

גרסת 14.2.2014

כולל הערות ניסוחיות של דורון, אמנון, מיכל, יוני ורונית

כולל הערות מהותיות שהוכנסו בדיון בת"א ביום 14.2.2014

ועדת המשנה בנושא ריבוי התפקידים

של משרד הבריאות

טיוטת דו"ח מסכם

מוגש לוועדה לחיזוק הרפואה

הציבורית בישראל בראשות השרה

ח"כ יעל גרמן

14 פברואר 2014

לכבוד
ח"כ יעל גרמן
שרת הבריאות

גבירתי הנכבדה,

אני מתכבדת להגיש לך את טיוטת דו"ח ועדת המשנה לבחינת סוגיית ריבוי התפקידים של משרד הבריאות כרגולטור של מערך האשפוז ובעלים של בתי חולים ממשלתיים בישראל.

הועדה קיימה דיונים רבים ושמעה עמדות מפי גורמים מגוונים ובכלל זה מנציגי מערכת הבריאות, משרדי הממשלה, איגודים מקצועיים ואקדמיה. מומלץ לפרסם את טיוטת דו"ח זה להערות הציבור במסגרת פרסום דו"ח הועדה הראשית.

הדו"ח המוגש כולל המלצות עקרוניות ביחס לסוגיית כפל התפקידים של משרד הבריאות, וכן לגבי חיזוק מנגנוני הפיקוח והמשילות של המדינה על בתי החולים הממשלתיים ושיפור מנגנוני הניהול והבקרה בתוך בתי החולים עצמם. מסקנות ועדת המשנה כוללות בין השאר המלצה להקים בחקיקה רשות סטטוטורית שתעסוק בניהול ופיקוח על מערך בתי החולים הממשלתיים, בכפיפות לשרת הבריאות אך בנפרד ממשרד הבריאות. ועדת המשנה ממליצה לעגן כללים ועקרונות מתחום הממשל התאגידי שיבטיחו התנהלות תקינה של בתי החולים הממשלתיים תוך שקיפות מירבית. יש לציין כי המלצות הוועדה משקפות את המתווה הכללי לפתרון בעיית כפל התפקידים והסוגיות הנלוות לה ואינן יורדות לפרטי סעיפי החקיקה שתידרש, מתוך הכרה בכך שאימוץ המתווה המוצע יצריך עבודת המשך של צוותי עבודה ייעודיים בעלי מומחיות מתאימה.

אני מבקשת להודות בשמי ובשם חברי וועדת המשנה לכל אלה שהגישו לה חומר והופיעו בפניה, וכן לדורון קמפלר, אילן שטיינר ומור סגל על תרומתם המקצועית לכל אורך עבודת הועדה.

בכבוד רב,

רונית קן
יו"ר הוועדה

תוכן עניינים

1. הקדמה

חלק ראשון – עיקר ממצאי הוועדה

2. הגדרת הנושאים שעמדו על סדר יומה של וועדת המשנה

3. עקרונות מנחים

4. חלופות שהוצגו בפני הוועדה ונבחנו על ידה

חלק שני - מסקנות והמלצות

5. המלצה לפתרון סוגיית ריבוי התפקידים

6. המלצה לחיזוק מנגנוני משילות ובקרה של המדינה על בתי החולים שבבעלותה

7. המלצה לחיזוק מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים של בתי החולים הממשלתיים

8. סיכום ואבני דרך ליישום ההמלצות

1. הקדמה

1.1 מינוי ועדת המשנה לבחינת מעמדו המעורב של משרד הבריאות בתחום בתי

החולים הממשלתיים

ביום 20 ביוני 2013 מינתה שרת הבריאות, ח"כ יעל גרמן, וועדה מייעצת לחיזוק הרפואה הציבורית (להלן: "הוועדה"). על הוועדה הוטל לבחון את הסוגיות השונות הניצבות לפתחה של מערכת הבריאות, לנתחן ולגבש סדרת המלצות ופתרונות לצורך חיזוק מערכת הבריאות הציבורית. במסגרת הוועדה הוקמו שלוש ועדות משנה, השנייה מתוכן, "ועדת המשנה לבחינת מעמדו המעורב של משרד הבריאות כספק שרות, מבטח, רגולטור, לרבות נושא תיאגוד בתי החולים הממשלתיים" (להלן – ועדת המשנה), המתכבדת להגיש בזאת את ממצאיה והמלצותיה לשרת הבריאות. כתב המינוי של ועדת המשנה מצורף **כנספח א'**.

1.2 הרקע לדיוני ועדת המשנה

במסגרת המנדט המפורט בכתב המינוי, דיוני ועדת המשנה התקיימו על רקע ממצאים ומסקנות קודמים בתחום ובכלל זה:

דו"ח מבקר המדינה 63 קובע כי מערכת הבריאות בארץ סובלת מריכוזיות וניגוד עניינים מוסדי שטרם הוסדרו, בין השאר נוכח ריבוי התפקידים של משרד הבריאות הן כבעלים של בתי חולים ממשלתיים והן כמפקח עליהם¹:

"מבנה מערכת הבריאות בארץ - ריכוזיות וניגוד עניינים מוסדי"

משרד הבריאות - ניגוד עניינים מוסדי: משרד מבקר המדינה העיר כי מאחר שמערכת הבריאות אינה מתנהלת כשוק משוכלל, חשוב שמשרד הבריאות יפקח עליה². ואולם, הואיל ומשרד הבריאות הוא הבעלים של בתי החולים הממשלתיים ואף מפקח עליהם, ספק אם ביכולתו למלא את תפקידיו כמפקח כנדרש³. יש בתפקידיו אלה של המשרד כדי לעורר חשש לניגוד עניינים⁴. נוכח כל החסרונות האמורים לעיל, מתחילת שנות התשעים של המאה העשרים עסקו כמה ועדות ממלכתיות בהפרדה בין המשרד לבתי החולים שהוא מפעיל ובמודל הרצוי של אופן ההתאגדות

1 דוח מבקר המדינה 63 עמ' 607

2 למשל על הסכמי רכש של שירותים רפואיים שנחתמים בין קופות החולים לבתי החולים.

3 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 54ב (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 468.

4 עוד על תפקידיו של המשרד ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59ב (2009), בפרק "תאגידי הבריאות ליד בתי

החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399; דוח שנתי 54ב (2004), בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי

החולים הכלליים", עמ' 463; דוח שנתי 53ב, בפרק "עבודת המטה במשרדי הממשלה", עמ' 78; דוח

שנתי 50ב (2000), בפרק "הסדרי התחשבות בין קופות החולים לבין בתי חולים ממשלתיים", עמ' 122.

המשפטית של בתי החולים. נוסף על כך קיבלה הממשלה בשנים 1997-2007 החלטות שונות בנושא מעמד בתי החולים הכלליים. אולם בדצמבר 2012 הנושא עדיין לא הוסדר.⁵

סוגיית מעמדו המעורב של משרד הבריאות בתחום בתי החולים הממשלתיים נבחנה על ידי ועדות קודמות לבחינת מערכת הבריאות ובפרט, דו"ח ועדת נתניהו (1990), דו"ח ועדת אמוראי (2002), ודו"ח ועדת ליאון (2004).

ועדת נתניהו קבעה כי "אחת הבעיות המהותיות במשרד הבריאות בישראל הינה כפל תפקידיו: מחד גיסא, מפקד המשרד על התוויית מדיניות, תיאום, פיקוח ובקרה על מערכת הבריאות בארץ, ומאידך מפעיל המשרד עצמו – במקביל – כמחצית מכלל מיטות האשפוז בבתי החולים ואת עיקר שירותי המניעה האישיים [...]. המשרד אמור להיות גורם נייטרלי בין ספקים שונים של שירותי בריאות כגון קופת חולים כללית ומלכ"רים אחרים – ואילו הממשלה, כבעלת בתי חולים, מעמידה עצמה במצב של ניגוד אינטרסים בינה לבינם. מצב זה, המנוגד לסדרי מינהל תקינים, יוצר בעיות רבות".

דו"ח ועדת אמוראי קובע כי כפל התפקידים של משרד הבריאות כבעלים ומפקח על בתי החולים יוצר עיוותים משמעותיים במערכת הבאים לידי ביטוי בשחיקת יכולותיו המיניסטריאליות של משרד הבריאות מחד, ויצירת חשש לניגוד עניינים מוסדי בין משרד הבריאות לקופות החולים וגורמים נוספים במערכת⁵:

"כפל תפקידים זה של משרד הבריאות מעלה שתי סוגיות מרכזיות:

1. המשרד טרוד באספקת שירותי בריאות לפרט, בעיקר באמצעות בתי החולים שהוא מנהל, בנוסף לתפקידיו האחרים. הטיפול בצרכים הדחופים והיומיומיים דוחק הצדה את העיסוק בפתרון סוגיות לטווח ארוך ואת תפקידי המנהיגות במערכת הבריאות.
2. הניהול הישיר של בתי החולים ומתן שירותי בריאות לפרט בד בבד עם קביעת מדיניות לאומית, המחייבת את כלל מערכת הבריאות, יוצר מצב של ניגוד עניינים. נוצר מצב של ניגוד אינטרסים מול קופות החולים, למשל, והמצב אינו עולה בקנה אחד עם מנהל תקין. משרד הבריאות, המפעיל בתי חולים, מפקח בה בשעה על בתי חולים שמנהלים גורמים אחרים, והוא המחליט על מתן רישיונות לפתיחת בתי חולים, למיטות אשפוז, לרכישת ציוד, לתמיכות וכו'. יש הגורסים כי המשרד פועל כמונופול רב מפעלי."

⁵ דו"ח ועדת אמוראי עמ' 189-190

בנוסף, קביעה זו באה לידי ביטוי הן בכתב המינוי של ועדת ליאון והן במסקנות הוועדה:

"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 כמיניסטרוּן ללא ניגוד עניינים".⁶

"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".⁷

דו"ח ארגון המדינות המפותחות לשיתוף פעולה כלכלי (OECD) אודות מצב מערכת הבריאות בישראל אשר פורסם בדצמבר 2013 (להלן דוח ה OECD) קובע כי הפרדת ניהול בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות יוביל לשיפור במערכת הבריאות בישראל.⁸

"The health-care system would be improved if the government-run hospitals were not managed directly by the Ministry of Health, for instance by changing them to hospital trusts... the government-run hospitals are a hugely important component of provision, accounting for about half of all acute-care beds. However, their status as public-sector entities means there is a fundamental weakness in the governance of hospital care: the Ministry of Health is both a provider and regulator. This conflict of interest can potentially lead to a number of difficulties, such as a tendency to focus on the hospital sector in policymaking and the potential for internal tensions within the Ministry when there are reforms that run counter to the interests of government-run hospitals. Furthermore, as government-owned and government-run entities, these

⁶ כתב מינוי ועדת ליאון מיום 27 מאי 2003

⁷ דו"ח ועדת לאון עמ' 9

⁸ ראו דוח OECD 2013 p. 95

hospitals are subject to civil-service regulations and procurement procedures, which in some cases are not suitable in the context of health care."

