

פרוטוקול מס' 20

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים
יום ג', ח' באייר חשל"ד - 28.5.74, שעה 11.00

נכחו:

חברי הוועדה:
ח. גרוסמן - היו"ר
י. בארי
ל. דיציאן
ה. זיידל
מ. ידיד
א. נמיר
ח. שמעוני
מ. פרידמן

מוזמנים: פרופ' ב. פדה - מנכ"ל משרד הבריאות

מזכיר הוועדה: ש. כרם

רשמה: צ. ספרן

סדר היום: חשבוות מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' ב. פדה לשאלות חברי הוועדה
בעקבות סקירת שר הבריאות על פעולות משרדו.

772-

(מקל ביום 3.6.74)

אני פותחת את הישיבה.

היו"ר ח. גרוסמן:

תשובות מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' פדה לשאלות חברי הוועדה שנשאלו בעקבות סקירת שר הבריאות על פעולות משרדו

פרופ' ב. פדה: אני רוצה לחלק את דברי לשני חלקים, ותחילה הערות כלליות הנוגעות להחפתחות הרפואה לעמיד כפי שאנחנו רואים אותה - הערות הנוגעות לשאלה התיאורית שהעלתה חברה-הכנסת פרידמן.

משרד הבריאות נושא באחריות הממלכתית הכוללת לבריאות חושבי המדינה, חוץ מאגה לארגון, הפעלה ואספקת שירותי מניעה, איבחון, טיפול, שיקום ומחקר בהתאם לצורך. זאת נעשה הן באופן ישיר - במוסדותיו ושירותיו העצמיים, והן על ידי מוסדות אחרים - קופות החולים, מוסדות ציבוריים ואחרים.

בריאות מהי? על פי הגדרת ארגון הבריאות העולמי - בריאות היא הרגשת נוחות של כל פרט ופרט, בהעדר מחלה מבחינה גופנית, נפשית וחברתית. במלים אחרות - בדברנו על שירותי הבריאות שניתן להשיגם לכל פרט ופרט אנו נתקלים מיד בקשיים ובפערים עצומים הקיימים מבחינת שונות: ארגון, איכות, זמינות, כפילות, השונים ממקום למקום.

מקדמ דנא ועד ימינו אלה עמדה במרכז ההתענינות של הרופאים והעוסקים ברפואה האבחנה, היינו - המחלה ולא החולה, היינו - האדם. תחילה ביסס אותה, את האבחנה, הרופא על הסימפטומים עליהם למד מפי החולה ועל הסימנים אותם מצא בעת הבדיקה ליד מיטת החולה וכן על הנתונים הדמוגרפיים - הבדלי המינים וכדומה. מאוחר יותר הוא הכניס סדר בתצפיותיו ולמד להכיר שיסנים סימני מחלה, כגון פריחה, המופיעה עם אחת ואיננה מוסיפה לתקוף את האדם. הוזה אומר - מחלה זאת גורמת חיסון לכל החיים, כמו חצבת, למשל, ועוד. לעומת זאת ישנם סימנים אחרים המופיעים עוד ועוד. לדוגמה - מחלקות פרקים כ- Gout, שהיא תופעה של הפרעה בחילוף החומרים של החלבונים.

עם הזמן וההתקדמות הטכנולוגית - הכנסת ההיסטולוגיה, המיקרוסקופ, הבקטריולוגיה, הביוכימיה, הציטולוגיה, הגנטיקה, האלקטרון-מיקרוסקופיה, הרנטגן, האיזוטופים וכדומה התרחבו, גדלו והעמיקו האפשרויות האבחנתיות מאד מאד. בד בבד היתה התפתחות עצומה גם של ה- Materia Medica. התפתחה מערכת של פעולות מנע, של חיסונים. הננו עדים להדברת המחלות האפידמיות, תוחלת החיים עלתה, תמותת התינוקות ירדה, וכל אלה הם קריטריונים להתקדמות. אולם ביחד עם כל זאת קרה דבר מה נוסף בעולם הרפואה.

הגישה הפיסיקו-כימית רואה באדם סידור אלגנטי של מוליקולות. הטכנולוגיה המתחכמת המתקדמת החל מהמאה ה-19 גרמה לכך שתשומת הלב של הרופא סטתה יותר ויותר לעבר סימני המחלה ועודדה עד לקיצוניות את הנטייה לא להתחשב במה שהחולה מרגיש, קובל וירא. לאחר מכן, על ידי ההתפתחות העצומה של הפתולוגיה, העמיקה נטייה זאת להתעלם לחלוטין מהרגשותיו ונסיונו של החולה והרופא מביא בחשבון יותר ויותר את מה שהוא עצמו חש כחשוב ביותר בשביל החולה - במישור התאי. התחשבות במצבו הכללי, כולל מצב רוחו של החולה, שהיו בעבר מעניניו האינטואיטיבי הפרטי של הרופא, נדחקו לגמרי הצידה מתוך נסיון להסביר כל דבר על ידי הכימיה של הדם או "גופי הסגר" בחאים. מה שאי אפשר להוכיח על ידי בדיקות, בצורה חשמלית, כימית או על ידי צביעה היסטולוגית, איננו מתקבל כחשוב ומכובד. במלים אחרות - הכל נעשה באמצעות המכונה הטכנולוגית האדירה, בצורה מאד מקצוענית, כולל מיון האפשרויות האבחנתיות המרובות, אשר המחשב יכול לעשות זאת במהירות וביעילות. פירוש הדבר כי אינך זקוק אפילו לראות את החולה לקביעת האבחנה, כי אם לדם שלו ולהפרשותיו ולהעבירם דרך מערכת של מכונים - רנטגן, מעבדות וכו'.

יחסי רופא-חולה, שלפני העידן הטכנולוגי היו החלק החשוב ביותר של הטיפול, נשתבשו וישנה החנכרות והתרחקות, מה שאנו מכנים - דהומניזציה של הרפואה.

הרפואה בבתי החולים היא מאד יקרה, ואמנם מאמירים מחירי העלות של הקמת מיטה כשם שמחייקר יום האישפוז בבית החולים. הקמת מיטה אחת במחירי 1973 עולה על 350,000 לירות; יום האישפוז נע בין 170 ל-250 לירות לכל יום. בית החולים בימינו הוא מוסד השואף לגדול ולהיות מורכב יותר ויותר, מדעי יותר, ביולוגי יותר, טכנולוגי יותר ומקצועי יותר.

פרופ' ב. פדה:

הוא גם מוסד מועדף, בעל יוקרה רבה, ולעובדיו הכוח וההשפעה. חלוקת המשאבים גם היא בהתאם למצב זה.

מקובל על כולם ברחבי תבל וגם אצלנו כי בית החולים הוא הבסיס, העיקר והלב של מערכת הטיפול המודרני. כל פרט ופרט חושב על הבריאות כעל חוצאה של ביקור מוצלח אצל רופא, קבלת תרופה שתרפא אותו מהמחלה, ואנו עדים כיצד הפכו חדרי המיון של בית החולים למקום של טיפול אמבולטורי. העובדה שמבין מאות הפונים מתקבלים 25% ופחות מזה איננה רק בגלל חוסר מיטות. הנהירה הזאת היא בעיקר משום שטח הטיפול המרפאתי. בגלל הבדלי הרמה הרפואית של המרפאה ובית החולים, מחפש כל פרט להגיע אליו. אף הרופא המרפאתי בפרקטיקה הפרטית ובאזור מחייב את חבירו בבית החולים בדומה ומשגר חוליו לביורורים ובדיקות מחוץ וצוין שביית החולים יפתור את כל הבעיות הרפואיות, ולא כן הוא.

הרפואה של ימינו השתנתה תכלית שינוי. בעבר שלטו המחלות המדבקות, האינפקציות, או המחלה החריפה שהצריכה ריפוי והתערבות מיידית. עם הזמן השתפרה היכולת של הרפואה, וכפי שכבר הזכרתי הוכנסו לשימוש אמצעי חיסון יעילים. המחלות האלו הודברו כמעט לחלוטין. על פני השטח עלו מצבים חדשים, והם - המחלות הכרוניות, מחלות דגנרטיביות, גנטיות, מומים מולדים וסטיות מולדות של חמצות האמינו. וישנו שינוי רב בין שני הסוגים: בה בשעה שהמחלות האינפקציות, בין ספורדיות או אפידמיות, הביאו חמותה גבוהה, התחלתן היתה מיידית וחריפה והן דרשו התערבות מיידית של הרופא ואת כל תשומת הלב שלו, הרי לאחר חלוף המחלה, כאשר האדם הבריא, יכול היה לשוב לעיסוקיו. הסוג השני, ביחוד המחלות הכרוניות, מחפתחות לאט ועובר זמן עד שמחגלים סימניהן. הסימפטומים יכולים להיות קלים תחילה, וכל אחד מנסה להתעלם מהם או להיירפא בעצמו וכו'. היוזמה איפוא במקרים אלה היא מצד הפרט, אולם בסוג זה חייב להיות טיפול יוחר מאשר ריפוי - Care and cure. חייבים להכיר את החולה, את סביבתו, את עיסוקיו וכדומה, ועוד אשוב לזה.

