

חיים דורון
שפרה שורץ

הרפואה בקהילה

משירות לעולים בנגב

ועד לתחייתה של רפואת המשפחה

“תיאור דוקומנטרי מפורט של התפתחות הרפואה הראשונית בישראל עם דגש על רפואת המשפחה. הספר מציג רקע היסטורי חשוב עוד מלפני קום המדינה, אך עיקרו ההתפתחויות של המאה העשרים, עם תיאור מפורט של מחסור חמור של רופאים באזורי הכפר והספר והסיבות לכך. תיאור תפקידה המרכזי של קופ"ח הכללית (שב"כ דהיום) במתן שירותי רפואה טיפוליים ומניעתיים בכפרים, בקיבוצים ובאזורי ספר מרוחקים. הניסיונות לפתור מחסור זה אם על ידי שינויים ארגוניים, הבאת רופאים מחו"ל או שינויים בחוק המחייבים “שירות בספר” של רופאים מתוארים בפרוטרוט. כשלון של חלק מניסיונות אלה גם הוא מתואר ומתועד היטב.

התמורות החשובות שהביאו לשינוי החשיבה החינוכית של הכשרת רופאים ובניית מסלול התמחות ברפואת המשפחה, מקומה של הפקולטה למדעי הבריאות וארגון השירותים בנגב מודגשים ומתועדים נכונה...ספר זה יהיה ללא ספק מקור חשוב לחוקרים המתעניינים בהיסטוריה של שירותי הרפואה בישראל, במחצית השנייה של המאה העשרים, ובעיקר ההיסטוריה של התמורות והדינאים שהביאו להתפתחות רפואת הקהילה.”

פרופ' לחיים נגן, דיקן בית הספר לרפואה (1980) אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

פרופ' חיים דורון, יליד ארגנטינה, סיים לימודיו כרופא באוניברסיטת בואנוס איירס, עלה ארצה בראשית 1953 ושרת כרופא ראשוני ביישובי הנגב. בשנים 1960-1961 למד בריאות הציבור באוניברסיטת לונדון. בשנים 1972-1988 שימש כיו"ר מרכז קופת-חולים — מנכ"ל המוסד. פרופ' דורון הינו מומחה לבריאות הציבור ומינהל רפואי, שטחים בהם פיתח פעילות אקדמי באוניברסיטת בן-גוריון בנגב ובאוניברסיטת תל-אביב. הוא בין מקימי המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. בעל תואר דוקטור לפילוסופיה לאות כבוד מאוניברסיטת בן-גוריון בנגב, אות הוקרה על מפעל חיים ממשד הבריאות ותואר עמית כבוד של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב.

פרופ' שפרה שורץ, בוגרת הפקולטות למדעי הרוח והחברה ומדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, היסטוריונית של הרפואה ושרותי הבריאות בישראל, ראש המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, ראש המרכז למדיניות בריאות בנגב וחברת הנהלת הארגון העולמי להיסטוריה של הרפואה והמדע. פרסמה עד כה ארבעה ספרים בנושא התפתחות ארגוני הבריאות בישראל. ספרה “קופת-חולים, הסתדרות, ממשלה” זכה בפרס איינהורן לחקר הספרות הרפואית העברית.



הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

פרקים במדיניות בריאות בישראל

הרפואה בקהילה: מימי הקמת המדינה ועד

הרנסנס של רפואת המשפחה

חיים דורון

שפרה שורץ

הקדמה

בהקדמה לספר "נפש החיים" של רבי חיים מוולוז'ין², מבדיל בנו שכתב אותה, בין המניע לכתיבת ספר לבין מטרתו, תכליתו.

המניע לכתיבת "פרקים במדיניות בריאות בישראל" הינו הרצון לתעד סוגיות במערכת הבריאות להם היה לי קשר ישיר במרוצת שלושים וחמש שנות עבודתי במסגרתה.

המטרה של כרך זה במיוחד, הינה לתאר את מצבה של המערכת הקהילתית הראשונית בשנות העלייה ההמונית, הניסיונות החלקיים לפתור את בעיותיה והתהליך היסודי יותר שתוכנן והוגשם טרם הושלם על ידי בנייתה של מערכת רפואת משפחה, דבר המהווה מהפכה בשירותי הבריאות בישראל: יצירתו של סוג של רופא קהילתי מומחה, בגישה כוללת לאדם ומשפחתו, גופנית, נפשית וחברתית אנושית.

בדרך הזאת השתדלנו להעמיק ולגבש גוף ידע בנושאים חשובים למערכת הבריאות בישראל ובכלל. אינני היסטוריון, אולם העבודה המשותפת עם פרופ' שפרה שורץ, החוקרת סוגיות שונות בתולדותיה של מערכת הבריאות בישראל בכלל, ושל קופת חולים הכללית בפרט, הובילו אותי למתודולוגיה, לארכיונים ולמסמכים שיאפשרו לי, בשיתוף איתה, לחבר ספר זה, ועל כך תודתי והערכתי אליה.

סוג הנושאים העיקריים שנדונו בכרך זה, וגם נקודת התצפית שלי במשך עשרות שנים הינה של קופת חולים הכללית, אולם השתדלנו להפנות ראייה רחבה ככל הניתן לכלל מערכת הבריאות.

דרכי במערכת, בכל שנות פעילותי הונחתה על ידי אמונתי העמוקה בדרכה של הציונות המגשימה ותהליך קיבוץ הגלויות, ראית עקרונות הרפואה הציבורית השוויונית והעזרה ההדדית, תוך הבטחת הרמה הרפואית הטובה ביותר במסגרתה, בהם ראיתי אחד מאבני היסוד של החברה בישראל.

ברכי זו, עלי להביע את תודתי מעומק הלב לרעייתי נעמי על הליכתנו יחד בארץ לא זרועה.

חיים דורון

² רבי חיים מוולוז'ין, ספר החיים, ירושלים תשס"א.

מערכת הבריאות הישראלית הינה ייחודית בתולדותיה ובהישגיה. צעירה בגיל, במובנים היסטוריים, וידרשו שנים רבות נוספות על מנת להעריך נכונה את התפתחותה והאישים המרכזיים שהובילו אותה למעמד של מערכת בריאות מודרנית מתקדמת שאינה נופלת בהישגיה ממערכות ותיקות בעולם המערבי.

כהיסטוריונית, הרגילה לשאוב את חומריה ונתונייה מסמכים ארכיוניים צהובי דף והמכירה את גיבוריה רק מהכתובים, הייתה זו לי חוויה מיוחדת במינה לעבוד עם פרופ' חיים דורון, מנהיג וחלוץ בגיבושה ובעיצובה של מערכת הבריאות בישראל. חווית העבודה המשותפת עם מי שלקח חלק בעשיית ההיסטוריה הוסיפה לי מימד רב עוצמה להבנת התפתחותה ותולדותיה של מערכת הבריאות בישראל. ספר זה הינו אפוא ניסיון אקדמי חדשני משותף, להביא בפני הציבור את סיפורה רב הפנים של מערכת הבריאות הישראלית במציאות המשתנה של הזמנים.

לא עסקנו בשיפוט ערכי ובהסקת מסקנות בעלות משמעות החורגת מן המציאות של התקופות השונות שנדונו בספר, אלא בהצגת נדבך נוסף להבנת התהליכים שבנו את מערכת הבריאות הישראלית בזמן החדש.

שפרה שורץ

הבעת תודה

הוקרתנו ותודתנו על הסיוע בנתונים בהכנתו של ספר זה לגב. ציונה חקלאי מתחום מידע, שרותי מדע ומחשוב במשרד הבריאות. לחוקרים הבכירים במכון ברוקדייל, דר' ברוך רוזן, דר' רויטל גרוס ונורית ניראל, לפרופ' חוה טבנקין ראש המחלקה לרפואת משפחה בעמק, לפרופ' מיכאל ויינגרטן מאוניברסיטת תל אביב, לפרופ' אליק אבירם המנהל המדעי של המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות בריאות, לדר' אמנון להד ראש המחלקה לרפואת משפחה באוניברסיטה העברית בירושלים, לדר' יוסי פרוסט מנהל רפואי שרותי בריאות כללית בצפון ולפרופ' דניאל ורדי מנהל רפואי שרותי בריאות כללית בנגב, לפרופ' פסח שוורצמן ולדר' איה בידרמן, ראש המחלקה לרפואת משפחה באוניברסיטת בן גוריון בנגב, לדר' שמואל רייס ולדר' חרמוני, רפואת משפחה בית הספר לרפואה של הטכניון חיפה, , לדר' אליעזר קיטאי ראש החוג לרפואת משפחה באוניברסיטת תל אביב, לדר' שמואל רוזנבלוט מהאגף הרפואי בשרותי בריאות כללית, לפרופ' יעקב הרט מנהל בית החולים לוינשטיין- המרכז לשיקום, לפרופ' זאב צחור נשיאה של מכללת ספיר בשער הנגב. נהנינו במיוחד מעזרתן הפעילה של חנה שימנסקי וביאנקה דקל, מהמכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות, של אילנית סרדר במחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון.

נעזרנו רבות במחקרם של פרופ' דינה פלפל, ענת שמש ודר' מיכאל דור ובו נתונים חשובים ברפואה ראשונית, במסמכים הרבים שבמכון לבון- ארכיון תנועת העבודה וקופת חולים בתל אביב, ובארכיון המכון למורשת בן גוריון בשדה בוקר. ועל כך תודתנו והערכתנו.

לצערנו הרב, כבר לא נימצא איתנו פרופ' מנדל פולאק ז"ל, חלוץ רפואת המשפחה בישראל, שהספיק להעמיד לרשותנו חומר חשוב ביותר.

פרופ' חיים דורון,

פרופ' שפרה שורץ

תוכן העניינים

הקדמה

הבעת תודה

פרק א: רקע היסטורי

1. ועד הבריאות ושרותי הבריאות
2. מימון שרותי הבריאות
3. הקמת בית החולים בעמק
4. קופת חולים, השירות והניהול
5. המס האחיד
6. השרות הרפואי ביישוב בשנות ה-30
7. הקמת המרכז על הר הצופים
8. מרד הרופאים בבילינסון
9. בילינסון ותל השומר

פרק ב: הזעקה לרופאים

1. מכתבו של דר' חיים שיבא
2. הניסיון הבינלאומי
3. ישראל: עודף ומחסור ברופאים
4. עליה המונית של רופאים מגרמניה
5. חוק השבות
6. הרכב ציבור הרופאים בישראל
7. ועדת הלוי 1964
8. חידוש עליית רופאים: הויכוח הציבורי
9. דו"ח פיזם- נוימן 1973

פרק ג': רופאים לכפר, הספר ואזורי הפיתוח

1. היבטים היסטוריים ופוליטיים. גיוס רופאים.

2. השרות הרפואי לעולה, חיל הרפואה וקופת חולים כללית.
3. גיוס על פי תקנות חירום
4. גיוס בוגרי רפואה
5. הודעתה של קופת חולים הכללית
6. הסדר בין-מוסדי
7. ההסתדרות הרפואית ושאלת המחסור ברופאים
8. צעדים ראשונים בנגב
9. תוכנית הנגב לרופאים צעירים מארגנטינה
10. פטו"א: ארגון לעליית בעלי מקצועות אקדמיים לישראל
11. פירוט התוכנית

פרק ד: שתי מערכות בריאות

1. הפער שבין המרפאה הקהילתית לבית החולים
2. ארגון המרפאה
3. ועדת מן
4. תזכיר סורוקה למזכ"ל ההסתדרות
5. רפואת המשפחה במאה ה-20
6. הכנס בינלאומי ברפואת המשפחה.

פרק ה: תמורות במישור ארגון שרותי הבריאות

1. מהות שיטת צוות רופא-אחות ברפואה הראשונית
2. דגמים ראשונים: א. בית שמש, ב. רעננה.
3. ארגון ופיתוח שיטת הצוות
4. ירידה בשימוש בביקורים אצל הרופא הראשוני
5. הצוות המורחב: שיתוף העובד הסוציאלי הרפואי
6. גילוי מוקדם של מחלות בשיטת הצוות רופא-אחות
7. האחות בצוות: השירות והחינוך הרב מקצועי.

סכום: הצוות רופא-אחות ברפואה הראשונית.

פרק ו: שילוב שרותיה רפואה המונעת ברפואה הראשונית

1. עקרונות

2. שילוב הקידום המניעה והטיפול

3. מרכזי בריאות

4. חינוך לבריאות

פרק ז: תמורות ארגוניות נוספות

1. שילוב אזוריות

2. דגמים: א. השילוב בנגב, ב. תוכנית העמק, ג. בית חולים השרון ומחוז פתח תקוה, ד. אילת. ה. מרכז

כפרי שמשון ו. תכנית קרית אונו- בית חולים שיבא.

3. ניהול וארגון המרפאה הראשונית.

4. שיטת הרופא העצמאי

5. הרופא הראשוני: שומר שער?

סכום: תמורות במישור ארגון שרותי בריאות.

פרק ח: תמורות במישור החינוך הרפואי

1. השתלמות רפואית

2. רפואת המשפחה בבתי הספר לרפואה: א. בית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב, ב. בית הספר

לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים ג. בית הספר לרפואה של הטכניון בחיפה, ד. הפקולטה

למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. ה. המחלקה לרפואת משפחה בית חולים העמק,

עפולה.

3. התמחות ברפואת משפחה

4. התכנית

5. מחקר ברפואת משפחה

6. הערכת איכות ברפואה ראשונית

סכום: תמורות במישור החינוך הרפואי

פרק ט: אקדמיה, בריאות ומדיניות: שלבים בהקמת הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון

בנגב

1. רקע: בית החולים המרכזי לנגב והשפעתו על שרותי הבריאות
2. המחסור ברופאים בקהילה והחינוך הרפואי
3. חיפה או באר שבע? ועדת ברנזון.
4. ועדת גיליס
5. ועדת קלימן וההכנות להקמת בית הספר לרפואה בנגב.
6. ועדת פלדמן, לקראת פתיחתו של בית הספר לרפואה בנגב.
7. התנגדויות והכרעה.

פרק י': לסכום: מאז ועד עתה: רופאים ורופאים ראשוניים בישראל במחצית השנייה של המאה -20.

1. מספרת הרופאים יחסית לאוכלוסייה
2. הרכב הרופאים לפי גיל ומין
3. תמורות על פי מקום הלימוד של הרופאים
4. מומחיות ברפואה
5. החלוקה הגיאוגרפית
6. התמורות ברפואה ראשונית.

פרק יא: הרנסנס של רפואת המשפחה: סוף מעשה במחשבה תחילה.

רשימת נספחים

מקורות

מפתח אישים

א': רקע היסטורי

1. 'ועד הבריאות' ושירותי הבריאות המנדטוריים

בסוף שנת 1920 הסתיים השלטון הצבאי הבריטי בארץ, הרברט סמואל התמנה כמושל האזרחי הראשון וניבחר הגוף המיצג של הישוב היהודי- הועד הלאומי. עם הקמתו של הועד הלאומי נוצר בתוכו ועד הבריאות שמתפקידו היה לשמש מוסד מרכזי לצרכי הבריאות של הישוב ומוסדותיו. לממשלת המנדט היה קו קבוע שהתבסס על ההנחה כי שירותיה ליהודים והערבים צריכים להיות בדרגה שווה. יתר על כן, היות ולרשות היהודים עמדו היחידה הרפואית והדסה וכן אמצעים כספים מגורמי חוץ ולערבים חסר כל זה, החליטה ממשלת המנדט שעליה לפעול בעיקר בקרב הישוב הערבי. ליהודים יש לתת רק תמיכה עקרונית בהנחה שאת כל השאר הם ממילא ישלימו בעצמם. כתוצאה ממדיניות זו נידרש נציג ועד הבריאות, הדר' אברהם קצנלסון-ניסן, להיאבק קשות ובאופן מתמיד, על מנת להשיג את תמיכה ממשית של שלטונות המנדט בצרכי הבריאות של הישוב והשתתפות כספית במימונם. ערכו המיוחד של ועד הבריאות היה בכך שהוא היה המוסד הבריאותי היחיד בישוב אשר טיפל בצרכי הבריאות של הישוב כולו ותאם בין מוסדות הבריאות הקיימים בארץ ובעיקר בין היחידה הרפואית, ארגון 'הדסה', ההסתדרות הרפואית וקופת חולים. באופן סובייקטיבי תמך ועד הבריאות במידה רבה בקופת חולים בהתאם לעמדתו כי קופת חולים צריכה וזכאית להתפתח כגוף בריאותי מאורגן של הישוב היהודי בארץ. לעמדה עקרונית זו נתן ועד הבריאות ביטוי בקונגרסים הציוניים בעיקר כאשר הועלתה לדיון שאלת חלוקת התקציבים לשירותי הבריאות בארץ. בסוף שנת 1922 היו לממשלת המנדט 11 בתי חולים ותשע תחנות לחולים במחלות מדבקות, ולפי נתוני התקופה נתן משרד הבריאות המנדטורי שירותים (ביחס למסגרות הבריאות האחרות) לכ-20% מהאוכלוסייה הכללית בלבד (יהודים וערבים). על פי הסכם בין ממשלת המנדט לג'וינט התחייב הג'וינט להעביר סכום חד פעמי בסך 86,000 דולר למשרד הבריאות המנדטורי לצורך המלחמה בקדחת. מכיוון שכך החליטה הדסה אשר טיפלה עד שנת 1922 בעצמה בבעיית הקדחת, להעביר את הנושא האנטימלרי והמחלקה הסניטארית לידי משרד הבריאות המנדטורי יחד עם התקציב המיועד לכך מטעמה, ובאישורו של ארגון ציוני אמריקה. כתמורה לכך זכו ענייני 'הדסה' לאהדה רבה במשרד הבריאות המנדטורי וקיבלו עדיפות על פני אלה של קופת חולים.

2. מימון שירותי הבריאות

בינואר 1922 התחילה למעשה קופת חולים הכללית של ההסתדרות את פעולתה. מספר חברי הקופה היה כ- 4000 וגירעונה היה גדול. כצעד ראשון לחיסול הגירעון יזם המרכז קביעת תקנון שיסדיר את זיקת החברות על ידי תשלום מסים וקביעת זכויות החבר. ביוזמת דוד בן גוריון שהתמנה כמזכיר ההסתדרות נקבע שקופת חולים ומשרד העבודה יטפלו רק בחברי הסתדרות שיש להם פנקסי חבר והמשלמים מסי הסתדרות. בדרך זו הותנה מתן עבודה ועזרה רפואית בחברות מוכחת בהסתדרות בתשלום מס סדיר. מצב זה אפשר לבן גוריון להשתמש בקופת חולים כאמצעי לריכוז הסמכות והמרות של הועד הפועל בראשו עמד, ולאכיפתו. במגמה זו התקבלה בוועידתה השנייה של ההסתדרות ההחלטה שנציגי הועד הפועל ישתתפו בהנהלות מוסדות ההסתדרות וביניהם קופת חולים. החלטת ועידת ההסתדרות על קשר החברות ההדדי בין ההסתדרות לקופת חולים לא שיפר את מצבה הכספי של הקופה. לאליעזר פרלסון-פרי, מנהל קופת חולים היה ברור שמוצא מהסבך הכספי של קופת חולים לא ימצא במסגרת ההסתדרות. בשיתוף עם חברי מרכז קופת חולים האחרים הוחלט לפתוח במשא ומתן לקבלת עזרה מהדסה. דרישות קופת חולים התמקדו במימון חלקי של שכר רופאים, מימון עבודת חובשות ואספקת תרופות סדירה במקומות ריכוזי הפועלים. בנובמבר 1922 נחתם הסכם ראשון בין הדסה לקופת חולים שהסדיר את השתתפות הדסה בעזרה הרפואית לפועלים. באופן כללי נקבע שעלות השתתפותה של קופת חולים בתשלום עבור העזרה שתינתן לחבריה במוסדות הדסה תהיה 50% ואילו הדסה מצידה תשתתף בחמישים אחוזים בהוצאות לצורכי תרופות. המנהל הרפואי הכללי בישוב יימסר לידי הדסה באופן מוחלט, הנהלת הדסה תהיה רשאית לבקר ולהתערב בכל פעילות העזרה הרפואית של קופת חולים ונקבעו מדרגות תשלומים לחברים עבור טיפולים רפואיים על פי שכרם ומצבם המשפחתי. יחד עם עזרת הדסה השיג מרכז קופת חולים הקצבה חד פעמית מועד הבריאות של הועד הלאומי וההנהלה הציונית לכיסוי גירעונו וכן השתתפות שנתית של הועד בתקציב קופת חולים. למרות תמיכתה של הנרייטה סולד בהשגת השתתפות ועד הבריאות וההסתדרות הציונית בתקציב קופת חולים הסתייגה הדסה מהתקציב הנוסף שהועבר לידי קופת חולים. הדסה חששה מהעצמאות היחסית שיקנה תקציב זה לפעולותיה של קופת חולים ושאפה להחזיק את הקופה, שהייתה בעיניהם חסרת ערך כארגון חסר מוסדות וכוח ממשי, סמוכה לשולחנה ולמרותה. מאידך, שאיפת קופת חולים לעצמאות בפעולותיה ולהגבלת השפעתה של הדסה עליה, לא הייתה מושתתת על שאיפות פוליטיות אלא מסיבת גידולו המהיר

של ציבור הפועלים וצרכיו בעזרה רפואית שלא באו על סיפוקם במסגרת פעולות הדסה. הדעה שרווחה במרכז קופת חולים הייתה שאם השרות הרפואי לחבר יאורגן על יסוד עזרה הדדית מלאה ובמוסדות השייכים לקופה, הוא יהיה טוב יותר וקרוב יותר ללבם (וכיסו) של הפועל. לשם כך הוחלט על הרחבת חדר החולים של הפועלים בן 12 המיטות בעין חרוד, שהועבר לידי קופת חולים עם פירוקו של 'גדוד העבודה', על הקמת מרפאה עצמאית בירושלים והרחבת המרפאה הקיימת בתל אביב. הרחבת השירותים העצמאיים של קופת חולים הכללית עוררה התנגדות בקרב הנהלת הדסה. תחום הפעילות היחיד בו הסכימה מראש הדסה לאפשר לקופת חולים פעולה עצמאית היה רק שטח ההבראה, שבו לא היה לה עניין, אבל על המונופולין שלה במרפאות ובבתי החולים היא לא רצתה לוותר. בתחילה, הודות להתערבותה של הנרייטה סולד ובתקופת ניהולה של הדסה על ידי הדר' רובינוב (עד 1924) התנהל הויכוח על אש נמוכה, משפרש ד"ר רובינוב ובמקומו התמנה הד"ר אפרים בלוסטאון, החריף הויכוח בין הדסה לקופת חולים. לויכוח ניתן פומבי על ידי הופעת מאמרים בעיתונות, קריאות לאסיפות מחאה פומביות של ציבור הפועלים כנגד הדסה וגיוס מנהיגי ההסתדרות לתמוך בעמדתה של קופת חולים. כתגובה סירבה 'הדסה' לטפל בענייני הקצבות הכספים של קופת חולים שהגיעו מארה"ב, הקטינה את שיעור השתתפותה בתרופות שסופקו לקופת חולים לשלושים אחוזים, דחתה אשפוזם של פועלים בבתי חולים שלה והוסיפה מכשולים מנהליים בפני הנהלת קופת חולים בכל פעילות רפואית שהצריכה שיתוף פעולה, עד שאליעזר פרלסון, מנהלה של קופת חולים הכללית נאלץ לפנות ישירות למרכז הדסה בניו יורק על מנת לעקוף את רשויות הדסה בארץ. בשנת 1926 הורעו היחסים עד כדי כך שחייבו את התערבות ההנהלה הציונית העולמית. משלחת מיוחדת הגיעה מטעם 'הדסה' ארהיב לברור העניין ויחד עם בן גוריון גובש הסכם שלפיו הכירה הדסה בסטאטוס המיוחד של קופת חולים הכללית ובזכותה לפעול באופן עצמאי תוך הקמת מוסדות משלה. היה זה 'שלום כפוי' בעיקרו ויחסי 'הדסה' קופת חולים נשארו קשים.

משבר העלייה הרביעית שחל במחצית שנות העשרים והתערערו היחסים עם הדסה הרעו את מצבה הכספי של קופת חולים עוד יותר והיא עמדה בפני פשיטת רגל. על מנת לעצור את התמוטטות השירותים של הקופה יזמה ההנהלה הציונית בארץ, בראשית 1926, את הקמתה של ועדת חקירה לבדיקת מצבה של קופת חולים. הועדה המליצה על שינוי ארגוני מהותי בעבודת הקופה: אספקת שירותים על בסיס אזורי ובהתאם לאמצעי הקופה. חוסר היכולת למלא אחר המלצות הועדה והמשך הידרדרות מצבה הכספי של

קופת חולים הביאו את ההנהלה הציונית העולמית ליזום הקמתן של שתי ועדות חקירה נוספות מקבילות, לבדיקת תפקודו של מערך שירותי הבריאות בישוב כולו. במחצית 1927 התפרסמו המלצות ועדות החקירה המקבילות. ההמלצות קראו להקמת רשות בריאות מרכזית אחת בחסות הדסה וצמצום תפקידיה של קופת חולים להתיישבות העובדת בלבד. גם המלצות ועדות אלה לא יצאו אל הפועל. הרעת היחסים שחלה בין קופת חולים להדסה בסוף שנות העשרים, מאורעות 1929 בישוב ונפילת הבורסה בניו יורק שפגעה קשות במקורותיה הכספיים של הדסה בארץ הביאו לדחיית ביצוען של ההמלצות ולהורדתן מעל סדר היום הציבורי. באופן מעשי לא הגיעו המלצות אלה אף פעם למימוש.

3. הקמת בית החולים בעמק

בטרם התעורר הויכוח עם הדסה סברו חברי המרכז שקופת חולים תצא לדרך עצמאית תוך שיתוף פעולה עם הדסה. אולם, עתה התברר להם שעל הקופה יהיה לפעול לבדה. קופת חולים ארגנה אספקת תרופות מכשירים ממקורות נוספים מלבד הדסה, הרחיבה את מרפאותיה, קלטה מספר ניכר של רופאים מומחים והפכה את צריף החולים בעין חרוד לבית חולים כפרי זעיר בן 2 צריפים ו-35 מיטות. ההתיישבות הרחבה בעמק יזרעאל והביקוש הגובר לשירותי בית החולים העלה לדיון את הרעיון לבניית בית חולים כללי חדש של קופת חולים, בנוי אבן, אשר ייתן טיפול נאות לילודות, לילדים, לחולים במחלות המידבקות השכיחות באזור ויקדם את הרפואה הציבורית בעמק. בית חולים חדש וגדול יחסך בהוצאות נסיעות החולים הנגרמות בשל מחסור במקומות אשפוז בעמק ויחד עם זאת יכניס כוחות רפואיים חשובים ויביא להתפתחות הרפואה הציבורית בכללה. למרות רצונם של אנשי קופת חולים לקחת משימה זו על עצמם היה ברור שמבחינה כספית הם לא יוכלו לעשות זאת. פניות קופת חולים להדסה ולהנהלה הציונית נתקלו בסירוב מוחלט. כסף מיותר לא היה ולהדסה לא היה עניין לאפשר לקופה הקמת בית חולים משלה. אליעזר פרלסון לא ויתר ופנה ישירות להנרייטה סולד. לדבריו, הקמת בית חולים של קופת חולים בעמק יביא להקלת העומס האשפוז בבתי החולים של הדסה. בנוסף התחייב פרלסון שמימונו השוטף של בית החולים יעשה על ידי קופת חולים לבדה, ללא סיוע של הדסה. נימוקי פרלסון שכנעו את הנרייטה סולד והיא הבטיחה את עזרתה בארגון סיוע כספי להקמת בית החולים בלבד. באוגוסט 1927 הונחה אבן הפינה לבית החולים בעמק בן 50 מיטות בתכנונו של האדריכל ברוולד, במימון הדסה וארגון הרופאים העבריים

באמריקה, תרומה מיוחדת של קהילת שנחאי והתחייבות אנשי העמק לתרום ימי עבודה. ממשלת המנדט מצידה התחייבה לסלול את כביש הגישה לבית החולים. ההחלטה על הקמת בית חולים של קופת חולים גם אם נעשתה בעיקרה על מנת לפתור את מצוקת האשפוז, הייתה בעלת חשיבות רבה על כיוון התפתחותה של קופת חולים בעתיד ועל מערך שירותי הבריאות בארץ.

בתי החולים שהיו קיימים בארץ ניבנו ברובם במאה ה-19, הישוב החדש לא הקים שום מבנה ציבורי גדול שלא לדבר על בית חולים שהוא עניין מורכב יותר מכל בניין אחר. התוכניות והסטנדרטים שגובשו לפי צרכי השעה ובמטרה לתת את הטוב ביותר על מנת שבית החולים ייתן שרות נאות לאורך זמן, הפכו לסטנדרטים של קופת חולים בכל בניית מוסדותיה הבאים. בית החולים שניפתח באפריל 1930 זכה לשבחים רבים. כשנה לאחר מכן הסתיימה סלילת הכביש המחברת אותו עם תחנת הרכבת בעפולה. השאלה שנותרה ללא פתרון הייתה בעיית מגוריהם של אנשי הסגל שעד אז גרו בעין חרוד סמוך לבית החולים ועמדו לרשותו 24 שעות ביממה. ההחלטה שהתקבלה הייתה שעל הרופאים והאחיות להמשיך ולהתגורר בחצר בית החולים, נכונים לכל קריאה גם מחוץ לשעות העבודה המקובלות ונאסר עליהם להתגורר בחוץ. בשנת 1934 נחנך בניין המגורים לעובדים בסמוך לבית החולים במימון ממשלת המנדט וקופת חולים. בית החולים בעמק הביא אתו קידמה רפואית ולא רק הקלה במצוקת האשפוז. אורגנו השתלמויות רופאים חודשיות, אורגן פיקוח על שירותי הבריאות באזור, נערכו מחקרים במניעת וטיפול במחלות שונות, הוחל במיון סוגי דם במעבדת בית החולים, נוהלו כרטיסיות רישום מדויקות של החולים והמחלות ונערכו פעולות רבות בתחום הרפואה המונעת. בית החולים בעמק הוכיח שקופת חולים יכולה להתמודד בכבוד ובהצלחה עם מבצע יקר ומסובך כזה, חיזק את מעמדה ויוקרתה של הקופה כמוסד להגשת עזרה רפואית והגדיל את מספר חבריה. הקמתו המוצלחת של בית החולים קבעה למעשה את הדרך במדיניות הבנייה והפתוח של קופת חולים להבא.

4. קופת חולים- השרות והניהול.

בניגוד לכל קופות החולים בעולם שקמו בעקבות המהפכה התעשייתית בריכוזי פועלים עירוניים, קמה קופת החולים בארץ בכפר והוא על צרכיו הבריאותיים הוסיף להיות המודל לעבודה הרפואית של קופת חולים גם להבא. בשנת 1927 החלה להטריד את קופת חולים בעיית הצפיפות במרפאות העירוניות

המרכזיות והתרופפות הקשר בין החולה לרופאו האישי, במקביל עלתה השאלה כיצד לצמצם את מספר הרב של הפניות לרופאים מקצועיים במרפאות המרכזיות בערים. כדי להתגבר על עומס התורים במרפאה הציבורית בעיר החליט מרכז קופת חולים במאי 1927 לחזור למודל המרפאה הכפרית, היינו הקמת מרפאות קטנות בשכונות, בניהול רופאים כללים אשר ישמשו רופאי משפחה וילדים ויתנו עזרה רפואית ראשונית. החולה יפנה עתה אל המרפאה הקרובה למקום מגוריו וישלח למרפאה המרכזית ולרופא מומחה רק לפי החלטת הרופא הראשוני. שיטה זו שהוכיחה עצמה בכפר, באה להקל על החולים שלא יאלצו לכתת רגליהם למרחק רב ולחכות זמן רב לתורם. הקמת סניפים/מרפאות בשכונות ספקה תוצאות טובות והפכה למודל השרות המועדף של הקופה. במקביל לשינוי במערך הקופה על ידי הקמת מרפאות ראשוניות בשכונות מחליטה הקופה על הקמת מוסד ניהולי לצד מרכז קופת חולים בן ארבעת החברים שניהל אותה. לצד המרכז הוקם ועד מפקח שהורכב מנציגי ההסתדרות, נציגי המוסדות המבוטחים ונציגי הקופה במטרה לפקח על פעולות הנהלת קופת חולים, לקבוע את תקציב הקופה, לטפל בתלונות וחילוקי דעות, לקבל החלטות בדבר פיתוח (נכסים, סניפים, מבנים) ולהיות אחראי על תקנות הקופה ופירושן. הקמת הועד המפקח יצרה למעשה מעין מועצת מנהלים רחבה כאשר מרכז קופת חולים הופך לזרוע המבצעת של הארגון. עדות לחשיבותו הרבה של הועד ולמעמדה הסמכותי והמכובד של קופת חולים באותה תקופה ניתן לראות בחבר האישים שהרכיבו אותו, ביניהם גולדה מאיר, הדר' משה בילינסון וברל כצנלסון מראשי תנועת העבודה בארץ. עד קום המדינה היה הועד המפקח הגוף העליון בהיררכיה של קופת חולים רק מאוחר יותר עם הקמת המדינה הוא הפך להיות גוף, מאשר החלטות המרכז והמעניק לו גיבוי ציבורי.

5. המס האחיד

מראשית דרכה בהסתדרות נראתה קופת חולים כזרוע אכיפה ממדרגה ראשונה. בנובמבר 1921 קבעה מועצת ההסתדרות כי ההסתדרות ומוסדותיה (קרי: קופת חולים) 'מטפלים רק בחברי ההסתדרות שיש להם פנקסי חבר והמשלמים מסים'. בעקבות ההחלטה נקבע בתקנות קופת חולים שמתקבלים אליה רק חברי ההסתדרות ופועלים שאינם חברי ההסתדרות "מתקבלים רק בהסכמת הועד הפועל". בפברואר 1924 קבע בן גוריון ש'קבוצות שלא משלמות את המס לקופת חולים צריך להפסיק להן את העזרה. אין אנו יכולים להיות סתם נדיבים. קופת חולים היא מוסד של עזרה הדדית'. שיפור שרותיה של קופת חולים

לאורך השנים והגידול במספר חבריה הפכו אותה לשרות חיוני יותר וממילא גם מכשיר יעיל יותר בידי הועד הפועל. הרחבת מסגרתה וחישולה כמכשיר ארגוני לא תמיד עלו בקנה אחד ועל כן נזהרו בן גוריון ואנשי הועד הפועל שהקופה לא תישמט משליטתם עקב צבירת כוח רבה מדי. בשנת 1925 הוחל בגיבוש הקו שכל חברי ההסתדרות חייבים להיות חברים בקופת חולים כשהחלטה הסופית על כך התקבלה בוועידת ההסתדרות השלישית בשנת 1927. אלא שהדבר לא היה קל ליישום. אי נכונותם של רבים לקבלה העמיד את הועד הפועל בדילמה: מצד אחד חובה עליו לקיים את החלטת הוועידה ולהוציא מההסתדרות את אלה המסרבים לכך, מצד שני חשש שיפסיד את מס ההסתדרות של אותם חברים שיוציא משורות ההסתדרות מפני שאינם חברים בקופת חולים ועל ידי כך מספר חברי ההסתדרות יפחת וכוחה ירד. המשבר הכלכלי בשיאה של העלייה הרביעית גרם לכך שרבים נמנעו מטעמי מצוקה לשלם את מס קופת חולים והסתפקו במס ההסתדרות על מנת שיקל עליהם להשיג מקום עבודה. בקיץ 1928 פנתה קופת חולים לוועד הפועל של ההסתדרות ודרשה ממנו על סמך החלטת הוועידה להוציא מההסתדרות כל מי שאינו חבר קופת חולים. הועד הפועל ובן גוריון דחו את דרישת קופת חולים בטענה שיש לברר קודם מי הם 'הפונים שאינם משתתפים בקופת חולים' ושהחובה על כל חבר הסתדרות להיות חבר בקופת חולים אולם אין חבר מוצא מההסתדרות בגלל אי חברותו בקופת חולים ואין לעכב את פנקס החבר שלו' כפי שדרשה הקופה. אין ספק שהשיקול התועלתני היה זה שהנחה את החלטות אנשי הועד הפועל בעניין. ניגוד אינטרסים זה בין קופת חולים והועד הפועל פעל גם בכיוון ההפוך. מטרתה העיקרית של קופת חולים בנוסף לשיפור שרותיה הרפואיים היה להגדיל את מספר חבריה ולקבל גם מי שאינו חבר הסתדרות. החלטות הוועידה השלישית (1927) לא אסרו זאת אלא שדרשו את אישור הועד הפועל לקבלת חברים שאינם חברי הסתדרות. לפיכך הטרידה קופת חולים את הועד הפועל בעניין זה ושאלת קבלתם לקופה של מי שאינם חברי הסתדרות לא ירדה מסדר היום. רוב המבקשים להצטרף לקופה היו בעלי מלאכה, חנוונים וכד.. כאלה שמצבם הכלכלי היה שפיר ואשר רצו לרכוש ביטוח רפואי מוזל אך לא היו חברים בהסתדרות. הקופה מצידה ראתה בכך אפשרות לשיפור מצבה הכספי ולהגדיל את מספר חבריה ולפיכך לחצה על הועד הפועל לאשר קבלתם לקופה (55). במאי 1929 היו בקופת חולים 15,000 חברים, מהם 500 שאינם חברי הסתדרות. הדר' משה בילינסון, שניבחר בשנת 1927 לתפקיד יו"ר הועד המפקח של קופת חולים דרש מהוועד הפועל להעביר לקופת חולים את סמכות ההחלטה בדבר קבלת קבוצות או בודדים כחברים לקופה מבלי שיהיו

חברי הסתדרות. מטרת בילינסון הייתה לא רק הגדלת הקופה אלא מניעת יוזמות והקמת מוסדות לביטוח רפואי מתחרים במידה והקופה לא תקבל כחברים את כל אלה הרוצים בכך. להעברת סמכויות ההחלטה מידי הוועד הפועל לידי קופת חולים התנגד נמרצות בן גוריון וטען שבדרך זו יכולים להיכנס לקופה גורמים אנטי הסתדרותיים שיערערו את יסודותיה. הפשרה שהושגה הייתה שכל גוף שאינו חבר בהסתדרות המבקש להצטרך לקופת חולים יתחייב לשלם בנוסף למס הרגיל גם מס מקביל וכתמורה יינתן לאותו גוף ייצוג בוועד המפקח של הקופה. בשנת 1931 עם הקמת מפא"י כשנוצרה זהות כמעט מלאה בינה לבין ההסתדרות עלתה שאלת מימושה הלכה למעשה של החברות ההדדית בקופת חולים ובהסתדרות במלוא חריפותה על סדר היום. ארגונים שונים שחששו שהצטרפותם לקופה תדחוף את חבריהם לזרועות מפא"י, החלו בהכנות להקמת קופות ביטוח רפואי משלהם. מזה בדיוק חששה קופת חולים והיא פנתה מחדש לוועד הפועל שישקול מחדש את עניין קבלתם לקופה של מי שאינם חברי הסתדרות ולתת לארגוניהם ייצוג בקופה. פניית קופת חולים דחקה את הוועד הפועל לפינה. כדי לפתור את הדילמה- גם לשמור על כוחה של הקופה כמכשיר משמעותי ביחס לחבריה וגם לקבל חברים חדשים שיגדילו את כוחה ויאזנו את תקציבה, החליט הוועד הפועל של ההסתדרות להקים ועדות מיוחדות לעניין זה שבסמכותן לאשר או למנוע קבלת חברים חדשים לקופה ולשלול את הביטוח הרפואי ממי שהוצא מההסתדרות. בדצמבר 1931 העלה בן גוריון לראשונה את ההצעה להנהיג מס אחיד ולחייב הצגת פנקס החבר בכל פנייה לאחד ממוסדות ההסתדרות. חשיבותה של קופת חולים באותה שנה גברה היות והוועד הלאומי לקח לעצמו את ארגון לשכות העבודה וכוחה של ההסתדרות כספק עבודה נחלש. קופת חולים הפכה למכשיר הארגוני הכמעט בלעדי של ההסתדרות. ככל שנחשבה קופת חולים כמכשיר ארגוני וכספי בעיני ההסתדרות הרי שאמינותה האידאולוגית הייתה חשובה עוד יותר. כשעלתה שאלת קבלתם של חברים אשר השתייכו לגופים המעסיקים פועלים ערבים, או כשדובר על קבלתם של רוויזיוניסטים, חברי פלוגות בית'ר ודומיהם התנגדו חברי הוועד הפועל נמרצות לקבלתם לקופה ולא טרחו אף לתרץ את התנגדותם. ראשי קופת חולים מאידך דקדקו פחות בעמדתם הפוליטית של הפונים אליהם, חששם היה שכל מי שיענה על ידם בשלילה יפנה לקופת חולים עממית שהוקמה בסוף 1930 על ידי הדסה והתחרתה בקופת חולים בתנאי חברות נוחים יותר. קופת חולים עממית פעלה בעיקר במושבות ולכן הדרך היחידה לקבלת שרות רפואי זול בערים לחברי בית'ר ודומיהם הייתה על יד חברות בקופת חולים מבלי להיות חברי הסתדרות. בסיכומו של דבר

קיבל הועד הפועל החלטה המאפשרת קבלתם של חברים 'על תנאי' ורק 'אם מישו מהחברים האלה יעשה מעשה שבעדו מוציאים חבר מההסתדרות- הוא יוצא מקופת חולים. עמדה זו בעיקר ביחס לפועלים רוויזיוניסטים חברי קופת חולים נשמרה למעשה עד שנת 1933.

בשנת 1933 נירצח חיים ארלוזורוב והמתח הפוליטי ביישוב גבר. עובדי קופת חולים, בעיקר רופאים, חברי המפלגה הרוויזיוניסטית פוטרו מעבודתם, הלחץ על כפיית חובת החברות בהסתדרות על חברי הקופה גבר ואוהדי הרוויזיוניזם שבין חברי הקופה פרשו. מכיוון שביטוח רפואי אלטרנטיבי דומה בערים לא היה קיים וחברי הצה"ר ובית"ר בערים נשארו ללא שרות רפואי, יזמה קבוצה קטנה מביניהם את הקמתה של קופת חולים לעובדים לאומיים אשר תיתן שרות רפואי לאלה שאינם יכולים ליהנות משרותיה של קופת חולים הכללית. ב- 5 בינואר 1934, באישור שלטונות המנדט התחילה קופת חולים לאומית את פעולתה.

מאורעות 1936-1939, המשבר הכלכלי שפקד את הישוב, החרפת המאבק הפוליטי בתוך היישוב והעברת פעילותו הפוליטית של בן גוריון מההסתדרות לסוכנות היהודית הביא את המוסדות העליונים של ההסתדרות לידי ההחלטה לאחד את הגביה של כל המסים בהסתדרות למס אחד שיקרא המס האחיד ולהחיל את חובת החברות בקופת חולים ובשאר מוסדות לביטוח סוציאלי של ההסתדרות על כל חבריה. המעבר למס אחיד הביא שינויים עקרוניים במערכת המסים ובחברות בקופת חולים. הדבר החשוב שהושג הוא חובת החברות בקופה, שהבטיחה לקופה חוג רחב יותר של חברים מבין חברי ההסתדרות, לא רק של הזקוקים לה מבחינה בריאותית אלא גם של בריאים יותר ומבוססים יותר מבחינה כלכלית. מאידך עצמאותה הכלכלית יחסית של קופת חולים שגבתה עד עתה את מסיה בעצמה, אבדה. קופת חולים איבדה כמעט כל אפשרות לשלוט על הכספים המגיעים לה או להגדילם בשעת הצורך. באופן מוחלט הביאה החלת המס האחיד לגידול מיידי ניכר של מספר החברים בקופת חולים לכ- 160,000 נפש (חברים ובני משפחתם הזכאים לקבלת שירותים). צעד זה הפך את קופת חולים לארגון המרכזי בהבטחת ובאספקת שירותי בריאות בישוב היהודי בארץ.

בשנת 1933 החליט מרכז קופת חולים לבנות בית חולים נוסף בן 50 מיטות שישרת את חברי הקופה באזור מושבות השרון ותל אביב, לימים ביה"ח בילינסון. בית החולים החדש תוכנן להיות מרכז רפואי מתקדם ברמה שונה מזו הקיימת בארץ ולהתבסס בכוח אדם על הרופאים ועובדי רפואה אחרים, יוצאי גרמניה שהחלו להגיע ארצה עם עליית היטלר לשלטון. כאשר הגיעו בשנת 1933 ראשוני הרופאים מגרמניה הם מצאו כאן רפואה שונה לחלוטין בטיבה ובמהותה מזו שהורגלו אליה. בגרמניה בה פעלו קופות חולים עוד מסוף המאה שעברה היה העיקרון המנחה - בחירה חופשית של הרופא וכל השירותים הרפואיים הנלווים, בידי החולה. הרופאים עבדו במרפאותיהם הפרטיות ובבתי החולים ובמקביל נתנו שירותים לחברי הקופות אתם היו קשורים בהסכמים. עיקרון זה אפשר את שילובה של הרפואה הפרטית במסגרת מאורגנת של הרפואה הציבורית והצליח לשמר בדרך זו את הרפואה כמקצוע חופשי יחד עם הנהגת ביטוח בריאות חובה לכל השכירים במדינה. ואילו כאן, בארץ ישראל, נתקלו הרופאים יוצאי גרמניה במערכת רפואית סגורה, צנטרליסטית על בסיס וולונטרי (קופת חולים) ופילנתרופי (הדסה) ללא ביטוח בריאות חובה וללא עזרה כספית של שלטונות המנדט - שהצטיינו באי-התערבות בנעשה בתחום הבריאות. גם בהדסה וגם בקופת חולים הרופאים היו שכירים הכפופים להנהלה המרכזית של הארגון, שבראשה עמדו פקידים ואנשי ציבור ולא רופאים, ונאסר עליהם לקיים פרקטיקה פרטית בנוסף לעבודתם הציבורית. בנוסף להגבלה זו התחייב כל רופא שקיבל עבודה בקופת חולים הכללית להסכים מראש להישלח לכל מרפאה שיבחרו הממונים עליו. בשנים 1933-1938 עלו ארצה למעלה מ-1200 רופאים אשר היוו כ-75% מרופאי הישוב. עלייתם של רופאים רבים תוך זמן קצר יצרה עודף היצע גדול והביאה למצב שבו חלקם הגדול הרוויחו פחות מהמינימום הדרוש בכדי לפרנס את משפחותיהם והחלה מלחמת קיום קשה. רק פרוץ מלחמת העולם השנייה וגיוסם של למעלה מ-200 רופאים לצבא הבריטי הקלה על המשבר. לכאורה ניתן היה לצפות שריבוי רופאים והאבטלה הרבה ששררה בקרבם יפחיתו במידה ניכרת את השפעתם על מערכת הבריאות, ברם קליטתם המקצועית המהירה ועליונותם המדעית של הרופאים היהודים שהגיעו מגרמניה סייעו בשימור כוחם והשפעתם. באופן טבעי נקלטו למעלה ממחציתם, בקופת חולים והדסה. הצורך המשווע בכוח אדם מומחה ובעל ניסיון פתח את האפשרות לקבלת רופאים עולים רבים בארגונים הללו ואפשר להדסה ולקופת חולים הכללית להרחיב את שירותיהם לאוכלוסיית הישוב הגדלה (העלייה החמישית). היקף הקליטה הגבוה ביותר היה בקופת חולים ונוכחותם של הרופאים יוצאי גרמניה בלטה בעמדות המפתח בשני בתי החולים

של הקופה העמק ובילינסון. בשנים 1933-1948 עמדו הרופאים יוצאי גרמניה בראש כל המחלקות בשני בתי החולים של קופת חולים (למעט מחלקת הילדים בבילינסון) ובראש רוב המחלקות בבתי החולים של הדסה. הרופאים שלא מצאו עבודה במוסדות הבריאות הקיימים או שסירבו לעבוד בתנאים של הדסה וקופת חולים תוך איסור פרקטיקה פרטית, פנו לשוק החופשי ובהתאם ליכולתם הכלכלית פתחו מרפאות פרטיות והקימו קופות חולים חליפיות - כמכבי' (1941), אוצר הרופאים, קופת חולים אסף ועוד.. קופות חולים אלה אימצו לעצמן את דרך פעולתן של קופות החולים בגרמניה והפעילו את עיקרון הבחירה החופשית. משום כך לא הוקמו בניני מרפאות, המעיטו במנגנון פקידותי בסניפים עד למינימום ההכרחי והסתפקו בהפניית חוליהם לרופאים הפרטיים הקשורים אתם בהסכמים. מייסדי הקופות נטו להציג את המוסד החדש כאנטיתזה לקופת חולים הכללית והיפנו כלפיה ביקורת נוקבת שנסבה בעיקר על שלילת חופש הבחירה מהרופאים והחולים. בעקבות הקמת קופות החולים הקטנות הוקמה גם חברה פרטית לביטוח רפואי 'שילוח' והוקמו מספר בתי חולים פרטיים, בעיקר באזור תל אביב, כולם בני פחות מ-20 מיטות ביניהם בית חולים דנציגר ובי"ח הופשטיין שהפך אחר כך לבית החולים 'אסותא'.

אחת השאלות המרכזיות והמהותיות בנושא התפתחותם של שירותי הרפואה והבריאות בארץ עד מלחמת העולם השנייה הייתה שאלת סדרי העדיפויות בעבודת הרופאים בבתי החולים. האם בנוסף ובמקביל לעבודת בית החולים צריכים הרופאים לעסוק גם במחקר רפואי, או שהשרות לציבור הנו בעדיפות הראשונה ולעבודת המחקר אין מקום בעבודת בתי החולים בארץ. שאלה זו עלתה במלוא חריפותה בעיקר על ידי הרופאים שעלו מגרמניה במחצית שנות השלושים. לדעת רוב הרופאים העולים, על בתי החולים להתנהל ולתפקד לא רק כנותן שירותים רפואיים למבוטח הקופה אלא לשמש גם כמרכז ללימוד ומחקר. לדעתם קופת חולים הייתה צריכה להשקיע את עיקר תקציבה בהפיכת בתי החולים בבילינסון למוסד אשפוז בסדר גודל של 1000 מיטות אשר יתפקד כמוסד מחקרי- רפואי-אוניברסיטאי ולהצמיד אליו את המרפאות הראשוניות שהיו מנותקות מחידושי המקצוע. קופת חולים שנתנה במדיניותה העדפה להקמת מרפאות קטנות מטעמים רעיוניים ומעשיים, סירבה לדרישות אלה. כתוצאה מכך נישאר בית החולים בבילינסון בשלב זה מוסד שרות אשפוזי בעיקר, עם מספר מיטות מוגבל וללא עבודה מחקרית, והמרכז האוניברסיטאי אותו שאפו להקים חלק ניכר מרופאי קופת חולים יוצאי גרמניה נוסד בירושלים על ידי הסתדרות הדסה, שסדרי העדפותיה היו אחרים.

7. הקמת המרכז על הר הצופים

בשנות ה-30 שנתה הדסה את מדיניות הבריאות שלה בארץ. המשבר הכלכלי שפקד את ארצות הברית השפיע באופן ישיר על תקציבי הדסה. כתוצאה מכך היא העבירה חלק גדול ממוסדותיה הרפואיים שמחוץ לערים לרשויות המקומיות והפנתה את עיקר מאמציה להקמת בית חולים חדש על הר הצופים והפיכתו למרכז רפואי- מחקרי הראשון במעלה בארץ. בהקמת מרכז רפואי כנהוג בארה"ב התכוונה הדסה לכלול במסגרת אחת שרות רפואי לציבור, חנוך אחיות, מחקר רפואי והוראה. רעיון המרכז הרפואי עלה כבר בשנת 1925, אלא שסדרי עדיפויות שונים בפעולות הבריאות של הדסה בארץ באותה תקופה הביאו לדחייתו עד שנת 1932. השאלה העיקרית שעלתה עם תחילת עבודות התכנון הייתה היכן יוקם בית החולים- בירושלים או מחוצה לה. הדיון בשאלה זו נימשך למעלה משנתיים וההחלטה הסופית נפלה רק לאחר שוועד הבריאות הלאומי והקרן הקיימת החליטו לטובת הר הצופים והתעלמו מבעיות הביטחון וקשיי התחבורה הכרוכים במיקומו של בית חולים מרוחק מהעיר. בשנת 1934 הונחה אבן הפנה לבית החולים שקיבל את תמיכתם והסכמתם של ממשלת המנדט ומשפחת רוטשילד (שבבעלותה היה בית החולים הדסה הישן בעיר) ובמימון אגודת הרופאים היהודיים באמריקה. בשנת 1936 נחתם בין הדסה לאוניברסיטה העברית הסכם בעניין התאמת הפעולות ושיתופן בשטח ההוראה למשתלמים ברפואה ולמחקר רפואי. המרכז הרפואי נחנך באמצע שנת 1939, לאחר תקופת מאורעות של שלוש שנים שעברה על הישוב ושלושה חדשים לפני פרוץ מלחמת העולם השנייה.

בספטמבר 1939 פרצה מלחמת העולם השנייה והתפתחותו של מערך שירותי הבריאות של הישוב היהודי בארץ הוקפאה. רופאים מכל הקופות ובתי החולים התגייסו לצבא, מיהרו להתגייס רופאים מובטלים מעולי העלייה החמישית, שראו בגיוס לצבא אפשרות לחזור ולעסוק ברפואה. הויכוחים על תנאי העבודה של הרופאים ומעמדם של המחקר וההוראה בבתי החולים דעכו משנות השלושים. גיוס הרופאים לצבא הבריטי פתר חלק ניכר מהבעיות שנלוו לקליטת הרופאים העולים מגרמניה והקל על המערכת הרפואית לתפקד ללא לחץ בנושא כוח אדם רפואי. במקביל נדרשה המערכת להתכונן למצב בו הלחימה תגיע לארץ ישראל או לסביבתה הקרובה וארגוני הבריאות נדרשו להכין תוכניות לעזרה ראשונה, נערכו תרגילים

למתן עזרה רפואית דחופה למקרה של הפצצות על מרכזי הערים בתאום ובשיתוף עם ממשלת המנדט ומחלקת הבריאות הבריטית.

קופות החולים השונות התארגנו באופן עצמאי לאספקת שרות למבוטחיהם במצב של מלחמה תוך הבטחה לשמירה על זכויות המבוטחים המתגייסים ועל זכויותיהם הסוציאליות של סגל הרופאים ומקצועות הבריאות שהתגייס אף הוא. תשומת הלב המרבית של מערך הבריאות של הישוב היהודי בארץ הופנתה לאמץ המלחמתי בלבד.

סיום מלחמת העולם השנייה וחזרתם הביתה של הרופאים, המגויסים המבוטחים, עובדי הקופות יחד עם בואה של העלייה שלאחר המלחמה החזירה את מערך הבריאות הארץ ישראלי למצב בו היה ערב פרוץ המלחמה: עודף רופאים, ויכוח על עקרונות עבודת בתי החולים, ותחרות מחודשת בין קופות החולים. נושאים אלה קיבלו משנה עוצמה בהשפעת המצב הפוליטי בישוב והחרפת המאבק לקראת הקמת מדינה. במצב עניינים זה פרץ משבר הרופאים בבית החולים המרכזי של קופת חולים- בית החולים בילינסון, משבר שפתח את הדרך לשינויים ארגוניים מהותיים במערך שירותי הבריאות בארץ והשפיע באופן בולט על תהליכי הקמתה ועיצובה של מערכת הבריאות הישראלית ערב הקמת המדינה.

8. מרד הרופאים בבילינסון

ב- 22 לאוקטובר 1946 הגישו מנהל בית חולים בילינסון דר' הארי הלר ושמונה מנהלי המחלקות שלו תזכיר למרכז קופת חולים המתאר את תסכולם, תנאי עבודתם הקשים ואת אווירת "הדיכאון, המרירות ואי אמן בעתיד..." השוררת בבית החולים ומשפיעה על יחסם לעבודתם. הם ציינו את העובדה שהפעילו את בית החולים בתנאי חוסר במשך כעשור שנים, נענו לבקשות קופת חולים לשמור על שקט תעשייתי בזמן המלחמה, לא דרשו תנאי שכר חריגים והסתפקו במועט. עתה הם דורשים לשפר את תנאי העסקתם כפיצוי רטרואקטיבי על שנות המלחמה וכתנאי להמשך עבודתם בעתיד. יחד עם הפיצוי הכספי ביקשו מנהלי המחלקות לאפשר להם לנהל פרקטיקה פרטית בנוסף לעבודתם בבית החולים על מנת לשפר את מצבם הכלכלי. דרישה זו לוותה בהסבר מפורט שהיות וממילא קיימת זכות לפרקטיקה פרטית לרופאים העובדים חלקית בקופה אין להפלות לרעה את הרופאים והמנהלים הבכירים העובדים במשרה מלאה ומשתכרים כתוצאה מכך שכר נמוך יותר (יחסית). לדרישות אלה יש להוסיף את נושא חובת המגורים של מנהלי המחלקות בחצר בית החולים. משמרכז קופת חולים לא התייחס לדרישותיהם וסרב לפתוח במשא ומתן הודיעו מנהלי המחלקות לקופת חולים כי במידה ותביעותיהם לא תענינה הם יעזבו כאיש אחד את מקום. כתוצאה מהאיום ניכנס מרכז קופת חולים למו"מ אינטנסיבי עם רופאי בילינסון אך ללא תוצאות מעשיות. באופן עקבי דחו הרופאים את כל הצעות הפשרה שהציעה להם קופת חולים. בנובמבר 1947, לאחר שנה של משא ומתן בין הרופאים לקופה ולוועד הפועל של ההסתדרות, בעצם ימי המתח והציפייה להחלטת האו"ם על הקמת מדינה יהודית הודיעו מנהלי המחלקות בבית החולים בבילינסון על עזיבת בית החולים ופרישה מקופת חולים. מן הראוי לציין כי לרופאי בילינסון לא הייתה אלטרנטיבה או הצעות עבודה חלופיות ביום עזבם את הקופה, וכולם כאחד הפכו לרופאים מובטלים.

9. בילינסון ותל השומר

פורשי בילינסון עזבו כאמור את עבודתם בנובמבר 1947. בראשון בינואר 1948 הוקם השרות הרפואי הצבאי בראשותו של דר' חיים שיבר (שיבא). כמעט מיידית קלט השרות הרפואי את הרופאים הפורשים מבילינסון לתפקידי מפתח בניהול וארגון. אל הרופאים פורשי בילינסון הצטרף גם דר' ברוך פדה, שהיה רופא מחוזי בקופת חולים ברחובות וגויס לשרות הרפואי הצבאי על ידי דר' שיבר. ארבעה חודשים לאחר

מכן, באפריל 1948 ניכבש מחנה תל ליטווינסקי. תוך זמן קצר הפך המחנה ובעיקר התשתית הרפואית הרחבה שהייתה בו למרכז אשפוז לפצועי מלחמת השחרור. קליטת פורשי בילינסון לשירות הרפואי הצבאי אפשרה למעשה לדר' שיבר לבסס ולהרחיב את מרכז האשפוז שהוקם בתל ליטווינסקי ולהפוך אותו למוקד רפואי בעל רמה מקצועית גבוהה והיקף פעילות נרחב. ערב הקמת המדינה כלל המחנה כבר כמה מאות מיטות אשפוז שנוהלו על ידי רופאי בילינסון הפורשים. נפתחו מחלקות, גובשו נהלים ותל ליטווינסקי החל לתפוס עמדה מרכזית במערך האשפוז בארץ.

בעקבות הצלחת תל ליטווינסקי יזם השרות הרפואי הקמתם של בתי חולים נוספים במחנות ובמתקנים שנכבשו או שננטשו במהלך מלחמת השחרור והוקם מערך אשפוז ארצי בניהולו וארגונו של דר' שיבר. רופאי המערך הרפואי הצבאי גויסו בעיקר מקרב רופאי קופת חולים או מבין הרופאים, משוחררי הצבא הבריטי.

במהלך מלחמת השחרור לא נקטה הנהלת קופת חולים בצעדים למנוע את התרחבות מערך האשפוז הצבאי בהנחה שעם תום המלחמה הוא יצטמצם או יתבטל. במקביל תכננה קופת חולים הקמתם של בתי חולים נוספים על מנת לחזק את מעמדה כארגון הבריאות המוביל בארץ. נטישת בית חולים הדסה בהר הצופים רק חיזקה הנחה זו.

עם תום מלחמת השחרור, התברר לקופת חולים כי אין בכוונת ממשלת ישראל בראשות דוד בן גוריון לחסל את מערך האשפוז הצבאי שהוקם, אלא להפך למסדו ולשבצו במסגרת חיל הרפואה בדומה לבתי חולים צבאיים בחו"ל. תקוותה של קופת חולים שאולי היא תיקרא לקבל לידיה את מערך האשפוז הצבאי על מנת להפעילו בעת שלום נתבדו. בספטמבר 1949, ניסתה קופת חולים בפגישה עם בן גוריון ודר' שיבר להביא לידי חיסולו של מערך האשפוז הצבאי בטענות שונות - אך נכשלה. היו ניסיונות שונים של קופת חולים לעצור את התרחבותו של מערך אשפוז זה שאיים על ההגמוניה שלה בשרותי הבריאות, אולם הרגשת העוינות והתחרות שהתפתחו בין הנהלת קופת חולים לרופאי השרות הרפואי הצבאי, פורשי בילינסון, מנעו כל קשר ותאום בין הצדדים, ומערך בתי החולים הצבאיים קרם עור וגידים. בשנים 1951-1953 הועברו בתי החולים הצבאיים מידי חיל הרפואה לידי משרד הבריאות בהנהלתו של דר' שיבר. בשנת 1953 הועבר סופית בית החולים מס' 5 - תל השומר, לרשות אזורית והפך לבית החולים המרכזי של משרד הבריאות.

פורשי בילינסון נשארו ברובם בתל השומר כמנהלי מחלקות או נקלטו בשרותי משרד הבריאות בתפקידים שונים. איש מהם לא חזר לעבוד בקופת חולים.

משבר הרופאים בבילינסון שהחל במאבק מקומי על פרקטיקה פרטית והטבות שכר ותנאי עבודה הסתיים אפוא בעקיפין בהקמתו של מערך בתי חולים אזרחיים, מתחרה למערך האשפוז של קופת חולים הכללית. מערך זה שימש כבסיס להקמתו של מערך בתי החולים הממשלתיים בניהולו של משרד הבריאות הישראלי שהוא בליבה של מערכת האשפוז בארץ בשנות התשעים ומוקד לניגוד האינטרסים היסודי בהפעלתו של משרד הבריאות הישראלי. הקמת מערך אשפוז בבעלות ממשלתית הוביל למצב בו משרד הבריאות נידרש לפעול כספק שרותי אשפוז בעל אינטרסים משלו, אשר לעיתים קרובות סותרים את תפקידו הייעודי כמשרד ממלכתי הנדרש לנווט את מדיניות הבריאות בישראל.

זאת ועוד, העברתם של בתי החולים הממשלתיים לבעלות משרד הבריאות כאשר הם נושאים איתם את מורשת מרד הרופאים בבילינסון, הוליד תחרות ואנטגוניזם בין גורמי הבריאות המרכזיים בארץ: קופת חולים הכללית ובתי החולים הממשלתיים, ובמיוחד בין הקופה למרכז הרפואי בתל השומר[שיבא].

ניתן לומר כי מעורבותו הנמוכה של משרד הבריאות במערך השרות הראשוני בקהילה לעומת פעילותו הענפה במערך האשפוז, העמידה אותו במצב בלתי אפשרי לקביעת וניווט מדיניות ויצרה הטיה ברורה בסדרי העדפותיו לטובת בתי החולים. מצב זה עמד לו לרועץ בעיקר כאשר החלה העלייה הגדולה שהביאה לישראל למעלה מ- 700,000 עולים, אשר יושבו במעברות, מחנות עולים, שכונות ומושבים בספר ואשר נזקקו בעיקר לשירותי רפואה ראשוניים במקומות מושבם, וכאשר עלתה על סדר היום הציבורי שאלת המחסור ברופאים בכפר ובספר, ולנוכח העדר מדיניות ממשלתית מחייבת לטובת הקהילה שהייתה במרב אחריותה של קופת חולים הכללית.

פרק ב': הזעקה לרופאים

1. מכתבו של דר' חיים שיבא

במרץ 1951 שלח דר' חיים שיבא המנהל הכללי של משרד הבריאות מכתב אל סגן אלוף נחמיה ארגוב, מזכירו הצבאי של ראש הממשלה דוד בן גוריון במשרד הביטחון תחת ההגדרה 'סודי-מיד'. נושא המכתב כפי שהוגדר על ידי שיבא היה: 'הזעקה הגדולה לרופאים'.¹ שיבא תאר לפני ארגוב את מצוקת הרופאים הקשה בכפר ובספר הישראלי וציין כי עיקר הבעיה נובע לא מפני שחסרים רופאים במדינה אלא משום סירובם של הרופאים לצאת מן העיר אל הכפר. לדעת שיבא למדינת ישראל לא תהיה ברירה אלא לכפות על הרופאים לצאת לשרות בכפר אם באמצעות העלאת גיל שרות החובה ל- 39 תוך חלוקת השרות בן השנתיים לשנה בכפר ושנה בעיר, או להעלות את גיל המילואים לרופאים ל- 55. את מכתבו סיים שיבא בדרישה להעלות מייד את העניין לפני הגורמים הצהליים הרלוונטיים כי 'העניין דחוף כי יוצרים בהלה בעניין מחסר הרופאים בכפר'.²

מכתב שיבא ו'הזעקה הגדולה לרופאים' כהגדרתו לא היו עניין חדש. סוגיית המחסור ברופאים בכפר ובספר עמדה על סדר היום הציבורי של מדינת ישראל החל מהקמתה. המחסור ברופאים הפך לבהלה בעיקר בתקופת העלייה הגדולה והקמת המעברות והן קופת חולים והן משרד הבריאות נאלצו לעשות כל שביכולתם על מנת לספק שרות רפואי בכפר ובספר תוך עימות מתמיד עם ארגוני הרופאים שסירבו לקבל את "ההליכה לכפר" בכפיה, וטענו לחופש העיסוק ושמירה על זכויות הפרט. כן יצאו הרופאים כנגד כל ניסיון לגייסם גיוס חובה או להתנות ההתמחות או קבלה לעבודה בשרות קודם בכפר.

