

מרכז אדוה

ת.ד. 36529, תל אביב 61364, טלפון 03-5608871,

פקס 03-5607108

חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מנקודת ראות של

שוויוניות, יעילות, עלות

נייר עמדה של מרכז אדוה

נובמבר 1996

אמות-מידה לבחינת ביצוע חוק בריאות ממלכתי

לאחר שעברו כמעט שנתיים מאז הופעל חוק בריאות ממלכתי, ניתן לגשת לבחינה ראשונית שלו, תוך התבססות על אמות-מידה מקובלות בעולם. הארגון לשיתוף פעולה כלכלי ולפיתוח מונה שלוש אמות מידה עיקריות:

שוויניות

מבחן השוויניות בודק האם הגביר החוק את מידת השוויון בנגישות לשירותי הבריאות

שוויניות היא אמת-המידה הראשונה בחשיבותה גם על פי ארגון הבריאות העולמי, אשר הכריז בשנת 1979 על מבצע "בריאות לכל לשנת 2000". מדינת ישראל אימצה את יעדי המבצע ואף הכריזה על כך רשמית, במסמך קווים למדיניות בריאות לאומית לטווח ארוך בישראל, משנת 1989.

יעילות

מבחן היעילות בודק האם החוק תרם להענקת רמת שירותים מרבית ולהשגת שביעת רצון מרבית בעלות קטנה ככל האפשר.

שמירה על רמת "סבירה" של ההוצאה הלאומית לבריאות

המבחן הזה בודק האם החוק תרם לקיום רמה סבירה של שירותי בריאות בלא שהדבר יהיה כרוך בהוצאה לאומית גדולה מדי - בין אם מדובר בהוצאה של הממשלה ובין אם בהוצאה של משקי הבית.

השפעת החוק על רמת ההוצאה הלאומית לבריאות

נתחיל עם אמת-המידה השלישית, רמה "סבירה" של הוצאה לאומית לבריאות. יש לומר כי אין קנה-מידה ברור לקביעה של רמת הוצאה "סבירה". היעד הוא מצב של "איזון" שבו ההיצע של שירותי בריאות אינו עולה על הביקוש, והביקוש אינו עולה על ההיצע. מבין הארצות שעליהן מפרסם הארגון נתונים, ארצות הברית היא בעלת ההוצאה הלאומית לבריאות הגבוהה ביותר - 14.1% - אך המערכת האמריקאית הינה בלתי שוויונית והיא מאופיינת, מצד אחד, על-ידי תשלומים גבוהים של משקי-בית בעשירונים הגבוהים, ומצד שני על-ידי קיומם של מיליוני אזרחים החסרים ביטוח רפואי. בתורכיה, לעומת זאת, ההוצאה הלאומית היא הנמוכה ביותר - 2.7% - אך מדינה זו מאופיינת ברמת שירותי בריאות ירודה, יחסית. הממוצע בארצות הארגון לשיתוף פעולה כלכלי היה 8.4 אחוז בישראל, ההוצאה הלאומית לבריאות עמדה על 8.0% מתמ"ג בשנת 1993, שיעור הדומה לשיעור הממוצע בארצות מערב אירופה. היא היתה נמוכה מזאת של ארצות הברית, קנדה, שוויץ, וצרפת, וגבוהה מזאת של תורכיה, יוון, אירלנד ודנמרק, בריטניה, ויפן. בן-נון ובן-אורי, 1996, השוואות בינלאומיות - ארצות הארגון לשיתוף פעולה בישראל: 28

שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מצוי בעלייה מתמדת. בשנת 1993, ההוצאה הלאומית לבריאות עמדה על 8.0% מתמ"ג, ב- 1994 עלתה ל- 8.3% מתמ"ג, ובשנת 1995, השנה בה הופעל חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הגיעה ככל הנראה ל- 9% יעקב קופ ביום עיון" חוק ביטוח בריאות שנתיים אחרי: האם החוק מצדיק את עצמו"; תל-אביב, 19.9.96. הנתון הרשמי מתפרסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה באיחור של כשנתיים.

יתרה מזאת, אוכלוסיית ישראל צעירה יותר מזאת של ארצות מערב אירופה, ולפיכך ניתן היה לצפות כי ההוצאה הלאומית לבריאות תהיה נמוכה יותר. מגמת הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות תקבל בשנים הקרובות תנופה נוספת, עם הגידול הצפוי בשיעור האוכלוסייה הקשישה.

