



הפקולטה למדעי החברה

בית הספר ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל

עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית

אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל

Regulation of Medical Tourism in Israel

בהנחיית: ד"ר דניאל שפרלינג

מוגשת על-ידי:

גבאי רותם

מועד הגשה: 31 בדצמבר 2014

התיירות הרפואית היא תחום מתפתח מאד בעולם ולא מעט ממשלות וגורמים פרטיים עושים מאמצים רבים להגדיל את הנתח שלהם בתחום זה. ישראל תופסת מקום של כבוד בתחום התיירות הרפואית בעולם, עם הכנסות שנאמדות בכחצי מיליארד ש"ח והכנסות כוללות למשק של למעלה ממיליארד ש"ח בשנה. למרות יתרונותיה הכלכליים של התיירות הרפואית לבתי החולים ולתחום התיירות בישראל ישנן טענות אתיות ואי שביעות רצון מכך שהתיירות הרפואית פוגעת בשוויון בין תיירים רפואיים לבין חולים ישראלים, ובכלל פוגעת בזמינות התורים והשירות הרפואי לאזרחים הישראלים.

המחקר מתאר את כלל תופעת התיירות הרפואית הישראל - יתרונותיה, תחלואיה, הכנסותיה, השוואתה למדינות אחרות בעולם וכו'. כמו כן, המחקר שופך אור על כל ניסיונות האסדרה שנעשו עד כה בתחום זה, אם זה בחוזרי משרד הבריאות, הצעות חוק בכנסת, דו"חות מבקר המדינה, משרד האוצר ועוד. המחקר נכתב מתוך ניתוח של חומרים אלו ובעיקר מתוך ראיונות עומק שהתקיימו עם מיטב המומחים בתחום התיירות הרפואית בישראל על כלל גווניה - בתי חולים, חברות לתיירות רפואית, ההסתדרות הרפואית בישראל, מומחה לביטוחי בריאות, משרד התיירות, ארגוני זכויות חולים וכו'. מטרת המחקר היא לבדוק, לתאר, למפות ולבקר את האסדרה שמקיים משרד הבריאות על התיירות הרפואית.

מהמחקר עולה כי משנת 1995 ישנה מעין "כרוניקה של אסדרה" ולמעשה נעשו ניסיונות רבים לאסדר את תחום התיירות הרפואית בישראל. רוב הניסיונות לא צלחו והתיירות הרפואית המשיכה לפרוח ולהתקיים גם בבתי החולים הממשלתיים באין מפריע. עם זאת, רק עם פרסום מסקנות "ועדת גרמן" במהלך 2014 (יוני) הוחלו על התחום כללים נרחבים אשר עוסקים בנושאי רישוי הסוכנים לתיירות רפואית, כללים נדרשים מהצוותים הרפואיים, הגבלות לכלל בתי החולים בישראל ועוד. כל ראיונות העומק התקיימו טרם פרסום מסקנות הועדה כך שהמחקר מלמד באופן מעמיק על האסדרה הרצויה בידי שחקני המפתח בתחום ואת השלכותיה של היעדר אסדרה בתחום זה.

כבר כעת נראה כי אפשר לומר בבטחה כי מאז "ועדת נתניהו" של סוף שנות השמונים אשר בעקבותיה חוקקו את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לא הייתה ועדה אשר היקף עבודתה דומה להיקף "ועדת גרמן" ואשר דנה בשאלות הקריטיות ביותר לגורל מערכת הבריאות הציבורית – השאלות הקשורות לממשק בין מערכת זו לבין הרפואה הפרטית. נראה כי עם פרסום מסקנות הועדה החל ויכוח ציבורי חדש בין אלו התומכים במיסוי התיירות הרפואית בישראל ואסדרתה לבין אלו המתנגדים לה נחרצות. בחודש האחרון התפטרו שרי מפלגת "יש עתיד" ואיתם שרת הבריאות, יעל גרמן. משמעות הדבר כי הרפורמה של "ועדת גרמן" ירדה מסדר היום והיא תידחה (עם דחיית התקציב) עד לאחר הבחירות והקמת הממשלה החדשה (מאי 2015).

דברי תודה

בתום השנה השנייה ללימודי התואר השני בבית הספר למדיניות ציבורית התחלתי להתעניין בנושאי מדיניות בריאות, זאת לאחר שסיימתי בהצטיינות כתיבת נייר מדיניות בנושא הזכויות הרפואיות של חסרי המעמד בישראל. עם רצון לכתוב את עבודת המחקר שלי לסיום התואר ניגשתי למרצה המתמחה בתחום מדיניות הבריאות בכלל ובבית הספר בפרט, ד"ר דניאל שפרלינג.

ד"ר שפרלינג הציג בפניי באופן כללי את תחום התיירות הרפואית, תחום אשר מצד אחד מעורר עניין רב בקרב אנשי רפואה בישראל ובעולם וכן תחום אשר מעורר התנגדות רבה נוכח אפשרותו ליצור תמריץ כלכלי לטיפול בתייר רפואי על פני אזרחי ישראל. מיד הבנתי כי מדובר בנושא ראשוני ומעניין ולכן החלטתי לכתוב את המחקר בנושא זה.

אני רוצה להודות בראש ובראשונה, לד"ר דניאל שפרלינג, על עבודת הליווי המסורה, על קריאה מדוקדקת וביקורתית ועל הכוונה מעשירה, למדתי המון ואני אסירת תודה על הליווי וההנחייה עד הגשת המחקר. בנוסף, אני מבקשת להודות ל"מכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות" על תמיכתו במחקר ועל ההזדמנות להציגו בכנס השנתי למדיניות בריאות במאי 2014. תודה גדולה לכל המרואיינים במחקר שהסכימו להתראיין, ללמד ולהסביר בסבלנות על התיירות הרפואית בישראל. זהו לא דבר של מה בכך עבור חוקרת שלא הגיעה מעולם הרפואה הישראלית ולעיתים נדרשו גם הסברים כלליים על מערכת הבריאות בישראל. תודה לרותם הורביץ ונוקת שוטלנד על תמלול הראיונות.

תודה להוריי היקרים ולאחיותיי האהובות שהיו איתי לאורך כל הדרך בעצה ובעזרה ותמיד האמינו בי. תודה אחרונה ומיוחדת לחן ברקת, בעלי ואהוב לבי שתמך בי ועזר לי. בזכות חוכמתו ותמיכתו התאפשר לי לכתוב את המחקר.

תוכן עניינים

1. מבוא
2. רקע תיאורטי :
 - א. תיירות רפואית - התפתחות היסטורית
 - ב. תיירות רפואית בעת המודרנית
 - ג. הגורמים לתיירות רפואית
 - ד. תיירות רפואית בעולם
 - ה. הסמכת נותני השירות ואסדרה
 - ו. חשיבותה של האסדרה ודוגמאות לאסדרה פנימית בעולם
 - ז. תיירות רפואית בישראל
 - ח. אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל
3. מטרות המחקר וחשיבותו
4. השערות המחקר
5. שיטות המחקר
6. ממצאים :
 - א. נתונים כלליים
 - ב. ההכנסות מתיירות רפואית בישראל
 - ג. הפניית המקורות הכספיים מתיירות רפואית
 - ד. תופעת אי השוויון
 - ה. אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל
 - ו. תיירות רפואית - בין הציבורי לפרטי?
 - ז. מהי האסדרה הרצויה בתיירות רפואית בקרב השחקנים בתחום?
 - ח. תחילתה של אסדרה - מסקנות "ועדת גרמן"
7. סיכום ומסקנות
8. רשימת מקורות
9. נספחים
 - א) נספח א' - שאלות מנחות לראיונות

בשנים האחרונות הפכה התיירות הרפואית לתחום נישה בתיירות שהינו בעל פוטנציאל גדול לתרומה לקופה הציבורית ולמוניטין של הרפואה הישראלית בעולם. תחום התיירות הרפואית בישראל נמצא בצמיחה מואצת, מדובר באחד מענפי התיירות המשגשגים והרווחיים ביותר בישראל. כשמגיע לישראל תייר למטרת ביצוע ניתוח הוא צורך גם שירותים שאינם בהכרח רפואיים גרידא (מלוונות, תחבורה, הסעדה וכו'). למעשה, על פי הערכות, מדובר בתייר שמוציא פי כמה וכמה מתייר רגיל. ישראל נהנתה ממספר שנים של פריחה בתיירות הרפואית, אך באין מדידה פורמלית של מספרים, הערכה היא כי המספר הכולל של התיירים הרפואיים הגיע בשנת 2013 לכ-60 אלף (המספר כולל גם תיירים רפואיים אשר מלווים בבני משפחה או מלווים רפואיים) אשר תרומתם הכלכלית למשק נאמדת בכמיליארד ש"ח.¹ המרוויחים הגדולים ומי שמהווים את המנוע מאחורי פריחת התיירות הרפואית הם בתי החולים, הרופאים והסוכנים לתיירות רפואית.

לצד היתרון הגלוי של הגדלת ההכנסות הכספיות למערכת הבריאות בישראל, ראוי לשקול את עידוד התרחבות תחום התיירות הרפואית מתוך בחינת ההשפעה שעשויה להיות לה על מערכת הבריאות הציבורית והפרטית ועל השירות הניתן לאזרחי המדינה, הזכאים לשירותי בריאות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכך היא מוגדרת בסעיף הפתיחה של החוק. מערכת הבריאות בישראל נועדה להיות מערכת שוויונית ולשמור על האינטרסים של אזרחי המדינה. כבר כיום ישנם פערים במתן שירותי בריאות לשכבות אוכלוסייה שונות ברפואה הציבורית בישראל, הבאים לידי ביטוי בהמתנה ממושכת לניתוחים, במחסור גדול במיטות אשפוז, בחוסר ברופאים מומחים במקצועות מסוימים ובאנשי סיעוד. קיומה של תיירות רפואית, ללא פיקוח ובקרה, עלולה לבוא על חשבון החולה הישראלי.²

מטרת המחקר היא לבדוק, לתאר, למפות ולבקר את האסדרה שמקיים משרד הבריאות על התיירות הרפואית, בין היתר, על ידי המענה השאלות הבאות: האם מתקיימת חובת הדיווח של בתי החולים על קיום תיירות רפואית; מיהם שחקני המפתח בתחום התיירות הרפואית ומה תפקידיהם באסדרת התחום; האם ישנו צורך באסדרה מקיפה של התחום, מהן השלכותיה של אסדרה כזו ומהי המסגרת הרצויה לאסדרה בתחום. המחקר מתבסס על שימוש בשיטת מחקר איכותנית, המערבת בחינה וניתוח של טקסטים. הטקסטים כללו ניתוח של דו"חות, פרוטוקולים, חוזרי מנכ"ל, כתבות עיתונות, ניירות עמדה ומסמכים נוספים. בנוסף, קיימתי 16 ראיונות עומק עם אנשי מפתח הקשורים בתחום התיירות הרפואית בישראל. המחקר כולל סקירת ספרות רחבה המתארת את ההתפתחות ההיסטורית והמודרנית של התיירות הרפואית בעולם; הגורמים להתפתחותה; הסמכת נותני השירות (אקדמיטציה); חשיבותה של האסדרה ודוגמאות לכך העולם; רקע לתיירות רפואית בישראל. הממצאים העולים מן המחקר כוללים מספר נושאים וסוגיות עיקריות: מהן ההכנסות מתיירות רפואית בישראל; האם קיימת תופעת אי שוויון עקב תיירות רפואית; כרונולוגיה של אסדרה לתיירות רפואית בישראל; האם התיירות הרפואית היא בין המערכת הפרטית למערכת הציבורית?; מהי האסדרה הרצויה בקרב שחקני המפתח בתחום; אסדרה תכלול גם כללים ביחס לסוכני התיירות הרפואית; והתייחסות למסקנות "ועדת גרמן".

¹ דניאל, טל. "תיירות רפואית: ביצת זהב או חביתה מקושקשת?", *IMTC Journal* המגזין לתיירות רפואית ומרפא בישראל, 2014, עמ' 3-5.

² נייר עמדה מאת מרכז אדוה, האגודה לזכויות האזרח ועמותת 'רופאים לזכויות אדם': תעשיית תיירות המרפא במסגרת בתי החולים הציבוריים פוגעת במערכת הבריאות בישראל, אתר מרכז אדוה, 11.5.2014, <http://www.adva.org/default.asp?pageid=1001&itmid=797>

2. רקע תיאורטי

א. תיירות רפואית - התפתחות היסטורית

המושג "תיירות רפואית"³ מוכר מאז קיומם של מרחצאות המים המינרליים החמים ולצידם תשתית לנופש, תפנוקים ושעשועים, עוד מראשית ימי הספירה. מעיינות רפואיים פזורים ברחבי העולם, כתוצאה של תופעות גיאולוגיות שונות. תרבות שלמה התפתחה סביב המרחצאות וסביב אתרים אשר נחשבו למרפאים. עם התפתחות הרפואה במהלך המאות ה-18 וה-19 החלו רופאים להבין כי שינויי האווירה באקלים ובסביבה הטבעית של האדם עשויים להקל ולהמריץ את תהליך הירפאותו של הגוף ממחלה או מטרומה. כמו במקרים רבים הייתה זו מלחמת העולם השנייה אשר שינתה מצבים פוליטיים וחברתיים והפכה אזורים במזרח אירופה לאתרי מרפא. המלחמה הפכה אזורים מסוימים במזרח אירופה לאזורים בעלי משיכה לתיירות בשל המחירים הזולים יחסית. מזרח אירופה ובמיוחד רומניה התברכו במקומות בהם ניתן למצוא אקלים ואויר נקיים, מים בעלי סגולות מינרליות ואטרקציות נוספות ההופכות אותה לאתר תיירות בעל משיכה רבה.⁴

ב. תיירות רפואית בעת המודרנית

התיירות הבין-לאומית הגלובלית התחילה להתפתח לאחר מלחמת העולם השנייה בעקבות התפתחות התעשייה האווירית העולמית.⁵ הגדרתה של ה"תיירות הרפואית" היא: מהלך פעיל, הכרוך בנסיעה של חולה ממדינת מוצאו למדינה אחרת, לצורך קבלת טיפול רפואי משמעותי הכולל: ניתוחים, טיפול רפואי כגון כימותרפיה וקרינה, השתלות איברים וכד'.⁶ המושג תיירות רפואית אינו כולל: טיפולים דחופים בתיירים שנפגעו או חלו במהלך ביקורם או שסובלים ממחלה המחייבת טיפול שוטף (דיאליזה); טיפולים הקשורים לאיכות חיים והחלמה כגון מרחצאות וחוות בריאות; וטיפולים המנוגדים לחוק כגון השתלות איברים שאינן עפ"י חוקי המדינה.⁷ ניתן להבחין בין כמה מטרות שעשויות להיות לתיירות רפואית, לפי נחיצות הטיפול:

- קבלת טיפולים אסתטיים, לפי שיקול דעתו של התייר (לדוגמא, ניתוחים פלסטיים).
- קבלת טיפולים לא נחוצים אך מומלצים (כגון טיפול פסיכולוגי או טיפולים דנטאליים).
- קבלת טיפולים נחוצים ודחופים (כגון טיפול במחלה כרונית כמו סרטן, השתלת איברים ועוד).⁸

³ מקובל להבחין בין 'תיירות רפואית' לבין 'תיירות מרפא' המציעה טיפולים חלופיים (אלטרנטיביים) או טיפולים לשיפור איכות החיים ולהחלמה (כגון טיפולים בים המלח), אשר אינם מתבצעים במוסדות רפואיים בפקוח של משרד הבריאות.

⁴ Connell, John. "Medical tourism: Sea, sun, sand and y surgery", *Tourism Management* 27 (2006), 1093–1100.

⁵ Koldowski, John, Martin, Oliver. "Emerging Market Segments: Religious and Medical Tourism in India", *Trends and issues in global tourism* (Editors: Roland Conrady, Martin Buck 2008), 121-129.

⁶ ביתן אלי, דוד, אייל. ניתוח פיננסי 2010 של בתי החולים הכלליים והממשלתיים ותאגידי הבריאות, אתר משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/finance2010.pdf>, 1.7.2011

⁷ Glenn, Cohen, "Policy and Politics: Medical Tourism: The View from Ten Thousand Feet", *The Hastings Center Report*, Vol. 40, No.2, 2010, 11-12.

⁸ Koldowski, p.121-129.

עפ"י מחקר של TRAM (Tourism research and marketing) ניתן לחלק את השירותים לטיפולים רפואיים ל: מחלות, טיפולים קוסמטיים ורפואה אלטרנטיבית.⁹ רוב השירותים הניתנים הם אלו הנחשבים בעלי התמחות וידע מאוד ספציפיים או בעלי פרוצדורות מאוד מורכבות בתחום המחלות כגון: ניתוחי אורתופדיה (החלפת מפרק ירך/ברך), ניתוחי לב למיניהם (החלפת מסתמים), טיפולי שיניים, הסרת גידולים סרטניים, הפרעות גנטיות, טיפולים פסיכיאטרים וטיפולי פוריות.

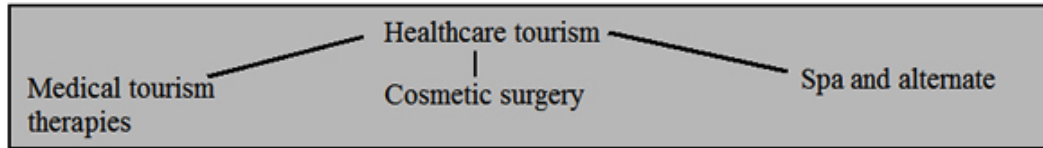


Figure 1: Scope of healthcare tourism.

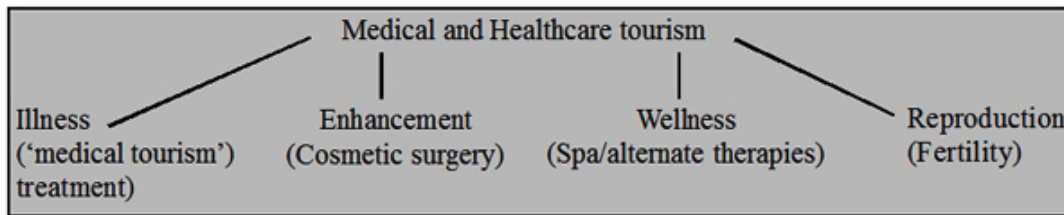


Figure 2: Medical tourism segments

יותר ויותר חולים מתקשים לקבל או לממן טיפול רפואי במדינתם ומחפשים אלטרנטיבות טובות או זולות יותר. "תיירות רפואית" הוא מונח אשר הוגדר תחילה על-ידי התקשורת וסוכני הנסיעות על מנת לתאר את התופעה ההולכת וגדלה של ציבור חוצי גבולות לשם קבלת טיפול רפואי במדינה אחרת. בנוסף לכך, במונח זה משתמשים בתיאורם של נותני שירותי רפואה שונים (רופאים, מנתחים, מטפלים וכו') אשר נוסעים על מנת לספק שירותי רפואה מחוץ לארצם. תיירות רפואית הינה תופעה כלל עולמית שנולדה בעקבות התפתחותן של תעשיית התיירות והתעשייה הרפואית במאה ה-20.¹⁰ היקף התופעה בעולם עומד על מיליוני תיירים רפואיים בשנה ועל מחזור עסקים משוער של מאות מיליארדי דולרים. בעקבות התפתחות זמינות המידע הודות להתפתחות הטכנולוגיה והאינטרנט ובעידודם של הגופים הרפואיים השונים בעולם, הלכה וצמחה לה תרבות ענפה של "נדידת" מטופלים בין ארצות שונות והגורמים לכך רבים ומגוונים.

⁹ Palmer, Robert, Richards, Greg and Dodd, Diane (Editors), Medical tourism: A global analysis - Tourism Research and Marketing, (2006), 1-9.

¹⁰ Ehrbeck, Tilman, Guevara, Ceani and Mango, Paul D, "Mapping the Market for Medical Travel", McKinsey Quarterly Health Care Business Journal, (May 2008), 2-11.

בשנים האחרונות גדל מספר התיירים ממדינות מפותחות שנוסעים לקבל טיפולים רפואיים במדינות המוגדרות "מדינות העולם השלישי",¹¹ בעיקר בשל העלות הגבוהה של הטיפולים בארץ מוצאם ובשל העדר ביטוח מתאים שמאפשר להם לקבל את הטיפול. לדוגמא, ניתוח לב, שבארה"ב יעלה כ-30 אלף דולר, יעלה בהודו 4,000 דולר בלבד; ניתוח מפרק ירך, שבהודו או בארגנטינה יעלה 8,000–12,000 דולר, יעלה פי-שניים באירופה או בארה"ב; ניתוח פלסטי באף, שבארה"ב עולה כ-5,000 דולר, יעלה בהודו רק 850 דולר.¹² עם זאת, המחירים הנמוכים הם לא תמיד הגורם המניע לקבלת טיפול רפואי במדינה אחרת, אלא גם שיקולי איכות. לדוגמא, בשנת 2007, בעוד כרבע מיליון אמריקנים פנו למדינות שונות לקבלת טיפולים רפואיים, הגיעו לארה"ב כ-400 אלף תיירים רפואיים לאותה מטרה.¹³ קיומם של מומחים בעלי שם עולמי בתחומי רפואה שונים וטכנולוגיות רפואיות מהמתקדמות בעולם היא הסיבה לכך שמספר גדול של תיירים רפואיים מגיעים לארה"ב.¹⁴

בטבלה שהלן מובאים מחירים של פעולות רפואיות שונות בהשוואה בין ארה"ב, הודו, תאילנד, סינגפור וישראל:

מחירי פעולות רפואיות שונות במדינות שונות בעולם. כפי שמודגם בטבלה זו, המחירים בהודו, תאילנד וסינגפור נמוכים מאוד, אך גם המחיר המוצע בישראל זול בהרבה מהמחיר בארצות הברית.						
Procedure	U.S. Insurer's	U.S. Retail	India	Thailand	Singapore	Israel*
Angioplasty	25-37	57-82	11	13	13	17
Gastric bypass	27-40	47-69	11	15	15	20
Heart bypass	54-79	122-176	10	12	20	35
Heart-valve rep (single)	71-103	159-230	9.5	10	13	35
Hip replacement	18-26	43-63	9	12	12	22
Hysterectomy	9-13	20-29	2.9	4.5		11
Knee replacement	17-25	40-58	8.5	10	13	22
Mastectomy	9-14	23-34	7.5	9	12	10
Spinal fusion	25-36	62-90	5.5	7	9	27

* Sources: Subimo (U.S. rates, including at least one day of hospitalization); Planet Hospital (international rates) [9], *Full tourist price + private doctor fee

¹¹ Devon M. Herrick, "Medical Tourism: Global Competition in Health Care", National Center for Policy Analysis, Texas, USA (2007), 1-40.

¹² Devon, p.30-32.

¹³ "תיירים רפואיים" – תיירים שהגיעו למדינה מסוימת במטרה לקבל טיפול רפואי בלבד. לא נכללים בהגדרה זו תיירים שמגיעים למרכז רפואי עקב פציעות שנגרמו להם במהלך טיול במדינה זרה.

¹⁴ Timmons, Karen N., "Safety and Quality Standards: Driving Patient Expectations", Medical Tourism Magazine published online, (August 4, 2009), 1-5.

תיירות רפואית בתפיסתה המודרנית התפתחה במאה ה-20 כתוצאה מההתקדמות באמצעי התחבורה, המידע הרפואי, טכנולוגית המידע והתקשורת. בספרות הקיימת ניתן ללמוד על הגורמים המרכזיים להתפתחות התיירות הרפואית:¹⁵

1. פערי איכות - התפתחות הרפואה, הטכנולוגיות הרפואיות, מומחיות התוכן והניסיון של הצוותים הרפואיים, שאינם קיימים בכל המדינות. בנוסף, התמחויות ייחודיות שאפשר למצוא רק במרכזי רפואה מסוימים.¹⁶ רמת רפואה לא מספקת במדינות מתפתחות מעודדת אזרחים בעלי אמצעים לשלם מחיר גבוה יותר בעבור שירותי רפואה איכותיים יותר.
2. פערי מחיר - עלות גבוהה עבור טיפולים רפואיים במדינות מפותחות ושיקולי עלויות ביטוח. במדינות מסוימות מחירי הגבוהים של ביטוח הבריאות וההוצאות הרפואיות, אינם מאפשרים לאדם לעמוד בתשלומי ניתוחים הכרחיים. לדוגמא, ניתוח החלפת מסתם לב שיעלה בארה"ב כ-30,000 דולרים יעלה כמה אלפי דולרים במדינה כמו הודו, בה כוח העבודה זול יותר. בנוסף לטיסות, ללינה ולשאר ההוצאות - העלויות יהיו נמוכות בהרבה.¹⁷
3. זמן - זמן המתנה ארוך בעבור טיפול רפואי נגרם לעיתים ממדיניות ממשלתית ומעומס. לעיתים זמני ההמתנה כה ארוכים עד אשר הם מסכנים את חיי החולה (לדוגמא בהשתלות) ולכן בעלי אמצעים יכולים להרשות לעצמם לקצר את זמן ההמתנה לניתוח במדינה אחרת.
4. זמינות המידע - מהפכת המידע שיפרה את זמינות המידע הרפואי עבור מטופלים. מערכי השיווק הרפואי בחברות המקדמות תיירות רפואית ניצלו את הטכנולוגיה, האינטרנט ואמצעי תקשורת האחרים כדי למשוך אליהן לקוחות באופן ישיר.¹⁸
5. נגישות - שיפור באמצעי התחבורה ובאיכותם הפכו את הנסיעה והטיסה לפשוטים ומהירים ובכך שיפרו את הנגישות לשירותים רפואיים במדינות אחרות.¹⁹
6. הגבלות פנימיות - אסדרה רפואית שאינה מאפשרת טיפולים רפואיים מסוימים במדינה בניגוד למדינות בהן הטיפול מותר, לדוגמא: היעדר אישור FDA לטיפול תרופתי בעוד שקיים אישור CEU.

בעידן האינטרנט, מידע על מרכזים ושירותים רפואיים בעולם נעשה נגיש וזמין לכל המעוניין. מרכזים רפואיים מפרסמים מידע על פעילותם ואת דרכי ההתקשרות איתם באתריהם ואף מאפשרים להזמין טיפול רפואי באמצעות האינטרנט. מדינות בולטות כיום בתחום זה הן הודו, סינגפור, תאילנד, קנדה, מקסיקו, קוסטה-ריקה ומלזיה.²⁰ על-פי דיווחים, עשרות עד מאות אלפי תיירים רפואיים פוקדים את המדינות האלה בשנה.²¹ מומחים בתחום התיירות הרפואית מדווחים על הפוטנציאל הכספי העצום של התחום, אשר הולך וגדל עם השנים. לדוגמא, בשנת 2007 דיווחו 21 ממדינות ה-OECD כי ההכנסות

¹⁵ Hutson, Harriet, Cartier Poland, Gray and Susan. "Medical Tourism: Crossing Borders to Access Health Care", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol.18, (2008), 193-201.

¹⁶ Timmons, p.1-5.

¹⁷ Kumar, Rajesh. *Global Trends in Health and Medical Tourism*, India, (2009), 228-251.

¹⁸ Goering, Laurie. "For big surgery, Delhi is dealing" (article), *The Chicago Tribune*, (March 28, 2008), 1-2.

¹⁹ רותם, אמיתי, טוקר, אסף ומור יוסף, שלמה. "תיירות רפואית: הפיכת מגמה עולמית למשאב לאומי", *הרפואה*, כרך 148, חוברת 1, (ינואר 2009), 30-33.

²⁰ Ready, Mac N. *Developing countries court medical tourism- World Report*. *Lancet* 369, (2007), 50-189.

²¹ Bies, William and Lefteris, Zacharia. "Medical tourism: Outsourcing surgery", *Science Direct Mathematical and Computer Modeling*, 46, (March 2007), 1144-1159.

הכספיות מתחום התיירות הרפואית הסתכמו בכ-4.6 מיליארד דולר, לעומת 3.5 מיליארד דולר בשנת 2004.²² בשנת 2005 ההיקף העולמי מתיירות רפואית עמד על כ-60 מיליארד דולר, וההערכה היא כי בסוף שנת 2012 הגיעו ההכנסות מתחום זה ל-100 מיליארד דולר.²³ מדובר בעלייה משמעותית לאורך זמן יחסית קצר. ככלל, הפעילות בתחום התיירות הרפואית במדינות שונות בעולם, וגם בישראל, אינה מוסדרת בחקיקה נפרדת המכוונת ספציפית לתחום זה.

ד. תיירות רפואית בעולם

ישראל נחשבת במזרח אירופה כיעד אטרקטיבי לתיירות רפואית (יפורטו בהמשך הסיבות לכך). עם זאת, מדינת ישראל מתחרה בעולם עם כמה מדינות מרכזיות העוסקות בתיירות רפואית, על כן בחרתי להציג:

1. גרמניה - יעד עבור חולים המבקשים טכנולוגיה רפואית מתקדמת, סטנדרטים גבוהים, בטיחות ברמה גבוהה וטיפול מהיר. מערכת הבריאות הגרמנית נחשבת כאחת הטובות באירופה ובעולם, עם הסטנדרטים הבינלאומיים הגבוהים ביותר, ציוד רפואי והטכנולוגיות החדשות ביותר. לכל אזרחי גרמניה יש ביטוח בריאות, וכתוצאה מכך כמות בתי החולים גבוהה - כפליים לנפש בהשוואה לארה"ב. המשמעות לכך היא רשימות ההמתנה לטיפול קצרה. בנוסף לכך, עלויות הטיפול הרפואי נמוכות בגרמניה ומתחרות גם עם מדינות אירופאיות אחרות מפותחות, והם בדרך כלל 50% נמוכות מאלה שבארה"ב. אזרחים רבים ממדינות המפרץ טסים לחו"ל לקבלת טיפולים רפואיים, לפני אירועי 11 בספטמבר, היעד השכיח ביותר היה ארה"ב, אך האבטחה המוגברת עשתה את הנסיעה למורכבת יותר, והנסיעה לגרמניה הפכה להיות אלטרנטיבה טובה עבורם.
2. דרום קוריאה - מאז 2009, פתחה הממשלה הקוריאנית באסטרטגיית שיווק נרחבת כדי לקדם את התיירות הרפואית במדינה, כסיבה נוספת לתיירים להגיע לדרום קוריאה. בין היתר מסייע הממשל בשיווק בתי החולים, והקמת עמותות פעילות בתחום, וכן הקים את "האגודה הרפואית הקוריאנית לשירותי בינלאומיים" אשר קשורה גם עם משרד הבריאות והרווחה. כל זאת במטרה להציג שירותים ומתקנים של בתי החולים קוריאניים בתערוכות בחו"ל, וכדי לפתח חבילות של תיירות רפואית בשיתוף עם סוכנויות נסיעות וחברות ביטוח זרות. על פי נתוני משרד הבריאות והרווחה של דרום קוריאה, בשנת 2010 הגיעו לדרום קוריאה כ-82 אלף תיירים מסיבות רפואיות, כאשר הטיפולים הקוסמטיים פופולאריים במיוחד, נתון אשר מייצג עלייה של 36% בהשוואה לשנה הקודמת (2009). עד לאחרונה, תאילנד, סינגפור והודו היו מהיעדים המועדפים לתיירות רפואית, אבל דרום קוריאה מסתמנת ככוח עולה ובולט הודות למוסדות המדינה שלה, טכנולוגיה מהשורה הראשונה, רופאים מוכשרים ורמה מתקדמת של רפואה מערבית.
3. תורכיה - מדינה שהפכה להיות אלטרנטיבה בקרב מדינות אירופה, כתוצאה מקירבה גיאוגרפית וחיסכון בהוצאות טיסה, זמן המתנה קצר יחסית ומחירים אטרקטיביים. כ-500 אלף חולים זרים טופלו במרפאות ובתי חולים בתורכיה בשנת 2010, כאשר מספר החולים גדל

²² Health Expenditure and Financing: Trade in Health Services (Medical Tourism). OECD Library, 2009, http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2009-en

²³ Devon, p.1-40.

ב-70% מאז שנת 2007. ההכנסות מתיירות רפואית הסתכמו ב-2010 ב-850 מיליון דולר. בשנים הקרובות תורכיה מתכננת להגדיל את נתח השוק שלה ב-16% בתחום התיירות הרפואית, לדברי מומחים, לתורכיה יש את כל הסיכויים להגיע לרמת הכנסה של 2 מיליארד דולר בשנה מתחום זה.

4. ארה"ב - דו"ח חברת "מק'ינוזי" העוסק בתיירות רפואית בארה"ב מדווח כי ב-2008 בין 60 ל-85 אלף תיירים רפואיים הגיעו לארה"ב לשם קבלת טיפול רפואי בעוד שבאותה שנה 750 אלף אמריקאים נסעו למדינות אחרות לשם קבלתו.²⁴ בעקבות הקרבה למדינות כמו מקסיקו ומדינות מרכז אמריקה, רבים מאזרחי ארה"ב נוסעים ליעדים אלו לשם קבלת טיפול רפואי זול יותר.²⁵ בארה"ב חברות ביטוח אמריקאיות מעודדות תיירות רפואית במדינות אחרות ע"י מתן היתר למבוסחים למימון טיפולים בחו"ל וכוללות אפשרויות להחזר בגין ניתוחים שונים.²⁶ עם זאת, החוקים המדינתיים והפדראליים מערימים קשיים על תוכניות מסוג אלו ולמעשה לא מעודדות מעסיקים להעניק לעובדיהם תמריץ כספי כדי לקבל טיפול רפואי בחו"ל.²⁷ קנדה דומה לארה"ב במובן של יוקר הטיפול הרפואי אך אזרחי ארה"ב יכולים לחסוך בין 30-60% מההוצאות הרפואיות אם יבחרו בטיפול רפואי בקנדה.²⁸

5. צרפת - נחשבת ליעד פופולארי עבור תיירים רפואיים, בעיקר עבור תיירים בריטיים אשר מגיעים למדינה במטרה לקצר את זמן ההמתנה עבור ניתוחי ברכ וירך. בנוסף, עפ"י ארגון הבריאות העולמי צרפת דורגה במקום הראשון בזכות מערכת הבריאות שלה. ה"רשות לבריאות לאומית בצרפת" (HAS) מפקחת על בתי החולים והקליניקות בכך שעליהם להתאים עצמם לסטנדרטים על מנת לקבל הסמכה לעסוק בתיירות רפואית.²⁹

6. בריטניה - נחשבת יעד לקבלת טיפול רפואי איכותי, עם זאת מעט מאד בתי חולים בבריטניה קיבלו הסמכה בינלאומית ורובם פועלים עפ"י הסמכה מקומית. בנוסף, בבריטניה "השירות הלאומי הרפואי" מאפשר התקשרות של מטופלים עם בתי חולים בהודו.³⁰

למרות המתואר לעיל, רוב התיירות הרפואית בעולם מתבצעת במדינות מתפתחות, כאשר ברובן הרופאים הוכשרו בבתי הספר הטובים ביותר לרפואה בארה"ב ולכן רמת הרפואה הגבוהה נשמרת.³¹ בנוסף, כמעט ולא קיימים מחקרים על תחום אסדרת התיירות הרפואית במדינות מפותחות בכלל ובארה"ב בפרט. רוב המאמרים שהתפרסמו בעולם בנושא התיירות הרפואית עוסקים בעיקר בגורמים

²⁴ Ehrbeck, Tilman, Guevara, Ceani and Mango, Paul D, "Mapping the Market for Medical Travel", McKinsey Quarterly Health Care Business Journal, (May 2008), 2-11.

²⁵ Judkins, Gabriel. "Persistence of the U.S-Mexico Border: Expansion of Medical Tourism amid Trade Liberalization". Journal of Latin American Geography, Vol. 6, No 2, (2007), 11-32.

²⁶ Horowitz M. Rosensweig J, Jones C. "Medical Tourism: Globalization of the healthcare marketplace", Medscape General Medicine, 9(4), (2007), 33-35.

²⁷ Devon, p.1-40.

²⁸ Turner, Leigh. "Canada's turbulent Medical Tourism Industry", Canadian Family Physician, Vol. 58, (2012), 371-373.

²⁹ "Why Choose France for Medical Treatment?", Clinics and Hospitals in France, www.france-surgery.com.

³⁰ Mirrer-Singer, Philip. "Medical Malpractice overseas: The Legal Uncertainty Surrounding Medical Tourism", Law and Contemporary Problems, Vol. 70, No 2, Cultural Environmentalism, (2007), 211-232.

³¹ Devon, p.1-40.

לתיירות רפואית בעולם, ליתרונותיה של מדינה כזו לעומת אחרת וכו'. מעט מאוד מאמרים עוסקים באסדרת התחום.

ה. הסמכת נותני השירות ואסדרה

כמה ארגונים בעולם נותנים כיום "תו תקן" לתיירות רפואית. מוסד המבקש לקבל תו תקן כזה חייב לעמוד בתנאים שקבע הגורם המסמיך ולהתאים את תהליכי העבודה שלו לאלה שמקנים הסמכה (אקרדיטציה). התקינה משמשת את חברות הביטוח ואת החולים, אשר יכולים לוודא שהמוסד שבו הם מתכננים לקבל טיפול רפואי מוסמך לכך ובעל נתונים ומאפיינים המבטיחים את איכות הטיפול ואת בטיחותו. כאמור, תקינה זו היא וולונטרית, מטעם גופים פרטיים ולא קיים גוף רשמי בינלאומי (לדוגמה מטעם האו"ם) אשר מעניק הסמכה לכל בתי החולים בעולם.³²

ישנן כיום כ-50 מדינות המשתתפות בתעשיית התיירות הרפואית.³³ ההכרה והסמכה בגופי רפואה שונים המספקים שרותי תיירות רפואית מחייבת, זאת היות וישנם מקומות שהפתרון הזול יכול להיות מסוכן ומלווה בסכנת חיים ממשית בשל רמת הרפואה הנמוכה, ההיגיינה והסטריליות. ישנם גופים שונים ברחבי העולם המעניקים הסמכות לבתי החולים אך לפי המידע המצוי בידי לא קיימת כיום אמנה בינלאומית אשר מסדירה את תחום התיירות הרפואית בעולם.³⁴ משמעות ההסמכה היא שגוף פנימי וגוף חיצוני בדקו את בית החולים בעזרת תהליך שנקבע מראש על-ידי ארגוני הבריאות העולמיים, ווידאו שהפעילות והעבודה בבית החולים עומדות בסטנדרטים עולמיים שנקבעו מראש, ושבית החולים ממשיך לפעול במסגרת התקן הניתן לו.

הנושאים הנבדקים כוללים "רפואה מבוססת ראיות" Evidenced based medicine, בקרת איכות, אתיקה רפואית וגם פן כלכלי של ניהול בית החולים. זאת, על מנת לוודא כי המוסד הרפואי יעמוד בהתחייבויותיו ארוכות הטווח. כאשר הוא עומד בסטנדרטים הרלוונטיים, בית החולים יכול לקבל הסמכה מהגוף אליו הוא פנה. ראשיתו של תהליך האקרדיטציה בשנת 1917, כאשר ה-American College of Surgeons הגדיר את "הסטנדרטים המינימליים לבתי חולים". הגוף הוותיק ביותר נקרא בשם Canada Accreditation הפועל בקנדה והנפיק את ההסמכה (אקרדיטציה) הראשונה שלו כבר ב-1968.

בשנת 1951 הוקם ה-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), ששמו קוצר בהמשך ל-The Joint Commission. ה-Joint Commission International (JCI) היא הזרוע הבינלאומית של ה-Joint Commission והיא מסמיכה את בתי החולים בישראל. בארה"ב פועלים כמה גופים מרכזיים, המרכזי ביותר הוא ארגון ה-Joint Commission International - JCI. משנת 1994.³⁵ ה-JCI נותן את תו התקן שלו בכל רחבי העולם. הוא פועל ביותר מ-80 מדינות בעולם, באירופה, בדרום-אמריקה, במזרח הרחוק ובמזרח התיכון (גם בישראל). דרישות האקרדיטציה של JCI מתעדכנות באופן מתמיד. המהדורה הנוכחית של הסטנדרטים לבתי חולים היא המהדורה ה-5, שנכנסה

³² Burkett, Levi. "Medical Tourism: Concerns, Benefits, and the American legal perspective". The Journal of Legal Medicine, 28, (2007), 223-245.

³³ Gahlinger, Paul. The Medical Tourism Travel Guide: Your Complete Reference to Top-Quality, Low-Cost Dental, Cosmetic, Medical Care & Surgery Overseas. Sunrise River Press, (2008). 132-316.

³⁴ Goldberg, James R. Author Implores United Nations to Institute International Medical Tourism Treaty, PRWEB, New York, 19.6.2012, <http://www.prweb.com/releases/2012/6/prweb9591679.htm>

³⁵ The Joint Commission International (2013), <http://www.jointcommissioninternational.org/>

לתוקף באפריל 2014. מטרתו היא להבטיח לציבור התיירים הרפואיים שירות רפואי איכותי ובטיחותי.³⁶ תוקף ההסמכה ניתן ל-3 שנים, ובסיומן על בית החולים לעבור מבדק חוזר. יש לציין כי בתי חולים בעולם מנסים להשיג את ההסמכה האמריקנית כדי למשוך אליהם מספר רב של לקוחות מארה"ב היות ויש לכך משמעות כלכלית רחבה.³⁷

בבריטניה פועל גוף מרכזי בשם QHA Trent Accreditation המשרתיך לפורום בריטי של גופי הסמכה בשם UK Accreditation Forum.³⁸ הפורום שם לעצמו מטרה לאחד את כל גופי ההסמכה במדינה כדי לשתף אחד את השני בידע ובניסיון של שיטות ההסמכה והסטנדרטים השונים בבתי החולים ובמרפאות. באוסטרליה פועל ה-Australian Accreditation גופי הסמכה נוספים נמצאים בצרפת, במלזיה ובפיליפינים. בתי חולים ומרפאות ששואפים לחזק את המוסד שלהם יחפשו הסמכה כפולה על מנת להעלות את המוניטין של בית החולים בעיני התיירים הרפואיים הפוטנציאליים.³⁹

ישנו ארגון מרכזי נוסף בתחום, "איגוד התיירות הרפואית" The Medical Tourism Association.⁴⁰ ארגון עצמאי, לא ממשלתי, הפועל ללא מטרת רווח. הגורמים הבין-לאומיים הפועלים היום באיגוד הם בתי-חולים ומרפאות, ספקי שירותי בריאות, ארגוני תיירות רפואית, סוכני נסיעות, חברות ביטוח וארגונים נוספים אחרים המעורבים במתן שירותים לתיירים רפואיים. האיגוד מקדם שקיפות מידע הן בין השותפים והן עבור צרכני השירותים בתחום התיירות הרפואית; תקשורת בין הגורמים בתחום; איכותם של שירותים וטיפולים; תמחור שירותים וטיפולים; הדרכה לתיירים רפואיים; ותקינה של מספקי שירותי הבריאות (בתי-חולים, מרכזים רפואיים, מרפאות וכו'). האיגוד אף מייצע לממשלות ברחבי העולם המעוניינות לקדם את התחום ומסייע בבניית התחום בהן.