סוגיית המחסור ברופאים בכפר הייתה אפוא סוגיה מרכזית בהווה של מערכת הבריאות במדינת ישראל מראשית דרכה.

2. הניסיון הבינלאומי

שאלת כוח אדם רפואי באזורי ספר וכפר הטרידה ומטרידה ברמה הבינלאומית מדינות רבות מפותחות ומתפתחות כקנדה, מדינות סקנדינביה, אוסטרליה, ארצות הברית, קוריאה, סין ומדינות מזרח אירופה. מוקד הבעיה נסב סביב הסוגיה האם יש לחייב רופאים להתגייס לשרות בכפר ובספר על מנת לענות על צרכי המדינה. סוגיה זו הינה עקרונית במדינות המערב בהן מוגדר הרופא כבעל מקצוע חופשי ובהן זכויות האזרח

מוגנות בחוק. במדינות מתפתחות שבהן המשטר אינו דמוקרטי קיימת אמנם אפשרות לחייב את בעלי המקצוע הנדרשים לצאת לשרות לכפר ולספר, אך גם במדינות אלה קשה להתמודד עם ציבור הרופאים המסרב לעשות כן, בעיקר משום שציבור זה הינו משכיל ברמה הגבוהה בדרך כלל מהמוצע הארצי, שייך למעמד הבינוני או הגבוה ויש לו בדרך כלל מהלכים בקרב ההנהגה הפוליטית המגנה על זכויותיו.

בעיית המחסור ברופאים כפי שבאה לידי ביטוי בעולם אינה תלויה בדרך כלל בקיומו של חסר ברופאים אלא בגורמים חברתיים כלכליים מורכבים. בדו"ח הועד לענייני בריאות שע"י נשיא ארצות הברית שנערך עם סיום מלחמת העולם השנייה (1945) ולאחר חזרת אלפי רופאים מגויסים לשרות האזרחי, נאמד מספר הרופאים החסרים בארצות הברית בעשרים אלף. כן העריך הדו"ח כי בשנת 1960 יחסרו לארצות הברית כשלושים אלף רופאים. הדו"ח ציין כי למרות שממוצע הנפשות לרופא במרכזים העירוניים בארצות הברית סביר, מתמקדת הבעיה המרכזית במחסור ברופאים בפריפריה. אי לכך מציין הדו"ח, גם אם יגדל מספר הרופאים מסיימי בתי הספר לרפואה בארצות הברית המחסור ברופאים בכפר ובספר לא יפתר³. המחסור ברופאים בפריפריה בארצות הברית נותר בעינו במשך כל שנות החמישים והשישים. דוגמא מרכזית לכך שימשה מדינת קרוליינה הצפונית, אשר בתוך גבולותיה היו הבדלים גבוהים מאוד בשעורי הרופאים לאוכלוסיה בין הערים לכפר. בשנת 1952 במחוזות בהם פעלו שתי אוניברסיטאות היה היצע של 200 רופאים למאה אלף נפש ואילו במחוזות אחרים היה ההיצע של 10 רופאים לכל מאה אלף נפש. הממוצע בכל מדינת קרוליינה עמד באותן שנים על רופא לכל 1220 נפש או בממוצע 82 רופאים לכל מאה אלף נפש, רבע מהממוצע בישראל באותה שנה⁴. בסקר שנערך בארצות הברית בשנת 1975 ואשר בו נסקרו למעלה משבע מאות מחוזות, התגלה כי למעלה מרבע מכלל המחוזות בהם יש אזורי כפר וספר גדולים, קיימת בעיה באספקת כוח אדם רפואי לאזור. בדוח המחקר שפורסם בעקבות הסקר ציינו החוקרים כי הפתרון המיידי העולה לעין על מנת להתמודד עם הבעיה היא להקים מערך שירותים מסובסד ולהתגבר על המחסור בכוח אדם רפואי באמצעות תגמול כספי ישיר או עקיף, נוסף. במחוזות בהם הייתה לרשות המקומית מדיניות בריאות ברורה אשר שמה לה למטרה לשפר את השרות הרפואי במחוז, ובהם ניתנה תשומת לב מיוחדת לבעיה וגובשו דרכים להתמודד עמה הגיעו אנשי המחוז בדרך כלל לפתרונות סבירים בשאלה. כך למשל הגדלת המימון הציבורי לסבסוד השרות או מתן תגמול כספי נוסף לרופא הובילו לשיפור השרות ולהגדלת מספר הרופאים במחוז. במדינות ובמחוזות בהם לא הייתה מדיניות ברורה ולא ניתן סבסוד ממשלתי לשירותי הבריאות במחוז,

המחסור בכוח האדם הרפואי היה קשה.⁵ לדעת החוקרים כל פגיעה בהקצאת משאבים ממשלתית לשירותי הבריאות הפדראליים (Medicare/Medicaid) תפגע לפיכך קודם כל בשירותים בכפר ובספר. יש לציין כי שאלת הפניית כוח אדם רפואי לכפר ולספר בעייתי במיוחד בארצות הברית בה רוב שירותי הבריאות הינם פרטיים ואין חוק ביטוח בריאות ממלכתי המקנה לאזרחים זכות לקבלת שירותי בריאות. שאלת הטיפול במחסור בכוח אדם רפואי, בעיקר ברופאים שהוא משאב האנוש היקר ביותר הטרידה אף את ארגון הבריאות העולמי אשר עסק בסוגיה זו בשני דוחות מרכזיים. בדו"חות הארגון משנות השבעים והשמונים), (1987;1971)⁶ נדונה בהרחבה שאלת תכנון כוח האדם הרפואי במדינות שונות, וניתנו המלצות כיצד לעשות כן, אך הדוחות לא הציגו פתרונות מתקבלים על הדעת וישימים בשאלה הקשה כיצד ניתן לשלוט על פיזור אוכלוסיית הרופאים המתוכננת וכיצד ניתן להפנות חלק ממנה לכפר ולספר. את הפתרונות נאלצו אפוא המדינות לחפש ולגבש ברמה הלאומית.

באוסטרליה, הסובלת במיוחד ממחסור בכוח אדם רפואי בפריפריה גובשה תוכנית אסטרטגית מיוחדת להתמודדות עם הבעיה. בין המלצותיה של הועדה שטיפלה בנושא היו מתן פטור ממס לרופאים בכפר, תגמול כספי מיוחד, פטור ממס על השתלמויות והוצאות מיוחדות ופטור מלא משכר לימוד בבתי ספר ופנימיות להשכלה גבוהה. גם ההסתדרות הרפואית האוסטרלית נקטה יוזמה בנושא ואישרה את הקמתו של ארגון מקצועי מיוחד - הסתדרות רופאי הכפר והספר, המקביל לאיגוד רופאי המשפחה ולמומחים אחרים במערכת הרפואית. נושא השרות הרפואי בפריפריה ניכלל בתוכניות הלימוד וההכשרה של הסטודנטים לרפואה באוסטרליה על מנת לקרבם לנושא ולשפר את ידיעותיהם הרפואיות במידה ויבחרו לעבוד בכפר.⁷ תוכניות דומות לזו האוסטרלית נערכו גם בקנדה ונדונו גם ברמה האקדמית וגם ברמה היישומית בסדרה של מכתבים לכתב העת של ההסתדרות הרפואית הקנדית.⁸ גם הקנדים וגם האוסטרלים ציינו כי הבעיה איננה מסתכמת במספר הרופאים המגיעים לכפר ולספר אלא במידה רבה גם ביכולתו המקצועית של הרופא הקהילתי וברמת השרות שהוא מסוגל לתת. היותן של קנדה ואוסטרליה מדינות הגירה הביא למצב בו רוב השרות בכפר ובספר במקומות פחות מבוקשים ואטרקטיביים ניתן על ידי רופאים מהגרים, אשר מטבע הדברים הינם מיומנים פחות בדרישות אנשי המקום והשרות הרפואי שהם מסוגלים לספק הינו באיכות נמוכה מהרצוי. במאמר רחב יריעה המסכם את האסטרטגיות השונות הננקטות על ידי מדינות מערביות על מנת להתמודד עם בעיית המחסור בכוח אדם רפואי בכפר ובספר מציין החוקר ססיל שפס, מצפון קרוליינה, ארה"ב, מהמובילים בנושא

בריאות הציבור ובריאות הקהילה בעולם כי בעיה זו קשה במיוחד לפתרון. שפס מדגיש כי גם במדינות בהן ישנה חקיקת בריאות רחבה כגרמניה ואנגליה נדרשו התערבויות ממשלתיות ותוכניות מיוחדות על מנת להביא רופאים איכותיים לכפר ולספר. שפס מציע התערבות ממשלתית רחבה על מנת להתמודד עם הבעיה ומציין כי בנוסף לסוגיה הכמותית של המחסור מהווה הנושא בעיה בתחום חברתי. המחסור ברופאים בכפר ובספר פוגע בשוויון האזרחי ומפלה לרעה את תושבי הספר. לדעת שפס השגת השוויון החברתי על ידי השוואת שרותי הבריאות בכפר ובספר לאלה אשר עומדים לרשות האזרחים במרכזים הערים הגדולות חשובה לא פחות מהטיפול הנקודתי במחסור בכוח האדם הרפואי.⁹ לדעת מילטון רומר חוקר מערכות בריאות בעולם מאוניברסיטת לוס אנג'לס, קליפורניה, ארה"ב, מדינות הסובלות מבעית מחסור ברופאים בכפר צריכות לאמץ את השיטה הנורווגית או השיטה הפולנית המחייבת רופאים לעבודה בכפר פרק זמן קבוע עם תום לימודיהם. רומר מדגיש כי הדבר נעשה ללא כל פגיעה בעקרונות המשטר הדמוקרטי אלא על ידי שימוש בלחצי שוק וארגון המערכת על בסיס רפואה שכירה, שיטה המאפשרת לממשלה לשלוט על איוש התקנים של הרופאים ועל הכספים הציבוריים המוקצים לשירותי הבריאות בפריפריה. במערכת כזו, כאשר כל תקני העבודה בעיר ובמרכזים הגדולים מאוישים לא תיוותר לרופא הברירה אלא לצאת לפריפריה. רומר מציין כי כאשר קיים עודף רופאים באופן טבעי חלקם פונה במערכות אלה לכפר ונדרשת פחות התערבות ממשלתית. כאשר לרופאים עצמם מדגיש רומר לחיוב את השיטה הנורווגית המתגמלת בשכר והטבות נוספות את הרופא הקהילתי בפריפריה יחד עם גיבוש מעמדו כמנהיג קהילתי. מעמד משולב זה של רופא ומנהיג קהילה מחזקת את שביעות רצונו של הרופא מעבודתו ומבטיחה שרות רפואי איכותי לאורך זמן. אמצעי אחר למשיכת רופאים לכפר מביא רומר בתיאור מדיניות הבריאות של הפרובינציות הקנדיות אשר התירו מתן רישיונות עבודה לרופאים מהגרים רק בתחום הפרובינציה ובדרך זו אילצו אותם למלא את המשרות הנדרשות באזורי הספר הקנדיים. שיטה אחרת שהונהגה בקנדה היא סגירת תקנים ומשרות והכרזת האזור כרווי ברופאים, עובדה שהכריחה רבים מהרופאים החדשים לחפש עבודה במרחק מהמרכז העירוני לכיוון הספר.¹⁰

אך לא רק בעיית המחסור ברופאים נדונה במחקר העולמי, גם שאלת המחסור באחיות, כוח האדם הסיעודי מהווה בעיה באזורי הכפר והספר אם כי בהיקף מופחת. כתב העת האמריקאי NURSING OUTLOOK ציין כי רוב אזורי הספר בארצות הברית סובלים ממחסור חמור באחיות. לדעת כתב העת המחסור באחיות נגרם מסיבות הדומות לגורמי החסר ברופאים- חוסר הרצון לצאת לפריפריה ולהישאר

צמודים למרכזי הערים של רוב בעלי המקצועות החופשיים. אל גורמים אלה נוסף גורם הטמון בהתקדמות החינוך הסייעודי של אחיות המכשיר בעשרים השנה האחרונות יותר אחיות בעלות התמחות ספציפית הקשורה לעבודה בבית חולים ובמחלקות ייחודיות כטיפול נמרץ, פגיה וכד... כתוצאה מכך אין די אחיות לביצוע תפקידים כלליים בפריפריה. לדעת כותבי המאמר על מנת להתמודד עם המחסור יש להכשיר יותר אחיות כלליות ללא התמחות, ולהקטין את מספר האחיות המתמחות בתחומים ייחודיים, רק בדרך זו ניתן יהיה להתגבר על המחסור.¹¹

במקביל למחקר הרחב העוסק בשאלה הספציפית כיצד להתמודד עם בעיית המחסור ברופאים בכפר ובספר, עוסקים רבים מהמחקרים גם בסוגיה הכללית של תכנון כוח אדם רפואי ברמת המדינה, כיצד יש להגדיר את יעדי החינוך הרפואי העתידיים בכל חברה ומה מידת המעורבות שעל ממשלה לנקוט בסוגיה זו. כל המחקרים מציינים כי אין בכוחו של תכנון כוח אדם רפואי עתידי ברמה הלאומית להתמודד ולפתור את בעיית המחסור ברופאים באזורים פריפריאליים. נהפוך הוא, רובם ככולם מציינים כי במדינות רבות קיים עודף רופאים מהבחינה הכמותית אך החלוקה האזורית אינה שווה ורוב הרופאים מתרכזים במרכזי הערים או סביב מרכזים רפואיים אקדמיים. כתוצאה מכך נוצר הפרדוקס של מחסור ברופאים בשוק בו קיים עודף רופאים מובהק. בעיה זו קשה במיוחד במדינות הגירה אליהם מגיעים רופאים רבים וכתוצאה מכך השליטה על כוח האדם הרפואי לא רק מוגבלת אלא גוררת את המערכת לבעיות קליטת רופאים בכלל, מגדילה את צריכת שרותי הבריאות, את מספר משרות הרופאים במרכזים רפואיים וגם אם הינה משרתת את נושא הכפר והספר כמו במקרה של קנדה וישראל, מחירה הכלכלי גבוה.¹²

לדעת כלכלן הבריאות ויקטור פוקס מאוניברסיטת סטנפורד ארה"ב, עודף רופאים לא רק שלא מבטיח תוספת כוח אדם רפואי לפריפריה אלא מביא לבזבוז משאבים ברמה הלאומית.¹³ חוקרים אחרים גורסים כי עודף רופאים מוביל בהכרח לפניה גוברת של רופאים לפריפריה כתוצאה מלחצי שוק וגורמי ביקוש והיצע, אלא שלדעת כולם הרופאים הפונים לפריפריה מטבע הדברים הם הפחות מתאימים והפחות מיומנים.¹⁴

3. ישראל: עודף ומחסור ברופאים

לסוגית מספר הרופאים וחלוקתם המקצועית הגיאוגרפית והדמוגרפית, היבטים מיוחדים בישראל מתקופת המנדט הבריטי (1918-1948) ועד ימינו אלה. בשונה ממדינות אירופה בה שאלת העודף או המחסור ברופאים הושפעה בדרך כלל משינויים חברתיים פנימיים באותן המדינות וממדיניות הממשלות, אם באמצעות

שינוי בהיקף התמיכה הכספית לבתי הספר לרפואה, או בקביעת מדיניות קשיחה יותר ביחס למספר הסטודנטים שילמדו או יתמחו ברפואה. הגירת רופאים ברוב מדינות העולם המערבי הייתה רק גורם משני בהיצע או במחסור הרופאים במדינות אלה. לעומתן, היצע הרופאים תחילה ביישוב היהודי בארץ ישראל ולאחר מכן במדינת ישראל נקבע בעיקר בעקבות הגירה ואילו שינויים חברתיים פנימיים ומדיניות משרד הבריאות בנושא היו בעלי השפעות משניות לחלוטין. מבחינה זו ישראל הינה תופעה ייחודית בעולם המערבי בדיון בנושא מחסור או עודף רופאים.

התייחסות ראשונה לסוגיית עודף רופאים ביישוב היהודי בארץ נערכה כבר בשנת 1920 על ידי ההסתדרות הרפואית שציננה כי מתוך קהילה של 150 רופאים החיים בארץ ישראל רק ל-80 ישנה עבודה קבועה והשאר מובטלים באופן מלא או חלקי. על מנת להתמודד עם אבטלת הרופאים הציעה אז ההסתדרות הרפואית לפרסם הודעת אזהרה לרופאים יהודים השוקלים לעלות לישראל שלא יבואו כי לא ימצאו כאן עבודה במקצועם. הייתה זו הפעם היחידה בה גוף מייצג ישראלי ניסה לווסת עליה באמצעות מידע לעולה במגמה שמידע זה יביא אותו לביטול החלטת העלייה. איננו יודעים כמה רופאים אכן ביטלו עלייתם לישראל בשנת 1920 בגין הודעת האזהרה של ההסתדרות הרפואית, אך התוצאה הסופית הייתה כי מספר הרופאים שעלו לישראל בשנות העשרים היה נמוך יחסית להיקף הכולל של העלייה, ועליית הרופאים לא היוותה גורם משפיע על היצע הרופאים במדינה, ורוב הרופאים שהגיעו נקלטו בעבודה רפואית ללא כל בעיה.

4. עליית רופאים המונית מגרמניה

עלית הרופאים ההמונית הראשונה התרחשה בשנים 1933-1939, כאשר אל אוכלוסיית רופאים בת 400 איש שפעלה בישראל עד אותה שנה (1933) התווספו, במשך שנים ספורות, עוד 2000 רופאים עולים חדשים, ויצרו לראשונה מצב בו התקיים עודף מובהק של רופאים. עודף הרופאים הוביל מיידית לאבטלה, עודד הסבה מקצועית של רופאים לתחומים אחרים ויצר מסגרת לעבודת רופאים כמתנדבים במוסדות רפואה ציבוריים ללא שכר, וזאת על מנת לשמור על מעמדם המקצועי. לנוכח הצפת ארץ ישראל ברופאים הודיע השלטון המנדטורי ביולי 1935 על הגבלת מספר רישיונות העבודה לרופאים. הגבלת רישיונות העבודה לא חסמה את עליית הרופאים אך היא מנעה מהם עבודה כרופאים ביישוב היהודי בארץ. רופאים נאלצו לעבוד כמורים, כפועלי בניין, כסוחרים והיו אף שפנו לחקלאות¹⁵. פרוץ מלחמת העולם השנייה וגיוסם ההמוני של

רופאים יהודים לצבא הבריטי פתר זמנית את הבעיה, ודחק את שאלת עודף הרופאים מסדר היום הלאומי עד להקמת מדינת ישראל.

בשונה ממדינות העולם אשר לוקחות בחשבון בעת מתן היתר הגירה את יכולתו העתידית של המהגר להתפרנס, ומונעות כניסה מבעלי מקצועות המוגדרים כעודפים, קבעה מדינת ישראל מראשיתה מדיניות הגירה שונה לחלוטין בעצם מהותה.

5. חוק השבות

חוק השבות משנת 1950, שינה באופן יסודי את נושא עלית הרופאים וסימן פתיחתה של תקופה חדשה, המבדילה באופן ברור את המצב בין ישראל למדינות האחרות. ישראל בהענקת חוק השבות לכל יהודי באשר הוא, ויתרה מראש על כל צעד של ויסות או הגבלה כל שהיא לעליית רופאים או להכוונתה על פי קריטריון כל שהוא. לכך יש להוסיף שישראל לא הגבילה ולא ויסתה את לימודי הרפואה של ישראלים בחו"ל ולא מנעה את שובם ארצה לאחר הלימודים. עד שנת 1988 התנתה ישראל קבלת רישיון לעבוד כרופא בישראל בהצגת תעודה ממוסד רפואי מוכר ולא חייבה תנאים נוספים לרישוי. כתוצאה מכך כל מי שהיה בעל תואר מוכר ברפואה הכולל שנת עבודה בבית חולים, רשאי היה לעבוד כרופא בישראל. רישיון העבודה ניתן לאדם לכל חייו והוא לא נידרש לרישוי מחדש או בחינה של ידיעותיו המקצועיות בשום שלב.

רק בשנת 1988 נחקק חוק בחינות הרישוי לרופאים מחו"ל המבקשים לעבוד בישראל. נוסח החוק הראשון קבע כי רופאים עם 20 שנות עבודה רפואית בארץ המוצא (התנאי שונה ל-14 שנים מנובמבר 1992) לא חייבים בבחינות רישוי ותהליך הרישוי אצלם הוגבל לששה חודשי הסתכלות במחלקות בי"ח שבמקצוע שלהם, ובשלב מאוחר יותר תוספת של דיון מקצועי מסכם עם המועמד לרישוי. למרות חובת הרישוי הצליחו כארבעת אלפים רופאים עולים בשנים 1988-1992 לעבור את המבחנים לקבל רישיון עבודה ישראלי, והגדילו באופן משמעותי את קהילת הרופאים בישראל ויחס הרופאים לאוכלוסיה לאחד הגבוהים בעולם רופא אחד לכל 370 נפש. מאידך למרות עודף הרופאים המשמעותי נותרו עדיין תחומים בהם ניכר מחסור מסוים בכוח אדם רפואי, בעיקר בפריפריה.

6. הרכב צבור הרופאים בישראל

כאמור מראשית ימי המדינה התאפיין ציבור הרופאים בישראל בשונות דמוגרפית ומקצועית מובהקת

בהשוואה למדינות אחרות.

עם הקמת מדינת ישראל כל רופאי ישראל היו בוגרי בתי ספר לרפואה במדינות זרות, משום שבִּישראל

לא היה בית ספר לרפואה עד שנת 1954. למעלה מ-95% מהם היו רופאים עולים, והנותרים היו ישראלים

אשר נסעו ללמוד רפואה בחו"ל וחזרו לעבוד בישראל.

הרופאים העולים באו ממגוון רחב מאוד של מוסדות לחינוך והכשרה רפואית והשונות המקצועית הייתה

רבה. שונות זו היוותה קושי מרכזי בהפעלתה של מערכת הבריאות הציבורית על בסיס קריטריונים אחידים

ותרבות שרות שווייונית. רופאים מעירק, רומניה דרום אמריקה, פרס, מרכז אירופה, דרום אפריקה ומצרים

נדרשו להפעיל מערך שירותים ציבורי שווה לכל, בתאום מקצועי, ובהבנה לציבור המהגרים שהגיע אף הוא

לישראל בהמוניו מכל קצוות תבל. כך למשל בסקר שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה¹⁶ בניהולו של

פרופ. בקי בסוף שנת 1952 נימצא כי מתוך 3,717 רופאים רק 74 היו תושבי ישראל קודם לכן, אשר יצאו

ללימודי רפואה בחו"ל וחזרו לעבוד בארץ. כמחצית הרופאים, 1,591 איש, היו חסרי התמחות מוכרת

כלשהי, "רופאים כלליים", ואילו מחציתם השנייה כללה בעיקר מומחים ברפואה פנימית (600 איש), ילדים

(369), גינקולוגיה (246), כירורגיה כללית (256), פסיכיאטריה (123), עור ומין (125), ועיניים (117).

מחצית מכלל הרופאים היו מעל גיל 50, רובם הגדול השתייך לעולי שנות השלושים מגרמניה, אוסטריה

וצ'כוסלובקיה, אחרים היו ניצולי שואה שהשלימו את לימודי הרפואה או הוציאו זכאות לתואר לאחר

המלחמה, ורק מיעוטם היה בגילאים צעירים יותר.

2,500 רופאים הגיעו מעשרים מדינות שונות, ומעשרות בתי ספר לרפואה שונים. 1,000 הרופאים

האחרים היו בעלי תעודות המעידות על מקצועם הרפואי ממוסדות המרוחקים ממרכזי הלימוד באירופה כגון:

בית הספר לרפואה גונדיספור בפרס או בית הספר לרפואה בבגדד או באיסטנבול. השונות המקצועית בנוסף

לקשיי התקשורת של הרופא העולה עם המדינה והחברה החדשה בה הוא ניקלט הייתה לקושי רב לגיבוש

מסגרת שרות רפואי יעיל ואיכותי בכל הרמות, מהמרפאה בכפר ועד לבית החולים. באופן טבעי נקלטו

הרופאים בוגרי המוסדות היוקרתיים יותר (בדרך כלל ממרכז אירופה ואמריקה) בבתי החולים ובמחלקות

היוקרתיות, ואילו רופאים מבוגרים, אשר הגיעו ממוסדות רפואיים פחות ידועים נדחקו לקהילה. חלוקה זו

גרמה בהמשך שנות המדינה הראשונות לנתק מקצועי רב בין רופאי הקהילה לרופאים המומחים במרכזי

הערים ולדימוי נמוך של רופאי הקהילה כטובים פחות לעומת רופאי בתי החולים. הקצר המקצועי הוביל למתח בין שני ציבורי הרופאים והקשה עד מאוד על מוסדות הבריאות כמו קופת חולים הכללית ומשרד הבריאות לגייס כוח אדם צעיר ואיכותי לכפר ולספר. כך לפי דיווחי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה גרו דרך קבע בשנת 1952 1,278 רופאים בתל אביב, בירושלים 603, בחיפה 516, בערים אחרות 477 ואילו במושבים, בנגב ובגליל רק 62 רופאים. כך למשל, בגלל נטייתם של רוב הרופאים להישאר בכל מחיר במרכזים העירוניים, לא הצליחה הדסה לגייס צוות קבוע לאיוש בית החולים שהפעילה בבאר שבע במשך כל שנות החמישים ורופאי הדסה ירושלים ירדו לנגב ברוטציה לכמה שבועות שרות ולאחריהם חזרו לירושלים. כאמור לעמדה זו הייתה השפעה שלילית גם על ציבור הרופאים בינם לבין עצמם וגם על ציבור החולים שהרגישו מקופחים, לא די שהם יושבו או התיישבו מרצונם בנגב, או בגליל באזורים נידחים ללא שירותים ציבוריים תקינים, אלא גם השרות הרפואי שהם קיבלו היה בהיקף מצומצם ולעיתים אף ירוד באיכותו לעומת תושבי הערים.

שעורי הרופאים לגודל אוכלוסיה ומאפייניהם הדמוגרפים והגיאוגרפיים של הרופאים בישראל נותרו כשהיו גם במהלך שנות השישים. בסקר שערך משרד הבריאות כחלק מעבודתה של הועדה לברור בעיית המחסור ברופאים (ועדת הלוי) עלה כי יחס הרופאים לאוכלוסיה שהיה בשנת 1955 451 נפשות לרופא, היה בשנת 1963 433 נפשות לרופא, כלומר ללא שינוי משמעותי. למעלה מחמישים אחוז מהרופאים היו עדיין בשנת 1963 בני חמישים ומעלה. דו"ח ועדת הלוי הדגיש כי 87% מהרופאים עבדו במשרות חלקיות אחרי גיל הפנסיה ובין בני השבעים ומעלה אחוז הרופאים הפעילים עמד על 76%. לפי נתוני הועדה אחוז הרופאים המבוגרים בכוח העבודה בישראל היה גבוהה יותר לעומת מקצועות אחרים. השינוי המשמעותי היחיד בין רופאי שנות החמישים לרופאי שנות השישים בישראל היה בשיעור בעלי התמחות. בשנת 1963 רק 25% מהרופאים נרשמו כרופאים "כלליים" לעומת כ- 50% עשור שנים קודם לכן. הרכב המקצועות של הרופאים המומחים נותר כשהיה עם עדיפות גבוהה לרופאים פנימיים, רופאי ילדים, גינקולוגיה, עיניים, אף אוזן וגרון וכירורגיה. סקר שנת 1963 מציין גם ממוצע גילאים צעיר יחסית בקרב הכירורגים והאורתופדים ואת הצטרפותם של רופאים צעירים לענף ההרדמה. באשר לפיזור הגיאוגרפי של הרופאים לא היה כל שינוי בשנות השישים. מתוך 5,573 רופאים רשומים בשנת 1963 עבדו כמחציתם במרפאות במרכזי הערים, וכשליש מהם בבתי חולים. בהוראה ומחקר עבדו באותה שנה מיעוט מבוטל מקרב הרופאים רק כ- 68 איש,

רובם ככולם אנשי סגל בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים. מבדיקת היחס של רופאים בין הפריפריה למרכז מציין הסקר כי בממוצע שעור הרופאים במרכזים העירוניים היה פי ארבע מאשר בפריפריה. בעיר היה בממוצע רופא לכל 317 איש בעוד שבפריפריה היה הממוצע רופא לכל 1,251 איש. הבדלים אלה התייחסו גם לערי הפריפריה ולא רק לכפר ולספר. כך למשל בעכו היה רופא אחד לכל 1,162 תושבים, ברמלה היה רופא אחד לכל 1,175 תושבים בעוד שבירושלים, מרחק של כחצי שעה נסיעה מרמלה, היה רופא אחד לכל 273 תושבים. הסוקרים אף הדגישו כי גם רופאים אשר עבדו בפריפריה או במרכזים עירוניים קטנים נהגו לגור בדרך כלל בערים הגדולות, ומתוך כ- 4,155 רופאים שהתגוררו בישובים העירוניים רק כ- 3052 עבדו בעיר מגוריהם. כך למשל רק 10 רופאים שהתמחו ברפואה ציבורית התגוררו בישובים לא עירוניים בעוד שמספרם בישובים העירוניים עמד על 95 רופאים.¹⁷ ניתן אפוא לומר כי בעשור השני למדינת ישראל לא חלו שינויים מובהקים בציבור הרופאים, התפלגותם המקצועית והדמוגרפית וכן לא חל שינוי ביחסם לעבודה בכפר ובספר, כתוצאה מכך תושבי הכפר והספר המשיכו לסבול קשות ממחסור בכוח אדם רפואי מיומן.

עד כמה הייתה תופעת המחסור ברופאים בישראל בכפר ובספר בשנות השישים קיצונית ביחס לשעורי הרופאים במרכזים העירוניים ניתן לראות גם מהשוואת שעורי הרופאים לאוכלוסיה בין ישראל למדינות מערביות אחרות. בשנת 1960-61 עמד היחס הממוצע של רופא לאוכלוסיה בישראל על- 397 נפש לרופא, בעוד שבארצות הברית היה היחס באותה שנה רופא אחד ל- 765 נפשות, ואילו בהולנד רופא אחד ל- 895 נפש, באנגליה רופא אחד ל- 933 נפש ובשבדיה רופא אחד ל- 1053 נפשות. ממוצע הרופאים לאוכלוסיה בישראל היה אפוא פי שנים מזה של ארצות הברית ופי שלוש מזה של שבדיה.¹⁸ למרות עודף רופאים בולט זה, סבל הכפר והספר בישראל ממחסור ברופאים.

7. ועדת הלוי 1964

בשנת 1963 לנוכח ריבוי התלונות על המחסור ברופאים בכפר ובספר יזמה לראשונה מועצת הבריאות בשיתוף סגן שר הבריאות יצחק רפאל, הקמתה של ועדת לבירור בעיית המחסור ברופאים, מציאת פתרון הולם וקביעת מדיניות עתידית בנושא. כחברי הועדה נתמנו דר' אבלס, רופא מחוזי של קופת חולים הכללית בירושלים, פרופ. בקי הסטטיסטיקן הממשלתי, פרופ. דרייפוס מנהל מחלקה פנימית בבית החולים איכילוב

ודיקן הפקולטה ללימודי המשך ברפואה באוני. תל אביב, דר' מ. מאיר מנהל המחלקה למקצועות הרפואה במשרד הבריאות, דר' פריבס דקן משנה בבית הספר לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית, דר' ח.ש. הלוי סמנכ"ל במשרד הבריאות התמנה כמרכז הועדה.

הקמתה של ועדת הלוי הייתה הפעם הראשונה בה נירתם משרד הבריאות בשיתוף נציגי מוסדות הרפואה והבריאות לדיון מעמיק בנושא כוח האדם הרפואי בישראל תוך התייחסות לנתונים הכמותיים המצויים במשרד הבריאות, בהסתדרות הרפואית ובארגוני הבריאות האחרים. בהגדרת מטרות הועדה נאמר גם כי הועדה תדון בסוגיית המחסור ברופאים בכפר ובספר, אך לא הייתה זו מטרתה המרכזית של הועדה. בחירת משתתפי הועדה נתנה מראש משקל עודף לבתי הספר לרפואה בירושלים ובתל אביב, להם היה עניין מרכזי לפעול לגיבוש מדיניות אוהדת בנושא תכנון כוח אדם רפואי בישראל כאמצעי להגנה על עתיד בתי הספר לרפואה ועל היעדים האקדמיים בהם תמכו כהתמחות ומחקר, בעוד שנציגה הבודד של קופת חולים כללית, מוסד הבריאות המרכזי שסבל מהמחסור ברופאים בקהילה ונשא בעולה במשך שנים רבות יוצג על ידי רופא במעמד בכיר פחות ממעמד של שאר משתתפי הועדה. רק בדרישתה התקיפה של קופת חולים צורף בהמשך נציג המרכז דר' א. ליבל. כן לא השתתפה בוועדה נציגות של ההסתדרות הרפואית לה היה עניין מרכזי בנושא.

ועדת הלוי שמה לה כאמור שתי מטרות מרכזיות בעבודתה. האחת, לבדוק את בעיית חוסר האיזון בכוח האדם הרפואי בישראל, והשנייה, להציע פתרון תוך גיבוש קוים כלליים לתכנון כוח אדם רפואי לשנות השבעים. כאמור ועדת הלוי לא התייחסה במפורש למחסור הייחודי של רופאים בכפר ובספר אך לקחה על עצמה לדון בנושא זה במסגרת הדיון הכללי בשאלת כוח האדם הרפואי בישראל. בסופו של תהליך של כעשרה חודשי דיון, הגיעה הועדה לכמה מסקנות והערכות שגובשו לדו"ח מרכזי אחד. על פי בדיקת הנתונים שעמדו לרשותה בנושא מספר בעלי רישיונות רפואיים בישראל, מספר בעלי רישיונות שבוטלו, רשימות סטודנטים ישראלים שלמדו בחו"ל וכד'. אישרה הועדה את ממצאי סקר שנת 1952 כי שעור כוח האדם הרפואי בישראל הוא הגבוה בעולם ועמד לפי ממצאי הועדה בשנת 1963 על רופא אחד ל 405 נפשות, פי שנים מארצות הברית ואנגליה ופי שלוש משבדיה. כן אישרה הועדה כי רוב הרופאים אכן מועסקים בערים, ויש פער גדול בין שעור המומחים בערים לבין אלו הנמצאים בכפר ובספר. הועדה מצאה כי יחס המומחים בישראל במקצועות מסוימים כמו רפואת ילדים הוא פי עשר ואף יותר מזה שבמדינות אירופה, כך למשל היה רופא

ילדים אחד למאה אלף נפש באנגליה לעומת 27 רופאים בישראל לאותו גודל אוכלוסיה, ואילו בארצות הברית עמד ההיצע על שני רופאי ילדים למאה אלף. שעורים דומים היו גם בכירורגיה כללית ובגניקולוגיה, אף אוזן גרון ועיניים, ובמידה פחותה ברדיולוגיה ופסיכיאטריה.¹⁹ באשר למחסור ברופאים בכפר ובספר אישרה אמנם הועדה את הנתונים על המחסור, אך לא הצליחה לגבש פתרון יסודי שיאפשר להתמודד עימו. בחוות דעת המסכמת של חברי הועדה נאמר כי אחת הסיבות המרכזיות לאי רצונם של רופאים צעירים לפנות לעבודה בקהילה נעוץ בחינוך הרפואי שהם מקבלים, המדגיש במידה רבה את המחקר המדעי, את ההתמחות, נותן משקל גבוה במיוחד לקידום המקצועי ברמת בית החולים וממעט בחשיבות של העבודה בקהילה. הסטודנטים לרפואה בישראל- ציין דר' לבל חבר הועדה- וכן פרופ. מ. רחמילביץ שהעיד לפניו, רוצים להמשיך בדרכם של מוריהם, מנהלי המחלקות והפרופסורים בבית הספר לרפואה, רצון זה מהווה מכשול מרכזי במשיכת רופאים צעירים לכפר ולספר. אך גם דר' לבל וגם פרופ. רחמילביץ לא הציעו כל פתרון לבעיה, אף לא כזה שיתמודד עם חינוכם של רופאים לעבודה בקהילה על ידי שינוי בתוכנית הלימודים בבתי הספר לרפואה. באשר לתכנון העתידי, ציינו חברי הועדה כי יתכן ובשנות השבעים יוצר מחסור יחסי ברופאים צעירים בישראל גם אם שעורי הרופאים לאוכלוסיה יישאר גבוה ביותר ואף יעלה. ובאשר לשאלה האם ניתן להביא לשינוי בסוגיית המחסור ברופאים בכפר ובספר, על כך סברו חברי הועדה כי הפתרון יכול להיות רק בתחום הכלכלי של הטבות ושיפור תנאי עבודה, אך מאידך ציינו כי העלות הגבוהה של יישום פתרון כזה היא מעבר ליכולתה של המדינה וספק אם יוכל להתבצע הלכה למעשה. ועדת הלוי נתנה אפוא גושפנקה כמותית ורשמית למצב כוח האדם הרפואי בישראל והציגה את התמונה העדכנית תוך ניסיון חלקי להתייחס לעתיד. כישלונה הגדול של הועדה היה בכך שלא הצליחה להציג פתרון יישומי שיתקבל על דעת כל גופי הבריאות במדינה להתמודדות עם שאלת המחסור ברופאים בכפר ובספר. משרד הבריאות שקיבל את דו"ח הועדה יכול היה רק לברך על המוגמר ולגנוז את מסקנותיה משום שלא היה בדוח הועדה ציון דרכים מעשיות ברמה הלאומית האמורות להוביל לפתרון חלק מהבעיות. דו"ח הועדה כלל אמנם המלצות חלקיות ופתרונות מקומיים כגון עידוד החזרתם של רופאים בגמלאות לעבודה חלקית או הרחבת ההסברה לקהל שלא ירבה להשתמש בשרותי בריאות. מבחינה זו ועדת הלוי לא מילאה את הצפיות שתלו בה גם אם סיפקה מידע כמותי עדכני על הנעשה במערכת הבריאות בשנות השישים.

ועדת הלוי לא הייתה היחידה שדנה בשאלת תכנון כוח אדם רפואי בישראל באותם שנים. בשנת 1964

פורסמה עבודתו של חנוך סמית שנעשתה מטעם משרד העבודה והתמקדה בנושא ביקוש והיצע לרופאים והערכת היחס הרצוי שבין מספר הרופאים למספר התושבים.²⁰ סמית גרס כי היות ושעור הגידול של תושבי המדינה ניתן לחיזוי, הרי שבעזרת נתון זה ניתן יהיה לקבוע מהו מספר הרופאים הרצוי לעתיד. הנחת סמית התייחסה רק למשתנה אחד - והוא גודל האוכלוסין, סמית התעלם מגורמים כמו פריון, ייעול, הרכב גיל האוכלוסייה, ביקוש משתנה למקצועות רפואיים שונים או שיפור מערך יחסי העבודה כמשתנים בעלי השפעה. הנחתו של סמית הייתה כי היחס בין רופאים לאוכלוסין הוא קבוע ולפיכך אם המדינה תשמור על יחס זה יקל עליה לתכנן את כוח האדם הרפואי בישראל. במדינה בה כוח האדם הרפואי העיקרי מגיע באמצעות עליה והיקפו לא ידוע ובלתי צפוי היה המודל של סמית פשטני וחסר תועלת.

כצפוי דו"ח סמית וועדת הלוי נשכחו במהירות וממצאיהם נגנזו. ניתן לומר כי הם נדחקו לחלוטין ממודעותם של ראשי מערכת הבריאות בארץ. כך למשל כאשר בשנת 1968 פרסם פרופ' תאודור גרושקה, פרופ' לרפואה חברתית באוניברסיטה העברית בירושלים ספר שנקרא " שרותי בריאות בישראל" שמהדורתו השלישית פורסמה ע"י משרד הבריאות הישראלי. הוא כלל בספרו פרק קצר בלבד, אינפורמטיבי בעיקרו שהתייחס לדוח המפורט שהגישה ועדת הלוי בשנת 1964. כמו כן, גרושקה לא דן בספרו בשאלה למה לא נעשה דבר עם ממצאי ועדת הלוי והאם ראשי מערכת הבריאות בישראל למדו דבר מדיוני הועדה. גם הדו"ח של סמית לא ניזכר.

באותה שנה (1968) קיים ארגון הבריאות העולמי סימפוזיון בנושא אמדן כוח אדם רפואי.²¹ במהלך הדיונים הביעו רוב המשתתפים התנגדות לשימוש במודל הפשטני בדומה לזה שהשתמש בו סמית, המתייחס רק לגודל אוכלוסין כמשתנה קובע וציינו כי יש לקחת בחשבון גורמים גיאוגרפיים, אתניים, דמוגרפים, תחל ואתיים וכד... משתתפי הכנס אף הציגו עבודות אשר הראו את חוסר יעילותו וחסרונותיו של המודל הפשטני, אך פתרון אחר או נוסחה משופרת לתכנון כוח אדם רפואי לא הוצגה.

שאלת המחסור ברופאים שהמשיכה להטריד את ישראל גם בעת פרסום ספרו, נעלמה אף היא אצל גרושקה בין הדיונים בנושאים האחרים של הספר כגון: משרד הבריאות, קופת חולים וההסתדרות הרפואית.

בראשית שנות השבעים, שמונה שנים מאז דיוניה של ועדת הלוי, שוב התפתח דיון ציבורי בשאלת כוח האדם הרפואי בישראל. את הדחף לדיון המחודש נתנה העלייה שהתחדשה מברית המועצות, עליה שהיה צפוי כי תכלול מספר גדול של רופאים. בדיון עלתה מחדש לכותרות השאלה של התרת עלייתם של רופאים לישראל על פי חוק השבות, עליה ללא הגבלה מקצועית, ומשמעותה למערכת הבריאות בארץ. הראשונים שפתחו בדיון בנושא היו, כצפוי, נציגי הרופאים שחששו כי המוני הרופאים שיגיעו ויציפו את מערכת הבריאות הישראלית יפגעו בשכרם ובתנאי עבודתם ויורידו את רמתה הגבוהה של הרפואה בארץ גם במחקר ובהוראה.

ב- 28 למרץ 1971 פרסם דר' משה וולמן חבר סגל ההוראה של בית הספר לרפואה בתל אביב מאמר בעיתון "הארץ" בו נמק את עמדתו למען הגבלת עליית רופאים והקליטה בבתי הספר לרפואה בישראל. כותרת המאמר הייתה: "עודף רופאים בארץ". הנחת היסוד של דר' וולמן כי יש להגן על רופאי ישראל מפני עליית רופאים המונית ולפעול אף "ליצוא" של רופאים על מנת למנוע עודף שיפגע לדעתו בעיקר ברופאים הישראלים וידחוף אותם לירידה מהארץ. אמנם, ציין וולמן בדבריו, קיים מחסור ברופאים בישובים הכפריים, אך לדעתו תמיד יהיו ישובים במצב זה, וגם מחסור ברופאים במקצועות נדרשים. וולמן טען כי המחסור ברופאים בתחומים ובאזורים מסוימים נולד בגין "צורת ארגון הרפואה" ולא בגלל חוסר הרצון של הרופאים לפזור שווה בכל הארץ. ובעקיפין רמז כי זוהי בעייתה הפרטית של קופת חולים הכללית ולא של מדינת ישראל, בעיקר לנוכח הכיסוי הרפואי המלא של צרכי הצבא, לדבריו. לדעת דר' וולמן יש לדון מיידית בשאלה מה יקרה אם יגיעו המוני רופאים עם העלייה לנוכח אפשרויות התעסוקה המוגבלות של מערכת הבריאות בישראל. לדבריו, מדינת ישראל צריכה להגביל את עליית הרופאים לארץ כמו גם את לומדי הרפואה כדי להגן על מערכת הבריאות. התרת עליה ובצוע קליטה של רופאים יובילו לירידת רופאים צעירים ישראלים, בגלל התחרות והאבטלה שתיווצר. בנוסף לחשש מקליטת רופאים עולים מרוסיה ציין וולמן את היקפו של ציבור הישראלים אשר לומדים רפואה מחוץ לגבולות המדינה ואשר מתכננים לחזור אליה ולעבוד כרופאים. בשנת 1968 למדו 1100 סטודנטים ישראלים רפואה באיטליה. לדעת וולמן מן הראוי לקחת גם אוכלוסיה זו בחשבון כאשר מתירים או מגבילים עלייתם של רופאים לישראל. הפתרון הרצוי לדעת דר' וולמן בנוסף להגבלת העלייה הוא להתמודד עם סוגיית עודף הרופאים באמצעות הגדלת מספר התקנים לרופאים במערכת הבריאות, פתוח מסגרות לאספקת עזרה רפואית לארצות מתפתחות, פיתוח מרכזי שרות וטיפול

בחולים מחו"ל וכו'. כל זה, והכול כדי להרחיב את היקף תעסוקתם של הרופאים בארץ. הצעת וולמן למנוע תעמולה לעליית רופאים פרט למקצועות מסוימים חוזרת כהד על מה שפרסמה ההסתדרות הרפואית חמישים שנה קודם לכן בשנת 1920 כאשר היה חשש מעליית רופאים המונית. באשר לאינטרס הלאומי-ציוני הטמון בחוק השבות שמונע כל סלקציה על בסיס מקצועי למי שמבקש לעלות ארצה לא מתייחס וולמן כלל ומנסה להציג את האינטרס של צבור הרופאים כאינטרס הקובע במדינת ישראל.

ב- 5 לאפריל 1971 פרסם בעיתון "הארץ" מאמר תשובה דר' חיים דורון אז יו"ר המחלקה הרפואית במרכז קופ"ח. דורון, שנידרש כל שנות פעילותו הרפואית בארץ תחילה כרופא בנגב ומנהל מחוז הנגב של קופת חולים הכללית ולאחר מכן כמנהל האגף הרפואי בקופה, להתמודד עם סוגיית המחסור ברופאים בכפר ובספר והקושי להשיג רופאים צעירים ומוכשרים לעבודה בקהילה, ציין שוולמן התעלם לחלוטין מסוגיית התפלגותם של רופאי ישראל על פי גיל ומהבעיה של מחסור ברופאים בריכוזי עולים, ותקף את טיעונו הסתמי של וולמן כי המחסור ברופאים בכפר ובספר מקורו בארגון לקוי של המערכת. דורון שלל את הרעיון של החלפת הרופא במושבים ב"אסיסטנט", "עוזר רפואה", כפי שהוצע על ידי וולמן, והצביע על העובדה שאופי שרותי העזרה הרפואית שמספקת קופת חולים במרכזים קהילתיים ובבתי חולים מחייבים יותר רופאים ולא פחות..

דר' דורון הצביע על התעלמותו של וולמן ממספרי נשירת הרופאים העולים ומקבלי הרישיונות לעסוק ברפואה ממקצועם בשנים 1968-1969 שהגיע ל 34%. אשר לדאגתו של וולמן לסכנה שיוצר מחסור במקומות התמחות לרופאים ישראלים צעירים בגין עליית רופאים עולים, ציין דורון שרק 11.7% מהרופאים העולים שנמצאו במרכזי קליטה בראשית 1970 היו מועמדים למקומות התמחות, והסכנה הטמונה בהם לרופא הישראלי קטנה ביותר. לדעתו, במקום להרהר על הדרכים לצמצום עליית רופאים שהינה חיונית למדינה, טוב היה עושה וולמן אילו הציע לבצע ראורגניזציה בתוכנית הסטאג' ובהתמחות של הרופאים בישראל תוך מתן דגש וחשיפה רחבים יותר לחינוכם של הרופאים לעבודה בקהילה. לדעתו, אין פירוש הדבר שיש להשלים עם נהירה של ישראלים לבתי ספר לרפואה באירופה, אולם זו שאלה נפרדת ואיננה קשורה לסוגיית עליית הרופאים ולשאלה האם להגבילה.

בסכום דבריו כנגד השקפת וולמן הזכיר דורון את כל ניסיונות החקיקה, הדיונים בכנסת ובממשלה בועדות הכנסת השונות בשנות החמישים והשישים שניסו לפתור את בעיית המחסור ברופאים בכפר ובספר

ונכשלו במידה רבה בגלל עמדתם של הרופאים שסירבו לקחת על עצמם מידה מסוימת של מחויבות לאומית ודחקו לעבודה בקהילה בכפר ובספר את הצבור החלש שבקרבתם- רופאים עולים, בגיל מבוגר וחסרי התמחות. שתוף פעולה בין כל הגורמים יכול היה לדעתו להביא פתרון לבעיה הכאובה המלווה את מערכת הבריאות הישראלית מראשיתה.

במקביל לויכוח הציבורי נדונה שאלת כוח האדם הרפואי בישראל בשתי מסגרות נוספות. האחת, במסגרת המכון למחקר ומידע אשר בדק את הביקוש לכוח אדם אקדמאי בישראל והשנייה מטעם שר החינוך הממונה על המועצה להשכלה גבוהה, באמצעות ועדת פלדמן. תכלית הדיון של המכון למחקר ומידע הייתה לאמוד את הביקוש הכוללני לרופאים, ללא כל התייחסות למקצועות הרפואיים ולסוגי הרפואה השונים (בית חולים, קהילה וכו').²² במסגרת הבדיקה ערך המכון למחקר השוואה עם מדינות נבחרות כמו ברזיל וצרפת אך תוך התעלמות מהמשתנים התרבותיים והסוציו-כלכליים שבין המדינות. ההתעלמות כמובן פגעה ביכולתו של הדו"ח לתת תשובה לצרכי ישראל.

בין מטרות הדיון של ועדת פלדמן היה לאמוד את הביקוש לכוח אדם רפואי בישראל בשנות השמונים וזאת על מנת לאפשר תכנון עתידי של היקף תלמידי הרפואה בישראל.²³ ועדת פלדמן אשר התייחסה למספר משתנים רב המשפיעים על כוח האדם הרפואי לא הצליחה אף היא לצאת ממסגרת ההערכות הסטטיסטיות המקובלות והתבססה אף היא על גידול אוכלוסיה, הערכות שיעורי הרופאים העולים בעתיד, הערכות מספר ישראלים חוזרים אשר למדו רפואה באירופה, גילאי הרופאים וצפי פרישתם לגמלאות וכו'. מאידך, התעלמה הועדה מהביקוש לשירותי רפואה בנפרד מהביקוש לרופאים, מהשפעת הקביעה על מספר המיטות בבתי החולים על היקף תעסוקתם של רופאים, וכן מהשונות בביקוש בין הקהילה לבית החולים. מעיון בדו"ח ועדת פלדמן עולה כי גם במהלך שנות השבעים לא ידע משרד הבריאות הישראלי את היקף הרופאים הפועלים בישראל, וההפרשים שבמספרי הרופאים שנדונו בוועדה היו בולטים ביותר. כן התעלמה הועדה משעור הירידה בקרב הרופאים ומשאלת היקפה הצפוי של עליית רופאים בעתיד- שאלה שלא ניתן היה לענות עליה בשום דרך ואשר השפעתה על כוח האדם הרפואי בישראל הייתה המשמעותית ביותר.

שאלת תכנון כוח אדם רפואי בישראל נותרה אפוא ללא פתרון מוסכם. במרץ 1973 פרסמו אברהם פיזם

ויורם נוימן מאוניברסיטת תל אביב מחקר המנסה 1. לאמוד את צרכי המשק הישראלי לכוח אדם רפואי בשנות השמונים, 2. להעריך את מספר הרופאים שיהיו בפועל בישראל בשנות השמונים. בהצדקת מחקרם ציינו פיזם ונוימן שהיצע של רופאים שיהיה נמוך במידה ניכרת יפגע ברמת הרפואה בישראל, מאידך היצע גבוה מהנדרש יוביל לבזבז משאבים, שניתן יהיה להפנותם לנושאים אחרים חשובים לא פחות. היות ובבריאות המשאב האנושי הוא היקר ביותר ואין לו תחליף, חייבת המדינה לבחון את הנושא ולהיערך לקראתו. פיזם ונוימן ביקשו אפוא לבחון את ההיצע אל מול הצרכים העתידיים על מנת שהמשק יוכל להיערך בהתאם. שניהם ציינו כי אין בכוונתם להביא המלצות אלא רק לבחון את הנושא. פיזם ונוימן הציעו משוואה מורכבת לאומדן כוח האדם הרפואי אשר לקחה בחשבון את הביקוש לרופאים בנפרד מהביקוש לשירותים רפואיים ואת סוגם, את רפואת האשפוז בנפרד מהרפואה הקהילתית, את הרפואה הפרטית בנפרד מהציבורית וכן את ענפי הרפואה השונים. כמו כן, נלקחו בחשבון מדדים כמו פריון עבודה, תפוקת עבודה אופטימאלית לרופא. זאת, תוך התייחסות לכל סוג רפואה בנפרד. את הערכותיהם נימקו החוקרים על בחינה סטטיסטית של כל נתוני שירותי הבריאות בישראל במשך עשרים וחמש שנים תוך התבססות בעיקר על נתוני קופת חולים הכללית אשר הייתה ספק שירותי הבריאות לרוב תושבי המדינה. פיזם ונוימן התעלמו מאפשרות הקמתם של בתי ספר נוספים לרפואה, כגון זה של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. ומבחינה זו לוקה עבודתם בחסר. כן לא ניתן היה לצפות בשום דרך את עלייתם ההמונית של יהודי ברית המועצות עם אלפי רופאים בשנים שלאחר נפילת מסך הברזל. נושא זה של היעדר יכולת אומדן עליית רופאים בולט בעיקר לנוכח הערכתם של פיזם ונוימן כי לישראל צפוי מחסור ברופאים במקצועות מסוימים. המציאות טפחה אפוא על פני כל, מתכננים וחוקרים כאחד. דבר אחד נעדר בכל העבודות שדנו בסוגיה: כיצד לפתור, אם במצב קיים של מחסור ברופאים או במצב של עודף את המחסור הכרוני ברופאים בכפר ובספר.

פרק ג. רופאים לכפר הספר ואזורי הפיתוח

1. היבטים הסטוריים ופוליטיים-גיוס רופאים

שאלת המחסור ברופאים בכפר ובספר עלתה על סדר היום הציבורי בישראל זמן קצר מאוד לאחר הקמת המדינה. אמנם שאלה זו נדונה באופן חלקי כבר בשלהי תקופת המנדט הבריטי (1945-1947) כאשר התגלו קשיים בגיוס רופאים למחנות המעפילים בקפריסין ונדונה שאלת כפיית גיוסם של רופאים בכפיה לטובת המעפילים, אך לא גובש פתרון מספק.²⁴ דיון בנושא גיוס רופאים למשימות לאומיות נערך גם במהלך מלחמת השחרור כאשר נדונה שאלת גיוס החובה של רופאים לחזית ולעורף.²⁵ אבל בשני מקרים אלה היה ברור כי מדובר בבעיה זמנית שתימצא את פתרונה בדרכים שונות ולא בבעיה לאומית מתמשכת העלולה למוטט את המערכת הרפואית. הגדרת הבעיה בהיקף לאומי של מחסור ברופאים בכפר ובספר החלה מייד עם הקמת המדינה. "בעיר ישנם רופאים רבים ולצערי נכון הוא שלא כל רופא מוכן ללכת לכפר", כתב דר' ביקלס, בעלון הרופא במוסד, עלונם של רופאי קופת חולים הכללית.... "אין אני טוען כי אנו צדיקים אבל אני חושב שגם פועל באם תעמוד לפניו הברירה יעדיף להישאר בתל אביב. זה רק דבר טבעי. אך לעומת זה יש חלוצים גם בין הרופאים אולם לחייב לחלוציות לא החלטנו אף פעם."²⁶ "שום רופא אינו רוצה ללכת לכפר" טען מולו פנחס בנדורי, בעת דיון בנושא שנערך בוועד הפועל של ההסתדרות.²⁷

באפריל 1950 מנה צבור הרופאים בארץ 2801, מתוכם 540 רופאות. כמחציתם היו מעל גיל חמישים ורק כארבעים אחוז מהם היו בעלי תואר מומחה. מתוך צבור הרופאים הכלליים עבדו במסגרת ציבורית (משרד הבריאות, הדסה, קופת חולים, חיל רפואה) כאלפים רופאים, רובם מעל גיל חמישים. רק שש מאות רופאים היו בני פחות מארבעים. קבוצה זו הייתה למעשה הפוטנציאל העיקרי לעבודה רפואית בכפר, בקיבוצים ובשיכוני עולים חדשים. במקביל נדרש מספר דומה של רופאים לאיוש המיטות בבתי החולים הציבוריים ביחס של רופא אחד לחמש עשרה מיטות.²⁸

לדעת ד"ר מאיר המנהל הכללי של משרד הבריאות ששימש לפני כן כמנהלה הרפואי של קופת חולים הכללית, ניזקק השרות הציבורי במחצית 1950 לתוספת מיידית של כשמונה מאות רופאים במשרה מלאה על מנת לענות על הצרכים.

מצוקת הרופאים בשרות הציבורי הטרידה את מערכת הבריאות עוד קודם למפקד הרופאים של אפריל 1950. כבר בינואר 1950, בעיצומו של מבצע "מרבד הקסמים" להעלאתם של 50,000 יהודי תימן, הציע ח"כ עמי אסף חבר מפא"י, לחוקק חוק לעידוד המאמצים להבטחת השרות הרפואי במחנות העולים וביקש משר הבריאות, משה חיים שפירא להגמיש את היתרי העבודה לעוסקים ברפואה ולהעניק למנהל השירותים הרפואיים אישור להעניק תעודת היתר זמנית לעסוק ברפואה ביושבים נדרשים גם למי שטרם סיימו לימודיהם.²⁹ מטרת החוק הייתה למשוך את הסטודנטים לרפואה העתידים לסיים את הפקולטה לרפואה בירושלים לפנות לשרות הציבורי במחנות העולים ובפריפריה עוד לפני סיום לימודיהם הרשמיים ולפני שמילאו את שנת הסטאז' בבתי החולים. על מנת למנוע ירידה ברמת המועסקים ברפואה הוצע כי ההיתר יוגבל לשישה חודשים בלבד. הצעת ח"כ עמי אסף להתמודדות עם המחסור ברופאים נולדה לנוכח המציאות הקשה בישראל של שנת 1950. מספר העולים שהגיע לישראל בשנתיים הראשונות לקיומה עמד על קרוב ל-350,000 נפש, רובם ניצולי שואה ששהו קודם לכן במחנות העקורים בגרמניה. עם הגיעם לישראל נקלטו רובם בשכונות נטושות, בפריפריה ובמחנות עולים שהוקמו במיוחד עבורם. האחריות לאספקת שרותי בריאות לעולים בשכונות החדשות ובמחנות העולים הוטלה על קופת חולים הכללית והשרות הרפואי לעולה, אשר יכלו בקושי רב לענות על הצרכים וסבלו ממחסור חמור בכוח אדם רפואי ופארא-רפואי. כתוצאה מכך במקומות רבים לא היה שרות רפואי כלל וסכנה ממשית לפגיעה בבריאות העולים. הרופאים הותיקים בהתיישבות העובדת לא יכלו לקחת על עצמם את האחריות לאלפי העולים החדשים, ואילו הרופאים העולים החדשים או הצעירים היו חסרי ידע ויכולת להתמודד עם מצוקות הבריאות הבוערות בהיקף כה גדול. 'נשתנו הזמנים וגם התנאים השתנו...', כתבו רופאי קופת חולים בביטאונם 'הרופא במוסד'. '... רופאים צעירים הזדקנו לאט לאט, רופאים בריאים מלכתחילה נחלשו וחלו, הרווקים שבהם הקימו משפחות וכל ישיבה בנקודה נעשתה לדבר קשה יותר ויותר....ועתה הגענו לכך שעם הקמת נקודות קטנות רבות קם הצורך לתת להן רופאים, וכיום קשה למצוא בין העולים החדשים מועמדים המוכנים ללכת למקומות אלה ולחיות שם כפי שצריך שם לחיות. וכדי להקל על הליכת הרופאים לנקודות ולמנוע משבר של חוסר עזרה רפואית מספקת לאנשי הנקודות החליט הועד לדרוש תיקון התנאים בכל מה שניתן לתיקון: אנו תובעים דאגה לשיכונם המתאים של הרופא, בפרט לבעלי המשפחה ולקשישים יותר, שלא קל לדרוש מהם הסתגלות לאי נוחיות יומיומית, תנאי עבודה טובים ככל האפשר יחד עם אמצעי תחבורה מתאימים, אך בשורה הראשונה הוצגה

הדרישה שכל משרה חדשה בנקודה תחשב כמשרה שלמה בלי לשים לב למספר הנפשות. דרישה זו שהוצגה על ידינו בהזדמנויות שונות בעבר ושלא מצאה לה בקופה אוזן קשובה מוצגת עתה מחדש ולנוכח התנאים שנוצרו בארץ בחודשים האחרונים עם יישובם של רבבות העולים בכפרים הנטושים ובנקודות המשלט המוקמות ושעוד תוקמנה. אין אנו רואים צורך להעניק לרופא ההולך לכפר פחות משכורת ולהעמיד את רמת קיומו על פחות מקיום נורמאלי של חבריו בעיר או במושבה. לא עלה עוד על דעתו של איש לשלם למורה בכפר פחות ממשכורת יום עבודה גם אם מספר תלמידיו ומכסת עבודתו היומית אינם ממלאים באופן פורמאלי את המסגרת של משרה שלמה. ולמה יגרע גורלו של הרופא?³⁰ אלא שקופת חולים לבדה, ללא סיוע הממשלה, ההסתדרות הכללית ומשרד הבריאות, לא יכלה לשפר את מעמדו ותנאי עבודתו של הרופא בכפר ובספר והבעיה נותרה בעינה.

שר הבריאות שפירא, למרות שהיה מודע למחסור ברופאים במחנות העולים ובהתיישבות העובדת הסתייג מיוזמת החקיקה של ח"כ אסף במתכונתה המוצעת. לדעת שפירא מן הראוי ליזום הצעת חוק בנידון רק לאחר בדיקה מקיפה ולאחר גיבוש תוכנית לאומית אשר תעודד שירות רופאים במקומות נדרשים. בנימוקי התנגדותו ציין שר הבריאות כי מוטב לכל הצדדים שהסטודנטים לרפואה ישלימו את שנת התנסותם בבית החולים לפני שישלחו לטפל בעולים על מנת לשמור על רמת רפואה טובה.

על אף הביקוש הגבוה לרופאים בשרותי הבריאות הציבוריים בחרו קרוב לתשע מאות רופאים ותיקים וחדשים, לעבוד בפרקטיקה פרטית ללא שום קשר מוסדי- ציבורי. וזאת, למרות שלרובם לא הייתה תעסוקה מלאה ברפואה. למרות שעורי האבטלה הגבוהים בקרבם, הם סרבו לעזוב את המסגרת העירונית ולעבוד ברפואה במחנות העולים או בפריפריה. כתוצאה מכך התפרסמו ידיעות סותרות בעיתונות היומית אשר תארו את מצוקת כוח האדם הרפואי בעליה הגדולה ו"הרעב" של המערכת הציבורית לרופאים מחד אל מול "חוסר עבודה חמור בין ציבור הרופאים" בארץ מאידך. להנהגת מערכת הבריאות הישראלית היה ברור כי על מנת להתמודד עם הבעיה ברמה הלאומית נדרשה התערבות ממשלתית. רק התערבות כזו הייתה יכולה לפסוק בסוגיה האם ניתן לגייס בכפיה רופאים על מנת לענות לצרכי המדינה, אמצעי שכל ציבור הרופאים הסתייג ממנו באופן מוחלט והיה ברור כי הפעלתו ללא הסכמה מראש עם האיגודים המקצועיים תוביל למשבר ולסכסוך בין הרופאים לממשלה.

באוגוסט 1950 משבעיית המחסור ברופאים לא באה על פתרונה ותהליך החקיקה לא התקדם הגיע הנושא לשולחנו של דוד בן גוריון ראש ממשלת ישראל. "יש מחסר ברופאים ובאחיות" כתב בן גוריון ביומנו... "מציעים לארגן רופאי בתי החולים כצוות של קבע לשעת חרום. ההצעה לא נראית לי. במקרה של מלחמה יצטרכו לשלוח רופאים לכל חטיבה ואי אפשר יהיה לקיים יחידות הצוות של ימי שלום. הציעו גם הצעה של חינוך בנות חן כאחיות.... הם מציעים אחת שנראית לי. לחייב כל רופא חדש שבא ארצה בשנת שרות לאומי ואפשר יהיה לשלוח אותו לכל מקום שיש צורך בכך"³¹. למרות תמיכתו בהצעה לגיוס חובה של רופאים לשרות לאומי לא נקט בן גוריון בצעד ממשי שיקדם את יישומה. בחודשים אוגוסט-דצמבר 1950 נדונה בדרגים השונים בצה"ל, במשרד הבריאות ובקופת חולים הכללית ההצעה לגייס רופאים לשרות לאומי חובה בכפר ובספר אך תוכנית ביצוע לא גובשה. לקראת סוף אותה שנה משגבר לחצם של גורמי הבריאות בנידון הגיע הנושא לכותרות העיתונים ושובץ גם בסדר יומה של הכנסת. המלצת כל חברי הכנסת לשר הבריאות הייתה לא לייזום חקיקה חדשה אלא לגבש הצעה לתיקון חוק המתעסקים ברפואה אשר יחייב רופאים לשרת באזורי מצוקה, כשהכנסת מצידה מתחייבת לערוך דיון מהיר בנושא לכשתוצג בפניה הצעת התיקון לחוק. מעיון ברשומות הכנסת עולה כי לא היו כל מתנגדים בקרב חברי הכנסת ליוזמת החקיקה³² למרות זאת, ולמרות שלכל העוסקים בדבר הייתה ברורה דחיפות הנושא, הטיפול בו נידחק הצידה. בשלהי 1950 נמצאה מדינת ישראל במצוקה כלכלית ומדינית קשה. המשך העלייה ההמונית בשיעור של כמאה אלף נפש לשנה הכביד קשות על תקציב המדינה. רוב הכספים וכן תשומת הלב הציבורית הופנו קודם כל לקליטת עליה וליישובם של העולים במעברות ובמחנות ארעיים ונושא הבריאות נידחק לתחתית הרשימה. במקביל נתקלה ממשלת בן גוריון בקשיים פוליטיים מבית ובאוקטובר 1950 התפטר בן גוריון והממשלה הראשונה נפלה. בנובמבר 1950 קמה ממשלת ישראל השנייה. לנוכח המשך המחסור ברופאים ומשלא התקדם דבר בתחום החקיקה החליטה ממשלת ישראל על הכנסתו של הצבא למעברות על מנת להתמודד זמנית עם המצוקה. רופאים גויסו לשרות מילואים וחיל הרפואה נטל על עצמו את האחריות והפיקוח על הצד הרפואי. כניסת צה"ל למעברות נקבעה לתקופה של כמה חודשים אך בסופו של דבר היא נמשכה כשנה. עזרת הצבא יועדה בעיקר להנחת תשתיות למגורים, דרכים ושירותים על מנת להקל על העולים את תקופת החורף הקשה, בעוד שמעורבות חיל הרפואה אמורה הייתה לפתור זמנית את מצוקת השרות הרפואי לאנשי המחנות, אך עזרת

הצבא לא ענתה על מצוקתם של יישובי הספר והכפר שלא היו ברשימת מחנות העולים שבמצוקה. נדרשה אפוא התייחסות רחבה יותר ברמה הלאומית לבעיה.

