



פרוטוקול וועדת גרמן – וועדת משנה תיירות מרפא – 21/10/13

נוכחים: יובל דגן, יוליה איתן, קמיל מורלייר, ניר קידר, פרופ' לאה אחדות, פנינה קורן, עו"ד טלי שטיין, רינה פורטנוי, שרה אמסלם, פרופ' קובי גלזר, פרופ' ארנון אפק, עו"ד לאה ופנר, דר' עזיז דראושה, דורון קמפלר, מור סגל.

**** מציגה בפני הוועדה: יוליה איתן, המועצה הלאומית לכלכלה, היכרות עם תחום תיירות המרפא. מציגה מצגת**

(מצורף בקובץ POWERPOINT).

יוליה איתן: מי הם תיירים רפואיים - אנשים שמגיעים לצורך ביצוע פעילות רפואית אלקטיבית מתוכננת, שמניידים עצמם לצורך הפעילות. יש תיירים שכבר נמצאים במדינה, והם נדרשים לקבלת מענה לצורך חירום. יש ענף שלם של תיירות ים המלח, מגיעים לדברים שהם לא hard core מערכת הבריאות הישראלית. יש גם אנשים שמגיעים לשטחנו וחיים איתנו ואנחנו נדרשים לתת להם מענה, בכללם עובדים זרים, פליטים ופולסטינאים, שזה נושא נתון לוויכוח וצריך לראות איך אנחנו ממקמים את זה. מהי סביבת העבודה שלנו – יש מחסור אמיתי. האינפורמציה הקיימת בעייתית, יש המון אי וודאות בתחום ולא רצים לספק אותה. יש הרבה מידע לא אמין, מצע לא אמין שמייצר אווירה וניחוח לא טובים. יש הבדל גדול בהתייחסות בספרות, מה נכלל בתוך אותה הגדרה. היום אנחנו נמצאים במאמץ אינטנסיבי לאסוף מידע מבתי"ח. הייתה פנייה של שרת הבריאות, גובשה עם חלקכם יחד כדי לאפיין את הצרכים שלנו. התשובות שמגיעות לפתחנו היא של אלו שאין להם, ואז אין להם בעיה לדווח על זה. אלה שיש להם זה מסתננים ופליטים. עבור ה – hard core שדיברנו, מאירים את עינינו לנושא המסתננים והפליטים. אור נוסף הוא לגבי ההיקף, מה נכלל תחת תיירות מרפא – בדיקות, אשפוזים, over night האם נחשב או לא או גם אשפוז יום. כל פעם נצטרך לשאול את עצמנו על מה אנחנו מדברים, וזה לא מובן מאליו. סוגי הפרוצדורות זה עניין נוסף. אנחנו עושים מאמץ גדול לאסוף מידע מבתי"ח.

דוברות: צריך למקד את הדברים ולפנות גם למנהלי הקופות.

יוליה איתן: פנינו לכולם וכולם גם רוצים לדעת שפנינו לאחרים. אפרופו מידע אמין, חלק מהמידע מגיע אלינו הוא דווקא מהסוכנים ומהמשווקים, אבל אני לא בטוחה אם נוכל להגיד שזה המידע הרשמי שלנו. אולי קצת מהספרות והרקע התיאורטי – מתייחסת למצגת. מה הסיבה לבחירה בתיירות מרפא? המניע המרכזי הוא הפער במחירים. הסיפור הוא איכות רפואית ממה שראינו עד עכשיו.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם את לוקחת אנשים מרוסיה זה איכות וטכנולוגיה, אם מארה"ב, זה עלות.

יוליה איתן: מה גורם לפרט בנפרד ומה גורם לחברת הביטוח. זה יכול לנבוע מהחלטת הפרט או בניווט של חברות הביטוח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אתה צריך לבדוק בנפרד אם הם באים מהמזרח או ממדינות ערב שמחפשים טכנולוגיות שאין להם, זמינות ושפה, והשני זה אוכלוסייה אמריקאית ששם זה פוטנציאל כלכלי אדיר. אם זה לא היה שאלה של כסף, הם היו עושים שם, כי אין בעיה טכנולוגית - להיפך.

יוליה איתן: קראנו דו"חות של חברות ביטוח שעושות הסכמים שיטתיים בקובה ובמקסיקו.

זו תופעה שהייתה קיימת תמיד, מאז ומעולם, זה עתיק. הייתה עלייה וצמיחה בתופעה הזו, נובע גם מצמיחת המידע באינטרנט. חופש תנועה של בני אדם מקל עלינו, תחבורה גם כן. ככל שהפערים בין המדינות גדלים, כך גדלה התופעה.

פרופ' יוג'ין קנדל: התפרסמה כתבה שרצו מאדם המון כסף על החלפת מפרק, ובסוף נסע לבלגיה ועשה את זה במחיר הרבה יותר נמוך.

יוליה איתן: חוזרת למצגת – אנחנו מסתכלים על הדו"חות אפולוגטית ונמשיך להגיד את זה. המטרה היא בעיקר להצביע על הפער הגדול של הפוטנציאל בשוק. החלק הגדול נובע מהגדרות של מהי תיירות רפואית, מתוך אומדן של חברות מקנזי ודלויט, ולמרות זאת מדובר בתחום עם פוטנציאל גידול משמעותי.

דוברות: גם הספרות בעייתית בנושא הזה, כל אחד זורק מספר. לא יודע אם מישהו באמת יודע מה ההיקפים האמיתיים.

יוליה איתן: הפערים הם גם בהגדרות, למשל – מיטת אשפוז יום נחשבת במקום אחד, ובמקום אחר לא. אז חשוב שזה יהיה לפתחנו.

