מודלים רגולטוריים: מודל רגולציה היררכי של ציווי ושליטה, מודל רגולציה עצמית נכפית, ומודל של רגולציה משותפת. ריבוי המודלים מאפיין רגולציה ממשלתית בתחום בו המדינה היא שחקן משתתף ובו המפוקחים הם שחקנים ממלכתיים ולא פרטיים.

אשאל שתי שאלות מרכזיות: כיצד התפתחו המודלים הרגולטוריים של משרד הבריאות על קופות החולים מאז כניסתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף בשנת 1994. התפתחותם תיבחן באמצעות רעיון המדיניות "פירמידת הרגולציה". שאלה שניה: מה משפיע על חוזקו או חולשתו של מודל הרגולציה. תשובה לשאלה זו תיענה באמצעות פעילותם של שחקנים חיצוניים המשפיעים על הפיקוח של משרד הבריאות על הקופות. כדי לענות על שאלות אלו ראייתי את הרגולטורים הבכירים המפקחים על קופות החולים במשרד הבריאות וכן במסמכי מדיניות וחומרי קריאה מלוויים.

נמצא כי התפתחות המודלים השונים קשורה ישירות לשאלת השחקנים. הפוליטיקה הברוקרטית בין השחקנים הממשלתיים מייצרת פיקוח מרובד ודינמי על הקופות ברמה העל מדינתית: מחד, משרד הבריאות מוגבל ביכולת לצוות ולהורות על הקופות בגלל השפעתו של משרד האוצר ולכן עובד איתן בשיתוף פעולה. מאידך, פסיקות בית המשפט הפכו את הקופות לצייתניות יותר והגדילו את שיתוף הפעולה שלהן עם משרד הבריאות. התחרות המוסדית, הפסיקות ההיסטוריות והמומחיות של קופות החולים הפכו את הרגולציה המשותפת למודל המרכזי בפיקוח של משרד הבריאות על הקופות. משרד הבריאות הופך בשוק בו הוא שחקן משתתף ל"רגולטור משתתף" והקופות שותפות בתהליכי הציווי והאכיפה עליהן.

תרומתו המרכזית של המחקר היא בהבנה כיצד המדינה מפקחת על עצמה. המדינה הרגולטורית מגדילה ומבזרת את סמכותה ואחריותה באמצעות הקמת סוכנויות וגופים ממשלתיים המתחרים זה בזה ובה ועולה הצורך בפיקוח על מדינתו על גופים מדינתיים או ממשלתיים למחצה. האופן בו משרד הבריאות מפקח על קופות החולים מדגים שהמדינה יכולה לפקח על עצמה או על שחקנים ממשלתיים למחצה באמצעות פיקוח משתתף ולא היררכי.

4	מבוא
6	סקירת ספרות
6	א. מערכת הבריאות הישראלית וחוק ביטוח בריאות ממלכתי
10	ב. הקונפליקט המובנה בין משרד הבריאות לקופות החולים
12	ג. מודלי פיקוח ורגולציה ורעיון "פירמידת השליטה"
18	<b>פרק ראשון: מודל רגולציה של ציווי ושליטה</b>
18	1. סמכויות הציווי והשליטה של משרד הבריאות על הקופות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי
19	א. התפתחות סמכות הציווי לאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי
23	ב. התפתחות סמכות השליטה לאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי
28	2. מסקנות מרכזיות
29	<b>פרק שני: מודל רגולציה עצמית נכפית</b>
29	1. אחריות ההסדרה העצמית הנכפית של הקופות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי
30	א. רגולציה של יחס הקופה למבוטחיה לפני ואחרי חוק ביטוח בריאות ממלכתי
35	ב. רגולציה של יחס הקופה להנהלתה אחרי חוק ביטוח בריאות ממלכתי
46	2. מסקנות מרכזיות
47	<b>פרק שלישי: מודל רגולציה משותפת</b>
47	1. רגולציה משותפת רשמית
48	א. רגולציה משותפת רשמית בתחום הציווי
52	ב. רגולציה משותפת רשמית בתחום השליטה
57	2. רגולציה משותפת אה פורמלית ו"סגנון רגולטורי"
62	3. מסקנות מרכזיות
64	<b>פרק רביעי: דיון ומסקנות</b>
65	1. פוליטיקה בירוקרטית במודל ציווי ושליטה על קופות החולים
67	2. פוליטיקה בירוקרטית במודל רגולציה עצמית נכפית
68	3. פוליטיקה בירוקרטית במודל הרגולציה המשותפת
70	4. דינמיקה בין מודלי הפיקוח
73	<b>סיכום</b>
75	<b>ביבליוגרפיה</b>
86	<b>נספח מרואיינים</b>

עלייתה של מדינת הרווחה בשנות החמישים של המאה המקודמת מאופיינת יותר מכל בבניית מערכות בריאות ציבוריות לכלל האזרחים- המדינה משלמת עבור אספקת שירותי בריאות ומייצרת "רשת בטחון" נגד מוות ומחלות (Esping-Andersen, 1990. Moran. 2000). בישראל נוצרה מערכת בריאות ממלכתית רק בשנות התשעים באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בן נון, ברלוביץ, שני, 2010). אף על פי שהחוק חוקק מאוחר בהשוואה למדינת הרווחה האירופאית, כבר לפניו התקיימה מערכת בריאות מפותחת בדמות קופות חולים בבעלות ארגוני עובדים ובתי חולים בבעלות משרד הבריאות ולכן אף לפניו היו בישראל שירותי בריאות עם אלמנטים ציבוריים (Shvarts, 2008; שוורץ ודודוביץ, 2005). אספקת השירותים המעורבת של קופות חולים לצד משרד ממשלתי הובילה לתחרות ביניהם בתחום האשפוז ויצרה אינטרס מוסדי מנוגד למדינה ולקופות, (בן נון, ברלוביץ, שני, 2010). מצב זה התקיים מקום המדינה.

ב-1994 חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהפך את קופות החולים לממלכתיות ומינה את משרד הבריאות לפקח עליהם. על אף סמכויות הפיקוח, נשמר תפקידו של משרד הבריאות כבעלי בתי חולים והחוק יצר לו כפל תפקידים מובנה- רגולטור על הקופות וספק שירותים מתחרה בקופות (חורב וקידר, 2010: כהן, 2012). מחקר זה יתמקד בניסיון להבין כיצד המשרד מפקח על הקופות תחת כפל התפקידים הקיים שיצר החוק. במסגרת המחקר אשרטט שלושה מודלי פיקוח משרדיים: מודל רגולציה היררכי של ציווי ושליטה בו משרד הבריאות מורה לקופות על הפעילות הרצויה ואוכף אותה. מודל רגולציה עצמית נכפית בו משרד הבריאות דורש ומכווין את הקופות להסדיר פעילויות ומוסדות בעצמן ומודל רגולציה משותפת בו משרד הבריאות והקופות מחליטים יחד על הפעילות הרצויה.

במרכז העבודה ניצבות שתי שאלות מרכזיות: כיצד התפתחו מודלי הפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים מרגע חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי? במסגרת שאלה זו בחנתי את התפתחותם של מודלי הפיקוח לאחר מעבר החוק באמצעות שאלת הציווי והשליטה ובאמצעות רעיון המדיניות "פירמידת הרגולציה". השתמשתי בראיונות עם מפקחים על הקופות במשרד הבריאות ובניתוח היסטורי של החקיקה הראשית והמשנית ושל פסקי דין המסדירים את היחסים בין משרד הבריאות לקופות. השאלה השנייה שנשאלת במחקר, מה משפיע על חוזקם או חולשתם של מודלי הפיקוח? במענה על שאלה זו בחנתי את פעילותם של שחקנים חיצוניים על חיזוק או החלשת הפיקוח של משרד הבריאות. השתמשתי בראיונות עם המפקחים על הקופות בקופות החולים, פסיקות, חומרי רקע וקטעי עיתונות על השפעתם של השחקנים על הפיקוח.

הספרות המחקרית שנכתבה על מערכת הבריאות בישראל עוסקת בעיקרה בשינויים שיצר החוק באספקת שירותי בריאות לאזרחים, גם ספרות העוסקת ברגולציה חוזרת שוב ושוב לשאלת אספקת

השירותים<sup>1</sup>. בשונה ממחקרים אלו, מחקר זה לא יתמקד בשאלת זו אלא בדרך בה המדינה מפקחת על שחקנים ממשלתיים למחצה ומסדירה שוק בו היא ספק מתחרה. תרומתו של המחקר בשני מישורים: האמפירי והתיאורטי. במישור האמפירי, המחקר בודק לראשונה כיצד המפקחים על קופות החולים במשרד הבריאות מתמודדים עם כפל הכובעים של המשרד כרגולטור וכמתחרה, המחקר יכול לתרום על הסדרה מצויה ורצויה בשירותי הבריאות בישראל. בתחום התיאורטי, המחקר יתרום לשיח הספרותי של פיקוח המדינה על עצמה. המדינה הרגולטורית מגדילה ומבזרת את סמכותה ואחריותה באמצעות הקמת סוכנויות וגופים ממשלתיים ועולה הצורך בפיקוח מדינתי על גופים מדינתיים או ממשלתיים למחצה. הפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים ירחיב את השיח התיאורטי על האמצעים בהם ניתן לייצר פיקוח על שחקנים סמי ממשלתיים.

המחקר שלהלן הוא מחקר איכותני המבוסס על ראיונות ומשתמש בפרספקטיבה היסטורית כדי להבין את התפתחות מודלי הפיקוח לאורך השנים. המקורות למחקר כוללים שני כלים מתודולוגיים מרכזיים: ראיונות עומק עם קובעי מדיניות וניתוח תוכן של מסמכי מדיניות.

ראיונות העומק נערכו עם קובעי מדיניות בתחום הפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות בשנים 1995 עד 2020- ממעבר חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד היום. הרצף ההיסטורי אפשר להתחקות אחר תהליך המדיניות ההיסטורי (process tracing) של הפיקוח על קופות החולים. בראיונות נשאלו שאלות ישירות על אופי הפיקוח, השינויים הרגולטוריים, נלמד ידע חדש על בסיסו הוצגו שאלות נוספות למראיינים הבאים. הראיונות נערכו בשיטת משפך כשבהתחלה השאלות היו רחבות מאוד והן הצטמצמו תוך כדי הריאיון לסוגיות ספציפיות. התמלילים נותחו בשיטה איכותנית והתבססו על תיאוריה קונסטרוקטיביסטית מעוגנת בשדה. (Strauss & Glazer, 1967). התיאוריה הקונסטרוקטיביסטית מתפתחת מחקירת תופעה שממוקמת בהקשר של אנשים, זמן, ומקום ייחודי. לפי תיאוריה זו, החוקר מתאר מנקודת מבטו את האופן בו אנשים חוו את התופעה, או תפסו אותה (שקדי, 2003).

לשימוש בראיונות יש גם חסרונות, הגדול בהם היה הזמינות והגמישות המוגבלת של המראיין לענות לאור התכתיבים המוסדיים של הארגון אליו הוא משתייך (Atkinson, 2007). חלק מהמראיינים היו בעת הריאיון עובדי משרד הבריאות ומוגבלים ביכולתם לענות על שאלות שנתפסו כ"רגישות". אחת הדרכים להתמודד עם קשיים אלו היה לראיין עובדי מדינה שכבר פרשו מתפקידם והרגישו שהם יכולים לענות "בחופשיות".

נאספו מסמכים ודוחות ממשלתיים הנוגעים לשינויי המדיניות הרלוונטיים: קובץ תיקוני החקיקה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוזרי האגף לפיקוח על קופות החולים, פסקי דין רלוונטיים, דו"חות מבקר המדינה, הסכמי הייצוב בין המשרד והקופות, דו"חות נציבות קבילות הציבור על קופות החולים, פרוטוקול ועדות כנסת וכתבות ותחקירים עיתונאיים בנושא. שימוש בשני כלים מתודולוגיים בו זמנית

<sup>1</sup> ראו למשל את מחקרו של פרופ' ניסים כהן "רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים" (פברואר 2014).

מאפשרת "הצצה" לתהליך הפוליטי העומד מאחורי בניוי ופיתוח מודלי הפיקוח על קופות החולים, מעבר למשתקף בתקשורת או בדו"חות מחקרניים.

## סקירת ספרות

### א. מערכת הבריאות הישראלית וחוק ביטוח בריאות ממלכתי

מדינת הרווחה עלתה לראשונה באירופה שלאחר המפכה התעשייתית, וצברה תאוצה לאחר מלחמת העולם השנייה (Esping-Andersen, 1990). התשתית הרעיונית של מדינת הרווחה היא האחריות הממשלתית לאספקת רשת ביטחון לאזרחי באמצעות אספקת שירותי בסיס לכלל האזרחים או לדאוג ששירותים אלו יינתנו (Seidman & Gilmour, 1986).

תחום הבריאות היה "קטר" בהנעת מדינת הרווחה. אחד ממנגנוני הרווחה הממלכתיים הראשונים היו מודל קופות החולים של ביסמרק. לאור השפעתם של שתי מלחמות עולם על אירופה וחזרתם של חיילים פצועים נוצרה למדינה הלאומית אחריות הדוקה לפציעת אזרחים ומכך אחריות לטיפולם. עליית כוחם של תנועות עובדים ורעיונות חברתיים של שיוויון גם היא הגדילה את האחריות הציבורית לטיפול רפואי מתמשך באזרחים. (Harris, 2004, Shapely, 2016). ניתן לאפיין מערכות בריאות ציבוריות באמצעות שני ארכיטיפים מרכזיים: המודל הביסמרקי של ביטוח בריאות חברתי וקופות חולים, והמודל הבורידג'י של שירותי בריאות לאומיים עם משלם יחיד (single payer) (Chung, 2017).

במודל הביסמרקי ספקי השירותים והמשלמים ממלכתיים ופרטיים כאחד- הקופות ממלכתיות ובתי החולים פרטיים וממלכתיים וההון מגיע מהמדינה, האזרחים והמעסיקים. המדינה שולטת על המחירים ועל חלקים מהאספקה ובכך שומרת על הנגישות של אזרחים לשירותי בריאות. חובת הביטוח מוטלת על האזרחים שחייבים להיות מבוטחים בביטוח בריאות (Chung, 2017; Webster, 2003). המודל הבורידג'י ריכוזי- המדינה מספקת את שירותי הבריאות ומשלמת עליהם. המודל ממומן באמצעות מערכת המיסוי המרכזית וניתן לכולם בצורה אוניברסלית ללא קשר לרמת הכנסה. מכיוון שהמדינה היא נותנת השירותים והמשלמת, היא שולטת על המחירים, הזכאות והנגישות של האזרחים למערכת הבריאות (Esping-Andersen; 1990. Borges, 2011).

אציג בקצרה את ההיסטוריה של מערכת הבריאות בישראל ומודל הפעילות שלה לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לאחר מכן אציג את האירועים שהובילו ליצירת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואת עיקרי החוק.

תקופת היישוב הישן (1840-1940) אופיינה בתשתית בריאות מפותחת יחסית. עד שנות ה-30 של המאה הקודמת נבנו בישראל מספר בתי חולים ומרפאות בכספי תורמים מחו"ל והופעלו על ידי עמותות, בראשן "הדסה". בתי חולים אלו הועברו עם התחזקות והתמסדות היישוב היהודי לידי הרשויות המקומיות. במקביל, בתחילת שנות העשרים הקימו התאגדויות עובדים שונות, בראשן "הסתדרות העובדים הכללית" קופות חולים שסיפקו ביטוח וטיפול רפואי לפועלים המבוטחים. (בן נון. ברלוביץ, שני, 2010). בעקבות הגעתם של עולים רבים לארץ ממעמד הביניים בעלייה השלישית והחמישית, כמו גם הפיצולים

האידיאולוגיים של התנועות הפוליטיות בישוב, הוקמו קופות חולים שלא היו קשורות לתנועות פועלים-קופות החולים "מכבי" ו"מאוחדת". (בן נון. ברלוביץ, שני 2010. הלוי, 1979).

קופות החולים הישראליות פעלו על פי המודל הביסמרקי: הפועל מבוטח בקופה והיא מספקת לו שירותים בעת הצורך באמצעות התקשרות חוזית עם ספקי שירותים רפואיים. התשלום נעשה באמצעות חלוקת דמי הביטוח בין העובד למעביד. קופות העובדים שילמו לבתי החולים העירוניים שנוהלו על ידי הרשויות עבור אשפוז מבוטחי הקופה. המטרה המוצהרת של הקופות דאז היה לספק שירותי בריאות למעמד הפועלים מתוך תפיסה סוציאליסטית- מעמדית מובהקת. (שוורץ, 1994). כלומר, כבר לפני קום המדינה פעל בישראל מודל בריאות ביסמרקי חלקי, קופות חולים מבטחות ומספקות שירותים במקביל לשירותי אשפוז המסופקים על ידי הרשות.

ב1948, עם קום המדינה, הוקם גם משרד הבריאות הישראלי והנכסים שעמדו לרשותו היו בעיקרם בתי חולים- בתי החולים של הרשויות, חלק מרשת בתי החולים והמרפאות של "הדסה" ובתי חולים צבאיים שהמנדט הבריטי הוריש למדינה (בן נון. ברלוביץ, שני, 2010). באותה נקודת זמן, ראש הממשלה דוד בן גוריון שאף להלאים את כלל הקופות ולהשליט בארץ מודל בוורדיגי של שירות בריאות ממלכתי (Shvarts, 2008). אך על אף שמפלגת השלטון מפא"י (שבן גוריון עמד בראשה) הייתה מפלגת הבית של הסתדרות העובדים הכללית ושל קופת חולים "כללית" (80% מכלל המבוטחים היו שייכים אליה), ההסתדרות לא הסכימה להלאמת הקופה על ידי המדינה מחשש לאיבוד כוחה הפוליטי והרצון לשמר את השפעתה המוסדית על המדינה החדשה. (Shvarts, 2008; שוורץ ודבידוביץ, 2005) והמצב הקודם נשמר גם לאחר קום המדינה, אספקת שירותים מעורבת על ידי קופות חולים עצמאיות במקביל לשירותי אשפוז על ידי המדינה.

באותן השנים לקופות היה אינטרס לפתוח בתי חולים כדי לא לשלם את מחיר האשפוז לבתי החולים הממשלתיים והמשרד והקופות התחרו על מתן שירותי אשפוז (הלוי, 1979; ישי, 1979; קיסר, 1983) כדי לא לייצר אפליה כשהמדינה תממן אשפוז רק לאזרחים שאושפזו בבתי החולים החלה המדינה כבר בשנות החמישים לסבסד גם את מחיר האשפוז בבתי החולים של קופות החולים (קנב, 1961; בן נון. ברלוביץ, שני 2010). הסבסוד הממשלתי סימן שלב נוסף בהתערבות המדינה במערכת הבריאות, מלבד שחקן המספק שירותים גם קניית שירותים מספקי הקופות.

בשנות השישים, בעקבות התייקרות הטיפול הרפואי גדלו הוצאות הקופות וכדי לכסות עליהן הן ביקשו להעלות את מסי החבר כדי לאזן את תקציביהן. צעד זה נתקל בהתנגדות משרד האוצר שחשש מהעלאת המחירים של הקופות על תקציב המדינה (כשהמדינה שילמה לקופות על האשפוז ובניית סניפים חדשים). כפיצוי לקופות עבור שמירה על דמי חבר נמוכים, הקציב משרד האוצר מעת לעת הקצבות חד פעמיות או סיפק להן הלוואות בתנאים נוחים. מדיניות זו קיבעה את יחסו הפטרנליסטי של האוצר לקופות החולים והחלישה את תחושת האחריות של הקופות כלפי יציבותן הכספית (הלוי, 1979).

קופות החולים שלא היו בבעלותם בתי חולים- "מכבי" ו"מאוחדת", היו זכאיות לפחות סבסוד מהמדינה והתמודדו עם חוסרי התקציב על ידי בחירה סלקטיבית של מבטחים. הן קיבלו לשירותיהם רק מבטחים צעירים שלא צרכו שירותי בריאות רבים (Cream Skimming) לעומת הקופות עם הפטרוניס הפוליטיים (כללית ולאומית) שקיבלו לשירותיהם את כל מי שהיה חבר בהסתדרות העובדים של הקופה (בן נון, ברלוביץ, שני, 2010). התחרות הסלקטיבית אפשרה למכבי ומאוחדת להעלות את רמת השירות ולהגדיל את מספר המבטחים ובכך לפגוע בעתודות התשלומים של כללית כשהצעירים שלא צרכו שירותים רפואיים עזבו ואילו הזקנים שצרכו שירותים נשארו.

בשנות השמונים והתשעים, בדומה למתרחש בעולם, החלה האוכלוסייה המבוטחת ב"כללית" להזדקן ולצרוך שירותי בריאות רבים שהכבידו מאוד על מצבה הכלכלי של הקופה. במקביל הסתדרות העובדים הכללית משכה לכיסיה חלק ניכר מהכנסות הקופה לצרכיה הפוליטיים והשאירה את הקופה עם גירעונות ענק (שוורץ ודבידוביץ, 2005: זמורה, ילין ועוד, 2002). כדי לפתור את המשבר הכלכלי בלי לשלם מחיר פוליטי של פגיעה בהסתדרות ובמבטחים מסרו הפוליטיקאים את ניהול המשבר במערכת הבריאות לידי משרד האוצר וזה הפך בתורו להיות הנושא והנותן המרכזי מול הקופות (דרי ושרון, 1994). בעשור שלפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חתם משרד האוצר עם קופת חולים "כללית" ארבעה הסכמי הבראה בשווי מיליארדי שקלים. על אף שבמסגרתם היא הייתה צריכה לעמוד בצעדי ייעול, אלו נעשו בצורה חלקית אם בכלל. המשבר הכלכלי של קופות החולים הוביל לשינוי מוסדי בצורת ההתנהלות של הקופות מול המדינה, ייצוב הקופות הופך לשאלה כלכלית ולא לשאלה חברתית- סוציאלית וניהול המשברים במערכת הבריאות ותקציבי הבריאות הפך לאחריות משרד האוצר והתרחק ממשרד הבריאות (כהן, 2012).

לאורך שנות המשבר במערכת הבריאות עלה על שולחן מקבלי המדיניות רעיון ביטוח בריאות ממלכתי. רעיון זה עלה וירד מסדר היום הציבורי כשעד לחקיקתו קודמו 15 הצעות חוק בנושא והוקמו ועדות ציבוריות כמו ועדת קנב (שוורץ ודבידוביץ, 2005: רוזן ואחרים, 2006). אך החוק קיבל תוקף ומשקל גדולים יותר בשנת 1988 כשהוקמה ועדת נתניהו. הועדה בדקה את יעילות מערכת הבריאות הישראלית ואת היתכנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הועדה ישבה במשך שנתיים, שמעה מאות עדים והמלצותיה התפרסמו וזכו לתהודה רבה (רוזן, גרוס, 1992). המלצות הוועדה המרכזיות היו להקים בארץ ביטוח בריאות ממלכתי בהתבסס על הקופות הקיימות אך להפכם לקופות אזוריות ובמקביל להפריט את בתי החולים הממשלתיים מידי המדינה ולהפכם לתאגידיים עצמאיים ותחרותיים. המטרה הסופית של הוועדה הייתה לייצר תחרות בין ספקי השירותים בשלוש רמות: בין הקופות, בין בתי החולים ובין איזורים בארץ (רוזן, גרוס, 1992: בן נון, ברלוביץ, שני, 2010). הועדה ביקשה מהמדינה להיות אחראית לשירותי הבריאות לאזרחים אך לייצר תחרות ועצמאות באספקתם.

לאחר ארבע שנים מפרסום המלצות הוועדה עבר בכנסת ב-1994 חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חוקרי רווחה רבים (גרינגברג, 1996: שוורץ ודבידוביץ, 2005: רוזן ובן נון, 2006) טוענים שיש להבין את



תזמון החוק תחת הקונסטלציה פוליטית והציבורית הייחודית שנוצרה בישראל בשנות התשעים ולא באמצעות פריזמת מדינת הרווחה.

לאורך השנים נעשו מספר ניסיונות לחוקק בישראל חוק ביטוח בריאות ממלכתי אך שני שחקנים התנגדו בעקביות לחקיקה והכשילו אותה: הסתדרות העובדים הכללית ומשרד האוצר. ההסתדרות כבעלים של קופת חולים "כללית" התנגדה לחוק כדי לא לאבד את השליטה על הקופה כשזו תולאם באמצעות החוק. עיקר ההתנגדות נבעה מהרצון לא לאבד את ה"שאלטר" של שביתה ב"כללית" כדי לקדם את האינטרסים של ההסתדרות מול המדינה וכן כדי לא לאבד את ההכנסות משלומי המבוטחים לקופה. משרד האוצר התנגד לחוק בגלל ההגדלה הדרמטית של ההוצאה הלאומית על בריאות. לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוצאות המדינה על בריאות היו על סבסוד האשפוז ומתן תמיכות חד פעמיות לקופות באמצעות הסכמי ההבראה, מרגע שהמדינה תהיה אחראית לממן את כל שירותי הבריאות תגדל באופן דרמטי ההוצאה הממשלתית ולכן משרד האוצר התנגד לחוק באופן עקבי ורציף (בן נון, ברלוביץ, שני, 2010).

בשנות התשעים נוצרו שינויים פוליטיים שאיפשרו לנטרל את המתנגדים. מפלגת העבודה חזרה לשלטון ב-1992 לאחר שנים רבות של שלטון ימין והייתה מעוניינת לקדם מדיניות סוציאליסטית. בשנה זו נשבר הקשר ההדוק בין מפלגת העבודה (לשעבר מפא"י) והסתדרות העובדים "כללית". רבין, ראש הממשלה הנבחר, ייחס את סיום כהונתו הראשונה (1974-1977) למאבק של ההסתדרות נגדו ורצה לנתק את הקשר בין ההסתדרות ל"כללית" ולהחליש את כוחה. הוא סיים את הוטו האוטומטי שסיפקה מפלגת "העבודה" (ממשיכת מפא"י) להסתדרות בעצירת החוק (ברזילאי, 2006). שנית, לראשונה אחרי שרי אוצר רבים שהתנגדו להלאמת הקופות, הגיע שר אוצר שתמך בביטוח בריאות ממלכתי. שוחט כשר האוצר תמך בנחרצות בחוק ואף לא הרשה לפקידי האוצר להציג את עמדתם בוועדות הכנסת בדיוני החוק (ברזילאי, 2006: כהן, 2012). שני השחקנים המתנגדים לחוק איבדו הון פוליטי תחת ממשלת רבין כשהסתדרות לא קיבלה את הגנת מפלגת השלטון ופקידי האוצר לא הצליחו לבטל את החוק.

מלבד שינויים במפה הפוליטית, הצמיחה הכלכלית הגדולה של המשק הישראלי של שנות התשעים לצד המשבר התדמיתי של מערכת הבריאות הובילה לשינוי בדעת הקהל ובדעת מקבלי ההחלטות. משנות השמונים נוצר משבר תדמיתי למערכת הבריאות- המשברים הכלכליים של הקופות הובילו לתורים ארוכים, לשביתות רבות ואף לרפואה "שחורה" (ועדת נתניהו, דעת הרוב עמ' 44-67. מבקר המדינה, 1988 עמ' 175-204) לעומת מערכת הבריאות, הצמיחה בשאר הענפים יצרה לחץ ציבורי להתערבות בתחום הבריאות מכיוון שלציבור היה הון זמין שהוא לא יכל לתרגם לשירותי רפואה טובים. ההון בקופה הציבורית ותחושת הרווחה שהביאה איתה הצמיחה הכלכלית איפשרה לפוליטיקאים להשתמש במשבר המערכתי כדי לדרוש הלאמה של מערכת הבריאות (רוזן ובן נון, 2006: כהן, 2012). את חלון ההזדמנויות הזה ניצל יזם המדיניות חיים רמון, שקידם את החוק כשר הבריאות וכנתקל בהתנגדות ההסתדרות, התפטר מתפקידו ורץ לראשותה. בהמשך קידם את החוק כיו"ר ההסתדרות והסיר את

ההתנגדויות שלה (כהן, 2012). באמצעות חלון ההזדמנויות הפוליטי וצעדים אמיצים של יזם המדיניות עבר החוק ויצר לראשונה מערכת בריאות ציבורית מלאה בישראל.

העקרונות המרכזיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הן כדלהלן: המדינה אחראית לספק שירותי בריאות לאזרחים באמצעות סל בריאות אחיד שנקבע בעת החוק. סל הבריאות מסופק באמצעות ארבע קופות החולים שהוכרזו בחוק כממלכתיות ולכאורה לא היו שייכות יותר לארגוני העובדים אלא לציבור המבוטחים. מימון השירותים יעשה באמצעות מס בריאות שישלמו האזרחים באופן פרוגרסיבי למוסד הביטוח לאומי. המוסד יעביר את המס לקופות על פי תחשיב מבוטחים משוכלל (מבחן הקפיטציה). במידה ומס הבריאות לא יספיק לכסות את עלות הסל המדינה תשלים את החסר. הביטוח הרפואי הוא חובה אזרחית ועל הקופה לקבל כל מבוטח הרוצה להצטרף אליה ללא הגבלת גיל או בדיקה רפואית והמעבר בין הקופות חופשי ואסור לקופה להגבילו. הקופות יוכלו להציע שירותי בריאות נוספים (שב"ן) למבוטחים עבור תשלום נוסף.

החוק מיישם בישראל את מודל הבריאות הביסמרקטי בו המדינה מחייבת את האזרחים להתבטח, קופות החולים הן ממלכתיות והמדינה ממנת את שירותי הבריאות באמצעות מס בריאות ובאמצעות המעסיקים. השירותים ניתנים באופן מבוזר על ידי המדינה, הקופות ושחקנים פרטיים.

#### ב. הקונפליקט המובנה בין משרד הבריאות לקופות החולים

בין משרד הבריאות לקופות החולים יש קונפליקט היסטורי שעיצב את חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכתוצאה את מערכת היחסים של המפקח והמפוקחים. ראשיתו בקום המדינה כשמשרד הבריאות החדש קיבל עליו לנהל את מערך בתי החולים וקופות החולים המשיכו לפעול במקביל אליו כך שנוצרה תחרות במתן השירותים רפואיים. גלי העלייה הגדולים בשנתיים הראשונות של המדינה והכפלת מספר התושבים לא נתנו למדינה "להלאים" את הקופות, מכיוון שהמדינה הצעירה לא הצליחה לספק את כל השירותים בעצמה והייתה חייבת את מערך השירותים של הקופות שכבר אז נתנו שירותי בריאות נרחבים. בנוסף, לבן גוריון ולממשלה לא היה מספיק הון פוליטי כדי להלאים את "כללית" ולספק שירותי רפואה ממלכתיים (הלוי, 1979; אלנצוויג ואחרים, 1986; בן נון, ברלוביץ, שני, 2010).

הקופות היו צריכות לקנות שירותי אשפוז ממשרד הבריאות כשהמבוטחים שלהם טופלו בבתי החולים הממשלתיים ולכן ניסו לבנות בתי חולים כדי לא לשלם למשרד. המשרד לא יכל לייצר אפליה בו חולים מקבלים אשפוז בחינם בבתי החולים הממשלתיים ולא בבתי החולים של הקופות ולכן כבר בתחילת המדינה היה צורך לקבוע מחירון ותנאי תמיכה אחידים באסדרת האספקה של המשרד והקופות. ב-1948 הוקמה "ועדה לענייני קופות חולים" שקבעה קריטריונים אלו וכבר מקום המדינה היה למשרד הבריאות כפל כובעים: שחקן מממן ושחקן מתחרה. למרות המעורבות החלקית של משרד הבריאות בתקציבי האשפוז של הקופות, מי שטיפל לאורך שנות השמונים בגירעונות הקופות היה משרד האוצר באמצעות הסכמי ההבראה. כך נוצר לפני החוק שיווי משקל מוסדי- משרד הבריאות מפקח על איכות ומתן

השירותים הרפואיים של הקופות ומשרד האוצר מפקח על תקציבי הקופות והוצאתן (אלנצוויג ואחרים, 1986: ברזילאי, 2006: בן נון, ברלוביץ, שני, 2010).

כפל הכובעים של משרד הבריאות כרגולטור וכספק נשמר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כשלא התקבלו המלצות ועדת נתניהו שביקשה להפריט את בתי החולים הממשלתיים (בן נון, ברלוביץ, שני, 2010). החוק הפך את משרד הבריאות לרגולטור על הקופות והאחראי על האינטרס הציבורי בנושא בריאות אך לא שינה את הבעלות המשרדית על בתי החולים, כך השתמרה התחרות המוסדית של המשרד והקופות בחוק וכפל הכובעים משפיע על יכולתו לפקח בצורה מלאה על הקופות.

ראשית, החוק שמר על עצמאות הקופות בניהול שירותי הבריאות ובניהולן הפיננסי והמשרד רק מפקח על נתניהם. החוק יצר למשרד יכולת פיקוח מוגבלת ביותר לפקח עליהן כשקופות אחראיות על אספקת השירותים למבוטח באמצעות שירותי הקהילה, באמצעות מערך שירותי אשפוז חלקי (בתי חולים השייכים לקופות) והן שולטות במידע ובדאטה הרפואי של המבוטחים שלהן. כתוצאה רוב הידע והמומחיות על פעילות השירותים הרפואיים ועלותן נמצאות אצל הקופות. החוק הפך את הקופות לגופים השולטים במערכת הבריאות (צ'רניחובסקי, 2008) ולמשרד הבריאות אין יכולת לראות במלוא התמונה כיצד הקופות עובדות ומה העלויות שלהן ללא שיתוף הפעולה שלהן. לקופות לעומת זאת יש חשש להעביר מידע למשרד מחשש שישתמש במידע שניתן לו כספק המוכר וקונה שירותים מהקופות.

שנית, במרבית צמתי ההכרעה במערכת הבריאות על משרד הבריאות להחליט את מי לתעדף- את בתי החולים שלו או קופות החולים: בהסכם מנגנון ההתחשבנות של קופות החולים ובתי החולים (קאפ בלעז), במחיר יום אשפוז, בוועדת הסל, במחירי התרופות, בפיקוח התקציבי על קופות החולים, באישור תכניות השב"ן (שכבת הרובד הביטוחי השני), ועוד ועוד. ההיסטוריה לפני ואחרי החוק מעידה שהנטייה של משרד הבריאות היא לדאוג לצרכי בתי החולים על פני הקופות (ועדת נתניהו, 1990: ועדת טל, 1999: ועדת ליאון, 2004. ועדת גרמן, 2016).

כפל הכובעים של משרד הבריאות והשימוש שהוא עושה בסמכויות הפיקוח על הקופות כדי לקדם את האינטרסים שלו כספק, הוביל את מקבלי המדיניות לאורך השנים לנסות ולייצר הפרדה מבנית בין המשרד לבתי החולים. כך למשל ב-1991 נעשה ניסיון להפריט באופן חלקי חמישה בתי החולים ממשלתיים אך ועדי העובדים ובית הדין לעבודה התנגדו למהלך והרפורמה נתקעה. ב-2015 נעשה ניסיון הפרדה מבני פנימי בתוך המשרד והוקמה בו "חטיבת המרכזים הרפואיים" שתפקידה לפקח על בתי החולים הממשלתיים (החלטת ממשלה 337 לשנת 2015). מחקר שערכו רוזן ואלרועי (רוזן ואלרועי, 2020) חושף שעל אף הרצון להפריד את ניהול בתי החולים ממטה המשרד, הפרדה זו לא קורית בפועל והנהלת המשרד והאגפים השונים עדיין מעורבים בניהול בתי החולים.

המשרד בחר להתמודד עם תפקידי הרגולטור החדשים שנוצרו לו בחוק (פיקוח על יישום חוק ביטוח בריאות, פיקוח על תקנוני השב"ן) באמצעות בניית מחלקות ייעודיות לפיקוח על קופות החולים: נציבות תלונות על קופות החולים והאגף לפיקוח על קופות החולים. הנציבות הוקמה בהוראת חוק ביטוח בריאות

ממלכתי ותפקידה לאפשר למבוטחים להתלונן על הקופה בה הם מבוטחים והאגף לפיקוח על קופות החולים הוקם ב-1996 כדי לפקח על תקציבי קופות החולים ועל השב"ן. תחילה האגף מנה 2 עובדים וכיום הוא מונה 21 עובדים<sup>2</sup> (פחות מ-1% מכלל עובדי המשרד). בעשורים שלאחר החוק לעומת זאת, גדל מאוד כוח האדם המשרדי המנהל את בתי החולים וכן תקציביהם ועיקר הקשב של המשרד מופנה אליהם (דו"ח מבקר המדינה, 70ב) כלומר, הטמעת התפקידים הרגולטוריים על הקופות נעשתה בעיקרה באמצעות שינויים מוסדיים מצומצמים ולא באמצעות שינוי תפיסתי כולל. כך שומר המשרד בעצימות גבוהה על כפל הכובעים שלו.

