

# חוות דעת כלכלית בעניין: אסדרת ענף התיירות הרפואית בישראל

ד"ר רועי שלם וד"ר טל מופקדי  
יולי 2018

## תמצית חוות הדעת ומסקנותיה

ענף התיירות הרפואית במדינת ישראל הוא ענף מצליח, בהשוואה בינלאומית. חלק מהצלחתו הוא חייב לחברות תיירות המרפא, המעסיקות אלפי עובדים בישראל, אשר להן תפקידים חשובים בהגדלת הכנסות המדינה מהענף ובעזרה לתיירים הרפואיים להתמודד עם הקשיים הפרוצדורליים, הבירוקרטיים, התרבותיים, וההתמצאות במערכת הבריאות הישראלית, תוך הנעמת זמנם במהלך השהות בישראל. תפקידיהן הראשיים הם: בשיווק התיירות הרפואית בישראל, לרבות שיווק יתרונות הרפואה הישראלית והשירות; תיאום וקישור בין הליכים רפואיים וגורמים שונים במערכת הבריאות, כגון התקשרות עם מספר מוסדות רפואיים, וסיוע בנושאים טכניים (כגון שירותי תרגום), ובירוקרטיים (כגון טיפול במסמכים) מול המוסדות הרפואיים; ליווי וסיוע לתייר הרפואי החל מההתקשרות עמו ומול המוסד הרפואי, קליטתו בארץ (כגון דאגה למגורים), ליווי במהלך ההליך הרפואי ועד לחזרתו לארץ המוצא, וכן בהמשך הקשר לאחר הטיפול; ותיאום פעילויות פנאי נלוות ומשלימות – בפרט כאשר תייר המרפא מוציאים במוצא יותר מפי 3 מתיירים אחרים. ניתן לומר עליהן כי הן משמשות מעין קופת-חולים עבור התייר הרפואי, ומאפשרות להתגבר על קשיחיות במערכת הבריאות, כגון ויסות עומסים.

תחום התיירות הרפואית מציב אתגרים בפני המאסדר: ראשית, יש צורך לדאוג לכך שהתייר הרפואי יקבל שירות רפואי טוב והוגן. שנית, האתיקה הרפואית בטיפול בתיירי המרפא והנהלים לכך צריכים להיות ברורים ויש לבצע עליהם איכפה. שלישית, יש צורך בניהול עומסי מערכת הבריאות, כך שהתיירות הרפואית תסייע לשיפור השירות הרפואי לאזרח הישראלי, ולא תפגע בשירות שהוא מקבל. רביעית, עבור כל היקף של תיירות רפואית, האינטרס של המדינה הוא להגדיל ככל הניתן את ההכנסות משירותים הניתנים לתייר הרפואי ומלווייו, בדרך שתהיה אתית ולא תרמיתית. חשוב לזכור כי ההכנסה העודפת מייצוא שירותים לאותם תיירים היא למעשה המוטיבציה העיקרית למדינה לקדם את תחום התיירות הרפואית – בדומה למוטיבציה של המדינה לקדם את תחום התיירות בכלל.

על פי התרשמותנו ככלכלנים, הצעת החוק היא טובה וחשובה, ומאסדרת את המחויבות האתית והמוסרית של המדינה כלפי התייר הרפואי וכלפי המטופלים הישראלים, אשר עשויים להיות מושפעים מהתיירות הרפואית. בתחומים אלו הצעת החוק מבצעת צעדים חשובים וחיוניים, אשר את חלקם ניתן היה אפילו לחזק עוד יותר על מנת לקבע את הסטנדרטים הגבוהים ביותר. רוב התיקונים בה ראויים מבחינה כלכלית, וסביר כי יביאו לשיווי משקל שיביא לידי ביטוי טוב יותר את האינטרסים של מדינת ישראל ושל התייר הרפואי.

למרות זאת, שתי סוגיות בהצעת החוק צפויות להביא לשיווי משקל כלכלי גרוע יותר, מבחינת מדינת ישראל: הפרדת החשבונות ופיקוח המחיר. כלכלית, סוגיות אלו צפויות לפגוע בחברות התיירות הרפואיות. הפגיעה בהכנסותיהן של חברות התיירות הרפואיות צפויה להביא לשיווי משקל חדש שבו תוותרנה פחות חברות תיירות רפואית בענף, ולכן תפחת בו התחרות. ההשלכות הצפויות מכך הן כדלהלן: השיווק שעושות חברות התיירות הרפואיות צפוי לקטון משמעותית, ובהתאם צפויה לקטון כמות התיירים הרפואיים בישראל; צפויה להיגרם ירידה באיכות השירות שמציעות חברות התיירות הרפואיות; יהיה קושי לתייר הרפואי בתכלול מספר נותני שירותי הרפואה, והמודולריות בחבילות המרפא תפגע; יפגע היקף ההכנסות של המדינה מיצוא שירותים; שיווי המשקל החדש צפוי להרע באופן יחסי יותר את מצבם של בתי-החולים הממשלתיים; צפויה להיגרם פגיעה כלכלית במוסדות הרפואיים הקטנים והפריפריאליים, התלויים ביכולת השיווק של חברות התיירות הרפואיות; האיסור של תיירים רפואיים לפנות לרופאים פרטיים בודדים צפוי לפגוע ביכולת השימור של רופאים בישראל. לסיכום, אם כך, מוצע להחמיר את הדרישות מחברות התיירות הרפואיות ואת הפיקוח על העוסקים בענף, על מנת לחזק את ההיבטים האתיים הקשורים לתיירות רפואית. יחד עם זאת מומלץ לוותר על הפרדת החשבונות ופיקוח המחיר, להשגת תוצאות טובות יותר מבחינת התייר הרפואי, ויסות עומסים במערכת הבריאות והכנסות המדינה ממיסים.

## תוכן עניינים

|           |                                                                        |    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1.</b> | <b>השכלתם וניסיונם המקצועי של כותבי חוות הדעת</b>                      | 6  |
|           | אי-תלות                                                                | 10 |
| <b>2.</b> | <b>רקע</b>                                                             | 11 |
|           | 2.1 מבוא                                                               | 11 |
|           | 2.2 השאלות והסוגיות בהן נתבקשנו לדון במסגרת חוות דעת זו                | 11 |
|           | 2.3 מקורות המידע                                                       | 12 |
| <b>3.</b> | <b>תיירות רפואית בישראל ואסדרתה</b>                                    | 14 |
|           | 3.1 הגדרות: תיירות רפואית ותיירות מרפא                                 | 14 |
|           | 3.2 תיירות רפואית בישראל                                               | 15 |
|           | 3.2.1 מוקדי פעילות התיירות הרפואית וסוגי התיירים                       | 16 |
|           | 3.2.2 היקף ומקורות תיירי המרפא בישראל                                  | 17 |
|           | 3.2.3 פילוח מספר התיירים הרפואיים בקופ"ח כללית לפי מוסד                | 19 |
|           | 3.2.4 היקף הפעילות הכספית של התיירות הרפואית בישראל                    | 21 |
|           | 3.3 חברות תיירות רפואית (חת"ר)                                         | 28 |
|           | 3.3.1 ערוצי פעולה ותפקידי החברות לתיירות רפואית                        | 28 |
|           | 3.3.2 מודל הכנסות של חברות תיירות רפואית                               | 32 |
|           | 3.3.3 קיימת תחרות עזה בתחום התיירות הרפואית ובין חברות התיירות הרפואית | 32 |
|           | 3.4 יתרונות וחסרונות בתיירות רפואית                                    | 34 |
|           | 3.4.1 היתרונות בתיירות הרפואית                                         | 35 |
|           | 3.4.2 החסרונות בתיירות הרפואית                                         | 38 |
|           | 3.5 מטרות האסדרה הנוכחית של תחום התיירות הרפואית                       | 40 |
| <b>4.</b> | <b>השפעות כלכליות שליליות צפויות מהצעת החוק</b>                        | 43 |
|           | 4.1 היתרונות של חברות תיירות רפואית                                    | 43 |
|           | 4.2 ההשפעה הצפויה של הפרדת החשבונית על חברות תיירות רפואית             | 46 |
|           | 4.3 ההשפעה הצפויה של פיקוח המחיר על חברות תיירות רפואית                | 50 |
|           | 4.4 ההשפעה הצפויה של הצעת החוק על ענף התיירות הרפואית                  | 51 |
| <b>5.</b> | <b>אסדרה אלטרנטיבית מוצעת לתיירות הרפואית</b>                          | 54 |
|           | 5.1 תיירות רפואית – שוק, רגולציה ומניסיונם של אחרים                    | 54 |
|           | 5.2 קוד אתי בשיתוף ההסתדרות הרפואית                                    | 58 |
|           | 5.3 תכניות טיפול על ידי רופאים בעלי רישיון ישראלי                      | 59 |

- 5.4 הכשרות ומתן רישיון.....60
- 5.5 קביעת סטנדרט שירות מחייב מינימלי.....61
- 5.6 סיכום – היתרונות הצפויים של האסדרה האלטרנטיבית.....62
- 6. נספחים:.....64**
- נספח א': פרסומי תיירות רפואית של בתי"ח ישראלים בערוץ הישיר.....64

## טבלאות

- טבלה 1: היקף התיירים הרפואיים בבתי-החולים של כללית שירותי בריאות 2013-2016.....19
- טבלה 2: שיעור המטופלים בתיירות רפואית מכלל המטופלים בסיווג הרלוונטי באותה השנה במוסדות הכללית 2013-2016.....21
- טבלה 3: הכנסות מוסדות רפואיים ממשלתיים מתיירות רפואית 2010 – 2016.....22
- טבלה 4: שינוי הכנסות שנתי מתיירות רפואית במוסדות רפואיים ממשלתיים 2011 - 2016.....22
- טבלה 5: הכנסות מוסדות רפואיים של הכללית מתיירות רפואית 2010 - 2016.....23
- טבלה 6: שינוי הכנסות שנתי מתיירות רפואית במוסדות הכללית 2011 - 2016.....23
- טבלה 7: דירוג ישראל בתיירות רפואית מול מדינות מתחרות.....34
- טבלה 8: מדגם פערי תעריפים לשירותי אשפוז ואמבולטוריים בין תייר רפואי לאזרחי ישראלי.....35
- טבלה 9: ניסיונות אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל (רשימה חלקית).....40
- טבלה 10: הערכות שונות ביחס לגודל שוק התיירות הרפואית העולמית.....55
- טבלה 11: דוגמה לחובותיו של מבקש רישיון בענף הביטוח, השיווק והייעוץ.....60

## תרשימים

- תרשים 1: אילוסטרציה לגורמים השונים המושפעים מתעשיית התיירות הרפואית.....16
- תרשים 2: אומדן מספר תיירי המרפא לפי מדינה מנתוני סקר משרד התיירות בשנת 2016.....18
- תרשים 3: שיעור תיירי המרפא מתיירי המדינה ומסה"כ תיירי המרפא, בשנת 2016.....18
- תרשים 4: מספר המטופלים במסגרת תיירות רפואית, לפי מוסד רפואי של הכללית.....20
- תרשים 5: הכנסה לתייר רפואי במוסדות הרפואיים של הכללית בשנים 2013 - 2016.....24
- תרשים 6: היקף ההכנסות מתיירות רפואית בבת-חולים ממשלתיים ושל הכללית 2005 - 2016.....25
- תרשים 7: הוצאה ממוצעת של תיירים בישראל על-פי מטרת הביקור בשנת 2016.....26
- תרשים 8: הוצאות תיירי מרפא בישראל בהשוואה לתיירים למטרות אחרות בשנת 2016.....27
- תרשים 9: מיפוי ממשקי הפעולה של חברת תיירות רפואית (חת"ר) עם התייר הרפואי.....31
- תרשים 10: מודל הכנסות של חברת תיירות רפואית באמצעות מסלול גבייה "עקיפה".....32
- תרשים 11: מודל הכנסות של חברת תיירות רפואית באמצעות מסלול גבייה "ישירה".....32
- תרשים 12: אשפוז תיירים רפואיים לפי מחלקה.....46

## 1. השכלתם וניסיונם המקצועי של כותבי חוות הדעת

**ד"ר טל מופקדי** – שותף מייסד בחברת נומריקס ייעוץ כלכלי ומימוני, מרצה לכלכלה ולמימון באוניברסיטת ת"א ובמוסדות אקדמיים נוספים בארץ ובעולם. מומחה בנושאי מימון, וכלכלה ובעל מומחיות ייחודית בתעשיית התרופות.

### השכלה

|      |                    |                                                   |
|------|--------------------|---------------------------------------------------|
| 2013 | אוניברסיטת תל-אביב | PhD (דוקטורט) בכלכלה (מיקרו-כלכלה וכלכלה פיננסית) |
| 2006 | אוניברסיטת תל-אביב | MA בכלכלה בהצטיינות במסלול המחקרי                 |
| 2004 | אוניברסיטת תל-אביב | MBA במנהל-עסקים בהצטיינות בהתמחויות שיווק ומימון  |
| 2001 | אוניברסיטת תל-אביב | BA בכלכלה וניהול בהצטיינות                        |

### ניסיון מקצועי באקדמיה

- [2014 - כעת] מנהל משותף של פורום הגבלים עסקיים ורגולציה באוניברסיטת תל-אביב.
- [2007 - כעת] מרצה בפקולטה לניהול באוניברסיטת תל-אביב לקורסים מתקדמים במימון, מסלול ה- MBA: תורת ההשקעות וניתוח ניירות ערך, אופציות וחוזים עתידיים, יסודות המימון, הערכת שווי חברות, הנדסה פיננסית והסדרי חוב.
- [2008 - כעת] מרצה במרכז הבינתחומי בהרצליה לקורסים מתקדמים במימון: יסודות המימון, תורת ההשקעות וניתוח ניירות ערך, מימון חברות, הנדסה פיננסית, מימון בינלאומי וניהול סיכונים בינלאומי.
- [2006 - כעת] מרצה בבית הספר לכלכלה באוניברסיטת תל-אביב לקורס שווקי המט"ח והשפעתם על המשק ויסודות הכלכלה.
- [2015 - כעת] מרצה אורח לקורס מתקדם במימון – Financial Modeling – באוניברסיטאות מובילות בחו"ל: Tallinn University of Technology, Copenhagen Business School, Nagoya University of Commerce and Business, Amsterdam Business School, Vienna University of Economics and Business.
- [2012 - 2013] Assistant professor of finance בבית הספר Kellogg למנהל עסקים של אוניברסיטת Northwestern בארה"ב לקורסים מתקדמים במימון למסלול ה- MBA: International finance - I Corporate finance. (עוזר הוראה בין השנים 2008-2011).
- [2004 - 2012] מרצה במכללת "מגמות" בקורסי הכרות עם שוק ההון (לקהל הרחב) ובקורסי הכנה לבחינות הרשות לניירות ערך: סטטיסטיקה ומימון, מקצועית א', מקצועית ב'.

### ספרים

- [2017] "Principle of Finance with Excel 3<sup>rd</sup> edition" (עם פרופסור שמעון בנינגה). הוצאת Oxford University Press.
- [2013] "המדריך להערכת שווי חברות" (עם ערן בן-חורין וניר יוסף). הוצאת פרובוק-דיונון. הספר זמין גם בכתובת האינטרנט [www.valuation.co.il](http://www.valuation.co.il).

## ניסיון מקצועי נוסף

- [2012 - כעת] שותף מייסד בחברת נומריקס ייעוץ כלכלי ומימוני, המספקת מענה מקיף לבעיות מורכבות הדורשות מגוון רב-תחומי של מומחיות בתחומי כלכלה, מימון וחשבונאות:
- חוות דעת כלכליות לתביעות משפטיות (כולל שימוש במחקרי אירוע).
  - הערכות שווי חברות, כדאיות עסקאות והסכמי אי-תחרות. לרבות הערכות שווי לדוחות כספיים כגון PPA ו-Impairment.
  - הערכת שווי נגזרים, הלוואות, אופציות, מניות בכורה וכו'.
  - מבחני חלוקת דיבידנד, מימון דק והערכת איתנות פיננסית של חברות.
  - ניהול סיכונים ותיקוף מודלים.
  - ניתוח עלויות פנימיות בחברות וקביעת מדיניות תמחור אופטימאלית.
- [2006 - 2012] ראש צוות ייעוץ כלכלי ופיננסי בשיתופי פעולה עם פרופסורים בכירים.
- [2008 - 2011] חבר ועדת השקעות ומנהל תיק ההשקעות במכון לחקר עסקים באוניברסיטת ת"א.
- [2001 - 2006] אנליסט עסקי בכיר במחלקת פיתוח עסקים – אגיס בע"מ (היום פריגו בע"מ).

**ד"ר רועי שלם** – שותף מייסד בחברת נומריקס ייעוץ כלכלי ומימוני, מרצה לכלכלה ולמימון באוניברסיטת ת"א ובמוסדות אקדמיים נוספים. מומחה בנושאי הגבלים עסקיים ורגולציה כלכלית.

## השכלה

|      |                         |                                               |
|------|-------------------------|-----------------------------------------------|
| 2010 | אוניברסיטת תל-אביב      | PhD (דוקטורט) בכלכלה                          |
| 2007 | Northwestern University | Fulbright Visiting Scholar                    |
| 2002 | אוניברסיטת תל-אביב      | MA בכלכלה בהצטיינות, בהתמחות של כלכלה פיננסית |
| 1998 | אוניברסיטת תל-אביב      | BA בכלכלה וניהול בהצטיינות                    |

## ניסיון מקצועי באקדמיה

- [2014 - כעת] מנהל משותף של פורום הגבלים עסקיים ורגולציה באוניברסיטת תל-אביב.
- [2010 - כעת] מרצה בבית הספר למנהל עסקים באוניברסיטת תל-אביב לתלמידי תואר שני במסלול ה-MBA בקורסים שונים: ארגון תעשייתי, הסדרי חוב ומבוא למימון.
- [2012 - כעת] מרצה בקורס הגבלים עסקיים ורגולציה כלכלית (מדיניות מיקרו-כלכלית) לתלמידי תואר ראשון בכלכלה באוניברסיטת תל-אביב ובמרכז הבינתחומי בהרצליה.
- [2013 - 2015] מרצה בקורסים כלכלת ביטוח ומימון חברות לתואר שני בכלכלה במכללה למנהל.
- [2011] מרצה בקורס סוגיות בכלכלה יישומית בבית הספר לכלכלה באוניברסיטת תל-אביב.
- [2006 - 2009] עוזר מחקר לפרופ' יוסי שפיגל ופרופ' קונרד שטהל.
- [2002 - 2007] עוזר הוראה בבית הספר למנהל עסקים ובית הספר לכלכלה באוניברסיטת תל-אביב במגוון קורסים: תורת המשחקים וכלכלת אינפורמציה, תיאוריה מיקרו כלכלית, חשבונאות לכלכלנים, נושאים בכלכלת ישראל, ניהול פיננסי מתקדם.
- [2000] עוזר הוראה בקורס תפעול הייצור (תפ"י) במכללה האקדמית תל-אביב יפו.

## ניסיון מקצועי נוסף

- [2012 - כעת] שותף מייסד בחברת נומריקס ייעוץ כלכלי ומימוני, המספקת מענה מקיף לבעיות מורכבות הדורשות מגוון רב-תחומי של מומחיות בתחומים כלכלה, מימון וחשבונאות:
- ניתוח כלכלי של היבטי תחרות ורגולציה.
  - חוות דעת כלכליות להליכים משפטיים.
  - הערכות שווי חברות, נגזרים ומכשירים פיננסיים מורכבים, לרבות חוב.
  - ניהול סיכונים לחברות ובפרויקטים ותיקוף מודלים עבור מוסדות בנקאים.
  - יישומים של פתרונות מתחום תורת המשחקים, לרבות ניתוח מכרזים.
- [2009 - 2012] במשך 3.5 שנים מנהל (Manager) בחברת הייעוץ הכלכלי גיזה זינגר אבן. מנהל צוות כלכלנים. ראש תחום כלכלה יישומית, כולל אחריות על נושאי ההגבלים העסקיים והרגולציה, וכתובת חוות דעת מומחה שהוגשו לבית המשפט (לרבות מתן עדות בבית המשפט). חוות דעת כלכליות לדוחות כספיים של חברות ציבוריות ואחרות.
- [2000 - 2005] קצין מטה במדור ניתוחים כלכליים ושכר במחלקת תקציבים ובקרה באגף הטכנולוגיה והלוגיסטיקה (אט"ל) במטה הכללי של צה"ל. התפקיד כלל ניהול תקציב השכר באט"ל, בהיקף של מיליארדי שקלים בשנה; ניתוחים כלכליים חוצי ארגון; הנחיה וביקורת על כלל הניתוחים הכלכליים של כלכלני אט"ל; ופיתוח של תוכנות שונות בתחום ניהול תקציב. בוגר בה"ד 1 (בית הספר לקצינים). אות מצטיין אלוף.
- [1999 - 2000] ראש צוות פיתוח ב-R.E.L.S., בית תכנה לכלים פיננסיים ממוחשבים ותוכנות ניהול.

## דוגמאות נבחרות מניסיון בתחומי רגולציה, ניתוח שווקים וייעוץ לממשלה

| העבודה שבוצעה                                                                                                                                                | שנה  | הלקוח לו ניתן השירות                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------|
| ליווי בנק הפועלים מול ועדת החקירה הפרלמנטרית להתנהלות המערכת הפיננסית בהסדרי אשראי ללווים עסקיים גדולים                                                      | כיום | בנק הפועלים                                 |
| מתודולוגיה כלכלית לקביעת תעריפי שעת עבודה לתעשיות הביטחוניות                                                                                                 | כיום | משרד הביטחון                                |
| ליווי כלכלי והצגה בשימוע של רשות ההגבלים העסקיים:                                                                                                            | 2017 | מחצבות כפר גלעדי                            |
| מתודולוגיה להגדרת ריכוזיות גיאוגרפית בענף המחצבות לחציבת אגרגטים                                                                                             | 2017 | איגוד הבנקים                                |
| חוות דעת כלכלית בעניין תעריפי הארנונה של הבנקים                                                                                                              | 2016 | מכון אהרן למדיניות כלכלית                   |
| מחקר: היבטים כלכליים לקביעת מדיניות להסדרי חוב קונצרני בישראל                                                                                                | 2016 | חברה פיננסית                                |
| חוות דעת כלכלית בשאלת הגדרת השוק הרלוונטי ואומדן נתחי השוק (לצורך פטור סוג)                                                                                  | 2016 | בנק הפועלים                                 |
| חוות דעת כלכלית בעניין האיסור על הנפקת כרטיסי אשראי בנקאיים (לשימוע של הוועדה להגברת התחרותיות בשירותים הבנקאיים והפיננסיים הנפוצים בישראל)                  | 2016 | חברת ביטוח                                  |
| חוות דעת כלכלית בשאלת קיום בעל מונופולין (במסגרת אכיפה פנימית)                                                                                               | 2016 | שטראוס                                      |
| חוות דעת כלכלית לבית המשפט בשאלת קביעת מחיר בלתי הוגן על ידי בעל מונופולין                                                                                   | 2016 | מכון אהרן למדיניות כלכלית                   |
| מחקר: רגולציה של מחירי הגז הטבעי בישראל                                                                                                                      | 2016 | משרד האוצר                                  |
| חוות דעת למשרד האוצר לעדכון דו"ח סוארי ומתודולוגיית קביעת המחירים בפיקוח (בשיתוף עם חברת KPMG)                                                               | 2015 | יצרן מזון גדול                              |
| בחינה כלכלית של חוזים ועמידתם בפטורי סוג שונים בתחום ההגבלים העסקיים (self-assessment)                                                                       | 2014 | בנק הפועלים                                 |
| עבודות שונות בנושא רגולציה בבנקאות ובשוק ההון                                                                                                                | 2014 | לשכת סוכני הביטוח                           |
| חוות דעת כלכלית בנושא אסדרת שוק הביטוח והחסכון ארוך הטווח                                                                                                    | 2014 | דליה אנרגיות כוח                            |
| חוות דעת כלכלית בנושא אסדרה של תעריפים מערכתיים במשק החשמל                                                                                                   | 2013 | בזק החברה הישראלית לתקשורת                  |
| חוות דעת בנושא מחיר ההון במשוקלל הראוי לבזק במסגרת קביעת דמי הקישוריות (נעשתה עם פרופ' שמעון בנינגה)                                                         | 2013 | דליה אנרגיות כוח                            |
| חוות דעת כלכלית המתייחסת לשימוע של רשות החשמל "קביעת הסדרים תעריפיים ליצירת תנאים לתחרות" (נעשתה עם פרופ' דניאל צ'מנסקי)                                     | 2013 | שיש אלוני                                   |
| חוות דעת לניתוח השפעות תחרותיות של הסדר בענף השיש                                                                                                            | 2014 | משרד האנרגיה                                |
| מידול כלכלי של תכנית האב למשק האנרגיה (כקבלן משנה של חברת תהל)                                                                                               | 2012 | רשת קמעונאית גדולה                          |
| חוות דעת לניתוח תחרותי של ענף המזון לאור ועדת קדמי בנושא (נעשתה עם פרופ' חיים פרשטמן)                                                                        | 2012 | בזק החברה הישראלית לתקשורת                  |
| חוות דעת כלכלית בנושא סירוב בזק לאספקת שירותי תמסורת למתחרות (נעשתה עם פרופ' חיים פרשטמן)                                                                    | 2012 | מינהל מקרקעי ישראל                          |
| דוח הבחון הכנסת שיקולי תחרות בשיווק קרקעות מדינה על ידי מינהל מקרקעי ישראל (נעשה עם פרופ' אבי וייס)                                                          | 2011 | אלוני חץ נכסים והשקעות                      |
| חוות דעת בנושא השלכות יישום המלצות הביניים של הוועדה להגברת התחרותיות במשק (נעשתה עם פרופ' אבי וייס)                                                         | 2011 | דלק קידוחים                                 |
| חוות דעת כלכלית הבוחנת את שאלת קיומו של הסדר כובל בהחזקת דלק במאגר הגז הטבעי לוויתן"                                                                         | 2011 | לאומי קארד                                  |
| חוות דעת לבית הדין להגבלים עסקיים בסוגיית שיעור העמלה הצולבת הנורמטיבית של חברת לאומי קארד לאור הרגולציה שאושרה על ידי בית הדין (נעשתה עם פרופ' חיים פרשטמן) | 2011 | דואר ישראל                                  |
| חוות דעת מומחה עבור חברת דואר ישראל בעניין המחיר המפוקח של הבול היחידני                                                                                      | 2011 | הראל חברה לביטוח                            |
| חוות דעת בנושא תחרות בשוק הביטוח הסיעודי (נעשתה עם פרופ' אבי וייס)                                                                                           | 2011 | נתיבי הגז הטבעי לישראל (נתג")               |
| חוות דעת בנושא משק הגז בישראל – אתגרים ודרכי התמודדות (הוצגה לד"ר עוזי לנדאו, שר האנרגיה והמים)                                                              | 2011 | פורום מנהלי ההסדרים הפנסיוניים (לשכת המסחר) |
| חוות דעת בנושא תיקון סעיף 20 בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים במסגרת התוכנית להגברת התחרות בשוק הפנסיוני (נעשתה עם פרופ' חיים פרשטמן)                         | 2011 | ארקיע קווי תעופה ישראליים                   |
| חוות דעת בנושא בחינת מחירים טורפניים בקווי תעופה פנים-ארציים (נעשתה עם פרופ' אבי וייס)                                                                       | 2011 | דור אלון                                    |
| חוות דעת בנושא קביעת המחיר המפוקח של בנזין 95 אוקטן בתחנות הדלק לאור שינוי שיטת הרגולציה על פיקוח המחירים                                                    | 2011 | קניאל תעשיות אריזה ולגין אריזות מזון        |
| חוות דעת כלכלית לבית הדין להגבלים עסקיים בנושא השפעות תחרותיות של אישור עסקת מיזוג (נעשתה עם פרופ' חיים פרשטמן)                                              | 2011 | שיש אלוני                                   |
| ניתוח כלכלי של השפעות תחרותיות של מיזוג חברות בתחום מוצרי גמר לבניה (נעשתה עם פרופ' אבי וייס)                                                                | 2010 | ועדת טרכטנברג (בהתנדבות)                    |
| סיוע ל"ועדת טרכטנברג", בפרק "תחרותיות ויוקר המחיה"                                                                                                           | 2010 | אלקטרה מוצרי צריכה למיני-ליין               |
| חוות דעת בנושא השפעות תחרותיות של מיזוג בין אלקטרה מוצרי צריכה למיני-ליין (נעשתה עם פרופ' חיים פרשטמן)                                                       | 2010 | דלק קידוחים                                 |
| חוות דעת בנושא שינוי שיטת קביעת תמלולי נפט וגז טבעי ("ועדת ששינסקי")                                                                                         | 2010 | סלקום ישראל                                 |
| חוות דעת בנושא השפעת הפחתת דמי הקישוריות על התחרות בשוק הסלולר - תנאים הכרחיים למערכת מחירי טלפוניה נידת יציבים ו- CallBack (נעשתה עם פרופ' חיים פרשטמן)     | 2010 | פרטנר תקשורת                                |
| חוות דעת לטביעה ייצוגית על השפעות תחרותיות של מחירי הודעות SMS נכנסות (נעשתה עם פרופ' חיים פרשטמן)                                                           | 2010 | דלק תשתיות                                  |
| חוות דעת בנושא השפעות תחרותיות של כניסת קבוצת דלק לתחום ייצור החשמל (נעשתה עם פרופ' אבי וייס)                                                                | 2010 |                                             |

## אי-תלות

נבקש לציין כי אין לנו כל קשר או תלות במזמיני העבודה או במי מטעמם, במישרין או בעקיפין. שכר הטרחה בגין הכנת חוות דעת זו, כפי שסוכם בינינו ובין מזמיני העבודה, הינו קבוע מראש ואינו מותנה במישרין או בעקיפין בהצלחה.

