

מדינת ישראל
הכנסת

ש.פ.פ.

פרוטוקול מס. 2 / ג'

משיבת ועדת השירותים הציבוריים, שהתקיימה ביום
ג', ה' בחשוון תשי"ח - 29.10.57, בשעה 9.00.

נכחו : חברי הוועדה

ט. ארם - היו"ר
ב. ארדיטי
ר. הקטין
נ. צ. הרצל
א. וילנסקה
ש. כפרי
י. ניצני
ד. צברי

מנומנים:

ד"ר בטיש - המנהל הכללי של משרד הבריאות
מר דגן - סגן

ד"ר רוזנטל - מטעם משרד המשפטים.

סדר-היום: (א) שמיעת אינפורמציה/מחלת הפוליו לאחר החיסון;
(ב) על השפעת האסייטית;
(ג) הרופאים בספר ובאזורי פיתוח.

אני פותח את הישיבה.

היו"ר ט. ארם:

ברצוני לברך את ד"ר בטיש לשובו לעבודתו.

רשות הדיבור לד"ר בטיש, אשר יטור לנו
אינפורמציה על דבר העומד זה 4 חדשים על סדר-יומנו והוא, מצב האשפוז
בספר ובאזורי פיתוח. כמו-כן היינו רוצים לקבל סקירה על "המחלה
הטורלנית" - השפעת האסייטית וגם על מחלת הפוליו לאחר החיסון "סאלק".

ד"ר בטיש:

ברשותכם, אתחיל מהקל אל הכבד - אתחיל
במתן אינפורמציה על מחלת הפוליו.

א. מתן טקירה על מחלת הפוליו לאחר התיכון:

כפי שידוע כבר לכולם, מחלת הפוליו שוררת בארצנו מאז 1950, ובשנה זו היתה בצורה טגפתית, והיא פרצה בצורה זו עקב השינוי בהרכב האוכלוסייה. ואכן פרצה מגפה קשה מאד, אשר כתוצאה ממנה נפגעו 1600 ילדים, עם תמותה של 20% ועם אחוזי די גבוהה של שיתוק אחרי מחלה - 30%-40% מכלל הנפגעים נשארו משותקים. המחלה חזרה מדי קיץ במסדים של 600-800 מקרים. בשנת 1954 חלה קצת ירידה של 450 נפגעים, והיא נשארה, פחות או יותר, משנה זו ואילך באותו גובה. המגפה תקפה גיל מסויים - מ-6 חודשים עד 3 שנים; היא פגעה מעט מאד באנשים יותר גדולים, מספרם היה קטן באופן יחסי. המחלה פגעה בעיקר בבני עולי המוצות האנגלו-סכטיות, הם היו בלתי-מחוסנים. היו מקרים טראגיים של אנשים שהגיעו לארץ בתור תיירים וכאן קבלו את המחלה. אני מסביר זאת על גנת שתבינו מדוע אנחנו חיסנו דווקא את הילדים בני הגיל הרך.

עד שנת 1954 לא היה לנו כל תכסיר למניעת המחלה. כל מה שיכולנו לספל במשותקים היה, טיפול ע"י טיקום. למטרה זו פתחנו ב"צריפין" מחלקה לשיקום בת 100 מיטות.

ובשנת 1954, פרסמו את התוצאות של המחקר שנעשה בקנדה ע"י התרכיב הידוע בשם "תרכיב סאלק". כמה ימים לפני כן, קבלנו מכתב מאחד מחברי הוועדה, ובו נאמר כי בימים הקרובים עומדים לקבל את תוצאות המחקר הזה. למחרת, שטח לארצות-הברית והתקשרתי עם כל הגופים, והסיכויים לקבלת התרכיב היו טובים. יש לנו שם ילדים והובטחה לנו כמות מסוימת של התרכיב. לצערנו, חל שינוי בהרכב הממשלה של ארצות-הברית והיו מחאות מארצות שונות נגד התרכיב הזה, וברגע האחרון הממשלה הפסיקה את המשלוח. לא הצלחתי לשנות את עמדת הממשלה. לא רק שלא הצלחנו לקבל את אותה הכמות, אלא, לפי מה שברור היה לנו, כי במשך שנים לא נוכל לקבל את התרכיב. אז התיעצתי עם מומחים ועם ד"ר סאלק בעצמו, ושאלתי אותם אם ישנה אפשרות כלשהי, שאנו נוכל לייצר את התרכיב הזה בארץ. וכך היה. בעזרת המומחים האלה אנחנו הצלחנו לייצר את התרכיב בארץ. שלחנו את המומחים שלנו, היו אצל מלניק, סאלק ועוד, ומיד לאחר מכן התחלנו בייצור.