לסיכום, הקונפליקט של משרד הבריאות וקופות החולים נוגע לאופן בו המשרד פועל כרגולטור בשוק בו הוא ספק משתתף. התחרות באספקת השירותים מייצרת פיקוח המוטה לרעת הקופות ושומר על האינטרסים של משרד הבריאות כספק שירותים.

### ג. מודלי פיקוח ורגולציה ורעיון "פירמידת הרגולציה"

ספרות הרגולציה התגובתית (Responsive regulatory) התחילה ופותחה בספרם המכונן של ברייטוויט וארייס (Ayers and Braithwaite, 1992). רגולציה תגובתית מתקפת את האחריות של הרגולטור והמפוקחים כלפי תגובת הצד האחר. תיאוריות נוספות של רגולציה אינן עוסקות באחריות, כך למשל רגולציה של ניהול סיכונים דורשת מעסקים רק לחשב ולשאת את היקף הסיכון שהעסק מייצר אך אינה דורשת מעסקים לחשוב כיצד פעולתם תיתפס ציבורית או ממשלתית. לעומת זאת רגולציה התגובתית מתקפת את האחריות של כל צד כלפי תגובה של הצד האחר. עסק צריך לקחת בחשבון שהפרה של החוק תוביל לכך שהרגולטור יגביר את האכיפה עליו או את החקיקה או שהוא יאבד הון ציבורי. (Braithwaite, 2011; Parker, 2013).

ההנחה הנורמטיבית העומדת מאחורי רגולציה תגובתית מניחה שיש נכונות כללית לאזרחים ופירמות לאסדר את עצמם. הנחה זו מייחסת לשוק כוונות טובות ומתבססת עליהן בתהליכי ההסדרה (Ayers and Braithwaite, 1992). מכיוון שהשוק מעוניין לאסדר את עצמו, הסדרה ממשלתית באמצעות חקיקה ואכיפה צריכה להיות השלב האחרון במגוון אסטרטגיות העומדות לרשות המדינה ועל המדינה לווסת לאט ובהתמדה את פעילות השוק. הכוונות הטובות של השוק קשורות ישירות לשאלת האחריות- השחקנים אחראיים לפעילותם ולכן מעוניינים לקדם פעולות שייטיבו עם שאר השחקנים ולא יפגעו בהם בטווח הארוך. (Parker, 2013).

### רעיון המדיניות "פירמידת הרגולציה"

רעיון מדיניות פירמידת הרגולציה טוען שניתן לסדר את האסטרטגיות העומדות לרשות הרגולטור על פי מידת האכיפה שהוא מפעיל בכל אחת מהן על המפוקחים.

<sup>2</sup> דיווח של ליאור חורב, מנהל האגף לפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות.

## פירמידת הרגולציה



מקור: Parker C, "Reinventing Regulation Within the Corporation: Compliance-oriented Regulatory Innovation" (2000) 32 Administration & Society 359.

ברגולציה עצמית הרגולטור כלל לא מתערב והשוק מאסדר את עצמו, ברגולציה עצמית נכפית המדינה דורשת מהשוק לאסדר פעילויות מסוימות בעצמה, ברגולציה מצווה עם שיקול דעת הרגולטור מאסדר בעצמו את השוק אך משאיר שיקול דעת לאנשי האכיפה (Parker, 2000; Reeve, 2011). ברגולציה מצווה ללא שיקול דעת המדינה קובעת הן את הרגולציה והן את האכיפה ללא שיקול דעת של אנשי האכיפה (Braithwaite, 2002; 2011). האסטרטגיות מסודרות על פי **מידת הצייות הנדרשת מהמפוקח**. בקצה הפירמידה המדינה דורשת ציות מלא מהמפוקח ומהמפוקח, בתחתית המפוקחים אינם צריכים לציית כלל.

מפירמידת הרגולציה נובעות פירמידות נוספות הכלולות באסטרטגיה: פירמידת הרגולציה ופירמידת הרציונליות. בפירמידת הרגולציה עומדים לרשות הרגולטור מספר כלי מדיניות כדי לקדם את אסטרטגיית האכיפה, באסטרטגיית אכיפה של רגולציה עצמית הרגולטור פועל בכלי שכנוע ובאסטרטגיית אכיפה של ציווי ללא שיקול דעת הרגולטור משתמש בכלי מדיניות חריפים כמו שלילת רישיון או מאסר עבור עבירות קבועות בחוק (Braithwaite, 2002; 2007; Gunningham, 2010).

פירמידת הרציונליות מתייחסת למידת הרציונליות שהרגולטור מייחס למפוקחים וכיצד הוא פועל מולם: מול שחקנים טובים וצייתנים (Virtuous Actor) המדינה תפעל במטרה לשקם את המצב הקיים באמצעות שכנוע, עידוד או חינוך. מול שחקנים רציונליים המדינה תפעל באופן שירתיע את העבריינים ויעודד את שומרי החוק. מול שחקנים לא רציונליים המדינה תפעל כדי לנטרל או להוציא אותם מהשוק (Braithwaite, 2005; 2008; Kolieb, 2015).

פירמידת הרגולציה מאפשרת להחיל את רגולציה התגובתית בכך שהיא מאפשרת לרגולטור להגיב צעד אחר צעד (Tit for Tat) לפעולות המפוקחים. המדינה יכולה להתחיל מאסטרטגיית אכיפה רכה של שכנוע השוק לרגולציה עצמית ורק לאחר הפרות חוק לעלות שלבים בפירמידת הרגולציה ולהחמיר את השליטה על המפוקחים. עליית המדרגה של הרגולטור צעד אחר צעד בהתאם לתגובות המפוקחים שומרת על ארסנל הכלים של הרגולטור שלא פונה לאפיק משפטי נוקשה ברגע שיש הפרות חוק ושומרת על האינטרס של המפוקחים לציית כשהפרות מידתיות נענות באכיפה מידתית בהתאם לחומרה. מתוך אסטרטגיות האכיפה השונות צומחים מודלי הרגולציה הרלוונטיים לחקר המקרה- רגולציה עצמית נכפית, רגולציה משותפת ורגולציה של ציווי ושליטה. אציג כל אחד מהמודלים בנפרד.

### מודל רגולציה עצמית נכפית

במודל של רגולציה עצמית נכפית (Self-Enforced Regulation) המדינה מטילה על השחקנים בשוק את האחריות לכתוב חוקים שיסדירו את פעילותם ולאכוף חוקים אלו (Braithwaite, 2002). רגולציה עצמית נכפית משתמשת ביתרונות הרגולציה העצמית אך מתגברת על חסרונותיה. לשחקנים פרטיים יש יכולת טובה לאסדר את הפעילות שלהם בגלל שיש להם את כל המידע והמומחיות על עצמם ויכולת מצוינת לאכוף את עצמם (Braithwaite, 1982; Black, 2001) אך חסרה להם מוטיבציה. כך למשל לחברות כרייה יש אינטרס לפקח ולשמור על בטיחות העובדים אך אינטרס זה יכול להתגמד לעומת הרצון לחסוך ברווחים על קניית ציוד לעובדים (Braithwaite, 2002).

רגולציה עצמית נכפית מכריחה את השחקנים לייצר חקיקה רלוונטית להתנהגות שלהם ולאכוף אותה, ובכך פותרת את בעיית המוטיבציה באמצעות יצירת חובה ממשלתית לייצר סטנדרט עצמי ולעמוד בו. רגולציה עצמית נכפית אינה באה לבדה אלא מהווה איתות מצד המדינה שבמידה ולא תתקיים רגולציה עצמית המדינה תתערב ותטיל רגולציה בעצמה. האיתות מייצר התערבות ממשלתית בשוק גם כשרק נדרשת רגולציה עצמית מצד השחקנים (Braithwaite, 2002).

ברייטוויט מדגים שישנו מדרג אכיפה קיים גם בתוך רגולציה עצמית נכפית, המדינה יכולה להיות גורם מאשר לחקיקה שמייצרים השחקנים ולפסול אותה במידה והשחקנים לא לקחו אותה ברצינות וכתבו מסמך דמה. המדינה גם יכולה לקבוע תנאי מינימום לחקיקה ולבקש מחברות שיעמדו בו. אלמנט נוסף הוא בפרסום קריטריונים לשיקול הדעת של השחקנים בייצור החקיקה העצמית (Braithwaite, 2002).

קביעת הכללים במודל האכיפה רכים ונעשים בהתאם לשיקול הדעת של המפוקח כמו למשל קוד התנהגות. המדינה פועלת מול השחקנים בדרכים של חינוך ושכנוע ולא באמצעים נוקשים ועלויות הציות זולות בהשוואה למודלי אכיפה אחרים. לדוגמא, הפרה של קוד התנהגות במקום העבודה יענה בהורדה בשכר לעומת הפרה של חוק שיכולה להוביל למאסר (Braithwaite, 2002). רגולציה עצמית נכפית מסתמכת על ההנחה שלשחקנים כוונות טובות ושברצונם להיות שחקנים צייתנים (Gunningham and Rees, 1997) הנחה זו מתבטאת בטיב מודל האכיפה כשהמדינה סומכת על כך שהשחקנים ייצרו חקיקה טובה ויאכפו אותה בצורה הגונה.

רגולציה עצמית נכפית התפתחה בשני העשורים האחרונים בעיקר בעולם הממשל התאגידי, כשלצד רפורמות בחוקי הממשל התאגידי הוכנסו קודי התנהגות והנחיות לויסות עצמי במטרה לייצר סטנדרטים אחידים של "ממשל טוב" (Sobzak, 2006: Cioffi, 2009). למעשה חל תהליך כפול- המדינות ויתרו על חקיקה נוקשה מצידן ובתמורה דרשו חקיקה רכה מהשחקנים על עצמם (Parker, 2002). חוקרים מציינים שהדרישה לרגולציה עצמית נכפית יכולה להגיע כשלמדינה יש קשיים באכיפה כמו בעולמות הממשל התאגידי. לחברות יש יכולת גבוהה להסתיר מידע ונוצר אינטרס ממשלתי למדינה לתת אחריות לחברות שייצרו חקיקה רלוונטית ויאכפו אותה במקום להיכשל בכך בעצמה (Dean, 2014: Gibbons, 1996). הנחה זו הפוכה להנחה שציינתי קודם- רגולציה עצמית נכפית תתפתח במקומות בהם אי הציות אפשרי ולשחקנים נטייה עבריינית. בעולמות כאלו, רגולציה עצמית נכפית היא מעין "עלה תאנה" בו המדינה מנסה להראות שיש לה סוג מסויים של שליטה בשוק בו היא לא שולטת (Gilad, 2011).

הסגנון הרגולטורי במודל האכיפה שואף להגדיל את המוסריות של השחקנים ולא לאיים עליהם. כשתהיה להם אחריות וידע על התוצאה הרצויה ועל השפעות אי הציות, תגדל האכיפה שלהם על עצמם והם ישתפרו. (Baron, 2010).

לסיכום, רגולציה עצמית נכפית מתמודדת עם בעיית המוטיבציה של רגולציה עצמית באמצעות הכרח של השוק לייצר רגולציה על עצמו ולאכוף אותה. האוטונומיה של המפוקחים נשארת גבוהה ועלויות אי הציות נמוכות. המחקר מציג שתי עמדות לגבי הכוונות הטובות של המפוקחים- הראשונה טוענת שדווקא מכיוון שהשחקנים טובים, יש לסמוך עליהם שיאסדרו את עצמם. השנייה טוענת שלשחקנים אין כוונות טובות אך מכיוון שיש להם יכולת גבוהה לא לציית ולמדינה אין כוח עליהם, נבחר המודל הרך כדי לאפשר למדינה מראית עין של הסדרה. הסגנון הרגולטורי מתמקד בהגדלת המוסריות של המפוקחים.

### **מודל רגולציה משותפת**

במודל של רגולציה משותפת (Co-Regulation), המדינה כותבת את הרגולציה עם השחקנים ועובדת איתם יחד כדי לאכוף אותה (Albareda, 2008: Marsden, 2011). קשה להגדיר רגולציה משותפת מבחינת פירמידת הרגולציה, מצד אחד השתתפות שחקנים פרטיים במערך ההסדרה מלמדת על פיקוח עצמי ומצד שני המדינה שומרת על כוחה ברגולציה ובאכיפה. לכן היא ממוקמת באמצע פירמידת הרגולציה- בין פיקוח עצמי לרגולציה של ציווי ושליטה. (Marsden, 2011).

קביעת הכללים במודל רגולציה משותפת נעשית באמצעות משא ומתן בין הרגולטור והמפוקחים ויש חלוקת עבודה מוסכמת בין הרגולטור והשחקנים בקביעת הכללים. חלוקת העבודה יכולה להיות מוסדרת בחוק. כלומר, חקיקה המאסדרת ומחייבת פעילות משותפת של המדינה והמפוקחים (Lister, 2012) או יכולים להיקבע באמצעות סטנדרט וכללים רכים (Braithwaite, 2002). המדינה תפעל כדי לאכוף את החוקים יחד עם השחקנים ובמידה של אי ציות תנסה להדגיש את הצדדים החיוביים בציות ולא לאיים עליהם (Frydman, 2012). מחיר אי הציות לרגולציה יתנהל בדרך כלל במישור המנהלי באמצעות אזהרות, נזיפות, שימועים וקנסות (Senden, 2002: Braithwaite, 2002).

הכוונות הטובות של השחקנים פחות משמעותיות במודל זה מכיוון שהוא בדרך כלל מתרחש כשיש **תחרות פוליטית** (Borzel, 2010). תחרות פוליטית מתקיימת כשלהגולטור ולשחקנים אין מספיק כוח כדי לשלוט על הצד השני. תחרות פוליטית יכולה להתרחש בגלל מחסור במומחיות של הרגולטור, מחסור בהון ציבורי או במערכות שלטוניות נוספות הפועלות על השחקנים. המחסור בהון גורם לרגולטור ולמפוקחים להעדיף משא ומתן כי הם לא מסוגלים לחלוטין להכריע. לכן, מטבע הדברים רגולציה משותפת היא מודל **דינמי**- כשלצד אחד יותר כוח (הון פוליטי, ציבורי) האכיפה תנוע לכיוונו. כשהשחקנים חזקים מהמדינה המדינה תצטרך לפעול בשכנוע על פני ציווי, באזהרה על פני אכיפה. כשהמדינה חזקה מהשחקנים הפירמידה תתקדם לציווי ושליטה, המדינה יותר תורה ופחות תתייעץ, תאכוף ולא תזהיר (Braithwaite, 2002: Borzel, 2010: Mascini, 2013).

הסגנון הרגולטורי ברגולציה משותפת שואף להגדיל את האמון והדיאלוג עם המפוקחים מכיוון **שערוץ הקשר** הופך להיות אופן הפיקוח. הרגולטור ישוחח עם המפוקחים באופן רשמי ולא רשמי, ישתף אותם בתהליך המדיניות ובתהליכי האכיפה ויעזור להם בבעיות שלהם כדי להגדיל את האמון שלהם בו וכך לחזק את ההתנהגות הרצויה בשוק (Martinez and Others, 2007: Guay and Others, 2004). (Gunningham and Sinclair, 2009).

לסיכום, במודל הרגולציה המשותפת המדינה קובעת את הכללים יחד עם השחקנים ומשתפת אותם בפעילות האכיפה. במידה של אי ציות, המדינה מדגישה את הצדדים החיוביים של היענות לחוק ואי הציות יענה בכלי מדיניות בעולם המנהלי. הכוונות הטובות של השחקנים פחות משמעותיות מכיוון שהמודל מתקיים בעיקר כשיש תחרות פוליטית ולאף אחד מהצדדים אין יכולת לשלוט על הצד השני, והסגנון הרגולטורי מתמקד באמון ודיאלוג כשערוץ התקשורת הוא אמצעי הפיקוח המרכזי.

### **מודל רגולציה של ציווי ושליטה**

במודל רגולציה של ציווי ושליטה (Command and Control Regulation) המדינה קובעת לשחקנים מה הכללים שהם צריכים לעמוד בהם ואוכפת אותם עליהם. המודל נמצא בראש פירמידת הרגולציה ומתחלק לרגולציה מצווה עם שיקול דעת של הרגולטור באכיפה ורגולציה מצווה ללא שיקול דעת באכיפה. ברגולציה מצווה עם שיקול דעת, רגולטור יכול לתת עונש שונה על אותה העבירה לשני שחקנים שונים בגלל שיש לו שיקול דעת. לעומת זאת, יש עבירות בהן החוק קובע מהי הסנקציה ולא מאפשר לרגולטורים שיקול דעת (Braithwaite, 2002: 2006).

קביעת הכללים ברגולציה של ציווי ושליטה נעשית בדרך כלל על ידי המדינה בלבד ונאכפת עם שיקול דעת או בלי שיקול דעת לרגולטור. כלי האכיפה יתמקדו בסנקציות ותנסה להשיג הרתעה כלפי אי ציות מהשחקן או בשוק. מחיר על אי ציות יתקיים במישור הפלילי או בהוצאה מוחלטת מהשוק (למשל שלילת רישיון של יבואן שחטא) (Sinclair, 1996: Braithwaite, 2002). מכיוון שבאסטרטגיית האכיפה יש שימוש בחוקים, רגולציה של ציווי ושליטה לוקחת בחשבון שיש לשחקנים יכולת לעתור לבית המשפט כשהחוקים אינם הוגנים וכן לעתור על אכיפה שאינה מידתית (ידין, 2016: 2018). קיומו של בית



המשפט גורם לרגולטור לאסדר את פעולות האכיפה שלו ולא רק את פעילות השחקנים. אסטרטגיית ציווי ושליטה מאסדרת את פעילות הרגולטור ומקטינה את שיקול הדעת שלו (Braithwaite, 2017):  
(Gunnigham and Sinclair, 2017).

המדינה מתייחסת לשחקנים כוונות רציונליות- הם תמיד ירצו למקסם רווחים. במידה ומשתלם להם לציית לחוק, הם יצייתו ובמידה ושציות לחוק יפגע ברווחים שלהם הם יעברו עליו אלא אם כן האכיפה וההרתעה יצרו להם אינטרס שלילי. (Braithwaite, 2002: 2008: Kolieb, 2015). הסגנון הרגולטורי באסטרטגיית האכיפה שואף להגדיל את הצייתנות של השחקנים לחוקים שכתבה המדינה ונובעת מטיב המודל בו השחקנים לא פעילים בכתיבת החוק או באכיפתו. השיח הצייתי מייצר מערכת יחסים היררכית בין המדינה והשחקן- המדינה תובעת מהשחקן לציית ויש לה כוח רב כדי להשיגו (Gunnigham, 2010: Lobel, 2012: Gunnigham and Sinclair, 2017). כפי שמציין לובל (Lobel, 2012), משטר של ציווי ושליטה מתעדף את החלקים הדמוקרטיים העוסקים ב"טובת הכלל" על פני חלקים העוסקים בזכויות הפרט וכתוצאה מייצר קונפליקט אצל השחקנים שיכולים להבין את הרציונל הממשלתי אך משלמים מחיר כבד. אלו מובילים לקונפליקט בהיענות הדמוקרטית שלהם.

לסיכום, במודל רגולציה של ציווי ושליטה המדינה קובעת את הכללים לבד ואוכפת אותם על השוק. לשחקנים כוונות רציונליות ולכן המדינה תתמקד בסנקציות כדי להרתיע את השחקנים. הכללים מיוצרים בחקיקה ולכן בית המשפט הופך לשחקן פעיל וגורם לרגולטור לאסדר את החוקים והאכיפה שלו. הסגנון הרגולטורי שואף להגדיל צייתנות וכתוצאה מכך מייצר קונפליקטים בהיענות הדמוקרטית של השחקנים.

## פרק ראשון: מודל רגולציה של ציווי ושליטה

**תקציר:** בפרק זה אציג את מודל הרגולציה של ציווי ושליטה במשרד הבריאות על קופות החולים. אתאר את האחריות שיצר חוק ביטוח בריאות ממלכתי למשרד הבריאות כמפקח על הקופות ואת סמכויות הניטור והאכיפה שקיבל המשרד כדי לבצע את תפקידו החדש. אראה כיצד המשרד פיתח לאחר החוק את מערך הפיקוח והאכיפה על הקופות וכיצד אלו תלויים בשחקנים נוספים מלבד המפקח.

### 1. סמכויות הציווי והשליטה של משרד הבריאות על הקופות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי

מודל רגולציה של ציווי ושליטה משתמש בחוקים ותקנות כדי לעגן את פעילות השחקנים בשוק (Braithwaite, 2012). חוק ביטוח בריאות ממלכתי עיגן את תפקידי השחקנים- המפוקחים הם קופות בריאות ממלכתיות להם אחריות לספק שירותים למבוטחים ואחריות ציות למדינה (פרק ה' ו' לחוק). החוק מגדיר את משרד הבריאות ושר הבריאות כרגולטורים האחראיים על הקופות ואת סמכויותיהם כמפקחים.

הסמכות לצוות על הקופות ניתנה קודם כל לרשות המחוקקת כשעצם קיומו של חוק מעגן לכל מערכת הבריאות פירושו שכל שינוי מערכתי דורש שינוי חקיקתי ומעבר במליאת הכנסת. בנוסף, לוועדות הכנסת ניתנה הסמכות לאשר 28 נושאים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אך את עיקר סמכויות הציווי על הקופות קיבל בחוק משרד הבריאות: 15 אישורים בחקיקה ראשית הדורשים את אישור שר הבריאות וסמכות רחבה יותר לתקן תקנות כלליות לצורך יישום החוק<sup>3</sup>

"שר הבריאות ממונה על ביצוע חוק זה והוא רשאי להתקין תקנות בכל ענין הנוגע לביצועו."

מלבד הרשות המחוקקת והרשות המבצעת, גם המפוקחים קיבלו סמכות ציווי בחוק כשעל הקופות היה לתקן תקנון שיקבע את זכויות החברים ואת פעילות מוסדות הקופה<sup>4</sup> (ועל כך בהרחבה במודל הרגולציה העצמית נכפית).

משרד הבריאות היחיד שקיבל סמכות פיקוח ואכיפה על הקופות והוא חוייב לפקח עליהן בחוק. דאז, החוק לא קבע כיצד יראה הפיקוח לפרטיו ורק אסדר את הנושא בצורה כללית:

"משרד הבריאות יפקח על פעילותן של קופות החולים לפי חוק זה ויבקר את איכות שירותיהן; דרכי הפיקוח והבקרה ייקבעו בתקנות."<sup>5</sup>

על פי החוק, סמכויות הפיקוח אינן סמכויות אכיפה כי אם סמכויות ניטור (Rule Monitoring). משרד הבריאות צריך לנטר את מתן השירות של הקופות ולוודא שהוא ניתן על פי החוק. למשרד הבריאות אין

<sup>3</sup> סעיף 60 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

<sup>4</sup> סעיף 26 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

<sup>5</sup> סעיף 35 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994.

סמכות בחקיקה ראשית להכריח קופה לתת שירות רפואי אלא רק לוודא שהקופות מבצעות את תפקידן כפי שנקבע בחוק.

משרד הבריאות קיבל בחוק המקורי מיעוט סנקציות, סנקציה מרכזית שניתנה היא לא להכיר בקופת חולים<sup>6</sup> ויכולת להקים לקופה ועדות בדיקה וחקירה שמתוכם יגזרו **יחד** עם הקופה סנקציות נוספות כמו השעיית חבר בהנהלת הקופה או מינוי מנהל לקופה<sup>7</sup>.

לסיכום, בחוק המקורי שר הבריאות ומשרדו קיבלו את מרבית סמכויות הציווי על קופות החולים- סמכות לתקן תקנות בנושאים ייעודיים וסמכות ציווי כללית לתקן תקנות לצורך ביצוע החוק. סמכויות השליטה ניתנו למשרד הבריאות **בלבד** אך היו בעיקרן סמכויות ניטור. משרד הבריאות אם כך הפך לרגולטור יחיד וריכוזי על הקופות שבאחריותו לייצר כללים ולאכוף אותם. הריכוזיות הרגולטורית מותאמת למודל של ציווי ושליטה. נציג את התפתחות הציווי והשליטה של משרד הבריאות על קופות החולים בשנים שלאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

#### א. התפתחות סמכות הציווי לאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי

למשרד הבריאות סמכות ציווי על הקופות באמצעות שינוי חקיקה ראשית (תיקוני חקיקה שונים) וסמכות לחוקק חקיקה משנית בדמות תקנות, חוזרים ונהלים.

#### א. תיקוני חקיקה ראשית

לאורך השנים נעשו למעלה מ-100 תיקוני חקיקה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (כנס ים המלח, 2019). עיון בתיקונים השונים מעלה שהשינויים המהותיים בתחום הציווי שהתרחשו הם **קבלת סמכויות על הקופות במשרד האוצר**. משרד האוצר עשה שימוש בחוק ההסדרים כדי לקבל סמכויות ציווי מקבילות על הקופות וסמכויות וטו על הוראות משרד הבריאות. (חורב וקידר, 2010). התחזקות משרד האוצר כרגולטור מצווה על קופות החולים בנוסף למשרד הבריאות באה לידי ביטוי בעשרות החלטות בחקיקה ראשית: הוספת תחום בריאות לסל או שירותים אחרים תלויה באישור האוצר, מדד יוקר הבריאות לסל נעשה באישור האוצר, קביעת תקורה להכנסת הקופות ממסי חבר נעשית באישורו, החלטות על המבנה התאגידי של הקופות תלויה באישור האוצר ועוד כהנה וכהנה<sup>8</sup>. ח' וג' מספרים על תהליך הפיכתו של משרד האוצר לשחקן וטו המצווה על הקופות:

ג': פעם משרד האוצר היה נגדי בחוק הסדרים שרצה לקחת לי סמכויות ואני העברתי את כל הפרק של הבריאות לסעיף שונות והעברתי אותו בוועדת הכספים, עד היום הם לא יכולים להירגע איך אני לקחתי סעיף שלם ולבד לבד העברתי אותו לסעיף שונות

<sup>6</sup> סעיף 24 וסעיף 25 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994.

<sup>7</sup> סעיף 37 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994.

<sup>8</sup> תיקונים 7,2, 27,28, 9 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ח': האוצר היה נגד חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהיום הראשון שלו, האוצר הבין שזה איזה שהוא בור ללא תחתית, ככה הוא ראה את זה בזה שלו והוא דחף לכל חקיקה "באישור שר הבריאות והאוצר", כי הבין שאם זה יהיה רק שר הבריאות אז הוא יאשר את כל השירותים וזה (השירותים הרפואיים), שזה גישה לא נכונה אבל לא משנה

ג' מספרת שמשרד האוצר השתמש בחוק ההסדרים כדי להשתלט על סמכות הציווי של משרד הבריאות לקופות וח' מסביר שההתנגדות של האוצר לסמכות הציווי של משרד הבריאות מתוך הנחה שהוא ישתמש בכוחו כדי לאשר אישורים רפואיים, להגדיל את ההוצאות לקופות ולהגדיל את התקציב הלאומי לבריאות. בעוד חוק ביטוח בריאות ממלכתי נתן את עיקר סמכות הציווי למשרד הבריאות ובכך שימר מודל ריכוזי של ציווי ושליטה, כניסת משרד האוצר כסמכות מצווה נוספת, הופכת את המודל ל**ביזורי** מבחינה בירוקרטית- משרד האוצר רשאי לחסום את סמכות הציווי של משרד הבריאות.

## ב. חקיקה משנית

משרד הבריאות קיבל סמכות לתקן תקנות במגוון תחומים לצורך יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי אך כיום אין תקנות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי וההוראות לקופות יוצאות במתכונת של חוזרים<sup>9</sup>. החוזרים הם מכתבי הוראות לקופות העוסקים במגוון נושאים ותהליך הוצאתם הוא כדלקמן: האגף לפיקוח על קופות החולים מוציא טיוטת חוזר לקופות החולים- הקופות מגיבות לטייטה- הרגולטור מפרסם את החוזר המתוקן לציבור ולקופות והתפתח מתחילה ככלי בו למפוקח יש יכולת להגיב ולשנות את הרגולציה. השימוש בחוזרים התפתח מכלי מדיניות לא רשמי לכלי מדיניות רשמי של האגף לפיקוח על קופות החולים. תחילה החוזרים עסקו במענה לבעיות שעלו מהשטח מעצם החלת מנגנון פיקוח חדש על הקופות שלא היו בפיקוח של המשרד לפני החוק. ג', המנהלת המייסדת של האגף לפיקוח על קופות החולים מספרת על הוצאת החוזרים

ג': במה לא הוצאתי מכתבים, בניהול, בממשל תאגידי, באיך מחליטים, בהסדרי בחירה, מה הראש שלהם בהסדרי הבחירה, כלל השייוון, אני הוצאתי לדעתי מאות מכתבים לקופות החולים שייצרו וחצבו את הרגולציה הזאתי וזה מה שאני השארתי... עד היום חלק גדול מהרגולציה של הקופות החולים זה מכתבים שהוצאתי. זה היה משנת 98 עד 2006, אני כתבתי כללי יסוד של החלטות ואיך אתה מחליט ומה אתה עושה ואיך אתה קובע... ט' היה הסטאז'ר (המשפטי) של יהודה בן מאיר(מנכ"ל כללית דאז) והוא היה כל היום יושב וכותב מולי מכתבים של קופות החולים ואני אומרת לך שהוצאתי מאות כתבים עם עשרות תגובות והייתי כותבת מכתב והם היו אומרים לי זה לא בסדר זה לא בסדר, זה **מנוגד לחוק**, והיה דיאלוג מתמיד.... ודאי זה היה עשרות תשובות. אתם יכולים, לא יכולים להגיש בתקופה הזאת."

<sup>9</sup> ראו באתר משרד הבריאות: חוזרים ונהלים על הקופות, חוזרי האגף לפיקוח על קופות החולים.  
[https://www.health.gov.il/Services/Pages/NoticesAndRegulations\\_old.aspx](https://www.health.gov.il/Services/Pages/NoticesAndRegulations_old.aspx)

כפי שניתן ללמוד מדבריה של ג' בימים הראשונים של מערך הפיקוח, הקופות התנגדו לעצם הוצאת החוזרים של משרד הבריאות בטענה שלמשרד אין סמכות חוקית להוציא להם הנחיות, תמיכת בית המשפט בסמכות החקיקה של המשרד סתמה את הגולל על טענה זו. מספר ח'

ח': אז הקופה תגיד אין לך סמכות להוציא חוזרים, זה לא עזר להם, הם אמרו את זה בכמה פסקי דין ובית המשפט אמר בוודאי שיש לו סמכות וגם אם אין לו סמכות זה הסטנדרט הטיפולי שהוא דורש, זה מה שאתם צריכים לתת. וזה מה שמדהים...תקשיבי היום הם (החוזרים) סטנדרט, כולם (הקופות) אומרים מה כתוב בחוזר, מה החוזר אומר.."

לאחר פסיקת בית המשפט שלמשרד הבריאות יש סמכות להוציא לקופות חוזרים, החוזרים קיבלו מעמד מחייב והקופות לא חושבות לא לציית להם אלא מנסות להיצמד כמה שיותר ללשון החוזר. היצמדות ללשון החוק שמתאר ח' ("מה כתוב בחוזר") מאפיינת את מודל הציווי והשליטה ומראה שחלה שסמכות הרגולטור לצוות ולהורות השתרשה אצל המפוקחים שלא מערעים על סמכותה (Gunnigham, 2010) (Braithwaite, 2010)

בעוד החוזרים הראשונים החלו כמכתבים לקופות הם מתקבעים ב-2007 באופן רשמי כשמתחלף סמנכ"ל האגף על הקופות והחוזר הראשון שמתפרסם באתר משרד הבריאות הוא חוזר "הוצאת חוזרים"<sup>10</sup> המתאר את מסגרת החקיקה של כלי הפיקוח:

"אנו שמחים לבשר כי מעתה ואילך יוצאו הנחיותינו החדשות הן במסגרת הסל הבסיסי והן במסגרת התוכניות לשירותי בריאות נוספים במתכונת של חוזרים. חוזרים אלו יתפרסמו במקביל אי"ה גם באתר האינטרנט של משרד הבריאות. אין לראות בחוזרים אלו ביטול של הנחיות קודמות שניתנו אלא אם נאמר מפורשות בחוזר כי ההנחיה מחליפה הנחיה קודמת. אנו נשתדל במהלך הזמן להוציא אף את ההנחיות הקודמות הרלוונטיות במתכונת של חוזרים"

החוזר הראשון שהתפרסם מבסס שלושה עקרונות חשובים: החוזרים הופכים לכלי פיקוח רשמי ומסודר דרכו יוצאות הנחיות הרגולטור, החוזרים יהיו שקופים לציבור ומייצרים אחריות משפטית וציבורית למפוקחים ולמפקחים, החוזרים הקודמים תקפים על אף שאינם מופיעים בצורתם הפורמלית באתר. שמירת התוקף של החוזרים הישנים מראה על רשמיות החוזרים מתחילתם, כך גם החוזרים שפורסמו לפני 5 שנים כתופעה למענה נקודתי עדיין מחייבים את הקופות.

השימוש העיקרי של האגף בחוזרים על פני תקנות מלמדת על חשיבות הדיאלוג בין המפקח למפוקחים בהוצאת הוראות והשימוש בחקיקה רכה יותר מתקנות מלמדת על כוחו המוגבל של משרד הבריאות להשתמש בסמכות הציווי שלו.

גם בחקיקה משנית בדמות חוזרים, משרד האוצר הצליח לקבל סמכויות וטו על משרד הבריאות. מספר ק'

<sup>10</sup>ראו באתר משרד הבריאות: חוזרי האגף לפיקוח על קופות החולים, חוזר "הוצאת חוזרים"  
[https://www.health.gov.il/hozer/sbn01\\_2007.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/sbn01_2007.pdf)

ק': בהסכם "בריאות- אוצר" (הסכם שנחתם בין שני המשרדים בנושא הוצאה על בריאות), מה שלא היה פעם, צריך לקבל על כל מה שיש השפעה תקציבית צריך לקבל אישור של האוצר על הוצאת חוזר"

ק' מעיד על כך שמשרד האוצר חתם על הסכם עם משרד הבריאות בו לא יוצאו יותר חוזרים בעלי הוצאה תקציבית לקופות ללא הסכמתו. אישור האוצר נוגע לחוזרים בהם יש "השפעה תקציבית" אך מכיוון שרבים מהחוזרים עוסקים בחובת שירות רפואי מצד הקופות לציבור, רובם עוסקים למעשה בהשפעה תקציבית. בטיוטת חוק ההסדרים הנוכחית<sup>11</sup>, משרד האוצר מעוניין לקבל סמכויות ציווי נוספות על הקופות:

**מתוך טיוטת חוק ההסדרים:** "לקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי שחוזרים, תקנות והוראות של משרד הבריאות הכרוכות בעלות תקציבית לקופות החולים לא יותקנו או יפורסמו אלא אם ההוצאה תוקצבה בתקציב קופות החולים או אם הצביע משרד הבריאות על פעולה מאזנת בתקציב קופת החולים. קביעת העלות התקציבית תקבע על פי הערכת שר האוצר או מי שהוא הסמיך לכך."

משרד האוצר מבקש לא לפרסם חקיקה משנית לקופות ללא חישוב תקציבי מצד האוצר וללא מקור תקציבי ובכך "לסנדל" בצורה משמעותית את סמכויות הציווי של משרד הבריאות על הקופות. קבלת הסמכות של משרד האוצר גם בנושא החוזרים מגדילה את הביזוריות של מודל הציווי והשליטה כשמשרד האוצר רשאי להתערב גם בחקיקה משנית של משרד הבריאות. סמכות משרד האוצר **מחלישה** את סמכות הציווי של משרד הבריאות על הקופות כשבכל פעם שהוא מעוניין להוציא הוראות הוא זקוק לאישור משרד נוסף.

למרות זאת, ניתן לראות שנשמרת סמכות ציווי גמישה וחלשה יותר למשרד הבריאות. לאגף לפיקוח על קופות החולים יש יכולת לייצר לקופות **הנחיות**.

ד': כשאתה מכניס משהו לחוזר, זה מפורסם לציבור. אז כתבתי הנחיה, אז פחות ישבו לי על הוריד. אז אמרתי טוב, אני לא אעשה את זה בחוזרים, אני אעשה בהנחיות. הנחיות לא שקופות לציבור.

ניתן לראות שמכיוון שההנחיות לא שקופות לציבור הרחב (בשונה מתקנות או חוזרים) הן פחות מחייבות את הקופות לעבוד על פיהן כי ככל שהכללים מפורשים יותר כך הם מחייבים יותר.

לסיכום, ניתן לראות שינוי היסטורי בסמכות הציווי על הקופות. החוק המקורי נתן למשרד הבריאות סמכות ציווי משמעותית לצורך ביצוע חוק ביטוח בריאות ממלכתי אך לאורך השנים משרד האוצר כרסם בסמכות זו הן בחקיקה ראשית והן בחקיקה משנית. הוטו של משרד האוצר על הציווי של משרד הבריאות מחליש את מודל הציווי והשליטה של משרד הבריאות על קופות החולים בישראל.

