

למרות שהתעצבה
במהלך השנים, ללא
דיון ציבורי ובלי
שהתקבלו בעניינה
כל החלטות ממשלה,
התרחבה התיירות
הרפואית בישראל
והיא מגלגלת כסף
גדול • מנהלי בתי
חולים, שבהם מטפלים
בתיירי הרפואה,
טוענים שהיא
מיטיבה עם החולים
הישראלים, לעומתם
יש מי שטוענים שהיא
פוגעת בהם

הסבר פניך לתייר, אבל לא על חשבון הדייר

◀ אריה דיין

"הממצאים החדשים על התנהלות רופאים במסגרת התיירות הרפואית, שופכים אור חדש על מכלול הנושאים בעניין זה".
צילום אילוסטרציה: shutterstock

מ־25 מיליארד שקל, אלה היקפים לא קטנים.

בצנעה אך לא בצניעות

לקליטתם בבתי החולים הציבוריים של עשרות אלפי תיירים רפואיים בכל שנה, יש השלכות רוחב לא פשוטות על תפקודה של המערכת. בבתי החולים, גם אלה שבבעלות המדינה, נפתחים אנפים חדשים שמטרתם המוצהרת היא להגביר את מאמצי השיווק ברחבי העולם. רופאים בכירים מבתי חולים ממשלתיים מנהלים מסעות פרסום ויחסי ציבור, ברחבי העולם, כדי לעניין מטופלים פוטנציאליים להגיע לטיפול על ידם ולא בהכרח בבית החולים שבו הם מועסקים. בכמה מהמחלקות הכירורגיות בבתי החולים הממשלתיים מדווחים על תקופות שבמהלכן כ־20% ואף יותר מהמיטות תפוסות על ידי מטופלי התיירות הרפואית. באותן תקופות יש דיווחים מהמחלקות הפנימיות, של אותם בתי החולים, על תפוסה של קרוב ל־100% ולעיתים אף יותר, של חולים ישראלים ויש מי שטוענים, בגלוי, שהרבר נובע, בין היתר, מכך שמטופלים ישראלים מועברים מהמחלקות הכירורגיות אל המחלקות הפנימיות, כדי לפנות מקום למנותחי התיירות הרפואית.

כל הדרמה הזאת מתרחשת, כאמור, הרחק מעין הפיקוח הממלכתי. סוגיית הסדרתה של התיירות הרפואית מונחת אמנם על שולחנה של ועדת גרמן, ואולם דיוניה בנושא הזה מתנהלים בצנעה יוצאת דופן. נראה כי העובדה שעל הכף מונחות הכנסות שנתיות של מאות מיליוני שקלים גורמת לבתי החולים העוסקים בתיירות רפואית להימנע מהתבטאויות פומביות בנושא ולהתמקד בשתדלנות שקטה ובהפעלת לחצים מאחורי הקלעים. זו כנראה הסיבה שארבעה מנהלים של בתי חולים ממשלתיים העוסקים בתיירות רפואית סירבו להתראיין לכתבה הזאת. פרופ' זאב רוטשטיין, מנהל בית החולים שיבא בתל השומר, מסר באמצעות דוברו, אמיר מרום: "אנחנו מוותרים הפעם על הזכות להתראיין". תשובה כמעט זהה – "הפעם נוותר" – מסר ד"ר בני דוידון מנהל אסף הרופא, באמצעות הדוברת שלו, ענת זקלר-מוריה. פרופ' גבי ברבש, המנהל את בית החולים איכילוב בתל אביב, ודוברו של פרופ' רפאל ביאר, המנהל את בית החולים רמב"ם בחיפה, התעלמו כליל מפניותינו להתראיין.

