

# **ניהול בתי חולים בעולם סקירה בינלאומית**

ההסתדרות הרפואית בישראל  
אוקטובר 2013

# רקע

- מערכות בריאות שונות זו מזו באופן ארגון, ניהולן ומימון.
- קיימים מודלים שונים של בעלות וניהול בתי חולים.
- דרגות שונות של אוטונומיה לבתי החולים.
- רפורמות לייעול בתי החולים הביאו לשינוי בדפוסי פעילותם, אך לא ברור באיזו מידה השיגו את מטרתן.

# בעלות על בתי חולים

נהוג להבחין בין שתי צורות בעלות:

- בעלות ציבורית – בית החולים שייך לממשלה, לרשות מקומית או שהוא תאגיד ממשלתי הפועל לפי חוק.
- בעלות פרטית – שייך לאדם, לקבוצת אנשים, להתאגדות או לגוף עסקי כלשהו. הוא עשוי לפעול למטרות רווח או שלא למטרות רווח.

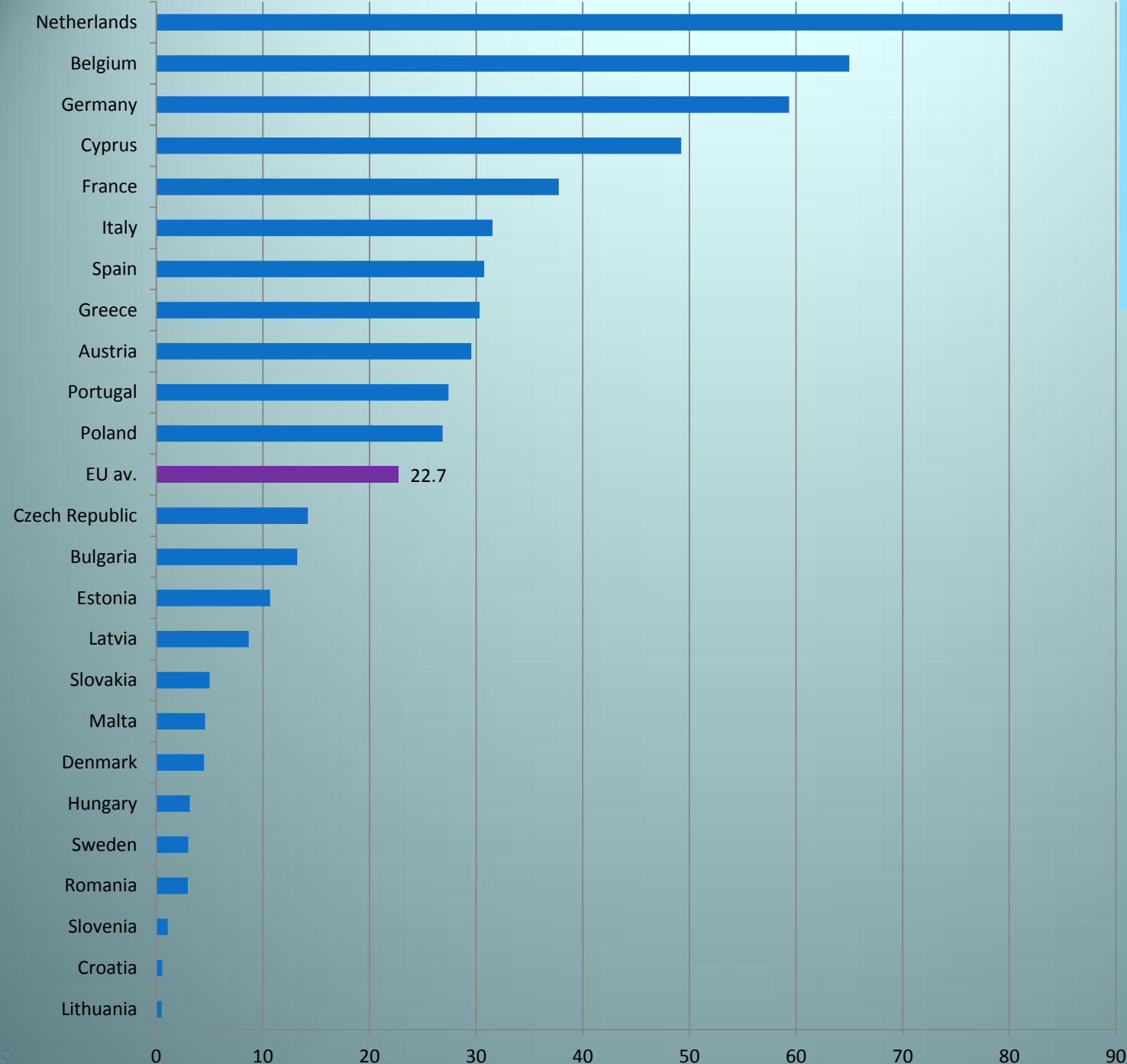
שתי צורות הבעלות מתקיימות זו לצד זו במרבית מדינות המערב, כאשר ברוב המקרים הבעלות הציבורית היא הדומיננטית.