בדצמבר 1950, הגישה שרת העבודה גולדה מאיר בתמיכת שר הבריאות הצעת חוק לגיוס חובה של רופאים לעבודה במעברות ובמחנות. לפי הצעת גולדה מאיר יועלה גיל המילואים לרופאים עד ל-55 ורופאות עד גיל 50 והם יחויבו "בשרות עבודה", מעין שרות מילואים לאומי. שרות העבודה ימשך בין חודש לחודשיים ושכרם של המגויסים יהיה דומה לשכרם של הרופאים הכפריים בקופת חולים הכללית.³³ גיוס החובה נאמר בהצעת החקיקה יתבסס על התקנות לשעת חרום לגיוס כוח אדם תש"ח 1948 ולא על ידי התיקון לפקודת המתעסקים ברפואה. יש להניח כי שינוי בבסיס החוק נעשה גם על מנת לזרז את אישור החקיקה וגם על מנת לעקוף את ההסתדרות הרפואית שהתנגדה באופן נחרץ לכל שינוי בסטאטוס קוו בסוגיית מעמדם של העוסקים ברפואה ועצמאותם המקצועית. שימוש בתקנות לשעת חרום כאמצעי לשליחת רופאים לכפר הועדף על ידי ההסתדרות הרפואית בהיותו הליך זמני מאשר שינוי חוק המתעסקים ברפואה, אשר עלול היה לגרום נזק עתידי רב. יש לציין כי ההסתדרות הרפואית הבינה למרות התנגדותה לכל חקיקה בנושא, את חומרת הבעיה ואת הצורך בפתרון המחסור ברופאים בכפר ובספר ואף גיבשה הצעה עצמאית משלה להתמודד עם הבעיה. "אין איש שלא יבין מה נורא ומסוכן המצב במקומות אלה" כתב דר' שרשבסקי סגן יו"ר המועצה הרפואית העליונה של ההסתדרות הרפואית בישראל אל משרד הבריאות, אך גיוס חובה אינו הפתרון ויש לבחון דרכים חלופיות על מנת להתמודד עימו. דר' שרשבסקי הציע להקים מערך חרום של בתי חולים שדה שיספק שרות באזורי המצוקה, לארגן שרות רופאים כלליים ומקצועיים אשר יבקרו במקומות הנדרשים על פי דרישת החובש או האחות המקומיים פעם או פעמיים בשבוע. ובדרך זו, טען שרשבסקי, מבלי להפעיל גיוס חובה ובעזרת מספר מצומצם של רופאים מקצועיים יינתן פתרון בריאותי טוב לאוכלוסיית המצוקה.³⁴ פתרון שרשבסקי היה עונה אולי על מצוקה זמנית, אך בודאי שהוא לא סיפק פתרון לטווח הארוך של יצירת מערך רופאים קבוע באזורי הספר תוך מתן שרות איכותי הולם לצרכיהם של התושבים.

ואילו דר' חיים שיבא, לשעבר מנהל השרות הרפואי הצבאי הציע לפתור את הבעיה על ידי שימוש בשרות המילואים של הרופאים אך ורק "במידה שהדבר ניתן ואפשרי". בשני המקרים היה ברור כי הצעות הנוגעים בדבר לפתרון הבעיה הינן ארעיות ולא תענינה על כל המצוקה.

הצעת החקיקה של שרת העבודה עוררה ויכוחים רבים בין כל גורמי הבריאות הציבוריים, ובעיקר

בהנהלת קופת חולים הכללית.

בינואר 1951 בפגישת נציגי קופת חולים הכללית עם דוד בן גוריון בלשכתו במשרד הביטחון, טענה

דר' טובה ברמן המנהלת הרפואית של הקופה כי "הפתרון של הגיוס כפי שהוצע עכשיו על ידי הממשלה וכפי

שהוכרז עליו אין בו משום פתרון אם הוא יפגע בעיקר במוסדות [קרי קופ"ח הכללית ש.ש.]. ...ושנית מפני

שהמעברות וכפרי העבודה הם יישובי קבע ויש לעשות סידורי קבע בקשר לעזרה רפואית, לכן היא חוזרת

להצעה של הטלת חובה במקומות כפריים על כל רופא אשר רוצה לקבל רשות לעבודה רפואית בישראל על

רתוק לכפר לתקופה בערך של שנתיים", אליעזר פרלסון-פרי, מי שהיה מנהלה הראשון של קופת חולים

הכללית שהשתתף בדיון הוסיף כי "אם הגיוס לא ילך לפי חוקי ברזל (א-ב או גיל) יקרה שיוצאו שוב

הרופאים מן המוסדות ולא הרופא הפרטי". כנגד דרישת דר' טובה ישורון-ברמן שכל רופא עולה המבקש

רישיון לעבוד בישראל יידרש לשרות של שנתיים בכפר יצא דר' חיים שיבא בטענה "שרופאים במידה שבאים

כעת לא יפתרו את השאלה הן מבחינה כמותית והן מבחינה איכותית, חובה לפני שליחת הרופא להבטיח שהוא

מסוגל לתפקיד".³⁵ הדיון בלשכת בן גוריון לא עסק רק ברופאים אלא גם בשאלת המחסור באחיות. מרכז

קופת חולים דרש כי אחיות הקופה לא תגויסנה, ואילו משרד הבריאות טען שהיות ורוב המאושפזים בחדרי

החולים שהוא הקים במעברות הם חברי הקופה מן הראוי שהקופה תשא בעול אספקת כוח האדם הסיעודי

לכן. במקביל על מנת להתמודד בעתיד עם המחסור באחיות הוחלט להרחיב את הכשרת האחיות בארץ

באמצעות בתי הספר שליד בתי החולים גם באמצעות הצבא על ידי יצירת עתודה אקדמית לאחיות. כן נקבע

כי יגובשו כללים למשיכת אחיות נשואות ואמהות לילדים למערכת באמצעות תגמול כספי או הטבות אחרות

בתנאי עבודה (יום עבודה מקוצר וכד...).

שאלת גיוס הרופאים לכפר ולספר העמידה את קופת חולים במלכוד. מחד היא ראתה בגיוס פתרון הכרחי

לבעיית המחסור ברופאים, מאידך היא חששה שבמסגרת הגיוס, יגויסו גם חלק מרופאיה העירוניים או אף

הכפריים אשר יעלו ברשימות הרופאים החייבים גיוס לפי גיל. הקופה ניסתה אפוא לשמור על רופאיה תוך

כדי תמיכה בהמשך יוזמת גיוס הרופאים לכפר ולספר. על מנת לשמור על יציבותה תוך כדי ההליכה על החבל

הדק של גיוס החובה, יזמה הנהלת הקופה דיון בנושא עם משרד הבריאות, משרד העבודה ואף החלה ביוזמה

עצמאית לגיוס רופאים צעירים, עולים חדשים לשרותיה עוד טרם גיוסם לצבא. לפי הכלל שהונהג מראשית

ימיה של המדינה, ניתן לכל רופא צעיר עולה חדש פרק זמן של כשנה להשלמת קליטתו ולסידור משפחתו לפני שיחויב להתגייס לצבא. בפרק זמן זה עבד הרופא ברפואה לפרנסתו באחד מהמוסדות הציבוריים. קופת חולים הכללית ראתה בפרק הזמן שניתן לרופא העולה החדש טרם גיוסו לצבא הזדמנות לקשור את הרופא לעבודה בקופה באמצעות חוזה ואף לחייבו לחזור אליה לאחר תום שירותו הצבאי. במקביל ניסתה הקופה לשבץ את הרופא בכפר או בספר ולאחר מכן לדרוש את אי גיוסו לצבא או שחרורו המוקדם על מנת לחזור ולעבוד במסגרתה. כתוצאה מכך הרגיש עצמו חיל הרפואה במלכוד-מחד, הוא נתן לרופא פרק זמן של שנה לקליטה בטרם גיוסו, מאידך שימש פרק זמן זה אמצעי לחץ על הצבא להמשיך ולדחות את הגיוס או לבטלו כלל באמצעות ההתקשרות עם קופת חולים הכללית. לטענת הצבא "היות ולא יתכן שרופאים צעירים בגיל הגיוס יהיו כה חיוניים שמוסד פלוני אלמוני יערוך אתם חוזה עבודה מוקדם" השיב משרד הבריאות כי רק "במקרים יוצאים מן הכלל ובעיקר עבור רופאים אשר המוסד האזרחי (הממשלה או מוסד ציבורי) מוכיחים כי אכן הוזמן האיש במיוחד על ידי מוסד פלוני אלמוני ואולי גם על חשבון המוסד"³⁶ יערך דיון בבקשת הפטור מגיוס, באשר לרופאים האחרים כולם יחויבו בגיוס ובאופן בלתי תלוי בהתחייבויות הקודמות שגיבשו לעבודה במסגרת האזרחית. על מנת להקל על קליטתו בחיל הרפואה של הרופא הצעיר ולהעמקת הכשרתו הרפואית נקבע כי בשלושת החודשים הראשונים לגיוסו הוא ישרת בבית חולים כל שהוא ורק לאחר מכן ישלח כרופא גדודי או בסיסי. חוזה עם קופת חולים לא פטר אפוא את הרופא העולה הצעיר מגיוס ותקוות הקופה לגייס בדרך זו רופאים נוספים לשרותיה נגוזו.

בפברואר 1951, חודש לאחר הדיון הרחב בישום גיוס החובה לרופאים בלשכת בן גוריון ולאור הסיכומים המחייבים בנושא, ניסתה דר' טובה ברמן להגיע להסכם עם משרד הבריאות, השרות הרפואי לעולה, ומשרד העבודה בנוגע לגיוס רופאי קופת חולים הכללית. ברמן טענה כי "קופת חולים איננה יכולה להסכים לגיוס רופאי כפר כי אין טעם בכך, הואיל ופרוש הדבר לגייס רופא קופ"ח מכפר אחד ולשלוח אותו לכפר אחר. אפילו עצם ההתייצבות מפריעה לעבודה"³⁷... ברמן יצא בעיקר כנגד דרישת דר' שטרנברג מנהל השרות הרפואי לעולה כי "כל רופא חייב גיוס-במסגרת החוק". באשר להערת נציגי משרד העבודה כי גיוס חלקי אשר יפטור את רופאי הקופה מכך יוביל לקרע עם ההסתדרות הרפואית, טענה ברמן כי צריך להתעלם מעמדת ההסתדרות הרפואית בנושא. לסיכום הדיון הוחלט לשם השלמת תוכנית הגיוס א. תיערך רשימה כוללת של כל הישובים בהם חסרים רופאים, ב. תיערך רשימת רופאים חיוניים אשר לא ניתן לגייסם משום

שאי אפשר להחליפם ג. יערך גיוס מיוחד של רופאים מקצועיים ברפואת עיניים, ילדים עור. הסכמת המשתתפים על הכנת רשימת רופאים פטורי גיוס משום חיוניותם הייתה למעשה היענות לדרישת קופת חולים לפטור חלק מרופאיה מגיוס.

במרץ 1951, כאשר סוכמו כללי גיוס החובה של הרופאים עם קופת חולים הכללית ומשרד הבריאות, פנה דר' חיים שיבא גם אל קופות החולים מכבי ועממית [מאוחדת] בקריאה לאפשר גיוסם של רופאי הקופות לסייע במאמץ הלאומי. אם הקופות לא תסייענה מרצון איים דר' שיבא, הוא יגייס את רופאיהם לשרות מילואים רגיל ושרותי הקופות לחבריהם יפגעו³⁸. כמו חברתן הגדולה קופת חולים הכללית, כך גם מכבי ועממית חששו מגיוס הרופאים גם אם לתקופות קצרות ותגובתן לפניית שיבא הייתה צוננת. היה ברור כי שתי הקופות תעשינה ככל יכולתן להמעיט את חלקן בגיוס הרופאים גם אם יוביל הדבר לעימות בינן לבין משרד הבריאות.

יש לציין כי מראשית כהונתו כמנכ"ל משרד הבריאות גילה דר' שיבא עניין רב בכל הקשור לגיוס רופאים לכפר ולספר ומעורבותו האישית בנושא הייתה גבוהה במיוחד. שיבא פעל באופן נחרץ לממש את רעיון חובת הגיוס לרופאים לכפר ולספר וזאת למרות התלבטותו האישית בנושא. מחד ביקש שיבא למנוע מצב בו יפגע מעמדו של הרופא כבעל מקצוע עצמאי הרשאי להחליט כיצד והיכן יחיה ויתפרנס. שיבא גם דאג שמא דור העתיד של הרופאים, בוגרי בתי הספר לרפואה שהגיעו לארץ באותה שנה, ישראלים שלמדו רפואה בשווייץ במסגרת תוכנית משרד החינוך ובמימון ממשלת ישראל, או הבוגרים העתידיים של בית הספר לרפואה בירושלים, יגררו לעבודה בכפר ולגיוס חובה בצבא ברופאים גדודיים ולא יוכלו לרכוש את הניסיון הרפואי הנדרש באמצעות עבודה בבתי חולים. לדעתו שליחת הרופא הצעיר חסר הניסיון לכפר חסרת תועלת ותיפגע בחולים וברופאים גם יחד. מאידך חיפש שיבא דרך להתמודד עם ההיצע הרחב של רופאים פרטיים ותיקים במרכזי הערים אשר סרבו לצאת לכפר ולו גם לתקופה זמנית. כיצד לגשר בין 'הזעקה הגדולה לרופאים' כפי שכתב לסגן אלוף ארגוב במרץ 1951 ובין עודף הרופאים בעיר ולמנוע את אוירת 'הבהלה' בנושא מחסור הרופאים בכפר הייתה השאלה המרכזית בה התלבט. 'יש שלוש ברירות' כתב שיבא במכתב סודי מידי לארגוב, 'שתי האחרונות תובעות ששר הביטחון ייתן את ידו להעברת חוק בכנסת אשר לא יתקל בהתנגדות. הראשונה היא זו שאנו מבצעים, והיא גיוס במסגרת משרד העבודה, אשר יביא להקלה לתקופת הקיץ הזה ולא יותר, וגם זה לא בהסכם עם קפ"ח אשר תובעת גיוס לתקופה ארוכה, ואשר טוענת שאפילו

לזמן קצר אין הרופאים הולכים מן העיר לכפר במסגרת "גיוס אזרחי". לכן באה הצעתנו להעלות את גיל הרופאים לעתודות עד 55 וזה ייתן מספיק רופאים לכל העבודה בכפרים בתנאים של עבודה קצרה. האלטרנטיבה השנייה היא: העלאת גיל רופאים לשרות חובה עד 39 ואז לחלק את שרות השנתיים לשני חלקים: שנה לצבא ושנה לכפר וזה עלול לפתור את השאלה בצורה המבטיחה עזרה תקינה ומלאה. אבקש להביא לפני שר הביטחון הצעה זו ואני שולח העתק מכתב זה למפקד חר"פ על מנת שהוא יפנה דרך ראש אכ"א לרמטכ"ל בעניין האלטרנטיבה השנייה. העניין דחוף כי יוצרים בהלה בעניין מחסור הרופאים בכפר.³⁹ שאלת הגיוס הייתה אפוא סוגיה עדינה ביותר במערך היחסים הקיים שבין קופות החולים, צה"ל ומשרד הבריאות. והוא ביטא באופן חריף את המתח המתמיד שבין מילוי צרכי המדינה והציבור לבין שמירה על האינטרסים הייחודיים של ארגוני הבריאות וארגוני הרופאים גם יחד.

2. השרות הרפואי לעולה, חיל הרפואה וקופת חולים הכללית

המחסור ברופאים מיומנים בספר, בכפר ובמחנות העולים ולאחר מכן במעברות הוביל מיידית לתחרות בין גורמי הבריאות הציבוריים על ליבם של הרופאים המעטים שהסכימו ללכת לכפר ולהצטרף לשרות הציבורי. "עם יישובם של מקומות נטושים ע"י עולים חדשים ועם הצורך לייסד בהם סניפים חדשים לקופת חולים התעוררה בעיה רצינית שהניעה את המחלקה המדיצינית לכנס את המזכירות של שני הועדים הארציים לדיון משותף", במשפטים אלה ותחת הכותרת "גיוס פנימי" נפתח הדיון במצוקת הרופאים בקופת חולים. כצעד ראשון דרשה הקופה מחיל הרפואה, ממשרד העבודה וממשרד הבריאות שרופאיה הכפריים לא יגויסו למילואים או לשרות עבודה. כן דרשה הקופה גיוס חובה של רופאים עולים חדשים לשרות בן שנתיים בכפר. בנוסף דרשה הקופה כי הרופאים המשרתים במילואים יחלקו את זמנם באופן שווה בין שרות בכפר לשרות בצבא. במידה ולא תענה, איימה הקופה, היא לא תהיה מסוגלת לספק שירותים רפואיים לא לעולים ולא להתיישבות החדשה. "בתל אביב יש יותר מדי רופאים, עלינו להוציאם אל הכפר, אני רואה את נקודת הכובד בגיוס רופאים"⁴⁰ ציין דוד בן גוריון בתמיכה לבקשות קופת חולים בנושא הקלות לרופאיה המגויסים. אך הקופה לא הסתפקה בהסכמת בן גוריון ויצאה לגיוס רופאים נוספים לשרותיה באופן נמרץ ואגרסיבי והייתה מוכנה להתעמת בגלוי עם גורמי בריאות אחרים במאבק על הרופאים. היות ומאגר הרופאים שהיו מוכנים לצאת לספר היה מוגבל ומספר הרופאים העולים שהגיעו והיו פנויים ומתאימים לעבודה היה אף הוא

מצומצם, נהגו אנשי קופת חולים הכללית במחנות השונים לפנות אל רופאי השרות הרפואי לעולה שהשתייכו לשרות הבריאות הממשלתי, והציעו להם לעבור לעבוד בקופה. הצעות אלה עוררו כאמור תרעומת רבה בשרות הרפואי לעולה אשר נאבק בעצמו לגיוס כוח אדם נוסף על מנת לענות על צרכיו. במרץ 1950 כתב ד"ר שטרנברג מנהל השרות הרפואי לעולה מכתב נזעם אל ד"ר טובה ישורון ברמן המנהלת הרפואית של קופת חולים הכללית ובו קבל על ההצעות של אנשי הקופה לרופאיו להצטרף אליה. "שוב קרה ואנשי קופ"ח חיפה פנו לרופא שלנו במחנה עולים פרדס-חנה א' והציעו לו עבודה בחיפה (לד"ר סגל). אני חוזר ומבקש שתדאגו לכך שההסכם בינינו יקום וז.א. שרק מכתב ממך אלינו מחייב אותנו. אני מבקש כ"כ להודיע למחוז חיפה שעליהם להפסיק סדורים פרטיזניים".⁴¹ ולאחר שהקופה לא הפסיקה את ניסיונותיה והרופא המחוזי במחוז שומרון הציע לד"ר נרסון מנהל מחלקת הילדים בבית החולים בפרדס חנה, לעבור למרפאת חדרה של הקופה, כתב דר' שטרנברג שוב "אני תובע מכם הוראות ברורות שימנעו הישנות מקרים כאלה מצד באי כוח קופת חולים, אחרת לא תהיה לנו ברירה מאשר לדאוג בעצמנו למניעת פגישות וסדורים כנ"ל".⁴² כעסו של דר' שטרנברג היה מובן. ראשית, ד"ר נרסון היה רופא הילדים היחידי במקום ואילו היה עובר לעבוד בקופה, סביר להניח כי בית החולים בפרדס חנה היה נותר ללא רופא ילדים ומחלקת הילדים הייתה צריכה להיסגר. שנית, גם השרות הרפואי לעולה סבל ממחסור בכוח אדם רפואי, אך מאחר והשכר בשרות הממשלתי היה נמוך משכרם של רופאים בקופה (עד כדי 30%), הייתה קיימת סכנה אמיתית כי רופאי השרות לא יעמדו בפיתוי ויעברו לעבוד בקופה על מנת לשפר את מצבם. לדר' שטרנברג לא הייתה אפוא ברירה אלא לעמוד על המשמר על מנת למנוע דליפת רופאיו לקופה. די היה בכך שרופא מרכזי בשרות הרפואי לעולה ייעתר להצעת עבודה של קופת חולים, בכדי לפתוח פתח שיוביל לזרם של רופאים שיבחרו לעבור ולעבוד בקופה המשלמת יותר והשרות הרפואי לעולה יישאר מרוקן מרופאיו. זאת, לא יכול היה דר' שטרנברג להרשות.

3. גיוס על פי תקנות חירום

במרץ 1951 הוחל בגיוס רופאים חובה לכפר, לספר, למעברות וליישובי העולים החדשים בהתאם לתקנות החירום לכוח אדם 1948 בתמיכתה של הכנסת והממשלה וזאת על אף התנגדותם של הרופאים הפרטיים, למרות מחאת הנגד של ההסתדרות הרפואית, ולמרות התחמקותן של קופת חולים מכבי ועממית משתוף פעולה. בהוראת הגיוס שנשלחה על ידי משרד הבריאות במרץ 1951 ניכתב כך:

1'. מגייסים רופאים למעברות, כפרי עבודה ויישובי ספר.

2. הגיוס חל על כל רופא ללא יוצא מן הכלל. רופאים מקצועיים יגויסו למקצועות שהם דרושים

במקומות לשם מגייסים ויתרם לעבודה ברפואה כללית.

3. מאשרים אפשרות של שחרור מטעמים משקיים. הדבר חל במיוחד על רופאי כפר שהם יחידים

בנקודות ישוב ואשר החלפתם מצריכה אף היא גיוס כי זו נקודה כפרית. חובת התייצבות חלה על כל אחד; במקרים בהם עצם ההתייצבות עלולה לגרום להפרעה בעבודה, הנהלת המוסד בו עובד הרופא תודיע לוועדת גיוס בכתב על אי אפשרות של התייצבות. ודחייה לתאריך בו הרופא יכול להתפנות למטרת התייצבות.

4. מחליטים לשחרר מחובת גיוס רופאות, אמהות לילדים קטנים למטה מ- 12 שנים.

5. אין לגייס רופא במקום רופא ביישוב קבע, אשר יוצא לחופשה: לעומת זאת מחייבים גיוס רופא

במקום רופא מעברה, כפרי עבודה וישוב ספר אשר רשאי אחרי שנת עבודה לחופשה.

6. תוקם ועדת ערעורים מחוזית.

7. בדיקה רפואית של המתייצבים תבוצע בבתי חולים ממשלתיים: ה.ר.י. תפעל לבצוע על ידי הטלת

העול על הרופאים במוסדות אלה.⁴³

הוראת הגיוס של משרד הבריאות לא קבעה מי יהיה אחראי על גיוסם של הרופאים הפרטיים ומה יעשה לרופא שיסרב להוראת הגיוס. מאידך התייחסה ההוראה בהרחבה לשאלת גיוסם של רופאי קופת חולים אשר שרתו בנקודות חיוניות, בכפר ובספר ויצרה מסגרת יחסית גמישה אשר אפשרה גם לשרות הרפואי לעולה, גם למשרד הבריאות עצמו ובעיקר לקופת חולים הכללית לפטור את רופאיה אשר בכפר ובספר מגיוס החובה. באשר לרופאים צעירים שרק סיימו לימודיהם קבע דר' שיבא במפורש בפגישה עם בן גוריון כי הם לא ישלחו לכפר "כי הם צריכים פרקטיקה רפואית בבתי החולים".⁴⁴

למרות כל ההכנות והצפיות שהגיוס אכן יפתור חלק מבעיות הכפר והספר ויסייע לטיפול באוכלוסיה

הנזקקת, עוררה תוכנית הגיוס לרופאים מראשיתה ביקורת וקשיים. במרץ 1951 מייד עם התחלת הגיוס כתב דוד בן גוריון ביומנו: 'כרגע מגייסים בתוקף חוק העבודה לששה שבועות. יש השתמטות רבה. לא רוצים ללכת לכפר. טוענים שמוכנים ללכת לצבא ולממשלה אבל לא לקופ"ח'.⁴⁵ במכתבים למערכת

שהתפרסמו בעיתון ההסתדרות הרפואית "מכתב לחבר" ציינו רופאים כי הם נוצלו על ידי קופת חולים

במהלך גיוסם ונאלצו למלא תפקידים שונים מאלה שנשלחו למלא. כך למשל ציין דר' דוידזון מתל אביב כי

"אף על פי שנשלחתי לעבודה במעברות נדרשתי גם לקבל חולים במרפאה המרכזית של קופת חולים בה הרוב

המכריע של המבקרים הם חברי קופת חולים בעיר שאין להם כל קשר עם מעברות... אני גויסתי על ידי משרד ממשלתי ואני פונה לאותו המשרד ושואל: מי אחראי לזה שמגייסים רופא למעברות ומשתמשים בזמנו למטרות אחרות... אפוא זה נישמע שמשתמשים בצו גיוס ממשלתי כדי להכריח אזרח חופשי לעבוד במוסד בלתי ממשלתי בעבודות שלא נכללו בתפקידי הרופא המגויס...⁴⁶ בגיליון אחר של 'מכתב לחבר' כתבו שני רופאים מגויסים דעתם כי גיוס הרופאים לא השיג את מטרתו היות ועיקר הבעיות הן סוציאליות, ארגוניות וכלכליות והקדשת מאמץ לפתרון תועיל הרבה יותר מאשר שליחת רופאים למעברות ולמחנות בתנאים בהם כמעט ולא ניתן לעשות דבר ממשי בתחום הרפואי.⁴⁷ במכתבי רופאים שהתפרסמו בעיתון 'דבר' ציין דר' מרגלית רול כי גם במעברות בהן נימצא מספר רופאים העונה על הצרכים אין אפשרות לתת טיפול מתאים בגלל תנאי המגורים והמרחק שבין המרפאה למעבדה, לבית החולים או לרופא מומחה. לדעת דר' מרגלית עיקר העבודה שנדרשת היא הדרכה חינוכית בריאותית ועבודה סוציאלית וגיוס הרופאים היה מיותר בעיקרו.⁴⁸ דברים דומים ציין רופא עמית אשר שירת כרופא ילדים במעברות. לדבריו חוסר היכולת לספק לרופא מגורים במקום העבודה מונע ממנו ניצול מלא של זמנו אותו הוא מבזבז לנסיעות ולחיפוש אמצעי תחבורה לעצמו ולחוליו. 'מכתב לחבר' אף פרסם הודעה בשם ההסתדרות הרפואית 'לתשומת לב הרופאים המגויסים- הרופאים המגויסים מטעם משרד העבודה ליישובי כפר וספר מתבקשים להודיענו אם מוטלת עליהם מעמסת עבודה גדולה בניגוד למקובל בקופ"ח כגון: מספר גדול של נקודות, אוכלוסיה למעלה מ- 1,500, תנאי תחבורה לקויים, חסר דיור וכו'. את הפרטים יש להעביר לפי הכתובת של הועה"מ...'. לגיוס היו אפוא כמה היבטים.

באפריל 1951, פחות מחודש מאז החל גיוס הרופאים, שלח מרדכי נמיר המזכיר הכללי של ההסתדרות מברק לדוד בן גוריון כי הגיוס לא סייע כלל לפתור את בעיות המחסור ברופאים בקופת חולים בכפר והקופה עומדת בפני התמוטטות. לדברי נמיר נדרשת התגייסות רחבה יותר ותמיכה כספית ממשלתית מיידית בשרותי קופת חולים על מנת למנוע את התמוטטות השרות לעולים בכפר, בספר ובמעברות. קופת חולים אף שוקלת, ציין נמיר, להפסיק את החוזה שיש לה עם הסוכנות היהודית לטיפול בכל העולים אם לא ימצא פתרון מיידית. 'אין שום אפשרות לכלול בטפול הרפואי עשרות אלפי אנשים עולים בכל חודש אלא אם הממשלה והסוכנות יכנסו בעובי הקורה של המשבר החריף בכוח אדם, רופאים, אחיות וכו'! לדעת הקופה גיוסם של רופאים

לתקופה קצרה של ששה עד שמונה שבועות הינו חסר ערך ויש להוביל מהלך שיביא לגיוס חובה עד לתקופה של שנתיים לפחות.⁴⁹

לקופת חולים אכן הייתה בעיה קשה. במחצית אותה שנה הפעילה הקופה ממטולה ועד אילת, למעלה משש מאות ושמונים מרפאות, מחציתן בתחומי הכפר, הספר והמעברות. מספר הנפשות במערך הכפרי בו טיפלה קופת חולים עמד על כ-300,000 נפש בהם טיפלו כ-250 רופאים, רובם בעלי הכשרה רפואית כללית. רק 41 רופאים מכלל רופאי הכפר והספר היו מומחים ברפואת ילדים. שמונה עשרה רופאים היו מומחים בתחומים אחרים.⁵⁰ מאידך נטל העבודה הראשונית- המרפאתית נפל על כתפי הקופה באופן בלעדי מאחר ומשרד הבריאות והדסה לא הפעילו שירותי מרפאות ראשוניות למעט שירותי טיפת חלב. במצב זה תוספת של כמה עשרות רופאים מגויסים לתקופה קצרה של כמה שבועות הייתה אמנם לעזרה אבל לא פתרה את לב הבעיה.

פניית נמיר לבן גוריון ודרישתו לשינוי היקף הגיוס וקבלת סיוע כספי מהממשלה העמידה את בן גוריון בבעיה. בפברואר 1951, חודש לפני התחלת הגיוס האזרחי של הרופאים התפטר בן גוריון בפעם השנייה מראשות הממשלה בעקבות משבר קואליציוני עם הסיעות הדתיות בנושאי חינוך דתי ממלכתי ושאלת כינונו של זרם חינוך דתי עצמאי. במרץ 1951 עמד בן גוריון בראשות ממשלת מעבר שעתידיה הייתה לפעול עד לבחירות שנקבעו ליולי אותה שנה. בן גוריון ידע שכל יוזמה או פעולה שלו להרחבת גיוסם של הרופאים עלולה לעורר אותם נגדו והוא עלול לשלם על כך באבדן קולות בעת מערכת הבחירות הקרובה. ערב הבחירות הקרובות לכנסת כתב בן גוריון ביומנו את הערכותיו על המגזרים הציבוריים שיתמכו בו וציין במפורש: "רופאים 400, רק מיעוט ילך אתנו".⁵¹

לגיוסם של הרופאים לכפר ולספר היה היבט פוליטי שמחוץ למערכת הבריאות שקשה היה להתעלם ממנו. ניתן להניח שבמצב זה לא רצה בן גוריון ליזום חקיקה נוספת בנושא ולעורר משבר עם ההסתדרות הרפואית ערב מערכת בחירות.

את עמדת בן גוריון שיש לפעול בזהירות בשאלת גיוס הרופאים ניתן לבחון גם לאור התוכנית שהוגשה לממשלת ישראל באותם ימים על ידי יצחק קנב (קנייבסקי), לחוקק חוק ביטוח לאומי אשר יכלול ביטוח בריאות חובה ויצמצם במידה רבה את מערך הרפואה הפרטית שהייתה קיימת במדינה. לפי הצעת החקיקה של קנב, כל שירותי הבריאות ירוכזו בידי משרד הבריאות, הרשויות העירוניות וקופות החולים- כלומר

במערכת הציבורית. לכן גוריון היו תוכניות להשתמש בהצעת החוק לביטוח בריאות חובה כאמצעי תעמולה במערכת הבחירות שניהל, מאידך עוררה הצעת החוק את התנגדותה של ההסתדרות הרפואית שחששה כי הלאמתם החלקית של שירותי הבריאות באמצעות החקיקה תיפגע קשה במעמדה, ובמעמדם של הרופאים כבעלי מקצוע עצמאיים ואף תוביל בעתיד לאבטלת רופאים ולפגיעה בתנאי עבודתם מאחר ומעסיקיהם העתידיים יהיו גופים ציבוריים, אשר בעיני רופאים רבים נחשבו כמעסיקים נחותים בשכר ובתנאי העבודה. המסע הנמרץ של ההסתדרות הרפואית כנגד הכללת חוק ביטוח בריאות חובה במסגרת חוק הביטוח הלאומי יחד עם התנגדותה העקרונית להרחבת הגיוס האזרחי של הרופאים לתקופה של שנתיים כפי שדרשה קופת חולים, סימנו אותה כגוף העלול לגרוע קולות תמיכה מבין גוריון ולפגוע בהצלחתו בבחירות. גם תמיכתה של המפלגה הפרוגרסיבית באמצעות שר המשפטים פנחס רוזן בעמדת הרופאים כנגד חוק ביטוח בריאות חובה, השפיעה על בן גוריון לשקול בזהירות את צעדיו ביחס לרופאים. בהשפעתו הישירה של פנחס רוזן, שהזדהה עם עמדת ההסתדרות הרפואית, בוטל סעיף ביטוח בריאות החובה בחוק הביטוח הלאומי ולא נערך שינוי בחקיקה להרחבת תקופת גיוסם של הרופאים.⁵²

מעורבות בן גוריון נדרשה גם בויכוחים שעורר הגיוס האזרחי בין רשויות הצבא לבין קופת חולים הכללית. ביולי 1951, ימים ספורים לפני הבחירות ניסה בן גוריון לפשר בין חיל הרפואה וקופת חולים בעניין גיוס הרופאים, בעיקר לנוכח האשמותיה של הקופה כי הרופאים בצבא לא עובדים יותר משעתיים ביום והתנגדותה של הקופה לדרישות הצבא כי הרופאים המיומנים ישלחו לצבא והפחות מנוסים ישלחו לכפר. קופת חולים דרשה להעביר עשרות רופאים מהשרות הצבאי לכפרים ולמעברות. בסכום הדיון בלשכתו כאשר כל צד מביא נתונים התומכים בעמדתו כתב בן גוריון "בקשתי מהם לשבת יחד ולנסות למצוא נוסחה משותפת"⁵³ אלא שהנוסחה לא נמצאה וחלוקי הדעות נותרו בעינם. הם חזרו לשולחנו של בן גוריון לאחר ניצחון מפא"י בבחירות והקמתה של ממשלת ישראל השנייה בראשותו.

בנובמבר 1951 יצא מרכז קופת חולים בקול קורא משותף עם הוועד המפקח הארצי לממשלת ישראל להרחיב את השרות הרפואי בכפר לשנתיים, לחייב כל בוגר בית ספר לרפואה, רופא צעיר ישראלי או עולה חדש, לשרת שנתיים בכפר כתנאי לקבלת רישיון עבודה קבוע במדינה, לשחרר מיידית מהגיוס רופאי קופ"ח העובדים בכפר ובספר, לדחות גיוס אחיות לצבא ולראות בעבודתן בכפר ובספר שרות לאומי חליפי לגיוס.

כמן כן, לספק מגורים ותחבורה לרופאים הכפריים על מנת שיוכלו למלא את תפקידם כהלכה. אלא שהקול הקורא לא חידש דבר ולא שינה דבר וגיוס הרופאים לכפר ולספר המשיך להתנהל תוך קשיים רבים.

בדו"ח המסכם לאותה שנה שפרסם דר' שיבא המתאר את מצבת הרופאים המגויסים לעזרה בכפר ובספר נאמר כי "על ידי משרד העבודה נקראו במשך 9 החדשים שפעולה זו נעשת על ידינו בתל אביב ובירושלים בלבד 516 רופאים...לא גויסו מבין חייבי הגיוס: 124 מטעמי בריאות או סבה אישית אחרת. לא גויסו בגלל ערעור מקום עבודה 46. גויסו 244 רופאים וישלחו לכפרים לפי דרישת קופת חולים, כולם כמובן רופאי הערים. מקומות העבודה שמהם יילקחו רופאים אלה: השוק הפרטי 39%, עיריות (רופאים חלקיים) 11%, קופת חולים הכללית 34%, קופ"ח אחרות 6%, ממשלה 10%. מתוך רופאי קופת חולים שנשלחו למעברות היו בערך שני שלישי מן המרפאות העירוניות ושליש מבתי החולים. מסקנתי: שכאן היה מאמץ גיוס אשר נתן 45 רופאים למעברות אם לצרף את שרותם לשנה אחת, שהתחשב בכל הערעורים מבחינת חיוניות בעבודה בעיר שהובאה על ידי נותן העבודה העירוני".⁵⁴

בשלהי 1951 מנה הישוב היהודי במדינת ישראל מליון ושלוש מאות אלף איש, מחציתם עולים אשר התגוררו במחנות עולים, מעברות, שכונות בפאתי הערים וביישובי עולים חדשים בנגב ובגליל. גיוסם של 244 רופאים למספר חודשי שרות עבודה בכפר, בספר ובריכוזי עולים, או כפי שציין דר' שיבא בהיקף כולל של 45 רופאים במשך תקופה של שנה במטרה לענות על מחסור חמור של כאלף רופאים היה בחזקת לעג לרש.

ואשר למקומה של שאלת המחסור ברופאים בקרב הציבור וצפיותיו לפתרון הבעיה. בשנים 1948-1951, השנים הקשות של מלחמת השחרור והעלייה הגדולה התייחסה העיתונות מעט מאוד לשאלת המחסור ברופאים כשאלה נפרדת וייחודית מכלל קשייה של העלייה הגדולה בדיור, בחינוך ובתעסוקה. שאלת הבריאות נבלעה בדרך כלל בנושא המצוקה הכללית וכמעט שלא זכתה לסיקור או התייחסות ייחודית. בשנת 1951 הופיעה בעיית המחסור ברופאים בכותרות העיתונים כשבע פעמים בלבד במשך כל השנה ותמיד רק בעמודים הפנימיים. הכותרות ברובן התייחסו לעובדות היבשות כגון: 'רופאים יגויסו למעברות' או 'רופאים ליישובי עולים'. רק פעם אחת התייחסה הכותרת בביקורת על הנעשה וציינה כי 'רופאים תוקפים את המוסדות בקשר לקליטה הבריאותית של העולים'. גם ציפיות הציבור להתעוררות בקרב הרופאים להתגייס לעזרת הכפר והספר הייתה כנראה מאוד נמוכה. כך בכתבה שפרסם אפרים תלמי בעיתון "דבר" באוגוסט

1951 תחת הכותרת 'על "חטא" של רופא עירוני', הוא מציין בהדגשה את הפתעתו למצוא רופא ותיק מהדסה מספק שרות במעברה 'בהיכנסי לחדר המרפאה שבמעברה הופתעתי לראותו, את הרופא העירוני הוותיק מי שעבד שנים אחדות בבית חולים הדסה...מה לך במעברה?...יש לי עוד כמה חולים-ועוד מעט אני מסיים-השיב הרופא למבטי התובע תשובה- ואסביר לך את "החידה"...כן אמר הרופא במקום תשובה לדברי, חטאנו לחלק זה של הישוב, כשם שחוטאים אנו גם לעניינים אחרים ולוואי וידעו זאת הכול'.⁵⁵ ניתן להניח כי הפתעתו של תלמי למצוא רופא עירוני מהדסה במעברה הייתה נחלתם של רבים בצבור הוותיק אשר התייחסו בספקנות לגיוס האזרחי של הרופאים לעזרת הכפר והספר ולא ציפו שהם יבואו בהמוניהם. באשר לצבור העולים החדשים, ספק אם מי מהם היה מודע לניסיונות לפתור את המחסור ברופאים ולמאבקים שליוו אותו לכל אורך הדרך וספק אם מי מהם היה מסוגל להקים קול מחאה או זעקה לנוכח המצוקה. ניתן להניח כי עיקר הביטוי והתמודדות עם הנושא הייתה בקרב מנהיגי המדינה ומנהלי מערכת הבריאות שהיו מודעים לבעיה וניסו להתמודד איתה ביחד עם שאר מצוקות העלייה הגדולה, כן מן הראוי לציין כי עיקר העול נפל כבעבר על כתפיה של קופת חולים הכללית שהייתה הנושא העיקרי בשרות הרפואי בכפר ובספר. גיוס הרופאים האזרחי בשנת 1951 הועיל מעט מאוד לקופה והיא נדרשה למצוא את הפתרונות בעצמה ותוך שורותיה.

4. גיוס בוגרי רפואה

בראשית 1952 נכנעה ממשלת ישראל לבקשותיה החוזרות ונשנות של קופת חולים לשנות את גיוס הרופאים לכפר ולספר, לצמצם את גיוסם של רופאים עירוניים לתקופה של כמה שבועות ולהרחיב את גיוסם של רופאים חדשים עולים וישראלים לתקופה של שנה כתנאי לקליטתם בעתיד במסגרת הרפואה הציבורית בישראל. היקף הגיוס כלל את כל בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ ובחו"ל שסיימו לימודיהם לאחר מאי 1948 ועלו לארץ לאחר אפריל 1950. הגיוס נעשה כמקודם באחריותו של משרד העבודה. מספר הנקראים לגיוס עמד על 220 רופאים אך מספר הרופאים שיצאו בסופו של התהליך לכפרים ולמעברות עמד על 70 בלבד.⁵⁶ מעוט המתגייסים בפועל "יצר הרושם המדכא שנעשו אפילו וקיפוחים בביצוע הגיוס ושרק מי "שניתפס" הוא הלך למעברה...⁵⁷ כך ציינו רופאים במכתביהם, וההרגשה הכללית הייתה שהגיוס נעשה על מנת לצאת לידי חובה תוך הקרבת הרופאים הצעירים לטובת הרופאים הותיקים, ולא על מנת למצוא פתרון אמיתי לבעיה. לדברי הרופאים הצעירים שנשלחו לכפר ולספר תרומתם לבריאות התושבים הייתה מועטה. רובם היו

חסרי כל ניסיון או ידע כיצד לטפל באוכלוסיית העולים החדשים, תנאים קשים, חוסר אמצעי תחבורה שמנעו מהרופא לספק שרות יעיל בפרק זמן קצר לכמה נקודות ישוב והשכר המועט שקיבל הרופא עבור עבודתו השפיעו על מעמדו, רצונותיו ומאמציו לתרום לשיפור השרות. בסכום דבריהם כתבו הרופאים כי 'רק אם תובטחנה לו התנאים הדרושים כדי שתוך עבודתו במעברה המרובה ורבת הערך ימשיך הוא להתפתח כאישיות ורופא, ירחיב את ידיעותיו וניסיונו, רק אז יוכל הרופא היוצא למעברה למלא תפקידו כראוי; רק אז נוכל לקוות שלא יראה את עבודתו בבדיקת חולים ונתינת גוללות בלבד כי אם גם יפקח על המצב ההיגייני במקום, יבדוק או ישלח לבדיקה מים, חלב וכל מזון הנראה לו חשוד מבחינה רפואית;...רק אז ידע וירצה הרופא למלא את תפקידיו המרובים והחשובים במעברה ורק אז יקום לנו שרות רפואי במעברות הראוי לשמו, ולא יהיה צורך בגיוס כי מרצונם הטוב יבואו הרופאים לשרות לאומי'.⁵⁸

גם אם צדקו הרופאים הצעירים שנשלחו לכפר כי יכולתם לסייע הייתה מוגבלת לנוכח התנאים הקשים והבלתי אפשריים בהם נדרשו לעבוד, הרי שראיתם את הבעיה הייתה צרה ביותר והתמקדה בעיקרה באינטרסים האישיים והמקצועיים שלהם. מדינת ישראל לא יכלה להשקיע את כל הנדרש באותם ימים של צנע כלכלי ועליה המונית על מנת לספק תנאי עבודה נאותים לרופאים בכפר בספר ובמעברות. מאידך, כשלה המדינה בהסברתה לרופאים הצעירים שנשלחו לכפר מהי חשיבותה של משימתם ומה מוטל עליהם מבחינת האחריות הלאומית. כתוצאה מכך נוצר בין הצדדים דו שיח של חרשים שרק הקשה על הטפול בנושא. יש לציין כי לכישלון התוכנית לשנת גיוס החובה בכפר או במעברה תרמו גם מוסדות הרפואה השונים אשר לא הפעילו מערך בקרה על מילוי חובתם בכפר בהעסקת רופאים והיו מוכנים לקבל לעבודה גם רופאים משתמטים. מדוחות הועדה הבינמוסדית להפניית רופאים לכפר עולה כי אי שתוף הפעולה של מוסדות הבריאות שעקפו את התקנות המתירות להעסיק רק רופא שמילא חובתו בכפר, המספר הגבוה של הערעורים על ידי רופאים שחויבו להתגייס, חלקם הגדול של הפטורים מכלל חייבי הגיוס שעמד במוצע על 30% ואיכות הרופאים שהגיעו לכפר - בדרך כלל רופאים שלא יכלו לקבל משרה במוסד עירוני, כל אלה תרמו לכישלון גם בטווח הקצר וגם בטווח הרחוק.⁵⁹

באוגוסט 1952 נערך שינוי נוסף בחקיקה ונקבע חוק שרות בטחון מתוקן. האחריות לגיוס הרופאים עברה ממוסד העבודה למשרד הביטחון, והשימוש בתקנות לשעת חירום לגיוס כוח אדם כבסיס לגיוס הרופאים התבטל. על פי החקיקה החדשה נקבע כי כל גיוסי הרופאים לצבא, לכפר ולספר יערכו במסגרת

אחת והרופאים המגויסים ישמשו גם לצרכי הצבא וגם לצרכי יישובי ספר וריכוזי עולים. מגויסים מעל גיל 29 יקבלו שכר כשל רופאי קבע. במקביל הודיע הצבא על צמצום שרות המילואים והורדת גיל המילואים.⁶⁰

השינוי בחקיקה בא בעיקר על מנת להגמיש את מערכת גיוס הרופאים ועל מנת להקל על המעבר מהכפר והספר לצבא בהתאם לצרכים ולנסיבות. בפועל שינוי החקיקה היה סמנטי. מספר המתגייסים היה נמוך מהצפוי ומספר הרופאים בכפר ובספר גדל רק במעט.

בקיץ 1952 פרסם נתן אלתרמן בטורו השביעי, בעיתון 'דבר', שיר על מצוקת האשפוז במדינה הפוגעת בעיקר בילדי העולים תחת הכותרת 'לעזרת הרופא'.⁶¹ בבתי השיר הארוכים השתמש אלתרמן בביטויים קשים כנגד הממסד, הרפואי והציבורי גם יחד המקשיח לבו עם החולים העולים. בין השאר ציין אלתרמן לגנאי את גיוסם של רופאים ואחיות למילואים כגורם המגדיל את מצוקת הרופאים והחולים. שירו של אלתרמן פגע בבן גוריון שראה בו כתב גינוי לממשלה ולשריה. ב-17 לאוגוסט 1952 כתב בן גוריון לאלתרמן כי שירו היה כתב אישום חריף מדי, כי נכון הוא שהנפגעים העיקרים הם החולים שבין העולים, אך לא הגיוס לצבא של אחיות ורופאים הוא המונע טיפול נאות בילדים אלא מצוקות העיתים ומצוקתה של המדינה כולה ואי אפשר להאשים איזה שהוא גורם לא צבאי ולא רפואי בעיקר כשמדובר בדיני נפשות. ' אבל מספר הרופאים והאחיות וצרכי הצבא בשגרת מילואים הן בעיות מעשיות ויש לדעת את העובדות בטרם באים לקבול ברבים'... כתב בן גוריון לאלתרמן. '... וחבל מאוד שעשית (לפי מיטב ידיעתי) עוול רב לאנשים אחראים במשרד הבריאות החרדים על שלום ילדינו לא פחות ממי שהוא אחר, אם כי עשית זאת לא בזדון'.⁶²

שירו של אלתרמן ביטא אמנם את תחושת הציבור בנושא, אך שינוי במדיניות או פתרון מעשי לא היה בו.

באוגוסט 1952 בעת פרסום שירו של אלתרמן יצאה שרת העבודה גולדה מאיר בקריאה לרופאים מחו"ל לבוא להתנדב לעבודה רפואית בישראל במהלך כינוס רפואי שנערך בארץ. " אם כתוצאה מהקונגרס הזה יעלו רק כמה עשרות רופאים דיינו" ציינה שרת העבודה, וקראה לרופאים הישראלים לצאת אף הם בקריאת עידוד לעמיתיהם בחו"ל להגיע לארץ לתקופת התנדבות של כמה שנים. קריאתה של שרת העבודה העידה יותר מכל על המצוקה שהיא חשה ועל הרמת הידיים מאפשרות גיבוש של פתרון פנימי ישראלי למחסור הרופאים בספר ובכפר.

5. הודעתה של קופת חולים הכללית

שנת 1953 הייתה שנת מפנה בתולדות מדינת ישראל. גלי העלייה הגדולים של השנים 1948-1952 אשר הביאו לישראל למעלה מחצי מליון נפש ירדו בהיקפם באופן משמעותי בשלהי 1952 ובמהלך שנת 1953. אם בשנת 1951 הגיעו לישראל כ- 175,000 עולים, הרי שבשנת 1952 הגיעו רק 24,000 עולים ואילו בשנת 1953 הגיעו רק כ-11,000 עולים. הירידה הדרמטית במספר העולים הורידה באופן יחסי את הלחץ על מערכת הבריאות גם אם לא פתרה את בעיית המחסור הבסיסי ברופאים ביישובי עולים בכפר ובספר. מערכת הבריאות יכלה עתה לאתר ביתר קלות נקודות תורפה ולקוות כי שיטת הגיוס החדשה של הרופאים לכפר ולספר תפעל ביתר יעילות תחת חסותם המשותפת של משרד העבודה ומשרד הביטחון. אך למרות צמצום העלייה והרגיעה במצב הפוליטי של המדינה לא השתנה דבר ביכולתה של המערכת להוסיף כוח אדם רפואי לכפר ולספר ומספרי הרופאים שגויסו היה נמוך ביותר. במרץ 1954 קיים משרד הבריאות ישיבה ראשונה בנושא כשלון חוק גיוס הרופאים במתכונתו המשופרת בהתמודדות עם המחסור ברופאים בכפר ובספר. החוק שאמור היה לספק 70 רופאים נוספים לכפר מדי שנה סיפק רק 38 רופאים ולמעלה משלושים ישובים נותרו ללא רופא. הצעת משרד הבריאות באה על מנת לגבש מסגרת אחרת לפתרון הבעיה באחריות משרד הבריאות כמובן והפקעת הנושא משליטתם של משרד העבודה והרווחה ושל משרד הביטחון. במהלך הדיונים הועלו הצעות לחייב כל רופא צעיר לשלוש שנות שרות למדינה: שנתיים לצבא ושנה לכפר. שנת העבודה בכפר תהיה תנאי לקבלתו להתמחות בבית חולים. כן הועלתה הצעה לעודד רופאים להליכה לכפר באמצעות הנחות ניכרות במס ההכנסה. בסכום הישיבה נקבע כי כל ההצעות שהועלו תובאנה לדיון במוסדות ההסתדרות הרפואית מתוך הבנה כי ללא תמיכתה של הר"י שום פתרון לא יוכל לצאת אל הפועל⁶³. הצורך בקביעת מדיניות ממשלתית אחידה ביחס להליכה לכפר ולספר נדרשה במיוחד בסוף אותה שנה עם הודעת קופת חולים הכללית לבוגרי בית הספר לרפואה בירושלים (מחזור יוני 54) כי הקופה תקבל סטאז'רים למוסדותיה רק בתנאי שיתחייבו לעבוד שנה בכפר. "הואיל והמקור היחידי להקמת דור רופאים חדש הינה האוניברסיטה העברית והיא מכשירה 50 רופאים לשנה, עד שלא תוכל לספק רופאים במידה הדרוש למכסה המכסימלית..." תדרוש קופת חולים לכפות על הרופאים שנת עבודה בכפר, טענה דר' טובה ישורון ברמן המנהלת הרפואית של הקופה⁶⁴. הודעת הקופה העלתה מיידית את שאלת השרות הרפואי בכפר ובספר ומידת הכפייה שניתן להשתמש בה ביחס לרופאים הצעירים, תוך ניצול שנת

....."הסטאז' כאמצעי לחץ. הודעת קופת חולים עוררה מיד את ההסתדרות הרפואית שהתנגדה לכל הבט של כפיה ביחס לרופאים. הר"י לחצה אפוא על משרד הבריאות שייקח על אחריותו את הטיפול בנושא ויגבש עמדה ממשלתית אחידה על מנת למנוע מקופת חולים לפעול על דעת עצמה. "מחובת הממשלה והמוסדות הרפואיים לתת אפשרות לכל בוגר ביה"ס לרפואה למלא את שנת"הסטאז' מבלי להטיל עליו התחייבות בנוגע לעבודה בכפר. יש לחייב תוך הסכם בין כל המוסדות הרפואיים בארץ כל רופא מוסמך צעיר שברצונו להשתלם באחד מבתי החולים הגדולים- להקדיש לפחות שנה אחת במסגרת שנות השתלמותו[התמחותו] לעבודה רפואית בכפר..."⁶⁵. הייתה זו חזרה על עמדתה המסורתית של הר"י שדחתה כל אפשרות לכפיית השרות בכפר על כל הרופאים והטילה אותה רק על אלה שבחרו להתמחות בבתי החולים הגדולים וגם זאת בעירבון מוגבל מבלי שתהיה יכולת למוסדות שנשאו בעיקר נטל השרות בכפר כקופת חולים הכללית להפעיל סנקציה כל שהיא בנושא. משרד הבריאות נידרש אפוא לפסוק במאבק שבין קופת חולים להר"י ולדון בשאלה במלוא היקפה.

6. הסדר בין-מוסדי

ביוני 1954 שלח מנהל משרד הבריאות דר' בטיש חוזר לכל המוסדות הרפואיים בו הודעה על הקמתה של ועדה בין-מוסדית לעיבוד תוכנית התמחותם של הרופאים בבתי החולים ולדיון על מקומה של שנת השרות בכפר במסגרת ההתמחות. בהצעות לדיון בוועדה עלה כי כל רופא שיבקש להתקבל להתמחות החל מיולי 1954 יידרש להביא אישור על שנת שרות בכפר כתנאי לקבלתו להתמחות, או לצאת מייד לשנת עבודה בכפר עם קבלת המינוי. בית החולים התחייב מצידו לשמור לרופא המועמד להתמחות את מקומו לכשיחזור משנת שירותו בכפר. כן נקבע כי הועדה היא זו שתחליט מה פרוש המושג "כפר" לצורך ההחלטות הנ"ל. באופן זמני קבעה הועדה כי המושג "כפר" יכלול בנוסף לרשימת יישובי העולים והמעברות גם בתי חולים לחולי נפש ומוסדות לטיפול בחולי שחפת אשר סבלו אף הם ממחסור ברופאים. לחברי הועדה הבין-מוסדית נקבעו נציגי בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים, נציגי הדסה, משרד הבריאות, קופת חולים הכללית ונציגי ההסתדרות הרפואית. בנוסף לנושא המרכזי בו נדרשה לדון הועדה נקבע כי יערכו דיונים מקבילים בנושא מעמדה של שנת השרות בצבא לרופא, וכן גיבוש תוכנית מיוחדת להשתלמות לרופאים כלליים. רופאים שנמצאו באותה עת כבר במסגרת התמחות היו פטורים מחובת השרות בכפר⁶⁶. למרות כוונתה לגבש

פתרון מהיר תוך חודש מכינוסה נתקלו דיוני הועדה במכשולים, בעיקר מכיוונם של ארגון בוגרי בית הספר לרפואה בירושלים שחשש שבוגריו יהיו נושאי הנטל המרכזיים. בלחצו של הארגון שהסתייע בתמיכת הר"י גובשה ועדה מצומצמת לדיון משנה במעמדם העתידי של בוגרי ירושלים וחלקם בפתרון המחסור ברופאים בכפר. החלטות הועדה המצומצמת הובאו לדיון נוסף לפני חברי הועדה הבין-מוסדית שהבטיחו להתייחס אליהם במסגרת הפתרון הכללי שיקבלו.

באוגוסט 1954, חודש לאחר הקמתה הודיעה הועדה הבין-מוסדית את המלצותיה:

1. "כל רופא המתקבל להתמחות מקצועית חייב להמציא אישור על שנת עבודה בכפר או לצאת מייד

לשנת עבודה עם קבלת המינוי.

2. ההתמחות המקצועית תתחיל רק לאחר גמר שנת עבודה בכפר ותכלול דרגת רופא בית מקצועי ועוזר

ב'.

3. תוכנית זו חלה על כל רופא אשר התקבל או יתקבל למחלקה מקצועית אחרי 1.7.54

4. משרד הבריאות יכנס למו"מ עם הרשות המוסמכת כדי לכלול את שנת הכפר בתוך השירות בצה"ל.

5. תוקם ועדת פקוח על הבצוע שתהיה מורכבת מנציגי משרד העבודה וההסתדרות הרפואית בישראל.

במקרה של חילוקי דעות בוועדה זו, יובא הדבר להכרעת המליאה של הועדה הבין-מוסדית.

6. יש לחייב את המוסדות הרפואיים בארץ להכרזת קונקורס ים על כל המשרות המתפנות במחלקות

המקצועיות.

7. כפר למטרה זו פירושו:

א. כל הנקודות המוכרות ככפר ע"י משרד העבודה במסגרת גיוס הרופאים.

ב. מעברות

ג. טבריה, צפת, באר שבע, נצרת, בית שאן.

8. פטורים משנת עבודה בכפר יהיו הרופאים אשר:

א. יכנסו להתמחות בפסיכיאטריה במוסדות המוכרים בארץ.

ב. בוגרי ביה"ס לרפואה בירושלים שיתקבלו לעבודה קבועה במחלקות הפרה-קליניות של הפקולטה,

היינו במחלקות הבאות: 1. אנטומיה, פרמקולוגיה, פיזיולוגיה, פתולוגיה, ביוכימיה.

תקנות אלה תקפן יפה למשך תקופה של 3 שנים ויש לדון מחדש בבעיה עם תום תקופה זו".⁶⁷

פרסום החלטות הועדה הבין-משרדית העלתה חיוך מר על פני אנשי קופת חולים הכללית. קביעת הועדה כי החלטותיה תהיינה תקפות מיולי 54 בלבד, ולא רטרואקטיבית הגבילה את הדיון רק לצבור רופאים העתידים לעלות לארץ בשנים הבאות ולכמה עשרות הרופאים אשר עתידים לסיים את בית הספר לרפואה בירושלים והוציאה מכלל דיון את 3200 הרופאים שהיו באותה עת במדינת ישראל. החלטות הועדה כי שנת השרות בצה"ל תחשב לרופא כשנת שרות בכפר, הורידה שעור ניכר מסך הרופאים שהיו יכולים לצאת לכפר. קשה מכל הייתה החלטת הועדה לפטור את הרופאים שיחליטו להישאר כמורים - ויצטרפו לחברי הסגל האקדמי בבית הספר לרפואה בירושלים. העדפת הוראת האנטומיה בבית הספר לרפואה בירושלים על פני ההליכה לכפר, הייתה מבחינתם לעג לרש. החלטות הועדה הבין-משרדית הורידו עד למינימום את מספר הרופאים העתידים לצאת לכפר.

בדצמבר 1954 עלו החלטות הועדה הבין מוסדית לדיון גם במועצת הבריאות שהתכנסה לשיבתה השנייה בראשות שר הבריאות יוסף סרלין. רוב חברי המועצה התנגדו להצעה לכפות שרות בכפר על בוגרי בית הספר לרפואה בירושלים וטענו כי שנת העבודה בכפר תיפגע ברמתם המקצועית של הרופאים. את ההתקפה המרכזית על תוכנית הגיוס יזם דר' הארי הלר שטען ש"על ידי ביצוע תכנית זו לא תיפתר בעיית המחסור ברופאים בכפר ובספר הן מפני שמספר הבוגרים מגיע ל 50 עד 60 לשנה בלבד והן מפני שכפיית היציאה לשנת שרות נוספת תשפיע לרעה על טיב העבודה של הרופאים ועל חינוכם המקצועי והתמחותם".⁶⁸ מאידך, דר' הלר שהיה ממייסדי השרות הרפואי הצבאי וחיל הרפואה לא גרס כי השרות הצבאי יפגע בהתמחותם המקצועית של הרופאים כפי שהיה מתחייב מההתנגדות העקרונית שהציג במועצה. למרות שלכל חברי המועצה היה ברור כי צריך למצוא פתרון מעשי לבעיה, תמכו רובם, כולל חברת הכנסת דבורה נצר, בצעדים מתונים יותר וגרסו כי אין לכפות על הרופאים הצעירים טרם התמחותם את ההליכה לכפר ולספר. המלצת המועצה הייתה לצאת בהסברה רחבה אך לא לכפות צעדים של כפייה. המשתתף היחידי שיצא כנגד עמדתה הפשרנית של המועצה היה דר' א. נוח אשר טען כי "מועצת הבריאות לא הצדיקה את קיומה עד כה כי אין לה כל אחריות מחייבת".

למרות עמדת מועצת הבריאות יצא משרד הבריאות בראשית 1954 למבצע של גיוס רופאים לכפר כתנאי לקבלת מקום להתמחות וזאת למרות שהיה ברור לכל העוסקים בנושא כי התוכנית לא תאפשר לגייס מספר גדול של רופאים המתאים לדרישות האמיתיות בשטח. כצעד ראשון להפעלת התוכנית הודיע משרד

הבריאות על "הקמת ועדת הפיקוח להפניית רופאים לכפר". ועדת הפיקוח, כך סוכם תהיה מורכבת משני נציגי הר"י ושני נציגי משרד העבודה, הועדה תקבל לידיה את רשימת הסטאז'רים בוגרי ירושלים מבתי החולים את רשימות הרופאים שביקשו להתקבל אצלם להתמחות אחרי יולי 54, "מועמדים לכפר יוכלו לערער לפני ועדת הפיקוח מטעמים משפחתיים, סוציאליים ומצב הבריאות... הרופאים ששרתו בכפר שלא במסגרת הצבא הסדיר - תנוכה להם תקופת השרות בכפר משנת השרות שהם חייבים. ביחס לרופאים ששרתו בכפר במסגרת שרות סדיר בצבא יהיה בירור אינדיבידואלי".⁶⁹ במקביל להקמת הועדה העביר אליה מרכז קופת חולים את רשימת המשרות הפנויות באזורי הכפר והספר. הרשימה כללה 48 משרות פנויות לרופאים בכפר ובספר, החל ממושבים סביב ירושלים וכלה בנגב ובגליל. רוב המשרות היו במושבי העולים החדשים שהוקמו בראשית 1954 ביוזמת הסוכנות היהודית ובשכונות ובמעברות בשולי הערים.

מספר בוגרי הפקולטה לרפואה בירושלים בשנת 1954 עמד על 50 רופאים. לנוכח כללי ההליכה לכפר שקבעה הועדה הבין-מוסדית ברור היה שלאחר ניכוי המגויסים לצבא, ולאחר ניכוי הפונים לרפואה כללית שלא במסגרת התמחות בבית החולים, ולאחר ניכוי אלה שיפנו להוראה, ואלה שיקבלו פטור מסיבות משפחתיות, בריאותיות, סוציאליות, רק מעטים מקרב הרופאים בוגרי ירושלים יגיעו לכפר. בעיית המחסור ברופאים נותרה אפוא על שולחנה של קופת חולים הכללית ללא כל פתרון מיידי.

7. ההסתדרות הרפואית ושאלת המחסור ברופאים

אחד הגורמים המרכזיים אשר השפיעו על הטיפול בבעיית המחסור ברופאים בכפר ובספר הייתה ההסתדרות הרפואית הישראלית - הר"י, אשר מאז היווסדה בשנת 1912 פעלה כנציג הבלעדי של רופאי ישראל.

מראשית דרכה ראתה הר"י את עיקר תפקידה בשמירה ובהגנה על עצמאותם המקצועית של הרופאים גם משום שהאמינה כי זו הדרך הנכונה וזו חובתה כאיגוד מקצועי וגם מתוך דאגה שמא ויתור על מידה כל שהיא בעצמאותם המקצועית של הרופאים כתוצאה מלחץ ממשלתי, תוביל לירידה ברמתם ובהתפתחותם המקצועית. כך למשל: גיוס החובה של רופאים לצבא והדרישה לשנת שרות חובה של רופאים בכפר נתפסו בעיני הר"י כפגיעה מרכזית בעצמאות המקצועית של הרופא בישראל ולפיכך התנגדה להם. בנוסף לעמדתה העקרונית לשמירה על עצמאותם המקצועית של הרופאים, שאפה ההסתדרות הרפואית לבסס את מעמדה

כגוף היציג הבלעדי של הרופאים במדינת ישראל וכמי שדואג למעמדם, תנאי עבודתם ושכרם במערכת הבריאות הציבורית. נקיטת עמדה כנגד חובת הגיוס לכפר ולספר יכלה לחזק את מעמדה של הר"י בעיני הרופאים חבריה כאיגוד מקצועי שאפשר לסמוך עליו שילחם עבורם וידאג להם. רופאי ישראל ראו בהר"י חזקה גורם הכרחי שישמור עליהם מקצועית ואישית במיוחד לנוכח ריכוז הכוחות במערכת הבריאות בידי שני גורמים מרכזיים- קופת חולים הכללית ומשרד הבריאות.

החשש כי לנוכח העצמאות הפוליטית של המדינה והקמתו של משרד בריאות יישחק מעמדה, הובילה את הר"י להפגין מעורבות רבה במיוחד בכל מהלך פוליטי שדן בשינוי מעמדם ותנאי עבודתם של הרופאים במערכת הציבורית. ללא נקיטת עמדה חד צדדית להגנה על הרופאים ידעה הר"י, שמעמדה כגורם היציג הבלעדי של הרופאים יחלש והם יחפשו גורמים אחרים למלא את מקומה. הצגת עמדה תקיפה כנגד יוזמות חקיקה הפוגעות במעמד הרופא בישראל ונכונות להתמודד עם הממסד הפוליטי וההסתדרותי יבטיחו, לדעת הר"י את מעמדה לעתיד. כך למשל גיבשה הר"י עמדה בלתי מתפשרת כנגד יוזמת החקיקה של ממשלת ישראל (1951) לשלב ביטוח בריאות חובה במסגרת חוק הביטוח הלאומי, ונאבקה בכל כוחה להפיל את ההצעה, וזאת מתוך חשש כי החוק יוביל להלאמתה של מערכת הבריאות ויכפה על הרופאים במדינה לעבוד במערכת הציבורית ללא כל אפשרות בחירה. כך כפתה הר"י על קופות החולים הקטנות, מכבי, קופת חולים עממית [לימים מאוחדת] וקופת חולים מרכזית של הציונים הכללים מדיניות של מבחן כלכלי בקרב מבוטחיהם על מנת למנוע הצטרפות של מבוטחים מבוססים כלכלית מהשוק הפרטי לביטוח הבריאות של הקופות. כך גם פעלה הר"י בסוגיית המחסור ברופאים בכפר ובספר.

