

מצויאות ליא תקינה



תקני כוח-האדם בבתי החולים נקבעו לפני עשרות שנים, ונותרו ללא עדכון כשכל השאר השתנה ללא הכר: החולים, המחלות, הרופאים והטיפולים ■ החולים סובלים, העומס על הרופאים גדל והולך, הפיתויים מצד המגזר הפרטי קורצים - והתוצאה הבלתי נמנעת היא שבמקצועות רפואיים רבים אין כבר דור המשך

« אריה דיין





בפסק הבוררות שניתן על-ידי השופט מנחם גולדברג בעקבות שביתת הרופאים הגדולה של 1983, נקבע כי תקני הרופאים שנקבעו בהסכם העבודה מ'1977 יוצמדו, על-פי נוסחה מסובכת, למספר המינימום של כל מחלקה, למספר הביקורים במרפאות הצמודות אליה ולמספר הטיפולים הנעשים בה במסגרת אשפוזי יום. שינויים בתקן המינימום - הגורם בעל ההשפעה המכריעה בנוסחה זו - דורשים את אישורו של משרד הבריאות, שזקוק מצידו לאישורו של אגף התקציבים במשרד האוצר. תקני הרופאים נקבעים, אם כך, על-ידי משרד האוצר, דהיינו על-פי שיקולים כלכליים. השיקולים הכלכליים שהופעלו בפועל ב'25 השנים האחרונות הפכו את התקנים הקיימים לבלתי מתאימים לחלוטין למציאות הרפואית.

דברים ברוח זו נכתבו כבר בדוח השנתי של מבקר המדינה לשנת 2002. תקני הרופאים בבתי החולים, נכתב שם, "אינם משקפים את הצרכים העכשוויים של בתי החולים, ויש שהם מגבילים את מנהלי בתי

בהם אם התקנים לא מתעדכנים?" במצגת שהוכנה לאחרונה על-ידי איגוד הניאונטולוגים בישראל מפורטים כמה נתונים: בעוד ששיעור לידות הפגים מבין כלל הלידות בישראל גדל מ'7.7% ב'1993 ל'11.1% בשנת 2006, תמותת הפגים פחתה מ'22.7% ב'1995 ל'17.1% בשנת 2005. העומס המוטל על רופאי הפגיות גורם לכך שפחות

מציאות לא תקינה

ופחות רופאים צעירים יימשכו למקצוע. לפי המצגת, רק ארבעה מבין 95 הניאונטולוגים הפעילים היום בבתי החולים בארץ הם בני פחות מ'40. 15 מהם בני 61 עד 67. בשנה שעברה נוסף למקצוע רופאי ניאונטולוג אחד בלבד.

הסכם מ'1977

כל מחלקות האשפוז בכל בתי החולים הציבוריים סובלות, בדיוק כמו הפגיות, מתקינה מיושנת ובלתי מעודכנת. התקנים התקפים גם היום נקבעו בהסכם עבודה שנחתם בשנת 1977 ועודכנו מאז פעם אחת בלבד - בעקבות פסק בוררות שניתן ב'1983. ברבע המאה שחלף מאז, מחלקות האשפוז ממשיכות לפעול על-פי תקנים שכבר מזמן אבד עליהם כלל. עולם הרפואה השתנה מאז ללא הכר: טכנולוגיות חדשות הוכנסו לשימוש, טיפולים שהיו נפוצים או נזנחו וחדשים אומצו במקומם, אופי המחלות השתנה, גיל המאושפזים עלה, משך האשפוזים התקצר, והטיפול במאושפזים הפך אינטנסיבי יותר. בתי חולים מודרניים נדרשים לתפקד בסוף העשור הראשון של המאה ה'21 על-פי תקני כוח-אדם שהתאימו למצבה של הרפואה לפני 25 שנה. ספק אם ניתן למצוא במערכת הבריאות אדם אחד שיהיה מוכן לטעון ברצינות שהמשימה הזו אפשרית. התקינה המיושנת גורמת למצוקה גם במקצועות רפואיים נוספים, ובהם מקצועות מרכזיים כמו כירורגיה, רפואה פנימית, טיפול נמרץ או הרדמה.

פרופ' שימל, נופל באופן משמעותי מזה הדרוש כדי לטפל כהלכה בפגים המאושפזים.

