



משרד הבריאות

התמודדות עם ניגוד העניינים של משרד הבריאות ביחס לבתי החולים הממשלתיים

הצגת רקע וכיוונים לוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

אוקטובר 2013

- מבנה מערכת הבריאות בישראל
- הבעיות המרכזיות במבנה הקיים של בתי החולים הממשלתיים
- ניסיונות קודמים לטפל בבעיות הנוגעות לבתי החולים הממשלתיים
- תמונת המצב כיום
- כיווני הפיתרון שהועלו במשך השנים
- הפיתרון המוצע כיום – הפרדה מבנית-ארגונית במשרד הבריאות
- הפעילות להשלמת התכנון של הפיתרון המוצע

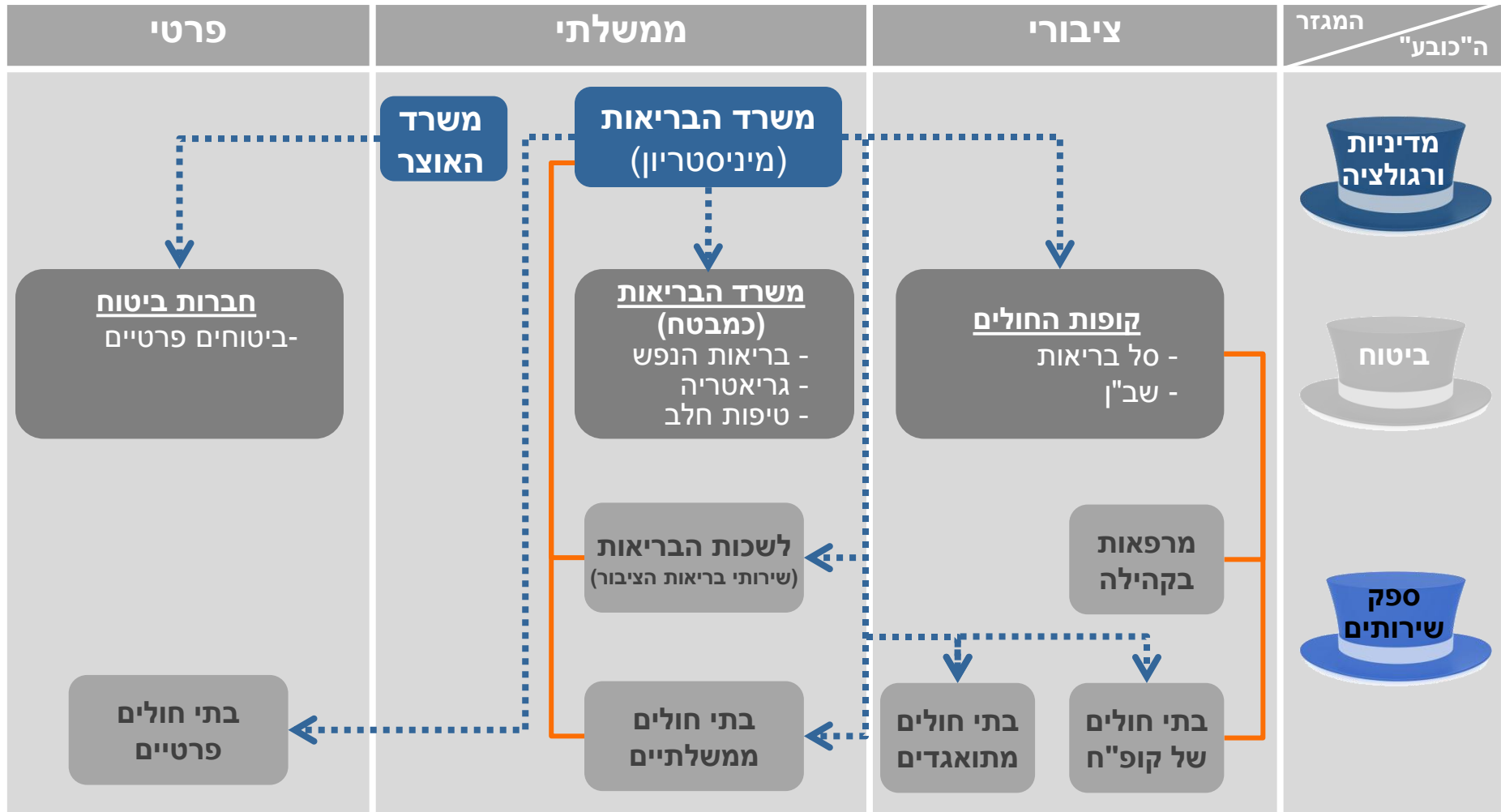
מבנה מערכת הבריאות בישראל



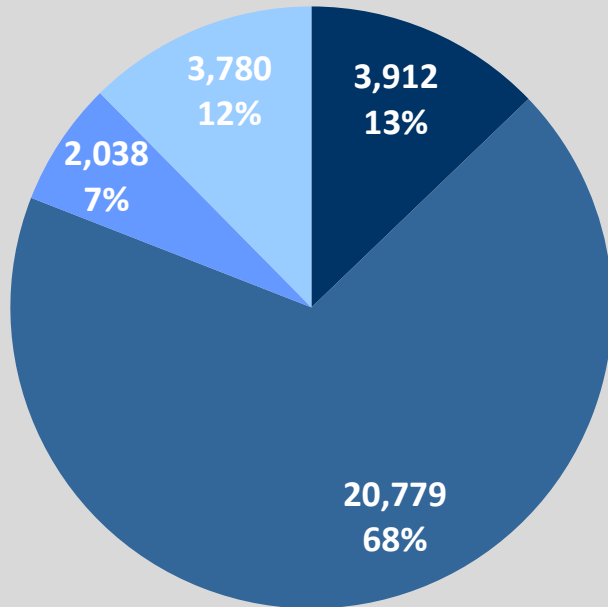
מערכת הבריאות בישראל – מבט-על

משרד הבריאות מתפקד ב- 3 "כובעים" שונים

כפיפות ארגונית
 רגולציה

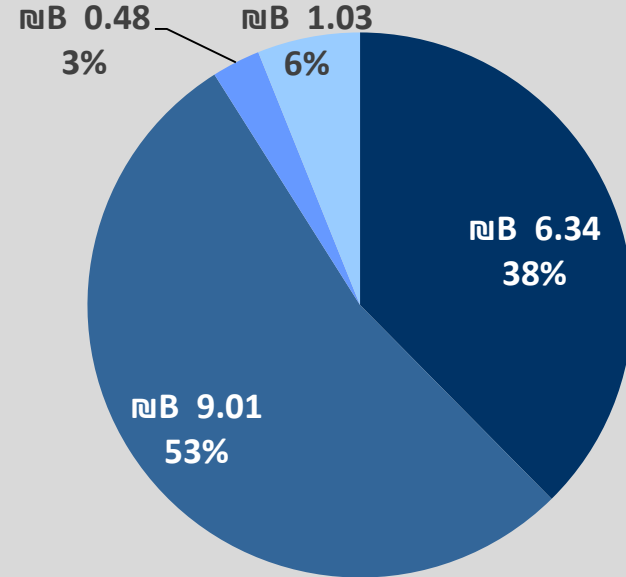


