



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת משנה תיירות מרפא – 27/1/14

נוכחים: פרופ' לאה אחדות, עו"ד לאה ופנר, פרופ' גבי בן נון, שרה אמסלם, אורן דרורי, ניר קידר, שלמה פשקוס, יוליה איתן, פרופ' יוג'ין קנדל, יובל דגן, דורון קמפלר, מור סגל.

דיון פנימי – יש מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT):

דוברות: עד עכשיו שמענו, וזה הזמן להשמיע ולהתחיל לדבר בינינו לאור כל מה ששמענו. אפשר לעיין בכל הפרוטוקולים. המטרה היא לנסות להתקדם בקצב מהיר כדי להתאים עצמנו ללו"ז. יום חמישי הקרוב נועד להיות יום רצף דיונים.

פרופ' יוג'ין קנדל: בגדול אנחנו מתחילים את הדיון בעץ החלטות שאנחנו פותרים מהסוף. בגדול - או שאנחנו הולכים לתיירות מרפא - לא, ואז אנחנו פחות או יותר מוותרים על כ - 500 מיליון ש"ח למערכת הבריאות, ניסיון, מוניטין פלוס הכנסות לתיירות במדינה באופן כללי, אם לוקחים בחשבון את אורך השהייה כאן. בעיקר מה שאנחנו מפסידים, בעיקר אם נלך על 'לא', זה מה שנפתח אם נגיד 'כן' כי 'לא' זה שלילה של ה-'כן'. ברגע שאומרים 'לא', לא צריך להגיד איך לא, הוא מאוד פשוט. לא אמרתי שאין לו שיקולים.

דוברות: אולי אפשר להציע שבהינתן שאנחנו מודעים לכך שגם לתיירות מרפא יש יתרונות וחסרונות, ואיך אנשים רואים יתרונות לעומת חסרונות, נסביר מה הבעיות שתיירות מרפא מעוררת במערכת לאור מצב המערכת, ואחר כך נראה האם אפשר להתגבר על חלק מהבעיות האלה, ובנוסף לכל מה ה - benefit של תיירות מרפא.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה בדיוק אם 'כן' אז איך. זה לא מצריך דיון, אני לא מקבל החלטה עכשיו בין 'כן' ו'לא'. אם אתה אומר 'כן' אז איך, צריך לתאר את המצבים שיש בהם פלוסים ומינוסים. אם 'לא', אתה פשוט אוסר את זה. לכן אנחנו צריכים להתמקד בכך איך, ואז לחזור ולהגיד אם הדבר הזה שמדברים עליו הוא כן שווה או לא שווה.

דוברות: אם הבנתי נכון, יכול להיות שאחרי שנדבר ונפתח ונבדוק את כל האופציות, עדיין בסוף יצא מצב שאי אפשר להתגבר על הבעיה, ואז נחזור ל-'לא'.

דוברות: בנוסף לכך יכול להיות שנאמר מה בעיות, נלך ל'כן' וננסה לפתור או להביא למינימום את הדברים. עדיין צריך להיות ברור שמשלמים פה מחיר מסוים, כי אין לנו אפשרות לכמת את כל הנובע מהרע של תיירות מרפא.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה אני לא יודע, אין גם אפשרות לכמת את הדברים הטובים.

דוברות: אני מסב את תשומת ליבכם לאופציה שלישית שיש תמהיל מסוים. יש פה אמירה שונה מה-'כן' המוחלט - כיצד זה משהו אחר. על הציר 'כן' ו'לא' יש גם מינון. מי שאומר 'לא' לא צריך להגיד לי בצורה שלילית את היתרונות, אלא להציג את החסרונות. עמדת ה-'לא' צריכה להיות מנומקת בנימוקי ה-'לא' ולא בנימוקי ה-'כן'.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה צודק, אני לא מנסה להחליט בין ה-י' ל-ל'. זה וויכוח מיותר על הדברים שאנחנו מסכימים. אם אתה אומר 'לא', לא צריך להסביר למה לא.

דוברות: לא הבנתי את המשפט האחרון – האם לקיים תיירות מרפא? יכול להיות שיש מישהו שיגיד אני רוצה תיירות מרפא בגלל כל הסיבות הללו, אבל לא בציבורית אלא בפרטית.

פרופ' יוג'ין קנדל: השאלה היא בציבורית, מערכת פרטית זו שאלה נפרדת. אם אנחנו נגיע ל-ל' בציבורית, אפשר לשאול שוב שאלה אם אנחנו מרשים אותה בפרטית או לא. זו שאלה נפרדת.

דוברות: בהחלט צריך לדבר על המשמעויות של תיירות מרפא ברפואה הפרטית.

פרופ' יוג'ין קנדל: אוקיי. מצב קיים בנושא תיירות מרפא אני חושב שדי ברור היה ממה שראינו, שנכון להיום אין אסטרטגיה ממשלתית בעניין הזה. השטח קובע עובדות, אין וויסות ביקושים, ניהול מלאים, בבתי"ח מסוימים זה נעשה בצורה יותר הגיונית ובאחרים פחות. הממוצעים שאנחנו רואים (במצגת) מסתירים הרבה שונות בין מחלקות.

דוברות: גם כשאנחנו רואים בממוצעים נתונים מאוד גבוהים, יש מקומות שבהם, ואני מדברת על עומסים, וויסות ביקושים הוא בתוך מערכת ביקושים ואז הממוצע...

פרופ' יוג'ין קנדל: אין פה וויכוח שהמערכת לא מתנהלת לפי ניהול מלאי ותשתיות יעיל, ובמקרים מסוימים זה פוגע בשירות לישראלים.

דוברות: כשאתה מדבר על ניהול מלאי וויסות ביקושים, אתה מתכוון ברמה לאומית או בתוך ביי"ח?

פרופ' יוג'ין קנדל: בחלק מהמקומות שמענו שזה עובד יותר טוב ובחלק פחות טוב, לא ראינו שום ניהול... בטח ברמת מדינה. בכל מקום אנחנו רואים בתפוסה של מחלקות, הפערים...

דוברות: אתה מדבר על המצב הקיים של מערכת הבריאות או של תיירות מרפא?

דוברות: תיירות מרפא בתוך מערכת הבריאות.

פרופ' יוג'ין קנדל: אנחנו רואים שהרופאים והצוותים פועלים גם במערכת הפרטית וגם בציבורית. ממשיך במצגת.

דוברות: שער מידע?

פרופ' יוג'ין קנדל: שאפשר באמצעותו לקבל השוואות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: בנקודה 3 – יש לנו באמת מערכת שבה יש שירות ירוד ועומסים, תורים שנובעים לא רק מתיירות מרפא אבל גם מסיבות אחרות טובות, למשל אנחנו יודעים שיש תשתיות לא מנוצלות. גם כאשר אתה יודע שיש תורים מאוד ארוכים בעיקר בפרוצדורות של ניתוחים מסוימים, ובעצם אחד מהדברים שאנחנו מדברים עליהם זה שיש את ההסטה למערכת הפרטית, את הלחץ הזה של דרישות לשכר גבוה בתוך המערכת הציבורית, ואז הולכים לפרטית כדי לקבל שכר גבוה יותר ועוזבים את הציבורית ללא כ"א מספק, אפילו כאשר נקודת ההתחלה שלנו של כ"א היא לא טובה.

דוברות: הסיפור של יכולת להעביר תייר בין המערכות קיים כבר.

דוברות: ביחס לזה ארצה לשאול – אם תמונת המצב של המערכת הציבורית היא כזאת שנמצאת במחסור אדיר של כ"א, ואנחנו יודעים את השלכות המחסור הזה בעיקר של רופאים ואחיות, איך אנחנו מסתדרים עם העובדה שאנחנו יוצרים גורם לחץ נוסף על המערכת בצורה של תיירות מרפא מנקודת מבטו של הישראלי? אני חושבת שזה לא מחודד מספיק.

פרופ' יוג'ין קנדל: השקף הבא מתייחס לזה.

דוברות: יש לי בעיה בהנחות והיעדר של כמה נושאים – במצב הקיים היום יש העדפה מובנית של התייר על פני הישראלי בתמריצים גם לבי"ח וגם לרופא המטפל, והיא אם כל חטאת. ממנה נגזרים חלק מהבעיות וזה לא מופיע פה.

דוברות: אתה אומר שהמבנה הקיים היום במערכת יוצר תמריץ להעדפה?

דוברות: זה קיים גם ברמת בי"ח וגם ברמת הרופא, וזה מצב קיים בעייתי בצורה בלתי רגילה. אני מניח שמהמצב הזה יגזרו פתרונות, אז חייבים לשים את זה כבעיה ראשונה.

פרופ' יוג'ין קנדל: רופא כתוצר.

דוברות: לא, כספק שירותים.

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל הוא לא בוחר בחולה.