ד"ר טל מופקדי

ד"ר רועי שלם

04/06/2018

04/06/2018

## 2. רקע

### 2.1 מבוא

1. לאורך שנים רבות נעשו ניסיונות לאסדר את תחום התיירות הרפואית בישראל, על מנת לאפשר למדינה ליהנות מההשלכות החיוביות של התיירות הרפואית ולמנוע את ההשלכות השליליות שלה.
2. ניסיון האסדרה הנוכחי החל במרץ 2017, אז עברה בקריאה ראשונה הצעת חוק תיירות מרפא, התשע"ז-2017 (להלן: "**הצעת החוק**"). מטרת העל של הצעת חוק, כפי שהן מצוינות בה, הן שמירה על המטופל הישראלי; חיזוק מערכת הבריאות הציבורית; והבטחת טיפול מקצועי ואתי לתייר הרפואי.
3. נתבקשנו על ידי האגודה הישראלית לתיירות רפואית (מרפא), שבאיגוד לשכות המסחר, לחוות את דעתי המקצועית הנוגעת להיבטים הכלכליים של האסדרה המתגבשת בתחום תיירות המרפא (ובפרט התיירות הרפואית) בישראל, תוך התמקדות בנושאי הפרדת החשבוניות הרפואיות והשירותים המשלמים והאפשרות לפיקוח מחירים ביחס לתמורה שמשולמת לסוכן תיירות רפואית.

### 2.2 השאלות והסוגיות בהן נתבקשנו לדון במסגרת חוות דעת זו

4. נתבקשנו לחוות דעתנו, מבחינה כלכלית, על אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל, ביחס לשתי סוגיות העולות מהצעת החוק:
  - (א) הכוונה למסור לתייר הרפואי חשבון מפורט לגבי הסכומים השונים של השירותים המוצעים לו, דהיינו להפריד בין עלויות שירותי הרפואה לחבילה המשלימה שחברת תיירות רפואית מציעה לו (להלן: "**מדיניות הפרדת חשבוניות**" או "**הפרדת חשבוניות**").<sup>1</sup>
  - (ב) הכוונה לקבוע מגבלה אפשרית למחיר שחברת תיירות רפואית יכולה לקבוע על חבילת השירותים המשלימים שהיא מציעה לתייר הרפואי (להלן: "**מדיניות פיקוח מחירים פוטנציאלי**" או "**פיקוח מחירים פוטנציאלי**").<sup>2</sup>
5. נציין כי לאגודה הישראלית לתיירות רפואית (מרפא) יש גם הסתייגויות עקרוניות משני נושאים נוספים, אשר במהותם אינם כלכליים, אלא רפואיים / מקצועיים:

<sup>1</sup> סעיפים 17(א)(5), 17(א)(6) ו-19(א) להצעת החוק.

<sup>2</sup> סעיף 72(ב)(2) להצעת החוק.

(א) מי יכול לעסוק במקצוע תיווך בתיירות רפואית – האגודה סבורה כי יש צורך להחמיר עוד יותר את התנאים שבהצעת החוק, ובפרט לדרוש תכנית הכשרות ובחינות, על מנת להפוך אותו למקצוע – בדומה לסוכני ביטוח ומתווכים אחרים.

(ב) התנהלות חברות תיירות המרפא – האגודה סבורה כי יש להטיל על חברות תיירות המרפא חובת התנהלות בהתאם לקוד האתי שנכתב בשיתוף עם ההסתדרות הרפואית. כמו כן, יש חובה לאפשר רק לרופא בעל רישיון ישראלי לכתוב הצעת מחיר/תכנית טיפולים.

שני הנושאים הללו מבקשים להחמיר עוד יותר את האסדרה והפיקוח על חברות התיירות הרפואית, על מנת להבטיח את התנהלותן התקינה והאתית. כאשר אלו יבוצעו, יתייתר הצורך במדיניות הפרדת חשבונות ופיקוח מחירים פוטנציאלי. לכן, נושאים אלו יובאו בהמשך חוות הדעת כהצעה לאסדרה אלטרנטיבית.

## 2.3 מקורות המידע

6. מקורות המידע העיקריים עליהם הסתמכנו בכתיבת חוות הדעת הינם:
  - א. דוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית - התשע"ה – 2014.
  - ב. משרד האוצר – אגף שכר והסכמי עבודה, מרץ 2018, "דין וחשבון על הוצאות השכר בשירות המדינה, בגופי הבטחון ובשירות בתי הסוהר לשנת 2016".
  - ג. הצעת חוק תיירות מרפא, התשע"ז-2017.
  - ד. "פרוטוקול וועדת משנה תיירות מרפא 21/10/13", משרד הבריאות.
  - ה. מצגת "תיירות רפואית ממצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014.
  - ו. דוחות סקר תיירות נכנסת של משרד הבריאות לשנים 2016 – 2017.
  - ז. דוח פיננסי של משרד הבריאות, המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים, לשנת 2015.
  - ח. חוזר מינהל רפואה 51/2013 מדצמבר 2013 בנושא "שירות פרטי במסגרת תיירות מרפא".
  - ט. הערכת משרד הבריאות של הצעת החוק התיירות הרפואית, התשע"ו-2016.
  - י. דוחות הכספיים ודיווחי תאגידי הבריאות ליחידת הבקרה על תאגידי הבריאות בחשבות משרד הבריאות בין השנים 2009 – 2015.
  - יא. מרכז המחקר והמידע של הכנסת, "תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית", 6 בספטמבר 2017.

יב. מרכז המידע והמחקר של הכנסת, "הסדרת תחום התיירות הרפואית בארץ ובעולם", 2 באוגוסט 2010.

יג. מרכז המידע והמחקר של הכנסת, "נתונים על התיירות הרפואית בישראל", 22 בדצמבר 2013.

יד. מרכז המידע והמחקר של הכנסת, "תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית", 6 בספטמבר 2017.

טו. הדוח השנתי של הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון לשנת 2012.

טז. גבאי רותם, "אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל", עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית, האוניברסיטה העברית בירושלים, 31/12/2014.

יז. Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall and Russell Mannion, "Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review", OECD.

יח. Kahneman, D. (1979). Prospect theory of decisions under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.

יט. Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458.

כ. Grinblatt, M., & Han, B. (2005). Prospect theory, mental accounting, and momentum. *Journal of financial economics*, 78(2), 311-339.

כא. Shefrin, H., & Statman, M. (1985). The disposition to sell winners too early and ride losers too long: Theory and evidence. *The Journal of finance*, 40(3), 777-790.

כב. Thaler, R. H. (1985). Mental accounting and consumer choice. *Marketing Science* 4, 199-214.

כג. Thaler, R. H. (1999). Mental accounting matters. *Journal of Behavioral decision making*, 12(3), 183.

כד. Florența Larisa ILE, Gabriela ȚIGU, Medical tourism market trends - an exploratory research.

כה. מקורות נוספים שונים, מקומיים ובינלאומיים, של מידע ציבורי, כמפורט בגוף חוות הדעת.

## 3. תיירות רפואית בישראל ואסדרתה

### 3.1 הגדרות: תיירות רפואית ותיירות מרפא

7. תיירות רפואית היא פעילות שבה מטופל פוטנציאלי בוחר, באופן מתוכנן, לקבל טיפול רפואי במוסד רפואי במדינה אחרת שאינה מדינתו.

8. נהוג להבחין בין "תיירות רפואית" (Medical Tourism) לבין "תיירות מרפא" (Healthcare Tourism) או (Wellness tourism), כאשר האחרונה עוסקת בטיפולים אלטרנטיביים-משלימים או טיפולים לשיפור איכות החיים ולהחלמה שאינם מתבצעים במוסדות רפואיים בפקוח של משרד הבריאות,<sup>4,3</sup> ולעיתים מתייחסים אליה כהגדרה רחבה יותר, אשר כוללת גם את תחום התיירות הרפואית. כך, למשל, בחוזר שהוציא משרד הבריאות (מנהל הרפואה) "תיירות מרפא" הוגדרה כך:<sup>5</sup>

"תיירות מרפא - שירות רפואי הניתן לתיירים, לרבות תושבי הרשות הפלשתינאית, המגיעים ארצה במיוחד לצורך קבלת טיפול זה."

9. הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (להלן: "הוועדה המייעצת"),<sup>6</sup> שעסקה רבות בנושא, בחרה להתמקד בהגדרה המצומצמת בהגדרת תיירות רפואית ולהחריג את הפעילויות שלהלן מההגדרה הכללית: טיפול רפואי בתיירים במקרה חירום; מהגרי עבודה שחיים במדינה באופן זמני וצורכים בה שירותים רפואיים; טיפולי איכות-חיים ורפואה משלימה; ומי שהמטרה העיקרית של נסיעתו אינה רפואית.<sup>7,8</sup>

10. בהתאם להגדרת הוועדה המייעצת, בפרק הבריאות של הצעת חוק התכנית הכלכלית לשנת 2015 הוגדרה תיירות רפואית כך:<sup>9</sup>

"שירות רפואי לתייר, למעט תושב הרשות הפלשתינאית, המגיע לישראל במיוחד לשם קבלת השירות"

<sup>3</sup> גבאי רותם, "אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל", עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית, האוניברסיטה העברית בירושלים, 31/12/2014. הערת שוליים 3.

<sup>4</sup> סיכום של הגדרות שונות נוספות מובאות ב-

Carmen, Iordache, Iuliana, Ciochină, Medical Tourism Industry Challenges In The Context Of Globalization <http://www.strategiimanageriale.ro/papers/140205.pdf>

<sup>5</sup> חוזר מינהל רפואה 51/2013 מדצמבר 2013 בנושא "שירות פרטי במסגרת תיירות מרפא". ס' 3.

<sup>6</sup> הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, אשר מסקנותיה התפרסמו בשנת 2014, ובראשה עמדה שרת הבריאות דאז, יעל גרמן.

<sup>7</sup> נציין כי הוועדה המייעצת בחרה לא לכלול בתכולת ההגדרה את הטיפול במטופלים מהרשות הפלסטינית, הגם שהם יכולים לענות אף להגדרה המצומצמת.

<sup>8</sup> ראו דוח הוועדה המייעצת, פרק 2.1 עמ' 221-222.

<sup>9</sup> משרד האוצר, הצעת תקציב המדינה לשנת 2015, עמ' 46/100.

<http://www.mof.gov.il/budgetsite/economicplan/documents/proposedeconomicplanfor2015.pdf>

11. בהתאם לכך, חו"ד זו תאמץ את ההגדרה האמורה לעיל של הוועדה המייעצת, על החרגותיה,

והיא תתמקד בעיקר **בתיירות רפואית**.

## 3.2 **תיירות רפואית בישראל**<sup>10</sup>

12. ככלל, תיירות מרפא או רפואית אינה תופעה חדשה ויש לה הקשר היסטורי רחב. ידוע על פעילות של תיירות באירופה למרחצאות מרפא ומעיינות מינרליים עוד בתקופה העתיקה. בתקופה המודרנית תיירות רפואית התקיימה בהיקף מצומצם על ידי יחידים בעלי אמצעים ממדינות עניות, שביקשו לקבל טיפול רפואי במדינות מערביות שבהן הרפואה הייתה מתקדמת יותר. בעשורים האחרונים גדל במידה ניכרת במספר הבוחרים באפשרות של תיירות רפואית, ופעילות זו נהפכה לתופעה כלל עולמית.

13. בישראל אין כיום חקיקה המאסדרת את נושא התיירות הרפואית בישראל. כדי לאסדר תחום זה, במרץ 2017 עברה בקריאה ראשונה הצעת החוק.<sup>11</sup>

14. העיסוק בתיירות הרפואית בישראל הפך לתעשייה ענפה, במסגרתה מגיעים חולים מחו"ל למוסדות בריאות בישראל לצורך קבלת טיפול רפואי מתוכנן מראש, והוא מהווה מקור משמעותי למסים, לתעסוקה וכן אפיק גיוס משאבים מהותי למערכת הבריאות.<sup>12</sup>

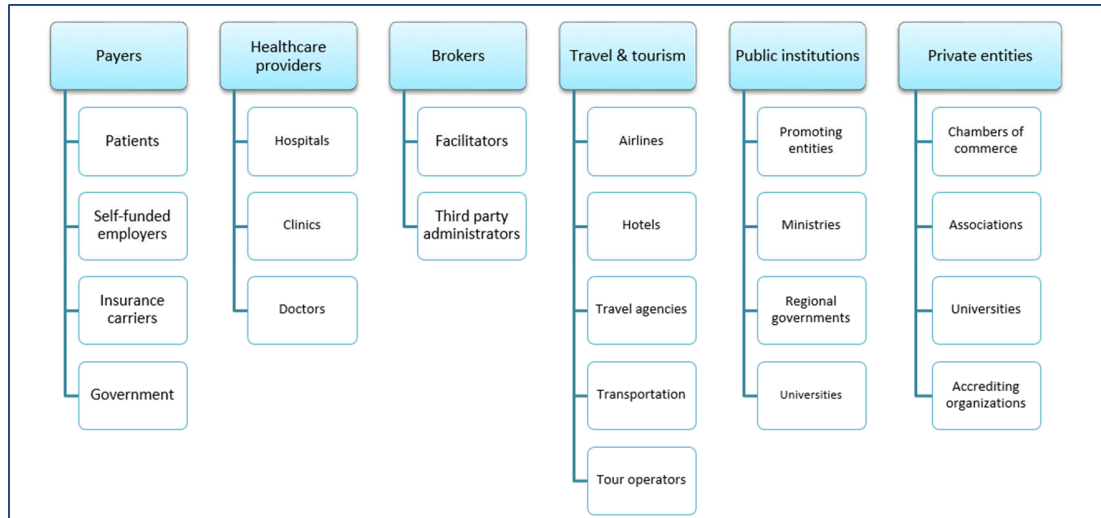
15. ככלל, תיירות מרפא (ובכלל זה – רפואית), היא ענף יצוא שירותים עילי, אשר עושה שימוש במומחיות רפואית. ככזה, היא משפיעה, ישירות ובעקיפין, לא רק על ענף הבריאות בשוק המקומי, אלא, גם באופן רחבי על ענפים אחרים וגורמים נוספים: החל מהמתרפאים עצמם, המשך בחברות ביטוח, הוצאות ממשלתיות, בתי-חולים, מרפאות, רופאים, סוכנים מרפא, חברות תעופה, תיירות פנאי, מלונות, ועוד. התרשים הבא ממחיש את מכלול הגורמים השונים המושפעים מתיירות רפואית:

<sup>10</sup> פרק זה נעזר רבות במובא בדוח הוועדה המייעצת.

<sup>11</sup> הצעת חוק תיירות מרפא, התשע"ז-2017.

<sup>12</sup> משרד הבריאות, נספח RIA (Regulatory Impact Assessment) חוק התיירות הרפואית, התשע"ו

### תרשים 1: אילוסטרציה לגורמים השונים המושפעים מתעשיית התיירות הרפואית



מקור: <sup>13</sup>Medical Tourism Magazine

### 3.2.1 מוקדי פעילות התיירות הרפואית וסוגי התיירים

16. מחלקות המיועדות לתיירים רפואיים קיימות בבתי-חולים בישראל עוד משנות ה-70 של המאה ה-20.<sup>14</sup> פעילות זו מתקיימת כיום ברוב בתי-החולים המרכזיים בישראל, כגון: שיבא, הדסה, איכילוב, רמב"ם ואסף הרופא, וכן במרפאות ובבתי-חולים פרטיים. כל מרכז רפואי בישראל רשאי למכור שירותים לתייר רפואי, והוא ניתן לרוב במסגרת תאגידי הבריאות של בתי-החולים, שהוקמו במטרה לספק שירותים מחוץ לסל הבריאות, תוך עשיית שימוש במתקני בית-חולים.

17. פעילות תיירות רפואית מתבצעת בישראל בשלושה מוקדים עיקריים: בתי-חולים ציבוריים, בתי-חולים פרטיים ומרפאות פרטיות.<sup>15</sup>

(א) **בתי-חולים ציבוריים** – בהם ישנה מחלקת תיירות רפואית ייעודית, המרכזת ומארגנת את הפרוצדורה מול התייר. בתי-חולים אלו מציעים מכלול שלם של טיפולים לתיירים רפואיים, כולל אבחון ובדיקות רפואיות וביצוע טיפולים.

(ב) **בתי-חולים פרטיים** – בבתי-חולים פרטיים מבוצעות לרוב פרוצדורות פשוטות שאינן מצריכות אשפוז ממושך.

(ג) **מרפאות פרטיות** – המציעות לתיירים שירותי ייעוץ רפואי ושירותי דיאגנוסטיקה וכן פרוצדורות רפואיות פשוטות. קיימות גם מרפאות המתמחות בשירותים ייחודיים, כמו

<sup>13</sup> <http://www.medicaltourismmag.com/current-future-medical-tourism-industry-1>

<sup>14</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, "הסדרת תחום התיירות הרפואית בארץ ובעולם", 2 באוגוסט 2010, פרק 2.1.

<sup>15</sup> משרד הבריאות, נספח RIA (Regulatory Impact Assessment) חוק התיירות הרפואית, התשע"ו עמ' 7-8/35.

פסיכיאטריה, טיפולי עיניים ועוד.

18. ישנו שוני מהותי בין תיירים רפואיים המגיעים לישראל המתאשפדים בבתי-חולים, לבין אלו שאינם מתאשפדים אלא מגיעים רק לצורך בדיקות וטיפולים. תייר שאינו מתאשפד משתמש פחות בתשתיות בית-החולים, ובמקרים רבים הטיפול בו פחות דחוף ולכן ניתן לתאם את מועד הגעתו לישראל יותר בקלות.

### 3.2.2 היקף ומקורות תיירי המרפא בישראל

19. בישראל לא מתבצע רישום חובה של מקורות התיירים הרפואיים (והמרפא בכלל) לכן אין נתונים רשמיים. בהתבסס על אומדנים, משרד התיירות העריך שבשנת 2011 הגיעו לישראל כ- 26,000 תיירים רפואיים – רובם מרוסיה ואוקראינה ומיעוטם ממדינות מזרח אירופה, קפריסין וממדינות שכנות. מספר זה דומה להערכה מארגונים המייצגים סוכני תיירות רפואית ישראלים, ולפיה מספר התיירים הרפואיים בשנה עמד על כ- 30,000<sup>16</sup>.

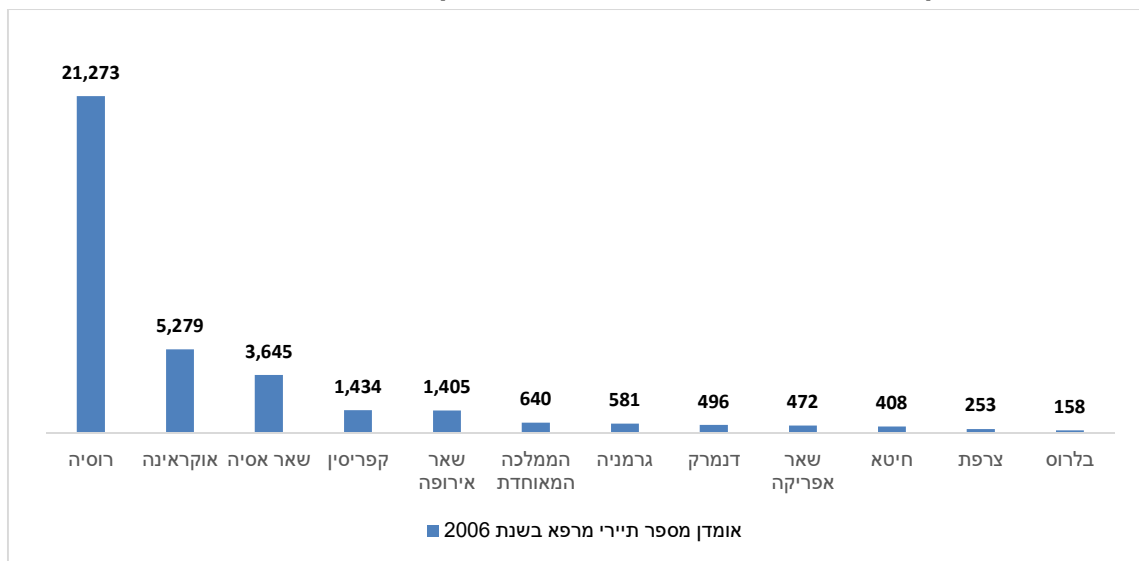
20. עוד לפי משרד התיירות, המפרסם סקר תיירות שנתי, עולה כי בשנת 2016 ממדגם של 19,421 תיירים שנכנסו לישראל, כ- 1.5% הצהירו שמטרת ביקורם היא טיפול רפואי.<sup>17</sup> בהנחה שהמדגם מייצג, אזי יחד עם נתוני שנת 2016 של משרד התיירות שנכנסו לישראל 2,494,755 תיירים, ניתן לאמוד את סך התיירים שהגיעו לישראל לצרכי טיפול מרפא בכ- 37,421 תיירי מרפא.<sup>18</sup>

21. בהנחה כי סקר משרד התיירות מהווה בסיס למדגם מייצג, אזי להלן התפלגות אומדן מספר תיירי המרפא לפי מדינה, כעולה מניתוח נתוני סקר משרד התיירות לשנת 2016, וכן את שיעור התיירים מאותה המדינה שהגיעו לישראל למטרות מרפא:<sup>19</sup>

<sup>16</sup> דוח הוועדה המייעצת, עמ' 228/370. יוער כי לא ברור באם נתונים אלו הם לפי הסיווג של "תיירות רפואית" לפי הוועדה.  
<sup>17</sup> משרד התיירות, סקר תיירות נכנסת דו"ח שנתי 2016, מאי 2017. לוח 2.2.5: תיירים לפי ארצות מגורים ומטרת הנסיעה, ועמ' 6.

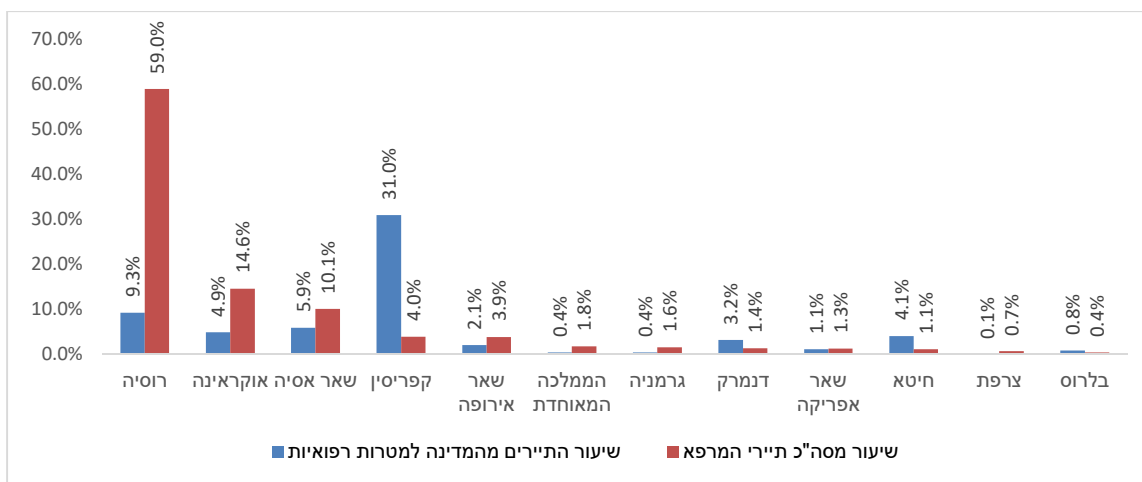
<sup>18</sup>  $2,494,755 \times 1.5\% = 37,421$   
יש לציין כי סקר משרד התיירות לא סוקר את סוג טיפול המרפא. ייתכן כי חלק מהתיירים הם אכן רק תיירי מרפא (למשל תיירים שהגיעו לטבול בים המלח) ולא תיירים רפואיים המשתמשים במוסדות הרפואיים בישראל.  
<sup>19</sup> מוצגים רק הנתונים בעלי ערך הגבוה מ- 0. הנתונים אינם מסתכמים לאומדן של 37,421 כנראה לאור עיגול השיעורים בסקר משרד התיירות (ושמהם בוצע הניתוח).

## תרשים 2: אומדן מספר תיירי המרפא לפי מדינה מנתוני סקר משרד התיירות בשנת 2016



מקור הנתונים: משרד התיירות, סקר תיירות נכנסת דו"ח שנתי 2016, מאי 2017.

## תרשים 3: שיעור תיירי המרפא מתיירי המדינה ומסה"כ תיירי המרפא, בשנת 2016



מקור הנתונים: משרד התיירות, סקר תיירות נכנסת דו"ח שנתי 2016, מאי 2017.