סירובם של ארבעת המנהלים להתראיין, וסירובם של בתי החולים להציג את הדרך שבה

מו הרבה תופעות חשובות אחרות בישראל, גם התיירות הרפואית התעצבה ללא דיון ציבורי ובלי שהתקבלו החלטות מחייבות לעיצובה. זאת בעוד שבמהלך שני העשורים שחלפו, ממשכים להגיע לישראל חולים מחו"ל, רובם ממדינות מזרח אירופה, המבקשים לקבל טיפולים רפואיים בבתי חולים ישראליים ועדיין, כאמור, לא התקבלה כל החלטה ממלכתית בעניין. לפיכך, בכל אותן שנים, לא רק שהמשיכה להתרחב ולהכות שורשים, היא הפכה גורם רב חשיבות המשפיע על אופייה ואופן תפקודה של מערכת הרפואה הציבורית. משרד הבריאות, שכמה מבתי החולים המתמחים בתיירות רפואית נמצאים בבעלותו הישירה, נמנע למעשה מפיקוח על המתרחש בהם בתחום הזה.

באופן תמוה, המאפיין את ההתנהלות הציבורית במקומותינו, ככל שהנושא חשוב יותר, ככל שהוא מגלגל סכומי כסף גדולים יותר, וככל שהשלכותיו על זכויותיהם של אזרחי ישראל משמעותיות יותר – כך הדיון הציבורי בענייניו דל יותר ומספרם של הגורמים הפוליטיים והמקצועיים הבוחרים להתעלם ממנו, למרות שהוא באחריותם – גדול יותר.

אין חולק על הקביעה שלפיה תופעת התיירות הרפואית עונה על כל הקריטריונים שצוינו כאן. קשה גם לחלוק על הקביעה שהתיירות הרפואית התפתחה וממשיכה להתפתח, הרחק מעין הביקורת והאסדרה הציבורית. מאידך, על חשיבותה של התיירות הרפואית מעידים המאמצים שעושים רוב בתי החולים כדי להגדילה ולפתחה – מאמצים הכוללים מבצעי שיווק חובקי עולם, באמצעות סוכנויות בינלאומיות וחברות פרסום, המפעילות אתרי אינטרנט בשלל שפות, תעשייה שכשלעצמה מגלגלת כסף רב. בתי החולים נמנעים מלמסור נתונים מדויקים על אודות היקף העסקים של התיירות הרפואית וזאת בטענה של "סודיות מסחרית". הם יכולים לנהוג כך בעיקר בגלל היעדר פיקוח ממלכתי שממנו הייתה נגזרת גם שקיפות. מומחים העוקבים אחרי התופעה מעריכים שמדובר בסכומים הנעים בין חצי מיליארד למיליארד שקל בשנה. במדינה שתקציב הבריאות שלה מסתכם במעט יותר





הם מפעילים את התיירות הרפואית - תמוהים למדי; במיוחד על רקע הנימוקים ששימשו אותם בעבר, שוב ושוב, כדי להצדיק את הפעלת התיירות הרפואית. פרופ' ביאר, למשל, צוטט ב"דה מרקר" (נובמבר 2010) כמי שאמר: "אם יש לי הכנסות של כמה מיליוני שקלים בשנה מתיירות רפואית, אני יכול לקנות בזה ציוד ומכשור חדש. כל הכסף מושקע בפיתוח תשתיות והוא מחליף תקציבים שהאוצר נמנע מלהעביר". פרופ' רוטשטיין צוטט בכתבה אחרת באותו עיתון (יוני 2011) שהתיירות הרפואית כלל אינה פוגעת בחולים ישראלים, וכי ביטולה הוא שיפגע בהם, בגלל אובדן הכנסותיה המופנות לשיפור השירותים הניתנים גם למטופלים הישראלים. לא ברור, אם כך, מדוע מסרבים השניים להציג את הנתונים בפומבי. תמוהה לא פחות התנהלותם של שלושת משרדי הממשלה, האמורים לפקח על התיירות הרפואית בבתי החולים הממשלתיים, שסירבו לאפשר לפקידים בכירים להתראיין לכתבה הזו או לתת פומבי לעמדתם. במשרדי האוצר והבריאות הסבירו שהסירוב נובע מהעובדה שהנושא עולה על שולחנה של ועדת גרמן; במשרד התיירות טענו שאין למשרד עמדה ואמרו: "אנחנו אדישים לתופעה". בעבר, הייתה למשרד התיירות עמדה ברורה בנושא. בכתבה שפורסמה ב"דה מרקר" בנובמבר 2010 דווח שהמשרד תומך בהגברת התיירות הרפואית לישראל, וכי הנהלת המשרד החליטה לקדם חתימת הסכמים בנושא הזה עם מדינות אחרות. "חשוב לנו למתג את ישראל כמעצמה בריאותית", צוטט שם נועז בר ניר, מנכ"ל המשרד בתקופת כהונתו של שר התיירות הקודם, טסס מיסו'ניקוב.

