

פרוטוקול מס' 70

מישיבה פתוחה של ועדת העבודה והרווחה
יום ג', ד' בניסן התשמ"ה - 26.3.85, שעה 11.00

נכחו:

חברי הוועדה:
א. נמיר - היו"ר
נ. ארד
ח. גרוסמן
ר. כהן
א. שוסטק

מוזמנים:
שר הבריאות מ. גור
סגנית שר הבריאות ש. ארבלי-אלמוזלינו
ח"כ א. קולס
א. רגב - עוזר שר הבריאות
ש. רוזן - לשכת דובר משרד הבריאות
ע. שגב - מ"מ רכז לענייני בריאות במשרד האוצר
י. הרמלך - מרכז השלטון המקומי

מזכירת הוועדה: א. אדלר

קצרנית: צ. ספרן

סדר היום: א. שאילתות.

ב. מדיניות האישפוז.

1283

(ניר קבל קיום 28.3.85)

היו"ר א. נמיר:

רבותי, ברשותכם אני מתכבדת לפתוח את ישיבת הוועדה. אני מכריזה על ישיבה זו כשישיבה פתוחה.

שאלות

אדוני שר הבריאות, לוועדה הועברה ממליאת הכנסת הצעה לסדר היום של תברת-הכנסת נאווה ארד בענין סגירת תחנות מגן דוד אדום. היות והיה לחץ ממרכז השלטון המקומי שבכמה מקומות המצב חמור מאד פנינו אליך וביקשנו שבראשית הישיבה תמסור לנו מה ניתן לעשות בנושא זה.

שר הבריאות מ' גור:

לאחר בירור שעשינו אצלנו, בירור תקציבי, סיכמנו שאנחנו לא סוגרים תחנות מגן דוד אדום. יש שני מקומות שישארו בכל זאת בקדימה לבדיקה: האחד - תחנה משותפת לחולון ובת-ים שנמצאת בשלבי בניה, ואני מתאר לי שכשהיא תסתיים יסכימו שני ראשי הערים לקבל את הפתרון הזה, שעומד ממש על קו הגבול; שני - תחנה משולבת כזאת, בשלב קצת יותר מתקדם, בין לוד לרמלה. אני מתאר לי ששם תהיה גם תחנת מכבי האש וזה אומר שהשירותים לשתי הערים האלה יהיו באזור אחד. עד כמה שידוע לי לדברים האלה לא תהיה התנגדות, אבל כרגע אין טעם לדבר עליהם כי הם לא יוצאים לפועל.

היו"ר א. נמיר:

לא תיסגרנה שום תחנות של מגן דוד אדום?

שר הבריאות מ' גור:

לא.

היו"ר א. נמיר:

בשום מקום?

שר הבריאות מ' גור:

נכון.

היו"ר א. נמיר:

אם כן, למה יש כל יום הודעות בעתונות על תחנה שנסגרת?

שר הבריאות מ' גור:

אני לא אחראי על מה שמתפרסם בעתונות. היתה לנו כוונה, בדקנו בכל ישוב ונוכחנו לא שאין לזה הצדקה מסוימת אלא שהרע יכול להיות יותר גדול מן הטוב ולכן הורדנו את הנושא. בשיקול יותר עמוק, יש בעיה עם מגן דוד אדום במספר מקומות בארץ. למשל, לא נוח לנו שבמצפה-רמון אין תחנת מגן דוד אדום מסודרת, אבל יש בארץ כ-200 מקומות ישוב שהם יותר קטנים והם לא מצדיקים את כל ההוצאה הכרוכה בהקמת תחנה. החזקת תחנת מגן דוד אדום במצפה-רמון צריכה לעלות כמות כזאת של אנשים ורכב שזה לא מוצדק. זו בעיה שמעסיקה, כי היינו רוצים לתת תחנת מגן דוד אדום מסודרת גם במקומות היותר קטנים, אבל כרגע זה לא בא בחשבון.

ג. ארד:

אני מבינה שיהיה לנו דיון נפרד, בהמשך להצעה שלי לסדר היום, על מכלול הבעיות של מגן דוד אדום.

היו"ר א. נמיר:

זה יהיה אחרי הפגרה, לפי בקשתך.

ג. ארד:

כשהעליתי את ההצעה לסדר היום התייחסתי גם לבעיה שאנחנו עומדים היום בפניה באופן ברור: מימון יחידות וניידות לטיפול נמרץ.

שר הבריאות מ' גור:

זה נושא שני. על הנושא הראשון - סגירת תחנות מגן דוד אדום - ענית. אם היושבת-ראש תעלה את הנושא השני אתייחס אליו.

ג. ארד:

בהזדמנות זו אני רוצה בכל זאת להפנות את תשומת לב השר: יש היום תחנות לטיפול נמרץ וניידות לטיפול נמרץ שאינן פועלות מאחר והרשויות המקומיות חייבות להן כסף. לאחר בדיקה ושיחה עם אנשי מגן דוד אדום העליתי במליאת הכנסת את העובדה שנוצר מצב שבו בלתי ניתן למגן דוד אדום לפעול, משום שהוא צריך להתחשב עם כל רשות מקומית בנפרד. כתוצאה מעניין זה יש השבתה של ניידות לטיפול נמרץ וזה עניין של פיקוח נפש. אם באזורים מסויימים לא פועלת ניידת זה אומר שחולים לא יקבלו את הטיפול האפשרי. מה משרד הבריאות עושה על מנת להבטיח שהניידות לטיפול נמרץ יפעלו? אלה הם דברים שבדחיפות עליונה, מעבר לנושאים אחרים שמחייבים התדיינות ארוכה.

י. הרמלך:

אני רוצה לברך את משרד הבריאות ואת שר הבריאות על העירנות והרגישות שלהם לגבי תחנות מגן דוד אדום.

לגבי הנושא של נט"ן - ניידות לטיפול נמרץ: הייתי חבר בוועדת שח"ל עליונה, זו אותה ועדה שהקימה את השירות ברחבי הארץ. אין ספק ששירות זה יקר מאד, אבל הוא מציל נפשות. בשעתו הוחלט שהתקציב של נט"ן יהיה מחולק בין שלושה גופים: משרד הבריאות שלישי, קופת-חולים שלישי, והרשויות המקומיות שלישי. מגן דוד אדום ספג את האמבולנסים על כל ציודם מתרומות מחוץ לארץ. אני חושב, בצורה ברורה לחלוטין, שרשויות המקומיות אין אפשרות להשתתף בשירותים הרפואיים לאוכלוסיה זו. יש קופות חולים שמבטחות את האוכלוסיה, יש משרד הבריאות שאמור לטפל בנושא הזה, ויכול להיות שהבעיה תחריף על ידי כך שהרשויות המקומיות תצאנה מהשתתפותן בתקציב. זה תפקידן של קופות החולים שמקבלות דמי ביטוח רפואי. נכון, גם הן במצוקה, אבל המצב שבו משתתפות הרשויות המקומיות בשליש מן ההוצאה גורם לאותן תקלות שחברת-הכנסת ארד ציינה אותן. תקציב הרשויות המקומיות לא בנוי למתן שירותים רפואיים לאוכלוסיה ולכן לא רק שהבעיה קשה אלא היא תלך ותחריף.

סגנית שר הבריאות ש' ארבלי-אלמוזלינו:

אתם מערערים על ההסכם?

י. הרמלך:

אנחנו עלולים לערער על ההסכם.

