

כלכלה, חברה ומדיניות פנים

ביטוח בריאות ועמדת הרופאים: המאבקים של שנות החמישים הראשונות

אברהם דורון

הפרק הראשון בדרמת החקיקה של חוק ביטוח בריאות בישראל התרחש בסמוך להקמת המדינה, בשנים 1948–1951, במסגרת המאבק על הקמתה של מערכת הביטוח הלאומי ועל הכללה של ביטוח בריאות בתוכה. המאבק בנושא זה נמשך מאז, ואחד מפרקי ההמשך מתגלה לנגד עינינו גם בימים אלה.

כבר בשנות השלושים התנהל מאבק ממושך, וחסר-תוצאות, של היישוב כנגד ממשלת המנדט על הנהגת ביטוח בריאות חובה בארץ-ישראל. לימים, ב-1945, הגישה ההסתדרות הכללית, באמצעות היועץ המשפטי שלה, צבי ברנזון, תזכיר מפורט למנהל מחלקת העבודה בממשלת המנדט, בדבר הצורך 'להנהיג בעתיד הקרוב בא"י, באמצעות תחוקה, תכנית לביטוח סוציאלי ...'. הסעיף הראשון בתוכנית שהוצעה עסק בביטוח בריאות. ברנזון פירט בתזכירו את המצב הבלתי מניח את הדעת בתחום זה וציין כי 'הצורך בשיטה נאותה של חובת ביטוח בריאות בארץ מורגשת כאן בחריפות זה ימים רבים, ואכן אנו משוכנעים שדעת הציבור הנאורה בארץ תקבל בברכה את הקמתה במוקדם של שיטה כזו לגבי ציבור העובדים'.¹ עד תום שלטונה של ממשלת המנדט, ב-15 במאי 1948, לא יצא מכך ולא כלום.

ערב הקמת המדינה, בפברואר 1948, הכין המכון לחקר סוציאלי בהסתדרות, בראשות יצחק קנב (קניבסקי), תוכנית לביטוח סוציאלי במדינת ישראל, שבה דובר על הקמה הדרגתית של מערכת מקיפה של ביטוח סוציאלי. במרכז תוכנית זו ניצב כינונו של שירות בריאות, כבר בשלב הראשון להפעלת התוכנית, שיכטיח עזרה רפואית אלמנטרית ואשפוז לכלל האוכלוסייה.²

הנושא שב והופיע בסדר-היום הלאומי כעבור חודשים אחדים ובינואר 1949 החליטה הממשלה הזמנית למנות ועדה בין-משרדית, בעלת סמכויות רחבות, שתחקור

1. תזכיר צ' ברנזון למד גרייבס, מנהל מחלקת העבודה של ממשלת המנדט, מיום 31 בדצמבר 1945, אצ"מ 525-7200.
2. 'קניבסקי, 'תכנית לביטוח סוציאלי במדינת ישראל', הקרי עבודה, ב, 1-2 (1948), עמ' 58-8.

את מכלול הבעיות הנוגעות לעניין ותגבש תוכנית לביטוח סוציאלי בישראל. בראש הוועדה הוצב יצחק קנב, וחבריה היו המנהלים הכלליים של משרדי העבודה, הבריאות, הסעד והאוצר. הדוח של ועדה זו הוגש לממשלה בראשית 1950 ואחת ההמלצות העיקריות שבו היתה להנהיג תוכנית ביטוח בריאות לאוכלוסיית העובדים השכירים בלבד, ושירות אשפוז חופשי לכלל האוכלוסייה.³ לאחר פרסום הדוח הוטל על משרד העבודה להתחיל בהכנות להפעלה של תוכנית הביטוח הסוציאלי, לאור המלצותיה של הוועדה, ולהכין הצעת חוק מתאימה. התזכיר הראשון של הצעת החוק הושלם בראשית 1951. נוסף לביטוח זקנה ושארים, אמהות ותאונות בעבודה, דובר בו גם בביטוח בריאות, על-פי הדפוסים הנזכרים בהמלצותיה של ועדת קנב (דהיינו, הגבלת הכיסוי של ביטוח הבריאות לאוכלוסיית העובדים השכירים). כך עלתה לראשונה על סדר-היום הלאומי של מדינת ישראל הצעה קונקרטיה לחקיקת חוק ביטוח בריאות.⁴

הדיונים על הצעה זו חגו סביב שלוש סוגיות מרכזיות: האם הזמן בשל להנהיג את תוכנית ביטוח הבריאות, מה יהיו מקומה ותפקידה של קופת חולים הכללית (של ההסתדרות) בהפעלת התוכנית, ומה תהיה עמדתם של הרופאים כלפי התוכנית המוצעת. לשתי הסוגיות הראשונות, עצם ההחלטה להנהיג תוכנית ביטוח בריאות וקביעת מקומה של קופת חולים בתוכה, נודעה, כמובן, חשיבות מכרעת. אולם מאמר זה נועד להתמקד בסוגיה השלישית לברדה, ולתאר את התפקיד שמילאו הרופאים בפרק הזה של הדרמה.

עוצמת הפרופסיות ומדיניות חברתית

בדומה לגילדות בימי הביניים, כך אנשי הפרופסיות בימינו מרכזים בידם עוצמה רבה. מקורה בשליטה שלהם על ידע הקשור לתחום עיסוקם, על מונופול בהפעלת הידע הזה, ועל שליטתם בצמתים כלכליים-חברתיים חשובים.⁵ עוצמה זו מקנה להם יכולת להשפיע על התוויית המדיניות החברתית בנושאים הנוגעים לאינטרסים הישירים או העקיפים שלהם. שיעור העוצמה שונה, כמובן, ממקצוע למקצוע. יכולת ההשפעה של אנשי המקצוע משתנה משירות רווחה אחד למשנהו ותלויה גם בנסיבות משתנות של זמן ומקום. אולם אין ספק שאנשי מקצוע יכולים להטביע את חותמם בנושאים שונים של מדיניות חברתית העולים לדיון.⁶

3. דין-יחשבון הוועדה הבין-משרדית לתכנון הביטוח הסוציאלי, תכנית לביטוח סוציאלי בישראל, משרד העבודה והביטוח העממי, תל-אביב 1950.
4. ההצעות על תחיקת הביטוח הסוציאלי, 16 במרס 1951, המוסד לביטוח לאומי, המרכז לתיעוד ע"ש ד"ר ג' לוטן [להלן: המרכז לתיעוד], תיק 7585, כרך 1.
5. יעל ישי, כוחה של מומחיות: ההסתדרות הרפואית בישראל, ירושלים 1990, עמ' 6; הנ"ל, 'עוצמת רופאים במדינת הרווחה - מסגרת ניתוחית וחקר מקרה ישראלי', בטחון סוציאלי, 41 (1994), עמ' 20-47.
6. P. Wilding, *Professional Power and Social Welfare*, London 1982.

הדוגמה המובהקת של עוצמה הנתונה בידי אנשי מקצוע היא זו של הרופאים. מקצוע הרפואה הצליח להשיג שליטה מלאה על דרכי עבודתו, יותר ממקצועות אחרים, והמאפיין האסטרטגי העיקרי של שליטה זו מתבטא באוטונומיה המקצועית של הרופאים. באמצעותה הם מצליחים לארגן את הקבטים הכלכליים של עבודתם, לשלוט בהם במידה רבה ולשמור בקנאות על מעמדם. מכיוון שיש קשר הדוק בין ארגון חברתי של שירותי הרפואה, בכל צורה שהיא, ובין הצד הכלכלי של העניין, מעמדם של הרופאים ושליטתם בקבטים הכלכליים של דרכי עבודתם מעניקים להם עוצמה פוליטית רבה ויכולת השפעה על צורת הארגון החברתי של שירותי הרפואה בכל מקום.⁷

בדיונים ובמאבקים שהתנהלו במדינות השונות על צורת הארגון החברתי של שירותי הרפואה, היו אלה הרופאים שקבעו, על-פירוב, את הפרמטרים של הדיון ואת הגבולות של העשייה האפשרית.⁸ לאורך כל ההיסטוריה של שירותי הבריאות בבריטניה, קובע חוקר שירותים אלה, נאלצו הפרלמנט, שרי הממשלה, והפקידות הממשלתית הככירה להתפשר עם העוצמה הפוליטית של מקצוע הרפואה.⁹ ההתפתחות של שירותי הרפואה בבריטניה במאה העשרים, החל מראשית המאה ועד ימינו, מראה בבירור כי המדיניות שהתגבשה כלפי שירותי הרפואה והרפורמות שהונהגו הביאו כולן בחשבון את דרישות הרופאים ודאגו למימוש האינטרסים שלהם.¹⁰

הדוגמה הידועה האחרת היא זו של הרופאים בארצות-הברית, שהצליחו, באמצעות כוחם המאורגן, לבסס את הדומיננטיות של המקצוע בכל הנוגע לדרך הפעולה וההספקה של שירותי הרפואה לאוכלוסייה. הם לא הסתפקו בשמירה על כוח השוק שלהם בהספקת שירותי הרפואה, אלא גם פעלו בהצלחה נגד כל ניסיון לשנות את הארגון החברתי הקיים, שיכול היה לפגוע, אפילו במעט, באינטרסים הכלכליים שלהם. הם אף הצליחו להכשיל את כל הנסיונות של הממשל להנהיג רפורמות במבנה של שירותי הרפואה האמריקניים ולהבטיח נגישות שוויונית יותר לשירותים אלה.¹¹ כל אימת שהוחלט על רפורמות – למשל, על הנהגת תוכניות מסוג Medicare ו-Medicaid – דפוסי ההפעלה נקבעו בהשפעת הכוח המאורגן של הרופאים, לפי הדגם הפרטי של אספקת שירותי רפואה, שנועד להבטיח את האינטרסים של המקצוע.¹²

7. E.M. Freidson, *Profession of Medicine*, New York 1970
8. יעל ישי, רופאים ומדינה: תאגוד בתי-החולים בישראל, ירושלים 1994.
9. R. Klein, 'Complaints Against Doctors', צוטט בחיבורו של Wilding (לעיל הערה 6), עמ' 19-20.
10. P. Wilding, *Professional Power and Social Welfare*, pp. 20-21
11. P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, New York 1982
12. H. Slessarev, 'Racial Tensions and Institutional Support: Programs During A Period of Retrenchment', in: M. Weir, A.S. Orloff & T. Scocpol (eds.), *The Politics of Social Policy in the United States*, Princeton 1988, p. 337