זהו הסטטוס קוו בשירותי הרפואה שלנו. כולנו מרגישים צורך והכרח לשנות זאת. הדרך האחת והיחידה: להפנות את הרפואה מ"רפואת הריפוי" הקיימת היום ל"רפואת הטיפול" שתצטרך להיות מחד; מהודיפה אחרי ה"אבחנה" שהיא המחלה, אל החולי שהוא החולה בנושא המחלה, אשר בו ישנם איך ספור גורמים ומרכיבים המשפיעים על מהלך המחלה. "טיפול" זהו תהליך וצורך המביא בחשבון את כל מה שקורה, קורה ואף יקרה לחולה, באשר הוא "נושא מחלה". "ריפוי" הוא מאורע בודד, אפיזודי, לא תמיד נכון, לא תמיד יעיל ולא תמיד סופי.

על מנת להגיע לשינוי הזה עלינו לבנות את המערכת בצורה אחרת לגמרי. היא חייבת להתמקד במשפחה, בקהילה ובאזור. מכל שירותי הרפואה יש ליצור שורות, כאשר כל מוסד המספק שירותים, כולל בית החולים, הוא חוליה בחוץ השורות. השירותים יהיו משולבים, מאורגנים על בסיס אזורי. יש לעשות להסרת ההבדלים ברמת הרפואה האמבולטורית לעומת זו של בתי החולים.

התחנה לאם ולילד, הפועלת בכל הארץ והנשענת ביחוד על האחות בבריאות הציבור, היא דוגמה של פעולה עניפה בשטח של המשפחה והקהילה. עובדות התחנה הזאת פתוחות לועיונות חדשים והן גם מקבלות על עצמן משימות יותר ויותר רבות ורחבות. התחנה תיהפך לתחנה לבריאות המשפחה אשר תפקח על כל המחווה בחוץ המשפחה בדרך יזומה, בדיוק כפי שזה נעשה לגבי ילדים. עלינו להקים מרכזי בריאות קהילתיים כוללניים שיעסקו ברפואה כללית, מחלות כרוניות ומחלות נפש.

הפונקציות של חתנות אלה הן: שיפור כל הנוגע לאשה ההרה וסביב הלידה. הוכח מעל לכל ספק כי מניעת קשיים בסוף ההריון, לידה בזמן, לידה לא ממושכת וכדומה, יש בהם משום חשיבות עצומה ביחס להתפתחות הילד בשנים שלאחר מכן. זה מחייב מעקב צמוד אחרי נשים בעלות סיכון גבוה בהריוןן, אפשרויות איבחון טובות בכל הנוגע לסבל העובר, על מנת שאפשר יהיה להתערב בזמן הנכון וליילד את התינוק, כי כל סבל-עובר יכול לגרום לקשיי אספקת חמצן למוח ולמומים בהתפתחותו. נקיים על כן מוסדות להחפתחות הילד, שם נכוון ונטפל בילדים בעלי מומים וילדים מקופחים מבחינה פיסיית. ישנם כבר כמה מרכזים כאלה המוכיחים את יעילותם. יש להחיל בדאגה לילדים אלה מוקדם מאד. לא רק הילד מקבל טיפול, הדרכה והכוונה כי אם גם ההורים, וזאת כדי שיהיה רצף בטיפול זה.

פרופ' ב. פדה:

נקים מרכזי בריאות קהילתיים כוללניים. הכוונה היא שמרכז כזה יעסוק במכלול בעיות הבריאות באזור פעולתו. הוא יהיה קשור עם המרפאות, התחנות לבריאות המשפחה, השירותים הסוציאליים שבקהילה, מערכת החינוך וכדומה. נפתח מוסדות לטיפול בקשיש ובחולה הכרוני. ישנם כבר כמה מודלים של מוסדות כפי שאנו חושבים לראותם בפעולה. גם זאת על בסיס אזורי, שם יהיו כל השירותים, החל מטיפול ביתי, טיפול יום במרכז הקהילתי, קשר עם המחלקה הגריאטרית בבית החולים הכללי וקשר עם מוסדות למקרים סיעודיים. השירות הסוציאלי באזור ידאג לכל האספקטים המתעוררים ביחס לאוכלוסייה חלשה ומוזנחת זאת.

השירותים הפסיכיאטרים עוברים כבר עתה תהליך של רגיונליזציה, וישנם כמה מודלים של נוסח תחנה לבריאות הנפש, שהיא חלק מהמושג של מרכז הבריאות הכוללני. לפיכך כל הארץ מחולקת ל-21 אזורים, כאשר בכל אזור יוקם כל מה שנחוץ לטיפול בחולה הנפש. כלליית אנו מחלקים את הטיפול הזה לשלושה: א. הטיפול הראשוני, הנעשה בחוץ המשפחה. למעשה בדרך יזומה מחלקים אחרי הזקוקים לטיפול. כאן יש להביא בחשבון לא רק את מצב הבריאות של אחד מבני המשפחה, כי אם גם את המצב הסוציאקונומי, את היכולת של ראשי המשפחה להתמודד עם בעיות החיים, את מצב הדיור, את העיסוק של בני המשפחה, את המצב החברתי, החינוכי, ההשכלה וכדומה. הטיפול הראשוני צריך למנוע ירידה בבריאות. ב. במקום שאי אפשר להשיג מניעת ירידה בבריאות מגיע החולה למרכז הבריאות. זהו הטיפול השניוני - Secondary cure. כאן מעורבים מאבחנים ומגדירים את צרכי הטיפול. אם נחוץ, ניתן לקבלו על ידי ביקורים פריונדיים או על ידי שהייה בטיפול יום, שיווצר במקום, תוך שיתוף מלא עם המרפאה המקומית. ג. הטיפול השלישוני - ניתן בבית החולים בו ישהה החולה ככל שנחוץ, כאשר הקשר בינו לבין מרכז הבריאות הוא דו-סטרי.

כל זה חייב להתבצע על ידי צוות

מולטי-דיסציפלינרי בו יהיו: רופא, בהתאם למקצוע המיוחד, אחות, עובדת סוציאלית, פסיכולוג ואחרים. הקשר עם כל המוסדות בקהילה או בושות המקומית, כולל משטרה, קצין מבחן וכדומה, חייב להיות הדוק וחכוף. לפי נסיוננו המועט זה פועל יפה. זהו ה"אני מאמין" שלנו. אנו בהחלט מאמינים שזה ניתן להיעשות, אף כי זהו תהליך שידרוש משאבים ומאמצים רבים מאד. כיום אנו נמצאים בפיתוח כמעט בכל השטחים, הן בגלל סיבות תקציביות, הן בגלל סיבות של אי ראיית הנולד והן בגלל סיבות של היסחפות בזרם והשקפות עולם רפואיות שונות מזו שהוצגה זה עתה. יתר על כן, נצטרך לעמול קשה על מנת לשנות את דרכי המחשבה של רבים וטובים מאד, אשר אפילו יתנגדו לכך מטעמים שונים מאד.

דברי יכולים להיראות כחוסר לויאליות לבחי-

החולים, ביתוד מאיש אשר בילה בהם כמעט 30 שנה של עבודה ושכל נסיונו הרפואי בא משם. כל השנים האלו דגלתי באידיאה המקובלת גם היום כי בית-החולים הוא הבסיס, העיקר, הלב של מערכת טיפול מודרנית. אולם מאז שיצאתי לרפואה ציבורית נוכחתי לדעת כי דרך זאת איננה נכונה. לביקורת יש ערך, כי היא עוזרת להעמיד הדברים במקומם הנכון.

