

פרוטוקול מס' 245

מישיבת ועדת השרותים הציבוריים

ביום ה', ג כסלו תשל"ז, 25.11.76, בשעה 12.00

(ת"א, מרכז השלטון המקומי)

נכחו:

חברי הועדה:

ח. גרוסמן - יו"ר
מ. גז
ל. דיציאן
מ. חריש
מ. ידיד
ע. נוף
ב.צ.קשת
פ. שינמן

מוזמנים:

חה"כ א. לבני
א. שקי - משרד הבריאות, סמנכ"ל לבינוי ואספקה
ד"ר ד. פרנקל - " " סגן היועץ המשפטי
פרופ.צ' סרודיו - מנהל מרכז רפואי בלינסון

יועץ משפטי לוועדה: י. אליאסוף

מזכירת הועדה: ש. כרם

רשמה: א. אשמך

סדר-היום:

- א. הסדרים של משרד הבריאות בקניית מכשירים ותכשירים רפואיים בחו"ל - הצעה לסדר היום של חה"כ א. לבני
- ב. אישור העלאת אגרות במקצועות רפואיים
- ג. דין וחשבון על המשא ומתן עם הרופאים בבתי החולים.

- היו"ר ת. גרוסמן: רבותי, אני פותחת את הישיבה.
- ב.צ.קשת: אני מציע שהועדה תשלח איחולי הבראה והחלמה לשר הבריאות.
- היו"ר ת. גרוסמן: אני מקבלת ברצון את ההצעה. אמסור איחולינו לשר הבריאות.
- אנחנו עוברים לסדר היום.

א. הסדרים של משרד הבריאות בקניית מכשירים ותכשירים רפואיים בחו"ל -
הצעה לסדר היום של חה"כ א. לבני

א. לבני: ועדת הכנסת או נשיאות הכנסת החליטה להעביר דווקא לוועדת השרותים הציבוריים נושא שהוא נושא כלכלי טהור. אבל מה שהוחלט, הוחלט.

תעשיית המכשירים הרפואיים, החל מתחבושת ופלסטר וגמור בכסא גלגלים או שלחן ניתוחים, התפתחה בארץ בשנים האחרונות והייתה לתעשייה די גדולה. תעשייה זו עומדת לייצא השנה בשווי של כ-20 מיליון דולר. זו תעשייה מתפתחת ורוצה להתפתח, אבל יש לה מיגבלה שאין לתעשיות אחרות, יש רק שלושה לקוחות עיקריים: משרד הבריאות - זהו הלקוח הגדול ביותר והוא צורך 50% מהתוצרת בארץ בתחום זה, קופות החולים, משרד הבטחון. השוק הפרטי הוא קטן, לכל היותר 10% - 20%. מכיוון שהתעשייה הזאת צמודה למספר לקוחות גדולים ביותר, היא תלויה במשרדים הממשלתיים יותר מתעשיות אחרות בארץ.

מתברר שמשרד הבטחון שבע רצון מתוצרת הארץ וכמעט אינו קונה בחו"ל מוצרים שמיוצרים בארץ. קופת חולים הכללית כמעט אינה מייבאת מוצרים אלה, היא מסתפקת בתוצרת הארץ. מי שמייבא הוא בעיקר משרד הבריאות. הוא מייבא בצורות שונות, או על ידי מיכרזים או בקנייה ישירה. מצב זה פוגע בתעשייה המקומית ומעמיד קיומה בסימן שאלה. אם הצרכן הגדול ביותר אינו קונה במפעלים בארץ, המפעלים אינם יכולים לייצר בסדרות גדולות, דבר זה מעלה את מחיר הייצור לשוק המקומי ומונע אפשרות התחרות בשוקי חוץ. התעשייה נכנסת למעגל סגור שאי אפשר לצאת ממנו. אינני צריך כבר לדבר על הצורך לחסוך במטבע חוץ, הדבר ידוע.

היצרנים טוענים שהתחרות בתחום זה היא גדולה מאד. כל ארץ מפותחת מייצרת מכשירים רפואיים ומחפשת גם שוקי חוץ לייצור שלה, כי גם הם מעוניינים בסדרות ייצור גדולות.

כאשר התעשייה שלנו מנסה למכור בשוקי חוץ, התגובה היא: מה אתם מספרים לנו מעשיות שהאגדים או האיזמלים שלכם טובים, אם משרד הבריאות שלהם קונה תוצרת בארצות אחרות סימן הוא שמשאו לא בסדר אצלכם.

היצרנים טוענים שעמדת משרד הבריאות מעמידה בסימן שאלה את עתידם, וביחוד את פיתוח הייצוא, כי בענף זה של מכשירים וציוד רפואי דרושים תכנון ופיתוח לטווח ארוך.

משרד הבריאות אמנם מופקד על בריאות התושבים, אבל הוא צריך להתחשב גם בבריאות הכלכלית של אותם תושבים. אילו היה הנושא נדון בוועדת הכלכלה, הייתי מדבר על בריאות של מפעלים, השקעות ועובדים.

