

פרוטוקול מס. 58  
מישיבת ועדת השירותים הציבוריים, שהתקיימה  
ביום ה', כ"ח בכסלו תשל"ה - 12.12.74  
משעה 11.00.

נוכחים - חברי הוועדה:

- ח. גרוסמן - היו"ר
- י. בארי
- מ. גז
- מ. דרובלס
- א. ורדיגר
- ה. זיידל
- ל. דיציאן
- מ. ידיד
- פ. שיינמן
- ח. שמעוני

מוזמנים:

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| שרגא הבר - סמנכ"ל משרד הבריאות |  |
| אריה וולף -                    | " "                                    |
| יוסי שכטר -                    | " "                                    |
| גיליה שפירא -                  | " "                                    |
| מגר. א. בס                     | - יו"ר הסתדרות הרוקחים                 |
| מגר. יצחק בטיש                 | - יו"ר סניף הסתדרות הרוקחים י-ם        |
| מגר. אברהם הרצוג               | - מזכיר הסתדרות הרוקחים                |
| מגר. יצחק בריימן               | - " "                                  |
| מגר. ברי                       | - " "                                  |
| פרופ. ד. ברונר                 | - ארגון רופאי המדינה - בי"ח דונולו     |
| פרופ. ציגלמן                   | - מרכז למניעת מחלות ריאה, משרד הבריאות |
| ד"ר מנליס -                    | יו"ר ארגון רופאי המדינה.               |

מזכירת הוועדה:

רחל זודקביץ

ר ש מ ה :

שולמית פרג

היו"ר ח. גרוסמן:

אני פותחת את הישיבה.

אנחנו נשמע היום את נציגי הרוקחים

בישראל. בבקשה.

א. ב.:

במשך 20 שנה הרגיעו אותנו השרים והאנשים האחרים בכך שלא יתכן שביטוח בריאות ממלכתי יקום מבלי לקחת בחשבון את המצב הקיים בבתי המרקחת הפרטיים. למרות הבטחות אלה אנחנו שומעים שהחוק הועבר בכנסת בקריאה ראשונה מבלי להתייעץ אתנו ומבלי לקחת בחשבון בכלל את בתי המרקחת הפרטיים.

נוסף לזה, איש לא אמר שדוקא קופות החולים הן הכי יעילות בעניין, ואף לא הוכח שהקהל מצא בהן את המקום היחיד שטוב לו בו. אני חושב שההיפך הוא הנכון.

אני חושב שאין להתעלם מסקטור זה, אשר התחיל בארץ במתן שירות כזה - מתן תרופות לחולים - עוד לפני שקופות החולים היו קיימות. לכן יש לבתי המרקחת הפרטיים אותן הזכויות כמו קופות חולים, בפרט שהדבר יביא לחיסולן של קופות חולים פרטיות.

המצב הוא כזה שיש שעות עבודה מרובות בבתי מרקחת פרטיים, ובם גם משלימים את הטיפול בחולה. בלעדי בתי המרקחת, השירות של קופות חולים איננו שלם.

חוקת רוקחות הכי מתקדמת תחנך אם יתנו לו בסיס קיום, ולא ייהפך לחנות צעצועים. קופות החולים יכולות לנהל חדרי רפואות, בו בזמן שבתי המרקחת הפרטיים אינם יכולים להעדר אף רגע אחד. מכל מקום, הסתדרות הרוקחים תלחם בכל האמצעים החוקיים על מנת להבטיח אותם.

בחוק זה לא מוזכרים בכלל בתי המרקחת בתור גורם לאספקת תרופות, אך מוזכרות כאן קופות החולים הקיימות, ואף אלה שיקומו לאחר מכן. לדעתנו, יש לנו כל הזכויות לקבל חלק בשירות בריאות חובה אשר כסף ממשלתי ממומן בו.

אמנם באיזה מקום כתוב שקופות חולים יכולות לקנות שירותים במקומות אחרים, אבל זה דבר חלש מאד, וזה גם לא נותן בטחונות שקופות חולים ניסו את זה, חוץ אם כדאי להן ורק אז יוכלו לבוא לידי הסכם אתנו. כך שאנחנו דורשים את חלקנו כמו קופות חולים אחרות.

היו"ר ח. גרוסמן:

לא הבינתי מה אתם מציעים להכניס לחוק כדי שתבואו על סיפוקכם.

אנחנו דנים באופן קונקרטי על

חוק מסויים. אנחנו פנינו אליכם, מיוזמתנו הזמנו אתכם.

מר ברי:

יש לנו 333 בתי מרקחת בארץ.

אכן מזכירים בבתי המרקחת הפרטיים, אז זה איננו מוגן. בסעיף 12 של הצעת החוק כתוב: "הספקת תרופות למבוטחים תהיה על ידי בתי מרקחת או חדרי תרופות של קופות חולים או על ידי בתי מרקחת אחרים...". ולמטה, בדברי ההסבר לפרק ג' כתוב --- (א. וולף: זה לא שייר לעניין) קופות החולים האלה, הקיימות, נוהגות לעשות בהתאם לצרכים שלהן, וכך לפי השיקולים שלהן הן יכולות



אין מספיק כוח אדם. אין מספיק רוקחים. לנו יש מלאי של מיליונים של תרופות, כי אלה הן תרופות של תוצרת חוץ. מסתבר שלא כדאי להם להשקיע בתרופות חוץ, לכן שולחים אותם אלינו, כי היום זה בשימוש, ואם זה משתנה אצלם יותר זמן אז הם נאלצים לזרוק אותן. יש תרופות נגד סכרת, שבאות במיליוני טבלטות, אבל עכשיו מצאו שהן גורמות נגד, לכן הם זורקים אותן.

לנו יש הסכם עם קופ"ח מכבי. אסף הרופא, עמ"מ, נכ"צ"ל - וזה עם משרד הבטחון, וגם קרבנות הנאצים. נפגעי הנאצים מקבלים תרופות אצלנו ללא תשלום. ממשלת גרמניה משלמת לנו.

אנחנו מספקים תרופות ללמעלה מרבע מיליון תושבים בארץ, כך שבמקרה של ביטוח בריאות ממלכתי בלעדיו, לא יהיה לבתי מרקחת פרטיים קיום של ממש, כי רוב האוכלוסיה תהיה מבוססת ותקבל תרופות ללא תשלום. לקופות חולים הכללית והלאומית יש בתי מרקחת בארץ. אבל קופות החולים הקטנות שאין להן בתי מרקחת - הכוונה לקופ"ח עמ"מ ומרכזית - הן יהיו באיחוד. ואז תהיה בית מרקחת מוכרת; "מכבי", שיש לה חוזה אתנו - תהיה מוכרת.

על כל פנים, סעיף 12 אומר כי אם כדאי יהיה למוסד להתקשר עם בית מרקחת פרטי או לא - כלומר, זה תלוי במוסד. ירצה - יתקשר; לא ירצה - לא יתקשר, כדי לספק תרופות ולשחרר את המבוססים מעמידה בתור כי זו בחירה חופשית, ואם הוא ירצה אז יבוא לבית מרקחת פרטי. נגיד שיש רוקח חצוף, לא סימפטי - למעשה, ברוב המקרים לרוקח אין זמן להסביר לחולה איך לקחת את התרופות. הוא רואה את היד המושטת לט עם פתק, ולאחר מכן הוא נותן את התרופה. אין לו זמן להסביר איך לקחת וכמה פעמים לקחת את התרופה.

המצב כיום הוא, שאנחנו שולחים את החשבון של כל בית מרקחת לקופת חולים, ולאחר מכן אנחנו מקבלים מהם את הסכום. קופת חולים מכבי מקבלת הנחה של 5% על תרופות מוכנות ופטנטים, ו-10% - על תרופות שרוקח מכין בבית המרקחת. זה מתבטא במאות אלפי לירות בשנה.

קראתם בעתון שקופת חולים הכללית

חנהיג בעתיד הקרוב שהיא תקבל חצי לירות על כל תרופה שתנתן לחולה. קופת חולים מכבי עשתה מיליונים של לירות ע"י זה שגבתה לירה אחת על כל תרופה.

תורנות לילה ושבות וחגים - כל זה

נעשה בהתנדבות --- (היו"ח, גרוסמן: זה לא שייך לחוק זה, אבל זה יהיה ברוח הדברים שאמרת כעת).

אומרים "אשרי המאמין". אני עוד

לא מאמין שהחוק הזה יבוצע. אני חושב שזה יהיה חוק כנוביץ שני.

אנחנו מבקשים שבחוק יצויין שבית

מרקחת פרטי יהיה גורם שמספק תרופות לאוכלוסיה. אנחנו צריכים להיות חלק מספקי התרופות.

(ב) בחוק צריך להיות מצויין שיהיה

עם מי לנהל משא ומתן. החוק צריך להיב במפורש לשלב את בתי המרקחת הפרטיים בשירות הספקת תרופות לאוכלוסיה כולה במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי, כך שתינתן לכל חושב הזקוק לתרופה אפשרות לקבלה לפי הנסיבות, יהיה זה בבית המרקחת המוסדי או בבית המרקחת הפרטי.

(ג) שבחוק יצויין שהארגון היציג של

בתי המרקחת הפרטיים הוא - הסתדרות הרוקחים בישראל, ענף בתי המרקחת.

ל. דיציאן: ספק רב אם החוק כולל את בתי המרקחת.

בית מרקחת ותרופות - זה חנות.

(א. וולף: זה ניתן להבהיר) איזה קופות חולים קשורות עם בתי מרקחת פרטיים, ומה מספר המבוטחים הכלולים בהסכמים אלה?

איזו אפשרות של שירות יש ל-333 בתי

מרקחת? אמרת שאתם משרתים היום אוכלוסיה של רבע מיליון איש. האם יש באפשרות בתי המרקחת הפרטיים להרחיב שירות זה? אם כן, עד לאיזה מספר אוכלוסיה יש באפשרותכם לשרת? אני שואל שאלה זו לאחר שאמרתם לנו כי חלק מהרוקחים הוא מעל גיל מסויים, לכן אינכם יכולים למלא שירותכם וכו'. אם כן, עד לאיזה מספר אוכלוסיה אתם יכולים להגיע בישראל?

נניח שקופת חולים הכללית תבטל את

כל חדרי התרופות בבתי המרקחת שלה. האם בתי המרקחת הפרטיים ערוכים כך שיוכלו לשרת את כל האוכלוסיה הזו של למעלה משני מיליון נפש?

ה. זיידל: אני רוצה לשאול מתוך הנחה יסודית

שכל חוק חייב לשמור על זכויות של

הרופאים וגם של הרוקחים. לכן השאלה היא: האם בתי המרקחת פועלים במשותף או בנפרד, או האם יש לכם איזה שיתוף פעולה באמצעות הסכם עם קופת חולים?

מ. ידיד: לגבי חורנויות בשלילות ובהגים -

שמענו שאתם לא מסוגלים לעמוד

בחורנויות בשבתות וחגים. אם כן, כיצד תוכלו לעמוד בענין זה?

י. בארי: סעיף 84 דן במועצת הבריאות. ברצוני

לדעת אם אתם חשבתם על ייצוג כציבור

הרוקחים במועצה הזו ובוועדות שליד המועצה, בהתאם לסעיף 86.

ל. דיציאן: האם בתי המרקחת שלכם נוהגים

לקנות תרופות במשותף? האם

הזמנת התרופות נעשית במשותף ביניכם?

א. ורדיגר: סעיף 12 מדבר למעשה על שני סוגי

בתי מרקחת - בתי מרקחת של קופות

חולים ובתי מרקחת אחרים. נדמה לי שאין יותר משני סוגים אלה של

בתי מרקחת. אם יש יותר, הרי שיש לחשוב על תיקון בכדי שגם אחרים יבואו על סיפוקם.

אם יהיה כתוב "או ע"י בתי מרקחת

פרטיים ואחרים" - האם זה יספק אתכם?

א. בס: בתי מרקחת של המוסדות - של קופות

חולים ואחרים - הכוונה לבתי מרקחת

של בתי חולים. יש בתי חולים ממשלתיים וגם בתי חולים פרטיים, כגון:

"אסותא". בתי חולים ממשלתיים מחלקים תרופות רק למאושפזים שלהם שבבתי החולים, ולא נותנים תרופות לחולים הביתה.

מכל מקום, אם יהיה כתוב בסעיף 12 "בתי מרקחת של המוסדות, ובתי מרקחת פרטיים ושונים" - זה יספק אותנו.

התוספת הזו שאותה אנחנו מציעים נוגעת לבחירתו החופשית של החולה. למעשה, אם אנחנו נחתום על ההסכם, אנחנו משוכנעים כי כולם יברחו לבתי מרקחת פרטיים.

לח"כ דיציאן: אמרתי כי ישנם למעלה מ-250 אלף מבוטחים בכל הארץ שלהם אנחנו מחלקים תרופות. זה נעשה לפי חוזים, וכל בתי המרקחת בארץ מאורגנים בהסדרות הרוקחים בישראל. הם מקבלים הנחיות והם שומרים בדיוק על סעיפי החוזה.

כאשר מדובר על מקרים סוציאליים, אז הקופה משחררת את המבוטח מתשלום של לירה אחת. יש תותמת של האות פ", כלומר "פטור". את הלירה שאותה אנחנו גובים, אנחנו מעבירים למוסד. כך שזה מסתכם ב-1,2 מיליון ל"ל"מכבי", ולכל הדעות אין זה כסף מבוטל. בכל מקרה שקופ"ח "מכבי" תרצה לשנות את זה, הרי שהיא תהיה רשאית לעשות זאת. את הפורמולה קובעת הוועדה הרפואית על מנת שהבזבוז יהיה יותר קטן. על כל פנים, לקופ"ח מכבי יש למעלה מ-150 אלף מבוטחים, והם אפילו טוענים שיש להם 200 אלף; לקופ"ח עממית ומרכזית - שזו קופ"ח מאוחדת - יש 150 אלף מבוטחים; אנחנו משרתים גם את משרד הבטחון - נכי צה"ל, ונכי רדיפות הנאצים; כמו כן אנחנו משרתים את עובדי בנק דיסקונט.

אם אמרתי למעלה מ-250 אלף מבוטחים, הרי שאמרתי כך מתוך ידיעה, אבל אני מוכן להמציא לכם רשימה מדוייקת יותר. (ל. דיציאן: איזו אוכלוסיה כללית אתם משרתים?) זה קשה לומר. (ל. דיציאן: אמרתם שיש 330 בתי מרקחת. כמה נפשות אתם יכולים לשרת - מבוטחים ולא מבוטחים?) לפחות כפול. רוב הזמן הרוקח עומד ומתכה לפציינט.

לא מדובר על סגירת בתי מרקחת של קופת חולים. מספר העובדים במוסדות ובבתי מרקחת הפרטיים אינו מספיק היום בשביל לשרת את האוכלוסיה במדינת ישראל. כך שיש צורך בייבוא רוקחים. אולם העלייה מרוסיה ומרומניה, בזמנו, הצילה קצת את המצב. היה זמן שקופות החולים התחילו לקרוא בחזרה לרוקחים שלהם שיצאו לפנסיה. יש לקחת בחשבון את 20-30 רוקחים שמטיימים את פקולטת הרוקחות באוניברסיטה ישראלים, ואכן מקבלים אותם.

לגבי השאלה מה יהיה בשבחות וחגים ובלילות, כיצד נוכל לפתור את הכעיה כאשר אנחנו טוענים שהרוקחים מזדקנים, וכך אנחנו דורשים שהמוסד הגדול בארץ יעשה את המלאכה וכו' - למעשה, אי אפשר להטיל על 330 רוקחים שעובדים שעות רבות ביום, שהם ישבו גם בלילה. זה הרי נגד חוק העבודה וגם נגד חוק הבריאות ונגד יכולתו של האדם. לכן דרשנו שהתורמות תחולק באופן שווה בין כל הרוקחים בארץ. לא יתכן שבנתניה שיש שם 15 רוקחים, התורנות תוטל רק על שלושה רוקחים.

רוקח שעובד בקופת חולים, עוזב עבודתו בשעה 6 בערב, ואילו הרוקח הפרטי ישב כל הזמן וגם כל הלילה. זה לא צודק. לכן אנחנו אומרים שהדבר יחולק וייעשה בצורה יפה ומכובדת.

בקשר לספקי תרופות: בשנת 1939, בכדי שלא לרוקן את המחסנים הסכימה הממשלה האנגלית לשלוח את נציגנו לאירופה, לשווייץ ואנגליה, ושם גייסנו והבאנו מלאי של תרופות רציניות, ומאז החברה הזו - שהתחילה ב-1500 לירות שטרלינג - התפתחה לחברה עצמאית, כך שמעסיקה 14 עובדים, והמחזור שלה מסתכם בלמעלה ממיליון ל"ל". 330 בתי מרקחת אלה הם בעלי מניות.

א. בס:

זאת ועוד: אם אקנה את התרופה בחצי לירה, ולא אשלם לבית החרושת 1.5 לירות, אז אני יכול לתת באותו המחיר שקופת חולים מספקת. לכן אני צריך להיות שותף באותן התרופות כפי שמקבלת קופת החולים הכללית.

יש חברת "גהה", ואני מחלק תרופות ע"י המנגנון שלנו, כך שיש לי אותן הזכויות שיש לקופת החולים הכללית.

פ. שיינמן:  
בקשר לסעיף 12: על מה אתם נותנים את הדגש - שיהיה כתוב "בתי מרקחת פרטיים"? או שאתם שמים את הדגש שיהיה כתוב "לפי רצונו החופשי של המבוטח?"

היו"ר ח. גרוסמן:  
הם כבר ענו על זה. הם אמרו שהעיקר הוא כי יהיה כתוב "בתי מרקחת פרטיים". על זה הם שמים את הדגש, ולא על החלק השני.

י. בטיש:  
אנחנו מציעים: לגבי סעיף 12 - יש לשנות להספקת התרופות תהיה ע"י בתי מרקחת של קופות החולים ו/או על ידי בתי המרקחת הפרטיים לפי רצונו של המבוטח". כלומר, שתהיה בחירה חופשית.

(ב) לגבי סעיף 84 של הצעת החוק - יש לשנות "הממשלה חקבע את מספר חברי המועצה על פי המלצות שרי הבריאות והעבודה, ובלבד שמחציתם יהיו נציגי קופות החולים, ויהיה לפחות נציג אחד של כל קופה ונציג אחד לפחות של הסתדרות הרוקחים בישראל - ענף בתי המרקחת הפרטיים".

א. בס:  
מועצת הבריאות לא סנה בענין זה. אני חבר במועצת הבריאות, בחוק זה לא מוגדר. זה תלוי בשר הבריאות, והוא בוחר את הנציג. בדרך כלל הוא ממנה רופא אחד ורוקח אחד.

י. בטיש:  
בסעיף 86 לחוק, יש לבנות - המועצה תבחר מביין חבריה ועדות אלה ותקבע את מספר חבריהן. יש להוסיף (7) ועדת להספקת תרופות המורכבת מנציגי קופות חולים ונציגי בתי המרקחת הפרטיים - הסתדרות הרוקחים בישראל - ענף בתי מרקחת.

אלה הם שלושת הסעיפים שיש לשנותם.  
באשר לכוח האדם העומד לרשותנו: כוח אדם זה ישתנה כאשר נראה שיש מה לעשות. אם היום בית מרקחת מספקת ברוקח אחד, הרי שמחר הוא עלול לקחת עוד שני רוקחים, ואז הוא יספק את כל העבודה. לדעתי, אנחנו יכולים לספוג את כל זה. לפני 30 שנה היה אותו מספר של בתי המרקחת בארץ - 330. כאשר תהיה חלוקה צודקת, אז מספר בתי המרקחת יוכפל, ואז לא יהיו יותר דאגות.

היו"ר ח. גרוסמן:

אני זוכרת את הדיון על התורנויות של בתי המרקחת, ואז אתם הופעתם וטענתם נגד המצב הזה, שלמעשה בתי המרקחת הפרטיים אינם יכולים לעמוד נגד העומס גם של עבודת היום וגם של הלילה. ועוד: שרוקח יכול להיות חולה, ואז אין מי שיפתח את בית המרקחת, ולא רק בלילה. לאחר שהשמעתם את כל הטענות האלה, אתם פתאום מופיעים כגורם שיכול לשרת את כל האוכלוסיה המבוטחת, ושמשוגל לספק את כל החרופות -

י. בריימן:

רוקח מבזבז הרבה מאד שעות במשך היום, וזה לא על המקצוע, לדאבוננו הרב, אלא בכדי להתפרנס הוא נאלץ להתעסק גם בקוסמטיקה. אם היינו עובדים במקצוע, היה טוב, למעשה, רוקחים רבים עזבו את בתי המרקחת הפרטיים ועברו לעבוד במקומות אחרים, הם סגרו את עסקם על מנת לעבוד פחות שעות במקצועם. אם תהיה לנו אפשרות לעסוק רק במקצוע, הרי שנהיה מסוגלים לשרת את חושבי הארץ.

היו"ר ח. גרוסמן:

תודה רבה לכם.

(נציגי הסתדרות הרוקחים בישראל עוזבים את הישיבה ובמקומם נכנסים נציגי ארגון רופאי המדינה)

פרופ' ברונר:

לפי הפריאמבל אני מבין כי זה בא להבטיח את שירות הבריאות. לדעתי, זה איננו מבטיח, אלא להיפך, כי כל קופת חולים מותר לה להגדיל את שירותיה ולעשות דברים נוספים. התוצאה היא שיהיו הבדלים עצומים בשירותי הבריאות. אמרתי כבר כי שירותי בריאות מותר לעשירים ועניים, אך לעניים מותר לישון תחת מינימום מובטח, אבל ההבדל הגדול נשאר, ואז אין שום סיכוי לזה.

כל קופת חולים תהיה מעוניינת למשוך אנשים או חברים לשירותיה, ואז תהיה התחרות, ויהיה בזבוז גדול. אך ביתרון אחד - אם קופת חולים רצתה לעשות פעולות ראווהניות, הרי שאז היה צריך לכסות את זה באופן כספי. בעתיד זה לא יהיה. מכל מקום, חוק זה בא להנציח את המצב הנוכחי, ובשבילנו - בתור רופאים - זה אותו דבר.

(ב) החוק מזליח את אחת הבעיות הפוליטיות - הכוונה לפעולת המנע, כי קופות חולים יהיו מרוכזות בפעולה טיפולית. אח פעולת המנע משאירים למדינה. לכן מבדילים בין רפואה טיפולית ומונעת.

בתוך החוק יש משהו על הפעולה המונעת, כך שהפעולה המונעת תהיה מרוכזת בידי המדינה, שזה משרד הבריאות. הטיפול האבחנתי, יהיה במסגרות אחרות. וזה חייב לקרות. כל מנגנון עושה הכל כדי להוכיח את עצמו, וזה מגדיל את השפעתו.

מ. ידיד:

בישיבה הקודמת שמענו כי הייחם  
רוצים שהביטוח יהיה באמצעות המדינה.

ושהיא תפקח על כך באופן כללי.

החוק המוצע אומר כי זה ייעשה  
באמצעות קופת חולים. מה אתם מציעים כדי לעשות את זה באמצעותכם?  
(ב) קבלנו כבר מכל המוסדות הערות  
ספציפיות לסעיפים השונים. האם יש לכם הערות בכתב שלכם לתיקון זה  
או אחר? אם כן, נשמח אם נקבל אותן.

י. בארי:

אמנם חבריכם שייצגו את ההסתדרות  
הרפואית הביעו דעה ועמדה לגבי  
התכנית, הידועה כתכנית מן לרה-ארגון שירותי הרפואה. מה דעתכם  
כארגון רופאי המדינה, לתכנית זו? האם עמדתכם זהה לעמדתם של  
ההסתדרות הרפואית?

בסעיף 86 להצעת החוק מוזכרת, בין  
היתר, הוועדה לתכנון האשפוז. האם יש לכם הערות לגבי הרכב הרצוי  
לכם לוועדה זו?

ל. דיציאן:  
לצערי הרב, אני לא זוכר את שאלותי  
ששאלתי בישיבה הקודמת.

ה. זיידל:

אנחנו דנים תוך הנחה שהחוק יבוצע  
דרך קופות חולים. דומני שאנחנו  
צריכים להתייחס למצב כמות שהוא בבוא העת.

בהמשך לשאלתו של ח"כ ידיד, ברצוני  
לשאול: נאמר שהתקציב של כל קופה יאושר ע"י המשרדים. אני מבין  
שהחשש שלכם הוא שע"י התחרות, קופה אחת תוציא הרבה יותר לשירותים,  
ומשלם המסים יצטרך לכסות את זה. לכן יש סעיף שמדבר על קרן השוואה,  
אך אתם חוששים שהקרן הזו תכסה רק הוצאות של קופה אחת. וכי היא תעשה  
גם פעולות ראוותניות.

מה אתם יכולים להציע כדי שכל קופה  
לא תוציא מעל להחקציבה?

(ב) שמענו גורמים רבים, וגם אתם  
דברתם בישיבה הקודמת. מה דעתכם על מחלות נוספות שאינן כלולות  
בחוק, כמו: מחלות כרוניות, ריפוי שיניים ועוד?

מחלות כרוניות לא מכוסות ע"י קופות  
החולים. מה דעתכם בנושא זה?

פ. שיינמן:

בסעיף 9 לחוק מופיע נוסח כזה: "קופת  
חולים תספק את השירותים למבוטחים  
הן במישרין במוסדותיה הרפואיים על ידי עובדיה הרפואיים והאחרים,  
והן באמצעות מוסדות רפואיים, רופאים ובעלי מקצועות רפואיים אחרים  
הפועלים כדין במדינה, לפי הסכמים שבין קופות החולים או שבין קופת  
חולים לבין מוסד רפואי, רופא או בעל מקצוע רפואי אחר כאמור, והכל  
כפי שנקבע בחקנונה." פירוש הדבר שהסעיף הזה לקח בחשבון גם את  
הרופאים שאינם נמצאים במסגרת קופות החולים. כלומר, גם את רופאי  
המדינה. איך אתם יכולים להשתלב על יסוד סעיף זה?

היו"ר ח. גרוסמן:

ד"ר ישי אמר, כי פעם ישב רופא על יד ילד חולה והחזיק לו את היד. במשך 10 דקות אלה שהחזיק את יד הילד, נתן הרופא יותר משנתן רופא בבית חולים. ד"ר ישי העמיד את זה כך, הטכנולוגיה מול ההומניזציה של המקצוע. אני לא יכולה לקבל את התזה הזו. יש סתירה בזה. גם עובד מרפאה לא צריך לקפוא על שמריו. ובצדק.

איך אתם רואים את שיתוף הפעולה עם הרופא שבמרפאה על מנת שאותו רופא לא יקפא על שמריו?  
(ב) כדי שיהיה שילוב ברפואה - זה איננו עניין שכתוב בחוק. אבל זה ברוח החוק.

אחד המשימות של החוק - בנוסף למתן זכויות - הוא, לעשות שינויים מהותיים תכניים בשירותי בריאות. אני מוצאת את זה בין הסעיפים. (ל. דיציאן: אבל זה "נחבא בין הכלים").

האומנם רק התנאי הזה שלא תהיה קופת חולים הוא שימלא את השילוב בין הטכנולוגיה, בין השירות למשפחה לבין ההתמחות? כל מה שאתם מציעים הוא, שיהיה ביטוח שלא דרך קופת חולים?

אתם רוצים שיאמר בחוק כי זהו חוק מעבר, ואז תהיו יותר שקטים? נניח, חמש-עשר שנים זה יהיה כך, אבל אינני חושבת שאפשר להכניס בחוק כיצד לשנות אותו כעבור חמש או עשר שנים. אם כן, הנושא הזה לא ירד מסדר היום. אני רואה בזה גם כן שלב, ולא מעבר.

נניח שיתקבל העקרון שהביטוח יינתן דרך קופות חולים. איך אתם רואים במסגרת החוק הזה - עם כל הפירושים שלי - שזה מעבר, שזה שלב, ואחר אומר שזה לנצח? נניח שזה כך, כיצד אתם חושבים לבצע אותו?

אם יהיה חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולא זה שלפנינו, אלא בביטול קופת חולים, וזה ייעשה בפרקטיקה פרטית חופשית וליגלית. האם זה לא יהיה כמו שהיה בפולין? שם זה היה לכל. היתה קופת חולים, אבל זה היה לעניים. האם אין סכנה כזו? באותה תקופה שהייתי בפולין, מצב זה הידרדר לידי כך.

ד"ר מנליס:

השאלה העיקרית שנראית לי חשובה ביותר זו השאלה שלך, גברתי היושבת ראש, על בעיית דהומניזציה. אני חושב שהבעיה עוברת מעל ומעבר להצעת החוק. אבל בארץ יש לזה משמעות גדולה. כאשר שמים אותנו במיטת סדום, אז תמיד יש טענות שאין כסף, זה משחק באוצר המדינה, כאשר התקנים היום בבתי החולים מוגבלים, ושהעבודה של האחות שאין לה זמן לבצע אותה, והעבודה של הרופא ---

היו"ר ח. גרוסמן:

אני לא יודעת אם כל חברי הוועדה קראו את המחקר שהוגש לנו בעניין האחיות, על כל פנים במחקר זה התברר שתקנים לאחיות, או כל כוח סיעודי בארץ - מהווים כמחצית התקנים שישנם בארצות מתוקנות באותה רמת שירות של בתי החולים.

ד"ר מנליס:

את עוזרת לי בוויכוח זה. יחד עם הגברת הטכנולוגיות הרפואיות והמכשור הרפואי שעל כל מיטה, צריכות להיות כמעט שתי אחיות. כיחידות של נוסטרים, "נוטר" - זה אחד שמסתכל. אם גופים ציבוריים קונים

מכשירים אלה לשם הסתכלות, ולא מסתכלים. אז מה החועלת בהם? הרי הם צריכים לתפקד. זה חייב להיות תקין. יעיל ומופעל. אולם זה איננו מופעל בגלל העדר כוח אדם.

