

דוח

**הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב
והבעלות על בתי החולים הממשלתיים**

תל אביב, תשס"ד (מאי 2004)

לכבוד:

שר הבריאות, מר דני נוה

שר האוצר, מר בנימין נתניהו

הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים (להלן: הוועדה), מונתה ביום 27 מאי, 2003. הוועדה קיימה 16 ישיבות עבודה, בהן נשמעו עמדות חברי הוועדה ועמדתם של בכירים במערך הבריאות בישראל. בנוסף, זימנה הוועדה את הגורמים הבאים להביע עמדתם בנושא:

- נציגי משרד האוצר.
- נציגי משרד הבריאות.
- מנהלי בתי חולים ממשלתיים וציבוריים.
- מנכ"לי קופות חולים.
- מנכ"ל רשות החברות הממשלתיות.
- רשם העמותות.
- מנכ"ל ההסתדרות הרפואית בישראל.
- נציגי עובדים.
- גורמים נוספים, כולל מהסקטור הפרטי.

כמו כן, קיבלה הוועדה סקירות והצעות שונות לרפורמה במערכת הבריאות, הן מהגורמים המנויים מעלה, והן מגורמים פרטיים נוספים, המעורבים באופן זה או אחר במערכת הבריאות הציבורית.

הוועדה התעמקה בניתוח מערכת הבריאות הציבורית בישראל, על כל מורכבותה. במטרה להביא לשיפור בתפקוד מערכת הבריאות ולניצול יעיל של משאביה, בחנה הוועדה לעומק אפשרות הפעלת בתי החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית, כתאגידיים על בסיס כלכלי. המלצותיה של הוועדה מובאים בחלוקה לפרקים הבאים:

- המשבר המתמשך במערכת הבריאות הציבורית – כשלים כלכליים ייחודיים לשוק הבריאות, וגורמים עיקריים למשבר במערכת הבריאות.
- מטרות עיקריות בהפרדת בתי החולים מהמדינה בדרך של תיאגוד.
- מבנה השוק המוצע – מרכיבי מערך בתי החולים והדרך ליישום התאגוד.
- עקרונות להפעלת בתי החולים בישראל כתאגידיים.

תודתנו נתונה לכל הגופים והאישים שהמציאו לנו את עמדתם בכתב ובעל פה. כמו כן, אנו מודים לרו"ח יוסי איצקוביץ מחשבות משרד הבריאות, ששימש מרכז הוועדה ועסק בניסוח הטיוטות לדוח זה.

בצד המלצות הוועדה, הבאנו את דעת המיעוט של אגף התקציבים באוצר (נספח ג').

בכבוד רב,

משה ליאון, רו"ח

יו"ר הוועדה

תכן עניינים

3	תמצית מנהלים.....
7	המלצות הוועדה.....
7	1. המשבר המתמשך במערכת הבריאות הציבורית.....
9	2. הפרדת בתי החולים מהמדינה בדרך של תיאגוד.....
11	3. מבנה השוק המוצע.....
12	4. עקרונות להפעלת בתי החולים בישראל כתאגידים.....
22	נספחים.....
22	נספח א' - כתב מינוי.....
25	נספח ב' - הצעה למיזוג בתי החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית.....
27	נספח ג' 1 – עמדת מיעוט לעניין הפיכת בתי החולים לחברות ממשלתיות.....
28	נספח ג' 2 – עמדת מיעוט לעניין הקמת רשות תאגידי בריאות.....

תמצית מנהלים

המשבר המתמשך במערכת הבריאות הציבורית

במגזר הבריאות קיימים כשלים כלכליים, הנובעים מהשוני בין השוק הרפואי לשוק הכלכלי. גורמים עיקריים למשבר במערכת הבריאות הציבורית נובעים מלחצים גוברים לצמצום רמת ההוצאה הציבורית המופנית לבריאות, למול לחצי הביקוש הנובעים מהזדקנות האוכלוסייה, שיפורים טכנולוגיים ועלייה בביקוש ובמודעות הציבור לשירותי בריאות. מעבר למשבר מובנה ומתמשך זה, הקיים גם במערכת הבריאות הישראלית ישנם מספר בעיות ארגוניות ניהוליות הייחודיות לה:

- ניהול בתי החולים על ידי הממשלה.
- כשלי השוק במערכת המאופיינת לעיתים בהתנהגות קרטלית לכאורה של קופות החולים.
- חוסר יציבות פיננסית במערכת המצויה במצב תמידי של גירעון, כאשר קופות החולים נאלצות לעכב תשלומים ואינן משלמות על כך ריבית.
- עיוותי מחירים.
- תקצוב על פי ממוצע כללי.

הפרדת בתי החולים מהמדינה בדרך של תיאגוד

מזה יותר מעשור שנים נעשים ניסיונות חוזרים ונשנים לניתוק בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות והפיכתם לגופים עצמאיים. על אף היתרונות הברורים של המהלך, הוא לא צלח עד כה מסיבות רבות ושונות, שהעיקריות ביניהם היו ההתנגדויות השונות למהלך בעיקר בקרב ארגוני העובדים. מטרת התיאגוד הינן:

- שחרור הממשלה מניהול שוטף.
- התייעלות בשוק תחרותי.
- ניצול יעיל של משאבי המערכת על ידי יצירת אשכולות אזוריים של קמפוסים.
- גמישות ניהולית בתוך בתי החולים.
- קיום בקרת איכות במערכת.

מבנה השוק המוצע

- א. הפיכת בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית (שעליהם יש לממשלה אופציה לפי הסכם ההבראה משנת 1994) לבתי חולים ציבוריים הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח.
- ב. הקמת רשות בתי חולים בכפיפות לשר הבריאות.

בשל מורכבות הנושא, מוצע כי היישום יהיה בדרך של חקיקה ראשית. בנוסף, מוצע כשלב ביניים, להקים "מנהלת הקמה" שתלווה את הליך התיאגוד - מיום פרסום מסקנות הוועדה ועד לסיום הליך החקיקה. "מנהלת הקמה" תהווה את הבסיס לרשות בתי החולים.

עקרונות להפעלת בתי החולים בישראל כתאגידים

- א. בתי החולים הממשלתיים (למעט הממשלתיים עירוניים) אינם נושאים בעלות מס מעסיקים, אינם משלמים את מלוא הפרשות המעסיק בגין צבירת זכויות פנסיה של עובדיהם ואינם נושאים במלוא ההוצאות בגין רשלנות רפואית. עם החלת תהליך התיאגוד, יתווספו הוצאות אלו לעלויות המערכת שתקבל פיצוי דרך מנגנון המחירים.
- ב. קיים כיום פער מהותי באיכות המבנים, התשתיות והציוד בין בתי החולים השונים ואף בין המחלקות השונות בתוך בתי החולים. הוועדה ממליצה על ביצוע התיאגוד בהדרגה במשך שלוש שנים אשר במהלכן יפעל משרד הבריאות לסגירה מסוימת של חלק מהפערים הללו - בעיקר בתשתיות ובמבנים.
- ג. מחיר שירותי בתי החולים אינו מבטא כיום את מלא ההוצאות עבור פיתוח בתי החולים (ציוד תשתיות ומבנים). מומלץ כי הממשלה תמשיך לתקצב את נושא פיתוח בתי החולים במסגרת פרויקטים לאומיים, כחלק מתקציב משרד הבריאות.
- ד. הוועדה נתנה את דעתה אם להחיל את התיאגוד על כל בתי החולים הלא מתואגדים - הממשלתיים (כולל עירוניים ממשלתיים), ושל קופות החולים או רק על בתי החולים הממשלתיים. הוועדה הגיעה למסקנה כי יהיה זה נכון להחיל את המהלך על כלל בתי החולים (למעט בתי החולים הציבוריים המתואגדים כבר כיום) ולהביא לכך שהישות המשפטית של בתי החולים המתואגדים תהא אחידה, למעט במקרים מיוחדים בהם החליטו שרי הבריאות והאוצר אחרת. בנוסף, ממליצה הוועדה משיקולים פרגמטיים, לתאגד תחילה את בתי החולים הממשלתיים.

התשתית המשפטית לביצוע התיאגוד

- א. הגדרת יעוד בתי החולים, תיאגודם כישות משפטית עצמאית, המבנה הארגוני שלהם, מינוי נושאי המשרה בהם, תפקידם, רישוי פעולותיהם, יחסי הגומלין בינם לבין לקוחותיהם העיקריים והפיקוח עליהם יוסדרו בחוק מסגרת מיוחדת. עקרונות הפיקוח שיקבעו בחוק יחולו על כל בתי החולים בישראל ללא יוצא מן הכלל. חלקים רלוונטיים מחוק זה יחולו גם על בתי החולים הפרטיים.
- ב. יגובש לוח זמנים לתאגוד כל בתי החולים שטרם תואגדו בפרק זמן של שלוש שנים מיום כניסת חוק המסגרת לתוקף. ההחלטה לגבי אישור תיאגודו של בית חולים תתקבל על ידי שר הבריאות.
- ג. ככלל כל בית חולים אמור להתאגד, אולם החוק יסמיך את שר הבריאות להחליט על תאגוד מספר בתי חולים ("אשכול בתי חולים") במסגרת תאגיד אחד. כל בית חולים או אשכול של בתי חולים יתואגד כחברה לתועלת הציבור אשר תפעל על פי חוק החברות וחוק בתי החולים בישראל. הבעלות על בית חולים מתואגד תהיה בידי המדינה, אלא אם כן, שר הבריאות ושר האוצר יקבעו בעלות אחרת, לגבי בית חולים ספציפי, כגון בבעלות קופת חולים כלשהי.
- ד. מסמכי ההתאגדות יהיו אחידים לכל בתי החולים המתואגדים והם יפורטו בנספח לחוק. האורגנים האחראים לניהולו התקין של בית חולים המתואגד הם הדירקטוריון והנהלה. מינוי יו"ר לדירקטוריון וחברי הדירקטוריון יעשה על ידי שר הבריאות ושר האוצר, על פי אותם הכללים החלים על מינוי דירקטורים בחוק החברות הממשלתיות, התשל"ה-1975.

ה. מדיניות השכר בבתי החולים המתואגדים, תקבע בהתאם להנחייתו של הממונה על השכר במשרד האוצר.