יש רשימה של מדינות שבחרו לעצב אסטרטגיה ברורה וידועה בתחום של תיירות רפואית, כשיש הבדלים ביניהן. כל אחת מהן מחפשת את הבידול ואת היתרונות היחסיים שיש לה. אני אעבור על אחת או שתיים. תאילנד - המְכָה של תיירות רפואית. האסטרטגיה ברורה שלהם היא ללכת למקומות של JCI. הם הולכים על ניתוחים פלסטיים, רפואת שיניים, פלך רפואה אחר. ניתוחים פלסטיים הם מרכז עולמי, והם בונים סביב זה את האסטרטגיה שלהם וזה נמצא גם באתרים ממשלתיים שלהם.

דוברות: כחלק מהאסטרטגיה שלהם, הם בחרו להוציא אשרה מיוחדת, ויזה רפואית, שמאפשרת יותר כניסות לצורך זה. תאילנד עשתה פיילוט בעיקר למדינות האזור ומדינות ערביות שרצתה למשוך אותן.

יוליה איתן: הרבה פעמים זה מהווה שיקול בבחירה של היעד. יש עלייה בתיירות רפואית מאוקראינה מאז הסרת החסם.

דוברות: האם הפרוצדורות האלה מתבצעות בבתי"ח פרטיים? זו שאלה מהותית, לא רק אם תהיה או לא, אלא גם איפה היא תהיה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יוליה איתן: לא כל דבר מפורסם. חלק מבתי"ח הם בהפעלה פרטית אבל בבעלות ממשלתית. בתאילנד יש להם over capacity של בתי"ח, והם שאלו את עצמם מה הם עושים עם זה. תורכיה היא מתחרה בזירה הים תיכונית, ויש להם קרבה לרופאים ישראלים, והם מחפשים את החיבור עם ישראל ליצירת מיקסים.

דוברות: בתאילנד יש רשתות גדולות של בתי"ח פרטיים. לגבי הממשלתיים אנחנו לא יודעים בדיוק מה ההיקף.

יוליה איתן: יש משאבים ציבוריים שמופנים להרחבת הפעילות. אפשר להיכנס פנימה ולבדוק מה תמהיל המימון וההפעלה שלהם.

דוברות: האם אותם רופאים שעובדים בציבורי יכולים לעבוד בפרטי?

יוליה איתן: את זה צריך לבדוק.

דוברות: נשמח אם תוכלי להתייחס לגרמניה.

דוברות: התאילנדים נחשבים טובים?

דוברות: יש בתי"ח מצוינים שם.

יוליה איתן: הלכנו על מדינות שהחומרים לגביהן זמינים יחסית. יש פה 11 מדינות ואפשר היה להוסיף עוד 11.

דוברות: יש גם הודו, בנגלדש, וייטנאם. יש עוד הרבה מדינות.

יוליה איתן: יש מדינות שפיתחו כל מיני אסטרטגיות בכל מיני נושאים. בגרמניה - יש להם מרכז ממשלתי שיושב בתוך משרד הכלכלה הגרמני שמתייחס לרפואה כאל ענף ייצוא לכל דבר, כולל פתיחה של סניפי פעילות רפואית בתוך מדינות היעד וגם גיוס מעולה. חלק מהפעולות מבוצעות בגרמניה והחולה מוטס חזרה – תיירות רפואית הפוכה. יש בקרה אחר המטופלים. אפשר להוריד את המסמכים שלהם ולצלול פנימה. הסתכלנו בגדול למי יש מדיניות מובנית בנושא הזה, שזה נובע מתוך מבנה מדיניות הבריאות שלהם. הפתיע אותנו שיש מדינות שפועלות בצורה פרואקטיבית בנושא הזה. הן מגבשות את המושג רפואה לתוך המשק הפנימי שלהם. זה יכול להיות חיבור לעבודה של דר' שולי ברמלי לגבי תמהיל ציבורי-פרטי. אם יהיו מדינות שיהיה לנו חשוב לצלול פנימה, נעשה את זה.

דוברות: בכל מדינה אירופאית אפשר לקבל את השירותים האלה, והמדינה שלך משלמת על זה. עם אירופה צריך להיזהר עם כל צריכת שירותים.

דוברות: היה מעניין לגבי גרמניה לבדוק כמה דברים – מאיזה מדינות הם עושים את התיירות, יש להם קשרים בכל מיני מקומות, גם במזרח אירופה וגם במדינות סקנדינביה. גם בתי"ח שלהם ברובם ציבוריים ומעניין לבדוק אם זה נעשה שם או בפרטי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יוליה איתן: הגרמנים נמצאים בקשר מאוד הדוק עם מזרח גרמניה, כי הם משווקים שם לא רק תיירות רפואית. אפשר להעלות מישהו על שיחת ועידה בוודא. לגבי גרמניה יש לנו מקור שעוסק בזה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני מציע שנאסוף שאלות ונשלח לו.

דוברות: זה הכי קרוב אלינו מבחינת סוג המדינה, תמהיל ציבורי-פרטי ויש להם נגישות הכי טובה למזרח.

פרופ' יוג'ין קנדל: גם סינגפור מאוד מעניינת כי היא דווקא מדינה יותר קטנה מישראל.

דוברות: מדינה שמאוד דומה לנו זה אנגליה, זה מתפתח שם במקביל לשר"פ. הם עושים הסכמים עם חברות אמריקאיות שנותנות מרפאות בתוך בתיה"ח, ובאים אנשים מדובאי, מהמזרח התיכון ומהמדינות מסביבה.

דוברות: השר"פ שם הוא בנפרד.

דוברות: אנגליה מאוד משתנה ומתפתחת עכשיו.