ההשפעה של הרופאים על עיצוב פניהם של שירותי הרפואה היתה גדולה לא פחות בשוודיה, חרף העובדה שבארץ זו שורר, בדרך כלל, קונסנווס רחב יותר כלפי מדינת הרוחה וההתערבות הציבורית בענייני בריאות. הנסיונות להנהגת רפורמות במבנה של שירותי הרפואה בשוודיה היו רצופים, במשך שנים רבות, סכסוכים ועימותים עם מקצוע הרפואה המאורגן, שהתנגד לכל התוכניות לשינוי. ההחלטות הפוליטיות להרחיב את מערכת שירותי הרפואה בארץ זו ולעשותה נגישה יותר לכלל האוכלוסייה הביאו, בסופו של דבר, להחלשת־מה של עוצמת הרופאים. הנסיבות שהשתנו בשנות השישים והשבעים גרמו להתקרבות מסוימת של הרופאים לעמדות הממשלה ולהפחתת ההתנגדות למדיניותה לגבי שירותי הרפואה. על כל פנים, ראוי לזכור כי ההחלטה של ארגון הרופאים לשתף־פעולה עם הממשלה קשורה למבנה המשטר בשוודיה, שאיננו מאפשר הטלת וטו מצד קבוצות אינטרסנטיות על החלטות עקרוניות המתקבלות בזירה הפוליטית.¹³ בשנים האחרונות, עם השתנות האקלים החברתי בשוודיה, שוב יש סימנים חדשים להתחדדות היחסים עם הרופאים. התפתחות דפוסי הארגון ודרכי ההפעלה של שירותי הרפואה בישראל הושפעו אף הם, במידה רבה, מעמדת הרופאים. ההסתדרות הרפואית בישראל מאגדת בתוכה את כל הרופאים בארץ במסגרת של ארגון מקצועי אחד והתארגנות כזאת מקנה למקצוע עוצמה רבה מול הגורמים הפוליטיים והמוסדיים הפועלים בתחום שירותי הבריאות. אין פלא אפוא שהיא מילאה לאורך השנים תפקיד חשוב, ולפעמים אף מכריע, במאבקים הרבים על הכנסת שינויים ורפורמות במערכת שירותי הרפואה בארץ. יעל ישי, חוקרת של שירותי הרפואה בארץ, מצביעה על הכוח המסכל של ההסתדרות הרפואית, דהיינו הפעילות הנחושה שלה בין חבריה, במישור הפוליטי ובגיוס דעת הקהל, כדי למנוע קבלת הצעות מדיניות מסוימות שלא היו לרוחה.¹⁴ בהמשך הדברים נתאר ונתנה פעולה מסכלת כזאת בראשית שנות החמישים.

ככל שאפשר לסכם את העוצמה הפרופסיונלית של הרופאים, הביטוי המובהק שלה נמצא ביכולת הייחודית שלהם למנוע שינוי במדיניות החברתית בנושאי הבריאות ברמה לאומית ומקומית.¹⁵ עמדה זו היא נהלתם של חוקרים רבים. הם מציינים את מקצוע הרפואה כבעל אינטרס מבני דומיננטי, שהראה באופן עקבי את יכולתו להכשיל כל גיסיון לפקת על פעולתו.¹⁶ חוקר אחר מדגיש את הפן השלילי של עוצמת הרופאים, שעיקר השפעתו בכלימת שינוי ולא בייוונו של שינוי. גם אם לרופאים יש

A.J. Heidenheimer & N. Elvander (eds.), *The Shaping of the Swedish Health System*, London 1980; E.M. Immergut, *Health Politics, Interests and Institutions in Western Europe*, New York 1992

יעל ישי (לעיל הערה 5).

M.A. Elston, 'The Politics of Professional Power: Medicine in a Changing Health Service', in: J. Gabe, M. Calnan & M. Bury (eds.), *The Sociology of the Health Services*, London 1991

R. Alford, *Health Care Politics*, Chicago 1975

הכוח להכתיב למדינה שינויי מדיניות חיוביים, הוא מזכיר, הרי היכולת שלהם לגבש הצעות כאלה מוגבלת מאוד, בגלל היריבויות הפנימיות בתוך המקצוע עצמו.¹⁷

הרופאים בישראל וגיבוש המדיניות בנושא ביטוח בריאות 1948–1951

המאבק הראשוני על הנהגת ביטוח בריאות במסגרת מערכת הביטוח הסוציאלי בישראל התנהל בשנים 1948–1951 בשלושה מוקדים: בוועדה הבין-משרדית לתכנון הביטוח הסוציאלי (ועדת קנב); במשרד העבודה, שעסק בהכנת החקיקה הראשונה להנהגת תוכניות הביטוח הסוציאלי, לאחר פרסום הדוח של ועדת קנב; ובזירה הפוליטית, שבה התקבלו ההכרעות בדבר אימוץ או דחייה של הצעות החקיקה.

הרופאים בארץ וארגונם היציג, ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), הפגינו מלכתחילה מודעות גבוהה לסוגיות שעמדו על הפרק בכל אחד מן המוקדים הללו. עמדת הרופאים היתה מגובשת, פחות או יותר, לגבי הנהגתה של תוכנית ביטוח הבריאות. הם לא התנגדו לעצם הרעיון של ביטוח בריאות כולל, אולם התנאים שהעמידו לכך כללו את היסודות הבאים: הפעלת ביטוח הבריאות באמצעות המדינה בלבד, שיתוף הר"י בהנהלת התוכנית הביטוחית, הבטחת תעסוקה לכל הרופאים במסגרת הביטוח, הנהגת יום עבודה של שש שעות בלבד, תשלום משכורת הוגנת לרופאים, בחירה חופשית של מטופל ברופא, שמירת הזכות לעבודה פרטית של רופאים, ו'צנז' כלכלי', דהיינו הגבלת הכיסוי של ביטוח הבריאות לאוכלוסייה בעלת הכנסות נמוכות ובינוניות בלבד.¹⁸ בכל היסודות האלה באה לביטוי המגמה הברורה לשמור על האינטרסים הכלכליים המובהקים של הרופאים ולהבטיחם.

לא כל הרופאים היו תמימי דעים עם העמדות האמורות של ארגונם הפרופסיונלי. ד"ר ו' אבלס התנגד, למשל, לבחירה חופשית של רופא ול'צנז' הכלכלי, שהר"י העמידה בראש דרישותיה מכל תוכנית של ביטוח רפואי. הוא טען, כי 'דרישות כאלה היו אולי מוצדקות כלפי חברות ביטוח פרטיות, [אבל] הן אינן עומדות בפני ביקורת כשמדובר הוא בביטוח חובה כללי. בשום תכנית של ביטוח בריאות כולל בעולם, אין למצוא את שתי הנקודות האלה, היות וביטוח כללי שולל a priori את ההגבלה של צנז' כלכלי ואת הנזקים היכולים לנבוע מהבחירה החפשית'. הוא הוסיף והדגיש ש'מושגים אלה מושרשים עמוק בפסיכולוגיה של הסתדרותנו, אבל בתקופה זו של שינוי ערכים מעמיק, יש לשנות גם את היסודות הפרופסיונליים שלנו ולהעביר את המלחמה לפסים ריאליים יותר'.¹⁹

דעה דומה הביע גם רופא אחר, שטען כי 'יש קודם כל להסתלק מהמלחמה ברפואה

17. R. Klein, *The Politics of the National Health Service*, London 1983

18. ו' אבלס, 'בעד ביטוח חובה כללי', מכתב לחבר, 196 (15 באוקטובר 1948), עמ' 1720; פ.א. 'האמנם לקראת חורבן מעמד הרופאים', מכתב לחבר, 197 (1 בנובמבר 1948), עמ' 1725–1726.

19. ו' אבלס, שם.

הציבורית, וביחוד במוסדות ביטוח מחלה'. לדעתו, 'המלחמה הזאת פסולה מבחינה מוסרית, כי יש זכות לכל אדם להבטיח את בריאותו, כמו שיש לו הזכות להבטיח את חייו. רשאים אנו לדרוש שכר עבודה הוגן ... אבל אין לנו זכות מוסרית לדרוש, שהאמיד לא יתקבל לביטוח מחלה'.²⁰ כך או כך, דעות אלו נשארו נחלת מיעוט ולא זכו לתמיכה של ממשד ההסתדרות הרפואית.

ההסתדרות הרפואית עשתה ככל יכולתה להשמיע את קולה ולהציג את עמדותיה בדיונים האמורים. ראשיה גם ניסו להשפיע, בדרכים ישירות ועקיפות, על ההכרעות שיתקבלו בגופים הרלוונטיים, כדי שיביאו בחשבון את עמדת הרופאים ויהלמו את האינטרסים המקצועיים והכלכליים שלהם. פעילות השדולה של הרופאים החלה במאבק לזכות בייצוג מלא בוועדת קנב. המשכה היה במתן עדויות ובהצגת עמדות ותביעות בפני ועדה זו. לאחר מכן באו מאבק על דעת הקהל ופעולת הסברה בקרב הרופאים ובציבור הכללי לגבי המלצות שהתקבלו בוועדת קנב. בסופו של התהליך התרכזה שדולת הרופאים בגיוס תמיכה של מפלגות פוליטיות, כדי שאלה יקדמו את האינטרסים של הרופאים בהחלטות מדיניות שעמדו להתקבל בממשלה. להלן ננסה לתאר ולבחון את הפעולות האלה.

