

# מקצוע על שולחן הניתוחים

כירורגיה זעיר-פולשנית, השתלות איברים, ניתוחים ללא חתכים, רובוטיקה מתקדמת - העתיד כבר כאן, ועם כל זאת, הרופאים הצעירים מדירים את רגליהם מהתמחות בכירורגיה כללית ■ איך ניתן לשפר את המצב ולהחזיר למקצוע את קסמו

« גדעון אלון



והפצועים", מזהיר פרופ' מיכאל קראוס, מנהל המחלקה לכירורגיה כללית במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה ויו"ר איגוד הכירורגים בישראל. פרופ' קראוס מסביר, כי "בכי" רורגיה כללית מסלול ההתמחות הוא ארוך וקשה. המתמחים נדרשים לעבוד שעות ארוכות ביום ובלילה. המומחה הנמצא בתורנות עובד כל הלילה במערכת לוחצת ותובענית, שאין בה כמעט פשרות. יש קשר ישיר ומיידי בין הפעולה

הכירורגיה הכללית נמצאת בשנים האחרונות במצוקה הולכת וגוברת. יוקרת המקצוע פוחתת, ותדמיתו נפגעת. בשל כך פחות רופאים צעירים ומוכשרים פונים להתמחות במקצוע, וקיים חשש שבשנים הקרובות נהיה צפויים למחסור במומחים לכירורגיה כללית. במחלקות מסוימות בבתי החולים יוצר המחסור במתמחים מצב קריטי, הפוגע בטיפול שמקבלים החולים



תמריצים לסטודנטים לרפואה הפורנים לעסוק בכירורגיה כללית. לדבריו, חייבים להפעיל את השר"פ (שירות רפואי פרטי) בבתי החולים הציבוריים והממשלתיים. כיום רק בהדסה ובשערי צדק בירושלים מותר לבצע שר"פ, ולעומת זאת בבתי חולים ציבוריים ביתר חלקי הארץ חל איסור על כך. "במקום לרוץ לאחר שעות העבודה

**(המשך בעמוד הבא)**

בפתרון המשבר בכירורגיה כללית אם יינקטו מספר צעדים חשובים לאלתר. ראשית, יש לפעול לשיפור תדמיתו של המקצוע, ולשים את הדגש על העניין הרב שיש בו, על המיומנות הגבוהה הנדרשת מכירורגים ועל הסיפוק הרב ותחושת השליחות שהמקצוע מעניק לעוסי קים בו. כמו כן, הוא אומר, יש להוסיף תקנים למתמחים ולהעסיק רופאים מקצועיים ועוזרי רופא שיקלו את העומס הרובץ על המתמחה, וכן לתת

הפרעה. עם זאת, שניהם מתוגמלים באותה מידה". גם לאחר סיום ההתמחות, מתאר פרופ' קראוס, חייו של הרופא הכירורג אינם קלים. "מומחה הנמצא בכוננות מוזעק לבית החולים כמעט כל לילה לביצוע ניתוחים דחופים - אבל התגמול שניתן לו הוא בדיוק כמו לחברו הכונן במחלקה הפנימית, שמוזעק לבית החולים רק לעתים רחוקות". לדעת פרופ' קראוס, ניתן לסייע

הכירורגית המתבצעת בתנאי לחץ לבין התוצאה - וכל סיבוך או תוצאה לא רצויה נתקלים לעיתים קרובות גם בעיונות של החולה. המתמחה בכירורגיה כללית כמעט שאינו ישן בתורות הלילית שלו. הוא מתרוצץ בין חדר המיון, חדר הניתוח והמחלקות למתן ייעוץ וטיפול דחוף. לעומת זאת, במקצועות רבים אחרים ברפואה מועסק המתמחה התורן בלילה רק למשך זמן קצר והולך לישון כל הלילה, כמעט ללא





# מקצוע על שולחן הניתוחים

(המשך מעמוד קודם)

לבית החולים אלישע כדי לנתח, הייתי מעדיף לנתח את החולים ברמב"ם, אומר פרופ' קראוס. "יש לכך חשיבות נוספת, משום שכשהרופאים הבכירים נשארים בבית החולים ואינם הולכים לנתח במקור מות אחרים, הם זמינים למתן ייעוץ למתמחים הנמצאים בתורנות, וכן לטיפול בחולים המאושפזים בבית החולים".

