



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת משנה תיירות מרפא – 28/10/13

נוכחים: פרופ' יוג'ין קנדל, עו"ד לאה ופנר, פרופ' גבי בן-נון, יוליה איתן, ניר קידר, עו"ד טלי שטיין, פרופ' ארנון אפק, שרה אמסלם (משרד התיירות), עו"ד יגאל אברהמי (המתמחה של טלי), רינה (משרד התיירות), דורון קמפלר, מור סגל.

**** מציג ראשון בפני הוועדה: פרופ' ארנון אפק, מנהל רפואה. מציג מצגת (מפורט בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' ארנון אפק: אציג לכם היום את הוועדה שקיימנו ב- 2011 בנושא תיירות מרפא. הנושא הזה התעורר בגלל ידידינו העיתונאים וסדרה שלמה של כתבות. התהליך הזה התחיל קודם, זה לא שלא היה קודם, אבל זו סוגיה שקשה להסביר. בשנת 2011 פרופ' רוני גמזו מינה וועדה לבחינת תיירות מרפא, היו חברים בה גם מקופ"ח כללית, מבתי"ח, מאוניברסיטת בן גוריון ונציגי ציבור. פירסמנו את מסקנותינו במאי 2011.

מה זה תיירות מרפא? ההגדרה של תיירות מרפא – במצגת. ניתוחים משמעותיים – כימותרפיה, הקרנות, השתלות איברים וכו'. מה זה לא כולל? מאוד חשוב – אם זה משהו שקרה תוך כדי הביקור זה לא כלול, גם לא טיפולים הקשורים לאיכות חיים או מנוגדים לחוק – פירוט במצגת. מה הביא להתפתחות תיירות המרפא? הרפואה והטכנולוגיה שהתפתחה. זה מתבצע בכל העולם, כולל במדינות שלא הייתם מאמינים, כמו דרום תימן, בנגלדש, וזה על בסיס רופאים מומחים בבתי"ח מאוד ספציפיים. מדינת ישראל יוצאת דופן, כי כאן הנגישות הרפואית היא במידה רבה אוניברסלית, מוצאים מומחים גדולה בהרבה בבתי"ח. היום האזרח יכול לדעת הכל באינטרנט ולדעת מה קורה בהרבה מקומות בעולם. החברות הישראליות הזריזות מסתמכות על הנושא באינטרנט. אמצעי התחבורה השתכללו, יש המון טיסות לניו יורק, לפאריז, לרומא, אנחנו מעצמת על בנושא מספר הטיסות והתחבורה מאוד משמעותית. למרות שאנחנו בכפר גלובלי, יש פערים אדירים בעלויות של שירותי רפואה וקיימת מדיניות ממשלתית ליצירת תורים לשם בקרת עלויות. זה קיים בהרבה מדינות ולצערו גם בארץ. זה חלק מהשיטות היותר יעילות לבקרת הוצאות רפואה. לגבי מוסריות אני מפקפק, אבל זה נושא אחר.

תיירות באופן כללי היא נושאית – יש תיירות אקולוגית. גם אם אתה מכניס כמות גדולה של אנשים לשמורת טבע זה פוגע בטבע, וזה לא שונה מתיירות מרפא. אפילו הוותיקן צריך כסף, כסף זה לא מילת גנאי. אם למדינה לא תהיה הכנסה, היא לא תוכל לשלם על שירותי בריאות לאזרחיה, וצריך ליצור מקומות תעסוקה לאזרחים. אני לא מדבר על רגולציה חסרת אחריות – ברגע שהאיחוד האירופי מאשר משהו, יש לזה משמעות. הנתונים שאני נתתי והוצגו גם אצל יוליה בפעם הקודמת – במצגת. מדובר על מספרים אדירים ברמה הלאומית. בחלק מהמקרים הביטוחים מעודדים את התהליך הזה ומאפשרים אותו, וזה לא אידיאלי. זה קורה גם בארץ, במה שלא מתבצע כאן. יש אנשים שנוסעים לחו"ל, הרבה פעמים בקשר לטיפול שיניים, כי הנגזרות הכלכליות והאחרות הן משמעותיות. גם לבדיקות אחרות, לדברים שהם לא בסל. פערי המחירים גדולים, ונתתי כאן דוגמא על ניתוחי מעקפים – במצגת. זה לא המחירים שהקופות משלמות בגלל האלפות והסכמי ה-CAP. המחירים בישראל יותר גבוהים מאסיה, והרפואה כאן נתפסת יותר איכותית. האיכות נחשבת בבחירת מקום טיפול, ואנשים מסתכלים כיצד זה נתפס בחו"ל. דוגמא על ביי"ח בתאילנד – עבר אקרדיטציה. רבים מהרופאים שלנו מוכשרים בארה"ב, וזו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אחת מנקודות האור ברפואה בישראל. זה ביי"ח מפואר והוא פרטי. ישראל היא מדינה מפותחת, ובין אם נאהב את זה או לא, יש לנו את כל הנתונים הטבעיים להיות מדינת מפתח בתיירות מרפא. אם נחליט לפתח את הנושא הזה, יש לנו את התשתית בין הטובות שיכולות להיות בעולם כולו. יש לנו רפואה מערבית, מתקדמת ואיכותית. אין בעיה באיכות, יש בעיות אחרות – מגבלות במערכת, צפיפות, תורים וכו'. לפני חודש נתתי הרצאה כמה המערכת מוגבלת, ופתאום אני מספר שיש בה אפשרויות – ברור! אנחנו מגבילים בצורה מאוד חזקה את מערכת הבריאות בארץ.

פרופ' יוג'ין קנדל: את ההתפתחות שלה אתה מתכוון?

פרופ' ארנון אפק: אי אפשר לתת עוד תקנים של רופאים, אחיות וצוות נלווה לאותו מקום. אתה לא נותן לפתוח מחלקות ומיטות, אתה לא נותן לגדול, את האופציה הזאת בכלל. המחירים כאן הם סבירים, רחוק ממחירי ארה"ב וזה לא בדיוק מחירי אסיה, בגלל המשכורות הנמוכות. סיבות אחרות זה יעילות ורכש.

פרופ' יוג'ין קנדל: גם בארה"ב יש עודף CAPACITY משמעותי, והמטופלים משלמים על זה. אצלנו זה לא קיים.