יוליה איתן: אנחנו נסתכל על הניסיון הבינלאומי ונרכז שאלות כדי להסתכל על המערכות בצורה אחידה, למרות שברור שאי אפשר לעשות "העתק-הדבק". לפי מה שאנחנו יודעים על ישראל – בשנת 2011 אנחנו מדברים על 26 אלף תיירים רפואיים. מספר שהשגנו מכמה מקורות, לכן אנחנו מרגישים איתו בנוח. לפעמים אנשים מגיעים לאשפוז חוזר. אין לנו מס' ימי אשפוז אלא מס' ימי שהייה בארץ, כ – 25 בממוצע. לא אימתנו את זה, זה הגיע מכמה משווקים. לרוב זה לא ברצף – יש בדיקות חוזרות או משהו מסתבך. זה כולל את התייר ומשפחתו.

דוברות: אלו מס' ימי שהייה בביה"ח או בישראל?

פרופ' יוג'ין קנדל: יש תועלות רפואיות לזה ולזה.

יוליה איתן: נכון במיוחד לגבי הילדים. לרוב בן אדם מאוד חולה לא מגיע לבד.

דוברות: זה נכון.

דוברות: הם בדרך כלל באים לניתוח?

יוליה איתן: אנחנו מחכים לנתונים אמניים מבתי"ח, אבל לרוב מגיעים לטובת קבלת טיפולים אונקולוגיים.

דוברות: ניתוחים, בדיקות. הרבה מגיעים כדי לאמת את האבחון שקיבלו ברוסיה או מתווה טיפול לאבחון שקיבלו. הרבה מתחום האורתופדיה וקרדיולוגיה. אמרו לנו תחום נוסף – גניקולוגיה.

דוברות: אנחנו מעצמה בגניקולוגיה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אפשר לבקש מבתי"ח, מה שהיה מעניין בעיניי, זה באותם סוגים של הטיפולים, אם אפשר לקבל התייחסות לאורך התור.

יוליה איתן: אפשר לבקש הכל.

דוברות: אני אעשה עבודה מקבילה.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה מאוד תלוי האם זה התייעצות או ניתוח, אלו יהיו נתונים שונים לגמרי.

יוליה איתן: אימות האבחנה שנעשתה לו מוביל לניתוח בדרך כלל.

דוברות: מנהל ביי"ח אחד אומר שזמני ההמתנה שלהם נמוכים יותר, לא בגלל שהם משלמים הרבה כסף, אלא בגלל שההוצאות שלהם מאוד גדולות באופן כללי, ומתוך אנושיות הם רוצים לעזור, סיבה הומניטרית. לא בגלל הסיבה של כמה הוא משלם לביה"ח.

דוברות: אם צריך לחכות לפעולה מסוימת 9 חודשים, אם מכניסים אותו למערכת זה יוצר עוד בעיה. אם זה משהו שמחכים לו שבועיים, זה פחות נורא.

יוליה איתן: חוזרת למצגת – הכנסות בתי"ח מתיירות רפואית. יש זינוק פי 10 בהכנסות של בתי"ח ממשלתיים. סך ההכנסות כאומדן זה 506 מיליון ש"ח. הסך המצטבר הוא 506 מיליון ש"ח, זה נתון מוצלב. כללית בנפרד, יחסית נמוכה, אבל אם ימשיכו באותו קצב, הם כנראה יצטרפו. הכסף הזה מגיע ללא הגבלות אלפא או ביתא, לא נכנס בקפיטציה, זה בתקציב הגמיש של מנהלי בתי"ח שזה המקום היחיד שבו הם מצליחים להפעיל את המערכת.

דוברות: זה דמי כיס היום.

פרופ' יוג'ין קנדל: קופה קטנה.

יוליה איתן: יש לה פוטנציאל להיות לא קטנה. אם לא נעשה כלום, היא תמשיך לגדול וצריך לקבל החלטה לאן נרצה להתקדם.

דוברות: בניגוד לבתי"ח שמשלמים שוטף פלוס, כאן הכסף נכנס מיד, וזה יתרון משמעותי.

דוברות: אפשר לראות או לדעת אם הכסף הזה נכנס לשיפור או לטיוב המערכת או כדי לכסות גרעון?

יוליה איתן: אנחנו יודעים שהכסף הזה לא צבוע. מה שאומרים זה שזה הולך לפיתוח תשתיות, אבל חשוב שנראה את זה בעין בסיוור שנלך אליו. האמירה היא שזה הולך לתקציבי פיתוח. זה נשמע לנו הגיוני לאור זה שאין הרבה



דוברות: צריך לראות מה הרופאים מקבלים מזה.

יוליה איתן: ממשיכה במצגת – השחקנים הגדולים בשוק של התיירות הרפואית. בלינסון הופך להיות מוקד לאחרונה. לכל אחד מבתי"ח יש שיטות עבודה אחרות. מעניין להבין כמה הכנסות זה מביא לבתי"ח. שניידר ובלינסון נכנסים כאן לעומת קודם, ההכנסה שלהם מתיירות רפואית היא משמעותית.

דוברות: הדברים האלה עוד רחוקים מהמספר של 10%, שזה היה מספר הזהב של הוועדה.

דוברות: כולל ההכנסות של קרן מחקרים?

יוליה איתן: כן, בגלל זה לא קופה קטנה.

דוברות: לגבי מדינות אחרות, ציינת 2 מניעים להתפתחות של תיירות מרפא – מדינות שנהנות מ – over capacity, אין להן בעיות של תפוסה גבוהה, או שזו מדיניות שאולי בלתי תלויה בתפוסה, אבל רוצות לעודד עוד ענף ייצוא. רציתי לדעת אם אפשר לראות איזשהם נתונים שמראים שיש לפחות מתאם בין capacity לבין התפתחות התיירות הזו, וגם אצלנו האם יש שונות בין בתי"ח ב - capacity או בהתפתחות לאורך זמן. כפי שזה מתפתח אצלנו, יש לנו over capacity או להיפך? אני נשארתי עם רושם חזק מההרצאה של פרופ' אפק לגבי הבעיות של מערכת הבריאות שלנו, שזה חסר וזה חסר... מנהל רפואה אני מתכוונת, לא בקהילה. הרבה דברים חסרים ואז לראות את זה בהקשר גם של הסיטואציה שלנו.

