

פרוטוקול מס' 16

מישיבת ועדת העבודה והרווחה
יום שלישי, ט' בחשוון התשנ"ז (22 באוקטובר 1996), שעה 09:00

נכחו:

חברי הוועדה:

מקסים לוי - היו"ר
אפי אושעיה
שמריהו בן-צור
תמר גוז'נסקי
דוד טל

מוזמנים:

פרופ' גבי ברבש - מנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר בועז לב - משנה למנכ"ל משרד הבריאות
עו"ד אילנה מישר - הלשכה המשפטית, משרד הבריאות
שלום פריאנטה - משרד הבריאות
פרופ' עמוס קורצ'ין - ביה"ח איכילוב
ד"ר יעקב זילברג - סמנכ"ל רפואה, קופ"ח כללית
ד"ר אנדי וייטמן - רופא ראשי, קופ"ח לאומית
ד"ר זאב אהרונסון - ראש אגף רפואי, קופ"ח מאוחדת
יינון שנקר - קופ"ח מכבי
גור מינצר - חברת "קר"
עו"ד עופר ינקוביץ - חברת "קר"
פרופ' יעקב הרט - יו"ר ארגון מנהלי בתי חולים
פרופ' שמעון שרף - ארגון מנהלי בתי חולים

יועץ משפטי:

משה בוטון

מזכירת הוועדה:

אסתר אדלר

קצרנית:

צפרא ספרן

סדר-היום: תקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים) (תיקון מס' 4), התשנ"ז-1996.

היו"ר מקסים לוי:

אני פותח את ישיבת הוועדה.

תקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים) (תיקון מס' 4), התשנ"ז-1996

בועז לב:

מדובר כאן בתוספת לתקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים) בהן יש פירוט של המכשירים המיוחדים, תוספת יחודית של מכשיר פונקציונלי שמשמש לאיבחון במערכים ניירולוגיים-נירוכירורגיים, והכוונה היא להוסיף אותו לבתי חולים שיש להם מערך כזה.

אילנה מישר:

התקנות בדבר מכשירים רפואיים מיוחדים הותקנו לפני מספר שנים. לאחרונה, ביוני השנה, עשינו במשרד הבריאות תיקון די גורף לתקנות, שהעניק סמכות לתת פטור מהמכסות למכשירים רפואיים מסויימים שהם חיוניים לתפקוד של בית החולים. אחרי שמצאנו שהתיקון הזה גורף מדי ויכול אולי לפרוץ את כל ההגבלות של התקנות, אנחנו מציעים היום לבטל את ההוראות שהוספו בתיקון הקודם ולהכניס את התיקון הספציפי למכשיר מסוג מסויימים כדי לאפשר מתן רשיון למכשיר כזה בבית חולים על-אזורי.

משה בוטון:

איזה מכשיר - M.R.I.?

אילנה מישר:

M.R.I. מסוג מסויימים.

משה בוטון:

M.R.I. ו-N.M.R זה אותו הדבר?

ד"ר בועז לב:

כן, אבל זה סוג מסויימים של M.R.I.

אסביר את הרקע הכולל: יש מכשירים מיוחדים שלמעשה מחייבים רישום, פיקוח ורישוי. כלומר, לא כל אחד יכול לבוא ולהציב מכשיר כזה מהסיבה שכינון מכשירים כאלה יוצר ביקוש רב, שמכביר על מערכת הבריאות הוצאות מרובות ולעתים גורם גם לשימוש מיותר בטכנולוגיה הזאת שקיימת. יחד עם זאת, קיימת טכנולוגיה מתפתחת ונוצרים אפשרויות וצרכים שמחייבים אותנו לאפשר הוספתם של מכשירים מסויימים גם כאשר הם מעבר למיכסות שנקבעו בחוק לאותם מכשירים שעליהם יש פיקוח. כאן מדובר בסוג כזה של מכשיר, ב-M.R.I. מיוחד לצורך ניירולוגי.

היו"ר מקסים לוי:

אני מבין שהיו תקנות ועכשיו רוצים לשנות חלק מהן. תסבירו במה שונה התקנה שהיתה מהתקנה הזאת. האם אתם רוצים בתקנה הזאת-לאפשר להכניס מכשירים נוספים אשר לא היו בתקנות הקודמות?

תמר גוז'נסקי:

להיפך, רוצים להגביל.

משה בוטון:

לא.

פרופ' גבי ברבש:

בתקנות יש הגבלה של התקנת מכשירים מיוחדים, כאלה שמגדילים את ההוצאה הלאומית לבריאות, לפי גודל אוכלוסיה. זאת אומרת, התקנות קובעות שמותר להתקין איקס מכשירים לפי גודל האוכלוסיה, ובארץ הותקנו מכשירים שונים לפי גודל האוכלוסיה כפי שהוגדר בתקנות.

דוד טל:

כמה מכשירי M.R.I יש בארץ?

פרופ' גבי ברבש:

בארץ יש היום 7 מכשירים בסך הכל, אם אני לא טועה.

נוצר מצב, עם התפתחות הטכנולוגיה, שבבתי חולים שהם בתי חולים על, שיש להם מערך ניירולוגי-ניירוכירורגי מורכב, ה-M.R.I, כמובנה בתוך המוסד, הוא קריטי לטיפול, הוא חשוב מאד. אם יש בית חולים-על שהוא עם מערך ניירולוגי-ניירוכירורגי מפותח, שמחייב קיומו של מכשיר כזה, הכוונה בשינוי התקנה הוא שתהיה סמכות - למרות שזה לא בהקטיגוריה של מכשיר ל-100 אלף נפש - להתקין את המכשיר בבית חולים כזה על מנת לא לפגוע בטיפול בחולים שמטופלים שם.

תמר גוז'נסקי:

באיזה בית חולים באזור תל-אביב יש מכשיר כזה?

פרופ' גבי ברבש:

באזור תל אביב יש בבית החולים תל-השומר, בבית החולים אסותא ובבית החולים ביילינסון.

תמר גוז'נסקי:

ואיפה בדרום ובצפון?

פרופ' עמוס קורצ'ין:

בצפון יש בבית החולים רמב"ם, בדרום יש מכשיר נייד.

תמר גוז'נסקי:

באיזור תל-אביב המכובד והנכבד יש שלושה מכשירים, אבל רוצים להוסיף את הרביעי. באיזור הדרום אין אף מכשיר ולא שמעתי אף הצעה להתקין שם מכשיר. בצפון יש מכשיר אחד.

פרופ' גבי ברבש:

בצפון יש מכשיר שמשרת את אוכלוסיית הצפון בבית החולים רמב"ם. בדרום יש מכשיר נייד שנע בין בתי החולים בדרום ומשרת את אוכלוסיית הדרום. את צריכה לקחת בחשבון שחלק גדול מן החולים שמטופלים באיזור המרכז אלה חולים שמגיעים מכל הפריפריה בגלל ההתמחות של המחלקות במרכז. אם את לוקחת את "ביילינסון" למשל - שבו מכשיר ה-M.R.I

מותקן בבית החולים לילדים - זה בית חולים שמרכז אוכלוסיות שהן לאו דווקא מאיזור המרכז. אותו הדבר אם תסתכלי על המרכז הרפואי תל-אביב. 70% מהאוכלוסיה שמטופלת בניירוכירוגיה במרכז הרפואי תל-אביב הם לא מאיזור תל-אביב.

