

את מי מרפאת תיירות המרפא?

גבי בן נון
נובמבר 2013

הרציונאל מאחורי תיירות המרפא

- כמות המקורות הציבוריים המוקצים לבריאות - הולכים ופוחתים.
- הניסיון להגדיל את עוגת המקורות באמצעות הגדלת המימון הפרטי (שר"פ) - נתקל בהתנגדות (בין השאר בשל השפעתו על אי שוויון במערכת הבריאות).
- דרך אלטרנטיבית נוספת להגדלת המקורות – פניה לשוק הבינלאומי ופיתוח תיירות מרפא

**לשירותי הבריאות בישראל יש מוניטין גבוה ביותר :
איכות כ"א וטכנולוגיה, זמינות מידית של שירותים,
רמת מחירים סבירה, אימון.**

יתרונות תיירות המרפא

- ההכנסה מתיירות מרפא מממנת שיפורים גם ברפואה ובתשתיות מקומיות.
- מספק הכנסה נוספת לרופאים ואחיות ומונע בריחת כוח אדם איכותי
- ניצול יעיל של ציוד רפואי לא מנוצל
- מאפשר רכישת ניסיון בטיפולים מורכבים
- מרחיב את ההכנסות המדינה מתיירות (קרובים נלווים לחולה)
- משפר מעמדה של המדינה בחו"ל .
- העלאת יוקרתה וקרנה של הרפואה בישראל

**התרחבות התופעה של תיירות המרפא בבתי החולים הציבוריים
היא מגמה מבורכת המעידה על יזמות עסקית מוצלחת,
שמרווחיה נהנה כלל הציבור.**

האומנם???

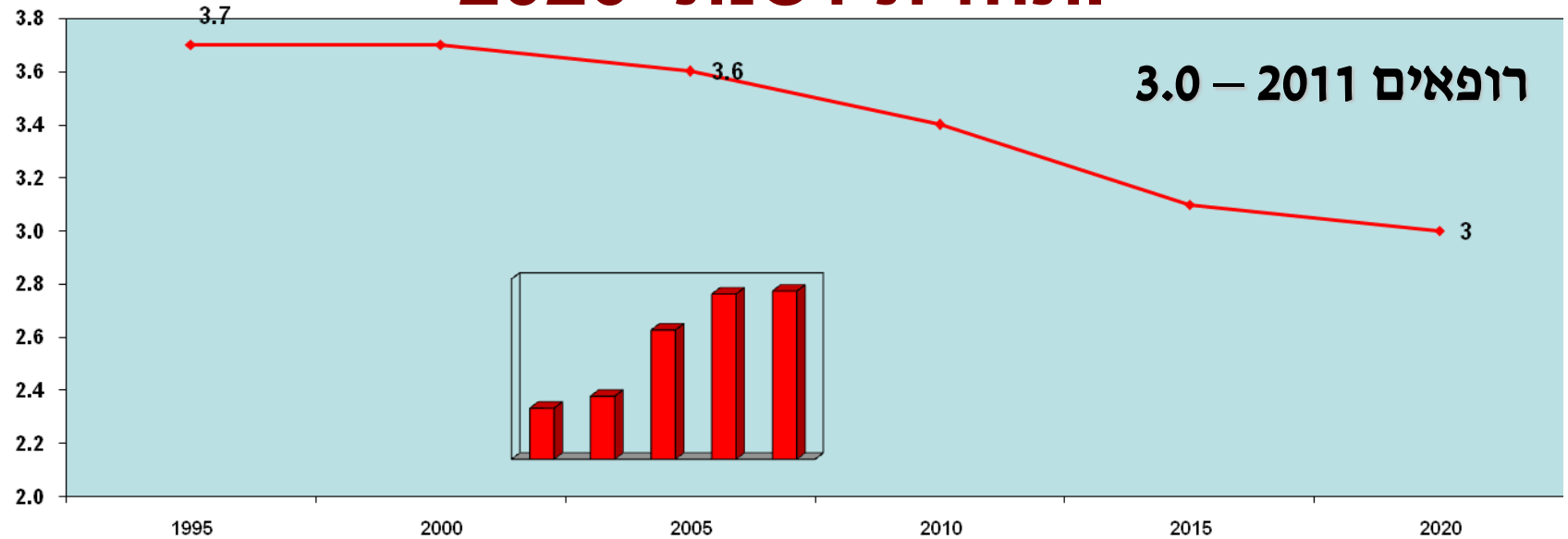
האומנם ???

1. האם יש תשתיות אשפוז עודפות בישראל?
2. האם התועלת מתייר המרפא (ברמת מערכת הבריאות וברמה לאומית) גדולה מהנזק לחולה הישראלי ולכלכלה הישראלית?

