

פרוטוקול מס' 232

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים  
יום ג', ד' בתשרי תשל"ז - 28.9.1976 - שעה 11.00

נ כ ח ו:

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

מוזמנים:  
י. סנצל - סנצל משרד הנריאות  
ש. ארדמן - חבר הוועד המרכזי ויו"ר  
ועד רופאי בי"ח בלינסון  
ח. זונדר - חבר הוועד המרכזי  
ש. קיזמן - מזכיר כללי ויועץ משפטי של  
ההסתדרות הרפואית  
א. אילון - חבר הוועד המרכזי  
י. אלימסוף - יועץ משפטי לוועדה

מזכירת הוועדה: ש. כרם

רשמה: ע. הירשפלד

סדר-היום: הצמצומים בתורנויות רופאים בנתי-חולים.

הצמצומים בתורגונות רופאים בבתי-חולים

הינו"ר ת. גרוסמן: אני פותחת את הישיבה.

שמענו את דעת הרופאים, ובינתיים קראנו בעתון שהפגייה שלנו אמנם לא הועילה, אבל אני מקווה שהיא הועלתה בפגישה של ועדי כתי-החולים. קראנו שהדברים מחריפים והולכים, והרופאים מאיימים בשביתה, או בסנקציות יותר חריפות אם לא יגהלו אתם משא-ומתן כדי שהם יוכלו לעבוד לפי הספר, או בתנאי שכר יותר טובים. אתם טענתם על הקצים ביחס לתורגונות-כוונניות. היה נציג של הרופאים הצעירים, והוא העלה בעייה ספציפית של הרופאים האלה. אתם העליתם את הבעייה הזאת וגם את הציית הכונניות, שאינה קשורה לרופאים בתמכיות, אלא מדובר ברופאים ותיקים, סניורים, לא כולם מזהלי מחלקות ולא כולם בעלי פרקטיקה פרטית, ובעלי הכנסות נוספות. הדבר הנוסף שהניבותי מדבריתם הוא, שאם לא יסדירו את ענין הכונניות והתורגונות לפי הסדר, הרי אתם מבקשים תשלום בהתאם למצב הקיים.

אני מציעה שגשמע מפי פרופ' מנצ'ל מה דעת

המשרד.

האם יש שינוי בתקנות התוארים למומחה, כפי שפורסמו בתקנות בשנת 1969?

ל. דיציאן:

כן, בשנת 1973 יצאו תקנות חדשות.

י. מנצ'ל:

אתי יחס בקיצור לבעיות שהתעוררו ואסכם את הדברים שדברנו עליהם. בקרדה אחת במשא-ומתן היא בעיית התורגונות. כאן היה ריכוז בינוני ובין ההסתדרות הרפואית על פסיקת גביש. לפי פסיקה זו, הסברנו שאנו המעסיקים מבטלים את הטבלה שמופיעה בתקשי"ר. כאן קרתה טעות שהוציאו את זה מהתקשי"ר, והפירוש היה שונה. היתה אפשרות לפנות לבורר ולשאול מה זה. אנחנו חשבנו שלא כדאי לפנות לבורר, מכיוון שאנו מעוניינים שחלק מהרופאים יעשו יותר תורגונות מכפי שכתוב בתקשי"ר, ושני הצדדים הגענו למסקנה שנוציג להכניס לתורגונות גם מומחים, אנשים שסיימו השתלמות ומוכנים לעשות תורגונות. זה הרבה יותר טוב וגם מעלה את רמת התורגונות. נציגי המעסיקים ונציגי ההסתדרות הגיעו מבחינת הטבלה לסיכום, אבל עדיין לא בתקבל אישור לכך מוועדת הערים לענייני שכר. אני חושב שהנויכוח איננו בשאלת הסכומים. מה שנוגע לשכר, הוועדה מוכנה לאשר מה שהצענו. עוד לא קבלנו אישור לבקשה להעסיק מומחה בתורגונות, שהוא האישור הגבוה ביותר בתורגונות.

אינני חושב שההבדלים הם מהותיים. אנו צמצאים עתה באמצע המשא-ומתן. בשל שביתת האחיות שפרצה, קשה היה להתמודד עם שתי הבעיות בבת אחת. הנאנו את הענין פעמיים - שלוש לפני ועדת הערים. ועדת הערים הזמינה רופאים כדי שיציגו את הנושא, ואני מקווה שנוכל להגיע לסיכום.

מהו ההבדל?

א. זמיר:

המעסיקים הציעו 220 ל"י, ובטבלה מופיע 250 - 400 ל"י. יש בעייה שניה, שהאוצר לא הסכים לזה. הם הציעו שבתחשב לפי ימי העבודה. מאחר שתורגונות זה 46 שעות, אפשר לשלם את זה לפי ימי עבודה. אבל זה דבר פנימי, ובעצם יש הסכמה לטבלה בין ההסתדרות הרפואית ובין המעסיקים.

י. מנצ'ל:

ה. זיידל:

אני מבין שיש שלוש השקפות. השקפה אחת של הרופאים, השקפה שניה של משרד הבריאות, והשלישית של משרד האוצר. אולי תציג לנו את העמדות, ואנר מעוניינים לדעת בעיקר מה דעת משרד הבריאות בענין.

י. מנצ'ל:

אני מציע שנשמע גם את הרופאים. אין חילוקי-דעות בינינו ובין האוצר.

א. גמיר:

בישיבה הקודמת הבנתי שקיים גם הנושא של מספר התורבות, ושהדעות חלוקות. מאד בנושא זה. בסוף הישיבה בקשתי לקבל את ההשגות של משרד הבריאות, וגם של קופת-חולים כמעסיק הגדול. אני מבקשת לדעת ממשרד הבריאות מה הן ההשגות שלכם על הנושא של מספר התורבות. אני מבקשת לחלק את זה לשניים. אני מבינה שיש שני סוגי רופאים - מתחילים ובכירים. מה מספר התורבות של הרופאים הבכירים?

י. בארי:

פרופ' מנצ'ל רואיין על-ידי עתונאי של "הארץ", שכתב סדרת כתבות בנושא זה. הוא נקב - זה אמנם לא בכל הארץ - אבל לגבי מספר תורבות, מה שמסרו לנו ציגי ההסתדרות הרפואית, שלפעמים זה נופל על 3 - 4 אנשים; וכשהוא חילק את זה באופן חופשי, זה הגיע ל-18, ודומני שבמקום אחד אפילו יותר. אני מבקש לדעת אם צוטטת באופן מדויק, ואם לא - במה לא. ושנית, בענין מספר התורבות שנבקרו שם.

הי"ר ח. גרוסמן:

אני מציעה שפרופ' מנצ'ל ונציגי הרופאים יתייחסו לשאלה המרכזית שהועלתה. אתם טוענים שמספר התורבות הוא בלתי-סביר ושהרופא אינו יכול לעמוד בזה. גשאלת השאלה איך ממירים את הענין הזה במשא-ומתן על שכל. כי אני מבינה גם מדבריו של פרופ' מנצ'ל, שהמשא-ומתן הוא על גובה התשלום בעד תורבות ולא על ענין התורבות עצמן.

