

אפריל 2014

דוח הצוות לבחינת משבר הדסה

מוגש לשרת הבריאות, חה"כ יעל גרמן

תוכן העניינים

3	מבוא
4	תהליך העבודה
	רקע
7	א. המרכז הרפואי הדסה
8	ב. רגולציה בתחום הרפואי
8	ג. מבנה הדירקטוריון בהדסה
9	ד. נתוני כח אדם בהדסה
9	ה. הסכמי שכר בהדסה
10	המשבר בהדסה
14	עיקרי הגורמים שהביאו למשבר פירוט הגורמים שהובילו למשבר בהדסה
15	1. ניהול לא מתאים לארגון מורכב ובעל מחזור הכנסות שכזה
20	2. השפעות הרגולציה והממשלה על בית החולים
23	3. הדסה ההסתדרות המדיצינית הדסה (חברה לתועלת הציבור)
25	4. הדירקטוריון
25	5. משרדי הבריאות והאוצר
27	6. התייחסות לרואי החשבון
29	עקרונות לפתרון והסדר בהדסה
32	המלצות לשינויים מבניים בפיקוח על בתי חולים ציבוריים בבעלות פרטית

נספחים

נספח 1- כתב המינוי

נספח 2 - סקירת הסדרים משפטיים בתחום הפיקוח על בתי חולים – עו"ד נתן סמוך, משרד הבריאות

מבוא

בפברואר 2014 מינתה שרת הבריאות, חה"כ יעל גרמן, צוות לבחינת משבר המרכז הרפואי הדסה והמלצות למניעת משברים עתידיים בבתי החולים הציבוריים המצויים בבעלות פרטית.

השרה הנחתה כי הצוות יבחן את הסיבות למשבר שפקד את בית החולים ויציע מנגנונים עתידיים למניעת הישנותו, בין היתר, בשים לב למאפיינים המייחדים בתי חולים דוגמת הדסה, שהם בתי חולים ציבוריים.

השרה הנחתה כי צוות הבדיקה יתמקד בתהליכים שהתרחשו בבית החולים והביאו אותו למשבר. הובהר לצוות כי מטרתו היא ללמוד הנושא, לא לחפש אחראים אישית למשבר אלא לאתר את הכשלים והתהליכים שאירעו על מנת להפיק לקחים לעתיד וברמה הלאומית. עובדה זו, כך אנו מניחים, גרמה ליתר שיתוף פעולה טוב בשלב העדויות בוועדה. תהליכי עבודת הצוות הותאמו למנדט שהוגדר לו.

בראש הצוות עומד מר אבי גבאי.

חברים נוספים (לפי א"ב):

עו"ד קובי אמסלם, הממונה על השכר, משרד האוצר

מר משה בר סימן-טוב, סגן הממונה על התקציבים, משרד האוצר

גב' חנה הרצמן, מנכ"לית עיריית חולון

רו"ח יאיר טל, סגן החשבת הכללית, משרד האוצר

ד"ר אסנת לוקסנבורג, ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, משרד הבריאות

גב' שלומית קרפיבקה-לוי, סגנית ראש האגף לתמחור, תקצוב ותכנון, משרד הבריאות

כתב מינוי – נספח 1.

בנוסף, סייעו לעבודת הצוות (לפי א"ב):

מר מיכאל בר-אור, מנהל תחום בריאות, אגף החשב הכללי, משרד האוצר

גב' נופר וינטר, מרכזת הצוות, משרד הבריאות

מר מחמוד רחמאן, ע' הממונה על השכר, משרד האוצר

גב' אסתי שלי, ע' בכירה לראש מינהל טכנולוגיות, משרד הבריאות

מר אורי שמרת, רכז בריאות, אגף תקציבים משרד האוצר

מליאת הוועדה התכנסה ל-14 ימי דיונים אינטנסיביים, שנערכו בתאריכים:

19.2.2014 ; 23.2.2014 ; 26.2.2014 ; 2.3.2014 ; 5.3.2014 ; 9.3.2014 ; 12.3.2014 ; 19.3.2014 ;
23.3.2014 ; 26.3.2014 ; 30.3.2014 ; 1.4.2014 ; 2.4.2014 ; 3.4.2014

תהליך העבודה

הפגישה הראשונה של הצוות הוקדשה להגדרת מנדט הצוות ודרכי העבודה. גובשה רשימת גורמים ואישים אליהם יש לפנות לקבלת התייחסותם בכתב ו/או בע"פ. הוגדרה רשימת מקורות המידע הנדרשים לצורך ביצוע פעילות הצוות. בפני הועדה הופיעו הגורמים הבאים (לפי א-ב):

1. מר יובל אדר, סמנכ"ל הכספים בהדסה (החל מפברואר 2012)
2. מר יאיר אסרף, סמנכ"ל תקצוב, תמחור ותכנון, משרד הבריאות
3. מר ירום אריאב, לשעבר חבר דירקטוריון הדסה (2012-2013)
4. ד"ר יאיר בירנבאום, לשעבר משנה למנכ"ל הדסה (2001-2007)
5. עו"ד תמר בן דוד, לשעבר חברה בדירקטוריון הדסה (1996-2003)
6. רו"ח שלמה בן שימול ורו"ח דוד וליאנו - נציגי חברת רואי החשבון דלויט, לשעבר רואי החשבון של הדסה (עד 2011)
7. מר דוד ברודט, לשעבר יו"ר דירקטוריון הדסה (1999-2008)
8. מר משה בר סימן-טוב, סגן הממונה על אגף תקציבים, משרד האוצר
9. רו"ח בועז גזית ורו"ח אנה ברודסקי - נציגי משרד רואי חשבון גזית בן-גל, שמונה ע"י החשב הכללי לליווי משבר הדסה
10. רו"ח ניר גימפליץ, מבקר הפנים בהדסה (החל מיולי 2012)
11. פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות
12. רו"ח דיויד גריסמן ורו"ח מירי איסקוביץ - נציגי חברת רואי החשבון KPMG, רואי החשבון של הדסה (החל מ-2011)
13. חה"כ יעל גרמן, שרת הבריאות (מ-2013)
14. גבי אסתר דומיניסיני, לשעבר יו"ר דירקטוריון הדסה (2011-2013)
15. פרופ' יהונתן הלוי, מנכ"ל ביה"ח שערי צדק וגבי רות רלב"ג, סמנכ"ל כספים בשערי צדק
16. מר איציק וייס ומר חיים המרמן, ביה"ח לניאדו
17. רו"ח יאיר טל, סגן החשבת הכללית, משרד האוצר
18. מר מנחם כץ, לשעבר סמנכ"ל כספים בהדסה (1988 עד סוף 2011)
19. חה"כ הרב יעקב ליצמן, לשעבר סגן שר הבריאות (2009-2013)
20. נציגי ועדי הרופאים בהדסה:
 - פרופ' דרור מבורך – ועד רופאים מנהלים
 - ד"ר שגית ארבל-אלון – ועד רופאים בכירים
 - ד"ר מאיר מזרחי – ועד רופאים צעירים
 - ד"ר יעל חורי-חדד – ועד רופאי השיניים

21. פרופ' שלמה מור יוסף, לשעבר מנכ"ל הדסה (2001-2011)
22. עו"ד נתן סמוך, המשנה ליועצת המשפטית, משרד הבריאות
23. גבי אורלי פיקר, לשעבר סמנכ"לית משאבי אנוש בהדסה (עד שנת 2013)
24. פרופ' אהוד קוקיה, לשעבר מנכ"ל הדסה (2011-ינואר 2013)
25. מר אביגדור קפלן, מנכ"ל הדסה (החל מ-2013)
26. פרופ' אבי ריבקינד, מנהל האגף לרפואה דחופה בהדסה
27. עו"ד דן שפי, יועץ המשפטי של הדסה

וכן הוצגו בפניה המסמכים הבאים :

1. תעודות הרישום של המרכז הרפואי הדסה : קמפוס עין כרם וקמפוס הר הצופים
2. נתונים סטטיסטיים אודות בריאות בירושלים
3. בקשה להקפאת הליכים שהוגשה ע"י הדסה לבית המשפט המחוזי על נספחיה
4. החלטת בית המשפט המחוזי בירושלים מיום 11.2.14
5. סקירת רגולציה – עו"ד נתן סמוך, המשנה ליועצת המשפטית, משרד הבריאות
6. מצגת מקרו כלכלה במערכת הבריאות - מינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
7. רשימת דירקטורים ישראלים בהדסה בין השנים 2006-2014
8. תקנון הסתדרות מדיצינית הדסה
9. דוחות כספיים של הדסה לשנים 2007-2012
10. דו"ח פיננסי של בתי החולים הממשלתיים לשנת 2012
11. חומר רקע למשבר בהדסה – מסמך שהוכן ע"י סמנכ"ל הכספים של הדסה, מר יובל אדר
12. הסכם סינוף האוניברסיטה העברית – הסתדרות מדיצינית הדסה
13. מסמך התחשבות הדסה-האוניברסיטה העברית – הוכן ע"י מר יובל אדר, סמנכ"ל הכספים בהדסה
14. דוח KPMG – מודל תמחור לביה"ס לרפואת שיניים
15. דוח ממצאים סקר בקורות כלליות בסביבת מערכות מידע, KPMG, 2011
16. ההסדרים הכספיים בין האוניברסיטאות לבתי החולים בישראל, דוח גלזר-ישראלי 2012
17. הוצאות שכר לפי דירוגים 2005-2013
18. נתוני הכנסה חיובים ברוטו 2008-2013
19. נתוני שכר הדסה
20. דו"ח רווח והפסד ינואר – ספטמבר 2013
21. מכתב סיכום בקורת של משרד רו"ח KPMG לדו"ח שנת 2012 ושנת 2011
22. מכתב סיכום בקורת של משרד רו"ח דלויט לדו"ח שנת 2010

23. התייחסות ההסתדרות הרפואית לישראל - הר"י
24. התייחסות ד"ר בשארה בשאראת, מנהל ביה"ח נצרת
25. התייחסות פרופ' רפאל ביאר, מנהל ביה"ח רמב"ם
26. התייחסות פרופ' שלמה מור-יוסף, לשעבר מנכ"ל הדסה (2001-2011)
27. התייחסות מר יוסי ניצני, לשעבר יו"ר הדירקטוריון (2008-2010)
28. התייחסות פרופ' זאב רוטשטיין, מנכ"ל שיבא
29. התייחסות ד"ר אבינועם שקולניק ומר חיים המרמן, הנהלת ביה"ח לניאדו
30. התייחסויות גב' אודרי שמרון, בשם ארגון נשות הדסה, מתאריכים 11.3.14, 2.3.14 ו- 27.3.14
31. התייחסות ועד האחיות, ביה"ח הדסה
32. התייחסות פרופ' יהונתן הלוי, מנכ"ל ביה"ח שערי צדק ורות רלב"ג, סמנכ"ל כספים בביה"ח שערי צדק
33. התייחסות מר יוסי רוזן, לשעבר יו"ר הדירקטוריון (2010-2011), וחבר דירקטוריון (2011-2013)
34. התייחסות יו"ר ועדת האחיות הארצי – אילנה כהן
35. התייחסות ד"ר יאיר בירנבאום
36. התייחסות פרופ' אבי ריבקינד
37. התייחסות עו"ד תמר בן דוד

הצוות מודה לכל מי שהופיע בפניו ומבקש לציין בסיפוק רב את שיתוף הפעולה המלא מכלל הגורמים בממשלה, בבית החולים הדסה, בבתי חולים אחרים וממנהלים ודירקטורים לשעבר בבית החולים, ואחרים אשר הופיעו בפני הוועדה.

