

## פרוטוקול מס' 23

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים  
יום ג', כ"א בסיון תשל"ד - 11.6.74, שעה 11.00

נכחו:

ח. גרוסמן - היו"ר	<u>חברי הוועדה:</u>
י. בארי	
ס. גז	
ס. דרובלס	
ס. חריש	
ל. דיציאן	
ת. זיאד	
ה. זיידל	
ס. ידיד	
א. נמיר	
ס. פרידמן	
ח. שמעוני	

פרופ' ג. פדה - סנכ"ל משרד הבריאות	<u>מוזמנים:</u>
ש. הבר - סנכ"ל משרד הבריאות	

מזכירת הוועדה: ש. כרם

רשמה: ז. ספרן

סדר היום: א. תשובות סנכ"ל משרד הבריאות פרופ' ג. פדה לשאלות חברי הוועדה בעקבות סקירת שר הבריאות על מדיניות משרדו.

ב. דיון הוועדה בתקציב משרד הבריאות.

885

(נתקבל ביום 17.6.74)

י"ר ח. גרונמן:

אני פותחת את השיבה.

תשובות מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' ב. פדה לשאלות חברי הוועדה בעקבות סקירת שר הבריאות על מדיניות משרדו

גרופ' ב. פדה:  
על ידי חבר-הכנסת דרובלס הועלתה השאלה באיזו מידה השפיעה המלחמה על אישפוז. המלחמה השפיעה ישירות על צמצום האפשרויות, ואולי בהקשר לכך דאי לתת סקירה על מה שנשאר לנו מבחינת הבעיות הקשות ביותר: נפגעי פנים שנשארו בטיפול - 142; נזק בעצבים פריפריים - 300; יחד עם פגיעות ידים מגיע המספר ל-500; פגיעות בפרקים שבהם יש צורך לשיקום חוזר - 60; פגיעות משולבות - 60; נפגעי מוח - 68; נפגעי צמוד הסדרה ששתים גזיהם משותקות - 34; שיתוק כל ארבע הגפיים - 7; פוריות - 265. כל מקרים האלה דורשים טיפול ושיקום. למשל, יש לעשות רקונסטרוקציה של ידים ב-300 איש - דבר המצריך 1,500 ניתוחים חוזרים. הוא הדין גם ביחס לפרקליים המשותקים, הנשארים במחלקה תקופה ארוכה עד למאד.

הפעולה השיקומית הזאת צמצמה לנו את אפשרויות, את הטיפות וגם את הדרג הניתוח ב-700 טיפות בערך.

דיציאן: כמה זה באחוזים?

גרופ' ב. פדה:  
אינני יודע, אבל זה הרבה, כי היינו צריכים לקחת מחלקות שבהם היינו יכולים לאשפז מקרים פנימיים כדי להגדיל את המחלקות הכירורגיות. יתר על כן: זה תופש את שתי הדרגות הניתוחים, אמנם לא בכל המערך האישיפוזי אלא רק למרבזים מטויימים, כי רק מרכזים אלה הם שעושים את הפעולות המאד נורכרות.

היתה שאלה בקשר לטיפולים במקומות וטניים. אנחנו מודעים לבעיה זו, המתקשרת עם כל אותם הקונצפטים שדיברתי עליהם בפעם הקודמת, שהיום כל בעיה דורשת התערבות של בעל מקצוע. אנחנו צואפים לכך שלמקומות פרותקים - לא בכל מקום, אך במרכזים באותם מקומות - יצאו מומחים. הוזכרה הבעיה של קרית-שמונה. בקרית-שמונה יש לנו חלקים ול מרכז בריאות. אנחנו עומדים להקים מרכז בריאות ששללל, אך בינתיים נפעילים חלק מהפונקציות שלו על סנת שהדברים הללו ייכנסו לסלול יותר טוב. קבענו איש מיוחד מטעם המשרד - איש צוב שהוכיח את עצמו, סגן אלוף יולב, שהיה רופא פיקודי בפיקוד הדרום במלחמת יום הכיפורים - שהוא יהיה אחראי לריכוז. ולהפעלת כל השירותים האלה. תוך מספר שבועות נראה כיצד יענין פועל, כאשר המרכז הזה יהיה קשור לבית החולים בצפת ומשם ירדו ווטחים אל המרכז. חלק מבעלי המקצוע גם ישארו במקום. ברור שתשאונה בעיות ושות שלא נוכל לפתור אותן, אך זוהי הדרך הטובה ביותר.

ביחס לבית החולים במבצר עכו: אנחנו נוטדים לעשות הכל על סנת לגמור את בית החולים האחר, על סנת לשחרר את בית החולים במבצר עכו.

בקשר לשביטה בהדסה: למעשה השביטה ידחתה, מכיוון שעם בואה של הנהלת נשות הדסה ידון נושא זה ואולי ימצאו את הדרך הנכונה.

חבר-הכנסת דיציאן שאל אם משרד הבריאות יצה"ל משתתפים בכוח אדם. כידוע לצה"ל אין בתי חולים משלו והאישיפוזים יתניים באמצעות בתי חולים ממלתיים, ובבאר-שבע גם באמצעות בית החולים של קופת-חולים. התסורה ניתנת על ידי כך שצה"ל מכניס לשם כוח אדם מקצועי - ורבה וקבע, הן רופאים, הן אחיות והן בעלי מקצוע אחרים. בנוסף לכך משלמים עבור מה שנקרא - הוטל סרוויס, כלומר - מיטה, כניפה, מזון ושירותים אחרים. זמן שלום הענין מסודר במסגרת ההסכם הזה; בזמן מלחמה, כאשר כל המערך וגויים, משלם משרד הבטחון את ההוצאות לפי מפתח מסויים בכל המוסדות ואישפוז ואפילו עבור מיטות שהיו ריקות. אין משרד הבטחון משתתף בתקציב הפיתוח, אלא אם כן יש מקרים מיוחדים או דברים מיוחדים שאגף השיקום ועונין לפתח אותם.

פרופ' ג. פדה:

חבר-הכנסת דיציאן ויבר על מחלקות  
פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. זוהי אחת הקהותפתחיות המעניניות והגדולות  
ביותר בדפואה הסודרנית, והמדובר בחולים שבהחלט יכולים להיות בסוד  
פתוח. העובדה שהגענו להכרה לא לכלוא אנשים בסודות לחולי נפש מן הסוג  
הקודם היא לבדכה ולתועלת גם לחולה וגם לרופא. הפסיכיאטריה עברה  
תהליך הפוך מזה של הרפואה הכללית. בעבר היה רופא אחד יכול לספל במאה  
חולים. היו אוספים אותם בחדר אחד, מזריקים להם אינסולין, ולאחר שהיו  
סאבדים את ההכרה היה הרופא נכנס ורואה אותם בפרפור, ולאחר שהתעוררו  
לא ידעו מה קרה איתם. היתה זו תמונה מדכאה. הפסיכיאטר של היום, לעומת  
זאת, ניגש בגישה אינדיבידואלית לכל חולה וחולה. אני מציע לכם להיכנס  
למחלקה בעת הטיפול הקבוצתי, לראות את הסדר, לראות שאינם לובשים בגדים  
עם סימני היכר מיוחדים ולראות גם איך הם יושבים ספוזרים בין כל החולים  
כאשר קשה להכיר מי הוא מי. זה הרבה יותר אנושי מהתמונה הקודמת.