י. מנצ'ל:

קודם גם מומחים עשו תורבות. היום יש מומחים שמסכימים לעשות תורבות באופן חופשי, לפי הסכמת האיש. לפי התקשי"ר הוא אינו חייב, אבל יש מומחים שמסכימים, ואם מנהל מחלקה מבקש, זה חייב להיות בהסכמת מלאה שלו, ואני מקווה שבוכל לשנות את זה, כי זו תרומה גדולה לנושא.

א. גמיר:

זה לא לפי פסיקת גביש?

י. מנצ'ל:

לא.

בקודה שלישית היא התקנים. קשה מאד לדבר על בעייה זו, כמה תורבות צריך לעשות רופא. היום, לפי מה שאני קורא ושומע, לא מסכימים לעשות את מספר התורבות כפי שהיה מקובל לפני 10 - 20 שנה. בעייה זו מורכבת מאד: האם צריך לעשות תורבות, כמה תורבות, עד כמה זה שייך לעבודה, עד כמה זה סביר ובאיזה מידה זה תורם להשתלמות. לי היה בראייה ש-6 תורבות להשתלמות זה לא מספיק. אפשר להתווכח מה טוב לרופא במסגרת ההשתלמות, אבל כאן התעוררו בעיות שעובדים קשה מדי, וזה היה מקובל כן במשך שנים. כפי שהתבטאו חברי, יש אי-שביעות רצון מעומס העבודה כתוצאה מהתורבות. נכון שהעומס נופל על הרופאים המשתלמים, על אנשים צעירים שנמצאים בהשתלמות בבית-החולים.

נוסף לכך הקמנו ועדה משותפת להסתדרות הרפואית ולמעסיקים, בראשותו של ד"ר גורדון מבית-החולים "קפלן". הוועדה הגישה המלצות לתוספת תקנים, וזה לא רק בשביל התורבות.

הי"ר ח. גרוסמן:

גם על דעת המעסיקים?

י. מנצ'ל:

גם על דעת המעסיקים היא לא ויתר על התורבות, שהיא אחד המרכיבים החשובים אלא כדי להתאים את עצמו למצב שנוצר. ועדת התקנים שלנו תביא לתוספת של 500 דופאים בערך למערכת של בתי-החולים הממשלתיים. אנחנו באמצע הביצוע. בענין זה יתיה לנו זיכוח כמה זמן זה צריך לקחת. איננו בטוחים אם הממשלה תמן לנו לבצע את זה. איננו צריך לומר כאן איזה צרות יש לנו בכלל עם תקנים, אבל הסכמנו לדבר הזה כי ראינו שזה קשור גם לתורבות. אחת, כמובן נוצר מצב שרופאים יצטרכו לעשות יותר תורבות.

א. במיר:

כמה תורבות עושים הרופאים?

י. מנצ'ל:

אין בידי הרשימה. אני חושב שבין 6 ל-10 תורבות. זה תלוי במחלקה, ובמיקומו של בית-החולים. יש מחלקות פנימיות, שבהן יש יותר רופאים. אמרתי כבר שבבתי-החולים בצפת, עפולה ובאר-שבע התקנים אינם מלאים, ואז נוצר מצב שרופא עושה יותר תורבות. זה אולי קצת יותר קל, כי הוא גור קרוב לבית-החולים בבאר-שבע, אבל בצפת וב"פוריה" זה יותר קשה, ולא הייתי רוצה שרופא יעשה 15 או 12 תורבות. מאידך, למשל בארצות-הברית, רופא משתלם עושה לילה כן ולילה לא, ולא מפני שאין רופאים.

ל. דיציאן:

והוא עובד 36 שעות ברציפות?

י. מנצ'ל:

כך עובדים. כך אני עבדתי. פרופ' זלץ עומד על כך שיעשו תורבות ששי-שבת. הוא הרופא המוביל ביותר בארץ לכירורגיה. גם אני אמרתי שזה לא אנושי לעבוד מיום ששי בבוקר עד יום ראשון בבוקר. זה מה שכתוב ב"הארץ". אני לא הייתי מנושטש אחרי תורבות, וגם חברי לא היו מנושטשים. אני מוכן לבוא לכל אחד מכם ולקבל טיפול אחרי תורבות כזאת, כי כך הונכחתי. אני אבלתי ושהייתי קפה ועשיתי את העבודה. אני מודה שזה יותר מדי קשה היום לעבוד מיום ששי בבוקר עד יום ראשון, אבל זה לא דבר שגולדמן יום. אנחנו צריכים ללכת לאיזה שהיא התאמה. הוספנו 70 תקנים, אבל כנראה שזה לא מספיק.

בכוננות שילמנו 90 ל". כמובן שיש בעייה של שבת. זה אולי ענין של התאמה לעליית השכר שהיתה במערכת, ועל כך יש זיכוח אם צריך לעדכן או לא. זה לא רק ענין של האחיות ושל הרופאים. בולם עומדים בדרך. צריך לדאוג את המציאות ולא להתעלם ממנה. יש פניית מסכבאי הרבטגן וממינהל ומשק. אבל אם נעשה הסכם ואם יש זיכוח בענין הכוננות, שילמנו בעד כוננות 90 ל". כוננות עושים רק רופאים מומחים. הרופא נמצא בביתו וכשיש צורך קוראים לו לבית-החולים. אם אתה קורא לרופא כירורג, הוא יכול לבוא לבית-החולים ולהיות בו כל הלילה. יש כונן, שמספיק לשאול אותו בטלפון מה צריך לעשות, ויש כונן שקוראים לו לגיתוח והוא נמצא שם 6 שעות, וזה בהפך לעבודה רגילה. אנחנו מוכנים לשלם 150 ל" ומנסים לחלק את הכוננות לשני סוגים: כוננות רגילה וכוננות פעילה.

הי"ר ח. גרוסמן:

זאת אומרת, התחשבות פוסט פקטום.

י. מנצ'ל:

אנחנו רוצים להגיע לסיכומים. היינו רוצים להגיע לסיכום כלשהו, שלא נצטרך להתחשבן. היו הצעות עם התחשבות, ולא הייתי רוצה שבגיע למצב כזה. אנחנו נלך אולי לפי מקצועות. במינהל ובבריאות הנפש, זה בדרך-כלל מסתדר באמצעות הטלפון, ואילו כשמדובר ברופאים פנימיים או כירורגים, זה שונה.

א. במיר:

האם בבתי-החולים של קופת-חולים לא דרושים תקנים?

י. מבצ'ל:  
הוועדה שהוקמה הוקמה בהסכמת קופת-חולים, זאת אומרת שהסיכום התקבל על שני הצדדים. באותו סיכום מדובר שצריך להיות רופא אחד ל-5 מטות. זאת אומרת, שעל מקסימום 30 מטות יהיו 7 רופאים. 6 רופאים פלוס מנהל מחלקה, ועל כל 8 מטות בוספות יוסיפו רופא. זה ממוצע. אם יש 8 מטות, יוסיפו רופא.