דוד טל:

אולי משום שאין תנאים נאותים באיזור הדרום ובאיזור הצפון האנשים מגיעים למרכז.

פרופ' גבי ברבש:

האנשים מחפשים את ההתמחות והולכים למקום שהם חושבים, או שהרופא שלהם חושב, שהם יכולים לקבל את הטיפול הטוב יותר.

בעקרון עולה השאלה אם מותר למנכ"ל משרד הבריאות לאשר מעבר למכשיר ל-100 אלף או לשני מכשירים ל-100 אלף במקומות שבהם זה קריטי לטיפול להתקין מכשיר מהסוג הזה.

היו"ר מקסים לוי:

האם זה לא נוגד את מה שהיה בבג"ץ? האם אנחנו לא צפויים למצב של תביעה מסויימת בגלל אותן תקנות שהתקנתן? האם באותו זמן לא ידעתם שאתם צריכים מכשירים נוספים?

רכישת מכשירים נוספים כאלה, כאשר אין פריסה נכונה, יכולה לעורר כמה בעיות. האחת - תהיה לזה השלכה על סל הבריאות משום שהקופות יצטרכו לרכוש את המכשיר, ומחר יהיה חוסר בתקציבים לנושאי בריאות אחרים. דבר שני: בהיעדר ועדת מעקב במסגרת חוק הבריאות אנחנו רואים שמכשירים נקנים על ידי מונופולים מסויימים, על ידי הקופות, לצורך ושלא לצורך. באיזור אחד אתה יכול למצוא חמישה מכונים, ואני לא יודע אם צריך באותו איזור חמישה מכונים. כל קופה קונה את המכשירים, מקימה מכון כזה, ויש צפיפות אדירה של מכונים באותו ישוב. האם אין איזו שהיא הנחיה לגבי פריסה נכונה של כל המכשירים?

פרופ' גבי ברבש:

שוחחתי הבוקר עם מייק בלס מן הפרקליטות - הפרקליט שייצג את המדינה בבג"ץ - והוא ביקש ממני לומר בשמו שהתקנה הזאת היא תקנה שנבנתה יחד איתם, מקובלת עליהם, והם מגינים עליה בצורה מלאה. אין איתה בעיה לא מבחינת בג"ץ ולא מבחינת הפרקליטות.

לשאלה של עלויות: הנושא הזה נבחן לפני חודש עם האוצר, היות וקיים לחץ בנושא של M.R.I, והאוצר מצא דרך לתקצב את התוספת הזאת היא תקנה שנבנתה יחד איתם, מקובלת עליהם, נוסף, כיוון שהיום ההמתנה ל-M.R.I, גם למקרים אלקטיביים, היא בסביבות שלושה חודשים או ארבעה חודשים באיזור המרכז. התור בפריפריה קצר יותר.

דוד טל:

כשאתה אומר "קצר", למה אתה מתכוון?

פרופ' גבי ברבש:

אני לא רוצה לתת סתם נתונים, אבל הוא הרבה יותר קצר. אני מכיר את הנתון לגבי המרכז, אינני מכיר בבטחון את הנתון לגבי הפריפריה, אני יודע שהוא קצר יותר. אולי ד"ר זילברג מכיר את המצב ב"סורוקה".

ד"ר יעקב זילברג:

ב"סורוקה" אין M.R.I, יש M.R.I נייד שמגיע, אבל אני מוכרח להגיד שההיצע גורם לביקוש. התור במרכז נוצר בגלל שיש שם היצע של שירותים. כשאין היצע גם הביקוש קטן.

תמר גוז'נסקי:

זו שיטה יפה מאד: לא יוצרים את ההיצע ולכן אין ביקוש. אחר כך באים לוועדה ואומרים שאין ביקוש.

למה בית חולים "אסותא" קיבל את ה-M.R.I. לפני "איכילוב"?

פרופ' גבי ברבש:

ל"אסותא" היה M.R.I לפני שהתקנות האלה הותקנו ואי אפשר היה לקחת אותו.

היו"ר מקסים לוי:

אני מתפלא על השאלה שלך, חברת-הכנסת גוז'נסקי. אנחנו יושבים כוועדה מקצועית שדנה בנושאים האלה? יש משרד הבריאות והוא שצריך לעסוק בזה בצורה מקצועית ולהחליט מה יהיה ב"אסותא", מה יהיה ב"איכילוב" ומה יהיה בבתי החולים האחרים.

לא קיבלתי תשובה על השאלה של רכישת ציוד כזה, כשההוצאה תיפול בסופו של דבר על סל הבריאות הכולל, ואם זה בסדר עדיפות ראשון, באיזה מקום סל הבריאות ייפגע שוב פעם. אנחנו מגיעים לסוף שנה ורואים כבר את הגרעונות, כך שנשאלת השאלה מה יקרה לחוק הבריאות בשנה הבאה כשהגרעונות יפגעו בטיב השירות. לא שמעתי מאיפה לוקחים את הכסף לרכישה הזאת. בסופו של דבר אם משרד הבריאות יצטרך לתת את הכסף, הוא יתן פחות לקופות; אם הקופות יצטרכו לקנות את המכשירים, הן יתנו פחות שירות.

גור מינצר:

אם רוצים לשמור על הוצאה ציבורית נמוכה לבריאות ועדיין להיענות לבקשה של מנכ"ל משרד הבריאות להוסיף מכשירים כאלה, שהם נחוצים לצרכי הבריאות, צריך לקבוע בתקנות שמכשירים כאלה - שמתוספים לבתי חולים מהטעם שהם נחוצים לצרכי בתי החולים - צריכים לשמש את ורק את בתי החולים ואת החולים המאושפזים בלבד, ואז תראו שאין אפשרות לחייב את קופות החולים בשביל הבדיקות האלה ולהעמיס עוד הוצאה על תקציב הבריאות. אז גם יתברר פתאום שבהרבה מכשירים כאלה לא יהיה צורך, כי ברגע שהם לא יהפכו לאבנים ששואבות כסף מתוך המערכת ומאפשרות לאנשים שבתוך המערכת הרוכשת - אם זה בית חולים כזה או אחר - להתפרנס מהם חזק, באותו רגע הצורך והדרישה של בתי החולים האלה יפחתו.

היו"ר מקסים לוי:

אם אני מבין אותך נכון, אתה בא ואומר: כשהמכשירים האלה קיימים, הקופות ישלחו מהר את האנשים לבדיקות.