בדיוני ועדת המשנה ומהחומרים שהוגשו לה מצטיירת מציאות בעייתית שבה נוכח כפל התפקידים שתואר לעיל, למשרד הבריאות אין את הכלים והיכולת למלא בצורה נאותה דיה הן את תפקידיו כמיניסטרו, והן את תפקידיו כבעלים של בתי חולים ממשלתיים. חרף מאמציו של משרד הבריאות למלא את תפקידיו השונים על הצד הטוב ביותר, התוצאות אינן משביעות רצון.

המתווים שהוצעו בעבר לפתרון בעיית ריבוי התפקידים של משרד הבריאות על ידי הוועדות הקודמות התבססו על עקרון התיאגוד⁹. כך להמחשה, ועדת נתניהו המליצה על ניהול בתי החולים (הממשלתיים ושל קופות החולים) בידי גופים משפטיים עצמאיים שאינם למטרת חלוקת רווח. ועדת אמוראי המליצה להעביר את בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית למעמד של תאגידים עצמאיים שלא למטרות רווח. ועדת ליאון המליצה אף היא על הפיכת בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית לבתי חולים ציבוריים הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח.

ועדת המשנה הסתמכה בדיוניה על ממצאים עובדתיים שבבסיס הדוחות הקודמים, אולם בחרה שלא לאמץ כלשונן את המסקנות וההמלצות ביחס לסוגיות שנבחנו בעבר. זאת, בעיקר בשל העובדה שחלק משמעותי מהמלצות ומסקנות הדוחות הקודמים, בפרט ביחס לתיאגוד בתי חולים ממשלתיים, לא יושמו בפועל למרות שאומצו בחמש החלטות ממשלה שונות מזה למעלה מעשרים שנים¹⁰:

1991	החלטה מס' 1930	לרשום 5 בתי"ח ממשלתיים כחברות לתועלת הציבור
1997	החלטה מס' 2641	לבצע תיאגוד של בתי"ח הממשלתיים
1999	החלטה מס' 172	לבצע תיאגוד של בתי"ח הממשלתיים
2003	החלטה מס' 130	העברת בתי"ח הממשלתיים לחברות מנהלות
2004	החלטה מס' 2460	העברת בתי"ח הממשלתיים לחברות מנהלות

⁹ לסקירה רחבה בנושא תיאגוד בתי חולים ציבוריים בישראל כולל התייחסות לרקע ההיסטורי של התפתחות תיאגוד בתי חולים באנגליה ובישראל ראו "תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות", מכון טאוב, הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1997 עמ' 20

http://taubcenter.org.il/tauborgilwp/wp-content/uploads/H1997_Incorporation_of_Hospitals.pdf

¹⁰ לפירוט ראו מצגת ד"ר ברלוביץ' עמ' 11

יודגש כי כבר בשלב מוקדם בדיוני ועדת המשנה הוחלט להתמקד בסוגיית מעמדו המעורב של משרד הבריאות ביחס לבתי החולים הכלליים הממשלתיים, בהתאם לנוסח כתב המינוי. מבלי להידרש לסוגיית בתי החולים הסיעודיים (גריאטריים) ובתי החולים לבריאות הנפש (פסיכיאטריים). החלטה זו נשענה על ההכרה כי תחום בריאות הנפש כולו מצוי בשלבים מתקדמים של רפורמה מקיפה עליה החליט משרד הבריאות. בנוסף, מאפייניהם הייחודיים של בתי החולים הגריאטריים ובתי החולים לבריאות הנפש מאובחנים ממאפייניהם של בתי החולים הממשלתיים הכלליים. לפיכך, נמצא כי התמודדות עם סוגיית מעמדו של משרד הבריאות ביחס לבתי חולים שאינם כלליים, היא נושא בפני עצמו הדורש לימוד נפרד של הבעיות והחלופות לפתרון. נוכח השונות במאפייני המערכות יש להניח כי הפתרונות למערך בתי החולים הגריאטריים ובתי החולים לבריאות הנפש אינם תואמים בהכרח לאלו של מערכת בתי החולים הכלליים. משכך, ועדת המשנה בחנה את השאלות שהוצבו לפתחה ביחס לבתי חולים ממשלתיים כלליים בלבד.

1.3 עבודת ועדת המשנה

1.3.1 הרכב ועדת המשנה

להלן רשימת חברי וועדת המשנה כפי שהוגדרו בכתב המינוי:

- רונית קן – יו"ר;
- משה בר סימן טוב – חבר וועדה;
- פרופ' ארנון אפק – חבר וועדה;
- ד"ר מיכל טביביאן מזרחי – חברת וועדה;
- עו"ד לאה וופנר – חברת וועדה;
- יוני דוקן – חבר וועדה.

1.3.2 סדרי עבודת ועדת המשנה

ועדת המשנה התכנסה לארבעה עשר דיונים בתקופה שבין 16.10.2013 עד 14.2.2014, במקביל לדיוני המליאה ולדיוני ועדות המשנה המקבילות, לענין תיירות מרפא וביטוחי בריאות. יו"ר ועדת המשנה עדכנה את חברי ועדת המשנה בדבר ההתקדמות בדיונים שנערכו במקביל וכן עדכנה את המליאה ואת שרת הבריאות בדבר ההתקדמות בדיוני ועדת המשנה.

בדיוני ועדת המשנה השתתפו מזכיר הוועדה, מר דורון קמפלר; המשקיפים ד"ר אמנון בן משה, מנהל אדמיניסטרטיבי במרכז הרפואי הלל יפה, מר רועי משולם, משרד הבריאות; וכן גב' שירה גרינברג אגף תקציבים באוצר; מר שלמה פשקוס אגף תקציבים באוצר. גב' שירה ארנון, מר איתי פרידברגר ומר ברק גורדון ממשרד הבריאות לקחו חלק בדיונים על פי בקשת פרופ' ארנון אפק. עו"ד אילן שטיינר, השתתף בדיונים מטעם יו"ר ועדת המשנה.

הדיונים תועדו בפרוטוקול על ידי גב' מור סגל, רשמת הוועדה. הפרוטוקולים של הדיונים, על פי מועדיהם, מצורפים כנספח ב'.

במסגרת עבודתה, ועדת המשנה הסתייעה במומחים חיצוניים שהוזמנו להביא בפניה את עמדתם.

בפני ועדת המשנה השמיעו את עמדתם הגורמים המומחים הבאים¹¹: לברר תארים מול דורון

- מר משה דיין, נציב שירות המדינה
- גב' מיכל עבאדי בויאנג'ו, החשבת הכללית, משרד האוצר
- מר קובי אמסלם, הממונה על השכר, משרד האוצר
- מר ניסים סלמן, סגן מנהל רשות החברות הממשלתיות
- עו"ד אביטל בירגר, סגנית יועמ"ש רשות החברות הממשלתיות
- מר גדי פרנק, מ"מ מנכ"ל המועצה להשכלה גבוהה
- עו"ד יעל טור כספא, יועמ"ש המועצה להשכלה גבוהה
- ד"ר מיקי שרף ומר אלי כהן, שירותי בריאות כללית
- מר זאב וורמברנד, מנכ"ל מאוחדת שירותי בריאות
- ד"ר יצחק ברלוביץ' מנכ"ל המרכז הרפואי וולפסון
- עו"ד רוני טלמור, יעוץ וחקיקה משרד המשפטים
- עו"ד לימור תוסיה-כהן, יעוץ וחקיקה משרד המשפטים
- עו"ד מני נאמן, שותף, הרצוג פוקס נאמן
- ד"ר ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י
- ברוך לוי, הר"י

11 ועדת המשנה הזמינה את נציגי קופ"ח מכבי, נציגי הסתדרות העובדים ונציגי הסתדרות האחיות להופיע בפניה, אולם אלו בחרו שלא להופיע.

- פרופ' קובי גלזר
- עו"ד נתן סמוך, יועמ"ש, משרד הבריאות
- גב' רויטל טופר חבר טוב, סמנכ"ל קופו"ח משרד הבריאות

בנוסף, ועדת המשנה קיבלה לידיה ניירות עמדה וחומרים כתובים מהגורמים הבאים:

- פרופ' מאיר אורן, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה (מכתב מיום 23.12.2013, מצגת מיום 4.7.2013)
- עו"ד מני נאמן, שותף, הרצוג פוקס נאמן (מצגת מיום 5.11.2013 בנושא אפשרויות לתיאגוד בתי חולים ממשלתיים בפרספקטיבת חיזוק הממשל התאגידי בבתי החולים)
- ד"ר ענת אנגל, סגנית מנהל המרכז הרפואי אסף הרופא (מכתב מיום 27.10.2013)
- מר חיים פרננדס, סמנכ"ל כספים, לאומית שירותי בריאות (מכתב מיום 7.11.2013)
- מר זאב וורמברנד, מנכ"ל מאוחדת שירותי בריאות (מכתב מיום 30.10.2013)
- מר אלי דפס, מנכ"ל שירותי בריאות כללית (מכתב מיום 24.11.2013)
- עו"ד חיים קליר, (מכתב מיום 20.11.2013)
- פרופ' יאיר שפירא, דיקן ביה"ס למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל, נובמבר 2013
- מכבי שירותי בריאות – מצגת
- מר גדעון בן ישראל, יו"ר הסתדרות הגמלאים, אוקטובר 2013
- פרופ' רפי ביאר, מנכ"ל המרכז הרפואי רמב"ם, 17.12.2014

כל החומרים שהוגשו לוועדה, בכתב ובפורמט אלקטרוני, מצורפים על פי מועד הגשתם **כנספח ג'**.

חלק ראשון – עיקר ממצאי הוועדה

2. הגדרת הנושאים שעמדו על סדר יומה של וועדת המשנה

בהתאם למנדט שהוענק ע"י שרת הבריאות בכתב המינוי, ועדת המשנה הגדירה שלושה נושאים מרכזיים הדורשים מתן מענה.

