

פרוטוקול מס' 59

מישיבת ועדת שירותים ציבוריים שהתקיימה
ביום א', א' בטבת תשל"ה, 15 בדצמבר 1974, בשעה 11.00

נ כ ח ר:

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

מוזמנים:
פרופ' הלוי - ביה"ס לרפואה בירושלים
פרופ' אילן - ביה"ס לרפואה בתל-אביב
פרופ' פריבס - ביה"ס לרפואה בבאר-שבע

מר. וולף - יועץ משפטי
ד"ר רביד - משרד הבריאות
ג. שפירא - משרד הבריאות
י. שכטר - משרד הבריאות

מ"מ מזכירת הוועדה: ר. יודקביץ

מזל כהן

ר ש מ ה:

סדר-היום: חוק ביטוח בריאות, תשל"ג-1973

חוק ביטוח בריאות, תל"ג-1973

היו"ר ח. גרוסמן:

אני פותחת את הישיבה.

אנחנו מארחים היום את ראשי בית-הספר לרפואה. נעדר רק פרופסור ארליך, מבית-הספר לרפואה בחיפה, והוא התנצל על אי-יכולתו להגיע. אני מקדמת בברכה את פרופסור הלוי, מבית-הספר לרפואה בירושלים; את פרופסור אילן, מבית-הספר לרפואה בתל-אביב ופרופסור פריבס מביה"ס לרפואה בבאר-שבע.

אנחנו ממשיכים לדון בחוק ביטוח בריאות. אני מקווה שאנחנו מתקרבים לסוף הרשימה של המוזמנים. מההצעות ומהשגות ששמענו עד כה, ודאי למדנו הרבה על החוק עצמו, ואני אבקש את האורחים לומר מה בפיהם בקשר לחוק.

דרך אגב, אנחנו שמענו גם את הנציגים של הסטודנטים לרפואה. אולי זה לא בסדר שקודם שמענו אותם ואח"כ אתכם.

פרופ' פריבס:

זה בסדר. זה נוגע להם יותר מאשר לנו.

היו"ר ח. גרוסמן:

בבקשה, פרופסור הלוי.

פרופסור הלוי:

אני מצטער שאח ההזמנה קבלנו ביום שני אחה"צ. למעשה, נשארנו

לנו רק חמישה ימים...

היו"ר ח. גרוסמן:

ידעתם על החוק.

פרופ' ג. הלוי:

לא ידענו באיזה שלב נמצאים הדיונים, וזאת הסיבה שלא המצאנו לכם את התזכיר לפני כן. אבל אני רוצה לומר, שהיו לי שיחות ממושכות עם הדיקן. דברנו על תוכן הדברים שאני אמסור, והוא הסמיך אותי לומר, והוא מסכים ומקבל את הדעות האלה, ועד כמה שלי נדמה, מתוך מגעי עם הסטודנטים, שאנחנו מבטאים גם את משאלות ליבם של הסטודנטים, של רופאי המחר, מה הם חושבים על הבעיה שעומדת.

אל החוק הנידון אפשר לגשת בשתי צורות. אפשר לדון באופן כולל, ביסודותיו ועקרונותיו, ואני ארשה לעצמי לתת כמה הערות כלליות ואח"כ כמה הערות לפרקים, עם הוועדה תהיה מעוניינת.

אם כי הצעת החוק הנדונה הונחה על שולחן הכנסת רק לפני שנה וחצי בערך, הדיון על הנושא מתנהל, למעשה, כמה שנים, ולנוכח כל השנים האלה החבלטו שתי גישות יסודיות לדבר הזה: האם ביטוח בריאות כללי צריך להיות גם ממלכתי, כמובן שהוא צריך להיות מבוצע ע"י גוף ממלכתי אחיד; או שהוא צריך להיות מבוצע ע"י קופות-החולים הקיימות, שאליהם יתווספו גם קופות אחרות. הויכוח התנהל במשך כל השנים ובכל הוועדות הרבות, הרשמיות וחצי רשמיות. אף פעם לא היתה הכרעה ברורה בעניין וזה התחלק בערך חצי חצי בין חברי הוועדה בגישתם לשאלה היסודית.

בזמן האחרון, נדמה לי, שקרה דבר בישראל, שאי-אפשר להתעלם ממנו כאשר אנחנו דנים כיום על החוק הזה. בשיחות של פרופסור פריבס, בית-הספר לרפואה בבאר-שבע הוקם מתוך הדגשה של ועדת מן, שלא הכמות, אלא האיכות. הציפיות לגבי המרכז והפקולטה למדעי הבריאות בנויות על עקרונות מסויימים שהונחו, ואני מרשה להביא כאן כמה דברים מתוך מאמרו של פרופסור פריבס: "מקורו של המשבר הפוקד היום

את שירותי הבריאות והחינוך הרפואי בישראל טמון, בראש וראשונה, בפיצול המשולש של שירותי הבריאות: א. בין מוסדות שונים, ב. בין שירותי אשפוז, בין שירותים ומוסדות אקדמאיים. הוא עובר לדבר על המצב בנגב: אכן מרכז קופ"ח כללי, משרד הבריאות ומלב"ן באו לידי הסכמה והציעו שכל שירותי הבריאות ואלה שיוקמו בעתיד יועברו במלוא היקפם למרכז רפואי חדש לכשיקום. במלים אחרות, הנציגים האזוריים של קופ"ח אזורית, משרד הבריאות ומנהל בית-החולים של אילת יהיו אחראיים כלפי המרכז הרפואי שינהל את כל השירותים הקהילתיים.

בכל הממד הזה עובר רעיון אחד מודגש

והוא לפתור את המשבר ברפואה בישראל. אפשר ע"י יצירת מטגרת אחידה במקום הפיצול, במקום אותה חלוקת סמכויות והתפקידים הבלתי מסודרת שהייתה קיימת בין המוסדות, ואני מעז לומר, שאני מפקפק אם אפשר לבנות את הגישה הזאת, שביח-הספר לרפואה בירושלים מזדהה איתה וחושב שההנחות האלה הן נכונות, הן לגבי שירותי בריאות, הן לגבי חינוך רפואי, הן לטובת הסטודנטים והרופאים והן לטובת הציבור, על בסיס של אוניו פרסונל ושל תקנים בין מוסדות שאין להם מסגרת פורמלית קבועה. פרופסור פריבס מסביר, שהוא הולך לנגב, ששם יש גוף דומיננטי אחד שזה קופ"ח. בשעה שאנחנו עומדים בפני בעיה כל כך רצינית, בפני קביעת חוק - האנגלים הצליחו לשנות את החוק אחרי 25 שנה, בישראל אני מפקד שזה ימשך יותר מ-25 שנה, לעשרות שנים זה יקבע את גורל הבריאות הארץ - האם אפשר לבנות בתוך מסגרת שמאפשרת וקובעת כחוק לעתיד את הפיצול והביזור של הסמכויות?! אנחנו בכל זאת נגיע למשהו מאוחד, כפי שכולנו מסכימים שזה נחוץ וכפי שכולנו שואפים. נדמה לי, שלמרות כל הנימוקים, שהם ידועים לי יפה, עוד מתקופת עבודתי ב"הדסה" לפני 25 שנה ועבודתי במשרד הבריאות, שכאן ההזדמנות ההיסטורית להכניס את השינוי ששירותי הבריאות בארץ דורשים כל הזמן ולקבוע שביטוח בריאות כללי יהיה ממלכתי ויבוצע ע"י קופת-חולים ממלכתית אחת ובלי הפיצול וחיאום עם גורמים אלה, שהצלתו מוטלת בספק. זאת הערה כללית לגבי החוק בכללו.

