

## **תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל:** הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות

המאמר מסכם את הדיונים בנושא זה שקיים צוות בראשותו של פרופ' אריה שירום, והשתתפו בו ד"ר נחום אגוז, מר גבי בן-נון, פרופ' חיים דורון, פרופ' דן מיכאלי, פרופ' ז'ק מישל וד"ר דב צ'רניחובסקי. הגירסה הראשונית הוכנה על-ידי אריה שירום, ואילו הגירסה הנוכחית משקפת את תרומתם של כל חברי הצוות. יש להדגיש, כי הדברים הכתובים כאן הם על דעת המחברים ואינם מחייבים את המוסדות השונים אליהם משתייכים החוקרים.

החוק לביטוח בריאות ממלכתי הסדיר - לטוב ולפעמים לרע - תחומים רבים במערכת הבריאות. אחד התחומים שנשאר פרוץ הוא עניין מעמדם הפורמלי והמעשי של בתי-החולים. הבסיס הארגוני הקיים בתחום זה הוא תוצאה של התפתחויות היסטוריות שראשיתן מגעת עד ראשית מאה זו, הקרבה לסיומה. מערכת האשפוז בנויה רבדים-רבדים: יש בה רשת עניפה של בתי-חולים ממשלתיים שנוסדו עוד בימי המנדט, ופיזורם הגיאוגרפי כמו גם ייעודם ותבניתם נבעו משיקולים שניתן היה להבינם בשעתם, אך ההצדקה לשמרם כהווייתם ובשייכותם הארגונית אינה מובנת מאליה. לצידם של אלה מפעילה קופת-חולים הכללית בתי-חולים משלה - גם הם פרוסים היום ללא קשר הכרחי לצרכים הייחודיים של הקופה. כל האשפוז בעיר הבירה מתבצע בשלושה-ארבעה בתי-חולים ציבוריים, שבין היתר היו מחלוצי הרפואה בארץ. ולבסוף - מספר בתי-חולים פרטיים בהיקף לא גדול, אך עם מגמת גידול פוטנציאלית כחלק מתהליכי הפרטה המתרחשים בשירותים החברתיים.

מזה זמן רב מורגש הצורך לבחון מחדש את אופן ארגונום של בתי-החולים ולעדכן את כללי פעילותם בכפוף לשיקולים כללי-מערכתיים של שירותי הבריאות. אחת ממטרות הלוואי התמקדה בניסיון לשחרר את משרד הבריאות מאחריותו הישירה לתפעולם השוטף של בתי-החולים הממשלתיים. אולם עיקר המאמץ מופנה למציאת נוסחה שתאפשר ניהול יעיל יותר של מערך האשפוז במדינת ישראל על סף המאה העשרים ואחת.

ההצעות השונות שהועלו בעניין זה קראו לתיאגודם של בתי-החולים ולהפיכתם למרכזי ניהול כלכלי עצמאיים, על פי שיטה שניתן יהיה ליישמה בהמשך גם במוסדות האשפוז האחרים. תשומת לב רבה ניתנה תוך כדי כך לדרכים בהן יקוימו מנגנוני בקרה ממלכתיים, כאחת הפעולות המרכזיות של משרד הבריאות. כך ניתן יהיה להגשים את הכוונות המוצהרות שלפיהן משרד הבריאות - בהשתחררו מעול הניהול השוטף של חלק נכבד ממערך האשפוז - יוכל להתרכז בתפקידו כגוף מתכנן ומכוון, המתאם את כל השירותים הרפואיים במדינה.

שינויים מקיפים בכיוון האמור, יש בהם הבטחה לייעול מערכת הבריאות, ועם כל הטוב הצפון בשינויים מקיפים כאלה יש חשש שייפגעו יעדים חברתיים, כגון הבטחת שוויון בנגישות, מתן שירות הוגן לשכבות השונות באוכלוסייה, ועוד. מטעם זה, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל מצא לנכון ליזום הכנת דו"ח זה, הבוחן את החלופות השונות העומדות על הפרק להחלטתם של קובעי המדיניות.

## 1. מבוא וסיכום

גולת הכותרת של הרפורמה בשירותי הבריאות הציבוריים בישראל הייתה חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו בראשית שנת 1995.

שירותי בריאות בישראל, כולל שירותי האשפוז, היו והינם חלק מהותי ומרכזי של שירותי הרווחה הניתנים לתושבי המדינה. בחוק נקבעה המחויבות של המדינה להושיט לכלל התושבים שירותי אשפוז, הכלולים בסל שירותי הבריאות המפורט בחוק. בטרם חוקקו חוקי ביטוח בריאות במדינות המפותחות, הייתה לרמת הכנסת הפרט השפעה רבה על

בריאותו. קבוצות אוכלוסייה מעוטות הכנסה, שלא הצליחו לממן מהכנסותיהן קבלת טיפול רפואי ב"שוק הפרטי", אופיינו על-ידי שיעורים גבוהים של תחלואה ותמותה ועל-ידי משך חיים קצר משמעותית מזה של השכבות היותר מבוססות. לפיכך, השוויוניות בהושטת שירותי אשפוז לפי הצורך לכל מבוטח היא אחד מעקרונותיו המרכזיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

החוק נועד לתת מענה למשברים שאירעו במערכת הבריאות בסוף שנות השמונים ותחילת שנות התשעים על-ידי הגדרת מקורות ברורים למימון סל שירותי הבריאות. אחד ההסברים למשברים מתייחס למדיניות התקצוב של שירותי הרווחה על-ידי הממשלות באותה תקופה. מדיניות זו גרמה להקטנה נמשכת ומשמעותית של מימון מערכת הבריאות הציבורית מתקציב הממשלה, יחסית למקורות המימון האחרים. תושבי המדינה שילמו מכיסם, הן כדמי חבר בקופות-החולים והן כתשלום ישיר לספקי שירותי בריאות פרטיים, חלק הולך ועולה של ההוצאה הלאומית לבריאות. הירידה במימון הממשלתי הביאה להרחבת אספקת שירותי בריאות מסוגים שונים בידי המגזר הפרטי, וגררה עלייה בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות מתוך התוצר המקומי הגולמי. במאמץ להקטין את שיעורי הגידול של ההוצאה הלאומית לבריאות, המשיכה הממשלה לקצץ בהקצאה לבריאות מתוך תקציבה, והתהליך המשברי חזר על עצמו כמעגל קסמים שלילי.

החוק מתמקד בכך שסל שירותי הבריאות, שהוא סל מקיף יחסית, מוצע לתושבי המדינה על-ידי קופות-החולים. החוק איננו עוסק כלל, אלא בדרך אגב בלבד, בבתי-החולים. הרפורמה בבתי-החולים בישראל נעשתה ונעשית בלא שנחקק לצורך זה חוק חדש אלא על-ידי קביעת מדיניות ממשלתית, בעיקר על-ידי משרד הבריאות אך גם על-ידי משרד האוצר. העבודה להלן עוסקת במרכיב זה של הרפורמה המתרחשת במערכת: בתיאגוד בתי-החולים הממשלתיים.

בשנים האחרונות הופעלו שינויים בשיטת המימון והתגמול של בתי-החולים הציבוריים, שהינם בעלי השפעה משמעותית על התפתחות התיאגוד במערכת. שינויים אלו יצרו מצב של "תאגידיזציה זוחלת" ובהמשך אף "חצי-תאגיד" או "תיאגוד חלקי" של מערכת הבריאות. המדיניות המכוונת לתמיכה בתיאגוד הייתה מבוססת על התפיסה כי מימוש התכנית יחזק התחרות בין בתי-החולים. הכוונה הייתה כי תחרות

זו תתרום להתייעלות ולשיפור הנגישות של המטופלים, כמו גם שיפור בעניין קיצורי תורים, צמצום כפילויות וכדומה.

אך בנקודה זו צפויה להיות ההשפעה היותר שלילית של התחרות בין בתי-החולים המתואגדים. פיתוח שירותים חדשים, משיכת מטופלים המעלים את סך הכנסות בתי-החולים, השקעה בהגדלת הנגישות של בית-החולים למטופלים, כל אלו צפוי שייעשו בראש ובראשונה על פי שיקול כלכלי של תוספת הכנסה נטו הצפויה לבית-החולים. לפנינו הדגמה נוספת של הקונפליקט הבסיסי שבין תחרות המביאה ליעילות לבין שירותים הניתנים בצורה שוויונית. בעידן של בתי-חולים מתואגדים המתחרים ביניהם השוויוניות בשירות היא זו שתיפגע.

הרעיון שבבסיס התיאגוד הוא, שתחרות מנוהלת בין בתי-חולים ציבוריים הממומנים על בסיס חוזים עם קופות-החולים תעלה את יעילותם. מסתבר בבדיקות שנערכו שאין כלל הוכחה לכך שתחרות בין בתי-חולים, כפי שנוהלה במדינות כגון אנגליה, שוודיה, גרמניה והולנד, העלתה את יעילות התפעול שלהם. תחרות זו, באותן מדינות, העלתה את מידת ההיענות של בתי-החולים לצורכי לקוחותיהם, והביאה להגדלת היצע בו היו קוני השירותים האשפוזיים מעוניינים.

בתי-החולים הציבוריים, כולל הממשלתיים, הינם נכס ציבורי בעל משמעות חשובה ביותר. ניתוח שיטתי של התיאגוד הזוחל, כפי שהובא בעבודה, הביאנו להערכה שיש לנקוט פעולה להוצאת בתי-החולים הממשלתיים מניהול והפעלה ישירה של משרד הבריאות, והטעמים לכך הובהרו בהרחבה. בתי-חולים ממשלתיים קיימים גם במדינות רבות אחרות, כולל מדינות אירופאיות כגון מדינות סקנדינביה, גרמניה, בלגיה, צרפת ועוד. כמעט בכל המדינות הללו אין בתי-חולים אלו מנוהלים ישירות על-ידי הממשלה, אלא על-ידי גופים ציבוריים אחרים כגון רשויות מקומיות או תאגידים.

בסעיף האחרון בעבודה, מובעת ההערכה שהחלופה הפחות מועדפת היא המשך המצב הקיים. בחלופה זו הצטרפו יחדיו המגרעות של תאגידים ושל המצב שקדם לתיאגוד למחצה שבו מצויים בתי-החולים הממשלתיים כיום. לאמור, משרד הבריאות לא השתחרר מניהול והפעלת בתי-החולים, ואינו מצליח לתפקד כמיניסטריון. במצב הקיים עולות מגרעות התחרות בשירותי האשפוז היות שהנהלות בתי-החולים הממשלתיים האוטונומיים מועמדות בפני השגת היעד הכלכלי בלבד, ולא

הוצגו בפניהן יעדים הקשורים בטיפול וקידום בריאות הקהילה או איכות הטיפול.

שתי חלופות נותרו לשיקול, המשך תהליך התיאגוד או מעבר לחקיקה שתוליך להקמת רשות אשפוז, בגירסתה הריכוזית או הביזורית. אין אנו נוקטים עמדה באשר לחלופה המועדפת ביניהן, שכן ההעדפה תלויה גם בערכים חברתיים ובשקלול של היתרונות והחסרונות של כל דגם על פי אידיאולוגיה חברתית כוללת יותר. אם תינתן עדיפות לשיקולים הקשורים בעצמאות מרבית ויכולת פעולה גמישה של כל בית-חולים ממשלתי, תוך תחרות מנוהלת עם בתי-חולים אחרים, יש לשער שתועדף החלופה של התיאגוד. כפי שציננו, חלופה זו לא יושמה עד כה בעיקר בשל חוסר יכולתו של המעסיק הממשלתי להגיע לכלל הסכם עם נציגויות העובדים. ייתכן שלבסוף תיבחר החלופה של רשות אשפוז המוקמת מתוקף חוק גם אם המדובר בהליך ארוך יחסית של חקיקה, שכן יתרונו הוא בכך שבחקיקה נקבעות זכויות וחובות המעסיק והעובדים העוברות לתאגידים. התיאגוד, לפחות עד כה, לא הוכיח עצמו כמסלול מקוצר דווקא להשגת חלק מהיעדים אותם נועד להשיג.

אם תיבחר החלופה של הקמת רשות אשפוז בתוקף חוק, ייתכן שבתוקף התהליכים של תיאגוד למחצה שבתי-החולים הממשלתיים כבר עברו, שחלקם, לפחות, אינם הפיכים, תיבחן החלופה של רשות אשפוז ביזורית. בחלופה זו, הרשות פועלת כגוף מפקח ומווסת, המפעיל את בתי-החולים כך שלכל אחד מהם יש מידה רבה של אוטונומיה.

אחת הבעיות הבולטות שתבוא לכלל ביטוי כמעט בכל חלופה, אך במיוחד בגירסת התיאגוד המלא ללא רשות אשפוז, היא הפגיעה שתתרחש בשוויוניות הושטת השירותים. יש מספר כלים שבהם יכול משרד הבריאות, או רשות אשפוז ביזורית או ריכוזית, לנקוט על מנת להמעיט ולהקטין פגיעה זו. כלים אלו כוללים, בין השאר, עקרונות של חוזים בין קופות-החולים לבין בתי-החולים המבוססים על תקצוב גלובלי ופרוספקטיבי של בתי-החולים. כלי נוסף הוא הפעלה, בתוקף של תקנות מחייבות או באמצעות הסכמים בין בתי-חולים לבין קופות-החולים, של אזוריות באשפוז ושל אפשרות בחירה של כל מבוטח בבית-החולים שבו הוא מעוניין להיות מאושפז. כלי נוסף קשור לתיאום מחויב מכוח תקנות ממשלתיות של שירותים אמבולטוריים בקהילה ובבית-החולים. לבסוף, הגדרות ברורות של תחומי אחריות של בתי-חולים עשויות אף הן לתרום

לצמצום השפעות שליליות אפשריות של תחרות בין בתי-החולים שיפעלו כתאגידים.

החלופה של רשות אשפוז מחייבת חקיקה. לחקיקה יש יתרון ברור בהשגת העברת העובדים למעמד של עובדי הרשות, אך יש לו חסרון בולט: תידרש תקופת זמן ארוכה להשלמת תהליך חקיקה בנושא מורכב ורגיש ציבורית זה. יש לשער שמהלך של חקיקה ילווה בהמשך של מהלכי התיאגוד, בכיוון של העברת סמכויות ומתן אוטונומיה בשטחי פעולה נוספים לבתי-חולים ממשלתיים ובמיוחד לבתי-חולים המופעלים על-ידי קופת-חולים כללית. צפוי שבת-החולים שיקבלו עצמאות ניהולית יפעלו תוך קיום תחרות מסוימת ביניהם.

אם אמנם תיבחר החלופה של הקמת רשות אשפוז, יש למשרד הבריאות תפקידים חשובים ביותר בתקופה שעד להשלמת תהליך החקיקה. משרד הבריאות חייב להיות הגורם שיוסות את המערכת, ידאג למניעת היווצרות כפילויות בתשתיות שירותים ובכוח-אדם יקר, וליחסי גומלין תקינים בין שירותי בריאות ראשוניים, שניוניים ושלישוניים. משרד הבריאות אמור להיות הגוף שיוסות ויכוון את יחסי הגומלין שבין המגזר הפרטי לציבורי במערכת הבריאות. ייתכן שבעתיד מרבית המטופלים בבתי-החולים הכלליים יקבלו טיפול אינטנסיבי יותר, כאשר חולים שאינם זקוקים לטיפול כזה יטופלו ביחידות מתאימות בקהילה או בתשתיות טיפוליות אחרות, יעילות יותר ביחס תפוקה מול תשומה בהשוואה לבית-החולים הכללי. כיווני התפתחות אלו קשורים לשילוב ותיאום בין שירותי בריאות בקהילה לבין בית-החולים, כך שהטיפול בחולה יהיה רצף מבוקר של טיפול איכותי המבטיח גם חיסכון ויעילות כלכלית.

אחת המסקנות היותר חשובות של עבודה זו היא שללא קשר לחלופת ארגון בתי-החולים הממשלתיים שתיבחר, תיאגוד מלא או רשות אשפוז באחת מגרסותיה, יש חשיבות עליונה להגדרה ברורה של פונקציית המטרה, היעדים אליהם יחתור כל בית-חולים.

בית-החולים הציבורי אמור לפעול כמרכז של שירותי בריאות מתקדמים לכלל העוסקים בשירותי בריאות, כולל בתחום של שירותי בריאות מונעים וקהילתיים. בית-החולים אמור לשאוף ולחתור ליישום של שירותי איכותי לפרט, למתן שירות שווה לצורך רפואי שווה, להפעלת בקרת איכות ברוח החוקים שנחקקו בנושא, ולשתף ככל שניתן את מקבל השירות בתהליכי קבלת החלטות. בית-החולים, כמרכז יצירת ידע

והכשרת כוח-אדם, אמור לעסוק באותם תחומי פעילות רפואית שלא ניתן ולא סביר לעסוק בהם בקהילה, ובהם בלבד. בכל חלופה שתיבחר, יש צורך ברור בהגדרה של כללי תגמול וכללי התחשבנות בין בתי-החולים לקופות-החולים שיביאו ליישום העיקרון של תמרוץ בתי-החולים לנהוג באופן שיקדם את השגת היעדים דלעיל.

בעבודה כמה נושאים עיקריים: הרקע הכללי לרפורמה, כולל השינויים שאירעו בהסדרי התגמול של בתי-החולים, החוליה המרכזית בעלויות מערכת הבריאות; תאור המצב הקיים בבתי-החולים שהוחל בתיאגודם; ניתוח ההשלכות של הרפורמה על צורת ההפעלה של בתי-החולים של קופת-חולים הכללית. לאחר מכן, אנו מעלים חלופות מדיניות להמשך התהליך, תוך פרוט המשמעות הנובעת מכל חלופה.