<sup>11</sup> טיוטת חוק ההסדרים לשנת התקציב 2020: פרק בריאות.

## ב. התפתחות סמכות השליטה לאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מודל האכיפה של ציווי ושליטה מתמקד באכיפה מבוססת הרתעה המשתמשת בסנקציות (Braithwaite, 2010). כפי שהצגתי, החוק נתן למשרד הבריאות אחריות פיקוח רחבה על קופות החולים אך מעט סנקציות כדי לנטר ולפקח את הקופות. אציג את התפתחות תהליכי האכיפה של משרד הבריאות לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואת יישומם בפועל.

ברייטוויט (Braithwaite, 2011) מציג תהליך שקורה במשטרים רגולטוריים רבים. הרגולטור מקבל בחוק סנקציה מאוד חריפה ומלבדה הוא לא מקבל סנקציות נוספות. הרגולטור לא יכול להפעיל את הסנקציה החריפה מול כל אי ציות של השחקנים כי מדובר בהרתעה לא מידתית ועל כן הוא פועל במטרה להשיג סנקציות נוספות, רכות יותר, כדי לעודד ציות. תהליך דומה התרחש במשרד הבריאות בפיקוח על קופות החולים. מלבד הסמכות לא להכיר בקופה, החוק המקורי לא נתן כמעט סנקציות נוספות לרגולטור שלא דורשות את מעורבות הקופה. לאורך שנים הרגולטור פעל כדי להגדיל ולגוון את סל האכיפה שלו כדי להגדיל את היענות המפוקחים למערך הפיקוח החדש שיצר החוק. אציג את השינוי ההיסטורי שעבר משרד הבריאות בהשגת כלי אכיפה ופיקוח על הקופות.

שלוש שנים לאחר שהחוק עבר והחל תהליך יישומו הקופות היו צריכות להיכנס למערך הפיקוח החדש של המשרד. בפועל, הן הסכימו לפיקוח עבור **תמריץ כספי** והמדינה לא איימה עליהם באכיפה. ב-1998 קופות החולים נכנסו לגירעונות אדירים שנבעו מעצירת הגבייה העצמאית שלהן ממבטוחים והתשלומים היחידים הועברו רק על ידי המוסד לביטוח לאומי. ההכנסות העצמאיות שלהן נגמרו והן היו חייבות לספק את הסל שנקבע בחוק ללא תקציב, כתוצאה הן לא יכלו לתת שירותים. משרד הבריאות הבין שללא פיקוח פיננסי על הקופות הוא לא יוכל לפקח על מתן השירותים. ח' וג' מספרים על הקמת מערך הפיקוח הפיננסי על קופות החולים במשרד הבריאות

ח': הבינו במשרד הבריאות שברגע שהוכנס החוק, אז המבצע הראשי של החוק לפחות זה הקופות. אז צריך להיות מפקח הרבה יותר צמוד אליהם, ולכן הוקמה היחידה הזאת, היא הוקמה בכלל לפיקוח פיננסי, אז הסכומים היו 14 מיליארד שקל, היום זה כבר 43 מיליארד שקלים, אמרו חייבים לבדוק את זה, כי בין 95 ל-98 הכל היה בסדר, כולם היו בשוק מהחוק ואז היה מהפכה, ב-98 הגיעו הקופות ויש בלגנים, יש גירעונות, לא הבינו מה קורה, היו גירעונות, כן מכניסים תרופות, לא מכניסים תרופות, ביקשו כסף, הסל הראשון התחיל ואופס הבינו שפה זה לא עסק וצריך להקים יחידה שתטפל בעניינים האלה. השיגו רואה חשבון להכניס אותם לכללים וג' הייתה הראשונה (שטיפלה בהוצאות של הקופות במשרד הבריאות)

ג': החוק הזה (חוק ההסדרים של שנת 98) עשה בעצם סוג של עסקת חבילה, קופות החולים כולל כאלו שלא היה להם שב"נים כמו קופת חולים לאומית, קיבלו את האופציה לעשות שב"נים.. תכניות הגבייה במאי 1998. אז שב"נים, גביה, והכי דרמטי הועברה תכנית ייצוב לקופות החולים של מיליארד וחצי שקל על פני 3 שנים. קופות החולים קיבלו סכום של משהו כמו חצי מיליארד שקל והן היו צריכות לעמוד במחויבויות כספיות של איזון כספי. זאת נקודה דרמטית כי קופות החולים כשנכנס חוק ביטוח

בריאות ממלכתי פעלו על איזה טייס אוטומטי ונכנסו לגירעונות אדירים. וחוק ההסדרים הזה היה עסקת חבילה, אנחנו המדינה נביא לכם כסף, משהו כמו חצי מיליארד שקל, אנחנו הולכים גם לציבור ולוקחים ממנו כסף ומעבירים את תכניות השבן.. ואתם (הקופות) תתייעלו!

הגירעונות הגדולים של הקופות שינו את עמדת משרד הבריאות בשני היבטים עקרוניים, ראשית, נוצרה ההבנה המוסדית שיש לפקח על הקופות בצורה פיננסית כדי לוודא שמתן השירותים הרפואיים החייבים בחוק לא יפגע מגירעון הקופה. שנית, שעל המשרד לאשר לקופות לגבות כספים מהציבור עבור שירותי בריאות נוספים כדי לתת להם מרחב כלכלי והעברה של כספי ייצוב ייעודים לקופות. ואכן, ב-1998 הוגדלו הפעילויות הפיננסיות שעמדו לרשות המבוטחים<sup>12</sup> (גבייה מהציבור עבור שב"ן) ובמקביל הוקם מערך הפיקוח פיננסי על הקופות במשרד הבריאות- האגף לפיקוח על קופות החולים.

ג' מספרת על כך שהקמת מערך הפיקוח והניטור הפיננסי על הקופות לא היה תלוי רק בחוק כי אם גם בהסכמי הייצוב ובתשלום כספי שניתן להן.

שאלה: את עכשיו, ביקשת, התחלת לבקש מהם מידע בצורה מסודרת, אמרת להם תעבירו מידע רבעוני, חודשי..

ג': איך ידעתי מה לבקש? קודם כל היה סעיף בחוק שקופות החולים יספקו איזה מידע שצריך למשרד הבריאות ואני כל מכתב פתחתי מתוך סעיף זה וזה אני מבקשת לדעת. שתיים זה היה תנאי ל-יכולת בקרה, הייתה תנאי לקבל את הכסף בהסכמי הייצוב.

על פי ג' הפיקוח הפיננסי במשרד החל בד בבד עם הסכמי הייצוב. משרד הבריאות והאוצר חתמו עם קופות החולים על **הסכם חוזי** בו המדינה תעביר לקופות מיליארד וחצי שקלים תמורת התחייבות הקופות לעמוד במאזן כספי ולהתחייב לפיקוח פיננסי תחת משרד הבריאות. התשלום הכספי ניתן עבור מידע שהקופות היו חייבות למסור על פי חוק ביטוח בריאות אך המדינה **לא** השתמשה בסנקציות החוקיות כי אם באיום של קנסות כספיים באמצעות הסכמי הייצוב. החלת הפיקוח הפיננסי התאפשרה בגלל גירעונות הקופות שהחלישו את עמדתם במשא ומתן ולא נתנו להם לסרב. כפי שמרחיבה ג'

שאלה: מה היה חשוב לקופות בהסכם הייצוב?

ג': קודם כל הן היו צריכות כסף, ואנחנו דרשנו מהם עמידה ביעדים כספיים. עמידה ביעדים כספיים (התייעלות פיננסית). שזה היה אירוע תקדימי, שבעצם באים לקופות החולים ואומרים להם אין בעיה ניתן לכם כסף, נשלים לכם כסף והכסף הזה מותנה ביעדים. אירוע תקדימי בכל קנה מידה.

השלב הראשון בפיקוח הפיננסי של הרגולטור הוא קבלת **יכולת ניטור** על הוצאות הקופה באמצעות קבלת מידע שוטף תמורת כסף על אף שהעברת הכספים נעשתה בתמורה למסירת מידע שחייבת בחוק. כלומר, הרגולטור שילם על המידע במקום לאכוף את החוק.

<sup>12</sup> תיקון מס' 7 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.



בהמשך מפותח כלי הסכמי הייצוב ככלי אכיפה סטנדרטי של משרד הבריאות. הסכמי הייצוב נחתמים באופן קבוע בדרך כלל אחת לשלוש שנים בין משרד האוצר, משרד הבריאות והקופות. במסגרתם ניתנים לקופות כספים נוספים מעבר לכספים שהן זכאיות להן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כספים אלו ניתנים בעיקר עבור פעולות של עמידה ביעדים תקציביים, מגבלות על שכר והגשת תקציב שנתי ופיקוח ובקרה שוטפים על הפעילויות הפיננסיות<sup>13</sup>. הפיקוח הפיננסי השוטף באמצעות הסכמי הייצוב יצר מערך פיקוח מתקדם מהפיקוח שייצר החוק. על פי החוק, הקופות חייבות למסור מידע רק לבקשת הרגולטור אך בהסכמי הייצוב הקופות מחויבות **לספק מידע שוטף מעצמן** ולא רק להגיב לבקשות המידע של הרגולטור.

הסכמי הייצוב נותנים לרגולטור כלי אכיפה נוספים במידה והקופות לא יצייתו להסכם. בכל הסכם הייצוב ממונה ועדת שלושה בה יושבים סמנכ"ל הפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות, סגן בכיר החשב הכללי במשרד האוצר וסגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר. בסמכות ועדת השלושה להטיל סנקציות על קופות החולים: כך במקרה של אי עמידה ביעדי הגירעון, הוועדה יכולה להורות על הורדה אוטומטית בשכר להנהלה וצמצום כספי התמיכה המותנים בהסכם. על אף שהסכמי הייצוב מעגנים סנקציות הקיימות בחוק, ועדת השלושה נותן להטיל את הסנקציות באופן מהיר ויעיל יותר ממה שנקבע בחוק. מספרת ד' על הפעלת הסנקציות במסגרת ההסכמים

ד': הייתה קופה אחת שלא הסכימה לתת נתונים, קופת כללית. איימנו עליה ש, אני איימתי עליה ש, זה היה כבר בתקופתי... עם כל הבלגנים שהם לא היו מוכנות להעביר נתונים. ואז... שתביני, זה היה כתוב, הכנסנו את זה להסכמים (הייצוב). בקיצור, סיפורים. ואז כללית, אמרנו אנחנו מעבירים לכם כספים. אני אמרתי להם "אני מעכבת לכם, זה סעיף 40, אתם לא מעבירים לי מידע, אני מעכבת לכם תקציב". עיכבתי. העבירו.

ד' מספרת על כך שקופה סירבה למסור מידע שביקש משרד הבריאות ועברה הן על סעיף 40 לחוק והן על ההתחייבויות שלה במסגרת הסכמי הייצוב. אך בעוד עיכוב באמצעות החוק דורש תהליך איטי (יידוע הקופה, ביטוח לאומי), חילוט כספים באמצעות ההסכמים קורה בצורה מהירה יותר. עיגון העבירות של הקופות בחוק (Criminal Actions) כהפרה חוזית (Contract Breach) בהסכמי הייצוב מלמד על חולשתו של משרד הבריאות על קופות החולים כשמלבד החובה לציית הן מקבלות כסף עבור ציוד לחוק.

הפעלת סנקציות בהסכמי הייצוב דורשות את אישור ושיתוף הפעולה של משרד האוצר שחתום גם הוא על ההסכמים ולו יש רוב בוועדת השלושה שמחליטה על חילוט כספים לקופות באמצעות ההסכמים. ללא הסכמת משרד האוצר למתן הסנקציה יתקשה משרד הבריאות להעביר את הסנקציה בעצמו (הסכמי הייצוב מאוחדת, כללית מכבי, לאומית. 2017).

<sup>13</sup> ראו עוד באתר משרד הבריאות: הסכמי הייצוב של משרד הבריאות עם קופות החולים לשנת 2017: [https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/30042019\\_1.asp](https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/30042019_1.asp)

שלב נוסף בפיקוח הפיננסי על הקופות התבטא בהשגת סנקציות אישיות על קופות החולים. פיתוח הסנקציות נעשה לאחר עבריינות של הקופות כשהן גבו כספים מהציבור עבור תכניות השב"ן ללא אישור של האגף לפיקוח על קופות החולים. מספרים ה' וג'

ה': תראי באותו שלב, בשעתו היה את הסיפור של קופת חולים מכבי וגם קופות חולים אחרות לא פעלו בדיוק כמו שחשבנו שהן צריכות לפעול לפי תכנית הגבייה, וגבו יותר. ואז לקחנו אותם לוועדת בן דור על פי סעיף 30 לחוק הביטוח (חוק הביטוח של שנת 95). ועדה שאמורה להמליץ האם לנקוט צעדים או לא לנקוט צעדים (מול הקופה), הועדה הייתה כאילו חיצונית שגם זה לא היה אמור. למה בכלל צריך ועדה חיצונית אני לא יודע, רצינו לייצר מצב שבו אנחנו עוברים את התהליך הזה ליותר מהיר ויותר גמיש עם פחות בלמים וזה לא בדיוק קרה כמו שרצינו, נתנו לנו אולי קצת יותר סנקציות אבל בסוף התהליך נשאר די, לא מאוד שונה ממה שהוא היה קודם. כי חשבנו שכרגולטור אנחנו צריכים שיהיה לנו שוט יותר גדול מקופת חולים כשקופה אומרת לנו- לא, אני מצפצפת.

ג: לדעתי זה היה בשנת 99, ניסינו להעביר אמצעי אכיפה על קופות החולים, כי הקמנו רגולציה ולא היה אף אמצעי אכיפה על קופות חולים. למעט איזה אמצעי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, משהו כמו שעוצרים כסף קופת חולים. זה היה איזה אמצעי. ..אם לא מקבלים מידע, סעיף 40, אני כבר לא זוכרת את זה.. ואני הלכתי, המשנה ליועץ המשפטי לממשלה היה בימים אלו לחמן מסר ולדעתי זה היה אחד מחוקי ההסדרים, שאנחנו העברנו גם אמצעי אכיפה. רק שהוא (היועץ המשפטי) לא נתן לי להעביר אמצעי אכיפה מאוד דרקוניים והעביר אותי ויה דה לרוזה בשביל שאני אוכל לפטר מנכ"ל קופה. מה זה ויה דה לה רוזה, ללכת לדירקטוריון, להוציא לו מכתב, לתת לו 50 יום. את לא מבינה איזה ויה דה לרוזה העבירה אותנו לחמן מסר'.

ג' וה' פועלים כדי להשיג סנקציות אישיות ללא צורך במעורבות הקופה, מצב שלא היה קיים קודם בחוק. נוספות הסנקציות הבאות כמו היכולת לבקש מהיועץ"ש לתבוע בשם הקופה נושאי משרה בקופה במידה ומעלו בתפקידם ולהדיח מנכ"ל מתפקידו במידה ומולאו שורה של סעיפים מקדימים (התראה, כינוס דירקטוריון הקופה, במקרה של אי ציות לכינוס דירקטוריון תוקם ועדה חיצונית שתשמע את שני הצדדים ותפרסם את המלצותיה ורק לאחר מכן שר הבריאות ראשי לפטר מנכ"ל קופה).

למרות השגת הסנקציות האישיות, כדי להפעילן משרד הבריאות צריך לבצע הליך משפטי ארוך ומסורבל הדורש שיתוף פעולה של הקופה באמצעות שימוע ודיון של דירקטוריון הקופה. כפי שמתארת ג', מדובר ב"נתיב ייסורים" עבור רגולטור המעוניין להפעיל סנקציה אישית. כל אלו מלמדים על כוח רב של המפוקחים בניהול עצמי של הקופה ועל יכולת האכיפה המוגבלת של הרגולטור.

מרואינים מהעבר אכן יצאו לתהליך הדחת מנכ"ל קופה אך מרואינים מהווה לא סיפרו על יציאה לתהליך כזה. בסופו של דבר, לאורך השנים משרד הבריאות לא פיטר לעולם מנכ"ל של קופת חולים וגם כאשר קרו פיטורים הם קרו לאחר הסכמת הקופה (ועל כך בפרק מודל הרגולציה העצמית). נראה שעצם הנכונות של הרגולטורים ה"מייסדים" לצאת לאכיפה מול עבריינות הקופות, יצרה אפקט הרתעתי

למפוקחים שהבינו שלרגולטור אכן יש יכולת לפטר את ההנהלה שלהם. מספרים ג' (מרואינת ותיקה) ול' (מרואיין מההווה).

ג': זה היה קו פרשת המים.. נשארתי עם קופה אחת סרבנית (שגבתה שלא כחוק מהציבור) קופת חולים מכבי. ולפי אמצעי אכיפה אני צריכה להגיע לבורד (דירקטוריון) של הקופה ולדבר בבורד של הקופה ולהסביר להם למה הם (ההנהלה והמנכ"ל) עושים דברים שלא כדין זה היה אירוע היסטורי. מנכל משרד הבריאות זה ש', אני סמנכ"ל משרד הבריאות וה' העורך דין. קובעים ומגיעים לדירקטוריון הקופה שבראשו עמדה זכרונה לברכה א' שהייתה אישה מדהימה... ואני וה' אומרים "טוב, בוא נראה מה יהיה בבורד מכבי", מגיעים לבורד. ואז ש' מבקש את רשות הדיבור, לא אני. ונכנס בבורד.. ואז היה עורך דין קופת חולים מכבי- עורך דין ר'... והוא התחיל להגיד לש', "מי אתה? מה אתה?" החוק, החקיקה, שמעי, וואונס אין א לייף טיים, ש' (המנכ"ל) היה איש מדהים, אמר לו, פתח עליו את הפה, אמר לו "מי אתה תדבר אליי ככה? אני מנכל משרד הבריאות הישראלי וזהי סמנכל"ית משרד הבריאות הישראלי ואתה לא תדבר ככה לריבון. ויש לכם בדיוק כמה ימים או שאנחנו מתחילים איתכם אמצעי אכיפה ואחד אמצעי אכיפה היה להעביר מנכ"ל מתפקידו.. זה היה קו פרשת המים שלי כרגולטורית את יודעת למה? כי אני לא שיחקתי במשחק הרגיל של משרד הבריאות שנותנים הוראות ואף אחד לא שומע עליהם... אני הראיתי לקופות שאני מוכנה ללכת גם להליך ההזוי הזה של לחמן מסר (היועץ המשפטי) העבירה אותנו והורידה לי מכל האופציות ועשתה לי, והורידה לי באפשרות ללכת ולהטיל אמצעי אכיפה אבל אני הלכתי גם למהלך הזה, גם למהלך הקשוח הזה. וזה היה רגע מכונן שבו הרגולציה היא שינתה את פניה.

ל': בסוף החוק כן נותן לסנקציות פליליות למנהל קופה, אישיות או פליליות או משמעטיות, כאלה ואחרות על מנהל קופה.. אף מנהל קופה אני יודע מה, הרי זה לא התפקיד האחרון שלו בחייו והוא רוצה להמשיך הלאה, אף אחד לא רוצה את הכתם הזה לא מנהל קופה, מנהל כספים, רופא ראשי שבגללו מתו סתם 2 מבוטחים, אני מקצין את זה, זה לא קורה, זה לא שהוא עכשיו לא יכול לעשות כלום"

האמירה של ל' מראה שעל אף שהסנקציה של הדחת מנכ"ל קופה מעולם לא התרחשה, עצם העובדה שהסנקציה קיימת מייצרת אפקט הרתעתי למנהלי הקופה שיודעים שהסנקציה עומדת לרשות הרגולטור. השימוש בסנקציות אישיות מרחיבה את סל האכיפה של הרגולטור ומעלות אותו במעלה פירמידת הרגולציה.

משרד האוצר התנגד גם לקבלת הסנקציות של משרד הבריאות וממשיך להתנגד לכך בעקביות. מספר ה'

שאלה: מי התנגד שתקבלו אז את השימוש בסנקציות?

ה': האוצר... אני חוזר למה שאמרתי לך בהתחלה, שהאוצר בא ואמר, הוא לא רצה לתת יותר מידי כוח רגולטורי למשרד הבריאות, כי הוא הרגיש שכל פעם שמשרד הבריאות משתמש בכוח הרגולטורי שלו זה כדי לגרום ליותר הוצאות. הרי מתי קופות החולים מתנגדות והמנכ"ל וכולם מגוייסים, זה לא באמת- כי זה כסף. ואם זה כסף אז משרד האוצר אומר, כן..

על פי ה' ההתנגדות לסנקציות נבעה מתוך התפיסה האידיאולוגית של האוצר שמשרד הבריאות ישתמש בסנקציות כדי לדרוש שירותים מהקופה ולהגדיל הוצאות, דבר הנוגד את תפקידו ועמדתו הציבוריים. כדי

לאזן את הסנקציות של משרד הבריאות, משרד האוצר ביקש בחוק ההסדרים הנוכחי<sup>14</sup> לקבל סמכויות אכיפה מקבילות לסמכויות משרד הבריאות:

"מתוך טיוטת חוק ההסדרים: היועץ המשפטי לממשלה יהיה רשאי להגיש תביעה בשם קופת החולים חבר דירקטוריון או נושא משרה בקופת חולים בשל נזק שנגרם לקופה ממעשה או ממהדל בניגוד לחובותיו כלפיה על פי דין גם לבקשת שר האוצר .

משרד האוצר רוצה להכניס לחוק ביטוח בריאות ממלכתי את היכולת להעמיד לדין נושא משרה בקופה. הסנקציה תאפשר לאוצר לתבוע את הקופות במקרה של גירעון כספי ולייצר אפקט מצנן לסנקציות של משרד הבריאות.

לסיכום, משרד הבריאות קיבל בחוק אחריות פיקוח רחבה וסנקציות מצומצמות. אנשי האגף לפיקוח על קופות החולים פעלו כדי לפתח סנקציות נוספות כדי לאכוף את הפיקוח על הקופות: ראשית באמצעות הסכמים חוזיים המגדילים את ההיענות לפיקוח ומייעלים את תהליך האכיפה ושנית באמצעות העברת סנקציות אישיות על גורמים בקופה. מרבית הסנקציות דורשות יידוע ומעורבות של הקופה ומלמדות על כוחו המוגבל של מודל הציווי והשליטה בפיקוח על קופות החולים.

## 2. מסקנות מרכזיות

בפרק זה סקרתי את מודל הציווי והשליטה של משרד הבריאות על הקופות. מהסקירה עולה כי מודל הציווי והשליטה במשרד הבריאות הוא מודל **חלש** בפיקוח על הקופות:

- א. הכללים נקבעים בשיתוף פעולה חלקי עם המפוקחים.
- ב. הכללים נאכפים בצורה רכה ולרוב יחד עם יידוע ומעורבות המפוקחים.
- ג. משרד הבריאות אינו הרגולטור היחיד על הקופות, למשרד האוצר יש יכולת לצוות ולפקח על הקופות. מודל הציווי והפיקוח על הקופות הוא מודל ביזורי מבחינה בירוקרטית.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי נתן למשרד הבריאות אחריות כבדה לפקח על קופות החולים בישראל, סמכות זו התבטאה ביכולת לחוקק תקנות אך בסמכויות אכיפה מוגבלות. כתוצאה מכך שאין לו "שיניים" לאכוף את התקנות, המשרד פועל בשיתוף פעולה עם הקופות כדי להוציא הוראות והאכיפה הקיימת רכה ומעוגנת בהסכמים חוזיים השומרים על מערך תמריצים חיובי לקופה ולא מבוססים על ענישה. הניסיונות של הרגולטור להוציא הוראות לקופות ללא הסכמתן או להעניש אותן במידה של אי ציות תלוי רבות בשחקנים חיצוניים שיכולים לתמוך או להתנגד לרגולטור. משרד האוצר קיבל לאורך השנים יכולות ציווי ופיקוח מקבילות לאלו של משרד הבריאות וכן סמכויות וטו לפסול למשרד הוראות וסנקציות. הוטו התקבל באמצעות חוק ההסדרים והסכמים נוספים ומבזר את הריכוזיות של משרד הבריאות כרגולטור על הקופות.

<sup>14</sup> טיוטת חוק ההסדרים לשנת 2020, פרק בריאות. סעיף 2.ה.

## פרק שני: מודל רגולציה עצמית נכפית

**תקציר:** בפרק זה אתאר את הרגולציה העצמית הנכפית של קופות החולים בישראל. אעסוק בהתפתחות מערך הרגולציה העצמית הנכפית של הקופות לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולאחריו. החוק דרש מהקופה להסדיר שתי מערכות יחסים ברגולציה עצמית, מערכת היחסים עם המבוטח ועם ההנהלה. אשתמש בתיאוריות מחקריות רלוונטיות כדי לתאר את התפתחות מערכי הרגולציה. לסיום, אציג את השפעת בית המשפט על יצירת הרגולציה העצמית הנכפית בקופות.

### 1. אחריות ההסדרה העצמית הנכפית של הקופות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי

רגולציה עצמית נכפית מחייבת את השחקנים המפוקחים לייצר כללים להתנהגות ולפעילות שלהם ולאכוף אותה (Braithwaite, 2001). חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994 הגדיר את אופי השחקנים-קופת חולים היא תאגיד שאינו מתיר חלוקת רווחים בין החברים/ בעלי המניות ואינו בבעלותו של נושא שירותים<sup>15</sup>. וכן דרש מהקופות לקבוע תקנון שיקבע את "זכויות החברים (מבוטחי הקופה), דרכים להגשת תלונות, סדרים לתיקון ליקויים שהתגלו, הליך בוררות או פישור תביעות חבר"<sup>16</sup>. כלומר, החוק דרש מהקופות להסדיר באופן עצמי את היחס של הקופה למבוטח וזו הייתה הדרישה היחידה לרגולציה עצמית נכפית.

שנתיים לאחר מכן ב-1996 הועברו שורה של תיקוני חקיקה נוספים בחוק הנוגעים לפיקוח העצמי הנכפה של הקופות. בראשם- "בתקנון קופת החולים יקבעו בין היתר מוסדות הקופה, וכן דרכי מינויים, סמכויותיהם ותקופת כהונתם של החברים בה"<sup>17</sup>. כלומר, נוספה חובת רגולציה עצמית נכפית להסדרה מוסדית של הנהלת הקופה. תיקון חקיקה משמעותי נוסף היה שתקנון הקופה חייב באישור השר ושהשר ראוי לסרב לשינויי תקנון מוצעים.

חובת ההכרה של השר בתקנון הקופה פירושה רגולציה עצמית נכפית נוקשה יותר. בעוד ברמה הנמוכה, הרגולטור דורש מהשחקנים רק לייצר כללים ולעמוד בהם. ברמת פיקוח גבוהה יותר, הרגולטור קובע שהוא זה שיאשר את הכללים שקבע המפוקח. יש בכך איתות לשחקנים שבמידה שהם ייצרו כללים לא מספקים הרגולטור יתערב ויקבע להם כללים בעצמו (Braithwaite, 2001).

לסיכום, החוק דרש מהקופות להסדיר שתי מערכות יחסים ברגולציה עצמית:

1. יחס הקופה למבוטחיה.

2. יחס הקופה להנהלתה.

<sup>15</sup> סעיף 25 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

<sup>16</sup> סעיף 28 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

<sup>17</sup> סעיף 26 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון מס' 5 לחוק.

א. רגולציה של יחס הקופה למבוטחיה לפני ואחרי חוק ביטוח בריאות ממלכתי  
רגולציה עצמית נכפית נהוגה בתחום השירות נהוגה בעולמות הממשל התאגידי ( Dejong and Others, 2005). המדינה מטילה חובה על תאגידים לייצר מערכות היענות עצמיות ללקוחות ( Corporate Compliance Management System). מערכות אלו אמורות להוביל לפיקוח פנימי של התאגיד על היחס ללקוחות באמצעים שונים: בניית מוסדות שמגדילים את השירותיות של התאגיד לצרכנים (נציב תלונות ציבור/ שירות לקוחות), העברת הכשרות להנהלה בנושאי שירות, ובניית פרוטוקולים, קודים ואמנות שירות המסדירים את הקשר של התאגיד והלקוח והפעולות של הלקוחות ( Ayrs and Braithwaite, 1992 Gilad and Parker, 2011). מטרת העל של מערכות היענות אלו הוא לייצר אצל התאגיד מחוייבות ואחריות כלפי הציבור שהוא משרת. (Parker, 2002). מערכות אלו הוטמעו בשווקים ותחומים רבים, ביניהם גם בתחום הבריאות ( Gunningham, 2007: Guuninham and Sinclair, 2010).

קופות החולים התקיימו לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות והיו להן מנגנוני פניות ציבור שהוקמו באופן וולונטרי. קופת חולים "כללית" הקימה כבר ב-1973 נציבות פניות ציבור לטיפול בתלונות חברים וב-1983 פרסמה נוהל ארצי שהגדיר את תפקידי הנציב ואת הכללים לטיפול בפניות מבוטחים ודיווחם לנציב. גם בקופות חולים אחרות מונו אחראים לפניות ציבור ששימשו כמתווכים בין המבוטחים לקופה (שוורץ ואחרים, 2003). בתחילת שנות התשעים בעקבות גדילת התחרות בין הקופות, גדלה החשיבות של פניות הציבור בקופה והנהלת הקופות שמה דגש רב יותר על תחום השירות למבוטח (גרוס ואחרים, 1999).

על אף קיומם של מנגנונים אלו, ניתן לראות שמנגנונים וגורמים אלו היו דלים, חסרי כוח ממשי ותלויים רבות ברצונה הטוב של הקופה. מספר ה'

ה': לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קודם כל העולם היה קצת שונה, אז מה שקרה ש... (למבוטחי הקופה היה) האלמנטים של סל בריאות ונותנים לך (הקופה) משהו בתוך הסל, לא היה סל שהוא לגמרי שקוף, את יכולת להסתכל בספר התרופות של הקופה, יכולת להסתכל בחוברות כאלה ואחרות אבל בוודאי שאם אמרו לך על דברים זה כן ואם אמרו לך לא זה לא. לא היה לך.. גם התרופות הסופר יקרות, האולטרה יקרות שהפכו להיות במוקד היחסים בין קופת החולים לבין המבוטחים שלה, כל התרופות האונקולוגיות הגדולות, התחלנו מרצפטין והתרופות ל HIV זה לא היה קיים אז.."

על פי ה', לכל קופה היה סל שירותי בריאות למבוטחים אך הסל לא היה שקוף, ולקופה היה מרחב תמרון בהחלטה על נתינת השירות. מרחב התמרון לאו דווקא נשמר לרעת המבוטחים, מספר ה'

ה': זה היה אני והמבוטח שלי, וזה היה ידה הארוכה של ההסתדרות (כללית), גם החשיבה הכלכלית בקופות לא הייתה כל כך קיימת. זה היה גוף, שנכון זה נוהל על ידי אביגדור קפלן (מנכ"ל כללית דאז) שהוא לא קוטל קנים, ולא, ובהחלט איש כלכלה אבל בסוף הרי הייתה, הייתה פחות התפיסה הזאת של,

לשטח היה הרבה יותר יד חופשית במה שהוא עשה, היה פחות שליטה ריכוזית מלמעלה של מה אתה עושה מול דרישה א' או ב' של המבוטח וגם הדרישות כנראה לא היו בשמיים."

בתקופה שקדמה לחוק, הנהלת הקופה הייתה פחות ריכוזית כלפי הרופאים בשטח והתרופות פחות יקרות, רופאים שבחרו לתת למבוטחים שירות שלא בסל ביצעו זאת באופן פרטני מול המבוטחים ספציפיים. ההחלטות על נתינת השירותים נעשו בעיקרם על ידי הצוות הרפואי ולא על ידי ההנהלה ולכן גם התחשבו פחות בכדאיות הכלכלית לקופה. לקופות היו כבר אז מנגנוני "ועדת חריגים" שעסקו בכל המקרים החריגים שהתגלגלו לפתחה של הקופה. השימוש בועדות החריגים היה מינורי ועסק בהיבטים ותיקים נקודתיים, מעיד ה'

ה': קודם כל הם (הקופות) התחילו בועדות חריגים, אנחנו לא יצרנו את ועדות חריגים, הם התחילו, הם יצרו את הוועדות האלה, אבל לפי שיטתם .. אז קופה .. יצרה לה את היצורים שלה, של ועדות שונות שדנות בבקשות, בדרך כלל אפילו בלי לשמוע את המבוטח, לפעמים זה התייעצות של רופאים אם אני כן נותן או לא נותן.. כי צריך לפעמים לקבל החלטה, והקופות במקרים מסוימים הכירו בזה שיש דברים מסוימים שהם חריגים אבל הם ראו בזה משהו קטן מאוד, המקרה הסופר סופר קיצוני שאולי איזה שניים או שלושה (מבוטחים) ולא דרמה.."

על פי ה', וועדות החריגים אכן עסקו במקרים חריגים של מבוטחים שצריכים שירות נוסף, אך התפיסה שלהם של מה נחשב כחריג הייתה מצומצמת. ושוב, ההחלטה נשמרה לרוב לצוות הרפואי שהיה מקבל את ההחלטה.

עם הלאמת הקופות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המדינה דרשה מהקופות להסדיר בתקנון כתוב את זכויות החברים, דרכים להגשת תלונות, סדרים לתיקון ליקויים שהתגלו, הליך בורות ופישור תלונות חברים. המחוקק קבע כי רק למבוטח יש זכות לפתוח בהליכי בורות מול הקופה ולא להפך. בנוסף, דרשה המדינה מהנהלת הקופה למנות אחראי לבירור תלונות חברים<sup>18</sup>. אחראי התלונות יהיה עצמאי וניתנה לו סמכות זהה לסמכות המבקר הפנימי, המדינה דרשה הקמה של מוסד תלונות רשמי ועצמאי בתוך הקופה ולא הסתפקה רק בה אלא בנתה במקביל מוסד נציבות קבילות ייעודי לתלונות על קופות החולים<sup>19</sup>. מטרת הנציבות לברר ולטפל בכל תלונה שיש לתושב ישראל על קופת החולים שלו (מלבד תביעות נזיקין) והיא שוכנת במשרד הבריאות. מינוי הנציב נעשה על ידי שר הבריאות ויש לו מעמד סטטורי מחייב. לנציב התלונות סמכויות מקבילות לאלו של מבקר המדינה. בכך הסדיר החוק דרכים אלטרנטיביות (מלבד תביעה אזרחית) לפתרון מחלוקות בין הקופה והמבוטח: המבוטח יכול לפנות אל קופת החולים בתלונה וזאת חייבת לברר את פנייתו וכן יכול להגיש קבילה לנציב הקבילות וזו תברר את מהות הקבילה מול הקופה (ברלוביץ, שני, בן נון, 2010).

<sup>18</sup> תיקון מס' 5 לסעיף 28 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.  
<sup>19</sup> פרק ט לחוק ביטוח בריאות ממלכתי- מינוי נציב תלונות.

הזכות המרכזית של מבוטח הקופה היא קבלת שירותים רפואיים. החוק הסדיר זכות זו באמצעות ועדת הסל הקובעת מהם השירותים הרפואיים שעל הקופה לספק לו ובאמצעות פיקוח של משרד הבריאות על תקנון שירותי השב"ן (שכבת השירותים הנוספת הניתנת עבור תשלום המבוטח). תקנון הקופה אם כן, היה צריך להתמקד ב"יוצאים מהכלל", החריגים, בכל המקרים בהם מבוטחים אינם מקבלים שירותי בריאות על פי החוק או רוצים לקבל שירותי בריאות שאינם בסל. חוק זכויות החולה שעבר ב-1996 הוסיף אחריות נוספת לקופה להקים ועדת בדיקה לתלונות מטופלים על השירות הרפואי שקיבלו ולכתוב לה פרוטוקול. כלומר, הקמת מנגנון בקרה פנימית לתלונות מבוטחים בצורה של ועדה.

