

מדר יבוי י ר ג ל
הכנסת השניה

ט.ל.

מדר ו ט ד ל ג ל .ט. 6

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים, שהתקיימה
ביום ג', יט' בכסלו תשי"ב - 18.12.51,
בשעה 8.30.

מזכירים:

- א. אלטמן - היו"ר
- ח. בן-אשר
- א. ברטן
- א. הכרמלי
- ב. הראל
- נ. חת
- ג. טברסקי
- י. ישעיהו
- ש. כפרית
- ב. כצנלסון
- ד. נצר

חברים:

- א. חביבי
- י. חזני
- ט. לורנץ
- א. ציזלינג

מזכמים:

- ד"ר שיבא - מנהל משרד הבריאות
- ד"ר חטיט - מטעם משרד הבריאות
- ד"ר יהל - מנהל האגף להיגיינה צבורית
- ד"ר סילר - מנהל המחלקה להיגיינה רוחנית וסיקום
- ד"ר זיסן - מטעם משרד הבריאות
- ד"ר סתן -
- ד"ר טאושטיין - מנהלת המחלקה לאט וילד.

היו"ר א. אלטמן:

אני פותח את הישיבה.
אבקט|סאת ד"ר שיבא להציג בפנינו את

המזכמים.

ד"ר שיבא:

מנהל משרד הבריאות
אני מודה לכם על טבעתרתם לבקטתי
להביא בפניכם את הרופאים הנוכחים כאן.
(טציג את הרופאים). ועתה, אבקט את ד"ר יהל להתחיל בטקירתו.

ד"ר יהל:

ברצוני להעמיד בפניכם את בעיית
האיטפון. ונכון עשה ד"ר שיבא

בהעמידו בעייה זו. כבעייה ראשונה.

אני מקווה שלחברי הוועדה היתה הסתה
לעיין וללמוד מתוך החומר והטבלאות שהוגשו להם בעוד מועד.
לצערי, נפלו שתי שגיאות קטנות בטבלאות הללו.

טבלאות מס' 9 ו-10 מראות את גידולן
של המטות בקטר הביחס לגידול האוכלוסייה מאז קום המדינה. מטות
1948 אין לנו מספרים מדויקים. ב-1.1.49 - המספר הנו מדויק.
וכאן אולי כדאי לעמוד על נקודה אחת: על אף גידול האוכלוסייה, מספר
המטות לאף תושבים - מבלי להכנס לחלוקת המטות - עלה מ-5,3 או
5,33 לאף תושב עד גם מספר זה איננו נכון כי מתוך
סיבות שאינן תלויות בנו אסור לנו לפרסם את המטות האזוריות.
מטות אלה קיימות בטבלא מס' 7, וכאן בצד ימין, בטבלא 7 - באם
נכניס את המטות נגיע ל-5,95 על אף תושב.

מבלי להכנס ליתר הפרטים, מותר יהיה
לומר, - מבלי להתחשב מי החזיק אותן ואיזה מין השקעות היו -
הרי בודאי שהמדינה הגיעה להישג של גידול טיטה על כל אף תושבים.
הוחלט, על אף הדעות הסנוגדות בצבור, שיש להגדיל את המטות כדי
לקלוט את העליה.

באם תעברו על הטבלאות תיווכחו ששנת
1951 היתה שנה שגידולן של המטות הספציפיות היה ניכר בה, וכמו כן
היו הכנות למטות כלליות, ואנו מקווים² נוכל להקים בשנת 1952.

השאלה השניה היתה עם הקמת המטות הללו -
האם יש להן ערך רב כאשר ישנו ביצול טכסימלי? בראש וראשונה יש
צורך בתכנון אזורי, היינו, ביצול טוב וחלוקת מיטות לכל האזורים.
כדי לעשות את התכנון האזורי יש לעשות בטה דברים: (א) חלוקת
האוכלוסייה, מה שלדעתנו קשה מאוד לבצע דבר זה; (ב) החיוני והחשוב
ביותר הוא תיאום סלא בין כל המוסדות אשר להם מיטות לאיטפון.

כדי שלא יהיו מוסדות כפולים, אפשרי דבר
זה רק בתנאי אחד - שכל מוסד, איפה שיש צורך ומי שיהיה בעליו -
יקבל את החולים לפי הסתייכותם האזורית; ועוד, יש צורך ביעול
המיטות.

על יעול המטות ברצוני להסביר את הכוונות
שבדברי: (א) מטה אינה דומה אחת לחברתה; כי יש לפעמים וחולים
במשרדים בבתי-חולים יותר מכפי שבחוק. וכאן זה תלוי במיכון המכונים
ושיפור המכונים המרכזיים וכו'. דבר זה אינו מאפשר לנצל את המטה
במלוא האפשרות.

בתקופה הראשונה לא עלה בידינו לקצר את
ההסתייה בבית-החולים, אולם אח"כ בראתה התקדמות-מה בטטה זה, ועכשיו
הצלחנו לקצר את ההסתייה בממוצע יום אחד על כל חולה. מאחר שנתקבלו
40.000 חולים, הרי חסכנו על ידי כך 40.000 ימי טחלה; ואני הייתי
אומר 40.000 ימי עבודה למטק המדינה. נשאל למעשה תוספת של 100 מטות
במקום לבנות 100 מטות וטיפורים, יכולנו להוסיף כאילו מתוך תוספת
פנימית 100 מטות נוספות. ואם תהיה למטרד המוצר ולאחרים האחרים
לזה הבנה עמוקה יותר לבעיה זו - הרי אנו מקווה שעי' העזרה שהם
יוסיטו לנו, נוכל להוריד עוד יותר ולחסוך מספר מטות לאיטפון. זהו
חסכון במטות ע"י טפול מבחוק.

חלק גדול של מטות תפוס ע"י ילדי המעברות, ולדעת
הרופאים ילדים אלה אינם זקוקים לאיטפון אם היתה דאגה יתרה במקומם
הם. וכאן איננו רוצה להיכנס לעובי הסגב, אולם אני רק אומר שאפשר
למנוע כל טחלה אם רק היו מספלים בה מראש. אסביר את דברי: אם
במפארות ובמעברות יהיה שיפורים וטיפול מתאים, לדעתי, החסכון במטות
יהיה רב.

ד"ר יהל:

נוסף לכך יש להכניס את אותה השיטה
 הטובלת בארצות אחרות, ואשר איננה ידועה
 בכלל בארץ זו, והיא - שירות אטבולנסים, אין בית-חולים בחו"ל
 שאין לו שירות אטבולנסים. היה רצוי שכל אטבולנס הטגיע ארצה היה
 מקבל כתובת של בית-חולים סטויים. דבר זה היה פותר בעיה חשובה
 של החזרת החולה לביתו; אטבולנסים אלה היו פותרים בעייה נוספת
 יש היו נכנסים לשירות בבית-חולים, והיא, הבאת חולים לבתי-חולים
 והחזרתם לבתיהם. ידועים לנו מקרים רבים שאנשים היו מוותרים על
 איטפון בבית-חולים אם היה להם שרות טוב כזה. אנו תקווה, שטר
 התחברה החדש יעמיד לרשותנו אטבולנסים, וזה יחסוך לנו מיטות
 בבתי-חולים.