22. מניתוח נתוני שנת 2016 של סקר משרד התיירות, עולה כי גם בשנת 2016 רוסיה היוותה את עיקר מקור תיירי המרפא, כ- 21,273 תיירים על-פי האומדן, כאשר 9.3% מכלל התיירים מרוסיה הגיעו לישראל לצרכי מרפא. בסה"כ התיירים מרוסיה היוו כ- 59% מתיירי המרפא בישראל בשנה זו. מאוקראינה הגיעו 5,279 תיירי מרפא, שהיוו כ- 14.6% מכלל תיירי המרפא בישראל, ושהיוו כ- 4.9% מכלל התיירים מאוקראינה.

23. בין הסיבות שמירב התיירות הרפואית היא ממדינות ברית המועצות לשעבר ניתן לציין את הקשרים האישיים של המתרפאים עם אנשי העלייה מחבר העמים לישראל; וכן כי רבים מבעלי

חברות התיירות הרפואית בישראל הם יוצאי ברית המועצות לשעבר, הדוברים רוסית.

### 3.2.3 פילוח מספר התיירים הרפואיים בקופ"ח כללית לפי מוסד

24. כאמור, בישראל לא מתבצע רישום מסודר, מובנה ואחיד של מספר התיירים הרפואיים המגיעים ושל היקף הפעילות בבתי-החולים, לכן אין נתונים רשמיים, ואולם ישנם הערכות ואומדנים של גורמים ממשלתיים הנתמכים בנתונים של הגורמים הפועלים בתחום בישראל.

25. בספטמבר 2017 מרכז המידע והמחקר של הכנסת בדק את היקף פעילות תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית.<sup>20</sup> שירותי בריאות כללית היא קופת החולים הגדולה בישראל המפעילה תשעה בתי-חולים כלליים, יחד עם מוסדות שיקומיים וגריאטריים שבבעלותה. להלן מספר התיירים הרפואיים במוסדות הכללית:

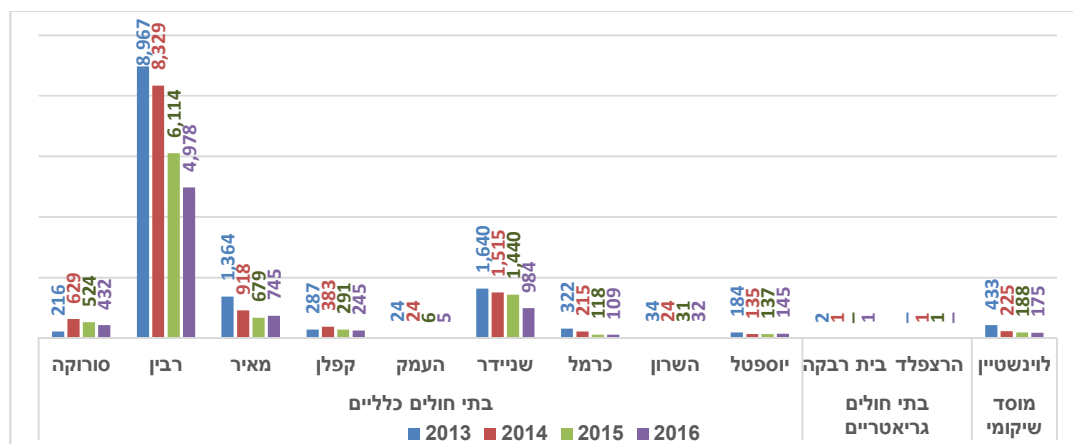
**טבלה 1: היקף התיירים הרפואיים בבתי-החולים של כללית שירותי בריאות 2013-2016**

| סיווג               | בי"ח      | 2013               |                 |                      | 2014               |                 |                      | 2015               |                 |                      | 2016               |                 |                      |
|---------------------|-----------|--------------------|-----------------|----------------------|--------------------|-----------------|----------------------|--------------------|-----------------|----------------------|--------------------|-----------------|----------------------|
|                     |           | מס' תיירים רפואיים | מס' אזרחי ישראל | שיעור תיירים רפואיים | מס' תיירים רפואיים | מס' אזרחי ישראל | שיעור תיירים רפואיים | מס' תיירים רפואיים | מס' אזרחי ישראל | שיעור תיירים רפואיים | מס' תיירים רפואיים | מס' אזרחי ישראל | שיעור תיירים רפואיים |
| בתי חולים כלליים    | סורוקה    | 216                | 770,592         | 0.03%                | 629                | 767,012         | 0.08%                | 524                | 782,501         | 0.07%                | 432                | 816,221         | 0.05%                |
| בתי חולים כלליים    | רבין      | 8,967              | 776,970         | 1.15%                | 8,329              | 798,509         | 1.04%                | 6,114              | 796,621         | 0.77%                | 4,978              | 792,597         | 0.63%                |
| בתי חולים כלליים    | מאיר      | 1,364              | 525,310         | 0.26%                | 918                | 536,448         | 0.17%                | 679                | 528,745         | 0.13%                | 745                | 547,926         | 0.14%                |
| בתי חולים כלליים    | קפלן      | 287                | 454,415         | 0.06%                | 383                | 459,940         | 0.08%                | 291                | 464,942         | 0.06%                | 245                | 474,242         | 0.05%                |
| בתי חולים כלליים    | העמק      | 24                 | 371,745         | 0.01%                | 24                 | 370,088         | 0.01%                | 6                  | 375,186         | 0.00%                | 5                  | 392,802         | 0.00%                |
| בתי חולים כלליים    | שניידר    | 1,640              | 223,446         | 0.73%                | 1,515              | 234,288         | 0.65%                | 1,440              | 239,499         | 0.60%                | 984                | 240,768         | 0.41%                |
| בתי חולים כלליים    | כרמל      | 322                | 203,961         | 0.16%                | 215                | 210,838         | 0.10%                | 118                | 214,214         | 0.06%                | 109                | 214,101         | 0.05%                |
| בתי חולים כלליים    | השרון     | 34                 | 197,135         | 0.02%                | 24                 | 185,933         | 0.01%                | 31                 | 176,683         | 0.02%                | 32                 | 169,524         | 0.02%                |
| בתי חולים כלליים    | יוספטל    | 184                | 79,179          | 0.23%                | 135                | 75,670          | 0.18%                | 137                | 74,322          | 0.18%                | 145                | 74,718          | 0.19%                |
| בתי חולים כלליים    | סה"כ      | 13,038             | 3,602,753       | 0.36%                | 12,172             | 3,638,726       | 0.33%                | 9,340              | 3,652,713       | 0.26%                | 7,675              | 3,722,899       | 0.21%                |
| בתי חולים גריאטריים | בית רבקה  | 2                  | 8,416           | 0.02%                | 1                  | 8,319           | 0.01%                | -                  | 8,781           | NA                   | 1                  | 8,899           | 0.01%                |
| בתי חולים גריאטריים | הרצפלד    | -                  | 11,426          | 0.00%                | 1                  | 12,523          | 0.01%                | 1                  | 12,257          | 0.01%                | -                  | 12,134          | NA                   |
| בתי חולים גריאטריים | סה"כ      | 2                  | 19,842          | 0.01%                | 2                  | 20,842          | 0.01%                | 1                  | 21,038          | 0.00%                | 1                  | 21,033          | 0.00%                |
| מוסד שיקומי         | לוינשטיין | 433                | 44,130          | 0.98%                | 225                | 48,391          | 0.46%                | 188                | 51,370          | 0.37%                | 175                | 51,737          | 0.34%                |
| סה"כ כללי           |           | 13,473             | 3,666,725       | 0.37%                | 12,399             | 3,707,959       | 0.33%                | 9,529              | 3,725,121       | 0.26%                | 7,851              | 3,795,669       | 0.21%                |

מקור: "תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית", מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 6 בספטמבר 2017

<sup>20</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, "תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית", 6 בספטמבר 2017.

#### תרשים 4: מספר המטופלים במסגרת תיירות רפואית, לפי מוסד רפואי של הכללית



מקור הנתונים: "תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית", מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 6 בספטמבר 2017

26. ממצאי הבדיקה העלו כי בבתי-החולים של הכללית בלבד, בשנת 2013 טופלו 13,473 מתרפאים, ובשנת 2016 טופלו 7,851 מתרפאים. שינוי זה בין השנים 2013 ל- 2016 במספר התיירים הרפואיים שטופלו בכלל המוסדות הרפואיים של כללית (בתי-החולים הכלליים, בתי-החולים הגריאטריים ומוסד השיקומי) משקף ירידה של כ- 42% במספרם.

27. בהתאם, ירידה זו הביאה לירידה בשיעור התיירים הרפואיים מכלל המטופלים אזרחי ישראל שטופלו בבתי-החולים של הכללית בתקופה זו מ- 0.37% בשנת 2013 ל- 0.21% בשנת 2016.

28. ככל הנראה, הסיבה לירידה זו בהיקף התיירים נעוצה, בין היתר, בשינויים בשער מטבע הרובל הרוסי, לאור חולשה כלכלית יחסית של רוסיה מירידת מחירי הנפט וסנקציות שהוטלו עליה לאור הסכסוך עם אוקראינה (רבים מהתיירים הללו הם ממדינות רוסיה ואוקראינה), ותחרות גוברת על תיירי המרפא במדינות אחרות המתחרות בהצעת שירותים אלו.

29. הטבלה הבאה מציגה את התפלגות התיירים הרפואיים בבתי-החולים של הכללית (באחוזים, מכלל המטופלים בסיווג הרלוונטי באותה השנה במוסדות הכללית):

**טבלה 2: שיעור המטופלים בתיירות רפואית מכלל המטופלים בסיווג הרלוונטי באותה השנה  
במוסדות הכללית 2016-2013**

| סיווג               | בי"ח     | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   | סה"כ   |
|---------------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| בתי חולים כלליים    | סורוקה   | 1.7%   | 5.2%   | 5.6%   | 5.6%   | 4.3%   |
| בתי חולים כלליים    | רבין     | 68.8%  | 68.4%  | 65.5%  | 64.9%  | 67.2%  |
| בתי חולים כלליים    | מאיר     | 10.5%  | 7.5%   | 7.3%   | 9.7%   | 8.8%   |
| בתי חולים כלליים    | קפלן     | 2.2%   | 3.1%   | 3.1%   | 3.2%   | 2.9%   |
| בתי חולים כלליים    | העמק     | 0.2%   | 0.2%   | 0.1%   | 0.1%   | 0.1%   |
| בתי חולים כלליים    | שניידר   | 12.6%  | 12.4%  | 15.4%  | 12.8%  | 13.2%  |
| בתי חולים כלליים    | כרמל     | 2.5%   | 1.8%   | 1.3%   | 1.4%   | 1.8%   |
| בתי חולים כלליים    | השרון    | 0.3%   | 0.2%   | 0.3%   | 0.4%   | 0.3%   |
| בתי חולים כלליים    | יוספטל   | 1.4%   | 1.1%   | 1.5%   | 1.9%   | 1.4%   |
| בתי חולים גריאטריים | בית רבקה | 100.0% | 50.0%  | NA     | 100.0% | 66.7%  |
| בתי חולים גריאטריים | הרצפלד   | 0.0%   | 50.0%  | 100.0% | NA     | 33.3%  |
| מוסד שיקומי         | לוינסטין | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

מקור הנתונים: "תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית", מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 6 בספטמבר 2017

30. ניתן להתרשם מהדומיננטיות של בית-החולים בלינסטון בפתח תקווה (רבין), אשר כ- 65% ומעלה ממטופלים במסגרת התיירות הרפואית בבתי-החולים הכלליים של שירותי בריאות כללית קיבלו בו שירות, בכל אחת מהשנים 2016-2013. השני אחריו הוא בית-החולים לילדים שניידר בפתח-תקווה, אשר טיפל בלמעלה מ- 12.5% מהמטופלים בתיירות רפואית בשנה, מתוך בתי-החולים הכלליים של קופ"ח כללית.

### 3.2.4 היקף הפעילות הכספית של התיירות הרפואית בישראל

31. ההכנסות מתיירות רפואית הינן, ככלל, הכנסות מיצוא – בעיקר ייצוא שירותים. ניתן לחלק את ההכנסות מתיירות רפואיים לשני סוגי הכנסות עיקריים: הכנסות ישירות כתוצאה מההליך הרפואי של המתרפא, והכנסות הנובעות מתיירות נלוות להליך הרפואי. לפיכך התיירות הרפואית תורמת הן להכנסות בתי-החולים וגורמי רפואה אחרים בישראל, והן להכנסות גופים אחרים, המקבלים תשלום עבור צריכת שירותי תיירות ופנאי על ידי התיירים הרפואיים ומלווייהם.

#### 3.2.4.1 ההכנסה של בתי-החולים מתיירות רפואית

32. להלן ההכנסות מתיירות רפואית במוסדות רפואיים ממשלתיים, וכן ההשתנות בהכנסות אלו לאורך השנים (הנתונים במיליוני ש"ח):

**טבלה 3: הכנסות מוסדות רפואיים ממשלתיים מתיירות רפואית 2010 – 2016**

| סה"כ    | 2016  | 2015  | 2014  | 2013  | 2012  | 2011  | 2010  | בי"ח      |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| 641.8   | 41.0  | 66.0  | 89.0  | 116.0 | 129.8 | 123.1 | 77.0  | שיבא      |
| 597.2   | 70.0  | 76.0  | 79.0  | 120.0 | 99.9  | 83.7  | 68.5  | איכילוב   |
| 206.7   | 26.0  | 32.0  | 40.0  | 42.0  | 36.4  | 18.3  | 12.0  | רמב"ם     |
| 94.4    | 10.0  | 12.0  | 17.0  | 21.0  | 16.0  | 10.7  | 7.7   | אסף הרופא |
| 24.1    | 1.0   | 2.0   | 5.0   | 5.0   | 5.2   | 4.0   | 1.9   | וולפסון   |
| 17.1    | 2.0   | 2.0   | 4.0   | 4.0   | 2.9   | 1.2   | 1.0   | נהרייה    |
|         |       | 1.0   | 1.0   |       | 0.9   | 1.0   | 1.0   | בני-ציון  |
| 14.7    | 1.0   | 1.0   | 2.0   | 3.0   | 0.7   | 0.6   | 0.4   | ברזילי    |
|         |       | 0.0   | 1.0   |       | 0.0   | 0.1   | 0.0   | זיו       |
| 1,595.9 | 151.0 | 192.0 | 238.0 | 311.0 | 291.8 | 242.7 | 169.4 | סה"כ      |

מקור הנתונים: מרכז המידע והמחקר של הכנסת ומשרד הבריאות.<sup>21</sup>

**טבלה 4: שינוי הכנסות שנתי מתיירות רפואית במוסדות רפואיים ממשלתיים 2011 – 2016**

| CAGR     | 2016    | 2015     | 2014    | 2013    | 2012     | 2011   | בי"ח      |
|----------|---------|----------|---------|---------|----------|--------|-----------|
| (10.0%)  | (37.9%) | (25.8%)  | (23.3%) | (10.6%) | 5.4%     | 59.8%  | שיבא      |
| 0.4%     | (7.9%)  | (3.8%)   | (34.2%) | 20.1%   | 19.4%    | 22.2%  | איכילוב   |
| 13.8%    | (18.8%) | (20.0%)  | (4.8%)  | 15.5%   | 98.4%    | 53.0%  | רמב"ם     |
| 4.5%     | (16.7%) | (29.4%)  | (19.0%) | 31.2%   | 49.4%    | 39.4%  | אסף הרופא |
| (9.8%)   | (50.0%) | (60.0%)  | 0.0%    | (4.1%)  | 30.4%    | 116.1% | וולפסון   |
| 12.2%    | 0.0%    | (50.0%)  | 0.0%    | 36.8%   | 149.1%   | 17.4%  | נהרייה    |
| (16.7%)  | (66.7%) | 0.0%     | (46.4%) | 100.8%  | (7.1%)   | 0.0%   | בני-ציון  |
| 4.3%     | (50.0%) | (50.0%)  | 90.9%   | 57.8%   | 12.0%    | 52.8%  | ברזילי    |
| (100.0%) | NA      | (100.0%) | 1054.4% | NA      | (100.0%) | NA     | זיו       |
| (1.9%)   | (21.4%) | (19.3%)  | (23.5%) | 6.6%    | 20.2%    | 43.3%  | סה"כ      |

\* CAGR - Compound Annual Growth Rate - שיעור שינוי שנתי ממוצע.<sup>22</sup>

33. סך ההכנסות משירותי תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים (באמצעות תאגידי הבריאות) הסתכמו לאורך שבע שנים בכ- 1.6 מיליארד ₪. עיקר ההכנסות היו בין השנים 2011 ל- 2014 והן עמדו על למעלה מכ- 240 מיליון ₪ בשנה. החל משנת 2014 חלה ירידה בהכנסות בשיעור של למעלה מ- 19% בכל שנה. ירידה זו הובלה על ידי תאגיד הבריאות של שיבא, שהיה הדומיננטי ביותר לפני כן, וירד בלמעלה בין כ- 23% לכ- 38% בכל שנה בשנים 2014 – 2016.

34. להלן ההכנסות מתיירות רפואית במוסדות הכלליים, וכן ההשתנות בהכנסות אלו לאורך השנים (הנתונים במיליוני ש"ח):

<sup>21</sup> מרכז המידע והמחקר של הכנסת, נתונים על התיירות הרפואית בישראל, 22 בדצמבר 2013.  
משרד הבריאות, חשבות משרד הבריאות - דוח פיננסי 2015, המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים \* עבור השנים 2013 ו- 2016 הנתונים מוצגים לפי פירוט מנתוני מרכז המידע והמחקר של הכנסת, תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית, 6 בספטמבר 2017.  
<sup>22</sup> השינוי בשנים 2014 ו- 2016 עבור בתי-החולים: בני-ציון, ברזילי וזיו, הם על בסיס אומדנו בהתאם ליחסי עבר.

**טבלה 5: הכנסות מוסדות רפואיים של הכללית מתיירות רפואית 2010 - 2016**

| ס"ח   | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | בי"ח      |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| 246.3 | 34.1 | 38.0 | 52.2 | 51.3 | 39.1 | 25.0 | 6.6  | בילינסון* |
| 7.3   | 0.3  | 0.8  | 0.8  | 1.4  | 2.0  | 1.5  | 0.4  | כרמל      |
| 2.4   | 0.3  | 0.7  | 0.4  | 0.5  | 0.3  | 0.2  | NA   | השרון     |
| 11.2  | 1.6  | 1.7  | 4.5  | 1.7  | 1.0  | 0.7  | 0.0  | קפלן      |
| 13.1  | 2.6  | 2.6  | 3.6  | 1.8  | 1.1  | 1.1  | 0.3  | סורוקה    |
| 1.4   | 0.1  | 0.1  | 0.5  | 0.3  | 0.3  | 0.2  | 0.0  | העמק      |
| 34.2  | 4.3  | 3.6  | 6.0  | 10.9 | 6.0  | 2.8  | 0.7  | מאיר      |
| 91.2  | 11.7 | 15.9 | 19.8 | 16.2 | 13.7 | 7.6  | 6.3  | שניידר    |
| 5.6   | 1.6  | 0.8  | 1.1  | 1.2  | 0.8  | 0.2  | NA   | יוספטל    |
| 22.7  | 3.1  | 2.2  | 2.5  | 4.4  | 5.5  | 3.6  | 1.4  | לוינסטין  |
| 435.3 | 59.6 | 66.4 | 91.3 | 89.8 | 69.7 | 42.8 | 15.7 | סה"כ      |

מקור הנתונים: מרכז המידע והמחקר של הכנסות.<sup>23</sup>

**טבלה 6: שינוי הכנסות שנתי מתיירות רפואית במוסדות הכללית 2011 - 2016**

| CAGR   | 2016    | 2015    | 2014    | 2013    | 2012   | 2011     | בי"ח      |
|--------|---------|---------|---------|---------|--------|----------|-----------|
| 31.5%  | (10.1%) | (27.3%) | 1.7%    | 31.3%   | 56.6%  | 278.7%   | בילינסון* |
| (8.2%) | (67.6%) | 2.8%    | (42.0%) | (31.3%) | 31.7%  | 241.2%   | כרמל      |
| 9.5%   | (48.7%) | 71.2%   | (21.1%) | 79.9%   | 26.2%  | NA       | השרון     |
| 137.5% | (4.5%)  | (62.2%) | 160.8%  | 72.3%   | 45.6%  | 7,500.0% | קפלן      |
| 45.7%  | (1.2%)  | (28.0%) | 99.1%   | 61.3%   | 1.9%   | 310.4%   | סורוקה    |
| 50.6%  | 56.1%   | (87.1%) | 70.9%   | 3.1%    | 32.7%  | 2,387.5% | העמק      |
| 34.4%  | 17.9%   | (39.4%) | (45.3%) | 80.7%   | 117.8% | 282.6%   | מאיר      |
| 10.7%  | (26.9%) | (19.3%) | 21.8%   | 18.8%   | 80.0%  | 20.0%    | שניידר    |
| 58.5%  | 109.0%  | (28.9%) | (7.0%)  | 49.4%   | 384.6% | NA       | יוספטל    |
| 14.6%  | 39.9%   | (12.1%) | (43.3%) | (18.5%) | 51.3%  | 162.9%   | לוינסטין  |
| 24.9%  | (10.1%) | (27.3%) | 1.7%    | 28.8%   | 62.8%  | 172.0%   | סה"כ      |

\* CAGR - Compound Annual Growth Rate - שיעור שינוי שנתי ממוצע.<sup>24</sup>

35. בסה"כ בין השנים 2010 ל- 2016, מוסדות הכללית הכניסו יחד כ- 453 מיליון ₪ מתיירות רפואית.

מבין מוסדות הכללית, בתי-החולים בילינסון ושניידר הם הדומיננטיים בתחום, עם הכנסות מצטברות לאורך 7 שנים של כ- 246 מיליון ו- 91 מיליון בהתאמה. גם במוסדות הכללית ניכרת ירידה בפעילות התיירות הרפואית, כאשר, בשנת 2014 נכלמה הצמיחה הגדולה שהייתה בשנים הקודמות, עם ירידה של כ- 27% ו- 10% בשנים העוקבות.

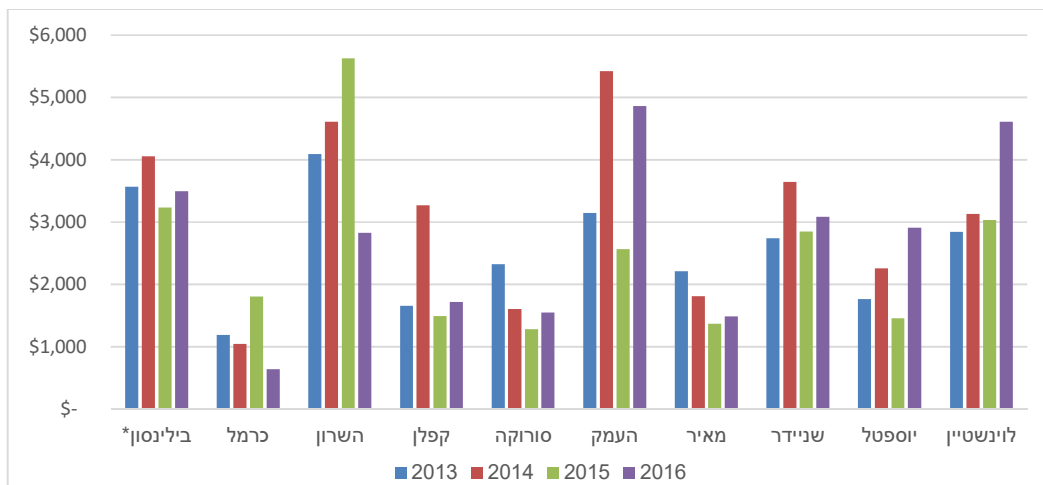
36. להלן ההכנסה הממוצעת לתייר רפואי במוסדות הבריאות של הכללית:

<sup>23</sup> מרכז המידע והמחקר של הכנסות, נתונים על התיירות הרפואית בישראל, 22 בדצמבר 2013 ("דוח 2013")  
מרכז המידע והמחקר של הכנסות, תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית, 6 בספטמבר 2017 ("דוח 2017")

\* קיים פער בין שמות וערכי בתי-החולים כפי שמוזכרים בדוח 2013 ובדוח 2017. כך למשל, בדוח 2017 מצוין שבשנת 2013 בית-החולים "רבין" טיפל ב- 8,967 תיירי מרפא, אולם בדוח 2013 מצוין שבית-חולים "בילינסון" (בהפרדה מבית-חולים "השרון"), טיפל בשנת 2012 ב- 1,143 תיירי מרפא. הקפיצה המהותית בין השנים אינה סבירה, ייתכן ומדובר בהגדרה שונה בין דיווחי בתי-החולים בדוחות השונים. נתוני בילינסון עבור השנים 2013-2016 מבוססים על אומדנו בהתאם לשיעור מהסה"כ בשנים 2011-2012.

<sup>24</sup> נתוני בילינסון עבור השנים 2013-2016 מבוססים על אומדנו בהתאם לשיעור מהסה"כ בשנים 2011-2012.

**תרשים 5: הכנסה לתייר רפואי במוסדות הרפואיים של הכללית בשנים 2013 - 2016**



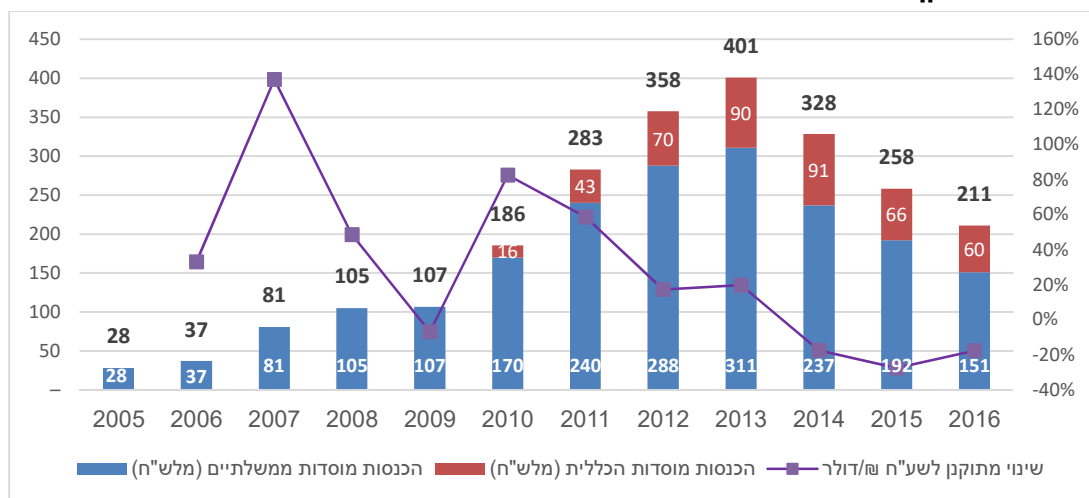
מקור הנתונים: דוחות מרכז המחקר והמידע של הכנסת.<sup>25</sup>

37. בין השנים 2013 ל- 2016 ההכנסה הממוצעת לתייר רפואי (בשקלול כלל מוסדות הכללית) עמדה על \$2,945 (כ- ₪ 10,952). טווח המינימום בשנים אלו נע בין \$640 (הכרמל, 2016) לבין \$1,278 (סורוקה, 2015). טווח המקסימום בשנים אלו נע בין \$4,089 (השרון, 2013) לבין \$5,629 (השרון, 2015). חציון ההכנסה לתייר רפואי בין השנים 2013- ל- 2016 נע בין \$2,185 (2015) ל- \$3,200 (2014).