פרופ' שימל, המכהן גם כיו"ר איגוד הניאונטולוגיה (ענף הרפואה העוסק בטיפול בפגים), סיפר לבני הזוג פוליטיס כי תקני כוח-האדם בפגיות נקבעו לפני יותר משני עשורים, כאשר רבות מהטכנולוגיות שבשימוש היום עוד לא היו קיימות,

שנולדה צופיה מרים פוליטיס בחודש מאי השנה בבית החולים שערי צדק בירושלים, שקלה לא יותר מ'736 גרם. היא נולדה בשבוע ה'25 להריון, וארבעת החודשים הראשונים של חייה עברו עליה באחד האינקובטורים במחלקה לטיפול נמרץ ביילודים של בית החולים. "ראיתי מיניאטורה של בן-אדם, מחוברת למכשירים, בקושי רואים אותה. זה היה מחזה קשה מאוד לצפייה", סיפרה האם, דבורה פוליטיס, לשבועון "מקור ראשון", שהביא את סיפוריה של התינוקת במסגרת כתבה שתיארה את מצוקת הפגיות בארץ. "זה היה כמו חזון העצמות היבשות", הוסיף האב, שלמה פוליטיס. "העור היה ממש דבוק לעצמות. אפשר היה להחזיק את כולה בכף היד".

המראה של בתם היה רק ההלם הראשון שספגו ההורים בבית החולים. ההלם השני נגרם להם כשהתוודעו מקרוב למצוקת כוח-האדם במחלקה שרופאיה ואחותיה הצליחו להציל את חיי בתם. הריהוט חדיש ומצוחצח, המכשור מודרני ומתוחזק היטב, והאווירה במחלקה נעימה ותומכת. אלא שממנהל המחלקה, פרופ' מיכאל שימל, הם שמעו כי מספר הפגים המאושפזים בה, כמעט בכל יום נתון, עולה באופן משמעותי על מספר הפגים שעבורם תוכננה המחלקה. מספרם של הרופאים המומחים, המתמחים, הסטאז'רים והאחות העובדים בה, המשיך והסביר להם

לדברי פרופ' שימל, בשנים הרבות שחלפו מאז נקבעו תקני כוח-האדם בפגיות חלה עלייה משמעותית ביותר במספר הלידות של תינוקות שמשקלם פחות מ'2.5 ק"ג. "ההצלחה הגדולה של הגינקולוגים היא המעמסה הגדולה שלנו", הוא אומר. "לפני 20 או 30 שנה, כאשר נקבעו התקנים, רבים מאוד מהתינוקות שנולדו במשקל של קילו עד קילו וחצי היו מתים בלידה או זמן קצר אחריה. עכשיו הם נשארים בחיים ונמצאים אצלנו שלושה או ארבעה חודשים. איך אפשר לטפל

פרופ' מיכאל שימל
ההצלחה של הגינקולוגים היא המעמסה שלנו. כשנקבעו התקנים, רבים מהתינוקות שנולדו במשקל של עד קילו וחצי היו מתים בלידה או זמן קצר אחריה. עכשיו הם נשארים בחיים ונמצאים אצלנו כמה חודשים. איך אפשר לטפל בהם אם התקנים לא מתעדכנים?





במרדימים, והחליטו לפתור אותה בכוחות עצמם", אומר פרופ' פרל. "ברוב בתי החולים בעיית התקנים חדלה להיות גורם משפיע. המנהלים פשוט מתעלמים מהתקנים. אם קורה נס ומגיע אליהם רופא שרוצה להתמחות בהרדמה, קולטים אותו בלי קשר לשאלה אם יש או אין תקן. גם מעודדים אותו להצטרף באמצעות תנאים מועדפים והלוואות עומדות – רק שיבוא".

מצוקת מקצוע ההרדמה נובעת בעיקר מתנאי העבודה הקשים שבהם נאלצים לעבוד המרדימים. המקור של לפחות חלק מתנאי העבודה הקשים הללו מצוי בתקני כוח האדם המיושנים, שאינם מתאימים למציאות ויוצרים עומסי עבודה בלתי נסבלים. עומסים אלה, יחד עם המש"כורות הנמוכות, התורנויות הארוכות והכוננויות הרבות, הפכו את המקצוע לאחד הפחות מבוקשים בין בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ. מספרם של הרופאים המרדימים בישראל הולך ופוחת בהתמדה. התופעה הסתמנה כבר בשנות ה-80, אך נעלמה מהתודעה בשנות ה-90, כאשר הגיעו לארץ אלפי רופאים, וביניהם גם מרדימים רבים, מארצות בריה"מ לשעבר. עתה, כאשר חלק מרופאים אלה מתחילים לצאת לגימלאות, מקצוע ההרדמה שב ושוקע במשבר.