בעיית היעילות וניצול המסות קטורה
 בטאלות טסקיות. מטרד הבריאות דגל כל הזמן בסיטמה אחת - שהמסות
 תהיינה זולות גם בהקמתן וגם ברמתן. החסכון הוא לא בהשקעה על
 חשבון הרמה אלא חסכון של טיב הבנייה; כי אז אפשר היה באותם
 הכספים להקים יותר מסות ולהחזיק יותר מסות. דבר זה לא בא על
 פתרוננו עד היום. אמנם הוקמה לפני מספר חדשים ועדה שהיתה צריכה
 להיות ועדת טומחים וסטתפקידה היה לבדוק את הבעיות הבאות: יעילות
 המסות, הקמתן והחזקתן. ועל יסוד הסקר הזה היה לכוון את התיכנון
 הארצי שיכלול את כל הטרות הרפואי הן הצבאי והן האזרחי. אולם,
 ועדה זו לא הצליחה להגיע לידי פעולה מסשית. בתחלת עבודתה היו
 חלוקי דעות אם ועדה זו צריכה להיות ועדת טומחים גרידא או לאו.
 כידוע, מבקר המדינה הקים אותה בסיתוף עם המטלה.

ברצוני להביע את תקוותי, ואתי כל
 מטרד הבריאות, שוועדה זו של הכנסת תצליח להחיות את ועדת הטומחים,
 כי היא, לדעתנו, ועדה המסוגלת לחסוך סכומים ניכרים ולנצל אפשרויות
 רבות. שמה הסדוייק הוא: ועדת-סקר לעניני איטפון המדינה.

ד"ר חטיס:

בעיות השחפת:

בסקירה זו ברצוני לעמוד על 3 נקודות:
 (א) על המצב בשחפת בארץ; (ב) על פעולות המגיעה בשחפת; (ג) ועל
 הטיפול בשחפת.

על המצב האפידמיולוגי בשחפת, וראי

כולכם קראתם בעתונות.

אנו מביאים לתשומת לבכם את הלוח מס. 1 -
 על המצב האפידמיולוגי בשחפת, ריאות, ובשחפת מחוץ לריאות, התמותה
 והתחלואה מהטלה ל-100,000 תושבים.

בשנת 1948, החישוב לתמותה משחפת נעשה
 על כל 100,000 תושבים והיתה 14,6; ב-1949 התמותה היתה 14,3;
 וב-1950 - 10,5. להשוואה הבאתי את המספרים של ארצות אירופה.
 קבלנו את המספרים הללו מהארצות הבינלאומי לבריאות.

מהלוח המפורט (בדף 2 מהתזכיר על בעיות
 השחפת בישראל) אנו לומדים כי התמותה משחפת של כל הצורות בארצנו
 בסוכה ובמצאת בשורה אחת עם ארצות בהן התמותה משחפת קטנה ביותר
 בעולם כולו (דניה, הולנד, ארצות-הברית). התמותה משחפת בכל
 הארצות היא מ-47,49 חוץ שפורטוגל.

על התחלואה בשחפת אין לנו מספרים אטבולנסים
 וגם קשה להשיג מספרים אלה באיזו ארץ שהיא. בפברואר 51, ז,
 הנהגנו כרטיסיה מרכזית לחולי שחפת אשר תתן לנו אפשרות לחקירה
 יסודית של הכמויות האפידמיולוגיות הקליניות והסוציאליות הקשורות
 בשחפת השחפת, אולם יש צורך בתקופה בערך של שנה עד שנתיים כדי
 לקבל נתונים אובייקטיביים מבוססים של רוב החולים הרשומים בארצנו.

ד"ר חסיס: בשנים 1946/47 בדקתי 10,000 איש בשיקופי רנטגן, התוצאות היו כדלקמן: בקרב האוכלוסיה היהודית הקבועה 0,3% חולי שחפת קלינית פעילה, ובקרב העולים 1%; בשנים 1949/50 בדקו ע"י ד"ר ליכטנשטיין ועוזריו בבדיקה רנטגנית 176.619 עולים, אשר עברו את "שער-העליה", ביניהם נתגלו 753 חולי-שחפת הזקוקים לאשפוז, כלומר 0,42%

אחוז החולים בין העולים מארצות שונות בשנים 1949/50 הוא כדלקמן:

- עולי רומניה ב-1949 היה 1% וב-1950 ירד עד כדי 0,18%;
- עולי יוגוסלביה ב-1949 היה 0,95% וב-1950 0,00%;
- עולי הונגריה ב-1949 0,9% וב-1950 0,00%;
- עולי טורקיה ב-1949 0,8% וב-1950 0,17%;
- עולי צ'כוסלובקיה ב-1949 0,7% וב-1950 0,27%;
- צפון אפריקה ב-1949 0,27%-0,3% וב-1950 0,1%;
- עולי מצרים ב-1949 0,2% וב-1950 0,08%;
- עולי פולין ב-1949 0,4% וב-1950 0,27%.

מהמספרים הנ"ל אנו לומדים:

(א) התחלואה משחפת בקרב היהודים בישראל לפני העליה ההמונית הייתה גבוהה התחלואה בארצות מערב אירופאיות וארצות הברית;

(ב) העליה הביאה מספר ניכר של חולי שחפת בעיקר בשנים הראשונות של העליה ההמונית, בזמן שרוב העולים היו מבין טיפוי מחנות הריכוז, אגאמא הגיטאות, לוחטי היערות ויהודי מזרח אירופה;

(ג) אחוז חולי השחפת בין העולים ירד במרוצת הזמן והגיע בשנת 1950 לאחוז החולים בין התושבים הוותיקים בארץ.

פעולות המניעה משחפת:

המטרה בפעולות המניעה משחפת היא להקטין את התחלואה והתמותה ממחלה זו, ולהקטין את מספר ההדבקות בין הילודים. הפעולות העיקריות במלחמה משחפת הן:

- (א) גלוי מוקדם של החולים ואשפוזם;
- (ב) חסון פעיל של האוכלוסיה הבריאה.

ברצוני לעמוד על הפעולות לגלוי מוקדם של החולים ועל התרכבה נגד השחפת. מחלת השחפת, ברוב הנדול של המקרים, מתפתחת לאט ובלי סימנים אובייקטיביים וסובייקטיביים בולטים בעיקר בטלבים המוקדמים של המחלה שהם שחייבות רבה הן טבחינה אפידמיולוגית והן טבחינת יעילות הספול. גלוי המחלה בטלבים אלה אפשרי רק ע"י בדיקה רנטגנית. ברור כי את החולים בהתחלת מחלתם או בטלבים הטקטים של המחלה יש לחפש בין האוכלוסיה לכאורה בריאה, ע"י בדיקות רנטגניות בהסוּן, בקבוצות שונות של האוכלוסיה, או, במקרה האידיאלי, באוכלוסיה כולה.

כפי שכבר הזכרתי, נעשו ב-"שער העליה" בשנים 1949/50 בדיקות רנטגניות מתוך 225.694 עולים שעברו בתקופה זו את שער עליה, ז.א., נבדקו 78,25%. נוסף לכך נבדקו במרפאות לחולי שחפת ע"י רנטגנולוגים כ-200.000 איש נוספים שבין המתייצבים לצבא, עובדי בתי-המדר, עובדי מזון, נשים הרות וקבוצות אחרות. מספר הנבדקים הוא באופן יחסי גדול, אולם אין זה מספיק ומאייפתנו היא ליצור את האפשרות לבדיקה שיטתית של כל האוכלוסיה. לאט כן יש צורך במכשירים מיוחדים לצלומים המוניים במינוגראפים. בארץ נמצאים 8 מינוגראפים אשר רק חלק מהם הופעלו. יהיה צורך להפעיל את כל המינוגראפים הנמצאים בארץ ולהוסיף עוד כ-2 יחידות ניידות בכדי להעביר בבדיקה

ד"ר חסיס:

סיטתית פעם בשנתיים את אוכלוסיית הארץ. נוסף לכך יהיה צורך להרחיב ולטפח את רשת התחנות לחולי שחפת הקיימות כדי לקרב את התחנה לאוכלוסייה המפוזרת ולאפשר בקרת על החולים אשר נמצאים בהשגחה אטבולטורית. טפחות החולים וקבוצות שונות של האוכלוסייה העוסקים במקצועות מסוכנים מבחינת השחפת ומבחינת בריאות הצבור.