### **מנגנוני ההיענות של הקופה למבוטחים לאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי**

כפי שתיארתי, לקופות החולים היו מנגנונים מוסדיים ופרוטוקולים לטיפול בפניות ציבור לפני החוק והן לא ראו בהוראות החוק דרישה להקים מערך היענות "מאפס" אלא ראו במערכים הקיימים (פניות ציבור, וועדת חריגים) מספקים מבחינת החוק. במנגנונים אלו התגלו בעקביות לאורך השנים תקלות רבות, דו"חות מבקר המדינה בעשורים שלאחר החוק, חשפו שורה של בעיות: הקופות לא פרסמו למבוטח את התרופות והשירותים הכלולים בסל, לא גיבשו נהלים אחידים לטיפול בפניות, לא פרסמו את הדרכים להגשת תלונות, לא פרסמו את שמו של האחראי לפניות ציבור, לא פרסמו את היכולת לקבל תרופות נוספות באמצעות וועדת החריגים, לא הסדירו את נהלי וועדת החריגים, לא נתנו למבוטח להשמיע את עמדתו בפני הוועדה, במידה והופיע אומדן תרופה הוא לא בוסס על אומדן כלכלי מוסדר, לא נומקה הסיבה לדחייה או קבלת תרופה חריגה, במידה והנציבות החליטה על מקרה פרטני בו התלונה הייתה מוצדקת הקופה לא הרחיבה את השירות לכלל המבוטחים להם אותה הפנייה וכן תקלות נוספות (דו"חות מבקר המדינה 56ב', 2005: דו"ח מיוחד, 2010). שני שינויים התרחשו בשנים 2010-2005 והגדילו את מחויבות הקופה לטיפול פנימי בפניות מבוטחים. ב-2006 תוקן חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונציבות קבילות הציבור קיבלה **סמכות אכיפה** על קופות החולים. על פי התיקון<sup>20</sup>, במידה והנציבות החליטה שתלונת המבוטח מוצדקת היא יכולה לחלט את הכסף מהקופה באמצעות המוסד לביטוח לאומי (המוסד מעביר לקופה את מס הבריאות מידי חודש) אך תהליך האכיפה מוגבל, במידה והקופה לא צייתה להנחיות הנציבות תוך 21 יום ובמקום ערערה על ההחלטה לבית הדין לעבודה, תוקפא האכיפה של הנציבות עד שתוכרע ההחלטה בבית המשפט.

שינוי נוסף התרחש בשנים אלו בהובלתו של בית הדין לעבודה. בית הדין לעבודה הוכרז בחוק ביטוח לאומי כבית הדין שיטפל בכל הפניות הנוגעות לביטוח בריאות ממלכתי. הבחירה בערכאה זו ייחודית ומסמלת את כוונת המחוקק לכך שיושם דגש על מענה סוציאלי לזכויות המבוטח. בערכאה זו אם ישנו ספק, הספק יפעל לטובת המבוטח (חורב, 2005). השינויים מיוחסים בעיקרם לשופטת בדימוס נילי ארד.

<sup>20</sup> תיקון מס' 34 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.



נילי ארד שינתה באמצעות שתי פסיקות, פסק דין "קפצן" ב-2005 ופסק דין "טיירו" ב-2009 את פעילות וועדות החריגים. בשני המקרים מדובר במקרים פרטניים של מבוטחים שעתרו לבית הדין בתמיכת משרד הבריאות ובית הדין יצר מהעתירה הלכה (דרישה) מחייבת לקופות. הלכת קפצן קבעה לקופות שני עקרונות, הקופה היא רשות ציבורית בגלל דרכי מימונה והשירותים שהיא מספקת ומחוייבת באמות המידה של המשפט הציבורי והמנהלי בישראל. היא צריכה להגשים את תכלית החוק, "צדק, שוויון ועזרה הדדית"<sup>21</sup> ולכן הוועדות יפעלו ברוח זו. הדרישה ביקשה לשנות את היחס למבוטחים בקופה כשבמקום ועדת חריגים ש"עושה טובה" כשהיא מוכנה לשקול פעילות שאינה בסל היא תפעל תחת כללי המנהל הציבורי ובהתאם לרוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הקופות אימצו חלקית את הכללים שקבע בית המשפט לוועדת החריגים וקבעו נהלים מוסדרים לפעילות הוועדות.

ניתן ללמוד שוועדות החריגים המרכזיות אכן אוסדרו מפסק דין "טיירו", שנקבע שלוש שנים לאחר מכן. לקופה היו בשלב זה שלושה תנאים לדיון בבקשה חריגה של מבוטח: התרופה המבוקשת מצילת חיים, לא ניתן להמתין עם מתן התרופה לדיוני וועדת הסל ומדובר בתרופה שעברה מבחני בטיחות. טיירו היה חולה סופני והתרופה לא הייתה מצילת חיים כי אם מאריכת חיים והוועדה דחתה את בקשתו. הוא ערער יחד עם משרד הבריאות לבית הדין לעבודה. בית הדין לעבודה פסק לטובת טיירו וקבע שלוש מסמרות נוספים לעבודת הוועדה<sup>22</sup>: ועדת החריגים היא ועדה משפטית רפואית ולכן למבוטח מגיע בה ייצוג משפטי, היא תעסוק גם בתרופות מאריכות חיים ולא רק מצילות חיים, ותדון בכל תיק שיעמוד בסטנדרטים החדשים **שקבע בית המשפט** ותנמק במקרה של דחיית הבקשה. כך הוסיף בית הדין לקופות דרישות הנוגעות לפרוצדורה של הוועדה- למבוטח יש זכות להשמיע את דעתו המשפטית ועל הוועדה לנמק את דחיית הוועדה. ולמהות הוועדה- על הוועדה לדון בתיקים רפואיים הנוגעים להארכת חיים.

המוטיבציות של בית הדין לעבודה היו של השופטת נילי ארד, שישבה כשופטת בדין בכל פסקי הדין המהותיים (קפצן, טיירו) ועיצבה את כללי ועדות החריגים כראות עיניה. המוטיבציה של נילי ארד הייתה להפוך את בית המשפט למוקד עזרה של החולה מול הקופה. בראיון ב-2018 היא בחרה את פסק דין טיירו כפסק הדין המשמעותי ביותר בקריירה שלה (לינדר ושטרקמן, 2018) ואף הרחיבה:

**מתוך הראיון של נילי ארד לדה מרקר:** אנשים מתים כי הם לא יודעים מה הזכויות הרפואיות שלהם... אנשים מגיעים לבית משפט כמו שאדם שמגיע לחדר מיון. איך אתה מגיע לחדר מיון? כולך כואב, פצוע ורוצה טיפול מידי. איך אתה מגיע לבית המשפט? כואב, פצוע ומצפה לקבל את הסעד הכי מהר והכי טוב. מה שיש לך בבית משפט ואין לך בחדר מיון זה את הצד שכנגד — פה יש צד שאתה רב אתו, אבל שני הצדדים מגיעים כואבים. הם (החולים) באים לחדר המיון ואומרים: "תעזרו לי". ואני הושבת שאנחנו יודעים לעזור."

<sup>21</sup> סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי- תכלית החוק.  
<sup>22</sup> ע"ע פסק דין טיירו 2035/08. עמ' 16-23.

נילי ארד רצתה להגדיל את היכולת של המדינה לסייע לחולים מול הקופה ולסייע לו לקבל את מלוא זכויותיו הרפואיות. היוזמה שלה הייתה ה"קלף מנצח" של משרד הבריאות בקידום אסדרת ועדת החריגים. חוקרים רבים מצביעים על פעילות בית הדין לעבודה באסדרת ועדת החריגים כפעילות של "יזם מדיניות" (צ'רחניובסקי, 2008. סמוך וצוק שפיר, 2018). בית הדין העביר את המדיניות מזירת הבריאות לזירה המשפטית ובאמצעות כלי המשפט המנהלי העביר את הקופות מפיקוח עצמי לפיקוח של ציווי ושליטה.

בעקבות פסק דין טיירו, האגף לפיקוח על קופות החולים הוציא ב-2010 חוזר חדש במסגרתו מוסדרים בנוהל רשמי ועדות החריגים<sup>23</sup> והועדות אינן מאוסדרות על ידי המפוקחים כי אם על ידי הרגולטור. ה' מספר על כך שתמיכת בית המשפט ופסיקתו הם אלו שייצרו את החוזר ושהרגולטור בעצם התפרץ לדלת "פתוחה" שנפתחה כבר על ידי בית המשפט.

ה': בסך הכל בתי המשפט לקחו את זה כל כך קדימה שלא רצינו לקלקל, היה לנו מאוד חשוב להיות ברקע גם, לפעמים הרבה פעמים משחק הכי טוב כשאתה לא בקדמת הבמה, לתת לבית המשפט את המקום, אם היינו קופצים בראש עם החוזרים, בית המשפט היה אומר "אתם קופצים עם החוזרים" לא, היה חשוב לתת לבית הדין לעבודה שנמצא בהליכים המשפטיים האלה ומכוון את המשחק הזה.."

על פי ה', הפיתוח של ועדות החריגים מתרחש לא בכוונת מכוון של הרגולטור כי אם דרך בית הדין שמקדם את הסדרת הוועדה. כך, בתמיכת בית המשפט הפכה מערכת היחסים של הקופות למערכת יחסים המוסדרת בציווי ושליטה (חוזר) ולא ברגולציה עצמית נכפית (תקנון).

מדו"ח נציבות הקבילות על הקופות ניתן ללמוד שבאופן כללי יעילות הפיקוח שיצרו הקופות בהתאם לדרישות בית המשפט היא סבירה. הקופות מטפלות בתלונות רבות באופן יעיל. ראשית, רוב הקבילות מטופלות על ידי הקופות באופן פנימי ולא על ידי הנציבות. נכון ל-2019 קופות החולים טיפלו בקרוב 90,000 תלונות בעוד הנציבות טיפלה בפחות מ-4,000 תלונות. יש בכך ללמד שמרבית הבעיות נפתרות או נענות על ידי הקופה ולא ממשיכות לטיפול המשרד. בנוסף, רק 33% מהתביעות המוגשות על ידי מבוסחים הן תביעות "מוצדקות", כלומר, שהנציבות מצאה שהקופות פעלו לא כשורה מול המבוטח (דו"ח נציבות קבילות ציבור, 2019). לאורך השנים ניתן לראות עליות וירידות תלולות במסר תלונות המוצדקות בקופות ויש בכך ללמד שהטיפול מותנה בסוג התלונה וסוג הגורם המטפל בתלונה בקופה. ט' מהנציבות מתארת שזה אכן המצב:

ט': את שואלת אותי מה אני חושבת על הקופות? יש מקרים שהם מפתיעות אותי לטובה, ודווקא במקרים הקשים ויש אנשים שהם אתה מרגיש שאתה יכול להרים אליהם טלפון והם מבינים עניין וזה גם לא תמיד, בתוך הקופה יש תחומים שונים וגורמים שונים שמאשרים בדימות, האונקולוגיה, כל תת תחום. אז

<sup>23</sup> ראו באתר משרד הבריאות: חוזר ועדות חריגים  
[https://www.health.gov.il/hozer/sbn06\\_2010.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/sbn06_2010.pdf)

יש שונות ואתה צריך לעבוד עם אנשים שונים. ויש קופות שבאמת משהו עובר אצלם וכל הזמן זה רק הנושא הכספי ומה אני חייב ומה אתה יכול לחייב אותי.

לסיכום, אסדרת מערכת היחסים בין הקופה למבוטחים החלה כרגולציה עצמית נכפית בחוק אך הפכה בתמיכת בית המשפט לרגולציה של ציווי ושליטה והטמעת המנגנונים נעשית באופן סביר ויעיל יחסית.

**ב. רגולציה של יחס הקופה להנהלתה אחרי חוק ביטוח בריאות ממלכתי**  
רגולציה עצמית נכפית בנושאי הנהלה נהוגה גם היא בעולמות הממשל התאגידי (Dejong, Mertens and Others, 2005). המדינה שואפת להגביר את השקיפות והאחריות של חברות ציבוריות כלפי בעלי המניות באמצעות מינוי חברי דירקטוריון חיצוניים שאינם בעלי מניות כדי לפקח ולמנוע פעולות המחזקות את כוחו של בעלי השליטה על חשבון בעלי המניות (Dejong, Mertens and Others, 2005).

קופות החולים לא היו גופים תאגידיים בעת הקמתם, הבעלות על קופות החולים לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה מגוונת: שתי קופות חולים (כללית ולאומית) נוהלו על ידי ארגוני עובדים והיו משויכות למפלגות פוליטיות. שתי קופות נוספות (מכבי ומאוחדת) הוקמו על ידי רופאים ונוהלו בצורה עצמאית. כולן היו מאוגדות כעמותות במסגרת החוק העותמאני.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הפך את קופות החולים לתאגידיים מהמדינה מממנת ופעל בשתי דרכים כדי להפוך אותן לממלכתיות, ראשית, הוא הכריז על הקופה כתאגיד שאינו בבעלות של נותן שירותים הפועל ללא כוונות רווח<sup>24</sup> ושנית, הוא דרש מהקופה להקים מועצה שתהיה הגוף המנהל האחראי על הקופה<sup>25</sup>. בחוק המקורי, המחוקק נתן לקופה **בלבד** את הסמכות לקבוע כיצד ימונו חבריה למועצה ומה יהיו סמכויותיה<sup>26</sup>. הקופות מבחינתן לא שינו דבר לאחר החוק כדי להיות ממלכתיות, הן לא שינו את מעמדן המשפטי כי מעמד הקופה כעמותה פירושו שאינה בבעלות נותן שירותים ופועלת ללא כוונות רווח. ופתרו את הדרישה למועצה באמצעות אכרזה על מוסדות הנהלה הקיימים כמועצת הקופה (צ'רניחובסקי, פרנקל, מזרחי, 2008). כפועל יוצא הקופות אמנם הפכו לתאגיד ממלכתי בעל עצמאות ניהולית ומימון ציבורי אך הנהלת הקופה נשארה בשליטת הבעלים הקודמים שלה לפני החוק.

תופעה זו הטרידה מאוד את משרד הבריאות והמחוקק ובחוק ההסדרים של 1996 התווספו שורה של תיקוני חקיקה לחוק: התווספה הדרישה לקופות לאסדר את כל מוסדות הקופה, ואת מינוי חברי המועצה וההנהלה בתקנון הקופה (הדרישה לתקנון קופה הופיעה כאמירה כללית בחוק המקורי). בנוסף, המחוקק נתן לשר הבריאות את הסמכות לאשר את התקנון המוסדי ואת כל התוספות והשינויים שהקופה רוצה לבצע בתקנון. כן, הוסיף החוק סמכות לשר הבריאות למנות משקיף מטעמו למועצת הקופה. ניתן לראות בתיקוני החקיקה עליית מדרגה בפירמידת הרגולציה, על פי ברייטוויט הדרישה לאסדר נושאים ספציפיים בחקיקה עצמית אוכפת יותר מדרישה כללית לחקיקה עצמית, וכן העובדה שהתקנון חייב באישורו של שר הבריאות אוכפת יותר מקבלה מראש של כל רגולציה עצמית של הקופות (Braithwaite, 1982).

<sup>24</sup> סעיף 25 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

<sup>25</sup> סעיף 25 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

<sup>26</sup> סעיף 27 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

על אף הסמכות לאשר את התקנון, המחוקק השאיר את סמכות החקיקה למפוקחים ולכן לרגולטור לא הייתה סמכות לחוקק את כללי הניהול של הקופה אלא לנהל **משא ומתן** עם המפוקחים על הרגולציה העצמית הנכפית. משא ומתן על רגולציה עצמית נכפית בתחום הניהול המוסדי נפוץ וקורה רבות בתחומי הממשל התאגידי. (Glachant, 2007). אתאר את ההתפתחות ההיסטורית של אסדרת הנהלת הקופה בראי ההיסטוריה של מה שהתרחש בשנים אלו בעולמות הממשל התאגידי (Parker, 2002: 109: Grajzl & Baniak, 2009: Parker, 2010: Gunnigham, 2007: Glachant and others, 2007: Grajzl & Baniak, 2009: Parker, 2010):

משא ומתן רך מצד הרגולטור והתחמקות של המפוקח — משבר ביחסי הרגולטור והמפוקח — המפוקח מתחייב לתהליך הרגולציה העצמית

### **משא ומתן רך והתחמקות מפוקחים**

שאלת ההסדרה המוסדית של הקופה עוסקת בעיקרה בשאלה מיהו בעל הקופה. תאגידיים שייכים למחזיקי המניות, אך קופות החולים לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו בבעלות פרטיות שונות: "כללית" ו"לאומית" היו בבעלות הסתדרויות עובדים ומאוחדת ומכבי היו בבעלות איגודי הרופאים שניהלו אותה. לאחר החוק הקופות שינו בעלות וממנים, המדינה היא הבעלים של הקופות (קופה ממלכתית) והממנים הם המדינה ומבוטחי הקופה. על כן, המדינה ביקשה להגדיל את מעורבות "בעלי המניות", המדינה והמבוטחים, בניהול הקופה.

הניסיונות לשנות את המשטר התאגידי בקופות כרוכים עמוקות בשינויים שחלו לאורך שנות התשעים והאלפיים במשטר התאגידי בישראל ובעולם. בשנים אלו ביקשה המדינה להגדיל את האחריות (Accountability) של דירקטוריונים בחברות ציבוריות וממשלתיות כלפי בעלי המניות ולהקטין את נטיית הדירקטוריונים לטובת בעלי השליטה של החברה (Parker, 2002: Grajzl & Murrell, 2007). לדעת המדינה, קופות החולים היו חייבות באחריות רבה יותר מתאגידי מסחריים בשל מעמדן כתאגידיים ממלכתיים החיים במימון ממשלתי ומטיב השירות שהן מספקות (בריאות) האמור להגדיל את כוונותיהם הטובות כלפי בעלי המניות (המבוטחים). עליהן היה להפסיק לשרת את האינטרסים של הבעלים הקודמים של הקופה (כנס ים המלח, 2007: צ'רניחובסקי, פרנקל, מזרחי, 2008).

משרד הבריאות החל במשא ומתן עם הקופות מיד לאחר תיקון החקיקה ב-1996. הקופות הגישו תקנונים המאסדרים את פעילות הדירקטוריון ובחירת חברי הדירקטוריון והנהלה לידי שר הבריאות דאז, יהושע מצא. השר סירב לאשרם מכיוון שהתקנונים לא היו ממלכתיים דיים ושמרו על כוחם של בעלי הקופה הישנים (הסתדרויות העובדים ואיגודי העובדים). ב-1997 הקימו השר מצא ומנכ"ל משרד הבריאות דאז גבי ברבש ועדה בין משרדית בה ישבו נציגי משרדי הבריאות והאוצר בראשות המשנה ליועץ המשפטי לממשלה לחמן מסר. במסגרתה גובשו מס' הוראות לקופות בנוגע לתקנונים אך הקופות סירבו לקבלן. בעקבות החלטה זו, השר הוציא לקופות החולים אישורים זמניים לקיומן לפרק זמן נוסף ומוגבל (כנס ים המלח, 2007).

הבעיה המרכזית שהפריעה לשר הבריאות ולרגולטורים לאשר בסוף שנות התשעים את תקנוני הקופות הייתה מחסור בדמוקרטיה בבחירת הנהלת הקופות. תיקון החקיקה קבע שעל כל קופה לבחור מועצה ממונה ע"י הציבור בבחירות דמוקרטיות<sup>27</sup> ושהמועצה תשגיח על פעילות הקופה ופעילות המנכ"ל. מטרת הבחירות הייתה לתת למבוטחים לקדם את האינטרסים שלהם מול ההנהלה, לייצר שקיפות בקבלת ההחלטות של הקופה ואחריות בקרב הדירקטוריון על פעילות ההנהלה. נציג דירקטוריון שיקדם את האינטרסים של ההסתדרות על פני האינטרסים של המבוטחים לא יזכה שנית בכיסאו. מכיוון שהחוק קבע שהקופה תוכל לאסדר את מוסדותיה ואת הבחירות למועצה, הקופות כתבו תקנונים שהתחמקו לחלוטין מהאפשרות לשינוי ההנהלה הקודמת של הקופה. ההתחמקות נעשתה באמצעות בניית מועצות מסורבלות ומרובות (מועצות עליונות, ועידות ארציות, ועידות מטה וכו'), שינוי גודל הדירקטוריון (בחלק מהקופות הוגדל הדירקטוריון של המועצה ורק מיעוט הצירים נבחר בבחירות דמוקרטיות והשאר מונה ע"י ארגוני העובדים), חלוקת צירים אזורית בצורה שתאפשר לחברי הנהלת העובדים להתמודד ללא מתחרים על כיסא ההנהלה ואפילו גיל הזכאים לבחור היה שונה בין קופה לקופה. (כנס ים המלח, 2007, עמ' 32-36). הבחירות החלקיות שהתקיימו בקופות היו אף הן למראית עין כשמש' המצביעים למועצת הקופה היה מזערי ולא הגיע לאחוז אחד ממספר המבוטחים (כנס ים המלח, 2007, עמ' 46).

לציבור המבוטחים אין אינטרס ועניין להצביע להנהלת קופת החולים. ה' וה' מספרים על כישלון השיטה הדמוקרטית בהצבעה להנהלת הקופה

ה: קופת חולים מאוחדת היה לה בחירות... השארנו תקנון. לא רצינו לאשר בחירות של מבוטחים כי אין היגיון. איזה מבוטח הולך להצביע לקופת חולים?

ה': אנחנו לא יכולים לאפשר לאיזה שניים וחצי בקופת חולים מאוחדת שהנהלה כאילו לוקחת אותם באוטובוסים כדי להצביע, כדי להכריע את גורלה של הקופה, מעבר לזה שאת ידעת, זה יוצר חוסר איזון ... זה לא העניין, זה העניין שהם לא מייצגים אף אחד, את הלכת פעם להצביע לבחירות של דירקטוריון לקופה שלך?

שאלה: לא

ה': יפה, פחות מחצי אחוז משתתפים

ה' מרחיב ומספר על כך שהקופות רימו בבחירות והסיעו מבוטחים כדי שיצביעו למועמד הרצוי להנהלת הקופה. כך באמצעים של תקנונים מסורבלים, ריבוי מוסדות, השתתפות דמוקרטית נמוכה ושחיתות שמרה הקופה על בעלותה הקודמת ולא נוצר ניהול תקין חיצוני בדמות דירקטוריון ראוי.

התחמקות הקופות משינויים מוסדיים וכישלון השיטה הדמוקרטית הובילו את הרגולטור לשנות את דעתו לאופן בו נדרש לאסדר את דירקטוריון הקופות: לא רק בחירות דמוקרטיות כי אם ועדה חיצונית שתמנה חלק מהדירקטוריון ותוביל לפיקוח ציבורי ומנהל תקין בקופה. חלופה כזו הועלתה בחוק ההסדרים של 2007 ואף לפני (כהן, 2019). המדינה רצתה למנות באמצעות ועדה חיצונית 60% מחברי דירקטוריון

<sup>27</sup> סעיף 27 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הקופה והמבוטחים יבחרו את 40% חברי הדירקטוריון הנוספים באמצעות בחירות דמוקרטיות בלבד (בחירות אישיות ושוויונית/ועדה ציבורית שנבחרה בהליך בחירה ציבורי ופתוח). על פי השיטה, רוב הדירקטוריון לא ייבחר אלא ימונה בהליך מוסדר עם תנאי סף. אלו יובילו להקטנת ניגוד העניינים בהנהלת הקופה ולהגדלת המקצועיות בפיקוח הדירקטוריון על הקופה. (כנס ים המלח, 2007. עמ' 28. צ'רניחובסקי, פרנקל, מזרחי, 2008). החוק לא עבר בגלל התנגדות עזה של הנהלת קופות החולים (ההסתדרויות וארגוני העובדים) שלא הסכימו לאבד את כוחם בניהול הקופה. (ראיון משלים ח', 10.12.2020. פרוטוקול ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, 2007). בפועל עד השנים 2012-2015 פעלו הקופות ללא תקנון מאושר ולאורך עשרים שנה שרר בתחום "ריק" תקנוני (כנס ים המלח, 2007).

### משבר ביחסי הרגולטור והמפוקח

בסוף שנות ה-2000 התפרסמו מספר דו"חות מבקר מדינה שעסקו במשטר התאגידי של קופות החולים (דו"חות מבקר המדינה 56ב', 2005. דו"ח מיוחד, 2010). הדו"חות חשפו שמועצות הקופות שקידמו את האינטרסים של הנהלת הקופה על חשבון המבוטחים. החמור בהם התפרסם ב-2010 על קופת חולים "מאוחדת" וחשף שרשרת ליקויים חמורים בפעילות ההנהלה: בכירים בדירקטוריון העסיקו קרובי משפחה בקופה, ההנהלה העבירה כספים שלא כחוק לעמותות מקרובות למנהלים בקופה ובמועצה (מבקר הקופה הפנימי השתתף בשחיתות), העניקה לבכירה הטבות כספיות חריגות ואף הסתירה מידע רפואי ומשפטי ממשד הבריאות באופן רציף ועקבי על פני שנים (דו"ח מבקר המדינה, 2010). המבקר העביר שש חלקים מהדו"ח ליועץ המשפטי לממשלה ולאחר פרסום הדו"ח הוגשו נגד בכירים ב"מאוחדת" כתבי אישום. אחוז ניכר מיושבי הדירקטוריון היו עובדי הקופה<sup>28</sup> והתקיים בה ניגוד עניינים מובנה: ועד העובדים פיקח על המנכ"ל שפיקח על ועד העובדים ולמועצה לא היה אינטרס לפקח על פעילות ההנהלה כי אם לקבל מהמנכ"ל הטבות רבות ככל האפשר. פרסום הדו"ח יצר משבר בין הרגולטור לקופה ומנכ"ל משרד הבריאות דאז רוני גמזו הורה לדירקטוריון הקופה להתכנס ולדון בממצאי המבקר<sup>29</sup>.

דירקטוריון "מאוחדת" הקים ועדת ביקורת אך זו מצאה את האשמים המרכזיים בדו"ח (המנכ"ל ומנהל הכספים של הקופה) חפים מפשע והשאירה אותם בתפקידם. בתגובה גמזו שלח מכתב לדירקטוריון וקרא לפיטוריו המידיים של המנכ"ל. בנוסף הוא הוסיף סנקציות נוספות שעמדו לרשותו בחוק והסכמי הייצוב על הנהלת הקופה (הפחתת 5% משכר ההנהלה, החלפת רואי חשבון, הפסקת ההתקשרויות הפסולות שנמצאו בדו"ח המבקר ועוד) (יסעור בית-אור, 2010). הקופה ענתה שתפעל לתיקון הליקויים ואף הקימה צוות מיוחד "לתיקון הליקויים" אך לאחר חודשיים, בכינוס הדירקטוריון הודיע המנכ"ל על התפטרותו (חובל, 2011). משרד הבריאות קרא לקופה לקיים בחירות חדשות לדירקטוריון הקופה אך

<sup>28</sup> המבנה הארגוני של קופות החולים, כנס ים המלח, 2007. עמ' 36.

<sup>29</sup> למנכ"ל משרד הבריאות יש סמכות זו לפי סעיף 37 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בבחירות אלו התגלו סדרה של רמאויות והגורמים המושחתים בדירקטוריון נבחרו שוב (לינדר, 2013).  
(2016). ד' וה' מספרים על הרמאויות בבחירות למועצת הקופה:

ח':... וחלק מהפוליטיקאים שהיו שם זה היה מטורף. פשוט קבוצה של מאכערים מהמגזר (החרדי) השתלטה על הבחירות. הביאו אוטובוסים, סגרו למשל, אזורים של בחירות לא הגיוניים. מה? כדי שיהיה להם שם רוב? זה היה איזורי, זה היה בחירות אזוריות. משהו מטורף. כשאנחנו ראינו את זה, נחרדנו. ביטלנו את הבחירות, זה היה אצל גרמן, גרמן ביטלה את הבחירות.

ה': "בנקודה מסויימת ליצמן הלך הביתה וגרמן נכנסה, וכשהיא נכנסה אז עשינו תהליך מסויים ועבדנו בצורה די, אמרנו כן זה הצעת החוק, פה הצעת החוק (של חוק ההסדרים) ונאפשר להם גם לעשות בחירות לדירקטוריון, ממילא הבחירות זה רק לשליש מהדירקטורים ואז מה אכפת לנו? מה אכפת לנו זה השני שלישי שמתמנים על ידי הועדה הממשלתית, קשקוש, וגילינו שהיינו קצת יותר מידי תמימים ולמעשה לשנות את כל התהליך מחדש, ואנחנו לא יכולים לאפשר לאיזה שניים וחצי בקופת חולים מאוחדת שהנהלה כאילו לוקחת אותם באוטובוסים כדי להצביע, כדי להכריע את גורלה של הקופה.

ד' וה' מספרים על שינוי מעמיק ונוסף בעמדתו של משרד הבריאות לגבי מינוי מועצת הקופה בעקבות משבר האמון והרמאות בבחירות. בעוד ב-2007, רצתה המדינה למנות 60% מחברי הנהלה (ההצעה בחוק ההסדרים), המשרד מתיימש ומנסה למנות כל מועצת הקופה בעצמו. הפתרון המוסדי של הקופה משתנה מבחירות דמוקרטיות על ידי המבוטחים למינוי מועצה **ממונה** על ידי משרד הבריאות.

ה' מספר על ניסיון זה

ה': גרמן ביטלה את הבחירות. זה היה סיוט לא קטן. ביטלנו את הבחירות, וביטלנו את האישור תקנון (הזמני, שהמדינה נתנה), ואז הם לקחו את ה... והיא גם נמאס לה מהדירקטוריון שהוא שסרח תחת המדינה. אז היא גם החליטה בבת אחת שהיא מפטרת את כל הדירקטוריון וממנה חדש.

שאלה: וואו יש לה כזאת סמכות?

ה': זהו. זה החלק הבעייתי. כי הם פנו לבג"ץ, ואז גם היה סיפור בבג"ץ. בסוף, לפני שהשופטים, ראינו שכבר נתנו את הדין, כי היא (גרמן) עשתה... צעד יותר ממנו (מבג"ץ).. זה לא מתאים.. זה דרמתי, דרסטי... אז היתה לנו איזה אפיזודה שנצרכה בבשרי, עשינו איזה שהוא תהליך, לא יודע מאיפה להגיד את הזה, אבל נכשלנו, בית המשפט העליון לא קיבל, יצרנו איזה טענה שאני חושב שהיא נכונה משפטית לגמרי אבל היה קשה מאוד לבלוע אותה, של מינוי דירקטוריון ממונה, שמנו שם את דרור שטרומ וכל מיני פיגורות כאלה, העליון די נפנף אותנו, וממש..

שאלה: רציתם דירקטוריון ממונה לחלוטין כולו בוועדה חיצונית?

ה': לא, לא, אמרנו אנחנו מבטלים את האישור שלנו לתקנון, כי הבנו שהאישור הזה בטמטום יסודו, טמטום שלנו, הלכנו על התפיסה של הצעת החוק (שינוי התקנון) אבל גילינו שאם אנחנו נותנים לציבור של חברי הקופה (למנות) אז.. אז אמרנו לא, אז אנחנו רוצים לשנות את התקנון אבל בינתיים לא ניתן לדירקטוריון הקיים להמשיך לעבוד, נעשה דירקטוריון ממונה לתקופת ביניים, זה גרמן קבעה בהמלצה שלנו, אז בית המשפט גלגל אותנו מכל המדרגות..

משרד הבריאות רצה למנות דירקטוריון ממונה לתקופת ביניים, וועדה זו תתקן את תקנון הקופה ותיצור הליך בחירה תקין לדירקטוריון, לאחר שהתקנון יתוקן הועדה תסיים את תפקידה והדירקטוריון יחזור לניהול עצמי. הקופה עותרת נגד הצעה זו לבג"ץ. על פי ה', הרגולטור ניסה להדגיש לבית המשפט את האוטונומיה שתהיה לדירקטוריון הביניים ואת המקצועיות שלו באמצעות הצעת פיגורות כלכליות שלא מגיעות מתחום הבריאות. אלו יראו לבית המשפט שהרגולטור לא ינהל את הקופה ישירות. בג"ץ מסרב לתת למשרד הבריאות לנהל את הקופה אפילו לתקופת ביניים ובמקום זאת מבקש מהקופה וממשרד הבריאות להיכנס לתהליך של שינוי תקנון הקופה בהסכמה, הוא רומז לקופה שאם לא יעשה שינוי הוא יתערב בהמשך. המשרד והקופה מסכימים על שינוי תקנון בתקופה של 3 חודשים (ראיון ה', ד').

### **התחייבות המפוקח לפיקוח העצמי הנכפה**

תהליך היציאה מהמשבר היה מורכב מאוד לשני הצדדים. למשרד הבריאות התהליך היה מורכב מכיוון שהוא היה צריך לעבוד על שינוי התקנון עם הנהלה סוררת ומושחתת, מספר ה'

ה': וזה היה השלב שבו באמת הדיחו (דירקטוריון הקופה) את מועלם (מנכ"ל הקופה המושחת) ונכנסו לתהליך של, אמרנו את הדירקטוריון לא נחליף, כי אין טעם להחליף את הדירקטוריון כי זה משחזר את אותה בעיה כי התקנון לא טוב, אז קודם נשנה את התקנות ואז נדאג לזה שימנו דירקטוריון חדש ואנחנו צריכים את הדירקטוריון כדי שיחליף את הנהלה סוררת, זה היה פשרה אבל פשרה שהיינו מאוד שלמים איתה, גם כי היינו צריכים את הדירקטוריון כדי להדיח את מועלם ואת הנהלה הרופפת וגם כי אמרנו, אם זה אותו תקנון אז יבוא דירקטוריון חדש " מה הועילו חכמים בתקנתם?" נקבל אנשים חדשים אבל על פי אותו דירקטוריון מסריח... והתקדמנו בתהליך (מול הקופה) כי היו דברי חקיקה בנושא שאמרו שאם הקופה לא תגיע איתנו להסכמה בנושא.."

משרד הבריאות בוחר לוותר על החלפת הדירקטוריון משתי סיבות, ראשית, שינוי המועצה לא יוביל לתוצאות טובות יותר כי שיטת המינוי פסולה. שנית, המשרד היה צריך את הדירקטוריון כדי להוביל שינויים מידיים בהנהלת הקופה. לדירקטוריון הקופה התהליך גם כן היה מאוד מורכב, חתימה על שינוי התקנון פירושו סיום תפקידם בקופה. כפי שמספרת ד'

ד': כי מה הייתה הבעיה הרי להעביר את כל התקנונים האלה? שבסוף, זה מועצה היסטורית שאתה צריך לשבת איתה. היא צריכה להסכים על שינוי, המנדט לשינוי התקנון נמצא אצל המועצה. היא צריכה להגיש בקשה לשר הבריאות, ואז שר הבריאות מאשר. אוקיי? וכל הבעיות שהיו זה שהמועצה הייתה כאילו צריכה לחתום על תעודת פטירה שלה. ואף אחד לא רוצה לחתום על התעודת פטירה שלו."

מועצת הקופה הייתה צריכה לחתום על שינוי שיטת המינויים למועצה, שפירושה בפועל סיום תפקידם של כל הגורמים שישבו בה. הכניסה של דירקטוריון הקופה לתהליך ההסכמה הייתה לא מובנת מאליה. ניתן לראות שכניסת הקופה לתהליך קרתה בעיקר בגלל האולטימטום שהציב בית המשפט לקופות שאם הקופה לא תשנה את התקנון, המדינה תשנה אותו בעבורה. כפי שאמר ה'

ה': כי היו דברי חקיקה בנושא שאמרו שאם הקופה לא תגיע איתנו להסכמה בנושא..



אך מלבד האולטימטום, נראה שמערכת היחסים האישית בין הרגולטור לקופה עזרה בקידום התהליך. מספרים ח' וה' על העבודה יחד עם המועצה כדי לשנות את התקנון

ד': לקחתי את יו"ר המועצה של הקופה, ואמרתי "תקשיב, אתה מבין מה היה פה? בוא נגיע להסכמה במקום לבית המשפט, שאנחנו משנים את התקנון. מביאים את התקנון מתוקן תוך שלושה חודשים ובינתיים הדירקטוריון הקודם חוזר". הוא הסכים, אני שכנעתי את גרמן טלפונית וזה מה שאמרנו לשופטים. זה הציל את הקופה. פשוט הציל את הקופה. הגענו לתקנון מוסכם תוך שלושה חודשים, בלי בחירות.

ה': ואז מה שקרה זה שהצלחנו, באמת, את אומרת יחסים אישים, זה שם, לא במובן הזה שאני חבר של האנשים במאחדת אלא את יודעת, בכל זאת עם כל זה, כאילו כעסו עליי ואני כעסתי עליהם וזה וזה בסוף, באיזה שהוא הצלחנו לשדר על אותו גל, שחייבים, בסדר, ניצחתם אבל זה ניצחון פירוס, אתם לא באמת יכולים להפקיר את הקופה לתקנון הקודם כי זה אסון ויצרנו תהליך שכמעט השלמנו אותו כמעט ערב עזיבתה של גרמן, שבו היא אישרה את התקנון בכפוף לאישורה של מועצת הקופה, שקבענו שהכל יהיה ועדות מסודרות ולא דרך בחירות כלליות ודי הצלנו את הקופה.

לפי ד' וה', מועצת הקופה מבינה שללא ההסכמה לשינוי מהותי במבנה המוסדי של הדירקטוריון, הקופה תתפרק לחלוטין או שבית המשפט יכריע בנושא לטובת המשרד. הקופה והרגולטור מחליטים יחד על ויתור של שיטת הבחירות ומעבר לשיטה של ועדות חיצוניות שימנו את הדירקטורים על פי תנאי סף אחידים ומכרזים (תקנון מאוחדת, 2012).

במקרה של מאוחדת, נראה שהתערבות בית המשפט הייתה משמעותית ביצירת היענות לתהליך הפיקוח, אך באסדרת שתי הקופות הנוספות "לאומית" ו"כללית" נראה שגם ללא התערבות בית המשפט המפוקחים יכולים להיענות מסיבות שונות לתהליך של רגולציה עצמית נכפית. נספר על שיטות שונות של הטמעת מערכי רגולציה עצמית מוסדית בשתי קופות חולים נוספות.