נראה אם כך שהחוק לא הביא לירידה או להתייצבות ברמת ההוצאה הלאומית לבריאות למרות שזה היה אחד מיעדיו. דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. כרך ראשון, דעת הרוב. ירושלים:1970:1990,

ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג: השוואה בינלאומית 1993,

המדינה	ההוצאה הלאומית לבריאות
תורכיה	2.7%
יוון	5.7%
אירלנד	6.7%
דנמרק	6.7%
בריטניה	7.1%
יפן	7.3%
ספרד	7.3%
פורטוגל	7.3%
שבדיה	7.5%
ניו זילנד	7.7%
ישראל	8.0%
נורבגיה	8.2%
איסלנד	8.3%

בלגיה	8.3%
איטליה	8.5%
אוסטרליה	8.5%
גרמניה	8.6%
הולנד	8.7%
פינלנד	8.8%
אוסטריה	9.3%
צרפת	9.8%
שווייץ	9.9%
קנדה	10.2%
ארצות הברית	14.1%

מקור: בן-נון, גבי ובן-אורי, דני, 1996, *השוואות בינלאומיות - ארצות הארגון* לשתוף פעולה כלכלי וישראל, משרד הבריאות, עמ' 28

השפעת החוק על היעילות של מערכת הבריאות

אם נתבונן במבחן השני - יעילות כלכלית, הרי שהשלכות הפעלתו של חוק הבריאות יצרו תמונה מעורבת

ניתן לומר שהרמה הכללית של שירותי הבריאות ירדה מעט בעקבות החוק, וזאת כיוון שסל השירותים הנכלל בו מבוסס על סל השירותים של קופת החולים הכללית, שכלל פחות מרכיבים מאשר הסל של כמה מן הקופות הקטנות; סל הבריאות של חברי קופות אלה ירד

דבר נוסף - כאשר נקבעו עלויות סל השירותים, לא אומצה העלות הנמוכה ביותר, זאת של קופת החולים הכללית, ולא העלות הגבוהה ביותר - זאת של קופת חולים מכבי. במקום זאת, אומץ ממוצע עלות הסל של כל הקופות. על בסיס זה נשמעת הטענה כי חלק מצרכני שירותי הבריאות מקבלים עתה שירותים ברמה נמוכה יותר תמורת עלות גבוהה יותר בהשוואה לתקופה שקדמה לחוק

פן נוסף של מבחן היעילות קשור לנושא התחרות: מעצבי החוק ציפו שקופות החולים תתחרנה בינן לבין עצמן במישור של איכות השירותים שהן מציעות, על

מנת לרכוש לעצמן מבוטחים. איש לא שיער שתחרות זאת תתבטא בהוצאת סכומי עתק על מבצעי פרסום. ושיווק

מדד חשוב של יעילות הינו שביעות רצון הלקוחות. סקר שבדק שביעות רצון מהחוק 9 חודשים לאחר הפעלתו מצא שרוב הצרכנים - 78% - אינם חשים בשינוי כלשהו ברמת שירותי הבריאות בעקבות החלת החוק. (ברג ואחרים, 1996, מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: לקט ממצאים ראשוניים מסקר באוכלוסייה הכללית: עמ' 2) אולם הסקר מצביע על הבדלים בין חברי הקופות השונות: השיעור הגבוה ביותר של צרכנים שדיווחו כי שירותי הבריאות השתפרו בעקבות החוק נמצא בין חברי קופת החולים הכללית - 23%; זאת לעומת 11% בקרב חברי קופת חולים לאומית, 8% בקרב חברי קופת חולים מאוחדת ו- 7% בקרב חברי קופת חולים מכבי.

שביעות הרצון הגבוהה ביותר נמצאה בקרב האוכלוסייה הערבית - 31%; זאת, לעומת 17% באוכלוסייה היהודית הוותיקה ו- 2% בלבד בקרב העולים ממדינות חבר העמים אשר ענו כי השירות השתפר בעקבות החוק. (שם: 3) עורכי הסקר מסבירים ש"החוק נתן לקופות תמריץ גדול יותר מבעבר למשוך אליהן משפחות גדולות גם אם הכנסותיהן אינן גבוהות." שם: 3