"אוזע" הביא סינוגרף ומסד אותו לקופת-

חולים.

ההרכבה נגד השחפת:

על חשיבות ההרכבה הזאת מעידים הסטפרים של המפעל הבינלאומי למלחמה בשחפת, אשר עד לנואר 1951 הסלים את ההרכבה ע"י הארגון הבינלאומי של 14,800,000 ילדים וצעירים ב-22 ארצות. לפי החקירות של הארגון הזה, מספר הסקרים של חולי שחפת חדשים בין המורכבים יורד ב-80% לעומת מספר החולים באוכלוסייה בלתי-מורכבת.

הפעולה בארצנו התחילה ב-1.11.49 ונעשתה בכוחות מטותפים של המפעל הנ"ל ומשרד הבריאות. החל מיולי 1950, הפעולה עברה לידי משרד הבריאות בלבד.

מתחלת נובמבר 1949 עד סוף נובמבר 1950, בשלב הראשון של הפעולה, בוצעו 348,928 בדיקות טוברקולין; מזה 297,310 נפשות הסלימו את הבדיקות, ביניהם 215,704 מקרב התושבים היהודיים ו-51,332 בשחנות העולים ושער העליה; ו-30,274 מקרב התושבים הערביים. הורכבו 202,387 ילדים ונוער, מהם 153,000 מבין התושבים הקבועים; 26,500 מבין העולים, בשחנות העולים ושער עליה; ו-22,700 מבין התושבים הערביים.

מדצמבר 1950 ועד אוקטובר 1951 נעשו 150,000 בדיקות נוספות. בשלב השני של הפעולה ראינו שתוך תוצאות של מחקר מיוחד שנעשה בין העולים, כי עלינו לשאוף להרכיב, קודם כל, את כל הילדים והנוער העולה בימים הראשונים אחרי עלייתם, לכן שתוך 150,000 הבדיקות בשלב השני נעשו בשער-עליה ועתלית. בשלב זה הורכבו כ-30,000 נפשות, סכ"כ הורכבו ע"י משרד הבריאות בשני השלבים 250,000 נפשות. נוסף לכך נעשות הרכבות בצה"ל, ומטעמים בסחונניים הסטפרים אינם נמסרים בזה.

כטאנו בודקים בסוף שנת 1950 את הרכב האוכלוסייה, לפי הגילים, יוצא כי כתוצאה מפעולות ההרכבה אצל 51% של הילדים בגיל 0-14 שנים, קיים מצב של חסון חלקי נגד שחפת. בין הילדים בגיל 0-4 27% מחוסנים; בגילים 5-9 שנים - 73%; ובגילים 10-14 שנים - 72%.

ההרכבה בגילים הרבים נתקלה בקשיים. הילדים האלה נמצאים בבית והאמהות אינן מביאות אותם להרכבה. לכן החלטנו, בעקבות הארצות הסקנדנביות, צרפת וברית-המועצות, להתחיל בהרכבת הילדים בנתי-היולדות ביום הסליסי אחרי הלידה. הפעולה תתחיל בעוד חודש ימים, בהתחלה רק במספר מוגבל של בתי-יולדות ואחרי תקופה של בסיון, אנו חושבים להקיף את יתר בתי-היולדות.

את התרכיב אנו מקבלים מהסכון לליצור תרכיבים בקופנהגן. בהתחלת פברואר נתחיל בליצור התרכיב בארץ במעבדה מצוחלת, אשר עומדת לפני גמר הבנייה ותהיה אחת המשוכללות ביותר מסוג המעבדות האלה.

ד"ר חסיס:

אספון וטפול בחולי-שחפת:

האפטרות לאטפון ווקדם ולבידוד בארצנו מעולם לא הניחו את הדעת. מטעם המנדט החזיקה בסה"כ 30 מיטות לחולי שחפת, אשר היו טיועדות אך ורק לחולים מבין האוכלוסייה הערבית. מוסדות צבור יהודיים: "הדסה", הליגה למלחמה בשחפת וקופת-חולים הכללית הקיטו במטח עבים כשה מוסדות והגיעו בטבת 1947 ל-450 מיטות לחולי שחפת. בתקופה שלאחר מלחמת השחרור ועד אוקטובר 1950, נתווספו 650 מיטות; ובתקופה של למעלה משנה התווספו עוד 700 מיטות. ישנם כל הסכומים כי עד אפריל 1952 נגיע לספר של 2100 מיטות לאטפון חולי שחפת ב-17 מוסדות.

ביחס לגידול האוכלוסייה מספר המיטות נראה כדלקמן: בשנת 1947 היו בארץ לכל 100,000 תושבים 75 מיטות לחולי שחפת; בשנת 1949 - 76 מיטות; כיום - 108 מיטות. ובגיע באפריל 1952 ל-130 מיטות בערך. הגידול המהיר של מספר המיטות השנה לא רק שהדביק את קצב העליה, אלא היחס של המיטות לאוכלוסייה גדל ב-32%.

לשם השוואה, אנו מביאים את מספר המיטות לחולי שחפת ל-100,000 תושבים בארצות אירופה שונות בתקופה שלפני המלחמה האחרונה: נורבגיה - 180 מיטות; שוודיה - 150 מיטות; דניה - 102; אנגליה - 83. שאיפתנו היא להגיע לאותו מצב של השחפת בארצות הסקנדי-נביות, אם כי יש להן מיטות ריקות רבות. אנו יודעים, למשל, על קיום 60 מיטות בבתי-חולים בנורבגיה, ובאותו זמן קוטפון רק 8 ילדים.

מי מחזיק במוסדות האטפון לחולי שחפת? בטבלת מס' 4 תראו דגימת המוסדות עם פירוט מספר המיטות לזכרים, נקבות וילדים של הרשויות השונות.

יש לציין את גידול מספר המיטות לילדים חולי שחפת. עד מלחמת השחרור היו בסך-הכל 36 מיטות לילדים בגילאים 6-14 שנים; וילדים בגיל רך חטרו מקומות אטפון בבתי-חולים לחולי שחפת. בשנת 1950 נתווספו 87 מיטות ובשנת 1951 עוד 162 מיטות לילדים בכל הגילאים. כעת כמעט וחוטל התור לאטפון ילדים חולי שחפת.

בעיה שגיה שטצאה את פתרונה היא אטפון עולים חדשים שמקורם בארץ. בשנת 1949, הוגבהה בדיקת העולים ב"שער העליה", הבדיקה הזאת נתנה מספרים מדויקים על התחלואה שטפת בין העולים מארצות שונות, אולם ללא תוצאה כעשית. העולים החולים הועברו לבתי-העולים והיו סכנה חמורה בגלל התנאים הקשים בהם. את התפורר ביטוב בין הבריאים.

בנובמבר 1950 הוקם ע"י ועד הבריאות בית-חולים בפרדסיה. בהתחלה הביל 47 מקומות, כעת הגיע ל-90, ובעוד כחודשיים - יושלם ל-150 מיטות.