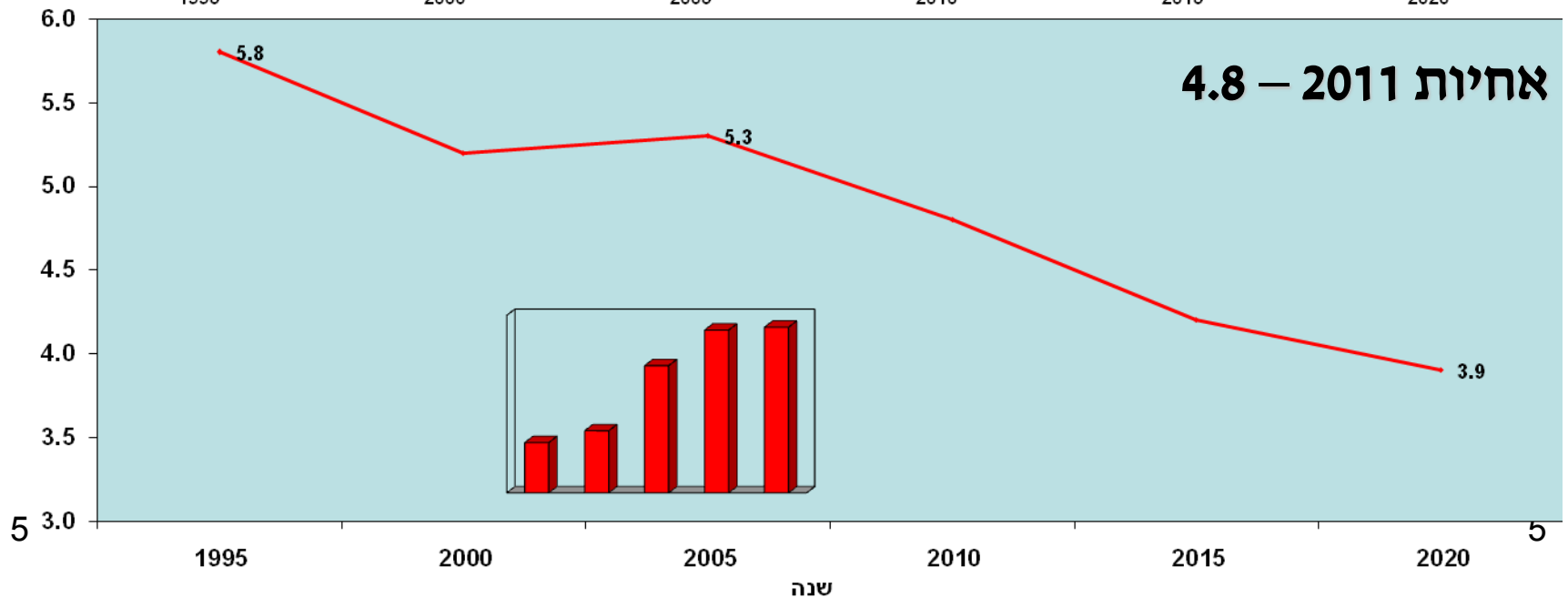
שיעור חופאים והאחיות לאלף נפש: 1995-2011