## **2. בתי-החולים - החוליה המרכזית בעלויות מערכת הבריאות**

ההערכה היא שישראל מצויה, ותמשיך להיות בטווח הזמן הנראה לעין, בעידן ריסון ההוצאה הלאומית לבריאות. בשנים האחרונות עלתה ההוצאה הלאומית לבריאות, כאחוז מהתוצר המקומי הגולמי, מ-7.6 אחוזים בשנת 1991 ל-8.3 אחוזים בשנת 1994. נראה שחלק מההסבר לעלייה זו קשור לקצב מהיר של עליית ההוצאה על רופאים פרטיים ותרופות הנרכשות על-ידי פרטים, וכמו כן קשור הדבר לקצב המהיר של עליית ההוצאה על רופאי שיניים. בריאות השן אינה כלולה בסל שירותי הבריאות המכוסה על-ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להוציא שירותים מיוחדים לתלמידי בתי-ספר ולקשישים). המדובר בהוצאות שמשקי הבית בישראל מוציאים ישירות מתקציב המשפחה. ההוצאה הלאומית על מרפאות ושירותי רפואה מונעים עלתה אף היא, אך בקצב נמוך יותר, וההוצאה על בתי-חולים עלתה בשיעור עוד יותר נמוך. ההוצאות על שירותי רפואה פרטיים וכן על תרופות שנקנו ישירות על-ידי משקי הבית עלו בתקופה 1984-1992 ב-9.5 אחוזים לשנה, ההוצאות על רפואת שיניים ב-6.6 אחוזים לשנה, ההוצאות על רפואה קהילתית (כולל רפואה מונעת) ב-5.6 אחוזים לשנה, וההוצאות על בתי-חולים ב-3.5 אחוזים לשנה. לעליית ההוצאה הלאומית לבריאות המסתמנת בשנים 1994 ו-1995 יש הסברים נוספים. הסכמי שכר שנחתמו עם האיגודים המקצועיים במגזר הבריאות הקנו לעובדים אלו "תוספות שכר מפליגות" המשפיעות

גם על עלויות הבריאות בשנת 1996. במהלך השנתיים 1994-1995 עלה השכר הריאלי למשרת שכיר בשירותים הציבוריים בכ-16 אחוז.

בניתוח של השינויים בהוצאות ובהכנסות של קופות-החולים בין שתי השנים הללו, נמצא, שהוצאותיהן גדלו בקצב של 5.6 אחוזים לעומת 3 אחוזים בלבד בהכנסותיהן. במרבית המדינות המפותחות נעשים מאמצים להקטין את קצב גידול ההוצאה הלאומית לבריאות. מאמצים אלו מכוונים בראש ובראשונה למגזר האשפוזי, בשל כמה סיבות הרלוונטיות גם לישראל.

סיבה אחת קשורה לגודלו היחסי של מרכיב ההוצאה על בתי-חולים בהוצאה הלאומית לבריאות - 40 אחוז בשנת 1993. כ-14 אחוזים נוספים מההוצאה הלאומית לבריאות הם שירותים אמבולטוריים של בתי-חולים הכלליים הניתנים במרפאות החוץ של בתי-חולים. כלומר, מעל ל-55 אחוז מכלל שירותי הבריאות מסופקים על-ידי בתי-חולים והיתר על-ידי שירותי הבריאות הקהילתיים. מסיבה זו, וכן בשל העובדה שבתי-חולים הינם מדריכי ומכווני השירותים הרפואיים, יש לראות בהם את החוליה המרכזית בעלויות מערכת הבריאות, המשפיעה על חלקיה האחרים.

סיבה שנייה היא שבמגזר האשפוזי עדיין לא נקבעו על-ידי משרד הבריאות "כללי משחק" ברורים. הסדרי התגמול ואופי החוזים שיחתמו בין קופות-החולים לבין בתי-חולים לגבי אספקת שירותי אשפוז למבוטחים בקופות עדיין שנויים במחלוקת. נושא זה על הבעייתיות שלו, קשור באופן ישיר לתהליך התפתחות בתי-חולים הממשלתיים לקראת תיאגודם.

סיבה נוספת קשורה להתרחבות השירותים האמבולטוריים בבתי-חולים הכלליים, המהווים כיום כרבע ומעלה בהכנסותיהם, לעומת כ-15 אחוז בראשית שנות התשעים. בית-חולים המגדיל את מספר הביקורים במרפאות החוץ שלו, יכול לקבל תקני רופאים נוספים על פי ההסכם הקיבוצי של המדינה עם הסתדרות הרופאים. יש לכך קשר אפשרי עם אחד ההסברים שהוצעו לגידול שחל בשנים האחרונות בהוצאה הלאומית לבריאות. המדובר בביקושים לשירותי בריאות הנוצרים לאו דווקא בשל צורכי בריאות של האוכלוסייה, אלא כתוצאה מהיצע רופאים בעלי רשיונות בישראל. בישראל, על כל אלף נפש, היו בשנת 1993 כ-3 רופאים (2.8), הרשומים כבעלי רשיון עבודה (עד גיל 70). הממוצע של רופאים המועסקים בפועל ברפואה לכל אלף נפש, במדינות



OECD באותה שנה, הוא 2.5. אמנם הנתון לגבי ישראל איננו על רופאים המועסקים בפועל, עם זאת, סביר להניח שהגידול של השירותים האמבולטוריים קשור גם ללחצי היצע של רופאים<sup>1</sup>.

סיבות נוספות למיקוד על המגזר האשפוזי, קשורות לקיום ראיות על היעדר שוויוניות והיבטים של אי-יעילות בו. לגבי הנגישות השוויונית - עדיין יש ריכוז רב מדי של מיטות אשפוז במרכז הארץ לעומת מחסור יחסי בדרום ובצפון. יש מצוקה קשה בתחום אשפוז של חולים כרוניים, בעיקר חולים סיעודיים מורכבים כרוניים, לעומת עודף מיטות במחלקות מסוימות (גיניקולוגיה, כירורגיה כללית, ילדים). עדיין קיימים מכשולים ומעצורים ליישום רחב יותר מהקיים כיום של אשפוזי יום וטיפולי בית. כמו כן, עדיין אין יישום מניח את הדעת של העיקרון הפשוט של אשפוז חולים בבתי-חולים, רק למקרים שאינם יכולים לקבל את הטיפול המתאים לצורכיהם הרפואיים במסגרות אחרות. היבט זה בולט במיוחד במחלקות פנימיות של בתי-החולים כלליים, שבהן מיטות רבות מאכלסות חולים קשישים. במדינות אחרות מאושפזים הקשישים בבתי-חולים לחולים כרוניים או בבתי-חולים סיעודיים, שבהם עלות האשפוז היא כמחצית מזו של בתי-החולים הכלליים.

לתמונה זו יש צד בהיר ומעודד יותר. בתי-החולים בישראל עברו בשנים האחרונות תהליך של התייעלות, המתבטא במדדים של סבב מיטות, שיעור מיטות לאשפוז כללי ביחס למספר התושבים, ותפוסת מיטות. כך, למשל, יש ירידה נמשכת בשיעור מיטות האשפוז לאלף תושבים בישראל. בשנת 1994 שיעור המיטות לאלף נפש באשפוז כללי היה 2.3, לעומת 2.6 בשנת 1988. מרבית התוספת של מיטות אשפוז בשנים 1994 ו-1995 הייתה של מיטות למחלות ממושכות. זהו מספר מיטות שהוא מהנמוכים בעולם המערבי ביחס לאוכלוסייה. אחד ההסברים לכך הוא הימנעות משרד האוצר לאשר תוספת של מיטות משיקולים של חיסכון תקציבי. יש לכך קשר ישיר למשך שהייה קצר ביותר של חולים בבתי-חולים כלליים - פחות מחמישה ימים במוצע ב-1993, ולאחוזי תפוסה של מעל ל-90 אחוז בבתי-החולים. כתוצאה מירידת משך שהיית חולים בבתי-חולים, ירד גם שיעור ימי האשפוז לאלף נפש. נתונים אלו מצביעים על כך שלמגזר האשפוז בישראל, בניגוד חריף למצב בכמה מדינות אירופאיות מתקדמות, אין בעיה של חוסר יעילות כתוצאה מעודף מיטות אשפוז או הארכה בלתי מוצדקת של משך האשפוז. סוגיית מפתח בדיונונו בתיאגוד, לפיכך, היא הדרך היותר

אפקטיבית לשמר ולתחזק הישגים אלו של מגזר האשפוז הכללי בישראל בתפקוד יעיל וחסכוני במונחים פיזיים של תשתיות.

מגמה מנוגדת לזו שתוארה לעיל היא מגמת שיעור האשפוזים לאלף נפש. מדד זה מבטא במידה מסוימת ביקוש לשירותי אשפוז. שיעור האשפוזים לאלף נפש עלה בהתמדה מאז ראשית שנות השמונים והמשמעות היא שמספר האשפוזים גדל בקצב מהיר יותר מקצב גידול האוכלוסייה. ההסברים העיקריים לכך הם הזדקנות האוכלוסייה בישראל, והתקדמות הטכנולוגיה הרפואית המאפשרת הארכת משך החיים של קשישים בתנאי טיפול נמרץ בבית-חולים.

עדיין יש אפשרויות רבות של התייעלות נוספת. מחקרים שנעשו על ימי אשפוז בלתי מוצדקים (לאמור, השארת חולים באשפוז מנימוקים הקשורים בעיכובים בפעולות אבחוניות או בהמתנה לרופא יועץ) הראו שבבית-חולים אוניברסיטאי גדול מסוים שיעורם היה 54 אחוז במחלקות פנימיות ו-39 אחוז במחלקות כירורגיות. מחקרים מאוחרים יותר הראו ששיעור ימי האשפוז הלא-מוצדקים נמוך הרבה יותר מהמתואר לעיל: רובם מצביעים על שיעור של כ-20 אחוז של ימי אשפוז כאלה. גם שיעור אחרון זה מצביע על פוטנציאל מסוים של התייעלות פנימית.

קבוצת האוכלוסייה הדומיננטית בצריכת שירותי אשפוז היא זו של גילאי 50 ומעלה ומתוכם הצרכנים הגדולים ביותר הם הקשישים, בני 75 ומעלה: לכל אלף קשישים יש מעל 500 אשפוזים לשנה, כשמחציתם במחלקות פנימיות. ככלל, כ-20 אחוז מתושבי ישראל נזקקים מדי שנה לבתי-החולים. לעתים מועלית טענה שכ-90 אחוז מהפונים לבתי-החולים הכלליים מטופלים טיפול סימפטומטי במחלות כרוניות, ויראליות או סרטניות.

עבור מקצועות הבריאות, ובמיוחד עבור רופאים, בתי-החולים הם בית היוצר של הידע הרפואי המעודכן וכן ההכשרה והמחקר הרפואיים. מנקודת הראות של ארגוני העובדים במערכת, ובמיוחד ארגוני הרופאים, בתי-החולים ומנהלי המחלקות בהם מהווים את חוט השדרה של התשתית הארגונית שלהם. לפיכך, בתי-החולים מהווים מוקד של כמה קבוצות משמעותיות של בעלי עניין ישיר שכל פתרון ארגוני חייב להתחשב בהם.

העבודה איננה מקיפה את כל המגזר האשפוזי. התמקדנו בבתי-החולים הכלליים בישראל, שלא למטרת רווח, המצויים בבעלות ציבורית.<sup>2</sup> בשנת 1992 היו 32 בתי-חולים כלליים: 11 מתוכם בבעלות ממשלתית

(מפעילים כ-46 אחוז של מיטות האשפוז הכללי) ו-8 בבעלות קופת-חולים כללית (מפעילים כ-40 אחוז של מיטות האשפוז הכללי). שאר 13 בתי-חולים הציבוריים מצויים בבעלות "הדסה", גורמים ציבוריים אחרים, ומסדרים דתיים<sup>3</sup>. נתמקד לפיכך, בראש ובראשונה ב-11 בתי-חולים הממשלתיים<sup>4</sup>, ובמידה פחותה בשמונת בתי-חולים של קופת-חולים כללית. עובדי בתי-חולים הממשלתיים (לא כולל בתי-חולים עירוניים-ממשלתיים) שמספרם היה 18,244 ביולי 1996 (במונחי משרות שלמות) היו כ-40 אחוז מכלל עובדי המדינה, שמספרם (משרות שלמות) היה באותו חודש 46,688.

### 3. התהליכים שקדמו לתיאגוד - "תאגידיזציה זוחלת"

השינויים שהופעלו בשנים האחרונות, החל בשנת 1992, בשיטת מימון ותגמול בתי-חולים ממשלתיים היו בעלי השפעה משמעותית ביותר על התפתחות התיאגוד. שינויים אלו, שייסקרו להלן, יצרו מצב של "תאגידיזציה זוחלת" במערכת.

לבתי החולים הממשלתיים מספר מקורות הכנסה עיקריים ממכירת שירותים לקופות-החולים, מכירת שירותי שונים באמצעות עמותות שהוקמו ליד בתי-חולים אלו, ותרומות הניתנות לבית-החולים. בתי-החולים מוכרים את שירותיהם לקופות-החולים על בסיס תעריפים מחייבים, הנקבעים במשותף על-ידי משרדי האוצר והבריאות הן לאשפוז והן לשירותים אמבולטוריים (לענייננו, שירותי מרפאות החוץ של בתי-החולים). לתעריפים אלו השפעה דומיננטית על כלל מערכת הבריאות, לפי שגם ספקים פרטיים והמגזר הפרטי "מתיישרים" לפיהם.

#### א. כללי תגמול בתי-חולים

בעיית היסוד של השימוש בכללי תגמול לבתי-חולים היא מי ישלם כסף למי, בעבור איזו תפוקה, ולהשגת איזה מטרות של מערכת הבריאות? כלומר, שכללי התגמול אמורים להיקבע על פי מטרות מערכת הבריאות. בביטוי תגמול כוונתנו לתמריץ כספי לבית-חולים הבא על מנת להניע את בית-החולים להתנהג בצורה מסוימת. ברור שצורת התנהגות בית-החולים מושפעת ביותר על-ידי כללי התגמול שנקבעו לו. יש עדויות רבות לכך שבתי-החולים בישראל מושפעים ביותר על-ידי כללי התגמול הנקבעים להם. יש שלושה סוגים עיקריים של שיטות תגמול בתי-חולים:

#### (1) שיטות תגמול קפיטטיביות

בשיטות אלו מתקשרת קופת-חולים מסוימת עם בית-חולים מסוים בהסכם לפיו, תמורת תשלום מסוים קבוע מראש, יספק בית-החולים לקופה את שירותי האשפוז לכל המבוטחים של הקופה באזור מסוים או לרשימת מבוטחים קבועה מראש. השיטות קרויות קפיטטיביות לפי שהתשלום נעשה לפי "ראש". קופות-החולים בישראל ממומנות על בסיס זה על-ידי המוסד לביטוח לאומי, וזאת בתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בשל כך, העלו קופות-החולים בעבר את הצורך שחוזי אספקת השירותים שלהן עם בתי-החולים ייקבעו על פי שיטת הקפיטציה, ובדרך זו תהיה חלוקה מסוימת של הסיכון הביטוחי בין קופת-החולים לבין

בית-החולים. יש בתי-חולים המעדיפים מראש שיטת תגמול זו כיוון שהיא מאפשרת תכנון תקציבי של בית-החולים: זרם ההכנסות הנכנס באופן קבוע ידוע מראש לאורך כל חודשי השנה. ממשלת יפן, לדוגמא, החליטה על הפעלת מקצת בתי-החולים שלה החל ממרץ 1997 על פי שיטת תגמול זו.

לסוג זה של תגמול בתי-חולים שייכות גם שיטות של תגמול על פי תקציב קבוע מראש, היכול להיקבע על בסיס היסטורי (שיטת התגמול הדומיננטית של בתי-החולים של קופת-חולים) או על בסיס של הערכת צרכים באזור בו ממוקם בית-החולים. בשנים 1994 ואילך, כולל בשנת 1997, תהיה זו שיטת התגמול של בתי-החולים הממשלתיים.

## **(2) שיטות תגמול לפי הפעילות האשפוזית**

בשיטות אלו ניתן להפעיל את כללי התגמול לפני ביצוע הפעילות, ואז הן פרוספקטיביות, או לאחר ביצוע הפעילות, ואז הן הופכות להיות לשיטות רטרופקטיביות. לעתים יש שילוב של קביעה פרוספקטיבית ורטרופקטיבית. למשל, השיטה הנפוצה והדומיננטית בישראל עד ראשית שנות התשעים הייתה של תשלום לפי יום אשפוז. בשיטה זו, גובה התשלום של כל קופת-חולים לבתי-החולים הממשלתיים והציבוריים נקבע פרוספקטיבית על-ידי הממשלה. התשלום על כל מאושפז מחושב לאחר שחרורו מבית-החולים, כשידוע מספר ימי אשפוזו.

שיטת תגמול אחרת הנכללת בסוג זה היא תשלום לפי שירות (fee for service) המקובל יותר ברפואה הקהילתית (למשל, ברפואת מומחים בקופת-החולים). זוהי השיטה הדומיננטית ברפואת השן הפרטית, שבה לכל סוג של פעילות יש מחיר. שיטה דומה לה היא תשלום לפי קבוצת אבחון, הקרויה בראשי התיבות שלה DRG (Diagnosis Related Groups). המשמעות היא תשלום קבוע מראש לבית-החולים בגין ביצוע פעילות אשפוזית על פי קבוצת האבחון שלה סווג המאושפז, ללא קשר לעלות האמיתית של פעילויות האשפוז שבוצעו. רופאים מעדיפים בדרך כלל סוג זה של כללי תגמול, כיוון שבהם התגמול נקבע על פי החלטת הרופא. בתשלום לפי שירות, הרופא הוא הקובע את עלות הטיפול. בתשלום לפי שיטת ה-DRG, הרופא קובע את קבוצת האבחון של החולה, ועל-ידי כך נקבע תעריף הטיפול.

ארגוני הרופאים בישראל פעלו בעבר נמרצות על מנת להביא לשילוב של שיטת התגמול של DRG בשיטות התגמול הקיימות של בתי-החולים. טענתם הייתה שתשלום אחיד לפי יום אשפוז מעודד את בית-החולים

לעסוק בפעילויות אשפוזיות זולות יחסית ולהימנע מפעולות אשפוזיות יקרות, כגון ניתוחי לב פתוח והחלפת מפרקים, שעלותם גבוהה ביותר. שיטת תגמול לפי אבחון ראשי, הקרויה בישראל תגמול על פי פרוצידורה או קבוצת פעילות, הופעלה בארץ באופן הדרגתי ומתרחב בהתמדה מתחילת שנות התשעים.

### **(3) שילוב מסוים של שיטות התגמול דלעיל**

לכל אחת מהשיטות, בתוך כל אחד מהסוגים העיקריים שהוזכרו לעיל, יש יתרונות וחסרונות, וברוב מדינות המערב ניסו ללכת לשילוב מסוים שלהם. למשל, כאשר העדיפות ניתנה לנושא של חופש המבוטח לבחור לעצמו את המטפל, התגמול היה על פי המקרה, כיוון שבשיטות אלו "הכסף הולך אחרי החולה".