היקפי הפעילות של בתי החולים (תקציב וכ"א) גדולים משמעותית מאלו של המשרד



סה"כ כ"א – 30,509 משרות

- בתי החולים – כמעט 90% מהעובדים (מרביתם המכריע בבתי"ח הכלליים)
- במשרד – רק כ- 13% מכלל העובדים



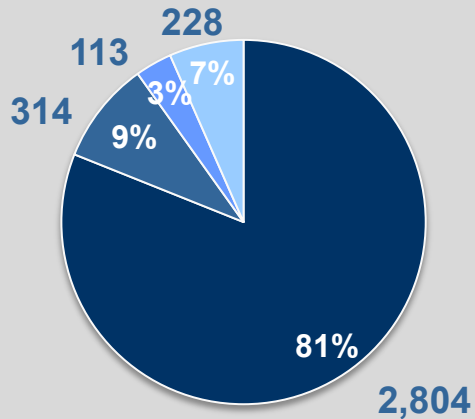
סה"כ תקציב – 16.86 מיליארד ₪

- בתי החולים – מעל 60% מהתקציב (הרוב המכריע לבתי"ח הכלליים)
- פעילות המשרד – רק כ- 40% מהתקציב

בי"ח פסיכיאטריים בי"ח גריאטריים בי"ח כלליים משרד הבריאות (מטה+שטח)

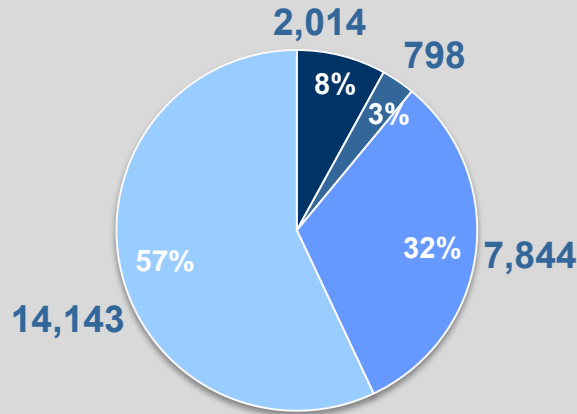
מבנה מערכת האשפוז

מספר המיטות בכל סוג אשפוז



אשפוז פסיכיאטרי (3,459 מיטות)

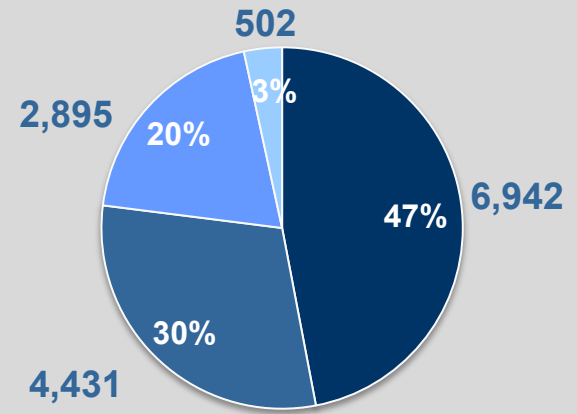
■ כ- 80% בבי"ח ממשלתיים



אשפוז גריאטרי (24,800 מיטות)

■ קרוב ל- 60% בבי"ח פרטיים

■ פחות מעשירית בבי"ח ממשלתיים



אשפוז כללי (14,771 מיטות)