ותחזית לשנת 2020

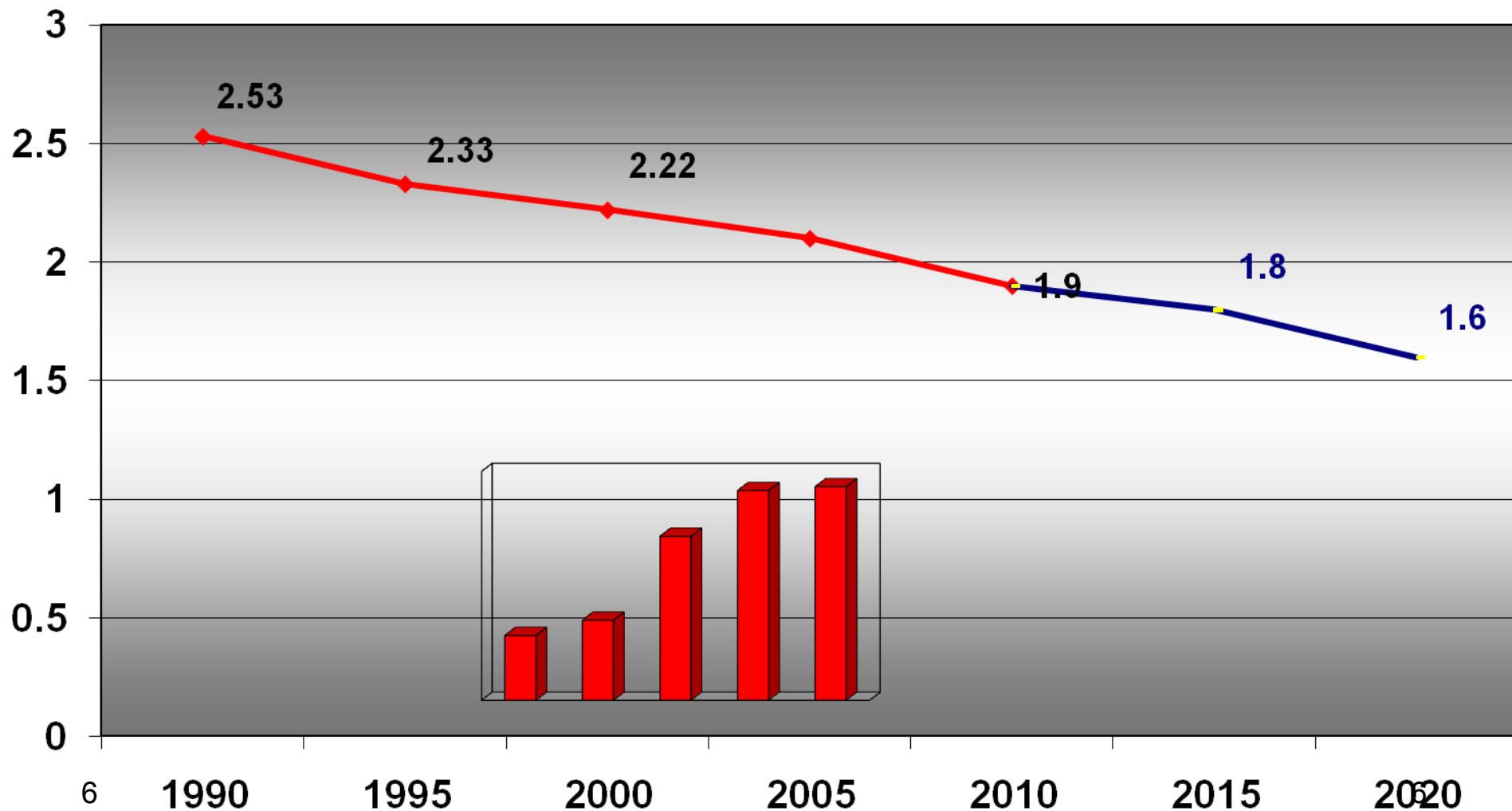
שיעור לאלף נפש



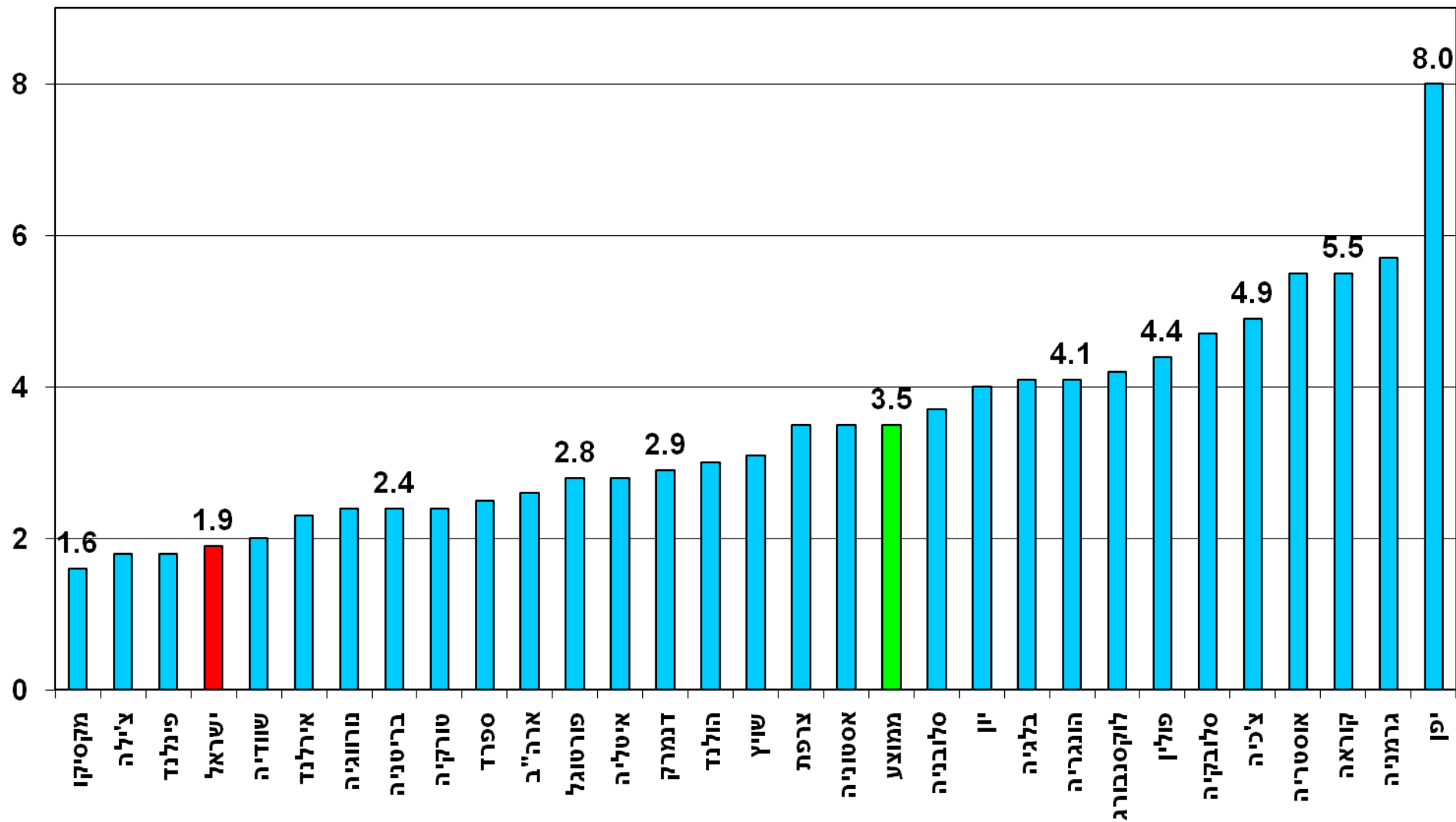