תהליך הייצור הוא ארוך למדי, ולא התחלנו בו עד לפני שנה בערך משום שלא ידענו אם נצליח בזה אם לאו, ובו בזמן לא חדלנו מלפנות לארצות-הברית ולבקשם לשלוח לנו את התרכיב, וכך, במקרה קרה ששני הדברים באו באותו הזמן: התרכיב שלנו היה מוכן וארצות-הברית הסכימה לשחרר כמות מסוימת של התרכיב. כידוע לכם, החילונו להתרכיב לילדים מגיל 6 חודשים עד 3 שנים.

כאמור, ייצור התרכיב זה תהליך ממושך וגם יקר. לזכות האוצר אומר, כי הוא לא התחשב במקרה זה בחלק הפיננסי של הדבר. אולם, לא היה לנו ציוד ועוד. לדעתי, ייצורנו את התרכיב הזה במשך זמן הרבה יותר קצר משיכולנו לצפות. חשבנו להכין תרכיב עבור אוכלוסייה, בגיד - מ-0 עד 20 שנה. לאוכלוסייה כזו דרושות כמויות עצומות אשר אין באפשרותנו לייצר, ולדעתנו, אין גם צורך. ואסביר מדוע לא מצאנו צורך. כל שנתון בארץ הוא בערך 30 אלף לשנה. קבענו 3 שנתונים = 150 אלף ילדים, ואת הילדים האלה חיסנו בשתי הזריקות הראשונות.

נתנו את הזריקה הראשונה והשניה, ואנו מתכווננים לתת לילדים של השנתונים האלה את זריקת הדחף - הזריקה הסלישית.

אנו ממשיכים בייצור, ויש לנו מחפיק מהתרכיב הזה עבור הילדים אשר צריכים לקבל את הזריקה הסלישית. עתה לנו חוכמים לרדת בגיל התינוקות - בחודשים. בלזמר, נוחיל לחסן תינוקות מגיל 4 חודשים - ולא כפי שהיה מ-6 חודשים - ואסביר אחר כך מדוע.

כתוצאה

מהחיסון - אסור לנו לסכם בצורה כזו - אם נבדוק מה קרה בקי זה, אזי נראה כי היתה ירידה במספר נפגעי השיתוק, לא אפריז אם אומר - ירידה מפליאה. באותם הגילים שיכולנו לקוות ל-400-500 מקרים, היו לנו רק 127. אלה היו מקרים שלא קבלו את הזריקה או שלא קבלו זריקה שניה, והם נפגעו בצורה קלה. מענין שהיה רק מקרה מוות אחד. מצד שני, בקבוצות של גילים אחרים אשר לא חוסנו, יש לנו תוצאות כיניים, לא חל כל שינוי. היו 40 מקרים בערך. הניחוסים שלנו היו אמיתיים, אבל מביל 3 ומעלה, היו הרבה פחות מקרים משהיו צריכים להיות. אבל גם לזה קווינו, כי אנו יודעים שילדים מגיל 3 עד 9 שנים, נמצאים יחד, ואם אנו מצליחים להקטין את כמות הזירוס של המחלה, הרי זה גם משפיע על הקטנת ההדבקה בילדים הבלתי-מחוסנים בני למעלה מ-3 שנים. החלטנו לבלול בפעולה זו את הגיל 4 חדשים, כלומר, אנחנו מקדימים החיסון בחדשיים. כמובן, המחלואה אינה משפיעה על ילדים אלה. אנו חושבים כי בחודש דצמבר נתחיל בפעולה זו. אולם, קודם כל, אנו נשלים את הזריקה השלישית וכן נתחיל לתת את הזריקה הראשונה והשניה לתינוקות שנולדו בחדשים ספטמבר ודצמבר.

בתור איש מדע, אסור לי להגיד שהיתה זו הצלחה גדולה, אולם, בהשוואה עם ארצות אחרות, היו אלה התוצאות הטובות ביותר, כי המחלקה האפידמיולוגית רוצה לחשב ולבדוק לפני שנאמר כי היתה זו הצלחה.

כאמור, אנחנו מתכוונים להמשיך בפעולת החיסון בקרוב. זהו בענין הפוליו.

ב. השפעת האסייתית

היריעות הראשונות בענין השפעת הגיעו אלינו בתחילת הקיץ, מארצות המזרח. זוהי שפעת שמתפשטת במהירות רבה, אבל היא שונה ממגפות קודמות, עם מקרי מוות קטנים, באופן יחסי.