■ כמחצית בבי"ח ממשלתיים

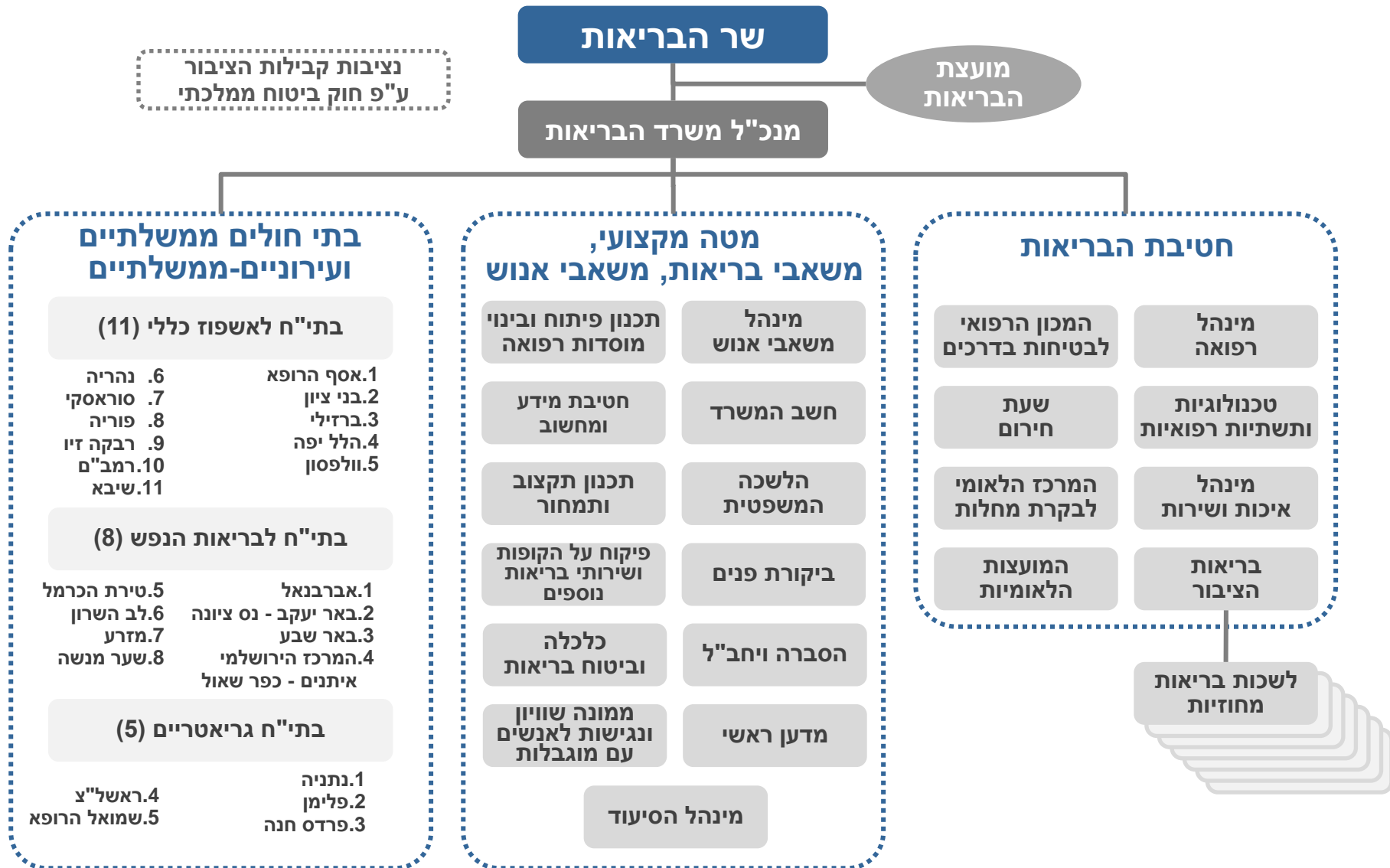
■ ממשלתיים

■ בבעלות קופ"ח כללית

■ ציבוריים

■ פרטיים (למטרות רווח)

במבנה הארגוני הקיים של משרד הבריאות כל בתי החולים כפופים ישירות למנכ"ל



הבעיות המרכזיות במבנה הקיים של בתי החולים הממשלתיים



הבעיות המרכזיות במצב הקיים

קיים מתח מובנה בין 3 ה"כובעים" של המשרד – יוצר מספר בעיות:



מנקודת המבט של בתי החולים

- לבתי החולים אין "אבא" במיניסטריון
- כלי הניהול הממשלתיים (תקשי"ר, תכ"ם) אינם מתאימים למאפייני הפעילות של בי"ח (גוף תפעולי)
- היווצרות דואפול של 2 בתי חולים חזקים באזור המרכז



מנקודת המבט של המשרד והממשלה

- ניגוד עניינים בין תפקידי המשרד
- מוטת-שליטה רחבה מדי של המשרד



מנקודת המבט של האזרחים

- הטיה מובנית לייצוג של בתי החולים, על-חשבון ייצוג האזרחים מול ספק השירות (בית"ח)



