

פרוטוקול מס' 44  
מישיבה ועדת הכספים  
ביום ג', ח' באייר תשל"ד - 30.4.74, שעה 10.00

נ כ ח ר :

חברי הוועדה:  
י. קרגמן - יו"ר  
ש. ארליך  
ע. אמוראי  
מ. ברעם  
י. בדר  
י. גולן  
צ. גרשוני  
ב. צ. חלפון  
א. מלמד  
ע. פיינרמן  
ד. קורן  
ח. קורפו  
א. שוסטק

מוזמנים:  
ד"ר י. פדה - מנכ"ל משרד הבריאות  
ע. ארנן }  
ש. הבר } משרד  
י. בירן } הבריאות  
ד. קוצר }

נ. פלוג : כ ל כ ל ן :

א. אדלר : ר ש ס ה :

סדר-היום: חוק החקציב לשנת הכספים 1974 - משרד הבריאות (המשרד)

528 -

(נתקבל ביום 25.74)

היו"ר י. קרנמן:

אני פותח את הישיבה.

י. פרד:

משרד הבריאות נושא באחריות המסלכתית הכוללת לבריאות תושבי המדינה, תוך דאגה לארגון, הפעלה ואספקת שירותי מניעה, אבחון, טיפול, שיקום ומחקר בהתאם לצורך. זה נעשה הן באופן ישיר - במוסדותיו ושירותיו העצמאיים, והן ע"י מוסדות אחרים - קופות-החולים, מוסדות ציבוריים וכדומה.

בריאות מהי? עפ"י הגדרת ארגון הבריאות האולמי, בריאות היא הרגשת נוחות של כל פרט ופרט, בהעדר מחלה, הן מבחינה גופנית, נפשית וחברתית. במלים אחרות, בדברנו על שירותי הבריאות שניתן להשיגם לכל פרט אנחנו נתקלים מיד בקשיים ובפערים עצומים הקיימים מבחינות שונות: ארגון, איכות, זמינות, כפילות, השוניים ממקום למקום. מקדמת דנא ועד ימינו אלה עמדה במרכז ההתעניינות של הרופאים והעוסקים ברפואה האבחנה, היינו המחלה, ולא החולה היינו האדם. תחילה ביסס את האבחנה הרופא על הסימפטומים, עליהם למד מפי החולה, ועל הסימנים אותם מצא בעת הבדיקה ליד מיטת החולה, וכן על הנתונים שהדפוּרפיים, הבדלי המינים וכו'. מאוחר יותר הוא הכניס סדר בתצפיותיו ולמד להכיר שישימני מחלה, כגון פריחה, המופיעה פעם אחת ואיננה מוסיפה לתקוף את האדם, הווה אומר מחלה זאת גורמת חיסון לכל החיים (למשל חצבת). לעומת זאת ישנם סימנים אחרים המופיעים עוד ועוד, לרובם מחלות פרקים כמו פודגרה, שהיא תופעה של הפרעה בחילוף החומרים של החלבונים. עם הזמן וההתקדמות הטכנולוגית, הכנסת ההיסטולוגיה (תורת הרקמות), המיקרוסקופ, הנקטרולוגיה, הביוכימיה, הציטולוגיה, הגנטיקה, האלקטרו-מיקרוסקופיה, הרנטגן, האיזוטופים וכו' התרחבו, גדלו והעמיקו האפשרויות האבחנתיות מאד מאד. בו בבר היתה התפתחות עצומה גם של התרופות. התפתחה מערכת של פעולות מנע, של חיסונים אשר על תוצאותיהן שמענו בפעם הקודמת מפי שר הבריאות שהציג מספרים על תוחלת חיים, ירידה בתמותת תינוקות, היעלמות של מחלות אפידמיות, נקריטריונים להתקדמות. אולם יחד עם זה קרה דבר מה נוסף בעולם הרפואה.

ארגון השירותים בכל העולם מתחלק לשלוש זרועות: הרפואה הציבורית או השירותים המוצעים, רפואה בבתי-החולים, והרפואה האמנולטורית, המסופקת במרפאות או בקבינטים של הרופאים הבודדים (ויש בהחלט תצפיה ביניהם).

לאור ההתקדמות הטכנולוגית העצומה הזאת, הננסת מיפשוף מתוחכם ביותר למערכת האבחנתית של ביה"ח ובמידה מסויימת למתקני המרפאות המרכזיות, השתכללה מאד מבונת האבחון. לא עוד נקבעת עפ"י הסימפטומים, עליהם מוסר החולה, והתצפיות אותן רואה הרופא ליד מיטת החולה, כי אם הכל נעשה באמצעות המכונה הטכנולוגית האדירה, כולל המיון של כל האפשרויות אשר המחשב יעשה במהירות וביעילות. פירוש הדבר כי אינך זקוק לחולה לקביעת האבחנה, כי אם להפרשות שלו, לדם וכו', וכן להעבירו דרך מערכת של מכונים - רנטגן, מעבדות וכו'. מכאן שהרפואה המודרנית היא טכנולוגיה מאד קרה, לא הופנית.

ברור גם שהרפואה של בית-החולים היא יקרה מאד. ואמנם, פאמירים מהירי העלות של הקמת מטה בביה"ח, כשם שעולה יותר ויותר יום אשפוז בביה"ח. כיום זה נע בין 170 ל-250 לירות ליום. מטבע הדברים שאלה העוברים בבית-החולים הם בעלי היוקרה, הכוח וההשפעה. חלוקת המשאבים והתקציבים גם היא בהתאם למצב זה.

בהיות היום מקצוע הרפואה מכוון לריפוי בעיקרו ולא לטיפול - "cure and not care", הכי שכל פרט ופרט חושב על הבריאות כתוצר של ביקור מוצלח אצל רופא, או שהייה מוצלחת בכי"ח לשם בדיקות, וקבלת תרופה שתורפא אותו מהמחלה. החיפוש הוא ביזמת הפרט. הריפוי ומעורך הבירורים הם אפיזודיים. במיוחד זה נכון בבתי-חולים העומדים ועובדים תחת לחץ בגלל סיבות רבות. הריפוי התרופתי הזה הוא רב מדי, והשימוש בתרופות גדול.

בגלל הבדלי הרמה הרפואית, היוקרה והמעמד המועדף ממנו נהנה בית-החולים, מחפש כל פרט ופרט להגיע אליו, כאשר הרופא באיזור, במרפאה ובפרקטיקה בעצמו מתייחס בדחילו אל היכולת של כיה"ח לפתור בשבילו בעיות שהן שוב אבחנתיות. השיטה שמעניקה גישה זו למרפאה, לרופא ואף לבית-החולים היא שמולידה את המספרים העצומים הן של הביקורים במרפאות ובבתי-החולים והן במרשמי התרופות.

י. פרה:

זהו הסטטוס קוו בשירותי הרפואה שלנו. כולנו מרגישים צורך והכרח לשנות זאת. הדרך האחת והיחידה: להפנות את הרפואה מ"רפואת הריפוי" הקיימת היום ל"רפואת הטיפול" שתצטרך להיות סחר, מהרדיפה אחרי האבחנה, שהיא המחלה, אל החולי שהוא החולה בנושא המחלה, אשר בו ישנם גורמים ופרכיבים אין ספור המשפיעים על מהלך המחלה. "טיפול" זה הוא תהליך רצוף המביא בחשבון את כל מה שקרה, קורה ואף יקרה לחולה, באשר הוא נושא מחלה. "ריפוי" הוא פאורע בודד, אפיזודי, לא תמיד נכון, לא תמיד יעיל, ולא תמיד טובי.

על מנת להגיע לשינוי הזה עלינו לבנות את המערכת בצורה אחרת לגמרי. היא חייבת להתמקד במשפחה, בקהילה ובאיזור. מכל שירותי הרפואה יש ליצור שרשרת, כאשר כל מוסד המספק שירותים, כולל ביה"ח, הוא חוליה בתוך השרשרת. השירותים יהיו משולבים, מאורגנים על בסיס איזורי. יש לעשות לעומת זאת להסרת ההבדלים ברמת הרפואה האמבולטורית של בית-החולים.

התחנה לאם-ולילד, הפועלת בכל הארץ, הנשענת ביחוד על האחות בבדיאות הציבור, היא דוגמה של פעולה ענפה בשטח של המשפחה והקהילה. עובדת התחנה הזאת פתוחה לרעיונות חדשים, והאחיות גם מקבלות על עצמן משימות יותר ויותר רבות ורחבות. התחנה תיהפך לתחנה לבריאות המשפחה, אשר תפקח על כל המתהווה בתוך המשפחה בדרך יזומה, בדיוק כפי שנעשה לגבי ילדים. עלינו להקים מערכת מרכזי בריאות קהילתיים כוללניים, שיעסקו ברפואה כללית, מחלות כרוניות ומחלות נפש.

הפונקציות של חלנות אלו הן: שיפור כל הנוגע לאשה ההרה וסביב הלידה. הוכח מעל כל ספק כי מניעת קשיים בסוף ההריון, לידה בטוח, לידה שאיננה מתמשכת יותר מדי, יש בהם משום חשיבות עצומה ביחס להתפתחות הילד בשנים שלאחר מכן. זה מחייב מעקב צמוד אחרי נשים בעלות סיכון גבוה בהריוןן, אפשרויות אבחון טובות בכל הנוגע לסבל העובר, על מנת שאפשר יהיה להתערב בזמן הנכון וליילד את התינוק, כי כל סבל-עובר יכול לגרום לקשיי אספקת חמצן למוח, ולמומים בהתפתחותו.