היתה שאלה בקשר לתקציב הפיתוח, בקשר  
לבית החולים על שם שיבא הנבנה כל כך הרבה שנים. בפעם הקודמת הבאתי את  
חברת מאנגליה בה הביאו כתבה על בית חולים חדש בפירטינגהם שתוכנן במשך  
10 שנים ונבנה במשך 5 שנים. בארצות-הברית התכנון אורך שנים רבות,  
הבניה לא הרבה יותר קצרה. אנחנו לא הגענו למצב זה. אנחנו גם כן יכולים  
להיות עיכובים, לא של הנדסה, לא של ארדיכלות, אלא כתוצאה מהקפאת בניה  
או כתוצאה מיחסים עם מע"צ. על כל פנים בבית החולים שיבא יש כבר היום  
חלקים גדולים מאד שהם בנויים על תילם: מחלקת הילדים, חלק ממחלקת השיקום,  
מחלקת היולדות. בבית החולים החדש שנבנה יופעלו כבר באמצע 1975 חדרים  
ניתוח חדשים. זאת אומרת, הבניה נעשית בצורה נזאת שאפשר יהיה להפעיל  
את בית החולים שלבים שלבים, כאשר בסוף 1976 יפעלו כבר כל המעבדות  
והשירותים, אך יחסר מגדל האישפוז, המתרופם לחמש-שש קומות ושנבנית  
תיקח עוד מספר שנים. כלומר, כל בית החולים יפעל במלואו לקראת ראשית  
1978, אבל חלקים ממנו יפעלו כבר החל מעוד שנה.

ביחס לביתנים: הכוונה לשפץ את  
הביתנים הישנים בצורה כזאת שנוכל באופן מדולל לנצל אותם לכל האלמנטים  
שאינן להם סידורים מיוחדים: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, מחלקות לסייעוריים,  
מחלקה אחת לקשישים - שמקבלת עכשיו שיפוז והרחבה של הביתן - וליד זה  
תהיה מחלקה סיעודית חדשה לגמרי. אלה הם אלמנטים שאפשר לראותם אותם  
ככמעט חדשים ולא בישישים משופצים.

בתכנון בית החולים יש גם תכנון  
לבית חולים קטן בשיתוף עם הצבא - לכן יהיה פה גם פיתוח של מסדר הבטחון  
וזה"ל - שיהיה סיעוד לטיפול טרובה. הכוונה היא שלאותו מקום ייכנסו  
בעלי מקצוע ספציפיים הצריכים לספל באדם בכללותו. היום, בגלל הפיצול  
הגדול במוסדות, עשוי לקרות שהפגיעה המרשימה של אדם שנפגע בתאונת דרכים  
היא בגולגולת, ואז קוראים רק למוסחה לניתוחי ראש, בה בשעה שיש לו גם  
פגיעה בטחול. הדעה היא איפוא שאסור ללכת לפיצול, אלא יש להגיע לצורת  
מולטידיסציפלינרי על מנת שלא יחטיו שום פגיעה באדם ואפילו אם אין לה  
סימן חיצוני. זה גם יהיה המקום שבו הסגל של זה"ל, הרופאים הצעירים,  
יקבלו את ההדרכה בשטח הטיפול בפגיעי תאונות. המכרז מוצא עכשיו, והכל  
יחד, עם הציוד, יעלה כ-20 מליון לירות ואולי אף יותר. תוך השנה יתחילו  
לבנות את המקום, תוך שנתיים וחצי אנחנו רוצים לסיים אותו.

א. גמיר:

האם תהיינה אחרות?

פרופ' ג. פדה:

יעברו שם ביחוד אחרות מנהיגות.

א. גמיר:

האם הן כבר מקבלות הכשרה?

פרופ' ג. פדה:

נתחיל סוקדם מאד להכשיר אותן. קיבלתי  
עכשיו מכתב מבריסקול, מבית החולים  
"אמרג'נסי הוספיטל", מאחות שהכניסה לבית החולים את השירות המסייע,  
והיא מציעה את עצמה להכשיר את כוח האדם, אך מוכנה לקבל את האנשים על מנת  
שילמדו זאת. אנחנו ננצל את השירותים האלה. יעברו שם בעיקר חובשים,  
והרבה חובשים, וכרגע אנחנו מתחילים ללמד סכנאים או הנדסאים, הן למכשור,  
הן לאלקטרוניקה והן לטיפול. בשנה זאת יתחיל קורס ראשון בטכניון ויש כבר  
רישום של מועמדים רבים. אנחנו חושבים לעבוד במחלקה זו ליותר ויותר  
הנדסאים.

פרופ' ב. פדה:

היתה שאלה אם התרומות ניתנות ליעד מסויים או שהן מהוות חלק מהתקציב. התרומות ניתנות בדרך כלל ליעד מסויים, לתרומות מסויים, אבל כיוון שהן מהוות רק חלק קטן של התרומות ורק כל התרומות הן חלק נכבד מאד מהעלות או מן ההוצאות שלנו לבניה, הן נכנסות בחישוב התקציב הכללי של משרד הבריאות בפיתוח ובבניה.

לשאלה בדבר מחסור או עודף של דופאים. שר הבריאות הרחיב מאד בקשר לסקרים השונים שנעשו. היו ארבעה סקרים: שני סקרים המדברים על עודף של דופאים ב-1981, אחד מדבר על עודף של 500 דופאים, השני - על עודף של 1,400 דופאים. סקר שלישי אומר כי המצב יהיה פחות או יותר מאוזן. סקר רביעי מדבר על כך שיהיה מחסור. השאלה היתה אם מחקר זה מתייחס לחלוקה מקצועית. דווקא סקר זה של ד"ר פיזס מאוניברסיטת תל-אביב בדק את המצב במקצועות למיניהם ולאור בדיקה זו לפני מקצועות הגיע למסקנה שיהיה מחסור בדופאים. אנחנו רוצים להגיע לכך שכל הנושא של בחירת מקצוע יהיה מתוכנן ומכוון. כי עכשיו, כאשר מטאז'ר גוסר את תקופת הפטאז' שלו וחושב על בחירת מקצוע, הוא בוחר אותו בדרך כלל בהתאם להתרשמותו מן המורה שלו או בהתאם לחוץ מלדיו והבחירה אינה מעוגנת בצרכים שלנו. המגמה שלנו היא לעשות ניבוי צרכים ולספק לכל מטאז'ר אינפורמציה מה עומד לרשותו מבחינת אפשרויות ההתמחות, מה תחזיות העסקה לאחר שיגמור את התמחותו. אני מקווה שכאשר נגיע לכך יהיה גם ויכוח טוב יותר ביחוד במקצועות הקריטיים, שהם: רנטגן-תדפוס, פתולוגיה, הרדמה, מחלקות פנימיות, פסיכיאטריה. נוכל לכוון אנשים למקצועות אלה גם על ידי עידוד. בפסיכיאטריה יש לנו תוכנית של מלגות, יש לנו פרוגרמה של התמחות בתנאים שמעל ומעבר לתקן. זאת אומרת, אם ניתן לדופא להתמחות בתנאים יותר טובים דווקא בשטח זה של פסיכיאטריה שבו יש מחסור בכוח אדם, נוכל לעודד אנשים ולהעביר אותם בקלות למקצוע זה.