יוליה איתן: אני רק אחד – פה אנחנו מציינים את ההכנסות ולא דווקא את היקפי הפעילות. אין לנו מספר מדויק של כמה תיירים הגיעו לכל ביי"ח. קיים תמחור שונה בין בתי"ח, אבל זה לא אומר שהם שירתו אותה כמות אנשים.

דוברות: זה כולל פלסטינאים?

יוליה איתן: לא. זו סוגיה שלא פתורה של פלסטינאים ומסתננים. יש כאן סוגיות לא פתורות וזה לא רק מערכת הבריאות שמתמודדת איתן.

דוברות: הם אנשים שנמצאים פה וצורכים שירותים, לא כתיירות מרפא.

יוליה איתן: חלק מהתנועה של הפלסטינאים היא לצורך קבלת שירותים רפואיים. זה משהו שהופך להיות משמעותי כרגע בתוך מערכת הבריאות והוא גוזר עלויות.



בישראל, לאו דווקא בבי"ח מסוים או אצל רופא מסוים. יש ערוצי שיווק נוספים מאוד ותיקים, שאחד מהם זה קשר ישיר עם רופא בחו"ל, שאם הוא נתקל בבעיה מורכבת הוא אומר לו "סע לישראל, כדאי לך לעשות את זה שם". דרך נוספת – מכר בארץ, דווקא מתאים לקהילה הרוסית. הם משתפים ומחפשים יחד מה אפשר לעשות. זה לא חייב להיות סוכן שמשלמים לו עמלה, אלא דרך קשרים חברתיים. הקשר הראשוני אחרי שהאדם מתעניין הוא העברת מסמכים לישראל וקבלת מידע ראשוני שמגובש לידי. זה מגיע לבי"ח למחלקת תיירות רפואית, שהיא מנהלת האירוע, ואנחנו יודעים שיש מחלקה כזו בכל בי"ח. לרוב האמירה היא "בוא תגיע ותעשה סבב בדיקות" ואז הם מקבלים אומדן עלויות ראשוני. המחלקה גם מאתרת את הרופא שיטפל בחולה. נוצר קשר ישיר מול הרופאים. יש בתי"ח שעשו לזה סוף כי החליטו שזה לא מתאים להם. חברת השיווק עושה בידינג, עושה סיבוב בארץ ומחפשת מי יעשה טיפול טוב בזמן הכי קצר, במחיר הכי טוב ובעמלה הכי גבוהה. אותו תייר עושה בדיקה מקבילה במדינות אחרות. הוא עושה בידינג גם שם, זה המתוחכמים מביניהם ויש כאלה שבאים לישראל על עיוור. לרוב הם מתבקשים לשלם את התשלום הראשוני לפני הגעתם ארצה. זו אינדיקציה לכך שהם יכולים לשלם ויוצר מחויבות לביה"ח.

דוברות: את יכולה לתת לנו דוגמא איך נראה הפרסום על הנייר?

יוליה איתן: יש פרסומות קופצות באינטרנט.

דוברות: למה הם מתחייבים? זה יכול להשפיע על הסוגיות שמטרידות את מי שמוטרד.

יוליה איתן: כולנו חתומים על הסודיות העסקית, יש פה תחרות בין בתי"ח ובין המשווקים, וחלק מהאינפורמציה צריכה להישמר כאן כדי לא לפגוע באלה שהחליטו לשתף אותנו בכל זאת. יש עלות ראשונית, וכשהוא מגיע, הוא מבין מה סדר הגודל של המחיר כולו. המחיר נקבע לפי תעריפון של משרד הבריאות, שמשמש כבסיס למו"מ. ברוב המקרים זה ב – 50% יותר גבוה מתעריף א', ויש עוד סוגי תעריפים.

דוברות: זה תעריף מקסימום, כך שהפער הוא יותר גדול בין המצב בפועל לתעריפים.

יוליה איתן: על זה מוסיפים עמלה של סוכן, טיפולים נוספים.

דוברות: זה מחיר מקסימום לא?

יוליה איתן: לא תמיד.

דוברות: אין חברות ביטוח שמשחקות בעניין הזה?



יוליה איתן: כן, אבל זה כמעט ולא קורה, כי הנחת העבודה היא שזה המינימום ועל זה מוסיפים אחוזים

שמחלקים לסוכנים.

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: התעריף שמופיע זה תעריפי מקסימום של כמה בתיה"ח יכולים לגבות. אני צריך לבדוק את זה. אני מדבר על תעריף ג'.

יוליה איתן: השאלה מה החלוקה בפנים ומה השירותים הנלווים היא אחרת.

דוברות: אז זה לא עלות לתייר.

יוליה איתן: זה בוודאי לא הסכום המקסימלי.

דוברות: זה תעריף שיכול להיות לדוגמא, תייר שהגיע לארץ לבלות, ואז נכנס לביה"ח.

יוליה איתן: זה לכל זר שמגיע לקבל טיפול.

דוברות: מחירי מקסימום לימי אשפוז ולפרוצדורות מסוימות.

דוברות: בפועל זה לא קורה.

יוליה איתן: בתיה"ח מתמחרים ומעבירים את הצעת המחיר לתיירים. התיק הוא של הסוכן, שעושה בידינג ומסתובב בין בתיה"ח. הסוכן הוא שעומד בקשר מול תיירות רפואית בבתייה"ח ובין ההצעות השונות.