נקיים אפוא מוסדות להתפתחות הילד, שם נכוון ונטפל בילדים בעלי מומים וילדים מקופחים מבחינה פיסית. כבר יש כמה מרכזים כאלה שמוכיחים את יעילותם. יש להתחיל בדאגה לילדים אלה מוקדם מאד. לא רק הילד נקבל טיפול, הורחה והכוונה, כי אם גם ההורים, וזאת כדי שיהיה דצף מייפול.

נקים מרכזי בריאות קהילתיים כוללניים. הכוונה היא שמרכז כזה יעמוק במכלול בעיות הבריאות באיזור פעולתו. הוא יהיה קשור עם המרפאות, התחנות לבריאות המשפחה, השירותים הסוציאליים שבקהילה, מערכת החינוך וכו'.

נפתח מוסדות לטיפול בקשיש ובחולה הכרוני. יש כבר כמה מודלים של מוסדות כפי שאנו חושבים לראותם בפעולה. גם זאת על בסיס איזורי. שם יהיו כל השירותים, החל בטיפול ביתי, טיפול יום במרכז הקהילתי, קשר עם המחלקה הגריאטרית בביה"ח הכללי, וקשר עם מוסדות לפקרים טעודיים. השירות הסוציאלי באיזור ידאג לכל האספקט המתעוררים ביחס לאוכלוסייה חלשה ופוזנחת זאת.

השירותים הפסיכיאטריים עוברים כבר עתה תהליך של רגיונליזציה. ויש כמה מודלים של גוסח תחנה כזאת לבריאות הנפש, שהיא בעצם חלק מהמושג של מרכז הבריאות הכוללני. לפיכך, כל הארץ מחולקת ל-21 איזורים, כאשר בכל איזור יוקם כל מה שבחוץ לטיפול בחולה הנפש. כללית אנו מחלקים את הטיפול הזה לשלושה:

(א) הטיפול הראשוני, שנעשה בתוך המשפחה. למעשה, בדרך יזומה מתחקים אחרי הזקוקים לטיפול. כאן יש לקחת בחשבון לא רק את מצב הבריאות של אחד מבני המשפחה, כי אם גם את המצב הסוציאקונומי, את היכולת של ראשי המשפחה להתמודד עם בעיות החיים; את מצב הדיור, את העיסוק של בני המשפחה, את המצב החברתי, החינוך, ההשכלה. הטיפול הראשוני צריך למנוע ירידה בבריאות.

(ב) במקום שאי-אפשר להשיג מניעת ירידה בבריאות - מגיע החולה למרכז הבריאות. זהו הטיפול השניוני (secondary). כאן מעריכים, מאבחנים ומגודרים את זרכי הטיפול. אם נחוץ, ניתן לקבלו ע"י ביקורים פריודיים בתוך המרכז, או ע"י שהייה בטיפול יום, שייווצר במקום תוך שיתוף מלא עם המרפאה המקומית.

**י. פדה:**

ג) הטיפול השלישוני - שהוא בבית-החולים האיזורי בו ישהה החולה כל זמן שנחנץ, כאשר הקשר בין המרכז לביה"ח הוא דו-סטרלי.

כל זה חייב להתבצע ע"י צוות מולטי-דיסציפלינרי, בו יהיו רופא (בהתאם למקצוע המיוחד), אחות, עובדת סוציאלית, פסיכולוג, ואחרים. הקשר עם כל המוסדות בקהילה או ברשות המקומית כולל משטרה, קצין מבחן וכו', חייב להיות הדוק וחכוף. ולפי נסיוננו המועט זה פועל יפה. זהו ה"אני מאמין" שלנו. אנו בהחלט מאמינים שזה ניתן להיעשות, אף כי זהו תהליך שיירוש משאבים ומאמצים רבים מאד. כיום אנו נמצאים בפייגור כמעט בכל השטחים, הן בגלל סיבות תקציביות, הן בגלל סיבות של אי-ראיית-הנולד, והן בגלל סיבות של ההסתחפות עם הזרם, והשקפות-עולם רפואיות שונות מזו שהוצגה זה עתה. יתר על כן, נצטרך לעמוד קשה על מנת לשנות את דרכי המחשבה של רבים וטובים מאד, אשר אפילו יתנגדו לכך מטעמים שונים. אם לא נבצע זאת - אני חושש שהמספר הפוקד אותנו יעמיק וילך.

בזמן המלחמה היו לנו נפגעי גפיים (קטועים) - 142; נזקים של עצבים ופגיעות בידים - עד 500; פרקים לשיקום - 43; נפגעי מוח - 98; חוט השדרה - 34, מהם 7 משוחקים בכל ארבע הגפיים. פוזיות - 265. כבר בזמן המלחמה הפנינו וויסתנו את הנפגעים למרכזים מיוחדים שפתחנו, ולא נתנו למקרים המיוחדים להיכנס לכל בית-חולים. פתחנו חמישה מרכזים בארץ לטיפול בכוויות; כל הקטועים לאחר הטיפול הראשון מתרכזים במרכז שיבא; נפגעי עמוד השדרה מתרכזים במרכז שיבא וב"הדסה"; כל נפגעי המוח מתרכזים בבית-לוינשטיין. פתחנו חמישה מרכזים לטיפול בעצבים פריפריים ופגיעות ידיים; 300 נפגעים בעצבים פריפריים, ועוד 300 נפגעי ידיים יצטרפו בשנה הזאת לעבור כ-1800 ניתוחים חוזרים. מלבד זאת יש לנו מספר גדול של נפגעים שנמצאים עוד בבית-החולים, משום שפציעתם הייתה כל-כך קשה.

גיו'ר י. קרגמן: כמה אלה בסך הכל?

י. פדה: כרגע עוד כ-300 איש, ביחד עם השיקום, אלה שיוצאים וחוזרים.

סדר-הכוחות המוגדל של צה"ל דורש גם הוא אשפור יותר מורחב בבתי-החולים האזוריים. כל זה פביא אותנו לכך שאנחנו חייבים לחזק מחלקות מיוחדות, מפציאליות, על חשבון מחלקות פנימיות. לכן אנחנו חונקים קשיים, מלבד הקשיים שיש לנו.

מבחינת כוח אדם סעודי - המצב קשה מאד. לא אתעכב על כך הרבה, כי הנושא נדון בכנסת ושר הבריאות יענה למתווכחים. בכל אופן, אנו משתדלים לעשות לשיפור המצב, ומקווים מאד שאכן נצליח. השנה יפתח קורס בטכניון להנדסאי רפואה. בראש וראשונה חייבת העבודה בבתי החולים להתארגן על בסיס אחר. האחות הפוסמכת היא איש-מקצוע לכל דבר, ויש להעסיק אותה בחבר בצוות, כאשר עבודות רבות לא מקצועיות הנוצעות ע"י כוחות עזר ואחרים. אנו עומקים בזאת רבות, ומקווים לטוב.

בראשית דברי אמרתי שאספקת השירותים נעשית ע"י סוכנויות, והן קופות החולים, מוסדות ציבוריים שונים: הדסה, שערי-צדק, גיקור-חולים והממשלה. אנו משתדלים להסיר ידיבות בין המוסדות, להתעתם סכך שאנו עצמנו מספקים שירותים, ולדאוג לכולם באופן שווה. שיתוף הפעולה בינינו לבין קופות-החולים מעמיק והולך, ואנו יכולים לרשום שורה של הישגים, שמתפקידם לטנחע כפילויות ולהשיג הסכונות בכל המובנים.

ר. סוצר: אני רוצה להציג את התכנית הארצית לאשפוז, כפי שתוכננה בשך השנה האחרונה, ואת הקונפפציות שבאו בה לידי ביטוי. הבעיה שלנו הייתה למצוא ערכים נכונים ולבטא בתכנית זו את המדיניות הרפואית, ולעשות את התכנון עד 1980.

אנחנו בונים היום תשעה בתי-חולים כלליים, חמישה נוספים יש בתכנון; ארבעה בתי-חולים פסיכיאטרים, ו-2 בתכנון, ו-5 מרכזי בריאות.

ד. קוצר:

הבעיה הראשונה שלנו היתה אופטימיזציה של הכמויות, לנסות לקבוע לכמה מיטות כלליות הזדקק אוכלוסיית ישראל בשנת המטרה (1980), מה הפער בין המצוי והרצוי, ואיזה קצב פיתוח דרוש. המדד המקובל על משרד הבריאות היה 3,3 מיטות לאלף נפש (מיטות כלליות בלבד). התחלנו בפיטות הכלליות, משום שתכניות הפיתוח של בתי-החולים הכלליים היו בהאצה כזאת שהיינו צריכים להתייחס כראש וראשונה להם. יש לנו היום במחשב ריכוז של האשפוז, סיכום שנתי של צריכת המיטות הקיימת. פילגנו את הסיכום הזה לשכבות גיל שונות, כי יש הזדקקות שונה למיטות אשפוז בגילים השונים. פילגנו את הנתונים גם לפי מין ועדה, ובדקנו בכל מחוז בכמה משתמשים הסוגים השונים במיטות כלליות. כיוון שכיום אנחנו נמצא של תפוסה לפעמים מעל ל-100% קבענו לעצמנו שלשנת המטרה צריך להגיע לתפוסה של 90% בתי-החולים, שהיא התפוסה הסבירה הממוצעת. לפי זה אמרנו את צריכת המיטות ב-1980.

ה. קורפן: האם יש שוני בצריכת מיטות בין עדות שונות?

ד. קוצר:

כן. האוכלוסיה הערבית למשל עדיין נזקקת לפחות מיטות אשפוז (פרט ליולדות). אין אצלם גם טיפול ואבחנה כמו בסקטורים אחרים, וגם השירותים במקום הם אחרים. יש גם מנהגים שונים בעדות יהודיות שונות. את כל זה אבחנו כדי להגיע למדד סביר. בשנים האחרונות הגדלנו את המדד של 3,3 מיטות ע"י חוספת מחלקות לפחלקות הבסיסיות הכלליות.