פרופ' ארנון אפק: נקודה טובה, האם אין עודף CAPACITY?

פרופ' יוג'ין קנדל: אני לא אומר שאין במובן שאם תפתח את הרגולציה תוכל להוסיף עודף CAPACITY, אבל בקיים יש לך תפוסה כבדה מאוד שלה.

פרופ' ארנון אפק: אפשר לעשות זאת אפילו לא בהרבה אמצעים. יש לנו צוות רפואי שדובר הרבה מאוד שפות. אנשים יכולים לבוא מיוון ולמצוא מי שמדבר את שפתם, בטח מהגוש הסובייטי ובריה"מ לשעבר. אנחנו באמת מדינת עלייה, שלא נדבר על ערבית. בתיה"ח עברו ברובם את התהליך של JCI, מערכת הקרדיטציה האמריקאית. ביי"ח שניידר לילדים הוא מקום שני בעולם מבין בתיה"ח שעברו קרדיטציה.

דוברות: לא בהשוואה לארה"ב. אני לא מזלזלת, זה מעולה!

פרופ' ארנון אפק: יש לנו קשרי תעופה ותרבות מערבית עם מערכת משפטית מתקדמת. במדינת ישראל זה דבר שנלקח בחשבון. אולי טלי זוכרת את המקרה של הילד מארה"ב שנפל מצוק ונפסקו לו פיזיויים במספרים אסטרונומיים. זה לא טריוויאלי ולא קיים באסיה. יש פוטנציאל לא מנוצל של תשתיות. תגיעו בערב לתל השומר, היעיל מאוד, שיש לו 10 חדרי ניתוח פעילים בערב, כאשר יש לו 40 בסך הכל.

דוברות: אני שמעתי אותך במליאה. אתה תיארת כמעט באופן עצוב את מצוקת התשתיות, את התורים, את כיווץ המערכת המתמשך ולא ניתן ביטוי לגידול באוכלוסייה - מצב קטסטרופלי. ופתאום משפט כזה – פוטנציאל לא מנוצל של תשתיות?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוג'ין קנדל: זה מאוד פשוט, המערכת עובדת בראייה שהתשתיות זה נתון, וכל השאר תסתדרו, במקום לראות מה הצורך ולפי זה תשתיות. אין לך תקנים לרופאים ולאחיות, אז כמובן שזה עומד ריק. יש רופאים אבל אין תקנים.

פרופ' ארנון אפק: אם אתה בא ואומר שחדר ניתוח היברידי שעולה 5 מיליון דולר, צריך לעבוד 24 שעות ביממה לפחות 6.5 ימים בשבוע, ואני אקצה מספיק מיטות וצוות שיחזיק אותו, ואני ארצה להפעיל את הטכנולוגיות היקרות והמתקדמות מהר שלי – אתה צודק. זה בושה וחרפה שאם שיבא עובד באחוז יעילות גבוה עד ארבע, אז יש לו ביי"ח ראי שעובד מארבע ועד הבוקר. זה הזוי וזה אחד מהמחירים של הרגולציה, זה אחד המחירים ממש. אם אני רוצה לנצל את התשתית הזו בתנאי ש-, אז בוא תגיד לי מה צריך להיות כדי להפעיל את חדר הניתוח, כמה אתה צריך. אולי כן אפשר להכשיר יותר, עוד מיטות. לא הברזלים זו הבעיה, אלא הצוות שמחזיק אותם. התשובה של האוצר הייתה "לא", כי הוא לא רוצה להגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות, וכל דבר שיגדיל אותה או יכניס אותה לקונטרול, זה מה שיהיה.

דוברות: המשפט האחרון זה ליבת הדיון שלנו, על זה נתווכח בסופו של יום.

פרופ' יוג'ין קנדל: למה אתה מחבר את זה לתשתיות קיימות?

דוברות: אני הולך איתך, ולכן מבקש לשנות את זה – זה פוטנציאל קיים או עתידי?

פרופ' יוג'ין קנדל: פוטנציאל זה תמיד עתידי.

פרופ' ארנון אפק: התשובה היא גם וגם. אתה לא יכול להתווכח איתי שחדר ניתוח באסותא קיים ולא עובד.

דוברות: אז תשנה את התמריצים. זו שורת מפתח.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש פה עוד פוטנציאל אחד שלא נלקח בחשבון – אנחנו מדברים על צוות שנמצא בארץ ברגע זה. יש צוות בחו"ל – אם אתה מייצר להם ביקוש בארץ, הם יכולים גם להיות פה.

פרופ' ארנון אפק: נכון מאוד, חד וחלק.

דוברות: 2 שאלות – אני רוצה להבין – סוגיית התקנים והרופאים – אני כמוך, שנינו נלחמים ויש בעיה לשחרר תקנים. הסוגיה שמעניינת אותי – האם אתה בהיכרות שלך, נניח מחר בבוקר האוצר אומר שאין מגבלת תקנים, גייסו את מי שאתם רוצים, האם אתה חושב שיהיה לנו מאיפה, בהינתן המצב שנכון להיום. אני לא מכירה רופאים שמחפשים עבודה, ובטח לא הרבה.

פרופ' ארנון אפק: רופאים לא מחפשים עבודה, זה תהליך של דיכוי המערכת שנערך עשור שלם. יש וועדת פזי, וועדת הלוי, וועדת בן נון, וועדת חורב, שבחנו את ההמלצות של קודמותיהן. במקום לפתוח ביי"ס לרפואה ב-2001, פתחו ב-2011. רק שתבינו, השנה סיימו 348 רופאים ביי"ס לרפואה, כאשר התחילו 700. ניתנו מעל 400 רישיונות סטאז', אתם יודעים כמה עברו את הבחינה? כמעט 400 רק בחינה אחת, והמספרים הולכים ועולים. ב-



2017 יהיו פחות תקנים מרופאים שמסיימים. עו"ד לאה ופנר תצטרך למצוא פתרון איך מוצאים לאנשים האלה עבודה. יש הרבה אחיות שלא עובדות כרגע, ועם תמריצים הן יחזרו לשוק.

דוברות: ב - 2017 לא תהיה לנו בעיה של רופאים.

דוברות: ביחס לתקנים.

פרופ' ארנון אפק: זה יהפוך למחסור ברופאים בכירים, ותוך 5-8 שנים גם על זה נתגבר.