עד לפני שנה, העולים היו מרדכונים בצריף בשער-העליה עד 60 חולים, וחכו להעברה לבית-חולים פרדסיה ב-4-5 חדשים, אך כעת הגענו לשלב בו החולים הועברו לבית-ח פרדסיה כעבור שבוע עד שבועיים אחרי עלייתם.

כאמור, אין לנו מספרים אבסולוטיים בנוגע לחולי שחפת, הזקוקים לאטפון, לכן נוקבים גורמים שונים מספרים אשר לעתים הם מופרזים מאד. המספרים אשר נוקבים בהם, הם בין 3000 עד 8000 חולים הזקוקים למוסד. לפני כחודש ימים בררנו במוסדות שונים את מספר הרשומים בתור, והתברר כי נוסף ל-1650 חולים אשר היו מאושפזים בבתי-חולים היתה רשימה של כ-400 עד 450 חולים הנחכים לאטפון. בהתאם לכך אנו זקוקים כיום כ-2100 מיטות. אנו מקווים כי באפריל 1952 נחסל את תור הממתינים לאטפון דע"י תוספת של כ-200-300 מיטות בשנת 1952 - לא יהיו קשיים באטפון חולי-שחפת עד סוף 1952.

קיימות אפשרויות לשפור מצב האטפון ע"י יעול סדרי האטפון והוצאת החולים מבתי-החולים אם ימצא פתרון לבעיות הבאות: (1) שיכון וטיקום לחולים מבוזבזים; (2) אטפון חולי שחפת זקנים; (3) אטפון חולי שחפת עצמות.

ד"ר חטיס: שחרור חולים בבתי-החולים לעתים קרובות בחקל בקטיים בגלל חוסר שיכון ושיקום לסברייאיים ששפחה. יציאת החולים תעכבת לפעמים לחדשים ארוכים, והכיסה לה זקוקים חולים החכים בתור תפוסה ע"י חולים מאינם זקוקים לה, אין ספק שאפשר יהיה להחיש את הוצאת הסברייאיים באם יוקטו מוסדות לשיקום עם, ג-200-150 מקומות ותוטג עדיפות לשיכון לסברייאיים ששפחה, לבעית השיכון והשיקום יש גם משפעות רפואיות.

קבלנו ידיעה ששפחה, שהסוכנות עומדת לתת 700 יחידות דיור לחולי שפחה.

כאמור, אחוז התמותה ששפחה בקרב היהודים היא נמוכה מאד, היה ידוע מאז ומתמיד כי הרבה מבין חולי שפחה היהודים מגיעים לגיל הזקנה. עם גלוי התרופות החדשות, אשר בעיקרן בולמות עם פירו פעולות התהליך, מולם לא תמיד מסוגלות להביא הבראה שלמה, מספר חולי ששפחה הזקנים גדל. חולי ששפחה הזקנים מהווים סכנה אפידמיולוגית חסורה באם לא ימצאו בבידוד. כיום נמצאים כ-60 זקנים מעל לגיל 60 שנה הסובלים ששפחה פתוחה כרונית והם מהווים סכנה.

אשפוז חולי שפחה עצמות:

לחולים מסוג זה אין מוסד מיוחד בארצנו. הם נמצאים בבית או מאשפזים בבתי-חולים כלליים ובמוסדות לחולי שפחה ריאה.

רצוי לרכז את חולי ששפחה עצמות במוסד מיוחד עם שירות של טומחים, שיתמטרו בפיוחד לרפוי ששפחה עצמות לפי השיטות החדשות הסקובלים בעולם הנאור.

בבתי-החולים אין מסוד בתרופות החדשות לטיפול בששפחה. בנוגע לציוד הרפואי - יש לשפר רבות.

נוסאי ההוצאות העקריים של אשפוז חולי ששפחה הם הסדינה וסלבן. סמוך 790 הטיפות הסטטליות כ-400 טנות בהחזקה הסליאה של הסדינה ועולה לאוצר הסדינה 350.000 ל"י לשנה, כ-135.000 ל"י עולה לטדינה ההשתתפות בהחזקת הסנות לחולי ששפחה במוסדות צבוריים, נוסף לכך 30.000 ל"י טיוועדים להוצאות אשפוז של סקרים סוציאליים במוסדות צבוריים. הסלבן מחזיק על חשבונו 800-900 חולי ששפחה העולים לשנה כ-800.000 ל"י.

ג-10 עד 12 אחוז של ההוצאות להחזקת הסנות לחולי ששפחה העולות בסה"כ 1.500.000 ל"י לשנה, משתתפים המוסדות הצבוריים, כגון: קופ"ח, "הדסה", הליגה לשלחה בששפחה והרשויות המקומיות. האחרונות משתתפות בסכומים פעוטים בלבד.

ד"ר פילר: ארבר על ההיגיינה הרוחנית, הטפול בחולי-רוח, העבודה המונעת והסוציאלית בקשר לחולי-רוח ומצבי-רוח.

בדברי הבאים אציין את מצב האשפוז בארץ היום; מצב בתי-החולים והשירותים שאנו נותנים; וטפול טחלה המונעת. כיום, יש כ-1100 טנות במוסדות סטטלתיים, ולדעתי, הגורם העקרי באשפוז חולי-רוח הוא הסדינה, ולמעשה כך צריך להיות.

המספר הסטטיסטי עומד באחיות עיניים. ואני חושב שנצטרך לחסל לפחות 300 טנות באם נרצה לשפור על שפה הטוב של הסדינה, שהיא בתור דואגת עקריה לאשפוז תושביה.

ד"ר טילר: בארץ יש חולים שהם נמצאים מחוץ לכחלי המוסד, ג' רובם עולים חדשים. לדעתי, מספר חולים אלה נאמד לא פחות מ-400. הם נמצאים במחנות, במעברות וכו'.

המטות המסתליות נכללות בתוך המוסדות שלנו, ששלושה מהם בודאי ידועים לכם: בת-ים, באר-יעקב ועכו. ועקב המסגרת הבלתי-קבועה כיום נצטרך להקים מוסד חדש שיקלוט את האנשים היוצאים שבתי-חולים אלה, אני מתכוון לאנשים שאינם מגיעים לכלל שלטות בהכרזתם ואינם איתנים ברוחם. על אנשים אלה להיות במסגרת מוגנת. יש לנו כפר-שאול, שהוא כפר עבודה עבור חולים חצי-בריאים אלה.

כמו-כן, הנהו מערים כי נמצאים בארץ ללא מספוז לפחות 150 מבוגרים דביליים, מבלי לכלול את הילדים המפגרים והמופרעים בכללם וגם בעבורם יהיה הכרו לסצוא מספוז.

כן קיימת הבעיה הסיוחדת של ילדים צעירים דפקטיביים שנזדקק בעבורם ל-40 מטות לפחות, מטרד הסעד אמנם מטפל בילדים דביליים, אך הוא מטפל בילדים שהם למטה מגיל 12 שנה. יוצא שאין דואג לילד הטבגר.

יש לנו בארץ כ-200-150 ילדים מבוגרים המסתובבים בחוצות ואינם מקבלים טיפול. אנו מאשפזים בבתי-חולי-רוח רק את אלה המפריעים ביותר. אנקט לקחת דבר זה לתשומת לבכם.

עתה, ברצוני להתענג על מצב בתי-החולים

עצמם:

הקיסונו, באופן פרוביזורי, הליבנים שאינם מתאימים כלל ועיקר למטרה. קשה לוטר שבתי-חולים שלנו נראים כפרוגרסיביים, הטרותים בפרט, הנם פרימיטיביים ביותר ודורשים מפורים יסודיים כמעט לכל טטה.