רשות בתי החולים

לבתי החולים מאפיינים ייחודיים אשר לא קיימים בחברות ממשלתיות אחרות כגון: עיסוק יומי בדיני נפשות; הצורך לרשיין את תחומי פעילותם, את הציוד והתרופות שבשימושם ואת היקפי פעילותם בכל אחד מתחומי ההתמחות; הצורך לקבוע תקנים ושיטות לטיפול רפואי ולפקח עליהם; הצורך להיערך לשעת חירום ולהשתלב במערך החירום של המדינה; הצורך להפעילם במשך כל שעות היממה ובכל ימי השבוע; הצורך לקיים שירותים רפואיים אחידים בכל בתי החולים במדינה; ההיקף הכספי הגדול הכרוך בהפעלת בתי החולים והמספר הגדול של המועסקים בהם; הצורך לקיים מערכת יחסי עבודה ייחודית ולפעול מול איגודי עובדים ארציים; הרגישות הציבורית הרבה לנעשה בבתי החולים והחשיפה התקשורתית הנובעת מכך. המאפיינים הנ"ל, יחד עם הצורך לבטל את ניגוד העניינים הקיים במשרד הבריאות, מצדיקים הקמת רשות מיוחדת (להלן: "רשות בתי חולים") אשר תפקידה יוגדרו ב"חוק בתי החולים בישראל" ויהיו דומים לאלה של רשות החברות הממשלתיות תוך התאמתם למאפיינים הייחודיים של בתי החולים. מבנה הרשות וסמכויותיה יקבעו בחוק. מנהל הרשות ובעלי התפקידים המרכזיים ברשות יתמנו על ידי שר הבריאות.

תפקידה של רשות בתי החולים יהיו בייעוץ, פיקוח ובקרה פיננסית וכלכלית. במסגרת זו, תרכז הרשות נושאים בהם נדרשת ראייה מערכתית רוחבית, לצורך ייעול כלל המערכת.

תפקידיו של משרד הבריאות יהיו בקביעת מדיניות מערכת הבריאות בתחום הרפואי, בקביעת כללי המשחק המקרו כלכלית, פיקוח ואבטחת איכות, ניהול הרגולציה בכלל מערכת הבריאות וקביעת מחירים.

ניהול כספי וניהול משאבי בית החולים

א. כל הנכסים הקיימים בבית החולים, ערב התאגוד לרבות כל יתרות המזומנים בבית החולים בקרנות מחלקתיות ובקרן המחקרים, יועברו לבעלות בית החולים המתואגד, תוך ביטול תאגידי הבריאות וקרנות המחקר הקיימים. המקרקעין יועבר לחזקתו של בית החולים בדרך של חכירה לדורות (מעל 25 שנה).

ב. חל איסור מוחלט להיווצרות גירעון כלשהו בפעולות בית החולים. קיומו של גירעון כלשהו יביא לנקיטת צעדים מדורגים על ידי שר הבריאות, בהמלצת רשות בתי החולים, עד לפיזור הדירקטוריון ולפיטורי המנכ"ל. במקרה כזה הרשות תמנה מנהל מורשה לבית החולים שינהלו עד הבאת בית החולים לאיזון.

משאבי אנוש ומערכת יחסי העבודה בבית החולים

הוועדה ממליצה על אימוץ אחת מהאופציות המתוארות להלן:

1. השאלת העובדים לבית החולים המתואגד:

- א. כל עובדי בית החולים ערב תיאגודו, שהינם עובדי מדינה קבועים ביום המעבר (בבתי החולים הממשלתיים) או עובדים קבועים בשירותי בריאות כללית (בבתי החולים של שירותי בריאות כללית), יוכלו להיות מושאלים על ידי מעסיקם לתקופה ובתנאים שיסוכמו עם ארגוני העובדים. המעסיק הקודם ישלם בפועל לעובדיו המושאלים הנ"ל, את השכר, התשלומים הנלווים לשכר והתנאים הסוציאליים אשר הוא מחויב להם על פי הסכמי העבודה כפי שיהיו בתוקף מעת לעת.
- ב. בית חולים מתואגד ישלם למעסיק הקודם מידי חודש, את מלוא עלות הוצאות השכר שישולמו לעובדיו המושאלים בפועל (על ידי המעסיק הקודם) וכן יממן את מלא עלות הפנסיה התקציבית הנובעת מתקופת ההשאלה, באופן שיסוכם בין הצדדים.
- ג. עובדי בית החולים הממשלתי שאינם עובדים קבועים, עובדי התאגידים הנספחים לו ערב תיאגודו, עובדי שירותי בריאות כללית (בבתי החולים של שירותי בריאות כללית) שאינם עובדים קבועים, וכן עובדים שיתקבלו לעבודה בבית החולים החל מיום תיאגודו ואילך יתקבלו כעובדי התאגיד.

2. העסקת העובדים על ידי בית החולים המתואגד:

- א. כל עובדי בית החולים ערב תיאגודו, שהינם עובדים קבועים, יוכלו להיות מועברים להעסקה ע"י בית החולים המתואגד בתנאים שיסוכמו עם ארגוני העובדים. בית החולים המתואגד ישלם לעובדים אלו, את השכר והתשלומים הנלווים לשכר, על פי הסכמי העבודה כפי שיהיו בתוקף מעת לעת - עד ליום פרישתם.
- ב. המדינה תחזיר לבית חולים המתואגד במועד התשלום, את כל העלויות שנצברו לעובד בגין צבירת זכויות פנסיה לעובדים הזכאים לפנסיה תקציבית, והנובעים מתקופתה.
- ג. עובד תאגיד שהיה עובד מדינה ערב התיאגוד, יהיה זכאי בכל שלב "להתנתק" מההסדר החל על עובדי המדינה/ שירותי בריאות כללית ערב התיאגוד, ולעבור לסטאטוס של עובד תאגיד "רגיל" (בתנאי העסקה שיקבעו בהסכמים קיבוציים שיהיו בתוקף מעת לעת). במקרה זה, ישמרו זכויות הפנסיה שלו בהתאם לתקופת הוותק המסתיימת במועד שינוי הסטאטוס.

הנחיות שונות

- א. חוק ההגבלים העסקיים לא יחול על רשות בתי החולים ועל בתי החולים המתואגדים.
- ב. בית חולים מתואגד לא יהיה רשאי להנהיג ביטוחים רפואיים כלשהם.
- ג. יגובשו הסכמים למיזוג בהדרגה של חלק משירותי רפואת המומחים בקהילה המסופקים על ידי הקופות, עם שירותי מרפאות החוץ של בתי החולים הציבוריים.
- ד. משרד הבריאות יקבע כללים למתן הרשאה (או אי מתן הרשאה) לבית חולים מתואגד, להפעיל שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) בתוך כתליו, בהתבסס על החלטות הממשלה.

1. המשבר המתמשך במערכת הבריאות הציבורית

1.1 כשלים כלכליים ייחודיים לשוק הבריאות

במגזר הבריאות קיימים כשלים כלכליים, הנובעים מהשוני בין השוק הרפואי לשוק הכלכלי. שוק כלכלי מאופיין על ידי הגדרה מדויקת של המוצר, הגדרת המחיר, חופש המידע, חליפין בין קונים לבין מוכרים, סדר עדיפויות המבוסס על שיקולי כדאיות ותחרות בין ספקים המבוססת על תפוקות. שוק הבריאות שונה מהנ"ל בנקודות הבאות:

- קושי בהגדרת מחירים.
- אי סימטריה בין המידע המצוי בידי הרופא המטפל ובין המידע המצוי בידי המטופל.
- הביקוש לשירותי בריאות נושא בהרבה מקרים אופי של ביקוש קשיח.
- השפעת ההיצע (רופאים) על הביקוש עשויה לגרום ליצור עודף או ליצור חסר - תלוי בכלי התגמול הקיימים במערכת (תשלום לפי שירות או קפיטציה).

1.2 גורמים עיקריים למשבר במערכת הבריאות

המשבר המתמשך במערכות בריאות נובע מהמפגש הבלתי פתור בין רצונות ויכולות מערכת הבריאות לרפא ובין מגבלות המדינה לממן יכולות אלו לכל אחד. למול לחצי הביקוש הנובעים מהזדקנות האוכלוסייה, שיפורים טכנולוגיים ועלייה בביקוש ובמודעות הציבור לשירותי בריאות, ישנם יותר ויותר לחצים לצמצום רמת ההוצאה הציבורית המופנית לבריאות.

מעבר למשבר מובנה ומתמשך זה, הקיים גם במערכת הבריאות הישראלית ישנם מספר בעיות ארגוניות ניהוליות הייחודיות לה:

ניהול בתי החולים על ידי הממשלה

משרד הבריאות עוסק מתוקף תפקידו במשימות מיניסטריאליות רבות הכוללות תכנון, פיקוח, רישוי, שעת חירום ועוד. מעבר לתפקידיו אלה מפעיל משרד הבריאות באופן ישיר רשת של בתי חולים. כפל תפקידים זה גורם לכך שהמשרד עוסק רבות בכיבוי שרפות ובניהול שוטף של בתי החולים, ואינו מתפנה לביצוע התפקידים המיניסטריאליים. בנוסף, כפל תפקידים זה יוצר ניגוד אינטרסים מובנה בתוך משרד הבריאות.

כשלי השוק במערכת

קופות החולים קונות את מרבית השירותים הרפואיים הניתנים על ידי בתי החולים הממשלתיים. מניתוח הדוחות הכספיים של בתי החולים הממשלתיים הכלליים לשנת 2002, עולה כי שיעור הכנסות בתי החולים הממשלתיים הכלליים מקופות החולים מגיע לכדי 84%. חלקה של שירותי בריאות כללית מנתח כלל הקופות באותה שנה הינו כ- 66%.

גודלן של כל קופות החולים ברכש שירותי האשפוז בבתי חולים מאפשר באזורים שונים בארץ התנהגות קרטלית לכאורה שבה מושגים מחירי קנייה נמוכים מבתי החולים. מצד שני, בשל השפעת ההיצע על הביקוש, יכולים להיווצר עודפי ביקושים.