שר הבריאות מ' גור:

לגבי ההסכם: יש פה, למען האמת, גם ויכוח עקרוני וגם דיון מיטי. הוויכוח העקרוני הוא עד כמה הרשויות המקומיות צריכות לרצות להיות שותפות בתחומי החיים השונים. בממשלה קיבלנו עקרונית את המלצות ועדת זנבר המבוססות על התיאוריה שהרשויות המקומיות יטלו לעצמן את מכסימום האחריות במכסימום תחומים בכדי לבזר את האחריות במדינה ולמנוע את הריכוזיות של כל הכוח בממשלה. אני תומך בהמלצות ועדת זנבר במלוא תפיסת עולמי ולכן בשיחות עם מספר ראשי ערים, כאשר נושא זה עלה, אמרתי שאתנגד לקחת מן הרשויות המקומיות את השותפות שלהן, לא בגלל השאלה התקציבית אלא מבחינה עניינית. אשר לצד המעשי: אני חושב שהרמלך צודק, כי נותן השירות צריך לקבל את ההכנסות שלו משלושה מקורות, אבל במקום לעסוק בשליחת אמבולנסים לטיפול בחולים צריך מגן דוד אדום לרוץ מרשות לרשות לחפש את הכסף ולכן אני חושב שנצטרך לטפל בנושא על מנת למנוע מהנהלת מגן דוד אדום ושלוחותיה את הריצה הבלתי פוסקת אחרי מקורות. כאשר יעלה לדיון הצד העקרוני, איפה צריך להיות הכסף, לא תהיה לי שום אמביציה להחזיק את הכסף במשרד הבריאות. לא אכפת לי שהאחריות על התחנה תהיה ברשויות המקומיות.

יש פה בעיה: הרצוי ביותר הוא שהאמבולנסים האלה יהיו קשורים לבתי החולים. בחלק ממקומות הישוב - בעפולה, למשל - רופאי בית-החולים נוסעים עם האמבולנסים באופן קבוע, אבל יש מקומות שלא. מגן דוד אדום רוצה לקבוע מערכת ללא רופאים בכלל, אם יוכשרו האנשים המתאימים, ואני מתאר לי שתוך כדי זמן הם יוכשרו. אם זה לא יהיה בבתי חולים, האחריות המוניציפלית תוכל להיות יותר ברורה, אבל אם זה יהיה קשור לבתי החולים יהיה סיבוך, כי לא לכל רשות מקומית יש בתי חולים צמודים.

כרגע יש קשיים בהזרמת הכספים, כי גם העיריות במצוקה, גם משרד הבריאות במצוקה וגם קופות החולים במצוקה ולכן נוצר מצב שהאמבולנסים לא מופעלים כסדרם. לזכותם של אנשי מגן דוד אדום צריך לומר שבמקרים קריטיים הם מוצאים את הדרך לפתרון, אבל זה לא סידור. אני מקווה שאם אמנם ההזרמה התקציבית למגן דוד אדום, החל מן ה-1 לחודש, תהיה כסדרה - אפילו אם תהיה יותר קטנה - יופעלו האמבולנסים כסדרם.

נ. ארד:

מה עושים לגבי המקומות שהפסיקו להפעיל את האמבולנסים?

שר הבריאות מ' גור:

עושים אותו הדבר כפי שעושים בכל מערכת הבריאות, כאשר שירותים רבים, מזה חודשים, לא מספקים את כל השירות הנדרש. בינתיים, לשמחתי הרבה, לא קרו מקרים קריטיים מכיוון שכל האנשים העוסקים בזה משקיעים ממיטב רצונם ומרצם, אבל לא צריכות להיות אשליה שאפשר להמשיך לספק את כל השירותים כשלא מוזרמים כל הכספים. זו אחריות שנופלת על כולנו.

היו"ר א. נמיר:

נצטרך לחזור לדון על כל הנושא של מגן דוד אדום. יכול להיות שיש מקום להיערכות אחרת בגלל המצוקות.

לשאלה אחת יש תשובה: השר הודיע חד-משמעית שלא נסגרות תחנות מגן דוד אדום. נשאר השאלה של האמבולנסים לטיפול נמרץ.

שר הבריאות מ' גור:

חלק.

היו"ר א. נמיר:

המרכז לשלטון מקומי עדיין לא החליט להפסיק את מימון החלק שהוא ושתתף.

י. הרמלך:

המרכז לשלטון מקומי עומד מאחורי ההסכם. כלומר, שליש מן התקציב הוא צריך לממן.

היו"ר א. נמיר:

מי לא נותן את הכספים?

שר הבריאות מ' גור:

המקומות שחברת-הכנסת נאווה ארד מדברת עליהם הם מקומות שהרשויות המקומיות לא נותנות כסף כי אין להן.

היו"ר א. נמיר:

מאחר והכנסת יוצאת לפגרה ועד שנגיע לדיון במגן דוד אדום יעברו שבועיים עד שלושה שבועות, הייתי מבקשת, אם אפשר, שתזמן ללשכה שלך אותן רשויות מקומיות שבהן הבעיה כל כך קריטית, יחד עם יושב-ראש מרכז השלטון המקומי ויחזקאל הרמלך שמייצג את מרכז השלטון המקומי לנושא זה ותראו כיצד אפשר לעשות איזה שהם דברים על מנת שלא ייגרם אבדן חיי אדם.

שר הבריאות מ' גור:

אם תפנו קריאה למשרד הפנים שיזרים מיד את הכספים זה יפעל.

היו"ר א. נמיר:

יש לו כספים?

שר הבריאות מ' גור:

כמו למשרד הבריאות. משרד הפנים צריך להזרים את הכספים.

היו"ר א. נמיר:

אולי תזמן אליך גם את קוברסקי.

שר הבריאות מ' גור:

לא אכפת לי לזמן את האנשים, אבל זה תהליך יותר מדי ארוך.

היו"ר א. נמיר:

אם אתה תזמן את האנשים יזוז משהו. עם זאת אפנה גם לשר הפנים ולמנכ"ל משרד הפנים. האם אתה מוכן לקחת על עצמך את זימון הפגישה?

י. הרמלך:

אני רוצה להעיר שהמלצות ועדת זנבר מקובלות גם עלינו, אבל צריך לזכור שיש להן גם חלק שני: לא רק המעורבות אלא גם שדה ההכנסות יהיה שונה לחלוטין. כל עוד זה לא יאושר בממשלה המצב עלול להתמיר ונצטרך לבטל את ההסכם.

א. קולס:

הגיעה אלי ידיעה, גם מכתב, שמנכ"ל משרד הבריאות מינה ועדה לקביעת כללים להפעלת בתי מרקחת במסגרת בתי עסק כלליים, כדוגמת המחלקה לרוקחות שפותחים בחנויות הכל-בו בארצות שונות. כנראה שמשרד הבריאות רוצה ליישם ענין זה ולכן מונתה ועדה שנתבקשה להגיש את המלצותיה, עד ה-15 במאי, איך לשנות את המצב בחקיקה ובתחומים אחרים.

יש במדינת ישראל כ-400 בתי מרקחת פרטיים שמשרתים 14%-15% מן האוכלוסיה שאינם מבוטחים בקופת חולים הכללית או בקופות חולים אחרות. אנחנו מדברים על בתי מרקחת שמשרתים, כל אחד, אוכלוסיה של 1,000 עד 1,200 נפש. אם נשנה את המצב ונוסיף בתי מרקחת, גם אותם בתי מרקחת שהיום מצליחים להתקיים בקושי לא יתקיימו, כשיש עלויות גדולות של מלאי שהם חייבים להחזיק ויש בעיות אחרות.

אני רוצה לשאול: א. לשם מה נחוצה המדיניות הזאת במצב הכלכלי של היום? ב. השינוי הדרוש בחוק הוא לא שינוי של מה בכך, הוא שינוי בכל המערכת. יש דברים שהוועדה לא נתבקשה לתת עליהם את דעתה, כמו תורנויות, כמו רישום על בית המרקחת מי הבעלים ואיפה אפשר למצוא אותם בלילה. במסגרת הכל-בו זה לא יוכל להיעשות. לי נראה שהטיפול בנושא מיותר כרגע, הוא רק יעורר תסיסה בקרב אותו ציבור רחב של בעלי בתי מרקחת שבקושי מתקיימים. הייתי מציע לך לבדוק נושא זה ואולי תבטל, בשלב זה, את הוועדה שהוקמה.

היו"ר א. נמיר:

אני מציעה שאת התשובות יתן השר לקראת סוף הישיבה, לאחר שנדון במדיניות האישפוז.

אני רוצה להעלות עוד נושא - הבאת אחיות מחוץ-לארץ. מונח לפני נוסח המודעה שהתפרסמה בלונדון - נדמה לי שאותו נוסח התפרסם גם בהולנד - כפי שהיא מופיעה ב"נרסינג טיים מגזין" מ-27 בפברואר ובה מוצעים לאחיות תנאים שלו היו מציעים אותם בארץ הרבה אחיות שיצאו מן המערכת היו חוזרות ללא שום קושי ולא צריך היה להביא אחיות מחוץ-לארץ.

