



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת משנה תיירות מרפא – 18/11/13

נוכחים – פרופ' ארנון אפק, פרופ' גבי בן נון, פרופ' יוג'ין קנדל, יוליה איתן, יובל דגן, עו"ד לאה ופנר, פרופ' קובי גלזר, אורן דרורי סמנכ"ל שיווק במשרד התיירות, ליאור גילה, שרה אמסלם, דורון קמפלר, מור סגל.

**** מציגים ראשונים בפני הוועדה: פרופ' רפי ביאר מנהל ביה"ח, נורה ליבס מנהלת מחלקה כלכלית, דר' ר' רונית סגל-הירשברג, מנכ"לית תאגיד הבריאות – בי"ח רמב"ם. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' רפי ביאר: אנחנו רואים את נושא תיירות המרפא כחלק חשוב מאוד בתכניות רמב"ם לפיתוח. אנחנו חושבים שיש לתיירות מרפא את היתרונות המרכזיים לביה"ח, שהם היתרון הכלכלי שלא צריך להתעלם ממנו. יש לכך יתרונות משניים שיש להם השפעה, כבר לא בכובע של רמב"ם אלא של ישראל בייצוא רפואה. הכללים אומרים שזה אף פעם לא על חשבון הישראלי.

פרופ' יוג'ין קנדל: האם יש יתרונות שאתה מייצר ידע שאתה לא מקבל בצורה אחרת?

פרופ' ארנון אפק: זו טענה שנשמעה.

פרופ' רפי ביאר: יש בזה משהו כי זה מגביר את החולה, אבל לא מעלה את הידע שלנו. אבל זה כן מעצים את שם הרופאים שלנו בעולם, שאפשר לבוא להינתח בישראל. זה מגביר את הניסיון של הרופאים בפעולות מורכבות כי באים חולים מורכבים יותר. כשהייתי בבי"ח ג'ונס הופקינס ראיתי שבאו לשם המקרים הנדירים, וברגע שאתה יוצר לעצמך מעמד כמתמחה בתחום מסוים, יצרת לעצמך שם בכל העולם. דווקא לשם באים חולים ייחודיים.

פרופ' יוג'ין קנדל: עם נזלת אתה לא נוסע לשם.

פרופ' רפי ביאר: חד משמעית, באים בשביל דברים שאין במדינות שלהם, גם לא בשביל צנתורים. יש גם השפעה מעבר לנושא הכלכלי, שאומר לקנות ציוד ולהעסיק אנשים, ומשפר את היכולת להתמודד אפילו עם החולים הישראליים. אנחנו נראה לכם במצגת את השנתיים האחרונות, כי זה מה שיש לנו. אנחנו יחסית ירוקים בתחום הזה. רק בשנים האחרונות התחלנו למסד את התחום הזה, ויצרנו הפרדה פיננסית וחוקים ברורים של עבודה. קודם זה התנהל מעצמו בין סוכנים, ויש לנו עכשיו דרך מוסדרת לפעול ואנחנו גדלים. בשנתיים האחרונות גדלנו ב – 30% בכסף ובמספר פעולות, אתם תראו.

פרופ' יוג'ין קנדל: התחלת לדבר שאתם עושים את זה תחת מערכת מגבלות נוקשה.

פרופ' רפי ביאר: אני חושב שהכי טוב שנראה במצגת.

דר' רונית סגל-הירשברג: הכנו מצגת מסודרת והשקענו בה הרבה חשיבה. החלק הראשון מדבר על מצב מערכת הבריאות בכלל, זה יהיה קצר כי אנחנו יודעים שיש את הוועדה הגדולה והדברים ידועים. החלק השני הוא תיירות מרפא. למעשה אנחנו יודעים שנאמר על זה גם הרבה מאוד, ואנחנו רוצים לשפוך אור על זוויות נסתרות לעיני הציבור ולעיני הרגולטור. המערכת מורכבת, ויש הרבה שחקנים עם הרבה אג'נדות ויש גם הרבה מיתוסים, והיינו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רוצים לשבור אותם וגם את מה שפורסם בתקשורת. מתייחסת למצגת – תיירות מרפא זה יחסית פלח קטן וצנוע. התפלגות בשלוש השנים האחרונות – במצגת. ההכנסות מתיירות רפואית מדברות על הכל חוץ מהרשות הפלסטינאית. מספר התיירים – דגש שלנו ולא על ההכנסות. גדל מ - 997 ל - 1,213 שזה עליה רק של 20% כשההכנסות גדלו ב - 50%.

פרופ' יוג'ין קנדל: אז אתם עושים CREAM SKIMMING במובן הטוב של המילה.

פרופ' לאה אחדות: לוקחים את הכי חולים.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: אנחנו עוסקים ברוב העבודה ברפואה לישראלים. יש לנו מערכת כלכלית ברמב"ם מאוד מורכבת, ונורה מנהלת אותה. המערכת לוקחת סך הכל הכנסות והוצאות של ביה"ח ויש מודל מורכב, בסופו של דבר ההפסד הכלכלי, וזה לא דו"ח של רו"ח, מגיע ל - 70 מיליון ש"ח. סך הכל השירות הוא הפסדי.

נורה ליבס: סך הכל הכנסות לעומת תשומות בקופות החולים, לפי רמת ת.ז. של החולה ופרוצדורות שעבר.

פרופ' גבי בן נון: מסובך.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: מערכת מאוד מסובכת. זה הפסד מאוד משמעותי.

פרופ' גבי בן נון: חלק גדול זה הנחות שאתם נותנים.

פרופ' רפי ביאר: נכון, הנחות ו - CAPING.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: עוד מיתוס ופרדיגמה – אומרים שבתי"ח שולטים במיון ובביקושים, אבל בסך הכל יש לנו שליטה נמוכה בביקושים. יש פה 2 צדדים למטבע – במצגת. אנחנו בסך הכל כמו שראיתם – הפסדיים. הגרעון שלנו מעמיק וכרוני, כי זה משהו שמלווה אותנו הרבה מאוד שנים. לגבי תוצאות מאקרו כלכליות – במצגת. השורה התחתונה היא שהרפואה הציבורית הוחלשה והפרטית צמחה. השוואה בין ביי"ח ממשלתי לביי"ח פרטי – במצגת. אנחנו נתונים לביקורת מדוקדקת, קשה, נוקבת ופרטית של האוצר בנושא תיירות מרפא, וצריך לקחת את זה בחשבון. שוק ביטוחי הבריאות של 10 מיליארד ש"ח חסום בפנינו. השיעור הנורמטיבי של תקציבי ההוצאה שאמור להיות 31-32% מההוצאה, מסך כל התקציב. זו הוצאה שולית מקובלת.

פרופ' יוג'ין קנדל: ממי אתם מקבלים את זה?

פרופ' ארנון אפק: לביי"ח יש תקציב קניות.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: כל שנה מקבל ביה"ח תקציב הכנסות ותקציב קניות. בשנת 2006 היה משהו נורמטיבי, 32% מהסך הכל, כאשר ב - 2013 אנחנו מתוקצבים בחסר.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה ממשרד הבריאות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר רונית סגל-הירשברג: כן.

פרופ' ארנון אפק: זה הרבה יותר גרוע, הם לא יכולים להוסיף הכנסות ולהעלות את תקציב הקניות.

ליאור גילה: זה מגיע מהמשרד שלנו.

פרופ' רפי ביאר: השקף אומר שהפער הולך וגדל.

פרופ' ארנון אפק: בעבר היה חופש משחק בהעברה בין תקציב כזה לאחר. היום, בגלל הזינוק בתקציב השכר, אי אפשר לעשות את זה. אנחנו ביחד עם האגף בוחנים את כל מרכזי העל בגלל המשבר בהדסה, ואני יכול להגיד לכם שהמרכז הרפואי היעיל ביותר זה רמב"ם.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: בעיה תזרימית – הקופות חייבות לנו הרבה מאוד כסף. זו רק בעיה תזרימית, אנחנו מוקפים בהרבה מאוד בעיות. בהיעדר תקציבים אפשר להגדיל את היקף השירותים בעיקר בתאגיד בריאות, שבאמצעותו אנו מפעילים גם את תיירות מרפא. תאגיד הבריאות - מטרות במצגת. לפיהן אנחנו פועלים. התאגיד צבר גירעון שעומד על 20 מיליון ש"ח משלוש השנים האחרונות.

פרופ' רפי ביאר: הגרעון הוא בגלל שאנחנו מעבירים כסף למדינה ולפיתוח תשתיות. אז אנחנו שולטים בו. זה כולל בתוכו גם את הכסף של תיירות מרפא.

פרופ' יוג'ין קנדל: אז זה לא באמת פעילות גרעונית.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: לא, אבל זה לצורך הפעלת ביה"ח.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה לא שתחשכי כסף לביה"ח.

פרופ' רפי ביאר: לא, זה כסף תומך ב"ח.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: ממשיכה במצגת. יש היום 4,500 עובדים וחסרים 1,000. לבי"ח אין כמעט מקורות. למעשה, אותם 176 מיליון ש"ח למעשה חוזרים לביה"ח ומממנים את שליש מהעובדים במחלקות השונות, ולפעמים אפילו חצי, מחלקות שלא יכלו לתפקד בלי מימון התאגיד, לפעילות שוטפת בבוקר.

פרופ' יוג'ין קנדל: ומה מקורות הכנסות התאגיד?

ד"ר רונית סגל-הירשברג: פעילות רפואית בעיקר אחר הצהריים, וקיצור תורים.