## יוזמות ממשלתיות-פרטיות במערכת האשפוז

- ספרד - רשות מקומית יכולה לחתום על חוזה עם בתי חולים פרטיים על מנת שיספקו עבודה שירותי בריאות ציבוריים. הסדר זה נפוץ בקטלוניה, והוא מסייע בעיקר לקיצור זמני המתנה.
- בגרמניה ובמדינות מזרח אירופה – שיתוף פעולה בין הממשלה לחברה פרטית, המתחלקות בבעלות על אותו בית חולים. בית החולים יכול לנקוט גם במיקור-חוץ לאספקת שירותי בריאות.

## שיעור מיטות האשפוז הפרטיות במדינות EU, 2011

מדובר בכל מיטות בתי  
החולים במדינה, ללא  
הפרדה בין אשפוז כללי,  
סיעודי, בריאות הנפש,  
שיקום וכו'.

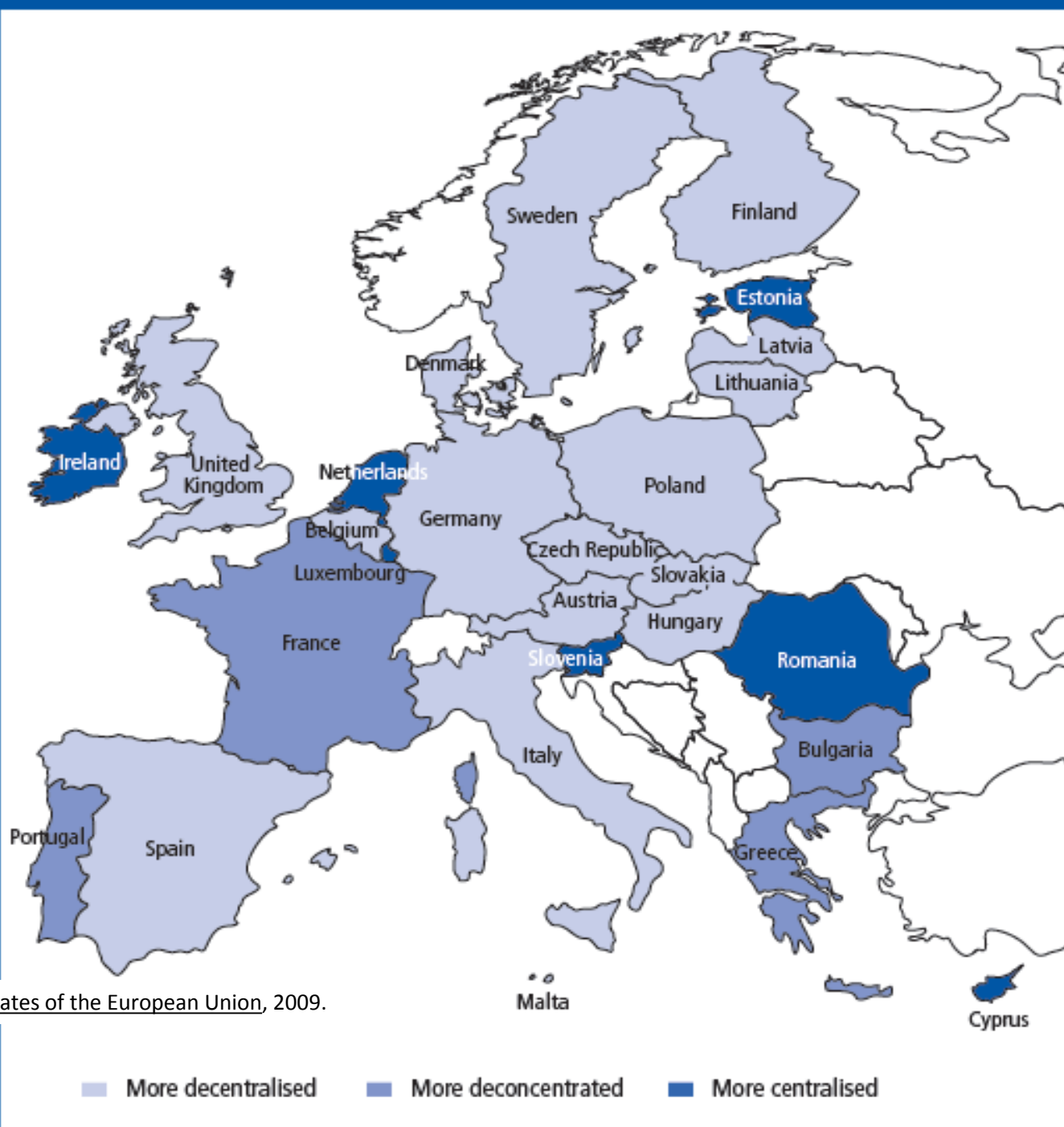


השיעור הממוצע של  
המיטות הפרטיות  
במדינות EU עומד על כ-  
22%. ברובן הוא אינו  
עולה על 30%.

# צורות השליטה בבתי חולים

- מערכת ריכוזית (centralized) – בתי החולים נשלטים ישירות על-ידי הממשלה.
  - מערכת מפוצלת (deconcentrated) – השליטה מועברת מהמדינה אל רשויות ממשלתיות הפועלות מטעמה.
  - מערכת מבוזרת (decentralized) – השליטה על בתי החולים מצויה בידי השלטון המקומי.
- ככלל, צורת השליטה בבתי החולים תואמת את אופייה של מערכת הבריאות במדינה.

## מערכות בריאות באיחוד האירופי לפי צורת ארגון



Dexia and HOPE, Hospitals in the 27 member states of the European Union, 2009.

## מערכת ריכוזית (concentrated)

- הממשלה שולטת ישירות בבתי החולים, מנהלת אותם וקובעת את תקציביהם, לרוב על-ידי משרד הבריאות.
- חלק מהמערכות הריכוזיות הן תולדה של רפורמה "הפוכה": מעבר מפיצול / ביזור לריכוזיות.
- מערכת המאפיינת בדרך כלל מדינות קטנות יחסית.