יו"ר המועצה והדירקטוריון של קופת החולים הכללית, פרופ' דן מיכאלי, טוען כי מערכת הבריאות סובלת מאי יעילות ומבזבז משאבים שאין בידי החוק החדש כדי לתקנם. ("אין די בחוק הבריאות"; הארץ. 9.10.96, מיכאלי, ועמו מבקרים אחרים של משרד הבריאות (ר', לדוגמא, דו"ח ועדת נתניהו), מונה, בין השאר, כפילויות: לדוגמא, שירותי אבחון ושירותי רופאים מומחים המוענקים גם במרפאות של קופות החולים וגם במרפאות חוץ של בתי-החולים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא תיקן - וגם לא אמור היה לתקן - את כל מקורות אי היעילות במערכת הבריאות. בצד שיפורים שהביא החוק, המתבטאים בין השאר בשביעות רצון של רבים מן המבוטחים, נראה שהוא יצר מוקדי אי יעילות חדשים

השפעת החוק על השוויוניות במערכת הבריאות

המבחן החשוב ביותר, הן בעיני ארגון הבריאות העולמי והן בעיני הארגון לשיתוף פעולה, הוא:

מבחן השוויוניות. חוק בריאות ממלכתי עומד במבחן - אך לא בלי ההסתייגויות שלהלן:

א. בעת קבלתו של החוק בכנסת שרר אי שוויון ברמת שירותי הבריאות בישראל - בין מרכז לפריפריה, בין ערים גדולות לעיירות פיתוח, ובין יישובים יהודיים ליישובים ערביים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא כלל הקצאת משאבים מיוחדים לצמצום פערים אלה

ב. אי הכללה של כל סוגי האשפוז הסיעודי מהווה אי צדק מבחינת ציבור הקשישים, ובמיוחד אלה החסרים משאבים פרטיים לאשפוז סיעודי

עם זאת, חוק בריאות ממלכתי תרם לשוויון בתחומים רבים.

יותר מרפאות ביותר יישובים

עוד בשעת הדיונים על החוק, הזדרזו קופות החולים לפתוח מרפאות חדשות, בתקווה למשוך חברים חדשים - שיגדילו את הנתח הצפוי מכספי מס הבריאות. לדוגמא, קופת חולים מכבי פתחה סניפים בעיירות פיתוח ובכפרים ערביים. התוצאה: עוד לפני החלת החוק חל שיפור במידת הנגישות ובגודל המבחר שעמד בפני צרכני הבריאות בישראל.

זכות הבחירה בקופת חולים

החוק קבע את הזכות לברור בין קופות החולים, וחייב את קופות החולים לקבל כל צרכן המבקש להצטרף. בפועל, רק מעטים עשו שימוש בזכות הבחירה והמעבר החופשי מקופה לקופה: בשנה הראשונה להפעלת החוק, עברו רק כ- 4% קופה - שיעור גבוה אך במעט מ- 2.4% בממוצע לשנה ב- 5 השנים שקדמו לחוק. (ריקי לוי, יום עיון "חוק ביטוח בריאות שנתיים אחרי: האם החוק מצדיק את עצמו"; תל-אביב, 19.9.96). ארגון צב"י (צרכני בריאות ישראל) טוען שקופות החולים טרם הפנימו את שיטת הבחירה העצמית והם מערימים מכשולים על הדרך למימוש זכות זו. אתי פרץ, ביום עיון "חוק ביטוח בריאות שנתיים אחרי: האם החוק מצדיק את עצמו"; תל-אביב, 19.9.96.

יותר מבוטחים

אחד היעדים הראשיים של חוק הבריאות החדש היה הבטחת ביטוח רפואי לכל תושבי ישראל. לפני קבלת החוק, כ- 300,000 תושבי המדינה - רובם ככולם ערבים - לא היו מבוטחים באף אחת מקופות החולים. החוק קבע כי כל תושב בוגר חייב לבטח את עצמו באחת הקופות, וכי כל קופה חייבת לקבל כל תושב ותושבת הפונים אליה. קודם לחוק החדש, יכלו הקופות לסרב לקבל אדם בגלל גילו או בגלל מצב בריאותו.

בפועל, הצטרפו רק כ- 80,000 נפשות חדשות לארבע קופות החולים מאז החלת החוק. (דני אלקיים, הביטוח הלאומי, שיחה ביום 11.9.96). אין שום מידע על התושבים הנותרים הלא מבוטחים שלא נרשמו לאחת מקופות החולים: האם אי הצטרפותם נובעת מהעדר מידע, מהעדר צורך בשירותי בריאות, או מהעדר רצון לדווח על הכנסות ולשלם את מס הבריאות.