במערכת הבריאות כיום, אין תחרות ראויה - הן מצד קופות החולים המבטחות והן מצד בתי החולים נותני השירותים. ההסכמים הגלובליים (בין בתי החולים לקופות החולים) יוצרים תמריץ לקופות לנתב יותר חולים לבית חולים מסוים כדי לנצל את ההנחה הגלומה בהסכם, למרות שייתכן שהעלות השולית למערכת כולה גבוהה יותר ומערכת הבריאות מיטלטלת בין היתרונות הטמונים בהסדרים הגלובליים (צמצום עלויות) ובין החסרונות הטמונים בהם (ניצול כוח היתר של קופה בודדת למול בית חולים בודד).

חוסר יציבות פיננסית במערכת

מערכת הבריאות מצויה במצב תמידי של גירעון - גירעונות קופות החולים מסתכמים במאות מיליוני ₪ בכל שנה כאשר חלק מגירעון זה מקורו בפער שבין מנגנון העדכון בפועל של מקורות קופות החולים ובין התפתחויות המחירים והגידול הדמוגרפי בפועל. כתוצאה מבעיה זו, בהרבה מקרים הדילמה שבה עומד משרד הבריאות היא לאן למשוך את השמיכה הקצרה: לכיוון בתי החולים או לכיוון קופות החולים, כאשר כלי "השמיכה" המרכזי של המשרד הוא מחיר יום אשפוז.

במציאות פיננסית זו, קופות החולים נאלצות לעכב תשלומים שוטפים לבתי החולים הממשלתיים מעבר לימי האשראי המוסכם ואינן משלמות על כך ריבית.

לבתי החולים הממשלתיים אשר הוצאותיהם תלויות בהכנסות מקופות החולים אין כלים אפקטיביים לגביית החוב. מנגד, קופות החולים טוענות שחלק מפעילות בתי החולים שבהן חויבו הקופות, אינה מוצדקת. הויכוחים על גודלו וצידוקו של רכש השירותים ואספקתם יוצרים חוסר אמון גדול בין קופות החולים לבין בתי החולים בכל הנוגע לכללי החיוב ולמערכת ההתחשבות הכוללת.

עיוותי מחירים

קיימים עיוותים רבים במחירי השירותים הרפואיים בבתי החולים - מחירים הנקבעים ברמת הממשלה. מאחר ולא קיים בסיס נתונים תמחירי רלוונטי ומהימן להשוואה בין הגופים השונים במערכת רוב עדכוני המחירים כיום נעשים באופן אוטומאטי - עובדה המנציחה עיוותים בעיקר בשירותים האמבולטוריים בבתי החולים.

מחירים גבוהים מדי עלולים לעודד צריכת יתר על חשבון צרכים בריאותיים אחרים, ולגרום לבזבוז ולהקצאה לא יעילה של משאבים. מחירים נמוכים מדי מביאים לצריכת חסר ועלולים לפגוע בבריאות הציבור.

תקצוב על פי ממוצע כללי

תקצוב בתי החולים מבוצע כיום ברובו הגדול על בסיס היסטורי ועל סמך נתונים אשר אמורים לשקף ממוצע כללי. לא ניתן לדעת בברור האם הצורך בסבסוד בית חולים מסוים, נובע מעלויות יקרות יותר יחסית לממוצע הכללי או מחוסר יעילות של בית חולים זה או אחר.

2. הפרדת בתי החולים מהמדינה בדרך של תיאגוד

2.1 כללי

מזה יותר מעשור שנים נעשים ניסיונות חוזרים ונשנים לניתוק בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות והפיכתם לגופים עצמאיים, אם כתאגידים ואם כחברות לתועלת הציבור ואם כאיגוד במסגרת "רשות בתי חולים", לבדם או עם שאר בתי החולים הציבוריים. ניסיונות אלו עולים יפה עם רוח המלצותיה של וועדת נתניהו ואף קבלו חיזוק לאחרונה בהמלצות וועדת אמוראי. על אף היתרונות הברורים של המהלך, הוא לא צלח עד כה מסיבות רבות ושונות, שהעיקריות ביניהם היו ההתנגדויות השונות למהלך בעיקר בקרב ארגוני העובדים.

הממשלה הביעה בעבר את תמיכתה בתיאגוד בתי החולים הממשלתיים, והחליטה החלטות קודמות בנושא כבר לקראת סוף שנות השמונים. בשנת 1991 אף נרשמו חמישה בתי חולים כעמותות, כחלק מתהליך התאגוד אותו דחף שר הבריאות באותה עת (א. אולמרט). מאז התקבלו החלטות ממשלה נוספות בנושא וביניהן החלטה מס' 2641 מתאריך 8.9.97, והחלטה מס' 172 מתאריך 22.8.99. הליך התיאגוד של בתי החולים הממשלתיים לא יצא עדיין אל הפועל, וכיום למעלה מעשור לאחר הגשת המלצות דו"ח ועדת נתניהו, לא תואגד ולו בית חולים ממשלתי אחד.

2.2 מטרות התיאגוד

שחרור הממשלה מניהול שוטף

מטרה זו נועדה להגמיש את מערכת הבריאות, ולאפשר לה להגיב לצרכים רפואיים משתנים מבלי להיות רתומה לכבלים בירוקרטים מרכזיים. היא נועדה גם לבור את רמת ההחלטות במערכת הבריאות ולאפשר למשרד הבריאות לעסוק בנושאים מיניסטריליים של קביעת מדיניות, תכנון, פיקוח, רישוי ועוד.

התייעלות בשוק תחרותי

יצירת תאגידים עם סמכות ואחריות ניהולית, שבהם הוצאות התאגיד נגזרות ותלויות בהכנסה ממכירת שירותים - כללי פעולה אלה יאפשרו למערכת לאמץ חלק מיתרונות מנגנון השוק החופשי בהשגת יעילות תפעולית, ובעקבותיה לרווחה כללית של נותני השירותים, הלקוחות ובעיקר המדינה.

יחד עם זאת, יש לציין כי הניסיון המצטבר של מנגנון השוק ככלי להשגת יעילות בבריאות מלמד שכלי זה לא בהכרח אכן משיג את מטרתו. ניסיון ישום תחרות בין בתי החולים המתואגדים באנגליה, הביא למסקנה שהתחרות התייחסה בעיקר לשירותים שהם בעלי נראות גבוהה בבתי החולים (כגון זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים ופרוצדורות אבחוניות, או משלוח סיכומי מחלה לרופא כללי), בעוד שמימדים אחרים של תחרות לא באו לידי ביטוי.

ככלל מדובר כיום על יישום "תחרות מנוהלת" – תחרות שתאפשר למצות את היתרונות של מנגנון השוק (יעילות) מבלי להסתכן בחסרונות מנגנון השוק בענף הבריאות (שהעיקרי בהם הוא ההיצע שיוצר ביקוש).

ניצול יעיל של משאבי המערכת

הליך תאגוד בתי החולים יכול להיעשות בין השאר תוך בחינת אפשרות מיזוג, של מספר בתי חולים ליחידות משותפות על ידי יצירת אשכולות אזוריים של קמפוסים. מהלך זה עשוי להביא לייעול וחסכון במשאבים במערכת.

גמישות ניהולית בתוך בתי החולים

ההערכה היא שכתוצאה מגמישות ניהולית שייצור התיאגוד, ואוטונומיה מקומית בניהול בית חולים מתואגד, יתקצרו התורים לאשפוז, ישתפר השירות למבוטחים, ישתפרו יחסי העבודה בבתי החולים ויהיה ניצול יעיל יותר של מתקנים וציוד בתוך קמפוס בית החולים.

קיום בקרת איכות במערכת

אחת הסוגיות היותר קשות ומורכבות בניהול מערכות בריאות הינה הסוגיה של כיצד, ולפי מה, ניתן להעריך "איכות טיפול" של בית חולים. במדינות המערב הוצעו מדדים שונים, ודרכי מדידה שונות, ואין פתרון כללי ומקובל לסוגיה קשה זו. אין עדיין תקנים ממלכתיים של הערכת איכות טיפול, ואין בבתי החולים מערך שיטתי ומבוקר של בקרת איכות. תפקיד מרכזי של משרד הבריאות הינו לפתח מדדי איכות כאמור הן ברמת קופות החולים והן ברמת בתי החולים, ולפקח על עמידה במדדים אלו.

3. מבנה השוק המוצע

3.1 מרכיבי מערך בתי החולים

- א. הפיכת בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית (שעליהם יש לממשלה אופציה לפי הסכם ההבראה משנת 1994) לבתי חולים ציבוריים הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח, תחת דירקטוריון, תוך מתן אפשרות ליצירת מיזוגים ואיחודים. מיזוג בתי חולים אמור ליצור מספר קמפוסים בעלי קרבה גיאוגרפית ולתת ערך מוסף ניהולי ולוגיסטי. יתרון בולט נוסף הינו היכולת להציע מגוון רחב יותר של שירותים ובכך להגדיל את יכולת התחרות של בית החולים.
- ב. הקמת רשות בתי חולים בכפיפות לשר הבריאות, אליה יועברו פונקציות מהנהלת משרד הבריאות בנושאים הבאים: פיקוח על תפקוד בתי החולים ואספקת שירותי אשפוז, פיקוח על ניצול יעיל של משאבים, פיקוח על הרחבת תשתיות בתי החולים, פיקוח על כללי ההתחשבות מול לקוחות בתי החולים, קידום מערך המידע בכלל ומערך תמחיר מרכזי בפרט, וכל זאת על פי המדיניות שתקבע על ידי משרד הבריאות. הרשות היא רשות מפקחת ומתאמת בלבד ואינה אמורה לנהל בתי חולים.

3.2 הדרך ליישום התאגוד

- א. בשל מורכבות הנושא, לרבות הצורך בקביעת הסדרים ייחודיים הנוגעים למבנה התאגידי של בתי החולים, זכויות שימוש בנכסי המדינה והוראות הנוגעות לעובדי המדינה – מוצע כי היישום יהיה בדרך של חקיקה ראשית. במסגרת החוק יקבעו הנושאים הבאים:
- כללים לפעולת התאגיד וכלי בקרה ופיקוח על פעילותו.
 - הוראות בדבר מתן כלי גבייה יעיל של חובות קופות החולים לבתי החולים בשל צריכת שירותי אשפוז.
 - אישור מסגרת "סל" שירותי בתי החולים המתואגדים ועלותו, על ידי שר הבריאות ושר האוצר.
- ב. מוצע כשלב ביניים, להקים "מנהלת הקמה" שתלווה את הליך התיאגוד - מיום פרסום מסקנות הוועדה ועד לסיום הליך החקיקה. "מנהלת ההקמה" תהווה את הבסיס לרשות בתי החולים.