## דוגמא למערכת ריכוזית: אירלנד

- בשנת 2005 בוטלו שמונה ועדות הבריאות שהסדירו את מערכת הבריאות במדינה, וסמכויותיהן עברו לידי ה-*(Health Service Executive (HSE)* .
- ה- HSE מסדיר את מערכת הבריאות ומנהל את תקציב משרד הבריאות.
- בין יתר תפקידיו, הוא מוסמך לנהל את בתי החולים במדינה.

## דוגמא למערכת ריכוזית: הולנד

- משרד הבריאות אמון על התווייתה של מדיניות בריאות.
- המשרד אחראי לתכנון והסדרת שירותי הבריאות במדינה, לרבות פעילותם של בתי החולים.
- תפקידם היחיד של המחוזות והרשויות המקומיות הוא להעריך את צרכי האוכלוסייה עבור המשרד.

## דוגמא למערכת ריכוזית: לוקסמבורג

- משרד הבריאות מסדיר את פעילותם של בתי החולים הציבוריים והפרטיים.
- המשרד מתכנן ומוציא אל הפועל תוכנית אשפוז לאומית.
- המשרד מעורב במכלול ההיבטים של פעילות בתי החולים: תשתיות, מבנה, ציוד, כוח אדם וארגון.

## מערכת מפוצלת (deconcentrated)

- הממשלה שולטת בצורה בלתי ישירה בבתי החולים באמצעות סוכנויות מטעמה.
- הסוכנויות הללו פועלות ברמה המחוזית ומקבלות החלטות בנושאי ניהול ותקציב במסגרת המדיניות שמתווה הממשלה.
- מערכות אשפוז מפוצלות שונות זו מזו.

## דוגמא למערכת מפוצלת: צרפת

- בתי החולים הציבוריים מנוהלים על-ידי רשויות אשפוז מחוזיות המצויות בשליטת הממשלה.  
(*ARH - agences régionales de l'hospitalisation*)
- תפקיד ה- ARHs ליישם את מדיניות הממשלה במחוז.
- מקבל החלטות ארגוניות וכלכליות עבור בתי החולים.
- בעתיד צפויה הרגיונליזציה של המערכת להתרחב ולכלול גם את שירותי הקהילה, הרפואה המונעת ושירותים חברתיים מסוימים.

