

פרוטוקול מס' 39

מישיבת ועדת הכספים
מיום ב' ל' בניסן תשל"ד - 22.4.74 בשעה 10.00.

נ כ ח ר :

חברי הוועדה:

היו"ר - י. קרנמן
ע. אמוראי
א. אפרת
י. בארי
מ. ברעם
ב.צ. חלפון
א. מלמד
ע. פיינרמן
ד. קורן
ח. קורפו

מוזמנים:

ו. שם-טוב - שר הבריאות
ב. פדה - מנכ"ל משרד הבריאות
צ. אטלס - משנה למנכ"ל
ש. הגר - סמנכ"ל לתפקידים מיוחדים
ר. קוצר - עוזר השר
י. פרייס - ראש שירותי ריפוי
ל. טרמך - ראש שירותי בריאות הנפש
ע. ארנן - ראש שירותי בריאות הציבור
י. בירן - קצין תקציבים
ש. פרידמן - קצין פיתוח שירותים פסיכיאטריים
מ. וורטהיימר - נ.ש.מ.
מר בודה - אגף התקציבים
א.נ. פלוג - היועץ הכלכלי של ועדת הכספים

נ. רינגלר

רשמה:

סדר-היום: א. הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 1974.

שמיעת סקירתו של שר הבריאות ושאלות חברי הוועדה.

היו"ר י. קרגמן:

אני פותח את הישיבה.

א. הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 1974

אני מברך את שר הבריאות, מר ויקטור שם-טוב; את מנכ"ל המשרד, פרופסור פדה, את ד"ר ארנן וחבר העובדים הבכירים של משרד הבריאות. חברנו שם-טוב יצא מהחממה הזאת - מועדת הכספים.

אנחנו מתחילים את הדיונים שלנו בתקציב המשרדים בסעיפי ההוצאה של המשרדים. המשרד הראשון הוא משרד הבריאות. כרגיל, נשמע סקירתו של השר ואחר-כך יציגו חברי הוועדה שאלותיהם. את התשובות לשאלות נשמע בישיבה הבאה, על-כל-פנים לא מחר, דחינו את הישיבה הבאה בנושא זה לכמה ימים.

שר-הבריאות ו. שם-טוב:

מנסיוני, טוב אעשה אם אהיה צמוד למספרים סטטיסטיים. לאחר שאלות חברי הוועדה ישיב

פרופסור פדה ובתשובותיו יסקור את הבעיות הרפואיות של משרד הבריאות ושירותי הבריאות.

יש מצבים מסויימים שיכולים לתת אינדיקציה ברורה על מידת ההצלחה של שירותי הבריאות במדינת ישראל. המבחן הגדול היה מלחמת יום הכיפורים. זהו אמנם מבחן שלילי ביסודו, אך הוא משמש מודד ברור באיזו מידה הצליחו שירותי הבריאות והתפתחו בכלל מאז קום המדינה ועד עתה. המבחן הגדול של מלחמת יום הכיפורים מוכיח ששירותי הבריאות עמדו במבחן המלחמה. כולל התשתית וכוח העבודה של הרופאים. שירותים אלה הוכיחו את עצמם בזמן המלחמה.

גם בתזית היה חיל הרפואה ערוך באופן יוצא מן הכלל והתפרש באופן יוצא מן הכלל, ביחידות הקדמיות של החזית. הטיפול שקיבלו פצועי צה"ל, הן בשדה בסוג מסויים של כירורגיה, הן בפניני הפצועים, הלינוי שניתן - החל מהאמבולנס שם נמצא חובש, המסוק שהיה בו רופא והמטוס שהביא את הפצועים לארץ - הוכיח את עצמו.

המערך הרפואי בארץ: מערך בתי-החולים בארץ, הוויסות של בתי החולים השונים שקלטו את הפצועים. לא רק המערך הפיזי, כוח האדם, הציוד הרפואי ואספקת התרופות, אלא גם השירות היה יוצא מן הכלל. הטיפול לו זכו פצועי המלחמה ממש הוביח את עצמו. הצלחנו להכשיר כוח אדם רפואי מצוייך וערכנו תשתית טובה.

כוח האדם הרפואי שעמד לרשותו של צה"ל שילם מחיר רב ביותר. הנפגעים של חיל הרפואה, בהשוואה לכל מערך לוגיסטי אחר, היו מאות נפגעים, מהם: 43 רופאים אשר 6 מהם נהרגו ו-37 נפצעו.

בזמן המלחמה המערך הרפואי טיפל ב-7,200 פצועים. חשוב לדעת, 1,200 פצועים קל טופלו בבתי-חולים שדה, 2,000 פצועים הוחזרו תוך ימי הקרבות ליחידות. מתוך 7,200 הפצועים קרוב ל-7%-8% היו פצועים קשה. 600-700 פצועים היו זקוקים ועדיין זקוקים לפעולות שיקום ריבהיליטציה ושיקום נפשי לאחר הפגיעה.

אחוז פצועי צה"ל שנקלטו בבתי החולים ושנפטרו בבתי החולים במלחמה זאת היה מן הנמוכים ביותר בעולם בזמן מלחמה. היו 1.2% פטירות של פצועי צה"ל בבתי החולים. זאת מתוך אלפי פצועים שנקלטו בבתי החולים.

אמסור עתה כמה נתונים סטטיסטיים על תקציב משרד הבריאות וההוצאה הלאומית לבריאות. יש פה כמה שינויים משמעותיים. אפשר לומר: המחפכה התקציבית שחלה בשנים האחרונות - אבל זהו ביטוי חריף מדי - בתקציב של משרד הבריאות חל בשנים האחרונות שינוי משמעותי מאוד, עד כדי כך שניתן לומר שזכינו בעדיפות כמעט ראשונית במדינה. אין נסיגה בתחום זה, להיפך - התקדמות. הדאגה לבריאות תפשה מקום שלישי לאחר הבטחון והחינוך. הגידול התקציבי שלנו העמיד אותנו בסולם עדיפות כמעט ראשוני במדינה.

ו. שם-טוב:

התקציב הרגיל לשנת 1974 מגיע ל-699 מליון ל"י, לעומת התקציב שאושר לשנת 1973 שהגיע ל-489 מליון לירות ולעומת התקציב שהוצא למעשה ב-1972 - 359 מליון לירות. אם נשווה את ההוצאה למעשה בשנת 1972 לעומת התקציב של שנת 1974 - התקציב הוכפל. אם תחזרו ריטרואקטיבית לשנים קודמות - התקציב קיבל גידול משמעותי הרבה מעבר להתייקרויות שהיו במשק.

ההוצאה הכוללת - תקציב נטו פלוס הכנסה מיועדת פלוס השתתפות משרדי ממשלה אחרים - בתקציב הרגיל לשנת 1974 מסתכמת בכ-817 מליון לירות לעומת תקציב הוצאה מאושר של כ-567 מליון לירות בשנת 1973 ולעומת ביצוע למעשה של כ-425 מליון לירות בשנת 1972. שוב אנחנו עדים להכפלת התקציב.