בוודאי שלא נוכל לענות על צרכי הבריאות בלי

מוסד בעל רמה מקצועית גבוהה מאד, מרכז אבחנתי ותרופואטי מצויין, ומקומו אך ורק בבית החולים. השאלה היא מה צריכים להיות יחסי הגומלין בין בתי-החולים לבין הפעילויות. התפקודים השונים ברוח חיובית: שירות אמבולטורי-מרפאתי וטיפול ראשוני; הטיפול והיחס לאדם כפרט, הטיפול והיחס למשפחה ולקהילה; רמת ההשכלה של האוכלוסיין, ארגון הקהילה, בעיות הסביבה. המשימות הן חיוניות. הבריאות בקהילה מקיפה הרבה יותר מאשר הרפואה של בית החולים. עלינו להחייס לרופא המשפחה ולטיפול הראשוני כאל צורה אחרת של חפקיד. כיום שמענו זאת גם בשאלות של חברי הוועדה, והדעה היא כי עלינו לשפר את מצבו ומעמדו של הרופא המרפאתי על ידי הכנסתו לבית החולים. דבר זה נעשה בכל אחר ואתר בארץ. יום בשבוע מבלים הרופאים בבתי החולים על מנת שירכשו נסיון כלשהו בעבודת בית החולים.

היו"ר ח. גרוסמן: כל רופא?

פרופ' ב. פדה: רופאי קופת-חולים - כולם.

עשיתי זאת בעצמי שנים רבות והדרכת ביקורים מאורגנים כאלה. אני יכול להבטיחכם כי אין זה פתרון, באשר המחנכים הם אנשי בית החולים של היום, והם מקצוענים-טכנולוגים. כל מה שהם תורמים הוא בכך שהם מעוררים ברופא המרפאתי את הרצון להשתוות לרופא של בית החולים ובאחדים מהרופאים המרפאתיים אף מעמיקים את רגשי התסכול.

פרופ' ב. פדה:

חבר-הכנסת בארי אמר כי דבר לא יעזור. טבעי שאיש מקצוע שואף למחקר ולמכשיר מתוחכם וכדומה. כך הוא הרופא, כך הוא הכימאי. אני מסכים להנחה שכך הוא ביום באשר לא עשינו דבר להדאות וליצור אפשרויות של ענין בעבודה בשדה. תולדות הרפואה מספרת לנו על רופאים מן השורה בשדה שעשו ברפואה מהפכות - להזכיר את הרופא הכפרי האנגלי ג'ורג' שהחזיק לחסך נגד אבעבועות מבלי להביך את מה שהוא עושה, אבל חוץ הסתכלות וחציית שאכרות חולבות מתחסנות כאשר הן נוגעות באבעבועות בעטיין הפרות. פסטר היה אחר כך האיש שהסביר את הרקע האימונולוגי של החיסון, וכך הוכנסה הווקציןציה המחסנת את כולנו נגד אבעבועות על אוחו בסיס של ג'ורג' ומה הוא עשה? הוא צפה והסיק מסקנות. אם ניצור מערכת חינוך בכיוון זה, נוכל לחנך דור רופאים אחר שימצא ענין בעבודה בקהילה, במרפאה בשדה ואף במינהל. בבאר-שבע נוצרת עתה דוגמה כזאת: על ידי קביעה אדמיניסטרטיבית ויצירת מרפאות חוץ בבתי חולים פתוחות לכל אנו יוצרים עוד נדבך מקצועי אחד שיפעל באותו נוסח מתוחכם וכדומה. ספק אם זה יביאנו למטרה הנכספת. עלינו לשאוף להכליל את בית החולים, כאמור, כחוליה בשושרות השירותים, אולם במעמד צנוע יותר, אחת הוא ישחלט על הכל והמצב יישאר כפי שהיה.

אני מאמין שבכוחנו לעשות זאת. המשימה היא לא פשוטה. זהו תהליך הדורש חכנון, חינוך לבריאות של אנשי הרפואה ושל הקהל כאחד. זה דורש גם את שינוי פני ההוראה בבתי הספר לרפואה. הנסיון הגדול של באר-שבע יקוין, בטוחני, גם על אחרים. אנו חייבים לעשות מסעות הסברה בין אנשי הרפואה. כבר החלתי בזאת, והשינוי בוא יבוא.

אסיים פרק זה בהערה כללית: הטכנולוגיה והחברה נפגשו בעידן הטכנולוגי. עלינו לנצל את היכולת של המדע לשיפור המצב בחברה בכל הנוגע לבריאות ולקדמו במהירות. אחת הסכנות של הטכנולוגיה המדעית היא כי מפרקים את הנושא לגורמים ומרכיבים אותו מחדש. בעת מעשה ההוכחה צריך להיזהר לא לשכוח חלק כלשהו, אם החלק הנשכח יהיה "הומניות", יהיה עחיד הרפואה מחריד.

לאחר הדברים האלה אני רוצה לגשח למחן החשובות. חברת הכנסת נמיר שאלה אם בניית בתי חולים מתבצעת על פי חוכנית. בניית בתי החולים מתבצעת על פי חוכנית ערוכה שנקבעה על ידי הרשות העליונה לאישפוז, בהתאם לגידול האוכלוסיה ופיזוריה. הבניה המתבצעת היום עונה על הצרכים לשנות ה-80; אבל אנחנו עושים הכנות, בישיבות ובדיונים, לחוכנית לקראת שנות האלפיים.

א. נמיר:

מה זאת רשות אישפוז עליונה?

פרופ' ב. פדה:

זו רשות שאני עומד בראשונה וחברים בה - ידלין וד"ר דורון מקופת-חולים של ההסתדרות,

פרופ' מן וד"ר גילון.

מספר המיטות הכלליות, לפי הנחונים שנחקבלו באותה רשות - נחונים שנחקבלו על ידי שיקלול - 3.3 לאלף נפש; מיטות פסיכיאטריות - 2.8 לאלף נפש. למעשה אנחנו חושבים שזה יותר מדי ומדברים על 2.4 ואולי אף על פחות מזה. מיטות כרוניות מכל הסוגים - 1.3 לאלף נפש. כאשר אנחנו מדברים על כרוניים, אנחנו מחלקים אותם לשלושה סוגים: מיטות בבתי אבות לכל אותם מקרים המפתחים איזו שהיא תופעה חריפה, שבהם יכול לטפל הרופא הבא לבית האבות. מיטות במחלקה גריאטרית חריפה בבית החללי. למעשה כל אותם החולים הנמצאים כיום במחלקות הפנימיות יבואו אחר כך למחלקה הגריאטרית הזאת. סוג שלישי - מיטות הנמצאות במחלקות סיעודיות. כלומר כל אותם מקרים של גוססים וחולים קשים ביותר - עליהם שמענו מפי היושבת-ראש בישיבה הקודמת - להם אין מקום. כל אלה יבואו למחלקה הסיעודית. כאמור, הכוונה להביא אותם למחלקה זו היא רק כאשר אי אפשר להחזיר את החולה לביתו או להכניס אותו למוסד אחר, כי הכוונה שלנו חמיד היא לעשות כל מה שניתן לעשות כדי להביא את החולה, על ידי שיקום, לתפקוד באזור המגורים שלו, במשפחה שלו. יש כבר מספר מודלים כאלה, ואחד המודלים הטובים נוצרים במרכז הרפואי על שם שיבא, שם יהיו כל האלמנטים האלה: מחלקה גריאטרית חריפה, טיפול יומי, טיפול ביתי, שיקום והמחלקה הסיעודית.

א. נמיר:

שאלתי מה המספר הרצוי לנו כיום בארץ?

פרופ' ב. פדה:

אמרו: 3.3 עד 3.4 מיטות לאלף נפש. זה יענה על כל הצרכים. לא נוכל לפתור את הבעיות על ידי מיטות אישפוז. אם נלך בכיוון של פתרון על ידי מיטות אישפוז גם 10 מיטות לאלף נפש לא יספיקו.

פרופ' ב. פדה:

אביא כמה מספרים מארצות אחרות לשם השוואה:
ב-1969, בישראל - 3:45 מיטוח לאלף נפש; במצרים - 0.83 מיטוח לאלף נפש;
באפריקה הדרומית - 3.72 מיטוח לאלף נפש; בבולגיה - 4.6 מיטוח לאלף נפש.

האם באפריקה הדרומית זה כולל אוכלוסיה שחורה
ולבנה?

ל. דיציאן:

אני חושב שכן.

פרופ' ב. פדה:

בנורבגיה - 5.02 מיטוח לאלף נפש; בשבדיה -
6.71; בדניה - 6; באנגליה - 4.07. המספר הזה משחווה פחות או יותר עם שלנו.

איך הוא משחווה?