פרופ' רפי ביאר: התאגיד מפעיל אחר הצהריים בעיקר מטפסי 17.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: מנצל בצורה מיטבית את התשתיות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' ארנון אפק: יש כאן פעילויות שלמות שאין בהם שום הכנסה לתאגיד, והן בעצם העברה חד צדדית מהתאגיד לביה"ח.

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל יש גם תקורות של 44 מיליון.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: אתה לא חייב לעשות את זה, אבל אתה ממש חייב לעשות את זה אחרת ביה"ח לא יתקיים. ברור ששכר עבודה זה הסכום המשמעותי ביותר. יש ברמב"ם סדר גודל של 30 מיליון ש"ח בחסר, שאנחנו מתכננים לקנות בזה מכשור חסר. יש לנו פרויקטים בלפחות 70 מיליון ש"ח כמו שיפוצים של מחלקות והמטבח, שהוא במצב לא מי יודע מה, שיפוצים שוטפים. תקצוב המדינה לא מספק, גרעון ביה"ח גדל ובתאגיד אנו פועלים לשם הגדלת המקורות. רוב הזמן אנחנו ברגולציה מאוד כבדה, ואנחנו נתקלים ברגולציה שלא נותנת לנו לעבוד, ואנחנו כל הזמן חושבים איך אפשר להתגבר. ואם אפשר בהזדמנות הזאת לבקש הקלות... מתייחסת למצגת – הנחייה חדשה ממשרד הבריאות – לעודד מקורות הכנסה חדשים, מלידות ותיירות מרפא.

עו"ד לאה ופנר: אחר כך אתה צריך להסביר בוועדה אחרת, איך אתה נמצא במשחק סכום אפס בנושא לידות.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: לידות זה לא הנושא, בואו נעבור לתיירות מרפא – במצגת.

פרופ' רפי ביאר: בכסף אנחנו עומדים על 10%, במטופלים פחות.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: מטופלים יקרים מאוד לליבנו.

פרופ' רפי ביאר: מי שבא זה בדרך כלל לפעולות יקרות.

נורה ליבס: ההכנסה גדולה ומכובדת, ולא הכוונה לשווי התשומות.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש לכם גם רווח?

פרופ' רפי ביאר: חד משמעית, בלי רווח לא נזוז.

ד"ר רונית סגל-הירשברג: מדיניות תיירות מרפא – במצגת. נעשה מאמץ כדי לפתח את התעשייה הזאת ברמה הלאומית. מדובר על עשרות מיליארדים שמסתובבים בעולם. מבחינת המדינה יש לנו שם טוב ברמת רפואה גבוהה. עקרונות תפעוליים – במצגת. התיירים מתוקף היותם תיירים, הם באים לבד, הם לבד בעולם, הם מקבלים ליווי בגלל קשיי שפה, קשיי התמצאות וכו'. אנחנו גובים את הכסף מראש כדי לא להימצא במצב של חובות, ואנחנו לא בחובות. אנחנו עובדים רק עם סוכנים מורשים שאנחנו הרשינו אותם, ולא מורשים בצורה מסודרת. קבענו פרמטרים לעצמנו, ורק כזה שעומד בהם אנו חותמים איתו על הסכם. יש תיירים שאין להם חומר מסודר כי הם באו ממקום כזה, ואז אנחנו מציעים אבחון ראשוני בכפוף להפקדה מראש. אחר כך אנחנו קובעים את הטיפול ומתמחרים אותו. יש לנו משרד תיירות מרפא בביה"ח שמסדיר את כל העניין. לאן הולך הכסף? במצגת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' ארנון אפק: אני רוצה שנתסכל על שכר העבודה, כי זו נקודה חשובה שעלתה. 8 מיליון מתוך 36 מיליון ש"ח.

דר' רונית סגל-הירשברג: לצוותים העוסקים בתחום התיירות הרפואית, התחלתי ואמרתי שיש מיתוסים בתקשורת, ובגלל זה אנחנו פה.

נורה ליבס: זה הצוותים, רופא, אחות ודיילת שמלווה.

פרופ' רפי ביאר: הממוצע הוא 30 אלף לחולה.

פרופ' יוג'ין קנדל: האם אתם עובדים רק עם סוכני עמלות או גם מחיר?

דר' רונית סגל-הירשברג: יש ויש, גם וגם.

פרופ' יוג'ין קנדל: הרופא מעניין אותנו שזה תייר?

פרופ' רפי ביאר: הרופא עושה את הפעולה אחר הצהריים, והוא מקבל כסף כמו קיצור תורים.

פרופ' גבי בן נון: האם רופא מקבל אותו דבר עבור חולה ישראלי אחר הצהריים?

פרופ' רפי ביאר: זו לא אותה עבודה. במסגרת החולה הישראלי הכל נכנס למחלקה.

פרופ' גבי בן נון: מי קובע את התעריפים?

נורה ליבס: אנחנו, גם בססיות. זה אותם אנשים.

פרופ' גבי בן נון: כמה אתם גבוהים מהתעריפים הממשלתיים?

נורה ליבס: קשה לענות על זה.

דר' רונית סגל-הירשברג: בססיות רגילות לחולה ישראלי, השיעור של שכר עבודה הוא יותר מ - 22%. בואו נסתכל במאקרו.

פרופ' גבי בן נון: חשוב לי המיקרו.

עו"ד לאה ופנר: אני לא חושבת שזו בעיה להגיד שרופא מקבל יותר כי זה תייר חוץ. זה בעייתי.

דר' רונית סגל-הירשברג: נכון, ומה שבאמת חשוב ואחרי שחילקנו הכל, זה מאוד חשוב מה נשאר לביה"ח – במצגת. נשאר פחות או יותר סביב ה - 50%. ורק תראו מה קנינו ב - 2012 מכספי התיירות ב - 9 מיליון ש"ח.

עו"ד לאה ופנר: אתם יודעים לזהות את זה?

דר' רונית סגל-הירשברג: בוודאי.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' ארנון אפק: כשאני מדבר על המאיץ הזה, אם אתה בודק כמה פעולות בוצעו עליו, כמה לישראל וכמה לתיירים?

דר' רונית סגל-הירשברג: הרוב המוחלט ישראלים.

פרופ' גבי בן נון: אפשר לבוא בטענה, כמה עלה התייר הזה לביה"ח.

דר' רונית סגל-הירשברג: הוא לא עלה, הוא השאיר כסף.

פרופ' גבי בן נון: לא ראיתי הוצאות של תרופות.

פרופ' רפי ביאר: נורא פשוט, 30% MARGINS.

דר' רונית סגל-הירשברג: לא פירטנו הכל.

נורה ליבס: זה אותה מחלקה כלכלית שמשרתת חולים ישראלים, אנחנו מכוונים ישראלים, זה לא כלכלן מנותק שעושה דברים שאף אחד לא יודע מה נעשה שם. זה שקוף וחשוף והתוצאה מדברת בעד עצמה, ההון החוזר לביה"ח הוא מאוד משמעותי. לרופא אין טעם לטפל בתייר, אם זה לא בעבור שכר גבוה יותר.

דר' רונית סגל-הירשברג: אין לו שום מוטיבציה אחרת לעשות את זה. חוזרת למצגת. אם הכל עובר לפרטית, להערכתנו המדינה תקבל כמס 5% ממס חברות. אולי זה נתון קצת בעייתי אבל...

פרופ' גבי בן נון: תעזבי את השקף.

פרופ' רפי ביאר: אם תוציא את הכל לפרטית, הכל ילך לכיס הפרטי ולציבורי כלום.

דר' רונית סגל-הירשברג: החלק האחרון והיותר פופוליסטי של המצגת, העתקתי מילה במילה מהתקשורת – במצגת.

פרופ' רפי ביאר: מאיץ חלקיקים זה לטיפול במחלות סרטן. זה הציוד היקר באונקולוגיה.

פרופ' לאה אחדות: שיקול כלכלי זה לא מילה גסה.

דר' רונית סגל-הירשברג: נכון, אבל לא מעדיפות.

עו"ד לאה ופנר: הפרשנות במערכת הבריאות זה לא כלכלי כמו חשבונאי. חשבונאי כן. כלכלי זה לא בהכרח חשבונאי.

דר' רונית סגל-הירשברג: לא היינו רוצים לראות תיירות מרפא במערכת הפרטית, כי הכסף יעבור וגם כ"א. הצעה להסדר תיירות מרפא – במצגת. אם אתם רוצים להגביל משהו, לא בהכנסות, לא בכסף, כי זה משהו עולמי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אם אתם רוצים, תגבילו במספר התיירים. אנחנו אומרים שצריך לשאוף לאופטימיזציה של התחום. אנחנו רוצים שהמקורות יישארו ברפואה הציבורית.

פרופ' רפי ביאר: זה קורה כבר היום בתחרות על ישראלים, מורידים מחירים לרצפה.

נורה ליבס: אנחנו מאמינים במזעור סיכונים.

דר' רונית סגל-הירשברג: זה לא הישראלי ירוויח או התייר, זה הישראלי ירוויח והתייר ירוויח.

פרופ' יוג'ין קנדל: התייר יהיה בריא, שניהם יהיו בריאים.

שאלות:

פרופ' גבי בן נון: תודה רבה! בעיקר ניתוח השימוש במקורות. הסכם בריאות-אוצר סוגר תיירות מרפא, תסבירי מה זה.

דורון קמפלר: עצרו את זה, זה לא קיים.

פרופ' גבי בן נון: זה הסכם ולא חוזר. רק תן עדכון מה זה, אנחנו לא יודעים על מה אתם מדברים.