## דוגמא למערכת מפוצלת: פורטוגל

- מאז 1993 מערכת האשפוז מחולקת לחמישה מחוזות אדמיניסטרטיביים.
- המדינה מתקצבת ומנהלת את המערכת ברמת המקור, ואילו המחוזות מחליטים ברמה האזורית על הקצאת המקורות ואחראים ליישום מדיניות הממשלה.
- בשנת 2002 החלה פורטוגל ברפורמה להעברת סמכויות ניהוליות ותקציביות מהמחוזות למרכזי רפואה ראשונית, אך זו נזנחה בינתיים.

## דוגמא למערכת מפוצלת: בולגריה

- המדינה מתכננת מדיניות עבור כל אחד מ- 28 המחוזות האדמיניסטרטיביים.
- המחוזות הם רשויות ממשלתיות שתפקידם ליישם את מדיניות הממשלה.
- המדינה מתכננת הקצאות של בתי חולים ורופאים עבור המחוזות בהתבסס על גודל האוכלוסייה ומידת נגישותה לשירותי הבריאות.
- לרשויות המקומיות יש מעט מאוד השפעה על מדיניות הבריאות, זאת למרות שהן הבעלים של חלק מבתי החולים ומממנות חלק מתקציביהם.

## מערכת מבוזרת (decentralized)

- מקובל מאוד במדינות בעלות מבנה פדראלי כגון אוסטריה וגרמניה ובמדינות סקנדינביה.
- מדינות אירופיות שונות, בהן איטליה וספרד, העבירו בשנים האחרונות את השליטה על בתי החולים למחוזות.
- בבריטניה פוצל ה- NHS בשנת 1998 לארבע מערכות שונות – אנגליה, סקוטלנד, ווילס וצפון אירלנד.



## דוגמא למערכת מבוזרת: גרמניה

- לכל מדינה (Lander) משרד בריאות משלה.
- כל המדינות כפופות לחוקים הפדראליים הקובעים איכות טיפול, זכויות חולים ותנאי ביטוח בריאות.
- המדינה שולטת בבתי החולים שלה, קובעת ומתכננת תקנים ותקציבים.
- המדינה קובעת את תעריפי בתי החולים.

## דוגמא למערכת מבוזרת: פינלנד

- אחת המערכות המבוזרות באירופה – מפוצלת ל- 416 רשויות מקומיות.
- הרשויות המקומיות מממנות את תקציב התפעול וההשקעה של בתי החולים.
- תעריפי בתי החולים נקבעים במשא ומתן בינם לבין הרשויות המקומיות.
- בתי החולים מנוהלים על-ידי 20 "מחוזות אשפוז", אשר מייצגים את הרשויות המקומיות.

# דוגמא למערכת מבוזרת: אנגליה

- המערכת המבוזרת ביותר מבין ארבע המערכות בבריטניה.
- NHS אנגליה מחולקת לעשרה גופים ברמה המקומית: Strategic Health Authorities (SHA)
- SHAs שולטים בפעילותן של 245 קרנות (hospital trusts), שהן למעשה בי"ח ציבוריים שהפכו לארגונים ללא כוונת רווח.
- הקרנות מצויות כיום בתהליך התאגדות ל- Foundation Trusts (יפורט בהמשך)

# HEALTH SYSTEMS IN THE EUROPEAN UNION MEMBER STATES

- multiple modes of organisation -

TERRITORIAL ORGANISATION OF THE HEALTH SYSTEM	PRIMARY MODE OF FUNDING			
		Taxes	Very mixed	Social contributions
Decentralised		Denmark, Finland, Italy, Latvia, Spain, Sweden, United Kingdom	Austria	Belgium, Czech Republic, Germany, Hungary, Lithuania, Poland, Slovakia
Deconcentrated		Portugal	Bulgaria, Greece	France
Centralised		Cyprus, Ireland, Malta		Estonia, Luxembourg, Netherlands, Romania, Slovenia

Dexia and HOPE, Hospitals in the 27 member states of the European Union, 2009.