הנושא הראשון הוא **מעמדו המעורב של משרד הבריאות בתחום בתי החולים הממשלתיים**. היותו של משרד הבריאות קובע ואוכף רגולציה על מערכת הבריאות בכלל ובתי החולים בפרט תוך היותו

בעלים של בתי החולים הממשלתיים, יוצר מציאות של "ריבוי כובעים" של משרד הבריאות. מצב זה הינו בעייתי ביותר מסיבות שיפורטו להלן, ודורש התערבות ותיקון.

בהקשר זה יוער כי למרות שלעיתים כפל התפקידים או "ריבוי הכובעים" של משרד הבריאות מכונה "ניגוד עניינים", ועדת המשנה סבורה כי המונח ניגוד עניינים אינו מתאים לתיאור המצב שכן, מדובר במונח משפטי שיש בו כדי להטיל דופי ביושרה המקצועית של משרד הבריאות והנהלת המשרד. אין חולק על כך שמשרד הבריאות נדרש למלא תפקידים שונים שאינם צריכים לדור בכפיפה אחת, אולם מצב זה הוא תוצר ישיר של רגולציה מוסדית ומבנה מערכתי וארגוני שאינם תואמים לצרכים בפועל. יובהר כי משרד הבריאות בבואו לקבל החלטות כרגולטור עלול לשקול שיקולים כבעלים ומצד שני משרד הבריאות בבואו לקבל החלטות כבעלים עלול לשקול שיקולים כרגולטור.

הנושא השני הוא חיזוק מנגנוני משילות ובקרה של משרד הבריאות על בתי החולים בכלל לרבות בתי חולים שבבעלות המדינה. עמדות המומחים שהובאו בפני הוועדה, לצד ממצאי דוחות קודמים, מצביעים על חסר משמעותי במנגנוני משילות ובקרה של משרד הבריאות על בתי החולים הממשלתיים. האופן שבו בנויה המערכת הרגולטורית, המכפיפה את בתי החולים הממשלתיים למשרד הבריאות, הן כבעלים והן כמיניסטרוני, אינה מאפשרת הלכה למעשה ניהול ובקרה אפקטיביים על ידי משרד הבריאות. מציאות נמשכת זו מצדיקה התערבות שתביא להגברת יכולת המשילות והבקרה של המדינה על בתי החולים הממשלתיים. ועדת המשנה תציע מספר מודלים כחלופות לפתרון.

הנושא השלישי הוא חיזוק מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים של בתי החולים הממשלתיים עצמם והגברת השקיפות. בתי החולים הממשלתיים, הם ארגונים מורכבים ביותר בעלי היקפי פעילות כלכלית משמעותית הפועלים בסביבה עסקית ורגולטורית דינמית וסבוכה. בפני ועדת המשנה נטען בין היתר, שבתי החולים הממשלתיים אינם ערוכים מבחינה ארגונית לנהל את הפעילות שבאחריותם בצורה מיטבית, בין השאר בשל חוסר גמישות ניהולית, העדר תמריצים להתייעלות, מבנה ארגוני לוקה בחסר מבחינת מנגנוני ניהול ובקרה אפקטיביים וחלוקת תפקידים בעייתית בין בתי החולים הממשלתיים ותאגידי הבריאות במסגרת המרכזים הרפואיים. ועדת המשנה נדרשה לנושאים אלו במסגרת דיוניה והגיעה לכלל מסקנה, ששיפור המצב הקיים אינו מחייב בהכרח תיאגוד של בתי

החולים על כל המשתמע מכך, וניתן לחזק את עקרונות הממשל התאגידי גם בבתי חולים שאינם מתואגדים, והכל כפי שיפורט בהמשך.

3. עקרונות מנחים

במסגרת דיוניה וגיבוש ההמלצות ביחס לנושאים שתוארו לעיל, ועדת המשנה פעלה לאורם של עקרונות מנחים הנגזרים מהמנדט שניתן לה על ידי שרת הבריאות.

ראשית, העמדת **טובת המטופל כמטרת על** בגיבוש ההמלצות.

שנית, הבטחת איכותה ואיתנותה של מערכת הבריאות לאורך זמן, תוך שמירה על שקיפות, מנהל תקין ויעילות כלכלית שיביאו לחיזוקה לאורך זמן.

שלישית, חיזוק **מערכת הבריאות הציבורית בישראל** ואחריות המדינה לספק שירותי רפואה לתושביה ברוח עקרונות היסוד העומדים בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לפיהם כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר, והמדינה היא האחראית למימון סל שירותי הבריאות¹². סוגיית תיאגוד בתי החולים הממשלתיים נבחנה בין היתר גם בהקשר זה, כפי שיורחב בהמשך.

רביעית, ועדת המשנה נתנה משקל משמעותי ביותר לעקרון **הישימות** של הפתרונות המוצעים, בין השאר, לאור הניסיון שנצבר במהלך שלושת העשורים האחרונים לפיו החלטות ממשלה והמלצות של ועדות קודמות בדבר רפורמה בתחום מערכת הבריאות לא יושמו¹³. ועדת המשנה שמה לה למטרה להימנע מהצעת חלופות ופתרונות בלתי ישימים, מתוך הכרה בחשיבות הרבה שיש לקידום פתרונות מערכתיים ישימים בטווח זמן סביר.

חמישית, ועדת המשנה הכירה בצורך להמליץ על חלופות לרפורמה שיאפשרו שמירה על **גמישות** עתידית תוך אפשרות מתן מענה לצרכים משתנים של המערכת. עקרון הגמישות, ביחד עם עקרון הישימות נועדו להעניק למדינה מצד אחד מרחב פעולה ליישום צעדים מערכתיים להתמודדות עם הסוגיות המערכתיות בטווח זמן סביר, ומצד שני לאפשר הכנסת שינויים ושיפורים באופן אינקרמנטלי ככל שיידרש בעתיד. עקרון זה נסמך בין השאר על לקחים מרפורמות מבניות במערכות בריאות

¹² חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד 1994, סע' 3
¹³ לפירוט, ראו עמ' 11 למצגת ד"ר ברלוביץ' מיום 1.10.2013

בח"ל, אשר הוצגו לוועדת המשנה במסגרת סקירה משווה בינ"ל. על פי הסקירה מערכות בריאות בעולם עוברות רפורמות מבניות באופן תדיר, על מנת להתאימן לצרכים המשתנים עם הזמן. רפורמות מבניות כאמור מצריכות ברוב המקרים התאמות מערכתיות נוספות בשלבי היישום, כאשר רק חלקן ניתן לחיזוי מראש. על כן בתנאים של מציאות משתנה וצרכים משתנים, חיוני להבטיח מראש דרגה מספקת של גמישות לצורך ביצוע התאמות ex post והפקת לקחים תוך כדי יישום רפורמה.

4. חלופות שהוצגו בפני הוועדה ונבחנו על ידה

להלן מספר חלופות מרכזיות שהוצגו בפני הוועדה במסגרת דיוניה, תוך התייחסות למתווה של כל חלופה ודיון לגופה:

4.1 שימור המבנה הקיים

על פי חלופה זו, אין מקום בנסיבות הנוכחיות לנקוט בצעדים מבניים לפתרון סוגיית כפל התפקידים של משרד הבריאות עקב אחזקתו בבתי החולים הממשלתיים ופיקוחו עליהם. עמדה זו נתמכה על ידי הממונה על השכר והחשבת הכללית במשרד אוצר אשר התבטאו בפני ועדת המשנה נגד ההשלכות של ניתוק בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות ובעד שמירה על הסטטוס קוו הקיים מבחינת מבנה המערכת¹⁴.

שינוי מבני כאמור צפוי לרופף את יכולת המשילות של המדינה עוד יותר, ועלול להוביל למצב שבו המדינה תאלץ בעתיד לחלצם במחיר כלכלי גבוה במידה שייקלעו למשבר. חלף זאת, על פי חלופה זו מומלץ להתמקד בטיפול נקודתי בכשלים בתחום השליטה והבקרה, תוך הידוק רמת הפיקוח על בתי החולים הממשלתיים על ידי משרדי הבריאות והאוצר וחיזוק מנגנוני המשילות.

עמדה זו נסמכת על שלושה שיקולים מרכזיים הכרוכים זה בזה:

4.1.1 בקרה ושליטה

סוגיית המשילות של המדינה בכלל ומשרד הבריאות בפרט על בתי החולים הממשלתיים הינה אחד הנושאים המרכזיים הטעונים שיפור. התפישה הרווחת במשרדי הבריאות והאוצר, היא שנכון להיום יכולת המשילות של המדינה בניהול, בקרה ושליטה על בתי החולים

¹⁴ ראו פרוטוקול דיון מיום XX בהשתתפות מר קובי אמסלם עמ' XXX; פרוטוקול דיון מיום XX בהשתתפות גב' מיכל עבאדי בויאנג'ו עמ' XXX

הממשלתיים שבבעלותה אינה משביעת רצון ויש לחזקה. על פי החלופה הראשונה, הוצאת הניהול של בתי החולים הממשלתיים מידי משרד הבריאות, באמצעות שינוי מבני כגון תיאגוד עלולה להחליש עוד יותר את יכולת המשילות של המדינה על בתי החולים הממשלתיים. כך למשל, בעוד שכיום משרד הבריאות מוסמך לפקח על פעילותם של בתי החולים הממשלתיים במקביל לפיקוח מצד נציבות שירות המדינה, הממונה על השכר והחשבת הכללית, ולהטיל סנקציות לפי הצורך, הוצאתם של בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות, וצמצום עד כדי ביטול כפיפותם לכללים הנהוגים בשירות המדינה, תאיין את יכולתה של המדינה לפקח ולשלוט בנעשה באותם בתי חולים בהיבט הכלכלי.

4.1.2 יחסי עבודה

במסגרת המבנה הנוכחי, שכרם ותנאיהם של עובדי בתי החולים הממשלתיים נקבע בכפוף להסכמים הקיבוציים ובהתאם לאמות המידה של משרד הבריאות והנחיות הממונה על השכר באוצר. שינוי הסטטוס קוו עלול להוביל לתוצאות בעייתיות מבחינתה של המדינה: עובדי בתי החולים הממשלתיים עשויים להתנגד למהלך שבו מעמדם כעובדי מדינה, על כל המשתמע מכך, נפגע בעקבות שינוי מבנה הבעלות בבתי החולים הממשלתיים. צעד כאמור, עלול להיות כרוך בעלויות כספיות גבוהות למדינה ועלול להביא לנקיטת עיצומים וצעדים אחרים בתחום יחסי העבודה שצפויים להקשות על יישום המהלך ואף לסכלו (כפי שכבר ארע בעבר), תוך פגיעה במערכת הבריאות והציבור.