בקשר לתקנים בבתי החולים: בענין זה אין גבול, אבל נעשה רבות. המועצה המדעית של הסתדרות הרופאים היא הקבלן להתמחות מבחינת החוק. היא הדואגת לקבוע את הקוריקולום, היא העוקבת אחר ההתמחות וכאשר הם ממליצים בפני המנהל הכללי של משרד הבריאות על מתן מוסמחיות, המוסמחיות ניתנת. המועצה הזאת היא שקובעת את כל אותן המחלקות הכסודות לתת התמחות בבתי החולים, היא שגם קבעה תקן מינימלי לגבי מחלקה שתהיה כשרה, בשלושה השנים האחרונות יכלאו את התקנים במחלקות כאלה על מנת לענות על הדרישות של המועצה המדעית והוספנו 150 תקנים בבתי חולים ממשלתיים בלבד. על מנת להגביר את התפוקה במרפאות החוץ יש צורך - וזאת לפי סקרים שנעשו - בתוספת של 75 תקנים. מטפרי תקנים זה יינתן לבתי החולים במשך שנתיים. אפשר לומר איפוא שבבחינה זו יש בהחלט התקדמות, אך קיים תמיד הקושי של החלוקה המאוזנת על פני כל הארץ.

היתה שאלה בקשר למשא ומתן החדש עם ההסתדרות הרפואית. לפי כל התחזיות נגמור השנה בלי שביתות. כך על כל פנים אני מקווה.

חבר-הכנסת בארי שאל אם לארבעים השעות שעובדות האחיות יש השפעה. אינני חושב שאנחנו יכולים לראות את ההשפעה כבר עכשיו, כי בקיץ בדרך כלל היו שעות העבודה של האחיות מקוצרות. בסוף הקיץ, בראשית הכתיו נראה מה המצב ואין ספק שנגמור להוסיף תקנים, מה גם שאחיות רבות הגיעו כבר לגיל 40.

חבר-הכנסת בארי טען כי הסכום המיועד למעבדה לזיהום ארויר הוא קטן. בתחום זה יש לנו דרישה של סליון והצי לירות, ולאקולוגיה - עוד 400 אלף לירות, המיועדות לאותו סכום למחקר שאנחנו מקימים יחד עם אוניברסיטת תל-אביב. אנחנו עומדים עכשיו במשא ומתן עם שני מוסדות להשכלה גבוהה - עם האוניברסיטה העברית בירושלים ועם אוניברסיטת חיפה, על מנת להעזר בהם, תמורת השתתפות שלנו הן בנושאים פוניטוריים והן בנושאי מחקר בשטח זה.

אשר לסענה שבמעבדה לזיהום ארויר חסר ציוד: יש לנו תוכנית רב-שנתית בקשר להצטיידות, וחלק גדול של הציוד המחקרי יגיע למעבדות החדשות. אני מקווה שבגמור את המעבדה באוניברסיטת תל-אביב, המיועדת למחקר בתחום זיהום הארויר, הקרינה ובריאות העובד - היא כבר במצב מתקדם - ונתחיל לעבוד בה עוד השנה. מעבדת מחקר זו תהיה מצויידת בהלכה ומבחינה זו לא יהיה כל קושי.

י. בארי:  
האם יוכלו לבצע את הסדירות בשטח?  
היום באים אנשים האחראים על העבודה  
ואומרים שחם כוח אדם, חם ציוד ומכשור כדי לבצע את הסדירות בשטח.

פרופ' ג. פדה:  
כיום אנחנו מחייבים כל מפעל שמתחיל  
לפעול לרכוש גם את הציוד. כך יהיה  
באשדוד ברדינג, כך ב"שמשון" וב"מכתשים". כמו כן יהיה ציוד לצורך סדירות  
בשטח באוניברסיטה העברית שתשרת ענין זה, כולל מחקרים, והוא הדין בחיפה.  
הסכום המופיע בלשכות הוא לאותם דברים שחמרים בכלל, והיה אם יתברר שחם  
כסף לצורך רכישה, לא תהיה בעיה. כללית אני צריך להגיד שהלוואי והיינו  
מתחילים בענין זה הרבה יותר מוקדם, כי אנחנו נמצאים בפיגור. ככל שהיינו  
מקדימים את הפעולות היינו חוסכים יותר. לפי החשבון כל הנושא של סיהור  
יטה של תל-אביב יהיה מוכן עוד שבוע-שמונה או עשר שנים. אנחנו נמצאים כיום  
במצב מתקדם מבחינת תכנון מכון הסיהור המכני, שבנייתו תארך כ-7 שנים.

לטענה על אי ניצולו של ציוד יקר:  
אנחנו מודעים לבעיה זו. היתה תקופה שדיברנו על כך שזוואר הבקבוק הוא  
בית החולים ואמרנו שאם נצליח להתגבר על כל מערכת הבדיקות, נוכל להקטין  
את ימי השהיה של החולים. אפשר להגיד שבבתי החולים המרכזיים ביחוד, אך  
גם בבתי חולים קטנים יותר, אנחנו מגיעים לפתרון הבעיות מבחינת בדיקות  
המעבדה בדרך של אוטו-אנליזט, היכול לעשות בבת אחת בין 12 ל-20 בדיקות.  
גם לספירת דם יש מכונות אוטומטיות. בבית חולים גדול יכולות מכונות  
אלה לענות על הצרכים וגם לשרת את הסביבה. מבחינת המעבדה מקטין מכשור  
זה את הצורך בכוח אדם. אנחנו נמצאים כיום במצב שאין לנו יכולת להעסיק  
מספר גדול של עולים מרוסיה שהם עובדי מעבדה ולולא המכשירים האלה היינו  
יכולים למצוא להם תעסוקה, אך בכל זאת מהווים המכשירים פתרון טוב.

ל. ריזיאן:  
האם זה חל גם על דנטגן?