בעלי הכנסות נמוכות משלמים פחות, בעלי הכנסות בינוניות וגבוהות משלמים יותר

חוק הבריאות גרם לשינוי בשיטת התשלום עבור ביטוח בריאות: כיום, בעלי הכנסות נמוכות משלמים פחות, ובעלי הכנסות בינוניות וגבוהות משלמים יותר

דו"ח המוסד לביטוח לאומי קובע כי ביום החלת החוק (1.1.95), יחיד/ה או גבר שאשתו עובדת ושהכנסתו החודשית (ברוטו) נמוכה מ- 4,000 ש"ח ישלם פחות ממה ששילם לפני החוק, ומי שהכנסתו החודשית עולה על 4,000 ש"ח, ישלם יותר - וההפרש עולה עם רמת השכר. גבר שאשתו אינו עובדת והכנסתו החודשית נמוכה מ- 12,000 ש"ח ישלם פחות, מי שמשתכר יותר מ- 12,000 ש"ח ישלם יותר - וההפרש עולה עם רמת השכר.

תשלומים לפני ואחרי חוק בריאות ממלכתי

מס אחיד לקופ"ח כללית ודמי ביטוח בריאות (בש"ח) ינואר 1995

הכנסה חודשית ברוטו	יחיד/ה וגבר שאשתו עובדת		גבר שאשתו אינה עובדת		אשה נשואה עובדת	
	מס אחיד	דמי ביטוח בריאות	מס אחיד	דמי ביטוח בריאות	מס אחיד	דמי ביטוח בריאות
2,000	100	81	145	81	99	81
2,500	125	110	175	110	99	110
3,000	150	138	210	138	106	138
4,000	196	195	276	195	138	195
5,000	243	252	341	252	169	252
6,000	279	309	391	309	194	309
8,000	345	406	487	406	241	406
10,000	385	502	548	502	269	502
12,000	415	598	593	598	290	598
14,000	415	694	593	694	290	694
16,000	415	775	593	775	290	775

מקור: המוסד לביטוח לאומי, סקירה שנתית 1994-1995, עמ' 230

התחושה הרווחת היא ש"כולם משלמים יותר". העובדות הן שונות: רוב הגברים השכירים עדיין משלמים פחות. כפי שמראה הלוח שלעיל, בינואר 1995, לאחר קבלת חוק בריאות ממלכתי, גברים יחידים ואלה הנשואים לנשים עובדות

שהשתכרו פחות מ 4,000 ש"ח לחודש שילמו פחות ממה ששילמו לפני קבלת החוק .

חלק מהנשים הנשואות העובדות מחוץ לבית משלמות יותר. לפי השיטה הישנה, יחידת המיסוי היתה היחידה המשפחתית, ונשים נשואות עובדות קיבלו הנחה של כ 30% -במסי חבר. החוק החדש מתייחס אל אשה עובדת בדיוק כמו אל גבר עובד, ודורש ממנה לשלם דמי בריאות כאחוז משכרה - 3.1% עד לסכום של מחצית השכר הממוצע במשק (כ 2,500 ש"ח), ועל היתר (עד לתקרה של פי 4 השכר הממוצע במשק) - 4.8 אחוז.

נשים עובדות המשתייכות לארבעת העשירונים הנמוכים משלמות כיום פחות עבור ביטוח בריאות ממה ששילמו לפני החוק; נשים שהכנסתן החודשית גבוהה ממחצית השכר הממוצע במשק (כ- 2,500 ש"ח) משלמות כיום יותר ממה ששילמו לפני החוק, וההפרש בין התשלום הקודם והתשלום הנוכחי עולה עם רמת השכר. מחושב על פי לאה אחדות, המוסד לביטוח לאומי, דו"ח שנתי 1995, עמ' 230; מינהל הכנסות המדינה, דו"ח שנתי 1995, מס. 45, עמ' 99.

נשים נשואות שאינן עובדות מחוץ למשק ביתן פטורות מתשלום דמי בריאות, בהיותן תלויות בבעליהן. עקרות הבית אינן מקבלת תשלום עבור עבודתן, ולכן פטור זה מתיישב עם עקרונות השוויון והצדק החברתי.

מיסוי פרוגרסיבי יותר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי העלה את תקרת השכר החודשי שעליו משלמים מס בריאות מפי 3 מהשכר הממוצע במשק (כ- 15,000 ש"ח) לפי 4 השכר הממוצע במשק כ- 20,000 ש"ח.