## הבן מסרב

פרופ' ליאוניד לנצברג, יו"ר החברה לכירורגיה לפרוסקופית, עובד ככירורג מומחה בבית החולים סורוקה בבאר-שבע. פרופ' לנצברג, שעלה ארצה מבריה"מ ב-1976, מודה כי אפילו בנו - שסיים את השנה השישית בלימודי רפואה - איננו רוצה להתמחות בכירורגיה כללית. "הוא שואף לאחר סיום לימודי הרפואה להתמחות בתחום אחר, שבו ההכנסה גבוהה יותר ועובדים פחות קשה. היום הצעירים רוצים איכות חיים טובה יותר. הם מחפשים התמחות קלה יותר. תמיד בני מזכיר לי, שבילדותו הוא היה לבד בבית יחד עם אחיו הבוגר, משום שאני ואשתי - שגם היא רופאה - לא היינו הרבה בבית, כי רצינו לעשות קריירה".

801

מספר המומחים  
בכירורגיה  
ב-2009

כדי למשוך רופאים צעירים לעסוק בכירורגיה כללית, חייבים לתת להם תמריצים כספיים, אומר פרופ' לנצברג. "יש לנו בוגרים מצוינים. העבודה היא מאתגרת ומעניינת, אבל קשה להתפרנס מהמקצוע". לדבריו, "העבודה בכירורגיה קשה מאוד. העומס על הרופאים המומחים גדול משום שיש מחסור במתמחים. כמה רופאים

**// פרופ' מיכאל קראוס**  
מומחה הנמצא בכוננות מוזעק לבית החולים כמעט כל לילה לביצוע ניתוחים דחופים - אבל התגמול שניתן לו הוא בדיוק כמו לחברו התורן במחלקה הפנימית, שמוזעק לבית החולים רק לעתים רחוקות מאוד

חברים שלי יצאו לחופשה בזמן המבצע בעזה, אבל אני לא יכולתי לצאת לחופשה, והייתי צמוד לבית החולים 24 שעות ביממה. בנוסף, ההכנסות שלנו קטנות יחסית למקצועות אחרים, כי יש רק מעט עבודה פרטית בכירורגיה כללית. ישנם כירורגים שכדי להגדיל את הכנסתם עושים יותר תורנויות. אני למשל, כדי להגדיל את ההכנסה,

עוסק גם בניתוחים של קיצור קיבה".

### "מצב אבסורדי"

גם פרופ' איתן מור, מנהל יחידת ההשתלות בבית החולים רבין (בילינסון) בפתח תקוה, מדגיש את המאמץ הרב והתובענות הרבה הנדרשים ממנו ומהכירורגים האחרים העובדים לצידו. כששוחחו בשעה 10 בבוקר, סיפר כי "רק עכשיו הגעתי לבית החולים, לאחר שעבדתי כאן עד 4 לפנות בוקר. עומס העבודה הוא רב. במחלקה שלנו עושים כ-100 השתלות בשנה, אבל הצוות שלי כולל על-פי התקן רק עוד שני רופאים מומחים. לצערי, אין מענה למצב זה בתקנים ובמשכורת. הבעיה איננה אישית שלי - באחרונה נקבע

