

-1227-

פרוטוקול מס' 83

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים
יום ג', כ"א באדר תשל"ה - 4.3.75, שעה 11.00

נכחו:

חברי הוועדה:

ח. גרוסמן - היו"ד
 ח. אבו-רביעה
 י. בארי
 ס. גז
 א. גיבלבר
 ל. דיציאן
 ה. זיידל
 ס. חריש
 א. במיר
 ס. פרידמן
 נ.צ. קשת
 פ. שינסן

סוזמנים:

ו. שם-טוב - שר הבריאות
 פנ"פ י. מנצ'ל - מנכ"ל משרד הבריאות
 ד"ר פרייס - משרד הבריאות
 ד"ר ע. ארנן - משרד הבריאות
 פרופ' טרטר - משרד הבריאות
 א. ליבנה - משרד הבריאות
 נ. ענתבי - משרד הבריאות

ס. גבאי - משרד המשפטים
 י. קרפ - משרד המשפטים

ד"ר דודון - מרכז קופת-חולים
 ד"ר לנצט - בית-חולים "קפלן"

מ"מ מזכירת הוועדה: ד. זורקביץ

רשמה: צ. ספרן

א. הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת הריון), תשל"ד-1974; הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפלוגות), תשל"ד-1974.

ב. העיסוק בהיפנוזה - תשובה לשאילתה.

ג. גביית דמי ביקורי בית של רופאים ממבוטחי קופת-חולים הכללית - תשובה לשאילתה.

ד. תקנים לאחיות והאיום בהתפטרות קולקטיבית של אחיות בתי-החולים "אסף הרופא" ו-"איכילוב".

(מתקבל כיום 10.3.75)

היו"ר ח. גרוסמן:

אני פותחת את הישיבה.

א. הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת הריון), תשל"ד-1974 של חברי הכנסת: שמעוני, אולמרט, אליעד, ארלי-אלמוזלינו, גרוסמן, דרובלס, הרליץ, חריש, לין, נמיר, פת, קורן, קצב, שובל, שחל

הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפלות), תשל"ד-1974 של חברי הכנסת: פרידמן, בארי, זיידל, כץ, נוף, פלומין, פעיל

מר גבאי ישיב לשאלות שנשאלו

בישיבה הקודמת.

ס. גבאי:

נשאלתי לגבי החוק הצרפתי החדש, שאז טרם היה בידינו ואילו עתה קיבלנו אותו ואני יכול למסור מידע יותר מדויק. החוק מבחין בין שתי תקופות של ההריון: התקופה הראשונה של עד 10 שבועות להריון, שלגביה חלות הוראות מיוחדות, הכוללות שלושה שלבים. העקרון באותה תקופה של 10 שבועות ראשונים הוא, שיש לאפשר הפלה מרצון בכפיפות לפרוצידורה שצריך לקיים אותה. בשלב הראשון חייב הרופא המטפל באשה להודיע לה על הסכנות הרפואיות הכרוכות בהפלה והעלויות להשפיע על הריונות ולידות בעתיד. הוא חייב למסור לה חוברת הדרכה על הסכנות ועל העזרה המשפחתית שהיא יכולה לקבל מן הרשויות הציבוריות בנושא של תכנון המשפחה. לאחר מכן חייבת האשה לבקר במרכז לתכנון המשפחה ולשירות סוציאלי וגם שם היא חייבת לקבל הסבר לגבי הנושא וחייבים להסביר לה מהן ההשלכות של ההפלה. לאחר מכן היא מקבלת, על פי חוק, תעודת אישור שביקרה באותו מרכז ועם אישור זה היא חוזרת לרופא. על הרופא להמתין תקופה נוספת של שבוע, שלאחריה הוא יכול לבצע את ההפלה.

בתקופה שלאחר עשרת השבועות הראשונים חלים כללים חמורים יותר ואז, על פי החוק, ניתן לבצע הפלה אך ורק אם המסך ההריון מסכן באופן חמור את בריאות האשה או שקיים חשש לוולד.

ל. דיציאן:

מי צריך לאשר זאת?

ס. גבאי:

במקרה זה יש צורך באישור שני רופאים, המעידים במכתב שאכן יש חשש רציני לבריאותה של האשה או הוולד. הנוסח הוא: הריון המסכן באופן חמור את האשה או שקיימת הסתברות גדולה שהילד שיוולד יסבול ממחלה חמורה או ממחלה כרונית שאיננה ניתנת לריפוי.

ל. דיציאן:

האם אין התייחסות לביצוע הפלה אחרי 10 שבועות מטעמים סוציאליים?

ס. גבאי:

הביטוי שהחוק משתמש בו הוא זה שהבאתי בפניכם.

החוק קיבל את אישור בית-הדין

לחוקה בצרפת כחוק שאיננו נוגד את החוקה.

דבר אחר שיש אולי לדרוש עליו - ההתפתחות הנוספת בארצות-הברית: בדו"ח שלנו התייחסנו להחלטת בית-המשפט העליון בשנת 1973, אבל לאחרונה היה פסק דין בבית-משפט כנוסטון, שהתייחס לתקופת השליש השני של ההריון. בית המשפט העליון בארצות-הברית פסק שבתקופת השליש הראשונה להריון יש לקיים את ההפלה במידה שהאשה רוצה בכך, אבל הוא לא התייחס לתקופת השליש השני. לאחרונה, כאמור, היתה הרשעה בבית-משפט כנוסטון לגבי הפלה שנוצעה בתקופת השליש השני להריון. השאלה תגיע גם לבית-המשפט העליון בארצות-הברית, אבל בשלב זה קיים רק פסק דין של הערכאה הראשונה.

חבר-הכנסת דיציאן שאל לגבי בעיית

אישור הוועדה. הוועדה הציבורית כללה בהצעתה הסדר בדבר ועדה, שבה יהיו שני רופאים ועובד סוציאלי, שתיתן דעתה ככל מקרה ומקרה, ואילו ההצעה שהובאה על ידי חברי הכנסת לא התייחסה לנושא זה, אלא השאירה אותו לתקנות שתתקנה על ידי השר. מצד אחד הרחיבה הוועדה במידה ניכרת

מ. גבאי:

את העילות והסיבות לביצוע הפלה, ואם אנחנו מביאים בחשבון את הגורמים החברתיים, הרי שכמעט ואין גורם שאין לכלול אותו בעילות המצדיקות הפלה; אך יחד עם זה היתה הוועדה סבורה שבאותה מסגרת יש לקבוע גם את הנוהל האדמיניסטרטיבי, שהוא יהיה הגורם שיחליט בכל מקרה ומקרה. חברי הכנסת שקלו שיקולים משלהם והחליטו להשאיר נושא זה להסדר על ידי שר הבריאות.

היו"ר ח. גרוסמן: משום שרצו להגיע לקונסנזוס.

מ. גבאי:

הנושא של מחלת נפש הוא נושא שראינו אותו כמצדיק את אישור ההפלה. סעיף ב, המדבר על אישור הפלה במקרה שקיימת סכנה שהמשך ההריון יגרום לאשה נזק גופני או נפשי, כולל, לדעתנו, מבחינה משפטית גם את המקרה של מחלת נפש.

לנושא של הריון מחוץ לנישואין: ההצעה שהוגשה על ידי חברי הכנסת כוללת סעיף מיוחד בענין זה. בהצעת הוועדה לא נכלל הענין במפורש, כי דעתנו היתה ששילוב של שני הסעיפים ב' ו-ו' יכלול בדרך כלל את המקרה של אשה שהרתה מחוץ לנישואין וההנחה היא שההשלכות, מבחינה חברתית ונפשית, הן שליליות ולכן יש הצדקה לביצוע הפלה. הדבר לא הוזכר במפורש בהצעת הוועדה, משום שההצעה מבוססת על קונסנזוס.

הועלתה השאלה של יחסי גומלין בין עידוד הילודה וההצעות שהוגשו על ידי הוועדה. הוועדה התייחסה לכל השאלה הדמוגרפית ולכן הציעה להקים מרכזים לתכנון המשפחה. זה לא נושא שנראה היה שניתן לכלול אותו בחוק עצמו, אבל במסגרת ההמלצות יש התייחסות להקמת מרכזים כאלה.

חבר-הכנסת שינמן התייחס למסקנות הרב ולדנברג ושאל באיזו מידה תואמות מסקנות הוועדה מסקנות אלה. אם מפרשים את מסקנות הרב ולדנברג באופן רחב, הרי שאין סתירה עקרונית בין הצעות הוועדה למסקנות אלה. הסתירה היחידה שיכולה להיות היא בגורם החברתי שאיננו נכלל כלל בחוות הדעת הדתית.

נשאלה על ידי חברת-הכנסת מרשה פרידמן השאלה, באיזו מידה הובא בחשבון הדו"ח בארצות-הברית בשנת 1973. לא הבאנו בחשבון דו"ח זה, אבל עלי לציין שהוועדה הביאה בחשבון חומר בין-לאומי די ניכר וסטטיסטיקה פנימית ונראה לנו שהחומר מספיק. הרכב הוועדה היה כזה, שכלל במידה רבה מומחים בנושא. זו לא היתה ועדה מצומצמת של שלושה-ארבעה אנשים שהיו צריכים לשמוע חוות דעת, אלא היא כללה מלכתחילה אנשים העוסקים בנושא זה מבחינתו הרפואית, הדמוגרפית, הסוציאלית ולחוות הדעת של אותם ממתתפים יש ערך כשלעצמה.

אשר לעיתוי הדו"ח: הוא מגיע עד 1973. כללנו בו רק את פסק הדין שניתן בארצות-הברית ב-1973, שנתן היתר לתקופה של שלושת החודשים הראשונים להריון.

התעוררה השאלה אם הוועדות הרפואיות לא תהיינה מבחינת בזבז, כי נצטרך להקים מערכת שלמה של ועדות רפואיות. אינני חושב שכך יהיה. הוועדה לא התייחסה לוועדות בסובן הנוקשה של הדבר. היא התייחסה לשני רופאים מתוך רשימות ועובד סוציאלי. פירוש הדבר - הרופא האישי של האשה, במידה והוא נכלל ברשימה, רופא נוסף ועובד סוציאלי, שבקונסטלציה מסויימת יהוו ועדה. אפשר היה להקל על ידי כך שכל גניקולוג יוכל להיות חבר הוועדה מבלי שיצטרך להיות כלול ברשימה, אבל הרעיון היה לא לסרב את הענין על ידי ועדות שתשבנה במקום מסויים, אלא ליצור הסדר של צוות המורכב משני רופאים ועובד סוציאלי, כאשר בתוכו יכול להיכלל הרופא האישי של האשה.

ל. דיציאן: האם זה רצוי לפי דעתך?

ס. גבאי:
אני סבור - וזו דעה אישית - שכל אדם שהוסמך להיות גבי קולוג יכול להיות מוסמך לטפל בנושא זה. השאלה תהיה לגבי הרופא השני.

נשאלה על ידי חברת-הכנסת נמיר שאלה לגבי המשמעות של הסטטיסטיקה. בטבלה המופיעה בעמוד 474 סופיע הביטוי "סיבות נפשיות פעמיים, גם תחת "סיבות רפואיות וגם תחת "סיבות חברתיות". הדבר איננו ברור לגמרי, אבל כפי שהובהר לנו הכוונה היתה בסיבות נפשיות - במסגרת סיבות רפואיות למחלת נפש ממש, ואילו בסיבות נפשיות במסגרת סיבות חברתיות היתה הכוונה למועקה או למצוקה שיכולה להיגרם לאשה מבחינה חברתית עקב המסך ההריון.

חבר-הכנסת דיציאן שאל מדוע איננו

מגבילים בזמן לגבי התקופה הראשונה. התשובה ברורה: מכיוון שאנחנו קובעים הסדר אחיד לגבי כל התקופה מתחילה ועד הסוף, לכן אין צורך לקבוע הבחנה בין התקופות השונות של ההריון. יחד עם זאת נאמר בהסלצות הוועדה - הדבר לא נכלל בחוק עצמו - בהמלצה מספר 14: "הוועדה סבורה שיש להימנע מביצוע הפלות לאחר שההריון הגיע מעבר לתקופה של 24 שבועות."

ס. פרידמן:

שאלתי עוד שאלה שלא נענתה: בחוברת אין נתונים סטטיסטיים על רוסניה עד 1972, הטורים על ירידת שיעור הלידה בעקבות החוק החדש והדבר מצביע על עיוותים בחוברת. מדוע?

ד"ר ע. ארנון:

בגלל העובדה הפשוטה שאלה המספרים האחרונים שרוסניה פירסמה.

ס. פרידמן:

לי יש נתונים.

היו"ר ח. גרוסמן:

הזדמנו את ד"ר לנצט כדי לשמוע מה עמדתו לגבי שני החוקים המוצעים בקשר להתרת הפלה בתנאים מסויימים או ללא תנאים בשלושת החודשים הראשונים.

ד"ר לנצט:

אנחנו צריכים לגשת לבעיה משתי נקודות ראות: נקודת ראות של האשה שהיא הרה ורוצה בהפלה; נקודת ראות של הרופא, היורדע מה יכול לקרות עקב הפלה זו וחייב להביא מידע זה לידיעת האשה. אני יוצא דופן בדעה שלי בין רבים מן הרופאים בכך שאני חושב שלאשה יש זכות על גופה ועתידה. אני חושב שאי אפשר להכריח אדם לשאת ילד שאיננו רוצה בו, ואולי גם אי אפשר להכריח אדם להיולד בתנאים שבהם הוא איננו רצוי. זו לא רק דעה פרטית שלי, אלא זו דעה המקובלת בהרבה מקומות ואחד מגדולי הגבי קולוגים בארצות-הברית הביא ראיות מה קורה לילד הנולד בלתי רצוי במשפחה ומה קורה לאשה שטרבו לבצע לה הפלה.

יש היוצאים מהנחה שלאשה נגרמת פגיעה נפשית כאשר היא עוברת הפלה, אבל יש עובדות המוכיחות את ההיפך. באותן ארצות שבהן ההפלות חופשיות ואינן כרוכות בגניבת הדעת מתברר שבשים שרצו הפלה ועברו הפלה מרגישות הקלה ניכרת ובחלק ניכר של המקרים ההפלה אינה מלווה בתופעות שליליות מבחינה נפשית. קשה לבוא ולדרוש מאשה לעשות משהו כל כך רציני כמו הולדת ילד כשהיא איננה מוכנה לעשות זאת, ומי אנחנו שנדרוש זאת מסנה?

הצד השני של המטבע הוא הסכנה הגדולה מאד בכך שעקב קבלת חוק המתיר הפלות תיהפך ההפלה המלאכותית לאמצעי לתכנון המשפחה, במקום האמצעי למניעת הריון, שהוא האמצעי הנכון. על סכנה זו עמדו בארצות רבות, וביגוסלביה או בסדינת ניו-יורק מלווה ההפלה החופשית בהכרח לקבל ייעוץ למניעת הריון להבא. יש מקומות בהם אוסרים על האשה לעבור הפלה נוספת במשך תקופה מסויימת מזמן שבוצעה ההפלה הראשונה ואוסרים לה, כי אם לא תזהר, לא יבואו פעם שניה לעזרתה.

אין ספק - ולא חשוב איזה חוק

יתקבל - שהמדינה חייב לדאוג יותר למניעת הריון ממה שהיא דואגת כיום. יש לפתח בצורה ניכרת אותם אמצעים ואותם מקומות שבהם תוכל האשה לקבל ייעוץ, על סנת לסנוע הריון. אם יתקבל חוק שיהיה יותר ליבראלי ממה שקיים היום בארץ, הוא חייב להיות מלווה בהרחבת האפשרויות של הבאת

ד"ר לנצט:

מידע בקשר למניעת הריון.

הנושא השני הוא הנושא של הנזק האפשרי שיכול להיגרם על ידי ההפלה המלאכותית ומה יש לעשות כדי שהאשה לא תגיע למצב שמרוב הפלות מלאכותיות תהיה מאוחר יותר עקרה. הסטטיסטיקות בנושא זה עוברות מנזק אפסי עד נזק של שלישי מן המקרים, והדבר תלוי בכך אם ההפלה בוצעה בהריון ראשון או אחרי לידות קודמות. פרופ' אשרמן היה הראשון שהוכיח שהפלה מביאה נזק. ד"ר פולישוק עשה עבודה דומה והוכיח שאפילו הפלה לא מלאכותית - כאשר עושים גרידה בעקבות הפלה טבעית - מביאה ב-37% מן המקרים להפרעות בהריון. הסטטיסטיקות ממקורות שונים בעולם מדברות על נזק ממשי להריון האשה כתוצאה מהפלות בסדר גודל של בין 3% ל-10%. בעבודה שאנחנו סיימנו מצאנו שב-5% מן הנשים שעברו הפלה בשיטה מיוחדת בשליש השני של ההריון - שהיא הרבה יותר מסובכת ומסוכנת - סבלו אחר כך מהפרעות בהריון. יוצא איפוא שהמספרים אינם מזעזעים.

ל. דיציאן: על כמה נשים נעשתה העבודה?

ד"ר לנצט: על 140 נשים. עשינו ביקורת סטטיסטית

אם יש לאחוז משמעות סטטיסטית והתברר

שיש לו משמעות.

השאלה הנשאלת היא מה הנזק הגדול יותר לאשה, וזו הנקודה היסודית שעליה היא צריכה להחליט יחד עם הרופא שלה: האם היא מוכנה לקבל את הסיכון הנע תיאורית בין 5% ל-30% או לא? וכאן אני חושב שאחת המטרות העיקריות צריכה להיות - מניעת ביצוע הפלות באופן פרטי והעברתן לבתי-החולים. אם לא נעשה זאת, לא הרווחנו דבר. דעתי היא שלמעשה אנחנו מצלמים את מה שקורה היום - ככל בתי-החולים של קופת-חולים יש ועדות - כי כל אותן נשים שלא תוכלנה לעבור את הוועדות שייקבעו יילכו לרפואה פרטית לביצוע הפלה מלאכותית.

היו"ר ח. גרוסמן: דיברת על העברת ההפלות לבתי-החולים.

ומה יהיה על מיטות בתי החולים?

ד"ר לנצט: אגע בזה.

אני חושב שאם מסאירים את השיטה של הוועדות - שזה למעשה צילום המצב הקיים - מאלצים בסופו של דבר מספר גדול של נשים להגיע לרפואה פרטית, מפני שהוועדות תסרבנה למספר לא מבוטל של נשים. מסיבה זו אני חושב שהדרך הנכונה היא לקראת כיוון חופשי יותר, אבל כפי שנאמר בחוק הצרפתי - בהתייעצות עם הרופא של האשה. ועל הרופא להביא בפני האשה דיווח מדוייק על הנזק הרב שבהפלה ועל ידי כך למנוע הפלות חסרות שחר, כמו הפלות הנעשות לשם נוחיות בלבד. קורה לא פעם שהאשה רוצה לבצע הפלה לא משום שהיא לא רוצה בילד נוסף, אלא משום שהיא רוצה בו שנה אחר כך.

היו"ר ח. גרוסמן: אתה מציע שזה יהיה בהתייעצות עם הרופא.

ד"ר לנצט: בהתייעצות עם רופא שצריך להיות סומחה.

ואני רואה את הגניקולוג במוסד כמי

שצריך לעשות זאת. היות ואני חושב שכל הפלה צריכה להיעשות במוסד,

צריך הגניקולוג של המוסד לשוחח עם האשה, עוד לפני שנתקבלה ההחלטה

על ביצוע ההפלה, כדי להביא בפניה את הנתונים, כדי לייעץ לה.

ל. דיציאן: ואם היא לא תשמע לייעוץ?

ד"ר לנצט: אם היא עומדת על דעתה, יש לבצע את

ההפלה. זו זכותה.

אשר לשאלת המיטות בבתי החולים: ההפלה

איננה מצריכה אישפוז אלא טיפול אמבולטורי. מסאירים את האשה במת-החולים

ד"ר לנצט:

באופן פרטי ואחרי כן הולכות הנשים הביתה, אלא שבבית-החולים תהיה האשה תחת השגחה רפואית מעולה. לאור זאת ניתן יהיה - מבלי להרחיב את בתי-החולים, אלא בתוספת לא גדולה של כוח אדם - להגיע לכך שבמל בית-החולים יבצעו עד 2,000 הפלות לשנה. במחלקה שלי בבית-החולים "קפלן" יש לנו בסביבות 5 עד 20 הפלות לשבוע, כ-80 עד 100 הפלות לחודש וכ-1,000 עד 1,200 הפלות לשנה, וכל זאת בלי הרחבה. אלה הם דברים הניתנים לביצוע אם נטכיים שצריך לבצע אותם. אין לי צל של ספק שכל עוד תהיה הגבלה של ועדות, תהיינה הפלות בלתי חוקיות, וזה אחד הדברים העיקריים שצריך למנוע. ממספרים שיש לי מכל העולם על היחס בין הפלות ללידות מתברר שחלה עליה ניכרת בהפלות רשומות וידועות לאחר שהחוקים נעשו ליבראליים יותר. בהונגריה, למשל - לפי סטטיסטיקה מלפני שמונה שנים - יש יותר הפלות מלאכותיות מאשר לידות.

אני רוצה לציין כי בגלל היידע שלנו על הנזק שבהפלות המלאכותיות אנחנו עוסקים הרבה מאד בתכנון המשפחה מבחינת מניעת הריון. בסרפאה שלי הכנסנו ל-7,000 נשים התקן תוך-רחמי למניעת הריון ואני חושב שהפעילות חייבת להיות בכיוון זה יחד עם ליבראליזציה של הפסקת הריון לאותן נשים הנכנסות להריון לסדרת רצונן.

האם פיתוח הכיוון של תכנון המשפחה במחלקה שלך בא ביוזמת המחלקה עצמה? היו"ר ח. גרוסמן:

או ביוזמת מרכז קופת-חולים?

ד"ר לנצט: ביוזמת המחלקה, אך קופת-חולים בהחלט לא הפריעה ואף נתנה אחר כך את עזרתה.

מ. פרידמן: אמרת שיש נזק אצל 5% מאלה שעוברות הפלות מלאכותיות בשליש השני של ההריון. האם אפשר להניח שהנזק בשליש הראשון הוא יותר נמוך?

ד"ר לנצט: לא. העבודות לא מוכיחות שהאחוזים יותר נמוכים. בעבודה שנעשתה בצרפת מצביעים על נזק שנע בין 3% ל-10% בשליש הראשון.

מ. פרידמן: האם ידועה הסתברות סכנת עקרות כתוצאה מסיבוכים עקב לידה?

י. בארי: לכאורה יש סתירה בין עידוד הילודה לבין היתר הפלות, אבל אני מדגיש - לכאורה. האם לדעתך גם למעשה יש סתירה כזאת או אין כל קשר?

א. נסיר: דיברת על מה שקורה לילד הנולד בלתי רצוי למשפחתו. האם ציינת זאת לגבי חלק אחד מן האוכלוסיה הישראלית או שיש לך ידיעה לגבי כלל האוכלוסיה הישראלית?

אמרת שאין תופעות שליליות אצל חלק ניכר של הנשים כתוצאה מהפלות. במה זה מתבטא?

ד"ר לנצט: האם את מתכוונת לתופעות פסיכולוגיות?

א. נסיר: לא רק לתופעות פסיכולוגיות.

דיברת על כך שהרופא צריך ליעץ לאשה. האם אינך חושב שכדאי היה לצרף לכך גם עובד סוציאלי, משום שלעתים לאחר שכנוע חוזרת בה האשה, שהחליטה לבצע הפלה, מהחלטתה?

על איזה סוג אוכלוסיה נערך המחקר לפיו הגעתם למימצאים של 5% נזק לאחר הפלות בשליש השני של ההריון?

א. נסיר:

לפי הצעתך יש להעביר את ביצוע ההפלות לבתי החולים. איך אפשר ליישם הצעה זו לאור המצב הקשה הקיים בתחום האיטפוז?

כמה גניקולוגים, לפי הערכתך, יצטרכו להוסיף כדי לבצע הפלות בבתי-החולים?

א. גיבלבר:

מה לפי הערכתך יהיה הגידול בהפלות, אם אתה מביא בחשבון את ההפלות החוקיות והבלתי חוקיות הנערכות כיום - על ידי התרת הפלות והפיכתן לחוקיות?

ד"ר לנצט:

לשאלה על סידת הנזק לפוריות האשה אחרי לידה: הנזק אחרי לידה רגילה הוא אפסי. הנזק אחרי לידה עם סיבוכים מסויימים יכול להיות כמו בהפלה, אולי יותר. אם לאחר לידה השליה נשארת בפנים, שזה סיבוך קטן מאד, ולאחר כמה ימים צריך לעשות גרידה, הנזק גדול יותר מאשר בהפלה מלאכותית. בלידות נורמליות ללא סיבוכים, אפילו בלידות עם חתכים קיסריים, כאשר לא מבצעים פעולות הדומות לגרידה, הנזק קטן יותר מאשר אחרי הפלות.

אין שום סתירה בין עידוד הילודה ותכנון המשפחה. ההיפך הוא הנכון. אינני יכול להיב אשה ללדת ילדים בהתאם לרצון המדינה. כל משפחה זכאית להביא את מספר הילדים שבו היא מעוניינת. אם המדינה מעוניינת בעידוד ילודה, עליה לעשות משהו בכיוון זה. כרגע היא אינה מעודדת, אלא במלים בלבד. אין לי ספק שלא תהיה ירידה בילודה על ידי חוק ליבראלי יותר, וזה גם עונה על השאלה בקשר לגידול במספר ההפלות: לא תהיה עליה כללית אנסולוסיית במספר ההפלות על ידי הנהגת חוק ליבראלי יותר, כי עושים כיום הפלות ככל שרוצים, אלא נגדיל את מספר ההפלות שייעשו בבתי-חולים ולא בבתי רופאים, ודבר זה רצוי.

אשר לסידור בבתי-החולים: אם בתי- החולים הממשלתיים ייכנסו כולם למעגל ההפלות המלאכותיות הם יכפילו את המקומות בהם אפשר יהיה לבצע הפלות וכך ניתן יהיה לפתור את הבעיה מבחינת המקומות העניין אינו נורא כל כך. נכון שיהיה צריך להגדיל את תקן הרופאים ותקן האחיות, אבל לא במידה ניכרת. אם יוסיפו במחלקה מסדה וחצי של רופא ושתים משרות של אחיות, אפשר יהיה להגדיל ב-50% את מספר ההפלות שעושים.

א. נסיר: לא כל בתי-החולים בארץ פועלים בתנאים של קופת-חולים.

ד"ר לנצט: מבחינה רפואית הבעיה אינה קשה כל כך, כי אפשר לעשות את ההפלה באופן אמבולטורי.

ההתייחסות שלי לגבי ילד בלתי רצוי למשפחתו היתה כללית ולא התייחסה רק לישראל. בכל מקום בעולם רע להיות ילד בלתי רצוי וחלק מנוער השוליים נוצר על ידי ילדים בלתי רצויים. אם אפשר היה למנוע את היוולדותם, אפשר היה אולי למנוע חלק מן הבעיות הסוציאליות שאנחנו נתקלים בהן.

אין ספק שחייבים לנסות לשכנע את האשה שלא לבצע הפלה. הראשון שצריך לנסות לשכנע אותה הוא הרופא הכללי שלה, המכיר אותה, את משפחתה, את התנאים ויודע אם יש או אין צורך בהפלה. לאחר מכן צריך לשכנע אותה באותו מקום שלשם היא באה כדי לבצע את ההפלה, תוך כדי הצגת הבעיות האמיתיות הכרוכות בהפלה.

מ. גז: האם לא היה כדאי שיהיו תחנות ייעוץ?

ד"ר לנצט: היה מצויין אם היו מקימים אותן.

המחקר שלי על בעיות הכרוכות בהפלות מלאכותיות בחודשים הגבוהים של ההריון נעשה על חתך רגיל של האוכלוסייה הישראלית. בבית-החולים שלנו יש קצת יותר נשים מעדות המזרח, אבל למעשה

ד"ר לנצט:

האוכלוסיה שבאה אלינו מייצגת חתך רגיל של האוכלוסיה הישראלית.

ג. העיסוק בהיפנוזה - תשובה לשאלתה

שר-הבריאות ו. שם-טוב: לנושא ההיפנוזה שלושה מישורים: מישור ראשון - עיסוק בהיפנוזה לצרכי ריפוי על ידי אנשים שאינם רופאים. נושא זה מכוסה כולו על ידי החוק. במכתב שנכתב ב-1967 על ידי ד"ר פכטהולד, שהיה המסובה אז על המקצועות הרפואיים, ללשכות הבריאות המחוזיות נאמר, "השימוש בהיפנוזה לצרכי ריפוי סותר על ידי החוק רק לרופא וכי החוק אוסר ריפוי בהיפנוזה על ידי אדם שאינו מורשה לעסוק ברפואה."

א. גיבלבר: האם כל רופא יכול לעסוק בהיפנוזה לצרכי ריפוי?

שר-הבריאות ו. שם-טוב: כל רופא במישור המקצועי שלו. לדוגמה: רופא שיניים יכול להשתמש בהיפנוזה לצרכי עקירת שן.

היו בעבר מקרים - שהחוק מכסה אותם - שאנשים שאינם רופאים עסקו בהיפנוזה לצרכי רפואה ותבענו אותם למשפט. היו אנשים שעברו שתי עבירות: גם הכריזו על עצמם כרופאים, בעוד שלא היו רופאים לאמיתו של דבר, וגם עסקו בהיפנוזה לשם ריפוי.

המישור השני - לימוד והכשרת מהפנטים או בתי-ספר למהפנטים, ויש כאלה. נושא זה נדון גם הוא במשרד הבריאות בכמה הזדמנויות, ובידי מכתב שנכתב ב-1968 על ידי היועץ המשפטי של משרד הבריאות דאז אל פרקליט מחוז תל-אביב, ואצטט ממנו כמה קטעים: "לימוד ההיפנוזה כשלעצמו אינו מהווה עבירה ואינו מוסדר על פי חוק. ייתכן שההיפנוזה תהיה מלווה תופעות לוואי, כגון אמצעי לביצוע עבירות, אבל לימוד המקצוע כשלעצמו איננו אסור על פי חוק. ברצוני רק להסב את תשומת לבך על התפתחות שיהיה בה אולי כדי להסדיר את ענין לימוד ההיפנוזה בעתיד: נמצאת כעת בשלב העיבוד הסופי הצעת חוק חינוך (בתי-ספר) תשכ"ח-1968. לפי המוצע בהצעת החוק הזאת מוגדר: "בית-ספר" - מוסד חינוך שבו לומדים או מתחנכים יותר מעשרה בני אדם באופן שיטתי ואשר מלמדים בו מורה או מחנך". והיועץ המשפטי מפנה את תשומת ליבו של פרקליט מחוז תל-אביב כי ייתכן שבמסגרת חוק זה אי אפשר יהיה לקבוע שהיפנוזה איננה דבר שמלמדים אותו בבית-הספר. בינתיים החוק התקבל וענין ההיפנוזה לא מצא את פתרונו בחוק.

מישור שלישי - השימוש בהיפנוזה לצרכי בידור, והאדם העוסק בכך אינו חייב להיות רופא, כיוון שהוא אדם העוסק בבידור. נתקלנו בבעיה זו, היא די מסובכת, אבל השאלה היא באיזו מידה אנחנו יכולים להתערב בנושא זה. כפי שהספקתי לברוק אין חקיקה אחידה בענין זה בעולם. בארצות-הברית ובאנגליה ההיפנוזה לצרכי בידור סותרת, אם כי תשמעו ממוסחים שהדבר כרוך בסכנות די רציניות. הקיסונו צוות מעורב של משפטנים ורופאים, בדאשותו של חבר-הכנסת לשעבר ארזי, לתיקון הפקודה לבריאות העם. כוונת משנה של אותו צוות הקיסונו צוות של משפטנים ורופאים העושה מחקר השוואתי לגבי החקיקה הקיימת בעולם בנושא ההיפנוזה, באירופה, בארצות-הברית. במקביל לכך ביקשנו מצוות פסיכיאטרים, אולי גם פסיכולוגים, לתת לנו חרות דעת מומחית משלו כדי לנסות להביא לידי הסדר משפטי כלשהו של השימוש בהיפנוזה לצרכי בידור, שיש לו כמה השלכות, לאו דווקא בריאותיות. ביקשתי מהיועץ המשפטי של משרד הבריאות להכין הודאת שעה או תזכיר הצעת חוק ראשונית כדי להסדיר זמנית את הנושא עד שיסתיימו כל המחקרים.

פרופ' טרמנד: במסגרת השירותים הפסיכיאטריים דנו משנת 1967 עד 1969 בנושא זה ובאנו למסקנה שהיפנוזה לצרכי ריפוי צריכה להיעשות בפיקוח רפואי מלא. גם טיפולים פסיכולוגיים מתנהלים במסגרות ציבוריות בפיקוח רפואי.

א. נמיר: במסגרת משתמשים בהיפנוזה. האם גם שם נעשה הדבר בפיקוח רופאים?

י. בארי: שר המסגרת הודיע בתשובה לשאלתה שזה נעשה בפיקוח רפואי.

פרופ' טרמר: אין לי תשובה ברורה לשאלה זו.

אנחנו רואים בהיפנוזה בלתי מוסמכת סכנה לבריאות הציבור, המתבטאת בשלוש נקודות: מצב קשה, כפי שקרה בכאר-שבע; מצב בינוני שבו חל שינוי לרעה במצב הפסיכולוגי של האדם שעבר היפנוזה; ומצב שלישי הנובע מן ההשפלה של המהפנט במידה והוא מופיע במופע בידורי ומבצע מה שהמהפנט ביקש ממנו, ולא לפי נטיותיו הטבעיות, כדי לרכוש את לב הצופים. ידוע לי על 5 מקרים במשך עשר שנים בהם היתה הרעה במצב הפסיכולוגי של אדם שעבר היפנוזה בעת מופע בידורי.

הגענו למסקנה שצריך לחוקק חוק שמטרתו למנוע היפנוזה בלתי רפואית. לא רק ההיפנוזה עצמה היא שמסכנת את האדם, אלא גם חוסר הסלקציה בבחירת המהפנטים. יכול לקרות שסימפטום מסויים ייעלם אמנם בהיפנוזה, אבל המחלה תלך לכיוון אחר לגמרי ותהיה אולי עוד הרבה יותר קשה. אם האדם העובר היפנוזה אינו נמצא בידיים מתאימות של מי שיכול להעריך את מצבו הנפשי קודם שהוא עושה לו היפנוזה, הנזק יכול להיות סאד חמור. חמשת המקרים אותם הזכרתי כוללים גם את המקרה שקרה בכאר-שבע. שלושה או ארבעה מקרים ארעו לילדים שאושפזו בנית-חולים פסיכיאטרי לאחר היפנוזה שעברו על ידי המהפנט אורי גלר.

א. נמיר: האם הם הבריאו?

פרופ' טרמר: לאחר סכך הבריאו.

אשר להיפנוזה ברפואה: אנחנו חושבים שההיפנוזה היא כלי עזר חשוב, בעיקר בפסיכיאטריה ובשימוש בטכניקות ביהוויוריסטיות. אנחנו רוצים לעזור על ידי אינדוקציה של מצבים היפנוטיים, אבל דבר זה דורש ידע. אנחנו חושבים שגם במקצועות רפואיים אחרים יש מקום להיפנוזה, כאשר הרופא המהפנט למטרות רפואיות צריך להתרכז בצורה מדוייקת רק בתחום המקצועי שלו. רופא שיניים המהפנט חולה לצורך עקירת שן צריך לדעת שהוא עושה את ההיפנוט למטרה זו בלבד.

פ. שינמן: האם אפשר לכוון?

פרופ' טרמר: כן.

ב.צ. קשת: מכיוון ששרד הבריאות חושב על חקיקה בכיוון זה, הייתי מציע שיתקיים על כך דיון בוועדה.

היו"ר ח. גרוסמן: בבקשה.

ל. דיציאן: אם הבינותי נכון אתם מתנגדים לשימוש בהיפנוזה לכל דבר שאינו רפואי. אני מניח שהמסגרת משתמשת בהיפנוזה לא לצרכי ריפוי אנשים אלא לצרכי גביית עדויות. האם אתם חושבים שזה רצוי ושהדבר אינו עלול לגרום נזק?

א. נמיר: מכיוון שגם משרד החינוך נכנס לנושא, בעקבות המקרה שקרה במסגרת בית-הספר, גם נציג של משרד החינוך. כדאי היה להזמין גם את נציג המסגרת, כי ההיפנוזה שעושים במסגרת מדאיגה אותי, ולא דווקא מסיבות בריאות.

פ. שינמן: האם המקרים שהובאו לאישפוז בעקבות היפנוט של אורי גלר היו המקרים היחידים שהוא היפנט או שהיפנט יותר אנשים?

פ. שינמן:

האם כל היפנוזה בידורית יכולה להביא למצב המצריך אישפוז או שענין כזה הוא יוצא דופן?

פרופ' טרמר:

אשר לשימוש בהיפנוזה במשטרה: הבעיה היא אחת ומוטרית, אבל לי לא ידוע על היפנוזה במשטרה. לא יהיה זה רלבנטי אם אגיד שדבר זה אינו מוצא חן בעיני, אבל הייתי רוצה שהוועדה המייעצת חתייחס לכך.

לגבי אורי גלד: הוא היפנט המונים גם באנגליה ובאמריקה, אבל לנו ידוע על שלושה מקרים בארץ שהגיעו לאישפוז. איננו יודעים על אחרים שמצב בריאותם אולי נפגע עקב פעולה זו או אחרת של מהפנטים. ידוע לנו שהסיכון אינו גדול מבחינה מספרית, אבל כל מקרה כשלעצמו הוא חמור.

היו"ר ח. גרוסמן:

נקיים על נושא זה דיון נפרד ונזמין את כל הגורמים, לרבות את נציג משרד

החינוך והתרבות ונציג המשטרה.

ג. גביית דמי ביקורי בית של רופאים ממבוטחי קופת-חולים הכללית - תשובה לשאלתה

חגובת מרכז קופת-חולים לפניית חבר-הכנסת זיידל בענין זה היחה כתגובתי בישיבה בה הועלה הנושא: במצב הקיים, לפני שחוקק חוק ביטוח בריאות, קופת-חולים היא גוף וולונטרי סוברני עם תקנון פנימי משלו. אנחנו יכולים לשמוע הסברים; איננו יכולים להתערב בהליכים פנימיים.

ההחלטה על גביית דמי ביקורי בית של רופאים עוררה שתי שאלות: 1. ההעמסה הנוספת שחוטל בעקבות זאת על מבוטחי קופת-חולים; 2. ואם אותן 6 לירות שישלם המבוטח מהוות באמת חמויץ לביקור בית של הרופא? מאחר שברור שסכום זה אינו מהווה חמויץ, ברור שקופת-חולים תצטרך להשלים את הסכום, ומכאן שאין בכך הטבה לגבי החקציב אלא העמסה נוספת.

ה. שמעוני:

שהאוצר יצטרך לכסות אותה.

היו"ר ח. גרוסמן:

דבר נוסף: אם תוך הקדנציה של הכנסת הזאת יושלם חוק ביטוח בריאות, מדוע צריך דווקא עכשיו להנהיג דבר זה שיכול להוות חקדים וליצור מציאות מסויימת, שאחר כך אי אפשר יהיה לשנות אותה?

לפי העתונות היה גם בין אנשי קופת-חולים ויכוח גדול על הענין והוא לא אושר עדיין על ידי הוועד המפקח. לפי התקנון הענין צריך לעבור גם את אישור הוועדה המרכזת של ההסתדרות.

ד"ר דורון:

ההסכם בין מרכז קופת-חולים לבין ארגון רופאי קופת-חולים, הנוגע לפידורים חדשים באשר לביקורי בית של רופאים המוזמנים במרפאה והנעשים בשעות שהמרפאה אינן פעילות, נמצא בשלבי הכרעה סופיים בוועד המפקח של מרכז קופת-חולים, שהוא הגוף החייב לתת את הדעת על ענין זה בהתאם לתקנון המוסד.

רצוי שהוועדה חרע כמה פרטים כרקע להנמקה: בשנת 1949 קיבלה כל נפש מבוטחת בקופת-חולים 1.03 ביקורי בית בשנה; ב-1973 - 0.30, ומדובר על רופא כללי ורופא ילדים. פירוש הדבר שההיענות לביקורי בית בזמן מחלוח של המבוטח - ומדובר ב-70% מאוכלוסיית ישראל המבוטחת כיום בקופת-חולים - ירדה מאז הקמת המדינה לשליש ממה שהיתה. כלומר, על כל שלוש פעמים שהיחה היענות לבוא ולבקר חולה ב-1949 יש היום היענות אחת.

אם אני לוקח נתונים על היענות לביקור אצל ילדים חולים בבית, הרי במחוז דן ירד אחוז הביקורים בין השנים 1967 ל-1971 ל-1/4% ולפחות מ-2% במחוז תל-אביב.

ל. דיציאן:

האם לפי דעתך היה זה מוצדק?

ד"ר דורון:

אני לא חושב שפניוח חברי קופת-חולים לביקורי בית לפני חמש שנים היו יותר מוצדקת מאשר עכשיו. מידת ההצדקה שקיימת או לא קיימת היא אותה מידה.

ד"ר דורון:

השאלה מה מידת ההיענות לדרישה. ודרך אגב, כשיש פחות היענות החבר פונה גם פחות בקריאה לביקורי בית.

כתוצאה מכך יורד אחוז ביקורי הבית או שאין חשובה לאפיוזודה זו של המחלה; או שיש תשובה על ידי ביקור בית המבוצע על ידי רופא פרטי, בחשלוט גבוה יותר מ-6 לירות, או על ידי ביקור בית של רופא הקופה, אותו רופא, אבל בחשלוט פרטי ולא במסגרת ציבורית, כאשר הביקור נעשה בשעות העבודה, שהן חלק מן המשרה שבה מועסק הרופא במוסד הציבורי. במקרה כזה הקופה אינה מחזירה את ההוצאות, כי באותן שעות צריך היה לפנות למרפאה.

אני רוצה להפנות חשומת לבכם שביקור בית המבוצע על ידי רופא אחר פוגע בשירות הרפואי שאנחנו מספקים. הקונספציה של השירות הרפואי מבוססת על כך שרופא המשפחה או רופא הילדים אחראיים לבריאותו של אוחו אדם בו הם מטפלים. ברגע שאנחנו משלימים עם העובדה שבזמן שאוחו אדם נתוק למיטתו לא הרופא שלו יתן לו את החשובה אלא רופא אחר, אנחנו פוגעים באופיו של שירות זה, אנחנו מפצלים אותו, אנחנו מכרסמים באותו רפואה ציבורית שאנו חפצים ביקרה. דבר נוסף: בכרטיס הרפואי של החולה לא נושמים פרטי המחלה והטיפול שניתן על ידי הרופא האחר ורופא המשפחה אינו יודע דבר. ולכן קוראים רפואה מסודרת ומחוקנת.

אני מתפלא במקצת על נציגי ציבור שמתעלמים כה בקלות מדבר נוסף - מהחחרות בין הרפואה הציבורית והפרטית, מהמאבק היומיומי הזה המכרסם כל חלקה טובה ברפואה הציבורית. והמצב הקיים בחחום של ביקורי הבית הוא תרומה נוספת להרס הרפואה הציבורית.

מי שמדבר על היבט סוציאלי ועל עקרונות קידום חברתי צריך לשאול את עצמו מה מצבה של אותה משפחה, שדואגים לה כל כך שלא חוכל לשלם 6 לירות, איך היא מסתדרת היום כדי להשיג ביקור בית.

מי צריך לפחור את זה?

ח. שמעוני:

אנחנו לא הזמנו את עצמנו לוועדה. אנחנו טוענים שזה ענין פנימי של קופת-חולים,

ד"ר דורון:

המחמודת עם בעיות.

צריך לדעת שדבר זה אינו חדש בקופת-חולים. היה היתה שיטת שכר שבה חישוב השכר הביא בחשבון את הפחקאות של ביקורי הבית. היום זה לא קיים. באחד המשברים הפרופסיונליים בשנים עברו הוחלט על שיטת שכר כוללת, היוצאת מהנחה שהרופא עושה ביקור בית באותה מידה שהוא מחליט לעשות אותו. היות נראינו שישנה הקבלה בין שינוי שיטת השכר לבין הירידה החלולה בהיענות לביקורי בית, היה הקו המנחה במשא ומתן הפרופסיונלי האחרון, לאחר השביתה האחרונה: חוספת שכר, אבל חמורת שיפור בשירות על כל צעד ושעל; חמורת שיפור בכוננויות ובחורנויות בבתי-חולים. אז גם אמרנו לרופאי קופת-חולים: חוספת שכר פרופורציונלית לביקורי בית שמסכימים לבצע אותם. בדרך זו נשלם לרופא כללי של קופת-חולים 14 לירות עבור ביקור פלוס 6 לירות שהחולה צריך להוסיף, ו-19 לירות לרופא ילדים שיקבל יחד עם הסכום שצריך לשלם החולה 25 לירות.

כמוסד איננו חושבים שאנחנו יכולים ללכת לענין זה בלי איזה שהוא בלם מינימלי. כלומר, שלפני הקריאה לרופא לערוך ביקור בית ישאל את עצמו הפונה אם באמת הוא זקוק לכך או לא.

אם רוצים לדון בנושא ברצינות, חייבים לשקול מהן האופציות השונות העומדות בפני קופת-חולים, אם היא רוצה להתמודד עם בעיות. מובן שהיא יכולה לעשות לעצמה חיים קלים, לקבל הרבה ציונים לשבח ולא להתמודד עם בעיות. אבל אם היא רוצה להתמודד עם בעיות יש לה מספר מוגבל של אפשרויות. האפשרות הראשונה - להמשיך במצב הקיים. המשך המצב הקיים אומר: כרסום ברפואה הציבורית, אי היענות מספקת לערוך ביקורי בית במסגרת הרפואה הציבורית וכחוצאה מכך הצורך לשלם הרבה עשרות לירות כדי להשיג ביקור בית זה מחוץ למסגרת. השאלה היא לא של 6 לירות לעומת כלום, אלא 6 לירות לעומת מצב ריאלי של עשרות לירות.

היתה דרישה של ההסתדרות הרפואית, שכשם שיש מוקד במגן דוד אדום בשעות הלילה שבו אפשר לקרוא רופא תורן, שמשלמים לו 40 לירות וקופת-חולים מחזירה 30 לירות, יהיה מוקד גם בשעות הצהריים. קופת-חולים מתנגדת לזה, מכיוון שהדבר פוגע ברציפות הטיפול. לא רופא המשפחה הוא שיתן את הטיפול, אלא הרופא התורן הנמצא במקרה אותו יום במוקד, מה גם שבעיר אחת יהיו שניים-שלושה מוקדים, ולא בכל מרפאה שכונתית

ד"ר דורון:

כך שהרופא שיבוא הוא אולי רופא שאינו עובד באוהו מוסד ואינו יודע מי החולה שלו. על ידי כך הופכים את הרפואה לרפואה למצבים דחופים, כפי שהיא קיימת בארצות-הברית.

גם בדברי היושבת-ראש וגם באמצעי החקשורת שמעתי כאילו הדיון מוצדק, מכיוון שאנחנו רוצים להספיק לחטוף לפני שיהיה חוק ביטוח בריאות. קודם כל הערה כללית: עם כל הכבוד לחוק ביטוח בריאות אינני חושב שיכולים להגיד לקופת-חולים ולמשרד הבריאות, העוסקים כל יום בדברים רלבנטיים להצעת החוק: חכו רגע. נוסף לכך: בסעיף 8 להצעת החוק נאמר: "שרי הבריאות והעבודה ושאים, בהתייעצות עם שר האוצר והמועצה, להחיד בחקנון קופת-חולים לגבות חשלום, בשיעורים שיקבעו, בעד השירותים הכלולים בסעיפים 6 ו-7 ולפטור סוגי מבוטחים מן החשלום כולו או מקצתו. סדרי גביית החשלום ייקבעו בחקנונה של קופת-חולים, במידה שלא נקבעו בחקנונה". כלומר, אם לא עשינו מעשה זה עד חקיקת החוק, אנחנו יכולים לעשות את המעשה אחר חקיקת החוק, כל שכן שהענין קשור בדבר שאנחנו רואים אותו כחיוני.

העירו כאן על המעמסה של 6 לירות. הסברתי שאין כאן שאלה של 6 לירות מול כלום; אלא של 6 לירות מול מצב קיים. דרך אגב, החמריץ הוא לא של 6 לירות. החמריץ העיקרי הוא בחלקה של קופת-חולים בשיטת חישוב השכר. למה עכשיו? - אנחנו נמצאים במספר מישורים בהחמודדות כמעט יומיומית עם איכותו של השירות, עם עתידה של קופת-חולים, עם מאבקים פרופסיונליים מסויימים, עם שיטות עבודה ועם מערכת יחסי עבודה עם רופאים ואם לא נעשה זאת יעמיק החהליך של ההחמודדות בין הרפואה הציבורית והפרטית, שנעשית בחלקה באמצעות כלים, מעבדות, מכונני רנטגן ומיטות אישפוז של השירות הציבורי.

ח. שמעוני: אני לא מרוצה מן ההסבר. עד היום לא ניתנה בקופת-חולים רפואה כהלכה. אנשים הזקוקים לשירות לא קיבלו אותו.

היו"ר ח. גרוסמן: אף פעם לא שמעתי מאנשי קופת-חולים שהם מרוצים מן השירות.

איננו יכולים להיכנס עכשיו לדיון, אבל נשמח אם במוצח הזמן נוכל להזמין עוד פעם את ד"ר דורון כדי שיענה גם על שאלות הקשורות בביקורי בית וגם על שאלות הקשורות בחשלום עבור חרופות.

ד. תקנים לאחיות והאינם בהתפטרות קולקטיבית של אחיות בתי-החולים "אסף הרופא" ו-"איכילוב"

אני מוצפת מבוקים בקשר לאיומי התפטרות קולקטיבית של אחיות, שאפשר לקרוא עליה גם בעהונים, העומדת ממש על סף מימושה, לפחות בשני בתי-חולים. שר הבריאות נכנס לחמונה ואנחנו מבקשים הסבר מה ניתן לעשות כדי למנוע התפטרות קולקטיבית זאת.

בשעתו הוסכם פה אחד שהתקנים לאחיות אינם עונים יותר על המציאות ויש לחקן אותם, אבל כיושבת-ראש הוועדה מגיעות אלי פניות בקשר למצוקות הקשורות בכוח עבודה של אחיות. בחשובתו האחרונה של שר הבריאות בענין זה, שהיא די קשה, טוען השר שיש הקפאה של כל התקנים ואי אפשר לפתח שירות. נוסף או להרחיב שירות בגלל המחסור התקנים ובגלל החלטת ועדת השרים לעניני תקנים בקשר להקפאת תקנים. אנחנו עומדים איפא בפני שתי בעיות: בעיה של תקנים בלתי מאויישים ותקנים לקולים שאי אפשר להכניס בהם חיקון בגלל החלטת ועדת השרים.

שר-הבריאות ו. שם-טוב: ישבתי אתמול עם משלחת אחיות מ"איכילוב" בראשות האחיות הראשית; ישבתי עם האחיות הראשית של "אסף הרופא" ומחר אפגש עם כל האחיות של "אסף הרופא".

יש בתי-חולים בהם הגענו ל-100% כמעט באיוש התקנים, לא חמיד על ידי אחיות מוסמכות, וזאת הודות לעובדה שקלטנו הרבה אחיות עולות חדשות, אם כי בשנה הראשונה והשניה של עבודתן הן אינן עובדות בחקן מלא משום שעליהן לקבל הכשרה. אבל יש בתי-חולים בהם המצב הוא ללא נשוא ויש כמה סיבות שהביאו שוב את הענין לנקודת משבר.

שר-הבריאות ו. שם-טוב:

בענין זה אני רוצה לומר ליושבת-ראש הוועדה, שאולי הוועדה טועה בכך שהיא רואה רק בי את הכתובת ויש צורך שהוועדה חדר עם עוד מישהו. בגין שביחת האחיות הסכמנו עם האחיות, גם בהסכמת ועדה זו, לקצר את שבוע העבודה של האחיות מ-45 שעות ל-40 שעות, למרות שהגיון אמר, שבמציאות של מחסור יש לעבוד שעות נוספות ולא לצמצם בשעות. מכיוון שגם איגוד האחיות עצמו היה ער לעובדה שצמצום שבוע העבודה יצריך כוח אדם בוסף, הסכים, בשם כל האחיות, שלמעשה הקיצור יהיה קיצור תמורת חסלום עבור שעות נוספות. לצערנו הרב המחסור, עוד לפני הקיצור, היה כל כך גדול והעבודה כה רבה, עד שהאחות הראשית של בית-החולים "הלל-יפה", שאיחה נפגשתי, הראתה לי ושימת אחיות שהגיעו לצבירה של מאות ימי חופשה. אחיות לא מצליחות לצאת לחופשת סוף שבוע, לחופשת חג, וכל מה שהסכמנו עם האחיות הוא על הנייר בלבד. הגשתי לממשלה בקשה ל-450 תקנים נוספים לאחיות תמורת קיצור שעות העבודה, וזאת לפי תחשיב שאין עליו עוררין. לאחר דיון עם נציב שירות המדינה ועם אגף התקציבים, שהסכימו ל-450 תקנים נוספים, קבעה ועדה השרים לעניני תקנים, שהיא המסננת האחרונה, שהשנה נקבל 100 תקנים ובשנה הבאה 50 תקנים. לאחר שנתקבלה החלטה זו, הגה עדיין שר שערור גם על 100 התקנים שאושרו השנה.

היו"ר ח. גרוסמן: האם הערועור נחקבל?

שר-הבריאות ו. שם-טוב: הערועור נדחה, אבל אני מצביע על עצם העובדה שהיה ערועור גם על דבר שכבר הוסכם עליו.

אני מרים את הידים, כי אין לי 450 תקנים. האחיות הראשיות לא יכולות לסדר את המשמרת. ואם בעקבות המצב הכלכלי היו אחיות שנטו לחזור לעבודה, הרי בגלל המחסור בתקנים אינני יכול לקחת אותן. יוצא שאני צריך לחייב את זו שעובדת לעבוד שעות נוספות בניגוד לרצונה. כלומר, חסרים תקנים גם כתוספת וגם לקיצור שעות העבודה.

ל. דיציאן: איך אפשר להוסיף מיטות מבלי להוסיף תקנים?

שר-הבריאות ו. שם-טוב: זו באמת שאלה. אני חייב להוסיף מיטות לדיאליזה, אבל איננו יכול להדביק חמיד את התקנים ועלי להטיל עומס נוסף על האחיות. בחל-אביב יש מחסור במיטות פנימיות ואני חייב לפתוח מיטות פנימיות נוספות. על ידי כך אני מוסיף עבודה לאחיות ולכן הן זועקות. גם כשאני יכול להשיג אחיות נוספות, אך יש לי הקפאת תקנים, אינני יכול להפעיל אף תקן אחד. באחי לממשלה ואמרת: הקפאת כוח אדם אינה יכולה לכלול אחיות ורופאים; בא שר-המשטרה ואומר: הקפאת כוח אדם אינה יכולה לכלול שוטרים; שר החינוך טוען: הקפאת כוח אדם אינה יכולה לכלול גננות. כל שר בשלו וכך אינני יכול לקבל תקנים למיטות נוספות ולקיצור שעות העבודה.

דבר נוסף: הממשלה החחיבה לקצץ בשנה הבאה 1,500 תקנים ו-700 עובדים ארעיים. זאת אומרת, לא רק שמקפיאים תקנים, אלא גם אם יש לי תקנים שאינם מאויישים, עלי למחוק אותם. עלי לבוא ולומר לאחות הראשית של "אסף הרופא": אם יש לך עשרה תקנים בלחי מאויישים, עלי למחוק אותם. ומכאן החסיסה.

ב.צ. קשת: האם זה חל גם על כוח עזר?

שר-הבריאות ו. שם-טוב: כן. קיצורנו גם את ידם. העבודה של כוח העזר. גם שם יש מחסור וגם במינהל ובמשק.

יש לי בקשה אליכם: אני רוצה שנכריז על מקצוע האחות כמקצוע מועדף לחמש שנים, אחת אין פתרון. יש פתרון לטווח ארוך: בית-ספר עצמאי, אקדמיזציה של המקצוע, אבל אלה יתנו את הפירות בעוד שנים.

א. נמיר: אני אחנגד שנצא בקול קורא לאחיות לא לעזוב את העבודה, כי נעשה להן עוול, על ידי כולנו, בצורת הטיפול שטיפלו בעניינן. אני מציעה שהישיבה ביום חמישי הקרוב תוקדש לנושא האחיות ויוזמנו אליה מזכירת איגוד האחיות, הממונה על התקציבים במשרד האוצר וכמובן שר הבריאות, משום שאני רואה תחילתה של מפולח. אינני חושבת שלמישהו מאיתנו יש הצדקה לחבוע מהאחיות להמשיך בעבודה בתנאים הקיימים לאחר הצורה שבה טופל הנושא.

היו"ר ח. גרוסמן:

ביום חמישי זה לא יכול להיות.

הענין דחוף, כי האחיות עומדות לשבות ביום ששי.

א. נמיר:

בהנחה שלא היחה הקפאת תקנים ושעות העבודה היו מחקצרות, האם היו-מועמדות

י. בארי:

שהיו מחוספות למעגל האחיות העובדות?

במקומות מסויימים, כן.

ד"ר פרייס:

היות והממשלה החליטה על הקפאת שירותים בשנת הכספים הבאה, לא נפתח באותה שנה אף מחלקה וכל האחיות שיתוספו יילכו אך ורק למערך הקיים.

שר-הבריאות ו. שם-טוב:

אני מסכים להערת חברו-הכנסת נמיר שלא נפנה בקריאה לאחיות שלא מצוטטנה

י. בארי:

מצעדים.

לפני כמה שבועות הוצעה בוועדה הצעה - בחחום אחר שהוועדה מטפלת בו - לצאת בקריאה אל הממשלה לא לפגוע באותו חחום על ידי קצוצים, העירותי אז שאם כל ועדה חצא בקריאה כזאת לגבי הנושא שבו היא מטפלת, נהיה עדים ל-10-12 קריאות. נראה לי שאם אנחנו רוצים להיות מציאותיים, וצינייים, עלינו לקבוע סדר קדימויות, והנושא של האחיות הוא בהחלט נושא שעומד בראש סולם העדיפויות. בנושא זה אנחנו יכולים להציע לממשלה להפשיר את ההקפאה. אם יש חחום שאנחנו צועדים בו לעברו שואה, הרי זה בחחום האישפוז.

ב.צ. קשת:

יש לי הרושם שכל חברי הוועדה מאוחדים לגבי נושא זה של האחיות, אך אינני

מאמין כל כך ביעילות הצעה של חברו-הכנסת נמיר לקיים ישיבה ביום חמישי הקרוב. אני כן מאמין שנוכל לפעול ולהצליח במידה מסויימת אם נקבע היום שלושה חברי ועדה שמחפידם יהיה להיפגש כבר בימים אלה עם כל הגורמים, תוך הדגשת העמדה היסודית שיש לחברי הוועדה, שהמצב בחחום האישפוז הוא החחלה של שואה. לאחר מכן תפנה הוועדה בקריאה לממשלה. היה לנו נסיון בענין הקפאת בניית בחי-חולים לפני חמש שנים והצלחנו להביא להפשרת ההקפאה על ידי פעולה של שלושה חברי-כנסת.

א. גיבלבר:

אני בעד הצעת חברו-הכנסת בארי שההקפאה לא תחול על חקני אחיות.

אני מקבל גם את הצעת חברו-הכנסת קשת.

מ. חריש:

גם אני בעד ההצעות המדברות על כניסת הוועדה לטיפול בנושא, אבל אני חושב שבד בבד עם הטיפול יש לפנות לאחיות שלא חנקוטנה בצעדים, משום שקיימת בעיה של חולים ומשום שצריך לתת לוועדה את השהות לטפל בענין מבלי שחולים ייפגעו.

א. נמיר:

איפה היינו כל הזמן?

מ. חריש:

הקפאת החקנים היא ענין מלפני שבוע.

ה. זיידל:

אני תומך בהצעת חברו-הכנסת חריש לפנות לאחיות לא לשבות ומפליאה אותי גישתה

של חברו-הכנסת נמיר הנחמכת על ידי חברו-הכנסת בארי. נכון שקיימת בעיה של אחיות ועליהן לתח בנו אמון שנדון בכך, אבל לא מחקבל על הדעת שאנחנו, כנציגי ציבור, נעודד שביחה. אני מציע: הוועדה תפנה לאחיות לא לצאת בהחפטרות קולקטיבית וחקיים ביום חמישי דיון בנושא.

א. נמיר:

אינני חושבת שעל הוועדה לפנות אל האחיות.

שר-הבריאות ו. שם-טוב:

איגוד האחיות והאחים פנה לאחיות לבטל את ההחפטרות. האם הוועדה תהיה רגישה

פחות מהאיגוד?

היו"ר ח. גרוסמן:

יש הסכמה כללית שהוועדה תפנה לממשלה להוציא את ענין האחיות מחחום הקפאת

החקנים.

א. נמיר:
צריך לבדוק באיזה חקנים מדובר. לא
קיבלנו חשובה אם משרד הבריאות אישר
אח ההצעות שהציעה הוועדה שעבדה על נושא החקנים.

שר-הבריאות ו. שם-טוב:
האם הוועדה לא קיבלה אח דו"ח ועדה
הנדלסמן?

א. נמיר:
לא.
שר-הבריאות ו. שם-טוב:
אדאג שהדו"ח יגיע לוועדה.

באותו דו"ח יש תוספת חקנים, שינוי
סטנדרטים של הישוב וחלוקה בין מוסמכות ומעשיות. הדבר אושר על ידי נציב
שירות המדינה.

היו"ר ח. גרוסמן:
קיבלנו חשובה שאושרו לפי הדו"ח 450
חקנים נוספים.

מ. לובצקי:
החישוב של 450 חקנים כולל את כל
השירותים, לא רק בתי-חולים. 300 החקנים
שביקשנו לבתי-החולים שלנו נכללים בחישוב של ועדת הנדלסמן, כי כאשר עשינו
חישוב, עשינו חישוב של קיצור שעות העבודה ל-7 שעות. שאר החקנים הם
לבריאות הנפש, לבריאות הציבור.

פרופ' י. מנצ'ל:
ביקשנו את המינימום הקשור עם קיצור
שעות העבודה, אבל גם את המינימום הזה

לא קיבלנו.

היו"ר ח. גרוסמן:
קיימות פה שתי בעיות: תוספת חקנים
לפי דו"ח ועדת הנדלסמן ומילוי החסר
גם לפי הסטנדרטים שהיו. כלומר, מילוי חקנים קיימים שלא היו מאויישים
ושרוצים עכשיו להקפיא אותם. לא הייתי מציעה שניכנס לפרטים, אלא נאמר
לממשלה שחיתן למשרד הבריאות אפשרות להחמודד עם הבעיה על ידי כך שלא
חכבול את ידיו באמצעות הקפאת חקנים של אחרות.

א. נמיר:
האם הבקשה שלנו מחייבת מישהו?

לא.

היו"ר ח. גרוסמן:
ב.צ. קשת:
לכן העליחי את הצעתי.

היו"ר ח. גרוסמן:
אני מציעה: א. לפנות לממשלה להוציא
את החקנים של האחרות ממסגרת ההקפאה;
ב. לפנות לאחרות "איכילוב" ו"אסף הרופא" - באמצעות פניה אישית ולא
דרך כלי החקשורת - לא לנקוט צעדים, חוץ כדי הדגשה שנכנס ישיבה לדיון
מפורט על המצב בשני בתי-חולים אלה.

א. נמיר:
מה על הצעת חבר-הכנסת קשת?

היא לא עומדת בסחירה להצעות שהצעת.

ב.צ. קשת:
אני מציע שהיושבת-ראש וחברי הכנסת
בארי, זיידל ואורה נמיר יטפלו בעניין.

היו"ר ח. גרוסמן:
ניפגש עם שר האוצר ועם שלמה רוזן שהוא
יושב-ראש ועדת השרים לענייני הקפאת חקנים.

ה. זיידל:
הפניה לממשלה להפשרת חקני אחרות צריכה
להיעשות באמצעות כלי החקשורת.

כן.

א. נמיר:
אני מחננדת לכך שחיה פניה לאחרות
לא לנקוט צעדים. אינני חושבת שצריך
לעודד אותן לשבות, אבל גם לא צריך לפנות אליהן בקריאה.

היו"ר ח. גרוסמן:
אעמיד זאת להצבעה.

ה צ ב ע ה

הוחלט: לדחות את הצעת חברת-הכנסת נמיר.

היו"ר ח. גרוסמן:

אנחנו מקבלים את ההחלטה הבאה:
 א. להפנות פניה פומבית לממשלה להוציא

את חקני האחינת מהקפאה. ב. להעביר החלטה זו לוועדי העובדים של שני
 בחי החולים "איכילוב" ו"אסף הרופא" חוך כדי הדגשה שהוועדה מוכנה להיכנס
 לטיפול מפורט במצב השורר בשני בחי-החולים. ג. חברי הכנסת זיידל, אורה
 נמיר, בארי ואני ניפגש עם שר האוצר ועם השר רוזן.

ה. שאילחות

א. נמיר:

קראתי היום בערוץ שחקציב. משרד הסעד
 יקטן ב-65.5 מליון לירות. הייתי מבקש

לזמן לישיבה דחופה מאד את אנשי משרד הסעד.

הישיבה ננעלה בשעה 13:25