השפעת מקורה ממזרח הרחוק. הנגיף הראשון הופיע בסינגפור, לכן קוראים לו "נגיף סינגפור". שפעת, איננה מחלה אחת. הנה, למשל, אנחנו יודעים כי בפוליו 3 זנים הם העקריים, ואפשר, פחות או יותר, בקלות לקבוע כיצד להילחם נגד שלושת הזנים הללו. ואילו בשפעת, מספר הזנים הוא רב מאד, והם משגים את דמותם.

השפעת הזו התחילה במזרח הרחוק ועברה לארצות המזרח במהירות רבה, ופגעה ב-40% מבין האוכלוסייה. היא הגיעה לארצות ערב בסוף יוני ונתחילה יולי, ואנחנו חיכינו לה באוגוסט. חשבנו כי היא המגפה יהיה באוגוסט, אך לדאבונו הרב, או למזלנו - המחלה קפצה עלינו ועברה לאירופה, ומשם הגיעה אלינו. מנקודת מבט שלנו, וביחוד שלי, אני מצטער מאד על האיחור הזה, כי הפסדנו חודש אחד של קיץ. לדעתי, אם השפעת היתה מקדימה בחודש קיץ אחד, הרי שהיינו גומרים אתה לפני בוא החורף.

המקרים התחילו בתחילת ספטמבר, ואנחנו התכווננו לבדיקות כדי לקבוע שזוהי המחלה, ובאותו הזמן ליצור כמות מסוימת של התרכיב. המחלה התחילה בספטמבר, ולמעשה, נוכחנו לדעת, כי היא קיימת בסוף ספטמבר. השיא שאליו הגענו בירושלים, היה לפני שבוע, ועתה נמצאת ירושלים בירידה. השבוע, שיא המחלה הזו הוא בתל-אביב. למרות שאוכלוסיית הנגב איננה צפופה כל כך, היא נפגעה לפני הגליל. אבל גם לגליל מתחילה לעבור המגפה, ואנחנו מקווים שתוך שבוע השיא יהיה שם. קשה לנו לנבא, מה יהיה הלאה, אבל אנו יכולים לשער. אפידמולוגיה, זה לא מדע מתמטי. מה שיש בידינו זה הדרכה וכיוונים אפידמולוגיים.

יש לקוות שהמחלה תעבור בסוף נובמבר, כלומר, בחודש דצמבר אנחנו נעבור את כל המהלך הזה. אולם, אנחנו

צריכים להיות מוכנים לשינויים, והשינויים במחלה זו הם גדולים. אנחנו נסבנו מלהזיז את הקהל בגד התקלה. ידענו שמי שמקבל את המחלה הוא מחוסן לכמה חדשים, כך שאם בחורף יהיה גל שני - הרי הם יהיו מחוסנים. מתוך שיקולים אלה ניסינו לא להפריע בעד התפשטות המחלה, אבל אז היינו סותחים את שהות המחלה, וזה דורש הרבה מאד תכסיסים. כל אם יודע, שאם השכן חולה בחצבת, אזי היא מוכנה שגם בנה יקבל את המחלה, ובהקדם. בחצבת יש הרבה יותר סיבוכים מהשפעת, אבל אחוז הסיבוכים הוא כה קטן שבאמת כדאי להיפטר מהמחלה, ואכן נגשתי אל השפעת מתוך שיקול זה. ועוד שיקול אתי - האקלים משפיע על מהלך המחלה בגוף האדם. חשבתי שרצוי היה שניפטר מהשפעת לפני בוא החורף. היו אנשים שנתנו הוראות מנוגדות, אבל אנחנו נסבנו מלתת את ההוראות הללו. שר הבריאות פנה אלינו ושאל אם לסגור את בתי הספר על מנת שהמחלה לא תתפשט.

כאמור, התרכיב בגד השפעת הוא שונה מזה של הפוליו. כל נגיף בשפעת מסנה את דמותו. התרכיב באמת פועל במשך כמה שבועות, אולם אותו הנגיף מפסיק לקבל את ההשפעה שלו. ואילו פוליו, היא מחלה הרבה יותר רצינית, אבל יש לה פגיעה בקבוצות מסוימות, ואנחנו יודעים ששם אנחנו יכולים לחסן. לא כן בשפעת. ברוב המקרים נפגעו קודם ילדים, ולאחר זמן מה נפגעו גם מבוגרים.

כל זמן שאיננו יודעים מה הולך לעשות נגיף זה, כך איננו יכולים להילחם בו, ולא רק אנחנו, גם ארצות עשירות לא ידעו כיצד להילחם. נוסף לשני הנעלמים האלה, יש עוד נעלמים שאיננו יודעים כיצד להילחם בהם. זהו תרכיב חדש ונגיף חדש; זהו נעלם שאף אחד בעולם לא יכול לענות על כך.