א. נמיר:

אם באנגליה יש 4.07, ואצלנו - 3.45, אני חושב
שה משחווה פחות או יותר.

פרופ' ב. פדה:

מה כיום הממוצע שלנו?

א. נמיר:

3.35.

פרופ' ב. פדה:

ואתה אומר שהמספר הרצוי הוא 3.3. אם זה כל
כך טוב, מדוע המצב כל כך רע?

א. נמיר:

מאיזה בחינה רע?

פרופ' ב. פדה:

צפיפות בבתי החולים, חולים לא יכולים להחקבל.

א. נמיר:

והצפיפות תהיה גדולה עוד יותר. כל עוד יהיה
לחץ על חדרי המיון בבתי החולים מבלי שנוכל
למצוא שירותים קהילתיים אחרים, לא נוכל לעולם לפתור את הבעיה. הסברתי
זאת בדברי הראשונים. כיום רץ כל אחד ואחד לחדר המיון בבית החולים, מכיוון
שהוא איננו מסתפק במה שנותנים לו במחפאה.

פרופ' ב. פדה:

או שהוא לא מקבל את מה שהוא צריך לקבל במחפאה.

ל. דיציאן:

אני אומר: המצב הקיים ישתנה אך ורק אם ניצור
שירותים קהילתיים אחרים במקום ולא נפעל אך ורק
דרך בית החולים. בית החולים כפי שהוא בנוי היום איננו יכול לענות על
הצרכים, ואי אפשר יהיה לשנות את המצב בעזרת מיטוח.

פרופ' ב. פדה:

למה בארצות אירופה המודד הרבה יותר גבוה? סימן
שתוספת מיטוח נוחנת פתרון. 3.5 זה לא המספר
שהוכח כאופטימלי באיזו שהיא ארץ מודרנית. מדוע אתה חושב שהמודד היוצר
גבוה לא יעזור לנו?

ח. שמעוני:

אני חושב שאנחנו לא זקוקים לזה. על ידי חלוקת
משאבים אחרת, על ידי הקמת שירותים קהילתיים,
נוריד את אותו הלחץ הקיים כיום בבית החולים. לדוגמה: היחה לי מחלקה של
33 מיטוח, אך חמיד היו לי 40 חולים מחוץ כן שחולים שהובאו למצב טוב
והוצאו החוצה היו חוזרים לבית החולים. כעבור זמן קצר חזרו אלי 5-6 חולים
פעמיים בשנה. חולים אלה לא צריכים לחזור אלי לאחר שאנחנו מביאים אותם
לשיקום.

פרופ' ב. פדה:

בוודאי קיימים מרכזים רפואיים כאלה גם במקומות
אחרים.

ח. שמעוני:

עדיין לא.

פרופ' ב. פדה:

לא קיימים בשום מקום אחר?

ח. שמעוני:

פרופ' ב. פדה:
אי שביעות רצון לגבי הרפואה קיים בכל העולם.
בכל העולם נמצאת הרפואה במשבר. באנגליה, שבה
קיים שירות בריאות לאומי, ולא ביטוח בריאות וולונטרי, הקיים זה 16 שנה,
מחחילים מ-1 באפריל שנה זו בריאורגניזציה על מנת להביא לשילוב, כי גם
שם קיימת חלוקה לזרוע מרפאית, לזרוע ציבורית של הרפואה המונעת ולזרוע
אישפוזית, והדבר מביא לכך שבתי החולים נמצאים תחת לחץ, כי קיימת אי שביעות

פרופ' ב. פדה:

רצון. השיטה של מתן השירותים הרפואיים היא האשמה. ברגע שנצליח לשנות את השירותים הרפואיים, יהיה טוב. פעם כשהיחה מחלה חריפה מאד כמו שיפוס הבטן, או שהמחלה קטלה את האדם או שהאדם הבריא, וכשהבויא יצא מביח החולים ולא היה צורך בהמשך הטיפול. המחלות של היום מטבען דורשות גישה אחרת - הן דורשות רצף בטיפול, טיפול אפיוזודי לא יפתור דבר. ושוב אותה דוגמה שנחתי: אותו חולה במחלקתי שיש לו מחלת לב כרונית זקוק לטיפול יומיומי במשך שנים רבות. ככל שנצליח יותר, הוא יחזיק יותר זמן מעמד. קרה לא אחת שנחתי מכתב לרופא במרפאה בכפר מסויים בו רשמתי לו שימשיך לחח לחולה תרופה מסויימת. תגובתו של הרופא היחה שהוא מפתד לתת תרופה זו, וכעבור זמן קצר היה החולה חוזר לאותו מצב שהיה בחחילה. זו הבעיה.

ל. דיציאן:

בחקופת המעבר, עד שנגיע לרצף הזה בטיפול, 3.3 מיטוח לאלף נפש לא יוכלו להספיק.

פרופ' ב. פדה:

החשובה של 3.3 מיטוח לאלף נפש היא למצב שבו יהיו גם פתורנות אחרים. זו הכוונה.

מ. פרידמן:

אני לא רוצה להתווכח על כך שהשיטה אשמה, ואני שמחה שיש לכך מודעות. השאלה המקורית שלי היחה: מה התוכניות הקיימות להתחיל לשנות את השיטה והיכן זה מופיע בחקציב? גם אחת אמרת שהענין דורש חלוקה אחרת של משאבים.

פרופ' ב. פדה:

זה מופיע בחקציב, ויש שורה של מרכזים קהילתיים שאנחנו בונים.

א. נמיר:

מרכזים לבריאות הנפש.

פרופ' ב. פדה:

לא רק לבריאות הנפש. אנחנו בונים שורה של מרכזים קהילתיים. אנחנו עושים עכשיו סקרים ומחקרים, כי יש עוד סכנה שאני רוצה להבהיר אותה. אחד הדברים שנערך עליהם ויכוח גדול ברפואה הוא - מה צריך להיות המרכז הרפואי? קיימת השיטה - שגם אני דגלתי בה - לפיה באים לבית החולים, נוחנים לו כך וכך חקנים על מנת שיפתח לו מרפאות חוץ כדי לפתור את הבעיות. אבל אז אנחנו שוב חוזרים לאותו הדבר, כי מי יעבוד במרפאת חוץ - אותו רופא שלמעשה הוא רחוק מכל אותם האספקטים הבריאותיים. בריאות זה הרבה יותר רחב מאשר רפואה. זה כולל הכל: את מצב הדיוור של האיש; את יכולתו של ראש המשפחה להתמודד עם בעיות העומדות בפניו; חיפוש דרכי שיקום על מנת להפוך את האדם לקונסטרוקטיבי. כלומר, זה כולל את מעורבות הקהילה עצמה. צריך שיהיה חינוך והיזון חוזר. אחן דוגמה המחייחסת גם לשאלת התברואה ובחי האוכל. כאשר אנחנו מסתכלים בסטטיסטיקה של הדברות מחלות מדבקות למיניהן כמו שיחוק ילדים, חצבת, אדמת, אנחנו נמצאים בשלב העליון של הסולם של ארצות נאורות. כאשר אנחנו נוגעים בנושא של שלשולים, אנחנו נמצאים בתחתית הסולם של ארצות מפותחות. הסיבה היא, שכל מה שאני עושה אקטיביה בלי השתתפות האזרח, הולך, אבל שעה שצריך לשמור על היגיינה, שעה שצריך לעשות מאמצים - לזה האוכלוסייה שלנו אינה מחונכת. זהו תהליך שיאריך הרבה זמן, עלינו להעריך לכך ואת זה אנחנו עושים. הבעיה היא מה יהיה אופי המודל. יכול להיות שיצטרפו להיות לנו מספר מודלים. ייתכן שברמלה צריך להיות מודל שונה מזה שביפו, ובקריית-שמונה - שונה מזה שבמעלות. הכוונה היא לספק במקום אותם דברים שאנשים נזקקים להם מבלי שהם זקוקים לאותה מכונה טכנולוגית אדירה של בית החולים. תהליך זה מחייב זמן ומשאבים. ייתכן שבאותו כסף שאנחנו מוציאים היום על בריאות - ואנחנו מוציאים על כך 5.6% מהתוצר הלאומי הגולמי, שזה קצת פחות ממה שמוציאות ארצות המערב - יכולנו לעשות יותר על ידי חלוקה אחרת של משאבים. אלה הם דברים שעלינו לבדוק את עצמנו ולראות כיצד ניתן לעשות אותם.

מ. ידיד:

האם יש תוכנית מפורטת?

פרופ' ב. פדה:

יש לנו.

