



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

### פרוטוקול וועדת משנה תיירות מרפא – 6/1/14

**נוכחים:** פרופ' יוג'ין קנדל, יוליה איתן, אורן דרורי, עו"ד טלי שטיין, יגאל אברהמי, פנינה קורן, פרופ' קובי גלזר, פרופ' גבי בן נון, יובל דגן, פרופ' ארנון אפק, ניר קידר, שלמה פשקוס, ליאור גילה, פרופ' לאה אחדות, דורון קמפלר, מור סגל.

**\*\* מציגים ראשונים בפני הוועדה: פרופ' זאב רוטשטיין – מנהל ביה"ח, נועה פרסטר – מנהלת כספים, בי"ח שיבא. מציגים מצגת (מצורף קובץ POWERPOINT).**

**פרופ' זאב רוטשטיין:** מתחיל במצגת. אני לא מכיר את המצב בפריפריה על בוריו. במרכז הארץ יש עודף אמצעי ייצור וגם MRI, אין לנו תורים ל - MRI. יש מספר מועט של בדיקות שיש להם תורים. יש בדיקות ספציפיות, כמו MRI ילדים שזה בעיה בגלל המרכיב של המרדים. יש תורים לבדיקה הספציפית הזאת בגלל עיוות תמריצי ולא בגלל חוסר התשתית. עם יד על הלב, באזור המרכז אין בעיה. תראי תורים ארוכים אם זה המכשיר היחיד, אבל זה לא סימטרי. על הנושא הזה מתנהלים מו"מים, וחלקם כוללים הסכמי זמינות, אתה מתחייב לתת לקופה זמינות מתחייבת. כך שלא צריכה להיות בעיה לקופה, בטח לא היום וגם קודם לא הייתה בעיה. תראי שתפוקת העבודה של המכשירים 4-6 שעות ליום כדי להצדיק עצמו כלכלית, את ההשקעה. הוא צריך לעבוד 16 שעות ביום אחרת הוא לא מוצדק.

**יוליה איתן:** יש תיעוד לניצולת מכשירים?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** מאיתנו תוכלו לקבל כל דבר. נתנו לכם הערכות מה הפוטנציאל שניתן לבצע. ממשיך במצגת – המערכת הלא מיוחסת נמצאת תחת רגולציה מאוד כבדה שכוללת גם CAP, שהרעיון בססיות היה לרסן את ההוצאה הציבורית אבל לא לפגוע בציבור. זה גורם לנו לחוסר יתרון כלכלי מעבר למה שאנחנו עושים היום. אני במסמך "גן נעול" שלי לא באתי בטענות. אתה אומר יש לך אמצעי ייצור למה אתה לא מפעיל אותם? את חדרי הניתוח? צריך להסתכל על מערכת התמריצים הנוהגת. אני לא רוצה להגיע למצב של הדסה. צריך להסתדר עם אילוצי ה - CAP, חוסר ההפניות ולמצוא את עמק השווה בין היכולת הכלכלית להפעיל ולתת את מירב הטיפולים. המערכת כיום אינה מותאמת להפעלה מלאה, היא לא נותנת תמריץ להפעלה מלאה כל שעות היום.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה לא סותר את זה שיש תורים.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** נכון, זה שוב חלק ממערכת התימרוץ. יכול להיות שיש מצב שבבי"ח רחוק ממני 3 ק"מ יחכו 4 חודשים ל - MRI ואצלי זה יכול להיות שבוע הבא. אותה קופה תשלם לי גם קנס בסוף השנה שהיא לא קנתה שירותים. תוספת מקורות לתשתיות לא מנוצלות זה בזבוז.

**פרופ' גבי בן נון:** הוא אומר שיש משאבים שלא משתמשים בהם באופן יעיל בגלל תמריצים מעוותים, שזה נכון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' זאב רוטשטיין:** יש שם התחזקות גדולה ביעילות. אתן לך דוגמאות – set up time – בניית אצלי זה 22 דקות, שם זה יהיה 12-13 דקות כי יש תמריצים אחרים. מעבר לתשתית עודפת יש איבוד הרבה יותר גדול כתוצאה מחוסר יעילות. בשעה 14:00 לסיים ניתוח אחרון זה סוף היום לחדר ניתוח, אז ברור שיש תשתית עודפת, אז יש אפילו יותר פוטנציאל ממה שאנחנו מדגימים. יש לנו עוד מספר בעיות של מחיר יום אשפוז, אני לא רוצה להתעכב על כך – במצגת. הסדרי בחירה והעמדה של בכירי הקופה בניגוד עניינים יוצרת מצבים מאוד מוזרים. מנהל מחוזי של קופה במחוז מסוים צריך לקבל החלטה לאן להפנות חולה. יש לו תכתיבים, בתי"ח סגורים, הוא לא יכול להפנות לבתי"ח א', ב', ג', אבל מבחינת תקציב, ההעדפה הראשונה היא להפנות ולא לפגוע בתקציב שלו. אם מגיע חולה ורוצה לעבור ניתוח לב, השאלה הראשונה שישאל הוא האם אתה מוכן לעבור אותו באסותא או HMC. אין לו משהו נגדנו, אבל האם הוא מופנה להרצליה, השב"ן משלם וזה לא יהיה מתקציבו. הוא חסך 60 אלף ש"ח מהתקציב שלו, והחולה מבסוט כי הוא בחר. יש traffic שמנווט לפי אינטרס לוקאלי של מנהלי מחוזות כדי להקטין את ההוצאה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אם אני מנתק בין הקופה לבי"ח פרטי עדיין יש לו תמריץ כזה.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה לא שייך להפניה. שב"ן אני קורא לזה כיס ב'. בכיס א' הסיבה להיות כל הזמן בגירעון מובנת וברורה. אלה שעובדים בכיס א' ינסו לזרוק את זה לכיס ב'. הם יבואו למשרד הבריאות ויבקשו לסדר להם החזר כדי שלא יפסידו.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה לא בעלות.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אם לא הייתה בעלות הוא לא היה אומר "לך להרצליה", הוא היה משלם בכל מקרה. הקופה הייתה משלמת לאסותא מכיסה.

**פרופ' גבי בן נון:** חולה של קופ"ח כללית שמאושפז ב - HMC וממומן על ידי השב"ן עולה לקופה אפס בסל הבסיסי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** עדיין יהיה לה כדאי שהוא ישלם, בגלל המנגנון.

**פרופ' גבי בן נון:** כדי לקבל כסף בבסיסי היא תשתגע, היא לא תקבל בחיים. היא מעלה את הפרמיה וסגרה עניין.

**פרופ' קובי גלזר:** הבעלות לא רלוונטית.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** למה לא? זה חוזר לבעלים והקופה מרוויחה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** עדיין כדאי לו לעשות דרך שב"ן, הוא חוסך תקציבים.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** התמריץ הכלכלי הוא כפול. אנחנו מדברים על בתי"ח ציבוריים אז אנחנו מדברים על שחיקה. במצגת – נתנו לכם קצת את הדומיננטיות של הקופות כדי להבין שהשוק הוא לא של בתי"ח, הוא שוק של



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

קופות. זה קשה לתפוס ויש כאלה שלא מאמינים אבל על כך מצביעים הנתונים. יש הסכמים לא טובים עם בתי"ח, והדוגמה הכי בולטת היא הדסה, שההסכמים לא השאירו להם אוויר לנשימה וזה נכפה עליהם. השוק הוא אכזרי ולא טוב, בתי"ח קורסים ונותנים הנחות עצומות ואז המדינה צריכה לכסות על הגרעון.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** המספרים האלה שלכם?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** שלנו. אין שום סיבה לתת 30% הנחה ולא 20% הנחה. אם הם ישיגו הנחות, אתה חייב גם להצטרף אחרת לא תראה חולה מקופ"ח לאומית.

**פרופ' גבי בן נון:** הקופה הכי קטנה זכתה להנחה הכי גדולה.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** בלאומית הכל נעול חד וברור. הם לא הגיעו איתך להסכם - למחרת הכל סגור, לא תראה אף חולה. דיברנו לא פעם על יתרונות לגודל. מצד שני מגיעים להנחות היסטוריות ואז מגיעים לשחיקת תקציבי בתי"ח וגם לגירעונות ויצרנו כאוס. לא יודע אם תסכימו איתי למילה, אבל זו התחושה. ככל שהרגולטור עושה יותר רגולציה, הכאוס הולך וגדל. אנחנו מגדילים כאילו אין חוקי אנטרופיה.

אצלנו, ואני מבקש שתסתכלו על המספרים, התחלנו את הספיגה במחיר הרבה יותר גבוה וזה קורה תוך כדי הכאוס. נתון 2012 - 83 מיליון ש"ח הלך למשרד הבריאות לסבסד בתי"ח לידינו ובכך הגדילו את הכאוס, ולא נתנו לנו להשתמש בזה. אנחנו עומדים ביעד הרבה יותר גבוה השנה של 150 מיליון ש"ח ספיגה, שאמורים לתדלק בתי"ח לידינו ולא אותנו.