בעוד מספר המרדימים הולך ופוחת ("פחות מאחוז אחד מבין בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ בוחרים בשנים האחרונות להתמחות בהרדמה", אומר פרופ' פרל), מספר הפרוצדורות הרפואיות הדרושות מעורבות של רופא מרדים עולה בהתמדה. מנתונים שהציג איגוד הרופאים המרדימים בפברואר השנה לפני מנהלי הבוררות בין הממשלה לבין ההסתדרות הרפואית, עולה למשל ששיעור הלידות הקיסריות מבין כלל הלידות בישראל עלה מ-10% ב-1990 ל-17% היום. שיעור הנשים היולדות לידה טבעית אך מבקשות לקבל הרדמה אפידורלית עומד היום על כ-40%. מספרם הכולל של הניי-תוחים שבוצעו בישראל בשנת 2005

המיטות בבית החולים ובמחלקה", נכתב בדוח, "איננו מבוסס בהכרח על צורכי האוכלוסייה. מאז נקבעו נוסחאות אלה ועד היום חלו שינויים רבים בהיקפי הפעילות לכל מיטה, בתמהיל המאושפזים, בטכנולוגיות המשמשות לביצוע הטיפולים והאב-חונים, בהרכב הצוות המטפל ועוד". הוועדה המליצה, כי "תיערך בדיקה מקצועית של מערך התקינה על-ידי גורם חיצוני", וכי בעקבות בדיקה זו תיקבע נוסחת תקינה חדשה, "שתיקח בחשבון שינויים בתמהיל החולים והטיפולים".

המלצה זאת מעולם לא יושמה. ההסתדרות הרפואית דרשה אמנם לערוך את הבדיקה, אך משרד האוצר התנגד לעריכתה. לראשי אגף התקציבים היה ברור, שכל בדיקה רצינית תעלה את הצורך להגדיל משמעותית את התקנים. נותרו בקאונס, וזו אחת הסיבות למצב הקשה כיום של כמה מהמקצועות הרפואיים החשובים ביותר.

"נואשו מלהמתין"

המצב במקצוע ההרדמה הוא דוגמה מובהקת. "המצוקה במקצוע שלנו כל-כך גדולה, שאף אחד כבר לא ממש מתחשב במה שכתוב או לא כתוב בתקנים", אומר פרופ' עזריאל פרל, מנהל מערך ההרדמה בבית החולים הממשלתי שיבא בתל-השומר, המשמש גם כיו"ר איגוד הרופאים המרדימים בישראל. "מנהלי בתי החולים נואשו מלהמתין לעדכון התקנים, הבינו שאיש לא יפתור להם את בעיית המחסור

פרוטוקול, הוטל להמליץ על הדרך לארגן מחדש את הרפואה הציבורית בישראל, כדי שתוכל להתמודד באופן יעיל עם הרפואה הפרטית. בין חבריה היו רופאים, כלכלנים ומומחי חים לניהול. אחד הרופאים החברים בה היה פרופ' אבי ישראלי, המכהן היום כמנכ"ל משרד הבריאות.

דוח אמורא י עסק גם בשאלת התקינה, ואיזכר את העובדה שהנו"סחאות לקביעת התקנים במחלקות מבוססות בעיקר על מספר המיטות התקניות שבכל מחלקה. "מספר

החולים בניוד רופאים ובשיבוצם במערך בית החולים, שכן במהלך השנים חלו שינויים בהיקף הפעילות לכל מיטה ובטכנולוגיות רפואיות, ונוצרו התמחויות חדשות. למרות השינויים הטכנולוגיים והשינויים בפעילות בתי החולים, לא עשה משרד הבריאות בדיקה של תקני הרופאים בבתי החולים ושל מערך התורנים והכוננים בחדרי המיון ובמחלקות האשפוז".

ההמלצות נגנזו

למעשה, הזנחת הנושא חמורה עוד יותר מכפי שמשמע מלשונו המאופקת של דוח מבקר המדינה. בינואר 2002 הוגש לראש הממשלה דאז, אריאל שרון, דוח עב כרס אחר, שחובר על-ידי הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה. הוועדה, בראשות עדי אמו"ראי, מונתה על-ידי ראש הממשלה שקדם לשרון, אהוד ברק, בעקבות סיכום שהושג ביולי 2000 בין משרד האוצר לבין ההסתדרות הרפואית. על ועדת אמוראי, שקיימה למעלה מ-50 ישיבות שבהן נרשמו 1,812 עמודי