המאבק על ייצוג בוועדת קנב

ההסתדרות הרפואית לא היתה מיוצגת באופן פורמלי בוועדת קנב, ובכל זאת היתה בוועדה נציגות נכבדה של רופאים – שניים מבין תשעת חברי הוועדה וסגניהם, ד"ר י' מאיר, המנהל הכללי של משרד הבריאות, וסגנו ד"ר ת' גרושקה, שמילא את מקומו בעבודה השוטפת של הוועדה. כן השתתפו בעבודת הוועדה, מטעם משרד הבריאות, ד"ר א' קצנלסון וד"ר פ' נואק. אולם ראשי ההסתדרות הרפואית לא אמרו די בכך ותבעו בתוקף שנציגיהם יצורפו לוועדה כחברים מלאים. בעיה זו נידונה גם בוועידה הארצית של ההסתדרות הרפואית, שנערכה ביוני 1949. יו"ר הוועד המרכזי של הר"י כתב על כך לקנב, וציין כי 'בזמן הוועידה באה לביטוי התמרמרות צודקת על אי שיתופנו בוועדה שבראשותך והוחלט לפנות לממשלה בתביעה לשתף את הר"י בתכנון ביטוח המחלה ... ביגתים הנני מבקשך להרשות לבאי כוחנו להיות נוכחים בדיוני הוועדה'. בוועידה עצמה הוחלט לפנות 'אל הממשלה בתביעה לשתף את הר"י בתכנון הביטוח ממחלה'.²¹

ביולי 1949 פנתה ההסתדרות הרפואית לראש הממשלה, ד' בן-גוריון, וביקשה את התערבותו. במכתב אליו נאמר: 'ציבור הרופאים מעונין מאד בתכנון ביטוח המחלה על כל פרטיו, הואיל והוא אחד ממבצעי המפעל ויתכן שגם הוא עלול להיפגע על ידו

20. א' מרשוב, 'לעתידיה של הרפואה במדינה', מכתב לחבר, 199 (1 בדצמבר 1948), עמ' 1742.

21. מכתב ד"ר מ' שרמן ל' קנב מיום 8 ביולי 1949, המרכז לתיעוד, תיקי הוועדה הבין-משרדית (ועדת קנב), 501/783.

במקרה ולא יתוכנן כראוי. ברור לכן, שציבור הרופאים מעוניין מאד בהצלחת המפעל ומשום כך ברצוננו להשתתף בתכנונו.²² לשכת ראש-הממשלה ביקשה לדעת את עמדתה של שרת העבודה גולדה מאיר ביחס לתביעתה של ההסתדרות הרפואית, והיא השיבה שיש להסתפק בכך שהוועדה הבין-משרדית תשמע את העדות של באי-כוח ההסתדרות הרפואית. היא אף הוסיפה, בנימה רוגזת, כי 'ישנם עדיין ארגונים אשר כנראה אינם יכולים להשתחרר מהנוהג של סדרי ממשלת המנדט, ולפרקים ישכחו שהקימונו מדינה עצמאית פרלמנטרית ונבחרו העם, ולא הארגונים השונים, הם אלה אשר קובעים את החוקים'.²³ לאחר מכן נדחתה התביעה של הר"י.

הרופאים הפסידו בקרב על שיתופם בוועדת קנב משום שהנהגה הפוליטית היתה איתנה בדעתה שלא לקבל את תביעתם, ונחישות זו נבעה, כנראה, מהחשש של הצמרת שהיענות לתביעת הרופאים תחייב היענות לתביעות מצד שורה של ארגונים נוספים, שהתדפקו על דלתות הוועדה. אולם הרופאים הפסידו רק בקרב ראשוני אחד. עיקר המלחמה עוד עמדה לפנייהם.

העמדות של הרופאים שהוצגו בוועדת קנב

נציגי ההסתדרות הרפואית הופיעו פעמיים בפני ועדת קנב. בעת הופעתם הראשונה, במאי 1949, עדיין לא גובשה עמדתה הרשמית של ההסתדרות הרפואית והעדות ביטאו אפוא את הרעות הבלתי-רשמיות של נציגי הרופאים. על כל פנים, ד"ר ביקלס, מראשי הר"י, הצהיר כבר אז, כי 'ההסתדרות הרפואית תומכת ותקבל בחיוב ביטוח רפואי וביטוח כללי'. אבל הוא הצמיד לכך את התנאים הבאים: הממשלה תעסיק את כל הרופאים שירצו לעבוד בתוכנית ביטוח הבריאות; ביטוח הבריאות יהיה 'ביטוח ממשלתי מטעם המדינה' (על כך אין חילוקי דעות בין הרופאים – הדגישו); יום העבודה של רופא יוגבל לשש שעות. ד"ר ביקלס הזכיר גם את הצורך לאפשר למבוטח לבחור בין שיטת המרפאות הנהוגה בארץ לבין האפשרות לקבל חולים בבית הרופא. אולם הוא לא יחס לכך חשיבות עקרונית ולא הציג את העניין כתנאי להסכמת הרופאים לקבלת התוכנית.²⁴

ד"ר ביקלס שטח בפני הוועדה את עיקר הדאגות שהעסיקו את ההסתדרות הרפואית והביאו אותה לאימוץ עמדותיה הנזכרות לעיל. 'אנו רואים את שיטות הביטוח הקיימות [של קופות החולים]', אמר, 'ואת צורת העבודה של מוסדות הביטוח בארץ, ושיטות אלה אינן לדעתנו לטובת הרופאים, כי הן גורמות לחוסר עבודה אצל הרופאים. לרעתנו, קופת חולים [הכללית] גורמת לחוסר עבודה של 50% מהרופאים.

22. מכתב ד"ר מ' שרמן לראש-הממשלה מר דוד בן-גוריון מיום 8 ביולי 1949, ג"מ 3596, 5541/2.

23. מכתב ג' מאיר לד' בן-גוריון מיום 16 באוגוסט 1949, ש.מ.

24. זכרון-דברים משיבת הוועדה הבין-משרדית (ועדת קנב) מיום 19 במאי 1949, המרכז לתיעוד, תיקי הוועדה הבין-משרדית (ועדת קנב), 501-2/783.

בשנת 1947 ביטחה קופ"ה 43% של התושבים והיתה מעסיקה 18% של הרופאים בארץ. אילו היתה קופת חולים מבטחת 100% של תושבי הארץ, היתה מעסיקה, לכל היותר, 40% של הרופאים והיתה גורמת לחוסר עבודה מבהיל של הרופאים. אגב, אין עוד מקום בעולם, פרט לארץ-ישראל, בו עובדים רופאים 8 שעות ליום למרות שקיים חוסר עבודה בין רופאים. הוא הוסיף כי 'רופא לא יעבוד 8 שעות במוסד הביטוח הרפואי הממשלתי. המקסימום האפשרי הוא 6 שעות בלבד'.²⁵

כדי להבין את עמדת הרופאים שהוצגה לפני ועדת קנב, יש לזכור, כי במשך שנים רבות היה ביישוב היהודי בארץ-ישראל עודף ניכר של רופאים. בנסיבות ששררו באותן שנים נבצר מרופאים רבים להיקלט בעבודה במקצועם והם נאלצו לעבוד בעיסוקים אחרים. מצב זה עדיין לא השתנה בשנת 1949. הדאגה הלגיטימית של הרופאים, ושל ארגונם המקצועי, היתה נתונה אפוא להבטחת תעסוקה לרופאים במספר גדול ככל האפשר. הנושאים האחרים, כמו בעיית השכר, בחירה חופשית של רופאים, פרקטיקה פרטית במרפאתו או בביתו של הרופא, מילאן, מטבע הדברים, תפקיד משני בלבד בדרישות שהציגו הרופאים.

התביעה שהביטוח הרפואי יהיה 'ביטוח ממשלתי מטעם המדינה' היתה קשורה ביחסים בין הרופאים ובין קופת חולים הכללית - ארגון חוק של צרכני שירותים רפואיים, שהעסיק חלק ניכר של הרופאים בארץ. מטבע בריאותו, כל ארגון כדוגמת קופת חולים מתחרה בפרקטיקה הפרטית של הרופאים, פוגע בכך בכוח השוק שלהם ומהווה, לדידם, איום. קל וחומר בנסיבות הימים ההם, שאפשרו לקופת חולים להכתיב את תנאי העבודה של הרופאים שהעסיקה ולהגביל גם את האוטונומיה המקצועית שלהם. לא ייפלא אפוא, שהרופאים שאפו להשתחרר מן התלות בארגון הצרכנים קופת חולים ולהפקיד את ההפעלה של שירותי הרפואה בידי הממשלה. בדרך זו, כך הניחו הרופאים, תעבור השליטה מידי הצרכנים לידי ספקי השירות, כלומר לידיהם.

ביולי 1949 קיבלה ועידת ההסתדרות הרפואית החלטות רשמיות בזכות ביטוח בריאות חובה לכלל האוכלוסייה בתבנית שהוצגה לעיל ובכפוף לתנאים הבאים: הבעלות על ביטוח הבריאות תהיה בידי הממשלה; כל רופא שירצה לעבוד במוסד לביטוח יתקבל לעבודה; תישמר זכות העבודה הפרטית לרופאים שיעבדו במשרה חלקית, או לאלה שלא יעבדו בכלל במוסד לביטוח. ד"ר שרמן הציג תנאים אלה בעדותו בפני ועדת קנב, באוקטובר 1949, והוסיף: 'אם דואגים לביטוח כללי ממחלה, יש גם לדאוג לתעסוקה כללית לרופאים, ובמידת שיעור הביטוח ממחלה, צריכה גם להיות מידת שיעור התעסוקה לרופאים'.²⁶

הרופאים התייחסו בעדויותיהם גם לשיטות ההגשה של העזרה הרפואית. ד"ר ביקלס טען כי 'אין לפסול את הבחירה החופשית של החולה לבקר בביתו של הרופא במקרה שירצה בכך', אבל דרישה זאת הוצגה בדרגת חשיבות משנית בלבד. ראוי

25. ש.ש.

26. זכרון-דברים מישיבת ועדת קנב מיום 27 באוקטובר 1949, ש.ש.