ח. שמעוני:

יש לי חשש שאם יוקמו מרכזי בריאות קהילתיים, הם יוקמו בדרך כלל בשכונות עוני או באזורי פיתוח - דבר שיכול להביא לאי שפוז סלקטיבי בבית החולים. אוכלוסייה אחת תגיע לבתי החולים, ואילו השניה תקבל את הטיפול רק באמצעות מרכזים אלה.

פרופ' ב. פדה:

אני אומר עוד יותר: אם נממש את הקונספציה הזאת, את הפילוסופיה הזאת ולא נצליח, יהיה מאד. ואנחנו לא נצליח אם נשאיר את חינוך הרופאים כפי שהוא כיום. בשום אופן

פרופ' ב. פדה:

לא נצליח, כי אנחנו מלמדים את הרופא להיות מקצועי-טכנולוגי. אני נזכר: כאשר הייתי רופא בעמק היודן, באתי לבדוק בחור שחלה בצהבת. בדקתי אותו ולקחתי כמה דברים לבדיקה. לאחר יומיים-שלושה שאל אותי: מה יש לי? אמרתי לו: אני עדיין לא יודע. אמר: משונה, כשהייתי בליטא והלכתי לרופא הוא ידע מיד מה יש לי. זה ההבדל. אנחנו חייבים להגיע למצב כזה שנוכל בצורה ראשונית לעשות אותה סלקציה - את מה לשלוח, את מה להכניס לבדיקות בדוקות הרבה יותר.

עליכם להביא בחשבון: גיפוי המחלה נעשה יקר יותר ויותר בגלל אותם איברים מלאכותיים שאנחנו משתמשים בהם, בגלל המכשור האלקטרוני, בגלל כל אותן אפשרויות גדולות ויקרות מאד של בירור יסודי. לכן יום מחלה בבית החולים הדסה בירושלים עולה, מחיר נומינלי - בין 250 ל-280 לירות. משרד הבריאות קפץ השנה ל-163 לירות ליום, אבל זה עולה יותר. ואנחנו מבזבזים ימי מחלה על אישפוזים מיותרים גם כחוצאה ממקרים סוציאליים שאיננו יכולים להוציא את החולה, גם בגלל אותם חולים כרוניים שאין לנו עבורם מקום וגם בגלל זה שהרופאים אינם מתייחסים לנושא הנקרא כסף ועלות, והם יכולים להכות יומיים-שלושה עד שתחקבל בדיקה של עצם הענין אינה יכולה להוסיף. דבר זה ידוע בכל העולם. יש מקום להתייחס אל האישפוז בצורה אחרת לגמרי ואז נוכל גם לגשח אחרת לגמרי לכל הנושא. רציני להציג בפניכם בצורה מחומצת-את כל הנושא של ההתנכרות, של הדהומניזציה שהיא משועת.

א. נמיר: למה אתה מתכוון?

פרופ' ב. פדה:

בבית החולים לא רואים את האדם, אלא ניגשים אליו כאל צירוף אלגנטי של מוליקולות, ניגשים אליו בגישה כימית ולא מחשבים במצבו. חברת-הכנסת פרידמן אפילו קראה לכך ושלנות רפואית.

מ. פרידמן:

לא לכך קראתי ושלנות רפואית. זו היחה שאלה נפרדת.

פרופ' ב. פדה:

באמת אי אפשר לקרוא לכך ושלנות רפואית, כי הטומינוס טכניקוס שלנו לושלנות הוא פשע, אבל זו תופעה שחייבים להילחם בה. לא נוכל להילחם בתופעה אם במרכז תהיה האבחנה. קורה היום בבית החולים שרופאים צעירים רודפים אחרי אבחנה שאולי יראו אותה פעם אחת בחייהם, ובה בשעה מזניחים אפנדיציט אקוטי שיכול להיות יום יום. זה ההבדל. אבל זה טבעי: לפני שהיה הרנטגן, היה לרופא חוש באצבעות, רגישות באוזן; הוא היה שומע את דלקת הריאות. אבל כאשר התחילה דלקת הריאות להיעלם בגלל הכימותרפיה, שוב לא התאמצנו כל כך. למשל, מום לב: רופא כללי לא ישמע אותו בדייקנות רבה, אבל רופא קרדיולוג, שצריך לשלוח את החולה לניתוח, יעשה מאמצים עליונים. על ידי תשומת לב, על ידי תרגול בלתי פוסק אתה מחדד את החושים שלך, אבל אם יש לך על מה לסמוך, אתה סומך אז על המעבדה, על הרנטגן, על איזוטופים, וברור שכל החושים שחידדנו נעלמים. חשוב גם לצפות על החולה, לשים לב למצב רוחו. אני זוכר שכאשר הייתי בהשחלמות בניו-יורק באתי אל אחד מגדולי הקרדיולוגים, ליבמן, שאמר לי: תסתכל על החולה שלפניך וחגיד לי מה איתו. הסתכלתי ואמרתי: הוא נראה יפה. ואז הוא אמר: הוא נראה יפה, כי היום יום ראשון, היום יום יפה, הוא התגלח והוא שבע רצון. תצפיות אלה הן חשובות ויש להביא אותן בחשבון. כיום אנחנו לא מחשבים בהן.

א. נמיר: זה לא רק ברפואה.

פרופ' ב. פדה:

מה שאנחנו מקימים עכשיו בבאר-שבע הוא למעשה אחת הדרכים לשינוי שאנחנו רוצים להגיע אליו.

מ. ידיד:

הרבה שנים אני שומע על תכנון הקמת מרפאות אזוריות. האם יש בידי משרד הבריאות תוכנית מפורטת היכן יקימו את המרפאות האלה, מהי העלות של תוכנית זאת ומה קצב הביצוע שלה? או אולי אין בידי משרד הבריאות תוכנית כלשהי, אלא פה ושם הוא מכבה שריפות, כפי שעושים בקריית-שמונה, שבה מקימים מרכז רפואי לאחר מה שקרה?

היו"ר ח. גרוסמן:

זה לא מדוייק.

ל. דיציאן:

זו למעשה החקפה ישירה או בלתי ישירה על הרופאים בוגרי הפקולטות השונות בארץ, ההולכים למחקר או לעבודה בבתי החולים. אין כל ספק, לפי הסטטיסטיקה, שבמשך עשרים השנים

ל. דיציאן:

בהן מוציאים בתי הספר לרפואה שלנו בוגרים יש כ-1,000 רופאים ישראלים הנמצאים בעבודה, אבל יש להניח שבאותה תקופה היו לפחות כפליים רופאים עולים חדשים. איך זה קורה שכל ההתקפה מופנית כלפי אותם 1,000 רופאים ישראלים? מה על 2,000 הרופאים שהם עולים חדשים?

מ. פרידמן:

כל הכבוד ליידע שלך ולהשקפתך, אך אני מאד חשדנית כאשר אני שומעת שהופכים שאלה לשאלה אוניברסלית. אינני חושבת שאנחנו יכולים להשוות בינינו לבין אנגליה כיום. עדיין לא הגענו לשלב זה. למה אי אפשר יהיה להפוך את "טיפת חלב" למקום העוקב אחר התפתחות הילד עד גיל 8? למה אי אפשר להפוך זאת למקום שמזמינים אליו אנשים מבוגרים לבדיקה כללית פעם אחת בשנה, אפילו כשהם מרגישים מצויין? למה לא יצרכו שם בדיקה שד לנשים? אלה הם דברים מאד מאד קונקרטיים שאפשר יהיה לשנות אותם חוץ חצי שנה.

א. נמיר:

לחננון האישפוז: הייתי רוצה להציע שנקדיש ישיבה לפגישה עם אנשי רשות האישפוז, כדי

לשמוע איך מחכננים.

אפשר לשלוח חומר.

פרופ' ב. פדה:

אנחנו רוצים גם לשאול שאלות.

א. נמיר:

לפי המספרים שנתת לנו נראית התמונה הרבה יותר נורודה מאשר במציאות. בישיבה הקודמת שאלתי מהו המספר הרצוי של מספר מיטות לאלף נפש כדי שתחול איזון שהיא רגיעה בנושא זה, ופרופ' פדה ענה לי שהמספר הרצוי הוא 3.3 או 3.4. מספר זה מחקר למספר שקיים היום. אבל אני יודעת מה המצב, אני רואה לנגד עיני בחי חולים כמו איכילוב, הדסה, בילינסון, תל-השומר, ואינני מבינה. האם הנושא של מרכזים רפואיים, נפרדים למחלות כרוניות ולמחלות זיקנה, שאלה הן הבעיות הקשות, ישנה את הסטטיסטיקה? באם ישנה, האם יש חכנון מיוחד בכיוון זה?