איננו יכולים להחזיק בן-אדם טרוגז במסגרת בלתי-קבועה. אנו נתקלים בקשיים עצומים באנשים טרוגזים אלו הנמצאים מחוץ לכללי בתי-החולים, אחרת עלינו, קודם כל, לקלוט אותם במסגרת בטוחה עד אשר נצליח להשימם; כלומר, בכדי לקלוט את 400 החולים הטרוגזים הנמצאים בחוצות, עלינו לבנות מחלקות סיוחדות לעבורם.

שיטת הספקת הבגדים ע"י מטרד הסעד אינה מטביעה רצון. החולים מקבלים את הלבשתם במידה בלתי מספקת, באחור רב ובאיכות בלתי-מתאימה. אנו נצטרך להעביר את סדורי חלוקת ההלבשה למטרדנו, ולטם כך נזדקק בודאי להסכת מטרד מסחר ותעסיה ותקציב בסכום של 25.000 ל"י.

עלי לציין שקיים כיום בי"ס ל-30 אחיות ואחים מעטיים בבית-חולים באר-יעקב; ויש צורך לפתוח הטנה בית-ספר מעין זה גם בשאר בתי-החולים שלנו, עכו, בת-ים וכפר-שאול. כמו-כ יהיה עלינו לתכנן בית-ספר עבור אחצות המסמכות על טנת מתוכלנה לסיים בו לפחות טנה שליטית בפסיכיאטריה.

הפרטונל הרפואי בהתאם לתקציב 1952/53 יצטרך להיות על 1500 טטה - 800 איש ועל 2000 מטות - 1070 איש.

טפול מוצלח בחולה תלוי בעיקר בטקונו הסוציאלי ואנו מקיימים בערים הגדולות מערכת של קליניקות לשיקום וטפול עוקב.

ד"ר זיסון:

בתזכיר הוגש על-ידינו תמצאו פרטים
סלמיים על בעיית היתוק. בעיה זו קרובה
ללנו על הציבור ואנו מצויים למצוא את הפתרון הטמאים לבעיה זו.

מגיפת היתוק הילדים (פוליאוסיטיס)
פגעה בשנת 1950 ב-1620 ילדים בערך; ואחריה נרשמו עד חודש דצמבר
למעלה מ-860 מקרים נוספים, זאת אומרת שתוך שנתיים נפגעו כמלפנים
וחטט מאות ילד מחלה זו. התמותה הייתה ניכרת אף היא, היו כ-400
מקרי מוות.

שתוך החולים שהבריאו לחלוטין כסחצית
המקרים, וכמה מאות נשארו בעלי היתוק כרוני. בשנת 1950 הרבה
סקר מיוחד את החלוקה הבאה:

נשארו עם היתוק קל	136 ילדים
עם היתוק בינוני	188
עם היתוק קשה	220

כלומר, שתוך תקופה של שנתיים נשארו לפחות 400 - 500 ילדים
נכים בעלי מום קשה וכרוני.

מטרה הגריאות פתח "מחלקת המסך"
ליד מחלקת הילדים של בית-חולים מטטלתי בצריפין, ומאז
פתיחתה עברו כ-150 ילדים מסותקים, והם קיבלו טיפול ושיקום
יסודי, תוך תקופה ממוצעת של 124 יום. גם קרן נכות פתחה מחלקת
שיקום דומה ליד בית-פיננסטון בת 24 מיטות, שקלטה עד כה כ-30 ילד
מבין חברי קופת-חולים.

במרוצת-הזמן התברר הצורך להפסיק באיטפוזם
של המקרים הקשים ביותר גם על תקופת השיקום הראשונית, ולכן היה הכרח
לרכז כל אותם המקרים במחלקות מיוחדות בהן הובטח להם טיפול מכוון.
בעיקר היה הכרח לגבי הילדים מטעברות, מחנות עולים וכל אותם המקרים
אשר הטיפול הביתי להם היה מוגבט מסיבה רפואית או סוציאלית.

עלינו לזכור שרוב רובם של הילדים שנפגעו

הם בגיל רך.

חלק ניכר של הטיפול בילדים המטומקים יוכל
להינתן בצורה אמבולטורית, בעיקר בגלל גילם הרך של הילדים הנפגעים,
דבר המאפשר בקלות את הבאתם על ידי האמהות למרפאות. אולם הנסיון
הראה שטיפול אמבולטורי יעיל ומכוון יוכל רק להינתן באם יוקדשו
לטיפול זה מרפאות מיוחדות או מחלקות מיוחדות במרפאות הקיימות
(מחלקות לרפוי פיסקלי), עליהן להיות מצויינות כראוי ולכלול את כל
המקצועות הדרושים לטיפול מסובך זה, כולל בדיקה והטחה מתמדת ע"י
אורטופד.

סוג מיוחד של מרפאת שקום הוקם לנסיון,
ובהצלחה רבה, ליד בית-החולים הטטלתי שבצריפין. מרפאה זו אינה
נותנת טפול אלא רק בודקת ומדריכה וכמו כן יכולה לעקוב אחר מספר
ילדים גדול. כל מקרה עובר קודם כל בירור סוציאלי ע"י עובדת
סוציאלית, לאחר מכן נערכת בדיקה קפדנית של פעולת הסדירים המסותקים
ובסוף נבדק כל ילד בדיקה רפואית יסודית ע"י צוות רופאים, כסו:
רופא-ילדים, אורטופד ופיזיאטרפויט. מסקנת הבדיקה קובעת את הצורך
באטפוז, בהטח אמבולנטי, הוראה לנתוחים ומכטירים אורטופדיים.
כן עוסקת מרפאה זו בסיטיות בהדרכת האמהות, דרך המצליחה מאד והמהירה
פתרון חשוב במקרים רבים. אך זוהי הוצאה עצומה של 30 ל"י לכל
מכטיר הפטוט ביותר.

ד"ר זיסון:

בתזכיר הוגש על-ידינו תמצאו פרטים
סלאיים על בעיית היתוק. בעיה זו קרובה
לל: של האיבור ואנו מצויים למצוא את הפתרון הטמאים לבעיה זו.

מגיפת היתוק הילדים (פוליאומיאליטיס)
פגעה בשנת 1950 ב-1620 ילדים בערך; והשנה נרשמו עד חודש דצמבר
למעלה מ-860 מקרים בוסטרים, זאת אומרת שחך שנתיים נפגעו כאלפיים
וחמס מאות ילד מחלה זו. התפרוץ היתה ניכרת אף היא, היו כ-400
מקרי מוות.

שחך החולים שהבריאו לחלוטין כמחצית
המקרים, וכמה מאות נשארו בעלי שיתוק כרוני. בשנת 1950 הרמה
שקר ביותר את החלוקה הבאה:

136	ילדים	נשארו עם שיתוק קל
188	"	עם שיתוק בינוני
220	"	עם שיתוק קשה

כלומר, שחך תקופה של שנתיים נשארו לפחות 400 - 500 ילדים
נכים בעלי מוט קשה וכרוני.

מטרה הגריאות פתח "מחלקת המטך"
ליד מחלקת הילדים של בית-חולים ממסלתי בצריפין, ומטו
פתיחתה עברו כ-150 ילדים מסותקים, והם קיבלו טיפול ושיקום
יטודי, חוך תקופה מסוצעת של 124 יום. גם קרן נכות פתחה מחלקת
שיקום דומה ליד בית-פינסטון בת 24 מיטות, שקלטה עד כה כ-30 ילד
מבין חברי קופת-חולים.