דוברות: האם כשאתם בדקתם את זה, בדקתם את החלופה שאת הפוטנציאל הלא מנוצל ינצלו קודם כל לישראל ואז לתיירות?

פרופ' ארנון אפק: אין ספק שוועדת גרמן ואתם בתוכה תפתחו אופקים חדשים למערכת הבריאות. תראו רבותיי, אין לנו נתונים ודורון נאבק להשגתם. זו המערכת הממשלתית - באופן יחסי היא ממושמעת, ואלו הנתונים שלנו שנמצאים גם בחשבות - במצגת. יעל אמרה שאני יכול להציג כאן את כל הנתונים. יש כאן נתונים שלא פורסמו. אני מאוד ממושמע, גדלתי בצבא, ובלי אישור אני לא מעביר נתונים. פלסטינאים אינם מוגדרים בתיירות מרפא, אני לא נכנס לנושא הזה. יש לנו מחויבות בנושא הזה. אני משאיר את זה לעו"ד טלי שטיין. ברמה הערכית אני חושב שצריך לעזור לכל אחד, אבל ברמה המשפטית אני זהיר. אין ספק שזה עולה בנתונים כאן, מתייחס למצגת. קחו בנפשכם מה היה קורה אם לא היו לנו את ההכנסות האלה, למרכזים הרפואיים, לכלל בתי"ח. במערכת הממשלתית, למיטב ידיעתי, לא משלמים ישירות לרופאים, ביה"ח משלם להם.

דוברות: הכנסות ביה"ח כולל התאגיד שבתוכו - בכל ביה"ח יש את סדין החלוקה בו משתמשים כדי לפצל. מדובר בהכנסות, וגם הדגשנו את זה בפעם קודמת.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה האחוז של ההכנסות לביה"ח?

דוברות: בסביבות 2%.

דוברות: כמה מתוך זה הולך לשכר רופאים?

פרופ' ארנון אפק: אני לא יודע באמת.

דוברות: הוא לא יכול לענות לך על זה.

פרופ' ארנון אפק: אני מתנגד לזה.

דוברות: הכסף לא צבוע.

פרופ' ארנון אפק: זו שאלה לא נכונה, כי אסור שלרופא יהיה אכפת לו במי הוא מטפל, ישראלי, תייר זר, אזרח, ססיה או משהו אחר. זה המצב היום.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני הייתי בבי"ח ממשלתי מסוים, לא אגיד את שמו. הרופא שם אמר שהיה ניתוח מגרמניה, הרופא המנתח ביקש 7 ספרות, אז שילמתי לו. זה חלק מה - 288 מיליון שקל הכנסות. הוא ביקש אותי, אז TAKE IT OR LEAVE IT.

פרופ' יוג'ין קנדל: איך ביי"ח יכול לשלם לו את זה? אני לא מבין. איך אפשר לשלם 7 ספרות, ביי"ח ממשלתי לרופא?

דוברות: אנחנו נפגוש את מנהלי הכספים של בתי"ח, ונשאל שאלות מתוך מה שהם יהיו מוכנים לספר.

דוברות: יש לכל ביי"ח הכנסות והוצאות. כשאתה בודק אותן, אתה יכול לדעת בדיוק מהיכן ההכנסות ועל מה הוא מוציא את הכסף. השאלה שלי, ואמרת שאתה לא יודע, יש לנו פה את הכנסות של ביה"ח - האם במקביל לזה יש מרכיבי הוצאה שהם, בגדול ובלי הרבה פירוט, מה זה שכר ומה זה כל השאר? אנחנו דנים פה בסוגיות שלמות של האם זה משתלם לבתי"ח. זה נתון חשוב ולא סתם, ואני מחדד את זה. אני רוצה לדעת לאן הולכים 300 מיליון ש"ח.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה כן מדבר על רווחיות.

דוברות: אני לא אשתמש במושג רווח כי זה מלכ"ר, אין כאן רווחיות.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה יכול לחשב כמה ביה"ח מרוויח מזה נטו.

פרופ' ארנון אפק: אני מזהיר אתכם. כשאני הייתי סגן מנהל ביי"ח תל השומר ורציתי להוסיף רופאים לפנימית כי הייתי במשבר, המקום שהמנהל יכול היה לעזור לי זה מהכסף הזה. זה הכסף החופשי וזה כל כך חשוב. ראינו כמה ביי"ח מוציא על שכר. אם צפת מוציא מעל 90%, אז אין להם משחק. כאן יש קצת משחק.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה צריך לעשות לפעילות הזאת ACCOUNTING כדי לדעת כמה זה תורם לך, אבל אין נתונים כאלה.

פרופ' ארנון אפק: בואו תסתכלו על ההיקפים. זה מראה שאפילו שיבא מתחיל את מגמת ההתייצבות שלו. אני חושב שמתחילה, לתחושת אנחנו מתחילים להגיע לגגות של המערכת. ציר Y זה במיליוני ש"ח. הדסה שנהגה בשקיפות, נעים על 80-90 מיליון ש"ח, ואני יודע מה קורה באופן כללי. אבל זה עושה בעיה הסברתית כמעט בלתי אפשרית, ולהתמודד עם זה, זה מאוד קשה. אם אנשים רואים תייר שנכנס פנימה ומקבל מיד את הטיפול, כי מה לעשות אחרת הוא יברח, הם כועסים והם צודקים, כי מאוד קשה להסביר להם שאם לא הייתה תיירות מרפא, התור שלהם היה הרבה יותר ארוך. אם שיבא השתמשה בכסף הזה להביא מרדימים מגיאורגיה, אותם קל לצבוע. בשיבא 50% מהאנשים מוחזקים על ידי התאגיד שלא יכול להפסיד כסף. התאגיד תורם לביה"ח, הוא לא רואה הכנסה ורק הוצאה. קל לי לצבוע את אלה מגיאורגיה כי הם באו לזה, ומזה אתה רואה שחלק קטן מהפעילות שלהם היא ברובה ציבורית ורק חלק קטן הלך על ניתוחי תיירות מרפא. הכסף הזה הוריד את התורים לישראלים וזה זכות הקיום שלו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: ולכן צריך חשבונאות נפרדת לכסף הזה, ולהגיד שרק רבע מזה הולך לתיירות מרפא.

פרופ' ארנון אפק: צודק בהחלט.