4.1.3 תרחיש קריסה כלכלית של בית חולים (Default)

נוכח חיוניות השירותים שמספקים בתי החולים הממשלתיים לציבור, המדינה לא תוכל הלכה למעשה להשלים עם מצב שבו בי"ח ממשלתי יפסיק לספק שירותים, גם אם יגיע למצב של פשיטת רגל או קריסה כלכלית (default). המדינה, כך על פי גורמים ממשלתיים שהופיעו בפני וועדת המשנה, תאלץ נוכח מחויבותה לספק שירותי בריאות לציבור, להתערב ולחלץ את בית החולים המצוי במשבר ולשלם את העלויות הכרוכות בכך. לפיכך, על פי החלופה הראשונה, יש לשמר את הבעלות, השליטה והניהול של בתי החולים הממשלתיים בידי משרד הבריאות, שכן העברתם לגורם אחר עלולה בסופו של דבר להביא למצב שבו בתי החולים ייכנסו לקשיים כלכליים והמדינה תאלץ לחלצם במחיר גבוה.

לקריסתו הכלכלית של בית חולים הדסה יהיו השפעות רחב והשלכות ארוכות טווח הן מבחינת הבנתה של הממשלה את המשמעויות של קריסה כזו והכלים העומדים לרשותה כדי להתמודד עם אירועים מסוג זה. תהליך קריסתה הכלכלית של הדסה הואץ במהלך תקופת עבודת הוועדה ובא לידי ביטוי בדיוניה. חברי ועדת המשנה מודעים לכך שמדובר באירוע משמעותי מבחינת מערכת הבריאות כולה, ויש להסיק ממנו את הלקחים הנדרשים, הן מבחינת תיאגוד והן מבחינת חיזוק כללי הממשל התאגידי.

4.2 רפורמה מבנית לפיצול התפקידים של משרד הבריאות כבעלים ורגולטור

החלופה השנייה מציעה שינוי מבני במטרה להפריד בין תפקידי המיניסטריון (פיקוח רגולטורי מקצועי) על בתי החולים הממשלתיים לבין תפקידי הבעלים (ניהול שוטף) על בתי החולים הממשלתיים מצד המדינה. חלופה זו נועדה לתת מענה לבעיית הליבה של "כפל התפקידים" של משרד הבריאות, מבלי להוציא את בתי החולים הממשלתיים מידי המדינה, על ידי תיאגוד או הפרטה. בפני ועדת המשנה הוצגה על ידי משרד הבריאות עבודת מיפוי של תפקידי המיניסטריון ותפקידי הבעלים של משרד הבריאות (על אגפיו השונים) המופיע כנספח XX. חלופה זו משקפת את עמדתם של גורמים מומחים אשר הופיעו בפני ועדת המשנה וביניהם, פרופ' קובי גלזר וד"ר יצחק ברלוביץ¹⁵. חלופה זו כוללת לפחות שלוש אפשרויות מבניות להתמודדות עם בעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות:

4.2.1 שינוי ארגוני פנים משרדי

כיום, הנהלת משרד הבריאות מופקדת הן על ביצוע רובם המכריע של תפקידי המיניסטריון והן על תפקידי הבעלים מול בתי החולים הממשלתיים¹⁶. האפשרות הראשונה והצרה ביותר, היא להקים מנהל נוסף תחת מנכ"ל משרד הבריאות, אליו יועברו כל תפקידי הבעלים, ואילו במנהל רפואה וביתר האגפים יוותרו רק תפקידי המיניסטריון. הפרדה כאמור, באמצעות שינוי ארגוני פנים משרדי שאינו דורש חקיקה, תאפשר חלוקה נכונה יותר של תפקידים בתוך

¹⁵ ראו פרוטוקול דיון מיום XX בהשתתפות פרופ' קובי גלזר עמ' XXX; פרוטוקול דיון מיום XX בהשתתפות ד"ר ברלוביץ', עמ' XXX

¹⁶ במשרד הבריאות קיימים אגפים נוספים להם סמכויות פיקוח על בתי החולים הממשלתיים, ובכלל זה מנהל טכנולוגיות רפואיות ותשתיות, אגף מנהל ומשאבי אנוש, מנהל מידע ומחשוב, מנהל תכנון ובינוי, הלשכה המשפטית, אגף תכנון תמחור ותקצוב, מנהל הסיעוד.

משרד הבריאות, תפריד מבחינה פרסונלית בין יחידות המיניסטריון ליחידת הבעלים, אולם תשאיר בסופו של דבר את כל התפקידים בתוך המשרד ובכפיפות למנכ"ל¹⁷.

4.2.2 הקמת רשות בתי חולים ממשלתיים הכפופה לשרת הבריאות

האפשרות השנייה כוללת הקמת רשות ממשלתית לבתי חולים ממשלתיים בחקיקה מחוץ למשרד הבריאות אליה יועברו תפקידי הבעלים (פיקוח ניהולי), ואילו באגפים השונים במשרד הבריאות יותרו רק תפקידי המיניסטריון (רגולציה). רשות זו תהא חיצונית למשרד הבריאות וכפופה לשרת הבריאות אך לא למנכ"ל משרד הבריאות, וזאת על מנת לעגן את ההפרדה בין משרד הבריאות המשמש מיניסטריון לבין רשות בתי החולים הממשלתיים המשמשת כבעלים של מערך בתי החולים הממשלתיים. כפיפות לשרת הבריאות תאפשר קביעת סדרי עדיפויות ואיזונים בין משרד הבריאות לבין רשות בתי החולים הממשלתיים, לפי מערכת השיקולים של שרת הבריאות.

4.2.3 הקמת רשות בתי חולים ממשלתיים עצמאית

האפשרות השלישית כוללת הקמת רשות בתי חולים ממשלתיים סטוטורית עצמאית מחוץ למשרד הבריאות אליה יועברו תפקידי הבעלים, ואילו במשרד הבריאות יותרו רק תפקידי המיניסטריון. רשות זו תהא חיצונית למשרד הבריאות ללא כפיפות לשרת הבריאות, וזאת על מנת לעגן את ההפרדה בין פונקציית הבעלים לפונקציית המיניסטריון ולהבטיח את עצמאות רשות בתי החולים הממשלתיים. חלופה זו נשענת על מודלים כגון רשות ניירות ערך ורשות ההגבלים העסקיים. ראש הרשות ממונה על ידי הממשלה בהמלצת השר, אולם מעבר לכך, הוא פועל באופן עצמאי במסגרת התחיקתית ובהתאם לסמכויות הקבועות בחוק, וללא פיקוח מצד השר.

4.3 תיאגוד בתי החולים הממשלתיים

החלופה של תיאגוד בתי חולים הוצעה בעבר על ידי ועדות קודמות והחלטות ממשלה אף אימצו מסקנות אלו. עם זאת, החלטות הממשלה בנושא תיאגוד בתי חולים ממשלתיים לא יושמו מסיבות שונות. יודגש, כי תיאגוד בתי החולים אינו מטרה בפני עצמה אלא אמצעי להשגת מטרות

¹⁷ על פי דוח מבקר המדינה בינואר 2013 הבהיר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי הוחלט להקים מסגרת נפרדת במשרד הבריאות לניהול בתי החולים כך שיימנע ערבוב התפקידים, וכי בתקופה הקרובה יפתח מכרז לבחירת סמנכ"ל למסגרת זו. ראו דוח המבקר 63ג, עמ' 652.

אחרות ביחס למערכת הבריאות בישראל. ועדת המשנה דנה בהרחבה בסוגיית תיאגוד בתי החולים הממשלתיים ושמעה עמדות מפי מומחים בתחום. בין השאר, ועדת המשנה שמעה סקירה מפורטת מנציגות משרד המשפטים (ייעוץ וחקיקה) אודות המסגרות המשפטיות לתיאגוד בתי חולים¹⁸ ומנציגי רשות החברות הממשלתיות¹⁹. בפני ועדת המשנה הוצגו החלופות המרכזיות לתיאגוד על מאפייניהם השונים²⁰.

על פי נציגי רשות החברות הממשלתיות, על סמך ניסיונם הרב בתהליכי תיאגוד, מהלך כולל של תיאגוד כלל בתי החולים הממשלתיים צפוי להמשך שנים רבות. עד כה טרם בוצע תיאגוד בהיקף כה נרחב על ידי המדינה, ולדעת נציגי רשות החברות הממשלתיות אין טעם ליזום מהלך כאמור רק לשם חיזוק הממשל התאגידי על ובתוך בתי החולים הממשלתיים, בין השאר כיוון שמדובר במהלך בלתי הפיך מבחינת המדינה הטומן בחובו השקעה וסיכונים לא מבוטלים. במסגרת תיאגוד יש להתמודד עם שתי סוגיות יסוד מהותיות הנוגעות להיבט העובדים הקיימים מצד אחד ולהיבט הנכסים וההתחייבויות של בתי החולים הממשלתיים מצד שני:

העברת העובדים הקיימים למודל תאגידי – בבתי החולים הממשלתיים (הכלליים) מועסקים כעשרים אלף עובדים תחת הסכמים קיבוציים. המשמעות של תיאגוד בתי חולים תחייב הסדר מול האיגודים המקצועיים ומתן ערבויות מצד המדינה לשמירה על מעמדם וזכויותיהם של העובדים הקיימים, בין אם במסגרת הסכם השאלת עובדים מהמדינה לתאגידי או במסגרת אחרת שתשקף את הזכויות התעסוקתיות והאקטואריות של העובדים. מעבר לעובדה שכלל לא ניתן לחזות מה הסיכויים להגיע להסדר מול האיגודים המקצועיים, צריך לקחת בחשבון את העלויות הכספיות המשמעותיות הכרוכות בשינוי הסטטוס של העובדים²¹.

מיפוי ואיזון חשבונאי של נכסים והתחייבויות טרם תיאגוד – לצורך ביצוע תיאגוד נדרש מבחינה משפטית וחשבונאית לבצע סקר מקיף של כל נכסי והתחייבויות בתי החולים הממשלתיים, החל במקרקעין וכלה בזכויות קניין רוחני, תוך הפרדתם מהנכסים וההתחייבויות של תאגידי הבריאות. הדבר נחוץ לשם איזון סך הנכסים וההתחייבויות של בתי החולים הממשלתיים ערב תיאגודם, הואיל ולאחר התיאגוד נפסקים באחת יחסי הגומלין התקציביים שבין המדינה לבתי החולים. כיום, כך נמסר לוועדת המשנה על ידי נציג משרד הבריאות, מר רועי

¹⁸ ראו מצגת מיום 5.11.2013 עו"ד רוני טלמור.