הייתי רוצה בכל זאת לשמוע על הדוגמה במדינות הסקנדינביות, ששם הרפואה הציבורית היחידה מחקדמת בעולם. לפני מספר שבועות קראתי מאמר בסיימס מגזין על מרכז רפואי שנבנה בדנמרק, שבו גם פסיכיאטריה, גם פסיכולוגיה, גם זיקנה ויש 6 עובדים לכל חולה. מסתבר שגם מדינה כמו דנמרק לא יכולה לעמוד ביוקר של הרפואה הסופר-מחקדמת הזאת. לכן אני שואלת: האם כל החכנונים היפים - שאני מניחה שהם קיימים - באמת מציאותיים?

פרופ' ב. פדה:

לשאלתך הראשונה המתייחסת לאזור תל-אביב: אנחנו מדברים על מספר של 3.3 או 3.4 מבחינה ארצית. מצב של 3.3 מיטות לאלף נפש אינו קיים בתל-אביב. שם המספר קטן מ-3.3 ומגיע ל-2.4. בתל-אביב יחוקן המצב כאשר ייגמרו כל בתי החולים שאנחנו בונים. נשפר את המצב במידה מסוימת כאשר נביא לכך שגם בתי החולים של קופת-חולים יהיו פתוחים לכל וכשהיה שירות אישפוז כללי באזור של גוש דן, אבל גם אז יהיה עדיין קשה. מצבה של תל-אביב שונה ממצבה של ירושלים, ושוב - מצבה של ירושלים שונה ממצבם של מקומות אחרים. מבחינה ארצית אנחנו לוקחים את המספר של 3.4 מיטות לאלף נפש.

איננו מחכננים בחי חולים נפרדים לזיקנה.

הענין של מחלות כרוניות וזיקנה צריך להיות משולב, כאשר אזור הניקוז מכוסה. גם אם המרכז הרפואי הוא בבית החולים, הוא יצטרך לעמוד לרשות האזור שממנו הוא ינקז. צריך שתהיה לו מחלקה גריאטרית, צריך שתהיה לו שירות סוציאלי, צריך שתהיה לו שירות יום, טיפול ביתי, לכן יש לחכנן את ארצית המסתמכת על ציוד ומיטות לאלף נפש בסוגים אלה.

אשר לייקור המרכזים הרפואיים: בהדסה ירושלים יש כיום 3.5 עובדים למיטה. גם במרכז הרפואי על שם שיבא, שהוא במצב נחוח לעומת הדסה ירושלים, יש מחלקות בהן מגיע כוח האדם ל-2.5, אפילו ל-3. ויהיו לנו מספר מרכזים כאלה. אנחנו רוצים שיהיו באוץ לא יותר משלושה מרכזים לפציעות. כי מה קורה? כאשר אדם שנפגע בתאונת דרכים מגיע לבית חולים והוא סובל מפגיעה בראש, מטפל בו איש מקצוע ניירוכיורוג. אבל ייתכן שלאותו אדם יש גם קרע בטחול, שבזה לא מתעסק הניירוכיורוג. כלומר, הגיעו היום למסקנה שהפיצול הספציאליסטי הזה איננו טוב ושיש להרכיב צוות מולטי-דיסציפלינרי, שבראשו יעמוד איש הרואה את האדם בכללותו. מרכזים אלה הם מאד יקרים, כי יש בהם יחידה לטיפול נמרץ הנשמטת,

פרופ' ב. פדה:

יחידה לטיפול נמרץ בכרוניות, יחידה לטיפול בלב, לטיפול בכליות וכדומה. כל הצוות הזה, שצריך לכלול גם מומחים למאזן נוזלים, ייכנס למרכז. אנחנו רוצים שוק במוכזים הגדולים יהיו יחידות לטיפול נמרץ בלב, אבל עם זאת אנחנו רוצים שבכל בתי החולים יהיו האלמנטים לטיפול נמרץ בלב, אבל לא בצורה הכי מתוחכמת. יש לנו בארץ 4 מחלקות לניתוחי לב פתוח וזה, ואנחנו אומרים שצריכה להיות עוד מחלקה אחת בבאר-שבע ולא יותר. בנוכחות יש מחלקה אחת ניירוכירורגית בכל הארץ; אצלנו יש 5, וזה מוגזם, וכל חמש המחלקות עסוקות מאד, כי הן מטפלות גם בדברים שאינם שייכים לניירוכירורגיה. ישנה גם חלוקה לא נכונה למחלקות, כיוון שזה נעשה לפי יוזמות מקומיות, אבל כעת נשים לזה קץ. יכולים למצוא כאן בירושלים בית חולים שיש לו מחלקה אורתופדית קטנה והיא עמוסה, ומחלקה פלסטית גדולה העושה ניתוחים פרטיים. זה מעוות. יש כמה וכמה דברים שהם נחלת העבר, אך לא פשוט לשנות אותם.

הייקור של בית החולים יאמיר עוד יותר בגלל המיכשור, בגלל האנטיביוטיקה. כאשר אנחנו מכניסים כל שנה תרופות אנטיביוטיות חדשות זה מעלה את ההוצאה ב-25%.

כל מה שאמרתי קודם לגבי מחלקות בתי החולים צריך לחול גם לגבי מחלקת ילדים, ואחז דוגמה: ב-1948, אחרי קום המדינה, קיבלנו בחל-השומר פקודה מבן-גוריון לפתוח מחלקת ילדים, למרות שזה היה בית חולים צבאי. כעבור זמן מה דוש שיבא, שהיה אז מנכ"ל משרד הבריאות, שנפתח עוד מחלקה, כי היו בעיות קשות ביותר של ילדי עולי תימן. לאחר מכן החחילה להתפתח הרפואה המונעת, נפתחו חתנות אם וילד עם אחיות לבריאות הציבור. במשך שנים היינו עמוסים, במחלקות הילדים, עם ילדים שסבלו משלשולים, אך במשך הזמן חיצו האחיות לבריאות הציבור את האמהות, הגענו לכך שמחסנים 95% מהילדים, ובמשך השנים יכולנו לסגור מחלקות ילדים. אני חושב שעכשיו מוחזקות מחלקות הילדים שלנו בבתי החולים במידה רבה בצורה מלאכותית על ידי הרופאים. כי מה הבעיה? אנחנו חייבים ללכת יותר ויותר מסביב לטיפול באשה ההרה, מסביב לילוד, לעשות את הכל על מנת שהלידה תהיה בזמן, וזה ניחן בעזרת מיכשור. צריך לפתוח חתנות להתפתחות הילד, חתנות העוקבות אחר התפתחותו בתקופה הראשונה. אלה לא חתנות לאם וילד, אשר הכוח המקצועי שנמצא בהן אינו מספיק למטרה זו.

מ. פרידמן: אפשר להכניס כוח אדם מתאים לחתנות לאם וילד.

פרופ' ב. פדה: חתנה להתפתחות הילד אפשר למצוא כאן בירושלים. היא נשענת על כל מחלקות הילדים בירושלים, על כל החתנות לאם וילד והמשין ומדויקה אותן כיצד לעשות את ההערכה, את המעקב, על מנת לראות מי יכול להמשיך ומי צריך לעבור לחתנה. עוד יותר: צוות מקצועי מן החתנה הזאת, שהיא חתנה מוכזית להתפתחות הילד, יוצא לאותם מקומות. אפשר לראות כאן בירושלים קבוצות של מומים שעוסקים בהם במיוחד: ילדים שנולדים עוורים, אפילו מונגולואידיים. יש קבוצה שמדריכים אותה עם ההורים - דבר שמשנה את גישת ההורים לילדם המפגור. הכוונה שלנו להקים רשת של חתנות כאלה בארץ, ויושבת כעת ועדה העושה חוכנית עבודה ארצית ביחס למספר החתנות ומיקומן.

בכל בית חולים שיש בו מחלקת ילדים צריכה להיות גם ניאונטולוגיה, כלומר תורת הילוד, כדי שמוקדם מאד נוכל לגלות אם התפתחות הילוד היא רגילה או לא. דברים אלה מפותחים מאד בלונדון גופה, במיוחד בסקוטלנד.

באשר לארצות אחרות: כאשר אני גומר לקרוא על מה שנעשה באנגליה בקשר לריאורגניזציה של שירותי הבריאות נדמה לי שאני קורא על מה שנעשה בארץ. אוחן הבעיות, אותם הקשיים של כוח אדם, של שירותים.