בקופת חולים "לאומית" התקנון איפשר ליו"ר הסתדרות העובדים לאומית למנות 90% מחברי המועצה והדירקטוריון ולמנוע את פעילות מבקר פנים של הקופה. הקופה נקלעה לשורת משברים כלכליים לאורך השנים ומשרד הבריאות והאוצר ניצלו הזדמנות זו ב-2010 כדי לחתום עם הקופה על הסכם הבראה. המדינה תעביר כספים לקופה עבור שינוי התקנון ומינוי מועצה על ידי ועדת איתור עצמאית וכן יחזקו מנגנוני הביקורת בתוך הדירקטוריון והקופה. (דו"ח מבקר המדינה 56ב': ראיון משלים עם ה', 17.10.2020). הכסף היה מעבר לסכומים שדוברו בהסכמי הייצוב והועבר ייעודית תמורת השינויים המוסדיים. ניתן לראות את התהליך שעברה "לאומית" בצורה דומה לזו של "מאוחדת". הנהלת הקופה הוותיקה בונה מוסדות שונים כדי לשמור על כוחה בניהול הקופה, משבר כלכלי מוביל למשבר אמון של הרגולטור והמפוקח, הפעם בהיבט הכלכלי של ניהול הקופה ויוצר אצלה מחוייבות להיכנס לפיקוח. הפתרון הנבחר גם במקרה של "לאומית" הוא של ועדה חיצונית בלתי תלויה הבוחרת את הדירקטוריון (תקנון קופת חולים "מאוחדת").

בקופת חולים "כללית" התרחש שינוי מוסדי אחר מ"מאוחדת" ו"לאומית". בקופת חולים "כללית" חברי הסתדרות העובדים הכללית (הבעלים הקודמים של הקופה) היו שלישי מחברי הדירקטוריון. במועצה הקופה לא התגלו שחיתויות חמורות או משבר כלכלי חמור ובכל זאת הקופה ב-2015 שינתה את תקנונה ועברה למינוי מועצה באמצעות ועדות חיצוניות בלתי תלויות. מספר ה' על תמריצי הקופה להיכנס לשינוי התקנון

ה': שמעי, בכללית זה נראה כאילו כל הזמן כללית התנהלה מאוד יפה אבל עם זה שהיא התנהלה יפה, כי בסופו של דבר ההסתדרות איכשהו ייצגו אותה כל מיני חתיירים שלא ממש תיפקדו בתוך הדירקטוריון והיא הצליחה לייצג את עצמה עצמאית מול ההסתדרות, אז באופן כללי הקופה יכלה כבר לעשות את הצעד האחרון ולהעיף את ההסתדרות, אבל כל הזמן היה דיבור, קודם כל על ידי ראש ההסתדרות הקודם, עיני ואז אצל ניסקנקורן וכל הזמן הם ניסו להכניס את, לחדש את ימיה של ההסתדרות כקדם בקופת חולים כללית.. אז תמיד היה, בגלל שכללית, אני חייב להגיד לזכותה כארגון, פיתחה אישיות מאוד עצמאית שהיא מדהימה בהתחשב בהיסטוריה שלה כבעצם כאיזה שהוא סוג של הארנק של ההסתדרות הכללית.. ונשאר שם כל מיני חטייירים נחמדים וטובים ומאוד ציבוריים בגישתם ששכחו שההסתדרות מינתה אותה, ולא הייתה להם בעיה לחצות את הקווים וללכת למהלך הזה, וההסתדרות הרגישה שאפילו אלו שמייצגים אותה כבר לא מייצגים אותה, אז הניתוק היה יחסית, זה, אני לא רוצה להגיד שהיה מהפכת קטיפה אבל הייתה פה חצי מהפכת קטיפה.. היה לנו קל להשיג את שיתוף הפעולה שלהם כדי לעשות את המהלך האחרון שהיה מאוד לא פשוט מבחינה משפטית, אבל גם עורכי הדין שלהם, היינו מאוד ממוקדי מטרה, ואנחנו הצלחנו. אנחנו הצלחנו... עכשיו אין נציגים של ההסתדרות בדירקטוריון ויהיה קשה להחזיר את הגלגל הזה אחורה

על פי ה', שינוי התקנונים ב"כללית" התרחש בצורה שונה, **לקופה עצמה** היה רצון לנתק את היחסים עם ארגון האם שלה. הרצון הזה צמח לאורך ההיסטוריה שלה והתאפשר אודות לאופי המינויים של ההסתדרות בקופה שלא היו "פוליטיקאים" טובים מספיק כדי לדחוף את האינטרסים של ההסתדרות בקופה וגורמים אחרים שלא הסכימו עקרונית עם ניהול הקופה לטובת ההסתדרות והעדיפו לנהל אותה לטובת המבוטחים. המהפכה ב"כללית" התאפשרה בזכות יו"ר המועצה והדירקטוריון ובתמיכת עורכי הדין של הקופה שפעלו למען שינוי התקנון. גם ב"כללית" היום חברי הדירקטוריון נבחרים על ידי ועדה חיצונית בלתי תלויה ולא יושבים בה גורמים מההסתדרות העובדים הכללית (תקנון קופת החולים "כללית"). יש לציין שלקופת חולים "מכבי" עד היום אין תקנון מאושר על ידי משרד הבריאות, אך ב"מכבי" מראש ההתנהלות הייתה יותר סבירה. הדירקטוריון לא כולל עובדי קופה, כל חברי הדירקטוריון נבחרים בבחירות שוות וחשאיות ולא יכולים להיות בקשר עסקי עם הקופה. לאחר הליקויים שהתגלו בדו"חות המבקר חתמה גם "מכבי" ב-2009 על נוהל ניגוד עניינים בו למועצה, להנהלה ולעובדים בכל מוסדות הקופה אסור לעסוק בנושאים בהם יש להם ניגוד עניינים.

לסיכום, למרות שהקופות הפכו ב-1994 לממלכתיות וממומנות על ידי המדינה, הנהלתם בשני העשורים שלאחר החוק נשארה הנהלת הקופה הוותיקה. דו"חות מבקר המדינה יצרו משבר ביחסי הרגולטור והמפוקח ושינו את תפיסת משרד הבריאות לגבי היכולת המוסרית של הקופה להתנהל בצורה עצמאית ותקינה. באמצעות משא ומתן הדוק בין הצדדים תחת השגחת בית המשפט, רוב הקופות שינו את התקנונים שלהם והיום הדירקטוריונים השונים נבחרים באמצעות ועדות חיצוניות בלתי תלויות. בכל הקופות נבחר המודל של ועדות ציבוריות בלתי תלויות הבוחרות את חברי מועצת הקופה. ממני הוועדה הם הגורמים מקצועיים שתפקידם אינו מושפע מהרשות הנבחרת. נשיא בית המשפט לשעבר, נגיד בנק ישראל ונציג אה-פוליטי נוסף. ממני המועצה בלתי תלויה, עצמאיים ולא קשורים לתחום הבריאות כדי למנוע ניגוד עניינים.

הוועדות הציבוריות הם מעין "תמונת מראה" של המצב ששרר לפני התקנונים, במקום מינויים פוליטיים של הנהלת הקופות המושפעים מניגוד עניינים, מינויים מקצועיים לחלוטין הממונים על ידי גורמים מקצועיים וחיצוניים לתחום בלבד. אך בפועל גם במודל הוועדות הציבוריות אין לממשלה ולציבור יכולת להשפיע על ניהול הקופה. הממשלה כמממנת של קופות החולים לא יכולה להשפיע על הגורמים שינהלו את הקופה ולציבור המבוטחים אין יכולת לשנות ולהשפיע על הנהלת הקופה, בדיוק כמו במצב שקדם לתקנונים. ה' וד' מספרים על התהליך שעבר משרד הבריאות בויתור על השליטה במינוי הדירקטוריונים

ד': זה אחד הדברים שאני רואה כהצלחה מאוד גדולה, זה שיש תקנון מוסדר ונקי של כללית, מאוחדת, לאומית, בלי הסתדרויות, בלי ועדי עובדים, בלי התערבות פוליטית של שרים. זה לא מינוי שרים. ימי שממנה את הוועדה הציבורית (שממנה את הדירקטורים לקופות), את היו"ר שלה, זה נשיא בית המשפט העליון .. נציג אחד זה נציג של נגיד בנק ישראל, שזה כאילו מישוה שהוא נקי, מקצועי. אין לו איזה אינטרסים פוליטיים פה מול קופות חולים.."

ה': אמרנו אנחנו (משרד הבריאות) מבטלים את האישור שלנו לתקנון, כי הבנו שהאישור הזה בטמטום יסודו. אנחנו באנו ואמרנו כפי שאנחנו כמדינה למרות שאנחנו ממנים את קופת חולים וזה וזה, אנחנו לא רוצים להיות חלק מהתהליך של בחירת הדירקטוריון, יש ועדות חיצוניות בלתי תלויות שבוחרות את הדירקטוריון, ממנים אותם טוב הארץ, נשיאת בית המשפט העליון, נגיד בנק ישראל, יושב ראש ועד.. עשינו כל מיני, זה חיצוני, זה לא משרד הבריאות והאוצר, אז כן, גם ההסתדרות צריכה להיות בחוץ, כפי שאנחנו כמדינה ממנים ועדיין לא דורשים זכות וטו על מינויים גם אתם יוצאים מהתמונה.."

על פי ד' וה', עצם העובדה שהמינויים מקצועיים לחלוטין ובוחרים אותם גורמים מקצועיים בכירים ומכובדים מהווה חלופה מספקת למינויים מצד משרד הבריאות ו"מרגיעה" את המשרד מפני התערבות פוליטית לא רצויה מצד הקופות. בנוסף, נראה שהבחירה של הרגולטור לוותר על האישור לתקנון הייתה הגורם הדומיננטי שגרם לקופה גם היא לוותר על סמכויות המינוי שלה. הקופה חששה שהמשרד ישתמש בסמכות האישור שלו כדי למנות מועצה שתזיק לה. מינוי באמצעות גורמים חיצוניים ואה-פוליטיים הרגיעה את הקופות ושיכנעה אותן להסכים לוועדה ממלכתית. כלומר, ועדה ממלכתית חיצונית

מתאימה למטרות שני הצדדים: הרגולטור קיבל מינויים מקצועיים ולא נגועים פוליטית והקופה קיבלה מינויים מקצועיים שלא משרתים את משרד הבריאות. נזכיר שהיום בכל שלוש הקופות גם המנכ"ל נבחר בתהליך איתור באמצעות הדירקטוריון שמונה על ידי הועדה.

הפתרון של ועדה חיצונית ממונה למינוי הקופה מתרחש בהתאמה למתרחש בחברות הממשלתיות לאורך שנות האלפיים בעולמות הממשל התאגידי. המדינה כבעלי החברות הפריטה אותן לאיטה אך הפכה את הדירקטוריונים למקצועיים ואחריותיים יותר כלפי הציבור (חורש, 1995. שטיאט, 2010).

דעות המרואיינים בנוגע ליעילות הפיקוח של מועצת הקופה על פעילותה חלוקות, יש מרואיינים שתיארו את השינוי בהנהלת הקופה כהצלחה היסטורית וכהישג אדיר בקידום הפיקוח על קופות החולים ויש מרואיינים שנותרו אמביוולנטיים כלפי מידת ההצלחה של הדירקטוריון בפיקוח על הנהלת הקופה.

מספרים ה' וד'

ה': .. זה באמת היה מהלך היסטורי .. כן, עכשיו יש ועדות בלתי תלויות שהן ממנות את הנציבים החיצוניים והן ממנות את 100 אחוז של הדירקטוריון ואין נציגות של ההסתדרות גם לא של 30 אחוז ועבור ההסתדרות זה לאבד אחיזה בגוף שמבחינתה הוא חלק ממנה, עכשיו למרבה המזל.. אני חושב, סגרתי 22 שנה, אני חושב שההישג המשמעותי .. התקנונים של קופות החולים אני חושב ששלוש קופות חולים זה הישג .. כל הכבוד"

ד': תראי, אני לא יודעת להגיד לך הכל כביקורת הפנים. אבל יש דירקטוריון שבסוף, המנכל צריך לתת דין וחשבון. אוקיי? לדעתי, עכשיו מבקרי פנים עובדים מצויין. .. אבל יש לך דירקטוריון שהוא שומר הסף.. שהם לא נוסחת פלאים. אז כאילו, בסך הכל, בתחושתי, זה עובד טוב. יכול להיות שיהיו כאלה שיחשבו אחרת. אני, לפי מה שאני רואה כרגע, בסך הכל טוב"

לטענת ה', העובדה שלהסתדרות העובדים הכללית, אחד הגופים החזקים ביותר במשק הישראלי אין שליטה על קופת החולים הגדולה בישראל היא הישג עצום המאפשר לקופה לחשוב על האינטרס של המבוטחים. ד' חושבת שעצם העובדה שהנהלה צריכה לתת דין וחשבון לשומר סף (מה שלא היה בעבר) היא התקדמות משמעותית, על פי ד', מלבד המועצה, חיזוק מבקר הפנים וגורמי הביקורת הפנימיים בקופה עוזר מאוד בניהול התקין של הקופות. גם ק' מרחיב בנושא מבקרי הפנים

שאלה: אתה מרגיש שזה עובד (התקנון)?

ק': בהרבה מקומות כן, קודם כל התקנונים קצת עזרו, בסדר, זה היה משהו מבורך שהעבירו,

שאלה: בעיקר בבחירת דירקטוריון?

ק': כן, דירקטוריון מאוד חשוב לפקח עליו, יש לו המון כוח, מי יוביל את המערכת וכיצד המערכת תובל, יש את ביקורת הפנים שנכנסה לקופות, כל מיני מנגנונים שעוזרים לאיזונים.

שאלה: פעם המנכ"לים לא היו משקיעים לזה בכלל הון ניהולי?

ק': קודם כל, היום יש מבקר פנים, ויש רואה חשבון חיצוני ורואה חשבון מטעם הרגולטור. ויש תהליכים של סוף, תהליכים של אחריות אישית אז יש לזה הרבה יותר אסטרטגיה ויש גם פונקציות חדשות... שהם גם רגולציה פיננסית וגם רוצים להיות בקשר עם הרגולטור וגם רוצים לעשות דברים כמו שצריך, אז אני חושב שכן למדו ויש על זה הרבה יותר דגש, אבל אני חושב שהרבה פעמים נכון מכל מיני רפורמות ודרישות של הרגולטור אבל המון פעמים זה גם האנשים, .. קופה חוותה איזה טראומה מסוימת והיא התיישרה כאילו ומפחדת שוב לחטוף את הבומבה"

לדעתו של י' לדירקטוריון כוח רב בפיקוח ובניווט של הקופה אך התקנונים יצרו וחיזקו מנגנוני פיקוח נוספים שבתמונה הכוללת עזרו כולם יחד לפיקוח על המנהל התקין בקופה. י' מוסיף ואומר שה"טראומה" שעברו חלק מהקופות בהם הנהלת הקופה הלכה לכלא הובילה למחוייבות פנימית גבוהה יותר של הקופות לתהליכי פיקוח פנימיים. לעומתם אומר ח'

ח': במבחן התוצאה לא שיפרנו את המבנה התאגידי ולא קיבלנו הנהלות שיכולות לייצג את הציבור או קונטרה להנהלת הקופה.

שאלה: גם לא במאוחדת 2020?

ח': מאוחדת היה ממש חשש לשחיתות ופירקנו אותם אבל לא בטוח שהדירקטוריון השתפר, מה שהשתפר זה שומרי הסף בקופה".

לטענת ח', הדירקטוריונים החדשים לא שיפרו בצורה מהותית את הפיקוח על קופות החולים, הדירקטוריון לא מייצג את הציבור ולא מפקח היטב על ההנהלה. לטעמו, שומרי סף אחרים כמו מבקר הפנים ורואה החשבון עושים עבודה טובה יותר בפיקוח על ההנהלה מהדירקטוריון.

לסיכום נושא הקופה והנהלתה, קופות החולים היו קיימות לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי והיו להן בעלים והנהלה עצמאית לפני הלאמתן. החוק ביקש מהקופה לאסדר בתקנון עצמי את מבנה הדירקטוריון כך שייצג את מבוסחי הקופה. במשך שני עשורים הצליחו הקופות לחמוק מהצורך בהסדרה עצמית באמצעות בניית מוסדות מסורבלים ושיטת בחירות אה-דמוקרטית. לאחר סדרה של משברים ושחיתויות שהתגלו בניהול העצמאי של הקופות, הרגולטור התחייב לאסדר את הנהלת העצמית של הקופה והקופה התחייבה לשינוי. בתמיכת ובליווי בית המשפט, הצדדים בוחרים במודל וועדה ממלכתית ממנה. הוועדה הממלכתית ממונה על ידי גורמים מקצועיים בלבד ומנטרלת השפעות פוליטיות של משרד הבריאות והסגל הפוליטי על ניהולה העצמי של הקופה. הפתרון הפוליטי ועיתויו התרחשו בהתאם למתרחש בעולם הממשל התאגידי בישראל ובפרט בחברות הממשלתיות. התחמקות המפוקחים לאורך זמן כה רב והעובדה שלקופה אחת אין תקנון מאוסדר מצביעה על כוחן הפוליטי האדיר של הקופות במשא ומתן מול הרגולטור ועל העצמאות הרבה שיש להן בניהול ובפיקוח עצמי ועל כך שלמרות הכל מדובר במודל בינוני בחוזקו בפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים.

## 2. מסקנות מרכזיות

בפרק זה ביקשתי לבחון את התפתחות מערכי הפיקוח העצמי של קופות החולים, משא המתן של הרגולטור והמפוקח עליהם ויעילותם. הקופות היו קיימות לפני המדינה והיו להן בעלויות שונות, אחר החוק נוצר להן מעמד ייחודי של גופים דו מהותיים: ממלכתיים ופרטיים כאחד. ההיסטוריה שלהן ועצמאותן איפשרה להן לחמוק מפיקוח אפקטיבי ויעיל.

המדינה ביקשה מהקופה להסדיר שתי מערכות יחסים בתקנון- מערכת היחסים עם המבוטחים ומערכת היחסים עם ההנהלה. רוחבי בעשורים שלאחר החוק גדלה מחויבות הקופות לפעול באחריות כלפי הקופה והמבוטחים וכן גדל הפיקוח הפנימי בקופה. הקופות הפכו בעשור האחרון לשחקניות יותר מוסריות.

המודל הוא מודל **בינוני** בחוזקו בפיקוח של משרד הבריאות על הקופות:

- א. יעילות הפיקוח העצמי ביחס למבוטחים השתפרה מאוד משנות התשעים ונחשבת סבירה.
- ב. הפיקוח העצמי ביחס להנהלה השתנה לטובה בהשוואה לחוק, במרבית הקופות ההנהלה נבחרת בצורה ממלכתית ומתנהלת לטובת הציבור.
- ג. הרשות השופטת היא שחקן פעיל בהגדלת האחריות של הקופות כלפי המבוטחים והמדינה. והיא הופכת את הקופות לשחקנים יותר ויותר ממלכתיים.

## פרק שלישי: מודל רגולציה משותפת

**תקציר:** בפרק זה אסקור את הרגולציה המשותפת של משרד הבריאות והקופות. אציג את התפתחותה לאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכיצד הרגולציה המשותפת מתקיימת בשתי רמות, ברמה פורמלית וברמה אה- פורמלית. אראה כיצד המדינה משתפת את השחקנים בצורה פורמלית בהיבטי הציווי (ההתנהגות הרצויה) ובהיבטי השליטה (האכיפה). ואדון ברגולציה משותפת אה- פורמלית, באמצעות המונח "סגנון רגולטורי" (Regulatory Style).

ברגולציה משותפת המדינה מתייעצת עם השחקנים בנוגע להתנהגות הרצויה הנדרשת מהם ומנהלת דיאלוג בנוגע לאכיפה במידה ומתקיימות הפרות חוק. (Braithwaite, 2002). הרגולציה המשותפת יכולה להיות מאוסדרת בחוק ולכן פורמלית ויכולה להתקיים בצורה לא מחייבת. (Braithwaite, 2002): (Mascini, 2013; Parker, 2010). האופנים הלא רשמיים בהם מתנהלת רגולציה משותפת מושפעים מאוד מתפיסת הרגולטור. במידה והרגולטור רואה באופנים אלו אפיק נורמטיבי לפעולה הם יגדלו, במידה והוא חושב והם לא ראויים הם יקטנו (Gunnigham and Sinclair, 2009: Gunnigham, 2010) אתאר את הרגולציה המשותפת המחייבת בחוק ביטוח בריאות כשהמשרד חייב לשתף את הקופות. כדי לתאר רגולציה משותפת הלא רשמית, אשתמש במונח הספרותי "סגנון רגולטורי" מכיוון שהוא מיטיב לאפיין את טבען הלא רשמי של מערכת היחסים בין רגולטור ומפוקח (Gunnigham and Sinclair, 2009: Gunnigham, 2010).

מודל הרגולציה המשותפת דינמי ומושפע מההון הפוליטי העומד לצד הרגולטור והמפוקחים. במידה והמדינה חזקה מהמפוקחים היא יותר תורה ופחות תתייעץ, תאכוף ולא תזהיר, במידה והמפוקחים חזקים מהרגולטור, המדינה תשקיע בשכנוע ובהתרעה על פני חקיקה וסנקציות (Braithwaite, 2002: Borzel, 2010: Mascini, 2013).

### 1. רגולציה משותפת רשמית

חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994 קבע שעל משרד הבריאות לשתף את קופות החולים בשלושה היבטים: במועצת הבריאות ובהמשך בוועדת הסל, בבקשת מידע מהקופות ובהפעלת סנקציות על הקופות<sup>30</sup>. בהמשך יחד עם הקמת האגף לפיקוח על קופות החולים, משרד הבריאות מפתח מערך רגולציה משנית של חוזרים על הקופות שגם הם נעשים במשותף עם הקופות. ב-2005 החליטה המדינה לשתף את הקופות גם בוועדת המשנה לוועדת הרחבת הסל- ועדת המחירים. בוועדה זו הקופות מחליטות יחד עם משרד הבריאות כיצד לתמחר תרופות שיכנסו לסל, שיתוף הקופות בפעולת התמחור ובוועדת הרחבת הסל הוא פעילות קלאסית של רגולציה משותפת בה המפוקחים משתתפים בקביעת הפעולות שיצטרכו לספק בעתיד (Mascini, 2013).

### רגולציה משותפת רשמית: טבלה מסכמת

<sup>30</sup> סעיף 52, פרק י"א, סעיף 40 וסעיף 37 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

חוזרים	ועדת הרחבת הסל ועדת המחירים	ציווי
הפעלת סנקציות	מסירת מידע	שליטה

אציג את התחומים בהן משרד הבריאות מקיים רגולציה משותפת רשמית עם הקופות ומהי מידת שיתוף הפעולה בין הרגולטור והמפוקח.

### א. רגולציה משותפת רשמית בתחום הציווי ועדת הרחבת הסל וועדת המשנה לתמחור תוספות להרחבת סל הבריאות

הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות היא חלק מהתפקיד של מועצת הבריאות שהוקמה בחוק. הסל הבסיסי שעל הקופות לספק נקבע בחוק המקורי ובכל שנה גדל באמצעות ועדה מיוחדת שתפקידה להמליץ לשר על הטכנולוגיות החדשות שיכנסו לסל. הועדה מורכבת מנציגים רבים (הסתדרות רופאים, צה"ל וגו') וביניהם הקופות. לוועדת הסל נוצרה ועדת משנה בשנת 2005 שתפקידה לבצע תמחור כלכלי ואפידיוולוגמי לכל התרופות והטכנולוגיות החדשות שמועמדות להיכנס לסל ולהחליט אילו תרופות להציע לוועדה. ועדה זו מורכבת רק מנציגי משרד הבריאות, האוצר וקופות החולים<sup>31</sup>.

ועדת התמחור נחשבת לקריטית ומשמעותית יותר מבחינת כל השחקנים מכיוון שמחליטים בה על אילו תרופות להמליץ וכיצד לתמחר אותן. לקופות יש אינטרס להמליץ על תרופות זולות ולמשרד הבריאות על תרופות אחרות. לכל קופה כשלעצמה אין רוב בוועדה אך במידה והן מתאחדות נוצרת להן סמכות וטו. הרוב מאפשר לקופות לעצב את המדיניות הרצויה מבחינתם. מספרת ד'

שאלה: את חושבת שלקופות צריך להיות חלק בקבלת החלטות? כאילו, מה שנקרא לכתחילה.

ד': הם נמצאים שם.

שאלה: איך הם נמצאים?

ד': קודם כל, ועדת הסל. ועדת סל זה הדלת כניסה הראשית של שירותים לסל. קופות החולים יושבות בוועדה והן יושבות בוועדת משנה. והן.. הן יושבות בוועדה שמתמחרת בשירות הסל. ולמה היא הוועדה הכי חשובה? יותר מזה אני אסביר לך. כי בסוף, יושבת ועדה והיא קובעת כמה חולים, מה מחירים והיא קובעת מה תהיה העלות של כל תרופה. עכשיו, אם יש תרופה שלא מתקצבת טוב, בתוך הוועדה הזאת, לדעת הקופות הן לא מקבלות עליה מספיק כסף, בוועדת הסל הם יפילו את התרופה הזו. גם אם היא הכי חשובה שיש. ואני ראיתי את זה במו עיניי כשהייתי חברה גם בוועדת הסל וגם בוועדת משנה.. יש להם (לקופות) הרבה כוח (בוועדת התמחור). אדרבה. נציגים במשרד הבריאות, במקסימום זה שניים. יש את א' שהיא הרכזת, אז זה פחות כוח מהם. פעם אחת אני צחקתי עליהם, צילמתי אותם תוך כדי הפסקה

<sup>31</sup> החלטת ממשלה 4111 משנת 2005. "דו"ח תיקצוב מול שימושים: תוספות לסל שירותי הבריאות", 2011. הוצאת משרד הבריאות.



ואמרתי "זה הולך לממונה על ההגבלים העסקיים". הן יושבות וביחד סוגרות, זה צריך להוציא, זה צריך זה. שיחות כאילו ביניהן

שאלה: רגע, אמרת להן את זה, את האמירה הזאת?

ד': ברור. צילמתי אותם.

שאלה: והם צחקו?

ד': הם צחקו לי.

ד' מספרת על כוחן של הקופות בעיצוב המדיניות הרצויה לקופות דרך ועדות המשנה. אם מדובר בתרופה יקרה שתפגע בקופות ומתמחרת לא נכון בעינייהן, הן ידאגו שלא תהיה בסל באמצעות התמחור. ד' משתמשת במילה **מונופול** כדי לתאר את כוחו של הרוב של הקופות בוועדה, מרואיינים נוספים תיארו זאת בצורה דומה. מספרים ג' וה'

ג': אני יש לי איזה, אני אשלח את זה, יש לי את זה לדעתי פה, את התמונה של ארבעת מנכ"ל קופות החולים שמפגינים נגד סל שירותי הבריאות, ואז צילם אותם איזה עיתונאי וזה היה לי בחדר וכל היום הייתי רואה את המונופול, רואה ושוברת אותו"

ה': בנושא הזה, הם (הקופות) טיפה מצליחים למצוא את המקום לתיאומים כולל ועדת הסל, שמה זה הקרטילזציה הכי קיצונית.. קופות החולים לפני הועדות, היו מוודאות שלסל יכנסו הדברים הכי איזוטריים, את יודעת יש אחד או שנים דברים שילכדו את תשומת הלב הציבורית אבל מה אנשים מבינים כשאומרים להם אוטיסין קו שביעי לחולה עם יבלת.

לפי ג' וה', הקופות משתפות פעולה כדי לוודא שלוועדת ההרחבה יכנסו רק שירותים רצויים מבחינתם. ניכר שעם השנים חל שינוי בדומיננטיות ביחסים בין משרד הבריאות לקופות בוועדת המחירים הסל. הקופות התחזקו על חשבון משרד הבריאות בתהליך שבא לידי ביטוי בהוצאה הדרמטית של סמנכ"ל הפיקוח על קופות החולים מועדת ההרחבה לסל. מספרת ד'

ד': היו ועדות סל, במיוחד האחרונה שהשתתפתי בה, שהייתה להם מלחמת עולם שם לקופות. אני (סמנכ"ל הפיקוח על הקופות) מול 4 נציגים של קופות חולים בוויכוח. כי רצינו להכניס איזה שהיא תרופה והם לא רצו כי הם חשבו שהיא הפסדית להם, והצגנו כל מיני מודלים משוכללים להכניס אותם לסל, לא אלאה אותך בפרטים. והם לא רצו לשמוע- גרעוני להם והם לא רוצים אותה בפנים. ואז הם מצאו כל מיני סיבות למה. "היא לא בשלה מספיק, אין עליה מספיק מחקרים" למרות שיש, למרות שהיא רשומה .. "היא לא ככה, היא לא ככה". את מבינה? אז כאילו בסוף בסוף התרופה עברה. באמת על הרגליים האחוריות והיה שם בלאגן ובסוף עשינו איזשהו הסכם יצירתי עם החברת תרופות. (וזה עבר). כל חברי ועדה מתחלפים כי זה מינוי של שר. גם מישהו מקצועי וכאילו על פי התפקיד שלו היה אמור להיות חבר בוועדה, מתחלף. כי השר החליט נגיד שהוא לא רוצה אותי כי הפרעתי לו, אז הוא הוציא אותי מהועדה.

לאורך ההיסטוריה, כל סמנכ"ל הפיקוח על קופות החולים היו חברי וועדת סל הבריאות (ראיון ג', ראיון ח'). הוצאת סמנכ"ל הפיקוח מהוועדה פירושה הקטנת הדרישות מקופות החולים כשאין גורמים בוועדה שמכירים את סל השירותים בשב"ן ואת הבעיות שעולות ממבוטחים שלא מקבלים שירותים. והרגולטור המפקח עליהן במשרד אינו משתתף בקבלת ההחלטות.

ד: ברגע שלא נמצא שם גורם שמפקח על קופות החולים זה בעיה. כי הגורם שמפקח זה גם נציבת קבילות הציבור (העובדת עם האגף בשיתוף פעולה). הם יודעים בדיוק איפה הבעיות, מה קורה בשטח."

ג': "אני לא יודעת מי מפקח על קופות החולים היום במשרד הבריאות. לא הגיוני בכלל... פעם זאת הייתה דמות, הייתי חברת הנהלת משרד הבריאות, חברת מועצת הבריאות. הם (הסגל הפוליטי) הוציא אותה מלהיות חברת מועצת הבריאות. סמנכ"ל המפקח על קופות החולים (אינו בוועדת הסל), איפה נשמע כדבר הזה.

לסיכום, ועדת התמחור מייצגת בצורה המובהקת ביותר מודל רגולציה משותפת כשהרגולטור והמפוקח מחליטים יחד על המחירים שבהמשך המפוקח ישלם. הרגולציה המשותפת הרשמית היא לעומתית-המפוקחים פועלים כדי לסנדל את הרגולטור ולצמצם את כוחו. מידת השיתוף נמוכה.

#### **חוזרי האגף לפיקוח על קופות החולים**

חוזרים הם כלי הציווי המרכזי של האגף לפיקוח על הקופות. האגף מפרסם לקופות טיוטת חוזר שהוא מעוניין להוציא, הקופות מגיבות ונותנות עליו הערות ולאחר תיקונים החוזר המתוקן יוצא ומופץ לציבור. כלי החוזרים התחיל לכתחילה בדיאלוג עם המפוקחים. מספרת ג'

ג': הקופות החולים עמדו מולי והיה דיאלוג מתמיד. אני לא היססתי לשנות את דעתי, לא היססתי לקחת מכתבים (חוזרים) בחזרה, .. ח' שהיה הסטאזר של י' (מנכ"ל כללית) והוא היה כל היום יושב וכותב מולי מכתבים של קופות החולים ואני אומרת לך שהוצאתי מאות כתבים עם עשרות תגובות והייתי כותבת מכתב והם היו אומרים לי "זה לא בסדר, זה לא בסדר".

הדיאלוג אינו מתקיים רק בצורה רשמית לשם הצהרת כוונות של הרגולטור אלא גם מוביל לשינויים בחוזר ומעיד שמתקיימת רגולציה משותפת אמיתית- הקופות משפיעות על החוזרים. מספרים ד' וח'

שאלה: את יכולה לתת דוגמה שאת שינית את דעתך? שאמרת שהצדק אצלם או שהבנת, ואז שינית?

ד': כן. היו לי כמה כאלה. יש לא מעט. חשבתי א' וזה. .. במהלך הדרך היו הרבה פעמים כאלה שאני חשבתי שצריך לעשות א' והם אמרו... נגיד אני יכולה לתת לך את הדוגמה של התפתחות הילד. .. הקופה חסכה לעצמה. היא חסכה לעצמה כסף בסל, בשב"ן זה במילא מהפרמייה של המבוטחים וזה לא עולה כביכול, והמבוטח משלם השתתפות יותר גבוהה. וזהו, סבבה. הכל טוב. וגילינו את זה. ועצרנו, ובאנו ועצרנו את זה.. אבל הם אמרו לנו, "תקשיבי, אנחנו חשבנו.. יש לנו בעיה". החוזר של ענייני הרפואה אומר שזה חייב להיות קלינאי תקשורת שעבד לפחות שנתיים מבחינה התפתחותית. ואנחנו לא מוצאים כאלה, ולעומת זאת בשב"ן .. אז אמרתי להם "מה זה? אז איך בהרשמה אתם עושים?" (מוצאים קלינאי תקשורת), אז הם לוקחים גם כאלה שעשו רק שנה אחת. סתם לדוגמה. אבל זה לא ממש, זה כאילו שינה

לי את התפיסה להבין איפה הקושי. איפה הבעיה בסל...יש לא מעט מקרים שכאילו גם אנחנו שינינו את דעתנו."

ד' מספרת כיצד הקופות כנותנות השירות **מבינות** היכן הבעיות ביישום החוזרים ובחזרות במסלולים אחרים כדי לענות על הבעיה, הרגולטור מבין דרך ההערות הקופות היכן קיימות בעיות מערכתיות שימנעו מהמפוקחים לציית לרגולציה ויכול לשנות את דעתו. גם ח' מספר סיפור דומה

שאלה: החוזרים האלה אתה מרגיש, אוקיי, אתה עושה גם גיב אנד טייק עם הקופות?

ח': בוודאי מי שאמר לך שלא הוא משקר. הגיב אנד טייק.

שאלה: הוא גם ממש בניירות מדיניות?

ח': כן, אתה יכול להגיד אוקיי, בזה אתם לא שכנעתם אותי אבל אני לא זה... ואז אתה לא כותב על זה כלום, זה לא שאתה אומר להם.. יש דברים שאתה לא יכול. למשל היה את הנושא הזכויות של מטופלים בבתי חולים, היה איזה משהו כזה למנוע מהם, תרופה מחוץ לסל. בית החולים אומר לא, אז היה חוזר שהיה צריכים להוציא והחוזר היה צריך להיות דרקוני, גם בתי החולים, בסוף היה לחץ מטורף עלינו מקופות החולים, הם אמרו רגע רגע רגע, אמרנו להם "איך אתם יכולים למנוע מבן אדם? גם לא נתתם לו את התרופה, עכשיו הוא הביא את התרופה, ואתם אומרים לו לא, אתה צריך זריקה, אבל אנחנו לא נעשה לך כי אולי זה יצור לנו חבות". אז אמרתי אין כזה דבר, אתם חייבים לתת לו את זה ואז כתבנו חוזר דרקוני שאסור גבייה ואסר זה וזה בסוף הם עשו עלינו לחץ וכתבנו שבן אדם שמביא תרופה מחוץ לסל והיא לא בסל, קופת החולים לא יכולה למנוע ממנו לקבל את התרופה בבית חולים, יכולה להגיד לו שזה לא בסל וזה לא מעלה להם חבות ושתיים, אם בזה, אה, לא כתבנו כלום לגבי הגבייה, שם זה ככה, עד היום יש הרבה מחלוקות אוקיי.. בכללית הם כבר נותנים אבל למשל בית חולים שיבא אומר אוקיי אני עכשיו נותן תרופה מחוץ לסל אבל מי משלם לי על העירוני הוא הולך לקופה, אבל הקופה לא מוכנה לשלם.. יש פה כל מיני זה ואני מקווה שיום אחד יטפלו בזה.. אבל אוקיי הם הבינו בסדר, אבל אל תכתוב על זה. ונכנענו.

ח' מתאר כיצד דרישות הרגולטור בחוזר נתונה לדין וכיצד במקרה חוזר "תרופה מחוץ לסל" הקופות יצרו לחץ עצום לשינוי החוזר. הרגולטור השתכנע חלקית בעמדתם והציג מצב בו לקופות יש גמישות מול המבוטח בהחלטה אם לתת את השירות או לא. כך נוצר מעין "וואקום רגולטורי" בו כל שחקן פועל כראות עיניו ללא קביעת נורמה מחייבת.