ניתן לראות כי אין קשר בין אופן הארגון לאופן המימון של מערכות בריאות – מערכות יכולות להיות מבוזרות, מפוצלות או ריכוזיות, ולהישען הן על כספי מיסים כלליים והן על היטלים חברתיים ייעודיים.

## ריכוז מחדש (re-centralization)

- הביזור והפיצול לא תמיד עמדו בציפיות לייעול שירותי הבריאות והגדלת נגישותם:
  - אי יכולת של רשויות מקומיות לנהל שירותי בריאות
  - פרגמנטציה של השירותים ואי שוויון בין אזורים
- מתחילת שנות האלפיים החלו מדינות שונות באירופה לרכז סמכויות ניהול בתי החולים בידי המדינה (אירלנד, דנמרק, אסטוניה ועוד).

# אוטונומיה לבתי החולים

- תהליך שהחל בסוף שנות השמונים בשבדיה ובאנגליה והתפשט למדינות נוספות.
- מתרחש במקביל לתהליכי הביזור, הפיצול והריכוז מחדש.
- הכוונה היא למתן עצמאות מסוימת בקבלת החלטות ארגוניות וכלכליות.
- אין פירושו של דבר שחרור מפיקוח הרשויות האחראיות.

# שורשיה הרעיוניים של האוטונומיה לבתי החולים

- מיתון כלכלי, אבטלה ואי שביעות רצון מתפקוד הממשלה במדינות המערב בשנות השבעים
- התפשטות תפיסות הדוגלות בכלכלת שוק תוך מיתון הוצאות הממשלה וניסיון לייעל את המערכת הציבורית
- עלייתו של ה"מינהל הציבורי החדש" (NPM) – החדרת נורמות ופרקטיקות של השוק הפרטי אל המגזר הציבורי
- האוטונומיה כרעיון ברוח ה-NPM – עצמאות כלכלית וניהולית מסוימת לביה"ח במקום שליטה של מערכת בירוקרטית, הנתפסת כלא יעילה ומסורבלת.

# השינוי במעמד של בתי חולים ציבוריים באירופה

המודל המסורתי עדיין מקובל במדינות רבות, אולם רעיון האוטונומיה הולך ומתפתח ברחבי היבשת:

- בתי חולים אוטונומיים מוגדרים כ- "public firms" – ישויות עצמאיות למחצה.
- פועלים כמעין חברות עסקיות – מנהלים פעילות כלכלית.
- ממנים חבר מנהלים על בסיס מקצועי במנותק משיקולים פוליטיים.



# מינוח מקובל לבתי חולים אוטונומיים

- “self-governing trusts” and “foundation trusts” (UK)
- “joint-stock companies” and “foundations” (Estonia)
- “limited liability companies” and “joint-stock companies” (Czech Republic)
- “public-stock corporations” (Sweden)
- “state enterprises” (Norway)
- “public enterprise entity hospitals” (Portugal)
- “public healthcare companies”, “public healthcare foundations”, “foundations” and “administrative concessions” (Spain)

# אנגליה כמקרה בוחן

- עצמאות תקציבית מסוימת לקרנות בתי החולים סמכות (למשל, סמכות לחתום על חוזים עם רופאים ואחיות).
- החל משנת 2004 החלו התאגדויות של בתי חולים במסגרת Foundation Trusts (FTs) (תהליך שאמור להסתיים ב-2014).
- Foundation trusts אינן שייכות עוד לממשלה או לרשויות המקומיות. מדובר בארגונים עצמאיים ללא כוונת רווח השייכים לקהילה המקומית אותה הם משרתים באמצעות חבר מנהלים.
- בעלות סמכויות מורחבות המתבטאות, למשל, בסמכות להחליט על הגדלת ההשקעה בשירותים רפואיים.
- נכון ל-2010 יש 129 FTs, בהן חברים 1.6 מיליון איש.

## שליטה ורגולציה (אנגליה)

- פעילות FTs עוגנה בשינויי חקיקה ( National Health Service Act 2006).
- עצמאות מוחלטת בקביעת המבנה הניהולי ל-FTs.
- נתונות לפיקוח חיצוני הדוק ע"י מספר גופים:
- ממשלה – קובעת יעדים וסטנדרטים כגון זמני המתנה לטיפול ומהירות הטיפול בחדר מיון
- רגולציה ע"י Care Quality Commission וה-Monitor הבוחנים את עמידת ה-FT בדרישות הממשלה ואת הסיכון הפיננסי שלה.