יש גם בעיה נוספת. מדינת ישראל עלולה להיות במצב חירום, ולא תמיד אפשר לסמוך על מקורות חוץ. טוב שייצרו בארץ דברים שהם חיוניים בשעת חירום. טוב למדינה שיהיו בה מפעלים מבוססים ומשגשגים לציוד רפואי, ואם הם יכולים גם להרויח דולרים, מה טוב. אמנם בעיות אלה הן מענינו של משרד הבטחון, אבל גם משרד הבריאות אינו תלוש מן המציאות והוא צריך להתחשב בה.

היו"ר ח. גרוסמן: משרד הבטחון מזמין ציוד רפואי ישירות או דרך משרד הבטחון?

א. לבני: למשרד הבטחון יש אגף קניות משלו. אבל משרד הבטחון כמעט לא מייבא.

יש אבסורדים. ציוד רפואי שמיובא מחו"ל רובו משוחרר ממכס. יצרנים של מזרקים בארץ משלמים מכס או מס-קניה על החומר הפלסטי לייצור מזרקים, ואילו המזרק המיובא משוחרר ממכס.

המדיניות של משרד הבריאות היא "הבה נתחכמה". המשרד קונה בעיקר במכרזים. אין תקנים קבועים, ואם יש הצעה זולה באיזה שהוא מקום בעולם, תופרים מיכרז בדיוק לפי המידה של המוצר הזה, גם אפ למוצר זה יש בארץ סטנדרטים אחרים, ולפי טענת היצרנים, סטנדרטים יותר גבוהים. אביא לדוגמה אגדים. בעסקי כותנה קובע המשקל, אגד יותר צפוף ומחוט יותר עבה הוא חזק יותר. אבל כאשר משרד הבריאות מצא מציאה בחו"ל, קבעו במיכרז חוט אחר, יותר דק, קל יותר, אף כי לא ידוע אם יאריך ימים. מספרים על כמות עצומה של מזרקים שהובאה לפני שתיים או שלוש שנים, לא היה בהם שימוש כי לא היו טובים, אבל הם היו זקלים. אם יש פגם במוצר מתוצרת הארץ, הרי יש כתובת. אחרי היצרן בחו"ל אי אפשר לרדוף. בעד תוצרת חוץ משלמים מראש, עם ההזמנה. ליצרנים מקומיים משלמים רק אחרי מספר חודשים. כל עוד אין תקנים קבועים, קשה ליצרן להתאים את עצמו למיכרז.

ליצרנים יש זכות לדרוש מהלקוח הגדול שהוא משרד ממשלתי להתחשב בתוצרת הארץ. על המחיר אפשר להתווכח. המפעלים אומרים שיוכלו להוכיח שתוצרתם זולה מתוצרת חוץ. צריך לסלק כמה עיוותים בתחום המכס ומס קנייה, וזה יכול להגביר את כושר התחרות של המפעלים.

את הצעתי לסדר היום הגשתי בחודש מרץ, היא הועלתה בכנסת בחודש יולי. דובר בנושא גם בטלוויזיה ובעתונות, ומשהו התחיל לזוז. יש הידברות בין היצרנים, משרד הבריאות ומשרד המסחר והתעשייה. הוקמו ועדות משותפות לקביעת תקנים, לבדיקת מכסים. הועדות פועלות זה מספר חודשים, אבל הן יכולות להמשיך בדיונים עוד שנים. אי אפשר שתהיה סתבת בענין זה. יורשה לי להציע שועדת השרותים הציבוריים תבקש מהועדות המשותפות לזרז את דיוניהן.

היו"ר ח. גרוסמן: יתכן שנגיע לסיכום כזה שאתה מציע לאחר שהועדה תדע במה מדובר ותדון בנושא.

ב.צ.קשת:

חסרים לנו נתונים. כמה מייבאים ארצה באותם פריטים שעליהם דיבר חה"כ לבני? הבינותי שעד היום משרד הבריאות קונה 50% מהצריכה בארץ. כיצד יתכן שקופת חולים, שלה מאות מרפאות, ובכל מרפאה עובדים בכל יום אלפי חולים, עומדת רק במקום שני בצריכת מזרקים, תחבושות וכו'. מהן הרזרבות הקיימות אצל הלקוחות העיקריים?

ל. דיציאן:

אם משרד הבריאות צורך 50% מהפריטים האלה, כמה מאותם 50% קונים אצל יצרנים בארץ וכמה

אצל יצרנים בחו"ל?

א. שקי:

אני רוצה קודם כל להגדיר את ענף המכשור והציוד הרפואי. ענף זה כולל תעשיית האלקטרוניקה הרפואית, תעשיית משגשגת שהתפתחה יפה מאד והשתלטה על השוק, חברות כמו מוטורולה, מ.ג., אלסינט. תעשייה זו מייצרת מכשירי א.ק.ג., מכשירים למעבדות ועוד. לגבי תעשייה זו בדרך כלל אין בעיות. תעשיית חומרי החבישה היא די מפותחת ויש בה גם פוטנציאל לייצוא. יש בית חרושת אחד למכשירי עיקור. יש מספר בתי חרושת המייצרים מזרקים לשימוש חד-פעמי.