דוברות: איך אתה יודע שהאנשים האלה באו בשביל תיירות מרפא או בשביל לממן את השב"ן?

פרופ' יוג'ין קנדל: אותו דבר.

דוברות: הוא סימן אותם שזה בגלל תיירות מרפא.

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל הוא עשה את זה גזברתית.

דוברות: יש לו גם תיירות מרפא, אין לנו מושג אם זה באמת הביא עוד או לא.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני שוב חוזר לזה, זה שאין לנו מושג זה צריך לתקן. צריך לעשות לזה חשבונאות. אם נניח יש תאגיד בריאות לשירותים רפואיים שמתוכו 30% פעילות פרטית ו- 70% זה מממן תמיכה בפעילות ממשלתית, אפשר להסביר את זה.

פרופ' ארנון אפק: אתם צודקים, אבל אם אנחנו מחפשים הצדקה מוסרית לתיירות מרפא, זה רק אם זה מסייע ומקדם את השירות הציבורי. עוזר לקדם תורים, מביא רופאים, מפתח את בתי"ח ומביא טכנולוגיות.

הביקורת המרכזית היא שתיירות מרפא מתבצעת על חשבון הישראלים והיעדר פיקוח של משרד הבריאות, היעדר כללים – במצגת. אלה הטענות שאספתי בתקופה הזאת, וחלקן לצערי עדיין נכונות. מה אומרים מנהלי בתי"ח ששמענו אותם – במצגת. תיירות מרפא הגדילה את המשאבים לטובת הישראלים כי יש לי איקס ועוד אחד מרדימים. אתן דוגמא: בשיבא לפחות הייתה קיימת הנחייה של הפרדה בזמנים – תיירות מרפא אחר הצהריים ופעילות ציבורית בבוקר. יש ניתוחים שאי אפשר לעשות אחר הצהריים, כי זה ילד שלא יכול לחכות לערב בצום או שהתשתית מסובכת. עלתה רשימה באדיקות גדולה מתוך שקיפות ציבורית כדי לבוא ולומר "עשינו". זה אקסטרה מעבר למערכת, על חשבון תפעול תיירות מרפא. חשבונאית זה מסובך. בלי מסלול מהיר, התיירים לא יגיעו לישראל. התייר מגיע ומקבל מסלול לתיירים מיוחד לו. אם תגיד לתייר "אתה בא לישראל ותצטרף לתור הקיים" - הוא לא יבוא, ויש תורים נוראיים במערכת.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה כאילו מיתמם. תעצור את התיירות הרפואית, התורים יתקצרו! אבל כולם ירגישו מצוין כי אף אחד לא עוקף. איפה המצב יותר טוב? אני שאלתי בין 2 סצנות.

דוברות: בסצנה אחרת התור רק יתארך.

פרופ' יוג'ין קנדל: תיירות רפואית לא רק לא תורמת, אלא צורכת משאבים מתוך הציבורית. אם זה נכון, קשה לי להבין למה שמנהל ביה"ח ירצה לעשות כזה דבר, זה עושה לו בלגן שלם ופוגע לו ביכולת הניהול של ביה"ח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' ארנון אפק: אני אגיד משהו מעמדתי כסגן מנהל ב"ח לשעבר. זה אחד הדברים הכי פחות אהודים, מי רוצה את הדבר הזה?? זה מאוד קשה ערכית. בשביל מה צריך להסתבך ולתת תשובות ואתה תמיד נחשב חמדן, מה צריך את זה? אני שנאתי כל רגע בזה, אבל ידעתי שבזכות זה אני כן יכול לתת משהו לישראלים, ולא קיבלתי גרוש אחד לעצמי. הייתה לי אותה משכורת לפני ואחרי, חבריי שונאים את הדבר הזה שנאת מוות.

דוברות: הרווח, אם יש, מתיירות מרפא, הוא הולך לססיות או לקיצור תורים? לכן הייתי מבקש לראות את הגרף של הססיות.

פרופ' יוג'ין קנדל: למה דווקא לססיות? אולי לפנימית?

פרופ' ארנון אפק: ואם שיפצו מחלקה כדי שהישראלים יחכו פחות זמן?

דוברות: אם אתה מוסיף עוד אנשים לתור, בהגדרה יחכו יותר זמן. אני סתם זורק, אני לא מאשים, אני רוצה לראות מה קרה לססיות.

פרופ' ארנון אפק: זה מהות הדיון והבעיה, ואני מאוד שמח על הדיון הזה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם אנחנו מראים שהמצב הוא שהמערכת גוזרת משאבים, לא מקצרת את התור בלי אותו אדם בשיווי המשקל החדש, אז זה לא בסדר. אם המערכת תקצר את התורים לכל הישראלים בלי תיירות מרפא, אני בעד לבטל אותה, אין סיבה להביא את האנשים. אבל אם זה כן משפר, תסכים איתי שכדאי לעשות את זה.

דוברות: בוודאי, לא מתווכח על זה.

דוברות: השאלה האם זה משפר איכות.

דוברות: המדינה לא הייתה יכולה לשים את הכסף הזה, זה גם שלב שצריך לעבור את זה.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא חשוב, כי זה בשוליים וגם שם תהיה אותה שאלה.

דוברות: יש את העובדה שבכל נקודה מסוימת לא נוכל להגיד שהוא מתקבל מיד והוא מחכה שבוע. אם מדינת ישראל הייתה יכולה להביא בדיוק את אותו כסף, לא היה צריך את זה.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה שמעניין אותך זה השוליים, כי את אף פעם לא תפתרי את כל הבעיות. גם אם המדינה תיתן לך עוד 5 מיליארד ש"ח, עדיין אפשר לשפר תשתיות ופיתוחים.

דוברות: אתה צודק, אבל אז יש התלבטות יותר קשה בין מה שאתה מקבל למה שאתה מוותר. לדעתי יותר קל להבין את זה במצב הנוכחי.

פרופ' ארנון אפק: בואו נמשיך. ניסיתי להסביר אבל המגזר ציבורי לא מבין את זה. תבינו שלאזרח, ואני נתקלתי בזה כבעיית הסברה לנושא, זה דבר שאנשים לא מבינים. ברפואה אתה לא יכול להוסיף כוח אדם ואתה מוגבל בתקציב ההוצאות וההכנסות. גם פעילויות תאגידים מוגבלות בשיאים וביציאה כ"א. הכל תחת בקרה ומוגבל, ולכן



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ביה"ח לא יכול להוסיף פעילות. האזרחים צודקים בראייתם – "יש לך תור? תן אותו לי, למה שתיתן לו?". אנשים לא מבינים שאי אפשר לתת, כי אני מוגבל באלפות, אני מוגבל בכסף, אני לא יכול להעלות את הכמויות ואת ההכנסות.