הגידול הוא משמעותי עוד יותר. תקציב הפיתוח שלנו לשנת 1974 הוא 300 מליון ל"י. ההוצאה למעשה בשנת 1972 הייתה 93 מליון ל"י. תקציב הפיתוח גדול פי 3 משנת 1972.

ההוצאה הלאומית לבריאות במחירים שוטפים גדלה מדי שנה ב-5 השנים האחרונות. אציין את המספרים באחוזים. בשנת 1967 - גדלה ב-21%; ב-1968 - 20%; ב-1969 - 23.6%; ב-1970 - 23.3%; וב-1971/72 - ב-25%. חשוב לי להדגיש שאם נראה את ההוצאה הלאומית לפי אחוזי ההתייקרות - ההוצאה לשירותי בתי החולים הולכת וגדלה, כי אנחנו מרחיבים את המערך האישפוזי גם על-ידי בניית מיטות וגם מחיבים בתי החולים. כך הכל ההוצאה הלאומית לבריאות, ההוצאה למרפאות, לרפואה אמבולטורית ורפואה מונעת, אם בשנת 1967/68 היה 39.9%; בשנת 1971/72 - 39.7%. לשירותי בתי החולים: בשנת 1967 - 38.4%; ובשנת 1971/72 - 41.4%. בשנת 1972 הסכום גדל עוד יותר כי השקענו הרבה בהרחבת המבנים.

כדאי לציין מספרים נוספים על ההוצאה הלאומית לבריאות במחירים שוטפים וחלקה במדדים כלכליים. כבר ציינתי את השינויים של כל שנה לעומת השנה הקודמת. רצוני לציין מספר לגבי שנת 1971/72 במחירים קבועים. ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 1971 לעומת שנת 1970 עלתה ב-21.7%. במחירים קבועים - ב-9%, שהיא עליה משמעותית. ההוצאה הלאומית לבריאות בהשוואה לתוצר הלאומי נמנע לא השתנתה - ב-1967/68 - 5.9%; ב-1968/69 - 5.6%; ב-1969/70 - 5.6%; ב-1970/71 - 5.6%; וב-1971/72 - 5.4%. ההוצאה הלאומית לבריאות באחוזים נשארה כמעט סטאטית, וזה טבעי, כי הפעילות דינאמית וההוצאה לבריאות נוקשה יותר.

אותה תוצאה מתקבלת אם משווים את הצריכה הציבורית והצריכה הפרטית. ההוצאה לבריאות גדלה, כי התחלואה איננה גדלה בהתאם לעליית רמת החיים. ב-1967 - 5.4%; ב-1968 - 5.3%; ב-1969 - 5.1%; ב-1970 - 5.1%; וב-1971 - 5.3%.

אם אני רוצה לסכם את הנתונים הסטטיסטיים האלה, אני יכול לומר שלא כל מה שסיכמנו קיפק אותנו. אם היינו מקבלים 70-80 מליון ל"י - זה היה מספק אותנו. אבל התמונה בשנים 1971 - 1974 מראה גידול משמעותי, הסדינה מקציבה סכומים יפים לפיתוח שירותי הבריאות.

אמסור לכם עתה כמה מספרים על גידול האוכלוסיה ואיך משפיע הדבר מבחינת המדדים והאינדיקטורים הבריאותיים. יש תופעה מעניינת של עלייה בגיל הממוצע של האוכלוסיה בישראל. שנת 1949 - הגיל הממוצע היה 28.1 שנים; שנת 1955 - 27.6 שנים; 1965 - 29.5 שנים; 1967 - 29.8 שנים; 1968 - 30 שנים; 1969 - 30 שנים; 1970 - 30.1 שנים; 1971 - 30.1 שנים; 1972 - 30.2 שנים; 1973 - גדל. כלומר, אנחנו עדים לתהליך של הזדקנות האוכלוסיה.

ד. קורן: אולי בגלל שילדים פחות ילדים.

ו. שם-טוב: אולי בגלל ההזדקנות נולדים פחות ילדים. עוד מדבר על כך בחמשן דברי.

הגיל הממוצע אצל לא יהודים הוא 21 שנים. ב-1955 - 23 שנים וב-1972 - 21 שנים. האוכלוסיה הלא יהודית במדינה נעשית צעירה יותר.

ו. שם-טוב:

הגיל משחקף גם במספר הלידות. אם ב-1951 מספר לידות חי לאלף נפש היה 32.7% - בשנת 1972 הגענו ל-24.1% אצל יהודים. אצל לא יהודים - 45%. כמעט פי 2.

שיעור הפטירות לאלף איש באוכלוסיה הוא גדול יותר אצל היהודים. בשנת 1951 היה שיעור הפטירות אצל יהודים - 6.4%; ואצל לא יהודים - 8.8%; ואילו בשנת 1972 - 7.4% אצל יהודים; ואצל לא יהודים - 6%. יש לנו ילודה קטנה יותר ואילו שיעור הפטירות גבוה יותר.

שיעור הריבוי הטבעי לאלף איש באוכלוסיה היהודית היה 26.3% בשנת 1951 ו-37.8% אצל לא יהודים; בשנת 1972 - 16.7% אצל יהודים ו-39% אצל לא יהודים.

רצוני להציג לפניכם טבלה של שיעורי ילודה ותמותה וריבוי טבעי לאלף נפש בהשוואה למדינות נבחרות בעולם בשנת 1971. ישראל: ילודה - 28.2%, תמותה - 7%, ריבוי טבעי - 21.2%. בעניין התמותה אנחנו נמצאים לפני ארה"ב, מכסיקו, קנדה, תוניסיה, בלגיה, צ'כוסלובקיה, דנמרק, פינלנד, יוון, הונגריה, הולנד, נורבגיה, שבדיה ואנגליה וולס. בילודה רק תוניסיה ומכסיקו, ובוודאי גם מדינות ערביות אחרות, עומדות לפנינו.

שיעור לידות מת ופטירת תינוקות לאלף לידות חי - אנחנו כל שנה משפרים את ההישג ולא רק שומרים עליו. בשנת 1960 שיעור לידות מת אצל יהודים היה 13% לאלף לידות חי, ובשנת 1972 - 8.9%. אצל לא יהודים שיעור לידות מת בשנת 1960 היה 11.9%, ובשנת 1972 - 12.7%. העלייה בשיעור לידות מת אצל לא יהודים היא לא מפני שהתמותה דבתה, אלא שהדיווח השתפר. גם אצל הלא יהודים ישנה התקדמות לגבי התמותה.