ביאר: את התמורה מתיירות רפואית אני משקיע ברכישת ציוד

תיירות רפואית היא תופעה חובקת עולם, שהחלה להתפתח בשנים האחרונות של המאה העשרים,

עו"ד אלעד מן: "אני מטיל ספק באמיתות טענתם של בתי החולים בדבר השקעת רווחיהם מהתיירות הרפואית בשיפור המערכת הציבורית. מהנתונים שהתפרסמו אין זה ברור כלל שרוב התמורה מהתיירות הרפואית אכן תומכת בסופו של דבר לשיפור מצבם של בתי החולים הציבוריים"



כמו הודו, סינגפור, תאילנד, מקסיקו, קוסטה ריקה, ארגנטינה ומלזיה המציעות מגוון רחב של שירותים רפואיים מניתוחים פלסטיים, דרך ניתוחי מפרקים ועד ניתוחי לב. מגור אחר של תיירים רפואיים הוא של בעלי יכולת ממדינות עניות המבקשים לקנות שירותים רפואיים ברמה גבוהה בארצות המפותחות. ממצאי אחד עולה שכי-250 אלף אזרחים אמריקאיים נסעו ב-2007 לקבל טיפול רפואי מחוץ לארצות הברית ו-400 אלף תיירים רפואיים עשו את הדרך בכיוון ההפוך לבתי חולים בארצות הברית.

הסקר האחרון בנושא התיירות הרפואית, שנערך על ידי ארגון המדינות המפותחות, ה-OECD, התפרסם ב-2009 והתבסס על נתונים מ-2007. ממצאיו עולה שהכנסותיהן מתיירות רפואית של 21 המדינות שהיו חברות באותה העת בארגון הסתכמו ב-4.6 מיליארד דולר. נתון מעניין אחר מצביע על הגידול המהיר של ההכנסות הללו: שלוש שנים קודם, ב-2004, היה אומדן ההכנסות כ-3.5 מיליארד דולר בלבד. מחקר אחר, שפורסם ב-2009 על ידי המרכז הלאומי לניתוחי מדיניות בארה"ב (National Center for Policy Analysis), מצא שההיקף הכספי העולמי של התיירות מגיע לכ-60 מיליארד דולר בשנה והעריך שהן יגיעו ב-2012 ל-100 מיליארד דולר. מדובר במקור בלתי גדלה להכנסות ורווחים. הנתונים מאששים את ההנחות העומדות בבסיס ההתנהלות של בתי חולים בישראל המבקשים להגדיל את הכנסותיהם.

רוב התיירים הרפואיים המתאשפים בישראל מגיעים מרוסיה ומאוקראינה; מיעוטם מגיעים ממדינות אחרות במזרח אירופה או ממערב אירופה ומכמה מדינות באפריקה. מספרם גדל מדי שנה ובשנים האחרונות הוא נאמד בקרוב ל-50 אלף. בתי החולים מגבירים בהתמדה את המאמץ השיווק הבינלאומיים שלהם. די בשיטוט