דוברות: הוא אומר שאם הוא יעשה יותר, אין לו מאיפה לשלם. התאגיד מנוהל ומוגבל על ידי המדינה. אם אני אקח אני לא אקצר את התור לחולה הישראלי, אני לא אעזור לו.

דוברות: טענה כלכלית נכונה, אבל קשה מאוד להסביר את זה.

פרופ' ארנון אפק: התמחור בעייתי, היקף ההשתכרות מוגבל וקשה להתחרות בשוק הבעייתי. התחרות עם המגזר הפרטי – מה שלא ילך למערכת הממשלתית, ילך למערכת הפרטית. יש לזה הצדקה לאומית אגב, הם כבר רוצים לפתוח.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה שהמערכת הפרטית לא רוצה, ילך לציבורית.

פרופ' ארנון אפק: זה נכון, אם אני יכול לייצר מקור הכנסה למדינה, זה יחליש את המערכת הציבורית. יש בקשה לפתוח עוד ביה"ח ליד הקניון ברמת אביב. הסיבה לתורים היא הגבלות על הפעילויות, אפילו בלי לגעת בפוטנציאל העתידי. מה שתיירים רוצים זה הפעלות חדרי ניתוח, הקרנות, כימותרפיה והדברים האלה. הם לא באים הנה כדי להתאשפז בפנימיות החורף שלנו, תשכחו מזה, הם לא שמה.

דוברות: האם אתה אומר שמה שמגביל את מה שכתבת זה הגבלות אדמיניסטרטיביות ולא כלכליות?

פרופ' ארנון אפק: הכל זה כלכלי ואדמיניסטרטיבי. זה בא יחד. אם היית מורידה את ההגבלות מברבש ומשיבא, "תעשו מה שאתם יכולים", אנחנו לא אומרים להם את המשפט הזה - לכו חופשי. אנחנו מגבילים בכל מקום ובכל דבר.

פרופ' יוג'ין קנדל: זו נקודה חשובה - יש פה 2 שלבים של מגבלות – המגבלה האדמיניסטרטיבית יותר גבוהה, אבל אם יהיו הגבלות הן לא יהיו תקפות.

דוברות: יש פוטנציאל לעשייה נוספת שלא נותנים לי לממש אותו. מגבילים אותי בהוצאה, בהכנסה, בכ"א - הטמטום של המדינה. אני מצאתי שטח למכור את זה למישהו אחר, אז מה אכפת לכם? אם אתם לא נותנים לי לעשות את זה לחולה הישראלי, תנו לי לעשות את זה לתייר.

פרופ' יוג'ין קנדל: יהיה רלוונטי שהוא לא יוכל להעסיק חלק מכ"א שלו, כי לא יהיה לו כסף.

דוברות: תקצר את התור הישראלי, ואני לא אצטרך את החולה מקפריסין. אמרו את זה כל מנהלי בתי"ח שהופיעו בוועדה.

פרופ' ארנון אפק: אני כמעט משתוקק להגיד להם כן, תנו לי את הכסף לתת לישראלים. משרד הבריאות בא ואומר בגישה אחרת - האם זה מקור הכנסה לעם ישראל? רבותיי, לא מזמן התמודדו עם שאלות ערכיות בנושא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הגז למשל, ותשתית גידול העגבניות ואיך מחיר הייצוא משפיע על עם ישראל. יש ראייה לאומית שיכולה להגיד שזה לא בסדר. אני מבין, אבל כנסיים בסוף איקס מאות מיליוני דולרים, זה מספק איקס משרות לתיירות כי הם באים עם משפחות ומגדילים את הטיסות, וזה המון כסף שנכנס לעם ישראל.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני מוכן, אבל אני רוצה שכל הכסף שהם משאירים ילך לעם ישראל. כשאתה מנצל את זה להכנסות כלליות בתקציב שלך, כשאני עומד בתור עוד שבועיים, זה גם לא בסדר.

דוברות: יכול להיות שאפשר לחשוב על תיירות מרפא ככזאת, ובמקביל לחשוב על הסרת או צמצום החסמים כי זה יפתור את הבעיה לישראלים. יש פה ראייה של הכנסות, אבל צריך להוריד חסמים קצת כדי שגם החולה הישראלי ייהנה מזה, ואז שניהם יוצאים מורווחים מאותו מהלך.

דוברות: אני חושב שצריך לשים מגבלה על תיירות המרפא. האם תוכל להתייחס לנושא גם בבתי"ח הפרטיים?

פרופ' ארנון אפק: יש לי שקף לכך. יתרונות תיירות מרפא – במצגת. אם זה לא נכון, אז שלא תהיה תיירות מרפא בארץ. אם המערכת הפרטית לא תפרח מהמקום הזה ותעשה CASE SELECTION, אני בטוח שזה קורה. יש כמה נושאים שאנחנו מוגבלים בניסיון שיש בארץ - וברוך השם על זה – למשל סרטן מערכת העצמות בילדים. ברוך השם, אין לנו הרבה מקרים של זה בארץ. יש אולי הצדקה לאיש אחד. כמות הדברים שמגיעים עם זה היא אדירה, וזה החזיק כמעט 3 רופאים שלא הייתה לזה הצדקה רפואית מבחינת ישראל. אבל זה ניסיון אדיר, וגם אם לא התקיים הכלל הכלכלי, זה החזיק כ"א אדיר שמערכת הרפואה הישראלית רק מרוויחה ממנה.

דוברות: אתה אומר שמערכת הרפואה הישראלית צריכה להודות לתיירות מרפא.

פרופ' ארנון אפק: בנושאים ספציפיים, כן.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא ברור שבמדינה קטנה יש תתי מחלות?

דוברות: זה ברור.