יוליה איתן: היה רצון להפיץ הסכם בין המשרדים בעקבות פעילות הוועדה. יצאה הודעה רשמית של המנכ"ל שחוזר בו ומשהה את החוזר עד לסיום הפעילות.

פרופ' רפי ביאר: נחתם הסכם בריאות-אוצר ש – 30% מההכנסות יועברו למדינה. זה הוקפא בינתיים.

פרופ' גבי בן נון: מה מצב התורים אצלכם באופן כללי? אפשר לקבל את הנתונים האלה?

נורה ליבס: אנחנו מפתחים את מערכת המעקב אחרי התורים. עד עכשיו זה היה ניתן רק באמצעות לקוח סמוי. אנחנו מתחילים כבר לדווח.

דורון קמפלר: הם אמורים לדווח בינואר 2014 על הרבעון האחרון של 2013.

נורה ליבס: זה כולל הרבה מאוד נתונים.

פרופ' גבי בן נון: בי"ח אמור לעבוד 24 שעות ביממה. מה זה שעות פעילות רגילות?

פרופ' רפי ביאר: ניתוחים אלקטיביים זה עד השעה 15:00. אחר הצהריים זה ססיות ומקרים דחופים. אפשר להפעיל יותר בצוותים מיוחדים. יש לנו תשתיות לא מופעלות אחר הצהריים, לכל בתי"ח. גומרים ב – 15:00 או 16:00, רצים לאסותא...

פרופ' גבי בן נון: אתה אומר שיש לך תשתיות פנויות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' רפי ביאר: אחר הצהריים חד משמעית.

פרופ' גבי בן נון: אם נניח, תיאורטית, שיש תורים של הישראלים ותשתיות פנויות, זה שלומיאליות של המערכת.

פרופ' רפי ביאר: תוסיף כסף ותפעיל אותה.

דר' רונית סגל-הירשברג: גורמי הייצור שלך לא רוצים לעשות את זה.

עו"ד לאה ופנר: אם היו נותנים לביה"ח פי איקס כסף ממה שיש עכשיו, הוא היה יכול להפעיל אותן.

פרופ' גבי בן נון: אם יש תורים, אז יש בעיה!

פרופ' קובי גלזר: זה שיש 20 תלמידים בכיתה, זה אומר שיש שלומיאליות במערכת החינוך??

נורה ליבס: יש צווארי בקבוק, וזה לא תשתית במקרה הזה, אלא משרות. המשרות נגמרות בסביבות 15:00 למעט רפואה דחופה, ובשביל זה יש כוננויות ותורנויות. זה מה שנקבע בהסכם הרופאים.

פרופ' גבי בן נון: אמרתי שימו לב למערכת שאם יש תורים ומצד שני תשתיות פנויות, אז משהו לקוי.

דורון קמפלר: הם לא מתווכחים איתך, הם רק אומרים שאין כסף.

פרופ' רפי ביאר: יש מקורות פנויים וזו החלטה פוליטית. תודה רבה לכם!!

**** מציג שני בפני הוועדה: דר' יובל וייס, בי"ח הדסה. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

דר' יובל וייס: התבקשתי להעביר מידע על תיירות מרפא בהדסה. אני אפריד בסקירה שלי בין 3 מונחים שונים – במצגת. יש אצלנו בהדסה נתח מאוד גדול של תיירות מזדמנת של תיירים שביקרו בירושלים ונקעו את הרגל. יש לו ביטוח רפואי או אין לו, אני לא נוגע בזה. פלסטינאים הם לא תיירות מרפא. בעבר הייתה התייחסות לחלקם בשר"פ לעומת אחרים שהיו בתיירות רפואית, אבל אני מתייחס רק לתיירות רפואית פר-סה. אני לא הולך להציג למה זה חשוב, אני מניח שרבים אחרים עשו זאת. אנחנו בי"ח שכידוע לכולם נאנק מחובות כספיים, אז בוודאי שקבלת כסף מראש במזומן ללא הסכמי CAP והנחות, זה בוודאי פיתוי גדול, ויש על זה בקרה. כמובן שביה"ח נועד לשרת את העם היושב בציון ולא את העם היושב ברוסיה. מתייחס למצגת.

אנחנו עובדים בשותפות עם חברת "iMER" שעובדת איתנו בקשר מאוד צמוד. תייר רפואי בדרך כלל בא כי יש לו סרטן. התחלנו עם חולים מקפריסין דרך "iMER", כי היא חברה שרשומה בקפריסין ובארץ, והיא רשומה שם ופה. קפריסין היא ארץ קטנה, בערך מיליון נפש, ולכן כמות החולים המורכבים היא קטנה. לכן לאחר זמן קצר עברנו לארצות הגוש הקומוניסטי לשעבר, וכיום זה השוק העיקרי של החולים שמגיעים להדסה. חוזר למצגת – טיפול בתיירים. משרד תיירות מרפא הוא חלק ממשרד השר"פ, ואנחנו מתכננים לאחד ביניהם. אני מקווה שבקרוב תהיה לנו מנהלת תיירות מרפא, מתחילת הטיפול ועד לחזרה לארץ המוצא.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

סוכנים – "iMER". המטה שלהם נמצא בקניון של הדסה והקשרים בינינו הדוקים. השותפות היא ישראלית-קפריסאית, אבל עיקר הפעילות הוסטה למזרח אירופה. בעבר עבדנו עם סוכנים שעשו לנו עוול, והתביישנו בעבודתם. אנחנו עובדים היום עם 6 סוכנים כיום, ועושים זאת בצורה מסודרת כדי שלא יקרו דברים שלא היינו רוצים שהשם שלנו יתנוסס עליהם. חברת "iMER" היא עיקרית אצלנו, סה"כ עובדים מול 6 סוכנים. אנשים ששמעו את שם הדסה פונים אלינו ישירות לפעמים ואז אין סוכן. יש מחלקת שיווק שמטפלת באותם תיירים. אנחנו מאמינים בשקיפות ולא במלכודת דבש.

כל תייר שולח מסמכים, ולפני שהוא מגיע הוא מקבל הצעת מחיר כוללת, ואנחנו עומדים בה גם אם היא הפסדית בגלל שינוי בהמשך, וגם אם היא לא לטעמנו בגלל טעות. אנחנו הולכים לחומרה, ולפעמים אנחנו לא יודעים במדויק להעריך כי איכות הניירת לא טובה, ואתה מתלבט אם החולה יצטרך לעבור א', ב', או ג', אז אתה בוחר בהצעה הגבוהה ביותר, אבל עדיף להחזיר כסף מלבקש עוד. שמענו גם הערות אנטישמיות – "היהודים האלה הבטיחו לנו ככה וקיבלנו אחרת". אנחנו מקפידים שהצעות המחיר תהיינה הוגנות והמחירים שלנו יותר יקרים כי יש לנו שר"פ, אבל המחיר הוא חבילה, ואם החולה מסתבך, לא באים למשפחה ואומרים תוסיפו עוד כסף. לכן אנחנו מנסים לקבל חומר הכי מהימן שיש, ולהוציא הצעת מחיר הכי אמינה, ואם נעשה טיפול קטן יותר אנחנו לא מתביישים להחזיר כסף. אלה אנשים בשלבים קשים בחייהם, וצריך להיות הוגנים כלפיהם כי העלויות גם ככה מאוד גבוהות. אנחנו החלטנו, כדי להיות הוגנים ושקופים, אנחנו לוקחים DRG של משרד הבריאות, ונותנים תוספת לפי הערכה שלנו כדי שלא אצטרך לבקש עוד כסף. אם בא חולה לטיפול אונקולוגי והוא יצטרך הרבה מאוד PET CT, אני עושה את התיאום כדי לא לבקש עוד כסף, כדי לא להגיד שלא התכוונו, הכל במסגרת אותו מחיר. אנחנו מוסיפים את מחיר השר"פ ומחירון הדסה כפי שהוא לישראלים, ללא שום תוספת. אם החולה היה מבוטח, היינו גובים לפי ימים. אנחנו גובים לפי חבילה – מאריכים כמה ימי אשפוז, כמה ימי טיפול נמרץ, כמה עלות ניתוח, ואז אנחנו נותנים מחיר פיקס קבוע, כדי לא לבוא בשיטת הסלמי ולבקש יותר כסף, ויש לנו כבר חבילות טיפול כדי לא לעשות משהו שיוציא דיתנו רעה, או כדי שהחולה יגיד שאין לו כסף, ואז באמצע הטיפול אנו נתקלים בשאלה אתית איך ממשיכים הלאה. הצעת מחיר לפניכם – במצגת. כל יום אני יושב חצי שעה עם איש הצעות המחיר, ואין הצעה שיוצאת ללא חתימתי, כי אני רוצה להיות בטוח שלא חלה טעות בקוד השר"פ או DRG נמוך ממה שמגיע. בחמש השנים האחרונות אני עובר על כל הצעה שיוצאת לכל תייר. גוזרים את הנתונים, ממירים לדולרים לפי שער הדולר באותו יום, ומעבירים לתייר.

ניר קידר: הסעיף הראשון זה מחיר מחירון שר"פ?

ד"ר יובל וייס: 999 זה מחירון שר"פ שלנו.

ניר קידר: זה מה שהרופא יקבל?

ד"ר יובל וייס: כן, ולמטה זה DRG, זה בשבילי לבי"ח. בדוגמא הזאת לקחתי מחיר של ניתוח, ונתתי תוספת של מקסימום, וזה התייר מקבל בדולרים ואז יוצא אליו המכתב הרשמי, עם המספר שמלווה אותו בכל ימי חייו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בהדסה, וכתוב מה הוא צריך לעשות ועם מי להתקשר. כן מלון, לא מלון, אם רוצה להעביר כסף אז למי, ואם רוצה אינפורמציה אז ממי וכו'.

פרופ' לאה אחדות: בשפה שלו?

ד"ר יובל וייס: יש לנו ברוסית ואנגלית.

פרופ' יוג'ין קנדל: מאיפה האוכלוסייה באנגלית?

ד"ר יובל וייס: יש לנו אוכלוסייה גם לא ממזרח אירופה, אבל לא גדולה.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתם עושים שיווק בארה"ב?

ד"ר יובל וייס: לא.

יוליה איתן: יש מצב שתייר מגיע לארץ לפני ששילם לביה"ח, ונתקלתם בבעיות תשלום?

ד"ר יובל וייס: אם החולה בא דרך סוכן, הוא מחויב. הבעיה היא שהתייר נתקע באמצע בלי אמצעי תשלום, זו הבעיה, ולכן עברנו להצעות מחיר מקסימליות כדי שלא ניתקע. הייתה לי סיטואציה שבאה גברת עם ילדה לבירור אונקולוגי, והחליטו שהיא צריכה לעבור השתלת מח עצם בעלות של 100 אלף ש"ח. היא הצליחה לגייס 50 אלף יורו, והיא באה למשרד שלי עם תינוקת קירחת, ואמרה לי "ד"ר, אתה נותן לילדה שלי למות?"... כדי לא להגיע למצבים האלה, אני הולך על הצעות מחיר מקסימליות.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא היית אומר לה באת לבדיקה...

ד"ר יובל וייס: היא באה לטיפול למחלה ממארת. אם לא תהיה השתלת מח עצם בסוף, אני מחזיר להם מזומן ביד. לא זרקנו אותם מביה"ח כי אתה לא יכול לעשות זאת, אבל לכן אתה הולך על הצעות מקסימליות. קל לי להגיד לו לא לדרוך בביה"ח, אבל ברגע שהוא במפתן אתה לא יכול להגיד לו אתה לא יכול כי אין לך כסף, פשוט לא יכול. חוזר לתרשים זרימה במצגת.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתם עובדים על עמלות?

ד"ר יובל וייס: כן בוודאי. יש מחלקות שבהם כדי לעשות חלוקה סוציאלית הוגנת, המנהל מבקש שכל הפניות יעשו דרכו. באורתופדיה יש 9 תתי התמחויות. זה שיש רופא שדובר רוסית לא אומר שהחולה ילך אליו, אלא מנהל המחלקה מפנה את החולה למי שמתמחה באורתופדיה אונקולוגית. אנחנו לא רוצים שלרופא אחד יהיה הרבה ולאחר לא יהיה כלום. יש בנושא הזה הרבה כסף, ואנחנו מנסים לעשות צדק. מנהל המחלקה דואג לוויסות, והרופא המומחה בונה תכנית.

פרופ' קובי גלזר: יש טענה שמביאים חולים שאין מה לעשות איתם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר יובל וייס: אני מתעקש על זה שזה לא יהיה אצלי. אני מקווה שזה לא קורה.

פרופ' קובי גלזר: יש דחיות?

ד"ר יובל וייס: זה החולה הכי טוב בשבילי, הוא משלם 100 אלף יורו ולמחרת הוא מת. לכאורה זה העסק הכי טוב, אבל אני לא מוכן לזה. על כל השתלת מח עצם נערך דיון, הרבה חולים הם חסרי תקווה שנכשלו בקו טיפול ראשון ושני ושלישי, ואמרו להם לעשות השתלת מח עצם אבל זה בלתי אפשרי, ואפילו אני יודע את זה בתור מרדים, אז להגיד לו למשכן את הבית שלו בשביל שביב תקווה ואחרי יומיים הוא מת? זה חבל...

פרופ' קובי גלזר: ממה שאתה יודע, זה קורה בארץ?

ד"ר יובל וייס: ירושלים זה מקום אחר, אני מאוד מקווה שלא. אצלנו יש וועדת עמיתים על כל מקרה ויש בקרה. חוזר למצגת. יש לנו מומחה להצעות מחיר, והכל עובר דרכי. אם לא עובדים נכון, אפשר לפספס את התייר.

פרופ' יוג'ין קנדל: איך מתמחרים מנות דם?

ד"ר יובל וייס: כשחולה בא להשתלת מח עצם ומשלם 100 אלף יורו, הוא יקבל את כל בנק הדם שלי. ניסינו ללכת מלמטה ומעלה, אין חולה דומה לאחר. לקחנו את כל מחלקת השתלת מח עצם כיחידה סגורה כלכלית, חילקנו במספר השתלות, נתנו משקלות יחסיים לסוגי ההשתלות וחישבנו את כלל ההוצאות של המחלקה. לכל מחלקה יש תקציב מחלקתי, זה כסף מונופול. הן קונות תרופות וציוד בי"ח במחסנים. כאשר המחלקה קונה תרופות, היא קונה במחיר עלות אחרון שאנחנו קונים. אם כל אקמול עולה שקל, למחלקה זה יעלה שקל. אם מחר זה 2 ש"ח, למחלקה יעלה 2 ש"ח. זה תקציב פנימי כדי שהמחלקות ידעו שיש לזה מחיר. אף מחלקה לא מגיעה למצב שאין כסף, אף חולה לא מגיע מצב שאין לו תרופה.

פרופ' לאה אחדות: אבל איך אתה מתמחר דם?

ד"ר יובל וייס: אני קונה ממד"א דם בהמון כסף.

פרופ' לאה אחדות: אבל מד"א לא משלמת לתורמים.

ד"ר יובל וייס: אני לא סנגור שלהם, היא מחזיקה מאגר. בנק הדם שלנו לא מספק את הצרכים שלנו. אתה נותן דם לחולה המטולוגי כדי לא לזעזע אותו, ומתורם אחד. תקציב קניות הדם שלנו לשנה זה מעל מיליון וחצי ש"ח. אנחנו מרכז טראומה, והיום עשינו השתלת כבד וניתנו מעל 2 מנות דם. מד"א מוכר, זה כסף. חוזר למצגת – לדעתי 50% מהפונים לא מגיעים אלינו. צריך לזכור שאנחנו עובדים עם מעט סוכנים, מעט הם באמת DEDICATED אלינו.

פרופ' גבי בן נון: יש תהליך מיקוח, שוק פרסי?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר יובל וייס: לפעמים הסוכן אומר שזה יקר, ואני אומר בואו נשב ונגיע לסוף הטיפול, ואם יש אפשרות לעזור, נחזיר כסף, והסוכנים יודעים את זה, אפשר להחזיר.

פרופ' גבי בן נון: אתה מתעסק בזה?

ד"ר יובל וייס: כן. חוזר למצגת.

יוליה איתן: מקבלים חשבונית מפורטת?

ד"ר יובל וייס: בוודאי.

פרופ' יוג'ין קנדל: לחולה או לסוכן?

ד"ר יובל וייס: למי ששילם. הרופא מגדיר מה הפרוצדורה, והמערכת שלנו עושה את ה - BILLING. אני צריך את הרופא רק כדי שיגיד מה הטיפול הנדרש, והמערכת של משרד תיירות רפואית עושה הצעת מחיר.

פרופ' יוג'ין קנדל: הרופא הזה לא יודע אם זה יגיע אליו בכלל, זה לא כמו שר"פ רגיל.

ד"ר יובל וייס: לא, כי יש כמה רופאים בכל תחום, ולא בטוח שהמקרה יגיע אליו, גם אם הוא עשה את הצעת המחיר. חוזר למצגת. נתוני 2013 זה מ - 9 חודשים. אנחנו בירידה כי חברת "iMER" קצת בירידה.

עו"ד לאה ופנר: איבדתם אותם או שהם הלכו לבתי"ח אחרים?

ד"ר יובל וייס: המשבר הכלכלי בקפריסין-יוון פגע אנושות ב - "iMER", והממשלה שם החליטה שלא שולחים יותר לחו"ל בהחלטה חדשה. האזרח הפשוט לא יכול לממן את זה, וירדנו בעיקר בשוק היווני והקפריסאי, כל זה ירד. שווקי מזרח אירופה - לא הכל פשוט, ולא כל הנוצץ זהב הוא.

ניר קידר: הסכומים כוללים את השר"פ?

ד"ר יובל וייס: הכל הכל.

פרופ' יוג'ין קנדל: יש לך מושג כמה יוצא לרופא?

ד"ר יובל וייס: יוצאת כרבע. עמלות סוכן – אנחנו משלמים, יחסית למה שאני שומע מחברי בבתי"ח אחרים, אנחנו משלמים מעט יחסית, 10-12%. ככל שהפעילות הולכת וגדלה כך גם האחוזים, כדי שיעבדו איתנו יותר. מספרים הסוכנים שמשלמים להם 15-20%, אבל זה לא נכון לדעתנו. אחוזית זה יותר נמוך אצלנו, אבל בש"ח זה יותר גבוה בגלל השר"פ, מאשר בבתי"ח אחרים. פילוח הכנסות לפי ארצות מוצא – במצגת. ברומניה אנחנו חזקים בהשתלות מח עצם. הבעיה ששם מספרים דברים לא נכונים על דברים שלא היו ולא נבראו, על תוצאות טיפולים שלא היו ולא נבראו, בשביל לשמור אותם לעצמם. אלה רופאים שעושים את זה שם. חוזר למצגת – אני לא מעודד את תיירות המרפא מארה"ב כי אמריקאים הם מפונקים. הם רגילים לסטנדרטים שאנחנו לא יודעים לעמוד בהם,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

והנושא של תביעת רשלנות הוא אדיר. האוכל לא מספיק טוב להם, לא רוצים לחלוק חדר. תודה רבה, לא רוצה אותם, למרות שאנחנו בבעלות של ארגון נשות הדסה שהוא אמריקאי. אני מעדיף רוסים שרגילים לתנאים לא טובים, ואז אצלנו זה וילה. חלק גדול זה אנשים שבאים לחוות דעת שנייה. פילוח הכנסות לפי סוג שירות – במצגת. חולה מקבל חבילה ולא רואה את הפירוט, זה רק אצלנו. פילוח הכנסות – במצגת.