קיבלה תנופה בתחילת המאה הנוכחית, והיקפה גדל בהתמדה. במסמך על התיירות הרפואית בארץ ובעולם, שנכתב באוגוסט 2010 על ידי המרכז למחקר ומידע של הכנסת, היא הוגדרה כ"מהלך פעיל, הכרוך בנסיעה של חולה ממדינת מוצאו למדינה אחרת, לצורך קבלת טיפול רפואי משמעותי, כגון ניתוח, השתלת איברים, טיפול שיניים, ניתוח פלסטי וכיוצא באלה". התיירות הרפואית שונה מ"תיירות המרפא", שהיא תופעה ותיקה הרבה יותר וגם הרבה פחות שנויה במחלוקת. בעוד שהתיירות הרפואית עוסקת בחולה-תייר בודד היוצא מארצו כדי לקבל טיפול רפואי בבית חולים בארץ אחרת, תיירות המרפא עוסקת בדרך כלל בקבוצות מאורגנות של תיירים, המשלבים בטיוליהם טיפולים רפואיים (בדרך כלל, מתחום הרפואה האלטרנטיבית), טיפולים לשיפור איכות החיים או סתם חופשות החלמה. התיירים הרפואיים המגיעים לישראל מקבלים טיפול בבתי החולים המרכזיים; תיירי המרפא המגיעים אליה בעיקר למעיינות המים החמים של ים המלח. עוד מתברר ממצאי מחקרים שבדקו את הנתונים שהתיירות הרפואית מתאפיינת בתנועה דו-סטרית. רוב התיירים הרפואיים הם אזרחי מדינות מפותחות, שבהן עלותם של הביטוחים הרפואיים או של שירותי הבריאות שמחוץ לכיסוי הביטוחי גבוהה והם מבקשים להווייל אותה במדינות

פרופ' רפאל ביאר: אם יש לי הכנסות של כמה מיליוני שקלים בשנה מתיירות רפואית, אני יכול לקנות בזה ציוד, מכשור חדש. כל הכסף הולך לפיתוח תשתיות. בכסף הזה אנחנו קונים ציוד יקר שאין לנו תקציב מהאוצר לרכוש אותו



"האם השרותים לתייר באים על חשבון הדייר?"

צילום אילוסטרציה: shutterstock



המשמש אותם נרכש מתקציב המדינה, והצוותים המועסקים בהם מקבלים את שכרם מקופת המדינה. מעצם הגדרתם, בתי החולים האלה מחויבים – או אמורים להיות מחויבים – בראש ובראשונה, לחולה הישראלי. בהיותם מתקציבים מהתקציב הציבורי הם גם מחויבים לשקיפות בפעילותם.

אף על פי כן, בתי החולים הישראליים העוסקים בתיירות רפואית, נמנעים מלפרסם נתונים על מספר התיירים המתאשפזים אצלם או על הכנסותיהם מתיירות רפואית. מנתונים המתפרסמים מעת לעת – בעיקר הודות לפעולתה של "הצלחה", עמותת קטנה שהייתה לגורם הציבורי הכמעט יחיד הנאבק בתופעת התיירות הרפואית – עולה מגמה ברורה וחד־משמעית: מספר התיירים הרפואיים המגיעים לישראל, והיקף הכספים שמגלגלים בתי"ח שבהם הם מתאשפזים, גדלים משנה לשנה ומוכפלים בכל כמה שנים.

מנתונים שחילצה עמותת "הצלחה" ממשרד הבריאות (במאמצים מרובים ובסיוע החוק לחופש המידע) עולה, למשל, שבת החולים הממשלתי "שיבא" כמעט הכפיל את הכנסותיו מתיירות רפואית בתוך שלוש שנים: ב־2010 הסתכמו הכנסותיו ב־77 מיליון שקל, ב־2011 הן כבר הגיעו ל־123 מיליון ובשנת 2012 הן גדלו ל־130 מיליון שקל. גם בית החולים "בילינסון", בפתח תקווה, בבעלות "שירותי בריאות כללית", הכפיל את הכנסותיו מתיירות רפואית מ־20 מיליון שקל ב־2010 ל־40 מיליון ב־2012. הכנסותיו מתיירות רפואית של בית החולים "איכילוב" בתל־אביב, שעמדו ב־2005 על שבעה מיליון שקל וב־2009 זינקו ל־37 מיליון, המשיכו לגדול בתלילות וב־2012 הסתכמו ב־99 מיליון שקל. גם "אסף הרופא" הוניק את הכנסותיו מתיירות רפואית ממיליון שקל ב־2005 לארבעה מיליון ב־2009 ולקרוב ל־16 מיליון ב־2012.