## גופים מנהלים (אנגליה)

- FT Board – אחראי לניהול בית החולים, כולל צוות מקצועי-ניהולי ונציגי ציבור.
- חבר מנהלים (Board of Governors) – מפקח על התנהלות ה-FT ומייעץ לו בענייני מדיניות ואסטרטגיה.
- יש חפיפה מסוימת בפעילות שני הגופים.

## FT Board (אנגליה)

- אחראי לניהול השוטף של ביה"ח, לאסטרטגיה שלו, להיענות לדרישות הרגולטור, ולאיכות הטיפול.
- ממנה CEO בכפוף לאישור חבר המנהלים.
- ה-board חייב לכלול CEO, מנהל כספים, רופא ואחות – בהתאם להחלטת ממשלה (executives).
- Non-executives (נציגי ציבור) חייבים להוות לפחות מחצית מחברי ה-board.
- נציגי ציבור ויו"ר ממונים על-ידי חבר המנהלים.

## Board of Governors (אנגליה)

- מפקח על פעילות ה- FT
- ממנה את נציגי הציבור והיו"ר של ה- FT Board
- מייעץ ל- FT כדי לסייע לה לענות על צרכי הקהילה.
- יועץ בנושאים הנוגעים לאסטרטגיה ארוכת טווח של FT.
- 18-39 מנהלים (משתנה)
- הרוב נבחר ע"י חברי הקהילה ; נציג ממשלה אחד לפחות ; 3 נציגי הצוות המטפל ; נציג לרפואת הקהילה ; נציג אוניברסיטה (לא תמיד) .

## Monitor (אנגליה)

- רגולטור של ה-FTs
- גוף ממשלתי עצמאי הכפוף ישירות לפרלמנט.
- מנפיק רישיונות לפעילות ה-FT וארגוני בריאות אחרים באנגליה.
- קובע את תנאי הרישיון ושומר על קיומה של תחרות בין ספקים בשוק הבריאות.

## Care Quality Commission (אנגליה)

- מפקח על עמידתם של ארגוני הבריאות בסטנדרטים הקבועים בחוק.
  - מקיים תהליכי בקרה בתוך בתי החולים.
- monitor עוסק יותר בצד הפיננסי והמינהלי של הפיקוח, וה- commission בסטנדרט הטיפול והשירות בביה"ח, אם כי בפועל יש חפיפה בין שני הגופים.



## **(אנגליה) External Scrutiny Committees**

- ועדות בקרה חיצוניות מטעם השלטון המקומי.
- פועלות בנוסף לגופי הבקרה הממשלתיים.
- בוחנות שינויים בקנה מידה גדול שנעשים או מתוכננים ב-FTs ומעלים את הסתייגויותיהם בפני הממשלה.
- הממשלה תתערב במקרה בו ה-FT הפרה את תנאי הרישיון שלה.

## דיווח לציבור (אנגליה)

- יש ציפייה מצידו של הציבור לדיווח מצד ה-FTs על פעילותן.
- שקיפות כחלק בלתי נפרד מהדרישה למתן דין וחשבון.
- למען השקיפות הציבורית, כל FT נדרשת להפיק דוח שנתי על פעילותה.

## ספרד כמקרה בוחן

- החלטת ממשלה משנת 2000 קבעה רשימת מודלים של ניהול עצמי לבתי חולים.
- בהחלטה הוגדרו כללי הניהול ומנגנוני הפיקוח הממשלתיים לחמישה מודלים הפועלים כיום במדינה.
- בתי החולים פועלים במסגרת חוקי המדינה והמחוז, אשר מסדירים את פעילותם.

# **(ספרד) The Public Healthcare Company**

- גוף ממשלתי הפועל תחת המשפט הפרטי
- מעסיק עובדים שאינם עובדי מדינה.
- שימוש במנגנוני Pay-for-Performance
- תקציבו נקבע על-ידי הפרלמנט המחוזי.
- החל משנת 1996 – הממשלה קבעה כי כל רווח שייצר ביה"ח יועבר בסוף שנת הכספים לתקציב המחוז.
- איוש משרות חדשות – באישור המדינה (שלא מתערבת בהליך בחירת המועמדים).