לי סידור מיוחד במסגרת חוזה אישי - אלא מה שקורה עם האחרים. נוצר מצב אבסורדי, שרופא כירורג שעושה ניתוח בשיטת לפרוסקופיה בבית חולים פרטי מכפיל את שכרו בהשוואה לרופא מומחה אצלנו, אף שההשקעה של המומחה בבילינסון גדולה פי שלושה". למרות זאת מספר פרופ' מור בגאווה, כי רופאים צעירים רוצים לעסוק בהשתלות, "מכיוון שהם אוהבים את המקצוע ואת האקשן שיש בו. אחד הדברים הייחודיים אצלנו הוא שרואים מיד את תוצאות ההשתלה. אנשים שהיו במצב קשה וחסר תקווה חוזרים לחיים, והברק שב לעיניהם. זה נותן לנו סיפוק רב לראות מושתלים באים אלינו גם לאחר שמונה שנים

## פרופ' ליאוניד לנצברג

הניתוח הזעיר-פולשני יותר מאתגר ומרתק, ומחייב ריכוז רב יותר. היתרון הגדול מבחינת החולה הוא שנגרם לו פחות סבל, ולמחרת הוא כבר עומד על רגליו. אני עדיין שייך לדור שראה חולים, שכמה ימים לאחר ניתוח בשיטה הישנה בקושי זזו

ובראשונה מכך שכיום אנשים רוצים לעבוד ולהשקיע פחות, ולהרוויח יותר". ד"ר יואב מינץ, מומחה לכירורגיה כללית מבית החולים הדסה עין-כרם בירושלים, מודע גם הוא למשבר.

כדי לומר תודה רבה". "זו עובדה שפחת קסמו של מקצוע הכירורגיה הכללית", אומר פרופ' עופר קפלן, כירורג מומחה העובד בבית החולים איכילוב בתל-אביב. "יש בתחום הזה משבר מאוד רציני, שצריך להטריד את כולנו כחברה. התופעה הזו נובעת בראש

(המשך בעמוד הבא)

## חלוצים בתחום הקוד האתי

- כירורג הידוע בוודאות כי עמיתו לקה בהתמכרות או במחלה, העלולות לפגוע בכשירותו המקצועית ולסכן את מטופליו, יפנה אליו ברגישות הראויה ויעודדו להיבדק. במקרה הצורך ידווח הכירורג לממונים תוך שמירה על סודיות המידע וכבודו של העמית.
- **בפרק על חובות הכירורג לחברה ולקהילה נקבע, בין השאר:**
- על הכירורג להימנע משימוש בחומרים כימיים ממכרים או מזיקים ומשתיית אלכוהול מופרזת, עליו לדווח לרשויות אם לקה במחלה זיהומית המלווה בסכנה של הדבקת מטופלים או הצוות הרפואי.
- כירורג לא ישתתף ולא ייתן חסות לפרסומות בכלי התקשורת שמטרתן לקדם מכירת מוצרים או מתן שירותים ספציפיים בתחום הרפואה, ומומלץ שכירורג ידיר רגליו מפרסומות בכלל.
- כירורג ישתתף אך ורק בעריכת מחקר שיש לו בסיס מדעי ורפואי, שמטרתו היא להוסיף על הידע הרפואי, ושהתועלת הצפויה ממנו עולה על הסיכון למטופלים המשתתפים בניסוי.

- **האם היו סעיפים שהצעת להכליל בקוד האתי ולא אושרו בשל התנגדות חבריך?**

פרופ' קפלן: "כן. נדחתה הצעתי לקבוע שכירורג לא ידבר בטלפון סלולרי בזמן שהוא מטפל בחולה, אלא אם כן מדובר במקרים דחופים".

- **האם יש לכללי האתיקה שינויים?**

"מעט מאוד. יש לאיגוד ועדת אתיקה, ואם מישהו יתנהג בצורה חמורה ולא יפעל על-פי הכללים, אפשר לזמן אותו לבירור - אבל כלי הענישה היחיד שעומד בפני הוועדה הוא הוצאתו של הרופא מאיגוד הכירורגים. זה לא כמו אצל עורכי-הדין, שיש להם סמכות לסלק עורך-דין מהלשכה ולשלול את רשיונו".