הבעיה השנייה שעמדה לפנינו היא לנסות לראות את המערכת הזאת של שירותי הבריאות הארצית כסדרה של תת-מערכות הנותנות את השירותים על בסיס איזורי. כלומר, ניסינו לקרב את השירות אל האזור, ברמות השונות. ואז הגענו לחלוקה האיזורית שבה היינו צריכים להיות צפודים למחוזות של משרד הפנים, ואילו בתוך המחוזות חילקנו איזורי יותר קטנים, נפת, שבמרכזן צינב ביה"ח האיזורי, נוסח צפת, פתחיה, צהריה וכו'. בתי-החולים האיזוריים הם בסדר-גודל של 400-600 מיטות מכסיפום, בשבביה"ח נמצאים כל השירותים הבסיסיים שאוכלוסיית האיזור הנתון זקוקה להם. מספר בתי-החולים איזוריים מתנקזים אל המרכז הרפואי הגדול. כאלה יש לנו אחדים בלבד בארץ, ובהם יש מיטב התחכום ורוב המחלקות המתפתחות.

ה. קורפן: אתה מדבר על כלל בתי-החולים, או על הממשלתיים?

ד. קוצר:

אני מדבר על כלל בתי-החולים. לא דברתי על בעלויות. חוק ביטוח הבריאות בעתיד יתן לנו את המימד החוקי לנושא זה. בטבלה שלפניכם אתם רואים את הפרישה הארצית של בתי-החולים האיזוריים. אתם רואים את המרכזים שאליהם מפנים בתי-החולים הפחוזיים. ביה"ח איזורי אמור לשרת אוכלוסיה של כ-150 אלף תושבים, בעוד שמרכז רפואי ישרת מ-600 אלף ומעלה. דבר זה הוא גם תוצאה של ההתייקרות העצומה של שכשירים רפואיים, שדרושה להם תפוקה בסדר-גודל מסוים כדי שיהיו כלכליים, ומה גם שיש הגורם החשוב יותר של ההתפתחות של הצוותים הרפואיים המטפלים בסוגים שונים של רפואה - ניתוחי לב פתוח, ניתוחי מוח וכו'. ע"פ שהצוות יהיה מאופן ומתמחה, הוא זקוק למספר מסוים של נתוחים בשנה. הריכוזיות בתחומים קשים אלה מעלה את הרמה הכללית, כיוון שמעלה את הסופיות.

מהו ביה"ח-חולים איזורי? בטבלה שלפניכם אתם רואים מספר מיטות (כ-500). מספר זה כבר גדל, כי כבר נוספת שתי מחלקות יסוד לבי"ח: המחלקה הפסיכיאטרית הפתוחה, המצטרפת לביה"ח הכללי; והמחלקה הגריאטרית שתטפל במחלות זיקנה.

ע. פיינרמן: 27 בתי-חולים כאלה בארץ קטנה כשלנו - האם זה עומד ביחס כלשהו למקובל בעולם?

**ג. קוצר:**  
 כן. ניצול המיטות שלנו עומד ביחס גבוה למקובל בעולם. בארה"ב (שם המיטות הן פרטיות) השיחות בביתה היא של 10 ימים בממוצע; אצלנו 8 ימים. בטבלה מצויין מספר המחלקות בבתי-החולים האיזוריים, כמו ילדים, חירורגיה כללית וכו'; ומחלקות קטנות יותר, של מספר קטן של מיטות: עיניים, אף-אוזן-גרון, אורולוגיה וכו'. מחלקות ספציפיות של נוירו-חירורגיה, ניתוחי לב פתוח - יש רק במרכזים רפואיים. בעולם מקובל שמחלקה נוירו-חירורגית צריכה לשרת בערך פיליון תושבים. אצלנו יש כבר כשש מחלקות כאלה בארץ. לא יכולנו אפוא להמשיך ולהרשות "יזמות פרטיות" כאלה של התפתחות ומניעת עליית הרמה.

**ע. אמוראי:**  
 יוצא שכל המרכזים הרפואיים קשורים גם באוניברסיטאות?

**ג. קוצר:**  
 כן. כך יוצא; זאת מציאות שאין לנו שליטה עליה, אם כי לא זאת הכוונה. מרכז רפואי כזה ינוע בין 900-1200 מיטות. אחרת יצא שאיזור הניקוז של המרכז הרפואי יהיה גדול מדי, והאוכלוסייה תטבול. בצפון אנחנו רואים כיום שילוב בין ביה"ח עפולה ורמב"ם (עפולה לא תהיה מרכז מלא כמו רמב"ם).

כדי להשלים את המעגלים המשלבים את שירותי הבריאות: בכל ביה"ח תהיה מחלקה פתוחה, פסיכיאטרית וגריאטרית. גם כאן אנחנו רואים מספר ורגות.

**ע. אמוראי:**  
 מהי מחלקה פתוחה? מיטות יום?

**ג. קוצר:**  
 לא.

**י. פריד:**  
 מקרה של פטיכנוזה חריפה למשל צריך להכניס לבי"ח סגור. הפרעות נפש שקטנות, מלנכוליה וכו', נכנסות לבי"ח רגיל. מחלקה סגורה יורשה שאינה פיוחדת.

**ג. קוצר:**  
 הגריאטריה תהיה במחלקה שתשחרר קצת את הלחץ מהמחלקות הפנימיות הקיימות, ע"כ שאשפוז עד 4-6 שבועות יהיה במחלקה הפיוחדת הזאת. נוסף לכך, כיוון שאחוז הקשישים באוכלוסייה גדל, והענף הזה ברפואה היום חלש, גם מבחינת הצוות, יצירת מחלקה כזאת תיצור גם את הפסגרת לעליית המומחיות של העוסקים בתחום זה.

השירות הפסיכיאטרי יצא מהבחה שאסור לבנות בתי-חולים גדולים, כפי שהיה בעבר. ביה"ח פסיכיאטרי לא צריך להיות בן יותר מ-250 מיטות. לפני ביה"ח, בתוך הקהילה, צריך להיות מרכז בריאות שבו יש גם מיטות יום הצריכות לשרת את החולים היוצאים לחופשה במשפחה ונמצאים במעקב, כדי שלא לבודד חולה-נפש לאורך ימים מסביבתו. המרכז הזה מטפל גם בחולה וגם בבני משפחתו, כדי ליצור ביניהם יחסים נכונים ולאבחן אם אין סיבה מניבתית הגורמת לאותו איש להיות חולה. מרכז כזה יש לנו כיום ביפו, ואנחנו מפתחים מרכזים נוספים, לפשל בעכו.

**ז. גרשוני:**  
 האם יש בתכנון גם מרכז לילדים חולי נפש?

**ג. קוצר:**  
 בתכנון יש.

**ע. אמוראי:**  
 האם זה כולל גם גמילה מסמים?

**ג. קוצר:**  
 לא. זוהי בעיה נפרדת.

ר. קוצר:

בין ביה"ח הפסיכיאטרי ומרכז הבריאות עם מיטות היום ניצבת המחלקה הפסיכיאטרית הפתוחה בביה"ח.

הפעגל הנוסף הוא השירות הגריאטרי, שגם בו יש המחלקה בבית-החולים, יש ביה"ח הגריאטרי, ויש בית-האבות.

עכשיו אני עובר למרכז הבריאות, שהוא במידה מסויימת ליבה של הקונצפציה של הרפואה הקהילתית. אם ניתן להגדיר את המושג "שירותי רווחה" - מרכז הבריאות הוא במידה רבה המוסד לכך.

שירותי הפסיכיאטריה והגריאטריה יורדים עד לשכונה, דרך כ-700 תחנות לבריאות המשפחה המפוזרות בארץ (מה שהיה פעם טיפת-חלב והפך בינתיים לתחנות לייעוץ למשפחה).

ע. אמרתי: מי אחראי להן? השלטון המקומי?

ר. קוצר:

לא. משרד הבריאות, בחלק קופ"ח, ואחרות בירושלים ובת"א הן בחסות העיריות. תחנות אלו צריכות לשמש מרכז בריאות לנושאים אלה. תכננו חמישה מרכזי בריאות באיזורים שהרגשנו שהאוכלוסיה בהם זקוקה לטיפוח נוסף. הראשון הוא המרכז ברמלה, שבו צריכה להיות הכוונה של בעיות הקשישים, עם מועדון, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק. משרד העבודה צריך להציב שם אדם שמכוון תעסוקה, ומשרד הסעד - בענין הסעד. עי"כ ישולבו כל השירותים שהקשיש מקבל מן המדינה.

ע. אמרתי: והמשרדים השונים יסכימו?

ר. קוצר:

כן. לא תהיה בעיה. עכ"פ, איש כזה לא יצטרך לעבור 3-4 משרדים כדי לקבל את השירות, אלא הכל ישולב יחד. יהיו שם גם שירותים לזווער. שוב, החל בבעיות נפש וכלה בבעיות של טיפול בתעסוקה, וכאן זה מולכו עם בעיות הינוך, סמים ובעיות מיוחדות לזווער. שם תהיה התחנה המלכדת את הטיפול של התחנות לאם-ולילד, ופה מרכז הזה יוצאת הפנייה למרכז הרפואי. שם יהיה גם המרפאות והענפים המתמחים שביה"ח מסוגל להגיש, ואילו המרפאות של קופ"ח אינן מסוגלות כיום להגיש בלי המיוע של בתי-החולים - מעין מרפאות-חוץ שהאוכלוסיה תקבל בהן את שירותיה במקום לנסוע אל ביה"ח. זהו מרכז הבריאות.

ח. קורפו: מה גדלו של מרכז בריאות כזה?