החיסון הוא טוב לא יותר מחודש וחצי-חדשיים. על המדינות האחרות וחשבו אם בכלל לחסן מישהו ומתי. אם לחסן, אזי לחסן לפני בוא החורף; אם לחסן באוקטובר, אזי החיסון לא יפעל בדצמבר. המחלה עלולה להיות בחורף מסובכת יותר. אם בכלל לחסן, אזי בקבוצות מסוימות.

מי שקיבל את מחלת השפעת, הרי הוא מחוסן. אולם, אין הדבר קל, יש לחץ מצד הקהל, הוא אינו יכול להבין את כל השיקולים הללו.

אני מצטער על הסנסציה שנעשתה עקב משפט שנאמר על ידי - מדוע איננו מונעים התקלה. הסברתי כי משרד הבריאות אינו יכול לעבוד תחת סנסציות.

היו"ר מ. ארם: אני מודה לך, ששם חברי הוועדה, ואני חושב שאנחנו קבלנו הסברה מלאה.

ד. צברי: בקשר לשפעת האסייתית, רצוני לשאול: האם לא נכון לחסן את אותם הילדים הנוטים למחלות מסוימות? אני רואה שכיתות שלמות אינן לומדות. חושבני, שאת אותם ילדים אפשר לחסן.

ב) מתוך הדברים שנאמרו על-ידך, ד"ר נטיש, הנינונו כי יהיה מסוכן באם המחלה תפגע באיש חולה לב. האם ישנו טיפול מיוחד באנשים מסוג זה?

בקטר לפוליד: בירוסלים קיים מוסד הנקרא "סן-סימו", שם נמצאים ילדים שנפגעו במחלת השיתוק. אני בקרתי במוסד זה, וראיתי את העבודה הנאה שהוא מבצע. האחיות נוטאות ילדים מקומה אחת לשניה. רציתי לשאול: מדוע לא נעשה משהו לטובת אנשים אלה על מנת להקל להם בעבודתם? הייתי אוסרת, להתקין שם מעלית, לפחות.

ג. הקטין:

ביחס לעזרה הרפואית, רצוני לשאול: אנחנו יודעים כי לא כל האיזורים מחוסנים. מה עושה משרד הבריאות בסטח זה, האם הוא שלח רופאים לאיזורים שם חסרים רופאים? הרי אי-ביקור רופא במקום, לעתים עלול לגרום דבר חסור.

שמעתי במועצת הבריאות דבריו של רופא צעיר מהנגב. דבריו נשמעו כעין זעקה. בנגב המגפה הייתה נמצב כה חסור מבחינת ההיקף. רציתי לדעת - מה נעשה שם?

ד. כפרי:

מהו מספר החולים אצלנו ומהו מספר מקרי המוות? האם ישנן הוכחות שהמחלות מתפשטות בישובים של עולים?

נאמר, כי בצרפת היה קשה להשיג רפואות נגד השפעת, רצוני לשמוע, מהו מצב הרפואות אצלנו; האם ישנה אפשרות לספק את הדרישות?

ה. ארדיטי:

רציתי לשאול את אותה השאלה שכבר שאלה חברת הכנסת כפרי, על מקרי המוות.

היו"ר ט. ארנס:

מהי מידת הזהירות שחולה חייב לנהוג כשהמחלה תוקפת אותו?

אני חושב, כי לציבור ניתנו מעט עצות. מה הם הסיכונים שהשפעת עלולה להעלות? האם באמת היו מקרי מוות רבים?

ד"ר בטיס:

בענין הילדים עם מחלות שונות: כפי שאמרתי, החלטנו לחסן את האנשים אשר הם חולי לב, ולא כל מחלת לב, אלא כזו שפוגעת בריאות. יש ועדה אשר מתפקדה לקבוע את סוג האנשים ואת הגילים, והיא גם תקבע את העדיפויות. אותה ועדה תקבע בכל המחלות ולא רק במחלות הלב.

במקרה של ילדים מסותקים ועם שאר מיני מחלות, גם דבר זה מוכא בפני הוועדה. אינני יכול להגיד מה יכולה הוועדה להחליט, ישנם מצבים כאלה, שהחום הוא לטובת החולה ולא לרעתו.