ר. כהן:

מי חתום על המודעה?

היו"ר א. נמיר:

"הדסה" ירושלים.

אבקש מהשר להתייחס גם לנושא זה.

מדיניות האישפוז

היו"ר א. נמיר:

היו מספר הצעות לסדר היום על המצב בבתי החולים ומערכת האישפוז. קיימנו איתך מספר ישיבות ואמרת לנו שרק לאחר הגשת התקציב תהיה מסוגל להציג בפני הוועדה את המדיניות וההיערכות של משרד הבריאות במערכת האישפוז, ובראש וראשונך בבתי החולים.

שר הבריאות מ' גור:

הפעם אני די מתלבט אם להלעיט אתכם גם במספרים או לדבר בעיקר על מדיניות. אם תרצו את המספרים אכנס אליהם אחר כך, הם כולם נמצאים אתי פה, ואדבר יותר על מדיניות האישפוז ועל הפרובלמטיקה של האישפוז.

באופן עקרוני יש לנו היום בארץ מספיק מיטות אישפוז בבתי החולים הכלליים. כשאני אומר "מספיק מיטות אישפוז בבתי חולים כלליים" אני מתכוון בהשוואה למוצע העולמי, כי יש ארצות ששם יש הרבה יותר מיטות באופן יחסי לאוכלוסיה. אם יש אצלנו 2,9 מיטות לאלף נפש, הרי יש מקומות בעולם ששם מגיע המספר ל-4,3 מיטות ואפילו 4,5 מיטות לאלף נפש. לפי הערכתי, לאור התנאים המסויימים שלנו, ממוצע המיטות אצלנו הוא מספיק. לעומת זה יש לנו מחסור חמור מאד באישפוז לגריאטריה, במיוחד לגריאטריה סיעודית. ואני אומר "חמור", כי פה חסרות לנו אלפי מיטות בכל רחבי הארץ, ואילו היה לנו יותר כסף היינו צריכים להקים מוסדות, לא חשוב אם פרטיים או ציבוריים, והיינו מאכלסים 3,000 אנשים נזקקים מהיום למחר. אני מודה שאחת הבעיות הקשות שלנו היא שכאשר אנחנו דנים בפתחת מחלקה גריאטרית נוספת יש לנו הרגשה שאנחנו לא עושים שום דבר, כי לפני שהיא נפתחת היא מתמלאת והבעיה נשארת אותו הדבר.

ר. כהן:

יש התגברות גדולה יותר מקצב הבניה?

שר הבריאות מ' גור:

לא, אבל אם אתה פותח מחלקה של שלושים ושש מיטות וזקוקים שלושת אלפים אנשים, מה עשית?

בענין המיטות הגריאטריות והמיטות הסיעודיות אנחנו בחסר גדול מאד. אני אומר את זה כשאני מביא בחשבון את כל בתי החולים הממשלתיים, הציבוריים, והפרטיים.

יש גם בענין הזה בעיה לא קטנה של פריסה ברחבי הארץ, מפני שבכל זאת ריחוקם של אנשים מבתיהם מכביד על בידודם, כי למשפחות קשה לבקר אותם. ככל שהמקרה יותר סיעודי הוא יותר חמור מבחינת המשפחה ולצערי הרב - אני כרגע לא מותח ביקורת על אף אחד, אלא קובע עובדה - בהרבה מוסדות שבהם מאושפזים אנשים בגיל מתקדם מספר הביקורים של המשפחות הוא קטן מאד, ואחד הגורמים הוא הריחוק.

יש גם גורם אחר והוא הגורם הדתי. אנשים דתיים אינם יכולים לבקר בשבת את קרוביהם המאושפזים אלא אם כן המוסד נמצא במרחק הליכה מן הבית, ולכן כשאנחנו עוסקים היום בנסיון לייעל את המערכת ואולי לעסוק בבתי חולים יותר גדולים הבעיה הדתית היא בעיה ממדרגה ראשונה. למשל, אנחנו מטפלים עכשיו בסגירת בית-חולים נוה-און בבני-ברק והעברת החולים משם לתל-השומר. כשמדובר בהעברת החולים לתל-השומר זה עוד סביר, כי יש אוטובוס ישיר, אבל כשהעברנו כבר חלק לפרדסיה - וזה לא רחוק - יש קשיים. כשהחולים היו בבני-ברק אפשר היה ללכת אליהם ברגל, אבל לתל-השומר הם לא יסעו בשבת, אם כי יום אפשר לקחת אוטובוס אחד ולהגיע לבית-החולים. אותו הדבר בירושלים: אחת הסיבות להשארות של בית-החולים "ביקור חולים" היא הסיבה שהחרדים יכולים להגיע לבית החולים בשבת, ולבתי חולים אחרים הם לא יכולים להגיע. הבעיה מיוחדת בעיקר בבתי חולים ששם נשארים האנשים יותר זמן, בעיקר בתי חולים גריאטריים וסיעודיים.

הפריסה של בתי החולים הפסיכיאטריים גם כן מעוררת קשיים מן הסוג שמנתי, כי קשה לכל המשפחה להגיע, למשל, לבית-החולים שער-מנשה. מבחינת שירות האוטובוסים קשה להגיע לשם. בית החולים עצמו הוא בסדר גמור, הוא בהיקף טוב מבחינה רנטבילית, יש בו 650 חולים - זאת אומרת, יחס של רופאים, חולים, אחיות וסיעוד מתקרב לאופטימלי - אבל מסובך להגיע אליו. אם אחת משיטות הטיפול היא לרכוש למשוקמים דירות, זה מסובך, כי השאלה באיזה מרחק רוכשים את הדירות, באיזו מידה בית החולים יכול לשמור קשר עם החולים כשהם בדירות הללו. לפי דעתי לתת פתרונות אופטימליים לכל השאלות האלה כמעט בלתי אפשרי. אני לא מעלה על הדעת שבית חולים כמו שער-מנשה אפשר להזיז, ואני רוצה להבהיר בזה שיש בעיה בין מה שהיינו רוצים ובין מה שנהיה מסוגלים לעשות בפועל בתקופה הקרובה.

נושא שלישי שקשור במדיניות האישפוז הוא בפריסת בתי החולים הכלליים ברחבי הארץ. יש שלושה אזורים שלגביהם יש לנו הרגשה שצטרך לתת פתרון בעתיד. אני מעריך שלשניים מהם ניתן פתרון בעשר השנים הקרובות. אזור אחד - אזור אשדוד, ששם האוכלוסיה הולכת וגדלה, ולמרות שיש בתי חולים בסביבה - בית-חולים באשקלון שהוא לא רחוק, ובית חולים "קפלן" מהעבר השני - יש הרגשה שתהיה הצדקה לבית-חולים די גדול באזור זה - וכשאני אומר "גדול", הכוונה לבית-חולים עם 400-450 מיטות. המקום כבר ידוע, סיירנו שם ואישרנו אותו. וחשוב היה לקבוע את המקום, מכיוון שזה בית חולים של קופת-חולים וחשוב שהמרפאות כבר ייבנו במקום הזה כחלק מן הפרוייקט.

המקום השני שמחייב פריסת אישפוז הוא הקריות. יש לנו בגליל מספר בתי חולים, ולא רחוק מן הקריות יש בית חולים נהריה, שלא לדבר על בתי החולים בחיפה, אבל ההרגשה היא שבאזור הקריות-כרמיאל בוודאי צריך להקים בית-חולים גריאטרי גדול. ואמנם קופת-חולים מתכננת שם בית-חולים של 500 מיטות. יש עדיין ויכוח בינינו לבין קופת חולים מהו המקום. אפשרות אחת היתה בעכו, אפשרות שניה - בכרמיאל. בכל אופן אם נתייחס לצרכים של הקריות, כלומר להרגשה הסובייקטיבית, הקריות הן מקום שכנראה נצטרך לפתוח בו בעשר השנים הקרובות בית-חולים.

א. שוסטק:

בית-חולים גריאטרי?

שר הבריאות מ' גור:

לא, כללי.