מן הראוי לציין כי בשנת 1955 עמד מספר הרופאים בישראל על 4000 איש. רובם ככולם עבדו במערכת הציבורית, אם במסגרת משרד הבריאות, קופת חולים הכללית או בבתי החולים של הדסה ובתי החולים העירוניים. כל הרופאים עבדו ללא יוצא מן הכלל על בסיס שכר, שנקבע בהסכם עבודה קיבוצי, ורק מעטים מהם קיבלו רשות לעבודה נוספת מעבר לעבודתם במוסד הציבורי. קביעת שכר על בסיס הסכם קיבוצי חיזקה אף היא את הר"י כגורם שייצג את הרופאים בכל משא ומתן עם המוסדות על שכרם ותנאי עבודתם. היקף פעילותה ומאבקה לטובת הרופאים ביסס את מעמדה של הר"י במדינת ישראל כגוף חזק, מרכזי, שלא ניתן לקבוע בלעדיו דבר במערכת הבריאות הצעירה של מדינת ישראל.

כאשר נדרשה אפוא הר"י לקבוע עמדה בשאלה הקשה שבין מחייבות לאומית לסייע לכפר לבין שמירה

על עצמאותם המקצועית של הרופאים, היא קבעה חד משמעית כי החופש המקצועי של הרופא עומד מעל האינטרס הלאומי. עמדה זו הייתה מוקד למחלוקת הקשה שבין משרד הבריאות, קופת חולים הכללית והר"י בתקופת העלייה הגדולה ואף לאחריה. ניתן אף להעריך כי עמדתה הנוקשה של הר"י בסוגיה ללא כל נכונות לפשרה מנעה השגת פתרונות רדיקליים בנושא והקשתה עד מאוד על גיבוש מדיניות בריאות מתאימה בשנות המדינה הראשונות.

מראשית הדיונים בגיוס חובה של רופאים לכפר ולספר הפעילה הר"י את כל כוחה על מנת למנוע כל חקיקה שתכפה על הרופא הצעיר או העולה החדש שנת שרות חובה בכפר. כלפי חוץ הצהירה הר"י כי היא תומכת בכל פעולה אשר תסייע ותגביר את הליכת הרופאים לכפר, אך התנתה תנאי כי הכול יעשה בדרך של הסברה, התנדבות ומתוך הבנה לצרכי המדינה והתנגדה נחרצות לכל צעד שבכפיה וזאת למרות שעורי אבטלה גבוהים בקרב הרופאים העירוניים כאשר בכפר חסרו רופאים לאספקת שרותי עזרה ראשונה ושרותי רפואה חיוניים. שאלת הפתרון הרצוי לציבור הרופאים בנושא ההליכה לכפר עמד על סדר יומה של הר"י ונדון באופן רצוף בעיתונה 'מכתב לחבר'. בשנים 1948-1953 לא הופיע גיליון אחד של 'מכתב לחבר' מבלי להתייחס לבעיה בדרך זו או אחרת. מכתבי המערכת להר"י, וכתבות המערכת קראו באופן קבוע להליכה לכפר רק בהתנדבות, רק תוך מתן תגמול מתאים, ללא כפיה וללא חקיקה מחייבת. "בעיית הרופאים לכפר לא תמצא את פתרונה ע"י כפיה חוקית המפנה את הרופא בעל כורחו", הייתה תמצית עמדתה של הר"י, "יש לחפש ולמצוא דרכים המובילות את רופא לפרופריה מרצונו הטוב ולפי בחירתו החופשית... אין ארץ בעולם- חוץ ממדינות הדמוקרטיה העממית- בה מכריחים את הרופא לעבוד במקום מסוים בעל כורחו".⁷⁰ יחד עם ניסיונותיה להשפיע לקביעת מדיניות אשר תמשוך את הרופא לכפר באמצעות הטבות מופלגות של שכר ותנאי עבודה ניסתה הר"י לפעול לקיצור המחויבות הלאומית של הרופא לשרת בצבא או לחילופין, לאפשר בחירה בין שרות בכפר לשרות בצבא, וליזום הכרה בשרות בכפר כשרות צבאי או להפך, כל אלה העמידו את הר"י בצד אחד של המתרס כנגד מוסדות הבריאות. עמדתה הבלתי מתפשרת של הר"י בנושא ותמיכתם המובנת מאליה של הרופאים בה, בפעילותה וביוזמותיה, מנעו למעשה השגת פתרון מוסכם על ידי כל הצדדים וסיכלו את כל היוזמות שנהגו בשנות החמישים לכפות במידה זו או אחרת הליכה לכפר של רופאים במערכת הציבורית ומתן פתרון הולם לאספקת שרות בקהילה, בכפר, בספר וביישובי עולים חדשים. תמיכתם של

רופאי מדינת ישראל בהר"י והתארגנותם במסגרתה כאיש אחד, מנעה למעשה מקופת חולים הכללית ומשרד הבריאות ליזום פתרונות ללא שיתופה. כך נקראה הר"י לקחת חלק בועדות שדנו בסוגיית הרופאים בכפר, במועצת הבריאות שטיפלה בנושא, בוועד רופאי קופת חולים הכללית, ובוועדה הבינמוסדית שפעלה לגיבוש מדיניות מוסכמת על כלל הרופאים בסוגיית ההליכה לכפר וקביעת כללי ההתמחות בבתי חולים ציבוריים. ייתכן והיות ורוב משתתפי ועדות אלה, חברי מועצת הבריאות ואחרים מבין קובעי מדיניות הבריאות בישראל היו רופאים, קשה היה להם להתמודד עם הסתירה במצפונם ולכפות צעדים הנוגדים את האינטרס המקצועי כרופאים לטובת של מערכת הבריאות.

גם כאשר נקבעה תלות מחייבת בין קבלת מקום להתמחות לבין השלמת שנת שרות רפואי בכפר נטו רופאי משרד הבריאות בבתי החולים הממשלתיים להעלים עין ולקבל להתמחות רופאים שלא השלימו שרות בכפר כשהם פועלים מתוך העדפת האינטרס המקצועי וזה של בית החולים, ואהדה לעמיתיהם על האינטרס הכללי. במצב עניינים זה היה כמעט בלתי אפשרי ליזום פתרון יציב לאורך זמן ברמה הלאומית, וכל הפתרונות שהועלו על מנת להתמודד עם מחסור הרופאים בכפר נדונו לכישלון, אף אחד מהם לא החזיק מעמד יותר משנה.

זאת ועוד, חשוב לציין כי במשולש הכוחות של משרד הבריאות, ההסתדרות הרפואית וקופת חולים הכללית, משקלן של הקופה ומשרד הבריאות לא היה שווה. היות ומשרד הבריאות הפעיל רק בתי חולים ממשלתיים ולא נידרש לספק שרות ראשוני בקהילה, נטה המשרד פעמים רבות לטובת עמדתה של ההסתדרות הרפואית. קופת חולים הכללית אשר נטל השרות בכפר ובספר נפל כולו על כתפיה, נדרשה אפוא להתמודד לא רק עם עמדת רופאיה, שציידו בעמדתה של הר"י, אלא גם נגד עמדת משרד הבריאות שלא סיפק לה תמיכה מוסדית ופוליטית מתאימה להפעלת הפתרונות שהיא גיבשה. כתוצאה מכך נפלו כל העול, האחריות כמו גם הביקורת הציבורית על הזנחת הרפואה בכפר, על ראשה של קופת חולים הכללית, כאשר משרד הבריאות מתחמק במידה רבה מהבעיה והר"י פועלת בכל כוחה למנוע כל פתרון של כפיה. חוסר האיזון שבמצב הרע את היחסים המתוחים בלאו הכי שבין קופת חולים הכללית למשרד הבריאות ופגע בדימויה המוסדי של הקופה והציגה כגורם שלא עומד במחויבותו לספק שרות רפואי בסיסי לחבריו. העולה והחולה בכפר ובספר לא הטילו את האשמה על העדר שרות רפואי זמין על משרד הבריאות אלא על הקופה. האשמה

זו עמדה לרועץ לקופה לימים יבואו. כתוצאה מכך נדרשה הקופה למצוא את הפתרונות לבדה ללא תמיכת גורמי המדינה כפי שהיה נידרש בכל מינהל תקין.

8. צעדים ראשונים בנגב

קופת חולים נכנסה לנגב מייד לאחר הכרזתה של באר שבע כישוב אזרחי וביטול המשטר הצבאי בעיר. בשנה הראשונה פתחה הקופה מרפאה בבאר שבע בניהולו של דר' יצחק שתל, אשר סיפקה שרותי בריאות לתושבי העיר והסביבה. שרותי אשפוז ניתנו על ידי בית החולים הדסה, ששכן במבנים טורקיים ישנים ושימש בעבר כבית חולים ממשלתי-בריטי. למרות הגדרתו כבית חולים היה הדסה מוגבל ביכולתו לסייע למקרים קשים ורוב החולים הקשים נשלחו צפונה, אם לירושלים או לרחובות, לבי"ח אסף הרופא, ולאחר הקמתו, לבית החולים קפלן ברחובות. תינוקות פגים נשלחו לפגיה של ויצ"ו בתל אביב. חסרונו המרכזי של בית החולים הדסה היה בהעדר צוות רפואי קבוע, למעט מנהלו הדר' אליהו להמן, רופאת הילדים דר' וילהלמינה כהן, הכירורג דר' רולנד והגניקולוגית דר' סלבי. שאר הצוות התבסס על מספר רופאים מתחלפים אשר הגיעו בתורנות כל שלושה שבועות מהדסה ירושלים לשרת בבית החולים. העדר רופאים קבועים נבע בעיקר מסירובם של הרופאים לגור בבאר שבע ובנגב.

בשנתיים הראשונות היה מחוז הנגב של קופת חולים הכללית חלק ממחוז הדרום שכלל את כל התחום הגיאוגרפי מרחובות ועד אילת וטיפול ב- 140 נקודות ישוב. מקום הנהלת המחוז של הקופה היה ברחובות. בשנת 1952 החל מחוז הנגב של קופת חולים לפעול עצמאית בניהולו של ראובן קליגלר, וזאת לאחר תקופת הרצה בת שנתיים בניהולו של מיכאל מגן. בשנת 1952 כבר היו בבאר שבע שלוש מרפאות של הקופה וחמישה רופאים. המרפאות שכנו במבנים ישנים או בדירות שיכון שהוקמו לקליטת העלייה מרומניה וצפון אפריקה שהחלה להגיע לאזור. מרפאות קופת חולים בבאר שבע סיפקו שרותי בריאות לכל אנשי הנגב, ורופאי המרפאות נהגו לצאת לפי הצורך לישובים השונים למתן עזרה, ולעיתים אף לעריכת ברית מילה כשלא היה מוהל זמין. תחום הפעילות של הרופאים כלל גם את מחנות העבודה בערבה ובסדום, את אנשי אילת ואת קיבוץ עין גדי. העדר השרות הרפואי ביישובי הנגב הביא לא אחת להפגנות תושבים מול המרפאה הריקה ובאחד המקרים אף הוצתה המרפאה כאות מחאה. עיקר הטענות היו בגין העדרם של רופאי ילדים, ופחות מזה כנגד, המחסור ברפואה למבוגרים.⁷¹

בשנת 1953 היו בו 41 ישובים, כולל העיר באר שבע. מתוכם 34 מושבים, רובם מאוכלסים בעולים חדשים ושתי מעברות בסמוך לבאר שבע. כל 41 הישובים היו באחריותה של קופת חולים הכללית והיא נדרשה לספק להם שרותי רפואה. היקף האוכלוסייה המבוטחת כלל 4,783 משפחות ובסך הכול 18,974 נפש⁷² מספר הרופאים אשר טיפלו בתושבי הנגב היה 18 רופאים כלליים, רופא ילדים בשליש משרה ורופא מומחה במשרה מלאה, אך רק שישה מהם התגוררו באזור. רוב הרופאים נדרשו לנסוע ממקום למקום על מנת לספק שרות רפואי ברחבי המחוז. בנוסף לרופאים עבדו בכל מחוז הנגב 24 אחיות, 3 רוקחים, 2 עובדי מעבדה, 8 עובדי משק, נהגים ו- 7 עובדים מנהליים. ממוצע העובדים (כולל רופאים) בקופת חולים הכללית עמד בשנת 1953 על 2.7 עובדים לכל 1000 נפש. מבחינה כמותית הנגב לא היה מקופח בהקצאת כוח האדם הכללי של הקופה, אך כאשר נבחנה מצבת הרופאים כשלעצמה עלה כי מספר הרופאים יחסית למספר הישובים והתחום הגיאוגרפי בו נדרשו לטפל היה הנמוך במדינה.

קושי נוסף בעבודת הרופאים בנגב הייתה שאלת גיוסם למילואים או לשרות צבאי סדיר. בשנים הראשונות לעבודתה בנגב לא הצליחה קופת חולים להגיע להסכמה עם שלטונות הצבא על אי גיוס לצבא של רופאים מאזורי כפר וספר כמו אזור הנגב. כתוצאה מכך נותרו יישובי הנגב ללא רופא לעיתים קרובות, כאשר הרופא הקבוע שלהם יצא למילואים ורופא מחליף לא נימצא. "הגיוס לצבא הסדיר ולעתודות עושה אף הוא שמות בעבודתנו" כתבה דר' טובה ברמן למשרד הביטחון ומשרד הבריאות. "...דר' ארדיטי[רופא עולה מפאראגואי] אשר עבד בקבוצת אורים ובארבעה מושבים של עולים חדשים בנגב גויס לצבא סדיר. ואחרי תקופה מסוימת בא רופא מגויס אשר סיים את עבודתו ב- 30 לאפריל ועד היום לא בא אחד במקומו. הטלנו את הטיפול על הרופא שלנו אשר מטפל בלאו הכי ב- 5 נקודות ספר... בבארי סיים הרופא המגויס את עבודתו ב- 5 למאי ומאז לא בא אחר במקומו. הטלנו את הטיפול על הרופא בסעד והוא מטפל ב- 9 נקודות (ספר ומושבים של עולים חדשים)... לאילת גויס הרופא מנס ציונה אשר מטפל בשיכון העולים החדשים, ממלא מקום לא הגיע עד היום...."⁷³

עיקר הבעיה היה כאמור ההיקף הגיאוגרפי בו נדרשו עובדי הקופה לספק שרות. רשת הכבישים בו הייתה מועטה ובמצב גרוע. הרופא נדרש אפוא גם להתמודד עם הפיצול בעבודתו בין נקודות ישוב רבות, וגם עם המרחקים הגדולים והכבישים הגרועים במהלך ימי עבודתו השוטפת. על פי לוח תקני העזרה הרפואית של הקופה בשלהי 1953 הפעילה קופת חולים בנגב 39 מרפאות. משרד הבריאות לעומת זאת הפעיל רק שתי

תחנות טיפת חלב בכל מחוז הנגב. ב-39 ישובים לא הייתה כלל תחנת טיפת חלב⁷⁴ והאחריות לבריאות האם והילד נפלה על קופת חולים הכללית בנוסף לאחריותה הרפואית-ריפויית. מן הראוי לציין כי קופת חולים הכללית לא הייתה חייבת לספק שרות שהיה בתחום אחריותו של משרד הבריאות, ועשתה כן משום שראתה בעצמה מוסד בעל אחריות לאומית ולא סקטוריאלית כפי שניסו מתנגדיה להציגה פעמים רבות. האחריות החברתית ברמה הלאומית, והמעורבות החברתית ללא כל אפליה בין קבוצות אוכלוסיה, היו חלק מהאידיאולוגיה שעמדה בבסיס עבודתה של קופת החולים מראשיתה והם שהתוו את אופי עבודתה גם לאחר שקמה מדינת ישראל וגם לאחר שחלק מתחומי הפעילות עברו לכאורה לאחריותה של המדינה. בניגוד לארגוני בריאות אחרים כמו הדסה או קופת חולים מכבי, אשר סייגו את עבודתם לתחומים מוגדרים או לקבוצות אוכלוסיה מסוימות דגלה קופת חולים בגישה כוללת. בנגב תפקדה אפוא באותה התקופה הקופה בפועל כממלאת מקומה של המדינה בדאגה לבריאות התושבים.

לנוכח המספר הרב של הישובים בנגב, בהשוואה למספרם הנמוך של הרופאים, נוצר מצב בו 35 ישובים היו ללא רופא שהתגורר במקום, וקיבלו שרות מרופא נודד שהתגורר בישוב סמוך או הגיע מאזור מרוחק יותר לנגב מספר פעמים בשבוע. לפי פרסום רשימת "המקומות בהם חסרים רופאים" ב'מכתב לחבר' עולה כי ל-24 ישובים בנגב לא היה כלל שרות רפואי או רופא קבוע שטיפל בהם, והשרות שהם קיבלו היה מזדמן בהתאם למצבת הרופאים של הקופה בנגב⁷⁵. על מנת להתמודד עם ריבוי הישובים בהם נדרשו לטיפול, וקשיי התנועה בכבישי הנגב, קיבלו הרופאים הנודדים ג'יפ צמוד מהקופה. ובהעדר רישיון נהיגה קיבלו גם נהג. הנסיעה מישוב לישוב לצורך מתן שרות רפואי בכבישי הנגב הישנים והצרים הייתה בעיה עימה נאלצו להתמודד הרופאים. בנוסף לכך, פעילות הפדאיון ביישובים הקשתה עד מאוד על מתן עזרה רפואית בלילה.

במאמר שפרסם העיתונאי ק. שבתאי בעיתון 'דבר' נאמר כי "הקו העיקרי במושבי העולים בשטח הרפואי הוא העדרו של הרופא. יש דרגות להיעדרות: יש שהרופא כלל אינו בא לנקודה. יש שהוא בא למקום פעם בשבוע, יש שהוא בא פעמיים בשבוע ויש שהוא בא שלוש פעמים בשבוע...."⁷⁶ המרחב הגיאוגרפי הגדול וקשיי התחבורה פגעו לא רק בעבודת הרופאים אלא בעיקר ביכולתם של התושבים להגיע אל מרפאה או רופא בעת הצורך. "ציירו לכם את המושבים בנגב...."נכתב בעיתון דבר, "...כל חמש האמרות [אימרה א' ועד אימרה ה'] היו חמישה מושבי עולים חדשים] יש להם כלי רכב אחד...ותארו לכם קרה מה שהוא בלילה-מישהו חלה, או אישה כרעה ללדת, אבדה עצה...ואישה אחת מהאימרות מקום שאין בו לא מרפאה ולא רופא

מוכרחה ללכת עם הפעוטה לאימרה השנייה ששם מרפאה וגם רופא מבקר.... היא לוקחת את הפעוט שבקושי יכולה לשאת אותו... יוצאת לכביש, מחכה שעה, שעתיים, שלוש שעות עד אשר יעבור איזה אוטו בכביש ירחם עליה ייקח אותה"⁷⁷. גם גיוס החובה לכפר ולספר שהופעל בשנת 1954 לא פתר את בעיית הנוכחות הרפואית בחלק גדול מיישובי הנגב והעדר הרופא הפך להיות לתופעה שכיחה יותר מאשר הימצאות רופא. "אחד מאזורי הנגב הכולל כמה ישובים נשאר ללא רופא, ולארבעה אזורים נוספים צפוי גורל דומה אם במקום 14 הרופאים המגויסים המשרתים באזורים אלה, ושתקופת שירותם מסתיימת לא יבואו רופאים אחרים"⁷⁸. העדרם של רופאים, חסרונות העסקתם של רופאים מגויסים המתחלפים לעיתים קרובות מבלי שהספיקו להכיר את האוכלוסייה והקושי בקבלת שרות רפואי בלילות, שבתות וחגים הטריד עד מאוד גם את נציגי המושבים ועלה לעיתים תכופות בתלונותיהם כנגד הנהלת קופת חולים ומשרד הבריאות. בכינוס שערכה קופת חולים באוגוסט 1954 טענו נציגי המושבים כי "לכל ישוב יש לרוב רק חצי או שלישי חובש, חמור יותר הוא המצב בשבתות כאשר החובש נוסע אחת לשבועיים לחופשה... רוב המתבקשים תבעו התחשבות מיוחדת ביישובי הנגב לאור המרחקים המבדילים בין מקום למשנהו. נשמעה תביעה להקמת מרפאות אזוריות שאחת לשבוע יקבלו בהן רופאים מקצועיים במקום לטלטל את החולים למרחקים גדולים. נשמעו קובלנות קשות על חוסר רופאי ילדים שאינם מבקרים בישובים אפילו אחת לחודשים רבים. לשירותם של תושבי הנגב קיים אמבולנס אחד של עיריית באר שבע דבר שהביא כבר לאסונות רבים מחמת איחור בהגשת העזרה הרפואית... בני המושבים שירדו לנגב תבעו מתן חובש או חובשת לכל ישוב מבלי להתחשב במספר תושביו"⁷⁹. אלא שיכולתה של קופת חולים הכללית לספק את כוח האדם הרפואי הייתה מוגבלת ואילו משרד הבריאות התמהמה בישמה של ההחלטה על גיוס רופאים לשנת שרות לכפר במקביל לשרות הצבאי וכתנאי לקבלת מקום להתמחות בבית חולים. בשנת 1954 הצליח משרד הבריאות להגדיל את פעילותו משתי תחנות טיפת חלב לחמש תחנות בלבד. רוב יישובי הנגב נותרו במחצית שנות החמישים עדיין ללא שרות קבוע. לחילופין הקים משרד הבריאות שרות טיפת חלב נייד אשר הגיע לחצי יום בשבוע לכל אחד מהמושבים וסיפק שירותי יעוץ ורפואה מונעת (כולל חיסונים) לילדים. עיקר האחריות המשיכה אפוא להיות מוטלת על כתפיה של קופת חולים הכללית. במסיבת עיתונאים שכינס בתל אביב, משה סורוקה, מהנהלת קופת חולים במרץ 1955 הוא הדגיש כי "רק ב- 10 מתוך 40 נקודות ישוב בנגב הקים משרד הבריאות תחנות לטיפות חלב, ואילו קופ"ח שולחת את רופאיה לטפל בילדים אלה אף כי מן הדין היה שהדאגה לכל תחול על משרד

הבריאות. בכל ארץ אחרת הייתה המדינה מתגאה בקופ"ח כזו ומעודדת אותה אולם בארץ בעיות הבריאות בחזקת קרדום פוליטי לחפור בו".⁸⁰ דברי סורוקה שהתפרסמו בעיתון דבר תחת הכותרת "משרד הבריאות מזניח תפקידיו ולוחם בקופ"ח" התייחסו בעיקר לניסיונו של שר הבריאות סרלין להביא באמצעות חקיקה להלאמתה של קופת חולים תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, יוזמה שקופת חולים והסתדרות התנגדו לה. סורוקה מתח ביקורת קשה בדבריו על אי העשייה של משרד הבריאות שמשקיע מאמצים בתחרות פוליטית עם קופת חולים במקום להשקיע בפתוח שרותיו במקומות מצוקה כמו הנגב. יוצא מכך שהקופה מתפקדת וממלאת את התפקיד שנועד למעשה למשרד הבריאות מתוך אחריות לאומית ואילו משרד הבריאות מתעלם מאחריותו באופן מוחלט. הנגב לפי דברי סורוקה היה אפוא קורבן של המאבק והתחרות הפוליטית שבין קופת חולים למשרד הבריאות.⁸¹

פרסום דברי סורוקה בעיתונות הארצית והכתורות שבאו בעקבות דבריו, אשר התייחסו בעיקר למחסור ברופאים בנגב, בישרו שינוי מהותי בסוגיית המחסור ברופאים בכפר ובספר. אם עד שנת 1955 התמקדו רוב הפרסומים בעיתונות היומית בכותרת הכללית של המחסור ברופאים ללא התייחסות אזורית ייחודית, הרי שרוב הכותרות החל משנת 1955 התייחסו באופן ייחודי לנגב. הנגב תפס למעשה את עיקר תשומת הלב בטיפול בבעיית המחסור ברופאים בכפר ובספר, וזאת למרות שבאופן יחסי סבל גם הגליל ממחסור, אך מצבו היה טוב יותר מזה של הנגב וההיקף הגיאוגרפי של הפעילות של הרופאים היה הרבה יותר מצומצם מאשר של רופאי הנגב.

גורם מרכזי נוסף שחזק את תשומת הלב התקשורתית לנגב באותה תקופה היה ריבוי התקפות הפדאיונים על מושבי העולים החדשים וקיבוצי הנגב. בשנים 1949-1956 נרשמו למעלה מ-3000 תקריות בגבול ישראל מצרים, ביניהם חדירות תכופות של פדאיונים מרצועת עזה. במקביל נרשמו בגבול ירדן למעלה מ-7000 תקריות, כמחציתן באזור חברון הנושק לחבל לכיש, אזור ההתיישבות החדשה בנגב. מספר האזרחים שנהרגו בגין פעולות הפדאיון הגיע בשנים 1953-1956 ל-150 איש ולכ-300 פצועים, חלקם הגדול באזורי ירושלים והנגב. עיקר פעולות התגמול של צה"ל באותם שנים התמקדו באזור הדרום, בגבול עם ירדן. העדר העזרה הרפואית ביישובי הנגב המבודדים לנוכח איומי הפדאיון העלו את הנושא לעדיפות גבוהה בסדר היום הלאומי. מאידך, למרות המתח הביטחוני ופגיעותם של יישובי הנגב, ידעה קופת חולים כי הלך הרוח הפוליטי בקרב קובעי המדיניות במדינה אינו לטובתה ואין לצפות לעזרה ממשית מהממשלה. שר

הבריאות בשנים 55-1954 היה יוסף סרלין איש הציונים הכללים שתמך בהלאמתה של קופת חולים הכללית כחלק מתהליך חקיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ממשלת ישראל עצמה עברה תהפוכות בשנים 1954-55 בעקבות התפטרות בן גוריון ומינויו של שרת לראש ממשלה והתגברות המתח שבין ישראל לשכנותיה. מאחורי הקלעים הפוליטיים התבשלה באותה עת "הפרשה"⁸² ובמקביל נערכו תוכניות ראשוניות לשיתוף פעולה צבאי בין ישראל לצרפת ולאחר מכן לבריטניה, שתוף פעולה שהגביר את המתח באזור והוביל בשלהי 1956 למבצע קדש. בן גוריון עצמו אשר שאף לקצץ את כוחה הפוליטי של ההסתדרות לא ראה כל צורך לתמוך בדרישותיה של קופת חולים לסיוע כלכלי היות וראה בכך בעקיפין חיזוק מעמדה של ההסתדרות. כתוצאה מכך מצאה עצמה קופת חולים בודדה במערכה על בריאות תושבי הנגב כשאין כל תקווה לסיוע ממשלתי לא ממשד הבריאות ולא מראש הממשלה. גם מינויו הקצר של דב יוסף איש תנועת העבודה לשר הבריאות במקומו של סרלין, לא שינה דבר במדיניות המשרד. דב יוסף לא היה חלק מהנהגת ההסתדרות ותמך בעקיפין בעמדת בן גוריון להקפאת כוחה של הקופה. וכתוצאה מכך לא ניתנה בימי שירותו כשר הבריאות כל העדפה לענייני קופת חולים או בריאות תושבי הנגב. כך למשל כאשר הסתדרות מדיצינית הדסה הודיעה בשלהי 1954 כי היא מתכוונת לסגור את בית החולים שהפעילה בבאר שבע ואשר שרת את כל תושבי הנגב, ממשלת ישראל עשתה מאמצים מועטים בלבד לשכנע את הדסה לשנות את החלטתה. במקביל התנגד בן גוריון להקמתו של בית חולים חליפי על ידי קופת חולים בנגב במקומו של בית החולים הדסה. לפי תוכניות משרד הבריאות ודעת בן גוריון בית החולים העתידי לנגב אמור היה להיבנות באשקלון על ידי משרד הבריאות ורק לקראת שנות השבעים. למשה סורוקה ולקופת חולים היה אפוא ברור כי לא ימצאו כל עזרה במערכת הפוליטית ולא רק זאת אלא שהיא אף עלולה לסכל כל פעילות עצמאית של הקופה בנושא. קופת חולים נדרשה אפוא לבחור בין נאמנות וצייתנות למדיניות הממשלה לבין הנאמנות לחבריה- מבוסחיה, תושבי הנגב ולדרכה החלוצית.

במחצית 1955 ולנוכח האווירה הפוליטית, הבינה אפוא קופת חולים שעליה יהיה לפעול בעצמה למציאת פתרונות יישומיים בנושא כוח אדם רפואי לנגב, לקבוע מדיניות אשר תפריד את אופי העבודה הרפואית בנגב מזו המתקיימת בשאר ישראל, ולהביא לגיבוש פתרון ייחודי לאזור על מנת לשפר את השרות ולהקל על המצוקה. ראשי הקופה ידעו כי חברי קופת חולים בנגב רואים בקופה את האחראית לבריאותם והפניית הטענות למשרד הבריאות לא תועיל לא מבחינת שפור השרות ולא מבחינת תדמיתה של הקופה.

9. תוכנית הנגב לרופאים צעירים מארגנטינה

בראשית 1952 התקבל במרכז קופת חולים מכתב לא שיגרתי מרופא צעיר ציוני מארגנטינה, דר' חיים דרצ'ינסקי, אשר ביקש לעלות לישראל ולעבוד בה כרופא. דר' דרצ'ינסקי, בוגר בית הספר לרפואה בבואנוס איירס, היה פעיל ציוני מנעוריו, שימש טרם עלייתו כמזכיר הקונפדרציה של תנועות הנוער הציוניות בארגנטינה ותמך ללא סייג ברעיון כי עם הקמת המדינה, עליה לישראל היא הדרך היחידה להגשמת הרעיון הציוני. במכתב, ביקשו הרופא ורעייתו נעמי, אחות במקצועה, לשרת באחד מיישובי שער הנגב בקרבת בני משפחתם המתגוררים בקיבוץ מפלסים- הקבוץ הראשון של עולי אמריקה הלטינית בישראל. דר' לאון גולדמן האחראי אז על כוח אדם במרכז קופת חולים לא היסס, ושלה מיידית תשובה חיובית לבקשה ואף צרף את תיאור התפקיד המוצע שכלל אחריות לשישה יישובי ספר, שלושה קיבוצים ושלושה מושבי עולים בקרבת גבול רצועת עזה. מכתב התשובה המהיר והבטחת המשרה הביאו להתארגנות מהירה של משפחת הרופא לעליה ובאפריל 1953 התייצבו הרופא הצעיר ורעייתו, במשרדי מחוז יהודה של קופת חולים ברחובות מלאי תקווה וצפייה לקליטה מהירה בעבודה. השמחה הרבה בה התקבל דר' דרצ'ינסקי [לימים פרופ. חיים דורון מנהלה של קופת חולים הכללית] במשרדי קופת חולים במחוז יהודה מחד, אל מול התמונה העגומה על העדר רופאים בריכוזי עולים שהתגלתה לו עם כניסתו לעבודה מאידך, הסבירו את היענותה המהירה של קופת חולים לקבלו לעבודה עוד בהיותו בחו"ל. הנגב זעק לרופאים ומצוקת האוכלוסייה הייתה רבה.

המחסור ברופאים אשר בישראל העיק בעיקר על קופת חולים הכללית אשר לקחה על אחריותה את מתן השרות בכפר ולספר בכל רחבי הארץ. סירובם של רופאים ממרכזים עירוניים כתל אביב וירושלים לרדת דרומה או לעלות לגליל, הוביל את דר' חיים דורון, למסקנה שהדרך היחידה להתמודד עם המחסור ברופאים היא להביאם מחו"ל ישירות לאזורי המצוקה ובעיקר לנגב. מהיכרותו הקרובה עם אמריקה הלטינית וניסיונו האישי בעליה לישראל וקליטה בעבודה בקופת חולים שנתיים קודם לכן, העריך דורון כי יוזמה לגיבוש תוכנית לעליית רופאים מאמריקה הלטינית הינה בעלת סיכויי הצלחה בתנאי שתגובש באופן מסודר ומאורגן ולא על בסיס אישי, שהתוכנית תכלול גם מסלול קליטה מפורט, שהרופאים העולים יהיו בשלבי התמחות ראשונים ושעלייתם תהיה קבוצתית. עליה קבוצתית ותוכנית לקליטה קבוצתית עשויה להפחית את קשיי הקליטה האישיים וליצור קבוצת תמיכה קרובה מבית.

אמריקה הלטינית בשונה ממזרח אירופה לא הגבילה או חסמה הגירת יהודים, ובשנים שלאחר מלחמת העולם השנייה היא היוותה את מאגר הרופאים היהודים השני בגודלו אחרי המדינות הדוברות אנגלית (בעיקר ארצות הברית, דרום אפריקה וקנדה).

יישום התוכנית חייב שיתוף פעולה של הסוכנות היהודית באמצעות פטו"א, המחלקה שטיפלה בקליטת בעלי מקצוע חופשיים בחו"ל שרצו לעלות לישראל ועם קופת חולים הכללית.

10. פטו"א - ארגון לעליית בעלי מקצועות אקדמיים לישראל

פטו"א – PATWA ראשי תיבות של Professional and Technical Workers' Aliya נוסדה באנגליה. בשנים שלאחר סיום מלחמת העולם השנייה פעלה פטו"א בעיקר בארצות דוברות אנגלית בהנחה ששם קיים המאגר הגדול של עולים פוטנציאליים סטודנטים ובעלי מקצועות חופשיים. פטו"א מיקדה את פעילותה בעיקר בקרב הדור היהודי הצעיר מתוך הערכה כי יקל עליו להחליט על עלייה והליך קליטתו יהיה מהיר וקל יותר מהדור הוותיק והמבוסס. בפנייתה לצעירים יהודים באנגליה בעלי מקצועות חופשיים קיוותה פטו"א כי עלייתם לישראל תסייע ליצירת העתודה הניהולית-מקצועית של המדינה שבדרך. בין מייסדיה של פטו"א היו וולטר איתן, לימים המנהל הכללי של משרד החוץ, אברהם הרמן חבר הנהלת הסוכנות ודר עלי דיוויס מנהל הדסה ישראל.

מישורי הפעולה המרכזיים של פטו"א כללו בדרך כלל: הדרכה לסטודנטים, עזרה והדרכה לבעלי מקצועות מבוגרים וארגון ביקורי ניסיון בישראל של ראשי משפחות עולים, מבלי שהביאו את משפחתם. בשנת 1949 סונפה פטו"א למחלקת הנוער והחלוץ של ההסתדרות הציונית. בשנים הראשונות למדינה פעלה פטו"א בשיתוף הלשכה למומחים שליד משרד ראש הממשלה כשמטרתה מיצוי כוח האדם המקצועי האקדמי בקרב יהדות הגולה.

העיקרון המנחה של פטו"א היה לאתר מקום עבודה נידרש עבור העולה עוד בטרם עלייתו לארץ.

איתור מקום עבודה הבטיחה במידה רבה גם קליטה מוצלחת בישראל.

עד שנת 1950 לא פעלה פטו"א באמריקה הלטינית. רק בדצמבר 1950 נדרשה פטו"א להרחיב את פעולותיה גם לאמריקה הלטינית בעקבות החלטת מחלקת הארגון של ההסתדרות הציונית. את היוזמה לפתיחת פעילותה של פטו"א באמריקה הלטינית יש לשייך לצבי שיפרין, מנהל הפטו"א אשר הכיר בפוטנציאל

העלייה הטמון בדור היהודי הצעיר באמריקה הלטינית. בהנחיית שיפרין, נידרש יצחק הרכבי, מנהל המשרד האזורי של הסוכנות היהודית לדרום אמריקה, שהיה מנהיג ציוני בולט של יהדות ארגנטינה, ולימים חבר הנהלת הסוכנות היהודית בירושלים ושגריר ישראל באורוגוואי ובברזיל, להתחיל לפעול. שיפרין הציע להרכבי כי "בשלב הראשון כדאי לשוחח רק עם מספר קטן של בעלי מקצועות חופשיים, המאורגנים בתנועה הציונית...לאחר מכן אפשר לכנס אספה כללית של בעלי מקצועות חופשיים יהודיים על מנת להקים ועדה, שתכלול את באי כוח של המקצועות השונים (רפואה, הנדסה וכו'). כדאי להגיע לכך שלכל מקצוע יהיה אחראי איש מיוחד".⁸³ בהמשך התכתבותם מסר שיפרין להרכבי פרוט מלא של תנאי הקליטה בישראל על מנת שיוכל להציגם לפני העולים הפוטנציאליים. לעולים הובהר כי לא יגויסו לצבא בשנה הראשונה, ולאחריה רק בעלי מקצועות לא חיוניים יגויסו לשרות. מכשור רפואי אישי של הרופא יהיה פטור ממכס ומס. הומלץ לעולים למצוא קרובי משפחה או מכרים בקיבוצים על מנת להתגורר בקרבתם עד שיקלטו בעבודה או לחילופין לשהות במסגרת אולפן. ההנחיות כללו דרישות מינימום לגבי השכלה (5 שנות לימוד לרופאים, 3 שנות לימוד לרופאי שיניים, 3 שנות לימוד לרוקחים) כתנאי להכרה מקצועית.⁸⁴ שיפרין הדגיש במהלך ההנחיות ששלח לנציגי פטו"א בחו"ל כי יש לעודד את הסטודנטים לסיים את לימודיהם, במיוחד ברפואה היות ובית הספר של הדסה בירושלים אינו ערוך לקליטת סטודנטים עולים בהיקפים נרחבים. יחד עם זאת הזהיר שיפרין את כל העוסקים בעידוד עלייה שיבחנו היטב את מהותם של המועמדים ויקפידו רק על אלה מביניהם שהינם בעלי רקע ציוני. ללא בסיס אידיאולוגי הדגיש שיפרין סיכויי הקליטה של המועמד יהיו נמוכים. בהליך איתור המועמדים יש אפוא לתת משקל מרכזי גם לעמדתם הרעיונית של המבקשים לעלות. כמו כן ציין שיפרין כי פטו"א אינה יכולה לממן ביקורי עולים פוטנציאליים בארץ היות ועלות הנסיעה מאמריקה הלטינית גבוהה במיוחד. באשר לאפשרויות הקליטה, הדגיש שיפרין במיוחד את צרכי הבריאות בנגב ואת אפשרויות הקליטה בעבודה בנגב. "מעברות אחדות בנגב זקוקות לרופאים, שמענו על מעברה אחת בנגב שהיא בלי רופא מפני שאף רופא בארץ אינו מסכים ללכת לשם, זה תפקיד חלוצי בשביל רופא צעיר שלא מעוניין ביותר במשכורת גבוהה ורוצה לתרום תרומה חשובה למדינה...ובשביל קופת חולים הרבה יותר קל לסדר רופא בכפר מאשר בעיר"⁸⁵ במכתב אחר מציין שיפרין כי המשכורות בנגב הינן גבוהות יותר מאשר במרכז הערים וזאת על מנת לשכנע אנשים להגיע דרומה. מעניין לציין כי שיפרין עסק במקביל לעידוד

עליית רופאים לארץ גם בעידוד מוגבר של עליית מהנדסים כאשר הוא מדגיש את חזון חיפושי הנפט בנגב ומבקש למצוא מומחים בנושא תוך הבטחת שכר גבוהה ומגורים על חשבון המעסיק.

בשנים 1951-1956 פעלה פטו"א בעיקר בארגנטינה בהפצת מידע בספרדית באמצעות חוברות או פרסומים בעיתונות וארגון אספות פומביות, הוצאה לאור חוברת מיוחדת בשם "בחירת מקצוע בישראל", הקמת מרכז פעילות "בית עולי לטינו-אמריקה" ונשקלה אף האפשרות לארגון ביקורי סטודנטים בישראל. בארגון הפעילות לקחו חלק נתן לרנר מנהל מחלקת העלייה בברית הנוער הציוני בארגנטינה, יוסף לוי, שליח מחלקת הנוער והחלוץ בארגנטינה, דר' בנשלום מנהל המחלקה לענייני הנוער החלוץ ואליהו דובקין חבר הנהלת הסוכנות. בסוף 1952 הקים דר' חיים דרצינסקי(דורון) בבואנוס איירס ארגון למען עליית בעלי מקצוע. ראשית העבודה הייתה בקרב רופאים. תוך ניצול ביקורו בארגנטינה של דר' יוסף קוט, אז יו"ר מגן דוד אדום בישראל.⁸⁶

בשנת 1953 נישלח רפאל סרוסי, שליח ברית הנוער הציוני באורוגוואי, ממתנדבי המח"ל, שהגיע לישראל במלחמת השחרור, לתגבר את פעילות פטו"א בבואנוס איירס-ארגנטינה. קשרים ראשונים של פטו"א עם קופת חולים נוצרו כבר בראשית שנת 1952. יצחק וולפסון נציג פטו"א בירושלים פנה אל הדר' טובה ישורון ברמן, המנהלת הרפואית של קופת חולים על מנת לתאם קליטתם של רופאים צעירים מאורוגוואי בקופה. וולפסון ביקש כי קופת חולים תסייע למועמדים בעליה בכיסוי הוצאות הנסיעה לארץ. במקביל פנה וולפסון למועצה הציונית העליונה באורוגוואי וביקש גם את סיועה הכספי למימון עלייתם של רופאים צעירים חסרי אמצעים. בדו"ח ששלח שיפרין לסרוסי בפברואר 1954 הוא פרט את מגוון המקצועות הרפואיים אשר נדרשים לקופת חולים, בעיקר בתחום הפסיכיאטריה. בדצמבר 1954 הציע משה סורוקה לפטו"א לשלוח שליח משותף לסוכנות ולקופת חולים, לאמריקה הלטינית על מנת למקד את גיוס העולים בבעלי מקצועות רפואיים. פטו"א הציעה לקופת חולים כי לא יסתפקו בשליח מיוחד אלא ישלחו אדם בעל סמכות לחתימת הסכמי עבודה עם רופאים עולים פוטנציאליים על מנת לחייב אותם להיקלט בקופת חולים עם הגיעם ארצה. פעילותו הממוקדת של סרוסי בבואנוס איירס לעידוד עליה בקרב רופאים הובילה לעלייתם של 22 רופאים, 9 אחיות ו-3 פיזיותרפיסטים בשנים 1953-1954. בדו"ח ששלח סרוסי במאי 1954 הוא ציין כי התארגנה קבוצה של 20 רופאים נוספים לעליה. למרות צפיות קופת חולים כי רופאים ואחיות עולים יגיעו לנגב, רק מעטים עשו כן. רוב הרופאים העולים שהגיעו לארץ עלו מייד

עם סיום לימודיהם והיו חסרי כל ניסיון מקצועי. לפיכך הם הופנו לשנת סטאז' באחד מבתי החולים הציבוריים. כתוצאה מכך הרפואה הראשונית בכפר ובספר ובעיקר הנגב, נותרו במצוקה. קופת חולים פנתה אפוא לנסות ולשנות את הסדרי הקליטה של הרופאים והציעה כי רופאים מחויבי סטאז' יעבדו בבית החולים רק 4 חודשים ולאחר מכן ישלימו התנסות רפואית של 8 חודשים ברפואה ראשונית במקומות מצוקה. קופת חולים מצידה תדאג לשכרם של הרופאים הסטאז'רים גם בהיותם בבית החולים- וזאת תמורת התחייבות הרופא ללכת לכל מקום אליו תשלח אותו הקופה עם סיום תקופת התנסותו הראשונית.

בשנת 1956 ניפתח חלקית מסך הברזל ויהודי פולין שביקשו לעלות לישראל הורשו לצאת. בקבוצת העולים הצפויה נרשמו כשלוש מאות רופאים. הידיעות על בואם העתידי של קבוצת רופאים גדולה הטרידה עד מאוד את המערכת הרפואית בישראל, רופאים חששו מהגברת התחרות, רופאים ישראלים שלמדו בחו"ל חששו כי לא ימצאו להם משרות בארץ, קופת חולים הכללית הודיעה לפטו"א שטיפלה בעולים כי תוכל לקלוט מיידית כמאה רופאים בנגב ובגליל, ובאופן זמני השתררה ההרגשה כי בעיית המחסור ברופאים בנגב תבוא על פתרונה. אך למרות עליית הרופאים הגדולה ממזרח אירופה בשנים 1956-1957, רק מעטים פנו לכפר ולספר ורובן נקלטו בבתי החולים או במרכזי הרפואה בערים. הנגב נותר במצוקה. במכתב אל דב יוסף חבר הנהלת הסוכנות בירושלים ציינה סנטה יוספטל כי למרות שקופת חולים קלטה כמאה וחמישים רופאים, היא זקוקה עדיין לכ-80-70 רופאים לכפר ואזורי פיתוח. היה ברור כי לנגב צריך למצוא פתרון אחר. את תוכניתו להעלאת רופאים צעירים מארגנטינה ביסס דר' דורון על שני מרכיבים: האחד- קושי במציאת מקומות סטאז' מתאימים ומקומות עבודה לרופאים צעירים יהודים בארגנטינה שזה סיימו את לימודי הרפואה. השני- מספרם הרב של המובטלים בקרב בוגרי רפואה יהודים, אשר לא הצליחו להיקלט במערכת הפרטית בארגנטינה, והקושי להיקלט בעבודה בבתי החולים הלא יהודיים, לא מנותק מסיבת יהדותם. בישראל לעומת זאת ובנגב בפרט, היה ביקוש גדול לרופאים. לדעת דורון ניתן היה לחבר בין שני גורמים אלה לטובת הנגב. בניתוחו את הסתייגות רופאים עולים מעבודה בנגב העריך דר' דורון כי רופאים מסרבים להגיע בגלל פחד וחשש מהבלתי ידוע והמאוכלס בציבור עולים הרחוק מהם בתרבותו ובאורחות חייו, אי ידיעת השפה המקשה על הקליטה, אי הכרת מערכת הבריאות הישראלית וקשיים בהתאמת יכולתם המקצועית לצרכי הרפואה בישראל. אל כל אלה נוסף הפחד מהשתקעות באזורי ספר בגלל בעיות הביטחון השוטף (פידאיונים). הפתרון, לדעת דורון, צריך היה להיות על ידי ארגון עלייה קבוצתית גדולה אשר תקל על קשיי הקליטה, תהווה רשת

בטחון ורשת תמיכה חברתית לעולה החבר בקבוצה, וזאת ביחד עם הערכות המוסדות הקולטים בישראל להליך קליטה מאורגן ומסודר יותר- אשר יקל את נטל הקליטה מהפרט ויעבירו אל הארגון הקולט. תוכנית הקליטה כללה כמה שלבים:

א. 3 חודשי אולפן ללימוד השפה.

ב. 3 חודשי עבודה בבית חולים, כולל קורס מיוחד בנושא עבודה רפואית בישראל, טרמינולוגיה רפואית בעברית וכד..

ג. לאחר תקופה זו ידרשו הרופאים להתחייב למינימום של שנת עבודה באזור כפר או פיתוח בקופת

חולים. לאחר סיום תקופת עבודה זו, יהיו חופשיים להיקלט במערכת הבריאות בישראל ללא הגבלה.

אוזן קשבת לתוכניתו מצא דר' דורון אצל שליח פטו"א החדש לארגנטינה, ידידו, דר' אפרים אביגור, עורך דין במקצועו. אפרים אביגור (גורמן) (1918-1987), עלה לארץ מארגנטינה בשנת 1950, הוסמך בלימודי משפטים בארגנטינה וגם בישראל, לאחר שלוש שנים בקבוץ מפלסים קבל את התפקיד של מנהל המדור לאמריקה הלטינית במחלקת הקליטה של הסוכנות היהודית⁸⁷. במאי 1955 כתב אביגור לרפאל סרוסי על דר' דרצי'נסקי-דורון: "וכעת על אחד שממשיך לפעול כציוני, דרצי'נסקי בבאר שבע. 1. הוא מזכיר רופאי הנגב. 2. בבאר שבע יהיה בקרוב "הוסטל" (מעון) נפלא (של היאס), לשימוש שלנו. 3. בכל הנגב הם זקוקים נואשות לרופאים. 4. במחלקת הקליטה יש כמה אלפי לירות שיכולנו להשתמש בהן למטרה שאציע. המטרה: 20 רופאים רווקים, אולפן, ארבעה חודשי בית חולים, שנים עשר חודשי עבודה בכפר, חודש חופשה בתשלום, והכול, כולל נסיעה הלך וחזור יצא להם כמעט חינם. אם ייסעו רק הלך...יותר טוב, וגם יחסכו משהו. אשר לנשואים צעירים ללא ילדים, הבעיה קצת יותר מסובכת אבל יתכן להכין תנאים גם עבורם. האולפן יהיה מיוחד לרופאים במעון בבאר שבע (לוקסוס), אם זה יהווה משהו מיוחד לדרום-אמריקאים, על כך אני זקוק לחוות דעתך, האם יהיו מועמדים בעוד כחמישה חודשים? ניתן לרכז אותם? אם יש סיכויים נגיש הצעה רשמית לפטו"א, קופת חולים וכו'. נעשה זאת במשותף, תשיב מהר, אפרים".

תוך זמן קצר ועל הבסיס שהציע דורון, קרמו קווי היסוד שצייר אביגור במכתבו עור וגידים והתוכנית

המיוחדת לעליית וקליטת רופאים אמריקה הלטינית יצאה לדרך בסיועם של דורון, אביגור ורפאל סרוסי,

ובחסות קופת חולים ופטו"א.

11. פרוט התוכנית

התכנית כללה:

1. עלייה קבוצתית מאורגנת.
2. לימודי עברית בבאר שבע במשך 3 חודשים מייד עם העלייה.
3. לתוכנית יתקבלו רופאים כלליים או הרשאים לעבוד כרופאים כלליים לאחר קורס מיוחד של שלושה חודשים, שיאורגן על ידי קופת חולים. קורס זה יחל שלושה חודשים לאחר תחילת תוכנית האולפן לעברית.
4. באולפן יתקבלו כתלמידים במסגרת פנימייה רק רווקים, רווקות או זוגות ללא ילדים. זוגות עם ילדים יתקבלו כמתלמידים חיצוניים על פי תנאי האולפן. בשום מסגרת לא יתקבלו זוגות עם ילדים בתנאי פנימייה.
5. אחרי שלושה חודשי אולפן, הרופאים ילמדו בקורס המיוחד של מבוא לעבודה רפואית תוך התנסות מעשית, שיאורגן על ידי קופת חולים. בתקופה זו יופסקו לימודי העברית בבוקר והרופאים ילמדו טרמינולוגיה רפואית בקורס ערב שיאורגן על ידי קופת חולים.
6. בתקופת הקורס הרופאים יקבלו ארוחת צהרים בבית החולים ללא תשלום.
7. עם סיום הקורס, הרופאים יתחילו לעבוד כרופאים במקומות מיועדים, על פי קביעתה של קופת חולים. כל רופא יידרש לחתום על טופס התחייבות שישלח לקופת חולים בצירוף תולדות חיים. רופאים שסיימו שש שנות לימוד רפואה בלבד וטרם עבדו בבית חולים לאחר קבלת הדיפלומה לפחות שנה אחת, לא יוכלו להתחיל לעבוד כרופאים וידרשו להשלים שנת סטאז' בשכר סטאז'רים.
8. כל הרופאים יקבלו שכר חלקי (בדרגת סטאז'ר) לאחר סיום החלק הראשון של הקורס המיוחד, ויזכו לשכר מלא של רופאים עם סיום התוכנית, למעט מי שנידרש להשלים סטאז'.
- אל הצעה זו אשר בנתה הליך קליטה בעבודה באופן מדורג תוך סיוע מקצועי ותמיכה מלאה של קופת חולים, הוסיף משרד הקליטה הטבות משלו:
1. תשלום כרטיס הנסיעה לישראל על פי התקנות המקובלות בעת עליה.

2. הוצאות האולפן- הרווקים שישוה בפנימייה יקבלו המשרד סכום של כ- 450 ל"י, מחציתו

במזומן בחו"ל וחלקו השני במימון חמשת חודשי הפנימייה. מחצית הסכום יהיה מענק ומחציתו

הלוואה אשר תנוכה משכרם של הרופאים עם ראשית עבודתם במשך שנתיים.

3. הרופאים יקבלו דמי כיס מטעם קופת חולים וכן תשלום כסטאז'רים בתקופת הקורס המיוחד.

לסיכום תנאי הקליטה צוין כי הסכומים והתנאים מתאימים לצרכים הכלכליים בארץ ומתוך הערכה

כי המימון יאפשר לרופאים העולים להתקיים באופן סביר.

לרופאים אף הוצעה הלוואה למימון תשלומי מכס והבאת ציוד או רכוש אישי למשך ארבע שנים.

כל הרופאים נדרשו לחתום על מסמך ההתחייבות כולל עמידה בתנאי התוכנית בטרם צאתם

מארגנטינה לישראל.

בשנת 1956 הגיעה קבוצת הרופאים הראשונה לישראל. קליטתם נעשתה בסמוך לבית החולים קפלן

של קופת חולים הכללית, הקבוצה מנתה כשנים עשר רופאים. באפריל 1957 נרשמו במשרדי פטו"א

בבואנוס אירס קבוצה נוספת של 14 רופאים ו-4 רופאי שיניים, אליהם הצטרפו 4 סטודנטים לרפואה

וסטודנט אחד לרפואת שיניים. בנובמבר 1957 כתב וולפסון אל זמיר, נציג פטו"א בארגנטינה כי ניתן

לארגן כבר את הקבוצה השלישית של רופאים לאזורי הכפר, תאריך היעד להגעת הקבוצה לארץ הוא

פברואר 1958.

עם פתיחתו של בית החולים המרכזי לנגב בבאר שבע (המרכז הרפואי סורוקה) בשנת 1960 על ידי

קופת חולים, הופנו קבוצות הרופאים ישירות לבאר שבע ותוכנית הקליטה הופעלה בסמוך לבית החולים.

יש לציין כי רוב הפעילות להקלת הקליטה בבאר שבע שנערכה סביב הקבוצה הייתה בהתנדבות

והקדשת הזמן של המורות לעברית שרה בץ והדסה דבשוני היו מעל ומעבר לחובות התפקיד. דר' דורון

לימד קורס טרמינולוגיה רפואית בהתנדבות ואף טיפל בכל אחד מהעולים באופן אישי על מנת לסייע

בהתאמתו של הרופא העולה למקום עבודתו העתידי בנגב. תפקיד זה המשיך במשך שנים במסירות רבה

דר' אורי ספירמן, רופא משפחה עולה מצ'ילה, שמילא את תפקיד הרופא המחוזי בנגב לאחר דורון.

רופאים שביקשו ללכת לקיבוצים אושר להם לעשות כן, וכן גם אלה שרצו להישאר לעבוד בבית החולים

בבאר שבע לאחר שנת החובה. קליטת הרופאים בבית החולים המרכזי לנגב הייתה כה גבוהה עד כי חלק מהעבודה הרפואית השוטפת נוהל באותה עת בספרדית. להערכת דורון תרומתן הסגולית של קבוצות עולים אלה למערכת הבריאות הייתה מעל ומעבר למספרם בקרב הרופאים. הקליטה המאורגנת שסייעה כה רבות ברמת הפרט הפכה תוך זמן קצר למודל המועדף גם לקבוצות הבאות. ההצלחה בקליטת הרופאים מאמריקה הלטינית בנגב שימשה כקטליזאטור לעידוד עליה אינדיבידואלית של רופאים משם. בשלב מסוים לאחר קליטת מספר רב של רופאים בנגב, דרשה קופת חולים להפנות חלק מהרופאים העולים גם ליישובי הגליל אשר סבלו אף הם ממצוקה ומחסור ברופאים. רופאים נשלחו אפוא לכפר גלעדי, קריית שמונה, כנרת, יישובי עמק הירדן ועוד.. מעיון בהתכתבות הענפה שבין נציגי פטו"א בארגנטינה לבין נציגי המוסדות בארץ עולה כי הטיפול בקבוצות העולים היה אינטנסיבי ומסור, קבוצה אחת קבוצה התארגנו לפי קווי התוכנית שהתוו דורון ואביגור, כאשר שני הצדדים - העולים והמוסדות הקולטים משתפים פעולה לטובת העניין. גם נושאי התכתובת בין גורמי הקליטה השונים מעידים על הטיפול האישי שקיבלו הרופאים העולים, החל בכספים שקיבלו עוד בטרם עלייתם ועד אישור רישיונותיהם לעבודה בארץ במשרד הבריאות. אך לא נעדרו גם ויכוחים בין הצדדים, בעיקר בין נציגי פטו"א בחו"ל לבין הנציגים בארץ, כאשר כל צד מבקר את הגורם המקביל לו על קיצורי דרך, הקלה בבחינתו האישית של המועמד לעלייה, קיצור המתנה והקלה בקבלת אישורים ודיפלומות וכו'. לטובתה של מערכת הבריאות נהג וולפסון נציג פטו"א בארץ הקפדה יתרה בבדיקת התעודות והדיפלומות הרפואיות. בדיקה קפדנית זו הביאה למיון ראשוני מוצלח של בעלי המקצוע הרפואי המוכרים, ואפשרה יותר מאוחר את קליטתם הטובה במערכת הבריאות בארץ.

הדיונים בין נציגי הסוכנות לקולטים כלל גם דיונים בשאלות של זהות יהודית ומידת היכולת לקלוט בני זוג רופאים שאחד מהם אינו יהודי. "אני חייב לכתוב לך שכל התוכנית לעלייה של הזוג הנ"ל אינה מוצאת חן בעיני" כתב א. האוסליך נציג פטו"א בירושלים אל דוד ברוכיס נציג פטו"א בברזיל, "באם ידוע לך מה יהיה הסטאטוס של ילדיהם שיולדו בישראל? האם היא קיבלה הבטחה מהקונסוליה הישראלית שתאשר לה סטאטוס של תושבת קבע אחרי הגיעם ארצה? בכל אופן אני מציע שתחשוב מחדש בעניין זה...מאחר ובמכתבך הנ"ל אינך מזכיר את יתר אנשי הקבוצה אנו רוצים לדעת האם הם עוד

דו"ח פטו"א משנת 1960 מסר כי בשנה זו הגיעו 49 רופאים לישראל מתוך 221 עולים שהגיעו

במסגרת מאורגנת של פטו"א. הייתה זו קבוצת בעלי המקצוע הגדולה ביותר. מחציתם, הגיעו לתוכנית בבאר שבע ולאחר שנה נקלטו במערך קופת חולים בנגב.

הצלחת קליטת הרופאים הבאים במסגרת מאורגנת, במיוחד זו של הקבוצה בנגב לא רק שפתרה חלקית את המחסור ברופאים בנגב, אלא אפשרה לצאת לתוכניות פיתוח שלא היו אפשריות קודם- וזאת מתוך ההנחה כי ניתן יהיה לאייש מחלקות חדשות בבתי חולים או לפתוח התמחויות חדשות בהתבסס על יכולת הגיוס הגבוהה של רופאים מאמריקה הלטינית. מעיון בתיקי פטו"א מחדש ובתיקי קופת חולים מאידך עולה בבירור כי לעיתים כשביקשה הקופה לאייש משרה רפואית, היא פנתה לפטו"א שאיתרה את האדם המתאים מקרב הרופאים המועמדים לעלייה, "קופת חולים מתכננת לפתוח מחלקה אורולוגית בבית החולים בילינסון" כתב אוברי הורביץ, לנציג פטו"א קרסילובסקי, "אנא עשה מאמץ למצוא מועמדים מתאימים לאיוש המשרות", ואילו במקרים אחרים כאשר הגדרת התפקיד לא הייתה ברורה שלחה קופת חולים מכתבי הבהרה, "לא איננו מחפשים מנתחי עיניים, אנחנו מחפשים רופאי עיניים למרפאות...". אנא הסבירו זאת למועמדים.

התוכנית לקליטה מאורגנת של רופאים עולים בנגב הביאה במהלך השנים לארגון עשר קבוצות עליה שכללו עשרות רופאים שנקלטו באמצעותה באזורי פיתוח ובכפר, כמחציתם בנגב. כולם כאחד עלו בהליך קליטה שגובש בתוכנית הנגב הראשונה. הצלחת תוכנית הנגב הובילה בשנות השבעים, כאשר הצטמצם מאגר העלייה מאמריקה הלטינית, לגיבוש תוכנית עליה וקליטה דומה לקליטתם של רופאים עולים ממזרח אירופה. מיון הרופאים עוד בארץ המוצא, בחינת התאמתם לעבודה, קליטתם במסגרת של אולפן, קורס הכולל טרמינולוגיה רפואית בעברית והתנסות מבוקרת באחד מבתי החולים היו מרכיבי ההצלחה העיקריים. העלייה הקבוצתית תרמה לכל הדעות להצלחת הקליטה ולמיעוט הנשירה. הנכונות להיקלט קבוצתית באזור הנגב ויצירת חברת רופאים מגובשת תרמה גם היא לנושא. חשוב לציין כי משקל רב בהצלחת הקליטה ובנכונות להישאר בנגב היה גם למודעות האידיאולוגית-הציונית של הרופאים העולים מדרום אמריקה, אשר ראו בהיקלטות בעבודה בנגב חלק מהגשמת החזון הציוני ולא רק אקט מקצועי-כלכלי.

בשלהי שנות השישים דעכה עליית רופאים מאמריקה הלטינית. שינויים פוליטיים גם בארגנטינה

וגם בישראל ייצבו עליה זו יחד עם עליית רופאים מצפון אמריקה לכ-13% מכלל הרופאים העולים לארץ. למרות זאת, התוכנית לקליטת רופאים עולים כפי שגובשה בנגב המשיכה לשמש את קופת חולים והמוסדות הציוניים גם להבא מתוך הכרה בתרומתה להצלחה הרבה של קליטת רופאים עולים בנגב. חלק מתוכנית זו עמדה במבחן המציאות תוך שינויים קלים כאשר החלה עליית רופאים עולים מברית המועצות בראשית שנות השבעים.

האם פתרה קליטתם המאורגנת של רופאים עולים מאמריקה הלטינית את כל בעיית המחסור בנגב?

בדוחות קופת חולים לסוף שנת 1968, שנה אחרי מלחמת ששת הימים ובשיאה של האופוריה הלאומית ציין דורון, ששימש אז כרופא המחוזי של קופת חולים בנגב כי עדיין נותרו כ-14 משרות לא מאוישות במערך המרפאות של הקופה בנגב ביישובים השונים, ביניהם 3 משרות שנותרו פנויות בדימונה ו-2 משרות בקרית גת. המצב בגליל היה דומה. כמו כן ציין דורון כי שעור העזיבה של רופאים את עבודתם במרפאות היא כ-5%, מספר הרופאים שנקלטו בבית החולים המרכזי לנגב היה דומה לשיעור קליטתם במערך הקהילתי. בשנת 1968 היה שעור הרופאים העולים מאמריקה הלטינית שנקלטו בקופת חולים למעלה מ-30% מכלל הרופאים, רובם ככולם מארגנטינה ובודדים מארצות אחרות. רוב העולים הנקלטים היו בגילאי 30-40, אוכלוסיה מקצועית צעירה יחסית אשר הבטיחה אופק תעסוקתי ארוך.

בחמש עשרה השנים מאז בואה של קבוצת הרופאים הראשונה מאמריקה הלטינית, הגיעו לישראל

15 קבוצות רופאים עולים במסגרת התוכנית שהתוו דורון-אביגור, מהם 12 קיבלו את הכשרתם וקליטתם הראשונית בנגב בצמוד למרכז הרפואי סורוקה. 3 קבוצות הוכשרו ונקלטו בסמוך לבית החולים העמק בעפולה.

בשנים 1956-1967 הגיעו לישראל 2,980 רופאים עולים, לעומת 1,200 בוגרי בתי ספר לרפואה ישראלים. חלקם הגדול עברו הליכי קליטה מאורגנים על בסיס תוכנית הקליטה של הרופאים בנגב. חלקם הגדול ניקלט בשנים אלה במערך השרות הרפואי של קופת חולים הכללית. מדיווחי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה נראה שנכונותם של רופאים עולים להיקלט ביישובי ספר ובמערך הקליטה הייתה גדולה משל בוגרי ישראל, אם משום שהייתה זו ברירת מחדל או במידה רבה הודות לקליטה המאורגנת באזורי

פיתוח כמו זה של הנגב. רובם ככולם נקלטו לעבודה בקופת חולים הכללית שהפכה לגורם המרכזי לקליטת רופאים עולים בארץ.

מצב זה נימשך גם עם התחלת גל העלייה של רופאים עולים מברית המועצות בראשית שנות השבעים. בשנים 1970-1972 70% מהרופאים העולים שהגיעו לישראל נקלטו בעבודה בקופת חולים. 200 רופאים עולים השתתפו בקורסי השתלמות שארגנה הקופה.

בשנים 1970-1972 קיבלו 965 רופאים משרות בקופת חולים, במרפאות ובבתי החולים. בארבעת החודשים הראשונים של 1973 קלטה קופת חולים 122 רופאים. מתוך כלל הרופאים הנקלטים בקופה 80% היו רופאים עולים שהגיעו בתוכנית קליטה קבועה ומאורגנת. כמחצית מכלל הרופאים העולים הגיעו מברית המועצות. שני שליש מהם נקלטו בעבודה במרפאות והיתר פנו לבתי החולים של הקופה. עבור רופאים שלא נמצאה להם משרה מתאימה יזמה קופת חולים קורסים להשתלמות והדרכה. כך למשל עברו נוירולוגים שהגיעו מברית המועצות קורס ברפואה פיזיקלית ופנו לאייש משרות בתחום השיקום. בשונה מתכנית הנגב המקורית, בה מילאה פטו"א תפקיד מרכזי אל מול קופת חולים, לקח עתה משרד הקליטה תפקיד בתאום ובמימון קליטת הרופאים העולים. בשנת 1972 הקימו משרד הקליטה, קופת חולים, משרד הבריאות והסוכנות היהודית ועדה בין-משרדית לתאום קליטת הרופאים העולים. ועדה זו תפקדה כגורם המתווך בין הרופא לבין מקומות העבודה הפוטנציאליים והגורמים הממסדיים ופעלה להקלה על תהליכי הקליטה והתמודדות הרופא העולה מול הבירוקרטיה הממסדית.