¹⁹ ראו פרוטוקול מיום XXXמר ניסים סלמן.

²⁰ ראו מצגת מיום 5.11.2013 עו"ד מני **נאמן ומצגת עו"ד רוני טלמור מיום** 5.11.2013

²¹ ראו דוח ועדת ליאון עמ' 6.

משולם, אין בידי המדינה נתונים עדכניים אודות הנכסים וההתחייבויות של כלל בתי החולים הממשלתיים, למרות שהמדינה מבטחת את נכסיה, לרבות נכסי בתי החולים הממשלתיים באמצעות חברת ענבל. לבקשת שרת הבריאות, רועי משולם יעביר את הנתונים אודות נכסי בתי החולים הממשלתיים למטה השרה ולידיעת וועדת המשנה. על מנת שתהליך התיאגוד יצלח בסופו של דבר יש להבטיח מראש שמערך בתי החולים המתואגד יהיה מאוזן תקציבית לאורך זמן, תוך מתן וודאות תזרימית שתאפשר חתימה על דוחות כספיים בידי התאגיד. מבחינה חשבונאית, מרגע התיאגוד, לא ניתן עוד להתערב בענייניו של התאגיד מול המדינה או מול צדדים שלישיים, ועל כן נדרש להסדיר מראש את מערכת יחסי הגומלין שבין בית החולים הממשלתי למדינה על כל השלכותיה. מהלך כאמור, עלול להיות כרוך בהוצאה כספית משמעותית מצד המדינה ערב התיאגוד הואיל ולא נעשתה עד כה בדיקה עדכנית לגבי היקפי ההתחייבויות של בתי החולים הממשלתיים וייתכן שישנם היבטים חשבונאיים משמעותיים, לרבות היבטי פחת על נכסים, שהמדינה תצטרך להתמודד איתם, כמו גם להבטיח איזון תזרימי בעתיד. כמו כן, תיאגוד בתי חולים מעורר חשש לגבי יכולת התחרות של בתי החולים הכלליים הקטנים במידה שיצטרכו להתמודד בשוק באופן עצמאי. התמודדות עם סוגיה זו תחייב התייחסות מוקדמת מצד משרד האוצר ומשרד הבריאות.

ככלל, ועדת המשנה סבורה כי מבין שלל האפשרויות לתיאגוד, ישנם שני מתווים ראשיים לתיאגוד בתי החולים הממשלתיים, העשויים להיות רלבנטיים ובה בעת שונים מהותית זה מזה. המתווה הראשון כולל תיאגוד של בתי החולים הממשלתיים והפיכתם לחברות ממשלתיות בבעלות המדינה. האפשרות האחרת כוללת תיאגוד של בתי החולים הממשלתיים (באופן פרטי או מקובץ) ומכירתם לקופות החולים:

4.3.1 תיאגוד בתי החולים הממשלתיים לחברות ממשלתיות והותרת השליטה

בידי המדינה

הרציונל העומד בבסיס אפשרות זו הוא שהפיכתם של בתי חולים לחברות ממשלתיות, תפתור באופן מלא את בעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות. בנוסף, בתי חולים שיפעלו כחברות ממשלתיות הפועלות כיחידות רווח עם ממשל תאגידי הולם, צפויה להגביר את יעילותם. רשות החברות הממשלתיות ביצעה תיאגוד של מספר יחידות ממשלתיות לחברות ממשלתיות אחרות, לדוגמה, חברת הדואר, חברת נמלי ישראל וחברות נמלים. בנוסף, הפיכתם של בתי החולים לחברות ממשלתיות צפויה לצמצם את תלותם במשרד

הבריאות ובמשרדי ממשלה אחרים, ולהרחיב משמעותית את הגמישות הניהולית של מנהלי בתי החולים. עם זאת, יש לקחת בחשבון שהפרכתם של בתי חולים ממשלתיים לחברות ממשלתיות כרוכה במורכבות רבה, נוכח מאפייניהם הייחודיים של בתי חולים והאתגרים הכרוכים בניהולם, כפי שציינה ועדת ליאון²²:

"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."

לשם השלמת התמונה, יש לציין כי כיום, לצד בתי החולים הממשלתיים הכלליים קיימים תאגידי בריאות, ובחלק מהמקרים מדובר בתאגידי עם היקפי פעילות משמעותיים ביותר, היכולים להגיע לעשרות אחוזים מהפעילות הכלכלית של בית החולים הממשלתי. פעילות זו, מהווה לדעת חברי וועדת המשנה וגורמים שהופיעו בפני הוועדה, מעין "תאגוד זוחל" של מערך בתי החולים הממשלתיים.

4.3.2 תיאגוד בתי החולים הממשלתיים והעברת השליטה בהם לידי קופות חולים

תיאגוד של בתי החולים הממשלתיים פותח אפשרות להעביר את השליטה לקופות החולים ועל ידי כך לייצר אינטגרציה אנכית במערכת הבריאות ולשנות את מבנה המערכת כולה. אינטגרציה אנכית בין קופות חולים לבין בתי חולים כבר קיימת בשירותי בריאות כללית וכן בין קופת חולים מכבי לבין בי"ח אסותא שבבעלותה. חלופה זו זוכה לתמיכה מצד נציגי קופות החולים וגם ע"י סמנכ"לית קופות חולים במשרד הבריאות, שהופיעו בפני וועדת המשנה וטענו לקיומם של יתרונות משמעותיים לאינטגרציה אנכית, מעבר לטענה שקופות

²² דו"ח ועדת ליאון עמ' 5.

החולים יוכלו לנהל את בתי החולים בצורה יעילה והדוקה יותר. היתרונות שהוצגו בפני וועדת המשנה מתבטאים במספר מישורים:

ראשית, ניידות של דרגי ניהול, רופאים ובעלי מקצוע אחרים, בין מערך הטיפול בקהילה למערך בתי החולים תורמת לגמישות בניהול כ"א. מבחינה ניהולית, רופאים נהנים ממגוון הזדמנויות מקצועיות ותעסוקתיות באותה קופה, אשר תורמות להכשרתם ולפיתוחם המקצועי. כיום, קיימים הסכמים בין תאגידי בריאות בבתי חולים ממשלתיים לקופות חולים, המאפשרים ניידות רופאים עובדי התאגיד בין בית החולים לקהילה.

שנית, בנוסף, סינרגיה בין מערך הטיפול בקהילה למערך בתיה"ח באה לידי ביטוי ביעילות תפעולית. קופה שבבעלותה בתי חולים יכולה לחסוך באופן משמעותי בעלויות התפעול וכוח האדם על ידי ניצול מיטבי של התשתיות הרפואיות שברשותה ומניעת כפל תשתיות. קופות החולים יהיו ווסת לפיתוח שירותים שאינם נדרשים, ויגביר את האמון בין בתי החולים לקופות החולים. הדבר ימנע בין היתר הקמת תשתיות כפולות בקהילה ויאפשר לקופות החולים להשתמש בבתי החולים כמוקד טיפול מרכזי לרפואה שניונית.

שלישית, המידע שנצבר במערכת מאפשר רצף טיפולי בעל ערך רב למטופל, וכן השבחה של תהליכים ושיפורה. באשר להיבט זרימת המידע, משרד הבריאות אימץ מערכת מידע להעברת מידע בין בית החולים למערך הטיפול בקהילה ("אופק"), המוטמעת בכלל בתי החולים בימים אלה.

סוף דיון 14.2.2014

אולם בפני ועדת המשנה הוצגו גם חסרונות למודל האינטגרציה אנכית²³. מבחינה תחרותית צפוי להיווצר שוק ריכוזי וממועט שחקנים הן בשוק קופות החולים והן בשוק בתי החולים. צמצום מספר השחקנים בשוק עלול לגרום לכך שמטופלים לא יוכלו לבחור בין בתי חולים שבהם יקבלו טיפול הואיל ולקופה שבה הם מבוטחים יהיה אינטרס להפנות את מבוטחיה

²³ פרוטוקול ד"ר ברלוביץ' מצגת עמ' 31; פרוטוקול פרופ' קובי גלזר עמ' 15-14

אך ורק לבתי החולים שבבעלותה. חשש זה נבחן על ידי רשויות תחרות ברחבי העולם ואושש על ידי כלכלני בריאות (2012) Gaynor & Town:²⁴

"In an industry with uncertainty and with differentiated products, like health care, integration can be inefficient without being anticompetitive, simply by reducing choice."

יכולת הקופה להדיר את מבטחיה מבתי החולים של מתחריה תתעצם, ויש בכך פוטנציאל לפגיעה במטופלים, מחד גיסא וחשש לפגיעה משמעותית בבתי חולים שלא נמצאים בבעלות של קופות חולים מאידך גיסא, כפי שמסבירים (2012) Gaynor & Town:²⁵

"The traditional concern with vertical integration, however, is that it can serve to enhance or extend market power. An integrated insurer hospital firm may find it profitable to exclude rival insurers from access to the hospital, or charge them prices higher than the internal transfer price of the integrated firm (raising rivals' costs) (see Ma, 1997). The same could be true for excluding rival hospitals from access to the insurer in the integrated firm".

חלק שני – מסקנות והמלצות

5. המלצות לפתרון סוגיית ריבוי התפקידים

5.1 הקמת רשות בתי חולים ממשלתיים סטטוטורית הכפופה לשרת הבריאות

ועדת המשנה הגיעה בדיוניה למסקנה כי הפתרון הישים והנכון ביותר לבעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות הוא להקים על פי חוק את רשות בתי החולים הממשלתיים שתהא כפופה לשרת הבריאות. רשות בתי חולים ממשלתיים סטטוטורית תוקם מחוץ ובנפרד ממשרד הבריאות ואליה יועברו מגוון תפקידי הבעלים (פיקוח ניהולי) המצויים כיום באגפי המשרד השונים, על פי המיפוי שבנספח XX. הרשות תהא כפופה לשרת הבריאות אשר תמנה את העומד בראשה. מנכ"ל משרד הבריאות לא יהיה אחראי או בעל סמכות ביחס לרשות בתי החולים וזאת על מנת לוודא קיומה של הפרדה אפקטיבית ומהותית.