דוברות: ביה"ח מקבל את הכסף מהסוכן ולא יודע כמה שילמו לסוכן.

דוברות: נגיד שנגיע למסקנה שצריך להשאיר את תיירות מרפא – צריך להחליט על מדיניות מרכזית, כי יש לזה שיקולים של יחסים עם ישראל בעולם, וזה יכול להיות בעייתי.

יוליה איתן: את צודקת. בואו נתקדם עם תשתית הידע. יש תהליך שלם של קליטה של התייר – מהמתנה של נהגי מוניות בשדה ללינה בבתי מלון, שיש הסכמים איתם. לרוב הם מחפשים פתרונות פשוטים – בתי מלון 4 או 3 כוכבים, כשהפרמטר הוא קרבה לבתייה"ח. אם יש בית אבות או דירות פנויות, זה גם ילך לשם. זה תחום שיש בו המון יצרים בתחרות ובמאבקי כוח. כל אחד יספר על השני שהוא גונב ורמאי, בין הסוכנים לבתייה"ח, הרבה אמוציות כי הכסף כנראה טוב.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם זה 26 אלף איש כפול שניים פלוס 25 יום זה 5% מסך תיירות הלינה באופן כללי.

יוליה איתן: אבל זה לא בשנה קלנדרית אחת. האמת היא שזה מקוז את זה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוג'ין קנדל: יחסית לתיירות כוללת, זו כמות גדולה.

דוברות: מכל כמה תיירים שאני פוגש ביום-יום, יש סיכוי שאני אפגוש כמה עם קתטר ושהוא יעבור דרכי..

דוברות: צריך להסדיר את הנושא הזה ברמה לאומית לאור המספרים. המדינה יכולה להסתכן פה ביחסים בינלאומיים. יש הרבה שאלות שיכולות לעלות, גם דברים רגישים.

דוברות: ישראלי שיש לו אזרחות זרה, האם הוא יכול להשתמש בזה כמסלול עוקף שר"פ?

יוליה איתן: שאלה מצוינת.

דוברות: יש דרך לעצור את האפשרות הזאת?

דוברות: זה מאוד יצירתית.

יוליה איתן: בואו נמשיך. בין קליטה לאבחון יסודי יכולים לעבור שבועיים ושלושה, וההמתנה הזאת מלווה במתח שבעקבותיו חלק מהם יעזבו את הארץ, יתחרטו או יעברו לבי"ח אחר. התייר מתחיל להבין לאן הוא הגיע. מגיעים לרוב זוגות או משפחות. ילדים ואנשים מבוגרים יגיעו עם מלווה לצדם לרוב.

פרופ' יוג'ין קנדל: אנשים שלא יכולים לבוא יחד, לא יכולים להרשות לעצמם את הטיפול, זה בהגדרה. חובה שתהיה לך מערכת תמיכה.

דוברות: או שיש לך מכר בארץ.

יוליה איתן: יש סוגיה של מעקב רפואי אחרי סיום הטיפול. חלק מבתי"ח רואים בזה אחריות שלהם וחלק מהסוכנים מבטיחים את זה. זו שאלה באוויר, חלק עושים את זה. הם עומדים לרשותם בשאלות ופניות. אם יש סיבוך, אפשר לחזור לטיפול או להתייעץ מרחוק. ההודים עושים מזה הון, מאבחון מרחוק.

דוברות: בטיפולים אונקולוגיים צריך אישור ממשרד הבריאות על כירורגיה בינונית ומעלה, אפילו לא זעירה. צריך אישור לפתוח מרפאה בתנאי שאתה רופא, רק כירורגיה בינונית ומעלה, יש לזה הגדרה.

יוליה איתן: מרפאת שבע עיניים, היום רופא יכול לפתוח? אין שם שום תפר.

דוברות: לדעתי כן. לכאורה הוא יכול לפתוח מקום שבו הוא נותן טיפול אונקולוגי ולא פעולה כירורגית.

פרופ' יוג'ין קנדל: נניח שאני אומר שאני פותח פה מרפאה רק לאזרחים זרים. אני עדיין צריך אישור? זה לא משהו שבכלל משרת את אזרחי המדינה.

דוברות: אתה צריך רישיון של חולדאי.

דוברות: אתה צריך רישיון עסק.



דוברות: פעולה כירורגית זה אותו דבר, לא כתוב אם זה לאזרחים או לזרים.

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל זה לא תחת משרד הבריאות.

דוברות: אתה לא יכול לתת טיפול רפואי שלא תחת משרד הבריאות. אני חושבת שבנושא הזה כן היה מקום לחקיקה ספציפית. ברור שמה שאנחנו מתדיינים זה משנת 1940. תבין רק על מה אנחנו נסמכים.

יוליה איתן: השאלה היא בעצם מה הקריטריון לפתיחת שירות רפואי לזרים. זו גם שאלה משפטית.

דוברות: אנחנו מפקחים על מתן שירות רפואי, וזו נקודה בעייתית, אנחנו רוצים להרחיב את הפיקוח.

דוברות: משרד הבריאות צריך להוכיח למה הוא לא נותן את האישור.

יוליה איתן: ברמת אביב יש ביי"ח שרוצה לתת שירותים לזרים בלבד, אפשר להזמין אותו לפה. זה לא כזה רחוק מאיתנו. רק שנבין שזה לא משחק ב"כאלו", אלו שאלות לפתחנו, זו פעילות מתפתחת.