לציין כי קנב, יו"ר הוועדה, התנגד לכך בתקיפות והמליץ על אימוץ השיטה הנהוגה בקופת חולים הכללית - מרפאות המעסיקות צוות קבוע של רופאים-בשכר. קנב, חסיד מושבע של קופת חולים כמוסד וכמושג, היה משוכנע כי בחירה הופשית של רופאים תהיה יקרה מאוד ובלתי-יעילה, ולא תתרום לבריאות האוכלוסייה.²⁷

ההמלצות של ועדת קנב

ההמלצות של ועדת קנב לא התייחסו באופן ישיר לעמדות הרופאים ולדרישותיהם הספציפיות, כפי שהוצגו בפניה. קשה גם למצוא בהן היענות ישירה לתביעות השונות של הרופאים. עם זאת, עיון בפרטי הדו"ח מלמד שהוועדה עשתה מאמץ לתת את הדעת על משאלות הרופאים, אם כי לא במידה שנראתה להם. הוועדה המליצה להנהיג בשלב הראשון תוכנית ביטוח בריאות שתוגבל לעובדים השכירים לבדם. בדוח נקבע במפורש כי 'האוכלוסייה המשתייכת למעמד הבינוני ולמעמד האמידים תוסיף לקבל עזרה רפואית על ידי רופאים פרטיים',²⁸ והדבר עלה, למעשה, בקנה אחד עם שאיפות הרופאים. קשה לדעת אם המניעים העיקריים של הוועדה היו קשורים לשמירת האינטרסים של הרופאים. יתכן מאוד שהכוונה היתה דווקא לשמור בשלב הראשוני על האופי המעמדי של ביטוח הבריאות המתוכנן.

הוועדה גם הדגישה בדוח שלה, כי 'יש לקבוע תנאי עבודה הוגנים בשביל הפרסונל הרפואי והם צריכים להיות אחידים בכל מוסדות הרפואה הציבורית'.²⁹ גם בכך היה משום היענות מסוימת לתביעות הרופאים. עם זאת לא הופיעה בדוח שום התייחסות לתביעות הרופאים ליום עבודה של שש שעות בלבד, ומכאן מתבקש שתביעה זו לא התקבלה בכלל על דעת הוועדה. ראוי להזכיר כי הרופאים ניסו לטעון שדרישתם ליום עבודה מקוצר איננה נובעת מחשש לתוסר עבודה, אלא מטעמים אחרים - 'שמירה על כושר עבודתו של הרופא ורמתו המקצועית וכן הדאגה לבריאות הציבור הן הסיבות המחייבות יום עבודה של 6 שעות'.³⁰

במבט לאחור נראה שתחזית הוועדה לגבי מצב התעסוקה של הרופאים בעתיד היתה מציאותית בהרבה מתחזית האבטלה הגדולה שהציגו הרופאים. הוועדה קבעה שאין עודף רופאים בארץ. יש בעיות בקליטת רופאים עולים, נאמר בדוח, אבל מה שמסתמן הוא דווקא מחסור ברופאים. ביתר פירוט, 'המחסור ברופאים יגבר עוד יותר עם פיתוח העבודה הרפואית והבריאותית בארץ'.³¹ נושא זה המשיך להיות שנוי במחלוקת עם הרופאים גם זמן רב לאחר שהוועדה סיימה את עבודתה.³² הרופאים

27. שם.

28. תכנית לביטוח סוציאלי בישראל (לעיל הערה 3), עמ' 137.

29. שם, עמ' 142.

30. הוועד המרכזי של ההסתדרות הרפואית בישראל, 'האם יש חוסר רופאים בארץ?', דבר, 12 ביוני 1950.

31. תכנית לביטוח סוציאלי בישראל (לעיל הערה 3), עמ' 142.

32. 'במירוץ הסלף', מכתב לחבר, 244 (1 בנובמבר 1950), עמ' 3055-3056.

הוסיפו ורבקו בעמדתם שיש צורך להבטיח תעסוקה לכל הרופאים בכל הסדר שיתקבל.

הוועדה לא קיבלה באופן חד-משמעי את עמדת הרופאים שביטוח הבריאות יהיה 'ביטוח ממשלתי מטעם המדינה', דהיינו שהממשלה תנהל אותו במישרין. בעצם, קנב ועמיתיו ניסו שלא לקבוע מי צריך להיות הבעלים של שירותי הרפואה ומי צריך לשאת באחריות לניהולם. הם פסקו בדות כי הניהול של כל מערכת הביטוח הסוציאלי יהיה נתון בידי מוסד מאוחד אחד והציעו כמה צורות שונות לארגון המוסד הזה ולבעלות עליו – בכלל זה, בעלות המדינה או בעלות המדינה בשיתוף עם המבוטחים וארגוניהם.³³ חשוב לציין שהוועדה לא התכוונה להפקיד את הבעלות והניהול של שירותי ביטוח הבריאות בידי אותו מוסד עצמו. בהמלצותיה נאמר שכל קופות החולים הקיימות, כולל זו ההסתדרותית, יצורפו למוסד אחד, שיופעל על בסיס של קופת חולים הכללית, ויספק עזרה רפואית לאוכלוסיית העובדים המבוטחת.

הוועדה אף הוסיפה שאם יצטרכו לקבוע תקופת מעבר למיזוג קופות החולים לקופת חולים אחידה, יש לקבוע תנאים להכרת קופות החולים השונות כבעלות כושר ביצוע למילוי חובת ביטוח מחלה. קופות חולים שתוכרנה על ידי שר העבודה והביטוח העממי, בהתייעצות עם משרד הבריאות, כבעלות כושר ביצוע למילוי חובת ביטוח מחלה, צריכות להיות בעלות התנאים המוקדמים הבאים: מינימום של 10,000 מבוטחים; כושר פעולה והחזקת סניפים בחלקי הארץ השונים; הנהלה עצמית של המבוטחים; איסור רווחים; פיקוח וביקורת של האגף לביטוח עממי ומשרד הבריאות.³⁴

פירושה של המלצה זו היה, למעשה, השארת השיטה הקיימת של קופות חולים ואף חיזוקן תחת חסות רשמית – ולא היה בכך כדי להפתיע במיוחד. קנב, יו"ר הוועדה והכות הפעיל בתוכה, היה ממייסדי קופת חולים ואחד מתומכיה הנלהבים ביותר. הוא היה גם נחוש בדעתו להעביר את ההחלטות שתאמו את השקפתו ואת ציפיותיו. לעומת זאת היה ברור שהרופאים יתנגדו להמלצה האמורה. ואכן, המלצה זו הפכה לגורם שדרבן את הרופאים לגייס מחדש את כוחם, כדי להיאבק נגד התוכנית של הוועדה.

המאבק על דעת הקהל

בשלב זה העבירה ההסתדרות הרפואית את מאבקה לפסים של גיוס דעת הקהל. עיקר המאבק, שבחלקו לבש אופי פוליטי, התנהל נגד מעמדה של קופת חולים הכללית. העיתונות של מפלגות הימין נקטה עמדה מסורתית ותקפה בחריפות את קנב באופן אישי, ואת ההמלצות להמשיך בהגשת עזרה רפואית באמצעות קופות החולים. 'לפני נישול אלפי רופאים ומאות רוקחים, הגילוי שזעזע רבים בישראל ...', זעקה

33. תכנית לביטוח סוציאלי בישראל (לעיל הערה 3), עמ' 34-35.

34. שם, עמ' 38-39.

הכותרת במאמר שהתפרסם בעיתון הערב ידיעות אחרונות, שבוע לאחר הגשת הדוח. במאמר זה הודגש, בין היתר, שאלפיים רופאים, מגיל חמישים ומעלה יצטרכו לחפש פרנסות חדשות, שלוש מאות בתי־מרקחת פרטיים יצטרכו להיסגר, יתהווה תוהו ובוהו ובורסת הפרוטקציה תפרח.³⁵ במאמר בעיתון הציונים־הכלליים, הבקר, צוין כי החוק המוצע דן למעלה מאלף רופאים לאבטלה. עוד הודגש ש'שוכחים כי במסגרת תכנית בוורידג' [בבריטניה] ניתנת תעסוקה לכל רופא הרוצה בכך'.³⁶ עיתון זה גם דיווח בפירוט על העמדות של ד"ר ביקלס, סגן יו"ר ההסתדרות הרפואית, כפי שהוצגו בפני ועדת קנב. החידוש בדבריו היה שיש 'להרשות לרופאים להתארגן בקואופרטיבים שיכללו במסגרת המוסד הממשלתי המטפל בביצוע הביטוח הרפואי'.³⁷

הבקר הוסיף ופרסם סדרת מאמרים שנתנו פומבי לעמדת הרופאים ולגישותו האוהדת של העיתון כלפי עמדות אלה. הרופאים עצמם חזרו במאמרים אלה על דרישותיהם לאפשר בחירה חופשית של רופא, מניעת אבטלה בקרב הרופאים, שכר הוגן, והנהגת 'צנו כלכלי'. ד"ר ה' זכר, יו"ר מועצת סניף ההסתדרות הרפואית בתל־אביב, טען ש'לא כל אדם בציבור רשאי להנות מטיפול רפואי זול. על השכבות האמידות בציבור, שלמעשה אינם זקוקים לביטוח מסוג זה, אין לכפות ביטוח רפואי חובה. החוק צריך לחול על שכבות סוציאליות מסוימות בלבד ומקבלי משכורת ושכר עד סכום מסוים, או אנשי המעמד הבינוני ... עם הכנסה עד סכום מסוים, כמובן'.³⁸ עמדתם של הרופאים הפרטיים היתה קיצונית עוד יותר. ד"ר י' פלשקס, יו"ר ארגון הרופאים הפרטיים, טען כי 'יש להסתייג למפרע ולציין שאין אנו יכולים להרשות לעצמנו לקבל את השיטה הנהוגה בבריטניה, מכיוון שאין באפשרותנו להוציא סכומים כה עצומים לכל מיני אקספרימנטים בשטח של ביטוח רפואי של חובה'. הוא הוסיף שאת 'בעית ביטוח רפואי של חובה יש לפתור על ידי כך שיצרפו לגוף המבצע של החוק את הרופאים בפרקטיקה הפרטית'.³⁹

במערכה זו על דעת הקהל הציגו הרופאים את עמדותיהם ואת נחישות דעתם לשמור על האינטרסים הכלכליים שלהם. במשך כל אותה תקופה הם גם ניהלו מאבק מקצועי נמרץ על עמדותיהם בכלל, על זכותם לפרקטיקה פרטית (גם בהיותם מועסקים במשרה מלאה) ועל מעמדה הייחודי של ההסתדרות הרפואית כאגוד מקצועי נפרד מן ההסתדרות. המאבק הזה אומנם התקבל באהדה מסוימת בתק מן הציבור, אבל נתקל גם בתגובה עוינת, לפחות באותו חלק של הציבור שתמך בתוכניות להנהיג ביטוח רפואי מהייב.⁴⁰ תגובת האגף הזה נשמעה מפיו של פ' לבון

35. ז' אלחנן, 'לפני נישול אלפי רופאים ומאות רוקחים', ידיעות אחרונות, 12 בפברואר 1950.