בענין הטיפול במחלה, רצוני לומר כי אין טום טיפול ספציפי בשפעת, כלומר, אין לנו כל תרופה שתשפיע על מהלך המחלה. זה כמו בנוזלת, הדבר היחיד שיכול להשפיע על המחלה זהו האספירין. וזהו דבר מקובל. אין לנו ידיעות כמה אספירין יש, אבל חושבני, כי אין מקום לדאגה. הדאגה היא בטימוש לא נכון של אנטיביוטיקה כל האנטיביוטיקה אינם משפיעים על השפעת, ויש אפילו מידה מסוימת של סכנה בטימוש בו. הסכנה מתבטאת בזה שהם הורסים את כל הנגיפים האחרים בגוף האדם, ואז יכולה להיות התרבות של אותם החיידקים. לכן יש לשמור על האנטיביוטיקה לפני הופעת הסיבוך.

אנחנו בודקים היום, באופן קפדני, כל מקרה מוות על מנת לקבוע אם יש לו קשר עם מחלת השפעת. עד היום ידועים לנו שני מקרים בלבד: ילד אחד עם טום לב מלידה וגבר שנגרם לו סיבוך עם דלקת ריאות קשה מאד. הוא נמצא בבית חולים והוא מת משפעת. את המקרה השלישי לא הוכחנו אם מותו נגרם כתוצאה משפעת.

עכשיו מתפרסמים בעתונים כל מיני מקרים.
אנשים מתים במדינה מכל מיני סיבות. הנה, למשל, מקרה טראגי שקרה
בנאר-שבוע; שני ילדים מתו בזמן אחד מדלקת המוח. אבל אנו בודקים
כל מקרה מוות, ועד כה גילינו רק את שלושת המקרים הללו.

בענין המעליית ב"סן-סימו". אני מבין
כי דבר זה אינו קשור לשפעת. אבל אני יכול להגיד שהמוסד הזה הוא
קשה מאד בכל מיני מובנים. ישנה ועדה היושבת על מדוכה בעיית
המוסד הזה, והיא הגישה דו"ח רק לפני שבוע ונראה באיזו מידה אנחנו
יכולים לעזור למוסד זה אם כי מצבנו אינו מזהיר. כידוע, מוסד זה
מוחזק בעיקר ע"י משרד הבריאות.

בקשר למספר החולים: עד כה קבלנו
ידיעות שחלו בשפעת 45 אלף איש, אולם יש להכפיל מספר זה פי ארבעה או
פי חמישה. לא כל החולים קוראים לרופאים ולא כל הרופאים מודיעים
על המקרים. אני מניח שהיו 200 אלף חולים, אם לא יותר. אני מביע
להנחה זו מתוך שיקולים אפידמיולוגיים. אנחנו חושבים, כי 20% מהאוכלוסייה
חלו בשפעת, ואילו בארצות אחרות - 40% מאוכלוסייתן נפגעו.

התחושב הכללית של השפעת היא, באב-ראש,

סיעול, כאב בסרירים.

כמובן שהמחלה פוגעת במוסדות, ואצלנו - כמו
בכל ארץ אחרת - פגעה גם כן במוסדות סגורים. אחוז הנפגעים הוא גבוה
מאד. נפגעו 60 ילדים, זהו כמעט 90%. אותו דבר קרה במוסדות אחרים.
המחלה מתפשטת דרך המורים והלאה. גם היום כשהמחלה פוגעת במוסד, אזי
התחלואה היא הרבה יותר גדולה.

מספר החולים בנגבו: זוהי בעיה שקשורה
בשפעת. אנחנו יודעים שהיינו בקשר עם קופת-חולים. משרד הבריאות לא
עסק באופן ישיר בהעברת הרופאים. אבל רופאי הלשכות היו במגע עם
הרופאים האזוריים ועשו הכל כדי להקל על החולים. העברת רופאים איננה
רצויה.

אנחנו ניסינו ואמרנו, שנציבות המנגנון
תוציא חוזר, לא לדרוש תעודה רפואית על היעדרות של יותר מיומיים.
זהו דבר אשר יקל על עבודת הרופא, אשר הם עמוסים בעבודה בלאו הכי.
אנחנו מקוים שמפעלים אחרים ילכו בדרך זו על מנת להקל על רופאים.
רופאים העובדים בכפר יגידו לכם כמה מתבזבז מזמנם רק בחתימת טופס
רפואי.

אנחנו מודים לאל שהמגפה אינה קשה כל כך,
וביא הולכת ומתחסלת מבלי שיהיו סיבוכים קשים.