גור מינצר:

לא. אם תגיד לבית חולים איכילוב או לבית החולים תל-השומר: בסדר, אני מאשר לכם M.R.I, כי זה מכשיר שהוא באמת נחוץ לטיפול בחולים מאושפזים ניירוכירורגיים שאתה עושה להם פעולה תוך כדי ניתוח - ואלה הנימוקים הנכונים והצודקים שהם מעלים כדי לרכוש את המכשירים האלה - הרי מה שהאנשים בקופות החולים לא רוצים והאנשים שאחראים על תקציב הבריאות לא רוצים, שהמכשירים האלה יעבדו בלי סוף בשביל חולים אמבולטוריים, יקחו כסף מקופות החולים ויגדילו את ההוצאה הציבורית לבריאות. ברגע שמכשיר כזה, שהתרתם להוסיף אותו בגלל צרכיהם המיוחדים של המחלקות הניירוכירורגיות, מוגבל לשירות בית החולים בלבד, לא יהיה שום גידול בהוצאה הציבורית לבריאות, כי בית החולים לא יסכים לבצע בדיקות לחולים מאושפזים בלי לקבל תקציב נוסף, בלי לקבל טפסי 17, שהם העברת כסף מקופות החולים אל בית החולים, וגם מספר הבדיקות לא יגדל, כי הביקוש לא יגדל. אם המטרה היא, בכנות, לשפר את היכולת של בתי החולים לתת מענה ניירוכירורגי ולא להגדיל את ההוצאה הציבורית לבריאות, הרי שזה הפתרון.

דוד טל:

בעקרון אני בעד הסמכת מנכ"ל משרד הבריאות להוסיף על פי הצרכים ובלבד שבמקום שיש בו ריכוז של מכשירי M.R.I. תוגבל הסמכות שלו להתקין מכשירים כאלה עד למידה מסויימת. דיברו כאן על מכשיר אחד לכל 100 אלף נפש.

פרופ' גבי ברבש:

זאת היתה רק דוגמה.

תמר גוז'נסקי:

כתוב: מכשיר אחד ל-750 אלף נפש.

משה בוטון:

היום יש מגבלה לפי מספר נפשות באזור. הם אומרים: אנחנו רוצים להעניק שיקול דעת למנכ"ל משרד הבריאות לתת רישוי למכשירים כאלה גם אם יש פחות אנשים.

דוד טל:

אני רוצה לצמצם קצת את המגבלה הזאת. זאת אומרת, אם היום יש לו אפשרות לתת מכשיר אחד כזה על 750 אלף תושבים, אני רוצה לאפשר לו - על פי שיקולים מקצועיים שלו ועל פי הצרכים - לרכוש מכשיר גם על 500 אלף נפש.

לגבי ההוצאות הלאומיות בסל הבריאות: כשמוסיפים מכשיר כזה, נכון שהעלות הראשונית שלו היא גדולה, אבל צריך לקחת בחשבון שבטווח הארוך, כתוצאה מהבדיקות שנעשו במכשיר, מגלים מחלות בטרם עת ועל ידי כך נחסכים, לעתיד לבוא, טיפולים ממושכים ויקרים. השאלה אם לא רואים בזה מעין טיפול מונע.

ד"ר זאב אהרונסון:

ההוצאה היא לא רק ראשונית, היא גדולה לאורך כל הזמן. הבדיקה המבוצעת במכשירים האלה עלותה היום לקופות החולים או למשתמש, העלות הממוצעת, היא למעלה מ-3,000 שקל.

משה בוטון:

בדיקה אחת?

ד"ר זאב אהרונסון:

בדיקה אחת, כשנעשות שלוש עד ארבע בדיקות בשעה. בדיקה של אדם אחד, שנעשית בערך 20 דקות, עולה למדינת ישראל בין 3,000 ל-4,000 שקל.

פרופ' גבי ברבש:

איפה עושים בדיקה ב-20 דקות? אני לא מכיר מקום כזה.

ד"ר זאב אהרונסון:

בכל מקום שמופעל.

פרופ' גבי ברבש:

לפי החישובים שלנו בבתי החולים בדיקה לוקחת שעה. אי אפשר לעשות יותר משמונה בדיקות במשמרת. אני לא יודע על איזה מקום אתה מדבר.

ד"ר זאב אהרונסון:

נבוא למכשיר כזה שעובד ונספור את החולים.

המכשירים האלה, לצערי הרב, הפכו להיות קרדוס לחפור בו. המכשיר של "רמב"ם", למשל, מוחזק ב"אלישע". אם היה צורך כזה ניכר לבית החולים רמב"ם להחזיק את המכשיר אצלו, הוא היה מחזיק אותו אצלו ומשתמש בו לריפויים של בני ישראל. לא, הוא מוחזק ב"אלישע" ורוב זמנו מוקדש לעשיית כסף.

תמר גוז'נסקי:

איך?

ד"ר זאב אהרונסון:

כל בדיקה עולה בין 3,000 ל-4,000 שקל.

תמר גוז'נסקי:

מי משלם?

ד"ר זאב אהרונסון:

קופות החולים.

רוב הבדיקות שנעשות על המכשירים האלה, לצערי הרב, הן בדיקות שנשלחו על ידי רופאים שמנצלים את המכשיר להקל על עבודתם. הם כבר לא טורחים היום לבדוק את החולה יותר אלא שולחים אותו לעשות את הבדיקה במכשיר המאד משוכלל, כשרוב הבדיקות הן שוליות וטפשיות. אני, כמנהל הרפואי של קופת חולים, נאלץ להתמודד עם הבעיה הזאת.

משה בוטון:

אתה טוען ששולחים שלא לצורך?

ד"ר זאב אהרונסון:

ללא צורך. שלושה רבעים מהבדיקות האלה הם ללא צורך ולא מוצאים בהן מחלות כאלה נדירות.

תמר גוז'נסקי:

החולים לוחצים.

ד"ר ז' אהרונסון:

כואב לאדם שורש כף היד לאורך ארבעה חודשים, הרופא לא יודע את האבחנה והוא שולח את החולה למכשיר הזה לעשות צילום של שורש כף היד, או של הברך או של הפרק.

פרופ' גבי ברבש:

ואיפה הקופה שנותנת את טופס 17 וצריכה לעשות בקרה?

ד"ר זאב אהרונסון:

אנחנו עושים בקרה, אבל קשה מאד להתמודד עם הרופאים. כל טופס כזה נבדק, אבל יש קושי עצום לעמוד בלחץ של המערכת. משרד הבריאות עשה נכון כאשר הוא הגביל את זה, והוא הגביל את זה במחשבה לאומית שעצם המספר המוגבל של המקומות לביצוע צילומים יצור את הלחץ ואת התורים הנכונים. כך צריך להיות גם הלאה.

נשמעה פה חוות דעת מאד מענינת: להגביל את העבודה של המכשירים האלה לתוך בית החולים, לצורך אותם חולים שמאושפזים. גם אם יאשפזו את החולה אישפוז יום ובלבד כדי שיעשו לו צילום, אישפוז יום עלותו היא בסביבות 1,500 שקל, 1,800 שקל, ואילו הבדיקה הזאת היא 4,000 שקל, כך שבית החולים לעולם לא יאשפז אישפוז יום לצורך ביצוע בדיקה שהוא יפסיד עליה.