נציגויות של האיגוד נמצאות בעשר מדינות בעולם וגם בישראל. כיום נמצא משרד התיירות בקשר עם נציגי האיגוד כדי לאסדר את התחום בישראל ולקדם אותו ברמה הבין-לאומית, בשיתוף משרדים ממשלתיים אחרים המעורבים בדבר (למשל משרד הבריאות). כידוע, חוקים, תקנות וכללים פנימיים בכלל, וכאלה החלים על מערכת הבריאות בפרט, שונים ממדינה למדינה, בשל הבדלים תרבותיים, חברתיים, כלכליים ופוליטיים בין מדינות. בתחום התיירות הרפואית הדבר עלול ליצור מגוון בעיות, במיוחד כאשר מדובר באיכות ובטיחות הטיפול הרפואי, שכן משמעות המונח "תיירות רפואית" עשויה אף היא להיות שונה ממדינה למדינה. איגוד התיירות הרפואית וגם ארגונים אחרים העוסקים בתחום התיירות הרפואית הגיעו למסקנה שהדרך הטובה והיעילה לנטרל את גורם השונות בין מדינות בכל הקשור לתיירות רפואית ולהבטיח לחולים איכות ובטיחות בטיפול הרפואי היא יצירת תקנים אוניברסאליים, כלל עולמיים, בארגוני הבריאות הפועלים בתחום זה. אחת המטרות העיקריות של קביעת התקנים הללו היא לאפשר לתיירים הרפואיים לקבל מידע מלא על המקום שאליו הם נוסעים ועל הטיפולים שהם מבקשים לקבל, איכותם ובטיחותם.

בישראל, כמו במדינות אחרות בעולם, מרכזים רפואיים מבקשים לקבל הכרה בינלאומית מהארגונים שפורטו לעיל, בנוסף על אישור משרד הבריאות. הסיבה לכך היא שהסמכה בינלאומית תסייע

³⁶ Milstein A, Smith M. "America's new refugees – seeking affordable surgery offshore". *NEJM* (2006), 355, 1637-1640.

³⁷ Watson, Edward. "Accreditation of Overseas Hospitals - JCI or Isqua?", *Medical Tourism Magazine*, (November 24, 2007), 1-2.

³⁸ QHA Trent Accreditation - independent holistic accreditation, <http://www.qha-international.co.uk/>

³⁹ Medical Tourism Statistics and Facts in Medical Tourism guide, <http://www.health-tourism.com/medical-tourism/statistics/>

⁴⁰ The Medical Tourism Association <http://www.medicaltourismassociation.com/en/index.html>

במשיכת תיירים רפואיים לישראל. נכון ליוני 2014 עברו הסמכה מטעם JCI 498 בתי חולים בעולם. בישראל, מתקיים מזה מספר שנים תהליך אקרדיטציה בבתי החולים, אשר ראשיתו בבתי החולים של הכללית. עד כה הוסמכו בישראל 18 בתי חולים (מהם 9 בבעלות הכללית, 4 בתי חולים ממשלתיים, אחד פרטי ו-4 בתי חולים במזרח ירושלים). ישראל היא המדינה ה-9 בעולם במספר בתי החולים שעברו הסמכה. ישראל גם מובילה במספר בתי החולים שעברו הסמכה כמרכז רפואי אקדמי (5 בתי חולים, מספר זהה לזה של דרום קוריאנה וסין).

ו. חשיבותה של האסדרה ודוגמאות לאסדרה פנימית בעולם

בארגונים מקצועיים לאומיים ובין-לאומיים העוסקים בתחום גוברת ההכרה בדבר הנחיצות והחשיבות של קיום אסדרה בין-לאומית. המטרה העיקרית של אסדרה בין-לאומית היא להבטיח לתיירים רפואיים את איכות ובטיחות הטיפולים הרפואיים שהם שוקלים לקבל מחוץ למדינתם. אסדרה כאמור עדיין לא קיימת, אך בארגונים שונים בעולם נעשים ניסיונות לבנותה. דוגמא להתארגנות לקידום האסדרה של תחום התיירות הרפואית: האיחוד האמריקני של מועצות בתחום המדיניות הרפואית U.S. Federation of State Medical Boards (FSMB) יחד עם האיגוד הבין-לאומי של רשויות בתחום האסדרה הרפואית International Association of Medical Regulatory Authorities (IAMRA) מנסים לאסדר את תחום התיירות הרפואית בעולם באופן שישפר את הנגישות והזמינות של טיפולים רפואיים ברחבי העולם. האיגוד התחיל את פעילותו בשנת 2002, וכיום פועלות בו 29 מדינות.⁴¹ יצוין כי יש כיום אסדרה בין-לאומית של תחום הבריאות בארגון הבריאות העולמי The International Health Regulations (IHRs) of World Health Organization ששותפות לו יותר מ-100 מדינות, ובהן ארה"ב. אחד המוקדים של האסדרה האמורה הוא הטיפול בסיכוני בריאות אפשריים שעלולים להתמש מחוץ לגבולות מדינת המוצא (לדוגמא: הדבקה במחלות ששכיחות בארצות העולם השלישי).⁴² למרות זאת, אסדרה בין-לאומית של תיירות רפואית בעולם איננה קיימת בארגון כמו האו"ם.

בעשור האחרון תחום התיירות הרפואית התפתח במהירות במדינות העולם השלישי. האתר Patients Beyond Borders אשר עוסק בתיירות רפואית בעולם, מציין כי המדינות הבאות הן המובילות בתחום: קוסטה ריקה, ישראל, הודו, מלזיה, מקסיקו, סינגפור, דרום קוריאנה, תאילנד, טיוואן, תורכיה וארה"ב.⁴³ קשה שלא להבחין כי רוב המדינות ברשימה הנ"ל נחשבות מדינות עולם שלישי, אשר בהן קיימת מערכת אסדרה פנימית של התחום, המיועדת בעיקר להבטיח את איכות הטיפול בתיירים הרפואיים. בדרך כלל האסדרה הפנימית מחויבת על-ידי גורמים מדיניים במטרה לעודד את התפתחות התחום. להלן דוגמאות של אסדרה פנימית בתחום התיירות הרפואית במדינות אלו:

1. הודו – מועצת האיכות של הודו (Quality Council of India) הציגה בספטמבר 2008 תקנים של איכות בתעשיית הרווחה (The Standards of Quality and Wellness Industry) אשר חלים גם על תחום הרפואה. התקנים חלים על תחום הטכנולוגיות הרפואיות והתשתיות במוסדות בריאות, רמת ההכשרה בהם, המיומנות והמומחיות של כוח-האדם, וכן רמת הטיפולים והפיקוח. תקנים אלה רלוונטיים בין השאר גם לתחום התיירות הרפואית.

⁴¹ International Association of Medical Regulatory Authorities (IAMRA), <http://www.iamra.com/>

⁴² Health care Travel Regulations, The International Health Regulations (IHRs) of World Health Organisation Medical tourism guide, <http://www.who.int/en/>

⁴³ Medical Tourism Statistics & Facts, Patients Beyond Borders, <http://www.patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>

2. מלזיה – ארגון איכות הבריאות של מלזיה (The Malaysian Society for Quality in Health) אחראי לגיבוש ולפרסום תקנים בעבור בתי-חולים ומוסדות בריאות אחרים אשר פועלים בין השאר גם בתחום התיירות הרפואית. התקנים נקבעים על-ידי רופאים מומחים בתחומים שונים, מארגוני בריאות ציבוריים ופרטיים גם יחד. התקנים מסדירים נושאים כמו ניהול וארגון, כוח-אדם, הדרכה, ניצול משאבים, בקרה, בטיחות ועוד.
3. תאילנד – המכון לשיפור האיכות ולהסמכה של בתי-חולים (The Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation) נותן אישור לארגונים הפועלים בתחום התיירות הרפואית. התקנים החלים על התנהלות בתי החולים הם בנושאים כגון איכות, בטיחות, הפחתת סיכונים, ניהול, מניעת זיהומים, פיקוח, מערכת המעבדות, מערכות הטיפול ויחסי ציבור. התקנים החלים על רמת הטיפול הם בנושאים כגון תנאי המטופלים, איכותם, ההכנה לטיפולים והסביבה הפיזית של המטופל ומשפחתו.
4. הפיליפינים – משרד הבריאות מפקח על פעילות בתי החולים בתחום התיירות הרפואית. הדרישות מבתי-חולים העוסקים בתחום זה קשורות בעיקר לסביבה הפיזית של המטופלים, כלומר שבת החולים יתפקד בדומה לבית מלון ויעניק שירותי מידע ואבטחה 24 שעות ביממה, הסעות, שירותי חדרים ועוד.⁴⁴

ז. תיירות רפואית בישראל

כחלק מהפיכתו של העולם לכפר גלובלי, התיירות הרפואית הגלובלית תופסת תאוצה בשנים האחרונות. לאור מצוקתם הכלכלית של בתי החולים וחיפושם אחר מקורות הכנסה נוספים אנו עדים לצמיחה בתחום זה גם בישראל. בדו"ח משרד התיירות לקידום תחום התיירות הרפואית לישראל הובלטו נתונים הטבעיים של ישראל התומכים בכך:

1. רפואה מערבית מתקדמת ואיכותית - רמת הרפואה בישראל גבוהה ומערכת הבריאות נהנית מתדמית חיובית בעולם, בעיקר בתחומים כמו: טיפול במחלת הסרטן, ניתוחים בתחום הקרדיולוגיה, גניקולוגיה ופריון, שיקום, פלסטיקה ועוד. בתי החולים בישראל מזוודים בציד המתקדם ביותר. בנוסף, בישראל מקובל לקבל Second Opinion וייעוץ מומחים, זאת לעומת מדינות מערב אירופה.
2. מחירים סבירים (נמוכים משמעותית מארה"ב) - תיירים רפואיים המגיעים לישראל מקבלים רמת רפואה גבוהה בעלות יחסית נמוכה למה שהיו משלמים במדינות מערב אירופה או בארה"ב, דבר ההופך את ישראל ליעד מבוקש.
3. רופאים בעלי מוניטין בינלאומי - רמתם הגבוהה של הצוות הרפואי בישראל נובעת מרמה אקדמית גבוהה, ומהתנסותם של הצוותים הרפואיים כמתמחים בבתי החולים או כרופאים בצבא. שיטת העבודה הישראלית מאפשרת לדון יחד בצוותים המעודדים שיתוף ומולטי דיסציפלינריות. הרופאים בישראל משתלמים לרוב בחו"ל (בעיקר בארה"ב ובאירופה), לצדם של המומחים הטובים בעולם במסגרת fellowship.
4. צוות רפואי שדובר שפות רבות ובעיקר רוסית - יתרון יחסי ייחודי קשור לגלי העלייה ממזרח אירופה. בין השנים 1969-1973 עלו לישראל מברית המועצות כ-150 אלף יהודים, גל עלייה שמנה כמיליון

⁴⁴ Turner, Leigh. "First World Health Care at Third World Prices: Globalisation, Bioethics and Medical Tourism", *BioSocieties*, (2007), 2, 303–325.

דוברי רוסית נוספים הגיע מרוסיה ומאוקראינה בשנות ה-90, חלק גדול מהעולים החדשים היו בעלי מקצועות רפואיים אשר נקלטו הן כרופאים והן כצוותי סיעוד. דבר המאפשר טיפול בשפת האם של תיירים רפואיים ממדינות דוברות רוסית ושל סממני תרבות ואווירה המאפשרת תחושה ביתית בארץ זרה. בנוסף, בישראל אנגלית וערבית מהוות שפות רווחות עבור מטופלים ממדינות שונות.

5. ביטול הצורך בקבלת אשרות כניסה למגיעים מרוסיה ומאוקראינה - בספטמבר 2007 בוטלה אשרת הכניסה לאזרחים רוסים וב-2011 בוטלה האשרה גם לאזרחים אוקראינים. נושא זה הפך את ההחלטה להגיע לישראל לביצוע פרוצדורה רפואית לקלה יותר. נגישות קלה זו, בתוספת קירבה גיאוגרפית וקשרי תעופה ענפים, הפכו את ישראל ליעד מועדף במדינות מזרח אירופה.

6. מחקר ופיתוח - ישראל נודעה כמובילה בתחומי המחקר הרפואי ורוב בתי החולים הגדולים מסונפים למוסדות אקדמאיים. החברות הפרמצבטיות המובילות בעולם מקדמות מחקרים דווקא בישראל, וזאת בין היתר משום איכות המחקר הגבוהה. ישראל נחשבת כבעלת מאגר מוחות בתחום הרפואה בכלל והמחקר הרפואי בפרט.

7. יזמות עסקית של המשווקים הישראלים של תיירות הרפואית - העולים מרוסיה אשר התנסו בהפניה אקראית של מקורבים מארצות מוצאם למערכת הבריאות הישראלית, הבינו כי הם יכולים להפוך את זרם הפניות האקראי לעסק המייבא תיירים רפואיים. כך התפתח לו מערך הפצה ייחודי לישראל, המסייע בהפצת תחום התיירות הרפואית במדינות היעד. מאוחר יותר הצטרפו לחלוצים אלו אנשי עסקים ומשקיעים.

תיירות רפואית לישראל מגיעה בשתי דרכים עיקריות:

דרך מסלול ישיר - "On-line" - פעילות הסוכנים באינטרנט תוססת, לכל הסוכנים הישראלים יש אתר אינטרנט משוכלל שנבנה בחוכמה על מנת לאפשר קידום אורגני של מושגי מפתח, פניות באמצעות אתרי האינטרנט של בתי החולים. לדוגמא בשנת 2009 נחתם הסכם ארוך טווח לשיווק אינטרנטי בין בית החולים שיבא לבין חברת "מש מד" הנמצאת בבעלותו של נועם לניר על מנת לקדם את התיירות הרפואית שלהם באינטרנט. חברת "מש מד" מעניקה שירותי אינטרנט גם לבתי החולים רמב"ם, וולפסון ועוד.

דרך אחרת היא מסלול עקיף - "Off-line" - פעילות שיווקית ומכירתית נמרצת הכוללת נסיעות רבות לשווקי המטרה והידוק קשרי עבודה עם ספקי תנועה מחו"ל ובהם: משרדי בריאות מקומיים, רופאים מחוזיים, מנהלי בתי חולים לשעבר, מנהלי רווחה במוסדות גדולים, מבטחים קולקטיבים במקומות עבודה וסוכני תיירות רפואית "זרים". הפנייה לבית החולים תיעשה ע"י סוכני תיירות רפואית המבקשים הצעות מחיר עבור מטופליהם, בית החולים מגיש לסוכן הצעת מחיר הכוללת עמלה, והתייר הרפואי מקבל הצעת מחיר משולבת הכוללת גם שירותים שונים כשירותי דיילות ושירותי תיירות שונים. הסוכנים פעילים מאוד באינטרנט וחלקם אף טסים לחו"ל ומקיימים מערך קשרים עם גורמי מפתח הכוללים רופאים בארצות היעד ומערכות ביטוח שונות המבטחות מעסיקים ועובדיהם. בין הסוכנים הגדולים הפעילים בדרך זו ניתן למנות את: İmer, מרכז רפואי רמת אביב (כסוכן), טופ איכילוב ועוד. לדוגמא, בשנת 2004 חבר בית החולים הדסה עם חברת İmer סוכנות שיווק לתיירות רפואית ודרכה הוא מגיע לתיירים רפואיים בחו"ל.

על מנת שתייר רפואי יוכל להגיע לישראל לטיפול רפואי עליו לשלוח לישראל את כל הבדיקות והמסמכים הרפואיים שביצע עד כה במדינת מוצאו. צוות מטעם חברת התיירות הרפואית בוחן האם ניתן לטפל בתייר מבחינה רפואית ואם כן מעבירים את תיקו הרפואי לרופאים הרלוונטיים. לאחר בדיקת התיק

הרפואי "נולדת" הצעת מחיר לטיפול. זו בדרי"כ כוללת איזה בדיקות התייר צריך, כמה הן יעלו והאם נדרש ניתוח ומה מחירו. בנוסף, חברות תיירות רפואית רבות מטפלות גם בסידורי הלינה של התייר, אמצעי התקשורת שלו בארץ (קניית sim מקומי) ובכל בקשה שלו ושל מלווי הכרוכה בביקורם בישראל. ברוב החברות יש צוות שאחראי לתאם את כל לויז הבדיקות והטיפולים ושאר השהייה בישראל, מרגע נחיתתו ועד רגע עזיבתו את ישראל.

ח. אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל

בשנת 1995, כשהתיירות הרפואית בישראל נמצאת ב"חיתוליה", פרסם מנכ"ל משרד הבריאות חוזר מנכ"ל הקובע כי אסור לבית החולים להעניק לתיירים רפואיים שירות באופן שיפגע במחויבותו הראשונית – הטיפול בתושבי ישראל. זאת, בעקבות מקרה יחיד בו נדחה טיפולו של אזרח ישראלי והוא אף הופנה לטיפול בבית החולים אחר עקב קבלה של מטופל מחו"ל. בחוזר נכתב: "אין להתחייב לטיפול ולהזמין תושב מחו"ל לביצוע פעולה אלקטיבית כשהמבצעים או הציוד הנדרשים לאותה פעולה מוגבלים בארץ, ובכל מקרה מובהר בזאת כי תושב ישראלי ו/או תושב מדינות זרות השהים בישראל וזקוקים לטיפול כאמור, יש לאפשר להם קבלת השירות הרפואי בקדימות ובעדיפות ראשונה".⁴⁵ מאז אותה שנה חוזר המנכ"ל לא קיים, התיירות הרפואית התפתחה מאד ואיתה גם הביקורת הציבורית.

בעקבות דו"ח מבקר המדינה ב-2010 בו הביע המבקר את חששו בנושא מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים בישראל והתייחס לנושא התיירות הרפואית בבתי החולים (יפורט בהמשך), מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לבחינת התיירות הרפואית בבתי החולים הציבוריים בישראל. מטרת הועדה הייתה להמליץ למנכ"ל על העקרונות להפעלת התיירות הרפואית בבתי חולים ציבוריים ("ועדת אפק"). הועדה גם נתבקשה להמליץ על דרכים לקידום משאבי בית החולים הציבורי לטובת המטופלים תושבי ישראל, על בסיס האמצעים שמקורם בתיירות הרפואית ולחווה דעתה בסוגיית בחירת רופא במסגרת התיירות הרפואית. חברי הועדה כללו את פרופ' ארנון אפק שהיה סגן מנהל בית החולים שיבא (מונה לראש מנהל הרפואה במשרד הבריאות בינואר 2012 וביוני 2014 מונה למנכ"ל משרד הבריאות), פרופ' יצחק שפירא סמנכ"ל המרכז הרפואי איכילוב (נציג בתי החולים), ד"ר אהוד דוידסון סמנכ"ל בשירותי בריאות כללית (נציג שירותי בריאות כללית וכיום מנהל בית החולים סורוקה), פרופ' אבישי גולדברג משנה לרקטור באוני' בן גוריון (נציג האקדמיה ובעל 25 שנות ניסיון במערכת הבריאות הצבאית), עמית בן צור (יועץ בכיר למנכ"ל משרד הבריאות) ועו"ד אורי סלונים (נציג הציבור).

הועדה קבעה כי "הביקורת המרכזית על התיירות הרפואית הינה שהתיירות מתקיימת על חשבון הטיפול הרפואי הניתן לישראלים ומביאה להתארכות התורים. מצד שני, טוענים בתי החולים כי המציאות הנה הפוכה לחלוטין וההכנסות מהתיירות הרפואית מעצימות את יכולת הטיפול בתושבי ישראל ומצמצמות את משכי התורים. להבנת הועדה, הפער בתפיסה נובע מההיכרות החלקית עם הגורמים המגבילים את פעילות בתי החולים הציבוריים בישראל. בתי החולים כיום אינם יכולים לממש את מלוא פוטנציאל הפעילות הרפואית בשל המגבלות המושטות על היקף הפעילות, רמת ההשתכרות של חלק מהצוות, תקציב ההוצאות וההכנסות ותקני כוח האדם. כל הנמצא בבתי החולים בשעות אחר-הצהריים והלילה (ולעיתים גם בבוקר) מבין כי הציוד היקר והיכולות הרפואיות מנוצלות באופן חלקי בלבד (זאת בניגוד לבתי החולים הפרטיים אשר מנצלים את תשתיות בית החולים לאורך כל היממה). התורים

⁴⁵ אורן, מאיר. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 14/95: איסור העדפה של טיפול בתושב חוץ על פני תושב הארץ, אתר משרד הבריאות, 12.6.1995, http://www.health.gov.il/hozer/mk14_1995.pdf

במערכת הבריאות הציבורית הינם תולדה של מגבלות אלו המוטלות על ניצול המשאבים והתשתיות בבתי החולים. חשוב לציין, שמגבלות על פעילות מערכת הבריאות קיימות בכל העולם המערבי ובמדינות ה-OECD והתורים הינם אמצעי מקובל בכל העולם לבקרה על ההוצאה לבריאות.

הועדה קבעה כי, בהינתן תוספת אמצעים (כוח אדם, ציוד, תקציב הוצאות) ניתן יהיה להרחיב משמעותית את מספר המטופלים – ישראלים ותיירים. ההכנסות מתיירות רפואית מאפשרות חלק מאותה תוספת אמצעים למערכת האשפוז הציבורית שנמצאת בעשורים האחרונים בהליך נסיגה וסובלת ממחסור חמור בכוח אדם ואמצעים. המציאות הקשה עמה מתמודדת מערכת האשפוז הציבורית בישראל מחדדת את הצורך בהעצמתה ע"י הקצאת משאבים. הראשונים והעיקרים שייחוו מכך יהיו המטופלים הישראלים. הועדה רואה בקיום תיירות רפואית לצדה של רפואה שוויונית, אמצעי לחיזוק הרפואה הציבורית על ידי הגדלת המשאבים והתשתיות העומדים לרשות הרפואה הציבורית. הועדה גם סבורה שראוי שיהיו כללים אחידים ברמת המערכת ולכן המליצה על עקרונות, כמפורט להלן, שיהוו בסיס לנהלי משרד הבריאות ויבטיחו מעל לכל ספק כי התיירות הרפואית תביא להבטחת שרות רפואי מיטבי בראש ובראשונה לתושבי ישראל. העקרונות אשר הוצעו ע"י הועדה:

א. הפרדת הרישום וההתחשבות של פעילות התיירות הרפואית מהפעילות השוטפת של תאגידי הבריאות במטרה ליצור שקיפות ציבורית ולאפשר בקרה אפקטיבית.

ב. ההכנסות המגיעות מתיירות רפואית ינותבו לטיפול הטיפולי בתושבי ישראל.

ג. התורים לתיירים הרפואיים יקבעו על בסיס תוספת משאבים ו/או על בסיס מקום פנוי ולא על חשבון תורים ישראלים.

ד. הצוות הרפואי יתוגמל על פי הפעילות הנוספת ולא על פי המטופל (תושבי ישראל או תיירים רפואיים). מכאן שהתשלום לצוות בגין פעילות תיירות רפואית יהיה זהה לתשלום בגין אותה פעילות המתבצעת לתושבי ישראל. מקרים חריגים ידונו ויומקו בכתוב ע"י מנהל מוסמך. ד"ר דוידסון בדעת מיעוט סבר כי יש להחליף את סעיף ד' ולקבוע כי סך כל פעילות התיירות הרפואית במרכז הרפואי, לא תעלה על 10% מכלל הפעילות.

ה. הועדה המליצה, כי לא תותר בחירת רופא בתשלום. מנהל המחלקה יבטיח כי הרופאים המתאימים יבצעו את הפעילות הנדרשת, בדומה לקיים לגבי תושבי ישראל⁴⁶.

לאור דו"ח מבקר המדינה ופרסום ההמלצות של הועדה "לבחינת תיירות המרפא בבתי חולים ציבוריים" ("ועדת אפק"), פרסם משרד הבריאות טיוטת חוזר מנכ"ל (יולי 2011) בעניין התיירות הרפואית, להלן עיקריה:⁴⁷

1. עדיפות ראשונה לטיפול בתושבי ישראל הזכאים לטיפול עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

2. מינוי מנהל רפואי בכל בית החולים לבקרת פעילות התיירות הרפואית.

3. ההכנסות בשנה מתיירות רפואית בכל מרכז לא יעלו על 5% ממחזור הפעילות של המרכז.

⁴⁶ אפק, ארנון. דו"ח מסכם למנכ"ל משרד הבריאות מאת הועדה לבחינת תיירות המרפא בבתי חולים ציבוריים, 24.5.2011, 2-4.

⁴⁷ גמזו, רוני. טיוטת חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא תיירות רפואית, אתר משרד הבריאות, 3.7.2011, http://asp.files_All/Pages/GeneralManager/UnitsOffice/il.gov.health.www

4. עודפים מהתיירות הרפואית יועברו לטובת פיתוח תשתיות בבית החולים, תוך העדפה להשקעה במטרה להגדיל את ההיצע ולהקטין את זמני ההמתנה לתושבי ישראל.
5. שימוש בעודפים בתיירות הרפואית לטובת פיתוח בתי חולים בפריפריה.
6. הפעילות הכספית של התיירות הרפואית תנוהל כמשק סגור בהתאם להוראות מפורטות של חשבות משרד הבריאות.

עם זאת, עקב התנגדויות רבות לא נכנסה טיוטת החוזר לתוקף ולמעשה בתי החולים לא חויבו לעמוד בסעיפיה. לאור טיוטת חוזר המנכ"ל, מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות כי עליו להוציא הנחיות ברורות ומקיפות יותר לבתי החולים המפעילים מסגרת טיפול של תיירות רפואית: "בהנחיות יש לקבוע שפעילות זו לא תפגע, ככל האפשר, בשירות ובטיפול הניתנים לחולים תושבי ישראל. נוסף על כך, יש להבטיח שתירות זו תביא תועלת כלכלית שתשמש לשיפור השירותים הניתנים במערכת הבריאות, נוסף על תועלתה ההסברתית".⁴⁸

בספטמבר 2012 עלתה שוב הסוגיה על סדר היום הציבורי, לאחר שמנכ"ל משרד ראש הממשלה, מר הראל לוקר, ביקש מנציגי משרדי הבריאות, התיירות והאוצר להציג תכנית לקידום התיירות הרפואית בישראל. בעקבות זאת גיבש סגן שר הבריאות, יעקב ליצמן, מסמך הצעות, שביניהן מתן אפשרות לבתי החולים הממשלתיים לקיים פעילות של תיירות רפואית בשיעור של עד 25% מפעילות כל מחלקה ופתיחת בית חולים פרטי המיועד לתיירות רפואית. בנוסף, הציע סגן השר, ליצמן, כי התיירות הרפואית תוגבל ל-10% מתקציב בית החולים כולו, ובפריפריה עד 15%.⁴⁹ עקרונות המסמך פורסמו בתקשורת ועוררו גל של פרסומים בנושא מצד מתנגדים ומצדדים.⁵⁰ לכן, מסמך ההצעות שהציע ליצמן לא פורסם מעולם ואף תכנית לאסדרת התיירות הרפואית בישראל לא הייתה על הפרק.

במרץ 2013 נכנסה השרה יעל גרמן לתפקידה כשרת הבריאות ולמעשה ביקשה להקפיא כל אסדרה או טיוטת חוזר מנכ"ל בנושא התיירות הרפואית. השרה ביקשה ממנכ"ל משרד הבריאות, דאז פרופ' רוני גמזו, ללמוד את נושא התיירות הרפואית לעומק לפני פרסום הגבלות על התחום. ב-11 אפריל 2013 הקימה השרה את "הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית" (המכונה "ועדת גרמן"), אשר בחנה את הסוגיות השונות הניצבות לפתחה של מערכת הבריאות לצורך חיזוק מערכת הבריאות הציבורית. הוועדה בחנה ארבעה נושאים עיקריים ואחד מהם הוא נושא התיירות הרפואית בישראל ואסדרתה. חברי הוועדה, מלבד גרמן עצמה הם מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו; מזכ"לית ההסתדרות הרפואית, לאה ופנר; יו"ר המועצה הלאומית לכלכלה במשרד ראש הממשלה, יוגין קנדל, (כיהן כיו"ר תת הוועדה); פרופ' קובי גלזר מהפקולטה לניהול באוניברסיטת תל אביב; ד"ר שולי ברמלי-גרינברג, ביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה; פנינה קורן - נציגת ציבור; עו"ד עדי ניב יגודה - מומחה למשפט רפואי וזכויות החולה; ד"ר עזיז דראושה, מנהל חדר המיון בהדסה; מיכל טביביאן-מזרחי ממשרד ראש הממשלה; ופרופ' לאה

⁴⁸ משרד מבקר המדינה, דו"ח שנתי 161 מבקר המדינה לשנת 2010 ולחשבונות שנת הכספים 2009. ירושלים, אייר התשע"א, מאי 2011, 169-220.

⁴⁹ לינדר-גנץ, רוני. לבקשת נתניהו: עד 25% מהמיטות במחלקות בתי חולים יוקצו לתיירים רפואיים, אתר דה-מרקר, <http://www.themarker.com/consumer/health/1.1823608>, 13.9.2012

⁵⁰ לינדר-גנץ, רוני. ח"כ חנין: לבטל את תוכנית ליצמן-לוקר, אתר דה-מרקר, 13.9.2012, <http://www.themarker.com/consumer/health/1.1823690>

אחדות, ממכללת רופין.⁵¹ הועדה היתה אמורה לפרסם מסקנותיה לאחר חמישה חודשים אך מסקנותיה פורסמו ב-25 ביוני 2014 לאחר כשנה של דיונים (יורחב בהמשך).

ב-31 בדצמבר 2013 פרסם משרד הבריאות חוזר מטעם ראש מנהל רפואה המדגיש כי ההנחיות חלות מהרגע בו פורסם ועד פרסום מסקנות "ועדת גרמן". בחוזר הנחיות המחייבות את בתי החולים בישראל:

1. בתי החולים הציבוריים והממשלתיים לא יוכלו לאפשר בחירת רופא בתשלום. במוסדות רפואיים בהם מותר שר"פ (כגון הדסה) נאסר על איש צוות בית החולים לקבל תשלום פרטי מהמטופל.
2. חל איסור לתת לתייר רפואי עדיפות על מטופל ישראלי בקביעת תורים, ויש להבטיח כי קביעת תורים לתיירי מרפא לא תפגע בזמינותם של שירותים שמעניק ביה"ח למטופלים ישראליים.
3. על הנהלת בית החולים להבטיח, בכל הקשור לשירותים הניתנים לתיירות רפואית, כי תורת התגמול לאנשי הצוות לא תיצור עיוותים או תמריצים בעייתיים. כלומר, השכר למטפלים לא יהיה תלוי בזהות המטופל.⁵²

בפברואר 2014 הוגשה הצעת חוק על ידי חברי הכנסת מירב מיכאלי, אלעזר שטרן ושולי מועלם-רפאלי בנושא אסדרת תחום תיירות הרפואית בישראל. "מטרת הצעת החוק היא להבטיח פיקוח ציבורי הדוק ולהגדיר את אופן הפעולה של תיירות רפואית במסגרת הרפואה הציבורית, כמו גם לאזן בין יתרונות התיירות הרפואית לבין מניעת פגיעה בטיפול המוענק לתושבי ישראל, ולהבטיח שימוש בהכנסותיה לצורך תוספת משאבים לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית".⁵³ הצעת החוק קובעת כמה כללים ברורים:

1. תושב ישראל הנזקק לשירות רפואי יקבל אותו בעדיפות ראשונה, למעט במקרים דחופים.
2. תיירות רפואית תתבצע בשעות שאינן שעות העבודה הרגילות של בית החולים הציבורי.
3. לא תינתן עדיפות לתייר רפואי בתנאי האשפוז והמלונאות או בכל שירות אחר.
4. לא תינתן לתייר הרפואי אפשרות לבחירת הרופא שיתן לו את הטיפול.
5. בית החולים הציבורי ימנה מנהל רפואי מטעמו שיהיה אחראי על בקרה ואיסוף שוטף של מידע בדבר תיירות רפואית.
6. השר רשאי לקבוע הוראות לעניין קביעת התעריפים לתיירות רפואית.
7. סך ההכנסות בשנה מתיירות רפואית, בכל בית החולים ציבורי, לא יעלה על 5% ממחזור הפעילות השנתי של אותו בית החולים.

⁵¹ גרמן, יעל. דו"ח הועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, אתר משרד הבריאות, 2014, <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/publichealth2014.pdf>

⁵² אפק, ארנון. חוזר ראש מנהל רפואה 51/2013: שירות פרטי במסגרת תיירות מרפא, אתר משרד הבריאות, 31.12.2013, http://www.health.gov.il/hozer/mr51_2013.pdf

⁵³ מיכאלי, מירב. שטרן, אלעזר ומועלם-רפאלי, שולי (מחברים). הצעת חוק להסדרת התיירות הרפואית בישראל, התשע"ד-2014, אתר הכנסת, 10.2.2014, www.knesset.gov.il/privatelaw/data/19/2155.rtf

8. התגמול לצוות הרפואי של בית החולים ציבורי, בגין תיירות רפואית, יהיה זהה לתגמול בגין אותה פעילות המתבצעת עבור תושבי ישראל.
9. הכספים שיתקבלו בבית החולים הציבורי ישמשו לצורכי פיתוח תשתיות בית החולים הציבורי, תוך העדפה להשקעה בתשתיות להקטנת זמן ההמתנה לשירות רפואי לתושבי ישראל.
10. 10% מסך ההכנסות מתיירות רפואית יועברו לטובת פיתוח בתי חולים ציבוריים באזורי פריפריה.

חברת הכנסת, מירב מיכאלי, התייחסה להצעת החוק בדיון שנערך בנושא תיירות רפואית בכנסת ואמרה "אני הגשתי הצעת חוק יחד עם חבר הכנסת אילן גילאון, אלעזר שטרן ושולי מועלם לאסדר – וזה מתבסס על קווים שבאו ממנכ"ל משרד הבריאות – את התיירות הרפואית בחמישה אחוזים, לעשות אותה שקופה, לעשות אותה משק סגור כדי שנדע באמת כמה כסף נכנס, שמשרד הבריאות יקבע את התעריפים לתשלום הזה, שנדע כמה נכנס וכמה יצא, על מה זה הולך ואפשר יהיה באמת לעשות את זה באופן שזה שומר על כל היתרונות מול העולם, מול הבינלאומיות".⁵⁴

ב-11 ביוני 2014 הוגש לשרת הבריאות דו"ח שחבר ע"י אגף החשב הכללי במשרד האוצר, בהובלת החשבת הכללית, מיכל עבאדי-בויאנג'ו, בנושא התיירות הרפואית בישראל. הצוות ציין כי לא זכה לשיתוף פעולה מצד בתי החולים: "גם לאחר התערבות מנכ"ל משרד הבריאות והוראתו לשותף פעולה עם צוות הביקורת היו הגבלות מצד בתי החולים והתאגידים שהתבטאו באי מסירת חומרים, דבר שהקשה על ביצוע עבודת הביקורת".⁵⁵ מממצאי הביקורת עולה כי בתי החולים הממשלתיים חורגים במידה משמעותית מהכללים שקבע משרד הבריאות וממצאיו הוגשו לחברי "ועדת גרמן".

על פי הדו"ח, בתקנות תאגידי הבריאות נקבע כי חל איסור לקיים פעילות של תיירות רפואית לפני השעה 15:00 בצהריים, כלומר בשעות הבוקר. הבודקים מצאו כי בתי החולים אינם ממלאים תקנות אלו: "חלק גדול מהניתוחים והפרוצדורות המורכבות מתבצע בשעות הבוקר", נכתב בדו"ח, שמביא כדוגמא את איכילוב שבו בשנים האחרונות יותר מ-70% מהניתוחים של תיירים רפואיים התבצעו בשעות הבוקר.⁵⁶ כמו כן, בניגוד לתקנות, בכל בתי החולים בדיקות כגון בדיקות דם, CT וכדומה מבוצעות בשעות הבוקר. בתי החולים טענו בפני צוות הביקורת כי בדיקות אלו חייבות להיעשות בשעות הבוקר. כמו כן, נמצאו מקרים בהם ייעוץ רופא לתייר, ובדיקות של רופאים מבוצעות גם הן בשעות הבוקר. וכי "חלק גדול מהניתוחים המורכבים מבוצעים בשעות הבוקר". הנתונים הראו כי בשנת 2013 כ-75% מהניתוחים שעברו תיירים רפואיים התקיימו בשעות הבוקר. בבית החולים וולפסון דגם צוות הביקורת 22 תיקים של תיירים רפואיים. 18 מתוכם (82%) העידו על שירותים רפואיים (בדיקות, ניתוחים או ייעוץ רפואי) שנערכו בשעות הבוקר. לממצא הזה יש חשיבות קריטית משום שלראשונה ישנה כאן קביעה ממשלתית כי הטיפול בתיירים רפואיים נעשה בשעות הבוקר, כלומר על חשבון זמן הטיפול בציבור החולים הישראליים.

בנוסף, אנשי החשב הכללי בחנו את נושא האיסור על בתי החולים ממשלתיים להציע בחירת רופא בתשלום, או לשלם שכר שונה לאיש צוות רפואי בגין טיפול בתייר רפואי (סעיף 1 בחוזר משרד הבריאות). למרות האיסור נמצא כי בכל בתי החולים אין נהלים באשר לתשלום לרופאים הנותנים שירותים לתיירים

⁵⁴ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>.

⁵⁵ מזור, יוסי. ביקורת בנושא הכנסות מתיירות מרפא בבתי החולים: איכילוב, שיבא-תל השומר, רמב"ם, וולפסון ואסף הרופא, משרד האוצר - אגף החשב הכללי, יחידת הביקורת, מאי 2014, 3.

⁵⁶ הדו"ח מציין לחיוב כי באיכילוב נוהלה הפעילות בצורה מסודרת וממוחשבת מה שאיפשר לצוות להשתמש בנתוני אמת ולא להסתפק במדגם חלקי, לעומת שאר בתי החולים האחרים אשר מנהלים רישום ידני בלבד.

רפואיים. כך למשל, התשלום בבתי החולים אסף הרופא ובוולפסון נקבע באמצעות משא ומתן שמתקיים בין בית החולים לרופאים. עוד נמצא כי בכל בתי החולים, למעט איכילוב, התשלום לרופאים המטפלים בתיירים רפואיים, היה גבוה מהתשלום לרופאים המטפלים באזרחים ישראלים במסגרת ניתוחים אחר הצהריים, גם אם מדובר באותו טיפול. הצוות הבודק מצא גם כי במספר בתי חולים "ישנם שמות של רופאים אשר חוזרים על עצמם במספר רב יחסית של ניתוחים", דבר המרמז על בחירת רופאים.

נושא נוסף שנבחן ע"י מחברי הדו"ח הוא הפרוצדורה של קידום תורים לטובת תיירים רפואיים. קביעת התורים עבור תיירים רפואיים לא עוברת תהליך זהה לקביעת התורים עבור המטופלים הישראלים. ברוב המקרים נמצא כי מרגע בדיקת התייר על ידי רופא במסגרת בית החולים בפעם הראשונה ועד למועד בו הוא מנותח חולפים ימים ספורים בלבד. קביעת התורים עבור תיירים רפואיים נעשית בטווח זמן קצר, ובמרבית המקרים התייר מציין את המועד שנוח לו להגיע לטיפול ובית החולים מתאים את עצמו ללוח הזמנים של התייר הרפואי. צוות הביקורת בחן את הנושא, על סמך תיקים רפואיים אותם קיבל מתאגידי הבריאות ועל סמך תאריכי הפניה הראשונית של התייר, ומצא שבכל תאגידי הבריאות קיימת פרוצדורה של קידום תורים לטובת תיירים רפואיים (דבר המנוגד לסעיף 2 בחוזר). הצוות קבע חד משמעית כי "לא יעלה על הדעת שפעילות תיירות רפואית תהיה על חשבון ביצוע פרוצדורות לאזרחי ישראל. בכל מקום שהתורים במערכת הבריאות הם מעבר לסביר לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, יש להפסיק את פעילות התיירות הרפואית".

לסיכום, ניתן להבחין כי לאורך השנים, למעשה מאז שנת 1995 מנסה המערכת הציבורית להתמודד עם אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל. זאת, על ידי כלים שונים של אסדרה: הצעת חוק, חוזרי מנכ"ל/ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות, דו"חות מבקר המדינה וכו'. מהתיאור לעיל ניתן ללמוד אם כך שתחום התיירות הרפואית מצדיק את אסדרתו ולכן הוא ימשיך להעסיק את אלו האחראים למתן שירות רפואי איכותי ושוויוני לכל אזרחי ישראל.

3. מטרות המחקר וחשיבותו

לצד היתרון הגלוי של הגדלת ההכנסות הכספיות למערכת הבריאות בישראל, ראוי לשקול את עידוד התרחבות תחום התיירות הרפואית מתוך בחינת ההשפעה שעשויה להיות לה על מערכת הבריאות הציבורית והפרטית ועל השירות הניתן לאזרחי המדינה, הזכאים לשירותי בריאות מתוקף חוק בריאות ממלכתי. מערכת הבריאות בישראל נועדה להיות מערכת שוויונית ולשמור על האינטרסים של אזרחי המדינה. כבר כיום ישנם פערים במתן שירותי בריאות לשכבות אוכלוסייה שונות ברפואה הציבורית בישראל, הבאים לידי ביטוי בהמתנה ממושכת לניתוחים, במחסור גדול במיטות אשפוז, ברופאים מומחים במקצועות מסוימים ובציוד רפואי איכותי. קיומה של תיירות רפואית, ללא פיקוח ובקרה, עלול לבוא על חשבון החולה הישראלי. פיקוח ובקרה אלה צריכים לבוא לידי ביטוי באסדרה מפורטת של התחום. מטרת המחקר היא לבדוק, לתאר, למפות ולבקר את האסדרה שמקיים משרד הבריאות על התיירות הרפואית, בין היתר, על פי מענה לשאלות שלהלן:

- א. מהי מערכת הכלים וההנחיות שהוצאו על ידי משרד הבריאות לבדיקת התיירות הרפואית בישראל והאם אלה נאכפות על ידו?
- ב. האם מתקיימת חובת הדיווח של בתי החולים המעניקים שירותי תיירות רפואית למשרד הבריאות, אם כן, למה מתייחסת חובה זו ובאיזה היקף?
- ג. מיהם שחקני המפתח בתחום התיירות הרפואית ומהם תפקידיהם באסדרת התחום?
- ד. האם ישנו צורך באסדרה מקיפה של התחום, מהן השלכותיה של אסדרה כזו ומהי המסגרת הרצויה לאסדרה בתחום.