פרופ' אהובה גוליק
איזה מנהל מחלקה התבקש לפני כמה עשורים להתחשב במחיר התרופות או לדעת כמה עולה אנטיביוטיקה? היום אנחנו כל הזמן תחת מעקב כלכלי. אלה דברים שגוזלים הרבה מאוד זמן, אבל אין להם ביטוי בתקנים

(המשך בעמוד הבא)

מציאות לא תקינה

(המשך מעמוד קודם)

היה 625,128, ועלפי הערכת ראשי האיגוד מספרם יגיע ב-2015 ל-774 אלף, ועשר שנים מאוחר יותר ל-943 אלף. לדברי האיגוד, סיכום הנתונים מצביע על כך שמקצוע ההרדמה, אפילו כדי להמשיך ולדרוך במקום, יהיה זקוק לתוספת של כ-30 מרדימי מים חדשים לשנה. בשנים האחרונות הצטרפו למקצוע פחות מעשרה רופאים בשנה.

"אני מעריך שקרוב ל-15% מכלל הרופאים המרדמיים שפעלו בישראל לפני עשר שנים עזבו מאז את הארץ ומצאו עבודה בחו"ל", אומר פרופ' פרל. לדבריו, רבים אחרים עזבו את מקומות עבודתם בבתי החולים הציבוריים לטובת משרות בבתי חולים פרטיים, שהן משתלמות ונוחות הרבה יותר. קביעתו זו מסתמכת, בין השאר, על דברים שאמר בינואר 2008 פרופ' זאב רוטשטיין, מנהל בית החולים שבו הוא עובד. "קצב העזי" בה לחו"ל של הרופאים שלנו עומד בממוצע על יותר מעשרה לשנה", אמר מנהל שיבא בראיון לעיתון "גלובס". "רופאים מרדמיים עוזבים הרבה יותר, זו כבר מגפה. שכר של מרדים מתחיל בארצות הברית מגיע ל-400 אלף דולר בשנה. השכר המק" ביל בארץ הוא 60 אלף דולר בשנה". פרופ' רוטשטיין התייחס בראיון גם לקשיים שהרפואה הפרטית מעמידה בפני בתי החולים הציבוריים. הוא תקף את מכבי שירותי בריאות על הקמת המבנה החדש של

בית החולים אסותא ברמת-החי"ל וכינה אותו "מפלצת ענקית". לדב" ריו, בתי החולים הפרטיים, שאינם כבולים להסכמי השכר ולתקני כוח האדם הכובלים את ידי בתי החולים הציבוריים, מעמידים את הרפואה הציבורית בפני בעיה קשה. "הם יכו" לים לשלם שם איזה משכורת שהם רוצים למי שהם רוצים", אמר פרופ' רוטשטיין. "הם משלמים למרדמיים פי שלושה עם פחות שעות עבודה, וכך בתי החולים הציבוריים נשארים בלי מרדמיים".

במסמך שהגיש איגוד המרדמיים לבוררים מתוארות כמה תמוצאותיה של בריחת המרדמיים: "בגלל המח" סור הקבוע במרדמיים, בכל בוקר יש בממוצע שניים וחצי ניתוחים דחופים שדוחקים מספר זהה של ניתוחים אלקטיביים", "יש ירידה בבטיחות ההרדמה", "הקטנת האפשרות למתן מענה הולם במצבי חירום" ו"הבדלים גדולים בבטיחות ההרדמה בין שעות היום והלילה". את השפעת המציאות הקשה הזו על בריאות הרופא המר" דים מסכם המסמך בשורה תמציתית אחת: "סטריס, שחיקה, תחלואה, היעדרויות, תסכול מתמשך".

מחיר החופשה

מצבה של הרפואה הפנימית לא פחות חמור מזה של המרדמיים. התקנים המיושנים הם גורם מרכזי בהיווצרות מעגל סגור של מצוקה, המזין את עצמו באופן מתמיד. פרופ' אהובה גוליק, המנהלת את אחת המחלקות הפנימיות בבית החולים

ד"ר ערן סגל

התקנים הקיימים מפגרים אחרי המציאות פעמיים: פעם אחת, כי הם לא מביאים בחשבון את מידת המעורבות ותשומת הלב שהחולים של היום דורשים מהרופאים;

פעם שנייה, כי הם לא מביאים בחשבון את הצורך של הרופאים לעסוק גם בפעילות אקדמית ומחקרית





פרופ' עזריאל פרל מנהלי בתי החולים פשוט מתעלמים מהתקנים. אם קורה נס ומגיע אליהם רופא שרוצה להתמחות בהרדמה, קולטים אותו בלי קשר לשאלה אם יש או אין תקן. גם מעודדים אותו להצטרף באמצעות תנאים מועדפים והלוואות עומדות - רק שיבוא