- **אם כך, מהי חשיבותו של הקוד האתי?**

"החשיבות היא בעיקר חינוכית. כללי ההתנהגות יכולים גם לשמש כגורם הכוונה לרופאים, בעיקר צעירים, שיידעו שערכים של מוסר צריכים להנחות ולחייב אותם. הוחלט גם שרופאים ייבחנו על כללי ההתנהגות בבחינות ההתמחות שלהם".

באפריל 2008 גובשו לראשונה כללי התנהגות מקצועית מטעם איגוד הכירורגים בישראל. פרופ' עופר קפלן מבית החולים איכילוב בתל-אביב, שהוא גם עורך-דין, שגיבש וניסח את הקוד האתי, יחד עם ועדה מטעם איגוד הכירורגים, מספר בגאווה כי זהו האיגוד הרפואי היחיד שקבע לעצמו כללי התנהגות מחייבים. "יום הרעיון היה יו"ר האיגוד, פרופ' מיכאל קראוס", מספר פרופ' קפלן.

**הקוד האתי כולל שלושה פרקים:** יחסי כירורג-מטופל, הכירורג ועמיתיו למקצוע, וחובות הכירורג לחברה ולקהילה. לדברי פרופ' קפלן, בגיבוש כללי ההתנהגות נעזרו בקודים דומים שנקבעו במדינות אחרות, וכן בניסיון ובידע שהצטברו בארץ בתחום זה. הוא מודה, כי לא כל חברי האיגוד התלהבו מהרעיון. "היו כאלה שטענו שבקביעת כללים מחייבים אהנו תוקעים לעצמנו גול עצמי. היו אף כאלה שתקפו אותי וטענו שיהיו גורמים שישתמשו בכללים האלה נגדנו", מספר פרופ' קפלן, "אך בסופו של דבר היתה הסכמה כללית על הנוסח המוצע".

במבוא לקוד האתי נאמר, כי הכללים נועדו "להנחות את חברי האיגוד בעת מילוי תפקידם כרופאים מנתחים. ההנחיות נשענו על עקרונות האתיקה הרפואית והחוק הנוגעים לעוסקים בכירורגיה ועל ערכי ישרה והגינות מקצועית".

**בפרק על יחסי כירורג-מטופל נקבע, בין השאר:**

- על הכירורג לנהוג במטופלים ללא מושא פנים וללא תלות בגיל, מגדר, גזע, דת, לאום, מעמד חברתי וכלכלי, השפעה ואידיאולוגיה.
- כירורג חייב לשקול את כל החלופות הטיפוליות, ולהציע ניתוח רק אם הוא סמוך ובטוח כי זה טיפול הבחירה בניסיבות המקרה, כשרק השיקול הרפואי לנגד עיניו.
- הכירורג ימצא בחדר הניתוח עד לסיום הניתוח והתעוררות המטופל.

**בפרק על הכירורג ועמיתיו למקצוע נקבע, בין השאר:**

- כירורג ישתף את עמיתיו בידע שרכש למען שיפור הטיפול הרפואי בישראל.
- כירורג הידוע בוודאות כי עמית כשל בהונאה רפואית, יראה לעצמו חובה מוסרית לדווח על כך.



בעקבות התפתחות "כירורגית הדור השני" עוסקים בשנים האחרונות ב"כירורגית הדור השלישי" צילום: intuitivesurgical.com



## מקצוע על שולח הניתוחים

(המשך מעמוד קודם)

הוא אומר במידה רבה של גילוי לב, כי "מי שבא לעסוק במקצוע הזה, לא עושה זאת בגלל הכסף שיוכל להרוויח, אלא בגלל אידיאלים - אבל אין לי ספק שיום אחד הנושא הזה יתפוצץ בגלל הפערים הגדולים בין השכר של מומחים בכירורגיה כללית לבין הכנסתם של מומחים במקצועות כירורגיים אחרים".