# **(ספרד) The Public Healthcare Foundation**

- גוף ממשלתי הפועל תחת המשפט הפרטי
- מעסיק עובדי מדינה (זה ההבדל העיקרי בינו לבין המודל הקודם)
- מנוהל ע"י חבר מנהלים הכולל את נציגי משרד הבריאות האזורי והשלטון המקומי
- חבר המנהלים ממנה את ה-CEO
- ללא כוונת רווח

## Foundation (ספרד)

- מלכ"ר הפועל תחת המשפט הפרטי
- פעילות ביה"ח נקבעת בהסכם שנתי בינו לבין הממשלה
- עובדים שאינם עובדי מדינה
- שימוש במנגנוני Pay-for-Performance
- עצמאי יותר משני המודלים הקודמים: קובע סל שירותים משלו ומדיניות השקעות ; רשאי לקבל מטופלים פרטיים.
- מנוהל ע"י חבר מנהלים הכולל את נציגי השלטון המקומי.
- פיקוח בירוקרטי הדוק: נתון לשלוש ביקורות בשנה.

## (ספרד) The Consortium

- גוף ממשלתי המתקצב מאיגום משאבים של כמה רשויות ממשלתיות
- אוטונומיה נרחבת: קובע סל שירותים ומדיניות השקעות ; מקבל מטופלים פרטיים .
- מנוהל ע"י חבר מנהלים הכולל את נציגי המחוז והשלטון המקומי
- CEO אחראי בפני חבר המנהלים להתנהלות בית החולים.
- חופש בארגון התקנים, התפקידים ומערכות המידע (אך בכפוף לאישור חבר המנהלים).

## **(ספרד) The Administrative Concession**

- מדובר בחברה פרטית המקבלת זיכיון ממשלתי להפעיל בי"ח למשך 10-15 שנים בתקציב ממשלתי.
- עצמאות בהשקעות ובניהול מו"מ עם ספקי בריאות
- מותר ל-CEO להרחיב את סל השירותים של ביה"ח.
- ההגבלה העיקרית על ביה"ח: מותר לו לצבור רווחים עד 7.5% מנפח פעילותו.
- CEO ממונה ומפוטר על-ידי חברת הזיכיון.
- בקרה הדוקה – נציג ממשלה יושב בבית החולים כשלרשותו יחידות ייעודיות לבקרה ופיקוח יומיומיים.



## דוגמאות נוספות: שבדיה

- נחשבת לחלוצה בתחום בין מדינות אירופה: הראשונה להעניק אוטונומיה לבתי חולים – מהלך שהחל בינואר 1988 במחוז שטוקהולם.
- לבתי החולים הציבוריים יש עצמאות בניהול תקציביהם וקבלת החלטות ארגוניות.
- בתי החולים עדיין שייכים למחוזות ופעילותם מפוקחת על-ידם.

## דוגמאות נוספות: צרפת

- מאז 1991 ניתנה בחוק לבתי חולים ציבוריים הסמכות לנהל את תקציביהם ועצמאות מסוימת לקבלת החלטות ברמה הניהולית.
- עם זאת, בתי החולים עדיין שייכים למדינה ומנהליהם ממונים על-ידי משרד הבריאות, ותקציביהם תלויים באישור ה- ARH.

## דוגמאות נוספות: אסטוניה

- רפורמה בשנת 2002 שהעניקה עצמאות למנהלי בתי החולים הציבוריים.
- הפיקוח הממשלתי מופעל דרך חברותו של נציג ממשלתי אחד בחבר המנהלים של בית החולים.
- חבר המנהלים עצמאי להחליט בנושאים כגון לקיחת הלוואות, שיפוץ מבנים, גיוס כוח אדם ושכר.
- יצירת הכנסות לבית החולים על-ידי השכרת שטחים ליוזמות פרטיות – בסמכות חבר המנהלים.

## דוגמאות נוספות: איטליה

מעמד שונה לבתי החולים בתוך אותה המערכת:

- מחוז לומברדיה, למשל, החליט להעניק לבתי החולים הציבוריים שלו עצמאות תקציבית.
- במחוזות אחרים אין לבתי החולים אוטונומיה כלל, וחלקם נוקטים בגישה מעורבת.

## מידת האוטונומיה של בתי החולים בשמונה מדינות

ברצף שבין שליטה ופיקוד מלאים על בתי החולים לעצמאות מוחלטת, הולנד מעניקה את מידת האוטונומיה הרבה ביותר. בישראל האוטונומיה של בתי החולים מצומצמת יחסית, בדומה לרוב המדינות שנבדקו במחקר.