הממשלתי אסף הרופא בצרפין, אומרת כי היא מתקשה להחליט אם התקינה מתפקדת בתוך המכלול הזה "בתור ביצה או בתור תרנגולת", אך ודאי מהווה אחד הגורמים המשמעי תיים ביותר בהיווצרות המצוקה. "פחות ופחות בוגרים של בתי הספר לרפואה מוכנים לבוא להתמחות ברפואה פנימית", קובעת פרופ' גוליק, "והתקינה החסרה והלא-מעודכנת היא ללא ספק חלק מהבעיה. מאחר שיש מחסור בתקנים, המטות לות על כל אחד מהרופאים במחלקה גדולות יותר. העומס הכולל רבות וכבדות יותר, העבודה במחלקות הפנימיות פחות אטרקטיבית, ולכן פחות רופאים מעוניינים בה". תקינת כוח האדם במחלקות הפנימיות ("שלא התנתה מאז שהייתי מתמחה, וזה היה לפני 35 שנה", אומרת פרופ' גוליק) נקבעה על-פי תקן המיטות, אך אינה תואמת את מספר המיטות בפועל. "במחלקה שלי", היא מספרת, "יש תקן של 38 מיטות, אבל בפועל אנחנו מאיישים בין 40 ל-45 מיטות. בדרך-כלל אנחנו בתפוסה של כ-90%, שבהשוואה לתקן היא תפוסה של יותר מ-100%. אבל תקינת הרופאים נשארת אותה תקינה, והעומס עליהם נעשה יותר ויותר קשה".

חוסר ההתאמה בין התקנים לבין הרופאים הדרושים בפועל אינו נובע רק ממספר המיטות, אלא גם מאופיים של החולים. מרבית החולים המגיעים היום למחלקות הפנימיות של בתי החולים שונים מאוד מאלה

שהגיעו לשם לפני שלושה עשורים, כאשר נקבעו התקנים. "החולים של היום הרבה יותר מבוגרים, והמחלות שלהם הרבה יותר קשות ומסובכות", מסבירה פרופ' גוליק. השינוי נובע מהישגי הרפואה ומשינויים שחלו בארגון מערכת הבריאות: "חולים קלים ובינוניים, שלפני 20 או 30 שנה היו מגיעים למחלקות הפנימיות, מקבלים היום מענה במרפאות הקהילתיות, באשפוזי יום ובשירותים אחרים שניתנים בקהילה. הם בכלל לא מגיעים אלינו. זה ללא ספק הישג לרפואה הישראלית, שהצליח להאריך באופן ניכר את תוחלת החיים. אבל למטבע הזה יש גם צד שני: למחלקות הפנימיות מגיעים היום חולים, שמחלותיהם דורשות מהצוות הרפואי להקדיש להם הרבה יותר זמן ומחשבה מאשר בעבר. אבל התקנים נשארו אותם תקנים, כאילו היינו ממשיכים לטפל במחלות של העבר. קשה מאוד לכמת את כל הדברים האלה, אבל ברור שהם יוצרים עומס רב במחלקות".

זה איננו השינוי היחיד שהתרחש במחלקות הפנימיות מאז שנקבעו התקנים. לרופאים הממלאים תפקידים ניהוליים נוספו בשנים האחרונות עיסוקים רבים מאוד, שקודמיהם היו פטורים מהם. "מנהל או סגן מנהל מחלקה חייב היום לעסוק גם בעניינים כלכליים", מפרטת פרופ' גוליק. "איזה מנהל מחלקה התבקש בעבר, לפני כמה עשורים, להתחשב במחיר התרופות או לדעת כמה עולה אנטיביוטיקה כזו או אחרת? היום

אנחנו כל הזמן נמצאים תחת מעקב כלכלי ונדרשים להסביר למה אנחנו כל-כך בזבזנים. אלה דברים שגוזלים הרבה מאוד זמן, אבל אין להם ביטוי בתקנים".