4. עקרונות להפעלת בתי החולים בישראל כתאגידים

4.1 מבוא

- א. תיאגוד בתי החולים נמצא על סדר היום הציבורי שנים רבות. העובדה שעד עצם היום הזה המהלך לא צלח, מעידה על הלבטים הקשים הקיימים גם בין מצדדי התיאגוד. ברור לכל כי בצד היתרונות הקיימים בתיאגוד יש גם חסרונות לא מעטים. הטיית הכף לטובת תיאגוד מתבססת על ההנחה שתרבות הניהול ואיכות הניהול שיתפתחו בבתי החולים המתואגדים יביאו, בטווח הארוך, לחיסכון בהוצאה הלאומית לבריאות, תוך שיפור איכות השירותים בבתי החולים הללו.
- ב. בתי החולים הממשלתיים (למעט הממשלתיים עירוניים) אינם נושאים בעלות מס מעסיקים, אינם משלמים את מלוא הפרשות המעסיק בגין צבירת זכויות פנסיה של עובדיהם ואינם נושאים במלוא ההוצאות בגין רשלנות רפואית. עם החלת תהליך התיאגוד, יתווספו הוצאות אלו לעלויות המערכת שתקבל פיצוי דרך מנגנון המחירים.
- ג. קיים כיום פער מהותי באיכות המבנים, התשתיות והציוד בין בתי החולים השונים ואף בין המחלקות השונות בתוך בתי החולים. הוועדה ממליצה על ביצוע התיאגוד בהדרגה במשך שלוש שנים אשר במהלכן יפעל משרד הבריאות לסגירה מסוימת של חלק מהפערים הללו - בעיקר בתשתיות ובמבנים. לדעת הוועדה יש להשלים את תהליך התיאגוד בפרק זמן זה, גם אם לקראת סופו יתברר כי נותר פער מסוים, בתשתיות בתי החולים, בין הרצוי למצוי.
- ד. מחיר שירותי בתי החולים אינו מבטא כיום את מלא ההוצאות עבור פיתוח בתי החולים (ציוד תשתיות ומבנים). מומלץ כי הממשלה תמשיך לתקצב את נושא פיתוח בתי החולים במסגרת פרויקטים לאומיים, כחלק מתקציב משרד הבריאות.
- ה. יש להבחין בין תיאגוד לבין הפרטה. מאחר והמגבלות המוטלות על בית חולים ציבורי הן כאלה שאינן מאפשרות להפעילו כחברה למטרת רווח, הרי מן הראוי להבהיר, כבר בשלב הראשון של הדיונים עם נציגויות העובדים, כי אין בכוונת הממשלה להפריט את בתי החולים הציבוריים אלא להפעילם כתאגידים ציבוריים עצמאיים.
- ו. הצלחת התיאגוד מותנית במידה רבה בהגעה להסכמה עם ארגוני העובדים. התיאגוד לא ייצור שינוי כלשהו בייצוג הארגוני של העובדים, אך יש לו משמעות משפטית לגבי הבטחת זכויותיהם. אף שכל תאגיד אמור על פי הדין לכבד את כל ההסכמים הקיבוציים התקפים ביום התיאגוד, הרי סביר להניח כי העובדים יחששו מהשינוי ויטענו כי ביטחונם ביכולתם של התאגידים למלא אחר התחייבויותיהם אינו דומה כלל לביטחונם ביכולת המדינה או שירותי בריאות כללית למלא אחר התחייבויותיהם. סביר להניח כי העובדים ידרשו רשת ביטחון נוספת. מאחר ובמצב הקיים המדינה ושירותי בריאות כללית אחראים בסופו של דבר לשמירת זכויות העובדים, הרי כל רשת ביטחון שתיתן לעובדים אין בה כדי לגרום לגידול הוצאות הממשלה או שירותי בריאות כללית, לכן ממליצה הוועדה למעסיקים להבטיח רשת בטחון זו, ובלבד שהתיאגוד יצא לדרך.
- ז. הוועדה נתנה את דעתה אם להחיל את התיאגוד על כל בתי החולים הלא מתואגדים - הממשלתיים (כולל עירוניים ממשלתיים), ושל קופות החולים או רק על בתי החולים הממשלתיים. הוועדה הגיעה למסקנה כי יהיה זה נכון להחיל את המהלך על כלל בתי החולים (למעט בתי החולים הציבוריים המתואגדים כבר כיום) ולהביא לכך שהישות

המשפטית של בתי החולים המתואגדים תהא אחידה, למעט במקרים מיוחדים בהם החליטו שרי הבריאות והאוצר אחרת – כמפורט בסעיף 4.2 ה'. בנוסף, ממליצה הוועדה משיקולים פרגמטיים, לתאגד תחילה את בתי החולים הממשלתיים.

4.2 התשתית המשפטית לביצוע התיאגוד

א. הגדרת יעוד בתי החולים, תיאגודם כישות משפטית עצמאית, המבנה הארגוני שלהם, מינוי נושאי המשרה בהם, תפקידם, רישוי פעולותיהם, יחסי הגומלין בינם לבין לקוחותיהם העיקריים והפיקוח עליהם יוסדרו בחוק מסגרת מיוחד. עקרונות הפיקוח שיקבעו בחוק יחולו על כל בתי החולים בישראל ללא יוצא מן הכלל. חלקים רלוונטיים מחוק זה יחולו גם על בתי החולים הפרטיים.

ב. ההחלטה לגבי אישור תיאגודו של בית חולים תתקבל על ידי שר הבריאות בהתבסס על:

1. הערכתו את יכולתה של הנהלת בית החולים לנהל את בית החולים כתאגיד עצמאי.
 2. הערכתו את מוכנות בית החולים לפעול כתאגיד עצמאי מההיבט של מערכות שליטה ובקרה הקיימים בו לרבות קיומן של מערכות ממוחשבות זמינות ובסיסי נתונים עדכניים.
 3. הערכתו את יכולתו הכלכלית של בית החולים לפעול לאורך זמן באופן שלא ייווצר בו גירעון כספי.
- ג. יגובש לוח זמנים לתאגוד כל בתי החולים שטרם תואגדו בפרק זמן של שלוש שנים מיום כניסת חוק המסגרת לתוקף.
- ד. ככלל כל בית חולים אמור להתאגד, אולם החוק יסמיך את שר הבריאות להחליט על תאגוד מספר בתי חולים ("אשכול בתי חולים") במסגרת תאגיד אחד. ההחלטה תתקבל בהתבסס על:
1. קיים הגיון רפואי, ארגוני וכלכלי במיזוג מספר בתי חולים למסגרת של תאגיד אחד.
 2. יכולתה של ההנהלה של בית החולים הממוזג לנהל ביעילות מסגרות ארגוניות מפורזות גיאוגרפית.
 3. היכולת למזג את כל ההנהלות, ערב המיזוג, להנהלה אחת ללא יצירת שכבה ניהולית נוספת.

ראה נספח ב' - הצעה למיזוג בתי החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית.

ה. כל בית חולים או אשכול של בתי חולים יתואגד כחברה לתועלת הציבור אשר תפעל על פי חוק החברות וחוק בתי החולים בישראל. הבעלות על בית חולים מתואגד תהיה בידי המדינה, אלא אם כן, שר הבריאות ושר האוצר יקבעו בעלות אחרת, לגבי בית חולים ספציפי, כגון בבעלות קופת חולים כלשהי.

1. מסמכי ההתאגדות יהיו אחידים לכל בתי החולים המתואגדים והם יפורטו בנספח לחוק.
2. האורגנים האחראים לניהולו התקין של בית חולים המתואגד הם הדירקטוריון וההנהלה.

ח. מינוי יו"ר לדירקטוריון וחברי הדירקטוריון יעשה על ידי שר הבריאות ושר האוצר, על פי אותם הכללים החלים על מינוי דירקטורים בחוק החברות הממשלתיות, התשל"ה-1975. יקבעו בחוק קריטריונים לכשירותם של מועמדים לכהן כחברי דירקטוריון והם יתבססו על העקרונות הבאים:

- הכשרה כלכלית מתאימה תוך העדפת בעלי ידע וניסיון בכלכלת בריאות ומנהל מערכות בריאות.
- ניסיון בניהול חברות בכלל, לרבות חברות בדירקטוריונים של חברות כלשהן.
- עבר פלילי נקי.

חלק מחברי הוועדה סבור כי יש לאמץ את החלטת הממשלה מספר 2242 מיום 29 בדצמבר 1991 לעניין מינוי יו"ר לדירקטוריון וחברי הדירקטוריון.

ט. דירקטוריון בית חולים מתואגד ימנה 9 חברים, כולל יו"ר הדירקטוריון.

- בדירקטוריון יכהנו 2 נציגים כדלהלן:
 - נציג אחד ממשד האוצר.
 - נציג אחד ממשד הבריאות.
- שלושה חברי דירקטוריון לכל הפחות, יהיו בעלי הכשרה במנהל מערכות בריאות.
- לדירקטוריון יצורף משקיף אחד מטעם רשות בתי החולים.
- מנכ"ל בית חולים או מי מעובדיו לא יכהן כחבר דירקטוריון בית החולים.
- חברי דירקטוריון שאינם עובדי מדינה, יקבלו שכר דירקטורים כמקובל בחברות הממשלתיות.

י. הדירקטוריון ימנה את המנכ"ל, לרבות את המנכ"ל הראשון של בית החולים המתואגד ואת נושאי המשרה האחרים בבית החולים. כנושאי משרה יחשבו: סגנים למנהל בית החולים, אחות ראשית, המנהל האדמיניסטרטיבי, מנהל הכספים, מבקר הפנימי, יועץ משפטי וכל בעל תפקיד אחר אשר הדירקטוריון החליט לשייך אותו לקבוצת נושאי המשרה.

יא. מנכ"ל בית החולים יהיה בעל ניסיון מוכח בניהול מסגרות רפואיות גדולות. הדירקטוריון יקצוב את תקופת כהונתו ויהיה רשאי להאריכה או לקצרה לפי שיקול דעתו הבלעדי. עיסוקו היחיד של מנכ"ל בית החולים יהיה ניהול בית החולים.

