

## הזכות לבריאות: בתנאי שתשלמו

בשנת 1994 חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנועד לבטא את מחויבותה של מדינת ישראל למימוש אוניברסלי ושוויוני של הזכות לבריאות. ואולם, מחויבות זו נשחקה עד מהרה. קיצוצים הדרגתיים בתקציב הבריאות ותהליך ההפרטה שמקדמות ממשלות ישראל - ומשרד האוצר בראשן - מרוקנים בהדרגה את חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתוכנו, ומותירים את השכבות מעוטות האמצעים בלא מענה. מערכת הבריאות הציבורית, היחידה הנגישה לשכבות מעוטות האמצעים ולעיתים אף לשכבות הביניים, נתונה תחת לחצים כלכליים כבדים. חלק משירותי הבריאות - במיוחד אלה שסופקו ישירות על-ידי המדינה (ולא על-ידי קופות החולים)<sup>151</sup> - הופרטו, ואיכותם התדרדרה. במקביל נרשמת עלייה בהשתתפות הפרטית של האזרחים בעלויות שירותי הבריאות - אצל מי שיכול להרשות לעצמו. כך נוצרות שתי מערכות בריאות השונות משמעותית באיכותן - לעשירים ולעניים. קיומם של פערים בשירותי הבריאות ובממדי הבריאות (תחלואה ותמותה) על בסיס גאוגרפי, חברתי-כלכלי ואתני, הוא כבר בבחינת "חדשה" ישנה, ועמדנו על הנושא בהרחבה גם בדוחות קודמים.<sup>152</sup> בדוח זה נרצה להתמקד בכמה מאפיינים של מערכת הבריאות הציבורית, המבטאים בצורה המובהקת ביותר את הפיכתה של הבריאות במדינת ישראל מזכות למצרך ואת התנייתה ביכולת כלכלית: תשלומי ההשתתפות, הביטוחים המשלימים וההצעה להקים קופת חולים חמישית, שתפעל למטרות רווח. על רקע זה חשוב לציין לפני כן התפתחות חיובית מהשנה האחרונה, הנוגעת לשירותי בריאות השן. שירותי בריאות השן ברובם אינם כלולים בסל שירותי הבריאות הממלכתי, ומימנם מוטל על האזרחים. עקב כך, השירותים זמינים רק למי שהפרטה מצויה בכיסו. שירותי בריאות שיניים הם סעיף הוצאה הכבד ביותר של משקי הבית מתוך ההוצאות על הבריאות,<sup>153</sup> ורבים נאלצים לוותר עליו מסיבות כלכליות.<sup>154</sup> תחלואת השן בישראל גבוהה ביחס למדינות מפותחות אחרות, והפערים בתחלואה בין בעלי הכנסה גבוהה לבעלי הכנסה נמוכה ובינונית גדולים. ראשיתם של הפערים כבר בילדות, והם מושפעים בראש ובראשונה מיכולת כלכלית של ההורים. רפואת השן המניעתית, שאמורה להינתן כשירות ממשלתי לכל תלמיד, הלכה והתדרדרה במהלך השנים: נוהל משרד הבריאות קבע, כי סל בריאות השן לתלמידים יסופק על-ידי הרשויות המקומיות, אם יבחרו בכך. כתוצאה מכך, השירות איננו ניתן במרבית הרשויות המקומיות: רשויות מקומיות מבוססות

151 כגון שירותי הבריאות לתלמיד. ראו למשל: שלי לוי, **שירותי הבריאות לתלמיד בישראל: 1998-2008**, מרכז המחקר והמידע בכנסת, דצמבר 2008, <http://www.knesset.gov.il/mmm/doc.asp?doc=m02178&type=pdf>.