ד"ר יעקב זילברג:

קשה לנו מאד כרופאים להתנגד לקידמה, אבל אני רוצה להתייחס למספר נקודות.

על התקנה הקודמת, שהועברה ביולי והסירה מגבלות, אפילו לא ידענו, ואני מברך על היזמה לבטל אותה.

דוד טל:

אתה רוצה לומר שמשרד הבריאות לא שלח חוזר מתאים לקופות?

ד"ר יעקב זילברג:

אני רוצה להגיד שרק אתמול נודע לי על התקנה מיולי 1996.

קריאה:

וגם למנהלי בתי החולים.

ד"ר יעקב זילברג:

כרגע מציעים לנו תקנה למכשיר מאד מיוחד, להכניס אותו ללא הגבלה לבתי חולים-על, גם באיזור שאין בו צורך. אני רוצה להדגיש נקודה שכבר אמרו: זה מכשיר מיוחד לשטח צר מאד, אבל כל בית חולים ישתמש בו לכל הצרכים שהמכשיר הזה יכול לענות עליהם במירב שעות היממה. אם ועדת הכנסת מקבלת החלטה לאשר הכנסת מכשיר כזה, היא צריכה גם לדאוג שלקופות תהיה תוספת לסל הבריאות, שתאפשר רכישת השירותים האלה. אני לא רואה כאן היום את נציג האוצר שיגיד מאין ניקח כסף. רק מזה יומיים אנחנו יודעים על הדיון הזה, אבל אנחנו יכולים תוך זמן קצר להגיש לכם את משמעות ההוצאה הנוספת, ואני מדגיש: זאת הוצאה נוספת.

חבר-הכנסת טל, החסכון, כביכול, לטווח הרחוק זו ספקולציה שאף פעם לא הוכחה. לכן אני מבקש שכאשר הוועדה מקבלת החלטה היא צריכה לתת את הדעת מאין בא הכסף, האם זה בסדר העדיפויות הלאומי, ובאיזה פריסה לאומית יש לאפשר מכשירים מסוג זה.

היו"ר מקסים לוי:

אני יוצא מתוך הנחה שכשמביאים תקנה לרכישת מכשירים, נבדקו כל הצדדים המקצועיים על ידי משרד הבריאות. יש להניח שכל הצדדים המקצועיים, עם כל הלבטים שאתה מדבר עליהם, נלקחו בחשבון על ידי משרד הבריאות. הבעיה היא שהחולים יאלצו את הקופות לשלוח אותם לבדיקה במכשיר הזה וכתוצאה מכך יכנסו הקופות לגרעונות כאלה, שאינני יודע אם הן יהיו מסוגלות לעמוד בהם. זאת הבעיה המרכזית של הקופות. כראש עיר 17 שנה אני יודע שבאות חברות מסוימות ואומרות: נעמיד לך מיתקן שירותים טוב מאד במקומות שבהם אתה לא יכול לבנות, שירותים ניידיים, ואם לא תרצה את המיתקן אחרי

שלושה חודשים, ניקח אותו בחזרה. מה קורה? כשהציבור התרגל לכך, אתה לא יכול לקבל החלטה להוריד את המיתקן. כלומר, אתה מביא אוכלוסיות מסויימות לבדיקה למכשיר כזה כשעלות הבדיקה היא יקרה מאד, וסל הבריאות שייפגע עלול לפגוע בכל האוכלוסיה שצריכה לקבל שירותים. בסופו של דבר זאת הבעיה המרכזית ועליה עדיין לא קיבלתי תשובות ממשרד הבריאות. אבקש תשובה מוחלטת.

פרופ' גבי ברבש:

נשים את הבעיה בראיה הכוללת. בכלל יש בעיה בקידום הטכנולוגי עם סל הבריאות. סל הבריאות היום לא כולל מקדם טכנולוגיה וכתוצאה מזה יש בו פער ושחיקה מתמשכת מדי שנה, על רקע זה שאנחנו מכניסים טכנולוגיות חדשות. זו לא הטכנולוגיה היחידה שאנחנו מכניסים. יש הרבה טכנולוגיות שאנחנו מכניסים ולא באים איתן לוועדת העבודה והרווחה. אתן לך דוגמה: היום הכניסו תרופה חדשה, את הקופאקסון, התרופה לטרשת נפוצה. דיברתי עם אלי הורביץ לפני שלושה ימים ומסתבר שהקופאקסון יעלה למדינת ישראל 10 מליון דולר עוד שלוש שנים, כל שנה. זאת תרופה שלא מחייבת לבוא לוועדת העבודה והרווחה ואין עליה קידום בסל הבריאות. זאת אחת הבעיות שעליה דיברנו, ואני חושב שצריך להיכנס ולעשות סדר בנושא הזה, לקדם את מדד סל הבריאות בצורה כזאת שיכלול את גידול האוכלוסיה ב-2.5% - דבר שהוא לא לוקח בחשבון - ואת הטכנולוגיה.

יחד עם זה, ספציפית לגבי ה-M.R.I הנוסף: היו לנו דיונים בחודש האחרון עם האוצר - כיוון שבמשק של התחשבות בתי החולים עם הקופות הנושא הזה הולך לתפוס מקום - והאוצר מצא פתרון: חלק בהורדת תעריפים, חלק בתוספת תקציב לנושא הזה.

דוד טל:

האם קופות החולים יחוייבו על ידי משרד הבריאות, או שאם הן ירצו - יקנו, אם לא ירצו - לא יקנו?

פרופ' גבי ברבש:

אין בדיקה בלי טופס 17.

היו"ר מקסים לוי:

מגיע קליינט לקופת חולים, שלושה חודשים לא אובחן אצלו כלום, הרופא שולח אותו לבדיקה במכשיר והקופה משלמת עלות של 3,000 שקל לפי טופס 17. באות הקופות ואומרות: אם החולים שלנו יתחילו להיות קליינטים של המכשיר הזה, אנחנו הולכים להיות גרעוניים בשנה הבאה, כי המכשיר הזה כלל לא היה בסל השירותים.

דוד טל:

שלא יכניסו את המכשיר. אם הם סבורים שהם רוצים לתת שירות יותר טוב ורוצים להתחרות בקופות אחרות, שיכניסו אותו.

משה בוטון:

המכשיר הוא בבית החולים.

ד"ר בועז לב:

אבל הם מממנים את השירות ושולחים את הפציינט לשם.

פרופ' גבי ברבש:

1. זה נכון, השליטה בהפניה, כולל הבקרה, היא של הקופות. 2. הקופות, עד היום וגם בשנה הבאה, מוגנות על ידי מיכסת שירותים, שהן לא חייבות לשלם מעבר למה שהן רוכשות, ולכן זה דרש פתרון גם מהאוצר.

היו"ר מקסים לוי:

לו היתה ועדת מעקב לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, היו יכולים לשבת עם הקופות, להתייעץ איתן ולנסות להביא תקנה שלא תביא אותן לגרעון מחר בבוקר.