גם ההחלטה להעניק יום חופשה למתמחים המסיימים תורנות לילית הוסיפה על העומס במחלקות. "מאוד יפה שהמתמחה הולך הביתה אחרי התורנות", אומרת פרופ' גוליק, "אבל היות שלא הגדילו במקביל את תקן הרופאים, התוצאה הבלתי נמנעת היא עומס נוסף על הרופאים". פרופ' גוליק, שהופיעה בפני הברי רים ופירטה באוזניהם את מצוקות הרפואה הפנימית, מקווה שהחלטתם תתווה את הדרך ל"עדכון סוחר" של תקני כוח-האדם. "תקנים אכן עולים, כסף, אבל למדינת ישראל אין ברירה", היא קובעת. "הממשלה חייבת למצוא את מקורות המימון לעדכון התקנים, כי אחרת מצב הרפואה הפנימית רק ילך ויחמיר. אם זה יימשך כך, בדור הבא בכלל לא יהיו רופאים פנימיים. בעוד 10 או 20 שנה לא יהיו לנו אפילו מנהלי מחלקות שיובילו את המערכת". והרפואה הפנימית, מבקשת פרופ' גוליק להזכיר, היא לבי-לבה של הרפואה.

"עוזבים לחו"ל"

סכנות דומות מרחפות מעל מקצועות רפואיים מסורתיים וחשודים בים נוספים, כמו כירורגיה כללית או טיפול נמרץ. "המחלקות לטיפול נמרץ הן בין אלה הדורשות את השינוי הגבוה ביותר של רופאים ביחס

לחולים המאושפזים בהן", אומר ד"ר ערן סגל, מנהל היחידה לטיפול נמרץ בשיבא ויר"ר האיגוד לטיפול נמרץ בישראל. "בשנים הרבות שעברו מאז שתיקנו בהן את כוח-האדם, השתנה כמעט הכל בעבודה שלהן: הפרוצדורות, הטיפולים, הציוד וגם חומרת המחלות - רק תקן הרופאים לא השתנה".

גם ד"ר סגל אומר כי החולים המגיעים היום למחלקות שונים מאוד מאלה שהגיעו אליה בימים שבהם נקבעו התקנים. "התקנים נקבעו לפני עשרות שנים, כאשר חולים מבוגרים מאוד וחולים במחלות קשות מאוד, כמו אלה המגיעים אלינו היום, פשוט היו מתים בלי להגיע למחלקות", הוא אומר. "התקנים הקיימים מפגרים אחרי המציאות פעמיים: פעם אחת, כי הם לא מביאים בחשבון את מידת המעורבות ותשומת הלב שהחולים של היום, במצבם הרפואי, דורשים מהרופאים; פעם שנייה, כי הם לא מביאים בחשבון את הצורך של הרוי פאים לעסוק גם בפעילות אקדמית ומחקרית, שבלעדיה לא ניתן לקדם את העבודה הטיפולית".

המציאות השוררת ברוב המחלקות לטיפול נמרץ ("שלושה או ארבעה רופאים מטפלים ב-12 עד 15 חולים במצב קריטי") נובעת ממה שהוא מגדיר "תיקון בלתי סביר, הגורם לכך שחלק מהפעולות הרפואיות שיש לבצע מתעכבות, וחלק אחר בכלל לא מתבצעות".

(המשך בעמוד הבא)



פרופ' יוסף קלאוזנר חייבים לתת עדיפות למי שמוכן לבלות את כל לילותיו בבית החולים. אי-אפשר להמשיך ולקיים שוויון הסתדרותי מוחלט. לא כולם שווים, ולא כל המקצועות שווים. מקצוע הכירורגיה כל-כך חשוב, שאסור לאפשר לו להיקלע למשבר שיוביל לקטסטרופה



(המשך מעמוד קודם)

לדברי ד"ר סגל, בחורף האחרון היו מאושפזים בישראל כאלף חולים מוגשמים, ורק פחות ממחציתם היו מאושפזים במחלקות לטיפול נמרץ. לדבריו, "ישראל היא המדינה המערבית היחידה שמאפשרת לבתי החולים שלה להחזיק חולים מוגשמים במחלקות רגילות. פחות רופאים מוכנים לעבוד בתנאים אלה, ומספר הולך וגדל של רופאים עוזבים את המחלקות. חלק עוזבים את הארץ, וחלק עוברים למקצועות רפואיים אחרים, משתלבים בחברות היי-טק העוסקות בתחומים שנושקים לרפואה, או פותחים חברות שסוחרות במכשור רפואי - רק לא להמשיך לעבוד בתנאים שבהם עובדים במחלקות לטיפול נמרץ. אני לא יכול להאשים אותם - הרי טבעי שבני-אדם יחשבו על החיים האישיים שלהם ועל יכולת ההשתכרות שלהם."