אני רוצה לעבור לכמה דברים בתוך

החוק הזה ולהתעכב על כמה דברים שהם נראים כדורשים תיקון. סעיף 108 של הצעת החוק קובע, כי שר הבריאות יהיה ממונה על ביצועו של החוק. למרות הקביעה הברורה והפשוטה הזאת, מי שקרא את כל החוק רואה, ששר הבריאות יהיה קשור בידיו, כמעט בכל החלטה, מהדברים הפעוטים והקטנים, עם שר העבודה ועוד שותף, משרד האוצר, ואח"כ יש שותפים זוטרים. מחצית הסעיפים קובעים חובת התייעצות וחובת הסכמה בין משרדים אחדים. הדבר גם מוזר מאד במובן ההגיון שנמצא מאחורי הדברים האלה. אם ניקח את סעיף 18 וסעיף 20 שדנים בהסמכת קופות. הסמכת קופות צריכה להיעשות ע"י שר הבריאות ושר העבודה. זה מאד לא מובן. אם נעבור לענין של דמי ביטוח - אז יש חובת התייעצות עם שר המשטרה בנוגע לשוטרים, עם שר הבטחון בנוגע לאנשי מילואים. אבל כאשר מדובר על מקרי סעד ועל חשלום עבור מקבלי המיכות סעד, משרד הסעד לא נזכר, למרות שהוא שותף מכובד מאד, ואני חוהה, מה המשקל הספציפי של דברים אלה, האם מקרי סעד ראויים פחות לטיפול והתייעצות עם הגוף המטפל בהם?!

בתור אדם שלמעלה מ-20 שנה עבד

במשרד ממשלתי, אני יכול להעיד בכנות גמורה, הענין הזה מבטיח סחבת, בזבוז של זמן על התייעצויות ועל מו"מ בין משרדים. יש כאן חוסר אחריות דבר שקוראים לו יעילות. אינני יודע כמה מכס יודעים, מה פירוש התייעצות והסכמה, בעיקר בין משרדים ממשלתיים. אני לא בא-כח של משרד הבריאות, ואני לא מגן על שר הבריאות. אבל, לטובת העניינים אני חושב, במחצית הסעיפים של החוק, חובת התייעצות עם משרדים אחרים, באה לקשור את ידי שר הבריאות.

אני עובר לבעיה שניה - החלוקה בין

החקיקה הזאת וחקיקת משנה. גם כאן יש חוסר עקביות שיכול להכביד על העבודה. אני לא אכנס לדברים שלא בסמכותי, ואני בעצמי למדתי אותם מתוך שמיעה. אבל, בכל זאת, אם לוקחים את סעיף מס' 83 שמפרט 14 תפקידים למועצה, ובתוך התפקידים האלה דבר כזה כמו "קביעת נוהלים וסדרים לאישפוזם של מבוסתחים", או סדרי תורנות שלא בשעות העבודה ובימי עבודה רגילים,

סדרי תורנות שיכולים להיות סדריים מקומיים - דברים כאלה תצטרך מועצת ביטוח בריאות לשבת ולהחליט בהם! מצד שני, כשמגיעים לבעיה, מה יהיה גודל דמי ביטוח, איזה אחוז מכסימלי? איך אף מלה.

י. בארי:
מועצה הביטוח לא תדון בדמי ביטוח אלא תדון בקביעת נוהלים.

פרופ' ש. הלוי:
לא כתוב מה יהיה גודל דמי הביטוח. הדברים האלה כל כך מוזרים, הפירוט מצד אחד, וההתעלמות האלגנטית מצד שני.

פרק י' אשר דן בקרן השוואה - זה דבר ערטיילאי, לא מובן מה יגבו, איך יגבו, מה יחלקו. כל זה נמסר לשרים. כל הכבוד לשרים, אבל כאן אני מוכרח לומר, זה קצת מוזר.

היו"ר ח. גרוטמן:
אתה סבור שהפרטים האלה יכולים להיות בחוק עצמו?

פרופ' ש. הלוי:
בין פרטי העניינים שהמועצה צריכה לדון, הפירוט גדול מדי. יש הרבה דברים שצריך להשאיר לרמות נמוכות. לעומת זאת, יש דברים שהחוק צריך לקבוע, למשל, הוא צריך לקבוע מקסימום דמי ביטוח, ומתנהל ויכוח על שאלת התקרה בדמי הביטוח. השרים יקבעו מה תהיה התקרה. האם זה לא נושא חשוב, שבית המחוקקים צריך להחליט אם יש מקום לתקרה או לא. צריך לברר פעם את השאלה הזאת ולמה להשאיר את זה להכרעה לשני אנשים. לי נראה שזה נושא די מכובד שצריך להקבע בחוק.

לגבי קרן השוואה - לפי דעתי, המסגרת כל כך רופפת. כל הסמכויות נשארו לרשות המבצעת. אם ניקח את סעיף 96ב' נראה שהוא מונה תנאים בלתי רגילים שקופה זכאית לתמיכה מקרן השוואה. סעיף 100 באותו פרק קובע את השיקולים שלפיהם יחלקו השרים את תשלומי האיזון. למעשה, הם צריכים לחלק את קרן השוואה לפי כל פרט ופרט של ועדת הקופה. כאן אין דברים מיוחדים.

ה. זיידל:
צריך לתת יותר סמכויות להנהלת קרן השוואה?

פרופ' ש. הלוי:
צריך לקבוע יותר פרטים לקרן השוואה. יש עוד דבר, בסעיף 72 - יש פירוט מדויק איך על הקופות לתת בתקציב את ההכנסות שלהם. חסר הפירוט איך הקופות צריכות לתת את ההוצאות. האם מועצת ביטוח בריאות, האם השרים שידונו על התקציבים, אין להם שום עניין לדעת איך יוציאו את הכסף, רק מניין בא הכסף?! יש כאן חוסר עקביות כזאת, שקשה לי, בתור איש מינהל להגן על זה. אם אתה דורש פירוט הכנסות בחוק, למה אתה לא דורש פירוט של הוצאות?

שאלת חופש הבחירה של החברים לגבי הקופה שלהם - מגנים על ריבוי קופות, שזה נותן לחבר את חופש הבחירה ולא קושר אותו לאף קופה. כאן, משתמשים לרעה במלה חופש, מפני שהחולה לא מעוניין בחופש בחירה של הקופה, אלא בחופש בחירה של הרופא. אם תהיה קופה אחת, חופש הבחירה של הרופא יהיה הרבה יותר גדול. אנחנו יודעים, מחוץ עובדות, שהיום, לעתים קרובות, ביטוח כפול בקופות אחדות גובע מזה שחבר רוצה רופא ילדים של קופה אחרת. הרופא הוא הקובע ולא הקופה. לכן, להגן על ריבוי הקופות וחופש הבחירה, לא נראה לי. גם חופש הבחירה הוא כאן מאד מזגבל. יש כאן אפליה לעומת העצמאיים. אח"כ שכירים יוכלו להכנס לקופה כלשהי ע"י בקשת העברה, מבלי לדבר על זה, שהדבר יגזול הרבה זמן.