בשונה מעליית הרופאים העולים מאמריקה הלטינית שאורגנה באופן מסודר ומדוד, בקבוצות בנות עשרות איש בלבד, אופיינה עליית הרופאים מברית המועצות מאותה תקופה, בגלי עלייה כמעט המונית, כאשר החשש הפוליטי מסגירת שערים מהוה גורם מרכזי בדחף לעלייה מיידית. לגורמי הקליטה היה זמן קצוב וקצר בתאום הקליטה בברית המועצות, והליך המיון האישי שאפיין את קליטת עולי אמריקה הלטינית לא יכול היה להתבצע בגין לחץ הנסיבות הפוליטיות. כתוצאה מכך נדרשו המוסדות הקולטים ובעיקר קופת חולים הכללית להתמודד עם כל שלבי העלייה בארץ. כתוצאה מכך נוצרו מצבים בהם העולה לא קיבל הכרה מקצועית כרופא, לא נמצאה עבודה לרופאים או שנדרשה התמחות נוספת להתאמתו לעבודה במערכת הבריאות הישראלית. על מנת למנוע אבטלת רופאים המונית יצר משרד הקליטה משרות שמומנו על ידו, בבתי החולים הכלליים, להכשרתם של רופאים עולים שנדרשו להשלים

סטאז' או שלא סיימו את התמחותם וכד... שנת העבודה הראשונה מומנה בהסכמה על ידי משרד הקליטה כאשר קופת החולים ומשרד הבריאות מצידם מתחייבים לאיתור משרה פוטנציאלית לרופא המשתלם החל מהשנה השנייה. בשנים 1970-1972 קיבלו 322 רופאים עולים משרה במסגרת זו, מהם 149 בקופת חולים, 153 בבתי חולים של משרד הבריאות וכ- 20 רופאים במוסדות רפואה ומדע אחרים. באותה תקופה נקלטו 13 רופאים עולים שסיימו סטאז' בישראל בבתי החולים של קופת חולים. במאי 1973 במסגרת הקונגרס העולמי של הר"י בירושלים התייחס דורון אז המנהל הרפואי של קופת חולים לקליטת הרופאים עולים מברית המועצות.

"כדי להבין במה מותנית קליטה נאותה של רופאים עולים עלינו לעקוב אחרי תהליך הקליטה והסידור בעבודה. כשמגיעים ארצה הרופא-עולה ומשפחתו, נשלחים בדרך כלל אל מרכז הקליטה, ששם כבר מתחילים לטפל בסידור העבודה. לשלב הראשון אחראי משרד הקליטה. בארצות שבהן הדבר הוא בגדר האפשר, נעשים השלבים הראשונים בסידור העבודה עוד לפני העלייה ויש מקרים שהעולה משיג משרה עוד לפני הגיעו ארצה. אולם ברוב המקרים מוסרים נציגים של משרד הקליטה נתונים על כל עולה לוועדה לסידור רופאים בעבודה. ועדה זו כוללת גם נציגים של משרד הבריאות, קופת חולים של ההסתדרות וקופות חולים אחרות וגם של הסוכנות היהודית. ועדה בין-משרדית זאת הפועלת כבר שנה אחת חוסכת מן העולים בבואם ארצה התרוצצויות בין המוסדות השונים ואף מסייעת לתיאום בין מקום העבודה ובין המבקש אותה בכל אזורי הארץ. זהו צעד של ממש לקראת תיאום במישור הלאומי, ואנו בקופת חולים כגורם הקולט את מרבית הרופאים העולים, שמחים על שיתוף פעולה זה.

"הרופא אשר בינתיים לומד עברית יחד עם משפחתו באולפן מרכז הקליטה, מקבל מידע על האפשרויות המעשיות למשרה. מראיינים אותו אישית במחלקות לכוח אדם רפואי של המוסדות הרפואיים וניתנת לו ההזדמנות לדון בתנאי עבודתו העתידה. אחרי שמחליט הרופא על המשרה המתאימה לו ביותר, נמסרת החלטתו לוועדה הבין-משרדית ולאחר מכן נעשים הסידורים לשיכונו, כמובן באזור בו יעבוד. תהליך זה בעייתי מאוד לעתים קרובות... ארגון ההשתלמות של רופאים עולים הוא חלק חשוב מתהליך הקליטה. קופת חולים מאפשרת ביצוע תוכנית כזו מאז שנת 1957 בשיתוף המכון האוניברסיטאי להשתלמות רפואית שליד בית הספר לרפואה בירושלים. הנושא המרכזי הוא כמובן מבוא למערכת הבריאות בישראל. התוכנית כוללת הרצאות על שירותי הבריאות, רפואה קלינית, שוק וסל התרופות

בישראל ומינוח רפואי עברי. הקורס כולל גם חלק אישי המותאם לצרכי כל משתתף בבית חולים או במרפאה".

"משרד הקליטה וקופת חולים מאפשרים בעזרת תקציבים מיוחדים השתלמות אישית נוספת

לרופאים לפני תחילת עבודתם האחראית במרפאות קופת חולים. השתלמות כזו נמשכת תקופה שבין חודש אחד ועד שנה. נעשו תוכניות להקמת מרפאות מיוחדות למטרה זו..."⁸⁹

בסכום דבריו הדגיש דורון את חשיבותה של הקליטה המאורגנת וציין את חלקה של קופת חולים שקלטה למעלה מ-80% מהרופאים העולים לישראל במוסדותיה בהצלחת הליך זה. לדבריו "על מנת לדון בהשפעת עלייתם של הרופאים לישראל יש להביא בחשבון את ההיבטים המספריים של העלייה, מספר הבוגרים בבתי הספר לרפואה בארץ והמבנה הנוכחי של כוח האדם הרפואי. מנקודת ראותנו יש, בהמשך הדפוסים הנוכחיים של עליית הרופאים, בתוספת המתכונת הנוכחית של החינוך הרפואי וזו שאושרה, כדי לספק תשובה נאותה לצרכיהם של שירותי הבריאות שלנו בשנים הקרובות. דבר זה מותנה בקיומו של תכנון מתאים לכוח אדם רפואי ובביצוע מדיניות התואמת אותו. אין אנו חוזים עודף בכוח אדם רפואי בתנאים אלה. עם זאת שני דברים מחייבים דיון מדוקדק:

1. הצורך לפתח תוכניות התמחות מתאימות לבוגרי ישראל ולספק להם אפשרויות אלו.

2. תכנון קפדני יותר של קליטתם המקצועית של הרופאים- העולים. בהיבטים איכותיים

שבעליית הרופאים, המתייחסים לקליטתם במקצועות ולהתאמתם לסטנדרטים של שירותי הרפואה בישראל באותם ענפים שישראל אמנם זקוקה להם.

עליית הרופאים ההמונית של השנים 1989-1998 והקשיים העצומים שנלוו לקליטתם במערכת הבריאות בארץ, מצד הקולטים והנקלטים גם יחד הוכיחו שוב כי המודל שגיבשו דורון ואביגור בשנות החמישים לקליטת רופאים מאורגנת בקבוצות מדודות תוך בקרה וליווי צמוד של הרופאים העולים הוא המודל המועדף והמתאים ביותר לקליטת רופאים עולים לישראל. מודל זה הוא גם שהביא לתוצאות מרשימות ביותר בקליטת רופאים באזורי כפר וספר ולפיתוח שירותי בריאות נדרשים באזורי מצוקה." קליטת הרופאים בישראל מאז שנות החמישים שיפרה את הזמינות והנגישות לשרות הרפואי באזורי הפריפריה בישראל, בנגב ובגליל, אך הותירה את לב בעיית השרות: המרפאה הראשונית. גם אם מולאו רוב תיקני הרופאים בקהילה, עדיין פעל השרות הראשוני ללא שינוי כבימים של טרום מדינה. לראשי

הקופה הייתה סוגיה זו כאובה במיוחד היות והיא קבעה במידה רבה את מעמדה של קופת חולים ודימויה בציבור הישראלי כשרות שקפא על שמריו, ולא צעד עם דרישות הזמן והתקדמות הרפואה. נדרשה עתה התייחסות מיוחדת לקידום השרות הראשוני במדינה.

פרק ד' שתי מערכות בריאות

1. הפער בין המרפאה הקהילתית לבין בית החולים

באוגוסט 1968 התמנה דר' חיים דורון לחבר מרכז קופת חולים ולמנהל המחלקה המדיצינית (האגף הרפואי) של קופת חולים הכללית במקומה של דר' טובה ישורון ברמן שפרשה לגימלאות. מחלקה זו ריכזה את הטפול במינהל הרפואי של קופת חולים, בתי חולים ומחוזות (שירותים קהילתיים) מצד אחד ואת התפקידים המיוחדים שבמישור הרפואי מצד שני, כגון: טיפול בקשיש ובחולה הכרוני, רפואה מונעת, קידום בריאות, רפואת ילדים, בריאות הנפש, מעבדות ושירותי דימות, רוקחות וכד'. כוח אדם רפואי היווה את אחד הנושאים המרכזיים באחריות המחלקה. מינויו של דורון לראש המחלקה המדיצינית סימן את חילופי הדורות בקופת חולים. מדור המייסדים שברמן הייתה בין חבריו, לדור הממשיכים, רופאים צעירים אזרחי מדינת ישראל שהזדהו עם מטרותיה הבריאותיות-חברתיות של הקופה וחוו באופן אישי את התמורות החברתיות שחלו עם הקמת המדינה.

מראשית מינויו לתפקיד היה ברור לדורון שסוגיית השוני והפער העצום שבין שני חלקי מערכת הבריאות, מערכת השרות הקהילתי מחד והשרות בבית החולים מאידך, מהווים את הבעיה המרכזית במערכת הבריאות בישראל. היה ברור לו שהטפול בסוגיה זו הוא הכרחי לשם המשך קיומה של המערכת כולה ושל השרות הקהילתי ש-85% ממנו סופקו על ידי קופת חולים הכללית. לדעתו, לסוגיה זו הייתה השפעה מכרעת על מצבה של מערכת הבריאות הקהילתית בישראל. כבעל ניסיון כרופא קהילתי ומחוזי בנגב, וכמי שהתמודד במשך עשור עם המחסור בכוח אדם רפואי בכפר ובספר, כי פתרון בעיה זו הינו קריטי לעתידה של המערכת הרפואית כולה.

הפער הקיים שבין שרותי המרפאה, בעיקר בכפר ובספר לבין השרות הרפואי בעיר עמד על סדר יומה של הקופה מראשית שנות החמישים, אך כל הניסיונות למציאת פתרון לבעיה נידחק במידה רבה בגין מצוקות העתים-מחסור בכוח אדם, התמודדות עם העלייה ההמונית, מורכבות אספקת השירותים הרפואיים למעברות, צנע כלכלי וכד.. הועד המפקח של קופת חולים דיווח פעמים רבות כי "אין כל יסוד להשוואה בין הרגשת החבר בביה"ח לבין הרגשתו במרפאה. אין רקע משותף מספיק להשוואה זו. בית החולים הוא מוסד מוגדר בכמותו ובהיקפו. מספר המטות קבוע ועומד (בערך)...לא כך המרפאה. שרות זה

המוני וכולל ונתון בכמותו להשפעות חוץ (מזג אוויר, מגפות קטנות וכו'). כל השהיה והמתנה ארוכה או מיותרת במרפאה- מכבידה על החבר. הוא רוגז גם על התור הרגיל. לעומת זה בבית החולים- לא רק שהשהיה אינה למעמסה עליו, אלא להיפך- יקרה כי חבר "יילחם" על זכותו להישאר יותר זמן... עם פשיטת בגדיו ולבישת בגדי בית החולים- פשט החבר את כל ההווי שלו הרגיל, היומיומי- ולובש נוסח חיים אחרים. למרפאה בא החבר בדרך כלל נרגז וממהר לסיים את הביקור ולעזבה.... והוא הדין כלפי הפרסונל. הרופא עובד ביתר רצון בבית החולים מאשר במרפאה. העבודה אינה שגרתית, היא מעניינת יותר. היא יותר שקטה, אין לחץ של קהל המחכה בתור. יכול הוא להשהות מקרה. שאין כך הדבר במרפאה. קיים תור קבוע של חולים המהווה לחץ על הרופא. לא תמיד המקרים מעניינים, הפגישה עם החולה קצרה, החולים מתחלפים במהירות. זהו הרקע ליחס השונה של הרופאים לעבודתם בבית החולים ובמרפאה... הטענות הנשמעות נגד המרפאה: קשיים אדמיניסטרטיביים... תורים מרובים ובזבוז זמן מיותר... טיב עבודתו של הרופא... בעיית התרופות... יחס העובדים לחברים... אי נוחיות הנובעות משכון וכו' ומהצורך להיטלטל לקבל שירותים שונים...⁹⁰ אך כאמור קופת חולים לא הצליחה לגבש פתרון מעשי והטיפול בבעיה נדחה בגין בעיות השעה.

סוגיית הפער שבין השרות הרפואי בקהילה לבית החולים לא הייתה סוגיה ישראלית בלבד. נושא זה עלה חדשות לבקרים גם בבריטניה, שסבלה בדומה לישראל ממחסור ברופאים באזורים הקפיים, מאי שביעות רצון של המטופלים מהשרות הרפואי בקהילה ומניתוק כמעט מוחלט בין הרופא הראשוני ה- GP General Practitioner בבריטניה לבין בית החולים. ג'ופרי ריווט מציין בספרו על לידתה של מערכת הבריאות הממלכתית בבריטניה⁹¹ כי סוגיית הפער שבין מערכת הבריאות הקהילתית לזו של בית החולים נדונה פעמים אין ספור בכל רמות הניהול הרפואי בבריטניה, החל מרשויות הבריאות האזוריות וכלה בשר הבריאות אך לא נמצאו פתרונות מקיפים שיובילו לשינוי מהותי של המצב. מצב דומה תואר גם במדינות אירופאיות נוספות שם שרותי הבריאות היו ציבוריים. תיאודור פוקס עורך ה- Lancet הגדירה במאמר מערכת נושא זה כבעיה הראשונה במעלה של השרות הרפואי הציבורי בבריטניה.⁹² לדעת פוקס הפתרון היחידי לבעיה הוא על ידי העמדת הרפואה בקהילה במוקד מדיניות הבריאות במדינה והקצאת משאבים רבים להעלאת רמת רופא המשפחה ושיפור תדמיתו בציבור.

2. ארגון המרפאה בחזית

במחצית שנות החמישים הפעילה קופת חולים הכללית למעלה מחמש מאות מרפאות בכל רחבי הארץ, בהם עבדו למעלה מ-4000 איש, רופאים, אחיות, רוקחים ואנשי מינהל. היקף החברות בקופה היה 70% מכלל תושבי המדינה, יהודים וערבים כאחד. רוב הפעילות הרפואית התבצעה במרפאות הקהילתיות אשר הוקמו בשכונות, מעברות, עיירות פיתוח, קיבוצים ומושבים. למעשה לא היה בישראל יישוב ללא מרפאה, גם אם הפעלתה הייתה חלקית. ממוצע הנפשות הכללי בהם טיפל הרופא היה בין 1000-1500 נפש, אך היו אזוריים כפריים בהם טיפל ב-2000 נפשות ויותר. ממוצע הנפשות לרופא באנגליה בתקופה המקבילה עמד על 3500 ואילו בהולנד על 3000. מאידך, הרכב האוכלוסייה בישראל, רובה ככולה אוכלוסיית מצוקה של עולים-מהגרים, אופייה ושונותה התרבותית יצרו לחץ מתמיד על מערכת הבריאות ברמה הקהילתית, לחץ שלא היה קיים באירופה. ניתן להעריך כי רוב עולי שנות החמישים פנו לשירותי הבריאות מספר פעמים רב יותר מאשר תושב מערב אירופה, והם נעזרו במערכת הבריאות הישראלית גם לפתרון בעיות סוציאליות. ממוצע הביקורים במרפאה לרופא היה בישראל במחצית שנות החמישים 7.5 ביקורים לשנה. הגבלת שעות הפעילות של המרפאה ל 6-7 שעות ליום והעדר שרות בלילות, בסופי השבוע ובחגים, הוסיפה על הלחץ הקיים ויצרה תורים מתמשכים שהביאו להתמרמרות רבה של החולים ובמספר מקרים אף להתפרצויות אלימות כלפי רופאים ועובדי מרפאה אחרים. שיטת העבודה במרפאה פעלה על ידי הפניית החולה על ידי פקיד-אשנבאי שחילק מספרים לרופא על פי סדר פנימי של המרפאה. באופן דומה ניתן גם הטיפול הסיעודי בחדר האחיות. לאחיות המרפאה לא היה כל קשר אישי ישיר או מתמשך לא עם החולים ולא עם הרופאים. במרפאה הכפרית לעומת זאת, בה עבדו בדרך כלל רופא אחד ואחות אחת, הקשר האישי נוצר באופן טבעי והקשר שבין הרופא לחולה היה לעין ערוך טוב יותר. מוקד הבעיה היה אפוא בריכוזי אוכלוסיה גדולים-מרפאות העירוניות ובעיירות פיתוח שם הנתק בין התושבים לעובדי המרפאה, היה בולט ביותר גם בתחום האישי וגם בתחום התרבותי. נתק זה הוביל להגדרתה של מרפאת קופת חולים כנקודת התורפה של מערכת הבריאות כולה. "המרפאה היא חזות הכול" או "יש לפתור את בעיית המרפאה ברוח הזמן" היו כותרות מאמרים בעיתונות שדנו בבעיה אך מבלי להציע פתרון ישים.

במרץ 1956 פרסם יצחק קנב, אז יו"ר מרכז קופ"ח, מאמר בעיתון "דבר" בסוגיית השרות במרפאה

ותיארה כעקב אכילס של עבודת קופת חולים. לדעתו מוקד הבעיה הוא בזניחתה של "שיטת רופא המשפחה שהוכיחה את תועלתה אך נזנחה ולא נשארה בעינה אלא בכפר ורק במרפאות בודדות...".

הפתרון לבעיה לדעת קנב, הוא "לחזור לשיטת רופא המשפחה ולנוהג שהיה קיים בנידון זה ברוב המרפאות לפני העלייה ההמונית. החברים יהיו קשורים לרופאים, שיטפלו בהם בשעת חלותם והם יכירו את תנאי חייהם ועבודתם. יש לעשות ניסיון ולהנהיג שיטת תשלום לפי מספר הנפשות (ולא מקרי מחלה) בצורה הוגנת... עם קביעת מכסימום מספר נפשות שאין לעבור עליו. את מאות הרופאים הותיקים והחדשים... יש למשוך לשיטת רופא המשפחה תוך שמירה על סדרי קבלת החולים והטיפול

האינדיבידואלי"⁹³. בהמשך דבריו הביא קנב דוגמאות ממודל עבודת הרופא הכללי באנגליה והקשר האישי שלו אל מטופליו. לדעתו - מודל זה הוא המודל המתאים לישראל ויביא לשיפור ניכר בעבודת המרפאה.

קריאתו של קנב לאמץ את מודל "רופא המשפחה" כבסיס לעבודת המרפאות זכתה לתגובות תומכות ומתנגדות כאחד. ההסתדרות הרפואית דרשה לקשור את הסכמת הרופאים לשינוי שיטת העבודה בגיבוש הסכמי שכר חדשים, בקביעת תשלום גבוה לכל נפש מטופלת, במתן פיצוי לרופאים שמספר מטופליהם יפחת. בעיקר, התלבטה הר"י בסוגיה האם לאפשר בחירה חופשית של הרופא על ידי מטופליו וזאת מתוך החשש שיהיו רופאים אשר יישארו ללא פרנסה. חשוב לציין כי סוגיית הבחירה החופשית בנותני שרות ציבורי הייתה רחוקה מאוד מהתרבות הישראלית של שנות החמישים. המוסדות הממשלתיים

וההסתדרותיים הכתיבו בדרך כלל לקהל העולים את מקום מגוריהם, מוסדות החינוך בהם ילמדו ילדיהם וכו'. החלטות שונות לגבי הפרט בישראל התקבלו ללא כל דיון ציבורי וללא שיתוף הציבור, והתרבות המנהלית הכללית קבעה שהממסד הוא הקובע. קבלת זכות בחירה של החולה ברופאו הייתה אפוא קביעה יוצאת דופן לגבי מוסד הסתדרותי שדגל בהטלת מרות ולא נטה לשתף את חבריו בקבלת ההחלטות לגבי אופן התנהלותו. מעבר לדיון הציבורי שהתפתח בנושא, חשוב לציין כי לדבריו של קנב הייתה השפעה מכרעת על חזרתו של מושג "רופא המשפחה" כמודל מועדף לשרות רפואי. למעשה היה זה קנב שטבע מושג זה עוד בשנותיה הראשונות של קופת חולים וראה בו כאחד מאבני היסוד של שבעבודת הקופה. קביעת קנב העלתה כאמור לסדר היום הציבורי את בעיית השרות במרפאה ואת הדיון האם מודל העבודה של "רופא המשפחה" - קרי, רופא האחראי לטיפול בקבוצת חולים קבועה ומתוגמל על פי מספר

הנפשות הרשומות- הוא המודל הרצוי. בקביעתו "רופא המשפחה" לא התייחס קנב למהות תפקידו של הרופא, לאופן הכשרתו, למעמדו וכיצד לא יכרע בנטל הפונים אליו כפי שהיה עד כה. כן לא נערך כל דיון בתפקידה של האחות במרפאה.

בשנתיים הבאות 1956-1957 קיים הוועד המפקח של קופת חולים דיונים רבים בסוגיית רופא המשפחה כשיטה ארגונית. דיונים מקבילים נערכו גם בקרב ארגוני הרופאים של קופת חולים הכללית ובהסתדרות הרפואית. משה סורוקה אף הרחיק לכת והציע לאמץ את שיטת הרופא הכללי האנגלי בשלמותה, כלומר להפעיל מערך של רופאים כלליים עצמאיים אשר יספקו את השרות הראשוני בעוד שהקופה תספק שירותים מקצועיים ובתי חולים. לדעת סורוקה "חוסר שביעות הרצון נובע מהתור הגדול במרפאות ומהעדר היחס הרצוי בין החבר והרופא. עברנו לשיטת עבודה של "סרט" והחבר המקדים אל האשנב הוא הנהנה..." באשר לשינוי השיטה הסתייג סורוקה מהצעת הבחירה החופשית ברופאים וטען כי "קודם היה החבר בעיני הרופא כפתק והרופא לא היה מעוניין בו במיוחד, ואילו עתה ירצה כל רופא למשוך אליו את החולים כדי להגדיל את שכרו. שיטה זו לא תמצא את פתרונה במסגרת המרפאה אלא בדירתו של הרופא..."⁹⁴ הצעת סורוקה לאמץ את המודל האנגלי נדחתה ברוב גדול גדול. גם ארגון רופאי קופת חולים התנגד לבחירה חופשית ולתגמול הרופאים על פי מספר נפשות והציע כי הפתרון נכון לבעיית השרות במרפאה הוא להכפיל את מספר הרופאים. פתרון- שקופת חולים לא הייתה יכולה לעמוד בו לא רק משום עלותו הגבוהה אלא גם משום סירובם של הרופאים לעבוד במרפאות, במיוחד אלו שבפריפריה בעיירות פיתוח ובשכונות מצוקה. סוגיה נוספת שעלתה במהלך הדיונים הייתה שאלת התשלום הכספי הנלווה לביקור אצל הרופא וההשתתפות בתשלום חלקי עבור תרופות. הנהלת הקופה ביקשה לגבות תשלום סמלי בתקווה כי דרישת התשלום תוריד את מספר הפונים למרפאה ותקל מעל הלחץ. היות וקופת חולים הייתה מוסד השייך לחבריו- חברי ההסתדרות, בדיונים על שינוי שיטת העבודה בקופת חולים השתתפו גם נציגי ועדי עובדים ומועצות פועלים. כך למשל נציג עובדי חברת החשמל תמך בהצעת סורוקה ואילו נציג עובדי מפעל "עילית" התנגד לה. נציגי עובדי מפעל השמן "יצהר" ועובדי המחסנים של הסוכנות היהודית התנגדו להטלת תשלום עבור ביקור אצל הרופא. אי לזאת, הדיון בסוגיה לא היה מקצועי ענייני אלא פוליטי הסתדרותי. אל מול כל נציגי העובדים עמד דר' לייבל יו"ר ועד רופאי קופת חולים שהתנגד לכל הצעות השינוי ודרש כאמור הגדלת מספר הרופאים כפתרון בלעדי.

ב-11 לאפריל 1956 החליט מרכז קופת חולים באופן עקרוני על אימוץ שיטת הבחירה החופשית של הרופא, אך תהליך אישורה במוסדות השונים והפעלתה הלכה למעשה היה ממושך. יעברו למעלה משנתיים עד שהוא יצא לפועל. עד כמה העסיק הנושא את הציבור בארץ ניתן לראות משפע כתבות העיתונות שליוו את הדיונים השונים בסוגיה. בשנים 1956-1959 התפרסמו למעלה מ-52 כתבות בנושא זה, חלקן בעמודים הראשונים. הכתבות הביאו דוגמאות מרחבי העולם, בעיקר מאנגליה, והציגו את ההתלבטות העקרונית של בחירת רופא במוסד הסתדרותי, האם הבחירה החופשית לא תפגע באופייה ויעדיה הלאומיים חברתיים של קופת חולים. מצד שני, נדונו סוגיות של איזון כלכלי, חובת השתתפות בתשלום והסדרי שכר חדשים לרופאים. הכותרות היו בדרך כלל שאלות רטוריות: "מה העיקר החולה או הרופא?", "שינויים בשרותי המרפאה אימתי?", "חולה או מספר?", "מה כואב לרופאים?". כאשר הדיונים עלו על שרטון דיווחה העיתונות כי "משבר בארגון רופאי קופ"ח מונע הפעלת השיטה החדשה" או "רופאי קופ"ח מתנגדים לשינוי שיטת העבודה במרפאות טוענים שהצעות הועדה לא ישפרו את המצב וכו'. במקביל, התקיימו הדיונים בנושא בשתי ועידות של קופת חולים בשנת 1957 ובשנת 1958. הועד הפועל של ההסתדרות דן בנושא במשך למעלה משנה, מועצות פועלים, ההסתדרות הרפואית וארגון רופאי הקופה ערכו דיונים משלהם, ובשנת 1959 לאחר כשנתיים וחצי של דיונים אישרו כל המוסדות הנוגעים בדבר - הועד הפועל של ההסתדרות; מרכז קופת חולים; והועד המפקח; ארגון רופאי קופת חולים וההסתדרות הרפואית את הפעלת השיטה. בספטמבר 1958 אישר הועד המפקח סופית את שינוי השיטה וקבע את סדרי ההרשמה לרופאים. מפאת חשיבות הנושא ערכה קופת חולים מסיבת עיתונאים. "תקופה חדשה בחייה של קופת חולים וביחסיה עם החברים הבאה להבטיח קשר ישיר והדוק בין החבר והרופא הנבחר על די והוא רופא המשפחה כולה, הושגה עתה עם הכנסת שיטות העבודה החדשות במרפאות קופ"ח" הצהיר אהרון בקר במסיבת העיתונאים. בקר ציין כי "מעתה יהיו לכל רופא מספר נפשות מוגבל שהטיפול בהן על הרופא דבר, שיאפשר את היענותו לכל חבר עת הוא ניזקק לרופא... זה שנים מטרידות את ההסתדרות מרכז קופ"ח ורופאיה בעיות המרפאה... קופת חולים גדלה... אולם המרפאה הפכה לנקודת התורפה בחייה, עקב התרופפות הקשר האינטימי בין החבר והרופא. החבר קובל על חוסר קשר קבוע עם הרופא על כך שלא הוא בוחר את הרופא כי אם המשרד הוא הקובע ואחריותו של הרופא כלפיו נתונה במשטר של רגעים ומספרים... כל חבר יבחר לעצמו ולבני משפחתו רופא משפחה (רופא משפחתי ורופא

ילדים) הרצויים לו מתוך רשימה 10-12 רופאים באזור קרוב למגוריו. רופא המשפחה הנבחר יהיה אחראי באופן ישיר להושטת העזרה הרפואית הנדרשת...⁹⁵. ההכנות להפעלת השיטה במרפאות הקופה נמשכו עוד למעלה משנה, כאשר העיתונות היומית עוקבת אחר המרפאות אשר הפעילו את השרות החדש תוך מסירת דיווחים מפורטים על שביעות רצון ההמטופלים או על הסתייגויות הרופאים. בפברואר 1959 נימסר כי 65% מחברי הקופה כבר נרשמו לרופאי משפחה קבועים, ואילו בדיווח של מרפאת רעננה נימסר כי רק כ-10% מהחולים החליפו רופא מאז החלה שיטה ורוב הפונים מרוצים מהפעלתה. ביטול האשנב לקבלת מספרים והקשר הישיר עם הרופא העלו את שביעות רצונם של המטופלים, מאידך, ציינה הנהלת הקופה, לא נראתה ירידה במספר הפונים לרופאים והלחץ והתורים נותרו על כנם בחלק גדול מהמרפאות, למרות שעתה קטנו התלונות על ההמתנה בתור לרופא.

מבדיקת הערכות הקופה לשיטה החדשה עלה כי יחס הנפשות לרופא עמד על כ-1500 נפש בממוצע לרופא. בהסכם העבודה שנחתם עם ארגון רופאי קופת חולים הבטיחה הקופה להוריד את מספר הנפשות עד קרוב ל-1000 לרופא במשך השנים הקרובות כתנאי להסכמת הרופאים להפעלת השיטה. באזורים בהם לא היו מרפאות קרובות הגיעה קופת חולים להסכם עם רופאים עצמאיים שיספקו את השרות הנדרש לחברי הקופה באזור על פי נורמות דומות. בשנים 1959-1967 פעלה שיטת הבחירה החופשית של הרופא ברוב מרפאות קופת חולים, אך תוצאותיה במבחן הזמן העלו כי היא שינתה מעט מאוד במבנה השרות המרפאתי. שני גורמים מרכזיים עמדו לה לרועץ- הכשרתם הלא מספקת של הרופאים הכלליים להתמודד עם בעיות הבריאות של אוכלוסיית ישראל, חתך הגילים המתקדם של רופאי המרפאות שהיה גבוה במיוחד, קושי בשינוי עמדתם של רופאים רבים כלפי השיטה ואי שביעות רצונם מתלותם במספר הנפשות הרשומות כבסיס להשתכרותם. זאת, למרות שרוב המטופלים לא עברו מרופא לרופא גם אם לא היו שבעי רצון ובפועל לא נשקפה סכנה להשתכרותם של הרופאים. המחסור ברופאים באזורי מצוקה המשיך להקשות על השרות במרפאה ולמרות השינוי המהותי בהפעלת שיטת הבחירה החופשית, במרפאות בהן היה מחסור בכוח אדם רפואי- הבחירה הייתה תיאורטית בלבד משום היצע הנמוך של הרופאים. הוגי השיטה ותומכיה לא השכילו להבין כי ללא הכשרה ייעודית של רופאים לעבודה בקהילה וללא יצירת מודל עבודה שונה בתוך המרפאה והעברת חלק מנטל העבודה אל האחות, לא ניתן יהיה להביא לשינוי

המהותי שקיוו ראשי קופת חולים וההסתדרות. תחלואי השרות המרפאתי נותרו בעינם למרות המאמצים הרבים לפתרם. היה נדרש, אפוא, פתרון יסודי ועמוק יותר על מנת להביא לשינוי המיוחל.

4. ועדת מן

ביוני 1968, שנה אחרי מלחמת ששת הימים, כאשר חל שיפור ניכר במצבה הכלכלי של ישראל לאחר המיתון של שנות השישים, החליטה ההסתדרות הרפואית בישראל בהנהגתו של דר' נח קפלינסקי⁹⁶ להקים ועדה מיוחדת שתדון ותמליץ בנושא ארגון שרותי הבריאות בישראל. הייתה זו ועדה ראשונה ביוזמת הר"י בנושא ארגון וניהול שרותי בריאות בישראל, כאשר עד כה הגבילה הר"י את עצמה לוועדות בנושא שכר ותנאי עבודה של רופאים.

ליו"ר הוועדה התמנה פרופ' קלמן מן, מנכ"ל בית החולים הדסה בירושלים. המלצות הוועדה הוגשו

ליו"ר הר"י ביוני 1969.

המלצות הוועדה כללו:

1. הקמת רשות ארצית אחידה לבריאות.
2. הקמת רשויות אזוריות.
3. הקמת שנים עשר מרכזים רפואיים אזוריים. כל מרכז ישרת את כל רופאי האזור.
4. הגדרה מחודשת של "רופא המשפחה" או "צוות המשפחה" (רופא-אחות) תוך בחירה חופשית.
5. כל רופא משפחה יהיה קשור למחלקה פנימית של בית החולים האזורי (ביחס של מיטה לכל רופא מומחה האחראי לאלף עד אלף וחמש מאות נפשות). להערכת חברי הוועדה כל מחלקה בת שלושים מיטות תוכל לקלוט כעשרים-שלושים רופאי משפחה המשרתים אוכלוסייה של שלושים עד ארבעים אלף נפש. כאשר האזור ישרת אוכלוסייה של כמאה וחמישים אלף נפש.
6. רופא המשפחה יפעל כשומר סף לכל השירותים של המרכז הרפואי. מנהל המחלקה הפנימית יהיה אחראי גם לשירות הקהילתי.
7. ראית ההתמחות ברפואת משפחה כמסלול ברפואה הפנימית.

8. העברת הרופאים המקצועיים בקהילה למחלקה מתאימה במרכז הרפואי, תוך ביטול חלוקת

הרופאים המקצועיים לשתי קטגוריות של קהילה ובית חולים.

9. הרחבת החינוך הרפואי לשירותים הקהילתיים בנוסף לבית החולים.

10. ביטול כפילויות במערכת הבריאות.

הנחת הועדה היתה כי המבנה החדש יקטין או ימנע את ירידתם של רופאים צעירים מהארץ.

הצורך במינוי ועדת מן הודגש במיוחד לנוכח צרכיה המיוחדים והתארגנותה של מערכת הבריאות במדינת ישראל מאז הקמתה, צרכים והיקפים שנקבעו במידה רבה בהשפעת העלייה הגדולה של שנות החמישים. בתיאור הרקע לעבודתה ציינה ועדת מן את המשך הפער הבולט שבין שני חלקי מערכת הבריאות- בתי החולים אל מול המרפאות הקהילתיות והמחסור ברופאים בכפר ובספר אל מול עודף הרופאים במרכזי הערים, וזאת למרות הניסיונות השונים לפתרון (בחירה חופשית, תשלום עבור ביקור ותרופות וכו'). הועדה ציינה שזוהי אחת הסוגיות המרכזיות בהן היא מתכוונת לדון. באופן מיוחד הדגישה ועדת מן את הבדלי הגילים ופער המקצועי שבין רופאי בתי החולים לרופאי הקהילה בפריפריה. הראשונים אופיינו בשיעור התמחות גבוה ובחתך גילאים צעיר בעוד שרופאי הקהילה היו רובם מבוגרים וחסרי התמחות ספציפית. חלקם אף היה מעל גיל הפנסיה וניסיונם הרפואי היה במקרים רבים חסר רלוונטיות לצרכי בריאות הקהילה. מצב זה הוביל לאי שביעות רצון מתפקודה של מערכת הבריאות גם בקרב ציבור המטופלים וגם בקרב הרופאים. אל דברי הביקורת הרבים שהושמעו על מצבה של המערכת שעמדו בבסיס עבודתה של ועדת מן, נוספה גם העובדה שחלק ניכר מראשי מערכת הבריאות ובתוכם ראשי משרד הבריאות התנגדו למעמדה ולכוחה הבלעדיים של קופת חולים הכללית במערכת הבריאות בישראל. רובם אף תמכו בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא משום הכרתם כי החוק אמור לשפר את שירותי הבריאות בישראל אלא בעיקר משום שהוא עתיד היה להוביל להלאמתה של הרפואה וכפועל היוצא מכך להלאמתה של קופת חולים הכללית. חוסר האהדה להסתדרות הכללית וראייתה "כמדינה בתוך מדינה"⁹⁷ בקרב חוגים רבים הקרינה במשך שנים על פעילותה הבריאותית המעמיקה והרחבה של קופת חולים, פעילות שהייתה מודרכת על ידי הנהגתה והשקפותיה החברתיות והבריאותיות ומחוץ למרותם של ראשי משרד הבריאות. לכך יש להוסיף שבקרב הנהגתה של ההסתדרות הרפואית דאז הייתה השפעה

ניכרת לקבוצת רופאים חברי המפלגה הפרוגרסיבית או כפי שנקראה מאוחר יותר "המפלגה הליברלית העצמאית", שהייתה מיוצגת בהסתדרות העובדים הכללית והיה לה יחס חיובי לרבות מפעולותיה. קבוצה זו ניהלה במשך שנים רבות מערכת הסברה ומאבק בעד חוק ביטוח בריאות ממלכתי שיפריד לחלוטין בין קופת חולים לבין ההסתדרות הכללית. לרופאים אלה, ביניהם דר' נח קפלינסקי יו"ר ההסתדרות הרפואית הייתה נטייה לייחס את כל תחלואי מערכת הבריאות למבנה הארגוני של קופת חולים הכללית כמוסד הסתדרותי. נטייה דומה שררה בקרב מנהלי הדסה ורבים מאנשי משרד הבריאות.

כאמור, המלצותיה של ועדת מן שנמסרו להר"י ביוני 1969 התייחסו בעיקר לשינוי המבנה הארגוני של כלל מערכת הבריאות ולא רק לפתרון בעיית השרות בקהילה וזאת בהנחה כי שינוי זה יוביל לפתרון חלק גדול מבעיות המערכת וישפר את תפקודה. ההמלצה המרכזית כללה הצעה להקמת רשות בריאות ארצית אחידה, רשויות אזוריות, מרכז רפואי-אזורי שירכז את כל רופאי האזור. הועדה המליצה גם על הגדרה מחודשת של הטפול הראשוני במרפאה ואימצה את הגדרת הרופא הכללי כ"רופא המשפחה" כפי שקבעה קופת חולים עשר שנים קודם לכן. חידושה המרכזי של הועדה היה בהמלצותיה לבסס את השרות הראשוני על צוות רופא-אחות, בו התחילה קופ"ח שנתיים קודם לכן. מאידך לא השכילה ועדת מן להגדיר את "רופא המשפחה" בהגדרה מקצועית נפרדת ממודל הרופא הכללי שהיה נפוץ בישראל וששימש בפועל כרופא משפחה, אך היה בדרך כלל מחוסר התמחות וחסר הכשרה מתאימה לעבודה בקהילה. הועדה אימצה את הנורמות של קופת חולים שהרופא הכללי אחראי לטיפול בכ- 1,000-1,500 נפש בקהילה. על מנת לשפר את הכשרת הרופא הכללי לשמש כרופא משפחה הוצעה הוועדה כי יהיה עליו להיות בקשר עם המחלקה הפנימית בבית החולים האזורי. לפי המלצת הועדה ייקלטו במחלקות הפנימיות של בתי החולים האזוריים בין 20-30 רופאים כלליים שישמשו כרופאי משפחה ויהיו כפופים למנהל המחלקה. מנהל המחלקה הפנימית יהיה אחראי במסגרת תפקידו גם על השרות הקהילתי ואילו מסלול ההכשרה של "רופא המשפחה" יהיה בעצם מסלול התמחות ברפואה פנימית. בדרך זו קיוותה הועדה תחוסל חלוקת הרופאים לשתי קטגוריות נפרדות (העליונה- רופא בית החולים, הנמוכה- הרופא הכללי בקהילה). מסלול זה יוביל לדעת הועדה, שיפור מעמדו של הרופא הראשוני בקהילה וימנע את ירידתם של רופאים רבים מהארץ שלא מצאו מקום עבודה בבתי חולים.

הועדה המליצה גם על הרחבת החינוך הרפואי לשירותים הקהילתיים בנוסף לבתי החולים.

בהמלצות ועדת מן ניתן לראות ניצנים ראשוניים של חשיבה לכיוון מיסודה של הרפואה האזורית:

קשר בין רופאי הקהילה לרופאי בית החולים וניסיון להוביל לשיפור הרמה הרפואית בקהילה. אולם בראיה היסטורית ניתן להעיר כדלקמן: א. "השתלת" הרופאים הכלליים במספרים שפורטו במבנה של בתי החולים "הסגור" הישראלי (בו רק רופאי בית החולים מטפלים בחולה) מבלי לפרט מה תפקידם ומעשיהם של רופאי הקהילה בבית החולים הייתה בחזקת מרשם תיאורטי בלבד ובמידה רבה פתרון מלאכותי. ב. למנהל המחלקה הפנימית הישראלית, ברוב המקרים, לא היתה זיקה לרפואה הקהילתית וכתוצאה מכך הוא לא היה הדמות המתאימה לרכז אותה באזור, בודאי שלא מבחינה ארגונית. ג. ועדת מן התעלמה מקיומו של הויכוח בין הסוברים כי רפואת המשפחה הינה מומחיות כשלעצמה לבין הסבורים שהיא התמחות משולבת של הרפואה הפנימית הראשונית מצד אחד ושל רופא הילדים הראשוני מהצד השני. ועדת מן הכירה אמנם בביטוי "רופא המשפחה" ובמעמדו המיוחד אולם ניתבה אותו למסלול התמחות ברפואה פנימית כלומר במערכת הקיימת. הכרה זו התעלמה מהמודל הביו-פסיכו-סוציאלי שהוכר כבר אקדמית ומקצועית במערכות בריאות בעולם כמודל היסוד ליחסי רופא-חולה וכבסיס הרצוי לבניית מערך הטפול הרפואי ברפואת המשפחה בקהילה. מודל זה לא יכול היה להגיע לידי ביטוי ברפואה הפנימית בבית החולים ולפיכך הכשרת רופא המשפחה במסגרת זו תהיה מוטעית. הגדרתה של ועדת מן את רופא המשפחה כמסלול התמחות ברפואה הפנימית התעלמה גם מהתחרות הקיימת בין מסלולי ההתמחות "היוקרתיים" ברפואה הפנימית. צפוי היה שהרופאים הטובים, "הנחשבים" ימשיכו לפנות אל אותם מסלולי יוקרה של ההתמחות ואילו רפואת המשפחה תיוותר מאחור כברירת מחדל. מבחינת הנהגתה הרפואית של קופת חולים היו אפוא המלצות ועדת מן חסרות גם שינים וגם חסרות יכולת יישומית, למרות החשיבות העקרונית של העלאת נושא הרפואה בקהילה והדיון הציבורי בשאלת הגדרתו המקצועית של רופא המשפחה.

5. תזכיר סורוקה למזכ"ל ההסתדרות בנושא הרפואה הראשונית

מסקנות ועדת מן והעדר פתרון ישים לבעיות השרות בקהילה העמידו את הנהלת קופת חולים הכללית שוב בפני הצורך לדון בעצמה בנושא. כאמור סוגיית השרות בקהילה והעדר נכונות של רופאים צעירים לעבודה בקהילה הדאיגה את קופת חולים ממחצית שנות החמישים והייתה אחת הבעיות החשובות

שהקופה ניסתה לפתור, אך ללא הצלחה עד אז. בינואר 1970 פנה משה סורוקה, יו"ר הנהלת קופת חולים למזכ"ל ההסתדרות יצחק בן אהרון וביקש לקיים דיון מיוחד במהות קיומם של שירותי הרפואיים של הקופה ובעתידה כארגון בריאות. סורוקה שהגדיר את הבעיה בכותרת כ"העתודה הרפואית לשירותי המרפאה מאין?" הביע ביקורת חריפה על בתי הספר לרפואה בישראל שהכשירו רופאים לעבודת בתי חולים בלבד (בתי הספר בירושלים ובתל אביב ובית הספר בחיפה שהיה בשלבי הקמה) והתעלמו מצורכי הקהילה. לדבריו, מדינת ישראל עשתה השקעות ענק במפעלי חנוך רפואי שרמתם גבוהה, "אולם אין בהם תשובה כל שהיא לסוגיית הרפואה בקהילה ובמיוחד באזורי הכפר הספר והפיתוח". לדעת סורוקה, החברה הישראלית חייבת להגן על עצמה ולהבטיח שירותי בריאות חיוניים באזורים הכפריים באמצעות הסדרים ונהלים קבועים ומחייבים, ועל ידי תמורה יסודית בחינוך הרפואי, בתוכניות ההתמחות ובהעדפה בקבלה לבתי הספר לרפואה למועמדים המתחייבים לשרת בכפר עם סיום לימודיהם. סורוקה הציע לחדש את ההסכם הבין מוסדי שבין קופת חולים לכלל בתי החולים הציבוריים, שאין בוגר בית ספר לרפואה מקבל עבודה בבית חולים ללא תקופת עבודה בכפר.

למרות דרישת סורוקה לקיים דיון מיידי בנושא זה, הוא לא נדון מסיבות שונות והנושא נישאר ללא פתרון.

אי ישימותן של המלצות ועדת מן לשיפור השרות הרפואי בקהילה, למעט חיזוק הגדרתו של "רופא המשפחה", כדמות מפתח מחד, ואי קיום הדיון בהסתדרות שדרש סורוקה מאידך, הבהיר להנהלה הרפואית של קופת חולים הכללית כי יש צורך בחשיבה פנים ארגונית מעמיקה שתכלול הצעות לתמורות במדיניות עקבית וראויה, תוכנית ארוכת טווח אשר תוביל לשינויים יסודיים במצב השרות הרפואי בקהילה. תוכנית זו והתמורות הצפויות בעקבותיה חייבות לחול במקביל הן בשרות הרפואי והן בחינוך הרפואי כאחד. בשונה משנות החמישים בהם נדרשה הקופה להתמודדות יומיומית עם צרכי השעה, היו שנות שבעים נינוחות יותר מבחינה כלכלית. מלחמת ששת הימים והפריחה הכלכלית שבאה בעקבותיה יחד עם הרחבת העלייה ממדינות רווחה וראשית העלייה הציונית מברית המועצות אפשרו לקופת חולים להקדיש עתה זמן ואמצעים בניסיון לפתור את סוגיית השרות בקהילה⁹⁸.

מינויו של דורון, רופא בקהילה, איש הנגב, המכיר מקרוב את הבעיה, להנהלת הקופה, סלל למעשה את הדרך לדיונים מעמיקים בנושא, דיון שהוביל להתחדשותה של "רפואת המשפחה" בישראל.

רפואת משפחה במאה העשרים

שורשיה של רפואת המשפחה בדמותה המודרנית טמונה במידה רבה באירופה שלאחר המהפכה התעשייתית. לדעת מיכאל דיוויס מירושלים, מהחוקרים הראשונים בתחום ותומך נלהב של רופא המשפחה כמוקד השרות הקהילתי, ראשיתו של התהליך במאה ה-18 עם הקמתה של המרפאה הקהילתית הראשונה בפילדלפיה בשנת 1786. מרפאה זו שימשה מוקד שרות ראשוני שהיווה גם תחליף לבית החולים וגם לרופא הפרטי העצמאי שפעל לבדו. בהגדרתו את המרפאה הקהילתית התייחס דיוויס גם לקיומה של מערכת יחסים ייחודית בין המטופל לרופא, וגם להרכב צוות המרפאה, לתפקידי האחות ולקשר שבין המטופלים לקהילה. רופא המשפחה של דיוויס והשרות הקהילתי הוגדרו כגורמי המפתח בשרות הרפואי בעתיד.⁹⁹ מבחינת מערך החוקרים אשר דנו בנושא מאז דיוויס ועד היום ניתן לראות כי חילוקי הדעות לא היו רבים. רובם ככולם ייחסו לרופא המשפחה חשיבות מכרעת בחינוך לבריאות, קידום בריאות, "שמירת שער" מפני אשפוזים מיותרים וניהול הבריאות של אנשי הקהילה הנמצאים באחריותו.¹⁰⁰ למרות זאת, עד שלהי שנות השישים של המאה העשרים אף מערכת בריאות מערבית לא יכלה להציג פתרון לבעיה כיצד לבנות את מעמדו של רופא המשפחה אל מול מדעי הרפואה, הטכנולוגיה והמחקר הרפואי המתקדם שפעלו בבתי החולים והפכו למוקד העשייה הרפואית המחקרית והאקדמית. רפואת המשפחה הפסידה מראש בתחרות זו במשך עשרות שנים ובכל המערכות.

4. הכנס הבינלאומי ברפואת המשפחה

בספטמבר 1972 התקיים בישראל לראשונה כנס בינלאומי בנושא רפואת המשפחה.¹⁰¹ הכנס התקיים ביוזמתה של קופת חולים הכללית בשיתוף עם שנים מראשי המחלקה לרפואת משפחה באוניברסיטת תל אביב אשר עיקר פעילותם הרפואית הייתה במסגרת קופת חולים. בנוסף לרופאים הישראלים, השתתפו בכנס רופאי משפחה בולטים באקדמיה במחקר ובשרות מאוסטרליה, קנדה, ניו זילנד, שבדיה, נורבגיה, בריטניה, דרום אפריקה וארצות הברית. כולם כאחד היו שותפים לשאלת קידום מעמדו של רופא המשפחה, המחסור ברופאי משפחה איכותיים באזורים היקפיים ויכולת העמידה של רפואת המשפחה בתחרות עם רפואת בית החולים. ריכוזם של חוקרים ממגוון מדינות רחב הבליט המימד הבינלאומי של הסוגיה ואת הקונסנזוס העולמי בנושא. היה זה מפגש ראשון שבין אנשי השרות הרפואי,

החינוך הרפואי והמחקר, במטרה להעמיק בסוגיית "נציגה הראשוני" של מערכת הבריאות בקרב המשפחה, היחידה הבסיסית בחברה.¹⁰² דיוני הכנס כללו נושאים מרכזיים כחינוך לרפואת משפחה, ארגון הרפואה הראשונית, רפואת המשפחה כשדה למחקר והיבטים קליניים ואחרים ברפואת המשפחה. במכוון נוהלו דיוני הכנס במסגרת סדנאות, מסגרת שהלמה את נושא הדיון. קווי הנגישות והזמינות לרופא המשפחה הונחו בבסיס הדיון כתנאי לאספקת השרות לכלל ולא רק כדגם מיוחד למטרות למידה ומחקר. במספר דיונים הודגשו ההיבטים ההתנהגותיים החייבים להיכלל בעבודתו של רופא המשפחה וביחס של השרות הן מבחינת המטופל והן מבחינת משפחתו וקהילתו. כבר בדברי הפתיחה הונח בפני המשתתפים המושג של צוות רופא-אחות המשפחה ולא רק רופא המשפחה הבודד כגורם המרכזי במתן השרות הרפואי. לדעת המציגים דפוסי עבודה אלה ובעיקר יצירת צוותי עבודה של רופא-אחות כיחידה אחת, יאפשרו הכללות תפקידי רפואה מונעת וקידום בבריאות, מעקב אחרי החולים הכרוניים והיבטים ארגוניים נוספים. כן נדון שיתוף פעולה ההדוק הנדרש בין כל נותני השרות הרפואי בקהילה ובראש בראשונה רופאי הילדים, היכן שהם פועלים. במהלך הדיונים בסוגיית אחריותו של רופא המשפחה הוגדרה במפורש אחריותו הכוללנית של רופא המשפחה למטופליו מלידה ועד מוות, והובעה במפורש התנגדות להפרדת הטיפול בקשיש מרופא המשפחה בהיותו חלק אינטגרלי מהגישה הכוללנית משפחתית. הקשר של רופא המשפחה עם בית החולים נדון אף הוא. קופת חולים מצידה הציגה לפני המשתתפים את תוכניתה להקצאת 24 ימי השתלמות בשנה בבית החולים האזורי לרופאי המשפחה כצעד לשיפור איכותם המקצועית. שילוב רופאי משפחה בעבודות בית החולים באזורי כפר וספר כדוגמת העמק, הנגב ואילת נדון בהרחבה כמודל שיש לאמץ גם באזורים נוספים.

"התחדשות של רפואת המשפחה חיונית ואנו שומעים את צליליה הראשונים. תקוותנו והתלהבותנו ואמונתנו שלא במקום העמקה והערכה- יבואו לעזרתנו בהגשמת המטרה" נאמר בסיום דברי הפתיחה של דורון.

מעבר להיבטים האקדמיים הכללים שבקיומו של הכנס הבינלאומי לרפואת משפחה בישראל, שימש הכנס מכשיר ראשון במעלה לדחיפת ההתמחות ברפואת המשפחה בישראל. הדיונים במחקר ובחינוך הרפואי בתחום רפואת המשפחה הוציאו נושא זה מתחום הבעיה השירותית הבלעדית והפכו אותו לנושא אקדמי לגיטימי בו מתקיימים דיונים בינלאומיים, יש בו שדות מחקר שונים ויש לו מעמד משלו

באקדמיה. האקדמיזציה והבינלאומיות של רפואת המשפחה כפי שהוצגה בכנס, הפכו אפוא מכשיר מרכזי להכשרתה ולקידומה בישראל כמקצוע של התמחות רפואית לכל דבר. הכרה זו הייתה מכשיר מרכזי לפתרון הבעיה שבשטח.

פרק ה. התמורות במישור ארגון שרותי הבריאות

1. שיטת הצוות רופא-אחות ברפואה הראשונית

במחצית השנייה של שנת 1967, שנה לפני כינונה של ועדת מן, ניסתה קופת חולים דרך חדשה בארגון השרות בקהילה וזאת על ידי הנהגתה של שיטת עבודה חדשה המבוססת על צוות רופא-אחות במרפאות הקופה. השינוי הונהג בהדרגה- תחילה באזורי פתוח ושיכוני עולים ובהמשך בהחלתו על כלל מרפאות הקהילה. הצעדים הראשונים נעשו בנגב, אשר שימש מאז ומתמיד כר מתאים לניסיונות ארגוניים בתחום השרות הרפואי וחוד החנית בקידום פתרונות שהפכו למודלים לאומיים. בהמשך לנגב הופעל דפוס עבודה דומה גם בבית שמש, ובמרפאות רבות נוספות. שיטת צוות רופא-אחות קבעה כי המטופל יפנה קודם כל אל האחות ומשם ימשיך במידת הצורך לחדרו של הרופא. הסיבה המיידית להנהגת שיטה זו הייתה קשורה לעומס הרב שהיה קיים במרפאות אלה, במספר הנפשות הגבוה במיוחד לרופא הראשוני בעובדה שהמפגש רופא-חולה היה כתוצאה מכך קצר ושטחי. מעבר לסיבה המיידית הנראית לעין, היו להנהלה הרפואית של קופת חולים בנגב ולאחר מכן להנהלה הרפואית הארצית סיבות נוספות עמוקות יותר. הרציונל של עבודת צוות-רופא אחות קשור במידה רבה לרעיונות העומדים בבסיסה של הרפואה הראשונית כולה, והיא מחייבת כיסוי כל שלבי הבריאות בקהילה, המונעת, וקדום הבריאות הטיפולית החריפה, הממושכת והשיקום. גם בתנאים רגילים וקל וחומר בתנאים של עומס רב מחייבת גישה זו שיתוף פעולה הדוק בין האחות לבין רופא המשפחה, כך ניתן לשלב פעולות של גילוי מוקדם של מחלות מצד אחד ושל מעקב אחרי חולים במחלות ממושכות מצד שני עי האחות שגם מספקת לרופא מידע חיוני ומאפשרת מילוי רחב ועמוק יותר של תפקידיו. עבור הניהול הרפואי של קופת חולים הכללית דאז, הנהגת שיטת הצוות רופא-אחות היוו צעד חשוב בתכנית הרנסנס של רפואת המשפחה במישור ארגון שרותי הבריאות.

היה ברור מראשית הדרך ששיטה זו מחייבת תמורות יסוד בתפקידי האחות, דבר הקשור בהכשרה מתאימה. בשיטת העבודה המסורתית, במרפאות הראשוניות, האחיות היו עובדות בבדידות או בשיתוף של מספר אחיות בחדר הטיפוליים, בו הגבילו את עצמן למתן זריקות, חבישה ופעולות דומות ללא כל מעורבות

נוספת וקשר אישי עם החולה, ובודאי שלא בתפקידי גילוי מוקדם של מחלות ובמעקב אחרי חולים במחלות ממושכות פרופ' רבקה ברגמן, ממייסדות התוכנית האקדמית לסייעוד באוניברסיטת תל אביב ייחסה לאספקת טיפול בעל איכות טובה, הכולל בנוסף לאבחנה וטיפול במחלה, גם היבטים של המשכיות הטיפול, הדרכה בריאותית, סעד רגשי, גילוי מוקדם, מניעת המחלה וקידום בריאות. תפקידים אלה הוטלו בחלקם הרב על האחיות בשיטת עבודת הצוות רופא- אחות. הרופא נידרש להתרכז באבחנה ובטיפול מחד ולעבוד עם חברי צוותו כדי לספק טיפול כוללני, הכולל תפקידים בסיסיים של הסייעוד.¹⁰³

במחצית 1967 ניפתח בבאר שבע הקורס הראשון להכשרת אחיות לעבודת צוות רופא- אחות. הרוב המכריע של האחיות בנגב היו אחיות מעשיות, והכשרתן הבסיסית לא הייתה מספקת למילוי תפקיד זה. מאידך לקופת חולים בנגב לא הייתה אז אפשרות אחרת.

עם הנהגת ההתמחות ברפואת המשפחה מינתה המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית הישראלית ועדה לרפואה ראשונית- אמבולטורית בראשותו של דר' מקס פולאק. במסגרת קווי היסוד שנקבעו על ידי הועדה כלול קטע המתייחס לצוות הסייעודי:

"1. אחות מוסמכת תוכר כ"אחות משפחה מוסמכת" "אחות ילדים מוסמכת" רק לאחר

הכשרה מיוחדת בהיבטים של השירות הסייעודי. בגלל מחסור באחיות מוסמכות יש לאפשר גם לאחיות מעשיות לעבור הכשרה כ"אחיות משפחה מעשיות" או " אחות ילדים מעשית".

a. במשך שעות הקבלה הרגילות במרפאה יופנה כל חולה קודם כל לאחות

בצוות אשר תשקול יחד אתו אם יש צורך בקבלתו על ידי הרופא או את מידת הדחיפות בצורך זה... על אחות הצוות להכין את החולה לביקור אצל הרופא ולבצע את תפקידיה הרגילים בסייעוד, בחינוך לבריאות ובפעולות הרפואיות או הסייעודיות לפי הוראות הרופא ובהשגחתו.

b. אחות הצוות תשתתף בצורה פעילה בתוכנית מעקב על חולים הסובלים

ממחלות ממושכות....." ¹⁰⁴.

בכך קיבלה שיטת העבודה החדשה ברפואה הראשונית שיזמה קופת חולים- המוסד השירותי, גושפנקא

מצד הגוף המדעי המופקד על תנאי ביצוע של תוכניות ההתמחות של הרופא הראשוני.

דגמים דומים למודל שאימצה הר"י תוארו מאוחר יותר בדו"ח המשרד האירופאי של ארגון הבריאות העולמי בשנת 1989. דו"ח זה מפרט את מגוון שיתופי הפעולה הקיימים בין רופא לאחות במערכות בריאות שונות במדינות רבות ביניהן: מדינות מרכז אירופה, סקנדינביה, ספרד ופורטוגל, בלגיה ושוויצריה. כן ציין הדו"ח כי לנוכח התפתחות הנושא יש מקום לעריכת מחקרים נוספים בצורות השיתוף ובתכנון של מודל העבודה רופא-אחות.

2. דגמים ראשוניים

א. מרפאת "שמשון" בבית שמש

עבודת צוות רופא אחות הונהגה במרפאת "שמשון" בית שמש בראשית 1967. עד מלחמת ששת הימים הייתה בית שמש, עיירת פיתוח מרובת אוכלוסיית עולים, רובם ככולם מארצות צפון אפריקה ובעלת חתך סוציו-אקונומי נמוך ביותר. מטרת התוכנית הייתה לארגן מחדש את עבודת המרפאה המרכזית בעיירה בה עבדו 4 רופאי משפחה, כשכל אחד מהם היה אחראי לאחד מארבע שכונות העיירה. טרם הנהגת השיטה עבדו במרפאה שלוש אחיות, שתיים מהן עסקו בחבישה ובמתן זריקות תוך ורידיות והשלישית ביצעה את שאר הזריקות הרגילות. במהלך העבודה הרגילה לא היה כל מגע בין הרופאים לאחיות. עם הנהגת השיטה החדשה- נוספה אחות רביעית לצוות, כשכל אחת מהאחיות עבדה עם רופא משפחה. כל האחיות היו מעשיות בהכשרתן. חלקן היו עולות חדשות והאחרות היו בוגרות בית ספר לסיעוד אך ללא כל ניסיון מעשי. בפרק זמן של שנה וחצי הוכשרו האחיות לעבודה במודל של צוות רופא-אחות. מספר הזריקות צומצם לחיוניות בלבד וכן צומצמו פעולות החבישה תוך שיתוף פעולה עם המטופלים. דר' יאיר יודפת, שהקים את המחלקה לרפואת משפחה בבית הספר לרפואה בירושלים בשיתוף המחלקה לרפואה פנימית בבית החולים הדסה, ששימש כרופא ראשוני במרפאה, תאר את התהליך לפרטיו: לדבריו ביצעו אחיות המרפאה מיון ראשוני, שהיווה מרכיב מרכזי בעבודת האחיות. המיון נעשה בשיתוף החולה כאשר בשום מקרה לא היווה המפגש עם האחיות מכשול לדרישת החולה לראות את הרופא. תינוקות הועברו לבדיקת רופאים בכל מקרה, גם במצבים קלים ביותר. האחיות אמנם רשמה נתונים שונים, אולם רק בהסכמת ובחתימת הרופא. החולים הכרוניים עברו כולם לבדיקת

הרופא. תפקידים נוספים אותם נדרשה האחות לבצע כללו מתן זריקות פניצילין, תכשירי ברזל, מתן תרופות להרגעה וגמה גלובולין. רשום תרופות לחולים כרוניים נעשה בחתימת הרופא, האחות ביצעה חבישה ומעקב של חולים, בדיקות לחולי לחץ דם מוגבר על ידי מדידות חוזרות תוך מילוי דו"ח רשום שהועבר לרופא, לקיחת דם ורידי, קבלת תוצאות בדיקות המעבדה, קשר עם העובד הסוציאלי ועם אחיות בריאות הציבור. בנוסף ערכה האחות הזמנה לבדיקות מעבדה לשם הכנת הביקור אצל הרופא וכן ביקורי בית אצל החולים הכרוניים. בניהול רישומי עבודת הצוות רופא-אחות מביא יודפת את השינויים המובהקים שחלו עם הפעלת עבודת הצוות.¹⁰⁵

טבלא מס' 1

מספר הביקורים (לנפש לשנה) במרפאת "שמשון" בבית שמש בשנים 1966-1968.

שנה	מספר בקורים אצל רופא- ממוצע לנפש לשנה	בדיקה אצל אחות ממיינת	חב ישה	זריק ות	סך הכל
1966	7.6	—	5. 1	5.8	18.5
1967	3.8	3.9	1. 1	1.8	11.6
1968	3.1	3.5	0. 9	1.5	9.0

טבלא מס' 2

מספר הביקורים לנפש לשנה לרופא ראשוני בשנים 1966-1968 במספר אזורי פתוח¹⁰⁶

ש נה	אור עקיבא	נצרת עילית	של ומי	בית שמש	ממוצע בישראל לרופאים כלליים
1	7.1	6.8	6.	7.6	6.6

		9			966
6.43	3.8	6.	6.8	6.5	1
		9			967
7.05	3.1	6.	6.9	6.8	1
		7			968

לירידה משמעותית זאת במספר הביקורים לרופא ראשוני בשיטת הצוות רופא- אחות בבית שמש יש להוסיף את ההפחתה המשמעותית ביותר של זמן ההמתנה לרופא. שביעות הרצון של המטופלים מהשיטה החדשה בבדיקות הראשונות שנעשו הגיעה ל 98%. כן הודגש העניין הגובר בעבודה מצד האחיות והרופאים כאחד. לרופא היה יותר זמן לאבחון ושיקול דעת במקום רשום אוטומטי של תרופות ובדיקות מעבדה מאשר קודם לכן. אם כי עיקר הדגש בדגם ראשוני זה היה על ארגון העבודה הטיפולית מציין יודפת שיפור גם במצב הבריאות של מטופלי המרפאה. כך למשל חלה עם הפעלת עבודת הצוות ירידה במקרים של דלקת מעיים אצל ילדים. מספר החולים ירד מ- 528 מקרים בשנת 1966 ל- 422 בשנת 1967 ואחר כך ל- 367 בשנת 1968. ניתן לייחס זאת לפעולת חינוך לבריאות בקרב האמהות שנעשה במסגרת עבודת הצוות. כמו כן הירידה במקרי האשפוז של ילדים הגיעה ל- 15% וגם זאת ניתן לקשור במידה רבה לפעילות החינוכית בריאותית הנ"ל. פעילות זו לא הייתה אפשרית קודם לכן מחוסר זמן.

ב. מרפאת "שועלי" ברעננה

באפריל 1969 הופעלה שיטת עבודת צוות רופא אחות גם במרפאת שועלי ברעננה, מרפאה בה עבדו חמישה רופאים וחמש אחיות בצוותים. עם הפעלת השיטה ברעננה נערך סקר על ידי המחלקה למחקר של קופת חולים הכללית לשם בחינה והערכה של השיטה. מסיבות טכניות בוצע הסקר רק בקרב שלושה מתוך חמישה צוותים שפעלו במרפאה. אחות מדריכה הדריכה את האחיות בעבודת צוות והשתתפה בפגישות של הצוותים. בנוסף לסקר שבוצע בעת קבלתם של המטופלים, נערכו גם ראיונות בין המבקרים במרפאה. במסגרת זו רואיינו 328 חולים שהמתינו בתור לאחות או לרופא. לשאלה האם לדעתם שיטת הצוות טובה יותר מהשיטה הקודמת (גישה ישירה לרופא שלא דרך חדר האחות וריכוז עבודת האחיות בחדר טיפולים)

השיבו 87.2% ששיטת הצוות טובה יותר. שיעור דומה מהמרוויינים הביעו דעתם בעד המשך השיטה וכנגד חזרה לשיטה הקודמת וציינו ש"האחות מטפלת כעת בחלק מבעיותיהם". גם התייחסות הרופאים והאחיות לשיטה היו חיוביות מאוד. היו שהביעו התלהבות. שביעות רצון זו הובעה גם ביחס למידת השיתוף שבין הרופא לאחות. הסקר ציין כי שביעות הרצון של המטופלים של הצוותים הובעה בעיקר ביחס לדפוס הארגון החדשים אך היא לא כללה היבטים של שביעות רצון מנושאים שבתחום הרפואה המונעת ובמעקב אחרי חולים במחלות ממושכות.¹⁰⁷ בסוף שנת 1970 הקיפו מרפאות קופת חולים שפעלו בשיטת עבודת צוות רופא-אחות יותר מ- 300,000 מבוטחים. בנגב קיבלו 51% מהמבוטחים את השרות על פי שיטה זו, ואילו במחוז יהודה (רחובות והדרום), 46% מהמבוטחים קיבלו שרות רפואי ראשוני בדרך זו.