במרוצת-הזמן התברר הצורך להמשיך באיטפוזם
של המקרים הקשים ביותר גם מעל תקופת השיקום הראשונית, ולכן היה הכרח
לרכז כל אותם המקרים במחלקות מיוחדות בהן הובטח להם טיפול מסווג.
בעיקר היה הכרח לגבי הילדים מטעברות, מחנות עולים וכל אותם המקרים
שטר הטיפול הביתי להם היה טובטח מטיבה רפואית או סוציאלית.

עלינו לזכור שרוב רובם של הילדים שנפגעו

הם בגיל רך.

חלק ניכר של הטפול בילדים המטומקים יוכל
להינתן בצורה אמבולטורית, בעיקר בגלל גילם הרך של הילדים הנפגעים,
דבר המאפשר בקלות את הבאתם על ידי האמהות למרפאות. אולם הנסיון
הראה שטפול אמבולטורי יעיל וטכווג יוכל רק להינתן באם יוקדשו
לטפול זה מרפאות מיוחדות או מחלקות מיוחדות במרפאות הקיימות
(מחלקות לרפוי פיסקלי), עליהן להיות מצויידות כראוי ולכלול את כל
המקצועות הדרוטים לטפול מטובך זה, כולל בדיקה והטחה מתמדת ע"י
אורטופד.

סוג מיוחד של מרפאת שקום הוקם לנסיון,
ובהצלחה רבה, ליד בית-החולים הממסלתי שבצריפין. מרפאה זו אינה
נותנת טפול אלא רק בודקת ומדריכה וכמו כן יכולה לעקוב אחר מספר
ילדים גדול. כל מקרה עובר קודם כל בירור סוציאלי ע"י עובדת
סוציאלית, לאחר מכן בערכת בדיקה קפדנית של פעולת הסרירים המסותקים
ובסוף נבדק כל ילד בדיקה רפואית יסודית ע"י צוות רופאים, כמו:
רופא-ילדים, אורטופד ופיזיאטרפיט. מסקנת הבדיקה קובעת את הצורך
באטפוז, בהמטך אמבולנטי, הוראה לנתוחים ומכשירים אורטופדיים.
כן עוסקת מרפאה זו בטיטתיות בהדרכת האמהות, דרך המצליחה מאד והמהווה
פתרון חשוב במקרים רבים. אך זוהי הוצאה עצומה של 30 ל"י לכל
מכשיר הפטוט ביותר.

ד"ר טאוטסיון:

בטנה הראשונה היה למחלקה לטפול באם
ובילד סכום של 6000 ל"י.

בזמנו, הוחל בסז"ס על העברת כל טרותי הרפואה
המונעת של "הדסה" לידי משרד הבריאות בהבטחת הטתפות כספית מתאימה מטעם
"הדסה" לתקופת מעבר של 3 שנים. "הדסה" רוצה לטפול לעצמה חלקי טרות
ביכרים בירוסלים לצרכי ההוראה, אולם משרד הבריאות מתנגד, מתוך נסיונו,
בעבר, לפצול הטרותים ודורש העברה בטלות.

הורכבה ועדה סבאי-כוח משרד הבריאות, "הדסה",
קופת-חולים ועיריית תל-אביב לבירור קווי הפעולה להחלטה על הגורם שיהיה
אחראי לעבודה באזור מסויים ולתאום העבודה.

אנו שואפים לכך שיהיה תיאום בין המטרדים
המסלתיים המטפלים באם ובילד, דבר אשר היה סביא ברכה בעבודתנו זו.

יעול העבודה הזאת, לאם ולילד, אינם דורשים
תקציבים גדולים. כסו כן איננו דורשים ריהוט וציוד רבים, ובכלל
ההוצאות באופן יחסי הן קטנות עד כדי כך שלא עמדה בפנינו בעיה זו.

אנו נתקלים בקשיים במחבורה בטרות שצריך
להגיע לנקודות מרוחקות. הפרטובל מבזבז זמן יקר בנסיעות שהיה צריך לתת
לעבודה.

חסר לנו פרטובל מקצועי והסבות לכך הן:
חוסר באחיות צבוריות, הכנסת כוחות עזר לחוק הטרות, חוסר ברופאי
נשים וילדים. ההרחבה המהירה מנעה בסוס והעמקת העבודה.

לעבודה זו יש צורך בפרטובל מטררה
ראשונה. אחיות ומטפלות העובדות במעברות מוצאות לפתע ע"י צווי-גיוס
מן הטרות מבלי שיהיה ממלא מקום. מקרים כאלה קרו לנו בחדסי הקיץ
במספר נקודות.

הפיקוח המקצועי מוכרח היה להינתן ע"י הטרות
הפרבנטיבי ביותר מטרות הילדים.

המלחמה בגרענת: טרות המלחמה בגרענת של
"הדסה" וטרות הרופאים המקצועיים של קופת-חולים, טרות רפואי לעולה,
תחנת נסיון לפעולה מקיפה יותר של משרד הבריאות הצפון - מולם עליין
רחוקים מלהקיף את הנבועים בגרענת ע"י מיון וטפול.

ד"ר סתנו:

לדעתי, אין ויכוח על המצב ההגיני בארץ,
המערור ראגה.

ברצוני לציין בקצור את הדברים הנראים לי
כחיוניים ביותר בטח הרפואה המונעת.

(א) חוקה:

החוק והפרוצדורה המטפסית הקיימים
נגד עבדיינים בטח סביטרי אינם מאפשרים עבודה יעילה, כי הם קטורים
ב"סחבת" מסויימת.

מצב הבריאות בארץ, מבחינה אפידמיולוגית,
הוא רע; ולעתיים קרובות אין להבין מדוע אינן פורצות מגיפות של
סחלה זו או אחרת.

ד"ר מתן:

הפקוח על המזון הנו אחד הדברים החשובים
לסניעת מחלות מדבקות, בעיקר באמצעו.

המפקחים הסניטריים המעטים בתקלים בעובדה
כי הגשת עבריינין למספס היא פרוצדורה ארוכה ובלתי יעילה; המספס בתכור
כעבור חדשים אחדים והעונ המוסל על העבריינין, הנו בדרך-כלל פעוט.
אם העבריינין הנו עולה חדש הרי יחסו אל המוספס הוא לעמים עויני לצבי
התובע.

לאור המצב המוכן במסח המחלות המדבקות,
אני חושב שהכרחי הוא ליצור ולהפעיל בתי-דין לבריאות העם שיפעלו
במהירות, כסו בתי-הדין להפקעה מעריה.

ב. המסור בחוסרי-חיסוי:

המסור בחוסרי חיסוי ובחוסרי אחרים
הנחוצים למחירה על היגיינה אינן וטניטציה של הסביבה, כסו: טבון,
חוסרי בנין סטויטיה, צינורות גיוב וכו' - טקטה סמד על עמידה
על המסור במסח המחלות המדבקות לעמים-קרובות בתקלים המפקחים הסניטריים
בעובדה, כאשר העבריינין איננו בעל רצון רע, אלא שאין ביכולתו לסלא
אחרי דרישות ההיגיינה אם כל הרצון הטוב בגלל המסור בחוסריה הנ"ל.

למחלקה האנטי-מלרית במלחמתה נגד המלריה,
ישנם תנאי עבודה, כסו: תחבורה, טגל עוגדים, חוסרי-חיסוי טובים
יותר מספר למחלקה האפידמיולוגית ולמחלקת התברואה, במלחמתם נגד מחלות
אחרות.