יש שיטות של קפיטציה, שגם בהן ניתן לשלב את חופש בחירה של המבוטח בבית-החולים שבו הוא רוצה להיות מאושפז: למשל, כאשר קופת-החולים ובית-החולים חותמים ביניהם הסכם קפיטטיבי על פי רשימת מבוטחים, וקופת-החולים מקבלת מכל מבוטח שלה את העדפותיו לגבי בית-חולים שהוא מעדיף להתאשפז וכוללת אותו ברשימת מבוטחיה לצורך קבלת טיפול באותו בית-חולים. אם, לעומת זאת, ההסכם בין קופת-החולים לבין בית-החולים הוא אזורי (לאמור, כל המבוטחים באזור מסוים יטופלו באותו בית-חולים) חופש הבחירה של המבוטח מצומצם יותר.

### **ב. שינויים בשיטות תגמול בתי-החולים**

לשיטת מימון בתי-החולים אין אמנם קשר ישיר לתיאגוד. ביזור של סמכויות ניהוליות, ומתן אוטונומיה ניהולית, יכולים להיעשות במקביל או אף לפני שמוענקת לבתי-החולים אחריות תקציבית. ההתפתחות בישראל הייתה של הפיכה הדרגתית של בתי-החולים הממשלתיים ליחידות שבהן נוצרת תלות בין הוצאה להכנסה במסגרת התקציבית של בית-החולים, ועל-ידי כך עברו רוב בתי-החולים תהליך של למידה והסתגלות לפעילות בתנאי תיאגוד. יתירה מזו: השינויים יצרו מצב, לכאורה בלתי-הפיך, של פעילות בתי-חולים כלליים כתאגידיים למחצה זמן רב לפני שנפלה החלטה לתאגדם.

החל מאמצע שנות השמונים מתקיים בבתי-החולים הממשלתיים תהליך של מעבר משיטת התחשבות המבוססת על תקצוב גלובלי מראש על בסיס היסטורי, שבו אין קשר בין הוצאה להכנסה, לתקציב שבו יש

קשר ברור בין הוצאה להכנסה. מצב דברים שונה שרר לאורך התקופה בבתי-החולים של קופת-חולים כללית. בבתי-חולים אלו נמשך התקצוב הגלובלי. במקביל לכך ניתנה הרשאה לבתי-חולים, של הממשלה ובמידה פחותה אף של קופת-חולים כללית, לקיים פעילות חוץ-תקציבית הממומנת על-ידי עמותות הפועלות ליד בית-החולים. היתר זה כלל עמותות ידידים שהוקמו לגיוס תרומות חיצוניות וכן עמותות שהוקמו לצורך ניהול קרנות מחקר. בנוסף, ניתנו באופן הדרגתי סמכויות לבתי-החולים הממשלתיים ליצירת מקורות הכנסה עצמאיים, חוץ-תקציביים. שינויים אלו הוליכו לתהליך של תיאגוד זוחל בבתי-החולים הכלליים של הממשלה.

תחילת התהליך אירעה עוד בסוף שנות השבעים: עד מרץ 1976, ניתנה סובסידיה ממשלתית ניכרת לקופת-החולים בישראל. סובסידיה זו ניתנה על-ידי קביעת תעריף יום האשפוז ששולם על-ידן לבתי-החולים כך שכיסה במוצק רק כרבע מעלות אמיתית של יום אשפוז. באפריל 1976 בוטלה חלקית סובסידיה זו, על-ידי העלאת מחיר יום אשפוז. במקביל, בוטל ההחזר של הממשלה לקופת-חולים כללית כהשתתפות בעלות יום אשפוז בבתי-החולים של קופה זו. בין השנים 1977 ו-1981 קבע משרד הבריאות מחיר יום אשפוז ממוצע שהיה אחיד למערכת האשפוז. עדיין הייתה מגולמת בקביעה זו סובסידיה לקופת-החולים בשיעור של כשליש מעלות יום אשפוז. תקצוב בתי-החולים נשאר גלובלי.

באותה תקופה, החלה קופת-חולים כללית להפעיל תכנית אשפוז חדשה בבתי-החולים שבבעלותה. היא שאפה להגיע, בצורה מבוקרת, להגדלת התפוסה והורדת השהייה הממוצעת בכל מיטת אשפוז בבתי-החולים הכלליים של הקופה. בנוסף, הדגישה התכנית ייעול של תהליכי אבחון, שימוש מרבי בטיפול אמבולטורי ובהסדרי אשפוז יום, וכן הקצאת ימי אשפוז על בסיס תכנון אזורי תוך התחשבות במאפייני האוכלוסייה המבוטחת בכל אזור. בשנה הראשונה שלאחר הפעלת התכנית, היא הביאה לעלייה ממוצעת של 15 אחוז בסבב המיטות של בתי-החולים של קופת-חולים כללית. מהלכים אלו הביאו לדיונים בין משרד הבריאות לקופת-חולים כללית על הפעלת תכנית אשפוז כלל ארצית.

בין השנים 1981 ל-1991 הייתה נהוגה התחשבות גלובלית בין משרד הבריאות לבין קופת-חולים כללית על אשפוז חולי הקופה בבתי-החולים שבבעלות הממשלה. בדפוס התחשבות זה, הייתה קופת-חולים כללית

מתחייבת לרכוש מבתי-החולים הממשלתיים מכסה קבועה של ימי אשפוז, שעבורם היא שילמה למשרד הבריאות סכום כולל מסוים. בנוסף, שילמה הקופה סכום קבוע של 18 אחוז מדמי האשפוז בגין שירותים אחרים, בעיקר שירותי מרפאות חוץ אך גם שירותים של חדרי מיון, שאותם קבלו מבוטחי הקופה מבתי-החולים הממשלתיים. משרד הבריאות הקציב לאחר מכן לכל אחד מבתי-החולים הממשלתיים את חלקו מכלל ההכנסות שהיו לו מקופת-חולים כללית. הסכם זה קבע כמו כן הסדרי אשפוז אזוריים. נקבעה, אפוא, שיטת תגמול של בתי-חולים על בסיס פרוספקטיבי, כשלכל אזור מוקצית מכסת ימי אשפוז. קופות-החולים האחרות שילמו לממשלה לפי מספר ימי האשפוז שצרכו בפועל כפול מחיר יום אשפוז ממוצע. עדיין הייתה בקביעה אחרונה זו כדי סבסוד קופות-החולים. שיעור הסבסוד, לאמור ההפרש החיובי בין עלות יום אשפוז למחיר יום אשפוז כפי שקבעו משרד הבריאות, הלך וירד בצורה מודרגת לאורך תקופה זו מכ-37 אחוז באמצע שנות השמונים לכ-26 אחוז בשנת 1991.<sup>5</sup>

הסכם האשפוז הגלובלי בין משרד הבריאות לבין קופת-חולים כללית היה כרוך בתהליך של הגשת חשבונות על-ידי בתי-החולים לקופת-חולים כללית ובדיקתם על-ידי (הגם שהמספר הכולל של ימי האשפוז היה מוסכם). דיונים ממושכים בין משרד האוצר לבין קופת-חולים כללית על גובה הסובסידיה של הקופה הביאו לאיחורים בתשלומים לבתי-החולים הממשלתיים. בשנות האינפלציה הדוהרות של ראשית שנות השמונים, הביאו איחורים אלו את בתי-החולים הממשלתיים למצבים תקציביים קשים ביותר. למשרד הבריאות לא היה תקציב מאושר להעביר כספים לבתי-החולים כאשר לא התקבלו תשלומים מקופת-החולים הכללית. אחת התוצאות של מצב דברים זה הוא שבהסכם ההבראה של שנת 1986 בין הממשלה לבין קופת-חולים כללית נקבע "הסדר קיזוז". הסדר זה אפשר לממשלה לקזז באופן שוטף, מתוך כספים המגיעים לקופת-חולים כללית מהמס המקביל, את חובות הקופה לבתי-חולים כלליים (ממשלתיים ומלכ"רים). הסדרים דומים הופעלו לאחר כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקפו, בשנת 1995, עם קופות-החולים האחרות, לאמור מכבי, מאוחדת ולאומית. הסדרים אלו נעשו בהקשר של מענקי תמיכה מיוחדים לאותן קופות מאוצר המדינה. יש אפוא להסדרים אלו חשיבות נמשכת במובן זה שהממשלה, ומשרד הבריאות, מתייצבים מול קופות-החולים כמופקדים על איתנותם הכספית של בתי-החולים



שבבעלות הממשלה (ובמידה מסוימת גם של בתי-החולים הציבוריים האחרים הפועלים כמלכ"רים).

ההתפתחות דלעיל הינה דוגמא ברורה וממשית לבעיה הקשה של ניגוד אינטרסים חריף שבו נתון משרד הבריאות. המשרד מנסה להפעיל ביעילות ובחיסכון את בתי-החולים שבבעלותו, תוך שמירה על איתנותם הכספית. בוזמנית, תפקידו המהותי והעיקרי הוא לפעול כמיניסטרוני האחראי לקביעת מדיניות שירותי הבריאות הציבוריים, שמירת איכותם ובקרת תיפקודם. לחצי הניהול השוטף של בתי-החולים הממשלתיים היטו, בדרך כלל, את כף שיקוליהם של מקבלי ההחלטות לטובת העדפת איתנותם הכספית של בתי-החולים הללו. תיאגוד בתי-החולים הממשלתיים בא למנוע כפל אינטרסים זה של משרד הבריאות והממשלה מול קופות-החולים ומול ספקים ומבטחים אחרים של שירותי בריאות. בעלות וניהול של בתי-חולים כלליים על-ידי משרד הבריאות במישרין הייתה והינה הגורם המרכזי למצב שבו משרד זה, וכמו כן משרד האוצר, מתקשים למלא תפקידים מיניסטריאליים אחרים, כמו תכנון, הכוונה, ובקרה של שירותי הבריאות בישראל.

בסוף שנת 1996 הגיש מנכ"ל קופת-חולים כללית, מר אביגדור קפלן, תזכיר לכלל חברי הכנסת, בו ציין שבין השנים 1993 ל-1996 עלה מדד מחירי יום אשפוז ב-70 אחוז בעוד שמדד הבריאות, לפיו מתעדכנים המקורות המועמדים לרשות קופות-החולים מכספי חוק ביטוח ממלכתי, עלה רק ב-52 אחוז (ולצורך השוואה, באותה תקופה עלה מדד השכר למשרת שכיר במגזר הבריאות ב-66 אחוז ומדד השכר למשרת שכיר בשירות הציבורי ב-60 אחוז). קצב ההתייקרות של מחיר יום אשפוז משקף את ההתייקרות של מעל מחצית ההוצאות של קופות-החולים.

במהלך שנות השמונים, כמעט כל בתי-החולים הממשלתיים דאגו להקים לעצמם עמותות לפיתוח ומכירת שירותים נוספים מחוץ למסגרת התקציב הממשלתי וללא כפיפות לחוק התקציב ולתקנון שירות המדינה. עמותות לאיסוף תרומות לבתי-החולים, הממשלתיים והאחרים, החלו לפעול עוד בשנים שלפני כן. מדובר, בשנים אלו, בעמותות נוספות, או בהרחבת תקנוני העמותות הקיימות, כך שיתאפשר לבתי-החולים למכור, בשיווק עצמי, שירותים נוספים שמחוץ למסגרת התקציב. התפתחות זו יצרה תשתית להתפתחות התאגידים מאוחר יותר. לעמותות אלו שמות שונים, כולל "קרן למחקר ולפיתוח של בית-החולים". פעילות קרן זו וסניפיה בבתי-החולים הממשלתיים תתואר בהמשך בהרחבה.

ב-1991 בוטל הסדר ההתחשבות הגלובלי בין קופת-חולים כללית והממשלה. קופת-חולים כללית עוברת לשלם לממשלה על פי צריכת ימי אשפוז בפועל. המטרה של צעד זה הייתה ליצור מצב של צמצום האשפוז בבתי-החולים הממשלתיים על-ידי הפניית חולים של קופת-חולים כללית לבתי-החולים של הקופה. למהלך זה היו תוצאות שליליות קשות מנקודת הראות של קופת-חולים כללית. העומס בבתי-החולים של הקופה עלה בצורה משמעותית, הוצאות בתי-חולים אלו גדלו ושביעות הרצון של חברי הקופה ירדה. בתקופה זו נרשמה ירידה משמעותית ביותר של מספר החברים בקופה. בסופו של התהליך, נאלצה קופת-חולים כללית לשלם לבתי-החולים הממשלתיים סכום הגבוה בכעשרים אחוז ממה שהייתה משלמת אילו ההסכם הגלובלי דלעיל היה נשאר בתוקפו. תיאור זה מדגים את הבעייתיות הקשורה למערכת קשרי הגומלין בין בתי-החולים הממשלתיים לבין קופת-החולים הכללית ובמידה פחותה קופת-החולים הקטנות האחרות.

שינוי משמעותי אחר שאירע בשנת 1991 הוא החלטת משרד הבריאות להפעיל כללי תגמול פרוספקטיביים, בשיטת ה-DRG שתוארה קודם לכן, בגין אבחונים או פעילויות מסוימות, ניתוחיות ואחרות, המתבצעות בבתי-החולים. באותה תקופה, שאף משרד הבריאות לעודד הגברת תפוקות של פרוצדורות ניתוחיות מסוימות שבהן נוצרו תורים לניתוחים, כולל ניתוחי לב. התוצאה הייתה שילוב של עקרונות תגמול דיפרנציאלי בעבור פעילות בשיטת התגמול של בית-החולים על פי מחיר יום אשפוז. משרד הבריאות הושפע בהחלטתו גם על-ידי הפעלת שיטות דומות בארצות-הברית וכן בכמה מדינות אירופה. בשלב ראשון, יושמה שיטת תגמול זו על 11 קבוצות אבחון רפואיות, אך רשימת הפעילויות הורחבה בשנים שלאחר מכן. יש עדויות רבות מהספרות המדעית ששיטות תגמול בתי-חולים על פי קבוצת אבחון אינן יעילות כלל בריסון גידול ההוצאות של בתי-החולים או בהשגת מטרות הקשורות בשיפור איכות הטיפול.

בשנת 1994 נקבעה מחדש, בהסכם ההבראה של קופת-חולים כללית עם ממשלת ישראל, שיטת התחשבות גלובלית. נקבעה תקרת הכנסה של כלל בתי-החולים הממשלתיים, בגובה של 1.5 מיליארד ש"ח ב-1994. סעיף זה בהסכם ההבראה חייב את משרד הבריאות להטיל, החל משנה זו, מגבלת תקרה (caps) על הכנסות בתי-חולים ממשלתיים מאשפוז. גם בנושא זה, הממשלה יישמה שיטות שיושמו, במידה סבירה של יעילות, בכמה מדינות אירופה. קופת-החולים האחרות המשיכו לשלם על פי

צריכת ימי אשפוז בפועל וצריכת פעילויות רפואיות המכוסות על-ידי התעריפים הדיפרנציאליים בפועל. מאוחר יותר, בינואר 1995, שולבו גם קופות-החולים הקטנות ב"הסדר תקרת עלות האשפוז".

הסכם ההבראה של קופת-חולים כללית מסוף 1994 יצר מצב שבו הממשלה וההסתדרות קבלו עליהן את פתרון בעיית הגירעון הצבור של קופה זו. נחתם הסכם נושים וכמו כן נחתם הסכם נפרד עם ההסתדרות לפיו היא התחייבה להעביר כספים ולכסות התחייבויות בגין זכויות עובדים. מתוקף הסכם הבראה זה, קבלה המדינה אופציה לקבל ולהעביר על שמה, או על שם מי שהמדינה תקבע, 12 בתי-חולים של קופת-חולים (למעט 2 בתי-חולים כלליים ו-3 בתי-חולים גריאטריים שיקומיים). אופציה זו ניתנה למדינה, על-ידי קופת-חולים כללית, בתמורה לסכומי התמיכה שהקופה קבלה מהמדינה. מימוש האופציה על-ידי המדינה הותנה בכמה תנאים מגבילים. עם זאת, קופת-חולים כללית הפכה להיות מפעיל של בתי-החולים שלה שעברו לבעלות הממשלה. קופת-חולים כללית איננה יכולה לבצע בנכסי בתי-החולים הללו כל עסקה, כולל עסקות מכירה, החכרה או שעבוד או העמדת נכסים אלו כבטוחה לנותני אשראי, ללא הסכמת המדינה. לפיכך, אחד המכשולים שמנעו בעבר יישום של מדיניות אחידה לבתי-החולים של הממשלה ושל קופת-חולים כללית אינו קיים יותר, במידה והמדינה תחליט להפעיל את האופציה הנתונה לה ולהעביר לבעלותה ולתפעולה את בתי-החולים הללו של קופת-חולים כללית.

### ג. שירותים אמבולטוריים בבתי-החולים

במרבית המדינות בעלות כלכלת שוק במערב ניכרת עלייה בחשיבותם של שירותים אמבולטוריים בכלל, ואלו הניתנים במסגרת בתי-החולים הכלליים בפרט. יש לכך סיבות הקשורות בהתפתחויות שאירעו בטכנולוגיות רפואיות שונות. כיום ניתן לבצע מספר רב של בירורים, אבחונים ופעולות כירורגיות בתנאים של מרפאות קהילה, או תוך כדי אשפוז יום בלבד: ריסוק אבני כיליה, ניתוחי קטרקט, אנדוסקופיות, וצנתורים למיניהם הינם דוגמאות בולטות.