Handbook of Health Economics, Volume 2 (2012), p. 620-621²⁴
ראו הערה 25 לעיל²⁵

המבנה הארגוני של רשות בתי החולים הממשלתיים, סמכויותיה ומשאביה ייקבעו בחקיקה ייעודית במסגרת חוק בתי חולים.

הקמת רשות בתי חולים ממשלתיים הכפופה לשרת הבריאות נותנת מענה הולם לבעיית כפל התפקידים של משרד הבריאות ומביאה לצמצום משמעותי במוטת השליטה של המשרד. יתירה מזו, מדובר במהלך הניתן ליישום בפרק זמן סביר הואיל והוא מצמצם יחסית בהיקפו ובמשכו, ואין בו כדי לשנות סדרי עולם במערכת הבריאות, בפרט מבחינת יחסי עבודה. המשמעות היא שרמת ההתנגדויות למהלך כאמור מצד איגודים מקצועיים אינה צפויה להיות גבוהה, אם בכלל.

הקמת רשות בתי חולים ממשלתיים סטטוטורית מותירה, הלכה למעשה את השליטה בתהליך ארוך הטווח בידי שרת הבריאות שתוכל לקבוע את סדרי העדיפויות והאיזונים הנדרשים בשלבי התכנון והיישום. לממשלה תהיה שליטה והשפעה על התנהלות המערכת בהיבטי תקציב וכ"א. כמו כן, הקמת רשות סטטוטורית כאמור, אינה כרוכה בעלויות פרוהיביטיביות שיכבידו על הממשלה, או יחשקו את מקבלי החלטות. הואיל ומדובר במהלך שהוא בהגדרה אינו בלתי הפיך, תעמוד בפני שרת הבריאות והממשלה אפשרות לבחון בעתיד היתכנות של רפורמות נוספות, כגון תיאגוד, או במקרה שהניסיון לא יצלח, השבת המצב לקדמותו.

לסיכום, ועדת המשנה סבורה כי מדובר בחלופה מידתית, ישימה וגמישה, הנותנת מענה סביר לבעיית כפל הכובעים של משרד הבריאות ומניחה תשתית לחיזוק הפיקוח והבקרה על בתי החולים הממשלתיים ושיפור הניהול, השקיפות והיעילות בתוך בתי החולים הממשלתיים.

המלצה זו אומצה על ידי ועדת המשנה לאחר שהוסכם כי חלופת הרפורמה המבנית עדיפה על פני שתי החלופות האחרות, קרי, חלופת שמירת הסטאטוס קוו וחלופת התיאגוד, לאור העקרונות המנחים שתוארו לעיל, ובפרט לאור עקרון הישימות.

5.1.1 חסרונות חלופת שימור המצב הקיים

למרות הטענות כבדות המשקל שהובאו בפני הוועדה ביחס לחשש מפני שינוי מבני במערך הפיקוח על מערכת הבריאות שיוביל להתרופפות המשילות, ועדת המשנה סבורה כי שימור המצב הקיים אינו עולה בקנה אחד עם מנדט הוועדה וממילא אינו יכול לספק פתרון הולם לבעיית ריבוי התפקידים של משרד הבריאות. יתירה מזו, שימור הסטאטוס קוו, מהווה

התעלמות הלכה למעשה מדו"ח מבקר המדינה, דו"ח ה OECD ומסקנות ועדות קודמות בנושא מערכת הבריאות שטענו כולן כי יש לפעול לשינוי המצב, ועמדות שהוצגו בפני הוועדה בדבר הבעייתיות הרבה במצב הנוכחי. לפיכך, אי פעולה, גם נוכח חששות מוצדקים, אינה יכולה להיות תחליף לפתרון.

5.1.2 חסרונות חלופת התיאגוד

ועדת המשנה בחנה לעומקה את סוגיית התיאגוד, על היבטיה והשלכותיה השונים, הן בהקשר של אינטגרציה אנכית עם קופות חולים והן בהקשר של תיאגוד עצמאי. עמדת רשות החברות הממשלתיות היא שלא ניתן להעביר בתי חולים לקופות חולים ללא תיאגוד²⁶. עמדת החשבת הכללית היא שתיאגוד אינו נותן פתרון לבעיות של מערכת הבריאות וכן שהניסיון מעיד על בעיות שונות בתיאגוד במקרים קודמים וכי המדינה מתקשה בניהולן היעיל של חברות ממשלתיות²⁷. בחינת חלופת התיאגוד אל מול העקרונות המנחים של ועדת המשנה הכריעה בסופו של דבר את הכף נגד תיאגוד בתי החולים הממשלתיים. מבחינת **טובת המטופל כמטרת על** בגיבוש ההמלצות, ועדת המשנה לא השתכנעה שחלופת התיאגוד מביאה עימה בהכרח בשורה של ממש למטופל בישראל. הוועדה ביקשה לברר איזו תועלת תצמח למטופלים כתוצאה מתיאגוד בתי החולים הממשלתיים, ומצאה כי מנקודת מבטו של המטופל, בתי חולים מתואגדים, בין אם בבעלות קופות החולים ובין אם בבעלות אחרת, עלולים לעורר חששות משמעותיים. בפרט, אינטגרציה של בתי חולים ממשלתיים עם קופות חולים עלולה להפחית באופן משמעותי את חופש הבחירה של המטופלים, לפגוע בבתי חולים שאינם בבעלות הקופות ולייצר שוק ריכוזי ביותר שאת השלכותיו לא ניתן יהיה לרפא בנקל. נדמה אפוא כי ספק רב אם העיקרון השני של הבטחת איכותה ואיתנותה של מערכת הבריאות לאורך זמן נשמר בחלופת התיאגוד. כך גם ביחס לעקרון הקורא לחיזוק **מעמד הרפואה הציבורית בישראל** ואחריות המדינה לספק שירותי רפואה לתושביה. נדמה כי אימוץ חלופת תיאגוד בתי החולים הממשלתיים אינו מתיישב עם חיזוק מעמד הרפואה הציבורית אלא ההפך. הציבור מצפה מהמדינה לספק שירותי בריאות הולמים, ולפיכך העברת האחריות לאספקתם לצדדים שלישיים, גם אם לא לצרכי הפרטה, בין אם

²⁶ ראו פרוטוקול מיום 6.1.2014 עמ' _____
²⁷ ראו פרוטוקול מיום 22.12.2013 עמ' _____

לקופות חולים או לגורמים אחרים, אינה מחזקת בהכרח ואולי אף מחלישה את מעמדה של הרפואה הציבורית ובוודאי שלא את מעמדה הציבורי של הרפואה²⁸. אם לא די באלו, הרי שפתרון התיאגוד אינו עולה בקנה אחד עם עקרונות השימות והגמישות. הניסיון המצטבר של למעלה משני עשורים הוכיח מעבר לכל ספק שהמלצות בדבר תיאגוד אינן ישימות וסופן להישאר בגדר המלצות על הנייר. הסיבה לכך אינה אזלת יד של הממשלה אלא מציאות מורכבת עד מאד של אילוצים תקציביים ומשפטיים בעיקר בתחום יחסי העבודה אשר הופכים את החלופה של תיאגוד לבלתי מציאותית בפועל. ועדת המשנה עמדה מקרוב על המשמעויות וההשלכות של תיאגוד בתי חולים ממשלתיים ושמעה דעות מומחים אשר לא הותירו ספק באשר לחוסר הישימות של חלופה זו בטווח זמן סביר. יתירה מזו, חלופת התיאגוד אינה מאפשרת דרגה סבירה של גמישות עתידית למקבלי ההחלטות הואיל וברגע שבתי החולים הממשלתיים יתואגדו, אין הלכה למעשה דרך חזרה, כפי שעולה מניסיונה של רשות החברות הממשלתיות בעשורים האחרונים. אשר על כן, מבלי לגרוע ממסקנותיהן והמלצותיהן של ועדות קודמות, ועדת המשנה סבורה כי לאור הישימות הנמוכה של חלופת התיאגוד והקשיים הנוספים שהיא מעוררת, יש להורידה בשלב זה מהפרק.

5.1.3 חסרונות חלופת השינוי הארגוני במשרד הבריאות

ועדת המשנה סבורה כי הקמת אגף חדש בתוך משרד הבריאות שירכז את תפקידי הבעלים של המשרד מול בתי החולים הממשלתיים אינה יכולה לפתור בצורה אפקטיבית את בעיית ריבוי התפקידים של המשרד. הפרדה ארגונית תוך משרדית עשויה לסייע נקודתית כשלב ביניים עד להפרדה מלאה, אולם אין בה כדי לתת מענה אמיתי לבעיה המהותית שכן לא זו בלבד שהלכה למעשה מנכ"ל משרד הבריאות ימשיך להיות מצוי באותו מצב של כפל תפקידים, הרי שגם כלפי חוץ, משרד הבריאות ימשיך להיתפש כפי שהוא נתפש היום, כרגולטור ובעלים של בתי חולים.

5.1.4 חסרונות חלופת הרשות העצמאית

²⁸ ראו דו"ח מרכז אדוה "ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל: ביטוייה והשלכותיה" ברברה סבירסקי יולי 2007 (עמ' 4-5): "התיאגוד הוא ביטוי נוסף של ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית. התופעה משתקפת לאו דווקא בעצמאות הניתנת למנהלי בתי החולים אלא בדרישה שבתי החולים יפעלו בסביבה עסקית שמטרותיה אינן קשורות לבריאות הציבור או לטובת החולים, אלא להשגת יעדים עסקיים. קיימת סתירה גלויה בין הדרישה לפעול כעסק לבין הדרישה לפעול לטובת החולים – כל החולים. בספרות המקצועית הדנה בנושא התיאגוד בישראל לא נמצא ולו יעד אחד הקשור לבריאות, כדוגמת הגברת מידת השוויון בהזדמנויות בריאות בין קבוצות שונות, או שיפור איכות הטיפול".