ניר קידר: קודם אמרת ש - 70 מיליון זה כולל שר"פ.

ד"ר יובל וייס: זה על תשעה חודשים.

פרופ' גבי בן נון: זה היה גם מקודם.

דורון קמפלר: זה 9 חודשים בהערכה של 12.

ד"ר יובל וייס: הנתון הזה הוא ינואר עד ספטמבר. לפי יחידה מבצעת – אונקולוגיה מוביל, גם בכירורגיה כללית זה אונקולוגיה, כריתת גידולים. הרוב הגדול הם חולי סרטן וזה הכסף הגדול. נפח הפעילות של תיירות מרפא בהדסה – 3% מהמחזור שלנו. אנחנו עובדים בפנקסנות אחת ולא כפולה, אין לנו קרן מחקרים, ולכן קל מאוד לדעת את הדברים. כמות ימי אשפוז – במצגת. כמובן שתשאלו אם זה דוחק חולים ישראלים. ב - 1.3% זה כמעט ולא דוחק חולים ישראלים. המחלקה להשתלת מח עצם נבנתה מלכתחילה כש - 50% ממנה זה תיירות מרפא. אם אין תיירות מרפא, אני יכול לסגור את המחלקה. 18 מיטות השתלת מח עצם זה מחלקה גדולה, אין בארץ כמות כזאת. תייר אצלנו לא מקבל חדר מועדף, תור מועדף, אוכל מועדף - הכל במערכת הכללית ואין נפרדת. בעבר הייתה מחלקת אשפוז לתיירים, והיא בוטלה ופורקה באמצע שנות ה - 90. התייר שוכב בחדר ומטופל כמו כל חולה אחר ללא שום קדימות, כאשר הקריטריונים הם דחיפות הטיפול. הכל שקוף ונעשה בצורה מסודרת. כמו כל חולה בכל מערכות הדסה בכל עניין ודבר.

ניר קידר: שמעתי ממנהל ביי"ח אחר שאם התייר צריך לחכות חודש לניתוח, זה עולה לו הרבה כסף, אז אני קצת עוזר לו ומקדם לו את התור. גם פה, מבחינת האבחנה הרפואית, וקבעו שהוא צריך לעשות את הניתוח הזה, יכול להיות שהוא יחכה חודש?

ד"ר יובל וייס: אנחנו מתזמנים את אותו. ביקשת את כל הניירת והצילומים, נתת אבחנה, ואז אתה מתזמן אותו ואומר לו תגיע בבקשה כמה ימים לפני, ולא חודש אחר. יש מצבים שלא תכננת ניתוח, ובמקרים האלה לכל מנהל ביי"ח יש "שפיל". ניתוחים מתבטלים מהרבה סיבות, ויש לך יכולת להלחץ את המערכת, ולדעתי לא יותר מניתוח פעם בשבועיים-שלושה אתה אומר אקח חדר מרזרבה ואתן לתייר, אבל לא כמדיניות. אני יודע שיש מנהל ביי"ח שאמר שתיירים הם לפני הכל ושישראלים ילכו לביי"ח אחר, כי זה כסף. אצלנו זה לא ככה, ואלו ההיקפים.

שאלות:

פרופ' לאה אחדות: הצגת שזה תופס חלק יחסית קטן, אם זה לא במחלקות בהן יש הרבה פעילות של תיירות מרפא. אתם מרוצים מסדר הגודל הזה או שואפים להגדיל?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דר' יובל וייס: לא, שואפים להגדיל לעד 5%.

יוליה איתן: מהכנסות או מפעילות?

פרופ' יוג'ין קנדל: מימי אשפוז?

דר' יובל וייס: מה שיותר קל לי למדוד זה כסף, לא נעים לי להגיד. ואז אחוז ימי אשפוז יהיה 2 פסיק משהו לעומת 1.3.

פרופ' לאה אחדות: וזה לא יעשה לך בעיה במתן שירותים לחולים ישראלים?

דר' יובל וייס: הם לא באים לפנימיות, ואצלנו יש מדיניות אין מסדרון. לא אתן אם אין לי מיטה. חלק מהסוכנים בגלל שהמלון יקר שוכרים דירות בירושלים, והחולים שוכרים מהסוכן חדר כי זה זול יותר מהמלון שלנו. זה קרוב, ואז הוא לא תופס מיטה.

פרופ' לאה אחדות: יש לך חולה שר"פ ישראלי שהוא באותו מעגל כמו תיירות מרפא, ויש לך גם חולה ציבורי.

דר' יובל וייס: יש לנו 3 קבוצות חולים – ישראלים, ואני לא מבדיל בין שר"פ ללא שר"פ, ועניי עירך קודמים, תיירי מרפא, ויש לנו פלסטינאים.

פרופ' לאה אחדות: יש שר"פ ולא שר"פ.

דר' יובל וייס: אני לא עושה הבדל. בגלל מיקומו הגיאוגרפי, אנחנו 10 דקות מבית לחם וחברון, ואין להם שם מערכת רפואית. יש לנו כל יום בין 5-10 בקשות לחולים לטיפול נמרץ מהרשות הפלסטינאית. לפני שבאתי לפה קיבלתי בקשה למשפחה, וביקשתי להתחלק עם שניידר. אם מישהו חושב שיש מחסומים, החייל במחסום מפחד לעצור אמבולנס, ואז החולה אצלך במיון, ואז אתה לא יכול להגיד לא. יש לנו חולים מורכבים וקשים, והם מבקשים שניקח, וזה נוח להם שזה יהיה אצלנו, גם למשפחות החולים, שלא ייסעו לבתי"ח רחוקים, ויש לנו אוכלוסייה פלסטינאית גדולה יחסית. והקבוצה השלישית היא תיירות מרפא, ואנחנו פועלים לפי קריטריונים רפואיים. אנחנו מאוד משתדלים, ולכן אצלנו הדברים נראים כך. יש דיון על כל מקרה, מה ינותח השבוע ומה שבוע הבא. יש בקרה ולפעמים יש "שפילים" שאנחנו נותנים פה ושם. אם מישהו חושב שרוה"מ חיכה לניתוח כמו בתור הציבורי, אז התשובה היא לא. גדולי האומה יושבים פה, פונים אלינו שרים, ואנחנו גם בהם עוסקים.

פרופ' לאה אחדות: זה שר"פ מיוחד.

דר' יובל וייס: זה לא שר"פ, הלוואי. רוה"מ לא מביא טופס 17.. שתדעו.

דורון קמפלר: שר"פ יש רק בירושלים. מחר בבוקר תיירות מרפא צריכה להיות מוסדרת, שיהיה גוף מרכזי או בואו תעשו בכל מקום, רק מוסדר?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר יובל וייס: אני בעד. זה גיונגל, אנשים מוכרים אשליות, הסוכנים מרמים, מבטיחים הבטחות בשעות קשות, לעתים גם גונבים את כספם של החולים. למה הפסקנו לעבוד עם הרבה סוכנים? באו אלי יום אחד וביקשו הנחה. נורא פשוט, אותן ספרות בדיוק רק בשקלים. זה לא מקובל עליי, הפסקנו לעבוד איתו באותו יום. חייבת להיות רגולציה, חייבת להיות הגבלה. אומרים שבבי"ח מסוים יש עדיפות לישראלים, ואני חושב שזה לא נכון. אנחנו מערכת בריאות ישראלית, שבשוליים יכולה לעשות גם את זה. בשוליים. תודה רבה!!

**** מציגים אחרונים בפני הוועדה: פרופ' יוסף פרס, מנהל בי"ח, אילן שמש, מנהל אדמיניסטרטיבי - בי"ח שניידר. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

פרופ' יוסף פרס: מספר על בי"ח שניידר, מתייחס למצגת. שניידר במספרים – נתונים במצגת. אנחנו לא בי"ח של פתח תקווה, אלא של כל המדינה. בכל מחלקה שוכבים ילדים מכל המדינה.

יוליה איתן: מה התחום השלישוני?

פרופ' יוסף פרס: יש לנו מקצועות שאין בבי"ח אחרים. היסטורית, למה מגיעים אלינו? במצגת. באים אלינו מכל מיני מדינות בגלל יוקר הטיפול במדינות מוצא. מאז האינטרנט, יש פניות דרך האתר שלנו בגלל איכות השירות שלנו וזה עובר מפה לאוזן. אבל הכי הרבה זה דרך סוכנים בתוך המדינה עצמה, ששולחים חולים אלינו. תנאים הכרחיים – אנחנו לא מקבלים כל חולה, בקושי 10% יש לנו מקום בשבילם, שאפשר לתת להם טיפול. אנחנו בודקים אם אנחנו יכולים לעזור, בודקים שיש סיכוי לרפא. אנחנו לא מקבלים מקרים רק בשביל הכסף.

פרופ' יוג'ין קנדל: לא היה לכם אף מקרה מוות?