שיעור פטירת תינוקות לאלף לידות חי - אצל יהודים בשנת 1960 27.2%; ובשנת 1972 ירדנו ל-18.8%; אצל לא יהודים - בשנת 1960 - 48% ובשנת 1972 - 40.2%. הירידה היא ממש רצופה. אצל היהודים - 1960 - 27.2%; 1967 - 20.8%; 1968 - 20.3%; 1969 - 19%; 1970 - 18.9%; 1971 - 18.6%; 1972 - 18.8%. אינני יודע מהו המספר לגבי שנת 1973. מבחינה זו תמותת תינוקות לאלף לידות חי בישראל נמצאת במקום טוב בהשוואה לשאר מדינות נבחרות בעולם. סך-הכל 23% בישראל ואחרינו - ליבריה, מכסיקו, אוסטרליה, בולגריה, יוון, הונגריה, קפריסין ורומניה. ברומניה יש תמותת תינוקות של 49.4% בשנת 1970 ואילו אצלנו 23% בשנת 1971.

המספרים על תוחלת החיים (בשנים) מצביעים על השירותים והטיפול הרפואי. תוחלת החיים בישראל מגיל 0 של יהודים ולא יהודים בישראל - בשנת 1949: 65.2 זכרים ו-67.9 נקבות; בשנת 1960 - 70.7 זכרים ו-73.5 נקבות; בשנת 1970 - 69.8 זכרים ו-73.3 נקבות. שנת 1971 - 70.5 זכרים ו-73.7 נקבות; שנת 1972 - 70.5 זכרים ו-73.2 נקבות. לא יהודים - תוחלת ממוצעת לשנים 1968-72 - 68.9 זכרים ו-72.3 נקבות. תוחלת חיים - בשנים - במדינות נבחרות: לגבי ישראל אמסור נתונים על שנת 1972, ולגבי מדינות אחרות - שנים 1970-1971. אציין המספרים רק לגבי הזכרים. ישראל - 70.5 שנים; אלג'יריה - 50.7 שנים; מצרים - 51.6 שנים; לוב - 52.1 שנים; תוניסיה - 51.7 שנים; קנדה - 69.1 שנים; מכסיקו - 61 שנים; ארה"ב - 66.6 שנים בשנת 1968 ו-70.8 שנים בשנת 1970, כמעט כמו בישראל; ארגנטינה - 64.1 שנים; קפריסין - 63.6 שנים; הודו - 41.9 שנים; אירן - 50 שנים; עירק - 51.6 שנים; יפן - 69.1 שנים; ירדן - 52.6 שנים; לבנון - 61.1 שנים; ערב הסעודית - 42.3 שנים; בלגיה - 67.7 שנים; צ'כוסלובקיה - 67.4 שנים; דנמרק - 70.7 שנים; פינלנד - 65.9 שנים; נורבגיה - 71.3 שנים; שבדיה - 71.9; אנגליה וולס - 68.6 שנים והולנד - 70.7 שנים. לגבי תוחלת החיים מגיל 0 אנחנו באחד המקומות החשובים ביותר.

לגבי תוחלת החיים מגיל 65 הממוצע בשנים 1968-72: ישראל, יהודים - 13.6 שנים; ישראל, לא יהודים - 15.8 שנים. (נקבות יהודיות - 14.5 שנים, לא יהודיות - 16.6 שנים); קנדה - 13.6; ארה"ב - 12.8; יפן - 12.7; בלגיה - 12; צ'כוסלובקיה - 12.1; דנמרק - 13.7; פינלנד - 11.3; יוון - 14.3; הולנד - 13.7; נורבגיה - 14; שבדיה - 14; אנגליה וולס - 11.9 שנים.

ו. שם-טוב:

השפעת מחלות נבחרות על תוחלת החיים בעת הלידה - נתונים משנת 1971. מה היה קורה אילו היתה ישראל מתגברת על מחלות מסוימות, בכמה שנים היינו יכולים להעלות את תוחלת החיים? - אם לא היו מקרי מוות ממחלות לב - תוחלת החיים היתה עולה מ-70.5 שנים ל-80.9 שנים. סך-הכל 10.4 שנים לילוד; אילו לא היו מקרי מוות מסרטן - תוספת שנים לילוד - 2.2 שנים; אילו לא היו מקרי מוות ממחלות כלי הנשימה - תוספת שנים לילוד - חצי שנה; אילו לא היו מקרי מוות מתאונות - תוספת שנים לילוד - 1.3 שנים. תיאורטית, אילו היינו מתגברים על כל מחלות הלב - היו מתים יותר אנשים מסרטן.

אם אני מדבר על הישגים חייב אני לתת מספרים על בלימת מחלות כתוצאה מפיקוח ומשימוש בחיסונים. זהו תהליך חשוב שאין בו נסיגה. אני מדבר על מחלת השחפת. היא בהחלט קיימת, אבל נבלמה במידה רבה מאוד. אציין דוגמאות לגבי יציבות ההתקדמות בכמה סוגי מחלות. לדוגמה: אסכרה. אם היו בשנת 1960 1,630 מקרים עם 32 מקרי מוות - בשנת 1972 היה מקרה 1 בלבד עם 0 מקרי מוות; שיתוק ילדים - בשנת 1950 היו 1,579 מקרי פוליו עם 202 מקרי מוות; ובשנת 1972 - 6 מקרי פוליו עם 0 מקרי מוות.

ע. אמוראי: כמה מקרי מוות היו מתוך אלה שקיבלו חיסון?

ו. שם-טוב: לא היו מקרי פטירה.

הצבת: 15,240 מקרים בשנת 1950 עם 16 מקרי מוות; ב-1972 - 605 מקרים עם 10 מקרי מוות; מלריה: בשנת 1949 - 1,091 מקרים עם 79 מקרי מוות, בשנת 1969 - 4 מקרים עם 0 מקרי מוות, ואילו בשנת 1970 - 17 מקרים עם 0 מקרי מוות, שנת 1971 - 67 מקרים עם 0 מקרי מוות, שנת 1972 - 43 מקרים עם 0 מקרי מוות ושנת 1973 - 29 מקרים עם 0 מקרי מוות. יש לציין שהמקרים של מחלת המלריה משנת 1968 ואילך - כולם נדבקו בסיני, כאשר בישראל, יהודה, שומרון ועזה לא נרשם אף מקרה אחד. טיפואיד (טיפוס): בשנת 1950 - 658 מקרים עם 15 מקרי מוות, בשנת 1972 - 143 מקרים עם 0 מקרי מוות.

כל כמה שבלימת המחלה תלויה בשמירה על כללי הנקיון והאדם עצמו צריך לדאוג לכך ולעשות מאמצים - יש גידול במספר המחלות ולא ירידה. הדבר תלוי במודעות כלל האוכלוסיה בצורך לשמור על כללי הגיינה אישית וסביבתית טובים יותר.

מחלות הדיזנטריה הבצילרית ודלקת הכבד הנגיפית הן מחלות המועברות בדרכי העיכול ומאגרן נמצא בבני אדם. בלימת המחלה תלויה בהרגלי ההגיינה ושמירת הנקיון של כלל האוכלוסיה. במחלות אלו יש עלייה מתמדת, אם כי יש ירידה במקרי המוות.