"שולי המשחק" של בתי-החולים הכלליים באשפוז קטנים יחסית. התשלום הקבוע מראש על פי סוג פעילות לא ניתן לשינוי, והוא הדין בשיטת התשלום על פי מחיר יום אשפוז (כל התשלומים נקבעים מראש על-ידי המשרד). גם תעריפי השירותים האמבולטוריים נקבעים על-ידי

משרד הבריאות. המגמה העולמית השתלבה בהתפתחות של שיפור יכולתם של בתי-החולים למכור חלק מהשירותים האמבולטוריים שלהם באמצעות העמותות למחקר ולפיתוח, כשקביעת היקף הטיפולים ועלותם גמישים. כך הלכו וגדלו השירותים האמבולטוריים של בתי-החולים הכלליים בכלל ושל הממשלתיים והמלכ"רים בפרט. לשירותים אמבולטוריים אלו יש חשיבות רבה בקביעת מערכת קשרי הגומלין העתידית בין בתי-החולים לבין קופות-החולים בעידן התיאגוד. במקביל להתפתחותם של שירותים אמבולטוריים בבתי-החולים הם התפתחו גם בקהילה, הן בתוך קופות-החולים והן במכונים אבחוניים פרטיים המוכרים את שירותיהם לקופות-החולים. התהווה עודף כושר ייצור של שירותים אלו, ונוצרו כפילויות רבות בין קופות-החולים לבין בתי-החולים בסוגי השירותים המסופקים על-ידי מרפאות חוץ של בתי-חולים. מהלכי תיאגוד שלא יסדירו את מערכת היחסים שבין בתי-החולים לבין קופות-החולים בכל הקשור לפעילות אמבולטורית זו עלולים ליצור מצב שבו תימשך התרחבות השירותים אמבולטוריים הן בבתי-החולים והן בקהילה. מרפאות החוץ הן שירות מאד כדאי מבחינה כלכלית, עבור בתי-החולים, כפי שהוסבר לעיל, ומהווה נתיב יעיל בהפניית חולים לאשפוז בבית-החולים. עבור קופות-החולים, צפוי שעלויות השירותים האמבולטוריים בבתי-החולים יעלו את הכדאיות של פיתוח שירותים מקבילים בקהילה. שני גורמים אלו במערכת הבריאות יעסקו בשיווק של שירותיהם במקביל למבוטחים. אחת התוצאות של מצב דברים זה: העמקת אי-היעילות והכפילות של שירותי מערכת הבריאות והשפעה שלילית על המדיניות של בקרת ההוצאה הלאומית לבריאות.

#### 4. התפתחות תיאגוד בתי-החולים מסוף שנות השמונים

דיונים על הצורך לתת לבתי-חולים ממשלתיים מידה מסוימת של אוטונומיה תקציבית בתחום של ניהול משאבי אנוש ויחסי עבודה התקיימו כבר בשנים 1975-1976, ביוזמתו של שר הבריאות דאז ויקטור שם-טוב. ב-1978, יזם שר הבריאות דאז, מר אליעזר שוסטק, הגשת הצעה לוועדת השרים לענייני כלכלה להקמת רשות אשפוז, אך ההצעה לא נתקבלה. מאוחר יותר הוקמה במשרד הבריאות ועדה לנושא, שבראשה עמד אורן טוקטלי, שעשתה עבודה מאד יסודית במשך כשלוש

שנים והגישה מסמך בן שני כרכים על הקמת רשות אשפוז. הדיונים בנושא נמשכו גם מאוחר יותר. שר הבריאות מוטה גור יזם הקמת ועדה שבראשה עמד מנכ"ל המשרד דאז, פרופ' דן מיכאלי, שעסקה בהצעה להקמת מעין חטיבה ארגונית בתוך משרד הבריאות שתהיה מעין רשות אשפוז פנים משרדית. בשנים 1987-1988 פעל שר הבריאות יעקב צור, להענקת אוטונומיה לבתי-החולים הממשלתיים. במסמך שכותרתו "נוהלי הפעלת בתי-חולים במסגרת הסדר האוטונומיה", מסוף 1987, ניתנה הרשאה לבתי-החולים לפתח ולמכור שירותים נוספים, שאינם כלולים בסל שירותי האשפוז של קופת-חולים כללית, תמורת תשלום על בסיס של cost plus. עודף ההכנסות על ההוצאות ממכירת אותם שירותים היה אמור לעמוד לרשות בית-החולים. לבתי-החולים הממשלתיים הועברו כמו כן הרשאות להעסקת עובדים ארעיים וכן גם סמכות לרכישות עצמאיות במגבלות מסוימות.

ועדת נתניהו, ועדת החקירה הממשלתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, שפעלה בין השנים 1988-1990, המליצה על העברת בתי-החולים של הממשלה ושל קופת-חולים לניהול עצמאי. המטרה העיקרית של המלצתה הייתה ליצור מצב בו הן משרד הבריאות והן הנהלת קופת-חולים כללית יתפנו מתפקידי הניהול השוטף של בתי-חולים שבבעלותם לתפקידים המרכזיים והעיקריים שעליהם הם מופקדים. בין התפקידים המיניסטריליים של משרד הבריאות, הזכירה הוועדה התווית מדיניות של שירותי הבריאות הציבוריים, פיקוח ובקרה על דרכי הושטת שירותים אלו, ויסות הפצתן של טכנולוגיות רפואיות חדשות, וכן איסוף, ניתוח והפצה של מידע חיוני על תפקוד מערכת הבריאות. בנוסף, היה מימוש המלצות אלו מכוון ליצור תחרות בין בתי-החולים שאמורה לתרום להתייעלותם ולהעלאת נגישותם למטופלים. הועלו טיעונים שלפיהם בעקבות התיאגוד ישתפרו יחסי העבודה בבתי-החולים, יקוצרו תורים, ויצומצמו כפילויות. על פי ההמלצות דלעיל, היה בית-החולים המתואגד אמור להיות מופעל בצורה עצמאית, מתוך הכנסותיו. במידה וייווצרו עודפי הכנסות על ההוצאות בבתי-החולים, הם היו אמורים להיות מנוצלים לשיפור השירות, הגדלת תגמול העובדים במקביל לגידול תפוקותיהם, ולהשקעות חדשות בצידוד ובמבנים (על פי אישור משרד הבריאות).

שר הבריאות והן ועדת נתניהו הושפעו בחשיבתם על התיאגוד על-ידי צעדי ממשלת אנגליה באותה תקופה להפוך את בתי-החולים שנוהלו על-

ידי ה-National Health Service ל-Hospital trusts. ממשלת תאצ'ר החלה לתכנן את הרפורמה ב-1988 והפעילה אותה ב-1991. יעדן הכולל של הרפורמות היה להפעיל תחרות וליעל מערכת בריאות ציבורית שמימונה בא מהמס הכללי, תוך כדי ניסיון לשמור על מידת שוויוניות השירות ונגישותו לצרכניו. התחרות אמורה הייתה להגדיל את ממוקדות הלקוח של המערכת ולעשותה רגישה יותר לצרכיו.

ממשלת אנגליה לא יזמה הערכה מסודרת של מאזן עלות תועלת של התיאגוד של בתי-חולים (מעל ל-450 בתי-חולים הועברו למעמד של תאגידים). הערכות שנעשו על-ידי מוסד מחקר בלתי-תלוי העלו שהייתה לתאגידיוציה של בתי-החולים באנגליה מידה זעומה של השפעה על איכות השירות וחופש הבחירה של הצרכנים, מידה מסוימת של השפעה חיובית על יעילותו הכלכלית של מגזר האשפוז באנגליה, והשפעה בעיקרה לא חיובית על מידת השוויוניות של השירות במערכת. הערכה זו, התייחסה בעיקר למעגל הראשון של בתי-החולים שהפכו לתאגידים (trusts). בתי-החולים הללו היו מלכתחילה היותר מתקדמים בשיטות הניהול שלהם והיותר יעילים. לא ברור עד היום מהן "עלויות העסקאות", לאמור עלויות הוצאות בתי-החולים וגופים אחרים במשק על ניירת הקשורה במעבר לתאגיד. ההערכה היא שהתאגידים הכפילו את עלות הניהול שלהם מכ-6 לכ-12 אחוז ממחזורם הכספי, בעיקר כתוצאה מהצורך להקים ולהפעיל מחלקות כספים, גזברות, שיווק, תמחיר, מערכות מידע ומכירות. טענתם של מתנגדי התיאגוד באנגליה הייתה שעלות מנהלית זו באה על חשבון משאבים שיועדו לטיפול בחולים והיטיבה רק עם צבא החשבונאים שהועסק בגבייה ובחתימת חוזים. טענת מחייבי התיאגוד באנגליה הייתה שהוצאות אלו הן מחויבות המציאות והיו מתבצעות בכל מהלך להביא את בתי-החולים ליישום שיטות ניהוליות מקובלות.

במהלך השנים 1991-1992 גיבש משרד הבריאות, בסיוע קבוצת מומחים חיצוניים, מדיניות משרדית להפעלתם של בתי-החולים הממשלתיים כתאגידים. מטרת תהליך התיאגוד נוסחה על-ידי שר הבריאות בשנים אלו, אהוד אולמרט, כניצול יעיל יותר של תשתית שירותי הבריאות הציבוריים תוך העלאת מידת שביעות הרצון של המטופלים והעובדים והעלאת רמת השירות. מטרה זו הייתה אמורה להיות מושגת בכמה שלבים. בשלב הראשון, נקבעו בתי-החולים הממשלתיים המועמדים לתיאגוד (חמישה במספר: אחר כך נוסף אליהם

בית-חולים נוסף) שהוערכו כ"בשלים" לתיאגוד. כל בית-חולים כזה היה אמור להיות מנוהל כתברה ציבורית.

בית-החולים המתואגד היה אמור להחכיר מהממשלה את נכסיו. בניירות עמדה שהוכנו על-ידי המשרד קבעו שבתי-החולים הללו יממנו את כלל פעולותיהם, כולל שכר עובדים, תחזוקה, רכש, ומחקר, מתוך הכנסותיהם. הכנסות אלו אמורות היו לבוא מתוך תשלומי קופות-החולים בגין אשפוז חוליהן, מכירת שירותים רפואיים ואחרים שאינם כלולים בסל, ותרומות. אחת המשימות המרכזיות שעמדו לפני משרד הבריאות בהפעלת התאגידים הייתה לשכנע את האיגודים המקצועיים הארציים המייצגים את עובדי בתי-החולים הממשלתיים להסכים להעברתם למעמד על עובדי תאגיד תוך ויתור על מעמד עובדי מדינה. הסכמה עקרונית למהלך זה הושגה רק במשא ומתן עם נציגי הרופאים בבתי-החולים הממשלתיים.

בתחילת 1992 נרשמו שישה בתי-חולים ממשלתיים כתאגידים, ומונו להם מועצות מנהלים. בתי-חולים אלו לא הוגדרו כמלכ"רים ולא נרשמו אצל רשם העמותות, אלא הוגדרו כחברות ללא הון מניות הרשומות אצל רשם החברות. נציגויות העובדים המנהליים והסיעודיים בבתי-החולים הממשלתיים גילו התנגדות נמשכת להפעלת התאגידים. התנגדות זו מצאה ביטוי גם בצו מניעה שהוצא על-ידי בית הדין לעבודה ב-1992, שהקפיא למעשה את מהלכי התיאגוד בגרסה זו. התנגדות העובדים הייתה קשורה בתקופה זו להיעדר הסכמה על מעמדם ותנאי עבודתם אם יעברו למעמד של עובדי תאגידים. המשא והמתן נוהל באווירה של חוסר אמון בין הצדדים, ואין ספק שעצירת תהליך התיאגוד נבעה מבעיות אלו ביחסי העבודה. בסוף שנת 1993 ניתן על-ידי בית הדין לעבודה פסק דין שהיווה אור ירוק למדינה להמשך תהליכי התיאגוד, בכפיפות לחוק ולהסכמים הקיבוציים שבתוקף.

עם כניסת שר הבריאות חיים רמון לתפקידו, לאחר הבחירות ב-1992, החל שלב חדש בתיאגוד בתי-החולים הממשלתיים. המדיניות הדגישה העברה הדרגתית של כל בתי-החולים הממשלתיים למעמד יותר אוטונומי על-ידי הפיכתם, בשלב ראשון, ליחידות סמך תקציביות.

תכנית התיאגוד של השר רמון קבעה שעל בתי-החולים הממשלתיים לפעול על בסיס תכנית עסקית, הקשורה לתקציב פעולה מאוזן, כשההוצאות תלויות בהכנסות. הגשת התכנית העסקית היא למשרד הבריאות (ולא למועצות המנהלים שנבחרו לכל בית-חולים מתואגד). עד

לסוף שנת 1995 לא הועברו לבתי-החולים שתואגדו אלא סמכויות מועטות ומוגבלות ביותר בתחומי שכר, יחסי עבודה, וניהול נכסים. אחת הסיבות היותר חשובות לכך הייתה שהמשא ומתן שנוהל עם נציגויות המגזרים האחרים של עובדים במערכת הבריאות הציבורית, כולל האחיות ועובדי המנהל והמשק בבתי-החולים הממשלתיים, לא עלה יפה ולא סוכם. התאגידים שהוקמו עדיין אינם פועלים כישויות כלכליות עצמאיות. עדיין לא נקבעו חוקות עבודה לעובדי התאגידים ואין עדיין לפיכך עובדים המועסקים על-ידי התאגיד. כמו כן, אין להם תקנוני פעולה. מועצות המנהלים החדשות של בתי-החולים שתואגדו בעבר פועלות, במידה שהינן מכוונסות כלל, כגופים מייעצים למנהלי בתי-החולים הללו. מתוך התיאור דלעיל ברור שבתי-החולים הממשלתיים רחוקים עדיין ממצב שבו הם מסוגלים תקנונית ויכולים מעשית להפעיל את מדיניות משרד הבריאות לפיה לא יהיה המשרד אחראי יותר לניהולם ולאספקה ישירה של שירותי אשפוז לתושבים.

עקרונות הפעולה של בתי-החולים הממשלתיים העצמאיים סוכם על-ידי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות (באותה תקופה, פרופ' מרדכי שני) והופצו כהוראת מנכ"ל מחייבת לכל בתי-החולים הללו. בתי-חולים אלו אמורים לכסות מתקציב הכנסותיהם את ההפרשות לכלל הטבות הסוציאליות של עובדיהם והם אמורים לעבור בהדרגה למעמד עצמאי. החוזר דלעיל מאפשר לכל בית-חולים עצמאי למכור שירותים רפואיים שאינם כלולים בסל המפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. תמורת השירותים שיימכרו אמורה להיות מועברת לקרן מחקרים רפואיים ופתוח תשתית למען שירותי הבריאות.

**קרן מחקרים רפואיים ופיתוח תשתית.** קרן זו פועלת במרבית בתי-החולים הממשלתיים, באמצעות סניפים שלה שהוקמו בכל אחד מהם, ובמסגרת חוק העמותות. המימון של הקרן, בכל בית-חולים ממשלתי, הוא ממכירת שירותי רפואה, וזאת עד ל-20 אחוז מכלל הכנסותיו. המונח "הכנסותיו" מכוון לתחזית ההכנסות של בית-החולים כפי שפורטה בחוק התקציב. על בית-החולים לממש תחזית זו ורק אם מומשה יוכל למכור שירותי רפואה בשוק החופשי במסגרת המגבלות של סל שירותי הבריאות. לבד ממכירה של שירותים שאינם כלולים בסל, כגון ניתוחים קוסמטיים או שירותי רפואה חילופית במרפאות חוץ, יוכל בית-החולים למכור גם סוגי בדיקות וכן סוגי טכנולוגיות רפואיות חדשות שאותן קבע משרד הבריאות. ניתן להזכיר, לדוגמא, בדיקות בריאות תקופתיות,



המופעלות על-ידי כמה בתי-חולים, בדיקות חלבון עוברי ומי שפיר, ובדיקות אבחון בעזרת MRI.

קוני השירותים אמורים להיות בעיקר קופות-החולים, המתקשרות עם בית-החולים במסגרת הסדרי השירות הרפואי הנוסף או הביטוחים המשלימים שקופות-החולים קשורות אליהן, וכן משרד הביטחון, חברות ביטוח, וחולים פרטיים. הללו ישלמו לסניף הקרן בבית-החולים עבור הפעילות הרפואית.

חוזר המנכ"ל דלעיל קבע, כמו כן, כללים להעסקת עובדי מדינה על-ידי הקרן, בשעות אחר הצהרים. הכוונה היא להסדרי תעסוקת עובדים בביצוע הפעילות של מכירת שירותי בית-החולים הממשלתי. התשלומים לעובדי בית-החולים שהם עובדי מדינה, שיועסקו על-ידי הקרן בביצוע הפעילות הנוספת בשעות אחר הצהרים, ייעשו על פי הסכמים שיחתמו בכל בית-חולים. יתנהל משא ומתן בין הנהלת בית-החולים לבין נציגי העובדים, והתשלומים ייקבעו מתוך התחשבות במקצועם של העובדים, מיומנותם, והוותק המקצועי שלהם. העובדים, כולל רופאים, יועסקו כעובדי הקרן ובשום מקרה לא כקבלנים עצמאיים. חוזה העבודה שייחתם עימם יהיה חוזה אחיד. לפיכך, לכל סניף של קרן המחקרים יש הסכם מקומי המהווה חוקת עבודה מקומית להעסקת עובדים. אותו חוזר מנכ"ל קבע, שיש לפקח על כך שעובדי מדינה לא יועסקו בקרן יותר ממחצית מכסת שעות העבודה השבועיות המקובלות במקצוע, למרות שבהנהלת משרד הבריאות היו מודעים לכך שגזירת התקשי"ר דלעיל היא בבחינת הלכה שאין הציבור יכול לעמוד בה.

חוזר המנכ"ל אמור היה למסד נהלים להתקשרויות בין קופות-החולים לבין בתי-החולים במסגרת של שירותים רפואיים נוספים. הוא מופעל עתה במרבית בתי-החולים הממשלתיים, בעיקר בכל הקשור לפעילויות כירורגיות, המתבצעות בשעות שלאחר הצהרים. קופות-החולים משלמות ישירות לקרן האמורה, וכל הצוות המשתתף בפעילות מתוגמל דרך הקרן, הפועלת במסגרת חוץ-תקציבית. היתרונות של הסדרים חדשים אלו כוללים שהות של רופאי בית-החולים במקום בשעות אחר הצהרים, הצוות מקבל תוספות שכר, וניתן לקצר תורים לטיפולים וניתוחים.

