

פרוטוקול מס' 45

מועדת העבודה שהתקיימה ביום ד' בתמוז תשל"ד

בשעה 10:10 (24.6.1974)

נכחו: חברי הועדה:

- ש. ארבל - אלמוזלינו
- פ. גרופר
- ל. דיציאן
- ה. זיידל
- א. לין

מוזמנים:

- גב' ברקאי
 - מר גולן
 - גב' ת. פנחסוביץ
 - מר ביטון
 - מר רוטר
 - מר שרגא
 - פרופ' פדה
 - ד"ר טרשטיין
- ביטוח לאומי
 - משרד הבריאות
 - מנכ"ל משרד הבריאות

מזכיר הועדה:

י. שומרון

רשם:

"חבר המתרגמים"

סדר היום:

תקנוח בדבר שינוי סכומי הפיצויים
מענקי לידה - צו בדבר החלפת לוח ו'

- 1026 -

היו"ר ש. ארבלי:
אני פותחת את הישיבה. אני מקדמת
בברכה את האורחים שלנו היום.
אנחנו נחיל בדיון: תיקון תקנות הפיצויים לעובדים, סכומי הפיצויים.

מר גולן:
פקודת הפיצויים לעובדים קבעה
סכומים שצריכים להשתלם לעובדים
שנפגעו בעבודתם. פקודה הפיצויים זאת פקודה שקדמה לחוק הביטוח
הלאומי. נשארו מספר מקרים בארץ - אנחנו משרד העבודה מכירים רק שניים,
אבל יתכן שנשארו יותר - שעדיין מקבלים פיצויים לפי הפקודה הזאת.
הם נפגעו בשנת 48-49-50 והם עדיין מקבלים פיצויים לפי הפקודה הזו.
הפקודה מטמיכה את שר העבודה, באישור ועדת העבודה של הכנסת, לשנות
את הסכומים של הפיצויים בהתאם לתנודות בשכר העבודה. על כן אנחנו
משתדלים כל שנתיים-כל שלוש, והפעם זה אפילו אחרי פחות משנה, לשנות
את סכומי הפיצויים מפני שהתנודות בשכר העבודה היו גדולות.

הפקודה הזאת מקנה סמכות לעובד
שנפגע לקבל פיצוי שבועי, זה הפיצוי העיקרי, כל שבוע הוא מקבל
בהתאם לשכרו, פחות או יותר, במקרה שהוא נפגע פגיעה חלקית או מלאה.
יש גם פיצוי במקרה מוות, פיצוי חד-פעמי, גם כן בהתאם לשכרו. יש
קיצבת ילדים - ילדים שאביהם נהרג בתאונת דרכים. ויש הוצאות עזרה
וטיפול.

לכל הסכומים האלה, התוק בזמן
המנדט קבע עקרונות, קבע עקרון שבמקרה שעובד נפטר צריך לשלם לשאריו
300 פעם כפול השכר השבועי שלו. או במקרה של נכות חלקית גם כן
יש דרך חישוב מסוימת ואנחנו שומרים על הדרך הזאת. אנחנו משנים
את הסכומים לפי ההנחה שהשכר במשך היום הוא 1,300.

בפעם הקודמת שעשינו את השינוי
של הסכומים האלה, זה היה לפני כ-10 חודשים, ההנחה היתה אז שהשכר
הממוצע במשך הוא 1,000 לירות. כשאנחנו פונים למוסד לביטוח לאומי,
למחלקת המחקר או ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומבקשים מהם שיתנו לנו
נתון מוסמך מה השכר הממוצע היום במשך, הנתונים המוסמכים בידיהם
הם לרוב באוקטובר, נובמבר לכל היותר, אין להם ממש לחודש זה.

אנני ברשיתי לעצמי להגיד, בסופו
של דבר הם מקבלים פיצוי באיחור, ואנחנו יודעים שכל הזמן התנודות
נמשכות כלפי מעלה, ואני חושב שלא תהיה חריגה גדולה אם נגיד שהבסיס
הוא 1,300 ממוצע ולפי זה אנחנו ניחן את הפיצוי.

כך אנחנו מציעים לשנות ששה
סכומים.

"הסכומים שבתוספת הראשונה לפקודת הפיצויים לעובדים ישננו כדלקמן:

1. בפסקה (2) א' - במקום 16,380 לירות יבוא 21,270 לירות.
2. במקום 32,760 לירות יבוא 42,540 לירות.
3. בפסקה (3) א' - במקום 43.68 לירות יבוא 56.80 לירות.
4. בפסקה (1) 2 - במקום 174.75 לירות יבוא 227.20 לירות.
5. במקום 109.20 לירות יבוא 141.80 לירות.
6. בפסקה (א) 2 - במקום 3,276 לירות יבוא 4,254 לירות.
7. במקום 4,460 לירות יבוא 7,090 לירות.

היו"ר ש. ארבלי:

מי יכול להגיד לנו איזה מספר של עובדים זה מקיף.

מר גולן:

אני כבר אמרתי, המשרד שלנו מכיר: יש שני עובדים בכל המדינה שפונים כל שנה, כשקשה להם להתקיים מזה, והם מבקשים לשנות את הסכומים, אחד בחיפה ואחד בבאר-שבע. שני האנשים האלה מקבלים פיצויים שבועיים מהמעביד שלהם. הם לא ממשיכים לעבוד, אבל מקבלים פיצויים עד סוף החיים. יתכן מאד שקיימים עוד, אם אנחנו מכירים רק שניים זה לא אומר. מפעם לפעם אנחנו מקבלים פניות לקבל אישור מהמשרד שלנו שבאמת נפסק לו סכום כזה וכזה.

מדוע עדיין בכל זאת קיים החוק הזה.

היו"ר ש. ארבלי:

כן, אנחנו הרי הצענו הצעות, רק אני מצטערת לציין שלא התקדמו.

בנושא הזה במאומה מאז.

מר גולן:

כן, אני מאשר. אבל הצעה אחת נבדקה ונמסרה למוסד לביטוח לאומי ונשללה על-ידו. הצעת הוועדה היתה, בעקבות התיקון הקודם, שהמוסד לביטוח לאומי, לאור המספר המועט של המקרים, יקח עליו את המקרים האלה - זה באמת הולם יותר מדינה מודרנית שהמוסד לביטוח לאומי יקח את זה עליו. פנינו למוסד לביטוח לאומי, למינהלה, וקיבלנו תשובה ששיכנעה אותנו. נאמר לנו ע"י היועץ המשפטי למוסד לביטוח לאומי, מר לוי, שאמנם חוק הביטוח הלאומי הוא חוק של ביטוח סוציאלי, אבל זה בכל זאת מבוסס על עקרונות של ביטוח. זאת אומרת, מטילים חובה על מעביד להפריש סכומים מסויימים, לשלם בשבילו ולשלם בשביל העובד, ואז הסכומים האלה משמשים בסיס לביטוח העובדים.

להטיל היום ביטוח רטרואקטיבי - ניקח מעבידים מסויימים ונגיד להם שהם צריכים לעשות היום ביטוח לגבי העובדים שלהם, לגבי השנים 48-49-50, זה דבר המנוגד, השנים כל כך רחוקות.

היו"ר ש. ארבלי:

זה לא משתלם להם יותר מאשר לשלם את הפיצויים?

מר גולן:

יכול להיות. זאת היתה התשובה של מינהלת המוסד לביטוח לאומי.

ה. זיידל:

אנחנו כאן מתייחסים לחוק מנדטורי הנוגע אפילו לעשרה אנשים, זה לא חשוב לכמה אנשים. אני חושב שצריכים לשנות או לבטל בכלל את כל החוק הזה המנדטורי, המיושן, שאין לו כל ערך. היום בכלל אין מושג כזה של פיצויים שבועיים. ברגע שמעביד או מוסד משלם סכום שבועי, זוהי גימלא, זה לא פיצויים, בפרט כשאתם מתחילים עכשיו להצמיד את הפיצויים האלה לשכר במשק, אז זה בעצם נקרא גימלא.

לכן אני מאד תומך בגישתה של היו"ר ורצייתי היום להציע שנקבל החלטה שאנחנו פונים לביטוח לאומי, שינהל מ"מ עם המעבידים להפוך את זה לגימלא שבועית, לגימלא חודשית ואז יש הצמדה

אוטומטית, כמו שיש בביטוח לאומי. כי זה דבר מוזר מאד שאנחנו היום מחילים לתקן, להתקין תקנות צמודות לחוק מנדטורי מיושן לגבי אפילו 10 או 20 מקרים.

מר ביטון: אני יודע על העמדה העקרונית של המוסד בקשר לדברים אלה. הרי לא מדובר רק לגבי אותם עובדים לפי פקודת הפיצויים לעובדים. יש אנשים, אוכלוסיות שונות של נפגעים, שהם נפגעו בנסיבות שונות, והעמדה של המוסד לביטוח לאומי היא שהוא לא צריך לכלול היום בתוכו, במסגרת חוק הביטוח הלאומי, את כל אותם האנשים והאוכלוסיות השונות שהם נפגעו אי פעם בתקופה קודמת לפני כן. מפני שברגע שאנחנו פותחים פתח לדבר הזה, יכולה אוכלוסיה אחרת לבוא ולהגיד שהיא נפגעה בשנת 47, בזמן פעולות מחתרתיות או משהו כזה, וגם הם צריכים לקבל לפי חוק הביטוח הלאומי.

הבעיה היא יותר עקרונית. הבעיה היא לא כספית. הבעיה היא שבדרך כלל חוק בזה לא מוחל רטרואקטיבית על מקרים קודמים, מפני שאין הצדקה להפלות אוכלוסיה זאת דווקא מכל מיני אוכלוסיות אחרות שכרגע אנחנו לא יודעים עליהם ושיצוצו אז.

היו"ר ש. ארבלי: לקשישים מצאו סידור, לאלה שלא היו במסגרת חוק הביטוח הלאומי.

מר ביטון: אבל פה יש כבר הסדר, שהמעבידים נושאים בזה. בשביל 2-3 אנשים אני לא חושב שכדאי לשבור עקרון, מפני שהם למעשה מקבלים לפי מצב חוקי שהיה קיים ביום שהם נפגעו.

היו"ר ש. ארבלי: אני מוכרחה לקרוא את המכתב שכתבתי ב-25 ליולי 1973, כאשר אישרנו את התקנות

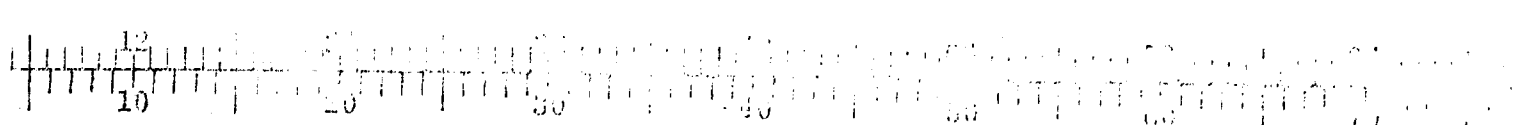
הקודמות:
לכבוד
מר יוסף אלמוגי
שר העבודה

אדוני השר,

הנני מתכבדת להודיעך כי ועדת העבודה של הכנסת, בישיבתה ביום כ"ב בתמוז תשל"ג ה-23 ליולי 1973, אישרה את תקנות הפיצויים לעובדים, סכומי פיצויים תשל"ג-1973 בנוסח הרצ"ב.

הועדה ממליצה שהגיע הזמן לשנות את דרך הפיצוי לעובדים, אם ע"י ביטולו של החוק והעברת כל המקרים הנהנים מחוק זה לאחריותו של המוסד לביטוח לאומי, או ע"י שינויו של החוק, לפי העקרונות של חוק הביטוח הלאומי.

זאת אומרת אנחנו השארנו בפניכם אחת משתי האלטרנטיבות הללו: או לבטל את כל החוק הזה שהוא קיים ולהעביר את כל העניין הזה לאחריותו של המוסד לביטוח לאומי - ואנחנו לא אמרנו שצריך לכלול אותם בחוק, זה יכול להיות ע"י הסכם, זה יכול להיות ע"י הסדר, כמו שקיים לגבי הזקנים. תעשו את הדבר הזה עפ"י הסכם או הסדר ולא היתה הכוונה של ההמלצה שלנו שאתם תכללו זאת בחוק כמו כל היתר.



על המכתב הזה לא קיבלתי תשובה עד היום, לא התייחסות כן, לא התייחסות לא ואני על כך משתוממת. אני מתארת לי ששר העבודה העביר את העניין הזה למוסד לביטוח לאומי. במידה ומופנה אליו מכתב כזה מועדת העבודה, הוא חייב להעביר את זה למוסד שהוא יתן את דעתו. לא קיבלנו שום תגובה בעניין הזה ואני משתוממת על כך. אני לא יכולה לקבל את התשובה של מר בוטון שהם לא יכולים לעשות את זה, שחבוא אוכלוסייה אחרת וכו' וכו'. אז תבוא אוכלוסייה אחרת.