ועדת המשנה סבורה כי רשות בתי החולים צריכה להיות נפרדת ממשרד הבריאות אולם בה בעת לדור בכפיפה אחת לצד משרד הבריאות תחת אחריותה וסמכותה של שרת הבריאות ותחת כנפיה של הממשלה. בדומה למודל של המועצה להשכלה גבוהה שבראשה מכהן שר החינוך, כך גם מערך בתי החולים הממשלתי, המהווה נכס ראשון במעלה של המדינה, ראוי שישאר תחת פיקוחה הישיר של שרת הבריאות ובמסגרת פיקוח ממשלתי כולל. מבלי לגרוע מחשיבות של עצמאות הרשות, הרי שבשונה מרשויות רגולטוריות עצמאיות כגון רשות הגבלים עסקיים או רשות ניירות ערך, רשות בתי החולים הממשלתיים היא בראש ובראשונה גורם מנהל ומפקח על נכסים בבעלות המדינה, המסובסדים על ידה ומספקים מוצר ציבורי רב חשיבות, בעוד שהדוגמאות האחרות הן רשויות אכיפה עם סמכויות מעין שיפוטיות. לפיכך, בנסיבות דנן, ולאור ההיקפים המשמעותיים של הנכסים המנוהלים וחשיבותם הציבורית העליונה, ועדת המשנה מצאה לנכון להמליץ על מודל משולב של רשות בתי חולים ממשלתית נפרדת ממשרד הבריאות הכפופה לשרת הבריאות.

המלצה זו עולה בקנה אחד עם המלצתה של ועדת ליאון להקים רשות בתי חולים, נוכח מאפייניהם של בתי החולים והצורך לפתור את בעיית כפל התפקידים²⁹:

"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 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."

6. המלצה לחיזוק מנגנוני משילות ובקרה של המדינה על בתי החולים שבבעלותה

²⁹ דו"ח ועדת ליאון עמ' 5.

קיימת הסכמה רחבה בקרב גורמים במשרד הבריאות, בממשלה ובמערכת הבריאות כי יש צורך בחיזוק מנגנוני המשילות והבקרה של המדינה על בתי החולים שבבעלותה והגברת השקיפות במערכת בתי החולים הממשלתיים³⁰. הפרדת תפקידי המיניסטרוני ותפקידי הבעלים על ידי הקמת רשות בתי החולים הממשלתיים הינה צעד ראשון חיוני בדרך להגשמת מטרה זו, אולם לא די בכך.

בנוסף, וועדת המשנה ממליצה על אימוץ המנגנונים הבאים במסגרת הסמכויות שיוקנו על פי חוק לרשות בתי החולים הממשלתיים על מנת שזו תוכל לבצע את תפקידה באופן אפקטיבי:

- **סמכויות בנושאי פיקוח, בקרה, תקציב, שקיפות ומינהל;**

רשות בתי החולים הממשלתיים תהיה אמונה על הגדרתם של סטנדרטים מנהליים להתנהלותם של בתי החולים הממשלתיים, הטמעתם ואכיפתם על פי חוק. הרשות תפעל בסמכות להבטיח את התנהלותם היעילה של בתי החולים הממשלתיים תוך הקפדה על עמידה בסטנדרטים שנקבעו על ידה ובדגש על שקיפות מירבית הן כלפי המטופלים בהיבטים של זמינות תורים, אמנת שירות וכו' והן כלפי המדינה בהיבטים של בקרה תקציבית וחשבונאית, פרסום דוחות כספיים, הפעלת מערך ביקורת פנים, ציות לכללי מנהל תקין ולעקרונות ממשל תאגידי וכו'. ועדת המשנה סבורה כי שקיפות היא תנאי הכרחי לחיזוק מעמדה של הרפואה הציבורית בישראל וזכייה מחדשת של אמון הציבור בה. כפי שטען שופט ביהמ"ש העליון בארה"ב לואי ברנדייס, אור השמש הוא המחטא הטוב ביותר, והדברים נכונים גם לענייננו.

- **סמכות לדרוש ולקבל מידע מבתי החולים הממשלתיים הדרוש לצורך ביצוע**

החוק;

תנאי חיוני לביצוע ופיקוח יעיל הוא גישה למידע המצוי אצל הגורמים המפוקחים. לפיכך, מוצע לקבוע כי בתי החולים הממשלתיים ונושאי משרה בהם יהיו מחויבים, לפי דרישת הרשות, או מי שהוסמך לכך על ידה, למסור כל מידע שלדעת הרשות יש בהם כדי להבטיח או להקל את ביצועו של חוק בתי

³⁰ ראו פרוטוקול דיון משה דיין, מיכל עבאדי בויאנג'ו, קובי אמסלם

החולים הממשלתיים. אי עמידה בדרישה להעביר מידע מלא במועד תהווה הפרה של הוראות החוק ובגינה ניתן יהיה להטיל עיצומים.

• **סמכות להטיל עיצומים בגין הפרת הוראות;**

מוצע לקבוע כי לרשות בתי החולים תהא סמכות על פי חוק להטיל עיצומים בגין הפרה של הוראות או לפי נסיבות העניין לנקוט בהליכים משמעותיים כנגד נושאי משרה בגין הפרת הוראות, והכל בכפוף לשימוע ולזכות ערר על החלטות הרשות. ועדת המשנה סבורה כי על מנת לעגן את מעמדה של רשות בתי החולים הממשלתיים כרשות פיקוח בעלת סמכויות אכיפה, נדרש להגדיר בחוק סמכויות להטיל עיצומים הן על בתי החולים הממשלתיים והן על נושאי משרה בהם, במקרה של אי ציות להוראות הרשות או הפרה אחרת.

7. המלצה לחיזוק מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים של בתי החולים הממשלתיים

שיפור תפקודם של בתי החולים הממשלתיים מחייב, בנוסף להידוק הרגולציה עליהם, גם חיזוק של מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים, ובלשון אחר, החלת עקרונות של ממשל תאגידי על בתי החולים. ככלל, עקרונות הממשל התאגידי מהווים אוסף של עקרונות וכללים המגדירים כיצד ראוי שחברות ציבוריות תתנהלנה בהיבטי בקרה ופיקוח. עקרונות אלו, בשינויים המחויבים, משמשים ארגונים שונים ולא רק חברות ציבוריות³¹. רשות בתי החולים הממשלתיים תפרסם סטנדרטים ועקרונות ממשל תאגידי שיחייבו את בתי החולים הממשלתיים ותהא אמונה על אכיפתם. בין השאר, לרשות בתי החולים הממשלתיים תינתן סמכות בחוק להגדיר כללים מבניים והתנהגותיים שיחולו על בתי החולים ולפרסם הנחיות תקופתיות והוראות נקודתיות בחוזרים לפי הצורך.

ועדת המשנה ממליצה לקבוע סטנדרטים בתחומים הבאים:

א. שקיפות

שקיפות היא עקרון יסוד במנהל ציבורי ותנאי לאמון הציבור במערכת. על כן, ועדת המשנה ממליצה לעגן נורמות של שקיפות בכל היבטי הפעילות של בתי החולים הממשלתיים. כפי שצוין לעיל, הנהלות בתי החולים הממשלתיים תהיינה אחראיות

³¹ יום עיון בנושא ממשל תאגידי בבתי חולים התקיים במסגרת המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות בשנת 2011 <http://www.israelhpr.org.il/1060/473.htm>

לפעול בשקיפות מירבית כלפי הציבור – גם בכובעו כבעלים (באמצעות המדינה) של בתי החולים הממשלתיים וגם בכובעו כציבור מטופלים שנזקק לשירותי בית החולים. כללי השקיפות יחולו ביחס לכל היבטי הפעילות של בתי החולים הממשלתיים, כולל לדוגמה פרסום דוחות כספיים, דוחות ביקורת, פרוטוקולים והחלטות הנהלה, כפי שיוגדרו על ידי הרשות.

ב. הקמת ועדות היגוי להנהלות בתי החולים הממשלתיים

מבלי לגרוע מסמכותן ואחריותן של ההנהלות לניהול השוטף של בתי החולים, ועדת המשנה ממליצה שבכל בית חולים ממשלתי תמונה ועדת היגוי שתשמש מעין מועצת מנהלים (דירקטוריון). ועדת ההיגוי תתווה את מדיניות בית החולים הממשלתי בהתאם להוראות חוק בתי חולים ממשלתיים, תפקח על פעילותו ועל ביצוע תפקידי המנהל הכללי ופעולותיו, ובכלל זה: תקבע את המדיניות הכללית של בית החולים ואת פעולותיו הפיננסיות; תקבע מדי שנה את תקציבו השנתי של בית החולים ודרך ביצועו והשימוש במקורות העומדים לרשותו; תקבע את תכנית הפעולה של בית החולים לאותה שנה ותכניותיו לטווח ארוך; תקבע את תקן עובדי בית החולים והמועסקים בשירותו; תעקוב ברציפות אחרי הגשמת המדיניות, התכניות והתקציבים של בית החולים; תקבע, בכפוף לכללים שתקבע שרת הבריאות, לפי הצעת הרשות, את אופן בחירת נושאי המשרה הבכירים ואת תנאי כשירותם.

ג. קציבת משך כהונתם של נושאי משרה בכירים בבתי חולים ממשלתיים

ועדת המשנה ממליצה לקבוע קדנציות תחומות בזמן וקיום רוטציות למנהלי בתי החולים הממשלתיים ולסגניהם, למנהלי המחלקות ולנושאי משרה בכירים נוספים במערכת הבריאות הממשלתית בהתאם להחלטת רשות בתי החולים הממשלתיים. כרקע להמלצה זו יצוין כי ממשלת ישראל אימצה החלטות בדבר קציבת כהונתם של נושאי משרות בכירות בשירות המדינה, כמקובל בקרב מדינות ה-OECD³². בפברואר 2009 התקבלה החלטת הממשלה מס' 4470, המאשרת את המלצות הצוות המקצועי בראשות המשנה לנציב שירות המדינה שהוקם מכוח אותה החלטה

³² ראו: פלורה קוך דבידוביץ', קציבת תקופת הכהונה של נושאי משרות בכירות בשירות המדינה סקירה משווה, מרכז המידע והמחקר של הכנסת, 2 ספטמבר 2009.

ואת החלת ההסדר על רשימת נושאי המשרות שהצוות המקצועי המליץ עליה. ועדת המשנה ממליצה להסתמך על ההסדר שקבעה הממשלה ביחס לבכירי השירות הציבורי גם על נושאי משרה בכירים בבתי חולים ממשלתיים בבואה לקבוע קציבת קדנציות מהנימוקים הבאים:

שיפור יכולת ההערכה של התפקוד המקצועי וההתאמה של נושאי המשרה הבכירים לכהונותיהם; פתיחת מסלולי קידום במערכת בתי החולים הממשלתיים תוך הגדלת סיכוייהם של מועמדים נוספים לאייש משרות בכירות וקידום עקרון שוויון ההזדמנויות; עידוד חדשנות ומניעת שחיקה הנובעת ממילוי תפקיד במשך תקופת זמן ארוכה; צמצום יחסי תלות בין הגורם הממנה לנושא המשרה הבכיר ובין נושא המשרה הבכיר לכפיפיו; הגדלת עצמאותו של נושא המשרה הבכיר לצד מניעת צבירה וריכוז של כוח רב בידי נושא משרה בכיר לתקופה ממושכת.