ר. קוצר:

בהתאם לצרכים המקומיים. בקריית-שמרנה למשל יהיה זה בנין של שלוש קומות, כשבכל קומה כ-600 מט"ר. ברמלה, משום שהמקום גדול יותר, יהיה המרכז גדול יותר. בקריית-שמרנה יש למשל בעיות של אנמיה בגלל מנהגים בלתי נכונים בתזונה. שם נקים אפוא מטבח קטן לצורך הדרכת האמהות. זהו דבר ספציפי לקריית-שמרנה, שרמלה איננה זקוקה לו. באיזור כמו רמלה לעומת זאת תהיה חריפה יותר הבעיה של טיפול בנפש הילד, בסמים וכו'. לעומת זה, רפת הכוונות של לילה ויום בקריית-שמרנה תהיה גדולה יותר.

א. שוסטק:

אני מבין מרכז רפואי שיכלול הכל, פרט למיטות אשפוז. אבל אם הוא כולל רק רופאים ואחיות, ואילו לצורך כדיקת דם או רנטגן צריך החולה לנסוע למקום אחר - מה הועילו חכמים בהקנתם?

י. פדה:

רנטגן ובדיקות שיגרתיות הוא יוכל לעשות שם. מקרים מתוחכמים יותר יישלחו למעבדות מרכזיות. ביפו יש לנו כבר מודל נסיונו של מרכז הבריאות לנפש (עריין)

**י. פדה:**

איננו יודעים אם זהו המודל הסופי). זהו מרכז כוללגי הפועל לפי הקורים שציינו כאן, זה השנה השלישית. ואנחנו כבר יודעים היום שפן האיזור הזה לא יהיה אף מקרה אחד חדש שצריך היה לאשפוז בבי"ח לחולי נפש, בעוד שבעבר היו מקרים רבים כאלה, שהיו חוזרים. יש לנו במרכז הזה מרכז מיוחד לשיקום החולים, המשתול גם לסדר להם עבודה במפעלים פתוחים או בבית-מלאכה חפוי. כבר עברו ודכו 25 חולים. ההתחלה הייתה קשה, אבל עכשיו הגענו לכך שבכל פעם אנחנו יכולים להוציא אדם לעבודה. יש שם אנשים שהיו מאושפזים במשך שנים רבות, ובמרכז הזה אפשר להביאם לכלל שיקום, ויש להם גם פעין "בית" שאליו הם יכולים לפנות ברגע שיש להם בעיה.

בעיית הסמים היא קשה מאד. עד כה נהגנו להכניס את המקרים לבי"ח סגור לצורך גמילה, וזה לא תמיד עוזר.

**ח. סורפון:** האם יש אצלנו תהליך של עליה או ירידה בשימוש בסמים בכלל?

**י. פדה:** יש מספר לא מבוטל של מתמכרים לסמים האופיאטיים, שהם הקשים ביותר, אבל לא ניכרת עליה. יש כאילו סטגנציה. בהתמכרות לסמים קלים הבעיה פחות חמורה. ראש שירותי הבריאות שלנו היה לאחרונה באנגליה, ושם לא מטפלים בגמילה בכלל, אלא נותנים לחולה תחליף, ומסקמים אותו, כדי שיוכל להיות מועיל בחברה. כפי הבעיה היא של חזרה לאותם תנאים ולאותה סביבה לאחר הגמילה. אנחנו עוסקים עכשיו בהקמת מועדון מיוחד ב"פן, עם ספרייה וכו'. ואז אפשר יהיה לעשות את פעולת הגמילה בצורה הרבה יותר מאורגנת, ואני מקווה שזה יתן תוצאות טובות יותר מאשר גמילה בבי"ח והוצאה החוצה.

**ש. הרב:** אני רוצה לדבר על ביטוח בריאות ממלכתי. כאן יש ארבעה תחומים: (1) מתי יופעל החוק; (2) ההיערכות המוקדמת של המשרד לקראת הפעלת החוק; (3) ציפיות המשרד מהפעלת החוק; (4) הערכות תקציביות.

לגבי הפעלת החוק, אנחנו מעדיכים שלוח הזמנים הוא של כשנה-וחצי דיון וקריאה שניה ושלישית, ושנת מעבר. אנחנו מעדיכים אפוא שהמועד הסביר להפעלת החוק הוא ראשית 1977.

לגבי היערכות המשרד, יש לנו גרעין מצומצם אבל פעיל. הוא מולטי-דיסציפלינרי בהרכבו; יש בו אנשי רפואה, מינהל וארגון שירותי רפואה. הוא גם בן-מוסדי.

הפעילות הראשונה קשורה בהכנת סקירה מקיפה שתועמד לרשות ועדת השירותים, סקירה השוואתית על שירותי הביטוח וארגון השירותים. היא צריכה לעשות את הרקע המקצועי, הרפואי, המשפטי והקונצפטואלי של פרישת השירותים.

הקבוצה הבינ-מוסדית היא ועדת היגוי של הקופות. היא כבר התכנסה כינוס ראשון, ויש אצריכה להרגיל את הגופים השונים לעבוד יחד. יש כבר ניצנים ראשונים בחחום הזה. ככל שהצוותים יוסיפו לעבוד יחד - יתגבש גם נושא אנושי שילמד לעבוד תוך תיאום, מעבר למסגרות מוסדיות.

ארבע קבוצות חשיבה פועלות כאן: ראשית - הצוות העוסק ברמת מפרט השירותים; שנית - הצוות העוסק בצורת ארגון העתיד של קרן ההשואה; שלישית - כל מערכת המשק, התקציב, הכספים והגביה של מערכת ביטוח הבריאות; ורביעית - השאלות הארגוניות-פינהליות, פי יעשה מה ואיפה.

מה שנוגע לסקר אובלוסיה ושירותים - מאחר שמאות אלפי אזרחים אינם מבוטחים היום (אם כי גם הם מקבלים שירותים), יש כאן נסיון להביא לערוך הנתונים, לקבוע ע"י פי ממוננים השירותים שניתנים, כדי לנסות להיערך למתן השירותים.

החחום האחרון שהצוות עוסק בו: הכנת טיוטת התקנות, בהנחה שוועדת השירותים של הכנסת לא תסתפק בחוק-מסגרת

ש. הבר:

אלא תרצה לדעת מה התקנות שאנחנו מתכוונים להציע במסגרת הפעלת החוק.

אשר לציפיות המשרד: יש לנו ציפיות וטטרות משני סוגים: (1) שביטוח הבריאות לא יתפצה בשינוי משפטי בלבד. אנחנו מצפים שיהיה זה שינוי ערכי לגבי מהות ואופי אספקת השירותים; (2) אנחנו רואים את ביטוח הבריאות כשינוי שמביא את הרפואה אל החולה; הבסיס האיזורי של אספקת השירותים, שירותי היום, השירותים הקהילתיים המשלימים, וכו'.

יש לנו ארבע מטרות ארגוניות בהפעלת הביטוח: (1) תכנון מרכזי משותף של המערכת, ולא יזמות מקומיות ולעתיים אנטיכיות; (2) תיאום בין-מוסדי ובין-ענפי (עד כה פועלים רבים מן הענפים בלא שילוב); (3) שילוב הדיסציפלינות המקצועיות. זה מתקשר גם עם התפישה של הרפואה הקהילתית - המרכז האחד המשלב את כל טיפוסים השירות ורואה את האדם האחד שבו נפגשים כל טיפוסים השירות; (4) הנצול הרציונלי של המשאבים. אין ספק שניתן לנצל ניצול רציונלי את המשאבים, הן בתחום כוח האדם והן בתחום הציוד והמתקנים.

לקראת השגת כל המטרות הללו והפעלת הביטוח אנחנו עושים כבר כיום שורה של צעדים מוקדמים מתואמים: ראשית, פתיחת מחלקות על בסיס של מדדים רפואיים ועל בסיס איזורי. כדגע לא רק ביה"ח הפמשלתי פתוח לכל, אלא גם עפולה, השרון, אילת ובאר-שבע, השייכים לקופ"ח הכללית. בשנה הבאה נרחיב את המסגרת. סחורה צפונה אפשר אפוא לראות את כל צפון הארץ כאיזור אשפוז הבנוי על חת-איזורים, מתוך גישה של תכנון מרכזי מתואם.

שנית, אנחנו מנסים ליצור מודלים, תוך ניסוי, שיוכלו לשמש לקראת הפעלת ביטוח הבריאות הממלכתית מודלים של צורת אספקת השירותים. בגליל ובעמק-הירדן למשל אנחנו נמצאים בשלב קונקרטי של שילוב השירותים, בתחילה שילוב השירותים האמבולטוריים בשירותי האשפוז, ויצירת איזור שירות. יש לנו בזה שלוש מטרות: ליצור את ההמשכיות בטיפול בחולה ע"י הקשר בין הרפואה האמבולטורית לבין אשפוז; להעלות את קרבו של רופא המשפחה, שיהיה חלק מצוות ביה"ח; והשימוש היותר רציונלי במאגרי כוח אדם ובאמצעים האחרים.

דוגמה אחרת היא מרכז הבריאות, שחלקם נמצאים בשלב של תכנון פיזי וחלקם בשלב של הפעלה (למשל ביפו). מתוכנן כאמור מרכז בדמלה, עכו, ירושלים. זה חוסף איזורים שבהם יש טשקע של בעיות שלא מצאו את פתרונן בצורה הנוכחית של מתן שירותים. כת"א אנחנו מתכננים הקמת מרכז אחיד לאספקת שירותים אמבולטוריים מתמחים, שוב, מתוך ניסיון להביא לרציונליזציה של המערכת.

י. פרד: בקשר לתרופות: העלייה בהוצאה לתרופות חלה

בגלל כטה דברים: ראשית - התייקרות; שנית - עלייה בצריכת תרופות אנטיביוטיות חדשות ויקרות; ושלישית - יש תרופות רבות שהן בטיפול בכל היחידות לטיפול נמרץ (לב) וטיפול בהפרעות קצב; בבתי-חולים קטנים זה 60% תרופות ו-40% חפריים (אביזורים, סרטי רנטגן וכו'); בבתי-החולים הגדולים זה להיפך: 60% חפריים ו-40% תרופות. בגלל הסחלקות הספציפיות שבבתי-החולים המרכזיים והיזק של הפעלת חודרי ניתוח. למשל, חדר הניתוחים במרכז שיגא אוכל 15% מן התקציב של הסעיף הזה. ניתוחי לב פתוח גוזלים 30% מהסכום. ניתוח אחד של לב פתוח עולה 6,000 לירות בחפריים וכלים, וזה לא כלול בחשבון כוח-אדם והוצאות אחרות, אלא "חפריים ותרופות" בלבד. הכליה המלאכותית בתל-השופר עולה 600 אלף לירות בשנה. רנטגן - 900 אלף לירות (מרטיים וקסטריים מיוחדים, וצילופים מיוחדים של לב ומוח וכו'). נוסף לכך יש הוצאות לתרופות מיוחדות, ציטוטקסיות וציטוטסטאטיות לטיפול בסרטן, ותרופות קרדיאליות מסוימות.

אינני מאמין שבדרך אופייניסטריטית ניתן לשלוט ולצמצם את הצריכה. יש למעשה שתי דרכים לכך. אחת ישירה, שהירה - תשלום עבור שימוש בתרופות אמבולטוריות (כמו פנברייטין).

היור' י. קרגמן: מה פירוש חסכון בתרופות? הרי הרופא רושם

את כל התרופות הללו. למה הוא רושם אם אין צורך בתרופה?

י. פדה:

הדרך השנייה היא באמת חינוך הרופאים והציבור לשימוש נכון ונבון בריפוי. זהו תהליך שיימשך זמן רב. ניתן יהיה להגיע לחיזוי ותכנון חמרים (לא תרופות) בנתי-חולים ולשליטה על המלאי, אבל אינני מאמין שאפשר יהיה להגיע לצמצום כלשהו של הצריכה בתרופות או בחמרים אנטיביוטיים, אעפ"י שאנחנו עושים זאת בכל פעם, גם בנתי-חולים. יש למשל בניה"ח שיטה שכאשר צריך להשתמש בתרופה יקרה, לא מספיק המרשם של מנהל המחלקה אלא חייב לחתום על כך מנהל ביה"ח או מי שהוסמך על ידו.

ז. גרונ:

ח"כ גרשוני שאל ביחס לנקיון והרפואה המונעת. בעמוד 117 של הצעת התקציב ניסו לקבוע מדדים אין פועלים הרגלי נקיון במניעת מחלות (מספר חולים ניתן לפדוד). קיבלנו תוצאה שבאותן המחלות שניתנות לחיסון ע"י צוות מקצועי (שיתוק-ילדים, דיפטריה וכו') - חלה אצלנו ירידה פרשיטה ביותר. במחלות שבהן הפגיעה תלויה לא בחיסון אלא במציאת מוקדים וריפוי מהיר - וכאן דרוש שיתוף פעולה מסויים מצד האזרח (למשל מלריה או טיפוס) - הגענו לירידה די משמעותית. במחלות כמו דיזנטריה או קלקול-קייבה רגיל, שכאן איננו יכולים להשתלט על מקור ההדבקה, דהיינו זהו ענין של הרגלי נקיון בבית - אין התפרצויות שמקורן במזון מיוצר; יש לנו די מעט התפרצויות של דיזנטריה במסעדות, בתי-מלון וכו'. הרוב המכריע של המקרים (עשרות אלפים בשנה) מקורם בבית, בצורת הקניה, האחסון והשימוש. וכאן צדק ח"כ גרשוני: רק הרגלים של התנהגות בבית יכולים לעזור.

ח. קורפן:

הנזירות השיווק אינן מהוות גורם בזה?

ז. ארנ:

מעט מאד. אנחנו בודקים זאת. המקבאים בנוגע למסעדות והנזירות-המכולת אמנם קשים מאד. אבל חל שיפור, אם כי איטי יותר מכפי שהיינו רוצים לראות. אבל עובדה שנה שלא נעשה בשיפור בחנויות המזון - נגיע רק להישגים אסתטיים והישגים של תרבות; אבל בשה שנוגע להפצת מחלות המוקדים הללו הם כמעט שוליים. מספר המקרים של דיזנטריה שאפשר היה לייחס לחנויות המכולת הוא כמעט אפסי; במסעדות - קטן מאד.

ח. קורפן:

כיצד ניתן לאבחן את המקור, אם בגלל אי-נקיון בבישול האורז או בגלל החזקתו

בשק מלא סקקים בתנות?

ז. ארנ:

אנחנו עורכים מחקר על המקור בכל מקרה של התפרצות מחלה. המסקים באורז הם חלק מהתרבות שהזכרתי. בכל מקרה של מחלה כזאת אנחנו שואלים היכן אכל האיש לאחרונה, ועוקבים בדיוק. ברוב המקרים חלו אנשים שלא אכלו אלא בבית, ואנשים אחרים שקנו באותה חנות לא חלו. לחם כידוע איננו מעביר מחלות. גם פירות וירקות מטבעם הם פלוכליים, והשאלה היא מה עושה האשה עם הפירות שהיא מביאה הביתה, וכאן שום פיקוח לא יעזור אם אין היא רוחצת אותם כראוי. המבורגרים או גלידה למשל הם מעבירי מחלות, ולגביהם אנחנו מצליחים לעקוב אחד מקור השיווק. נכון שמקור השיווק יכול להיות גורם, אבל לגבי הפצת מחלות הוא גורם קטן - להבדיל מאסור סן הגורם האסתטי והתרבותי.

ז. גרשוני:

האם בצבא האחרון של הזיהומים הללו גדול יותר או קטן יותר מאשר במשטור האזרחי?

י. פדה:

בצבא יש התפרצויות, לרוגמה: הצהבת. הצהבת היא מחלה מדבקת התוקפת במיוחד אנשים שחיים בצוותא. לאחר שבדקנו יחידות שלמות שבהן הופיעה אהבת מצאנו שהיחס בין הצבא לאוכלוסיה האזרחית הוא גבוה מאד. זוהי אפוא דוגמה לכך שאכילה בצוותא וחיים בצוותא מאפשרות הדבקה גדולה מאד. לרוב עוברת הצהבת בצורה קלה, אבל במקרה אחד או שנים בכל שנה היא יכולה לגרום לניסיון או הצטמקות של הכבד, דבר שגורם למוות או למחלה כרונית. בצבא יש למשל בעיה של אכילה בשבת, אוכל שמכינים מראש.

י. פדה:

בשעתו אסרנו בצבא הכנת סלט-מיוזו לקראת שנת. באוכלוסיה האזרחית מקרים מסוג זה פעטים יותר.

ביקשתי מן המשרד להכין תכנית מלחמה בשלשולים. מתברר שבמחלות המדבקות הללו אנחנו נמצאים במקום גבוה מאד בסולם המחלות בין המדינות הנאורות. לעומת זה, במחלות התלויים בחיסון חיצוני אנחנו במקום גבוה מאד בסולם המחלות. מכל מקום, במלחמה כזאת, כמו בכל מלחמה, אינך יודע מתי היא תסתיים וכמה תעלה.

מה שנוגע לפיילוסופיה של איכות ואורך החיים - אנחנו מצוירים לעשות ככל יכולתנו על מנת להאריך את החיים. כרופאים אנחנו עושים לעתים קרובות בפני בעיות קשות מאד לגבי אנשים שחיים חיים וג'יטטיביים. לא מזמן היה מקרה בארה"ב שהורים לתינוק מוגדלו לאידי סירבו להתיר ניתוח של סתימת מעיים, והתינוק מת. במקרה אחר נתן שופט צו לנתח בניגוד לרצון ההורים. יש ארצות בהן לא שולחים לטיפול בדיאליזה חולי-כליות שמעל לגיל 65 (אנגליה). הבעיה היא אפוא אחת לא פשוטה. גישתנו שלנו, הגישה הרפואית והיהודית המוסרית, היא לעשות הכל על-מנת להאריך את החיים.

מה שנוגע למחלות כרוניות - הצגנו לפניכם את התכנית הארצית. יש כבר התחלות של טיפול ביתי וטיפול יום. זהו נושא רפואי לא אטרקטיבי לרופאים צעירים. הבעיה נובעת מכך שהרופאים הצעירים אינם רואים בעיסוק הזה אחגור רפואי, והוא גם איננו פונד בארץ כמצוה מומהי נפרד. אנחנו מנסים להתגבר על הבעיה ע"י הצגת האתגר.

זוהי גם רפואה עצובה.

ע. אמוראי:

י. פדה: לא הייתי אומר זאת. מי שנכנס לבי"ח של קשישים ורואה את האהבה והמסירות של הצוות - יודע שיש בזה משום אתגר.

יש לנו כבר שלושה מדבזים כוללניים: בירושלים, בבית"ח שינא, ובחיפה, ועכשיו מקימים מרכז רבי ע"י בנגב. התחלנו גם בקורסי הסבה לרופאים עולים (16 במספר) שיקבלו הדרכה בטיפול הכוללני הזה.

לפני שבועיים היו לנו כאן שני אורחים מארה"ב, רופאים דגולים. כאשר שוחחתי איתם על הבעיה, הם סיפרו לי שלפני עשר שנים, כשהתחילו לטפל אצלם בנושא זה, היה המצב רופא. אבל הם התחילו בחינוך והגיעו לתוצאות מרשימות, ועכשיו כל אחד רואה בזה אתגר. אני מקווה שגם אנחנו נוכל להתגבר על הנושא הזה.

מה שנוגע למחלות נפש של ילדים - מספר מיטות האשפוז הוא 263. מספר המקומות לטיפול יום של ילדים - 208.

חולי נפש אינם כוללים מפגרים?

ז. גרשוני:

י. פדה: לא. ילדים מקבלים טיפול במסגרות למבוגרים רק במקרים מיוחדים, ותנאי ההזקתם שם הם מיוחדים. ידוע בעולם שילדים מהווים סיכון אשפוזי קטן, אם אפשר להעמיד לרשותם שירותים אמבולטוריים ויופיים. עשום כך אנחנו מתרכזים בדאש וראשונה בהקמת השירותים הללו. שירותים מרפאתיים אלה הורחבו בשנותיים האחרונות במידה ניכרת, כך שכמעט כל התחנות ופרכוזי בריאות הנפש פיתחו שירותים גוספים לטיפול בילד (אשקלון, יפו, סברה ועזרת-נשים). בשנה האחרונה הרגשנו בירידה בלחץ האשפוז של ילדים. יחד עם זה, מספר המיטות לילדים העומד כיום לרשותנו, ובעיקר למתבגרים, הוא בלתי מספיק, ויש להגדילו בהקדם. אנחנו בונים עכשיו מחלקה נוספת באיתנים ל-60 מיטות, ועוד במקומות שונים, בסך הכל 282 מיטות, שמחציתן ישמשו לאשפוז המתבגרים שביחס אליהם יש לנו בעיות קשות מאד.

בעיה נוספת בקשה למצוקת המיטות לילדים קשורה בהעדר מיטות מספיקות למפגרים, דבר היוצר לחץ על שירותי האשפוז הפסיכיאטריים. לאור העובדה שהטיפול במפגר שייך למשרד הסעד, איננו

י. פדה:

יכולים לראות עצמנו אחראים לכך. יש לנו היום בנתי-החולים לחולי-נפש קרוב ל-250 ספגרים שלפעשה ישארו שם כל יפי חיהם, וזוהי בעיה קשה מאד. כי מקומם לפעשה לא שם.

ח'כ פיינרמן שאל על חולים בנתי-חולים פרטיים. כ-3400 נמצאים כיום באשפוז בנתי-חולים פרטיים. ולפי התכנון הפסיכיאטרי הארצי, הורדת הלחץ על בתי-החולים הממשלתיים תהיה מלווה מהעברת חולים אליהם מבתי-החולים הפרטיים.

ח. קורפן: האם מבחינה פורמלית ניתן לעשות זאת?

י. פדה:

כן. בשנתיים האחרונות סגרנו שני בתי-חולים פרטיים, ואנחנו חושבים להטשיך. פיקוח אינטנסיבי מטעם משרד הבריאות וקופ"ח הביא לכך שברוב המוסדות הפרטיים שופרה הרמה, ואחדים מהם פועמים לסגירה. יש כבר סימנים לכך שנוכל להעביר מספר חולים למוסדות ציבור בזמן הקרוב. הדבר תלוי בקצב הרחבת מוסדות האשפוז והקהילה.

משרד הבריאות, המחלקות הפסיכיאטריות המחוזיות ולשכות הבריאות מקבלים כיום מידע שוטף על המוסדות הפרטיים על החולה האינדיבידואלי והבעיות הקשורות בהחזקתו במוסד. בכל מקרה של צורך - גברקים החולים ע"י הפסיכיאטרים המרכזיים, ולעתים קרובות מועברים להמשך טיפול למוסדות ציבוריים. בסך הכל רמת אחזקתם של בתי-החולים הפרטיים איננה גרועה. אינני רואים פתרונות טיפויים, בעיקר לאור העובדה שהם אינם מסוגלים להשיג כוחות עבודה מתאימים, בעיקר אחרות, למרות רצונם הכנה. אנחנו מבררים אתם עכשיו אם אפשר שישפרו את תנאיהם ע"י עזרה מצדנו.

ג. גרשוני: מה קורה אם ילד בריא נדחף פתאום למחלה פסיכית? שמעתי שהוא טובצב למחלקה שגמזאים בה מקרים פסיכיאטריים.

י. פדה: במקרה כזה הוא יכול להתקבל לתקופה קצרה לבתי-ים או שלוותא, ושם יוצרים עבורו תנאים מיוחדים. כל מקרה ספציפי שתעביר אלי - אברר.

ע. אלרנן: לגבי מרכזים קהילתיים טען ח'כ גרשוני שכאילו אזרחים צריכים לנסוע למרחקים גדולים לשם בדיקות. יש מספר בדיקות פתוחות שבגלל יוקר המכשירים והפרסונל אינם יכול בשום אופן לעשותן במרכז קטן, ומוכרחים להגיע לביה"ח המרכזי הקרוב. אבל אנחנו הולכים עכשיו להקמת מרפאות שאינן קשורות לביה"ח, שישרתו מספר מספיק של אוכלוסין כדי שאפשר יהיה להפעיל גם בהן בדיקות פתוחות-למחצה.

ע. אמוראי: מה בנוגע למחלות אלרגיות?

י. פדה: זהו מקצוע ספציפי מאד. מספר האלרגיסטים הוא קטן, ולכן הם פרוכזים במוסדות איזוריים. מכל מקום, זוהי בעיה לא קשה ולא יקרה.

לשאלה של ח'כ קורפן על תוספת של אלף מיטות בתקציב הקודם - בשנה שעברה פתחנו בפועל 584 מיטות בנתי-חולים, 95 מיטות-יום, בנתי-חולים של קופ"ח וממשלתיים גנטיהך. צריך לזכור שפיתוח השירותים לא תמיד עומד ביחס ישיר להקמת הפיטות. היינו צריכים לפתוח בצפת וברפבא פיטות נוספות, אבל בגלל המלחמה והפסקת העם זה לא הספקנו; והכסף שהיה לנו בתקציב הספיק בקושי רב לאלו שפתחנו.

י. פדה:

לשאלה למה לא ירדה השהות המפוצעת בבניה ח - לא תמיד אפשר לעשות זאת. רק כאשר נפתח את השירותים האחרים שעליהם דיברנו יקטן הלחץ על בניה ח, ונוכל לנצל יותר את ימי האשפוז. אני כשלעצמי אינני אוהב את הטיפול בבניה ח, כי הוא אפיוזודי ולא שלם. חולי - לב למשל זקוקים לטיפול ממושך, והבעיה היא של המשך הטיפול בבית. ע"י שינוי הגישה וטיפול במשפחה, בקהילה ובמדינה לבריאות הנפש נוכל למנוע מחלק מן החולים להגיע לבניה ח, ואלה שיגיעו - לא יצטרכו לחזור.

מה שנוגע לחיל-רפואה - ביקשתי מח"כ קורפו שיטסור לי את השם הספציפי.

ח. קורפו:  
אני דיברתי על מקרי פנות כתוצאה מאבחנה מאוחרת.

י. פדה:  
בצהבת אין בעיה של אבחנה מאוחרת; רואים מייד. עכ"פ, אני מבקש שתעביר לי את המקרים הספציפיים.

צ. ארנו:  
מה שנוגע לתלונות האזרחים - זוהי בעיה רצינית, ואנחנו מעודדים זאת, כי זה מאפשר לנו תמונת מצב משמעותית. חשוב לנו לדעת מה האזרחים רוצים. ח"כ קורפו טען שלעתים קרובות ישלחים אזרחים מתלוננים אל הרשות המקומית. זה נכון. יש לנו הסודרים שהתגבשו במשך שנים, וגם הסודרים התיקניים, לגבי התפקיד שהרשות המקומית חייבת למלא בשטח התברואה. לא משרד הבריאות הוא שיכול לדאוג להיקרון ביוזם פגום. אנחנו יכולים רק ללחוץ על הרשות המקומית. בכל מחוז ת"א למשל על 900 תושבים יש לנו 9 תברואנים ו-2 מהנדסים; לעומת קרוב ל-200 ברשויות המקומיות.

בענין מכה היתושים יזמנו התאגדות של מספר רשויות מקומיות למלחמה ביתושים. אנחנו נותנים להם ייעוץ מקצועי, פיקוח ועזרה כספית מסוימת. יש לנו כמד 12-13 איגודים כאלה, גיין רשמיים וביין לא רשמיים.

י. פדה:  
ח"כ בארי שאל אם נצרך חיסון לגבי ההוצאות הרפואיות עקב זיהום אויר. איננו יכולים מבחינה אפידמיולוגית להפריד בין המחלות של זיהום אויר. אנחנו יודעים שבעיית זיהום האויר היא בעיה בריאותית גדולה, שעוסקים בה בהצלחה בכל הנוגע לתפעלים חדשים, ופחות בהצלחה לגבי מפעלים ישנים. הבעיה הגדולה ביותר היא בעיית הרכב הממוצע הנע בהמוניו בערים והגורם לזיהום אויר קשה. יש בתכניתנו עבודות אפידמיולוגיות למשך שנים. גם בעולם הגדול עדיין לא הצליחו לייחס מחלות מסוימות לזיהום אויר (להוציא מקרים מיוחדים של סמוג). יש אפנים טוענים שבחיפה, בגלל זיהום מביהח"ר "נשר", יש יותר אסטמה. אבל בדיקות בענין זה לא העלו שום דבר משמעותי. כי אנשים שונים מגיבים בצורה שונה על צורות שונות של גירוי.

מה שנוגע לניצול הציוד במשך 24 שעות בבתי-החולים - אני שותף מלא לדעה זאת. אנחנו שואפים לכך. יש חלי - תלים של מחקרים שערכנו ושיכולים להצביע היכן צוואי-הבקבוק. יש לנו תכניות להאריך את יום הנוחתים, כדי שצוות החירורגים יעבוד בשני שולחנות-ניתוח ע"פ שלא יבזבז את הזמן בין ניתוח לניתוח. כיום איננו מצליחים להתגבר על כך בגלל חוסר כוח-אדם סעודי. כשיהיו לנו יותר אחיות מתאימות - נוכל לבצע זאת. יש לנו אפשרות בתל-השופר להגיע לחפישה ניתוחי לב פתוח בשבוע; כיום אנחנו מבצעים רק שנים, בגלל מחסור בכוח אדם. טכנאי הרנטגן למשל אינם מסכימים לעבוד במשמרת שניה, בגלל בעיות של כסף. היתה בעיה של מעבורות. על בעיה זו הצלחנו להתגבר ע"י סיכון, ועכשיו ניתן לערוך 6 עד 24 בדיקות בן-זמניות מכפות קטנה של חופר.

ד. קוצר:

ח"כ אפרת שאל מי מבצע את מירב הבניה של פשרד הבריאות, ופה הסויביות. מירב הבניה מבוצע ע"י מע"ץ, וכאן ייתבן שוועדת הכספים תוכל לעזור כדי לפשט תהליכים וליצור תנאים נוחים יותר לביצוע תקציב הפיתוח.

הבעיה כיום בדרך כלל איננה של הכסף הפרקצבי, אלא יכולת הביצוע של המשק. הקמת בי"ח היא פרוייקט רב-שנתי; מצד אחד נכנסים למערכת כל האלמנטים הטכנולוגיים המשוכללים ביותר, כמו גם תח-מערכות אחרות, פייכניות ואלקטרוניות, ברמה גבוהה ביותר. בבניה ח"כ שיבא לפשל יהיה בנין שיהיו בו כ-800 חולים, כ-2,000 אנשי צוות קבועים, עוד כ-500 אנשי צוות חלקיים, כ-3,000 מבקרים ליום. זהו אפוא קונפלקס שצריך להכיל תנועה של כ-10 אלפים איש ליממה, עם טטבח טתאים, מעבדות וכו'.

התקציב שלנו לעומת זאת הוא חד-שנתי, בגלל חוק התקציב, בעוד שלפרוייקטים חייב להיות תזרים כספיים רב-שנתי, עם אפשרות לשנות, להקדים או לדחות ביצוע ובריים בגלל התייקרויות צפויות וכו'. בגלל הביצוע החד-שנתי קשה להזרים את ההון בגמישות הדרושה, ועל כך צריך לנסות להתגבר. בשנים 1974-78 בצטרך תקציב פיתוח של מיליארד-וחצי לירות (במחירי 1973), כשפיזור ההון הוא 250 מיליון לירות בטמוצע שנתי. זוהי משימה גדולה של פיתוח, וההגמשה הזאת בחוצה מאד. אילו יכולנו לתת פרמיות לקבלנים - היה הענין יכול להתקדם מהר יותר, והייצור חוסכים כספיהתייקרות. עשינו ניסיונות של תחשיב כלכלי, שהראו כי הדבר הזה היה מוזיל בהרבה את הבניה.

ה. קורפנו:

אבל אם אין כוח אדם - לא יעזור שום תמריץ.

ו. קוצר:

לא בהכרח. כבר הצלחנו ע"י תמריץ לאיץ עבודות.

אלמנט שלישי הוא סדר-הגודל של מע"ץ. יחסינו עם מע"ץ תקינים, אבל זהו מוסד גדול המבצע את כל הבניה הממשלתית. יש לנו פרוייקטים רבים שבגלל סדרי דחיפות אנחנו מבקשים לשהדר אותם ממע"ץ. והכוונה לא לפרוייקטים של פאות מיליונים, אלא לפרוייקטים של 5-3 מיליון לירות, כמו למשל תוספת מחלקה בני"ח קיים. גמישות כזאת כיום איננה קיימת, ועי"כ הדברים פסתרבלים. כאן יכולה ועדת הכספים להמליץ, והממשלה יכולה להתיר.

ז. אמוראי:

עד סכום מסויים.

ח. קוצר:

בהחלט. אמרתי: אנחנו מדברים על עבודות בסכום של 3 עד 5 מיליון לירות.

ט. פרה:

לשאלה בדבר הצמדת הפרפאות הכפריות לבתי-החולים האיזוריים: - הדבר ניתן בהחלט. אבל לכך מצטרפת הבעיה של המחסור ברופאים, שאיננה פשוטה. אנחנו ארץ שיש בה מספר גדול של רופאים, אבל החלוקה והפיזור על פני המדינה מהווים בעיה חמורה, כמו בעולם כולו. לפני שנים אחדות דרשנו להגדיל את העתודה האקדמאית בבתי-הספר לרפואה, כדי שאת עודף המתמחים, פרט לאלה שחייבים לשרת בצבא שלוש שנים אחרי הלימודים, נגייס אנחנו למקומות הצורך. שנית, כשנעלה על דרך הארגון של השירותים כפי שהצגנו אותם, יהיה לנו הרבה יותר קל למצוא אנשים שירצו ללכת למקומות אלה. בנוב סתחיל נסיון של שינוי פני ההורכה ויצירת רופא שיהיה מעוניין לעבוד ברפואה ציבורית ופרפאית. אנחנו גם מקווים שבהי-הספר האחרים ישנו גם הם את דרכי הדרכתם, ואז נקבל רופא שיש לו ענין בעבודה כזאת.

י. ארנו:

על מספר העובדים בנוגע לפיקוח על המזון: משנת 1970 עד 1973 הגדלנו את מספר העובדים מ-26 ל-36 במרכז, כיחד עם תוספת של עוד 5-6 עובדים בלשכות. אנחנו פסכיים שהמספר איננו מספיק. המגבלות הן גם תקציביות וגם בקושי לגייס סוג מסויים של עובדים.

ע. ארנון:

ביחס לסימון תאריך הייצור: - כאן אנחנו מחקרטים כל הזמן. הדבר החשוב ביותר בשנה האחרונה היה סימון תאריך הייצור של חלב ניגד, עם הפסקת השינוק בנקבוקים והעברתו לשקיות. הרוב המכריע של שקיות החלב כבר מסומן. החל ביובי נדווש הדפסת תאריך אטרון בו מותר לפכור את מוצר החלב הניגד.

לשאלה בדבר עלייה במחלות פיון: - נכון שב-12-10 השנים האחרונות יש עלייה במחלות פיון. עדיין מצבנו טוב בשטח זה בהרבה מן המצב בארצות מתקדמות אחרות (שבהן יש דיווחים מוסמכים). העלייה הזאת (שבשלוש השנים האחרונות נראה שנעצרה קצת) היא חלק מתהליך כלל-עולמי.

ש. הגר:

לשאלה של ח"כ קורפו על החלוקה של השיפוצים, כיצד נעשתה החלוקה של העברת התקציב - אנחנו רואים את תקציב הפיתוח כשלמות אחת, בין שהוא מתחלק לפיתוח גדול ובין שהוא מתחלק לשיפוצים ואחזקת הקיים. אנחנו קשורים בנושא זה במע"ף ובמערכת הדיווחים שלו. אנחנו יכולים לבוא לוועדת הכספים ולבקש העברות רק ברגע שיש לנו תפוצת ניצולת התקציבים, ולווח הזמנים מוכתב לנו ע"י מע"ף.

לשאלה של ח"כ באדי על תקציב המעברה לפניעת זיהום אוויר: מעבר למשפחה של היחידה האופרטיבית לזיהום אוויר יש לנו שלושה מקורות: האחד - ההצטיידות. ב-1973 נעשתה העברת תקציב של 300 אלף ל"י להצטיידות פיוחית של המעברה.

ע. ארנון:

300 אלף לירות אלו היו סינף חכמים ההצטיידות החלת-שנתית של 600 אלף ל"י.

ש. הגר:

ב-1974 יש במסגרת הרזרבה 400 אלף ל"י לפתיחת מכון לאנטי לבריאות הסביבה, משותף לפשרד הבריאות ולאוצר בריאות ת"א. נוסף על כך יש לנו ברזרבה לפיתוח שירותים מיליון-והצפי לירות לפטורות הקשורות באקולוגיה, כשתושלם הכנת תכנית שעובדים עליה עכשיו.

לשאלה של ח"כ פיינרמן על הקשר בין הגידול בתקציב הפיתוח לתקציב המבצע - ההתייחסות בתקופה 1972-74 לפי אינדקס יוקר הכנייה היתה 73,6% (לא תמיד ההתייחסות היא לפי האינדקס). שנית, הרחבנו את התמיכה בתכניות פיתוח של גופי חוץ. בשנה האחרונה נחתם הסדר עם קופות-החולים להרחבת התמיכה בפיתוח מוסדות האשפוז (לפי הנוסחה של שליש מענק, שליש הלוואה ושליש השתתפות עצמית). הנוצאה השנתית לבניית ביה"ח שעדי-צוק תהיה השנה 45 מיליון לירות. חלקנו היה צריך להיות 15 מיליון.

ח. קורפו:

שד האוצר העביר להם 10 מיליון דולר מהתרופות הפיוחיות.

ש. הגר:

זה בטווח של ביצוע התקציב, לא לביצוע שנתית. בינתים צמצמו ה-15 מיליון לשנה ל-10 מיליון, ואנחנו יודעים שזה לא אפשר את הביצוע. ה-10 מיליון דולר אינם שייכים לתקציב.

י. פדה:

תרופות פיועדות אינן נכנסות בשנה אחת. התקציב מוסיף לתרופות הללו. התרופות לשערי-צוק נדפה לי שמגיעות ל-22 מיליון דולר. סכום דומה צריך להופיע בתקציב שלנו במרוצת שנות הביצוע. הוא הדין בקשר למכופים לתל-גיבורים וכו'.

ש. הגר:

סיבה נוספת שמפבירה את הגיוול היא הביצוע המואץ של הפרוייקטים שלנו. תל-השומר תוקצב בשנה שעברה ב-9 מיליון לירות. השנה - 22 מיליון.

ש. הבר:

אחד הנושאים המרכזיים אצלנו הוא ניצול יותר רציונלי של המקטות. זאת אנו עושים ע"י הארכת יום העבודה, העברה לפשמרת-וחצי או שתיים, וכו', כולל חסכון בימי בדיקה בחקופת האשפוז. בשנה זו אנו מנסים להתמודד עם הבעיה הזאת באיכילוב ובתל-השופר. דבר זה דורש קודם-כל השקעות, עד שמגיעים לחסכון.

ועכשיו לגבי קליטה והסבה. בשנה שעברה (1973) עלו ארצה 850 רופאים. כאן יש שתי בעיות: (1) התפלגות הגילים; (2) הפערים בהכשרה וברמת העיסוק במקצועות הרפואה. בנויה פ"פ אדם מתמחה חפ"שה חדשים; אצלנו חפ"ש שנים. מטילא כרוכה ההסבה בקשיים. מכאן נובע גם הצורך במערכת של השתלמויות אישיות והסבות מקצועיות. אזכיר ארבעה פרוייקטים.

ראשית, כל רופא כללי מקבל היום שלושה חופשי הכשרה, במגמה לקרב את האדם לאופייה של הרפואה הישראלית, הפכשירים והטרמינולוגיה המקצועית.

שנית, אנחנו מנסים ליצור באמצעות כוח אדם עולה עתודה לגריאטריה, פתחנו קורס ראשון בתל-השופר. קורס נוסף מתוכנן ברמב"ם ובאסף-הרופא. דבר זה פותר בעיה של 65 רופאים, וגם יותר לנו עתודה נוספת בגריאטריה. כנ"ל לגבי רנטגנולוגיה. אנשי מכון הרנטגן אופרטים שברמה של הרופאים העולים הללו מהגוש המזרחי אסור לתת בידיהם אחריות לפענח תצלומי רנטגן, וצריך להשקיע שנת הכשרה נוספת כדי לתת להם את הבסיס. כנ"ל לגבי רפואה פיזיקלית ושיקום. ההדים לגבי נכוונותם ומסירותם של האנשים - טובים מאד.

850 העולים אינם ממצים את הבעיה. 276 מסודרנטיים ישראלים סייעו את לימודיהם. 50-70 בוגרי רפואה חזרו מאיטליה בלבד, ועוד כ-30 ממקומות אחרים. בסך הכל זוהי משימת אדירים לפשק לסמוג היקפים כאלה (1200 רופאים נוספים פדי שנה אצלנו; 300 יוצאים). וזה שבסך הכל יש לנו 7500 רופאים פעילים במשק.

לשאלות בדבר סיבסוד האשפוז (של ח"כ אמוראי): בעיקרו של דבר אתה צודק. אנחנו רוצים שהתשלום יהיה ריאלי עבור קבלת שירותי רפואה מהגופים שמהם אתה גובה תשלום. אלא שאם אתה נזקק למעבר חד מסיבסוד כמעט מלא לתשלום כמעט מלא - אתה ממוטט את משק הקופות. אנחנו מנסים ללכת בנושא זה לאט, כי זהו נושא כאוב, גם כלכלית. הקופות שילמו עבור 2 מיליון ימי אשפוז בבת-חולים ממשלתיים 15 ל"י ליום אשפוז. העלינו זאת בתחילה מ-15 ל-20 לירות, אח"כ מ-20 ל-26. אני מניח שלקראת התקציב הבא המעבר יהיה חד יותר.

נושא נוסף המתקשר בנושא זה הוא כל שיטת התמ"כה. בזמנו המצאנו לכם את מפתח התמ"כות החדש, נסיון להתמודד עם מכלול הבעיות של משק הכספים של הקופות. ניסינו ליצור כלי, שלא יהיה טלאי על גבי טלאי. בשנה זו המפתח רץ בהוצה, ונבחן אותו תוך כדי הפעלה. אנחנו יודעים שיש עליו השגות.

ע. אמוראי: אני בכל זאת לא מסתפק בתשובה. עדיין נשאר תמריץ שלילי לניהול משק הבריאות.

ש. הבר: המרכיב השלישי של הנושא - במצב זה של סיבסוד, הקופות נזקקו לא פעם לתחליף של אשפוז, במקום מתן השירותים הישירים האמבולטוריים. את הנושא הזה אנחנו מנסים לסגור, לא רק באמצעות מחיר יום האשפוז, אלא בין היתר ע"י התעריפים של השירות האמבולטורי וניצול השירות הזה במידה טובה יותר, ביחד עם הקופות. לא כגזירה אדמיניסטרטיבית אלא אנחנו רוצים להגיע לדפוסים חדשים, ביחד עם הקופות.

י. פדה: ח"כ קורן שאל בקשר למבפאות-בעיסוק. יש לנו בי"ס אחד למרפאות-בעיסוק, בירושלים. יש הצעה להפוך אותו לבי"ס אקדמי. הבקשה הוגשה לסנט של האוניברסיטה העברית, שטרם החליט. לאחר שתתקבל ההחלטה שם - יבוא הדבר לפועצה להשכלה גבוהה, ואם זו תאשר את הדבר - ביה"ס ייפך

י. פדה:

לבי'ם ללימודים אקדמיים. יש דרישה לפתוח בי'ם שני, ביחד עם פיזיוטרפיה, בת'א. כאן הבעיות מסובכות יותר. כי זוהי הוצאה גדולה, והדרך ארוכה. מה גם שביה'ם בירושלים יכול בהחלט להכפיל את מספר תלמידיו. את כל הדברים הללו אנחנו בודקים עכשיו. אני רוצה עוד לומר שרמת המרפאות-בעיסוק גבוהה מאד, ומבחינה זו יש להן עמדה גבוהה וגם יוקרה.

ביחס לבתי-חולים בער-השנה (נפרט הוזכרה נהריה): אישית אני מרגיש שהדישה המתמדת בנושא זה פוגעת ברופאים של ביה'ח נהריה. אני יודע שצוות העובדים שם הוא ברמה רפואית גבוהה, ובכל פעם כשח'כ קורן מעלה את הבעיה וטוען שבעצם לנהריה אסור שילך רופא בעל רמה פשוט שאין שם כלים מתאימים - הדבר איננו מוסיף להם וליוקרתם. אין זה נכון שאין להם כלים. זהו בית-חולים שיש לו תפקיד רב, בי'ח טוב, שצריך להיות בי'ח איזורי.

ד. סורן:

הפרשנות הזאת אומרת כאילו אמרתי אני שאני מזלזל בביה'ח הזה. ההיפך מזה הוא הנכון. אני רק שימשתי פה לרופאים העובדים שם.

י. פדה:

לגבי הספחים: רופאים-טבעונים, "בייגלמאכר", פלדנקרייז וכו' - איננו יכולים להתנגד לכך שמישהו יפנה אליהם. ב-1953 היה לי מקרה של חולה בפחלת-טעיים קשה, שלא הצלחנו לרפא אותה ללא ניתוח מסובך. הוא לא הסכים, ואז באה משפחתו וטענה שיש "קוסמת" שתוכל לרפא אותו. והוא אמר: אם הרופא ימכים - אני אסכים. אני הסכמתי, בתנאי שיגיד לי מה עשתה אותה אשה. היא באמת טיפלה בו, ואמנם היתה הטבה, אבל לשבועיים בלבד, ואח'כ החפיר מצבו של האיש ונאלצנו לנתחו. אנשים שונים המטפלים בעסו-השררה אינם מבדילים בצד הרפואי, וכבר היו מקרים של מטפלים כאלה שגרמו לשיתוק של החולה. אם יש מישהו שיכול גם לאבחן וגם להפנע מגרימת צוק - אצטנו יכולים להתיר זאת. אבל לא גחיר זאת באופן גלובלי.

נושא אחר הוא פכלול הבעיות האתיות ובעיות השחיתות (שאלה של ח'כ אמוראי). אני מניח שדברים כאלה קיימים. האוירה בין הרופאים לא יכולה להיות שונה מן האוירה הכללית בארץ. לא פעם ביקשתי: מי שיש לו הוכחה של פמש - גנהג כלפי האשמים בכל חוטרת הדין. אבל אנשים מסרבים להעיד בביה'פ'ש. כבר היה מקרה שרצייתי לפעול נגד רופא, ועמדתי בפני תביעה נגדית על הוצאת דיבה. חובת ההוכחה היא עלינו.

מתוך דבריו ח'כ אמוראי יכול היה להתקבל הרושם של הכללה, וזה לא נכון. יש לנו רופאים בעלי מצפון גבוה מאד; יש לנו רופאים מסורים, ובסוד לפגוע בהם, כפי שהוכיחה גם המלחמה האחרונה. אם פה ושם יש פורצי-גדר העושים מעשי שחיתות - אנא עיזרו לנו לבער את הרע. בהדסה יש הסדר לביטימי של טיפול פרטי, שגם הוא מצדו גורם לשחיתות, אם כי מסוג אחר. חולה שרוצה שדווקא רופא מסויים ינתח אותו - לפעמים אומרים לו: אם אתה רוצה את הרופא הזה דווקא - תהיה חולה פרטי שלו, וזה כרוך בכסף רב. הייתי אפוא באמת מבקש את עזרתכם, על מנת לבער את הרע מקרבנו.

היור' י. טרגמן:

הישיבה נעולה.