המחסור בכוח אדם רפואי ופרה רפואי במדינה הוא תופעה לאומית ופוקד מדינות עשירות ביותר. ישנן שתי תופעות: (א) המחסור בכוח אדם; (ב) המחסור בתרופות. בארצות רבות בעולם מתבטא הדבר במחסור חריף ברופאים ואחיות. המחסור אצלנו מתבטא יותר באחיות ואין לנו מחסור ברופאים. אנחנו אולי במקום ראשון בעולם במספר הרופאים. המספרים מעניינים מאוד. מבחינת המורשים לעסוק ברפואה - משרד הבריאות הוציא בשנת 1972 8,453 רשיונות. מספר זה אינו כולל אנשים שיש להם רשיונות אבל לא עוסקים ברפואה. מספר התושבים למורשה העוסק ברפואה הוא 378. זהו מקום ראשון בעולם. מספר תושבים למורשה לעסוק ברפואה במדינות נבחרות בשנת 1969 הוא: ישראל - 438 (בשנת 1972); אלג'יריה - 7,860; מצרים - 2,000; אפריקה הדרומית - 1,870; תוניסיה - 5,780; ברזיל - 1,950; קנדה - 710; מכסיקו - 1,850; ארה"ב - 650; יפן - 900; ירדן - 3,430; אוסטרליה - 550 וכו'. הקרובה ביותר אלינו היא בריה"מ עם 430, אם כי בבריה"מ הסטטיסטיקה פרובלמטית. לא כל הרופאים המורשים עובדים. מספר התושבים לרופאים מורשים עובדים הוא 480 - שנת 1970.

התפלגות אזורית של הרופאים העובדים בישראל: צפון, כולל חיפה - 625 נפשות לרופא; מרכז, כולל תל-אביב - 393 נפשות לרופא; ירושלים - 384; דרום - 1019 נפשות לרופא. הממוצע הארצי הוא 480 נפשות לרופא. הנתונים הם משנת 1970.

ו. שם-טוב:

התפלגות הרופאים העובדים לפי מקום עבודתם
 העיקרי: מרפאות - 2,951 רופאים; בתי-חולים כלליים - 2,215 רופאים;
 בתי חולים למחלות נפש וממושכות - 174 רופאים; אחרים - בעיקר פרטיים -
 1,750 רופאים.

מהן התחזיות לגבי עשר השנים הבאות - האם
 יהיה עודף או מחסור ברופאים? - ליקטתי נתונים מארבעה סקרים. כל סקר
 הגיע למסקנות אחרות, הפוכות, קטביות. ביולי 1973 נתפרסם דו"ח תחזיתי
 של הוועדה לתעסוקת אקדמאים של משרד העבודה שנערך בידי יוסף גורביץ.
 סקר זה הגיע למסקנה שבשנת 1977 יתהווה איזון בין ההיצע והביקוש של
 רופאים - 4,164 מול 4,141. יהיה עודף ברור במקצועות כמו ניאזוכירורגיה,
 ומחסור בפתולוגיה, מרדימים, פסיכיאטרים וכו'; באוקטובר 1972 נתפרסם
 דו"ח של ועדת פלדמן מטעם המועצה להשכלה גבוהה. הסקר עסק בתחזית ל-10
 השנים הבאות - מה יהיה המצב בשנת 1982. הוועדה הזאת הגיעה למסקנה
 שיהיה עודף של 5,000 רופאים. בתחזית השנייה שלהם הם הביאו בחשבון את
 זריין הכופר לאקדמאים בבריית-המועצות ושאיטליה מגבילה קבלת הסטודנטים
 זרים ואז הגיעו לעודף של 3,000 רופאים בסוף העשור; דו"ח של מר פיזן
 אוניברסיטת תל-אביב הגיע למסקנה שיהיה מחסור בולט של 305 עד
 2,580 רופאים; דו"ח ועדת טריפון הגיע למסקנה שבשנת 1978 יהיה עודף
 הולך וגדל של רופאים שיגיע ל-1,500 רופאים.

א. מלמד:

האם משרד הבריאות לא יזם סקר?

ב. פדה:

המספרים שאנחנו קיבלנו מורים על איזון.

ו. שם-טוב:

ישנה בעיה חמורה שחלק גדול מבוגרי בית הספר
 לרפואה, ישראלים, עוזבים את הארץ בתום
 לימודיהם. אנחנו קולטים עולים ולעומת זאת הרופאים שאנחנו מכשירים אינם
 יכולים להיקלט בארץ מסיבה זו או אחרת. שוחח איתי על כך אחד הדיקנים
 של הפקולטה לרפואה.

ב.צ. חלפון:

מה מספרם?

ו. שם-טוב:

אין בידי מספרים. אבדוק זאת ואמסור לכם.

א. אפרת:

האם הם אינם חוזרים אחרי 5 שנים בחו"ל?

ב. פדה:

כ-350.

מי שנמצא בחו"ל מעל 4 שנים לא חוזר לעבוד
 בארץ, כי הוא מעמיד תנאים לשובו.

ו. שם-טוב:

המחסור החריף ביותר הוא המחסור באחיות.
 הכנסת דנה בנושא זה. אנחנו חוקפים נושא זה
 מכל צד. לא נוכל להתגבר על הצורך בכוח אדם סיעודי בלי להתחמריצים
 נוספים. העובדה שקיצרנו את שבוע העבודה של האחיות - בסידורים פנימיים
 הן תעבודנה 5 ימים בשבוע, אנחנו מתכננים להגיש לכנסת הצעת חוק שירות
 לאומי של בנות, אשר תבאנה לעבוד 20 חודש בבתי-חולים, זאת כשירות לאומי
 חובה. המדובר לא רק בבנות דתיות, אלא מכלל הבנות המתגייסות. נכשיר
 בנות אלה לתפקידים מיוחדים בבתי-החולים ונאפשר לחלקן להמשיך ללמוד.

מספר בעלי מקצועות סיעוד לפי סוגים לשנת
 1973: סך-הכל - 16,585 אחיות; אחיות מוסמכות - 7,008, אחיות מעשיות -
 6,605, ומטפלות - 2,972. מתוך 16,585 אחיות בעלות תעודה והסמכה עובדות
 רק 12,000 אחיות. כלומר, כ-4,500 אחיות אינן עובדות ונשארות בבית.
 אנחנו רוצים למשוך אותן חזרה למקצוע. יש כבר תוצאות לפעולות שלנו.

מה אנחנו עושים בשלושה מוקדים בעייתיים?
 א) בעיות המחלות הממושכות והחולים הכרוניים; ב) בעיית הטיפול בחולי נפש;
 ג) השיפור במצב מצוקת האשפוז במדינת ישראל. אנחנו נמצאים בתנופה של
 שיפור לגבי מחלות כרוניות. אנחנו אוכלוסייה מזדקנת והדבר משתקף בטיפול.
 הגב' טובה ברמן המטפלת בנושא זה פירסמה נתונים על גידול האחוז של
 האוכלוסייה בישראל מעל גיל 65. התחזית היא ל-1980 - יהיה כ-300,000 תושבים
 מעל גיל 65 - 9.5% מכלל הציבור. היום הם מהווים 7% מכלל האוכלוסייה.