מענין הוא, כי כל שפעת היא שונה מחברתה.
דלקת הסילופין אצל הילדים, בעיקר דלקת הריאות, אבל לא נפגסנו באף מקרה
עם דלקת המוח. מענין מאד לציין, כי כשעברנו על הספרות
לא נתקלנו, וגם ארצות אחרות לא נתקלנו, בדלקת המוח. במגפות
אחרות שהיו בעולם, הסיבוך העיקרי שיכול היה להיות זה דלקת המוח, וכמובן
שזה כבר הרבה יותר רציני.

אמצעי הזהירות: גם כאן מה שנעשה בטוח
זה, נעשה מתוך ניסיון מבלי לבסס זאת על יסוד מדעי. החולה צריך לשכב
כל זמן שיש לו חום ולחכות כך מסך יומיים. הסיבוכים מתחילים אחרי
ירידת החום. תקופת הזהירות היא יומיים אלה. הרופאים מכירים את
מצב החולה כשמודיעים לם דרך הטלפון על המקרה, שיסנה עליה אחרי
ירידת החום. הם יודעים כיצד לנהוג.

הודענו על כך בעתונות וגם ברדיו.

היו"ר ס. ארם:

בזמן החיסון נגד הפוליו, נתנו הודעה כתי להרגיע הקהל, גם ברדיו וגם בעתונות, האם מותר לנו, בשולי הסיכום הזה, להודיע בעתונות על הירידה שחלה בפוליו? (ד"ר בטיס: כן).

עתה נעבור לבעיית הרופאים בספר ובאזורי

פיתוח.

ג. בעיית הרופאים בספר ובאזורי פיתוח:

ד"ר בטיס:

אין זו בעיה חדשה, ואף לא היטיבה הראשונה שלנו. לפני שנה-שנתיים-שלוש דברנו על כך, לדאבוני הגדול, אינני יכול למסור על התקדמות גדולה, אבל אני יכול למסור על התקדמות מסוימת, ברור הוא, כי יותר רופאים עובדים בכפר מאשר עברו לפני שנתיים, באופן יחסי. זאת אומרת, אם אנחנו מחלקים את מספר הרופאים בין הכפר והעיר, אזי הפרופורציה גדלה. אני חושב, או אני מייחס את ההתקדמות הקטנה הזו לעבודת הוועדה הבינ-מוסדית לרופאי הכפר, כי יוצא בכל זאת מספר לא קטן - 30-35 רופאים מדי שנה בוטרים את בית-הספר לרפואה, ואלה מופנים לכפר.

כתוצאה מהפניה זו לכפר, מספר רופאים

נשארו בכפר, והם עובדים בכפר; מספרם אינו קטן. אבל זה לא יכול לפתור את הבעיה כולה. אם אתם זוכרים בישיבות הקודמות ובסיכומים שנתקבלו אז, קבענו או הוועדה קבעה מספר הסלצות, אשר לא כולן נתקבלו ע"י המוסדות ולא כולן קויימו. ואני רוצה להצביע על שתיים:

הראשונה - זוהי הסלצה שיש להתחשב באפשרות

של רופא להשתלמות בנוספת. דבר זה לא קויים, הרופא מבודד ואין לו אפשרות להגיע לידי עיסוק מדעי. רופא כזה שולח את החולה שלו לבית-חולים, והוא איננו יודע לאחר מכן שום דבר אודות החולה. יוצא, אפוא, שלרופא בכפר לא ניתנת כל אפשרות לבצע עבודה מדעית. במעט מאוד מקומות יש מעבדה, ובמעט מאוד מקומות יש קשר לידיעת תוצאות של בדיקות דם וכו'. כמעט כל חולה נשלח לבית-חולים.

ההמלצה השניה שלא קויימה, זה הטבת תנאי

עבודתו של הרופא, תנאי חיינו הכלכליים, תחבורה, הנחות כס-הכנסה וכו'. יש כמה דברים אשר משרד הבריאות יכול להיות שם היוזם, יכול לנסות לפתור, אבל ישנם כמה דברים שהם אינם בתחום עבודתו של משרד הבריאות.

בענין התנאים הכלכליים - אנחנו אבודי עצה.

לא התקדמנו במאומה בחלק זה. אני רוצה להצביע על מקרה אחד שיכול להראות מה יכולה להיות ההשפעה על התנאים הכלכליים. עובד באילת רופא, הוא ואשתו. הואיל והוא הנו הרופא היחיד באילת, אזי כל המוסדות קפצו אליו. רופא זה מקבל 3 משכורות, והוא מרוויח 1200 לירות לחודש. שום כוח אינו יכול להוציאן מסם. ועל תחשבו שהגורם הכלכלי הוא הגורם היחיד.

בענין התחבורה: לא מספיק לומר שהרופא

יכול לעבור ממקום למקום. רופא צריך שיעמוד לרשותו אוטו כדי שישבת יוכל לקפוץ לבית-חולים, לראות את מחלקות הרגסגן וכו'. זהו שדה שמוסדות רפואיים יכולים לקדם את הדבר אם יסכימו לפעול באופן מתואם.

אחד הדברים שרופא דורש זהו בטחון להרחיב

את ידיעותיו. בינתיים, אותם האנשים אשר מכל מיני סיבות תפשו את המקומות המרכזיים ע"י אנשים שלא שירתו. זהו אותו סגב שאיש עוזב את העיר, ברפואה אין לנו חוק כזה.

קבענו שרופא יתקבל, קודם כל, לעבודה בבית-חולים לתקופה של שלוש שנים, בתוך פרק זמן זה הוא יעשה שנה אחת בכפר. אם הוא יעשה את שירותו בכפר בשנה הראשונה, הרי שמקומו בבית-החולים מובטח לו לשנתיים הבאות, או אם הוא יעשה את שירותו בשנה השניה - אזי הוא יחזור לבית-החולים בשנה השלישית. לדעתנו, דבר זה יקדם את הבעיה, משום שהרופאים יפחדו פחות ללכת לכפר. כך נקבע ע"י הוועדה הניין-מוסדית

בקשר להשתלמות במקצוע במקום עבודתו של הרופא, כאן אנחנו לא התקדמנו עדיין. בהמלצות הוועדה של השירותים היה לעשות אכספרימנטים של מרכזי בריאות. רצוני לומר, שעם כל הקשיים, האכספרימנטים מראים הצלחה. הנה, לדוגמה, קריית-שמונה - זהו מקום שאף רופא אינו הולך לשם מרצון. היום יש לנו שני רופאים אשר קנו להם דירות במקום והם השתקעו בקריית-שמונה. רופא אחד הוא מילר, והשני - מוסחה למחלות ילדים.

זהו למעשה הנסיון העיקרי שנעשה בזמן האחרון, מלבד מרכז הבריאות אשר באשקלון. אין להשוות את אשקלון לקריית-שמונה. אנו סבורים, עתה, כי זוהי הדרך. כמוכן שהמרכזים הללו קשורים לבתי-החולים, והרופאים רואים עצמם כחלק מצוות הרופאים של בית-החולים. והיה, אם רופא יוצא לחופשה, אזי בית-החולים שולח מחליף במקומו. עיבדנו כבר תכנית שרופא הכפר יהיה רופא בית-חולים.

חושבני, כי הפורום הזה קיבל כבר הסבר מפי פרופ' מר על הרעיון של אימוץ. רופא חייב לגור במקום, ויחד עם זאת מבטיחים לו המסך והתקדמות בעבודתו. כל היסוד של הרעיון הזה בא משני גורמים. קודם כל, שהרופא ירגיד שהוא איננו מבודד וכי הוא שייך לצוות הרופאים שבבית-החולים. בהתאם לתכנית זו, אנו מכריזים על משרות בבית-חולים מסויים. קבלנו על כך את הסכמת קופת-חולים, ובימים אלה אנו נשב עם מרכז קופת-חולים כדי לתכנן את ביצוע תכנית זו.

רצוני להבהיר לכם בעיה אחרת: עם סידור כזה של מרכזי בריאות מצד אחד, ואימוץ ע"י בתי-החולים מצד שני - אנו סבורים שאנו נזדקק לפחות רופאים. כמוכן סלכר זא דורש תנאי תחבורה. היום יש, למעשה, בזבוז כוח אדם. אנחנו לא יכולים לתת לרופא שטחים נרחבים בגלל המחסור בתחבורה. לדעתנו, אם יהיה לנו מרכז רפואי אשר קשורה אליו תחבורה וטלפון - אנו נחסוך בתצרוכת רופאים.

אנחנו חושבים להגדיל את שיטת הטיפול בבית, וע"י כך אנו נקל את העומס של העבודה המוטל על בתי-החולים. הטיפול בבית יעשה ע"י אחיות משפחה ורופא כללי. אפשר לספל בחולה בבית מבלי להזדקק לבית-חולים. נסיון בכיוון זה עשינו באיזור נחביה, והשני - בקריית-שמונה. היה רצוני שחברי ועדת השירותים יבקרו במרכזים אלה. יש לנו לשכת בריאות עם שתי אחיות ציבוריות ורופא כללי אחד. אחיות ציבוריות אלה מטפלות לא רק בתחנה אלא גם בבתיים. הרופאים הם כולם רופאי קופת-חולים ויש קשר בין רופא קופת-חולים לבין האחיות של משרד הבריאות. לדוגמה, חולה במחלת הסוכרת. האחיות מבקרת אותו בביתו, מייעצת לו מה לאכול ומה לא לאכול, והיא אף מוכנה לתת לו את הזריקה. התיאום הזה בין המרפאות של קופת-חולים לבין הטיפול בבית. הוא טיפול מונע. האחיות מדריכה ומטפלת גם נאם וגם בילד. השילוב הזה בעבודה הרפואית ע"י צוות אחד, מונע בזבוז רב בבתי-החולים ואף מונע בעד החולים להדבות לפנות לרופאים.