ד"ר בועז לב:

הוויכוח הוא לא עם הקופות, הוויכוח הוא עם האוצר.

היו"ר מקסים לוי:

האוצר לא יכול להכיר בהוצאה של הקופות בטופס 17, כי העלות של המכשיר היא עלות איקס, והעלות של הקופות לא כוללת את העלות הזאת, אלא אם תשנה את חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותכניס סעיף שאומר שבמקרים מסויימים נותנים יותר.

אני לא הייתי הולך בצורה גורפת, כי זה לא טוב לא למשרד הבריאות ולא לקופות. אולי הייתי מקבל את הגישה שיש לראות תוך ששה חודשים איך פועל הדבר הזה ואחר כך להביא לכאן הצעה שיש לה משמעות מתוך הלקחים של הפעלת המכשיר בבית החולים. זאת אומרת, לאחר שהמכשיר יועמד לרשות בית החולים לשימוש החולים בבית החולים.

פרופ' גבי ברבש:

זה פשוט לא יעיל. לא לוקחים מכשיר שעולה 2 מליון דולר או מליון וחצי דולר ומצמצמים את הפעילות שלו למשהו בסדר גודל שבין 30 ל-40 חולים מאושפזים, שאכן נזקקים לשירות שלו, שעבורם הוא קריטי תוך כדי אישפוז, במקום לטלטל אותם לבתי חולים אחרים. זה פשוט לא הגיוני.

תמר גוז'נסקי:

לטלטל אותם מאיפה לאיפה? מ"איכילוב" ל"אסותא"?

פרופ' גבי ברבש:

כן.

תמר גוז'נסקי:

ומ"אלישע" ל"רמב"ם" זה בסדר לטלטל?

פרופ' גבי ברבש:

לא בסדר.

תמר גוז'נסקי:

אז למה המכשיר עומד ב"אלישע" ולא ב"רמב"ם"?

פרופ' גבי ברבש:

אינני יודע. יכול להיות שזה היה מצב נתון, כמו שהיה ב"אסותא", לפני התקנות ואימצו את המצב הנתון, כי אי אפשר היה להוציא את המכשיר. אבל לבוא היום ולהגיד: אנחנו מטלטלים חולים מבית חולים אחד לבית חולים שני, עוד עם טראומה, זה אבסורד.

תמר גוז'נסקי:

אפשר לטלטל אדם מטבריה לרמב"ם, ולזה אתה לא קורא טלטול. אבל כשמעבירים מ"איכילוב" ל"אסותא" לזה אתה קורא טלטול? ואם מטלטלים מישהו שנמצא באשקלון או בדימונה עד תל-אביב, זה בסדר?

פרופ' גבי ברבש:

לא בסדר.

פרופ' עמוס קורצ'ין:

קודם כל לגבי השם: השם N.M.R, שהיה השם הראשוני, לא התקבל טוב בארצות-הברית, כי ה-N הוא NUCLEAR, ובארצות-הברית הם לא אוהבים דברים גרעיניים, ואז מיד שינו את השם ל-M.R.I - MAGNETIC RESONANCE IMAGINE, ואז כולם נרגעו.

המכשיר הזה הוא מכשיר מתקדם מאד, מכשיר לא מסוכן, אין בו קרינה. יש בו יתרון גדול מאד על פני מכשירים כגון סי.טי. ראשית - הביצוע שלו הרבה יותר טוב; שנית - הבטיחות שלו יותר גבוהה.

תפקיד ה-M.R.I הוא בראש וראשונה באיבחונים, אבל הוא הולך ונכנס יותר ויותר לחלק מהמערך הטיפולי. כאשר מנתחים חולים, במיוחד בתחום שלי, בתחום הניירולוגי-ניירוכירורגי, וכאשר יש צורך בניתוח מסובך מסוג הניתוחים באפילפסיה או פרקינסון, יש חשיבות רבה, כמעט חיוניות, לזה שיהיה מערך M.R.I צמוד. המטופל לא מגיע עם הצילום שלו, נכנס לחדר הניתוח ואז מנתחים אותו, אלא בעת ביצוע הניתוח החולה נשלח אל תוך מכשיר ה-M.R.I והניתוח מבוצע תוך כדי בקרת M.R.I שוטפת. זה דבר שכמובן אי אפשר לבצע אותו כאשר מכשיר M.R.I לא נמצא בבית החולים.

כאשר חולה נמצא בטבריה וצריכים לשלוח אותו לבית החולים רמב"ם או לבית החולים אסותא או לבית החולים תל-השומר כדי לקבל את הבדיקה האיבחונית, זה ודאי איננו טוב, מצד שני אי אפשר לעבור לקיצוניות השניה ולהגיד שבראש-פינה ובקרית-שמונה ובטבריה ובכל עיר בישראל יהיה מכשיר M.R.I לצורך האיבחון. מספר מכשירי ה-M.R.I בוודאי צריך להיות מצומצם. הוא צריך להיות מוגבל, הוא צריך להיות מוגדר לפי קריטריונים מסויימים. אחד הקריטריונים החשובים הוא גודל האוכלוסיה הנזקקת לשירות. מבחינה זאת אין ספק שיש צדק בטענות חברי הוועדה שאומרים שהפיזור איננו פיזור הומוגני.

תמר גוז'נסקי:

בניגוד לתקנות.

פרופ' עמוס קורצ'ין:

אני, בתור מנהל מחלקה ניירולוגית במרכז הרפואי תל-אביב, סובל מאד מהדבר הזה. כאשר מגיע חולה קשה יותר ויש צורך בבדיקת M.R.I, אני צריך אישית להתחנן בפני מנהל מכון ה-M.R.I או הפקידה של המכון בבית חולים אסותא או בבית החולים תל-השומר שיתנו תור בדחיפות לחולה המסויים הזה. וכאשר עושים את הבדיקה הזאת לא אני מכתוב את צורת הבדיקה. לבית חולים אסותא יש את השיקולים שלו, יש את השיקולים של פרק הזמן שהוא יכול לתת לי לבדיקה דחופה, והוא עושה את זה בצורה המינימלית הנדרשת. כאשר החולה מגיע אלי מתברר שחלק מהצילומים לא בוצעו, או שחלקם לא אופטימליים. אם המכשיר היה במקום, אפשר היה לתקן את זה, היו יכולים לראות בזמן אמת מה התוצאה של

ה-M.R.I., לשבת עם הרופא, הטכנאי, להסביר מה הבעיה של אותו חולה ואיך צריך לעשות את הבדיקה הזאת. וכך החולה חוזר אלינו, אנחנו מקבלים צילומים, רואים שחלקם לא אופטימליים או שחלקם לא בוצעו, דואגים שיהיה תור חדש, והחולה, בינתיים, צריך להיות מטולטל עוד פעם. איבוד הזמן הוא איבוד בריאות, לא רק איבוד כסף, והדבר הזה הוא משמעותי ביותר.