שיעור לאלף נפש



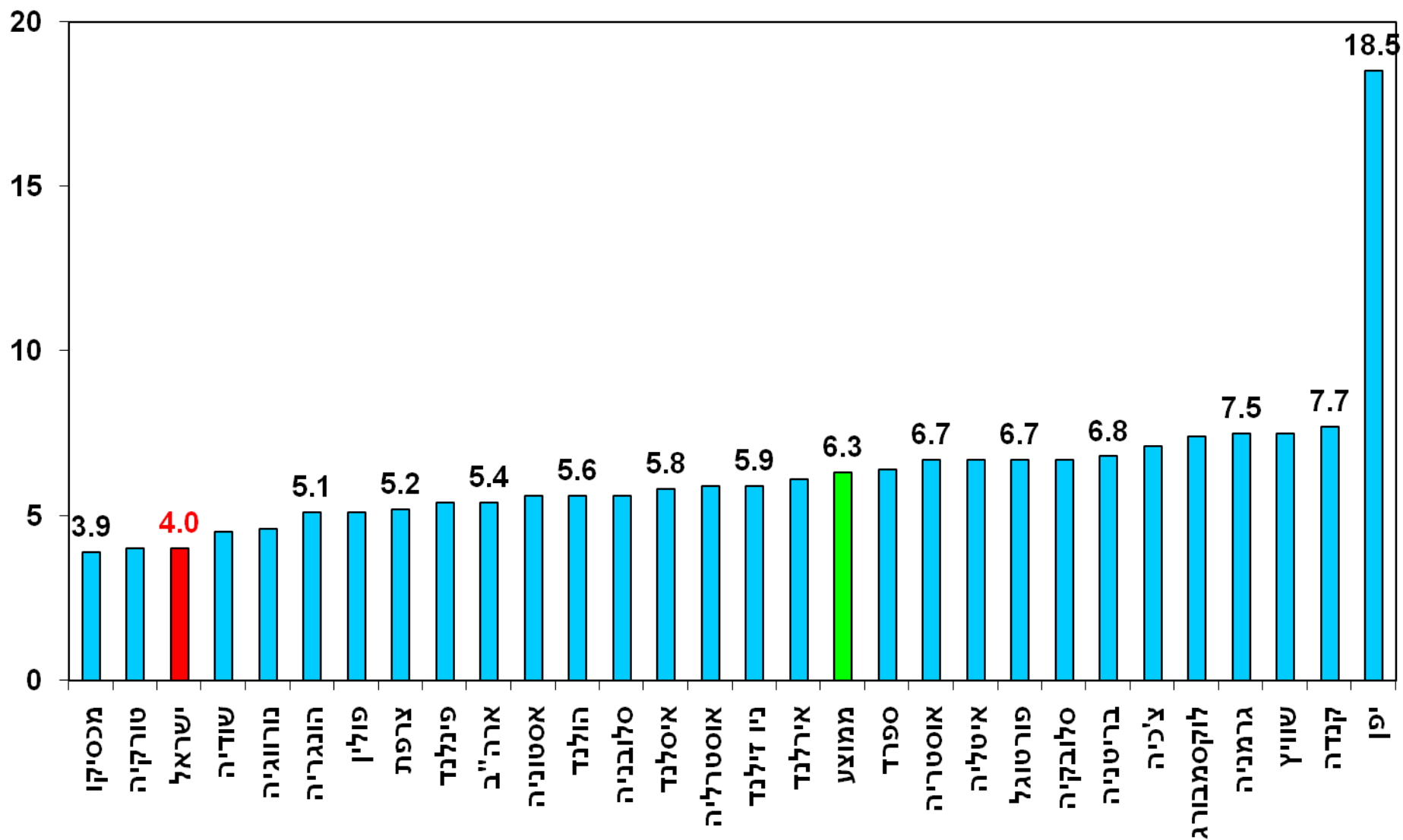
מיטות לאלף נפש באשפוז הכללי: 1990-2010 ותחזית לשנת 2020