ג. חינוך:

לחלק ניכר של העוליה אין מושג מהמלפבתה של
ההיגיינה. ליסוד תורת ההיגיינה במקרה זה, לדעת, יכול לפתור את הבעיה
למשך שנים אחדות. מוטב היה שסדר החינוך והצבא יקחו זאת לתשומת-לבם.

ד. מסור בעלי-טקצוע:

בגלל מסור ברופאים ומסודים סניטריים,
ישנם מסחי עבודה טובים המונחים לגברי, או המונחים לפחצה, וכפתרון
לכן, נראות לי הדרכים הבאות: גיוס חובה לטירות הרפואה המונעת
של אותם הרופאים אשר מטיבת בריאותם אינם מתאימים לטירות בצבא;
(2) הקניית טקצועות הרפואה המונעת בקנה-מידה דחב למסודנים של הפקולטה
לרפואה בירושלים, (3) הקניית טקצועות ההנדסה התברואתית למסודנים
של הטכניון בחיפה; (4) הרמת דרגת המכורות של המפקחים הסניטריים,
כי מסוד הבריאות אינו יכול לסגור מועמדים למשרות אלו אפילו במסגרת
החקן הכלמי סטטיק.

ולמחרונה ברצוני לעמוד על זה שאין תיאום
בפעולות המבוצעות על-ידי המוסדות הנונים, המוכנות ועוד גורמים אחרים
העוסקים ביישובי קליטה, אשר ממעלמיה לגברי סדרישות מסוד הבריאות;
לעמים קרובות האגף להיגיינה ציבורית בתקל המצב של אי-התחשבות בדרישותיו.
אי-תיאום זה עולה ביותר מבחינה כספית.

אציין את המלחמה במלריה, אשר הטיפול האנטי-
מלרי הוצא מידי המוסדות והגופים המונים המפורדים, ורוכז כולו בידי
המחלקה האנטי-מלרית של מסוד הבריאות.

אביא לפניכם כדוגמה את עבודת כיבוס החולה.
אננם, בעצית עם פעולה אנטי-מלרית שלא בשיחוף מסוד הבריאות אינני
יודע מה טידת מומחיותם של אנטי הקרן-אקזימת-לישראל, אשר לא פצחו כלל
לנחוך לעמוד בקר עם מסוד הבריאות.

היו"ר א. מ. אלסטון: אני מודה לרופאים על הסקירות הסענינות

מסדרו בעל-פה ובכתב.

אני חושב שאין כל מניעה שבעבור לסדרת

השאלות לגבי מה לדובר כאן.

א. הכרמלי: בכל הסקירות שנמסרו לנו על-ידי באי-כח מסדר הבריאות שחקקות טענות טונות כלפי מוסדות סטויטים, על-כן אני מציע להעביר את כל החומר למוסדות הסוזכרים שם, ונבקש שייענו לנו בהתאם לאמור. לדעתי, דבר זה יביא לנו תועלת רבה לכל העניין.

ב. כצבלסון: בישיבה הקודמת עוררנו את בעיית הסעברות ואחר-כך הועלתה ההצעה לדון בבעיית הבריאות. אני מציע לדחות את השאלות בעניני בריאות ולהתחיל בבעיית הסעברות, כי בעיה זו הולכת ומחריפה.

היו"ר א. מ. אלסטון: אני חושב שבכל-זאת נמשיך בעניין העוסק בפנינו. מעמיד את ההצעה להצבעה.

ה צ ב ע ה

בעד המסך השאלות בעניני בריאות	-	דוב
נגד	-	1

החלט להמשיך בשאלות על עניני הבריאות.

ח. בן-מסר: ברצוני לשאול:

(1) מהו מחוז השחפת בין עולי רוסניה? האם זהו חזיון מתמיד המורה על מצבם הגופני של יהודי רוסניה?

(2) רמת הטרפיה הפסיכית? הטיפול המעמיק על-ידי השיטות של הפטיכולוגיה החדשה?

(3) סתי יוקמו סקיי-עזר הקלאיים ובתי-סלאכה לחולי-נפש על-ידי המוסדות הרפואיים?

(4) הישנה תכנית להעביר את המוסד טעבו?

ח. בן-אשר:

אעבור לשאלות על בעיות כלליות:

- (1) באיזו סידה התגברנו על בעיות הבריאות הקטורות בעליה?
- (2) מה בחוץ מבחינה תקציבית וגיוס כוח האדם להטלת ההתגברות?
- (3) מהי התכנית והתקציב הנחוץ, אם להמשיך בקצב ובשיטת העליה של סדיניות הצלה והבראה הנהוגה עד כה, למטח כמה שנים, עד היומנו 2 מיליון יהודים?
- (4) מהו הטיפול הרציונלי ביותר לגבי חולי-העם הפוכנים לעלות לארץ ומה יקר יותר - הטיפול כגולה או בארץ?
- (5) למה אין לטכת סודיעין ופעולת הטברה בסדר הבריאות, המראה לעם את מצב הבריאות לאמיתו, ללא הגזמה, לעם איזון עצבי האומה וסווי-מסקלה הנפטי?
- (6) בעייה ההפלה מבחינת מצפון הרופא, סדיניות לאומית, תחיקתית?
- (7) בעיות הבריאות בקטועם התשבות מערבה, סדום, הנגב ואיזה מפעלי בריאות בתקופה הקרובה עומד סדר הבריאות להקים באזורים הללו?

א. הכרמלי:

הספקתי לקרוא את החומר שהוגש בכתב, אילו קראתי את המבוא בלבד - הייתי נופל ברוחי, אולם כאשר עברתי על הסטטיסטיקה ראיתי שיטת התקדמות מה וזוהי התעודדות, זוהי הבראה רוחנית.

בשבוע שעבר קיבלנו חוברת טנדפסת באנגלית, אשר בה מוסבר על העזרה הניתנת לנו מחוץ-לארץ. ברצוני להעיר שכל חוברת היוצאת מישראל צריכה להיות כתובה עברית.

י. יטעיהו:

ברצוני לשאול שאלה אשר היא סכומנת בעיקר למה שנאמר על-ידי ד"ר סתן, בדבר הפיקוח על המזון. כידוע ישנם בתי-אוכל בכל מקום עבודה כמו בתי-מסחר, בתי-מלאכה ועוד, והמצב שם הוא למטה שכל ביקורת; ובמקומות מאוכלסים ביתנה תטוטת-לב לכך.

בעניני נקיון - המצב הוא בכל רע, ברצוני לדעת את הסיבה לכך, האם זה חוסר מנגנון או חוסר תחיקה מתאימה? הסבירו לנו מפני מה אין הטלטון מונע בעד מצב זה?

(2) פעולות הטברה: חבר-הכנסת בן-אשר עמד על-כך בטאלתו, ואני תוסך בה. לדעתי היה רצוי לערוך פעולות הטברה בטח ההיגיינה בישובי הקליטה בלורית פנס-קסם. זוהי פעולה חינוכית מסדרגה ראשונה, ומסדר הבריאות צריך לתפוס מקום נכבד בעבודה זו. האם לשם כך היה חסר תקציב, אנשים, או שיטתן סיבות אחרות?

(3) מדוע טרובה הבריחה מבתי-החולים? כאשר אתה שומע את החדשות ברדיו, טיד אחרי-כן שואלים מי ראה, מי שמע על איש שברח מבית-חולים, דבר זה מחייב הטברה.

ד. יטיעהו:

(4) בענין החוקים והפרוצדורה הקיימים, הייתי מציע, שתכינו את הצעותיהם, קחו יוזמה והגישו הצעות חוק בכתב ובזה תהיו מעשיים יותר.

(5) בענין הטחפת עברתי על הטטיטיטיקה

וראיתי את אחוז החולים שבארצות השונות. אך איני רואה את עולי עירק ועולי תימן. האם זה סקר או לא? הייתי רוצה לדעת את אחוז החולים מעליות אלו.

ג. טברסקי:

ברצוני לשאול את ד"ר יהל על דבר המיטה הנוספת שאטר בין יתר דבריו על כל 1,000 תושבים. ברצוני לדעת אם מיטה זו נוצרה על-ידי גורמים אחרים?

לד"ר חיים אני פונה בשאלה: האם יש למסדר

הבריאות סינוגרי?

האם נעשה מצדכם איזה נסיון שהוא של הכנה

לחקיקה לשלבגד הסחלות הנראות בבתי-הספר.

לד"ר פילד: ביחס לבתי-החולים, לא מזמן

הזדמנתי בעכו וראיתי את מצב בית-החולים אשר שם, לדעתי, הוא אינו כל-כך רע כפי שאתה ציינת בדברייך. טעמתי שהם בתקלים בעיה קשה, והיא בעית המים.

נדמה לי, שמוטב היה, לעסוק בהטברה יתרה

על עיני בריאות.

א. ברטן:

ברצוני לציין, שהסקירות היו מענינות עד מאוד. אך בכל-זאת לא שמענו שום דבר על הפעברות.

(2) ברצוני לשמוע על הנעשה בקרב האוכלוסיה

הערבית במטח הבריאות. האם נכון הדבר שעבור 170,000 איש יש רק בית-חולים אחד בנצרת? האם נכון הוא, שבגליל המערבי שלנו יש רק בית-חולים אחד?

(3) מהו המצב הנוכחי בסחלות שיתוק הילדים?

האם יש שיתוק בין האיזוריה הערביים? או המצב הנוכחי, הפסטי, בענין האנטוסיה? מהו הסיכוי לסדר-ענין זה?

ב. בצנלסון:

ברצוני לברך את סדר הבריאות שבחנאמי עליה אלה הגיע בכל-זאת להישגים.

שמענו כאן על מספר הפיטות בבתי-החולים.

לא שאלת המיטות מעטיקה אותי, אלא איכות המיטות. אנו יודעים היטב, שהפרטונל הוא מצומצם מאוד. ברצוני לשאול מה נעשה במטח זה? האם יש קורסים סוררזים?

האם ישנה אפשרות להעביר את הנטיים הטבויטות

לסירות רפואי?

שמענו שהדו"ח על דבר תוספת מיטות לסקרים

כרוביים. בזמנו היתה הצעה מצד הארצות הסובלניות, והן אף פנו בהצעה זו לצירות ישראל עם, שהחולים העוליים אלינו יישלחו לטמ לפני הגיעם ארצה. האם לא היה כדאי לנקוט בפעולה זו?

האם מסרדכם איננו זקוק לטועצת בריאות?

ד. נצ"ר:

ברצוני לדעת: מה היא השתתפות הציבור
בטכס הבריאות, מהו הרכבו או חלקו, ובעיקר

אם הוא עוזר או לא?

מהם האמצעים להסדרת המחירים של הרפואה

הפרטית?

ברצוני לשאול את ד"ר טאוטסיין, ביחס
לטיפת-חלב. בהתאם לתכנון, הונחם בין משרד הבריאות, הדסה וקופת-חולים,
משרד הבריאות מסתמך ב- 50% מההוצאות להקפה והחזקה של תחנות טפות-
חלב. ברצוני לדעת מהי מידת השתתפותה של הדסה?

ברצוני לשאול את ד"ר סילר אם ישנו
שיתוף פעולה עם משרדים אחרים, כמו מינון ועד, ובטח מתבטאת עזרת
משרד הסעד לחולי-נפש.

לפי דעתי, יש לענות פרטות על ההטבה
בכל הסתחים.

ט. כפרית:

לדעת הפועלות יש 32 תחנות-לאם.
ברצוני לדעת מהי העזרה הניתנת שם? מהי העזרה הכספית? מהו המיאום?
ברצוני לדעת על המצב בטעברות?

ברצוני לשאול:

היו"ר א. אלטמן:

(1) מה הן הבעיות הקשורות בין קופ"ח

לבין משרד הבריאות?

(2) לעתים קרובות אנו שומעים תלונות

לגבי התזונה. ברצוני לדעת אם התזונה, מבחינה בריאותית, מספיקה או
או לא. מוטב היה לשטוע הודעה מוסמכת בשטח זה ממשרד הבריאות.

(3) בענין חוקת הבריאות: האם משרד

הבריאות איננו מוכן להביא לכנסת הצעת חוק? אולי היה יכול לנהוג
- לכל הפחות בינתיים - כפי שנוהגים בכנסת לגבי חוקת הסדינה?

(4) ביחס להיתר-יציאה לגבי חולים:

האם משרד הבריאות איננו יכול להיות לבראלי בשטח זה? האם קיימת
אפשרות של עזרה מצדו?

(5) מהו התקציב של משרד הבריאות

בהשוואה להוצאות הכלליות של גורמים אחרים מחוץ למשרד הבריאות?

(6) מהי דעת משרד הבריאות להרחבת

בית-הספר לרפואה?

(7) ביחס לחולי-רוח: שמענו על הבעיה הזו

רק בטח האשפוז. ברצוני לשאול אם נמצא בידיכם חומר על אותם החולים
שאינם מגיעים למוסדות.

היו"ר א. אלטמן: (8) מדוע אין מסרד הבריות עוסק בפעולת הסגרה בשטח הרפואה הסובעת?

(9) ברצוני לקבל תשובה ברורה על מחלות על פניה להטוות בינינו לבין הערבים; כמו כן ברצוני לדעת את ההטוואה בין שני העמים לגבי הילודה והתמותה.

(10) האם נכון הוא שאורחות הערביים, העוברים שטח אחד למטבהו סביבות כל מיני מחלות?

(11) מה מצב התעשייה של הרפואות בארץ? מהי שאלת הייבוא בשטח זה? מה דרוש לכך בסובן כספי?

ברצוני להביע מסאלה, שבסיכום ההרצאות שסטענו, ולאור השאלות שנשאלו כאן - שנקבל מסרד הבריות את הצעותיהם והמלצותיו בקשר לכל בעיית הבריות.

ג. טברסקי: ברצוני להוסיף שאלה: מהי דעתו של ד"ר שיבא על מחלות הטיין בארץ? באיזו טיפה זה מוצא את בטויו?

ג. הרצל: הועמדו כאן שאלות, לדעתי, שאלות אוניברסליהת, אשר, בלי שום ספק, תעבורנה שנים מבלי שניגע בהן ואף לא נהיה מסוגלים לפתור אותן.

לכן אני מציע: א) לדון באותן השאלות שנשאלו כבר, ולראות מה הוועדה תוכל לעשות בענין זה; ב) בקשר לטעברות - היתה הצעה לערוך ביקורים בטעברות, ולדאבוני, עד היום הצעה זו לא הוצאה לפועל.

אני מציע לקבוע שהחברים יבקרו בימים הקרובים בטעברות.

ה ו ח ל ט

שחברי הוועדה יערכו סיורים ביום א' באזורים השונים של הטעברות, ולחלקם - שני חברים לכל אזור.

הישיבה נועלה בשעה 11.20.