אנחנו יכולים להגיע למצב כזה שאלה המקבלים הכספים כבר לא בחיים, אבל החוק ממשיך להתקיים. וזה אבסורד. אין מעקב, אין קשר עם האנשים האלה, אתה לא יודע מי נהנה מזה, מי לא נהנה, כמה נהנים.

מר בוטון:
אני פשוט רוצה להעמיד כאן פרטים על דיוקס. פקודת הפיצויים לעובדים בוטלה ע"י חוק הביטוח הלאומי וכיום פקודת הפיצויים לעובדים אינה קיימת. החוק לא ממשיך להתקיים, אלא היתה הוראת מעבר בחוק הביטוח הלאומי - סעיף 89 א' - האומרת שהוראותיה של פקודת הפיצויים לעובדים יוסיפו לחול לגבי חבלת גוף ותאונה שארעה תוך כדי עבודה לפני 1 באפריל 54 וכו'.

זאת אומרת, חוק פקודת הפיצויים בוטל, לגבי אותם האנשים רק שהם נפגעו לפני ה-1 באפריל 1954 היא ממשיכה לחול.

היו"ר ש. ארבלי:
אנחנו מדברים רק על אלה שהם נפגעו לפני שהיה חוק הביטוח הלאומי.

מר גולן:
אנחנו מקבלים שאין מקום לצורה המיושנת הזאת, אני רק רוצה בכל זאת להוסיף כמה נימוקים ששוכנענו שעמדתו של המוסד לביטוח לאומי היא נכונה.

נניח שיש יותר מאשר 30-40 מקרים של אנשים שקיבלו פיצוי חד-פעמי מסויים. היום אם אנחנו נחיל את חוק הביטוח הלאומי על כל המקרים שקיבלו הם יגידו שהם קיבלו פעם פיצוי ושזה היה פיצוי נמוך.

היו"ר ש. ארבלי:
אין דבר כזה. נחיל אותו רק על אלה הממשיכים לקבל. כל אלה שקיבלו פיצוי חד-פעמי לא קיימים, גמרו אתם, גם התיקון הזה שאתם מביאים אותו לא חל עליהם בכלל, הוא חל לגבי אלה שממשיכים לקבל את הפיצוי השבועי, רק לגבי אלה. נשאלת השאלה כמה יש כאלה ולגבם צריך לעשות את ההסדר הזה ולהעביר יחד עם המעבידים - לעשות את ההסדר באמצעות הביטוח הלאומי. לא תיקון חוק בביטוח הלאומי ולא תיקון החוק הזה. מה נלך לתקן פה בחוק הזה? אין מקום לתיקון החוק כאן.

ה. זיידל:
יש סיבה נוספת: נניח המעביד גפטר והוא לא יכול יותר לשלם, או הוא לא משלם יותר. רגע שאתם עושים עם המעביד הסדר שהוא מכניס סכום והוא מבטח גם את הסכום הזה, אני חושב שלגבי 2-3 אנשים זה גם אנושי וצריך לעשות זאת. כאן יש כל מיני סעיפים שנוגעים לתשלום חד-פעמי ועניין זה בעצם גמרנו.

ר גולן: לפי אותה פקודת פיצויים לעובדים, מותר לעובד או למעביד להסתדר ביניהם כשבמקום יצוי שבועי נותנים לו מענק חד-פעמי וגומרים אתו, וזה אפשר בכל שלב: א רק בזמן הפציעה, אלא אפילו 10 שנים לאחר הפציעה. אז הקריטריון וא לפי הסכום החד-פעמי הזה, לכן נשאר הסכום הזה.

בהחלט נראית לי העמדה העקרונית של ועדה. הפתרון שנראה לי היום יותר טוב, שאנחנו נשנה את החוק - ועל ה דיברתי עם מר ברק - לפי עקרונות הביטוח הלאומי. זאת אומרת, בביטוח לאומי - עד כמה שאני מכיר - קיימות גימלאות מסוימות שהן צמודות למדד וקר המחיה, שכר ממוצע במשק. אפשר לעשות שינוי חוק, כי מה כתוב בחוק זה? כתוב ששר העבודה רשאי לשנות לפי השינויים. אז אנחנו נשנה, לא ר העבודה ישנה, אלא אוטומטית זה ישתנה בהתאם לשינויים בשכר העבודה ממוצע במשק.

יו"ר ש. ארבלי: אמנם אתה תקל על ועדת העבודה ועל עצמך ולא תצטרך לבוא לכאן כל פעם ואנחנו אשר. אז אתה גם מונע מהם, שבאיחור כל כך רב אתה מעלה להם את הפיצוי שבועי. אבל זה לא פותר את הבעיה באופן יסודי ואני אמרתי לך שלפעמים חוק הזה יכול להמשיך להתקיים ואין מי שימשיך להנות ממנו וזה יהיה גוחך מאד אם נגיע למצב כזה.

. זיידל: מה שאתה אמרת זה לא טוב, ואני חשבתי על זה. אם מוסד ציבורי נותן גימלא או יצויים בהתמדה קבועה, הוא שומר, הוא יודע באופן אוטומטי. מעביד, אם וא צריך לשלם יהיה לכם עבודה ומשפטים, תצטרכו כל פעם לגשת למעביד להוכיח שהנה השכר עלה וכו' - זאת תסבוכת ללא כל צורך.

יו"ר ש. ארבלי: אני מציעה שאנחנו לא נאשר היום את התקנות. אנחנו נחכה עוד שבוע. אני בקש מהמוסד לביטוח לאומי לברר את הסוגיה הזאת חוץ השבוע יחד אתכם להביא לנו הצעה. כך לא נאשר את התקנות. אני חושבת שמוסד יכול למצוא ת הדרך הנאותה להסדיר את העניין הזה, להסדיר את הבעיה הזאת ואל תעשו כם מלאכה קלה בעניין זה.

אנחנו נדחה את העניין הזה לעוד שבוע
תביאו לנו הצעה מוסכמת בעניין הזה.

אנחנו נעבור לנושא הבא: צו בדבר החלפת וח ו'. כאן מביאים לנו את לוח ו' בקשר למענק לידה ואני מתארת לי המדובר פה בעניין האישפוז.

בעקבות העלאת תעריפי האישפוז בבתי חולים הממשלתיים מוצע להעלות את דמי האישפוז ליולדת מסך של 504 ל"י סך של 648 לירות החל מתאריך 15 באפריל 1974.

לפנש שנעבור לסעיפים הייתי מבקשת ממנהלת ענף של ביטוח האמהות, שתתן לנו סקירה קצרה על המצב שישנו כיום. אחר כך נחנו נשמע גם את נציגי משרד הבריאות על המצב של האישפוז. כפי שידוע לי יתה גם הערה של מבקר המדינה בדו"ח האחרון שלו שהתייחס לנושא הזה של אישפוז ואשר הוא מסתמך גם על חוות הדעת שפורסמו בזמנו מהרופאים אשר ובעים שיולדת צריכה להישאר לפחות כך וכך ימים בבית החולים והמציאות יא איננה כל כך משביעה רצון. היחה צריכה להיות גם ועדה שתעקוב ותבדוק הדבר הזה טרם קם.

ל. ברקאי:

אני אבקש לתת סקירה קצרה על המצב שהיה קיים לפני 1972, כשביטוח לאומי שחד עם משרד העבודה, בהסכמים חדשים לאישפוז, שינינו והכנסנו לתוך אישפוז את ענין הפגים, אחרי דיונים רבים יש לומר שהאישפוז של היולדת, כולל יולדת העוברת ניתוח קיסרי, אינקובטור, כל זה כלול בהסכם שנחתם אז (לפני שנתיים).

מה שדנו וביקשנו לבוא בדברים עם משרד הבריאות זה הבטחת מינימום ימי אישפוז אחרי הלידה ולמה הדברים מכוונים. יתכן מאד שהבקשה שלי או המחשבה שלי לא הייתה כל כך מבחינה רפואית, הכנסתי לשם גם את המומנט החברתי וגם את המומנט הנפשי.

יולדת אחרי לידה, כשהכל עובר בשלום, נשלחת למעשה הביתה, אם היא מתקבלת ללידה ב-11:00 בלילה, והכל בבקר עבר בשלום, כעבור 48 שעות. אז אנז אומרת, בואו נבטיח באיזה שהוא אופן, באיזה שהוא הסכם, שיולדת תהיה מינימום אחרי הלידה 3 ימים בבית החולים.

היום, נכון שהסטטיסטיקה מראה שאנחנו בממוצע מחזיקים יולדת כ-4 ימים בבית החולים (זה 3,8). אני בטוחה שהסטטיסטיקה ירדה כי היו ימי מלחמה ו-6 חודשים של מצב חרום, דבר שהשחקף וביקשנו לבדוק מה קורה עם יולדות שנשלחו הביתה אחרי יום. אבל אין אני רוצה להתייחס למצב החרום, אלא מבקשת בהחלט להתייחס למצב רגיל, עמדה רגילה, משפחות מרובות ילדים שאשה הזאת בעצם יש לה שלושה ימי מנוחה יחידים כשהיא בבית החולים.

זאת אולי גם הסיבה שהבאנו את הנושא לדיון באיחור כל כך רב, כי רצינו לקבל ולקשים פגישה טרם בואנו לוועדה עם משרד הבריאות ועם כל הגורמים הנוגעים בדבר.

כאן קיבלנו הסברים - אני לא רוצה להיכנס למספרים, מר רוטר במספרים מתמצא הרבה יותר טוב ממני והוא כאן יתן את ההסבר גם איזה נפל יש על הענף מבחינת תקציב האישפוז.

היום המצב הוא כזה שהיו כמה הצעות של חברים וגם של מבקר המדינה באיזה שהוא שלב, התחשבנות כזאת או אחרת. אני חושבת שההתחשבנות של היום היא מתקבלת על הדעת, אבל הענין של אורך האישפוז בבית החולים מטריד אותי גם כאן וגם כאשה וגם כאשה האחראית על נושא ששמו משפחות מרובות ילדים.

הייתי מאד רוצה שהועדה, שהיו"ר הזכירה אותה - זאת הייתה בהחלט ועדה שהיתה צריכה לקום לא רק בתוך הביטוח הלאומי, אלא מטעם משרד הבריאות - כמובן ועדה משותפת - כי בסה"כ מה ביטוח לאומי יכול לעשות כאן ואפילו יציע ההצעות הנהדרות ביותר. לנו אין שירותים, לנו אין בתי חולים, לנו אין כל אפשרות לממש את ההצעות שלנו אם אנחנו לא נקבל עזרה מגופים האחראים על שירותים. כך שועדה כזאת באם היא תקום, ואני מאד מקווה שהיא תקום בהקדם, אולי תבדוק את כל הנושא של אישפוז, אולי נגיע למסקנות. יתכן שנגיע למסקנות שאין מה לתקן, שהכל בסדר. אבל כדאי שאחרי תקופת זמן מסוימת תקומנה ועדות מסוג זה, כדי לבדוק את עצמן. כי אם אני היום נשאלת מה בדיוק הייתי רוצה, אני אגיד דבר: שלא אנחנו הכתובת. משרד הבריאות אמר שלא הוא הכתובת. לכן הייתי רוצה שלשם החלפת מחשבות בנושא זה תקום ועדה.

יש בעיה של אפליקציה ישירה בנושא של חפקיד האמהות, כי אם במשך הזמן יבוא חוק בריאות ממלכתי, כל הבעיה הזאת של אישפוז גם תימצא את פתרונה. אבל גם אז אולי נבוא ונגיד: הבראה לאמהות. צריכה לקום ועדה כדי לתת את דעתה על זה.

בשנה הזאת היו 93,000 לידות ואנחנו מקווים שאחרי המלחמה כן ירבו, תהיינה הרבה יותר.

גב' טרשטיין: היו 88,956 לידות. עד דצמבר 1973. זה הפרסום האחרון של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מזה 67,188 לידות של נשים יהודיות.

מר רוטר: אנחנו עובדים לפי שנים כספיות ולכן יש הבדל קטן. יש גם הבדלים קטנים מה נחשבת לידה אצלם ומה נחשבת לידה שזכאית לקבל מענק לידה.

גב' ברקאי: בכל אופן, זאת היתה עליה די מכובדת השנה לעומת השנתיים שקדמו לה, כשהיתה מגיפת רובלה, כך הסבירו לנו בפעם הקודמת. אני חושבת שבזה אני למעשה סיימתי את ההסבר המאד מקוצר.

מר רוטר: אני אדבר בקיצור רב על המצב הכספי של ענף אמהות. ההגדלה המוצעת כאן ע"י משרד הבריאות, היא הגדלה מ-504 ל-648. זוהי תוספת של כ-28.5%, תוספת שמחאימה פחות או יותר לגידול השכר הממוצע בחודש. כלומר, בשנה הזו הגידול המבוקש כאן לאישור בחקנה, איננו חורג מהגידול הממוצע בשאר גימלאות המוסד. אבל מי שבוחן את הסעיף הזה בתקציבי המוסד או בדו"ח הכספיים של המוסד, רואה שלאורך תקופה ארוכה, לא רק בשנה האחרונה, הסעיף הזה הוא סעיף שבו חלות התייקרויות חריגות וגדולות יותר מאשר בהרבה סעיפים אחרים. אני עשיתי כאן איזה חישוב קל והשוויתי את הגידול שחל מאז 1955, השנה הראשונה לעבודת המוסד, ועד השנה האחרונה, נימצא שלמשל מענק הציוד לנוולד - החלק האחר של המענק - גדל פי 31-32, סה"כ ההוצאות לסעיף הזה, בעוד שההוצאות שהמוסד נוטל על עצמו כהשתחפות בכיסוי הוצאות אישפוז היולדת עלה פי 41.