הקרן על סניפיה אמורה להיות כפופה לביקורת של מבקר משרד הבריאות וכן מבקר המדינה. כל סניף של הקרן, המתפקד כעמותה, חייב להעסיק רואה חשבון. עם זאת, לא פורסמו ברבים היקפם הכספי של

פעולות הקרן וסניפיה. לפי בדיקה שנעשתה בנציבות שירות המדינה, העסיקו סניפי הקרן בשמונה בתי-חולים ממשלתיים, בסוף שנת 1994, כ-1070 משרות מלאות של עובדים, או כ-6 אחוזים של עובדי המדינה המועסקים כיום באותם בתי-חולים. לא ידוע איזה חלק מתוך אותן משרות מלאות הן עובדים חדשים המועסקים על-ידי הקרן ושאינם עובדי מדינה. מאז 1994 התרחב מאוד היקף הפעולה של הקרן וכל סניפיה. לפי אחד האומדנים שפורסמו, היה מחזור הכספי של קרן המחקר והפיתוח של בתי-החולים הממשלתיים, כולל בתי-החולים העירוניים ממשלתיים שלא נכללו במפקד העובדים, כרבע מהמחזור הכספי של בתי-חולים אלו. כאמור, אין מתפרסמים נתונים על היקף הקרן ופעילותה. קרן המחקרים מוכרת את שירותיה לקופות-החולים בתעריפים שהם בדרך כלל נמוכים יותר משמעותית מהתעריפים הרשמיים שקבע משרד הבריאות. השירותים הנוספים ניתנים לקופות-החולים בזמן המתנה קצר יותר מזה המוצע לקופות-החולים במסגרת של שירותי האשפוז של שעות הבוקר. לקרן ולסניפיה משמעות רבות לעניין האפשרות של המשך המצב הקיים של "תיאגוד זוחל" או "חצי תיאגוד" בבתי-החולים הממשלתיים.

##### **5. מדיניות קופת-חולים כללית כלפי בתי-החולים שלה**

בהסכם ההבראה של 1994 בין קופת-חולים כללית והמדינה נקבע שהמדינה לא תנהל ולא תפעיל את בתי-החולים של הקופה שעברו לבעלות ממשלתית. מצב דברים זה הציג בפני הנהלת קופת-חולים כללית את השאלה, האם צריך ורצוי שקופת-חולים כללית תיזום הפיכת בתי-החולים שהיא מפעילה לתאגידים.

יש המצדדים בהמשך הניהול הריכוזי של בתי-החולים של קופת-חולים כללית. הטענה היא, שבתי-החולים שולטים במידה רבה בקביעת היקף הביקושים לשירותי מרפאות החוץ והשירותים הנוספים שהם מושיטים, ובמידה פחותה אך עדיין משמעותית בהיקף שירותי האשפוז שהם נותנים. במצב דברים זה, יש לקופה המנהלת ומפעילה בתי-חולים יתרונות ברורים, המתבטאים במידע, בכוח ניהול משא ומתן עם בתי-החולים הממשלתיים מתוך עמדה של כוח ועצמאות יחסית, ויתרונות אחרים. המצדדים בהמשך הפעלת בתי-החולים של קופת-חולים על-ידה מצביעים, כמו כן, על יעילותם יחסית לבתי-החולים הכלליים האחרים,

המצויים בבעלות של גורמים ציבוריים כמו "הדסה" ובתי-החולים הממשלתיים.

הנתונים מצביעים על יעילותה היחסית של קופת-החולים הכללית: אחוזי התפוסה של בתי-החולים של הקופה היו כ-100 אחוז בעוד שבת-החולים של הממשלה פעלו בתפוסה של 93 אחוז והציבוריים האחרים בתפוסה של 90 אחוז. משך האשפוז הממוצע היה 4.0, 4.8, ו-5.0, ואילו סבב המיטות 85, 70 ו-68, בהקבלה, בבתי-החולים של קופת-חולים, הממשלה, וגורמים ציבוריים אחרים. אחוזי האשפוזים מתוך כלל הפניות לחדרי מיון היו 25 אחוז בבתי-החולים הממשלתיים לעומת 20 אחוז בבתי-חולים של קופת-חולים. שיעורי אשפוז מתוך פניות לחדרי מיון היו 32 אחוז בבתי-חולים ממשלתיים ורק 21 אחוז בבתי-חולים של קופת-חולים. נתונים אלו אינם מתייחסים לשוני בתמהיל המקרים בין בתי-החולים השונים דלעיל. הם מובאים, בין השאר, על מנת להוכיח שהמשך הפעלת בתי-חולים במישרין על-ידי קופת-חולים כללית הוא כדאי כלכלית לקופה זו.

הטענה הנגדית היא שהפעלת בתי-חולים על-ידי קופת-חולים הוכיחה עצמה בניסיון העבר כבעייתית ביותר, כל אימת שקופת-חולים כללית ניסתה להפעילם כנגד בתי-החולים הממשלתיים, שנהנו מגיבוי מלא של משרד הבריאות ומשרד האוצר. הלקח שהופק מהניסיון של ביטול הסכם האשפוז הגלובלי בין קופת-חולים כללית לבין הממשלה, הוא שוויות הפניות חולים לבתי-חולים ממשלתיים, תוך העדפת בתי-החולים המופעלים על-ידי הקופה עצמה, עלול להיות לקופה לרועץ. ניסיון זה נכשל גם משום שבת-החולים הממשלתיים גרמו לתפוסת יתר של חולים על-ידי עיכוב שחרור חולים. בו זמנית, ארגון רופאי המדינה הפעיל לחץ ציבורי פומבי על מבוטחי קופת-חולים כללית לדרוש מהקופה הפנייתם לבתי-החולים הממשלתיים, וזאת על מנת למנוע התרוקנות מיטות אשפוז בבתי-החולים הממשלתיים, המאוכלסים בצורה דומיננטית על-ידי מבוטחי קופת-חולים כללית. מסע ציבורי זה גרם לחששות ולפחדים אצל מבוטחי הקופה, תרם לנשירה מואצת של חברים בקופה לקופות אחרות, והביא לאובדן הכנסות משמעותי לקופת-חולים הכללית.

אותם גורמים הרואים בבתי-החולים המופעלים כיום על-ידי קופת-חולים נטל ולא נכס מדגישים שבעבר החלו הפריצות הגדולות בתחום שכר עובדי מערכת הבריאות, כולל רופאים, אחיות, ועובדי מנהל ומשק, דווקא אצל עובדי בתי-החולים של קופת-חולים. אמנם מצב דברים זה

השתנה לחלוטין החל מהסכם ההבראה של 1993 ועוד לפניו. הפריצה הגדולה של הסכמי השכר של 1994, שבה קבלו מגזרי האחיות והרופאים תוספות שכר ריאליות (בפריסה על כמה שנים) העולות על 55 אחוז, אירעה דווקא כשניהול המשא והמתן עם מגזרים אלו היה בידי הממונה הראשי על השכר במשרד האוצר.

היבט בעייתי אחר של המשך תפעול בתי-חולים על-ידי קופת-חולים כללית קשור למימון השקעות התשתית בבתי-חולים אלו, המופעלים עתה על-ידי הקופה. בתי-החולים הממשלתיים, תודות להסדרים שתוארו לעיל, הצליחו ליצור בשנים האחרונות עודפי הכנסות. לעומתם, בתי-החולים של קופת-חולים כללית תוקצבו באופן היסטורי וגלובלי על-ידי הנהלת קופת-חולים. כתוצאה מכך נמנעה מבתי-החולים של הקופה הכנסה שהייתה אמורה לאפשר להם להשקיע השקעות פיתוח חיוניות ביותר. בשל כך, התיישן והתבלה במשך השנים ציודם של בתי-החולים של הקופה עד כדי יצירת קשיים רבים בהפעלתם ולעתים ביטול או דחיית בדיקות חיוניות בשל כשל מכשירים, הארכת משך אשפוז בלתי נחוצה והתארכות המתנה בתורים לשירותי בתי-חולים אלו. בהסכם ההבראה של קופת-חולים כללית מסוף 1994, הסכימה הממשלה להשקיע 300 מיליון ש"ח בבתי-החולים של הקופה, שכאמור מרביתם מצויים מתוקף הסכם זה בבעלותה, על מנת לאפשר להם תפקוד תקין.

הפעלת בתי-חולים על-ידי קופת-חולים כללית לא הביאה לתיאום אופטימלי בין שירותים אמבולטוריים בקהילה ובבית-החולים. מחוזות קופת-חולים למדו לקנות שירותי אשפוז זולים וזמינים יותר מחוץ לבתי-החולים של קופת-חולים, כולל במוסדות אשפוז פרטיים, ובו-זמנית פתחו שירותים אמבולטוריים במסגרת הקהילה כשהם מתחרים בבתי-החולים של הקופה. כך אירע שמול היעדר אמצעים להשקעות ולתחזוקה שוטפת תקינה בבתי-החולים של קופת-חולים לא נוצרו ברמת הקהילה החסכוניות וההתייעלות המתבקשים.

בעת כתיבת הדברים, עדיין לא נתקבלה בקופת-חולים החלטה אסטרטגית הקשורה בצורת ניהולם של בתי-החולים שהופקדו לניהולה על-ידי הממשלה. מתקיים תהליך של העברת היחסים שבין בית-החולים של קופת-חולים לבין המחוז שבו ממוקם בית-החולים למערכת של יחסי מוכר-קונה, תוך התחשבות גלובלית המקבילה לזו שבין המחוז לבין בתי-חולים ממשלתיים. ייתכן שבטווח זמן ארוך יותר תחליט קופת-חולים כללית להפעיל את בתי-החולים הללו על בסיס דומה לזה של

התאגדות בתי-החולים הממשלתיים. דהיינו, בתי-החולים יופעלו תוך קבלת אוטונומיה מלאה במסגרת חדשה של מלכ"רים או חברות ללא הון מניות לתועלת הציבור. מערכת היחסים שבין בתי-החולים שיתואגדו על הבסיס החדש הזה לבין הקהילה תבוסס על מכירת שירותי אשפוז על-ידי בית-החולים וקנייתם על-ידי הקהילה על בסיס הסכמים גלובליים. כך יוכלו בתי-החולים המופעלים על-ידי הקופה להתנהל בצורה דומה לזו של בתי-החולים הממשלתיים המתואגדים. בתי-החולים הללו יתחרו ביניהם ללא כל העדפה של קופת-חולים לאותם בתי-חולים שבעבר היו בבעלותה וניהולה.

ההסכמים הגלובליים שמוצע שיחתמו בין בתי-החולים שבניהול קופת-חולים כללית לבין מחוזות קופת-חולים כללית יתייחסו להתחייבות בית-החולים לספק שירותי אשפוז למבוטחי קופת-חולים באזור מסוים תמורת תשלום קבוע מראש. הסכם זה יתייחס גם להגדרות של תכני השירותים שיינתנו ולרמות האיכות שלהם. הצורך בתקצוב גלובלי של בתי-החולים הוכר כבר בהסכם ההבראה של קופת-חולים כללית עם המדינה בשנת 1994. הכוונה להרחיב עקרון זה מהגדרה כספית של התפוקות להגדרה במונחים כמותיים ואיכותיים, על מנת למנוע מראש מדיניות מפלה של בית-החולים המפנה פעילותו לאותם תחומים שבהם מקבל בית-החולים תשלום גבוה ואילו עלותם היחסית של תשומותיו זעומה (לדוגמא, ניתוחים פשוטים וזולים לביצוע).

## 6. חלופות למדיניות

### א. המשך המצב הקיים: תיאגוד חלקי

החלופה הראשונה היא המשך המצב הקיים של תיאגוד חלקי, אולי תוך הגדלה מסוימת של האוטונומיה של בתי-החולים הממשלתיים. משמעות חלופה זו שלא יופעלו שלבים נוספים של תהליך התיאגוד ובתי-החולים הממשלתיים ימשיכו לתפקד כיחידות סמך של הממשלה, תוך ניתוק חלקי בלבד ממשד הבריאות. על פי חלופה זו, יימשך המצב הקיים שלפיו הנכסים שייכים למדינה, תקציב הפיתוח של בתי-החולים הממשלתיים מכוסה על-ידי משרד הבריאות, עובדי בתי-החולים שאינם מועסקים במסגרת קרן המחקרים ימשיכו להיות עובדי מדינה ובתי-החולים יגישו כמוסבר לעיל מדי שנה תכנית עסקית למשרד הבריאות. אחד היתרונות של חלופה זו הוא שהיא מספקת מסגרת גמישה המאפשרת הגדלה הדרגתית של היקף כיסוי עובדי בתי-החולים על-ידי הסכמים מיוחדים ברמה המקומית הנחתמים עם קרן המחקרים. ייתכן שבצורה זו יתאפשר מעבר איטי, לאורך תקופה ארוכה, של עובדים למעמד של עובדי "תאגיד בדרך", קרי קרן המחקרים וסניפיה.

אולם החלופה נראית בעייתית במיוחד. חלק מהבעיות התהוו במערכת היחסים שבין קופות-החולים לבין בתי-החולים הממשלתיים והציבוריים שתואגדו (למשל, בתי-החולים הציבוריים בירושלים). לבתי-החולים הממשלתיים המתואגדים חלקית לא הוגדרו מטרות פעולה, להוציא יעדי הכנסות. הכוונה ליעדים בתחום של זמינות ונגישות השירותים (למשל, זמני המתנה לפעילויות אשפוזיות מסוימות), ליעדים בתחום של תרומה לקהילה, וליעדים בתחום של איכות הטיפול (כדוגמה, שמירה על רמה מזערית של זיהומים בתוך בית-החולים ועל רמה מזערית של אשפוזים חוזרים). התוצאה היא, שחלק מבתי-החולים הממשלתיים מתנהג כבר כיום כאילו היה בית-חולים פרטי למטרות רווח, ולכך יש כמה דוגמאות. תופעות דומות ידועות גם באנגליה, שם חלק מהתאגידים החדשים פיתחו הרגלי התנהגות של עסקים פרטיים השואפים להביא רווחיהם למקסימום.

ערוב של כמה שיטות תגמול של בית-החולים יוצר מספר בעיות קשות. בחלק מתחומי פעילותו, בית-החולים מתוגמל על בסיס פרוספקטיבי של תשלום עבור פעילות, בחלק אחר, על בסיס של תשלום קבוע לכל יום אשפוז, ובחלק נוסף (הפעילות של בית-החולים לאחר הצהרים)

בתעריפים מיוחדים ובהסכמים נפרדים עם קופות-החולים. חלק מהנעשה בבית-החולים מדווח רשמית, וחלק איננו רשמי ואינו מדווח. מצב זה קשור לחלק מהבעיות שהתעוררו בפועל במערכת היחסים שבין בתי-החולים לבין קופות-החולים. בהקשר של התעריפים לפי קבוצת אבחון (הקרויים "תעריפים דיפרנציאליים"), נוצרת כאן אפשרות של בחירת בית-החולים לבצע פעולות שהן "כדאיות כלכלית" ולדחות חולים שהתגמול הדיפרנציאלי על הפעולות שיש לבצע עליהם אינו מהווה תגמול נאות. יש המסבירים בשיקול כלכלי של בית-החולים את הגידול האדיר שחל בביצוע ניתוחי לב מסוגים מסוימים (ניתוחי מעקפים) ששיעורם בישראל, מאז הונהג תעריף דיפרנציאלי לגביהם, גדל עד כדי היותו כפול ויותר מהמקובל במדינות אירופה. מצב דומה קיים גם בפעילויות אשפוזיות אחרות להן נקבעו תעריפים דיפרנציאליים ה"כדאיים כלכלית" לבית-החולים, כגון ניתוחי בלוטת הערמונית וצנתורים. בספרות המקצועית קרויה תופעה זו בשם "הרחבת האינדיקציות לניתוחים". יש המסבירים בשיקול כלכלי של חיסכון בעלויות את התורים לסוגים מסוימים של ניתוחים אורתופדיים (החלפת מפרקים) שהתהוו לאחר שהתברר שהתגמול לבתי-החולים בגין סוגים אלו של ניתוחים אינו כדאי. יש בתי-חולים ממשלתיים שהודיעו בפומבי בסוף 1995 שהם דוחים סוגי ניתוחים אלו ויוצרים להם תורים שעה שבת-החולים הללו היו שרויים במצוקה תקציבית זמנית בשל ה-Capping.

מכיוון שבסוגי הפעילויות הרפואיות המכוסות על-ידי המחירון של התעריפים הדיפרנציאליים כדאי לבית-החולים שהחולה ישהה בו את מינימום הזמן, נוצרו יחידות בקרה פנימיות של בתי-החולים העוקבות אחר משך זמן האשפוז של חולים המכוסים על-ידי תעריפים דיפרנציאליים (בית-החולים "הדסה", למשל, הקים יחידה מעין זו). יש תלונות של קופות-החולים על שחרור מוקדם מדי של חולים שטופלו על פי התעריפים הדיפרנציאליים.

בהקשר של פעולות המתוגמלות על בסיס של מחיר לפי יום אשפוז, דובר על הארכת משך האשפוז לצורך בירורים שונים היכולים להיות מבוצעים גם בקהילה, במסגרת הפעילות האמבולטורית של קופת-החולים. על מנת למנוע ולפקח על תופעות אלו, הקימו כל קופות-החולים יחידות לבקרת אשפוז. קופת-חולים כללית מפעילה, בחלק מבתי-החולים הממשלתיים והציבוריים הגדולים, יחידות בקרה על משך והוצאות האשפוז בתוך בתי-החולים. קופות-החולים הקטנות מפעילות מערך

בקה דומה, בעיקר בעזרת אחיות מנוסות המבקרות בתוך בתי-החולים ומפוקחות על-ידי רופא אחראי של הקופה. בנוסף, קיימות גם תופעות שחולים מאושפזים נשלחים בעת האשפוז להשיג תרופות מקופות-החולים.

ההסכמים המיוחדים לעבודה נוספת (שירותים רפואיים נוספים, או שר"ן) עם קופות-החולים, שלבתי-החולים הותר לחתום עליהם לפי הסדרי "התיאגוד שבדרך", יצרו גם הם בעיות רבות, שחלקן כבר תועד לעיל. ברור שיש עתה תמריץ הן לבית-החולים והן לצוות העובדים בו, הזוכה להסדרים של תגמול מיוחד, להעתיק פעולות שניתן היה לבצען במסגרת של משמרת הבוקר הרגילה לשעות אחר הצהרים והלילה. פעולות אלו מתוגמלות באמצעות עמותות חוץ-תקציביות שאינן כפופות למגבלות על התקציב הרגיל של בית-החולים. פעילותן מהווה גורם מדרבן להרחבת השירותים הניתנים למכירה באמצעותן. כך, למשל, מותר גם לבתי-החולים של קופת-חולים כללית לקיים שירות רפואי נוסף למחוזות קופת-חולים בשעות אחר הצהרים, אך היתר זה מוגבל לניתוחי לב. התוצאה היא שגם בבתי-חולים אלו נרשם היקף גדול מאד משמעותי בביצוע ניתוחי לב.