במקביל לפרסום דו"ח זה, מועלים באתר משרד הבריאות תמלולי הפגישות עם הגורמים השונים, לעיון הציבור.

יש לציין, כי במקביל לעבודת הצוות מתקיימים מגעים שוטפים של משרדי הבריאות והאוצר עם הנהלת ביה"ח הדסה לפתרון המשבר ולהגעה להסכם הבראה והסדר כלכלי.

עבודת הצוות התמקדה בבחינת המשבר בהדסה ובהכנת המלצות למניעת משברים עתידיים בבתי החולים הציבוריים.

רקע

א. המרכז הרפואי הדסה

בסוף שנת 2012 מנתה אוכלוסיית מחוז ירושלים 984,700 נפש, המהווה כשמינית מאוכלוסיית ישראל, כאשר ירושלים מאופיינת באוכלוסייה צעירה יחסית.

בירושלים פועלים בתי חולים כלליים הבאים: הדסה הר הצופים, הדסה עין כרם, שערי צדק (כולל ביקור חולים), אל מקאסד, סנט ג'וזף ואוגוסטה ויקטוריה.

מספר המיטות הכלליות במחוז ירושלים הינו 2,081 מתוך 14,771 מיטות ארציות (נתוני 2011).

המרכז הרפואי הדסה הינו מרכז רפואי ציבורי שלישוני בבעלות הסתדרות מדיצינית הדסה (חברה לתועלת הציבור), המציעים מגוון רחב של שירותים רפואיים, מערך מרפאות חוץ, שירותי אבחון וטיפול רפואי מתקדמים ועוד. מערך בתי החולים של הדסה נותן שירותים רפואיים לכמיליון מטופלים בשנה (הערכה מבוססת על נתוני הדסה).

המרכז הרפואי הדסה פועל בשני קמפוסים בעיר ירושלים:

(א) ב"ח הדסה עין כרם –

הוקם בשנת 1960, עיקר התמחותו הינה במתן שירותים רפואיים ברמת "רפואה שלישונית" – רפואה אשפוזית, במסגרתה ניתנים למטופלים שירותים רפואיים ייחודיים הדורשים מיומנות ומכשור טכנולוגי מתקדם, כגון טיפולי קרינה לחולי סרטן, צנתורי מח, השתלות מח עצם ומערך גנטי מתקדם ועוד.

בקמפוס עין כרם פועלות 633 מיטות אשפוז כלליות.

באפריל 2012 נחנך בעין כרם מגדל אשפוז חדש ומודרני, אשר מאוכלס באופן הדרגתי.

(ב) ב"ח הדסה הר הצופים –

הוקם בשנת 1939, במסגרת פעילותו מפעיל בית החולים שתי מחלקות רפואיות ייחודיות: מרכז שיקום, והוספיס אשר אמון על טיפול וסיעוד חולים סופניים, הן בבית החולים והן בבתייהם הפרטיים של המטופלים. בביה"ח פועלות 246 מיטות אשפוז כלליות.

מחזור הפעילות השנתי של הדסה הינו קרוב ל 2 מיליארד ₪.

הדסה והאוניברסיטה העברית הינם הבעלים של מערך בתי ספר בתחומי רפואה שונים: הפקולטה לרפואה, הפקולטה לרפואת שיניים, בית הספר לריפוי בעיסוק, בית הספר לסיעוד ובית הספר לבריאות הציבור. זהו מאפיין ייחודי להדסה ושונה מבתי חולים אחרים בישראל. לאורך השנים הוכיח עצמו המרכז הרפואי הדסה כמרכז מוביל באיכויות הרפואיות ובמצוינות המחקרית.

הדסה מעניקה שירותי רפואה פרטית למטופלים (שר"פ) - במחוז ירושלים, בתי החולים של הדסה ובית החולים שערי צדק, מאפשרים שירותי רפואה פרטית. שירותי הרפואה הפרטית הניתנים

הינם חוות דעת רפואיות, התייעצויות, ניתוחים (לרבות בחירת מנתח), טיפולים רפואיים מורכבים ועוד.

ב. רגולציה בתחום הרפואי

עבור כלל בתי החולים, ללא תלות בבעלות, משרד הבריאות מפעיל מערך פיקוח ובקרה על הפעילות הרפואית בבתי החולים, לצד מנגנון רישוי פעילות זו. כל שינוי בפעילות רפואית, קרי, פתיחת מחלקה, מרפאה או מכון, דורש רישוי המשרד. המשרד עורך בקרות רב-צוותיות בבתי החולים, ומפרסם דוחות בקרה.

בהיבט הפיננסי, החקיקה הקיימת אינה ערוכה להתמודד עם הניהול המוסדי והפיננסי של בתי החולים. לא נקבעו בחקיקה הנוכחית כללים או הסדרים בנושא, ולא מוגדרות סמכויות ממוקדות להסדרתו בחקיקת משנה, או לפיקוח עליו. גם אם חלק מן הסמכויות מוגדרות באופן רחב יחסית, וחלקן עשויות לבסס דרישת מידע הנוגעת גם להיבטים אלה, נראה כי המחוקק לא צפה את הצורך בהסדרה או פיקוח על ההתנהלות הכלכלית-ארגונית הפנימית, כשזאת אינה קשורה במישרין לאיכות השרות הרפואי, ולא אירגן מערך כלים רגולטורי המתאים לסוג זה של מעורבות הסדרתית או פיקוחית. פירוט אודות סמכויות הפיקוח והרישוי של המשרד מפורטות בנספח 2, סקירת הסדרים משפטיים בתחום הפיקוח על בתי חולים, שנכתב ע"י עו"ד נתן סמוך.

ג. מבנה הדירקטוריון בהדסה

בשנת 1996, הוקם הדירקטוריון הראשון של הדסה, בהרכב של 15 חברים במבנה הבא: 1/3 נציגי ארגון נשות הדסה, כולל נשיאת הארגון, 1/3 אנשי ציבור אמריקאים ו-1/3 אנשי ציבור ישראלים, כולל יו"ר הדירקטוריון. זהו המבנה עד היום.

יושבי ראש הדירקטוריון:

1996–11/1999 : מר אהרון פוגל

11/1999 – 6/2008 : מר דוד ברודט

6/2008 – 2/2010 : מר יוסי ניצני

6/2010 – 12/2011 : מר יוסי רוזן

12/2011 – 10/2013 : גב' אסתר דומיניסיני

ד. נתוני כח אדם בהדסה

- מבוסס על נתוני הדסה, כפי שהוצגו ע"י סמנכ"ל הכספים, מר יובל אדר.
- הדסה מעסיקה כ-6,000 עובדים, בהיקף של כ-5,000 משרות:
- א. סקטור רפואי: מועסקים כ-1180ב-969 משרות (נתון זה כולל רופאים העוסקים במחקר והוראה).
- ב. סקטור סיעודי: מועסקים 2083 עובדים ב-1745 משרות.
- ג. סקטור פארא-רפואי: מועסקים כ-1054 עובדים ב-805 משרות (ביניהם: פיזיותרפיסטים, פסיכולוגים, קלינאי תקשורת, דיאטנים, אופטומטריסטים, טכנאי מכשור רפואי, סייעות, עובדים סוציאליים, עובדי מעבדה, סטודנטים, מרפאים בעיסוק, טכנאים, טכנאי רנטגן, רוקחים ועוד).
- ד. סקטור מינהלי: מועסקים כ-896 עובדים ב-746 משרות (ביניהם: חשבי שגר, כלכלנים, עובדי מחשב, נהגים, תורני ביטחון, משפטנים, מחלקי אוכל וכיו"ב).
- ה. סקטור טכני-תפעולי: מועסקים 808 עובדים ב-772 משרות (ביניהם: מהנדסים, טכנאים וכיו"ב).

ה. הסכמי שכר בהדסה

- יחסי העבודה בהדסה מוסדרים בעיקרם באמצעות הסכמים והסדרים קיבוציים, אשר על חלקם חתומה הדסה יחד עם מעסיקים ציבוריים אחרים, על חלקם חתומה בנפרד, וחלקם אומצו על ידיה על אף שאינה צד בהם.
- יש לציין כי קיימים בהדסה הסכמי שכר מקומיים, המרחיבים מעבר להסכמים הנהוגים במשק (הסתדרות והר"י).

המשבר בהדסה

המרכז הרפואי הדסה עבר בעבר משברים כלכליים ותכנוניים הבראה. בעקבות אחת מהן החליטו נשות הדסה בשנת 1995 להקים דירקטוריון למרכז הרפואי (שהרכבו תואר לעיל).

בשנת 2008, בעקבות המשבר הפיננסי העולמי וקריסת ברנארד מיידוף, שאצלו הושקעו כספים של נשות הדסה, חלה ירידה ביכולת התרומה של נשות הדסה לבית החולים (ראוי לציין שלצד זה ולמרות המשבר הפיננסי באותה תקופה, נתרמו ע"י ארגון נשות הדסה סכומים מאד משמעותיים לבניית מגדל האשפוז החדש). תקופה זו מהווה נקודת מפנה באופן והיקף התמיכה של הארגון בבית החולים - נפרץ סדק ביכולת ובמוכנות של נשות הדסה לסגור כל חוסר כלכלי של בית החולים והנהלות בית החולים צריכות להתמודד עם אתגרים ניהוליים גדולים יותר. במסגרת זו נחתמים הסכמים עם העובדים שעיקרם ויתור זמני על זכויות העובדים והחזר של זכויות אלו בהמשך (הלוואה זו היא חלק מהגרעון המצטבר שנמצא כעת בבסיס הדיונים על הקפאת ההליכים).

בתקופה זו מתקיימים דיונים לגבי שכירת חברת ייעוץ בינלאומית שתסייע בהכנת תכנית הבראה. מתקבלת ההחלטה לשכור את שירותי חברת מקינזי. במהלך שנת 2010 מודיע פרופ' שלמה מור יוסף, מנכ"ל בית החולים על כוונתו לסיים את תפקידו שנה לאחר מכן.

על פי עדות יו"ר הדירקטוריון דאז, נשות הדסה החליטו שלא לשכור את החברה עד לחילופי המנכ"ל.

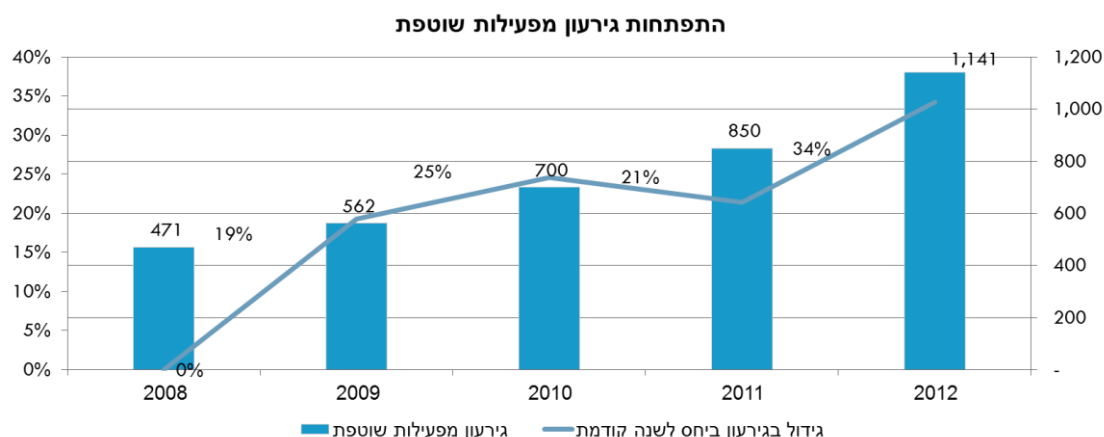
הדו"חות הכספיים של בית החולים לשנים 2009 ו- 2010, כבר משקפים באופן ברור כי בית החולים נמצא במשבר כלכלי. בשנת 2009 יש גרעון שוטף של 150 מיליון ₪ וגירעון מצטבר של 562 מיליון ₪. בשנת 2010 קיים תזרים שלילי מפעילות שוטפת בהיקף של 74 מיליון ₪, גרעון שוטף של 150 מיליון ₪ וגרעון מצטבר של 629 מיליון ₪.