זו אולי לא תופעה מיוחדת ואנשי משרד הבריאות בודאי ידעו לספר שהתופעה הזאת קיימת בכל העולם - הוצאות הרפואה עולות, ישנה "התפוצצות" מסויימת בנושאים האלה, טכנולוגיה משתכללת וכך הלאה. על כל פנים, כשבודקים את ההשלכות שיש לענין הזה על תקציבי הענף הזה, ההשלכות די קשות. אנחנו כבר 5-6 שנים נימצאים בגרעון כרוני בענף האמהות כולו כאשר אחד הגורמים זה הגידול המהיר בהוצאות אישפוז יולדות.

אנחנו מנסים להתמודד עם הבעיה הזאת ע"י הגדלת הפרמיות כל תקופה והיום הפרמיה כבר עומדת על 0,8%. היגדלנו את זה לשתי עשירות האחוז ב-1 לאפריל השנה הזאת בענף אמהות, בנוסף להגדלה בחקרה מ-1,500 ל-2,500 ואחרי שעשינו את שני הדברים האלה - כלומר, היגדלנו בשליש את הפרמיה מ-0,6 ל-0,8 והיגדלנו את התיקרה מ-1,500 ל-2,500 - עדיין אנחנו צופים השנה הזו, ונקווה שלא נתבדה, לגרעון של 54 מיליון, משום שההוצאה שלנו כאן היא פונקציה של מספר לידות ואני מקווה שלא נחסוך על חשבון מספר הלידות.

הגרעון המצטבר, כולל הפרשי הצמדה וריבית על הגרעון בענף הזה, כפי שאנחנו רואים אותו לסוף השנה, מתקרב לרבע ביליון לירות. 225 מיליון לירות על ענף שיש לו מחזור. זהו מצב די קשה ואנחנו די הרבה מתלבטים. אנחנו מתלבטים גם משום שמצד אחד יש לחלק מהאנשים המטפלים בזה הרגשה שלא רק שיש גרעון כל כך גדול מצד אחד, אפילו השירותים שניחנים לצד השני אינם משתפרים. לפחות לו

יכולנו להתנחם נחמה פורחא שאנחנו עושים גרעון כדי לתת שירותים הרבה יותר טובים לאוכלוסיה משנה לשנה, אז זו היתה אולי חצי נחמה, אבל יש אנשים המטילים בזה ספק. זו שאלה קשה ואנחנו נצטרך להתמודד אתה, כי הבעיה שלנו היא לא רק מה קורה השנה או בשנה הבאה, אלא לאן כל השרות הזה הולך לזמן ארוך. כי המגמה היא מגמת ארוכת מועד והשאלה לאן הולך היגדלנו בשני פרומילים, נגדיל נניח בשנה הבאה או בעוד שנתיים שוב בעוד שני פרומילים, זה לא יספיק גם כן, בינתיים תמשכנה ההוצאות לגדול ולגדול. כרגע אין לנו הצעה - וזה מה שהוזכר כאן לפני דקות אחרות ע"י גב' ברקאי - שביקשנו מפרופ' פדה, והיזכרנו לו שוב בפגישה האחרונה, שאנחנו רוצים לבדוק מחדש את עצמנו בדיקה יסודית לאן כל העניין הזה הולך, לאן זה מוביל, לטווח ארוך לא רק כפתרון של לסגור גרעון. יש כל מיני דרכים ליפות את המאזן ולהעביר יתרות מענף לענף, אבל לאן כל העניין הזה הולך לזמן ארוך, גם מבחינת טיב השרות לאוכלוסיה - הדבר החשוב ביותר - אבל לא פחות מזה גם מבחינת הנטל, מי נושא בנטל של ההוצאות ההולכות וגדלות בקצב מהיר מאד של השירותים האלה.

כשאני אומר מי נושא בנטל, האם זה צריך להיות מס של ביטוח סוציאלי או של מימון אחר, האם המעמס הזה צריך להיות בנוי בצורה כזו או בצורה אחרת, האם זה צריך להיות חלק של ביטוח בריאות או חלק של ביטוח סוציאלי לטווח ארוך ועוד שאלות כאלה קיימות. לכל התשובות השונות שאפשר לתת לשאלות יש השלכות לגבי הנטל, מי נושא בנטל, איזה שכבות של אוכלוסיה נושאות בנטל, לעומת איזה שכבות נהנות מהשרות.

קשה לתת על הנושא הזה תשובה חטופה כאן ודרושה באמת ועדת מומחים רצינית שתוכל להתפנות לנושא הזה, למשך זמן לא קצר כנראה - אולי חודשים אחדים - ושתוכל להביא איזו שהיא פרוגרמה. ישנן שאלות רבות שדורשות בדיקה ומחשבה ואני חושב שאם ועדה רצינסת המורכבת ממומחים תתישב על המדוכה הזאת היא יכולה, תוך כמה חודשים, להביא איזה שהן מחשבות למה לפתח, לאן למשוך.

אנחנו קיבלנו את הסכמתו של פרופ' פדה, בפגישה האחרונה, להקמת ועדה משותפת כזאת ואני מקווה שהיא תוכל להתחיל לעבוד בקרוב.

מר שרגא:
התחשיב כפי שהוא מוצג בנוי על שלושה מרכיבים: עלות הטיפול ביולדה, עלות הטיפול בילוד ועלות הטיפול בפג. התחשיב במפורש איננו כולל שלושה מרכיבים, הוא איננו כולל את: מרכיב ההשקעות, מרכיב ההצטיידות ומרכיב ההתיקרויות ברפואה הולך וכבד כל הזמן והוא איננו כולל את מרכיב ההתיקרויות השוטפות. אנחנו מדברים על תקציב הלא על הוצאה בפועל. ההוצאה בפועל של תקציב 1973 איננו כולל את מרכיב ההתיקרויות בהפעלה השוטפת של השרות וההפרשים הם מאד ניכרים.

יש לנו נתונים מעודכנים של תנועת היולדות בחודשים ינואר-אוגוסט 1973 - ואני מוסר במכוון על חודשים שלא מושפעים מהשינויים שחלו כתוצאה מהמלחמה במערכת האישפוז. לפי נתונים אלה התפוסה, שהייה הממוצעת של יולדות במחלקות היתה 4.02. הסטטיסטיקה אצלנו מתנהלת קלנדרית בניגוד לתקציבים שהם בנויים לפי שנת התקציב. שהייה הממוצעת של הפגים באותה תקופה היתה 24.7 ימים. יש ירידה לא משמעותית לעומת שנים קודמות בשהייה של פגים.

העלות הצפויה הריאלית בשנה זאת, ב-1974, היא הרבה יותר גבוהה מאשר אותם 648 ימים שהם תרגום של 4 ימים לפי הנוסחה הישנה, של 80% מ-5 ימים. אנחנו מעריכים שהעלות הריאלית, לא כולל השקעות והצטיידות, תעלה על 800 לירות. זאת אומרת, אני מבין שיש

איזה חשבון במקרו שהוא נוגע למצב האקטואלי של המוסד לביטוח לאומי או כפי שהגדירו את זה, לגרעונות עם ישראל. יש מצב במיקרו שנוגע באפשרות שלנו להפעיל שירותים אד-הוק, יום-יום.

יש לי עוד הערה אחת: אכן יש נכונות לקיים ועדה כזאת, בצורך לקיים ועדה כזאת, כדי לבחון שני נושאים: אבל צריך לדעת שיש פה עליה וקוץ בה. צריך לבחון את נושא האישפוז וצריך לבחון את האלטרנטיבות של האישפוז ע"י יצירת שירותים קהילתיים. צריך רק לזכור שכל זמן שלא יצרנו את השירותים הקהילתיים המשלימים, אז אפשר רק לדבר ואי אפשר לעבור מהשיטה הקיימת. אין לנו במה להחליט. צריך לתת שירותים קהילתיים באותם מקרים בהם יש או שהייה מקוצרת של יולדת, כאשר מצבה מאפשר זאת, או כאשר יש טעמים סוציאליים- חברתיים-רפואיים המחייבים-מצדיקים את אספקת השירותים הקהילתיים.

אולי כדאי בהזדמנות הזאת לבקש, להזמין את הועדה, לראות כיצד נראית בימים אלה מחלקת יולדות מודרנית, כזאת כפי שאנחנו רוצים שתימצא בכל בתי החולים והיא תהיה כזאת בכל אותם בתי חולים רבים חדשים שנימצאים היום בתהליך של בניה. מרכיב ההצטיידות, הרווחה והנוחות הוא לאין ערוך שונה, אחר, מכפי הדימוי הזה של בתי יולדות בנוסח רחובות משנים עברו.

ל. דיציאן:
אני עברתי על חומר וראיתי שהשהות בבתי חולים של יולדות הוא בשינויים גדולים בין איזור לאיזור. כך נראה שבירושלים, למשל, השהות הממוצעת היא 6 ימים ובמקומות אחרים הרבה יותר נמוך. ממה זה נובע? זה משפיע בעקיפין על הממוצע הארצי. זאת אומרת, שבמקומות כמו בקריה בתל-אביב אולי יצא שזה 4,2 או 3,8.

מר שרגא:
פרט לשני מקומות שהם חריגים, שטעוניהם בדיקה, אני חושב שאני יכול לנחש את התשובה, אבל אני מניח שד"ר פדה יודע אותה ולכן הוא בודאי יתייחס אליה.

אני רוצה להשמיע באזני חברי הועדה מהי השהייה, באילו בתי חולים, ואני שוב מתייחס לתקופה ינואר-אוגוסט 1973:
שיבא, תל-השומר - 5.11; אסף הרופא - 4,38; רמב"ם, חיפה - 3,72;
דנולו, יפו - 4,44; נהריה - 3,86; ברזילי, אשקלון - 4,90; הלל יפה
חדרה - 4,36; פוריה - 4,98; צפת - 4,95; העיר העתיקה, ירושלים -
2,05 - אבל כאן יש במה לנמק. אני מפריק פה בין הסקטור היהודי לבין
בתי החולים האחרים, אלה שירשנו בעיר העתיקה. יולדות, תל-אביב, הקריה -
4,43; רוטשילד, חיפה - 4,28; משגב לדרך, ירושלים - 5,42; בילינסון -
4,51; סורוקה, ב"ש - 4,07; מאיר כפר סבא (זה אחד משני החריגים
הבולטים) - 2,86; מרכזי לעמק - 4,69; קפלן (זהו החריג השני בישוב
היהודי) - 2,05; השרון - 4,09; יוספטל, אילת - 4,51; הדסה, ירושלים -
5,07; שערי צדק - 4,45; ביקור חולים - 4,61; אסותא, תל-אביב - 4,45;
ד"ר בטר, חיפה - 3,86; אלישע, חיפה - 3,97; מרכז הבריאות קריית-
שמונה - 3,97; מרכז הבריאות, בקעה-אל-גרדיה - 3,90.

זאת אומרת, במסגרת המוסדות שלנו יש חריגים בולטים. נדמה לי שזה טעון בדיקה ממש, אבל נדמה לי שמכלל לאו של השניים אפשר להסיק את ההזן. מהי השהייה הממוצעת המוסכמת, בודאי יש מעין קונצנזוס לגבי השהייה. אני אינני אומר שהוא בודק, אינני אומר שאין מקום לבחינה נוספת, מחודשת, אקטואלית, משותפת, אבל יש איזה קונצנזוס שהוא נובע מהנתונים האלה. יש פה שני חריגים הטעוניהם בדיקה.

ל. דיציאן:

האם בחישוב הזה נחשב מאותו רגע שהיולדת
מתקבלת לבית החולים?

היו"ר ש. ארבלי:

כחוב, היום שהיא מתקבלת והיום שהיא יוצאת.

ל. דיציאן:

לפעמים יש הבדל של 24 שעות בין כניסתה
לבין הלידה ממש, אז ממה החישוב?

מר שרגא:

התחשיב הוא נטו. היא מתקבלת בצהרי היום,
התחשיב הוא עד צהרי היום. אם היא מתקבלת
בלילה, זה מהלילה, לא הלידה קובעת אלא הכניסה.

היו"ר ש. ארבלי:

יש הבדל אם הולד הוא בן או בת, מבחינת
השהייה? קשור לבריחה?

גב' טרשטיין:

בעבר היה הבדל. הרבה בתי חולים החזיקו
יולדת עם הילוד עד לבריחה. בזה חל שינוי
גדול ואנחנו מתוך תלונות שקיבלנו - באמצעות סקר שאנחנו עושים והמדובר
לא בכל הארץ - ראינו שיש הבדל בין השהייה של בנים ובנות, כי יש אמנם
יולדות שרוצות לערוך את ברית המילה בבית החולים, אז היולדת חוזרת
הביתה ותוזרים עם הילוד לבית החולים לבריחה המילה.