היבט בעייתי נוסף קשור להכנסתן של טכנולוגיות חדשות, שיעילותן ותרומתן למטופל לטווח הארוך טרם הוכחה, ושיווקן למטופלים אגרסיבי. היבט זה קיים ביתר תוקף בפעילות המתקיימת בהסדרי השירות הרפואי הנוסף (שר"ן) לאחר הצהרים. כבר כיום קיימות טכנולוגיות מעין אלו שהופעלו הגם שאין ראיות לכך שהן עדיפות על שיטות טיפול קיימות זולות יותר. המדובר בפרוצדורות אבחנתיות וכירורגיות חדשות כגון ניתוחי לייזר מסוגים מסוימים, הזרקות מקומיות של חומרים כימותרפיים לאיברים מבודדים, טכניקות חדשות של הדמיה ועוד. מערך השיווק של טכנולוגיות אלו על-ידי בתי-החולים מכוון להפעלתן באמצעות תשלומים לקרנות המחקר והפיתוח. דוגמא בולטת היא שיווק אגרסיבי של אבחון באמצעות MRI (אבחון בעזרת מחשב מתקדם והדמיה מגנטית) על-ידי בתי-חולים מסוימים שהותר להם להפעיל מכשיר אבחוני זה בישראל.

בבתי-החולים המתואגדים למחצה, כפי שתוארו לעיל, נוצרו שתי מערכות תקציביות. המערכת הגלויה, המופעלת באמצעות חוק התקציב, והמערכת הסמויה מן העין, הפועלת באמצעות העמותות השונות שמפעיל בית-החולים. המערכות הללו יוצרות מצב המקשה ביותר על פיקוח



ציבורי נאות ועל הבקרה השוטפת של גורמי הבקרה הממשלתיים והציבוריים (דירקטוריונים שמונו לחלק מבתי-החולים הממשלתיים). המעבר לתאגידים עצמאיים עשוי לפתור בעיה אחרונה זו בכך שהם אמורים לבטל את העמותות החוץ-תקציביות ולהפעיל מערכת תקציבית אחת בלבד. כל עוד לא עברו בתי-החולים למעמד מלא של בתי-חולים מתואגדים או לרשות אשפוז, יקשה על משרד הבריאות לפתח פעולות של ממש בתחומים של הצבת תקני פעולה ופיקוח עליהם בתחומי שיטות תגמול, הכנסת טכנולוגיות חדשות, שמירה על רמות איכות טיפול, זמינותו, נגישותו ומידה סבירה של שוויוניות בו בבתי-החולים החצי-מתואגדים.<sup>6</sup>

בשל הבעיות שתוארו לעיל, המצב הקיים נראה כחלופה פחות מועדפת. נשקלו לפחות שתי חלופות מדיניות נוספות: מעבר לשלב המתוכנן הבא של התיאגוד, כלומר הפיכת בתי-החולים הממשלתיים לתאגידים, והקמת רשות אשפוז ממלכתית בתוקף חוק, אשר נשקלה בשתי חלופות: חלופה ריכוזית וחלופה ביזורית.

### **ב. השלמת תהליך המעבר של בתי-החולים הממשלתיים לתאגידים**

החלופה השנייה היא המשך התהליך של העברת בתי-חולים של הממשלה, ואולי גם של קופת-חולים כללית, למעמד של תאגידים. מהלך זה אמור להיות קשור לאותן מטרות שבקשה בשעתו "ועדת נתניהו" להגשים על-ידי התיאגוד. המטרה הראשונה במעלה ובחשיבותה הייתה לשחרר את משרד הבריאות מניהול ישיר של בתי-חולים, וכמו כן מניהול והושטת שירותי בריאות במישרין לפרט, על מנת שיוכל לטפח ולפתח כראוי את מיגוון תפקידיו המינסטריאליים.

כיוון שהמשך העברת בתי-החולים הממשלתיים למעמד של תאגידים כרוך בעלויות מאד משמעותיות, יש מקום להסביר ולנמק מדיניות המכוונת להשגת מטרה זו. מה פירוש להשתחרר מבתי-החולים למען ביצוע תפקידיו המינסטריאליים? בביטוי ציורי, ניתן לומר שמשרד הבריאות, בשל עיסוקו בכיבוי שרפות ובניהול שוטף של בתי-חולים, אינו מתפנה לביצוע התפקידים המינסטריאליים שלו.

ניתן להביא מספר רב של דוגמאות לאמור לעיל. למשרד הבריאות יש מחסור קשה במידע בסיסי על הקורה במערכת הבריאות. הכוונה היא למידע רפואי, כלכלי, ואפידמיולוגי. מספר הרופאים והאחיות המועסקים בפועל במערכת הבריאות, לדוגמא, גילם והיקף משרתם, אינו ידוע

במדויק. עדיין אין בנמצא מידע שיטתי ומהימן על מספרי וסוגי הניתוחים הנעשים בבתי-החולים, אחוזי התחלואה במחלות שונות בארץ, וגורמי הסיכון לתחלואה המאפיינים את האוכלוסייה בישראל. בהיעדר מערכות מידע בסיסיות, כדוגמת אותם שהוזכרו, קשה ביותר לתכנן פיתוח שירותי בריאות בהתאמה לצורכי האוכלוסייה. לדוגמא, במשרד הבריאות נכתבה בשנת 1995 תכנית להוספת עוד כ-2500 מיטות אשפוז כלליות בישראל. עם זאת, עבודה זו אינה קשורה כלל באומדן של צרכים המעוגן במאפייני תחלואה ומוגבלות בריאותית של תושבי הארץ. בנוסף, המחסור הבסיס במידע מקשה על קביעת מדיניות נכונה במרבית מגזרי פעולותיו של משרד הבריאות כמיניסטרוון ממשלתי. משרד הבריאות ממלא תפקיד משני בקביעת מדיניות יישום והפצה של טכנולוגיות רפואיות שונות וכמעט שאינו פעיל בבקרת איכות הטיפול בבתי-חולים. במידה שהחל לעסוק בקביעת תקני איכות למגזר האשפוז, הרי שהדבר נעשה כמעט בלבדית על-ידי רופאים.

העברת בתי-החולים למעמד של תאגידים אמורה ליצור מצב שבו יתפנה משרד הבריאות מעיסוק בניהול שוטף של בתי-חולים. מקבלי החלטות ואנשי מקצוע שונים בו יוכלו להקדיש את זמנם ומרצם לתפקידיו האמיתיים של המשרד בדרג הלאומי. הכוונה לעיסוק בנושאים כגון קביעת מדיניות, תכנון ובקרה על כוח-אדם, טכנולוגיה, וכסף במערכת הבריאות בישראל. כל עוד לא יתפקד במערכת הבריאות מיניסטרוון שיעסוק בתפקידים אלו, מועטים סיכויי ההצלחה של רפורמות שהופעלו במערכת. לאמור, שינוי מהותי ומשמעותי ביותר של משרד הבריאות והפיכתו למיניסטרוון, הינו בבחינת תנאי מוקדם הכרחי להצלחת כל רפורמה במערכת.

מטרה נוספת של תהליך התיאגוד הייתה להעלות את מידת הגמישות הניהולית כל בית-החולים המתואגד, במסגרת של תחרות מבוקרת בין בתי-החולים. ההערכה הייתה שכתוצאה מגמישות ניהולית זו, ואוטונומיה מקומית בניהול, יתקצרו התורים לאשפוז, ישתפר השירות למבוטחים, ישתפרו יחסי העבודה בבתי-החולים ויהיה ניצול יעיל יותר של מתקנים וציוד. הנחת המוצא הייתה שפעילותם של בתי-החולים הממשלתיים בכפיפות לתקנון שירות המדינה (התקש"יר) ותקנות כספים ומשק (תכ"ם) איננה יוצרת תמריצים לחיסכון, להתייעלות, ליוזמה, ולניצולם המלא של המתקנים והציוד. כמו כן, מסגרת פעולה ממשלתית אינה מעודדת מתן מענה משופר לצרכים משתנים של אוכלוסיית האזור

שבו מצוי בתי-החולים. במידה ובית-החולים מצליח לחסוך מתקציבו על-ידי התייעלות, הרי שבדרך כלל יחזור הכסף לתקציב הממשלתי. כמה בעיות מתעוררות כתוצאה מבחירה בחלופה של המשך תהליך התיאגוד על פי התוואי שמשדר הבריאות כבר קבע.

### (1) האוטונומיה של התאגיד

דרגת האוטונומיה של התאגיד, יחסית לזו שניתנה לתאגידים באנגליה, זעומה. ייתכן שמשדר האוצר ישאף לשמור בידי את סמכות ייצוג המעסיק בכל משא ומתן הקשור לקביעת תנאי העבודה והשכר של העובדים. עם זאת, כפי שכבר צוין לעיל, כבר כיום נקבעים שכרם ותנאי עבודתם של עובדי בתי-החולים הממשלתיים המועסקים על-ידי סניפי קרן המחקרים ברמת בית-החולים. משקל שכר העבודה בהוצאות בית-חולים עולה על 70 אחוז. עלויות התרופות שקונה בית-החולים נתונות במידה מסוימת להשפעתו, אך ברור שעלות השימוש בנכסים שיועמדו לרשות התאגיד תיקבע על-ידי משרד האוצר. יחסית למה שהתאפשר למנהלי התאגידים של בתי-החולים באנגליה, חופש הפעולה של מנהלי התאגידים שבדרך בישראל מצומצם. בנוסף, אמורה להינתן לתאגיד התחייבות של הממשלה להגן עליו מפני היווצרות קרטל של קופות-החולים, על-ידי כך שיימשכו ההסדרים המאפשרים לאוצר לנכות מהמס המקביל המגיע לקופות-החולים את סכומי חוב שלהם לבתי-חולים מתואגדים. גם בנושא זה תימשך התלות בין בית-החולים המתואגד לביתו הממשלתי, משרד הבריאות.

### (2) המבנה המשפטי של התאגיד

החלטת התיאגוד נוגעת במישרין לתנאי עבודתם ולביטחונם התעסוקתי של אלפי עובדים. המדובר בתיאגודם במסגרת משפטית חדשה יחסית, שאין תקדימים להפעלתה בישראל, של "חברה לתועלת הציבור". בעבר בצעה הממשלה פעולות "תיאגוד" לא מעטות. יחידות שלמות של משרדי התקשורת והתחבורה הוצאו מתוכם ועברו למעמד עצמאי, בדרך כלל במסגרת של רשות. כך הוקמו רשות הנמלים, רשות שדות התעופה, ורשות הדואר. לעתים בחרה הממשלה לבצע מהלך זה על-ידי העברת היחידה הממשלתית למעמד של חברה ממשלתית, הכפופה לרשות החברות הממשלתיות במשרד האוצר, כגון במקרה של חברת התקשורת הממשלתית "בזק". בכל המקרים האחרונים, בוצעה ההעברה, מן הממשלה אל התאגיד, לאחר חקיקת חוק מתאים בכנסת. חוק זה, בדרך

כלל, יצר תשתית חוקית להגנת זכויות העובדים שעברו ממעמד של עובדי מדינה למעמד של עובדי רשות. יש משפטיים הטוענים שבסיסו החוקי של התיאגוד הנוכחי בעייתי וסבוך ביותר. אין תקדים לצורה כל כך רופפת של העברת אלפי עובדים ממעמד של עובדי מדינה להעסקה על-ידי תאגידים ציבוריים.

מהלכי התיאגוד הנוכחיים, המכוונים להביא, בשלבים, לביצוע תיאגוד מלא של כלל בתי-החולים הממשלתיים עולים לכאורה בקנה אחד עם ההמלצה דלעיל של ועדת החקירה הממלכתית. ייתכן מאד שיש מקום לשקול, במקום הפעלה של מבנה משפטי מורכב ובעייתי, שלא נוסה עד כה בישראל, גמישות מסוימת בנושא זה. יש בתי-חולים שלהם מתאים, אולי, מבנה משפטי של עמותה, ולחלק - חברה ממשלתית. ייתכן שלבתי-חולים של קופת-חולים כללית יתאים יותר מבנה של עמותה שלא למטרת רווח.

ביצועו של מהלך התיאגוד בשלבים, על פני כלל בתי-החולים הממשלתיים, ובצורה גמישה, יעלה את הסיכוי שמשרד הבריאות ישתחרר מתפקידי ניהולם הריכוזי היומיומי. כפי שהודגש לעיל, כל מבנה משפטי שיוחלט עליו אמור ליצור מצב שבו בית-החולים המתואגד מבטל את העמותות החוץ תקציביות שהוא מפעיל ומספק את שירותיו במערכת תקציבית אחת בלבד. כעקרון חשוב ביותר נוסף, כל מבנה משפטי עתידי אמור לשמור על הבעלות של הציבור על בית-החולים ועל אופיו הציבורי ופעולתו לטובת הציבור.

### **(3) התפתחות של תחרות בין בתי-החולים המתואגדים**

התפתחות אפשרית של תחרות בין בתי-החולים המתואגדים עשויה להשפיע על יעילותם ונגישותם. יש להניח שכל בית-חולים מתואגד ישאף להגדיל את מספר החולים המטופלים בו מכיוון שבכך תלויות הכנסותיו. יש להניח, כמו כן, שתהיה לכך השפעה בכיוון של שאיפה מקצועית בסיסית של בית-החולים המתואגד לתת טיפול איכותי ולמלא את שליחותו כלפי המאושפזים בו בצורה הטובה ביותר. במקביל ניתן להניח שתתקיים תחרות על יוקרה מקצועית (יכולת בית-החולים למשוך אליו "שמות נוצצים" של מנתחים מפורסמים, לדוגמא, או של טכנולוגיות חדשות). מחקרים על היבטים של תחרות בין בתי-חולים במדינות מפותחות מוצאים שזוהי תגובה שכיחה של בית-חולים למצב של תחרותיות ביניהם. מחקר הערכה על התהוות תחרות בין בתי-החולים המתואגדים באנגליה הגיע למסקנה שהתחרות התייחסה בעיקר

לשירותים שהם בעלי נראות גבוהה בבתי-החולים, כגון זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים ופרוצדורות אבחוניות, או משלוח סיכומי מחלה לרופא כללי. לעומת זאת, פורסם באנגליה מעט מאד מידע שיטתי על ביצועי בתי-חולים, כגון שיעורי תמותה מתוקננים לגיל ול-case mix. מבחינת הנגישות של שירותי בתי-החולים המתואגדים, ניתן להניח שהתחרות בין בתי-החולים תשפיע על העלאת הנגישות. על מנת למשוך אליהם מטופלים נוספים, יקלו בתי-החולים ככל האפשר על קביעת תורים ותזמונם, שעות קבלה נוחות, קיצור תורים ושיפורים אחרים כגון בחניה ליד בית-החולים. צפוי שהתחרות תביא לדפוסי ניצול משופרים של יכולות קיימות, כולל בחדרי ניתוח ובמיטות אשפוז. חלק מהמאמצים הללו לשיפור הנגישות יביאו להשקעות נוספות, שלהן השפעה על הגדלת עלויות האשפוז למטופל.

בתי-החולים המתואגדים, לאחר שיקבלו אוטונומיה מלאה, ישאפו לפתח ולהרחיב בעיקר את שירותי האשפוז המביאים לתוספת הכנסות גדולה יותר. יש להניח שפעילות השיווק שלהם תתמקד בפלחי אוכלוסייה שיש להם יכולת כלכלית לרכוש מבית-החולים שירותים נוספים הנמכרים על-ידי בית-החולים מחוץ לסל, כולל שירותי מלונאות, ושירותים נלווים שונים. בשוק תחרותי מתפתח זה, קשה מאד יהיה למנוע ולהגביל מכירת שירותים שונים שנחיצותם מפוקפקת. בצורה זו, התחרות בין בתי-החולים עלולה לפעול להרחבת ההוצאה הלאומית לבריאות, גם דרך כפילויות בשירותים אמבולטוריים שתוארו קודם לכן. צפוי שבתי-חולים המתחרים ביניהם לא יגדילו נגישותם לקליטת מטופלים הנמנים על קבוצות חלשות באוכלוסייה. הם יכוונו פעילותם להעלאת נגישותם לחולים המביאים עמם תוספות הכנסה, כולל חולים פרטיים, וחולים שעלות אשפוזם מכוסה על-ידי הסדרי השר"ן וחברות ביטוח מהארץ ומחוצה לה. במקביל, יש להעריך שבתי-חולים לא יעודדו ולא ישווקו את שירותיהם לחולים במחלות כרוניות קשות שהטיפול בהם יקר ביותר ואינו מתוגמל בצורה ריאלית, כגון חולים באיידס, חולים אונקולוגיים, קשישים החולים במחלות אקוטיות. שירותים חדשים שיפתח בית-החולים מחוץ לסל שירותי הבריאות המחויב על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי יכוונו באורח טבעי לאותן שכבות באוכלוסייה המסוגלות לשלם בגינן, אם ישירות ואם באמצעות ביטוחים משלימים. כבר כיום, מכסים הביטוחים המשלימים של קופות-החולים כיסוי חלקי לפעילויות רפואיות שאינן כלולות בסל, כולל הקדמת תור על-ידי ביצוע

הפעילות בשעות אחר הצהריים ואפשרות של בחירת רופא מנתח. הטבות אלו אינן נחלתם של אותן שכבות באוכלוסייה שאין ידן משגת לרכוש לעצמן, תמורת תשלום נוסף, ביטוחים משלימים.

חלק מההשפעות החיוביות הצפויות של קיום מידה מסוימת של תחרות בין בתי-החולים ניתן להשיג גם במבנה של אוטונומיה תפקודית גבוהה של כלל בתי-החולים הציבוריים הפועלים במסגרת-על של רשות אשפוז מבוזרת. שיפור של ניצול תשתיות בתי-החולים כבר הושג, במידה רבה, תודות להפעלת הסדרי השירות הרפואי הנוסף (שר"ן) שתוארו לעיל.

#### (4) יחסי העבודה בבתי-החולים המתואגדים

היבט נוסף של פעילות בתי-החולים המתואגדים שיושפע, כנראה, בצורה חיובית על-ידי התיאגוד הינו מערכת יחסי העבודה שלהם. המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית עדיין משתמשת בתקן מיטות מינימלי כאחד הקריטריונים הקובעים מתן הכרה למחלקה בבית-חולים לצורך אישור של התמחות במחלקה. ייתכן שדרישה זו תוחלף בקריטריון שיתבסס על רמת הפעילות הכוללת במחלקה, כולל פעילות אמבולטורית. שינויים אלו יאפשרו שינויים משמעותיים במבנה המחלקות.