מ. גז: האם גם מסיקים את אותן המסקנות?

פרופ' ב. פדה: יש להם אולי יותר כסף, יש להם גם שירות בריאות לאומי, בעוד שאנחנו רק עומדים בפני ביטוח בריאות ממלכתי. אבל עם כל זאת קובע אחד המחנכים לבריאות הציבור באנגליה, שהשירותים לרפואה טובה הם ביחס הפוך, באזור מסויים, לצרכים של האוכלוסייה הנחונה אותה הם משרתים. הוא מדבר על אזורים של הכורים - בדומה למה שאמר חבר-הכנסת שמעוני בישיבה הקודמת - שבהם הצרכים הם גדולים מאד, בה בשעה שאספקת השירותים מצומצמת. מבחינה זו אנחנו בכל זאת במצב יותר טוב.

פרופ' ב. פדה:

לחבר-הכנסת ידיד: קיימות כבר חוכמות, בחלקן מאושרות, לנושאים של אישפוז, פסיכיאטריה, ונמצאות עשוי בהתהוות חוכמות אב לשירותים גריאטריים, כרוניים. עובדים גם על חוכמה אב ארצית למוכזי התפתחות הילד, שתיגמר תוך מספר חודשים. אנחנו הולכים לפי אזורים. לגבי אזור ירושלים כבר קבענו, עובדים עכשיו על אזור חיפה ואזור חל-אביב, אחר כך נצטרף את הכל לחוכמה אב ארצית. יהיה זה תהליך איטי, כי לא זו בלבד שאנחנו צריכים להסביר הסבר היטב ללקוח, לזה שנזקק לשירותים, אלא יהיה עלינו להסביר הסבר היטב גם לסגל הרפואי, שבתוכו יהיו מתנגדים הרבה יותר חריפים.

בבאר-שבע אנחנו הולכים לשילוב כל השירותים הרפואיים העצמאיים בשטח, ללא התחשבות בבעלות, כאשר בית הספר הרפואי יהיה המרכז לאספקת השירותים. ההוראה של הרופאים מן השנה הראשונה תחיל בקהילה, בפרופריה. שם תהיה הסדנה לכל אותם ועיונות שעליהם דיברתי. אם לא נצליח בזה, אני חוזה קטסטרופה.

א. נמיר: מתי זה יתבצע שם?

פרופ' ב. פדה:

בשנה הבאה מחילים ללמוד. יש ועדה - הבאנו אנשים טובים מחוץ-לארץ - העובדת על הקוריקולום. בוועדה איש התפתחות הילד והפסיכיאטריה של הגיל הצעיר, פרופ' סרניק.

א. נמיר:

האם בשיטה של הפקולטה הרפואי בבאר-שבע יהיה שילוב של מופאה בקהילה, טיפת-חלב והכנת הרופא?

הכל.

פרופ' ב. פדה:

יש לנו דוקומנט מעניין בנושא זה, שקיבלנו מפרופ' פריבס, ואפשר להמציא אותו לחברי הוועדה.

היו"ר ח. גרוסמן:

א. נמיר:

אני מבינה שרק בעוד 7 שנים ייצאו הרופאים הראשונים שילמדו בשיטה זו.

נכון, אבל השיטה הזאת תקרין על אחרים גם כן.

פרופ' ב. פדה:

היו"ר ח. גרוסמן:

בנגב הם ירגישו בכך מיד.

פרופ' ב. פדה:

לחבר-הכנסת דיציאן בקשר לרופאים עולים: זו אחת הבעיות הקשות שלנו. לכל ארץ יש רופאים משלה, שכולם מעור אחד: מקבלים אותו חינוך, אותה התמחות, אותה התקדמות. אנחנו מקבלים רופאים מאסכולות שונות, מהרגלים שונים ולא עושים מספיק על מנת שיעברו איזה שהוא כור היתוך. הרפואה ברוסיה, למשל, שונה שונה מוחלט ממה שאנחנו מלמדים בארץ, או מן המערכת המערבית, וכאשר אנחנו קולטים רופאים עולים מרוסיה, זה מסובך מאד. ברוסיה אין בית ספר אחד שמחנך רופא, אלא יש בית ספר לכירורגים, בית ספר לתרופואטיים, בית ספר לדיאגנוסטיקאים, בית ספר לרפואת ילדים, להיגיינה, לטקטולוגיה. יש שם עוד דבר שמקשה עלינו ביותר: אם מישהו רוצה לעבור ממקצוע למקצוע, הוא צריך לעבור קורס של ארבעה חודשים ואז הוא כבר מומחה לאותו מקצוע. מבחינת הרישוי הייתה לנו בעיה, ועד שהתמצאנו בכל זה עבר זמן. שנית - באים רופאי שיניים שהם רופאי לוגיסטיים. פשוט עשו הסבה, אבל אנחנו לא מכירים בזה. או שיש רופאי שיניים שפחאום הם רופאי אף, אוזן, גרון. היו לנו שני אנשים שהגיעו ברוסיה לדרגה גבוהה. אחד מהם היה דוצנט, מרצה בכיר ואחר כך פרופיסור, עמד בבחינות והחקבל במקצוע החדש, אך מבחינת החוק איננו יכולים לחת לו כאן רישוי.

העובדה שישנו קיטוב, שלשירות המרפאתי נכנסים עולים חדשים ולא ישואליים, בעוד שהישואליים מתרכזים בבתי החולים, מסייעת להגדלת הפער בין אלה לאלה. אנחנו מנסים כל דרך על מנת לצמצם את הפער הזה, אבל זה לא קל ולא פשוט. אחד המקצועות שהרופאים הצעירים שלנו אינם מוכנים לעסוק בו הוא - מחלות כרוניות וזיקנה. בחרנו 20 רופאים צעירים, עולים חדשים, נותנים להם קורס הסבה של שנה שלמה ונלמד אותם במגמות אלה.

ה. זיידל:

לגבי הרופאים עולים חדשים יש גם מקרים הפוכים: בא לארץ מנהל מחלקה מבית חולים קמוסקבה, והוא בא לאחר שהיו אצלו רופאים ישואליים שהציעו לו לבוא ארצה, והנה בעוד ששם הוא נחשב לאחד המומחים הגדולים, הרי כאן בארץ הוא לא יכול לקבל ניהול מחלקה או סגנות, ולזה מחכים הרופאים הישראלים.

היו"ר ח. גרוסמן:

זה קורה גם עם רופאים שבאים מבואנוס-אייזס.

אין ברוסיה בית ספר לרפואה כללית?

מ. גז:

יש.

פרופ' ב. פדה:

לחברת הכנסת נמיר בקשר לשיפוץ בתי חולים ישנים: כיום איננו יכולים להרשות לעצמנו לסגור בתי חולים באזור צפוף. שנית - זה לא נכון ששיפוץ עולה יותר מאשר בניה חדשה.

אביא לך בכתב את הסכום שהושקע בהדסה בתל-אביב.

א. נמיר:

פרופ' ב. פדה: אם בניית מיטה אחת עולה 350 אלף לירות, הרי כמה שלא נשקיע בשיפוץ לא נוכל להגיע לסכום כזה. בניה בסדר גודל של בית החולים הדסה זה עניין של 100 עד 120 מליון לירות, אם לא יותר.

אשר למרכזים לבריאות הנפש: אני חושב שאיננו ממהרים, אלא מפגרים. כאשר הייתם במרכז לבריאות הנפש ביפו הסביר לכם ד"ר קליינהאוז שישנם כבר נתונים, אך המחשב עדיין לא החזיר אותם. בינתיים קיבלנו את הנתונים ומהם מסתבר שבמשך זמן קצר הקטיף אזור הניקוז של יפו את ההזדקקות לבת-ים בשיעור של 70% ומעלה. השגנו את זה על ידי כך שהמרכז לבריאות הנפש עושה את הטיפול הראשוני באזור, במשפחה, שלא נהתן למחלה להתפתח; על ידי כך שעושים אנטיסטיפציה וחופסים מהר יותר מה יקרה; על ידי כך שנכנסים ורואים לא רק את הבעיה של החולה, אלא גם את מה שקורה מסביבו. לא כל המרכזים מוכרחים להיות במודל זה, יכול להיות המודל של בית החולים באשקלון, ששם יש מרכז לבריאות הנפש בחוף בית החולים. יש לו טיפול יום, יש לו טיפול מרפאתי, והוא יוצא לאשקלון, לקריית-גת, לשדרות, לנתיבות ולאשהדוד. זאת אומרת, המרכז משרת את האזור שלו ומכסה את כל האזור.