לפני החוק, היתה שיטת התשלום של מס חבר רגרסיבית; ככל שהשכר עלה, כך ירד אחוז התשלום מסך השכר. בעקבות החוק, נעשו התשלומים פרוגרסיביים יותר: החוק קבע שתי רמות תשלום - אחת נמוכה (3.1%), עד לשכר של מחצית השכר הממוצע במשק, והשניה גבוהה יותר (4.8%) - שהוא מס שולי על ההפרש בין מחצית השכר הממוצע במשק ובין השכר של המבוטח, עד לתקרה של פי 4 מהשכר הממוצע במשק. אם המבוטח משלם יותר ממה ששילם קודם, הרי זה כיון שהכנסתו גבוהה יחסית מזו של מבוטחים אחרים, ועקרון הצדק החברתי דורש שיישא בחלק גדול יותר מעול התשלום עבור שירותים הניתנים לכלל תושבי המדינה.

יותר שוויון בין קופות החולים

החוק הגביר את השוויוניות לא רק בין הצרכנים אלא גם בין ספקי שירותי הבריאות קופות החולים

לפני החוק, קופת החולים הכללית, שביטחה למעלה מ- 70% מכלל המבוטחים בישראל שירתה את האוכלוסיה המבוגרת ביותר, החולה ביותר והענייה ביותר. (רוזן, ברוך, ויעקב נבו, 1996, הכנסות, הוצאות ודפוסי שימוש של קופות החולים:

ניתוח השוואתי 31,9,14, :בה בשעה, ההכנסה לנפש שקיבלה קופת חולים הכללית היתה הנמוכה ביותר. שם, 31 .

לפני החוק החדש, המימון של הקופות בא בעיקר מן המס המקביל כ- 44% מן ההכנסות ומדמי החברות (כ- 40% מן ההכנסות). (שם, 30) המס המקביל שולם על-ידי המעסיקים ישירות למוסד לביטוח לאומי, וזה חילק את הכספים בין הקופות לפי נוסחת הקצאה המשקפת את מספר המבוטחים בכל קופה ואת גילם ("נוסחת קפיטציה"). מס החבר שולם על-ידי החברים ישירות לקופות; קופת חולים הכללית, שחבריה הם בעלי הכנסות נמוכות, יחסית, קיבלה סכומים נמוכים, יחסית.

עם החלת החוק, משולמים גם מס המקביל וגם מס הבריאות ישירות למוסד לביטוח לאומי. המוסד לביטוח לאומי מחלק את הכספים לקופות לפי קפיטציה, ולכן מקבלת היום קופת החולים הכללית נתח גדול יותר מהסכום הכללי, כראוי למי שמשרתת מספר גדול יותר של מבוטחים, בעוד הקופות האחרות מקבלות נתחים קטנים יותר. שינוי זה מתיישב עם עקרונות השוויון והצדק החברתי: קופה המשרתת חולים רבים יותר ובעלי צרכי בריאות גדולים יותר, ואשר כתוצאה מכך מתחייבת בהוצאות גדולות יותר, מקבלת נתח גדול יותר מן העוגה הכללית של מס הבריאות.

מימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי מימון שירותי הבריאות יבוא משני מקורות ייעודיים: מס הבריאות שמשלמים המבוטחים, והמס המקביל שמשלמים המעסיקים. בשנתיים הראשונות להפעלת החוק, נגבו מסים אלה על-ידי המוסד לביטוח לאומי, והועברו לקופות החולים על-פי נוסחה המשקללת את מספר החברים ואת משקל קבוצות הגיל השונות בכל אחת מהקופות .

החוק קבע עוד כי ההפרש בין הגבייה ממקורות המימון השונים ובין העלות בפועל של סל שירותי הבריאות, יכוסה מקופת האוצר. בשנת 1995, ההפרש בפועל היה כ- 1.5 מיליארד ש"ח (במחירים שוטפים), ובשנת 1996 - כמיליארד ש"ח (במחירי 1995). מחושב מתוך משרד האוצר, הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת 1997 דברי הסבר, עמ' 31.

הצעת תקציב המדינה לשנת 1997 כוללת **פצצת זמן**: הממשלה מציעה לבטל את המס המקביל המוטל על המעסיקים. במקום המעסיקים, המדינה היא אשר תשלם, ישירות מקופת האוצר, את הסכום שנגבה עד כה מן המעסיקים: בשנת 1997, המדובר בכ- 6.5 מיליארד ש"ח - 40%, לערך, מעלות מימון סל השירותים של קופות החולים.