משרד הבריאות פועל ברכישת ציוד למוסדות של משרד הבריאות, אבל גם כמשרד ממשלתי שיש לו תפקיד כלפי הרוכשים הפוטנציאליים: קופות חולים, בתי חולים, מוסדות בריאות אחרים. המדיניות שלנו היא לעודד את תוצרת הארץ בכל הדרכים האפשריות. יש מגבלות מסוימות ויש קריטריונים, קריטריונים קבועים וכתובים שאפשר לבדוק אותם. הסכמנו אפילו שנציגים של משרד המסחר והתעשייה ישבו בוועדות הרכישות שלנו כדי להתרשם מדרך עבודתן וגישתן לתוצרת הארץ. הרכש נעשה על ידי ועדות רכישה, בהן מיוצגים אנשים ממשרד הבריאות ומשרדים אחרים, ולא דווקא אלה שאחראים על הרכש עצמו. יש גם פיקוח של החשב הכללי.

בענף זה אין מפרטים או תקנים, וכך לא רק בארץ אלא בעולם כולו. קביעת תקנים היא תהליך ממושך. אין זה אומר שמשרד הבריאות מזמין ציוד ללא מפרט, ללא תקן, ללא קביעת סטנדרט מינימלי. אנחנו פועלים במכון התקנים הישראלי, במכון לחומרי רפואה בירושלים, במכון הסיבים, כדי להכין מפרטים ותקנים שעליהם אפשר יהיה להכריז כתקנים מחייבים.

הכלל הראשון הוא לשמור על איכות. כלל שני: לא בכל מחיר. אנחנו נותנים עדיפות מסוימת לתוצרת הארץ. אנחנו מעוניינים שיהיו בארץ ספקים שיוכלו לשרת אותנו גם בזמן שלום וגם בזמן חירום. אנחנו מביאים בחשבון שהסדרות בארץ לא גדולות, מביאים בחשבון שספקים בארץ מקבלים תשלום אחרי 90 יום, ואנחנו מפצים על כך את היצרנים. על הייבוא יש 15% היטל בטחון, במספר רב של מוצרים יש גם מכס. על מזרקים יש 22% מכס. בייבוא יש גם הוצאות הובלה וביטוח. ההפרש בין ייבוא ותוצרת הארץ הוא 50% - 60%, ולזה מוסיפים עוד הבדל בתנאי התשלום. זה נותן הגנה מסוימת ליצרן המקומי מפני המפעלים הגדולים שיכולים להציף את השוק.

ע. נוף:

מביאים בחשבון גם חסכון במטבע חוץ?

א. שקי: כן. יושבים אתנו אנשי משרד המסחר והתעשייה ומייצגים את התעשייה.

אפני מספר חודשים הגענו להסכם עם משרד המסחר והתעשייה ועם משרד האוצר, שעל כל הפריטים שמיוצרים בארץ יוטל מכס בשעור 25%. אם כי זה עדיין לא נכנס לתוקף, הרי מיום שהתקבלה ההחלטה משרד הבריאות נוהג למעשה כאילו יש מכס על המוצרים האלה. הקמנו ועדה אד-הוק לענין המכס, יש ועדה פריטטית לבירור בעיות התעשייה, אם כי אינני חושב שבמסגרת ועדה זו נפתור את כל הבעיות.

אנחנו צמודים לקריטריונים ולתקנים ישראלים, אם יש כאלה. אם הביאו לדוגמה אגדים, הרי ידוע שככל שהחוט יותר דק הוא יותר יקר ויותר יעיל. אבל זהו נושא למומחים. כאשר הועלה הנושא בוועדת תקנים, העברנו אותו לגוף מוסמך שיחליט מה עדיף. אנחנו לא קונים סחורה לפי משקל אלא לפי איכות. יחד עם זאת קבע משרד הבריאות שנרכוש מוצרי חבישה שחומרי הגלם שלהם מיוצרים אך ורק בארץ.

משרד הבריאות אינו הצרכן העיקרי בענף. אין ספק שקופת חולים היא הצרכן העיקרי ומשרד הבריאות בא רק במקום השני. אבל כמובן שמשרד הבריאות הוא הפרטנר העיקרי לדיון כזה, כי הוא חייב להשפיע גם על קופת חולים ועל משרד הבטחון להעדיף תוצרת הארץ. האחריות לייבוא כולה עלינו, גם לייבוא של מוסדות מגן-דוד-אדום והדסה שיש להם סטטוס מיוחד, כי אנחנו להשפיע גם עליהם לקנות מתוצרת הארץ. אין אנחנו יכולים להתנגד לרכז של המוסדות האלה בחו"ל, אבל הודענו להם שיוטלו עליהם כל המיסים. לפי החוק אין הם משלמים מכס והיטלים. אבל הם הביאו מזרקים חד-פעמיים, הם ישלמו את כל ההיטלים והמכס.