פרופ' יוסף פרס: מתיירות מרפא לא.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה בגלל שאתם לוקחים מקרים קלים?

פרופ' יוסף פרס: לא, רוב המקרים זה אונקולוגיה, אבל אחוזי ההחלמה אצל ילדים הם גדולים. אנחנו לא מקבלים כישלונות של מקומות אחרים, או שאנחנו חושבים שאין לנו אפשרות לעזור. תנאי הכרחי אחרון זה תשלום מראש. תהליכי קבלה – במצגת. הסוכנים מטפלים במלונאות, בהבאה ובהחזרה, ואין לנו שום קשר לזה. בתוך ביה"ח יש ליווי שלנו, סודיות רפואית וכו'.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתם עובדים על בסיס עמלה או מחיר?

פרופ' יוסף פרס: אנחנו מתחשבים מול הסוכן, אנחנו לא מרשים ולא מעוניינים להתחשבן עם החולה.

פרופ' גבי בן נון: מה סדר גודל של העמלה?

אילן שמש: 15-20%. יש 3 תנאים מצטברים שאנחנו עובדים עליהם, וזה לא קיים בכל בי"ח, ואם קיים זה בסדר הפוך. אם יש תשלום מראש, אנחנו בודקים אם יש זמינות לתייר ושה לא על חשבון ישראלים. יש לנו משהו כמו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

2,000 פניות בחודש של תיירים, ואנחנו מקבלים רק 10% מהם. אם זה בקשה אונקולוגית, אנחנו עולים למנהל המחלקה, והוא יודע אם אנחנו יכולים לסדר מיטה וזה לא על חשבון. תנאי ראשון זה זמינות, ותנאי שני לא פחות חשוב, שאנחנו יכולים לעזור לתייר, ולכן אין לנו מקרי מוות. שלב 4 בסרטן אנחנו לא מקבלים, אומרים שהילד צריך הוספיס ואין טעם לטפל בו. לא לוקחים כסף ואז הילד ימות. איך אנחנו בונים את התמחור? אם תייר מגיע לבד זה מולו, אם באמצעות סוכן זה מול הסוכן.

פרופ' יוג'ין קנדל: זה DRG רגיל?

אילן שמש: יותר גבוה מהציבורי.

פרופ' לאה אחדות: תעריף מלא בלי הנחות.

פרופ' גבי בן נון: זה מעבר לזה, בין 50-100% יותר.

אילן שמש: כל הטיפול נעשה אחר הצהריים, וזה הולך לתשלום לצוות. אנחנו מעמיסים על זה את עלות התגמול לצוות. 15-20% לסוכן וזה משתנה בין סוכנים. התקורה גם מכילה מרכיב רווח מסוים, כי היא תקורת אחר הצהריים.

פרופ' יוג'ין קנדל: אני חשבתי שאת עמלת הסוכן במקומות אחרים, לוקחים מלמעלה ולא בנוסף.

אילן שמש: אתה צודק. בשיטה הזאת הסוכן מקבל פחות. הסוכן לא יכול לקבל עמלה על הרווח של ביי"ח, הוא מקבל על הפעולה עצמה. התקורה היא תקורת אחר הצהריים. אנחנו לוקחים תקורת אחר הצהריים, וגם מקרים בלתי צפויים שעלולים לקרות. התקורה מחושבת מהתעריף והתגמול, ללא עמלת סוכן.

פרופ' גבי בן נון: זה לפי תעריפי קצ"ת?

אילן שמש: תראה בשקף הבא. על הכל אנחנו לוקחים סדר גודל של 40% רווח.

פרופ' יוסף פרס: לא לוקחים, נשאר.

פרופ' גבי בן נון: אם אתה עושה חשבון של רווח והפסד מהדבר הזה, נשאר לך 40% רווח.

אילן שמש: לצורך העניין, ניתוח לב עולה לי 70 אלף ש"ח. אני לוקח 140 אלף ש"ח, וזה הרווח לביה"ח.

פרופ' יוסף פרס: בארה"ב ניתוח כזה עולה 130 אלף דולר, אצלנו הרבה פחות. אנחנו יותר אטרקטיביים, ויותר זולים מגרמנים ואוסטריים, ויותר יקרים מהודו, שם יש להם גם בתי"ח אמריקאים. יש גם מרכז כזה בלרנקה שנפתח עוד כמה שבועות, והם ייקחו לנו חולים. 40 דקות בטיסה וכולם יהיו שם.

אילן שמש: אנחנו ביה"ח לילדים היחיד בכללית, אז התקורה היא מה שכללית קבעה כמובן.



ליאור גילה: השכר הוא זה שכללית קבעה?

אילן שמש: כן. אנחנו ב"ח מאוד מבוקש עם היצע מאוד נמוך, וזה מתאזן על ידי מחיר וזה התנהלות בשוק. אני יודע לעבוד על האיזון הנכון. אני עובד על אחוז אחד מהפעילות של ביה"ח.

פרופ' יוסף פרס: אם היינו בונים עוד שניידר לידנו, היינו ממלאים אותו חופשי.

פרופ' קובי גלזר: יש לך רופאים לזה?

פרופ' יוסף פרס: אם נרוויח כסף ונפתח מחלקות, זה אתה ממלא אולם של אלף איש, בשביל מיטות אשפוז אתה צריך מיטות. בשביל לא ללמד סטודנטים לרפואה ברומניה, אפשר ללמד כאן. מיטות לימוד זה הפקק. אצלי עוברים 100% שלב א' ו- 100% שלב ב', אני לא דוגמא טובה.

פרופ' קובי גלזר: רופאים היו באים אליך במקום להיות בצפת או מקום אחר.

פרופ' יוסף פרס: זו לא המחשבה, אתה ממלא בחולים ולא בכ"א.

אילן שמש: אנחנו עובדים בצורה מסודרת לפי כללי הקופה. יש לנו קודי דיווח שכר לכל מיני פרוצדורות ייחודיות כמו ניתוח לב ודברים אחרים.

עו"ד לאה ופנר: השאלה היא אם זה כמו ססיה לאזרחים.

אילן שמש: לא, יותר, אולי 50% יותר. מעבר לזה שיש לנו קודי דיווח, יש לנו פרוצדורות בחדר למשך הניתוח, והקוד מפצל את התגמול לכל סקטור בכ"א - כירורג, אחות ומרדים. הכל משולם בהתאם לחוק במשכורת, אלא אם כן זה מס הכנסה כחוק. בכללית יש מגבלה עד 10 אלף ש"ח לכירורג.

פרופ' גבי בן נון: תקרה חודשית?

אילן שמש: פר פעולה. בדקנו את הנושאים בבתי"ח אחרים, שם זה כפול 3,4,5. הפוטנציאל לסחרור הוא מאוד גדול, וחשוב לשים מגבלות שלא נחרוג מהן.

פרופ' יוסף פרס: זה שרופא נשאר אחר הצהריים זה רווח נקי של ביה"ח. במיון, בחדר ניתוח, אם קורה משהו בביה"ח, יש לי אפשרות להשאיר אנשים. הלוואי שהייתי יכול יותר.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה האחוז שהולכים לנתח באסותא מתוך הרופאים שלך? מתוך 160?

פרופ' יוסף פרס: 60 מתוכם זה מתמחים. מתוך 100 בכירים, הכירורגים הולכים לפרטי. האחרים עובדים עצמאיים בקופות.

ליאור גילה: יכול להיות שהתחומים שלך, יש לזה פחות ביקוש בפרטי. חוץ מכירורגים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוג'ין קנדל: אבל אין לך בעיה למלא חדרי ניתוח אחר הצהריים?

פרופ' יוסף פרס: אין לי בעיה למלא בתיירות מרפא, הלוואי והיה לי תקציב או סבסוד של המדינה, והייתי מנתח אחר הצהריים ישראלים.

ניר קידר: יש גם שר"פ.

אילן שמש: בתיירות מרפא אני כן שולט על כמויות. בשר"פ אין לי שליטה, כי זה בחירת רופא.

פרופ' גבי בן נון: אמרת שאם קופ"ח הייתה מקצה יותר כסף לקצ"ת, היית בשמחה מקבל ומנתח יותר ישראלים.

פרופ' יוסף פרס: למה קופ"ח? למה לא המדינה? זה לא מספיק.

פרופ' קובי גלזר: אני רוצה להבין את מערכת היחסים בין הקופה לביה"ח בהקשר הזה. אם באמת זה טוב שיישארו הרופאים, למה הקופה לא מקצה לזה יותר כסף?

פרופ' יוסף פרס: אין לה כסף. כל רופא עובד מ – 8:00 עד 16:00, אין לי כסף לשלם מ – 8:00 עד 20:00. אם היו לי מספיק רופאים ושעון חופשי...

פרופ' קובי גלזר: בגלל שזה חשוב שיהיו שם, לא הייתי משאיר לדברים אחרים, כי הקופה לא נותנת. בהקשר של אינטגרציה בין הקופות לבתי"ח, זה חשוב.

אילן שמש: יש קיצוצים תקציביים כל שנה לקופות.

פרופ' יוג'ין קנדל: התקציב לקופות רק גדל מדי שנה.

אילן שמש: אין לנו קרן מחקרים בצד כדי לקצר תורים לישראלים.

עו"ד לאה ופנר: כשבוחנים אלטרנטיבות ורוצים להבין מה הנכונה, כולם מסכימים שיש חשיבות להשארת רופא אחר הצהריים מבחינת הוועדה. עכשיו אנחנו מנסים לראות מה הדרך הכי נכונה לעשות את זה. אופציה אחת זה שר"פ. אם זה דבר כל כך חיוני, ונניח שלקופות היה כסף, וניהלתם דיון שלא של הוועדה הזאת עכשיו, נניח שהיה לה כסף, אז השאלה האם לא היה נכון שבמקום כל הפתרונות האלה, הייתם יכולים להשאיר את הרופאים יותר זמן. נניח שאין כסף, אם הפעולה הזאת כל כך חשובה, יכול להיות שבמקום פעילות אחרת, שווה להשקיע בזה כסף. אם זה כל כך חשוב לטיפול ולאיכות, למה לא משקיעים בזה יותר כסף?

פרופ' לאה אחדות: זה מדיניות של הקופה.

פרופ' יוסף פרס: למה קופה? זו המדינה.

ניר קידר: קופ"ח מקבלת כסף כדי לתת שירות למבוטחים שלה באופן כללי. יש קופות שאין להן בתי"ח, והיא מקבלת בדיוק אותו כסף. הכסף לא נועד לסבסד בתי"ח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' יוסף פרס: אנחנו מדברים על דברים חשובים, אבל איפה התורים? כל ילד ישראלי שצריך טיפול דחוף, הוא מתקבל מידית ועכשיו. למה יש תורים? לאוזניים, לכפתורים. למי זה בעיה? לאמא, שכל חודש יש לו חום. ילד עם גידול מנותח היום בלילה. אין קשר בין תיירות מרפא לעומס.

אילן שמש: כמה פרמטרים לגבי היקף הפעילות של תיירות מרפא - במצגת. פחות מ-10 קבלות בחודש, זה דבר זניח שאין לו השפעה על הפעילות השוטפת. תיכף תראו כמה פניות אנחנו מקבלים.

דורון קמפלר: מאלפיים פניות הוא מקבל 10%. תעשו חשבון.

אורן דרורי: 18 בחודש.

אילן שמש: מימי אשפוז בתיירות מרפא זה אחוז אחד בודד של תיירים, מתוך 80 אלף ימי אשפוז בשנה, ואלה סכומים זניחים. הכסף יכול לעזור לתושבים ישראלים. יחס ימי אשפוז של אחוז אחד זה יותר מפי ארבע מההכנסות שאנחנו מקבלים. בתי"ח של הכללית זה מגיע עד 4%. בתי"ח אחרים יש מחזור של מיליארד ומשהו, מעל 10% היקף פעילות של תיירות מרפא.

עו"ד לאה ופנר: בתי"ח חושבים שזה בתחרות, וזו לא הסוגיה. אחת הסוגיות ששואלים פה אם זה בא או לא על החשבון החולה הישראלי, וכולם אומרים שלא. הרווח די ברור. כשאתה אומר ימי אשפוז, זה אצלכם אני מניחה שבכל המחלקות?

פרופ' יוסף פרס: בכולן.

אילן שמש: אני רק רוצה לדבר על התועלות בירוק במצגת.

עו"ד לאה ופנר: קח בחשבון שכבר דיברו איתנו על זה כבר.

אילן שמש: השקף הבא – שיטת התשלום מקופות חולים בישראל. ה-CAP בא לרסן את ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל. הקופות הן שביות של בתי"ח. הם אמורים להעביר את הטיפול לביה"ח, ויכולים לווסת אחרת. יש תקרות צריכה של 4 הקופות מול 26 בתי"ח במדינה. כל ביי"ח זה ממוצע של 3 שנים אחורה של משתנים.

ליאור גילה: אתה מדבר על ה-CAP החדש?

אילן שמש: כן, מעבר אני מקבל תעריף מלא ומתחת - חלקי. התושב הישראלי החולה הוא משמעותית פחות אטרקטיבי מהתייר, ואין ספק בכלל. לכן חשוב לייצר הכנסה בצורה מאוזנת מפעילות התיירים עד גבול מסוים, שבו הפגיעה בישראלי עולה על התועלת שצומחת לתושבים מתיירות מרפא. סדר גודל של 10% הוא היקף נכון שמשקף את הפעילות הזאת.

פרופ' יוג'ין קנדל: אתם אמרתם שאתם מאוד מבוקשים. אני אומר תעלו את המחירים פי 2.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' קובי גלזר: 10% ממה?

אילן שמש: פעילות ביי"ח-מחלקה.

פרופ' יוג'ין קנדל: מה דעתך שתשמור את כמות האנשים קבועה ותכפיל מחיר פי 2? אתה מוגבל ל – 10% פעילות, אז אתה לא יכול להביא עוד חולים. חוזר משרד הבריאות מדבר על 10% הכנסות.

עו"ד לאה ופנר: אתה עדיין רוצה שרוב ההכנסות בביה"ח יהיו מהחולה הישראלי כדי שזה היה אטרקטיבי, כי אם היית רוצה שרוב ההכנסות יהיו מתיירות מרפא, ה – SHIFTING של ההעדפה שלך היה תיירות מרפא.

ליאור גילה: אתה לא רוצה שביי"ח יהיה תלוי בזה, זה העניין.

עו"ד לאה ופנר: 60% מההכנסות שלך תיירות מרפא, ו – 40% מהארץ למשל.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם אתה מוגבל במספר אנשים, תכניס בן אדם יותר רווחי מפחות רווחי.

אילן שמש: כסף נקי במצגת – תראו מה אנחנו עושים עם הכסף שאנחנו מקבלים.

עו"ד לאה ופנר: אתה יודע להראות שזה צבוע לזה?

אילן שמש: כן.

פרופ' יוסף פרס: אנחנו מתכננים להגדיל את ביה"ח בתכניות שלנו. אנחנו התחייבנו למנכ"ל הקופה להביא כסף ולהיות שותפים בבנייה. זה באמת ישפר את חיי החולים.

אילן שמש: דוגמאות לפיתוח במצגת. אם אני בונה עוד חדר צנתורים, אני מקצר תורים לישראלים. מיון שניידר מקבל 60 אלף קבלות בשנה, בעבר 17 אלף, הרחבנו את חדר המיון. משך ההמתנה עד השיפוף הזה היה 6 שעות ומעלה.

פרופ' לאה אחדות: זה לא משנה אחת, ההתחייבות היא ל – 5 שנים.

אילן שמש: רק הבינוי של חדר ההדמיה ל – MRI עלה 2.5 מיליון ש"ח.

יוליה איתן: שמענו עדויות שחלק מהציוד הוא ייעודי לתיירים ואינו נגיש לישראלים.

אילן שמש: אוי ואבוי, באמת עצוב לשמוע.

עו"ד לאה ופנר: הושמע פעמיים.

פרופ' קובי גלזר: שמענו על ביי"ח בשפלה שזה קורה בו.

אילן שמש: אני רוצה להאמין שמדובר באי הבנה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' יוג'ין קנדל: זו שמועה, מישוהו אמר את זה למישוהו אחר.

יוליה איתן: זה נאמר לפרוטוקול בוועדה הציבורית, שיש מכשור שמיועד לתיירות מרפא ומשרד הבריאות אישר את זה.

אילן שמש: אין מכשור ייעודי, אוי ואבוי אם זה ככה. המכשיר הזה הוא לטובת הישראלים, כשהוא נקנה מכספי תיירות מרפא. חוזר למצגת – יש לנו מיטות אונקולוגיות תפוסות בתיירות מרפא. אנחנו מתגברים את זה בצוות סיעודי או צוות מחלקה אחר שעומד לשירותם.

עו"ד לאה ופנר: מה אתם עושים בסיפור המרדימים, שזה משהו במחסור וצריך אותם? ואם אני אחבר ל - MRI בהרדמה אצל ילדים - האם פה יש בעיה לישראלים?

פרופ' יוסף פרס: רק ילד מתחת לגיל 3 עובר הרדמה. כל המרדימים לא מעוניינים ללכת לעבוד במקומות אחרים אחר הצהריים.

עו"ד לאה ופנר: אז ילדים ישראלים לא צריכים לחכות?

פרופ' יוסף פרס: לא.

יוליה איתן: אין מיון נפרד? בידוד רפואי?

פרופ' יוסף פרס: לא.

עו"ד לאה ופנר: אם יש מחסור, האם יש לך מספיק חדרי בידוד? האם יכול להיות שילד ישראלי לא קיבל בידוד כי היה שם תייר?

פרופ' יוסף פרס: אין דבר כזה.

אילן שמש: ילדים ישראלים שמאושפזים וצריכים בדיקות, אותם ילדים עושים הכי דחוף בבוקר. התיירים מחכים לאחר הצהריים ולא עושים בבוקר גם אם הם מאושפזים.

יוליה איתן: אם חדר בידוד תפוס על ידי תייר, ומחר מגיע ילד ישראלי. איך אתם מנהלים את זה?

פרופ' יוסף פרס: אנחנו מאשפזים לפי צורך רפואי.

יוליה איתן: אין לכם חדריים שמוגדרים כבידוד?

פרופ' יוסף פרס: לא.

יוליה איתן: אוקיי, למדנו משהו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרופ' לאה אחדות: שמענו שבאונקולוגיה כן.

אילן שמש: אונקולוגיה זה משהו אחר.

פרופ' יוסף פרס: יש לנו מספיק מקום בינתיים לילדים שלנו באונקולוגיה. לא היה ילד ישראלי עם צורך בבידוד שלא היה בבידוד.