Command and control	Restricted semi-autonomy	Considerable semi-autonomy	Maximal semi-autonomy	Fully independent private
	Norway ↔			
	Portugal ↔			
	Israel ↔			
	Estonia ↔			
	Czech Republic ↔			
		England ↔		
	Spain ↔			
			Netherlands ↔	

	Degree of political commitment	Degree of union resistance	Degree of structural change	Staff/ employee status
Restricted semi-autonomy	Weaker	Stronger	Minor	Salaried
Considerable semi-autonomy	Mixed	Weaker	Substantial	Salaried/incentives
Maximal semi-autonomy	Stronger	Not a factor	Systemic	Term-limited contracts

R. Saltman, A. Duran and H. Dubois, Governing Public Hospitals, 2011.

כצפוי, ככל שהאוטונומיה של בית החולם נרחבת יותר, כך גדלה יכולתה של ההנהלה לערוך שינויים מבניים רחבי היקף. כמו כן נראה כי לבתי חולים בעלי אוטונומיה רחבה יותר יש מחויבות גדולה יותר כלפי הדרג הפוליטי, שכן אוטונומיה באה יחד עם החובה למסור דין וחשבון או "אחריותיות" (accountability).

## מעמד בתי החולים האוטונומיים

- אוטונומיה ניתנת על-פי רוב מתוקף החלטת ממשלה רשמית או שינויי חקיקה.
- ברוב המקרים, אוטונומיה אין פירושה שינוי בעלות – המדינה נותרת הבעלים (למעט בהולנד – בה כל בתי החולים הכלליים הם מלכ"רים פרטיים).
- יוצאת דופן היא אנגליה בה מתן האוטונומיה היה כרוך בשינוי בעלות (ממדינה לתאגיד בבעלות הציבור) תוך שינויי חקיקה.

## האם באמת אוטונומיים?

- יש מדינות בהן בתי חולים אוטונומיים הוכפפו למשפט הפרטי (private law) במטרה להקל על פעילותם ולנתקם משליטה בירוקרטית (ספרד, אסטוניה, צ'כיה), אולם רובם עדיין שייכים למדינה וחייבים במתן דין וחשבון.
- ברם, קשה מאוד למתוח קו ברור המפריד בין שליטת המדינה לסמכות בית החולים. נראה כי לעתים בית החולים "מיישר קו" עם דרישות המדינה (אשר מחזיקה לעתים בכוח הווטו על החלטות בית החולים).



***“In reality, the practical balance between hospital autonomy and political control ultimately remains indistinct in these models, and the fundamental nature of the actual reforms thus requires continued assessment and evaluation”.***

## אוטונומיה – סיפור הצלחה כלכלי?

- בתי חולים הנהנים מאוטונומיה באנגליה, פורטוגל ונורבגיה מצליחים לנהל תקציב מאוזן, ונמענים מגירעונות מהם סבלו בעבר.
- מאידך, בהולנד נאלצה הממשלה להתערב לאחרונה על מנת להציל בית חולים פרטי מפשיטת רגל.
- במקרה אחר, כפה משרד הבריאות בהולנד הגבלות שכר על מנהלי בתי חולים ששכרם נתפס כגבוה מדי.

## אוטונומיה – סיפור הצלחה רפואי?

- מחסור בראיות סיסטמטיות בספרות באשר לביצועיהם של בתי חולים אוטונומיים.
- היעדרם של מדדי איכות משביעי רצון בבתי חולים מקשה על יצירת תמונה ברורה בנושא.
- עם זאת, מחקר שנערך לאחרונה מצא קשר בין ניהול אוטונומי של בית החולים לתוצאי טיפול משופרים ( bloom et al. 2010).

***“How best to achieve a reasonable balance between institutional autonomy and political influence will likely continue to remain an unresolved but critical question...”***

R. Saltman, A. Duran and H. Dubois, Governing Public Hospitals, 2011.

## סיכום

- מודלים שונים של שליטה על בתי חולים ציבוריים
- מגמות שונות ואף מנוגדות של תהליכי ביזור וריכוז
- מגמה להעניק אוטונומיה לבתי חולים במדינות שונות
- אוטונומיה כניסיון לייעל את פעילות בתי החולים
- מחסור בראיות המעידות על הצלחתם של בתי חולים אוטונומיים
- שאלת האיזון הרצוי בין עצמאות מוסדית לשליטה בירוקרטית נותרת פתוחה בשלב זה.