בקריית-שמונה קיים גם כן תיאום בין רופא קופת-חולים ובין האחיות ממשרד הבריאות, וע"י אותה השיטה - האחיות נכנסות לכל בית זהן מטפלות בכל מקרה וגם ברפואה מונעת. לפנינו היינו נוהגים להעביר מיד ילד שיש לו שלשול. הנסיעה עד בית-חולים "פוריה" אשר היא לא פחות מסעה וחצי בימי החום הלוחצים, היא לכל הדעות

מעייפת ולא רצויה. עתה, יש במקום רופא ואחיות שמטפלים בזה. אנו חושבים כי ע"י התפשטות השיטה הזו, אנו נחסוך באשפוז החולים בבתי-החולים.

ש. יוניצ'מן: (א) מה הן הסיבות שהניעו את ד"ר הרצברג לעזוב את הארץ?

(ב) האם ישנה אפשרות להתקין סלפונים לרופאים בנגב מבלי שישלמו 500 לירות?

ש. כפרי: האם ידוע, בערך, מהו מספר הרופאים החסרים בכפר? קראנו בעתון שעזבו 6 רופאים.

(ב) האם לא נהוגים ימי ביקור קבועים של רופאים בכפרים?

(ג) מהו מספר הרופאים מבין העולים החדשים שהופנו לכפר? הייתי רוצה לדעת בעיקר את מספר הרופאים והרופאות של ילדים.

(ד) האם הפניית רופאים מבתי-חולים לכפר, היא חובה?

(ה) איך התקיים האימוץ לגבי מקומות מרוחקים מבתי-חולים?

(ו) מהו מספר האחיות הציבוריות שעובדות... (ד"ר בטיש: רק בשני מרכזים).

(ז) מהו מספר הרופאים המומחים במרכזי הכריאות?

(ח) מה מספר הבתים המחייב כל אחת ציבורית לבקר? הרי חוסר התחבורה, במקרה זה, לאחות ציבורית, הוא יותר קשה מאשר לרופא. כיצד דבר זה פועל?

ר. הקטין: אני חושבת שתוך כדי דיון יתבהרו הדברים. משום כך אני מציעה, כי בישיבה הנאה לא נתחיל את הישיבה במתן השובות, אלא במתן רשות דיבור, כי אנו נצטרך לשמוע עוד מוסדות, ולכן אני מציעה סדר כזה.

ר. צברי: מהי הפוליטיקה של בית-הספר לרפואה; כיצד אתם חושבים להשפיע על בית-ספר זה לגבי הצרכים בעתיד?

ד"ר רוזנטל: מה היתה התועלת באכרזת השפעת כמחלה מדבקת? (הוספת המחלה לרשימת המחלות המידבקות)...

ב"צ הראל: לפני שנתיים-שלוש הוצאנו פה אחד, אחר דיון ממושך, המלצות והצעות בענין זה. וכאן אנו שומעים מהמנהל הכללי - ד"ר בטיש - כי ההמלצות לא נתמלאו,

והמנהל הכללי מנה בפנינו את הסיבות והקשיים מדוע ההמלצות לא נתמלאו. לכן אינני רואה שכדאי לשמוע עוד פעם את הגורמים האחרים.

הייתי רוצה לשאול את המנהל הכללי: מהי הסיבה שההמלצות האלה לא נתמלאו? האם משרד הבריאות יכול לעשות משהו כדי שהם יתמלאו?

(ב) אני חסיד של הצעת משרד הבריאות, - הצעה שקוראים לה אימוץ. הייתי רוצה לשמוע מפי המנהל הכללי שדבר זה יוצא לפועל, לדעתי, ע"י כך כל הבעיה יכולה למצוא את פתרונה. שאלתי: כמה זמן יש עוד לחכות לביצוע הדבר הזה?

אנו נפסיק בזה, ובשבוע הבא נמשיך בדיון זה.

היו"ר מ. ארם:

הישיבה נועלה בשעה 11.15.