מנקודת המבט של קופות החולים

- המשרד הוא גם הגורם המסדיר וגם "שחקן" המתחרה בבת"ח של הקופות

ניסיונות קודמים לטפל בבעיות הנוגעות לבתי החולים הממשלתיים



ב- 30 השנים האחרונות נעשו ניסיונות רבים לטפל בבעיית ניגוד העניינים

ועדות ציבוריות ודוחות בדיקה

שנה	הגוף הבודק	הפיתרון המוצע / ההחלטה
1983	מטה בראשות אורן טוקטלי	הקמת רשות אשפוז סטטוטורית
1990	ועדת נתניהו	תאגוד
2000	כנס ים המלח	תאגוד
2002	ועדת אמוראי	תאגוד – תאגידיים עצמאיים ללא מטרות רווח
2004	ועדת ליאון	דעת הרוב – תאגוד (חברה לתועלת הציבור) דעת המיעוט – העברה לחברות מנהלות בבעלות קופ"ח

החלטות ממשלה

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

בפועל, כל הניסיונות לטפל בבעיית ניגוד העניינים לא הביאו לפתרונה עד היום

- הנושא לא הוסדר בחקיקה
- לא הושלם תאגוד של בית חולים ממשלתי (אפילו לא אחד)

בשנת 2003 נעשה ניסיון להפריד את בית החולים וולפסון ממשד הבריאות

אבני דרך במהלך



הסיבות לכישלון המהלך

1. החסם המרכזי – **מחלוקת משמעותית על מודל ההעסקה של עובדי בית החולים**
 ▪ התנגדות העובדים להפסיק להיות עובדי מדינה

2. **צמצום בהפניית מבוטחי הכללית לביה"ח** – פגיעה חמורה בהכנסות ביה"ח

3. **התארכות המו"מ** – הפסקת ההשקעות של המשרד בתשתיות ביה"ח, שהובילה להידרדרות במצבו

4. **אי-ודאות מתמשכת באשר למעמדו של ביה"ח** – הידלדלות איכות כ"א הקיים, קושי בקליטת כ"א חדש

הסיבות העיקריות לחוסר ההצלחה של הניסיונות הקודמים לטפל בבעיה

1. אי-הסכמה על מודל העסקת העובדים בישות החדשה

2. עלויות הסדרת המעבר גבוהות

3. חוסר היציבות הכלכלית של בתי החולים העצמאיים הקיימים – יצר חשש בקרב עובדי בתי החולים שנועדו לתאגוד מפני פגיעה בתנאים וביציבות התעסוקתית

4. עיסוק בהפרדת בתי החולים כנושא בפני עצמו, מבלי לתת מענה מספק לנושאים עתירי מחלוקת הכרוכים במהלך ההפרדה (כגון שר"פ)

תמונת המצב כיום



תמונת המצב כיום ביחס לבעיית ניגוד העניינים

בעיית ניגוד העניינים של משרד הבריאות לא קיבלה מענה עד היום

▪ למעשה, **כיום המצב אף חמור יותר**, ממספר טעמים:

1. התחזקות הדואופול של 2 בתי החולים הגדולים באזור המרכז (שיבא ואיכילוב), לצד היחלשות בתי החולים מהמעגל השני ומהפריפריה

2. התחזקות בתי החולים למטרות רווח על-חשבון בתי החולים האחרים, המתבטאת ב-
▪ גידול בהיקפי הפעילות (אסותא, מדיקל סנטר)

▪ שיפור העמדה התחרותית של קופ"ח שבבעלות בתי חולים כאלו (שיעורי הנחה גבוהים יותר)

3. ספקות באשר לישימות מודל התאגוד – נתפש כיום כפחות אטרקטיבי ומתאים, בשל-
▪ כישלון מודל התאגוד – משבר כלכלי של בתי חולים מתואגדים שהיו דגם למודל "נכון"
▪ חוסר הצלחה מתמשך לתאגד בית חולים ממשלתי (אפילו אחד)

כישלון מודל התאגוד – משברים תקציביים של בתי חולים מתואגדים

מבצעי תקציבי (2012)	מקורות המימון	מגזר	מספר מיטות	סוג התאגיד	בית החולים
גירעון של כ- 200 מיליון ₪	<ul style="list-style-type: none"> 96% – מכירת שירותים לקופ"ח 4% – ארגון נשות הדסה 	כללי	כ- 1,000	עמותה (שייך לארגון נשות הדסה)	הדסה
ביה"ח נסגר (בשל גירעון)	<ul style="list-style-type: none"> מכירת שירותים לקופ"ח שר"פ תרומות 	חרדי	200	מלכ"ר	ביקור חולים
<ul style="list-style-type: none"> נסגר ב- 2001 (גירעון) נפתח מחדש ב- 2005 (מצב תקציבי כיום – ?) 	מכירת שירותים	חרדי	75	בעבר – מלכ"ר כיום – פרטי (בבעלות 'מאוחדת')	משגב לדך
מאוזן תקציבית (הודות לתרומות)	<ul style="list-style-type: none"> מכירת שירותים לקופ"ח שר"פ תרומות 	חרדי	כ- 800	מלכ"ר	שערי צדק
	<ul style="list-style-type: none"> מכירת שירותים לקופ"ח תרומות 	חרדי	223	עמותה	מעייני הישועה
	<ul style="list-style-type: none"> מכירת שירותים לקופ"ח תרומות (אגודות ידידים) 	חרדי	מעל 300	מלכ"ר (כפוף לוועד נאמנים עולמי)	לניאדו
		ערבי-נוצרי			סנט וינסנט
		ערבי-נוצרי	146	מלכ"ר (שייך לעמותת נצרת)	הסקוטי
		ערבי-נוצרי	120		המשפחה הקדושה