3. ארגון ופתוח של שיטת הצוות

למען הרחבתה של שיטת הצוות והעמקתה יזמה קופת חולים פעולות להכשרת כוח אדם לעבודה במסגרת רב-מקצועית, ביצוע שיפורים בהיבט הארגוני מנהלי ובתוכן העבודה כשהמטרה המרכזית היא להקל על העומס במרפאה, ועד להעמקת הטיפול האישי במטופל, פעולות של גילוי מוקדם של מחלות ומעקב אחרי החולים הכרוניים. פעולת השתלמות רחבה שבוצעה במחצית השנייה של שנות השבעים ובשנות השמונים הייתה משותפת לרופאים ואחיות וכללה גם עובדי מנהל, רוקחים ועובדים סוציאליים תוך שימת דגש על הטיפול בחולה במקום הטיפול במחלה. לשיטת הצוות הייתה השפעה ניכרת על השימוש בשרותי רופאים ראשוניים. סקר שבוצע במרפאת קיבוץ גלויות בחיפה בשנות ה-60 הצביע על ירידה בשיעור הביקורים לנפש בשנה בשלוש שנות ההפעלה של השיטה, זאת, ביחס ליתר המרפאות.

טבלא מס' 3

סכום ממצאי סקרים שונים בארץ ביחס למדדים עיקריים בעבודת הרופא והאחות בשיטת

הצוות

המדד	הממצא
ביקורים אצל רופא ¹⁰⁸	1972-5 ביקורים לנפש לשנה במרפאת צוות; 7 ביקורים ממוצע של קופ"ח.
כנ"ל ¹⁰⁹	1968 ירידה במספר הביקורים הממוצע לנפש בשנה מ- 7.6 ל- 3.1 במרפאת שמשון, בית שמש; 7 ביקורים ממוצע קופ"ח.
כנ"ל ¹¹⁰	ירידה מ 6.9 ל- 5.5 ממוצע ביקורים לשנה במרפאת צוות. ירידה של 20%.
כנ"ל ¹¹¹	6.7 ביקורים לשנה בממוצע למרפאת צוות לעומת 8.9-9.9. בשאר המרפאות באזור.

אשפוז ¹¹²	60 קבלות לאשפוז ל- 1000 נפש לשנה לעומת 116 ממוצע קופ"ח. הפחתה של 40% בימי האשפוז לנפש לעומת הממוצע הארצי.
אשפוז ¹¹³	34.8 פניות אשפוז ל-1000 נפש, לעומת 41.6 ביתר מרפאות האזור
אחיות (זריקות) ¹¹⁴	ירידה מ-5.8 - זריקות ל-1.5 אחרי הפעלת עבודת הצוות. ירידה מ-5.1 ל-0.9 חבישות לשנה.
אחיות (טיפולים)	300 טיפולים לחודש ל- 1000 נפש במרפאה עם עבודת צוות, לעומת 450 במרפאות רגילות. 164 זריקות לחודש ל- 1000 נפש במרפאת צוות קבוע גלויות – חיפה, לעומת 299-305 במרפאות רגילות.
שעות הביקור לנפש אצל הרופאים הכלליים בקופ"ח 1978-1979 ¹¹⁵	מרפאות רגילות: 1978-1979 6.8 לעומת 6.1-6.4 במרפאות צוות.

בעשור שבין השנים 1970-1979 חלה התפתחות ניכרת של שיטת עבודת הצוות רופא-אחות

ביחידות של רפואה ראשונית כללית גם מבחינת מספר המרפאות, מספר יחידות הצוות ומספר הנפשות כמפורט בטבלא כדלקמן.

טבלא מס' 4

התפתחות שיטת העבודה בצוות במרפאות עירוניות, קופת חולים הכללית לפי מחוז- רופאים כלליים

בלבד בשנים 1970-1979¹¹⁶

מחוז	מספר מרפאות צוות			מספר יחידות צוות רופא-אחות			מספר נפשות רשומות אצל הרופאים הכלליים בצוותי רופא אחות		
סה"כ כללי	1970	1977	1979	1970	1977	1979	1970	1977	1979
סה"כ כללי	61	109	128	155	299	368	313,515	561,954	662,127
ירושלים	2	5	5	8	11	11	15,384	20,726	30,252
תל אביב	-	3	5	-	9	9	-	20,272	26,824
יפו	4	5	5	9	14	14	16,434	23,500	26,090
דן	2	1	6	8	4	4	4,366	7,582	26,214
חיפה	6	15	17	20	50	50	36,190	106,324	128,443
גליל	1	5	4	3	16	16	7,107	28,215	24,368

מערבי									
יהודה	12	14	14	30	38	38	63,259	70,396	69,976
ראשון לציון	5	6	6	11	14	14	21,922	24,638	24,356
הנגב	19	27	36	43	65	65	89,838	121,803	131,177
פתח תקווה	1	4	4	3	13	13	6,253	21,456	22,651
השרון	2	8	6	9	27	48	16,900	36,310	39,504
השומרון	1	2	2	2	5	6	3,700	86,716	11,249
העמק	2	6	6	7	19	21	14,768	34,266	36,123
הגליל	4	8	12	7	14	19	17,394	32,795	2,894

c. סוף מעשה במחשבה תחילה- ירידה בשימוש בביקורים אצל הרופא

הראשוני

מראשית דרכו במערכת הבריאות הציבורית הרבה צרכן הבריאות הישראלי להשתמש בשרותי הרופא הראשוני בשיעור גבוה ביחס לצרכני בריאות במדינות מערביות דומות ובמיוחד בגלי העליה ההמוניים. ניתן להניח כי נגישות השירותים הראשוניים הגבוהה במיוחד בישראל – פרישת מאות מרפאות ראשוניות במערך ארצי, בכל נקודת יישוב גדולה או קטנה- היא זו שאפשרה שימוש מרובה זה. כפי שצוין לעיל, שימוש מרובה זה בשרותי הבריאות הווה בעיה מערכתית בעיקר משום שמרב השרות ניתן על ידי הרופאים ומרב השימושים הינם באמצעות מפגש רופא-חולה. אל קשיים אלה נוסף המחסור ברופאים בכפר, בספר ובאזורי פיתוח. שילוב שלוש גורמים אלה יצר מצוקה קשה מצד נותני השרות- קופות חולים, רופאים ואחיות מחד, ותרעומת קשה מצד מקבלי השרות, החולים מאידך. לכל העוסקים בנושא היה ברור הצורך בשינוי מהותי בדרך מתן השרות הרפואי הראשוני על מנת לשפרו ואת איכותו.

שיעורים גבוהים אלה של שימוש בשרותי רפואה ראשונית בישראל בהשוואה למדינות אחרות נצפו בעיקר במערך הארצי של מרפאות קופת חולים הכללית אשר היו מפוזרות בכל נקודות היישוב בארץ. שיטת

עבודת הצוות הייתה אמורה להפחית את שיעור הביקורים אצל הרופא הראשוני על ידי פיתוח חלופות שרות והרחבת הרפואה המונעת והחינוך לבריאות באמצעות צוות רופא-אחות. ד"ר פיליפ זקס¹¹⁷ חוקר מדיניות בריאות שניתח נושא זה מצא כי בשנות השמונים אכן חלה ירידה במספר הביקורים ברפואה הראשונית. המקור עליו התבסס זקס היה הסקר הלאומי לשירותי בריאות שבוצע ארבע פעמים על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מאז 1977. בסקר הראשון רואינו קרוב ל-6,000 משקי בית ללא קיבוצים, מוסדות ובדויים בנגב. על פי סקר זה הרבה הישראלי להשתמש בשרותי בריאות בהשוואה בינלאומית. הסקר השני שנערך בשנת 1981 הוא זה שהראה ירידה בולטת במספר הביקורים באוכלוסייה היהודית ובלא יהודית. זקס מדגיש כי הירידה שנצפתה במספר הביקורים אצל הרופא הראשוני לאחר הסקר של 1981 לא נידונה בספרות המחקרית ועלתה לדיון רק לאחר הסקר של שנת 1993, וזאת למרות ההתייחסות המודגשת שהייתה קיימת לעודף הביקורים של צרכן הבריאות הישראלי כבר בסקר הראשון. לדעת זקס ניתן לייחס אפוא את הירידה בשימוש בשרותי רופא ראשוני שנצפתה בשנות השמונים לביסוס עבודת הצוות רופא-אחות שהופעלה זמן קצר קודם לכן וזאת בשילוב הנהגת ה-appointment system בקופת חולים הכללית. הלשכה הישראלית לסטטיסטיקה לא היתה הגורם היחיד שצפה את הירידה בשיעור הביקורים אצל הרופא הראשוני בשנות השמונים. עבודות נוספות שבדקו שעורי תחלואה שנעשו בישובים כפריים ועירוניים בעלי אחוז גבוה של קשישים, הראו ירידה בשיעור הביקורים אצל רופאים ראשוניים, נמוכים אף יותר מאשר אלה שנמצאו בעבודות קודמות שהתבססו על סקרי הבריאות הלאומיים. גם עבודות אלה ייחסו את הירידה במספר הפניות לרופא הראשוני לעבודת הצוות רופא-אחות.¹¹⁸

טבלא מס' 5

שימוש בשרותי רופא ראשוני- השוואות בינלאומיות: מדינות OECD וישראל.

מספר הביקורים הממוצע לאדם לשנה:¹¹⁹

שנת 1996(או		
מדינה	1981	אחרת)
אוס	4.5	6.6
אנגל	4.7	5.9
צרפ	4.2	6.5
ישר	8.5	6.7
יפן	14.6	16.0
פינל	3.3	4.3
גרמ	11.6	6.5
איט	8.3	8.3
מקס	1.3	2.2
הולנ	5.3	5.4
פולי	6.5	5.4
שוו	2.6	2.9
ארה	4.6	6.0

5. הצוות המורחב : שיתוף העובד הסוציאלי הרפואי.

לא רק הצורך הכלכלי והארגוני עמדו ברקע הפעלתה של עבודת הצוות רופא אחות. תמיכה בעבודת הצוות באה גם על רקע של המגמה להרחיב את עקרונות הטיפול ברפואה הראשונית להיבט הפסיכו-סוציאלי בסביבה המשפחתית, התעסוקתית והחברתית.

גישה רעיונית זו חייבה את שיתופם של עובדים סוציאליים רפואיים במערך השרות הראשוני, עובדים שעד תקופה זו הוגבלו בעיקר לבתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והשיקומיים. העובדים הסוציאליים שהצטרפו לעבודת הצוות היו כאלה שנקלטו בקופת חולים או כאלה שפעלו במסגרת מוסדות אחרים, כגון: הראשות המקומית (עירייה, מועצה אזורית או מקומית) בשיתוף פעולה הדוק עם צוות המרפאה. תפקידיו של העובד הסוציאלי בעבודת צוות הוגדרו כדלקמן:

1. זיהוי ואבחון צרכים פסיכו סוציאליים וכלכליים של החולה ומשפחתו.

2. תכנון הטיפול האישי, הקבוצתי והקהילתי בחולה היחיד ובסביבתו.

3. גיוס משאבים לטיפול.

4. תיאום ושילוב השירותים.

5. ייעוץ וטיפול לפרט ולמשפחתו בשיטות פרטניות וקבוצתיות.

6. הפניה לשירותי רווחה אחרים וכן לגורמים חברתיים מתאימים.

הוקם איפה מודל הצוות הרחב שכלל עובדים שונים; פגישותיו המקצועיות חולקו לסוגים שונים:

- א. פגישות צוות שבועיות לדיון בבעיות שוטפות של מטופלים.
- ב. פגישות בעלות אופי ארגוני גרידא, המיועדות לכל העובדים המקצועיים והמנהליים במרפאה
- ג. פגישות בעלות אופי השתלמותי רפואי, מיועדות לרופאים ולאחיות או בעלי מקצועות בריאות נוספים. הכול לפי הנושא, כולל מפגשי ייעוץ עם רופאים מומחים באזור או מחוץ לאזור, הכולל הדגמת חולים.
- ד. פגישה לדיון במקרים מיוחדים מתוך העבודה הקהילתית השוטפת בעלת אופי רפואי או רפואי – חברתי.

במסגרות הנ"ל הוקדשה אחת לשלושה חודשים ישיבת צוות לנושא חינוך לבריאות.

ניתן לסכם כי שיטת עבודת הצוות רופא – אחות היוותה לא רק דפוס של ארגון עבודת המרפאה הראשונית, אלא גם מאמץ עיוני להגדרתה של פילוסופית טיפול בבריאות, בה שלושה אלמנטים בסיסיים: הראשונה- המעבר מהמודל הביולוגי- טיפולי למודל הביו- פסיכו- סוציאלי ברפואה הראשונית; השנייה- תפיסת הרפואה המונעת, הטיפולית והשיקומית כאחריות של הצוות רופא – אחות, תוך שיתוף העובד הסוציאלי – רפואי ואחרים. השלישית- הדו-שיח והרב-שיח המקצועי והדאגה לרמת הידע וההשתלמות במישורים השונים. כולם כאחד היוו חלק אינטגרלי מהשיטה בעת הפעלתה.

6. גילוי מוקדם של מחלות בשיטת הצוות רופא – אחות.

אחד היתרונות הבולטים בהפעלת שיטת עבודת צוות רופא אחות הייתה היכולת לפעול בהרחבה גם בתחומי החינוך לבריאות והרפואה המונעת. הרחבת העבודה הבריאותית לכוון הרפואה המונעת בשיטת הצוות רופא – אחות הגיע לידי ביטוי בולט במיוחד בנושא הגילוי המוקדם של מחלות קהילתיות

¹²⁰.(Community Diseases)

בשנות ה-60 ובשנות ה-70 המוקדמות רק 9.4% של הסובלים מלחץ דם גבוה בישראל היו בפיקוח

רפואי. בהקשר לכך התחלואה ממחלות קרדיו וסקולריות באוכלוסיית ישראל הייתה גבוהה במיוחד.

הפעלתה של עבודת צוות רופא אחות אפשרה למעשה ליישם את התוכנית לאיתור ומעקב הסובלים

מיתר לחץ דם מתוך כלל המבקרים במרפאות הראשוניות של קופת חולים. בשנת 1983 דווח על ביצוע

מעקב לחץ הדם ל-100,000 מטופלים במסגרת עבודת הצוות רופא – אחות.

תפקידי האחות בתכנית זו היו כדלקמן: (1) מדידת לחץ הדם לכל באי המרפאה.

(2) קביעת הזמן לביקור אצל הרופא של אלה הסובלים מלחץ דם מוגבר. (3) בדיקה מדוקדקת של לחץ

הדם, דופק, משקל ובדיקת רגליים. (4) תחקיר של תלונות, תופעות לוואי, היענות לטיפול ודיאטה.

(5) הדרכת החולה ומשפחתו בנושאים הנ"ל. (6) מעקב אחרי חולים שלא הופיעו ע"י טלפון, מכתב או

ביקור בית. (7) מעקב אחרי ביצוע בדיקות מעבדה שהרופאים ביקשו. (8) הזמנת החולים ומשפחותיהם לשיחות

רופאים, אחיות ודיאטניות, בתכניות לחינוך לבריאות בנושאים הנ"ל.

(9) הפצת חומר חינוכי שהוכן ע"י המחלקה לחינוך לבריאות. (10) הפניית חולים לדיאטנית במידת

הצורך. (11) שמירת המידע ברשימה הרפואית. החולה בטיפול התקבל פעם בחודש אצל האחות ופעם בשלושה

חדשים ע"י הרופא, אם לא היו סיבות לבדיקה מידית ע"י הרופא.

ממצאי הבדיקות הרוטיןיות העלו שאצל כ- 5% מאלה שנבדקו נימצא לחץ דם דיאסטולי של 95

mmHg או יותר. כתוצאה מהאבחון המוקדם והטיפול המונע נצפה קיצור משמעותי בזמן ההמתנה לרופא

ולאחות וחלה ירידה של כ-20% במספר הכולל של ביקורים אצל הרופא. כמו כן חלה ירידה במספר החולים

שלא נבדקו במשך 6 חדשים, אשר המשיכו לגור באותו האזור. משעור של 30% לא ניבדקים בראשית

התוכנית חלה ירידה לשיעור של 1% בשלהי התכנית בקרב 100,000 המטופלים. התוצאות הטיפוליות שבין

התקופה שקדמה לצוות רופא – אחות לזאת שאחריה היו מרשימות ביותר. מספר חולי לחץ דם הנמצאים

בפיקוח רפואי גדל פי ארבע.

בשנת 1983 פרסם דר' הופ מהמחלקה לרפואה חברתית של הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים

עבודה על תוכנית קהילתית לפיקוח על גורמי סיכון לתחלואת לב וכלי דם על ידי צוות, במרכז הבריאות

בקרית היובל בירושלים, שהשתלבה בעבודות רפואת המשפחה באותו אזור. הופ השווה את התוצאות עם

קבוצות ביקורת אחרי חמש שנות התערבות ולקח בחשבון את הירידות בקבוצות הביקורת. לחץ הדם הגבוה

ירד ב-20% מהנבדקים, כולסטרול מוגבר ב-15%, עישון בקרב גברים ב-11% מהמעשנים, ומשקל יתר ב-13%. לדעת הופ מחקר זה הוכיח שניתן לשלב תוכנית מסוג זה במסגרות העבודה של רפואת המשפחה.

תוכנית לאיתור סקר יתר לחץ דם בוצעה באופן נרחב גם במרפאות קופת חולים בנגב ע"י אסתר פארן, שמעון וייצמן ועמיתיהם בקרב 27 מרפאות ראשוניות. כל הצוותים (רופא – אחות) קיבלו פרוטוקול כתוב והשתתפו בסדרת הרצאות בנושא. במרפאות מסוימות נוסף גם ייעוץ במרפאה פנימית.

בין השנים 1981-1983 היה גידול של 18% ברישום הסובלים מיתר לחץ הדם בכרטיסיה הרפואית, גידול של 21% באיתור לחץ דם גבוה, וגידול של 130% במספר הכרטיסים הרפואיים ובהם רישום של טיפול מוגדר בקרב חולי יתר לחץ דם גבוה שאותרו.

להישגיהן של האחיות במרפאות קופת חולים הכללית באיתור הסובלים מיתר לחץ דם היו מקבילות בינלאומיות. המח' לבריאות הציבור ורפואה ראשונית באוניברסיטת אוקספורד בצעה בין השנים 1989-1992 בדיקה השוואתית בקרב 2,136 מטופלים בגילאים 35-64 בהם בוצעה תוכנית התערבות להורדת גורמי סיכון למחלות לב וכלי דם ברפואה הראשונית באמצעות אחיות, לעומת קבוצה שלא טופלה. המסקנה הייתה שתוכנית ההתערבות והבדיקות של האחיות היו משמעותיות לשם שינוי הרגלי התזונה וריכוז הכולסטרול, מאידך תוכניות ההתערבות היו חסרות השפעה בנושא הגמילה מעישון. מחקר אוקספורד ציין במיוחד את החשיבות בתפקוד האחיות בפקוח אחרי חולי לחץ דם גבוה. ללא כל ספק מודל עבודת הצוות רופא אחות הוא שאפשר את איתור הזמן וייעודו לבדיקות מונעות כגון אלו, בדיקות ומעקב שלא היו אפשריים בארגון העבודה הקודם.

7. האחות בצוות, השרות והחינוך הרב-מקצועי.

התמורות בתפקידיה של האחות בצוות רפואת המשפחה פורטו במחקר תלת שנתי במרכז הרפואי המשפחתי שמשון (ע"י בית שמש) בשיתוף עם המח' הפנימית א' בביה"ח הדסה עין-כרם בירושלים.¹²¹

האחיות בעלות הכשרה של שמונה עשרה חודש, עסקו במיון חולים ובטיפול בפגיעות קלות מאוד. המגעים מטופל-אחות ירדו מיחס של 1:2 ליחס של 1:6 בשנה, בשנים 1971, 1972, 1973. במספר הביקורים לרופא חלה ירידה מארבע ביקורים לנפש בשנת 1970 לביקור אחד לנפש לשנה בשנים 1971-1973. יותר משליש החולים שטופלו ע"י האחיות סבלו מדלקות דרכי הנשימה, אחריהן – הפרעות של מערכת השרירים והעצמות ושל העור. תפקידן כלל גם מעקב אחרי חולים כרוניים ובמיוחד חולי לחץ דם גבוה וסוכרת והפניתם בפרקי זמן או בעת הצורך לרופא תוך אספקת המידע. יש להוסיף את פעילות האחות בחינוך לבריאות ויעוץ בבעיות פסיכו סוציאליות.

בעבודה שנעשתה במשך שנה וחצי באופקים שבנגב, במרפאת קופת חולים לרפואת ילדים ראשונית, מתאר דר' רפאל גורודישר¹²² את העבודה בעיירת עולים בשנות ה-70, בתנאי תחלואה גופנית וסוציאלית קשה. גורודישר שעבד באופקים כרופא ראשוני באוכלוסייה של תינוקות וילדים עד גיל 5-6 הפעיל במרפאתו עבודת צוות רופא-אחות. הילדים התקבלו ע"י האחות בחדרה, בו היא ספקה טיפולי אחות, הכינה אותם ואת הוריהם לבדיקת הרופא והשלימה את הסבריו, ובמיוחד הדריכה את ההורים בטיפול בחום ודיאטה במקרי שלשול. בעיות בעלות משמעות סוציאלית היו מובאות לעיתים לדיון צוות בהשתתפות רופאים ואחיות (כולל צוות שירותי הרפואה המונעת שהופעל בנפרד ע"י משרד הבריאות), עובדות סוציאליות ואף מורים. ועדה שכללה רופאים, אחיות ובעלי תפקידים קהילתיים תיאמו את פעולות המניעה.

ריבוי של מצבים בעלי שכיחות גבוהה כמו אנמיה, אמביזיס, זיהומי דרכי השתן, הפרעות פסיכו מוטוריות ומחלות תורשתיות, העידו על הצורך בסקרים לאיתור מוקדם של מחלות גוף ונפש ובחינת הקשר שלהן למצב החברתי – כלכלי והתרבותי. תשומת לב מיוחדת דרשו בעיות התזונה ומחלת הרככת. גורודישר מדגיש את חשיבותם של דיוני הצוות הרפואיים – סוציאליים ושל ביקורי הבית. כן הודגש הצורך להקנות לאחות הפדיאטרית הכשרה ברפואה ציבורית וגישה רפואית – סוציאלית. כמו כן על האחות הפדיאטרית לערוך ביקורי בית שיטתיים אצל ילדים שבמעקב ממושך ושיתוף פעולה עם העובד הסוציאלי הרפואי בקהילה. בדרך זו תורחב העבודה הרפואית ותכלול את כל תחומי החברה והתרבות בעלי השפעה על

הבריאות. עבודה משולבת זו היא זו שהבטיחה אפשרות לשיפור בריאותי משמעותי, לאיתור מחלות בשלבן הראשוני ולעבודה חינוכית בריאותית רחבה. ללא כל ספק תפקידה של האחות בקשר עם שאר גורמי הקהילה היה מכריע והיווה תפקיד מפתח במהות התוכנית.

התפתחות שיטת הצוות רופא - אחות סמנה את ראשית פיתוחו של מודל חדש ברפואה הראשונית. מודל

זה חייב בחינה מחודשת של תכניות החינוך של האחיות על כל שלביהם. הלימודים חייבו לאתר מקומות הוראה והתנסות גם בשירותי בריאות קהילתיים ובמרכזי בריאות ולא רק בבתי חולים הוראתיים. "תכניות לימוד אלה חייבו שתהיה להן הכוונה קהילתית וחינוך המתבסס לקהילה וחייבות לכלול איתור ופתרון של בעיות בריאות של היחיד והקהילה באמצעות עבודת צוות ושיתוף פעולה בין-מקצועי". כך סוכמם עמדתו ועמדת מומחים מטעם ארגון הבריאות העולמי משנת 1983 בנושא "חינוך והכרה של מורי סיעוד ומנהלים בהקשר מיוחד לרפואה ראשונית".¹²³

בנובמבר 1984 קיים ארגון הבריאות העולמי, התייעצות בנושא לימודי המשך והכשרה רב-מקצועית.

דעת המשתתפים הייתה כי הרפואה הראשונית, עבודת צוות וחינוך רב-מקצועי קשורים ביניהם בצורה הדוקה מאד. כן צויין כי עבודת צוות רצויה ביותר בתכניות הלימודים בחינוך הבסיסי במקצועות הבריאות, הלימודים חייבים להיות משותפים בחלקם על-מנת לרכוש מיומנויות עבודה בצוות ולהגדיר את מטרות תפקידי הצוות. לדיון הראשוני נערכה במשרד האזורי של ארגון הבריאות העולמי באירופה שבקופנהגן, פגישת המשך לשם ניתוח תכניות הכשרה רב-מקצועיות והגדרת אסטרטגיות להכשרת צוות בראשות של הוגה דעות מאוניברסיטת לינקופינג בשבדיה.¹²⁴

משתתפי קופנהגן ציינו שבשנות ה-70 וה-80 החלה תמיכה חזקה לשילוב הרפואה הראשונית עם

המודל המסורתי של צוות רופא - אחות. גם עבודת הצוותים ברפואה הראשונית התחזקה והפכה לרב-מקצועית: רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ובעלי מקצועות בריאות כמו מרפאים בעיסוק ופיזיותרפיסטים. פיתוח עבודת צוות רופא - אחות במרפאות קופת חולים הכללית הייתה אפוא תואמת למגמות עליהן המליץ ארגון הבריאות העולמי. הפעלת התוכנית לוותה בתכנית ענפה של הכשרה רב-מקצועית משופרת כפי שהמליץ ארגון הבריאות העולמי.

הכרת מערכות הבריאות השונות בחשיבות עבודות הצוותים הרב מקצועיים, על מנת לעמוד בדרישות

הבריאות של הציבור ויוזמת ארגון הבריאות העולמי, הובילה בשנת 1987 להקמתה של רשות אירופאית לשם

פיתוח חינוך רב-מקצועי במקצועות הבריאות. חינוך רב-מקצועי הוגדר ע"י הרשות "כהכשרה במדעי הבריאות ומקצועות הבריאות מרקע חינוכי שונה לשם שיתוף הפעולה באספקת שירותים של קידום בריאות, מניעה, טיפול ושיקום, בעבודות מחקר ובתכנון והערכה של פעולות בריאות... כדי לכוון מחדש את מערכת הבריאות, במיוחד בפיתוח של רפואה ראשונית יש צורך לשנות את הגישות של בעלי מקצועות הבריאות תוך מתן חשיבות יתר לצוות הבריאותי ולתפקידו המשלים, כשמתייחסים בדרך ארץ לאלמנטים הבסיסיים של כל מקצוע."

ב. שילוב שירותי רפואה מונעת ברפואה ראשונית

(1) עקרונות

שאלת הרפואה הראשונית עלתה על סדר היום העולמי כבר בשנות השישים. דיונים ראשונים התקיימו בארצות הברית וזאת בהשפעת מספר דו"חות של ועדות, במיוחד זה של ועדת מיליס בשנת 1966. בדו"ח זה רפואה ראשונית הוגדרה כדלקמן: "אספקת רפואת מגע ראשוני, תוך לקיחת אחריות אורכית על המטופל ללא קשר להימצאותה או לא של מחלה והשילוב של היבטים גופניים, פסיכולוגיים וחברתיים של הבריאות לתוך גבולות היכולת של כוח האדם הבריאותי"¹²⁵.

פרופ' פיליפ לי, סגן שר הבריאות האמריקאי, וליסה סמפסון¹²⁶, תארו את התהליך של אבחון וטיפול במחלה ע"י הרופא הראשוני או הפנייתו למומחה במידה ואין אפשרות זו בידיהם, תוך מעקב אחרי החולה. ללא זה, הם טענו, לא מתקיימת רפואה ראשונית.

בשנת 1974, פרסם משרד הבריאות בקנדה את דו"ח Lalonde¹²⁷, שהתמקד בקידום הבריאות ומניעת

המחלה בבריאות הציבור והצורך לצרף בשירות הרפואי התייחסות קהילתית לזו של היחיד.

במאי 1970, פורסם בלונדון דו"ח של קבוצת עבודה בנושא רפואה ראשונית מטעם ההסתדרות

הרפואית הבריטית (B.M.A.)¹²⁸. הדו"ח כלל פרק המתייחס לצורך להגדיל את האחריות והפעילויות של הרופא הראשוני בשטח הרפואה המונעת והחינוך לבריאות. בעבר, טען הדו"ח, כשהרפואה המונעת עסקה רק בפיקוח על הסביבה הפיזית היה צורך להפריד בין תפקידי המעורבים בכך לבין אלה של העוסקים במטופל כיחיד. כיום, מניעת מחלות רבות קשורה בשינוי ההתנהגות היומיומית כדוגמה בנושאי תזונה, שתייה, עישון,

פעילות גופנית. הדו"ח הדגיש שרופא ראשוני נמצא במקום טוב יותר מכל אחד אחר לשם ביצוע תפקידי מניעה אלה.

בשנת 1978 כנס ארגון הבריאות העולמי את הכנס הבינלאומי ברפואה ראשונית באלמה אטה (מונגוליה). שם הוגדרה הרפואה הראשונית: "הרפואה הראשונית (Primary Health Care) מטפלת בבעיות העיקריות של הבריאות בקהילה כשהיא מספקת שירותי קידום בריאות, מניעה, טיפול ושיקום בהתאם."¹²⁹ בשנת 1994, הוגדרה הרפואה הראשונית על ידי ועדה מיוחדת מטעם המכון הלאומי לרפואה בארה"ב, כדלקמן: "הרפואה הראשונית היא האספקה של שירותי בריאות משולבים ונגישים ע"י קלינאים, האחראים לספק רוב מכריע של צורכי בריאות אישיים, תוך פיתוח שוטפות מתמדת עם המטופלים, ותוך עבודה בהקשר למשפחה ולקהילה."

המשרד האירופאי של ארגון הבריאות העולמי קבע במסגרת היעדים של התוכנית "בריאות לכל" את המטרה מס' 28 "רפואה ראשונית" כדלקמן:

"לקראת שנת 2000, רפואה ראשונית בכל המדינות החברות יתנו תשובה לצרכים הבסיסיים של האוכלוסייה תוך אספקה של קשת רחבה של שירותי קידום בריאות, טיפול, שיקום ותמיכה, תוך תשומת לב מיוחדת ליחידים וקבוצות פגיעות ובעלי סיכון גבוה".

2. שילוב הקידום המניעה והטיפול בישראל

את שורשי השילוב של המניעה והטיפול ברפואה ניתן למצוא במסורת היהודית העתיקה. חכמי התלמוד עסקו בנושא זה כבר במאות הראשונות לספירה ואילו הרמב"ם הרופא והפילוסוף הדגול מהמאה ה-12, הרחיבם עד לתורה שלמה של חינוך לבריאות¹³⁰.

במרץ 1948, בימי מלחמת השחרור של ישראל הוציא לאור מרכז קופת חולים כללית את החוברת הראשונה של "איתנים", "דו-ירחון לענייני בריאות ורפואה ציבורית." בדבר המערכת נכתב כי: "מטרת הוצאה זו היא לפתח הסברה היגיינית ובריאותית להמוני העם ולשמש במה למוסדות הרפואה הציבורית."

ד"ר יוסף מאיר (1890-1953) היה המנהל הרפואי של קופת חולים בתקופת המנדט. עם קום המדינה כיהן כמנהל הכללי של משרד הבריאות (1948-1951). בשנת 1952 פרסם מאמרו: "תנאים בסיסיים

לרפואה ציבורית" מאמר שהגדיר את התנאים לקיומה של רפואה ציבורית ובתוכם (תנאי מס' 5): "רפואה ציבורית חייבת לכלול את כל שלבי הבריאות: מניעה וקידום, טיפול ושיקום".¹³¹

דו"ח ועדת מן (1969) כלל את "הפיצול בין רפואה מונעת וטיפולית" בין פירוט חולשותיה, לדעתה, של מערכת הבריאות.¹³²

קופת חולים ראתה, בין שנות השישים והתשעים, ברפואה הראשונית את הגורם העיקרי לפעולות של רפואה מונעת וחינוך לבריאות, פעולות בעלות עדיפות בעבודה הרפואית. שילוב הרפואה המונעת והחינוך לבריאות עם השירותים הרפואיים היווה בעיני הקופה חלק מרכזי בתוכנית להתחדשותה של הרפואה הראשונית.¹³³

ת. גרושקה, בספרו: "שירותי בריאות בישראל", מציין שבשנת 1966 היו בישראל 450 תחנות אם וילד (טיפת חלב) של משרד הבריאות, 175 תחנות של קופת חולים הכללית, 18 תחנות של עיריית ת"א-יפו, 10 תחנות של עיריית ירושלים, 3 תחנות של הדסה, ושתי תחנות של גופים אחרים. תחנות משרד הבריאות ותחנות קופת חולים היו פזורות במערך ארצי, ציין גרושקה.¹³⁴ ניתן לומר כי כבר בשנות השישים שרותי אם וילד היו השרות הזמין והנגיש ביותר בישראל.

בשנת 1979 היו 215 מתוך 700 תחנות האם והילד בישראל משולבות במסגרת רשת הרפואה הראשונית וזאת בנוסף לשילוב הטבעי של שרותי אם וילד עם המרפאות הראשוניות שבקיבוצים. 80% מתחנות אלה שולבו באותם המתקנים, עם כרטיס רפואי אחיד. שילוב זה איפשר חסכון משמעותי בכוח אדם ובמספר הביקורים לרופא.

שילובה בפועל של רפואת הילדים הטיפולית הראשונית עם הרפואה המונעת (טיפת חלב) בקיבוצים היווה אחד המודלים המובילים לשרות רפואי ראשוני משולב. אולם היו גם דגמים נוספים באזורים עירוניים. בשנת 1984 פיתחה קופת חולים כללית במחוז הנגב דגם שרות בו שולבה רפואת הילדים הראשונית במערך השרות הרפואי השלישוני- מח' הילדים במרכז הרפואי סורוקה. רופאי בית החולים פעלו גם בקהילה בטיפול וביעוץ ואף השתתפו בהפעלת שרותי טיפת חלב. שילובם של כלל הש/רותים הטיפוליים והמניעתיים (דגם הפועל עד היום) היה בעל השפעה על השימוש בשרותי בריאות. דר' שמעון מוזס (לימים דיקן בית הספר לרפואה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב) ודר' רפאל גורודישר, דווחו על ירידה משמעותית בהפניות לחדר מיון של ביה"ח ושל ימי אשפוז¹³⁵ בגין אותו שילוב.

3. מרכזי בריאות

בשנים הראשונות לאחר קום המדינה הקימה "הדסה", תוך הסכם עם קופת חולים, את מרכז הבריאות בקרית היובל, שכונה בירושלים, שכוון לספק שירותי בריאות אינטגרליים לקהילה מוגדרת של עולים. הדגם היה מוגבל בהיקפו, אולם העמיק במחקר והוראה. מקור הרעיון בפיתוח מרכזי בריאות קהילתיים בדרום אפריקה לאוכלוסיית המיעוטים בפריפריה, פיתוח שנעשה ביוזמת דר' סידני ואמילי קרק יחד עם ג'והן קאסל בשנות הארבעים. עם עלייתו של דר' קרק לישראל הועתק דגם מרכז הבריאות לאוכלוסיות העולים החדשים ולשכונות חדשות כגון זו של קרית יובל בירושלים. הרעיון המרכזי של מרכז הבריאות היה לראות בקהילה ישות מטופלת, כמו בפרט החולה ולנסות להתמודד עם תחלואה וקידום בריאות גם ברמת הקהילה. קרק ועמיתיו גרסו כי לגורמים סוציו-אקונומיים, סביבתיים ותרבותיים יש משקל דומה ולעיתים אף רב יותר כגורמי ומוקדי תחלואה, כמו לגורמים ביולוגיים ואחרים. טיפול בקהילה ישפר את בריאות הפרט, החבר בקהילה. השרות במרכז הבריאות גרס קרק צריך להינתן על ידי צוות רב מקצועי של רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ומחנכי בריאות. פעולה משולבת של כולם תוביל להורדה משמעותית של גורמי התחלואה ולשיפור בריאות הקהילה. מרכזים אלה שסכו להצלחה רבה ולהישגים בריאותיים בולטים בדרום אפריקה היוו למעשה דגם הולם לאספקת שירותי בריאות בקהילות עולים חדשים בישראל.¹³⁶

בעקבות יוזמת סידני קרק, שדגל ברפואה ראשונית קהילתית, בפיתוח דגם מרכז הבריאות בירושלים, המוגבל בהיקפו, פיתחה קופת חולים בשנות השישים והשבעים את הדגם של "מרכזי בריאות קהילתיים". מרכז הבריאות פעל כיחידה המספקת שירותים ראשוניים לאכלוסיה של אזור מוגדר. השירותים ניתנו ע"י "צוות אחראי על שמירת בריאות האוכלוסייה בצורה כוללנית ובהמשכיות הטיפול, לפרט ולמשפחה, כלומר – רפואה מונעת, טיפולית, שיקומית והמשכית תוך תיאום עם כל יתר השירותים הקיימים בקהילה".¹³⁷

כבר בשנת 1920 הדגיש ה-"Dawson Report" באנגליה את הצורך בתיאום הדוק בין רפואה מונעת לטיפולית, אולם ההתפתחות של ענפים אלה הייתה רחוקה משילוב.¹³⁸ ועדת התכנון הרפואי של ה-BMA (ההסתדרות הרפואית הבריטית) טענה כי: "מרכז הבריאות חייב להיות מסוגל לפעול כיחידה אורגנית אחת במערכת הבריאות המשולבת".¹³⁹ חוק שירות הבריאות הלאומי הבריטי (1948) למרות הכרה בחולשתו בהיותו מפוצל לשלוש מנהלות ניפרדות: רפואה מקצועית, שירותי בריאות הציבור בראשות המקומית ורפואה כללית, כלל תוכנית להקמתם של מרכזי בריאות בהם ייפגשו שלוש הזרועות הנ"ל.¹⁴⁰

בתקופה הנ"ל קופת חולים פיתחה דגם מיוחד של מרכז בריאות כפרי. מרכז הפועל בתנאי כפר, "בו

מרוכזים כל שירותי הבריאות האישיים, הציבוריים וכו', והמשרת מספר יישובים ברדיוס מסוים". שירותי הבריאות ניתנו בצורה אמבולטורית לכל אוכלוסיית המרכז, כשחלק מעבודת הצוות בוצע בכל אחד מהישובים לפי תכנית מוגדרת ולפי הצורך גם בביתו של החולה.

בישוב עצמו הוקמה מרפאה קטנה למטרות עזרה ראשונה, מיון ראשוני, שירותי אם וילד, מעקב והמשך טיפול ע"י האחות לחולים במחלות ממושכות. דגם נוסף שפותח, והוא מרכז בריאות בעירות הפיתוח, כדוגמת כרמיאל, מעלות, קריית שמונה ואחרות.

השירותים שניתנו במרכז הבריאות היו כדלקמן: עזרה ראשונה, שירותים אישיים ושל ורופא ילדים מועדף. שירותי רווחה, בריאות הנפש, חינוך לבריאות, בדיקות מעבדה, שירותי מקצועות הבריאות: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת במרכז או במקום, במרחק סביר. חדר התרופות או בית מרקחת על-פי גודל אזור השירות. בכמה המרכזים הכפריים הופעלה גם מרפאת שיניים.

בשנת 1979 נסקרו בקופת חולים על ידי ועדה בראשות של דר' ל. בלטוק, 20 מרכזי בריאות כפריים, שכללו 89 יישובים כפריים ו-60 יישובים הקשורים למרכזים אשר בעירות הפיתוח. 17 מרכזים הוגדרו כ"מרכזים כפריים", מספר הנפשות הממוצע בהם היה של 2500 נפש למרכז. במחוז יהודה פעלו ארבעה מרכזים ובהם: אמונים, ערוגות, עשרת ובאר טוביה. בנגב חמישה והם: ברוש, נהורה, אבן שמואל, מבועים וצוהר. במחוז ירושלים: שריגים ובית שמש. בעמק: חבר, אומן, יעל. במחוז חפר: כפר ויתקין ותל מונד. במחוז פתח תקווה: מזור.¹⁴¹ הסקר ציין את התפקיד המרכזי שמילאה האחות בתאום עבודת המרכז, כולל מיון ומתן טיפול לאוכלוסייה גם בהעדר רופא, מעקב אחרי חולים כרוניים וכד'. כן צוינה תשומת הלב המיוחדת שניתנה לתקשורת הבינאישית בין הצוות המטפל למטופלים תוך הקפדה על אבחון וטיפול מהיר ככל האפשר, על מנת למנוע מהחולה המתנה מיותרת ואובדן ימי עבודה.

אשר לאזורי הפיתוח הסקר הנ"ל ציין, שמרכזי הבריאות בהם אינם מדגם אחיד. הם היו כדלקמן:

1. קריית שמונה: מרכז בריאות משולב של קופת חולים הכללית ומשרד הבריאות. המרכז נקרא

ע"ש יצחק קנב, ז"ל, הוגה ומתכנן הביטחון הסוציאלי בישראל עם הקמת המדינה. המרכז כלל טיפול

ראשוני, מונע, אשפוז יום, שירותי מומחים רב-מקצועיים, גם לאזור הכולל 40 ישובים בגליל וברמת הגולן ושל בני מיעוטים.

2. מעלות: המרכז כלל: טיפול ראשוני משולב (טיפול ומונע), יעוץ מקצועי ברפואת נשים

ובפסיכיאטריה, מעבדה, בית מרקחת גם לאזור של 14 יישובים, וגם של יישובי בני מיעוטים.

3. כרמיאל: המרכז כלל טיפול ראשוני כולל רפואה מונעת, יעוץ מקצועי גם לאזור, כולל

יישובי בני מיעוטים.

4. מרכזי בריאות אחרים. התפתחו כמרכזים למטרות הוראה. דגם בולט של מרכז כזה היה

המרכז לבריאות הילד באופקים שבנגב, אשר שלב רפואת ילדים טיפולית ומונעת (טיפת חלב). הקושי

המרכזי עימו התמודד המרכז היה כפל הרשויות המתקצבות והמפקחות. מחד- קופת חולים הכללית

שהיתה אחראית על מימון ואספקת השרות הטיפולי, ומאידך- משרד הבריאות שהיה אחראי על השרותים המניעתיים (טיפת חלב).

5. המרכז הרפואי שייך ג'ראח בשנת 1982 נפתח במזרח ירושלים מרכז בריאות זה. המרכז

נבנה מתרומה של קרן ירושלים בראשות טדי קולק, שבין מטרותיה היו עידוד הדו-קיום היהודי – ערבי

בירושלים. תכנונו של מרכז הבריאות ותפעולו נעשו על ידי קופת חולים הכללית, והוא פעל כמרכז

בריאות משולב המשרת בעיקר אוכלוסייה מהחלק המזרחי של ירושלים. המרכז כלל שלוש יחידות של

רפואה ראשונית, מכון הדימות ובו ביצעו צילומי רנטגן, יחידת אולטראסאונד ומוגרפיה. הייעוץ

המקצועי ניתן במקצועות אורתופדיה, אורולוגיה, עור, אף-אוזן-גרון, כירורגיה כללית ופלסטית,

אודיאולוגיה, נוירולוגיה, קרדיולוגיה, גסטרואולטרולוגיה כולל סגמוידוסקופיה, המטולוגיה, סוכרת

ותזונה. מחלקת הנשים כללה גם מעקב הריון, פוריות וסקירת מערכות.

השרות שסופק על ידי קופת חולים כלל גם חדרי ניתוח לניתוחי עיניים, ניתוחים פלסטיים ואחרים. בית

מרקחת אזורי, מכון אזורי לפיזיותרפיה, מעבדה רפואית ושירות סוציאלי רפואי.

השירותים האישיים של הרפואה המונעת סופקו ע"י עיריית ירושלים.

סה"כ המטופלים בשלוש היחידות של הרפואה הראשונית היה מעל ל-45,000 נפש מתוכם מעל 13,000

ביחידת הילדים. השירותים האישיים של הרפואה המונעת, השירותים הרפואיים המקצועיים של הדימות

(רנטגן) ושל הפוריות שרתו מעל 150,000 נפש בנוסף למבוטחי המרכז עצמו.

צוות העובדים הורכב מבעלי מקצוע בכל העדות, שפעלו בהרמוניה מלאה. שייך ג'ראח היה למרכז הבריאות הגדול ביותר מבחינת האוכלוסייה המטופלת בו והרחב ביותר מבחינת השירותים הכלליים בו.

4. חינוך לבריאות

החל משנת 1964 נכלל התפקיד של חינוך לבריאות במבנה השירותים הרפואיים של קופת חולים הכללית. אישי הציבור שעמדו אז בראש קופת חולים ראו בהקמתו של "המדור לחינוך לבריאות" אמצעי לשיפור יחסי הציבור של הקופה עם קהל החברים. הצורך לשיפור יחסי הציבור עם הקופה בה גם בעקבות מספר מקרים של אלימות כלפי הצוותים הרפואיים, שניתן היה להסבירה בתקופה של מיתון ומשבר כלכלי, ומתחים חברתיים.

אולם, התפתחות הנושא בהיקף ארצי ובעומק במסגרת "המחלקה לחינוך לבריאות" הייתה במיוחד בשנות ה-70 וה-80 בזכות ההשקפה שגרסה כי יש לקשור בין כל שלבי הבריאות: המקדמת, הטיפולית והשיקומית ולשלבם כחלק בלתי נפרד מרפואה הקהילתית הראשונית. פעילות זו קיבלה משנה תוקף עם התחדשותה של הרפואה הראשונית ורפואת המשפחה בישראל.

מטרותיה של פעילות זו היו: 1- לקדם את בריאות האוכלוסייה ע"י קידום התנהגות בריאותית. 2- לקדם את האבחון המוקדם של מחלות. 3- לקדם את הטיפול העצמי. 4- לשפר את שיתוף הפעולה שבין הצוות הרפואי והמטופל בנושאים כדוגמת היענות לתכנית בריאותית או השימוש הרציונלי בשירותי בריאות. חינוך לבריאות וקידום הבריאות נקבעו כחלק אינטגרלי מהשירות המקצועי המסופק ע"י רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים, דיאטניות, פסיכולוגים ומקצועות בריאות אחרים במסגרת עבודתם המקצועית השוטפת.

בראשית הדרך, באותם ימי בראשית של החינוך לבריאות היו בישראל רק ארבעה אנשים בעלי רקע והכשרה פורמלים בתחום. שנים מהם הועסקו בהוראה ושניים בעבודת שדה.

תכנית הפעולה הבחינה בין שתי סוגיות: בעיות בריאות המוניות, כדוגמת זיהומים במערכות העיכול ודרכי הנשימה העליונות, תאונות בית וכו'. מצד שני בעיות בריאות מיוחדות לקבוצות אוכלוסייה מוגדרות, כדוגמת חולי סוכרת, נשים הרות וכד'.

במשך הזמן התפתחה שיטת הפעלה מיוחדת בקהילה.¹⁴² במסגרת זו, פנה הצוות הרפואי הראשוני

שבמרפאות הקהילה ישירות לארגונים ומוסדות שבאזורו והזמין למרפאה את העובדים או אנשים בלתי

מקצועיים אחרים האמורים לשמש כסוכני תקשורת, לשם הדרכתם בדבר הצורות להעברת המסר הבריאותי המתאימות לאותה קהילה. סוכני תקשורת אלה היו לעיתים גננות, מורים בבתי ספר יסודיים, מתנדבים שונים וכו'. היותם במגע הדוק עם קבוצות המטרה, מאפשר היזון חוזר באשר לתוצאות הפעולה.

על מנת להפעיל תוכנית כזו נידרש, כמובן, ידע מוגדר הן באשר לתוכן המסר והן באשר לקבוצות המטרה. תפקיד מרכזי זה נימסר לצוות הרופא הראשוני – האחות שבקהילה, אשר הוגדרו כסוכני התקשורת לבעיות מסוג זה. אמצעי החינוך לבריאות בחלק זה התפתחו בעיקר במסגרת הטיפול הרפואי הראשוני עצמו. המרפאה הראשונית היוותה את המוקד לפעילות של החינוך לבריאות. הוכנו תכניות להעברת נושאי החינוך לבריאות לקבוצות מטופלים המבקרים או מוזמנים למרפאות. נושא מרכזי שמשך לפעילות זו גם רופאים רבים היה: השימוש הנכון והבלתי נכון של תרופות הניתנות על פי מרשם. כאן הייתה לפעילות משמעות גם מבחינה כלכלית, ע"י הגברת החיסכון באמצעות ההדרכה. כמו כן פותחו שיטות שונות המיועדות לצוותי המרפאה הראשונית (16 צוותים) שפעלו במרפאות עצמן, במקומות עבודה וכו'.

היבט אחר בפעילות של החינוך לבריאות היה קיום השתלמות של עובדים מבין בעלי השכלה במדעי התנהגות ושל צוותי המרפאות. רופאים ואחיות למדו ביחד במסגרת המכון האוניברסיטאי להשתלמות רפואית שהוקם במשותף על ידי קופת חולים הכללית ובית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים. השתלמויות התקיימו גם במסגרת הקורסים ברפואה הקהילתית, בריאות תעסוקתית ורפואת המשפחה בביה"ס לרפואה של אוניברסיטת תל-אביב ובחוג לסיעוד שבפקולטה זו.

במרוצת השנים פותחו תכניות בקרב אוכלוסיות מוגדרות כדוגמת עולי אתיופיה¹⁴³ ואחרים. תכניות

אלה כללו הרצאות, סדנאות ופגישות רחבות יותר כשהנושאים המרכזיים היו רפואיים, נפשיים, אנתרופולוגיים והתנהגותיים, החשובים בתהליכי הקליטה של עולים אלה.

תמורות ארגוניות נוספות: שילוב ואזורים

1. שילוב ואזורים

א. מבוא

בשנות ה-70 וה-80 של המאה ה-20 ניהלה קופת חולים הכללית מדיניות של אזורים בשירותיה. למדיניות זו היו שלושה היבטים: תכנון כלכלי, כוח אדם רפואי וארגון השירותים. לראשון הייתה משמעות מיוחדת בתחום השימוש בשירותים. ההיבט השני היה חשוב מבחינת ההמשכיות של הטיפול הרפואי. ההיבט השלישי ניקשר לתהליך התחדשותה של הרפואה הראשונית. בשנת 1983, פרסמה קבוצת עבודה באוניברסיטת צפון קרולינה שבארצות הברית, עבודת מחקר ב-Medical Care שבה נחקרו עדיפויותיהם של חולים במרפאות של בית חולים גדול. מתוך 8, העדיפות הראשונה הייתה זו של המשכיות הטיפול, יותר מרמה מקצועית, יחס, זמינות, עלות.

כבר הוזכר שאחת הבעיות המרכזיות באותה תקופה הייתה הן המחסור ברופאים באזורי פריפריה על כל היבטיו, והן העובדה שלמעשה התפתחו שתי מערכות בריאות שונות: הקהילתית ברמת נמוכה יותר, עמוסת מטופלים המקבלים שירות ע"י רופאים בגילאים גבוהים יותר, רובם עולים חדשים בתנאי בדידות ניכרים, וזו של בתי החולים בעלת על רמתם המקצועית, הכוללת את טובי המומחים והקולטת את הרופאים הצעירים בוגרי בתי ספר לרפואה בישראל. בנושא זה הייתה מדיניות של ראית בית החולים האזורי במרכז של רשת מרפאות ראשוניות הפרושה באזור של כ-200,000 תושבים או יותר, גמן מנקודת ראות של התמודדות עם סוגיות של מחסור ורמה מקצועית של כוח האדם הרפואי במרפאות. דרך זו מנעה את הנתק בין רופאי הקהילה לרופאי בית החולים ותרמה להפניית הרופאים צעירים למגורים ושירות ביישובי הכפר והספר וזאת תוך כדי המשך עבודתם החלקית ואפילו המלאה בבית החולים האזורי, הנמצא במרחק סביר.¹⁴⁴

שילובם של רופאים בעבודה בקהילה ובבית החולים היה קשה ללא מבנה ארגוני של אזורים. לכן הקימה קופת חולים מסגרות ארגוניות ניהוליות שאיחדו את השירות המחוזי והקהילתי עם ביה"ח האזורי. כך נעשה בנגב, בעמק, במחוז פתח תקווה ואחרים. הייתה בכך גם התאמה להשקפה הבסיסית של שילובם של שירותי הבריאות מול פיצולם המהווה במידה ניכרת תופעת לוואי של עידן התחרותיות הכלכלית. השקפה זו ראתה את ההמשכיות שבין שלבי הבריאות: מניעה וקידום, טיפול קהילתי, אשפוז ושיקום כערך בסיסי בהספקת שירותי בריאות.

השילוב וההמשכיות שבין שלבי הבריאות: מניעה וקידום, טיפול קהילתי ומוסדי ושיקום הייתה לדעת

הנהגת קופת חולים הערך הבסיסי בהספקת שירותי הבריאות. עמדה זו שנדונה עוד קודם לכן בספרות המחקרית בוטאה בבהירות על ידי Logan שציין ש"אם ביה"ח איננו מעביר ידע לרופא המשפחה, ההישגים המדעיים יידחו ולא יגיעו לחולה שבבית."¹⁴⁵

רוב הרופאים ששילבו את עבודתם בבית החולים ובקהילה ברפואה ראשונית היו רופאי ילדים ורופאים פנימיים, אולם לא הם בלבד. הצטרפו אליהם רופאים מומחים מבתי החולים האזוריים אשר שובצו כיועצים קהילתיים וסיפקו שירות מקצועי לקהילה במסגרת מרפאות החוץ. מרפאות אלה שפעלו עד אז כמרפאות טרום קבלה לאשפוז או מעקב לאחר אשפוז, הפכו למרפאות יעוץ קהילתיות לכל דבר. יצירת מערך של אזוריות ושילוב צריך היה להתגבר על מבנה בית החולים הישראלי, שהוא מבנה ארגוני מקצועי סגור, בו הרופא המטפל בחולה הוא רופא בית החולים בלבד. רופאו הראשוני של החולה אינו מעורב ואינו לוקח חלק בטיפול במהלך האשפוז. באמצעות השילוב קיוותה קופת חולים הכללית להשיג תקשורת והבנה הדדית טובות יותר בין הרופא הראשוני לבין רופא בית החולים המטפל בחולה בעת אשפוזו וגם לשמור על המשך הקשר בין הרופא הראשוני והמטופל שלו בזמן האשפוז. יתרון נוסף שקיוותה הקופה להשיג באמצעות השילוב הוא מניעת כפילויות בטיפול, גם לשם שיפור השרות, קיצור במשך האשפוז וגם לשם ייעולו. לדעת רבים תרם השילוב להרחבת המידע בקרב הגורמים הסביבתיים והחברתיים המשפיעים על החולה המאושפז, ועל ידי כך שופר תהליך האבחון, הטיפול והשיקום שלו. לדעת Stevens הכללת אלמנטים פסיכו-סוציאליים בבעיות המחלה של העתיד תסייע בעיקר לרופא בית החולים אשר יהיה הנהנה העיקרי מהקשר והשילוב עם רופא המשפחה.¹⁴⁶

ב - השילוב בנגב

מאז פתיחתו של "ביה"ח המרכזי לנגב", בינואר 1960, (כיום המרכז הרפואי אוניברסיטאי ע"ש סורוקה) התפתח שיתוף פעולה וקשר הדוק בין ביה"ח לבין רופאי המרפאות בנגב. שיתוף פעולה זה יושם בשנת 1972 במסגרת תכנית שילוב שהורכבה מהחלקים הבאים:

רופאים פנימיים ורופאי ילדים מבתי החולים השתקעו ביישובי הנגב וקבלו לטיפולם אוכלוסיות של כ- 800 נפש. רופאי הילדים השקיעו גם יום בשבוע לעבודה רפואית מונעת ביישובי הנגב. המרחק הממוצע

מהישובים לבית החולים היה 35 ק"מ. בנוסף לרופאים שהתגוררו ביישובי הנגב וטיפלו בתושבים של מקום מגוריהם, היו רופאים רבים אשר התגוררו על ידי בית החולים אך קיבלו על עצמם את הטיפול ביישובים סמוכים.

סינוף מרפאה ראשונית של שכונת עולים בבאר שבע, הקרובה לבית החולים, לאחת המחלקות לרפואה פנימית. מרפאה זו שירתה מעל 7,000 נפש עולים ממרוקו, מצרים, הודו, בריה"מ ודרום אמריקה הלטינית. הרפואה הראשונית סופקה ע"י ארבעה צוותים של רופא משפחה, רופא ילדים ואחות. לרופאי המשפחה היה קשר הדוק עם המחלקה הפנימית ולרופאי הילדים – עם מחלקת הילדים. מנהלי המחלקה הפנימית ומחלקת הילדים קיימו ישיבה שבועית במרפאה עם הצוותים. בדרך זו נשמר קשר שוטף ברמה המקצועית, קשר אשר אפשר מתן שרות רפואי ברמה גבוהה מחד, המשך מעקב וקשר ישיר עם החולה ורופאו האישי מאידך. קשר זה שיפר לכל הדעות את רמת השרות הרפואי ושביעות רצון התושבים מהשרות.

מתן שרותי רפואה מונעת ויעוץ מקצועי ביישובים הכפריים ובעיירות הפיתוח בנגב על ידי רופאי בית החולים. ביוזמת קופת חולים הכללית התארגנה קבוצה של שלושה עשר רופאים אשר התנדבו לספק שרותי יעוץ מקצועיים בקהילות יישובי הנגב אם על ידי הפעלת מרפאת החוץ כמרפאת יעוץ מקצועי קהילתי ואם על ידי ביקור קבוע במרפאות הראשוניות ביישובים השונים. תוצאה מבניית תוכנית שילוב מגוונת סביב בית החולים המרכזי לנגב יצרה קופת חולים הכללית מערכת בה כשליש מרופאי בית החולים קיבלו על עצמם תפקידים ברפואה המונעת, הראשונית והמקצועית במושבי הנגב וזאת לרווחתם של תושבי האזור.

ג-תכנית "העמק"

בדומה לנגב היה קיים בעמק יזרעאל מבנה של בית חולים אזורי- מרכזי בעפולה, בית חולים "העמק" וסביבו רשת המרפאות הראשוניות של עמק יזרעאל. רוב אוכלוסיית העמק הייתה פזורה בקרב מושבים, קיבוצים ועיירות פיתוח.¹⁴⁷ בשנות ה-70 הראשונות, פעלו בעמק עשרה רופאים משולבים ששרתו ביישובים במרחק ממוצע של 20 ק"מ מביה"ח בעפולה. עבודתם התחלקה לשלושה ימים בבית החולים ושלושה ימים ביישובי העמק, כאשר באחריות כל רופא כ- 1,400 נפשות, ביישוב אחד או יותר. כל יחידה של שני רופאים שוייכה לאחת משתי המחלקות הפנימיות, וכל אחד דווח לזולתו עם סיום יום העבודה בבית החולים על החולים שהיו בטיפולו. החולים הזקוקים לאשפוז התקבלו בדרך כלל למחלקה בה עבד הרופא הראשוני שלהם. היישובים בהם פעלו הרופאים המשולבים בהיקף של שלושה ימים בשבוע בלבד, מצאו פיצוי על

חלקיות העבודה הרפואית במקום (שלושה ימים בשבוע בלבד), ברמה הרפואית הגבוהה של רופאיהם, ביציבות העבודה הרפואית ובאפשרויות שעמדו לפניהם לקבלת יעוץ מקצועי וטיפול בבית החולים על ידי רופאיהם הראשונים.

ג. בית חולים השרון ומחוז פתח תקוה של קופת חולים הכללית

בשנת 1975 מונה המנהל הרפואי של מחוז פתח תקוה בקופת חולים הכללית גם לתפקיד מנהל בית חולים השרון (כיום קמפוס גולדה). הכוונה במינוי זה הייתה ליצור אוניברסאליות שתאפשר לשלב את השירותים על בסיס אזורי. מחוז פתח תקוה כלל, מלבד עיר זו, את הוד השרון, ראש העין, יהוד, מושבים וכפרים באזור וישובים שמעבר לקו הירוק כדוגמת אריאל. המנהל היה פרופ' יעקב הרט. בתקופה זו הושלם תכנון הרפואי של בית החולים על ידי שירותים נוספים. בשנת 1978 הופעל בית החולים בתורנות של 24 שעות בכל ימות השבוע במקום פתיחתו של חדר המיון רק שלושה ימים בשבוע. כל הרופאים שסיימו את התמחותם בבית חולים השרון שולבו בעבודה במרפאות המחוז ומנהלי מחלקות קיבלו אחריות לשירותים אלה במסגרת הקהילתית. תפקידה של הרופאה האחראית על החולים הכרוניים המרוחקים בבתיים שולב עם תפקיד בחדר המיון של בית החולים, דבר שיצר קשר ואפשר המשכיות הטיפול.

לרופאי הקהילה שכולם היו במסגרות השתלמות בבית החולים ניתנה האפשרות להשתלב בתכניות עבודה של מחלקות בית החולים והזכות לאשפוז באותן מחלקות את חוליהם הזקוקים לכך, והשימוש בכל המכונים והמעבדות של בית החולים.

פרופ' יעקב הרט מציין בן היתר את תרומתה של תוכנית זו לשיפור הרמה בשרותי הקהילה, התייעלות וקיצור תורים באשפוז ובניתוחים, הקטנת השהייה הממוצעת בבית החולים, חיזוק המשכיות הטיפול ושיפור הניצול של מתקנים ומעבדות.¹⁴⁸

ד – אילת

בשנות ה-70 מנתה אוכלוסיית אילת – כולל האוכלוסייה הלא קבועה – כ-17,000 נפש. השירות הבריאותי סופק לאוכלוסייה זו וליישובים בודדים הסמוכים באמצעות "המרכז הרפואי יוספטל" שכלל 50 מיטות במסגרת של ארבע מחלקות (פנימית, כירורגית כולל אורתופדיה, ילדים ונשים) ומרפאות חוץ. המרחק מהמרכז הרפואי הקרוב – באר שבע – הנו 235 ק"מ.

בתנאים אלה לא היה מקום להפרדה בין הטיפול בביה"ח לטיפול במרפאות הקהילה. המרכז אורגן כך ששנים עשר רופאים עבדו במסגרת תוכנית השילוב וחילקו את עבודתם בין ביה"ח לקהילה. שירותי החירום הכוללים שירות לילה בבית החולים ובקהילה כאחד אוחדו.

תפקידי מנהלי מחלקות היו משולבים: רפואה מונעת, יעוץ אמבולטורי ואשפוז. בשירותים האישיים של הרפואה המונעת שולבו אחיות בריאות הציבור של משרד הבריאות. המבנה המשולב פתר במידה רבה בעיה ממושכת של מחסור ברופאים בשירות הקהילתי של אילת. יועצים מביה"ח בבאר שבע ואחרים חזקו בביקוריהם את עבודת המרכז הרפואי וסיפקו שירותים חסרים.

ה – מרכז כפרי שמשון¹⁴⁹

כפי שצוין לעיל, ניסיון חשוב של שילוב בעבודתם של רופאי משפחה של קופת חולים עם מחלקה פנימית בביה"ח הדסה עין כרם בירושלים נעשה ע"י אחד מראשוני רופאי המשפחה, פרופ' יאיר ידפת, החל משנת 1969. פרופ' ידפת עבד כרופא בעיירת העולים בית שמש והניח שלרופאים בעיירה זו לא הייתה הרמה הדרושה לשם שילובם עם מח' פנימית בביה"ח אוניברסיטאי. קופת חולים הקימה ביוזמתו מרכז כפרי בשם שמשון אשר שרת עשרה כפרים. כפרים אלה קיבלו שרות רפואי על ידי רופאים זמניים. הרעיון המרכזי היה למשוך לעבודה באזור זה רופאים צעירים אשר ישבו במקום בקביעות. בתחילה, פעלו במרכז שמשון שני רופאי משפחה אשר נחשבו לחלק אינטגרלי של צוות רופאי המח' הפנימית של ביה"ח הדסה עין כרם בניהולו של פרופ' מ. אליקים. חולי האזור הזקוקים לאשפוז היו מאושפזים באותה מח' פנימית והקשר התרחב גם למחלקת ילדים ומחלקות אחרות של ביה"ח הדסה. צוות המרכז הרפואי הגיע לשישה רופאים ושישה מתמחים, כאשר כל רופא משפחה שרת חצי שבוע במרכז הרפואי הכפרי וחצי שבוע בבית החולים. עבודת הרופא כללה גם מחקר. פרופ' יאיר ידפת וחבריו ראו בשילוב זה דרך לקירובם של צעירים, בוגרי רפואה בישראל, לרפואת המשפחה. בשונה מתוכנית השילוב בנגב ובעמק יזרעאל, תוכנית שהתבססה על עבודת בית חולים אזורי שהיה בבעלות קופת חולים הכללית משולב עם מרפאות הקופה, תוכנית שיכלה לפעול ללא כל קושי הודות למסגרת הארגונית האחידה, הרי שהפעלת תוכנית השילוב במרכז שמשון הייתה תלויה ברצונם הטוב של שני גופים נפרדים – הדסה וקופת חולים כללית, אשר התחרו ביניהם במחוזות אחרים אך השכילו לשתף פעולה באזור ירושלים, אזור בו לא היה לקופת חולים הכללית בית חולים אזורי בו היא יכולה

להסתייע, לפיכך הבחירה בבית החולים הדסה הייתה האפשרות היחידה להפעלת התוכנית. הצלחת התוכנית ביטאה את הקשר המוצלח שבין שני ארגוני בריאות גדולים אלה.