מנהלי בתי החולים הממשלתיים טענו לא פעם בעבר, שעיסוקם בתיירות רפואית לא רק שאינו פוגע בטיפול בחולים הישראליים, נהפוך הוא, הוא מיטיב עמו. זאת, משום שהם מקפידים לנתח את התיירים בשעות אחר הצהריים, שבהן אין מבצעים בדרך כלל ניתוחים אלקטיביים של חולים ישראליים; ומשום שהכנסותיו של בית החולים מתיירות רפואית מושקעות בשיפור השירות והטיפול שמהם נהנים גם חולים ישראלים. התיירות הרפואית, הסבירו, היא דרך מצוינת להתמודד עם ידו הקמוצה של משרד האוצר. לא פלא, אם כן,

פרופ' נדב דוידוביץ': "במערכת בריאות ציבורית, ברור שהטיפול בתייר הרפואי, המתקבל בלי תור ובוחר את הרופא שינתח אותו, פוגע ויפגע בחולה הישראלי"



גדול והומה אדם, רופאיו מחויבים להעניק תשומת לב אישית והתחשבות לכל מטופל וכן משפחה". הסרטון מגדיר את בית החולים כ"מרכז הרפואי הגדול במזרח התיכון".

המתחרה המזרח־תיכונית העיקרית של ישראל בתחום התיירות הרפואית היא ירדן. מספר התיירים הרפואיים המגיעים אליה (בעיקר מרחבי העולם הערבי אך גם ממדינות אחרות באסיה, אפריקה ואירופה) עולה בהרבה על אלה המגיעים לישראל ומתקרב לרבע מיליון בשנה, נכון ל־2012.

מקצת בתי החולים בישראל הפעילים בתחום התיירות הרפואית הם בתי חולים פרטיים – כמו אסותא בתל אביב, ובתי חולים ציבוריים אך לא ממשלתיים ולא כאלה בבעלות קופות חולים, כמו בתי החולים של הדסה בירושלים. אלה, ובעיקר הפרטיים שביניהם – פועלים באמות מידה מסחריות ואינם מחויבים לשמירת האינטרסים של הציבור ולפיכך הם רשאים לקלוט תיירים רפואיים ככל שרק ירצו. הדברים שונים כאשר מדובר בתי חולים ממשלתיים או בבעלות "שירותי בריאות כללית"; במקרה הזה, ובמיוחד כאשר המדובר בתי חולים שבבעלות משרד הבריאות, הטיפול בחולים התיירים נעשה במתקנים שבבעלות המדינה, שהציוד הרפואי

קצר ברחבי כרי להבין את עוצמת המאמצים הללו: חברות מסחריות הפועלות בשמם של בתי החולים מציעים לתייר הרפואי ליווי צמוד מרגע נחיתתו בשדה התעופה, טיולים ברחבי הארץ, שירותי תרגום וגם חדרי מלון לפני ואחרי האשפוז. האתרים מתפרסמים באנגלית, רוסית, אוקראינית ורומנית, שפות המשקפות את רוחב המאמץ השיווקי.