כשמסתכלים על חלוקה הומוגנית צריכים גם להסתכל איך החלוקה הזאת. זה נכון שיש בארץ 6 מכשירי M.R.I שמתוכם 3 נמצאים באיזור רמת-גן: אחד נמצא ב"בלינסון", שהוא באיזור פתח פתח-תקווה, 1 - בבית חולים אסותא, ואחד - בבית החולים תל-השומר. אנחנו, בתור בית חולים מרכז רפואי תל-אביב, לא מסוגלים לתת לחולים שלנו טיפול טוב משום המגבלה הזאת של M.R.I.

קריטריון אחד שנאמר פה הוא הפיזור הגיאוגרפי, אבל קריטריון שני שאני רוצה להדגיש הוא השירותים אשר. המכשיר אמור לתת. היום אין שירות ניירולוגי-ניירוכירורגי מתקדם בלי M.R.I צמוד לאותו מקום. לא יכול להיות בית חולים בלי הטיפול היחודי שמתאפשר על ידי M.R.I, ו-M.R.I לא מסוגל של M.R.I איבחוני אלא מהשלב הבא של M.R.I תפקודי. כך שאם אנחנו מדברים על צורך בקידום הרפואה, בוודאי שזה עולה כסף, בוודאי שבמסגרת המצומצמת אי אפשר להכיל עוד ועוד, אבל זו שאלה מסוג אחר. השאלה איך מוסיפים עוד אמצעים למערכת הבריאות הכושלת היא שאלה אחרת. כרגע הצורך של בתי חולים, שיש בהם מערכת ניירולוגית-ניירוכירורגית מתקדמת, הוא ש-M.R.I ימצא במקום ויופעל לפי הצרכים של בית החולים - הצרכים האקדמאיים המחקריים בצד, אבל הצרכים הטיפוליים בעיקר - וזה דבר שאין אפשרות לקדם את הרפואה בלעדיו. היות ולבית החולים איכילוב - וזה נכון גם לגבי בית חולים סורוקה או בתי חולים אחרים - מגיעים חולים לא רק מתל-אביב גופה או מבאר-שבע גופה אלא גם מדימונה ומנתיבות, בכדי שאפשר יהיה לתת את הטיפול הנכון, הוא זקוק למכשיר הזה לצורך הבדיקה האיבחונית. מבחינה זאת בית החולים סורוקה נמצא במקום יותר טוב מבית החולים איכילוב.

תמר גוז'נסקי:

למה?

פרופ' עמוס קורצ'ין:

מפני שאליהם מגיע מכשיר. המכשיר הנייד מגיע אליהם פעם בשבוע.

תמר גוז'נסקי:

למה שאליכם לא יגיע מכשיר נייד? למה שאתם לא תשתמשו במכשיר נייד?

פרופ' עמוס קורצ'ין:

התור אצלם נקבע על ידי הרופאים של בית החולים, הם קובעים מה מידת הנחיצות הרפואית והם יכולים להשתמש בזה למטרה האיבחונית. אי אפשר להשתמש במכשיר הנייד למטרה הטיפולית. אלינו המכשיר לא יכול להגיע. אני לא יודע מה בדיוק העניין, יש תקנות מנכ"ל בעניין הזה, ויש בעיה רצינית שלא מאפשרת למכשיר להגיע ל"איכילוב". החולים של "איכילוב" צריכים להגיע ל"תל-השומר" או ל"אסותא" לקבל טיפול נחות לעומת הטיפול בבית חולים כמו "סורוקה" או "ברזילי".

תמר גוז'נסקי:

אני בעד שכלולים וקידמה טכנית וטכנולוגית ובעד זה שאזרחי מדינת ישראל יקבלו את הטיפול הכי טוב בעולם, אבל כולנו יודעים שיש מגבלות. בדיונים על חוק ביטוח בריאות ממלכתי העמדנו את השאלה על הסכנה שקופות החולים לא יתנו שירות רפואי שווה לכל האזרחים במדינת ישראל, שיהיו אזרחים עם פריבילגיות ואזרחים משוללי זכויות.

אמרנו שהשירות הרפואי יהיה ברמות שונות והצבענו על כך שרוב המיכשור הטוב ביותר נמצא במרכז הארץ, שהפריפריה סובלת מתת-מיכשור, שכתוצאה מכך כשאר מרכזי מיכשור אין ביקוש, וכתוצאה מכך הרבה מאד אזרחים שגרים באיזורים רחוקים לא יודעים ולא מקבלים את כל השירות הזה. התרענו, ואז נאמר לנו שכתוב באופן חד-משמעי שהשירות ינתן באופן שוויוני לכל התושבים בכל הארץ.

אני מצטערת מאד, זה ממשיך גם הלאה. יש אינטרס לקופות החולים ויש אינטרס למשרד הבריאות, כי במרכז הארץ גרים אנשים בעלי עצמה ובעלי ידע והם יודעים מה לדרוש ומקבלים את מה שהם דורשים. ביקרתי בבית חולים מכובד בצפון הארץ, הייתי במחלקת פגים וראיתי שבמחלקת פגים חסרים ארבעה עובדים. היו שם שני עובדים במקום ששה. זה עולה פחות מ-M.R.I, ואם משרד הבריאות לא יכול לפתור את הבעיה של ארבעה עובדים במחלקת פגים - ותאמין לי, זה ענין של חיים ומוות, אנשים נופלים מהרגליים - מדוע זה? כי זה בצפון הארץ, זה לא חשוב? כי האזרחים שם לא יכולים להרשות לעצמם את הלחץ הציבורי הזה?

נאמר פה במפורש בתקנה: מכשיר אחד ל-750 אלף נפש בפיזור אחיד. המכשירים שיש היום בגוש דן הם הרבה יותר ממכשיר אחד ל-750 אלף נפש. אין שום סיבה אובייקטיבית לעשות את ההסדר הזה. אין לי שום דבר נגד "איכילוב" - אני לא מבינה למה המכשיר עומד ב"אסותא" - אבל אם אפשר מ"רמב"ם" להעביר ל"אלישע" - ועוד לא שמעתי שב"רמב"ם" יש קטסטרופה בריאותית בגלל זה - תפתרו את הבעיה של תל-אביב. יש לכם סמכות - מכשיר אחד ל-750 אלף נפש. לא יכול להיות שהאפליה הזאת תימשך באופן שיטתי ורק בעלי הכוח יבואו לפה.

שמריהו בן-צור:

אם משרד הבריאות דואג לאוכלוסיה כולה ואם משרד הבריאות הציע תקנה, הוא רואה ראייה רחבה של האוכלוסיה כולה, ואני כן מציע להיענות לבקשה.