36. ג' הל, 'חוק הביטוח הרפואי צעד ראשון להלאמת הרפואה', הבקר, 7 במרס 1950.

37. ג' הל, 'ביטוח רפואי ממשלתי – לא על־ידי קופת חולים', הבקר, 8 במרס 1950.

38. ג' הל, 'ביטוח לכל או צנו כלכלי', הבקר, 9 במרס 1950.

39. ג' הל, 'מה מציעים הרופאים הפרטיים?', הבקר, 13 במרס 1950.

40. 'תביעת רופאי המדינה חותרת תחת הביטוח הממלכתי', דבר, 14 ביוני 1950.

(או עדיין לוביאניקר), אחד המנהיגים הבולטים של מפא"י. בכינוס של רופאים, שנערך מטעם מפלגתו, אמר לבון: 'אינני מוכן למסור לרופאים החיים על עבודה פרטית את גורלה של הרפואה הציבורית בישראל. בענין זה יכריעו שלושה גורמים: הציבור המאורגן, המדינה והרופאים העובדים בעבודה ציבורית. ולא ייתכן שההסתדרות הרפואית, שבה הרוב רופאים פרטיים, תקבע את גורל הרפואה הציבורית. אין היא מוכשרת לזאת'.⁴¹ המשך המאבק גלש אפוא, באופן בלתי-נמנע, לתוך הזירה הפוליטית.

במאבק הזה על דעת הקהל, ובעיקר על דעת הרופאים, השתלב גם האיגוד הארצי של הרופאים חברי ההסתדרות, שהוקם באותה עת בעידודה של ההסתדרות הכללית וכמשקל-נגד להסתדרות הרפואית, והציג אף הוא עמדה משלו בוויכוח הציבורי על תוכנית ביטוח הבריאות. בסימפוזיון על נושא הביטוח הסוציאלי, שנערך מטעם האיגוד במאי 1951, אמר ד"ר נח פלר, מראשי האיגוד, כדברים הבאים: 'לצערנו גם חלק גדול של הרופאים בארץ נוקט עמדה שלילית כלפי ביטוח חובה לפי המתכונת שהוצעה על ידי הח' קנב. חלק מהם, מסוגם של אנשי "הבוקר", רואה בתכנית הרס למעמד הרופאים, ואילו חלק שני, הקרוב לנו יותר, מסכים אמנם מבחינה עקרונית לתכנית הביטוח, אך מציג תנאים העלולים להכשילה. מבחינה זו אופיינית היא הדרישה למסור את הביטוח לידי הממשלה בלבד ועל ידי כך לחסל את קופות החולים, ביחוד את קופת החולים של ההסתדרות. כחברי ההסתדרות לא נרצה ולא נוכל למסור רק בידי הממשלה את הנכס היקר של ההסתדרות העובדים, את קופת חולים. על אף הליקויים בה, קופת חולים היא המתאימה ביותר לשמש כנושא עיקרי של ביטוח חובה'.⁴²

ד"ר פלר התייחס גם לסוגיה של תעסוקת הרופאים ואמר בעניין זה: 'כל המוסדות וגם ההסתדרות הרפואית יודעים היטב שעל אף המספר הרב של רופאים - ניכר מחסור ברופאים במוסדות הרפואיים הציבוריים'. לדעתו, לא היה 'מקום לחשש שביטוח חובה יביא בהכרח אבטלה בין הרופאים. נהפוך הוא. הדרך העיקרית היא הרפואה הציבורית'. הוא סיכם את דבריו במילים: 'אין, לפי דעתי, מקום להתנגדות כלשהי לתכנית של ביטוח סוציאלי כולל'.⁴³ גם רופאים אחרים שהשתתפו בדיון הביעו עמדות דומות.

המאבק בזירה הפוליטית

דוח ועדת קנב נידון בממשלה במאי 1950. הממשלה לא קיבלה אומנם שום החלטה מחייבת לגבי המלצות הוועדה, אבל בעקבות הדיון הוטל על משרד העבודה להכין הצעות לחקיקה, במגמה להנהיג בישראל מערכת ביטוח סוציאלי. התזכיר הראשון

41. 'לא הרופא הפרטי יקבע את גורל הרפואה הציבורית', דבר, 17 בספטמבר 1950.

42. נ' פלר, 'הרופא והביטוח הסוציאלי', ניב הרופא, ב-ג (אוגוסט 1951).

43. שם.

בקשר לחקיקה המוצעת הושלם, כאמור לעיל, בראשית 1951. בחודש מרס של אותה שנה אישרה הממשלה תזכיר אחר בעניין זה. בהצעות הסבר לתזכיר האחרון נאמר, בין השאר: 'תחיקת הביטוח הלאומי וביצועו לא רק יוסיף כבוד לממשלה ולכנסת, לא רק יקיים את התחייבותנו להמוני העם, אלא גם יוליכנו לבטחון הסוציאלי וחלוקה צודקת יותר של מעמסתו, ויהיה לברכה בקליטת העלייה'. בתזכיר הזה הוצע לכלול בביטוח הלאומי הראשון ביטוח מחלה, כלומר ביטוח בריאות, וכן ביטוח אמהות, ביטוח זקנה ושארים, ביטוח נכות וביטוח מפני תאונות בעבודה.⁴⁴

הממשלה נתנה פרסום רב להחלטה על כוונתה להנהיג 'ביטוח סוציאלי לכל אזרח מדינת ישראל', כולל ביטוח מחלה.⁴⁵ ולא בלי שיקולים פוליטיים. כשבוועיים לפני אישור התזכיר, ב-14 בפברואר 1951, הודיע ד' בן-גוריון על התפטרות הממשלה ולכל ברדעת היה ברור כי הבחירות לכנסת השנייה ממשמשות ובאות. הקמת ביטוח לאומי יכלה אפוא להוסיף לא רק 'כבוד לממשלה ולכנסת', אלא גם קולות בקלפי. הרים לִבְטָט זה של העניין לא איחרו להישמע.

לצורך קידומה של החקיקה, החליטה הממשלה 'לבחור בועדה מורכבת מב"כ משרדי האוצר, הבריאות, המשפטים, הסעד והעבודה, שיכינו נוסחה של חוק על ביטוח סוציאלי על יסוד החומר הרצוף פה ... ושבאיכות משרד העבודה ירכו את עבודת הועדה'.⁴⁶ בהמשך להחלטה זו מינתה שרת העבודה גולדה מאיר את צ' ברנזון, המנהל הכללי של משרדה, לבאיכות המשרד (וממילא למרכז הוועדה). אלא שהמינוי של הוועדה ושל המרכז שלה עורר מיד תגובה שלילית של שר המשפטים פנחס רוזן. במכתב למזכיר הממשלה טען רוזן כי לדעתו הוחלט בממשלה על ועדת שרים ולא על ועדה של באיכות המשרדים, ולכן לא יסכים 'לוועדת נציגי המשרדים'.⁴⁷ המכתב הועבר לשר האוצר וזה הודיע לרוזן כי הוועדה של 'באיכות' תוקם ותעשה את מלאכתה, אך סיכומיה יובאו בפני ועדת שרים.

ואכן, התנגדותו של שר המשפטים לא הועילה. הוועדה הוקמה ונתבקשה לפעול בקצב מהיר, ולנסח הצעת חוק שתונח על שולחן הכנסת עוד לפני הבחירות (שבינתיים נקבע זמנו ל-30 ביולי). יתר על כן, הוועדה אכן פעלה בקדחתנות והשלימה בשלהי מאי את ניסוח הצעת החוק לביטוח סוציאלי. אולם הוועדה לא הצליחה להגיע להסכמה בכמה נושאים חשובים, ובכללם ביטוח הבריאות. בין הגורמים לכך היתה ההשפעה שהפעילו הרופאים על כוחות אוהדים להם, ש'שיחקו' בזירה הפוליטית ובתוך הממשלה עצמה.

44. ההצעות על תחיקת הביטוח הסוציאלי (תמצית), תזכיר מיום 16 במרס 1951, המרכז לתיעוד, תיק 7585, כרך 1.

45. 'ממשלת ישראל אישרה את התכנית לביטוח סוציאלי', חקרי עבודה, ה' 1 (1951), עמ' 4; 'ביטוח סוציאלי לכל אזרח מדינת ישראל', דבר, 30 במרס 1951.

46. מכתב מאת מזכיר הממשלה אל שרי האוצר, הבריאות, הסעד והעבודה מיום 1 במרס 1951, המרכז לתיעוד, תיק 7585, כרך 1.

47. מכתב מאת שר המשפטים אל מזכיר הממשלה מיום 10 באפריל 1951, שם.