מקורות המידע: אתרי בתי החולים, ויקיפדיה

הדסה – <http://www.themarket.com/1.1788049> – ביקור חולים ושערי צדק – <http://www.themarket.com/1.1895588>

כיווני הפיתרון

- המודלים העקרוניים לפיתרון הבעיה
- תיאור המודלים
- הערכת המודלים והמלצה

מודלים עקרוניים לפתרון בעיית ניגוד העניינים

1. הפיכת בתי החולים ל**ישויות עצמאיות** (תאגוד), באמצעות:

א- חברה לתועלת הציבור

ב- חברה ממשלתית

2. העברת בתי החולים הממשלתיים לחברות מנהלות של קופות החולים

3. יצירת הפרדה מבנית-ארגונית במשרד הבריאות בהלימה לתפקידיו המנוגדים, באמצעות:

א- מינהלת בתי חולים במשרד (כפיפות לשר / למנכ"ל)

ב- רשות סטטוטורית לאשפוז (כפיפות לשר)

מודל 1 – תאגוד



מודל 1 – תאגוד

חברה לתועלת הציבור – מאפייני המודל

<ul style="list-style-type: none"> חברה לתועלת הציבור (כל בית חולים או אשכול של בתי"ח) 	הגדרה ארגונית-משפטית
<ul style="list-style-type: none"> הממשלה 	הבעלות על ביה"ח
<ul style="list-style-type: none"> כפיפות לחוק החברות וכן לחוק בתי החולים (חוק חדש שיחוקק) 	תשתית משפטית
<ul style="list-style-type: none"> דירקטוריון – 9 חברים (כולל יו"ר), שימונו ע"י שר הבריאות ושר האוצר מנכ"ל – מינוי לקדנציה קצובה (הגוף/הפורום רשאי לקצרה או להאריכה) 	גורמים מנהלים
<ul style="list-style-type: none"> פעילות שוטפת – מנגנון שוק (ההוצאות תלויות בהכנסות) פיתוח תשתיות – תקצוב ממשלתי 	תקצוב פעילות ביה"ח
<ol style="list-style-type: none"> השאלת העובדים לבית החולים <ul style="list-style-type: none"> העובדים הקבועים – יישארו עובדי מדינה ויושאלו לתאגיד שאר העובדים (לא קבועים, חדשים וכד') – יהיו עובדי התאגיד העסקת העובדים ע"י בית החולים – כל העובדים (קבועים ואחרים) יהפכו לעובדי התאגיד 	מודל העסקת העובדים בביה"ח

(*) תיאור המודל מבוסס על המלצות ועדת ליאון (דעת הרוב)

חברה לתועלת הציבור – מהלכים ושינויים הנדרשים כדי ליישם המודל

- **חקיקת חוק ייעודי לבתי החולים – גיבוש חוק והעברתו בכנסת**
- **הסכמה עם ארגוני העובדים על מודל העסקת העובדים ועל תנאי העסקתם**
- **לכל הפחות, מצריך התחייבות של המדינה ל"רשת ביטחון" שתבטיח את שמירת זכויות העובדים**
- **השקעה כספית משמעותית של המשרד בשיפור התשתיות של בתי החולים (מתקנים, ציוד)**
- **ככל הנראה, ביצוע מהלכים של מיזוג מספר בתי חולים לתאגיד אחד (אשכול)**
- **מימוש התאגוד, לרבות:**
 - **מינוי דירקטוריון ונושאי משרה ללא ניגודי אינטרסים ומינויים פוליטיים, לכל אחד מהתאגידים החדשים**
 - **איחוד כלל הפעילות החשבונאית בכל תאגיד למערך הנה"ח תאגידי אחוד (כולל קרנות ואגודות ידידים)**

מודל 2 – העברה לקופות החולים



מודל 2 – העברה לקופות החולים

חברה מנהלת בבעלות קופת חולים – מאפייני המודל

<ul style="list-style-type: none"> חברה-בת של קופת חולים (תאגיד עצמאי) 	הגדרה ארגונית-משפטית
<ul style="list-style-type: none"> קופת חולים (בדומה לבי"ח אסותא שבבעלות קופ"ח מכבי) 	הבעלות על בי"ח
<ul style="list-style-type: none"> כפיפות לחוק החברות 	תשתית משפטית
<ul style="list-style-type: none"> דירקטוריון – יכלול הן נציגים של קופ"ח והן נציגים מקרב הציבור מנכ"ל ונושאי משרות – עובדי קופת החולים 	גורמים מנהלים
<ul style="list-style-type: none"> פעילות שוטפת – מנגנון שוק (ההוצאות תלויות בהכנסות) פיתוח תשתיות – קופת החולים 	תקצוב פעילות ביה"ח
<ul style="list-style-type: none"> כלל עובדי ביה"ח יהפכו להיות עובדי קופת החולים קופ"ח רשאית לבטל כפילויות בכ"א – בסבירות גבוהה, חלק מעובדי ביה"ח יפוטרו 	מודל העסקת העובדים בבי"ח

(*) תיאור המודל מבוסס על דעת המיעוט המוצגת בדוח ועדת ליאון (נספח ג')