**שלמה פשקוס:** זה משק סגור של בתי"ח ממשלתיים.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה עושה 2 בעיות – בעיה מוסרית אחת היא 150 מיליון ש"ח לא הולכים לשמש אותי. אם אני הולך לקופה ואומר לה תשלמי את המחיר הזה, אני מרמה אותה. זה 150 מיליון ש"ח שאני נותן למישהו אחר. שנית, זה מקלקל את מצבי מול הקופה. בפחות כסף הייתי נותן יותר הנחות ומנצל את התשתית העודפת. אם הכל לא פוליטי והוא כסף, זה מכשיר עצום שאני לא משתמש בו. זה יוצר לי חור, מעמיד אותי בפונקציית יצור קשה ובעייתית יותר לעומת בתי"ח אחר. אנחנו רואים את התופעות ברפואה הדחופה שהיא במחסור הכי קשה באמצעים, תקנים ואנשים. אני קורא לתופעה הזאת זקנה במסדרון, אורכי המתנות, אין איפה לשבת, המחלקות עמוסות וכולי, והכל מתחבא כאן ובקלות היה ניתן לפתור את הבעיה הזאת. ערערנו על כך לפני המשרד שאמר סליחה אני הריבון, ככה שאנחנו מרגישים יחסית די רע מהדבר הזה. אני משתף אתכם כי זה חלק מהתהליך שאני קורא לו כאוס, והסימן הוא הפוך כל שנה. המשרד ימצא שאני ביחס הכי טוב לכ"א, למיטות, זה נראה טוב ויעיל אבל יש אפליה לרעה בפועל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** גם ברמב"ם זה קורה.

**ליאור גילה:** בתחילת שנה כן, בסוף לא.



לשכת שרת הבריאות  
Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**נועה פרסטר:** ואז רבים איתנו על 2 מיליון ש"ח בתיירות מרפא, שניתן עוד.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** הסכום הזה לא נקבע על ידינו ולא על ידי אנשי משרד הבריאות, אלא אנשי האוצר הם אלה שקובעים מספרים. אתם מקבלים את זה כנתון.

**פרופ' גבי בן נון:** לא ברמת בי"ח תל השומר.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** בקיצור, בהיעדר יכולות לפעול במדינה, פיתחנו את הכלי שנקרא תאגיד שמגיע לסך הכנסות של 800 מיליון ש"ח שמאפשר לנו טיפת אוויר לשכור כ"א, לעבוד ולהתקיים בכלל. עשיתי זום לתאגיד הבריאות שמתפרנס מהכנסות משירותים רפואיים, זה כל מה שאנחנו מוכרים למדינה ולפרטי, כל מה שנעשה. שנית, זה ירד ל - 113, והתחזית היא בירידה, 95. עוד הכנסות שמתחלקות לתרומות ומחקרים ופיתוח דברים אחרים. סה"כ 841 מיליון ש"ח נכנסו לתאגיד הבריאות בשנת 2012.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** עכשיו הוצאות.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אנחנו מעבירים לתקציב המדינה 184 מיליון ש"ח, ואני לא יכול להגיד אם זה משרת את ביה"ח כי זה נופל לספיגה שהתאגיד מסבסד את ביה"ח שנמצא לידי. אצלנו זה מדינה-קרן, אי אפשר לנתק את זה. מדינה הכווינה את תקציב הכנסות של המרכז הרפואי הממשלתי, אבל יש בעלים לכסף הזה, זה לא רק אני. אם זה היה תקציב רק של ביה"ח, אין בעיה, אבל יש נגזרת שיוצאת החוצה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כמה אתה מעביר למדינה?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** באותה שנה נתונה 83.

**פרופ' גבי בן נון:** אתה יכול להגדיל את פעילות התאגיד?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** עקרונית לא, יש לי תקרה של 3%. באופן עקרוני יש CAP או תקרה על התאגיד.

**יוליה איתן:** תסביר את זה.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** התאגיד מוגבל בתקרה ואם אביא יותר ישאבו את זה ממני הלאה, וזה גוזר מספר דברים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אין גידול בין שנה לשנה?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** כן, אבל זה לא קובע, זה יכול להשתנות בהתאם לבתי"ח אחרים. גם על הנתון הזה יש מו"מ. האוצר רוצה להסתכל על כל בתי"ח. באופן עקרוני הנתון הזה נתון לשליטה שלנו, אבל שנבין רגע את הנגזרות. זאת אומרת, מעבר לכמות מסוימת בגלל הסכמי ה - CAP והקופות, התועלת השולית הולכת ופוחתת.

**פרופ' גבי בן נון:** אם הייתי מסיר את החסמים, התמריצים והעיוות שלהם, היית לכאורה רשאי למצות את מלוא הפוטנציאל של התאגיד. אתה יכול לכמת את אחוז הפעילות שהייתי מרחיב?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' זאב רוטשטיין:** לא, כל פעילות התאגיד מבוססת על התנדבות הרופאים. הוא סיים את יום העבודה.

**פרופ' גבי בן נון:** תשלם לו, פרצתי לך את החסמים.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה התנדבות ואני אסביר - כשמחכה לו אותו מחיר רק עם סימן של יורו לאותה פעולה ולאותו זמן רופא, זה התנדבות. יש לי את היכולת לעשות את זה ואני עושה את זה, משאיר אותם מסיבות שונות, אבל זה מוגבל כמובן. עם הזמן, לאט לאט יש לי פחות שיתוף פעולה עם הרופאים. גם לשעון הנוכחי היה אפקט פסיכולוגי על זה, רבותי אני את שלי עשיתי. מדדנו את מספר הרופאים שעוזבים לפני השעה 15:30 כל יום, ואנחנו מדברים על למעלה מ- 250 רופאים כל יום. נגמרו לו 45 שעות שבועיות והוא בסדר לפי הספר, אבל עד 15:30 יש כאלה שהולכים גם קודם, וזה בשבילי תחילת יום העבודה מבחינת מה שאני יכול להפעיל. אם אני אקח את זה לרופאים בכירים שזה 600 שהולכים קודם, זה כמעט שליש. לא המצאתי את זה.

**פרופ' גבי בן נון:** אמרתי שהחסמים שיש לך בנושא הפעלת ביי"ח לא כגן נעול הם שניים - האחד יש לך תקרה. שנית יש לך מוטיבציות רופאים.

**נועה פרסטר:** יש גם קופות חולים ואלפות.

**פרופ' גבי בן נון:** נניח שאני מסיר לך תקרות ואלפות...

**נועה פרסטר:** ומבטל הסדרי בחירה.

**פרופ' גבי בן נון:** אני מתיר לך לשלם תעריפי ססיות. כמה זה פוטנציאל גידול הפעילות שלך?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זאת הבעיה האמתית עכשיו, מה קורה מחוץ לגדר. הקטנת את הטירוף הזה של הר הזהב, אין לנו ויכוח על זה. אם היינו מוחקים את ההר הזה, הייתי יכול לגדול להערכתי בתוספת של שני שליש לשליש שאני עושה אחר הצהריים, כלומר עד פי 3. הייתי מוצא איפה צוואר הבקבוק החדש שנתקלתי בו, מיטות אשפוז, ולא בוודאות שיהיה לי בכל מקום צווארי בקבוק. בטיפול נמרץ היה לי יותר כסף, צילמתי לך אותם, זה עומד ריק.

מה אנחנו עושים עוד מבחינת ההוצאות – במצגת. ביקשתם פירוטים ונתנו. פעילות הקרן כוללת גם קניית דברים לתירות מרפא ולא מתוך תקציב המדינה. יש לכם פה את הפירוט. אם נמשיך ונסתכל עוד פעם על כ"א, איך הוא מופרד – במצגת.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתה מעביר אותם לתאגיד ואת האחיות אתה משמר.

**נועה פרסטר:** האחיות לא רוצות לעבוד בתאגיד.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה קניית שירותים וזה נכנס להוצאות לא של כ"א.

**נועה פרסטר:** הן רוצות תנאים של עובדת מדינה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מה זאת אומרת לא רוצות?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה מקצוע במחסור ואז הן שמות תנאים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** גם רופאים במחסור.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** הם מעדיפים לעבוד בתאגיד ולא במדינה, יצרנו לעצמנו תמריצים שזה לא יקרה. בגלל אילנה כהן שלוחצת על זה, באחיות זה לא קורה.

**פרופ' לאה אחדות:** זה קשור לדפוס העסקה שאילנה לא רוצה שיתפתח באחיות. זה לגיטימי.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אמרנו שזה פוליטי ולא כלכלי. התאגיד הזה מאפשר לנו הפעלת שירותים מעבר לתקנים. אנחנו פתחנו מחלקה פנימית שביעית, אמרנו לא הקצו לנו מספיק מיטות, אמרו לנו תפתחו מלא, ניתן לכם 15 מיטות ברישיון, ואתם תפתחו את כל המיטות 36, ונכיר לכם רק ב - 15. ברישיון שלי יש לי 15 מיטות וכ"א מתאים ל - 15, וזה יכול לספק 36 מיטות? אין, בחלום.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אבל יש לך תוספת הכנסות מזה.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** מחלקה נוספת פנימית זה לקחתי מהמסדרון לתוך החדרים. הוא נותן תוספת תקנים בלי תקציב, אתה תממן את זה. הכל זה מסחרה.

**שלמה פשקוס:** הגידול ב - CAP אמור לכסות את הגידול במיטות. לא מצפים ממך שתביא את זה מהאוויר.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** לא תמיד מיטה היא תוספת הכנסה כמו שאצלכם זה מתויק ביומן. אם זה יורד בתפוסה הממוצעת למאה, זה לא משנה את ההכנסה. הוספתי מעבר למיטות הפורמליות שלי מיטות פיזיות ומילאתי אותן, ואומרים לי סליחה... אני מראה עכשיו תפוסות 128, 138, ואומרים לי איך אתה עושה תיירות מרפא??

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מה אחוז הלא תקניות?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** הרבה, וזה מטה את הסטטיסטיקות של התפוסה.

**פרופ' גבי בן נון:** מה התקינה שלך?

**נועה פרסטר:** 1,490 מיטות.

**פרופ' גבי בן נון:** כמה על תקני?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** יותר מ - 20%. זה משנה את התפוסה שנראית כלפי חוץ. משתמשים בנתון של בתי"ח בתפוסה מלאה.

**פרופ' גבי בן נון:** זה חשוב לוועדה כוועדה, לא רק לתיירות מרפא.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' זאב רוטשטיין:** ניקח את איטליה כדוגמא. אמבולנס מסתובב בין בתי"ח. אם הוא לא מוצא מיטה פנויה מתוך התקן, החולה לא יורד. התפוסה היא מתוך המיטות בתוך התקן, אין מצב שיוסיפו מיטה נוספת ויפתחו אותה. אם מוסיפים מעבר לתקן, זה מטעה.

**דורון קמפלר:** תשאל אחרת, מה התפוסה לפי התקן ומה התפוסה בפועל?

**נועה פרסטר:** רק יונקים למשל זה 70 מיטות וזה לא ברישיון בכלל. ילדים יש לנו 90 ו- 20 ברישיון.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** המטרות שלנו בנושא תיירות מרפא זה הצלת חיים, זה מביא ערך למדינת ישראל. אנחנו משקיעים המון בלהפוך את ביה"ח לבינלאומי. אנחנו עובדים עם מספר בתי"ח בעולם באופן מלא. אנחנו רוצים מקור לתקציב נוסף ואנחנו לא מתביישים. הגדלת את איכות הרפואה שלך אם אתה פותח לעצמך אקסטרות והגדלת את פונקציית הייצור. אנחנו כמובן מנצלים את הכסף להמשך פיתוח ביה"ח באמצעים שמשרתים ישראלים. השוק הזה עובד על סוכנים. השיווק הישיר שלנו קטן ולא נותן לנו יותר מדי חשיפה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתם עובדים על עמלה?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** כן, אנחנו עובדים מול סוכנים ומגבילים את העמלה כדי לא לקלקל את השם של ישראל בעולם. החוזה מחייב את הסוכן לעמלה מקסימלית של 50%. אם התייר בא בלי סוכן, הוא מקבל מחיר מלא ועמלת הסוכן תישאר אצלנו. אנחנו לא נעשה תחרות עם הסוכן. איך לא פוגעים בישראלים? צריך לעבור כחוט השני. כל אחד שתעצור אותו בביה"ח יגיד לך שזה לא פוגע בישראלים. לפיכך אנחנו מפעילים תיירות מרפא אך ורק אחרי שעות העבודה. ה-slot הראשונים שאנחנו משחררים זה לתיירות מרפא ולאחר מכן לישראלים. זה slot בכל מקום שלא יהיה תור, שלא יהיה ישראלי שיגיד לקחת לי. לאחר שעות העבודה אנחנו שומרים slot ייעודיים לכירורגיה, ואם אין לי תייר, נכנס ישראלי.

**שלמה פשקוס:** אחר הצהריים אתה נותן עדיפות לתיירים?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** slot ראשון נפתח לתייר, אם אין מימוש זה יהיה לישראלי.

**פרופ' לאה אחדות:** למה לא להיפך?

**פרופ' גבי בן נון:** למה לא הישראלי ראשון?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** כדי שהתייר לא יפול, ואני מדגיש שזה אחרי שעות העבודה.

**פרופ' גבי בן נון:** למה לא לישראלי?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** למה שאני אעשה ישראלי אחרי שעות העבודה? לא ביקשת ממני.

**שלמה פשקוס:** בשביל זה יש תאגיד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אין לנו חובה כזאת. אין לנו הסכמי שכר עם אחיות או רופאים. זו לא חובה שלי כמנהל בי"ח. ססיות זה בהסכמה. בסופו של דבר הישראלים הכי נהנים בפרופורציות בגלל שפתחנו את אחר הצהריים. אם אני נותן לו 4 חולים אחר הצהריים זה כדאי לי, אבל תמיד השארתי את ה - slot לתייר, ואנחנו מנצלים רק 20% או 30% בפועל. ישראלי או לא, זה הכלל ואני לא מתווכח. לגבי הדחיפות – אנחנו מדברים בשוק של אלקטיביים ולא דחיפות. הדחיפות מתבצעת על ידי מערכת כוננים ותורנים וזה לא שייך בכלל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתה מפריד בין דחוף לאלקטיבי. אתה אומר תשמע דחוף הוא הישראלי.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** תמיד יהיה לו תור, זה בלי קשר למערכת נפרדת.

**נועה פרסטר:** תבינו את הפרופורציות, צירפנו לכם הכל.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה בטל בשישים. הרבה פעמים אנחנו הורגים בשביל העיקרון ולא בשביל התוצאה הסופית.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** גם מתוך זה זה בערך 4%.

**נועה פרסטר:** כימותרפיה באשפוז למשל, תראו את הנתונים, זה 400 ניתוחים.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** יש לנו חדרי חירום שמיועדים לכוננים. מערכת חירום עובדת 24 שעות ביממה.

**פרופ' גבי בן נון:** זה ברור.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** לא ברור. אנחנו מדברים שם על מישהו לא דחוף.

**פרופ' גבי בן נון:** בשיח אומרים שאני ממתין חצי שנה והוא יומיים. זה לא חירום. השיח הוא לא על חדר מיון בכלל.

**פרופ' ארנון אפק:** חירום הוא לא תייר מרפא.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אין שום קשר.

**פרופ' לאה אחדות:** תיירות מרפא זה מאורגן, יודעים את זה מראש.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** יש אחיזת עיניים מסוימת שקשה להסביר לציבור. כשאני קובע לתייר בשעה 16:30 אצל רופא איקס, הוא חיכה חודש. הוא נוחת ונכנס מיד לרופא. אנחנו מחכים חודש לתור והוא חיכה שם. ברגע שנקבע לו התור, הוא הגיע דקה קודם ולא חיכה חודש בארץ, את מבינה? אומרים הגיע תייר ומיד נכנס. אז slot לתייר פותר את הבעיה הזאת, הם לא עולים אחד על השני. אני לא מאמין שצריך רגולציה על תיירות מרפא, ובאירופה עושים תיירות מרפא פי הרבה יותר מאיתנו.

**פרופ' לאה אחדות:** בפרטית.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' זאב רוטשטיין:** כל המערכות, אין שום רגולציה. אף אחד לא ישב שם ולא העלה את השאלה אם הישראלי שבא ללוצרן לא תופס את המקום של האזרח השוויצרי.

**פרופ' גבי בן נון:** זה לא המקבילה.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה כן. אם יש חריג שחייבים את בכיר הבוקר לניתוח, אוטומטית זה נלקח לתכנית ניתוחים של הבוקר. מה אנחנו עושים בכל אופן כדי לכוון את התיירים לתשתית עודפת ולא לפגיעה? רוב הטיפולים נעשים על בסיס אמבולטורי ודי יקר. אני אשווק ספציפית את הדברים האלה שאני טוב בהם כמו מלנומה, וזה לא תופס מקומות לישראלים, כמו אונקולוגיה בקרינה, ויש לי מכשירים לזה. אותו דבר בניתוחי מוח ו – check ups. איפה אני לא מכניס תיירים? זה קורה באופן טבעי, לא לרפואה דחופה, לא למחלקה פנימית. הם באים לדברים מצילי חיים ודברים מיוחדים.

**שלמה פשקוס:** מה התפוסה שלך המחלקות האלה?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** נראה גבוה, אבל בגלל משרד הבריאות. באותה תקופה היו מטופלים אצלי באשפוז 46 ילדים. בתיירות מרפא היו בזמן הזה 3 בסה"כ. האירוע הזה לא היה קשור לתיירות מרפא, אבל זה פתר בעיה. אני לא אעמוד בשום מצב להגיד לאבא עם ילד על הידיים "לך תמות", לא יקרה גם אם אעמוד לדין. המצב היה שהיו אצלנו מתוך 46 ילדים, 20 ילדים ערבים. מיעוט מהגליל ורובם פלסטינאים וזה לא תיירות מרפא, הם לא תייר כי אין להם ברירה, הם לא יכולים ללכת למקום אחר, רק אצלנו, זה המקום היחיד שפתוח בלי הגבלה. התשלומים רובם מכוסים על די הרשות הפלסטינאית. חלק משמועתי מסובסד על ידי הממשלה דרכנו, charity, כמו שאני עושה עם עובדים זרים, הם חלשים ואין להם כסף.

**נועה פרסטר:** הם שולחים ומשלמים חצי מחיר.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אם אני מקבל 4,000 דולר אני אומר בסדר, גם אם העלות שלי היא 15,000 דולר.

**פרופ' גבי בן נון:** הרשות הפלסטינאית לא משלמת?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** משלמת 10 וזה עולה 100, מה תגיד? אני לא עומד בזה לא לטפל בילד. ואז אני מקבל 10 ומוציא 100 ואני מסבסד אותם. הוא הגיע על הידיים של אבא שלו למשרד שלי.

**יוליה איתן:** אין תשלום גם מהרשות וגם ממרכז פרס?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** במצב הזה מדינת ישראל הקצתה לי 6 מיטות להשתלת מח עצם ו - 12 מיטות במחלקה, ויש לי 46 חולים. רוטשטיין אומר שלא אזרוק אף ילד, אז אני צריך לחלק את הטיפול ביניהם ולעזור להם. יש ילדים שאפשר לשים במחלקת ילדים, יש כאלה לחדר סטרילי וכולם מקבלים טיפול טוב ואף אחד לא מסתובב. אני בא לשם ורואה פלסטינאי, אני שירתי בצבא מה פתאום אתה מביא לי פלסטינאי? אני מפעיל 18 מיטות ולא 12. ב - 1.1 הגדלתי בעוד 10 מיטות, כולן מהתאגיד. 40 איש תוספת שהרוב זה מכסף של תיירות מרפא, כי הצלח



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חיים זה ערך הכי חשוב עבורי, במיוחד בילדים. אני לוקח את מה שיש לי ומחלק בצורה שווה בין כולם, שלא יהיה חריג שהוא כן ואחרים לא, כולם יתחלקו, ואולי זו הסיבה שיש לי מעט יותר תיירים, כי אחרים נוסעים לאוסטריה או לאסותא.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מה כמות המטופלים שלך כדי לתת מענה סביר לעלויות ולירידות?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** 60 מיטות ולא 12. יש לי 46 מטופלים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מה ממוצע האשפוז במחלקה הזאת? כמה בדרך כלל מאושפזים ומה הטווח?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** נע בין 40-60. זה ילדים שמאושפזים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** ויש לך 12 מיטות ברישיון וככה 28.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** יש ילדים שאולי במקום אחר מאשפזים אותם, אנחנו מאשפזים אותם באשפוז יום על אותו עקרון. תמיד אנחנו מגיעים להשלמה.

**שלמה פשקוס:** אין לך תשתית עודפת שם ואתה עדיין מקבל תיירות מרפא.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אני בונה את העודף מהתאגיד.

**שלמה פשקוס:** בסדר, יש שם הכנסות לא מתיירות מרפא. זה ביי"ח ציבורי.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** ציבורי זה גם אסותא, בוא תחליט איפה אתה שם את המילה ציבורי.

**פרופ' גבי בן נון:** תאגיד זה לא אסותא.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** בוא תסביר לי למה. אם אתה צודק, למה התאגיד משלם על שימוש במתקנים?

**פרופ' גבי בן נון:** יש הרבה עיוותים, אבל זה לא אסותא.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** הוא חייב לשלם עבור שימוש במתקנים.

**פרופ' גבי בן נון:** ברמה הכללית אנחנו מסתכלים על ביי"ח תל השומר כביי"ח כולל תאגיד.

**פרופ' ארנון אפק:** זה לא מדויק גבי.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אנחנו מנסים להקטין את מספר התיירים שאין היתכנות להפקת תועלת מהביקור, עיין ערך מקרה אסותא. אצלנו זה לא היה מתקבל כי אין לנו מה להציע בטיפול, והיינו כותבים את זה. אנחנו מזמנים סמוך למועד הטיפול. נתתי לכם אחוזים כדי להבין מהסטטיסטיקה – במצגת. הפער הזה אומר שזה כדאי. מהכנסות המרכז הרפואי זה האחוזים שאתם רואים, הכל גלוי פתוח ושקוף. איך מתבצעת העברת התקורה למדינה, הכל כאן, וזה לא רק צפי כי כבר סגרנו את השנה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתה טוען ש - 27 אלף הולך אליך ו - 34 אלף הולך למדינה.

**יובל דגן:** יותר, המדינה פה זה ביה"ח.

**ליאור גילה:** מה זה קניית שירותים?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** בתוך ביה"ח קנית דברים שאתה מחזיר חזרה למדינת ישראל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** נטו הרווחיות של הדבר הזה זה 34 ו - 28.

**נועה פרסטר:** גם השכר.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה כולל תקנים שאני מעסיק.

**יוליה איתן:** זה סעיף שכר.

**יובל דגן:** בגלל זה רצינו את הפירוט.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** יהיה מעניין להוציא מזה.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** ב - 1.1 אישרתי להעסיק עוד 5 מרדימים מתמחים מכסף של תיירות מרפא. בגלל הרומנים אפשר פתאום לחיות במחלקה, ועכשיו באים הישראלים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הרווחיות פה היא מטורפת.

**נועה פרסטר:** אי אפשר להסתכל על הכל כרווחיות.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** יש פה עלויות.

**נועה פרסטר:** משתמשים בתשתית של המדינה. יש פה ביה"ח.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אתה רוצה רווחיות, לא תראה את זה פה.

**פרופ' גבי בן נון:** אלה ההוצאות הישירות שכרוכות בתיירות מרפא – זה מה שאני רוצה לראות. לא רוצה עזרה למחלקות, תנסה לכמת את זה.

**נועה פרסטר:** אתה יכול לראות את זה בגדול מלמעלה. התרופות מאוד יקרות.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** תרופות מאוד יקרות, רק החומר במלנומה עולה 25 אלף דולר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה מאוד פשוט. מתייחס למצגת - יש פה תקורה.

**פרופ' ארנון אפק:** אף אחד לא יודע כמה, זה מספר סתם, נורמטיבי. זו החלטה. אף אחד לא יודע כמה, זו האמת.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אנחנו, לטעמי, המספר למטה זה הכסף הפנוי שנשאר אצלי, שנוצר לי מתיירות מרפא.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הוא יצא פנוי, אבל אם לא היה לך את זה היית צריך כסף אחר. זה מפנה לך כסף אחר. אני מתחבר ל – 50%.

**פרופ' לאה אחדות:** אני חושבת שסדר גודל של 20%, וככה שמענו מבתי"ח אחרים, הוא יותר.. עדיין צריך לדעת אם כדאי לנו לעשות משהו או לא. צריך לדעת את זה.

**פרופ' ארנון אפק:** זו העברה חד צדדית לבי"ח. המתמחים בפנימית ושאר הדברים יושבים כאן, ולכן זה יותר מ – 20%.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** שקף אחרון – אני מסתכל על שני המספרים התחתונים, גמישות המנהל. אני נשארתי עם 27 מיליון ועם 19 מיליון, וזה לציבור ולא כדי להגדיל לי את ההכנסה, זה כדי לפתוח צווארי בקבוק, אני מוסיף מיטות – במצגת. הכל מועבר כדי ליצור לי מרווח.

**יוליה איתן:** זה חוקי להוסיף מיטות?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** יש פה משרד המשפטים? אני בונה, שם מיטות, שם צוות, מפעיל. אם יגידו לי שזה לא חוקי אני מחזיר חזרה, לא קרה כלום.

**פרופ' לאה אחדות:** אם יגידו לו שזה לא חוקי, אין לו מה לעשות עם הכסף של תיירות מרפא.

**ניר קידר:** אם תוכל להסביר - למה חשוב לשלם יותר לרופאים עבור תיירי מרפא מאשר על ישראלים בססיות?

**נועה פרסטר:** אני בעד לא לשלם בכלל, אגב.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** חד משמעית. אנחנו הולכים לטובת הרופאים שלנו, ואמרנו להם "תקשיבו, בעולם של צרות צרורות אנחנו לא מקבלים את כל הכסף ואין לנו כסף". כשאתה מנתח אחר הצהריים ישראלי אני יודע שאתה עושה את זה בהתנדבות והוא יקבל ממני טפיחה על השכם, אני דואג לו וקורץ לו. כשמגיע תייר הוא אומר "סיפרת את הסיפור שלך ועכשיו זה לא קיים, למה שאסכים לעבוד בשכר רעב ובאיכילוב נותנים לישראלים פי 2 כי הם לא צריכים לממן את המערכת?". אני לא יכול להיות בגרעון, זה בניגוד ל - DNA שלי ואנחנו עומדים בזה so far, ועד עכשיו עמדנו בזה. הוא אומר "אני לא נשאר, זה לא חלק מהעבודה שלי". אתה יודע כמה פעמים שמענו את זה? זה יתחיל מהרופאים וימשיך לאחיות, "אני לא מקבלת כלום, אני צריכה להתאמץ בשביל זה?", אז אני מנסה למנוע את זה. יש היום פרסום של פרופ' מוטקה שני שנקרא "השביל", משהו כזה. אצלנו בגלל שלא הלכתי בקו של הנחיות משרד הבריאות, זה לא קרה. ההגיונות הזאת בינינו עם הרופאים יוצרת שיח כך שלא יחפרו מתחת, ועוד תשתיות שעשינו כדי שמהערכת תישאר יותר נקייה. אם תמצאו מחר בבוקר משהו שגנב ממני 5,000 דולר, יכול להיות שזה יקרה, אבל אני מנסה לצמצם את זה. אתה יכול להכריח אותי להגדיל את המחיר לישראלי, והוצאתי



לשכת שרת הבריאות  
Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

הוצאה מיותרת שלא הייתי חייב לעשותה אז יצא שכרי בהפסדי. זה לא טוב, זה חלק מהכאוס.

**ניר קידר:** האם יש אצלך רופאים שעושים תיירות מרפא ורואים אותם גם אחר הצהריים?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** לא, אבל העמלה אצלי מוגבלת ל – 15%, והוא הולך לרופא במחלקה ישר ומתחלקים בעמלה. לא במערכת שלי, כיוון שאני עובד מאוד מקוון והחולה לא יעלם לי פתאום, ואוי ואבוי אם אמצא רופא כזה. ביה"ח ממושטר, הם לא עושים דבר כזה.

**פרופ' גבי בן נון:** אתה אומר עקרונית שאתה משלם יותר לרופאים שעושים תיירות מרפא?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** עד להוראה אחרת של המשרד.

**פרופ' גבי בן נון:** יש לך בחירת רופא?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** לא, בשום אופן.

**פרופ' גבי בן נון:** אם ניקח את הפרוצדורות של אותו רופא לתיירי מרפא ונשווה לתור לישראלי?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אין תורים אצלנו. אין המתנות. אנחנו ביי"ח של אפס capacity. תמצא אותי בפוליפים, באוזן...

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני צריך מחר החלפת פרק ירך, תוך כמה זמן אני יכול לעשות את זה?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** 3 חודשים.

**פרופ' גבי בן נון:** אז יש לך תור.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זה לא המתנה. אז אגיד לך חודשיים כדי שלא תבין לא נכון. גם לתייר אתן את אותו תור, זה מצריך הכנה.

**פרופ' לאה אחדות:** אתה נותן לו תור לעוד חודשיים?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** אף אחד לא בא מחר.

**נועה פרסטר:** תסתכלו על הכמויות של ניתוחי תיירים ותראו.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** כמויות כאלה זה כלום, על מה אתם מדברים.

**נועה פרסטר:** לצנתורים אין תורים.

**פרופ' גבי בן נון:** זה עושים יותר מדי גם כשלא צריך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**נועה פרסטר:** אין תורים לניתוחי חזה.

**פרופ' גבי בן נון:** האם אפשר לקבל נתונים באופן סטטיסטי?

**נועה פרסטר:** זה בחוברת שנתנו לכם.

**פרופ' זאב רוטשטיין:** חבר'ה, זה ביי"ח מנוהל.

**פרופ' לאה אחדות:** מה בכל זאת לא נראה לך בתיירות מרפא?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** השיח הציבורי, אני חושב שהתקלקלנו.

**יוליה איתן:** יש לך גם נתונים על אורך תורים, לא רק פרוצדורות?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** כל נושא התורים יצא מהפנקסנות המחלקתית למערכת בית חולים שקופה לכל ואינטרנטית. הנושא הזה מזמין את הקדמת התור שאני לא בעדה.

**פרופ' גבי בן נון:** מה דעתך על החוזר החדש של משרד הבריאות?

**פרופ' זאב רוטשטיין:** זוועה. שווה לי להחליף מנכ"לי בתי"ח שיעשו רגולציה.

**יוליה איתן:** תודה רבה לכם!!

**\*\* מציגים שניים בפני הוועדה: פיננו צרויה – מנכ"ל רשת אסותא, דני אנגל - ראש אגף שיווק ופיתוח עסקי,**

**בי"ח אסותא. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

**דני אנגל:** ארכז עבורכם את כל נושא תיירות המרפא באסותא. כיוון שעברתם כבר כמה מצגות, נעבור על החלק הראשון די מהר. סיבות עיקריות לתיירות מרפא הן פערים באיכות, פערי מחיר (לא כל כך הסיטואציה של ישראל או אסותא, יותר רלוונטי לאמריקאים). אמריקאים הולכים לפי המחיר ויש אופציות יותר נמוכות, הרבה גם תלוי בעניין הגיאוגרפי (קרבה לדרום אמריקה וקהילות מהגרים ממקומות אלו), בעיית נגישות וזמינות (תורים ארוכים, אי זמינות איברים להשתלות). מה שהסיר הרבה מהחסמים בתחום הזה היה מידע שלא היה ברור, זה שפשוט יותר היום לחצות מרחקים, והחברות המתמחות (סוכנים) שעוזרים להגיע מנקודה א' לנקודה ב' ולקבל את מלוא השירות. ברגע שכל אלו נפרצו, החלה תנועה עולמית שעולה ועולה. המספרים הגדולים הם בין מדינות אירופה, שבכלל לא נרשמים. גם בישראל יש בעיה עם המדידה כי אין ספירה מרכזית. יש הערכה של 50 אלף תיירים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** מאיפה מגיעה ההערכה של המספר הזה?

**דני אנגל:** מהערכות קודמות של משרד הבריאות. מאז שהחלו ההגבלות על תיירות מרפא, כולם הפסיקו לדווח נתונים. הנתונים האלו מופיעים בדו"חות בינלאומיים. השורה התחתונה היא שכולם מוכרים לכולם ואין גבולות. הביטוחים הרפואיים תומכים בזה, הקלות שזה ניתן לביצוע היא הווקטור שמזיז את השוק. עד לפני שנתיים ירדן





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

הייתה גדולה פי 7 מישראל במספר המטופלים, בעיקר ממדינות ערב. זה השתנה בגלל כל השינויים בעולם הערבי. הייתה האטה מסוימת בשנים 2008-2010, אך בסה"כ זה רק פגיעה בכנף. אני לא היחיד שמונה את ארבעת היתרונות של תיירות מרפא.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** צריך להוריד את מספר שתיים, לא צריך כסף זר נוסף.

**דני אנגל:** נסכים על זה שיצוא בכלליות זה דבר מבורך. אני לא רואה סיבה למה לא לעודד. אני בעד יצוא רפואי במערכת הציבורית, למרות שאני בא מהמערכת הפרטית. אסותא לבד היא לא הרפואה בישראל, אין שום ביי"ח שיכול לשאת לבד את שם הרפואה הישראלית. בסופו של דבר אתה מוכר את השם של המדינה והיכולות שלה, ואם יעשו את זה רק בפרטי זה לא יעבוד וזה יפגע באסותא. צריך למצוא את הדרך איך לעודד את זה בלי שזה בא על חשבון הישראלי.

אני רוצה לנסות להסביר אקסיומה ולהתנגד לרוח שמנסים לייצר בתקשורת - תייר לא פוגע בישראלי. ישראלי יקבל את אותו היקף שירותים. הישראלי מטופל עד הגרוש האחרון שיש למערכת להשקיע. ביום שהגרוש האחרון נגמר - נגמר השירות לישראלי. איפה אפשר לראות את זה בא לידי ביטוי? בכל הדו"חות לגבי תקציב ו - CAPING, אין בתי"ח שנמצאים מתחת ל - CAPING. בסה"כ כל בתי"ח נותנים שירותים מעבר לתקרת ה - CAPING עד לנקודה בה הם לא יכולים לשאת את ההנחות יותר.

**פינו צרויה:** אם ביה"ח מגיע באוקטובר לסוף המכסה, יותר קשה לו ואז הוא מייצר תורים. אין קשר לתייר אם הגיע או לא.

**דני אנגל:** אני לא אומר שמערכת לא צריכה תקציבים, היא צריכה לפתור חלק מהבעיות וצריך לחשוב איך להניע אותה. לא אצל רוטשטיין ולא באסותא באופן ספציפי. כולנו עובדים לפי היכולת של הקופות לשלם לנו.

**פרופ' גבי בן נון:** העובדה שיש את האופציה להרוויח יותר...

**פינו צרויה:** הבעיה שלך זה לא תשומות.

**דני אנגל:** אני אנסה לענות על התזה של שכר הרופאים ולהתייחס אליה. כדי לבדוד בעיה ולפרט מוקש-מוקש, אני חושב שתיירים לא פוגעים בישראלים. אם תייר משלם פרמיה מסוימת על פעולה בודדת, ואני חושב שצריך לחייב שישלמו יותר גבוה מישראלים, מראש בהגדרה אמור להישאר עודף, ואם לא, זה לא בסדר כי כל פעילות התיירים היא לא פעילות סוציאלית, היא עסקית.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אנחנו דנו בזה הרבה, יש כאלה שרואים כך וחלק אחרת. אנחנו מכירים את הטיעונים ומתווכחים עליהם. אני רוצה להגיע לאסותא, מה החלק שלה.

**ליאור גילה:** זה נעשה בתשתיות נפרדות?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פינו צרויה:** אנחנו אומרים שלישראל יש היום יתרון בשוק בתחום, זה לא קיים לנצח. יש לנו שוק חזק ומחירים אטרקטיביים, ואפשר להשאיר את זה בארץ בתשומות הקיימות. אני חושב שיש פה פוטנציאל אמיתי היום ואם נחסום את זה - מחר זה לא יהיה. יש מדינות שמשקיעות כספים מהר כדי להיכנס לתחום הזה.

**דני אנגל:** יש יתרונות וחסרונות בסקאלה בינלאומית. אנחנו נתפסים כמקום טכנולוגי בעל מוניטין של רופאים טובים, שפות יש פה. אנחנו לא כל כך יודעים לתת שירות, אנחנו לא מתודיים, אנחנו לא שקופים, וזה הצד הפחות טוב שלנו.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** למה אתה קורא מתודולוגיה?

**דני אנגל:** אצל הגרמנים התהליך יותר ברור לפני שהתייר שם את הרגל שלו פנימה. באסותא זה לא שונה בהרבה מבתי"ח אחרים. תייר נמצא בחו"ל ומתעניין בנושא של טיפול רפואי, ומכאן מתחיל ג'ונגל בדרך כלל דרך האינטרנט או מפה לאוזן, והוא מתעניין. יש רשת של סוכנים, ושאלו אותנו כמה סוכנים יש. אנחנו באסותא מכירים מעל 200 שעבדו איתנו ברמות כאלה או אחרות, חברות שונות בישראל שמוגדרות כסוכנים, אבל אף סוכן לא עובד רק איתנו, אין לנו הסכמי בלעדיות עם סוכנים, לא אנחנו כלפיהם או הם כלפינו. אותם סוכנים, ויש יותר, זה כמו ג'ונגל. אתה החולה דג וצריך לשחות בין החכות, והם מנסים לתפוס אותך. אני לא קורא להם מתווכים, יש להם תפקיד חשוב באספקה פה, הם פקטור משמעותי ובלבד שהם ראויים ועושים את זה נכון, וזה בשורה שצריכה לצאת מהוועדה הזאת. אין היום דרך לדעת מי ראוי ומי לא. סוכן היום לא צריך רישיון, אין דרישה לעבר פלילי נקי, הוא רואה דיל ומתעסק בתחום הזה, ועד שאנחנו לא מתעסקים איתם ולפעמים נכונים, אנחנו לא יודעים מזה. זו בעיה לדעתי לא רק של אסותא.

הצד השני זה מתן שירות ישיר. אם תעשיית התיירות הייתה נסיעה לחו"ל בטיול מאורגן בעבר, היום אנחנו מטיילים לבד ומזמינים הכל לבד. תהליך תיירות המרפא גם קורה היום לבד, יש נהירה מסוכנים לעבודה ישירה מול הספקים, פונים ישירות.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** האם אתם עובדים רק עם סוכני עמלה?

**דני אנגל:** יש 2 תהליכים של עבודה עם סוכנים – 1. מחיר מלא ומתוכנן אתה נותן 15-22% עמלה, זה מה שאנחנו יודעים לתת. 2. אנחנו נותנים ישר את המחיר לסוכן כאילו הוא קופ"ח. יש לו תעריף, ואז אין לי שום דיל כספי איתו או אינטראקציות כספיות בינינו. אני מתחשבן מול הגורם המשלם. זה לא נחשף לחולה כמה אני מקבל או הוא מקבל. ההבדל בין סוכנים, לפחות בפרמטרים שאנחנו אימצנו לעצמנו, אנחנו מחייבים סוכן לעבוד עם רופא ישראלי מורשה שינהל את התיק ונותן הפנייה. מרפאת תיירות מרפא היא המקבילה של קופות חולים במקרה אחר. הם לוקחים את התיק שלו, מאשררים את החומר ועושים את זה מול המערכת. המערכת צריכה לדבר מול רופא ישראלי אחרת אין עבודה, וזה כללים שקבענו לעצמנו. הפעילות הישירה תמיד עוברת דרך שם, ובסוכנים יש 2 דרגות. סוכנים עם מערכת מסודרת והשאר, שזה מרביתם, שאין להם מערכת מסודרת.

**פינו צרויה:** הם חייבים לעבור דרך ההנהלה הרפואית של תיירות מרפא אצלנו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דני אנגל:** נכון להיום, 30% מהפעילות מגיעה אלינו בפנייה ישירה ו – 70% זה סוכנים. אני לא יודע מה הסיבה בגללה פנה אליי ישירות. ישראל פעילה בשוק הרוסי כבר 15 שנה, כאשר 5 השנים האחרונות היו אינטנסיביות. יש אנשים שיושבים שם ורוצים את פרופ' איקס, ופונים אליו. רוב הרופאים מפנים את חולים למערכות בתי"ח, שלא כמו שראיתם בעובדה.

**יוליה איתן:** זה מקוטלג אצלכם פנייה ישירה?

**דני אנגל:** כן, אין מי שמטפל בו. סוכנים לאט-לאט מאמצים קבוצה של רופאים איתה הם עובדים. ישירה זה אין סוכן באמצע, זה הקטלוג מבחינתנו.

**יוליה איתן:** לרוב הפנייה היא מחו"ל או מישראל?

**דני אנגל:** 70% זה סוכנים וכולם ישראלים. מתוך ה – 30% כמעט כולם זה מחו"ל.

**פינו צרויה:** הם עושים את כל הבדיקה מול המדינות מחו"ל, וזה תהליך קריטי מבחינתם.

**יוליה איתן:** אתם לא מזהים תהליך של תיירים שהגיעו לארץ ולא ידעו איפה יטופלו, וראו תוך כדי את אסותא ובחרו בו?

**דני אנגל:** יש כאלה שמאוכזבים מבי"ח אחד ועוברים לאחר, אבל זה בשוליים.

**פינו צרויה:** אין מישהו שיבוא לפה ואז בוחר, זה בשוליים. המטופל רוצה לוודא שמקבלים אותו. ההנהלה הרפואית בודקת ועוברת על התיק, והכל מתואם מתי הוא מגיע. זה לא משהו שאתה בא בלי תיאום ובודק איך זה עובד עכשיו.

**דני אנגל:** אצל הסוכנים התיאום הוא הרבה יותר משמעותי כי הסוכן עובד לפי פרמטרים עסקיים כמו קופ"ח. הוא קונה ייעוץ בבי"ח ג' ואשפוז בבי"ח ב' ואבחון בבי"ח א'. הסוכנים עושים את רוב המעברים אבל בפניות הישירות הם חסרי אונים. רוב החולים הם לא חולים פשוטים שבאים להרניה פשוטה. החומר מגיע לרופא שנותן תכנית טיפול ואומר שצריך את זה ואת זה.

**פינו צרויה:** הטיפול יהיה בדרך כלל במקום אחד, הנדידה היא בשוליים. המטופל גם רוצה ביטחון כשהוא בא לקבל את הטיפול. הוא רוצה לדעת שיש לו כתובת ושיש מי שמטפל בו.

**דני אנגל:** סוגי טיפולים – במצגת בחלוקה קטגורית. זו הפעילות שלנו באסותא וזה מבוסס על הכנסות. שירותי אשפוז הם יותר יקרים מן הסתם.

**ליאור גילה:** יש לכם נתונים כמותיים בימי אשפוז?

**דני אנגל:** אני אגיע לזה, שירותי אשפוז הם יותר מזוירים. אנחנו בי"ח שיש לו רופאים מסוימים, אין לנו פנימיות, אין לנו המטואונקולוגיה, והם באים דווקא לזה הרבה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** הם לא באים לפנימיות.

**דני אנגל:** יש לנו הרבה כירורגיה – אורתופדיה, אונקולוגיה, לב וכו'. יש לנו דימות וכלי עזר. אין מי שמגיע במיוחד לעשות MRI, זה אנקדוטלי ולא מאפיין. נתוני הפעילות שלנו – במצגת. 2.5% זה הפעילות שלנו היום. מהפעילות האמבולטורית שלנו אנחנו היום באזור של 650 אלף מבקרים בשנה.

**פרופ' גבי בן נון:** מה המחזור?

**פינו צרויה:** מיליארד וחצי.

**דני אנגל:** כל אחד נותן אחרת, עם מע"מ, בלי מע"מ, ברוטו, נטו, כל אחד עושה סלט.

**פרופ' גבי בן נון:** בהכנסות זה פי 2.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** למה אתה קורא פעילות? איך אתה מחבר בין התחומים של תיירות מרפא?

**פרופ' גבי בן נון:** החיבור הוא דרך הכסף.

**דני אנגל:** כל פעולה נרשמת לפי הלקוח או הגורם המממן, והיקף הפעילות של תיירות מרפא זה 2.5% באמבולטורי ו - 3.2% באשפוז. נכון שזה מחבר גם MRI ו - CT. ביקורים זה מכל הסוגים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אנחנו מסתכלים על ימי אשפוז? זה פעולות.

**דני אנגל:** זה ימי אשפוז. הישות המרכזית שלנו זה ניתוח.

**יוליה איתן:** כמה זה בכסף?

**פינו צרויה:** אנחנו לא נותנים את הנתון הכספי. אנחנו חברה פרטית.

**פרופ' גבי בן נון:** 5-6%. אנחנו לא רוצים מספר, אתה יודע...

**פינו צרויה:** הם באים לניתוחים הירואים ולא לניתוח קטן, אז ברור שזה יותר גדול. הם באים לניתוחים גדולים.

**יוליה איתן:** התשובה היא שאתם לא מעוניינים למסור.

**פינו צרויה:** לא מעוניינים.

**פרופ' גבי בן נון:** זה נכון לכל הכנסות אסותא.

**פינו צרויה:** למרכיב הכירורגי בהכנסות. מרכיב הרופא בפנים, זה לא מקשה אחת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דני אנגל:** אלה שפונים ישירות אני מנהל את התיק. משהו קרוב ל – 40% מהכנסות אסותא זה נגזרות של שירותים ציבוריים, שירותי סל, ואז אני ואיכילוב זה אותו דבר.

**פרופ' גבי בן נון:** אמרתם את זה בביקור שלנו אצלכם.

**פינו צרויה:** אנחנו אוהבים להגיד את זה.

**דני אנגל:** אנשים חושבים שרפואה פרטית זה ביזנס. הביזנס שלנו זה לעשות ניתוח או יום מרפאה. אם רופא הרוויח יותר או פחות זה לא משנה את ההכנסה שלי, אני מתפרנס אותו דבר כמו רוטשטיין.

**פינו צרויה:** זה לא נדל"ן, אנחנו מספקים שירותי רפואה. אני נותן שירות רפואי ואני אחראי לכלל הטיפול, ואני מנחה את הרופא ונותן לו את האפשרות לנתח אצלנו, אבל הוא כפוף להנחיות ולמגבלות. אנחנו מוסד רפואי.

**דני אנגל:** גם זה אגב לא משהו שאנחנו אימצנו אותו. באבולוציה של אסותא היא נולדה ב - 35' הרבה לפני תל השומר, איכילוב ורמב"ם, והוא לא נולד מההתחלה בגנטיקה שהרופא לחוד וביה"ח לחוד. זה משהו שהתפתח כתוצאה מהביטוחים, הם שהפכו את בחירת הרופא למוצר ביטוחי וזה לא מאיתנו. אנחנו כמעט לא פרטנר בקביעת שכר של הרופאים. אנחנו מודעים לזה שהם יושבים אצלנו ועושים את השכר, אבל אנחנו לא קובעים את זה.

**פינו צרויה:** אנחנו בוחנים את נושא תגמול הרופאים.

**דני אנגל:** אני בעד לעודד תיירות מרפא. נושא התקציב – ההפעלה של ביה"ח ולא ביה"ח עצמו. רוטשטיין ישב פה והראה את המיטות ריקות אצלו. ברוב בתי"ח הבניין זה כלום, 70% ומשהו זה כ"א, 15% זה הוצאות ציוד מתכלה ופר-פעולה. המכונה שצריך להפעיל אותה הרבה שעות זה לא הרבה. בדרך כלל אין שום בעיה, לבתי"ח יש יכולת לספוג עוד, אחרת לא היו רוצים שר"פ, אבל אין את הכסף להפעיל, היכולת קיימת אצל כולם. הדרך לפתור את הדילמה הזאת היא לתת כסף לישראלים רק חשוב מאיפה ודרך אחת זה מתיירות מרפא, רק צריך לצבוע את הכסף הזה. במקום שיש התנגשות על תשתית פיזית, למה לא לתת עוד רישיונות בלי לתקצב אותם? אם אין לי עוד חדר ניתוח, אם הגיעו למצב שחדרי הניתוח לא מספיקים בתל השומר, תנו לו עוד חדר ניתוח. שהתקציב יהיה תקציב כנגד תיירות מרפא בלבד.

**פינו צרויה:** אפשר לפתור את בעיית המשאבים על ידי הקצאת משאבים, ויש לך מקור פה שמאפשר לך את זה. אם אין מספיק חדרי ניתוח, תן עוד חדר ניתוח, אם אין מספיק רופאים – תכשיר עוד. יש יתרון יחסי, יש פה הזדמנות, זה תחום שאנחנו יכולים להצטיין בו וזה תחומים נוספים, שירותי רפואה נוספים. יש הרבה פתרונות שאפשר לעשות. רואים יהודים שנמצאים בחו"ל שרוצים לספק שירותי רפואה, ישראלים שרוצים לחזור.

**דני אנגל:** תשתית יכולה לספק את זה, ואם יהיו עודפים זה יינתן למדינה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** תרחיב על עבודת סוכנים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דני אנגל:** הסוכנים הם סוג של פרצוף המדינה, הם הגורם הראשון שמייחצן את המדינה. מי שלא עושה עבודה אמיתית נפלט מהשוק. יש הרבה שמתחלפים ומקלקלים את השם של כולנו. יש הרבה מדינות שמחקות בשוק הזה. סוכן לטעמי צריך שיהיה לו עבר פלילי נקי. שנית, סוכן חייב שיהיה לו רישיון לסוכנות ושהיה לו רופא ישראלי כחלק מהסוכנות. אתה לא יכול לנהל חולה כשאתה רק פקיד. רופא עם רישיון ישראלי.

**פינו צרויה:** זה חלק מהמעטפת של מתן שירות רפואי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** או שיש לך רופא וזה אחריות שלו ואז אתה מאפשר לבי"ח להתקשר איתו, או שאתה לא מאפשר ואז אתה מספק את הרופא.

**פינו צרויה:** זה מה שאנחנו עושים.

**יוליה איתן:** יש יתרון לגודל.

**פינו צרויה:** כדי שנבצע פעילות רפואית צריך להיות רופא שמנחה אותנו.

**דני אנגל:** אסביר את ההבדל. רופא מומחה ולא מתמחה שיושב בסוכנות רפואית, והם נגמרים כבר, בדרך כלל באו מרוסיה ולא עשו התמחות, יושבים בסוכנות ומוציאים ניירות. בי"ח אחראי שמנהל מרפאה אחראית יש לזה יותר משקל. הדבר האחרון זה להגביל. מתוכי דירות מוגבלים בעמלה שהם יכולים לקחת אם אני לא טועה, זה נוהג או חוק איכשהו. גם זה צריך להיות מוגבל, לשים בסופו של דבר אחוז, וזו השאלה לגבי פיקוח. לכאורה כאילו יש פה בור ללא תחתית, גם הרופא הוא חלק מאותו בור. אני רוצה פיקוח על הסוכנים ולא על הרופאים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** נניח אתה קובע 15%..

**דני אנגל:** זה לא ישראלי כי העלויות של השוק הזה ברוסיה די גבוהות. הם נותנים לסוכן וחוץ מזה הוא לוקח עוד. הייתי יחד עם פרופ' שמר ברוסיה, עיר עם 5 בתי חולים ואפילו לא מכשיר CT אחד, לזה הם נוסעים למוסקבה. כמה עולה מכשיר? 3.5 מיליון דולר. אז המכשיר הכי יקר היה 850 אלף דולר, אבל זה רוסיה, זה לא הקוד העסקי שאנחנו רגילים לעבוד בו. הסוכנים האלה הם הגורם המגשר בין העולם ההוא לשלנו.

**פינו צרויה:** אני לא יודע כמה אפשר להיכנס לנושא המחירים. הבקרה האמיתית היא רישוי והסדרת התחום הרפואי. שאותו מטופל יקבל את האינפורמציה ואי אפשר יהיה לעבוד עליו, הוא יבין בדיוק מה הוא מקבל, מה העלויות. השוק יווסת את זה אם תהיה שקיפות נכונה. אם יהיו מסלולי זרימת מידע נכונה, הם יבחרו ללכת לפה ולא למקומות אחרים.

**דני אנגל:** יש משהו לא בסדר שמשרד הבריאות מוציא הוראות חיוב לישראלים, וכשזה מגיע למשכורת הרופא זה אחרת. לישראלי ותייר זה צריך להיות אותו דבר. לא סביר בעיניי שנותנים או מחייבים את בי"ח לגבות 150%, אבל כשזה מגיע לתשומות זה 100%.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גבי בן נון:** זה לא מדויק. בחוזר של המשרד כתבו שהתעריך בססיה לרופא הישראלי הוא כמעט פי 2 מהתעריך הרגיל. 150% בהכנסות בא לידי תשלום ססיה יותר גבוהה.

**דני אנגל:** אותה קופ"ח ששולחת כיס מרה משלמת 17 אלף ש"ח. עכשיו מגיע תייר...

**פרופ' קובי גלזר:** עשו את זה כדי שלא תהיה העדפה ביניהם, זה הנימוק.

**דני אנגל:** אני אומר לכם שזה יפגע בביה"ח. אנחנו לא חיים עם זה טוב שהרופאים בורחים מאיכילוב ותל השומר אלינו. לא יכול להיות ש - 28 אלף ש"ח משלם התייר והשכר לרופא נשאר לפי היחס ל - 17 אלף ש"ח.

**פינו צרויה:** הנקודה ברורה. אסור לזלזל ברופא ההודי, העליתם את זה מקודם. עבדתי בחברת היי טק כזאת, הם מדביקים פערים, לומדים מהר מאוד כדי להישאר בקדמת הרפואה, ואסור לאבד את זה. אסור לחשוב לנצח שנהיה הראשונים.

**דני אנגל:** אני חושב שאנחנו צריכים פה להיות אופורטוניסטיים. השוק יזוז בסוף ויש פה הזדמנות. הווקטור צריך להיות חיובי ולא שלילי, הכל ביחד.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתה דיברת על 600 אלף ביקורים?

**דני אנגל:** אשפוזים זה בערך 100 אלף.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתם חלק מאוד קטן מתיירות מרפא בניתוחים בעצם.

**דני אנגל:** אנחנו מנתחים 3,500 פלוס-מינוס תיירים בשנה, אין הרבה בתי"ח כאלה. סדר גודל של 300 חולים בחודש, 10 ביום.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הבנתי את המספרים.

**ניר קידר:** האם קורים מקרים שיש תיירי מרפא שמגיעים אליכם, מסתבכים ומופנים לבתי"ח ציבוריים?

**דני אנגל:** אין את זה לישראלים ואין את זה לתיירים. אהיה פרובוקטור – יש חולים במערכת הציבורית שמופנים לאסותא. יש היום לאסותא יכולות, הייתם ואתם רואים, יכולות שאינן נופלות מבתי"ח אחרים. רק לרוטשטיין יש המופיליה, ואם יש חולה כזה הוא הולך אליו גם מאיכילוב.

**פינו צרויה:** ברמת החייל אפס מטופלים עוברים לציבורית.

**יוליה איתן:** בתחילת המצגת הייתה פריסה ארצית של אסותא. תיירות מרפא מתנהלת בכולם?

**דני אנגל:** הרוב הגדול במרכז. זה נובע גם מרישיונות למה מותר לנו לעשות שם ומה לא. הרוב הגדול זה במרכז הארץ ובראש"צ. אם מותר לנו לעשות ניתוח לב רק ברמת החייל, הם יגיעו לשם בכל מקרה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**ליאור גילה:** תנאי האשפוז שונים?

**דני אנגל:** במקרה שלנו אין את הבעיה הזאת.

**פינו צרויה:** אין העדפה, אנחנו מוסד רפואי והשירות הוא אותו שירות.

**דני אנגל:** מי שרוצה חדר פרטי באסותא מקבל חדר פרטי בתוספת תשלום, גם לישראלי וגם לתייר.

**פינו צרויה:** יש לנו ב"ח בלב המפרץ, בת"א יש את אסותא רמת החייל והתארחתם שם, בראש"צ יש לנו ב"ח כירורגי עם 26 מיטות, עם דיאליזה ומכון דיאגנוסטי, בבאר שבע יש לנו 3 חדרי ניתוח, 14 מיטות ושירותי סל, מכון לב גדול, מכון גסטרו. יש לנו 3 מרכזים רפואיים בשלום, מכון לחדרי ניתוח עיניים וממוגרפיה ושירותים אמבולטוריים נוספים, באשדוד יש לנו מרכז גם כן, ואנחנו בונים שם מרכז נוסף.

**דורון קמפלר:** זה 30 חדרי ניתוח. כמה יש בבתי"ח אחרים?

**דני אנגל:** רק בתל השומר יש 50, אבל יש חלוקה לסוגים שונים.

**שלמה פשקוס:** אין 50 ברישיון. תלוי מי סופר ומי אומר.

**דני אנגל:** חד משמעית אנחנו לא מהווים אפילו 3% מרישיונות התשתית של המדינה.

**פרופ' קובי גלזר:** כמה ניתוחים מתבצעים באסותא?

**דני אנגל:** 100 אלף.

**שלמה פשקוס:** אתה עובד ביעילות ופול capacity?

**דני אנגל:** אני לא מסרב לחולים ישראלים. אנחנו קרובים היום לניצול המשאבים ואנחנו מתייעלים כל שנה.

**פרופ' גבי בן נון:** אפשר להגדיל את המשאבים?

**דני אנגל:** אנחנו נשמח. אנחנו במחסור גדול בבאר שבע בלי תיירים ועם תיירים. אין דחייה של תיירים כרגע.

**פינו צרויה:** אנחנו נצטרך להקים תשתיות נוספות, נקים מרפאות נוספות ונוציא לשם ניתוחים יותר קטנים ונפנה מקום. אנחנו מנסים לתת שירות טוב, תורים קצרים למטופלים כדי שלא ימשך לנצח. יש לנו ניידת MRI בשירותי סל, כמו מכון מור.

**יוליה איתן:** זה רווחי?

**פינו צרויה:** כן, ניידת ממוגרפיה פחות. אנחנו הסכמנו לקחת אותה אחרי שמכון מור סגרו את זה כי זה לא רווחי. זה הנגשה של שירות רפואי לנשים שלא מגיעות לבדיקה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דני אנגל:** אסותא זה הזרוע הביצועית של קופ"ח מכבי, למרות שזה מתחלק בין בתי"ח לחוד ומכונים לחוד.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** חשבתי שמכון מור זה פרטי, לא ידעתי שזה ששלכם.

**דני אנגל:** זו חברת בת. אנחנו לא פרטי, בעל הבית שלנו זה גוף ציבורי, גם אם הוא מושך דיבידנד זה לא פרטי, זה חוזר למערכת הבריאות. אנחנו לא יותר פרטיים מהדסה ירושלים. נשות הדסה היו יכולות למשוך דיבידנד מחוץ למערכת או להפסיק להזרים, זה אותו דבר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הם הפסיקו להזרים.

**דני אנגל:** כן, מסיבות אחרות. יש דיון כל הזמן שברבש ורוטשטיין מובילים, שהם המערכת הציבורית והאחרים לא. כולנו מערכת ציבורית.

**פרופ' ארנון אפק:** בואו לא ננהל את הדיון הזה. אין ספק שאסותא קריטית למערכת, אבל תנאי המשחק לא הוגנים וזו הטענה הבסיסית.

**דני אנגל:** נכון, אין לנו מיון.

**פרופ' ארנון אפק:** תבטלו את הפרטי וניתן לכם מיון. הוא לא רוצה לוותר על השר"פ, בשמחה - מחר בבוקר. אם הוא יקבל מיון אין לי בעיה.

**דני אנגל:** האם רוטשטיין מוכן לוותר על תמיכה ממשלתית ועל caping שלי אין, כנגד שר"פ?

**פרופ' ארנון אפק:** אני לא בטוח שכדאי לך לקחת את הדיל הזה.

**דני אנגל:** אמרת תחרות הוגנת. גדלתי בתל השומר.