38. להלן נתונים אחודים של סך ההכנסות מתיירות רפואית במוסדות רפואיים **ממשלתיים ושל הכללית**:

<sup>25</sup> בכל שנה נעשה שימוש בשע"ח השנתי הממוצע. נתוני בילינסון עבור השנים 2013-2016 מבוססים על אומדנו בהתאם לשיעור מהסה"ב בשנים 2011-2012.

**תרשים 6: היקף ההכנסות מתיירות רפואית בבתי-חולים ממשלתיים ושל הכללית 2005 - 2016**



מקור הנתונים: משרד הבריאות ומרכז המידע והמחקר של הכנסות<sup>26</sup>

39. מהנתונים של בתי-החולים הממשלתיים עולה כי חלה עלייה רצופה בין השנים 2005 ל- 2009, כך שההכנסות מתיירות רפואית עלו מכ- 28 מלש"ח בשנת 2005 לכ- 107 מלש"ח בשנת 2009 (גידול של למעלה מ- 280%). משנת 2010 מתווספים נתוני קופ"ח כללית וממשיכים להצביעה על מגמת גידול מהירה מאוד בין השנים 2010 ל- 2013, מכ- 186 מלש"ח בשנת 2010 לכ- 401 מלש"ח בשיא של שנת 2013 (גידול של למעלה מ- 115%). משנה זו חלה ירידה לכמחצית מההכנסות עד לסכום של כ- 211 מלש"ח בשנת 2016.

40. נציין כי בדוח הוועדה המייעצת, הוערכו סך ההכנסות מתיירות רפואית בישראל בשנת 2011 בכל בתי-החולים (ממשלתיים, הכללית וכל היתר) בכ- 500 מיליון ש"ח.<sup>27</sup>

41. בסך הכל, לאורך 12 השנים בין 2005 ל- 2016, סך ההכנסות של המוסדות הממשלתיים ושל הכללית מתיירות רפואית נאמדו בכ- 2,382 מלש"ח.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> משרד הבריאות, חשבות משרד הבריאות - דוח פיננסי 2015, המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים. מרכז המידע והמחקר של הכנסות, נתונים על התיירות הרפואית בישראל, 22 בדצמבר 2013. מרכז המידע והמחקר של הכנסות, תיירות רפואית בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-החולים של שירותי בריאות כללית, 6 בספטמבר 2017.

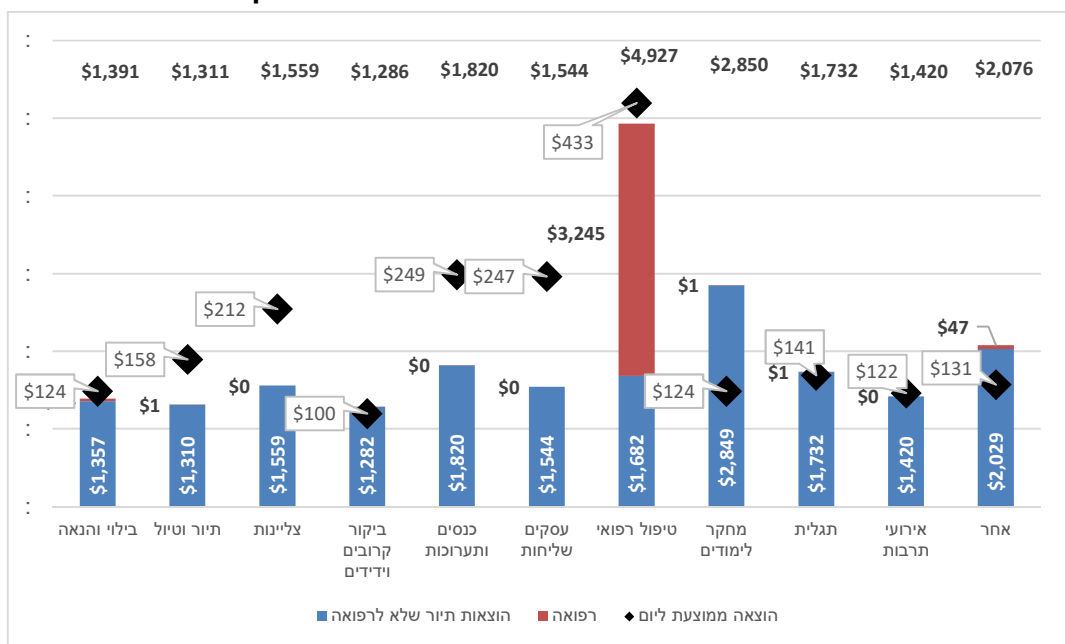
\* עלולים להיות הבדלים של מיליונים בודדים בין נתונים מצטברים בשנים מסוימות ממקורות שונים, כך במקור.  
\* תיירות מרפא מוגדרת כמהלך פעיל של נסיעת חולה למדינה אחרת לשם קבלת טיפול רפואי משמעותי.  
\* הנתונים לשנים 2005-2008 הם אומדנים של משרד הבריאות.  
\* הנתונים לשנים 2009-2015 מתבססים על הדוחות הכספיים ועל דיווחי תאגידי הבריאות ליחידת הבקרה על תאגידי הבריאות בחשבות משרד הבריאות.  
\* לא נמצאו נתונים עבור הכללית לפני שנת 2010, הגם שניתן והיו לכללית הכנסות מתחום זה.  
<sup>27</sup> דוח הוועדה המייעצת עמ' 228.  
<sup>28</sup> כאמור, לא נמצאו נתונים עבור הכללית לפני שנת 2010, הגם שניתן והיו לכללית הכנסות מתחום זה.

### 3.2.4.2 ההכנסה מתיירות רפואית שאינה לבתי-החולים

42. בהתאם למידע שנמסר לנו מאיגוד לשכות המסחר, סך ההכנסות בישראל מתיירות רפואית נאמד בכ- 1.5 מיליארד ₪ (בכל המוסדות), מזה כ- 500 מלש"ח מופנה לרכישת שירותים רפואיים מבתי-חולים בישראל.

43. על-פי נתוני סקר משרד התיירות, תיירי המרפא מוצאים את הסכום הגבוה ביותר מבין סוגי התיירים. בשנת 2016 התיירים שהגיעו לטיפול רפואי הוציאו \$4,927 (כולל הרכישות לצורכי בריאות), לעומת התיירים שהגיעו לישראל לצרכי מחקר ולימודים (\$2,850) ופרויקט תגלית (\$1,732). הוצאות נמוכות יחסית יש למגיעים לתור וטיול (\$1,311), לבילוי והנאה (\$1,391) ולביקור ידידים ומשפחה (\$1,286).<sup>29</sup>

**תרשים 7: הוצאה ממוצעת של תיירים בישראל על-פי מטרת הביקור בשנת 2016**



מקור הנתונים: משרד התיירות, סקר תיירות נכנסת דו"ח שנתי 2016.

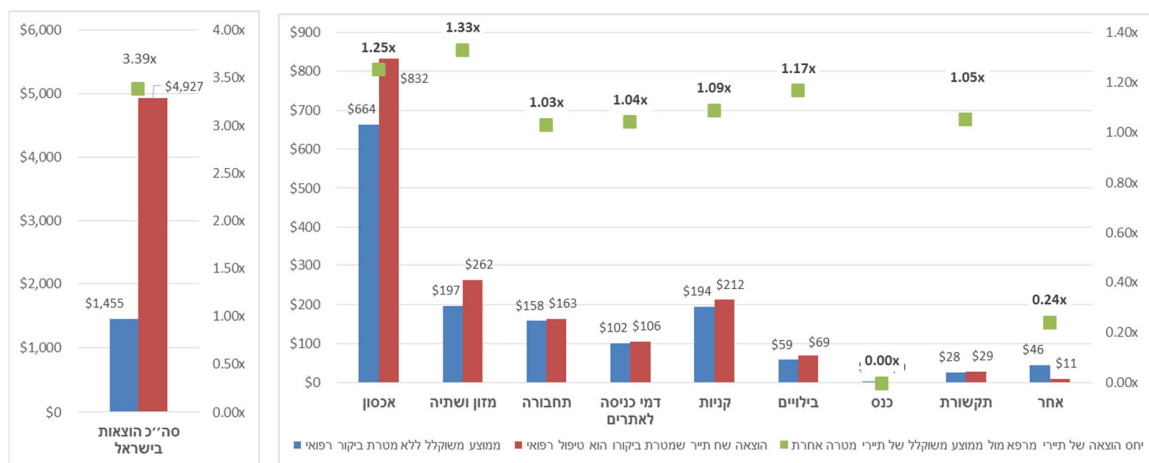
44. עוד עולה מהתרשים כי מפילוח סוגי ההוצאה של התיירים שהגיעו לישראל לצרכי מרפא, הם הוציאו בשנת 2016 כ- \$1,682 על מוצרים ושירותים שאינם קשורים לרפואה, והיתר (\$3,245) על הוצאות רפואיות בישראל. יש לציין כי יתכן שמדובר בהערכת חסר ביחס להכנסות הלא-רפואיות מתיירים רפואיים, משום שמלוויהם עשויים להיכלל בסקר זה על פי מטרת ביקור שונה.

45. עוד עולה שבממוצע תיירי מרפא מוצאים יותר בישראל על שירותים ומוצרים שאינם שירותי רפואה מתיירים שהגיעו לישראל למטרות אחרות. כך למשל, תיירי מרפא מוצאים בממוצע פי

<sup>29</sup> משרד התיירות, סקר תיירות נכנסת דו"ח שנתי 2016, מאי 2017. עמ' 133 לדוח.

1.33 על מזון ושתייה מתיירים שאינם תיירי מרפא, ופי 1.25 על הוצאות אכסון. ייתכן והבדלי הוצאות אלו נובעים ממשיך שהות שונה בין סוגי התיירים. בסה"כ, תיירי מרפא מוציאים בממוצע פי 3.39 יותר מתיירים רגילים (כולל הוצאות רפואיות).

#### תרשים 8: הוצאות תיירי מרפא בישראל בהשוואה לתיירים למטרות אחרות בשנת 2016



מקור הנתונים: נתוני משרד התיירות, סקר תיירות נכנסת דו"ח שנתי 2016.<sup>30</sup>

46. לסיכום, בשנים האחרונות תיירות המרפא, ובפרט הרפואית בישראל היא ענף ייצוא שירותים ברמה גבוהה, והיא מהווה מקור משמעותי למסים, לתעסוקה וכן אפיק גיוס משאבים מהותי למערכת הבריאות.

47. מסקרים שבוצעו עולה שבממוצע תיירי מרפא מוצאים יותר בישראל, על שירותים ומוצרים שאינם שירותי רפואה, מתיירים שהגיעו לישראל למטרות אחרות.

48. רוב תיירי המרפא הם מרוסיה ואוקראינה (כ- 73% מתיירי המרפא). הגם שבישראל לא מתבצע רישום מסודר תחום התיירים הרפואיים המגיעים אליה (כמותי וכספי), כאינדיקציה ניתן לומר שרק במוסדות הכללית, טופלו למעלה מ- 13 אלף תיירים רפואיים בשנת 2013. עפ"י סקר משרד התיירות, ניתן להעריך שבשנת 2016 נכנסו לישראל למעלה מ- 37 אלף תיירי מרפא.

49. שיא ההכנסות שנמדדו לשנה מתיירות רפואית במוסדות רפואיים ממשלתיים ושל הכללית עמד בשנת 2013 על למעלה מ- 400 מלש"ח עם מגמת ירידה מאז, מסיבות הקשורות, ככל הנראה, לנסיבות אקסוגניות במדינת המוצא של התיירים. ישנן הערכות לכך שסך ההכנסות מתיירים רפואיים הם בהיקף של כ- 1.5 מיליארד ₪.

<sup>30</sup> היחס חושב בהתאם לממוצע משוקלל עפ"י מספר הנדגמים בסקר משרד התיירות וללא הוצאות רפואיות.

### 3.3 חברות תיירות רפואית (חת"ר)

50. כאמור, התיירות הרפואית אינה תופעה חדשה, אולם בשנים האחרונות היא התפתחה מאוד בישראל. בהתאם, התפתחות זו יצרה בשטח מערך של חברות תיירות רפואית (חת"ר), שאחת הסיבות להן היא פרוצדורת הטיפול הרפואי בישראל.

#### 3.3.1 ערוצי פעולה ותפקידי החברות לתיירות רפואית

51. ישנם שני מקורות עיקריים לתיירות הרפואית לישראל:<sup>31</sup>

(א) **מסלול מוטה "Pull" (פעילות ישירה)** – לרוב פעילות באמצעות שיווק ופרסום באינטרנט, על מנת לאפשר פניות באמצעות אתרי האינטרנט של בתי-החולים.

(ב) **מסלול מוטה "Push" (פעילות באמצעות החברות לתיירות רפואית)** – פעילות שיווקית ומכירתית הכוללת נסיעות רבות לשווקי המטרה והידוק קשרי עבודה עם ספקי תנועה מחו"ל ובהם: משרדי בריאות מקומיים, רופאים מחוזיים, מנהלי בתי-חולים לשעבר, מנהלי רווחה במוסדות גדולים, מבטחים קולקטיבים במקומות עבודה וסוכני תיירות רפואית "זרים".

52. רבים מהשירותים הרפואיים שצורכים התיירים הרפואיים הם שירותי רפואה פרטיים, אולם חלק מהשירותים נצרכים גם מבתי-החולים והמוסדות הרפואיים האחרים בישראל. ההפניה לבית-החולים נעשית על ידי חברות התיירות הרפואית, המבקשות הצעות מחיר עבור התיירים הרפואיים, או עושות שימוש במחירונים של מוסדות הרפואה בישראל; המוסד הרפואי מגיש לחברת התיירות הרפואית הצעת מחיר הכוללת עמלה; והתייר הרפואי מקבל הצעת מחיר משולבת, הכוללת גם שירותים שונים, כשירותי דיילות ושירותי תיירות שונים.

53. ככלל, חברות תיירות רפואית משמשות למספר תפקידים עיקריים, העוזרים למתורפא להתמודד עם הקשיים הפרוצדורליים, הבירוקרטיים, התרבותיים, וההתמצאות במערכת הבריאות הישראלית, תוך הנעתת זמנו במהלך השעות בישראל, שניתן לחלקם כדלקמן:

(א) **שיווק התיירות הרפואית בישראל**, לרבות שיווק יתרונות הרפואה הישראלית והשירותים. הסוכנים פעילים מאוד באינטרנט וחלקם אף טסים לחו"ל ומקיימים מערך קשרים עם גורמי מפתח הכוללים רופאים בארצות היעד ומערכות ביטוח שונות.

(ב) **תיאום וקישור בין הליכים רפואיים וגורמים שונים במערכת הבריאות**, כגון התקשרות עם מספר מוסדות רפואיים, וסיוע בנושאים טכניים (כגון שירותי תרגום),

<sup>31</sup> חלק מהמובא מבוסס על: גבאי (2014).

ובירוקרטיים (כגון טיפול במסמכים) מול המוסדות הרפואיים. בדרך זו מאפשרות גם חברות התיירות הרפואית לתייר הרפואי להתגבר על קשיחיות בתוך המוסד הרפואי, כגון שעות פתיחת מעבדה, על ידי היעזרות במוסדות רפואיים ומעבדות נוספים. כלומר, השימוש במספר מוסדות רפואיים מאפשר להתאים טוב יותר את הביקוש להיצע במערכת הרפואית – נושא חשוב במיוחד עבור תיירים, אשר יש להם צורך לקבל את הטיפולים הרפואיים בפרק זמן קצוב שבו הם שוהים בישראל.

(ג) **ליווי וסיוע לתייר הרפואי** החל מההתקשרות עמו ומול המוסד הרפואי, קליטתו בארץ (כגון דאגה למגורים), ליווי במהלך ההליך הרפואי ועד לחזרתו לארץ המוצא, וכן בהמשך הקשר לאחר הטיפול. בהקשר זה ממלאות חברות התיירות הרפואית תפקיד חשוב בהתגברות על הקשיחות הקיימת במוסדות הרפואיים – כך למשל בנושאים כגון כוח האדם שמלווה את התייר, מזון, טיפולים משלימים וכיו"ב.

(ד) **תיאום פעילויות פנאי נלוות ומשלימות** – עבור התייר הרפואי ועבור מלוויו.

54. בראש ובראשונה חברות התיירות הרפואית דואגות לשירותים הרפואיים שמקבל התייר, כגון בחירת רופא, קשר רציף בין החולה לרופא לפני, במהלך ואחרי הגעה לישראל. כלומר, חברות התיירות הרפואית משמשות כמעין **קופת-חולים עבור התייר הרפואי**, והן מאפשרות לו קבלת שירות מיטבי בתוך המכלול של נותני שירותי הרפואה בישראל. מעבר ליתרון הברור מנקודת מבטו של התייר, יש להן תפקיד מערכתי חשוב, בכך שהן מאפשרות ויסות עומסים, והתגברות על קשיחיות אחרות בתוך מערכת הבריאות (כמו למשל הקצאת אחות, שעות פעילות של מעבדות ועוד). חשוב לציין שמודל זה, שמכונה על ידי חברות התיירות הרפואית מודל ה"ביביסטר", הוא ייחודי לישראל. ישראל, למעשה, עושה שימוש בסוג שירות כוללני כזה על מנת להתחרות עם מדינות אחרות, אשר בתי-החולים שלהם מציעים תנאים לא פחות טובים, באמצעות מתן שירות כוללני מסוג זה – וזהו חלק גדול מהיתרון היחסי שלה על פני מתחרותיה.<sup>32</sup>

55. כאנלוגיה, ניתן לחשוב על השירותים שמציעות חברות התיירות הרפואית, לעומת הפעילות הישירה של בתי המלון, כהבדל בין רכישת טיול מאורגן, לבין רכישת לילה בבית המלון. השירות המוצע על ידי חברות התיירות הרפואית הוא שירות כוללני יותר, שמאפשר גם מכירת שירותים שאינם רפואיים, כאשר המטופל לא צריך לדאוג בעצמו לפרטים הכרוכים בביקור ובטיפול הרפואי בישראל.

56. פעולות השיווק שמבצעות חברות התיירות הרפואית תורמות במישורן ובעקיפין לכלכלה

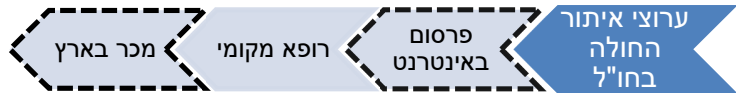
<sup>32</sup> נציין כי לפי מה שנמסר לנו, חברות שונות בישראל מנסות כעת להעתיק את השירות הזה גם עבור מטופלים ישראליים, על מנת לתת להם שירותים משלימים, ולסייע להם בקבל שירות ממארג נותני שירותי הרפואה בישראל – מה שמדגים את היתרון של מודל זה מנקודת מבטו של המטופל.

הישראלית. במישרין – משמשות כמתווכות לייצוא שירותים רפואיים, ומגדילות את הפדיון מייצוא שירותים אלה, ובעקיפין – תורמת לתיירות הפנאי, מלונאות, קמעונאות ועוד. השירות שנותנו חברות התיירות הרפואית לתייר נותן לו ערך. כמו כן, יש להן תפקיד חשוב בתוך מערכת הבריאות, בכך שהן מאפשרות התגברות על קשיחיות בתוך המערכת, כגון ויסות עומסים. נקדים ונציין כי הצעת החוק מבקשת לבצע את כל הפעילות מול התייר באמצעות המוסד הרפואי, ובדרך זו היא צפויה להעמיס על הרפואה הציבורית, ולהקשות על האפשרות לנתב את התיירים הרפואיים למקומות שבהם קיים במערכת הבריאות עודף קיבולת זמני או קבוע. יתר על כן, זמנו הקצוב של התייר הרפואי בישראל מצריך יעילות שלא תמיד קיימת במערכת בישראל – כמו למשל היכולת להביא תוצאות בדיקות במהירות ממקום למקום, לתרגם מסמכים, או להעביר את המטופל ממקום למקום.

57. להלן תיאור של המסלול הטיפוסי אותו עובר תייר רפואי בישראל, והמקטעים בהם סוכני התיירות הרפואית עוזרים ומלווים את התייר:

## תרשים 9: מיפוי ממשקי הפעולה של חברת תיירות רפואית (חת"ר) עם התייר הרפואי

- כשמתעורר צורך בטיפול רפואי בחו"ל, ייחשף החולה לאפשרות לקבלת טיפול בישראל דרך אחד או יותר מהמחלקות האלה: פרסומות של ספק השירותים הרפואי באינטרנט, המלצה של הרופא המקומי המטפל או מכרים שביקרו בישראל במסגרת תיירות רפואית.



- החת"ר כמשווקת:** פועלת לאיתור חולים פוטנציאליים, באמצעות פרסום ושיווק מישראל, שיווק לגורמי רפואה בחו"ל ובאמצעות סוכני שיווק מקומיים שהיא מפעילה.

- החולה יוצר קשר עם חת"ר (או במקרים מסוימים ישירות עם בית-חולים) ומעביר את המסמכים הרפואיים שלו על מנת לבדוק היתכנות לקבלת טיפול בישראל. לעיתים מתקיימת פנייה לכמה גורמים בו-זמנית.

- חת"ר כשער (Gate) וכמבצעת תכלול ראשוני:** במקטע זה, סוכני המרפא מקשרים בין התיירים הרפואיים להיצע הראוי של ספקי השירותים הרפואיים בישראל – בין אם רפואה פרטית ובין אם באמצעות בתי-חולים – בהתאם למידע הרפואי שמועבר מהתייר. הסוכנים למעשה מעניקים ליווי כלל למטופל הזר ע"י קישורו לרופא ישראלי, שבוחן את סיכויי החלמה ובהתאם בונה תוכנית טיפולים, תוך מתן שירותים מוספים כגון שירותי תרגום, היכרות עם מערכת הבריאות הישראלית, יצירת קשר עם מגוון הרופאים/מוסדות הנדרשים כחלק מגיבוש חו"ד ע"י הרופאים השונים וכו'.



- מחלקת תיירות רפואית בבי"ח בישראל או גוף הרפואה הפרטית מעריכים את אפשרויות הטיפול והעלות המשוערת ומעבירה הצעה להמשך טיפול והערכת מחיר לחולה. אם החולה מסכים להצעה, נקבע לחולה תור לטיפול בארץ. במקרים מסוימים ישלם התייר בשלב זה מקדמה ע"ס הערכת עלות הטיפול.

- חת"ר כמלווה אישי בכל התהליך וכמתכלל פרוצדורלי:** כאשר התייר מגיע לישראל סמוך למועד תחילת הטיפול שנקבע לו, הוא נפגש עם נציג החת"ר הקולט אותו, ובמידת הצורך מלווה אותו לאבחונים נוספים ע"י הרופא לקביעת מצבו הרפואי והמשך הטיפול בו, ומספקת שירותים נדרשים כגון תרגום מסמכים והפנייתו למוסדות רפואיים בארץ, בהתאם לתוצאות בדיקות – בפרט משום שבמקרים רבים הדיאגנוזה הרפואית ממדינת המוצא עשויה להיות שגויה.



- חת"ר דואגת לשירותים משלימים לא-רפואיים למטופל ולבני משפחתו:** חת"ר דואגת למגורים בקרבת מקום הטיפול, להסעות, תרגומים, ליווי, מזון ועוד. כך לדוגמה חת"ר דואגת לפעילות משלימה המיועדת למטופל כמו תזונה ספציפית, טיפולי רפואה משלימה וכו', אשר בתי-החולים לא יכולים או ערוכים לספק מחוץ לכותלי בית-החולים.

- חת"ר כמייצרת ערך תיירותי:** בין הטיפולים, חת"ר יכולה לארגן תיירות פנאי לתייר או למלוויו, התואמת את יכולותיו של המטופל (במגבלות רפואיות), בכך היא תורמת לענפי כלכלה אחרים כקמעונאות, תיירות ועוד.



- בגמר הטיפול בישראל התייר חוזר לארצו. במידת הצורך הרופא המטפל ייצור קשר עם התייר כדי להנחותו ולייעץ לו בהמשך הטיפול ותהליך ההתאוששות בחו"ל.



- חת"ר כשומרת על קשר ישי:** עם המטופל, במידת הצורך משמשת כדובר המטופל מול הרופאים המקומיים במהלך ההתאוששות ולאחריה, ובמידת הצורך ממשיכה ללוות את המטופל בטיפולים עתידיים.

מצוין קטע בו חת"ר מלווה את המטופל

מקורות המידע: מצגת "תיירות רפואית ומצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014; ומשרד הבריאות, נספח Regulatory Impact Assessment, חוק התיירות הרפואית, התשע"ו.

### 3.3.2 מודל הכנסות של חברות תיירות רפואית<sup>33</sup>

58. תחילת ההתקשרות של התייר הרפואי עם חברת התיירות הרפואית יכולה להיות במדינת המוצא של התייר או לאחר נחיתה בתייר בישראל.

59. ככלל, היקף הפעילות העסקית והשירותים שחברת התיירות הרפואית מציעה משתנים בין חברות גדולות לקטנות. החל מחבילה כוללת וכלה בחבילה ספציפית ומצומצמת – בהתאם להעדפותיו של התייר הרפואי.

60. יש שני מודלים להתקשרות בין חברת התיירות הרפואית לתייר הרפואי:

(א) **מסלול עקיף בדמות עמלה** - שכרה של חברת תיירות רפואית נגזר ממחיר הטיפול שבית-החולים גובה מהתייר הרפואי, ומועבר ישירות מהמוסד הרפואי לחברת תיירות רפואית.

**תרשים 10: מודל הכנסות של חברת תיירות רפואית באמצעות מסלול גבייה "עקיפה"**



(ב) **מסלול ישיר בדמות מחיר** - חברת התיירות הרפואית גובה כסף מהתייר הרפואי בעבור הטיפול הרפואי ומשלמת לבית-החולים על הטיפולים שהתייר הרפואי מקבל, והכסף הנותר הוא הכנסתה.

**תרשים 11: מודל הכנסות של חברת תיירות רפואית באמצעות מסלול גבייה "ישירה"**



### 3.3.3 קיימת תחרות עזה בתחום התיירות הרפואית ובין חברות התיירות הרפואית

61. ענפים רבים בישראל מאופיינים בריכוזיות ניכרת וחשופים לתחרות מועטה בישראל ומח"ל. לעומתם, חברות התיירות הרפואית חשפות לתחרות ניכרת במספר רמות: תחרות בענף, תחרות

<sup>33</sup> ראו: משרד הבריאות, נספח RIA (Regulatory Impact Assessment) חוק התיירות הרפואית, התשע"ו

בין ערוצים שונים ותחרות בין מדינות.