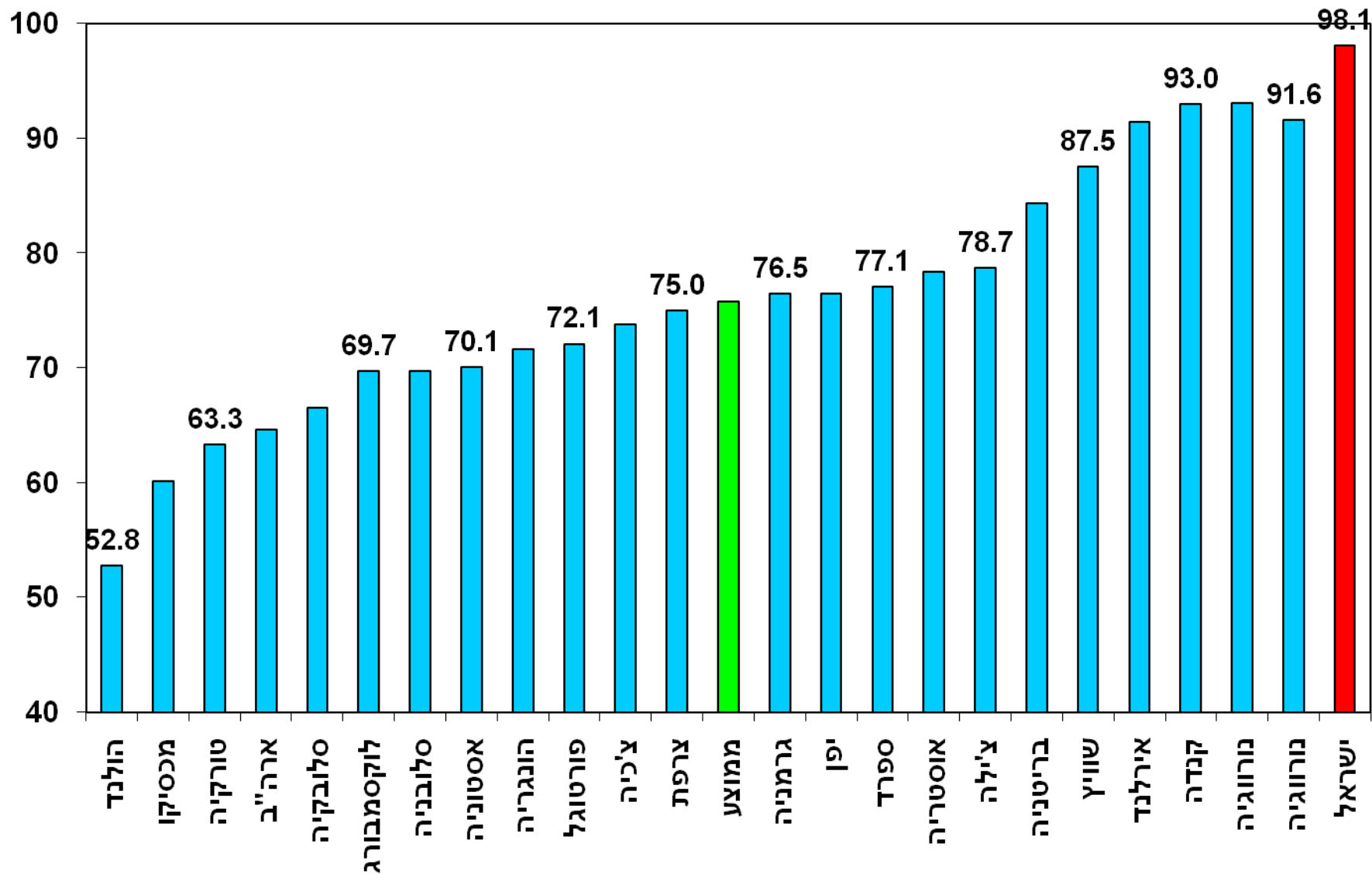
מיטות לאשפוז כללי - שיעור לאלף נפש



שהיה ממוצעת (ימים) – אשפוז כללי 2011



אחוז תפוסה באשפוז הכללי- 2011



דו"ח מבקר המדינה

דוח שנתי 61ב לשנת 2010

ירושלים, אייר התשע"א, מאי 2011

מדו"ח מבקר המדינה:

- **שיעור המיטות** לאשפוז כללי בארץ ב-2008 היה 1.95 ל-1,000 נפש.... בהתחשב בשיעור הקשישים הנמוך בארץ - שיעור המיטות בישראל עולה ל-2.0. נתון זה ממקם את ישראל במקום ה-27 מבין 31 המדינות.
- מזה שנים רבות קיימת **מצוקת אשפוז**.. לעתים היה אחוז התפוסה בפועל במחלקות הפנימיות גבוה מ-150%....
- **אחוז התפוסה** הממוצע בכלל מחלקות האשפוז שבבתי החולים במדינות ה-OECD הוא כ-75%. אחוז התפוסה בכלל המחלקות לאשפוז כללי בישראל בשנת 2008 היה 96%, הנתון הגבוה בנתוני כל המדינות החברות בארגון ה-OECD...

האם יש תשתיות אשפוז עודפות בישראל?

התשובה של משרד הבריאות, מנהלי בתי חולים
מבקר המדינה וגם הציבור - **לא**

**האם הציבור מקבל כיום שירותי איבחון וטיפול
רפואי בבתי חולים באיכות ובזמינות הראויה?**

התשובה של משרד הבריאות, מנהלי בתי חולים
מבקר המדינה וגם הציבור - **כנראה לא**

(ראה דוח המבקר בשקף הבא)

מדו"ח מבקר המדינה:

- חולים צופו בחדרים ואושפזו במסדרונות ובחדרי אוכל מחלקתיים שאין בהם התקנים המאפשרים להתחבר למכשירים חיוניים ולחמצן....
- גברים ונשים אושפזו באותו החדר ובמסדרונות סמוכים אלו לאלו....
- תנאי אשפוז אלו פוגעים בכבודם ובפרטיותם של החולים,
- קיים חשש שבכמה מקרים תנאי אשפוז אלו פוגעים **אף בבריאותם**.
- עקב עומס העבודה הרב במחלקות הפנימיות והיעדר תנאים מתאימים יש חשש ש**רופאים** אינם קשובים תמיד לכל צורכי החולה, עושים "קיצורי דרך", משחררים חולים מוקדם מדי ומקבלים החלטות שגויות.
- כאשר יש **אחיות** מעטות מדי במחלקה עלול הדבר לסכן את החולים. כך, למשל, לעתים קרובות יש רק שתי אחיות במשמרת לילה במחלקה של עשרות חולים,