נשאלתי מה הנתונים על רכש בארץ ובחו"ל. לדאבוני, אין בידי כאן הנתונים. אוכל להמציא אותם לוועדה.

הגורמים הקובעים הם טיב ומחיר. אנחנו פועלים ביחד עם היצרנים להעלאת הטיב. אינני חושב שמישהו יכול לומר שלמשרד הבריאות יש מדיניות מכוונת לקנות בחו"ל, או להתנקם בתעשייה בארץ. יש קריטריונים קבועים של טיב ומחיר שהתעשייה צריכה לעמוד בהם. לא יתכן שכאשר המשרד מוציא מכרז, עוד לפני שפונים לוועדת הרכישות שולחים מברקים ללשכת השר שאם המפעל לא יקבל את ההזמנה כולה, יצטרך לפטר פועלים ולסגור שערים. אמנם לחץ כזה אינו משפיע על ועדת הרכישות, אבל לא זו הדרך.

אנחנו מנסים לבסס את העבודה על קריטריונים אובייקטיביים וידועים, שיש בהם שיקולים כלכליים, מדיניים, שיקולי בטחון ושרות טוב למוסדות הרפואה. הכל פתוח לבקורת. בזה אינני אומר שפה ושם אגן מחדל או טעות. כדי למנוע זאת הקמנו ועדות ונתקן את הטעוץ תיקון. נסייע לתעשייה הישראלית בכל דרך אפשרית. עובדה היא שחלק מהתעשייה הוקם רק בגלל יוזמה של משרד הבריאות.

ב.צ.קשת: אם האיכות אינה טובה בשביל תל-השומר, איך היא טובה בשביל בילינסון? חבר הכנסת לבני אמר שקופת חולים צורכת כמעט רק מתוצרת הארץ.

א. שקי: אינני מקבל טענה זאת. אין לי נתונים מדויקים על מה שנרכז על ידי קופת חולים.

א. לבני: מי מאשר רשיונות ייבוא לקופת חולים?

א. שקי: אשכ. לרכש של משרד הבריאות עצמו, במכרז האחרון 15% מהמזרקים קנינו בחו"ל בגלל ההפרש הגדול במחיר. נתנו ליצרן המקומי הזדמנות לייצל את עצמו ולהוריד את המחיר.

אין ספק שבידי משרד הבריאות יש מכשיר חשוב והוא מתן רשיונות לפי סטנדרטים ותקנים. בוודאי צריך עוד לייצל את המכשיר הזה. כבר אמרתי שקביעת תקנים היא תהליך ממושך, ולא רק אצלנו. בתרופות אנחנו מסתמכים על הפרמקופיה הבריטית. המזרקים נמצאים זה שנתיים או שלוש בדיון במכון התקנים. כשיהיה תקן, אין ספק שמשרד הבריאות יפעל רק לפי התקן הזה. לאחרונה עשינו כך לגבי מדי חום. היה ייבוא של מדי-חום מיפן מתחת לתקן הישראלי. ברגע שנקבע תקן ישראלי ופורסם, נתנו הוראה לא לייבא מדי חום אלא אם היפנים יקבל ממכון התקנים שלנו אישור לייצור שלהם.

היו"ר ח. גרוסמן: אני מבקשת ממך שקי שיכין את הנתונים שנתבקשו לקראת הישיבה הבאה של הועדה.

פ. שינמן: האם יש פריטים שמביאים אותם מחו"ל גם אם המחיר והטיב שווים לתוצרת הארץ?

מ. ידיד: שמענו את נציג משרד הבריאות. אני מציע שהועדה תשמע גם נציגי היצרנים, קופת חולים, משרד הבטחון ומשרד המסחר והתעשייה. אנחנו רוצים לדעת איך מזמינים, מה מייבאים. כאשר נקבל את הפרטים, נוכל להתייחס לבעיה.

היו"ר ח. גרוסמן: נבקש מנציגי הגורמים האלה שיבואו מצויידים בנתונים.

ע. נוף: אני מציע לבקש ממזכירת הועדה להכין לקראת הדיון הבא את הנתונים הבאים: סך התקציב המוקדש לרכישת ציוד רפואי, כמה מזה מיוצר או יכול להיות מיוצר בארץ. לדעתי צריך להזמין את נציגי התעשיינים, ובעימות עם נציגי המשרדים יסביר ממה נובע הפער.

א. לבני: לפי מיטב ידיעתי, בשנת התקציב 1975 הובאו ב-7-8 מיליון דולר מוצרים שיכולים להיות מיוצרים בארץ. כך אמרו לי. משרד הבריאות הוא חצי השוק. אם הארץ זקוקה לאלף אזמלי ניתוח בשנה, חצי מזה צורך משרד הבריאות.

לא שמעתי בדברי מר שקי הודעה כלשהי מתי יסיימו הועדות את עבודתן, אם זה יהיה בזמן סביר או שתהיה סחבת ללא סוף. הייתי רוצה לשמוע ההערכה ממר שקי.

כאשר דיברתי בכנסת בעניין זה, הבאתי דוגמה לשש-הבריאות התחלחל ממנה. אמרתי שבציוד רפואי וגם בתרופות יש תהליך "לוקהיד": יש פירמות בינלאומיות שמנסות לדחוף את המוצרים שלהן בכל מחיר. הרמז היה ברור. אבל אני לא מעלה אותו לשולחן הזה. יש גם הרגלים של רופאים. מנהל מחלקה נכבד רוצה סכין סולינגן, כי לתוצרת הזאת יש שם בינלאומי, ולא יעזור עם יגידו לו שתוצרת הארץ יותר טובה ויותר זולה. זה יוצר לחץ. צריך לחשוב איך להתגבר גם על בעיה זאת.

היו"ר ח. גרוסמן: נפגשתי עם מנהלי בתי חולים ומנהלי מחלקות ולהם יש המון טענות על פיקוח יתר מצד משרד הבריאות על מוצרים שהם מזמינים, על כך שלא כל אחד יכול לקנות מה שהוא רוצה. הם טוענים נגד עודף פיקוח ובידוקרטיה. כמובן שזה עומד בניגוד לרצון היצרנים, שמעוניינים בקנייה מרוכזת.

ב.צ.קשת: יכול לבוא כירורג גדול ולהגיד: מר שקי יקבע באיזה איזמל אני אנתח?

ב. אישור העלאת אגרות במקצועות רפואיים

היו"ר ח. גרוסמן: שר הבריאות מבקש אישור הועדה להעלאת דמי אגרות: א. צו המתעסקים ברפואה (אגרות רשיון ותעודת היתר), תשל"ז-1976; ב. צו רופאי שיניים (אגרות רשיון ותעודת היתר), תשל"ז-1976; ג. צו הרוקחים (אגרות רוקח ועוזר רוקח), תשל"ז-1976; ד. צו הרוקחים (אגרות תעודת היתר למכירת רעל), תשל"ז-1976.

ל. דיציאן: העלאת אגרת הרשיון לרופא מ-55 ל-200 לירות היא תוצאה של האינפלציה, ואני מתעלם מעניין זה. אבל את הרשיון הזמני מעלים בשעור הרבה יותר גבוה וכן תובעים תשלום בעד כל חידוש. עד כה היו מנכים את האגרה בעד היתר זמני בעת התשלום בעד היתר קבוע. בתקנה שמציעים לנו עכשיו לא כתוב שמנכים את אגרת ההיתר הזמני.

ד"ר ד. פרנקל: בחוק כתוב שמנכים, ולכן אין צורך לכתוב זאת בתקנות.

ל. דיציאן: אין הצדקה בכל חידוש היתר לגבות 150 לירות. יש רופאים שיצטרכו לשלם פעמיים או שלוש אגרה של 150 לירות.

הוא הדין ברוקחים, אבל לגבי רוקחים עשיתם דבר נוסף: דמי רשיון שנתי.

אני מתנגד להעלאת האגרה של רשיון זמני מעבר לפרופורציה, ואני מבקש שיהיה ברור שאגרה זאת תובא בחשבון בתשלום באגרה של הרשיון הקבוע.

מ. ידיד: אני מציע שהאגרה של רשיון קבוע תהיה 200 לירות, ולכן יש הסכמה כללית. אני מציע שהאגרה לרשיון זמני תהיה 55 לירות, ולא 150.

ע. נוף: מדוע בכלל דרושה אגרה?

היו"ר ח. גרוסמן: אינני מציע שנחזור עתה ונדון בדברים שהם קבועים בחוק. זה לא רלוונטי לעניין התקנות.

ד"ר ד. פרנקל: אסביר את המבנה של רישוי מקצועות רפואיים בארץ: רופאים, רופאי שיניים, רוקחים. אינני מדבר על מיילדות, לגביהן לא מעלים אגרות. אדם שרוצה להיות רופא, רופא שיניים או רוקח צריך לקבל רישון או היתר. הרשיון שניתן לבעלי מקצועות רפואיים אלה הוא לצמיתות, כל זמן שלא נשלל מהאש, בדומה לרשיון עורך-דין.