פרופ' ארנון אפק: זה תורם לתדמית שלנו, אין מה לדבר. זו תפיסת הוועדה שהקים משרד הבריאות. חשוב לי כי זה מאוד דומה למה שאתם ביניכם הסכמתם – ממשיך במצגת. אם כמו שאמר יוג'ין, אזרחי ישראל מפסידים מזה - שישגרו את זה ומיד. אבל למה לעזאזל מנהל ב"ח צריך את העונש הזה, אם זה לא מוסיף לו גמישות במערכת? הם כולם רעים??

זו סוגיה שקיימת שצריך לעסוק גם בה – סוגיית הסוכנים והמתווכים. מה הכללים שיבטיחו שהתושבים לא יפגעו - זו שאלת המפתח. אני כרגולטור חייב להבטיח את זה. צריך לצבוע אותה בנפרד, לייצר שקיפות ציבורית, לאפשר בקרה ולוודא את הפניית המשאבים – במצגת. כמו שהציבורי יודע שהמחלקה שופצה באדיבותו של X, שידע שזה גם מתיירות מרפא – ממשיך במצגת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אסור לבטל תורים, ואם ביטלת, תן תור אחר מיד. חשבנו אז שאין לאפשר בחירת רופא בתשלום. המטופל בחו"ל מגיע לבי"ח בארץ - הוא לא מגיע לדרי' X, אלא לבי"ח. גם אז כמו היום, לא חשבנו שנכון לייצר שר"פ, זה לא מסלול עוקף שר"פ. אין בחירת רופא בתשלום, התשלום הוא לביה"ח והוא משלם לרופא. הרופא מקבל תשלום אחיד על מה שהוא עושה על פי תמהיל, ומקבל הכנסה. לא צריך לשנות לו במי הוא מטפל בכלל, וזו צריכה להיות המלצה כללית לוועדה. אותו תשלום שהוא מקבל בססיות, אסור ליצור את זה אחרת. אני בכלל עדיין חושב שאסור שרופא מסוים ישנה לו את מי הוא מנתח היום.

פרופ' יוג'ין קנדל: את זה קל לפתור.

פרופ' ארנון אפק: איפה שיש צווארי בקבוק, הרי לא הכל בעייתי, יש מקומות שברור שיש בהם OVER CAPACITY, אבל איפה שיש בעיה, אפשר לבצע בקרה ובדיקה אחד על אחד.

פרופ' יוג'ין קנדל: לצווארי בקבוק יש ביטוי, זה נקרא עלות אלטרנטיבית. העלות האלטרנטיבית משתנה בין חולה לחולה ובין מחלקה למחלקה, ואפשר לפתור את זה בחשבונאות פשוטה על יד תמחור.

דוברות: כמו כיסא במטוס שמשתנה.

פרופ' ארנון אפק: אני לא שייך לתומכי השר"פ הגדולים, וחשבתי שלאזרחים יש זכות בחירה. איך עושים את זה שיוכלו לבחור את הרופא, אבל אם אני רוצה שינתח רק ישראלים, אז שהוא לא יינזק? ואני שמחתי ששמעתי מיוליה שאפשר למצוא פתרונות.

דוברות: לא התייחסת למקרים החריגים שרשמת בשקף הקודם. אתה יכול לפרט על זה?

פרופ' ארנון אפק: התשובה היא שאתה צריך גם להבין שיכול להיות מצב שבו מגיע תייר לניתוח מאוד מיוחד, וכן צריך את הרופא הספציפי והוא לא זמין במערכת הרגילה. אני לא מאמין בסגירת או קשירת המנהלים. תמיד יש מקום ליוצא מן הכלל, ואז כשאני בבקרה רואה את זה, היוצא מן הכלל הופך לכלל. יש טווח משחק, אבל תסביר ותנמק, רק שקיפות תבטיח את הדברים האלה. טיוטת חוזר משרד הבריאות – במצגת.

דוברות: שמענו שיש אנשים שמגיעים לרופא מסוים, אתה מתנגד לזה?

פרופ' ארנון אפק: כן.

דוברות: לא במערכת הציבורית, בתיירות מרפא. יש גם רופאים שאתה צריך אותו כי הוא הבקיא והטוב, אתה לא רוצה למכור משהו פחות. הוא יגיד שלא מעניין אותו הססיה. אתה רוצה להגיד לי שיש לך לזה פתרון במה שעשית פה?

פרופ' ארנון אפק: הרופאים הם לא עבדים. אי אפשר להכריח אותם, אבל הרבה רופאים נותנים ערב בשבוע או בשבועיים ערב לטובת המחלקה שלהם. הם עושים את זה גם היום. לכן היה סעיף שאמרתי, בו נשאר את ה"שפיל" לאחד כזה שלא רוצה, אז ניתן לו. לא כולם צדיקים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

סעיף 9 זו הייתה המלצה של כללית. אנחנו חשבנו שמספיק לשים את הכללים המאוד מוגדרים האלה, ולא לשים גג. כללית אמרה תשימו גג, וזו הייתה עמדת מיעוט בוועדה והמנכ"ל קיבל את זה. גם שיבא, הגרף כבר מתיישר, וקשה לי לראות גם אותם מגיעים ל – 10%.

פרופ' יוג'ין קנדל: התשלום לצוות צריך להיות יותר גדול כי זה הרבה כאב ראש. הוא לא בוחר את התיירים, אתה מניח שהוא משפיע על ההחלטה כמה תיירים יהיו. אתה טועה לכיוון ההפוך – ברגע שאתה יוצר כזה דבר, אתה אומר לצוות אני אטיל עליכם יותר עבודה, ומה התמריץ?

פרופ' ארנון אפק: כסף.

פרופ' יוג'ין קנדל: כסף אתה נותן גם על ישראלים. יהיו 3 תיירים ופשוט לא יבואו יותר ישראלים.

פרופ' ארנון אפק: אנחנו חיים על מערכת איזונים.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני חושב שזה סעיף לא נכון לגמרי כי זה לא קשור למחזור פעילות. אני מדבר על סעיף 10. מה ההיגיון?

דוברות: אין קבעתם שזה 10% ולמה זה על פעילות?

פרופ' יוג'ין קנדל: הפעילות זה הדבר היחיד שאתה יודע לאכוף. אם היית יודע לעשות את זה על דברים אחרים, היית עושה את זה. אני רוצה להגביל אתכם דווקא בהכנסה.