יב. המבקר הפנימי יפעל בכפיפות ליו"ר הדירקטוריון. בית החולים יהיה נתון לביקורתו של מבקר המדינה והממונה על השכר במשרד האוצר.

יג. הדירקטוריון ימנה, בכפוף להוראות חוק החברות, את רואה החשבון לבית החולים המתואגד. בחירת רואה חשבון לתאגיד תעשה מידי שנה בהתאם לכללים שנקבעו על ידי רשות החברות הממשלתיות.

יד. מדיניות השכר בבתי החולים המתואגדים, תקבע בהתאם להנחייתו של הממונה על השכר במשרד האוצר.

חבר הוועדה רביב סובל מסתייג מהלצת הוועדה להפוך את בתי החולים לחברות ממשלתיות כמפורט בנספח ג' 1.

4.3 רשות בתי החולים

לבתי החולים מאפיינים ייחודיים אשר לא קיימים בחברות ממשלתיות אחרות כגון: עיסוק יום יומי בדיני נפשות; הצורך לרשיין את תחומי פעילותם, את הציוד והתרופות שבשימושם ואת היקפי פעילותם בכל אחד מתחומי ההתמחות; הצורך לקבוע תקנים ושיטות לטיפול רפואי ולפקח עליהם; הצורך להיערך לשעת חירום ולהשתלב במערך החירום של המדינה; הצורך להפעילם במשך כל שעות היממה ובכל ימי השבוע; הצורך לקיים שירותים רפואיים אחידים בכל בתי החולים במדינה; ההיקף הכספי הגדול הכרוך בהפעלת בתי החולים והמספר הגדול של המועסקים בהם; הצורך לקיים מערכת יחסי עבודה ייחודית ולפעול מול איגודי עובדים ארציים; הרגישות הציבורית הרבה לנעשה בבתי החולים והחשיפה התקשורתית הנובעת מכך.

המאפיינים הנ"ל, יחד עם הצורך לבטל את ניגוד העניינים הקיים במשרד הבריאות, מצדיקים הקמת רשות מיוחדת (להלן: "רשות בתי חולים") אשר תפקידיה יוגדרו ב"חוק בתי החולים בישראל" ויהיו דומים לאלה של רשות החברות הממשלתיות תוך התאמתם למאפיינים הייחודיים של בתי החולים. מבנה הרשות וסמכויותיה יקבעו בחוק.

מנהל הרשות ובעלי התפקידים המרכזיים ברשות יתמנו על ידי שר הבריאות.

תפקידיה של רשות בתי החולים יהיו ביעוץ, פיקוח ובקרה פיננסית וכלכלית. במסגרת זו, תרכז הרשות נושאים בהם נדרשת ראייה מערכתית רוחבית, לצורך ייעול כלל המערכת.

תפקידיו של משרד הבריאות יהיו בקביעת מדיניות מערכת הבריאות בתחום הרפואי, בקביעת כללי המשחק המקרו כלכלית, פיקוח ואבטחת איכות, ניהול הרגולציה בכלל מערכת הבריאות וקביעת מחירים.

חלוקת התפקידים בין משרד הבריאות לבין רשות בתי החולים לגבי מערך בתי החולים במדינה תהיה כדלקמן:

תפקידי משרד הבריאות:

- א. קביעת מדיניות אשפוז ארוכת טווח ומדיניות שירותי בתי החולים.
- ב. רישוי בתי החולים על כל פעילויותיהם ועל כל הציוד המותקן בהם (מיטות, ציוד מיוחד).
- ג. אישור הקמת בתי חולים חדשים.
- ד. פיקוח ואבטחת איכות הטיפול הרפואי.
- ה. תקצוב שירותי אשפוז שאינם בסל השירותים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כגון: פסיכיאטריה).
- ו. אישור תוכניות פיתוח ותקצוב תמיכת המדינה בתשתיות בתי החולים.
- ז. רישוי ופיקוח על הפעלת חדרי ניתוח אלקטיביים בקהילה.

- ח. רישוי ופיקוח על בתי חולים פרטיים.
- ט. קביעת כללי המשחק המקרו כלכליים במערכת (מדיניות מחירים והתחשבות).
- י. קביעת מחירי הפעילויות השונות ומחירי יום אשפוז (Pricing). מדיניות המחירים יכול שתהיה שווה, גבוהה או נמוכה מעלות ייצורם – וזאת כחלק ממדיניות הוויסות והרגולציה.
- יא. הערכות לשעת חירום.
- יב. קביעת אמות מידה טיפוליות (Standard Of Care) בבתי החולים.
- יג. קביעת כללי ההתחשבות בין בתי החולים לבין קופות החולים ולקוחות אחרים – בשיתוף עם משרד האוצר.
- יד. ביצוע כל מטלה אחרת הקשורה למערך האשפוז אשר הוטלה על מנהל רפואה בהנחיית שר הבריאות.

תפקידי רשות בתי החולים:

- א. פיקוח על התפקוד הכלכלי והפיננסי של בתי החולים, במטרה לשמור על יציבות ואיזון בתוצאות פעולותיהם.
- ב. ייעוץ בנושאים כלכליים שונים כגון: הסכמים בין בתי החולים לבין קופות החולים, רשלנות רפואית ועוד.
- ג. מיון מועמדים לחברות בדירקטוריונים של בתי החולים.
- ד. פיקוח על עבודת מוסדות התאגיד (הדירקטוריונים של בתי החולים, אסיפות כלליות של בתי החולים על פי חוק החברות, וכיו"ב).
- ה. פיקוח על ביצוע כללי ההתחשבות בין בתי החולים לבין קופות החולים ולקוחות אחרים.
- ו. סיוע לגביית חובות מלקוחות המעכבים תשלומים לבתי החולים.
- ז. הרשות תפעל לפיתוחן של שיטות תמחיר משוכללות ואחידות של כל שירותי בתי החולים לצורך מציאת עלות "ייצור" השירותים הניתנים על ידם (Costing). עלות זו תהווה בסיס לקביעת מחירי השירותים, שתהיה כאמור בתחום פעילותו של משרד הבריאות (Pricing).
- ח. פיקוח על הרחבת תשתיות בתי החולים ועל רכש ציוד עתיר השקעה המחייב רישוי מיוחד.
- ט. פיקוח על ההסכמים בין בתי החולים לבין קופות החולים לגבי השתלבות בתי החולים במערך השירותים הקהילתיים.
- י. פיקוח על נושא הביטוח של עובדי בתי החולים כנגד תביעות בגין רשלנות רפואית, כולל פיקוח בנושא ניהול סיכונים.

חבר הוועדה רביב סובל מסתייג מהמלצת הוועדה בדבר הקמת רשות בתי חולים כמפורט בנספח

ג' 2.

4.4 קביעת עלות ייצור השירותים (Costing)

הרשות תפעל להקמת מערכת תמחיר אחידה בבתי החולים המתואגדים שתאפשר קבלת מידע על בסיס נתונים עדכניים וזמינים. מידע תמחירי זמין מכלל בתי החולים יאפשר לממשלה קביעת מחירים לפעילויות השונות המבוצעות על ידי בתי החולים, תוך התייחסות לסוגים שונים של ימי אשפוז על פי סוגי המחלקות השונות, קביעת מחירים לפעולות ספציפיות כגון ניתוחים לסוגיהם.

מערכת תמחיר בבתי החולים המתואגדים תהווה בסיס למידע משופר ויכולת קבלת החלטות ניהוליות על בסיס כלכלי. שימוש מושכל במידע אינטגרטיבי שיופק ממערכת התמחיר, יביא לחיסכון במשאבים לאומיים מכיוון שמחירים לא ריאליים הקיימים כיום, גורמים לעיוות בצריכת השירותים על ידי לקוחות בתי החולים ולהקצאה לא יעילה של משאבים בתוך בית החולים.

4.5 כללי התחשבות בין בתי החולים לבין קופות החולים ושאר לקוחותיהם

האחרים

- א. בית חולים יהיה מוסמך להגיע להסכם ספציפי עם קופת חולים, לתקופה קצובה, ביחס להיקף השירותים שיספק בית החולים לקופה. ההסכם יהיה טעון אישורה של רשות בתי החולים.
- ב. משרד הבריאות יתערב במחלוקות בין קופות החולים לבין בתי החולים ויפעל ליישובם. מחלוקת שלא באה על פתרונה תובא להכרעת שר הבריאות או לבורר מוסכם אחר והכרעתו תהיה סופית.
- ג. מנכ"ל משרד הבריאות יוסמך בחוק להנחות את המוסד לביטוח לאומי להעביר ישירות לבית החולים, מתוך כספים המיועדים לקופת חולים, עד 90% מחשבון שירותים שניתנו על ידי בית חולים לקופת חולים במידה וחלפו 65 יום מתום חודש השירות שבגינו הופק חשבון לקופת החולים והתמורה לא נתקבלה בבית החולים.
- ד. בתי החולים יסתייעו ברשות בתי החולים לגביית חובות מלקוחות אשר לא שלמו את התמורה בגין השירותים שקיבלו מהם.
- ה. בתי חולים המספקים שירותים שאינם בסל השירותים הבסיסי (פסיכיאטריה, אשפוז סיעודי) יקבלו את התמורה בגין השירותים הללו ממשרד הבריאות אשר יפקח על ביצוע התקציב בגין שירותים אלה.