אמרתי קודם שלקופת-חולים יש תכנית להקים בית-חולים גריאטרי בכרמיאל, בין השאר גם לצרכי הקריות ואזור כרמיאל. באזור הקריות יש תכנית להקים בית-חולים כללי, והתכנית היא גם על דעת משרד הבריאות וגם על דעת קופת-חולים. מכיוון שיש לנו את בית החולים נהריה בצפון ואת בתי החולים בחיפה, אני אומר: כנראה בעשר שנים. כרגע זה לא עומד על הפרק.

ד. כהן:

כרמיאל רחוקה גם מחיפה וגם מנהריה, איך היא נכנסה לעניין?

שר הבריאות מ' גור:

כרמיאל היא עיר פיתוח וזו הסיבה, בין שאר השיקולים, שיש רצון לעשות זאת בכרמיאל.

המקום השלישי הוא המרתב המרכזי שבין חדרה ונתניה. כאן הפרובלמטיקה שלנו היא איך לחלק את העניין. אין טעם להקים בית חולים חדש, זה ברור. יש בית חולים בחדרה שיש בו היום 350 מיטות, הוא משרת אוכלוסיה של כ-230 אלף איש והוא צריך לגדול ממילא ל-500 מיטות, כי מי שמבקר שם רואה שחלק מן המחלקות הן בתפוסה של למעלה

מ-1508 וזה אומר שכל הפרוזדורים עסוקים באופן קבוע בכיסוי כמעט מלא. אנחנו פותחים שם עכשיו גם מחלקה לטיפול בלב, מכיוון שאי אפשר לשלוח אוכלוסיה שנזקקת לטיפול מידי לבתי חולים אחרים. גם הציבור הערבי של אזור בקעה-אל-גרביה, כל אזור המשולש, צריך לקבל טיפול והוא מקבל את רוב הטיפולים בבית חולים זה. צריך למצוא את הפתרון הנכון לבקעה-אל-גרביה, כי ברור שבית החולים ליולדות מסוג זה של בקעה אין לו יותר מקום, כמו שאין יותר מקום למחלקה של 28 מיטות ב"משגב לדך". זה לא עומד בשום קריטריון של רפואה מודרנית. לעומת זה זכאים הכפרים האלה למרפאות מקצועיות יפות, מכובדות וטובות, ואת זה אנחנו נעשה, אבל בית החולים חדרה צריך לגדול.

בנתניה קיים בית החולים לניאדו, שנמצא בשלבי בניה מתקדמים מאד של האגף הגריאטרי, אבל הוא לא מסוגל לספק את הצרכים של נתניה והסביבה. אני מתאר לי שבחדרה ובנתניה נצטרך לתת פתרונות אישפוזיים קצת יותר גדולים מבחינת בתי החולים הכלליים.

אם לזה נתוסף הגידול הדי טבעי של בית-החולים סורוקה, יש לנו הערכה שאנחנו יכולים לתת כיסוי סביר של בתי חולים כלליים לאוכלוסיה בלי גידול יוצא מהכלל.

אני רוצה לעורר נושא שקיים גם אצלי במשרד וגם בקופות החולים, ובעיקר בקופת חולים הכללית. יהיה ויכוח רציני מאד על הנושא של ימי אישפוז - כמה ימי אישפוז עולה לנו האזרח. בכל הדיונים על התקציב השנה היה ויכוח בינינו, בין משרד הבריאות, ובין אנשי קופות חולים, כשההסכם שנקבע מזמן אמר שמדי שנה ידונו מחדש בשאלה כמה ימי אישפוז במוצע צריך לחשב לאזרח. היום כל התחשיבים מבוססים על 0.85, 0.87 וכמובן נערך מאמץ בלתי פוסק לקצר. קופת חולים טוענת שכבר עכשיו היא הגיעה ל-0.76, ויכול להיות שזה נכון. אני רק אומר, שאם זה נכון שהינו יכולים להגיע ל-0.76, אנחנו יכולים להוריד היום 2,000 מיטות ממערכת האישפוז, ובמקום 22,000 מיטות להסתפק ב-20,000. אני לא צריך לומר מה זה אומר מבחינה תקציבית.

א. שוסטק:

מהו המספר של 22,000 מיטות? יש רק 12,000 מיטות כלליות.

שר הבריאות מ' גור:

אני מדבר על המספר הכולל של המיטות.

כמובן שהניתוח הזה פשוט ופשטני, מכיוון שאם נביא בחשבון את כל הניתוחים ואת מיטות האישפוז אחרי ניתוח נמצא שיש הרבה אנשים שמחכים בתור. אם אפשר לרדת במוצע האישפוז צדיכים להיות מסוגלים לטפל בהרבה יותר חולים, ולכן הנושא הזה עוד יעורר ויכוחים לא מעטים. בבדיקות שלי גם בארצות אחרות נוכחתי שלדיון הזה אין פתרון. היה אצלנו הנציב הכללי של שירותי הבריאות בניו-ג'רסי, שסיפר שעשה מאמץ לסגור כמה אלפי מיטות ונתקל בקשיים. הקושי העיקרי היה עם האיגוד המקצועי. כלומר, מבחינה ארגונית אישפוזית הוא יכול להוריד את המיטות, אבל סגירת בתי חולים או סגירת מחלקות פירושה גם פיטורים של עובדים וזו בעיה לא קטנה. אנחנו עוד לא הגענו לניתוח מפורט של העניין הזה ואני מתאר לי שאם אמנם נצליח להגיע לצמצום של הממוצע, ראשית כל נחסל את התורים.

אני חושב שמתוך אחריות ציבורית נצטרך לבחון מחדש את כלל הפריסה האישפוזית ואם אמנם יש הצדקה להמשך בניית בתי חולים אלא אם כן יש צורך של האוכלוסיה במקום. מכיוון שכל ממדי המדינה אינם כל כך גדולים זה נושא שנצטרך - במסגרת מדיניות האישפוז - לבחון בצורה רצינית מאד.

יש גורם אחר שאנחנו דנים בו במסגרת מדיניות האישפוז והוא חלקו מקצועי וחלקו ארגוני. יש לנו בתי חולים פסיכיאטריים ובהם שיטות שונות לאישפוז חולים פסיכיאטריים. למשל, יש בתי חולים פסיכיאטריים כמו בית החולים גהה, שנחשב לבית חולים מעולה בתחום זה, והוא מטפל אך ורק במקרים אקוטיים. זהו בית-חולים אקדמאי שקשורים אליו מוסדות אקדמיים והוא משמש מקום להתמחות. כתוצאה מזה יש בבית החולים גהה כ-50 רופאים על 180 חולים, שכוללים רופאים מתמחים, סטאז'רים ורופאים במעבר, שמתוכם כ-6 רופאים משרתים כל יום במרפאות החוץ, במעקב וחרי החולים שנמצאים בחוץ, שטופלו בבית החולים וצריך להמשיך לטפל בהם לפחות חצי שנה, שנה.

ח. גרוסמן:

האם מרפאות החוץ מטפלות רק בחולים שהיו מאושפזים בבית-החולים גהה?

שר הבריאות מ' גור:

לא, אבל על מנת להקטין את קצב החזרה של החולים לבית החולים יש אחריהם מעקב בלתי פוסק והרופאים של בית החולים עוסקים ברפואה קהילתית פסיכיאטרית בכל הסביבה.