**אלו לא התנאים שמקבלים החולים
בתיירות מרפא**

הצמיחה למול הצניחה

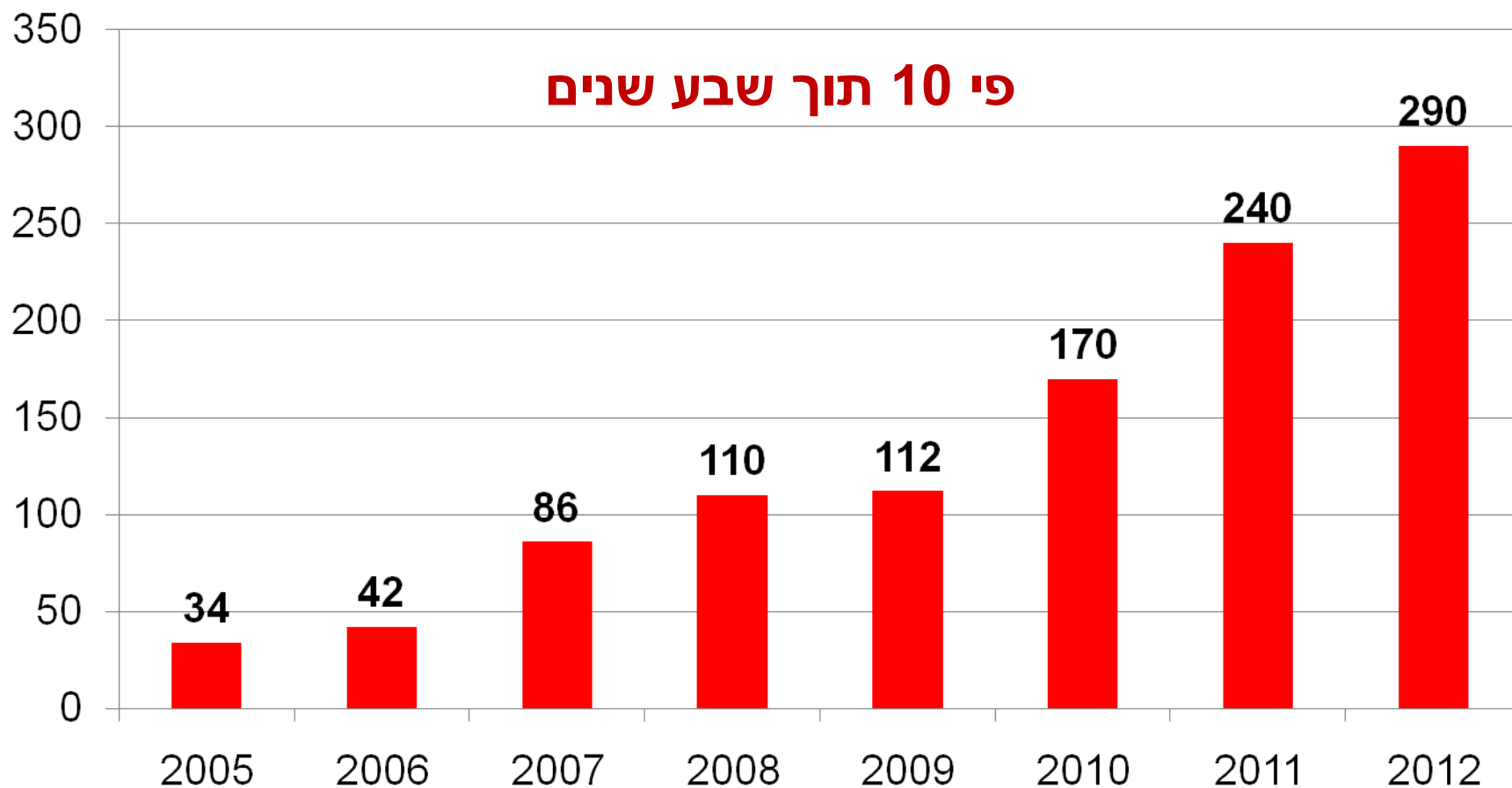
**ולמול העומס התורים , המחסור במשאבי כוח אדם מיטות
ואמצעי אבחון וטיפול – ענף תיירות המרפא בצמיחה
מתמדת**

ענף תיירות מרפא - בצמיחה מתמדת:

– ההערכות מדברות על כ- 30-40 אלף חולים בשנה

**– מחזור שנתי של כ - 500-850 מיליון
ש"ח – רובו הגדול בבתי החולים
הציבוריים**

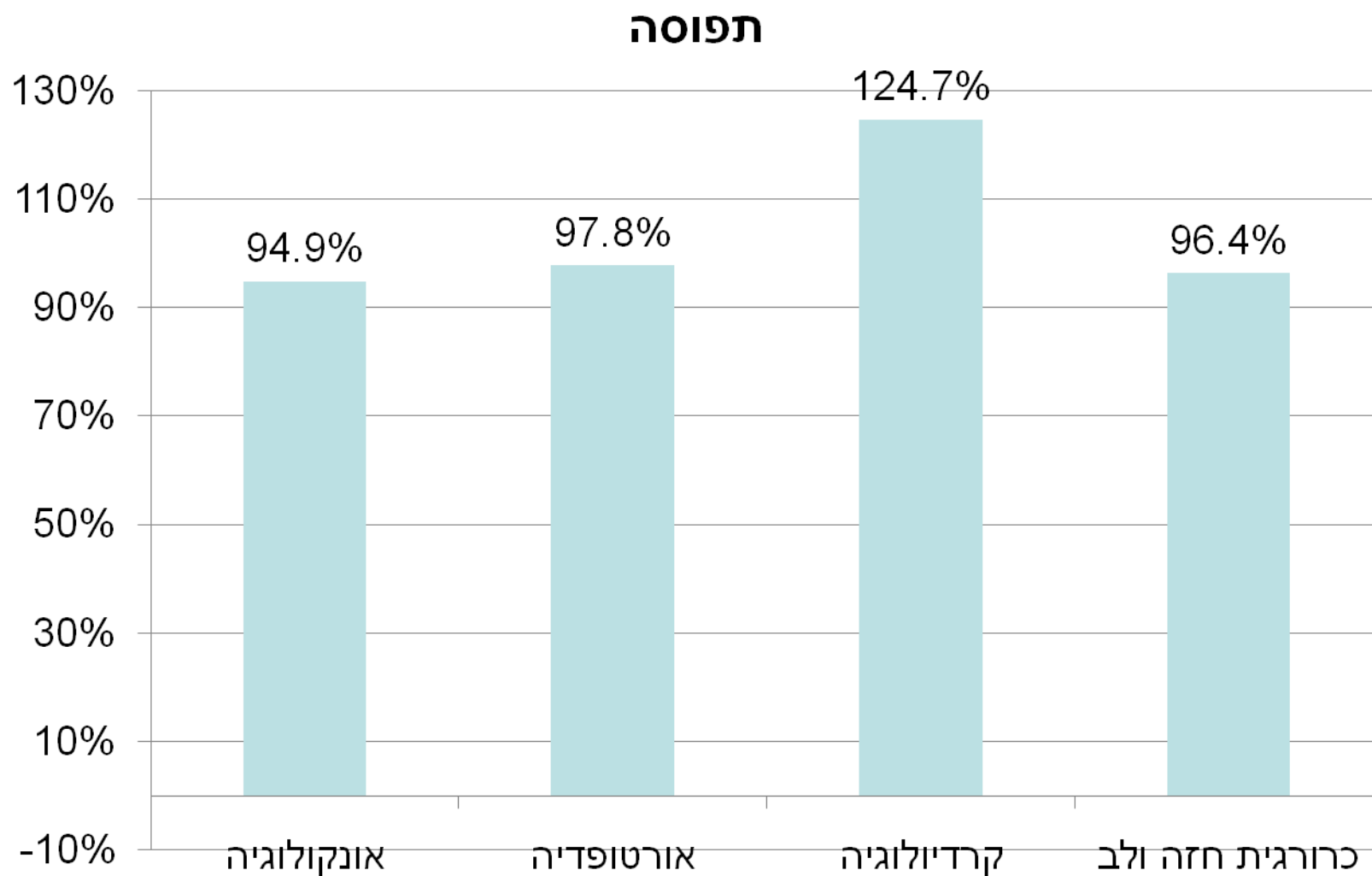
הכנסות מתיירות מרפא – בתי חולים ממשלתיים (במליוני ש"ח)



חסרונות תיירות מרפא

- ישנו מחסור כללי במיטות, ישנו מחסור ברופאים ואחיות ולכן **כל משאב מוגבל בבית החולים שמופנה לטיפול בתיירות מרפא – הוא על חשבון החולה הישראלי.**
- תשתיות חדרי ניתוח, יחידות טיפול נמרץ, אונקולוגיה, יחידות השתלות, אורטופדיה, אמצעי אבחון – אלו השירותים הניתנים לתיירי המרפא ובכולם קיים כיום מחסור ותורי המתנה לחולה הציבורי.
- **התפוסה השנתית במחלקות בהם שוהים תיירי המרפא - גם היא מעל 95% (שקף).**
- **על רקע מצוקה זו, ככל שכמות תיירי המרפא גדלה – גדלה גם הפגיעה בחולה הישראלי**

תפוסה במחלקות אונקולוגיה, אורטופדיה, מחלות לב וכלי דם



האם תיירות המרפא פוגעת בחולה הישראלי?

- הגידול בתופעת תיירות המרפא גורם להתגברות עומס העבודה על מיטות ותקינה מוגבלת, ומחריף את הפגיעה הפוטנציאלית בחולה הישראלי הנדחק לסוף התור.
- PET CT
 - לחולה הישראלי – תור המתנה של כחודש וחצי
 - לתייר המרפא - תוך יום /יומיים
- פענוח של רדיולוג
 - לחולה הישראלי – שבוע שבועיים
 - לתייר המרפא – תוך 48 שעות
- ישנם מחלקות כיום בהם מהווים תיירי המרפא כ 50% מכלל החולים במחלקה....
- משך ההמתנה הארוך בחדרי מיון לקבלה במחלקה, דחייה של ניתוחים, שחרור מוקדם של חולים לפני שהסתיים ההליך הטיפולי, הזמן הקצוב שיש לרופאים בכירים לטפל, ליעץ, לכוון ולהנחות חולים ציבוריים, חולים מונשמים במחלקות פנימיות, אשפוזים חוזרים – **כל אלה מוחרפים כתוצאה מהגידול בהיקף המטופלים בתיירות המרפא**

מדוע תייר רפואי מועדף על חולה ישראלי?

- תעריפי תיירות המרפא הפורמאליים גבוהים עד פי **שתיים** מהתעריפים המפורסמים על ידי משרד הבריאות.
- תעריפי תיירות המרפא המשולמים בפועל גבוהים הרבה יותר **מהתשלום בפועל** שמשלמות קופות החולים עבור החולה הציבורי
- פער זה יוצר בהגדרה **תמריץ כלכלי להעדפה של החולה התייר על החולה הישראלי.**
- התמריץ להעדפה קיים גם ברמת בית החולים וגם ברמת הרופא המטפל

מדוע תייר רפואי מועדף על חולה ישראלי?

- תייר חולה מקבל יחס מועדף המתבטא , באשפוז וטיפול בטווח ימים ספורים, חדר פרטי, רופאים מובחרים , קיצור תור, העדפה בבדיקות הדמיה או בקבלה לחדרי ניתוח ועוד .
- במגבלת המקורות של המערכת הציבורית - **היחס המועדף לחולה התייר** בתוך מערכת האשפוז הציבורי - הוא בהגדרה על חשבון פגיעה באיכות והארכת משך ההמתנה לחולה הציבורי.
- חסרונות תיירות המרפא מחריפים גם על רקע העובדה שהתחום, למרות גידולו, עדיין נעדר **"הסדרה"** - הוראת מנכ"ל 1995 הקובעת ש"אסור לבית חולים להעניק לתיירי מרפא שירות שיפגע במחויבותו הראשונה – תושבי ישראל" – לא אומרת דבר

הניסיון לקבוע נהלים ותקנות שיבטיחו הסדרת התחום באופן שלא יפגע בחולה הישראלי - לא ישנה את האפליה הבסיסית הטמונה בהסדרי תיירות המרפא המבוססים בעקרון על "העדפה"

דוח מבקר המדינה על תיירות המרפא

- "במהלך טיפולים אלה זוכים תושבי החוץ ליחס מועדף לעומת תושבי ישראל. בין היתר, הם אינם נדרשים להמתין לניתוח, ניתנת להם האפשרות לבחור את המנתח, הם נבדקים במכשירי הדמיה ללא המתנה ומאושפזים בחדר פרטי....."
- "מאחר ופעילות זו אינה מתוקננת – הקצאת הרופאים והאחיות לטיפול בתיירים מצמצמת עוד יותר את מספר הרופאים והאחיות המטפלים בכלל המאושפזים..."
- "התיירים מגבירים את העומס על המחלקות הפנימיות בגלל שחולים שאמורים להתאשפז במחלקות כירורגיות מאושפזים לעיתים במחלקות פנימיות....."

סכום

- במצבים בהם ישנם **משאבים עודפים** של כוח אדם, מיטות ותשתיות רפואיות אחריות - השימוש בהם לצורכי תיירות מרפא יכול להעיד על שימוש יעיל במשאבים המצויים בעודף.

אבל

- ישנם מספר רב של עדויות ומדדים אובייקטיבים המצביעים על כך שדפוסי פעילות האשפוז בישראל הם אינטנסיבים ביותר, (שיעורי התפוסה השהייה הממוצעת ושיעור המיטות), ו**ש**הצורך** בשירותי אבחון וטיפול במערך בתי החולים הכלליים **נמוך מהיצע** תשתיות האבחון והטיפול רפואי.**
- משך ההמתנה הארוך בחדרי מיון לקבלה במחלקה, דחייה של ניתוחים, שחרור מוקדם של חולים לפני שהסתיים ההליך הטיפולי, הזמן הקצוב שיש לרופאים בכירים לטפל, לייעץ, לכוון ולהנחות חולים ציבוריים, חולים מונשמים במחלקות פנימיות, אשפוזים חוזרים - **כל אלה הם תוצרים של מצוקת האשפוז בישראל, שרק מחריפים בעקבות התרחבות תופעת תיירות המרפא.**

סכום

- נשמעת הטענה שתוספת המקורות שייצרה תיירות המרפא מאפשרת את שיפור השירותים לחולה הישראלי – עד היום טענה זו לא הוכחה בשום תשתית נתונים
- על רקע מצוקת תשתיות האשפוז וכוח האדם, **מידת הנזק של תיירות המרפא לחולה הציבורי גדולה מהתועלת הכלכלית לבית החולים.**
- גם ברמת המדינה אין שום ניתוח כלכלי שאמד את התרומה לענף התיירות למול הפסדי התוצר הנובעים מפגיעה בחולה הישראלי.
- יש מדינות שאמרו "כן" לתיירות מרפא בידיעה שזה **על חשבון החולה המקומי (קובה, הודו, כמה מדינות בדרום אמריקה) –** האם אנו רוצים להדמות להם? ולהקריב זמינות ואיכות שירותים לחולה הישראלי תמורת הדולרים של תיירי המרפא?
- **הרפואה הציבורית המוגבלת בישראל צריכה להיות זמינה קודם כל לחולה הציבורי.**

תודה