הי"ר ח. גרוסמן: מתי הוועדה סיימה את דיוניה?

י. מבצ'ל:  
לפני כשבוע. יש שם גם עיסקה אם המחלקה יותר קטנה. יש תוספת של רופאים בהם למספר החולים שיהיו במרפאות. אני חושב שזה דבר טוב ושעתיד להתפתח, וזה גם צריך להיות הפתרון לעתיד, שהמרפאה תהיה בבית-החולים, והרופא יעבוד בשני הצדדים. זה אחד מהשלבים הראשונים. אני חושב שזה צריך להתפתח יותר. זאת אומרת, שאם אנו מכירים בצורך שכך וכך חולים באים למרפאה, צריך עוד רופא.

א. גמיר: זו ועדה שהחליטה רק לגבי רופאים?

י. מבצ'ל: כן.

א. גמיר: אולי אתה יודע מה החליטו לגבי אחיות למחלקה כזאת?

י. מבצ'ל:  
אני יכול לומר רק מה שהוספנו. השנה הוספנו 200 תקנים של אחיות, ונוסיף עוד. זו יחידה שמתחילה להוכיח את עצמה, וזה יתן לנו כוח-אדם בוסף. זה תהליך שיקח עוד כמה שנים.

הי"ר ח. גרוסמן: האמנם בסגרו המרפאות המקצועיות על-יד בתי-החולים כפי שראיתי בעתון?

אותן מרפאות שאין בהן תקן.

א. גמיר:  
אני רוצה לתקן שני אי-דיוקים בצד הפורמלי. א) בקשר לדג' פרופ' מבצ'ל על הסיכום שהושג. כשסיכום זה בא לשטח, הוא נהרס לרסיסים. הסיכום שאליו הגיעו נציגי ההסתדרות הרפואית הוא סיכום משותף עם המוסדות. זאת אומרת, שלא קיים יותר פער בין המוסדות בין 250 - 220 ל"י, אלא שקיים סיכום חתום, שהוא מותנה בהסדר בעיות בוספות. זה הצד הפורמלי של הדבר. ב) אני באמת רוצה להסתכל על המוסדות בתום-לב, ונדאי שפרופ' מבצ'ל ביגש לענין בתום-לב. לפי דעתי הטענה שסעיף 7 של פסיקת גביש ביטל את הזכויות המוקנות קודם, וששכחו להוציא את זה מהתקשי"ר, זו טענה שבאה לאחר מעשה, ואינני חולק על תום-לבך.

כאשר עוררנו את הנקודה, צריך היה לצאת באיזה שהוא נימוק נגדנו. כתוצאה מכך שאמרנו שיש מכסות ואנחנו מוכנים לעבוד מעבר למכסות, אז צנו טיעונים שלא צנו אצל המעסיקים כל זמן שהמצב היה שקט. אבל זה לא בא לגרוע מהטיעונים. מה שבעשה בשטח זו התפתחות של משקע עצום, שהולך לגרוף את כולנו. המשקע מצוי בקרב כל רופאי בתי-החולים, והוא געוץ בכולנו. אותם מתמחים היום, פרט לעובדה שהם צריכים לעשות כך וכך תורגויות, הם צריכים גם להתכונן לבחינות, דבר שמחייב אותם למאמץ עצום. ענין הבחינות הוא חדש, בכנס בשנת 1973.

אינני רוצה לדבר עכשיו בערכים של טוב ורע. אני רוצה להסביר מה געשה בשטח, על-מנת שכולנו לא נתעלם מהמצב.

1. קיצוץ

אפשר להתנגד להצעה, אבל אסור להתעלם מכך שהמציאות קיימת בשטח. אפשר לקחת כל בקורת בצורה ולומר שזה לא אסון, אבל השכל זה מצטבר, זה יכול להתפוצץ.

אינני יכול לנתק את כל זה מהשטח. הטבלה אומרת, שדמי משכר 3,000 ל"ל לחודש, עד דרגה של מבחל מחלקה, ועם מקסימום דמי הוא מגיע ל-5,000 ל"ל, ואיש לא יאמר לי שהדבר הזה אינו גורם גורם למהותי משקל מצטבר. שואלים אותנו איך אתם באים ודמי תורבות בשכר. משהו מאד, רק הסתכלו על הטבלה ותגידו למספרה שאני צריך לפרוט את משפחתו בסכומים של רופאים, ואולי הוא יסביר שזה שילם אתריים. בסכום של 3,000 ל"ל איש כיום אינו יכול לקיים משפחה. לכן, אתם משתייכים לתת תוספת שבו איבד יכול, בשל כל מיני סיבות, אבל באיזה שנים צורה אתה צריך לעזור. הצצינים שלנו ישבו ודנו מתוך שיקולים ברורים שהמדינה בתורה במצב קשה מאד, ומן הראוי שנגיע לקראת הסכמם שהיא בפשרה מי שמכיר מה שבעשה היום בבתי-החולים, יודע שההסכם הזה הוא כמעט כלא היה, משהו שהחסימה רבה בבתי-החולים ואמתית, כי אני רואה היום רופאים שאף פעם לא העבתי שיללו על בריקות. אם ההסתדרות הרפואית תכפה הסכם על הכדיה, שהם ממורמדים בשל משקל מצטבר של כל הבימוקים שהבאתי, ואני אפשר להתעלם מזה, הם לא יקבלו את ההסכם הזה.

אני מבסה להציג את הדברים לא בצורה צינית, אלא כפי שהם נראים היום בשטח, ולכן לא אדבר על המשגים ששמו המסיקים. לדעמי, יתכן שיכולים היו לנהל את החברות בצורה אילו היו יותר דרזים, הדברים היו משתנים, או שהמדינות הייתה בעצרת ופוצצת יותר מאוחר.

היו"ר ת. גרוסמן: מה היתה התגובה על ההחלטה שלבד?

ש. קיצוץ: התגובה הפורמלית אומרת: מה אתה רוצה? אנחנו עובדים לפי הורה עבודה. איש אינו ספר את הורה העבודה, ולא יכולים לבוא אלינו במעבדה. זו התגובה הפורמלית. יש שתי השערות. התשובה המהותית מסבירה שהיא אור שאני כדג בתמי לכם, הן שאינני יודע מה ילד יום.

היו"ר ת. גרוסמן: מה המצב העובדתי עכשיו בשטח? מה קורה בתדרי סיון?

ש. קיצוץ: קודם-כל, בישיבה הקודמת בקשרם מספרים, ודאגתי להביא אותם, אם כי רק באופן חלקי. בטבלה שבידי המצאים רק הרופאים שעשו מעל 6 תורבות לא מדובר על אלה שאינם חייבים לעשות תורבות וכן עשו. המומחים שעשו 3-6 תורבות במשך החודש (ספטמבר 1975), בוודאי שהורידו את מספר התורבות שמומלות על הרופאים הזוטרים. זה רשימה של 50 רופאים שעשו מעל 6 תורבות בבית-החולים בלינסון. יש כאן גם מספר התורבות שהרופאים עשו, שזה 3+17 שבתות, ותמורת עבודה נגילה של ימי חול קבלו תשלום של 90 ל"ל, ותמורת עבודה בשבת או הג גם קבלו 90 ל"ל.

בוודאי שעבודה של בזמן זה עבודה של הרומה אישית, כי בסכום של 90 ל"ל אף אחד אינו עובד. אני רוצה לומר לכם שהרופאים האלה משייכים במסירות לעשות את העבודה הזאת, כי עכשיו זה נמצא בתקנות לפי ההסכם, אבל זה מצב שנגללו באה קריאת ההתפטרות והקריאה להתפטרות אינה עומדת. אין זאת אומרת שהאנשים רוצים להתעלם מהאחריות, אבל יש גבול לגבולות לעבוד בצורה כזו.

ש. קיזמן

הצעבר למעסיקים שיבוי שיטת העבודה, והם לא שמעו לנו. מה התיקולים איבוי יודע. אני מתכוון להפעלת המתקנים בשעות אחר-הצהריים, ושבעבוד גם בשעות אחר"צ במתקנים אלה.

א. נמיר: למה אתה מתכוון כשאתה אומר מתקנים?

ש. קיזמן: חדרי ניתוח, רנטגן, מרפאות.

א. נמיר: איבוי מבינה מדוע הצעתם את זה.

ש. קיזמן: כדי לייעל את השירות שאנחנו בותנים לחולים. למשל, הצעבר לבצע 20,000

ניתוחים בשנה בשעות אחר-הצהריים. התוכנית הזאת לא זזה, וזו דוגמה לכך איך איבנו יכולים לצאת מהמבוי הסתום שאנו במצאים בו.

י. בארי: האם הצעתם בנקודה זו גם איך להפעיל את כוח האדם שאיבנו רפואי?

ש. קיזמן: כן. בתי-החולים הממשלתיים התכנסו לפני זמן לא רב, וגם הם רוצים לעבוד

בשיטה שונה מזו שנהוגה היום.

מספר התורגויות. מזה שנה שבסיכום

דברים שיש בינינו ובין מרכז קופת-חולים אנו דורשים תיקון מספר התורגויות הגדול ביותר שמוטלות על הרופאים, כי המצב הזה איבנו יכול להימשך. זה שנה שהמלה "מכסה" במצאת בדיונים בינינו, ולמרות ההגבה על הנושא של מכסת תורגויות, ושגם אתנו דברו על כך שקיימת מכסת תורגויות, עוד עכשיו מערערים על כך כאילו שזה לא קיים.

בארצות-הברית עובדים בצורה אחרת.

הרופאים המתמחים עושים 14 - 15 תורגויות לחודש במשך תקופה של 3 או 4 שנים ולאחר-מכן הם הופכים להיות מומחים ואז מצבם הכללי, הכלכלי ותנאי העבודה משתנה לחלוטין ומקבלים שכר פי 3-4 מזה שקבלו בזמן ההשתלמות. בארץ המצב שונה. הרופא משרת בצנא, הוא ראש משפחה, לומד ועובד במסירות, משרת שירות מילואים וגם מסיים את ההשתלמות. לאחר 6-7 שנים מה משתנה? הוא מקבל יותר כ-150-200 ל"י, ואלה דברים שמישהו צריך לטפל בהם. אנחנו מצטערים, אבל זו הצטברות של נושאים.

ש. ארדמן: לפי הספר חסרים בבית-חולים בילינסון 120 רופאים.

בעייה חריפה צצה לאחרונה מאז הישיבה

הקודמת ועד היום משבדעו לי תשובות הבחינות שהרופאים עברו במועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית, והכשלונו שלבו הוא עצום. באופן משמעותי היו מקצועות שאותם אף אחד לא עבר. היו מקצועות בהם בכשלו 60% מהבנתנים. זו עובדה שמצדיקה את המאבק שלנו, ולא רק בכסף ייפתרו הבעיות. בוודאי שזה כלול בנושא מה עושה הרופא ואיך הוא מתפרגס, אבל השירות הרפואי היום במצא בסכנה, והרפואה הציבורית במצאת בסכנה.

ועדת גורדון עשתה עבודה חשובה מאד,

ואני חושב שאם בצליח להמשיך את עבודתה, בעיקר בנושא של פסיכיאטריה, אנו בציל את האגף הזה בארץ, כי מספר התקנים במחלקות הפסיכיאטריות הוא גמון ביותר. בבית-החולים הטוב ביותר לפסיכיאטריה - בית-החולים "גהה" - יש שלושה רופאים על 30 מטות, וזה המצב הטוב ביותר שקיים.

בבת-ים יש פחות?

הינו"ר ח. גרוסמן:

ש. ארדמן:

ברודאי. אינני רוצה לומר על המצב  
תולים לחולי-נפש, בהם אין מספר  
רופאים, וכל מי שרוצה לעבוד שם, מברכים אותו. הוועדה לא דנה בענין  
ולכן היא ממליצה: "הסכם התקנים ליחידות... לשהות ממושכת, לעזור  
מיון וליחידות לטיפול במרץ...". זאת אומרת שזה עוד לא סוגר.  
500 תקנים חסרים כדי למלא את החסר בבתי-החולים הממשלתיים הכלליים.

היו"ר ח. גרוסמן:

ומה עם קופת-החולים?

ש. ארדמן:

גם שם חסרים אבל במספר קטן יותר.  
שם המצב טוב יותר, כי דאגו לכך.  
בקשר לתשלום עבור תורגויות, זו מבלה שהוסכם עליה בראשי תיבות בין  
המעסיקים, אבל רופאי בתי-החולים עדיין לא מקבלים לפיה. אני יכול  
להציג לפניכם השוואה של תשלום עבור 16 שעות עבודה של אחות, סביטר  
ואחרים, שכולם מקבלים יותר מרופא. סטודנט לרפואה שעושה תורגות 16  
שעות במיון, מקבל תשלום גבוה יותר מרופא. בענין כוונות ודאי שיש  
הבנה בינינו ובין המעסיקים, שצריך להתייחס אחרת לכוונות של בתי-  
חולים וכוונות של רופא בריאות הציבור.

היו"ר ח. גרוסמן:

מה המצב עכשיו בחדרי המיון בבתי-  
החולים?

ש. ארדמן:

עד לסיום שביתת האחיות לא דרשנו  
באופן קפדני שיעבדו לפי הספר וכולנו  
הסכמנו לעבוד מעל המכסה. שביתת האחיות פרצה באמצע המאבק שלנו ולא  
רצינו להטיל את ההחלף הזה, שגם אנחנו לא בהיה במקום.

היו"ר ח. גרוסמן:

בכל-זאת היה לחץ. מה המצב עכשיו?

ש. ארדמן:

עכשיו כבראה עוד יותר יצמצמו. אם  
יעבדו לפי המכסה, לא יהיו במעט חודשי  
מיון עם הצוות המלא במשך החודש. אנחנו בנקש שוב שיעבדו מעל המכסה,  
כדי שבכל אזור יהיה בית-חולים אחד, כי חסרים מאות רופאים. במחלקת  
הילדים בבאר-שבע, לאחר הפעלת התורגות כפי שצריך, ביום העשירי לחודש  
אין יותר תורגים.

ח. זונדר:

רציתי להעיר כמה הערות, שאולי לא  
הגיעו לידי ביטוי מספיק בדיון.  
צריך לדעת שענין התורגות הוא יום עבודה, שבסופו של דבר זה יום עבודה  
שממשך כ-48 שעות. כי הרופא מתחיל את העבודה בשעה 8 בבוקר, ממשיך  
את התורגות שלו עד למחרת בשעה 8 בבוקר. הוא ממשיך לעבוד למעשה לפי  
הספר, זה צריך להיות עד שעה 12, אבל הוא מסיים את יום עבודתו אחר-  
הצהריים. זה יוצא יום עבודה של כ-32 - 30 שעות. כשהוא בא הביתה  
הוא אינו יכול ללכת מיד לישון, כי בבית יש אשה וילדים קטנים, שאי-  
אפשר להסביר להם שאבא חזר מתורגות. כך שהוא הולך לישון אחרי 40  
וכמה שעות. וכשה חוזר כמה פעמים בחודש, זה מקשה על פעילות אחרת  
באותו חודש. מספר התורגויות בבית-החולים בצפת מגיע עד 12 - 14  
לחודש.

בדרך-כלל מחלקה שבה 30 מטות מחזיקה

3 - 4 רופאים, כאשר יש רופא וסגן שאינם עושים תורגות, ורופאים  
זוטרים שכן עושים תורגות. אם זה מתחלק על שלושה רופאים, זאת אומרת  
שכל אחד צריך לעשות מספר גדול של ימי תורגות בחודש. בצפת, למולנו,  
יש רופאים שמוצנים מטעם הצבא, כך שלא עושים 20 תורגויות בחודש, אלא  
בין 12 ל-15. זה יום עבודה של 40 שעות בחודש. אפשר להשוות את  
עבודת הרופאים לעבודתם של הימאים הדרוגיים, אלא שמשכורת הרופאים  
היא רבע מזו שלהם. ומכיוון שאנו חברה פתוחה ואחד מסתכל על הכנסתו

ח. זונדר

של השני, אבי חושב שזה יכול להיות אחד מגורמי התסיסה; שלא לדבר על כך, שהמספר הגדול של תורניות מקטין את האפשרות להכנסה נוספת מחלטורות, כי למעשה אסור לרופא לעבוד בכל עבודה נוספת. אבל צריך להתפרנס איך שהוא.

הגענו במדינה להישגים סוציאליים, כמו למשל במחנורה הציבורית, שהנהגים עובדים במשמרות, ויש הגבלה של מספר שעות העבודה כדי לא לתת לאדם שמשרת ציבור גוסעים את האפשרות הרחוקה לגרום לתאובת דרכים מכיוון שהוא עייף. בנתי-חולים אמריקאים עשו מחקר, ספרו כמה פעמים רופא טועה באבחנה ב-א.ק.ג. כשהוא בא לעבודה בבוקר, וכמה פעמים הוא טועה אחרי תורנות, והמספרים הם משמעותיים. התגובות הן שונות מאדם לאדם, אבל יש להגיש שרופא אחרי תורנות של ששי-שבת הוא עייף מאד וזה מביא אותו למצב שאחר-כך הוא אינו יכול לטפל בחולה כראוי.

שבית, יש לקחת בחשבון שרופאים במדינת ישראל הם בקבוצת גיל, כאלה שמשרתים במילואים, ושירות מילואים הוא מינימום 35 ימים. ברגע שניקח מחלקה שיש בה 3 רופאים זוטרים, שכל אחד מהם הולך לחודש מילואים, זה שלושה חודשים. נוסף לכך מגיע לרופא חודש אחד חופש, וזה עוד שלושה חודשים.

כמה למעשה לוקחים את החופש?

ל. דיציאן:

אני מסתכל על מצב אוטופי אולי, שכל אחד יקח את החופש שלו, וזה מסתכם בעוד שלושה חודשים. יוצא שלמעשה באותה מחלקה עובדים שניים וחצי

ח. זונדר:

וקורה גם שהרופא חולה.

מ. ירד:

יש בנתי-חולים, שבהם בחדר המיון אין רופא מיוחד לחדר המיון, ואז התורנות לא מתחילה בשעה 4 אחר-הצהריים, אלא בשעה 8 בבוקר. זאת אומרת, שלמעשה יורד רופא אחד מהמצבה של המחלקה מכיוון שהוא נמצא במיעוט, וזה מוריד מההשתלמות שלו.

ח. זונדר:

העליתי את הנקודה הזאת על-מנת להסביר את הצורך בתקנים נוספים. אינני רוצה לחזור על זה יותר, וגם לא על ענין השכר. אבל יש עוד שני דברים שד"ר איילון שכת לציין בישיבה הקודמת, שרופא זוטרי מסיים את תקופת ההתמחות שלו הופך להיות רופא בכיר. כאן עומדת השאלה אם לרופא הזוטרי מגיע יותר תשלום בשביל עבודת כפיים - אם כי הוא בהחלט משקיע בזה את כל הידע והמיומנות שלו - או שמא צריך לתת יותר פיצוי לרופא הבכיר. כי בסופו של דבר, כל חולה שמגיע למחלקה זוכה למיטב השירות הרפואי על-ידי זה שהרופא הזוטרי קורא לרופא הבכיר, והוא שמציל את החולה ממצב קריטי. הידע שלו, העצה והפעולה שהוא עושה הם שמקיימים את השירות. הדבר הזה לא בא לידי ביטוי בכל מערכת הדיונים שהיו עד עכשיו. לכן רציתי להעמיד את הענין הזה על דיוקן ולתת לו את המשקל הראוי, כדי שהידע והמומחיות של הכוונן יבואו לידי ביטוי מתאים. הכוונן אמנם נמצא בביתו, אבל הוא אינו חופשי לעשות כרצונו. הוא צריך להיות זכוון לבוא לקריאה זחופה, ואני חושב שזה גם דבר שדורש פיצוי.

בקודה נוספת היא ענין ההסכם, שבקשר

אליו נשמעה טענה בגדנו שאנו עובדים לפי הספר. נוצר כאן מצב, שהמעבידים דורשים מאתנו לבצע לאורך זמן עבודה שאיננו צריכים לבצע הדרישה מאתנו היא שאנחנו נבצע את זה ולא יותר. אנחנו כוח עבודה זול

ח. זונדר

למעשה, וירשנו אולי את מה שהיה פעם פרולטריון, אם עושים חשבון  
השלום של שעת עבודה של רופא, בהשוואה למה שרופא יכול לקבל בשוק החופשי.  
או בהשוואה למה שמקבלים במקצועות אחרים. לכן אני חושב שזה לא הוגן  
שנעשה מעל ומעבר למה שכתוב בספר, מבלי שהצד השני יהיה סוכן לתת את  
התמורה.

א. איילון:

לגבי ההתייחסות - עבודה קשה אך תנאים  
שמקובלים בכל סקטור אחר של המדינה -  
קודם-כל יש תופעה מוזרה לגבי הרופאים, שלדעתי מנוצלת לרעה על-ידי  
המעבידים, על-ידי זה שלגביהם לא מופעל חוק שעות המנוחה. יש לזה כמובן  
סיעונים לכאן ולכאן, אבל מכאן ועד לניצול לרעה על-ידי המעבידים אני  
חושב שיש עדיין הבדל גדול. עובדה היא - ואני מוכן להביא דיגמה מעצמי  
לענין זה. אני ואחרי באים בבוקר לעבודה ולא חוזרים הביתה לפני השעה  
7 - 8 בערב. זה יום עבודה רגיל, כשאינני תורן וכוונן. נוסף לכך, יש  
יסים שבהם אני תורן וכוונן. אני חושב שהדבר הזה הוא ניצול לרעה במדינת  
ישראל. קודם-כל, הוא בא לידי ביטוי בכך שלא נעשה כל מאמץ כדי לייעל  
את כל השירותים הרפואיים שניתנים על-ידי רופאים, במזכירות הרפואית  
ועוד. הכל מסתדר על-ידי זה שהרופא גומר את זה בעבודה שלו, ולא נעשה  
מאמץ לפתור את הבעיות האלה. מצד שני - הסרפאות, סרפאות חוץ שלנו  
מתנהלות משעה 2 והלאה. לאחר שכל אדם סטיים את עבודתו הרגילה, אנחנו  
רק מתחילים את עבודתנו. כי אם יש עבודה דחופה, שחולה זקוק לטיפול,  
הטיפול ניתן. משעה 3 אחר-הצהריים עד 6 בערב זה יום עבודה חדש. בשש  
בערב מחכה מחלקה חדשה, ונשאלת השאלה מהי התמורה הניתנת בענין זה.

דברו כאן על חופש. לגבי המתמחים

ב"הדסה" - ואני חושב שפרופ' סנצ'ל יכול לאשר את הענין הזה - אין רופא  
שלווקח את החופש המגיע לו. ולא רק זה, אם בדרך-כלל הצבירה היא מעל  
שלושה חודשים, אתה מפסיד את הזכות הזאת. אני גומר את המגיע, והשאר  
נמחק.

סדברים על הצי יום עבודה אחרי תורנות.  
גומרים את התורנות אחרי שעה 12. איפה התמורה לזה? ובאשר לזכויות -  
יש עכשיו רופא ב"הדסה" שמסטיים 10 שנות עבודה. הוא אינו מקבל קביעות  
והוא צריך לעזוב את המוסד. הוא יוצא עם 20,000 ל"י ביד אחרי 10 שנות  
עבודה, ואינני יודע מה הוא יכול לקנות בזה בקופות אחרות, אבל לפי מה  
שנאמר, זה שווה לו לצבירה של שלוש שנים. זה בדוק. לכן, אני חושב  
שבדאי לבדוק את הענין הזה.

אנחנו עובדים בתנאים בלתי-סקובלים

במדינת ישראל וזה בלתי-אפשרי. דברו כאן על הכווננות. עד חודש יולי  
עשיתי תורנות בתור רופא זוט, ומאז התחלתי לעשות כווננות. מה קורה?  
המסכורת שלי ירדה באופן משמעותי, למרות שאני עכשיו רופא בכיר. זו  
עבודה עם אחריות, עם חולים קשים, עם סכנים דחופים. אתה צריך להחליט  
אם לנתח או לא, אתה עומד בבקורת עצומה, חיי החולה נתונים בידיך, ומפני  
שנעשית עכשיו אחראי, המסכורת שלך קטנה יותר. זה אבסורד שהדעת אינה  
סובלת, שמנהל מחלקה מקבל מסכורת כמו שמקבל רופא זוט. כי לרופא הזוט  
יש תורנות ולמנהל המחלקה אין. זה הגורם לעובדה שד"ר ארדמן הזכיר,  
שרופאים בכירים מצד אחד יש להם זכות לעשות את זה מעל השולחן, ונבתי-  
החולים עושים את זה מתחת לשולחן. זה גורם לכך שרופאים בכל הרגעים,  
וככל שהם יותר בכירים, מפני שאינם יכולים להסתדר עם המסכורת, הם  
מחפשים את העבודה הפרטית; הם עוזבים את בית-החולים מוקדם, ואז שמעתם  
כמה נכשלים, וזה אבסורד שצריך לתקן.

הי"ר ח. גרוסמן:

אם יתקנו את כל העיוותים שהרו פאים  
סדברים עליהם, האם אתה סבור שזה יתקן  
את כל בעיית הרפואה הציבורית, שהיא מעוותת על-ידי פרקטיקה פרטית?

ש. ארדמן:

אני הדגשתי שתיקון העיוותים הוא לא בכסף, אלא שינוי השיטה של השירותים הרפואיים. אם לא נשנה את זה, לא עשינו דבר. הפרקטיקה הפרטית אינה מקוטלת וזכותו של כל אדם לעשות את זה אחרי שעות העבודה. אלא שזה משנה את כל צורת העבודה היום, ובזה איננו מעוניינים. אנחנו מעוניינים בשינוי שיטת העבודה, שהשירותים צריכים להיות טובים ויעילים, ולא משנה אם רוצים לעבוד בשיטה של רפואה ציבורית.

ש. טיימן:

האם מישהו חושב שההסכם עם האחיות יפתור את הבעיה שלהן? אם אתן לך את העקרונות ואת תלכי על-פיהם, יש לי כל היסוד להגיש שתגיעי לפתרון של אותה בעייה שדובר עליה, אבל כל זה הוא תוצאה של פשרה.

א. נמיר:

לפני שנתיים קראתי ב"טיים מגאזין" שבקופהאגן פתחו בית-חולים חדש ועשו פרסונל, ועלות מטה הייתה כזו שהיו חייבים לסגור את בית-החולים. דנסרק לא יכולה לספק את כל זה. יש לי הרגשה שדורשים דבר זה וזה, וכאילו "לעזאזל ילך החולה במערכת הזאת של הרפואה". אני רוצה לשאול את ד"ר איסלמן שני דברים שאינם ברורים לי. ד"ר ארדמן הסביר את הנושא הזה בהשוואה לארצות-הברית, ששם עובדים 3 שנים, כל רופא נותן מחצית הקודש לתורנות. אצלנו זה בכל-זאת פחות בסך החודש, יותר בספר השנים. הייתי רוצה, אם אפשר היה להפריד בין הנושא של מכסת הכוונות והתורנות לבין נושא השכר. קשה לי להסביר לכם בדיוק, אבל זה כל-כך מפריע, שלאן שאנחנו פונים מתחילים מהתורנות ובסופו של דבר זה מסתיים בכסף. אינני מזלזלת בכסף, אבל קשה לעכל את זה כשדברים על טובת החולה ועל העומס שמוטל על הרופא, וזה עיקרו של דבר. לכן, אם יש אפשרות להפריד ולומר: כדי שרופא יוכל לתפקד, איננו יכולים לעבוד יותר מכך וכך תורנות בחודש.

ש. ארדמן:

זה מה שאנחנו אטרנו.

א. נמיר:

לא כך אמרתם. אני שואלת שאלה אחת. לדעתך, הושמע כאן דבר חסור ביותר, והוא הנושא של הפגיעה ברמה; שהעייפות מביאה לכך שחלק גדול מהמתמחים אינם עובדים את הבחינות. עניין הרמה מאד מדאיג. ברשות היושבת-ראש, אני רוצה לבקש להזמין את פרופ' פלדמן העומד בראש המועצה, כדי לשמוע מפיו בעניין זה. בכל אופן, אי-אפשר להפריד לגבי מה שקורה במערכת הבריאות כל הזמן רק סקטור אחד. פעם זה האחיות, אחר-כך זה הרופאים, אחר-כך המיטנהלנים ואחריהם אולי גם מנהלי בתי-החולים. הייתי רוצה שנמצא איזה דרך לקבל תמונה קצת יותר כוללת. לא דרך סכסוך עבודה ולא דרך הנושא של סנקציות או עבודה לפי הספר, אלא לראות את הנושא הזה כנושא יותר כולל ולא להתמקד רק בנושא אחד.

ל. דיצ'אן:

יש לי הרגשה מאד לא נעימה בקשר למה שנאמר לנו על תוצאות הבחינות, באופן מיוחד בהתחשב בכך שאלה הבחינות הראשונות. אני רוצה לשאול אם הלקח הגדול של הרופאים להוריד את שנות ההתמחות לא קיבל ריאקציה הפוכה בתוצאות הבחינות; אם אין כאן ריאקציה סבוכה להוכיח בתוצאות הבחינות שהכוונה להוריד את שנות ההתמחות אינה מוצדקת.

ס. חריש:

השאלה העיקרית לדעתי היא, אם עניין התקנים יפתור את הבעייה. אולי אפשר להגיע לפשרה וכעבור שנה הכל יתחיל מחדש. לכן אני רוצה לשאול אם יש לכם איזה שהיא תמונה מה כן היה צריך להיות הכיוון לפתרון הכולל, ואולי כשנגיע לסיכום, נעמוד על כך. בסך-הכל לא בזה נפתור את הבעייה. מצד שני קיימות המגבלות. כי יאמרו: אתם צודקים, אתה צודק ואתה צודק, אבל כולם יחד אינם צודקים בעניין. השאלה היא איך ניגשים לפתרון יסודי של העניין.

ג. זוננר:

אני חושב שהצרה היא, שמיטיות  
הסטנדרט מסוימות של מערכת שירות  
מסוימת ומגובה מסוימת, אנחנו עוסקים בכיבוי שריפות. אולי נדע שיש  
אחת ישנו כל אלה שעוסקים בענייני בריאות - היינו, המעבידים והעובדים  
יחד עם ההסתדרות שלנו, וננסה למצוא את נקודות התורפה ולבנות תוכנית  
כלשהי, ואולי נוכל לאתר את האש לפני שהיא פורצת. נראה לי שיש הרבה  
מאד לתקן והמדיניות של כיבוי שריפות גורמת יותר נזק משהיא מיישלת,  
כי רופא מתוסכל גורם נזק גדול יותר לחולה.

ש. ארזמן:

אין ספק שזה איננו עניין מספיק. זה  
עניין של שינוי שיטות העבודה. אם  
לא נפעיל את בתי-החולים גם בשעות אחר-הצהריים...

הי"ר ח. גרוסמן:

אבל זה גם עניין של תקנים.

ש. ארזמן:

זה לא רק עניין של תקנים. אנחנו  
הגשנו תוכנית והבענו את נכונותנו  
לעבור לפי זה.

י. בארי:

כאשר הגשתם את התוכנית להפעיל את  
בית-החולים בבית-חולים פתוח וגם  
בשעות אחר-הצהריים, האם הגשתם גם הצעות באשר לעבודת הלבדנטים  
וטכנאי הרנטגן, או רק בקשר לעבודת הרופאים?

ש. ארזמן:

הגשנו רק בקשר לעבודת הרופאים.  
הפרסונל האחר היה מוכן לעבוד, אבל  
אינני צריך להכנס לפרטים איך הם צריכים לעבוד. אהיות הדרי גישה  
הסכימו.

א. גפיר:

האם כל הרופאים בבית-החולים ביילינגטון  
נמצאים במערכת של תורנויות ומונדיטור?

ש. ארזמן:

בבית-החולים ביילינגטון נמצאים כמעט  
70%. יש 30% של הרופאים, או יותר,  
בכלליות וגם מסיבות קליטה. רופא שאינו מכיר את התרופות, עלינו  
להדריך אותו. יש עוד 30 - 40 רופאים שעובדים במרפאות תוך של בתי-  
החולים, שאינם הקנייתם של בית-החולים עצמו ואינם הייבים לעשות  
תורנויות, ואמנם אינם עושים. מבין אלה יש כמה רופאים שכן עשו  
2 - 3 תורנויות. נשארים עוד מנהלי מחלקות, שאינם עושים תורנויות,  
אבל כווננויות כן עושים.

א. גפיר:

האם כל הרופאים עובדים כל-כך הרבה  
שעות בבית-החולים? אתה מדבר על אלה  
שעושים כווננויות. האם כל אלה עובדים לפני הכוונות את השעות שהיא

ש. ארזמן:

כן. אני יכול להוסיף על זה, שאני  
אישית עבדתי במשך שנים בימי ששי-שבת.  
הייתי קונה 5 קופסאות סיגריות וגומר אותן עד יום ראשון בערב. שלוש  
שנים עבדתי בצורה כזאת. עכשיו אני מבין שאסור להמשיך בגישה זו.

א. איילון:

נשאלתי שאלה לגבי התורנויות בארצות-  
הברית. יש הבדל מהותי כשאומרים  
שבארה"ב עושים 15 תורנויות בחודש מסוג התורנויות שאנחנו עושים.  
כשאני תורן רק על מחלקה כירורגית ב', העבודה לא בל-כך קשה. אבל  
המצב אינו כזה. המצב קשה בצורה בלתי-רגילה, ואי-אפשר להשוות את זה  
עם המאמץ שיש לתורן מיון. כשמדברים על 15 תורנויות בחודש בארה"ב,  
הכוונה היא לתורן מחלקה, שזה סוג עבודה אחר לגמרי.