מה זאת אומרת יוצא?

היו"ר ח. גרוסמן:

פרופ' ב. פדה: הצוות יוצא לראות ולטפל, וראשית כל - להדריך את הצוותים המיוחדים במקומות כיצד לנהוג. יש דוגמה נוספת, שקיימת גם מחלקה לפסיכיאטריה חריפה, לאותם מקרים שפעם היה צריך לשלוח אותם רחוק, והיום בצורה מרוכזת אפשר לטפל בהם טיפול קבוצתי. ייתכנו בוודאי עוד מודלים. התוכנית הארצית מדברת על 20 מרכזים, כאשר חשבנו באישפוז על 2.8 מיטות לאלף נפש, וכיום אנחנו מדברים על 2.4 מיטות לאלף נפש. נראה לי שנוכל לרדת עוד יותר.

בקשר לסיעודיים: כמה מיטות תהיינה בחמש השנים הקרובות?

היו"ר ח. גרוסמן:

פרופ' ב. פדה: בפעם הבאה אוכל להביא את כל התוכנית. על כל פנים מתוך 1.3 מיטות לאלף נפש, יהיו 0.6

בבתי אבות.

האם מיטות אלה נכללות במספר של 3.3 מיטות לאלף נפש?

ח. שמעוני:

פרופ' ב. פדה: לא. 3.3 מתייחס למיטות כלליות, שאליהן נוספות 2.4 מיטות פסיכיאטריות לאלף נפש ו-1.3 מיטות

גריאטריות לאלף נפש.

אשר למינהל: דוד האמוכלים שלנו בבתי החולים ומקומות בריאות מזדקן והוא כבר לא יודע מינהל מודרני. אנחנו גם לא אטוקטיביים למקצוע זה, כי איננו נותנים משכורות טובות, בעוד שזו עבודה כפויית טובה. נוסף לזה, אין לנו בית ספר למינהל רפואי.

האם לא כדאי היה להקים בית ספר כזה?

א. נמיר:

פרופ' ב. פדה: בשנה הבאה ייפתח בבאר-שבע בית ספר כזה. יחר על כן: אשחקד קיימנו סדנה בקשר למינהל רפואי, בהשחתפות עשרה אנשים מטובי המינהל בעולם, ליבנו את הדברים והגענו למה שאנחנו רוצים. ראשית כל אנחנו רוצים מינהל מודרני; שנית - באותו בית ספר צריך לתח אוחן מגמות של התנספציות הרפואיות כפי שאנחנו חוזים אותן בעתיד, אחרת נחקל בקשיים. ייתכן שבזמן שנפתח את בית הספר נעשה עוד שני דברים, וכוךע אנחנו מבררים זאת: ייתכן שבחוף בתי הספר האוניברסיטאיים למינהל עסקים ניצור כיוון למינהל רפואי.

האם אותו אדם לא יהיה רופא?

היו"ר ח. גרוסמן:

הוא יכול להיות גם רופא, אבל אני מדבר על אמרכלים.

פרופ' ב. פדה:

דבר נוסף: בירושלים יש קבוצה אוניברסיטאית, בראשה פרופ' דרור, שהתארגנה במגמה לשפר את תדמית המינהל הממשלתי. חברת-הכנסת נמיר דיברה על מודעות לבעיה. אני זוכר שכאשר דיברתי בפני סטודנטים ישראלים באיטליה על מה שמצפה להם כאן בארץ הזכרתי גם את האפשרות של מינהל רפואי, ואז אמר לי אחד מהם: אתה מפלה אותנו לרעה. לישראלים הגרים בארץ חיתן כירורגיה, לנו אחת נותן מינהל.

האם אתם עומדים על כך שאנשי המינהל הרפואי יהיו רופאים?

י. בארי:

פרופ' ב. פדה:

לפי החוק, המנהל הכללי של משרד הבריאות לא חייב להיות רופא, אבל מנהל בית חולים חייב להיות רופא. בענין זה אין לנו ברירה. אני מכיר בסקנדינביה ובאנגליה מנהלי בתי חולים שאינם רופאים, אבל הם בוגרי אוניברסיטה במינהל רפואי. יש להם ראשי ענפים מקצועיים, שהם רופאים. יש לנו בעיות קשות מאד בקשר לזה, בעיקר כאשר מנהל בית החולים, שהוא רופא, איננו מתעסק ברפואה מעשית ואז מנהלי המחלקות מזלזלים בו. כאשר מנהל בית החולים הוא בעל מקצוע רפואי איזה שהוא עמדתו יותר חזקה. מכל מקום יש באמת צורך במינהל רפואי, ואנחנו חשים בזה יום יום. באנגליה, כאמור, הם עומדים עכשיו בריאורגניזציה, ובאחד המאמרים שקראתי מגיע בעל המאמר, מתוך אנליזה של הדברים, לכך שהמנהלנים אינם ברמה גבוהה, והוא מוסיף: מה אפשר לדרוש מאדם שמשכורתו 2,000 לירות שטרלינג לשנה? ברור שלא הטובים יבואו לעבודה זו.

לגבי הליכת רופאים למקומות שונים: זו בעיה קשה עולמית. קראתי לא מזמן, שבחור שסיים רפואה בבולגריה ונדרש לצאת לספק, עבר למצרות ונשאר בעיר. בשנים הבאות המצב שלנו יוטב, כי נעזר על ידי העתודאים של צה"ל. העתודאים חייבים שלוש שנות שירות והם יעשו שירות זה במקומות ספר שונים. חזינו את זה לפני שמונה שנים, ואז במחזור הגדלנו בבית הספר לרפואה את העתודה האקדמאית. ישנה עתודה אקדמאית גדולה, אך השאלה מה יהיה סדר הכוחות וכמה מהם יקח צה"ל.

השאלה אם לספר צריך לשלוח סטז'ר.

היו"ר ח. גרוסמן:

אלה לא סטז'רים, אלא רופאים לאחר גמר הסטז'ר.

פרופ' ב. פדה:

לשאלת האחיות אינני נכנס. אני מוכן שנקיים דיון, ואביא את חסיה גור-אריה.

לחברת-הכנסת גז שדיברה על החוברת שהוצאנו לקראת ימות הקיץ: כבר דיברתי על הנושא של השלשולים והחיסונים. בענין זה אנחנו באמת נמצאים במצב לא טוב. לא אגיד שלא עשינו די, אבל אולי עשינו לא נכון. זו צריכה להיות פעולה מתמדת של חינוך, ובנושא זה איננו נעזרים על ידי העתונות והטלביזיה. אחן דוגמה: הוצאנו תקנות חדשות רבות עד למאד בקשר לבתי אוכל. פנינו לעתונות שיפרסמו את זה ברוח חיובית, והתשובה הייתה: איזה ענין יש בזה? אבל כאשר יש אפידמיה של שלשול מיד כותבים על כך בעתון כעל סנסציה. אנחנו מעבדים עכשיו תוכנית של מלחמה גדולה ועקבית נגד שלשולים, וכאשר החקנות ייכנסו לחוקף נסחער על הענין.

אבל כאן אנחנו שוב מגיעים לשאלה: מי יפקח? התברואנים גם הם מזדקנים. בית הספר לתברואנים אינו מושך אנשים טובים, אבל גם פה נעשתה עכשיו פעולה גדולה. סיכמנו השנה עם "אורט" שבשנת הלימודים הבאה פותחים קורס להנדסאי סביבה, שזה לא רק תברואה. יהיה זה קורס תלח-שנתי במימון משותף שלנו ושל "אורט". בגמר הקורס הם יקבלו תואר, יקבלו משכורת אחת, וגם זה ימשוך כוח אדם אחר מזה שהיה בבית הספר לתברואנים.

קורס נוסף שמחליל בבית ספר להנדסאים בטכניון בשיחוף-הטכניון ומשרד העבודה הוא קורס למיכשור רפואי. אנחנו רוצים שיהיו הנדסאי רפואה שיוכלו לעבוד באותן מחלקות מתוחכמות כמו כליה מלאכותיות ולא רק יעסקו בטיפול במכשירים אלקטרוניים. כלומר, שימלאו גם תפקידים שכיום עושה האחות במחלקות אלה. במוצת הזמן נוכל להתאים לכך את הקוריקולום.

היו"ר ח. גרוסמן:

באחת הישיבות הבאות נשמע את המשך התשובות.