152 ראו: **זכויות האדם בישראל - תמונת מצב 2008**, **האגודה לזכויות האזרח**, דצמבר 2008, עמ' 56-60, <http://www.acri.org.il/pdf/tmunat2008.pdf>;  
**זכויות האדם בישראל - תמונת מצב 2007**, **האגודה לזכויות האזרח**, דצמבר 2007, עמ' 7-14, <http://www.acri.org.il/pdf/tmunat2007.pdf>.

153 טוביה חורב ויונתן מן, **רפואת הפה והשיניים - אחריות המדינה לתושביה, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל**, יולי 2007, [http://www.taubcenter.org.il/files/H2007\\_Oral\\_Dental\\_Health.pdf](http://www.taubcenter.org.il/files/H2007_Oral_Dental_Health.pdf).

154 כך, למשל, בשנת 2007 ויתרו 40% מהזקוקים לטיפול שיניים על הטיפול בשל קשיים כלכליים. ראו: **רווחת האוכלוסיה בישראל - ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי 2007**, **הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה**, יוני 2008, [http://www.cbs.gov.il/hodaot2008n/19\\_08\\_112b.pdf](http://www.cbs.gov.il/hodaot2008n/19_08_112b.pdf), וכן: **למ"ס - הסקר החברתי 2007**, **הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה**, מרס 2009, [http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text\\_page.html?publ=6&Year=2007&Month=1](http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=6&Year=2007&Month=1), לוח 18: בני 20 ומעלה, לפי ייתורים בתחום הבריאות מסיבות כלכליות, ולפי תכונות נבחרות, 2007. ראו גם: **רפואת הפה והשיניים - אחריות המדינה לתושביה**, ה"ש 153 לעיל.

נטות לספק לתלמידיהן סל טיפולי שיניים ובדיקות, בעוד שברשויות מקומיות שמצבן הכלכלי איתן פחות התלמידים אינם מקבלים דבר. מספר הרשויות המקומיות המספקות את השירות נמצא בתהליך מתמיד של ירידה. בעקבות עתירה שהגישו האגודה לזכויות האזרח ורופאים לזכויות אדם<sup>155</sup> הודיע משרד הבריאות בחודש מאי 2009, כי יממן סל בריאות שן מניעתי בסיסי לכל תלמידי ישראל - וכך יקבלו כל התלמידים טיפול זהה, ללא קשר למצבה הכלכלי של הרשות המקומית. להחלטה זו נודעת חשיבות רבה, בהיותה צעד ראשון שעושה הממשלה לכוון כינון שירות שיניים ציבורי לילדים. להתמקדות במניעה יש יתרונות רפואיים וכלכליים, שכן ההשלכות נמשכות לאורך כל החיים: בהעדר השקעה בסיסית ברפואה דנטלית מונעת נגרמים לילדים נזקים ארוכי טווח, ובהמשך נדרשים טיפולים כואבים ויקרים. עדיין לא ברור איזה הסדר תיצור המדינה וכיצד יסופק השירות. כמו כן, ארגוני זכויות אדם וארגוני בריאות טוענים כי אין להסתפק בסל המניעתי שמתעתד משרד הבריאות לספק, הכולל חינוך ובדיקה, ועליו לכלול גם מספר מוגבל של טיפולי שיניים.

האגודה לזכויות האזרח הקימה, יחד עם ארגונים נוספים, קואליציה רחבה שמטרתה להכניס את רפואת השיניים כולה לסל השירותים הציבורי, ובשלב הראשון, להתמקד בקטינים ובקשישים. הקואליציה, שמטרתה להפוך את בריאות השן לחלק אינטגרלי מחוק בריאות ממלכתי, יזמה הצעת חוק מפורטת בנושא. סגן שר הבריאות, יעקב ליצמן, הכריז כבר בפתח כהונתו כי הוא מתכוון להסדיר את רפואת השיניים הציבורית עבור ילדים.<sup>156</sup> הודעתו כי בכוונתו להשתמש למטרה זו בחלק מהתקציב הדרוש עבור סל התרופות החדשות עוררה התנגדות ציבורית,<sup>157</sup> אולם אין ספק שהכוונה להסדיר את הנושא היא צעד חשוב בכיוון הנכון.

## תשלומי השתתפות עצמית

"קורע את הלב לראות משפחות של מבוטחים שאינן נכנסות לרופא, כי אין להן 19 שקל לשלם את ההשתתפות העצמית לביקור, הקבועה בחוק [...] רוקחים בבתי מרקחת שלנו מוציאים לעתים כסף מכיסם, כדי לשלם במקום החולים את ההשתתפות העצמית לקניית תרופה, כי למבוטחים פשוט אין כסף".<sup>158</sup>

תשלומי ההשתתפות העצמית הם תשלומים שהאזרח נדרש לשלם בעבור שירותים רפואיים, תרופות וציוד רפואי, שנכללים בסל הבריאות. חוק ההסדרים לשנת 1998 התיר לקופות החולים להגדיל את תשלומי ההשתתפות של החברים בתרופות ובשירותים רפואיים וכן להוסיף תשלומים חדשים. מאז, תשלומים אלה נמצאים במגמת

155 בג"צ 2311/08 האגודה לזכויות האזרח בישראל נגד משרד הבריאות, <http://www.acri.org.il/pdf/petitions/hit2311.pdf>.

העתירה הוגשה באמצעות ע"ד דורי ספיבק מהתכנית לזכויות אדם באוניברסיטת תל אביב.

156 אורלי וילנאי, 'ס' שר הבריאות מתכנן: טיפולי שיניים חנים לילדים וקשישים, 22.7.09, הארץ online, <http://www.haaretz.com/hasite/spages/1101993.html>.

157 מיטל יסעור בית-אור, רפואת שיניים בחינם? לא על חשבון סל התרופות, 10.9.09, ynet, <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3774725,00.html>.

דן אבן, סגן שר הבריאות, יעקב ליצמן: טיפולי שיניים לילדים יוכנסו לסל התרופות, 10.11.09, הארץ online, <http://www.haaretz.com/hasite/spages/1127199.html>.

158 דבריו של מנכ"ל קופת חולים "לאומית", נסים אלון, בכינוס ביטוחי בריאות, כפי שהובאו ב: אלעזר לוי, מנכ"ל לאומית: לבי נקרע כשלחולים אין כסף לרופא, 10.9.09, news1, <http://www.news1.co.il/Archive/001-D-213404-00.html?tag=12-58-56>.

עלייה. על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 32% מההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2008 מומנו על-ידי תשלומים ישירים של משקי הבית בעבור תרופות ושירותים רפואיים, ובכלל זה טיפולי שיניים.<sup>159</sup> מבקר המדינה אף קבע<sup>160</sup> כי "העלויות המשמעותיות בשיעורי ההשתתפות העצמית אושרו ללא מדיניות מכוונת וללא ראייה כוללת של משרדי הבריאות והאוצר ולרעת החולים - שהם הנפגעים היחידים."

ואכן, אנשים המשתייכים לשכבות מעוטות האמצעים מתקשים פעמים רבות לעמוד בתשלומי ההשתתפות. נתונים שמתפרסמים בשנים האחרונות שבים ומוכיחים כי תופעת הוויתור על שירותים רפואיים בשל עלותם הולכת ומתרחבת, בעיקר בקרב השכבות מעוטות האמצעים.<sup>161</sup> ראיונות שערכה עמותת רופאים לזכויות אדם עם 44 רופאי משפחה ורופאי ילדים בקהילה<sup>162</sup> מלמדים, כי רופאים נוקטים מגוון דרכים כדי לסייע למטופליהם העניים לקבל תרופות שאינן בהישג ידם: נתינת "דוגמיות" שקיבלו מידי סוכני מכירות של חברות תרופות; חתימה על מרשם לתרופה כאילו ניתן בתאריך מוקדם או מאוחר מהיום שבו ניתן בפועל, כדי שהתרופה תיחשב ככזו שנרכשה ברבעון מוקדם או מאוחר יותר, ובהתחשב בתקרה הרבעונית להוצאה למטופל על-פי החוק; העברת תרופות ממטופל שאינו זקוק להן עוד למטופל אחר; קבלת תרופות מבני משפחה של מטופלים שנפטרו והעברתן למטופלים עניים; החלפת תרופה יקרה בתרופה זולה יותר - שלה תופעות לוואי רבות יותר; ומימון התרופה מכיסו הפרטי של הרופא. דרכים אלה, על-פי העמותה, לא רק שאינן חלק מהגדרת תפקידם של הרופאים, אלא אף מעלות שאלות אתיות קשות. נדגיש כי מדובר בתרופות הכלולות בסל הבריאות, ועל כן אמורות להיות נגישות וזמינות לכול.