פרופ' ארנון אפק: המנכ"ל עשה את הטיוטה, הוא חשב שכן נכון להגביל. תבין, חשבתי כמוד, אבל תבין באיזה מיליה אנחנו חיים. לביה"ח זה לזרע בעיניו כי אתה נמצא במגננה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם נגיע ל – 10% יהיו לנו הפגנות ברחובות.

דוברות: זה ישתנה אחרי החלטה של הוועדה. ארנון לא לוקח בחשבון את הטלפונים הכועסים של הצוות הסובב. ברגע שתצא החלטה מפה שלמשל תגיד כן אפשר, אני צופה מערכת לחצים לגמרי שונה בהקשר הזה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם אתה שם על צוות 5 מקרים בחודש, אתה שם עוד אחות.

דוברות: ומה עם הרופא? ומה עם המיטה? ומה עם חדר הניתוח?

פרופ' ארנון אפק: בדקתם איזה אחוז אחיות עובדות באיזה אחוז משרה? כי הן עובדות בעבודה מאוד קשה. אחיות לא אוהבות לעבוד בתאגידים, יש יחסית מעט אחיות שעובדות בתאגיד, ואז עוד תקנים יכלו לתת לזה מענה. יש כאן קונספט שמנסה לאזן. חוזר מנכ"ל בטיוטה שלא יצא מעולם מנסה לתת לזה פתרון.

דוברות: מה עם להגביל, מעבר למחזור, את פעילות המחלקה והרופא הספציפי?

פרופ' ארנון אפק: אם מתקיים תנאי היסוד שהחולה הישראלי לא נפגע, אז זה בסדר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אבל הוא כן נפגע.

פרופ' ארנון אפק: זה לא נכון, אף מנהל ביי"ח לא ירצה לפגוע באזרחים.

דוברות: יש רופאים שעושים 100% מהפעילות שלהם בתיירות מרפא. המנהל מקצה את הרופא הכי טוב שלו לתיירות מרפא.

פרופ' ארנון אפק: התשובה היא שזה לקוי ביותר. אני אשמח שזה ירשם בפרוטוקול – מנהל ביי"ח שיש לו מנתח, והוא יתעדף את המנתח לא לפי שיקולים רפואיים, אלא שאזרחים זרים יגיעו אליו בגלל התחרות, זה לא מוסרי והוא צריך לתת דין וחשבון על זה. הוא לא מוסרי!! זה מרגיז אותי, מנהלי בתי"ח הם לא כאלה רשעים ותאבי בצע. מנהלי בתי"ח לא מקבלים לתאגיד גרוש, והם לא מרוויחים על זה. אין לו אינטרס לא אישי ולא מערכתי, למה לחשוב שכולם גנבים?

פרופ' יוג'ין קנדל: שאלתי מנהל ביי"ח באנגליה מה עם אנשים שרוצים מנתח ספציפי? הוא אמר שהם יכולים לחכות עוד חודשיים. כמעט ואין לנו את זה אצלנו, הוא אמר, אבל יש להם זכות כזאת. כולם טובים, לכולם יש ניסיון והם כולם פחות או יותר אותו דבר. אתה משלם לרופא על החלפת ירך 700 פאונד, יש אחד שהוא מנהל מחקר בתחום הזה אז הוא לוקח 1,000 פאונד. אנחנו יצרנו תרבות של סטארים. אין הבדל בין מנתח שנחשב כוכב למישהו אחר. אם תשאלו רופאים, תראו כמה דחפו רופאים במחלקה שלהם כדי שהם יישארו לבד בטופ.

דוברות: כדי לדעת אם אתה רוצה ללמוד מאנגליה לישראל, צריך לבדוק מה עושים שם בדיוק. שם מחכים שנתיים בתור ואף אחד לא פותח את הפה. זו תרבות לא יהודית.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני אומר שאנחנו נשבים באותו דבר. מבחינתך יש את הסטאר, ואם הוא לא הולך לנתח את הישראלים, הם הפסידו בגדול. קודם כל צריך הוכחה לזה. דבר שני, בואו ניצור מערכת שבה ניתן לכולם לעשות ולא תהיה בכלל סוגיה כזאת.

פרופ' ארנון אפק: לסיום, אין כאן תשובת ביי"ס ויש כאן שאלות שהן בעיני של ערכיות ומשאבים. צריך למצוא גם את האיזונים. חשוב לבוא ולומר שאלה שאלות לא פשוטות, וצריך יהיה למצוא להן מענה במערכת ואיפה הדבר הזה משתלב במערכת הכללית שלנו. זה נושא מאוד חשוב היום בוועדות ובעבודה שאתם עושים, בעיני עבודה מאוד חשובה. תצטרכו למצוא פתרונות ושיווי משקל במערכת, וכל דבר תלוי אחד בשני. אי אפשר כל היום להגביל. הפתרון הוא לא להוסיף עקרבים אלא למצוא צורת פעולה נכונה. הרופאים מוכנים לעשות דברים עבור הקולקטיב שנקרא מחלקה. לדוגמה חלק מהאנשים עושים ססיות, כי תמורתן המחלקה מקבלת תקנים. זה מעבר למשכורת, הם יכולים להרוויח פי 4 בחוץ, יש כל מיני דירקטיבות במערכת. צריך למקסם את היתרונות ולמשרד התיירות יהיה הרבה מה להגיד בנושא. אריה פז היה מבקר המשרד, והוא כבר יצא לפנסיה. נועם לניר עוסק בזה ורואה בזה שליחות לאומית ורוטשטיין אומר שאין פגיעה בישראלים בכלל. בסופו של דבר, אין רע בלי טוב ואין טוב בלי רע.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המערכת הפרטית חיה היום בעולם מופלא. היא עושה את כל הדברים. היא בוחרת את הפעילות שהיא רוצה. מה שמניע אותה בסוף זה כסף והכנסה ויכולתה לבחור. המגבלות שחלות על הציבורית לא חלות עליה – פציינטים, טיפולים, הרבה ביטוחים, יכולת לקיחת הרופאים ומה שהם מציעים לו – היא חיה פורחת ומשגשגת, בגלל שהגבלנו את הציבורית. אנשים היו מעדיפים להיות מנותחים בציבורית עם כל החסרונות שלה. אם תגביל את המערכת הפרטית כמו שרצית לעשות בחוק ההסדרים הקודם, אז או שישעו לקפריסין מי שעשיר, ומי שלא יסבול בתורים יותר ארוכים. אם אתה מגביל עוד גוף, רק לגבי תפיסת העולם של הגבלות, ככל שאתה מגביל את המערכת הציבורית, אתה מפנה את האנשים יותר למערכת הפרטית. הגבלת את הציבורית ונתת עזרה לפרטית – שוב.