בתחום הנחיות לקופות הן יכולות להפעיל לחץ פוליטי ולמנוע את הוצאתן. מספרות ד' וט'

ד': קופות החולים הקימו מוקדים טלפוניים. למרות שזה טוב לנו, זה אסור על פי חוק.. לי הייתה טיוטת חוזר עם העצירה של הדבר הזה באמת. רק מה? כשפירסמתי, כי כל חוזר הולך כאילו כטיטה קודם כל להתייחסות של קופות החולים, ואחר כך מוציאים את החוזר.. אני והשר כבר היינו בזה. הם בכוונה (קופה מסויימת) חשבו שעשיתי להם בכוונה. אני בכלל לא ידעתי מזה. את מבינה, אז נו, ואז את יודעת מה קרה?.. הייתה ישיבה אצל המנכ"ל (משרד הבריאות) שכל מנכ"ל לי קופות החולים אמרו לו "תעצור אותנו. אנחנו לא רוצים לבזבז על זה כסף" (על מוקדי הטלפונים).. וחוז' ממנכ"ל (קופה מסויימת) שהוא

לא הסכים, כאילו כולם.. המנכ"ל אמר "בסדר, אני אטפל בזה, השר ואני נטפל בזה", לא היה עם זה שום חוזר. כמובן שהחוזר שלי נעצר, עד היום הוא לא יצא. יצא אחר כך משהו אחר..

ט': למשל כשנכנסתי לתפקיד קיבלתי החלטה באמת על תרופה, אם תרופות יקרות אז צריך לתת לו אותה וקצת כתבתי, קראתי שזה מקרה חריג וחל עליו הסל.. הקופות ישר, בכל החלטה חריגה שלי הן פונות לגורמים אחרים במשרד ואומרים רגע רגע יש לזה השלכת רוחב מאוד גדולה, טי טי טה ויש כאן איזה דיון פנימי האם אני יכולה לקבל החלטה כזו או לא יכולה לקבל החלטה כזו. כאילו לא פשוט, לא פשוט לפעול בצורה חופשית ועצמאית כמו בעבר אז זה קופות משתמשות בכלים הפוליטיים, לצרכים שלהם, שוב הקופות הם גופים חזקים, כלומר, צריך ממש להיות מחושבים.

לסיכום, בתחום החוזרים מידת השיתוף גבוהה יחסית- הרגולטור חושב שלמפוקה יש מידע חשוב ושראוי להידיין איתו על החוזרים. מאידך, הקופות יכולות לפעול גם בצורה לעומתית ולנסות לסנדל את הרגולטור ולמנוע הוצאת הנחיות.

## ב. רגולציה משותפת רשמית בתחום השליטה

### בקשות מידע

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי מופיעה חובת מסירת מידע של הקופות כדי לפקח על ביצוע החוק<sup>32</sup>. מסירת המידע לא נעשית באופן ישיר כי אם רק בתשובה למשרד הבריאות שחייב להבהיר לקופה מדוע הוא מבקש את המידע המבוקש. במידה והקופה לא מוסרת את המידע לאחר 60 יום, רשאי משרד הבריאות לאחר שהקופה השמיעה את טענותיה, לעצור לה כספים. הסנקציה על אי מסירת מידע היא אחת מהסנקציות היחידות שמופיעות בחקיקה ראשית. בקשות המידע חיוניות לפיקוח על קופות החולים. הקופות מנהלות את מערך השירותים הרחב ביותר ואצלן קיים רוב המידע על ביצוע החוק (ראיון ק', י', ח'). החובה לשיתוף בבקשת המידע מופיעה פעמיים: המפקח חייב להסביר למפוקח למה הוא צריך את המידע והקופה זכאית לשימוע במידה והיא מסרבת למסור מידע.

השיתוף במידע מוביל מטבעו לדיאלוג וחיכוכים בין משרד הבריאות לקופות כשאין לקופות יכולת לא להיענות לבקשות אך הן לא מעוניינות לשתף במידע רגיש. מספרים ל' וד' על המורכבות בבקשת המידע

ל': ברגע שהמידע יושב אצלך, אצל הרגולטור. ואתה יכול לקבל החלטות על סמך המידע הזה, אם זה בשיתוף, אם זה בשיתוף או לא בשיתוף איתם. יש חששות. בסוף כל גוף עושה את הערכת סיכונים שלו. יש גוף שיכול לעשות את הערכת סיכונים יותר טוב או פחות טוב אבל כולם מעלים חששות ורוצים להבין מה התהליך ורוצים להבין למה הדברים האלה וכן הלאה.

ד': אני יכולה להגיד לך שלמשל, הקופות הרבה פעמים הם רצו לדעת למה אנחנו מבקשים את המידע. עכשיו, במיוחד בכל מה שקשור ברכש תרופות. כמויות ומחירים.

<sup>32</sup> סעיף 40 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

החששות של הקופות הן מהגדלת פיקוח אפשרי או משימוש של משרד הבריאות לרעה במידע שיתקבל בגלל כפל התפקידים שלו (יעביר מידע מסחרי לבתי החולים, המתחרים שלו). כדי למנוע העברת מידע הקופות יכולות לנקוט בטקטיקות של עיוות מידע ומידור הגורמים שיקבלו מידע כדי לחמוק מבקשות המשרד. מספרים ל' וד'

ל': אני, תרופות, אני רוצה לקבל את מחיר העלות של התרופה והוא בסוף נותן לי מחיר שהוא לא מחיר.. הוא מוסיף לו כל מיני תקורות כאלה ואחרות, עכשיו, הוא יכול להיות שהתווכחתי איתו, אני יודע שאתה רוצה להוסיף תקורות, אני רוצה את מחיר התרופה נטו, אני יודע לבד לחשב איזה שהיא תקורה רוחבית כזו או אחרת והוא.. ואני אקבל מידע שהוא לא נכון

ד': .. לא היו מוכנים להעביר מחיר תרופות נטו אלא רק ברוטו. ולא רוצים.. מה זה ברוטו? כולל הוצאות הנפקה. ולא רצו להגיד לך איך עשו את הוצאות הנפקה אז את לא באמת יודעת מה המצב. אז יצא שפתאום בהוצאות הנפקה של כללית את רואה מחיר יותר גבוה מהמחיר המרבי לצרכן. מחיר הרכש שלה יותר גבוה ממחיר המרבי לצרכן. אבל איך יכול להיות? זה המחיר המרבי לצרכן. זה לא יכול להיות. מה קרה פה? ואז הסתבר שהם העמיסו תקורות ולא רצו להגיד לנו כמה.

הקופות מעבירות מידע מעוות במטרה למנוע מהרגולטור לפקח עליהן בצורה יעילה. הן יכולות גם למדר את הגורמים שיקבלו את המידע. מספר ה'

ה': לא על זה (על מידע) הולכים לבתי משפט אבל הן מנהלות קרב שוחות לא פשוט, המידע בסופו של דבר נמצא אצלם ולא כל כך מהר מטילים סנקציות ופה אפשר להגיד למנכל, לזה, אתה רוצה אז אני אשים את זה אצלך, היה לנו כל מיני, היה את הסיפור נגיד של ההסכמים בין, ההסכמים שאנחנו אמורים לאשר אותם על פי חוק, בין הקופות לבתי החולים, "טוב, אז אנחנו נשאיר אצלך המנכ"ל את ההסכמים ובינתיים נקיים דיון באיזה רמה אתה מקבל את הנתונים האלו, הנתונים האחרים, כל מיני כאלה וכאלה"

הקופות מוכנות לכאורה לתת את המידע, אך בפועל הוא ממודר בתוך המשרד ולא מגיע לרגולטור שמפקח בשטח. בתחום בקשות המידע ניכר שהרגולטור לא משתמש מהר בהפעלת אכיפה למרות שעומדת לו הזכות המשפטית אלא פועל בטקטיקות מקבילות כדי לקבל מידע באמצעות עמעום הסיבות לבקשת המידע, בקשות למידע עמום והתחייבות אישית למדר את המידע בתוך המשרד הבריאות.

שאלה: אז איך הייתם אמורים להגיד? מה הייתם אומרים להם כדי לשתף פעולה?

ד': אז תלוי במה... ברגישות של המידע וספציפית בצרכים. בדרך כלל את האמת, אבל לא.. במקומות שבהם פחדתי שהם יעוותו נתונים, אז הייתי קצת יותר נוקשה. אבל אני יכולה להגיד לך שלמשל, מכל מה שקשור במחירי רכש..

שאלה: את יכולה להגיד "אני לא אומרת לכם למה, פשוט תביאו לי" את הרגולטור.

ד': השתדלתי מאוד לא להיות במקום הזה. לא חשבתי שזה נכון. היו פעמים, היו פעמים שאמרנו שזה לצורך העבודה שלנו. ולא פירטנו.

במקומות בהם הרגולטור חושש שהמידע לא ימסר, או ימסר בצורה מעוותת הוא לא מפרט מדוע הוא זקוק למידע אלא נותן סיבה כללית ורחבה יותר.

י': נגיד מקרה שצריך להעביר מחירים של כל מיני פרוצדורות שהן נגיד ניתוחיות וכאלה הם לא היו רוצים להעביר מחירים  
שאלה: ואז מה הייתם עושים?

י': מבקשים מחירים ממוצעים, לפעמים לא מקבלים, דברים שהיינו צריכים לשמור אצלנו, הקופות מאוד מפחדות שיגעו להם בזה או שזה יעבור לגורמים שלא אמור לעבור.

במידה ומדובר במידע רגיש, הרגולטור לפעמים מבקש מחירים כלליים יותר כדי לתת לקופות "מרחב טעות" במסירת המידע ובכך לשכנע אותן למסור את המידע המבוקש.

ד': הרבה פעמים הרגענו אותם ואמרנו להם "לא, זה מה שאנחנו צריכים באגף, זה לא יוצא." וזה ברמת מחירי רכש נגיד של תרופות לא יוצאים. אין סיבה להעביר. אבל את יודעת, יש פה.. אני אתן לך דוגמה למשל. לקופת חולים כללית יש חברת בת שהיא מוסד סיעודי. אז היא מוכרת שירותים למדינה כמבטח בקוד הסיעודי. לא רצו לתת לנו דוחות כספיים של החברה, כי זה חברה שהם שותפים עם עוד גורם עסקי. והגורם העסקי אמר "מה פתאום? אתם רוצים להעביר למשרד הבריאות, שקונה מאיתנו, נתונים ודוחות כספיים?". לא מוכנים. ואז אני התחייבתי באופן אישי שהדוחות האלה נשארים אצלי.

הרגולטור נותן התחייבות אישית לקופות שהמידע ישאר רק באגף ולא יעבור הלאה לגורמים אחרים במשרד שיש להם אינטרס מסחרי מנוגד לעמדת הקופות. התחייבות אישית מבוססת על יחסי אמון ואפשרית רק כשישנו אמון גבוה בין המפקח למפוקח.

לסיכום, על אף שמסירת מידע היא חובה בחקיקה ראשית המגובה בסנקציה, הקופות מנהלות משא ומתן עם הרגולטור על המידע שיימסר. התחמקות ממסירת מידע של הקופות באמצעות טקטיקות שונות מובילה לבניית אסטרטגיות היענות של המפקח כלפי המפוקח. גם בנושא מסירת המידע מופיעה הדומיננטיות של הקופות על פני משרד הבריאות. רוב המידע אצלן והן לא חייבות למסור אותו באופן ישיר וללא סיבה. מידת השיתופיות בנושאים אלו חזקה- המדינה והקופות דנות ומפעילות אסטרטגיות שונות בתחום המידע אך לא פונות כמעט לתהליכי אכיפה אלא לתהליכי שיתוף.

### **הפעלת סנקציות**

מרבית הסנקציות שמופיעות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי דורשות את שיתוף הפעולה של הקופות. הפעלת סנקציות כספיות דורשת יידוע, התרעה ומתן שימוע לקופה. הפעלת סנקציות אישיות (הדחת מנכ"ל, מינוי חשב חיצוני) דורשת את כינוס דירקטוריון הקופה ואף בסנקציות באמצעות הסכמי הייצוב נדרש יידוע והתרעה לקופה. למשרד הבריאות אין יכולת להפעיל סנקציות בצורה לא מתוכננת ולכן מדובר מראש ברגולציה רכה יותר.

על אף שקיימות סנקציות, מהראיונות נראה שמשרד הבריאות בוחר **לא להפעיל** גם במידה והקופות הפרו את החוק. (כפי שהצגנו בתחום בקשות המידע, גם כשישנו עיוות נתונים משרד הבריאות לא מעניש). הסיבה המרכזית למחסור בהפעלת סנקציות היא הקשיים שעומדים מול הרגולטור להפעיל אותן. הרגולטור מתקשה להפעיל **סנקציות כספיות**. מספרים ק', ג' ול'

ק': אני יכול להגיד שאין לנו ממש סמכויות אכיפה, זאת אומרת גם אם אנחנו רוצים, אין לנו הרבה שיניים. בנושא הזה ואם כן אז זה משהו שכן צריך לשפר, זה הסמכות האכיפה שלנו על הקופות. והיום יש אפשרות סתם לדוגמא דרך ההסכמי עיצוב לעצור להם תקציבים או להגביל תקציבי פרסום ודברים כאלה אבל בסוף גם כשאנחנו עושים דבר כזה, סתם לדוגמא קנסו קופה במיליון שקל, בסוף זה כסף של מבוטחים, זה לא כסף של קופה. אז אתה, עד שאתה עושה צעד כזה הוא מאוד מאוד אחרי הרבה זמן והקופות יודעות את זה, הם ינצלו את זה, ניצלו את זה עד היום

ג: בסוף אפשר לעצור כסף לקופות החולים אבל כשאת עוצרת כסף מי בסוף משלם? האזרח.

ל': אתה יכול לבקש את המידע, אין לך סנקציות. לא כמו הממונה על הביטוח, לא הגשת את הדוח במועד קנס של מליון וחצי שקל. אין לי, ממי אני אקח? מהמבוטחים?

החשש הגדול של הרגולטור מהפעלת סנקציות כספיות הוא שהקופות ממונות מכספים ציבוריים ומי שיפגע מהסנקציות הם המבוטחים. הקופות יודעות שזה המצב ומנצלות אותו כדי לא לציית לרגולטור.

הרגולטור גם מתקשה להפעיל **סנקציות אישיות**. הפעלתן דורשת זמן רב והון פוליטי. מספרים ג' ול'

ל': סנקציות אישיות, שמנהל כספים או המנכל שחרג מהתקציב וסנקציה אישית... אתה יכול לעשות את זה דרך חוק ביטוח ממלכתי אבל הדרך בחוק היא מאוד מאוד מסורבלת"

שאלה: יש לך את סעיף 40 לא?

ל': הוא מאוד ערטילאי

כדי להפעיל אותו אתה צריך את כל העולם ואחותו.."

ג': היא (היועץ המשפטי לממשלה) לא נתנה לי להעביר אמצעי אכיפה מאוד דרקוניים והיא העבירה אותי ויה דה לרוזה בשביל שאני אוכל לפטר מנכל קופה. מה זה ויה דה לה רוזה, ללכת לדירקטוריון, להוציא לו מכתב, לתת לו 50 יום... לא הצלחנו להעביר את אמצעי האכיפה, הם היו מאוד דרדלה..

הפעלת סנקציות אישיות דורשת עירוב גורמים במשרד הבריאות, בממשלה ובקופה ודורשת משאבים פוליטיים. הרגולטור כמעט ולא פונה לתהליך זה. ל' מוסיף מוטיבציה אחרת לא לתת סנקציות לקופות

ל': הקופה לא הגישה לך תקציב בראשון לינואר, אז אני אתן לה קנס? או שהקופה לא הגישה את הדוח כספי בזמן כי הדוח הכספי של השנה הקודמת, כי עד יומיים של אותו הדוח הכספי היא רבה איתי האם אני אכיר לה בהכנסה כזו ואני גם בעצמי התייעצתי עם האוצר, אז אני אתן לה עכשיו קנס?

שאלה: מה שאתה אומר, ברגע שאני יוצר להם סטנדרט אני צריך בעצמי לעמוד באיזה שהוא סטנדרט?

ל': זה בוודאי, אני לא חושב שאני יכול לדרוש מהם משהו שהוא אחד-בלתי אפשרי, שתיים-אני לא אדרוש משהו שאני לא עומד בו רק בגלל בעצם הדרישה או רק בעצם היותי רגולטור

לרגולטור יש לעיתים אחריות להפרות חוק של המפוקח ולכן הוא לא יכול לחייב אותו בהם. הסטנדרט שהוא דורש מהמפוקח מחייב גם אותו והוא לא יכול לדרוש משהו שהוא לא עומד בו. התחייבות הרגולטור לסטנדרט של המפוקח מאפיינת גם היא רגולציה משותפת (Martinez and Others, 2007) על אף השימוש המוגבל בסנקציות הרגולטור אינו חסר אונים מול המפוקח. הקופות זקוקות לאישור הרגולטור כדי לגבות תשלומים מהציבור בשב"ן והוא משתמש ביכולות אלו כמעין סנקציות. מספרים ק' וה'

ק': הרבה פעמים האיום המרכזי של האגף לפיקוח הוא לא לתת אישורי שבן, בגלל שהשב"ן מאוד בשליטה שלנו את יודעת, באישור שלנו, אתה פשוט עוצר להם אישורים.

ה': יש התנהלות של קופות שהם שיטת מצליח, בוא נעשה ואז נראה מה יקרה, אז אתה כשאתה מגלה את זה אז צריך לעצור את זה...אני בדרך כלל, בוא. לפני, כשנכנסתי לתפקיד, הדבר הראשון היה פה, תוציא מכתב שאסור. בסדר, ואז המכתב הזה עד שמגיבים לך על המכתב הזה, ואז... אתה מוציא מכתב שהם צריכים להפסיק לאלתר. ואז הם עד שהם מגיבים ואז הם אומרים- לא מותר לנו ככה וככה ואז אתה אומר להם, לא אסור לכם ובינתיים השירות הזה רץ או שהוא לא רץ, והקופה ממשיכה להתנהג שלא כדין בגלל התקופה הזו של ההתקדמויות, ואז כביכול כשהם מורידים את זה, הם כבר עשו את שלהם כביכול..

אני עברתי לעשות מצב שאני קודם כל מרים טלפון ואני אומר לקופה "מה זה צריך להיות, תפסיקו את זה, אני לא מוכן. ממש בצורה תקיפה, מסביר להם, לפעמים זה מלווה סתם לדוגמא א,ב,ג, וד שביקשתם מבחינתי הם כרגע אני לא נוגע בהם עד שזה לא יורד גם ברמה כזאת ואז במקביל אני גם מוציא את המכתב אבל שידעו שמבחינתי, אין זה נעצר. זה לא

שאלה: ומה קורה אחר כך?

ק': בדרך כלל כן יש הרתמות

האגף לפיקוח על קופות החולים לא נותן אישורים לקופות החולים במידה ונתקל בעבירות. עצירת האישורים מובילה להיענות מצד הקופות ש"מתיישרות" להתנהגות הרצויה. בעוצר האישורים של הרגולטור יש היבטים של רגולציה משותפת. הרגולטור מקיים "תן וקח" עם המפוקח על פעילות שהוא חייב לתת למפוקח. כל עוד יש אי ציות מצד המפוקח הוא נענה במעין אי ציות מקביל מצד הרגולטור שמסרב לעשות את תפקידו עד שהמפוקח יענה.

לסיכום, תהליך האכיפה מתרחש באופן משותף. משרד הבריאות חייב ליידע את הקופות בהפעלת הסנקציות ולתת להן אפשרות להגיב. גם במידה וישנן עבירות, הרגולטור מעדיף תהליך של הידברות



המבוסס על היענות ועל "תן וקח" על פני הפעלה היררכית של כוח. מידת השיתוף מאוד גבוהה ובגללה נוצרת אכיפה רכה עם שיקול דעת ולא אכיפה ללא שיקול דעת.

## 2. רגולציה משותפת אה פורמלית ו"סגנון רגולטורי"

מלבד רגולציה משותפת רשמית, בה משרד הבריאות מחוייב לשתף את קופות החולים. מתקיים דיאלוג פעיל בין משרד הבריאות לקופות באופן לא רשמי באמצעות ערוץ תקשורת ישיר. אראה כיצד הצדדים מתקשרים וכיצד הרגולטור פועל לעודד התנהגות רצויה באופן לא רשמי באמצעות המונח "סגנון רגולטורי". "סגנון רגולטורי" הוא מונח שפותח על מנת לאפיין ורסיות של משטרי אכיפה שונים (Hutter, 1993). בעוד מודלי רגולציה שונים מדברים על מידת האכיפה והכוח שיש לרגולטור על המפוקח, "סגנון רגולטורי" מנסה לאפיין את **מטרת העל** של הרגולטור באינטרקציה עם המפוקחים. מה המטרות שהרגולטור מנסה להשיג וכיצד מטרות אלו משפיעות על ה"סגנון" והאופי בו מתרחשת האכיפה (Hawkins, 1984). כשמטרת העל של הרגולטור היא להשיג ציות לחוק בכל מחיר, הסגנון הנבחר יהיה סגנון של עימות ולאחר מכן התפייסות (Confrontation and Conciliation). כשמטרת הרגולטור היא מוסריות והיענות כנה של המפוקחים הסגנון הנבחר יהיה ייעוץ ושכנוע (Advise and Persuade). הרגולטור ייעץ וינסה לשכנע את המפוקח בצדקת דרכו. (Gunningham, 2010).

במקרה הפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים, הסגנון הרגולטורי הנבחר הוא ייעוץ ושכנוע. אדגים כיצד המשרד מנסה להפוך את הקופות לשחקניות מוסריות וכיצד השכנוע מהווה את עיקר הרגולציה המשותפת בין המשרד והקופות.

### ערוץ התקשורת

במודל רגולציה משותפת יש חשיבות רבה לאופן התקשורת עם המפוקחים כשערוץ התקשורת הופך להיות צורת הפיקוח (Gunningham and Sinclair, 2009). הרגולטור והמפוקח עובדים באופן צמוד וכך הרגולטור מפקח על המפוקח. האגף לפיקוח על קופות החולים מדבר ישירות עם קופות החולים באופן ישיר מידי יום באופן שוטף ודינמי. מספרים ל' וי'

ל': בעיקר אנחנו במיילים ובטלפונים ומכתבים כאלה ואחרים, מכתבים כבר לא שולחים היום אבל מיילים, ואנחנו מדברים כל היום עם הקופות, כל קופה כמה פעמים ביום, כמובן עם כל מיני גורמים שונים בקופה, לפעמים זה מנהל כספים, לפעמים זה מנהל התקציבים, מנהל השב"ן, מנהל הכספים של השב"ן, הרופא הראשי, מנכל הקופה

שאלה: האנשים שאתה עובד איתם, בדרך כלל כשאתה עובד, איך אתה עובד איתם, איך אתה נפגש?  
י': האמת אנחנו בשיחות שוטפות כמעט כל יום, זה על דברים, זה יכול לבוא או מהצד שלהם שהם רוצים שינוי בתקנון כזה או אחר, שהם מגלים איזה שהיא פרצה כזו או אחרת, בתקנוני השב"ן שלהם לדוגמא.

תכניות... וזה יכול לבוא מהצד שלנו שאנחנו רואים איזה בעייתיות בנושא מסויים. שאנחנו צריכים נתונים על נושא מסויים או דברים כאלו

האגף מדבר ישירות עם הקופות מידי יום, הדיאלוג הוא עם הגורמים הבכירים בקופה שאחראים על המדיניות ולא עם גורמים זוטרים. הדיאלוג הוא דו צדדי וגם הקופות פונות ישירות לאגף. כלומר, יש להם כתובת ייעודית במשרד לצרכיהם. ניתן לראות כבר ממקום המפגש כיצד נרקם סגנון של ייעוץ ושכנוע על פני סגנון של עימות ופיוס. מספרים 'י' ו'ח'

י': אנחנו נוסעים לתל אביב (הקופות יושבות בתל אביב), אנחנו מקיימים גם פגישות אישיות תראי, אני אישית חושב כאילו, מה שאני מכיר בבקרות, יש שתי גישות של בקרה: יש גישה של אני פה (למעלה) ואתם פה (למטה) ואתם תעשו מה שאני אומר וכן הלאה, ואז אני כאילו רואה התנגשויות וחוסר אמון וכל הזמן יש זה מחפש חתול ועכבר ויש גישה שניה שאומרת- אנחנו פה, שנינו ביחד, שני גופים שבסוף צריכים לתת שירות לשמונה מיליון מבטחים במדינה. ואנחנו צריכים לעבוד ביחד וכשאתם צריכים משהו אני פה בשביל המשהו הזה, כשאני צריך פה אתם פה בשביל המשהו הזה, אז זה חשוב שהשיח יהיה נכון, השיח יהיה אמיתי, השיח יהיה מושתת על אמון וכן, גם שיח של פגישות אישיות, הם באים לפה, אני הולך לשמה, אם הם רוצים לקדם איזה שהוא רעיון, עדיף לשבת ולשמוע את הרעיון כמו שצריך ולא כשאתה בשיחת טלפון כשמסביב כל פעם באים מציקים לך.

ח': הייתי קודם מגיע אליהם ולא הפוך, לא אמרתי תבוא לירושלים (משרד הבריאות יושב בירושלים), הייתי עושה ת'סבב ויורד אליהם, הייתי הולך אליהם, נותן את הכבוד.. תקשיבו, כי הם מנהלים עכשיו את מערכת הבריאות

שאלה: אתה הרגולטור, מה זה...?

ח': אז מה? אבל הרגולטור הוא לא זה, יורד לעם.. כן ישבתי בבית קפה, כי זה דברים שאתה יכול, אתה צריך ליצור אווירה נעימה, כשאתה אומר תקשיב, אנחנו רוצים שנה הבאה לעשות סדר אחד שנים שלוש ארבע, לפני שאנחנו באים, אתם צריכים לעשות הרבה יותר עבודה, ולא להוריד את זה במכתב מלמעלה ולהתחיל על זה ויכוחים. בישיבות אה פורמליות כאלה אתה משיג המון המון דברים.

לפי י' ו'ח' עצם העובדה שהפגישות מתקיימות ב"מגרש הביתי" של הקופות נעשה בכוונה תחילה על ידי הרגולטור במטרה לסמן על יחסי שותפות בין הרגולטור למפוקח. י' ו'ח' אף אומרים בפירוש שההגעה למפגש אישי מאפשרת לצדדים לקדם מדיניות רצויה ולשכנע את האחר בנחיצותה.

### מדיניות חדשה

סגנון הייעוץ והשכנוע בא לידי ביטוי בצורה המובהקת ביותר בקידום מדיניות חדשה. כשמשרד הבריאות או הקופות מעוניינים לקדם מדיניות חדשה בתחום הבריאות הם יוצאים לתהליך של התייעצות ושכנוע של הצד השני לפני שהמדיניות מתקדמת והופכת לרשמית. ל' מספר על קידום הרפורמה לקיצור תורים ועל שיתוף הפעולה של הקופות בקידום המדיניות החדשה.

ל': כל הזמן יש שיתופי פעולה פוריים, אני אתן לך דוגמה אחת, תכנית לקיצור תורים"

שאלה: מה התכנית?

ל': תכנית שהיא בגדול אמרה שצריך להעביר אה.. ניתוחים ממימון פרטי לציבורי, במקום שהשב"ן יממן את הניתוח, הסל יממן את הניתוח. אנחנו ניתן לקופות כסף תמורת זה, כי הסל יממן את זה... עכשיו הקופות שיתפו עם זה פעולה מצויין, גם נתנו לנו את כל הנתונים ובשקיפות מלאה כדי לתמחר את הדבר הזה כשבאנו לכנסת וכשבאנו לאוצר. עשו הסדרים, ישבו ועשו הסדרים כאלה ואחרים, עכשיו עם אותו רופא שניתח אותו במימון השבן, היה צריך לבוא ולהגיד תבוא ותעבוד איתי במימון סל, איך אנחנו עושים את זה, אין השתתפות עצמית, מי מפצה את זה, תראה זה מה שאני מקבל מהמדינה. הקופות ישבו, מי יותר ומי פחות, ושיתפו איתנו פעולה באופן מלא בדבר הזה, סייעו לנו הרבה, בלעדיהם לא היינו מסוגלים להעביר את הרפורמה הזו.

על פי ל', משרד הבריאות לא יכל לצאת לרפורמה בלי שיתוף הפעולה של הקופות במידע הקיים ובהצעות שלהם להסדרים השונים. העובדה שלקופה יש את המידע ואת המומחיות המקצועית חייבה את שיתוף הפעולה שלה. העובדה שהיו קופות ששיתפו פחות פעולה מעידה על כך שהרגולטור היה צריך **לשכנע** חלק מהקופות בנחיצותה וחשיבותה של הרפורמה החדשה.

י' מספר על קידום מדיניות חדשה **מצד הקופות**, בה המפוקחים משכנעים את הרגולטור ביעילותה וחשיבותה. כמו קידום הרפורמה של משרד הבריאות למעבר מבוטחים מקופה לקופה באופן אינטרנטי בלבד ללא בירוקרטיה מיותרת.

י': אז הנה, הנושא של מעבר ותק ביטוחי, השיתוף פעולה מאוד מאוד טוב.. זה משהו שאנחנו הנענו פה גם מול הקופות חולים שמאוד שיתפו פעולה עם הדבר הזה כי באמת הם רואים את טובת המבוטח, אגב זה עלה מקופה שהציעה את הרעיון הזה,

שאלה: הם הרימו את הכפפה?

י': כן, אחת הקופות, עוד לפני שאני נכנסתי לתפקיד הם אמרו נעשה את זה, היה בעבר איזה שהוא תהליך לעשות שנפל בדרך, לא יודע מאיזה סיבה. כשאני נכנסתי לתפקיד הזה, אז באמת הקופה העלתה את זה בפניי ואמרתי למה לא? אז עשינו שלבים מקדימים, ועשינו שלב של קודם כל האישור ותק הזה יוכל לצאת, הם יוכלו להוציא את זה באיזור האתר האישי בקופת חולים

"שאלה: אתה חושב שלקופות היום חלק כאילו בקבלת ההחלטות, של הרפורמות ואתה חושב שזה טוב?

שצריך להיות יותר מזה? שצריך להיות פחות מזה? איך אתה רואה את זה?

י': יכול לדבר בתחום שלי, כן. בתחום שלי אני חושב שזה טוב שהם בתהליך קבלת ההחלטות. לא רואה שצריך יותר מזה, אני באמת בשיח משתף איתם והאמת שגם שעולים לי רעיונות אני לפעמים מתקשר לאחת הקופות כדי להבין איך זה קורה בשטח.

שאלה: וואלה

י': כי אנחנו פה במגדל השן, אתה לא רואה באמת את השטח, בדברים האלה, אז אני פשוט חוזר לתהליך הזה (קידום רפורמה למעבר מבוטחים) כי הוא ממש טרי עכשיו, היו לי הרבה התייעצויות עם הקופות להבין איך זה קורה בשטח ואיך המעבר קורה בשטח, ומה הם עושים וכמה זמן לפני להעביר וכן הלאה.

על פי י', חשוב שהקופה תוכל להעלות רעיונות בפני הרגולטור ושהרגולטור יתייעץ עם המפוקח לפני קידום מדיניות חדשה כי למשרד חסר ידע כדי להבין איך דברים מתרחשים בשטח. הן ברמה האופרטיבית והן ברמה המקצועית. חוסר הידע מכריח את הרגולטור להתייעץ עם המפוקח כדי לקדם מדיניות. הרבה מרואיינים (ד',ה',ח') ציינו את החשיבות של המפוקחים בקידום מדיניות חדשה, ושהקופות הן ה"קטר" של קידום מדיניות חדשה במערכת הבריאות.

בקידום מדיניות חדשה, הן הרגולטור והן המפוקח מייצגים ומשכנעים את הצד השני בחשיבות המדיניות. גם כשישנה התנגדות של המפוקחים הרגולטור עדיין בוחר בשכנוע כי אין לו המידע והמומחיות כדי לקדם מדיניות באופן עצמאי. ניתן ללמוד על החשיבות העצומה של הקופות כאלו המחזיקות במידע וביכולת לחולל את השינוי המערכתי ושללא שיתוף הפעולה שלהן יהיה קושי למשרד להתקדם.

### הפרות חוק

מדיניות של ייעוץ ושכנוע לא מופיעה רק כשהמשרד מעוניין לקדם מדיניות חדשה אלא גם מול הפרות חוק. האגף לפיקוח על קופות החולים פועל לשכנע את המפוקחים לפני שהוא מפעיל סנקציות. מספר ח'

ח': סתם דוגמא, לקופת חולים כללית יש 40 חברות מתחת, יש להם חברה אחת שנקראת טלבר, שהיא עושה ארכיב וכביסה

שאלה: לבתי חולים?

ח': כן, והתחיל בלגן שלם שהם התחילו לעשות כביסה גם לבתי מלון, אוקי עכשיו התחיל בלגן, הגישו נגדם בגץ.. ואז אני אומר להם מה זה הדבר הזה. למה אתם צריכים לעשות כביסה? אני שואל אותם, "מה אתם עושים". "אנחנו עושים כביסה", "איזה כביסה?" (ח' שואל את בתי החולים) "כביסה לבתי חולים, למה הקמתם בכלל חברה בת, מסבירים לך את ההגיון, הדרך לנטרל את ועד העובדים, ועד עובדים שרוצה להשבית בית חולים, משבית כביסה, ברגע שמשבית כביסה אין ניתוחים בחדר ניתוח אין זה פה אין שם, אין סנטירות, הכל מת, כדי לנטרל את השביתות הגדולות שהיו בשנות ה-90 הוצאנו את זה לחברה. זה לגיטימי, חכם, חשיבה נכונה וכול זה, סבבה ואז אני אומר תקשיבו אבל למה עכשיו אתם הולכים ועושים לי כביסות לבתי מלון ובמקומות אחרים ובלה בלה, מה ההגיון, מסבירים מרכז רווח, יש לנו גירעון רוצים להכניס עוד כסף ואז אתה יושב איתו ואתה אומר בסדר, בוא נעשה סיור, אני הולך עושה סיור, מפעל סטייט אוף זה ארט, מעסיק בפריפריה ומוכרים לך את כל הזה, ואני אמרתי למנכ"ל כללית בוא נשב בבית קפה בוא נחשוב על הדברים. יושב עם המנכ"ל, ואומר לו תקשיב, אתה לא שם לב מה קורה? אתם גדלים הכל טוב ויפה, אבל עכשיו אתם דורכים למישהו אחר על היבלות, אתם נכנסים לשווקים שהם לא שלכם, אתם הולכים עכשיו נגד מכבסות אחרות, למה אתה צריך את זה? אחר כך יכסו לך את זה? יגידו אתה לא יודע שעל פי חוק מותר לך להתעסק בדברים שהם רק של בריאות? ואתה לא מבין? אתם לא רואים את זה? כאילו רק אני רואה את זה?

"לא.. ראינו.. אבל אה..". (עונה המנכ"ל) ואז הוא אומר אוקי הבנתי, חוזר חזרה (ואומר) אין, החלטה, עוזבים את כל השוק הפרטי אנחנו עושים רק כביסה ונציע גם כביסה סטרילית זה מתקרב לעולם שלנו, ויש עוד מקומות שצריכים כאלה דברים, סבבה וככה הם חיים. אתה מפרק את זה רק מהדברים האלה, הוא יכל לבוא ולהגיד לך, זה לבריאות הציבור, אני עושה כסף, נלך לבג"ץ, אולי ננצח, מה אכפת לך מזה..

ח' קודם כל פועל להבין את דרכי הפעולה של הקופה ואז משכנע את הקופה שהפרת החוק לא כדאית. פעולה זו ביחס לסגנון של עימות ופיוס רחוקה מאוד, המפקח לא מעוניין באכיפה כי אם בהיענות. גם ד' מספרת על מקרה בו היא נתקלה בהפרה של החוק והיא קודם כל מנסה להבין מה הבעיה עם ואח"כ מנסה לפתור את הבעיות באמצעות ייעוץ ושכנוע

ד': אני יכולה לתת לך את הדוגמה של התפתחות הילד...גיליתי שקופת חולים כללית שלחה מבוטחים ישר לשב"ן על חשבון הכספים של הסל. עכשיו, בשב"ן אתה גם משלם השתתפות עצמית גבוהה יותר, וגם אתה מפספס את הזכאות שלך בסל. וזה גם עבירה על החוק, בסדר? ... וגילינו את זה. ועצרנו, ובאנו ועצרנו את זה. אנחנו חשבנו שהם מתחמנים אותנו כל הזמן הזה. זה נכון שהם תיחמנו, אבל הם אמרו לנו, "לא, יש לנו בעיה". החוזר של ענייני הרפואה אומר שזה חייב להיות קלינאי תקשורת שעבד לפחות שנתיים עם התמחות התפתחותית. ואנחנו לא מוצאים כאלה, ולעומת זאת בשב"ן.. אז אמרתי להם "מה זה? איך אתם עושים (מצליחים למלא תורות)?" אז הם לוקחים גם כאלה שעשו רק שנה אחת.. זה כאילו שינה לי את התפיסה להבין איפה הקושי. איפה הבעיה בסל... להגיד לך ששיניתי 0 ל100? לא בהכרח. אבל כן, זה נתן לי להבין יותר מה קורה, לחשוב, לייצר הדרגתיות. למשל, יכול להיות שרצינו להחיל איזושהי הנחיה, אז תמיד התחשבנו בקטע של הלווחות זמנים, בקטע של המחשוב, בקטע של אנחנו צריכים לעשות את זה בצורה הדרגתית כדי לאפשר לקופות זמן להיערך לזה. תמיד התחשבנו. בסוף אתה נותן הנחיה ואתה לא רוצה שהיא תישאר באוויר. אתה רוצה שהיא תרד באמת למציאות. אז אתה חייב להיות מחובר לשטח.