ד. חיזוק מערך ביקורת וחשבות

בנוסף למבקר הפנימי של בית החולים הממשלתי, ועדת המשנה ממליצה על מינוי ועדת ביקורת בידי וועדת ההיגוי והגדרת תפקידיה וסמכויותיה בחוק בתי חולים ממשלתיים כדלקמן: לדווח לוועדת ההיגוי על ממצאי פעולות הביקורת; לעמוד על ליקויים בניהול בית החולים הממשלתי, בין השאר תוך התייעצות עם המבקר הפנימי של בית החולים או עם רואה החשבון המבקר, ולהציע לוועדת ההיגוי דרכים לתיקונם; לבחון את מערך הביקורת הפנימית של בית החולים ואת תפקודו של המבקר הפנימי וכן אם עומדים לרשותו המשאבים והכלים הנחוצים לו לצורך מילוי תפקידו, בשים לב, בין השאר, לצרכיו המיוחדים של בית החולים ולגודלו; לדון בדוחות של מבקר הפנים, דוחות מבקר המדינה ודוחות ביקורת אחרים. נוכח החשיבות הרבה בביקורת חשבותית על ניהול התקציב ותהליכי רכש בבתי החולים הממשלתיים, ועדת המשנה ממליצה על בחינה של מערך החשבות על ידי משרד הבריאות ואגף החשכ"ל באוצר.

ה. חיזוק יכולות ניהול כ"א בבתי החולים

בתי החולים הממשלתיים מהווים חלק אינטגרלי משירות המדינה בישראל, ולפיכך כפופים לכללי ניהול כוח האדם שקובעת נציבות שירות המדינה. יחד עם

זאת, משום מורכבות הניהול של בית חולים, הקריטיות של כוח האדם הפרופסיונאלי המועסק בו והשירותים החיוניים שהוא מספק, לאורך השנים נעשו התאמות שונות כדי להעניק לבתי החולים גמישות מסויימת בניהול כוח האדם שלהם. אולם אין מדובר בצעדים משמעותיים או מספקים. למעשה, היעדר גמישות ניהולית של כוח האדם הוביל את בתי החולים מאז ראשית שנות השבעים, להרחיב את היקפי העסקת כוח האדם פרופרסיונלי באמצעות תאגידי הבריאות (לשעבר קרנות המחקר), וזאת כמסלול עוקף של הדרישות וההסדרים הנהוגים בשירות המדינה. בהופעתו בפני ועדת המשנה, ציין נציב שירות המדינה עו"ד משה דיין, כי אכן אין לנציבות פתרונות מספקים עבור המורכבות הניהולית של בתי החולים וכי אין הוא פוסל על הסף צורך בהפרדת הליכי ניהול כ"א במערכת זו מניהול כוח האדם בשירות המדינה. בהקשר זה יצוין כי נציבות שירות המדינה פועלת באופן נפרד ובהסדרים מותאמים אל מול הארגונים השונים המרכיבים את מערכת הבטחון, לאחרונה אף הוחלט על הענקת אוטונומיה ניהולית בנושא כוח אדם לרשות מקרקעי ישראל בהתאם לחוק רשות מקרקעי ישראל (תיקון מספר 7), התשס"ט – 2009. בחוק זה נקבע כי "מנהל הרשות כפוף במישרין לשר, ונתונות לו הסמכויות של שר ושל נציב שירות המדינה... בכל עניין הנוגע לרשות ולעובדיה". בהמשך לצעדים אלו ממליצה ועדת המשנה לבחון את העברת סמכויות ניהול כ"א מנציבות שירות המדינה לרשות בתי החולים שתוקם, תוך יצירת תשתיות מקצועיות וניהוליות מתאימות והענקת הכשרה וליווי מקצועי לאורך זמן. כמו כן ממליצה ועדת המשנה לבחון את הוראות התקש"ר והנחיות הנציב אל מול מציאות ניהול כ"א בבתי החולים, ולפעול ליצירת תקש"ר נפרד למערכת הבריאות, אשר יאושר בוועדת השירות הפועלת ליד נציב שירות המדינה.

צעדים אלו, יש בהם כדי לייצר גמישות ניהולית רבה יותר במערכת הבריאות, ובטווח הארוך לפעול לצמצום הפעילות של תאגידי הבריאות כמעסיקים של כוח אדם פרופסיונלי.

סיכום ואבני דרך ליישום ההמלצות

בעיית כפל תפקידיו של משרד הבריאות כרגולטור של מערך האשפוז מחד ובעלים של בתי החולים הממשלתיים מאידך, מחלישה באופן משמעותי את מעמדו של המשרד ופוגעת במערכת הבריאות בישראל. על מנת להתמודד עם בעיה נמשכת זו, נדרש לבצע מהלכים מבניים משמעותיים שיתנו מענה הולם לכשלים במערכת.

מתוך הכרה עמוקה בחשיבות הנושא והשלכותיו מרחיקות הלכת לא רק על הממשלה ומערכת הבריאות אלא על הציבור בכללותו, קבעה וועדת המשנה עקרונות מנחים לגיבוש עמדתה. עקרונות אלו, שפורטו בדו"ח, נשענים בראש ובראשונה על העמדת טובת המטופל בראש סדר העדיפויות, הבטחת איכותה ואיתנותה של מערכת הבריאות, חיזוק מעמד הרפואה הציבורית. בנוסף, ועדת המשנה ביקשה להימנע ממצב שבו המלצותיה לא ייושמו או יקשיחו ויחשקו את הממשלה בעתיד.

ועדת המשנה בחנה את החלופות השונות שעמדו בפניה לאורם של עקרונות אלו, והגיעה לכלל מסקנה, כי חלופת התיאגוד כרוכה בחסרונות משמעותיים ביותר הן מבחינת המדינה והן מבחינת הציבור וממילא חלופה זו אינה ישימה לעת הזו. מנגד, ועדת המשנה סבורה כי שימור המבנה הקיים כמו גם חלופת השינוי הארגוני בתוך משרד הבריאות אינם נותנים מענה הולם לבעיית כפל התפקידים.

ועדת המשנה ממליצה על הקמתה של רשות בתי חולים ממשלתיים במסגרת חקיקה ייעודית. רשות זו, שתהא כפופה לשרת הבריאות ולממשלה אך נפרדת ממשרד הבריאות, תאפשר למשרד הבריאות להתמקד בביצוע תפקידי המיניסטריון בעוד שהיא תתמקד בביצוע תפקידי הבעלים. מהלך שכזה יניח את התשתית לחיזוק מנגנוני המשילות והבקרה של המדינה על בתי החולים שבבעלותה וכן לשיפור הניהול והבקרה בבתי החולים עצמם, תוך הגברת השקיפות. בכך, המערכת כולה תתחזק, והציבור יצא אף הוא נשכר שכן משרד הבריאות צפוי לשפר את תפקודו כמיניסטריון ובתי החולים יתנהלו לפי אמות מידה מתקדמות של ניהול ושקיפות כמצופה מארגונים בעלי חשיבות כה מכרעת.

לאור האירועים האחרונים בבית החולים הדסה, הועדה מוצאת לנכון לציין כי יש מקום לשקול לעגן בחקיקה של רשות בתי החולים הממשלתיים גם סמכויות כלפי כלל בתי החולים בישראל באותם היבטים אליהם נדרשה ועדת המשנה בהקשר לבתי חולים ממשלתיים.

ועדת המשנה ערה למשאבים הניהוליים והמקצועיים הכרוכים ביישום המלצותיה. המלצות הוועדה מבטאות את המתווה הכללי לפתרון בעיית כפל התפקידים והסוגיות הנלוות לה ואינן יורדות לפרטי סעיפי החקיקה שתידרש, מתוך הכרה בכך שאימוץ המתווה המוצע יצריך עבודת המשך של צוותי עבודה ייעודיים בעלי מומחיות מתאימה. אין ספק כי ללא הקמתם של צוותים בעלי מומחיות נדרשת, שיוכלו להשקיע את מרבית זמנם ומרצם בקידום ההמלצות, הסבירות ליישום הפתרונות בטווח זמן סביר היא נמוכה. על כן יש חשיבות רבה להקמת צוותי עבודה ליישום המלצות ועדת המשנה בהתאם לאבני הדרך הבאות:

א. מינוי צוות לניסוח תזכיר חוק רשות בתי חולים ממשלתיים בראשות משרד הבריאות ומשרד המשפטים. על פי החלטת שרת הבריאות, ניתן לכלול פרק ייעודי בנושא רשות בתי החולים הממשלתית במסגרת תזכיר חוק בתי חולים שיחול על כלל בתי החולים בישראל, ויסדיר את פעילותם. במסגרת אחת מהאפשרויות לעיל יוגדרו מטרת רשות בתי החולים הממשלתיים, כפיפות הרשות לשרת הבריאות, יחסי הגומלין בין הרשות למשרד הבריאות, מבנה הרשות וסמכויותיה, לרבות:

- סמכויות בנושאי פיקוח, בקרה, תקציב, שקיפות ומינהל;
- סמכות לדרוש ולקבל מידע מבתי החולים הממשלתיים הדרוש לצורך ביצוע החוק;
- סמכות להטיל עיצומים על בתי חולים בגין הפרת הוראות;
- סמכות להטיל עיצומים או לנקוט בהליכים משמעתיים כנגד נושאי משרה בגין הפרת הוראות

ב. מינוי צוות הקמה של רשות בתי חולים ממשלתיים בראשות משרד הבריאות ובהשתתפות נציבות שירות המדינה, אגף תקציבים, משרד המשפטים (ייעוץ וחקיקה) ומשרד ראש הממשלה. תפקידו של צוות ההקמה יהיה להניח את התשתית הארגונית והמנהלית להקמתה של הרשות לצורך מילוי תפקידיה על פי חוק ובכלל זה:

- הגדרת המבנה הארגוני של הרשות
- קביעת קריטריונים לתפקיד מנהל הרשות ונושאי משרה בכירים ברשות
- הגדרת תקינה ומסגרת תקציבית
- התקנת נהלי עבודה מול משרד הבריאות

- הגדרת לוחות זמנים להקמת הרשות
- ניסוח עקרונות ממשל תאגידי בבתי חולים ממשלתיים בשיתוף מומחים ממערכת הבריאות ומהאקדמיה

סיוסור