היו"ר ש. ארבלי:

האם ידועים לכם מקרים שהיו סיבוכים כלשהם
לגבי יולדת שנשלחה הביתה.

פרופ' פדה:

לי לא ידוע על מקרים כאלה, יכול להיות גם
מקרה שהיולדת נשארת יותר בבית החולים ואז
יכולים להיות סיבוכים. אבל סיבוכים של ממש, שהם ימשכו חשומת לב, שכתוצאה
של שליחה הביתה, לא היו, לא ידוע לי על אף מקרה אחד.

פ. גרופר:

איך זה בארצות המערב?

פרופ' פדה:

אני לא כל כך בקי. בארצות המערב, אם נלקח
למשל את אנגליה, שם יש נטיה ללדת בבית
בעזרת מיילדת, רק חלק קטן מכל היולדות באות לבית החולים. הכניסה לבית
החולים זה החידוש שם, כי למעשה הדרך הרגילה היא לידה בבית.

גב' טרשטיין:

בהולנד, למשל, כמעט רוב הלידות הן בבית
ובכל זאת יש תמותה נמוכה מאד של יולדות
ושל ילודים, אז קשה מאד מזה להקיש מסקנה. אם אתם מעוניינים בשאלה זו,
על זה יש ספרות ואפשר לרכז את הספרות. בעולם חל שינוי גדול בקשר
לאורך האישפוז של יולדות בשנים האחרונות, בכיוון של קיצור, מסיבות
גם רפואיות ושאלות של התפתחות של הילוד.

ר שרגא:

אנחנו מנסים עכשיו לעבור לשישה של רישום מרכזי של יולדות על בסיס זורי, גם משום שאנחנו עוברים יותר ויותר למבנה אזורי של שרות וגם שום שזאת גם אפשרות טובה יותר - ואם לשפוט על פי הנסיון הקצר, אכן הנותן - של ניצול נכון יותר של המיטות, גם בשל היוקר, גם בשל נוחות אוכלוסייה המקבלת שרות.

יש לזה בעצם תשובה עקיפה לנושא של הקורה אם יש הסתבכויות. זאת אומרת, רצף השרות כפי שהוא קיים, השרות מונע שנכנס מיד לתמונה עם שובה של האם הביתה, והעובדה שהשרות המונע דל להיות רק שרות לטיפול באם ובתינוק, אלא הוא יותר ויותר נהיה שרות טיפול במשפחה - יש בזה לפחות תשובה חלקית לאותם מרכיבים של סיבוכים, לפתרון בעיות סוציאליות, של הזעקת גורמי קהילה כאשר צריך לפתור עיות. במפורש זאת לא תשובה שלימה, יש בה נסיון לראיה כוללת ולראיה לפתירת הבעיה.

ב' טרשטיין:

השרותים היום - גם הארציים וגם האזוריים - הם שרותים סלקטיביים אנחנו רואים בטיפול ביולדת שרות שצריך להקיף את האוכלוסייה כולה ואנחנו ארוצים שרק אנשים הזקוקים לחמיכה יקבלו זאת. כדי להגיע למדינת ווחה, גם שרותי הסעד ישתנו ויהפכו לשירותים אוניברסליים כמו בחינוך בבריאות.

אני מוכרחה להגיד שאני הייתי כבר משרד הבריאות כשהיו הדפונים על חוק ביטוח אמהות. אז הבעיה שעמדה פני המחוקקים - בזה בעצם שום דבר לא השתנה - שהבעיה היא שמירה על חי יולדת ועל שלומה הגופני, זה היה דבר אחד, ושמירה על בריאות הילוד. לו היו שתי הבעיות. הביטוח הלאומי הוא לשם חיי היולדת ושלום הילוד, א לשם חופשה ומנוחה. זה היה באותם ימים שהיתה לנו עליה המונית עמדנו בפני בעיות חמורות שהאישפוז של יולדות ירד בצורה מתרידה והיו נו הרבה בעיות בריאות. זה היה המכוון אותנו.

נכון הוא, מצד השני לקחנו בחשבון רבה אספקטים בריאותיים חשובים הקשורים לבריאות הילוד ולבריאות יולדת. למשל, ניסינו במשרד הבריאות אישפוז בתקופה ממושכת ואיך לממן ת הדברים. במשך שלוש שנים ניסינו את החיסון של יולדת שהיא אר.איג' לילי ושיש לה ילוד עם אר.איג'. חיובי. ההשקעה הכספית היתה כל כך מוכה בתוך סה"כ של אישפוז היולדת שהיה מגותך לתת למשרד הבריאות תקציב חוד כדי לחלק את זה בבחי החולים השונים. זה הלך באופן שיטתי, באופן גיוני עם הבעיה הזאת.

אני רוצה להתייחס לשאלה שהתעוררה שהיא נראית לי שאלה מאד חשובה: האם נקבע כאן שאין שיפור בשירותים. ייתי רוצה שפרופ' פדה יספר אחר כך על השיפור במחלקות יולדות, במיכשור בדאגה, מה היו ההשקעות. יש כלים בודדים בהם אפשר למדוד שיפור. כשנשאל רבה יולדות יכולים לקבל תשובות שהם מתייחסים לציפיות היולדת - אחת ומרת שהיה מצויין, אחת אומרת שלא, שיש צפיפות וכו'. אבל המודדים ארבייקטיביים, מי הם? הצלת חיי יולדת והצלת חיי תינוקות. אין לנו יבטים יותר נכונים מאשר שיעור תמותת היולדת, איך שיעור זה ירד במשך שנים מאז הונהג החוק עד היום ובאיזו מידה ירדנו בתמותת התינוקות ואני א רוצה להגיד שבזה הגענו לשיא ואין לנו מה לעשות.

אני יכולה להגיד שבקשר לשמירה על יי היולדת הגענו לשיעור יפה מאד. על כל מספר הלידות היהודיות בשנת 197 היו 14 מקרי פטירה הקשורות לזיון ולידה, וזה נותן שיעור של 0,1 על 1,000 לידות, לידות יהודיות. בלידות לא יהודיות היו בסה"כ 6 קרים והשיעור על 1,000 לידות היה 0,29.

אם אני אקח להשוואה מדינות
מחקדמות מערביות, השיעור באותה שנה היה בשוויצריה למשל 0.3 על 1,000
לידות. בהולנד השיעור היה יותר נמוך, 0.12. אני מביאה זאת כדי
להראות שאנחנו ללא שום ספק באישפוז של יולדות הגענו לרמה מאד נמוכה
של פטירת יולדות.

לגבי תמותת תינוקות, בשנת 1973,

על 1,000 לידות היו 17 יהודיות. לידות לא יהודיות, גם כאן היחה
ירידה גדולה מאד ואני מביאה זאת כדי להראות שהיה שיפור גדול, ללא
כל ספק אם גם יש עלינו לעשות עוד הרבה מאד. בשנת 1950, שיעור
פטירת יולדות על 1,000 לידות היה בישראל 0.96; בשנת 1955 היה 0.73.
זאת ירידה עצומה. אם לבדוק לפי המספרים אנחנו יכולים להגיד שהיה
שיפור גדול מאד וזה לא קשור בציפיות היולדת, אם היא מרוצה, יש לה
שקט, יש אוכל טוב, יש יחס טוב, אלא אלה הם מודדים אובייקטיביים מה
השגנו. אנחנו בשטח זה.

מר רוטר:

אני לא יודע אם זה כדאי, אם
הועדה מעוניינת להיכנס עכשיו לדיון

הזה. אני לא מקבל את על ההערות ששמענו כאן כהמלצות, אבל אני חושב
שהדרך הקונסטרוקטיבית היא לא להיכנס כאן לדיון אלא לקבוע ועדה שתבדוק
את העניין. אני לא בטוח שהמודדים האלה הם המודדים היחידים לגבי טיב
השרות שמקבלת היולדת, אם כי ברור שיש לזה חשיבות מכרעת, אני לא מזלזל,
אבל ראינו שגם בארץ כמו הולנד או בארצות אחרות ניתן היה להגיע לירידה
תלולה מאד בשיעורי תמותה. גם הולנד, ודאי לפני 50 שנה או 100 שנה
היתה לה היסטוריה אחרת, כך שזה לא בלעדי.

אתם בעצמכם הראיתם לנו שאפשר
להגיע לירידה תלולה בשיעורי תמותת יולדות וילודים כך בטכניקות של
לא אישפוז ממושך ולא ברור שאורך האישפוז תורם דווקא לעניין הזה. זאת
אומרת שיש גם בעיות אחרות שכדאי לבדוק אותן, אבל אני חושב שמוקדם
היום לעשות זאת ואני חושב שזה דורש בדיקה מקצועית שיטתית ואני מציע
שהיא תעשה. בעצם כבר יש הסכם בין המשרדים בעניין הזה.

ה. זיידל:

אני חושב שהנושא הזה הוא אחד
הנושאים המרכזיים של חיינו ויש

רק להצטרף שבגלל סיבות פרלמנטריות דחופות אנחנו נימצאים מתי מעט, כי
ישנן כל הזמן הצבעות בוועדות הכספיים וכו' ואני יכול רק להציע הצעה
קונסטרוקטיבית שאנחנו את הדיון הזה נקיים כשכלם יהיו, כי אני מרשה
לעצמי להגיד שהעלו כאן שלושה נושאים, דרך אגב, כשאנחנו דנים על מענקי
לידה: עידוד הילודה, שזה קשור כמובן במענקי לידה. יש בעיה של דאגה
ליולדות וטיב השרות, יש בעיה של טיב האישפוז ליולדות.

אני רוצה לציין בסיפוק שמהדין

וחשבון שהיום שמעתי, אפשר להתרשם - אני כחבר הועדה התרשמתי מהדברים
שנאמרו כאן ע"י נציגי משרד הבריאות, שנעשו מאמצים גדולים להעלות את
רמת האישפוז ודאגה ליולדת.

אבל הבעיה המרכזית עומדת בפנינו

שבזמן הקרוב ועדה אחרת תתחיל לדון בחוק ביטוח בריאות, האם כל הנושא
של ביטוח אמהות לא צריך לעבור במסגרת של חוק ביטוח בריאות. אני לא
מכיר את החוק - אני עכשיו לא זוכר אותו - בכל אופן דומני, שרק ע"י
זה שאנחנו מדי פעם בפעם נדון אך ורק בתוספות של מענקי לידה, בצורה
כזאת כפי שהיום זה הובא, אני לא בטוח אם אנחנו נוכל לפתור את הבעיה
המרכזית המעיקה על כל הציבור בישראל. אנחנו שמענו היום ממר רוטר, בצדק,
שמאין הם יקחו גם לכסות גרעונות. בינתיים מעבירים מענף לענף - יש

זנפים שהפרשות הן יותר גדולות וכן יש עודף. יש ענפים שהפרשות הן יותר קטנות. לכן אני יכול רק להביע דעה, לגבי הצעת חוק, זה מאד נראה לי שצריכים להעלות מענקי לידה, ואת האישפוז. ולהתאים את התשלומים בכלל לרמת החיים מצד אחד ומאידך לעידוד ילודה. אבל יחד עם זאת הייתי מאד מבקש גם ממשרד הבריאות וגם מביטוח לאומי, להקים את הועדה בהקדם, אותה אני מחשיב מאד כי הועדה תיכנס לעובי הקורה של ביטוח אמהות ואני יודע שגב' ברקאי עושה עבודה טובה מאד. אני חושב שהועדה הזו שתקום צריכה להגיש דין וחשבוץ בהקדם, תוך חודש-חודשיים-שלושה חודשים, אינני יודע איזו ועדה, יתכן שועדה משותפת של ועדה לשרותים וועדת העבודה כי זה קשור גם עם משרד הבריאות וגם עם ביטוח לאומי, ואנחנו נדון בכל זנושא שהייתי נותן לזה כותרת: עידוד הילודה במדינת ישראל.

אני רוצה לסכם ולהגיד את עמדתי, אני רואה את הנושא הזה, כפי שנאמר, כנושא חשוב מאד ואני מאד תומך בהצעת חוק ובתיקון להעלות גם את דמי האישפוז וגם מענקי לידה.

ג. גרופר: אני מבין שפה מדובר על שני חלקים:

על רמת אישפוז יותר טובה, איך לקדם את כל הנושא הזה בצורות שונות. החשוב ביותר שבאים ואומרים לנו שחסר כסף לקיים, עוד בלי כל השינויים בהם אנחנו רוצים וזוהי הנקודה, אני חושב.

הרי אנחנו רוצים מה שיותר מפותח, מה שיותר יפה ומה שיותר טוב, ואתם באים ואומרים שחסר לכם כסף גם למצב של היום. זה קצת מוזר בעיני, מפני שבאמת - זה לא שייך לכם ישירות, אולי זה שייך לממשלה - הרי הדבר הכי חשוב והכי מקודש הייתי אומר, זו העליה הפנימית. אנחנו בשבטל עליית חוץ מגייסים מיליארדים ולהביא עולה חדש אלינו זה בבת-עינינו וכשמגיעים לעליה הפנימית, שזה אצלנו במדינה, צריך רק פה לעשות מה שיותר - ואני לא רוצה לדבר על מה שח"כ זיידל דיבר - אני מדבר בינתיים על הנושא עצמו - כאן, אנחנו צריכים לשמוע שחסר כסף, אנחנו צריכים לשמוע שאפשר עוד להעלות את הרמה, אפשר עוד לשפר ואנחנו צריכים לשמוע שעד היום אתם, לשאלת ביניים, אמרתם שאין לכם חכמית.

אני חושב שזה דבר ראשון במעלה. צריך להקים את הועדה שאתם מדברים עליה במהירות נמרצת, שלא יהיה לנו עוד זעם ונעמוד בעוד כמה חודשים ונגיד שאנחנו לא יודעים מה שאנחנו רוצים. אני חושב שאנחנו, ועדת העבודה, צריכים קודם כל לדעת מה אתם רוצים, מה אתם מציעים בכדי שיהיה טוב יותר מאשר עכשיו וכשאתם תבואו אלינו עם מה שאתם רוצים, אנחנו ניתן את כל העזרה, ללא ויכוח. יהיה רק ויכוח אולי על הדרך, אם הדרך תהיה כזו או הדרך תהיה אחרת, אנחנו ברור שנעזור לכם.

זינו"ר ש. ארבל: הויכוח איננו על לאשר או לא לאשר,

איש לא מעלה על דעתו לא לאשר. אני מתפלא על ח"כ זיידל - אנחנו אף פעם לא נוכל לדון בנושא כשיהיה פורום מלא של כל חברי הועדה. יש פרטיכל, רושמים את הדברים, מי שרוצה לעיין מעיין בו, אם הנושא הוא חשוב לו ומעניין אותו. אנחנו קיימנו בזמנו דיון ושמענו גם אז דברים חשובים מאד מפרופ' פדה וגם אז הוצע שתהיה איזו ועדה שתבדוק את כל הנושא הזה. אני רוצה להפנות תשומת לב פרופ' פדה שגם בדו"ח מבקר המדינה יש ביקורת על העניין הזה שזה לא כוצע ושזה לא קם - אני לא יודעת אם אתה ראתה את הפרק הזה בדו"ח מבקר המדינה - הוא מתייחס לאישפוז, זה דבר הנוגע בכל זאת לכם כמשרד הבריאות. זה אמנם לא בפרק של משרד הבריאות, אלא של ביטוח לאומי, אבל הוא מתייחס לעניין הזה של האישפוז והוא מצליח את עניין הועדה שהיתה צריכה לקום ואני מתארת לי שועדה שהיא על סהרת הביטוח הלאומי לא תהיה יעילה ולא תהיה טובה ולא תתן דבר שאנחנו רוצים ממנה. זו צריכה להיות ועדה

משותפת ומורכבת מהמומחים שאתם מכירים אותם, שהם מריכים להוות את הועדה הזאת יחד עם הביטוח הלאומי. הועדה צריכה לבדוק את כל הנושא הזה של טיב השרות, שהות היולדות והצורה בכלל, אם זה טוב בבית החולים, אולי צריך למצוא שיטה אחרת וצורה אחרת יותר יעילה, יותר זולה. אינני יודעת. צריך להשוות את הנוהג בארצות אחרות, כיצד התקדמות הרפואה. כל הדבר הזה לא יכול להעשות אלא בצורה של בדיקה יסודית וזה צריך להעשות.

בקשחנו היא אליך, פרופ' פדה, אנחנו נשמע קצת בכל זאת על הדברים והשיפורים שאתם הסכנסתם בתקופה הזאת ואני בטוחה שזה סייע, בלי שום ספק, להורדת אחוז התמותה גם בקרב היולדות וגם בקרב היולדים. אבל עדיין ישנה התמרמרות קשה ורבה אצל חלקים רבים מהאוכלוסייה, אצל היולדות בעיקר, על חוסר תשומת הלב ועל התזונה שלא מספיקה וגם על האוכל שניתן ועל הטיפול וכל הכרוך בכך. יכול להיות שבבית חולים אחד זה שונה מאשר בבית חולים אחר, אבל עדיין ההתמרמרות קיימת ואנחנו היינו מאד רוצים לשמוע על השיפורים שאתם היכנסתם ועל השיפורים שאתם עתידים להכניס מבחינת הדברים הקונקרטיים הללו, אשר ודאי השפעתם איננה ישירה על התמותה או לא התמותה אלא יש לה השפעה על החזרת כח היולדת לאחר הלידה והחלמתה המהירה וכל הדבר הזה. עד שנגיע ליום בו היולדת תוכל לזכות בחופש והבראה לאחר הלידה, אנחנו רחוקים רחוקים ממילוי הדרישות הללו, בגלל כל מיני סיבות ולא רק סיבות תקציביות בכלל.

אנחנו רוצים לשמוע ממך גם על תהליך הרכבת הועדה ומתי אתם חושבים להרכיב אותה, מתי היא תתחיל בפעולה שלה ומה היעדים שאתם בכל זאת תציבו בפניה.

מדברים כאן על עידוד הילודה - כאן הנושא איננו קשור כל כך ישירות עם ענין עידוד הילודה, אבל אני הייתי קושרת את כל הענין הזה, אם אתם כמשרד הבריאות ואתם כביטוח לאומי, האם אתם לא סבורים שצריכה להעשות פעולה? עידוד ילודה בודאי שכך, אבל אצל מי וכו'. כל הנושא הזה של תכנון המשפחה אני רוצה שיהיו ילדים במשפחה, בהחלט, יותר מ-2, יותר מ-3, יותר מ-4 - האם אתם לא חושבים שיש לפעול בכיוון הזה גם במקשר הזה, גם במסגרת הזאת, גם בהקצאת סכומים מסויימים? היכן אנחנו עומדים בתחום הזה? אמנם התחום איננו נוגע ישירות לנושא עליו אנחנו דנים, אבל בעקיפין אני חושבת שיש לו קשר והייתי מאד מאד רוצה לשמוע מה בדעתו של משרד הבריאות, האם הוא מטפל בנושא הזה, מה עושה הביטוח הלאומי בנושא הזה מבחינה של יעוץ והכוונה לחיי המשפחה, תכנון הילודה, תכנון המשפחה.

אין לי ספק שכל הענין הזה של האישפוז יהיה קשור בחוק ביטוח בריאות שיתקבל, אבל אני עוד לא יודעת אם הוא הולך להתקבל מחר, ולא בעוד שנה, ומתי הוא יתקבל אם יתקבל, אם האופוזיציה חתך שהענין ילך חלק בועדה לשירותים ציבוריים, אני לא יודעת אל התקדמות הדיונים. אז הייתי גם מבקשת לשמוע מה ההשלכות שיכולות להיות בעתיד, כתוצאה מהענין הזה של ביטוח בריאות, כשיתקבל, אם כל ענין האישפוז יעבור לשם או לא יעבור, האם זה ישא 4 במסגרת ביטוח אמהות בנפרד או לא ישאר. בכל אופן, זה חשוב מאד.

פרופ' פדה: בקשר לועדה, אני יכול להגיד בקיצור,

שיש בינינו הסכמה להקים אותה.

אנחנו עוד לא ישבנו על קביעת הנקודות, אבל אנחנו יודעים מה הן הנקודות שאנחנו צריכים לבדוק. עוד לא דיברנו על הרכב הועדה, לא על מועד סיום עבודתה - לא על התחלתה - מאשר שמעתי כאן, תחילת עבודתה של הועדה תהיה במהרה. אנחנו עוד לא עיבדנו את ההנחיות לועדה הזאת מה וכיצד היא תבדוק, היא תצטרך להיכנס לעובי כל הבעיות אשר התעוררו.

האם אפשר להגיד שתוך חודש הועדה
הזאת תורכב ותקבל מינוי?

היו"ר ש. ארבלי:

תוך חודש זה יכול להיות. אני
אינני יכול להגיד מתי היא תסיים

פרופ' פדה:

את העבודה, זה תלוי בהיקף הבעיות.

רשמנו בפנינו שתוך חודש תוקם
הועדה. היינו מבקשים שבועדה

היו"ר ש. ארבלי:

תהיה סתם נציגות של יולדות. לא כמומחיות, לא כרופאות.

אני חושב שבקשר לתכנון המשפחה
ד"ר טרשטיין תוכל לתת תמונה

פרופ' פדה:

יותר רחבה, מכיוון שהיא משתתפת באופן פעיל בתוך כל אותם הגופים
העוסקים בנושא הזה. אני חושב שתכנון המשפחה, כללית, אפשר להגיד
שזה לא נוגע לנו כל כך ישירות, אבל זה אחד הבעיות אשר אנחנו באמת
דנים בה וזה לא פשוט. אילו זה היה פשוט, כפי שאנחנו רואים זאת
אצל הגויים, היינו ודאי נימצאים בתוך תכנון המשפחה, מכיוון שאצלם
הבעיה היא פשוטה: לצמצם את הילודה. אצלנו, תכנון המשפחה, צריך
להיות בכמה וכמה כיוונים: שתהיה מצד אחד עידוד של ילודה, מצד שני
צמצום וזה לא פשוט.

אני רוצה להתייחס בראש וראשונה,

ובעיקר, מסביב לנושאים האלה של היולדת והלידה. לא כל כך האישפוז.
אני אומר את גימתי האישית. אני אינני מחשיב כל כך את האישפוז, יש
לזה חשיבות עצומה מבחינה זו שבמשך הימים אשר היולדת נימצאת, וביחוד
התינוק נימצא, הכוחות המקצועיים יכולים לעקוב אחריה ולראות מה כשיר,
מה צריך טיפול ומה צריך התערבות. הבעיה היא, מה שאנחנו קוראים,
טיפול סביב הלידה וזה מושג מאד רחב. הוא מתחיל למעשה באשה ההרה -
צריך לעקוב אחריה וביחוד בחודשים האחרונים של ההריון. כאשר אנחנו
ממיינים ומתייחסים במיוחד גם למה שאנחנו קוראים הריון בסיכון גבוה.

מסתבר שאנחנו בעבר היינו

מפסידים הרבה מאד ילודים או תמותה בגלל מחלה כלשהי אצל היולדת, או
במשפחה - בין מחלה תורשתית או נרכשת - אם אני אזכיר למשל אשה הרה
החולה במחלת סוכר, זאת סכנה לה ולעובר, סכנה מאד קשה. פעם היינו
חמיד במצב של חרדה כאשר העוברים האלה הם מאד גדולים, הלידה מאד קשה
ואחר כך באות כל מיני צרות הנובעות מהמחלה הזאת.

כיום אנחנו נימצאים במצב

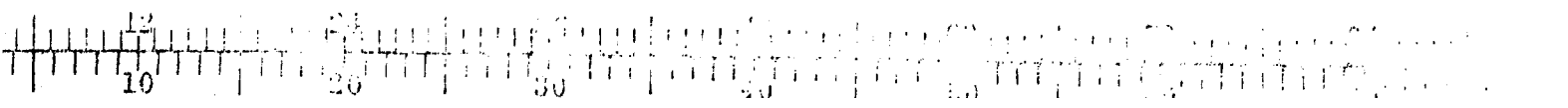
שאנחנו יכולים להתערב התערבות ממשית על מנת שיהיה טוב לשניהם. ישנם
מקרים שאנחנו מבצעים ניתוח קיסרי בחודש השביעי להריון, אף על פי
שלאורה אין כאן כל סיבה, אבל סיבות רפואיות מכתובות את ההתנהגות.

אנחנו שוכחים דבר אחד - ודומני

שכבר בשנה שעברה שהופענו בפני ועדת העבודה כבר היזכרתי זאת - יש לנו
מספר לא מועט של ילדים היוצאים מקופחים לאחר הלידה: מפגרים, לא פיגור
מאד מתקדם או עמוק, יש להם מומים שונים גופניים - לא כל כך קשים,
אבל הם מקופחים ועוד כהנה וכהנה. ואתה מתפלא, מה היתה הסיבה. והעת
הסתבר - וזה אחד ההישגים בעצם הנובעים מתוך התנהגות נכונה בזמן
הלידה ומעקב אחריה - שילדים, כאשר בזמן הלידה ישנו סדר של העובר,
גורם אי-ספיקת חמצן למח של הילד שהוא יצא מקופח, שהוא יצא מפגר וכו'.

ע"י פעולה נכונה, מניעת סבל של

העובר, התערבות נכונה ובזמן ומהירה, על-מנת לסיים את הלידה, יכול
לגרום לנו שאנחנו נמנע מספר עצום של ילדים אשר הם אחר כך מקופחים.