התקינה המחייבת של משרות רופאים בבתי-החולים הציבוריים, מכוח הישג מקצועי של הסתדרות הרופאים עוד משנות השבעים, כובלת את ידי הנהלת בית-החולים בכל ניסיון להקצאה הגיונית של כוח-האדם הרפואי. הסכמי העבודה שבין ההסתדרות הרפואית לבין המעסיקים קובעים כיום תקן מחייב של רופאים לכל מחלקה על פי תקן המיטות שלה ולכל בית-חולים על פי הפעילות האמבולטורית שלו. הגם שבפועל הנהלת כל בית-חולים מקצה תקנים אלו על פי עומסי עבודה, הרי תקנים אלו מוליכים לעתים לאבטלה סמויה של רופאים במחלקות מסוימות. מתן אוטונומיה מקומית מסוימת בתחום חתימת הסכמים מקומיים מעבר להסכמים הענפיים עשוי לאפשר ויתור של הרופאים על תקן זה בתמורה מסוימת. לאחר העלאות השכר שניתנו לרופאים בשנים 1993-1994, נוצר מצב שבו כוח-האדם הרפואי בבית-החולים הוא המשאב היקר ביותר והמשפיע ביותר על רמת הוצאות בית-החולים. שיפורים של ניצול כוח-האדם הרפואי של בתי-החולים כתוצאה מהסכמים מקומיים עשויים ליצור חסכוניות משמעותיים בהוצאות תפעולם. לרופאים יש כמו כן השפעה מכרעת על רמת הוצאות בית-החולים על טכנולוגיות רפואיות שונות.

בעידן של מעבר להסדרי אשפוז יום, של דפוסי העסקה גמישים יותר של רופאי קהילה בבתי-חולים, של יחסי תחלופה סבירים יותר בין טכנאים רפואיים ואחיות מוסמכות לרופאים, הסכמים מקומיים שיבואו בנוסף להסכמים ארציים, בהם תוספת תגמול תוצמד לחיסכון בהוצאות תפעול, עשויים לתרום לבניית כושר תחרות ולהתייעלות של כל בית-חולים. בעת כתיבת הדברים, נראה שעצירת מהלכי התיאגוד נובעת בעיקרה מכישלונות המשא והמתן שנוהל עם נציגויות עובדי המנהל והמשק בבתי-החולים הממשלתיים ונציגות האחיות המועסקות בבתי-חולים אלו. נציגויות אלו חוששות מאובדן אפשרי של חלק מכוון והשפעתן במידה וייווצר דרג מקומי של מערכת יחסי העבודה. בנוסף, יש חששות מאובדן הביטחון התעסוקתי המוקנה לעובדי מדינה והחלפתו באיום אפשרי של הפרטה מלאה של בתי-החולים. מכיוון שמשרד האוצר מנהל מזה שנים מדיניות שכר הדוגלת בתשלום משכורות נמוכות ככל האפשר לעובדי המדינה, הרי שבעיקרון ניתן להעריך שכל עובד מדינה מוכן לשקול חיובית מעבר למעמד של עובד רשות או תאגיד ציבורי. בעבר, כל אותם עובדי מדינה שעברו בנתיב זה, מן הממשלה החוצה, לרשויות ולתאגידים, זכו לתוספות מאד משמעותיות לשכרם ולתנאי עבודתם. די להביא, לצורך זה, את דוגמת כ-7000 עובדי "בזק", שקבלו העלאות של שתי דרגות במשכורתם, בממוצע, וכמו כן הקצאות רכב נדיבות, בעת המעבר ממעמד של עובדי משרד התקשורת לעובדי החברה הממשלתית "בזק".

נציגי עובדי המנהל והמשק בבתי-החולים הממשלתיים מעלים חששות כבדים שהמעבר לתאגידים ירע את תנאי העבודה והשכר של חלק משמעותי של העובדים. במידה ולאחר התיאגוד יתקיים, בנוסף לדרג הארצי של קביעת תנאי השכר והתעסוקה, גם דרג מקומי, תיתכנה אפשרויות של שיפור משמעותי בתנאי העבודה והשכר של עובדים אלו. הסדרים של שיתוף עובדים בחסכוניות ובהתייעלות, שיופעלו בכל בית-חולים, לפי המלצות ועדת החקירה עשויים, ללא ספק, לתרום להכנסתם. דרג מקומי זה של יחסי העבודה, כפי שתואר לעיל, כבר פועל עתה במסגרת הפעילות של קרן המחקר וסניפיה. המעבר מפנסיה תקציבית-ממשלתית להסדרי פנסיה בקרן תגמולים כלשהי עשוי אף הוא לשפר את מצבם, שכן ידוע שרמת הפנסיה הממשלתית-תקציבית היא מהנמוכות במשק, יחסית לשכר הממוצע. מנגד, הניסיון באנגליה אינו נותן תמיכה

להיווצרות של דרג מקומי: התנגדותם העזה של האיגודים המקצועיים שם מנעה ובלמה היווצרות דרג זה בתאגידי בתי-החולים שם.

**(5) בקרת איכות הפעולה של בתי-החולים הממשלתיים המתואגדים**

סביר שהתחרות בין בתי-חולים מתואגדים תתבטא בהיצע של תנאים נלווים לאשפוז. כתוצאה מכך נוצרת בעיה של בקרת איכות הפעולה של בתי-חולים אלו. בקרת האיכות רלוונטית הן בהקשר לאותן פעילויות אשפוז הנכללות בסל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי והן בהקשר של פעילויות רפואיות ואחרות הנעשות בבתי-החולים מחוץ לסל.

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. יש בתי-חולים הנעזרים, בהערכת איכות הטיפול, בוועדה פנימית של רופאים בלתי תלויים, יש המתייחסים למדדים "קשים" כגון שיעורי סיבוכים בניתוחים שונים ופטירות, ויש המתייחסים בכובד ראש לשביעות רצונם של המטופלים מהטיפול שקבלו בבית-החולים, כפי שנמדד על-ידי סקרי שביעות רצון. ברור, מכל מקום, שבישראל אנו מצויים עדיין בתחילת הדרך בנושא סבוך זה. ננקטו אמנם צעדים ראשוניים בהערכת איכות טיפול של בתי-חולים. עם זאת, אין עדיין תקנים ממלכתיים של הערכת איכות טיפול, ואין בבתי-החולים המתואגדים מערך שיטתי ומבוקר של בקרת איכות. במשרד הבריאות לא נבנה עדיין מערך של בקרת איכות הטיפול בבתי-חולים.

**(6) עלויות העסקאות של בתי-החולים המתואגדים**

מיד לאחר הפעלתו המלאה של התיאגוד, סביר שתתרחש עליית מחירים משמעותית של שירותי האשפוז במדינת ישראל. ניתן להתייחס אליה כהשקעה חד-פעמית והכרחית שמשלם עם ישראל בגין הפיכת משרד הבריאות למינסטריון ומתן הזדמנות או יצירת אפשרויות להתייעלות פנימית של בתי-החולים. כלכלני בריאות מכנים גידול צפוי זה בעלויות בשם "עלויות העסקאות". כוונתם במונח זה הינה לגידול המתבקש בהוצאות על ניהול מערכת תמחיר, תקצוב, חשבות מקומית ועוד. בשל כך, קראנו לבעיית מפתח זו של תהליך התיאגוד בשם "עלויות העסקאות" של תיאגוד בתי-החולים הממשלתיים. להלן נסביר מדוע אמורה להתרחש עליית מחירים משמעותית זו ומהן השלכותיה. עליית מחירי האשפוז קשורה בחלקה להפיכת עלות סמויה לעלות גלויה. אם



יחלט, למשל, על מעבר עובדים של בתי-החולים ממעמד של עובדי מדינה למעמד של עובדי תאגיד והמדינה תפסיק את הסדרי הפנסיה התקציבית, יש לשער שייקבעו במקומם הסדרי פנסיה חילופיים שיתבטאו בתוספת עלות עסקה מאד משמעותית לכל בית-חולים בנפרד, אך במקביל יחסכו סכומים דומים מתקציב המדינה. זוהי העלאת מחירים המבטאת בחלקה תוספת של הוצאות בכל בית-חולים מתואגד.

בתי-החולים המתואגדים, לכשיגיעו לכלל הסכמים עם האוצר ועם עובדיהם, יחויבו, כפי שניתן להניח, לשלם לממשלה דמי חכירה על הרכוש הממשלתי שיעבור אליהם. במידה שהממשלה לא תתחייב לכסות את השקעות התשתית של בתי-חולים אלו, הם יאלצו לכלול בתחשיב הוצאות בית-החולים המתואגד פחת על רכש קבוע, מבנים וציוד. בנוסף, בתי-החולים יאלצו להוסיף כ-25 אחוז להוצאות השכר שלהם (והוצאות השכר הן כ-70 אחוז מסך ההוצאות של בית-חולים, בממוצע) בגין הפרשות פנסיה ומס מעסיקים שבהם יחויבו בתי-החולים. במידה שיוטל על בתי-החולים שיהפכו לתאגידים לשלם גם מס ערך מוסף, כמו בתי-החולים הפרטיים החייבים לשלמו, יעלו הוצאותיהם בשיעור ניכר עוד יותר.

לפיכך, אין להניח שהתיאגוד ייצור, כבר בטווח הקצר, חסכוניות של ממש במערכת האשפוז הציבורית בישראל. ניתן לקבוע שהתיאגוד כרוך בעלייה מיידית ומשמעותית של ההוצאות של מערכת האשפוז בישראל. עלייה זו מתחייבת גם בשל השקעות חיוניות ונדרשות במערכות מידע, תקצוב ותמחור, שיווק ובקרה מנהלית, שהם חלק הכרחי של תהליך התיאגוד. בית-חולים מתואגד יתקשה לתפקד כלכלית בהיעדר מערכת מידע מערכתית, כולל מערכת תמחור. המדובר בהשקעות יקרות ביצירת תשתית זו לפעולתו העצמאית של בית-החולים. מדינות אחרות, כגון שוודיה ואנגליה, שבהן היה מעבר של בתי-חולים מיחידות בירוקרטיות מנוהלות במסגרת תקציב ציבורי ליחידות עלות המנוהלות במסגרת של חוזים עם קוני שירותים, גילו להפתעתם שעלות העסקאות הקשורה במעבר זה היא עצומה במימדיה, ושרובה ככולה לא נאמדה נכונה מלכתחילה.

במידה שיהיו חסכוניות, הרי שהם ייווצרו בטווח הארוך יותר, למשל כתוצאה מהפעלת חדרי ניתוח בבתי-חולים במשמרת שנייה ושלישית (וגם בכך יש המטילים ספק). התייעלות של ממש במערכת האשפוז הציבורית, כתוצאה מתהליך התיאגוד אמורה להיווצר כתוצאה של

הסכמי עבודה חדשים שיחתמו עם העובדים. הסכמים אלו עשויים לאפשר התייעלות במידה ואמנם יקנו להנהלת בית-החולים גמישות ניהולית ויסירו חלק מהמגבלות על ניהול אפקטיבי שתוארו לעיל.

### ג. הקמת רשות אשפוז ממלכתית

#### (1) רשות אשפוז ריכוזית

החלופה השלישית היא זו של הקמת רשות אשפוז ממלכתית. הרעיון של הקמת רשות מעין זו עלה לראשונה עוד בתקופת הכהונה של שר הבריאות אליעזר שוסטק, בשנת 1979. שרת הבריאות שושנה ארבלי-אלמוזלינו, שפעלה על בסיס המלצותיה של ועדה משרדית שמונתה על-ידי בראשות פרופ' נתן טריינין ממכון ויצמן, המליצה לממשלה על הקמתה של רשות אשפוז ממלכתית ריכוזית. הצעת חוק הוגשה על-ידי בנושא זה, אך בשל התנגדות שר האוצר דאז ההצעה לא אושרה על-ידי הממשלה. להלן תקרא חלופה זו רשות אשפוז ריכוזית, על מנת להבחין בינה לבין החלופה של רשות אשפוז ביזורית.

על פי הצעת החוק שהוכנה אז, הרשות הייתה אמורה להיהפך לגוף הניהול העליון של כלל בתי-החולים והמרפאות שבעלות הממשלה כולל בשיתוף עם רשויות מוניציפליות. הטענות העיקריות שהועלו בוויכוח על הקמת רשות אשפוז ריכוזית היו קשורות למעמד הציבורי של בתי-החולים. נטען ששמירה על מדיניות משרד הבריאות, כולל על יכולתו של משרד הבריאות למנות מנהלים ולפקח על פעילות בתי-החולים שהם מוסד ציבורי בעל מידה מסוימת של שליטה מונופולית באזור פעולתו, מחייבת רשות ריכוזית שתוקם בתוקף חוק. ועדת טוקטלי, שכבר נזכרה לעיל, ביצעה השוואה שיטתית של חלופה זו לעומת החלופה של הפיכת בתי-החולים הממשלתיים לעמותות והגיעה למסקנה שיקשה ביותר על משרד הבריאות לפקח על פעילותן של העמותות, להעביר אליהן נכסים, למנות להן מנהלים, ולקיים בקרה עליהן. על פי הצעת החוק ודברי ההסבר שנלוו אליה, הרשות הייתה אמורה לאפשר לכל בית-חולים מידה מסוימת של גמישות ועצמאות פעולה. ברור שלהצעת הרשות הריכוזית יתרונות ברורים מנקודת ראות העובדים: המעבר כרוך ומוסדר בחקיקת חוק מיוחד. העברת בתי-החולים לרשות אשפוז נותנת פתרון לצורך בהפרדתם מניהולו השוטף של משרד הבריאות.

בין החסרונות של חלופה זו, שצוינו בוויכוח הציבורי וכן בדוח ועדת נתניהו שעסקה בנושא זה: סרבול ובירוקרטיזציה נוספת שאיננה חיונית, לרשות אין תפקידים ייחודיים שאינם יכולים להתמלא על-ידי כל בית-חולים בנפרד, צריך לאפשר לכל בית-חולים את חופש הבחירה לקנות את שירותי הרשות בתחומים שונים (בינוי, תחזוקה, רכש, תכנון פיזי) או לספקם לעצמו בדרכים חלופיות, הקמת רשות סטטוטורית היא תהליך

ארוך וממושך שאיננו מבטיח את המידה הרצויה של התייעלות, חדשנות והתפתחות של בתי-החולים למערכת כלכלית שבה עליהם להתחרות, והרשות תגביר ותחזק מגמות קיימות של התנהגות בתי-חולים כמונופול מקומי.

הנימוק האחרון היה זה שהביא בעבר להסרת הצעת החוק שהגישה שרת הבריאות דאז, שושנה ארבל-אלמוזלינו, מעל שולחן הממשלה. משרד האוצר, בצורה עקבית, שלל רעיון זה מיסודו. הקמת מעין קרטל המנוהל ריכוזית של כלל בתי-החולים הכלליים בארץ הוכתר על-ידי מנכ"ל משרד האוצר כ"מקדם אינפלציוני של ההוצאה הלאומית לבריאות."

צוינו חסרונות נוספים של הקמת רשות אשפוז ריכוזית. יש חשש רציני שהקמת רשות אשפוז ריכוזית תיצור כפילויות בינה לבין משרד הבריאות דווקא בנושאים בהם יש צורך ומקום לחזק את משרד הבריאות, כדוגמת תכנון שירותי האשפוז, ויסות היצע שירותים אלו על-ידי תמריצים מתאימים, והקמת מסדי מידע על מגזר זה של שירותי האשפוז. יש מקום להערכה שקובעי המדיניות שנבחרו בבחירות של 1996 להגה השלטון לא יראו חלופה זו כמועדפת, בהתחשב באידיאולוגיה הפוליטית של הפרטה המאפיינת אותם.

## **(2) רשות אשפוז ביזורית**

הרעיון הוא של רשות אשפוז ביזורית, שבה לכל בית-חולים ציבורי יש דרגה גבוהה של אוטונומיה תפעולית וכספית, כבית-חולים "כמעט מתואגד", ומעל לכלל בתי-החולים הללו מוקמת רשות-על ממלכתית בעלת תפקידים מוגבלים. רעיון זה איננו חדש, הוא הוצע עוד בשנת 1987 על-ידי ועדת נגן שהוקמה מטעם מרכז קופת-חולים כללית. לפי דו"ח ועדת נגן, הקמה של רשות זו עשויה להשיג חלק של היתרונות המיוחסים לתיאגוד תוך כדי שמירה הדוקה על יעדי מדיניות הבריאות והאינטרס הציבורי בקיום שירותי אשפוז נגישים, זמינים, ממוקדי-לקוח, ויעילים. אם אמנם תישקל חלופה זו, המצריכה כמובן תהליך של חקיקה, תפקידיו של משרד הבריאות בתחום קביעת המדיניות יהפכו למרכזיים. משרד הבריאות יקבע את סל שירותי האשפוז (על פי המתכונת המפורטת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי). מדיניות הפיתוח של שירותי האשפוז תישמר בידי משרד הבריאות: הוא זה שימשיך להיות אחראי על הוצאת רשיונות לבתי-חולים ולתוספות של מיטות להם. משרד הבריאות ייתן היתרים לתוספת טכנולוגיות יקרות למיניהן. משרד הבריאות גם ישמור

על תפקידיו המיניסטריאליים בכל הקשור לתכנון, פיקוח והכוונת הכשרת כוח-אדם למערכת הבריאות כולל לבתי-החולים. משרד הבריאות יהיה הגורם המממן את רשות האשפוז מתקציבו, ותקציב הרשות יאושר מדי שנה בתהליך הרגיל של אשור תקציבי רשויות ממשלתיות שונות. לעומת זאת, תקציב כל בית-חולים יהיה תלוי-הכנסה וייקבע בהתאמה למערכת החוזים שיחתמו בין בית-החולים לבין קופות-החולים. כל בית-חולים ישלם לרשות האשפוז, כתקורה על שירותיה, תשלומים שנתיים בהתאמה לסל השימושים שבית-החולים עושה בשירותי הרשות.

מה יהיו תפקידי רשות האשפוז? מובן שבכל הקשור לשירותים בעלי היקף ארצי, כלומר שירותי אשפוז רבעוניים, כגון השתלות וניתוחים המבוצעים בהתמחות ארצית, יהיה לרשות האשפוז תפקידי הכוונה ובקרה ופיקוח ישירים. בנוסף, יהיו לרשות תפקידים של ניהול ישיר של בתי-החולים בעת חירום, תפקידים הנתונים כיום בידי רשות האשפוז העליונה וועדת מ"ח של משרד הבריאות. תחומים נוספים שתעסוק בהם הרשות תוך כדי ניהול ריכוזי הם תחומי ההשקעה בתשתיות, לפחות מבחינת התכנון של הבינוי והמימון. התקציבים לצורך זה יבואו ממשרד הבריאות. הרשות תוכל לקלוט בתוכה תאגידי שכבר הוקמו על-ידי בתי-החולים הממשלתיים לצורך שיתוף פעולה ביניהם. תאגידי אלו עוסקים כיום ברכש של תרופות עבור כלל בתי-החולים הממשלתיים ובגיוס והשמת כוח-אדם זמני. יש לשער שלרשות יהיו יתרונות לגודל ברורים בתחומים אלו.