לעומת זה יש בתי חולים שיש בהם מחלקות אקוטיות, אבל ברובן אישפוזיות ושם היחס שונה לחלוטין. יכול להיות בית חולים עם 20 רופאים על 600 חולים. למשל, בבית החולים שער-מנשה יש כ-20 רופאים. בפרדסיה יש חלוקה: יש אקוטיים ושם אחוז הרופאים יותר גדול. יש בתי חולים אחרים ששם אחוז הרופאים יותר קטן ואני מודה שנוצר אי שוויון אישפוזי טיפולי, שלפי דעתי יצטרך לקבל תשומת לב יותר כוללת ממה שהוא קיבל עד היום. טוב מאד שיש מרכזים אקוטיים אקדמיים ממדרגה עליונה, אבל אנחנו צריכים לראות כיצד זה מתחלק. למה הדבר הזה חשוב? - בבית החולים הפסיכיאטרי שלנו בבאר-שבע יש מחלקות אקוטיות מצויינות. אנחנו רוצים להעביר לשם חולים גם ממוסדות אחרים על מנת למלא את כל המחלקות ולסגור בתי חולים יותר קטנים. גם בתחום, מדיניות האישפוז של חולים פסיכיאטריים בבתי חולים יותר קטנים, אקוטיים, עם אחוז רופאים יותר גדול ובבתי חולים יותר גדולים עם אחוז רופאים יותר קטן נצטרך לבדוק את החלוקה הנכונה של העניין. מובן שהקריטריון העיקרי הוא הקריטריון המקצועי רפואי - אם אנחנו נותנים את הצורה הנכונה והאישפוז המתאים לכולם. למשל, לבית החולים בפרדסיה יש מחלקה של 97 חולים שעדיין נמצאים בבנין של השק"ם הבריטי וזה דבר בלתי נסבל. מי שנכנס לבית החולים ורואה דבר זה פשוט לא יכול לשאת את העניין. חלק מן הדברים האלה קשורים בביורוקרטיה פנימית של המערכת הממשלתית: איך נותנים את האדמה, כי יש הרבה מאד תורמים שמוכנים לתת את הכסף בידיעה שהאדמה עוברת אליהם עם המוסד. אם בזה יהיו תלויים הדברים אעשה כל מאמץ להעביר את האדמות על מנת שאפשר יהיה לבנות את המוסדות מתרומות שבאות מבחוץ והחולים יועברו מהצריפים לבניינים יותר מודרניים.

ר. כהן:

מה זאת אומרת להעביר את האדמה?

שר הבריאות מ' גור:

הלא מדובר בגופים ציבוריים והם רוצים להיות בטוחים שהשימוש בתרומות שלהם על אותה אדמה יהיה אך ורק למטרות האלה. יש מקומות בארץ שזה נעשה, יש מקומות שלא מסכימים, וצריך לטפל בעניין.

תחום נוסף שקשור לאישפוז הוא תחום הבינוי. יש לנו בתי חולים בארץ, החל ב"אסף הרופא" במרכז, עבור לתל-השומר במרכז ועד שער-מנשה, פרדס-חנה, בת-ים ונהריה בצפון שמכניסים חולים לצריפים. זה לא סימפאטי. מדיניות השיפוצים של המשרד היא עקבית וממושכת ואפשר לראות כמעט בכל בתי החולים האלה ביתן אחד או שניים משופצים מדי שנה והשיפוץ מביא אותם לרמה סבירה. אבל צריך להיות ברור שבקצב הזה ישארו

חולים בצריפים לא מתאימים עוד הרבה מאד שנים. אגודות הידידים מצליחות לאסוף כספים לא מעטים על מנת לזרז את הבניה, אבל קיימת גם בעיה של כוח אדם. השלמת הבניה של מבנה מודרני יוצא מהכלל ב"אסף הרופא" מחייבת תוספת תקנים ל-22 איש, כי החדרים יותר גדולים והיולדות נמצאות בחדרים נפרדים. 22 תקנים זה הרבה מאד אנשים. יכול להיות שבת החולים יכול לספוג חלק וחלק אנחנו צריכים להוסיף, אבל אני לא צריך לומר לכם כמה קשה להוסיף תקנים באילוצים התקציביים שקיימים היום. זאת אומרת שגם חלק מן העבודה במדיניות האישפוז שיכולה להתבצע בצד הפיסי של הבניה נתקלת בקשיים רציניים מאד כשה מגיע לאישוש, וצריך לדעת ששיפור האישפוז הוא במידה רבה מאד הגדלת תקנים.

מעבר לזה: מכיוון שנכנסת טכנולוגיה חדישה נוספים גם מקצועות. חלק מן האחיות לא רוצות להפוך למכשירניות - חלק גם לא מסוגלות - אלא הן רוצות לטפל באנשים. בחדרי הניתוח מתחילים להעדיף אנשים שזה מקצועם הבלעדי, שהם טכנאים ולא אנשי סיעוד. עד עכשיו זה לא גורם מונע בהתפתחות מערכת האישפוז, אבל כמדיניות, לפי ההערכה, זה התהליך המסתמן ונצטרך לפתח את מוסדות ההוראה המתאימים.

מפה אני רוצה לעבור לשני נושאים במדינות האישפוז - הנושא הטכנולוגי והנושא המעבדתי, ששניהם נעשים מאד מאד יקרים. ככל שהדיאגנוסטיקה מתפתחת, מספר הבדיקות שכל חולה עובר אוטומטית הולך וגדל ולכן המעבדות הולכות וגדלות. יש פה, מצד אחד, רצון של בית החולים לפתח את המעבדות שלו, הוא רוצה תשובה מיידית לבדיקות, ומצד שני האמצעים המודרניים מאפשרים להקים מעבדות מרכזיות שיכולות לתת לו אותו שירות, אבל כמובן שאז לא כל בית חולים שולט במעבדה שלו. זה בוודאי נכון לגבי המכשירים המודרניים שנעשים יותר ויותר יקרים. אין לנו תשובה מוחלטת לגבי מדיניות האישפוז - אם ללכת בהכללה, בבת אחת בכל הארץ, על הקמת מרכזים טכנולוגיים כאלה או ללכת בקצב הרבה יותר אטי. גם כאן יש בעיה של כוח אדם. לא כל מי שמסוגל לעבוד במעבדה מקומית בבית חולים יכול להשתלב היטב במעבדה מרכזית. קיימת אפוא בעיה של רופאים, טכנאים ואנשי מעבדה, אבל לפי דעתי את התהליך הזה אי אפשר יהיה לעצור ונצטרך לבדוק באיזו מידה אנחנו מתקדמים במדיניות האישפוז על מנת לא ליקר אותה יותר מדי, ולהשקיע יותר, גם משאבים וגם יידע, בדברים מרכזיים מרתביים.

זה צריך לכלול בוודאי גם את כל קופות החולים. קופות החולים האחרות, חוץ מקופת חולים הכללית, לא קשורות למדיניות האישפוז, אבל אחד הדברים שמייקרים את האישפוז אלה הבדיקות החוזרות ונשנות והפיצול. בדף ההמלצות של ועדת הפרוייקטים כתבתי לפחות על ששה סעיפים: לא מאשר, כי מדובר בישובים שבהם ועדת הפרוייקטים דיברה על הקמת מרפאות מקבילות לשתי קופות חולים, או לקופת חולים ומערכת הבריאות הממשלתית. לא אישרתי ואני לא מתכוון לאשר, אלא אני מתכוון לזמן את כל קופות החולים ולהגיע להבנה על הקמת מרפאה אחת שאליה יבואו אנשי הקופות השונות לקבל את הטיפול. בענין זה יש לנו ויכוח גם עם מפעל הפיס, מכיוון שיש פה בעיה איזה שלטים יתלו על המבנים שנבנים בכספי מפעל הפיס. כשיהיה ברור לכולם שהשיקול הוא מקצועי תקציבי אפשר יהיה לתת גם בתחום זה פתרונות יותר טובים.

אם לסכם את הבעיות העיקריות בתחום האישפוז: 1. להקטין את משך האישפוז עד כמה שאפשר, לחסוך במיטות, ואז לנצל יותר טוב את בתי החולים הקיימים ואולי לא להקים אחרים. 2. לבדוק את פריסת האוכלוסיה בארץ לפני כל החלטה על בית חולים נוסף, לוודא שבת החולים הם פונקציונאליים ושהשילוב בין בית החולים הכללי, הפסיכיאטרי והגריאטרי הוא שילוב אופטימלי בהתאם לפריסת התושבים. 3. השאלה הגריאטרית היא שאלה נפרדת, היא צריכה לקבל טיפול מעבר ומעל, כי פה אין מה לדבר על מדיניות, פה אנחנו בלחץ כי חסרות מיטות באלפים. 3,000 מיטות אנחנו יכולים לאיש במכה אחת, וזה כולל גם אנשים שהיום נמצאים בבתי חולים פרטיים, שאם היינו יכולים היינו ממליצים לעבור מהם כי הם לא ברמה מתאימה, אם כי יש הרבה בתי חולים שהם ברמה טובה מאד. 4. השאלה האחרונה היא שאלת הטכנולוגיה באישפוז.