אני חושב, שהחלק המסובך במובן ארגוני ומינהלי בחוק הזה הוא החלק השני של פרק ה' המדבר על גביית דמי ביטוח ומס מקביל. מספר הדרכים והצנורות שדרכם ייגבו הסכומים האלה, אפילו המחשב המשוכלל ביותר לא מספיק לעקוב אחרי זה כדי למנוע עוותים. זה דבר שיגרום לניירת מרובה. זה דבר זוועתי. מומחה אחד אמר לי, אם אפשר לעשות את העניינים מסובכים, למה לעשות אותם פשוטים. זה ההסבר הנכון שאפשר לתת לפרק הזה. אני מוכרח לומר, את הדעה הזאת שמענו בזמנו בוועדת חושי מאנשים כמו ד"ר ארנון, שבתנאים כאלה, לא מן הנמנע, שלא ייגבו מסים מהרבה אנשים ואי-אפשר לגלות את זה. פיצול כזה בגביית כספים, שלא יתואר הדבר וכל הדבר הזה מסתיים בסעיף 65 ששם ישנו נוהל מוזר מאד לחלוקת הכספים שייגבו אחרי כל זה: "המוסד לביטוח לאומי יחלק את דמי הביטוח שגבה בין קופות-החולים בשיעור יחסי שיחושב על פי כללים ודרכי חישוב ובמועדים שיקבע שר העבודה בתקנות בהתייעצות עם שר הבריאות." אני בתור אזרח מעז לומר את זה ותסלחו לי אם אני חורג מסמכותי. אבל, אנחנו חיים בחקופה שהציבור כל כך רגיש לדברים כאלה. מה הפירוש של חלוקה כזאת?

אח"כ בסעיף 66 - "המוסד לביטוח לאומי ינכה את ההוצאות שהיו לו בקשר למילוי תפקידיו על פי חוק זה מהסכומים שגבה כדמי ביטוח, לפי השיעורים ודרכי חישוב שיקבע שר העבודה בתקנות." כאן, אין התייעצות עם מישהו. מה פירוש הדבר? אח"כ נעמוד בפני גרעונות בשירותי הבריאות.

ה. זיידל: יש לכם הצעות בענין זה?

פרופ' ש. הלוי: לא נתבקשתי להביא הצעות, לכן לא הבאתי.

אני חושב, שפרק מעניין שצריך לציין כאן זה רפואה מונעת. החוק קובע שזה יהיה באופן קבלני עם הרחבות, שזה יהיה על חשבון הממשלה, אבל שיהיו גורמים אחרים בצורה קבלנית, ואני מביין, שלפני מנסחי הצעת החוק עמדה בתור מטרה עיקרית שמירת המסגרות הארגוניות הקיימות כיום, לא לפגוע, חס וחלילה בשום דבר שיש לקופה מסויימת זאת או אחרת. זה היה המוצא שהם מצאו לזה. אם מדברים, לא במבט אחורה אלא במבט קדימה, אז מה ההצדקה שמתוך כל השטח הנרחב של הרפואה המונעת הוציאו פרק קטן אחד שנקרא בריאות עבודה. לשטח זה צריך מחקר. זה המקום היחידי בתוך החוק שנזכרת המלה מחקר. בין תפקידי מועצת ביטוח בריאות, אין שום תפקיד היכול לתת לה לדון על מחקר בשירותי בריאות, וזה יהיה סעיף מוצדק לגמרי ונחוץ. כי בלי מחקר לא נוכל להתקדם. המקום היחידי שנזכרת בו המלה מחקר זה בקשר לבריאות עבודה. אולי, זה בגלל חלקו של שר העבודה הקודם בהכנת הצעת החוק הזאת. האם זאת הצעת חוק שקולה?

ולבסוף כמה הערות לבעיות מינהל. יש פה שני סעיפים שקובעים: א. במועצת ביטוח בריאות יהיו: מחצית החברים נציגים של קופות-החולים. ב. בוועדת אישפוז של מועצת ביטוח בריאות, רוב החברים יהיו מביין המוסדות שמקיימים בתי-חולים. במליט אחרות, הרוב בגופים הרציניים של מועצת הביטוח יהיה בידי בעלי האינטרסים, לא הציבור.

ל. דיציאן: שליש המיטות בידי המדינה.

פרופ' ש. הלוי: זה לא בדיוק כך. שליש זה פחות מחצי. שנית - אם תיקח סוגים מסויימים של מיטות, אז יש שם מיטות למחלות ממושכות, חעמוד בפני בעיה של בתי-חולים שהם שייכים לגופים פרטיים. אני מוכרח לומר, הודות לפרופסור פריבס היתה הזדמנות לדון קצת על החוק הזה ואני שמעתי דעה של אדם שנחשב מבחינה מדעית אוטוריטה עולמית. הוא הזדעזע כשראה את החוק הזה. הוא אמר: קופות-החולים הם קבלנים של הממשלה. אז מדוע מוסרים להם את הרוב בתוך הוועדות שידונו. זה דבר מוזר מאד. כל העולם היום, גם דן ומחפש דרך לשיתוף הצרכן שהוא הציבור, עם כל הקשיים שישנם לגבי צרכנים בשירותי הבריאות. אבל, בכל אופן, שואפים לזה.

טעיף 84 - יש בו שבעה טעיפים
 שיהיו את המועצה; "נציגי הממשלה; נציג המוסד לביטוח לאומי; נציגי ארגוני
 עובדים ומעבידים; נציגי מקצועות רפואיים ופארא-רפואיים; נציגי ציבור;
 נציגי השלטון המקומי; נציגי מוסדות להשכלה רפואית גבוהה. אם נביא
 בחשבון שמחוך שבעה טעיפים אלה יש סעיף לאחד קטן צנוע, נציגי ציבור,
 שמדבר על אותם אנשים, שאני קורא להם צרכנים, ומדובר על כל האנשים האלה,
 נציגי מקצועות רפואיים ופארא-רפואיים, רופאים ושל רוקחים, אז אני מתאר
 לעצמי, המועצה הזאת לא תהיה פחות מ-50-60 איש, ובה יהיו שני נציגי
 ציבור.

איך ייבחרו נציגי הציבור?

היו"ר ח. גרוסמן:

באמצעים שונים. בוחרים בצורות
 שונות. על זה יש ספרות גדולה.
 למשל, יש החושבים שנציגי ציבור צריכים להיות אנשים שאין להם שום קשר
 לא ארגוני ולא ציבורי עם מוסדות הרפואה.

פרופ' ש. הלוי:

במסגרת נציגי קופ"ח יכולים להיות
 נציגי הצרכנים.

ה. זיידל:

זה לא מחייב אותם.

פרופ' ש. הלוי:

הדברים האלה, נדמה לי, דורשים
 שיפוץ ניכר.

ולבסוף טעיף 89 בחוק הזה קובע,
 החלטות המועצה תהיינה, למעשה, מחייבות. יצאו מהכלל רק שני טעיפים
 הנוגעים לתקנים ותעריפים. זה יהיה טעון אישור של שלושה שרים, בריאות
 עבודה ואוצר. אם החלטות מועצת ביטוח בריאות מחייבות, מי יבצע אותן?
 ומה פירוש הדבר, החלטות מחייבות של המועצה, שאין לה מושג על תקציב, כי
 תקציב לא צריך לבוא לפני? איך יהיה התאום בין מה שתחליט מועצת הביטוח
 ביחס לתקנים? האם אנהנו לא מעודדים את אותה גישה פסולה שישנה בתוך
 הציבור שלנו, שהציבור שלנו רק תובע, הוא אף פעם לא מעלה על דעתו,
 שהדבר קשור בכסף, הוא צריך רק לתבוע!?

מכאן עומדים על הפער בין המצוי,
 לצערי, והרצוי. הפער הזה ישנו בכל מקום. אבל הוא יכול להיות יותר קטן
 אם נחנך את הציבור.

רבותי, זאת שיטת מינהל, שאם היא
 תתקבל אצלנו, אני מוכרח לומר, זה יהיה מקרה יוצא דופן בעולם, שיטילו
 חובות על ציבור מבלי לראות את שני צדי המטבע.

בשנה שעברה נהלתי סמינר שבו למדנו
 את החוק הזה. אם תתעמקו בבעיות האלה, אז תגיעו ממילא לבעיות שלא
 הזכרתי, ואז תגיעו לאותה מסקנה שאליה הגענו בסמינר שלנו והיא, שצריך
 להיות ביטוח בריאות ממלכתי ע"י קופת-חולים ממלכתית אחת. אי-אפשר להחזיק
 את המקל בשני קצותיו. את הדבר הזה עשתה אנגליה השמרנית. היום זה ברור
 בכל העולם. כל אלה שקוראים את הספרות יודעים, שבכל העולם הנטיה לאחד,
 לא לאפשר את הפיצול. זאת הדרך היחידה להבטיח שעלית הוצאות הבריאות
 שהיא מאיימת אפילו על מדינות עשירות בעולם, לא תחרוג מכל הגבולות
 והמסגרות. בדבר הזה נכחו גם אצלנו בארץ. ועדת קניאל הראשונה קבעה
 קופה אחידה, שהאפשרות הטובה היא קופ"ח ממלכתית אחת. מר סורוקה המנוח
 קיבל את הרעיון הזה והגדיר באופן ברור מאד, בשני תזכירים שפורסמו
 בעתונות, ומר סורוקה בגלל זה, מתוך לויאליות לא הופיע בפני ועדת חושי.

היו אומרים שקופ"ח כללית רוצה
 לבלוע את כל קופות-החולים.

היו"ר ח. גרוסמן:

פרופסור פריבס, בבקשה.

פרופסור פריבס:

תודה רבה על ההזמנה. אני מצטער שבאוניברסיטת בן-גוריון אין מומחה לביטוח בריאות כמו פרופסור הלוי. נדמה לי, מבחינת הכנה ולימוד הבעיה, אולי הוא היום היחידי במדינה המומחה לזה, וזה לא תגמול עבור הציטוט של 2-3 משפטים ממני. אבל אני רוצה לחזור על גישה עקרונית שלו שהוא הביע אותה באופן כה בולט. אין אני מומחה לענין של ביטוח בריאות רפואי. המומחיות שלי בשטח אחר, בי"ס לחינוך רפואי. בשנים שעבדתי בשטח של חינוך רפואי כמו בית-הספר לרפואה של האוניברסיטה ב"הדסה" בירושלים, שהוא הראשון והגדול והוא אם לכל יתר המוסדות - שאלתי את עצמי, למה לי כל זה? האם באמת שפרנו באיזושהי מידה את הבעיות העקרוניות של שירות לעם בשטח הבריאות? ובאתי לידי מסקנה שיש לי הרבה שותפים בעולם, וכל ההצדקה לקידום חינוך רפואי היא רק בדבר אחד, אם חינוך רפואי יכול לתרום לשיפור שירותים במדינה - זאת המטרה היחידה. כי אחרת אין צורך ברופאים באחיות בפזיזיוטרפיסטים, אם הם, או החינוך הרפואי לא מלמד לשפר את שירותי הבריאות.

המצב במדינה שלנו בבעיות שירותי בריאות ובעולם כולו מצביע על דבר שאין ואסור למוסדות לחינוך רפואי להתעלם ולהנתק ממנו והוא שיפור שירותי הבריאות, ומתוך הנחה זאת קם הרעיון.

החוק שמונה לפניכם הוא אותו החוק

שיכולים לומר עליו: "פחות מדי ומאוחר מדי". בוודאי שיקומו אנשים ויאמרו: במציאות הנוכחית זה מה שאנחנו יכולים לעשות ומוכרחים לדעת שיש לנו הגבלות: הגבלות פוליטיות והגבלות של מסורת, ולעשות מהפכה במדינה, בייחוד בשטח זה שלא הצליחו לעשות את זה בהחלפה, כמו שהצליחו בענייני עבודה וחינוך שהפכו אותם לדבר ממלכתי, הרי עם השנים הדבר נראה קשה יותר. אבל, אני רוצה לומר, לפי דעתי ואין להתעלם מזה, ואני בטוח שגם פרופסור הלוי מסכים אתי, שיש שיפור במצב. הגזירות הקיימות היום בין כל מיני מוסדות רפואיים, החוק הזה מתיימר להוריד. לא תהיה בעיה שאדם יבוא לרופא ברחובות ולא יקבלו אותו בגלל שאין לו פנקס קופ"ח. יש דברים חיוביים בחוק. אבל, כמו שאמרתי, זה לא מספיק. לא הלכו בדרך זאת לכל אורך הדרך.

עכשו אני מדבר על הפיצול. בעצם,

החוק הזה מנציח את הפיצול. מה כל הנסיון בנגב? הנסיון בנגב בא להוכיח, שאם אנחנו נשאיר את מדינת ישראל מהצד וניקח אזור מסויים של המדינה, שבו פעילים כל הגורמים בשטח הרפואי, אם נדגים בצורה אזורית ואני שם את הדגש על המלים: "בצורה אזורית", ונצליח בדבר זה בדרום, יקומו חכמים וישאלו: למה לא התחלת בגליל, ואם בגליל, למה לא באזור דן? זאת כל המטרה.

אני אתן לכם שתי דוגמאות: לפני

כשנה הגעתי יחד עם משרד הבריאות וקופ"ח לעיר אילת. אילת מחולקת לארבעה חלקים מבחינת הטיפול באם וילד. יש ארבע שכונות, ואנחנו נכנסנו לתחנה לאם וילד. התחנה היא של משרד הבריאות, בתחנה ישב רופא מאחורי הדלת, ולפני החדר ישבו שתי אחיות מה שקוראים להם "אחיות ירוקות". נכנסה אמא עם תינוק בזרועותיה, עם ילד בן שנה וחצי ועם ילד בן חמש. האחות אמרה שזאת הבדיקה החודשית של התינוק. שאלו אותה מה עם הילד בן השנה וחצי? היא השיבה, אותו הבאתי לעשות זריקת חיסון. האחות אמרה לה, הנה פתק, תקחי אותו לקופ"ח. ומה עם הילד בן החמש? הוא סתם חולה. בן כמה הוא? הוא כבר גמר חמש. אם הוא גמר חמש, תלכי לבית החולים ורופא הילדים יקבל אותו. באותו רגע שאלתי; מי הרופא שמקבל את הילד בן השנה וחצי? האחות השיבה: אותו רופא שנמצא כאן. ומי הרופא שמקבל בבית-החולים? אותו הרופא. אז אמרתי, למה לא להכניס את האמא לאותו רופא? השיבה לי האחות: כאן אין לו כרטיסיה. בתוך חצי שעה הוספנו חצי אחות מבית-החולים שהוא שייך לקופ"ח לתחנה לאם וילד, וכל התחנה נהפכה לקליניקה של כל השכונה. האחיות היו מאושרות, הרופא מרוצה כי קיבל את כל הכרססת בבת-אחת, והחשוב ביותר, האמא שהיא עזבה את הבית עם שלושה ילדים, לא תהיה נאלצת להתרוצץ ממקום למקום.

תכנית דומה אנחנו עומדים לעשות באופקים. יש שם תחנה לאם ולילד. באנו לידי הסכמה עם משרד הבריאות שיהיה רופא ילדים אחד.

דוגמא שלישית - בתכנית משרד הבריאות ישנה החלטה לבנות בית-חולים לחולי נפש בבאר-שבע, בערך 400 מטות. הולכת ומוקמת סדרת בניינים כזאת בבאר-שבע. כאשר אנחנו נכנסנו לענין שירותי בריאות והבאנו לכאן את אחד המומחים הגדולים שהוא ינהל את כל שירותי הבריאות בנגב, שאלנו את השאלה, למה בית-חולים ל-400 מטות? ובאנו לידי מסקנה, שלפי כל הצרכים, אין צורך בבני"ח של 400 מטות. יש צורך במאה מטות; יש צורך בבני"ח יום; יש צורך בבני"ח לילה; יש צורך בתחנה לבריאות הנפש; יש צורך בבני"ח לאחיות ושינינו את התכנית עד כמה שזה ניתן, ולפי דעתי חסכנו למדינה הרבה כסף. לא חסכנו בבנין, אלא באחזקה של 400 מטות לחולי נפש.

אנחנו התקדמנו מאד, עד כדי כך, שקופ"ח, ההסתדרות ומשרד הבריאות באו למסקנה שנקים בנגב תאגיד לשירותי בריאות, כאשר יש מנהל אחד לכל השירותים, כאשר יש ועדת שירותים אזורית, שבה יושבים מנהלי בתי-החולים, הרופא המחוזי של משרד הבריאות, הרופא המחוזי של קופ"ח והחלק המינהלי, ואין לך היום דבר בשירותי הבריאות בנגב שאינו עובר אלינו ואיננו מקבל את אישורו ע"י ועדת שירותים אחת. יתר על כן, התקציב של מרחב הנגב הולך למרכז קופ"ח אחרי שעבר את ועדת השירותים. התקציב של מחוז הדרום הולך למרכז קופ"ח אחרי שעבר את ועדת השירותים.

אספר לכם עוד דבר מעניין. אנחנו התחלנו את הלימודים עם 34 סטודנטים, ואנחנו מתחילים את העבודה הקלינית לחולים מהיום הראשון שהסטודנטים מגיעים ללמוד. אנחנו אומרים, שהם צריכים לשרת את העם, לכן הם צריכים לשרת מן היום הראשון, ובתכנית הלימודים יש לנו יום קליני: הסטודנטים מתחלקים לקבוצות, הם הולכים לתחנות לאם ולילד, הם יושבים במגן דוד אדום, במרפאות ואח"כ בשעה 4.00 הם באים כולם יחד ויש ויכוח על מה שהיה. לפני כמה זמן הם בקרו בבית-זקנים, ומכיוון שצריך לעקוב אחרי החולים שעזבו את המקום, הם החליטו ללכת לביקור בית. באותו זמן הגיע אורח מבית-הספר לרפואה בירושלים. הוא אמר: אני לא מבין, איך הם הולכים, איך הם מדברים עם החולים? לפני שהם הלכו לבקר את החולה, הם קנו פרחים בשבילו. אז אני אומר, שזה יותר שווה. הדחף הפנימי של המסירות וההזדהות, בשבילי זה שווה יותר. בפרחים האלה יש הרבה יותר. לא על זה אנחנו מדברים היום. אבל מה שכאן יכולים לעזור, אולי זה יתן איזה עוז לחברי ועדת השירותים, יתן יותר הדגשה למה שאמר פרופ' הלוי, כי הרי הדבר הזה ניתן להיעשות. מרכז קופ"ח ב-3.12, והיתה הצבעה פה-אחד, החליט שלזה הם זקוקים. משרד הבריאות החליט שלזה הולכים. אותה קופ"ח אותו מלב"ן, אם מתאחדים, הרי יש הבטחה טובה שהדבר הזה ניתן להיעשות.

אני יודע, מהיחסים שיש לי עם מרכז קופ"ח שגם מרכז קופ"ח לא לגמרי מרוצה מהחוק. גם הם היו רוצים לראות הרבה יותר רחוק. אבל כיום, מדברים על קופ"ח כללית שהיא זרוע של ההסתדרות, ההסתדרות תזרה להיות הסתדרות של מפלגה אחת. במשרד הבריאות, זאת זה יכולים לנצל, קמה עכשו טנדנציה מעניינת מאד. יש נטיה במשרד הבריאות להנתק מניהול מוסדות בריאות. הם רוצים היום לעבור לכוון של קואורדינציה, ובכך הוכיח משרד הבריאות התבגרות גדולה מאד, ולכן גם בממשלה, אולי זה יכול לבוא לידי כך עכשו. אני חושב, שהמדינה, בייחוד במצב הנוכחי ובמצב הכספי שלה והציבור מוכנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הרבה יותר ממה שכתוב בחוק.

פרופסור אילן:

למרות שלא עשינו פגישה מוקדמת
בינינו, ויש לנו פורום כזה, מעניין
שאנחנו כמעט באותה דעה, במיוחד ביחס לנקודה של קופה אחת ולא קופות אחדות,
ולא חשב איך ומי. אבל, בשיטה זאת של מספר קופות, שהן לא שוות. לפחות לו
היו שוות, והם לא יהיו שוות, גם במתן שירותים. קופ"ח שיש לה הרבה מכוני
מחקר ומודות אחרים, שאין לקופות אחרות, בוודאי השירות לא יהיה שווה.

דבר שני - כאשר קראתי את הצעת החוק,
אני ראתי לפני את הקופות שחיתנה את השירות. אני רואה את השרים, שגם כן,
לפי דעתי, זה לא שיתוף טוב, ששר הבריאות צריך להתייעץ עם שר העבודה,
ולעתים קרובות לקבל את הסכמתו הרבה יותר, וזה יכול להביא לידי שיתוף
מסויים בעבודה.

נוסף לזה, מועצת ביטוח בריאות
אני רואה, שהיא גוף יותר מחוקק. אבל אני לא רואה גוף שמוציא לפועל
בין הקופות ובין השר. אם לוקחים את מועצת הבריאות כגוף מחוקק, חסר
המוציא לפועל. אמנם, פה ושם, שר הבריאות ושר העבודה ימנו שני נציגים
בקופות-החולים. מה זה אומר? יהיה מבקר פנימי. אבל לא הוצאה לפועל
ולא פיקוח. איני רואה מוסדות פיקוח יותר יעילים.

אני רוצה להעיר את הבעיה של
התעלמות ברפואה מונעת. בדיוק מה שאמר פרופסור הלוי - אם מדובר על רפואה
מונעת, דובר בקשר לבריאות עבודה, ואז דובר רק פעם אחת על מחקר. אח"כ
יש עוד סעיף אחד, שלתקופה מוגבלת אפשר בתוך קבלנות, כאילו זה בן חורג.
בי"ח רואים כמרכז בריאות לא רק לאישפוז. כל זה לקוי, וכמובן בעיה של
מחקר ופיתוח. לפחות בין הסעיפים של מועצת בריאות צריכה להיות וועדה לפיתוח
ומחקר. הלא צריך ללמוד, לפתח, לראות מה יהיה הלאה. אלה הנקודות העיקריות
שרציתי להביא באופן כללי. כמובן, שלא הספקנו לכתוב חזכיר, אבל אנחנו
נעשה את זה וננמק את הנקודות האלה.

י. בארי:

דומני, שאביע לא רק דעה שלי,
שהישיבה היום, נוכח דברים ששמענו
מפי הפרופסורים, ראשי בתי-הספר לרפואה בארץ, היחה מן היעילות והמאירות
ביותר מכל הישיבות שהתקיימו עד היום, הן בתחום של נתוח הסעיפים, ואני
מודה שהם העירו והאירו מספר דברים, שעם כל עבודתנו על החוק, לא היינו
ערים להם, והן בצד המעשי של הנושא. מאחר, שאישית אני מזדהה עם כל
מה שנאמר, אני אסחפק רק בשאלה אחת. אתם ודאי מכירים טוב מאתנו את
המלצותיה של ועדת מן. באיזו מידה עולה התכנית בכאר-שב, שהיא בפועל
רשות איזורית לענייני בריאות במחוז, בקנה אחד עם המלצותיה של ועדת
מן, ובאיזו מידה אינה מתיישבת?

מ. דרובלס:

גם אני התרשמתי חזק מהפרופסורים
הנכבדים ויש לי שאלה לפרופסור הלוי.
פרופסור הלוי ויחר הפרופסורים ללא יוצא מן הכלל שוללים את החוק. החוק
עבר בכנסת בקריאה ראשונה, ואנחנו כנראה עוד נשב עליו הרבה. לפי
ההערות שלך, פרופסור הלוי, הרי לא מדובר בתיקונים קלים, אלא באופן כללי
אתה שולל את החוק וחושב שצריך לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מה
לפי דעתך ניתן לעשות, לאחר שזה עבר קריאה ראשונה? האם כדאי להמשיך
או לא?

יחד עם זאת, הייתי מרשה לעצמי להעיר
הערה. אנחנו שמענו את הפרופסורים הנכבדים היום. שמענו את האורחים
בישיבות קודמות, אשר כולם מקדישים את רוב שנותיהם בארץ למען קידום
שירותי הבריאות. האם לא היה מן הנכון, שבמקום שנמשיך בדיון על החוק,
לעשות דיון מוקדם, או לפחות זאת הממשלה תראה לנכון לקחת את הצעת החוק
הזאת בחזרה, תבדוק אותו היטב לאור ההערות שממענו פה, וקורים דברים כאלה,
ואולי אז להכין הצעת חוק אחרת שתהיה תואמת את טובת הציבור. כי אם חוק
זה אמנם יתקבל בקריאה שניה ושלישית, הרי עד שאנחנו נצליח, אני חושב
שנצטרך לחכות 26 שנה, אבל נוכל לחקן.

אני חושב, שאולי היה מן הנכון, לאחר ששמענו את הפרופסורים ואת הערותיהם, לנסות לבדוק אם אין מקום להעביר את הצעת החוק לממשלה במקום להמשיך בחוק.

היו"ר ח. גרוסמן:

החוק התקבל ברוב במליאת הכנסת. הערה שניה - שמעתי גם כן כמוך את האורחים של היום וגם את האורחים שהופיעו בפעמים הקודמות. יש אי-שביעות רצון מכמה וכמה דברים. למשל, נציגי ההסתדרות הרפואית ורופאי המדינה מתנגדים לענין הזה של קופות-חולים. הם רצו שנבטיח, שזה יהיה חוק שהוא יהווה שלב לקראת ביטוח בריאות ממלכתי, ואם זה יהיה שלב מעבר, אז הם מסכימים לזה. את זה שכחת.

מ. ידיד:

הפניה שלי אליכם היא זאת, ואני שמחתי שאתם מוכנים להביא את הצעותיכם בכתב, אולי אפשר לקבל בכתב הצעה אחת שאומרת, אין אתם רואים ואיך צריך לפעול ביטוח בריאות כולל, לא דרך קופות-החולים? אין נראה בעיניכם לבצע אותו בשלבים או כתחנת ביניים?

היו"ר ח. גרוסמן:

אני רוצה להעיר לחברי הוועדה- את הדיונים אנחנו מקיימים בינינו בתוך הוועדה. הזמנו את האורחים כדי לשמוע את דעתם. איני מציעה לכם להדריך אותם. מה שהם ירצו להגיש, הם בהחלט יגישו. הם לא זקוקים לעצות שלנו.

מ. ידיד:

אני לא אמרתי שאני רוצה לתת הנחיות. אני רוצה לקבל מהם את ההדרכה הזאת. או שהם ייענו לבקשה שלי, או שהם יסרבו.

היו"ר ח. גרוסמן:

אני מצאתי לנכון להעיר את זה. אין לי שום טענות נגדך, מפני שאינך מסכים להערה שלי.

ל. דיציאן:

אני רוצה להבהיר את דבריו של ח"כ ידיד. אני לא מתכוון, שהם יגישו תזכירים שהם יוצאים מהנחה שכל החוק לא טוב. אני מאד התרשמתי מהדברים ומההערות ורציתי מאד לבקש, שהנציגים המכובדים של בתי-הספר לרפואה, על יסוד הנחה שאנחנו דנים בקריאה שניה ושלישית, יעירו את הערותיהם לסעיפים השונים של החוק, ובצורה כזאת שהשקפותיהם יתבטאו בהצעה שמונחת לפנינו. אם הסעיפים שיצאו בקריאה שניה ושלישית בדיוק כך, או שיהיה דבר אחר, זה תלוי בוועדה.

האם האורחים הנכבדים יכולים להעיר לנך, איך הם מתארים להם את הסעיפים השונים, כדי שבמידת המסגרת של החוק יתאימו יותר להשקפותיהם?

פ. שינמן:

אני הספקתי רק לשמוע את שני הפרופסורים האחרונים. לצערי לא שמעתי בשלמות את פרופסור הלוי. אבל, התרשמתי מדברי פרופ' פריבס, שהיה נסיון לעשות מסגרת שנראית אידיאלית בבאר-שבע והנסיון הצליח, והוא ממליץ על מסגרת דומה לשירותי הבריאות. גם כאן אני הייתי אומר: אנא תבחנו אם יש אפשרות, את המסגרת הזאת שאתם הצעתם כאן, לשלב אותה במסגרת החוק הזה שאנחנו דנים בה. אילו סעיפים ניתן לתקן לאור זה בכדי להגיע בסופו של דבר למסגרת הזאת שאתם מציעים? ואולי על דרך תיקונים אלה נוכל להגיע לאותה מסגרת שהמצאתם לנו.

מ. גז:
 חברים יקרים, זה לא סוד שהפרופסורים דברו ממש ללבי. כי, לידיעתם, בכנסת הששית אני הבאתי את חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בן-גוריון ז"ל, בקושי הסכים שבמשך חמש שנים זה ייעשה דרך קופ"ח עד שיועבר למדינה. אבל לא עמדנו בזה, ואני צריכה להיות מציאותית.

אם חל חוק רציפות על החוק הזה וזה הועבר מהכנסת האחרונה לכנסת הזאת, ז"א שצריך להתייחס אליו. לכן, אני מבקשת מהפרופסורים הנכבדים, שהיה תענוג לשמוע אותם, ברוח ממלכתיות, לנסות להכניס בחוק הזה מה שנראה כמציאותי במסגרת שאנחנו דנים בה. כי לא בא בחשבון שנחזיר את זה לממשלה. יחכן שבעוד 3 או 4 שנים אתה תביא תיקון לחוק הזה או מישהו אחר, עד שיועבר לממלכתיות.

על כל פנים, מה שאפשר לבקש מהפרופסורים, היות ואי-אפשר לעשות את החוק לחוק ממלכתי ברגע זה, אלא דרך קופות-החולים הקיימות, ואנחנו יודעים שהעסק הזה לא קל, ואני רואה שהוא הולך ומסתכן, אבל בתור שכזה, בשמירה על ממלכתיות שאנחנו רוצים לראות בו, תביאו אלינו, לא היום, הצעות שאפשר לשלב אותן בתוך החוק הקיים כדי לעשות אותו חיוני.

ה. זיידל:
 אני מאד ממליץ בפני חברי הכנסת שיקראו את מאמרו של פרופסור הלוי, שנמצא בחוך התיק של כל אחד, ושם יש דברים שנשמעו ע"י פרופסור הלוי.

בהמשך לדברי חברת-הכנסת גז, אני רוצה להגיד, אף אחד לא שינה את עמדתו העקרונית. כל המפלגות בכנסת חתמו, שהחוק הזה יבוצע דרך קופות-החולים. היו דעות, שיתכן שיותר טוב לחכות מאשר להנציח את המצב, היו חלק שראו את החוק כניתן לביצוע דרך בריאות ממלכתית. יש חלק שראו את החוק כשלב ביניים. הבעיות שהציגו לנו היום הן בשני תחומים: זכויות מבוטח והיחסים בין הקבלנים הרפואיים לבין החוק.

אני רוצה לשאול אתכם כמה שאלות:

א. מה דעתכם על מחלות כרוניות?

ב. מה דעתכם בנושא הגביה?

פרופ' הלוי אמר, שכל נושא הגביה הוא נושא פרובלמטי וקשה, ויש דעות שונות אם הגביה צריכה להעשות דרך המוסד לביטוח לאומי. חשבתי, שאולי אפשר לשמוע מכס דעה מגובשת.

ג. נושא של בחירה חופשית - האם

אתה בעד זה שיהיה סעיף בחוק שיגדיר מה זה בחירה חופשית ללא סנקציות?

היו"ר ח. גרוסמן:

יש לי שאלה אחת - הדברים שמסר לנו פרופסור פריבס והנסיון שנעשה

בנגב, האם אתה סבור, שהחוק הזה יפריע לפתח את הנסיון הזה, או להיפך, הוא יעזור לפתח את הנסיון הזה לאזורים נוספים, בהתבססות על החוק הזה ועל נתונים של החוק הזה? האם החוק הזה, כפי שהוא עם שיפורים כאלה ואחרים, אבל על אותם עקרונות, יכול לתת דחיפה לפיתוח שירות דומה, משולב ביתר האזורים?

פרופסור פריבס: בקשר לוועדת מן - אני הייתי סגן

יו"ר הוועדה. אני חושב, שהנסיון בנגב נולד עם ועדת מן. אני מצטער שההגשמה היחידה של המלצות ועדת מן מתחילה ומתגבשת באזור הנגב. אחד מהדברים העקריים זה שילוב מלא בין המרפאות ובתי-החולים, ואולי העקרון החשוב ביותר זה השיטה האזורית של שירותי בריאות והקמת רשויות אזוריות לשירותי בריאות מיוחדים. לכן, מה שהוגשם בנגב, זה ה"ילד הבכור" במחשבות שהיו בוועדת מן.

לשאלה העקרונית של היו"ר -
בוודאי ובוודאי, הצעת החוק כפי שהיא מונחת לא תפריע. אם תיתן דחף?
הייתי רוצה לראות את החוק הרבה יותר חזק כדי שיתן דחף. לדחף, זה לא
מספיק. להפריע, זה בוודאי לא מפריע.

פ. שינמן: במקומות אחרים, זה כן יפריע?

פרופסור פריבס: זה לא יפריע בנגב.

לשאלתו של חה"כ זיידל, בקשר
למחלות כרוניות - בעיה זאת תהיה מחר הבעיה של היום. זה הולך בצורה כזאת.
מי שראה את התכנית בטלוויזיה על הזקנה, יכול היה לראות שיש סימני שאלה
כבירים וקשים. לדאבוני הגדול היו תכניות. הבעיה היא בעיה עולמית. לפי
דעתי, היא גם יותר סבוכה ועקרונית במדינת ישראל, כי המסורת היהודית
אינה דומה למסורת של האסקימוסים. "כבד את אביך ואת אמך" אצלנו זה בדם.
המדינה לא תוכל לעשות את הכל. אבל, היו וישנם דברים ואלה דוגמאות בודדות.
יש בית-חולים יום, יש בחי זקנים עם המחלות הגריאטריות והשירות הגריאטרי
בתוכו. בזה עוזרי מלב"ן, משרד הבריאות עוזר בשכונות וקופ"ח מחזיקה את
המחלקה בבית-החולים. הפרסונל אחד. מוכרחים להכנס לבעיה של מחלות כרוניות,
אסור להשאיר את הדבר הזה.

מ. גז: ושיניים?

פרופסור פריבס: גם כן. אנחנו לא נוכל לתת חשובה

מלאה לשיניים. זאת בעיה כספית
חמורה ביותר, אבל כל עבודה מונעת בשיניים מוכרחה להכנס לתוך החוק וזה
כסף קטן מאד. העבודה המונעת שעושים אצל ילדים היא הוסכת כספים עצומים
במחלות שיניים ופה לעתיד. אנחנו מתחילים עכשו בנגב, לפי דעתי, זאת
השקעה קטנה עם תוצאות עצומות. בקשר לעבודות טכניות בפה, התחלנו בנגב
במרפאות קופ"ח. המבוססים מודעים לדבר הזה וישלמו ועוד יאמרו תודה רבה,
כי זאת נכות גדולה מאד ואנשים מבינים את זה.

מ. ידיד: זה יותר בזול?

פרופסור פריבס: זה יותר בזול. אבל, רפואה מונעת
בשיניים הכרחית מאד.

אנחנו נכין את התזכיר כמו שאנחנו
רואים, ואני חושב, שהגישה של חה"כ שאמרו פה: הבה תציעו לנו, מה יכולים
להציל כפי שאתם רואים - זאת גישה מאד מציאותית. כי, עכשו להחזיר לממשלה,
אני חושש שנחזור לאפס. אני רואה בחוק הזה חוק מעבר. לכן, אענה ברצון
לבקשת חברי הכנסת להעיר בסעיף מסויים איך אפשר לשנות על-מנת לעשות
אוחו יותר טוב ממה שהיינו יכולים להגיע לו היינו מחזירים את כל העסק
בחזרה.

פרופסור אילן: אני רוצה להתייחס רק לנקודה אחת
והיא בקשר למחלות כרוניות.

מה שאמרתי ביחס לרפואה מונעת, למעשה אותו דבר הוא ביחס למחלות כרוניות.
צריך להכניס את הגרנטולוגיה. אנחנו מדינה צעירה, אבל עם אוכלוסיה
מזדקנת, ועד שהחוק יתקבל, האוכלוסיה עוד יותר תזדקן.

פרופסור פריבס: כאשר אני מדבר על מחלות כרוניות,
אני מתכוון גם על צעירים. אנחנו

עם לוחם וצעירים נפגעים.