62. **תחרות בענף:** ענף חברות התיירות הרפואית בישראל מאופיין בריבוי גדול של מתחרים: על-פי הערכות הוועדה המייעצת ומשרד הבריאות, ישנם כ- 200 - 300 סוכני תיירות רפואית בישראל (כאלו הפועלים עצמאית וכן חברות תיירות רפואית).<sup>34</sup> כך למשל, באתר האגודה הישראלית לתיירות רפואית (מרפא) ישנה רשימה של חלק מחברות התיירות הרפואית בישראל, ביניהן:

- |                      |                        |                     |
|----------------------|------------------------|---------------------|
| • MSG Medical        | • Top Clinic           | • River Med         |
| • MedAID             | • Sapir Medical Clinic | • ArMedical         |
| • Imed Expert        | • BJIB Doctors Group   | • DRA Medical Group |
| • MedEx              | • Top Experts Clinic   | • NEWMED            |
| • Alfa Medical Group | • Trustmed             | • Euromed           |

63. **תחרות בין ערוצי גיוס:** מלבד פעילות התיירות הרפואית המתבצעת באמצעות חברות התיירות הרפואית, קיים גם ערוץ ישיר, בו בתי-החולים בישראל מציעים את השירותים ישירות למטופלים, ואלו מהווים מתחרים ישירים, אך ללא הצעת הערך המוסף שסוכני התיירות הרפואית מציעים, כפי הוזכרת לעיל (כגון תכלול מספר מוסדות רפואיים, אספקת שירותים משלימים וכו'). כך, לדוגמה, ניתן לראות רשימת של בתי-החולים המציעים התקשרות ישירה בנספח א', לרבות דוגמאות ספציפיות מאתרי ב"ח שיבא ואסותא.

64. **תחרות בין מדינות:** שלישית, מלבד התחרות המקומית שיש לחברות התיירות הרפואית, בין לבין עצמן וכן מול ערוצי השיווק הישירים של בתי-החולים, יש להן גם תחרות עזה ממדינות אחרות המציעות תיירות רפואית, קרי קיימת להם תחרות בינלאומית במקטע השיווק.

כך, עפ"י מדד התיירות הרפואית – Medical Tourism Index (או MTI),<sup>35</sup> הגם שישראל מדורגת גבוה (מקום 3 בשנת 2016) כיעד לתיירות רפואית, קיימות מדינות מתחרות כגון קנדה, בריטניה, סינגפור, הודו, גרמניה וצרפת (מקומות 1, 2 ו-4 - 7 בהתאמה, בשנת 2016), כמפורט בטבלה הבאה:

<sup>34</sup> דוח הוועדה המייעצת עמ' 231.

<sup>35</sup> מדד ה-MTI משמש כמדד השוואה לאטרקטיביות של מדינות כיעדי תיירות מרפא, תוך שיקלול 34 קריטריונים.

### טבלה 7: דירוג ישראל בתיירות רפואית מול מדינות מתחרות

| 2016 MTI Overall Ranking |       |                  |       |                      |       |
|--------------------------|-------|------------------|-------|----------------------|-------|
| 1. Canada                | 76.62 | 16. Dubai        | 67.54 | 31. Morocco          | 59.77 |
| 2. UK                    | 74.87 | 17. Jamaica      | 67.17 | 32. Turkey           | 59.49 |
| 3. Israel                | 73.91 | 18. Thailand     | 66.60 | 33. Jordan           | 57.02 |
| 4. Singapore             | 73.56 | 19. Philippines  | 66.40 | 34. Russia           | 57.01 |
| 5. India                 | 72.10 | 20. Taiwan       | 66.28 | 35. Oman             | 56.90 |
| 6. Germany               | 71.90 | 21. Argentina    | 65.37 | 36. Tunisia          | 56.78 |
| 7. France                | 71.22 | 22. Brazil       | 65.22 | 37. Kuwait           | 52.69 |
| 8. South Korea           | 70.16 | 23. China        | 64.78 | 38. Saudi Arabia     | 52.43 |
| 9. Italy                 | 69.50 | 24. Poland       | 63.79 | 39. Bahrain          | 51.99 |
| 10. Colombia             | 69.48 | 25. Abu Dhabi    | 63.65 | 40. Lebanon          | 49.92 |
| 11. Spain                | 68.29 | 26. Malta        | 62.97 | 41. Iran             | 36.00 |
| 12. Japan                | 68.00 | 27. South Africa | 62.20 | Americas             |       |
| 13. Panama               | 67.93 | 28. Egypt        | 60.92 | Europe               |       |
| 14. Costa Rica           | 67.67 | 29. Mexico       | 60.70 | Asia                 |       |
| 15. Dominican Republic   | 67.58 | 30. Qatar        | 60.07 | Middle East / Africa |       |

מקור: IHRC: <http://www.healthcaresearchcenter.org/medical-tourism-index> וכן Medical Tourism Index, <https://www.medicaltourismindex.com>

65. לסיכום, בישראל מאות חברות תיירות רפואית. לחברות אלה תפקידים חשובים בענף התיירות הרפואית, הן בהיבט השיווק והגדלת הביקוש לשירות שמציעה ישראל והן בהיבט של הצעת חבילת שירות טובה וכוללנית יותר, ומשמשות כמעין קופת-חולים עבור התייר הרפואי: הן מסייעות לו להתמודד עם הקשיים הפרוצדורליים, הבירוקרטיים, התרבותיים, וההתמצאות במערכת הבריאות הישראלית; הן המתאמות והמקשרות של הליכים רפואיים; הם המלוות והעוזרות לתייר הרפואי, והן מאפשרות לתייר יעילות טכנית של קבלת הטיפול בפרק זמן מוגבל שבו הוא שוהה בישראל. מעבר ליתרון הברור מנקודת מבטו של התייר, יש להן תפקיד מערכתי חשוב, בכך שהן מאפשרות ויסות עומסים, והתגברות על קשיחיות אחרות בתוך מערכת הבריאות.

66. החברות לתיירות רפואית לא פועלות כמונופול, אלא בסביבה שבה קיימת תחרות ניכרת הן בענף בין החברות, הן תחרות עם הערוץ הישיר של בתי-החולים, והן תחרות בין מדינות. ישראל, למעשה, עושה שימוש בסוג השירות הכוללני שהן מאפשרות ("בייביסיטר") על מנת לייצר את היתרון היחסי שלה מול מדינות מתחרות.

## 3.4 יתרונות וחסרונות בתיירות רפואית

67. להתפתחות תחום התיירות הרפואית יתרונות משמעותיים לענפים שונים בכלכלה המקומית, אולם לצד היתרונות קיימים חסרונות שעלולים להתפתח ולפגוע בגורמים השונים בשרשרת הערך ובגורמים משיקים. על כן, קידום נכון וחכם של התחום יכול לצמצם מאוד את החסרונות ולהגדיל את היתרונות.

68. בפרק זה נסקור בתמצית את היתרונות והחסרונות בתחום התיירות הרפואית.

### 3.4.1 היתרונות בתיירות הרפואית

69. נתחיל עם היתרונות, שאותן ניתן לסווג לשלושה מעגלים: (א) המעגל הענפי-רפואי; המעגל הלאומי-כלכלי; ומעגלים רחבים יותר (כגון פוליטיים).

#### 70. יתרונות במעגל הענפי-רפואי:

(א) שימוש בהכנסות מתיירות רפואית לשם שיפור ושימוש בצידוד, במתקנים חדישים

ובתשתיות שכולם נהנים מהם: תיירות המרפא, ובפרט זו הרפואית, מכניסה למוסדות הרפואיים בישראל מאות מיליוני ש"ח בשנה. הכנסות אלו באות לידי ביטוי, בהכנסות גבוהות יותר לכל שירות נתון מתיירי מרפא בהשוואה להכנסה מאזרחי ישראל.

כך למשל, ממחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז עולה מבין השירותים שמחירו גבוה מ-0 ₪, בכ- 79.5% מהשירותים המוצעים במחירון, תיירי רפואיים משלמים יותר מאזרחי ישראלי שהופנה לבית-החולים על ידי קופת החולים (תעריף ב'), ובכ- 44% מהשירותים תיירים רפואיים משלמים למעלה מ- 50% יותר מאזרחי ישראל.

להלן מדגם שירותי רפואה והפערים בעלות לתייר רפואי לבין אזרחי ישראלי (תעריף ב'):

טבלה 8: מדגם פערי תעריפים לשירותי אשפוז ואמבולטוריים בין תייר רפואי לאזרחי ישראל

| קוד השירות | שם השירות                                        | תעריף א' (₪) | תעריף ב' (₪) | תעריף ג' (₪) | תעריף למטופלים מחו"ל (₪) | פער בין עלות לתיירים רפואיים לתעריף ב' (%) |
|------------|--------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|--------------------------------------------|
| 78465      | טיפול שריר הלב, פרפוזיה, במנוחה ו\או מאמץ, SPECT | 4,121        | 1,917        | 1,964        | 6,047                    | 215.4%                                     |
| 89280      | מיקרומניפולציה ב-IVF, בשיטות שונות               | 5,184        | 3,789        | 3,888        | 7,609                    | 100.8%                                     |
| 99223      | הערכה טרום נתוחית, סדרת בדיקות                   | 966          | 945          | 966          | 1,418                    | 50.1%                                      |
| G00A5      | כמותרפיה באשפוז, תוספת למחיר יום אשפוז           | 3,352        | 3,280        | 3,352        | 4,920                    | 50.0%                                      |
| G00M1      | יום אשפוז, מחלקה פנימית בבית חולים כללי          | 2,333        | 2,220        | 2,269        | 4,440                    | 100.0%                                     |
| L8977      | שאיבה והקפאת ביציות, כגון בשיטת ויטריפיקציה      | 7,127        | 5,211        | 5,342        | 10,460                   | 100.7%                                     |
| L9232      | בדיקות שגרה למועמדים להשתלת כליה                 | 5,612        | 5,491        | 5,612        | 8,237                    | 50.0%                                      |
| L9244      | בדיקת רופא אונקולוג במרפאה                       | 278          | 146          | 149          | 408                      | 179.5%                                     |
| L9245      | בדיקת רופא המטולוג במרפאה                        | 278          | 146          | 149          | 408                      | 179.5%                                     |
| L9260      | בדיקת רופא כירורג במרפאה                         | 278          | 146          | 149          | 408                      | 179.5%                                     |
| L9268      | בדיקת רופא מרדים במרפאה                          | 278          | 146          | 149          | 408                      | 179.5%                                     |

מקור: מחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז מעודכן ל- 01/04/2018.

תעריף השירות בש"ח לפי הגורם המממן או סוג המקרה: **תעריף א'** - חל על: אזרחי ישראל המשלמים בעצמם עבור שירותים רפואיים; מטופלים תושבי רש"פ; חיילים מכוח האו"ם המוצבים בישראל ובגבולותיה; בני משפחתם ואחרים אשר האו"ם משלם את הוצאותיהם הרפואיות; תושבי חו"ל העובדים או הלומדים בישראל. **תעריף ב'** - חל על: מטופלים המופנים על ידי קופת החולים; נפגעי תאונות דרכים. **תעריף ג'** - חל על: מטופלים המופנים על ידי המוסד לביטוח לאומי; מטופלים המופנים על ידי צה"ל או משרד הביטחון. **תעריף למטופלים מחו"ל** - חל על מטופלים מחו"ל.

ההכנסות הגבוהות יותר לכל טיפול רפואי מאפשרים למוסדות לרכוש ציוד רפואי חדש, שאינו ניתן לרכישה מכספי משלם המיסים הישראלי או מהתקציב הממשלתי. מצידו ומתקנים חדשים אלו נהנים כלל תושבי ישראל.

בפרט הדבר נכון לאור הגירעונות הגדולים של בתי-החולים, אשר פעילות התיירות הרפואית בהם מאפשרת לצמצמם.<sup>36</sup>

(ב) **זליגת שיפור השירות לכלל המטופלים:** לאור התחרות בתיירות רפואית עם מדינות אחרות, המוסדות הישראליים חייבים להתמיד ולשפר את הסטנדרטים בשירות המוצע לתיירים הרפואיים המותאמים לציפיותיהם. עקומת למידה זו, תאפשר גם לישראלים להפיק תועלת מתנאי אשפוז משופרים, ויחס ושירות טוב יותר לישראלים. כך, סטנדרט השירות לכלל המטופלים ישתפר.

(ג) **קידום עצמאות המוסדות הרפואיים ותמיכה במוסדות בפריפריה:** קידום נושא תיירות המרפא, ובפרט זו הרפואית יכול לתרום לעצמאות בתי-החולים ומערכת הבריאות, בפרט או בפריפריה, אשר בתורו יכול לסייע במתן רפואה שוויונית יותר לישראלים ברחבי המדינה.

(ד) **יצירת תעסוקה נוספת למעגלים רחבים יותר בענף המרפא:** הגדלת ההכנסות מתיירות המרפא ובפרט זו הרפואית, מספקות תעסוקה נוספת ופרנסה, לבד מהרופאים, לאחיות ולצוות מלווה, ובכך מגדילה את האטרקטיביות של מקצועות פרה-רפואיים, שבחלקם קיים מחסור במדינה (כגון אחיות).<sup>37</sup> נציין גם כי על פי הערכות האגודה הישראלית לתיירות רפואית (מרפא), בישראל מועסקים כ- 6,000 עובדים בחברות תיירות המרפא – רובם עולים חדשים.

## 71. יתרונות במעגל הלאומי-כלכלי:

(א) **הגדלת הפעילות העסקית מתיירות פנאי ותיירות נלוות:** לבד מההכנסה משיירות התיירות הרפואית, התיירים הרפואיים מוצאים כספים גם על תיירות משלימה, כגון פנאי, בילויים ולינה, בפרט כאשר הליוי הוא באמצעות חברת תיירות רפואית המארגנת חבילה הכוללת שירותים אלו. מעבר לכך, תיירים רפואיים מגיעים עם מלווים נוספים (למשל בני משפחה) המגדילים את הביקוש לתיירות רגילה, ולצד הגידול במספר ימי האשפוז גדל גם מספר לינות תיירים בבתי מלון. שיצרכו שירותים משלימים בתקופת השהייה בארץ:<sup>38</sup>

<sup>36</sup> ראו לדוגמה גירעונות בתי-החולים של הכללית לאורך השני בעמוד 67 ב"דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2016" של משרד הבריאות: <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/dochhashvaatui2016.pdf>

<sup>37</sup> להרחבה בנוגע למחסור במקצועות אלו ראו למשל:  
• משרד הבריאות, דו"ח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל, יוני 2010.  
• רוני לינדר-גנץ, "למרות המחסור בענף: 200 אחיות מצרפת אינן יכולות לעבוד בישראל – בגלל דרישות משרד הבריאות", The Marker, 21/08/2017: <https://www.themarker.com/news/health/1.4367062>

<sup>38</sup> ראו:

Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall and Russell Mannion, "Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review", OECD, pp. 21-23.

"Most countries that engage in delivering care to medical tourists do so to increase the level of direct foreign exchange earnings coming into their country; to improve their balance-of-payments position (Timmermans, 2004, Ramírez de Arellano, 2007, Turner, 2007)."

"Although there may be income generated for the health sector, it is typically not health care income that concerns destination countries of course, but general increases in tourist income, since there is hoped to be a substantial level of expenditure by medical tourists, and their companions, that is not related to medical care (food, accommodation, sights, travel). Certainly medical tourism can be an important source of foreign exchange."

"Indeed, it is the promise of these earnings that often drives government involvement in investing directly or indirectly (tax incentives) in private hospitals and actively promoting medical tourism (Ramírez de Arellano, 2007, Reed, 2008, Lee, 2010)."

ההכנסה העודפת מייצוא שירותים לאותם תיירים היא למעשה המוטיבציה העיקרית למדינה לקדם את תחום התיירות הרפואית – בדומה למוטיבציה של המדינה לקדם את תחום התיירות בכלל.

(ב) **הגדלת ההכנסות לרופאים (ובפרט המומחים) ושימורם בישראל:** תוספת ההכנסות משירותי תיירות רפואית מגדילה את ההכנסות לרופאים המקומיים, ומהווה נדבך מהותי בשימור רופאים טובים ומנתחים בעלי שם בישראל, שעלולים היו לעזוב, אלמלא תוספת הכנסה זו, למוסדות רפואיים בחו"ל שמתגמלים בהתאם.

(ג) **צבירת ניסיון לרופאים על מקרים קשים:** התיירים הרפואיים מגיעים לישראל במקרים מורכבים וקשים שאין להם מענה סביר במדינת מוצאם. במסגרת זו, החשיפה של הרופאים הישראליים למקרים מורכבים אלו מחדד את יכולותיהם, כישוריהם וניסיונם, הן ברמה הטיפולית הממומשת גם עבור מטופלים ישראלים, והם ברמת צבירת שם עולמי, המבסס את יכולותיה של ישראל בתחום הרפואה.<sup>39</sup>

(ד) **ענף התיירות הרפואית תורם למאזן המסחרי של ישראל בייצוא שירותים:** תיירות רפואית היא ענף ייצור שירותים התמחותיים (קרי, לא פשוטים - שניתנים להשגה/ביצוע בנקל). לבד מהאדרת שמה של ישראל בתחום, הענף תורם גם להכנסת מטבע זר לארץ ולשיפור מאזן התשלומים של מדינת ישראל.

(ה) **השפעות חיצוניות חיוביות:** קידום ופיתוח של תחום התיירות הרפואית וצבירת מומחיות

<sup>39</sup> ראו, לדוגמה, דבריו של פרופ' ארנון אפק: "פרוטוקול וועדת משנה לתיירות מרפא 21/10/13", משרד הבריאות.

בתחום, יש בהם פוטנציאל ליצירת עסקים נוספים כגון סטרטאפים רפואיים (בפרט במדינת ישראל), הן על ידי הרופאים עצמם והן על ידי הגורמים בתחום.

72. **יתרונות במעגלים רחבים יותר:** ישראל ידועה בעולם כמגישת עזרה רפואית במקרי אסון בעולם (כמו ברעידות אדמה). תחום התיירות הרפואית, אם נעשה באופן ראוי, יכול לשמש לפיתוח התדמית החיובית של ישראל בעולם בתחום הרפואה, וכגשר של שלום גם עם מדינות שאין מקיימות יחסים רשמיים.<sup>40</sup>

73. **לסיכום, לתיירות רפואית עשויים להיות יתרונות ישירים למערכת הרפואית (מכירת עודפי קיבולת בצידוד, שיפור יכולות הרופאים והשאררת הרופאים הטובים בישראל ועוד) וכן יתרונות עקיפים שונים למדינה (תדמית המדינה, ידע רפואי ועוד), אולם היתרון הישיר והמרכזי מכולם הוא תוספת הכנסות למדינה – הן ישירות למערכת הרפואית והן לנותני שירותים אחרים. הכנסות אלה הן המוטיבציה העיקרית לפיתוח תחום התיירות הרפואית במדינה.**

### 3.4.2 חסרונות בתיירות הרפואית

74. כשם שאי אפשר לבר בלא תבן, לצד היתרונות, לתיירות רפואית עלולים להיות גם חסרונות. אולם נציין שחסרונות אלו יכולים להצטמצם באמצעות אסדרה ראויה ונכונה של התחום. להלן סקירה תמציתית של חסרונות אפשריים לתיירות הרפואית:

(א) **אילוצים ומעמסה על מערכת הבריאות** – בתקופות מסוימות ועבור משאבים מסוימים עשויה מערכת הבריאות הישראלית לסבול מעומס יתר, כלומר ממחסור. הגדלת הביקוש לשירותי רפואה במקרים אלה עלולה להגדיל את העומס על המערכת ולבוא על חשבון המטופל הישראלי. נציין כי הביקוש של התיירים הרפואיים הוא בעיקר לשירותים מסוימים במערכת – הרבה שירותים אמבולטוריים, וביקוש נמוך מאוד למחלקות כגון מיון או פנימית. כמו כן, נציין כי ישנם פתרונות לסוגיה זו, כגון הטלת מגבלות על היקף תיירות המרפא במוסדות רפואיים שונים וקביעת שעות התורים לאחר הצהריים – שלא על חשבון המטופל הישראלי, וכן הסטת זמני הטיפול האלקטיביים לתקופות שבהן אין עומס.

(ב) **עיסוק של גורמים לא מקצועיים בתחום ופגיעה בתדמית של ישראל** – או בלשון העם: "חאפרים" העוסקים בתחום, אשר עלולים להביא לכך שהתייר הרפואי לא מקבל טיפול ראוי, ובהתאם פגיעה בתדמית של ישראל. סוגיה זו יכולה להיפתר באמצעות אסדרה ואכיפה של איכות השירות של חברות התיירות הרפואית, והבטחת העובדה שתכנית הטיפול הרפואי תבוצע על ידי רופא בעל רישיון ישראלי.

<sup>40</sup> ראו למשל: אבי יששכרופ, "אחיו של אבו מאזן אושפז בחשאי בבית-חולים בישראל", 13/04/2016, אתר וואלה: <https://news.walla.co.il/item/2952514>

(ג) **בתחום זה עלולים להיווצר בעיות אתיות ורפואיות**, למשל רופאים שימהרו לנתח או להציע טיפול יקר ולפעמים מיותר לתייר, או העדפת טיפול בתייר רפואי אחד על פני האחר משיקולים לא מקצועיים. הסיכון לכך, הגם שתמיד קיים – הוא נמוך, במיוחד אם תהיה אסדרה ראויה בתחום. בכל מקרה, כללי האתיקה והנהלים בתחום זה צריכים להיות ברורים, ובדרך זו סביר כי הרוב המכריע של הרופאים יפעלו כמצופה מהם.

(ד) **הפסד כספי של המוסד הרפואי** – מטבע הדברים, טיפולים רפואיים עלולים להסתבך, הן מבחינה רפואית והן מבחינת מימון הטיפול. למשל במקרים בהם חברת הביטוח של התייר תחדל מלממן טיפולי המשך, או שהתייר לא ישלם את מלוא עלות הטיפול למוסד הרפואי, משכך עלול להיווצר מצב של הליך הפסדי למוסד הרפואי שימומן בסופו של דבר מכספי משלם המיסים הישראלי. אסדרה של אופן ומנגנון המימון, יכולה להפחית את הסיכונים הכלכליים הללו.

(ה) **התפתחות שוק שחור** – הגם שלא ייחודי לתחום התיירות הרפואית, לאור העלויות הגבוהות של הטיפולים עבור התיירים הרפואיים, עלול להתפתח שוק שחור במסגרתו העסקאות אינן מדווחות כראוי מסיבות שונות. בפרט כאשר מדובר על מטופלים מחו"ל שמקור הכסף לפעמים אינו ידוע.<sup>41</sup>

75. **לסיכום, תחום התיירות הרפואית מציב אתגרים בפני המאסדר: ראשית, יש צורך לדאוג לכך שהתייר הרפואי יקבל שירות רפואי טוב והוגן, ובפרט תכנית הטיפולים בו צריכה להיעשות על ידי רופא בעל רישיון ישראלי, והשירות הכולל שהוא מקבל צריך להיעשות על ידי חברת תיירות רפואית בעלת ידע וניסיון, ואשר יש לה אחריות מול המטופל. שנית, האתיקה הרפואית בטיפול בתיירי המרפא והנהלים לכך צריכים להיות ברורים ויש לבצע עליהם אכיפה. שלישית, יש צורך בניהול עומסי מערכת הבריאות, כך שהתיירות הרפואית תסייע לשיפור השירות הרפואי לאזרח הישראלי, ולא תפגע בשירות שהוא מקבל.**

76. **ככל הנראה, יש היקף מסוים של תיירות מרפא שהוא אידיאלי עבור המדינה, בהינתן הקשיחות הקיימת ביכולתה להכשיר רופאים ואנשי סגל רפואי נוספים. השאלה מה הוא ההיקף האידיאלי חורגת מתכולתה של עבודה זו, אולם, ברור כי עבור כל היקף של תיירות רפואית, האינטרס של המדינה הוא להגדיל ככל הניתן את ההכנסות משיירות הניתנים לתייר הרפואי ומלווייו, בדרך שתהיה אתית ולא תרמיתית.**

<sup>41</sup> ראו למשל המקרה הידוע של תחקיר התוכנית "עובדה" בו קיבלו הרופאים כסף במזומן: "תחקיר "עובדה": רופאים באיכילוב ניצלו תיירי מרפא", Walla, 16/12/2013, <https://news.walla.co.il/item/2703729>

### 3.5 מטרת האסדרה הנוכחית של תחום התיירות הרפואית

77. לאורך שנים רבות נעשו ניסיונות לאסדר את תחום התיירות הרפואית בישראל, כדי להתמודד עם ההשלכות החיוביות ולמנוע את ההשלכות השליליות מתיירות רפואית. אולם לצד הצעדים הנקודתיים שנעשו, טרם בוצעה אסדרה מלאה של תחום זה, מסיבות שונות, לרבות: קושי בקביעת מדיניות לאור השונות במצב הכלכלי של בתי-החולים השונים; דעות חלוקות בנושא, מכיוון שמחד משרד הבריאות משמש כרגולטור ומאידך גם כ"בעלים" של מוסדות רפואיים ממשלתיים; ועוד.<sup>42</sup>

78. להלן תיאור כרונולוגי, ממעוף הציפור, של ניסיונות האסדרה:

#### טבלה 9: ניסיונות אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל (רשימה חלקית)

| מועד        | נושא                                                                            |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1995        | חוזר מנכ"ל משרד הבריאות                                                         |
| 2011        | דו"ח מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות בנושא                                       |
| 2011        | טיוטת חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בעקבות מסקנות "ועדת אפק"                          |
| 2012        | מנכ"ל משרד רה"מ מבקש שתוצג לו התכנית לקידום התיירות הרפואית בישראל              |
| 2013        | דו"ח מבקר המדינה מעיר ל > שנית) למשרד הבריאות בנושא                             |
| דצמבר 2013  | חוזר מטעם ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות                                          |
| פברואר 2014 | הגשת הצעת חוק בנושא                                                             |
| יוני 2014   | פרסום מסקנות הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (הוועדה המייעצת)      |
| נובמבר 2014 | דו"ח בדיקה של אגף החשב הכללי במשרד האוצר על השנים 2011-2013 בנוגע תיירות רפואית |

מקור: מצגת רותם גבאי-ברקת ודניאל שפרלינג, "אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל", האוניברסיטה העברית בירושלים.

79. ניסיון האסדרה הנוכחי החל במרץ 2017, אז הוגשה הצעת החוק, שבטיפול ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, לקריאה ראשונה. נכון למועד כתיבת שורות אלו נמצאת בסטטוס של הכנה לקריאה שניה ושלישית בוועדה האמורה.<sup>43</sup>

80. מטרת העל של הצעת חוק, כפי שהן מצוינת בה, הינן: (א) שמירה על המטופל הישראלי; (ב) חיזוק מערכת הבריאות הציבורית; (ג) הבטחת טיפול מקצועי ואתי לתייר הרפואי. להלן הקטע הרלוונטי מהצעת החוק (ההדגשות אינן במקור):

<sup>42</sup> סיבות אלו ועוד מוזכרות במצגת מאת רותם גבאי-ברקת ודניאל שפרלינג, "אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל", האוניברסיטה העברית בירושלים.