זה נימוק אחד אשר אנחנו חייבים להביא אותו בחשבון כשאנחנו עוסקים בנושא הזה. זה קריטריון אשר כרגע למשל אני יכול להוכיח אותו, יגיע זמן כאשר כל מערכת שאנחנו מתכננים תפעל, ואז נוכל אפילו להצביע באצבע שדברים כאלה וכאלה אנחנו מנענו. למשל, אם אני אקח את הנשים שיש להן דיאבטיס, שמנענו מהן למשל קשים וצרות וגם מהילדים. יש למשל, אחת הבעיות, שאם האם היא דיאבטיט, בזמן ההריון יכול להסתבר שהיא צריכה פחות אינסולין, כי היא חיה על חשבון העובר שלה, והעובר שלה, בגלל זה שיש דרישה לאינסולין, דווקא האבר שהוא יוצר את האינסולין יוצר אותו המון. כאשר מנתקים אותו מהרחם של אמו, לפתע פתאום הגוף שלו מוצף לאינסולין והוא נכנס במצב של חוסר סוכר. זאת אחת הסכנות שבעבר לא ידענו זאת ושהיו גם מקרי מוות וכו'.

יש כאן המון בעיות רפואיות

שהן באמת דורשות התעמקות. כל זה דורש שיהיה טיפול מסביב לילודת. טיפול בתוך חדר לידה, טיפול בתוך מחלקת היולדות.

בבתי חולים גדולים היוזמה של

הרופאים היא מאלצת, בו בזמן שבבתי חולים קטנים היוזמה היא לא כל כך מפותחת או לא כל כך קיימת ואז אנחנו צריכים לבוא אליהם. אבל עם הזמן זה יבוא.

יש עוד בעיה הקשורה עם ההריון -

אם אנחנו מקיימים יעוץ גינטי, שמירה על כך שזוגות אשר יש להם מחלות גינטיות וחלק מהעוברים שלהם או מהצאצאים שלהם יסבלו מהמחלה הגינטית הזאת - יש מספר גדול של מחלות שאנחנו יכולים לקבוע אותם בזמן ההריון ואפילו להתערב, אם זה יהיה נגיד עובר שהוא לא יהיה מסוגל לחיות או ימות תיכף אחרי הלידה, אנחנו יכולים להתערב ולהשאיר את אותם העוברים שיש להם זכות קיום או יכולת קיום. כאן ישנן בעיות רפואיות גינטיות גדולות, אשר אנחנו יכולים בהחלט להשפיע ולמנוע תמותה, לידת ילדים אשר הם יהיו מקופחים, אשר כפי שקודם היסברתי זה קריטריון נוסף.

מה תהיה המערכת הזאת? המערכת

הזאת, כפי שאנחנו מתכננים אותה, ואנחנו אומרים היום שמחלקת הילדים הקיימת בבתי החולים השתנתה, כי אם אנחנו נכנסים למחלקת ילדים ורואים מה הן המחלות שם, אלה הן אינן אותן המחלות החריפות של הינקות והילדות אשר תמיד גרמו לחרדה עצומה, המחלות האלה כמעט שאינן. היום יש לנו מחלות דגנרטיביות שונות, מחלות של פיגור גופני ונפשי, מחלות תורשתיות שונות וכך הלאה, אשר הן לא כל כך צריכות את המחלקה. הן יותר צריכות כל מה שאנחנו נבנה מסביב למחלקה.

המערכת הזאת תעסוק בכל מה שנוגע

לאשה ההרה, בכל מה שנוגע ללידה עצמה וסמוך ללידה, בכל מה שנוגע לטיפול ביונק - זאת אומרת בילוד - אם נצליח להגיע, נצליח להגיע לידי קידום רב עד מאד שילדים, פגים במשקל נמוך וכך הלאה, אשר הם יוולדו ואנחנו נוכל דרך יחידות מיוחדות לטיפול נמרץ להוציא אותם מתוך המצב הקשה, אז הם ישארו בחיים, ואחר כך בהתפתחות הילד. זאת אומרת, מרכזים אשר יעסקו בהתפתחות הילד.

כל המערכת הזאת היא למעשה לא

כל כך קונבנציונאלית כפי שראינו אותה עד היום, אלא היא לגמרי על בסיס אחר, בכיוון אחר, בהדגשים אחרים ובמשאבים אחרים. זאת אומרת, כל חלוקת המשאבים תצטרך להיות שונה.

אנחנו כבר בארץ עומדים במספר לא

קטן של יחידות כאלה. ד"ר טרשטיין היא מרכזת ועדה אשר עוסקת בתכנון תכנית אב ארצית לגבי טיפול נמרץ בילודים, בהתפתחות הילד. יש לנו איזו תכנית לגבי טיפול נמרץ בילדים והוחלט שאנחנו צריכים לראות כיצד יחידה כזאת תפעל בפועל - ומוקמה עכשיו יחידה אחת כזאת בבית תולים בילינסון -

אשר תוך שנה אנחנו נראה אם נלך לפי מודל זה או ניקח מודלים אחרים. היה לנו גם איזה מומחה מחו"ל שיעץ לנו, עוד טרם קיבלנו את הדו"ח שלו בנושא זה. יש לנו בבתי חולים יחידות להריונות בסיכון גבוה, ביחס ליעוץ גניטי וגם יחידות מיוחדות העוסקות בנושאים של מתי צריך להתערב בלידה.

וכאן אני מגיע למיכשור - וזהו מיכשור אלקטרוני. אנחנו היום יכולים לרשום לעובר א.ק.ג. ואנחנו יכולים לשמוע את דפיקות הלב שלו, אנחנו נוכל להסתכל גם לעובר באמצע הריון באמצעות מכשיר מיוחד. אנחנו מכניסים עכשיו אולטרזוץ במכשיר סקנר על-מנת לראות היכן נימצאת השליה. ישנם עוברים שהם מתפתחים בלי מוח - אנחנו נוכל לקבוע מוקדם מאד מה הילד הזה - זה מחלה תורשתית - או שישנם ילדים שהלידה היא קשה מאד בגלל שיש להם לאש גדול מאד, ראש מים, נוכל לקבוע את זה מוקדם מאד בזמן הלידה על מנת לתכנן לנו את הפעולות לאחר מכן.

כל המיכשור הזה לאט לאט יכנס, לאט לאט אנחנו נדע איך להשתמש בו, לאט לאט אנחנו נביא לידי כך שההתמחות תהיה מצויינת וע"י כך נגיע למצב הדומה להולנד, אולי טוב יותר, הן מבחינת תמותת התינוקות, אבל אני שם גם את הדגש ואת החשיבות לילדים שבגלל קשיים בלידה הם נשארים מקופחים.

ל. דיציאן:
רצייתי לשאול, בקשר לקריאת הביניים הקודמת: האם כל הביקורת והבדיקות האלה אפשריים עם חכנון לידה בבית.

פרופ' פדה:
אני לא חושב. היום, דעתי היא, שאנחנו איננו כשירים ללידות בבית. יתכן שבעתיד לבוא הדעה שלי תשתנה, אבל היום על מנת שנוכל שתהיה לידה בבית, אפשר לקחת ולהגיד: לידות מסויימות או הריונות מסויימים אשר הם בעיני כל האנשים העוקבים אחריהן נראות שתהיינה תקינות, אפשר ללדת בבית, אבל בשביל זה אתה צריך שתהיה לידה קלה. זה לא כל כך פשוט. המיילדת שלנו מרגישה את עצמה טוב, כאשר יש מאחוריה רופא במחלקה וכשישנו כל הצוות וכל המערכת. אנחנו עוד איננו כשירים לזה, יתכן ופעם עוד נגיע לכך.

היו"ר ש. ארבל:
לא אמרת לנו את הקשר בין ביטוח בריאות. זה יכול לכסות גם את הענין הזה?

פרופ' פדה:
זה יכול, אם יוחלט כך, תלוי מה שתחליט הכנסת.

מר שרגא:
האמת היא שהענין הוא כל כך רחוק. לא אנחנו ללא הרשות המוסמכת שמתחילה לעסוק, התחילו להתמודד עם השאלות הפרוזאיות.

פרופ' פדה:
אני מניח שזה יהיה בתוך ביטוח בריאות. אז יש לך מערכת אחת ואין צורך כל שנה לשבת ולהתדיין וכו'. אבל זה תלוי במה שיוחלט.

מר שרגא:
זה רק הסדר שאלת המימון. זאת אומרת, זאת איננה התשובה לכל אותן שאלות

מהותיות שיתעוררו.

היו"ר ש. ארבל:

פרופ' פדה, בצדק אתה שמח את כל העניין על טיפול סביב האשה ההרה. הדבר הזה הוא חשוב ומעסיק. כאן, לזה, יש לי שתי שאלות - יכול להיות שהן לא ישירות הנוגעות לעניין, אולי לא אליך ישירות, אבל אתה בכל-זאת כמנכ"ל משרד הבריאות, אני מבקשת דעתך לעניין הזה.

לגבי הבדיקות השיגרות שחייבת אשה הרה לבצע בטיפת חלב או במקום אחר. הבדיקה השיגרתית של פעם בחודש, פעם בחודשיים, פעם בשלושה חודשים אשר נעשית עד חודשי הלידה האחרונים. איך הולך הדבר הזה מבחינה זאת - אני יודעת, למשל, שקיימות בעיות לגבי נשים עובדות אשר אינן יכולות לצאת מהעבודה ללכת להיבדק בטיפת חלב בשעות היום ובשעות אחר הצהריים, הדבר הזה איננו כיוון שטיפת חלב סגורה. לצאת מהעבודה זה צריך להיות על חשבונך כי המעביד לא משלם עבור השעה-שעתיים שהאשה נעדרת מהעבודה לשם הבדיקה שהיא חייבת לעשות אותה. אנחנו טיפלנו בזמנו בנושא הזה, לא חלה כל התקדמות. גם לאפשר לפחות שאם היא בכל זאת אחרי העבודה רוצה ללכת לטיפת חלב, שהדבר הזה יתאפשר.

הנקודה השנייה - יש מקרים של שמירת

הריון והסוגיה הזאת טרם מצאה את פתרונה. אנחנו יודעים למשל שאשה עובדת ולא עובדת - במיוחד עובדת - כאשר היא נאלצת להפסיק את העבודה כדי לשמור הריון, היא צריכה לשכב בבית, זה גם חסרה ההכנסה למשפחה, זה גם גורם להוצאות של טיפול באשה עצמה וגם בבית והנושא הזה נשאר בכל אופן, ולא פעם כתוצאה מכך גם לא שומרים על ההריון ואז קורה מה שקורה. נשאלת השאלה, מה בכל זאת אתם חושבים, כמשרד הבריאות, לגבי כל הנושא הזה גם של שמירת הריון.

אני מעמידה את שתי הסוגיות הללו

כדי לשמוע ממך עצה, כיצד בכל אופן לטפל בנושא הזה שהוא חשוב, שאתה גם שמח עליו דגש של טיפול סביב האשה ההרה. כי אם אנחנו נטפל כראוי בנושא הזה, אולי נגיע ללידה שהיא יותר טבעת, שיש בה פחות סיכונים גם מבחינת הילוד, הוא יהיה נורמלי יותר ולא יגרום צרות, ואולי גם לא ישאר מקופח לכל ימי חייו אחר כך.

א. לין: אני מראש מתנצל - אני הייתי מגויס

לצורך הצבעות - ויכול להיות שאני לא מעודכן בנושא. השאלה שלי, על סמך החלק הקטן שאני שמעתי, איך זה מחייב עם האישור להצעת החוק שאנחנו כרגע דנים.

היו"ר ש. ארבל: אנחנו רוצים לאשר דמי אישפוז

ליולדת וסביב כל העניין הזה של האישפוז פיתחנו פה שיחה כללית סביב הנושא הזה.

א. לין: שאלה ראשונה, בחלק הקטן מדברי

פרופ' פדה ששמעתי, אני חרד - בעיקר מפני שאני מכיר את מדינת ישראל ואת החברה הישראלית היטב - שכל אותם הדברים המעניינים שאתה דיברת עליהם וההתקדמות הגדולה של הבדיקות והפיקוח וכו' - האם הדבר מגיע גם למשפחות מרובות יכולת? (א) מבחינת האינפורמציה והידע. (ב) מבחינת הטיפול המעשי. שמא, שוב פעם, מי שזוכה באותו יחס ולהישגים שאנחנו מדברים עליהם זה אותן משפחות שבסה"כ מביאות לעולם 2-3 ילדים ודווקא למשפחות ברוכות ילדים זה לא מגיע.

שאלה שניה היא לדעתך לא רק במישור

זה של כל מנגנון הפיקוח על לידה אלא בכלל איך משרד הבריאות מסוגל להקיף חידושים במישורים שונים, גם בבתים חוליים שאינם במרכזים הגדולים של המדינה. ואני אתן לך דוגמא בפניה עמדתי ונדהמתי: קרתה תאונת דרכים קשה מאד וזה

וזה קרה לאישיות חשובה מאד בצפון הארץ. היה צריך לקחת מכונית נשימה כדי להציל את האיש והסתבר שבבית החולים נהריה, שהוא בית החולים המרכזי בצפון הארץ, אין אחות שיודעת להפעיל את המכונית ורק אודות לאשה - אשתו של האישיות הזו לה קרתה התאונה - שיש לה אחות ויש לה קשרים ברמב"ם, הזעיקו אחיות להפעלת המכונית בנהריה והצילו את האיש. נשאלת השאלה, מה קורה לאיש שהוא איננו אישיות כזאת? ומה קורה, חלילה, אם אחרי שקרתה תאונה כזאת והביאו לו את המכונית הזאת ואז ישנה תאונה שניה וזקוקים למכונית? מה קורה כשיש רק מכונית אחת בנהריה? אני הזדעזעתי מהמצב הזה.