ד' מתארת גם היא מצב בו לאחר שהתגלתה עבירה על החוק היא שוחחה עם הקופות כדי להבין היכן יש בעיה בהיענות. לאחר שהיא התייעצה עם הקופות ובחלק מהמקרים השתכנעה, היא שינתה את עמדתה כדי לעודד היענות ולא פעלה באופן קשוח ומעניש. שוב ניתן ללמוד על היכולת של הקופות והידע שלהן לפתור בעיות בשטח כאלו שנותנות את השירות ואחראיות עליו. ד' מתארת גם ניסיונות שכנוע אישיים הנעשים "אוף זה רקורד" לאחר שמגיע מידע חסוי מגורמים בקופה על הפרות חוק

שאלה: יש לך לפעמים אינטרקציות, או היו לך אינטרקציות, עם גורמים בתוך הקופה שהעמדה שלהם סתרה את העמדה של המנכ"ל? הם אמרו לך "אנחנו עובדים איתך אוף זה רקורד"?

ד': כן, בטח.

שאלה: אוקיי. אז מה הרגשת? מה היה המוטיבציות שלהם לדבר איתך?

ד': בדרך כלל רצון כן לדאוג למבוטח, גם לבוא ולהגיד לך "זה לא אני". היו אנשים שרצו להגיד "אל תלחמו איתי. זה לא אני, זה גדול ממני, לכי אליו"...

שאלה: אבל את אפילו אמרת משהו בסגנון, גורמים אצלך (למנכ"ל הקופה) אפילו אמרו לי ש...?

ד': לא. מה פתאום? ממש לא. אני אשרוף אותם. אז מה... אין לי שום..

שאלה: ממש יושר עיתונאי מה שאת מתארת.

ד': לא, ממש לא. כי אני פוגעת גם בי וגם באותו אחד, כי בפעם הבאה הוא לא יספר לי. אין זה... אני כן לוחצת על הנקודות שאני חושבת שהם הסיבה למה לא. כדי שכשהוא ילך הביתה הוא יעשה חושבים. אני אומרת לו "אתה יודע מה? אל תתן לי תשובה עכשיו. לך הביתה, תחשוב, תתייעץ, תראה. תחליט. אבל אני חושבת שאתה עושה טעות". אז אני יכולה כאילו להגיע לנקודות.

גם במידה והגיע לרגולטור מידע אוף זה רקורד שהוא יכול לעשות בו שימוש לרעה כדי לאכוף את המפוקחים, ד' בוחרת לשכנע אותו לפעול בתוך הקופה או באופן אחר כדי להוביל לשינוי ולא עושה בו שימוש.

לסיכום, גם בתחום האכיפה, הרגולטור בסגנון של ייעוץ ושכנוע באופן לא רשמי על פני אכיפה ושימוש בסנקציות. השימוש בשכנוע קורה גם במקרים בהם נעשו הפרות חוק ברורות ומדגים כיצד סגנון רגולטורי מהווה חלק נכבד בפיקוח. גם אם לכאורה באופן רשמי קיימות סנקציות, הבחירה בסגנון רגולטורי השואף להיענות גורם לרגולטור לא להשתמש בסנקציות אלא לפעול באמצעים רכים מול המפוקחים. גם פה מידת השיתוף מאוד גבוהה על אף שמדובר בפעולות לא פורמליות והמשרד לא חייב לעדכן את הקופות בדבר אלא לפעול על פי החוק או על פי רצונו.

### 3. מסקנות מרכזיות

בפרק זה סקרתי את מודל הרגולציה המשותפת בפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים בישראל. מהסקירה עולה שמודל הרגולציה המשותפת במשרד הבריאות הוא **המודל החזק והמרכזי** בפיקוח על הקופות:

א. משרד הבריאות חייב לשתף פעולה עם הקופות לגבי ההתנהגות הרצויה מהן בוועדות הסל ובחוזרים.

ב. משרד הבריאות חייב להתריע ובחלק מהמקרים גם לשתף את הקופות בבקשות מידע ובהפעלת סנקציות.

ג. משרד הבריאות פועל בסגנון של ייעוץ ושכנוע כדי לקדם התנהגות רצויה אצל הקופות ולגרום להן להיענות לרגולציה, פעילות המשרד נובעת מכך שלקופות יש ידע, מומחיות ויכולת שאין לו.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר לקופות כוח רב והכריח את משרד הבריאות לשתף אותן בתהליכי ההסדרה והפיקוח. הקופות יושבות בוועדת הסל ומשתתפות בקביעה אילו שירותים יצטרכו לתת. הקופות גם מגיבות לחוזרים של האגף לפיקוח על קופות החולים ויכולות להשפיע על הוצאתם..

מערך הסנקציות החלש של משרד הבריאות על הקופות, המומחיות שלהן והשליטה שלהן במידע גורמים לרגולטור לפעול בסגנון של ייעוץ ושכנוע המתבסס על היענות רכה ולא על ציות. האגף לפיקוח על קופות החולים משכנע את הקופות במדיניות שהוא מעוניין לקדם ולא מפעיל סנקציות גם כשאלו אפשריות. הוא מעדיף להשיג מוסריות על פני צייתנות.

## פרק רביעי: דיון ומסקנות

לאחר שלושה פרקים אמפיריים בהם הצגנו את שלושת מודלי הרגולציה המתקיימים בפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים בישראל, אתמקד בהשפעת שחקנים חיצוניים על התחזקות או החלשות מודלי הפיקוח על הקופות. מהצגת הדברים עלתה השפעתם המשמעותית של שחקנים חיצוניים על התפתחות הפיקוח של משרד הבריאות על הקופות. השפעתם הובנתה לתוך החוק כפי שמתאר החוקר ניסים כהן שהתמקד בהשפעת הפוליטיקה הבירוקרטית על עיצוב חוק ביטוח בריאות ממלכתי ("לחיים יש מחיר: הכלכלה הפוליטית של רפורמת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל", "יזמות מדיניות ועיצוב מדיניות ציבורית: המקרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי"). ארצה להתמקד בהשפעתה על התחזקות והיחלשות המודלים **לאחר החוק**.

ראשון החוקרים לבנות ולהרחיב את תיאוריית הפוליטיקה הבירוקרטית היו אליסון והלפרין (Allison and Halperin, 1972) ותיאוריה זו זכתה לפופולריות בעיקר בארה"ב. לטענתם קבלת החלטות במדיניות ציבורית לא נעשית על ידי מקבל החלטות אחד אלא על ידי נציגים המייצגים ארגונים ממשלתיים המתמקחים ביניהם על ההחלטה הראויה. ההתמקחות מבוססת על כללי משחק מוסכמים ועל יחסי הכוחות הקיימים בין הארגונים השונים באותה נקודת זמן. כך למשל, פעילות צבאית דורשת אישור פורמלי של הקבינט הביטחוני אך יכולה גם להידרש לאישור היועמ"ש במידה והוא גורם חזק בממשלה (Roasti, 1981). ההתמקחות נעשית בד"כ בצורה פלורליסטית- נשמעות דעות ארגוניות רבות והצדדים מבצעים מעין "תן וקח", כל צד מוותר או מקבל משהו מעמדות הצד השני ואין מישהו שיוצא וכל שכרו בצידו (Weldes, 1998).

הנציגים המייצגים את הארגונים שואפים לממש את האינטרס הארגוני שלהם על פני האינטרס הציבורי הרחב. כתוצאה מכך אין גורם "מתכלל" של כלל האינטרסים וההחלטה שמתקבלת אינה הטובה ביותר (Bendor, 1985). תיאוריית הפוליטיקה הבירוקרטית מאפשרת לאפיין אינטרסים ארגוניים ולעקוב באמצעותם אחר קבלת החלטות המדינית. הדגש ששמה התיאוריה על התמקחות ככלי לקבלת החלטות מאפשרת למדוד ולהעריך את מידת ה"ניצחון" ו"ההפסד" של הארגונים השונים.

על אף כל יתרונותיה, התיאוריה מתעלמת מהרציונל הדמוקרטי של תהליך המדיניות הציבורית. פריזמה זו לא מכירה ביכולת של הציבור להשפיע על קבלת ההחלטות אלא מתמקדת בעיקרה בפקידות וממזערת את השפעת הסגל הפוליטי על תהליך קבלת ההחלטות (Wood and Waterman, 1991).

התיאוריה מתאימה היטב לתאר את התנהלות מערכת הבריאות הישראלית. תקציבי הקופות עומדים על מיליארדי שקלים והפיקוח על השירותים שהן נותנות דורשת מומחיות גדולה הן מהפן הכלכלי והן מהפן הרפואי. המומחיות בנושאי בריאות לא נמצאת אצל הציבור ושייכת רק לקבוצה קטנה של פקידים במשרדי הבריאות והאוצר. משרד הבריאות אחראי על מתן שירותי בריאות ומשרד האוצר אחראי על



ההוצאה התקציבית. לשני הארגונים אינטרס שונה והקופות נמצאות בתוך- משרד הבריאות רוצה שהקופות יתנו יותר שירותי בריאות ומשרד האוצר רוצה שיתנו פחות.

ישנו עוד שחקן דומיננטי בעיצוב מערכת הבריאות- בתי המשפט. מכיוון שקופות החולים הן גופים דו מהותיים- פרטיים וממלכתיים (סמוך וצוק שפיר, 2018) ובגלל שיש שני שחקנים ממשלתיים המפקחים עליהם, נוצרים במשולש קונפליקטים משפטיים רבים הנוגעים ל"גבולות הגזרה" של הצדדים. אלו נפתרים באמצעות הגעה לבית משפט. בית המשפט מעצב את הפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים באמצעות הכרעות שיפוטיות (חורב, 2005) או באמצעות רמיזה שיתערב במידה ולא יושגו הסכמות (חורב, 2005: סמוך וצוק שפיר, 2018: ראיונות ג', ה', ט', ח'). שחקן זה אינו חלק מהפוליטיקה הבירוקרטית הרשמית בכך שהוא שחקן מכריע ולא שחקן משתתף אך בפועל נראה שהבחנה זו אינה מדויקת מספיק.

חוקרים רבים בעולם מצביעים על מיקומו של בית המשפט כסוכנות משתתפת המבצעת משא ומתן עם הסוכנויות הממשלתיות במטרה לקדם מדיניות עדיפה מבחינתה (Ginsburg and Mustafa, 2008). קידום המדיניות נעשה באמצעות העברת נושאים מזירת הממשלה לזירת המשפט (Carrubba, 2005), באמצעות רמיזה להתערבות במידה והעניין לא יוסדר, בחירת ערכאות בו העניין ידון, בחירת ההרכבים הייחודיים שידונו בתיקים מסויימים (Carrubba and Others, 2008) ובאמצעות שימוש בפרשנות לחוק או ביצירת תקדימים משפטיים (Dyeveve and Others, 2020). גם בישראל בית המשפט פועל באמצעות הכלים הנ"ל בעיצוב מדיניות הראויה בעיניו (ספיר, 2003: 2006, גבעתי, 2018).

בית המשפט מתערב בפיקוח של משרד הבריאות על הקופות מרגע שאלו עוגנו בחוק. יש לציין שחוק ביטוח בריאות ממלכתי הבהיר שלבית המשפט יש מעמד לפסוק ולהכריע בכל ערעור של הקופה על משרד הבריאות או של מבוטח מול הקופות (פרק יב' לחוק). המחוקק גם יצר עקרונות סוציאליים מנחים לחוק כדי שבית המשפט יוכל לפרשו כך (חורב, 2005). התערבות בית המשפט לאורך השנים לאחר החוק מדגימה שבית המשפט הוא שחקן משתתף הפועל כדי לקדם מדיניות רצויה (חורב, 2005. ראיון עם השופטת נילי ארד, 2008). כמו כן, הוא שחקן בירוקרטי בכך שהוא פועל לא רק באמצעות פסיקות אלא באמצעות משא ומתן עם השחקנים השונים במידה והכלים החוקיים לא עומדים לרשותו (חורב, 2005. סמוך וצוק שפיר, 2018: ראיונות ה', ג', ח'). אציג את פעילותו של בית המשפט כגורם בירוקרטי המשפיע על הפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים באמצעות כלי המדיניות העומדים לרשותו והמשא ומתן שהוא מנהל.

## 1. פוליטיקה בירוקרטית במודל ציווי ושליטה על קופות החולים

מודל הציווי והשליטה של משרד הבריאות על קופות החולים בעת חקיקת החוק היה מודל חזק מבחינת הציווי- משרד הבריאות קיבל יכולות נרחבות להורות לקופות בחקיקה. אך לצד סמכויות ציווי נרחבות, המשרד קיבל סמכויות אכיפה מועטות. מלבד סנקציה משמעותית של סגירת קופה, למשרד לא היו סנקציות רבות נוספות שהוא יכל להטיל בלי לשתף את הקופה. כפי שהצגנו, משרד האוצר שאף לכתחילה

לקבל סמכויות ציווי מקבילות לאלו של משרד הבריאות בחוק. סמכויות אלו הושגו באמצעות שלושה כלים:

1. תיקוני חקיקה ראשית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בו הוצאת הוראות לקופות במגוון דרכים דורשות את אישור שר האוצר.
2. הסכמי הייצוב שנחתמו על הקופות ובו משרד האוצר התנה מתן כסף לקופות באמצעות הוראות חוזיות שעל הקופות לעמוד בהן.
3. שליטה על הוצאת חוזרים בעלי משמעות תקציבית לקופות באמצעות קבלת סמכות וטו בהסכמי בריאות-אוצר.

סמכויות הוטו של משרד האוצר על ההוראות של משרד הבריאות לקופות מכרסמות בחוזקת מודל הציווי בשתי דרכים: קבלת סמכויות מקבילות פירושו שמשרד הבריאות חייב להתייעץ עם משרד האוצר ולנהל איתו משא ומתן בבואו לפקח על הקופות. שנית, כשהקופות חייבות לעמוד בסט הוראות הדורש מהן לצמצם בהוצאותיהם לצד הרחבת השירותים הרפואיים. נוצר להן **מרחב פעולה**- הן יכולות לטעון מול משרד הבריאות שעמידה בהוראותיו לא יאפשרו להן לעמוד בהוראות משרד האוצר וכן להפך. הכל לפי העניין ולפי רצונן.

משרד האוצר מצמצם את חוזקת השליטה והאכיפה של משרד הבריאות על הקופות. משרד האוצר התנגד לכך שמשרד הבריאות יקבל יכולת להטיל סנקציות בחקיקה ראשית. כמו כן, למשרד האוצר רוב בוועדת השלושה שביכולתה להטיל סנקציות כספיות ואישיות באמצעות הסכמי הייצוב עם הקופות. ניתן לראות שמשרד האוצר שואף לקבל יכולת להטיל על הקופות סנקציות אישיות גם בחקיקה ראשית בפרסום טיוטת חוק ההסדרים. כך שהאוצר הצליח למנוע ממשרד הבריאות לקבל סנקציות על הקופות ובמקביל הצליח לקבל סמכויות אכיפה מקבילות משלו. לסיכום- משרד האוצר שומר את מודל הציווי והשליטה של משרד הבריאות על הקופות כמודל חלש באמצעות כוחו הפוליטי.

בית המשפט מצד שני תורם לשמירת חוזקו של מודל הציווי והשליטה במשרד הבריאות באמצעות סדרת פסיקות. הקופות התנגדו לסמכות משרד הבריאות להוציא להן חוזרים ובית המשפט השתמש בסמכויות הפרשניות שלו כדי לתמוך בסמכות המשרד (ראיון ג', ח'). כמו כן, בית המשפט נתן "גב" למשרד מול הקופות בנושא האכיפה. כשהקופות סירבו לציית לחוזרים, בית המשפט הודיע שהוא מצפה מהמדינה לאכוף את החוק ואת החוזרים. הודעת בית המשפט הרתיעה את הקופות וגרמה להן לציית לחוק. בשני המקרים האלו, בית המשפט בחר לתמוך במשרד הבריאות ולא בקופות למרות שיכל בשני המקרים לפרש אחרת את הדברים. בית המשפט יכל לפסול את החוזרים ולבקש להעביר את ההוראות בתקנות בכנסות או לא לאפשר למשרד להפעיל סנקציות מסוימות על הקופות. תמיכת בית המשפט נבעה כנראה מהחלטתו לקדם מדיניות של צדק חברתי כפי שבתי משפט נוהגים לעשות בדרך כלל (חורב, 2005. סמוך וצוק שפיר, 2018: ראיונות ה', ג', ח').

לכן, למרות שמודל הציווי והשליטה הוא מודל חלש, סמכות משרד הבריאות להורות ולאכוף על הקופות אינו מוטל בספק היום בהשוואה לעשור שלאחר החוק. הקופות הטמיעו את סמכויות המשרד ונמנעות במקרים רבים לעתור ולהגיע לבית המשפט מחשש שהוא יפסוק לרעתן. ההיענות של הקופות למשרד עלתה גם היא מחשש ממעקב בבית המשפט. הן מסמנות את בית המשפט כתומך במשרד הבריאות וכזירה בעייתית עבורן לקדם מדיניות רצויה (ראיון ט', ה', ה'). לכן מודל הציווי והשליטה הוא מודל חלש אך קיים על הקופות והמפוקחים מכירים בחובה לציית למשרד.

## 2. פוליטיקה בירוקרטית במודל רגולציה עצמית נכפית

מודל הרגולציה העצמית הנכפית שהיה בחוק המקורי היה מודל חלש מאוד. הקופות היו מחויבות לאסדר את פעילותם בנוגע לזכויות מבוטחים בתקנון ותו לא. לאחר שנתיים התחזק מערך הרגולציה העצמית רק במעט- הקופות התבקשו להסדיר בתקנון את המוסדות שלהן וכן לקבל את אישור הרגולטור לתקנון. העלייה בפירמידת הרגולציה בחוק לא העלתה את המחויבות הפנימית של הקופות לרגולציה עצמית. הקופות קדמו לחוק והיו להם מוסדומוסדות שירות והנהלות והן פשוט הכריזו עליהם בתקנון כמוסדות מספקים. המדינה עבדה יחד עם הקופות ובתיווך היועץ המשפטי לממשלה כדי להסדיר את הקופות כדי לקבל את אישור משרד הבריאות לתקנון. הקופות הצטרפו להסדיר שתי מערכות יחסים בתקנון: היחס למבוטח והיחס לדירקטוריון.

בתחום ההסדרה העצמית לגבי המבוטחים, עיקר פעילות ההסדרה נדרשה ביחס לוועדות החריגים כשמבוטחים מעוניינים לקבל מוצרים שאינם בסל. בתחום זה בית הדין לעבודה שימש כזום מדיניות מובהק ובאמצעות שורת פסקי דין הסדיר את פעילות הקופות. פסק דין "קפצן" ו"טיירו" שינו לחלוטין את אופן הממשל של הקופות והכניסו את הוועדות לכללי הממשל המנהלי.

הכלים בהם ביצע בית הדין את השינוי הם כלי מדיניות העומדים לרשות בית המשפט, שימוש בעקרונות החוק (צדק, שוויון ועזרה הדיית) ככלים פרשניים כלפי היחס למבוטחים. עיון בפסקי הדין מלמד שיזום המדיניות המרכזי באסדרת יחסי הקופה למבוטח היה השופטת נילי ארד. ארד ביקשה להפוך את בית המשפט לזירת מדיניות שתספק סעד לחולה מול הקופה (ראיון ארד) ובכך מימשה את התיאוריה שבית המשפט מעוניין להגביר עקרונות של צדק ושוויון. פסקי הדין התכופים של בית הדין לעבודה והחלת הכללים המנהליים על פעילות הקופה כמו גם הכנסת חובת הנמקה באמצעות חוק זכויות החולה, גרמו למשרד הבריאות להסדיר את יחס הקופה למבוטח בחוזר. כך אוסדר היחס למבוטח מהסדרה עצמית להסדרה של ציווי ושליטה.

משרד האוצר התנגד לאורך כל הדרך להסדרה העצמית של יחסי המבוטח בקופה מהחשש שההסדרה תעלה את ההוצאה הלאומית לבריאות. האוצר אף הצטרף לדיון בבית הדין לעבודה כדי להציג את עמדתו כתומך בקופות (ראיון ה'). כוחו של משרד האוצר לא עמד לו מול בית הדין מכיוון שהאחרון מהווה גורם מכריע והיה מעוניין בהסדרה.

אסדרת מוסדות הקופה והדירקטוריון שלה לקחו זמן רב יותר על אף שמשרד האוצר והבריאות הסכימו עליהן. מוסדות הקופה הוסדרו בתקנון ראשוני והמשיכו לשרת את הבעלים הקודמים של הקופה לפני שהיא הפכה לממלכתית בחוק. הרצון להסדיר את מוסדות הקופה נבע מהרצון הממשלתי להגדיל את האחריות של הדירקטוריון כלפי הציבור- משרד הבריאות שאף להגדיל את האחריות בהקשר הבריאותי והאוצר בהקשר הפיננסי. עדות לשיתוף הפעולה בין המשרדים ניתן לראות בניסיון להסדיר את הקופות באמצעות חוק ההסדרים השייך למשרד האוצר.

משברי אמון בין הקופות למדינה ובין הקופות לציבור הובילו לגדילת המחוייבות של המדינה להסדיר את הקופות והגדילו אצלן את המחוייבות הפנימית להסדרה. פרשת מאוחדת החלה כמשבר אמון שנוצר משחיתות עומק של דירקטוריון הקופה. התפוצצות הפרשה על ידי מבקר המדינה ב-2012 וההעמדה לדין של מנהלי הקופה גרמה למשרד הבריאות לנסות ולהלאים את דירקטוריון הקופה. הקופה בתורה עתרה נגד המשרד לבית המשפט העליון. על אף שהעליון לא איפשר למשרד להלאים את הקופה, הוא הבהיר שבמידה ולא תושג התקדמות בניהול התקין של הקופה הוא יתערב. הרמיזה להתערבות הובילה את הקופה ומשרד הבריאות לייצר פתרון חיצוני בדמות ועדת איתור עצמאית ואה-פוליטית. מרגע שהתקבל המודל של ועדת איתור חיצוני הוא הוטמע בעוד שתי קופות נוספות. העובדה שקופה אחת נשארה ללא תקנון מאושר של משרד הבריאות מצביעה על כוחם הרב של המפוקחים לחמוק מרגולציה עצמית נכפית בה הם מחוייבים על פי חוק. אף על פי כן, מרבית קופות החולים שינו את התקנון שלהם וכיום הגורמים היושבים בדירקטוריון אינם בעלי הקופה הוותיקים אלא גורמים חיצוניים שעברו ועדת איתור.

ניתן לראות שהשינוי המחולל בתחום היה ההגעה לבית המשפט. משרד האוצר והבריאות תמכו בשינוי התקנון במשך שני עשורים, אך משבר האמון וההסלמה הובילו לזירה המשפטית בה בית המשפט לחץ על הצדדים להגיע להסכמות. כלי זה של שימוש ברמיזה להתערבות במידה ולא תושג הסכמה הוא כלי מדיניות קלאסי העומד לרשות בית המשפט כשברצונו לייצר שינוי מדיניות.

רוב המפקחים על קופות החולים במשרד הבריאות חושבים שההסדרה העצמית של הקופות השתפרה מאוד בעשור האחרון ושכיום הקופות הן שחקנים מוסריים יותר שמעוניינים להיטיב עם המבוטחים. המוסריות של הקופות גורמת למשרד הבריאות לרצות לשתף אותן יותר בתהליכי הפיקוח וגם גורמת להן לרצות להעלות את שיתוף הפעולה עם הרגולטור (ראיונות ק, ח, ל). המודל של הפיקוח העצמי הנכפה הוא מודל סביר ובינוני בחזקו. הקופות מטפלות באופן סביר במבוטחים והמועצות מפקחות על הקופות בצורה בינונית.

### 3. פוליטיקה בירוקרטית במודל הרגולציה המשותפת

כפי שהצגתי, למודל הרגולציה המשותפת שני היבטים- רגולציה משותפת רשמית ורגולציה משותפת לא רשמית. רגולציה משותפת רשמית עוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בשני היבטים- בהיבט הציווי ובהיבט השליטה. בהיבט הציווי, בעיקר באמצעות החובה לכלול את הקופות בוועדות הסל. המחוקק הכניס את הקופות לוועדת הסל ויצר להן כוח בהחלטה אילו שירותים יינתנו למבוטחים על ידיהן. מדובר

ברגולציה משותפת קלאסית בה המדינה והמפוקחים מחליטים יחד על הפעילות של המפוקחים. המחוקק יצר מודל משותף גם בהיבט השליטה כשסנקציות רבות על הקופות דורשות את שיתוף הפעולה של הקופה. הסנקציה המרכזית של החלפת מנכ"ל דורשת את התכנסות דירקטוריון הקופה וסנקציות בנושא מידע מחייבות את המשרד ליידע את הקופה.

משרד הבריאות פיתח את הרגולציה המשותפת הרשמית **לאחר** החוק באמצעות מערך החוזרים לקופות וחתמה על הסכמי הייצוב. המשרד מוציא חוזרים לקופות בתהליך היועצות בו הקופות קוראות את החוזר, מעירות עליו ואף יכולות לשנות את עמדת משרד הבריאות או להשפיע באמצעים פוליטיים כדי לבטלו. משרד הבריאות חותם עם הקופות על הסכמי ייצוב בו שני הצדדים מסכימים יחד על ציות לחוקים ולכללים עבור כספים נוספים והם רגולציה משותפת בתחום הציווי (מחליטים יחד כיצד להתייעל) אך גם בתחום השליטה כשהמשרד מקבל סנקציות בדמות הפרות חוזיות שמוסכמות על הקופות מראש.

משרד הבריאות משתף את הקופות ברגולציה משותפת באופן לא רשמי. במידה ויש הפרות חוק המשרד משתף את הקופות באמצעות סגנון רגולטורי של שכנוע וייעוץ שמדגים שהמשרד באמת מעוניין ברגולציה משותפת עם הקופות. המוטיבציה לשיתוף נובעת רבות מהמומחיות של הקופות בניהול מערכת הבריאות ומההבנה שלהן את הצרכים הרפואיים ועלותם (ראיונות ט', ה', ג', ח'). שיתוף הקופות נדרש כדי להחיל רגולציה על השוק בו המפוקחים מחזיקים ברוב הידע והמומחיות.

מודל הרגולציה המשותפת זוכה לתמיכת כל השחקנים החיצוניים ומדגים בצורה הטובה ביותר את יישום תיאוריית הפוליטיקה הבירוקרטית. בפוליטיקה בירוקרטית יש חשיבות רבה למשא ומתן בין השחקנים והתוצאות נקבעות בהתאם להון הפוליטי העומד לרשותם. כמו כן ישנה חשיבות רבה למספר השחקנים ולמומחיות הנדרשת מהם.

הפיקוח על הקופות הוא פיקוח הדורש מומחיות רבה מהמדינה שרוצה שהקופות יתנו כמה שיותר אך שישארו יציבות ויוציאו את הכסף באופן היעיל ביותר. שני שחקנים בירוקרטיים מחזיקים מאז חקיקת החוק בשני אינטרסים ציבוריים מנוגדים- משרד הבריאות שואף שהקופות יתנו יותר ומשרד האוצר שואף שהקופות יתנו פחות. יש רק ארבע קופות וקל לשותף אותן בתהליכי הפיקוח. השחקנים הבירוקרטיים המחזיקים באינטרסים מנוגדים בנוגע למפוקחים ומנהלים התמקחות בנוגע לפעילות הרצויה מהם. המדיניות הנקבעת בדרך כלל משרתת את השחקנים החזקים ביותר מבחינה פוליטית. לקופות החולים יש מעין "אמא" ו"אבא" בדמות משרד הבריאות והאוצר, בגלל שכל אחד מהמשרדים רוצה מהן הישג אחר הן מסוגלות להשתמש במרחב שנוצר כדי לתמרן אותו לטובתן.

במידה והקופות לא מעוניינות בחוזר כי הוא יוסיף להן עלויות, הן מתלוננות למשרד האוצר ומגייסות אותו מול משרד הבריאות. במידה ומשרד האוצר דורש מהן התייעלות כלכלית, הן הולכות למשרד הבריאות ומגייסות אותו כדי שלא יפגעו לכאורה השירותים הרפואיים. לקופות החולים יש מרחב פוליטי בכך שהן לא עובדות מול רגולטור אחד ויחיד אלא מול שניים. האינטרסים המשרדיים השונים מסנדלים את הרגולציה של שניהם ומכריחים את כל הצדדים לעבוד יחד. כוחן הגדול והעובדה שהן מנהלות את

המערכת מכניס אותן כשותפים שווים למערכת הפוליטית וגורם לשחקנים לעבוד איתן יחד כשאי אפשר לפקח עליהן ללא שיתוף הפעולה שלהן.

איזון הכוח בין שלושת השחקנים- אוצר, בריאות, קופות מייצר קרקע פורייה לרגולציה משותפת בה לאף שחקן אין מספיק הון פוליטי כדי לצאת בהכרזות ולהפעיל את שיקול דעתו היחיד על השוק. לכן נדרשת התייעצות והסכמה של שאר המשתתפים לפני יציאה לפעולה. ההסכמה מובילה לרגולציה משותפת בה צעדים יתבצעו רק לאחר איתות ויידוע ולאחר שלצדדים ניתנה הזדמנות להגיב.

בית המשפט גם מחזק את מודל הרגולציה המשותפת כשהוא שומר על עצמאות הקופות בחוק ומונע ממשד הבריאות להלאים אותן או לנגוס בסמכויותיהן על ידי כך הכרה במסגרת התאגידית העצמית שלהן. במקביל, בית המשפט דואג שהן יצייתו לחוק. הדינמיות בפעילות בית המשפט מול הקופות הופכת אותן לשחקנים עצמאיים אך מפוקחים ומעודדת גם היא רגולציה משותפת.

לסיכום, הרגולציה המשותפת בין משרד הבריאות והקופות נשענת על היסטוריה בה הקופות היו עצמאיות ושמרו על כוחן לפני ובתוך חוק ביטוח בריאות, על המומחיות העומדת לרשותן, מהעובדה שמפקחים עליהן שני רגולטורים המסנדלים זה את זה ומהתערבות בית המשפט השומרת על הדינמיות בפיקוח הממשלתי עליהן. כל אלו הופכים את המודל המשותף למודל החזק ביותר בפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים. משרד הבריאות עובד איתן כי הוא חייב בחוק, כי הוא מוגבל פוליטית אך גם כי הוא רוצה ומעוניין בכך.

#### 4. דינמיקה בין מודלי הפיקוח

אנו נוטים לחשוב על פירמידת הרגולציה כמודל המשתנה רק כלפי מעלה או מטה- הרגולטור בוחר לשנות את מודל האכיפה שלו ומקל או מקשה את הציווי והאכיפה על השוק. בפיקוח של משרד הבריאות על קופות החולים לעומת זאת מתקיימים כמה מודלים במקביל. המשרד גם מצווה ושולט על הקופות, גם מעודד רגולציה עצמית וגם פועל יחד איתן במשותף. המודלים מושפעים זה מזה ומייצרים מודל פיקוח דינמי ומשתנה. הלחץ של השחקנים החיצוניים מנקז את הפיקוח למודל הרגולציה המשותפת

מודל הפוליטיקה הבירוקרטית מושפע מההון הפוליטי והציבורי העומד לרשות השחקנים הבירוקרטיים. ההון פוליטי משתנה ומייצר דינמיות בשימוש במסגרת החקיקה ובכלי האכיפה של משרד הבריאות על הקופות. הדינמיות מושפעת גם מההיסטוריה המשפטית של הסדרת הקופות כשפעולות חקיקתיות שנעשו מייצרות סטטוס קוו חדש שלא ניתן לערער עליו.

אציג בזריזות את עיקרי הדברים. **במודל ציווי ושליטה**: משרד הבריאות הוציא לקופות החולים חוזרים, הקופות סירבו להכיר בחוזרים עד שבית המשפט התערב לטובת המשרד והורה שסמכות זו חוקית ובכך חיזק את מודל הציווי והשליטה (ראיונות ה', ח', ג'). לעומת זאת, משרד האוצר חתם עם משרד הבריאות על הסכם האוסר על הבריאות להוציא חוזרים בעלי השפעה תקציבית לקופות. באכיפה- בית המשפט ביקש ממשרד הבריאות לטפל בהפרות החוק כשאלו התגלו, לעומת זאת משרד האוצר התנגד למשרד

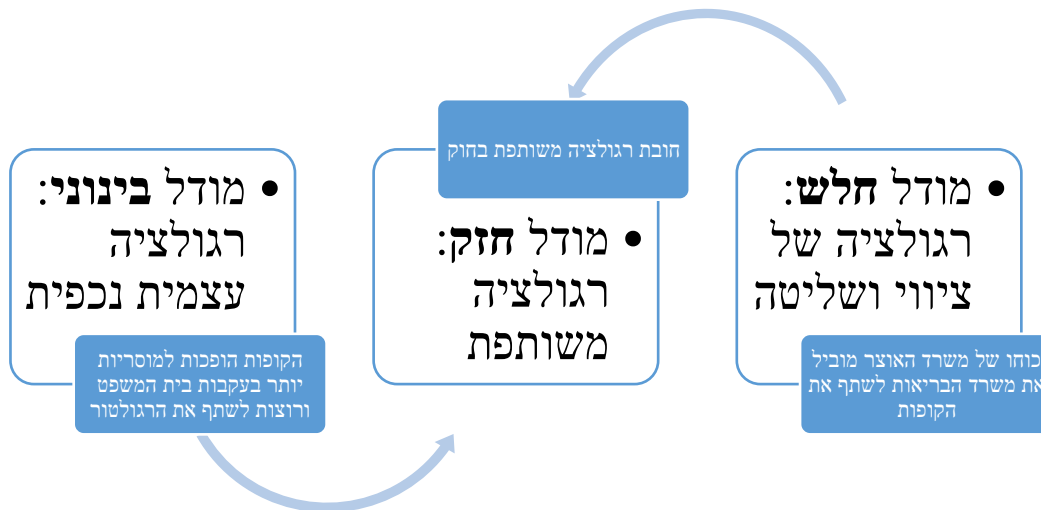
הבריאות כשזה ניסה להשיג סנקציות בחקיקה ראשית והוביל לסנקציות חלשות. הלחץ של משרד האוצר יוצר מודל חלש.

**במודל רגולציה עצמית נכפית:** בית הדין לעבודה הפך את הקופות ליותר מחוייבות לדאגה למבוטחים, ויצר הצדקה למשרד הבריאות להסדיר את ועדות החריגים בחוזר רשמי. משרד האוצר התנגד לתהליך גם בבית המשפט, התנגדותו מקשה על משרד הבריאות לבקש שהקופות יטפלו ברצינות בתלונות מבוטחים (ראיונות ט', ה') בנושא ההנהלה- בית המשפט תמך בניסיונות לייצר מנהל תקין בקופות ואף הפך לחלק מהפתרון וכן משרד האוצר. הלחץ של בית המשפט בנושאי אסדרה עצמית ושינוי הדירקטוריונים הפך את הקופות לשחקנים יותר מוסריים והגדיל את הפיקוח העצמי. כך הפך המודל לבינוני בחוזקו.

**מודל הרגולציה המשותפת** נוצרה כשהמשרד החל ליישם את חוק ביטוח בריאות לאומי, החוק יצר מנגנוני אכיפה שהכריחו את משרד הבריאות לשתף את הקופות. ללא היכולת לאכוף אותן בלי שיתוף הפעולה שלהן, המדינה החלה לשתף אותן בתהליכי הציווי כשההנחה היא שככל שיגדל שיתוף הפעולה בציווי- כך תגדל ההיענות שלהן והצייתנות לדרישות.

