

02.04.2017

שלום רב,

הנדון: תגובה להצעת חוק תיירות מרפא, התשע"ז-2017

אנו מתכבדים להגיש הערות להצעת חוק תיירות מרפא, התשע"ז-2017, אשר עברה בקריאה ראשונה ביום 22.3.2017.

הסדרת פעילות בתחום תיירות המרפא בבתי החולים בישראל הוא צעד חשוב שנועד להבטיח את זכויות כלל המטופלים, ישראלים ותיירים כאחד. עם זאת, הצעת החוק בניסוחה הנוכחי חסרה כל מנגנון שיבטיח שמירה על נגישות זמינות ואיכות השירות הרפואי לחולה הישראלי. הצעת החוק אינה לוקחת בחשבון את הבעיה שממשיכה להתקיים בבסיס מערכת הבריאות בישראל והיא המחסור במשאבים. החוק עלול אף להעצים בעיה זו כיוון שהוא מעגן ומסדיר פעילות שסביר להניח שתעצים את המחסור. תיירות מרפא יכולה להיות דרך להגדיל את משאבי מערכת הבריאות הציבורית, בתנאי שיש במערכת משאבים ועתודות לא מנוצלים. כשזה אינו המצב, כשבפועל יש מחסור במיטות, בכוח אדם מטפל ובאמצעי איבחון וטיפול אזי אין הגיון כלכלי לתיירות המרפא, כיוון שהתרומה השולית שלה נמוכה מהעלות האמיתית של הספקת השרות. קיימת סבירות גבוהה מאד שתיירות המרפא תגרום גם לאחר ההגבלות בחוק להארכת התורים של החולה הישראלי ולהגברת העומס במערכת הבריאות, שהינו רב ממילא.

גם ללא החשש מכך שהטיפול בתיירים ייעשה על חשבון המשאבים (המצומצמים ממילא) העומדים לרשות המטופלים הישראלים, בהצעת החוק הנדונה חסרות מספר מסגרות קונקרטיות שבלעדיהן אנו חוששים שהתחום ישאר פרוץ ולא ינתן מענה לזליגת המשאבים מהמערכת הציבורית ומטופליה אל המטופלים במסגרת תיירות המרפא.

להלן מספר הערות המתייחסות לסעיפי הצעת החוק המוצעת:

בפרק ד': חובות מוסד רפואי המטפל בתיירי מרפא, מעוגנים לכאורה התנאים המאפשרים למוסד רפואי ציבורי לטפל בתיירי מרפא. אולם אין בסעיף זה דבר המגביל את נפח הפעילות והטיפול בתיירי מרפא ואין כל מנגנון השומר מפני זליגת המשאבים הציבוריים במוסד הרפואי, תשתיות וכוח אדם, אל תיירי המרפא על חשבון מטופלים אחרים. למרות הכתוב בסעיף 16(1) על כך שעיקר פעילות המוסד הוא מתן טיפול למי שאינם תיירי מרפא, הדבר אינו מבטיח שפעילות המוסד אשר תופנה לטובת תיירי המרפא לא תיחסך משאר המטופלים. סעיף 16(ד) אומנם מציין

שיכולים להיות תנאים נוספים שיקבעו על ידי השר ויתנו את עיסוק המוסד הרפואי בתיירות מרפא אבל זהו סעיף שאינו מחייב לא את השר ולא את המוסד הרפואי.

פרק ד' סעיף 21 – זהו סעיף דקלרטיבי הקובע שלא יעדיף המוסד המטפל תייר מרפא על מטופל שאינו תייר, באיכות, זמינות, הקצאת משאבים ושירותים נלווים – זה סעיף חשוב מאוד אך הוא חסר כל ערך ממשי שכן הוא אינו מפרט את המנגנונים שיבטיחו את השגתו ומדידתו.

פרק ד' סעיף 24 – הסעיף מטיל חובת דיווח על המוסד המטפל בנוגע לתפוסה במחלקות המטפלות בתיירי מרפא ועל זמינות השירותים הרפואיים הניתנים בשירות האמבולטורי והאשפוזי במוסד. אולם לא מצויינת התפוסה המסויימת שיכולה להוות מגבלה בפני טיפול בתיירי מרפא. למעשה אין בהצעת החוק הנדונה כל התייחסות למכסות והגבלה כמותית לפעילות תיירות רפואית – כמה תיירים רפואיים ניתן לקבל ברמת בית החולים, ברמת המחלקה וברמת הרופא המטפל. במציאות הנוכחית ישנם כיום תורים לשורה ארוכה של טיפולים ופרוצדורות רפואיות ומשרד הבריאות אף יוזם ומתקצב פרויקט לקיצור תורים. במציאות זו כל טיפול בתייר מרפא עשוי לגרום להארכת התורים לחולה הישראלי ולפגיעה בפרויקט הדגל של משרד הבריאות כיום לקיצור התור לחולה הישראלי ולהחזרת אמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית בישראל.

החוק אינו מגדיר שום תקרת הכנסה מפעילות מוסד במסגרת תיירות מרפא ביחס לסך כל הכנסות בית החולים מפעילות של חולים ציבוריים.

פרק ד' סעיף 25 – המוסד הרפואי הוא שמחליט על כמות המשאבים מתיירות מרפא שיועברו לחיזוק שאר השירותים שניתנים במוסד. אין בהצעת החוק כל ציון של כמות יחסית מההכנסות שאותן מתחייב בית החולים להעביר למערכת הציבורית. אנו סבורים שיש להקצות מראש אחוז מסויים מהכנסות מתיירות מרפא לשם כך. מעבר לכך, תיירות המרפא מהווה מנגנון נוסף להפליה לרעה של בתי החולים בפריפריה שאינם נהנים מהיקף גדול של תיירות מרפא, אם בכלל ואינם יכולים להתחרות בתחום זה עם בתי החולים במרכז. לכן יש להעביר חלק מההכנסות במסגרת תיירות המרפא לבתי חולים אלה.