פרופ' ג. פדה:  
מבחינת הדנטגן לא המכשור הוא הבעיה  
אלא שכנאי הדנטגן. שעות עבודתו של  
מי שעוסק בדנטגן הן מקוצרות בגלל הסכנה, אך למעשה זוהי ירושה של תקופה  
קודמת, כי כיום לא קיים סיכון. הסכנות החדשות אינן מסכנות. על ידי בטי  
הספר לטכנאי דנטגן אנחנו מספקים את הצרכים, מכסים את השירותים בתורנויות,  
וכראש וראשונה על ידי תלמידי בית הספר, כאשר אחד הבכירים ששגיח. אבל  
המדובר הוא במכונות הרבה יותר משוכללות שלשם הפעלתן דרושים בעלי מקצוע  
ברמה גבוהה. אלה אינם מסכימים להישאר, כי מה שאנחנו יכולים להציע להם  
הוא אירק פרגמנט קטן פמה שיכול להציע להם מכון פרטי. פכאן נובעים הקשיים.

אחת הבעיות שאנחנו עומדים בפניהן  
היא ניצול חדרי ניתוח במספרת וחצי. יש תוכנית להפעיל צוות וחצי על שני  
חדרי ניתוח. מכיוון שהזמן שמבזבז הצוות בין ניתוח לניתוח הוא יקר, יש  
תוכנית שצוות יעבוד בשני חדרי ניתוח. כאשר הוא מסיים ניתוח אחד, הוא  
יוצא מיד לחדר ניתוח שני. לפני שבוע ישבתי עם אנשי תל-השומר על סנת  
להגדיל את תפוקת הניתוחים במחלקת ניתוח לב פתוח. מסתבר שאין קושי  
לסמן תוספת של 10 אחיות, כפי שדורשים, אבל אין אחיות. הבעיה היא שלכך  
דרושות אחיות בעלות רמה מקצועית מסויימת. אנחנו עושים מאמצים כדי לאפשר  
את הדבר באותם בתי חולים ששם הוא חיוני, ועל ידי כך שנגדיל את התפוקה  
נקטין את התורים. יכול מאד להיות שטכנאי חדרי ניתוח או הנדסאי רפואה  
או ביו-רפואה שיהיו במחלקות לטיפול נמרץ באוטם שריר הלב, או בדיאליזה,  
או בחדר ניתוח או במחלקות מיוחדות ששם יש מכשור אלקטרוני משוכלל,  
יוכלו להחליף אחיות ולאט לאט נוכל להגדיל את הפרסונל הגברי, שישלים  
את האחיות ויגדיל על ידי כך את התפוקה.

חבר-הכנסת זיאר שאל על ההוצאה לבריאות  
מן הת"ג. ההוצאה היא גבוהה מאד. אנחנו נמצאים בין הארצות שמוציאות  
הרבה מאד. אנחנו מתקרבים לארצות המערביות. ההוצאה לבריאות על גלגולת  
מהתוצר הלאומי היא 5.6%, מתקרבת ל-6%, וזה הרבה מאד. יכול להיות שאיננו  
מוציאים את הסכום בצורה נכונה וייתכן שאפשר היה לעשות באותו סכום הרבה  
יותר. אבל ההוצאה כשלעצמה היא גדולה.

מ. זיאר:  
השאלה היתה על האחוז מהתקציב.

פרופ' ג. פדה:  
האחוז אינו מבטא. בשנה זו אנחנו עשויים  
להגיע ל-3.5 מליארד לירות הוצאה לבריאות  
בלבד, כאשר זה מכסה את כל הסקטורים, למעט הצריכה הפרטית. זה הרבה מאד.

רופ' ב. פדה:

מ אנחנו אומרים שיש תוספת של 0.2, 0.3 מיטות לאלף נפש, זו תוספת  
נמוכה.

נמיר:

אז העלינו את הנושא של חלוקת התוספת הזאת  
ואת מצוקת המיטות. יש מקומות שהמצב קשה ביותר.  
סטטיסטיקה היא נהדרת, אבל המצב די גרוע. אולי בכל זאת אתה יכול  
לחייסם בחכנון של משרד הבריאות לנקודות המוקד.

רופ' ב. פדה:

ניקח את אזור תל-אביב שהוא הקשה ביותר.  
באזור זה אנחנו נמצאים כיום בבניה של כ-  
2,000 מיטות. לפי התכנון יפעל בעוד שנתיים וחצי בית החולים בתל-גיבורים.  
תוח או יותר באותו זמן יפעל גם בית החולים אייזנברג ביפו. קיצרנו  
אך את תקופת התכנון בשנה וחצי, וכמו כן תקוצר תקופת הבניה בשנתיים  
הנה, כי בונים את בית החולים הזה בקונסטרוקציה ברזל. כל הברזל נמצא  
רץ ואת הכלונסאות מכינה "כור". גם צורת הבנין היא אחרת. השירותים  
א יהיו מפוזרים על פני כל הבנין, אלא יהיו קומות שירותים וזה מאפשר  
תור להחזיל להפעיל חלקית את בית החולים. בתל-גיבורים נמצאים כבר במצב  
ציה מחקדם ומגדל האישפוז רץ. עושים כרגע בדיקה להפעיל אותו טרם שיגמור  
בית החולים. העיכוב היחיד יכול להיות במבני הכוח וההשמל שהתחילו  
בנות אותם. אותו הדבר גם במרכז הרפואי הגדול בתל-אביב, מרכז סורסקי.  
מ הוא במצב של החקדמות בניה - לפי האינפורמציה שקיבלתי אתמול -  
חקדמות משביעה רצון.

אנחנו עושים עוד כמה דברים: באיכילוב הוסיפו  
2 מיטות. מהן 8 לטיפול נמוך בלב.

נמיר: האם כולם נפתחו?

רופ' ב. פדה:

כל ה-8 נפתחו. 16 מיטות אחרות לבינוניים.  
הכוונה למקרים שאדם שיש לו אינפקט נמצא  
מחלקה 3 ימים, ולאחר מכן כשהוא יכול לעזוב הוא נכנס למחלקת ביניים  
יו ועל ידי כך הוא מוריץ את הלחץ במחלקות הפנימיות. 16 מיטות אלה צריכות  
יפתח בקרוב.

נמיר: מה זה בקרוב?

רופ' ב. פדה:

חודש-שישה שבועות.

אנחנו גומרים באיכילוב בניה של מחלקה בח  
51 מיטות בבניה מחועשת. בבית החולים הממשלתי ביפו תקום עוד מחלקה  
זל 25 מיטות; 6 מיטות לדיאליזה. כל זה צריך לתח הקלה פוזחא.

ידיד:

השאלה באיזו מידה מותאם לבניה גם כוח אדם.

רופ' ב. פדה:

לא אחייסם לאחיות, כי סיכמנו שנושא יבוא לדיון  
רחב ולא מקוטע.

נמיר:

אבל דחוף.

רופ' ב. פדה:

מצדי לא יהיה עיכוב. כאשר נדון בנושא זה,  
אביא את מחלקת האחיות וכל מי שעוסק בנושא זה,  
ל מנת שתקבלו את החחושה שהמצב לא לגמרי נואש.

ידיד:

פרט לאחיות, האם יש לכם כוח אדם?

נמיר:

הבעיה היא אחיות.

רופ' ב. פדה:

ביחס לשירותי בריאות בכפרי המיעוטים. סגן השר  
המנוח עבדול עזיז זועבי השקיע בנושא זה הרבה  
ד מחשבה והרבה מאד פעולות ויש תוכנית מלאה להקמת לאו דווקא מרכזי  
ריאות - גם מרכזי בריאות - אלא ביחוד מופאות ותחנות לאם ולילד. הבעיה  
גדולה היא שוב כוח אדם. גם כאן אני צריך להזכיר את סגן שר הבריאות  
מנוח זועבי שהתאמץ וגם הגיע לכך ששני קורסים לאחיות מעשיות מתנהלים  
כשני בשני מקומות: בנהריה ובשען-מנשה. אנשי הכפרים טכנימו לשלוח בנות  
קורסים בשני תנאים: 1. שהבנות לא ילוננו בבית החולים; 2. כאשר יסיימו  
ת הקורס, נדאג להם לסידור בכל שטח רפואי, אבל לא בבית חולים. הסכמנו  
נאים אלה וכרגע לומדות בקורסים 60 בנות מן הכפרים. בגלל התנאי השני יש

פרופ' ב. פדה:

לנו מגבלה מבחינת סידור הבנות. אני הייתי פונה לחבר-הכנסת זיאד וסייע בידינו להביא בנוח מן הכפרים ללימוד של סיעוד, אבל ללא כל תנאי. זה היה חבר-הכנסת זיאד עושה דבר גדול. אנחנו שוכנים לעמוד בתנאי הראשון, שהבנות לא חלונה בחוץ, אבל עליהן להסכים לעבוד בכל מקום זאליו ישלחו.

בקשר לאפליה בקבלת סטודנטים: שמעתי זאת גם אסטודנטים יהודיים. אם יש לנו בבתי הספר לרפואה בארץ 250 מקומות שאליהם רוצים להיכנס כ-1,000 מועמדים לפחות, ברור שיש איזו שהיא דרך של סלקציה, והסלקציה נעשית לפי קריטריונים מסויימים והתחרויות. אני מכיר את הבעיה של הסטודנטים מקרוב ואף מסייע לכל מי שאני יכול. יש לנו בחורים שקיבלו הכנה - והם צריכים הכנה - הגיעו להישגים טובים וגם נחקבלו. אני צריך להגיד שהרופאים הערביים שסיימו את לימודי הרפואה נדבקו מהר מעמיתיהם היהודים, וחופעה זו של חוסר רצון לשוב לכפרים שלהם או לעזור להם היא בדיוק כמו אצל הבחורים היהודים. אני מכיר אותם מקרוב: למעט אחד או שניים נמצאים רובם בבתי החולים. בבילנסון נמצא בחור נפלא במחלקה הכירורגית; בבית החולים רוטשילד יש קרדיולוג נפלא, וכן במקומות אחרים. אפילו בנצרת יש בחורים רופאים מצויינים העוסקים בפוקטיקה פרטית ואינם ששים ללכת לאותם מקומות שנוכחותם נחוצה.

זה חלוי במצב הכפרים הערביים.

ת. זיאד:

אני מכיר בחור משבט בדווי שגמר רפואה, וצה לחזור לשבט שלו ועכשיו הוא עובד באזור באר-שבוע ועושה עבודה מצויינת.

פרופ' ב. פדה:

כמה סטודנטים ערביים מתקבלים כל שנה?

ת. זיאד:

באחוז גבוה יותר מאשר היהודים. את המספר המדוייק אבור ואודיע לך.

פרופ' ב. פדה:

מה על מרכז הבריאות באום-אל-פחם?

ה. זיידל:

הוא ייבנה. יש שם קשיים טכניים מבחינת מע"צ והרשות המקומית. אנחנו נתגבר על זה.

פרופ' ב. פדה:

גם בכפרים אחרים יש קשיים טכניים.

ת. זיאד:

לא. יש רשימה שלמה של מרפאות שנבנות.

פרופ' ב. פדה:

חשלתו את הרשימה לחבר-הכנסת זיאד.

היו"ר ח. גרוסמן:

אישית אני לא מרוצה מכל השיטה של קבלת סטודנטים לבית הספר לרפואה, אבל אין באמתחתי הצעה טובה יותר. נוסף לכך אינני מאושר משיטת הלימוד בבתי הספר ואני חושב שהיא צריכה היתה להיות אחרת. יכול להיות שנגיע לכך בבית הספר בבאר-שבוע, ודיברתי עליו בפעם הקודמת.

חבר-הכנסת שמעוני שאל בקשר להכשרת כוח אדם למקומות מרוחקים. עשינו בענין זה, אנחנו עושים ונעשה. אבל יש כאן דבר מעניין: בחוזה שחותמים עם מי שנותנים לו מילגה יש סעיף האומר, שאם לא ירצה - יוכל להחזיר את הכסף. רוב רובם של הבחורים הגומדים על חשבון המילגה מעדיפים להחזיר את הכסף כאשר הם צריכים ללכת למקום מסויים לחקופה של שנתיים. אנחנו גם מעודדים את לקיחת כוח האדם מן המקומות, וכאשר נדון בנושא האחיות, אספר לכם על נסיון שכבר נע. הכנסנו למשל את מקצוע האחיות המעשית לתוך בית הספר המקיף. יש לנו בבתי ספר אלה מגמה של אחות מעשית המתחילה את לימודיה בכיתה י' ומסיימת בי"ב ויוצאת אחות מעשית. כיום יש לנו חוכניות כאלה בשני בתי ספר: בשדרות, בפרדס-חנה. בשנה הבאה נפתח עוד 3 בתי ספר. אותם מנהלי בתי ספר מקיפים שאצלם כבר מתקיימת התוכנית מבקשים עוד ועוד. הוזה אומר, שיש לנו כאן איזה שהוא נסיון על מנת להכניס את מקצוע האחיות לתוך בית הספר המקצועי. יש לי כל היסוד להגיד שאנחנו הולכים בדרך טובה, כי לפני שנתיים החללנו בדבר זה ביפו אך שם נכשלנו כי עשינו חוכנית לימודים כל כך רחבה וספציאלית שהבנות לא יכלו לעמוד בה. למדנו מכך לקח. למעשה היינו יכולים לפתוח הרבה בתי ספר מגמה זו, אבל קיימת הבעיה שתסור כוח אדם להדרכה.

פרופ' ב. פדה:

הוזכרה כאן קריית-שמונה. הדברים אינם כפי שנאמרו. הייתה לנו תוכנית לגבי קריית-שמונה עוד לפני המאורעות, כשם שהייתה לנו תוכנית לגבי מעלות. אנחנו מבצעים תוכנית זו במלואה. כבר יום אנחנו מפעילים בקריית-שמונה זרועות של מרכז הבריאות הכוללני.