אולם, במחצית השנייה של שנות השמונים שינה פרופ' יודפת את גישתו ביחס לשילוב שבין רופא המשפחה עם המחלקה הפנימית שבבית החולים, עליו המליץ בשנת 1973,¹⁵⁰ וזאת עקב התפתחותה של רפואת המשפחה כדיסציפלינה אקדמית קהילתית המבוססת על הדגם הביו-פסיכו-סוציאלי. תהליך זה נותן בידי רפואת המשפחה- לדעת פרופ' יודפת- את כל הכלים הדרושים להעמקה, השתלמות ומחקר מבלי להיות תלויה בבית החולים, שלו מפקדים שונים במהותם. אין זאת אומרת נתק בין רופא המשפחה לבין בית החולים, הוא טוען. רופא המשפחה חייב להיות "בעל זכויות אשפוז ישירות ולו הזכות להשתמש במכונים וטכנולוגיות שבבית החולים". קיים צורך בקשר הדוק דו-סיטרי בין רופא המשפחה לבין רופא בית החולים ביחס לחולה המאושפז. דעה שונה ביטאו ג. אלמגור, ש.רייס וג'. פרום, שטענו לטובת דיון "בדגמי שילוב שונים ולהציע אפשרות שילוב לבוגרים הצעירים כחלק אינטגרלי של עבודתם".¹⁵¹

1 – תכנית קריית אוננו – ביה"ח שיבא

בשנת 1975 הסכימו בית החולים שיבא, בית החולים הממשלתי הגדול בישראל, ומחוז דן של קופת חולים כללית על תכנית של שילוב שירותי הרפואה הראשונית של קופת חולים באזור קריית אוננו ומתן שרות רפואי ראשוני לאוכלוסייה של כ-20,000 נפש. תוכנית השילוב התבססה על מחלקה פנימית של בית החולים שבניהולו של פרופ' עזרא זהר, יזם הניסוי. פרופ' זהר גרס, שביה"ח איננו יכול להיות גוף נפרד ומפוצל בתוכו המנותק מהמערכת הקהילתית ולא ראה כל אפשרות למתן שרות רפואי כולל אלא באמצעות תוכנית השילוב. כל הפניות לשם התייעצות או אשפוז של רופאי המשפחה באותו אזור נעשו באמצעות רופאיה ושירותיה של המחלקה הפנימית בהנהלת פרופ' זוהר. במחלקה התקיימו דיונים שבועיים עם רופאי המשפחה על החולים שטופלו והופנו על ידם. פרופ' זהר טען שניסוי זה הביא ל"שיפור בטיפול הרפואי באזור ולהרגשה יותר טובה גם של החולים".¹⁵²

2. ניהול וארגון המרפאה הראשונית

תוכנית השילוב על כל גווניה והתמורות שהוזכרו עד עתה בתהליך התחדשותה של הרפואה הראשונית

חייבו גישה חדשה ושונה לנושא ניהול המרפאה.¹⁵³ לקראת מחצית שנות השבעים היה ברור יותר ויותר

שהתפקיד של "רופא אזורי" במרפאה ראשונית של קופת חולים, תפקיד שהתאים בעבר למודל עבודה

טיפולית של רופאים העובדים בבדידות, איננו מתאים למודל העבודה של רפואת המשפחה, תוכנה והיקפה.

תפקיד "הרופא האזורי" הוטל עד אז על אחד הרופאים – בדרך כלל על הבולט או המצטיין בהם קלינית –

ועליו הוטלו תפקידים אדמיניסטרטיביים מוגדרים ביותר כמו אישור ביקור בית דחוף, החזר תשלום עבור

ביקור בית, אישור תרופות מסוימות וכד'. מילוי התפקיד לא דרש שום הכשרה מיוחדת.

תוכניות השילוב והאזוריות כללו ריכוז עבודת צוותים העוסקים בכל שלבי הבריאות: מונע, טיפולי

ושיקומי על פי המודל הביו-פסיכו-סוציאלי. במסגרת זו נידרש הרופא האזורי לפעילות רבה יותר, פעילות

אשר דרשה הכשרה וידע שלא היו בתחום מומחיותו הרפואית. תוכן התפקיד החדש התייחס לא רק לפעילות

המרפאה כיחידה לרפואה קהילתית, אלא גם לקשר עם גורמי חוץ כמו יחידות לטיפול בית, טיפולי יום וכד'.

כמו כן, התפקיד דרש יכולת ניהולית רחבה יותר בעלת דרגת אוטונומיה מסוימת, אשר חייבה גם ידע והכשרה

בנושאי ניהול, סטטיסטיקה רפואית ואפידמיולוגיה, מדעי ההתנהגות, כלכלה רפואית. לשם כך פותחה תוכנית

לימודים ברפואה קהילתית שסופקה במסגרת בית הספר ללימודי המשך בפקולטה לרפואה של אוניברסיטת תל

אביב. במקביל הוגדר תפקיד חדש במערך השרות והוא תפקיד "מנהל המרפאה".¹⁵⁴

בראשית שנות השמונים הוכנסו שינויים גם בארגון העבודה השוטפת של הרפואה הראשונית. השינוי

הראשון טיפל בהפרדה בין הביקורים ה"מתוכננים" (Appointment System) של המטופלים אצל רופא

המשפחה לביקורים ה"דחופים". השינוי כלל קביעת זמנים מיוחדים להערכה כללית של מצבו של המטופל.

נבנתה מחדש הכרטיסייה הרפואית: הועמק המעקב אחרי החולה במחלות ממושכות, הורחב הייעוץ ע"י

רופאים מקצועיים במרפאה ופעולות אחרות. מנהל המרפאה נידרש לתאם ולפקח על כל הפעולות הללו וזאת

בהנחה כי ניהול מרפאתי נכון ישפר את השרות, יתאים אותו למסגרת החדשה ויסייע בקידומה של רפואת

המשפחה כשרות כוללני מתקדם ונכון יותר. הכשרתם של מהלי מרפאות הייתה אחד הכלים המרכזיים

בהפנמת התחדשותה של רפואת המשפחה הלכה למעשה. בפועל תהליך זה נימשך עד היום.

4. שיטת הרופא העצמאי

לקופת חולים הכללית מחויבות היסטורית רעיונית למרפאה הקהילתית הראשונית על דפוסיה השונים בעיר, בכפר ובאזורי הפיתוח. מצעדיה הראשונים, ראתה קופת חולים ערך מיוחד במישור ארגון שרותי הבריאות, לדפוס המרפאה, מבחינה שוויונית, ואפשרויות הטיפול הרב מקצועי ברמה נאותה. במקביל שליטה זו, החלה קופת חולים בשנת 1971 לפתח במסגרת הרפואה הציבורית שלה שיטה נוספת, והיא שיטת הרופא העצמאי.¹⁵⁵

היסטורית, הרעיונות של שיטת עזרה רפואית שונה, ראשיתם בהצעתו של משה סורוקה, גזבר קופת חולים דאז - משנת 1956 - שקופת חולים תתיר לחבריה לבקר אצל כל רופא פרטי לפי בחירתם. התשלום יהיה ישיר בין החולה לרופא, קופת חולים תפצה את החבר לפי תעריפים שיקבעו (reimbursement) משמעות ההצעה הייתה חיסול המרפאה הראשונית תוך צירוף ההצעה להקמתן של מרפאות מקצועיות גדולות. מקור הצעתו של סורוקה הייתה באי שביעות רצון גוברת מהעבודה ההמונית במרפאות והתורים, הצפיפות והנגיעה ביחס האישי רופא - חולה. כמו כן, אכזבתו משיטת העבודה הרפואית במרפאה של רופאים שכירים, זמני העבודה, ההיעדרות וכו'...

הצעת סורוקה - גם לא המתקנת של תשלום של קופת חולים לרופאים על פי ביקור, לא התקבלה על ידי מסודות קופת חולים, והועידה משנת 1957. גם הצעה מאוחרת יותר של סורוקה לפיתוח שיטת הפניה לרופא באופן פרטי במקביל למרפאות הראשוניות לא התקבלה במסודות קופת חולים. הנימוק העיקרי היה שבקיומן של שתי שיטות תפגע השוויוניות שבין שכבות שונות של מטופלים ובין המרכזים הגדולים לפרפריה.

אולם החל ממחצית שנות השישים הלכו וגברו שני גורמים שהשפיעו על התמורות במצב: המחסור היחסי של רופאים ראשוניים על רמה נאותה מצד אחד, והתחרותיות שהתחילה להתפתח בין קופות החולים מצד שני.

בסוף 1968, נקבעה עדיפות לזירוז ההסכם שבין מרכז קופת חולים לבין ארגון רופאי קופת חולים בנושא הרופא העצמאי שבמסגרת הרפואה הציבורית. קבלת דרישות של ארגון רופאי קופת חולים לאפשר עבודה במסגרת שיטת הרופא העצמאי גם לרופאים המועסקים במוסד במשרה חלקית ואף במשרה שלמה, אפשרו חתימתו של ההסכם בשנת 1969.

סעיף 2 של ההסכם המהווה את פתיחת ההסכם מציין: "המרפאה היא בסיס עיקרי להגשת העזרה הרפואית לחבר- ורצוי ועדיף הוא כי הרופא המגיש את העזרה לחבר גם מחוץ למרפאה יהיה עובד קופת חולים".

שיטת "הרופא העצמאי" התאפיינה בראשית דרכה כדלקמן:

- א. הרופא איננו שכיר של קופת חולים אלא ספק שרות לקופת חולים על פי חוזה.
- ב. התגמול לרופא נקבע על פי שיטת הקפיטציה, דהיינו על בסיס מספר הנפשות הרשומות אצלו, ולא על בסיס שכר חודשי כמקובל במרפאה.
- ג. הרופא העצמאי עובד במקום שבבעלותו או ששכר למטרה זו. שעות עבודתו נקבעות בגמישות יתר לאלה של המרפאה.
- ד. המבוטחים המקבלים שרות על ידי רופאים עצמאיים ממשיכים להשתייך למרפאה האזורית מבחינת ריכוז עניינם המנהליים והשירותים כגון סיעוד, מעבדה, בית מרקחת וכד..
- ה. כפיפותם של הרופאים העצמאיים הינה להנהלת המחוז של הקופה ולא למנהל הרפואי של המרפאה. השיטה הונהגה הן בקרב רופאי משפחה והן בקרב רופאים מקצועיים.
- השיטה לא הייתה עבור הנהלת קופת חולים, ולא עבור ציבור רופאים, תחליף למרפאה אלא אפשרות נוספת שמטרתה העיקרית הייתה לתת תשובה לדרישות צעירים ושכבות מסוימות בהם גברה אי שביעות הרצון מהמרפאה הצפופה, וחלק מרופאיה בתקופה בה החלה להתפתחות התחרותיות עם קופות אחרות ובמיוחד עם קופת חולים מכבי.
- עיקר ההרשמה לשיטה זו- שהגיעה בשנת 1988 לחמישה אחוזים מכלל חברי קופת חולים, הייתה במרכז הארץ כשבאזורים הפריפריים כמעט שלא התפתחה (נגב, עמק, גליל מערבי, אילת).

5. הרופא הראשוני: שומר שער?

מערכת אספקת השירותים של קופת חולים הכללית הייתה בנויה עקרונית עד סוף שנות שמונים- על ההשקפה של רופא ראשוני האחראי לטיפול הכולל של האדם, הילד או המשפחה על כל היבטיו והמפנה לרופא מקצועי לשם התייעצות את אותם המקרים החורגים מתחום ידיעתו וטיפולו ומתאם בין כולם. התחרותיות בין הקופות שהחריפה בסוף שנות השמונים וראשית התשעים- במיוחד בין קופת חולים כללית לבין קופת חולים

מכבי-גרמה להנהגת גישה חופשית בקופת חולים הכללית במספר מוגבל של מקצועות: אורתופדיה, עור, עיניים ואף אוזן גרון, בשנת 1994 בכל הארץ. היה זה סופו של תהליך חלקי והדרגתי באזורים שונים, שראשיתו בגישה חופשית לרופא נשים שהונהגה במחצית שנות השמונים. קופת חולים מכבי מצידה הייתה בנויה מראשית דרכה על גישה חופשית. יש לציין שבסוף שנות השמונים החלה קופת חולים מכבי לפתח את רפואת המשפחה על ידי קבלת רופאים צעירים להתמחות כנהוג בקופת חולים הכללית. בנוסף, לתחרותיות, גורם נוסף שהביא להחלטת מכבי היה הצורך למשוך רופאים צעירים יותר לרפואה הראשונית במסגרתה, עקב הרכב גילי גבוה למדי של רופאים אלה.¹⁵⁶

עם הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בראשית 1995 נפתחה תקופה בה הצורך להתייעלות של קופות החולים הלך וגבר עקב אי התאמת המשאבים לצרכי ארגון השירותים. מצב זה חייב גם הדגשת תפקידי "שומר שער" של הרופא הראשונים תוך הגבלת הגישה הישירה למומחים, מכונים וכו'. על פי חוה טבנקין, רויטל גרוס וחב' "ארבעים" אחוזים מהמבוטחים בכל קופות החולים מעדיפים שרופא המשפחה ירכז ויתאם את הטיפול בהם ויפנה אותם לרופא המקצועי, תשעה עשר אחוזים מעוניינים שהרופא יתאם וירכז את הטיפול אולם שתינתן להם האפשרות לפנות ישירות לרופאים מקצועיים. שלושים וארבעה אחוזים מעדיפים לפנות ישירות. המחברות מציינות שגם בקרב הצעירים מגילאי ארבעים וארבע, בקרב ההשכלה הגבוהה משתים עשרה שנות לימוד ובקרב הלא חולים, שיעור לא מבוטל מעוניינים בגישה דרך רופא המשפחה: הן מציינות גם שלא רק בקרב מבוטחי קופת חולים כללית-בה הונהגה שיטת "שומר שער" במשך שנים רבות-יש ציבור רחב המעוניין במודל הרופא הראשוני כ"שומר שער". דוגמאות רבות מאוד של השלילה שבפיצול המופרז של ענפי רפואה סוציאליים וגבולותיהם המוגבלים מחזקים דעה זו. והלא האדם איננו חיבור של איברים בלבד, אלא יחידה ולה היבטים גופניים, נפשיים, וחברתיים כאחד.

טבנקין וגרוס מצאו שתשעים וחמישה אחוזים מהרופאים סבורים שבמידה רבה ורבה מאוד תפקידו של הרופא לעסוק בריכוז ותיאום הטיפול. בראיונותיהן עם קובעי המדיניות מצאו שרובם מעוניינים שלרופא הראשוני יהיה תפקיד מרכזי במערכת. יאיר יודפת הדגיש שמאמר מערכת ב"הרפואה"¹⁵⁷ שברוב המקרים שנערכו בארה"ב נימצא ש"רופאים ראשוניים נדרשים פחות לכל שרותי הרפואה כמו בדיקות וטיפולים מאשר מומחים אחרים, למרות שלא נימצא כל הבדל באיכות הטיפול". הוא מציין גם את מחקרים ישראלים המצביעים על שעורי אשפוז נמוכים אצל רופאי משפחה ומדגיש את חשיבות עובדה זו מבחינה כלכלית.

יודפת מוסיף ומציין שמומחים לרפואת המשפחה חוסכים כארבעה עשר אחוזים בתרופות, כאחד עשר אחוזים בהפניות לבדיקות מעבדה וקרוב לשלושים אחוזים בשעורי הפניה לבדיקות הדימות לעומת רופאים כלליים.

סכום: תמורות במישור ארגון שירותי הבריאות- קופת חולים הכללית 1968-1988:

1. צוות רופא אחות ברפואה הראשונית.
2. צוות רב מקצועי, שיתוף העבודה הסוציאלית-רפואית.
3. צעדים לשילובם של שירוי רפואה מונעת ברפואה הראשונית.
4. מדיניות של המשכיות הטיפול: אזוריות.
5. תוכנית לחינוך לבריאות במרפאות ובקהילות.
6. מרכזי בריאות.
7. מה"רופא האזורי" למנהל המרפאה.
8. שילוב שיטת , הרופא העצמאי".

ו. התמורות במישור החינוכי רפואי

1. השתלמות רפואית

לאחר הקמת המדינה, הרכב ציבור הרופאים הכלליים והמקצועיים ומוצאם מארצות רבות ושונות ורקע רפואי שונה, הניעו את מוסדות הבריאות בישראל לפתוח דפוסי השתלמות רפואית שונים וזאת בנוסף לצורך המתמיד להמשיך לימודים ברפואה. קרל אוונג, שסקר את מערכת הבריאות שישראל מטעם ארגון הבריאות העולמי, ציין במיוחד בדו"ח השני שלו (1959-1960) כי השוואת הידע הרפואי בקהילה הרפואית הישראלית והמשך לימודי הרפואה הינו צורך חיוני להמשיך קיומה הסדיר של מערכת הבריאות הישראלית.¹⁵⁸

השתלמויות רופאים מקצועיות התקיימו בישראל מראשית המאה ה-20. ההסתדרות הרפואית שנוסדה בשנת 1912 יזמה באופן קבוע משנת הקמתה, כנסים מקצועיים בהם הוצגו עבודות מחקר, מקרי דוגמא טיפוליים וכד.. עם התארגנותה של קופת חולים הכללית במסגרת ההסתדרות (1921) פעלה גם הקופה להכשרתם המקצועית של רופאיה. השתלמויות מקצועיות רבות נערכו גם במסגרתה של הסתדרות מדיצינית הדסה שפעלה בארץ ישראל מראשית שנות העשרים. אם הר"י פעלה בעיקר בתחום ההשתלמות הרפואית המקצועית, הרי שהדסה וקופת חולים הכללית עסקו גם בנושאי ארגון, קהילה, חינוך לבריאות ורפואה מונעת. ניתן לומר שעד הקמת המדינה נהנתה קהילת הרופאים בישראל ממערך מגוון של השתלמויות מקצועיות רפואיות במסגרות השונות, רובם ככולן עם דגש על הצד המקצועי גרידא. עם הקמת מדינת ישראל וגיבושה של מערכת בריאות ציבורית בעלת הגדרות כוללניות-ארציות, נדרש ציבור הרופאים לקחת חלק בהליך ארגונה של המערכת, הליך שדרש "ישור קו" מקצועי, קביעת כללי עבודה אחידים, הגדרת תחומי עבודתם של הרופאים במערכות השונות וקביעת סמכויות גם בתחום ההכשרה וההשתלמות הרפואית. למשרד הבריאות היה ברור שעל מנת לגשר על הפערים הגדולים בין ציבורי הרופאים במדינה ולהובילם ליצירת מערכת הומוגנית-מקצועית יש להקים מערכת השתלמויות אשר תיקח על עצמה את האחריות לנושא ותיתן לצבור הרופאים מסגרות להשתלמויות מקצועיות מתאימות. היות והגוף המרכזי בארגון השתלמויות רופאים הייתה ההסתדרות הרפואית, הרי שחלק נכבד מהעשייה הוטל עליה. בשנות המדינה הראשונות ניהלה ההסתדרות הרפואית השתלמויות מקצועיות באמצעות מפגשים קליניים שבועיים בסניפי ירושלים, תל-אביב וחיפה, ובאמצעות ה"אקדמיה לרפואה" בירושלים, שהוקמה כמוסד מרכזי של הסתדרות הרופאים על מנת

"לתאם פעילויות המתייחסות לקידום הרפואה ובריאות הציבור".¹⁵⁹ מעצם מהותה, כארגון המקצועי של

הרופאים, פעלה הר"י בעיקר לקידום ההשתלמות המקצועית הרפואית ושמה פחות דגש על הקשר רופאי קהילה בית חולים ועל גישור הפערים בין שתי קהילות הרופאים. גם משרד הבריאות, אשר רוב רופאיו עבדו במסגרת בתי החולים הממשלתיים, שם דגש עיקרי על הידע המקצועי ופחות על גישור הפערים. קופת חולים הכללית, אשר העסיקה את מספר הרופאים הרב ביותר והמגוון ביותר במערך הקהילתי, נדרשה אפוא לפעול בתחום זה שהיה חשוב ביותר להמשך עבודתה אך לא טופל על ידי גורמי הבריאות האחרים. כבר בראשית שנות החמישים החלה קופת חולים הכללית לפעול לגישור הפער המקצועי בין רופאי הקהילה לרופאי בית החולים באמצעות לימודי המשך. היו אלה צעדים ראשוניים ביותר שבטאו את הצורך והרצון ליצור קשר כלשהו בין רופאי המרפאות עם בית החולים. לשם כך הקימה קופת חולים הכללית בשנת 1951 באמצעות המועצה הרפואית שלה, מכון ללימודי המשך והכשרה ברפואה בבית החולים בילינסון בראשותו של דר' בנדמן, שניהל את אחת המחלקות הפנימיות בבית חולים זה.

בנובמבר 1955, הוקם בביה"ס לרפואה בירושלים, אגף ללימודי המשך בשיתוף עם קופת חולים הכללית, ההסתדרות הרפואית, משרד הבריאות ובתי חולים מקומיים, במטרה לתאם מאמצים בשטח זה ע"י ארגון הרצאות, סימפוזיונים לרופאים כלליים ומקצועיים. ד"ר ל. נלקן, רופא פנימי ותיק בירושלים, הועמד בראשו.

בשנת 1962 הגיעו קופת חולים הכללית וביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים להסכם במסגרתו הוקם "המכון האוניברסיטאי להשתלמות רפואית", ככלי לארגון ההשתלמות, בעיקר של רופאי המרפאות. מכון זה הופקד על תוכן וביצוע של תכניות ההשתלמות במסגרת 24 ימי השתלמות השנתיים המוענקים לרופאי המרפאות של קופת חולים הכללית, היקף שניקבע בהסכם עם ארגון רופאי קופת חולים – שמנה אז כ-2,500 רופאים. המכון היה פתוח לכל רופא בישראל בלתי תלוי באיזה ארגון או מסגרת הוא הועסק. מנהלו הראשון של המכון היה פרופ' מרסל אליקים, מנהל מח' פנימית בביה"ח הדסה עין כרם ומאוחר יותר דיקן הפקולטה לרפואה בירושלים אשר פעל במקביל להפעלתה של תוכנית השילוב בין הדסה למרכז הרפואי הקהילתי שמשון. הדפוסים לבחירתו של המשתלם במכון זה, שפעילותו התפתחה בכל הארץ היו:

א-יום קבוע במחלקה (פנימית וילדים) של רוב בתי החולים הציבוריים במדינה. "היום הקבוע", בדרך

כלל בביה"ח האזורי של הרופא, כלל ביקור מודרך במחלקה והרצאות.

ב-השתתפות בקורסים בהיקף של שבוע עד 10 ימים רצופים בנושא מוגדר.

ג-השתתפות בתכניות השתלמות אינדיבידואליות לפי סיכום משותף שבין הרופא לבין מנהלה של אותה

מחלקה ספציפית בבית החולים אליה הוא היה קשור.

בשונה מהשתלמויותיהם של רופאי בתי החולים, שהיו אחידות ברובן, נידרש "המכון האוניברסיטאי"

לבנות תוכניות שונות לרופאי הקהילה. הצורך בתוכניות שונות נבע בעיקר מהצורך להתאימם לסוגי

הרופאים השונים מבחינת תפקידם בקהילה, העניין המקצועי, רקע רפואי, גיל וכו'. מרכיב מרכזי בתוכניות

השתלמות אלה היה התאום בין ההשתלמות לתכנית העבודה הרפואית של הרופא במרפאה. תאום זה היה

קריטי להצלחת ההשתלמות והתאפשרה עקב המבנה המיוחד של המכון, שהוקם כגוף משותף לגורם האקדמי

ולגורם השירות הרפואי (ביה"ס לרפואה בירושלים וקופת חולים הכללית).

כך למשל בשנת 1985 הייתה חלוקת הרופאים המשתלמים כדלהן: 40% היו עולים מברית המועצות

לשעבר, 30% עולים מרומניה ואחרים משאר הארצות. בוגרי ישראל היו 6% בלבד.

המבנה הגילי היה כדלקמן: 40% היו בגיל 50-60 שנה, ורק 20% מתחת לגיל 40. 77% מהמשתלמים

סיימו לימודי רפואה לפני למעלה מ-15 שנים ורק 10% סיימו רפואה בעשור האחרון. שליש מהרופאים עלו

לארץ בעשור האחרון ושליש היו ותיקים – למעלה מ-15 שנים בארץ. אשר לחלוקה המקצועית: כ-60% היו

רופאים כלליים, 25% רופאי ילדים, 15% התחלקו בין המקצועות האחרים. למחצית הרופאים שעסקו בפועל

ברפואת הילדים לא הייתה תעודת מומחיות, כך ל-20% הרופאים במקצועות אחרים. נתונים אלה היוו מקור

מרכזי לקשיים בהתאמת תכניות ההשתלמות לרופאים אלה.¹⁶⁰

בשנת 1963, פתחה אוניברסיטת תל-אביב אף היא ביה"ס ללימודי המשך ברפואה.¹⁶¹ מנהלו הראשון

היה פרופ' דרייפוס, אז מנהל מח' פנימית בבית החולים איכילוב, ת"א. בית הספר אורגן באמצעות 25 יחידות

על בסיס מקצועי, כולל רפואת שיניים. בראש כל יחידה עמד רופא בכיר ועל ידו ועד תוכנית לימודים.

התכנית יחידה כללה לפחות חמישה קורסים בהיקף של 34 שעות כל אחד וכשנים עד שלושה קורסים במדעי

היסוד. בתנאים מסויימים ניתן היה לרופא להגיע לתעודה. ההוראה ניתנה בפגישות ערב שבועיות. קיום

ההשתלמויות בערב, לאחר שעות עבודה, אפשר לרופאים רבים מבין בתי החולים והמרפאות להשתתף בהן.

בניגוד למכון המשותף לקופת חולים ולאוניברסיטה העברית, שהיה מיועד בעיקר לרופאי הקהילה, בית הספר של אוניברסיטת תל אביב שמש בעיקר לרופאי בתי החולים, אולם גם רופאי קהילה יכלו ללמוד בו. לבית הספר ללימודי המשך ברפואה היה תפקיד חשוב מאד בקידום המתמחים במקצועות השונים, הן ע"י הוראה כללית באותו מקצוע והן ע"י לימודים בנושאים ספציפיים ע"י רופאים בכירים בעלי מומחיות באותו שטח מוגדר. כמו כן, מתן קורסים למומחים בנושאים שונים ומגוונים, כדוגמת הטיפול בחיות מעבדה, צלום מדעי, ביופסיות מח עצם וכו' הרחיב עד מאוד את יכולת המשתתפים לרכוש ידע בתחומים חדשים נדרשים לעבודתם. בבית הספר של אוניברסיטת תל אביב למדו בשנת 1985, 850 רופאים.¹⁶²

המימון של המכון האוניברסיטאי להשתלמות רפואית המשותף לקופת חולים ולאוניברסיטה העברית

התחלק בין שני הגופים הללו. המימון של ביה"ס ללימודי המשך באוניברסיטת תל אביב בעיקרו באמצעות שכר לימוד ששולם על ידי הרופאים הלומדים. אולם, קופת חולים הכללית השתתפה במשך שנים רבות בשני שלישי ממימון זה בגין השתלמויותיהם של רופאיה, וע"י כך, למעשה, קיימה חלק מרבי מהמעמסה הכספית של בית הספר. מוסדות מעסיקים אחרים הלכו בעקבות קופת חולים בנושא זה.

במרוצת השנים חלו תמורות משמעותיות בעבודה הרפואית במרפאות הקהילה שחייבו התייחסות מצד מוסדות האקדמיים שעסקו בהשתלמות. העברת הכבוד הרפואי מתחום המחלות הזיהומיות בעיקר, לתחום המחלות הכרוניות או ה"קהלתיות", חייב גם התייחסות מתאימה של המסגרות להשתלמות רפואית. במסגרת זו הורחב המושג של הטיפול על ידי הרופא היחיד לצוות רופא-אחות והרחבה נוספת לשיתופם של העובדים הסוציאליים, מחנכי בריאות ועוד, שילובם של יסודות ניהול וכלכלה בעבודתו של הרופא הראשוני. כל אלה איזנו את מרכז הכובד של ההשתלמות בין בית החולים לבין הקהילה. תהליך זה השתקף בתוכניות בקורסים ומקומם.

התפתחותן של המחלקות לרפואת המשפחה בכל ארבעה בתי הספר לרפואה, הרחבתם של לימודי רפואה קהילתית ובריאות הציבור, בירושלים, תל-אביב, חיפה ובבאר שבע, כל אלה תרמו לתמורות בשטח זה. לתהליך זה תרמה התמורה בתפקיד הרפואי הבכיר במרפאות קופת חולים: לא עוד "רופא אזורי" בעל תפקידים אדמיניסטרטיביים מוגבלים ביותר, אלא "מנהל מרפאה" ששטחי הכשרתו והשתלמותו מחייבים שלא להסתפק בידע קליני בלבד, אלא מחייבים גם ראייה רחבה יותר של בריאות הציבור, רפואה מונעת, מנהל וכלכלת בריאות.

התמורות הדמוגרפיות מרחיקות הלכת שבין שנות ה-60 לשנות ה-90 שחלו בקרב רופאי הקהילה, ההפחתה בגיל הממוצע, תוך שילובם במערכת של רופאים צעירים ובתוכם בוגרי ישראל רבים ופרישתם של אלה שבשכבות הגיל הגבוהות יותר, רובם ככולם עולים מגלי העלייה השונים, כל אלה תרמו לשינוי ושיפור במצב הרפואה הראשונית.

"הרופא הנלווה" בשנות השבעים, רופאים משתלמים שהתמידו במשך שנתיים בהשתתפות ב"יום ההשתלמות הקבוע" והביעו עניין בקידום נוסף, עברו בשנה השלישית קורס ערב שעם סיומו העניקה להם קופת חולים כללית את התואר "רופא נלווה". תואר זה הקנה לבעליו זכות למעמד ותפקיד קבועים במחלקה

בבית החולים או במרפאות חוץ של ביה"ח. בנובמבר 1978, חולקו תעודות "רופא נלווה" ל-60 רופאים הראשונים במסגרת תוכנית זו. מתן תעודת רופא נלווה היוותה מכשיר לתמיכה ועידוד לרופאים להתמיד בתוכניות ההשתלמות השונות והקנתה לו זכות למכסה נוספת של ימי השתלמות. תוכנית זו אפשרה לרופאי הקהילה להפעיל הלכה למעשה את הקשר קהילה בית חולים כפי שהוגדר בתוכנית השילוב.

2. רפואת המשפחה בבתי הספר לרפואה

בשנת 1966 ניפתח בית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב והפך בזאת לבית הספר לרפואה השני בישראל. ערב פתיחת בית הספר לרפואה בתל אביב שלח משה סורוקה שני מזכרים לדיקן הנבחר של בית הספר פרופ' א. דה פריז ובו הוא קרא ליזום שינוי מהותי בהוראת הרפואה לתלמידים תוך הפניית והדגשת מאמצים מיוחדים לחינוך הסטודנט, הרופא העתידי לעבודה בקהילה. "עתידה של הרפואה הציבורית בישראל תלוי בחינוך הרופא הצעיר בבית ספר לרפואה בארץ" כתב סורוקה. "יאמר ברורות ופשוטות שהמגמה הקיימת כיום בבתי הספר לרפואה יאנה מבטיחה המשכיות של הרפואה הציבורית אלא טומנת בחובה את התפוררותה....נציין שרובם המכריע של הסטודנטים לרפואה בתקופת שירותם בבית הספר לרפואה יונקים את התמיכה למחקר את השאיפה להתמחות את הרצון להיות אנשי מדע...הבטחת רפואה ציבורית פירושה שינוי מהותי בעצוב דמותו של הרופא בבית היוצר של הרפואה לע על ידי מורים בלבד אלא בעיקר על ידי מחנכים, הדואבים את בעיית הרפואה של העם והמדינה...שינוי חינוכי של הרופא הצעיר הדרכות והתאמתו לצרכי השירותים הוא כולו מחובתה של המדינה".¹⁶³ תשובת דה פריז לסורוקה התפרסמה בעיתונות היומית בהבלטה רבה. לטענת הנגד של דה פריז אין לייחס את המשבר ברפואה הציבורית בישראל לכשל בחינוך הרפואי אלא לכשל בארגון השרות הציבורי. כן התנגד דה פריז להערת סורוקה כי על המדינה להתערב בתוכנית הלימודים ברפואה על מנת שתאיימה לצרכי השרות הציבורי. חריפה במיוחד הייתה תגובת דה פריז ביחס למעורבות ממשלתית בחינוך הרפואי. "הצעתך החמורה ביותר נוגעת בשפעת הממשלה על תוכן החינוך האוניברסיטאי. האם רצוי שהמדינה תחוקק חוקים ביחס לאופי החינוך הרפואי הגבוה בישראל? בעולם המערבי החופשי האוניברסיטאות נהנות עדיין מאי-תלות בפעולתן הרוחנית-מחנכת והמחקרית...טוב שנשמור לגבי הפעילות הרוחנית על מקומות בהם קיימת דעה חופשית, זכות הבעה חופשית מכל השפעה פוליטית...אם הנך נימצא במצוקה לגבי מציאת שיטת ארגון בריאות נכונה לישראל תפנה למומחים ברפואה...פקולטה לרפואה אין מתפקידה להיות אחראית לשירותי בריאות, אולם אם פונים אליה יכולה היא לחזור לבעיה בשיטות מודרניות ולייעץ בהתאם"¹⁶⁴. דה פריז חזר על עמדתו תוך חיזוקה גם בנאום הפתיחה של שנת הלימודים הראשונה בתל אביב תוך שהוא מדגיש את הצורך באוטונומיה מלאה של בית הספר לרפואה להחליט בנושא תכני ההוראה והישגי החינוך הרפואי ללא כל התערבות ממשלתית. עמדת זה פריז בסוגיית החינוך הרפואי וצרכי שרותי הבריאות של המדינה לא הייתה יוצאת דופן, נהפוך הוא, היא ביטאה את העמדה השכיחה בקרב ראשי החינוך הרפואי בישראל. בית הספר לרפואה בתל אביב קיבל שנתו הראשונה רק בוגרי מגמות ריאליות וביולוגיות ללימודים ופסל בוגרי מגמות הומאניות ללימודי רפואה. עיקר יעדי תוכנית הלימודים

כוון למחקר ותוכנית הלימודים התעלמה לחלוטין מסוגיית העבודה הרפואית בקהילה. ראשי בית הספר לרפואה החדש בתל אביב סרבו להתייחס באופן מוחלט לצרכי החברה בשרות תוך שמירה קנאית לעצמאותם. מבחינתם הבעיה כולה הייתה של קופת חולים ולא הייתה לה כל נגיעה לחינוך הרפואי. הייתה זו הסתגרות במגדל השן האקדמי הלכה למעשה. לא הייתה זו הפעם הראשונה שקופת חולים יזמה קריאה לשינוי מגמות בחינוך הרפואי בישראל. למעשה חזרה הקופה וטענה מאז הקמתו של בית הספר לרפואה בירושלים כי החינוך הרפואי בישראל מחטיא את צרכי המדינה ומחנך רופאים למחקר ולעבודה בבתי החולים ומפקיר את העבודה בקהילה, בכפר ובספר לרופאים עולים מבוגרים שאינם מסוגלים לטפל בבריאות התושבים. מזכר סורוקה לדה פריז היה למעשה חזרה על תמצית מאבקה רב השנים של הקופה לשיפור השרות הרפואי בקהילה והפניית רופאים רבים יותר לעבודה בכפר ובספר.

א. ביה"ס לרפואה של אוניברסיטת תל-אביב

למרות התנגדות ראשי בית הספר לרפואה בתל אביב להכנסת השרות הרפואי בקהילה כסוגייה לימודית, חדר הנושא למערך האקדמי הרפואי בלחצה המתמיד של קופת חולים. בשנתו השלישית של בית הספר הוחלט על הקמתה של המחלקה לרפואה משפחה¹⁶⁵. פתיחת המחלקה נעשתה במידה רבה בעקבות פעילותו והשפעתו של פרופ' חיים דורון אז ראש האגף הרפואי של הקופה תוך השלמת ראשי בית הספר בשתיקה עם ההתפתחות החדשה. גם לדה פריז אשר שנתיים קודם לכן יצא כנגד התייחסות כל שהיא לסוגיה במסגרת בית הספר לרפואה היה ברור כי אם בית הספר רוצה להתקדם במקביל למגמות החדשות של החינוך הרפואי בעולם עליו להתייחס ברצינות גם לנושא זה, שהפך לאחד הנושאים "החמים, ביותר בעולם הרפואי בשלהי שנות השישים. מנהלה הראשון של המחלקה לרפואה משפחה היה דר' ג'. מדלי, שניהל קודם לכן את מרכז לבריאות בקריית היוכל בירושלים, המרכז שנוסד לפי מודל מרכזי הבריאות של קרק. פתיחת המחלקה הובילה להתמודדות עם מודלים חדשים בחינוך רפואי, כגון המודל הביו-פסיכו-סוציאלי שהפך למודל המוביל בתחום יחסי רופא חולה. בהתאם לכך כל סטודנט ברפואה היה חייב להכין בפקוח העובדים הסוציאליים שהיו חלק מהמחלקה מודל משפחתי על בסיס העקרונות הללו. כמו כן, הסמינר ברפואה המשפחה היה לחובה. המחלקה לרפואה המשפחה באוניברסיטת ת"א התפתחה במגמה מרפאתית וקהילתית מובהקת. בניגוד למגמה הכללית של ביה"ס לרפואה שחנך דורות של רופאי בתי החולים. מגמה זו קיבלה משנה תוקף עם מינויו של דר' מקס פולאק, רופא עולה מדר' אפריקה, חניך אסכולת מרכזי הבריאות של קרק, לראשות המחלקה. בניגוד להשקפת דו"ח ועדת מן (1969) שהמליץ להצמיד את הרופא הכללי למחלקה פנימית בבית החולים, דר' פולאק גרס שיש לעצב את רופא המשפחה הישראלי

בקווים הדומים לאלה של הרופא הכללי הבריטי. בהתאם לכך יש להעמיד את רופא המשפחה במרכז של מערכת הבריאות ולא כחלק ממחלקה פנימית בבית החולים. בהתאם לעמדתו הגיש דר' פולאק דו"ח לה.ר.י. המתייחס לארגון שירותי הבריאות בקהילה¹⁶⁶.

במקביל לתפקידו כראש המחלקה לרפואת המשפחה בביה"ס לרפואה בת"א, ערך דר' פולאק את כתב העת "רופא המשפחה" שהתפרסם באופן קבוע במשך שנים רבות, על ידי קופת חולים הכללית. מאמרי המערכת של כתב העת שנכתבו על ידי דורון, דנו בהרחבה בכל היבטי תהליך התחדשותה⁽³⁾ של רפואת המשפחה תוך הדגשתה כבסיס העיקרי לארגון הרפואה הראשונית וכיסוד למערכת הבריאות בכלל.¹⁶⁷ הופעתו של כתב עת ייחודי הדן בסוגיות מתחום רפואת המשפחה במסגרת אקדמית תוך שיתוף חוקרים האקדמיה ומהנהלת קופת חולים ביטא את הקשר שנוצר בין האקדמיה לשירות הרפואי, קשר שבא לידי ביטוי בפתוח תחום רפואת המשפחה, וזאת למרות הסתייגויותיו הראשונות של דיקן בית הספר דה פריז.

שיתוף הפעולה ההדוק שבין קופת חולים הכללית, לבין המח' לרפואת המשפחה באוניברסיטת ת"א היוו בסיס מוצק ודוגמא לפיתוח רפואת המשפחה בכל בתי הספר לרפואה בישראל. עם פרישתו של פרופ' פולאק מניהול המחלקה בשלהי שנות השמונים ניבחר במקומו פרופ' מיכאל וינגרטן, רופא משפחה מומחה. ויינגרטן התמנה מאוחר יותר לראש החוג למדעי ההתנהגות בביה"ס לרפואה באוניברסיטת ת"א. תוך עשור שנים הפכה אפוא רפואת המשפחה לחלק בלתי ניפרד מהמערך האקדמי של חינוך רפואי למרות ועל אף ההתנגדויות הראשונות שהיו לנושא עם פתיחת בית הספר בתל אביב. בעשור האחרון שינתה קופת חולים מכבי את מדיניותה, תוך פיתוח מואץ של רפואת המשפחה, ולאחרונה גם קופת חולים לאומית עושה זאת. מרכז לרפואת המשפחה בקופת חולים לאומית פרופ' אליעזר קיטאי הוא כיום ראש המחלקה לרפואת משפחה בבית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב. למחלקה זו מסונפות שלוש מחלקות אזוריות של שירותי בריאות כללית, שתיים של קופת חולים מכבי ואחת של לאומית. בנוסף להוראת סטודנטים במסלול הישראלי ובמסלול האמריקאי, המחלקה מקיימת גם לימודי דיפלומה למתמחים ולרופאים כלליים ואף תוכנית מיוחדת למומחים ברפואת המשפחה. כמו כן דפוסים שונים של לימודי המשך.

2. ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים

שני התפתחויות במישור השירותי קדמו לפיתוח לימודים ברפואה ראשונית בביה"ס לרפואה בירושלים. המהלך הראשון, בשנות ה-50, היה הניסוי בהקמתו של מרכז בריאות בשכונת קריית היובל בירושלים על-יד הדסה בו התקיים

שילוב של הרפואה טיפולית והמונעת במסגרת קהילתית. מרכז הבריאות בקריית יובל נוסד על פי מודל ה-Community Oriented Primary Care (בריאות קהילתית ראשונית) שגובש בדרום אפריקה והובא לישראל על ידי פרופ' סדני קרק, ראש ביה"ס לרפואה חברתית בירושלים, שהפך לאחר מכן לבית הספר לבריאות הציבור. ככלל רפואה מונעת בישראל הייתה באחריות משרד הבריאות וסופקה בעיקר באמצעות תחנות טיפות חלב ובמסגרת השרות הרפואי בבתי הספר כאשר השרות הטיפולי ניתן בידי קופות החולים, ובעיקר על ידי קופת חולים הכללית בה היו חברים בשנות השישים והשבעים למעלה משמונים אחוז מאזרחי מדינת ישראל. מרכז הבריאות בקריית יובל אמור היה לשלב את התפקידים של מערך השרות הבריאותי ממשלתי עם התפקידים של השרות הטיפולי תוך ראייה הוליסטית של הקהילה על צרכיה וחבריה. רופאי המרכז היו אמורים לפקח על בריאות חברי הקהילה בבריאות ובחולי, לבצע פעולות של רפואה מונעת וחיסונים, חינוך לבריאות ופיקוח על היבטים סניטאריים ואפידמיולוגיים של הקהילה יחד עם מתן השרות הטיפולי היומיומי של רפואה ראשונית. הנחת היסוד על פי קרק גרסה כי הדרך הטובה ביותר לשמירה על בריאות הקהילה והפרט היא על ידי שילוב כל גורמי ותפקידי הבריאות במרכז בריאות אחד שיהיה בעל מעמד בקהילה וקשוב לצרכיה הבריאותיים. המרכז בקריית יובל הוקם על מנת לבחון יישום מודל מרכזי הבריאות בישראל. למרות הנחות היסוד עמם הסכימו כל גורמי הבריאות המרכז בקריית יובל לא הפך מודל מוביל לשינוי מבני בשרות הרפואי ולא סייע להעלאתה של הרפואה הראשונית לדרגה אקדמית. הוא נשאר דגם מעניין בגבולותיו הוא.

המהלך השני היה בסינופו של המרכז הכפרי של קופת חולים הכללית באזור בית שמש בהנהלתו של דר' יאיר יודפת, למחלקה הפנימית בביה"ח הדסה בירושלים, בראשותו של פרופ' מרסל אליקים, כמתואר לעיל.

בשנת 1964 נתן דר' יודפת סמינר חובה של ארבעה שבועות ברפואה כללית לתלמידי השנה השישית, שנת הלימודים האחרונה ברפואה.¹⁶⁸

אולם, השילוב עם המחלקה הפנימית בבית החולים הדסה לא הוביל לפתוחה של רפואה ראשונית בבית הספר לרפואה בירושלים, אשר המשיך את דרכו כמוסד המחנך רופאים ומומחים לעבודת בית החולים גם בשירות, גם מחקר וגם בהוראה.

במאמר מסכם של ניסיון ההוראה ברפואה כללית אשר התפרסם בעיתון הרפואה ציינו יודפת ופרופ' פריבס שהצטרף אליו את הסיבות המרכזיות העוצרות הצטרפותם של בוגרי רפואה לעבודה ברפואה כללית בקהילה.

"א. השאיפה להתמחות מקצועית המבוססת על ידע ספציפי ומעמיק; ב. התנגדות לגישה השטחית המאפיינת לדעת התלמידים את העבודה ברפואה כללית; ג. אי התאמה בין עבודת הרופא הכללי לבין תפיסת מקצוע הרופא כפי שנתגבשה

בקרב התלמידים במשך שנות לימודיהם בבית הספר; ד. תנאי העבודה הלקויים של הרופא הכללי בארץ- עומס של עבודה מנהלית –פקידותית, עומס חולים שאינו מאפשר בדיקה וטיפול יסודיים, שיעור גובה של מקרים "בלתי רפואיים", העדר מעקב יעיל אחר החולה והעדר קשר מתאים לבית החולים".¹⁶⁹ פריבס ויודפת ציינו במאמר את אכזבתם מכך שהסמינר לא העלה את המוטיבציה האישית בקרב הבוגרים לעסוק ברפואה בקהילה. "ההכרה בנחיצותה של ההוראה ברפואה כללית בדרך כלל לא תורגמה אצל התלמידים שלאיפה אישית להיכנס לתחום זה".

במאמר אחר בו בחנו פריבס וזלוצ'ובר את התפלגותם התעסוקתית של בוגרי בית הספר לרפואה הדסה בירושלים, הם ציינו כי הבוגרים העדיפו ככל שיכלו להצטרף לאחר תקופת הסטאג' למוסדות רפואה יוקרתיים בישראל, כמו בית החולים הדסה, בית החולים בתל השומר ודומיהם, וצינו כי בסולם המוסדות המועדפים בעיניהם נמצאו מרפאות קופת חולים ומרפאות צה"ל בתחתית הרשימה. הפונים לעבודה במרפאות אופיינו בממוצע קליני נמוך של לימודיהם. בסולם העדפות מציאת עבודה בחו"ל קדמה לבחירה בעבודה במערך הקהילתי. תלמידים ציינו כי בלית ברירה יעדיפו להגר לחו"ל ולא לעבוד במרפאות קופת חולים. מתוך רשימת הפונים בעלי ממוצע קליני גבוה לעבודה במרפאות הקהילה היה שיעור גבוה באופן מוחלט של נשים אשר פנו לקריירה בקהילה משום הנוחות של שעות העבודה ולא דווקא משום העניין הרפואי.¹⁷⁰

כניסתה של רפואת המשפחה לבית הספר לרפואה בירושלים נעשתה רק בשלהי שנות השבעים לאחר הקמתו של בית הספר לרפואה בבאר שבע והכרתה של רפואת המשפחה כהתמחות רפואית לכל דבר בישראל, כשההוראה ניתנת בעיקרה במרפאות קופת חולים הכללית שבמחוז ירושלים, בראשות המחלקה עמד במשך שנים ועד לפרישתו בשנת 1995 פרופ' יאיר יודפת ועל ידו דר' יוסף פידל, ואחריו דר' אמנון להד, שהתמנה לתפקיד זה בשנת 1997. בשנת 1998 דיווחה המחלקה על תשעים ושבעה רופאים שסיימו התמחותם במסגרתה ועוד שלושים וארבעה מתמחים בשלבים שונים של התמחותם ופניות של כשישים מועמדים להתמחות בשנה.¹⁷¹

3. ביה"ס לרפואה של הטכניון בחיפה

הדרך לשילובה של רפואת המשפחה בבית הספר לרפואה של הטכניון בחיפה הייתה ארוכה וקשה. בית הספר לרפואה של הטכניון בחיפה נפתח בשנת 1969 לאחר מאבק עיקש מול מוסדות אקדמיים אחרים, בעיקר מול אוניברסיטת הנגב על קבלת הזכות לפתיחת בית הספר השלישי לרפואה בישראל. פעילות הסברתית רחבה וקיומה של

תשתית אקדמית ותיקה במסגרת הטכניות בחיפה הובילו לאישור הקמתו של בית הספר לחיפה. דחיפה מרכזית להקמת בית הספר היו קריאותיה של קופת חולים הכללית על מחסור עתידי ברופאים ועל המצוקה אשר תיגרם למערכת הבריאות בהעדר בוגרים ישראלים במספר מספיק לנוכח גידול האוכלוסייה במדינה וצפי נמוך לעליית רופאים בהיקפים מתאימים מארצות הרווחה לישראל. קופת חולים קיוותה באופן מיוחד כי בית הספר לרפואה בחיפה יעז ויקח על עצמו את משימת הקידום של הרפואה בקהילה ואף ביקשה להיות מעורבת בהליכי בנייתה של תוכנית הלימודים העתידית. מאידך, בית הספר בחיפה בחר ללכת בנתיב קודמיו והעדיף את ההוראה באוריינטציה מחקרית אישפוזית על פני הוראת הרפואה הכללית. קופת חולים לא שותפה למגנית ליבה לא בהקמת בית הספר ולא בגיבוש תוכנית הלימודים שהושפעה במידה רבה מהמוסד האקדמי הטכניון ובחרה להגביר את המקצועות הטכנולוגיים יחד עם מדעי היסוד ברפואה. מעצם טיבו התרחק בית הספר לרפואה בחיפה מהכיוון שציפתה לו וקיוותה לו קופת חולים הכללית. לא פלא הוא שהדרך לשילובה של רפואת המשפחה בבית"ס לרפואה בחיפה הייתה ארוכה וקשה. קופת חולים כללית הקימה בבית"ס הכרמל במחצית שנות ה-70 מחלקה לרפואה קהילתית ומשפחתית בראשותו של דר' לאון אפשטיין, מבית"ס לבריאות הציבור בירושלים.¹⁷² בהקמתה של מחלקה זו שיתפה קופת חולים כללית פעולה עם הדיקן דאז של בית"ס לרפואה בחיפה, פרופ' ד. ברזילי. אולם הדרך לסינופה האקדמי של מחלקה זו לבית"ס לרפואה שהוקם במסגרת הטכניון הייתה קשה היות ולאנשי הטכניון לא היה זה הנושא המובן מאליו והמקובל מאליו.

המחלקה לרפואת משפחה בבית החולים כרמל כללה שני חלקים: המערך הקהילתי בו הודגש הבסיס האפידמיולוגי וחלקה של רפואת המשפחה, עליו הוטל פיתוחה בצפון הארץ של רפואת המשפחה. המערך השני כלל את המחלקה לרפואת המשפחה שהתפתחה על בסיס של הוראה בקהילה, בראשותו של דר' שמואל רייס ובשיתוף הדוק עם קופת חולים הכללית במרחב חיפה והגליל המערבי. מחלקה זו העמיקה ופתחה את המחקר ברפואת המשפחה, ואת ההוראה לסטודנטים ומתמחים. חלק מהמינויים האקדמיים במסגרת מחלקה זו ניתנו ע"י אוניברסיטת בן-גוריון במסגרת פעולת ההוראה למתמחים.¹⁷³

דר' גיורא אלמגור פיתח במסגרת מרפאת קופת חולים כללית בשכונת רוממה בחיפה יחידת הוראה לדוגמא ברפואת המשפחה. שם בססו דר' אלמגור ודר' שמואל רייס את הקורס הראשון בחיפה למתמחים ברפואת משפחה, שראשיתו במחלקה לבריאות המשפחה והקהילה בבית חולים כרמל, אז מסונפת לטכניון ובחסות אקדמית של המכון להתמחות ברפואה ראשונית של הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב. בראשית שנות התשעים התפצלה המחלקה לבריאות המשפחה והקהילה לשתי מחלקות המחלקה לרפואה קהילתית ואפידמיולוגיה בניהולו של אפידמיולוג,

כיום דר' גדי רנרט- והמחלקה לרפואת המשפחה בניהולו של רופא משפחה, דר' שמואל רייס. המחלקה הועברה למרפאת קופת חולים כללית בבת גלים, סמוך לבית הספר לרפואה. במקום זה רוכז הקורס לתעודה למתמחים ובית הספר לרפואה ראשונית, ובו קורסים לרופאים עולים וקורסי תעודה לרופאים כלליים. ראשי החוג לרפואת המשפחה בטכניון בחיפה היו במרוצת השנים דר' טומי ספנסר, דר' שמואל רייס וכיון דר' דורון חרמוני.

4. הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

פקולטה זו הוקמה במסגרת ארגון גג של "המרכז לשירותי ומדעי הבריאות בנגב" המשותף לאוניברסיטת בן-גוריון ולקופת חולים הכללית (ראה בהרחבה פרק יא). ההשקפה היסודית הייתה שלמרכז תהיה אחריות לשירותי הבריאות בנגב, ובמיוחד לשירותים הקהילתיים שהעלאת רמתם הייתה אחת ממשימותיו העיקריות. בראשית הדרך, במסגרת המבנה הארגוני נקבע כי מנהל החטיבה הפנימית או רפואת הילדים (או אחרת) יהיה אחראי לכל השירותים באותו מקצוע הן בבית החולים והן בקהילה.¹⁷⁴ להלכה, למבנה היו יתרונות מבחינת ראיתם של מנהלי מחלקות כאחראים גם לנושא. אולם, כעבור שנים מעטות נעשה יותר ויותר ברור שיש צורך בגורם ארגוני ניפרד שיהיה אחראי ישירות לפיתוח רפואה ראשונית בקהילה. בספטמבר 1977 הוקמה היחידה לרפואה ראשונית. תפקידה היה לרכז ולפתח את כל תכניות הלימוד בבריאות ראשונית, מהלימודים בתקופה הפרה-קלינית, סדנאות, לימודי מתמחים, כולל לימודי המשך לרופאים. אולם, לאחר דיונים יסודיים בתפקודה העתידי של היחידה, הוחלט להרחיב את מסגרתה היסודית ולהקים את "החטיבה לבריאות הקהילה". מטרת הקמתה של החטיבה הייתה לרכז את כל המאמצים בכל שלושת התחומים: שירות, הוראה ומחקר בקהילה. המגמה המשותפת של כל היחידות שנכללו בחטיבה זו הייתה לשלב את שירות הבריאות הקהילתי בנגב עם לימוד ומחקר באפידמיולוגיה והערכת שירותי בריאות, סוציולוגיה של בריאות, מנהל וכלכלת בריאות, בריאות תעסוקתית, באמצעות יחידות אלה.

פיתוחו של נושא הרפואה הראשונית, משימה מרכזית עבור המפעל בנגב, לווה בחילוקי דעות בין פרופ' פריבס, שעמד בראש המרכז והיה דיקן הפקולטה, לבין יו"ר מרכז קופת חולים כללית, פרופ' דורון. פרופ' פריבס תמך בפיתוחה של הרפואה הראשונית הפנימית ורפואת הילדים הראשונית, והשקיע מאמצים באותן מגמות. פרופ' דורון לא התנגד ואף סייע במאמצים אלה, אולם גרס שבמציאות של מערכת הבריאות בישראל כל עוד לא תוגדר הרפואה הראשונית כענף ניפרד, אלא תפעל כענף של הרפואה הפנימית שמרכזה בבית החולים, היא לא תוכל להוות גורם למשיכת בוגרים לרפואה ראשונית. הרפואה הראשונית בחסות בית החולים לא תוכל להתחרות בתתי המומחיות השונות המתפתחים במסגרת

הרפואה הפנימית ואף ברפואת הילדים. יתר על כן, מודל של רפואה פנימית ללא פיתוח האלמנטים של הדגם הביו-פסיכו-סוציאלי לא ייתן תשובה לצורכי הבריאות של החברה הישראלית המבוססת על קיבוצי עולים ממגוון תרבויות המחפשים זהות חדשה במדינתם. רק רפואת המשפחה לדעת דורון תוכל לגשר על הפערים החברתיים וליצור תרבות בריאותית הולמת, לפיכך יש להעמיק להרחיב ולחזק את מעמדה של רפואת המשפחה ולפתחה במסגרת השירות, בהוראה הרפואית על כל שלביה ובמחקר.

בהתאם לגישת פריבס גיבשה הפקולטה למדעי הבריאות והחטיבה לבריאות בקהילה יוזמות לפעילות ייחודית בקהילה. רופאי מחלקת הילדים מבית החולים המרכזי בנגב (סורוקה) לקחו תחת אחריותם את השירותים בעיירות הפיתוח כגון אופקים והגיעו להישגים מרשימים תוך שיפור רפואת הילדים במקום (מוזס, גורודישר, פורטר, כץ ואחרים). רופאי המחלקה פנימית ובעיקר דר' רפי בהם ייסדו שירותי רפואה פנימית ראשונית בירוחם ובדימונה תוך שיפור משמעותי של בריאות הקהילה שם, אולם יוזמות אלה לא היו מנוף להתפתחותה הרחבה של רפואה ראשונית אקדמית בנגב שנותרה במסגרת מצומצמת בלבד. פיתוחה העיקרי של הרפואה הראשונית הושג רק עם הקמתה של המחלקה לרפואת המשפחה.

"הזעקה" של קופת חולים באמצעות פרופ' דורון על הצורך בפיתוחה של רפואת המשפחה בנגב הגיע לידי ביטוי בדיון מיוחד בנושא שהתקיים במועצת הפקולטה למדעי הבריאות. לויכוח זה שבין דורון לאנשי הפקולטה היה המשך בהתכתבויות משנת 1968 של הדיקנים דאז פרופ' לחיים נגן ופרופ' שמעון גליק בהתעמקות בסיבות לאי הליכה מספקת של בוגרי באר שבע לעבודה בקהילה.

בראשית הדרך היה קושי מיוחד בגיוסם של מנהיגים מובילים ברפואת המשפחה. בכירי המחלקות לרפואת המשפחה בכל האוניברסיטאות היו רופאי משפחה ששימשו בתפקיד שירותי בקופת חולים, ללא משרות אקדמיות תקניות באוניברסיטה. ללא תקן אקדמי הייתה יכולתם להקדיש זמן מתאים למחקר מוגבלת ביותר. שינוי משמעותי הוחל עם הפעלת מערך של תקינה אקדמית לרופאי משפחה במסגרת המחלקה לרפואת משפחה, תקינה אשר אפשרה להם לפעול לקידום המחקר וההוראה בתחום זה. למרות מיגבלות הזמן והמקום, שילובם של רפאי המשפחה בפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת הנגב בהנהגתם של דר' ג'ו הרמן ופרופ' פסח שוורצמן הוביל להישגים משמעותיים בשטח המחקר (עם יותר מ-800 פרסומים).¹⁷⁵ בראשית שנות התשעים יזמה המחלקה הקמתה של רשת מחקר ארצית ברפואת המשפחה "רמב"ם", הכוללת עבודה משותפת של רופאי משפחה מכל רחבי הארץ. בתחום ההוראה יזמה המחלקה הכשרת מרצים ברפואת המשפחה וקבוצה המתמחית באבטחת איכות.

כמאה מומחים מוכרים ברפואת משפחה קשורים למחלקה זו. היא אחראית לתכנית התמחות למודי סטודנטים בבית הספר לרפואה ובמסלול הבינלאומי. ההוראה מרוכזת ביותר מעשרים מרפאות, ששבע מהן הוכרו על ידי המועצה המדעית כמרפאות התמחות. המחלקה גם פתחה בנגב שירותים בנושא הכאב.

מראשית הדרך (1974) היה ברור שלשם פיתוח ההוראה הראשונית יש צורך בהתאמת מרפאת הקהילה להוראה. למטרה זו, נעשה ביוזמתו של פרופ' פריבס, מאמץ לגייס את תמיכת ארגון הג'וינט-JDC¹⁷⁶ הרעיון המרכזי היה לשלב את שירותי הרפואה המונעת שסופקו על ידי משרד הבריאות עם שירותי הרפואה הראשוניים של קופת חולים הכללית, בדומה למודל קריית יובל של סידני קרק. אולם, התנגדות כוח האדם בשטח, בראש ובראשונה של אחיות בריאות הציבור ומנהלה בנגב מנעו את ישום הרעיון. האגודה המשותפת שהוקמה הצליחה לפתח שתי מרפאות לדוגמה. האחת בבאר שבע והשנייה – באופקים. מרפאות אלה תוגברו בכוח אדם רפואי, מנהלי ופארא-רפואי (מזכירות רפואיות, עובדי מעבדה, עובדים סוציאליים).

לקראת סיום הלימודים של המחזור הראשון של בוגרי רפואה בבאר שבע, הוצע להם לעבוד בשנה הראשונה לאחר הסטאג' באחת ממרפאות קופת חולים בנגב. שני שלישי מהם הסכימו, אולם, דרשו תנאי עבודה ושכר משופרים ואפשרויות להמשך התמחותם בעתיד. הסטודנטים הדגישו במיוחד את תנאי העבודה שיאפשרו מתן שרות ברמה רפואית טובה יותר ותכנית השתלמות שבועית מתאימה להם.

שילוב הבוגרים בעבודה בקהילה הוביל לתמורות ארגוניות במרפאות, כדוגמת שיטת קביעת זמן המפגש עם הרופא מראש (תור), שיפור בעבודת הצוות רפא-אחות, שיפור במכתבי הפנייה למומחים, שיפור התקשורת עם רופאי בתי החולים וכו'.

בהמשך רוכזה הפניית הבוגרים לאותן מרפאות בהן היו תנאים לעבודה רפואית ראשונית טובה יותר, נוכחות של מומחה ברפואת משפחה וכו'. בסופו של ההליך היה היקף פניית הבוגרים לעבודה בקהילה בנגב היה כמניין רופאים לשנה. העדר מרכזי בריאות קהילתיים הולמים מבחינת תנאי עבודה וכוח אדם רפואי בעל מעמד אקדמי מוכר, הגבילו בהרבה את הצלחתה של התכנית ואת מספר הבוגרים שהשתתפו בה.

למרות מטרותיו של ביה"ס לרפואה בנגב ותכנית הלימודים שלו שפניה היו לרפואה הראשונית, היה מספר הבוגרים מבאר שבע שבחרו להתמחות ברפואה ראשונית בקהילה, דומה לזה של יתר בתי הספר לרפואה בישראל. בשנת 2000 היה מספרם של הפונים להתמחות ברפואת משפחה מקרב בוגרי ירושלים הגבוה ביותר, ואילו מספרם של בוגרי

באר שבע הנמוך ביותר.¹⁷⁷ למפעל בנגב הייתה השפעה בחינוכו של רופא בעל מוטיבציה אנושית וחברתית חזקה יותר, במידה רבה, עקב שיטת המיון השונה שהונהגה בבית הספר הזה. שיטה זו מתאפיינת במתן משקל יתר לרעיונות המכוונים לדעת על אישיותו והמניעים של המועמד יחסית לציונים שלו. לפקולטה בנגב הייתה גם השפעה עקיפה כללית על החינוך הרפואי בישראל, על התפתחותם של לימודי בריאות הציבור וכלכלת הבריאות, גרונטולוגיה, מדעי ההתנהגות ברפואה. חינוך רפואי ואחרים.

מספר הבוגרים שפנו לרפואה ראשונית וסיבות מגבלותיו, היה נושא למחקרים של מרק פרידברג ושמעון גליק מהפקולטה.¹⁷⁸ המחקר בדק באמצעות שאלונים שנשלחו לבוגרי ששת המחוזות הראשונים של בית הספר לרפואה של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. פרידברג וגליק לא מביאים הסבר מדוע לדעתם מספרם היחסי (לעומת הצפיות) של בוגרי באר שבע שפנו לרפואה ראשונית נמוך ביחס להדגשים שמביא בית הספר בכיוון זה, אבל סקר זה אשר קיבל חיזוק נוסף מנתוני המועצה המדעית האחראית על התמחויות רופאים בישראל לשנת 2002 המציין כי חלה ירידה משמעותית בפניה להתמחות ברפואה ראשונית (משפחה וילדים) בקרב בוגרי באר שבע.

ה. המחלקה לרפואת המשפחה, בית החולים המרכזי בעמק, עפולה

בשנת 1982 פתחה פרופ' חווה טבנקין רופאת משפחה בעמק את המחלקה לרפואת משפחה בבית החולים המרכזי בעפולה. הייתה זו המחלקה הראשונה ברפואת המשפחה שבמסגרת קופת חולים כללית. מראשית דרכה הייתה המחלקה קשורה מבחינה אקדמית למכון להתמחות של הפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן גוריון, השלוחה הצפונית. המחלקה מעורבת בהוראת סטודנטים לרפואה בטכניון ושל סטאז'רים. באחריותה גם מסלול התמחות ברפואת המשפחה במחוז הצפון של שרותי בריאות כללית. המחלקה מנהלת את הקורס ללימודי מתמחים, הקורס לדיפלומה ברפואת המשפחה ולימודי המשך לרופאי משפחה מומחים ושל רופאים כלליים. למחלקה גם תפקיד בקידום איכות הרפואה הראשונית בשרותי בריאות כללית.

3 התמחות ברפואת המשפחה

ההתמחות ברפואת המשפחה הייתה לגורם מכריע בתהליך התחדשותה של הרפואה הראשונית בישראל. כבר בשנת 1963 נקבעה תכנית הכשרה של שנתיים לבוגרי רפואה, כתנאי להכרה במעמד של מומחה ברפואה כללית. זכו לכך ראשוני החלוצים ברפואה ראשונית כללית שהיו גם המורים הראשונים במחלקות האקדמיות.¹⁷⁹

בשנת 1969 אשרה המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית תכנית התמחות בת ארבע שנים. התפתחותה של התכנית היתה בעיקר בשנות ה-70 וה-80. כאן יש לציין את התפקיד המכריע שהיה בתהליך זה לקופת חולים הכללית, במסגרתה פותחו והותאמו לדרישות התכנית מרפאות בקהילה שקיבלו מעמד של מרפאות המוכרות להתמחות. רופאי מרפאות אלה קיבלו מעמד של מדריכים, כשהחלק האקדמי שקדם להתנסות המעשית והלימודים אורגנו על ידי המחלקות האקדמיות ברפואת המשפחה שבאוניברסיטאות. בשנת 1994 הצטרפה גם קופת חולים מכב"י – ארגון הבריאות השני בגודלו בישראל – שבמשך שנים התבססה בעיקר על גישה חופשית לרופאים מקצועיים בחלקם הגדול בפרקטיקות עצמאיות – הצטרפה למסלול פיתוחה של רפואת המשפחה. בשלב מאוחר יותר, גם קופת חולים לאומית עשתה זאת. יש להדגיש שפיתוחה של שיטת עבודת הצוות רופא – אחות ע"י קופת חולים הכללית כפי שתוארה בפרקים הקודמים, ושיפורים אחרים כגון: האפשרות של בדיקות מעבדה במבנה המרפאה, קיומה של ספריה מתאימה במרפאה, שיתופם של עובדים סוציאליים ראשוניים בעבודת רפואת המשפחה, כל אלה פותחו בשלבים שונים במרפאות קופת חולים הכללית והפכו לחלק מהתנאים שהמועצה המדעית קבעה לאישורן של "מרפאות מוכרות".