נוסף לזה, הרופאים שעובדים שם

עובדים ללא העזרה הדרושה. אם כן, כיצד אפשר למלא שירותם זה? אחרי כל זה, באים בטענות אל הרופא מדוע אין לו זמן לדבר עם המשפחה, ומדוע הוא איננו שומע את הבעיה הסוציאלית וכו'. כל הדברים הללו מנוחקים מהמשפחה של חולה שמאושפז בבית חולים. אני יכול לשלוח חולה לביתו, כאשר אני לא מודע למה שקורה בביתו. אין לי אחות סוציאלית. בגלל שאין לי שירות טוב שיכול לטפל במשפחה, הרי מובן מאליו שהמכשירים האלה לא יתנו לי את המשכיות הטיפול, חשוב גם שהחולה לא יחזור לבית החולים.

אשפוז ממוצע - איזה ערך יש לזה

בכלל? אני מסרב לעשות סטטיסטיקה רפואית למרות שהיא אבן הבוחן. מספר הקבלות לא משתקפות לי בשירות. המינימום שיהיה בארץ, יביא לכך שחולה יחזור לבית החולים. ככל שטיב השירות יהיה קצר יותר, כך זה יגרום להחזרת החולה אלינו.

הטיפול שקיים היום, הוא עדיין

טיפול, אבל מחר יהיה זה טיפול לעניים. קופות החולים גותנות טובסדיה לעשירים. אם לאוכלוסיית תל-אביב יש בריכת דגים בבית חולים בילינסון, הרי שזה איננו קיים במקום אחר. מכל מקום, הטיפול לעניים עכשיו קיים בארץ. יוצא איפוא שמשלם המסים מסבסד את השירות שנוחנות קופות החולים. אנחנו מסבסדים את העשירים. אזורי הספר - שלומי - יכולים להגיע לבילינסון? - הם יגיעו ל"אורות" של נהריה! השירות שנוחנת המדינה הוא שירות לעניים. במרכזי הארץ ניתן שירות לעשירים, זה בדיוק כמו בפולניה. אכן זה קיים במציאות הפוכה בארץ.

לדעתנו, הצעת חוק זה תגביר מצב

זה של סבסוד לעשירים. לנו יש מינימום של מתקנים, מינימום של כוח אדם רפואי. אם יש כוחות עזר, אז הם מופיעים כאחיות. אם יש בית ספר לאחיות מוסמכות, אז הרמה עולה. בפרופריה לא מקימים בית ספר לאחיות. בבילינסון וברמב"ם אין מספיק מועמדות, אז יוצא שאנחנו מכים עוד פעם את הפרופריה. משום כך הטיפול יורד. תראו את הטיפול שהם מקבלים ---

בחלוקה האזורית אנחנו רוצים שיהיה

מינימום של סטנדרטים. זה הכרח בל יגונה. אם לא יהיה פיקוח שוטף עם תקנים הדרושים, אז הרמה תרד.

כליות מלאכותיות: ניתן סכום של

15 אלף ל"י עבור כל יחידה מלאכותית. ומי מממן את זה? - הרוטרי? זה משרד הבריאות. זה 10% של תקציב שנה אחת. לא, זה הרבה פחות. מכשור קל יותר להשיג, כי יימצא תורם זה וזה. אבל את הפרסונל אנחנו חייבים להשיג, וזה דורש הכנת כוח אדם.

בתי חולים לא נפתחים, או מחעכבים

בפתיחתם בגלל חוסר פרסונל. הם עובדים בתנאים על-אנושיים על חשבון החולים. ולא הרופאים אשמים בדהומניזציה. שיהיו ועדות בקורת על התנאים. אלה הם תנאי מצוקה. אנחנו הושבים, שאם ועדות בקורת יהיו כמו היום, כאשר רופאים יוצאים לקונגרסים אז אין מי שימלא מקומם. או יש מצב אחר: שיש רופא אחד שמחפטר, או שרוצים לפטר רופא. אלה הם חשבונות. יכול להיות שהם צודקים. בינתיים אף אחד מהם אינו עובד. יש מחדלים רציניים. אין אפשרות לתכנן שירותים כאשר יש הפליה וכו'. מנהל בית חולים כפוף אליו, לכן הוא איננו עצמאי. ואם לאו, אז ישתיקו אותו.

אילו היה גוף של אנשים, עם עמוד

שדרה, בלתי תלוי, אז היה טוב. רופאים צריכים להיות עצמאיים, כמו

ד"ר מנליס:

מנהלי אגפים עצמאיים בקיבוץ, או מנהל מפעל, או עורך דין, או איזה שהוא רב - אנשים אשר פרנסתם אינה תלויה בדבר. ברגע שיש מחדל, אז יהיו תלונות.

הוועדות האזוריות שמוזכרות פה, אין להן ערך אם לא יהיו התפעול השוטף והסנקציות נחונים בידיהם. שיהיו ועדות כאלה.

הוועדות המרכזיות יהיו שליחי מפלגות וארגונים. אלה שאינם רופאים, שלא יהיו מייצגי קופות חולים. שיהיו בקופות החולים רק רופאים, והשאר, שיהיו מהעסקנים, שימנו אותם ע"י בחירה מבני האזור, גם מפלגות מסוימות בוחרות אנשים שלא רוצים ללכת לכנסת. טוב להם באזור שלהם. מכל מקום, הלקוי ביותר זה עניני התברואה.

ל. דיציאן: אמרתם שיש כפילויות. מה אתם יכולים להציע כדי למנוע כפילויות

בשירותים, ושזה יהיה בחוק?

ד"ר מנליס: ברגע שנוציא את הפוליטיקה מבריאות, אז הבזבוז הזה ייפסק, ואז גם לא יהיו כפילויות. החוק הזה הוא חוק מעבר לשלוש-חמש שנים, ומטרתו שייפסקו הכפילויות. אבל יכולה להיות כפילות באותה קופת חולים. ואחר כך, על ידי גופים בפיקוח על אותה קופה ממלכתית, וכך יהיה הלאה. אז הטיפול בחולה יהיה המוני.

פרופ' ברונר: לגבי בעיית ההומניזציה ודהומניזציה: אני חושב כי חשוב מאד שרופא יחזיק את היד של הילד החולה. לבי, בתור רופא, שייר ל"משה מזרחי" ו"מזל לוי". על דהומניזציה דיבר ד"ר פדה. הבחורים הצעירים שעובדים באסף הרופא ובנהריה ועוד, רואים את ההבדל. מה הם רוצים ממני? הדבר מחחיל מלמעלה. זה אחת הסיבות למה אנחנו מדברים על דהומניזציה.

בנוגע לתכנית מן: זו תכנית שצריכה לשלם את המרפאות עם בית החולים. אנחנו צועקים כל השנים שזו הדרך היחידה. איפה ביצעו את זה? בכל מקום שיש בית חולים של קופת-חולים עם המרפאה שלהם. למה לא עושים זאת ביפו? מה הקושי? אני עובד בבית חולים ביפו, ואני מעוניין לבצע את זה. אני מוכן לכל שיחוף פעולה. ישבתי עם ד"ר דורון ועם פדה, ולא עשו שום דבר, כי יש מנגנונים שונים (ד"ר מנליס: יש פוליטיקה).

בבקשה, תבצעו את זה ביפו. למה לא מבצעים? אינני יודע. גברתי היושבת ראש, קחי את היזמה הזו בידיך, אולי זה ייעשה.

היו פעם צעקות בענין חוסר רופאים באופקים. אני התרשמתי מכך, לכן אמרתי שאני מקבל את אופקים. ועוד אמרתי: "אני מבטיח לכם שלא יהיו בעיות עם רופאים. אבל תנו לי שלושה רופאים". לצערי, לא בצעו את זה. שום דבר לא קרה, משום שזה חייב להיעשות ע"י קופת חולים. לא איכפת לי שיהיה שלט של קופת חולים.

אי ביצוע תכנית מן הוא בכך שזה מתנגש בזה שיש מנגנונים שונים ואי אפשר להביא אותם יחד.

איך משתלבים רופאי המדינה בתוך התכנית המוצעת? - רופאי מדינה שעובדים ב-70% מכלל המיטות בארץ. משתלבים כל הזמן. יום אשפוז מגיע ל-200 לירות. יש מקומות שזה גם 300 ל"י. קופת חולים משלמת בשביל אשפוז של חולה שלה בדונולו או באסף הרופא 26 ל"י. זו עובדה. בשבילהם זה יותר זול לשלוח את "משה מזרחי" לדונולו, ואילו מנהל אחר - לבילינסון.

אתם פגיעים ביחס למשהו אחר.

היו"ר ח. גרוסמן:

תשובי את זה ותראי שהאחוז הרבה יותר גבוה.

ד"ר מנליס:

פרופ' ברונר: במחלקה שלי יש רק עולים חדשים, ורק מבני עדות המזרח. איך לי שום דבר נגד זה. 50% של יהדות אשכנזית בחולון היא הסתדרותית. ותיקי הסתדרות בחולון אינם באים אלינו. זה יוצר את הדו-מנייזציה.

לח"כ ידיד: ההצעה שלי לעשות חוק ביטוח בריאות היא, לעשות כמו בב יטוח לאומי. (ד"ר מנליס: עם פיקוח אזורי) האם יושב כאן מישהו שיטען כי מדברים רק לטובת החולה ולא שום דבר אחר?

מ. ידיד: אני מסכים אתכם בקשר לביטוח בריאות. אבל יש מציאות מסוימת, והממשלה הגיעה למסקנה. זהיה תקופת מעבר, או תקופת ביניים, ואני מבקש הצעה - איך תיישמו את החוק הלכה למעשה במקום קופות החולים?

החשובה היתה שיהיה פיקוח רפואי. ד"ר מנליס מציע שיהיו ועדות פיקוח

היו"ר ח. גרוסמן:

בריאות.

באזורי האשפוז תהיה סמכות עליוני לאותן ועדות מקומיות של אנשי המקום.

ד"ר מנליס:

אנחנו נשלח לכם תזכיר בכתב.

תודה רבה. הישיבה נעולה.

היו"ר ח. גרוסמן: