

פרוטוקול מס' 208

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים  
יום ג', כ"ה באייר תשל"ו - 25.5.76, שעה 11.00

נסחו:

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

מוזמנים:  
י. שריד - חבר-הכנסת

פרופ' ב. פדה - משרד הבריאות  
ד"ר ע. ארנן - משרד הבריאות  
ד"ר ע. קליד - משרד הבריאות  
תאל ל.ד. מיכאלי - קצין רפואה ראשי

ד"ר עפרון - מרכז קופת-חולים הכללית  
ד"ר ד. רונן - מרכז קופת-חולים הכללית

פרופ' מוזס - ההסתדרות הרפואית

ד"ר מלמדוביץ - קופת-חולים לאומית

מוכירת הוועדה: ש. כרם

רשמה: צ. ספרן

סדר היום: א) שונות.

ב) אין רופאים לילדי ערי העימות - הצעה לסדר היום של  
חבר-הכנסת יוסי שריד.

- 1687 -

(נגה) קוק 31.5.76

אני פותחת את הישיבה.

היו"ר ח. גרוסמן:

א. שאילתות

א. נמיר:

שתי שאילתות: (1) היה פירטום על כך שבנית- החולים בבאר-שבע צריכים לחכות חודשים רבים לניתוח, לפעמים עד שנה, בגלל מחסור באחיות חדר ניתוח. אם אינני טועה סיכמנו שנקיים דיון חוזר בנושא האחיות ואני מבקשת להזכיר זאת ליושבת-ראש הוועדה.

(2) באחד העתונים התפרסם אתמול ששופט קיבל את בקשת המשטרה להחזיק במעצר ילד בן 14 - בן למשפחה שבה 13 ילדים, שיש לו 350 תיקים במשטרה, רובם על פריצות וגניבות - משום שאין מוסר סגור שאפשר לסדר בו את הילד. מתוך הסיפור על המוסדות הסגורים מתברר דבר חסור ביותר, שנמצפה-ים סגרו מחלקה משום שמנהל המחלקה יצא למילואים. מכיוון שלא מצאו שום סידור אחר, חלקו את הילדים לבתי-הם. שלחתי מכתב לשר הסעד, אבל מאחר שהעניין די דחוף, הייתי מבקשת שהוועדה תפנה לשר הסעד שיטפל קודם כל במקרה המיוחד של הילד שנעצר.

היו"ר ח. גרוסמן:

אני יכולה רק להוסיף שאחרי הסיור שלנו בגילעם עדיין לא פתחו את האגף השני.

ב. אין רופאים לילדי ערי העימות - הצעה לסדר היום של חבר-הכנסת י. שריד

לידיעת חברי הוועדה: פנינו לפרופ' פלדמן, יושב-ראש הסועצה המדעית, לבוא לישיבה של היום, אך הוא לא התפנה ולא הסכים בשום פנים ואופן שמישהו יבוא במקומו כי הוא מעוניין להופיע באותו נושא. התחשבנו בו ונשמע אותו בישיבה אחרת. לגופו של עניין הוא התרעם על כך שיש כל כך מעט מרפאות מוכרות, שרופא יכול להתמחות בהן. כדאי גם להוסיף שבשיחה טלפונית עם סזכירות הוועדה הביעו מסזכירות הסועצה המדעית תרעומת על שאנחנו מתערבים בעניינים השייכים לקביעה מדעית, שזה לא תפקידנו.

בישיבה הקודמת הועלו מספר נושאים הקשורים לרופאים בתקופת שירותם הצבאי והפנייתם למקומות נזקקים. נאמר לנו שעד מלחמת יום הכיפורים היה הצבא מצוי להפגיש כוח רפואי למקומות כאלה, אולם עלשיו, בגלל התעצמות הכוחות בצה"ל זקוק הצבא לכל אלה שלומדים רפואה במסגרת העתודה האקדמאית. האם באמת זקוק צה"ל לכולם? האם אי אפשר לתכנן זאת אחרת? האם אי אפשר להגיע לאלו שהם הסורים, שהבוגר יחזיר רק חלק מהזמן שעליו להחזיר לצבא? על השאלות האלה אנחנו רוצים תשובה מקצין רפואה ראשי.

היינו מבקשים גם לדעת כמה רופאים צבאיים משרתים עכשיו בפועל במקומות כמו קריית-שמונה, חצור, ירוחם, נתיבות ודומים להם.

י. שריד:

שאלה נוספת: אני מבין שהצבא מגייס גם רופאים עולים חדשים. לאלו מטרות מועדירים את הרופאים האלה? האם כולם במסגרת שירות צבאי מובהק או שחלק הולכים לערי פיתוח? מה מספרם של אלה שנמצאים בערי פיתוח?

א. אליאב:

ההדגש היה שעד לפני מלחמת יום הכיפורים היה הסדר רב-שנתי של קצין רפואה ראשי עם מוסדות הבריאות, עם שיתוף פעולה הרבה יותר רחב, אבל לאחר זה - מתוך צרכי הצבא - הצטמצם הדבר מאוד. האם ניתן היום לחזור למצב הגמיש הרבה יותר שהיה קיים קודם?

תא"ל ד. סיכאלי:  
השירות הצבאי הרפואי של צה"ל רואה את עצמו כאחד המרכיבים של השירותים הציבוריים ואשתדל לפרט איך אנחנו מנסים לסייע, בכל מיני אספקטים, למערכת האזרחית, וזאת הרבה מעל ומעבר למה שהועלה כאן.

לגבי התוכנית של העתודאים: העתודאים מתגייסים כיום כשהם מחוייבים לשלוש שנות שירות חובה ועוד שנתיים שירות קבע כחמורה על דחיית השירות שלהם. כלומר, הם באים לחמש שנות שירות. בשנתיים שקדמו למלחמת יום הכיפורים נרשמו לעתודה כ-70 סטודנטים גברים ועוד מספר סטודנטים של נשים. מאז המלחמה צמצמו את היקף העתודה, היום ואגף כוח אדם אינו מוכן לדחות שירות צבאי באותו היקף שהיה לפני המלחמה, וכיום יש לנו בעתודה 55 גברים, כאשר בשנה שעברה היו לנו 52. כלומר, יש צמצום בהיקף ההפניה לעתודה, אם כי, מאידך, סדר הכוחות של צה"ל גדל מעל ומעבר.

יש לנו כיום חוסר של כ-80 רופאים בקבע וכחוצאה מכך משרתים רופאים בשירות חובה או אנשי עתודה בתפקידים של אנשי קבע. בשבילנו זו מכשלה גדולה, כי אנשי הקבע צריכים להיות יותר מומחים ומנוסים גם בשטח הצבאי וגם בשטח הרפואי. כתוצאה מכך שעובדים אנשי שירות חובה במקום אנשי שירות קבע אנחנו סובלים מאיכות השירות הרפואי בצבא.

סקירה קצרה על מה שאנחנו עושים במידת האפשר מבלי לפגוע יותר מדי בצבא, וקודם כל על רופאים בישובי ספר: אנחנו מפעילים היום באמצעות רופאים צבאיים מרפאות של קופות-חולים באזורים קריטיים, מבלי שחקן או חוזה רשמי יחייב את צה"ל לתת שם רופא. בכל האזורים שמעבר לקו הירוק, ביהודה ושומרון, בקעת הירדן, רמת-הגולן ואופודה ניתן השירות במקום באמצעות רופאים צבאיים שעובדים במרפאות הללו. ברוב הישובים של אזורים אלה, לרבות האחזיות הנח"ל, יש מרפאה של קופת-חולים, ציוד של קופת-חולים, חובשת של קופת-חולים והרופא הוא רופא צבאי מן המנייה שנותן שירות רפואי למקום זה. כאשר יש סקרה חריג - כמו מקרה המחייבת מרמת-הגולן שנהרגה, או כאשר הגבול עם לבנון התחיל להתחמם - אנחנו מביאים רופא ביזמתנו למספר חודשים או לתקופה ארוכה יותר ויוצרים פונקציה צבאית חדשה. בשוטרה, למשל, יצרנו פונקציה כזאת כדי שיהיה עוד רופא שימך עזרה רפואית. יש מקרים שמבקשים מאתנו לשחרר רופא מחובת שירות צבאי על סנת שירות באזור ספר. באופקים או בשדרות שחררנו רופא עולה, לאחר שפנו אלינו מקופת-חולים בנגב ואטרו לנו שהוא מקים במקום מרכז קהילתי. אותו רופא עשה את השירות שלו במסגרת הישוב.

רופאים עולים חייבים לשרת ככל רופא אחד. אנחנו משתדלים לא לראות בהם יוצאי דופן, וכך הדבר גם לגבי מרפאי השיניים שקיבלו רשיון ממשרד הבריאות לעבוד כרופאים אם כי יש לנו השגות עליהם. אנחנו עורכים להם קורסים, הם נקלטים, אם כי יש די הרבה בעיות בעניין זה. אם רופא עולה עבר גיל סטודנטים, הוא חייב שירות של שנה וחצי; אם הוא גם מעל לגיל זה, אנחנו משחררים אותו בכלל. אם רופא מבקש לפעמים, דחיה כדי להשלים החמחות אני מאפשר לו דחיה לשנה. דוגמה: לרופא פסיכיאטר שעבד בעפולה לא נתאפשר להמשיך לעבוד שם לאחר שנה במרכז הקליטה, הוא עבר למרכז הארץ וביקש לסייע לו כדי שיוכל להתמחות. נתנו לו אפשרות להתמחות כפסיכיאטר, אולם על סנת לא להפסיד אותו כבר חייבנו אותו ולאחר שנת ההתמחות הוא ישרת בצבא.

הנושא של המסל הצבאי: כל המערכת של אזור יהודה ושומרון, אזור רצועת-עזה, צפון סיני ומרחב שלמה מושתתת על רופאים בשירות קבע המושאלים למשרד הבריאות. יש רק רופא אחד במרפאת אופירה שהוא אזרח. אנחנו נותנים גם רופאים בשירות קבע וגם רופאים בשירות חובה, לפעמים במרפאה צבאית, לפעמים במרפאה אזרחית. בכל מקום שמבקשים מאתנו לעזור, אנחנו עוזרים. נאילת היה רופא מרדים שלא משרד הבריאות ולא קופת-חולים יכלו להוציא אותו להתמחות. שלחנו לשם רופא מרדים בשירות והרופא המרדים המקומי נטע לבאר-שבע כדי להשלים את ההתמחות שלו.

מדוע קופת-חולים לא יכלה לשלוח רופא?

היו"ר ח. גרוסמן:

פרופ' דורון אמר לי שהוא לא יכול לחייב מישהו לשבת שנה באילת.

תא"ל ד. סיכאלי:

על מצוקת האחיות אני לא צריך להרחיב את הדיבור. הדרך היחידה שבה יכול היום משרד הבריאות לגייס אחיות לשרת בבתי-חולים או בישובים לפי צרכי הציבור היא באמצעות צה"ל. אנחנו משמשים כעין לשכת עבודה לגיוס אחיות לעבודה. לפני כשנה וחצי התחלנו בתוכנית לפיה כל בוגרת בית-ספר לאחיות מתגייסת לשירות חובה בצה"ל ואנחנו מציעים לה לקבל משכורת החל מן החודש הראשון אם היא מתחייבת ל-36 חודשי שירות. בשנה שעברה חתמו 90 אחיות, השנה - 50. לצרכי צה"ל יש 22 אחיות מוסמכות; 90 אחיות נמצאות במערך האשפוזי המסולב בבתי-החולים המסולבים עם צה"ל; כל יתר האחיות עומדות לרשות משרד הבריאות והם שולחים אותן לפי הצרכים באותן שלוש שנים.

א. נמיר:  
דיברת על אלה ששייכות לצה"ל על ידי הסידור של קבלת משכורת מן החודש הראשון, ועל השאר ששייכות למערכת הרגילה. מי אלה השאר?

תא"ל ד. סיכאלי:  
כיום מתגייסות כל בוגרות בתי-הספר לאחיות, בעוד שפעם היינו מקבלים רק סכסה לפי תקנים צבאיים. כלומר, אנחנו משמשים ציבור שבאמצעותו אפשר לשים יד על כל האחיות במדינה. פרט ל-20 בנות שמשרתות במרפאות צה"ל, חוזרות גל בנות המחזור לרשות משרד הבריאות; המחליט מה לעשות בהן. אפשר לומר שלא כל האחיות, מתוך 140 אחיות שחתמו על שלוש שנים, היו מוכנות לחתום על איזה שהוא הסכם שייחייב אותן לתקופה כזאת לפי תביעה של משרד הבריאות.

י. בארי:  
במסגרת הסדר זה הן חייבות לשרת בכל מקום?

תא"ל ד. סיכאלי:  
בכל מקום שמשרד הבריאות מסדר אותן.

רק לפני שבוע השתתף שר הבריאות בטכס פתיחת קורס להכשרת חיילות לפתיחת טיעוד, שבו נקלטו עכשיו כ-100 בנות.

א. נמיר:  
מפר קצת על הבנות הללו.

תא"ל ד. סיכאלי:  
בעבר לא היו הבנות האלה מגוייסות לצבא מאחר שלא ענו על הקריטריונים לגיוס, בעיקר מבחינת השכלה. קיבלנו פניה של משרד הבריאות והקמנו יחידה בחיל הרפואה הנקראת יחידת טיעוד. הבנות הללו מגוייסות לצבא, עוברות סירונות, עוברות קורס בפיקוח מקצועי של משרד הבריאות והן תשלחנה לבתי-חולים כעוזרות לאחיות מוסמכות. גוייסו כ-124 בנות ונשארו אחרי הסירונות 108. זה המחזור הראשון ואני מעריך ש-70% מהן תקלטנה בעבודה. המחייבנו לגייס השנה 300 עם אפשרות הרחבה בעתיד. זו משימה קשה מאד ואני מקווה שנצליח בה.

בנושא זה של רופאים אני רוצה לפרוש את הידיעה סנין נובעים הקשיים: לצה"ל אין בתי-חולים צבאיים. התוצאה מבחינתנו היא זו שאיננו יכולים להבטיח לכל מספר רופאים שמוכן להתגייס לצבא השחלמות רפואית. יש לנו כ-400 תקנים של רופאים, מהם 190 תקני חובה ו-220 תקני שירות חובה. כאמור, חסרים לנו 80 רופאים בקבע שזה למעלה משליש. אילו היו לנו אותם 80 איש בקבע היה מצבנו, מבחינת העתודאים, שונה לחלוטין והיינו יכולים להפנות רופאים לכל מיני דברים בהרבה יותר רוחב יד. היום אני לוקח רופאים עולים חדשים במקום אנשי קבע.

ח"א ל ד. סיכאלי:

אחרי המלחמה, גם בשנה שעברה וגם השנה, מחזור הגיוס קטן מן הרגיל והצבא אינו יכול להרשות לעצמו לסייע ולרחות שירות של אנשים שיכולים לסלא תפקידים בצבא. לדוגמה: יש לנו שלוש אוגדות סדירות שבכל אחת מהן צריך להיות רופא בשלבי התמחות מתקדמים פחות או יותר, בדרגת סגן אלוף ולאחר רצף תפקידים בעבודה. יש לי רופא אחד בדרגת סרן, רופא שני בדרגת סרן שהתחיל בשירות קבע ורופא שלישי בשירות חובה. כלומר, אנחנו לא נותנים לחיילים בשדה את הפיקוח הרפואי על ידי רופאים מספיק מנוסים מבחינה צבאית ורפואית, כי אין לנו אנשים בקבע.

אין לנו אנשים בקבע רק בגלל העניין של ההתמחות. אני זוכר שכאשר פרופ' פדה גייס אותי לקבע ביקשתי מסנו דבר אחד: שכאשר אגמור את השירות הצבאי לא אהיה נפיגור לעומת חברי שלא גוייסו לצבא. הדבר היחיד החשוב זה ההתמחות. אם רופא חותם קבע לפי הסלול שנקבע בשעתו על ידי פרופ' פדה - סלול של יחס מסויים בין שירות בצבא ושירות בבית-חולים - מחזור החמיסה הוא 6 עד 9 שנים, ואז יוצא שרופא מגיע לדרגת סגן-אלוף וגמר ההתמחות בגיל 36. ראשית כל, הוא כבר לא יורד מן הארץ; שנית, הוא לא פורש מהר מן הצבא כי עוד חמש שנים הוא זכאי לפנסיה. זו הסיבה שאנחנו טוענים שגיוס רופאים לקבע הוא בעל משמעות לאומית הרבה יותר גדולה מעצם השירות בצבא. אותם רופאים צבאיים שעברו הכשרה רפואית בצבא משמשים אחר כך פוטנציאל עיקרי לכסה סוגי תפקידים. יש בתי-חולים שבהנהלתם יושבים אנשים שהגיעו לדרגת סגן-אלוף בצה"ל ובית-הספר שלהם היה בצבא. יש גם מנהלי מחלקות רבים שקיבלו את הכשרתם הרפואית או המינהלית בצה"ל. פרופ' פלדמן מוכן לדון בכך ששירות מינהלי בצבא יוכר כחלק מהתמחות הרופאים במינהל רפואי. אם יהיו לנו רופא או שניים בעלי תואר "מוסחים לבריאות הציבור" הם יוכלו לשמש כמדריכים. נחתיב לתת להם שנת לימודים בבריאות הציבור ואז הם ייצאו לשוק כמנהלים רפואיים.

הקושי שלנו לגייס אנשים לקבע הוא חסור. איך הגענו למצב זה? - כל מערכת היחסים שלנו באשפוז האזרחי מושתתת על הסכם השילוב. כאשר הפכו את בתי-החולים הצבאיים ב-1952 לבתי-חולים אזרחיים קבעו שלצה"ל יש מספר מיטות בבתי-החולים האזרחיים. אלה הן מיטות משולבות, שעבורן מסלם צה"ל למערכת האשפוז בשתי דרכים: א) בכוח אדם; ב) תשלום מיוחד, שהוא זול יותר מר-יום אשפוז. בשעתו מפתח כוח אדם למיטת אשפוז היה 0.85 עובדים פר-מיטה, שזה כולל רופאים, אחיות ומקצועות אחרים. היום, בשנת 1976, מסלם האוצר למשרד הבריאות עבור 2 עובדים למיטה, אבל אנחנו נשארו לפי מפתח של 0.85. כאשר פיתחו את התקנים במערך האשפוז שבצו את הצד של צה"ל, שצריך היה לפתח אותו לפחות פרופורציונית. מכאן נובע שעם הגידול במספר הרופאים בצבא קטן באופן יחסי מספר המקומות להשלטות מבחינתנו וקטן גם מסקלנו במערכת האשפוז. כשנתל-השומר היו 700 מיטות היה מספר הרופאים הצבאיים יותר גדול ממספרם היום כאשר יש שם 1,200 מיטות. מאחר שרופא צבאי נעדר הרבה בגלל כל מיני תפקידים שמוטלים עליו, אומרים מנהלי המחלקות לרופא: תתקבל אם לא תהיה רופא צבאי. הם לא רוצים את הרופא הצבאי, כי הוא מכשלה.

אנחנו זקוקים לכ-140 מקומות השתלמות בבתי-חולים. עם כל הקשיים יש כ-40 רופאים שמערכת הבריאות האזרחית מקבלת אותם על תקנים שלה, ודווקא לא בבתי-חולים משולבים שהם הרבה יותר מפותחים. ב"בילינסון" יש כ-14 רופאים צבאיים שמושאלים למערכת האזרחית ואנחנו מקבלים את החזר המשכורת מקופת-חולים. אלה רופאים טובים שמעוניינים בהם, ואנחנו סכינים תוכנית משולבת עם "בילינסון" לפיה רופא חותם הסכם עם צה"ל ומבלה את ימיו ב"בילינסון" ובצבא. גם עם 40 הרופאים שנקלטו במערכת האזרחית אנחנו זקוקים ל-110 מקומות בחקן. אני מנהל משא ומתן עם משרד הבריאות ושר הבריאות הבטיח שיחמוף בכך שנקבל אלינו מספר תקנים צבאיים על חשבון תקנים של משרד הבריאות. וכידוע יש היום במשרד הבריאות תקנים בלתי מאויישים. אם נקבל עוד 51 תקנים, נוכל לגייס יותר רופאים לקבע ונחזיר חלק מן הרופאים הצבאיים

תא"ל ד. סיכאלי:

בשירות חובה שיתפנו לדברים אחרים.

עושים: א) במסגרת השירות של חמש שנים התחייבנו שניתן לכל רופא מינימום חצי שנה, באמצע השירות, כדי שיתמחה ולא יילך לאיבוד, כי מאז שאני מקבל את הסטאז'ר ועד שהוא מגיע לבית-החולים חולפות חמש שנים. קיבלנו אישור להביא אנשים לבתי-חולים לחצי שנה, כדי לסלא את המצברים שלהם מבחינה רפואית, ואמרנו לרופאים הצבאיים, שכל רופא שייך לקית-חולים בהיקף יקבל שנה במקום חצי שנה - אנחנו נספוג את זה - כדי למשוך אותם לבתי-חולים כאלה לתקופה של שנה לפחות. לפעמים קורה שאחרי פרק זמן קזה נקשר האיש למקום ונשאר. ב) כשמתגייס לשירות חובה רופא שאשתו אחות, אנחנו מסכנעים אותם לגור באחד הישובים, כשהאשה מסרת במקום כאחות, והאיש מסרת בסביבה. אם יש רופא שמקום מגוריו באזור הגליל, אנחנו מסתדלים שלפחות חלק משירותו יעשה על יד הבית ואז הוא משתלב באופן טבעי בכל מיני תפקידים רפואיים בישוב האזרחי. בפוריה, למשל, יש לנו שלושה רופאים בשירות חובה; היה לנו רופא אחד בלשכת הגיוס בטבריה שנשלח לעזרה לפהלקה האורתופדית בבית-החולים פוריה, כששחרר, בא אחר במקומו; מנהל המחלקה האורתופדית בטבריה הוא רופא ששחרר משירות קבע לאחר שעבר את כל המסלול בצבא והיה בבית-החולים פוריה מספר שנים כאיש קבע. בנו של חבר-הכנסת אמנון לין, ד"ר רן לין, הולך להיות רופא חטיבתי בגולן והתחייב לשנה בבית-החולים צפת במחלקת האורתופדית; היתה לנו רופאה ששרתה בצפת ובקרית-סמונה על חשבון זה ל; יש לנו רופא שיניים בקרית-סמונה שהושאל למשרד הבריאות; יש לנו רופא במחניים, רופא בגושרים, רופא בכפר-הנשיא; היה לנו רופא חבר קיבוץ אילון שהצבנו אותו בשומרה; יש לנו רופא שיניים בצפת; רופא שמיועד להיות מרדים בבית-החולים פוריה, ועוד רופא בצפת ששמו אותו במרד.

אני בהחלט מקבל את הרעיון שאדם בשירות חובה צריך למלא כל התפקיד והמטורה שלמדנו מפרופ' פדה, לייעד עתודאים לצרכים, בהחלט מקובלת עלינו.

הי"ד ח. גרוסמן:  
מפדת על התוכנית שיש לכם לגבי 300 בנות וידוע לי שיש עוד תוכניות מקבילות של משרד העבודה ומשרד המעד לגבי בנות שמכשירים אותן לעבודה בבתי-חולים. אך מסתבר שאין תיאום בין שתי המערכות: המערכת שמכשירה בנות לכוון עוד במסגרת השירות הצבאי והמערכת שמכשירה בנות מחוץ למסגרת השירות הצבאי. אלה הם שני מסלולים שאינם נפגשים אחד עם השני ולעתים יש אפילו התנגשות. הייתי רוצה חשובה בעניין זה.

י. בארי:  
1) מדוע אין היום בתי-חולים צבאיים, הרי בשנים הראשונות לקיום המדינה היו בתי-חולים צבאיים?

2) דבריו אישרו את ההנחה שהמוטיבציה איננה חומרית בעיקרה אלא בהתקדמות ובהתמחות במקצוע. באיזו מידה ניתן לדעתך להביא רופא לשרת בספר תוך הבטחת התמחות וקידום מקצועי?

א. נמיר:  
1) לאיזה צורך משמש בית-החולים בתל-השומר את הצבא? האם אין לו סטוס דומה או זהה לזה של בית-חולים צבאי?

2) מה מערכת היחסים שלכם עם משרד הבריאות, עם קופות-החולים, עם שירותי הבריאות הקיימים לשם טיפוח ומימוש כל הדברים שדיברת עליהם? שמענו איך המערכת הרפואית של צה"ל עוזרת בהשלמה למערכת הבריאות האזרחית והייתי רוצה לדעת במה המערכת האזרחית עוזרת לצה"ל.

י. שריד:

כמה רופאים, סתוך 400 הרופאים שבנה ל, משרתים במערכת האזרחית? כמה מאלה משרתים במערכת האזרחית משרתים בתי-חולים, וכמה - מסט בישובים?

פ. שינסון:

מדוע לא יכול להיות תיאום בין אלה שמחליטים בקשר לעתודאים ובין אלה שזקוקים לרופאים בשירות קבע כאשר חסרים 80 רופאים בקבע? צריך לראות את העמיד: אם מאשרים עתודאים יש רופאים בקבע לפחות שנתיים.

הי"ר ח. גרוסמן:

שר הבריאות הודיע אחרול בכנסת שהוא לא מייצע לסטודנטים לצאת לחוץ-לארץ ללמוד כי אין מחסור ברופאים. אני רואה שבצבא יש מחסור ברופאים. האם הדברים לא משתלבים אחד בשני?

הבעיה שאנחנו העלינו היא לא מחסור של רופאים בארץ אלא מחסור של רופאים במקומות מסויימים וכולנו ידענו להבדיל בין שתי הבעיות. הן לא זהות ולכן תשובתו של שר הבריאות היחה לענין.

א. נמיר:

לאנשי משרד הבריאות: האם אינכם חושבים שכדאי היה להנהיג שבוגרי בתי-ספר לרפואה - לרבות אלה שלמדו בחוץ-לארץ ורוצים לחזור ארצה - שרוצים לעבוד במקומות מסויימים ואין שם מקומות עבודה, תחייב אותם המדינה על ידי מתן בונוסים? אני מעלה את זה, כי איננו יוצאים מן המעגל: היורדים הם בחלקם רופאים; אלה שלומדים באיטליה אין להם לאן לחזור; ובמקומות אין רופאים.

ל. דיציאן:

כמה רופאים חסרים באזורי הספר במקומות העימות?

י. שריד:

לשאלה של חבר-הכנסת דיציאן וכהקדמה לשאלה אל קצין רפואה ראשי: מדובר פה, באופן די פרדוקסלי, במספרים קטנים למדי. אין צורך במאות רופאים ואפילו ב-10 בעשרות רבות של רופאים כדי למלא את הצרכים הדחופים ביותר. בקנה המידה של הצליל מדובר ב-30 רופאים בערך שיש בהם כדי לתח פתרון.

לקצין רפואה ראשי: שמענו את הבעיות

שיש לחיל הרפואה, אבל אם בכל זאת מדובר במספרים כאלה, אולי יכול חיל הרפואה לעשות מאמץ נוסף על המאמצים שכבר עשה ולהעמיד לרשות המקומות המיוחדים האלה, בגליל בעיקר, עוד 15-20 רופאים שבלעדיהם המערכת הרפואית בגליל איננה יכולה לתפקד בשום פנים ואופן בצורה שמקרכת לרמה סבירה ומניחה את הדעת.

תא"ד. מיכאלי:

לשאלה מדוע אין בתי-חולים צבאיים:

לאור מה שקורה בצבאות אחרים אני אישית התרשמתי שהיעילות של בתי-חולים צבאיים - אפילו במדינות מתקדמות - היא קטנה יחסית והעלות איננה מצדיקה את עצמה מבחינת השירותים שתי-חולים אלה יכולים לתת לציבור. אפילו בארצות-הברית יש היום דרישה שתי-חולים המטפלים במשוגרי הצבא יעברו לשרת את כלל הציבור מאחר שהתפוסה שלהם נמוכה וזה לא מוצדק לייצר אותם רק למשוגרי צבא מבחינת עלות יום אשפוז. כבלגיה, למשל, יש בית-חולים צבאי ש-50 מן המאושפזים בו הם אזרחים. בגלל הפיזור של אנשי הצבא אי אפשר להבטיח שהם יגיעו לאותו בית-חולים וברגע שהענין נפרץ לא מוכנים הרבה אנשי צבא קבע לבוא לבית-החולים הצבאי מחשש שמה שיהיה שם יהיה נגדם במסלול הקידום. במדינת ישראל הדבר לא כדאי על אחת כמה וכמה כי אנשי הצבא שלנו הם ברובם אנשי סילואים, שהיום הם במילואים, סחר - אזרחים והענין מסתבך.

תא"ל ד. מיכאלי:

אני גם לא חושב שצריך ליצור סטטוס חברתי נוסף, שאנשי צבא יקבלו טיפול במקום נפרד.

רעיון שכן העליתי - והבאתי אותו כרעיון למחשבה בפני פרופ' מנצ'ל - שזה ל, כדי לעזור לעצמו בהכשרת רופאים וכדי לעזור למדינה בניהול בתי-חולים, יקבל על עצמו ניהול בתי-חולים כלליים במקומות מסויימים. נקים איזו שהיא מערכת של כמה בתי-חולים במרכז הארץ פלוס אחד או שניים בהיקף, ואז על ידי מערכת של שיבוץ רופאים צבאיים נוכל באופן טוב יותר לשלוח רופאים מן המרכז לפרזיפריה ובחזרה במסגרת השיבוצים הצבאיים. הרעיון נראה פשוט, אבל כשאני מתחיל לשקול מהן המשמעויות לגבי כוח אדם - לא רופאים - אני נואש מלהיכנס עמוק לבעיה. יש כיום מספר מנהלי בתי-חולים שהם אנשי צבא במדים.

יהיה זה אנכרוניסטי, לדעתי, להקים בתי-חולים עבור הצבא. עם כל הקושי שלנו בכך שאין לנו סדנה להכשיר אנשי מקצוע, אני חושב שלא מוצדק ליצור בתי-חולים כאלה שיהפכו לסטיגמה חברתית - איזה גוף נוסף שיש לו בית-חולים משלו. אנחנו עדיין שקועים בבעיות שלנו בטיפול בבעיות חיוניות של אנשי צבא ולא כדאי לחפש צרה שנפתרנו מסנה, וטוב שנפתרנו מסנה.

לגבי שירות רופאים בספר האזרחי: לגבי התוכנית איך להביא רופאים לשרת בספר העליתי מספר פעמים בפני משרד הבריאות את השאלה מרוש לא לעשות מסלול כמו בצבא, שרופאים ימלאו תפקידים של ניהול מרפאות פרזיפריה - עבודה במסגרת מתקנים אזרחיים - בתוכנית שתשלב אותם גם בתי-חולים במרכז וגם בתפקידים בהיקף. דברים כאלה היו: פרופ' מייכלסון שלח את הרופאים שלו לעבוד באפריקה על ידי זה שהבטיח להם שילוב במחלקה שלו אחרי שירותם באפריקה והוא ראה את השירות שלהם שם כחלק ממחזור התפקידים שעושים בשירות. הוא עשה את זה גם בבית-החולים פוריה בתקופה מסויימת. כאשר מנהל המחלקה רוצה בכך, אפשר למצוא דרכים.

התפקיד של בית-החולים תל-השומר לגבי זה ל: לפחות מבחינה הסטורית בית-החולים תל-השומר הוא ה"אלמא-מאטר" של הרפואה הצבאית. אם כי אנחנו ביחסים יוצאים מן הכלל טובים - אנחנו נעזרים בכל מיני דרכים בבית-החולים - יש פה מצב של שני מוסדות שכל אחד צריך לראוב לאינטרסים שלו. תל-השומר עובר אחנו קודם כל במסגרת הסכם השילוב וגם בדברים נוספים.

כמה קלים על הסכם השילוב: הסכם זה אומר שלמערכת הבטחון, לצה"ל, יש 250 מיליון, העומדות לרשותו בכל אחד מבתי החולים הממשלתיים. חלוקת המיטות יכולה להשתנות בין בתי-החולים לפי הצרכים. יכולים להוסיף תקנים בצפת על חשבון אסף הרופא, כפי שעשינו. בהסכם זה מוגדר מה התשלום בכסף ומה התשלום בכוח אדם. האמת צריכה להיאמר שיש היום נטייה מסויימת במשרד לבטל את הסכם השילוב ולחייב את צה"ל לשלם 350 לירות עבור יום אשפוז. במקרה כזה אני יכול לסגור את העסק, כי לא יהיה לי לאן לשלוח אנשים. אני סאמין שזה לא יתקיים ואני חושב ששר הבריאות, שייכנס לעבי הקורה, יפטוק מה שיפטוק והעניין יפול.

מעבר להסכם השילוב אנחנו סקיימים בתל-השומר הרבה פעילויות. למשל, חיל הרפואה זקוק לכל מיני מכונים מחקר בעקרון אנחנו נגד הקמת "פילים לבנים" ונגד הקמת מוסדות סגורים שאף אחד אינו יודע מה נעשה בהם ושרמתם המקצועית נמוכה, כי זה מוסד סגור שמקבל באופן קבוע משכורת מן המדינה, ובמקום זה פיתחנו יחסיים עם תל-השומר ומוסדות אחרים - ובמסגרת היחידה הפרסקולוגית שהוקמה בתל-השומר הקמנו יחידה לטוקסיקולוגיה, כי יש לנו בעיה של הרעלות בצבא. לצורך זה העברנו שלושה תקנים לתל-השומר והאנשים שלנו עובדים שם בפיקוח של מנהל מחלקה אזרחי, כך שאני משוחרר מן הדאגה לרמה המקצועית. אותו הדבר ביחידה לפיסיולוגיה צבאית ויחידה לראיה. יש עוד הסכמים עם

ת"ל ד. סיכאלי:

מרכזים רפואיים שבהם אנחנו בונים את התשתית המדעית שלנו.

הסכמים כאלה יש לנו לא רק עם משרד הבריאות אלא גם עם קופת-חולים. יש לנו הסכם עם בית-החולים בבאר-שבע, אבל שם היחס קצת שונה: עומדות לרשותנו מיטות, כאשר המשכורת אינה משכורת צבאית אלא יש החזר משכורת מקופת-חולים. כדאי להוסיף שהעקרון הוא, שבאשפוז שגרתי מקבלים חיילים בבתי החולים המסולבים; במקרים דחופים - בכל בתי-החולים בארץ.

מכיוון שיש לנו קשר מסורתי לבית-החולים בחל-השומר ומכיוון שהוא במרכז הארץ אנחנו מקיימים בו את הקורסים העיקריים שלנו, אם כי אנחנו מקיימים קורסים גם בבתי-חולים אחרים, לא רק במסולבים. יש הרבה מקרים של היענות יפה מאד במערכת האזרחית, כאשר מוכנים לאפשר לנו קורסים והשתלמויות במתקנים אזרחיים.

לשאלה למה אין יותר עתודאים בתכנון הלאומי: זה ענין של החלטות. פעם-פעמיים נשנה רואים מה המחזור הצפוי בגיוס, מה הצרכים של הצבא ולאור זה מחליטים כמה להפריש לבתי-הספר הגבוהים. בעקרון מעדיף זה לשהעתודאים יהיו כאלה שאינם מסוגלים להיות ביחידות קרביות מבחינת הכושר הגופני. לגבי רופאים הסיפור אחר, כי רופאים משרתיים כרופאים בגדודים קרביים, לכן נקבע להם פרופיל 195, ואז זה אומר לפגוע בפרוטנציאל הגיוס דווקא בגבוה ביותר, דבר שהצבא לא מעוניין לנהוג בו ברוחב לב.

עידוד סטודנטים ללמוד רפואה או לא ללמוד: השבוע שמעתי שבאוניברסיטת חל-אניב עומדים ללמד רופאים אמריקניים.

א. נמיר: צריך לבדוק את זה עם משרד הבריאות.

ד"ר ע. ארנון: זה לא שייך למשרד הבריאות.

ת"ל ד. סיכאלי: לא מעודדים יציאת רופאים. אני יודע שהיום מוציעים על סטודנטים לרפואה שלומדים בחוץ-לארץ 400,000 דולר לחודש.

אנחנו צריכים לעודד רופאים באופן חיובי, לא בכוח, לשלב בהתמחות שלהם עבודה בספר. אם נעשה זאת בכוח הם יסעו להשתלם בחוץ-לארץ לאחר הלימודים. בארצות-הברית מתמחים שלוש שנים, אצלנו - חמש שנים. אני חושב שבארצות-הברית ישנו מספר רציני בנושא ההתמחות: מייצרים שם מומחים שאינם שווים את הנייר שהתואר כתוב עליו, ואבל כוח המשיכה להתמחות בחוץ-לארץ גדול.

לדעתי יש לנו היום קושי להשיג רופאים רציניים לכפר. יש לי כיום שני רופאים שרוצים לקבל תואר מוסחה ברפואת המשפחה ואינם מסוגלים לקבל תואר כזה. אחד מהם, שחזר מדרום אפריקה אחרי שלוש שנים, אינו מצליח למצוא מקום הדרכה. הבעיה היא למצוא מקומות הדרכה מוכרים לרופאים כוללניים. המועצה המדעית לא סתם התעקשה בענין הזה, יש לה הרבה הצדקה, אבל הבעיה היא איך לשלב את זה עם המרכזים הרפואיים. אולי היה צריך ללכת לפי העקרון שקיים בצבא: לשלב רפואה עם השתלמות; לאפשר יציאה מוקדמת יותר לפנסיה כמו בצבא; לתת משכורת יותר קוסמת. רופא שרוצה היום, אחרי שנות עבודה, לשבת חצי שנה וללמוד איננו מסוגל להגיע לזה בארץ. הוא נאלץ לנסוע לחוץ-לארץ, שם הוא מקבל מענק ועושה מה שהוא רוצה. אחרי שנה-שנתיים בחוץ-לארץ הוא פתוח לכל מיני הצעות אחרות.

ד"ר עפרון: אחיחם קודם כל להערת פרופ' פלדמן שיש בסך הכל 20 מרפאות מוכרות ולשאלה מדוע אין לקופת-חולים יותר מרפאות כאלה. התשובה היא, שהדרישות

ד"ר עפרון:

לקביעת טרפאות סוכרות הן כאלה שבלתי אפשרי שחיה טרפאה כזאת באחד מאזורי המצוקה.

היו"ר ח. גרוסמן: איפה כל ה-20?

ד"ר עפרון: יש במרכז הארץ, יש אחת בגליל.

ד"ר ד. רונן: יש גם בנגב, בנתי-שאן, בבית-שמש.

ד"ר עפרון: כאשר הסברתי מה המצב באזורי העיסות

אמרתי שבינתיים המצב הוא סביר. בקריית-שמונה אני יכול למשוך את הנושא תקופה מסויימת עם תקן של שני רופאי ילדים וארבעה רופאים כלליים.

י. שריד: עם מצב של ששים ביקורים בנוקר?

ד"ר עפרון: עם תקן זה אני יכול למשוך את המצב הקיים.

המצב בכל הארץ איננו שפיר כל כך. גם במרפאה אחרת, לא רק בגליל, אם הרופא חסר, זה חסר של 100%. וכבר דיברתי בפעם הקודמת על כך שאנחנו מתקרבים לחקופה שחיה ירידה במספר עולים רופאים, ואם אנחנו מדברים על התמחות זה לא נושא שיוכל לפתור לנו את הבעיה של רופאים כלליים ורופאי ילדים באזורי המצוקה. צריך לדעת ש-95% מן המקורות לרופאים במרפאות הם עולים חדשים. אם במשך שנתיים קלטנו במרפאות 250-280 - וקופת-חולים זקוקה ל-220-250 רופאים בשנה בשביל החלופה - הרי בשנה האחרונה קלטנו רק 220, ואני סניח שבשנה זו תהיה ירידה נוספת במספר. כל חודש עולים רק 17 רופאים ויש ביניהם מומחים שלא יגיעו לרפואה כללית באזור מצוקה וגם לא במרכז הארץ.

לפי הסיכומים שעשינו מצאנו שכרבע

חסרים לנו כ-15 רופאי ילדים בכל הארץ וכ-60 רופאים כלליים - וזה כולל את ירושלים ובאר-שבע - כדי לשמור על הרמה הקיימת.

כל התוכניות של ההתמחות אינן תורמות

למעשה לנושא של רפואת ילדים ורפואה כללית, כי בודדים מן הרופאים שעושים את ההשכלמות מגיעים בכלל למרפאה, ועוד פחות מגיעים לאזורי העיסות. גם מתוך אלה שסיימו את לימודיהם באיטליה וחוזרים הנה להתמחות בודדים מגיעים לישובי מצוקה. העולים הצעירים שמגיעים גם הם עוסדים על רצונם להתמחות במקצוע מסויים ובמקום מסויים.

אפשר לפתור את הבעיה על ידי כך שנתוך

הסילאנוס של ההתמחות יהיה חלק אחד של עבודה באזור שיש נחיצות לעבוד בו. נסינו לעשות זאת באופן וולונטרי: הצענו לצעירים שרצו לעבוד בבית-החולים בילינסון במקצוע מסויים, ועמדו על כך, שיילכו לתקופה מסויימת לאילת, לקריית-שמונה, ואחר כך יינתן להם המקום ב' בילינסון. רק בודדים נענו להצעה זו. בישיבה הקודמת סיפר פרופ' ורביץ על כך שהשתדל לשכנע מספר פדיאטרים לתת שירות למקומות שבהם השירות נחוץ, והוסיף שהעביר לנו רשימה של 25 פדיאטרים שהטכיסו לתת את השירות הזה. קיבלנו את הרשימה ברצון והתחלנו להתקשר עם אותם הרופאים. הסתבר שחלק מהם עובד במרפאות ואם יתנו שירות במקום אחר, יווצר מחסור במרפאה; חלק מהם היו מומחים, שהיו מוכנים לתת ארבעה-חמישה ימים באותם מקומות; היו כאלה שיש להם סטודנטים שלא יכלו לעזוב אותם. כך שמתוך רשימה של 25 פדיאטרים לא יצא אף רופא.

א. אליאב:

אלה שהיו מוכנים לתת ארבעה-חמישה ימים - האם הכוונה לארבעה ימים בשבוע או

לארבעה ימים באופן חד-פעמי?

ד"ר עפרון:

באופן חד-פעמי.

י. שריד:

קופת-חולים לא רצתה בזה ולכן הכשילה את הענין.

ד"ר עפרון:

אם יתקבל הרעיון של שילוב העבודה באזור נחוץ כחלק מן ההתמחות - ולא הדרישה שישתלם במרפאה מוכרת, כי זה שוב ליסודים ולא עבודה - אפשר יהיה לפתור את בעיית רופאי הילדים, כי יש לנו 25 מחלקות ילדים. ונוכל להגיע לפתרון אם הסיידור הזה ייעשה במסגרת הסדר בין-סוסדי.

היו"ר ח. גרוסמן:

הכוונה היא שסיידור כזה צריך להיות כללי, כי אם רק קופת-חולים תקבע הסדר של שירות ואחר כך התמחות, יהיה מישהו אחר שיקלוט את הרופאים להתמחות מבלי שיחנו שירות.

ל. דיציאן:

מדוע צריך לשלוח לאזור מצוקה רופא שעדיין לא עבר התמחות ואינו מבין דבר? מדוע לא ישלחו אותו אחרי תקופה מסויימת של התמחות?

היו"ר ח. גרוסמן:

הכוונה היא שבמסגרת ההתמחות יתן שירות.

ד"ר עפרון:

לענין התמריצים: למעשה התמריצים קיימים עד היום, אבל מה שמציעים היום אינו מהווה תמריץ. אני בדעה שצריך לבנות תמריצים שיהיו משמעותיים לרופא שמסכים לעבוד באחד הסקופות, בעיקר במסך תקופה יחד ארוכה.

פרופ' מוזס:

השלמה: במסגרת ועדת ההתמחות של המועצה המדעית מוצע כיום בקורס פדיאטרים הסיידור של שילוב עבודה בכפר בתוך ההתמחות הפדיאטרית, כאשר התקופה המינימלית היא חצי שנה.

היו"ר ח. גרוסמן:

על ידי מי מוצע?

פרופ' מוזס:

מוצע על ידינו לוועדת ההתמחות.

באופן פרטיזני כבר מופעלים דברים אלה בכמה אזורים בארץ. אנחנו, למשל - באופקים ובכמה קיבוצים - שולחים רופאים החוצה לתקופה של חצי שנה לפחות במסגרת ההתמחות, תוך כדי פיקוח, כאשר הכוונה להרחיב את הסיידור הזה גם במרפאות שתוכלנה לתת התמחות לרופאים למטרות אלה. צדסה לי שזה פותח פתח לאפשרות של מתן שירות ברמה בפריפריה במסגרת ההתמחות ואם זה יתקבל, בוודאי יפתור בעיות.

היו"ר ח. גרוסמן:

האם התוכנית הזאת כבר אושרה?

פרופ' מוזס:

לא, זה הוגש ונמצא בדיון.

ד"ר עפרון:

הגישה של המועצה לנושא זה יחזובית.

פרופ' מוזס:

יש בישה חיובית, אם כי הפרוצדורה קשה מאוד.

י. שריד:

היתה בדיבור פה מעין מתיחת אנלוגיה בין מה שקורה במרפאה בכל מקום ובין מה שקורה במרפאה בעיר פיתוח כאשר רופא אחד נעדר. צריך לזכור שכאשר רופא אחד נעדר במקום רגיל, אפשר למצוא לו מחליף, אבל כאשר רופא נעדר בקריית-שמונה אי אפשר למצוא מחליף. ואז, באופן ציורי, אפשר לומר שאין לך תשובה לאותה אם שבאה למרפאה עם תינוקה.

י. שריד:

לפעמים אני לא מבין מה חלוקת התפקידים בינינו: מי תובע ממי מה ומי מבקר את מי. למשל, מדובר על חמריצים שהם מיושנים ובטלים בששים. למי זה מופנה? אם אתם חושבים שהחמריצים בטלים בששים מדוע אינכם נותנים חמריצים? אינכם נותנים חמריצים כי כנראה אינכם חושבים שזו בעיה חשובה. אם לקופת-חולים יש גרעון של 6 מליון לירות, אולי כדאי להוסיף לגרעון זה עוד מליון לירות כדי לתת חמריצים לרופאים. אם אתם לא עושים זאת, סימן שבעיה זאת איננה בסדר עדיפות גבוהה אצלכם. היו מקרים שרופאים טובים היו נאלצים לעזוב מקום כמו קרית-שמונה, למרות שאהבו את המקום, והיו קשורים אליו, רק משום שרצו להחליף דירה וקופת-חולים הניחה מכשולים בדרך. בקרית-שמונה אי אפשר להחליף דירה בארסון, אלא פשוט היה רצון לשפר תנאי דיור בצורה מתקבלת על הדעת. כתוצאה מסדיניות מסויימת של קופת-חולים, שלא אפשרה להחליף את הדירה, ראה הרופא את עצמו גם נעלב וגם בלתי מסוגל להמשיך לשרת במקום.

שיכון לא שייך לקופת-חולים.

ט. גז:

י. שריד:

מי צריך לדאוג לרופא קופת-חולים כשהוא רוצה לשפר את הדיור שלו וזה כרוך בסכום

כסף מסויים?

הייתי רוצה לקבל את מפת הרופאים בארץ מנקודת הראות של מספר החולים שמקבל רופא בכל יום - מספר החולים שמקבל רופא במקומות כמו אלה שאנחנו מדברים עליהם ומספר הרופאים שמקבל רופא במקומות אחרים.

גם אני לא חושב שהמקומות שאנחנו דנים בהם ראויים לשירות רפואי של אנשים הנמצאים בשלבים ראשונים של התמחותם. האם את המורים הטירונים והרופאים הטירונים נשלח לשם? מדוע בטכנה ההתקדמות של רופא - רופא שמועמד להיות סגן מנהל מחלקה או מנהל מחלקה - לא יהיה משולב יסוד של שירות לתקופה של שנה בעיר פיתוח? זה יועיל גם לרופא שיהיה יותר ראוי למשרה שהוא מועמד אליה לאחר שיוכשר.

ד"ר ע. ארנון:

הדבר כאן על מחסור נורא ברופאים ילדים באזור שעלינו מדבר חבר הכנסת שריד. בדקנו את הנושא שלוש פעמים, לפי הקריטריונים המקובלים בארץ: פעם אחת כאשר הוגשה ההצעה לסדר היום; פעם שניה כאשר השר ענה; פעם שלישית לקראת ישיבה זו. ואני אומר: לפי הקריטריונים המקובלים בארץ אין מחסור ברופאי ילדים באזורים שעליהם אתה מדבר. יש באותם אזורים כל הבעיות שקיימות במקומות קטנים מאד ולא חשוב אם זה ישוב עימות. כאשר המספר הכולל הוא קטן מאד, נראית כל חנודה קטנה ביותר כקטסטרופלית. זוהי עובדה מהימנטית-סטטיסטית שמסנה אי אפשר להתעלם ושקיימת לא רק לגבי רופאים באזורי הפיתוח אלא בכל השירותים. לא הייתי רוצה שיראה באילו יש מחסור נורא. הרבה פעמים נאמר פה, שכאשר מפרסמים מכרז על משרה של רופא מסויים ואין לו מועמדים, קמה צעקה על קצת מועמדים; וכשיש לאותו מכרז שני מועמדים, קמה צעקה שיש עודף.

פרופ' ב. פדה:

כל דבר אפשר להביא לאבסורד.

י. שריד:

כשריברתי בכנסת על מצב רופאי הילדים בקרית-שמונה וכששר הבריאות דיבר, באתי לכלל מסקנה נחרצת שריברנו על שתי ערים שונות לחלוטין. בהרגשה זו אני שרוי גם עכשיו.

ד"ר ע. ארנון:

בישיבה שעברה הביא מרכז קופת-חולים דגם אנחנו רשימה שמית של ספוט-צ'קינג ביום מסויים, עם שעות עבודה שבוועיות של כל אחד מן הרופאים, וקרה דבר מוזר: מרכז קופת-חולים הביא בדיוק אותם מספרים שאנחנו הבאנו.

ד"ר ע. ארנון:

דבר נוסף שאני מוכרח להדגיש: מספר הביקורים הגדול ביותר הוא אצל רופאי ילדים. זוהי חופעה שיש לה שתי פנים: או שיש פחות מדי רופאים, או שיש יותר מדי ביקורים. מבחנו בטוחים שהנושא הזה של יותר מדי ביקורים עדיין לא נבדק. יש לנו המספר הגדול ביותר של ביקורים אצל רופאים בכל העולם, שהוא הרבה מעל ומעבר לנדרש. אחד הדברים שיש לעשות - הפחתת הביקורים אצל הרופאים, בעיקר רופאי ילדים.

לנושא שהועלה כאן בדבר חיוב רופאים לעבוד באזורים מסויימים: אני מאד בעד, אבל אני מזהיר שהדבר לא יפעל. לצערנו קיים מצב של מחסור עולמי ברופאים והאיום בירידה של רופאים, שבזמנו היה חיאורתי, הופך לדבר מקובל. רופאים יורדים מן הארץ. אל נשלה את עצמנו שבמצב שקיים כיום בשוק הרפואה בעולם נוכל לעבור מעבר לגבול מסויים של מתיחת החבל כי אין לנו סנקציות, בעוד שלרופאים שלא רוצים ללכת יש סנקציות נגדנו.

אני רוצה להסב את תשומת לב חברי הוועדה כי ד"ר סיכאלי אמר באותו משפט דבר והיפוכו, וזה למעשה המצב הקיים: אי אפשר לדרוש בבת אחת גם שמירת רמה וגם הקלה גדולה בגלל צרכי השירות.

פרופ' ב. פדה: שמירת רמה זו פרה קדושה.

אני עוד יותר קיצוני מסך בנושא זה, שאסור לתת לנושא של שמירת הרמה שיהפוך לפרה קדושה. אולי יותר נכון לומר שצריך לדאוג לכך שיחדל להיות פרה קדושה. אבל בשלב מסויים מוכרחים לדעת מתי להפסיק את הדרישה של הורדת הרמה, כדי שלא יקרה מה שקרה בארצות-הברית.

ד"ר ע. ארנון:

בין חמש שנות החמחות בארץ ובין שלוש שנות החמחות בארצות-הברית יש גם ארבע שנות החמחות.

היו"ר ח. גרוסמן:

מתוך חמש שנות החמחות שנה אחת מבוזבזת לחלוטין.

פרופ' ב. פדה:

בישיבה הבאה נשמע את פרופ' פלדמן.

היו"ר ח. גרוסמן:

הישיבה נועלה בשעה 13.10