טבלה 1: נתוני הדוחות הכספיים לשנים 2008-2012, מתוך ניתוח שערך משרד גזית בן גל והוצג בפני הצוות

2008	2009	2010	2011	2012	
1,369	1,435	1,528	1,571	1,689	הכנסות משירותים רפואיים
<u>1,246</u>	<u>1,329</u>	<u>1,332</u>	<u>1,364</u>	<u>1,509</u>	<u>עלות השירותים הרפואיים</u>
123	106	196	207	180	עודף ממתן שירותים רפואיים
329	385	182	165	172	הכנסות בגין מחקר ואחרות
<u>235</u>	<u>274</u>	<u>192</u>	<u>176</u>	<u>183</u>	<u>מחקר והוצאות נלוות ואחרות</u>
94	111	(10)	(11)	(11)	גרעון מפעילות מחקר ואחרות
-	-	107	96	106	הכנסות מפעולות אחרות
215	215	216	243	278	הוצאות משק ותחזוקה
<u>173</u>	<u>184</u>	<u>208</u>	<u>219</u>	<u>219</u>	<u>הוצאות הנהלה וכלליות</u>
(171)	(182)	(131)	(170)	(222)	גרעון מפעילות
-	17	22	(23)	15	מימון נטו
=	=	=	=	<u>4</u>	<u>הכנסות(הוצאות) אחרות</u>
(171)	(165)	(109)	(193)	(202)	גרעון מפעילות נטו לשנה
-	-	(36)	(29)	(48)	גרעון נטו מפעילות בתי הספר
<u>(1)</u>	<u>(5)</u>	<u>(5)</u>	<u>(13)</u>	<u>(15)</u>	<u>חלק בית החולים בהפסדים נטו של חברות מוחזקות</u>
(172)	(170)	(150)	(235)	(265)	גרעון נטו לשנה

* הסכומים במיליוני ש"ח, בהתאם לנתוני הדוחות הכספיים של הדסה.

תרשים 1: התפתחות גירעון מפעילות שוטפת, מתוך ניתוח שערך משרד גזית בן גל והוצג בפני הצוות



* הסכומים במיליונים, בהתאם לנתוני הדוחות הכספיים של הדסה.

כפי הנראה עדיין אין הכרה כוללת בעוצמת הבעיה ולכן בשנת 2011 ממנה סמנכ"ל הכספים של נשות הדסה, מר ריק האניס, ועדה שמגיעה לארץ למשך מספר שבועות ובוחנת את המצב הכספי של בית החולים ומגיעה למסקנה כי הגרעון השוטף מתקרב ל - 200 מיליון ₪ וכי בית החולים חייב לבצע בדחיפות תכנית הבראה.

בסופו של יום נשות הדסה שוכרות את חברת PWC לבצע את עבודת הייעוץ לעניין ההבראה. זו מוגשת במהלך 2013 וכוללת המלצות פרטניות רבות, אך עיקר השיפור במצב בית החולים על פי הדו"ח אמור להגיע באמצעות הגדלת הכנסות ובעיקר על חשבון קופות החולים כחלק מהמזימה הצפוי להסכמים לשנים 2014-2016.

פרופ' מור יוסף מסיים את תפקידו בשלהי 2011, אך על פי עדותו שלו וכן של אחרים, בשל הסיטואציה שנוצרה (חילופי מנכ"לים, ועדות ייעוץ שממתנינים להמלצותיהם ועוד) לא התקבלו החלטות אסטרטגיות משמעותיות בשנת 2011 למרות המשבר.

בנובמבר 2011 נכנס לתפקידו פרופ' אהוד קוקיה (ומסיים בתוך פחות משנה וחצי). גם בנקודה זו נראה כי אין באמת הבנה משותפת של עוצמת המשבר. תקציב 2012 שמובא לדירקטוריון מציג גרעון תזרימי שוטף של 5 מיליון ₪ בלבד. על פי עדותו של פרופ' קוקיה, הוא גויס לתפקיד על מנת לשפר את האיכות הרפואית והשירותית של בית החולים ולא ידע כי קיים משבר כלכלי חריף מאד.

לאחר התפטרותו של פרופ' קוקיה בתחילת 2013, ממלאת באופן זמני את מקומו יו"ר הדירקטוריון, גברת אסתר דומיניסיני, עד למינויו של מר אביגדור קפלן כמנכ"ל, שהחל לפעול לתכנית הבראה כוללת וכשלא הצליח בכך החליט הדירקטוריון לפנות לבית המשפט בבקשה להקפאת הליכים.

דו"ח הצוות לבחינת משבר הדסה

חוסר היציבות הניהולית (2 חילופי מנכ"ל ו-3 חילופי יו"ר דירקטוריון) וחוסר בניווט ברור של הארגון במהלך שנים אלו מובילים למצב שבמהלך תקופה זו יש החרפה משמעותית בגרעון השוטף והמצטבר.

בתאריך 11.2.2014 אישר בית המשפט המחוזי בירושלים את בקשת הדסה להקפאת הליכים. נכון ליום ההקפאה, הדסה נמצאת בגרעון מצטבר של 1.3 מיליארד ₪, וגרעון שנתי שוטף של 300 מיליון ₪. בנוסף, בכל חודש בתקופת הקפאת ההליכים גדל הגרעון בכ- 30 מיליון ₪ נוספים.

עיקרי הגורמים שהביאו למשבר

לאחר שהועדה שמעה ולמדה מגורמים שונים במערכת הבריאות והאוצר, כולל בעלי תפקידים רבים בהדסה בעבר ובהווה, וכן לאחר שעיינה בכל החומר שהוגש אליה, ניתן להצביע על מספר גורמים שחוברים יחד והביאו את המרכז הרפואי הדסה למשבר הנוכחי אשר מאיים על המשך קיומו של בית החולים. להלן תמצית הדברים, אשר יפורטו בהמשך.

כמעט לכל הנוגעים בדבר יש יד בהגעתו של בית החולים למצבו הנוכחי :

החל במדינת ישראל בה משרדי הבריאות והאוצר מייצרים רגולציה הדוקה על מערכת האשפוז אך לא יצרו מנגנוני סיוע, פיקוח ובקרה פיננסית זהים לכלל בתי החולים הכלליים בישראל, ובפרט כלפי בתי החולים הפרטיים שמחויבים במתן שירות ציבורי, דוגמת הדסה. כמו כן, אין מעקב פיננסי שוטף אחר המתרחש בהיבטים הניהוליים / כלכליים בבתי החולים הללו.

המשך בבעלים של בית החולים (ההסתדרות המדיצינית הדסה) שלצד גיוס והזרמת כספי תרומות בהיקפים עצומים, לא השכילו לנווט נכונה את בית החולים בעת משבר. גם כעת, ארבע שנים לאחר שהכירו לראשונה בכך שקיימת בעיה כלכלית של ממש, עדיין פועלים במנגנונים שמשקפים מימשל תאגידי לקוי, שאינו מתאים לארגון ציבורי במאה ה-21, המספק שירות חיוני לבריאות הציבור.

המשך בחברי הדירקטוריון ויושבי הראש שלו, ובראשם הדירקטורים הישראלים, שכינה בתפקידם למרות שלא היתה להם יכולת השפעה מהותית על ניהול בית החולים, בשל מבנה הממשל התאגידי. לזכות חלקם ייאמר כי במספר אירועים הדבר הוביל להתפטרות הדירקטורים הישראלים (בפברואר 2010 ובנובמבר 2013), אך מבלי שהדבר יביא לשינוי משמעותי במבנה התאגידי.

המשך בהנהלות הדסה שיצרו לאורך השנים איכות רפואית ומצוינות מחקרית, פעלו לבניית בית חולים מודרני וחדש, אך בד בבד ניהלו ארגון ניהולי וכלכלי חלש ולא גמיש שלא היה מסוגל להתמודד באופן מהיר ויעיל עם השינויים שחלו במערכת הבריאות בעשור האחרון, ובפרט בחמש השנים האחרונות.

המשך בוועדי העובדים (יוצאות מן הכלל לטובה בעניין הן האחיות) שהביאו במשך השנים להתנפחות היקפי כוח האדם ולתוספות ועליות שכר בהדסה, מעבר למקובל בהסכמים הציבוריים של שאר עובדי מערכת הבריאות, ובזמן המשבר לא התגייסו למאמץ לעצור ולתת יד של ממש ולצמצם פרמנטית את ההוצאות.

לא נוציא פטורה מביקורת גם ההנהלה הנוכחית שעל אף שעושה מאמצים גדולים לפתרון המשבר, נסחפה לטעמנו בעוצמת ההאשמות וההסתכלות אחורה. היינו מצפים מהנהלה שמנסה להבריא ארגון עתיר כח אדם להשתמש יותר בכלי מנהיגות על מנת להנהיג את העובדים והרופאים, לחבר אותם לחזון משותף ולגרום להם להירתם למהלך החילוץ.

דו"ח הצוות לבחינת משבר הדסה

לא נוכל להשאיר את סיכום הדברים ללא התייחסות לנושא השר"פ שמכיל בתוכו חלק נכבד מבעיות הניהול של הדסה ובהן עיוות מבני אשר פוגע במוטיבציות הניהוליות. מדובר במנגנון שלם שחלק מהרופאים והמנהלים הבכירים מבית החולים מפעילים לטובתם האישית תוך יצירת עיוותים תפעוליים שירותיים וכלכליים.

פירוט הגורמים שהובילו למשבר בהדסה

1. ניהול לא מתאים לארגון מורכב ובעל מחזור הכנסות שכזה:

שוק האשפוז הינו ענף קשה ומורכב לניהול. בין השאר מאחר וההוצאה המרכזית בו, שכר, נמצאת כל העת במגמת עליה. ההתפתחויות הטכנולוגיות העולמיות שבענפים אחרים מאזנים את הגידול בהוצאה פועלות בבריאות בכיוונים אחרים - בעיקר לשיפור האיכות ותוצאות הטיפול אך פחות עוסקות בייעול המערכת. התוצאה מחדדת עוד יותר את הצורך בניהול צמוד, פרטני ואיכותי מאד על מנת לשמור על המסגרת הכלכלית.

להלן עיקרי הדברים:

א. **אסטרטגיה** - תחום הבריאות בישראל הינו שוק מורכב מאד המושפע מגורמים רבים כגון: התפתחויות טכנולוגיות, עלייה בתוחלת החיים, שאיפה לאיכות חיים גבוהה יותר ומעל הכל השינויים הרגולטוריים שמייצרת המדינה על זרועותיה השונות. ההתרשמות היא שבשנים האחרונות הדסה אינה מכינה את עצמה לשינויים, אינה מובילה מהלכים אסטרטגיים, אינה מנתחת את התחרות ומתייחסת אליה, אלא ממשיכה לראות את עצמה כגורם מוביל יחיד. בעניין זה נציין טענה שחזרה על עצמה בקרב העדים שהופיעו בוועדה והיא תפישה של הדסה שתמיד נחשבה כ"אחת מעל כולם" ולכן, כביכול, לא היתה צריכה להתאים את עצמה למציאות המשתנה.

ב. **הכנסות** - כחלק מבעיית הניהול, המידע והיכולת של הארגון להיערך לשינויים בענף, לא ידע בית החולים להפנים את השינויים הרגולטוריים שהתרחשו בשנים האחרונות, לרבות שינויים במנגנון ה-cap והתגברות התחרות בשוק, ולשמור על האינטרסים שלו מול קופות החולים. התוצר של תהליך זה היה מתן הנחות גבוהות באופן משמעותי מהמוצע במערכת לקופות החולים. בולטת בחריגותה ההנחה שניתנה בהסכם 2011-2013 לקופת החולים מכבי (הקופה הקטנה ביותר באזור ירושלים, ובעלת כח מיקוח מוגבל) אשר קיבלה את ההנחה הממוצעת הגבוהה ביותר בהדסה. באנלוגיה לעולם העסקי (וכך נראה היום שוק האשפוז) הרי שהדסה נקטה במדיניות של נתח שוק שנכשלה, בין היתר מאחר ומבנה ההוצאות של הדסה אינו תומך ברמת המחירים שנגזרת מההנחות שניתנו.

בהקשר זה שמענו על דוגמאות אחרות לתהליך היערכות וניהול של משאים ומתנים דומים בענף על בסיס מידע, ניתוח והסתכלות קדימה. פירוט נוסף על מודל ה-cap ומנגנוני המחירים המשפיעים על הכנסות בית החולים מובא בהמשך הדו"ח.

לצד בעיות המאקרו בהכנסות ניתן לראות גם את בעיות המיקרו בתהליך הטכני של יצירת ההכנסות. בארגונים בסדר גודל דומה צריכה להיות יחידה מקצועית ומערכות הבטחת הכנסות. יחידות כאלה יכולות להגדיל את ההכנסות ב-3% עד 7% בשנה. המשמעות במקרה של הדסה היא הקטנת הגרעון השוטף בעשרות מיליוני ש"ח בשנה.

ג. **הוצאות** - מהעדויות הרבות ששמענו, הדסה מאופיינת בתרבות ארגונית של שנים רבות של שפע כלכלי (שנבע מהתמיכה ומכך שלאורך השנים ארגון נשות הדסה השלים ע"י תרומות את החוסר שהיה בתקציב), דבר שהשתרש במאפייני הארגון והשפיע על אופן ניהולו. כתוצאה מכך ומסיבות נוספות שיתוארו בהמשך - ההוצאות לא ממש נוהלו וכך עלו משנה לשנה עד נקודת השבר המהותית בשנת 2008 (משבר מיידוף וירידה בהשקעות אחרות של נשות הדסה), דבר שצמצם משמעותית את תמיכתן בביה"ח. מתקופה זו ההכנסות לא יכלו לתמוך בהוצאות למרות התרומות של ארגון נשות הדסה, שמממנות בסופו של יום 3.5% מהתקציב השוטף.

ד. **מבנה ארגוני** - בניהול קיימות שתי אסכולות מנוגדות: ניהול ריכוזי מלמעלה שמנחית הוראות ואינו מבזר סמכויות ומידע, ומנגד ניהול מלמטה למעלה, שרואה במנהלים בדרגי הביניים את השלד החשוב של הארגון ולכן מעביר להם מידע וסמכויות כך שתתקבל אצלם ההחלטה הטובה ביותר. בהדסה מצאנו עולם שמשלב את החסרונות של שתי התפישות. מחד, ניהול כלכלי ריכוזי ולא שקוף ליחידות הביצוע, שהינן המחלקות. כך שהן לא פעלו כיחידות אורגניות כלכליות, עם תקציב ומידע אודות ההוצאות, ההכנסות והיקפי הפעילויות במחלקה. מנגד, למנהלי המחלקות היו מערכות אלטרנטיביות לא מבוקרות ולא מפוקחות בדמות של קרנות למיניהן שאפשרו להם לפעול שלא כחלק מ"אסטרטגיית על" של הארגון. לארגון בסדר גודל שכזה יש צורך בהנהלה מצומצמת שבה מתקבלות ההחלטות ובפורומים רחבים יותר שבהם מעבירים מסרים ומקבלים משובים.

ה. **מידע** - הניהול בהדסה לא התבסס על מידע, נתונים זמינים ומערכות מידע סבירות, וללא מערכות תומכות דוגמת מערכת תמחירית או מערכות חשבונאיות בסיסיות כמו מערכת לניהול תזרים מזומנים הקיימות בכל ארגון עסקי. לצערנו בעיות אלה קיימות למרות שנרכשו מערכות מתקדמות כגון SAP, אך יישומן היה לקוי כך שהן לא מאפשרות הפקה של דוחות ניהוליים באופן פשוט ואמין. בארגון שכזה מערכת המידע חייבת להיות כלי עבודה יעיל של ההנהלה, להיות שקופה בפני מנהלי המחלקות וכן לקדם תהליכים שיווקיים ועסקיים של בית החולים והמחלקות, תוך האצלת סמכויות וניהול ובקרה תקציביים ברמת המחלקות.

ו. **כח אדם ושכר** - לאורך השנים קיימת מגמה של עליה בהוצאות השכר והיקפי כח האדם בביה"ח (עליה שהינה מעבר לעלייה המתחייבת מההסכמים הקיבוציים בענף אשר לכשעצמם היו מרחיבים מאד). חלק מכך נובע מתפישת העולם הניהולית של הנהלת בית החולים לתת יחס כ"א למיטה גבוה יותר בהשוואה לבתי חולים אחרים לצורך טיפול טוב יותר בחולים. לצד זה, הרושם הוא שחלק מהדבר נובע מניהול חלש (על רקע תרבות ארגונית של שפע) שכלל היענות מתמשכת לדרישות מנהלים וכניעה לוועדי הרופאים והעובדים הכלליים שדרשו וקיבלו תוספות כ"א ושכר מסוגים שונים. כמו כן, נחתמו הסכמים מקומיים מעבר להסכמים הארציים של ההסתדרות הכללית והר"י. למרות הקושי בהשוואות בין בתי החולים (בשל

מאפיינים, תמהיל פעילות שונה ועוד), מניתוח של השוואה מתקנת בין הדסה לבתי חולים גדולים אחרים עולה כי לבית החולים הדסה יש עודף משמעותי של עובדים מתחומים שונים מעבר למקובל אצל המקבילים (אשר לעצמם לאו דווקא נמצאים ביעילות שיא).

ז. **המתח בין ניהול לבין רפואה ברמת המחלקות** - העדויות ששמענו מתארות מנגנון ניהולי חלש מחד, וניהול רפואי מקצועי איכותי מאידך. מנהלי המחלקות משמשים כמנהלים מקצועיים ולא מנהלים שנמדדים על תוצאות מדידות בתחומי ניהול וכלכלה של המחלקה. הם אחראים רק על התוצר הרפואי של המחלקה, אשר חשוב לציין כי מתקיים לרוב ברמה גבוהה.

ח. **היבטים כלכליים בניהול** - חטיבת הכספים בארגון שכזה אמורה להיות דומיננטית, לוודא שהחלטות מתקבלות על בסיס ניתוח כלכלי ועסקי שבוחר ומנתח אלטרנטיבות שונות לפעולה ובעיקר משקף את העלות והתועלת הכלכלית של החלטות. בפועל ראינו חטיבת כספים שתפקדה בעיקר כגזברות טכנית. תוארו ניסיונות לחזק את הצד הכלכלי בארגון אך אלה נהדפו על ידי הצד הרפואי שהעדיף להמשיך וליהנות מחופש קבלת החלטות ולא לפעול על פי האילוץ הכלכלי.

ט. **ניהול לא צמוד אלא כללי** - לאורך העדויות נבנה לנגד עינינו ארגון שבו פותרים בעיות באמצעות עוד תקציבים ולא באמצעות תהליכים, מערכות מידע אפקטיביות וניהול צמוד ופרטני. גם בשנים 2011 ו-2012 כשכבר ברור היה שיש משבר ומדברים על תכניות הבראה, לא רואים טיפול תקיף בשינוי וייעול תהליכי עבודה אלא המשך התנהלות רגילה כולל הגדלת מצבת העובדים.

י. **שר"פ** - בהתחשב בכך שהועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשותה של חה"כ יעל גרמן, שרת הבריאות, עוסקת בימים אלו בנושא השר"פ ברמה הלאומית, לא נתייחס כאן לסוגיה באם נכון או לא נכון לקיים שר"פ בביה"ח. מלמידת הנושא בהדסה באופן פרטני עולה תמונה ולפיה מדובר במערכת שהפקיעה מבית החולים חלק מפעילותו לטובת קבוצת רופאים (בעיקר הבכירים והמנהלים שבהם). המודל מסיט את תשומת לב המנהלים מניהול ענייני לניהול שלוקח בחשבון בעלי עניין אחרים. היקף פעילות השר"פ מתוך מחזור בית החולים היא 250 מיליון ש"ח. מעשית השר"פ אינו מנוהל לחלוטין והנהלה לא מימשה את סמכותה הטבעית בעניין על רקע ההסכם בין בית החולים לוועד רופאי השר"פ, כך למשל ישנן סיטואציות של עבודת שר"פ במהלך שעות הבוקר בהן אמורה להתקיים עבודה במערכת הציבורית. בקרב חלק מהרופאים והמחלקות אחוז פעולות השר"פ מתוך כלל הפעילות גבוה, וכן החלק המועבר לבית החולים כתגמול עבור השר"פ נמוך. גם לו המודל היה סביר בעינינו (וכאמור הצוות כצוות אינו מביע דעה בעניין), הרי שחלוקת ההכנסות בגינו לחלוטין אינה סבירה. לא יתכן שבית החולים שמספק את התשתיות, התפעול, המותג וחלק גדול מזרם הלקוחות שמגיע, מקבל בסופו של יום פחות מ-20% מהכנסות עבור פעולות השר"פ. רק עבור המותג הדסה זרם הלקוחות היה בית החולים צריך לקבל למעלה ממחצית

מההכנסות. ראייה נוספת לכך היא דו"ח שהכינה חברת PWC עבור בית החולים, לפיו השר"פ אינו מהווה פעילות רווחית לבית החולים.

תומכי השר"פ מציינים את היתרון הגלום בו ולפיו הוא מאפשר נוכחות של רופאים בכירים בבית החולים בשעות אחר הצהריים. האמירה מבוססת על המצב הקיים בכלל המערכת הרפואית ציבורית. אין ספק כי מדובר ביתרון שהתרגלנו לראות בו "יתרון" ולא דבר מובן מאליו שרופאים בכירים בתורנויות כאלה ואחרות חייבים להיות גם אחר הצהריים בבית החולים ואמורים בהחלט לעבוד מעת לעת שעות נוספות וכל זאת על מנת לשמור על זמינות של רמת מומחיות גבוהה ושירות סביר בכל שעות היממה. הדבר נכון לגבי כלל בתי החולים הציבוריים במדינת ישראל.

בהקשר של השר"פ ראוי לציין שאחת ההאשמות המרכזיות של נשות הדסה וההנהלה לגבי מצב בית החולים, מתמקדת בפגיעה שנגרמת לבית החולים כתוצאה מ- cap לא שוויוני ומהקפאת מצב ההנחות בחוק ההסדרים, אך אינם מדגישים את זרם הכנסות השר"פ (כ-250 מיליון ₪), שבתי החולים הממשלתיים אינם נהנים ממנו וניתוב שלו בצורה אחרת היה עשוי לתרום לסגירת חלק משמעותי מהגרעון השוטף של בית החולים.

כאמירה כללית על הניהול של הדסה ניתן לומר שניתן למצוא עוד דוגמאות לארגונים אחרים במשק הישראלי שסובלים מבעיות דומות. בעיקר בקרב אלו שפועלים בענפים המאופיינים ברמת תחרות נמוכה או ללא תחרות כלל.