עופר ינקוביץ:

התיקון הקודם מ-30 ביוני, שלא הגיע בכלל לשולחן הוועדה, שנעשה במחטף, בוטל, אני מעריך, בעקבות העתירה שלנו כנגדו כשנטען שיש פה ניסיון לקעקע את כל המשטר שהתקנות ניסו למסד ולפתוח פתח גורף. קיבלו את עמדתנו ולכן היום מונחת על שולחן הוועדה הצעה לבטל את התיקון הקודם הגורף, עם הדבר הקטן שבכל זאת אתם מתבקשים לאשר. באופן אישי אני יכול להבין את הצרכים האובייקטיביים, אבל צריך לזכור את מה שאמר פה קודם גור מינצר וזה מה שמתבקש בתוך האיזון האופטימלי של האינטרסים שמתחרים פה: השיקול המרכזי שהכתיבה פקודת בריאות העם הוא המעמסה על התקציב הציבורי לרפואה. עיקר המשקל הוא לא ברכישה, עיקר המשקל הוא במה שציינו פה אנשי קופות החולים - בבדיקות השוטפות שעולות הון כסף. ואכן בית החולים מקבל את המכשיר בגלל הצרכים הרפואיים, אבל הוא עושה בו שימוש, כיוון שהבדיקות שהן לא למאושפזים הן מקור הכנסה, ואז אתה מושך את השמיכה מכאן ומכסה על חשבון כולם את ההוצאות שלך, כי ההוצאה פה גדולה, כפי שפרופ' ברבש ציין, ואם תגביל את זה רק למאושפזים זה לא משתלם. מה הוא בעצם מבקש? לכסות את זה דרך בדיקות פרטיות. הבדיקות הפרטיות הן המעמסה הציבורית על ההוצאה הציבורית לרפואה והן בעצם הדבר שאמורים להילחם בו. לכן אני חושב שהאיזון הראוי הוא באמת להגביל את השימוש למאושפזים, למקרים הקשים, שבאמת לא יעלה על הדעת לטלטל אותם, ולא להפוך את זה למקור הכנסה.

היו"ר מקסים לוי:

כשחולה מטופל בקופת חולים, מצבו לא קריטי אם הוא לא נשלח לאישפוז. מתי הבעיה היסודית? כאשר החולה נאלץ ללכת לאישפוז בגלל הרעה במצבו. טופס 17 הוא באחריות הקופה, והקופה לא חייבת מהר להיענות לכל מיני בקשות כאלה ואחרות שיכניסו את הקופות לגרעון גדול מאד. אם יש באמת בעיה של חוסר אבחנה על ידי רופאים במשך ארבעה חודשים, מוטב שהקופה תיתן את השירות הזה לחולה, אלא אם כן תאמרו שבעקבות הכנסת המכשירים האלה לבתי החולים יוצר לחץ של הרבה מאד חולים לבקש בכוח מקופות החולים

להיבדק במכשיר. זאת הבעיה המרכזית, כי טופס 17 לא ניתן בקלות. אני יודע אישית כמה זמן עובר עד שאתה מקבל טופס 17. היום, אחרי שהקופות עוד הצטמצמו בסל הבריאות, אולי יקימו ועדה כדי לבחון כל טופס 17.

צריך אולי לשים דגש מיוחד, עם שר האוצר ושר הבריאות, לנושא התקצוב הזה. בנו איזה סל שמתחשב עם הקופות, מתחשב עם החוק, ובשעתו היה התקצוב נכון, אבל הבעיה המרכזית היא שאני עדיין לא שומע מה יקרה מחר בבוקר אם נאשר את תקנות. אני לא נכנס לשיקול המקצועי, אבל יש לי תשש גדול מאד - כפי שאנחנו רואים את הגרעון הגדול של הקופות בסוף השנה - שבשנה הבאה תהיה מפולת נוספת, עוד נטל ועוד נטל והצטברות הגרעון.

אני לא הייתי הולך בצורה גורפת, הייתי הולך אולי לצמצום הסמכויות שינתנו למשרד הבריאות. זאת אומרת, לא בצורה גורפת לתת סמכויות נרחבות כדי שתתנו רשיון לכל דורש. אני פוחד מזה. כאן בתקנה אתה מבקש סמכות בלעדית להוסיף מתי ואיך ואיפה שאתה רוצה, וזאת הבעיה המרכזית לגבי התקנה הזאת.

משה בוטון:

למרות שאפילו המנכ"ל הצהיר שבפרקליטות אמרו מה שאמרו, יש לי בעיה משפטית: התקנות צריכות להיות בגדר החוק, אסור שהן יהיו אולטרה וירס, אסור שתהיה בהן חריגה מהסמכות, הן צריכות לעמוד במסגרת החוק. אני זוכר את הדברים של פרופ' שני כאן בוועדה, שאמר שהשיקולים הרפואיים בלבד, טיב השירות וכו', זה לא שיקול בלעדי, זה שיקול שאסור לו לבד שיכריע. בחוק שחוקקנו כתבנו: המנהל יתן רשיון כאמור בהתחשב בשיקולים רפואיים ובשיקולים הבאים בלבד: 1. רכישת המכשיר והפעלתו השוטפת לא יטילו מעמסה על ההוצאה הציבורית לבריאות; 2. המכשיר לא יגרום לחריגה משיעור המכשירים לנפש על פי צרכי האוכלוסיה באותו איזור.

בתקנה שמונחת לפנינו באים ומציעים שהמנהל רשאי לתת רשיון כאמור אף אם אין צורך במכשיר נוסף במחוז על פי שיעור המכשירים לנפש - זה נוגד את מה שכתוב בחוק, זאת אומרת לפי צרכי האוכלוסיה - ובלבד שראה כי המכשיר חיוני לתיפקוד הנאות של בית החולים. זאת אומרת - שיקולים רפואיים, והרי החוק עצמו אומר ששיקולים רפואיים בלבד לא מספיקים. לכן הוועדה צריכה לקבל לפי דעתי שתי תשובות: היא צריכה לקבל תשובה לשאלה איך מתמודדים עם התנאים של המעמסה על ההוצאה הציבורית, כפי שהיושב-ראש הציע; והיא צריכה לקבל תשובה על הטענה שזה בכל זאת חורג משיעור המכשירים לנפש על פי צרכי האוכלוסיה.

היו"ר מקסים לוי:

השיקול הראשון ברור לי והוא צריך לקבל תשובה. את התשובה לשיקול השני קיבלנו כאשר נאמר כאן שלא יכולה להיות מגבלה שמחכים בתור.

משה בוטון:

אם כן, שיתקנו את החוק.

תמר גוז'נסקי:

ומה קורה בבתי חולים אחרים, לא ב"איכילוב"?

היו"ר מקסים לוי:

יש סמכות למשרד לקבוע איפה אפשר לשים את המכשיר.

תמר גוז'נסקי:

למה קבעו מכשיר ל-750 אלף נפש? זה לא היה שיקול רפואי?

גור מינצר:

לא, זה היה שיקול של ועדה. ועדה בראשות פרופ' יצחק קבעה את המספר הזה. היתה מלחמה ארוכה על המספר, שיהיה נמוך יותר, והגן עליו בנחרצות פרופ' שני.