4.6 ניהול כספי וניהול משאבי בית החולים

- א. כל הנכסים הקיימים בבית החולים, ערב התאגוד לרבות כל יתרות המזומנים בבית החולים בקרנות מחלקתיות ובקרן המחקרים, יועברו לבעלות בית החולים המתואגד, תוך ביטול תאגידי הבריאות וקרנות המחקר הקיימים. המקרקעין יועבר לחזקתו של בית החולים בדרך של חכירה לדורות (מעל 25 שנה). פעולת העברת הבעלות על הנכסים ומתן החזקה במקרקעין, תהיה כנגד רישום שווים כהון עצמי בסכום הערך המשוערך של הנכסים והמקרקעין הללו.
- ב. לבית החולים יינתנו סמכויות מלאות במקרקעין כל עוד הם משמשים לפעילות בית החולים. שינוי ייעוד מקרקעין ושימוש במקרקעי בית החולים לשימושים מסחריים כגון, מלונית מגורי עובדים וכדומה יהיה בכפוף לאישור מנכ"ל משרד הבריאות.
- ג. ייערך רישום מלא של כל המצאי בבית החולים, לרבות ציוד שנרכש בכספי תרומות וכן של כל מלאי הפריטים המתכלים והתרופות. רשות בתי החולים תנחה את בתי החולים ביחס לכללי ניהול שוטף של המצאי והמלאי הנמצא בבית החולים.
- ד. המדינה אחראית להסדרת ההון החוזר של בית החולים, ערב התיאגוד. שירותי בריאות כללית תהיה אחראית להסדרת ההון החוזר של בתי החולים שלה, כאמור.
- ה. בבית החולים המתואגד יקום מערך הנהלת חשבונות אחד בו ירשמו כל הפעולות החשבונאיות של בית החולים, לרבות פעולות שנרשמו עד כה בקרן המחקר ובתאגיד הבריאות ערב התאגוד ולרבות אגודת הידידים. חל איסור מוחלט לנהל פעילות כספית נפרדת, בגין פעילות כלשהי המתבצעת בתוך כותלי בית החולים, זולת פעילותם של זכיינים אשר פועלים בתוך כותלי בית החולים באישור משרד הבריאות והמשלמים תמלוגים מתאימים לבית החולים. ארגוני מתנדבים כגון "יעל", יורשו לפעול בבית החולים.
- ו. קרנות המחקרים של בית החולים וקרנות אחרות או תאגידי אחרים הקיימים בבית החולים, יפורקו ביום תחילת פעילותו של בית החולים כתאגיד עצמאי והיתרות הקיימות בהם יועברו במלואן לתאגיד.
- ז. חל איסור מוחלט להיווצרות גירעון כלשהו בפעולות בית החולים. קיומו של גירעון כלשהו יביא לנקיטת צעדים מדורגים על ידי שר הבריאות, בהמלצת רשות בתי החולים, עד לפיזור הדירקטוריון ולפיטורי המנכ"ל. במקרה כזה הרשות תמנה מנהל מורשה לבית החולים שינהלו עד הבאת בית החולים לאיזון. חזר בית החולים המתואגד לאיזון במשך שנה רצופה לפחות, ימונה לו דירקטוריון חדש ומנכ"ל.
- ח. בתי חולים מתואגדים ישלמו מסים על פי כל דין ועובדה זו תילקח בחשבון בעת תמחור שירותיהם.
- ט. ערב תחילתה של כל שנת עבודה תגיש הנהלת בית חולים לאישור הדירקטוריון תוכנית העבודה ותקציב לשנת העבודה הקרובה. הנהלת בית החולים תדווח לדירקטוריון לפחות אחת לרבעון של שנה על ביצוע התקציב ביחד עם הבאת הדוחות הכספיים לאישורו של הדירקטוריון.
- י. על בית חולים מתואגד יחולו הוראות חוק החברות בדבר הכנת דוחות כספיים, דוחות דירקטוריון ופרסומם כדין חברה ציבורית.

4.7 משאבי אנוש ומערכת יחסי העבודה בבית החולים

הוועדה ממליצה על אימוץ אחת מהאופציות המתוארות להלן:

השאלת העובדים לבית החולים המתואגד:

- א. כל עובדי בית החולים ערב תיאגודו, שהינם עובדי מדינה קבועים ביום המעבר (בבתי החולים הממשלתיים) או עובדים קבועים בשירותי בריאות כללית (בבתי החולים של שירותי בריאות כללית), יוכלו להיות מושאלים על ידי מעסיקם (המדינה או שירותי בריאות כללית, להלן: "המעסיק הקודם") לתקופה ובתנאים שיסוכמו עם ארגוני העובדים, אשר בסופה יסתיימו יחסי עובד מעביד. המעסיק הקודם ישלם בפועל לעובדיו המושאלים הנ"ל, את השכר, התשלומים הנלווים לשכר והתנאים הסוציאליים אשר הוא מחויב להם על פי התקשי"ר והסכמי העבודה כפי שיהיו בתוקף מעת לעת.
- ב. בית חולים מתואגד ישלם למעסיק הקודם מידי חודש, את מלוא עלות הוצאות השכר ששולמו לעובדיו המושאלים בפועל (על ידי המעסיק הקודם), וכן יממן את מלוא עלות הפנסיה התקציבית הנובעת מתקופת ההשאלה לרבות הוצאות בגין פנסיה מוקדמת, ולרבות קידום מואץ טרם פרישה, באופן שיסוכם בין הצדדים לרבות לעניין קידום חריג ערב פרישה.
- ג. עובד תאגיד שהיה עובד מדינה ערב התיאגוד, יהיה זכאי בכל שלב "להתנתק" מההסדר החל על עובדי המדינה/ שירותי בריאות כללית ערב התיאגוד, ולעבור לסטאטוס של עובד תאגיד "רגיל" (בתנאי העסקה שיקבעו בהסכמים קיבוציים שיהיו בתוקף מעת לעת). במקרה זה, ישמרו זכויות הפנסיה שלו בהתאם לתקופת הוותק המסתיימת במועד שינוי הסטאטוס. יש לשאוף לכך ששיעור הפנסיה המצטבר לא יעלה על 70%, תוך בחינת הדרכים ליישום עיקרון זה ביחס לקבוצות העובדים השונות.
- ד. קידום של עובדים מושאלים, בדרגת שכר או לתפקיד ניהולי לא יחסם בתקופת השאלתם בגין עובדת היותם מושאלים וזאת בכפוף להסדרים שיקבעו בסעיף ב' לעיל.
- ה. עובדי בית החולים הממשלתי ערב תיאגודו, שאינם עובדים קבועים, עובדי שירותי בריאות כללית (בבתי החולים של שירותי בריאות כללית) שאינם עובדים קבועים, עובדי תאגידי הבריאות וכן עובדים שיתקבלו לעבודה בבית החולים החל מיום תיאגודו ואילך יתקבלו כעובדי התאגיד. תנאי העסקתם יקבעו בהסכמים קיבוציים שיהיו בתוקף מעת לעת.
- ו. נושאי משרה חדשים יועסקו בחוזה אישי. יש לשאוף להחלת הסדר זה על כל נושאי המשרה בבית החולים.
- ז. ינקטו פעולות להחלת חוק יסודות התקציב בכל הנוגע לשכר ותנאי עבודה בגוף המתואגד.
- ח. יגובש בהסכם עם ארגוני העובדים תקנון עבודה ומשמעת אחיד לכל בתי החולים המתואגדים אשר יתבסס בעיקרו על ההוראות הרלוונטיות בתקשי"ר בנידון.
- ט. הנהלת בית חולים רשאית לנייד כוח אדם בתוך בית החולים על פי צרכי העבודה ולפי שיקול דעתה הבלעדי, על מנת לאפשר זאת באופן מלא יש להגיע במידת הצורך להסכם בנושא עם ארגוני העובדים. פתיחת או סגירת מחלקה או יחידה בבית החולים טעונה אישור של משרד הבריאות.

העסקת העובדים על ידי בית החולים המתואגד:

- א. כל עובדי בית החולים ערב תיאגודו, שהינם עובדי מדינה קבועים (בבתי החולים הממשלתיים) או עובדים קבועים בשירותי בריאות כללית (בבתי החולים של שירותי בריאות כללית), יוכלו להיות מועברים להעסקה ע"י בית החולים המתואגד בתנאים שיסוכמו עם ארגוני העובדים. עקב חיוניות השירות, המעסיקים הקודמים (המדינה או שירותי בריאות כללית) יבטיחו את קיומם של התחייבויות המעסיקים החדשים לעובדים למשך תקופה שתיקבע בין הצדדים. בית החולים המתואגד ישלם לעובדים אלו, את השכר, התשלומים הנלווים לשכר והתנאים הסוציאליים אשר הוא מחויב להם על פי הסכמי העבודה כפי שיהיו בתוקף מעת לעת - עד ליום פרישתם.
- ב. עובד תאגיד שהיה עובד מדינה במסלול פנסיה תקציבית ערב התיאגוד, שיפרוש בעתיד מבית החולים המתואגד, יהיה זכאי לפנסיה תקציבית בתאגיד, בהתאם לוותק שנצבר לזכותו הכוללת את תקופת העסקתו בבית החולים המתואגד. עובד כאמור, שתקופת הוותק הכוללת שנצברה לזכותו, אינה עולה על 10 שנים, יהיה זכאי אף הוא לפנסיה תקציבית לפי חישוב של 2% לכל שנת עבודה. לחלופין יקבע בהסכמה עם ארגוני העובדים פיצוי בגין מעבר לפנסיה צוברת תוך שמירה על הערך הכלכלי של הפנסיה לה זכאי העובד.
- ג. המדינה תחזיר לבית חולים המתואגד במועד התשלום את חלקו בעלויות הפנסיה ששולמה לעובד והנובעת מתקופתה. תשלומים אלו יועברו ישירות או לפקודתם של העובדים ע"י המעסיק הקודם בכל מקרה של אי תשלום ע"י בית החולים המתואגד.
- ד. עובד תאגיד שהיה עובד מדינה ערב התיאגוד, יהיה זכאי בכל שלב "להתנתק" מההסדר החל על עובדי המדינה/ שירותי בריאות כללית ערב התיאגוד, ולעבור לסטאטוס של עובד תאגיד "רגיל" (בתנאי העסקה שיקבעו בהסכמים קיבוציים שיהיו בתוקף מעת לעת). במקרה זה, ישמרו זכויות הפנסיה שלו בהתאם לתקופת הוותק המסתיימת במועד שינוי הסטאטוס. יש לשאוף לכך ששיעור הפנסיה המצטבר לא יעלה על 70%, תוך בחינת הדרכים ליישום עיקרון זה ביחס לקבוצות העובדים השונות.
- ה. קידום של עובדים שהיו עובדי מדינה (או שירותי בריאות כללית) קבועים ערב התיאגוד, בדרגת שכר או לתפקיד ניהולי לא יחסם בגין עובדת היותם בעלי הסדר העסקה שונה.
- ו. עובדי בית החולים הממשלתי שאינם עובדים קבועים, עובדי שירותי בריאות כללית (בבתי החולים של שירותי בריאות כללית) שאינם עובדים קבועים, עובדי תאגיד הבריאות וכן עובדים שיתקבלו לעבודה בבית החולים החל מיום תיאגודו ואילך יתקבלו כעובדי התאגיד. תנאי העסקתם יקבעו בהסכמים קיבוציים שיהיו בתוקף מעת לעת.
- ז. נושאי משרה חדשים יועסקו בחוזה אישי. יש לשאוף להחלת הסדר זה על כל נושאי המשרה בבית החולים.
- ח. ינקטו פעולות להחלת חוק יסודות התקציב בכל הנוגע לשכר ותנאי עבודה בגוף המתואגד.
- ט. יגובש בהסכם עם ארגוני העובדים תקנון עבודה ומשמעת אחיד לכל בתי החולים המתואגדים אשר יתבסס בעיקרו על ההוראות הרלוונטיות בתקשי"ר בנידון.
- י. הנהלת בית חולים רשאית לנייד כוח אדם בתוך בית החולים על פי צרכי העבודה ולפי שיקול דעתה הבלעדי, על מנת לאפשר זאת באופן מלא יש להגיע במידת הצורך להסכם בנושא עם ארגוני העובדים. פתיחת או סגירת מחלקה או יחידה בבית החולים טעונה אישור של משרד הבריאות.