הסתכלנו על המסלול של התייר בארץ. מיפוי השחקנים השותפים בעשייה – בתי"ח ציבוריים, בתי"ח פרטיים, קליניקות פרטיות – חלק גדול מהפעילות קורית שם. רופאים – לא פעם קורה שהם עושים את החיבור אל מול רופא בישראל. הרופא עושה טיפול ומפצל אותו בהתאם למה שמשתלם לו, חלק בפרטי וחלק בציבורי או חלק בקליניקה. התייר הוא מקרה שהרופא לוקח את החולה איתו, מעביר אותו תחנות, קובע תעריפים וקובע איפה זה משתלם לו יותר. אנחנו לא יודעים עד כמה זה נפוץ.

דוברות: אנחנו לא יכולים לשלוט להם במה שהם עושים ביום ובלילה. לא ניתן להגיד שכל מי שלומד רפואה בארץ מחויב לעבוד במדינה איקס שנים בתור רופא וזו החובה שלו – היום זה לא קיים. הם עוזבים לעבוד בארה"ב או באירופה, כי הם סטארט-אפסטים.

דוברות: העיקרון הוא אותו עיקרון, אלא אם כן אתה עובר למודל של הלוואות במימון הלימודים.

דוברות: זה מודל אמריקאי.

יוליה איתן: רופא שהוא מנהל תיק לעומת ביי"ח שהוא מנהל תיק. יש רופאים שיש להם רישיון טיס והם מטיסים מקפריסין למשל.

דוברות: אני מכירה מנהל ביי"ח כזה.

יוליה איתן: חלק מהסוכנים הם רופאים או פרסונל טוב, יש להם קצת זמן והם עושים סגירות בביה"ח. כמעט כל אחד יכול להגיד שהוא סוכן שעוסק בתיירות רפואית. יש הבחנה בין סוכני עמלה – מקבלים עמלה קבועה על כל חולה שהם מביאים ללא תלות בעלות הטיפול הכוללת, לבין סוכני מחיר – מקבלים אחוז קבוע מתוך סך



המחיר שנקבע לחולה. יש בתי"ח שלא מוכנים לעבוד עם סוכני מחיר כי זה יוצר קושי מול החולים, וכאלה שאומרים שזה רצונו החופשי של החולה.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש כאלה שמבטיחים מתורגמן ולא עושים את זה.

דוברות: המטופל צריך להבין מה עושים לו, ואם הוא לא מקבל את זה - זו תקיפה. מטופל לא יכול לתת הסכמה מדעת לקבלת טיפול אלא אם כן הוא מבין מה הולך לקרות לו, ולפעמים אין מתורגמנים.

יוליה איתן: אין, וגם יש שאלה איפה נעצרת האחריות של הסוכן, האם הוא מלווה אותו לאורך הטיפול, מה קורה אם מסתבכים. זה תיירים וזה נשמע fun אבל זה אנשים חולים בארץ זרה, לרוב במצוקה כספית גדולה, ללא ביטוחים, ויש לנו מחויבות כמדינה כלפי אותם חולים שהגיעו לשטחה. זה נושא בבדיקה ונקבל עליו מידע מהרגולטור. צריך להבין שיש פה ערוצי שיווק וקבלני משנה שסובבים את התעשייה – אמבולנסים פרטיים, אחיות פרטיות.

רצינו להציע לקיים דיון האם שם אנחנו רוצים להיות וזו מטרת הוועדה – בשקף במצגת. האם למישהו יש השגות לגבי המטרות, חש לא בנוח או שאפשר להתקדם?

דוברות: ציונות לשמה.

דוברות: נפלא.

דוברות: זה משפט מורכב.

דוברות: אני מבקשת להעלות את זה להצעה שנדון עליה.

יוליה איתן: זו הצעה.

דוברות: משתמעת גישה חיובית כלפי הדבר הזה, שאנחנו כן רוצים לקיים את תיירות המרפא שזו מסקנה שאנחנו קופצים עליה בקלילות?

יוליה איתן: אנחנו חיים במציאות שזה כבר קיים.

דוברות: המטרה היא קידום שלה לטובת הישראלים.

יוליה איתן: חלק מהדיון שיכול להקל עלינו בחזון זה הנחות יסוד שכדאי לדבר עליהן – במצגת.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש 2 דרכים להסתכל על תיירות רפואית – אם אנחנו מניחים שהמשאבים שלנו הם קבועים ולא תלויים בזה, ובמידה והיכולות שלנו לא מספיקות, אז תיירות רפואית צריכה להיעצר ואין בכלל שאלה. זו הדרך של עיתונות להסתכל על זה. דרך אחרת – אם תיירות רפואית מייצרת ערך, וערך פוטנציאלי גדול, ועובדה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שיש לא מעט מדינות שלא צריכות את זה, יש דברים אחרים שהן יכולות לעשות כי הן מאוד עשירות, יש לזה ערך ואפשר לקחת חלק ממנו ולשפר את היכולות והמשאבים, ואז לתת גם את זה ולשפר את היכולת שלה. כמובן שזה לא במידי אלא לוקח זמן. צריך להבטיח שאנחנו באמת יודעים לחשב את הערך הזה, מאיפה באות ההכנסות ומה ההוצאות האמיתיות, ואם כן נוצר ערך, שהוא אכן מופנה לחיזוק של מערכת הבריאות. בתוך התהליך אנחנו חייבים להבטיח שהערך ממוקסם, המערכת יעילה והיא גם הוגנת, שזה לא המרבה במחיר מנצח. מה שהחזון הזה אומר זה שהוא לוקח את הדרך השנייה. אם נמצא שיטה להגדיל את הערך הזה במטרה למקסם את השפעתו על המערכת הציבורית, אז כולנו נוכל להסכים עם זה. אם לא, צריך לשנות את זה.

דוברות: בצורה הוגנת גם לתיירים כמובן.