לתשלומי ההשתתפות העצמית שתי מטרות עיקריות: למנוע צריכת יתר של שירותים רפואיים ולהגדיל את מקורות המימון של מערכת הבריאות. אולם נראה כי המטרה הראשונה אינה מושגת, והמטרה השנייה מושגת במחיר כבד של פגיעה בזכויות לשוויון ובזכות לבריאות של חלק מתושבי ישראל. עמותת רופאים לזכויות אדם מנהלת מערכה ציבורית נגד תשלומי ההשתתפות מאז 2005. נייר עמדה שפרסמו השנה רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח<sup>163</sup> מסכם את ההשפעות השליליות הנובעות מהטלת תשלומי ההשתתפות עצמית:

■ בטווח הארוך, תשלומי ההשתתפות אינם מפחיתים את הצריכה הכוללת של שירותי הבריאות. במקרים מסוימים הם מפחיתים את הצריכה בטווח הקצר, אך במשך הזמן חוזרת הצריכה הכוללת לרמתה הקודמת. הסיבה לכך היא שהביקוש לשירותי בריאות של כלל האוכלוסייה אינו גמיש.

■ לתשלומי ההשתתפות נודעת השפעה על צריכת שירותי בריאות של קבוצות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, והם אכן מפחיתים את צריכת שירותי הבריאות של אוכלוסיות אלו לאורך זמן. אלא שלא מדובר בהפחתה של צריכת שירותים מיותרים - כי אם בוויתור על שירותים שהאדם או המשפחה זקוקים להם באמת.

159 **בשנת 2008: ההוצאה הלאומית לבריאות - 7.7% מהתמ"ג**, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 16.8.09, [http://www.cbs.gov.il/www/hodaot2009n/08\\_09\\_172b.pdf](http://www.cbs.gov.il/www/hodaot2009n/08_09_172b.pdf)

160 **דוח שנתי 2007 - סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות**, באתר משרד מבקר המדינה, מאי 2008, עמ' 411, <http://www.mevaker.gov.il/serve/contentTree.asp?bookid=514&id=57&contentid=&parentcid=undefined&w=1024&hw=698>

161 ראו למשל, **היקפי ההשתתפויות העצמיות של מבטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות - 2009**, ההסתדרות הרפואית בישראל, <http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=910>

162 הממצאים מובאים ב: ד"ר דני פילק, עו"ד דורי ספיבק, שלומית אבני-וקנין ורמי אדוט, **נייר עמדה בנושא היקף ההשתתפויות העצמיות של מבטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות**, רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח, מרס 2009, <http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=68&ItemID=114>

163 **נייר עמדה בנושא היקף ההשתתפויות העצמיות של מבטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות**, ה"ש 162 לעיל.

על-פי ההסתדרות הרפואית בישראל,<sup>164</sup> לא רק זכויות החולים נפגעות, אלא גם יעילות המערכת. הוויתור על קבלת טיפול ראשוני גורר, פעמים רבות, סיבוכים וצורך בקבלת טיפול מקיף שניוני ושלישוני, שעלותם למערכת, בסופו של דבר, רבה יותר. נוסף על כך, צריכה פחותה של שירותי מניעה וגילוי מוקדם, בשל העלות הכרוכה בהם, מאלצת את המערכת לטפל בסופו של דבר במחלות כשהן בשלב מתקדם יותר - טיפול שעלותו יקרה לאין ערוך.

■ תשלומי השתתפות חותרים תחת עקרונות הצדק והעזרה הדדית העומדים בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: הם גרסיביים, שכן הם מהווים נתח גדול יותר של ההכנסות ככל שאלה נמוכות יותר; כמו כן הם מהווים מס על מחלה. הצרכנים העיקריים של שירותי הבריאות הם קשישים וחולים כרוניים, שתי קבוצות שהכנסותיהן לרוב נמוכות יותר (הקשישים - משום שיצאו ממעגל העבודה, החולים הכרוניים - כיוון שיכולת הפרנסה שלהם נפגעת לעתים עקב מחלתם), ובאופן אבסורדי אלה הן שתי הקבוצות שנדרשות לשלם את סכומי ההשתתפות העצמית הגבוהים ביותר.

■ תשלומי ההשתתפות מחייבים משפחות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך שאינן מוותרות על רכישת תרופות, לוויתור על הוצאות חשובות אחרות כגון חינוך או ביגוד. בכך תורמים תשלומי ההשתתפות לשכפול הבין-דורי של המצוקה.

■ תשלומי ההשתתפות פוגעים במערכת היחסים שבין המטפל למטופל ובאמון שנוצר ביניהם, ומקשים על הרופא לשמור על מחויבותו לטובתו העליונה של החולה. הם יוצרים "נאמנות כפולה" של הרופאים - הן למערכת שהם עובדים בה והן לטובת החולה, ומאלצים אותם לנקוט אמצעים שיש להם השלכות אתיות קשות, כפי שתואר לעיל.

בנייר העמדה מציעות האגודה לזכויות האזרח ורופאים לזכויות אדם לבטל באופן הדרגתי את תשלומי ההשתתפות העצמית בעבור תרופות מרשם ושירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות הממלכתי, ומציעות מקורות מימון חלופיים שיפצו את קופות החולים על הירידה בהכנסותיהן. גם ההסתדרות הרפואית אוחדת בדעה כי יש לבטל את תשלומי ההשתתפות בעבור חלק מהשירותים, בעיקר שירותי מניעה, והיא מציעה מנגנונים נוספים שמטרתם "להשיג את האיזון הראוי בין הבטחת טיפול רפואי לכולם לבין התייעלות".<sup>165</sup> בתחילת שנת 2009 מינה משרד הבריאות ועדת מומחים שתבחן את נושא תשלומי ההשתתפות. על-פי הפרסומים הייתה הוועדה אמורה להגיש את המלצותיה עד סוף חודש מרס,<sup>166</sup> אולם למיטב ידיעתנו אלה טרם פורסמו.

## ביטוחים משלימים<sup>167</sup>

כאמור, מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994, סל הבריאות הבסיסי הולך ונשחק. לחללים שנפגעו בסל הבריאות נכנסים הביטוחים המשלימים של קופות החולים, המעניקים למבוטחים שידם משגת טיפולים ותרופות שאינם כלולים בסל. ביטוחים אלה הם מעין יציר כלאיים של ביטוח רפואי ציבורי ופרטי: קופות החולים

<sup>164</sup> היקפי ההשתתפויות העצמיות של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות - 2009, ה"ש 161 לעיל

<sup>165</sup> היקפי ההשתתפויות העצמיות של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות - 2009, ה"ש 161 לעיל, בחלק הרביעי: ההשתתפויות עצמיות - המשמעות כלפי הציבור.

<sup>166</sup> דן אבן, משרד הבריאות נגד ההשתתפות העצמית, מעריב, 4.3.09.