ההשפעה של השחקנים החיצוניים על מודלי הפיקוח מרכזת את פירמידת הרגולציה מהקצוות אל האמצע- בתהליך שניתן לסכם בתרשים הבא:

#### הדינמיות בין מודלי הפיקוח



בחלק העליון של פירמידת הרגולציה עומד מודל הציווי והשליטה, מודל זה מוגבל בפיקוח על הקופות בגלל משרד האוצר. בעקבות המגבלות, משרד הבריאות משתף את הקופות בתהליכי הציווי אם באמצעות החוזרים או באמצעות רגולציה משותפת אה פורמלית. בחלק התחתון של הפירמידה עומדת רגולציה עצמית נכפית, בית המשפט (בית הדין לעבודה, בית המשפט העליון) מגדיל באיטיות את הפיקוח העצמי של הקופות ביחס למבוטחים ובשינויי ההנהלה והופך אותן לשחקניות מוסריות יותר. הגדילה במוסריות הקופות גורמת להן לרצות לשתף את הרגולטור ביותר תהליכים וכן להגדיל את האמון של הרגולטור ומכאן את שיתוף הפעולה שלו.

הדינמיות במודלים מלמעלה ומלמטה גורמת לרגולציה משותפת לגדול ולהתרחב. כפי שהדגמתי, משרד הבריאות בעידן הנוכחי משתף את הקופות גם כשהוא לא חייב ובאופן אה-פורמלי. גדילת התקציבים העקבית לקופות החולים והעובדה שהן מנהלות יותר שירותים (דו"ח מבקר המדינה, 67ב') גורמות למשרד להגדיל את שיתוף הפעולה איתן. מצב זה אפשרי בעיקר בגלל שהקופות הופכות לשחקן מוסרי יותר והמשרד באמת מעוניין באינפוט שלהן.

לסיכום, הדינמיות בין מודלי הפיקוח מייצרת לכאורה מספר אופני פעולה לרגולטור מול המפוקחים אך הלחץ של משרד האוצר ובית המשפט מכריח את הרגולטור לעבוד בעיקר יחד עם המפוקחים כדי להוביל לתוצאות הרצויות מבחינתו. ההטמעת החקיקה בעשורים שלאחר החוק והפסיקות הרלוונטיות יצרו סטטוס קוו חדש בו הקופות הן שחקנים יותר מוסריים והמשרד רוצה ומעוניין לשתף אותן ברגולציה.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא לכאורה חוק של ציווי ושליטה, למשרד הבריאות סמכות לסגור קופה בריאות וכן להפסיק את מימונה. בפועל, הרגולציה שהתפתחה לאחר החוק היא רגולציה משותפת בו הקופות שותפות ליצירת כללי הפעולה שלהן ומשתתפות גם בתהליכי האכיפה. הפער בין לשון החוק לבין המצב בפועל לא יכל להילמד ללא ראיונות וללא הבנה כיצד הרגולטור רואה את הרגולציה וכיצד המדינה מסדירה את היחסים עם הקופות ברמה העל מדינתית.



השאלה שעמדה בלב מחקר זה היא הניסיון להבין כיצד המדינה מפקחת על שוק בו היא ספק שירותי בריאות בעצמה. משרד הבריאות מתחרה בקופות החולים באמצעות הבעלות שלו על בתי החולים הממשלתיים אך חייב לפקח עליהן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. התבוננות בהתפתחות מערכי הפיקוח לאחר החוק מלמדת שמשרד הבריאות מפקח על קופות החולים במודל רגולציה משותפת בו הן שותפות פעילות בקידום ההתנהגות הרצויה ובאכיפה עליהן.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מימש באופן חלקי את המלצות ועדת נתניהו- הוא אמנם הפך את קופות החולים לממלכתיות ועצמאיות אך שמר ויצר כפל כובעים מובנה למשרד הבריאות כרגולטור וספק. כדי לאזן את האינטרסים הסותרים הכניס המחוקק מנגנון המסדיר את מתן השירותים הרפואיים שהקופות חייבות לספק והקופות לוקחות בו חלק (מנגנון הסל). בנוסף, הגביל המחוקק את יכולת המשרד להטיל סנקציות על הקופות.

משרד הבריאות התמודד עם המצב שנוצר בחקיקה באמצעות הקמת יחידות ייעודיות לפיקוח על הקופות, בראשם האגף לפיקוח על קופות החולים. אלו פיתחו לאורך העשורים שלאחר החוק שלושה מערכי רגולציה שונים על קופות החולים: רגולציה של ציווי ושליטה, רגולציה עצמית נכפית ורגולציה משותפת. מודל הציווי והשליטה של משרד הבריאות על הקופות הוא מודל חלש, המשרד לא מצווה לקופות ללא התייעצות איתם ומשתף אותם בתהליכי האכיפה. ניסיונות משרדיים לחזק את מודל הציווי ושליטה נתקלו בהתנגדותו של משרד האוצר שקיבל לאורך השנים סמכויות מקבילות על קופות החולים ומתחרה בפועל במשרד הבריאות בחלק מתפקידי הפיקוח. מודל הרגולציה העצמית התחזק מאוד בעשור האחרון בעיקר בעקבות סכסוכים שהגיעו לידי החלטה שיפוטית. הקופות לא רצו להסדיר את עצמן באופן מיטבי גם כשהיה ציווי בחוק אך מאמצי בית המשפט הובילו להסדרת מערכת היחסים של הקופה ומבוטחיה והיום מדובר בפיקוח סביר. תמיכת בית המשפט תרמה מאוד להסדרתה העצמית של הקופה כשלאחר משברי האמון של הקופות הרגולטור והמפוקחים התחייבו להסדרה עצמית תחת צלו. כיום, הפיקוח של דירקטוריון הקופה והביקורת הפנימית בינוני בעוצמתו.

מערך הרגולציה המרכזי של המשרד והקופות הוא מערך רגולציה משותף. מערך זה נוצר באופן חלקי משיווי המשקל המוסדי החדש שיצר החוק בין השניים אך בעיקר מפעילותם של שחקנים חיצוניים המפקחים על הקופות. משרד הבריאות שואף להגדיל את מתן השירותים של הקופות ומשרד האוצר שואף להקטין את הוצאותיהן הכלכליות. הקונפליקט המוסדי מייצר לקופות מרחב פעולה בו הן יכולות להפעיל את הרגולטורים אחד מול השני בהתאם לצרכיהן. בנוסף, לקופות יש מומחיות וידע בניהול מערך השירותים המקשה על המשרדים לפקח עליהן ללא שיתוף הפעולה שלהן. הפוליטיקה הבירוקרטית, מיעוט השחקנים והמומחיות הרבה מייצרת קרקע אידיאלית למודל הרגולציה המשותפת.

במודל הרגולציה המשותפת הצדדים מבצעים משא ומתן לפני יציאה לפעולה באמצעות איתות, יידוע ושכנוע וכמעט שלא מתקיימות פעולות במעמד צד אחד. השכנוע ושיתוף הפעולה מתרחשים הן בעיצוב ההתנהגות הרצויה והן באכיפה על הקופות. הדינמיות בין מודלי הפיקוח מגדילה את מודל הרגולציה המשותפת: היחלשות מודל הציווי והשליטה מגבילה את המשרד ומכריחה אותו לעבוד ביתר שאת עם הקופות כדי להגיע להסכמות. התחזקות מודל הרגולציה העצמית הופכת את הקופות לשחקנים יותר צייתנים, מגדילה את המחוייבות שלהן לעבודה עם המשרד ובהמשך גורמת למשרד לשתף אותן יותר. הלחץ ממעלה פירמידת הרגולציה ותחתיה מרכז את השחקנים לעבר עבודה משותפת.

עבודה זו מאירה שלוש נקודות מהותיות בהבנת חקר הרגולציה. ראשית, חשיבות ההסדרים ההיסטוריים הקיימים בענף לפני פעילות ההסדרה. קופות החולים היו קיימות לפני קום המדינה וכבר לפני החוק ניהלו את מרבית השירותים הרפואיים שניתנו. המחוקק והמשרדים היו מוגבלים ביכולת להלאים אותן או להחיל עליהן פיקוח הדוק. גם לאחר החוק הרגולציה נבנתה על סמך ההסדרים ההיסטוריים כמו למשל תקנוני הקופות או ועדות החריגים שהיו קיימות אצלן לפני החוק. הסדרה אינה פועלת בחלל ריק.

שנית, קיים פער העצום בין תהליכי ההסדרה והפיקוח המתוארים בדברי החקיקה לעומת תהליכי ההסדרה המתרחשים בפועל. משרד הבריאות מפקח על קופות החולים במגוון דרכים אך עיקר הפיקוח מתרחש באמצעות ערוץ תקשורת פתוח בין השניים בו מועברים מסרים על התנהגות רצויה וידוע על אכיפה באופן אה פורמלי. כך למשל השימוש בעצירת אישורי שב"ן ככלי אכיפה אינו כלי אכיפה רשמי המוסדר בחקיקה אך הוא כלי בו נעשה שימוש רב המרתיע את המפוקחים. הפער בין המתואר בחקיקה למצב הנורמטיבי מלמד על המורכבות העומדת בפני חוקרי רגולציית בריאות המעוניינים ללמוד כיצד עובדת מערכת הבריאות ב"שטח" וכיצד ניתן לקדם בה מדיניות באופן אפקטיבי.

שלישית, ואולי החשובה ביותר, היא שבענף הבריאות בו משרד הבריאות הוא שחקן משתתף הוא הופך ל"רגולטור משתתף". תופעה מרתקת המלמדת כנראה על אינטרס ציבורי אמיתי המעצב את מערכת היחסים בין משרד הבריאות לקופות החולים. משרד הבריאות בחר לשתף את קופות החולים באופן פורמלי ואה-פורמלי מייד לאחר החוק בהוצאת החוזרים, בקידום מדיניות חדשה ואף בתהליכי אכיפה. שיתוף הפעולה של המפוקח גם במקרים בהם הרגולטור לא מחוייב בכך מצביעה על אינטרס ציבורי אמיתי בפיקוח משתף. הספרות המחקרית נוטה לפעמים לבטל את תיאוריית האינטרס הציבורי כפרדיגמה נאיבית שלא לוקחת בחשבון את ההון הפוליטי, חסמי המידע ועוד. למרות שכל אלו אכן מתרחשים במקרה הבוחן, המשרד בוחר שוב ושוב לשתף פעולה עם הקופות מתוך אינטרס ציבורי כנה הרואה בשיתוף הפעולה את הדרך הטובה ביותר לפקח על מתן שירותי הבריאות. השמירה על האינטרס הציבורי (למרות כל האילוצים המערכתיים ויש הרבה כאלו) מילאה אותי באופטימיות ובתקווה לגבי עתידה של מערכת הבריאות הישראלית. הרגולטור והמפוקחים מסוגלים להתעלות מעל המחלוקות האידיאלוגיות והמוסדיות ולעבוד יחד כדי לספק שירותים.

מאמרים, ספרים וניירות עמדה

- אלמוג, ש, זאב, א. ב. (1995). המציאות המשפטית: על שפיטות וגבולות המשפט. מחקרי משפט (2), 369-390.
- אלנצויג, א. י, דה-פריז, א, הלוי, ח. ש, & צ'רניחובסקי, ד. (1986). ניתוח השוואתי של תוכניות משרד הבריאות וקופת חולים הכללית להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 30-5.
- אסיסקוביץ, ש. (2007). גישת הפוליטיקה הברוקרטית ומדינת הרווחה הישראלית. *ביטחון סוציאלי*, 39-64.
- בן נון, ג', ברלוביץ, י, שני מ' (2010). מערכת הבריאות בישראל. תל אביב: הוצאת עם עובד.
- ברזילאי, א'. (1996). *רמון: ביוגרפיה פוליטית*. תל אביב: שוקן.
- גרוס, ר, & רוזן, ב. (1992). דו"ח ועדת נתניהו: ניתוח ההמלצות לגבי חלוקת הסמכויות במערכת הבריאות. *ביטחון סוציאלי*, 44-27.
- גרוס, ר, רוזן, ב, שירום, א. (1999). מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. *ביטחון סוציאלי*, 34-11.
- גריןברג, ש' (1996). ביטוח בריאות משלים ומסחרי בישראל 1996. סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובחזית חלופות מדיניות. הוצאת מכון ברוקדייל.
- דורון, א (1989). הפרטה של שירותי הרווחה: זירת מאבק חדשה על דמותה של החברה הישראלית. *ביטחון סוציאלי* 34-18.
- דורון, א. (1999). חמישים שנות עיצוב מדיניות ביטחון סוציאלי: מסע של משתתף. *ביטחון סוציאלי*, 11-21.
- דרי, ד'. שרון ע'. (1994). כלכלה ופוליטיקה בתקציב המדינה. תל אביב: המכון הישראלי לדמוקרטיה והוצאת הקיבוץ המאוחד.
- הלוי, ח. ש. (1979). הארגון הפלורליסטי של שירותי הבריאות בישראל. *ביטחון סוציאלי* 50-5.
- זמורה, ע, ילין, ג, בכר, י. פטרבורג, י. (2002). השפעת מאפייני קופה, אוכלוסייה ותחלואה כרונית על שימוש בשירותי בריאות. *ביטחון סוציאלי* 186-169.
- כהן, ג, מזרחי, 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* 103-65.
- זנדברג, ח. (2011). פרשת קרסיק והתיקון לדיני ההפקעות-אנטומיה של משא ומתן אסטרטגי בין רשויות. *מחקרי משפט* 453-409.
- חורב, טוביה, קידר, ניר. (2010). *אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: השתקפותה של הרפורמה מחמש עשרה שנות חקיקה*. ירושלים: משרד הבריאות. אגף לכלכלה וביטוח בריאות.

- חיים, א. ב, שוורץ, ש, גליק, ש, & קאופמן, י. (2003). התפתחות מוסד האומבוסמן במערכת שירותי הבריאות בארץ. *ביטחון סוציאלי*, 67-82.
- חובב, מ'. שחורי-ביטון, מ'. (2016). שירותי רווחה בעידן של הפרטה: מדיניות ויישומה
- ידין, שרון, & ברק-ארז, דפנה. (2016). רגולציה: המשפט המנהלי בעידן החוזים הרגולטוריים.
- ידין, שרון. (2018). רגולציה חדשה: מהפכה במשפט הציבורי.
- ישי, ר. (1979). ביטוח בריאות—השגות והצעות. *ביטחון סוציאלי*, 80-86.
- ישי, י. (1999). דמוקרטיה למען העם? קביעת מדיניות הרווחה בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 126-137.
- כהן נ'. (2009). המינהל הציבורי בישראל.
- כהן, נ'. (2014). רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים. מכון ואן ליר.
- כהן, נ, מזרחי, 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*-65. 103
- כהן, נ'. (2012). יזמי מדיניות ועיצוב מדיניות ציבורית: המקרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. *ביטחון סוציאלי*, 5-42.
- לומסקי-פדר, ע, רפפורט, ת, לרנר, י, קונצמן, ע, & קפלן, י. (2007). לדבר בשפתם? זרות, בית ויחסי כוח בראיונות עם מהגרים. *מגמות*, 636-654.
- מזכירות הוועד הפועל של ההסתדרות, 1922.11.29, ארכיון המכון למורשת בן-גוריון שדה בוקר נחמיאס, דוד & קלין, ערן. (1999). *חוק ההסדרים: בין כלכלה לפוליטיקה*. (המכון הישראלי לדמוקרטיה).
- סמוך, נ'. צוק שפיר, מ' (2018). חוקי התנועה: חוק ביטוח בריאות ממלכתי- מן הציבורי אל הפרטי ובחזרה. בתוך: עשור שלישי לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. הוצאת משרד הבריאות.
- ספיר, ג' (2003). הליך החוקתי כהליך פוליטי. *מחקרי משפט*. 461-496, (2).
- פרידמן, מילטון. (1962). *קפיטליזם וחופש*. ירושלים: אדם.
- ציזיק, ע. (2016) דוח מעקב: יישום החלטת הממשלה להקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים על בסיס החלטת ממשלה 1622 מיום 2014.5.25. תל אביב: המרכז הישראלי להעצמת האזרח
- צ'רניחובסקי, דב, מזרחי, שלמה & פרנקל, צבי. (2008). *ניהול הציבורי של קופות-החולים בישראל*. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. 1982
- קינס, ג'ון מינרד. (2006). התאוריה הכללית של תעסוקה, ריבית וכסף. ירושלים: הוצאת ספרים ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- קנב, י. (1961). התקציב הלאומי לבריאות. *הרבעון לכלכלה*, (31), 287-נא.
- קיסר, י'. (1983). ההסתדרות הכללית והמדינה. *רבעון לכלכלה*, 507-516.
- רוזן ב', אלרועי, ע' (2020). " הקמת חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים במשרד הבריאות: ניתוח מקרה". הוצאת מכון ברוקדייל.

- רוזן, ב, עופר, ג, גרינשטיין, מ, בירנבאום, י, & הלוי, י. (2006). הנגישות הכלכלית של שירותי רפואה פרטיים בבתי-חולים ציבוריים בירושלים. *ביטחון סוציאלי*, 76-59.
- שאשא, ש. מ. (1999). תיאגוד בתי-החולים-לאן?. *ביטחון סוציאלי*, 151-130.
- שוורץ, ש. (1994). מי יבטיח את בריאות היישוב? קופות החולים לפועלים במלחמת העולם הראשונה. *קתדרה: לתולדות ארץ ישראל ויישובה*, 139-120.
- שוורץ, ש., דוידוביץ, נ. (2005). רפואה, חברה ופוליטיקה- חוק ביטוח בריאות ממלכתי כמקרה מבחן. *אוניברסיטת בן גוריון*. 435-437.
- שטיינברג, ג. ר. מ. (1989). מכשולים בדרך לשינוי מבנה מערכת הבריאות בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 78-61.
- שמואלי, ע. (1996). בחירה שלילית ו" איסוף השמנת" בשוק ביטוח הבריאות המשלים בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 79-70.
- שפירו, ש. פרומר, ד. (2010). בקרת איכות בעידן של הפרטה: בדיקת יישום שיטת הרף בפנימיות. *ביטחון סוציאלי*, 127-105.
- שקדי, א'. (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני- תיאוריה ויישום. תל אביב: הוצאת רמות-אוניברסיטת תל אביב.
- Abel-Smith, B. (1992). The Beveridge Report: its origins and outcomes. *International Social Security Review*, 45(1-2), 5-16.
- Abell, P. (2000). Sociological theory and rational choice theory. *The blackwell companion to social theory*, 2, 223-44.
- Aberbach, J. D., Putnam, R. D., & Rockman, B. A. (1981). *Bureaucrats and politicians in western democracies*. Harvard university press.
- Allison, G. T., & Halperin, M. H. (1972). Bureaucratic politics: A paradigm and some policy implications. *World politics*, 24(S1), 40-79.
- Atkinson, R. (2007). The life story interview as a bridge in narrative inquiry. *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology*, 224-245.
- Ayres, I., & Braithwaite, John. (1992). *Responsive regulation: Transcending the Derugulation debate* (Oxford socio-legal studies lat).
- Bachrach, P., & Baratz, M. S. (1962). Two faces of power<sup>1</sup>. *American political science review*, 56(4), 947-952.
- Baron, D. P. (2010). Morally motivated self-regulation. *American Economic Review*, 100(4), 1299-1329.
- Bendor, J., & Moe, T. M. (1985). An adaptive model of bureaucratic politics. *American Political Science Review*, 79(3), 755-774.
- Black, J. (2001). Decentring regulation: Understanding the role of regulation and self-regulation in a 'post-regulatory' world. *Current legal problems*, 54(1), 103-146.

- Borges, D. D. C. L. (2011). European health systems and the internal market: reshaping ideology?. *Health Care Analysis*, 19(4), 365-387.
- Börzel, T. (2010). European governance: negotiation and competition in the shadow of hierarchy. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 48(2), 191-219.
- Braithwaite, J. (1982). Enforced self-regulation: A new strategy for corporate crime control. *Michigan law review*, 80(7), 1466-1507
- Braithwaite, J. (2002). *Restorative justice & responsive regulation*. Oxford University press on demand.
- Braithwaite, J., Healy, J., & Dwan, K. (2005). The governance of health safety and quality. *Canberra: Commonwealth of Australia*.
- Braithwaite, J. (2006). Responsive regulation and developing economies. *World Development*, 34(5), 884-898.
- Braithwaite, J. (2008). *Regulatory capitalism: How it works, ideas for making it work better*. Edward Elgar Publishing.
- Braithwaite, J. (2011). The essence of responsive regulation. *UBCL Rev.*, 44, 475.
- Braithwaite, J. (2012). Restorative justice and corporate regulation. In *Restorative Justice in Context* (pp. 189-200). Willan.
- Braithwaite, V. (2017). Closing the gap between regulation and the community. *Regulatory theory: foundations and applications*, 25-42.
- Briggs, A. (1961). The welfare state in historical perspective. *European Journal of Sociology/Archives europeennes de sociologie*, 2(2), 221-258.
- Brook, R. H., Kamberg, C. J., & McGlynn, E. A. (1996). Health system reform and quality. *JAMA*, 276(6), 476-480.
- Bouvet, F. (2012). The Beveridge curve in Europe: new evidence using national and regional data. *Applied Economics*, 44(27), 3585-3604.
- Charmaz, K. (2008). Reconstructing grounded theory. *The Sage handbook of social research methods*, 461-478.
- Chinitz, D. (1995). Israel's health policy breakthrough: The politics of reform and the reform of politics. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(4), 909-932.
- Chung, M. (2017). Health care reform: Learning from other major health care system: Princeton, Public health review.
- Cioffi, J. W. (2009). Adversarialism versus legalism: Juridification and litigation in corporate governance reform. *Regulation & Governance*, 3(3), 235-258.
- Clawson, D., & Clawson, M. A. (1999). What has happened to the US labor movement? Union decline and renewal. *Annual review of sociology*, 25(1), 95-119.

- Cobb, J. B. (2002). *Postmodernism and public policy: reframing religion, culture, education, sexuality, class, race, politics, and the economy*. SUNY Press.
- Davidson, E. J., & Chismar, W. (1999, January). Examining the organizational implications of IT use in hospital-based health care: a case study of computerized order entry. In *Proceedings of the 32nd Annual Hawaii International Conference on Systems Sciences. 1999*
- De Jong, A., DeJong, D. V., Mertens, G., & Wasley, C. E. (2005). The role of self-regulation in corporate governance: Evidence and implications from the Netherlands. *Journal of corporate finance*, 11(3), 473-503.
- Dean, M. (2014). Rethinking neoliberalism. *Journal of sociology*, 50(2), 150-163.
- Dibbons, L. J. (1996). No regulation, government regulation, or self-regulation: social enforcement or social contracting for governance in cyberspace. *Cornell JL & Pub. Pol'y*, 6, 475.
- Drache, D., & Sullivan, T. (Eds.). (1999). *Market limits in health reform: Public success, private failure*. Psychology Press.
- Downs, A. (1962). The public interest: Its meaning in a democracy. *Social research*, 1-36.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Fernández-Albertos, J., & Manzano, D. (2016). Dualism and support for the welfare state. *Comparative European Politics*, 14(3), 349-375.
- Frenk, J. (1994). Dimensions of health system reform. *Health policy*, 27(1), 19-34.
- Mooney, G. (2012). Neoliberalism is bad for our health. *International Journal of Health Services*, 42(3), 383-401.
- Furlong, S. R., & Kerwin, C. M. (2005). Interest group participation in rule making: A decade of change. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(3), 353-370.
- Frydman, B. (2012). Coregulation: a possible legal model for global governance. *ABOUT GLOBALIZATION, VIEWS ON THE TRAJECTORY OF MONDIALISATION*, 227-242.
- Gilad, S. (2011). Institutionalizing fairness in financial markets: Mission impossible?. *Regulation & Governance*, 5(3), 309-332.
- Glachant, M. (2007). Non-binding voluntary agreements. *Journal of Environmental Economics and Management*, 54(1), 32-48.
- Glazer Barney, G., & Strauss Anselm, L. (1967). The discovery of grounded theory.

- Grajzl, P., & Murrell, P. (2007). Allocating lawmaking powers: Self-regulation vs government regulation. *Journal of Comparative Economics*, 35(3), 520-545.
- Grajzl, P., & Baniak, A. (2009). Industry self-regulation, subversion of public institutions, and social control of torts. *International Review of Law and Economics*, 29(4), 360-374.
- Gunningham, N., & Rees, J. (1997). Industry self-regulation: an institutional perspective. *Law & Policy*, 19(4), 363-414.
- Gunningham, N. (2007). *Mine safety: law regulation policy*. Federation Press.
- Gunningham, N., & Sinclair, D. (2009). Organizational trust and the limits of management-based regulation. *Law & Society Review*, 43(4), 865-900.
- Gunningham, N., & Sinclair, D. (2017). Smart regulation. *Regulatory theory: Foundations and applications*, 133-148.
- Hacker, J. S. (2004). Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States. *American Political Science Review*, 98(2), 243-260.
- Hawkins, K. (1984). Environment and enforcement: Regulation and the social definition of pollution.
- Harris, B. (2004). *The origins of the British welfare state: social welfare in England and Wales, 1800-1945* (p. 158). Palgrave Macmillan.
- Hutter, B. M. (1993). Regulating employers and employees: Health and safety in the workplace. *JL & Soc'y*, 20, 452.
- Jones, B. D. (2003). Bounded rationality and political science: Lessons from public administration and public policy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(4), 395-412.
- Jones, B. D., & Baumgartner, F. R. (2012). From there to here: Punctuated equilibrium to the general punctuation thesis to a theory of government information processing. *Policy Studies Journal*, 40(1), 1-20.
- Klass, A. B. (2006). Common Law and Federalism in the Age of the Regulatory State. *Iowa L. Rev.*, 92, 545.
- Kolieb, J. (2015). When to punish, when to persuade and when to reward: strengthening responsive regulation with the regulatory diamond. *Monash University Law Review*, 41(1), 136-162.
- Kraft, M. E., & Furlong, S. R. (2019). *Public policy: Politics, analysis, and alternatives*. Cq Press.
- Lindblom, C. E. (1959). The science of "muddling through". *Public administration review*, 79-88.



- Lister, J. (2012). *Corporate social responsibility and the state: International approaches to forest co-regulation*. UBC Press.
- Lobel, O. (2012). New governance as regulatory governance.
- Marsden, C. T. (2011). *Internet co-regulation: European law, regulatory governance and legitimacy in cyberspace*. Cambridge University Press.
- Martinez, M. G., Fearne, A., Caswell, J. A., & Henson, S. (2007). Co-regulation as a possible model for food safety governance: Opportunities for public–private partnerships. *Food Policy*, 32(3), 299-314.
- Mascini, P. (2013). Why was the enforcement pyramid so influential? And what price was paid?. *Regulation & Governance*, 7(1), 48-60.
- McGregor, S. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82-89.
- Moran, M. (2000). Understanding the welfare state: the case of health care. *The British Journal of Politics and International Relations*, 2(2), 135-160.
- Palier, B. (2010). *A long goodbye to Bismarck?: the politics of welfare reform in continental Europe* (p. 456). Amsterdam University Press.
- Parker, C. (2000). Reinventing regulation within the corporation: compliance-oriented regulatory innovation. *Administration & Society*, 32(5), 529-565.
- Parker, C. (2002). *The open corporation: Effective self-regulation and democracy*. Cambridge University Press.
- Parker, C., & Gilad, S. (2011). Internal corporate compliance management systems: Structure, culture and agency. *Explaining compliance: Business responses to regulation*, 170-197.
- Parker, C. (2013). Twenty years of responsive regulation: An appreciation and appraisal. *Regulation & Governance*, 7(1), 2-13.
- Parker, D. (2002). Economic regulation: a review of issues. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 73(4), 493-519.
- Pierson, P. (1994). *Dismantling the welfare state?: Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press.
- Pierson, P. (1996). The new politics of the welfare state. *World politics*, 48(2), 143-179.
- Pierson, P. (2001). 3 Post-Industrial Pressures on the Mature Welfare States<sup>30</sup>. *The new politics of the welfare state*, 80.
- Priester, R. (1992). A values framework for health system reform. *Health Affairs*, 11(1), 84-107.

- Quadagno, J. (1987). Theories of the welfare state. *Annual Review of Sociology*, 13(1), 109-128.
- Razin, A., & Sadka, E. (2005). *The decline of the welfare state: demography and globalization*. MIT press.
- Reeve, B. (2011). The regulatory pyramid meets the food pyramid: can regulatory theory improve controls on television food advertising to Australian children?. *Journal of law and medicine*, 19(1), 128.
- Rodrik, D. (1997, October). Globalization, social conflict and economic growth. (Vol. 24).
- Rosenthal, M. B., Frank, R. G., Li, Z., & Epstein, A. M. (2005). Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *Jama*, 294(14), 1788-1793.
- Rosati, J. A. (1981). Developing a systematic decision-making framework: bureaucratic politics in perspective. *World Politics*, 33(2), 234-252.
- Seidman, H., & Gilmour, R. S. (1986). *Politics, position, and power: From the positive to the regulatory state*. Oxford University Press, USA.
- Shapely, P. (2016). *Medicine, Charity and Mutual Aid: The Consumption of Health and Welfare in Britain, c. 1550–1950*. Routledge.
- Shvarts, S. (2008). *Health and Zionism: The Israeli Health Care System, 1948-1960* (Vol. 13). University Rochester Press.
- Sinclair, D. (1997). Self-regulation versus command and control? Beyond false dichotomies. *Law & Policy*, 19(4), 529-559.
- Skocpol, T., & Amenta, E. (1986). States and social policies. *Annual Review of Sociology*, 12(1), 131-157.
- Sobczak, A. (2006). Are codes of conduct in global supply chains really voluntary? From soft law regulation of labour relations to consumer law. *Business Ethics Quarterly*, 16(2), 167-184.
- Sorauf, F. J. (1957). The public interest reconsidered. *The Journal of Politics*, 19(4), 616-639.
- Strange, G. (1997). The British labour movement and economic and monetary union in Europe. *Capital & Class*, 21(3), 13-24.
- Sunstein, C. R. (1994). Incommensurability and valuation in law. *Michigan Law Review*, 92(4), 779-861.
- Terris, M. (1999). The neoliberal triad of anti-health reforms: Government budget cutting, deregulation, and privatization. *Journal of Public Health Policy*, 20(2), 149-167.

- Tombs, S., & Whyte, D. (2013). Transcending the deregulation debate? Regulation, risk, and the enforcement of health and safety law in the UK. *Regulation & Governance*, 7(1), 61-79.
- Walby, S. (1999). The new regulatory state: the social powers of the European Union. *The British journal of sociology*, 50(1), 118-140.
- Webster, C. (2003). Medicine and the Welfare State. *Medicine in the Twentieth Century*, 125-140
- Weldes, J. (1998). Bureaucratic politics: A critical constructivist assessment. *Mershon International Studies Review*, 42(2), 216-225.
- Wood, B. D., & Waterman, R. W. (1991). The dynamics of political control of the bureaucracy. *American Political Science Review*, 85(3), 801-828.

#### דוחות

- דו"ח ועדת נתניהו לבדיקת יעילותה ותפקודה של מערכת הבריאות (1990). המלצת דעת הרוב, עמ' 44-67.
- דו"ח ועדת טל, (במינוי השר בניזרי), (1999). מסקנות הוועדה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- דו"ח ועדת ליאון (2004). הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים.
- דו"ח מבקר המדינה 56 (2006). מוסדות ניהול ובקרה בקופות החולים.
- כנס ים המלח השמיני (31-30 מאי, 2007). קופות החולים: המשטר התאגידי, הגבולות וסל השירותים. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- דו"ח מבקר המדינה, דו"ח מיוחד (2010) מוסדות הניהול, הפיקוח והבקרה על קופות החולים.
- כנס ים המלח ה-19 (12-11 דצמבר, 2019). עשרים וחמש שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: אתגרם והתאמות לעשור הבא. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

#### חוקים, תקנות והחלטות ממשלה

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994).
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). תיקון מס' 2 (1994).
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). תיקון מס' 5 (1996).
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). תיקון מס' 7 (1996).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). תיקון מס' 9 (1998).  
חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). תיקון מס' 27 (2005).  
חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). תיקון מס' 28 (2005).  
חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). תיקון מס' 36 (2008).  
חוק זכויות החולה (1996).

חוזרי האגף לפיקוח על קופות החולים (1996-2019).

החלטת ממשלה 337 לשנת 2015: "חיזוק הרפואה הציבורית ואסדרת תחום ביטוחי הבריאות והתכניות לשירותי בריאות נוספים" - אישור החלטת ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה בתאריך 5.8.2015.

טיוטת חוק ההסדרים לשנת 2020, פרק בריאות. אוחזר מתוך אתר משרד האוצר:

[https://www.gov.il/BlobFolder/guide/economic-plan/he/EconomicPlan\\_EconomicPlan2020\\_economic-plan-draft-file.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/guide/economic-plan/he/EconomicPlan_EconomicPlan2020_economic-plan-draft-file.pdf)

הסכמי הייצוב של משרד הבריאות עם ארבעת קופות החולים לשנת 2017. אוחזר מתוך אתר משרד הבריאות:

[https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMesseges/Pages/30042019\\_1.aspx](https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMesseges/Pages/30042019_1.aspx)

פסק דין קפצן: ע"ע 1557/04 קופת חולים כללית נ' ישעיהו קפצן (29.12.2005).

פסק דין טיירו: ע"ע 2035/08 קופת חולים כללית נ' טיירו ז"ל (9.11.09).

#### **כתבות עיתונאות ופרוטוקולים**

יסעור בית אור, מ' (15.11.2010). "המבקר נגד מאוחדת: איפה שלא תיגע מריח רע". ווינט.

יסעור בית אור, מ' (22.12.10). "מנכ"ל מש' הבריאות הורה: יפוטר מנכ"ל מאוחדת". ווינט.

חובל ר' (14.02.2011). "בכירי מאוחדת צפויים לקבל מהקופה פיצויים מוגדלים". כלכליסט.

לינדר ר', (15.11.2010). "מבקר המדינה בדו"ח חסר תקדים: שחיתויות במיליוני שקלים בקופת חולים מאוחדת". דה מרקר.

לינדר ר', (09.04.2013). "חבר דירקטוריון למנכ"ל מאוחדת: אתה הופך אותנו למריונטות". דה מרקר.

לינדר ר' (13.05.2013). "רעידת אדמה מאוחדת: מהלך להדחת מנכ"ל מחשש לאי סדרים". דה מרקר.

לינדר ר' (2.05.2016). "ליצמן גירש את הסמנכ"לית בצעקות צאי החוצה". דה מרקר.

לינדר ר', שטרקמן ר' (6.04.2018). "אנשים בישראל סובלים ומתים כי הם לא מודעים לזכויות שלהם".  
דה מרקר.

ניב ש', (23.11.2016). "כרטיס צהוב לשר, סימן אזהרה למנכ"ל". גלובס.

פרוטוקול מס' 237 מתאריך 19.06.2007. ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

## שונות

תקנון קופת חולים מאוחדת. אושר במועצת הקופה בתאריך 13.1.2015:

<https://www.meuhedet.co.il/media/2567/%D7%AA%D7%A7%D7%A0%D7%95%D7%9F-%D7%9E%D7%90%D7%95%D7%97%D7%93%D7%AA.pdf>

תקנון קופת חולים "כללית". אושר במועצת הקופה בתאריך 8.2.2015:

[https://www.clalit.co.il/he/info/Documents/clalit\\_regulations\\_21\\_09\\_2020.pdf](https://www.clalit.co.il/he/info/Documents/clalit_regulations_21_09_2020.pdf)

תקנון קופת חולים "לאומית". אושר במועצת הקופה בתאריך 13.01.2014:

[https://www.leumit.co.il/UploadedFiles/01\\_2017/%D7%AA%D7%A7%D7%A0%D7%95%D7%9F%20%D7%9C%D7%90%D7%95%D7%9E%D7%99%D7%AA%20.pdf](https://www.leumit.co.il/UploadedFiles/01_2017/%D7%AA%D7%A7%D7%A0%D7%95%D7%9F%20%D7%9C%D7%90%D7%95%D7%9E%D7%99%D7%AA%20.pdf)

## נספח מרואיינים

תפקיד	תאריך
סמנכ"לית משרד הבריאות לשעבר, מנהלת האגף לפיקוח על קופות החולים.	15.1.2020
סמנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, מנהל האגף לפיקוח על קופות החולים.	16.2.2020
הממונה הנוכחי על השב"ן ותכניות משלימות באגף הפיקוח על קופות החולים	20.2.2020
הנציבה לקבילות ציבור על הקופות במשרד הבריאות	1.3.2020
סמנכ"ל משרד הבריאות, מנהל נוכחי של האגף לפיקוח על קופות החולים	1.3.2020
החשבת הכללית לשעבר וסמנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, מנהל האגף לפיקוח על קופות החולים	24.3.2020
המשנה ליועמ"ש משרד הבריאות לשעבר	31.3.2020
מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, סמנכ"ל קופת חולים מכבי בהווה.	21.4.2020
מרכזת פניות הציבור באגף לפיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות	30.4.2020
הממונה לשעבר על השב"ן ותכניות משלימות באגף הפיקוח על קופות החולים	30.4.2020