במקום הראשון ברשימת הכוחות האלה ניצבה, כמדומה, המפלגה הפרוגרסיבית, שהחזיקה במשרד המשפטים וראתה את עצמה, במידה רבה, כנציגת האינטרסים של המעמד הבינוני – ובמיוחד של הרופאים שבתוכו. במצע היסוד של מפלגה זו, שהוכן עוד בשלהי 1948, נאמר בפרק ה' הן במדיניות סוציאלית, כי 'יש לשמור על החופש המקצועי של מעמד הרופאים'.⁴⁸ בקווים למדיניות שהמפלגה התוותה ב־1950 נאמר כי היא שואפת 'לשינוי רדיקלי בארגון עניני הבריאות [ודורשת] עזרה רפואית לכל אורח...'.⁴⁹ נציג הפרוגרסיבים ה' פורדר אף ביקש בדיון שהתקיים במליאת הכנסת ביולי 1950, כי 'הממשלה תדאג לכך, שהיחסים בינה ובין הרופאים לא יחריפו'. הוא המשיך ואמר כי 'לפעמים אני רואה מצד הממשלה, או יותר נכון מצד הפקידות הגבוהה של הממשלה, ושל משרד הבריאות, נטיה לשלוט במעמד הרופאים, בעוד שרופאים בעלי רמה צריכים להיות באוירה של אי־תלות וחופש'.⁵⁰ לכך נוספו התבטאויות אחרות של אישים במפלגה הפרוגרסיבית, שהדגישו את תפקידה כנציגת 'המעמד המיוחד של אנשי השירות', וכבאת־כוחה של האינטליגנציה היהודית, ובמיוחד של הרופאים והרוקחים. כדבריו של אחד מראשי המפלגה: 'מגמת ההתרחבות וההתפשטות של המפלגה הפרוגרסיבית צריכה להיות בעיקר לחוגים אלה, [משום ש] כבר היום מורכבת מפלגתנו בעיקר מאנשי השירותים'.⁵¹ בוועידת המפלגה, ביוני 1951, חזר חבר הכנסת פורדר והדגיש כי 'אנו נלחמים בעד האינטרסים המוצדקים של המעמד הבינוני'.⁵² בהצעות למצע המפלגה לקראת הבחירות לכנסת השנייה נאמר כי 'המפלגה הפרוגרסיבית מחייבת ביטוח סוציאלי ממלכתי לכל אורח... צעד ראשון להגשמת תוכנית זו חייב להיות איחוד קופות החולים שברשות הארגונים הציבוריים השונים למוסד ממלכתי שיבטיח את בריאותו של כל אורח ביישוב'.⁵³ במצע המפלגה שהוכן ב־1951, לקראת הבחירות לכנסת השנייה, נאמר בהתייחס לתוכנית לביטוח הסוציאלי המונחת על שולחן הממשלה, כי התוכנית הזאת 'תבטיח אי־תלות לרופאים ומתן זכות בחירה של הרופאים על ידי החולים'.⁵⁴ בהנחיות שניתנו לנציגי המפלגה לדיונים על הקמת הקואליציה נאמר במפורש, כי 'בתוך הביטוח הסוציאלי יובטח מעמדם של הרופאים הפרטיים, שלא ייפגעו'.⁵⁵

48. מצע המפלגה הפרוגרסיבית, נתקבל בישיבת הוועד הפועל ב־10 בנובמבר 1948, ארכיון משואה 6/50.
49. ג' קמינקא, קיים לפוליטיקה מוניציפלית מתקדמת, עמ' 13, ארכיון משואה 8/50.
50. דברי הכנסת, VI, מושב שני של הכנסת הראשונה, ישיבה ק"ע, 25 ביולי 1950, עמ' 2328.
51. ל' שפירא, 'מפלגת אנשי השירותים', העובד הציוני, 23 במרס 1951, עמ' 5.
52. פרוטוקול ועידת המפלגה מיום 20 ביוני 1951, ארכיון משואה מ.13/6.
53. הצעות מצע לבחירות לכנסת השנייה, ארכיון משואה מ.13/4.
54. מצע המפלגה הפרוגרסיבית לבחירות לכנסת השנייה, ארכיון משואה 6/50.
55. הנחיות לקואליציה, ארכיון משואה מ.13/8.

פנחס רוזן, שר המשפטים ומנהיג המפלגה הפרוגרסיבית, הודחה בכל לבו עם תביעותיהם של הרופאים ושל אקדמאים אחרים.⁵⁶ כמה מבכירי הרופאים, מתומכי המפלגה, שנמנו עם מקורביו של השר רוזן במישור האישי (ובניהם ד"ר פ' הירש, ד"ר ש' כנוביץ, לימים חברי-כנסת מטעם הפרוגרסיבים, וד"ר ה' זכר שהיה, כנזכר לעיל, יו"ר מועצת ההסתדרות הרפואית בתל-אביב), הגישו לו מעין תזכיר כתוב בשפה הגרמנית על העמדה המתבקשת של המפלגה הפרוגרסיבית בעניין ביטוח הבריאות.⁵⁷ בהמשך לכך, הגיש משרד המשפטים לוועדה, על-פי הנחייתו של השר, שורה של הסתייגויות לגבי החקיקה המוצעת של ביטוח בריאות ושל ההסדרים להגשת העזרה הרפואית. שלא במפתיע היו הסתייגויות אלה זהות לחלוטין עם הכתוב בתזכיר של קבוצת הרופאים.

בין שאר דברים נאמר בהסתייגויות של משרד המשפטים: 'א. העזרה הרפואית לא תוגש באמצעות קופות חולים מוכרות, אלא באופן ישיר על-ידי המוסד [לביטוח סוציאלי]; ב. לצורכי ביצוע הגשת העזרה הרפואית חייב המוסד לקבל את השירותים של כל רופא בעל רישיון בארץ שיציע לו את שירותו; ג. המבוטח ביטוח מחלה יהיה רשאי לבחור בין הרופאים שנתקבלו על-ידי המוסד לשם הגשת עזרה רפואית כאמור, רופא שימצא לנכון'.⁵⁸ הסתייגויות אלה גם ביטאו בצורה טובה ביותר את עיקרי התביעות של ההסתדרות הרפואית.

הוועדה התלבטה כיצד להתייחס למסמך החדש. כמה מהבריה, ובניהם י' קנב וד"ר ת' גרושקה, אף הביעו תרעומת גלויה על עמדותיו של שר המשפטים. נציג משרד המשפטים בוועדה ניסה לשכך את התרעומת ואמר כי 'שר המשפטים הציע את אשר הציע לא בתור שר משפטים, אלא הגיש השקפתו כאדם. כוונתו של שר המשפטים היא כפולה: א) למצוא מקום גאות לרופא הפרטי במסגרת ביטוח סוציאלי, ב) זיקה אישית לחולה. שתי מגמות אלה היו בהצעתו'.⁵⁹

חברים אחרים בוועדה ניסו למצוא דרך להיענות, בצורה זו או אחרת, למשאלותיו של שר המשפטים. ד"ר לוטן הציע 'לאפשר לקופת חולים מוכרת לפעול באמצעות רופא בבית, בהתחשב עם המציאות של היום'. כך, לדעתו, 'נצמצם המלחמה עם הרופאים הפרטיים, שיוכלו להמשיך בעבודתם בתנאים מסוימים במסגרת הביטוח'. נוסף לכך הציע 'לנסח החוק באופן גמיש גם לבתי-המרקחת הפרטיים'. נציג האוצר, י' רונן, הביע עמדה דומה. הוא 'נוטה', כך אמר, 'לקבל נוסח זה שעזרה רפואית תוגש על-ידי קופות חולים מאושרות או באמצעותן, והרופאים הפרטיים יוכלו גם הם להגיש עזרה רפואית למבוטחים בהתאם לתנאים שייקבעו'.⁶⁰

כך או כך, הוועדה לא קיבלה את ההסתייגויות של שר המשפטים והשאירה אותן

56. רות בונדי, פליקס: פנחס רוזן וזמנו, תל-אביב 1990, עמ' 514.

57. Aktentiz למר רוזן מיום 1 באפריל 1951, ג"מ 4231-ג/5739.

59. ש.ם.

60. ש.ם.

לטיפול של ועדת השרים, שהיתה אמורה לטפל בהצעה כולה. הצעת החוק שהוכנה כללה אפוא ביטוח בריאות לעובדים שכירים ולחקלאים בלבד. בהצעה גם נקבע במפורש כי העזרה הרפואית תוגש למטופלים באמצעות קופות חולים שיוסמכו על ידי שר העבודה. כן נכללו בהצעה פרטים מלאים בעניינים כמו מי ייכלל בביטוח הבריאות, מה יהיו הקף והצורה של העזרה הרפואית, איך יסופקו תרופות ומכשירים אורטופדיים וכו'. עם זאת הסכימו כל חברי הוועדה לכלול בהצעה את הקביעה, ש'העזרה הרפואית תוגש על-ידי קופות חולים מאושרות או באמצעותן'.⁶¹ זו היתה דרכה של הוועדה ליצור פתח להיענות מסוימת לעמדותיהם של שר המשפטים והרופאים.

ב-1 ביוני 1951 הגיש מרכז הוועדה, צ' ברנזון, למזכיר הממשלה את הצעת החוק שהכינו הוא ועמיתיו. במכתב הלוואי הדגיש שהצעת החוק 'מסכמת את דעתם האחידה של חברי הוועדה בעניינים העקרוניים והיסודיים'. כן הדגיש את העניינים שבהם נחלקו הדעות והזכיר את עמדת שר המשפטים, שאינו תומך בהקמת מוסד מיוחד לביטוח לאומי מחוץ למסגרת הממשלה, [וש] לדעתו צריך הבטוח להתנהל באחריות הישירה של הממשלה. ברנזון ציין גם את העמדות האחרות של שר המשפטים, והדגיש בסיפא של המכתב כי 'הוועדה ומשרד העבודה עשו מאמץ גדול ומיוחד כדי להכין את החוק תוך זמן קצר ככל האפשר, מתוך התקוה שגם אם אין לאמר שההצעה היא כלילת השלמות, היא תאושר ללא דחוי על ידי הממשלה על מנת להחיש להגשיה עוד לכנסת הראשונה'.⁶²

עד לאותו מועד, תחילת יוני 1951, היה נראה כי הצעת החוק שתוגש לכנסת תכלול את תוכנית ביטוח הבריאות. אולם עתה חל המפנה. ב-13 ביוני הועלה הנושא מחדש לדיון בממשלה, במגמה לשוב ולבחון אלו תוכניות ביטוח ייכללו בחוק המוצע. התמורה נבעה, כנראה, מלחצים חזקים של כמה חברי ממשלה, ובין המתנגדים הגלויים להכללת ביטוח הבריאות היה שר המשפטים, שאימץ את עמדת הרופאים (ואלה התנגדו, כמובן, להצעה לבצע את הביטוח הרפואי באמצעות קופת חולים, מחשש שהדבר יפגע במצב התעסוקה ובפרקטיקה הפרטית שלהם). אולם אחדים משרי מפא"י היו גם הם בין המתנגדים להצעה להנהיג ביטוח בריאות חובה. לנגד עיניהם עמד החשש שביטוח כזה, אפילו יבוצע באמצעות קופות החולים, יביא בסופו של דבר לביטול עצמאותן ופגע, בראש ובראשונה, בקופת חולים הכללית. עם זאת, הגורם שהכריע את הכף נגד ביטוח הבריאות היה שר המשפטים פנחס רוזן, וראוי לחזור ולהדגיש שהוא עשה זאת הן בגלל עמדת מפלגתו (שהיתה מחויבת לביטוח רפואי ממלכתי) והן בגלל אהדתו לעמדתם של הרופאים.