ד"ר גרופר: כל הדברים היפים שסיפרת לנו עליהם, זה מחקש לבצוע תקציבי או שזה בתכנון ויש לכם תקציב ואתם עושים, עם כל המיכשור החדש הזה?

ד"ר טרשטיין: אנחנו לא פועלים לפי ההתרשמות אלא אנחנו משתדלים לבדוק דברים, במידה שזה ניתן לבדיקה. אנחנו שאלנו את עצמנו לפני מספר שנים האם כל אשה בהריון בישראל נימצאת בהשגחה בתקופת הריונה. זה היה חשוב לנו מאד, כי אנחנו ראינו בדו"חות החודשיים שבערים הגדולות - חיפה, ירושלים ותל-אביב - אחוז הנשים שיוולדות אחר כך לא הגיע לכיסוי של ההשגחה לגבי התינוקות והפעוטות. אז בחרנו לבדיקה את חיפה היות ושם היה האחוז נמוך יותר. קיבלנו סכום כסף די צנוע לבדיקה זאת - זה היה ב-1967. בדקנו ולקחנו 5% של נשים יולדות בכל מחלקות היולדות של חיפה במשך חודש ימים - עבדו לפי שאלון מפורט באיזו השגחה היו ואיך היתה ההשגחה וכו'.

מצאנו שבין 500 יולדות ילדו חודש אחד בחיפה, בחודש מסויים באותה השנה, רק אשה אחת לא היתה בהשגחה רפואית בתקופת ההריון. אם מישהו מתעניין בסקר, אפשר לשלוח אותו. לגבי בדיקת האשה ההרה אנחנו היינו מאד שקטים וגם היום אנחנו שקטים - הנשים ההרות נימצאות בפיקוח, לאו דווקא בפיקוח התחנה, אלא חלק הולך גם למרפאות וגם מרפאות קופ"ח מסוגלות ומוכשרות לבצע הפיקוח, חלק הולך למרפאות חוץ - אם היו בעיות בעבר - של בתי חולים ויש גם ששכבה שהולכת לרופא פרטי להשגחה בתקופת ההריון.

בקשר לשאלה ששאלת - שהמרפאות יהיו פתוחות גם לפני הצהרים וגם אחרי הצהרים כדי שאשה עובדת תוכל לבקר בהן - אחת ההצעות היתה ואנחנו היינו בקשר לחוק להגיע לאותה הזכות שיש לאשה אחרי הלידה להעדר שעה אחת אחרי עבודתה, זאת אנמרת קיצור יום עבודתה בשעה אחת על מנת שהיא תוכל להניק את התינוק. לא שמענו איך אתם התקדמתם עם החוק.

היו"ר ש. ארבלי: אני הגשתי הצעת חוק וענו לי בשלילה. אתם לא עזרתם לי. אני מוכנה לחדש אותה עוד פעם.

ד"ר טרשטיין: אנחנו גם בדקנו אפשרות להגיע לפתיחת תחנה בערים, כי רוב הנשים העובדות הן הלא בערים הגדולות, והצענו שאולי אפשר לפתוח תחנות ולקחת אחיות שלא עובדות לפני הצהרים - אמהות. אני מביאה את זה לדוגמא, לא נוכל לבדוק את זה עכשיו, אבל היה כדאי פעם להיפגש ולדון ולבדוק את הבעיה הזאת ולראות אם אפשר להתקדם.

אפשר להגיד ללא כל ספק כי הנשים בהריון נימצאות תחת פיקוח.

לגבי שמירת הריון - לא ידענו

שהשאלה הזאת תעלה היום. על זה היה דיון במשרד הבריאות עם כוחות מקצועיים שמספר רב של בתי-מולים. בכלל המושג הזה של שמירת הריון הוא מושג מאד מעורפל ואני רוצה לומר שאם יש צורך, מסיבה רפואית מובהקת, שזה מוכר כמחלה אצל אשה, אשה עובדת, והיא יכולה להנות מימי מחלה כמו שהיא יכולה להנות מימי מחלה אחרת. אפשר לדון על הנושא באופן מיוחד, לא התכוננו לזה ולא הייתי רוצה להיכנס לזה.

אני רוצה להגיד דבר לגבי

הועדה שרוצים להקים. ועדות, אם רוצים שהן תיתנה תשובה ממצה וטובה, צריך שתהיה דרך עבודה קצרה. לדוגמא, אנחנו בקשר לקיצור אישפוז יולדות, מיד אחרי מלחמת יום הכיפורים, התחלנו לחשוב ולבדוק את הבעיה, מה קדם קיצור האישפוז ליולדת במובן הבריאותי, ליולדת ולתינוק. בחרנו את חודש אוקטובר וחודש דצמבר ותיכננו מחקר עם שאלון מאד מפורט. רק עכשיו מתחילים להגיע אלינו ריכוזי התשובות, אנחנו בודקים ונעבד זאת באופן סטטיסטי ואני חושבת שזה יהיה חומר לימודי מאד חשוב. זאת לא רק השאלה אם כאן היה פגם בריאותי ליולדת - זאת אומרת, אם היתה זקוקה לאישפוז חוזר, האם היתה זקוקה לטיפול רפואי, מה היו הבעיות הרפואיות לגביה ולגבי הילוד - אבל שאלנו גם מה מכביד עליה בבית ופרטנו את העבודות שיש ליולדת, כשהבעל לא בבית והיא צריכה לעשות את רוב הדברים בעצמה. מתשובות אלה אני מקווה שנוכל להסיק מסקנות. הועדה שתקום, כשהיא תתחיל לדון, תצטרך להפעיל סקרים שונים כדי ללמוד את הבעיות הקיימות ולתת תשובה. אז ברור שלא רק הנתונים הסטטיסטיים של הצלת חיי תינוק או הצלת יולדת קובעים.

עם קיצור אישפוז יולדות

נצטרך להגיע לפיתוח שירותים קהילתיים, שיבקרו בבית של היולדת החוזרת מוקדם ושהיא תהנה משירותים שיצמדו לרשותה ולעזרתה כדי שהיא תוכל לעמוד במעמסה שיש לה בבית.

אני מבקש לשאול שאלה, לגבי סעיף ששמו סיבוכי הריון.

גב' ברקאי:

החוק הזה והביקורת הזאת של מבקר המדינה, שהוכנסה לביטוח לאומי, די מטרידה אותנו בביטוח, אבל לאור הדעות של רופאים בנושא של שמירת הריון או סיבוכי הריון, זה הביא אותנו לכך שאנחנו למעשה לא התקדמנו והתשובה שנתתי למבקר המדינה, לא רק שהיא לא סיפקה אותו, גם אותי היא לא סיפקה. מפני שבחוק נכות לכלול את מקרי שמירת הריון, אני לא הייתי כל כך מרוצה מזה ואני לא חושבת שזאת היא תשובה.

כאן מדובר על פיצוי שכר,

אבל אותה בחורה שאין לה ימי חופשת מחלה, בחורה שעובדת סה"כ 3 במוסד, הריון ראשון, היא לא שוכבת אפילו שהרופא אומר לה כן לשכב כי היא דואגת למשכנתא ודואגת לבעיות שישנן ודווקא אי שמירה על הריון ראשון יכולה להביא לזה שהיא לא תלד יותר ילדים. הרופאים נותנים תעודה לשכב, היא דואגת בנושא העבודה ואין מי שיתן לה פיצוי בשכר.

הנפנתה אלינו שאלה, ע"י

מבקר המדינה, לפתור את הבעיה והשאלה היא מ-1971, נשארה עומדת, רק בגלל זה שלרופאים יש חילוקי דעות - אם יש קשר סביבתי, אם זה מחלת היולדת. אנחנו רוצים להקים גם ועדה לנושא זה והבעיה היא מה תהיה ההתייחסות של הרופאים לנושא הזה.

עד כמה שאני יודע היתה ועדה

פרופ' פדה:

לנושא הספציפי של שמירת הריון. אפשר רק להציע שאותה ועדה משותפת תבחן, תלמד יחד את המלצות הועדה שנסמכת על דעת נשים שניסו להתמודד עם הבעיה.

אני בעצם רוצה להתייחס לשאלה אחרת
ולח"כ לין להיכך מגיעים השירותים, למי ניתנים השירותים. בעצם, אתה
זואל אם יש שיוויון הזדמנויות ואנחנו אומרים שיש יוחר משיוויון
זדמנויות. יש במפורש, מדיניות של אפליה לגבי קבוצות שונות, העדפה של
קבוצות פגיעות-חלשות באוכלוסיה. המרכזים להתפתחות הילד, המימוש של אותה
ופיסה שהמנכ"ל דיבר עליה, התחילו לא מתל-השומר, לא מירושלים אלא מב"ש.
זתי השלוחות הראשונות, לאחר נסיון מאד מוצלח של 3 שנים, הוקמו כבר
שנה שעברה באופקים ובנתיבות. בירושלים, ע"י פרופ' ראסל, במרכז
ובריאות שלו בעיר לטיפול בילדים עוורים ובמשפחות, כלומר טיפול כוללני.
ילד המונגולואידי, בכל המוכים ביותר. אחר כך יש באשקלון - שוב לאזור
זה שזה אשקלון, קרית מלאכי, קרית גת - לא למרכזים המשופעים באמצעים
בשירותים.

המרכזים הקהילתיים שאנחנו כבר
נקימים היום - לא להתפתחות הילד, לטיפול כללי באוכלוסיה, שצריכים
להגיש את הטיפול הרפואי בטיפול הכוללני הרפואי של השיקום והעידוד
הסיוע, לא של העזרה הכספית הסוציאלית אלא של הסעד הרוחני, של שיקום
ומשפחה, מכל הזוויות. מתחילים מרמלה, מקרית שמונה, מעכו, מירושלים,
גמעלות - מכל אותן מקומות שיש אוכלוסיות פגיעות מבחינה זאת, פגיעות
לכלית, תרבותית, סוציאלית, אזורים פרובלמטיים או מעורבים מבחינת
ואוכלוסין. זאת אומרת, יש בענין הזה מדיניות לא של שיוויון פורמלי
ולא של העדפת האוכלוסיה הפגיעה.

רופ' פדה:
אני אחיל משמירת הריון. תסלחו לי
אם אגיד, אני אינני ניגש לנושא
זזה כאל מטרה או שאיפה לתת תשובה למבקר המדינה, כבודו במקומו מונח.
הבעיה של שמירת ההריון היא בעיה סוציאלית קשה, גם רפואית ואני רוצה
להתייחס לנושא הזה מבחינת הראות כפי שאנחנו רואים. הבעיה היא גם של
וינוך כלל הרופאים לגבי הנושא הזה. כי מה אנחנו עושים? שמירת ההריון,
ונחנו צריכים לכוון רק לאותם המקרים אשר מקרה זה הוא בודד לגבי הבאת
ילדים. זאת אומרת, אם יש לי משפחה אשר הפילו בלי סוף וכאן לפתע יש
ריון ואת ההריון הזה אני צריך לשמור בכל הכח, לפחות שיהיה ילד אחד,
ובל המקרים האלה הם לא כל כך מרובים ואז הבעיות תהיינה לגמרי אחרות.

הגישה למעשה אצלנו, אצל רופאים,
זאם יש איזה שהוא דימוס מיד אומרים שמירת הריון ומשכיבים. וזה לא
כונן, זאת גישה פטולה מראש. אנחנו כרגע עוסקים ביעוץ גיניטי בנושאים
ומקצועיים - אני עוסק זאת - היה לנו למשל לפני שבוע זוג אשר אנחנו
יוצים שיהיה לנו ילד אחד. היו לה כבר 6 הריונות, 3 ילדים מתו ו-3
ילדים היא הפילה ואנחנו מחפשים דרך כיצד להביא שיהיה לה ילד אחד. בתוך
זל זה אנחנו שואלים את עצמנו האם יהיה נכון לעשות את זה. כי אם היא
גפילה, יתכן שיש כאן איזה סיבות אשר הן למעלה, לפי שעה, מיכולתנו
קבוע.

הבעיות הן לא כל כך פשוטות והקלות
פי שאנחנו הרופאים אומרים, שמירת הריון ומשכיבים לכמה חודשים, אני
זומר שזה אפילו לא אחראי.

לגבי משפחות מעוטות יכולת, אתה שמעת
בר מר שרגא חשובה. אני רוצה להגיד שלגבי לידות המצב שלנו אידיאלי
גבחינה זאת. כי אין לידה שלא בבית החולים, אין אשה שלא תלד בבית
חולים.

מר רוטר:

תרשה לי קריאת ביניים. אתה מתלונן על זה שהרופאים לגבי שמירת הריון מרבים לחת אישורים שאין לחת. השאלה הנשאלת, באותם המקרים שהם נותנים, האם הדרך היא לפגוע באשה שקיבלה את ההוראה שתחדל לקבל את שכרה ותמרה את פי הרופא?