אילן שמש: מאפריק לא היה לנו חולה אחד תייר באונקולוגיה, כי המחלקה הייתה מלאה בישראלים. רופא במחלקה אונקולוגית בבי"ח איכילוב או שיבא, מתקשר ומבקש שנראה חולה מעפולה או מקום אחר, הוא מגיע ונשאר אצלנו. 4 חודשים לא קיבלנו תייר, בגלל זה חשוב לציין שהמטרה היא כזאת. מאוד קל בגלל הפיתוי של הכסף, ולכן מאוד חשוב לשים את הגבול ולייצר מגבלה כלשהי. חוזר למצגת. היו לא מעט מקרים שאמרנו "אין לנו יכולת לקבל אתכם, תפנו לבי"ח אחר".

פרופ' יוסף פרס: אנחנו עושים דיונים בהתאם לנתונים שקיבלנו מראש. אנחנו מכינים את עצמנו ובודקים. אנחנו לפעמים גם מלמדים איך לטפל בסוכרת.

פרופ' לאה אחדות: "נענו" זה בחיוב?

אילן שמש: כן, והיו מקרים לא נעימים שרגע לפני שעלו לטיסה, התנצלו שאנחנו לא יכולים לקבל כי המיטה נתפסה על ידי מקרה חירום, ואנחנו מוכנים לעזור טלפונית.

פרופ' קובי גלזר: אתם יודעים איפה האופטימום שלא תפגעו בחולה הישראלי. למה אמרתם 10%? זה הרופא, המיטה או המכשיר? מה עוצר אתכם מלהגדיל? אני מבין שאתם לא רוצים לפגוע, אבל חלק מהכסף יכול להגיע.

אילן שמש: זה מיטות. אנחנו לא משכיבים ילד במסדרון.

פרופ' יוסף פרס: כרגע אין אפשרות כי אין מקום פיזית. אם נעלה אז אין מיטה לישראלי.

פרופ' קובי גלזר: בהסתכלות קדימה אני רוצה להבין.

פרופ' יוסף פרס: חישבנו מחלקה נוספת שנה קדימה, מה הצרכים של ביה"ח וחישבנו. עשינו חשבון שזה מה שאנחנו צריכים.

יוליה איתן: איפה החסם האפקטיבי שלכם? התחלת עם זה שהביקוש הוא אינסופי.

אילן שמש: אין לנו מספיק מיטות אשפוז להכיל את הביקוש הזה.

יוליה איתן: ורופאים או כ"א?

פרופ' יוסף פרס: יש הרבה אנשים שמסיימים התמחות ויוצאים לקהילה. אני חושב שצוואר הבקבוק בהכשרת סטודנטים זה מיטות אשפוז. כל מחלקה שנפתחת זה עוד סטודנטים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרופ' קובי גלזר: אני לא מבין. בעסק אחר, אתה רוצה לגדול, אתה לא יכול להביא עוד מיטות בגלל הרגולטור? אין לך רופאים למיטות האלה או מקום פיזי או שאתה לא רוצה לתת מיטות?

פרופ' יוסף פרס: אין מיטות אשפוז. רוצים להשוות ל - OECD.

פרופ' גבי בן נון: בעשור האחרון לא נוספו מיטות.

דורון קמפלר: קובי רוצה לשמוע ממנו למה אתה לא מוסיף מיטות.

פרופ' קובי גלזר: המיטות זה לא חוק טבע. אם מי שמונע את זה זה משרד הבריאות או הרופאים או החדר הפיזי - מסקרן אותי מה הסיבה.

פרופ' יוסף פרס: אני עולה חדש גאה שגדלתי בירוחם, גדלתי כשלא היו שם רופאים. תיירות מרפא זה מומנטום שצריך לחשוב איך אנחנו מנצלים אותו נכון בלי להזיק לחולים שלנו. צריך לחשוב איך להכניס יותר כסף למדינה ולפתח את השירות הזה. לא לפגוע בחולים ישראלים זה המפתח. בכל מדינה אחרת, הם ילמדו תוך כמה שנים. תיירות מרפא בשבילי אישית זה גם ביי"ס להדרכות של רופאים. אנחנו מקבלים אחיות ורופאים מדריכים, ואנחנו עושים דברים מאוד יפים. זאת קופה שאין כמוה.

עו"ד לאה ופנר: כל אחד שירצה יפתח לו ביי"ח לתיירות מרפא.

פרופ' יוסף פרס: תיקחו את קטאר וסעודיה וכל מדינה אחרת, זה מה שנעשה שם.

פרופ' לאה אחדות: שמענו שיש תורים ארוכים לפרוצדורות פשוטות.

פרופ' יוסף פרס: זה בשקף הבא במצגת. אין שום קשר, כמו שאמרתי קודם, בין העומס לתורים לניתוחים לבין מה שנעשה לתיירים. חולים אונקולוגיים מקבלים מידית, יש דברים שעושים במידי. רוב התורים בעומס הם הרניה, אוזניים, כפתורים, פוליפים, ניתוח פזילה - לניתוחים כאלה התיירים לא מגיעים. הם מגיעים לדברים רציניים שצריך ידע, טכנולוגיות ותרופות. כל התורים שלנו בביה"ח שמחכים חודשים לתור, זה דברים פשוטים ובנאליים.

ליאור גילה: חלק ממה שיוצר את התור זה חדר ניתוח תפוס.

פרופ' יוסף פרס: אבל אנחנו לא מנתחים אותם בבוקר. צריך להסביר לישראלים, הבעיה היא לא התיירים. הם לא באים בגלל הפוליפים. אין שום השפעה על התורים זו התשובה - במצגת.

פרופ' לאה אחדות: למה אתה לא לוקח את הרווח שלך לקצר תורים?

פרופ' יוסף פרס: אני לוקח, אבל שנה הבאה לא יהיה לא זה ולא זה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

אילן שמש: אם אני לוקח את הכסף ורק מקצר תורים, אז זה רק זה. אם אני פותח עוד חדר צנתורים, אז זה ייתן עוד קיצור תורים.

עו"ד לאה ופנר: כמה הייתם צריכים שנתי בשביל לשפר את התורים לישראלים?

פרופ' יוסף פרס: 10-12 מיליון ש"ח. אנחנו אומרים תלכו לבי"ח אחר, אבל הם רוצים שניידר.

ליאור גילה: או לקליניקה פרטית.

אילן שמש: אני אמרתי לקופות אחרות תעשו אצלי, תשלמו לי מה שעולה לי בלי להרוויח, אבל הם אומרים שיש קשיים תקציביים ואין להם מאיפה לשלם.

עו"ד לאה ופנר: אתה אומר שעם 10-12 מיליון ש"ח, היית יכול לקצר תורים? זה חשוב, לקיצור משמעותי של התור.

יוליה איתן: הצעות לשיפורים?

פרופ' יוסף פרס: כן, הרוב אמרנו – במצגת. משרד הבריאות – במצגת. אם הייתה שליטה והגבלה שלו או פיקוח כמה מקבלים, קרוב לוודאי שהמצב היה שונה והיו פחות רעשים במדיה. עמדת הכללית – במצגת, מנוף חשוב לפיתוח הרפואה שצריך להגביל עד 10%. זה פשוט חבל ביותר שאין פעילות בבי"ח ציבוריים אחר הצהריים, ואפשר לנצל אותם יותר. חייבת להיות רגולציה והקפדה יותר ברורה. אנחנו מאמינים שעד – 10% לא יגרום נזק לחולה הישראלי.

עו"ד לאה ופנר: אתם מדברים פה על פעילות ולא על מחלקה או בי"ח. היו כאלה שאמרו ההיפך. אני חושבת שזה חשוב.

אילן שמש: אני מכיר את הקולגות שלי. בואו לא נשלה את עצמנו. פעילות במחלקה ש – 80% זה תיירים זה פוגע בחולה הישראלי, חד וחלק, ואין פה אסדרה רגולטורית שאומרת שצריך להיות עד אחוז מסוים.

פרופ' יוג'ין קנדל: אמרת שיש סוגי פעילות בהם יש תורים – פקקים באוזניים וכו'. מה התור אצלכם?

עו"ד לאה ופנר: הוא אמר שנה.

פרופ' יוג'ין קנדל: האם אתה חושב שזה סביר שאתה תעשה קצ"ת בתשלום של המשפחה של החולה?

ליאור גילה: זה שר"פ.

פרופ' קובי גלזר: השם זה שר"פ, אבל הוא שאל שאלה עניינית.

פרופ' לאה אחדות: עמדת קופ"ח כללית היא מאוד ברורה – בעד תיירות מרפא ונגד שר"פ, הם לא יענו משהו אחר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

אילן שמש: ענית יפה, אבל אני חייב לומר שאנחנו מאמינים בזה.

דורון קמפלר: זה גם מה שהם חושבים. במקרה זה אותו דבר.

פרופ' לאה אחדות: עדיין לא הבנתי עד הסוף את ההבדל בין שר"פ לתיירות מרפא, אבל מילא..

פרופ' יוג'ין קנדל: בתור רופא, אתה חושב שיש בזה משהו בעייתי לך כרופא לקצר תור בתשלום, כשאתה יודע שזה לא דחוף?

אילן שמש: אנחנו מפלים בין תושבים? אנחנו מקצרים תור למי שלהורים שלו יש כסף, איזה מדינה אנחנו? אם היינו מקצים חלק מהכסף הזה לטובת זה, אם היינו בונים את זה בצורה אחרת, זה היה נראה אחרת.

פרופ' יוג'ין קנדל: אם היה לך יותר כסף, אם אני יכול להביא חלק מהכסף מתשלום על התור, אתה תבצע אותו לזה ותרוויח כסף. אתה תביא לזה.

אילן שמש: הגיוני. תודה רבה לכם!!