את היוזמה להוציא את ביטוח הבריאות מהצעת החוק בישיבת הממשלה נקט השר פנחס לבון. הוא טען ש'החוק כולו קשור בשורה של שאלות פרינציפיוניות, אלו לא

61. ש.ס.

62. מכתב מרכז הוועדה הבין-משרדית למזכיר הממשלה מיום 1 ביוני 1951, המרכז לתיעוד, תיק 7585, כרך 1.

סתם הסתייגויות, ואני מפקפק אם טוב ורצוי להכריע בהן בשלושת השבועות האחרונים של כהונת הכנסת. הוא הוסיף: 'בכלל איני חושב שאנו מוכרחים במדינת ישראל בבת אחת להביא שיטה שלמה ומושלמת של ביטוח סוציאלי, אפשר לעשות זאת פרקים פרקים לפי היכולת ולפי הזמן'. לבון הציע להסתפק בפרקים אחרים של ההצעה, כי, הם אינם עמוסים חילוקי דעות פרינציפיוניים גדולים. השר רוזן לא הסתיר את תמיכתו בדעת לבון והסתפק באמירה שאם נחליט להגיש רק שני פרקים [של ההצעה], תשתנה גם עמדתי לגבי ההסתייגות שלי.⁶³

הלוחמת היחידה בממשלה בעד השארת ההצעה כולה, כולל ביטוח בריאות, היתה גולדה מאיר [אז עדיין מאירסון]. היא אמרה שבקיצוץ הצעת החוק, שהיא עומדת מאחוריה, 'יקפח הדבר שראיתי אותו כאחד הדברים העיקריים מהתפקידים שהוטלו עלי'. אולם, היא היתה היחידה בעמדתה, ראש-הממשלה ד' בן-גוריון לא נקט עמדה ברורה וטען שלא אוכל להביע דעה, איני יודע את החוק, השאלה המוקדמת היא אם מחליטים להביא חוק מקוצץ או את החוק כולו. בסופו של הדיון נערכה הצבעה ונתקבלה החלטה ברוב של 5 נגד 2 בעד הגשת הצעת חוק מקוצצת שלא תכלול את ביטוח הבריאות.⁶⁴

כעבור זמן קצר הודה פנחס רוזן עצמו כי הוא הוא שמנע את הכללתו של ביטוח הבריאות בהצעת החוק של הביטוח הלאומי. במכתב לד"ר חיים שיבא, המנהל הכללי של משרד הבריאות באותה תקופה, אמר רוזן: 'אני מציין בסופו שאתה תומך בעמדה העקרונית שהממשלה צריכה להיות "בעל הבית" על הבטוח הסציאלי. כידוע לך, גרמה התנגדותי להצעה המקורית של החוק שהובאה לפני הממשלה לכך שהפרק הדין בבטוח ממחלות הוצא לעת עתה, אולם השאלה תתעורר בעתיד ...' [ההדגשה שלי, א"ד].⁶⁵

תמונה רומה עולה בכירור גם ממכתבה של גולדה מאיר למחרת הדיון בממשלה, שבו התחולל המפנה, אל ד' בן-גוריון, ואל השרים מ' שרת, פ' לבון וד' יוסף. במכתב זה הסתמכה שרת העבודה על החלטת הממשלה מיום 29 במרס וערערה על ההחלטה החדשה. 'בהתאם להחלטה הנ"ל', כתבה, 'הצעתי בישיבת הממשלה היום [13 ביוני] לטפל רק בהסתייגויות של המשרדים השונים ולא בעצם השאלה אם להגיש את ההצעה בכלל לכנסת או איזה מחלקיה. לפי הנוהג היה יכול להתקיים דיון על השאלות האחרונות רק אם הממשלה הייתה מבטלת על ידי רב דעות את ההחלטה מס' שב [מ' 29 במרס]. ג' מאיר היתה מודעת לכך ש'לכל הדעות לא תוכל הכנסת הזאת לקיים יותר מקריאה אחת גם ביחס להצעה חלקית של החוק, אולם, כך ציינה, 'מאידך תקדם קריאה ראשונה של ההצעה בצורתה הנוכחית את ענין הביטוח הסוציאלי שלהגשתו התחייבה הממשלה הזו ועל ידי כך הצעת החוק תכנס למנגנון

63. פרוטוקול ישיבות הממשלה השנייה, מיום 13 ביוני 1951, ג"מ, כרך י"א.

64. שם.

65. מכתב פ' רוזן אל ד"ר חיים שיבא מיום 21 ביולי 1951, ג"מ 4231-ג-5739.

התחיקה של המדינה ולא תסולק מכאן אם לא יחול שנוי גמור בהרכב הכנסת הבאה' [ההדגשה שלי, א"ד].⁶⁶

ג' מאיר לא הסתפקה בטיעון הזה, והוסיפה: 'הנני מבקשת לכבד את ההחלטה שהממשלה קבלה ב-29.3.51 ולדון בישיבה הבאה של הממשלה רק על הסתייגויות ולהגיש את הצעת החוק מיד אחר-כך לכנסת. כל פרוצדורה אחרת תעמוד בסתירה להחלטות הממשלה ולהבטחות המפלגה'.⁶⁷

אנשי משרד העבודה, שהקדישו מאמצים רבים לגיבוש ההצעה של חוק הביטוח הלאומי, וביטוח הבריאות בתוכה, ניסו, יחד עם השרה ג' מאיר, להשפיע על הממשלה שלא תיסוג בה מהחלטתה ביחס לביטוח בריאות. ד"ר ת' גרושקה, נציג משרד הבריאות בוועדה, שיגר תזכיר ארוך לשר רוזן ופירט בו את המגבלות והפגמים בעמדת השר, כפי שאלה באו לידי ביטוי בהסתייגויותיו, ויצא בעיקר נגד אימוץ השיטה של רופא פרטי הפועל מתוך ביתו.⁶⁸ ראוי לציין כי בתזכיר זה הביע ד"ר גרושקה את עמדתו האישית בלבד ולא את עמדתו של משרד הבריאות.

השר רוזן השיב לו ללא דיחוי, והביע את דעתו, 'שאם הממשלה נכנסת בעול הגדול של בטוח, היא צריכה להיות גם בעל הבית, מפני שאותם ספקות שיש לך [ד"ר גרושקה] מבחינה כלכלית, לגבי הרופא הפרטי, מן ההכרח שיהיו למדינה לגבי מוסדות לא ממשלתיים [דהיינו קופות החולים]'.⁶⁹

כל המאמצים האלה היו ללא הועיל. הממשלה החליטה להגיש לכנסת הראשונה רק את החלקים של הצעת החוק שכללו ביטוח זקנה, מוות [שארים] ואמהות ולא לכלול בתוכה את ביטוח הבריאות. בהתאם לכך הועברו ב-19 ביוני הוראות שונות לגורמים הנוגעים בדבר.⁷⁰ בהודעת הממשלה על החלטתה נאמר כי הנוסח המתוקן של הצעת החוק נתקבל מסיבות כלכליות ומנהליות.⁷¹ אולם הסיבות לכך היו, כפי שראינו, שונות במהותן.

אחד מאנשי משרד העבודה הביע בגלוי את אכזבתו מהחלטת הממשלה, כשכתב בתזכיר על ההוראות להצעת חוק הביטוח הלאומי כדברים הבאים: 'הממשלה בהרה בין ענפי הביטוח שהיו כלולות בהצעה הבין-משרדית את ענפי הזקנה, המות והאמהות ודחתה הגשמת בטוח הבריאות לשלב יותר מאוחר. יש להצטער על כך, שדוקא ענף חשוב זה ישאר מחוץ למסגרת של ביטוח חובה. ... ביטוח חובה של בריאות הוא אחד מעמודי-התווך בתחיקה בשדה הבריאות. ... אני חושב מחובתי

66. מכתב של גולדה מאירסון [מאיר], שרת העבודה, מיום 14 ביוני 1951, המרכז לתיעוד, תיק 7585, כרך 1.

67. שם.

68. מכתב ד"ר גרושקה לשר המשפטים מיום 18 ביוני 1951, ג"מ 4231 / ג-5739.

69. מכתב שר המשפטים לד"ר גרושקה, שם.

70. תזכיר 'הצעות לשינויים בחוק' מיום 19 ביוני 1951, המרכז לתיעוד, תיק 7585, כרך 2.

71. 'Social Insurance Plan Approved', *The Jerusalem Post*, 28 June 1951.