א. איילון

לגבי הכחיסות, אני אישית עברתי השנה את הכחיסות האלה בכירורגיה, ולא רק אני, אלא כל אלה שניגשו לבחיסות בכירורגיה ב"הדסה", הצליחו. לדעתי, זה לא מוכיח שצריכים לעבור תקופת התמחות ארוכה. זה מוכיח שצריך לשפר את תנאי ההתמחות ברוב המקומות בארץ.

הועלתה כאן שאלה לגבי פתרון כולל, או לגבי פתרון של העניין הכספי. למשבר כרגע יש כסובן השלכות לגבי הפתרון הכולל. הפתרון שיכול להינתן כעת למשבר הצוכחי, הוא רק סלמי זה לא יצליח לפתור את מכלול הבעיות של הרפואה לשירות הציבורי במדינה, ולכן אנו חוזרים לעניין הכספי. מאחר שפתרון כפי שאנו רוצים לראותו - ואינני מניח שנקבל אותו בזמן הקצר - תמיד מקבלים פיצוי על הדבר הרע שקיים.

ב. קיזמן:

אולי פעם יעשה מחקר כלכלי, תוך ניתוח הרפואה מכל הסטורים; מחקר שאומר מה יקרה אם אני פותח את בית-החולים אחו-הצהריים, מאפשר ניתוחים אלקטיביים, כטה זה היה חוסך למשק. אני משוכנע שהייתם מגיעים למסקנה שזול יותר ללכת בשיטה זו.

ג. מצנ"ל:

מערכת הבריאות היא מאד מורכבת ומאד דינמית ותלויה בדברים רבים, שאינני חושב שנוכל לפתור אותם. למשל, אם מדברים על חדרי מיון, נשאלת השאלה איך הרופא עובד בחוץ, ואם הרופאים היו עובדים בצורה אחרת, זה דבר מאד דינמי בארץ שלנו. אנחנו מתפתחים מהר מאד ואני חושב שוועדה זו תדון בכך עוד הרבה שנים.

יש במדינה מערכת שכר מסובכת, ואני הייתי מפרט בין שני הדברים. יעול. מכיוון שהיתה בקורת קשה בנושא זה, אני יכול לומר שיש לנו חדרי ניתוח בבית-החולים רמב"ם שהם סגורים בצוקר כי אין שם תקנים. בתל-השומר חסרות אחיות. בכל מקום זה שונה. מכרני הרנטגן בתל-השומר ובחיפה אינם רוצים בשמירה.

ד"ר ארדמן מציע שיטת עבודה נוספת לרופאים, שיטה שקיימת בבית-החולים "הדסה" ו"שערי צדק", ואינה קיימת בבית-חולים אחרים. יש לקרוא את הדברים כפי שהם ולא להזניח את שאלת היעול. בבית-חולים רוטשילד הצלחנו. הייתי שמח מאד לראות ניתן היה להפעיל היום את כל חדרי הניתוח בארץ במשך 8 שעות. איננו מפעילים אותם. אני גם מסכים עם הרופאים בעניין המשכורת, שאילו היו מקבלים משכורת שבה אפשר לקיים משפחה בסגדרט גבוהה - ולרופאים מגיעה רמת-חיים מסויימת - יתכן שלא היו מחפשים חאלטרות.

בחיסנות, אני גם יושבתי במועצה המדעית. כדי שנעמוד באמת על ענין הרטה ואם נכשלו, יש לבדוק מדוע נכשלו. נכון שהיתה מחשבה לקצר את תקופת ההתמחות, כפי שאמרת. אינני יודע אם זה יעזור.

הי"ר ח. גרוסמן:

אני חושבת שהדיון הזה היה טוב מאד, הבנו את הבעיה וטיפלנו גם בדברים הקשים. יש שתי בעיות. יש צד אקוטי ויש ענין של טיפול כולל, איך נראים השירותים בבית-החולים עם עבודת הרופאים, עם התורנויות בכלל, עם הפרטונל ועם משמרת שניה או לא, עם האיחוד בין המרפאה לבין בית-החולים, ומה קורה עם הרופאים הצעירים, עם העומס, עם הרטה, אם זה צריך להיות 6 או 7 שנים התמחות. זה כבר מכלול יותר גדול של בעיות. אני חושבת שמונחת על שולחננו הצעה לסדר-היום בענין המצב הכולל, הצטבר כאן הרבה מאד חומר ונאסרו כאן דברים רבים ששייכים לאותו נושא. אני חושבת ששלב ביניים אולי כדאי לסכם את החומר שהצטבר בפרוטוקולים כדי

ח. גרוסמן

לסכם את הדברים שבהם דנו בעקבות הסכר האקוטי. זו בעייה אחת.  
אני מציעה שנמשיך בדיון הזה וננסה להגיע לסיכומים יותר כוללים.  
זה לא בא במקום משרד הנריאות, או קופת-חולים או ההסתדרות הרפואית.  
כי אנו ניזונים מדעות שמושפעות כאן והדעות אינן אחידות. הם בדוקים  
הפרוייקט הזה שאתם הגשתם. אנחנו לא ראינו אותו ובוודאי שלא נוכל  
להיות פוסקים ביחס להפעלת פרוייקט כזה, אבל אפשר להזכיר אותו, אם  
אפשר לשבץ אותו או לא בהסלצות לפתרונות יותר כוללים ויותר בסיסיים.  
אני מציעה שנתמקד בענין של השירות הציבורי ונדוק אם באיזה שהוא מקום  
איננו עושים הונאה עצמית ביחס לשירות הציבורי. כלומר, אנחנו אלוטריים  
שיש שירות ציבורי, שכולל כך וכך אחוזים של האוכלוסיה, ולמעשה יש  
הרבה מאד שירות פרטי במסווה של שירות ציבורי. אני מציעה שזה יהיה  
חלק מהסיכומים, כולל ענין הרמה והריאורגניזציה שאתם מציעים.

אני חושבת שאי-אפשר לדון בלי סוף  
בנושא בתי-החולים וצריך להגיש הסלצות יותר שורשיות, יותר יסודיות.  
אנחנו נמשיך בדיון, ואבקש את סזכירת הוועדה לעבור על הפרוטוקולים  
ולהגיש לנו בקורות לשינוץ ודיון בתוך המסגרות.

אחר-כך קיימת הבעייה האקוטית שמתרדדת  
את כולנו. אני חייבת להודות שאותי זה מאד מטריד, אם יש חדר סיון  
אחד על כל גוש דן, או על כל אזור הדרום.

אני מבינה שכבר שמענו את הרופאים  
ואף אחד מאתנו אינו אומר שאין להם "קייס". אם מדובר בתקנים, אני  
חושבת שזה צריך להיות במסשלה, כי זה ענין של תקציב. אני חושבת  
שאנחנו צריכים לפנות לכל הזרועות האלה, המעסיקים והרופאים, שהם  
ישבו ויסכמו דברים בהקדם האפשרי. עכשיו אנחנו פונים לשני הצדדים  
בבקשה לזרז את המשא-ומתן ולא לצמצם את השירותים בחדרי הסיון  
בתורנויות לילה.

אני סודה לכם. הישיבה נעולה.

הישיבה נבעלה בשעה 13.00