<sup>43</sup> ראו:

<http://main.knesset.gov.il/Activity/Legislation/Laws/Pages/LawBill.aspx?t=lawsuggestionssearch&lawitemid=201588>  
5

"מטרת הצעת חוק זו היא להסדיר את תחום תיירות המרפא בישראל על פי שלושה עקרונות מרכזיים כפי שיפורט להלן אשר בבסיסם התפיסה כי למדינה יש התחייבות מוסרית להעניק טיפול רפואי בראש ובראשונה לאזרחי המדינה והכרה בכך שלמערכת הבריאות הציבורית בישראל צרכים תקציביים משמעותיים שאף צפויים לגדול בעתיד. העקרונות הבאים לידי ביטוי בהצעת חוק זו הם:

- (1) **שמירה על המטופל הישראלי** [...] הצעת החוק נועדה למנוע פגיעה בטיפול המוענק למטופלים ישראלים כתוצאה מתיירות מרפא ואף לשפרו במידת האפשר;
- (2) **חיזוק מערכת הבריאות הציבורית**: הצעת החוק מבקשת להבטיח כי ההכנסות מפעילות תיירות מרפא יופנו לטובת השקעה במערכת הבריאות הציבורית<sup>44</sup> ובפרט לטובת השקעה בתשתיות טכנולוגיות חדשות והגדלת זמינות כוח האדם במערכת הבריאות הציבורית;
- (3) **הבטחת טיפול מקצועי ואתי לתייר המרפא**: [...] מוצע לקבוע כללים שיבטיחו לתייר המרפא קבלת טיפול רפואי מקצועי והגון ויסייעו להתפתחותו של הענף לאורך זמן."

81. אציין כי, להערכתי, אסדרת התחום במסגרת הצעת החוק ורוב מוחלט של הסוגיות מהמובאות בהצעת החוק ובדברי ההסבר של הצעת החוק הן ראויות הן מבחינה כלכלית והן מבחינה האינטרסים השונים של המדינה, של התייר הרפואי ושל חברות התיירות הרפואית.

82. **מדיניות הפרדת חשבונות**: בסעיף 19(א) להצעת החוק,<sup>44</sup> מוצע למסור לתייר הרפואי חשבון מפורט לגבי הסכומים השונים של השירותים המוצעים לו, דהיינו להפריד בין עלויות שירותי הרפואה לחבילה המשלימה שסוכן התיירות מציע לו:

"19. (א) מוסד רפואי המטפל בתייר מרפא ימסור לתייר המרפא, במישרין או באמצעות גורם אחר הנושא בתשלום בעד הטיפול הניתן לתייר המרפא, למעט סוכן תיירות המרפא, חשבון מפורט לגבי הסכומים ששולמו בעד כל אחד מהטיפולים הרפואיים שניתנו לו במוסד הרפואי."

83. **מדיניות אפשרית של פיקוח מחירים על החבילה המשלימה של סוכני המרפא**: בדברי ההסבר של הצעת החוק, מוזכר גם ההיבט הכספי של מחיר שירותי המרפא:

"במקרים מסוג זה החולה יהיה מוכן לשלם כמעט כל מחיר בעבור הסיכוי להחלים מצב זה של חוסר איזון ביחסי הכוחות בין הסוכן לתייר המרפא מעלה חשש לפעילות שאינה עולה בקנה אחד עם האינטרסים של תייר המרפא, שעלולה להביא לפגיעה כלכלית ואף בריאותית בתייר."

על כן, מוצעת מגבלה אפשרית למחיר שסוכן מרפא יכול לקבוע על חבילת השירותים שהוא מציע לתייר הרפואי בס' 72(ב)(2) להצעת החוק:<sup>45</sup>

<sup>44</sup> לפי נוסח לדיון של הצעת החוק בוועדת העבודה והבריאות מיום 23/01/18.  
<sup>45</sup> לפי נוסח לדיון של הצעת החוק בוועדת העבודה והבריאות מיום 23/01/18.

72". [...]

(ב) השר, באישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת רשאי לקבוע הוראות בעניינים אלה:

[...]

(2) התמורה המרבית שתשולם לסוכן תיירות מרפא בעד תיווך לעניין תיירות מרפא;

84. לפיכך, חו"ד זו מבקשת להתמקד כאמור בשתי שאלות כלכליות העולות מהצעת החוק, בשים לב לאינטרסים השונים של הגורמים בתחום, ותחת ההנחה כי השירות הרפואי הניתן לתייר הרפואי הוא ראוי, אתי ואיכותי:

(א) **האם על שירותים משלימים שמספק הסוכן לתייר הרפואי, כגון: שירותי תרגום מסמכים; שירותי אספקת מזון (דיאטה) מיוחדת; שירותי הסעות וליווי; אסדרת שירותי לינה לתייר הרפואי; ועוד, או באופן כללי – שירותי המעטפת הכוללת לתייר הרפואי, האינטרס של המדינה הוא שתונפק חשבונית נפרדת או המפרטת את ההכנסה של סוכן התיירות הרפואית בנפרד מהשירותים הרפואיים גרידא?**

(ב) **האם על שירותים משלימים שמספק הסוכן לתייר הרפואי, האינטרס של המדינה הוא שחבילת השירותים (שאינם רפואיים גרידא) תסופק במחיר המקסימלי האפשרי או במחיר המינימלי?**

85. כפי שאדון על כך בהמשך, אקדים את המאוחר ואציין כבר עתה, כי התשובה לשאלה הראשונה היא כי אין זה מאינטרס המדינה לבצע הפרדת חשבוניות, שכן הדבר עלול בסבירות גבוהה ומובהקת לשבש את הענף עד כדי כישלון.

86. כמו כן, התשובה לשאלה שניה היא שהמטרה של המדינה הוא למקסם ייצוא שירותים ואת מחירם ככלל, ופרט שירותים התמחותיים, ובעלי יתרונות יחסיים בהשוואה למדינות אחרות, כגון שירותי תיירות רפואית.

87. לעומת זאת, בענפים מסוימים מדיניות מיקרו-כלכלית של המדינה נעשית באמצעות התערבות בשוק המקומי באמצעות כלים כגון הגבלת מחירים או הגברת התחרות המקומית, מפני שראייתה היא על כלל הרווחה במשק המקומי, קרי על רווחת הצרכן הישראלי ועוד רווחי הפירמות הפועלות במשק. לכן בהיעדר תחרות קיים הסיכון של קביעת מחירים עודפים על ידי הפירמות ורווחת הצרכן המקומי-ישראלי עלולה להיפגע. מכן שיש למדינה במקרים כאלו אינטרס להתערב כחלק ממדיניותה. בניגוד לכך, בסחר בינלאומי וייצוא סחורות ושירותים, האינטרס של המדינה הוא להשיא את התמורה בגין המוצרים השירותים בשווקים הבינלאומיים ככל הניתן, משום שמטרתה של המדינה קשורה רק ברווח החברות המקומיות.

## 4. השפעות כלכליות שליליות צפויות מהצעת החוק

88. בפרק זה אסקור תחילה את היתרונות של פעילויות סוכנויות תיירות והשפעתן על התיירים הרפואיים, ולאחר מכן אדון בהשפעות האפשריות של הצעת החוק, בהתמקדות על המדיניות המוצעת הנוגעת להפרדת החשבונות, קרי פירוט ההכנסות של חברת התיירות הרפואית בנפרד מפירוט שירותי הרפואה עצמם, וכן אדון במדיניות המוצעת האפשרית של פיקוח מחירים על חבילות השירותים המשלמים של חברות התיירות הרפואית, על הענף בכללותו.

### 4.1 היתרונות של חברות תיירות רפואית

89. כאמור, תפקידה של חברת התיירות הרפואית נחלק למספר תחומים המשלימים אחד את השני, ואלו תומכים בענף התיירות הרפואית כולו, תפקידים אלו מסוקרים להלן:

90. **שיווק התיירות הרפואית הישראלית** – חברות התיירות הרפואית משמשות בראש ובראשונה כמשווקי תיירות למדינה ישראל, ובכך מגדילות את הכנסות של הן המוסדות הרפואיים בישראל והן של הענפים המשיקים לתיירות רפואית ושאנם קשורים ישירות להליכים רפואיים.

(א) כפי שתואר לעיל, רוב תיירי המרפא מגיעים מברית המועצות לשעבר (בעיקר רוסיה), ואין זה מקרה, מכיוון שרבים מהסוכנים שחברות התיירות הרפואית הם דוברים השפה הרוסית המשווקים לתיירים את ישראל כמקום רפואה איכותי.

(ב) אם האינטרס של המדינה הוא יעד כמותי מסוים בשנה של תיירים רפואיים, אזי יש צורך באנשי שיווק שיפנו אותם לטיפולים בישראל, חלף הליכתם למדינות תיירות רפואית אחרות, כגון גרמניה. משווקים אלו הם למעשה הסוכנים הפועלים במסגרת חברות התיירות הרפואית, בפרט אלו המדברים את שפת התייר הזר.

(ג) חברת התיירות הרפואית, בונה את חבילת התיירות הרפואית הכוללת עבור התייר הרפואי, אשר ממנה נגזרת הכנסתה. אם החברות לא ירוויחו מהחבילות הללו, אזי הן תצאנה מהענף, ובהתאם יפחת מספר התיירים הרפואיים בישראל.

(ד) מעבר לכך, שיווק התיירות הרפואית הינו קרדינלי במיוחד עבור בתי-החולים הקטנים בישראל. אם נניח שיפחתו מספר חברות התיירות הרפואית לאור פגיעה בהכנסתן, אזי הפגיעה בבתי-החולים הגדולים, כגון "שיבא", תהיה פחותה יחסית, שכן לבתי-החולים יש ערוץ ישיר שממנו הם יכולים לגייס עצמאית את התיירים הרפואיים. בניגוד לכך, לבתי-החולים הקטנים, שהם גם היותר פגיעים כלכלית, אין את המערך השיווקי (בין מחוסר רצון,

ובין מחוסר יכולת) עבור התיירות הרפואית. מכאן שיציאת חברות תיירות רפואית מהענף תפגע דווקא בבת-י-החולים הקטנים הנסמכים על ההכנסות מהתיירות הרפואית, ובהתאם עלולה להגדיל את אי-השוויון במערכת הבריאות בישראל.

(ה) כמו כן, המוסדות הרפואיים, הגם שחלקם יכולים לבצע שיווק באמצעות ערוץ ישיר (כמו אתרי אינטרנט), מבצעים שיווק באופן של משיכה ("Pull") – שהוא צורת שיווק פסיבית יחסית, לרוב באמצעות פרסום באתר האינטרנט של המוסד הרפואי. מאידך, חברות תיירות רפואית משווקות את התיירות הרפואית בישראל באופן של "דחיפה" ("Push"), דהיינו שיטה יותר אקטיבית, כדי להביא ארצה תייר שנדרש לטיפול רפואי ובפניו עומדות מספר אופציות.

(ו) **מכאן, שחברות תיירות רפואית משמשות כמשווקי שירותי התיירות והרפואה בישראל, והן המנוע שמגדיל את הביקוש לישראל מצד התיירים הרפואיים, ולכן בהנחה שהרגולציה מעוניינת שישראל תהיה מובילה בתחום ומבוקשת (Powerhouse) חשוב לתמוך במערך השיווקי על ידי כך שחברות התיירות הרפואית ירוויחו מהחבילות הכוללות שהן משווקות.**

91. **אספקת לווי והדרכה משלימים (שירותי "בייביסיטר")** – בהיבט זה תפקידו של הסוכנים של חברות התיירות הרפואית הוא ללוות את התייר מרגע ההתקשרות בעניינים נוספים מעבר להיבטי רפואה, המשך בקליטתו ובתקופת הטיפול בארץ וכלה בשמירה על קשר – גם לאחר חזרת התייר לארצו.

(א) תייר רפואי המגיע לארץ זרה, שעה שהוא חולה, והוא לא דובר את השפה, לא מכיר את התרבות, ואת הבירוקרטיה, עלול להיקלע למצוקה מחוסר מוכנות וידע.

(ב) כמו כן, פעמים רבות תייר רפואי צריך שירותים משלימים במהלך ההליך הטיפולי, למשל שירותי תרגום, מזון (דיאטה) מיוחד הספציפי למצבו, שירותי הסעה וניידות, שירותי לינה, וייעוץ והדרכה כללית להפחתת החשש של התייר.

(ג) מעבר לכך, הסוכן דואג, במסגרת לחבילה הכוללת, לשירותי תיירות פנאי ובילוי (שאינם קשורים לשירותי רפואה), במהלך שהותו של התייר הרפואי בישראל ושל הגורמים המלווים אותו במהלך שהותו, במיוחד עבור טיפולים הנפרסים על-פני תקופה ארוכה.

(ד) **החבילה שבונה חברת התיירות הרפואית מהווה ערך מוסף ממשי עבור התייר הרפואי, והיא כוללת שירותים משלימים לשירותי הרפואה, שלבתי-החולים בערוץ השירותי אין את היכולת והקיבולת להציע. החבילה שבונה חברת התיירות הרפואית מהווה שירות הוליסטי יותר מאשר חבילה שהתייר הרפואי יכול לבנות בעצמו. כמו כן, למותר לציין שעל שירותים משלמים אלו ישנה תחרות עזה בין חברות התיירות הרפואית המציעות**

## חבילות שונות.

(ה) **בהיבט זה, בניית חבילת השירותים המשלימים מהווה ייצוא שירותים נוסף של המדינה, ועוזרת להתפתחות עסקים מקומיים (מלונאות, קמעונאות, הסעדה וכו'), מכאן שלמדינה אינטרס רב בהשאת מחירי חבילות השירותים המשלימים, ממש כמו שהמדינה הייתה רוצה שהעסקים ימכרו חבילת לינה תיירותית (למשל חדר במלון הילטון) במחיר הגבוה ביותר שניתן – תחת המגבה שהמכירה לא נעשית בצורה תרמית.**

92. **תכלול כלל הגורמים בישראל** – הסוכן במסגרת חברת התיירות הרפואית משמש כגוף אחד (Go-to person) המארגן את כל ההליכים הפרוצדורליים כלל הגורמים הרפואיים (כגון בתי-החולים), הגורמים הפרה-רפואיים (קליניקות ייעודיות) והמשלימים. במובן זה הסוכן הוא כמו סוכן תיירות הבונה חבילה תיירותית לתייר הרפואי.

(א) **אכן התייר הרפואי יכול לבנות חבילה מרפא כוללת וכן להתקשר עם המוסדות הרפואיים השונים באופן עצמאי, ממש כשם שתייר פנאי יכול לרכוש כרטיסי טיסה באופן עצמאי ובית מלון בנפרד, כניסה למתחמי תיירות, ואולם התייר הרפואי יכול להיעזר בשירותיו של סוכן מרפא מומחה ומקצועי המצוי ברזי הבריורקרטיה והפרוצדורות הרפואיות בישראל.**

(ב) **כך למשל, ממידע שהועבר אלינו מאיגוד לשכות המסחר, עולה שתייר רפואי עובר במוצק כ- 10 מוסדות ומכונים רפואיים שונים. לחברת התיירות הרפואית ישנה ראייה רחבה ויכולת לנווט ביעילות את התייר בין המוסדות השונים, כדי לא לגרום לייקור עלויות רפואיות, עומס או לעיכוב התייר, שאחרת תייר עלול לפנות מוסד רפואי אחר זול יותר בחו"ל.**

(ג) **יצוין שחברת התיירות הרפואית בונה חבילה כוללת בליווי ובהתייעצות עם הרופאים עצמם. לא לכל תייר רפואי קיימת גישה כזו למגוון רופאים פוטנציאליים. וכמובן שקיימות חברות תיירות רפואיות רבות בשוק הישראלי שמנהן התייר הרפואי יכול לבחור ולהתמקח על איכות השירותים והמחירים הכוללים.**

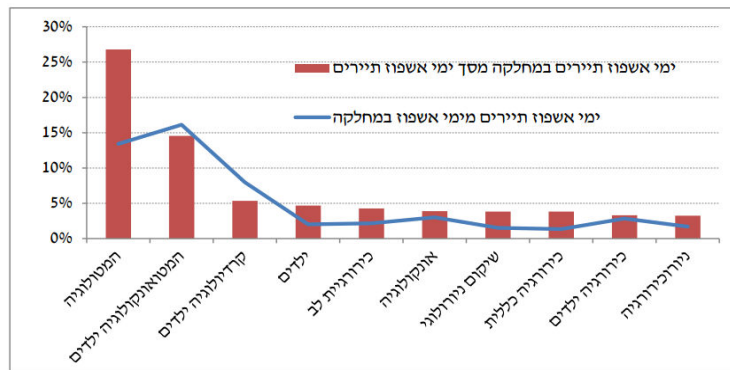
(ד) **מכאן, שחשיבותו של חברות התיירות הרפואית בהיבט זה הוא כפול: תכלול כלל הגורמים עבור התייר הרפואי ומודולריות טיפולית וזמינה, קרי אם לא ניתן לבצע הליך בבית-חולים מסוים בזמן נתון, חברת תיירות רפואית יכולה לבנות חבילה כוללת המשקללת את כל הפרמטרים החשובים לתייר הרפואי (כמו זמן, נוחות וכו').**

93. **חברות התיירות הרפואית כגורם המפחית סיכון כלכלי למוסדות הרפואיים בישראל** – אחת הסיבות החשובות לנחיצות חברות תיירות רפואיות היא מורכבות הטיפולים. בשל מורכבות זו, עלות הטיפולים היא גבוהה. חברות התיירות הרפואיות מפחיתות את סיכון אי-התשלום של

התיירים הרפואיים למוסדות הרפואיים.

(א) כך, הטיפולים המורכבים כוללים, בין היתר: טיפולים המטו-אונקולוגים, ניתוחים, כירורגיה כללית, נויורוכירורגיה, אף אוזן גרון, ניתוחי לב וחזה, השתלות מח עצם וטיפול בסוכרת.<sup>46</sup>

#### תרשים 12: אשפוז תיירים רפואיים לפי מחלקה



מקור: התרשים מובא מתוך דוח הוועדה המייעצת עמ' 233.

(ב) משיחותיי עם גורמים באיגוד לשכות המסחר, עולה כי המודל הנפוץ לתיירות רפואית בארץ הוא שחברת התיירות הרפואית מכינה תוכנית טיפולים בהתייעצות עם הרופאים הרלוונטיים, לרבות הצעת מחיר, ולרוב התייר משלם לחברת התיירות הרפואית ישירות, והיא מעבירה לגורמים השונים (כגון בתי-החולים), והיתרה מהתשלום נותרת בידי חברת התיירות הרפואית.

(ג) כלומר חברת התיירות הרפואית נושאת באחריות לתשלום עבור הטיפול ולא התייר, מודל זה למעשה מקטין את הסיכון הגבייה עבור המוסד הרפואי, שאחרת במידה והתשלום היה מבוצע ישירות, בית-החולים היה תלוי בתייר (שלפעמים עוזב את הארץ טרם השלמת מלוא התשלום), ובמקרה של כישלון גבייה, אזי העלות תוטל על המערכת הציבורית בישראל.

(ד) מן שחברות תיירות רפואית מקטינות את הסיכון הכלכלי המוסדות הרפואיים בישראל מתיירות רפואית במקרה של אי-תשלום הטיפול מצד התייר הרפואי.

## 4.2 ההשפעה הצפויה של הפרדת החשבונית על חברות תיירות

### רפואית

94. כאמור הרגולציה העולה מהצעת החוק בסעיף 19(א),<sup>47</sup> היא שנדרש יהיה לספק הצעת מחיר מפורטת לתייר הרפואי על-פי כל שירות רפואי המוצע בחבילה, ובנפרד גם מתן הצעת מחיר

<sup>46</sup> <https://www.doctors.co.il/ar/8573/החולים+בבית+אורחים+מרפא+תיירות>

<sup>47</sup> וגם מהמוצע בס' 17(א) (5) ו-17(א) (6), בהצעת החוק.

מפורטת על חבילת המרפא - שאינן רפואיות גרידא ("הפרדת חשבונות").

95. כהקדמה, עוד לפני שנדון מדוע כלכלית הפרדת החשבונות צפויה לפגוע בחברות התיירות הרפואית, ניתן להיווכח מההעדפה הנגלית (Revealed preference)<sup>48</sup> של חברות התיירות הרפואית שהפרדת החשבונות צפויה לפגוע בפעילותן:

(א) ראשית, הגם שחברות התיירות הרפואית מסכימות עם רוח הצעת החוק, הן מתנגדות להפרדת החשבונות, וברור כי מההתנגדות זו, ניתן ללמוד כבר על פניו, שהפרדת החשבונות צפויה לפגוע בהן בצורה מאוד משמעותית.

(ב) שנית, משיחותינו עם נציגי איגוד לשכות המסחר, עולה כי חלק מחברות התיירות הרפואית ניסו בעבר לבצע הפרדת חשבונות, כדי לבדוק את השפעת ההפרדה על יכולת גבייה התשלומים מהתייר הרפואי ועל הכנסותיהן. מניסיון עולה כי הכנסותיהן נפגעו מאוד.

(ג) שלישית, טכנית כיום אין כל מניעה לספק חשבונות נפרדת על שירותי התיירות הרפואית (שאינה כוללת את השירותים הרפואיים), העובדה שהשוק לא מממש את המודל ההפרדה מעיד על הפגיעה צפויה משמעותית.

96. מעבר לכך, הסיבות הכלכליות שהפרדת החשבונות צפויה לפגוע בתיירות הרפואית הן:

**97. ראשית, הפרדת החשבונות תפגע בחברות התיירות הרפואית מסיבה טכנית בשל הקושי של התיירים לקבל החזרים מצד ג' (בפרט מחברות ביטוח שלהם, ארגוני צדקה וכו') על סעיפים שאינם רפואיים גרידא.**

(א) רבים מהתיירים הרפואיים מקבלים החזרים כספיים מצד ג' על שירותים רפואיים. אם תהיה הפרדת חשבונות, הדבר יקשה על התיירים לקבל החזר מצד ג' בגין שירותי תיירות רפואית משלימים, שאינם שירותים רפואיים גרידא. בחשבונות אחודות מאידך, צד ג' רואה את השירות כחבילה כוללת ומפצה את התייר ללא הבדל.

(ב) מעבר לכך, מנקודת מבטו של התייר הרפואי, אם ישראל מספקת רק חשבונות מפוצלות, ובמדינות אחרות, למשל בגרמניה, או בקנדה, הוא יכול לקבל חשבונות אחודה עם השירותים המשלימים, אזי סביר שהתייר יבחר לקבל את הטיפול במדינות הללו במקום בישראל, כיוון שבמדינות המתחרות הוא גם יקבל שירות משלים וגם יפוצה בגין כך. לחלופין, אם יבחר לבצע בישראל, אז הוא לא יבקש שירותים משלימים מפני שהוא לא יפוצה על כך. בהתאם גם הענפים בתיירות המשלימה (כמו מלונאות, הסעדה וכו'), יפגעו.

<sup>48</sup> "העדפה נגלית" זו שיטה כלכלית לניתוח והסקה על העדפות של פרטים וחברות באמצעות התבוננות על התנהגותם ובחירותיהם.

98. **שנית, הפרדת החשבוניות תתמרץ את התייר הרפואי להתמקח על מחיר החבילה** – שהוא הכנסתה של חברת התיירות הרפואית, מפני שהוא יראה את הכנסתה הישירה מהעסקה. עמלת חברת התיירות הרפואית אף עשויה לגרום לעורר את התייר הרפואי לבחון מחדש את ההצעה, והוא עלול לפנות להצעות ממדינות אחרות וכך גם מוסדות הבריאות הישראליים יפסידו.

99. **שלישית, התנהגות אי-רציונלית ו"חשבון מנטלי" בקבלת החלטות יכולה להביא לביטול העסקה בשל עלות מרכיב כזה או אחר אשר אינו לרוחו של התייר.** כדי להסביר סוגיה זו, נדרשת הקדמה בקליפת האגוז אודות קבלת החלטות של אנשים, אי-רציונליות, הטיות בקבלת החלטות ו"חשבון מנטלי" המשפיעים על קבלת ההחלטות.

(א) התיאוריה הכלכלית הקלאסית (והניו-קלאסית) יוצאת מנקודת הנחה חזקה כי הפרטים בכלכלה הם אנשים רציונליים לחלוטין, ופעולותיהם מונעות משיקולים רציונליים גרידא, בהינתן המידע הזמין להם והעדפותיהם האישיות, והם מונעים להשיא את תוחלת תועלתם ("תורת התועלת").

(ב) ואולם, במציאות אנשים לא פועלים באופן רציונלי טהור. הפסיכולוגים והפרופסורים דניאל כהנמן עמוס טברסקי,<sup>49</sup> פיתחו במסגרת עבודתם בתחום תורת קבלת ההחלטות (Decision theory) וכלכלה התנהגותית (Behavioral economics) את תיאורית הפרוספקט (Prospect theory),<sup>50</sup> המראה שאנשים פועלים לפעמים באופן אי-רציונלי תוך שימוש בכללי אצבע ("היוריסטיקות") ותוך השפעת הטיות שונות עליהם.<sup>51</sup> אחת מהטיות המשפיעות על קבלת ההחלטות, שכהנמן וטברסקי הראו, היא "הטיית המסגור" (Framing bias).<sup>52</sup> הטייה זו אומרת בפשטות, שהאופן בו הבעיה והחלופות מוצגות לאנשים, משפיע על קבלת ההחלטות. זאת, להבדיל מהתיאוריה הכלכלית הקלאסית, הגורסת שהאנשים הם רציונליים, ולכן הטיות מסוג זה אינן משפיעות כלל.<sup>53</sup>

(ג) הטיית המסגור משפיעה על תיאוריה נוספת בכלכלה התנהגותית והיא תיאוריית חשבוניות

<sup>49</sup> על עבודתם, זכה דניאל כהנמן בפרס נובל בכלכלה.

<sup>50</sup> Kahneman, D. (1979). Prospect theory of decisions under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.

<sup>51</sup> תיאוריית הפרוספקט שונה מתורת התועלת השולטת בכיפה של הדיסציפלינה הכלכלית – ואשר האחרונה אינה מסבירה היטב את ההתנהגות המציאותית של האנשים. תיאורית הפרוספקט מראה כי יש הטיות עקביות בהתנהגות הפרטים בכלכלה ולפיכך לא ניתן להניח שהפרטים מתנהגים תמיד רציונלית. אי-רציונליות זו מתבטאת באי-השאת תוחלת התועלת על-ידי האנשים במציאות, ושכין היתר, ערך התועלת של כל תוצאה, עפ"י תיאורית הפרוספקט, תלויה בין היתר בנקודת ייחוס (Reference point) מסוימת של הפרט המביאה אותו לבצע החלטות שלא עפ"י מקסום תוחלת תועלתו.

<sup>52</sup> Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458.

<sup>53</sup> דוגמה קלאסית להטיית המסגור היא "דילמת השפעת האסימטית" המובאת ב- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981).

מנטלית (Mental accounting theory).<sup>54</sup> חשבונאות מנטלית היא מונח שטבע הכלכלן זוכה פרס הנובל, פרופ' ריצ'רד ת'אלר (Richard H. Thaler),<sup>55</sup> המציין את הדרך בה שיקולים קוגניטיביים, ולא בהכרח רציונליים, משפיעים על קבלת החלטות כלכליות, או כפי שת'אלר מציין:<sup>56</sup>

*"Mental accounting is the set of cognitive operations used by individuals and households to organize, evaluate, and keep track of financial activities."*

האופן בו פרטים מנהלים את החשבונאות המנטלית שלהם גורמת להבדלים במידת ההנאה שאנשים מפיקים מזכייה או קנייה, עבור עסקה בערך נתון. פרופ' ת'אלר מבחין בין שני סוגי תועלות:<sup>57</sup>

(א) תועלת הרכישה (Acquisition utility): זו תועלת רציונלית המשקפת את ההנאה הנגרמת כתוצאה מההבדל בין ערך (Value) המוצר לבין התשלום בגינו.

(ב) תועלת העסקה (Transaction utility): זו תועלת רגשית המשקפת את ההנאה הנגרמת מהשוני בין הסכום ששולם לבין רפרנס קוגניטיבי כלשהו (Perceived merits).

בתחום החשבונאות המנטלית, הטיית המסגור מציינת את האופן בו אנשים "תופסים" (או ממסגרים קוגניטיבית) באופן סובייקטיבי עסקה כלשהי, אשר תשפיע על תועלת העסקה הצפויה עבורם.

(ד) בנושא דנן, אילו באמת האנשים היו רציונליים לחלוטין, אזי הם אמורים היו לקבל החלטה המשיאה את (תוחלת) התועלת האישית שלהם מחבילת השירותים. ולכן לא היה אמור לשנות להם אם החשבונית היא אחודה או מפוצלת, כי השירות הכולל משפיע על התועלת מהטיפול.

(ה) ואולם, במציאות, כאשר התיירים יקבלו חשבוניות מפוצלות, קרי "מסגור" אחר של המחירים אותם הם משלמים, הם עלולים באופן סובייקטיבי לתפוס את העסקה כפחות כדאית, על אף

<sup>54</sup> תאוריית חשבונאות מנטלית יכולה להיחשב כתיאוריה משלימה לתיאוריית הפרוספקט, שיחד מסבירות התנהגויות מציאותיות שונות של אנשים: למשל את ב- Disposition effect - שהוא "אפקט הרתיעה ממימוש הפסדים" הנצפה במציאות, במסגרתו משקיעים נוטים להחזיק מניות מפסידות זמן רב מידי, ומניות "מנצחות" זמן מועט מידי. להרחבה ראו למשל:

- Grinblatt, M., & Han, B. (2005). Prospect theory, mental accounting, and momentum. Journal of financial economics, 78(2), 311-339.
- Shefrin, H., & Statman, M. (1985). The disposition to sell winners too early and ride losers too long: Theory and evidence. The Journal of finance, 40(3), 777-790.

<sup>55</sup> Thaler, R. H. (1985). Mental accounting and consumer choice. Marketing Science 4, 199-214.

<sup>56</sup> Thaler, R. H. (1999). Mental accounting matters. Journal of Behavioral decision making, 12(3), 183.

<sup>57</sup> Thaler, R. H. (1985). Mental accounting and consumer choice. Marketing Science 4, 199-214.

### שהשירות והמחיר הם בדיוק זהים.

(i) לסיכום, כשהתיירים הרפואיים מקבלים חשבונית אחודה, אזי במסגרת החשבון המנטלי שלהם הם שואלים האם המחיר הכולל המוצע להם מתאים לחבילה הכוללת. ואילו אם הם יקבלו חשבון מפורט על כל שירות, ובפרט על שירותים משלמים לתיירות הרפואית, הם ישאלו באופן פרטני האם המחיר המוצע עבור כל שירות הוא סביר מבחינתם. פירוט כזה עלול לפגוע בעסקה אם התיירים הרפואיים לא ירצו לשלם את המחיר עבור שירות ספציפי מוצע. מכאן, שהמסגור בדמות הפרדת החשבוניות עלול לתמרץ אותם להתמקח על מחיר החבילה המשלימה שמספקים חברות התיירות הרפואית, ולהקטין את הכנסותיהן שלא לצורך, בפרט כאשר האינטרס של המדינה הוא לספק שירותים משלימים (מעבר לשירותים הרפואיים המפוקחים במחיר ממילא) במחיר המקסימלי שניתן, וכדי להמשיך לממש זאת, יש להשאיר את חברות התיירות הרפואית בענף.

100. **לסיכום פרק זה, האסדרה העולה מהצעת החוק לגבי הפרדת חשבוניות תפגע בחברות התיירות הרפואית, זאת ניתן ללמוד תחילה מהעדפה הנגלית של הסוכנים, שהרי אם הם לא היו נפגעים מכך, הם כבר היו מבצעים זאת. צפויה פגיעה ביכולת למשוך תיירים רפואיים מסיבה טכנית, בשל הקושי של התיירים לקבל החזרים מצד ג' (בפרט מחברות ביטוח שלהם) על סעיפים שאינם רפואיים גרידא. כמו כן, הכנסות חברות התיירות הרפואית צפויות להיפגע מכיוון שהפרדת החשבוניות תתמרץ את התיירים הרפואיים להתמקח על המחיר; וכן מפאת התנהגות אי-רציונלית בקבלת החלטות שיכולה להביא לביטול העסקה. כלל הפגיעות הללו חברות התיירות הרפואית מהאסדרה בהצעת החוק צפויה לפגוע בתחרות לאור יציאת חברות מהענף, ולפגוע באינטרס של המדינה ובהכנסות המוסדות הרפואיים בישראל.**

## 4.3 ההשפעה הצפויה של פיקוח המחיר על חברות תיירות רפואית

101. האסדרה העולה מהצעת החוק בס' 72(ב)(2) להצעת החוק מאפשרת פיקוח מחירים פוטנציאלי על שירותי התיירות הרפואית המשלמים שמציעים חברות התיירות הרפואית (מעבר לפיקוח המחירים הקיים ממילא על שירותי הרפואה) ("**פיקוח מחירי חברות התיירות הרפואית**").<sup>58</sup>

102. ראשית, אסדרת פיקוח מחירי חברות התיירות הרפואית, אם תתממש בפועל, צפויה לפגוע בחברות התיירות הרפואית, שכן מחירים נמוכים יפגעו בהכנסותיהן. מבחינת המדינה – בכך היא מחטיאה את המטרה העיקרית שלשמה קיימת תיירות המרפא, והיא הכנסות המדינה מיצוא

<sup>58</sup> לפי נוסח לדיון של הצעת החוק בוועדת העבודה והבריאות מיום 23/01/18.

שירותים.

103. שנית, פיקוח מחירים ישפיע על שיווי המשקל בשוק, וזאת בשני אופנים עיקריים – יציאת חברות מהענף ורידוד איכות השירות לתיירים הרפואיים:

(א) ההשפעה הראשונה היא שרווח נמוך צפוי לגרום לשיווי משקל כלכלי שבו חלק מהחברות הפועלות היום בענף עשויות לצאת ממנו, וכתוצאה מכך תפחת התחרות בין חברות התיירות הרפואית;

(ב) ההשפעה השנייה היא שלא ניתן יהיה להציע שירותי תיירות משלים איכותי, אלא רק מרודד. פיקוח מחירים, כדי שיהיה אפקטיבי, נעשה בדרך כלל על מוצר הומוגני. שירותי תיירות רפואית, הוא מוצר הטרוגני המותאם אישית לכל מטופל לפי צרכיו. פיקוח מחירים על שירותי תיירות רפואית יביא להצעות שירותים מרודדים בלבד עבור התיירים הרפואיים. למה הדבר דומה? נניח שהמדינה הייתה מטילה פיקוח מחירים של עד 50 דולר לילה של לינה בבית מלון, אזי ברור שהסוויטה במלון הילטון לא הייתה מושכרת לאיש במחיר הזה. בפועל הפיקוח היה גורם להיצע חדרים "רגילים", בלבד, קרי שירות "מרודד". גם במקרה דנן, פיקוח מחירים על שירותים משלימים של תיירות רפואית, יגרום להצעת חבילות מרודדות בהרבה לתייר. התוצאה היא שהתייר עשוי להעדיף לבצע טיפולים במדינות אחרות בהן השירות המשלים הוא איכותי יותר. כתוצאה מכך, הכנסות חברות התיירות הרפואית יפגעו, יחד עם הכנסות בתי-החולים והמדינה. לחלופין, אם התייר הרפואי בכל זאת יבחר לבצע זאת בישראל, השירות שיקבל לא יהיה איכותי ומצבם יורע במובן זה.

104. לסיכום פרק זה, האסדרה העולה מהצעת החוק לגבי פיקוח מחירי חברות התיירות הרפואית, צפויה לפגוע כלכלית בחברות התיירות הרפואית. מבחינת המדינה – בכך היא מחטיאה את המטרה העיקרית שלשמה קיימת תיירות המרפא, והיא הכנסות המדינה מיצוא שירותים. מעבר לכך, פיקוח המחירים ישפיע על שיווי המשקל בשוק: הוא יגרום ליציאת חברות מהענף – ובהתאם תפגע בתחרות בין החברות בישראל; והוא צפוי לגרום לרידוד איכות השירות שהתיירים הרפואיים יקבלו, מפני שפיקוח מחירים אינו יעיל עבור מוצרים הטרוגניים המותאמים אישית כמו במקרה של שירותים משלימים לתיירות רפואית.

#### **4.4 ההשפעה הצפויה של הצעת החוק על ענף התיירות הרפואית**

105. האסדרה העולה מהצעת החוק לגבי הפרדת חשבונות ולגבי פיקוח מחירי התיירות הרפואית פוטנציאלי, צפויה, כאמור, לפגוע בפעילות והכנסותיהם של חברות התיירות הרפואית, ובהתאם צפויה להביא לשיווי משקל חדש שבו תוותרנה פחות חברות תיירות רפואית בענף, ולכן תפחת בו התחרות.

106. ההשלכות הנגזרות מיציאת החברות מהענף הן קריטיות עבור תחום התיירות הרפואית בישראל:

107. **ראשית, הקטנת מספר חברות התיירות הרפואית:** הקטנת מספר חברות התיירות הרפואית משמעה למעשה פחות שיווק על-ידן, ובהתאם הקטנת כמות התיירים הרפואיים בישראל.

108. **שנית, ירידה באיכות השירות:** הירידה בתחרות, תגרום לירידה באיכות השירות של הסוכנים שיישארו בענף, לבטח אם וכאשר יתבצע פיקוח מחירים, שהרי לא ניתן יהיה לספק את מלוא סל השירותים המשלימים הנדרשים לתייר הרפואי, לפי צרכיו המותאמים אישית במחירים מפוקחים ונמוכים.

109. **שלישית, קושי בתכלול בין הגורמים השונים, ובהתאם פגיעה בתייר:** יתקיים קושי בתכלול מספר נותני שירותי הרפואה, והמודולריות בחבילות המרפא תפגע. למשל, בית-חולים שיוזע לספק שירות רפואי מסוים ומוגבל בלבד, יוכל לקבל רק תיירים רפואיים שנדרשים מראש רק לטיפול מצומצם בלבד, והוא לא יוכל לספק שירות לתייר שנדרש למספר טיפולים במוסדות שונים, לאור הפגיעה במודולריות הטיפול בעבור התייר. גם ברמה המערכתית, חוסר היכולת של חברות התיירות הרפואית לווסת עומסים במערכת, ולאפשר לתייר הרפואי קבלת שירותים מחוץ למוסד הרפואי, צפוי להגדיל את העומסים במרפאות החוץ בבתי-החולים.

110. **רביעית, פגיעה באינטרס של המדינה בהגדלת הכנסות מייצוא:** בהתאם להשפעות הללו, מדינת ישראל תהיה פחות אטרקטיבית עבור התייר הרפואי, תקבולי המוסדות הרפואיים מתחום זה יקטן, ותהיה פגיעה באינטרס ומטרות של המדינה, בכללן קיטון בייצוא שירותי המרפא התמחותיים.

111. **חמישית, הטבה כלכלית ויוקרתית לבתי-החולים הפרטיים על חשבון בתי-החולים הממשלתיים:** לא כל הצעה של בית-חולים מתקבלת על ידי התיירים, ויש להנפיק הצעות רבות עד שמגייסים תייר רפואי.<sup>59</sup> להבנתנו וכפי שנמסר לנו, הצעת החוק מבקשת לגרום למוסדות הרפואיים להנפיק את הצעת המחיר לתייר הרפואי ישירות, במקום המצב כיום בו רבות מהצעת המחיר שמקבלת חברת התיירות הרפואית, שמתכללת את כלל ההצעות ומציגה כחבילה לתייר הרפואי. מכאן, שקיטון במספר חברות התיירות הרפואיות עלול להיטיב עם בתי-החולים הפרטיים על חשבון בתי-החולים הממשלתיים, מכיוון שבבית-חולים ממשלתי קיימת קשיחות רבה יותר בהיבט כוח האדם, ועל כן יתקשה להנפיק הצעות רבות כדי לגייס תייר רפואי, בניגוד לבתי-חולים

<sup>59</sup> נקרא גם Conversion rate, קרי יחס ההמרה. המשמעות היא שמתוך X הצעות שמונפקות לתיירים, Y תיירים בפועל מקבלים את העסקה, מכאן שיחס ההמרה הוא  $Y/X$ . כך אם מתוך 20 הצעות שהונפקו לתיירים שונים, תייר 1 חותם על העסקה, יחס ההמרה הוא  $5\% = 1/20$ .

פרטיים. מבחינת שיווי משקל כלכלי, הבדל זה עלול להסיט רבים מהתיירים הרפואיים שיגיעו לישראל, לבתי-החולים שאינם בבעלות ממשלתית, ובהתאם לגרום לקיטון הכנסות בתי-החולים הממשלתיים ופגיעה בהם.

112. צריך לזכור שרופא הוא מוצר במחסור במערכת הבריאות הציבורית. ניתן לעשות חישוב גם על מנת להבין את ההשפעה הכספית של כתיבת כמות כזו של הצעות מחיר בתוך מערכת הבריאות הציבורית: על פי מה שנמסר לנו על ידי האגודה הישראלית לתיירות רפואית (מרפא), יחס ההמרה הממוצע להצעה לתייר רפואי הוא 5% (כלומר על כל תייר רפואי שמגיע בפועל לישראל, בממוצע, נכתבות כ- 20 הצעות שונות לתיירים). עוד נמסר לנו על ידם כי זמן ההכנה הממוצע של הצעה, על ידי רופא מוסמך, הוא כשעה. מכאן שעל מנת להביא לארץ כ- 30 אלף תיירים יש צורך בהשקעה של כ- 600 אלף שעות,<sup>60</sup> שהם כ- 3,297 חודשי עבודה במשרה מלאה.<sup>61</sup> עלות ההעסקה הממוצע של רופא בשירות המדינה היא כ- 42.7 אלף ש"ח לחודש (לא כולל הפרשה רעיונית לפנסיה תקציבית).<sup>62</sup> **מכאן שאומדן גס לסך העלות להכנת כלל הצעות המחיר לתיירות רפואית הוא כ- 140 מיליון ש"ח בשנה, אשר הצעת החוק מבקשת להטיל באופן בלעדי על בתי-החולים והמוסדות הרפואיים האחרים.**<sup>63</sup>

113. **שיטת, פגיעה כלכלית במוסדות הרפואיים הקטנים והפריפריאליים:** רבים מהמוסדות הרפואיים הקטנים והפריפריאליים, אינם מקיימים פעילות ישירה כיום מול התיירים הרפואיים. כלומר, פעילותם בתחום תלויה בחברות התיירות הרפואית, וביכולת התיווך והשיווק שלהן. מבחינת שיווי משקל כלכלי, הפגיעה בחברות התיירות הרפואית לאור המוצע בהצעת החוק, צפויה לפגוע באופן הקשה ביותר דווקא במוסדות הרפואיים ללא יכולת שיווק עצמאית, קרי הקטנים והפריפריאליים.

114. **שביעית, פגיעה ביכולת הרפואה הפרטית לקבל תיירים רפואיים, ובהתאם פגיעה ביכולת השימור של רופאים בישראל.** משום שעל פי הצעת החוק, רק מוסד רפואי יוכל להגיש הצעות מחיר, תפגע יכולתם של רופאים פרטיים לקבל תיירים רפואיים. כיום, עבור חלק מהרופאים, יכולתם להגדיל את הכנסתם על ידי קבלת תיירים רפואיים הוא אחד מהגורמים שמשמרים את הרופאים בישראל. ללא יכולת זו, יתכן שחלק מהרופאים יעזבו לחו"ל, או שלכל הפחות יבצעו את הפרוצדורות הרפואיות עבור התיירים הרפואיים בחו"ל.

115. **לסיכום פרק זה, האסדרה העולה מהצעת החוק לגבי הפרדת חשבונות ולגבי פיקוח**

<sup>60</sup>  $30,000 \times 20 = 600,000$

<sup>61</sup>  $600,000 / 182 = 3,296.7$

<sup>62</sup> מקור הנתונים: משרד האוצר – אגף שכר והסכמי עבודה, מרץ 2018, "דין וחשבון על הוצאות השכר בשירות המדינה, בגופי הבטחון ובשירות בתי הסוהר לשנת 2016".

<sup>63</sup>  $3,296.7 \times 0.0427 = 140.77$

מחירי התיירות הרפואית פוטנציאלי, צפויים, להביא לשיווי משקל חדש בענף התיירות הרפואית ופגיעה בו, אשר צפויה להתבטא: בהקטנת מספר חברות התיירות הרפואית; ירידה באיכות השירות המוצע לתיירים הרפואיים; יצירת קושי בתכלול בין הגורמים השונים (רפואיים ומשלימים), ובהתאם פגיעה בתיירים הרפואיים; פגיעה באינטרס הייצוא של המדינה, לרבות הכנסות משירותים משלימים (שאינם רפואיים – המפוקחים ממילא); הטבה כלכלית לבתי-החולים הפרטיים, על חשבון בתי-החולים הממשלתיים; ופגיעה כלכלית קשה ביותר במוסדות הרפואיים הקטנים והפריפריאליים.

## 5. אסדרה אלטרנטיבית מוצעת לתיירות הרפואית

116. הצעת החוק להסדרת ענף התיירות הרפואית, היא בעלת היבטים רבים וחשובים, הן בהגנה על התייר הרפואי, ושמירה על איכות הטיפול במטופל הישראלי, והן בעידוד כלכלת ישראל שנמצאת בתחרות עולמית על הטיפול בתיירים הרפואיים.

117. ככלל, אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל היא ראויה, ורבים מהסעיפים המוזכרים בהצעת החוק הם מנועים שצפויים להביא את התחום למקומות חיוביים יותר, אולם, בשל ריבוי המטרות של האסדרה, יש לבצעה בזהירות, על מנת שלא לייצר תופעות לוואי שליליות ושיגרמו נזקים בלתי הפיכים לענף.

118. לכן בפרק זה נקדיש בתמצית הצעות אלטרנטיביות תחת מספר הנחות מפתח:

- (א) להעניק טיפול ראוי ואתי לתייר רפואי;
- (ב) למנוע פגיעה אפשרית ואף לשפר את מצב החולה הישראלי;
- (ג) לשפר את מצב מערכת הבריאות הציבורית;
- (ד) להשיא את הכנסות המדינה מתיירות רפואית משלימה כענף ייצוא התמחותי חשוב.

### 5.1 תיירות רפואית – שוק, רגולציה ומניסיונם של אחרים

119. על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO) התיירות רפואית גדלה בכל שנה ויש לה השפעה כלכלית רחבה. על פי פרסומי Patients Beyond Borders, שוק התיירות הרפואית מוערך בכ- 45.2 – 72 מיליארד דולר המבוססים על כ- 7 – 11 מיליון תיירים רפואיים בשנה, אשר מוציאים כ- 3,800 – 6,000 דולר בכל ביקור, כולל הוצאות שירותי רפואה, תחבורה, ויזות ולינה. ככלל הידוע, אין נתונים סטטיסטיים רשמיים על תיירות רפואית, אולם קיימות הערכות שונות לגבי גודל השוק העולמי, החל מ- 10.5 מיליארד דולר בשנת 2012 ועד לצפי של 32 מיליארד דולר בשנת 2019, אשר יגדל

לשוק של 3 טריליון דולר בשנת 2025.<sup>64</sup>

### טבלה 10: הערכות שונות ביחס לגודל שוק התיירות הרפואית העולמית

| שנה  | המקור המעריך                                | הערכת גודל השוק העולמי                                                                                                                   |
|------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2016 | Medical Tourism Association and Visa report | \$100 מיליארד, עם פוטנציאל צמיחה ל- \$3 טריליון עד ל- 2025. באוגוסט 2016, פורסם כי ויזה עדכנה את הערכותיה ל- \$50 מיליארד. <sup>65</sup> |
| 2016 | Patients Beyond Borders                     | \$38.5 - \$55 מיליארד.                                                                                                                   |
| 2015 | Patients Beyond Borders                     | \$45 - \$72 מיליארד, וגדילה בקצב שנתי של 15% - 25%.                                                                                      |
| 2015 | Allied Market Research                      | השוק צפוי לגדול בקצב שנתי ממוצע של 15.7% משנת 2015, לכ- \$143.8 מיליארד בשנת 2022.                                                       |
| 2014 | RNCOS                                       | גדילה בקצב שנתי ממוצע של כ- 22% בין השנים 2014 ל- 2018 בשוק האסייתי.                                                                     |
| 2013 | SRI International                           | \$50 - \$60 מיליארד.                                                                                                                     |
| 2012 | Transparency Market Research                | \$10.5 מיליארד, עם קצב גדילה שנתי ממוצע של 17.9% לכ- \$32 מיליארד בשנת 2019.                                                             |

מקור המידע: Florența Larisa ILE, Gabriela ȚIGU, Medical tourism market trends - an exploratory research

120. עם התפתחות התיירות הרפואית הוקמו ארגונים בין-לאומיים, במטרה להסדיר את הפעילות בתחום ברמה העולמית. ביניהם איגוד התיירות הרפואית (The Medical Tourism Association), שבמסגרתו פועלים בתי-חולים ומרפאות במדינות שונות בעולם, ספקי שירותי בריאות, ארגוני תיירות רפואית, סוכני נסיעות, חברות ביטוח וארגונים נוספים אחרים המעורבים במתן שירותים לתיירים רפואיים.

121. השונות בחוקים, תקנות וכללים פנימיים בכלל, וכאלה החלים על מערכת הבריאות בפרט, בין המדינות שונים, וכן השונות ברמת הרפואה והשירות בין המדינות, עלולות ליצור בעיות הנוגעות לאיכות ובטיחות הטיפול הרפואי. לפיכך, כדי להבטיח לחולים איכות ובטיחות בטיפול הרפואי, וכדי לספק לתיירים הרפואיים מידע מלא על המקום היעד הרפואי ועל הטיפולים שהם מבקשים לקבל, איכותם ובטיחותם, נוצרו תקנים על ידי איגודים שונים, חלקם מקומיים, כגון אלו שמספקת "הנציבות המשותפת" (JC – Join Commission) למוסדות בריאות שונים בארה"ב, וחלקם תקנים אוניברסליים, בינלאומיים, הניתנת על ידי נציבות משותפת בין-לאומית (JCI- Joint Commission International).

122. מעבר להבטחת איכות הטיפול הרפואי, בשנים האחרונות נעשים ניסיונות לקדם רגולציה ספציפית של ענף התיירות הרפואית ברמה הבין-לאומית, כדי להבטיח לתיירים רפואיים את איכות ובטיחות הטיפולים הרפואיים שהם שוקלים לקבל מחוץ למדינתם, זאת למשל על ידי

<sup>64</sup> ראו: Florența Larisa ILE, Gabriela ȚIGU, Medical tourism market trends - an exploratory research

<sup>65</sup> ראו: <https://www.imtj.com/news/revised-medical-tourism-figure-visa>

האיחוד האמריקני של מועצות בתחום המדיניות הרפואית (FSMB - U.S. Federation of State Medical Boards) והאיגוד הבין-לאומי של רשויות בתחום הרגולציה הרפואית (IAMRA - International Association of Medical Regulatory Authorities).<sup>66</sup>

123. מדינות שונות מכירות בחשיבות עידוד תחום התיירות הרפואית, בפרט בפוטנציאל הכלכלי הטמון בו, ולכן הן ביצעו מספר מהלכים כדי לתמרץ ולקדם את התחום. כך, ממשלות תאילנד, הודו, סינגפור, מלזיה, הונגריה, פולין, ומלטה מנסות למשוך תיירים רפואיים אליהן באמצעות פרסומות בעיתונות בחו"ל וכן באמצעות תמיכה רשמית בפעילות זו כחלק מהפיתוח הכלכלי-תיירותי שלהן. להלן תמצית דוגמאות של מדיניות תיירות רפואית במדינות שונות, ועיקרי מדיניותן:<sup>67</sup>

(א) **גרמניה** – מערכת הבריאות הגרמנית נחשבת כאחת הטובות באירופה ובעולם. בשנת 2010 היו 77 אלף תיירים רפואיים. עיקרי המדיניות הממשלתית כולל יוזמה ממשלתית לניתוח ענף התיירות הרפואית בעזרת מומחים מהשוק הפרטי ומשרדי התיירות והבריאות, על מנת לזהות best practices ולפרסם המלצות לעסקים פרטיים במדינה לפיתוח הפעילות.<sup>68</sup> המטופלים המגיעים לגרמניה מעוניינים בטכנולוגיה רפואית מתקדמת, סטנדרטים גבוהים, בטיחות ברמה גבוהה וטיפול מהיר. מספר בתי-החולים במדינה הוא רב – כפליים לנפש בהשוואה לארה"ב, וכתוצאה מכך רשימות ההמתנה לטיפול היא קצרה. עלויות הטיפול הרפואי נמוכות בגרמניה ומתחרות גם עם מדינות אירופאיות אחרות מפותחות, והן בדרך כלל כ- 50% פחות מארה"ב.<sup>69</sup>

(ב) **טורקיה** – בה 47 בתי-חולים בעלי תו תקן של JCI. עיקרי המדיניות הממשלתית הם בין היתר: מתן היתר העסקת אנשי צוות רפואי זרים; מס מופחת לבתי-חולים ממשלתיים שעומדים בסטנדרט רפואי ממשלתי; וסבסוד ממשלתי לשיווק בתי-החולים בחו"ל.<sup>70</sup> טורקיה הפכה לאלטרנטיבה בקרב מדינות אירופה, בשל הקרבה הגיאוגרפית והחיסכון בהוצאות הטיסה, זמן המתנה קצר יחסית ומחירים אטרקטיביים. כ- 500 אלף חולים זרים טופלו בטורקיה בשנת 2010 (גידול של 70% משנת 2007), שיצרו הכנסות בגובה של \$850 מיליון, מדיניות הממשלה היא להגדיל את נתח השוק שלה ב- 16% בתחום התיירות הרפואית, עם

<sup>66</sup> מקור: מרכז המידע והמחקר של הכנסת, "הסדרת תחום התיירות הרפואית בארץ ובעולם", 2 באוגוסט 2010.  
<sup>67</sup> ראו:

Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall and Russell Mannion, "Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review", OECD, pp. 21-23.

<sup>68</sup> מצגת "תיירות רפואית ממצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014.  
<sup>69</sup> המידע מוצג מ-גבאי רותם, "אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל", עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית, האוניברסיטה העברית בירושלים, 31/12/2014, עמ' 10-11.

<sup>70</sup> מצגת "תיירות רפואית ממצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014.

פוטנציאל הכנסות של \$2 מיליארד בשנה.<sup>71</sup>

(ג) **סינגפור:** 646 אלף תיירים רפואיים בשנת 2008.<sup>72</sup> ב-2003 נוצרה סוכנות משותפת בין הממשלה לתעשייה כדי לקדם את סינגפור כמרכז רפואית (Medical Hub), המובלת על ידי משרד הבריאות, תוך תמיכת רשויות שונות במדינה.