דוברות: הרופא יכול לבחור את התייר, בטח שהוא יכול. לא באופן ספציפי, אבל בעיקרון.

דוברות: לגבי הרופא, בהנחה שהכל מבוצע אחר הצהריים, יש לו תמריץ לבצע פרוצדורה בתייר מרפא ולא לבצע קצ"ת.

דוברות: כן, לכן אמרתי שזה בשתי הרמות.

דוברות: זיהוי הבעיות יכול להיות דרך טובה למצוא את הפתרונות לבעיות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: זו בעיה של ביה"ח בעיקר, כי אם ביה"ח היה משלם לו אותו דבר...

דוברות: אני לא יכולה לראות בעיניי שיש מצב שהרופא אומר שאני רוצה לבצע תיירות מרפא ולא קצ"ת.

פרופ' יוג'ין קנדל: הוא יכול להגיד שהוא לא נשאר.

דוברות: מה שקורה בדרך כלל זה שהוא נשאר או לא, לא בגלל שבמקום זה הוא היה עושה קצ"ת.

פרופ' יוג'ין קנדל: אנחנו מסכימים, חבל..

דוברות: הרופאים מעוניינים לטפל בישראלים. בתי"ח משקיעים מאמצי שכנוע לטפל בתיירים ושמענו את זה כאן בוועדה, במיוחד צוותים רפואיים ולא רופא בודד.

פרופ' יוג'ין קנדל: בהינתן אותו סכום. מערכת של ביי"ח במערכת התמריצים היום, מבחינתה תייר רפואי מביא כסף חי וישראלי לא.

דוברות: אני אומר שהיום מערך התמריצים הקיים יוצר העדפה של תייר מרפא על החולה הישראלי בשתי רמות – רמת ביי"ח ורמת רופא, וזה קיים בשתייהן באופן נפרד וצריך לטפל בהן באופן נפרד.

דוברות: אני לא חושבת שזה נכון ולא ראיתי את זה.

דוברות: תייר מרפא משלם יותר לביי"ח שיכול לשלם יותר לרופא. אני חושב שיש חשיבות לומר שהתמריץ קיים גם ברמת הרופא.

פרופ' יוג'ין קנדל: אמרתי לך שאני מסכים איתך.

דוברות: כשנגיע לפתרונות נצטרך לטפל ברמה הזאת והזאת.

דוברות: בסך הכל צריך להגיד שהרופא לא יקבל יותר כסף על טיפול בתייר.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש לרופא בעיה עם זה שביי"ח משלם לו יותר על צנתורים?

דוברות: לכן נוצרת העדפה. אני לא מבין למה הוויכוח. היא לא מסכימה עם זה.

פרופ' יוג'ין קנדל: היא אומרת שיש עלות נוספת.

הטענה שאני הולך להגיד עכשיו תהיה מאוד דרסטית, יש בה הרבה אמת ומאיהפ היא נובעת? יש הרבה מאוד לחצים. הוא אומר למה אנחנו מכניסים עוד לחצים במערכת שהיא כבר לחוצה? אני הולך להראות שהמערכת לחוצה ויש בה כיסים רבים שהם לא לחוצים. שנית, נכון להיום הלחצים האלה נכנסים למערכת בצורה רנדומלית בלי שום מדיניות, ואם תכניסו לשם תקטינו את הפגיעה. שלישית, זה לא גזירה משמיים שהמערכת בלחצים, זה תוצאה של מדיניות. את אומרת אנחנו רוצים לפתח מדיניות ולא מדיניות של לחצים. לקחנו את מגבלת המשאבים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כנתון מהשמיים, והטענה שלנו שזה לא ככה, אפשר להסכים או שלא. בואו נשאל את המדיניות מתוך ערך כלכלי, נבדוק מאיפה נוצר ערך ונבנה משאבים שיענו על הצורך הזה, ולא קודם נבנה משאבים ומה שיצא-יצא. אני חושב שמשלושת הסיבות האלה צריך לענות על השאלה המרכזית, רק שאני לא מוכן לקחת את העובדה שהמשאבים

מוגבלים וככה אני חי ולא מוכן לייצר ערך. זה לא משאבים במיטות, במכשור או בדיאגנוסטיקה, אלא בכסף. מתברר שגם ברופאים וצוות בטווח של 7 שנים זה ניתן לשיפור בכמויות אדירות של זמן רופא במערכת הציבורית, גם בזמן קצר. התשובה היא פשוטה – אם אתה מביא אנשים מהמערכת הפרטית לציבורית חזרה, אנחנו מעלים את כמות הצוות בציבורית, ואם אנחנו מייעלים את העבודה באותו ביי"ח על אותן תשתיות עם אותה כמות רופאים בביי"ח שסיפרתי לו עליכם, היום הם עושים יותר על אותן תשתיות. זה ארגון, תכנון יותר נכון. אתה לא יכול לעשות את זה כי אתה לא תיתן לזה משאבים.

דוברות: העניין הוא שאני רוצה לעשות קודם את ההבחנה בין המשאבים שאתה אומר "זאת מדיניות". אני מבינה את המשפט הזה שאתה עכשיו בא לאוצר ואומר לו את הדבר הבא – יש משאבים מצומצמים למערכת, בוא תגדיל אותם, ואם תגדיל אותם אני מוכן לקבל תיירים. אותו דבר לגבי רופאים, טווח ההכשרה זה 7-10 שנים, ואז אפשר לומר שחכה את השנים הללו ואז תכניס תיירות מרפא. למה שאכניס קודם לפני שאני משפר את המערכת שלי בעוד כ"א? יגידו לי כמו שיש חברי וועדה שאומרים, ואולי מבחינתם צודקים, את יכולה לרצות כמה משאבים שאת רוצה מהמערכת, היא לא תיתן לך כי יש מדיניות שסידרה את סדרי גודל ההוצאה הממשלתית, ואין לך מה לחפש שם, רק בפרטית. אתה יכול לומר לי אין לך מה לחפש במערכת הציבורית, ביבי לא ייתן לך יותר, בואי תנצלי את ההכנסות מתיירות מרפא, ואני אומרת שזה נכון שיש לזה הכנסות, אבל בהינתן שזו תמונת המצב במערכת הציבורית - אני יוצרת לחץ, וה - benefit של זה יהיה מצומצם.

פרופ' יוג'ין קנדל: בואו ניקח את הסכום שנקבל כתוספת, סכום X מאוצר המדינה, נעלה מיסים לא משנה מאיפה וזה מה שקיבלנו. השאלה הרלוונטית היחידה זה האם החולה הישראלי יהיה במצב יותר טוב אם נאפשר תיירות מרפא או לא, את מסכימה?

דוברות: אוקיי, זה 2 מצבי טבע שונים.

פרופ' יוג'ין קנדל: ברגע שהבאנו את הכסף הזה, זה ניתן. מה שהצלחנו לקבל ניתן, מאותו רגע השאלה היחידה הרלוונטית היא האם החולה הישראלי נמצא במצב יותר טוב או פחות טוב עם תיירות מרפא.

דוברות: זה יכול להיות לכאן ולכאן. אני צריכה לדעת כמה כסף, אם זה הרבה או מעט. זה היבט המשאבים.

פרופ' יוג'ין קנדל: אמרתי שהבאתי כסף וזה מה שאפשר לקבל ממנו, עמדנו מול הממשלה וזה מה שנתנו.

דוברות: זה ישפר את המצב של הישראלים באופן משמעותי?

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא רלוונטי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: וותר על המשפט הראשון כי הוא לא הכרחי לטיעון שלך. נניח שלא הבאת כסף, הדבר היחיד שיש לך זה תיירות מרפא. בהינתן המצב הזה, האם המצב של הישראלי טוב יותר? אני לוקחת את המקרה הקיצוני.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני יכול לשאול את השאלה בכל סכום.

דוברות: אני שואלת באפס, זה לא בלתי מנותק.

פרופ' יוג'ין קנדל: אז באפס.

דוברות: אתה שואל בהינתן סכום מסוים שאנחנו מקבלים. אחרי שזה ניתן, האם העובדה שיש תיירות מרפא, השאלה הזאת היא אומרת, היא בדיוק אותה שאלה במצב שאנחנו לא מקבלים שקל אחד. לכן אפשר לשאול את השאלה הזאת ללא שום קשר לסכום שאתה מקבל או לא. לכן זו שאלה שאלתית, היא לא תלויה בגודל הכסף.

פרופ' יוג'ין קנדל: לכן אמרתי X, לכן אני שואל את אותה שאלה.

דוברות: אתה אומר יש לי הכנסות מתיירות מרפא...

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא נכון.

דוברות: זה תועלות שמעבר להכנסות?

פרופ' יוג'ין קנדל: אני רוצה לשאול את השאלה – אם אני מביא לך שינוי במערכת שזה כן הכנסה, באיזה תנאי את מוכנה להכניס תיירות מרפא? התנאי צריך להיות שזה משפר משמעותית את מצב של החולה הישראלי? את מסכימה?