ייתכן שיוחלט על מסגרות תיאום וסיוע הדדי בין בתי-חולים בפריפריה ובמרכז: הרשות תוכל להתקין תקנות בנושאים אלו, ולהביא לביצוען. לרשות יש יתרונות מסוימים לגודל בהשגת קרנות מחקר חיצוניים, כולל מיצרני תרופות.

הרשות תוכל גם לטפל בהקצאה יעילה של תפקידי הוראה בין בתי-החולים. כיום, יש מידה רבה של כפילות וחוסר יעילות בסינוף אקדמי של יחידות בתי-חולים. בנוסף, צפוי שהרשות תהיה מעורבת בתיאום בין כלל בתי-החולים בכל הקשור לייצוגם בניהול משא-ומתן קיבוצי עם נציגויות העובדים בכלל מערכת האשפוז. ניהול משא ומתן מסור עתה לממונה על השכר במשרד האוצר. הפעילויות והתפקידים דלעיל מבוצעים עתה רובם ככולם על-ידי משרד הבריאות, והקמת רשות האשפוז תשחרר את משרד

הבריאות מעיסוק בהם תוך ריכוז מאמצי המשרד בביצוע תפקידיו המיניסטריליים.

בית-החולים הציבורי שיוכפף לרשות האשפוז יהיה אוטונומי כמו בגרסת התיאגוד, להוציא כל אותם שטחי פעולה שהוזכרו לעיל כנתונים לסמכות רשות האשפוז. בית-החולים יוכל להתחרות בבתי-חולים אחרים במסגרת כללי התגמול ותחומים שיקבעו על-ידי משרד הבריאות. לרוב בתי-החולים הכלליים בישראל יש מידה מסוימת של מונופול מקומי, היבט המצדיק קיום רשות-על ציבורית לפיקוח ולבקרת אותה מידת תחרות שתאפשר לבתי-החולים. בית-החולים הציבורי, כמו במצב הקיים של התאגידים בהקמה, יוכל למכור שירותים נוספים לאלו הכלולים בסל, אך במסגרת של מערכת תקציבית אחת, המפוקחת על-ידי רשות האשפוז.

בית-החולים האוטונומי הפועל במסגרת רשות האשפוז יוכל לחתום על חוזים מיוחדים עם עובדים, ליצור לעצמו רובד נוסף של הסכם קיבוצי מקומי עם חלק או כלל עובדיו. זהו עניין מרכזי בחשיבותו, שיקבע אולי יותר מאשר כל נושא אחר את אפקטיביות הפעולה של בית-החולים הבודד (כיוון שכ-70 אחוז של כלל הוצאות בית-החולים הם על שכר). הוא היתרון המאד ברור שיש לרשות אשפוז ביזורית. כל עוד המדובר בעובדי מדינה, ששכרם משולם מתוך תקציב בית-החולים (ולא בכספי עמותת קרן המחקרים שהוזכרה לעיל), הרי שרובד הסכמי עבודה מקומיים טעון אישור של הממונה על השכר במשרד האוצר, וזאת על פי חוק יסודות התקציב. חוק רשות אשפוז יכול להחליף ריכוזיות מרחיקת לכת זו של קביעת תנאי העבודה והשכר במבנה גמיש יותר, שבו יש סמכות לרשות האשפוז לאשר רובד מקומי של הסכמי שכר. הסדרים דומים קיימים גם במערכת החינוך והרשויות המקומיות, הגם שלא מוסדו בחוק. בית-החולים האוטונומי יוכל, בנוסף, להחליט בעצמו על מדיניות האספקה שלו (להוציא פריטי ציוד מסוימים, יקרים במיוחד, שעדיף שיירכשו מרכזית בידי הרשות).

כמו בגירסה של התיאגוד המלא, ייקבע לכל בית-חולים דירקטוריון או מועצת מנהלים בו ייוצגו בעיקר נציגי ציבור וקהילה, על מנת שיווצר קשר ישיר בין פעולת בית-החולים לקהילה שבה הוא מתפקד. גוף זה של מועצת מנהלים יפעל בפיקוח של רשות האשפוז.

מספר יתרונות עשויים להתקיים בחלופה זו של רשות אשפוז ביזורית. בחלופה זו, מושג שחרור משרד הבריאות ומרכז קופת-חולים מתפקיד

ניהול ישיר של בתי-חולים. כך יכולים גופי-על אלו להתפנות לתפקידי קביעת ובקרת מדיניות כוללת. תתקיים מידה מסוימת של תחרות בין בתי-החולים, אך היא תפוקה ותבוקר על-ידי הרשות. יש לשער שיהיה שיפור משמעותי במערכת יחסי העבודה, שכן חלופה זו תאפשר העברת עובדי מדינה ועובדי קופת-חולים למעמד של עובדי הרשות. רשות אשפוז יכולה לאכוף ולפקח על קיום מערכת מידע אחידה בבתי-החולים, דבר שיש לו משמעות רבה לבניית מסדי מידע לאומיים על המגזר האשפוזי. במצב של תיאגוד מלא, עלול להיות לבית-החולים המלא תמריץ שלילי להעביר מידע מפורט על פעילויותיו, העלולות לשרת את מתחריו.

רשות האשפוז, בפעולותיה וביישום סמכויותיה, אמורה להיות מונחית על-ידי מדיניות משרד הבריאות בכל הקשור להגדרת תפקידי בית-החולים העתידי. ייתכן שעל-ידי כך ניתן יהיה להקטין את מידת העיסוק של בתי-חולים בפעילויות רפואיות שעדיף שתתבצענה בקהילה.

חלופה זו מוצעת תוך מודעות לכך שעדיין אין היא מובאת בצורה מלאה ושלמה. לא ברור מתוכה כיצד ישולבו בה בתי-חולים ציבוריים שלא למטרת רווח הפועלים כבר כיום כתאגידיים ושאינם בבעלות הממשלה או קופת-חולים כללית (לדוגמא, בתי-החולים הציבוריים בירושלים). אין החלופה כוללת דיון והתייחסות לבתי-חולים לחולי נפש ולחולים כרוניים. זוהי סוגיה מורכבת הדורשת התייחסות נפרדת. בנוסף, לא נכלל בחלופה זו פירוט של כללי התגמול לפיהם יפעלו בתי-חולים כלליים במסגרת רשות האשפוז. כללי תגמול אלו, כפי שהודגם לעיל, קובעים במידה רבה את התנהגות בית-החולים הבודד. חשוב לשמר את האוטונומיה התקציבית של בית-החולים הכללי במסגרת של כללי התגמול הללו, כך שיפעל כמרכז עלות עצמאי. אין החלופה כוללת פירוט הסמכויות של הרשות ושל משרד הבריאות בכל הקשור להשקעות תשתית במערכת האשפוז. בהקשר זה, ניתן להזכיר שבאנגליה נתבעו 440 בתי-החולים שתואגדו, כלומר עברו למעמד של trusts, להגיע לשיעור תשואה של 6 אחוזים על נכסי ההון שלהם.

התמורה במעמדם של בתי-החולים הכלליים המופעלים על-ידי קופת-חולים היא משמעותית ביותר. הם אמורים לעבור מיחידות שכיום מתקצבות בעיקרן, וממוקדות בהיצע של שירותי אשפוז, ליחידות האמורות לפעול על בסיס חשיבה ממוקדת לקוח תוך עצמאות תקציבית. זהו תהליך מסובך, ארוך, הדורש השקעות תשתית שתוארו לעיל אך גם שינוי תרבות הניהול בתוך בית-החולים העצמאי החדש, בין שיפעל

ברשות אשפוז ביזורית או כתאגיד עצמאי. במסגרת זו, לא עסקנו בתהליך שינוי מקיף ומשמעותי זה.



## הערות

<sup>1</sup> צריך להדגיש, כהסתייגות מהנחה זו, שעל פי נתוני נציבות שירות המדינה, הגידול בתקני רופאים בבתי-חולים ממשלתיים, בשנים 1990 עד 1996, היה בשיעור של 1.25 אחוז לשנה בלבד. נתון זה איננו כולל את הגידול שחל בהעסקת רופאים בחוזים אישיים על-ידי קרן המחקרים של בתי-החולים.

<sup>2</sup> קיימות, אמנם, תכניות לתיאגוד בתי-חולים פסיכיאטריים וגריאטריים השייכים לממשלה. בשל בעיות עקרוניות, שטרם מצאו את פתרונן, בעניין שילוב שירותי בריאות הנפש ושירותי האשפוז הגריאטריים בקופות-החולים, עדיין לא הגיעו תכניות אלו לכלל מימוש משמעותי.

<sup>3</sup> בבתי-חולים כלליים בבעלות פרטית למטרת רווח רק כ-5 אחוזים מתוך 12,753 המיטות של בתי-החולים הכלליים. קבוצת בתי-החולים הפרטיים כוללת גם שני בתי-חולים בבעלות קופת-חולים מכבי. מכיוון שבת-חולים בבעלות ציבורית אחרת, כגון בתי-החולים של "הדסה" ובית-החולים "שערי צדק" בירושלים, הוקמו ומופעלים כתאגידים (מלכ"רים) הרי שתוכנית התיאגוד איננה רלוונטית להם.

<sup>4</sup> צריך להוסיף שמתוך 11 בתי-החולים הממשלתיים, שניים (המרכז הרפואי סוראסקי בתל אביב - בית-החולים איכילוב, ובית-החולים בני ציון בחיפה) הם בתי-חולים עירוניים ממשלתיים. בתי-חולים אחרונים אלו אמנם מתוקצבים על-ידי אוצר המדינה אך עובדיהם אינם עובדי מדינה אלא עובדי העיריות. על עובדי בתי-חולים אלו חלים הסכמי שכר ייחודיים החלים על עובדי עירייה, בנוסף להסכמים החלים על כלל מערכת הבריאות, ושני בתי-חולים אלו אינם יחידות סמך ממשלתיות.

<sup>5</sup> לתחשיב זה יש להתייחס כאומדן מקורב, שכן הוא מבוסס על השוואת מחיר יום אשפוז המתפרסם בראשית כל שנה תקציבית בספר התקציב לעלות יום אשפוז כפי שהוא מופיע בשנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ויש שוני בהגדרות ובפרקי הזמן המכוסים על-ידי כל אחד מן המקורות הללו.

<sup>6</sup> ביטוי למצב שתואר לעיל ניתן בפסק דין בבג"צ (מס' 4721/94, מיום 6.3.95) בעתירה של "קר שירותי רפואה בע"מ" נגד סניף קרן המחקרים בשיבא. סעיף מס' 11 בפסק קובע: "...ההסדר שהושג, אף שאינו אידיאלי בהיותו "יצור כלאיים" הממזג מעשית רשות ממשלתית עם תאגיד פרטי, ראוי שימשיך ויתקיים עד למציאות פתרון כולל וקבוע. ביצוע המלצות ועדת נתניהו דורש זמן התארגנות וזהירות לבל יבולע למערכת כה רגישה וחשובה כמו מערכת הבריאות הממשלתית..." פסק דין זה נתן למעשה מעין לגיטימציה משפטית לפעילות סניפי קרן המחקרים בבתי-החולים הממשלתיים, כאמור עד למציאת פתרון הולם יותר למעמד התאגידי של בתי-החולים הללו.

## מקורות

- אבידן, ט', (1996) תמחיר במערכת בריאות ציבורית, **רואה החשבון, מ"ה**, 260-264.
- בן נור, ג', ובן אורי, ד' (1995) **מגמות בהוצאה הלאומית לבריאות: 1983-1993**, ירושלים: משרד הבריאות.
- בנק ישראל (1966) **דין וחשבון 1995**, ירושלים: מחלקת המחקר של הבנק.
- דורון, א' (1995) שירותי הרפואה בישראל: מבט על שנות ה-90, בתוך דורון, א' (עורך) **בזכות האוניברסליות: האתגרים של המדיניות החברתית בישראל**, (עמ' 179-203), ירושלים: הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- דורון, א' (1979) שירותי רפואה בישראל - מבט מזווית אחרת, **ביטחון סוציאלי**, 17, 15-26.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), (אפריל, 1996), ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 1993 ואומדן מוקדם לשנת 1994, **המוסף לירחון הסטטיסטי**, 15-18.
- (1996), **שנתון סטטיסטי לישראל: 1995**, ירושלים.
- ועדת נתניהו (1990) **ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, כרך א'**: דעת הרוב, וכרך ב': דעת המיעוט. ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- ישי, י' (1990) **כוחה של מומחיות - ההסתדרות הרפואית בישראל**, ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- (1994) **רופאים ומדינה: תיאגוד בתי-החולים בישראל**, ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- מודן, ב' (1996) **אפידמיולוגיה (מהדורה שנייה)**, תל אביב: פפירוס.
- מוזס, ב' (1993) **בקרת אשפוזים בבתי-חולים: ויסות מיטות כחלופה למערכת תשלומים פרספקטיבית (DRG)**, תל השומר: מכון גרטנר לאפידמיולוגיה וחקר מדיניות בריאות.
- משרד האוצר, (1966) **הצעת תקציב המדינה לשנת התקציב 1997**, ירושלים.
- משרד הבריאות, (1994) **מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל**, ירושלים.
- (1995) **רופאים בעלי רשיונות בישראל בשנת 1993**, ירושלים: משרד הבריאות, המחלקה לרישוי רופאים.
- (1996) **תכנית אשפוז לאומית 1996-2000**, ירושלים.

- צ'רניחובסקי, ד' (1996) שילוב שירותים ומוצרים במימון פרטי במערכת בריאות במימון ציבורי: אבני נגף במאמצי הרפורמה במערכת הבריאות הישראלית. **ביטחון סוציאלי** (בדפוס).
- קופ, י' וינבלט, ג' ובלנקט, י., (1994) הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים. בתוך י' קופ (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1993-1994** (עמ' 15-52) ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- קפלן, א' (1996) **תזכיר לחברי הכנסת על חוק בטוח בריאות ממלכתי ויישומו**, תל אביב: קופת-חולים כללית.
- רוזן, ב' (1996) **משק קופות החולים: 1995 לעומת 1994**. ירושלים: מכון ברוקדייל, נייר עמדה בהכנה.
- שירום, א' (1991) הוויכוח על מדיניות בריאות: על דו"ח ועדת החקירה הממלכתית. **ביטחון סוציאלי**, 37, 55-70.
- (1994) **שירותי בריאות מונעים בישראל: תמונת מצב וחלופות** למדיניות. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שמואלי, ע', לוי-אפשטיין, נ', שמאי, נ', וסגיב-שיפטר, ת' (1994) **שימוש בשירותי בריאות, ביטוח בריאות, שביעות רצון ומצב בריאות בקרב בני 45-75**, תל השומר: מכון גרטנר, בית החולים שיבא, סדרת דוחות מחקר מס' 1.
- Aas, I.H.M.(1995). Incentives and financing methods. **Health Policy**, 34, 205-220.
- Adar, Z. (1995). The attempt to bring Israeli hospitals into trust status. In J Shemer & M. Vienonen (Eds.), **Reforming health care systems**. (pp 165-173).Jerusalem, Israel: Gefen Publishing House.
- Allen, R. (1992). Policy implication of hospital competition studies. **Journal of Health Economics**, 11, 347-351.
- Bach, S. (1993) Health care reforms in the French hospital system. **International Journal of Health Planning and Management**, 8, 189-200.
- Chirikos, T. N. (1993). The relationship between health and labor market status. **Annual Review of Public Health**, 14, 293-312.
- Donaldson, C. & Magnusson, J. (1992). DRGs: The road to hospital efficiency. **Health Policy**, 21, 47-64.
- Ham, C. (1994).. Reforming the health services: Learning from the UK experience. **Social Policy & Administration**, 28, 293-298.
- Harrison, M.I. (1995). **Implementation of reform in the hospital sector: Physicians and health system reform in four countries**. Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

- Higgins, W. (1991). Myths of competitive reform. **Health Care Management Review**, **16**, 65-72.
- Higgins, W. (1989). Competitive reform and non-price competition: implications for the hospital industry. **Health Care Management Review**, **14**, 57-66.
- Hunter, D.J. (1993). Hospital trusts in the British National Health Service: The myth and the reality. In J. Shemer & M. Viononen (Eds.), **Reforming health care systems**. (pp. 153-165). Jerusalem, Israel: Gefen Publishing House.
- Glaser, W.A. (1993). How expenditure caps and expenditure targets really work. **The Milbank Quarterly** **71**, 97-127.
- Glaser, W.A. (1987). **Paying the hospital**. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lloyd, C. & Seifert, R. (1995). Restructuring the NHS: The impact of the 1990 reforms on the management of labour. **Work, Employment & Society**, **9**, 368-378.
- Marmot, M. & Theorell, T. (1991). Social class and cardiovascular disease: The contribution of work. In: J. F. Johnson & G. Johansson, (Eds.) **The psychosocial work environment** (pp. 33-49). Amityville, N.Y.: Baywood Publishing Co.
- Maynard, A. (1994). Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. **Social Science & Medicine**, **39**, 1433-1455.
- Newhouse, J. P. (1981). The erosion of the medical market place. **Advances in Health Economics and Health Services Research**, **2**, 1-34.
- Michaeli, D. (1995). The contracting equation. In J. Shemer & M. Viononen (Eds.), **Reforming health care systems**. (pp. 190-192). Jerusalem, Israel: Gefen Publishing House.
- Reinhardt, U.E. (1993/4). Global budgeting in German health care: Insights for Americans. **Domestic Affairs**, **2**, 159-194.
- Saltman, R. (1995). Comments. In J. Shemer & M. Viononen (Eds.), **Reforming health care systems**. (pp. 173-181). Jerusalem, Israel: Gefen Publishing House.
- Sanderson, H.F., Storey, A. Morris, D. McNay, R.A., Robson, M.P. & Loeb, J. (1989). Evaluation of diagnosis-related groups in the National Health Service. **Community Medicine**, **11**, 269-278.