היו"ר מקסים לוי:

חברת-הכנסת גוז'נסקי, אם את מדברת על הצפון או הנגב, האם יש שם אוכלוסיות כמו אלה במרכז? בכל עיירות הפיתוח כמה יש - 800 אלף נפש?

תמר גוז'נסקי:

מחדרה צפונה כמה גרים?

היו"ר מקסים לוי:

מחדרה עד גדרה זה מרכז, אני רואה מטרופולין גדול מאד של תל-אביב והסביבה. אם את מדברת על עיירות הפיתוח בנגב, אני חושב שצריך להיות שיקול מקצועי בפריסה נכונה, כמו למשל של הקופות עצמן, איפה הן עושות. ברעננה, למשל, הקופות רוצות להקים מכוני סי.טי. וכל קופה מקימה מכוון כזה. האם צריך ארבעה מכוונים כאלה באותו מקום? אילו היתה ועדת מעקב, שעובדת בהתייעצות עם הקופות, נדמה לי שהם היו מגיעים לאיזה שהוא שיקול נכון, אבל אני מסכים לטענה שלך שיש חוסרים עוד בהרבה דברים.

תמר גוז'נסקי:

לא יכולים לפעול בהגיון כזה בלי להביא לנו אפילו נתון אחד. תביאו לנו נתונים על אוכלוסיה, מכשירים. לא באתם לפה עם שום נייר.

פרופ' גבי ברבש:

M.R.I הוא מכשיר שלא עובד ליד כל בית חולים. אין טעם לשים M.R.I בעפולה או בפוריה. M.R.I הוא מכשיר שחייב לעבוד ליד מערכת שהיא היי-טק, בית חולים-על שמחזיק ניירולוגיה-ניירוכירוגיה מפותחת.

תמר גוז'נסקי:

ב"אסותא" יש ניירוכירורגיה מפותחת?

פרופ' גבי ברבש:

כן.

אין הגיון לשים מכשיר כזה בכל מקום, לכן באופן טבעי מתרכזת הפריסה של ה-M.R.I במרכזי-על.

פרופ' יעקב הרט:

אני יושב כאן כנציגם של כל בתי החולים בארץ, כולל בית החולים איכילוב, ואני רוצה להזכיר לוועדה שאנחנו דנים היום על תיקון של תקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים). כשהנושא הזה הובא לדיון ב-1994, זכתה ההצעה הראשונית, שהובאה על ידי משרד הבריאות, להתנגדות גורפת כמעט של כל מנהלי בתי החולים. היה לנו דיון

וויכוחים מאד רציניים - פרופ' ברבש, שהיה אז מנהל "איכילוב", הצטרף לוויכוחים - ובסופו של דבר הגענו להסכמה על ההצעה כפי שנחקקה בפקודת בריאות העם. היתה הסכמה, כמעט הסכמה לאומית, על נושא חלוקת המכשירים.

נדהמנו אתמול כשגילינו שלפני שלושה חודשים היתה סטיה משמעותית מההסכמה הלאומית הזאת אפילו בלי ידיעתנו. אני רוצה לציין שבעבר היינו מוזמנים לוועדה ותרמנו גם בנושא של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בהסברת כל מיני אספקטים ציבוריים לוועדה, ואני מבקש מיושב-ראש הוועדה לדאוג שנושאי בריאות שיידונו יובאו לידיעתנו מספר ימים או שבוע-שבועיים לפני הדיון כדי שנוכל לדון עליהם ולא יהיה מחסך כפי שגילינו אותו אתמול.

משה בוטון:

זה לא היה בוועדה. לפני שלושה חודשים עשו את זה מבלי להביא את הענין לוועדה. זה היה בלתי חוקי.

פרופ' יעקב הרט:

אני מאד מצטער על כך.

אנחנו עקרונית בעד קידום טכנולוגי, ואני חושב שכל קידום טכנולוגי נחוץ למדינת ישראל, אבל אני רוצה לחזור ולציין: יש בעיה של תקצוב ציוד רפואי לבתי חולים. אני יכול להביא כאן רשימה של עשרים בתי חולים ציבוריים כרגע שאין להם כסף לציוד אלמנטרי. יש בעיה, ואם באתי לכאן רק כדי שהוועדה תנסה לעזור לנו, לכולנו, למצוא תקציב לציוד לכלל בתי החולים, גם ממשלתיים וגם של קופת חולים, כבר הרווחתי את לחמי.

בנושא של חלוקת המכשירים יש לנו בעיה: יש בתי חולים שיש להם אפשרות לקנות מכשירים, ויש בתי חולים שאין להם אפשרות. יש בתי חולים עשירים בתקציב, יש בתי חולים שיש להם כבר שני מכשירי M.R.I, יש בית חולים שיש לו שני מכשירים ובקרום, בעוד עשרה ימים, יהיו לו שלושה מכשירים. ויש בתי חולים שאין להם אף מכשיר.

תמר גוז'נסקי:

בתל-השומר יהיו שלושה מכשירים, וב"סורוקה" יהיה רק אחד נייד? למה? זה בשם הצדק? זו החלוקה של מכשיר ל-750 אלף נפש? זה לפי התקנה?

פרופ' יעקב הרט:

קיבלנו את הידיעה על הדיון רק אתמול, ורק אחרי שקיבלתי את הידיעה צלצלתי למזכירת הוועדה וביקשתי שיוזמן לפה פורום מנהלי בתי החולים. חשבנו שהכוונה בכלל אחרת, ורק הבוקר פרופ' ברבש הסביר לי מה הנושא לדיון. אני מבקש שלהבא יודיעו לנו לפני כן. אני גם מבקש שינתן לנו זמן לקיים דיון על השינוי הזה.

גור מינצר:

אם כל כך נחוצים מכשירי M.R.I בבתי חולים מסויימים, איך זה שיהיו שלושה בתל-השומר? אפשר להעביר מייד אחד ל"איכילוב".

תמר גוז'נסקי:

הם מקבלים תרומה, קונים מכשיר והופכים את זה למכרה זהב. גובים כסף מהקופות ומתעשרים יותר, וכשהם מתעשרים הם יכולים לרכוש עוד מכשיר.

היו"ר מקסים לוי:

מאחר שזמננו מאד קצר, אני מציע שביום שני הבא, אחרי הדיון בנושא של עובדים זרים, נביא את התקנה הזאת. אם רק אתמול הם קיבלו את הידיעה על התקנה, חשוב מאד שיהיה להם זמן להתכונן. אני לא דוחה את המשך הדיון לשבוע-שבועיים, אלא ליום שני הבא. נקיים דיון, נשלח לכם הזמנות, וכל אחד יציג את עמדתו כפי שהוא חושב.

תמר גוז'נסקי:

שיביאו לכאן נתונים על המכשירים ועל הפריסה.

פרופ' גבי ברבש:

שיוזמן לכאן גם נציג הפרקליטות.

היו"ר מקסים לוי:

אבקש ממזכירת הוועדה שיוזמנו לכאן נציג האוצר ונציג הפרקליטות.

תודה רבה. הישיבה נעולה.

(הישיבה ננעלה בשעה 10:30)