### הדור השלישי

פרופ' קראוס, שתחום המומחיות

שלו בין היתר הוא כירורגיה זעיר-פולשנית של בלוטת יותרת התריס, מספר כי הניתוחים לאיתור גידול בבלוטת יותרת התריס עברו שינוי מהפכני בשנים האחרונות. בעבר נהגו לבצע ניתוחים שנמשכו שלוש-ארבע שעות לאיתור כל ארבע הבלוטות בצוואר ולקביעה איזו מהן היא הבלוטה החולנית. בלוטה כזו מפרישה ביתר את הורמון הפרא-תירואיד (PTH) וגורמת למחלה. בעבר בוצע הניתוח דרך חתך של 6-4 ס"מ לצורך כריתת הבלוטה החולנית המוגדלת, בניתוח שנמשך לעיתים קרובות מספר שעות, והחולים היו מאושפזים לאחר הניתוח למשך כמה ימים בבית החולים. תוצאת הניתוח גם אז היתה שב-95% מהמקרים כריתת הבלוטה המוגדלת הביאה לריפוי.

כיום, מתאר פרופ' קראוס, שיטות

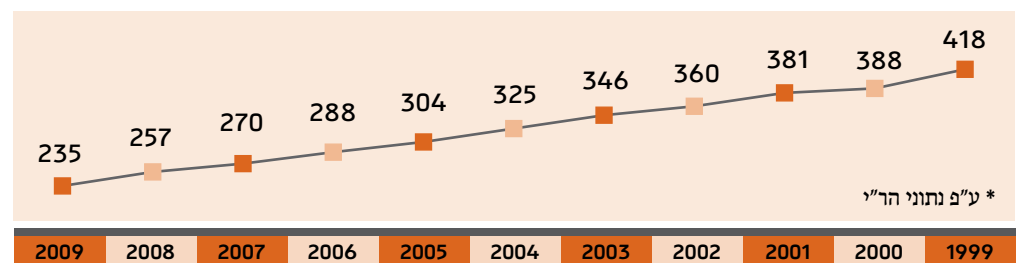
המיפוי השתכללו, ובאמצעותן ניתן לאתר בצורה מדויקת יותר את הבלוטה המוגדלת. "הניתוח נמשך פחות משעה, לעתים בהרדמה מקומית, והוא מתבצע דרך חתך קטן של 2-3 ס"מ בלבד בצוואר התחתון דרכו נכרתת הבלוטה החולנית. מיד לאחר הכריתה בודקים אם רמת ה-PTH בדם ירדה ביותר מ-50% תוך עשר דקות. אם התוצאות מאשרות זאת ניתן לסיים את הניתוח שנמשך לרוב כשעה. בדרך-כלל למחרת היום החולה משוחרר לביתו. שינוי מהפכני זה בשיטת הניתוח הגדיל את אחוזי ההצלחה של הניתוח. עד היום ניתחנו בשיטה זו למעלה מ-450 חולים, וב-97% מהמקרים הריפוי הוא מלא, עם שכיחות סיבוכים נמוכה ותוצאה קוסמטית טובה יותר". גם הניתוחים לכריתת כיס המרה מתבצעים בכירורגיה זעיר-פולשנית.

פרופ' לנצברג, שזהו תחום המומחיות שלו, מספר כי "מאז 1987 מתבצעים ניתוחים של כריתת כיס המרה בשיטה זעיר-פולשנית. הטכנולוגיה הזו מאפשרת למנותח לחוות פחות כאבים, היא לא גורמת לפגיעה באיברים אחרים, ומאפשרת לו לחזור לפעילות במהירות רבה יותר. בתחילה השימוש בטכנולוגיה זו היה יקר ודרש מיומנות מיוחדת, ולא כל רופא כירורג ידע לבצע, אולם במרוצת הזמן התפתחה השיטה, והיא כיום המקובלת ביותר לניתוח של המעי הגס והדק, להוצאת איברים כמו טחול ויותרת הכליה, ולתיקון שברים.