יש מקרים שאי אפשר מיד להעניק רשיון. הסיבה השכיחה ביותר היא שאנשים לא סיימו את כל המוטל עליהם. יש אנשים שמביאים תעודות מחו"ל, עובר פרק זמן עד שבודקים את התעודות. בתקופה זו לא מעניקים רשיון, כי לביטול רשיון צריכה להיות ענישה משמעתית וכו'. אלא נותנים היתר זמני. ההליכים נמשכים בדרך כלל עד 6 חודשים, כי מדובר על התכתבות עם חו"ל, ובדיקת מסמכים. אם אדם נמצא ראוי לשמש בתפקידו בארץ, נותנים לו רשיון קבוע. יש אנשים שסיימו לימודיהם בארץ אבל עדיין לא הגישו עבודת דוקטורט. כל עוד האוניברסיטאות רואות עבודה זו כתנאי הכרחי לדיפלומה של רופא, אנחנו לא יכולים להעניק רשיון קבוע למי שלא עשה דוקטוראט. מה עושים בינתיים? מכיוון שרוצים להעסיק אנשים אלה כרופאים, נותנים להם היתר זמני לצרכים מסוימים, לפעמים בהגבלות מסוימות. אגרת ההיתר הזמני כיום היא 27 לירות, עד לפני זמן היתה 25 לירות. יש אנשים שבמשך 7 ואפילו 9 שנים משלמים את האגרה כדי לא לטרוח לעשות עבודת דוקטוראט. האיש נקרא דוקטור, מכוח החוק מותר לו כינוי זה. ניסינו ללחוץ על אנשים אלה דרך הכיס. יש לנו גם דרכים אחרות ללחוץ עליהם, למשל, תקופת העבודה שלהם לא מוכרת לצרכי התמחות רפואית למומחיות. לפי תקנות המומחים מ-1975 תקופת עבודה בלי דיפלומה לא נחשבת לצרכי מומחיות.

החוק קובע כי אגרות עבור היתרים זמניים שניתנו תכוף למתן הרשיון הקבוע ינוכו. מהרשיון הקבוע. איך כאן שינוי פרט למחירים. במצב הקיים יכול אדם כל חצי שנה לשלם 25 לירות ובסופו של דבר, כשהוא מקבל רשיון קבוע לא לשלם שום דבר, אבל גם לא לקבל בחזרה. היתר זמני לא ניתן אוטומטי לשנה או שנתיים, הוא יכול להנתן גם לחודש או 6 חודשים. גם היום משלמים עבור כל חידוש היתר.

אנחנו מציעים שאם ההיתר ניתן תוך 6 חודשים מן העליה לארץ, האגרה תהיה רק 100 לירות, כי האיש אינו צריך לסבול מפני שעלה לארץ. לעומת זאת אם יש אנשים שלא עושים את המוטל עליהם, הרי העלאת האגרה היא אחת הדרכים ללחוץ עליהם.

הוצאת רשיון כרוכה בעבודה ובהוצאות. דרושים בדיקות, מכתבים, בקורת על הסטאג'. חידוש היתר דורש שוב בדיקה של תעודות וכן בדיקה מה עשה האיש מאז קיבל את ההיתר ועד לחידוש, היכן עבד, אם היו שבעי רצון מעבודתו, אם ממשיכים להעסיק אותו באותו מקום. (ב.צ.קשת: בכמה אנשים מדובר?) זה יכול להגיע למאות בשנה.

החוק קובע שהיתר למכירת רעל הוא לשנה בלבד, ובכל שנה צריך לחדש אותו.

אנחנו מבקשים אגרה שנתית רק מרוקחים, והסיבה היא בחוק. רק פקודת הרוקחים מתירה לנו זאת.

ל. דיציאן: ממתי החוק?

ד"ר ד. פרנקל:

החוק הוא משנת 1964.

מ. גז:

12 שנה לא גביתם.

י. אליאסוף:

לפי חוק יסוד:משק המדינה, שהתקבל לפני כשנה וחצי, כל קביעת אגרות על ידי שר טעונה אישור ועדת הכספים של הכנסת, מלבד אגרות שלגביהן נקבע בחוק שהן טעונות אישור ועדה אחרת של הכנסת. לפיכך באות אגרות אלה לאישור כאן.

ע. נוף:

בישיבה קודמת ביקשתי להזמין גם נציג הרוקחים.

היו"ר ח. גרוסמן:

לאישור צוים כאלה אין צורך להזמין את הרוקחים.

אעמיד את הצוים להצבעה. שני הצוים הראשונים: צו המתעסקים ברפואה. וצו רופאי שיניים.

מ. ידיד:

אני מציע 200 ל"י אגרה לרשיון קבע, 55 לירות להיתר זמני.

היו"ר ח. גרוסמן:

הצעת משרד הבריאות היא 150 להיתר זמני.

ה צ ב ע ה

בעד אגרה של 150 ל"י להיתר זמני - 4
בעד אגרה של 55 ל"י להיתר זמני - 4

ל. דיציאן:

לשם שינוי דרוש רוב. נשאר הצו הקיים.

היו"ר ח. גרוסמן:

אם כך ישאר התשלום 16 ל"י להיתר זמני.

מ. חריש:

אני מציע לדחות את ההצבעה.

ע. נוף:

אני מציע להזמין את נציג הרוקחים לישיבה הבאה.

היו"ר ח. גרוסמן:

אבוא בדברים עם הסתדרות הרוקחים. אם יש להם השגות - אומין אותם; אם לא - לא אומין.

בישיבה הבאה נחליט בענין האגרה עבור היתר זמני לרופאים ורופאי-שיניים. אני בטוחה שנגיע להסכמה על איזה שהוא סכום בין 55 ובין 150 לירות. אבוא בדברים עם הסתדרות הרוקחים, ובישיבה הבאה נחליט אגרות רוקחים.

אושר צו הרוקחים (אגרות תעודת היתרלמכירת רעל), חשל"ז-1976.

ג. דין וחשבון על המשא ומתן עם הרופאים בבתי החולים

היו"ר ח. גרוסמן:
הזמנתי לישיבה את נציגי משרד הבריאות וקופת חולים כדי לדעת מה המצב במשא ומתן עם הרופאים. רצייתי גם לברר מה קרה ביום האחרון, לאחר שהובטח שהסנקציות נפסקות והן לא נפסקו. שמענו על סתימת בתי החולים בגלל אי שחרור חולים. אבקש את פרופ. סרודיו להסביר לנו מה קרה בבילינסון, כי בשום שלב של המשא ומתן עם הרופאים לא נאמר לנו שעבודה-לפי-הספר פרושה אי שחרור חולים לבית החולים. אני מקווה שבעוד זמן מה יבוא גם נציג משרד הבריאות, שנמצא עכשיו בוודאי במשא ומתן עם הרופאים.

פרופ. צ' סרודיו:
מה שהיה אתמול הוא תוצאה של תהליך, לא אקט אחד מצד הרופאים. בתקופת הסנקציות קלטו בתי החולים בסך הכל לא פחות חולים מאשר קודם לכן, אבל פיזור הקבלות במשך השבוע היה שונה. בכל אזור היה רק בית חולים אחד מקבל ביום מסוים בשבוע, וכל החולים צריכים היו לבוא לאותו בית חולים. בילינסון היה מקבל חולים ביום רביעי. ביום זה היתה הצפה של 600-700 חולים בחדרי המיון. לאחר מיון קפדני מאד וסלקטיבי מחציתם היו עוברים לאישפוז במחלקות.

בבית החולים יש גם הרבה מחלקות שהמשיכו לקבל חולים באופן שוטף כל ימות השבוע, אלה מחלקות ספציפיות. מחלקות ושרותים לטיפול נמרץ המשיכו בעבודה שוטפת, הם קיבלו חולים לא דרך חדרי המיון אלא מקרים דחופים שנתקבלו במשך כל השבוע.

כדי שבית החולים יוכל להעריך לקלוט כ-300 חולים ב-24 שעות, יש הכרח לפנות הרבה חולים מן המחלקות ולהכין מיטות, וגם אפשרות של מיטות נוספות בפרוזדורים. מה שקרה הוא שבימים האחרונים חדלו הרופאים מן המאמץ לשחרר מספר רב של חולים בטרם עת כדי להעריך לקראת קליטה של גל גדול של חולים. סיבה מישנית היא השביטה של טכנאי הרנטגן, שמאיטה את מחזור החולים במחלקות. המחלקות מצאו את עצמן ביום רביעי בבוקר כמעט בלי מיטות פנויות, ועמדה שאלה איך נוכל להכניס מאות חולים. נוסף לכם גם האחיות ויתר עובדי בית החולים הודיעו שהם לא מוכנים לעשות מאמץ של קליטת חולים מעל תקנים קיימים.

היו"ר ח. גרוסמן:
עד יום רביעי בבוקר בית החולים לא היה תורן, כלומר היו ימים שלא קלט חולים.

פרופ. צ' סרודיו:
הקליטה היתה איטית יותר והפליטה היתה איטית יותר. בדרך כלל המחלקות בנויות על כך שיש טפסוף מתמיד של חולים, תחלופה של 10% ביום. בתקופה האחרונה היתה בבת אחת קליטה של 30% - 50%, זה מטיל עומס רב על הצוות הרפואי, על הסניטרים, על המעבדות. לכולם נשבר.

כאשר ראיתי מה המצב, חששתי מקשיים לציבור החולים. ביום שני החרעתי בפני פרופ' דורון ופרופ. מנצ'ל, כי חשבתי שצריך להעריך לקראת הבעיות. מה שקרה ביום רביעי הוא שבעקבות כל ההודעות פחת מספר החולים. התפנית היתה בשעה שלוש אחר הצהריים. בשעה שלוש הודיעו שהקבלה תהיה לא רק בבית חולים אחד. בשמונה השעות הראשונות הגיעו 250 איש, במקום 700-000. לאחר שידעו שבית החולים מלא ויש מחלקות, פנו למקומות אחרים. למרות הכל יכולנו לקבל 52 איש מ-250 שפנו, 25 אנשים הפנינו לשני בתי חולים נוספים.

בתקופת הסנקציות הרופאים בחדרי המיון היו זהירים ביותר, בדקו שבע פעמים כדי שלא תהיה טעות, והיו גם יותר ליברלים באישפוז, כי אמרו: לכל היותר ישהה האיש יומיים בבית החולים ואחר כך ילך הביתה. הסתימה של בית החולים היתה תוצאה של כמה גורמים שחברו יחד: איטיות בשחרור חולים, ליברליות בקבלה, אי נכונות של שרותי עזר להתפרס לקבל חולים רבים מאד. אם יש תאונה קשה ויש נפגעים רבים, בית החולים פורס הרבה מיטות נוספות, וכל אחד מוכן למאמץ נוסף - אחיות, סניטרים, שרותי עזר. עכשיו כל הגורמים הגיעו להרגשה שנמאס להם המאמץ. כמנהל בית חולים ראיתי בדאגה רבה את התופעה הזאת.

לא לי להכנס כאן לדיון על פרטי המשא ומתן, אבל העובדה שהמשא ומתן נסחב חודש אחרי חודש גורמת הדרדרות רצינית ביותר בכל השרות הרפואי. אם לא נצליח לסיים מהר את המצב הזה, יהיה כרסום רציני מאד בכל מערכת האישפוז, ומה שמאייג יותר - גם באיכות העבודה במוסד, לא רק של הרופאים אלא של כל השרותים. מוכרחים לשים קץ למצב הקיים. אף אחד לא נהנה ממנו, עמיתי הרופאים לא נהנים, אני משער שגם המעסיקים לא נהנים, החולים בוודאי ובודאי שלא. הסחבת גרמה כבר נזק רב. יעברו חודשים רבים עד שנוכל לתקן את הפגמים, ועוד ישארו צלקות. נדמה לי שאין חשים בסכנה לאיכות השרות.

אם מערכת מורגלת לעבוד כך שמתפלים רק באדם שהוא חולה קשה, או שמשחררים אנשים לא מפני שהגיע הזמן לשלוח אותם הביתה אלא מפני שצריך לפנות מיטות, וכל זה בא על רקע של שרותים רפואיים שהם לא האידאליים ביותר, לא הכל שפיר באישפוז בארץ, יש מחסור במיטות ובשרותים וכו', ועל כל זה מוספים בעות חריפות - יש התלקחות. זוהי התלקחות חריפה על רקע של בעיה כרונית. ככל שהמצב הקיים יימשך יותר זמן, הסכנה לשרות היא חמורה יותר. על כך צריך לתת את הדעת. אינני סבור שכל הרופאים מודעים לסכנה זו, רבים מהרופאים הצעירים בוודאי לא מודעים. משום מה גם המעסיקים לא חשים בכך.

מה שקרה בבילינסון אתמול הוא בבואה לנעשה בכל בתי החולים. מה שקרה הוא תוצאה שהחלטתי להקים צעקה ולעורר את תשומת הלב. אולי גרמתי במידה מסוימת לחידוד הבעיה, ואני מצטער על כך, אבל אני יודע שהמצב בכל בתי החולים פחות או יותר זהה והגיע הזמן לעשות משהו.

היו"ר ח. גרוסמן:
האם היו הוראות מצד ההסתדרות הרפואית כיצד צדיוק צריכים הרופאים לנהוג בזמן הסנקציות?
מה פרוש לעבוד לפי הספר - לשחרר פחות חולים? האם היו הוראות כאלה?

פרופ. צ' סרודיו:
הסתימה היא כמעט בכל בתי החולים. בתי החולים שלנו פועלים בדרך כלל בחפוסה כמעט מלאה כל הזמן. די שיום אחד יתקבלו 5% יותר וישתחררו 5% פחות, מכל מיני סיבות, אפילו בלי סנקציות, והמערכת כמעט סתומה. יכולת התימרון היא קטנה.

בתקופת הסנקציות, בכל הנוגע לקבלה ושחרור המערכת פעלה בצורה מסודרת, פרט לכך שבמקום לקבל 3 ימים בשבוע היה בית החולים בקבלה יום אחד בשבוע, אבל באותו יום קיבל חולים רבים יותר. לא ידוע לי שהיו הוראות לעשות שביחת האטה. לא היו דברים כאלה בוודאי לא להלכה וגם לא למעשה.

אם רופאים מתרגלים לשחרר חולים לפני שגורמים את כל הבדיקות והבירורים, הרי תיקון המצב דורש עבודה חינוכית רצינית. אסור לנו לתת יד לשיטת עבודה כזאת.

צריך יהיה לתקן את התדמית של הרופאים.

ב.צ.קשת:

פרופ. צ' סרודיו: אין ספק שיש הרבה לתקן. הבעיה היא לא רק תדמית הרופאים בעיני הציבור. קודם צריך לתקן את התדמית של אנשים בעיני עצמם. ההחלטה של ציבור הרופאים להגיש התפטרות הייתה אקט של יאוש. היו גם הרבה ויכוחים בין הרופאים, אבל רצו להביע מחאה, ורופא לא יכול להיות נוכח ולא לעבוד כראוי.

תודה. הישיבה נעולה.

היו"ר ח. גרוסמן:

הישיבה ננעלה בשעה 14.10.