מקומות שבהם מנהלים בעיקר את צד ההכנסות ואת הפרויקטים הגדולים שמאדירים את שם הארגון, מחפשים מקורות הכנסה חדשים – תקציבים, תרומות, דרכים להעלות ולייצר תשלומים חדשים לאזרחים (חניונים, אגרות ומחירי שירותים מופקעים וכד'), ואילו אין תשומת לב זהה לסעיף ההוצאות שהולך ועולה על פני זמן כתוצאה מניהול לא צמוד וממוקד בהן, קבלות החלטות לא ענייניות וכניעה מתמשכת לוועדי העובדים שלא רואים מולם מנהיגות או דוגמה אישית. הסביבה הזו של ארגונים מעין אלו, במידה רבה מאפשרת, מכירה ומעניקה לגיטימציה להתנהגות כזאת.

ארגונים שכאלה אינם מגיעים למשבר דוגמת הדסה מאחר ויש מאחוריהם את הממשלה על זרועותיה השונות שבעת משבר פותרת את הבעיה תוך הזרמת כספים או העלאת מחירי השירותים או ערבויות לחובות וכד', ואילו כאן מדובר בארגון פרטי שלא יכול היה עוד לפתור בכוחות עצמו את הבעיה.

בגופים ציבוריים רבים, הלחץ להעלאת שכר ושיפור תנאי העבודה, כולל גם הזדהות של הציבור עם מאבקים אלו. לחצים אלו ותמיכה ציבורית כאמור, מביאים לכך שהנהלות הגופים הציבוריים הללו נותרות חסרות הגנה מפני לחצים אלו, והתוצאה לפיכך ידועה מראש: העלאת שכר במעגלים מתרחבים והולכים. במקביל ללחצים להעלאת השכר, מתרחשת גם תופעה סמויה מן העין: הפקעת סמכויות ניהול מהנהלות ויצירת מנגנוני וטו של ועדי עובדים על החלטות ניהוליות. תהליכים אלו הם הרי גורל לארגון.

נקודה חשובה לסיום פרק זה, עבודת הצוות אינה עוסקת באנשים מסוימים ולא עסקה בתרומתו של איש זה או אחר למשבר אלא בתהליכים ובאורגנים. יחד עם זאת ולמרות הביקורת הניהולית הנמתחת בדו"ח זה חשוב לנו לומר כי לא מצאנו כאן מנהלים שעסקו בטובתם האישית ולכן הארגון הגיע למשבר. נהפוך הוא, מנהלים ואנשים איכותיים כדוגמת פרופ' שלמה מור יוסף וד"ר יאיר בירנבאום, שעליהם נמתחה ביקורת תקשורתית רבה (ובחלקה לא תמימה), עסקו באופן אינטנסיבי ולאורך שנים בקידום הארגון לטובת השירות הרפואי הציבורי בישראל, יצרו מוסד רפואי בעל מצוינות רפואית ומחקרית. פרופ' מור יוסף, למשל, סייע בגיוס סכומי עתק לטובת בית חולים מתקדם מאד מבחינה רפואית ולבניית מגדל אשפוז ברמה גבוהה עד שנטען כנגדו כי היא מופרזת.

מדובר במנהלים טובים ומחויבים לארגון שעבדו קשה מאד והצליחו בקידום הדסה בהיבטים הרפואיים והארגוניים, אך פעלו פחות טוב בכל הנוגע לשלד הניהולי של בית החולים, בהתחשב, בין היתר, גם בסביבת העבודה המתוארת בדו"ח זה.

2. השפעות הרגולציה והממשלה על בית החולים

מערכת הבריאות נמצאת תחת רגולציה רפואית וכלכלית. בשל מאפייניו הייחודיים של שוק הבריאות וההשלכות האפשריות על השימושים בשירותי בריאות ולכן על ההוצאה הכוללת במערכת, הרגולציה הכלכלית על השוק היא יחסית הדוקה.

רגולציה זו מורכבת משלושה נדבכים:

א. הגבלת גורמי הייצור במערכת - כח אדם, מיטות אשפוז ומכשירים רפואיים מיוחדים.
ב. מחירי מקסימום במערכת האשפוז - המחירים נקבעים ע"י ועדת מחירים בה חברים משרדי הבריאות והאוצר. המחירים הם ממוצעים, מבטאים תמהיל מטופלים ממוצע (ללא התייחסות לגיל ומורכבות החולה) ואת עלויות השירות הניתן בשעות הבוקר.

מנגנון הקידום של המחירים הוא "מחיר יום אשפוז". מנגנון זה השתנה בשנה האחרונה ומגלם בתוכו התייעלות מובנית.

ג. מנגנון התחשבות, מודל ה-cap - מודל שתפקידו לרסן את הוצאות הקופות בבתי"ח. לכל קופה נקבעת תקרת פעילות בכל בית חולים כללי, כאשר בעבור כל שירות הנרכש מעל תקרה זו משלמת הקופה מחיר מופחת. כלומר ריסון בתי החולים, הבא לידי ביטוי במתן הנחות, נמצא בבסיס החוק.

בנוסף, בצד ההוצאות, מרבית מערכת האשפוז כפופה להסכמי השכר הקיבוציים הנחתמים מול הממונה על השכר ולתקינת כח האדם הרפואי והסיעודי במחלקות.

בית החולים הדסה פועל כבית חולים ציבורי בבעלות פרטית וכפוף לרגולציה האמורה. רגולציה זו, הגם שיש חשיבות רבה בקיומה, משפיעה באופן שונה על בתי החולים שונים, בין היתר בשל מבנה הבעלות עליהם (ממשלתיים, בתי חולים של כללית וציבוריים-פרטיים). על אף הרגולציה שמשפיעה כאמור על הצדדים הרפואיים והצדדים הכלכליים עדיין יש להנהלות גמישות לנווט בתוך הרגולציה הזו ולשמור על היעילות והאיזון של בית החולים.

המרכיב המרכזי בצד ההכנסות הוא מחיר יום האשפוז ומחירי הפעולות הרפואיות השונות שנקבעות על ידי הממשלה. מחירים אלה נשענים על תמחור היסטורי שמתעדכן מדי תקופה במטרה להחזיר הוצאות שנגרמות, אך עדיין לשמור על מתח בריא של התייעלות.

יש לציין כי בדיקת מחירי יום האשפוז אינם במנדט של הצוות והצוות לא שמע את אלה המשלמים את המחירים הללו – קופות החולים.

מאחר והמחירים הינם אחידים לבתי החולים השונים, ללא תלות בסוג הבעלות, הרי שבהגדרה נוצרים עיוותים כלכליים – מחלקם הדסה מרוויחה ומחלקם הדסה מפסידה. טענת נציגי הדסה, שערי צדק ובית החולים לניאדו מתייחסת לארבעת הנושאים הבאים שבהם הם (כאמור, לשיטתם) סובלים מחיסרון יחסי:

א. **אופן חישוב ההפרשות הפנסיוניות במחיר יום האשפוז** - לטענת חלקם מאחר ובתי החולים הממשלתיים עוברים בהדרגה מפנסיה תקציבית לצוברת, הרי שבקביעת מחיר יום האשפוז ההיסטורי הממשלה התעלמה מעלות הפנסיה. טענה זו לא מתבססת על נתונים ועובדות אלא על הנחות. אין בידי הצוות את הנתונים המפורטים בנושא.

ראוי גם לציין בעניין ההבדלים בכלכלת מחיר יום האשפוז כי המחירים כוללים תמיד תוספות באופן יחסי למשק. כך שלמשל, תוספת פריפריה שהייתה משמעותית מאוד בהסכם האחרון, הגיעה גם לבתי"ח במרכז הארץ והדסה הרוויחה מכך אף שלא היו לה הוצאות בשל כך.

ב. **מימון ואשראי** - הדסה נדרשת למימון בנקאי לגישור בין תשלומי השכר לקבלת התשלומים על הפעילויות מקופות החולים. בתי החולים הממשלתיים מקבלים אשראי שוטף לצורך תזרים המזומנים השוטף של בית החולים (חו"ז חשב משרד הבריאות), הלוואות אלו אינן צמודות, ללא ריבית וללא מועד פירעון קבוע מראש, אלא חלק מההתחשבנות הכוללת בין משרד הבריאות לבתי החולים הממשלתיים. מהנתונים שעמדו בפני הצוות לגבי המצב הפיננסי של בתי החולים הממשלתיים עולה כי בשנת 2012, כלל בתי החולים הממשלתיים נטלו אשראי בסכום של 617 מיליון ₪ ל-95 יום בממוצע. בהנחה שהדסה הייתה נדרשת למימון של כ-140 מיליון ₪ הרי שמדובר בהוצאה שנתית עודפת של פחות מ-10 מיליון ₪.

ג. **הוצאות בגין רשלנות רפואית** - בתי החולים בבעלות פרטית נדרשים לבצע אקטואריה ולהפריש כספים ליעודות בעניין ולרכוש פוליסות ביטוח למקרי קטסטרופה, בעוד שבתי החולים הממשלתיים משלמים את עלות התביעות בשיטת pay as you go. עובדתית טענה זו נכונה ומשקפת עלות נוספת בגין הפרמיה לפשיטת רגל שבתי החולים הממשלתיים אינם נושאים בה.

ד. **יתרונות לגודל ברכש ציוד ותרופות** - הועלתה הטענה שלפיה בתי החולים הממשלתיים ואלה של שירותי בריאות כללית נהנים מיתרון הגודל בתהליכי רכש (רכישה מרוכזת

באמצעות "שראל" לרוב בתי החולים הממשלתיים ורכישה מרוכזת של שרותי בריאות כללית עבור בתי החולים שלה) ולכן מסוגלים לרכוש במחירים טובים יותר מאלו ששיג בית חולים בודד.

יוצאי דופן היו נציגי בית החולים לניאדו (שהוא הקטן שבהם) אשר אמרו שאין ממש בטענה וכי בהשוואות שהם ביצעו לאורך השנים הם לא חשו בחסרון זה. יתכן כי במקרה זה הקוטן וחוסר "השפעות הרחב" שרואה ספק כשהוא נדרש לתת הנחה לבית חולים ממשלתי אחד, מביא למוכנותו להתפשר ברמת המחיר. נציין כי בהיסטוריה הכלכלית של ישראל נצפו לא אחת ארגוני רכש מרכזיים לא מוצלחים. ניתן לפתור סוגיה זו באמצעות מתן יכולת לבתי החולים הציבוריים בבעלות פרטית לרכוש בתנאים של בתי החולים הממשלתיים.

בנוסף בתי החולים הציבוריים - פרטיים נדרשו לעמוד בתשלומי מס מעסיקים, ודרישות שונות של הרשויות המקומיות.

אל מול חסרונות אלו שלגביהם טוענים בתי החולים הציבוריים בבעלות פרטית, יש לזכור כי לבתי חולים אלו יתרונות רבים בכך שהם פועלים באופן חופשי יחסית ולא תחת פיקוח הדוק ולא תמיד יעיל של כללי הרכש הממשלתי, לא תחת פיקוח דווקני של הממונה על השכר, התקינה של נציבות שירות המדינה, רגולציה על התנהלות תקציבית ועוד.

מנגנון ה-cap - גובה תקרת הצריכה של בתי החולים הוא אולי ההחלטה הכי חשובה לבית החולים מבחינה כלכלית. הנהלת בית החולים הדסה טוענת כי הממשלה פגעה בבית החולים בעניין פעמיים – פעם אחת בכך שהחלק של הדסה ב-cap קטן למרות שגידול האוכלוסייה בירושלים הוא בשיעור גבוה מהממוצע הארצי ופעם שנייה בהקפאת ההנחות הגדולות שנתן בית החולים לקופות החולים בשנת 2012 בחוק ההסדרים לשנת 2014, שמונע מהדסה לצמצם הנחות שניתנו בעבר.

לגבי הטענה הראשונה, מניתוח תקרות הצריכה בשנים האחרונות, עולה כי חלקו היחסי של בית החולים בתקרות הצריכה אכן ירד: תקרות ה-cap גדלו נומינלית בין 2005 ל-2013 ב-34%, בעוד תקרות הדסה גדלו באותה התקופה ב-22%. לטענת משרדי הבריאות והאוצר בשנים האחרונות בוצעו שינויים משמעותיים באופן חישוב התקרות בכדי להתמודד עם מגמות שנוצרו במערכת האשפוז אליהם נדרשו משרדי הבריאות והאוצר להגיב.

לגבי הטענה השנייה, לצערנו הניסיון מוכיח שהדסה לא ידעה לנהל את יחסיה עם קופות החולים ולכן בהחלט אפשר להסתכל על ההקפאה גם בכיוון ההפוך כמצב שבו המדינה הגנה על הדסה בשנים אלו של אי יציבות ניהולית ומשבר כלכלי מנסיגה נוספת מול קופות החולים. רק אם נזכיר לעצמנו את העדות שחזרה על עצמה שבית החולים לא נוהל באופן מיטבי בשנים 2011 (מנכ"ל בסוף דרכו, וועדות ייעוץ של ארגון נשות הדסה) ו-2012 (מנכ"ל שהיה עסוק בהבנה של היקף הבעיה עד שקם ופרש), בכדי להבין שבית החולים לחלוטין לא היה ערוך למו"מ המורכב הזה.

בנוסף, לפי דברי משרד האוצר במסגרת ההידברות עם הדסה הוצע להחריג את בית החולים באופן מלא ממנגנון ה-cap וההנהלה הנוכחית של בית החולים בחרה להישאר בו.

הסכמי השכר הארציים - הדסה מאמצת את הסכמי השכר שנקבעים במו"מ בין הממונה על השכר לארגונים המקצועיים השונים. תוצאות הסכמים אלה מתומחרות לתוך מחירי יום האשפוז. להדסה יש והיה החופש לוותר או לדרוש דברים מעבר להסכמים.

כך למשל הנהלת הדסה ויתרה על החתמת הרופאים על שעון הנוכחות. נושא שהיה במוקד המו"מ האחרון עם הרופאים ולשיטת האוצר הישג זה שנועד לשמור את הרופאים בבתי החולים שעות רבות יותר היה במחיר יקר במו"מ.

ההסבר שקיבלנו לויתור על החתמת השעון (שהתרחש גם בבית חולים שערי צדק) היה כי מאחר והרופאים עוסקים גם במחקר, הוראה באוניברסיטה ובשר"פ, הרי שאין טעם להחתים את הרופאים על שעון נוכחות שייצור מצב שגם בשעות אחר הצהריים, בהן הם מבצעים פעולות שר"פ, הם יקבלו שכר ציבורי.

הסבר זה נראה לנו סביר והגיוני בהקשר של אופן העבודה הייחודי של הדסה, אך מאחר והמדינה שילמה במו"מ מול הרופאים מחיר יקר עבור הסכמה על החתמת שעון הנוכחות, היה סביר למצוא שבית החולים דורש ומקבל מחיר חלופי מהרופאים (לדוגמא: העלאת החלק של בית החולים בשר"פ – פעולה שלא היתה פוגעת ברופאים הצעירים ובעלי השכר הנמוך יותר אלא בחלק העליון של הרופאים).

3. הדסה ההסתדרות המדיצינית הדסה (חברה לתועלת הציבור) :

כפי שצוין לעיל, ההסתדרות המדיצינית הדסה הינו הבעלים של בתי החולים הדסה עין כרם והר הצופים. ארגון נשות הדסה נוסד ב-1912 ע"י קבוצת נשים בראשות הנרייטה סאלד ושמה לה למטרה לקדם את הרפואה בארץ ישראל. לאורך השנים הקים הארגון מספר בתי חולים, בתי ספר לסייעוד ולרפואה, את מערך טיפות החלב, ופעל גם בתחום החינוך והקים מספר כפרי נוער, את מכללת הדסה ועוד. בשנים הראשונות לאחר קום המדינה, העביר הארגון את רוב נכסיו למדינת ישראל, ללא תמורה.

ארגון נשות הדסה פעל לאורך השנים בתיאום ושיתוף פעולה הדוק עם ממשלות ישראל, תוך תרומת סכומי עתק למדינת ישראל.

חברי הצוות מבקשים לציין את הערכתם העמוקה למחויבות ולתרומה ארוכת השנים של ארגון זה למערכת הבריאות בישראל כולה ובירושלים בפרט. פעילות הארגון הביאה ליצירת בית חולים העומד בסטנדרט רפואי-מחקרי מהגבוהים בעולם, לטובת הציבור בישראל.

הטענה של הארגון שלפיו בית החולים חייב את קיומו לנשות הדסה היא נכונה ברובה. הן אלו שמגייסות את התרומות לפיתוח בית החולים והרחבתו. מנגד, חלק ארי מהתרומות לארגון הוא עבור בית החולים כך שבהחלט מדובר ביחסים סימביוטיים לטובת שני הצדדים.

במהלך העדויות ודיוני הצוות הועלו שתי טענות מרכזיות בעניין התרומות: הראשונה, היא שגיוס התרומות לבית החולים על ידי נשות הדסה נעשה באופן לא שקוף למקבלי התרומות, קרי הנהלת בית החולים. מצד אחד מנהלי בית החולים ורופאים אחרים נפגשים ומשכנעים תורמים פוטנציאליים בחו"ל (בהנחיה וליווי של ארגון נשות הדסה) ומנגד הם אינם יודעים ומדווחים על ההצלחה או אי הצלחה בגיוס. הדבר פוגע ביכולת הנהלת בית החולים לתכנן הפעילות העתידית והמחויבויות אליהן הוא נכנס. יש לציין כי קיימת וודאות לגבי מחויבות הארגון לתמיכה בגובה 19 מיליון דולר כל שנה לפעילות השוטפת וכן למימון מגדל האשפוז.

הסוגיה השנייה היא שבשל הזיהוי החד ערכי של בית החולים עם ארגון נשות הדסה, לא אפשרו אלו לבית החולים להקים ארגון ידידים כמקובל בענף ולהתרים גופים אחרים מחוץ לארצות הברית (שם מוקד עוצמתן של נשות הדסה). הדבר היה עשוי לסייע בקושי הכלכלי נוצר בבית החולים והתגבר החל ממשבר שנת 2008.

נשות הדסה הן הבעלים והן בעלות זכויות ההחלטה בבית החולים באמצעות הרוב שלהן בדירקטוריון וזכות הווטו שקיימת להן על כל החלטות הדירקטוריון. לכן, יש להן אחריות ישירה הן למצב הניהולי החלש ובעיקר לממשל תאגידי בעייתי מאד. נכון להיום, עברו כארבע שנים מעת שהן הבינו שיש בעיה כלכלית וגרעון שוטף הולך וגדל (הן מהדו"חות הכספיים לשנת 2010 והן מהועדה שהקים בשנת 2011 מר ריק האניס, סמנכ"ל הכספים של נשות הדסה), אך עדיין בית החולים רחוק מאד מיישום תכנית הבראה של ממש.

אחת הטענות שנשמעה היא שהן לא ידעו על הבעיות. אולם הוועדה התרשמה להיפך, הדברים היו מובנים כבר בשנת 2010 ולא נתגלו ממצאים חדשים משמעותיים בדו"חות שהוגשו לאחר מכן, לרבות העבודה של חברת PWC. הבעיה היתה בדרך הטיפול במשבר שיכלה להתבצע באופן שונה לרבות מינוי המנהלים הנכונים, תיאום ציפיות מדויק, יצירת אווירה ומוטיבציות אצל העובדים שיתמכו בשינוי ובהבראה.

עדויות מנהלים ודירקטורים לשעבר בהדסה על משולש מערכת היחסים: בעלים – דירקטורים ישראלים – הנהלה, מתארות בין השורות חוסר אמון של נשות הדסה בארגון הישראלי. עדויות אלה נתמכות בהשתלשלות אירועים: החל מהקמת מערכת צל של אנשי כספים ואחרים מעל בית החולים, המשך ביצירת נתיב עוקף דירקטוריון בו פעלו ישירות מול מנכ"ל בית החולים ולעיתים אף ישירות מול מנהלי מחלקות בבית החולים, המשך בגיוס חברות יעוץ זרות ויקרות שאינן מחויבות המציאות לחלוטין, המשך בהחזקת ייעוץ משפטי נפרד שמלווה תהליכים פשוטים של מו"מ עם מנכ"ל על גיוס ו/או פרישה, למרות שלדירקטוריון יש יועץ משפטי וכלה בהקמת מנגנוני בקרה נפרדים וכפולים על בניית מגדל האשפוז החדש.

לצערנו, נשות הדסה בחרו שלא להופיע בפני הצוות בטענה שהצוות כולל את נציגי משרדי האוצר והבריאות ולכן הוא אינו בלתי תלוי. יו"ר הצוות, שהוא נציג ציבור, ניסה ללא הצלחה לשכנע את מנהלת הארגון בישראל להופיע ולומר את דבריהן. בסופו של דבר שלח הארגון מסמך עמדה מפורט.

4. הדירקטוריון:

כפי שצוין לעיל, בדירקטוריון הדסה 15 חברים. מהם 5 ישראלים לרבות היו"ר, 5 חברות ארגון נשות הדסה לרבות הנשיאה וחמישה נוספים הם נציגי ציבור אמריקאים. מדובר בדירקטוריון שמתכנס לפחות ארבע פעמים בשנה (פעמיים בישראל ופעמיים בארה"ב, כאשר חבריו הישראלים, למעט היו"ר, כיהנו ללא קבלת שכר).

יושבי ראש הדירקטוריון היו מעורבים בניהול בית החולים, לרבות ישיבות שבועיות עם הנהלות בית החולים. העדויות של מנהלים ודירקטורים ישראלים לשעבר תיארו דירקטוריון כביכול מסודר, בעוד שהחלטות בפועל לא התקבלו בו אלא אצל ארגון נשות הדסה שהחזיקו בזכות ווטו. הדירקטוריון קיבל החלטות על תקציב, בינוי ופיתוח אך לא עסק ולא היה סמכות מאשרת של החלטות מהותיות שהשפיעו על יכולת הארגון לעמוד בתקציב. כך למשל בחברה ש-91% מהכנסותיה מוקצות לשכר והחלק העיקרי של הכנסותיה מקורו בקופות החולים אפשר לצפות שהדירקטוריון ידרוש לאשר כל שינוי בהסכמי השכר הקיבוציים או את הסכמי ההנחות לקופות החולים ולא כך היה.

במהלך השנים ראינו שני מקרים של התפטרות הדירקטורים הישראלים על רקע תחושת חוסר יכולת לקבל החלטות ולהיות רלוונטיים מול המנגנון של נשות הדסה. לא נראה שמישהו בקרב נשות הדסה ניסה להפיק את הלקחים, להיפך - לאחר ההתפטרות האחרונה של הדירקטורים הישראלים בנובמבר 2013, מונו רק שני דירקטורים ישראלים.

הרושם הוא שמונו נציגים ישראלים שתפקידם, ובעיקר תפקידו של היו"ר, הוא הקשר למקבלי ההחלטות בישראל ובאוצר בפרט. אחד מיושבי הראש תיאר אירוע, אשר בעינינו מעיד על המהות יותר מכל, שבו אמר סמנכ"ל הכספים הקודם ליו"ר, שלא יתערב בניהול משום שהתפקיד של היו"ר הוא להביא כסף ממשד האוצר.

כלומר, הדירקטוריון שהיה אמור להיות כלי אפקטיבי בממשל תאגידי של בית החולים, לא יכול היה לבצע את תפקידו כהלכה. יתר על כן, בשל הייחודיות והמורכבות של מערכת הבריאות בישראל היה מקום לחזק בדירקטוריון את מספר הדירקטורים הישראלים הבקיאיים במציאות זו, על מנת לסייע לבית החולים במיוחד עם תחילת המשבר.

5. משרדי הבריאות והאוצר:

הדסה, ובתי חולים ציבוריים נוספים בבעלות פרטית, מספקים שירות רפואי ציבורי חיוני לאוכלוסיית ישראל. מאמצי משרדי הממשלה למציאת פתרון להבראת הדסה ממחישים את הכרתם בנחיצות וחשיבות קיומה של הדסה בהיבט הציבורי.

לאורך השנים משרדי הבריאות והאוצר נמנעו מלפקח על ההיבטים הפיננסיים בבתי חולים ציבוריים בבעלות פרטית. מציאות זו התבססה על העובדה כי מדובר בארגונים פרטיים, אשר לאורך כל עשרות שנות הפעילות הוכיחו יציבות כלכלית. מאחר ומדובר בבתי חולים בבעלות פרטית, אזי למשרדי הממשלה לא היתה תשתית חוקית להתמודד עם סוגית ההתנהלות הפיננסית

של בתי החולים, והמשרדים גם לא עקבו אחר מה שקורה שם בהיבט הכלכלי וממשיכים שלא לעקוב גם היום בהיבטים הפיננסיים אחר בתי חולים ציבוריים דומים. קיים פיקוח הדוק המתמקד בנושאים רפואיים אך לא כלכליים.

לטעמנו, מדובר בכשל תפישתי שלפיו מדובר בבית חולים פרטי שצריך להתמודד בעצמו עם הבעיות וכי במידה והמדינה תפקח עליו היא תידרש לשאת בעלויות הכרוכות בטיפול במצב בדומה לאחריותה כלפי בתי החולים הממשלתיים. משבר הדסה הוכיח שיש מקום לשינוי מצב זה.

בנוסף יש לציין כי הדו"חות הכספיים של בית החולים מועברים לרשם העמותות ומפורסמים על ידו (לא ברור היכן היו אנשיו שלא ראו את הגרעון הולך ותופח ואם כך הם הדברים אזי מה מטרת הפרסום), כך שלו נציגי הממשלה (בריאות ואוצר) היו מגלים בכך עניין היו יודעים את היקף הגרעון ממקור ראשון, היו ממשיכים לעקוב אחריו ולהבין כי לצד גרעון שוטף של כ- 200 מיליון ₪ יש גרעון מצטבר של למעלה ממיליארד ₪.

לצד אמירה זאת ראינו ושמענו על התגייסות וסיוע כן ויעיל בפתרון בעיות תזרימיות של בית החולים, כאשר זה פנה לבקשת עזרה מהמדינה וכן גילוי נכונות להגדיל את ההשתתפות של המדינה בבניית מגדל האשפוז החדש. השתתפות שסביר להניח לא היתה מתרחשת לולא המשבר בבית החולים. ואולם, המדינה דרשה, ובצדק רב, כי סיוע מעבר לסיוע הפרויקטלי יהיה חלק מתכנית הבראה כוללת שיעמיד את בית החולים על רגליו באופן פרמננטי. לדברי נציגי האוצר בעת פניותיו הראשונות של בית החולים לממשלה בבקשה לקבלת סיוע, התבקש סיוע חד פעמי בלבד ונציגי בית החולים טענו כי אין צורך בגיבוש תוכנית הבראה גדולה. גם כיום, משרדי הבריאות והאוצר נמצאים במו"מ עם בית החולים להגעה להסכם הבראה.

סוף דבר בעניין בתי החולים הציבוריים הנמצאים בבעלות פרטית, מתייחס לאמירה כללית בעניין דרך התנהלות המדינה במקרים מסוימים של מתן שירותים ציבוריים באמצעות עמותות וארגונים סמי-ציבוריים אחרים (לדוגמא, מגן דוד אדום, "יד שרה", רשתות בתי ספר עצמאיות וכד'). המדינה כביכול מעבירה את האחריות למתן השירותים לעמותות וחברות לטובת הציבור ובסופו של יום נותרת עם עמותות שנהנות מחופש ניהולי מלא אבל לאו דווקא יעילות ועם אחריות של המדינה למצב שבו הן נכשלות. יש לציין כי במקרה של הדסה לא היתה העברה שכזו, אלא התפתחות היסטורית שהובילה לכך ופעילויות היסטוריות שכאלה קיימות גם בתחומים אחרים.

6. התייחסות לרואי החשבון :

הדוחות הכספיים לשנת 2010 היו האחרונים שבוקרו על ידי משרד Deloitte (ברייטמן אלמגור זהר). בשנתיים האחרונות בוקרו הדו"חות על ידי משרד KPMG. ההסבר שקיבלנו לחילופי המשרדים היה שהם נעשו ביוזמת נשות הדסה, ואחד השיקולים היה הרצון למשרד רו"ח זה לזה שמשרת אותן בארצות הברית.

בעינינו החילופים היו נכונים וטובים לארגון, ולו משיקולים של ריענון.

הצוות ראיין את נציגי שני משרדי ראיית החשבון.

הדו"חות הכספיים לשנת 2010 היו הראשונים שהוכנו לפי הוראות תקן חשבונאות מספר 18, הקובע כללים לדיווח כספי של בתי חולים. תוצאות הפעילות הכספית של בית החולים בשנה זו כללו הפסד של כ-150 מיליון ₪ שהביאו לגרעון מצטבר של כ-600 מיליון ₪. הצוות אינו מתיימר להיכנס ולחוות את דעתו על תקינה חשבונאית או על אופן יישומה, אך עדיין בעינינו יש לרואי החשבון תפקיד ציבורי חשוב ביותר. מדובר בדו"חות כספיים עבור הדירקטוריון, רשויות המס, רשם העמותות ועוד, לכן לדו"חות שמשקפים את מהות מצב החברה יש חשיבות רבה.

הבחירה של הדסה לשנות את שיטת הדיווח לגבי הנכסים נטו שלא קיימת לגביהם הגבלה ולנצל את החלופה שמאפשר תקן 18 להציגם בשורה אחת בלבד ולא להפריד בין הנכסים נטו ששימשו לרכוש קבוע ולנכסים בלתי מוחשיים לבין הגירעון המצטבר מפעילויות (מבלי להציג בביאורים את השינוי בהצגת הנכסים נטו), בעוד שגם שיטת ההצגה הקודמת המפורטת מהווה חלופה סבירה על פי התקן, נראית כבחירה לא מוצלחת, מאחר והיא לא מאפשרת לקורא הסביר ולבעלי העניין להבין בנקל כי לבית החולים גירעון מצטבר בגובה של 600 מיליון ₪.

טכנית אין פגם בדרך הצגה זו, אך מהותית הבחירה בדרך זו יוצרת מצב בו היקף הגרעון לא בולט ומעשית, בית חולים לא ימכור את הנכסים התפעוליים שלו, ולכן מול חלק מהגרעון אין מציאותית נכסים שניתן למכור. מעבר לכך, לא מצאנו בדו"חות אזהרות או הדגשות של המצב הכלכלי המתדרדר של בית החולים.

יודגש כי משרד KPMG שערך את הדו"חות הכספיים לשנת 2011 ואילך, בחר לחזור לשיטת ההצגה החשבונאית הקודמת.

ראוי בהקשר זה לציין כי המנכ"ל הקודם של הדסה, פרופ' אהוד קוקיה, העיד בפני הצוות כי למרות שכבר במרץ 2011 החל בתהליך של לימוד וחפיפה ונכנס לתפקידו בנובמבר 2011 הוא לא ידע כי לבית החולים גרעון מצטבר של 600 מיליון ₪ (בתקופת הלימוד שלו אושרו הדו"חות).

בדו"חות הכספיים של שנת 2011 כבר ניתן לראות הבדל משמעותי. הנכסים אינם מוצגים בנטו, ניתן בנקל לראות את היקף הגרעון המצטבר (שצמח ל-850 מיליון ₪) וניתן למצוא ביאורים חדים שמבהירים את המשבר הכלכלי בו נמצא בית החולים.

נקודה נוספת שראויה לאזכור היא סוגיית הקרנות של בית החולים. מדובר בקרנות שכוללות תרומות ומענקים למטרות מחקר ומטרות ספציפיות אחרות. בפועל, בית החולים השתמש בחלק מהכסף לצרכים השוטפים ו"אכל" את הקרנות. על פי העדויות, ביוזמת רואי החשבון הובא הנושא לדיון בדירקטוריון והתקבלה חוות דעת משפטית של יועץ משפטי חיצוני שהדבר תקין. לטעמנו ראוי היה שרואי החשבון יתייחסו בהרחבה לסוגיית הקרנות שבית החולים החל להשתמש בכספיהן שלא למטרות שלשמן הוקמו.

לסיכום הפרק העוסק ברואי החשבון נזכיר כי רואי החשבון אינם מנהלים את הארגון, אין להם ולא יכולה להיות להם אחריות למשבר. תפקידם לוודא כי הדו"חות הכספיים מתארים את העובדות כמיטב יכולתם ועל פי התקינה המקובלת.

עקרונות לפתרון והסדר בהדסה

בהתבסס על תפישתנו שהוצגה לעיל, לפיה לכל בעלי העניין בהדסה היה חלק במשבר, הפתרון צריך להתבסס על תרומה של כולם לפתרון מהיר ויישום לא פחות מהיר שיחזיר את השקט הארגוני.

מאחר ועדיין קיימות בעיות מידע ונתונים, הצוות לא יודע לאמוד בעצמו את היקף הגרעון השוטף של בית החולים ונשען על הערכת ההנהלה, הנאמנים ורו"ח בועז גזית שעובד מטעם החשב הכללי.

הצוות ממליץ על העקרונות הבאים לפתרון המשבר:

1. **בעלות על בית החולים** - העברת השליטה מנשות הדסה תוך שמירה על נציגותן בארגון, תוך הימנעות, ככל האפשר, ממהלך אגרסיבי של הלאמה שיכול לייצר השלכות רוחב מיותרות. על המדינה לקבל נכסים, הן מבית החולים והן מנשות הדסה, מול כל הזרמה שנעשית לבית החולים ושאינה קשורה לרגולציה רגילה.

2. **ממשל תאגידי** - יש מקום לשנות את מבנה הממשל התאגידי בבית החולים, מומלץ להקים דירקטוריון עצמאי לחלוטין שבו אין זכויות ווטו לנשות הדסה או לכל גורם אחר. מוצע כי הדירקטוריון יורכב מעד 11 דירקטורים, מהם: שני נציגים של ארגון נשות הדסה, שני נציגים מטעם העובדים, וכל השאר ייבחרו במתכונת דומה לזו שבה נבחרים דירקטורים לחברות ממשלתיות, או במתכונת בחירה בלתי תלויה אחרת, וזאת על מנת להבטיח חוסר תלות פוליטית. יו"ר הדירקטוריון ייבחר על ידי הדירקטוריון עצמו.

כחלק מהליך זה יש להגדיר מחדש את סמכויות וחובות הדירקטוריון, זאת על מנת להבטיח את השפעתו על ההחלטות החשובות ויכולתו להתוות את הדרך ולקבל אחריות על הנעשה בבית החולים.

3. **"ארגון יזידים"** – נשות הדסה ימשיכו להוביל את מערך ההתרמה לבית החולים לצד הקמת ארגון יזידים. ארגון זה יאפשר לבית החולים לגייס משאבים נוספים ובכך להגדיל את התרומות לפעילות ופיתוח בית החולים תוך שקיפות מלאה לגבי התרומות. כאן המקום לציין כי ארגון נשות הדסה פעלו בעבר להפוך גופים שהיו היסטורית בבעלותן לעצמאים - בתי ספר ומכללת הדסה כדוגמא.

4. **ממשלה** - בראש ובראשונה על הממשלה להחליט כיצד ברצונה לראות את השירות הרפואי החיוני שמספקת הדסה לאחר צאתה מהמשבר. דהיינו, האם בתום תכנית ההבראה יתאפשר לבית החולים לשמור על העקרונות שהובילו אותו לאורך השנים של מצוינות אקדמית, איכות קלינית גבוהה ומובילות בהכשרת דור העתיד. הצוות סבור כי ניתן לשמר את המצוינות הקיימת בהדסה, לצד יישום תכנית הבראה וכי על הממשלה לפעול בכיוון זה.

הממשלה צריכה לתת את חלקה - על הממשלה לסייע לבית החולים במסגרת תכנית ההבראה, כך שבית החולים יגיע לאיזון תקציבי ארוך טווח ובר קיימא.

5. **הזרמת כספים ע"י ארגון נשות הדסה** - אין לצוות נתונים כספיים על מצבו הפיננסי של ארגון נשות הדסה, אך במידה וישנה האפשרות, הרי שכחלק מפתרון להיקף הגרעון המצטבר ארגון נשות הדסה יצטרך לתרום סכום חד פעמי משמעותי ו/או נכסים לסגירת הגרעון.

6. **עובדי בית החולים (רופאים, עובדים ואחיות)** - כאמור עובדי בית החולים, ככלל, נהנים מתנאי שכר והטבות גבוהים מהמקובל ולכן כחלק מהפתרון עליהם לוותר על זכויות קיימות שיאפשרו לצמצם את הגרעון האקטוארי וכן להתייעל הן במספר עובדים והן בעלות השכר (באופן פרמננטי ולא בדרך של הלוואות). בנוסף, יש לתקן את ההסכמים ולשנות נוהגים הקשורים לתהליכי עבודה וקביעות עבר ולאפשר את הגמישות הניהולית שתאפשר להנהלה להתמקד בהצלת הארגון. דוגמא למקומות שמחייבים ונכונים לצמצום היא סוגיית התוספת בגין השתייכות לסגל אקדמי. בעוד שבבתי חולים אחרים רופא שמלמד באוניברסיטה מקבל תוספת בהתאם לחלק הזמן שבו הוא מלמד, הרי שבהדסה עצם ההשתייכות לסגל אקדמי מביא לתוספת של 30% לשכר ואין זה משנה מהו היקף ההוראה ואף האם הרופא ממשיך ללמד או לא.

7. **שר"פ** - כאמור, לאור הדיון בוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות חה"כ יעל גרמן בעניין, אין לצוות מנדט להמליץ המלצת מדיניות בעניין. המלצתנו היא שכל כלל שיקבע בוועדת גרמן יאומץ במלואו בהדסה, גם אם ועדת גרמן תמליץ שלא לאפשר שר"פ. עד שתתקבל החלטת מדיניות אחרת בסוגיית השר"פ, על בית החולים לקבל לידי בחזרה את השליטה על הפעילות. להגדיר כללים ברורים ומדידים, ניהול אכיפה וסנקציות. בסופו של יום מדובר בבית חולים ציבורי ולכן יש לאסור על רופא פעילות בשר"פ מעבר לשיעור מסוים (איסור פרטני ולא ממוצע מחלקתי). מודל חלוקת ההכנסות בין בית החולים צריך להשתנות מיידית ולהפוך את החלק של בית החולים על פעילות שר"פ למשמעותי יותר. לשיעור עצמו אין "פתרון בית ספר" ולכן הצוות אינו ממליץ על השיעור המדויק.

ראוי לציין שניתוב אחר של זרם הכנסות השר"פ (כ-250 מיליון ₪) עשוי לתרום לסגירת עד כשליש מהגרעון השוטף.

8. **הנהלת הדסה** - המלצתנו היא שההנהלה תמשיך להתמקד בלנהל את בית החולים ותחדל מלהתבונן לאחור. כפי שראינו, יש בארגון עשרות, אם לא יותר, מיליוני ש"ח בשנה שפשוט "זרוקים על הרצפה", שבאמצעות ניהול טוב ופרטני, שנשען בין היתר על מערכות מידע מתקדמות, יכול לשפר את התוצאות בעשרות ומאות נושאים שכל אחד יתרום את חלקו למסה גדולה של התייעלות. בית החולים צריך לעבור תהליך הבראה לניהול רזה מבוקר הן מבחינה כלכלית והן כזה שלוקח בחשבון את ההשפעות של החלטותיו על המוטיבציות של עובדיו ומייצר להם סביבה מאתגרת ומספקת, לא רק כלכלית. העובדים היום מודעים למצבו של בית החולים ואינם בטוחים במקום עבודתם, ולכן לשיתוף העובדים בתהליך ההבראה יש חשיבות רבה מאד.

9. **אקדמיה** - סוגיית בתי הספר נמצאת במן ערבוב לא ברור של אחריות, סמכות ומימון. המלצתנו היא להעביר את האחריות והסמכות לנושא הלימוד לאוניברסיטה העברית בירושלים. היא זו שתחליט על הסטנדרטים, התכניות ובאילו משאבים של בית החולים היא מעוניינת להשתמש ותשלם על כך לבית החולים בדרך פשוטה ושקופה, בדומה למבצע באוניברסיטאות ובתי חולים אחרים.

המלצות לשינויים מבניים בפיקוח על בתי חולים ציבוריים

בבעלות פרטית

בשלב ראשון, לדעת חברי הצוות, על משרד הבריאות להגדיר את רשימת בתי החולים והארגונים בבעלות פרטית (לרבות עמותות למיניהן) שהם בגדר שירות ציבורי חיוני בתחום הבריאות. הצוות אינו יכול, וגם אין לו את היתרונות היחסיים, בכדי להגדיר את המבחנים המפורטים לכך, אך המלצתנו היא שהמבחן הראשון והעיקרי יהיה האם המדינה מוכנה ויכולה ולעמוד בסגירה של המוסד המדובר. ברור כי בית חולים פרטי שעוסק בניתוחים שהיקפם אינו מהותי למערכת או בתי חולים שיש להם אלטרנטיבה בבתי חולים אחרים או מוסדות שעוסקים בניתוחי אסתטיקה למיניהם, אינם עומדים במבחן שכזה ומנגד ברור שבית חולים הדסה שמשרת את מרבית תושבי ירושלים ומהווה אחד ממרכזי העל הרפואיים מישראל, כן עומד במבחן.

בהמשך, לגבי הגופים שיקבעו אנו ממליצים :

1. למשרדי הממשלה - למסד מעקב פיננסי רציף. מעקב שכזה צריך לכלול קבלת נתונים ומידע שכולל: תקציבי פעילות ופיתוח מיד לאחר אישורם במוסדות של הארגונים, דו"חות ביצוע תקציביים ברמה רבעונית, דו"חות כספיים מאושרים על ידי רואי החשבון, דו"חות על תפוקות ופעילות.
2. קריסה פיננסית של שירותים חיוניים אלו, הגם שמסופקים ע"י ארגונים פרטיים, יובא בסופו של יום לתשלום כזה או אחר של המדינה שלא יכולה, בצדק, להרשות לעצמה להפסיק מתן שירותים אלו. לכן מומלץ למשרדים להגדיר רשימה של החלטות ופעולות שמחייבות אישור של המדינה ונושאים שבהם המדינה יכולה להתערב ולא רק בדיעבד. במסגרת זו אנו ממליצים כי כל הסכם קיבוצי חדש ו/או תיקון, יובאו לידיעת הממונה על השכר טרם חתימה. הלה יוכל להגיב ולמנוע את החתימה בתוך 30 ימים.
3. למסד מנגנון של "גזרים ומקלות", אשר מאפשר סנקציות של ממש כנגד הארגון ומנהליו לרבות הדחה של דירקטוריון ומנכ"ל של הארגון, וסנקציות כלכליות נגד הארגון. מנגד, על מנת שלא נסיים את פרק הדסה ב"רשע וטוב לו וצדיק ורע לו" נכון לקבוע גם מנגנון של הטבות שיאפשר למדינה להיטיב עם ארגון ששומר על רמת שירות והוצאות נאותה. דוגמא להטבה שכזו היא השתתפות של המדינה בפרויקטי פיתוח של בית חולים שכזה.
4. לחייב את הגופים לניהול כלכלי נפרד ("משק סגור") של פעילויות שאינן רפואיות ציבוריות לחלוטין, כגון תיירות מרפא, שר"פ, קרנות מחקר ועוד.

5. לחייב את הגופים טרם קבלת החלטות על פרויקטי פיתוח, גם אם הם ממומנים באמצעות תרומות, לבחון את העניין בראייה כוללת על פני זמן של השקעה והשפעת עלויות המשך של תחזוקה ושיפורים (Total cost of ownership).

6. להגדיר דרישות למבנה תאגידי של הגופים החיוניים - על המשרדים להגדיר את המבנה התאגידי המאושר לגופים הללו, לרבות דרכי מינוי של האורגנים השונים. בעניין זה ההמלצה היא לאמץ מנגנון דומה למנגנון של רשות החברות הממשלתיות שרואה את החברות הממשלתיות כגופים עסקיים, אך עם יכולת וסמכות של המדינה להורות להן לבצע פעולות שאינן לטובת החברה אלא לטובת הציבור.

7. למסד מנגנון חוקי שיאפשר למדינה לסייע במידת הצורך לבית חולים שיוגדר כחיוני בהליך פשוט ומהיר.


8. לשפר מאד את יכולות המשרדים בביצוע השוואות (benchmarking) בין הגופים השונים ולייצר דו"חות אחידים שיאפשרו מעקב וניתוח לאורך זמן. למרות ההבדלים בין בתי החולים, הבדלים שנובעים מתחומי התמחות, גודל, מיקום גאוגרפי, בעלות וכד', אפשר לייצר מנגנוני השוואה חכמים שיאפשרו מדידה ושיפור של כלל המערכת.

9. על משרדי הבריאות והאוצר לפעול לשפר את ההסדרים המשפטיים הקיימים בתחום הפיקוח על בתי החולים כך שיארגן את מערך הכלים הרגולטורי המתאים לסוג של מעורבות הסדרתית או פיקוחית בהתנהלות כלכלית-ארגונית פנימית.

לבצע את תיקוני החקיקה הנדרשים על מנת להגדיר את המוסדות הללו כמוסדות ברי פיקוח פיננסי ולהגדיר בתקנות את כלי האכיפה והסנקציות שיופעלו על ידי המשרדים.

נקודה לסיום, ועדות מסוג זאת ממליצות בדרך כלל על הקמת גופים ויחידות חדשות, אנו חושבים אחרת. אין צורך בכך. מדובר בעוד נושא שעל משרדי הבריאות והאוצר לעסוק בו במסגרת הפונקציות הארגוניות הקיימות. הדבר יאפשר השלמת ראיית התמונה הכלכלית הרחבה וחיבור בין סמכות לאחריות.

על החתום,



מר אבי גבאי, יו"ר הצוות