"בעקבות התפתחות 'כירורגית הדור השני' עוסקים בשנים האחרונות ב'כירורגית הדור השלישי', שמאפשרת ביצוע ניתוח ללא חתכים דרך הפתחים הקיימים בגוף, כמו הפה, פי הטבעת או השופכה", מספר פרופ' לנצברג. הניתוח הראשון בשיטה זו התבצע במאי 2006 בשטרסבורג שבצרפת להוצאת כיס המרה מגופו של מנותח. בארץ נעשים ניתוחים דרך שני חתכים צרים של 2 ס"מ אחד ושני חתכים של חצי ס"מ. ההצלחה בניתוחים אלה מגיעה ל-95%-97%, ורק במקרים של סיבוכים במהלך

(המשך בעמוד 22)

### מספר המתמחים בכירורגיה לאורך השנים\*



הניתוח נאלצים לפתוח את הבטן". כשפרופ' לנצברג נשאל מהם היתרונות שיש לשימוש בשיטה זו מבחינתו של הכירורג, הוא משיב כי "זה ניתוח יותר מאתגר ומרתק, ומחייב ריכוז רב יותר. היתרון הגדול מבחינת החולה הוא שנגרם לו פחות סבל, ולמחרת הניתוח הוא כבר עומד על רגליו. אני עדיין שייך לדור שראה חולים, שכמה ימים לאחר ניתוח בשיטה הישנה בקושי זזו".

### גאים ברובוט

גם בבית החולים הדסה בירושלים מבצעים ניתוחים בכירורגיה זעיר-פולשנית. ד"ר מינץ, מנהל המרכז לפיתוח טכנולוגיות כירורגיות ומרכז ההדרכה לכירורגיה זעיר-פולשנית, אומר כי "אנחנו מבצעים ניתוחים רבים דרך חתך אחד בטבור להוצאת כיס המרה או התוספתן, במקום ביצוע ארבעה-חמישה חתכים כפי שנהגו בעבר. בניתוחים אלה לא נשארת שום צלקת בגוף המנותח". לדבריו, בהדסה כבר מתבצעים ניתוחים דרך הפתחים הטבעיים של הפה והוושט לקיבה, אולם עדיין לא מבצעים ניתוחים דרך פי הטבעת. ד"ר מינץ מדבר בגאווה רבה על השימוש ברובוטיקה. "הדסה הוא בית החולים היחיד בארץ שמסתייע ברובוט לצורך ביצוע ניתוחים. הרובוט הגיע מארה"ב בחודש דצמבר 2008, וברכישתו הושקעו 1.6 מיליון דולר. בנוסף, יש הוצאות תחזוקה של המכשיר

וכן הוצאות עבור ביטוח". לדבריו, עד שרכש בית החולים את הרובוט, השימוש ברובוטים לא תפס תאוצה בארץ, אף שבארה"ב מתבצעים 80% מהניתוחים באמצעות רובוט. לשם הפעלת הרובוט ושימוש נכון בו יש צורך בהכשרה ובהתמחות. "אני וד"ר עופר גופרית, מומחה לכירורגיה אורולוגית, התמחינו בתפעול הרובוט במשך כשנה בארה"ב", מספר ד"ר מינץ. "ד"ר גופרית התמחה בשיקו, ואני בקליפורניה. במהלך תקופת ההתמחות עליך לבצע לפחות 50 עד 100 ניתוחים. יתרונות השימוש ברובוט במהלך הניתוח הם רבים. חופש התנועה שלך במהלך הניתוח הוא גדול יותר מאשר בניתוח שנעשה בלפרוסקופיה. למעשה, אתה יכול להעצים את יכולות הכירורג כי יש לך ראייה תלת-ממדית".