פרופ' יוג'ין קנדל: כמובן, אי אפשר לרמות אנשים. אנחנו לא היחידים בשוק הזה. גם ליוצאי בריה"מ יש קהילה לא קטנה בגרמניה, אז הם ילכו לשם. יש גם יהודים אמריקאים, ויש שם אוכלוסייה של 5 מיליון איש שמשלמים היום על דברים כאלה פי 5. יש לנו גם לא מעט רופאים יהודים בעולם שאפשר להביא אותם לפה כדי לפתור בעיה של זמינות. אפשר לחשוב בתיירות רפואית גם על הבאת צוות מטפל לחו"ל, ולא רק משם לכאן.

דוברות: אתה מסתכן בבריחת מוחות.

פרופ' יוג'ין קנדל: שולחים רופא לשבועיים.

יוליה איתן: זה קורה גם היום.

דוברות: שכחתם את גב' עובדיה בגינאה המשוונית? שם היא בנתה כבר ביי"ח שני עם הרבה מאוד סכסוכים, שמופעל על ידי ישראלים שם. בהשפעה הגלובלית של ישראל זה גם משמעותי.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני חושב שכדאי לחשוב שזה דווקא פוגע במערכת הבריאות הציבורית.

יוליה איתן: יש רופאים שנוסעים ועושים ססיות בחו"ל, ברוסיה, בקפריסין, בקזחסטן ומרוויחים מזה לא מעט כסף.

דוברות: יש רופאים שעושים רדיולוגיה מהארץ, מפענחים צילומים.

דוברות: אני מבינה את הלוגיקה, לקבוע אם יש ערך, ובהינתן שיש ערך האם אפשר ליהנות ממנו בלי לפגוע באזרחים. יש פה משהו אחד בתוך השני. הערך הוא לא בלתי תלוי בתוצאות חיוביות או שליליות, כי אם הייתי צריכה לחשב ערך כזה של תיירות מרפא הייתי מסתכלת על כל מיני תועלות. הרווח מזה – גם תועלות אחרות חיוביות או שליליות. אין לי בכלל דעה מגובשת. אני לא למדתי מספיק עדיין בשביל להצביע בעד החלטה מהסוג הזה שמניחה שיש ערך. אני מוכרחה לתהות שוב – משרד הבריאות מה זה בוכה, כל הזמן בוכה שאין לו זה ואין לו זה, ומאשר להוציא חוזר של 10% תיירות מרפא. אני מוצאת משהו לא עקבי בדברים ובשבילי זה חידה. האם



להגיד שאין תפוסה ואין חדרים ואין מיטות וב - OECD אנחנו למטה, והוא רוצה לתת 10% תיירות מרפא? אני לא מוצאת את עצמי בסיפור הזה. יש ניסיון של 5 שנים שתיירות מרפא הכנסותיה עולות – האם אתה יכול לומר שבאמת היה לנו benefit, שאלמלא תיירות המרפא היינו במצב יותר חמור? אין לי דעה אידיאולוגית בשלב הזה, אני רוצה למצוא את עצמי באמירות ובנתונים.

יוליה איתן: פרופ' אפק היה אמור להציג מצגת שתענה לך על זה, יהיה בשבוע הבא.

דוברות: אני מדבר בתור רופא וחי את זה על בסיס יומי, את המצוקה והמחסור. תיירות מרפא היא עובדה קיימת בכל העולם, נרצה או לא. יש מכשף מפורסם בירדן, שיירות נוסעים הולכים אליו ומשלמים לו. אי אפשר לעצור תיירות מרפא במאה ה - 21 כי ישנה רפואה מצוינת ונחשבת. צריך לשפרה לא על חשבון הישראלי, אבל אי אפשר לעצור אותה. אם נעלים עין זה יגיע למיליארדים תוך עשור בצורה לא מבוקרת, ואנחנו לא ננצל את זה. תיירות מרפא קיימת, יש לה שם מצוין וצריך לבקרה ולמסדה ולשפר את המוניטין שלנו. דוגמא שלילית – שלא יקרה מצב שמישהו מחבר העמים מתקשר לגרמניה ויגידו לו שהוא מקרה אבוד, ובארץ יגידו לו "לא, תבוא לפה" והוא מוכר את הבית בשביל זה. דווקא ביקורת ורגולציה כזאת תימנע גם שטויות כאלה. משרד הבריאות צריך להרים את הכפפה ולעשות ביקורת, ויש מגוון של בתי"ח שיכולים לענות על זה.

יוליה איתן: מתייחסת לשקף – איך תתקדם הפעילות של הוועדה. האם היום אנחנו ממשים את כל הפוטנציאל שלנו מבחינת כ"א? האם צריך להוסיף כ"א או משאבים למערכת? התמחויות מסוימות? האם נדרש שינוי מבני? אם ניקח את פורייה ונקים שם מרכז אונקולוגי, זה יביא תועלות נוספות? האם המערכת צריכה לעבור שינוי בכלל?

דוברות: יש פה הנחה שקשורה לתיירות מרפא בהיקפים גדולים. אולי צריך לבחון ביצוע התאמות, למה לא תיירות מרפא בהיקפים הקיימים?

פרופ' יוג'ין קנדל: התאמות זה לאו דווקא הגבלה.

דוברות: זה אומר שהחלטנו לקיים את הדבר באופן מינימלי. זה לא כל כך ברור מאליו לקפוץ למסקנה הזאת.

דוברות: חייבים לקיים כאן דיון שבוחן יתרונות וחסרונות של תיירות מרפא, וזה יוביל לפתרונות. אי אפשר לצאת מהמליאה בלי ניתוח של יתרונות וחסרונות. זה צריך להיות חלק ממה שנמצא. אי אפשר להגיד שזה פה ובואו נראה איך עושים את זה הכי טובים. חייבים נהיה לגעת בסוגיה של מה זה נותן. אני לא בטוחה שכולם מכירים את היתרונות. הדבר השני – הנקודה הראשונה חסרה לי – נותן טיפול רפואי לאזרחי ישראל לפחות ברמה שזה ניתן לגורם אחר. מדאיג מאוד שיקנו את המכשיר הכי חדיש לתיירות מרפא שלא יהיה נגיש לאזרחים.