4.8 הנחיות שונות

- א. חוק ההגבלים העסקיים לא יחול על רשות בתי החולים ועל בתי החולים המתואגדים.
- ב. בית חולים מתואגד לא יהיה רשאי להנהיג ביטוחים רפואיים כלשהם.
- ג. רשות בתי החולים תפעל לגיבושם של הסכמים בין בתי החולים הציבוריים לבין קופות החולים על פיהם ימוזגו בהדרגה חלק משירותי רפואת המומחים בקהילה המסופקות על ידי הקופות, עם שירותי מרפאות החוץ של בתי החולים הציבוריים.
- ד. משרד הבריאות יקבע כללים למתן הרשאה (או אי מתן הרשאה) לבית חולים מתואגד, להפעיל שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) בתוך כתליו, בהתבסס על החלטות הממשלה.

בכבוד רב,

חברי הוועדה

מר גבי בן נון סמנכ"ל לביטוח וכלכלת בריאות, משרד הבריאות	פרופ' שאול שאשא	ד"ר ארי שמיס
מר יוסי קינר מנהל אגף בכיר, נציבות שירות המדינה	מר אביגדור קפלן	ד"ר יצחק ברלוביץ' המשנה הרפואי למנכ"ל משרד הבריאות
מר יוסי כהן המשנה לממונה על השכר, משרד האוצר	רו"ח צביקה חלמיש סגן בכיר לחשב הכללי, משרד האוצר	מר רביב סובל רכז בריאות באגף תקציבים, משרד האוצר
רו"ח משה ליאון יו"ר הוועדה		

נספח א' - כתב מינוי

שר הבריאות

כ"ה אייר תשס"ג

27 מאי, 2003

לכבוד

רו"ח משה ליאון, משרד ליאון אורליצקי ושות', רח' אבא הלל 7, רמת גן 52522
ד"ר ארי שמיס, סגן מנהל בית חולים שיבא, תל השומר
פרופ' שאול שאשא, מנהל בית החולים נהריה
מר גבי בן נון, סמנכ"ל לביטוח וכלכלת בריאות, משרד הבריאות
ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה הרפואי למנכ"ל משרד הבריאות
מר אביגדור קפלן, מנכ"ל כלל חברה לביטוח, דרך פתח תיקווה 48, תל אביב 66184
נציג משרד האוצר
נציג נציבות שירות המדינה

שלום רב,

הנדון: מינוי ועדה לנושא בחינת התפעול, הניהול

התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים

החלטת ממשלה מה- 25.3.03 סעיף 130

(ניהול בתי חולים בידי חברות מנהלות) סעיף 2

ההפעלה והבעלות של בתי החולים הממשלתיים על ידי משרד הבריאות מהווה ניגוד עניינים המחייב פיתרון במסגרתו ייצא משרד הבריאות מתפקידו כבעלים של בתי חולים ויוכל להתרכז בתפקידו כמיניסטרוני ללא ניגוד עניינים.

מסקנה זו אינה שנויה במחלוקת מהותית וקיבלה ביטוי בהמלצות של וועדות שונות ביניהן וועדת השופטת נתניהו, וועדת יו"ר וועדת העבודה, הרווחה והבריאות ח"כ דויד טל ובוועדת אמוראי לבחינת הרפואה הציבורית בישראל ומעמד הרופא.

ניסיונות חוזרים לקדם את בתי החולים לצורת הפעלה כתאגיד לא צלחו עד כה בעיקר עקב עמדות הארגונים המקצועיים שהתנגדו למהלך הוצאת העובדים משירות המדינה.

במסגרת ה"תוכנית הכלכלית" לשנת 2003, הועלתה שוב סוגיית הבעלות וההפעלה של בתי החולים הממשלתיים והוצע על ידי משרד האוצר שחלק מבתי החולים יופעל על ידי קופות החולים (מצ"ב החלטת הממשלה...).

הסדרתם של תאגידי הבריאות ומסגרות הפעלתן בתקנות, מהווה צעד חשוב המאפשר בחינה חוזרת של תיאגוד בתי החולים או הפעלתם על ידי קופות החולים. תפקודם הנוכחי של בתי החולים הממשלתיים באופן ישיר על ידי משרד הבריאות פוגם הן ביכולתו של משרד הבריאות למלא את תפקידיו המיניסטריאליים, והן ביכולת לתפעל באופן יעיל את בתי החולים הממשלתיים.

במהלך השנים האחרונות החלו בתי החולים הממשלתיים לצבור גירעונות ניכרים בשל מגוון רחב של סיבות.

גירעונות קופות החולים ומוסר התשלומים הנהוג במשק הציבורי בישראל הוסיף לבעיות התקציב הקשות בעיות תזרים מזומנים המקשים על פעולת בתי החולים.

הגמישות הניהולית של בתי החולים היא מוגבלת וזאת לאור הסכמי שכר ותקינה והוראות נש"מ להם כפופים עד היום בתי החולים. מערכי התמחיר שעל פיהם מתבססים דפוסי ההתחשבות בין בתי החולים וקופות החולים, בחלקם הגדול אינם ריאליים ועיוותי תמחיר אלה יוצרים כפילויות במערכת ובזבוז משאבים ברמה הלאומית.

תקצובם של בתי החולים נעשה בעקרו על בסיס היסטורי וללא קריטריונים השקופים למערכת. אשר על כן, יש מקום לבחון לעומק מה הדרך היעילה להפעלתם של בתי החולים בצורה מיטבית המביאה להפעלה יעילה ומיצוי משאביה מבלי לפגום ברמת השירות, ותוך מזעור כפילויות במערכת ויצירת תמריצים לשירות איכותי ויעיל.

במסגרת זו אבקשכם לבחון לעומק את החלופות השונות להפעלתם ולמבנה הבעלות של בתי החולים הממשלתיים ולהגדיר את התנאים בהם תוכל מערכת כזו לפעול בצורה אופטימאלית.

אבקשכם לבחון את האופציות לתיאגוד בתי החולים או חלקם ו/ או העברת הפעלת חלק מבתי החולים לקופות החולים.

לחילופין, בחינת הסדרים אחרים שיתנו מענה לכשל המערכת בתחום זה. בחינה זו חשוב שתבחן אפשרויות למדרוג המענה מבחינת לוח הזמנים והיקף בתי החולים שיעברו את התהליך ומענה וכלים ניהוליים וסביבת הפעלה של בתי החולים במידה ובתי החולים נשארים בחזקת המדינה.

במקביל ראוי לבחון מהם הכלים והמבנה של משרד הבריאות ומערך היחסים הרצוי שבין המיניסטרו ובתי החולים שיאפשר מערך נאות של פיקוח ובקרה בתחומים הפיננסיים והמקצועיים.

במסגרת זו תוכלו להיעזר בכל מידע נדרש ולהעיד בעלי תפקידים בכל מערכת הבריאות וכל מי שעשוי להיות נוגע בדבר.

כסיכום עבודת הוועדה אודה להמלצותיכם בתחומים הבאים:

- אופי הבעלות על בתי החולים הממשלתיים.
- מהות הזיקה של בית החולים ועובדיו לתקשי"ר, להוראות נש"מ ולתקציב המדינה.
- אופי הזיקה והקשר של בית החולים למשרד הבריאות.
- מאפייני הסביבה הכלכלית של בית החולים – שינוי עיוותי תמחיר, כללי תקצוב והתחשבנות, קביעת חובות וזכויות של בתי חולים.
- בחינת שילובם של בתי החולים הציבוריים ואלה שבבעלות קופות החולים בתהליך.
- מהם השינויים שיש לבצע והמכשלות אותם יש להסיר כדי לאפשר את התוכנית (חקיקה, הסכמים, קביעת כללי משחק....).
- השינויים הנגזרים מהרפורמה בבתי החולים על המבנה והמערך המקצועי של משרד הבריאות – שינויים שיאפשרו התמודדות עם אתגרי המעקב והבקרה הפיננסית והמקצועית של בתי החולים.

יושב ראש הוועדה יהיה רו"ח משה ליאון.

אודה לכם על הגשת ההמלצות עד הראשון לאוקטובר 2003.

בכבוד רב,

דני נוה
שר הבריאות

העתק: מר אריאל שרון, ראש הממשלה

ח"כ בנימין נתניהו, שר האוצר

מר שמואל הולנדר, נציב שירות המדינה

מר אוהד מראני, מנכ"ל משרד האוצר

ד"ר בעז לב, מנכ"ל משרד הבריאות

מר אורי יוגב, ראש אגף התקציבים, משרד האוצר

נספח ב' - הצעה למיזוג בתי החולים הממשלתיים ושל שירותי

בריאות כללית

מס' מיטות	עיר	שם	בעלות	סוג בית החולים
1. גליל עליון				
319	צפת	זיו	ממשלה	כללי
272	טבריה	פוריה	ממשלה	כללי
2. גליל מערבי				
600	נהריה	נהריה	ממשלה	כללי
354	עכו	מזרע	ממשלה	פסיכיאטרי
3. חיפה א'				
898	חיפה	רמב"ם	ממשלה	כללי
365	חיפה	טירת הכרמל	ממשלה	פסיכיאטרי
199	חיפה	פלימן	ממשלה	גריאטרי - שיקומי
4. חיפה ב'				
401	חיפה	בני ציון	ממשלתי - עירוני	כללי
425	חיפה	כרמל	כללית	כללי
5. ירושלים				
208	ירושלים	כפר שאול	ממשלה	פסיכיאטרי
220	ירושלים	איתנים	ממשלה	פסיכיאטרי
6. שפלה צפונית				
425	עפולה	העמק	כללית	כללי
634	שער מנשה	שער מנשה	ממשלה	פסיכיאטרי
358	פרדסיה	פרדסיה	ממשלה	פסיכיאטרי
7. נתניה - חדרה				
410	חדרה	הלל יפה	ממשלה	כללי
635	נתניה	נתניה	ממשלה	גריאטרי
970	פרדס חנה	פרדס חנה	ממשלה	גריאטרי
8. השרון				
696	כפר סבא	מאיר	כללית	כללי
240	רעננה	לווינשטיין	כללית	שיקומי
114	הוד השרון	שלוותא	כללית	פסיכיאטרי
9. פתח תיקווה				

מס' מיטות	עיר	שם	בעלות	סוג בית החולים
782	פתח תקווה	בלינסון	כללית	כללי
203	פתח תקווה	שניידר	כללית	כללי (ילדים)
320	פתח תקווה	גולדה	כללית	כללי
166	פתח תקווה	גהה	כללית	פסיכיאטרי
276	פתח תקווה	בית רבקה	כללית	גריאטרי
10. רמת גן				
1389	רמת גן	שיבא	ממשלה	כללי
11. תל אביב				
1054	תל אביב	איכילוב	ממשלתי - עירוני	כללי
655	חולון	וולפסון	ממשלה	כללי
562	בת ים	אברבנאל	ממשלה	פסיכיאטרי
12. צריפין				
792	צריפין	אסף הרופא	ממשלה	כללי
391	צריפין	שמואל הרופא	ממשלה	גריאטרי
301	צריפין	באר יעקב	ממשלה	פסיכיאטרי
165	נס ציונה	נס ציונה	ממשלה	פסיכיאטרי
13. מרכז				
523	רחובות	קפלן	כללית	כללי
312	גדרה	הרצפלד	כללית	פסיכיאטרי
340	ראשלי"צ	ראשלי"צ	ממשלה	גריאטרי
14. זרום				
478	אשקלון	ברזילי	ממשלה	כללי
958	באר שבע	סורוקה	כללית	כללי
422	באר שבע	באר שבע	ממשלה	פסיכיאטרי
65	אילת	יוספטל	כללית	כללי

חבר הועדה מר יוסי קינר מסתייג מהחלוקה הנ"ל ורואה בה הצעה ראשונית בלבד.

נספח ג' 1 – עמדת מיעוט לעניין הפיכת בתי החולים לחברות

ממשלתיות

המלצתה המרכזית של הוועדה הינה להפוך את בתי החולים הממשלתיים ואת בתי החולים המצויים כיום בבעלות שירותי בריאות כללית לחברות ממשלתיות. כמו כן, ממליצה הוועדה כי במקרים בהם ימצאו שרי הבריאות והאוצר לנכון יתואגד בית החולים באופן אחר, לרבות כתברה בת של קופת חולים.

אנו סבורים כי מהלך זה יביא לגידול בלתי מרוסן בהוצאה לבריאות. כיום מוגבלת פעילות בתי החולים הממשלתיים על ידי המסגרת התקציבית הנקבעת בהתאם לחוק התקציב ואילו פעילות בתי החולים של קופת החולים הכללית מוגבלת על ידי מסגרות התקציב שקבעה הנהלת הקופה. עם הפיכת בתי החולים לחברות ממשלתיות לא תחול עליהן כל מגבלה תקציבית הן בגיוס עובדים והן בהגדלת היקף הפעילות הרפואית, דבר שיביא להגדלת עלויות מערכת הבריאות. תאגוד של בתי החולים הממשלתיים באופן המוצע בטיוטת הדוח יחייב הקצאת משאבים תקציביים ניכרים למערכת הבריאות וזאת מבלי שהמדינה זוכה למלוא הפירות הגלומים בביצוע מהלך התאגוד.

רק מהלך שיכפיף את בתי החולים לאחריות קופות החולים יאפשר ריסון אמיתי של ההוצאה לבריאות, תוך ניהול בתי החולים באופן כלכלי, במסגרת תקציב נתונה ותוך ראייה כוללת של צורכי המערכת.

המגמה העיקרית של תיאגוד בתי החולים היא הינתקות הממשלה מתפעול וניהול בתי החולים. הפיכת בתי החולים הממשלתיים לחברות ממשלתיות תותיר את הממשלה כבעלת הבית בנעשה בבתי החולים ותותיר על כנה את הבעיות שהוצגו עוד בדוח הוועדה בראשות השופטת נתניהו – ועיקרם: ניגוד עניינים בין פעילות הממשלה כבעלים של בתי החולים לבין פעילות משרד הבריאות כרגולטור וקובע מדיניות בתחום הבריאות.

ההצעה להעביר לידי הממשלה גם את בתי החולים של שירותי בריאות כללית מחמירה שבעתיים את הבעיה הנזכרת, והיא מנוגדת בתכלית למטרות התיאגוד. מהלך זה יעצים את מעורבות הממשלה בתפעול מערכת הבריאות והוא מנוגד לחלוטין למדיניות הממשלה להוציא מידה שליטה ותפעול של פעילויות כלכליות.

הפיכת בתי החולים לתאגידיים עצמאיים, בבעלות קופות החולים, תוך קביעת מנגנון ניהול ציבורי המשלב בין נציגי הקופה לבין נציגים מקרב הציבור, תחת בקרה של הממשלה כרגולטור, יביא הן לשיפור ביעילות בית החולים על-ידי הפיכתו ליחידה ניהולית וכלכלית אוטונומית והן לפיתוח בית החולים והיקף השירותים הניתנים בו מתוך ראייה כוללת של צורכי המערכת, ובאופן סינרגטי לשירותים ולתשתיות של קופות החולים.

הקשר בין בתי החולים לקופות החולים יאפשר ביטול כפילויות בתשתיות, בכוח האדם ובשירותים. כפילויות הקיימות כיום בין בתי החולים לבין קופות החולים. עצמאות הניהול תביא לאחריות כוללת של בית החולים למתן שירותי הבריאות בו ולאִיזונו התקציבי.

ברמת כלל מערכת הבריאות, אימוץ הפתרון הנ"ל יאפשר ראייה כוללת ומאוחדת של כלל ההוצאה הציבורית לבריאות מבלי להתייחס להוצאות קופות החולים ולהוצאות בתי החולים כגורמים נפרדים ומנותקים במערכת. עם השלמת המהלך ניתן יהיה לקבוע סדרי עדיפויות אחידים ולנהל את כלל משאבי מערכת הבריאות מנקודת ראות אחת, תוך ביטול כפילויות ושיפור בניצול המשאבים.

על כן, אנו סבורים כי ככלל על בתי החולים להיות מתואגדים כחברות בנות של קופות החולים ואילו במקרים חריגים בהם ימצא כי לא ניתן להעביר את בית החולים לידיה של קופת חולים כלשהי יתואגד בית החולים באופן שינתנו לקופות החולים זכויות למינוי חלק מחברי הדירקטוריון בלבד וזאת מבלי שהשליטה המלאה בבית החולים תהיה בידם.

נספח ג' 2 – עמדת מיעוט לעניין הקמת רשות תאגידי בריאות

משרד האוצר סבור כי אין מקום להקמתה של רשות מיוחדת אשר תהיה אחראית לפיקוח על בתי החולים שיתואגדו כחברות ממשלתיות. הפיקוח על חברות ממשלתיות מסור בידי רשות החברות הממשלתיות שהנה הגוף הממשלתי האמון על הפיקוח והבקרה בכל הנוגע לניהולן ולתפקודן התקין של החברות הממשלתיות. חוק החברות הממשלתיות קבע איזונים ובלמים להבטחת פעילות החברות הממשלתיות לשם המטרות לשמן נועדו החברות. המומחיות בביצוע חוק זה מצויה כולה בידי רשות החברות הממשלתיות. ההצעה להקים רשות חברות ממשלתיות ייחודית ונפרדת לבתי החולים הממשלתיים תביא להקמה של מערכת מקבילה ומיותרת, תוך פיתוח מנגנונים בירוקרטיים חדשים בתקופה בה פועלת הממשלה להקטנת הסקטור הממשלתי.

מכיוון שהוועדה עצמה סבורה כי על משרד הבריאות לשמש כגורם המקצועי המתווה מדיניות ורגולציה בתחום הבריאות אין מקום להעברת פונקציות רגולטוריות ממשרד הבריאות לרשות ועל משרד הבריאות יהיה לפקח על עמידת בתי החולים בתנאי רישיונם. במידת הצורך יוכל המשרד גם לפקח על התקשרויות בין בתי החולים לבין קופות החולים, ככל שימצא לנכון.

מכיוון שגם במבנה המוצע על ידי הוועדה יהיו בתי חולים שלא יתואגדו כחברות ממשלתיות, תיווצר אבחנה בין מנגנון הפיקוח החל על בתי חולים שהנם חברות ממשלתיות לבין בתי חולים אחרים, אשר יהיו לכאורה כפופים אך ורק לפיקוח של משרד הבריאות ולא לפיקוחה של רשות בתי החולים, שהנה במובנים מסוימים נציגת "בעלי" בתי החולים.

רשות החברות הממשלתיות מפקחת מזה שנים על חברות הפועלות תחת רישוי קפדני, כגון חברות בזק ובנותיה, וכן על החברות העוסקות בתחומים רגישים, כגון התעשיות הביטחוניות. על כן, אין כל סיבה שלא להסתמך על רשות החברות הממשלתיות, כגוף אשר יבצע את הבקרה על פעילותן התקינה של בתי החולים ואשר יתריע בפני משרד הבריאות במקרים בהם יש הפרות לכאורה של תנאי הרישיון.