חשיבות המחקר

חשיבות המחקר נובעת מההשלכות הציבוריות והחברתיות של תופעת התיירות הרפואית בכלל ומתרומתו של המחקר לספרות הסוקרת תחום זה בפרט. בארגון הבריאות העולמי, בתקשורת ובספרות המקצועית מעלים כיום סוגיה אתית שאופיינית בעיקר למדינות מתפתחות שפיתחו את תחום התיירות הרפואית – מדינות אלה עשויות להפעיל תיירות רפואית ברמה גבוהה שעה שרמת הטיפול הרפואי באזרחיהן נותרת נמוכה עד מאוד.⁵⁷ בהקשר זה יצוין כי מערכת הבריאות בישראל נועדה להיות מערכת שוויונית ולשמור על האינטרסים של אזרחיה.⁵⁸ כבר כיום ישנם פערים במתן שירותי בריאות לשכבות אוכלוסייה שונות: ברפואה הציבורית בישראל ההמתנה ממושכת לניתוחים ארוכים,⁵⁹ וישנו מחסור חמור במיטות אשפוז,⁶⁰ ברופאים מומחים במקצועות מסוימים ופער גדול במספר האחיות לנפש (ביחס לרוב מדינות ה-OECD).⁶¹ פערים אלו עשויים לגדול עם הרחבת תחום התיירות הרפואית.

⁵⁷ World Health Organisation, "Medical visas mark growth of Indian medical tourism", Bulletin of the World Health Organisation (BLT).

⁵⁸ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד, 1994, סעיף 1.

⁵⁹ לוי, שלי. זמני המתנה לניתוחים מתוכננים בבתי-החולים, אתר מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 18.1.2007, www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01699.pdf

⁶⁰ לוי, שלי. מצוקת האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בבתי החולים בישראל, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 5.2.2007, www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01691.pdf

⁶¹ חורב, טוביה. דו"ח הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל, אתר משרד הבריאות, יוני 2010, http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mp_june2010.pdf

כמו-כן, נוכח פוטנציאל ההכנסות בתחום התיירות הרפואית נשאלת השאלה באיזו מידה ראוי לפתח תחום זה בישראל. היתרון הבולט ביותר בתחום התיירות הרפואית הוא ההכנסות הכספיות לקופות בתי החולים ולקופת המדינה. ההכנסות מאפשרות שדרוג מחלקות (רכישת ציוד חדש ושיפור התנאים הפיזיים), תגבור כוח-האדם ושמירה על כוח-האדם הקיים, מניעת "בריחה" ממקצועות הרפואה והסיעוד ומעבר של רופאים למסגרות אחרות בארץ ובחו"ל לשם מציאת מקום עבודה רווחי יותר. פוטנציאל כספי זה עלול להוביל את המדינה למדיניות "העלמת עין", ללא תכנית מוסדרת במשרד הבריאות הכוללת פיקוח ובקרה על תחום התיירות הרפואית. בנובמבר 2010 התפרסמה סדרת כתבות בתחום התיירות הרפואית בעיתונים כלכליים כאשר הכותרת באחד העיתונים הייתה, "בתי החולים גורפים מיליונים מתיירי מרפא על חשבון הטיפול בישראלים", והיא שיקפה את לב הבעיה בראי המבקרים.⁶² נציגי ארגוני הזכות לבריאות אף שלחו מכתב בנושא למנכ"ל משרד הבריאות.⁶³ הביקורת המרכזית שעלתה הינה כי התורים לתיירים רפואיים נקבעים בטווח של ימים ספורים והעדר פיקוח ממשי של משרד הבריאות בתחום.

מחקרים רבים בתחום התיירות הרפואית עוסקים בעיקר בתיאור מגמת התרחבות של התחום בעולם ובסיבות שהביאו להגדלת התיירים הרפואיים בכל העולם. מחקרים בנושאים כמו אסדרה בעולם בכלל ובארץ בפרט לוקים בחסר וכמעט שלא קיימים. עם התפתחות התחום בשנים האחרונות נראה כי מתעוררת במקביל גם בעיה ציבורית בישראל בה ניתנים שירותי רפואה מתקדמים וכמעט ללא זמן המתנה לאזרחים זרים מבלי שהענקת השירותים מפוקחת בקפדנות או שנקבעו תקנות וחוקים בנושא. בחינת האסדרה הקיימת ומתן המלצות לאסדרה עתידית בתחום, מתבקשת ואף נחוצה. בעיקר בשל ההשלכות האפשריות על מערכת הבריאות, כמו מתן עדיפות לתיירים רפואיים בביצוע בדיקות; טיפולים וניתוחים ובמתן טיפולים על-ידי מומחי רפואה בעלי שם עולמי; פיתוח תחומי בריאות אטרקטיביים לתיירים רפואיים על חשבון תחומים אחרים, הנחוצים לאזרחי המדינה; ובמיוחד, בשים לב למצוקת האשפוז וכוח האדם ההולכת וגדלה.

אכן נכתב רבות על תחום השר"פ בישראל, על היתרונות והחסרונות למערכת הבריאות הציבורית בישראל, אך הספרות איננה כוללת בירור של התופעה לפיה ניתן שר"פ לאזרחים זרים בישראל – תחום "אפור" שאיננו נמצא תחת מגבלת השר"פ לאזרחים ישראלים. המחקר יבחן האם משרד הבריאות מפקח על השירותים הניתנים לתיירים הרפואיים המגיעים לישראל ויעמוד על ההשלכות הנגרמות מכך למטופלים הישראלים. בראייה ארוכת טווח, המחקר ימליץ לקבוע כללים ברורים בתחום התיירות הרפואית על מנת ליצור אסדרה של תהליכי פיקוח ובקרה הולמים, ובכך, להוביל ולהגשים את מטרות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובעיקר את החובה להבטיח את אספקת שירותי הבריאות תחת עקרונות של צדק ושוויון ועזרה הדדית.⁶⁴

⁶² אבן, דן. בתי החולים גורפים מיליונים מתיירי מרפא על חשבון הטיפול בישראלים, אתר הארץ, 18.11.2010, <http://www.haaretz.co.il/news/investigations/1.1230554>

⁶³ בן יעקב, שמוליק ואחרים. ארגוני הזכות לבריאות: כללי יישום לתיירות רפואית, אתר האגודה לזכויות החולה בישראל, 31.1.2011 http://www.patients-rights.org/medical_tourism.html

⁶⁴ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד, 1994, סעיף 1.

4. השערות המחקר

- א. האסדרה הקיימת בנושא התיירות הרפואית בישראל - חסרה ביותר. בבתי החולים לא ימצאו שיטות עבודה ספציפיות לתחום התיירות הרפואית והנהלים הקיימים כיום בישראל בדבר מתן שירותי רפואה פרטית תקפים גם למתן שירותי רפואה לתיירים רפואיים. בכלל זה, לא קיימת אסדרה של תחומי איסור בתיירות רפואית ועל כן לא תימצא הגבלה על תחומים מסוימים.
- ב. היות ואין כללים מוסדרים, כל מרכז רפואי בישראל רשאי למכור שירותים מגוונים לתיירים רפואיים. משרד הבריאות אינו מפקח על מחירי הטיפולים בעבור תיירים רפואיים. לכן, ניתן לשער כי בתי חולים ישאפו לפתח את תחום התיירות הרפואית לשם הרווחים הכלכליים מכך, גם אם אין להם את התשתית או את כוח האדם הנדרש.
- ג. בבתי החולים הממשלתיים מתן שירותים רפואיים לתיירים רפואיים נעשה במסגרת תחום שירותי הרפואה הפרטיים (שר"פ). בעוד שהפעלת שר"פ נעשית בכמה תנאים מגבילים, שעיקרם איסור הקדמת תור, איסור בחירת רופא, קביעת מגבלות של זמן ומקום, קביעת מכסות פעילות והגדרת שעות פעילות, ישוער כי נעשה שימוש קטן ביותר, אם בכלל, להגבלת טיפולים הקיימים בתיירות רפואית.
- ד. ניתן לשער כי מנהלי בתי החולים אשר עוסקים בתיירות רפואית וכן חברות של תיירות רפואית יעדיפו אסדרה מאד רפואה שלא מגבילה את פעילותם בתחום באופן ניכר. עם זאת, ארגוני זכויות אזרח, זכויות חולים, בכירים במשרד הבריאות ומנהלי בתי חולים בפריפריה ירצו לראות אסדרה מפורטת, מגבילה, אשר קיימת בה התייחסות לערכי אי השוויון אשר נוצרו בתחום התיירות הרפואית כלפי החולים הישראלים.

המחקר מתבסס על שימוש בשיטת מחקר איכותנית, המערבת בחינה וניתוח של טקסטים יחד עם ראיונות עומק במטרה לעמוד על היקף האסדרה ויישומה על תחום התיירות הרפואית. הטקסטים כללו ניתוח של דו"חות, פרוטוקולים, חוזרי מנכ"ל, כתבות עיתונות, ניירות עמדה ומסמכים נוספים באמצעותם סקרתי את המהלך ההיסטורי של התיירות הרפואית בישראל, מהקמתה ועד היום ובאלו כלים משרד הבריאות פיקח או מפקח עליה כיום. בנוסף לכך, קיימתי 16 ראיונות עומק עם אנשי מפתח הקשורים בתחום התיירות הרפואית בישראל, לרבות: בכירים במשרד הבריאות, חברי הנהלה בבתי החולים, מומחה לביטוחי בריאות, מנהלי חברות תיירות רפואית, יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל, עובדי משרד התיירות וארגונים לא ממשלתיים נוספים העוסקים בזכויות בריאות. הראיונות הם ראיונות עומק חצי-פתוחים (ראה נספח א') אשר תועדו באמצעות הקלטה (בהסכמה מראש של המראייין). ההקלטות תומללו ונותחו על-ידי חיפוש נרטיבים דומים וחילוץ תימות מרכזיות. תכנית המחקר אושרה על-ידי ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי החברה באוניברסיטה העברית בירושלים.

במהלך הראיונות התקשיתי לעיתים לחשוף מידע רגיש, היות ומדובר בתחום בו הרווחים נאמדים במיליוני שקלים מדי שנה. למרות זאת, הואיל ומדובר בראיונות חצי פתוחים נראה כי שאלות הראיון נוסחו באופן בו הצלחתי לדלות את המידע הדרוש לי לשם מימוש תכנית המחקר. הראיונות נערכו בין החודשים אפריל 2013 לפברואר 2014 ונמשכו במוצע כשעה. הראיונות היו ראיונות עומק חצי מובנים כאשר המראיינים נבחרו בדגימה תכליתית. מטרת ראיון העומק היא להבין את החוויה והמשמעות שאותם אנשים נבחרים מייחסים לסוגיית התיירות הרפואית בישראל. ראיון העומק דומה יותר לשיחה מאשר לראיון מובנה ופורמלי. הרעיון הוא לנסות להבין את תפיסת עולמו של המראייין ומהן המשמעויות שהוא מעניק לתופעה. ראיון עומק מאפשר לנו לזהות התנהגות גלויה, תוכן, ולנתח מאפיינים וויזואליים (שפת הגוף). אולם, לראיון יש רובד חיצוני בצורה כזו שאין כמעט אפשרות לחדור פנימה, לכן מה שהמראייין אמר זו האמת מבחינתי. קיבלתי את הפרשנות האישית שלו כפי שהוא נתן אותה.

אותה קבוצת עניין למחקר שלי, נמנתה בין מקבלי ההחלטות בדבר סוגיית התיירות הרפואית בישראל, או אלו שהיו חשופים לתופעה באופנים שונים ומגוונים, חלקם נחשבים כעובדי השירות הציבורי וחלקם אנשים פרטיים. בשיחות, השתדלתי להעניק למראיינים מרחב בו יוכלו לבטא את עצמם ולתאר את התחום מנקודת מבטם. יחד עם זאת, כל ראיון לוה במספר קווים מנחים שהגדרתי לעצמי בכדי לצמצם שונות בין הראיונות. בחלק מן המקרים המראיינים הגיעו לנקודות אלה, אגב סיפור, במקרים אחרים, העליתי אני את הנקודות. כך או כך, אלו הנקודות שהקפדתי שישבו בראיונות:

1. רקע אישי של המראייין והקשר שלו לתיירות רפואית בישראל
2. עמדתו ביחס לתופעת התיירות הרפואית, האם לדעתו יש לצמצמה או להרחיבה?
3. מהי האסדרה הרצויה מבחינתו לתחום התיירות הרפואית בישראל
4. מהי דעתו לגבי תופעת אי השוויון שנוצרה בין תיירים רפואיים לחולים ישראלים

המראיינים:

1. פרופ' שלמה מור יוסף - מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, רופא ישראלי והיה מנכ"ל המרכז הרפואי הדסה בשנים 2001-2011. הראיון עמו התקיים ב-21 באפריל 2013. פרופ' מור יוסף נבחר כמראיין היות והוא מסמל את הבאת התיירות הרפואית לישראל שהתחילה בבית החולים הדסה תחת ניהולו.
2. רן דותן - מנכ"ל חברת "גלובל מדיקל", חברת תיירות רפואית העוסקת בהבאת תיירים רפואיים בעיקר ממזרח אירופה. הראיון עמו התקיים ב-10 ביוני 2013. מר דותן נבחר כמראיין היות וחברת "גלובל מדיקל" נחשבת לחברה הרביעית בגודלה בנתח שוק התיירות הרפואית בארץ ובעלת ניסיון עשיר בתחום.
3. רונן גור - מנכ"ל חברת "עלית מדיקל", חברת תיירות רפואית העוסקת בהבאת תיירים רפואיים בעיקר מרוסיה. הראיון עמו התקיים ב-14 ביוני 2013. מר גור נבחר כמראיין היות וחברת "עלית מדיקל" מקיימת קשרים הדוקים עם בית החולים איכילוב ונמצאת בבניין הסמוך לבית החולים (אשר מחובר בגשר ישיר לבית החולים לנוחיות הרופאים).
4. פרופ' ערן בכיר באחד מבתי החולים - לשעבר מנהל מחלקה פנימית (ב') בבית החולים הדסה עין כרם. הראיון עמו התקיים ב-23 ביוני 2013. פרופ' בכיר באחד מבתי החולים נבחר כמראיין היות ושימש כדיקן הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, דבר אשר שפך אור על מערכת הבריאות הציבורית בכללותה על כל היבטיה ותחלואיה. כמו כן, במסגרת תפקידו כמנהל מחלקה בבית החולים הדסה חש את ההשפעה של תיירות רפואית על מחלקות האשפוז בבית החולים.
5. ג'קי עובדיה - מונה לאחרונה לתפקיד מנכ"ל "אייגוד חברות תיירות מרפא לישראל". הראיון עמו התקיים ב-17 ביולי 2013. מר עובדיה נבחר כמראיין היות ושימש בעבר כיועץ משרד התיירות וכתב בעבורו "תכנית אסטרטגית לקידום תחום התיירות הרפואית". בתחום הבריאות שימש כמנהל המחלקה לפיתוח עסקי בבית החולים איכילוב, כיועץ לשירותי בריאות כללית בפיתוח תחום התיירות הרפואית, יועץ אסטרטגי במכבי שירותי בריאות, "אינפומד", "הדסה אופטימל" ועוד.
6. ד"ר אהוד דודסון - מנהל בית החולים סורוקה מאז מאי 2013. החל את דרכו כמתמחה ברפואה פנימית בבית החולים בילינסון ומשנת 2007 שימש כסמנכ"ל וראש חטיבת בתי החולים בשירותי בריאות כללית. בין תפקידיו הקודמים בכללית ניהל את המרכז הרפואי מאיר ומחוז צפון של הכללית. הראיון עמו התקיים ב-24 בספטמבר 2013. ד"ר דודסון נבחר כמראיין היות והיה חבר הועדה אשר בחנה את התיירות הרפואית בישראל, "ועדת אפק", בה ייצג את קופות החולים.
7. פרופ' אבישי גולדברג - פרופ' לניהול מערכות בריאות ורפואת חירום ומכהן כמשנה לרקטור באוניברסיטת בן גוריון. בעבר שימש במגוון תפקידים בחיל הרפואה בצה"ל ובתפקידו האחרון כעוזר קצין הרפואה הראשי לארגון, אותו מילא עד פרישתו מצה"ל בשנת 2000. הראיון עמו התקיים ב-24 בנובמבר 2013. פרופ' גולדברג נבחר כמראיין היות והיה חבר הועדה אשר בחנה את התיירות הרפואית בישראל, "ועדת אפק", בה ייצג את דעת האקדמיה וכמובן היה ערך מוסף מניסיונו העשיר בחיל הרפואה בצה"ל.
8. ד"ר יצחק ברלוביץ - מנהל המרכז הרפואי וולפסון ומשנה למנכ"ל משרד הבריאות לשעבר. הראיון עמו התקיים ב-2 בדצמבר 2013. ד"ר ברלוביץ נבחר כמראיין היות והוא נחשב כ"חסיד" הרפואה הציבורית, דעותיו ביחס להכנסת שירותי רפואה פרטיים לבתי החולים הציבוריים בישראל הובעו בפומבי, והוא מתנגד לכך עמוקות. כמו כן, בית החולים וולפסון מקיים תיירות רפואית בשטחו ולכן היה חשוב לקבל חוות דעת ממנהל מכהן של בית חולים ממשלתי.
9. פרופ' ארנון אפק - מנכ"ל משרד הבריאות מאז יוני 2014. בשנת 2007 מונה לסגן מנהל בית החולים שיבא, בינואר 2012 מונה לראש מנהל רפואה במשרד הבריאות, תפקיד אותו מילא עד יוני 2014.

- הראיון עמו התקיים ב-23 בדצמבר 2013 (טרם היבחרו למנכ"ל משרד הבריאות). פרופ' אפק נבחר כמרואיין היות ועמד בראש הוועדה שבחנה את נושא התיירות הרפואית בישראל, "ועדת אפק", ובנוסף, לאור תפקידיו המגוונים והבכירים בבית החולים שיבא.
10. ד"ר יצחק זיידס - סגן מנהל בית החולים שיבא המשולב. משנת 1995 עד 2005 שימש כסגן מנהל בית החולים רמב"ם. הראיון עמו התקיים ב-8 בינואר 2014. ד"ר זיידס נבחר כמרואיין היות ובמסגרת תפקידו הנוכחי הוא אמון על תחום התיירות הרפואית בבית החולים.
11. ד"ר לואיג'ו אידלמן - יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל משנת 2009 (נבחר לכהונה נוספת באפריל 2014). הראיון עמו התקיים ב-8 בינואר 2014. ד"ר אידלמן נבחר כמרואיין היות והוא מייצג את אוכלוסיית הרופאים בישראל.
12. מירי זיו - מנכ"לית האגודה למלחמה בסרטן בישראל. הראיון עמה התקיים ב-8 בינואר 2014. הגב' זיו נבחרה כמרואינת היות והיא ייצגה את "קואליציית ארגוני זכויות החולים" בדיוני תת "הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית" בנושא תיירות רפואית. בנוסף, הגב' זיו שמה דגש על הפגיעה של הטיפול בתיירים רפואיים בזכויות חולי הסרטן בישראל.
13. ד"ר אודי פרישמן - מנכ"ל חברת "פרש קונספט" המתמחה במתן ייעוץ בנושא ביטוחי בריאות וסיעוד. ד"ר פרישמן הינו מומחה מוביל בישראל בתחום ביטוחי הבריאות והסיעוד, שימש בין השאר כסגן מנהל בית החולים אסותא, מנהל אגף בריאות בחברת הפניקס ומנכ"ל "לאומית לעתיד" מנהלת הביטוח המשלים של קופת חולים לאומית. הראיון עמו התקיים ב-27 בינואר 2014. ד"ר פרישמן נבחר כמרואיין היות והמומחיות שלו בנושא ביטוחי הבריאות היתה חיונית להבנה האם אסדרה בתיירות רפואית תשפיע על שוק ביטוחי הבריאות ובכלל בנושא הרפואה הפרטית בישראל.
14. פרופ' רוני גמזו - מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר משנת 2010 ועד יוני 2014. בשנת 2002 מונה פרופ' גמזו לסמנכ"ל בית החולים איכילוב לענייני כלכלה, ובשנת 2008 מונה למנכ"ל בית החולים. הראיון עמו התקיים ב-30 בינואר 2014 בשלהי כהונתו כמנכ"ל משרד הבריאות. פרופ' גמזו נבחר כמרואיין היות והוא בעל פרספקטיבה עמוקה על מערכת הבריאות בישראל בשנים האחרונות, כיהן כמנכ"ל תחת סגן השר יעקב ליצמן וכן תחת השרה יעל גרמן. כמו כן, במהלך תפקידו בבית החולים איכילוב החלה התיירות הרפואית להתפתח בבית החולים. פרופ' גמזו היה שותף מלא בדיוני "הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית" ובמהלך כהונתו הוביל רפורמות חשובות ביותר לייעול מערכת הבריאות בישראל.
15. דורון וינברגר - המנהל האדמיניסטרטיבי של בית החולים "יוספטל" באילת. שימש כמנהל מחלקת תכנון ומנהל וע' סמנכ"ל חטיבת בתי החולים בשירותי בריאות כללית. הראיון עמו התקיים ב-3 בפברואר 2014. מר וינברגר נבחר כמרואיין היות ובמסגרת תפקידו היה אחראי על ההנחיות הפנימיות בשירותי בריאות כללית וההכנסות מתיירות רפואית.
16. נועז בר ניך - מנכ"ל משרד התיירות לשעבר משנת 2009 ועד מאי 2013. בתפקידו הקודם משנת 2002 שימש כסמנכ"ל כספים בשירותי בריאות כללית. לפני מינויו לתפקיד שימש נועז כראש אגף תקציבים בשירותי בריאות כללית תפקיד אותו החל בשנת 1996. בין השנים 1991-1995 עבד נועז במשרד האוצר, כאשר בתפקידו האחרון שימש כרכז צוות בריאות באגף התקציבים במשרד האוצר. הראיון עמו התקיים ב-23 בפברואר 2014. מר בר ניך נבחר כמרואיין היות ובמהלך כהונתו כמנכ"ל משרד התיירות ניסה מספר פעמים לאסדר את התחום בשיתוף עם משרד הבריאות, ובנוסף ביוזמתו הוגשה למשרד "תכנית אסטרטגית לקידום תחום התיירות הרפואית" על ידי ג'קי עובדיה שהועסק כיועץ.

6. ממצאי המחקר

פרק זה יכלול את הממצאים שהתגלו בנושא תיירות רפואית. אחלק את הפרק לשני חלקים עיקריים: החלק הראשון יעסוק בכל ממצאי המחקר הקשורים לנתונים כלליים, לדוגמה תהליך ההגעה של תיירים רפואיים לישראל, ההכנסות הכספיות מתיירות רפואית והיכן הן מושקעות. בנוסף, בחלק זה אעסוק בתופעת אי השוויון שנגרמת כתוצאה מההכנסות הגבוהות של תיירות רפואית למערכת הבריאות הציבורית ולכאורה הפגיעה בחולים הישראלים. בחלק השני אעסוק בממצאי המחקר הקשורים לאסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל: אסדרת סוכנים וחברות תיירות רפואית, מי חפץ באסדרה ומי לא, איזו אסדרה קיימת ואיזו אסדרה רצויה. כל הממצאים נלקחו מדו"חות של משרד הבריאות, כתבות עיתונות, הצעות חוק, דיונים בכנסת, מסמכים רשמיים וכן מהראיונות שקיימתי עם בכירים בתחום, כגון: מנהלי בתי חולים, סוכני תיירות רפואית, בכירי משרד הבריאות, חברי "ועדת אפק" ועוד.

א. נתונים כלליים

תיירים רפואיים וחברות לתיירות רפואית

בשוק התיירות הרפואית מאד מקובל שחברות תיירות רפואית פרטיות משתפות פעולה עם בתי החולים (הממשלתיים והפרטיים). החברה הגדולה ביותר בישראל שפועלת בתחום היא חברת "מאש-מד" בבעלותו של איש העסקים נועם לניר. חברה זו מעניקה שירותי שיווק תיירות רפואית בעיקר לבתי החולים שיבא, רמב"ם ו-וולפסון. בית החולים הדסה משתף פעולה באותה דרך עם חברת "imer". חברה נוספת גדולה בתחום היא חברת "טופ איכילוב" שפועלת בעיקר באזור תל אביב והמרכז. אחת מבין חברות התיירות הרפואית הרבות הקיימות בשוק היא חברת "גלובל מדיקל" אשר הוקמה לפני כשלוש שנים ומהווה החברה הרביעית בגודלה בנתח השוק. בשנת 2012 טיפלה החברה בכ-250 תיירים רפואיים ובשנת 2013 החברה טיפלה בכ-500 תיירים רפואיים. בכיר בחברה הסביר מי הם התיירים הרפואיים המגיעים לישראל: "מדובר באנשים שלא רוצים או שלא יכולים לקבל טיפול במדינתם ומחפשים מדינה אחרת, לאו דווקא מדינת ישראל. אנחנו כחברה מתרכזים במדינות מזרח אירופה בגלל היקף השוק וגם בגלל שלאורך השנים החברות הישראליות עשו עבודה מצוינת בשיווק התחום. לישראל יש היום עמיתים רבים במדינות חבר העמים לשעבר אשר מחפשים שירותים רפואיים בישראל, אז אפשר לנצל את המוניטין הזה שהחברות יצרו ובצדק".

חברה נוספת לתיירות רפואית היא חברת "עלית מדיקל", בכיר בחברה העיד כי משרדיו ממוקמים בבניין משרדים קרוב מאד לבית החולים איכילוב ולכן הדבר מאפשר לו גמישות רבה בהבאת הרופאים מאיכילוב. "אנחנו עובדים בבניין שמחובר בגשר לאיכילוב אז במהירות הרופא יכול להגיע לראות את הלקוח שלי (תייר רפואי). ישנם הרבה רופאים ששוכרים בבניין חדרי ייעוץ לפי שעה כדי לקבל תיירים רפואיים באופן פרטי". מנכ"ל חברה לתיירות רפואית העיד כי גם הם עובדים בעיקר עם בתי החולים איכילוב, "יש שם מחלקה לתיירות רפואית מאד טובה". בכיר לשעבר במשרד הבריאות סיפר כי התופעה הכפילה את עצמה (באיכילוב) ולכן "העסק שונה". "כשהייתי באיכילוב זה היה כזה איזה מין עסק קטן מהצד, פה ושם קצת פעילות אבל לא מנוע צמיחה כה מאסיבי". בשירותי בריאות כללית אמרו כי "זה התחיל מיוזמות מקומיות, חיקוי של חלק מבתי החולים הגדולים, בעיקר של הדסה ושיבא. הכללית גיבשה ב-2009 תכנית אסטרטגית שאחד מיעדיה היה הגדלת מקורות להכנסות חיצוניות (המכונה: הכנסות מחוץ לסל), כמו תיירות רפואית". בכללית בתי החולים שמובילים בתחום הם בילינסון, שהוא המרכז הגדול ביותר בתחום, שניידר ובית לוינשטיין.

רותם, טוקר ומור יוסף העריכו במאמרם מ-2009 כי בישראל טופלו בשנת 2006 כ-16 אלף תיירים רפואיים. אלה עברו טיפולים כמו: השתלות מח עצם, ניתוחי לב וצנתורים, טיפולים אונקולוגיים, נוירו-כירורגים, שיקום לאחר תאונות דרכים ועוד. תיירים אלו הוסיפו לקופת המדינה כ-50 מיליון דולר עבור הטיפולים, הלינה, הטיולים והקניות שהם ובני משפחה מלווים ביצעו במהלך שהותם בארץ.⁶⁵ חברי הועדה "לבחינת תיירות המרפא בבתי חולים ציבוריים" ("ועדת אפק") של משרד הבריאות העריכו (מאי 2011) שעיקר הטיפולים הניתנים לתיירים רפואיים הינם בתחומי הכירורגיה, אורתופדיה, קרדיו-כירורגיה וטיפולים אונקולוגיים וקרינתניים. עוד קבעו כי פרט לנתונים אלו, לא קיימים נתונים מהימנים ובדוקים לגבי ההיקף, מהות השירותים המסופקים וההכנסה הכספית מתיירות רפואית.⁶⁶

עפ"י מחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז נמצא כי התעריף לתיירים רפואיים יקר יותר מתעריף השירותים לאזרחים ישראלים ב-20%-60 (תלוי בסוג השירות). כל מרכז רפואי בישראל רשאי למכור שירותים לתיירים רפואיים. מחירון הטיפולים עבור תיירים רפואיים בבתי החולים הממשלתיים והציבוריים נקבע על-ידי משרד הבריאות, והוא מתעדכן באופן שוטף. להלן דוגמא למחירון שירותים רפואיים של משרד הבריאות:⁶⁷

סוג הטיפול	תעריף א'	תעריף ב'	תעריף ג'	תעריף מטופלים מחו"ל
יום אשפוז, מחלקה פנימית בבית חולים כללי	2,084 ש"ח	1,983 ש"ח	2,027 ש"ח	3,966 ש"ח
יום אשפוז, מחלקת טפול נמרץ נשימתי בבית חולים כללי	2,559 ש"ח	2,435 ש"ח	2,489 ש"ח	4,870 ש"ח
כמותרפיה באשפוז כתוספת למחיר יום אשפוז	2,994 ש"ח	2,930 ש"ח	2,994 ש"ח	4,395 ש"ח
הערכה טרום נתוחית, סדרת בדיקות	863 ש"ח	844 ש"ח	863 ש"ח	1,266 ש"ח
בדיקות שגרה למועמדים להשתלת کلیה	5,014 ש"ח	4,906 ש"ח	5,014 ש"ח	7,359 ש"ח
בדיקת רופא כירורג במרפאה	248 ש"ח	131 ש"ח	134 ש"ח	365 ש"ח

תעריף א' - חל על: אזרחי ישראל המשלמים בעצמם עבור שירותים רפואיים; מטופלים תושבי רש"פ; חיילים מכוח האו"ם המוצבים בישראל ובגבולותיה, בני משפחתם ואחרים אשר האו"ם משלם את הוצאותיהם הרפואיות; תושבי חו"ל העובדים או הלומדים בישראל.

תעריף ב' - חל על: מטופלים המופנים על ידי קופות החולים; נפגעי תאונות דרכים.

תעריף ג' - חל על: מטופלים המופנים על ידי המוסד לביטוח לאומי; מטופלים המופנים על ידי צה"ל או משרד הביטחון.

תעריף מטופלים מחו"ל - חל על: מטופלים מחו"ל (תיירים רפואיים).

על-פי נתוני משרד התיירות, הכנסת מטבע זר מתחום התיירות בישראל מהווה כ-11% מסך כל ייצוא השירותים של מדינת ישראל. העלויות בישראל אמנם גבוהות יותר מאסיה, אולם הרפואה נתפסת כאיכותית יותר. הסיבות לפערי המחירים קשורות בעיקר לעלויות שכר אנשי הצוות הרפואי, הגבוהות משמעותית בישראל. התיירות הרפואית נחשבת "תיירות נישה" בשל יתרונותיה היחסיים של ישראל

⁶⁵ רותם, אמיתי, טוקר, אסף ומור יוסף, שלמה. "תיירות רפואית: הפיכת מגמה עולמית למשאב לאומי", הרפואה, כרך 148, חוברת 1, (ינואר 2009), 30-33.

⁶⁶ אפק, ארנון. דו"ח מסכם למנכ"ל משרד הבריאות מאת הועדה לבחינת תיירות המרפא בבתי חולים ציבוריים, 24.5.2011, 11-12.

⁶⁷ תעריף משרד הבריאות, אתר משרד הבריאות, מעודכן ל-1.12.2014 - <http://www.health.gov.il/Subjects/Finance/Taarifon/Pages/PriceList.aspx>

בתחום הרפואי וביתרונותיה המוחלטים בתחומי הרפואה בכלל. בכל מקרה, מחירי התיירות הרפואית בישראל נמוכים יותר מאשר בארה"ב ולכן נחשבת אטרקטיבית יותר. להלן השוואת תעריפי ניתוחים בין ארה"ב לבין ישראל:⁶⁸

	U.S HOSPITALS	ISRAEL HOSPITALS	AVERAGE SAVINGS
Fertility Treatments			
IVF Treatments	\$16,000-\$20,000	\$5,000-\$6,000	68%-70%
Medical Procedures			
Heart Bypass	\$120,000-\$130,000	\$20,000-\$35,000	73%-83%
Hip replacement	\$41,000-\$43,000	\$35,000-40,000\$	6%-14%
Bone Marrow Transplant	\$240,000-\$260,000	\$100,000-\$120,000	53%-58%
Knee replacement	\$38,000-\$40,000	\$20,000-\$30,000	25%-47%
other surgeries			
Cataract surgery	\$5,000-\$6,000	\$3,500-\$4,000	30%-33%
Dental implants	\$3,000-\$4,000	\$1,000-\$1,500	62%-67%
Nose surgery	\$5,500-\$6,500	\$4,000-\$5,000	23%-27%

על-פי הנתונים, מינואר עד יוני 2009 הגיעו לישראל כ-23 אלף תיירים רפואיים 1% מכלל התיירים שהגיעו לישראל באותה תקופה. עוד עולה כי כ-2% מכלל התיירים המגיעים מגרמניה הגיעו לשם קבלת טיפול רפואי, וכן 4% מכלל המגיעים מרוסיה ושיעור דומה מאוקראינה. רוב התיירים הרפואיים מגיעים לישראל מרוסיה, ממדינות מזרח-אירופה (רומניה, בולגריה ופולין) וכן ממדינות שכנות כמו קפריסין, ירדן ותורכיה בשל פערי עלות הטיפולים הרפואיים למי שאינם מבוטחים במדינותיהם.⁶⁹ לדוגמא, מנתונים שנמסרו מהמרכז הרפואי איכילוב, עולה כי התיירים הרפואיים המטופלים מדי שנה במסגרות האשפוז של בית החולים מהווים כ-1%-2% מכלל המטופלים בבית החולים.

דרכים להבאת תיירים רפואיים

במהלך הראיונות שערכתי למדתי כי ישנן שתי דרכים עיקריות להבאת תיירים רפואיים לישראל. האחת, מכונה שיטת ה"On-Line" היא שיטה שעובדת דרך האינטרנט שבה חברות תיירות רפואיות קונות את זכותן מחברת "Google" להופיע בתוצאות הראשונות בחיפוש אחר המילים "תיירות רפואית בישראל" או "Medical Tourism in israel". כלי שיווקי נוסף באינטרנט מכונה "קידום אורגני" שבו בעל האתר כותב תכנים איכותיים כדי ש"Google" יכתוב אותו ראשון בתוצאות החיפוש. כלומר, חברת תיירות רפואית לא משלמת ל"Google" אך בכל זאת "Google" חושבת שהחברה הזו היא התוצאה הטובה ביותר למי שמחפש תיירות רפואית בישראל. חברות תיירות רפואיות מעידות כי הן בעיקר משקיעות בשיטה זו.

⁶⁸ Israel: a medical tourism manual produces and published by Israel Travel News (ITN), 2012.

⁶⁹ עובדיה, גיקי. אסטרטגיה שיווקית: קידום תיירות רפואית לישראל, משרד התיירות, מרץ 2012. 57-63.

השיטה השנייה מכונה "Off-Line", בה החברה מנסה ליצור קשרים עם שותפים בחו"ל כמו סוכנים מחברות ביטוח רפואי, בתי חולים ואפילו קשרים אישיים. לדוגמא, מנכ"ל חברה לתיירות רפואית אמר כי חברתו משתפת פעולה עם רשת מרכזים רפואיים מאוד גדולה ברוסיה, "במרכזים הרפואיים ברוסיה מטופלים כ-20 אלף איש בחודש, מתוכם טיפלנו בכ-100 תיירים רפואיים במהלך השנה". בכיר באחד מבתי החולים אמר כי "מעטים התיירים, אם בכלל, שמגיעים לבית החולים דרך הרופאים, רוב התיירים מגיעים דרך המחלקה לתיירות רפואית של בית החולים שיוצרת את הקשרים". יש המעידים כי לישראל יתרון יחסי על פני מדינות מתחרות בתיירות רפואית, כמו גרמניה ושווייץ. אחת הסיבות שהסביר בכיר באחד מבתי החולים היא "שיש פה 20% דוברי רוסית והמחיר יחסית זול, אנשים מרגישים פה מאד בבית". מנכ"ל חברה לתיירות רפואית אמר כי "רמת המחירים בישראל היא טובה אבל לא הכי זולה ורמת הרפואה היא מהטובות ביותר בעולם אז בסה"כ זה מתאזן למשהו שהוא אובייקטיבי ובאמת אטרקטיבי". הוא הוסיף כי תיירים רפואיים פונים אליהם בעצמם וכי החברה לא יוצרת איתם קשר יזום. בנוסף, אם הם מקבלים פנייה מתייר רפואי שלאחר בדיקת מסמכיו הרפואיים התגלה כי לא ניתן לנתחו, החברה לא תביא אותו לישראל.

ב. הכנסות מתיירות רפואית בישראל

בהכנסות מתיירות רפואית בישראל נרשם גידול של כמעט פי שלושה בין השנים 2005-2009, מ-34 מיליון ש"ח ב-2005 ל-112 מיליון ש"ח ב-2009. הדו"ח הכספי של בתי החולים הממשלתיים מצביע על הכנסה של 115 מיליון ש"ח בשנת 2009. עפ"י דו"ח משרד התיירות בנושא זה, ההכנסה הממוצעת המשוערת לתייר בתחום עומדת על כ-8,900 דולר במוצע (פי שמונה מתייר ממוצע המכניס כ-1,100 דולר).⁷⁰ למרות השיעור הנמוך יחסית של התיירים הרפואיים מכלל התיירים המגיעים לישראל, ושיעורם הנמוך גם בכלל המטופלים בבתי החולים, הפוטנציאל הכלכלי בתחום התיירות הרפואית הוא גדול. במאמר משנת 2009 העריכו רותם, טוקר ומור יוסף, כי אם היעד הלאומי יהיה גידול שנתי של 20% בהיקף הפעילות בתחום התיירות הרפואית, יהיה ניתן להגיע תוך חמש שנים להכנסות של 100 מיליון דולר.⁷¹ סכום זה מהווה כ-0.7% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, שבשנת 2008 עמדה על כ-56 מיליארד ש"ח.⁷²

בינואר 2009 פורסמו נתוני מחקר על תיירות רפואית אשר נערך על-ידי המרכז הרפואי הדסה, ובין השאר פורסמו בו הנתונים המפורטים בטבלה שלהלן על מספר החולים ועל המחזור השנתי של התיירות הרפואית לפי סוג המוסד הרפואי, משנת 2007. מהטבלה עולה כי ההכנסה לבתי החולים בארץ מתיירות רפואית הסתכמה בכ-160 מ"ח:

מספר החולים ומחזור הכספים השנתי של תחום התיירות הרפואית לפי סוג המוסד הרפואי		
המוסד	מס' חולים מוערך בשנה	מחזור כספים מוערך לשנת 2006, במיליוני ש"ח
בתי חולים פרטיים	3,500	25
בתי חולים ציבוריים	2,500	40
בתי חולים ממשלתיים/קופות חולים	7,000	75
אחרים (מרפאות קטנות, מכונים)	3,000	20
סה"כ	16,000	160

בדו"ח הפיננסי של משרד הבריאות לשנת 2012 נמצא כי ההכנסות מתיירות רפואית בבתי החולים הממשלתיים היוו בשנת 2012 כ-3% מסך הכנסות המרכזים הרפואיים, והסתכמו ב-291 מיליון ש"ח, לעומת 243 מיליון ש"ח בשנת 2011 - גידול של 20% בהכנסות. משרד התיירות נמסר כי מרבית הפעילות של תיירות רפואית מתבצעת במרכזי העל - שיבא, הדסה, איכילוב, רמב"ם ואסף הרופא.⁷³ מרכזים

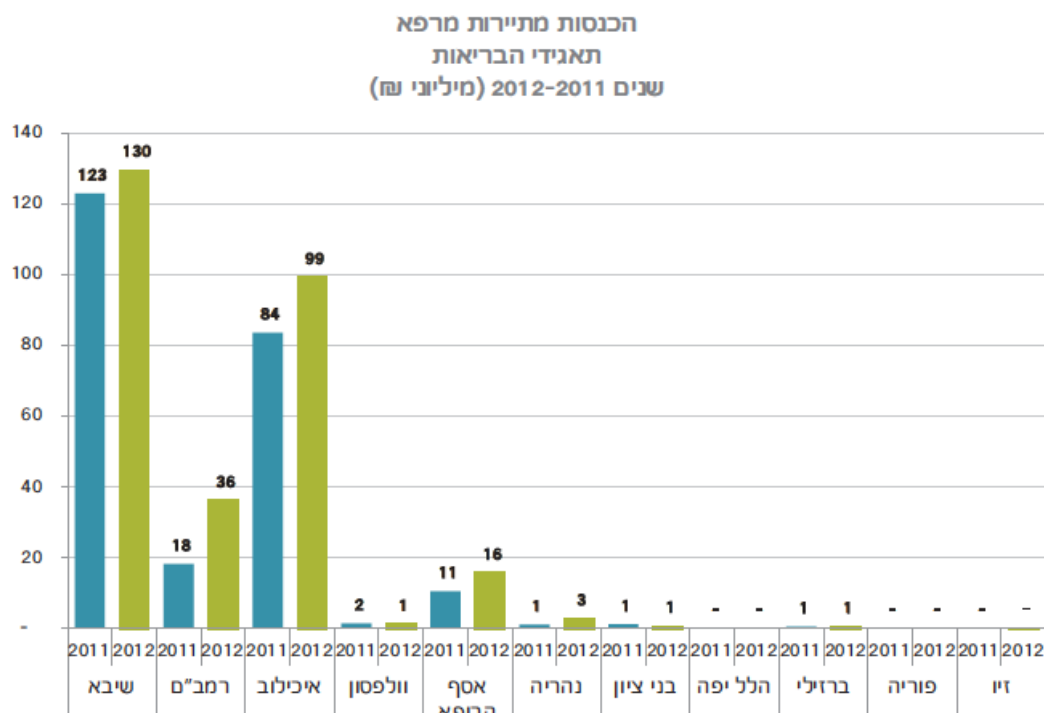
⁷⁰ עובדיה, גיקי. אסטרטגיה שיווקית: קידום תיירות רפואית לישראל, משרד התיירות, מרץ 2012, 10.

⁷¹ רותם, אמיתי, טוקר, אסף ומור יוסף, שלמה. "תיירות רפואית: הפיכת מגמה עולמית למשאב לאומי", הרפואה, כרך 148, חוברת 1, (ינואר 2009), 33-30.

⁷² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2013, אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 16.8.2009, http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=32&CYear=2013&CMonth=1

⁷³ שורץ, שושי ונדב, יגאל. דו"ח פיננסי 2012: המרכזים הרפואיים הכליים הממשלתיים, אתר משרד הבריאות, פברואר 2014, http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/finance2012_feb2014.pdf, 8

רפואיים ציבוריים כגון הדסה, קידמו את הנושא בשנים האחרונות.⁷⁴ כ-80% מסך הכנסות אלו מקורן בתאגידי הבריאות של בתי החולים שיבא ואיכילוב.



בשיבא שיעור ההכנסות ב-2012 מ"לקוחות אחרים" (תיירים רפואיים, עובדים זרים ופלסטינים) עמד על 10% רובם תיירים רפואיים - גידול של 870% משנת 2005 ועד שנת 2012. באיכילוב ההכנסות מ"לקוחות אחרים" עמד על כ-7.5%, בבית החולים אסף הרופא שיעור ההכנסות עמד על 6.7%, ברמב"ם 6.2%, בבתי החולים נהריה וזיו השיעור עמד על 1.6%. משנת 2005 ועד 2012 גדלו ההכנסות מתיירות רפואית פי 10.3. לבתי החולים ישנו אינטרס להגדיל את מספר התיירים הרפואיים משום שההכנסה מהם גדולה באופן משמעותי לעומת ההכנסה מחולים ישראלים. להלן הגידול בהכנסות מתיירות רפואית בבתי החולים הממשלתיים:⁷⁵

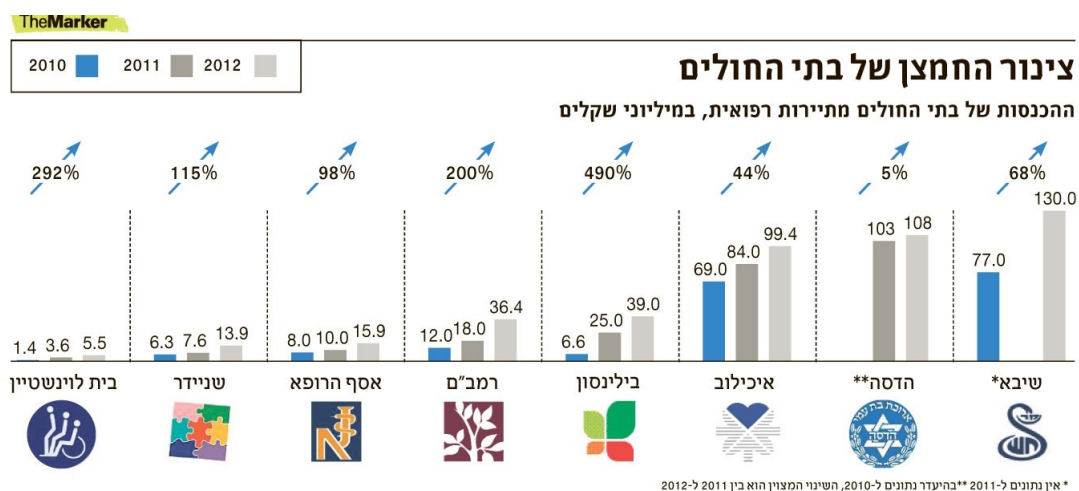
2013	2012	2011	2010	
310,000	290,883	242,389	169,432	סה"כ (מיליון ש"ח)

מנתונים שפורסמו בתחקיר עיתון "הארץ" עולה כי הכנסות קופת חולים כללית מתיירות רפואית של עשרה בתי חולים השייכים לה הגיעו ל-70 מיליון ש"ח ב-2012. בבתי החולים של הדסה בירושלים הגיעו ההכנסות מתיירות רפואית ל-108 מיליון ש"ח. על כן, ניתן לאמוד את ההכנסות מתיירות רפואית

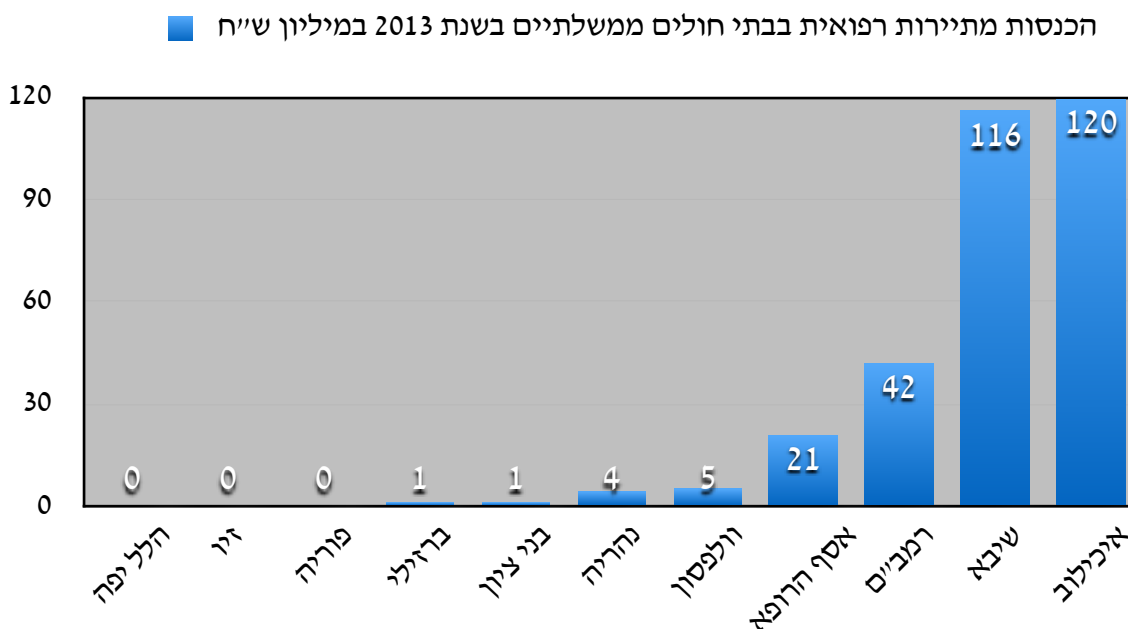
⁷⁴ אפק, ארנון. דו"ח מסכם למנכ"ל משרד הבריאות מאת הועדה לבחינת תיירות המרפא בבתי חולים ציבוריים, 24.5.2011, 11.

⁷⁵ לוי מובשוביץ, סימה. מכתב לבקשת מידע מהממונה על חוק חופש המידע, משרד הבריאות, 24.8.2014.

בשנת 2012 בכחצי מיליארד ש"ח. להלן השוואה של הכנסות מתיירות רפואית בבתי חולים בישראל כפי שפורסמה בעיתונות:⁷⁶



ממשרד הבריאות נמסר כי בשנת 2013 נרשם גידול בהכנסות מתיירות רפואית בבתי החולים הממשלתיים אשר הסתכם ב-310 מיליון ש"ח. בית החולים איכילוב הרוויח מתיירות רפואית כ-120 מיליון ש"ח, בית החולים שיבא הרוויח כ-116 מיליון ש"ח, בית החולים רמב"ם כ-42 מיליון ש"ח ואילו אסף הרופא כ-21 מיליון ש"ח. להלן הנתונים אודות 11 בתי החולים הממשלתיים, הנתונים לקוחים מהדוחות הכספיים של בתי החולים, כפי שהועברו ממשרד הבריאות.⁷⁷ הנתונים במחירים שוטפים, במיליוני ש"ח:



⁷⁶ לינדר-גנץ, רוני. ההכנסות מתיירות רפואית זינקו לחצי מיליארד שקל בשנה, אתר הארץ, 29.10.2013, <http://www.haaretz.co.il/1.2151594>

⁷⁷ לוי מובשוביץ, סימה. מכתב לבקשת מידע מהממונה על חוק חופש המידע, משרד הבריאות, 24.8.2014.

אגף החשב הכללי במשרד האוצר, בהובלת החשבת הכללית, מיכל עבאדי-בויאנג'יו, חיבר דו"ח בנושא תיירות רפואית בישראל אשר הוגש ב-11 ביוני 2014, לשרת הבריאות, יעל גרמן. הדו"ח עצמו נערך במהלך שנת 2013 ובתחילת 2014 והוא מכיל נתונים לגבי השנים 2011-2013 שמעידים על גידול משמעותי בפעילות התיירות הרפואית בישראל. עם זאת, לטענת מנהלי בתי החולים הגדולים במהלך 2014 נבלמה פעילות התיירות הרפואית בעיקר לאחר שידור תחקיר "עובדה" בדצמבר 2013 על הנעשה בבית החולים איכילוב (תחקיר שבעקבותיו נפתחה חקירת משטרה נגד שלושה מהרופאים הבכירים באיכילוב בחשד שקיבלו תשלום נוסף מתיירים רפואיים - יפורט בהמשך). מחברי הדו"ח בדקו את בתי החולים הממשלתיים הגדולים בישראל: שיבא, איכילוב, רמב"ם, אסף הרופא וולפסון. הם לא בדקו את בתי החולים הפרטיים (אסותא והדסה) וגם לא את בתי החולים של קופת חולים שירותי בריאות כללית, שגם הם מבצעים פעילות של תיירות רפואית.⁷⁸

מתוני החשב הכללי עולה כי בשנת 2013 בית החולים איכילוב עקף לראשונה את בית החולים שיבא בהכנסות מתיירות רפואיות. ההכנסות של איכילוב בשנת 2013 מפעילות זו עמדו על 155 מיליון ש"ח, זהו זינוק של 70% בתוך שנה אחת (ההכנסות של איכילוב ב-2012 מתיירות רפואיות עמדו על כ-99 מיליון ש"ח). שימת לב מיוחדת לכך כי קיימת סתירה בין נתוני החשב הכללי לבין נתוני משרד הבריאות המעידים על הכנסות בגובה 120 מיליון ש"ח באיכילוב לשנת 2013. ההכנסות של שיבא, לעומת זאת, מתיירות רפואיות ירדו בשנת 2013 ועמדו על 116 מיליון ש"ח (לעומת 130 מיליון ש"ח בשנת 2012). סך ההכנסות של חמשת בתי החולים הממשלתיים שנבדקו מתיירות רפואיות בשנת 2013 עמד על 347 מיליון ש"ח עפ"י נתוני הדו"ח, לעומת 310 מיליון ש"ח עפ"י נתוני משרד הבריאות.

כמה מכניסים בתי החולים מתיירות רפוא? 2013, במיליוני שקלים

איכילוב	תל השומר	רמב"ם	אסף הרופא	וולפסון	
155.4	116.2	42.1	26.6	6.9	הכנסות מפעילות תיירות רפוא
41	99.8	32.7	19.1	3.8	הוצאות שכר בטיפולי בתיירי רפוא
114.4	36.3	9.4	7.5	3.1	עודף הכנסות על הוצאות
24.1	16.4	8.1	4.5	1.3	הכסף שהגיע לקופת בית החולים בפועל

מקור: אגף החשב הכללי, משרד האוצר

ההוצאות של בתי החולים עבור מתן השירותים הסתכמו ב-196 מיליון ש"ח, כך שמדובר בעודף הכנסות על הוצאות של 151 מיליון ש"ח. לכאורה, כל הסכום הזה היה אמור לזרום לקופת בית החולים לטובת רכישת ציוד חדש, שיפוץ מחלקות, העסקת כוח אדם נוסף וכדומה. אלא שבפועל, הסכום שנכנס לקופת בית החולים נמוך בהרבה, ועמד על 74 מיליון ש"ח בלבד (כלומר, רק כמחצית).⁷⁹

⁷⁸ מזור, יוסי. ביקורת בנושא הכנסות מתיירות רפואית בבתי החולים: איכילוב, שיבא-תל השומר, רמב"ם, וולפסון ואסף הרופא, משרד האוצר - אגף החשב הכללי, יחידת הביקורת, מאי 2014, 3-4.

⁷⁹ אמסטרדםסקי, שאל. החשכ"ל בדו"ח חמור על תיירות המרפא: הניתוחים נעשים על חשבון חולים ישראלים, אתר כלכליסט, 11.6.14, <http://www.calcalist.co.il/local/articles/0,7340,L-3633341,00.html>

הדילמה של מנהלי בתי החולים - תקציב מוגבל מול תיירות רפואית

לא ניתן לדון בתופעת התיירות הרפואית בישראל מבלי לדון בתקצוב מערכת הבריאות הציבורית. מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים אמר כי "מדינת ישראל בנתה מערכת בריאות לתושבי מדינת ישראל והם צריכים לשרת את תושבי מדינת ישראל, אבל מדינת ישראל לא מממנת את מערכת הבריאות בצורה מספקת, ולכן בפועל נוצר לחץ כלכלי על מערכת הבריאות". חבר ב"ועדת אפק" אמר כי "זה לא חשוב מי שר הבריאות זה חשוב מי שר האוצר. צריך לזכור, מערכת הבריאות נשענת באופן כמעט מוחלט על משרד האוצר. מערכת הבריאות בישראל סובלת ממצוקה תקציבית וממצוקת משאבים שהיא קיצונית, היא מוגזמת והיא בעייתית מאוד. מערכת הבריאות בישראל היא אחת המערכות היותר מבוקרות ומפוקחות על ידי משרד האוצר, כל שקל שלא תוכנן ותוקצב מראש, שמערכת הבריאות רוצה להוציא, היא מחויבת באישור של משרד האוצר. בית החולים לא יכול לגדול בכח אדם - הוא צריך אישור; בית החולים לא יכול לגדול במספר המיטות - הוא צריך אישור; בית החולים לא יכול לעשות שום דבר בלי לקבל אישור. אם הוא לא נמצא במצוקה תקציבית, אם יש לו עודף, האוצר "שותה" את העודף שלו. אין לו רווח שנשאר אצלו שהוא יכול לעשות איתו מה שהוא רוצה. אם עכשיו לצורך העניין הוא קיבל תוספת כסף שנכנס אליו, בסוף משרד הבריאות מאזן אותו". הפיקוח המוגבר מצד משרד האוצר על מערכת הבריאות הציבורית למעשה הביא לכך שבתי החולים החלו לפתח את התיירות הרפואית ביתר שאת כדי להכניס כסף "חדש" שניתן להשתמש בו לצרכי בתי החולים שהיו תחת מצוקה תקציבית אדירה.

מה שמחמיר את בעיות התקציב של בתי החולים הוא הסדר המכונה "Capping". זהו הסדר בו קופות החולים משלמות לבתי החולים סכום מסוים עבור כל חולה ישראלי בעבור הטיפול בו. הסכום הזה קבוע מראש ולכן אין לבית החולים רווח משמעותי ממתן שירות רפואי למבוטחי קופות החולים. אחד המרואיינים הסביר, "זה אומר שעד תקרה מסוימת משלמים מחיר מסוים ומתקרה מסוימת בכלל לא משלמים, או משלמים חלק". בכיר לשעבר במשרד התיירות אמר "מי שאומר שתיירות רפואית זה נראה לא טוב, לא מבין איך מערכת הבריאות עובדת. אם קופות החולים ייתנו, נניח, עוד חצי מיליארד ש"ח, תראי שהתורים לחולים הישראלים מתקצרים, אבל פשוט אין כסף. בתי החולים לא רוצים לעבוד בחינם, אין להם מקור לממן עוד תורים לישראלים. בית החולים הדסה לא מעדיף את הכסף של הכללית - בגלל ההסדר, הוא מעדיף את הכסף מהתייר הרפואי". מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים אמר "במקום להגדיל את ההכנסה של בית החולים, אתה מביא כסף חדש, מחוץ למערכת, לא מעביר כסף מקופת החולים לבית החולים ומבית החולים לקופת החולים שזה מכיס לכיס (הסדר ה-Capping). אני באמת מביא כסף חדש שיאפשר לי לבנות, לקנות ציוד וכל תושבי מדינת ישראל ייהנו מזה. אז אם אתה חי עם ההסבר הזה, יש הגיון להביא תיירות רפואית למדינת ישראל. אז נשאר המינון, אם אתה לא חי עם זה אז אתה אוסר את זה ונגמר הסיפור. מכיוון שעשיתי תיירות רפואית חיתית עם זה. בטווח הארוך אני חושב שהמערכת מרוויחה מהפעילות הזו, כי אין מקורות אחרים, זה לא שאומרים לי תעזוב את זה ותיקח 20 מיליון ש"ח ותעשה עם זה משהו, המערכת לא נותנת".

הדילמה של מנהלי מבתי החולים היא גדולה, מצד אחד הם מתקצבים בחסר על ידי משרד הבריאות ומצד שני עליהם להמשיך ולתת רמת רפואה טובה. לכן, הם בוחרים להכניס תיירות רפואית לבית החולים, גם אם זה מעמיס על המערכת הציבורית. בכיר באחד מבתי החולים אמר "המערכת היא

באי ספיקה קבועה במשך שנים. מנהלי בתי החולים נמצאים בין הפטיש לסדן, מצד אחד הם חייבים לספק שירות, מצד שני התקציב של בית החולים איננו מאפשר מתן שירות מיטבי לחולים. המערכת נמצאת בחוסר תקציבי אדיר ואני לא מאשים אף אחד שמחפש כל דרך, שהיא חוקית כמובן, להשלים את התקציב, כי בסופו של דבר האחריות של מנהל בית החולים חוץ מלטפל בחולים היא גם לשלם משכורות, אם הוא לא ישלם משכורות לא יהיו לו רופאים". כששאלתי לגבי הכנסות ממקורות אחרים למערכת הבריאות (כגון תרומות) השיב אותו בכיר כי "תורם תורם לשני סוגי תרומות, האחת לתשתיות כמו למשל מכונות או בניינים והשנייה המודרנית יותר היא תרומה עבור פתרון בעיה מאד ספציפית, כמו מחקר למחלת האלצהיימר". לכן, ניתן לומר באופן כללי כי גם כספי התרומות לא מסייעים בשיפור וחזקת רמת הבריאות שניתנת ע"י המרכזים הרפואיים וזו סיבה נוספת לכך שבתי החולים פנו לתיירות רפואית.

ב-23 בדצמבר 2013 התקיים דיון בועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת. בדיון הציג פרופ' זאב רוטשטיין, מנהל בית החולים שיבא, את המצב בבית החולים בשעות אחר הצהריים בפוטנציאל חסר, כלומר חדרי ניתוח ומיטות שעומדות ריקות "240 רופאים עוזבים את בית החולים לפני שעה 15:30 אחר הצהריים. זה לא אומר שהם לא בסדר. אני רוצה להדגיש, הרופאים בסדר גמור, הם פועלים בדיוק על פי ההסכם הקיבוצי שלהם ובית החולים עומד ביעדיו... כאשר עשינו חישוב של פוטנציאל ניתוחים אצלנו רק למשמרת אחר הצהריים – משעה 14:00 כאשר אנחנו כבר לא משכיבים חולים לניתוח. עד שעה 22:00 בלילה – יש לנו אפשרות לנתח עוד 800 ניתוחים בממוצע לחודש ואנחנו לא עושים זאת. תראו כמה מזור אפשר להביא לטיפול באנשים כולל גם כמובן בתיירים".⁸⁰ בדיון בכנסת השתתפו חברי כנסת רבים, מנכ"ל משרד הבריאות, שרת הבריאות, יו"ר הר"י ועוד.

בכיר באחד מבתי החולים הסביר את מצוקתם המתמשכת של מנהלי בתי החולים, "אנחנו מערכת שצריכה לתפקד ברמה מוסרית מאוד מאוד גבוהה כלפי עצמנו וכלפי הציבור, הכל צריך להיות ברור ושקוף, אם הוא לא - זה לא טוב. אם את שואלת אותי, באופן אישי, אני הייתי ממלא את החסר על ידי תיירות רפואית עד שאני מגיע לאיזון. ברגע שאתה (משרד הבריאות) מגיע לאמירה הזו 'תשברו את הראש לבד', אתה (משרד הבריאות) לא יכול לבוא ולהגיד אני מגביל אותך בתיירות רפואית. צריך להבין שאתה לא יכול לקבל רפואה מערבית ברמה מאוד מאוד גבוהה בתקציב שיש היום, אתה לא יכול. הסבר אחד לזה היא המוטיבציה של הצוותים, של הרופאים, האחיות, סניטרים - נשחקת כל הזמן. שאת לוקחת את האנשים הכי טובים, אלו שמחזיקים את המערכת, כמה זמן עוד אפשר למשוך את זה במערכת שמתקצבת בחסר. אתם לא רוצים שיהיו תיירים רפואיים, אוקי אז תתקצבו אחרת את מערכת הרפואה הציבורית". אותו בכיר אמר "אני חושב שתפקידה של המדינה זה לרכוש את הציוד והבניינים עבור בתי החולים. זה לא תפקידו של האזרח מרוסיה לממן את זה". ניתן להבין מתוך דבריו של המרואיין כי מדובר בחוסר אונים משווע של מנהלי בתי החולים שזקוקים לתקציב באופן מיידי כדי להמשיך ולקיים את בית החולים, ולכן הפנייה לתיירות רפואית היתה כמעט מתבקשת. בכיר אחר מאחד מבתי החולים ביקר באופן חריף את תקצוב מערכת הבריאות, "פעם אחרונה שהמדינה בנתה בניינים בבית החולים הייתה לפני שלושים שנה בערך, מאז לא בנו, אנחנו בנינו לבד, או מתרומות או מקרן המחקרים. בית החולים שלנו הוא היחיד שמעביר למדינה כסף מתיירות רפואית. אנחנו מחזירים למדינת ישראל סדר גודל של 100 מיליון ש"ח בשנה... כי מישו צריך לכסות את הגירעון של בתי החולים האחרים".

⁸⁰ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>

רבים מהמוראיינים העידו כי אם תקצוב מערכת הבריאות היה גדול יותר הם היו מעדיפים תקצוב זה מאשר הכנסות מתיירות רפואית. יש כאלו שהגדירו זאת כמעשה מוסרי, "הכנסת את המערכת הפרטית לתוך בית החולים הציבורי, לדעתי אף מנהל בית החולים לא אוהב את הסיטואציה הזו, כי הסיטואציה הזו מכניסה אותו לקונפליקט עם עצמו ועם המטופלים שלו. אם אני הייתי היום מנהל את אחד מבתי החולים הייתי עושה אותו דבר, הייתי עושה כל מאמץ בכדי להציל את בית החולים שלי, כדי שאני אוכל לתת משכורות לעובדים וכדי שאני אוכל לתת שירות לחולים. אם הייתה דרך יותר טובה ויותר לגיטימית לאזן את התקציב היא תמיד תהיה עדיפה בעיניי". גם בכיר במשרד הבריאות חשב כי מנהלי בתי החולים היו מעדיפים אחרת, "מבחינתי מדינת ישראל יכולה לקחת חצי מיליארד ש"ח ולתת לבתי החולים ולהגיד להם שלום רדו מתיירות רפואית, עזבו את זה. תנו את כל הכסף הזה כתורים לישראלים, צרו פעילות לישראלים. אני חושב שכל מנהלי בתי החולים יהיו מאושרים מאותו רגע". מנהל אחד מבתי החולים אמר "אני בטוח שמנהלי בתי החולים, אם היו נותנים להם פתרון אחר הם היו שמחים לפתרון האחר - זהו אילוץ שנדחפנו לתוכו". חברת הכנסת שלי יחימוביץ' אמרה בדיון בנושא תיירות רפואית בכנסת כי "אתם (מנהלי בתי החולים) מנסים לקיים את בתי החולים שלכם. אין לכם ברירה. אתם ממציאים אלף ואחת שיטות כדי שבתי החולים שלכם יוכלו לשרוד כי אתם סובלים מאותו תת תקצוב ממאיר וכרסום ממאיר במערכת הרפואה הציבורית. אני מדברת עם מנהלי בתי חולים שבאתוס שלהם ובאמונה שלהם הם תומכי הרפואה הציבורית בכל נימי נשמתם אבל הם מנסים לקיים את המקום שהם אחראים עליו. אתם לא אשמים"⁸¹.

בשירותי בריאות כללית העידו כי היו מנהלי בתי חולים שהתנגדו להכנסת תיירות רפואית אך הם הבינו שיצטרכו לעשות זאת אם ברצונם לשרוד. "יש מנהלי בתי חולים שבהתחלה התנגדו לזה אידיולוגית, אבל נשברו, לדוגמא מנהל בילינסון הנוכחי, הוא היה מאד אנטי (לתיירות רפואית) אבל הוא הבין שאם הוא רוצה לקדם את בית החולים, הוא צריך כסף, זה המקור, אין מה לעשות". בתי החולים של הכללית גם הם נתונים ללחץ כלכלי אך היות והם שייכים לקופת חולים, התקצוב שלהם הוא צולב. חבר ב"ועדת אפק" אמר "אם לצורך העניין בית החולים סורוקה יהיה מאוד מפסיד אבל בית החולים בילינסון יהיה מאוד מרוויח זה לא יהיה רלוונטי כי שניהם מתחשבים מול חטיבת בתי החולים של שירותי בריאות כללית שהיא מתחשבת מול המדינה".

התארגנות מוסדית לביצועה של תיירות רפואית

כפיתרון לבעיות התקצוב של בתי החולים הציבוריים הוקמו "תאגידי בית החולים". 'תאגיד בית החולים' המכונה בשם "קרן מחקרים" הוא מוסד ללא כוונת רווח, ומטרתו לסייע לבית החולים. בבתי החולים הממשלתיים מתן שירותים רפואיים לתיירים רפואיים נעשה במסגרת תאגידי בריאות שפעילותם מוסדרת בתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002 (להלן: התקנות), מתוקף חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985 (להלן: החוק). לפי החוק, תאגיד בריאות הוא: "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעילות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור". תאגיד בריאות עוסק במכירת שירותי בריאות, בפעילות לקידום בריאות, במחקר ובפיתוח, בהדרכת סטודנטים ועובדים בתחום הבריאות, בניהול כספי תרומות, ברכש ציוד רפואי, בבינוי וכן בפיתוח ובשיפור תשתיות המרכז הרפואי.

⁸¹ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>

בתקנות נקבע בין השאר כי לא תתבצע כל פעילות בבית חולים שעניינה מכירת שירותי בריאות לפני השעה 00:15.⁸² היקף הפעילות הכספית של התאגיד בבית החולים לא יעלה על 15% מהיקף הפעילות הכספית של בית החולים;⁸³ לא יהיה בפעילות התאגיד האחר כדי להתחרות עם בית החולים שבתחומו הוא פועל,⁸⁴ ותעריפי שירותי הבריאות שתאגיד הבריאות מוכר לא יעלו על התעריפים הקבועים במחירון משרד הבריאות.⁸⁵

קרן המחקרים לא כפופה לנהלי משרד האוצר ולכן באפשרותה להוסיף לדוגמא תקני כח אדם (אך הם לא יהיו עובדי מדינה). קרן המחקרים בבתי החולים הממשלתיים היא שמפעילה את בית החולים בשעות אחר הצהריים. היא מתגמלת את הצוות הרפואי בתשלום שאינו מתקבל במשכורת שהם מקבלים מבית החולים אלא בתשלום נפרד. בכיר באחד מבתי החולים העיד כי "בשנת 2013 מחזור הכספים של קרן המחקרים של אחד מבתי החולים הממשלתיים עמד על כ-800 מיליון ש"ח בשנה (תיירות רפואית היא רק חלק ממנה). הפעילות של קרן המחקרים היא כשליש מכלל פעילות בית החולים, היא מעסיקה גם בערך שליש מהעובדים". מנהל אחד מבתי החולים הסביר כי גם בבית החולים שלו תיירות רפואית מתבצעת במסגרת קרן המחקרים אך לטענתו היא נתונה תחת פיקוח. "מאחר שזה נעשה במסגרת קרן המחקרים אנחנו (הנהלת בית החולים) ישבנו עם נציגי החשב הכללי (במשרד האוצר), חשב משרד הבריאות, עם אנשים שמפקחים על הקרן וקבענו פרוטוקול איך בדיוק זה אמור להתנהל, מהם התחומים שאנחנו יכולים לתת, מתי זה נעשה... ואנחנו מקיימים את זה במסגרת הסיכום שיש לנו עם משרד הבריאות. אנחנו תחת פיקוח של החשב הכללי. אבל אני לא בטוח שכולם מוכנים לכבד את ההחלטה הזאת של משרד הבריאות".

בשונה מבתי החולים הממשלתיים, בבתי החולים של שירותי בריאות כללית תאגיד בית החולים מכונה בשם 'קצ"ת' (קיצור תורים). חבר ב"ועדת אפק" אמר כי "בבית החולים של הכללית הצוות מקבל משכורת חודשית אחת בתלוש שכר אחד, אך הפעילות של הרופא אחר הצהריים תתוגמל פר פעילות מסוימת. תיירות רפואית מנוהלת בנפרד כי הצוות הוא צוות שכיר, אני לא משלם לצוות פר פעילות, אני משלם לו משכורת חודשית. הוא יכול לא לעשות שום דבר והוא יכול לעבוד נורא קשה והוא יקבל את אותה משכורת. פה הוא מקבל פר פעילות מסוימת. אם מגיע אלי חולה לניתוח לב אחר הצהריים, אז יש ניתוח לב שהוא עבור הישראלים ואם אחר הצהריים הרופא מקבל פר ניתוח ויכולה להיות תיירות רפואית באותה שיטה באותה דרך באותו מודל, זה הרעיון".

חוסר השקיפות בנושא ההכנסות מתיירות רפואית

הביקורת המרכזית כלפי תיירות רפואית היא שההכנסות ממנה לא שקופות לציבור ולא ניתן להעריך מה סדר הגודל של התופעה. חבר "ועדת אפק" שבחנה את הנושא סיפר על חוסר השקיפות של הנתונים מבתי החולים, "היו נתונים שסיפקו לנו אך אין נתונים ארציים. היו נתונים על בתי החולים הציבוריים ודיברו על סדרי גודל, אך לא היו דוחות מפורטים של בתי החולים. חצי מיליארד ש"ח בשנה נראה לי מעט מדי, אני חושב שיש יותר. מאוד יכול להיות שלא הכל נרשם בדרך שאת יכולה לראות

⁸² תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002, סעיף 4 ג', 1 ג'.

⁸³ תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002, סעיף 15 א' (2).

⁸⁴ תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002, סעיף 8 (ב) (2).

⁸⁵ תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002, סעיף 9.

ולזהות שזו תיירות רפואית". בכיר באחד מבתי החולים חשף בראיון את ההכנסות של תיירות רפואית בבית החולים שיבא לשנת 2013. "ההיקף ל-2013 היה 115 מיליון ₪, עודף הכנסות על הוצאות הוא בערך 50 אחוז (58 מיליון ₪), מדובר באלף או אלפיים תיירים רפואיים בשנה". בכיר לשעבר במשרד התיירות אמר כי התיירות הרפואית מכניסה "כמעט מיליארד ש"ח בשנה, אם מסתכלים על כל הדברים מסביב כמו מלונות, הסעות לכל המלווים של התייר הרפואי".

דו"ח החשבת הכללית באוצר העלה כי בתי החולים נוהגים להסביר פעמים רבות כי הכנסות התיירות הרפואית משמשות לטובת כלל הציבור וחוזרות לבית החולים בצורת תקנים, רכישת ציוד, מיטות, בינוי וכו'. זה גם מה שנאמר לאנשי הביקורת, אך הם כותבים בדו"ח כי "הביקורת לא הצליחה לאמת את השימוש בכספי ההכנסות מהתיירות הרפואית. העודפים בגין הפעילות נבלעים בתוך העודפים של התאגיד והם אינם 'צבועים'. פעילות התיירות הרפואית נשענת על תשתיות בתי החולים הממשלתיים ואף לעיתים יכולה לפגוע ברמת השירות וזמינות השירות למטופל שהוא אזרח ישראלי. יש צורך ביכולת של משרד הבריאות לבצע בקרה וניטור של הכנסות ועלויות פעילות התיירות הרפואית וכן של השימוש בהכנסות התאגיד מפעילות זו, זאת במטרה לשקף לקובעי המדיניות את העלויות מול התועלות של תחום פעילות זה".⁸⁶ בתי החולים לא חויבו לדווח למשרד הבריאות על הכנסותיהם מתיירות רפואית באופן ספציפי אלא חויבו לשקף את הכנסותיהם הכלליות בתאגיד בית החולים. על כן, משרד הבריאות התקשה מאד להצביע במדויק על הכנסות בתי החולים מתיירות רפואית.

היכן מושקעות ההכנסות מתיירות רפואית

מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים הכחיש את הטענה כי רבים מהרופאים מקבלים תשלום על הניתוחים שביצעו בתיירות רפואית ואמר "אני לא מכיר סידור כזה, בתי החולים הם ללא מטרות רווח, כל הכסף שמתקבל נכנס לחזרה למערכת הכספים של בית החולים". כששאלתי בכיר אחר באחד מבתי החולים על ההכנסות של התיירות הרפואית בבית החולים בו הוא עובד הוא אמר "בעיתונות זה מצטייר כאילו אני מכניס את הכסף לכיס והולך הביתה, לצערי זה לא נכון, אני לא קיבלתי מזה שום תוספת לשכרי וגם לא בונוסים וכך גם חברי המנהלים. ברווח של 58 מיליון ₪ בשנת 2013 שכרתי עוד רופאים ואחיות למחלקה הפנימית, קניתי מכשיר סי-טי חדש ושיפצתי את המחלקה". בבית החולים שיבא הכסף שהתקבל מתיירות רפואית נכנס למחזור השנתי של קרן המחקרים ולכן לא ניתן ל"צבוע" את הכסף ולא ניתן לומר מה בדיוק נעשה בו - כיצד תרם לשיפור המערכת הציבורית ורווחת החולים הישראלים. לטענתו של בכיר באחד מבתי החולים הדוחות הכספיים של קרן המחקרים מוגשים למשרד הבריאות באופן מפורט. בכיר לשעבר במשרד התיירות, אמר על הכסף מתיירות רפואית "זה כסף צבוע, מקור רציני מאד לתקציבי פיתוח עבור בתי החולים שעושים תיירות רפואית, זה היה חלק מהמקורות לרכישת מכשירים, ציוד ולהשקעות".

לעומת זאת, בכיר לשעבר במשרד הבריאות אמר כי אמנם ההכנסות מתיירות רפואית צמחו אך לדעתו הם לא שיפרו את מצב בתי החולים אלא את כושר השתכרותם של הרופאים. "התיירות הרפואית לפני שלוש שנים היתה 200 מיליון ש"ח ועכשיו היא חצי מיליארד ש"ח, אז מה קרה? לאן ה-300 מיליון ש"ח הלכו? הרוב הולך למשכורות וזה יותר מדי". ארגוני זכויות החולים חוששים כי בתי החולים משקיעים את הכסף מתיירות רפואית רק בקניית מכשור רפואי המותאם לדרישות התיירים הרפואיים

⁸⁶ מזור, יוסי. ביקורת בנושא הכנסות מתיירות מרפא בבתי החולים: איכילוב, שיבא-תל השומר, רמב"ם, וולפסון ואסף הרופא, משרד האוצר - אגף החשב הכללי, יחידת הביקורת, מאי 2014, 13-15.

ולאוו דווקא לציוד נדרש בישראל. "בתחרות מול בתי חולים אחרים בארץ ובעולם על תיירים רפואיים, אם אין לך את המכשירים הכי מתקדמים אז הם יוצאים מהתמונה".

כאמור, הכסף בתאגיד הבריאות יכול לאפשר לבית החולים לעשות פעילויות מאד מגוונות. דוגמא לכך היא בבית החולים שיבא, כאשר לאחרונה נבנה בשטח בית החולים מנחת ובו שלושה מסוקים. אף שתאגיד הבריאות הוא ישות משפטית נפרדת, בית החולים מחויב לקבל אישור ממושרד הבריאות לכל התקשרות עסקית ובנייה מהותית, גם כשהדבר נעשה באמצעות התאגיד. ההכנסות של התאגידים מגיעות אמנם מהפעלה של חניונים, שטחי מסחר, מלונות, שירותים שונים וכן מגיוס תרומות, ואולם גורמים במערכת הבריאות טוענים כי מדובר ב"שערורייה" שהכספים האלה מופנים לפרויקט תעופה לבעלי ממון, וכל זאת ללא אישור משרד הבריאות. על פי אותם גורמים, גם אם מנהל בית החולים סבור שהוא פועל על פי זכות ביצוע שקיבל מראש לטובת בינוי כללי, הרי שנראה כי מהות הבנייה המדוברת ושיתוף הפעולה עם חברת התעופה אינם עולים בקנה אחד עם מטרות בית החולים ונוהלי מכרזים.⁸⁷ שיבא הציב באזור המנחת שלטים שעליהם הלוגו "עדן-שיבא תעופה". מנכ"ל "עדן", אורי פרץ, טען כי המיזם אמור לספק בעיקר את צורכי התיירים הרפואיים שמבקשים לטוס לירושלים, ים המלח או אילת, וכי בהמשך המיזם ישרת רופאים לצורך מתן "חוות-דעת שנייה".⁸⁸

מנכ"ל בית החולים שיבא, פרופ' זאב רוטשטיין, דחה את הטענות מכל וכל ואמר כי לא היו דברים מעולם.⁸⁹ בדיון בכנסת (דצמבר 2013) אמר כי בכסף שבית החולים מקבל מתיירות רפואית ומפילנתרופיה הוא מפתח את בית החולים. "בשנת 2012 הגענו ל-129-130 מיליון ש"ח, בשנת 2013 הצפי הוא ל-113 מיליון ש"ח. התיירים מהווים 1.7% מכלל האשפוזים בבית החולים הכללי שלנו. מספר התיירים הוא 3,889 לעומת 335 אלף ישראלים בהם אנחנו מטפלים, 1.15%. מספר הביקורים האמבולטורים הוא 28 אלף מתוך מיליון, שזה 2.8%. מספר הניתוחים הוא 876 מתוך 45 אלף ניתוחים שזה 1.9%. סך הכול ההכנסות של בית החולים, 129 מיליון מתוך שני מיליארד ש"ח שהם 6.3%. מתוך הכסף הזה אנחנו מעבירים למדינת ישראל 34 מיליון ש"ח בשנת 2012 והשנה (2013) כ-30 מיליון ש"ח כי יש לנו ירידה בהכנסות. השנה הוספנו חמש מיטות להשתלת מח עצם מבוגרים, תוספת מעבר למה שהמדינה נותנת. חמישה חדרי אשפוז ילדים עם מחלות ממאירות, עשר מיטות תוספות לאונקולוגיה, מפתחים שירותים, מאיצים, MRI, שדרוג של מכשירים וכו'".⁹⁰

למי חשובה האקרדיטציה?

כפי שפורט לעיל, האקרדיטציה (הסמכה) בבתי החולים מאפשרת אולי אסדרה הקשורה לנהלים ותקנים בתוך בית החולים ומהווה תו תקן בינלאומי אך היא עולה המון כסף לבית החולים ולכן נשאלת השאלה האם היא מהווה גורם חיובי מסייע לגורמים העוסקים בתיירות רפואית בישראל? בתי החולים

⁸⁷ ניב, שי. מתחם למסוקים בביה"ח שיבא לתיירי המרפא, אתר גלובס, 23.1.2014, <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000911861>

⁸⁸ ניב, שי וקורין-ליבר, סטלה. איכות השלטון על פרשת "שיבא טורס": "אמון הציבור רוסק", אתר גלובס, 3.2.2014, <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000914329>

⁸⁹ רוטשטיין, זאב. "בבית חולים שיבא לא בונים מנחת לאוליגרכים חולים", אתר גלובס, 4.2.2014, <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000914630>

⁹⁰ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>

בישראל השקיעו כספים רבים (כנראה מתיירות רפואית) ומאמץ רב בשנים האחרונות כדי לקבל את האקרדיטציה האמריקאית JCI, זאת אולי כדי לקבל "תו תקן" בינלאומי לתיירים הרפואיים המגיעים לישראל. האקרדיטציה אמורה להיות חשובה לצרכנים (תיירים רפואיים מכל העולם) אך מהראיונות עולה כי האקרדיטציה כלל לא רלוונטית עבור גורמי המפתח בתחום בישראל. מנכ"ל חברה לתיירות רפואית אמר "התיירים הרפואיים באים לרופא - למי זה חשוב האקרדיטציה? אותי כמנכ"ל זה לא מעניין אם לבית החולים או לרופא יש אקרדיטציה או לא". מנכ"ל אחר בחברה לתיירות רפואית אמר כי "לישראל יש מוניטין מצוין ולמעשה האקרדיטציה כבר פחות חשובה, יותר חשוב המוניטין של הרופא ספציפי. האקרדיטציה חשובה לנו כשאנו מסתכלים על בתי חולים בחו"ל אז אנחנו מתחשבים יותר באקרדיטציה, זה עוזר לנו להכיר את בית החולים ומה הוא מצפה מעצמו, ויש לנו מערכות יחסים עם בתי חולים בחו"ל".

בכיר באחד מבתי החולים הסביר למה בישראל לכל בתי החולים יש רק את האקרדיטציה האמריקאית ולא האירופית, "מה שקרה הוא שמי שהתחיל בתהליכים של האקרדיטציה היתה קופת חולים כללית והיא מסיבות שלא תלויות בי החליטה דווקא JCI (האקרדיטציה האמריקאית). כשבתי החולים הממשלתיים יצאו לדרך שלהם בנושא הזה ב-2010 עלתה השאלה אם נכון שמדינה קטנה כמו שלנו תעשה שני סוגי אקרדיטציה, החליטו שלא". יועץ למשרד התיירות אשר התבקש לכתוב דו"ח כיצד לקדם את התיירות הרפואית בישראל אמר כי "מי שמחליט לעבוד עם אקרדיטציה זה דבר טוב, זה תקן טוב, זה נכון, אבל, כמו כל תקן זה צריך להיות מנוהל כל הזמן בשוטף ובתי החולים בישראל מאוד גרועים בזה". בכיר בהר"י אמר כי האקרדיטציה היא "כלי שיווקי שהוא לא בהכרח כל כך חשוב. הוא חשוב למדינות עולם שלישי, הוא לא חשוב למדינות מפותחות. בארץ יש מוניטין מספיק כדי שלא יהיו חייבים את זה".

התחרות על הרופאים

ייתכן שיש אמת באמירתו של הבכיר לשעבר במשרד הבריאות, ובתי החולים הציבוריים מתקשים לעמוד במחירי השוק של בתי החולים הפרטיים אך מנסים בכל אפשרות לשמור את הרופאים בבתי החולים הציבוריים גם בשעות אחר הצהריים. בכיר באחד מבתי החולים אמר "בשעות הבוקר אני משלם לצוות הרפואי את השכר הרגיל שלהם, אחר הצהריים אני משלם להם על פי מודלים אחרים, זה יכול להיות שעות נוספות או עבור הפעילות עצמה. השאלה בעצם היא כמה אני צריך לשלם לרופא המנתח על מנת שינתח אצלי ולא ינתח במקום אחר. זו בעצם שאלת השאלות, אני מתחרה בכל האופציות הנוספות שיש לרופא להרוויח שכר בחוץ". לרבים מבתי החולים אין ברירה אלא לאפשר לרופאים לנתח גם במקומות אחרים, הם מעידים כי אם יבקשו מהם לבחור בין בית החולים הציבורי או הפרטי הם יאלצו לעזוב את בית החולים הציבורי. "אם יש לרופא יכולת להשתכר ביום אחד את מה שהוא מרוויח אצלי בחודש ואני אאסור עליו אז הוא בסופו של דבר הוא יעשה את החשבון הכלכלי. זאת הסיבה שאני בעצם יורה לעצמי ברגל ולכן אני נותן לו אחר הצהריים לנתח בבית החולים אסותא, הרי אין לי ברירה אחרת, אם הייתי יכול לשלם לו את כל השכר כאן - הייתי עושה זאת".

גם חברות התיירות הרפואית מעידות על ההבדלים במחירי השוק בין בתי החולים הציבוריים לפרטיים. "לא שווה לרופאים לעבוד בבית החולים אחר הצהריים כי מבית החולים הם יקבלו הרבה פחות מאשר בקליניקה הפרטית. אי אפשר ללכת נגד ההיגיון הבסיסי, הרופא צריך לבחור אם בשעה 18:00 הוא מקבל 500 ₪ בבית החולים או 1,000 ₪ בקליניקה הפרטית ויש לו כמה כאלה כל יום, ברור שהוא לא יעשה

את זה בבית החולים. אי אפשר לצפות ממנו שימשיך לנתח בבית החולים ובעצם יממן מכיסו חלק נכבד מההכנסות שלו". חבר ב"ועדת אפק" אמר כי "אם המערכת היא לא פרטית אלא ציבורית, הממונה על השכר באוצר בודק את השכר של הרופאים. רופא לא יכול לקבל איזה משכורת שמתחשק לו. תיירות רפואית למעשה מאפשרת לבית החולים לתגמל, במעט, את חברי הסגל שלו. המערכת סובלת מחוסר משאבים משווע, יש כאן הזדמנות שמערכת מחוץ למדינה, לא מתקציב המדינה, יכולה להכניס משאבים פנימה לתוך המדינה". כמה מהמרוואיינים הציעו שאם השכר לרופאים הבכירים יעלה, הם יוכלו להתחייב לעבוד באופן מלא בבית החולים הציבורי, רופאים אלו מכונים "פול טיימרים". מנהל אחד מבתי החולים אמר "אתה חייב להציע לרופא סכום שהוא ביטוי אמיתי ולא משהו אנכרוניסטי לדוגמא - כשמישהו מרוויח 200 אלף ש"ח בחודש במערכת הפרטית ואתה ומר לו - תשמע הגדלתי לך את השכר ואתה תקבל 25 אלף ש"ח. זאת בדיחה. זה צריך להיות פרופורציונאלי ולהתייחס למצב בשוק. אז אתה חותם אתו על חוזה אישי, ואתה אומר לו מתאריך זה עד תאריך זה אתה לא עושה שום דבר אחר חוץ מאשר עבודה אצלי בבית החולים".

יש הטוענים כי פתרון אחר הוא הגדלת כמות הרופאים ובכך למעשה להקטין את התחרות על הרופאים. בכיר לשעבר במשרד התיירות אמר כי צריך להפעיל לחץ כדי שממשלה תגדיל את כמות הרופאים ותגדיל את כמות האחיות. בכיר באחד מבתי החולים חולק על גישה זו וטען כי "כדי להכשיר רופאים את צריכה בתי חולים, אנחנו היום במצב שאין לנו היום עוד מקומות הכשרה לסטודנטים, אנחנו ממש מיצינו את כל המקומות שיש, העלנו את מספר הסטודנטים שלומדים רפואה, אם בעבר זה היה בסביבות 350 סטודנטים היום זה כ-750 סטודנטים חדשים נכנסים, מכל הארץ, ללימודי רפואה זה המקסימום שאנחנו יכולים להכניס".

השלכות אתיות ומוסריות של תיירות רפואית

כפי שבחנתי, הדילמה של הרופאים במערכת הבריאות הציבורית היא גדולה. מצד אחד, הם רוצים לעבוד במערכת הבריאות הציבורית המעניקה להם את הציוד המתקדם ביותר, את היוקרה ואת המקרים הרפואיים המסובכים והמעניינים ביותר. מצד שני, המערכת הציבורית מתגמלת אותם בפחות שכר ממה שהם יכולים להשתכר במערכת הבריאות הפרטית. ב-16 בדצמבר 2013 פורסמה כתבת תחקיר של התוכנית "עובדה" בהנחיית אילנה דיין. הכתבה צולמה בבית החולים איכילוב ובה נראים שלושה רופאים (פרופ' שלומי קונסטנטיני, פרופ' צביקה רם וד"ר יוסי פז) מקבלים אליהם סוכנת של תיירות רפואית ומבקשים תשלום של עשרות אלפי שקלים, נוסף לזה שדורש בית החולים מהחולים הללו באופן רשמי. מדובר בבכירי המנתחים באיכילוב, אשר חלקם נהנים ממשכורות גבוהות ביותר כעובדי ציבור. רבים מהמרוואיינים ביקרו את פרשת הרופאים הבכירים באיכילוב שתועדו כשהם מבקשים כסף נוסף עבור עבודתם. בכיר במשרד הבריאות התייחס לפרשה ואמר כי הרופא היה צריך להגיד לסוכנת התיירות הרפואית שפנתה אליו כי עליה לפנות למשרד התיירות הרפואית בבית החולים שמטפל בתחום ובכך לסיים את השיחה עמה. הרופאים שנחשדו בקבלת שוחד נחקרו באזהרה במשטרת ישראל ב-18 במאי 2014, והחקירה בעניינם עדיין נמשכת. טרם ברור האם יועמדו לדין או יושעו מתפקידם.

בכיר בהר"י הגן על הרופאים ואמר "אני לא חושב שהם קיבלו (כסף) דרך המחלקה לתיירות רפואית, אני חושב שיצרו מצב שהרופאים ניהלו את המשא ומתן מול הסוכנים וזה לא נכון לעשות". מנכ"ל חברה לתיירות רפואית העיד כי כמה פעמים רופאים ביקשו מהם כסף נוסף. "זה לא סוד שיש מספיק

רופאים שביקשו מאיתנו מעטפות (כסף), אך אנחנו לא עובדים ככה, אין צורך להיות מופתעים מזה. אני רק אומר שמסתכלים על זה מלמעלה אי אפשר לצפות מבית החולים שיתעלם מהאלמנט הכספי, ברור שזה אחד השיקולים גם אם לא אומרים את זה במפורש".

ד. תופעת אי השוויון

אי שוויון בין בתי חולים בפריפריה לבתי חולים במרכז

בשנת 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, שמטרתו להבטיח קבלת טיפול רפואי מינימלי ושוויוני לכל תושבי ישראל. סעיף 1 לחוק הבריאות קובע כי "ביטוח בריאות ממלכתי לפי חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית"; וסעיף 2 (ד) קובע כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". כפי שנראה להלן, העובדה כי נושא התיירות הרפואית אינו מוסדר מטעם משרד הבריאות ברמה הארצית גורמת לפגיעה בשוויון אותו נועד להבטיח חוק הבריאות, שכן ההכנסות הגבוהות מהתיירות הרפואית מגיעות בעיקר לבתי החולים שבמרכז הארץ ולא לבתי החולים בפריפריה: נהריה, זיו, פוריה וברזילי. בהנחה שההכנסות מתיירות רפואית משמשות לחיזוק המוסדות בהם היא מתבצעת, בתי החולים במרכז הארץ יכולים לרכוש ציוד מתקדם יותר, לגייס עובדים רבים יותר ואיכותיים יותר (היות וישנה תחרות בין המועמדים). מצב זה למעשה מנציח ואף מחזק את הפער בין בתי חולים במרכז הארץ לבין בתי חולים בפריפריה.

בתי החולים הממשלתיים הגדולים (והותיקים) מהווים מוקד משיכה לתיירות הרפואית ממספר סיבות: בבתי חולים אלו מועסקים יותר רופאים מומחים הידועים בתחומם, קיימות מחלקות בעלות התמחויות ייחודיות, קיים ציוד מתקדם יותר (כגון מכשירים מתקדמים לאבחון ובדיקה) וטכנולוגיות טיפול חדשניות. כמו כן, לבתי חולים אלו יש משאבים לפרסם את עצמם בחו"ל וכך למשוך אליהם תיירים רפואיים. כתוצאה מכך, הכספים הרבים שמשלמים התיירים הרפואיים אינם מתחלקים באופן שוויוני בין אזרחי ישראל, אלא נשארים בבתי החולים בהם קיבלו התיירים טיפול. בתי החולים בפריפריה, לעומת זאת, נאלצים להסתפק בתקציב הדל המתקבל ממשרד הבריאות, והסיכוי לפרוץ את "מעגל העוני הרפואי" אליו הם נקלעו - קטן.

לפי דוח פיננסי של מערכת הבריאות בשנים 2009-2010 כ-87% מההכנסות מתיירות רפואית בארץ התרכזו בתאגדי הבריאות שיבא ואיכילוב. מבין בתי החולים הממשלתיים, המרכז הרפואי שיבא בולט עם שיעור הכנסות גבוה במיוחד של כ-10% מלקוחות אחרים (בעיקר תיירות רפואית). שיעור הכנסות גבוה מלקוחות אחרים קיים גם באיכילוב (8%) ובאסף הרופא (6.3%). לעומת זאת, במרכזים הרפואיים בפריפריה שיעור ההכנסות מלקוחות אחרים הינו נמוך: 1% בנהריה, כ-2% בזיו, הלל יפה וברזילי וכ-3.8% בפוריה.⁹¹ הפערים באספקת שירותי הבריאות בין הפריפריה למרכז באים לידי ביטוי במספר היבטים: תשומות כוח אדם רפואי וסיעודי, שיעור מיטות אשפוז ביחס לאוכלוסייה וזמני המתנה לרופאים מומחים

⁹¹ ביתן אלי, דוד, אייל. ניתוח פיננסי 2010 של בתי החולים הכלליים והממשלתיים ותאגדי הבריאות, אתר משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/finance2010.pdf>, 1.7.2011

ולטיפולים מורכבים.⁹² הדבר מוביל לכך שפחות כוח אדם איכותי מעוניין לעבוד בפריפריה. יודגש כי מדובר באי-שוויון מהותי ולא פורמאלי: ההשוואה נעשית בהתאם לגודל האוכלוסייה, כלומר בהתאם לצרכים ולא השוואה טכנית בלבד. כך, לדוגמא, בעוד שבמחוזות תל-אביב, המרכז, חיפה וירושלים שיעור הרופאים המומחים עומד על 9, 8.3, 8.9 ו-7.5, רופאים מומחים ל-10 אלף מבוטחים של קופות החולים, בהתאמה, במחוזות דרום וצפון שיעור הרופאים המומחים עומד על כמחצית מכך 5 ו-4.2 רופאים מומחים ל-10 אלף מבוטחים, בהתאמה.⁹³

מחוז	שיעור רופאים ראשוניים ל-10,000 מבוטחים	שיעור רופאים מומחים ל-10,000 מבוטחים
תל אביב	5.9	9
חיפה	7.1	8.9
מרכז	7.6	8.3
ירושלים	7.4	7.5
דרום	7.2	5
צפון	6.5	4.2

במחקרו של לבנת על שיעור המכשירים הרפואיים המיוחדים המשמשים לביצוע בדיקות או טיפולים מיוחדים, נמצא כי קיים פער גדול בין מרכז לפריפריה. כך למשל, שיעור מכשירי ה-CT⁹⁴ לנפש, גבוה בתל-אביב ב-70% מהשיעור לנפש בדרום וב-60% מהשיעור לנפש בצפון (6.64 מכשירי CT ל-500 אלף לנפש בת"א לעומת 4.20 ו-3.91 מכשירים ל-500 אלף נפש בצפון ובדרום, בהתאמה). שיעור מכשירי ה-MRI⁹⁵ לנפש בתל-אביב גבוה פי 3 מהשיעור לנפש בדרום ופי 7 מהשיעור לנפש בצפון (2.91 מכשירים ל-500 אלף נפש בת"א לעומת 0.41 ו-0.98 מכשירים ל-500 אלף נפש בצפון ובדרום, בהתאמה). שיעור מכשירי האנגיוגרפיה⁹⁶ לנפש בתל-אביב כפול מהשיעור לנפש בדרום וגדול ב-67% מהשיעור לנפש בצפון. אין בדרום או בצפון ולו מכשיר PET-CT⁹⁷ אחד. אין בדרום או בצפון ולו מכשיר ליטוטרופטר⁹⁸ אחד.⁹⁹

⁹² צ'ריחובסקי, דב ושמש ענת. פערין בין "מרכז" ו"פריפריה" ברמות בריאות ובזמינות שירותי רפואה בישראל; סקירה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, פברואר 2008, http://www.ozdov.com/articles-publications/item/download/13_99e9b900cebbc2778f53ada348c8db6b

⁹³ שמש, ענת ואחרים. הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים, אתר משרד הבריאות, 1.8.2007, http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HB_hebrew.pdf

⁹⁴ מערכת מיפוי ממוחשב של הגוף לגילוי רקמות בלתי תקינות.

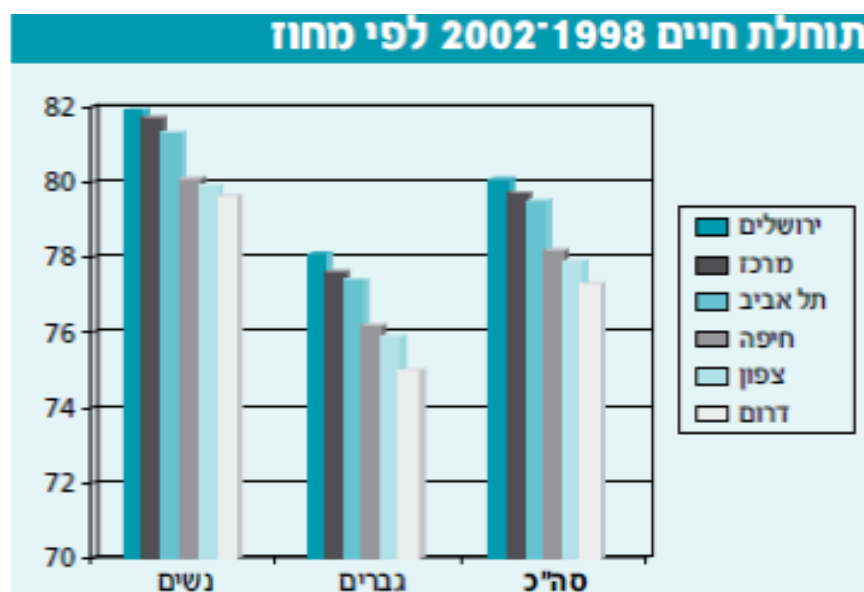
⁹⁵ מערכת מיפוי רקמות המבוססת על תהודה מגנטית.

⁹⁶ מערכת הדמיה של כלי הדם.

⁹⁷ שילוב של מיפוי ממוחשב ושל קליטה של חומר רדיואקטיבי במקומות הבלתי תקינים.

⁹⁸ לטיפול באבנים בכליות או בכיס המרה.

⁹⁹ יובל, לבנת. אי שוויון בפריסת מכשירים רפואיים מיוחדים ברחבי המדינה, אתר רופאים לזכויות אדם, מרץ 2010, 23-28, <http://www.phr.org.il/uploaded/לא%20עמדה20%20ניירות20%20קובץ20%20בריאות20%20שוויון20%20א.20.pdf>



ניתן לראות בתרשים זה כי לפערים הללו השפעות על איכות הטיפול הרפואי שמקבלים תושבי הפריפריה לעומת תושבי המרכז, והם באים לידי ביטוי, בין היתר, בפערים בתוחלת החיים שהינה קצרה ב-3-4 שנים באזורי הפריפריה בצפון ובדרום לעומת המרכז.¹⁰⁰ לאור מגמת הגידול בתיירות רפואית אשר נראית בבירור, ובהיעדר פיקוח על הנושא, צפוי גידול משמעותי בהכנסות בתי החולים במרכז מתיירות רפואית ועקב כך, גידול בפערים בין בתי חולים אלו לבתי החולים בפריפריה שאינם נהנים מהתיירות הרפואית.

אי שוויון בין חולה ישראלי לתייר רפואי

כאמור חוק בריאות ממלכתי מושתת על שלושה עקרונות עיקריים - צדק, עזרה ההדדית ושוויון. יש הטוענים כי תיירות רפואית מטשטשת את שלושת העקרונות הללו, ובעיקר את עיקרון השוויון בין חולה ישראלי לתייר רפואי. בשנת 2010 הביע מבקר המדינה את חששו בנושא מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים בישראל. מהדו"ח עולה כי שיעור המיטות לאשפוז כללי בארץ ב-2008 עמד על 1.95 מיטות לאלף איש, נתון אשר ממקם את ישראל במקום ה-27 מבין 31 המדינות המפותחות בעולם. מזה שנים רבות קיימת מצוקת אשפוז ולעיתים היה אחוז התפוסה של מיטות האשפוז במחלקות הפנימיות גבוה מ-150%. עוד עולה מהדו"ח כי הממוצע בכלל מחלקות האשפוז בבתי החולים שבמדינות ה-OECD הוא כ-75%. אחוז התפוסה בכלל מחלקות האשפוז הכללי בישראל בשנת 2008 עמד על 96% - זהו הנתון הגבוה ביותר בנתוני כלל המדינות החברות ב-OECD. ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג לא השתנתה משמעותית ב-15 השנים האחרונות ועומדת על 7.9%, הוצאה זו נמוכה מהממוצע של מדינות ה-OECD שעומד על 8.9%.¹⁰¹

מבקר המדינה הציע צעדים אפשריים לשיפור תנאי האשפוז במחלקות הפנימיות ובמסגרת זו התייחס לנושא התיירות הרפואית בישראל. בדו"ח נכתב כי במרוצת השנים התרחבה מאוד פעילות זו בבתי החולים, והיום היקפה הכספי נאמד במאות מיליוני שקלים בשנה. בדו"ח נקבע כי במהלך טיפולים

¹⁰⁰ אפשטיין, לאון. אי שוויון בבריאות בישראל, אתר ההסתדרות הרפואית בישראל, פברואר 2008, http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/epstein_report.pdf

¹⁰¹ Health expenditure in relation to GDP. OECD, Health at a Glance 2009. OECD Indicators, OECD Publishing.

אלה זוכים תושבי החוף (תיירים רפואיים) ליחס מועדף לעומת תושבי ישראל. בין היתר, הם אינם נדרשים להמתין לניתוח; ניתנת להם האפשרות לבחור את המנתח; הם נבדקים במכשירי הדמיה ללא המתנה; ומאושפזים בחדר פרטי.¹⁰² מאחר שפעילות זו אינה מוסדרת, הקצאת הרופאים והאחיות לטיפול בתיירים מצמצמת עוד יותר את מספר הרופאים והאחיות המטפלים בכלל המאושפזים. לתיירות הרפואית השפעה על העומס במחלקות הפנימיות, שכן חולים האמורים להתאשפז במחלקות כירורגיות מאושפזים לעתים במחלקות פנימיות.

חבר "ועדת אפק" שבחנה את התיירות הרפואית עבור משרד הבריאות אמר "אם באמת תהיה הקפדה ולא יקרה מצב שבו תייר רפואי מקבל טיפול על חשבון תושב או אזרח מדינת ישראל, לא תהיה פגיעה בשוויון". השאלה האם משרד הבריאות יכול לערוב לכך? חלק מהמרואיינים טענו כי הכנסת שירותי רפואה פרטיים לבתי החולים הציבוריים היא שיצרה את אי השוויון. מנהל אחד מבתי החולים אמר "הכל זולג מהציבור, השוויוני, הסוציאלי, הסוציאליסטי למערכת הפרטית ששם השיקולים הם כלכליים. אני חושב שברגע שמערבים רפואה ציבורית עם רפואה פרטית, עקרון השוויון נשבר". מומחה לביטוחי בריאות אמר "אי השוויון נוצר בגלל השעטנו שקיים היום בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית". אחת הביקורות העולות לגבי הפגיעה באי שוויון היא ההבדל בתנאי האשפוז הפיסיים (מלונאות) בין תייר רפואי לבין אזרח ישראלי. בראיונות עולה כי הדבר איננו קיים בבתי חולים ציבוריים, בכיר באחד מבתי החולים אמר "לא היה לנו לא צוות מיוחד, לא חדר מיוחד, אפילו לא ארוחות מיוחדות, שום דבר שהבדיל את אותו חולה (תייר) מחולים אחרים. לכן, היו תיירים רפואיים מאוד לא מרוצים, כבר מאותו רגע יש תסכול מסוים, תסכול גם גדול מאוד גם אצל החולה ומשפחתו, ותסכול מאוד גדול גם בצוות הרפואי". בכיר בקופ"ח כללית אמר כי גם בכללית מעידים כי התנאים בבית החולים לתייר ולאזרח ישראלי הם אותם תנאים, "אנחנו לא נתנו חדרי VIP, תייר שוכב ליד אזרח".

בכיר לשעבר במשרד הבריאות מתח ביקורת קשה על תופעת אי השוויון שנוצרה בין החולה הישראלי לבין התייר הרפואי. "אני חושב שיש כאן סיטואציה מאוד מוזרה שבה רק בזכות העובדה שאתה לא אזרח ישראלי, אתה מקבל שירות יותר טוב. מאפשרים לך לשלם יותר כסף ולקבל שירות יותר מהיר ואולי אפילו גם לבחור את המנתח שלך, אני חושב שזה אבסורד. ברגע שאתה בא ואומר התור של התייר הרפואי יכול להיות מוקדם מהתור של הישראלי, שמת את התחום בפלטפורמה נורמטיבית אחרת, כבר יצרת אפליה. באותו רגע המוח של הרופא מתחיל להיות מבולבל, אז הוא אומר אז כבר מותר לי להפלות בתור? כנראה זה איזה גיוגל כזה.. אני כמנהל הרגשתי שנתיים מאוד מאוד לא בנוח עם זה". בכיר אחר במשרד הבריאות אמר כי "תיירות רפואית זה לא שמחה גדולה כי זה מורכב, זה בעייתי מבחינה אתית".

האם האזרח הישראלי נפגע מתיירות רפואית?

"הבסיס והיסוד הם כי לא ייתכן שתהיה פגיעה בחולים הישראלים, אך תיירות המרפא היא חיובית, כמעשירה את הניסיון ואת קופת מוסדות הרפואה הציבורית", כך אמרה השרה גרמן בינואר 2014 במליאת הכנסת. חבר ב"ועדת אפק" שבחנה את התיירות הרפואית אמר כי "היה מאד קשה להבין או לשים את האצבע ולומר שיש מקומות שבהם הציבור הישראלי נפגע כתוצאה מתיירות רפואית. למעשה אף אחד לא יכול להביא באמת דוגמאות קונקרטיות שמראות שבריאותם של אזרחי ישראל באיזשהו בית החולים נפגעת כתוצאה מזה". לעומת זאת, מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים אישר כי ישנה פגיעה

¹⁰² משרד מבקר המדינה, דו"ח שנתי 2009, מבקר המדינה לשנת 2008 ולחשבונות שנת הכספים 2007. ירושלים אייר, התשס"ט, מאי 2009, עמ' 355-399.

בישראלים "את שואלת אותי האם אזרח ישראלי אחד נפגע? התשובה היא כן, בטווח הקצר. אני מביא מקור כלכלי אחר ע"י זה שאני אומנם פוגע במשהו, אבל אני פוגע בטווח הקצר, אני עוזר להרבה בטווח הארוך, אם בכסף הזה אני מוסיף עוד עשר מיטות, אז פגעתי בטווח הקצר ועזרתי בטווח הארוך. אי אפשר לתת הכל בנקודת זמן אחת". הבכיר הוסיף וטען כי "לוקחים את המקרה הבודד של חולה שהכניסו לפניו תייר לניתוח אז זה באמת נשמע מזעזע, אבל צריך לראות שזה לא יקרה אבל אין מה לעשות אם אתה מביא תיירים מחוץ לארץ אי אפשר לצפות שתייר שבא לארץ זרה ומתאם מראש ומשלם כסף רב מאוד יגידו לו תראה אי אפשר לעשות. צריך להזיז... בטווח הזה של 24-36 שעות, ימינה שמאלה כן, אבל פתאום להגיד לו תבוא בעוד חודש זה לא בא בחשבון".

בתי החולים העוסקים בתיירות רפואית מעידים כי הניתוחים לתיירים רפואיים מתבצעים אחר הצהריים, במשמרת השנייה (אחרי 16:00) ואילו החולים הישראלים מטופלים בין 08:00-16:00 אלא אם כן הם מנותחים אחר הצהריים (במה שמכונה "ססיות"). ישנם מקרים, כפי שמעיד בכיר באחד מבתי החולים "מאוד מאוד יוצאי דופן שמסיבה רפואית לא נכון לבצע את הניתוח אחר הצהריים ולכן מבצעים ניתוח בתייר הרפואי במשמרת הראשונה ובחולה הישראלי אחר הצהריים (עושים החלפות)". אותו בכיר העיד כי בשיטה הקיימת אין אפשרות לרופא להעדיף תייר רפואי על פני אזרח ישראלי. "בססיות (ניתוחי אחר הצהריים) אני מכתוב מי נכנס - זה לא הרופא קובע מה יהיה בססיה אז הוא לא יכול להעדיף תייר רפואי על פני אזרח ישראלי. תפקידי לתת לאזרחי מדינת ישראל את המקסימום וזה דרך תיירות רפואית". כששאלתי מדוע לא מוסיפים כוח אדם למחלקה כאשר מוסיפים תייר רפואי ששילם בעבור אחות צמודה או שמצבו הרפואי מחייב זאת, השיב הבכיר כי "אם התייר נכנס לפעילות הרגילה של המחלקה אז לא צריך תוספת כוח אדם בשבילו; ואם הוא נכנס מעבר לפעילות הרגילה של המחלקה אז אני מממן לו את כוח האדם הנוסף - בעיקר אחיות. תייר רפואי משלם כסף שבו אני מעסיק עוד רופאים. אם לא הייתי מעסיק אותם, הייתי יכול לטפל בפחות ישראלים או לטפל פחות טוב בישראלים. איפה אי הצדק גדול יותר? האם זה שהפגיעה בחולה הישראלי היא מינורית - בכמה ימים או בכמה שעות או בזה שאני לא הייתי יכול לממן כך וכך רופאים ואחיות, בינוי, סי-טי וכו'". חבר הכנסת מיקי רוזנטל אמר בדיון בנושא תיירות רפואית בכנסת לפרופ' רוטשטיין מנהל בית חולים שיבא: "נכון שהרופאים הולכים ב-15:30, אבל מה קורה במחלקה? יש שם יותר רופאים שאתה מוסיף עוד שניים-שלושה חולים בתיירות מרפא? יש עוד אחיות? לא. אין. זה תמיד בא על חשבון משהו. עכשיו הרפואה הפרטית עומדת בפתח, קוראים לה פעם אחת שב"ן, פעם אחת שר"פ, פעם אחת תיירות מרפא, אבל בסוף זה אותו הדבר. זה בא על חשבון משהו".¹⁰³

בבתי החולים של הכללית הרופאים מתוגמלים על פי הפעילות ולכן הם מעידים כי אין אינטרס לרופא ליצור העדפה לתייר הרפואי. חבר ב"ועדת אפק" אמר כי "לא משנה לרופא באיזה שפה מדבר הפציינט, הוא מדבר רוסית/ ערבית/ עברית, זה פציינט וזה מקרה רפואי ואתה צריך לטפל בו הכי טוב. הוא מקבל את אותו שכר כי זה אותו מאמץ וידע שהשקיע". בכיר לשעבר במשרד התיירות אמר כי "אחד היתרונות זה הכנסות למדינה ולמערכת הבריאות. החיסרון הוא שיש קצת פגיעה באוכלוסיה הישראלית. לדעתי הפגיעה באי שוויון היתה מזערית, בעיקר בצווארי בקבוק מאד מאד קטנים, כמו מיטות טיפול נמרץ". קשה מאד להסיק האם התיירות הרפואית פוגעת באי השוויון במחלקות בהן מבוצעים ניתוחים או דווקא במחלקות אשפוז וטיפול יומי? מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים אמר כי על מנת למנוע פגיעה

¹⁰³ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>

באזרח הישראלי נדרשת התעסקות "במינון" - "אם ידענו שתייר צריך לבוא והוא צריך מיטה בטיפול נמרץ, אם לא היה מיטה בטיפול נמרץ אמרנו לו לא לבוא, או אמרנו למנתח לא לנתח, זאת אומרת יש כאן התעסקות יום יומית. במקרים האלה, באיזונים במקרים הקיצוניים, ברוב המקרים אין בעיה, אם מישהו בא לטיפול כימותרפי (נגד סרטן) והוא בא לאשפוז יום, הוא שוכב שם ושמים לו אינפוזיה, זה לא משפיע על האזרח הישראלי".

בכירה בארגוני זכויות חולים דווקא חולקת על אמירה זו והלינה כי ישנם מקרים בהם חולי סרטן ישראלים נפגעים כתוצאה מתיירות רפואית "אם ילדים בסוף מחכים ולא מתקבלים לטיפול בזמן לפי הפרוטוקול הרפואי שלהם, בתור מישהי שאיבדה ילד ממחלת הסרטן, אני לא יכולה להבין את זה". עוד הוסיפה כי מגיעים לאוזניה מקרים בהם נאמר לחולי סרטן "לבוא לטיפול ביום אחר כי אין עמדת טיפול. הסיכוי לריפוי מיטבי, או לטיפול מיטבי עם תוצאות מיטביות תלוי גם בטיימינג של קבלת הטיפול. אין ספק שהציבור הישראלי נפגע - החולים או האזרחים שבתהליכי אבחון, שנוקקים לחכות ל-MRI לפעמים חודשים לעומת מישהו שמגיע מתיירות רפואית. רופאים אונקולוגיים אמרו לי בפירוש שמרתיח אותם שהחדר המתנה שלהם בחוץ מפוצץ ונכנסת המתאמת לתיירות מרפא של בית החולים עם איזה גברת או אדון ממדינות חבר העמים לשעבר וללא תור היא מקבלת אותם. אחר-כך כועסים עליה המטופלים שממתינים בחוץ והיא לא יכולה להסביר או להתגונן בפני הנושא הזה".

עוד הוסיפה הבכירה בראיון כי היא ביקשה להופיע בפני "ועדת גרמן" היות והנושא של תיירות רפואית "מטריד" אותה כבר למעלה מחמש שנים. היא ציינה כתבה בעיתונות שלפי דעתה "היתה קשה מאוד" בה נכתב כי בבית החולים שיבא במחלקה לילדים חולי סרטן רק כשליש מהילדים המטופלים הם ילדי ישראל. היא מעידה כי ילדים חולי סרטן צריכים להיות מאושפזים במחלקה מיוחדת (אונקולוגית ילדים) אך לעיתים מאושפזים אותם במחלקת ילדים רגילה. "בעבר, אנחנו עזרנו לשיבא בתרומות כדי שמחלקת האשפוז של ילדים חולי סרטן לא תהיה יחד עם ילדים אחרים כי מערכת החיסון שלהם פגיעה והם יכולים בקלות להידבק במחלות". מירי זיו מודאגת במיוחד מהמחסור המורגש בכל תחום בבתי החולים הציבוריים כי בכל שנה יש 28 אלף חולי סרטן חדשים בישראל, ומשרד הבריאות מעריך שיש למעלה מ-200 אלף חולי סרטן בשלבי טיפול, מעקב או החלמה, מתוכם 400 ילדים. לעיתון "דה-מרקר" הגיע מכתב של אזרח שאמו חולה בסרטן, ובו נכתב ב"אחד הטיפולים העבירו את אימי בת ה-85 מהמיטה בה שכבה לכיסא אחר כדי לפנות את המיטה לטובת חולה זר. במקרה אחר כשאימי זומנה לבדיקת CT לשעה 9:00 - היא נאלצה להמתין 4 שעות מכיוון שחולי תיירות רפואית הגיעו וקיבלו עדיפות". לדברי הכותב, הוא אינו מתנגד באופן עקרוני לתיירות רפואית אלא לדרך שבה הדבר נעשה: "אין בליבי דבר על החולים הללו ואני שמח שהרפואה בארצנו יכולה לתת להם שירות. אבל אני חושב שזה צריך לפגוע כהוא זה באימי בת ה-85 ניצולת שואה ששילמה את מיסיה וחברה בקופת חולים ב-60 השנים האחרונות. מן הראוי שבית החולים ימצא את הדרך להפריד בין השירותים הפרטיים ולשירותים הציבוריים בלי להפוך את האזרחים לחולים סוג ב".¹⁰⁴

רבים מהמרואנים הדפו את הביקורת הציבורית הטוענת כי תייר רפואי מקבל תור באופן מיידי בעוד האזרח הישראלי ממתין חודשים ואף שנים לתור. בכיר לשעבר בקופ"ח כללית אמר כי "יש תורים ארוכים לישראלים, זה בגלל שאין כסף, לא בגלל תיירות רפואית, אם תעלימי את התיירות הרפואית זה

¹⁰⁴ לינדר-גנץ, רוני. "אמי, ניצולת שואה וחולה בסרטן, הועברה מהמיטה לכיסא לטובת תייר רפואי, אתר דה-מרקר, 24.6.2014, <http://www.themarket.com/news/health/1.2358106>

לא ישקם את התורים לישראלים, כי לא יהיה כסף במערכת". חלק מהמרואיינים טענו כי התייר הרפואי למעשה ממתין את אותו הזמן כמו האזרח הישראלי רק שהוא ממתין בארץ מוצאו ולא בישראל ולכן זה נראה כי הוא מתקבל באופן מיידי. בכיר באחד מבתי החולים אמר "התייר הרפואי יושב ומחכה בתור במוסקבה, כשמגיע תורו אני מתחייב לעשות לו את הכל במהירות". בכיר אחר באחד מבתי החולים אמר כי יש לשקף לציבור הישראלי את כלל השיקולים שהביאו לתיירות רפואית כדי להתמודד עם הביקורת. "להגיד שתייר רפואי לא מקבל עדיפות בתורים ובאשפוזים זה שקר! צריך לבוא אל העם ולהגיד, זה קורה, כשאתה עומד בתור לטיפול אונקולוגי ויהיה לי תייר רפואי הוא יתקבל לפניך, כי הוא מכניס לי יותר כסף למרות שאתה משלם מס בריאות כבר 30 שנה. למה להכחיש את זה? צריך להגיד את האמת, המערכת מתקצבת בחסר ולכן אנחנו מביאים את התייר הרפואי. צריך להעביר את המסר כמו שהוא, שים לב תושב ישראל, זה בא על חשבונך. תראה לעם את מערכת התקצוב של בתי החולים שהיא תמיד בחסר כרוני מתמיד כבר שנים. תראה להם שמנהלי בתי החולים צריכים להסתובב בעולם בשביל לגייס תורמים בכדי לבנות בניינים, כדי לרכוש מכשירים, תראה להם את הנתונים למה צריך תיירות רפואית".

היו גם מי שטענו שביקורת ציבורית בעניין זה כלל לא קיימת. "ארבעה כתבים בישראל שעוסקים בתיירות רפואית לא מייצגים את אזרחי ישראל", לטענת בכיר באחד מבתי החולים, הוא לא רואה את הביקורת הציבורית היות והעיתונים לדבריו מונעים מתוך אינטרסים של בעליהם. מנהלי חברות תיירות רפואית לא מבינים את הביקורת הציבורית המופנית כלפי התחום, "אני משפר את רווחת האזרחים כי קופת המדינה מתעשרת. כאשר הלקוח מגיע לכאן, הוא משלם כסף לבתי מלון, למסעדות, לבעלים של דירות, את יודעת איזה תעשייה שלמה זו? מצד שני במה זה פוגע? במי זה פוגע?".

מדוע עד כה לא היתה אסדרה?

לאור הממצאים בהם רבים מהמרוויינים מעידים כי ישנה פגיעה באזרח הישראלי, נשאלת השאלה מדוע עד כה משרד הבריאות לא קיים איזשהו פיקוח ואסדרה של התחום? בכיר לשעבר במשרד הבריאות הסביר בראיון, "בסוף 2010, זיהיתי מגמת גידול בפעילות של התיירות הרפואית במדינת ישראל. זה הדאיג אותי מכיוון שנכנסו לעסק גורמים עסקיים בעלי ממון ובעלי יכולת ולכן הקמתי את "ועדת אפק". (מסקנות הדו"ח) התבססו על ארבעה עקרונות: 1. הגבלת נפח 2. ביטול תמריצים - הרופאים יקבלו את אותו שכר, התורים יהיו אותם תורים. 3. ברמת בית החולים - חלק מההכנסה הכללית תתפזר לבתי חולים פריפריאליים 4. דיווח - שקיפות. דוח "ועדת אפק" פורסם כטיטוט חוזר מנכ"ל במהלך המחצית השנייה של 2011 (יולי), ואז מכיוון שיש כאן עניין של מדיניות של מערכת הבריאות, דרגים כלכליים ומיניסטריליים מורכבים נוספים הביעו התעניינות ורצו להשפיע. אמרו זה לא רק מערכת הבריאות, זה כל הייצוא של מדינת ישראל, תיירות, יש לנו מדיניות רחבה בנושא הזה - אתם (משרד הבריאות) לא יכולים לעשות מה שאתם רוצים ולכן הוקפא החוזר והיו מעת לעת דיונים אפילו ברמת מעורבות של ראש הממשלה, מנכ"ל משרד ראש הממשלה. כשהשרה גרמן נכנסה לתפקיד הצגתי לה את החוזר, היא רצתה ללמוד אותו, היא למדה אותו ואז תוך כדי הוקמה "ועדת גרמן". אחת הסיבות שיש בועדה תת ועדה לתיירות רפואית היא בגלל העובדה שהנושא הזה באמת היווה נושא מדאיג. כן. אני לא יודע מה קורה בתת הועדה הזו כי אני לא משתתף בועדה".

בכיר באחד מבתי החולים הסביר מדוע לדעתו טיטוט חוזר המנכ"ל שפורסמה ביולי 2011 מעולם לא הפכה לחוזר מנכ"ל מחייב. "לא פלא שהטיטוט הזה מעולם לא הפכה לחוזר, כי אי אפשר לכתוב חוזר, אני חושב שבמצב של היום כל בית החולים נמצא במצב כלכלי שונה אחד מן השני, ישנם כאלה כמעט מאוזנים וישנם כאלה בכלל לא מאוזנים. להוציא חוזר ולהגיד עד 5% יהיו תיירים רפואיים, זוהי שטות גמורה לדעתי, בואי נגיד כך, ברמת המדינה זה צריך להיות אפס, אין שום סיבה שמישהו יתפוס כאן מיטה של משלם המיסים, אם את בתפוסה של 70% (בבית החולים) אז אין בעיה אבל זה לא ככה". לדעתו של מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים הטיטוט לא התאימה לצרכים, "הטיטוט לרגולציה הייתה יותר מידי כוללנית, היא צריכה לרדת רמה - ולהגיד איזה פעולות הוא (בית החולים) עושה". לעומת זאת, ארגוני זכויות החולים היו שמחים על מעט הרגולציה שפורסמה בנושא. בכירה בארגוני זכויות חולים אמרה "אני חושבת שהחוזר מנכ"ל שהוגש היה הגיוני, היו שם כמה חסמים מאוד ברורים שצריך לשים אותם, והמדינה צריכה להחליט מה היא - אם היא נותנת שירות של רפואה ציבורית או שהיא עושה את החלק הציבורי למשהו פרטי".

מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים טען כי עד כה משרד הבריאות בחר שלא לאסדר את הנושא מהסיבות התקציביות אותן פירטתי קודם לכן. חבר ב"ועדת אפק" אמר "משרד הבריאות לא מסדיר לבתי החולים כללים, בצדק מבחינתו, כי אם הוא יגיד להם את זה אז הוא יצטרך להשלים להם את הכסף. בהרבה דברים משרד הבריאות נוקט גישה של 'אנחנו יודעים שמישהו מתרחש, אנחנו לא חושבים שזה קטסטרופה ולכן בואו ניתן לזה להתנהל עד שביום מן הימים זה יוסדר בדרך זו או אחרת'". כששאלתי בכיר באחד מבתי החולים אם משרד הבריאות עומד עם בית החולים באיזשהו קשר לגבי התיירות הרפואית? והאם הוא מבקש מהם דוחות בנושא זה, הוא ענה כי "בעיקר בזמן האחרון, אני מוכרח להודות שהוא (משרד הבריאות) התעורר קצת מאוחר". לטענתו של מנהל אחד מבתי החולים לא היתה אסדרה עד

כה כי למשרד הבריאות שני תפקידים מנוגדים. כיום משרד הבריאות משמש כרגולטור וגם כבעלים של כ-40% מכלל בתי החולים בישראל, המרכזיים ביניהם: שיבא, איכילוב ורמב"ם. חלק מהמוראיינים התייחסו לסוגייה הזו כפרדוקס, "משרד הבריאות הוא גם רגולטור וגם בעלים של 50% ממיטות האשפוז הכלליות במדינת ישראל, ולכן הוא לא יכול למלא את תפקידו כראוי כרגולטור אובייקטיבי שרואה את כל התמונה של מערכת הבריאות, שרואה את כל הצרכים. משרד הבריאות יש לו תפקיד מיניסטרילי, רגולטורי, שהוא צריך לדאוג לכל ספקי השירותים, לכל בתי החולים, לכל קופות החולים. המטרה הסופית מבחינתי היא שתקום רשות סטטוטורית "רשות לאומית לאשפוז ציבורי", ואז משרד הבריאות יוכל לעסוק בפיקוח, במדיניות, באסדרה, בתכנון על כל בתי החולים בישראל" (רשות זו הוקמה עם מסקנות "ועדת גרמן" ביוני 2014, לאחר הראיון).

"ועדת אפק" קבעה כללים לאסדרת התיירות הרפואית. חברי הועדה שראיינתי העידו כי הועדה הסכימה על רובן המוחלט של ההמלצות, זאת מלבד הסעיף שנציג שירותי בריאות כללית ביקש שייכתב באופן שונה. חבר ב"ועדת אפק" אמר כי "הוועדה באמת עבדה בתמימות דעים, באמת היה קונצנזוס למעט הסעיף הזה". חבר הועדה התייחס לסעיף שביקש להגביל את התיירות הרפואית ל-10% ואמר "אם סדר הגודל של הפעילות הוא עד 10% המערכת יכולה לחיות עם זה. כי אז אתה יכול לנווט את זה ככה שיהיה אחר הצהריים ולא בשעות הרגילות הציבוריות. זה יותר בר שליטה של בתי החולים ושאיין בריחה. אמרנו נגדיר שזה ההיקפים ועם זה אפשר לחיות. אחרים חשבו שאפשר אפילו יותר, רצו אולי בכלל בלי הגבלה! הרגולטור צריך להגביל את זה ל-5-10% באמת לא מה שמשנה, שני המספרים עדיין ברי שליטה והם נראים סבירים לעשות הבדלה. אני בעד המסקנות של הדו"ח, קרי רגולציה בסדר גודל בר שליטה, כי אנחנו (הנהלת כללית) גם כשיש הכנסות מתיירות רפואית אנחנו מוסד שממומן מכספי הציבור ואנחנו חייבים להיות פתוחים ושקופים ואנחנו מציגים את הפעילות שלנו, אנחנו מבוקרים. חבר אחר ב"ועדת אפק" אמר "לא חשבנו שצריך לציין במסקנות הדו"ח שהתיירות רפואית תוגבל לאחוז מסוים אך נציג הכללית חשב שכן, שאר חברי הועדה חשבו שלא. היום, בפרספקטיבה של לאחר שנתיים-שלוש אני יכול אפילו לומר שכנראה כללית צדקה. באופן כללי, הדו"ח שכתבנו נמצא בידי המנכ"ל, על בסיסו הוכן חוזר מנכ"ל לנושא תיירות רפואית (כטיוטה). אני חושב שהחוזר מנכ"ל שנכתב הוא חוזר מצוין".

היו שהעידו כי הם ניסו לבצע אסדרה בתחום, בכיר לשעבר במשרד התיירות הסביר כי לשם האסדרה היה צורך בשיתוף פעולה עם משרד הבריאות אך הוא לא זכה לכך. "המטרה היתה באמת לראות איך אנחנו דוחפים את הנושא של תיירות רפואית בצורה ממוסדת. אני ביוזמתי הייתי אצל שלושה מנכ"לי משרד בריאות, החל מאבי ישראלי, אחרי זה איתן חי עם ורוני גמזו, אמרתי להם, בואו נסדיר את הנושא הזה. לא היה יותר מדי שיתוף פעולה. סגן השר ליצמן (שר הבריאות) בזמנו היה מאד אנטי, ליצמן דאג לאוכלוסיה הישראלית, לא עניין אותו פרנסה". בכיר בשירותי בריאות כללית אמר "אני בעד שתהיה רגולציה... שכל נושא השכר יהיה תחת מגבלה. מה שמשרד הבריאות אמר עכשיו (חוזר ראש מנהל רפואה - דצמבר 2013), שהתיירות רפואית תהיה תחת מגבלה של מחירים לישראלים, זה לא יחזיק מים, זה ייצור שוק שחור, יצור תשלומים מתחת לשולחן. כפי מה שראינו באיכילוב".

תיירות רפואית במערכת ציבורית

במהלך הראיונות הוצגו בפניי גישות שונות לקיומה של תיירות רפואית, רוב המרואיינים צדדו בגישה כי יש לקיים תיירות רפואית בתוך מערכת הבריאות הציבורית, אחרים טענו כי יש לערוך הפרדה מוחלטת בין מערכת הבריאות הציבורית למערכת הבריאות הפרטית ויש אלו שחושבים לשלב בין השתיים בפתרון מאד יצירתי. חבר ב"ועדת אפק" ביקש להתייחס לנושא התחרות בין מערכת הבריאות הציבורית לבין הפרטית. "כתבנו את זה בדו"ח הוועדה והיום ככל שאני נמצא כאן (במשרד הבריאות) ומכיר את המערכת הרבה יותר טוב משהכרתי אותה אז, אני משוכנע בחיזוק הרפואה הציבורית עוד יותר. מה שקורה במדינה זה הרס המערכת הציבורית. אז את המערכת הציבורית מגבילים, בונים הר של כסף במערכת הפרטית ובשב"ן (שירותי בריאות נוספים), הר גבוה של כסף ונותנים אותו רק למערכת הפרטית ומייצרים תורים בתוך המערכת הציבורית. בגלל המגבלות, בגלל זה שאתה לא יכול לעבוד ולא יכול לתת מענה אז גם יוצרים תורים. המערכת הפרטית תפרח והמערכת הציבורית תשקע. תיירות רפואית היא אחד הכלים האחרונים, הלא מאוד אהובים על אף אחד כי הוא מאוד בעייתי כי בסוף אתה צריך גם לקנוס את החולה הישראלי ולהסביר לו שנכון שתייר רפואי נכנס לפניך והוא קיבל תור מהיר אבל זה בגלל שרצינו לתת לך יותר טיפול ועוד רופאים". גם בכיר לשעבר במשרד הבריאות לא חושב שצריך להפריד בין הרפואה הפרטית לציבורית. "הדעה שלי היא שלהגיד לרופאים זה או זה לא לפתור את הבעיה, זה אולי אפילו להחמיר את הבעיה. לפתור את הבעיה זה אומר להקטין את התמריצים, עדיין לרופא בבית החולים יהיו הרבה פיתויים סביבו, אבל אם אני אומר לו אתה רק בבית החולים ציבורי אני צריך לשלם לו המון כסף, כסף שאין במערכת הציבורית. הדבר המורכב הוא לשלב בין שתי המערכות, לכן צריך לטפל בתמריצים, להקטין את הפיתויים בצד הפרטי".

רבים מהמרואיינים דיברו על מרכיב ההשתכרות של הרופאים במערכת הציבורית, אם הרופאים לא יתוגמלו כמו שצריך במערכת הציבורית לא תהיה להם ברירה והם יעזבו את המערכת הציבורית. מנהל אחד מבתי החולים אמר "הרופאים הכי טובים, הכי מובילים והכי מצפוניים יעזבו את המערכת הציבורית וילכו למערכת הפרטית. אם רוצים ללכת לכיוון הזה, ואני תומך, אז קודם כל צריך להשקיע בתשתיות במערכת הציבורית וליצור מנגנוני תגמול אמיתיים ונכונים "פול טיימרים" (רופאים בכירים מומחים שעובדים מסביב לשעון). בתמורה, צריכים לאפשר למעסיקים לתגמל אותו באופן פרופורציונאלי למצב בשוק. הרופאים יועסקו בחוזים אישיים ולא יוכלו לעסוק ברפואה פרטית". חברת הכנסת שלי יחימוביץ' אמרה בדיון בכנסת כי הפתרון צריך להיות חיובי "מעבר לעניין של תקצוב ריאלי למערכת הבריאות, אנחנו חייבים לתת את דעתנו על הפתרון החיובי והוא לתקצב את ה"פול טיימרים", את הרופאים היותר מבוקשים, לתקצב אותם מכספי מדינה. שבית החולים ישלם להם כדי להישאר אחרי 15:00 והם יקבלו תוספת שכר על כך, כן, ולא ילכו למקום אחר ולא יישארו כדי לעשות רפואה שחורה".¹⁰⁵

מומחה בתחום ביטוחי הבריאות, הציע פתרון אחר, פתרון שדורש רפורמה בכלל מערכת הבריאות אך קשה לדעת האם מדובר בפתרון ישים כי הוא לא נבחן מספיק, כך שלא ניתן לדעת אם יש בו אתגרים בלתי ישימים. לטענתו, לבתי החולים הציבוריים שלושה תפקידים עיקריים: הכשרה והדרכה, מחקר ופיתוח וטיפול בחולים. לדבריו, להמשיך ולשמור על שני התפקידים הראשונים בבתי החולים הציבוריים

¹⁰⁵ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>

אחרת איכות הרפואה בישראל תפגע. כלומר, יש להפריד בין הפרטי לציבורי לא בשעות העבודה או במחלקות אלא על-פי הרופא היחיד. "אני חושב שבכל מחלקה צריך לייצר תפקידי ניהול מגוונים: מנהל מחלקה, סגן מנהל מחלקה, מנהל מחקר, מנהל הדרכה. רופאים אשר ישמשו בתפקידי הניהול האלה, יכולים לעשות את זה קדנציה אחת או שתיים. ברגע שרופא סיים את הקדנציה שלו במערכת הציבורית, בתפקיד הניהולי שהוא לקח על עצמו, אז הוא מפסיק לקבל שכר מהמערכת הציבורית אך הוא נשאר בבית החולים כרופא פרטי ורק לרופאים האלה מותר לעשות רפואה פרטית בתוך בית החולים הציבורי. למעשה ייוצר מצב שבו תהיה תחרות בריאה בתוך בית החולים הציבורי. בית החולים יהפוך להיות לא רק מקום עבודה אלא מקום פרנסה, הרופא מגיע לגיל שבו הוא עובד רק ברפואה הפרטית וכך לרופאים המתמחים יש לאן לשאוף. מי שלא ירצה להיות חלק מהמערכת הזו יוכל לעבוד ברפואה פרטית מחוץ לבית החולים. כך בית החולים ומשאביו ינוצלו במשך כל שעות היממה".

בין המרואיינים היו אלו שצידדו בפתרון של הפרדה מוחלטת בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית. זאב רותם, יועץ אסטרטגי, שעבד עם משרד הבריאות אמר בראיון לעיתון כי "אין בעיה שתהיה תיירות רפואית בבתי חולים פרטיים. אם אנשי עסקים פרטיים ורופאים במדינת ישראל רוצים לפתח את התחום הזה זו זכותם. אבל חשוב מאוד שזה יהיה מגודר במקומות פרטיים ובתשתיות שנבנו מכספים פרטים. ההפרדה צריכה להיות ברורה". מנהל אחד מבתי החולים הסכים עם גישה זו, לדעתו "הנושא של תיירות רפואית הוא פתרון רע לכן כדאי שינוהל רק על ידי בתי חולים פרטיים, או על-ידי מערכות פרטיות. מבחינתי צריכה להיות הפרדה מוחלטת. צריכה להיות חומה סינית שמפרידה בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית. כל עירוב בין השתיים יוצר תמריץ שבו יש זליגה של משאבים, אנרגיות ותשומת לב. כשיש פחות הפרדה, אז כח הכובד בנוי כך שהכל הולך לכיוון הכסף".

בדומה לגישה זו, גם בכירה בארגוני זכויות חולים חושבת שתיירות רפואית צריכה להתבצע רק בבתי חולים פרטיים, כדי לא לפגוע בחולים הישראלים, "בבית החולים פרטי אף אחד מאתנו לא מממן את הפעילות באופן אישי. אפשר להתוות מדיניות כזאת שאכן תנצל מצד אחד את האיכות הגדולה של הרופאים במדינת ישראל ואת הייחודיות שלהם, שבאמת יש לה מוניטין ובצדק, אבל אנחנו אזרחי מדינת ישראל רוצים לקבל גם את הכישורים שלהם וגם את המכשור שהם מפעילים בזמן". ארגוני הזכות לבריאות העידו בפני "ועדת גרמן" בנושא התיירות הרפואית ודרשו כי "יחול איסור בכלל לקבל תיירים במקומות שיש בהם חוסר במיטות, או שיש צווארי בקבוק בתור או מחסור בכוח אדם. אסור בכלל שלמשאבים החסרים האלה שהם קריטיים יאפשרו אותם לחולים שבאים מן החוץ, שאינם אזרחי ישראל, שלא משלמים מיסים, לא משלמים ביטוח בריאות, לא משלמים למדינה ומקבלים ללא תור את המשאבים החסרים האלה".¹⁰⁶ מארגון רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח בישראל ומרכז אדווה נמסר כי "ישנה בעייתיות שבכניסת כסף פרטי אל תוך המערכת הציבורית, המקשה על העמדת פיקוח אפקטיבי מצדם של משרד הבריאות וגופי הרגולציה, ועלולה אף להביא להתנהלות בלתי תקינה עד כדי התפתחותה של "כלכלה שחורה" בלב ליבה של מערכת הבריאות הציבורית".¹⁰⁷ לאור זאת, במקום למסד ולהרחיב את התיירות הרפואית במסגרת בתי החולים הציבוריים, קראו הארגונים לו"ועדת גרמן" לפעול להזרמת

¹⁰⁶ בן יעקב, שמוליק ואחרים. הוועדה המייעצת לשרת הבריאות בנושא: חיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל בכפוף לעקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית - נייר עמדה, אתר האגודה לזכויות החולה בישראל, 29.7.2013, http://www.patients-rights.org/health_committee.html

¹⁰⁷ נייר עמדה מאת מרכז אדווה, האגודה לזכויות האזרח ועמותת 'רופאים לזכויות אדם': תעשיית תיירות המרפא במסגרת בתי החולים הציבוריים פוגעת במערכת הבריאות בישראל, אתר מרכז אדווה, 11.5.2014, <http://www.adva.org/default.asp?pageid=1001&itmid=797>

תקציבים מספקים לבתי החולים הציבוריים, שישמשו לפיתוחה והרחבתה של מערכת הבריאות לטובת תושבי ישראל.

חבר ב"ועדת אפק" טען כי "יש משאבים עומדים, אנחנו יודעים את זה, בכל מקום יש משאבים עומדים. בעיקר בשעות מסוימות, בתקופות מסוימות, אפשר לנצל אותם לדברים אחרים. המערכת טוב שהיא תעבוד. מתנה שהמשאבים האלה יעזרו למערכת. הפתרונות הם רק במוסדות מסוימים, רק במחלקות מסוימות, רק מה שמתבצע מעבר לשעה 17:00 ובתנאי שאין שום דבר דחוף אחר, כי יש חדרי ניתוח שעומדים ריקים, הם לא מנתחים 24 שעות ביממה". דו"ח היחיד של ועדת אמורי טען כי כדאי לבנות בניינים בחצרות של בתי החולים. "כדי שהרופא לא יברח לנתח באסותא, כדי שאסותא תהיה לו בחצר. אם יהיה לו משבר (רפואי), הוא שם, הוא קיים ואם הוא עושה ניתוח לא דחוף תהיה השהייה לרגע בניתוח והוא יוכל לקפוץ שניה ולתת סיוע. זה לבנות בית חולים פרטי בחצר של בית החולים הציבורי שאם יש עומס בחדרי הניתוח של בית החולים הציבורי ניתן יהיה להפנות אזרחים לבית החולים הפרטי". בכיר באחד מבתי החולים התייחס לנושא בהומור ואמר "אנחנו שואפים לבנות מחלקה נפרדת או בניין לתיירים רפואיים בלבד, אך אוסרים עלי לבנות בית החולים לתיירי רפואיים או לבנות להם מחלקה, ולשים להם שטיחים יפים, אחיות יפות ורופאים חתיכים".

בכיר במשרד הבריאות צדד בקיום תיירות רפואית במערכת הבריאות הציבורית בגלל תוספת התקציב שהיא מביאה, "עד היום בעיית הבעיות בתיירות רפואית היא שאין בנושא הזה רגולציה, אין איסוף נתונים, אין סדר במערכת אבל המסר האמיתי הוא שללא האמצעים שתיירות הרפואית מוסיפה לבתי החולים, התור של האזרח הישראלי יהיה שישה חודשים (במקום שלושה). בזכות תיירות הרפואית מספקים את האמצעים הנדרשים לבתי החולים שצריכים לקצר תורים, לרכוש ציוד, לשפץ מחלקות, לממן אנשי צוות. כל הדברים האלה הם זכות הקיום של תיירות הרפואית והסיבה היחידה שעוסקים בה". ניתן ללמוד כי רוב המרואיינים מחזיקים בדעה כי יש לקיים מערכת בריאות פרטית לצד מערכת הבריאות הציבורית. באופן טכני למעשה לא ניתן להפריד בין מערכת הבריאות הציבורית לבין הפרטית בגלל היבט ההכשרה של הרופאים. לטענתו של בכיר באחד מבתי החולים, "הרפואה הפרטית יש לה חסרון אחד מאוד גדול, אי אפשר להשתלם בה, ולכן לא ניתן להגיד לרופא אל תעבור ממקום למקום. אבל אם אני לא יכול לשחק את המשחק הכפול אני מפחד שתהיה לי רפואה ציבורית דרגה ג". בכיר בהר"י אמר בהקשר זה כי "הרופא עובר הכשרה ברפואה הציבורית בכל מקרה (אי אפשר לשנות את זה ולא צריך לשנות את זה), אז כשהוא כבר עבר הכשרה יגידו לו תבחר (בין פרטי לציבורי). אז מה, מעודדים רופאים לעזוב את הרפואה הציבורית? לא הגיוני שתהיה רפואה לעשירים ורפואה לעניים. אלה הכי מבוקשים והכי מנוסים יהיו רק ברפואה הפרטית ומי שיוכל ליהנות מזה יהיו רק בעלי יכולת".

האם תיירות רפואית היא סוג של שר"פ בבתי חולים ממשלתיים?

הפעילות בתחום התיירות הרפואית בבתי החולים הציבוריים קשורה לאסדרת תחום שירותי הרפואה הפרטיים (שר"פ) על ידי משרד הבריאות. בנושא התיירות הרפואית החליטה "ועדת גרמן" כי התיירות הרפואית בבתי החולים תוסדר, וכך נכתב בהחלטה: "הקפדה יתרה על זכויות אזרחי ישראל ושמירה על זמינות מתן השירותים הרפואיים. התיירות הרפואית תופעל לטובת האזרח הישראלי". בחלק זה אבקש לבחון האם תיירות רפואית היא למעשה שר"פ המתקיים בבתי חולים ממשלתיים. הפעלת שר"פ נעשית בכמה תנאים מגבילים, שעיקרם איסור הקדמת תור, קביעת מגבלות של זמן ומקום, קביעת מכסות

פעילות והגדרת שעות פעילות. שיעור הניתוחים המבוצעים במסגרת שר"פ בבתי חולים ציבוריים מוגבל ל-20% מכלל הניתוחים הנערכים בבית החולים.¹⁰⁸ מרכזים רפואיים ובתי-חולים חייבים לשמור על שוויון במתן טיפולים, בקביעת תורים וכל זאת בהתאם לכללים הקיימים שעל-פיהם אין לתת עדיפות כלשהי, גם תמורת תשלום נוסף, לתיירים רפואיים. כמו-כן, תהליכי הבקרה שנוקט משרד הבריאות בתחום הרפואה בארץ זהים לכל החולים, בלא תלות בגורם המשלם על הטיפול או במקום מוצאו של המטופל.

השר"פ נפסל בבתי חולים ממשלתיים בחוות דעת של היועץ המשפטי לממשלה, אליקים רובינשטיין, מפברואר 2002. היועמ"ש הציג את עמדתו וקבע שבהיעדר כללים לנושא, תאגידי בתי החולים אינם מוסמכים להפעיל שר"פ, וכי יש להפסיק פעילות זו בתוך זמן קצוב. בחוות הדעת נכתב "פעילות השר"פ הנוכחית, הלכה למעשה בבתי החולים הממשלתיים, מנוגדת לחוק יסודות התקציב, לחוק נכסי המדינה ולעקרונות השוויון. על כן, על משרד הבריאות להורות לבתי החולים הממשלתיים להימנע ממתן שירות רפואי פרטי בבתי חולים ממשלתיים במתכונת הקיימת. יש לנתק כל התקשרות עם גורמים שאינם תאגידי בריאות מאושרים, וזאת עד יום י"ח באייר תשס"ב (30 באפריל, 2002)."¹⁰⁹ עם זאת, היועץ התווה דרך משפטית להפעלת השר"פ בתקנות לשנה אחת שבמהלכה יונהג שינוי בחקיקה ראשית, אם הממשלה תחפוץ בכך. בחוות הדעת של היועץ הודגש כי סוגיית הפעלתו של השר"פ דורשת הכרעה ערכית ולא משפטית, ולפיכך ראוי שהנושא יוסדר בחקיקה ראשית.

לאחר פרסום חוות הדעת הוגשו לבית המשפט העליון שתי עתירות בעלות מכנה משותף אחד - הרצון להביא לידי הפעלת שר"פ, ובפרט שירותי בחירת מנתח בתשלום, בבתי החולים הממשלתיים. העתירה בבג"צ 4325/02 הוגשה על ידי קבוצת רופאים בבתי חולים וכללה בקשה להורות לשר האוצר ושר הבריאות לפרסם כללים להפעלתו של השר"פ. לחלופין, ליתן צו הקובע כי חוות דעתו של היועץ המשפטי לממשלה מיום ה-14 בפברואר 2002 - בטעות יסודה. העתירה בבג"צ 4253/02 הוגשה על ידי קבוצת אזרחים. בסיכומיהם ביקשו העותרים בבג"צ 4235/02 סעד זהה לזה אותו מבקשים העותרים בבג"צ 4325/02 - להורות על פרסום כללים להפעלת שר"פ. ביוני 2002 אוחדו שתי העתירות, ולאחר דיון נדחו הבקשות לצווי ביניים להשהיית הנחיית היועץ המשפטי להפסקת פעילות השר"פ בבתי החולים הממשלתיים. באוגוסט 2002 בית המשפט החליט ששר הבריאות ושר האוצר יעלו את המחלוקת ביניהם בנוגע לסוגיית הפעלת השר"פ בבתי החולים בפני הממשלה בתוך 21 ימים ממועד הדיון. באוקטובר 2002 קיבלה הממשלה החלטה לאשר את הפעלת השר"פ בבתי חולים ממשלתיים באמצעות תאגידי הבריאות (קרן המחקרים). החלטת הממשלה הורתה לשר הבריאות ולשר האוצר לגבש נוסח תקנות מוסכם להפעלת השר"פ כהוראת שעה לשנה אחת ובתנאי שהפעלתו לא תוסיף עלות לתקציב המדינה.

בדצמבר 2002 התפרסמו המלצות הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית בישראל ומעמד הרופא בה, "ועדת אמוראי" (מדינת ישראל 2002).¹¹⁰ כל שבעת חברי הוועדה הכירו בחיוניות מתן הזכות לבחירת רופא במערכת הציבורית, אבל נחלקו בעמדתם בנוגע לשיטות הביצוע, להיקף מנגנוני הבקרה ולעומקם. במרץ 2009 דחה בג"צ את העתירות של הרופאים והאזרחים. משמעות ההחלטה היא שבית המשפט לא ראה

¹⁰⁸ תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002, סעיף 9.

¹⁰⁹ רובינשטיין, אליקים. חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה: מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים, אתר News1, 14.2.2002 <http://www.news1.co.il/Archive/0019-D-838-00.html>

¹¹⁰ אמוראי, עדי. דו"ח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, אתר משרד הבריאות, 2002, http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/amorai_2002.pdf

לנכון להתערב בהחלטת הממשלה. בפסק הדין, שאת עיקרו כתבה השופטת דבורה ברלינר, נאמר כי "בהעדר זכות קנויה של מי מהעותרים לשנות מן היסוד את פניה של מערכת שירותי הבריאות הקיימת במדינת ישראל, מערכת יציבה המושתתת[ת] על עקרונות של צדק שוויון ועזרה הדדית שהסדרה מעוגנים היטב בחוקי היסוד, החקיקה והתקנה — אין מקום להתערבותו של בית המשפט".¹¹¹

ד"ר דניאל שפרלינג ביקר במאמרו את החלטת בג"צ וכתב כי "לאור התמשכות הדיון בסוגיית השר"פ במשרדי הממשלה, בועדות הציבוריות ובישיבות הממשלה, לאור מחדלה המתמשך של הממשלה מלפעול להכרעה ברפורמת תאגוד בתי החולים, ולנוכח גירעונם הקשה של בתי החולים הממשלתיים בארץ, ניתן לטעון כי בפני בית המשפט העליון הייתה מונחת הזדמנות לבחון את סבירות התמודדותה הכושלת של הממשלה עם סוגיית השר"פ... מוצדק היה כי בית המשפט יתערב בהתנהלות הממשלה, הן משום שהימנעות כאמור, כמוה כחריגה מסמכות, הן כדי להשלים את כוונת המחוקק ועל ידי כך לעצב ולאכוף עקרונות של מנהל ציבורי תקין. בחינת סבירות התנהלות הממשלה בסוגיית השר"פ לא בהכרח הייתה מנסחת תשובה סופית לסוגיית השר"פ, הראויה הכרעה, אלא מורה לממשלה לגבש מדיניות ברורה בנושא, בחלוף כ- 30 שנה מאז היא נמצאת על סדר היום הציבורי".¹¹²

"ועדת גרמן" פרסמה את המלצותיה בסוף יוני 2014, בועדה הוחלט כי לא יהיה שר"פ בבתי חולים ממשלתיים. מאחורי הקלעים של הועדה היתה ניכרת פעילות לובינג בעד ונגד השר"פ ולעיתים היה ניתן לחשוב כי למעשה בציבור הישראלי כבר רווחה הדעה כי "ועדת גרמן" "תכשיר" את השר"פ. השרה גרמן וראש המועצה הלאומית לכלכלה, יוג'ין קנדל - שתמכו בשר"פ - ניסו לשכנע בעמדתם. בין השאר עלה רעיון לקיים פיילוט של הפעלת שר"פ בשני בתי חולים בפריפריה. המתנגדים הדומיננטיים לשר"פ היו מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' ארנון אפק, סגן ראש אגף התקציבים במשרד אוצר, משה בר סימן טוב, והכלכלן גבי בן נון. בסופו של דבר גם השרה גרמן שוכנעה להצביע נגד השר"פ. בסיום הדיון אמרה "הגעתי למסקנה שצריך לעשות הכל כדי לבטל גם את השר"פ בבית החולים שיוקם באשדוד" (זאת, לאחר שהמכרז שהוציאה המדינה לבית החולים באשדוד אפשר הפעלת שר"פ).

כאמור השר"פ נאסר בבתי החולים הממשלתיים אך הוא מתקיים בבתי החולים שאינם בבעלות מדינת ישראל, לדוגמא בהדסה. בבית החולים הדסה כל אחד יכול לבחור את הרופא שלו, בכיר לשעבר מאחד מבתי החולים אמר, "בהדסה גם האזרח הישראלי בתוספת תשלום יכול לבחור את המנתח שלו, תיירות רפואית כולה היא על בסיס שר"פ". למרות ש"ועדת גרמן" איננה קושרת בין שר"פ לתיירות רפואית, היה לי חשוב במהלך המחקר לבחון האם לתייר רפואי יש אפשרות לבחור את הרופא שלו בבית החולים בבעלות המדינה או הכללית והאם ניתן לקבוע כי תיירות רפואית היא סוג של שר"פ? "ועדת אפק" שבחנה את התיירות הרפואית כתבה באחת מהמלצותיה למנכ"ל משרד הבריאות כי הם ממליצים ש"לא תותר בחירת רופא בתשלום, ומנהל המחלקה הוא זה שיקבע מי ינתח".

חבר ב"ועדת אפק" אמר "אנחנו (חברי הועדה) חשבנו שלא צריכה להיות בחירת רופא בתיירות רפואית. אני לא נגד בחירת רופא, אני נגד בחירת רופא בתשלום. לגבי תייר, בית החולים ישבץ לו רופא ראוי ומתאים. מי שרוצה דווקא רופא ספציפי ילך לבית החולים "אסותא" וזה בסדר גמור". בכיר באחד

¹¹¹ בג"ץ 4253/02 בנימין קרייתי, ראש עיריית טבריה, נ' אליקים רובינשטיין, היועץ המשפטי לממשלה תק-עליון 2009 (1) 3651.

¹¹² שפרלינג, דניאל. קביעת מדיניות בנוגע להפעלת שירותי רפואה פרטית בבתי החולים הממשלתיים, מדיניות ציבורית, 2009, 13-14.

מבתי החולים אמר כי "אנחנו לא חושבים ששר"פ זה דבר רע, אבל תייר לא יכול לבחור את המנתח שלו, הוא מגיע לשיבא כי זה שיבא". בכללית ציינו כי גם אצלם תייר לא יכול לבחור את הרופא שלו "הובטח לתייר הרפואי שינתחו אותו בכירים, רופאים הכי טובים, אבל לא הובטח לו שם". למרות האמירות כי בבתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של הכללית לא ניתן לבחור רופא בתשלום יש הטוענים כי תיירות רפואית מאד דומה לשר"פ. מנכ"ל חברה לתיירות רפואית טען כי "תייר רפואי הוא בהגדרה שר"פ. אם צריך אפשר להגיד שתייר רפואי הוא כמו ישראלי שר"פ, אבל אי אפשר להגיד שתייר רפואי יקבל שירות כמו ישראלי רגיל, אין לזה שום היגיון". מנהל אחד מבתי החולים חושב כי כלל לא ניתן להפריד בין תיירות רפואית לשר"פ, "איך אפשר להפריד בין שר"פ לבין תיירות רפואית? אי אפשר, זה גם לא הגיוני. אני חושב שאם זה חל על תושבי ישראל למה זה לא חל על תושבי חו"ל? זה אותו דבר". בכיר בשירותי בריאות כללית אמר כי "כדאי להגדיר כמה כללים מאוד מאוד משמעותיים בתחום התיירות הרפואית, גם מבחינת ההיקף וגם בהיבט ההשתכרות של הרופאים, כדי שלא תהיה הסטה יותר מידי גדולה בתוך מערכת בתי החולים ממערכת הציבורית למערכת ה"כאילו" פרטית. זאת היות ויש בזה היבטים שר"פיים מבחינה מסוימת". חבר ב"ועדת אפק" לא הסכים עם האמירה שתיירות רפואית היא סוג של שר"פ ואמר "בתיירות רפואית יש סממנים דומים לשר"פ אבל אין את בעיית אי השוויון עד שלא רבים על המשאב. לא רק שהיא (תיירות רפואית) לא נראית כמו שר"פ, המשאב הכספי בא מבחוץ, הוא לא בא מהתושב הישראלי. אין חוק ביטוח בריאות ממלכתי על מישוהו שמגיע מבחוץ פנימה לתוך המערכת".

בדיון בכנסת אמר חבר הכנסת אורי מקלב כי תיירות רפואית היא למעשה שר"פ, "אנחנו מייצרים אפליה בין השר"פ הישראלי שלנו, אם כבר יש שר"פ, לבין השר"פ התיירותי. עובדה שבית חולים שיבא לא נותן אפשרות לאזרח במדינת ישראל לקבל שירות רפואי פרטי ולמה התייר כן יכול לקבל אותו? למה אזרח, בכסף שלו, באותה פוליסה שיש לו ושהוא משלם עבורה, לא יכול לקבל את זה בתוך בית חולים שיבא? לא זו אף זו, אני לא יודע להיכנס לשיבא אבל בבתי חולים אחרים – וזה באופן ברור קיים – יש העדפה לאותה רפואה תיירותית כי זה מוציא שם לרופא והרופא מקבל דברים אחרים והם מעדיפים את זה על שירותי הרפואה הפרטית. לכן הפעלת הרגולציה היא חשובה מאוד ויש אפשרות לעשות אותה לגבי הרפואה התיירותית ודבר ראשון להשוות אותה לרפואה הפרטית בארץ".¹¹³

אפשר לטעון כי הפעלתה של תיירות רפואית בבתי החולים הממשלתיים מבססת את הטענה כי תיירות רפואית היא סוג של שר"פ אשר אסור להפעילו בבתי חולים ממשלתיים. בנוסף, הפעלתה של תיירות רפואית בבתי חולים ממשלתיים מעלה חשש לפגיעה בחולה הישראלי על חשבון התייר הרפואי, הבאה לידי ביטוי ביחס ותשומת לב שונים, בהארכת התור לחולה הישראלי ועוד. בכך, לא רק שתיירות רפואית מנוגדת לעקרון השוויון עליו מושתתת מערכת הבריאות הציבורית, אלא גם לכללי מנהל תקין ולמסגרת החוקית בה פועלים בתי החולים הממשלתיים ותאגידי הבריאות מכוחם. בנוסף, הפעלת תיירות רפואית מעמידה רופאים ציבוריים במצב של ניגוד עניינים ומאפשרת חדירה של אינטרסים כלכליים למערכת הציבורית. כתוצאה מכך נוצר חשש לשימוש במקורות ציבוריים לצרכי תיירות רפואית, או לעידוד ביקושים במערכת ומביאה למתחים ולתסכולים כתוצאה מהגדלה משמעותית וגלויה בהכנסה רק של חלק מהרופאים ולא של כולם.

¹¹³ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>

האסדרה הרצויה על משרד הבריאות

בכיר במשרד הבריאות אמר "אני מאמין שבתיירות רפואית, בגלל הרגישות, האסדרה צריכה להיות יותר עמוקה. הדיונים בוועדת גרמן" הם דווקא על עודף רגולציה, אני לא חושב שאנחנו נמצאים במקום הזה במערכת הבריאות, אני ממש לא מאמין בזה, ואני חושב שבנושא הזה נצטרך לעשות רגולציה יותר קפדנית. מדוע? כי זה נושא רגיש וכי צריך להבטיח את פונקציית המטרה: שיפור המענה לאזרחים. צריך לקבוע להם (לבתי החולים) כללים, למשל, בוא תגיד לי מה עשית עם הכסף (מתיירות רפואית) - תצבע את הכסף. תגיד לי אם ניתחת את החולים בבוקר או בערב, אם ניתחת אותם בבוקר, תסביר למה ומה עשית אחרי הצהריים כדי לתת מענה לחולה הישראלי. הכלל הראשון, השני, השלישי, הרביעי והחמישי הוא שזה משפר את הטיפול באזרחים הישראלים ולא בא על חשבונם, זו זכות הקיום של התיירות הרפואית בישראל. זו הרגולציה שאנחנו רוצים לעשות, ברגע שהם צובעים לי את הכסף ומראים מה עשו עם הכסף, אז בסדר, סביר, הגיוני. אני לא נגד תיירות רפואית, אני בעד בתנאי שתהיה רגולציה נכונה. בתנאי שהיא תבטיח לשפר, שבסוף הישראלים ייהנו, אם הם לא ייהנו, חבל על הזמן". בכיר לשעבר במשרד הבריאות מאד תומך בהחלת מסקנות "ועדת אפק", אך יותר מהכל הוא הבהיר כי הוא רוצה להגביל את התיירות הרפואית בישראל. הוא הגדיר את הכסף שהגיע לבתי החולים כ"צינור חמצן" - "הבעיה היא שכשאתה יוצר לעצמך צינור חמצן אתה הופך להיות תלוי בו אתה לא צריך להפוך להיות מכור, גם צינורות חמצן צריך להגביל".

בדיון בכנסת (23 בדצמבר 2013) אמר פרופ' גמזו "הדרך הזאת (עליית התיירות הרפואית) מחייבת אותנו לרגולציה קפדנית ולא אוטו-רגולציה כי אוטו-רגולציה פה ואוטו-רגולציה שם, כל אחד יחליט מה שהוא רוצה. אני יודע היום ששכר לרופא שמנתח תייר רפואי, בחלק מהמקומות גדול פי שלוש ולפעמים פי ארבע מהשכר שאותו רופא מקבל עבור ישראלי. מה זה עושה? הרי בחוזר שעמדנו להפיץ אמרנו שזה אסור. אסור לתת שכר שונה כשאתה מנתח ישראלי וכשאתה מנתח תייר כי אחרת מערכת התמריצים מאוד מאוד ברורה. כשאתה מביא חצי מיליארד מבחוץ של תיירות רפואית, זה בסופו של דבר יוצר ביקוש נוסף בתוך מערכת לחוצה גם כך וזה יוצר שוב לחצי שכר אדירים שמשפיעים בסופו של דבר על כל המערכת שלנו. לכן אין ברירה, צריך לקבוע כללים מאוד מאוד מסודרים ונוקשים שחלקם עוצרים את התיירות הרפואית. שיהיה ברור, הכללים ימתנו, הם לא יאמרו שנפתח עוד ארבעה בתי חולים פרטיים לתיירות רפואית. לא יהיה דבר כזה. כל מי שמפחיד אותנו כל הזמן ואומר שהכול ילך לאסותא, אסותא היא לא בור ללא תחתית וגם בתי החולים הפרטיים נגמרים מתישהו. אנחנו צריכים לשמור את האמון של האזרח הישראלי בתוך בתי החולים שלנו והאמון עלול להתערער מחוסר שליטה כזאת".¹¹⁴ חבר ב"ועדת אפק" חושב שמדובר בנושא שקל מאד לאסדרה. "זה לא הנושא המרכזי של מערכת הבריאות, הכי חם במערכת, זה נושא קל יחסית לאסדרה, בגלל שזה מדבר על כסף חיצוני שנכנס למערכת. מערכת הבריאות סובלת ממחלות קשות רבות אחרות שראוי לטפל בהם, יכול להיות שתיירות רפואית יכולה להציל מחלה אחרת במערכת".

¹¹⁴ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>

בין מנהלי בת החולים הדעות הן שונות לגבי האסדרה והפיקוח הרצויים. יש את מי שלא רוצים שמשדד הבריאות יגביל את פעילות התיירות הרפואית בבית החולים, בכיר באחד מבתי החולים אמר "אנחנו רוצים שלא יפריעו לנו לעבוד ולהביא כסף לתושבי מדינת ישראל. צוואר הבקבוק שלנו הוא לא התיירים אלא היכולת שלנו לטפל בהם. אני אתן לך דוגמא: כלל התיירות הרפואית במדינת ישראל היא סדר גודל של חצי מיליארד ש"ח תחלקי ל-4 או ל-3.5 בתי חולים תקבלי כמה? 200 מיליון ש"ח. ירדן שרמת הבריאות שם הרבה יותר נמוכה משלנו, הרופאים פחות טובים משלנו, התשתיות הרפואיות פחות טובות משלנו ועושה מיליארד דולר בשנה, כי שם מכבדים את התייר הרפואי". מנהל אחד מבתי החולים הציע כי רק משאבים שהם בעודף ינתנו לתיירים רפואיים. "הכללים צריכים להיות מאוד ברורים ולהגיד שמשאב שהוא במחסור לא יינתן לתיירות רפואית מראש. משאב שהוא ביתר, שאתה יכול להשתמש בו בלי לפגוע בציבור הרחב, אז כמובן שאפשר יהיה לתת את זה ולהציע את זה לכל המרבה במחיר". הוסיף כי בכל מקרה הפיקוח של משדד הבריאות צריך להיות מצומצם ויעסוק רק במקרים החריגים.

מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים הציע גם הוא פתרון דומה לאסדרה "אתה יכול לבחור את הפעולות, יש פעולות שיש בהן "Under capacity" שאתה יכול לתת עוד וזה לא פוגע באף אחד, אתה יכול לנתח את התיירים ולשלוח אותם למלון ויש דברים שללא ספק באים באיזושהי התנגשות, אתה צריך לקבוע או להגביל בין 0 ל-10 אחוז". בנוסף, הציע כי משדד הבריאות ינחה קווים כלליים אך כל בית החולים יקבע כללים פנימיים לעצמו לאסדרה "האסדרה צריכה להיות מרכזית (במשדד הבריאות) ובית החולים צריך לקבוע לעצמו את המדיניות שלו, כל בית החולים יש לו מקומות שבהם הוא יותר עמוס ופחות עמוס, אבל הוא צריך את המדיניות שלו לכתוב ולהעביר למשדד הבריאות. עקרונות הפעלת תיירות רפואית תחת הנחיות משדד הבריאות. היום מרוב שרוצים לעשות בקרה כל כך צמודה אין בקרה בכלל, אני חושב שצריכה להיות בקרה שאומרת אלו הם הכללים ממשדד הבריאות, אבל כל בית החולים יכתוב את הפרוטוקול הרלוונטי שלו, שמתאימה לאופי הפעילות שלו ולתשתיות שיש לו ויעבירו לאישור/ידיעה, אבל זה מחייב כל בית החולים להתמודד עם השאלה הזו ולתת בסוף השנה דיווח איך הוא עמד בקריטריונים הללו. במחלקות מסוימות יפתחו אזורים רק לתיירים רפואיים, ניתן להגדיל אזורים לטיפול בתיירים, אז נותנים לו (למנהל בית החולים) אפשרות לפתוח עוד 20 מיטות, אומרים לו שעם המיטות האלה ועוד שני חדרי ניתוח ואיתם יכול להתעסק בתיירות רפואית. המדינה לא שותפה למימון היא נעשית בצורה סגורה. כיום כל בית החולים קובע לעצמו את הבקרה, אם הוא רוצה בכלל בקרה. "הדסה" יכולה להיות בית החולים שכל החולים בו יהיו זרים, מבחינת הביקוש, אבל לא מעזים לעשות את זה ולא חושבים שזה נכון לעשות את זה".

שאלתי את המרואיינים האם כדאי שמשדד הבריאות יתערב באסדרה על התיירים הרפואיים שמגיעים וינתב אותם גם לבתי חולים בפריפריה? בכיר מאחד מבתי החולים אמר "בתי החולים היותר הקטנים והיותר פריפריאליים כמעט לא עושים תיירות רפואית ולכן כשבא להם תייר רפואי הם די מתבלבלים ולא יודעים איך לעצב את הדברים ולכן הקטנים תמיד ישמחו לרגולציה יותר מאשר הגדולים, כי הגדולים למדו לחיות ולהסתדר לבד והקטנים לא. כל בתי החולים הגדולים מתחרים אבל יש עבודה לכולם. רוסיה היא ארץ גדולה ויש בה הרבה חולים". מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים אמר כי הוא לא חושב שהמדינה צריכה להתערב ברמה הזו ולכוון את התיירים לאיפה ללכת. מנגד, בכיר לשעבר במשדד התיירות אמר כי "בשביל התיירים הרפואיים גם צפת ופוריה יכול להיות הצלה, אך בתי החולים בפריפריה

יצטרכו להוריד מחירים ולהיות תחרותיים". גם בכיר בהר"י חושב שיש לבצע אסדרה שתטיב עם בתי החולים בפריפריה. "על התורים כן משרד הבריאות יכול לפקח. ואז אם הוא רואה שבמקום אחד אין תור אז הוא אומר שאפשר לעשות את זה בפריפריה. החוכמה היא שהרגולציה צריכה לקבוע קווים מנחים, כללים בסיסיים וצריכה לתת לבתי החולים אפשרות להתחרות זה בזה".

שרת הבריאות יעל גרמן התייחסה בדיון בכנסת לנושא היתרונות של תיירות רפואית לבתי החולים בפריפריה, "אני רוצה להוסיף ליתרונות של תיירות המרפא, כמובן בתנאי שהיא לא על חשבון האזרח שלנו, זה תנאי יסודי. יש לנו היום בפריפריה מיטות ריקות. שערנו בנפשכם, אני רק מעלה את זה וזה עדיין לא ברור שזה יהיה, שיהיה איזשהו מערך מקוון בו אנחנו יודעים בכל זמן נתון היכן נמצאות מיטות ריקות לבתי מנוצלות ונוכל לנתב את התיירות הרפואית לאותו מקום שבו יש את האפשרות ואת התשתיות כמו למשל נצרת, כמו למשל נהריה, זיו, ברזילי, וולפסון, אסף הרופא. אני לא יודעת, אולי אפילו אילת. שערנו בנפשכם שזה לא יבוא על חשבון המטופל. איזה תועלת אדירה תצמח לנו מכך. לא רק כספית אלא גם התועלת של ניסיון רפואי".¹¹⁵

מהי האסדרה הרצויה על ההסתדרות הרפואית בישראל

עמדתה הרשמית של הר"י (ההסתדרות הרפואית בישראל) בנושא התיירות הרפואית היא כי "יש לגבש תכנית לאומית למימוש תיירות רפואית כתחום ייצוא משמעותי. מוניטין רפואי ישראל, שיטות רפואה מתקדמות מחד גיסא, ומאידך, צורך הולך וגובר ויכולת להשקיע משאבים בקבלת טיפול רפואי במדינות רבות בעולם, מהווים יסוד לפיתוח תיירות רפואית. התכנית הלאומית אמורה להבטיח מניעת פגיעה כלשהי במטופלים ישראלים במקביל להפניית משאבים לטובת הטיפול בתיירים. יתרונות פיתוח תחום זה: (1) הגדלת ההכנסות בבתי החולים לטובת השקעה בתשתיות (2) הכנסת מטבע זר לקופת המדינה (3) העמקת הניסיון של הרופאים הישראלים במחלות נדירות (4) שיפור תדמית ישראל בעולם. יחד עם האמור, חשוב שכל תכנית לאומית המסדירה את נושא תיירות הרפואית תקבע מספר עקרונות ברורים אשר יבטיחו שציבור המטופלים תושבי הארץ לא ייפגע, ביניהם: (1) הגבלת היקף עבודת הרופאים בתחום זה (2) התניית עבודת הרופא במסגרת תיירות רפואית במתן שירות למטופלים המקומיים בהיקף מסוים (3) קבלת מטופלים-תיירים החל משעות אחר הצהריים בלבד (4) קבלת מטופלים-תיירים במחלקות בית החולים הקיימות ולא בנפרד (5) הבטחת תנאי אישפוז (מלונאות) לתושבי הארץ זהים לאלה של מטופלים-תיירים".¹¹⁶

בכיר בהר"י אמר כי הוא משוכנע שצריכים אסדרה (רגולציה) "אבל הרגולציה צריכה להיות כזאת שלא חונקת את התחום הזה. אני משוכנע שתיירות רפואית היא הזדמנות לאומית ממדרגה ראשונה. המדינה נכשלת כל פעם כשהיא נכנסת לנושאים של שוק בצורה גסה או רחבה מדי. זה הוכח על-ידי הרבה מדינות שנכשלו בגלל עודף רגולציה. מדינה צריכה לאפשר תחרות ולקבוע כללים שלא יהיה מצד אחד חונק מדי ומצד שני שלא יהיה פרוץ מדי. הוסיף כי תיירות רפואית צריכה להתבצע בשלושה מישורים: "הראשון, עבודה אחר הצהריים, קרי לא על חשבון הישראלים. השני, תהליך קיצור תורים גם לישראלים,

¹¹⁵ מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>

¹¹⁶ אידלמן, ליאוניד. עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל לועדת שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן, לחיזוק הרפואה הציבורית, מוגשת בהמשך להופעת נציגי הר"י בשיבת הוועדה שהתקיימה ב-25.7.13, ספטמבר 2013, עמ' 7-8.

יוחלט שמי שיש לו תור ארוך לישראלים לא יוכל לעשות תיירות רפואית. השלישי, תנאים זהים של מלונאות לתייר הרפואי ולאזרח הישראלי". מבחינתו של הבכיר בהר"י, האסדרה בתחום תיירות הרפואית קשורה בהכרח גם לנושא קניית מכשירים רפואיים לבתי החולים. "חלק מהכסף מהתיירים צריך לשמש לקניית מכשירים חדשים, זאת בדיוק הנקודה, מספר מכשירי סי-טי ובמיוחד מספר מכשירי MRI במדינת ישראל הוא מזעזע. הוא קטן בהרבה מכל המדינות האחרות, אנחנו נמצאים בתחתית הרשימה. האוצר צריך להסיר את המגבלה שלו למכשירי סי-טי ו-MRI. האוצר מגביל כי הוא רוצה להקטין את השימוש באמצעים האלה כדי להקטין את ההשקעה בבריאות. מה שיקרה שגם חברות פרטיות וגם בתי חולים פשוט יקנו מכשירים נוספים".

האם לאפשר אסדרה פנימית בבתי החולים - דוגמאת שירותי בריאות כללית

שני בכירים ב"שירותי בריאות כללית" אמרו כי כדי לפקח על התופעה בבתי החולים שלהם, הם היו חייבים ליצור מערכת כללים מוסדרת שכל בתי החולים השייכים לשירותי בריאות כללית היו חייבים לעמוד בפניה. אחד מהם תיאר את מערכת הכללים שקבעה הנהלת הכללית שכשתופעת התיירות הרפואית החלה לצמוח. "קודם כל הגדרנו כלל ראשון שחייב להיות 30% רווח מינימום. הדבר השני, הגדרנו כללי דיווח מסודרים ויש דוחות רבעוניים שהם אמורים להגיש מידי רבעון, מכל שקל שהיה, בית החולים קיבל תקציב לפיתוח, כל הרווח נשאר בידי בית החולים. אבל אם בית החולים חרג מתקציבו השוטף, הוא לא קיבל את כל הכסף, הוא קיבל 75%, 80% מהרווח. בנוסף, הגדרנו כללים ברורים לשכר, כמה מותר לשלם, זאת אומרת, מה מותר לשלם, גבולות השכר המותרים וגבולות המחירים המותרים. כל שקל, אני חוזר, כל שקל, אף אחד לא לקח אותו לשום תוספות שכר, הוא רק מיועד לתקציבי פיתוח. התקבלה החלטה ב-2010 שהולכים לכיוון שכל בית חולים לנפשו, ההנהלה היא רק רגולטור. הגדרנו את הניתוחים שחייבים להיעשות אחרי שעות העבודה, שזה חייב להיות אלקטיבי (לא דחוף). פשוט לא אפשרנו שום מצב שמנהלי בתי חולים, או מנהלי כספים, שהיו אינסנטיב מאד חזק בנושא הזה, ידחפו למלא מיטות בתיירות רפואית על חשבון ישראלים. עד סוף התפקיד שלי זה הגיע ל-100 מיליון ש"ח בכללית. תיירות רפואית, היא נחוצה, בתנאי שעומדים בכללים האלה היא נחוצה, ובתנאי שכל הכסף חוזר לטובת בית החולים תחת ההגדרה של שימור הכוח הרפואי בבתי החולים. אין ספק שאפשר לאהוב את זה אפשר לא לאהוב את זה, כסף מניע חלק מהאנשים. אתה חייב להיות בשוק תחרותי. לפעמים אני חושב שיש כאלה (בבתי החולים) הממשלתיים שמתבלבלים. להם אין את הרגולציה שלנו (בכללית).

בכיר אחר בשירותי בריאות כללית אמר כי "ההנחיות הפנימיות שלנו מסודרות כולל כל הנושא הכי רגיש והוא הכספי למי משלמים איך ולמה, הנחיות הכללית שסעיפי התקציב של תיירות רפואית יהיו נפרדים. אני לא חושב שמשרד הבריאות באמת יודע ושולט בבתי החולים שלו, אני אומר בצניעות שכללית שולטת הרבה יותר על מה שמתרחש אצלה, אני חושב שניהול בתי החולים והשליטה בבתי החולים היא הרבה יותר הדוקה באופן טבעי. כמנהל בית חולים בכללית הספרים שלי פתוחים בהנהלה, אני לא צריך לדוות, ההנהלה לוחצת על כפתור ורואה מה קורה אצלי, כל סעיף אצלי של הכנסה והוצאה היא רואה ולכן אין בזה בעיה הכל חשוף וגלוי".

תחום חשוב נוסף שחסרה בו אסדרה הוא תחום חברות התיירות הרפואית וסוכניהם. ההערכה היא שכיום פועלים בישראל מאות סוכני תיירות רפואית, העובדים כעצמאים או בחברות המעסיקות מספר סוכנים, הן בארץ והן במדינות הייעודיות, ושמטרתם לתווך בין חולים לבין בתי חולים ורופאים מקומיים. חלק מהסוכנים אף מחזיקים בקליניקות שבהן מתבצעים אבחונים וטיפולים. מנכ"ל חברה לתיירות רפואית טוען כי ישראל צריכה לעסוק בעיקר בשיווק התחום ולא בפיקוח עליו. "היתרונות שיש לתיירות הרפואית במדינת ישראל לא רק למערכת הבריאות אבל בוודאי למערכת הבריאות, שהיא מהווה מקור הכנסה, המדינה צריכה לקחת את זה ולשווק עצמה בעולם בשביל שיהיו פה פי עשרה יותר תיירים ולכן אין צורך ברגולציה של המדינה".

מנגד, מנכ"ל חברה אחרת לתיירות רפואית אמר "אנחנו מאד רוצים שיהיה פיקוח, כשיש מסגרת של כללים אז מי שלא טוב אוטומטית מנופה מהשוק ומי שכן טוב הופך להיות בתוך אותם כללים, איך להתנהל כמו שצריך. אנחנו מאז ומתמיד, להבדיל מחברות שיצרו את הסטיגמה השלילית בשוק, קמנו כחברה נורמאלית, מסודרת שמציעה את עצמה באופן מסודר והוגן ללקוחות. בהרבה אופנים אנחנו נפגעים מזה שאין רגולציה, כי אנחנו זה כמו בספורט, אנחנו עולים למגרש ומשחקים "פייר" ומי שמשחק "מלוכלך" אז לפעמים השופט לא רואה וזוכה בכדור. אז מבחינתנו, עדיף שיהיה שופט ועדיף שיהיו כללים. כל עוד אין רגולציה אי אפשר לדבר על איזון כי כל אחד עושה, בערך, מה שהוא רוצה. כשיש רגולציה אפשר באמת למנף את זה ולמצוא את האיזונים, אני לא חושב שרגולציה תפגע בנו ספציפית, אני לא חושב שהיא תפגע באף חברה מהחברות היותר מאורגנות, היא תפגע בכל ה"חאפרים" כי באמת כשהיו כל מיני מגבלות אז גם בתי החולים יצטרכו לתעדף, אז מן הסתם הם יעדיפו לעבוד עם החברות היותר מאורגנות. דווקא הרגולציה בהפוך על הפוך יכולה לתרום להכנסות באיזשהו מקום, אבל לא בגלל זה אנחנו בעד רגולציה כי שוב, אנחנו מעדיפים שיהיה הוגן, הכללים היו ברורים ובמסגרת זה אנחנו נורא נרצה לנצל. מאוד אהבתי את היוזמה לאסדרה של ליצמן, נורא פשוטה: אם יש מספיק תורים לישראלים יקבלו יותר תורים לתיירים, נשמע פשוט, נשמע הגיוני, לא מסובך ולא מורכב. נכון להיום אין רגולציה. כשיש רגולציה אפשר להתחיל לדבר על עצם הרגולציה ולהתחיל לאזן אותה ואת האינטרסים, לא משנה שום דבר תיירים באשר הם בתיירות רפואית, מכניסים המון כסף למדינה, כסף שאח"כ עושים בו כל מיני דברים, גם לתועלת האזרחים. אז חוכמה מאוד קטנה להגיד אנחנו לא רוצים תיירים כי זה תופס לנו מקומות".

למרות ששני מנהלי חברות התיירות הרפואית רואים בעין שונה את נושא האסדרה (האחד מתנגד והשני תומך) של חברות תיירות הרפואית בישראל, שניהם מסכימים כי חברות תיירות רפואית הן למעשה חברות תיווך - בין הרופא לתייר הרפואי. אחד מהמנכ"לים שראיינתי אמר "אני לא יכול לקחת על עצמי את כל אחריות על הלקוח, התפקיד שלנו הוא רק לתווך בין החולים לבין מערכת הרפואה. אני לא רופא, אני לא מתיימר להיות רופא, אני לא אומר לו שאני רופא, להיפך אני מדגיש בפני התייר - אתה בא אלי כי אני יודע להביא לך את הרופא מהר, את הרופא הכי טוב שיש ולארגן לך את כל הטיפול הכי טוב ומהר שיש. לא מתפקידי לדבר איתו על דברים רפואיים בכלל, אבל אני תמיד מעורב, אין שעה שאני לא יודע בכל שעה של היום מה קורה עם כל אחד מהפציינטים שלי, אני דורש את זה מעצמי ומהצוות שלי. זאת המחויבות שלנו, אנשים משלמים לנו כסף אנחנו צריכים לדאוג להם, בשביל זה הם באים אלינו, אחרת מה תפקידנו? כל הלקוחות שלי בלי יוצא מן הכלל מקבלים יחס הכי אישי שיש בעולם מכל הצוות שלי". המנכ"ל השני שראיינתי הדגיש כי חברת תיירות רפואית היא לא חברה של רופאים ולכן אחריותם היא רק בעצם התיווך בין הרופא לתייר הרפואי. "אנחנו לא חברת רפואה אנחנו חברה שהערך שלה הוא בלתווך

ולהתאים בין מי שצריך טיפול רפואי לבין מי שיכול לתת את הטיפול המתאים. לרופאים אין הסכם התקשרות איתנו". נשאלת השאלה - האם חברת תיירות רפואית יכולה להיות חברת תיווך בלבד? במהלך הראיון אחד מהמנכ"לים סיפר לי על לקוח שלהם שנמצא בארץ באשפוז אך מצבו הדרדר. הוא חשף בפניי כי אחת העובדות שלו, שהייתה אמורה לתרגם מעברית לרוסית מסמך רפואי שכתב רופא ישראלי ללקוח שלהם, שגתה בתרגום המסמך הרפואי והלקוח קיבל מידע שגוי. מהתרשמותי הכללית נראה כי המקרה הזה אינו מייצג את החברה אותה הוא מנהל אך הוא מעיד על מערכת שעובדת עם פציינטים בנושאים הרפואיים הרגישים ביותר ולכן נושא אסדרת הסוכנים הוא מאד חשוב וקריטי, כך שחברת תיירות רפואית חייבת לעמוד בפני סטנדרטים רפואיים ואתיים מסוימים.

כמה מרואיינים תיארו את שוק חברות התיירות הרפואית בישראל. עבור בכיר במשרד התיירות לשעבר מדובר בשוק פרוץ "אני רציתי לאסדר את חברות התיירות הרפואית, כי הגיעו אלי לא מעט ריקושטים על תיירים שרימו אותם. הרוב זה חאפרים. יש 900 כאלה אנשים עם מזוודה שקמים בבוקר, הולכים ומשחזים את הרופא, הולכים ומבטיחים 'בובע מייסעס' ללקוחות והם לא אמיתיים. האסדרה היתה בעיקר בתחום של מה זה הצעת מחיר? מה היא כוללת? גילוי נאות. אני לא חושב שזה תפקיד משרד התיירות לאסדר את נושא הסוכנויות וחברות תיירות רפואית, זה תפקיד משרד הבריאות". בכיר בשירותי בריאות כללית אמר, "העבודה מולם (סוכני תיירות רפואית) היתה לא מוסדרת. הם היו, בלשון המעטה, לא אמנים. היו גובים ממנו בברית המועצות מחיר כפול ומכופל, וכל מיני טריקים מלוכלכים". בכיר בהר"י אמר "כדי שזה לא יפגע באזרח הישראלי צריכה להיות תוכנית לאומית איך לפתח את זה. אסור להשאיר את זה בידיים של הסוכנים ואסור שהשוק הזה יהיה שוק פרוץ, כי זה לא עושה שם טוב למדינת ישראל".

נושא נוסף לאסדרה בתחום זה הוא סוגיית העמלות לסוכני התיירות הרפואית. בבית החולים שיבא 12% מההכנסות מתיירות רפואית עוברות לכיסם של הסוכנים. מנהל שיבא, פרופ' זאב רוטשטיין, אמר כי הוא מגביל את התשלום לסוכנים שעובדים עם בית החולים לעד 15% מהתשלום של התייר, אך ציין כי "זה מבריא מאתנו הרבה סוכנים למקומות אחרים, שבהם הם יכולים לקבל גם 40%-50% ואפילו 100%". "אין לי דרך לדעת אילו פעולות בלתי חוקיות הסוכן עושה", הודה רוטשטיין בראיון לעיתון "דה-מרקר". "לא מעט תיירים התלוננו אצלנו על סוכנים, ובתגובה העפתי את הסוכנים האלה לכל הרוחות מבית החולים. היו גם מקרים שתפסנו סוכנים שעשו יד אחת עם המתאמות (אחיות שמלוות את התיירים ומועסקות על ידי בית החולים) שלנו - והן מצאו את עצמן בחוץ באותו הרגע".¹¹⁷

דו"ח החשבת הכללית באוצר (יוני 2014) העלה כי רוב התיירים מגיעים לישראל באמצעות סוכנים שנחלקים לשני סוגים מרכזיים: "סוכן עמלה" - מקבל את העמלה מבית החולים: התייר משלם ישירות לבית החולים (תאגיד הבריאות) שמשלם לסוכן עמלה, או "סוכן מממן" שגובה את העמלה מהתייר עצמו, בשיטה הבאה: הסוכן מקבל את התשלום המלא מהתייר ומשלם לבית החולים עבור הטיפול, ואת היתרה גובה כעמלה לעצמו. לגבי הסוג השני של הסוכנים נכתב בדו"ח כי בשיטה זו התאגיד לא מודע לגובה העמלה שגבה הסוכן. "מנגנון התחשבות כזה גורם לחשיפה של דיסאינפורמציה בין התייר המטופל לתאגיד הבריאות בית החולים וייתכן שהסוכן גובה במקרים אלו עמלה גבוהה, דבר שמעלה את המחיר לתייר ופוגע בכושר התחרות של בית החולים אל מול בתי חולים אחרים בארץ ו/או בעולם ובמוניטין של בית החולים". עוד נמצא בדו"ח כי העמלות שסוכני התיירות הרפואית מקבלים לכיסם נעות בין 10%-20% (בשני בתי החולים הגדולים - שיבא ואיכילוב). בבתי החולים הקטנים יותר (רמב"ם, אסף הרופא וולפסון)

¹¹⁷ לינדר-גנץ, רוני. כך פועלים סוכני תיירות רפואית מתחת לרדאר, אתר דה-מרקר, 9.1.2014, <http://www.themarket.com/news/health/1.2212262>

העמלות לסוכנים יכולות להגיע עד 30% מעלות הטיפול. עוד עלה מן הבדיקה ממצא חמור ולפיו "עובדי בתי החולים משמשים לעיתים כסוכנים בעצמם" וכי לעיתים הם רושמים את שם החברה שדרכה הם פועלים כסוכני תיירות רפואית על שם קרוב משפחה שלהם, על מנת שבדיקה שטחית לא תאתר זאת.

בדו"ח צוין כי שוק סוכני התיירות הרפואית בו פועלים מאות סוכנים "אינו מוסדר ואין בו כללים, נהלים או גוף מסדיר או מפקח על תעשיית התיווך בתחום התיירות הרפואית". בנוסף, ההתקשרות של בתי החולים עם סוכני התיירות הרפואית לא מתבצעת בהליך של מכרז, אלא כל עוסק מורשה או חברה בע"מ יכולים להיחשב כסוכן ולהתקשר בהסכם עם תאגיד הבריאות. תהליך ה"קבלה" לא מוסדר ו"לא ברור לצוות הביקורת כיצד מתקבלת החלטה האם לקבל אדם או חברה כסוכן או לא וקיימת בעייתיות מבחינת שוויוניות בהליך הקבלה".¹¹⁸ בחלק מבתי החולים אף נמצאו עובדים או קרובי משפחה שלהם שמשמשים כסוכנים. שיעורי העמלות המשולמים לסוכנים שונים משתנים בין סוכן לסוכן ובין בית החולים אחד לשני. הדו"ח מתייחס באופן ספציפי לסוכן התיירות הגדול בישראל, חברת 'מש מד' שבבעלותו של נעם לניר. החברה עובדת עם בתי החולים הממשלתיים שיבא, רמב"ם וולפסון. עובדי משרד האוצר מצאו כי לשני בתי החולים הקטנים מבין השלושה - וולפסון ורמב"ם, סעיף בהסכם ההתקשרות עם החברה שלפיו "כל תייר המגיע לביה"ח שלא דרך סוכן אחר, יצורף אוטומטית למאגר התיירים המזכים את 'מש מד' בעמלת תשלום". "לביקורת לא ברור על סמך מה ולמה", כותבים מחברי הדו"ח. בנוסף, בכל שלושת בתי החולים נציגי החברה יושבים בתוך בית החולים מבלי לשלם על כך, ובהסכם עם החברה נכלל סעיף שמאפשר לסוכניה להציג את עצמם כבית החולים ולכלול את שם ולוגו בית החולים בכלי השיווק שלהם. חשוב לציין, כי לאורך כל המחקר ניסיתי לראיין את אחד מבכירי חברת 'מש מד' אך לא זכיתי לכל מענה בכל אחת מפניותיי.

חלק מהמרוויינים הסבירו כי כדי שבתי החולים הגדולים יוכלו להתמודד עם השוק הפרוץ של חברות התיירות הרפואית הם יצרו התקשרות עם חברות תיירות רפואית גדולות ומבוססות ולמעשה העניקו להן בלעדיות (כמו שצוין לגבי חברת 'מש מד'). מנהל לשעבר של אחד מבתי החולים הסביר כיצד הוסדר נושא הסוכנים בבית החולים אותו ניהל, "מיסדנו את זה עם חברה גדולה שהתקשרנו איתה והיא עושה את כל העבודה באמת בשביל שזה יהיה מסודר ומאורגן". למרות שבתי החולים הגדולים נותנים סוג של בלעדיות לחברה אחת של תיירות רפואית, סיפר אחד המנכ"לים של חברה לתיירות רפואית כי יש חברות בשוק התיירות הרפואית שמציגות ללקוחות שלהן מצג שווא בו הן המעסיקות של הרופאים בבתי החולים, גם הציבוריים והממשלתיים. "מה שחברת 'טופ איכילוב' עשתה זה אמרה שהרופאים של בית החולים איכילוב עובדים אצלה, במתחם שלה, הם במשך שנים שיקרו ללקוחות שלהם. 99% מחברות תיירות הרפואית משקרות ללקוחות, לצערי יש חברות שלא בוחלות בכל טקטיקה כדי לקחת לקוחות".

בעקבות תחקיר "עובדה" (דצמבר 2013), שבו נחשפה בין השאר הקלות שבה סוכנים רפואיים מסתובבים ונכנסים לחדריהם של הרופאים ואף מנהלים עמם משא ומתן כספי, פנתה הנהלת איכילוב לחברות התיירות הרפואית שעובדות עם המרכז הרפואי, בדרישה כי עובדיהן יענדו תג זיהוי בתחומי בית החולים, המעיד כי האדם הוא סוכן תיירות רפואית שחתם על הסכם עם בית החולים. "תג זה יאפשר כניסה בשערי בית החולים ללא בדיקה, וכן יאפשר לכם, בכפוף לעמידה בנוהלי התיירות הרפואית, לקבל מידע רפואי ולקבוע תורים בקשר ללקוחות המטופלים על ידיכם", נמסר לסוכנים. הסוכנים יקבלו את התגים בכפוף לחתימתם על הסכמה לבדיקת הרישום הפלילי שלהם, וחתימה על הצהרה שבה הם

¹¹⁸ מזור, יוסי. ביקורת בנושא הכנסות מתיירות מרפא בבתי החולים: איכילוב, שיבא-תל השומר, רמב"ם, וולפסון ואסף הרופא, משרד האוצר - אגף החשב הכללי, יחידת הביקורת, מאי 2014. 7-9

מתחייבים לשמירה קפדנית של כללי הסודיות הרפואית של התיירים שטיפולם.¹¹⁹ בינואר 2014 קיים העיתון "גלובס" שיחה עם כמה סוכני תיירות רפואית: ולרי קרביץ, בעלים ומנכ"ל של הסוכנות הרפואית "ישראלניק", יבגני וסילייב, בעלים ומנכ"ל של סוכנות "ישראלמדיק", דוד קופר, מבעלי "אניסימה מרפאות מומחים", ואולג טוביאנסקי, בעלי הסוכנות "ישראל מדי קלטור". "צריך לדאוג שהאורגניזם הזה יפעל, ושהוא יהיה מאוזן גם מבחינת התיירות הרפואית וגם מבחינת מערכת הבריאות הישראלית. אחד יכול לתרום לשני וכולנו צריכים לדעת לעבוד יחד", אמר קרביץ. סילייב הוסיף, "זה הביזנס שלנו, שמביא פרנסה למשפחות רבות, וחבל שיפגעו בו. נלחמנו הרבה שנים בתחום התיירות הרפואית מול גרמניה, שווייץ ואוסטריה, הבאנו את החולים לישראל ועכשיו הם יברחו לשם בחזרה".¹²⁰

האסדרה בנושא חברות תיירות הרפואית צריכה לעסוק גם בטווח המחירים של הניתוחים המבוצעים בתיירים רפואיים. במשרד הבריאות קיים מחירון עבור תיירים רפואיים (כפי שהוצג בפרק ההכנסות) אך על פי מנכ"ל לחברת תיירות רפואית מדובר במחירון גבוה ממה שהם כחברה מצליחים להשיג עבור לקוחותיהם. "יש מחירון של משרד הבריאות שמבחינתנו זה הרף הגבוה, בדרך כלל זה יוצא יותר זול להרכיב את הטיפול הרפואי במערכת הפרטית מאשר לעשות את זה דרך בית החולים ציבורי. הרווח של חברות התיירות הרפואית זה בפרוצדורות (ניתוחים) הגדולות, שמחן אנו מתקיימים. אם אני לוקח תייר רפואי לאיכילוב או שהוא הולך לאיכילוב ישירות זה עולה אותו דבר, מה שהוא משלם שם הוא משלם אצלי רק שאני אקבל 10% עמלה מאיכילוב, לא ממנו. אם הוא הולך לבית החולים "אסותא" והוא מנסה להרכיב את הטיפול לבד ולא דרכי, הוא יקבל את העלות בערך ב-50% יותר ממה שזה עולה לי. אני יכול להרכיב את הכל ולהוסיף לזה עוד 30% רווח ועדיין אני אהיה יותר זול מאשר בית החולים אסותא בעצמו. במערכת הציבורית הוא ישלם את אותו מחיר שאני משלם.

בדו"ח החשבת הכללית באוצר נמצא כי בחלק מבתי החולים חלק מהטיפולים בתיירים הרפואיים אינם מתומחרים לפי מחירון משרד הבריאות וקיים חוסר אחידות בתמחור טיפולים לתיירים בין בתי החולים השונים. נמצא כי חלק מבתי החולים המבוקרים מציעים מחיר לטיפולים בצורה של "חבילה": אוסף של מספר טיפולים/בדיקות/ביקור רופא הנאמדים יחד, ללא פירוט תמחור כל טיפול או בדיקה בנפרד. "העדר הנחיות ברורות בנושא תעריפי תיירות רפואית אינו מאפשר ניהול כספי נאות ובקורות נלוות", נכתב בדו"ח. בנוסף נמצאו מקרים בהם הטיפול בתייר הסתבך וגרר עלויות נוספות, אשר בגינן נוצר חיוב נוסף ללקוח. במקרים רבים מסוג זה נמצא שהתאגיד הכיר בחובות אבודים, שנובעים מיכולת גבייה לוקה בחסר מהתיירים, במיוחד כשהם עוזבים את הארץ. צוות הבדיקה המליץ לאסדר את התעריפים לתיירים כך שישללו גם את עמלת הסוכן, להנחות את בתי החולים הממשלתיים לתמחר טיפול בתיירים לפי מחירון ולהגדיר לתיירים ממה מורכבת בדיוק הצעת המחיר, מנגנוני ביטחון שימנעו מצב של חובות אבודים. אין לאשר הנחות לתיירים רפואיים.¹²¹

אסדרה בתחום הסוכנים דרושה מסיבה נוספת - כיום קיימים שני גופים ציבוריים שהוקמו לייצוג סוכני התיירות הרפואית. האחד, "האגודה הישראלית לתיירות רפואית", עמותה המונה באתר 14

¹¹⁹ לינדר-גנץ, רוני. כך פועלים סוכני תיירות רפואית מתחת לרדאר, אתר דה-מרקר, 9.1.2014, <http://www.themarker.com/news/health/1.2212262>

¹²⁰ נצר, רנן. התיירות הרפואית: תעשייה שמגלגלת מעל 500 מ' ש' בשנה, אתר גלובס, 11.1.2014, <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000907827>

¹²¹ לינדר-גנץ, רוני. תיירים רפואיים מקבלים קדימות - על חשבון ישראלים, אתר דה-מרקר, 11.6.2014, <http://www.themarker.com/news/health/1.2346058>

חברות¹²² אבל ככל שהובא לידיעתי רק שמונה חברות משלמות דמי חבר. השני, "איגוד חברות תיירות רפואית (מרפא) בע"מ חל"צ", גוף המונה 25 חברות המשלמות דמי חבר, בראשו מכהן כמנכ"ל מר ג'קי עובדיה (אחד המרואיינים במחקר).¹²³ מרגע כניסתו לתפקיד (אוגוסט 2014) חותר עובדיה לאחד בין שני הגופים. באופן כללי בשוק קיימות כ-400 חברות תיירות רפואית המעסיקות כ-6,000 עובדים. איתן צפריר, לשעבר היועץ המשפטי של האיגוד (כיום יועץ תקשורת לראש הממשלה) אמר "אנחנו רוצים לפעול לטובת השם הטוב של המקצוע ולנהל דיאלוג מול בתי החולים ומוסדות השלטון. אנחנו בעד הקמת מאגר של סוכנים רפואיים ורק מי שרשום בו יוכל לפעול בישראל, הסוכן לא יהיה אדם עם רישום פלילי, פושט רגל או אדם שלא רשום ברשויות המס. זה יסייע גם מול הציבור הישראלי, שכל הזמן תוקף את הנושא, ובעיקר מול לקוחות מחו"ל, שיוכלו לבדוק אם אותה חברה מפוקחת".¹²⁴ האיגוד גיבש תנאי קבלה מחייבים, שהם למעשה בסיס לרישוי עתידי. בין התנאים: הפעלת משרד, היעדר עבר פלילי והתקשרות בהסכם עם רופא בעל רישיון ישראלי בתוקף שאחראי על בדיקתם של מסמכים רפואיים.¹²⁵

שמונה החברות שהקימו את "האגודה הישראלית לתיירות רפואית", מתכוונות לפעול לקידום מנגנוני פיקוח על התחום, קביעת סטנדרטים של שירות ויצירת אמנה לעוסקים בתחום. לדבריהם, רק חברות העומדות בסטנדרטים של ארגונים רפואיים בינלאומיים ושל משרד הבריאות יוכלו להיות רשומות באגודה. "הקמנו את הארגון כדי לשמר זכות קיום לתחום לעוד שנים רבות", אומר ליאור קרסקין, מנכ"ל האגודה. "אנחנו רוצים שישראל תמשיך להיות מותג מוכר ומפורסם ושהתדמית שלה בתחום תמשיך ותתחזק בעולם ולא נאבד את השם הטוב שיש לישראל. כשיש התנהלות לא תקינה של סוכנים, זה מייצר תדמית שלילית ונותן רוח גבית לגרמניה, שהיא המתחרה העיקרית של ישראל על תיירות רפואית".¹²⁶ אחת הפעולות שמנסה האגודה לקדם, שממומנת מכספי החברות, היא הסברה טובה יותר במדינות המוצא של התיירים לגבי זכויותיהם, בין היתר, באמצעות אתר שמפרט בשפות שונות (עברית, רוסית ואנגלית) את הזכויות והכללים הנוגעים לתיירות רפואית בישראל. "המידע הזה לא היה זמין בעבר ותיירים רפואיים רבים קיבלו לעתים מידע שגוי לגבי אופן הטיפול, מחירים של הטיפולים ואף נהפכו במקרים מסוימים ל'יקורבנות' של מרמה מצד גורמים מפוקפקים שפעלו בשוק", אומרים באגודה.

לצורך כך הם מנסים לקדם חקיקה בנושא, בפברואר 2014 הגישו חברי הכנסת יריב לוין, חיים כץ ואחמד טיבי, הצעת חוק לרישוי סוכנים. בהצעה נקבע כי יוקם מאגר סוכני תיירות רפואית מורשים במשרד הבריאות, והממונה על המאגר יוכל לבטל רישום במקרים מסוימים. חלק חשוב בהצעה מדבר על הפקדת ערבויות על ידי הסוכנים, כדי להבטיח את מילוי התחייבויותיהם כלפי המטופלים ובתי החולים הישראליים. בדברי ההסבר להצעת החוק נכתב "הצעת חוק זו באה לאסדר את העיסוק בתחום באמצעות הקמת מאגר סוכני תיירות רפואית מורשים במשרד הבריאות. הממונה על מאגר זה יוסמך להתנות בתנאים את רישום הסוכנים במאגר וכן יהיה מוסמך לפקח ולבטל רישום במקרים האמורים בהצעת החוק. כמו כן, יוסדרו מתן ערבויות על ידי הסוכנים למילוי התחייבויותיהם כלפי המטופלים וכלפי המוסדות הרפואיים, יוסדר אופן ההתקשרויות בין המטופלים, הסוכנים והמוסדות הרפואיים. עוד מוצע,

¹²² אגודה ישראלית לתיירות רפואית - <http://imta.co.il/he/אודות>

¹²³ איגוד חברות תיירות רפואית לישראל בע"מ - <http://www.ismta.org.il/he>

¹²⁴ נצר, רנן. התיירות הרפואית: תעשייה שמגלגלת מעל 500 מ' ש' בשנה, אתר גלובס, 11.1.2014, <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000907827>

¹²⁵ לינדר-גנץ, רוני. חברות תיירות המרפא מנסות להסדיר הענף, אתר גלובס, 17.3.2014, <http://www.themarket.com/news/health/1.2271419>

¹²⁶ לינדר-גנץ, רוני. כך פועלים סוכני תיירות רפואית מתחת לרדאר, אתר דה-מרקר, 9.1.2014, <http://www.themarket.com/news/health/1.2212262>

לאסדר הקמת קרן מיוחדת לקידום הרפואה בפריפריה אשר תבטיח כי חלק מההכנסות יוקדשו למטרה זו ויתרמו לשוויון בהנגשת המשאבים הרפואיים לכלל הציבור".¹²⁷

ח. תחילתה של אסדרה - מסקנות "ועדת גרמן" בנושא תיירות רפואית

ב-11 באפריל 2013 הודיעה שרת הבריאות, יעל גרמן, על מינוי "הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית" (המכונה "ועדת גרמן") הכוללת אנשי מקצוע מובילים מתחומים שונים, אשר בחנה את הסוגיות השונות הניצבות לפתחה של מערכת הבריאות, ניתחה אותן וגיבשה סדרת המלצות ופתרונות לצורך חיזוק מערכת הבריאות הציבורית. הועדה בחנה ארבעה נושאים עיקריים ואחד מהם הוא נושא התיירות הרפואית בישראל ואסדרתה. יו"ר תת הוועדה בנושא זה היה פרופ' יוג'ין קנדל, יו"ר המועצה הלאומית לכלכלה במשרד ראש הממשלה. הועדה היתה אמורה לפרסם מסקנותיה לאחר חמישה חודשים אך מסקנותיה פורסמו ב-25 ביוני 2014 לאחר כשנה וחודשיים של דיונים.

מסקנות הועדה בנושאים מסוימים היו נחרצות (לדוגמא נושא איסור השר"פ בבתי חולים ממשלתיים) אך נראה כי בנושא התיירות הרפואית ההמלצות היו מעורפלות ולא חד משמעיות. השרה יעל גרמן הצהירה במסיבת העיתונאים כי משרדה יגביר את הפיקוח על תחום זה: "נוכל לבקר את מערכת התורים ולקבוע את הרגל השלישית שעליה אנחנו נשענים בהמלצות – תיירות המרפא. תיירות המרפא תבוא לשרת את האזרחים ולא תהיה על חשבונם. לשם כך אנחנו צריכים לדעת מה קורה בכל בית החולים. קודם לכן תהיה תקופת מעבר. רק בתי חולים שימסרו לנו נתונים יוכלו לקיים תיירות מרפא". מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' ארנון אפק, הוסיף בנושא: "נטיל מסים על תיירות המרפא לטובת קיצור התורים. עם זאת, נסדיר את השירות ההוגן עבור התיירים החולים – גם להם מגיע יחס הוגן. לא זול להגיע לכאן, יש מדינות אחרות שמתחרות בנו. התיירים החולים באו הנה אז מגיע להם טיפול הוגן".¹²⁸

כל הראיונות שקיימתי התבצעו לפני פרסום מסקנות "ועדת גרמן". בראיון עם בכיר במשרד הבריאות הוא סיפר על עבודת תת "ועדת גרמן" בנושא תיירות רפואית. "תת הוועדה בנושא תיירות רפואית באמת בוחנת את כלל המערכת, שומעת את כלל השחקנים (בתי החולים, ארגוני חולים, זכויות החולים, הסוכנים) בתוך המערכת והמטרה שלה היא לייצר איזה שהוא מודל. לא השתפרנו בהשגת הנתונים מכיוון שמעולם לא עסקנו ברגולציה, אבל אנחנו יודעים שזה הולך ועולה. המסגרת הזו יכולה להיקבע באמצעות חקיקה, באמצעות תקנות או באמצעות נהלים (נהלי מנכ"ל, נהלי ראש מנהל רפואה) כולם סבירים והגיוניים – אבל צריך שהם יהיו. ברגע שיהיו לי נהלים אני עובד על פיהם". בכיר לשעבר במשרד הבריאות אמר בראיון כי הוא צופה שמסקנות "ועדת גרמן" שדנה בנושא יהיו כמה שיותר קרובות להמלצות דו"ח "ועדת אפק" ואמר זאת בפשטות "הרגולציה שתהיה: פחות או יותר המסקנות של דוח ועדת אפק". חבר ב"ועדת אפק" הביע דעתו על כך שתיירות רפואית נבחרה לאחת הנושאים ב"ועדת גרמן", "מדובר במצב של win-win כי גם בחרנו (ב"ועדת גרמן") נושא יפה לטפל בו ואין לנו ממש אחריות אישית על המתרחשים מחו"ל; ומצד שני הנה יש כאן דרך שאנחנו אולי מסוגלים להזרים בדרך אחרת משאבים פנימה לתוך המערכת. אז למה לא?". יש שהיו קצת יותר פסימיים והעריכו כי תת "ועדת גרמן" לא תניב

¹²⁷ לוין, יריב. כץ, חיים וטיבי, אחמד (מחברים). הצעת חוק הפיקוח על שירותי תיירות רפואית, התשע"ד–2014, אתר הכנסת, www.knesset.gov.il/privatelaw/data/19/2221.rtf, 24.2.2014

¹²⁸ שמעוני, מור. גרמן הודיעה: לא יהיה שר"פ בבתי החולים הציבוריים, אתר וואלה חדשות, 25.6.2014, <http://news.walla.co.il/?w=/18/2758323>

פרי, בכיר לשעבר במשרד התיירות אמר "אני מעריך ש"ועדת גרמן" הזו תיקבר, היא לא תצלח, להערכתי לא תהיה אסדרה. יש גם לחץ כבד של בתי החולים, לא לפגוע בזה (בתיירות רפואית)".

אם בנושא השר"פ, עמדה "ועדת גרמן" על דעתה שלא לתת דריסת רגל לרפואה פרטית בבתי החולים הממשלתיים - בנושא התיירות הרפואית ההחלטה היתה אחרת: הוועדה החליטה למסד את התיירות הרפואית בישראל, לאסדר אותה ובמידה רבה גם להגדיל אותה. "ועדת גרמן" החליטה כי היקף הפעילות של תיירות רפואית "יוגבל על ידי זמינות התשתיות עבור ישראלים (...). על כן, הזמנת תייר רפואי לישראל תתאפשר רק אם קיימת קיבולת מתאימה בבית החולים". לשם כך, יידרשו בתי החולים שירצו להפעיל תיירות רפואית להקים בתוך חצי שנה מערכת מיחשוב, שבה ידווחו בזמן אמת למשרד הבריאות נתונים על התפוסה במחלקות, זמינות תורים וכדומה. עם זאת, חסרה התייחסות לקביעת היקף התיירות הרפואית בהתאם לתשתית חסרה או מוגבלת בתחומים מסוימים. במסקנות הוועדה נכתב כי עפ"י המערכת, יוחלט כמה תיירים יוכל בית החולים לקבל. עד להקמת המערכת, יוכלו בתי החולים לקבל תיירים רפואיים בהיקף של עד 6% מהכנסותיהם (יותר מהנהוג כיום). בהמשך, תוקם ועדה קבועה לבחינת המדיניות בתחום ויישום ההמלצות.

הוועדה קבעה אסדרה בכמה נושאים עיקריים בתחום התיירות הרפואית: אסדרה לכלל בתי החולים, אסדרה לבתי החולים הציבוריים, אסדרה לבתי החולים הפרטיים ואסדרת סוכני התיירות הרפואית. ראשית, משרד הבריאות התחייב להקמת שער מידע ממשלתי (אתר אינטרנט) בסיוע משרד התיירות שירכז את כל המידע הדרוש לתייר רפואי. שער המידע יכלול מידע על: המרכזים הרפואיים בעלי היתר לטיפול בתיירים; סוכני התיירות הרשומים; טווחי המחירים; אישורים נדרשים לכניסה ולטיפול בארץ; זכויות התייר הרפואי; כתובת לתלונות; הפנייה לשירותי תיירות שונים ועוד. הוועדה קבעה כי תכנון לאומי של תחום התיירות הרפואית ייתן דגש מיוחד ועדיפות לגיבוש תכניות בפריפריה, זאת במטרה לחזק את בתי החולים ולאפשר להם להציע שירותים משופרים לחולים הישראלים. כלל בתי החולים יהיו מחויבים בקבלת רשיון מטעם משרד הבריאות על מנת לטפל בתיירים רפואיים וחידושו אחת לשלוש שנים. בית החולים שלא יעמוד בתנאי הרשיון יופעל נגדו מערך סנקציות מטעם משרד הבריאות. בפרוצדורות (ניתוחים) בהן אורך התור לישראלים לא יעמוד בסטנדרטים של זמינות לחולים ישראלים כפי שקבע משרד הבריאות, לא יאושר טיפול בתיירים רפואיים. כל בית החולים יחויב לנהל רישום חשבונאי נפרד לתחום התיירות הרפואית, הן בהכנסות והן בהוצאות. בנוסף, כל טיפול בתייר רפואי מוכרח להיות רווחי עבור בית החולים, אך מחיר הטיפול בתייר הרפואי לא יעלה על 200% ממחירון ג' של משרד הבריאות¹²⁹, ואליו יתווסף היטל מיוחד עבור שימוש בתשתיות של המדינה (גובה ההיטל עד 15% ממחיר הטיפול). לכל תייר רפואי ימונה Case Manager (רופא ישראלי) מטעם בית החולים אשר יהיה אמון על מכלול הטיפול בו ובית החולים יחויב להפיק לכל תייר רפואי חשבונית מפורטת בשפת האם שלו או באנגלית.

בבתי החולים הציבוריים (והממשלתיים) היקף הפעילות בתיירים רפואיים יוגבל על ידי זמינות התשתיות עבור הישראלים, על כן, הזמנת תייר רפואי לארץ תתאפשר רק אם קיימת קיבולת מתאימה בבית החולים המאפשרת טיפול ראווי בישראלים. כל בתי החולים יהיו מחויבים בדיווח נתונים מלאים במערכת מחשב למשרד הבריאות תוך חצי שנה מיום פרסום ההמלצות (בית החולים שלא ידווח עד דצמבר 2014 ייאסר עליו לעסוק בתיירות רפואית). הטיפול בתיירים יבוצע בשעות אחר הצהריים, אך יתן אישור לקיים את הפעילות בשעות הבוקר "במקרים חריגים". הנהלות בתי החולים יחויבו להבטיח

¹²⁹ תעריף ג' - חל על: מטופלים המופנים על ידי המוסד לביטוח לאומי; מטופלים המופנים על ידי צה"ל או משרד הביטחון (החל מיום 01/01/2009).

"קדימות אבסולוטית" לחולה הישראלי בנגישות לתשתיות. בית החולים יתחייב לפעילות נוספת לססיות אחר הצהריים והיא תוקדש בעיקרה לקיצור תורים. הוועדה הדגישה כי כל הרווחים מתיירות רפואית יופנו לטובת החולה הישראלי ולפחות 20% מהכנסות התיירות הרפואית יוקצו לקיצור תורים בבית החולים. עוד קובעת הוועדה כי על מנת למנוע מצבים של אי שוויון בין חולה ישראלי לבין תייר רפואי, רופאים לא יוכלו לקבל תגמול גבוה יותר עבור טיפול בתיירים רפואיים (לא יתקיים תמריץ כלכלי), וכי התיירים לא יוכלו לבחור את הרופא שיטפל בהם (כנהוג באיסור שר"פ בבתי חולים ציבוריים). בנוסף, לא תינתן עדיפות לתייר רפואי בתנאי אשפוז או מלונאות או בכל טיפול אחר שאינו מוגש לישראלים. בבתי החולים הפרטיים יבוטל פטור ממע"מ על תיירות רפואית והמערכת הפרטית תישא במלוא האחריות על תייר שהגיע לטיפול בה. במקרים של סיבוכים בהם נדרש סיוע של מוסד רפואי אחר התשלום יתבצע על ידי המוסד בו החל הטיפול בתייר. בנוסף, לא יופעלו תשתיות פרטיות בהן לא יינתן שירות לחולה הישראלי. בכל מקרה ייאסר על צוות רפואי להעניק טיפול לאותו התייר במערכת ציבורית ופרטית בו-זמנית ובתוך פרק זמן סביר.

בנושא הסוכנים קבעה הוועדה כי יוקם מאגר ארצי של סוכני תיירות רפואית אשר ינוהל על ידי משרד הבריאות ויפורסם בשער מידע מרכזי באינטרנט לרווחתם של התיירים הרפואיים, סוכן שלא יופיע במאגר לא יוכל לעסוק בהבאת תיירים רפואיים לישראל. סוכן תיירות רפואית לא יכול להיות עובד מערכת הבריאות ולהיפך, ופעילותו תוסדר בחוזה כתוב מול בתי החולים. בנוסף, תיאסר פנייה ישירה של סוכן תיירות רפואית לרופא המטפל או איש צוות שאיננו מהנהלת בית החולים (כולל האיסור לתשלום ישיר). התייר ישלם לבית החולים בלבד וזה יעביר עמלה לסוכן. הנהלות בתי החולים יהיו אחראיות לפעילות הסוכנים בתחומן אך בית החולים לא מחויב לעבוד דרך הסוכנים אלא תותר פעילות ישירה של בית החולים להפעלת תיירות רפואית בשטחו. לכל תייר יונפק כרטיס מזהה על ידי הסוכן או על ידי בית החולים כדי להבטיח מעקב אחר טיפול נאות.

ארגוני זכויות החולים היו פסימיים לגבי מסקנות "ועדת גרמן" ובנייר עמדה של "מרכז אדוה", "האגודה לזכויות האזרח" ו"רופאים לזכויות אדם" נכתב כי - הכסף הרב שמביאים איתם התיירים הרפואיים מייצר תמריץ כלכלי לבתי החולים ולרופאים להעדיף את התייר הרפואי על פני המטופל הישראלי. כך מביאה התיירות הרפואית לפגיעה בזמינות ובאיכות הטיפול עבור תושבי ישראל, כאשר נוכחותם של התיירים הרפואיים בבתי החולים, במחלקות האשפוז ובחדרי הניתוח, באה בהכרח על חשבון המטופלים הישראלים ומביאה להארכת התורים ולהגברת העומס. זאת, במצב של חוסר ניכר בתשתיות רפואיות, אמצעי אבחון וכוח אדם רפואי והפרא-רפואי המאפיין את מערכת הבריאות בישראל. לטענתם, עצם הרעיון לממן "תוכנית לקיצור תורים" באמצעות הרחבת פעילות התיירות הרפואית הינו אבסורד, וזאת משום שעל מנת לממן קיצור תורים ולהקטין את העומס במערכת, ניתן הכשר להגדלת פעילות התיירות הרפואית אשר פועלת בכיוון ההפוך ודווקא מגדילה את העומס הקיים. זאת, בתמורה לתקורה בשיעור נמוך שאין בה די על מנת להביא להגדלת מצבת כוח האדם והרחבת התשתיות הנדרשת במערכת, על אחת כמה וכמה עם הרחבת פעילות התיירות הרפואית. כך יהיה כי המשמעות המידית של יישום מסקנות "ועדת גרמן" בנושא התיירות הרפואית ושל ביצוע החלטה זו יבואו לידי ביטוי בהכרח בהגברת העומס על המערכת הרפואית.¹³⁰

¹³⁰ נייר עמדה מאת מרכז אדוה, האגודה לזכויות האזרח ועמותת 'רופאים לזכויות אדם': תעשיית תיירות המרפא במסגרת בתי החולים הציבוריים פוגעת במערכת הבריאות בישראל, אתר מרכז אדוה, 11.5.2014, <http://www.adva.org/default.asp?pageid=1001&itmid=797>

מנכ"ל "איגוד חברות תיירות רפואית (מרפא) בע"מ", ג'קי עובדיה, כתב מכתב בהול לשרת הבריאות, שר האוצר ושר התיירות בנושא. ההיטלים בהצעת המחליטים "יביאו לחיסול התחום ויגרמו לפגיעה קשה בהכנסות ובאיכות השירות לישראלים במערכת הפרטית והציבורית יחד. ההצעה מתעלמת מהשלכות רוחב כלכליות כמו עליית מחיר, צמצום תנועה שפועל יוצא שלהן תהיינה ירידה בהכנסות ובמיסים שייגבו. בנוסף, אישור ההחלטה יעצים את תדמית ישראל כיעד תיירותי יקר. אישור ההצעה ישיג את התוצאה ההפוכה - העמקת הקושי התקציבי ופגיעה בזמינות ואיכות הטיפול בישראלים".¹³² ב-8 באוקטובר 2014 אושר התקציב בממשלה והצעת המחליטים עברה.

¹³² עובדיה, ג'קי. הצעת משרד האוצר והבריאות למיסוי תיירות רפואית - תחסל את התיירות הרפואית כתחום ותפגע במערכת הבריאות ובשירות לשראליים, אתר איגוד חברות תיירות רפואית לישראל בע"מ, 2.10.2014, <http://www.ismta.org.il/system/files/filedepot/6/%20%282%29מראפ%20תיירות%20חיסול%20בעניינ%20מכתב%20pdf>

בתחילת המחקר שיערתי כי האסדרה הקיימת בנושא התיירות הרפואית בישראל תהיה חסרה ביותר - אכן השערה זו אומתה, זאת עד פרסום חוזר מנכ"ל משרד הבריאות ב-31 בדצמבר 2013 ופרסום מסקנות "ועדת גרמן" (יוני 2014). לאורך השנים, כעשור, בבתי החולים לא נמצאו שיטות עבודה ספציפיות לתחום התיירות הרפואית ובכלל זה, לא התקיימה אסדרה של תחומי איסור בתיירות רפואית ועל כן לא נמצאה הגבלה על תחומים מסוימים. שיערתי כי בבתי החולים הממשלתיים מתן שירותים רפואיים לתיירים רפואיים תעשה במסגרת תחום שירותי הרפואה הפרטיים (שר"פ). בעוד שהפעלת שר"פ נעשית בכמה תנאים מגבילים, שעיקרם איסור הקדמת תור, איסור בחירת רופא, קביעת מגבלות של זמן ומקום, קביעת מכסות פעילות והגדרת שעות פעילות. במחקר עלה כי בתי החולים הממשלתיים מתעקשים על כך ששר"פ איננו תיירות רפואית וכי מדובר בשתי סוגיות שונות מאד האחת מהשנייה, אך בפועל תיירות רפואית מתקיימת ואיסורי השר"פ אינם חלים עליה. נמצא כי למרות ההצהרות כי תייר רפואי אינו יכול לבחור את מנתחו, בפועל הוא בוחר ברופא המטפל וזוכה למנתחים מהשורה הראשונה, ולעיתים הוא מנותח בשעות הבוקר, בניגוד להנחיות שחלות על השר"פ.

השערה נוספת שאומתה במחקר היא בנושא אי קיומם של כללים מוסדרים, כל מרכז רפואי בישראל רשאי למכור שירותים מגוונים לתיירים רפואיים. משרד הבריאות אינו מפקח (עד תחילת יישום מסקנות "ועדת גרמן") על מחירי הטיפולים בעבור תיירים רפואיים ובתי חולים שואפים לפתח את תחום התיירות הרפואית לשם הרווחים הכלכליים מכך, גם אם אין להם את התשתית או את כוח האדם הנדרש. כתוצאה מאי קיומה של אסדרה, הפעלת התיירות הרפואית בישראל פוגעת בשוויון בשני היבטים: הראשון, בין בתי החולים במרכז הארץ לבין בתי החולים בפריפריה, והשני בין תייר רפואי לאזרח ישראלי. על-פי הממצאים, התיירות הרפואית בישראל מתרכזת בעיקר בשני בתי החולים הגדולים באזור המרכז, איכילוב ושיבא. בתי חולים אלו רוכשים ציוד מחודש, מעסיקים כוח אדם איכותי ומשפרים את רווחת המאושפזים. עובדה זו למעשה מנציחה את אי השוויון בין בתי חולים אלו לבין שאר בתי החולים, בייחוד בפריפריה. זאת, היות והפערים בין בתי החולים גדלים כך שהתייר הרפואי יעדיף להגיע לבית חולים עם הרופאים הכי טובים והתנאים הכי איכותיים שהוא יכול לרכוש.

עוד עולה מן המחקר כי התנהלות משרד הבריאות באסדרת תחום התיירות הרפואית היתה הססנית ואיטית. משרד הבריאות התעכב מספר פעמים בנסיונות לאסדר את התחום, נסיונות אשר כללו: חוזר מנכ"ל שלא נכנס לתוקף, הקמת "ועדת אפק" שהמלצותיה לא התקבלו והצעות חוק שטרם הועברו בכנסת. עיכוב האסדרה מונע גם מהלך של שקיפות שמערכת הבריאות הציבורית נדרשת לו. השקיפות חסרה בעיקר בכל הנוגע להחצנת תרומת התיירות הרפואית ותועלותיה למערכת הבריאות ולחולים הישראלים הפונים לבתי החולים הממשלתיים. הימנעות מאסדרת התחום, משקיפות ומבקרה לקויה בביצוע פעילות תאגידי הבריאות במערכת הבריאות חושפת את התיירות הרפואית לדעת קהל שלילית וחרפה, אשר משפיעה על קובעי המדיניות במשרד הבריאות. בנוסף, בדומה לתחומים רבים, העדרה של אסדרה הביאה לפריחתה של פעילות עסקית פרטית וכתוצאה מכך יצרה תמריצים, לעתים שליליים ולא אתיים, בקרב רופאים במערכת הציבורית. מן המחקר עולה תמונה כי רוב השחקנים אותם ראיינתי לא מגנים את התיירות הרפואית, אלא מעודדים את קיומה ופיתוחה (יש לציין לצד אסדרתה). נראה כי התקיים ניתוח תועלתני לפיו כאילו הפגיעה מתיירות רפואית היא מינורית ולטווח הקצר בעוד שהתועלת ממנה היא לכל אזרחי המדינה ולטווח ארוך. לא ניכר כי ישנה הפנמה של העובדה כי מדובר בפעילות פרטית מסחרית אלא התופעה מוסברת כתרומה למדינה וכאילוץ הנובע ממחסור כספי ברפואה הציבורית.

עם זאת, חלק מהשחקנים, במיוחד בהנהלה הראשית של משרד הבריאות סולד מהתפשטות התופעה ומבקש לרסן אותה באמצעות מעצורים ובלמים.

ה-25 ביוני 2014 מסמל יום משמעותי בנושא האסדרה של תיירות רפואית בישראל, היום בו פורסמו מסקנות "הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית" ("ועדת גרמן"). למעשה, עד תאריך זה לא התקיימה אסדרה משמעותית בנושא התיירות הרפואית וכל בית חולים, מרכז רפואי או אפילו סוכן לתיירות רפואית עשו ככל העולה על רוחם בכל הקשור למדיניות, נהלים, מחירים ועוד. התיירות הרפואית היא תחום פרוץ – מצב המתגלה כהרסני כאשר מדובר בכסף רב. למעשה, השילוב של הכנסות עתק והיעדר כללים וחוקים הוא איום על האסדרה הדרושה בתחום ועל מתן טיפול רפואי שוויוני לכל דורש. התיירות הרפואית בישראל מתנהלת כמעט במחשכים: למשרד הבריאות יש נתונים חלקיים בלבד, הנוגעים להכנסות בתי החולים הממשלתיים ולא למספר החולים ולפיזורם במחלקות השונות.

מסקנות "ועדת גרמן" מתירות לתיירות הרפואית להתקיים בהיקפים אף יותר גבוהים ממה שהיה קיים עד היום אך הן מגבילות אותה על ידי כללים ונהלים מאד ברורים. יש לשאוף לכך שמסקנות "ועדת גרמן" יביאו לאסדרת תחום התיירות הרפואית בכל התחומים: טווח המחירים לתייר הרפואי, שוק הסוכנים וחברות התיירות הרפואית, בחירת רופא, שעות הטיפול בתייר רפואי ועוד. בזכות הכללים שקבעה הוועדה לרגולטור, משרד הבריאות, יש לראשונה כלים להתמודד עם מי שלא ימלא אחר כללי הפיקוח והאסדרה שנקבעו. שרת הבריאות, יעל גרמן אמרה "אנחנו סוף סוף מכניסים רגולציה לתחום הרגיש הזה. משרד הבריאות לא היה רגולטור חזק וזו גם הסיבה שהחלטנו להקים את רשות האשפוז (אחת מהמלצות "ועדת גרמן"). לכן התנינו את הרישיון לעסוק בתיירות רפואית בכך שבתי החולים יכניסו מערכות מידע משוכללות שיספרו את התורים, מי נכנס, את סוגי התיירים ומספרם וכו'. בלי מערכת כזו בית החולים לא יקבל רישיון"¹³³. לצד "האופוריה" כי מסקנות "ועדת גרמן" עשויות היו לחתום את נושא אסדרת התיירות הרפואית בישראל, עולה כי המסקנות כנראה לא ייושמו במלואן עם פיטורה של שרת הבריאות, יעל גרמן, בדצמבר 2014 ועם התנגדות חברות התיירות הרפואית ושחקנים נוספים בתחום למיסוי התיירות הרפואית.

מסקנות "ועדת גרמן" קבעו הטלת מיסוי שהוכנסה לחוק ההסדרים (בהמלצת מסקנות הוועדה) אשר עלולה להביא למכה אנושה לתחום. שוק התיירות הרפואית הינו תחרותי מאד, מדינות רבות משקיעות משאבים בשיפור יכולות התחרות שלהן. חוק ההסדרים מגלם הצרת צעדי העוסקים בתחום ומחליש את יכולת התחרות של בתי החולים והסוכנים בישראל. לדעתי, לאחר פרסום מסקנות "ועדת גרמן" ואישור הטלת המס בממשלה, הדיון בנושא התיירות הרפואית בישראל רק יחריף. חברות וארגונים המייצגים את התיירות הרפואית בישראל כבר הצהירו כי הם יצאו למאבק בנושא הטלת המיסוי, שלטענתם "יקבור" את נושא התיירות הרפואית בארץ ולמעשה כל העוסקים בתחום יעבירו את לקוחותיהם לטיפול רפואי בקפריסין. ב-27 באוקטובר 2014 השתתפתי ב"ועידה והתערוכה המרכזית לתיירות רפואית בישראל", במסגרתה התקיימו הרצאות ופאנלים של אנשי המפתח בתחום. רובם המוחלט של הדוברים בוועידה הסכימו כי נדרשת אסדרה אך הלינו על כך שמסקנות "ועדת גרמן" "חונקות" את התיירות הרפואית בישראל. מלבד פרופ' ארנון אפק, מנכ"ל משרד הבריאות, שצייד באסדרה שנקבעה ב"ועדת גרמן", עמדו לצידו רוני לינדר-גנץ, כתבת הבריאות של "דה-מרקר", רן רוזניק,

¹³³ לינדר-גנץ, רוני ושטרקמן, רותם. "כשראיתי שמערכת הביטחון קיבלה מיליארדים - היה לי ברור שאין לנו מספיק לובי", אתר דה-מרקר, 27.6.2014, <http://www.themarker.com/markerweek/1.2360358>.

כתב הבריאות של "ישראל היום" ושמואל בן יעקב, יו"ר האגודה לזכויות החולה. שאר הדוברים עסקו ב"תסריטי אימים" שהתיירות הרפואית בישראל תיכחד היות והביקוש בתחום זה איננו קשיח והתייר הרפואי רגיש מאד לעליית המחירים.

לסיכום, אני עוסקת במחקר בנושא התיירות הרפואית בישראל מזה כשנתיים. בתחילת המחקר הייתי בטוחה כי יש "רעים וטובים" בתחום התיירות הרפואית והיה לי רצון עז להוציא לאור את האמת על התיירות הרפואית בישראל. ככל שהעמקתי במחקר וראיינתי אנשים בתחום התחלתי להבין כי אין "שחור ולבן" והתחום מביא עמו הרבה "אפור". מהמחקר עולה כי אכן התיירות הרפואית פוגעת באזרחי מדינת ישראל ובזכותם לשוויון במערכת הבריאות הציבורית. עם זאת, כאשר מנתחים את הסוגיה לעומק הסוגיה איננה חד משמעית וראינו כי בהרבה מקרים מדובר בפגיעה שלא היה ניתן לאמוד את חומרתה. בכירי בתי החולים שראיינתי, שמאפשרים תיירות רפואית בכותלי המוסד הרפואי אותו הם מנהלים, הצטיירו בתחילה כ"רעים" בעיני. עם זאת, הגעתי למסקנה כי בהינתן התקציב הקיים כיום למערכת הבריאות הציבורית, תקציב חסר, אין להם ברירה אלא להקים תחנות דלק, קניונים ו-לאפשר תיירות רפואית אם ברצונם להמשיך ולקיים את בית החולים לרווחת כולנו. בעידן הנוכחי נשלחים מנהלי בתי החולים למשימה בלתי אפשרית - לתת שירות מיטבי לאזרחים ללא מקור תקציב מספק. ההכנסה הנוספת הזו מותירה בידי בתי החולים הללו רווח כספי גדול אשר משמש מקור מימון חשוב ומשמעותי לשיפור תשתיות, רכישת טכנולוגיה מתקדמת וציוד רפואי וכן משמש מקור כספי לצמצום כספי הגירעון והשאת הצוות הרפואי הבכיר בשעות אחר הצהריים לביצוע פעילות רפואית הן לתיירים והן לאזרחים. ניתן לשאול אם כך, מאותם טיעונים - מדוע "ועדת גרמן" לא אפשרה את הכשרת השר"פ בבתי החולים הממשלתיים? ניתן לשער כי "קל יותר" למקבלי ההחלטות ליצור אי שוויון בין תייר רפואי לבין אזרח ישראלי מאשר בין שני אזרחים ישראלים המאושפזים באותו חדר באותה מחלקה בבית חולים.

לעומת זאת, אני יכולה לצדד גם במתנגדים המובהקים לתיירות רפואית היות ואף בית חולים לא שיקף למעשה את התועלות הקונקרטיים שהשיג מההכנסות מתיירות רפואית. אם בתי החולים בישראל היו "צובעים" את הכסף אותו הרוויחו וממנו רכשו מכשירים ותגבור כוח האדם שטענו כי הוסיפו למחלקות בזכות התיירות הרפואית, ההתנגדות הציבורית והתקשורתית לא היתה כה חריפה. לא ניתן להצהיר בסיסמאות כי התיירות הרפואית למעשה מועילה לחולים הישראלים ומשפרת את תנאי אשפוזם מבלי להציג נתונים התומכים בכך. ניתן לשער כי אם מובילי התיירות הרפואית היו מציגים את ההכנסות של התחום לבתי החולים ומכמתים אותן לשיפור מערכת הבריאות אזי ההתנגדות לא היתה מגיעה למימדים שהיא הגיעה. עם זאת, בהקשר זה, במשבר אליו נקלעה "הדסה" נוצר הכרח לחשוף את הנתונים הכלכליים של בתי החולים. בבקשה להקפאת הליכים שהגישה הדסה בפברואר 2014 לבית המשפט המחוזי בירושלים עולה כי בשנת 2013 היו הכנסות השר"פ בהדסה 254 מיליון ש"ח. מתוכם, קיבל בית החולים כתקורה רק 40 מיליון ש"ח, כל השאר, 214 מיליון ש"ח, הועבר למשכורות הצוות הרפואי, כלומר רק חלק קטן מהכנסות השר"פ שימשו להגדלת המשאבים של "הדסה".¹³⁴ לכן, ספק אם כלל הרווחים מתיירות רפואית יושקעו במשאבים לרווחת הציבור. אין ספק שכתבת "עובדה" ששודרה בדצמבר 2013 עשתה שמות בתחום התיירות הרפואית בכלל ולרופאים בפרט. לדעתי, שלושת הרופאים שצולמו בכתבה הם אולי היחידים שנתפסו "על חם" וברור לכל שהיו רופאים שפעלו כמותם אך לא נתפסו. עצם עניין התשלום הישיר של בתי החולים לסוכני התיירות הרפואית על פי עמלה שאיננה קבועה באסדרה ו/או האפשרות

¹³⁴ לינדר-גנץ, רוני. השר"פ בהדסה: הכנסות של 254 מ' ש'; 40 מ' ש' לבית החולים - 214 מ' ש' לרופאים, אתר דה-מרקר, <http://www.themarker.com/news/health/1.2238360>, 8.2.2014

להעניק שירותי תיירות רפואית ללא סוכן, היא שלעצמה מטרידה. האסדרה דרושה לא רק כדי למנוע תופעות כאלו בעתיד אלא כדי לשפר ולהבטיח שזכות קיומה של התיירות הרפואית היא רק אם האזרח הישראלי ינהנה מפירותיה, זאת מטרתה של האסדרה.

מסקנתי העיקרית היא כי אסדרה בתחום התיירות הרפואית בישראל היא חשובה וקריטית בעיקר בשל מתן ה"הכשר" מ"ועדת גרמן" כי התיירות הרפואית תימשך. אני מסכימה כי יש ליישם את רובן המוחלט של מסקנות "ועדת גרמן" בכל הקשור לאסדרת סוכנים, לאיסורים על הצוותים הרפואיים, ליצירת איזון כלשהו בין בתי חולים פרטיים לציבוריים (ביטול הפטור ממע"מ לבתי חולים פרטיים) ולסייע לבתי החולים בפריפריה ברווחים אלו. עם זאת, אני מאד מתקשה להסכים עם הטלת המיסוי על תחום התיירות הרפואית. לפי דעתי, מיסוי זה יגרום לקריסת התחום היות והביקוש איננו קשיח ותלוי מאד בעליית המחירים. דבר העלול לגרום לזליגת רופאים וסוכני תיירות רפואית מישראל למדינות יעד המתחרות בשוק הישראלי כמו: גרמניה, תורכיה וקפריסין. המאבק על הטלת המיסוי יגיע לפתחה של הכנסת וצפוי להימשך בחודשים הקרובים, בעיקר על ידי הסוכנים לתיירות רפואית ומנהלי בתי החולים.

בנוסף לכך, קיים כיום חוסר תיאום מוחלט לגבי החשיבות של התיירות הרפואית בין משרדי הממשלה. בעוד משרד התיירות, אשר הינו משרד כלכלי, פועל לעידוד תיירות זו ולחשיפת יתרונותיה ונגישותה, פועל משרד הבריאות, אשר הינו משרד חברתי, לריסון הפעילות בתחום מתוך חשש לפגיעה בשירות הרפואי הניתן לאזרחי מדינת ישראל. לכן, עם יישום האסדרה שנקבעה "ועדת גרמן" חשוב גם להשקיע משאבים להצלת התחום. חשוב כי משרד התיירות ומשרד הבריאות יובילו קמפיין שיווקי רחב המתבסס על המחקר שכתב מר ג'קי עובדיה עבור משרד התיירות "לקידום התיירות הרפואית בישראל". קמפיין אשר ישים במוקד את היתרונות הגלומים במדינת ישראל לעומת מתחרותיה וכן ישים דגש על האסדרה שנקבעה שדווקא מגנה על התייר הרפואי וזכויותיו.

בראייה לעתיד, יש לעודד מחקרי המשך העוסקים ביישום האסדרה של מסקנות "ועדת גרמן" בתחום התיירות הרפואית - האם הועילו או הזיקו לתחום? האם בתי החולים עמדו בכללים ותופעת אי השוויון בין החולה הישראלי לתייר הרפואי נעלמה? האם מטרת הטלת המיסוי שנקבעה בחוק ההסדרים אכן הביאה לקיצור התורים עבור החולים הישראלים? האם האסדרה הצליחה להביא לאיזון מסוים בין מערכת הבריאות הפרטית למערכת הבריאות הציבורית? בראייה אישית, במהלך המחקר הכרתי תיירים רפואיים רבים, חלקם היו עשירים מאד שהגיעו לישראל עם תקווה גדולה להירפא ממחלתם. מסקנתי האישית מהיכרותי עמם כי כסף לא קונה בריאות. עד כמה שנוטים בישראל להגיד שיש רפואה לעניים ורפואה לעשירים, רובנו מקבלים את אותה רמת רפואה פחות או יותר עם צוותים רפואיים מסורים ובתי חולים שרוצים להמשיך ולהתקיים כדי לתת לנו, האזרחים, שירות טוב יותר.

8. רשימת מקורותעברית:

- אידלמן, ליאוניד. עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל לועדת שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן, לחיזוק הרפואה הציבורית, מוגשת בהמשך להופעת נציגי הר"י בשיבת הוועדה שהתקיימה ב-25.7.13, ספטמבר 2013.
- אפק, ארנון. דו"ח מסכם למנכ"ל משרד הבריאות מאת הועדה לבחינת תיירות המרפא בבתי חולים ציבוריים, 24.5.2011.
- בג"ץ 4253/02, בנימין קריתי, ראש עיריית טבריה, נ' אליקים רובינשטיין, היועץ המשפטי לממשלה תק-עליון 2009 (1) 3651.
- דניאל, טל. "תיירות רפואית: ביצת זהב או חביתה מקושקשת?", IMTC Journal המגזין לתיירות רפואית ומרפא בישראל, 2014.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד, 1994.
- לוי מובשוביץ, סימה. מכתב לבקשת מידע מהממונה על חוק חופש המידע, משרד הבריאות, 24.8.2014.
- מזור, יוסי. ביקורת בנושא הכנסות מתיירות מרפא בבתי החולים: איכילוב, שיבא-תל השומר, רמב"ם, וולפסון ואסף הרופא, משרד האוצר - אגף החשב הכללי, יחידת הביקורת, מאי 2014.
- משרד מבקר המדינה, דו"ח שנתי 59' מבקר המדינה לשנת 2008 ולחשבונות שנת הכספים 2007. ירושלים אייר, התשס"ט, מאי 2009.
- משרד מבקר המדינה, דו"ח שנתי 61' מבקר המדינה לשנת 2010 ולחשבונות שנת הכספים 2009. ירושלים, אייר התשע"א, מאי 2011.
- עובדיה, ג'קי. אסטרטגיה שיווקית: קידום תיירות רפואית לישראל, משרד התיירות, מרץ 2012.
- רותם, אמיתי, טוקר, אסף ומור יוסף, שלמה. "תיירות רפואית: הפיכת מגמה עולמית למשאב לאומי", הרפואה, כרך 148, חוברת 1, ינואר 2009.
- שפרלינג, דניאל. קביעת מדיניות בנוגע להפעלת שירותי רפואה פרטית בבתי החולים הממשלתיים, מדיניות ציבורית, 2009.
- תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002.

אנגלית:

- Bies, William and Lefteris, Zacharia. "Medical tourism: Outsourcing surgery", Science Direct Mathematical and Computer Modeling, 46, March 2007.

- Burkett, Levi. "Medical Tourism: Concerns, Benefits, and the American legal perspective". The Journal of Legal Medicine, 28, 2007.
- Connell, John. "Medical tourism: Sea, sun, sand and y surgery", Tourism Management 27, 2006.
- Devon M. Herrick, "Medical Tourism: Global Competition in Health Care", National Center for Policy Analysis, Texas, USA, 2007.
- Ehrbeck, Tilman, Guevara, Ceani and Mango, Paul D, "Mapping the Market for Medical Travel", McKinsey Quartely Health Care Business Journal, May 2008.
- Gahlinger, Paul. The Medical Tourism Travel Guide: Your Complete Reference to Top-Quality, Low-Cost Dental, Cosmetic, Medical Care & Surgery Overseas. Sunrise River Press, 2008.
- Glenn, Cohen, "Policy and Politics: Medical Tourism: The View from Ten Thousand Feet", The Hastings Center Report, Vol. 40, No.2, 2010.
- Goering, Laurie. "For big surgery, Delhi is dealing" (article), The Chicago Tribune, March 28, 2008.
- Goldberg, James R. Author Implores United Nations to Institute International Medical Tourism Treaty ,PRWEB, New York, 2012
- Health expenditure in relation to GDP. OECD, Health at a Glance 2009. OECD Indicators, OECD Publishing.
- Horowitz M. Rosensweig J, Jones C. "Medical Tourism: Globalisation of the healthcare marketplace", Medscape General Medicine, 9(4), 2007.
- Hutson, Harriet, Cartier Poland, Gray and Susan. "Medical Tourism: Crossing Borders to Access Health Care", Kennedy Institute of Ethics Journal, Vol.18, 2008.
- Israel: a medical tourism manual produces and published by Israel Travel News (ITN), 2012.
- Judkins, Gabriel. "Persistence of the U.S-Mexico Border: Expansion of Medical Tourism amid Trade Liberalization". Journal of Latin American Geography, Vol. 6, No 2, 2007.

- Koldowski, John, Martin, Oliver. "Emerging Market Segments: Religious and Medical Tourism in India", Trends and issues in global tourism, 2008.
- Kumar, Rajesh. Global Trends in Health and Medical Tourism, India, 2009.
- Milstein A, Smith M. "America's new refugees – seeking affordable surgery offshore". NEJM, 2006.
- Mirrer-Singer, Philip. "Medical Malpractice overseas: The Legal Uncertainty Surrounding Medical Tourism", Law and Contemporary Problems, Vol. 70, No 2, Cultural Environmentalism, 2007.
- Palmer, Robert, Richards, Greg and Dodd, Diane (Editors), Medical tourism: A global analysis - Tourism Research and Marketing, 2006.
- Ready, Mac N. Developing countries court medical tourism- World Report. Lancet 369, 2007.
- Timmons, Karen N., "Safety and Quality Standards: Driving Patient Expectations", Medical Tourism Magazine published online, August 4, 2009.
- Turner, Leigh. "Canada's turbulent Medical Tourism Industry", Canadian Family Physician, Vol. 58, 2012.
- Turner, Leigh. "First World Health Care at Third World Prices: Globalisation, Bioethics and Medical Tourism", BioSocieties, 2007.
- Watson, Edward. "Accreditation of Overseas Hospitals - JCI or Isqua?", Medical Tourism Magazine, November 24, 2007.
- World Health Organisation, "Medical visas mark growth of Indian medical tourism", Bulletin of the World Health Organisation (BLT).

אתרי אינטרנט :

- אבן, דן. בתי החולים גורפים מיליונים מתיירי מרפא על חשבון הטיפול בישראלים, אתר הארץ, <http://www.haaretz.co.il/news/investigations/1.1230554>, 18.11.2010
- אגודה ישראלית לתיירות רפואית - <http://imta.co.il/he>/אודות
- איגוד חברות תיירות רפואית לישראל בע"מ - <http://www.ismta.org.il/he>

- אורן, מאיר. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 14/95 : איסור העדפה של טיפול בתושב חוץ על פני תושב הארץ, אתר משרד הבריאות, 12.6.1995, http://www.health.gov.il/hozer/mk14_1995.pdf
- אמוראי, עדי. דו"ח הועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, אתר משרד הבריאות, 2002, http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/amorai_2002.pdf
- אמסטרדמסקי, שאול. החשכ"ל בדו"ח חמור על תיירות המרפא: הניתוחים נעשים על חשבון חולים ישראלים, אתר כלכליסט, 11.6.14, <http://www.calcalist.co.il/local/articles/0,7340,L-3633341,00.html>
- אפק, ארנון. חוזר ראש מנהל רפואה 51/2013 : שירות פרטי במסגרת תיירות מרפא, אתר משרד הבריאות, 31.12.2013, http://www.health.gov.il/hozer/mr51_2013.pdf
- אפשטיין, ליאון. אי שוויון בבריאות בישראל, אתר ההסתדרות הרפואית בישראל, פברואר 2008, http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/epstein_report.pdf
- ביתן אלי, דוד, אייל. ניתוח פיננסי 2010 של בתי החולים הכלליים והממשלתיים ותאגידי הבריאות, אתר משרד הבריאות, 1.7.2011, <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/finance2010.pdf>
- בן יעקב, שמוליק ואחרים. ארגוני הזכות לבריאות: כללי יישום לתיירות רפואית, אתר האגודה לזכויות החולה בישראל, 31.1.2011, http://www.patients-rights.org/medical_tourism.html
- בן יעקב, שמוליק ואחרים. הוועדה המייעצת לשרת הבריאות בנושא: חיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל בכפוף לעקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית - נייר עמדה, אתר האגודה לזכויות החולה בישראל, 29.7.2013, http://www.patients-rights.org/helth_committee.html
- גמזו, רוני. טיוטת חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא תיירות רפואית, אתר משרד הבריאות, 3.7.2011, http://www.health.gov.il/UnitsOffice/GeneralManager/Pages/All_files.aspx
- גרמן, יעל. דו"ח הועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, אתר משרד הבריאות, 2014, <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/publichealth2014.pdf>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2013, אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 16.8.2009, http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=32&CYear=2013&CMonth=1
- חורב, טוביה. דו"ח הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל, אתר משרד הבריאות, יוני 2010, http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mp_june2010.pdf
- יובל, לבנת. אי שוויון בפריסת מכשירים רפואיים מיוחדים ברחבי המדינה, אתר רופאים לזכויות אדם, מרץ 2010, <http://www.phr.org.il/uploaded/20ניירות20%עמדה20%רלא.pdf>
- לוי, שלי. זמני המתנה לניתוחים מתוכננים בבתי-החולים, אתר מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 18.1.2007, www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01699.pdf

- לוי, שלי. מצוקת האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בבתי החולים בישראל, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 5.2.2007, www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01691.pdf
- לוין, יריב. כץ, חיים וטיבי, אחמד (מחברים). הצעת חוק הפיקוח על שירותי תיירות רפואית, התשע"ד–2014, אתר הכנסת, 24.2.2014, www.knesset.gov.il/privatelaw/data/19/2221.rtf
- לינדר-גנץ, רוני. "אמי, ניצולת שואה וחולה בסרטן, הועברה מהמיטה לכיסא לטובת תייר רפואי, אתר דה-מרקר, 24.6.2014, <http://www.themarker.com/news/health/1.2358106>
- לינדר-גנץ, רוני. ההכנסות מתיירות רפואית זינקו לחצי מיליארד שקל בשנה, אתר הארץ, 29.10.2013, <http://www.haaretz.co.il/1.2151594>
- לינדר-גנץ, רוני. השר"פ בהדסה: הכנסות של 254 מ' ש'; 40 מ' ש' לבית החולים - 214 מ' ש' לרופאים, אתר דה-מרקר, 8.2.2014, <http://www.themarker.com/news/health/1.2238360>
- לינדר-גנץ, רוני. חברות תיירות המרפא מנסות להסדיר הענף, אתר גלובס, 17.3.2014, <http://www.themarker.com/news/health/1.2271419>
- לינדר-גנץ, רוני. ח"כ חנין: לבטל את תוכנית ליצמן-לוקר, אתר דה-מרקר, 13.9.2012, <http://www.themarker.com/consumer/health/1.1823690>
- לינדר-גנץ, רוני. כך פועלים סוכני תיירות רפואית מתחת לרדאר, אתר דה-מרקר, 9.1.2014, <http://www.themarker.com/news/health/1.2212262>
- לינדר-גנץ, רוני. לבקשת נתניהו: עד 25% מהמיטות במחלקות בתי חולים יוקצו לתיירים רפואיים, אתר דה-מרקר, 13.9.2012, <http://www.themarker.com/consumer/health/1.1823608>
- לינדר-גנץ, רוני ושטרקמן, רותם. "כשראיתי שמערכת הביטחון קיבלה מיליארדים - היה לי ברור שאין לנו מספיק לובי", אתר דה-מרקר, 27.6.2014, <http://www.themarker.com/markerweek/1.2360358>
- לינדר-גנץ, רוני. תיירים רפואיים מקבלים קדימות - על חשבון ישראלים, אתר דה-מרקר, 11.6.2014, <http://www.themarker.com/news/health/1.2346058>
- מאור, וילמה. פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, אתר הכנסת, 23.12.2013, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/avoda/2013-12-23-01.rtf>
- מיכאלי, מירב. שטרן, אלעזר ומועלם-רפאלי, שולי (מחברים). הצעת חוק להסדרת התיירות הרפואית בישראל, התשע"ד–2014, אתר הכנסת, 10.2.2014, www.knesset.gov.il/privatelaw/data/19/2155.rtf
- ניב, שי. מתחם למסוקים בביה"ח שיבא לתיירי המרפא, אתר גלובס, 23.1.2014, <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000911861>

- ניב, שי וקורין-ליבר, סטלה. איכות השלטון על פרשת "שיבא טורס": "אמון הציבור רוסק", אתר גלובס, 3.2.2014 <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000914329>
- נייר עמדה מאת מרכז אדוה, האגודה לזכויות האזרח ועמותת 'רופאים לזכויות אדם': תעשיית תיירות המרפא במסגרת בתי החולים הציבוריים פוגעת במערכת הבריאות בישראל, אתר מרכז אדוה, 11.5.2014, <http://www.adva.org/default.asp?pageid=1001&itmid=797>
- נצר, רנן. התיירות הרפואית: תעשייה שמגלגלת מעל 500 מ' ש' בשנה, אתר גלובס, 11.1.2014, <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000907827>
- עובדיה, ג'קי. הצעת משרד האוצר והבריאות למיסוי תיירות רפואית - תחסל את התיירות הרפואית כתחום ותפגע במערכת הבריאות ובשירות לישראלים, אתר איגוד חברות תיירות רפואית לישראל בע"מ, 2.10.2014, http://www.ismta.org.il/system/files/filedepot/6_20141002_תיירות_רפואית_במסגרת_בתי_החולים_הציבוריים_פוגעת_במערכת_הבריאות_בישראל.pdf
- צ'רניחובסקי, דב ושמש ענת. פערים בין "מרכז" ו"פריפריה" ברמות בריאות ובזמינות שירותי רפואה בישראל; סקירה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, פברואר 2008, http://www.ozdov.com/articles-publications/item/download/13_99e9b900cebbc2778f53ada348c8db6b
- רובינשטיין, אליקים. חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה: מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים, אתר News1, 14.2.2002, <http://www.news1.co.il/Archive/0019-D-838-00.html>
- רוטשטיין, זאב. "בבית חולים שיבא לא בונים מנחת לאוליגרכים חולים", אתר גלובס, 4.2.2014, <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000914630>
- שוורץ, שושי ונדב, יגאל. דו"ח פיננסי 2012: המרכזים הרפואיים הכליים הממשלתיים, אתר משרד הבריאות, פברואר 2014, http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/finance2012_feb2014.pdf
- שמעוני, מור. גרמן הודיעה: לא יהיה שר"פ בבתי החולים הציבוריים, אתר וואלה חדשות, 25.6.2014, <http://news.walla.co.il/?w=/18/2758323>
- שמש, ענת ואחרים. הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומקצועיים, אתר משרד הבריאות, 1.8.2007, http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HB_hebrew.pdf
- תעריף משרד הבריאות, אתר משרד הבריאות, מעודכן ל-1.12.2014 - <http://www.health.gov.il/Subjects/Finance/Taarifon/Pages/PriceList.aspx>
- Health Expenditure and Financing: Trade in Health Services (Medical Tourism). OECD Library, 2009, http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2009-en

- "Why Choose France for Medical Treatment?", Clinics and Hospitals in France, www.france-surgery.com.
- Health care Travel Regulations, The International Health Regulations (IHRs) of World Health Organisation Medical tourism guide, <http://www.who.int/en/>
- International Association of Medical Regulatory Authorities (IAMRA), <http://www.iamra.com/>
- Medical Tourism Statistics & Facts, Patients Beyond Borders, <http://www.patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>
- Medical Tourism Statistics and Facts in Medical Tourism guide, <http://www.health-tourism.com/medical-tourism/statistics/>
- The Joint Commission International (2013), <http://www.jointcommissioninternational.org/>
- The Medical Tourism Association <http://www.medicaltourismassociation.com/en/index.html>
- QHA Trent Accreditation - independent holistic accreditation, <http://www.qha-international.co.uk/>

נספח א'

שאלות מנחות לראיון חצי פתוח:

1. מהי הפרוצדורה לקבלת תייר רפואי לטיפול? (רישום, תשלום וכו')
2. מהם נהלי המרכז הרפואי בכל הנוגע לטיפול בתייר רפואי?
3. מהו ההיקף של התיירים הרפואיים מתוך כלל המטופלים במרכז הרפואי?
4. באילו שעות מתבצעים הטיפולים בתיירים רפואיים?
5. מהו אורך הזמן הממוצע בו ממתין מטופל ישראלי לניתוח שגרתי, דוגמת צנתור?
6. כיצד נקבע מיהו הרופא המנתח כאשר מדובר בתייר רפואי?
7. האם כאשר תייר רפואי מאושפז במחלקה מסוימת ישנה הגדלה של כוח האדם?
8. האם ידוע לך על אסדרה של נושא ע"י משרד הבריאות?
9. באיזו תדירות ומהו ההיקף הדיווח של המרכז הרפואי למשרד הבריאות על טיפולים בתיירים רפואיים?
10. האם אתה מכיר את הביקורת הציבורית סביב נושא התיירות הרפואית?
11. ועדה ציבורית בנושא קבעה מספר עקרונות (ראה עמ' 15-16), מה דעתך על עקרונות אלו?
12. מהם הקשיים הבירוקרטיים והמקצועיים שאתה נתקל בהם בעבודתך בתיירות רפואית?