"מיליונים ייפגעו"

התמונה בקרב המנתחים קשה לא פחות. מספרם של בוגרי בתי הספר לרפואה המבקשים להתמחות בכירורגיה כללית מצוי בירידה מתמדת, וחייהם המקצועיים של הכירורגים המומחים המועסקים בבתי החולים הציבוריים הולכים ונעשים קשים יותר ויותר. "מומחה לכירורגיה כללית הנמצא בכוננות מוזעק לבית החולים כמעט בכל לילה", כתב פרופ' מיכאל קראוס, מנהל המחלקה לכירורגיה כללית במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה ויו"ר איגוד הכירורגים

השתנו, לא רק אופי העבודה, מוסיף פרופ' קלאוזנר, המשמש גם מנהל האגף הכירורגי של בית החולים איכילוב בתל-אביב. "הרופאים של היום, בניגוד לרופאים בימים שאני הייתי מתמחה, כבר לא מוכנים להרוס את חיי המשפחה ולוותר על כל הנאות החיים בשביל המקצוע שלהם. אנשים רוצים, ובצדק, שיהיה להם זמן איכות לחוויות שאינן קשורות לחיי המקצוע, ולכן יותר ויותר רופאים מעדיפים מקצועות רפואיים קלים יותר מאשר הכירורגיה". לדב"ר, אם הרשויות במדינה לא יבינו זאת, ישראל עלולה למצוא את עצמה בפני משבר שיאיים על עצם קיומה של הכירורגיה. "אם חלילה הנפרולוגיה בארץ תקרוס, תיגרם קטסטרופה נוראה, שייפגעו ממנה אלפי אנשים. אם הכירורגיה בישראל תקרוס, תיגרם קטסטרופה שייפגעו ממנה מיליונים. בלי כירורגיה אין למעשה רפואה", מדגיש פרופ' קלאוזנר.

מתרוצץ כל הלילה בין חדר המיון העמוס לעיפה, חדר הניתוח ומחלקות שונות בבית החולים הקוראות לו ליעוץ דחוף.

"אני חשוף למקצוע הכירורגיה הכללית כבר 30 שנה, ואני יכול לקבוע שאין כמעט שום דמיון בין העבודה הכירורגית לפני שלושה עשורים, כאשר נקבעו התקנים, לבין העבודה היום", אומר פרופ' יוסף קלאוזנר, קודמו של פרופ' קראוס בראשות איגוד הכירורגים. "בניתוחים חים כמו תוספתן, כריתת שד, תיקון בקע או ניתוח בכיס המרה, החולה היום מאושפז כמה שעות, לכל היותר נשאר לילה אחד במחלקה, ומשתחרר לביתו. בעבר חולה כזה היה שוכב במחלקה שבוע ימים. היום התחלופה במחלקות היא היסטורית, והיא גם מחייבת קצב עבודה היסטורי, שקשה מאוד לעמוד בו כאשר עובדים על-פי תנאים שנקבעו לפני 30 שנה.

"גם האנשים, ערכיהם ותרבותם

בישראל, במאמר שפרסם בספטמבר האחרון ב"הארץ". "לעתים קרובות הוא נקרא יותר מפעם אחת לביצוע ניתוחים דחופים. אבל הוא מתוגמל מל בדיוק כמו כוונן במחלקת עור או במחלקה פנימית, המוזעק לבית החולים רק לעתים נדירות מאוד (...). המתמחה בכירורגיה כללית כמעט ואינו ישן בלילה התורנות שלו. הוא



פרופ' אלישע ברטוב
כדי למנוע הידרדרות נוספת חייבים לשנות את תקני כוח-האדם בכל המחלקות. יותר ויותר רופאים עוזבים את הארץ, ומספר הולך וגדל של רופאים עוברים לעבוד בתעשיות ההיי-טק. בלי עדכון התקנים נגיע מהר מאוד לקריסה



ד"ר יצחק ברלוביץ' במשרד הבריאות היינו מודעים היטב לעובדה שהתקנים הופכים להיות אנכרוניסטיים. ידענו שצריך לעדכן אותם. הם לא עודכנו כי שני הצדדים - אגף התקציבים במשרד האוצר וההסתדרות הרפואית - חששו מהשינוי



משא ומתן בין הנהלות בתי החור לים לבין משרדי האוצר והבריאות. במשרד הבריאות, הוא מעיד, "היינו מודעים היטב לעובדה שהתקנים הופכים להיות אנכרוניסטיים. ידענו שצריך לעדכן אותם. הם לא עודכנו, כי שני הצדדים חששו מהשינוי. באגף התקציבים באוצר חששו ששינוי התקנים יגרור הוספת רופאים והגדלת ההוצאות - ובהסתדרות הרפואית חששו מהאפשרות שבדיקת הצרכים תגלה כי יש גם מקצועות או מחלקות שבהם דווקא נוצר צורך להקטין את מספר התקנים". לפיכך, הגישה להתגבשה במשרד הבריאות היתה להשאיר על כנו את מספרם של כל הרופאים בכל אחד מבתי החולים, ולשנות רק את החלוקה הפנימית ביניהם, הוא אומר.