פרק ד' סעיף 27 (א)(1) – קובע כי לא ינתן טיפול לתייר מרפא בשעות הפעילות הרגילות, אולם בהמשך הסעיף נאמר שניתן להתקין תקנות לגבי טיפולים שניתן לבצע בתיירי מרפא גם בשעות אלה. הסיפא של הסעיף עלולה לבטל למעשה את האיסור.

פרק ד' סעיף 27 (א)(2) – מצין כי במידה וינתן אישור מיוחד למוסד רפואי לבצע טיפולי תיירות מרפא בשעות העבודה הרגילות, המוסד יצטרך להראות כי כנגד שעות הטיפוליים בתיירי מרפא

מתבצעת תוספת מקבילה של שעות טיפולים במטופלים ישראלים. לא ברור כיצד סעיף זה יכול להתממש ויש חשש שלא ניתן יהיה "לפצות" את המטופלים הישראלים.

פרק ד' סעיף 27 (א)(3) – קובע כי מטפל לא יקבל תשלום גבוה יותר עבור טיפול בתיירי מרפא. אולם סעיף 27 (ג) מציין שהשר רשאי לקבוע הוראות תשלום מיוחדות למטופלים בתיירי מרפא, דבר שלמעשה מרוקן את סעיף 27 (א)(3) מתוכן.

במציאות של היום אחד המשאבים החסרים ביותר הם כוח אדם רפואי ועל פי הערכות משרד הבריאות החסר צפוי להחמיר. גם אם הטיפולים בתיירי המרפא יעשו מחוץ לשעות הרגילות הם עדין יבואו על חשבון המטופלים הישראלים מבחינת כוח האדם המטפל.

מעבר למה שנכתב עד כה, הניסיון בבתי החולים כמו הדסה ושערי צדק שגם עליהם חל איסור לבצע טיפולים פרטיים במסגרת שעות העבודה הרגילות, מדגים זליגה קבועה בהיקף משמעותי של פרוצדורות שנעשות במסגרת הפרטית אל שעות הפעילות של המערכת הציבורית. הדבר בא על חשבון המערכת הציבורית ומטופליה ומביא להארכת תורים במערכת הציבורית.

אין בהצעת החוק התייחסות לאופן קביעת התעריפים שעל פיהם יגבו הכנסות מהתיירות הרפואית – ביחס לתעריפי הטיפול בחולה הישראלי.

אין התייחסות לאיסור התחשבות ישיר בין תייר המרפא לרופא המטפל – חשוב מאד לאמץ גם כאן את העיקרון שהושת על פעילות בבתי חולים פרטיים הקובע שההתחשבות תתבצע אך ורק ישירות באמצעות בית החולים.

ישנו בהצעת החוק פרוט רב לגבי תנאי ההעסקה של סוכנים ושל אמצעים שנועדו להגן על תיירי המרפא והדברים חשובים, אבל חובת הדיווח של המוסד הרפואי לגבי פעילותו בתחום תיירות המרפא וההשלכות של פעילות זו על המטופלים במסגרת המערכת הציבורית חסרה פרוט. כמו כן חסר מאד פרוט המסביר כיצד ניתן למנוע מצבים של העדפת התייר על החולה הציבורי. אם לא נתרגם למדדים מדידים את עקרון העדר העדפת התייר על פנה החולה הציבורי התוצאה תהייה שתמיד יעדיפו את התייר שכן התשלום עליו לבית החולים או לרופא המטפל יותר גבוה מהתגמול לרופא או לבית החולים המטפלים בחולה הישראלי.

#### לסיכום:

במציאות שבה מצויה מערכת הבריאות הישראלית כיום, האינטרס הציבורי הוא חד משמעית איסור של תיירות מרפא כיוון שמדובר בפעילות שבהגדרה נעשית על חשבון זמינות האיכות

והנגישות לשירותי בריאות של החולה הישראלי. פעילות התיירות הרפואית תגדיל את היקף התורים ותעמיק את אי שוויון בין מרכז ופריפריה (כלכלית, חברתית וגיאוגרפית).

משרדי הבריאות והאוצר מצהירים על כוונתם להגביל את הרפואה הפרטית ולצמצם את זליגת משאבי המערכת הציבורית אל המערכת הפרטית וכבר נקטו במספר צעדים בכיוון זה. משרד הבריאות מנסה לעודד ולתגמל קיצור תורים. על רקע מגמות אלה קשה להבין כיצד המדינה תומכת בקיום והרחבת תיירות מרפא בבתי החולים הציבוריים – מגמה הפוכה למדיניות המוצהרת של משרדי האוצר והבריאות.

בברכה,

ברברה סבירסקי	עו"ד דבי גילד חיו	פרופ' דני פילק
מנהלת	האגודה לזכויות האזרח	חבר הוועד המנהל
מרכז אדוה		רופאים לזכויות אדם

פרופ' גבי בן נון	פרופ' נדב דוידוביץ
המחלקה לניהול מערכות בריאות	ראש המחלקה לניהול מערכות בריאות
אוניברסיטת בן גוריון	אוניברסיטת בן גוריון
	חבר הוועד המנהל
	רופאים לזכויות אדם

ענת ליטוין  
רופאים לזכויות אדם