ו. שם-טוב:

התפלגות האזרחים מעל גיל 65: - 55% מהם הם מעל גיל 70. כמו כן שהם פציינטים לבתי החולים. הפקקים בבתי החולים הם כתוצאה מטיפול במחלות כרוניות וטיפול בקשישים; כי האוכלוסייה מזדקנת. על-פי התכנית המוצעת שיעור מיטות השיקום לאלף תושבים יועמד על 0.35 ושיעור הפיטות לסייעוד ממושך - על 1 לאלף תושבים. שיעור זה יגדל ל-1.1 ב-1975 ול-1.2 ב-1978, בשל גידול חלקה של אוכלוסיית הקשישים מכלל האוכלוסייה; בשנת 1973 הוספנו 162 מיטות למחלות ממושכות וכרוניות; נמצאות עתה 499 מיטות בבניה: במרכז איכילוב - 50 מיטות, ב"רמז" בחיפה - 120 מיטות, בתל-גיבורים - 30 מיטות, בתל-השומר - 36, ברמב"ם - 25, בצפת - 15 מיטות במחלקה גריאטרית פנימית ו-43 מיטות במחלקה גריאטרית לטיפול ממושך, שמואל הרופא - 20 מיטות, בית לוינסטיין - 100 מיטות ו"הדסה" הר-הצופים - 60 מיטות נמצאות בבניה; בתכנון נמצאות 310 מיטות, שבנייתן תחל ב-1974. אנחנו רוצים להגיע ל-1.35 מיטות למחלות כרוניות. זה לא יתבטא רק על-ידי אישפוז בבתי-חולים, אלא אנחנו מפתחים גם שירותים קהילתיים שיטפלו בחולה לאחר צאתו מבית-החולים.

בשירותי בריאות הנפש אנחנו נמצאים בתהליך של ריאורגניזציה ופיתוח מואץ, הייתי אומר: שינויים מהפכניים. היו שלוש "מהפכות": (1) במאה ה-18 שחררו את המסוגעים מהשראות; (2) תורת פרויד; (3) הפסיכיאטריה הקודרנית, הכוללנית, הפתוחה, שאנחנו נמצאים במסלולה עתה. מר טרמר יתן בתונים נוספים. חילקנו את הארץ ל-30 אזורים אשר בהם יינתן טיפול כוללני בתוך האזור. יש מיטות יום ומיטות לילה. בית החולים הוא אזורי ומטרת הפעולה היא למנוע אישפוז. החולים עוברים קודם כל את המרכזים הקהילתיים הכוללניים לבריאות הנפש בטיפול יום ובטיפול לילה ורק במקרים מיוחדים הם מגיעים למחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים.

ח. קורפון: האם יש צמצום בבתי חולים פרטיים?

ו. שם-טוב: סגרנו בית-חולים פרטי אחד.

הנושא האחרון הוא נושא הבנייה. אנחנו נמצאים בתנופה גדולה - חיסול משכנות עוני. אנחנו בונים את בית התנאים על-שם איזנברג במקום דונולו; את בית החולים תל-השומר ומחסלים את הצריפים; בונים את תל-גיבורים, הלל יפה, בית החולים בצפת, אנחנו בונים בית-חולים בטירה ובבאר-שבע. אנחנו יחד עם קופת חולים בונים מיטות - קרוב ל-7,000 מיטות נמצאות בבניה או בלשלב האחרון של הבניה. עד סוף שנות ה-70 תפתור בניה זו את בעיית המצב הפיזי של בית-החולים הממשלתיים.

ע. אמוראי: מתי עומדת להסתיים המסה הזאת של הבנייה?

ו. שם-טוב: לקראת 1978-79.

ח. קורפון: כתוב בהצעת התקציב ש-310 מיטות תתחלנה להיבנות ב-1974.

ו. שם-טוב: אם בתי החולים רמב"ם וצפת יכנסו לסטטיסטיקה המספר יהיה גדול יותר. אם ב-1964 היו 3 מיטות לאלף נפשות - היום הגענו ל-3.33 מיטות וכל כמה שנתקדם יותר המספר יעלה. פיתוח השירותים הקהילתיים יתרום רבות לשיפור המצב.

עובדה נוספת: גורם משמעותי בבניית בתי-חולים הוא המדינה ולא קופת החולים של ההסתדרות. אנחנו מתכננים כמה פרויקטים משותפים כגון: הכנסת התשתית לביצוע חק בריאות ממלכתי. הבנייה תימשך ותסתיים עד סוף העשור.

ד. קורן: מהם המספרים לגבי החולים באוכלוסייה?

ו. שם-טוב: יש בידי מספרים על מספר המאושפזים בבתי-החולים. המספר איננו גבוה.

ב. פדה: מספר הפניות לרופאים והביקורים במרפאות הוא גבוה.

היו"ר י. קרגמן: אני מודה מאוד לשר הבריאות. סקירתו היתה מאלפת.

נעבור עתה לשאלות חברי הוועדה. היועץ הכלכלי שלנו, מר פלוג, ניתח את תקציב משרד הבריאות והציג כמה שאלות, לעיון החברים.

צ. גרשוני:

יש הערכה רבה לפעולה של משרד הבריאות ולהתקדמות שחלה בשנים האחרונות. אינני מתפלא על כך, כי בראש המשרד עומד השר שם-טוב שאני מכיר אותו והמנהל הכללי של המשרד הוא פרופסור פדה.

הנושא הראשון שאני רוצה לשים עליו את הדגש הוא: הנקיון. אני עדיין חושב שנושא הנקיון הוא עניינו של משרד הבריאות. האוכלוסייה שלנו אינה מחונכת לכך ותפקידו של משרד הבריאות לספק בנושא זה ולחנך את הציבור לשמירה על הנקיון. אכלול את נושא הנקיון בנושא הרפואה המונעת. שאלתי היא: מהי התקדמותנו ברפואה המונעת ובאיזו מידה אנחנו מגיעים לתוצאות? אני חושב שפרופסור פדה יוכל להשיב על כך תשובה מתאימה.

באופן כללי הבעיה כפי שהיא נראית לי איננה רק אריכות ימים. צריך להאריך ימים ולהיות בריאים. מבחינת המשק הלאומי, כמה אנחנו מפסידים מכך שאנשים חולים, או מרוויחים על-ידי כך שהאנשים בריאים יותר? אפשר להשוות אם ירד מספר ימי המחלה במחלות מסויימות, אבל עלה בגלל זיהום או נכות ובכך נמנעה אפשרות הפרודקטיביות של האדם. זוהי שאלה חשובה.

אחרי שתי השאלות הללו אעבור לשאלות ספציפיות: (1) מחלות כרוניות - הבעיה מתחילה בבתי החולים המוציאים, בצדק, את החולים אחרי שבועיים-שלושה מבית-החולים, כאשר אותו חולה זקוק עדיין לטיפול. אם מוציאים אותו מבית-החולים, לאן מעבירים אותו? מה המצב מבחינה זו? האם חלו שיפורים ובאיזה טווח? כמה מקומות יש עבור חולים במחלות כרוניות? צריך שיהיה מקום קבוע שאפשר יהיה להעביר לשם את החולים, ולא להסתפק בזמן המוגבל של השהות בבית החולים.

(2) מחלות נפש - האם נכון הוא שיש מחסור במקומות ואין אפשרות שילדים עד גיל מסויים יימצאו בנפרד מהמבוגרים? מדוע אין מקום נפרד לילדים?

(3) כאשר פרופסור פדה ידבר על המרכזים הקהילתיים אבקש לדעת האם יש סידורים נמרצים שרופאים מקצועיים יבואו למרכז ושהאנשים לא יצטרכו לנסוע ממקום מגוריהם לבתי החולים. האם סידור זה הוא רק ב-2-3 מקומות בלבד? מהו המצב בכל הארץ? במקומות אותם אני מכיר אין סידור כזה. קופת חולים לא מצאה מקום. מנתיבות צריך לנסוע לבאר-שבע. הדבר כרוך בהוצאות נסיעה ובאיבוד יום עבודה. האוטובוסים מלאים באנשים הנוסעים מקיבוצים, מושבים ומעייירות פיתוח כדי להגיע לרופא מקצועי. בזה צריך לחול שינוי.

ה. קורפן:

בתקציב של השנה הבאה היתה תוספת של אלף מיטות. האם נוספו אלף המיטות, ואם לא - מה הסיבה לכך? דברי ההסבר לתוספת העובדים היו שזה דרוש לאלף המיטות שיופעלו. אני מאמין שתוספת העובדים נתוספה. איך הדבר מתיישב עם כך שרק לפני חודש עשינו העברות מתקציבים שיועדו לבנייה חדשה - העברנו מבנייה חדשה לשיפוצים תקציבים של מליוני לירות. האם סכום זה לא חסר עתה לבנייה? אמנם קיבלתי תשובה, אבל לא הסבר.

השנה מתקצבות 300 מיטות נוספות. מה יהיה על 74 המיטות החדשות שנתוספו?

מדוע אין ירידה בשהות הממוצעת בבית החולים? אפשר היה לאשפז יותר חולים אם השהות בבית החולים תהיה קצרה יותר. עם שיפור השירותים ירדה השהות בפסיק אחד.

מהי הזיקה של משרד הבריאות עם חיל הרפואה? האם היו מקרי צהבת בצבא שלא אובחנו וגרמו למוות ולמחלות לב? היו מקרים שהאבחנה של המחלה היתה שפעת ואחר-כך נשלחו החיילים לבית החולים במצב קשה. בארבעה בתי חולים יש 300 חולי צהבת ויש מקרה קונקרטי אחד לסיבוב למחלת לב. יש בידי נתונים.

אודה לך אם תמציא לי הנתונים.

ב. פדה:

ה. קורפנו:

מה עושה המשרד למען הפיקוח התברואי? המצב היום הוא כאילו לא נשתנה דבר מזמן הבריטים. כמעט ואין חנויות עם קערות מים. שופכים את החלב לכביש ולמדרכות. נדמה לי שהמשרד מפגר בנושא זה בצורה בלתי מובנת. אולי צריך לקבוע סנקציות נגד העיריות. נאשו רוצים אין שהחוקים והמסלולים הם בלתי יעילים. צריך להיכנס לנושא הזה. חלק גדול של העובדים במסלולות המשרד הם חובשים. אותן הדבר בייחס לתלונות אזהרה המועברות למשרד הבריאות. לדוגמה: במוצא סבלו מיתושים. החובשים פנו למשרד הבריאות. במקום לבצע ריסוס במקום הפנה אותם למועצה בטענה שזה מביא-זיה. ובסופו של דבר החובשים סובלים. קודם כל צריך שמשרד הבריאות יבצע את הריסוס ואחר כך ימצא מי האשם.

י. בארי: (1) האם הוכנה תחזית לגבי ההוצאות הרפואיות לטיפול במחלות שהתפתחו עקב זיהום אוויר ומפגעים תברואתיים?

מניעת זיהום אוויר, מכונות קרינה, רעש וריח הם פחות מפרומיל אחד מהתקציב הכולל של משרד הבריאות. שר הבריאות הוא הממונה על חוק כנוביץ. כתוב בווד ההסגר שמכונות הקרינה מתחנות כוח גרעיניות גם הם יהיו בתחום משרד הבריאות.

(2) ניצול הציוד בבתי החולים: שמעתי לא פעם מפי רופאים את הטענה שיכלו לנצל ציוד 24 שעות ביממה, אילו הצוות היה עובד במשמרות במשך 24 שעות. אחת התוצאות של אי קיום שיטה זו היא השהיה הארוכה יותר בבתי החולים, הנעוצה בזמן שהנדיקות והציילומים אורכים.

א. אפרת:

האינדקסורים הכלליים במדינת ישראל לגבי מצב הרפואה הם מהמצויינים לגבי אורך החיים ושורה של בעיות אחרות. אפשר לומר שבשנים האחרונות חלה התקדמות בעלת משמעות גדולה בשליטה הכללית במצב. אם להשוות את המצב היום למצב מלפני 7-8 שנים - משרד הבריאות יצא מהפרובינציה למרחב. שיתוף הפעולה עם גורמים שהם מחוץ לשירות הממלכתי הוא נושא חשוב מאוד בכל העולם. קופות-החולים הקטנות הגיעו למצב שיש להן קשרים עם משרד הבריאות והן יכולות לבצע שירותים על רמה גבוהה יותר.

רצוני למקד את השאלות שלי בכמה נושאים אחרים: (1) מי מבצע את מירב הבנייה של משרד הבריאות? האם יש מדיניות של ביצוע הבנייה? האם יש מדיניות ברורה על מי להטיל את הביצוע? אני יודע שיש מבנית אב. זוהי שאלה של השגת שירותים.

(2) שירותי המרפאה בכפרים הערביים. בשני תחומים הגיעו בכפרים הערביים לרמה גבוהה: ביולדות ובאשפוז כללי, ואילו בשירותי המרפאה יש בעיה. אני יודע שיש שיתוף פעולה עם קופות החולים. האם שיתוף פעולה זה הוא פורה? אילו תוצאות הוא נותן? ישנם עדיין שטחים בכפרים הערביים המשוללים שירותי מרפאה. קיימת גם בעיית המבנה. הנימוק שחסרים רופאים ואחיות הוא נימוק לחוד, אבל השאלה העומדת על הפרק היא שאלת הפיתוח.

(3) חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חוק מס מקביל מבטיח אישפוז חנם. חלק גדול מהחוק התחיל להתבצע. מהן הציפיות של משרד הבריאות? מה הם ההישגים הנוספים שאנחנו מצפים להם מכך שנתחיל לבצע את חוק ביטוח בריאות ממלכתי?

ח. קורפנו: כיסוי הגרעון של קופת-חולים.

א. אפרת:

(4) ריפוי שיניים - בארץ התהווה שוק שחור של ריפוי שיניים. אני רוצה לדעת אם אפשר בשיתוף פעולה בין משרד הבריאות לבין גורמים אחרים, להגיע לווויסות ולהשתלטות על המצב שנוצר בריפוי שיניים. כאב שיניים הוא דבר לא סימפטי ויקר מאוד. אנחנו עלולים להגיע למצב השורר באמריקה, שאדם שיזדקק לריפוי שיניים יידלדל מחסכוניותיו.

(5) הפיקוח על הייצור ועל רכש התרופות - באיזו מידה יש פיקוח על כך ובאיזו מידה יש פיתוח רפואי בארץ? אני נכנס גם למסגרת של פיתוח תעשייה עתירת יידע. ידוע לי שנכמה מקומות בארץ התחילו בזה. אינני יודע באיזו מידה אתם נותנים עידוד לכך.

א. מלמד:

(1) בתחום חקיקת חוק בריאות ממלכתית - יש לי הרושם שיש לקונות רבות. מה יש באמתחתכם? מה אתם מציעים פרט לחוק הבריאות, כמו בעניין המזון וכדומה?

(2) שאלת המזון, מזנוני הרחוב, הסטייקיות, כאשר רואים איך שהחוליים והעובדים מסתובבים. צריך להיכנס לנושא הזה. חלק גדול של העובדים במסעדות ובמזנונים הללו הם מכפרי המיעוטים. אינני יודע אם הם מאורגנים. צריך לעשות משהו בנושא זה יחד עם העיריות. משרד הבריאות אחראי לכך. זהו מאגר למחלות זיהומיות.

(3) בעיית העימות של תעודות הרופאים העוליים. באיזו מידה נתגלה שהתעודה היא לא תעודה והרופא הוא לא רופא? יש פלצ'ורים, יש מרפאים והם לאו דווקא דוקטורים. מהו הפיקוח עליהם?

(4) מה עם עניין מרפאי השיניים?

(5) בתי המרקחת - מתחילים בתי מרקחת רבים ואינני רואה שמקיימים אחרים תחתיים. אולי יש רוקחים, אבל אין בתי מרקחת? נושא זה לא ברור לי.

(6) מה בעניין החברה לייבוא תרופות?

נ. שם-טוב: לא הקימונו חברה לייבוא תרופות, אלא לרכש תרופות. זו טעות של העתונאי.

א. מלמד: (7) קיימת בעיה של רופאים מזדקנים. אמנם מוטב רופא מזדקן מאשר להיות לגמרי בלי רופא, אבל יש רופאים שצריכים היו כבר לצאת לפנסיה ואילו קופת החולים מעסיקה אותם. לא ידוע לי שיש מחסור ברופאים, אם כך מדוע להחזיק רופא שאיננו שומע היטב? צריך לעשות משהו בנושא זה.

(8) בימינו התקציב למפגעי האקולוגיה איננו בהתאם לצרכים. אני מצטרף לשאלתו של חבר-הכנסת בארי בנושא זה.

ד. קורן: אני רוצה לציין שמשרד הבריאות עושה עבודה גדולה ויפה. שמחתי לשמוע על ההתפתחות וההתקדמות של שירותי הבריאות. האזרח נפגש עם בתי החולים והמרפאות תמיד כאשר יש לו צרה, במצב שקשה לו, התגובה הטבעית היא תגובה קשה. כאשר הוא נרפא הוא יודע להעריך מה שעשו למענו; אבל בסך-הכל, כאשר רואים את התמונה בכללותה - יש לציין התקדמות בעלת משמעות במוסדות הבריאות ובמשרד הבריאות בתקופה האחרונה. אם אני מתבונן בשנתיים האחרונות - יש שינויים משמעותיים. חובה על אזרחים וחברי הכנסת להגיד זאת לאנשים העוסקים במלאכה, שיש גם מי שרואה ויודע ולציין את ההתקדמות.

(1) לפני שנה-שנתיים התעניינתי מאוד בריפוי בעיסוק. אינני מרגיש שעמדתם באבטחות שלכם בעבר מבחינה זו של תוספת בתי ספר או אקדמיזציה של בנות העובדות שם. יש מחסור במרפאות ג'י'סוק. ראיתי נפגעי צה"ל שאינם יכולים לעשות דבר בלעדיהן. הן משקמות את החיילים שנפגעו ונותנות להם טעם בחיים. העובדה שהריפוי בעיסוק איננו במצב מתקדם, שמעמד המקצוע וההתעניינות של האחיות במקצוע זה אינו רב - זה לא הרבה, זו אולי בעיית השכר והדרגה האקדמאית.

(2) שאלה שהועלתה על-ידי חבר-הכנסת פיינרמן: בתי החולים בערי השדה.

ב. פדה: בהרייה.

ד. קורן: בהרייה זו דוגמה. שאלתי שאילתה ואקבל תשובה.

אני מדבר על בעיית הציוד, התקן וריכוז כוחות מקצועיים. שוחחתי עם רופאי הגליל המערבי, הם היו מעוניינים בשיחה זו. היות ובית החולים קטן - חסר גם ציוד. אווירה גוררת אווירה. אני מוכן להגיד: עבירה גוררת עבירה. אנשי הגליל המערבי לא חסאו בזה שהם יושבים שם. האנשים היושבים שם זקוקים לשירותים רפואיים חדשים. סיפר לי חבר-הכנסת לשעבר. מר שמחה פרידמן, שבנו נפצע והוא ביקר אותו בבית החולים בנהרייה. היתה לו בעיה אורטופדית ומכשיר שצריך לעלות כמה אלפי לירות אין לו.

ד. קורן:

כן גם העניין של טיפול נמרץ בהתקפי לב. ידוע לי שישנה ועדה של איגוד ערים למען בתי החולים, ועדה בה השתתפתי ועסקתי בגיוס כספים. אבל ההרגשה היא שאין די ציוד, אין די תקן ורופא שהוא בעל מעמד סחפש עבודה בבית חולים גדול יותר. אם אנחנו נמודע קובעים שיש מקום לבתי חולים קטנים יותר - נדמה לי שדרושה מהפכה במחשבה של המשרד על התקן של בית חולים קטן. מי שעובד בבית חולים קטן צריך שיהיו לו הציוד, האמצעים והמעמד כאילו הוא עובד בבית חולים גדול, אחרת תהיה תמיד נהירה מהפריפריה למרכזים הגדולים, וזה עומד בניגוד לעמדה של פיזור האוכלוסייה.

צריך גם שכוחות מעולים יוכלו להיות פעילים. מערכת התקנים צריכה להשתנות. לא כדאי לכיתה בת 15 תלמידים בישוב ספר להחזיק מורה, אבל היישוב הוא ישוב ספר וצריך להחזיק לו מורה. משרד החינוך התקדם בעניין זה. אם יש בית חולים קטן אולי לא צריך מחלקה נרחבת ואולי יש פחות ציוד ופחות אחיות. נדמה לי שצריך להקדיש מחשבה שאם מישהו נמצא שם נזכחותו שם נחוצה למדינה. צריך שיהיו התקנים לכך.

3) מה עמדת משרד הבריאות לגבי הספיחים ברפואה? למשל, רופאים טבעו ביים.

ה. קורפנו: אורי גלר.

א. מלמד: יש רופאי אליל.

ד. קורן: למשל, רופאים המטפלים בבעיות אורטופדיות, שיטת ד"ר פלדנקרייז, שיטת אלכסנדר. שיטות אלה עוזרות לאנשים רבים. כיצד אתם מתייחסים לכך?

ב. פדה: בשלילה.

ה. קורן: אני מודיע לך, אישית, שהיו לי בעיות, האורטופדים שלי שמו לי חגורת צירוסטה ואחרי התעמלות בשיטת ד"ר פלדנקרייז הורדת אותה.

היו"ר י. קרגמן: א) בתקציב חל גידול של 50 עובדים במשרד הראשי. אני מבקש הסבר לכך. אני מבין שזה מחוזות, אבל כדאי שיינתן הסבר לכך.

ב) לעומת זאת בשירות המזון נשאר התקן כפי שהיה. ניהלנו ויכוח במשך 10 שנים עד אשר הוכר שמשרד הבריאות צריך להיות האחראי לכך. בדברי ההסבר קראתי על בקורות במפעלים. האם יש הקפדה על שקילה וסימון המוצר במוצרים אכילים? בכמה ענפים אין סימון תאריך יצירת המוצר? למשל בשוקולד. בדברי מתיקה לא מסמנים התאריך ולכן הם מתקלקלים. השאלה היא באמת אם יש ביקורות וטיפולים. אני קורא על קנסות, אבל האם יש התקדמות בבדיקת מוצרי המזון שאנחנו אוכלים? האם חל שיפור בדרכי השמירה וההגיינה? אני מקשר זאת עם 36 העובדים. אולי סגב שבתחום זה, למען בריאות העם, יהיה פיקוח.

ג) עברתי על דברי ההסבר בקשר למחלות בארץ. במחלות מין - בתחום אחד יש התפשטות לא קטנה. היתה מלחמה, נוספה אוכלוסיית השטחים. מה בתחום זה? האם יש סימנים מדאיגים? אל נחפש השוואות בינלאומיות בנושא זה.

ע. אמוראי: 1) שאלתי הראשונה מתייחסת לבעיות של אתיקה

ובעיות חמורות יותר מאשר אי שמירת כללי אתיקה - דברים הגובלים בשחיתות. בהבדל ממה שהיה קיים בציבור לגבי משרד התקשורת - רוחה בציבור הידועה על לקיחת שוחד עד שאותם אנשים נתפשו והובאו לדיון - לגבי משרד הבריאות המצב שונה בתכלית, גם לגבי מיזת האמינות של הרופאים. שומעים זאת מהאחיות. נטען לגבי רופאים, מנהלי מחלקות ופרופסורים במוסדות אישפוז ממלכתיים שהם מחזיקים בסדר קבלת החולים לאשפוז. יש אחוז של מיטות הנשמרות לפציינטים שמנהלי המחלקות מכניסים אותם לתור, שמורות מיטות במחלקות, וסופר על ידי חולים אחרים שהרופאים פוקדים את הפציינטים הפרטיים שלהם יותר מאשר את הפציינטים הרגילים הנמצאים בבית החולים. שמועות כאלה קיימות. קל מאוד לעשות מעכב, לאתר זאת ולשרש תופעה זו. אפשר להקים חוליות בדיקה, מעכב וביקורת ולראות כיצד מבקר הפרופסור את חוליו הפרטיים וכיצד הם הגיעו למחלקה. זהו דבר שניתן להיעשות.

ב"הדסה" שיטה זו כשרה, אבל "הדסה" איננה בית-חולים ממשלתי.

היו"ר י. קרגמן:

ע. אמוראי:

אני פוסל את השיטה הזאת מעיקרה. חולה הוא חולה. יש בית-חולים "אסותא" לחולים

פרטיים. מתעוררת השאלה: על איזה זמן הוא מנתח והאם זה לא על חשבון עבודתו? זוהי שחיתות.

אם מדברים על מחדלים, המחדלים החמורים ביותר הם המחדלים הכרוכים בחיי אדם. מה יודע המשרד, מה בדעתו לעשות, כמה זמן יידרש לו לכך, איזה פתרונות הוא רואה ומה התקציב לכך?

דובר על חברה ממשלתית לרכש תרופות. לפני שנתיים רכישת אנטיביוטיקה - פנברייטין - בקופה קטנה שילמו 1.10 ל"י לכדור וקופת החולים ההסתדרותית שילמה 33 אג". על-ידי ריכוז ברכישת התרופות אפשר לחסוך דולרים. בכל תחום אפשר להגיע לעשרות אחוזים. ישראל היא הצרכן הגדול ביותר לפנברייטין. יש קופות חולים שמספר חבריהן הוא פחות מ-100,000 והן משלמות פי 3 או פי 4 עבור תרופות מאשר קופת החולים של ההסתדרות. מה מתפתח בנושא זה? מי נכלל בהסדר זה ומהם הפתרונות?

כאשר יהיה ביטוח בריאות ממלכתי אני חושב שהבעייה תיפתר, אבל עד אז יש שיטה של סבסוד האישפוז. אני טוען שהשיטה של סבסוד האישפוז היא שיטה המעודדת אישפוז. מחייבים את קופת החולים ב-15 ל"י כאשר האישפוז עולה 120 ל"י.

היום 162 ל"י.

ג. פדה:

אם את הסבסוד לקופה נותנים דרך סבסוד זה יעודד אותה לשלוח את החולה לבית-החולים,

ע. אמוראי:

כי כך יגדל שיעור הסבסוד של הקופה. במקום זאת יש להעביר לרשות את הכסף ושהקופה תחסוך. זו שיטה הגורמת להשקיע עשרות ואולי מאות אלפי לירות, דורשת אישפוז ואין תמריץ לקופות לחסוך. צריך לשנות את המבנה ולהניע את הקופות לחסוך.

כתבת מכתב שאילתה לשר הבריאות. אני שואל:

מה קרה בגורל ההצעות?

סיימנו את הישיבה. התשובות תינתנה בישיבה הבאה של ועדת הכספים בנושא זה.

היו"ר י. קרגמן:

הישיבה ננעלה בשעה 12.20.

שר הבריאות: על הקמת חברת רכש מסוהפת למשרד הבריאות, משרד הבטחון וקופות החולים המליצו שתי ועדות: הוועדה הבינמשרדית לייעול וועדת הסרים לחסכון (ועדת גבתי).

הקמת החברה תאפשר חסכון של מליונים ברכש תרופות וציוד רפואי וייעול רב בסטנדרטיזציה של תרופות וציוד והקטנת המחטנים של התרופות בכל מוסדות הרפואה בארץ.

החברה תהיה פתוחה לכל קופות החולים והיא לא תפגע באינטרסים לגיטימיים של יבואני תרופות.