פרופ' פדה:

אני לא התייחסתי לזה. אני רק השלמתי מה שד"ר טרשטיין אמרה. הנושא כשלעצמו הוא נושא שצריך למצוא את פתרונו. כאשר הרופאים יהיו מחונכים וכשאנחנו נרצה שיוולדת תשמור, לגבי אלה אנחנו נצטרך לעשות כל מה שהחברה צריכה לתת להם על-מנת שלא יפגעו. אגן לעשות את זה, זאת שאלה אחרת.

לגבי מעוטי היכולת, הם תמיד יכולים להגיע. יש לנו בעיה ארצית - לא רק בשטח זה, גם בשטחים אחרים - של משפחות המקבלות סעד והן אפילו אינן יודעות להתמודד בבעיות החיים, הן כל כך נכשלות. ואלה גם אם אתה תביא להם את כל המידע והאינפורמציה בכל אמצעי התקשורת, זה לא יגיע אליהם. אלה הן בעיות סוציאליות קשות אשר אנחנו צריכים להתמודד אהן. התשובות הן לא פשוטות ולא מהירות, אבל אנחנו מודעים לכל הבעיות האלה.

ח. גרופר:

אתם מתמודדים בבעיה, למשל, של זוג שאסור להם ללדת ילדים כי הילדים יוצאים לא בסדר, האם אפשר להפסיק דבר כזה? יעוץ גיניטי לא מספיק כאן, זוג כזה אפילו תייעץ לו הוא לא ישמע לך. אני לא מדבר מהספרים, אני מדבר מהנסיון.

פרופ' פדה:

ח"כ לין, בקשר למה שקרה בנהריה, אני תושב שזה מחדל של בית החולים שיש מכשיר ואין אנשים להפעיל. דבר נוסף הוא, לא נוכל לעולם להגיע ולכסות בכל פינות הארץ את כל אותו המיכשור המתוחכם שבא בחשבון לגבי מקרה כזו או אחר, לכסוח אותו, מכיוון שכל חקציב הבטחון לא יספיק לזה. אנחנו הולכים בדרך אחרת ואני פיתחתי את הרעיון הזה בוועדת השירותים של הכנסת.

למשל, אנחנו מתכננים לגבי תאונות

דרכים, שלושה מרכזים, אבל בהא הידיעה, ששם יהיה כל מה שאפשר, זה יהיה גם מקור לימוד לאותו הסגל שצריך להבין כיצד לטפל בתאונת דרכים. מרכז כזה שאנחנו מתכננים הקמתו בלבד זה ענין של בין 20 ל-25 מיליון לירות והחזקתו זה מעל ומעבר לכח האדם שצריך להיכנס לכל סדר סביר של מחלקה מאד קשה. אנחנו קוראים לזה "מולטי טראומה", פציעות מרובות, שכאן אתה צריך להכניס את כל אותם הצוותים. אנחנו צריכים להגיע לזה שכל אותו הצוות יראה את האיש כולו וזה מאד יקר, מאד מתוחכם ומאד ספציפי. אנחנו הולכים לקראת זה שבפריפריה יהיו אנשים שידעו לעשות את הפעולות הדרושות על-מנת להעביר אותו לאותו המרכז שאנחנו רוצים להקים. לדוגמא, במלחמה בית החולים בצפת או ברפידים פעלו במתכונת הזאת. כל הפצועים הקשים ביותר, לא עשו שם את הכירורגיה הסופית, אלא הם קיבלו שם את הטיפול הראשון ומשם הועברו. לגבי נהריה, אמרתי, זה מחדל של מנהל בית החולים שיש לו מכשיר ולא דאג לאנשים שיפעילו אותו ואני בהחלט אתייחס לזה.

הבעיות של החקציבים לפיתוח - בודאי

שיש לנו, אבל, שוב, כל בית חולים שואף לגדול ולהתפתח ולהגיע למרכז אוניברסיטאי. הקמת מיטה בבית חולים אצלנו זה 300 אלף לירות, מחר זה יהיה 350 אלף לירות. הסגל אשר אתה צריך - אין לנו. כל בית חולים רוצה את המיכשור המתוחכם. הבעיה היא לא רק המיכשור שהוא יקר, אלא גם

הצוות שישרת אותו והצוות, על מנת שהוא ידע לפענח את מה שהוא רוצה, צריך להיות מאומן וכדי שהוא יהיה מאומן הוא צריך לראות הרבה. אלה הן הבעיות. אנחנו איננו יכולים על אם יקרה כזה וכזה לחזות מראש ולהחזיק אנשים שיכוונו.

זעו"ר ש. ארבלי:

ובכן, לסיכום הנושא הזה: אני מודה לפרופ' פדה, לד"ר טרשטיין ולמר שרגא על הדברים ואני רוצה, לסיכום הדיון, שהוא צריך להיות גם תכליתי במידה מסויימת, אני יכולה לסכם שהועדה רשמה לפנייה את דעתו של פרופ' פדה, מנכ"ל משרד הבריאות, על כך שתוך חודש ימים תקום ועדה משותפת, ועדה אשר תתמנה בתאום עם המוסד לביטוח לאומי, אשר תהיה מורכבת ממומחים ועפ"י בקשתנו - בקשה מיוחדת - מאותן הנשים שלמעשה הן חשות זאת על עצמן. הועדה תבדוק ענין האישפוז, תקופת השהות בבית החולים, טיב השרות ושיפורו וכל הקשור בנושא הזה. כמו כן אני רוצה לצרף את הענין הזה של שמירת ההריון. שהועדה הזאת תבדוק גם את הנושא של שמירת ההריון וזאת על סמך המלצות של אותה ועדה שכבר דנה בנושא הזה. שתגיע גם למסקנות כלשהן, בכל זאת משותפות, בנושא הזה. הייתי מאד רוצה שהועדה הזאת גם היא תדון בנושא הזה.

לענין של טיפת חלב ומעקב אחר האשה ההרה וכו', בקשר לאשה העובדת, אני אחדש את ההצעה הזאת ואני מבקשת את עזרתכם בנושא הזה כדי שנוכל לקדמו.

מר בוטון:

בהתאם לסעיף 94 לחוק הביטוח הלאומי, שר העבודה רשאי להגדיל, לשנות את הסכומים המופיעים בלוח ו' לחוק. בלוח ו' בחוק מופיעים הסכומים של מענק הלידה. מענק הלידה הוא: הוצאות האישפוז והציוד כשביל הנולד, החלק ההולך ליולדת. יש לנו אחר כך בתקנות הביטוח הלאומי שצרפתי, לתוך דברי ההסבר, הוראה, תקנה 6, איזה סכום הולך לבית החולים והיתרה ההולכת ליולדת.

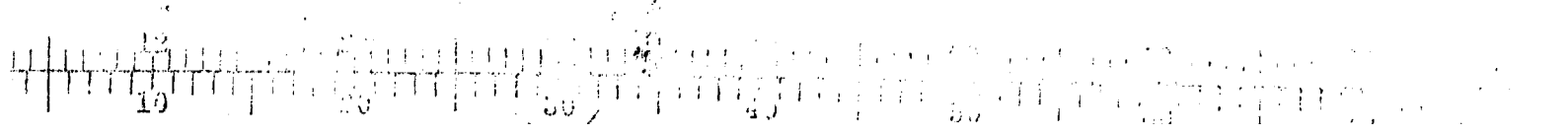
עד עתה, ב-15 לאפריל 1974, אנחנו זיגדלנו לאחרונה את הסכום שהולך ליולדת ואנחנו מציעים להגדיל מאתו זאריך, דהיינו מה-15 לאפריל 1974, את הסכום שהולך להוצאות האישפוז, כשעור של 144 לירות שהם בערך גידול של 28,4 אחוז, לעומת מה שהיה בשנה שעברה ובמקרה הוא מתאים גם לגידול בשכר הממוצע במשק.

בסעיף 94 לחוק כתוב שמבוטחת שהזדקקה לאישפוז בקשר ללידה זכאית למענק לידה בשווי כנקוב בלוח ו'. המענק יינתן להוצאות האישפוז ולרכישת ציוד בשביל הנולד, הכל כפי שייקבע בתקנות.

בתקנה 6 לתקנות ביטוח אמהות שמצורפת לדברי ההסבר נאמר: ממענק הלידה - מהסכום המופיע בלוח ו' - יינתנו לאישפוז היולדת 504 ל"י והיתרה תינתן לרכישת ציוד בשביל הנולד. כדי שנוכל להגדיל את אותו חלק שהולך לאישפוז, אנחנו צריכים לעשות שני דברים: (א) להגדיל את מענק הלידה, את הסכום שמופיע בלוח ו'; (ב) להגדיל אותו זכום את תקנה 6. לכן אנחנו מציעים להגדיל ב-144 לירות את מה שנאמר בלוח ו', זאת אומרת שמענק הלידה הכללי יכלול 144 לירות יותר, ובתקנה 6 יומר שבמקום שאישפוז היולדת יינתן 504 ל"י, יינתן 648 ל"י.

בתיקון האחרון, שהיה ב-15 לאפריל, לא תוקנה תקנה 6. תוקן רק לוח ו' לחוק והיות ואת תקנה 6 לא תיקנו, אז ההגדלה שבאה בעקבות לוח ו' הגדילה רק את הציוד בשביל הנולד.

במקרה של אישפוז - לא חשוב אם זה ילד אחד, שניים או שלושה ילדים - הולך אותו סכום, היתרה שהיא יותר גדולה הולכת ליולדת. היולדת מקבלת 260 ל"י עבור הציוד ללידת יחיד.



עד ה-15 באפריל, עד שיצא קובץ התקנות מספר 3170 מה-12 למאי 1974, עד אותו תאריך היה בלוח ו' כתוב שממלמים מענק לידה בסך 704 ל"י. בחקנה 6 נאמר שממענק הלידה יינתן אישפוז ליולדת בסך 504 ל"י. זאת אומרת שנשאר לאשה בשביל הציוד 200 ל"י. באותו תאריך שינינו את לוח ו' ואמרנו שילד אחד יקבל 764 ל"י מענק לידה, בקובץ התקנות הזה שאני מחזיק, והיות שלא תיקנו את חקנה 6, נשאר חקנה 6 כפי שהיתה שממענק הלידה יינתן 504 ל"י והיתרה תינתן לרכישת ציוד בשביל הנולד. כך שיצא שהיגדלנו אך ורק את הציוד לנולד.

א. לין: השאלה היא אם אנחנו לא צריכים בדרך זו או אחרת לאשר סכומים גדולים יותר.

מר שרגא: אם תרשי לי, יש לנו בקשה מאת הועדה. אותן 89 אלף לידות בארץ מתרחשות ב-37 מוסדות שונים שמנהלים מערכת התחשבות שונה. כאן מוצע להתחיל את ההתחשבות לשנה זאת לפי התיקון שהועדה נרטה לקבל מה-15 באפריל. שנת הכספים של אותם מוסדות מתחילה ב-1 לאפריל. פירוש הדבר, יש פה שתי סיבות, שני גורמים: האחד, שנשאר איזה הפרש גרעוני בחקציב, כאשר העלות מ-1 באפריל היא לפי 162 ל"י ליום האישפוז וכאן מוצע לאותם שבועיים שבהן התרחשו איקס לידות, להזרים חזרה פחות לאותן יחידות. סיבה שניה, זה מחייב את כל אותם 37 מוסדות לנהל שתי מערכות התחשבות בשנה זו: לפרק זמן לפי תעריף איקס, ליתרת השנה לפי תעריף איקס. מאחר ואין פה התנגדות עקרונית, אני מביין, מצד הועדה, אני לא מביין מדוע צריך לפצל את המערכת ולא לדון על שנת התקציב כולה.

היו"ר ש. ארבל: כשאנחנו דנו באישור הסכום המגיע לרכישת ציוד, כשהעלינו את הסכום ל-260 לירות, אנחנו ביקשנו שזה יהיה מה-1 באפריל. נאמר לנו שזה קשה מאד לביצוע, חלק כבר עזב את בית החולים ואי אפשר לאתר וכו' וכו'. נכנענו לנימוק שהוא הגיוני. לא נוכל לבוא ולאשר את האישפוז, לגבי החלק שהולך ישירות לאם לא לאשר. אם אנחנו מדברים על לוח ו' כולו, מה-15 באפריל, אנחנו לא נוכל לפצל את לוח ו' ולהגיד שחלקו ילך מה-15 באפריל וחלקו מה-1 באפריל. זה יהיה קשה מאד. דין אחד לכולם.

מר שרגא: יש פה מצב עובדתי. בדיעבד המוסד לביטוח לאומי שילם עד כה לאותם 37 מוסדות לפי התעריף הישן. צריך להתחשבן רטרואקטיבית בין מה-1 ובין מה-15 באפריל. אז למה לא מה-1?

היו"ר ש. ארבל: אני רוצה להעמיד לאישור את ההעלאה המוצעת. מי לאישור התקנות? מי נגד?
אין נגד. אנחנו אישרנו.

שעת סיום הישיבה: 12:55