חברה מנהלת בבעלות קופת חולים – מהלכים ושינויים הנדרשים כדי ליישם המודל

- **החלטת ממשלה** שתאפשר את מהלך העברת הבעלות לקופ"ח
- **ניהול מו"מ עם קופות החולים והסכמה על העברת הבעלות על בי"ח/בתי"ח**
- **הסכמה עם ארגוני העובדים על מודל העסקת העובדים ועל תנאי העסקתם**
 - שינוי מהותי ומורכב ביותר – מפסיקים להיות עובדי מדינה
 - גם במקרה של הסכמה, **המדינה תידרש כנראה לממן הסכמי פרישה בסכומים עצומים**
- **ככל הנראה, תידרש השקעה כספית משמעותית של המדינה בשיפור תשתיות בבתי"ח**
 - בחלק מבתי"ח, יש להניח כי שיפור התשתיות יהיה תנאי להעברת הבעלות
- **מתן מענה במקרים שבהם לא יעלה בידי המדינה להעביר הבעלות על בית חולים** (אחד או יותר)
- **שדרוג משמעותי של פעילות הרגולציה של המשרד** (כלים, מנגנונים, יכולות), נוכח שינויים מהותיים הצפויים להתרחש במערכת בתי החולים (היווצרות 2 קבוצות גדולות וחזקות, שינוי כללי התחרות וכד')

מודל 3 – הפרדה מבנית-ארגונית במשרד



מודל 3 – הפרדה מבנית-ארגונית

מינהלת בתי חולים במשרד הבריאות – מאפייני המודל

הגדרה ארגונית-משפטית	<ul style="list-style-type: none"> יחידת סמך במשרד הבריאות (בדומה למצב כיום)
הבעלות על ביה"ח	<ul style="list-style-type: none"> הממשלה
תשתית משפטית	<ul style="list-style-type: none"> בשלב ראשון, התשתית המשפטית הקיימת (חוקים רלוונטיים, תקשי"ר, הוראות תכ"ם) בהמשך, המינהלת תיזום שינויים בכלים הקיימים, כדי להתאימם למאפייני הפעילות (גוף תפעולי)
גורמים מנהלים	<ul style="list-style-type: none"> המינהלת – גוף/פורום מטעם המינהלת ישמש מעין דירקטוריון (לכל ביה"ח) מנהל ביה"ח – מינוי לקדנציה קצובה (הגוף/הפורום רשאי לקצרה או להאריכה) נושאי משרה – המינהלת תגדיר התפקידים (תכולה, דרישות וכד')
תקצוב פעילות ביה"ח	<ul style="list-style-type: none"> תקצוב ממשלתי, בהתאם לת"ע ולתקציב ביה"ח שיאושרו ע"י המינהלת
מודל העסקת העובדים בביה"ח	<ul style="list-style-type: none"> נשאים עובדי מדינה (בדומה למצב כיום)

מודל 3 – הפרדה מבנית-ארגונית








מינהלת בתי חולים במשרד הבריאות – מהלכים ושינויים הנדרשים כדי ליישם המודל

- השלמת התכנון הארגוני של המינהלת
- החלטת ממשלה על העברת הפעילות והסמכויות בתחום ניהול בתי"ח הממשלתיים ממשרד הבריאות למינהלת שתוקם
- הקמת המינהלת בפועל ותחילת פעילות במתכונת החדשה

הערכת המודלים והמלצה



הערכת המודלים

מודל 3	מודל 2	מודל 1	המודל
הפרדה ארגונית (מינהלת במשרד)	העברה לקופ"ח (חברה בת)	תאגוד (חברה לתועלת הציבור)	הפרמטר להערכה
			1. המענה לבעיית ניגוד העניינים של המשרד
			2. צמצום מוטת השליטה של המשרד
 / 			3. המענה לגירעונות ולבעיית הגמישות הניהולית
		 / 	4. ההתמודדות עם הקושי להסכים על מודל העסקת העובדים
	 האזרחים "לקוחות שבויים"	 מינויים פוליטיים בדירקטוריונים	5. ניגודי עניינים פוטנציאליים שיוצר המודל
			6. ישימות המהלך (לאור מורכבות המהלכים הנדרשים ומשכם, ההתנגדויות וכד')
			7. Reversibility – היכולת לצמצם נזקים נוכח כישלון
			8. התרומה לחיזוק הרפואה הציבורית

הפיכת בתי החולים לישויות עצמאיות (מודל 1) – אינה מומלצת

אמנם הפיכת בתי החולים לישויות עצמאיות (תאגוד) נותן מענה מלא לבעיית ניגוד העניינים למרות זאת, מודל זה אינו מומלץ ממספר טעמים מכריעים:

■ ישימות נמוכה למימוש המהלך:

א- לאור מאפייני המהלך

- מהפכני, רחב-היקף ומורכב (חוק, מספר תאגודים במקביל, מיזוג בין בתי"ח)
- כרוך בהתנגדויות רבות (בדגש על התנגדויות מצד העובדים)
- קושי במינוי מאות דירקטורים "ללא ניגוד עניינים וללא מינויים פוליטיים" בתאגידים

ב- לאור ניסיונות העבר – כישלון כל ניסיונות התאגוד

■ המודל לא הוכח כמוצלח – חוסר הצלחה בפועל של בתי חולים מתואגדים

■ Irreversibility – מהלך בלתי-הפיך, אשר כישלוננו עלול לפגוע במערכת

■ עלול לחזק את הדואופול (שיבא ואיכילוב)

העברת בתי"ח לקופות החולים (מודל 2) – אינה מומלצת

בדומה לתאגוד, גם העברת בתי"ח לקופות החולים נותנת מענה מלא לבעיית ניגוד העניינים למרות זאת, **מודל זה אינו מומלץ ממספר טעמים מכריעים:**

- בדומה לתאגוד:

1. **ישימות נמוכה** – בייחוד בשל קשיים מהותיים ב-2 נושאים:

- קושי מהותי להגיע להסכמה על **מודל העסקת העובדים** והתנאים (מפסיקים להיות עובדי מדינה)

- קושי להעביר הבעלות על חלק מבתי"ח לקופות, בשל אטרקטיביות נמוכה

2. **Irreversibility** – מהלך בלתי-הפיך, אשר כישלוננו עלול לפגוע במערכת

- בנוסף – העברת בתי"ח לקופות עלולה ליצור עיוותים משמעותיים במערכת בתי"ח בישראל

- היווצרות 2 קבוצות רפואיות דומיננטיות (דואופול ורטיקלי מלא), שישלוט בכ- 80% מהלקוחות

- נוצרות יכולת ונטייה מובהקת של קופ"ח (כולן/חלקן) להפניית מבוטחי הקופה לבתי"ח שבבעלותה

המודל המוצע – הקמת מינהלת בתי חולים במשרד (מודל 3א)

- מתן מענה סביר לבעיית ניגוד העניינים (*)
- צמצום משמעותי של מוטת השליטה של המשרד
- תרומה מסוימת להתמודדות עם הגירעונות ועם בעיית הגמישות הניהולית
- **ישימות גבוהה** – המהלך עשוי להצליח הודות להיותו:
 - מצומצם יותר בהיקפו ובמשכו
 - כרוך בפחות התנגדויות (גם מצד עובדי בתי"ח – נשארים עובדי מדינה)
 - רמת שליטה גבוהה יותר של המשרד על התכנון והיישום
- **"פיתרון הפיך"** – אי-הצלחה של המהלך לא כרוך ב"קטסטרופה"
- המינהלת יכולה להוות **שלב ביניים לכל אחד מהמודלים האחרים**:
 - פלטפורמה להקמת רשות סטטוטורית
 - אפשרות לגיבוש ולקידום של מהלכים עתידיים לתאגוד בתי החולים

(*) רשות סטטוטורית עשויה לתת מענה טוב יותר לבעיית ניגוד העניינים ולאפשר יצירת כלים מתאימים יותר (במסגרת החוק) לביצוע תפקידי הרשות. עם זאת, מהלך כזה כרוך בגיבוש חוק חדש ובהעברתו בכנסת – קושי יישומי משמעותי, שבגינו לא מומלץ לאמץ המודל בשלב זה

הקמת מינהלת – פיתרון טוב וישים, למרות שאינו מושלם

■ הקמת מינהלת בתי חולים במשרד אינה פיתרון מושלם, כך שאין לצפות לפתרון כלל הבעיות

■ עם זאת, מדובר **בפיתרון טוב וישים** שצפוי –

א- לשפר משמעותית את המצב ביחס לבתי החולים הממשלתיים (מבחינה מהותית ומעשית),
בהשוואה למצב הבעייתי הקיים כיום

ב- ליצור נקודת מוצא משופרת ליישום מודלים מתקדמים בעתיד

הפעילות להשלמת התכנון של הפיתרון המוצע (הפרדה מבנית-ארגונית במשרד הבראות)



עקרון היסוד לחלוקת הפעילויות בין המשרד לבין רשות בתי החולים

הפסקת תפקוד המשרד כספק שירותים בתחום בתי החולים

מינהלת בתי החולים

קבלת אחריות לטיפול בכלל הפעילויות
הנוגעות רק לבתי"ח הממשלתיים

- ניהול מו"מ לעשיית הסכמים קיבוציים בשם בתי"ח הממשלתיים
- העסקת עובדים, תקנון כ"א, הגדרת תפקידים בבתי"ח
- פיתוח ובינוי בבתי"ח
- ביצוע פעולות מערכתיות בתחום הרכש והלוגיסטיקה עבור בתי החולים (יתרון לגודל)

המשרד (הרגולטור)

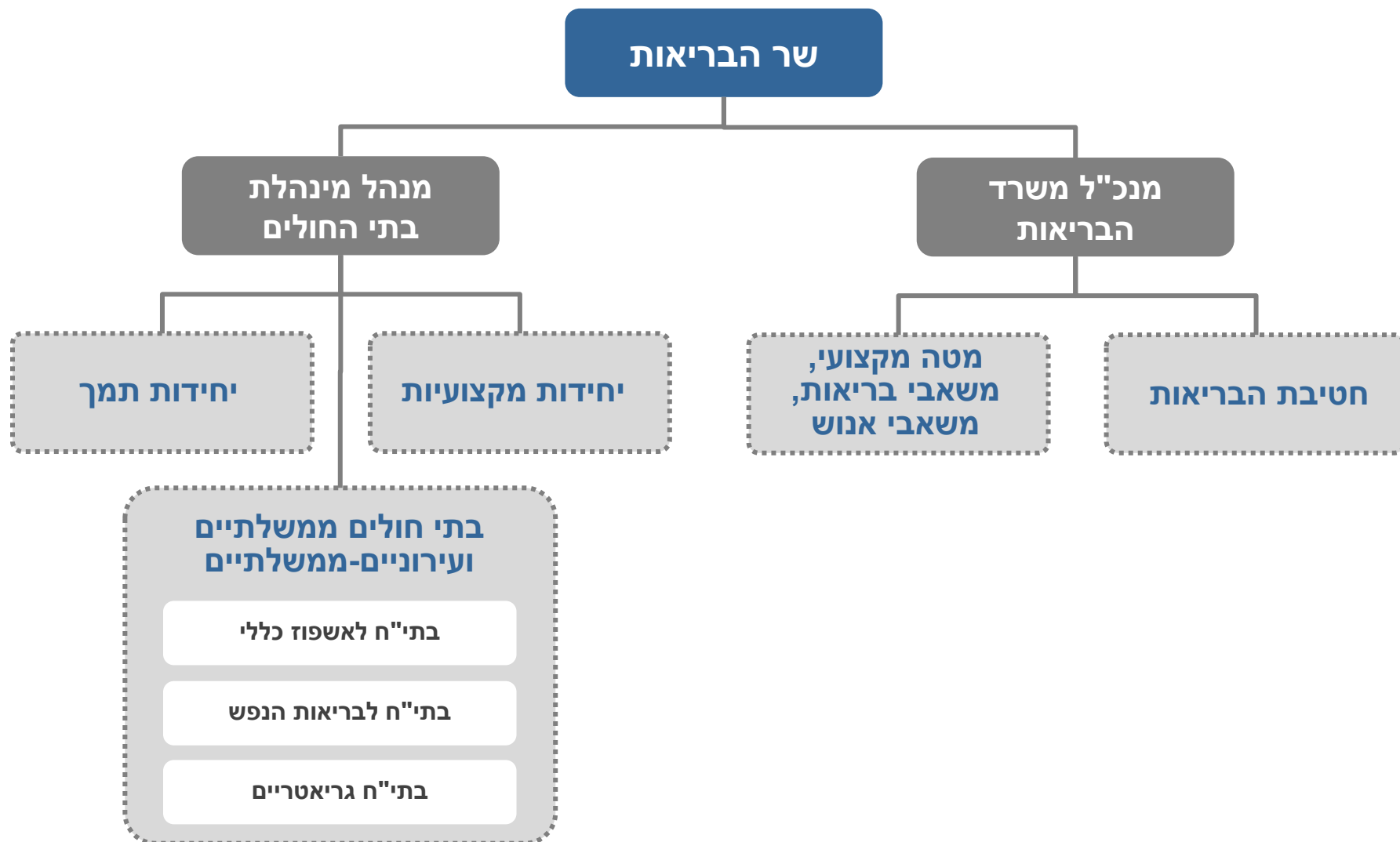
המשך טיפול בכלל הפעילויות המבוצעות כיום
מול כלל בתי החולים בארץ

- מדיניות וסטנדרטים מקצועיים
- תכנון כולל של מערכת הבריאות
- רישוי
- פיקוח, בקרה ואכיפה ביחס לכלל המוסדות

נושאים הדורשים בירור והגדרה במסגרת תכנון הקמת המינהלת

- **מהות פעילות מינהלת בתי החולים**
 - ייעוד המינהלת ותפקידיה העיקריים
 - הזיקה, המעמד והסמכויות של המינהלת ביחס לבתי החולים הממשלתיים
 - תחומי הסמכות והאחריות של המינהלת
- **מעמדה של המינהלת במערכת הממשלתית**
 - כפיפות המינהלת
 - הזיקה בין משרד הבריאות לבין המינהלת
 - יחסי גומלין עם גופים ממשלתיים אחרים (משרד האוצר, קופות החולים וכיו"ב)
- **המבנה הארגוני של המינהלת**
 - היחידות המינהלת – מהות כל יחידה, התפקידים העיקריים, מעמד ארגוני, הפרופסיות העיקריות
 - הקשרים הארגוניים בין היחידות ותפישת ההפעלה של המינהלת
 - כ"א במינהלת – היקף כ"א הנדרש, הרמה הארגונית של כל פונקציה, מודל ההעסקה וכיו"ב
- **הגדרת תקציב המינהלת – כ"א, הקמה ו"הרצה", פעילות שוטפת**
- **תשתיות פיזיות וטכנולוגיות**
 - אתר/י פעילות
 - מערכות מידע נדרשות

תודה על ההקשבה



תוכנית עבודה מוצעת להשלמת התכנון הארגוני של הפתרון המוצע

1. השלמת הלימוד מעבודות ומניסיונות קודמים לטפל בבעיית ניגוד העניינים

2. סבב פגישות עם בעלי עניין מרכזיים, ובכללם:

- בעלי תפקידים רלוונטיים במשרד הבריאות
- מנהלי בתי חולים
- גורמים מקופות החולים
- גורמים רלוונטיים במערכת הממשלתית (משרד האוצר וכיו"ב)

3. בחינה ולימוד ממודלים קיימים:

- חטיבות בתי החולים בקופות החולים בפעילותם למול בתי החולים שבבעלותם
- רשות שדות התעופה הפועלת למול נמלי התעופה
- חברת נמלי ישראל הפועלת למול נמלי הים
- מערכת בתי המשפט