יש נושא שהוא מעניין מאד מבחינה תיאורתית, אבל אני לא חושב שאפשר יהיה לטפל בו מבחינה מעשית: האם יותר טוב בתי חולים קטנים ובהם טיפול אנושי יותר טוב, או בתי חולים גדולים שהופכים לטכניים כמעט. אבל מאחר שרוב בתי החולים בנויים בצורה שהם בנויים, תכל להתעסק בסוגיה זו ולא נוכל לתת לה פתרון.

דבר אחרון - מדיניות הבניה: פה אין הרבה שאלות פילוסופיות, זו שאלה תקציבית פראקטלנס באיזו מידה אפשר לזרז את מדיניות הבניה על מנת שהאישפור יהיה ברמה מתאימה.

ח. גרוסמן:

לבעיית הפריסה: ניקח לדוגמה את האזור שאני מכירה היטב. בית החולים נהריה משרת בגליל המערבי אוכלוסיה של רבע מליון תושבים. להעמיס מספר כזה על בית חולים כזה, שהוא די מוגבל, זה קצת יותר מדי גם מבחינת פריסת האוכלוסיה וגם מבחינה אופי האוכלוסיה. עם זאת חסרות בו מחלקות שנמצאות, בדרך הטבע, בבית חולים יותר גדול - מה שנקרא מרכז רפואי - ניירולוגיה ודברים אחרים. זאת אומרת שיש מקרים שמוכרחים לטוס לבתי החולים בחיפה והדבר קשה מאד - אין כביש, אין מנהרה, אין גשר עילי, וכשמתחילים לנסוע מן הגליל המערבי לחיפה במקרה דחוף וצריך לעבור את המפרץ זה עסק מסובך מאד. זה לא ענין של מספר קילומטרים, זה ענין של תחבורה וזה מאד מאד קשה. חוץ מזה נשאלת השאלה אם באזור כל כך מאוכלס יכול להיות בית חולים שהוא בית חולים פריפרי, שישאר בית חולים פריפרי מכל הבחינות, לא רק מבחינת מספר המיטות אלא גם מבחינת רמתו, התנאים, הציוד וכן הלאה.

שר הבריאות מ' גור:

ואילו היינו עושים את בית החולים בנהריה למרכז רפואי?

ח. גרוסמן:

בשביל האזור הזה זו היתה הקלה עצומה.

שר הבריאות מ' גור:

כולל הקריות?

ח. גרוסמן:

מהקריות לנהריה יותר קל להגיע, אם כי צריך לקחת בחשבון שכביש עכו-נהריה הוא כביש עם תחבורה סואנת מאד, עם מכונות חקלאיות, עם משאיות, כביש שמתקנים אותו לפחות חמש-עשרה שנה, כביש עם המון תאונות, כביש שקרוב לגבול הצפוני, ובקיצור - בעיות על בעיות.

אני שואלת את השאלה: מה הטעם להקים בתי חולים קטנים ולהשאיר כל אחד מהם כבית חולים כושל?

אשר לבית החולים הגריאטרי בנפרד מבית החולים הכללי: נדמה לי שזו בעיה חמורה מאד שצריך לתת עליה את הדעת. אולי בית החולים הגריאטרי לא צריך להיות באותו מקום, אבל בקרבת מקום לבית החולים נהריה. היה משא ומתן של קופת חולים על חלקת אדמה, והיה זה בהחלט הגיוני להקים את בית החולים הגריאטרי בקרבת מקום. את זה בקרבת מקום.

א. שוסטק:

גם בכרמיאל היתה תכנית מוכנה.

ח. גרוסמן:

האם זה נכון להקים בית חולים גריאטרי לחלוטין בנפרד? אני חושבת שאי אפשר, כשם שאי אפשר להקים בית יולדות בנפרד.

א. שוסטק:

גריאטריה צריכה להיות בנפרד.

ח. גרוסמן:

אבל לפחות בקרבת מקום.

שאלה נוספת שמטרידה אותנו כבר שנים רבות - מה גם שהמצב לא נעשה יותר טוב אלא מחמיר - זו שאלת השירות הרפואי הפרטי, השר"פ. הלא זו רעה חולה במדינה שאדם שרוצה להגיע לאישפוז ולהיות בטוח שלא יצטרך לחכות בתור הולך למנהל המחלקה הביתה - זה לגיטימי - ואחר כך נכנס לאישפוז מבלי לחכות חודשים בתור. וענין זה הפך לנורמה. ראינו את זה כבר לפני שנים, אבל בתקופה האחרונה זה מחמיר. אינני יכולה לבוא בטענות לחולה. אני יכולה לומר לו: אתה מבוטח בקופת חולים, למה אינך הולך קודם למרפאה ואחר כך ישלחו אותך למרפאת חוץ של בית החולים ושם יקבעו אם אתה זקוק לניתוח ויתנו לך את התור. גם אם אני יכולה לבוא בטענות אל החולה, ל זה לא ולבנטי, זה לא ממין הטענה, כי זה עובד ולאנשים יש הוכחה שזה עובד. כך זה באורתופדיה וכך זה בניתוחים אלקטיביים למיניהם. אני מוכרחה לומר שגם כשיש חשד לסרטן מחכים בתור לבדיקות, ואז הולכים אל הרופא הביתה ומגיעים מיד לסורק. זה לא מקרה אחד ולא שניים ולא עשרה, ושלא יספרו לי שאלה דברים שוליים.

שר הבריאות מ' גור:

אולי תגישי הצעת חוק פרטית נגד רפואה פרטית?

ח' גרוסמן:

אני לא בטוחה שזה ענין של חוק.

שר הבריאות מ' גור:

אם יהיה חוק אם לא יוכלו לעשות את זה. כל זמן שזה וולונטרי, זה וולונטרי.

היו"ר א. נמיר:

אבל קופת חולים לא צריכה להיות המובילה בנושא זה. אני יודעת איך משלמים למנהל מחלקה בעד ניתוח, ואחרים לא יכולים להגיע לניתוח בתוך המחלקה.

ח. גרוסמן:

לא אומר שקופת-חולים מובילה, אבל היא לא מפגרת.

זה קיים בכל המערכת, לאורך ולרוחב, ואני מדברת על אישפוז, לא על דבר אחר. אי אפשר לדבר על מערכת האישפוז והפריסה מבלי להבטיח את הדבר האלמנטרי, שאדם חולה יהיה בטוח שהוא מקבל את הטיפול לפי דחיפות הענין ולא לפי משהו אחר. אם אדם לא בטוח, אני לא מתפלאה שהוא רץ לרופא הביתה. אין לי טענות אליך ואפילו לא לחבר-הכנסת שוסטק, כי אני יודעת כמה חברי לסיעה, בהיותו שר הבריאות, שבר את ראשו ואיך עלו עליו הרופאים.

א. שוסטק:

אינני יודע על מה אנחנו מדברים. התקציב הזה, אפילו אם יאושר, הלוואי ויחזיק מעמד, ולכן מוזר בעיני הוויכוח שמתנהל עכשיו. אני חושב שכל מה שניתן לעשות בתקופה זו - גם זה בקושי רב - הוא שיפור או הגדלה או הרחבה של השירותים בבתי החולים הקיימים. יש לנו בתי חולים מצויינים, יש לנו רמה של טיפול רפואי למופת, אבל היא ניתנת לא במשכיות של כסף אלא במשכיות של בדיל ונחושת. תברת הכנסת גרוסמן אמרה על בית החולים נהריה, שהוא יכול להיות בית חולים שישרת את הסביבה, הוא יכול להיות בית חולים גדול, מרכז רפואי, והיא צודקת. להגיע לבית-החולים רמב"ם במקרה דחוף זו סכנת נפשות ממש. נדמה לי שהשר אמר שמדובר בבית חולים כללי באשדוד. תבקר ב"קפלן" - אני לא מדבר על אשקלון - ותראה כמה שיפור נחוץ בו. גם זה בית חולים גדול שיכול להיות מרכז רפואי למופת, אבל הוא מוזנח. מחלקת היולדות שם היא דבר איום ונורא. קופת חולים צריכה לדבר על בית חולים באשדוד? שיגדילו את "קפלן", שישפרו את בית החולים הזה והוא ישרת טוב מאד את הסביבה. תוציאו עכשיו, במצב הזה, מהראש את החלום על הקמת בתי חולים נוספים. אם אפשר לעשות משהו, אם יש איזה שהוא תקציב, התקציב צריך להיות מוקדש לשיפור, להרחבה ולבניה של בתי חולים קיימים בשביל להתאים אותם לצרכים.