פרופסור אילן:

הצעת החוק הזאת אומרת בפירוש, כי רק בסעיף אחד, סעיף 79 פרק ז' מזכירים את זה וגם כאן, דחית שירות מסויים לתקופה קצרה. אני הייתי הולך יותר רחוק, גם שיפוט-חלב יש להכניס. ביחס לבריאות השן, בלי ספק יש להכניס לחוק. באנגליה לא הכניסו בחוק ביטוח בריאות את רפואת שיניים בגלל הוצאות גדולות. אבל, אנחנו לא צריכים ללכת לפי זה, ואני אינני רואה בזה שונה מחלק בריאותי אחר. באוניברסיטת ת"א יש מרפאה שיניים, המשך ללימודי הרפואה. שם נותנים שירות לאוכלוסיה וזה פועל.

ה. זיידל:

התשלום דומה לזה של קופ"ח?

פרופסור אילן:

התשלום מועט. במסגרת של הצעה זאת נשתדל לתת כמה הערות הכרחיות.

פרופסור הלוי:

אני, למעשה, צריך לענות על שתי שאלות. כל השאלות שהופנו אלי היו בנקודה אחת, הגשת הצעות בצורה זאת או אחרת. אני כאן קצת חולק על דעת פרופסור פריבס. אני חושב שזה יותר מדי פשטני לפנות אלינו ולומר, הגישו הצעת חוק. על הצעת החוק עובד משרד הבריאות ומשרד העבודה במשך הרבה שנים.

היו"ר ח. גרוסמן:

לא פרופסור פריבס הציע את זה.

פרופסור הלוי:

אני מוכרח לומר, אני לא פוליטיקאי לא הייתי פוליטיקאי כששבתי במשרד ממשלתי ואני מסתכל למצבים מסויימים לפי עובדות וחיאוריות. אני מבטיח שאני אצביע על המקומות שבהם צריך לקדם את השירות.

להערתו של חה"כ זיידל - הקו היסודי

של הממשלה שהוקמה עם הליכוד אחרי מלחמת ששת הימים, היתה שם איזו חריגה מן הנוסח הרגיל. הסעיף קבע, הממשלה תעודד ביטוח בריאות ע"י קופות-החולים הקיימות, תגדיל את הפיקוח עליהם ותתחור לקראת ביטוח בריאות לכל. הנוסח הזה "ע"י קופות-החולים הקיימות" שייך למעלה ולא למטה. הצעת חוק ביטוח בריאות לכל לא חייבת להיות בקופות-חולים קיימות.

היו"ר ח. גרוסמן:

היא לא חייבת להיות ממלכתית. "לכל"

זה גם באמצעות קופות-החולים.

פרופסור הלוי:

לעצם העניין - אני מוכרח לומר, שאני מבין את הקושי ואיני מזלזל בבעיה של

פרסטיז'ה ויוקרה.

היו"ר ח. גרוסמן:

זה לא עניין של יוקרה. זה עניין של חוק.

פרופסור הלוי:

לפי החוק - אפשר לשנות אותו שהוא לא יהיה דומה. את זה צריך לעשות. הדמיון יהיה מאד מקרי. אנחנו קראנו את כל החוק, סעיף אחרי סעיף. לא היה כמעט סעיף שלא דרשנו תיקון. תיקון אחד גורר תיקון שני. כל החוק משנה לגמרי את צורתו. אבל, זה צריך להיות במסגרת החוק שמונח על שולחן הכנסת.

לשאלתו של חה"כ זיידל - אני מרשה

לעצמי לומר מלים אחדות על מחלות כרוניות וריפוי שיניים. יש בעיה חמורה מאד שקוראים לה קביעת עדיפויות. שום מדינה, לדעת מומחים, אינה יכולה להרים בכת-אחת משא כבד וצריך לקבוע עדיפויות. רפואת שיניים, בשום מדינה בעולם, עד כמה שידוע לי, לא נכללה בשלב הראשון. מקרה יחידי של אנגליה, שחזרה בה. אני קבלתי עכשו שתי כתובות: בח"א ובבאר-שבע, נראה איך זה הולך. אבל, בדרך כלל, הדבר הזה, בארצות שנעשו הערכות, בעיקר בשאלת רפואת שיניים, לא נעשה אף עבודה אחת במדינה שתימן איזה סדר גודל,

בכמה המשימה הזאת מתבטאת. אנחנו לא יודעים כלום. ידוע, שזה ענין יקר מאד. אותו דבר בנוגע למחלות כרוניות. אני זוכר, לפני שנים אחדות היתה לי שיחה במשרד הבריאות עם מומחה. הוא אמר לי: אתם במצב מאושר לגבי מחלות כרוניות, כי אתם יכולים לתכנן את זה. אנחנו בתכנון שלנו עומדים קרוב ל-8% ואנחנו עדיין מתכננים. בלי ספק זאת בעיה חמורה מאד ובמובן אנושי אולי חריפה ביותר, לראות את המקרים האלה של חולים כרוניים אשר נזרקים ממוסד למוסד, זה דבר איום. אבל יחד עם זה, צריך להביא בחשבון שכאן צריך לדעת כמה זה עולה. אני מבין את דעת הרופאים שהם מדברים אחרת. בלי ספק זאת בעיה כואבת מאד, אבל זה התפקיד שלהם, לקבוע את העדיפות. את העדיפות אפשר לקבוע בתמונה אחידה ובתמונה מפוצלת. כל מה שהפיצול יותר גדול, קביעת העדיפויות יותר מסולפת.

לגבי גביה - שיטת הגביה הוצעה בוועדת "אבא חושי" ע"י קבוצה גדולה של חברים, ביניהם היה ד"ר ארנון, שהגביה תיעשה ע"י המוסד לכיסוח לאומי, שיש לה מנגנון הזה, יש לה הכסף. זה לא נעשה, רק כדי לשמור על ה"שיניים" של קופות-החולים.

אשר לבחירה חופשית - אם אתם שואלים, דעתי היא, בחירה בשירות זאת שאלה אישית. כאן אין בעיה כלשהי. צריך לנתק את הקשר עם הארגון, ואני רוצה לצטט את סורוקה המנוח. הוא כתב: אין תקווה שנוכל לשמור על הקשר הזה. שום חוק לא יוכל להציג את הצמדת השירות בהסתדרות עם קופ"ח. אנחנו כולנו מכבדים את זכרו של סורוקה. אנחנו עושים את ההיפך ממה שאמר. האדם הזה, מתוך נסיון, מתוך הדרך הקשה ביותר הגיע לזה.

היו"ר ח. גרוסמן: אנחנו מודים לכם מאד, ודי אם שמעתם את דברי חברי הוועדה שהם מייחסים הערכה לדבריכם ולהשגותיהם.

לחברי הוועדה - ביום חמישי צריך להיות המשך הדיון על המצב בשירותי הרפואה עם ההסתדרות הרפואית. טילפן אלי ד"ר ישי ומסר לי, כאשר הם קבעו את הפגישה ביחד אתנו, הוא לא ראה את היומן והוא לא זכר שיש להם כינוס של רופאים שנקבע לאותו זמן, והם מבקשים לדחות את הישיבה לשעה 2.00. האם אתם יכולים בשעה 2.00? אם לא, נבטל את הישיבה.

ל. דיציאן: אני מציע לבטל את הישיבה.

היו"ר ח. גרוסמן: אם כן, הישיבה מובטלת, ויש להעתיק אותה ליום חמישי הבא. תודה רבה. ישיבה זו נעולה.

הישיבה ננעלה בשעה 13.15