דוברות: זה שיקול.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה עוד שיקול? אני מוכיח לך. כל החולים הישראליים יגידו לך "זה משפר לי", זה מוכיח לך?

דוברות: בוודאי שמשפר.

פרופ' יוג'ין קנדל: אז למה הוויכוח?

דוברות: הסמכנו שאם זה משפר אז כן.

דוברות: אני והיא בעד בשולחן הזה, בעד כל דבר שמשפר את המצב של החולה הישראלי וזאת אקסיומה. אנחנו עכשיו בקטע של השקף ואמרת משאבים. שום דבר איננו כורח המציאות וכל דבר ניתן לשינוי, לכן וודאי שזה פועל יוצא של המציאות. זאת אקסיומה שמקובלת עליי, ולידה צריך להגיד עוד משהו – המצב היום הוא קשה, יש לו השלכות על המערכת הציבורית, וצריך למצוא פתרונות קודם לחולה הישראלי. כאשר המצב במערכת ישתפר, צריך לשקול אופציות נוספות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוג'ין קנדל: זו טעות.

דוברות: אני רוצה לשאול משהו – בוא ניקח 2 מצבים – 1. אנחנו כן או לא קיבלנו כסף מהאוצר, משנה מאוד מנגנון העדכון יותר מכמה כסף נקבל, ונניח שעדיין אחרי זה אנחנו יודעים שהמערכת לא מספיק טובה. האם אתה חושב

שבאותה נקודת זמן, אם יגידו לנו שאם נכניס תיירות מרפא אנחנו נוכל לשפר את המערכת והיא נשארת לא טובה, אבל אם נכניס תיירות מרפא יהיה כסף בתוך המערכת?

דוברות: זאת תשובה שגם תתחבר אליה. אני אומר שגם אם לא נקבל שקל אחד מהמדינה, במצב הנוכחי הכנסת תיירות מרפא רק תרע את מצבו של החולה הישראלי.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה וויכוח אחר, היא שאלה משהו אחר, בדיוק אותה ששאלתי. אם אתה לא מקבל היום כלום, ואני מראה לך שאם אתה מכניס תיירות מרפא אני משפר את חיי הישראלי?

דוברות: אמרתי לך שזאת אקסיומה.

דוברות: אשאל שאלה יותר קשה – זה יכול לשפר לרוב, וזאת הבעיה, כי המערכת תקבל יותר כסף ויכול להיות שהלחץ ישפיע במקומות מסוימים שבהם הלחץ לא יוטב. זו דילמה אמיתית ולא פשוטה. אם ביי"ח מקבל מחר בבוקר X כסף בזכותו הוא יכול לשפר ולקנות הרבה דברים, לדבר הזה יש מחיר ואני לא יודעת מה התשובה.

דוברות: זו ליבת הדיון.

דוברות: הבנתי ממך שצריך להבין שיש מחיר.

דוברות: יש לנו באמת שאלה האם זה משפר או לא, ואם כן נוכל לתת איזושהי הערכה, ואז אנחנו בעד ובאיזה היקפים ואיך וכו'. אם לא – אז זה בשוליים וחבל לטרוח על זה. אין מאה אחוז.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה עניין של מידתיות.

דוברות: זו שאלה מעשית, ויש עוד כמה שאלות שנצטרך לברר אותן כי הוועדה דנה בעוד כמה דברים. אם אני רק הולכת למשבצת הצרה של תיירות מרפא, אני רוצה לדעת שאם אני חושבת שהרעתי את מצבו של הישראלי שהוא ממילא רע בעצם הכנסת תיירות מרפא, אז לא.

דוברות: זו הסכמה של כולם שאנחנו לא רוצים להרע אלא להיטיב.

דוברות: בוא נדון האם זה מרע או מיטיב.

דוברות: בדיוק.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: בגלל שהדברים האלה הם פונקציה של משאבים כספיים, אנחנו יכולים את המחסור לשחרר. אם אני לא אביא 9 מיליארד ש"ח דרך תיירות מרפא, אני יכול למצוא מצב שבו אני משחרר את הלחצים לציבור הישראלי, אז שיפרנו את המצב.

דוברות: ואנחנו מתנים את זה בתנאים.

דוברות: הנחת העבודה הזאת מחזירה אותנו למצב שאנחנו מנסים להתחמק מזה – האם הדלתא הזאת מתיירות מרפא משפרת או מרעה את המצב של חולה הישראלי? אם זה היה כל כך ברור אז ברור שתיירות מרפא.

דוברות: בואו נחשק את זה.

דוברות: אבל יש אילוצים, בואו נסכים שיש יתרונות וחסרונות.

דוברות: האילוצים שלך זה לא רק כסף אלא גם זמן.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם יש משהו למדנו במערכת הזאת, זה שיש מחסור של שעות רופא במערכת הציבורית, כמויות אדירות.

דוברות: לא במערכת הלאומית.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא נהיה אף פעם יותר גבוהים ולא נהיה יותר מנומכים מאשר גרמניה, שיש בה תיירות מרפא.

דוברות: באמת הראו לנו שמדינות שנוטות לפתח תיירות מרפא יש להן עודף כושר ייצור.

פרופ' יוג'ין קנדל: אנחנו יודעים שגם לנו יש.

דוברות: ולהיפך לא.

דוברות: אני מסכים שזה משהו שאפשר בטווח הקצר לשנות אותו, זה עניין של מדיניות ותפיסת עולם. שנית, בכל מה שקשור לכ"א, זה לא רק שעות רופא בחדר ניתוח, זה גם יעילות בבוקר, אחיות ומתמחים במחלקה ולא רק בכירים. לכן זה לא מילת קסם שמחר אפשר לשלש את כמות האחיות והרופאים בישראל.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא צריך לשלש. אנחנו יודעים שאנחנו נמוכים בכמות האחיות ולא בכמות הרופאים. זה תוצאה של מדיניות של לפני 7 שנים, של כמה תקצבו את בתי"ס לרפואה.

דוברות: גם היום מתקשים להגדיל שדות קליניים, ואחיות מתקשים להגדיל כי אנשים לא רוצים ללמוד את זה.

פרופ' יוג'ין קנדל: כי אתה לא מתגמל אותם מספיק. למה אנשים הולכים לעבוד במכבי אש ובביו? ואין לך מחסור בהם כי אתה מתגמל אותם. עובדות – במצגת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: הסתכלנו מה קורה בתיירות רפואית. הישיבה הראשונה נפתחה בזה שיש לנו מעט נתונים. אחרי שקיבלנו נתונים ועשינו עליהם עיבוד, מה שאנחנו רואים כאן זה 2 דברים – 1. יש הבדל גדול בין פעילות במספרי פרוצדורות לבין הכנסות שהן סביב 5-6%. ההכנסות שהם מביאים איתם הן הרבה יותר גבוהות מאשר כל פעילות אחרת, ורק 7-20% מתוך ה – 1.5% שמגיעים באמת מתאשפזים ותופסים מיטה. כלומר מדובר במקרה המקסימלי על 0.03% של תיירים שתופסים מיטות.

דוברות: לא הבנתי את המתמטיקה.

פרופ' יוג'ין קנדל: רובם המכריע לא באים לניתוח אלא לכימותרפיה, למיטות, לדיאגנוסטיקה. אלו לא פרוצדורות שמצריכות אשפוז.

דוברות: את לא עושה 20% מתוך 1.5% כי זה לא חשבון נכון.

דוברות: זה מתוך ימי אשפוז ולא כסף.

דוברות: אוקיי.

דוברות: יש בזה גם ימי אשפוז, בדיקות וכו'. מול הישראלי זה פחות מעניין אפילו. יש את הגרף הזה ואין בעיה להראות אותו – במצגת. תיירים מהווים מיעוט מכלל המאושפזים.

פרופ' יוג'ין קנדל: כל זה ותזכרו את השקף הראשון שלי, שזה מצב שהכל קורה בכאוס ואנחנו יכולים לשלוט בתהליך הזה כמו שאנחנו רוצים.

דוברות: מאיפה הנתון של ימי אשפוז?

דוברות: הוועדה צריכה להכין מסמך של תשתית הנתונים שנצברו עד כה.

דוברות: הנתונים על ימי אשפוז זה מבטיה"ח, מכל אלה שדיווחו. הפנייה לקבלת הנתונים כולם מכירים אותה, מתחילת הדרך יצאה לכולם.

דוברות: מה שיש נא שתפי את כולנו בצורה אינטגרטיבית.

דוברות: תת הוועדה תבוא לדיון בוועדה, היא לא תציג תמונת מצב עם נתונים?

דוברות: אתם מוזמנים לעשות את זה פה, אנחנו לא נעביר בסיס נתונים, זה מה שהתחייבנו לבטיה"ח.

דוברות: אין לי בעיה, זה לא מתוך חשדנות אלא מהפוזיציה של לנסות להבין את הנתונים האלה ולנתח אותם. זה כל הסיפור. הייתי רוצה לראות את הנתונים האלה.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה נתונים של בטיה"ח, זה סודות מסחריים. זה מה שסיכמנו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני לא יכול לראות?

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, זו ההתחייבות שלנו.

דוברות: יש רמה של התחייבות שאני מוכן לקבל אותה, חדירה לפרט...

פרופ' יוג'ין קנדל: זה סודות מסחריים. אנחנו צריכים להסתכל מה התחייבנו.

דוברות: עד לרגע זה אין לי שום נתון.

פרופ' יוג'ין קנדל: בהדסה צריך להסתכל על זה כמערכת פרטית וציבורית של ירושלים ביחד. בחיפה יש מערכת פרטית שרופאי רמב"ם מדווחים אחר הצהריים ולכן האחוזים ככה. בירושלים זה הכל יחד. הוא לא חייב לצאת החוצה, הוא עושה את זה בבית, הוא לא צריך אסותא. לכן אני אומר שזה upper limit של הכל בסך הכל.

דוברות: הסתכלנו מה הפעולות שנעשות בתיירים – במצגת. כל מה שלא פה זה מתחת ל – 2%. אונקולוגיה זה מרכזי פעילות גדולים בהקשר של תיירות מרפא.

דוברות: זה מסתכם ל – 100% בסוף?

דוברות: יש לזה זנב מאוד ארוך, אבל כן.

דוברות: לא הבנתי את הראשון.

דוברות: ככה נקרא הקוד.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה כימותרפיה אמבולטורית. יש פה 60% אמבולטוריקה. אחרי אבחון נותנים את זה.

דוברות: זה לא ניתוח.

דוברות: פרוצדורות פולשניות. זה עיקר הפעילות.

דוברות: כימותרפיה זה לא ניתוח.

דוברות: הפעילות הכי נפוצה זה בדיקות דם. לא שמנו את זה בגלל התדירות.

דוברות: איך הגעת לזה?

דוברות: לפי הקודים.

פרופ' יוג'ין קנדל: כל הדברים האלה יחד זה סדרי גודל של עד 20% ואז יש זנב ארוך של פעולות אמבולטוריות. הרוב הוא כימותרפיה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: ביי"ח מרכזי נבחר הוא מייצג לדעתכם?

פרופ' יוג'ין קנדל: ביי"ח מרכזי כן.

דוברות: יכול להיות שאותו אחד עשה כמה טיפולים, וזה לא מייצג את מספר התיירים שעברו את זה?

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, רק מספר טיפולים. קיבלנו דיווח מהסוכנים שהיה ברור שכימותרפיה זה חלק ניכר מהתיירים, ולא רק טיפולים.

דוברות: הבנתי מהסיכום של הישיבה הקודמת שהרבה פעמים הם מקבלים פה טיפול וכימותרפיה בבית, בבריה"מ לשעבר.

פרופ' יוג'ין קנדל: כן, גם יש מקומות שעושים את זה בפסיכיאטריה.

דוברות: ספרתם כמה צנתורים אבחנתיים נעשו או לכמה חולים?

דוברות: יכול להיות פה חולה אחד שצבר את הכל.

דוברות: כל תייר עובר כמה פעולות, רצינו לא לספור ראשים כי זה לא נותן אינדיקציה. רצינו לבדוק עומס בכל מיני נקודות, מה הפעולות שנעשות.

דוברות: את מציגה את זה בתור יחס.

דוברות: אנחנו רואים מסך 100% הפעולות שנעשו בתיירים, להבין מה עיקר הפעולות. לא ספרנו ראשים אלא עומסים.

פרופ' יוג'ין קנדל: צנתור חזה אתה לא עושה כמה לתייר.

דוברות: 2% ניתוח ראש שווים ברמת המשאבים כמו 60% של אני לא יודע מה.

פרופ' יוג'ין קנדל: עומסים אתה לא סופר ככסף שנכנס.

דוברות: מעניין אותנו להבין כמה עומס זה יוצר לפני הכסף.

דוברות: אני לא חושב שזה מייצג עומס כי כימותרפיה לא מייצר עומס כמו צנתור חזה אחד. השקף באמת לא נותן לך תמונה של עומס כי אין פה דירוג של מה העלות שלו למערכת, או מה העומס שהוא יוצר.

דוברות: אפשר לשקלל את הנתונים גם כך.

דוברות: מה המשמעות של 60% כימותרפיה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: שזה לא 60% ניתוחי חזה.

דוברות: זה נותן תחושה של מה הטיפולים הנפוצים.

דוברות: יכולה להיות שאלה האם התשתית של הנתונים יכולה לייצר משהו, לתת אינדיקציה.

דוברות: עזבו, לא נתווכח על זה. יש פה תחושה של פלפלים ועגבניות בעניין הזה.

דוברות: עולם זמינות הצוות הרפואי – במצגת. זה נתוני משרד הבריאות ועיבודים שלהם. ביקשנו לדעת כמה רופאים עובדים היום מחוץ למערכת הציבורית לפי היקף משרה בציבורית. מה שאנחנו רואים פה זה שיש פה 67% רופאים

שעובדים 76-100% במערכת הציבורית ויש להם היתר עבודה במערכת הפרטית. האם הם עובדים מחוץ למערכת הציבורית או תורמים את זמנם כפול טיימרים, זה מה ששאלנו.

דוברות: מדובר פה על המערכת הממשלתית, צריך לומר את זה.

דוברות: לא יודעים אם זה כולל העסקה בתאגידים.

דוברות: אני מניח שלא. רופאים שהם רק תאגיד אני מניח שלא.

פרופ' יוג'ין קנדל: לזה לא צריך היתר עבודה פרטית.

דוברות: זה חידוש יפה. כמו שאני יודעת, התקשייר חל גם על עובדי תאגיד.

דוברות: בעולם של כ"א אנחנו מחפשים אינדיקציות. לא יהיה פילוח של מקצועות.

פרופ' יוג'ין קנדל: אפשר, אבל לא צריך את זה. 100% מהאנשים האלה יש להם אישור עבודה פרטית.

דוברות: יש גם אנשים שאין להם והם לא נמצאים פה. אנחנו מדברים על אוכלוסיית רופאים שביקשו היתר עבודה פרטית.

דוברות: כן, וניתחנו בתוכם כמה מהם עובדים במערכת הציבורית. זה כל הזמן לראות מה משלים למה. במוצק ל – 26% יש היתר עבודה פרטית, אבל זה כולל מתמחים שזה לא רלוונטי. לנכות את זה כבר היה הרבה יותר מסובך למשרד. אנחנו כן רואים שבאזור המרכז היתר העבודה הפרטית הוא יותר גדול.

דוברות: מומחים, מומחים בממשלה, מתמחים בממשלה שביקשו היתר פרטי.

פרופ' יוג'ין קנדל: סביר להניח שזה סדרי גודל של 40% מהמומחים, כי אם הם 50% מהמחלקה זה אומר חצי מהם. זה כמויות גדולות של אנשים, אנחנו גם לא יודעים כמה זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: פחות ממשרה מלאה יכול להיות שאין תקנים. שנית יכול להיות שחלק מהתקן הוא בתאגיד ואז הוא כן עובד בשביל ביה"ח, אבל הוא בתאגיד.

דוברות: איפה הם מממשים את ההיתרים האלה, זה עוד מעט.

דוברות: יש פה 2 אלמנטים שונים – עובדים בתאגיד ועובדים בקופ"ח.

דוברות: יש כאלה שמממשים אותו בתאגידים ויש כאלה שבקופות.

דוברות: את יכולה להגיד לנו אם צריך היתר עבודה פרטית כדי לעבוד בתאגיד?

דוברות: לא בדקתי את זה, אבל אני אומרת 2 דברים – אמרו לנו שאם אתה עובד תאגיד חלים עליך כללי התקשייר, ואז אתה מחויב להיתר. אם אתה עובד בבי"ח בבוקר ועושה ססיות בתאגיד, על זה צריך לקבל אישור, את זה אני צריכה לבדוק. לדעתי לא צריך.

דוברות: זה הנתונים של משרד הבריאות, יכול להיות שזה קשור לחלקיות משרה.

דוברות: כל אחד שמבקש היתר לעבודה פרטית זה לדברים מאוד מוגדרים, מוגבל בשעות ובסכום. פרקטיקה פרטית זה ללא הגבלה, והוא מוותר על 5%. כשממלאים את טופס הבקשה שואלים אותך איפה אתה הולך לעבוד. כשהמשרד עשה את זה הוא באמת לא ראה, ויכול להיות שמי שמילא התבלבל וכתב ססיות במקום תאגיד.

דוברות: אני לא מכיר את הנתונים האלה. יכול להיות שהיתר עבודה פרטית זה בכמה מקומות, והשאלה מה קורה אם מישהו עצמאי ונותן שירותים לקופה. יכול להיות שחלק מהפרטי פה עובד בשב"ן. יכול להיות שמישהו עצמאי מבחינתנו זה במערכת הפרטית, הוא לא מועסק על ידי הקופה אבל מוכר לה שירותים, הוא לא מקבל תלוש. מצד שני יכול להיות שרופא הסדר מקבל כסף מהשב"ן ומקבל גם מקופ"ח כסף. בשני הכיוונים צריך לבדוק את זה.

דוברות: גם הצד הפרטי מטפלים בחולים ישראלים או בתיירים, לא משנה לאיזה צד תעביר או תסתכל.

דוברות: נכון, אבל בפרטית הפרופורציה של התיירים הרבה יותר גבוהה.

דוברות: אתה לא חושב שאפשר לבקש מהמשרד לעשות עבודה בתחום הזה?

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא משנה, זה לשכנע שיש פוטנציאל גדול להכניס תוספת של זמן לרופאים במערכת.

דוברות: יש פה חידודים בקוצו של יוד. יש פה שעות רופא במערכת שהיום לא מנוצלות.

דוברות: את צריכה להתמודד עם זה שבמערכת הפרטית הרופא יטפל בחולה ישראלי, אם את אחר כך שולחת אותו זה משהו אחר. הראית לי שבמערכת הפרטית הוא יכול היה להיות בציבורית באותו זמן, נהדר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: בסך הכל הראיתי לך שאני יכול להכניס אותו פנימה.

דוברות: אפשר להגדיל את ההיצע אבל הגרף הזה לא אומר את זה, כי יכול להיות שחלק גדול ממה שמופיע פה בפרטי זה בעצם ציבורי, אנשים עצמאיים שעובדים במערכת הציבורית.

דוברות: עובדים עם חשבונית ולא מקבלים תלוש.

דוברות: הוא לא שכיר של קופה, הוא עצמאי. צריך לבדוק את הנתונים.

פרופ' יוג'ין קנדל: נניח שאתה פסיכיאטר של הקופה. מחר מביאים לך תייר מרפא, לא תקבל אותו? זה של משרד הבריאות.

דוברות: גם שם הייתי רוצה לראות את החומר הגולמי.

דוברות: מה שהוא יגיד בנושא הזה נעשה.

דוברות: כולנו מסכימים שאפשר להביא יותר שעות רופא במערכת הציבורית. הדבר היחיד שזה נותן זה את הקטע הזה, ועל זה אין חולק.

דוברות: אני רוצה את הפן הכמותי הזה לראות ברמת הבנת הנתונים. אין פה סוד מסחרי, זה נתונים שאני מבקש לראות אותם.

דוברות: בשנייה שאני מביא לך זה מפורסם.

דוברות: אני רוצה לעבוד על זה.

דוברות: אני אבדוק, זה לא אוטומט.

פרופ' יוג'ין קנדל: מסביר על הגרף באקסל – תראו, אני ניסיתי פעם להסביר את זה במילים וזה לא כל כך הלך לי. מה הבעיה במערכות בריאות? שאנחנו לא יכולים לתכנן אותן. פתאום יש עומס, יש חורים וכן הלאה, ורציתי להראות לכם מה זה אומר. נניח שכל יום מגיעים אלינו לתחנת טיפול 0-20 חולים. הטבע מחליט כמה חולים יגיעו אלי, עם אותה הסתברות, ממוצע 10 חולים ליום. אני צריך להחליט איזה קיבולת אני שם לטיפול בהם. זו החלטה שאתם עושים יום-יום במערכת הבריאות, מחליטים כמה לתת פתרונות. אתה יכול להגיד שאני רוצה לטפל ב – 8 חולים. מה שיש פה למטה זה 3,000 ימים שאני כל פעם דוגם באופן אקראי לכל יום 0-20, ורק עושה סיכום של המערכת. אני עושה 10 שנים של התחנה הזאת שמטפלת ב – 8 חולים. אחרי 3,000 ימים זה אורך התור של האנשים שמחכים לטיפול. התור הממוצע על פני התקופה הזאת הוא 3,000.

דוברות: מה שחסר לך זה שאם אתה לא מטפל בו אז הוא מחכה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: אני רוצה להפנות את תשומת ליבכם שנניח אני שם 10 מיטות ומטפל ב- 10 אנשים בממוצע, לא צריכים להיות תורים נכון? זה מספר האנשים שעומדים בתור על פני נקודת זמן מסוימת על 10 מיטות. זה כל פעם מחשב 3,000 תצפיות חדשות. כאן מקסימום תור זה 513 איש. פעם אחת, בתקופה הזאת כאן, זה הגיע למספר הזה למרות שאני מטפל בממוצע בדיוק ב- 10 אנשים. אם צברתי תור אני לא יכול לטפל בו, הוא נשאר ויורד רנדומלית. זה אומר שמקסימום אני צריך לחכות 52 יום ובממוצע 22 יום. 3,000 תצפיות זה הרבה מאוד, תסתכלו על המספרים שקופצים. זה משתנה כי אורך התורים משתנה רנדומלית.

דוברות: למה תמיד 10?

דוברות: זה מספר המיטות שיש בתחנה.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש לך שקעה התחלתית, וזו השקעה מאוד גדולה להוסיף מיטות. אם אני מכניס איזשהו קשר על פני זמן, למשל יש פתאום מגיפה מדבקת, הדברים האלה מתחילים להשתגע הרבה יותר. אם היום הגיעו הרבה אז גם מחר יגיעו הרבה. אם אני שם 11 מיטות, אתם יכולים לראות המספר המקסימלי של ימים הולך וקטן, כי

כל יום אני יכול לטפל ביותר אנשים מהממוצע, כך גם עם 12. עכשיו נשאלת השאלה האם אני צריך להסתכל על המקסימום או על הממוצע.

דוברות: על המקסימום כי אתה צריך להיות מוכן.

פרופ' יוג'ין קנדל: השאלה אם זה טיפול אלקטיבי או דחוף. אני צריך ללכת ל- 40% יותר עמדות ממה שאני עושה כדי להבטיח טיפול תוך יומיים. מה המינוס של זה? כמה שאתקדם זה פחות המתנה, אבל ה- spare capacity יורד. 30% מהעמדות שלי שיכולתי למלא זה אני מחזיק את הרופאים. יכול להיות לי מצב שיש לי תורים, וזה מצב זמני 11% של spare capacity. זו מערכת יעילה, אבל יש לי גם הרבה spare capacity. אנחנו מסתכלים על האחוזון ה- 5 של הימים לאחוזון ה- 95. הפערים יכולים להגיע ל- 70-80%. במחלקות תפוסות מאוד זה מגיע לממוצע של 15% spare. זה ממוצע של הימים בין תפוסה נמוכה לגבוהה.

דוברות: אם הכוונה שלך אומרת לווסת את התדירות בהתאם...

פרופ' יוג'ין קנדל: כן, זאת אומרת בתוך המערכת הלחוצה הזאת שאנחנו מדברים עליה, יש הרבה כיסים של עודף כושר ייצור וזה לא סותר את העובדה שהיא בממוצע על 95%. זה בדקנו גם באונקולוגיה, אורתופדיה וכן הלאה. הפערים יכולים להיות בין תפוסה אפסית לגבוהה.

דוברות: אפסית?

פרופ' יוג'ין קנדל: זה תלוי בימים.

דוברות: ראש השנה ויום כיפור למשל.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוג'ין קנדל: למה שלא יגיעו לצפת או פורייה עם רופאים ערבים... מה הסוגיה שאנחנו מנסים להגיד?

דוברות: אתה תרוקן את אסותא בצורה הזאת.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה כבר לוועדה הגדולה, אבל יש הבדל בין תייר מרפא לחולה ישראלי. את הישראלי אתה חייב לקבל ואת התייר לא. אם אנחנו מייצרים את היתרון של תייר מרפא, ה – trade off זה או לא לנצל משאבים יקרים או לנצל עודף? תחשבו שעומד לכם תור של תיירי מרפא ואתם לא חייב לקבל אותם, אבל אם יש תור ותיקה 3-4 על הדרך - לא פגעת בישראלי. לגבי התחנות הנוספות האלה, כשאני צריך את זה לישראלים והם באים לפני זה וזה מצריך טיפול בתמריצים כמו שהוא אמר, אבל עם ביקורת ופיקוח, אתה משפר לישראלים את הנגישות שממומנת על ידי תיירי מרפא. זה מובנה בתוך המערכת שאותה אתה לא יודע לתכנן על הישראלים בלבד בגלל הרנדומליות שלה. זה נושא חשוב מבחינת הדחיפות שלו. ככה נותנים לך יותר כי אתה רוצה כל הזמן spare capacity. כשאנחנו מדברים על אנשים מונשמים אבל הם לא בטיפול נמרץ, אז אתה נמצא במצב שאין לך תחנות עודפות וזה לא תיירי מרפא ששוכבים שם. אתה רוצה ליצור מצב שיהיו לך עודף תחנות. זה מראה לכם שאנחנו כן

מגבילים את היכולות שלנו למצב שהוא קשה מבחינה רפואית, וזה קורה בכל המערך ולא רק שם, זה פשוט מאוד בולט. אם יש לנו ממוצע של 10 אז יש 10 עמדות, ואם מגיעים 20, הם שוכבים בפנימית. בהנשמה אני לא יכול להביא תיירי מרפא אבל במקומות אחרים כן.

דוברות: אתה צריך לדעת איפה יש לך חורים, ואתה צריך לעשות את התיאום ביניהם. אין לך אפשרות לעשות את זה אצל ישראלים?

דוברות: אתה לא יכול לדחות ישראלים.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה אחרי שטיפלתי בישראלים שעומדים בתור. כל הישראלים עומדים בתור ואין לי spare capacity בשבילם. הנקודה היא להגדיל את היכולת שלי לקבל. תשימי לב מה משתנה בין זה לזה. התור המקסימלי של ישראלי יורד מ - 30 יום ל - 5 ימים, אבל אז זה מאוד יקר כי 30% מכוסר הייצור אני לא מנצל אותו, ואם אני לא מנצל אותו אז בוא ננצל אותו. כשיווצר לי כושר הייצור הזה אז תביא את התיירים את אומרת, אבל לא נגיע לזה. אני אומר בואו נבנה את זה על התיירים כמו פרויקט השקעה, נבנה עוד יחידות כפונקציה כמה ערך אני יכול, וכתוצאה אני משפר את המצב פעמיים כי אני מקבל את כל היחידות האלה וגם רווח עליהן מתיירי מרפא, ולתיירים אני משפר את הנגישות מ - 30 יום ל - 5 ימים. גם לישראלים אני משפר וגם לתיירים, לשניהם.

דוברות: הזרים לצורך העניין משפרים את ה - spare capacity לישראלים, וממנים אותו.

דוברות: תראה, זה לא דיון. אני מתנצל על דרך ההצגה שלי. אתה מציג את זה כך שמאחורי זה עומדת התפיסה שבשימוש יותר יעיל של התשתיות החולה הישראלי לא יפגע, וזה על ידי שימוש בתיירי מרפא. אתה מדבר על



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

משאב כ"א ופה על משאב האשפוז. אתה אומר שאני יכול לבנות מודל שבו אני מכניס תייר מרפא והישראלי ולא יפגע, ושנית זה גם משפר את מצבו, זה שני מצבים. זה בסדר וזו תזה אחת, אפשר לתמוך בה או לא. לי יש תזה אחרת, ואם כל אחד מציג את התזה שלו בדיון, אז בסדר.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני אומר שאתה יכול לבנות משהו ולעשות את זה נכון.

דוברות: אבל מה עומד מאחוריה? אתה אומר באחוזי תפוסה 98% יש שונות גבוהה, ואתה יכול לשחק איתה.

פרופ' יוג'ין קנדל: ולהוסיף משאבים נוספים.

דוברות: אם אתה אומר שזה המענה לתיירות מרפא...

פרופ' יוג'ין קנדל: לא להוסיף, אלא כתוצאה.

דוברות: אז חסר לי דיון בסיסי שלא ניהלנו אותו. האם במצב כזה יש תועלת כלכלית לחולה הישראלי? אני חושב שהתשובות לשאלות האלה צריכות להינתן בכל מצב.

פרופ' יוג'ין קנדל: התחלנו מזה שזה ברדק. אני לא מבין מה הפערים.

דוברות: בהבנת המציאות, היכולת לשנות אותה ולקבל אותה כעובדה. איך אני משפר ולא מרע את מצב החולה הישראלי. אני אומר שבמציאות המצוקה במערכת, הוספת פעילות שאיננה לחולה הישראלי מזיקה לו, זה מה שאני אומר.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה אומר בואו נשמור את המדיניות כמו שהיא.

דוברות: ממש לא, אמרתי תביאו 9 מיליארד ש"ח.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה אומר שישאירו את המערכת כמו שהיא, בברדק מוחלט..

דוברות: ממש לא, אני אומר שהוספת תייר מרפא, מידת החסרונות של זה עולה על היתרונות, ולא רק בפן הכספי.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתן לך דוגמא – מחר בבוקר 3 אוליגרכים מרוסיה מחליטים שהם רוצים לקבל טיפול בישראל. הם לוקחים 10 מנתחים ישראלים מובילים בארה"ב, מביאים אותם לפה ובונים להם בניין, שמים אחיות, מביאים את הרופאים. אני רוצה את זה בשיבא, ויש לנו תנאי – אנחנו נממן לכם את הדבר וזה לא יעלה לכם אגורה. מה שכן, כשאנחנו או המשפחה שלנו צריכים את זה, זה פנוי לנו. אתה בעד זה?

דוברות: נגד.

פרופ' יוג'ין קנדל: מחלקה שעובדת 3-4 פעמים בשנה בלי תור?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: הטענה שלי איננה טענה עקרונית שאומרת תייר מרפא ייהרג ובל יעבור, קטסטרופה. אתה הצגת את זה, אני ממש לא אומר את זה, ולכן לקחת את המצב ההפוך שבו אין שום פגיעה. צריך קודם כל לבחון את זה. אני אמרתי שהתופעה של תיירות מרפא במציאות הישראלית יש לה יתרונות וחסרונות, וצריך לשקול אותם והרבה מרכיבים בתוכם, כולל ההשפעה של אינפלציה של מחירים שלא דנו בזה בכלל כאן. אמרתי נקודה אחת שיש תמריצים להסטה והעדפה ואתה בנית תזה ואני גם אבנה תזה, אבל אל תציג לי את זה כמודל שיש עליו הסכמה. אני רוצה את הזכויות להציג את התזה שלי.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה רוצה לדון במה שיש, ואני רוצה לדון במה שאנחנו רוצים ליצור.

דוברות: אני גם רוצה לדון בלשפר, אבל קודם כל לחולה הישראלי. אתה מסכים איתי שיש עם זה הרבה בעיות היום?

פרופ' יוג'ין קנדל: התחלתי את הדיון שיש בזה היום הרבה ברדק. תעשה עיצוב שהוא ללא ברדק.

דוברות: טיפול רפואי מתחיל באבחנה נכונה, ורק אז טיפול רפואי. אני רוצה לראות מה הבעיות ואז להבין מה הבעיה ואיך אני משנה אותה. יש היום הרבה דברים בוועדה שכולנו צריכים להסתכל על מה הבעיות במערכת הבריאות היום, ממה נוצרו ואיך פותרים אותן. מבחינתי תיירות מרפא נמצאת במקום ה - 99.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם אתה חושב שזה לא חשוב למה אתה בוועדה הזאת?

דוברות: המטרה שלנו זה לא לעשות יותר טוב לתיירות מרפא..

דוברות: אתה אמרת תיירות מרפא זה במקום 99, בסדר, אבל הוא מנסה להציג רעיון שבזכות תיירות מרפא אפשר לפתור לא 98 בעיות קודמות אלא 50 מתוכן.

דוברות: תיירות מרפא זה לא מטרה שלנו אלא אמצעי לשפר את המצב.

דוברות: אני אומר שזה לא אמצעי, ולפני שאתה נוקט באמצעי הזה אתה צריך לנקוט קודם כל באמצעים אחרים לפני זה.

דוברות: אתה מערער בעצם קיום הוועדה הזאת.

דוברות: אני חושב שהיא מאוד חשובה. אולי צריך לקחת רברס ולהחזירה אחורה. אתם לקחתם כנקודת מוצא להסדיר תיירות מרפא ולעודד אותה, מי אמר שאנחנו רוצים את זה?

פרופ' יוג'ין קנדל: ההבדל בינינו ברור. אנחנו רוצים לעשות עיצוב של המערכת הזאת, ואז לחשוב אם אנחנו רוצים אותה. אתה לא מצליח להשתחרר מזה שהמערכת הזאת דפוקה.

דוברות: אני אומר שהמערכת דפוקה וצריך לתקנה אבל גם בממד הכמותי שלה, והוא חשוב לדעתי. אמרת שיש פה רופאים שזה כ"א שאפשר לנצלו בצורה יותר יעילה כדי לטפל בתיירי מרפא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: לא, אני רציתי להראות לה שהמחסור הוא פונקציה של מדיניות שאפשר לשנותה, ואתה חוזר למדיניות הקיימת שהיא דפוקה.

דוברות: הסתכלת על נתונים גם במקומות שבהם יש תיירות מרפא? לא עסקנו בסוגיית השכר.