ג. ארד:

קיצו בפתוח.

א. שוסטק:

אמרת קודם שאני בטוח שגם זה איננו, אבל אם יש משהו צריך להשקיע אותו בהרחבה ובשיפור מה שקיים ולא בפריסה. צריך לעשות את זה בנהריה, בצפת, ב"קפלן" בכל אותם בתי חולים שהם מצויינים.

אולי נבוא פעם בחשבון נפש: ההוצאה לבריאות היא ההוצאה הזולה ביותר של המשפחה. על כל דבר אחר מוציאה המשפחה הרבה יותר. על בידור מוציאה המשפחה פניניים פי שלושה משהיא מוציאה על בריאות, בעוד שניצול שירותי הבריאות על ידי אותה משפחה הוא פי עשרה פי חמישה-עשר ממה שהיא מוציאה על בריאות וממה שמנצלים בארצות אחרות. הדבר הזה צריך להשתנות לא על ידי תשלומים של החולים - את זה לא נצליח לעשות, כי הציבור כבר רגיל לרפואה ציבורית - את הדבר הזה נוכל לעשות רק על ידי חוק ביטוח בריאות. האוכלוסיה צריכה לשאת יותר בעול הבריאות והיא יכולה לעשות את זה על ידי חוק ביטוח בריאות, כשהכנסת קובעת את תשלום דמי הביטוח כמו שהיא קובעת את דמי ביטוח זיקנה ודמי ביטוח אחרים לאור הצרכים. אם המדינה רוצה שירותי בריאות ברמה מסוימת והבריאות מתייקרת מחודש לחודש, משנה לשנה, החוק יקבע בדיוק את התשלום של האוכלוסיה לאותה הוצאה של בריאות שהמדינה רוצה. זה האלף-בית, כי שום דבר אחר לא יוכלו לעשות. קופת חולים לא תוכל להעלות את המסים, האיגוד המקצועי לא יוכל להרשות לעצמו להעלות את המסים, אבל נוכל לעשות זאת באמצעות חוק בריאות ממלכתי. הוויכוח אם זה ייעשה באמצעות קופות החולים, על ידי קופות החולים, הוא ויכוח סרק. רק על ידי קופות החולים הדבר הזה ייעשה.

א. קולס:

הנושא הראשון שאני רוצה להתייחס אליו - נושא התחזוקה של מיתקנים קיימים. לצערי הרב, התחזוקה לקוייה ביותר. ביום ששי האחרון ביקרתי בבית החולים רמב"ם, ראיתי את המעליות, ראיתי חלקים אחרים בבנין והזדעזעתי. מתוך מאמץ להוסיף, להגדיל ולפאר אנחנו שוכחים מה השקענו בקיים, ואם לא מתחזקים נכון את הציוד, הבלאי גדל והולך בטור אין סופי שקשה להתגבר עליו. ההוצאה על ציוד שמתקלקל ולא מתחזקים אותו גדולה פי כמה ולכן עלינו לתת את כל העזרה והתמיכה לתחזק את המיתקנים הקיימים, אם על ידי תחזוקה מונעת, אם על ידי שיפוצים יומיומיים. לא הייתי רץ היום לא להקמה ואפילו לא לתכנון של מרכזים נוספים חדשים, מה גם שאני מניח שהמרכזים הקיימים - במידה שתינתן להם התמיכה הדרושה - יספקו את הדרושה, והעלות תהיה הרבה יותר זולה מאשר תכנון והקמה של מיתקן חדש.

נושא שני נוגע לאזור הקריות ואזור הצפון: הבעיה המרכזית באזור הקריות היא שבמקרים דחופים קשה להגיע לבית החולים רמב"ם בחיפה. מבחינת הנסיעה עצמה המרחק לא רב, לכל היותר רבע שעה, אבל הזמן הזה מוכפל ומשולש אם הנסיעה נעשית בשעות מסויימות, כשהעומס על הכבישים רב. מתוך היכרותי את האזור אני יודע שאפשר לפתור את הבעיה לו היו מוצאים מסלול אלטרנטיבי לאמבולנסים ולאותם כלי רכב. יש אפשרות של מעבר בשטח המפרץ, בשטח נמל חיפה והוא יכול למנוע את המעבר בעיר עצמה. בהשקעה מינימלית, על ידי חיבור בין שני כבישים או שלושה כבישים, אפשר היה לפתור את הבעיה של רכב בטחון או רכב חירום מסוג זה של אמבולנסים. הייתי מבקש ממך, אדוני השר, לבדוק את העניין עם מע"ץ, עם משרד הבינוי והשיכון. צריכה להיות פה פעולה משותפת של שני המשרדים, ואולי גם משרד הפנים צריך להיות שותף לעניין זה. בלי הרבה כסף, ביזמה מהירה יחסית, אפשר להציל נפשות.

שר הבריאות מ' גור:

בעניין הרוקחות: משרד הבריאות צריך לוודא שכלל האוכלוסיה תקבל את הטיפול הרפואי הכי טוב ועד כמה שאפשר יותר בזול. גם כשהיה מעבר מחנויות המכולת לסופרמרקטים היתה בעיה. גם פה יכולה להיות בעיה, אני לא אומר שאין בעיה, אבל אנחנו צריכים לוודא שאנשים יוכלו לקבל את התרופות הכי קרוב לבית עם הכי פחות התרוצצויות, הכי מהר והכי זול. לצורך זה הוקמה ועדה. אני לא יודע מה יהיו מסקנות הוועדה, אבל אני יכול להגיד שבדיון בוועדת הכספים אתמול נאמר שקופת חולים "מכבי" מוציאה 30% מן התקציב שלה לתרופות, קופות חולים אחרות - 12%-13% מהתקציב, וזה הרבה מאד כסף. למה קופת חולים "מכבי" צריכה להוציא 30% מהתקציב שלה על תרופות? זה על חשבון משהו, גם על חשבון המתרפאים.

תבר-הכנסת קולט, התייחסת לוועדה אחת, אבל יש לנו עוד כיווני בדיקה שונים. למשל, יש דבר שהרוקחים לא יתנגדו לו: אנחנו רוצים להכניס רשימה מאד גדולה של תרופות שעבורן לא יהיו זקוקים לרישום של רופא ואנשים שירצו להשתמש בהן יקנו אותן. זאת אומרת, אנחנו מחפשים את כל הדרכים על מנת להקל על הציבור ולהקטין את ההוצאות. בסקירה שלי ראית שאנחנו ערים לכך שבכל אחד מן הפתרונות לא ייפגעו אנשים עובדים ולא תיפגע פרנסתם. נשווה את הנתונים למציאות ונראה איך למצוא את הפתרון.

אחיות מחוץ-לארץ: אמרה האחיות הראשית של משרד הבריאות: כל אחות בארץ שתראה לעבוד קודמת פי כמה וכמה לכל אחות מחוץ-לארץ ואין פה שאלה.

היו"ר א. נמיר:

האם מזה אני יכולה להבין שהעניין נעשה באישורכם?

נ. ארד:

היום נכתב בעתונות שיש הגנה של המשרד על הנושא.

שר הבריאות מ' גור:

כיוון שאני מדבר עם נורית בן-דב לא דרך העתונות, אתן לך תשובה מן המשרד: האמת היא שדיונים על מחסור באחיות, באופן מיוחד בירושלים, נערכים כמעט כל הזמן באופן שוטף וכל מי שממונה על האחיות או קשור לאחיות ידע מזה. גם כרם-יה ידעה מזה. אנחנו לא ידענו שביום מסויים ובשעה מסויימת מתכוננת "הדסה" להוציא מודעה, אבל שאלת המחסור באחיות היא שאלה של צערנו הרב אין לה פתרון. אני לא צריך לומר לך, יושבת-ראש הוועדה, מה יקרה במערכת אם מישהו יעלה היום על הדעת להעלות את שכר

האחיות. כאשר מדובר במספר בודד של אנשים כאלה או אחרים, עם הסכמים נפרדים, שניתן להפסיק את עבודתם מהיום למחר ולא נכנסים לשום מסגרת ארצית כוללת, זה סיפור אחר. אם נעלה היום את המחשבה להעלות את שכר האחיות בכל הארץ - מכיוון שאין דבר כזה רק בירושלים או רק ב"הדסה" - אתם מתארים לכם איזה השפעה תהיה לכך על המשק. בירושלים יש התמקדות של בעיות יותר חמורה ועל זה דיברה נורית בן-דב. גם אצלי בישיבת ההנהלה היא אמרה: כולם מודעים כל הזמן לבעיה, פתאום היא מתעוררת.

ג. ארד:

מדובר באחיות מומחיות בלבד?

שר הבריאות מ' גור:

כן.

באחד המפעלים שניהלתי בכפר-סבא היו חמישה עובדים מאנגליה. זה לא אומר שהלשכה בכפר-סבא היתה חסרת מעשה. בעבודה מסוג זה, עבודה במשמרות, לא רצו ישראלים לעבוד.

א. קולס:

אתה לא יכול להשוות מפעל בכפר-סבא לבית חולים. אני לא חושב שיש מחסור באחיות, אני חושב שיש מחסור בתנאים מסויימים.

שר הבריאות מ' גור:

זה לא ענין של מחשבה, זו עובדה.

היו"ר א. נמיר:

אנחנו במצב של אבטלה קשה מאד, ובאווירה השוררת בארץ, כשכל כך הרבה אנשים מחוסרי עבודה, לא כל כך נראה לי שמביאים אחיות מחוץ-לארץ. אם היו מציעים להרבה אחיות שעזבו את העבודה את התנאים שמציעים לאחיות שמביאים מבחוץ רבות היו חוזרות לעבודה.

שר הבריאות מ' גור:

זה לא יכול להיות, כי מיד זה יגרור אלפי אנשים אם לא יותר.

א. קולס:

אבל אתה מדבר רק על מומחיות.

שר הבריאות מ' גור:

לייבא 20 אחיות זה הרבה יותר זול מאשר כל המערכת הרפואית, ואחריה המערכת הארצית, ייכנסו למעגל.

הפעם עשו מזה רעש, אבל במחלקות שבהן מטפלים טיפול רפואי פרטי מקבלים יותר ואף אחד לא עושה מזה רעש, כי אף אחד בארץ לא משלה את עצמו שכולם מקבלים אותו השכר, וגם האיגודים המקצועיים יודעים שבנושאים מסויימים, לתקופות מסויימות ובלית ברירה, צריך לקבל עובדים מבחוץ. הלוואו וכתוצאה מהרעש הזה יבואו אחיות לירושלים וייכנסו לעבודה. אחיות שרוצות לעבוד, יש להן עבודה.

ג. ארד:

יש בעיה של תנאים.

שר הבריאות מ' גור:

זה חלק מן המאבק השוטף הקבוע.

אני יכול לומר שיש 700 מקומות עבודה פנויים במגזר הערבי בתחום של אחיות קהילה, אחיות טיפת-חלב ואנחנו פותחים עכשיו קורס מיוחד. פה מדובר בנושא ספציפי מסויים מאד, מיוחד מאד, שרוב האחיות לא יכולות לעמוד בו. אני לא מציע שתכניסו עכשיו את כל המשק לסחרור של שכר.

תברת-הכנסת חייקה גרוסמן העלתה את השאלה של מרכז רפואי בגליל. מובן שיש אפשרות לעשות בנהריה מרכז רפואי, אבל יש שאלות דמוגרפיות מסובכות מאד בענין זה. גם אנשי קופת חולים, בבדיקות נפרדות שלהם, וגם אנשי משרד הבריאות, בבדיקות נפרדות שלהם, הגיעו למסקנה שאם יהיה צורך להקים בית חולים - ואני מדבר על בית חולים כללי - המקום שלו הוא בקריות, גם עקב ריבוי האוכלוסיה וריכוזה וגם עקב בעיות דמוגרפיות. להקים היום עוד מרכז רפואי אחד גדול כמו רמב"ם בצפון זה פשוט לא בא בחשבון, זה לא עומד על הפרק.

יש עוד הרבה דברים שצריך לעשות במרכזים האלה, וצדק חבר-הכנסת שוסטק שכרגע צריך לראות איך הופכים את בתי החולים הקיימים לבתי חולים יותר מודרניים מבחינת הציוד, מבחינת הבניה ויכולת הטיפול.

מקובל בכל העולם שבית חולים גריאטרי הוא בנפרד מבית חולים כללי, כי יש לו צרכים שונים ותנאים שונים. מספר האחיות שונה וכל המערכת שונה לחלוטין.

תברת-הכנסת גרוסמן העלתה את שאלת השר"פ. לא סתם הערתי מה שהערתי בקריאת הביניים. אם הדבר הזה פוגע עד כדי כך במערכת הבריאות, אפשר להגיש הצעת חוק פרטית בענין. כרגע אין חוק נגד הדבר הזה והגופים הרפואיים השונים קבעו מה שקבעו. אני לא רוצה להיכנס כרגע להשוואה בין קופת חולים ומערכת הבריאות הממשלתית, אני מסתפק בקביעה שזה קורה בכל המערכת. קראתי דו"ח של ועדה של קופת חולים על הענין, שוחחנו על כך לא פעם - כולל אצלנו במערכת הבריאות הממשלתית - ולפי הערכתי יש פה בעיה נורמטיבית לתקופה זו. אם אתם שואלים מה הגורם העיקרי, התשובה היא שלחלק יותר גדול של האוכלוסיה יש יותר כסף והוא מחליט ללכת לרופא פרטי. הוא לא רוצה לעמוד בתור, הוא לא רוצה לחכות, יש לו כסף, וכמו שמותר לו להוציא כסף על פלאפל, על קולנוע ועל נסיעה לחוץ-לארץ כך הוא מוציא על רופא פרטי. לכן אני לא מוכן לתת על זה תשובה נפרדת, היא קשורה למערכת הכוללת.

באיזו מידה יש לנו משאבים לשמור על שוויוניות מלאה ברפואה הציבורית, נקודה שעמד עליה חבר-הכנסת שוסטק: מתלבטים בזה בכל העולם ואני לא חושב שבקיצור נוכל לתת פה את התשובה. זו גם שאלה אתית וגם שאלה מעשית ממדרגה עליונה ואני יכול להבטיח לכם שנטפל בה במלוא הרצינות והאחריות.

היו"ר א. נמיר:

אני רוצה להודות לשר.

לא השתתפתי בדיון, אבל דבר אחד אני רוצה לומר: לפי הערכתי, לו אני הייתי צריכה להחליט, לא הייתי הולכת לבניית בתי חולים חדשים. אני חושבת שחיזוק הקיים צריך להיות היעד הראשון במעלה. לא הזכירו כאן את כל בתי החולים, אבל מי שמסתובב בבתי החולים יודע שהבעיה של הרמה היא לא רק בנהריה, היא גם בחלק מבתי החולים של קופת-חולים, כמו בית החולים עפולה. גם בצפת המצב חמור מאד מבחינת הרמה. אין ספק

שהייעד הראשון צריך להיות חיזוק מאד משמעותי של התשתית הקיימת. זה יעד מאד קשה, מאד מורכב, שצריך לעלות הון עתק, יכול להיות שעוד יותר מאשר בניית בתי חולים. אבל לבנות ולבנות זה ענין של "פילים לבנים". גם המרחקים בארץ לא מצדיקים זאת, במיוחד אם תהיה מערכת אמבולנסים חדישה.

יש בעיה של ניהול בתי חולים. גם לא שמענו ממך בקשר לוועדה שהוקמה לבדיקת הנושא של בית החולים רמב"ם, ויש לזה השלכה. הייתי גם שואלת: מדוע לא לנצל את עודף המיטות שיש בירושלים לנושא הגריאטרי?

שר הבריאות מ' גור:

אין לי תקנים ואין לי כסף לפתוח מחלקות חדשות.

היו"ר א. נמיר:

ולבנות בתי חולים חדשים?

שר הבריאות מ' גור:

מי בונה?

היו"ר א. נמיר:

תודה רבה.

הישיבה נעולה.

(הישיבה ננעלה בשעה 13.10)