מספר התיירים הרפואיים והכסף שמגלגל הענף גדלים משנה לשנה

באחד האתרים מוצג סרטון שבו מנסה פרופ' רוטשטיין לשווק את בית החולים שבניהולו. מה שמבטיח רוטשטיין בסרטון לחולים מחו"ל שונה מאוד ממה שמוכר לרוב צרכני הבריאות הישראליים. "כשאתה פוסע במסדרונות המרכז הרפואי "שיבא", תל השומר, ואתה רואה את הצוותים הרפואיים שלנו מחייכים", אומר פרופ' רוטשטיין באנגלית, "אתה מרגיש מייד את הרוח של "שיבא", הרוח הייחודית לנו... האנשים שלנו מצוינים, הם נותנים את כל כולם, הם כל כך אנושיים, שונים ככל היבט מכל צוות רפואי במקום אחר שאני מכיר". ומוסיף אחריו הקריין: "למרות ש"שיבא" הוא מרכז רפואי



שמשרד האוצר תומך בהתלהבות בהמשך פיתוח של התיירות הרפואית בבתי החולים הממשלתיים.

לאן הולך הכסף?

המבקרים את התיירות הרפואית סבורים שטענותיהם של מנהלי בתי החולים אינן עומדות במבחן המציאות. פרופ' נדב דוידוביץ', יו"ר המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, באוניברסיטת בן-גוריון ויו"ר איגוד רופאי בריאות הציבור בהסתדרות הרפואית, אומר "בתנאים שבהם מתפקדת היום הרפואה הציבורית בישראל אין זה סביר שיהיה אפשר לקיים תיירות רפואית בלי לפגוע באזרח הישראלי". פרופ' דוידוביץ' מזהה בתיירות הרפואית כאחת התופעות המעמיקות את אי-השוויון במערכת הבריאות הציבורית. "במערכת בריאות ציבורית כמו המערכת הישראלית, שבה תורים ארוכים לגיתוחים ומחסור חמור בכוח אדם, ברור שהטיפול בתייר הרפואי המתקבל בלי תור ובוחר את הרופא שינתח אותו, פוגע ויפגע בחולה הישראלי". גם אם מנתחים אותו אחר הצהריים, התייר הרפואי עדיין יימצא בבית החולים בבוקר שלמחרת. עצם הימצאותו שם, גם אם הניתוח עבר בהצלחה ועל אחת כמה וכמה אם התגלו בו סיבוכים כלשהם, הוא ימקד אליו את תשומת ליבם של אנשי הצוות הרפואי המטפלים בחולים הישראליים.

גם פרופ' גבי בן-נון, שכהן בעבר כסמנכ"ל לענייני כלכלה במשרד הבריאות ומלמד כיום במחלקה לניהול מערכות בריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מתייחס בביטול לטענה בדבר הטיפול בתיירים בשעות אחר הצהריים. "תייר חולה מקבל יחס מועדף, המתבטא באשפוז וטיפול בטווח ימים ספורים, בחדר פרטי, על ידי רופאים בכירים ונבחרים, בקיצור תורים, בהעדפה בבדיקות הרמייה, בקבלה לחדרי ניתוח ועוד". דברים שאמר פרופ' בן-נון לפני כשנתיים

פרופ' גבי בן-נון:

"הניסיון לקבוע נהלים ותקנות שיבטיחו את הסדרת התחום באופן שלא יפגע בחולה הישראלי לא ישנה את האפליה הבסיסית הטמונה בהסדרי תיירות הרפואה"



בכנוס בכפר המכבייה שדן בתיירות הרפואית. "במגבלת המקורות של המערכת הציבורית – היחס המועדף לחולה התייר בתוך מערכת האשפוז הציבורית הוא, בהגדרה, על חשבון פגיעה באיכות הטיפול בחולה הציבורי וגורם להארכת משך ההמתנה שלו... הניסיון לקבוע נהלים ותקנות שיבטיחו את הסדרת התחום באופן שלא יפגע בחולה הישראלי לא ישנה את האפליה הבסיסית הטמונה בהסדרי תיירות הרפואה, המבוססים, בעיקרון, על 'העדפה' של התייר הרפואי על פני החולה הישראלי".