יתר שאלותינו והערותינו של חבר-הכנסת שמעוני בעצות בעיקר לאזורי מצוקה. בפעם הקודמת הזכרתי שבאנגליה ישנו חוק על הארט, האומר, שזמינות שירותים טובים היא ביחס הפוך לצרכים של האוכלוסייה בה הם נחוצים. בכל זאת אפשר להגיד שנעשה בשטח זה רבות. אנחנו תמיד חוזרים ואומרים שהקריטריונים לרפואה טובה הם - תמותה לאלף לידות חי, ומבחינה זו אנחנו נמצאים במצב טוב. לפני ימים אחדים קיבלתי - חלקית עדיין - את הנתונים לשנת 1973 ומסתבר שב-1972 עמדנו ב-18.2 המוחה לאלף לידות חי. השנה אנחנו עומדים בפחות מ-16, אמנם לא כל המקומות. זה מראה כאינדיקטור החקדמות גם בשירותים מונעים.

ל. דיציאן: איך זה בהשוואה לארצות מפותחות?

פרופ' ב. פדה:

שבדיה נמצאת במקום הראשון, אנחנו - במקום השלישי-רביעי. ניתנת כיום תשומת לב רבה מסביב לאשה ההרה בסוף חודשי הריונה וללידה עצמה, כדי למנוע חסוכות זמן הלידה. מרחיבים את חדרי הלידה ומוסיפים יחידות נפרדות, כמו יחידה לנשים בהריון בסיכון גבוה. למשל, יש לעקוב אחר כל ימי הריונה של אשה החולה בסכרת, ולפעמים מוכוהים - לטובת האשה ולטובת העובר - לילד את החינוך בחודש השביעי גם אם ידוע שייוולד פג, אחרת יהיו נזקים קשים. הוא הדין גם לגבי אספקת חמצן לעובר בחקופת הלידה עצמה. ה אחד הדברים היכול לגרום נזקים למוח החינוך ואף לגרום לכך שיהיה מקופח מבחינת התפתחותו. כך גם לגבי R.H מינוס. על ידי החיסונים שהכנסנו אנחנו יכולים למנוע סיבוכים בהריונות חוזרים.

חבר-הכנסת שמעוני דיבר על מחלות הורשתיות ועל נישואי קרובים. הבעיה מאד קשה, אבל דווקא בשטח זה עליכם להביא בחשבון שעם ישראל אינו הומוגני, אלא יש בו קבוצות אתניות שונות שחיו וגרו בארצות שונות והושפעו מאותם מקומות בהם גרו. כאשר הגיעו ארצה נתקלנו מוקדם מאד בבעיות שונות מעדה לעדה מבחינת מחלות והתנהגות. מיקדנו בארץ את הפנלקולוטיה, שזו מחלה הגורמת לפיגור שכלי של החינוך עם מאכילים אותו חלב. יש לנו עכשיו שיטה, שבודקים את השתן של החינוך אחר ההזנה הראשונה בחלב כדי לדעת אם הוא פגוע או לא. על ידי כך מנענו ישרות ילדים עם פיגור שכלי. קיימת מחלה גי.סי.סי.פי.די. שהיא מחלה הורשתית המועברת על ידי הנשים, אם כי חולים בה הגברים, וגם היא קשורה בעדות. אנחנו מפינו את כל המחלות האלה ואח המרחיב מהן: מי הם האנשים שיכולים להיות חולים, מהם הסיכונים, כי חשוב מאד שהאיש או המשפחה הלווקים במחלות אלו יידעו ממה להיזהר. ישנה מחלה בשם טלסמיה, שגם היא קשורה בעדות מסוימות, או מחלת טיזקס שאנחנו מוצאים אותה בעדות אשכנזיות. את כל הדברים האלה אנחנו מכירים ויודעים. לגבי חלק מן המחלות יש אפשרות לקבוע גם חוץ כדי הריון אם העובר נגוע במחלה או אם הוא נושא גן. במקרה שהעובר נגוע במחלה קטלנית אנחנו מפסיקים את ההריון. אנחנו מתכננים עכשיו סקרים של עדה שלמה, כשם שעשה ד"ר שיבא בקשר ל-גי.סי.סי.פי.די. הבעיה איננה פשוטה באופן מיוחד לגבי נישואי קרובים, כי כאן אחר נחקל במסורות, בדעות, ולעיתים קרובות בדעות קדומות ושינוי גישה הוא עניין לדור או דורות. בעולם יש שתי שיטות לייצוג גנטי. שוויצריה ישנו רופא, ד"ר קליין, המוכז את כל המחלות הגנטיות בארץ זו ולא להשפונם אליו הוא משיב: אל תחתנו, אל תביאו ילדים. ישנה השיטה האנגלוסקסית, שאנחנו דוגלים בה, האומרת שאי אפשר לצוות על אדם ולומר לו: אל תעשה, אלא יש להסביר לו מהם הסיכונים, מהם הסיכויים, ולאפשר לו להחליט לאור הידיעה. לאור הנסיון שלי אני יכול להגיד שכאשר אתה מסביר הסבר היטב, לא כולם יכולים להבין, כי הרבה פעמים הם שבזיים. בדעות מושושות, במסורות ובדעות קדומות. אך בכל אותם מקרים שמצליחים להסביר לאנשים, הם באים באמצעות החחנות לאם ולילד שמפנות אותם והם באים מתוך כך שהם שומעים על העניין אחד מהשני. לא פעם מקבלים מכתב מאנשים המבקשים להתקבל לבדיקה או לשיחה לאחר ששמעו משהו מתכונים, ובאופן מיוחד אמור הדבר לגבי נישואי קרובים. יש אנשים המופנים על ידי רופאים. הגיעו אלינו משפחות אפילו מאום-אל-פחם ומשכס, מאחר שהעניין ידוע ומחפשו. באים, למשל, להיוועץ בקשר לקרובי משפחה מפוס שעומדים להינשא, משום שבעדה היהודית באיספהן, בשיואז, יש מחלת צמבת העוברת חורשה, ואנחנו בודקים ומחפשים דרך כל אילן המשפחה כדי לראות מהי הקרבה.

**פרופ' ב. פדה:**  
באשר לבחי אוכל ומסעדות: פירסמנו את התקנות, ובחיפה הוקם אפילו גדוד דיילוח לענין זה. הקושי שאנחנו נחלים בו הוא, שרמת החברואנים שלנו ברשויות המקומיות, להסכים ואנחנו פותחים השנה בית ספר להנדסאי הסביבה. לשמחתי הרבה הגענו משנים את השם מחברואן להנדסאי הסביבה; שנית - יהיה זה אדם שיקבל דירוג של הנדסאי ושתפקידו הרבה יותר רחב מאשר חברואן. על הנדסאי הסביבה יהיה לעסוק בנושאי הביוב, זיהום האוויר, תזונה ועוד.

**א. נמיר:**  
נקודת התורפה היא חוסר חוקי עזר ולא כל כך הנושא של אנשים לביקורת.

**פרופ' ב. פדה:**  
יש חוקים, קיבלנו סמכות לכך שחברואן יכול להטיל במקום עונש, אבל רמתם של החברואנים אינה טובה.

**א. נמיר:**  
האם אחת חושב שזו הסיבה העיקרית?

**פרופ' ב. פדה:**  
אחת הסיבות, וחוז מזה - חינוך.

**א. נמיר:**  
אני יודעת שבתל-אביב הבעיה היא חוקי העזר. גם אם נכנס אדם, בודק ורואה שהדברים אינם כחקנם - אם מדובר בנקיון ברשות הרבים או אם במסעדה, החוק אינו עומד לצידו. כעת הוא אינו יכול לעשות דבר.

**פרופ' ב. פדה:**  
אדמיניסטרטיבית אנחנו יכולים לסגור מסעדה, אבל זו פרשה גדולה של הרבה אנשים שצריכים לעסוק בכך.

**היו"ר ח. גרוסמן:**  
מה על חוק המזון?

**פרופ' ב. פדה:**  
כבר מוכן. יושרו ההדורים ועובדים על התזכיר.

**היו"ר ח. גרוסמן:**  
מי יהיה האחראי?

**פרופ' ב. פדה:**  
האחריות משותפת למשרד הבריאות ומשרד המסחר והתעשייה, אבל החלוקה תהיה חדה. משרד הבריאות יהיה אחראי על נושאים בריאותיים בלעדית; משרד המסחר והתעשייה יהיה אחראי על נושאים מסחריים בלעדית.

**ב. דיון הוועדה בתקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 1974**

**ש. הבר:**  
אני רוצה להתייחס סלגרפית למספר מצומצם של נושאים. אנסה להביא למכנה משותף את כל אותם הדברים שהוצגו בתפוזרת, כי באיזה שהוא מקום קיימת הבעיה, שהיא אחת: אחת מביא לאינטגרציה של דברים; אחת בונה בכל אותם מקומות, במבנה פלורליסטי של אספקת שירותים, שיטה אחת.

לנושא הפיתוח: אנחנו עומדים להפעיל בשנה זו 904 מיטות. זהו מספר מאד משמעותי ביחס להיקף המיטות שהופעלו בשנים קודמות, חוץ חלוקה מאוזנת בין אזורי הארץ השונים. מיטות כלליות, מיטות גריאטריות, מיטות פסיכיאטריות, עם דגש מיוחד על פיתוח השירותים המשלימים - גריאטריים ופסיכיאטריים. תקציב הפיתוח בשנה זו מסתכם ב-300 מליון לירות, כאשר מחומוח יש לנו סכום קטן של 19 מליון לירות - וסכום זה אינו מעל ל-300 מליון לירות, אלא חלק מהתקציב ברוטו מבחינתנו - 40 מליון לירות מופעל הפיס. כל היתר ממומן ישירות מתקציב המדינה. במעבר מ-1972 ל-1974 בתקציב יש התייקרות של 64% לפי מדד יוקר הבניה וזה מצביע על הקושי העצום להשליט סדר במערכת כאשר יש שינויים כה מהירים במשק. קושי נוסף: סך כל הפרוייקטים הנמצאים בביצוע במערכת הבריאות - לא במשרד הבריאות - מסתכמים ב-2 מליארד לירות. אפילו בדולרים אמריקאיים אלה סכומים גדולים. כל הבעיה היא, להתאים את המערכת המבצעת הן לשינויים המהירים והן להפעלת היקפים כאלה של תקציב בביצוע בשדה.

בתחום תכנון הפיתוח חל שינוי עקרוני, שלפני שנחיים הצגנו אותו בוועדה כציפור על עץ, ואילו עכשיו אנחנו יכולים להציג אותו כציפור ביד; מערכת הבינוי של השירותים הרפואיים כוללת היום במסגרת התכנון המרכזי את כל המיסוד - את משרד הבריאות, את קופות החולים - לא רק את קופת החולים הגדולה - את המוסדות האחרים המטפלים שירותים רפואיים

הבר :

ארץ, בין בתי חולים ובין מוסדות וולונטריים; כאשר מגן דוד, מחד, וזנה שירותים, וכאשר קופת-חולים עמית בונה מרכז רפואי באשדוד. נכנסה ברא לרציונליזציה של שימוש באמצעים מחד ומניעת כפילויות מאידך.

דבר שני - באותה מגמה אנחנו מפעילים זו השנה שנייה מפתח תמיכות לכל הגופים הנחמכים על ידי תקציב המדינה בחחום ובריאות. מפתח זה בנוי לא על הזרמת כספים, לא על סכומים, כי אם על רציונליזציה של שירותים: מה אחת נותן, היכן אחת נותן, באיזו עלות אחת נותן, לאילו אוכלוסיות וכיצד אחת מנהל את משק השירותים מבחינת סדר, יעילות, שיטה, דיווח, ביקורת, מבחינת מדיניות הפיקוח וההשקעות. כדי להביא את הדברים לסטרוט אחיד, נסינו בשנה האחרונה בעיקר להביא לקונסטולידציה של הקופות. רק בחקופה האחרונה קיבלה אחת הקופות הגדולות נסולידציה רצינית מאד, בערבות ועדת הכספים של הכנסת, של תקציב המשד י לאפשר לה לחפקד באופן תקין ולא להזדקק להון שחור.

נושא שלישי - הבאנו בשנה האחרונה לרציונליזציה של האישפוז במדינה. כל בתי החולים הממשלתיים במדינה פתוחים לכל. גם בתי החולים באילת, בבאר-שבע, בעפולה, בית החולים "הכרמל" ובית החולים זשורן" פתוחים כבר לכל האוכלוסיה על בסיס של מדדים רפואיים בלבד, ללא ום שיקול אחר שאינו רפואי מקצועי. אנחנו מקווים שבשנה זו, תוך הידברות חברית עם מרכז קופת-חולים ייפתח עוד בית חולים אחד, בית חולים קפלן, פני כלל המבוטחים באזור שירות זה. מבחינת התכנון הכל-ארצי של השירותים, בחינת יצירת אזורי שירות, מבחינת ביטול כפילות, זמן ואמצעים ומבחינת זו של שימוש רציונלי במאגרי כוח אדם וציוד זה הישג שהמלים אינן מבטאות אותו. בסופו של דבר זו היחה משאח נפש שריחפה הרבה שנים וכיום אנחנו גיעים אליה. לפני שנחיים זה נשמע כמו שיר מזמור לעתיד לבוא; כיום זו מציאות.