<sup>167</sup> נכתב בסיוע רמי אדוט מהאגודה לזכויות האזרח.

- המופקדות על מימוש השירותים הציבוריים - מוכרות אותם באופן פרטי לציבור המבוטחים שלהן, בהסדרה ובפיקוח ממשלתיים. כך, באצטלה של ביטוח ציבורי מפוקח, מוסיפות הקופות רבדים על רבדים של ביטוח, והבריאות הופכת למצרף: מי שיוכל - קונה ביטוח "משלים", ואחר כך "מושלם", ו"עדיף", ו"משודרג" ו"שיא"; ומי שאינו יכול - נותר ללא ביטוח כזה. הביטוחים המשלימים אינם מציעים פתרון לכלל התושבים: ל-24% מהאוכלוסייה אין ביטוח משלים כלל. 52% מתוכם ויתרו על רכישת הביטוח המשלים בשל קשיים כלכליים. מטבע הדברים, מי שאינם מבוטחים בביטוח משלים הם האוכלוסיות המוחלשות ביותר: מעל 30% מחברי קופת חולים כללית, שמבטחת באופן בלתי פרופורציונלי ביחס ליתר הקופות את האוכלוסיות המוחלשות ביותר במדינה; 53% מתושבי ישראל הערבים; 38% מעולי שנות התשעים; וכ-40% מבעלי ההכנסה הנמוכה. ל-32% ממי שמגדירים את מצבם הבריאותי כ"לא טוב" אין ביטוח משלים.<sup>168</sup> מאחר שהפרמיה של הביטוח המשלים המשופר יקרה יותר ונקבעת בהתאם לגילו של המבוטח, האפשרות של קשישים ושל בעלי הכנסה נמוכה לבטח עצמם בביטוח כזה נמוכה עוד יותר. דהיינו, לא רק שהביטוחים המשלימים אינם נותנים מענה לכול, אלא שהם מעמיקים את הפער שבין המעמד הנמוך לבין מעמד הביניים, ומעצימים את תהליך הפיכת שירותי הבריאות מזכות למצרף.

עיבוי הביטוחים המשלימים מחזק את המגמה הכללית של הקטנת הסל הבסיסי של התרופות והשירותים שהמדינה מחויבת לספק לתושביה, ומרחיב את השירותים שהתושבים מקבלים כנגד הגדלת השתתפותם בתשלום. הרחבת הביטוחים המשלימים מבודדת את המעמד החברתי-כלכלי הנמוך, שכן היא נותנת מענה מִיָּדִי לצרכים של מעמד הביניים; מאחר שמעמד הביניים יכול לממן לעצמו ביטוח משלים, לא נותרת לו מוטיבציה להפעיל את כוחו הפוליטי כדי להיאבק למען הרחבת סל בריאות ממלכתי שייטיב עם כולם. הביטוחים המשלימים תורמים להגדלת הפערים בדרך נוספת: לקופות החולים משתלם להשקיע מאמצים בשיווק ביטוחים משלימים משופרים עבור אוכלוסייה בעלת כח קניה כלכלי - בדרך כלל, אוכלוסיה צעירה, בריאה ואמידה מהמרכז. במצב העניינים הנוכחי בתחום הביטוח המשלים אין לקופות החולים שום תמריץ ממשי להשקיע בפיתוח השירותים בפריפריה או להתאים אותם לצורכיהן של קבוצות חלשות ועניות.

הביטוח המשלים משמש אבן שואבת לרפורמות בתחום שירותי הבריאות - רפורמות שחלקן עלולות להגביר את הפערים בתחום הבריאות. כך, למשל, הועלתה בכנסת הנוכחית הצעה חדשה-ישנה להכניס שירות רפואי פרטי (שר"פ) לתוך בתי חולים הציבוריים - הפעם באמצעות הביטוחים המשלימים.<sup>169</sup> הכנסת השר"פ לבתי החולים הציבוריים עלולה לגרום ליצירת שני סוגי חולים שיאושפזו זה לצד זה - החולה ה"ציבורי" והחולה ה"פרטי", אשר יכול, למשל, לבחור את רופאיו. הצעת החוק נדחתה על-ידי ועדת השרים לחקיקה בלחץ ארגונים לשינוי חברתי, וביניהם האגודה לזכויות האזרח. אולם להצעה כזו יש תמיכה רבה בקרב בכירים במערכת הבריאות, ואפשר להניח שהיא תעלה שוב בעתיד על שולחן הכנסת.