עו"ד אלעד מן, היועץ המשפטי של עמותת "הצלחה", מטיל ספק באמיתות טענתם של בתי החולים בדבר השקעת רווחיהם מהתיירות הרפואית בשיפור המערכת הציבורית. ספקותיו מבוססים על העובדה שניהולה של התיירות הרפואית, מבחינה ארגונית וכספית כאחת, אינה מופקדת בידי בתי החולים עצמם אלא בידי התאגידים הרפואיים (המכונים לעיתים גם "קרנות המחקר") הפועלים לידם. "עצם ניהול הפעילות הכספית והארגונית הנוגעת לתחום באמצעות קרנות מחקר ותאגידים נפרדים, הפועלים לצד בתי החולים", כתב עו"ד מן בנייר עמדה שהגישה "הצלחה" לוועדת גרמן, "מקטינה את יכולת איסוף הנתונים ולפיכך את השקיפות וקיום מעקב וניתוח הולמים על ידי שומרי סף ציבוריים". עו"ד מן ניתח דיווחי בתי החולים ומצא בהם

כמה עובדות תמוהות. "אסף הרופא", למשל, דיווח כי בשנת 2011 טופלו בין כתליו 882 תיירים רפואיים, שהניבו לבית החולים הכנסה של 10 מיליון שקל. תמיהתו העיקרית של עו"ד מן נובעת מתחשיב פשוט: תייר רפואי ממוצע משלם עבור טיפול בישראל כ־30 אלף דולר, שהם כ־100 אלף שקל. לפיכך שילמו 882 התיירים שהתאשפזו ב"אסף הרופא" כ־88 מיליון שקל. אם הכנסותיו של "אסף הרופא" הסתכמו כ־10 מיליון שקל בלבד, קובע עו"ד מן, "פירוש הדבר שקרוב לתשעים אחוז מהכסף אינו מגיע לבית החולים ולא נכנס לקופה שבאמצעותה, לדברי ראשי בית החולים, אפשר לשפר את השירותים לחולים הישראליים. כתשעים אחוז מההכנסות שמניבים התיירים הרפואיים מגיעים למקומות אחרים. לסוכנים שמביאים אותם, לרופאים שמנתחים אותם ולקרנות המחקר של בתי החולים. מבחינת הניהול הכספי, קרנות המחקר פועלות בנפרד מבתי החולים. הן כמעט ולא מדווחות על פעילותן למשרד הבריאות והמשרד אינו יודע עליהן כמעט דבר. כשמבקשים מידע מבתי החולים על אודות הפעילות שלהם בתחום התיירות הרפואית, הם מונעים אותו בטענה שאלה סודות מסחריים. סוד מסחרי או לא סוד מסחרי, ממש לא ברור לי לאן מנווט הרווח שהתיירות הרפואית הייתה אמורה להניב לטובת מערכת הבריאות הציבורית". אומר עו"ד מן.

עו"ד מן טוען שפעילות בתי החולים הממשלתיים בתחום התיירות הרפואית אינה חוקית. "התיירות הרפואית, כפי שהיא מיושמת היום בחלקים שונים של מערכת הבריאות הציבורית", כתב בנייר העמדה שהוגש לוועדת גרמן, "שקולה למעשה לשירותי רפואה פרטיים (שר"פ) המוענקים במתקנים הציבוריים. כזכור בהוראת בג"צ קבע היועץ המשפטי לממשלה, דאז, השופט אליקים רובינשטיין, שאסור להפעיל שר"פ בבתי חולים ציבוריים טרם הסדרת העניין שכזכור, עדיין לא הוסדר".

עו"ד אלעד מן: ניהולה של התיירות הרפואית

מבחינה ארגונית וכספית אינה מופקדת בידי בתי החולים אלא בידי תאגידים רפואיים הפועלים לצידם, ובכך נפגעת השקיפות

פרופ' דוידוביץ': "בתנאים שבהם

מתפקדת היום הרפואה הציבורית בישראל אין זה סביר שיהיה אפשר לקיים תיירות רפואית בלי לפגוע באזרח הישראלי