נושא רביעי, שסוגר למעשה את המערכת: אנחנו קווים שעוד בשנה זו, לפחות כמודלים, נגיע ליצירת אזורי שירות לא רק חחום האישפוז, אלא גם במבנה אינטגרלי של אספקת שירותים על בסיס אזורי. לדוגמה: אנחנו יושבים היום באופן קונקרטי על ארבעה מודלים - אזור ירות חולון-בת-ים; חיפה; גליל-עליון-עמק הירדן; אשקלון. יש לנו מיפוי מדוייק של כל השירותים למיניהם על האוכלוסיות המקבלות את השירותים. בכל אלה אנחנו רוצים ליצור חפיסה של הפעלת שירותים אינטגרטיביים באותה ומה של אוטוריטה מקצועית. במלים אחרות: אם בבת-ים, בחולון יש מרפאות מקצועיות של קופת-חולים, אין סיבה לבנות כאלה בתל-גיבורים, אבל יש סיבה להפוך אותן לשלוחות מחפקדות באותה ומה מקצועית, כאשר איננו שולחים 60 רופאים לחל-גיבורים, אלא 26 רופאים מקצועיים למרפאות הקיימות ומנסים לסגור את המערכת. בארבעה אזורים אלה בארץ אנחנו מקווים להגיע בעוד שנה אם לא להפעלה ישירה לפחות לעיבוד דפוסים. בגליל העליון-עמק הירדן מפעילים מודל כזה, המביא לאינטגרציה כמעט מלאה - בשלב זה בלי גורמים מתנדבים - של כל השירותים הנמצאים במרחב זה. יש הנהלה אזורית, האזור הוא שלמות אחת, כאשר פועלות בו כמה מגמות: מכסימום לוקליזציה של השירותים; מכסימום רצף בטיפול. רופא מחלקה פנימית בצפת יעבוד מרפאה בחצור, ראש-פינה, יסוד המעלה, על יסוד רוטטיבי, כדי להעלות את הדימוי של רופא המשפחה, כדי לסגור את המעגל. קשה לדבר על חוצאות, כי אנחנו עדיין בונים את המודל. בד בבד עם בניית המודל, בונים למודל מערכת אוולואציה מתמדת, שאפשר יהיה תוך הניסוי לשכלל ולשפר את הטיפול.

הנושא האחרון מחייחס אל השירותים הקהילתיים: מן הדברים שכבר נאמרו אפשר להבין שחדלנו לתת את דעתנו רק למספרות: כפי שהיה בעבר. יש פה איזה קושי, מלבד כל הקשיים האחרים שהזכיר המנהל הכללי של המשד: קושי לשנות דפוסי התנהגות, לפעול אחרת מכפי שהורגלנו פעול מבחינה יומיומית, מבחינה של מסורת פעולה, שגרת פעולה. הבעיה היא לשנות את הקיים, לעשות אותו יותר טוב, יותר הומאני, יותר מתפקד. זה ש לא רק לגבי האזרחים, צרכני השירות, אלא גם לגבי ספקי השירות, שאדיך הביא אותם למכנים משוחפים חדשים, לצעוד - בהזדמנות זו שיש שינוי - עוד עד קדימה ולא להסתפק במימסד מספק שירותים, אלא לראות אותו כמייצג את הצרכנים. במבנה הקהילתי אנחנו מחפשים ביטוי לצרכני השירותים, תוך מתן הרגשה לאזרח שהוא שותף לתכנון השירותים ולניהולם. גם בשטח זה אנחנו מדברים כרגע על ארבעה מודלים, שמתכננים אותם חכנון מתקדם ומקווים להביא אותם לתקציב השנה הבאה: מרכז שירות קהילתי ברמלה, וצריך להדגיש: יש מרכיב רפואי עם מרכיב סעד, עם מרכיב חינוך, עם מרכיב שיקום.

בעוד שנתיים.

ש. הבר:

מרכז שני בעכו; שלישי - בירושלים; רביעי -  
קרית-שמונה. גם החלוקה הגיאוגרפית מצביעה על מגמה נוספת - על כך  
שהחפיסה של השירותים הקהילתיים באה להחזיר שוויוניות לענין זה של  
זירותים רפואיים, לחזק אוכלוסיות חלשות. לא הזכרתי את המרכז באום-אל-פחם.  
וגא מאושר תקציבית, נמצא בביצוע ויהיה המרכז החמישי שיתפקד על אותו בסיס.

פתיחת בתי חולים מחד, וגיונליזציה של  
השירותים ואינטגרציה שלהם מאידך, והפעלת שירותים קהילתיים - זוהי  
צעם הרפורמה בהא הידיעה.

פרופ' ב. פדה:

כל מה שהוצג כאן אינו בגדר תוכנית, אלא בביצוע.  
הכנסתם של דברים אלה לחיים היא תהליך שיאורך  
זמן, כי יש גם גורמים המתנגדים להם. בכל זאת אנחנו מאמינים באמונה  
שלמה שזה יקום, כי אם לא - לא יהיה טוב.

א. נמיר:  
כשדיבור על בתי חולים פתוחים לכל ומנית את  
השמות הזכות ביניהם גם את "השרון". לי  
ידוע - ואבקש לבדוק זאת - שמאיכילוב הפנו חולים ל"השרון" והחולים  
הוחזרו.

אני מאד מבקש שנקדים לדון בוועדה על ענין  
האחיות, כי אני רואה מפולח גדולה. עד כמה שאני שומעת ויודעת אינני  
רואה חכרון גדול של בתי ספר לאחיות, של כל אותם דברים שיבטיחו לנו צוות  
של אחיות לכל מאוח ואלפי המיטות החדשות.

הייתי רוצה שנקיים בוועדה בירור יסודי על  
הנושא של חחנות לאם ולילד ו"טיפוח חלב". אין כל ספק שהן יכולות לשמש  
מפתח לרפואה מונעת בהרבה נושאים - גם אצל אמהות וגם אצל ילדים. בחל-  
אביב יש רשח מעולה של חחנות לאם ולילד, אבל גם הן יכולות לכלול בתוכן  
הרבה יותר נושאים. חלקן הגדול של חחנות אלה משרות רק אוכלוסיה של  
נחמכי סעד, וגם זה נושא המחייב בירור וציני ויסודי. אני מציעה לבדוק  
את מה שקורה בחחנה בסלמה.

ח. שמעוני:

כי יש שם אולי רק נחמכי סעד.

א. נמיר:  
כמו שלא רצוי מבחינה חברתית שכל הורה שצריך  
לסדר ילד במעון ילדים לא יילך למחלקה  
הסוציאלית - ואין לו סיכוי להקבל - אותו הדבר צריך להיות גם כאן.

היו"ר ח. גרוסמן:  
הצעת שני נושאים כבדים, ואציע לחת להם דחיפות  
ראשונה.

א. נמיר:  
ביחוד בענין האחיות.

הישיבה ננעלה בשעה 12.50