פרופ' יוג'ין קנדל: אין לך מדיניות בזה ואתה לא שולט בזה. דחפת את כולם החוצה כאגף. תשימו לב שמה שיצר את הבעיה זה זה שהוצאנו את השירות הפרטי של המערכת, מתוך ציפייה שיהיה פיקוח על השכר שלהם. הוצאת אותם החוצה ואין לאף אחד פיקוח עליהם. את אף לא מעניין השכר חוץ מהחולה.

דוברות: קודם כל מעניין...

פרופ' יוג'ין קנדל: זה תוצאה של מדיניות.

דוברות: לא אכנס עכשיו לסוגיית השר"פ. זו שאלה של התייקרויות השכר במערכת, ותיירות מרפא זה חלק ממנה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם אתה שולט בזה במערכת הציבורית אז אתה שולט בזה. עשינו משהו רע, עכשיו בואו נלמד מזה.

דוברות: אני לא בדעה שלו.

פרופ' יוג'ין קנדל: בואו נלמד איך עושים את זה בטוב.

דוברות: הבעיה לטעמי בתיירות מרפא שהסימולציה הזאת לא לוקחת בחשבון היא שה - 10 הזה הוא פלואידי. הוא יכול לעמוד במאמץ של 13 וגם של 8, אפשר למתוח אותו ימינה ושמאלה. לבתי"ח יש תמריצים להביא תיירות מרפא, ואז הוא ייקח 10 אחיות ולא יגדיל תשתיות. זה השקעות, עוד כ"א שאתה חושב לטווח ארוך וכו', אבל אני אמתח את זה עד לקצה. הייתי ברור?

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה מבין שאם אתה מתחיל למתוח רופאים ואחיות בלי לשלם להם, הם לא יישארו לאורך זמן?

דוברות: כשאנחנו מדברים על תיירות מרפא שבאה על חשבון הישראלי מדובר במחלקות עמוסות.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה בשליטה שלך. היום אל תסיק ממהו שעשית גרוע. תלמד מהספר ותנסה לעשות בחינה יותר נכונה.

דוברות: אני לא מציג פה עמדה שלא תהיה תיירות מרפא אלא שצריך, אבל צריך לקבוע את הכללים שגורמים לזה שזה תורם ולא מזיק לחולה הישראלי. עכשיו נצטרך לרדת לרזולוציה של מהם הכללים. זה לא רק השאלה של מקורות אם תעשה כמו שאתה מציע. כשאתה נותן לעשות אפשרות לעשות תיירות מרפא, האינסטינקט הראשוני זה להביא למתיחה עד לקצה של תשתיות, וזה לא טוב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: אם הוא צריך עוד דיאגנוסטיקה, הוא לא יקנה עוד MRI?

דוברות: לא, הוא ייקח לישראלים, כמו ששמענו אז בעדות של האבא הזה.

דוברות: הוא יציף את החדר הזה למקסימום הניתן.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתה תקבע את זה. הוא יצטרך לתת לך תכנית עסקית ולעשות את הדברים כמו שצריך.

דוברות: אפשר לרדת לאיזה רמת רזולוציה, התכנית הזאת תגיע. האמירה היא שקודם כל מותחים את המערכת עד לקצה.

דוברות: אנחנו יודעים שיש היום חדרי ניתוח לא מנוצלים.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה משאיר את הצוות בבי"ח וזה מה שאתה רוצה.

דוברות: התייעלות זו תוצאה רצויה. אתה מזהיר בפני שברי מאמץ במערכת.

דוברות: אני חי בשלום עם זה שהמערכת בחורף צריכה להתאמץ.

דוברות: אנחנו לא כל כך. בשביל זה יש את הוועדה הזאת, לא?

דוברות: הוא אומר שאת זה הוא מוכן לספוג.

דוברות: לא מוכן לספוג שהמערכת היה במצב של מתיחה.

פרופ' יוג'ין קנדל: היום אתה לא מסתכל על זה.

דוברות: הוא מניח שהוא שולט באופן מוחלט ומנתח את הביקושים של תיירות מרפא.

דוברות: לחשוב שהמערכת תפעל כך שתוכל לנתב את זה, זה לא מדויק.

פרופ' יוג'ין קנדל: לבדוק למי יש היום פיק ושהסוכן יביא את זה מתי שאפשר ומתי שלא אז לא, ומדי פעם לעשות ביקורת. ברגע שיש לך חלונות אז שיביאו תיירי מרפא, נועם לניר אמר שהוא עובד ככה. היום ביי"ח עובד כשאף אחד לא מתערב לו והוא מחליט אם הוא יכול לקלוט. אתה יכול במאמץ מאוד קטן לאפשר כזה דבר, ואולי אפילו לממן כזה דבר שזה כולו מערכת מחשוב שמאפשרת לכל הסוכנים לראות את זה, יחד עם סט של כללים ואכיפה בסיסי כדי לוודא שהם עומדים בכללים שלך, ושחרור לקנות ציוד שחלקו יהיה מופנה לישראלים.

דוברות: אני יודעת שלפי מה שהצגת בתפיסה שלך, אתה רוצה להכניס שר"פ לכל בתי"ח הציבוריים.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה מהעיתון. מה שאתה חושב שזה שר"פ ומה שאני, זה שני דברים שונים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אתה רוצה מקורת כספיים למערכת הציבורית, ויש לך גם ישראלים פרטיים שאתה רוצה להביא לציבורית וגם את חו"ל. השאלה היא האם יש לך עדיפות את מי אתה רוצה להביא לציבורית, והאם אתה יכול להחזיק את שניהם יחד? איך היית מתמודד עם זה?

פרופ' יוג'ין קנדל: אם הייתי בונה את המערכת לתוך ערך כלכלי, לרופאים ישראלים יש עבודה מובטחת והם לא צריכים להידפק על תקנים שיש או אין ולא ללכת הפוך. המערכת אומרת שאני לא יודע לשלוט בשום דבר, זו הנחה אחת. הנחה שנייה אומרת שאם אתן לרופאים לעשות מה שהם רוצים הם ימלאו את בתיה"ח בפעולות לא נחוצות. אז על מה אני כן יודע לשלוט? על capacity, לזה יש עלויות כלכליות וזה הורג ערך רפואי וכלכלי. כן צריך לשמור שלא יהיו תמריצים, אבל ללכת מראש כך שלא יודעים לאכוף שום דבר זה נראה לי הזוי. בואו נבנה מערכת שיודעת לפקח, ואז נבנה תמריצים שהמערכת תדע להתמודד איתם. אז נוכל להרחיב משאבים בצורה משמעותית. אם צריך להביא עוד רופאים אני אביא אותם ואוכל לשלם להם. היום חלק מהרופאים מקבלים יותר מבאנגליה, למה שלא אביא משם? או מצרפת או מבולגיה או מארה"ב, ומה יקרה אם יהיה לך פה רופא גרמני או בלגי? לאו דווקא יהודים. אם אני חושב על פעולות דחופות שיש להם נזק אם אני דוחה את הטיפול אז אין בכלל שאלה, לא יכול להיות מצב שבו ישראלי כלשהו נדחה בגלל מישהו זר. לעומת זאת, אם יש מצבים שבהם אני יכול לדחות נניח טיפול אלקטיבי, במערכת האנגלית ממה שסיפרתי לכם היה שנתיים תור למפרק ירך, היום זה 18 שבועות. זה שיפור, מה זה משנה מאיפה זה ממומן? זה מגיע ממישהו לפנייהם, אבל יחסית למצב קודם זה שיפור אותו, שיפור. זה שזה לא פייר שמישהו נכנס לפני, זה לא פייר אבל איפה הנזק? זה שזה שיפור את התור.. אפילו שאלתי את אסא כשר על זה מבחינת אתיקה. אם התור היום הוא 6 חודשים וחלק אני מוריד ל-5 חודשים וחלק קטן אני מוריד

לחודשיים, האם זה אתי? התשובה הייתה כן ואני לא מומחה לאתיקה, כי זה נתן לכולם שיפור בתמורה לזה שלחלק זה שיפור יותר. שיפרנו את המצב של החולה הישראלי הציבורי, בין אם זה על ידי זה שגביתי מחיר גבוה מאלה ששופרו יותר ובין אם הם תיירי מרפא. כל הקונספט הוא בואו נשתחרר מהסתכלות על המערכת כמו שהיא כי זה לא כורח המציאות. היחידה זה כמות האנשים שאנחנו יכולים להכניס למערכת ושיפעילו אותה, ולא הפוך.

דוברות: יש פה את סוגיית התמריצים ויש בזה סכנות. כשאתה עושה משהו שהוא לטובת הישראלים, עם ובלי הסכנות, יש ישראלי שנהנה. בסוף היום יש ישראלי כלשהו שנהנה. הסכנה שאותה צריך להבטיח זה שאתה לא תגרום לזה שבגלל סוגיות התמריצים תיירות המרפא תתחיל בכיוון הנכון, ובאיזשהו מצב זה יזלוג לזה שבסוף יהיה כדאי לכולם לטפל בתייר המרפא.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא משהו שולי, זה העיקר.

דוברות: צריך להבין, ואני בהסתכלות הכי נקייה על הכל. אי אפשר להתעלם מכך שהמערכת שתיפקדה 100 שנה לא מחר בבוקר תשנה את כללי ההתנהגות שלה.

דוברות: זה גם מערכת שבאטרף על כסף.

דוברות: אני לא חושבת שהם באטרף יותר מקבוצות אחרות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: יותר מאשר קבוצות אחרות.

דוברות: אני מסכימה שיש בעיה. בעבר היה הרבה יותר ברור שיש קושי בקטע הזה שכסף ורפואה לא הולך יחד. היום זה יותר ברור וגם הציבור מוכן לזה.

פרופ' יוג'ין קנדל: צריך לעצור את הרכבת הזאת. כל המטרה שלי בכל התהליך הזה היא בעצם להפסיק להסתכל על מה שקורה היום בתור איזושהי דוגמא למשהו כי זה ברדק מוחלט, לגמרי רנדומלי, ותנו לזה להתפתח.

דוברות: צריך לראות ממה שקיים היום שהמערכת היא מאוד חכמה, השחקנים בה יודעים מאוד ליצור, ולכן כשהולכים לבנות משהו צריך לקחת בחשבון את השחקנים ואת שיתוף הפעולה, ואת הקטע שאם זה לא יבנה עם התמריצים הנכונים, תהיה בעיה.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה נכון, אפשר להגיד את זה גם על תחנת כוח גרעינית. אם אתה בונה בצורה לא נכונה זה בום.

דוברות: אתה עובד כן על קרקע קיימת, ולהסיט את הרכבת זה...

פרופ' יוג'ין קנדל: בנושא של תיירות מרפא אין ברירה אלא לשנות את המצב הקיים מבחינה דרסטית.

דוברות: למה לא ללמוד מהמצב היום? בזה הוא צודק.

פרופ' יוג'ין קנדל: ללמוד מהמצב כיום על איך צריך להיות - זה לא.

דוברות: אני חושבת שאחד הדברים החשובים בתיירות מרפא מכל מובן כשדיברתם על כסף, זה שאסור להסתכל על התייר כדבר שמכניס רק כסף.

דוברות: דיברנו על זה, ברור שיש דברים נוספים.

דוברות: שלא יצא רושם שאנחנו הופכים את התיירים לסמל של כסף.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה כמו ענף ייצוא, כמו תיירים רגילים. מה זאת אומרת?

דוברות: אתה רוצה שנכתוב כמו פרופ' רוטשטיין מניע מוסרי ראשון?

דוברות: תלוי איך את מציגה את הדברים.

דוברות: לשיח הזה יש משמעות אחר כך. אם אנחנו לא נזכור את זה בדיונים, לא להתייחס לזה כמקור הכנסה, נעביר מסר לא נכון. אם יתייחסו ככה לתיירות מרפא, בסוף יתייחסו ככה לחולים ישראלים.

פרופ' יוג'ין קנדל: ברגע שהחלטת להביא לפה בן אדם, זה רק אם אתה יכול לעזור לו.

דוברות: אני יוצאת לא מנקודה של אפס, ואני רוצה תיירות מרפא. זו מערכת שכבר קבעה בשטח כמו שאמרת. זה לא שאתה עושה רפורמה, לא זה ולא זה בציבורית, ואני לא יכולה להגיד לפרטית אותו דבר, הממשלה יכולה אולי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יש אפשרות בהינתן שהדבר הזה כבר בשטח, אתה ממזער את נזקיו ומוציא את היתרונות שאתה חושב שיש בו לטובת הכלל. אני ממש לא מתה על הסיפור הזה. אם משהו היה אומר לי שזו האסטרטגיה של המדינה הייתי נבעתת. אני הולכת ממקום שיש לי מצב נתון, ובו אני רוצה להתנהל במסגרת הערכים בחוכמה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני לא מתחבר לזה. זה כמו להגיד שיש לי סחר בנשים ואני לא רוצה שיהיה לי, אז אני אעשה קצת פה וקצת פה. למה שיהיה לי? אל תחשבי על זה שיש לי את זה ובואי ננסה קצת להזיז את זה. בואו ננסה לחשוב איך אנחנו רוצים שזה יהיה, ואחר כך נחשוב איך להתאים את זה. זה יכול להיות טוב אם את תסדרי את זה כמו שצריך. לפי מה שאת אומרת זה רע הכרחי שנכפה עליך. אם את מצביעה נגד אז תאסרי את זה.

דוברות: כל העולם משוכנע שאנחנו לא רוצים לעזור לאנשים שלא פה.

פרופ' יוג'ין קנדל: להיפך, אנחנו פועלים ממניעים הומניטריים, עם הסורים והכל.

דוברות: אני חושבת שאחרי שזה כבר קרה, יש בעיה להגיד לא.

פרופ' יוג'ין קנדל: את מטפלת בילדים פלסטינאים ובסורים.

דוברות: הוא צודק שזה לא נזק להגיד לא.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני חושב שסיימנו את החלק הזה. אני לא יכול להגיד שאני מצפה בכיליון עיניים ליום חמישי.

דוברות: צריך לעשות את הדיון של איך המודל צריך להיראות.

דוברות: אם אתה אומר בואו נצא מנקודת הנחה שיש היקף מסוים של תיירות מרפא שאנחנו מוכנים להציע אותו מכל מיני שיקולים, ואנחנו רוצים לעשות את זה טוב עם תמריצים נכונים ושלא יתוגמלו יותר, כל מיני דברים שאתה רוצה כדי שהמערכת לא תברח לך מכל הקצוות שאתה בורח מהם. אני מרגישה שאני יכולה להיות שותפה להמון מערכות פה ועדיין להתלבט בבית. האוצר אומר את זה את צריכה לעשות כי ככה הממשלה החליטה, אני נותנת את המנגנון הטוב ביותר לביצוע ההחלטה. ממילא מתעוררות פה שתי עמדות, ואני לא יודעת אם הן מאוד שונות.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה בדיוק מה שמתסכל אותי. אין פה שתי עמדות – אם אנחנו רוצים, ולא אמרתי אם צריך או לא, אלא נניח שאנחנו מאפשרים תיירות מרפא, בואו נעשה את המערכת להכי טובה שאנחנו יכולים. מתסכל אותי שאנחנו לא מצליחים להגיע לעשות את זה.

דוברות: אם משהו מאמין בכל ליבו שזה הדבר הלא נכון לעשות אותו, אז אין לו שום רצון לעזור לך לעשות את זה נכון.

דוברות: את באה למליאה ומה אנחנו עושים שם? זה מה שאנחנו עושים בוועדת משנה ביטוחים, ואנחנו ממפים אופציות בכל נושא – כן/לא, איך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: כל אופציה מנסים לעשות אותה אופטימלית.

דוברות: גם את האפשרות לביצוע, כל מיני דברים, אופציות בכל נושא. אותו דבר צריך להיות גם פה. אנחנו צריכים אם מתחברים עם אופציה אחת שהיא יותר מגובשת מה טוב, ואם לא, אומרים שהמנגנון שלנו בנוי מכמה מרכיבים. במרכיב הזה יש הסכמה, בזה יש חילוקי דעות, ואנשים מתחלקים.

פרופ' יוג'ין קנדל: הבעיה שאופציות שונות לא תמיד עובדות יחד.

דוברות: פה זה שחור או לבן, לא כמו בוועדות אחרות.

דוברות: יש לכם הצעה אחרת איך לקדם את הדיון ביום חמישי? זה יהיה מאוד מתסכל לבוא עוד פעם ל - 8 שעות ולצאת בלי התקדמות.

דוברות: אני חושבת שמי שחושב שהמטרה היא לחזור אחורה, אפשר לבוא ולהגיד שמי שחושב שאין שום אפשרות להסדיר את זה, שיבוא וינמק מאיפה מגיעים מקורות חלופיים למערכת. ביום חמישי אנחנו צריכים לעבור לשלב שבו אנחנו חושבים כיצד, והתועלות עולות על העלויות. עלו פה דברים בעייתיים ואני לא מתעלמת מהם. מייצרים סט כלי אסדרה כדי להגיע למקום שאנחנו צריכים להיות בו. את באה לומר בואו נמזער את התופעה השלילית.

דוברות: זה לא מפריע לי להתקדם עם הוועדה. במליאה אני אגיד שיש מנגנון שהוא לא משנה מה אני חושבת על היקף התופעה ואם בכלל. אלה שחושבים שלא, יכולים להציע איך לעשות את המנגנון הזה. צריך להתקדם עכשיו.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני רוצה כל הזמן לנסות לבנות מודל, אם זה עובד אז איך. נעצור כאן.