להצביע על ליקוי זה בהצעת חוק הביטוח הלאומי בלי להתחשב עם הסיכויים לשינוי עמדת הממשלה בשלב זה של הדיון.⁷²

כך נסתם הגולל על הניסיון הראשון לחקיקת חוק ביטוח בריאות במסגרת הביטוח הלאומי. המפלגה הפרוגרסיבית, שהיתה שותפה זוטרה בקואליציה, מילאה, כפי שראינו, תפקיד מרכזי בהחלטה זו. מעניין שהדבר לא עורר בזמנו תגובה של ממש. בקלחת של ערב הבחירות היו אומנם התייחסויות שונות לגבי מעמדה של קופת חולים, אולם התגובה הישירה לגבי תפקידם של הרופאים בדרמה שהתחוללה באה מצד ב' לין, מפעילי מפ"ם בהסתדרות ובקופת חולים. לטענתו, 'הממשלה ויתרה על ביטוח מחלה והיא גרתעה בפני לחץ הבורגנות וחוגי הרופאים הנוחרים אחריה וויתרה על ההכרעה בדבר מקומה של הרפואה הציבורית בתוכנו'.⁷³

הגרסאות המאוחרות של מי שהיו מעורבים בהחלטות על אי-הכללת ביטוח בריאות בהצעת החוק מיוני 1951 דומות מאוד, אף שיש ביניהן מידת-מה של שוני. 'קנב, ששימש כיועץ מיוחד של הוועדה שהכינה את הצעת החוק, כתב: 'אני זוכר היטב את השתלשלות העניינים והיא היתה שהנציג של הסיעה הפרוגרסיבית פנה לראש הממשלה וטען שהיות והרופאים הפרטיים מצביעים בעדם, הוא מתנגד לביטוח בריאות בתוך החוק. אז, כנראה, הסיעה היותר גדולה, לאחר שהסכימה לכך, ביקשה מהממשלה להוציא את התכנית מהדיון'.⁷⁴ צ' ברניב, היועץ המשפטי של משרד העבודה וממסחי החוק, אישר גרסה זאת,⁷⁵ והוא הדין בד"ר ג' לוטן, שהיה מופקד ישירות במשרד העבודה על ניווט החקיקה של הביטוח הסוציאלי. אולם ד"ר לוטן טען כי הוצאתו של ביטוח הבריאות מהתוכנית שהיתה בהכנה נבעה מאי-הבנה מצערת של פנחס רוזן. שר המשפטים חשב שקופת חולים לא היתה מוכנה להבטיח תעסוקה לכל הרופאים המוכנים לעבוד במסגרת ביטוח הבריאות, ולפי דעתו של לוטן קופת חולים הסכימה גם הסכימה לכך.⁷⁶ רוזן טען, לעומת זאת, שלא ידע דבר וחצי-דבר על ההסכמה האמורה של קופת חולים.⁷⁷

דיון וסיכום

השתלשלות העניינים בכל הנוגע להכללתה של תוכנית ביטוח בריאות בהצעת החוק הראשונה בנושא הביטוח הלאומי, כפי שתוארה במאמר זה, מלמדת על ההשפעה שהיתה לכוח המאורגן של הרופאים במניעת החקיקה שהוצעה. ההסתדרות הרפואית בישראל ראתה את הצעת החוק שנידונה אז בממשלה כפגיעה באינטרסים הכלכליים

72. הוראות להצעת חוק הביטוח הלאומי [ללא שם הכותב וללא תאריך], המרכז לתיעוד, תיק 7585, כרך 2.

73. ב' לין, 'הביטוח הלאומי במזל הבחירות', על המשמר, 6 ביולי 1951.

74. מכתב י' קנב אל כותב המאמר מיום 13 בפברואר 1966.

75. ריאיון עם צ' ברניב מיום 4 באוגוסט 1966.

76. ריאיון עם ד"ר ג' לוטן מיום 27 ביולי 1966.

77. ריאיון עם פ' רוזן מהודש אוגוסט 1966.

החיוניים של חבריה (ובכלל זה, צמצום הזדמנויות תעסוקה, האפשרות לקיומה של פרקטיקה פרטית, וחופש הבחירה של מטופלים ברופאיהם). אין ספק שגורמים כבדי-משקל אחרים, ובהם האינטרסים של קופת חולים הכללית ושל ההסתדרות, מילאו גם הם תפקיד חשוב במניעת החקיקה הזאת. אף-על-פי-כן, נקל לראות שעמדת הרופאים קבעה, במידה לא-מבוטלת, את התוצאה הסופית של ההתמודדות.

כך תרמו הרופאים, אולי מבלי משים, לדחייה בהסדרת הארגון החברתי של שירותי הרפואה בארץ, על דרך החקיקה, למשך שנים רבות. הנסיבות הפוליטיות המיוחדות במינן ששררו ב-1951 - תהליך בניית אומה והנחת התשתית למדינת הרווחה העתידה - סיפקו באותה עת הזדמנות יוצאת מגדר הרגיל להנהגת תוכנית ביטוח בריאות חובה מטעם המדינה. וכאמור לעיל, הזדמנות זו הוחמצה, בחלקה לפחות, בגלל עמדתם הנחרצת של הרופאים. יכולתם של הרופאים להטיל וטו התאפשרה בזכות מעמדם המקצועי הייחודי ובזכות השליטה שלהם בצומת פוליטי חשוב, באמצעות שותפה זוטר בוקאליציה - המפלגה הפרוגרסיבית. אילו התקבלה הצעת החקיקה הראשונית של 1951, הדעת נותנת שהיה בכך כדי לעצב את הארגון של שירותי הרפואה בארץ בצורה שונה לגמרי מזו שהיתה.

המקרה של קביעת מדיניות בתחום שירותי הבריאות, המתואר כאן, נותן תימוכין לתזה של חוקרת שירותי הרפואה יעל ישי, ושל אחרים,⁷⁸ בדבר הכוח המסכל של הרופאים. הרופאים עצמם לא יצאו ביוזמת חקיקה חיובית בדבר הנהגה של תוכנית ביטוח בריאות שתספק את הצרכים הרפואיים של כלל האוכלוסייה. אולם בנסיבות דאז, של חילוקי דעות בתוך ההנהגה הפוליטית לגבי הארגון הרצוי של שירותי הרפואה, התאפשר להסתדרות הרפואית להשיג עמדת כוח אסטרטגית, חזקה די הצורך לסכל יוזמת חקיקה שלא היתה מקובלת עליה. אילו היתה ההנהגה הפוליטית נחושה יותר בדעתה להעביר את הצעות המדיניות שלה, קשה להניח שהכוח המסכל של הרופאים היה מספיק למנוע זאת.

שאלה אחרת, המתבקשת למראה הכוח המסכל שגילתה ההסתדרות הרפואית במקרה שלפנינו, היא האם העמדות שאימצה אכן היה בהן כדי להגן על האינטרסים הכלכליים של חבריה, הרופאים. במבט לאחור אפשר לקבוע כמעט בוודאות, כי עמדות אלו, שנועדו להבטיח תעסוקה מלאה לרופאים ולשמור על הפרקטיקה הפרטית שלהם, היו משוללות צידוק ענייני מספיק. לתחזיות של ההסתדרות הרפואית בדבר גידול האבטלה בקרב הרופאים בארץ לא היה על מה להסתמך. הכיסוי בפועל של מרבית האוכלוסייה בארץ בביטוח רפואי, באמצעות קופות החולים, הוא שהבטיח (עד לעלייה הגדולה של הרופאים מברית-המועצות לשעבר) תעסוקה מלאה לרופאים חרף הגידול בשיעורם היחסי באוכלוסייה. ללא קיום של ביטוח רפואי ציבורי כזה, הדעת נותנת שרופאים רבים מאוד היו נשארים ללא תעסוקה במקצועם. רק הסדרי ביטוח קולקטיביים מאפשרים למרבית האוכלוסייה את הנגישות לשירותי הרפואה ואת השימוש בהם, וממילא גם פרנסה לרופאים.

78. יעל ישי, כוחה של מומחיות, עמ' 212-213.

גם לחשש של הרופאים שכיסוי כלל האוכלוסייה בהסדרים קולקטיביים לביטוח רפואי יפגע בפרקטיקה הפרטית לא היה על מה להסתמך. הניסיון בארצות רבות, שבהן הונהג ביטוח רפואי חובה של כלל האוכלוסייה, מראה כי הדבר לא מנע 'ממנהלי בנקים גדולים', שהרופאים הזכירו בטיעונם, ומשאר בעלי הכנסה גבוהה, להמשיך ולהזדקק לשירותי הפרקטיקה הפרטית של הרופאים. בעלי הכנסה גבוהה בארץ מעולם לא הסתפקו בשירותי הרפואה שסיפקו קופות החולים. משאביהם הכספיים אפשרו להם להשתמש ביתרונות הממשיים או המדומים של הרפואה הפרטית, והם לא היססו לנצל את האפשרות הזאת. יתר על כן, ככל שגדלה הרווחה הכלכלית בקרב שכבות גדולות יותר בארץ, כך גדל גם השימוש שלהם ברפואה פרטית. הקף השימוש ברפואה פרטית הוא בעיקרו פועל יוצא של רווחה כלכלית ואיננו תלוי בקיומם של הסדרים קולקטיביים לביטוח רפואי.

השימוש ברפואה פרטית היה ונשאר מסימני ההכר של יוקרה וסטטוס חברתיים. הרצון של קבוצות העילית השונות לשמור על מעמדם הייחודי ועל הדיפרנציאציה שלהם מחלקי אוכלוסייה אחרים הוא אחד הגורמים החשובים לשגשוג המתמשך של הרפואה הפרטית. בני הקבוצות הללו כמעט לא נראו מעולם בחדרי ההמתנה של מרפאות קופות חולים. אדרבא, הם מבקשים להדגיש את הסטטוס המועדף שלהם באמצעות התנתקות מהסדרים קולקטיביים ברפואה - ובתחומי חיים אחרים. ככל שהולכת ומתבססת החלוקה המעמדית שנוצרה בארץ, כך גם הולכת ומתרחבת הפרקטיקה הרפואית הפרטית. נקל אפילו לומר כי ההסדרים הקולקטיביים מספקים לשכבות העילית הבדלי סטטוס מבוקשים ולכן הם הגורם המאיץ והממריץ את השימוש ברפואה פרטית. במילים אחרות, אפשר לקבוע כי ההסתדרות הרפואית, בהתנגדותה להנהגת ההסדרים הקולקטיביים, לא תרמה במיוחד להמשך קיומה של הפרקטיקה הפרטית.

המאמר הזה ניסה לתאר פרק קצר אחד מן הדרמה של המאבק על הנהגת ביטוח בריאות חובה מטעם המדינה ואת התפקיד שהרופאים מילאו בפרק זה. ספק אם הדרמה האמורה הגיעה לקצה עם קבלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בקיץ 1994. ביטוח הבריאות ימשיך, בוודאי, להיכלל בסדר-היום הלאומי שלנו גם בשנים הבאות. האם מקצוע הרפואה המאורגן יוכל ללמוד מנסיון העבר ולנקוט בעתיד עמדה חיובית יותר לגבי היוזמות לשיפור ההסדרים הקולקטיביים להספקת שירותי הרפואה לכלל האוכלוסייה. לשאלה זאת אין בינתיים פותר.