## קופת חולים חמישית

סממן נוסף להפיכת הבריאות בישראל מזכות למצרף היא ההצעה להקים קופת חולים חמישית, שתפעל למטרות רווח. חוק ביטוח בריאות ממלכתי הגדיר את קופות החולים כגופים ציבוריים לכל דבר ועניין. החוק

168 נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מתוך **הסקר החברתי 2007**, ה"ש 154 לעיל.  
169 הצעת חוק לתיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון - בחירת רופא מנתח), התשס"ט-2009.

אף קבע כי אין להקים קופה חדשה אלא אם כן היא גוף הפועל שלא למטרות רווח. אלא שהממשלה, המודרכת על-ידי מדיניות של צמצום תקציבי, דוחקת בקופות לאמץ דפוסי התנהגות עסקיים, ואף לוחצת להפרטתן. אחת הדוגמאות המובהקות לכך היא ההצעה שהעלתה הממשלה ב-1998, להתיר הקמה של קופת חולים למטרות רווח. אמנם הצעת הממשלה נדחתה, אבל מאז היא שבה ועולה. כך, ההצעה נכללה גם בחוק ההסדרים לשנת 2009-2010, אך לא עלתה לבסוף להצבעה בכנסת, בין היתר בשל הלחץ שהפעילו ארגונים לשינוי חברתי.<sup>170</sup>

קופת חולים עסקית שתפעל בתוך מערכת שבה שאר ספקי שירותי הבריאות הם גופים ללא מטרות רווח תהווה מעין סוס טרויאני: היא עלולה להשפיע על שאר הקופות, ולעודד את הפיכתן לגופים עסקיים לכל דבר. משרד האוצר רואה בהקמתה של קופת חולים נוספת פעולה שתגביר את התחרות ואת היעילות, אולם הניסיון העולמי הוכיח כי הכנסת מאפיינים של כלכלת שוק לתוך מערכת הבריאות הציבורית לא הביאה לחיסכון במשאבים אלא להגדלת אי השוויון בנגישות לטיפול ובאיכותו. קופת חולים חמישית תמשוך אליה בעיקר צעירים או אנשים בגיל הביניים, בריאים יחסית, שכן הניסיון מלמד שקשישים וחולים כרוניים אינם מחליפים בקלות רופאים וקופות חולים שהם רגילים אליהם. כך תפעל הקופה החמישית על חשבון הקופות הציבוריות, שיצטרכו להמשיך ולבטח בעיקר את המבוטחים היקרים יותר. לפיכך, הקמת קופת חולים חמישית לא תפתור את בעייתיה של מערכת הבריאות הציבורית, אלא תפגע בסולידריות החברתית ותעמיק את אי השוויון.<sup>171</sup>

170 ראו למשל: ברברה סבירסקי, ד"ר דני פילק, רמי אדום ועו"ד דבי גילד-חיי, **חוק ההסדרים לשנת 2009-2010 - גזרות בתחום הבריאות - נסיגה קשה של הממשלה מאחריותה לבריאות תושביה, מרכז אדוה, רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח**, מאי 2009, <http://www.acri.org.il/story.aspx?id=2120>

171 ד"ר דני פילק, **הקמת קופת חולים חמישית - רווח רע לבריאות, מרכז אדוה, רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח**, יוני 2009, <http://www.phr.org.il/uploaded/קופת20%חולים20%חמישית20%דני20%פילק.pdf>