דוברות: אפשר לקשר את זה לחוק זכויות החולה. טיפול רפואי סביר כסטנדרט, חייב להיות לאזרח כמו לתייר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: דנו בסוגיה הזאת של תיירות מרפא כן או לא ושילובה במערכת הבריאות הקיימת, ואמרנו שזכות הקיום של תיירות מרפא בארץ היא אך ורק אם היא מביאה תועלת. זה הבסיס, וזה לא ברור מאליו. ערכית ומצפונית נשים אותה אם היא תתרום. אם נוכיח שזה עושה את הסטינג הזה, אז נהיה בעד. תוכיחו לי שאתם יכולים לעשות את זה ולתרום לחברה הישראלית.

דוברות: זה בסדר אבל זה לא מספיק, חייבים ציבורית לראות את זה. אני לא הייתי רוצה שמחר תביא מכשיר משוכלל שעלה מיליון דולר, וזה יהיה מכשיר רק לתיירים.

יוליה איתן: יש "דה וינצ'י" באסותא שעומד רק לחולים פרטיים, זה עומד במה שאת אומרת?

דוברות: יותר גרוע – אם היו אומרים שה"דה וינצ'י" הוא רק לתיירים, זה לא בסדר. חייב להיות ברור שהרפואה שאנחנו נותנים זה אותו טיפול רפואי שלפחות כל תושב ישראלי יכול לקבל אותו.

פרופ' יוג'ין קנדל: מלון קינג דיוויד נגיש לכל אזרחי ישראל?

דוברות: כן, אין שם משהו שמיועד רק למי שאינו אזרח.

יוליה איתן: את לא רוצה לראות בתי"ח רק לתיירים?

דוברות: בדיוק. אני אומרת שלא יגידו מחר שמאפשרים לקנות את המכשיר הזה, אבל זה רק לתיירות מרפא.

דוברות: מה ההבדל בין מחלקה לתיירות מרפא לבין ביי"ח לתיירות מרפא?

דוברות: אני חוזר רגע לשקף - המילה "על פני" לא נכונה, צריך "לפני". אני יכול לחשוב על מודל של תיירות מרפא שעוזר למדינה כי הוא מביא הרבה כסף, אבל פוגע ברפואה הציבורית. יהיה לנו המון כסף, אבל לא יהיו רופאים למערכת הציבורית. אני לא רואה מחר עוד אלף רופאים מגיעים לארץ. ההגדרה כמו שכתבתם היא לאזרחי ישראל שנהנים ממכלול כי יש יותר הכנסה, אבל המערכת הציבורית נפגעת.

יוליה איתן: אנחנו שמים קדימות בשימוש למערכת הציבורית. זה פירוט של התנאים שיכולים לאפשר את מה שאנחנו מדברים עליו. המילים נבחרו בשקפים בקפידה. אנחנו מדברים על פוטנציאל ומימוש שלו, התחלנו גם עם גיבוש מדיניות.

דוברות: בהנחה שלקשר הזה יש אפשרות של קיום.

יוליה איתן: אם מגיעים למסקנה שאי אפשר לגבש כזאת מדיניות, צריך לגבש סט המלצות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: בכל הדברים שדיברנו ומה שנעשה בוועדה הגדולה, שוב דבר לא מגיע לערך של החשיבות של מה שעשתה הוועדה עד עכשיו. יש מסקנה ברורה שמדובר פה בנושא מאוד משמעותי ומקיף הרבה כסף. יש תמימות דעים שזה מחייב התייחסות ורגולציה מעבר לחוזר. זה משהו שהוא מאוד רציני וכבד. לא משנה מה תהיה המסקנה, אני חושבת שכבר עשינו משהו גדול.

דוברות: אני מצטרפת, זה מאוד חשוב.

יוליה איתן: הדגש הוא על גיבוש מדיניות ממשלתית.

דוברות: אי אפשר יהיה להשאיר את המצב כמו שהוא.

דוברות: נצטרך לחדד את השאלה, הבחנות שאנחנו עושים מה בין שר"פ לתיירות מרפא. אני יכולה לחשוב על סיטואציה כלשהי, שאני יכולה להימצא בה, שאני לא רוצה שר"פ, ואני שואלת את עצמי למה שארצה תיירות מרפא, למה את זה כן ואת זה לא?

דוברות: שאלה מעולה.

דוברות: אני רק חושבת שהיא צריכה להיענות. בהמשך לשאלה שנשאלה כאן על תיירים ישראלים.

יוליה איתן: גיבוש מדיניות יצטרך להיות לא רק של משרד הבריאות. אני רוצה להציע מתווה של עבודת הוועדה – במצגת.

דוברות: תיירות מרפא היא מקום שבו רבים מאיתנו נעים באי נוחות בכיסא, וכמו כל דבר בחיים יש לזה יתרונות וחסרונות. יהיה כאלה שיגידו כן ויהיו כאלה שיגידו לא.

דוברות: יש פה 2 שאלות – האם זה יעשה בבת"ח ציבוריים והאם זה בכלל יעשה בישראל? זה לא הצגת עובדות אלא הצגת עמדות.

יוליה איתן: גבי ביקש להציג את ניתוח העובדות בפעם הבאה.

דוברות: סעיפים 3,4 הכי חשובים, ואני חושבת שאם באמת רוצים לעשות משהו, צריך זמן לשמוע ופגישות נוספות.

יוליה איתן: יהיו יותר פגישות ונצטרך להתייעל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר