

ועדת משנה לנושא תיירות מרפא

מצ"ב עקרונות ההסדרה של תחום פעילות המרפא כפי שנדונו ב-30.1.14:

מטרות:

1. למנוע פגיעה אפשרית ואף לשפר את מצב החולה הישראלי
2. לשפר את מצב מע' הבריאות הציבורית
3. להעניק טיפול ראוי ואתי לתייר רפואי

סוכנים:

1. הקמת מאגר ארצי של סוכני תיירות מרפא. תנאי הסף לרישום במאגר יהיו:
 - א. העדר עבר פלילי
 - ב. ישות משפטית המדווחת לרשויות המס
2. ניהול המאגר יעשה ע"י משרד הבריאות, הרישום יעשה ע"י משרד הבריאות או הנהלות ביה"ח ציבוריים לגבי "סוכנים מורשים" לפעול בשטחן.
3. איש צוות (כולל לוגיסטי) במוסד רפואי לא יוכל לפעול כסוכן תיירות מרפא או מועסק מטעמו באותו המוסד.
4. פעילות הסוכן מול הנהלת ביה"ח תוסדר במסגרת חוזה כתוב. הנהלת המוסד תדווח למשרד הבריאות על סוכן עמה היא התקשרה, כ"סוכן מורשה".
5. יגובש קוד אתי להתנהלות הסוכנים ע"י מנהל רפואה בהתייעצות עם גורמים רלוונטיים. העיקרון המרכזי של הקוד יהיה התחייבות לפעול לטובת המטופל ושמידה על טובת מדינת ישראל. בנוסף, הסוכן לא יוכל להתנות קבלת שירותי בריאות ממנו ברכישת שירותים נוספים.
6. המאגר יפורסם בשער מידע מרכזי (אתר אינטרנט) שירכז את כל המידע הממשלתי הרשמי בתחום של תיירות רפואית.
7. סוכנים שיחרגו מהנהלים יוסרו מהמאגר ושמן יופיע "ברשימה שחורה" הפוסלת מלעסוק במקצוע סוכן רפואי. רשימה זו תפורסם בשער המידע הממשלתי לטובת התיירים הרפואיים.
8. הסוכן יחויב לספק לתייר שירותי רופא שיתפקד כ- case manager. זאת באופן ישיר או כרכש מול המוסד הרפואי/גורם שלישי. case manager יהיה רופא בעל רישיון ישראלי.
9. תיאסר פניה/התקשרות ישירה בין הסוכן או התייר הרפואי לרופא או איש צוות שאינו מטעם ההנהלה. תיבחן אפשרות להחיל כלל זה גם במערכת פרטית
10. אחריות הסוכן לוודא כי התייר מבין את זכויותיו, מצבו הרפואי ואופי הטיפול בהלימה לחוק לזכויות החולה, כולל תרגום אם נדרש.
11. הסוכנים יתוגמלו ע"י הנהלת המוסד באמצעות הסדר עמלה בלבד. תיאסר פרקטיקה של סוכן מחיר- גם במוסדות הפרטיים. התייר ישלם למוסד רפואי ולא לסוכן עצמו.
12. הנהלת המוסד תהיה אחראית לאופן פעילות הסוכן בתחומה. הרישום במאגר לא יהווה פטור מאחריות המוסד הרפואי לבחינת התנהגות ותפקודו של הסוכן ועמידתו בכללים. ההנהלה תדווח על חריגות מהנהלים שביצע הסוכן ותפסיק את ההתקשרות עמו.
13. המוסד הרפואי לא יחויב לעבוד באמצעות סוכן, תותר פעילות ישירה ללא מתווכים בין הנהלת המוסד לבין תייר המרפא.

פרטי:

14. מע' פרטית תישא במלוא האחריות על תייר שהגיע לטיפול בה. במקרים של סיבוכים בהם נדרש סיוע של מוסד ציבורי התשלום יתבצע ע"י הגורם המזמין (לשם המחשה עלויות טיפול בתייר שהניתוח בו באסותא הסתבך ונאלץ להמשיך טיפול באיכילוב יושתו על אסותא והיא תחויב בתשלום לאיכילוב).

15. יוטל מס יסף על הכנסות של ספקי שירותים רפואיים פרטיים המטפלים בתיירים רפואיים. המס ישקף את עלות השימוש בתשתיות המדינה עבור טיפול בתיירים. אגרה/מס מחזור/שילוב?
16. תיבדק סוגיית חיוב התיירים במע"מ על פעילות רפואית במע" פרטית בנוסף או כתחליף למס יסף.
17. מוסד רפואי כלשהו המחויב ברישיון משרד הבריאות יקצה $X\%$ לכל הפחות מפעילותו לטובת חולים ישראלים. לא יוקמו תשתיות רפואיות פרטיות בהן לא יינתן שירות לחולה הישראלי.

ביה"ח ציבוריים:

18. היקף הפעילות בתיירי מרפא יוגבל ע"י זמינות התשתיות עבור הישראלים זאת בהתחשב בהבדלי אופי הטיפול בישראלים ובזרים, שונות בין ביה"ח והמחלקות, היערכות לשעת חירום וכן עונתיות מסוימת. על כן הזמנת תייר רפואי לארץ תתאפשר רק אם קיימת קיבולת מתאימה בביה"ח לשם מתן טיפול ראוי בישראלים. לשם כך:
- א. תוקם מערכת מרכזית לזימון תיירים, המערכת תתבסס על מערכת דיווח נתונים מביה"ח בכלל זה אורכי תור, תפוסה במחלקות ועוד (פיתוח למע' אופק). בשלב ראשון המערכת תהווה כלי עזר לסוכנים והנהלות ביה"ח וכן כלי בקרה עבור הרגולטור. אחרי הפעלה של המערכת ובחינת אמינותה תישקל אפשרות להופכה לאמצעי הגבלה מחייב.
- ב. אחוז תיירים מרפא בביה"ח לא יעלה על $X\%$ מסך המטופלים. כאשר תהיה הבחנה בין פעילות אשפוז לאמבולטורית.
- ג. סך הפעולות בתיירי המרפא בביה"ח יוגבל על בסיס העומס שהן מוסיפות לבית החולים. לכל פעולה ינתן משקל בהתאם למורכבות הפעולה והעלויות. המשקל הכולל של הפעולות בבית החולים במסגרת טיפול בתיירים רפואיים יוגבל לשיעור ממשקל כלל הפעולות שמבצע בית החולים. המשקלות יתבססו בשלב ראשון על מחירון משרד הבריאות. יודגש כי השימוש במחירון היא רק למטרות פרוקסי לעומס ולא על מנת להגביל את התקבולים כתוצאה מהפעילות.
- ד. בכל מקרה ולמען הסר ספק אחריות ההנהלה להבטיח קדימות אבסולוטית לחולה הישראלי בנגישות לכל תשתית ביה"ח כולל מיטות אשפוז, מעבדות, מכשור, מרפאות וכ"ו.
19. טיפול בתיירים רפואיים יעשה רק בשעות פעילות התאגיד, כלומר לא בשעות הבוקר, פרט למקרים חריגים בהם קיים אילוץ רפואי כפי שיוגדרו ע"י מנהל רפואה במשרד הבריאות.
20. האפשרות לטפל בתיירים רפואיים תותנה בעמידה של בית החולים בתפוקות ציבוריות, כפי שיוגדרו על ידי הרגולטור.
21. בתמורה להיתר לעסוק בתיירות רפואית יתחייב התאגיד לפעילות ציבורית מעבר לפעילות של ביה"ח, בהיקף מינימאלי של $X\%$ לפחות. הפעילות הציבורית לא תהיה קשורה בהכרח לתיירות רפואית ותוקדש בעיקרה לקיצורי תורים במערכת האשפוז.
22. הנהלת ביה"ח תשבץ רופאים לפעילות בתיירי המרפא ותקבע את אופן התגמול שלהם. בכל מקרה ההנהלה תבטיח זמינות של רופאים ברמת הרופא הבודד עבור החולים הישראלים הן בשעות הבוקר והן אחר הצהריים.
23. לא תינתן עדיפות למטופל בתיירות מרפא בתנאי אשפוז או מלונאות או בכל מימד אחר שאינו מונגש לישראלים.
24. יקבע מחירון מינימום לפעילות רפואית זאת על מנת למנוע סבסוד צולב והצפה של השוק. המחירון יחול גם על מערכת פרטית.
25. טיפול בכל תייר רפואי חייב להיות רווחי עבור ביה"ח. עיקרון זה יבוא לידי ביטוי כבר בשלב הצעת מחיר. ככלל יש למזער עלויות חדשות לא מתוכננות על התייר לאור החשש שהוא הופך ללקוח שבוי כאשר כבר הגיע ארצה והחל בטיפוליו.

26. משרד הבריאות יפעל לתמחור נפרד של תשתיות לאומיות שלא ניתן לפצות עליהן בכסף לדוגמה מנות דם מבנק הדם. היות ולא ניתן לרכוש מנות דם יש לתמחרן יקר יותר עבור תייר רפואי בהשוואה לישראלי.
27. יתקיים רישום חשבונאי נפרד לפעילות תיירות הרפואית.
28. המוסד יפיק חשבונית לתייר רפואי עבור הטיפול בו
29. המחירים הנגבים בפועל ידווחו לרגולטור. הרגולטור יוכל לפרסם טווחי מחירים לטיפולים שונים בשער מידע מרכזי.
30. החלק מתוך הכנסות מתיירות רפואית המופנה להשקעה בבית החולים – פיתוח תשתיות והטמעת טכנולוגיות חדשות - לא יפחת מ-X%
31. התקורה שמועברת לביה"ח מתאגיד שמפעיל תיירות רפואית תוגדל במידת הצורך על מנת לשקף פוטנציאל תביעות רשלנות רפואית מצד התיירים.
32. הנהלת ביה"ח תגיש "תכנית פיתוח" לאישור הרגולטור/ים זאת על מנת להגביר את יכולת התכנון של התשתיות והתאמת לצרכים כוללים.
33. הנהלה תתחייב לא לקבל בשערי המוסד חולים שהסיכוי לשפר את מצבם הבריאותי קלוש או שנסיבות מחלתם עלולים לפגוע באופן ממשי בחולים ישראליים.
34. עמידה בכללים המפורטים תזכה ביה"ח ברישיון לפעילות תיירות רפואית. חידוש הרישיון יעשה ע"י הרגולטור ע"ב המלצה של גורמים מקצועיים במשרד הבריאות. חריגה משמעותית מהכללים האמורים תאפשר שלילת רישיון באופן מיידי בכפוף לאישור שר הבריאות והאוצר.

רופאים במערכת הציבורית:

35. רופא לא יבחר באיזה תייר לטפל. הנהלת בית החולים תשבץ מטופלים בהתאם לשיקולים רפואיים. עם זאת, רופא רשאי לבחור שלא לטפל בחולה מסוים לפי צו מצפוני, בדומה להחלטה לא לטפל בחולה ישראלי, מלבד המדובר במקרה חירום רפואי.
36. הרופא לא יקבל תשלום ישיר מתייר רפואי או סוכן במסגרת טיפול במוסד רפואי עם רישיון משרד הבריאות.
37. יאסר על רופא להעניק טיפול לאותו התייר במערכת ציבורית ופרטית בו זמנית. כלומר, רופא לא יוכל לטפל באותו התייר בשתי המסגרות במהלך שהותו של התייר במדינה לצורך טיפול.
38. הגבלות על שכר הרופאים עבור טיפול בתיירים – הנושא במחלוקת, מחכים להצעות.

רופאים במערכת הפרטית:

39. מומלץ להפעיל מנגנוני בקרה פיקוח ורגולציה זהים למטופלים ישראליים על פעילות רפואית בקרב תיירים דוגמת "בקרת עמיתים", ככל שתאומץ.

המלצות נוספות:

40. יוקם שער מידע ממשלתי שירכז את כל המידע הדרוש לתייר הרפואי. שער המידע יכלול מידע על ספקי השירותים בעלי היתר לטיפול בתיירים, סוכני התיירות הרשומים, טווחי מחירים לפי טיפול, אישורים נדרשים לכניסה וטיפול בארץ, זכויות התייר הרפואי, כתובת לתלונות, הפנייה לשירותי תיירות שונים ועוד. האתר יופעל על ידי משרד הבריאות, תיירות וכלכלה.
41. יש לגבש תכנית לפיתוח תיירות רפואית בפרפריה. זאת במטרה לחזק את בתי החולים בפרפריה ולאפשר להם להציע שירות משופר לחולים הישראליים. לדוגמא, על ידי משיכת תיירים רפואיים החולים בסרטן ניתן לפתח ולתחזק מרפאות אלו בבתי חולים בפרפריה לטובת חולים ישראליים. בנוסף, מוצע להעלות את הרף המותר לתשלום עמלה לסוכני תיירות רפואית עבור בתי חולים בפרפריה, כדי לתמרץ את הסוכנים להפנות תיירים לאותם בתי חולים.

42. תיירים שידווחו כי סיבת כניסתם לארץ היא למטרת תיירות רפואית יחויבו בתשלום אגרה נמוכה. לתייר שלא ידווח על סיבת כניסתו לישראל כתייר רפואי וישלם אגרה לא תתאפשר הזכות לתבוע במקרה של רשלנות רפואית. על הסוכן והמוסד לוודא כי התייר נרשם ושילם אגרה (חלק מהקוד האתי). בנוסף, האגרה תאפשר לקיים רישום של מספר התיירים הרפואיים בישראל.

43. כל תייר רפואי יקבל כרטיס מגנטי לתשלום למול ספקי השירות השונים. הכרטיס יאפשר למשרד הבריאות מעקב בזמן אמת אחר היקף פעילות התיירות הרפואית והמחירים המשולמים בפועל. כמו כן, יתאפשר לרשות המסים מעקב על הכנסות מתיירות רפואית במסגרת הפרטית. בנוסף, אמצעי זה יגן על התייר מפני ספקי שירות רפואי שאינם רשומים ורשאים לטפל בתיירים.

44. הקמת גוף שאחראי לפיתוח של הענף בישראל. המלצה על מדינות מקור לתיירים בהם השיווק יתמקד, תחומי פעילות בהם יש לנו יתרון יחסי, פיתוח פעילות בפריפריה.

למען הסר ספק אין בכללי ההסדרה הרשומים כדי למנוע מחברה/ ועדה להתנגד לעצם קיום תיירות רפואית בישראל.
במידה והמלצות ההסדרה תאומצנה הן כפופות להקצאת משאבים מתאימים.

יוליה

רשימת העתקים:

1. לאה אחדות
2. שרה אמסלם
3. ארנון אפק
4. גבי בן נון
5. ליאור גילה
6. קובי גלזר
7. לאה ופנר
8. פנינה קורן
9. ניר קידר
10. אורי שומרת
11. טלי שטיין