(ד) **הודו –** 350 אלף תיירים רפואיים בשנת 2005.<sup>73</sup> כדי לתמוך בתחום התיירות הרפואית, הודו יצרה ויזה מיוחדת לתיירי רפואיים ("ויזה M"), כדי לספק את הצרכים של המספר הגדל של התיירים הרפואיים המגיע למדינה, תוך מתן הטבות מס לנותני השירות המקומיים המספקים שירותים לתיירים הרפואיים. הודו מאפשרת הטבת פחת מואץ על ציוד רפואי מציל חיים במסגרת תיירות רפואית, וכן קרקע מסובסדת להקמת מוסדות הקשורים לתיירים רפואיים.

(ה) **מלזיה –** 583 אלף תיירים בשנת 2011 שיצרו 160 מיליון דולר הכנסות.<sup>74</sup> בשנת 1998 נוסד ה- National Committee for Promotion of Medical and Health Tourism על ידי משרד הבריאות. מוסד זה פיתח תוכנית אסטרטגית לפיתוח תחום תיירות הרפואית; יצר שיתופי פעולה בתוך המדינה ועם גורמים מחו"ל. כמו כן, כדי לפתח את התחום, ניתנו תמריצי מס עבור הקמת בתי ייעוץ, רכישת מכשור רפואי, הכשרה, פרסום ומערכות מידע (IT). כמו כן, ספקי שירותי תיירות רפואית עודדו לקבל הכרה (אקדיטציה) על איכות השירות, כדי למשוך תיירים.

(ו) **תאילנד –** בשנת 2012 נכנסו אליה 2 מיליון תיירים רפואיים, שיצרו הכנסות של 3.8 מיליארד דולר. נכון לשנת 2010, במדינה 9 בתי-חולים בעלי תו תקן JCI. עיקרי המדיניות הממשלתית בתחום כלל תוכנית רב שנתית לביסוס המדינה כמרכז תיירות רפואית אזורי בשנים 2012-2016; עידוד בתי-חולים נוספים לקבלת תו תקן בינלאומי; פיילוט הערכת האשרה לתיירים רפואיים מ-30 ל-90 ימים עבור מספר מדינות.<sup>75</sup>

(ז) **יפן –** עלויות הטיפול ביפן גבוהות יחסית למדינות המתחרות,<sup>76</sup> והיקף הפעילות שם קטן יחסית – עשרות בודדות של אשרות לתיירות רפואית ב-2010. עיקרי המדיניות הממשלתית כוללים: אשרה מיוחדת לתיירות רפואית התקפה ל-6 חודשים; הקמת גוף ממשלתי שמטרתו קידום הענף; תמיכה ממשלתית בשיווק הענף בעולם. פועלת כדי להפוך את מגמת

<sup>71</sup> המידע מוצג מ-גבאי רותם, "אסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל", עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית, האוניברסיטה העברית בירושלים, 31/12/2014, עמ' 10-11.

<sup>72</sup> מצגת "תיירות רפואית ממצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014.

<sup>73</sup> מצגת "תיירות רפואית ממצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014.

<sup>74</sup> מצגת "תיירות רפואית ממצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014.

<sup>75</sup> מצגת "תיירות רפואית ממצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014.

<sup>76</sup> מצגת "תיירות רפואית ממצאי ביניים", במסגרת דיון בוועדה המייעצת 13/02/2014.

התיירות הרפואית היוצאת לתיירות רפואית נכנסת, בדגש איכות טיפול עילי (High-end), יקר ומוטה התמחות, וזאת מתוך הנחה כי היא לא יכולה להתחרות בתחום במחירים זולים כמו מדינות אחרות, ולכן היא פונה לסגמט המחפש טיפולים איכותיים ביותר.

124. העולה הוא, שמדיניות רבות מעוניינות להרחיב את תחום התיירות הרפואית בשטחן, מתוך הכרה בחשיבות הכלכלית וההתמחותית בתחום. הן פועלות אקטיבית כדי לאסדר את הענף ולתמוך בו בצורה מידתית. חלק מהמדינות שבהן רמת הרפואה היא הגבוהה ביותר אינן בהכרח יעד אטרקטיבי לתיירות רפואית, אלה שהמדינות שהצליחו בכך הן באלו שמצאו את היתרון היחסי שלהן, וקיבלו גם עידוד מהממשלה.

125. היתרון היחסי של ישראל הוא בשילוב של רמת רפואה גבוהה מאוד ומתן שירות משלים כולל ("בייביסיטר"), על ידי גורמים חיצוניים למוסדות הרפואה, שמאפשר לה להתמודד מול התחרות הבינלאומית. על מנת שהענף יצליח יש צורך לשמר זאת.

## 5.2 קוד אתי בשיתוף ההסתדרות הרפואית

126. חלק מחברות התיירות הרפואית הגיעו למסקנה בעצמן שיש לקבוע סטנדרטים רפואיים גבוהים ואחידים לפעילותן, על מנת להגן על התייר הרפואי, ולדאוג לכך שפעילותם של מיעוט חברות התיירות הרפואית שאינן מקצועיות לא תשפיע לרעה על המוניטין של השאר, ועל המוניטין של ישראל בכלל כיעד מוצלח לתיירות רפואית.

127. בשנת 2015 חברות תיירות רפואית ביחד עם ההסתדרות הרפואית בישראל קבעו קוד אתי מקיף שמטרתו הן:<sup>77</sup>

(א) קביעת קוד אתי משותף לרופאים ולחברות התיירות הרפואית, באופן שיסדיר את שיתוף הפעולה בין הצדדים בנוגע למתן שירותי תיירות רפואית;

(ב) גיבוש כללים למתן טיפול רפואי במוסדות רפואיים בישראל לתיירים הרפואיים, באופן שישמר את עקרונות האתיקה הרפואית: אוטונומיה, עשיית טוב, מניעת נזק ושמירה על עקרונות הצדק החלוקתי כלפי התיירים וכלפי אזרחי מדינת ישראל;

(ג) בניית מערכת יחסים משותפת לרופאים ולחברות התיירות הרפואית, שתאפשר מתן שירותי רפואה איכותיים לתיירים הרפואיים, תוך שמירה על מוניטין חיובי של הרפואה הישראלית ומתוך הבנה שהתיירים הרפואיים מהווים שגרירים של רצון טוב למדינת ישראל.

(ד) הקמת פורום משותף לרופאים ולחברות התיירות הרפואית, שיהווה כתובת לקבלת תלונות

<sup>77</sup> ראו את מסמך הקוד האתי שפורסם בנובמבר 2015:

[https://www.chamber.org.il/media/153448/אתי\\_קוד.pdf](https://www.chamber.org.il/media/153448/אתי_קוד.pdf)

ממטופלים והעברתן לבירור הגורמים המתאימים.

128. **מוצע כי:**

(א) חברת תיירות רפואית, תהיה מחויבת לחתום על קוד אתי זה כלשונו בנוסח המלא, כתנאי לקבלת רישיון לעסוק בשירותי תיירות רפואית;

(ב) כל עובד בחברת תיירות רפואית יהיה חתום על הקוד האתי.

129. **תכלית ההצעה:** הגדרה וקביעת הסטנדרטים האתיים-נורמטיביים-מוסריים והבסיסיים במסגרת הפעילות בתחום, חלף נורמות שונות שכל חברת תיירות רפואית יכולה לקבוע לעצמה. בדרך זו ידעו עובדי חברות התיירות הרפואית, וכן עובדי המוסדות הרפואיים, מה מצופה מהם מבחינה אתית, ויוכלו לכוון את פעילותן בהתאם.

130. **תוצאות צפויות:**

(א) בראש ובראשונה, שמירה על אינטרס ובריאות התייר הרפואי;

(ב) הגדרה ברורה תקבע את גבולות הגזרה שמצופה, לכל הפחות, מכל חברת תיירות רפואית;

(ג) מניעת פגיעה תדמיתית במדינת ישראל.

### 5.3 תכניות טיפול על ידי רופאים בעלי רישיון ישראלי

131. חברות התיירות הרפואית מגישות לתייר הרפואי הצעה לתכנית טיפולים רפואית, וכן מציגות לו מצגים ביחס לסיכויי ההחלמה, לסיכונים הכרוכים בפרוצדורות הרפואיות ולאטרנטיבות הטיפול. כפי שהדבר מוסדר עבור מטופלים ישראליים, כך יש לטפל בנושא עבור התייר הרפואי: **רופא בעל רישיון ישראלי** הוא זה שצריך להיות מוסמך לבחון את סיכויי הטיפול של המטופל עוד טרם הגעתו לישראל, בניית תוכנית טיפולים, ליווי המטופל במהלך שהותו בארץ, והמשך ליווי גם לאחר שהמטופל יוצא את ישראל, בין אם בהמשך ייעוץ רפואי, ובין אם בטיפולים משלימים ככל שנדרש.

132. **הצעה:** מוצע כי כל חברת תיירות רפואית תחזיק רופא בעל רישיון ישראלי, שיאשר את תוכניות הטיפול.

133. **תכלית ההצעה:** שמירת איכות ונאותות הטיפול לתיירים הרפואיים, תוך וידוא כי תכנית הטיפולית עומדת בסטנדרטים רפואיים מקצועיים, במנותק מהשאלה של כדאיות כלכלית.

134. **תוצאות צפויות:**

(א) בראש ובראשונה, שמירה על אינטרס ובריאות התייר הרפואי;

(ב) חוויה טיפולית מקצועית;

(ג) צמצום סיכונים בריאותיים לתייר הרפואי;

(ד) הרופא של חברת התיירות הרפואית משמש כתחליף לרופא קופת החולים עבור התייר הרפואי – הוא זה שמאפשר את תכלול הטיפול בו בין המוסדות הרפואיים השונים.

## 5.4 הכשרות ומתן רישיון

135. הצעת החוק מציבה תנאים בסיסיים למי יוכל להיות סוכן תיירות מרפא ומציג תנאים בסיסיים ביותר לכך – מעל גיל 21, שאינו עובד של מוסד רפואי וללא הרשעות בעבירות שמונעות את עיסוקו במקצוע. דווקא בהקשר זה יתכן שיש מקום לקבוע כללים מחמירים אף יותר, על לייצר את הסטנדרט הגבוה ביותר, ובכך יתייר הצורך בחלק מהמגבלות המוצעות של האסדרה, אותם ביקרנו לעיל.

136. ישנם ענפים רבים בהם נדרשת הכשרה ומתן רישיון כדי לעסוק בתחום, אף בשירותים שאינם "מסכני חיים", כגון סוכני ביטוח, מתווך נדל"ן, מתווכים פיננסיים, ובתחומים אחרים כגון מורי דרך. לכן, קל וחומר שראוי לחייב בהכשרה מינימלית, ואף מתן רישיון לעסוק בתחום התיירות הרפואית, בשל העיסוק בבריאותו של האדם.

137. כך למשל, לסוכן ביטוח יש חובת נאמנות לצרכן. לשם ההמחשה להלן טבלה המציגה את הדרישות שבהן הרגולטור מחייב את הסוכנים והיועצים בתחום הביטוח השיווק והייעוץ:

**טבלה 11: דוגמה לחובותיו של מבקש רישיון בענף הביטוח, השיווק והייעוץ**

| סוג הרישיון        | ענף           | בחינות יסודיות                    | התמחות   | בחינות גמר                           |
|--------------------|---------------|-----------------------------------|----------|--------------------------------------|
| סוכן ביטוח         | כללי          | יסודות הביטוח;                    | 6 חודשים | ביטוח רכוש; ביטוח תאונות             |
|                    | ימי           | יסודות ייעוץ השקעות;              |          | ביטוח ימי                            |
| סוכן שיווק פנסיוני | פנסיוני       | כלכלה, חשבונאות, סטטיסטיקה ומימון |          | ביטוח פנסיוני; מקצועית א' (רשות נ"ע) |
|                    | ייעוץ פנסיוני | (רשות נ"ע)                        |          |                                      |

מקור: הדוח השנתי של הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון לשנת 2012

138. כך גם במקרה של מנהל תיקי השקעות, הנדרש לעבור בהצלחה קורסים עיוניים ומקצועיים, הוא מחויב בין היתר, ב: ברישוי, חובת סודיות; חובת זהירות; חובת ביטוח; החזקה וניהול נפרד של נכסי הלקוח; השלמת התמחות ועוד.<sup>78</sup>

139. **הצעה:** מוצע בזאת כי:

(א) כל עובד רלוונטי בחברת תיירות רפואית יעבור קורס הכשרה וריענון שנתי.

(ב) לקבוע כתנאי סף להצטרפות לקורס רקע בסיס בתחום הרפואה (למשל, מבחן בסיסי-קצר

<sup>78</sup> ראו למשל: <http://isia.calcalist.co.il/sections/mang/-1324486813/>

שעל מועמד לקורס לעבור טרם תחילת הקורס).

- (ג) סוכנות לתיירות רפואית תאושר כל שנה על-ידי האגודה לתיירות רפואית שהיא עומדת בתנאים מקצועיים ואתיים. אחרת, לא חברת תיירות רפואית לא תוכל לעסוק בתחום.

#### 140. תכלית ההצעה:

- (א) הבטחת מקצועיות מתן שירותי המרפא על ידי חברות התיירות הרפואית;  
(ב) עדכונים והשתלמויות העוסקים בתחום כדי לשמור על מקצועיות ותחרותיות מול מדינות מתחרות  
(ג) סינון בסיסי למעוניינים לעסוק בענף (ללא עבר פלילי, ידע בסיס מינימלי) על ידי מתן רישיון.

#### 141. תוצאות צפויות:

- (א) בראש ובראשונה, שמירה על אינטרס ובריאות התייר הרפואי;  
(ב) ביסוס המקצועיות של חברות התיירות הרפואית  
(ג) דינמיות ועדכונים בשירותים המוצעים בישראל ביחס למדינות מתחרות  
(ד) הגברת המקצועיות של חברות התיירות הרפואית, ביסוס המוניטין של ישראל בתחום;  
(ה) פיתוח מסודר ומפוקח של התחום, תוך השגת המטרות הציבוריות של קיום תחום זה, הכוללות הכנסות המדינה ממסים; הכנסות בתי-החולים לכיסוי גירעונות; שיפור הציוד הרפואי בבתי-החולים; שיפור ההכשרה של הרופאים על ידי למידה וצבירת ניסיון בטיפול במקרים קשים של מטופלים מחו"ל; והגדלת הכנסת הרופאים תוך השאתם בישראל.

## 5.5 קביעת סטנדרט שירות מחייב מינימלי

142. כיום חברות תיירות רפואית מציעות מגוון שירותים שונים, אשר חלקם אינם אחידים. בענפים אחרים מוסדרים קיימים סטנדרטי שירות מינימליים שמציע השירות מחייב לעמוד בו, כמו מנהל תיקי לקוחות בחובת סודיות; חובת זהירות וכו', וכן הצעה כתובה ומחייבת, ושימוש בכלי עזר בסיסיים.

#### 143. הצעה: מוצע בזאת כי:

- (א) חברת תיירות רפואית תלווה את המטופל בכל הליך הטיפול, תסייע בתרגום וכדומה, וגם תלווה במעקב לאחר שהמטופל חוזר לחו"ל.  
(ב) כל חברת תיירות רפואית תחזיק מערכת CRM (מערכת מידע לניהול לקוחות) לתיעוד הטיפולים בתייר, ותשמור מסמכים לזמן מינימלי של מספר שנים.

- (ג) חברת תיירות רפואית תהיה אחראית מול המוסדות הרפואיים לתשלום עבור כלל הטיפולים להם התחייבה, גם אם נדרשים טיפולים נוספים שקשורים להליך הרי שזה יהיה על חשבונה ולא על חשבון הקופה הציבורית של בתי-החולים, זולת אם יש טיפול חדש שעליו התשלום יסוכם בין החברה למטופל.
- (ד) חברת התיירות הרפואית תהיה ערבה להטסה רפואית חזרה לחו"ל (או הטסת גופה במקרה של פטירה).

#### 144. תכלית ההצעה:

- (א) בראש ובראשונה, שמירה על אינטרס ובריאות התייר הרפואי;
- (ב) יכולת מעקב וניתור המשך הטיפול;
- (ג) יכולת איסוף נתונים סטטיסטיים להמשך שיפור המדיניות והאסדרה בתחום;
- (ד) הבטחת סטנדרט שירות מינימלי, שאינו קשור רק לשירות הרפואי.

#### 145. תוצאות צפויות:

- (א) שיפור השירות והמעקב אחר התייר הרפואי ותוצאות הטיפול;
- (ב) יתאפשר לרגולטור לבצע ניתוחים סטטיסטיים על הענף כדי לשפר מדיניות ברמת המאקרו;
- (ג) הפחתת הסיכונים הכלכליים למוסדות הרפואיים;
- (ד) הימנעות מחובות של תיירים רפואיים שימומנו על חשבון משלם המיסים הישראלי.

## 5.6 סיכום – היתרונות הצפויים של האסדרה האלטרנטיבית

146. האסדרה האלטרנטיבית המוצעת לענף התיירות הרפואית לישראל מתמודדת עם המתח בין הצורך להסדיר את הענף מחד, ומאידך לפתח אותו ולא לחנוק אותו, בבחינת שפיכת התינוק עם המים, תוך הענקת טיפול ראוי ואתי לתייר רפואי; מניעת פגיעה בחולה הישראלי; שיפור מצב מערכת הבריאות הציבורית; והשאת הכנסות המדינה מתיירות רפואית משלימה כענף ייצוא התמחותי חשוב.
147. מוצע כאמור כי התחום יבוסס על קוד אתי מחייב, ובניית תכנית הטיפול על-ידי רופאים בעלי רישיון ישראלי שילוו את חברות התיירות הרפואית, כמו גם מוצע לחייב את העוסקים הרלוונטיים בתחום בהכשרה בסיסית, ומתן רישיון, כשם שמקובל בענפים אחרים (כמו ענף סוכני הביטוח). עוד מוצע לקבוע סטנדרט שירות מחייב מינימלי.

148. היתרונות בהצעות הללו, כוללות: קביעה ברורה לגבי הנדרש מחברות תיירות רפואית, קרי יצירת וודאות ואחידות בענף; שמירה על בריאות התייר הרפואי, תוך מתן חוויה טיפולית מקצועית וצמצום סיכונים בריאותיים; כמו גם, ביסוס המקצועיות של חברות התיירות הרפואית, ופיתוח מקצועיות זו באמצעות השתלמויות ועדכונים תקופתיים; הימנעות מפגיעה תדמיתית במדינת ישראל; ופיתוח מסודר ומפוקח של התחום, תוך השגת המטרות הציבוריות של קיום תחום זה, הכוללות הכנסות המדינה ממסים; הכנסות בתי-החולים לכיסוי גירעונות; שיפור הציוד הרפואי בבתי-החולים; שיפור ההכשרה של הרופאים על ידי למידה וצבירת ניסיון בטיפול במקרים קשים של מטופלים מחו"ל; והגדלת הכנסת הרופאים תוך השארתם בישראל; הפחתת סיכונים כלכליים למוסדות הרפואיים ואפשרות לאיסוף מידע וסטטיסטיקה בתחום להמשך שיפור המדיניות.

149. כאשר מוסדרים ההיבטים הרפואיים, הטיפוליים והאתיים הקשורים בתחום תיירות המרפא, יכולה המדינה ביתר קלות לדאוג לכך שאסדרה לא תפריע להשגת המטרה העיקרית של המדינה מתחום תיירות המרפא והיא יצירת הכנסות עודפות, גדולות ככל הניתן, מייצוא שירותים.

## 6. נספחים:

### נספח א': פרסומי תיירות רפואית של בתי"ח ישראלים בערוץ הישיר



Medical Tourism > Israel medical tourism > Hospitals in Israel

## Israel Hospitals and Clinics

A list of Hospitals and medical centers in Israel, with relevant information about procedures, location, contact information, photos a

### Browse by city:

Tel Aviv

Jerusalem

Haifa

Israel

Hospi

Brows



### Rambam Medical Center

Public University Hospital, Haifa, Israel

JCI Accreditation

Rambam Health Care Campus (RHCC) is located in Haifa, Israel's third largest metropolis. The campus is an extraordinary workplace combines 3 world-class facilities on one site:

[View profile](#)

[Request Info](#)



### Sheba Medical Center

Public Hospital, Tel Hashomer, Israel

JCI Accreditation

The largest medical centre in Israel and the Middle East, internationally renowned for its medical excellence. Around 31,000 inpatients are treated annually.

[View profile](#)

[Request Info](#)



### Sourasky Medical Center

Public University Hospital, Tel Aviv, Israel

JCI Accreditation

A major medical center in Tel Aviv operating three hospitals under its lead, and serves as a teaching and research center as well.

[View profile](#)

[Request Info](#)



## Rabin Medical Center

Public Hospital, Petah Tikva, Israel

JCI Accreditation

The second largest hospital in Israel, Rabin Medical Center is a tertiary care hospital that can handle the most complicated cases in all medical fields.

[View profile](#)

[Request Info](#)



## Assuta Hospital

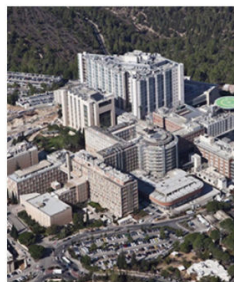
Private Hospital, Tel Aviv, Israel

JCI Accreditation

The new Assuta Hospital was opened in 2009, and claims to be the most modern hospital in the middle east.

[View profile](#)

[Request Info](#)



## Hadassah University Medical Center

University Hospital, Jerusalem, Israel

Hadassah medical institution includes two university hospitals in Jerusalem – on Mt. Scopus and in Ein Kerem. Both provide advanced tertiary healthcare services in all medical specialties.

[View profile](#)

[Request Info](#)



## Assaf Harofeh Medical Center

Public Hospital, 15 KM from Tel Aviv, Israel

One of the largest hospitals in Israel with 900 beds and 700 physicians. The hospital serves 1000 medical tourists annually, providing advanced medical care at the highest western standards.

[View profile](#)

[Request Info](#)



## Alyn Hospital

Pediatric & Adolescent Rehabilitation Center, Jerusalem, Israel

ALYN Pediatric and Adolescent Rehabilitation Center is an officially registered non-profit facility rehabilitating infants, children and adolescents who are afflicted with a broad range of physical disabilities.

[View profile](#)

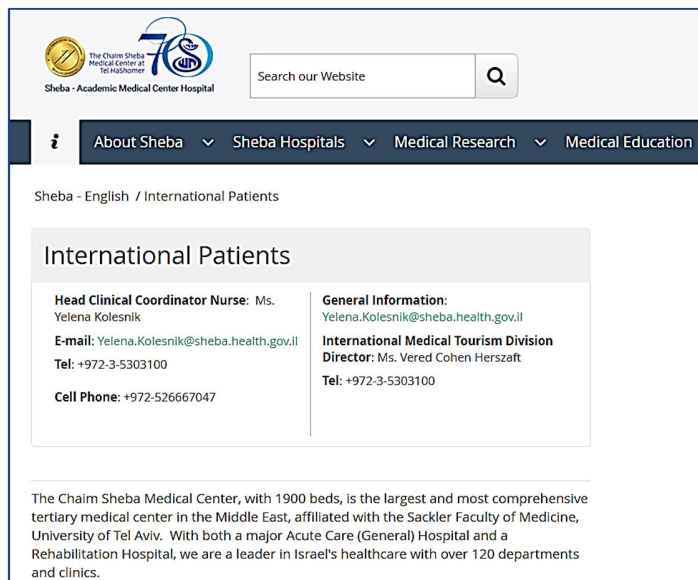
[Request Info](#)

מקור: <https://www.health-tourism.com/search.aspx?sch=1&co=israel>

- עמוד 65 מתוך 66 -

• נומריקס ייעוץ כלכלי ומימוני בע"מ • רחוב דב פרידמן 2 רמת-גן 5250301 • [www.numerics.co.il](http://www.numerics.co.il)

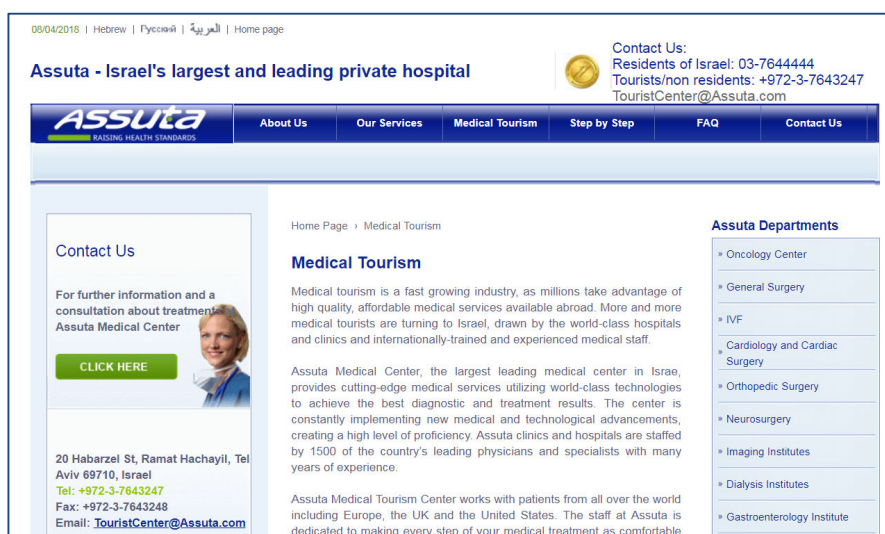
להלן ההתקשרות הישירה עם בי"ח שיבא תל השומר:



The screenshot shows the Sheba Medical Center website. At the top, there is a search bar and navigation links: About Sheba, Sheba Hospitals, Medical Research, and Medical Education. Below this, the page is titled "International Patients". It lists contact information for the Head Clinical Coordinator Nurse, Ms. Yelena Kolesnik, and the International Medical Tourism Division Director, Ms. Vered Cohen Herszaft. The page also includes a brief description of the Chaim Sheba Medical Center, stating it is the largest and most comprehensive tertiary medical center in the Middle East, affiliated with the Sackler Faculty of Medicine, University of Tel Aviv.

מקור: אתר האינטרנט של בי"ח שיבא: [https://eng.sheba.co.il/international\\_patients](https://eng.sheba.co.il/international_patients)

להלן ההתקשרות הישירה עם בי"ח אסותא תל השומר:



The screenshot shows the Assuta Medical Center website. At the top, there is a navigation bar with links: About Us, Our Services, Medical Tourism, Step by Step, FAQ, and Contact Us. Below this, the page is titled "Medical Tourism". It includes a "Contact Us" section with a "CLICK HERE" button and a list of "Assuta Departments" including Oncology Center, General Surgery, IVF, Cardiology and Cardiac Surgery, Orthopedic Surgery, Neurosurgery, Imaging Institutes, Dialysis Institutes, and Gastroenterology Institute. The page also features a brief description of Assuta Medical Center, stating it is the largest leading medical center in Israel, providing cutting-edge medical services utilizing world-class technologies.

מקור: אתר האינטרנט של אסותא:

<http://en.assuta.co.il/default.asp?catid=%7BB3A02F04-3B65-450C-A4FC-D976B1016B87%7D>