מציאות לא תקינה

ד"ר ברלוביץ' סבור, כי פסק הבוררות המתקיימת בימים אלה לא יתייחס לנושא התקינה ("זה לא כלול במנדט של הבוררים"), וכי "לא יהיה מנוס מלחזור ולנהל משא ומתן על התקנים בין הרופאים לבין המעסיקים". אין לו ספק, שמשא

את בעיית התקינה בכוחות עצמם. "בבתי החולים הממשלתיים", אומר ד"ר ברלוביץ', "הוקמו בשנים האחרונות תאגידי בריאות, שקרויים גם קרנות מחקר. אלה הן מסגרות שבתורן מתקיימים גם מחקרים וגם פעילות רפואית. בתאגידי הבריאות מצטבר רים עודפים תקציביים, שמנהלי בתי החולים משתמשים בהם כדי לתגבר את כוח-האדם במחלקות שיש בהן מחסור. אם חסרים רופאים מרדימים, למשל, קרן המחקרים מממנת היום

אלישע ברטוב. פרופ' ברטוב משקיף על הבעיה במבט כולל, ומאבחן בכל רחבי המערכת תהליכים דומים, "לכאורה בלתי נראים", המאיימים למוטט את המערכת כולה. "יותר ויותר רופאים עוזבים את הארץ, ומספר הולך וגדל של רופאים עוברים רים לעבוד בתעשיות ההיי-טק", הוא אומר. "אין לי נתונים מדויקים, אבל אני כל הזמן שומע על המון רופאים, חלק מהם בכירים מאוד, שעושים את המעבר הזה. לגבי הרופאים שעוזבים את הארץ כן יש נתונים, והם מאוד מאוד קשים. עשרות אחוזים מביין מקבלי התארים עוזבים את הארץ מיד לאחר קבלת התואר. הרופאים העולים, אלה שהצילו אותנו בשנות ה-90, מתחילים בינתיים לצאת לפני סיה, ועולים נוספים כבר לא מגיעים. כאשר מצרפים את כל הנתונים האלה יחד, עתיד הרפואה בישראל נראה מאוד לא ורוד". פרופ' ברטוב משוכנע, כי אחד המפתחות העיקריים לתיקון המצב מצוי בעדכון תקני כוח-האדם, שהפכו לבלתי מתאימים בכל המקצועות עות ובכל המחלקות. "עדכון התקנים לא יפתור כמובן את כל הבעיות, אבל יפתור חלק חשוב מהן", הוא קובע. "בלי עדכון התקנים נגיע מהר מאוד לקריסה. אם נעדכן את התקנים, נוכל לפתוח הרבה מאוד צווארי בקבוק ולגשת לפתרון הבעיות האחרות".

ד"ר יצחק ברלוביץ', שכינה במשך שנים רבות כמשנה למנכ"ל משרד הבריאות ומנהל היום את בית החור לים וולפסון בחולון, חולק על כך. הוא סבור, כי מנהלי בתי החולים דווקא מצליחים בשנים האחרונות לפתור

לדבריו, על קברניטי הרפואה בארץ להפנים את הצורך ביצירת דיפרנציאציה בין מקצועות הרפואה השונים גם בתחום התקנים וגם בתחום השכר. "אין ברירה", הוא אומר, "חייבים לתת עדיפות למי שמוכן לבלות את כל לילותיו בבית החולים. אי-אפשר להמשיך ולקיים שוויון הסתדרותי מוחלט. לא כולם שווים, ולא כל המקצועות שווים. מקצוע הכירורגיה הוא כל-כך חשוב, שאסור גם לממשלה וגם לאיגודים המקצועיים לאפשר לו להיקלע למשבר שיוביל לקטסטרופה. חייבים לזכור שלמדינת ישראל יש גם צורך בכירורגים שישרתו בצבא ובכירורגים שיטפלו בנפגעי הפיגועים".

"סכנת קריסה"

"כדי למנוע הידרדרות נוספת חייבים לשנות את תקני כוח-האדם בכל המחלקות", קובע לעומת זאת יו"ר ארגון רופאי המדינה, פרופ'