דוברות: יש פה גם תשתית עובדתית וגם מידע שאתה מציג באומץ לב.

דוברות: מציג עמדת וועדה קודמת שעסקה בנושא.

פרופ' ארנון אפק: וחוזר מנכ"ל.

דוברות: נניח שמדינת ישראל מחר, 288 מיליון ש"ח הכנסות, המדינה אומרת שהיא מטומטמת לחלוטין, יש פה מקור הכנסה אבל המון תורים, והגיע הזמן שאדאג לעניי עירי. ברמה של כל ביי"ח, אני נותנת לך 300 מיליון ש"ח כמדינה. מה אתה אומר?

פרופ' ארנון אפק: הייתי בא לנשק אותך, כי אני אומר לך שזה באמת עונש, למעט אותם יתרונות שציינתי. קשה להסביר את זה וזה בעיה מוסרית שאתה מתחבט בה, וזה עונש. יש גם הסתכלות לאומית – כל עוד הייתי סגן מנהל ביי"ח זה מה שהייתי אומר, אבל בראייה לאומית ולא כראש מנהל רפואה, כאזרח במדינה שמבין שאם למדינה תהיה רווחה כלכלית, אז המערכת הציבורית תהיה חזקה ותשרוד קצת יותר. אני מבין גם מהצד השני, צריך להסתכל בראיה יותר רחבה ולהבין שיש כאן פוטנציאל להכנסה הלאומית, אבל תשובתי הראשונה עומדת בעינה ואני לא חוזר בי.

דוברות: הוא דיבר גם על מערכת הבריאות, אלה הכנסות גם לה. המס מושת גם על פעילות עסקית בתחום התיירות.

דוברות: צריך להביא אותם בחשבון, אבל כבריאות, אני לא צריך את זה, זה מה שהוא אומר.

דוברות: אנחנו יודעים שיש למערכת המון התנדבות מבורכת. יכול להיות שזה הדור הישן והבינוני. לא מעט דברים עושים למען המחלקה, למען החולים, למען ביה"ח. האם אתה לא חושש שתיירות מרפא, אולי לא, בראייה שנכנס הרבה כסף, בעיקר מכמה אנשים בודדים ולא מכל המערכת, שהיא תפגע ברוח ההתנדבות? אם זה משהו בשוליים זה לא משפיע, אבל האם הקטע הזה שהרופא מוכן לתת, עד שיגיד "אני השתגעתי? המנהל של ביה"ח מקבל 6 ספרות, למה שאני אעשה את זה?"



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' ארנון אפק: יכול להיות, אבל אני רואה את זה באופן שונה. זה דיון מוסרי, אם לא תהיה נתינה קולקטיבית, לא נשרוד.

ברמה הלאומית אפשר היה לחשוב על מודל שאומר שיש תיירות מרפא, לאו דווקא בבתי"ח ציבוריים במתכונת הקיימת, אבל מתוך הכספים במערכת, כל בתי"ח מקבלים את הצורך שלהם. אפשר היה לחשוב על מודל ברמה הלאומית - נכנס כסף למערכת ובתי"ח מקבלים אותו.

התשובה היא יכול להיות. זה מודל כל כך מסובך. שימו לב שהחוזר אומר שאני אתן מס שיחזק את הפריפריה. הכלכלה הסובייטית כשלה בסופו של דבר. צריך למצוא איזונים בתוך המערכת שאדם ירוויח וזה לא יהיה רווח חזירי, ואני חושב שאפשר לעשות את זה. ברור שזה מעלה את התעסוקה ואחוז ההשתכרות ברמה מסוימת.

דוברות: יש חוסר באחיות.

פרופ' ארנון אפק: זה חוסר מלאכותי. כמו הדיון אצל רוה"מ, 600 מיליון ש"ח גרעון אתם יצרתם את זה, ואפשר לפתור את זה ולא מתחילים את התהליך הזה - בואו נפתח אותו. אי אפשר להגביל את המערכת, ואז להגיד אבל אין רופאים. אנחנו יצרנו את זה, רצינו את זה, ועכשיו אין לי רופאים.

דוברות: עשינו מאמצים להגדיל את היצע הרופאים והאחיות, אבל להגיד שתיירות מרפא יוצרת תעסוקה זה לא מדויק.

דוברות: הוא אומר שמשתמשים במשאב קיים שנמצא במחסור.

דוברות: זה לא מחסור מלאכותי.

דוברות: אם הוא היה מלאכותי היינו גומרים אותו היום.

דוברות: זה כן יוצר אינפלציית שכר, ובסופו של דבר זה משכורת אלטרנטיבית לרופא שעובד בציבורי.

פרופ' ארנון אפק: אני לא מאמין במגבלה בשום מערכת, כתפיסת עולם. תמיד מוצאים מעקפים למגבלות האלה, בטח למערכת הפרטית שאין לה accountability. אם תגביל את אסותא, יצמח לך ביי"ח אחר.

דוברות: הרופאים עושים ססיות בחו"ל.

פרופ' ארנון אפק: מחר תמצא אונית ביי"ח עוגנת בנמל. רדו מהמגבלות, תיצרו שוק מבוקר. המודל הזה נגמר, צריך למצוא מודל אחר להפעלת המערכת. המערכת הגיעה עם המודל הזה לקצה היכולות שלה.

דוברות: נניח שהנתונים שהצגת משקפים את המציאות של כל בתי"ח היום – פי 10 הכנסות תוך 8 שנים, מגמה גדולה של התרחבות. אנחנו נמצאים ב - 2013 ומנסים להשיג נתונים וחלק יש וחלק אין, אבל מה היו החסמים שעצרו את משרד הבריאות כל השנים לקבל אינפורמציה בסיסית, בהנחה שאתה רוצה לקיים תיירות מרפא? למה לא יצרתם מנגנון של פיקוח ובקרה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' ארנון אפק: אחלה שאלה, אבל אני לא עונה עליה. הוכנה טיוטת חוזר שעוד לא פורסמה ולא כי לא רצינו לפרסם אותה. הטיוטה קיימת.