**האם השימוש ברובוט במהלך הניתוח איננו משנה את הרגשת המנותח, שחש בחסרון המגע האנושי של הרופא?**

"זו טעות לחשוב כך", אומר ד"ר מינץ. "השם רובוט קצת מטעה. למעשה, זו מערכת של זרועות שמבצעת כל מה שהכירורג מורה לה לעשות. הרובוט איננו פועל באופן עצמאי. אני שולט בכל השלבים ובכל המכשירים באמצעות המחשב ושולט רחוק. ההסתייעות ברובוט מאפשרת שימוש במכשירים יותר עדינים, שיכולים להגיע למקומות שהאדם איננו יכול להגיע. היתרון הנוסף של המכשיר - הוא מאפשר להסתייע בו לביצוע ניתוחים שלא עושים בלפרוסקופיה, כי הראייה



**פרופ' עופר קפלן**  
זו עובדה שבמידה רבה פג קסמו של מקצוע הכירורגיה הכללית. יש בתחום הזה משבר מאוד רציני, שצריך להטריד את כולנו כחברה. התופעה הזו נובעת בראש ובראשונה מכך שכיום אנשים רוצים לעבוד ולהשקיע פחות, ולהרוויח יותר

- איך אתה רואה את ההתפתחות בתחום זה בעתיד?  
"אין לי ספק שבשנים הקרובות השימוש ברובוטיקה ילך ויתפתח", אומר ד"ר מינץ. "כיום אנחנו עדיין מפגרים בתחום זה בעשר שנים לעומת ארה"ב. מדינות רבות נכנסות לתהליך של שימוש ברובוטים, ואני מאמין שגם אנחנו נגיע במהלך הזמן לקצב מהיר יותר של שימוש בהם".

לא מספיק טובה, כגון כירורגיה של הכבד ושל הוושט".

**האם בהדסה כבר משתמשים ברובוט מדי יום ביומו, או שהשימוש הוא עדיין נסיוני?**

"בשלב זה אנחנו עדיין לא עושים בו שימוש יומיומי. השימוש נעשה במשורה, כי הוא יקר מאוד, ואיננו מקבלים עדיין תגמול מקופות החולים על ההוצאות הרבות הכרוכות בכך".

## 1,000 איש בתור להשתלה

"מספר החולים הזקוקים להשתלת איברים הולך וגדל בהתמדה", אומר פרופ' איתן מור, מנהל יחידת ההשתלות של המרכז הרפואי רבין. "יש כיום כ-1,000 איש שממתניים להשתלת כליות, כבד, טחול ולב - אבל יש מחסור באיברים להשתלה. אני מקווה שבעקבות חקיקה חדשה שאושרה אשתקד בכנסת לגבי קביעת שעת המוות המוחי, ועבודת קודש שנעשתה על-ידי ועדת המדע של הכנסת לקידום החוק, נזכה ליותר איברים להשתלה ולקיצור התורים של הממתניים להשתלה, כדי שיוכלו להמשיך לחיות ולשפר את איכות החיים שלהם".

**האם בשל המחסור באיברים להשתלה יש נסיונות להפעיל עליכם לחצים ולקדם תור של בעלי יכולת או מקורבים לשלטון?**

"אין איפה ואיפה", אומר פרופ' מור. "לעתים יש נסיונות לקדם את התור, אבל אינני משתף פעולה עם פניות כאלה. רפואת ההשתלות היא רפואה ציבורית, המתנהלת על-ידי משרד הבריאות. האיברים הנתרמים הם רכוש המדינה, וההקצאה נעשית על-פי רשימה שאיננה מנוהלת על-ידינו. התחום שלנו הוא אחד התחומים היחידים שנסאר נקי מהשפעות זרות".

**האם עדיין חולים נוסעים לחו"ל כדי לבצע השתלות?**

"כל נושא הסחר באיברים הופסק בעקבות ביקורת בינלאומית קשה ביותר. מאז חוקק חוק ההשתלות, הקובע שקופות החולים אינן משתתפות במימון השתלות שלא בוצעו בצורה חוקית, נאלצים החולים הנזקקים להשתלה להמתין בתור בארץ".

**פרופ' איתן מור**  
אחד הדברים הייחודיים אצלנו הוא שרואים מיד את תוצאות ההשתלה. אנשים שהיו במצב קשה וחסר תקווה חוזרים לחיים, והברק שב לעיניהם. זה נותן לנו סיפוק רב לראות מושתלים באים אלינו גם לאחר שמונה שנים כדי לומר תודה רבה