ככל הנראה, ביטול המס המקביל הוא חלק מתרגיל פוליטי: הממשלה חששה כי במהלך הדיון על תקציב המדינה לשנת 1997, יבוא לידי ביטוי גל הביקורת נגד ההטבות שהאוצר מעניק מאז 1987 למעסיקים, ואשר בשנת 1996 הסתכמו בכ- 8.5 מיליארד ש"ח .

פירושו המעשי של התרגיל הפוליטי הוא שיחרור כספים שהיו מיועדים על פי חוק אך ורק למימון סל שירותי הבריאות, והעמדתם לשיקול דעתו של משרד האוצר.

התרגיל הפוליטי מוסיף אי-ודאות למערכת הבריאות. מערכת זאת סובלת מאי-ודאות מזה שנים, הן בגלל הגרעונות הכבדים של העבר, הן בגלל הויכוח סביב חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לאחר שנתקבל החוק, ב-1994, נוצרו גורמי אי-ודאות חדשים.

עוד ב-1995 התברר כי תחזיות הגבייה באמצעות מס בריאות והמס המקביל לא התממשו.

תוצאת התחזית השגויה - גרעון הנע בין 1 ל-2 מיליארד ש"ח מדי שנה.

החוק אינו מציע פתרון תקציבי למימון הנוסף שיידרש כתוצאה מן הצורך לעדכן מדי פעם את סל השירותים בעקבות שינויים טכנולוגיים או בעקבות הגידול הטבעי באוכלוסיית המדינה.

קופות החולים, המצויות בגרעון, מפגרות בתשלומים לבתי-החולים.

בתי-החולים פועלים לקבל ישירות מן הממשלה, מתוך הסכום שנועד למימון סל שירותי הבריאות, את החלק המגיע אליהם בסופו של דבר בדרך של תשלומי קופות החולים עבור שירותי בית-חולים. אם יצליחו בתי-החולים, יגרע הדבר מיכולת התמרון של קופות החולים.

ביטול המס המקביל הוא גורם חדש של אי-ודאות. העובדה שחלק כה גדול מן המימון של מערכת הבריאות יהיה תלוי ישירות באוצר היא כשלעצמה גורם של אי-ודאות. המס המקביל, כפי שכבר צוין, נגבה על ידי המוסד לביטוח לאומי והיה מיועד כל כולו למימון סל שירותי הבריאות של קופות החולים. לעומת זאת, משרד האוצר, מונחה על-ידי שיקולים רבים, ביניהם הרצון לשמור על תקציב מאוזן. הפיתוי של משרד האוצר לנגוס בסכום המדובר כ-6.5 מיליארד ש"ח ב-1997 - יהיה גדול, בייחוד בתקופה שבה משרד ראש הממשלה, משרד האוצר ובנק ישראל לוחצים להקטין את ההוצאות הממשלתיות. המעצור היחיד שיעמוד בפני האוצר הוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המחייב את המדינה לממן את סל שירותי הבריאות.

כאשר חלק כה גדול ממימון מערכת הבריאות יבוא ישירות מן האוצר, אין ספק שיגבר הלחץ להעביר את נטל המימון אל המבוטחים.

כבר עתה אנו עדים לצעדים בכיוון זה

ביולי 1996 החליטה הממשלה לקצץ מיליארד ש"ח בסכום המיועד לכיסוי עלות סל שירותי הבריאות, וזאת במסגרת הקיצוץ המוצע בסך 4.9 מיליארד ש"ח. מחצית מן הקיצוץ היא מינהלית, והמחצית השנייה נקבעה לאחר שהממשלה החליטה על הטלת תשלומים על ציבור המשתמשים בשירותי הבריאות: תשלום עבור ביקור אצל רופא/ה או במרפאות חוץ של בתי-חולים, העלאה של התשלומים הקיימים

עבור תרופות ועבור שירותי בריאות שונים בשיעור של 25% ועדכון התשלומים אחת לשנה על-פי מדד שירותי הבריאות.

לסיכום: ביטול מס המעסיקים גורע ממערכת הבריאות מקור מימון שהיה מיועד אך ורק לה. גריעתו של מקור מימון ייעודי עלולה להוביל להעלאות נוספות בתשלומים עבור שירותים

מס הבריאות בשיעור 4.8% מן השכר יכסה שיעור קטן והולך של הוצאות הפרט והמשפחה על שירותי בריאות. ממש כמו שבחינוך הממלכתי המושג "חינם" נשחק מזמן, גם בבריאות צפויים המבוטחים לשלם יותר ויותר תמורת שירותי בריאות ממלכתיים .