כיום קיימות שבע מחלקות מסוג זה בקופת חולים הכללית: בירושלים, בנגב, במחוז המרכז, במרכז רפואי רבין, במחוז שרון-שומרון, בחיפה ובעמק.

במשך השנים הקימה קופת חולים הכללית מחלקות לרפואת המשפחה עליהן הוטלה האחריות לתכניות ההתמחות. אלה פעלו בשיתוף פעולה הדוק עם המחלקות לרפואת המשפחה של כל בתי הספר לרפואה. בשנת 1984 הוקמה מחלקה לרפואת משפחה בבית חולים העמק בשיתוף עם הפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב בראשות פרופ' חוה טבנקין.

קופת חולים הכללית מימנה במשך עשרות שנים את תוכנית ההתמחות ברפואת משפחה תוך מודעות לתפקיד המכריע של ההתמחות בהליך ארוך הטווח שיוביל לשיפור מערכת הבריאות הראשונית והקהילתית בישראל. לחיזוק תהליכים אלה ולשמירה על אקדמיזציה של התוכנית יזמה קופת חולים את פרסומו של כתב עת מדעי "רופא המשפחה" בעריכתו של פרופ' מ. פולאק. הוצאה לאור של כתב עת יכלה לתת ביטוי לרופאי משפחה בתחום המחקר ועבודת השטח ברמה אקדמית, כמקובל בתחומי התמחות אחרים, וכן לסייע בהפצת תוכניות ייחודיות ברמה הארצית. באפריל 1978 פורסם ב"רופא המשפחה" המדריך להתמחות ברפואת המשפחה שהוכן ע"י איגוד רופאי המשפחה במועצה המדעית של ה.ר.י. בעריכתם של פולאק וזיו ובו ההנחיות הכלליות לרופאים לקראת התמחותם ברפואת המשפחה. איגוד רופאי המשפחה, כאיגוד מדעי במסגרת ה.ר.י. הוקם בשנת 1977.¹⁸⁰

בשנת 1979 הוקם המכון הארצי להתמחות ברפואת המשפחה וברפואה ראשונית בשיתופם של קופת חולים הכללית והפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב בראשותו של פרופ' כרמי מרגלית. תפקידי המכון היו: קבלת מתמחים ברפואת המשפחה וברפואה הראשונית, פיקוח על ביצוע התכניות ולשמש מסגרת אקדמית ארצית למדריכים מוכרים. אולם, החוג לרפואת המשפחה באוניברסיטת ת"א בראשותו של מ. פולאק לא הסכים לשלב את המתמחים של אזורו במסגרת זו, משום הסתייגותו משילובה של רפואת משפחה עם רפואה ראשונית תחת גג אחד וזאת מתוך החשש לאובדן צבינה הייחודי של רפואת המשפחה.

פירוט תכנית ההתמחות ברפואת המשפחה

תוכנית ההתמחות לרופאים הבוחרים ברפואת משפחה לאחר סיום תקופת הסטאג' שלהם מבוססת על ארבע שנים והינה מחולקת לשלושה חלקים מרכזיים: החלק הראשון כולל עשרים ושבעה חודשים של עבודה במסגרת בית החולים: 12 חדש ברפואה הפנימית, 6 חדשים ברפואת הילדים, 3 חדשים ברפואת הנפש, 6 חדשים לפי בחירה, חודש עד 3 חדשים במח' עור, עיניים, אף-אוזן-גרונ, אורתופדיה, שיקום, גריאטריה, כירורגיה, מיון, גיניקולוגיה (כולל פיקוח ההריון והאם לאחר לידה). החלק השני של התכנית מבוצע במרפאות המוכרות להתמחות בקהילה והוא בן עשרים ואחד חודשים, לפי החלוקה כדלקמן: א- 9 חדשים כ"עוזר" למדריך בפרקטיקה של אותו מדריך. ב- 12 חדשי עבודה בפרקטיקה האישית של המתמחה בפיקוחו של המדריך. בנוסף לנ"ל הוכרה הדרישה לקורס אקדמי במקום התנסות החובה למחקר במדעי היסוד שדרשה המועצה המדעית בכל ההתמחויות הרפואיות האחרות. כיום (2000) מקיימים חמישה ריכוזים אוניברסיטאיים קורס אקדמי ברפואת המשפחה, המוכר להתמחות ע"י המועצה המדעית. הריכוזים הנ"ל הם: ת"א, ירושלים, ב"ש, חיפה, והמחלקה בעפולה. במרוצת ההתמחות על המתמחה לעמוד בשתי בחינות: שלב א' ושלב ב'. בצוע תכנית ההתמחות נעשתה ע"י תקציב מיוחד למטרה זו של קופות החולים הכללית בנוסף לתקנים שהתפנו וניתן היה למלא בתקופת העבודה העצמאית של המתמחה במרפאה. ברור שקביעת תקציבים אלה נעשה בהתחשב בתכנון כוח האדם הרפואי הראשוני שהיה צורך למלא בשנים שלאחר סיום ההתמחות. במרוצת שנות העלייה ההמונית מבריה"מ לשעבר (1989-1998) נוצרו במשרדי הקליטה והבריאות תקציבים מיוחדים לשם השלמת ההתמחות של רופאים עולים שבחלקם הופנו להתמחות ברפואת המשפחה. במשך הזמן נוצרו גם בבתי החולים תקציבים למימון תקופת בית החולים של המתמחה ברפואת המשפחה התורמים לביצוע ההתמחות.

בשנות ה-90 הוקמה במסגרת המועצות הלאומיות של משרד הבריאות מועצה לבריאות הקהילה. זו המליצה על תאריך יעד סופי ממנו והלאה יתקבלו לעבודה במוסדות השונים ברפואה ראשונית רק רופאים בעלי מומחיות. המועצה דנה בתוכן ובסטנדרטים לעבודת הרופא המומחה בקהילה אולם המלצותיה טרם יושמו ע"י משרד הבריאות. כן נימנע עד כה משרד הבריאות להתייחס להמלצות על תכנון ממלכתי של הרפואה הראשונית, תאום ושיתוף התקציבים השונים שיכולים לעמוד לרשות התהליך.

בתהליך הממושך של הרפורמה במערכת הבריאות הישראלית הושגה התמורה ההיסטורית ברפואת הראשונית בראש ובראשונה על ידי קופת חולים הכללית ועל ידי חלוצי רפואה המשפחה שביחידות האקדמיות. בשנים האחרונות הצטרפו לתהליך קופת חולים מכבי וקופת חולים לאומית. אולם משרד הבריאות הישראלי, המנהל בתי חולים, טרם אימץ מדיניות המעניקה העדיפות הראויה לרפואה הראשונית.

6. מחקר ברפואת משפחה

ג'רלד פרקוף מייחס לפיתוח המחקר ברפואת המשפחה לשתי סיבות עיקריות. הראשונה "הצורך להוספת ידעלשטח החסר תשובות לשאלות רבות לו והמצריך בסיס אינטלקטואלי המסוגל ליצור ידע אחר במרוצת הזמן".¹⁸¹ והשנייה, הצורך של רפואת המשפחה להתקבל כשותף מלא בעולם האקדמי ועל ידי כך להשפיע בדרכים חיוביות על החינוך הרפואי. לסיבותיו עלינו להוסיף שבישראל מתנהלת מהפכה במערכת הבריאות המתבטאת ברנסנס של רפואת המשפחה. בתהליך זה ובשונה ממחקר בענפי מדע אחרים, יש למחקר ברפואת המשפחה תפקיד מכריע. הוא בא להשלים ולבסס את התמורות בשטח זה שבשרות ובחינוך.

- כבר בכנס הבינלאומי ברפואת המשפחה שהתקיים בישראל בספטמבר 1972 הוקדש פרק חשוב למחקר. הדיון נפתח בהרצאתו של דר' פריי רופא כללי מאנגליה בנושא: "שיטות מחקר ברפואה כללית".¹⁸² כשישה חודשים לאחר הכנס ערך ד"ר מנדל פולאק ז"ל סיור במוסדות המחקר ברפואה כללית באנגליה ועם שובו פרסם דו"ח בו הציע להקים "יחידה עצמאית" למחקר ברפואת המשפחה במסגרת המחלקה שבאוניברסיטת תל אביב.¹⁸³

באותה תקופה פעלה במרכז קופת חולים כללית קרן צנועה שמימנה עבודות שדה של רופאים

ראשוניים. ג' ליימן בספרו "Family Practice: Foundation of changing (Health Care)"¹⁸⁴ מפרט

את יתרונותיהם של רופאי המשפחה במחקר ברמה הטיפולית כדלקמן: (1) הם רואים את כל בני המשפחה מכל

הגילאים ומשני המינים. 2) יש להם ניסיון ישיר עם טיפול המגע הראשוני של מטופלים בלתי מובחרים. 3) יש להם הזדמנות לעקוב אחרי המטופלים שלהם לאורך פרקי הזמן ממושכים. 4) הם מביאים גישה רב-מקצועית לטיפול הבריאותי. 5) הם נפגשים עם מטופלים בכל שלבי הבריאות: יסודות המחלה ומניעתה, המחלה הטרומ-קלינית, הטיפול בתמונה הסימפטומטית, שיקום וטיפול במצבים רפואיים בהם הריפוי הביולוגי אינו אפשרי. לכך יש להוסיף את האפשרויות להרחבת ההעמקה בנושאים רפואיים – סוציולוגים בעלי חשיבות ממדרגה ראשונה ליחיד ולחברה כדוגמת האלימות במשפחה, התעללות מינית, אלכוהוליזם, סמים ואחרים.

בישראל, ההליכה בשטח המחקר ברפואת המשפחה הייתה בשתי דרכים: דרך רשת המחקר ברפואת המשפחה (רמב"ם) ודרך פיתוח המחקר במחלקות האקדמיות לרפואת המשפחה של בתי הספר לרפואה. רשת המחקר "רמב"ם" הוקמה בשנת 1992 ביזמות "המרכז למדיניות בריאות בנגב" בראשותו של פרופ' דורון. היו"ר הראשון של הרשות היה פרופ' יאיר ידפת והרכז דר' ג'ף בורקן. שני הכנסים הראשונים – בהם השתתפו כשבעים רופאי משפחה מכל חלקי הארץ שגילו עניין במחקר, הוקדשו לליבון הנושא של רשתות מחקר ברפואת המשפחה בעלות אופי איזורי, מחוזי, ארצי ובינלאומי. פרופ' ג'ק פרום ז"ל מארה"ב ולו ניסיון רב בנושא, הרצה בכנסים אלה ויזם גם עבודות משותפות. הרשות הייתה פתוחה להצעות מחקר של כל אחד מחבריה ונעזרה ביעוץ מאפידמיולוגים: פרופ' שמעון וייצמן ופרופ' חיים נגן שהשתתפו בדיוניה ופעילותה. במשך השנים, ראשי מחלקות לרפואת המשפחה כגון פרופ' מיכאל ויינגרטן, פרופ' פסח שוורצמן, דר' שמואל רייס, פרופ' חווה טבנקין, פרופ' אליעזר קטאי, דר' איה בדרמן, דר' דורון חרמוני, דר' אמנון להד היוו חלק יסודי בה.

רשת רמב"ם עסקה ברשימה ארוכה של מחקרים פרי יזמתם של רופאי משפחה הניתנים, בעיקר, לחלוקה בין מחקרים בעלי אופי קליני ואחרים הנוגעים לארגון שרותי הבריאות. הרשת גם הרחיבה את פעילותה לשטחים רפואיים-סוציאליים כדוגמת התעללות מינית ואחרים. הפעילות נידונה בקבוצות בכנסים שהתקיימו פעמיים בשנה. בין הנושאים הקליניים ניתן להזכיר במיוחד עבודות בנושאי כאב גב – כולל גיבוש של הנחיות קליניות בנושא – כאבי ראש, דיכאון ברפואה הראשונית ואחרים.

במסגרת הנושאים המתייחסים לארגון שירותי הבריאות, הרשות עסקה בסוגיות כדוגמת: הפניות

לרופאים מומחים, ניתוח ביקורים אצל רופא משפחה, צוות רופא-אחות, השוואת עבודת רופא ראשוני

בתשלום עבור הביקור להעדר התשלום ואחרים.

אקדמיה, בריאות ומדיניות - המהלכים להקמת בית ספר לרפואה בנגב

ב- 21 למרץ 1973 התכנסה המועצה להשכלה גבוהה (המל"ג) בראשות שר החינוך יגאל אלון, להצבעה בשאלה האם לאשר את הקמתו של בית ספר לרפואה בנגב. במהלך הדיון המקדים פנה אברהם הרמן, נשיא האוניברסיטה העברית בירושלים אל פרופ' משה פריבס, אז, נשיא אוניברסיטת בן גוריון בנגב וקרא "תהיה בטוח שבית הספר בבאר שבע לא יעבור". פרופ' יגאל ידן, אף הוא מהאוניברסיטה העברית יצא בהתקפה אישית כנגד התוכנית. עם תום הדיון נידרשו עשרים חברי המל"ג להצביע. תוצאת ההצבעה היתה תיקו. עשר בעד ועשר נגד. על פי תקנון המל"ג במקרי שוויון נידרש היו"ר להכריע בקולו. ידו של יגאל אלון שר החינוך הצטרפה אל תומכי התוכנית. ברוב של קול אחד, קולו של אלון, אושרה הקמתו של בית הספר לרפואה בנגב. החלטת המל"ג על חודו של קול בעד הקמת בית ספר לרפואה ביטאה את הלך הרוח וניגודי הדעות ששררו במערכת האקדמית בישראל בנושא זה. הכרעת ההצבעה על ידי שר החינוך הייתה הצעד הנדרש וביטאה את עמדת הרוב בממשלה.

החלטת אלון בעד הקמת בית הספר סיימה מהלך רב שנים בו לקחו חלק אנשי הנגב רופאי הנגב בראשות פרופ' חיים דורון, לימים מנכ"ל קופת חולים הכללית, ראשי המכון להשכלה גבוהה בנגב-אוניברסיטת בן גוריון בנגב, בראשות דוד טוביהו ופרופ' משה פריבס ורבים אחרים אשר פעלו במשך שנים לפיתוח הנגב וקידומו.

פרק זה בא לתאר את המהלכים שקדמו להחלטה על הקמת בית הספר לרפואה בנגב, עמדת אנשי הנגב, אנשי המערכת הפוליטית ואנשי האקדמיה בישראל כמו גם התייחסות מערכת הבריאות על כלל מרכיביה, להציג את האינטרסים הסותרים של הגורמים השונים, אישים ומוסדות אשר לקחו חלק בתהליך ולהעריך את משקלם בכל אחד מהשלבים שהובילו להקמתו של בית הספר לרפואה בנגב.

1. רקע- הקמתו של בית החולים המרכזי לנגב והשפעתו על שרותי הבריאות

בינואר 1960 נפתח בית החולים המרכזי לנגב. הקמת בית החולים בוצעה על ידי קופת חולים הכללית ומנהלה משה סורוקה בשותף עם ודוד טוביהו ראש העיר באר שבע. שותפות זו התקיימה משתי סיבות מרכזיות, האחת, הודעת הסתדרות הדסה על סגירתו הצפויה של בית החולים שהופעל על ידה

בבאר שבע, והשנייה- הודעת משרד הבריאות כי אין בתוכניתו להקים בית חולים ציבורי בנגב. צרכי הבריאות של תושבי באר שבע בפרט, רובם עולים חדשים, ושל תושבי הנגב הותיקים והחדשים בכלל היוו מרכיב מרכזי בנחישותו של דוד טוביהו להקים בית חולים מרכזי בעיר. קופת חולים הכללית אשר היתה גורם הבריאות המרכזי והבלעדי בנגב הייתה שותפה טבעית. לקופת חולים עצמה היה אינטרס מיידי לחיזוק כוחה במערכת הבריאות בישראל לנוכח היוזמות השונות שעלו בראשית שנות החמישים להלאמתה. בניית בית חולים בנגב, האזור הגיאוגרפי שהוגדר על ידי דוד בן גוריון כמוקד ההתיישבות העתידי בישראל הלם את האינטרס המיידי של הקופה כמו גם את צרכי הבריאות של חבריה. התוכנית להקמת בית חולים של קופת חולים בנגב, שגובשה במחצית שנות החמישים, עברה אף היא שינויים ותהפוכות ולוותה במאבק פוליטי וארגוני ממושך כנגד מתנגדי היוזמה- משרד הבריאות בראשות ד"ר חיים שיבא, וממשלת ישראל בראשות דוד בן גוריון, שדגלו בהקמתו של בי"ח ממשלתי באשקלון. למרות המכשולים הפוליטיים השכילו טוביהו וסורוקה לנווט את תוכנית הקמת בית החולים לכלל סיום מוצלח ובית החולים נפתח בראשית 1960. פתיחת בית החולים העמידה את ראשי קופת חולים בנגב בפני סוגיה קשה- השגת ואיתור כוח אדם רפואי הולם לאיוש בית החולים על מנת להפעילו. למרות ריבוי הרופאים בישראל, מעטים הסכימו לרדת לנגב. ההתיישבות בבאר שבע סבלה מדימוי של מקום נידח, ללא חיי תרבות וללא חיים עירוניים מפותחים, מקום שאינו מהווה מקור משיכה לרופאים צעירים או אחיות ובעלי מקצועות בריאות אחרים. מצב דומה היה גם ביחס לאיתור כוח אדם מתאים למפעלי התעשייה הכימית שהחלה לצמוח בנגב ודרשו מספר רב של בעלי השכלה הנדסית ומדעית.

על מנת לשמור על רמת כוח אדם מקצועי ולעודד ולהרחיב את השכלתם של רופאים תושבי הנגב, ערכה קופת חולים השתלמויות וקורסים מקצועיים, אלא שלא היה די בכך. צרכי הבריאות בתחום המקצועי גברו מיום ליום והיה ברור לכל הנוגעים בדבר כי ללא הרחבה וביסוס תחום ההשכלה הגבוהה בנגב יהיה קשה לשמור על הקיים ובמיוחד על בעלי מקצועות הבריאות השונים. מצד דומה נוצר גם במפעלי התעשייה שהוקמו בנגב, שחיפשו כל מקור אפשרי לגיוס כוח אדם מקצועי ואיכותי ופעלו, בדומה לקופת חולים, לשמירה ושיפור איכותו באמצעות קורסים והשתלמויות. סוגיה זו קיבלה משנה תוקף עם ההחלטה על הקמת הקריה למחקר גרעיני נגב והדרישה לתוספת של מאות אנשי מדע וטכנולוגיה לבאר שבע והנגב.

מן הראוי לציין שעם ראשית פעילותו של בית החולים המרכזי לגב, ניפתח שיתוף פעולה הדוק בינו לבין מחוז קופת חולים בנגב ורופאיו. שיתוף פעולה זה שקיימו מנהל בית החולים פרופ' יוסף שטרן ז"ל לרופא המחוזי של קופת חולים, חיים דורון, אפשר שילובם של רופאים בעבודת בית החולים ובקהילה. שילוב זה כלל עבודתם של רופאי בית החולים ביישובי הנגב, הפנית רופאים בכירים לייעוץ בעיירות הפיתוח ובהתיישבות, ופיתוח מרפאת חוץ של בית החולים כמרפאה מייעצת לתושבי הנגב.

בדצמבר 1962 במהלך ביקור של מדענים ממכון וייצמן בבית החולים בבאר שבע הועלתה לראשונה האפשרות למיסוד ההשכלה הגבוהה בנגב. לנוכח תמיכת המשתתפים ברעיון הוקמה ועדה יוזמת שהחלה את פעילותה בראשית 1963 למען קידום הקמתו של מכון להשכלה גבוהה בנגב. במהלך שלוש השנים הבאות הפכה היוזמה למהלך מאורגן שהוביל להקמתה של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. לדורון, שהיה חבר בועדה, היה ברור כי הקמתו של מוסד להשכלה גבוהה היא רק צעד ראשון שיוביל בהמשך להקמתו של בית ספר לרפואה בצמוד לבית החולים המרכזי לנגב. במקביל אפוא להתארגנות לקראת הקמתו של המכון להשכלה גבוהה בנגב הקימו מנהלי המחלקות של בית החולים את ועדת רופאי הנגב, ששמה לה למטרה לפעול להקמתו של בית ספר לרפואה. חברי הועדה כללי את ד"ר יוסף שטרן, אז מנהל בית החולים, ד"ר גבריאל טורק, מנהל המחלקה האורתופדית וד"ר אליהו להמן, מנהל המחלקה הפנימית, שהיה קודם לכן, מנהל בית החולים הדסה בבאר שבע שניסגר. בראש הועדה עמד על פי בקשת חבריה, ד"ר דורון.

במחצית שנת 1966 ציין דורון כי "במוסדות רפואיים מתגבשת מגמה להציע שותפות עם המכון להשכלה גבוהה בעריכת מחקרים מיוחדים לאזור ולהכשיר רופאים למגמות מיוחדות כגון: רפואה כללית, רפואה ציבורית והשתלמות לרופאים עולים".¹⁸⁵

ניתן להסביר את התבטאותו הזוהירה של דורון בהדים הקשים שליוו את הקמתו של בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב אשר ניפתח באותה שנה, למרות התנגדות האוניברסיטה העברית בירושלים ואשר סיים את עידן המונופול של בית הספר לרפואה בירושלים, והרחיב את התחרות בין גורמי הבריאות השונים בישראל לתחום האקדמיה.

2. המחסור ברופאים בקהילה ושאלת החינוך הרפואי

במחצית 1966 כבר היה ברור לקופת חולים הכללית, ארגון הבריאות המרכזי בישראל, כי הפתרון להכשרת כוח אדם רפואי איכותי לעבודה בקהילה לא ימצא בין כותלי האקדמיה, גם לא בבית הספר לרפואה החדש שניפתח באותה שנה באוניברסיטת תל אביב. קופת חולים שסבלה ממצוקה קשה באיכות ובכמות כוח האדם הרפואי אשר פנה לעבודה בקהילה, קיוותה כי בית הספר בתל אביב יחנך רופאים לעבודה גם בקהילה ולא רק בבית החולים ויספק לרופאים לעתיד כלים מתאימים לביצוע עבודה זו. בספטמבר 1966 פנה משה סורוקה יו"ר מרכז קופת חולים אל פרופ' דה פריס, הדיקן הנבחר של בית הספר לרפואה בתל אביב וביקשו שבית הספר יכשיר את תלמידיו לעבודה בקהילה כחלק בלתי נפרד מתוכנית הלימודים. תשובת דה פריס כללה אמנם איזכורים מתוך הקוריקולום המתוכנן של תוכנית הלימודים ברפואה אשר מתייחסים לרפואה ציבורית, אך עמדתו המרכזית אותה ביטא בגלוי בתשובתו היתה כי החינוך הרפואי הטוב צריך להתבסס על מחקר ולפיכך תפקידו הראשון של בית הספר הינו להכשיר את בוגר הרפואה לכך. דה פריס התנגד נמרצות לכל התערבות ממשלתית או אחרת, בתוכנית הלימודים של תלמידי הרפואה. לדעתו התערבות כזו תדרדר את החינוך הרפואי בישראל. במאמר מוסגר ציין דה פריס כי לדעתו בעיותיה של קופת חולים אינן נובעות מהעדר כוח אדם רפואי מתאים אלא בגין כשלי ארגון במוסד עצמו. דה פריס הציע לסורוקה לפעול לרה ארגון של קופת חולים על מנת שיהלום קליטתם של רופאים לעבודה בקהילה.¹⁸⁶

את תשובתו לסורוקה טרח דה פריס לפרסם בעיתונות, אולי כדי לתת לה משנה תוקף ולמנוע הפעלת דעת קהל בעד התערבות ממשלתית עתידית בחופש האקדמי.¹⁸⁷ גם בנאום הפתיחה לכבוד שנת הלימודים הראשונה ברפואה, חזר דה פריס על עמדתו כי אמנם מטרת הרופא לשרת את החברה אך את עיצוב הכשרתו יש להשאיר בידי המערך האקדמי, בודאי שלא לנסות לכפות הליכה לעבודה בקהילה או התמקדות בעבודה בקהילה כגורם מרכזי בהכשרת הרופא הצעיר.¹⁸⁸

לקופת חולים הובהר אפוא כי פתרון למצוקת כוח האדם הרפואי שלה בשרות בקהילה לא ימצא בין כותלי האקדמיה, וכי גם בית הספר החדש לרפואה בתל אביב אשר חרט על דיגלו את חובת הרופא לחברה, סרב להפנים מטרה זו בתוכנית הלימודים.

שאלת האחריות ההדדית בין שרותי הבריאות בישראל לבין החינוך הרפואי בישראל נדונה בהרחבה גם בעתונות היומית וגם בעתונות המדעית.

בשנת 1967 פרסמו פריבס, ישראל ויודפת, מאמר המסכם את עבודתם בנושא "הנסיון בהוראת רפואה כללית לתלמידי בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים".¹⁸⁹ לדבריהם, החל משנת 1963 נכללה הוראת רפואה כללית בשנת הלימודים השישית בבית הספר לרפואה בירושלים, הוראה אשר כללה גם התנסות בפועל בעבודה בקהילה. למרות הענות הסטודנטים להשתתף בקורס והעניין שגילו בנושא, לא עוררה התוכנית את המוטיבציה שלהם לפנות לרפואה כללית כעיסוק בעתיד. לדעת החוקרים שבדקו סוגיה זו, עיקר הקושי נבע מתנאי העבודה הקשים של הרופא הכללי אשר נחשפו לפני התלמידים ואשר היוו את גורם ההרתעה המרכזי מפני פניה לתחום זה. כדה פריס במכתבו לסורוקה, קבעו שלושת החוקרים כי אם קופת חולים רוצה למשוך אליה רופאים צעירים עליה לשנות את מבנה העבודה והארגון ולהקל על הלחץ היומיומי על רופא הקהילה. סיבה נוספת שהוזכרה כמכשול היה הנתק שבין בית החולים לרופא בקהילה, נתק הפוגע בקידומו המקצועי של הרופא לאורך זמן, לדעתם. במאמר אחר אשר התפרסם באותה שנה בחנו אברהם זלוצ'ובר ומשה פריבס את נושא "הצלחה בלימודים וקריירה מקצועית של בוגרי רפואה בישראל".¹⁹⁰ פריבס וזלוצ'ובר העלו כי בוגרי רפואה מתחלקים לשתי קבוצות: "אליטה" ו"לא אליטה". רוב קבוצת האליטה נשארה לעבוד במערך בתי החולים בה ביצעה גם את עבודת הסטאג' הרפואי, ואילו קבוצת הלא אליטה, התרכזה במרפאות קופת חולים הכללית ובצה"ל. פריבס וזלוצ'ובר קשרו את בחירתם המקצועית של בוגרי הרפואה בהישגיהם האקדמיים ובמקום בו ביצעו את הסטאג'. פנייתם של בעלי ההישגים האקדמיים הנמוכים יותר למערך הקהילתי קיבעה מערך זה כמעמד משני בחשיבותו וכעיר מקלט לפחות מוכשרים שבין בוגרי הרפואה. מעמד זה הפך למכשול מרכזי בשינוי תדמית העבודה הרפואית בקהילה ומנע הפיכתו למקור משיכה לרופאים צעירים מצטיינים. בנוסף ציינו החוקרים כי בתי חולים המוגדרים כמוסדות אליטה, פעלו לגיוס כוחות צעירים חדשים ודחקו מתוכם לקהילה את אלה מבין הבוגרים שהיו בעלי הישגים בינוניים ומטה. "החליפין נוטים אפוא להעלות את הממוצע הקליני של הבוגרים במוסדות האליטה ולהוריד את הממוצע הקליני של הבוגרים במרפאות".¹⁹¹ מצב זה מנע אפוא כל מוביליות בין מערך האשפוז למערך הקהילתי וקיבע את מעמדו של האחרון כעיר מקלט לחלשים ולבינוניים. הנהלת קופת חולים הכללית הייתה מודעת למכשלה ההירארכית אשר נוצרה בישראל ואשר מנעה כל אפשרות לשינוי מעמדו של רופא הקהילה. בהרצאה שנשא משה סורוקה בועידה השמינית של קופת חולים פברואר 1968 הוא ציין עובדה זו מספר פעמים כבעיה המרכזית של הקופה

בסוגיית המחסור בכוח אדם בקהילה ובעיקר זה שבספר ובכפר. לדבריו "הבטחת רופאים לרפואה הכללית תלויה בראש וראשונה בשינוי קיצוני מהפכני ומוחשי בהכשרתו של הרופא, בחינוכו, בהקניית החיבה וההבנה לנפש האדם, למצבו הסוציאלי... בית הספר לרפואה הישראלי חייב לחרוט על דגלו יצירת דמות רופא שלו אנו זקוקים, כי לכך אנחנו קיימים... שום איש אינו רוצה לפגוע בחופש האקדמי שהפך לדבר שבקדושה... אולם לכל בית ספר אקדמאי יש מגמה יסודית שאותה מגשימים בתנאי חופש אקדמי וחופש קיים במסגרות מסוימות. גם בעולם הרחב קיימות אוניברסיטאות כגון פרוטסטנטיות או קתוליות, אף בהם שורר חופש אקדמאי אך מגמתן העיקרית ברורה וקבועה מראש... יהא זה מוסרי וצודק, ועם זאת הגיוני ופשוט שכל ההולך להירשם לבית ספר לרפואה יידע שזכות קדימה להתקבל לבית הספר לאלה אשר יחתמו כדת וכדין על כך שעם תום שנות לימודיהם יעמדו לשירות העם לתקופה קצובה. כי הרי לשם כך אנו מקיימים בתי ספר לרפואה ומה פסול בכך אם נבכר את אותם השבעים מתוך המאות אשר בדעתם להישאר בארץ".¹⁹² סורוקה חזר על עמדתו זו גם בעת הדיון על דו"ח ההתנסות של תלמידי בית הספר לרפואה בתל אביב שנערכה בבית החולים בילינסון, בית החולים של קופת חולים הכללית. בחילופי מכתבים בינו לבין דה פריס על התנסות זו, הוא חזר וכתב כי "לא אסתיר שיש לי הסתייגויות מה על מגמת החינוך של הרופא הישראלי בבית היוצר של הרפואה ואני מצטער שלא כל התקוות שהיו לנו מבית הספר זה על חינוך אב טיפוס של רופא ישראלי המעורה בצרכי המדינה והאומה מצאו את ייעודם בחינוך הרפואי... שבעתיים אני מצטער שלא הסתייע הדבר וקופת חולים לא נכנסה כשותף מלא בעול ובמעשה, בהחזקת בית הספר הזה כפי שתכננו בשעתו- ותהיינה הסיבות כאשר תהיינה..."¹⁹³

אלא שהאקדמיה הרפואית התנגדה נחרצות לכל כפיית שרות לאחר הלימודים או שינוי בתוכנית הלימודים לטובת העבודה בקהילה וסירבה בעקשנות לכל ניסיון להתערבות קופת חולים בתוכנית הלימודים לשם עידוד הכשרת רופאים גם לעבודה בקהילה. קופת חולים נותרה אפוא עם הבעיה בלא כל מענה או הבטחה לעתיד. סורוקה רצה בהתחייבות בוגרי הרפואה לשרת בכפר ובספר, ואילו הם סרבו לכל התחייבות. סורוקה רצה שינוי משמעותי בתוכנית הלימודים לטובת העבודה ברפואה בקהילה, ואילו דיקני בתי הספר לרפואה סרבו לכל התערבות בחופש האקדמי. סורוקה ראה את זכות המדינה לכפות דעתה על היחיד כבביטחון כך גם בבריאות, ואילו המערכות סרבו לקבל הקבלה זו.

למרות סרובה של הקהילה הרפואית האקדמית לשתף פעולה, היה ברור לראשי הקופה כי הפתרון מצוי רק בין כותלי האקדמיה, על ידי הכשרת הרופא הצעיר והתוויית דרכו לעבודה בקהילה מתוך בחירה ומחוץ למערך האשפוז. ואם לא בשני בתי הספר לרפואה הקיימים בישראל, מן הראוי לפעול להקמתו של בית ספר נוסף אשר יחרוט על דיגלו את העבודה בקהילה. על בסיס הנחה זו קרא סורוקה במהלך נאומו בועידת קופת חולים כי "בטוחני שאם בתי הספר בארץ יחנכו דור רופאים שישלבו את המועיל והטוב של צרכי השירותים הרפואיים בארץ או שהדבר יעשה על ידי בית ספר לרפואה חדש שיציב לו מטרה זו- ימצאו לא מעטים, שיקדמו את הדבר בגופם כיעוד וכמשימה, כשם שחבריהם מקיימים בגופה בערבות הנגב ובגבולות הארץ את הביטחון... אם נטיל עליהם את המשימה הם גן ידעו לשנות את שירותי הרפואה בכללם, בעיר ובכפר כאחד, בהתאם לקווים ולכללים שלפיהם יתחנכו..."¹⁹⁴.

רעיון בית הספר האחר, השונה, שיבנה ויפעל בשותפות עם קופת חולים הכללית, שיכשיר את הרופאים לעבודה בקהילה ויענה על צרכי המדינה, ניזרק אפוא לחלל האוויר כבר בשנת 1968. במאי 1968 התפרסמה בעיתונות היומית כתבה ראשונה תחת הכותרת "תכניות לבית ספר לרפואה שלישי...". הכתבה מביאה את דברי סורוקה, דר' טובה ישורון ברמן וחברים בהנהלת קופת חולים בנושא הצורך בהקמת בית ספר נוסף לרפואה שיחנך רופאים לעבודה בקהילה. דר' ישורון ברמן נימקה את היוזמה להקמת בית ספר שלישי לרפואה בכך ש"כיון שמעטים מבין בוגרי בית הספר לרפואה בירושלים מוכנים לעבוד בקופת חולים ובית הספר לרפואה בתל אביב יוציא בשנת 1968 רק 24 בוגרים... שאף רובם כנראה לא יהיו מוכנים לשרת בקופת חולים, שואפת קופת חולים לדאוג לעצמה לחינוך רופאים בשביל מוסדותיה... קופת חולים רואה את ההצלה בבית ספר לרפואה שלישי שיוקם ביוזמתה, יימצא תחת פיקוחה ויבטיח שבוגריו ימלאו קודם כל את החסר במרפאות קופת חולים".¹⁹⁵ דר' ברמן ציינה כי קופת חולים מבקשת להקים ועדת מומחים שתדון בנושא ותתייחס גם לשאלה היכן צריך לקום בית הספר, בבאר שבע או בחיפה. אמנם העדפתה האישית של דר' ברמן היתה באר שבע והיא הסבירה זאת במספר הגבוה יחסית של בוגרי התיכון מקרב ילדי הנגב אשר סביר להניח שלא יחששו ללמוד בבית ספר לרפואה בנגב, אך היא אישית תקבל כל החלטה של הועדה. גם דיקן בית הספר לרפואה בתל אביב דה פריס היה בעד הקמת בית הספר אך הזהיר מהתערבות קופת חולים בתוכנית הלימודים של בית הספר שיקום. לדבריו התערבות של הקופה בקביעת תוכנית הלימודים תוביל לכך שבית הספר יכשיר "פלצ'רים" ולא רופאים,

ורמת הרפואה בישראל תיפגע. פרופ' משה פריבס, אז ראש המחלקה לחינוך רפואי בבית הספר לרפואה בירושלים תמך בהקמת שלוחה של ירושלים בפריפריה לשם הכשרת רופאים כלליים ויותר את הכשרת הרופא המומחה, החוקר לשני בתי הספר הקיימים. פריבס טען שאין ולא יהיה מחסור ברופאים מומחים בעתיד ולכן אין צורך בבית ספר לרפואה רגיל נוסף. הצעת פריבס להקים בנגב בית ספר בחסות ירושלים לרפואה כללית בלבד גרם להתנגדותם הנמרצת של רופאי הנגב שלא רצו בהקמת שלוחה של אוניברסיטה אחרת אלא בהנחת היסודות לבית ספר לרפואה עצמאי בנגב במסגרת של אוניברסיטת הנגב. במכתב אישי שכתב פרופ' פריבס לסורוקה בנושא הוא ציין: "אשמח לדעת תגובתך ויתכן שיש עוד מקום להעזיז ולנסות. נדמה לי שהניסיון של ירושלים ותל אביב מוכיח שאם לא יעשה דבר בקווי הצעתי, הרי נוכל להיפרד פעם אחת ולתמיד מהרעיון של הקמת דור של רופאים כלליים. השתלשלות הדברים בקשר להצעתי האחרת, להכניס תקופה של שרות כפר וספר בתקופת ההתמחות, גם היא נדחתה על ידי הר"י וחבל".¹⁹⁶

דר' נח קפלינסקי, יו"ר הועד המרכזי של ההסתדרות הרפואית ודיקן משנה של בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב, טען לנוכח הצעת פריבס, שהכשרת רופאים לעבודה בקהילה לא תועיל כל זמן שמערכת השרות לא תאורגן אחרת ולא תעבור רפורמה. גם לדעתו אין ולא יהיה בעתיד מחסור ברופאים, ולשם הכשרת רופאים מומחים אין כל צורך בהקמת בית ספר נוסף לרפואה.¹⁹⁷ מעניינת במיוחד הייתה עמדת משרד הבריאות. המשרד תמך בהקמת בית ספר נוסף לרפואה אך טען שהוא לא יפתור את הבעיה ושהפתרון למצוקת כוח אדם רפואי בקהילה טמון בהחזרת רופאים ישראלים מחו"ל ועידוד עליית רופאים לישראל.

שאלת הקמתו של בית ספר שלישי לרפואה והתבטאויותיהם של ראשי המערכת הבריאות והאקדמיה הרפואית בישראל הובילו להתכתבות מפתיעה בנושא בין סורוקה איש קופת חולים הכללית למשה פריבס, מבית הספר לרפואה בירושלים. לכאורה שני אישים שונים זה מזה, אשר פעלו משני צידי המתרס, אשר מצאו, במפתיע, אוזן קשבת, איש אצל רעהו. במכתב מרגש כתב סורוקה לפריבס בעקבות הפרסום על הצעת פריבס להקמת שלוחה לרפואה כללית: "שמחתי למקרא הצעתך שהמצאת לי. כמשב רוח ביום שרב. "כבר קבעו חז"ל שבמקום שבעלי תשובה עומדים אין צדיקים גמורים יכולים לעמוד", וטוב לשמוע ולברך שסוף סוף גבר אף אצלך רגש האחריות והתחושה לנושא גורל הרפואה הציבורית

במדינה...לא אגבה חובי ממך, כל אותם הדברים היפים והתיאור הממצה, כפי שהנך כותב, תיארתי לפניכם בפגישה עמך ועם פרופ' הלפרין ולאחר מכן עם פרופ' מן. ודאי שלא באותה צורה מדעית אלא סתם בלשון בני אדם, מתוך תחושה ואתם נתתם הסכמתכם לתיאור ודחיתם את הפתרון בבחינת נהיה ככל הגויים.

ודאי תתפלא שעדיין שמורים אצלי העתקי המאמרים, כולל מאמריך שנתפרסמו באותו נושא בויכוח עימי, ובעיקר מאמרך "הרופאים כבני אדם וכמקצוענים" ובודאי לו נתנו את דעתנו לכך בשעתו היה המצב עתה אחר.

אל תתרעם, כל מה שכתבתי אין זה אלא פורקן-מה להרגשה שהעיקה עלי בהיותי בודד במערכה בנושא שחשבתי לגורלי.

ועתה למעשה: אם הנך רואה למעשי ולאפשרי להקדיש כוחות רפואיים מבית הספר בירושלים במחנכים ובמדריכים ואם ביה"ס בירושלים ייטול עליו את המשימה הזאת ויסנף את היחידה הזאת תחת רשותו, הריני נכון להיכנס ולצרף אף את כוחי בניסיון נועז זה שאם הוא יקום יהיה לברכה.¹⁹⁸ בתחתית המכתב הוסיף סורוקה "נ.ב. לפלא בעיני למה לא העברת אלי בשעתו את הצעתך. מי כמוך יודע את עניני והתעניינותי בנושא זה".

מכתב סורוקה לפריבס היה הצעד הראשון ביצירת הקשר הקרוב בין שני אישים אלה, קשר שהוביל ארבע שנים לאחר מכן לשיתוף פעולה בשלב הראשון להקמתו של בית הספר לרפואה בבאר שבע. איש משני אישים אלה לא ידע באותה עת כי תהפוכות הגורל יובילו אותם לאיחוד כוחות ולפעילות מאותו הצד של המתרגם ולמען אותו עניין.

יש לציין שסורוקה, בשונה מרופאי הנגב, הסתכל על הנושא באופן מאוד כללי ולא יכול היה ברקע שלו להעמיק במשמעות הצעתו של פרופ פריבס.

שלהי 1968 היו ימים של תהיה. "חיפה או באר שבע?" הפך להיות הביטוי השכיח במסדרונות קופת חולים והאקדמיה גם יחד.

באוגוסט 1968 נכנס דורון לתפקידו במרכז קופת חולים כראש האגף הרפואי. מאותו זמן היה ברור שקופת חולים תפעיל את כל השפעתה וכוחה לשם הקמתו של בית ספר לרפואה בנגב.

חודש לאחר מכן, נערך כנס "חלוצי הרפואה בנגב" אשר כלל את רופאי ומנהלי שרותי קופת חולים הכללית במחוז הנגב ומחוז יהודה (רחובות וסביבתה). נושא הכנס היה הפעלת מוקדי כוח והסברה בציבור ובממשל על מנת להוביל להחלטה כי בית הספר השלישי לרפואה שיקום יהיה בנגב. משתתפי הכנס ציינו את צרכי הנגב, עתיד הנגב, מרכזיותו של בית החולים המרכזי לנגב שרכש לו מוניטין במלחמת ששת הימים כמוסד רפואי מרכזי בעל יכולת, ואת כוח האדם הרפואי הקיים בנגב היכול להתמודד עם הקמת בית ספר לרפואה בחסות המכון להשכלה גבוהה בנגב. לדעת כל המשתתפים יש לפתוח במאבק ציבורי כי בלעדיו אין לנגב כל סיכוי לזכות ביוזמה. תמימות הדעים של משתתפי הכנס הובילה אפוא ליצירת הקונסנזוס שיש להקים בית ספר לרפואה שלישי בנגב, בית הספר הזה יבנה בשותפות של קופת חולים הכללית והמכון להשכלה גבוהה בנגב, בית הספר הזה יהיה אחר, ויפעל לקידום הרפואה בקהילה, ובית הספר הזה יהווה מודל לדוגמא לבתי ספר אחרים בארץ ובעולם בתחום השרות בקהילה, בכפר ובספר.¹⁹⁹

שלהי 1968 היו חודשי ההכרעה לא רק בשאלה היכן יקום בית הספר השלישי לרפואה אלא בשאלת מעמדו של הנגב במדינת ישראל החדשה- מדינת ישראל שלאחר מלחמת ששת הימים. ככלל מדינת ישראל הייתה תחת האופוריה של הניצחון במלחמה והשינוי החיובי במעמדה של ישראל בעולם. המשבר הכלכלי, המיתון, שאפיין את שנות השישים המוקדמות הסתיים עם הניצחון הצבאי ועיני הציבור פנו מזרחה- לגדה המערבית, לירושלים ולשטחים החדשים שנכבשו. הנגב, איבד את מעמדו כאזור בעל זכויות ייחודיות וכאזור הנבחר על ידי דוד בן גוריון. דרישות הנגב למיסוד ההשכלה הגבוהה ולהקמת בית ספר לרפואה, שזכו עד פרוץ המלחמה לאוזן קשבת ואהדת הציבור, נדחקו הצידה מפני במציאות הפוליטית החדשה.

3. חיפה או באר שבע? ועדת ברנזון

ב- 22 לדצמבר 1968 מינה שר הבריאות ישראל ברזילי את שופט בית המשפט העליון צבי ברנזון לעמוד בראש ועדה שתפקידה היה לקבוע האם יש מקום להרחבת בתי הספר הקיימים לרפואה, ובאיזה תנאים, או האם יש להקים בית ספר שלישי לרפואה על מנת להתמודד עם מחסור עתידי צפוי בכוח אדם רפואי, והיכן, בחיפה, בבאר שבע או במקום אחר. חברי הועדה היו צבי ברנזון, שופט בית המשפט העליון (יו"ר), פרופ' פנחס אפרתי, מנהל מחלקה פנימית בבית"ח קפלן שברחובות, פרופ' דוד ארליך, מנהל המחלקה הכירורגית

בבית החולים רמב"ם שבחיפה, פרופ' אנדרה דה פריס, רקטור אוניברסיטת תל אביב, פרופ' פריבס, סגן נשיא האוניברסיטה העברית, ח"כ שלמה רוזן, יו"ר ועדת השרותים של הכנסת, פרופ' חיים שיבא, סגן נשיא אוניברסיטת תל אביב.

מטרות הועדה כפי שניקבעו בכתב המינוי היו:²⁰⁰

1. "האם רצוי להגדיל את ההיקף ולהרבות את יכולת קליטתם של בתי הספר לרפואה

הקיימים? ואם כן, באיזה תנאים.

2. אם המגמה הרצויה של הגדלת מספר הרופאים לא מוצאת את פתרונה במסגרת

התשובה לשאלה 1, האם יש להקים בית ספר שלישי לרפואה? אם כן, היכן יש להקים את בית הספר הנוסף, בחיפה, בבאר שבע או במקום אחר ומתי יש לפתוח אותו?"

4. ועדת גיליס

עוד בטרם החלה הועדה לפעול החליטו תומכי בית הספר לרפואה בבאר שבע בראשות טוביהו (אשר שימש גם כיו"ר המכון להשכלה גבוהה בנגב) כי יש להכין נייר עבודה מסודר שיוגש לוועדת ברנזון על מנת להציג לה את היתרונות שבהקמת בית ספר נוסף לרפואה בנגב. המסגרת המתאימה להכנת נייר עבודה כזה הייתה ועדת גיליס. ועדה בראשותו של פרופ' יוסף גיליס ממכון וייצמן למדע, התמנתה שנה קודם לכן (נובמבר 1967) על ידי ראש הממשלה לוי אשכול לדון בהקמתה של אוניברסיטת הנגב. ביולי 1967 הגישה הועדה דו"ח ביניים ראשון בעקבותיו הוקם "המטה להקמת הקמפוס האוניברסיטאי בנגב", ואילו בדצמבר 1968, במקביל להקמתה של ועדת ברנזון, נערך דיון ראשון אצל ראש הממשלה אשכול בשאלת הפיכתו של המכון להשכלה גבוהה בנגב לאוניברסיטה, על בסיס דו"ח הביניים של ועדת גיליס. דו"ח ועדת גיליס הסופי נמסר רק בספטמבר 1969. למעשה חלק נכבד מדיוני הועדה התקיימו במקביל לדיוני ועדת ברנזון. בינואר 1969, עוד בטרם החלה ועדת ברנזון את עבודתה מצאו אנשי הנגב כי ועדת גיליס תהיה המסגרת ההולמת להכנת נייר עבודה בנושא הקמת בית ספר לרפואה שלישי בנגב. כחלק מהאוניברסיטה העומדת לקום, וכי לנייר עמדה כזה תהיה השפעה על החלטות הועדה.²⁰¹ פרופ' דה פריס היה החבר היחיד אשר שימש בשתי הועדות גם יחד. ניתן ליחס לעובדה זו את עמדת דה פריס בהחלטות ועדת ברנזון אשר התפרסמו בסוף אותה

שנה.²⁰²

מעיון בפרוטוקול ועדת גיליס עולה כי חברי הועדה שמתפקידם היה לדון בהקמתה של אוניברסיטה בנגב, התלבטו בשאלה האם להמליץ בפה מלא על הקמתו של בית ספר לרפואה באוניברסיטת הנגב.

התלבטותם המרכזית היתה בגין המשאבים הכספיים העצומים שיידרשו להקמת בית ספר לרפואה. הקצאת משאבים לנושא עשויה לפגוע לדעתם במחלקות ובפיתוח תחומים אחרים באוניברסיטה. ד"ר דורון שהשתתף בדיוני הועדה הביע חששותיו כי בית החולים המרכזי לנגב לא יוכל לעמוד בדרישות ההוראה לבית הספר לרפואה מחוסר כוח אדם מתאים ומספר מחלקות נמוך, אחרים הביעו חשש כי העמסת ההוראה על בית חולים אחד תהיה גדולה מידי והוספת בית החולים קפלן לתוכנית היתה בלתי אפשרית בגין המרחק הרב מבאר שבע.

תמיכה בלתי מסויגת בהקמת בית ספר לרפואה בנגב הביע דווקא החבר החיצוני, דה פריס. לדבריו "אוניברסיטה שתקום בבאר שבע, עם מאות רופאים בסביבה ואזור מתפתח, חייבת בבי"ס לרפואה והשאלה היא רק מתי הוא צריך לקום... עלינו הוטל לחוות דעה ולדעתי יש לומר שביה"ס לרפואה נחוץ..." לנוכח הסתייגות חברי הועדה האחרים הציע דה פריס כי ועדת גיליס תתייחס רק לסוגיית הקמתו של בית הספר לרפואה בנגב, אך לא תדון בעיתוי ההקמה ונושא זה יישאר באחריותה של ועדת ברנזון. "הועדה מונה להתוות תכנית לאוניברסיטת הנגב, ואני סבור שצריך להקים בי"ס לרפואה כדי לשרת את האזור; את העיתוי נשאיר לממשלה. אני מציע שנחליט: א. אוניברסיטת הנגב צריכה לכלול בי"ס לרפואה. ב. נקים ועדה שתבדוק תכנית לבי"ס ומה יש להוסיף לשם כך".²⁰³ בסכום הדברים, בהשפעת דברי דה פריס ניסח פרופ' חיים חנני את מסקנות הועדה. "באוניברסיטת הנגב יוקמו הפקולטות למדעי הטבע, למדעי הרוח והחברה ולטכנולוגיה. כן יש ליצור את התנאים לבי"ס לרפואה". כך יצא בית הספר לרפואה בנגב לדרך.

בפברואר 1969 התכנסה ועדת ברנזון לראשונה. מייד עם כינוסה הראשון יזמה הועדה פרסום רחב בעתונות ויצאה בקריאה לגורמים שונים להציג את עמדתם בנושאים הנדונים אם בכתב ואם בעל פה.

קריאת הועדה לקבלת חוות דעת של הצבור וגורמים בעלי עניין בנושא הביא ליבול של עשרות סקירות, תזכירים ומכתבים, של אישים ממערכת הבריאות בישראל, תלמידי רפואה ישראלים בחו"ל, גורמים ממשרד האוצר וראשי האקדמיה הרפואית בישראל. באופן מיוחד התבלטו שתי קבוצות מרכזיות: האחת- הקבוצה החיפאית בראשות פלימן, ראש עיריית חיפה וא. גולדברג נשיא הטכניון, אשר פעלה למען החלטה על הקמת בית ספר לרפואה בחיפה, והשניה- קבוצת הנגב, בראשות דוד טוביהו ופרופ' חנני, שפעלה למען

הקמתו של בית הספר לרפואה בנגב. קבוצת שלישית שפנתה לוועדה הייתה קבוצת קופת חולים שיוצגה על ידי דורון וסורוקה.

בראשית 1972 יצא דורון לארצות הברית על מנת לאתר אישיות רפואית שתתאים לתפקיד הדיקן. באותו זמן פעל סורוקה בדיסקרטיות להרחבת בית החולים המרכזי לנגב והכשרתו כבית חולים אונברסיטאי עוד בטרם נפלה איזו שהיא החלטה וזאת על מנת להשפיע על מהלך הארועים, אלא שבפגישת ראשי האוצר בראשות מר אגמון ואנשי משרד הבריאות בראשות דר' ר. ג'זבין המנכ"ל הודיע האוצר כי יחסום כל פעילות של קופת חולים בנידון. בהחלטה הודיע הממונה על התקציבים באוצר כי "כל עוד אין החלטת ממשלה על תמיכה כספית בבית ספר לרפואה נוסף לא תכסה הממשלה ולא תשתתף בכל הוצאה כל שהי וכל הוצאה כזו תנוכה מהקצבת קופת חולים".²⁰⁴

אף לא אחת משתי הקבוצות העלתה את האפשרות כי ועדת ברנזון תחליט כנגד הקמת בית ספר שליש לרפואה. הנחת היסוד שלהן הייתה כי ההחלטה על הקמת בית הספר הנוסף תהיה חיובית ולפיכך יש להפעיל את כל הכוחות בנושא קביעת מיקומו.

למרות צפיותיהן של הקבוצות החיפאית והבאר שבעית כי החלטת הועדה תהיה על הקמת בית ספר נוסף לרפואה, הביעו רוב התזכירים והדו"חות הסתייגות מהצורך בהקמת בית ספר שליש לרפואה והדגישו כי הפתרון הנכון למצוקת כוח האדם הרפואי בישראל הוא לפעול לקליטתם של ישראלים הלומדים רפואה בחו"ל במסגרת בתי הספר הקיימים. הועדה ציינה כי לנוכח העדויות ששמעה, בעיקר זו של דר' דורון, שאכן מערכת הבריאות הקהילתית בארץ נמצאת במצוקת רופאים. הועדה גרסה שהפתרון לבעיה לא ימצא על ידי הקמת בית ספר שליש לרפואה בחיפה או בבאר שבע, ובודאי לא בית ספר שיתמקד בהכשרת רופאים כלליים לקהילה, היות והחלטה כזו תקבע את מעמדו כבית ספר מדרגה שנייה. לדעת רוב חברי הועדה הפתרון הנכון הוא הרחבת כושר קליטתם של בתי הספר לרפואה בירושלים ובתל אביב אם על ידי סטודנטים חדשים או על ידי סטודנטים אשר יגיעו לשנה החמישית ויבצעו את הכשרת הקלינית בישראל. הועדה ציינה כי תמליץ על סינופם של בתי ספר בפריפריה בצפון ובדרום וכי אין היא פוסלת הכוונת הבוגרים בעיקר חוזרי חו"ל לעבודה בקהילה לאחר סיום לימודיהם, אך היא עצמה נמנעה מקבלת החלטה נחרצת בנושא. המלצה זו תאמה את הרעיון של משה פריבס, על הקמתה של שלוחה לרפואה כללית בפריפריה, שרופאי הנגב התנגדו לה.

בסכום המליצה הועדה לפעול להקצאת אמצעים כספיים לשני בתי הספר הקיימים על מנת להביא

להרחבתם.

ביוני 1969 פרסמה ועדת ברנזון את מסקנותיה. לדעת הועדה אין לפעול למען הקמת בית ספר שלישי

לרפואה ואת הפתרון למצוקת כוח אדם רפואי יש למצוא על ידי החזרת רופאים ישראלים הלומדים בחו"ל

וצירופם לשנים הקליניות. בנוסף המליצה הועדה להגדיל את מספר התלמידים המתקבלים מדי שנה בירושלים

מ-80 ל-120 סטודנטים. הדו"ח שזכה לסיקור עיתונאי רחב הציג את הנימוקים המרכזיים ואת הסוגיות

שבמחלוקת- הרחבת לימודי הרפואה או הקמת בית ספר שלישי. כן צוין כי המלצות הועדה התקבלו ברוב

דחוק של ארבעה חברים, כנגד שלושה שהיוו את המיעוט. פרופ' פריבס, פרופ' אפרתי, ברנזון ורוזן, התנגדו

להקמת בית ספר שלישי לרפואה. פרופ' דה פריס ופרופ' שיבא, אנשי תל אביב ופרופ' ארליך, נציג בית

החולים רמב"ם והטכניון, תמכו כנגד המלצות הרוב, בהקמתו של בית ספר שלישי לרפואה. ניתן להניח כי

למעורבותו של דה פריס בועדת גיליס והבעת דעתו במסגרתה כי יש מקום להקים בית ספר לרפואה שלישי

בנגב, הייתה השפעה רבה על קביעת עמדתו במסגרת דיוני ועדת ברנזון. ייתכן שלעמדה זו הייתה השפעה גם

על פרופ' שיבא עמיתו ושניהם הפכו אפוא לתומכי הרעיון החזקים. מעניין לציין כי גם פרופ. גיטר, דיקן בית

הספר לרפואה בתל אביב, יורשו של דה פריס, תמך אף בהקמתו של בית ספר שלישי לרפואה ושלח מזכר

בנושא זה לוועדת ברנזון. גיטר אף הרחיק לכת וציין כי בית ספר שלישי לרפואה אינו סוף דבר ולאחריו יהיה

צורך להקים בית ספר רביעי. לדבריו יש להקים את שני בתי הספר העתידיים בפריפריה ומבחינה זו חיפה

ובאר שבע היו מתאימות.²⁰⁵

ערב קבלת הבחלטות של ועדת ברנזון, נפגש דורון עם שיבא, בשעת בוקר מוקדמת בצריף מחלקתו

הפנימית בבית החולים תל השומר. דורון ידע אז שבמידה וועדת ברנזון תמליץ להקים בית ספר שלישי

לרפואה, המקום שיבחר תהיה חיפה. הוא הפציר בשיבא, להוסיף להחלטה פיסקה האומרת שבבוא היום

להחליט על בית ספר רביעי לרפואה, מיקומו יהיה בבאר שבע. שיבא הסכים לכך ברצון והדבר נכלל בהחלטת

המיעוט ששיבא היה חלק ממנה.

החלטת ועדת ברנזון העמידה את קופת חולים ואת תומכי בית הספר השלישי לרפואה בבעיה. לקופה

היה ברור כי לא נימצא פתרון למחסור בכוח אדם רפואי לקהילה במסגרת הועדה, ואילו לתומכי בית הספר

השלישי הובהר כי הרעיון לא נפל, אך נידחה על הסף לעתיד רחוק יותר. בית הספר לרפואה בירושלים שהיה

מרוצה מהחלטות הועדה הודיע על הסכמתו לקליטת כ- 40 ישראלים הלומדים רפואה בחו"ל למסגרתו בכפוף למשאבים שיועברו לו לצורך זה. לנוכח פעילות ירושלים החליטו שיבא ודה פריס לנקוט עמדה ופרסמו מיידית דו"ח חוות דעת המיעוט אשר תמך בעמדת הרוב לפעול בו זמנית להרחבתם של מקומות הלימוד לרפואה בכ- 40 תלמידים נוספים אך דרש לעשות כן במסגרת של תוכנית אשר תפתח בחיפה. הקבוצה החיפאית בראשות דר' ארליך אשר פעלה באמצעות לובי רחב במשך אותה שנה למען בחירת חיפה כמקומו העתידי של בית הספר לרפואה הפעילה עתה את כל תומכיה במערך הממשלתי, האקדמי והעירוני ציבורי. משקל חזק במיוחד היה לפעילותה של הנהלת הטכניון אשר ביקשה כי בית הספר יקום בתחומה. מעמדו האיתן של הטכניון במערך האקדמי, יכולות ההוראה הקיימות בו והמערך הטכנולוגי בפקולטה להנדסה כולל תוכניות בהנדסה רפואית וביו רפואית היוו גורם רב חשיבות בקריאה לפתיחת בית ספר לרפואה בחיפה. קשה אפוא היה להתעלם מהיתרונות שהיו באותה העת לטכניון, בהשוואה לבאר שבע שהייתה חסרה דיין תשתית אקדמית כגון זו שבחיפה.

כותרות העיתונים אף הם הציגו בבירור את עמדתה הנחרצת של חיפה לפתיחת בית ספר לרפואה. "חיפה עומדת על תביעתה להקמת בית ספר לרפואה" או "הפרופ' ארליך, דה פריס ושיבא קוראים להקים מיד בי"ס שלישי לרפואה ואף רביעי" וכו'...

חשוב לציין כי בכל הכתבות והראיונות שנערכו עם שיבא, דה פריס וארליך, נאמר כי הוחלט שבית הספר השלישי יקום בחיפה, אך ברור היה לכולם שבית הספר הרביעי יקום בבאר שבע. חיפה לדבריהם, הייתה בשלה יותר מבחינה אקדמית, אך גם חלקה של באר שבע לא יגרע והיא עתידה לדבריהם להתחיל לפעול מייד לאחר חיפה. דה פריס אף העיז וקבע כי לדעתו בשנת 1970 בהכנה מתאימה תוכל באר שבע לפתוח אצלה את לימודי הרפואה.

באוגוסט 1969 החליטה ממשלת ישראל בהשפעת מסע הלחצים של אנשי חיפה וחברי המיעוט של ועדת ברנזון לאשר פתיחת מסלול לימודי רפואה בחיפה בשותפות עם הטכניון ובפיקוח נציגים מתל אביב ומירושלים. בית הספר יפעל ללא שותפות עם קופת חולים הכללית (כפי שהציעו סורוקה ודורון) והלימודים בו יתקיימו במתכונת הקיימת בבתי הספר בירושלים ובתל אביב ללא הכשרה מיוחדת לרפואה בקהילה. החלטת הממשלה העמידה את קופת חולים במצוקה. ועדת ברנזון לא קירבה את הקופה לפתרון המבוקש של הכשרת כוח אדם רפואי במספר מספיק וברמה רפואית מתאימה לעבודה בקהילה. הקמת בית

הספר בחיפה שהלכה והתגבשה לנגד עיניהם של סורוקה ודורון נעשתה ללא כל קשר עם הקופה, והקופה אף קבלה על כי לא שותפה במהלך, ובכך נמנע ממנה להשפיע הן על תוכנית הלימודים והן על הכוונת בוגרי בית הספר העתידיים לעבוד במסגרתה. צפיות קופת חולים להשתתפותה הפעילה בעיצוב דמות בית הספר עוצבו במידה רבה לאור הסכמים קודמים שבעל פה בין סורוקה לפלימן ראש עיריית חיפה, שהבטיח לשתף את הקופה תמורת תמיכתה במהלך וסיועה לקבלת ההחלטה. לדעת סורוקה צרופה של קופת חולים להנהלת בית הספר לרפואה הייתה יכולה להשפיע על עיצוב דמותם של הבוגרים ואילו הרחקתה של הקופה תשיג את ההפך מכך ובית הספר יכשיר "רופאים ליצוא" במקום רופאים שיפעלו לטובת צרכי החברה. מעיון בהתכתבות הענפה שהתנהלה בין הנהלת קופת חולים למייסדי בית הספר לרפואה בחיפה עלה בבירור כי הנהלת בית הספר לרפואה והטכניון שותפה אינם רוצים בשותפות עם הקופה. השילוב של קידום מחקר ורפואה בתחום הטכנולוגי הועדף על ידם על פני הכשרת רופאים לעבודה בקהילה.

העדר פתרון מיידי לצרכי קופת חולים במערך האקדמי החזיר את סורוקה לתוכניתו הישנה: להוביל מהלך חוקתי לקביעת תקנות אשר תחייבנה כל בוגר רפואה בישראל לשרת פרק זמן קבוע בקהילה.

באוגוסט 1969 ימים ספורים לאחר החלטת הממשלה על הקמת בית הספר לרפואה בחיפה פנה סורוקה לדר' ס. וייז נשיא אוניברסיטת תל אביב וצרף אליה חוות דעת משפטית בנושא. לדבריו ניתן יהיה לחייב כל בוגר רפואה לעבוד תקופה מסוימת בישראל, בעיקר בקהילה. וייז דחה את דרישת סורוקה בנימוס רב. הסיכוי היחיד היה אפוא באר שבע.

בספטמבר 1969, חודש לאחר ההכרזה על הקמת בית הספר לרפואה בחיפה, חתמה קופת חולים על זיכרון דברים עם המכון להשכלה גבוהה בנגב על פעולה משותפת להקמת בית ספר לרפואה בנגב. ההסכם קבע כי שני הצדדים יכינו ויגבשו את התוכנית ביחד. כן נקבע כי "קופת חולים תרחיב את בית החולים המרכזי לנגב ותבצע את ההתאמות הדרושות על מנת שיוכל לשמש כבית חולים אוניברסיטאי ואילו האוניברסיטה תפעל להקמה וביסוס של מחלקות פרה-רפואיות ופרה קליניות של בית הספר לרפואה".²⁰⁶

מאידך בזיכרון הדברים לא נאמר דבר על מטרות בית הספר או על מהות הקשר עם קופת חולים, אך הדברים היו באוויר מבלי שהועלו על הכתב... בית הספר לרפואה בבאר שבע יצא אפוא לדרך.

5. ועדת קלימן וההכנות להקמת בית הספר לרפואה בנגב

ב-14 לפברואר 1970 הוקמה ועדה משותפת לקופת חולים ולמכון להשכלה גבוהה בנגב במטרה לגבש תוכנית פעולה להקמת בית ספר לרפואה בבאר שבע. לראש הועדה התמנה פרופ' צרלס קלימן, מומחה לרפואה פנימית ונפרולוגיה מלוס אנג'לס, אשר הקדיש חלק גדול מזמנו לנושאים של קידום בריאות ורפואה מונעת, וגילה עניין מיוחד בשילוב רפואה קהילתית עם עבודת בית החולים. הועדה נדרשה לגבש תוך זמן קצר תוכנית אופרטיבית להפעלת בית הספר. קדמה לוועדת קלימן, ועדה פריטטית משותפת למכון ולקופת חולים אשר פעלה בין דצמבר 1969 לפברואר 1970 כשלב מקדים לעבודתה של ועדת קלימן. במקביל פנה המכון לגורמים שונים בישראל על מנת לשתפם בהליכים ולהפעיל שדולה למען קידום הנושא בחוגים הפוליטיים והאקדמיים בעלי ההשפעה.

עוד בטרם החלה ועדת קלימן לפעול, יצאה העיתונות בפרסום על הקמתו המתוכננת של בית הספר לרפואה בבאר שבע תוך ציון הפעולות שהתחייבה לעשות קופת חולים על מנת להתאים את בית החולים המרכזי לנגב להוראת רפואה.²⁰⁷

למרות ההערכות הכלליות כי הפעם תוכנית באר שבע תתממש ואכן יוקם בית ספר לרפואה בנגב, היה סורוקה בראשית 1970 עדיין פסימי. האכזבה הכפולה שנחל מבתי הספר לרפואה בתל אביב ובחיפה בנושא קידום הרפואה הקהילתית יצרו אצלו מידה מסוימת של ספקנות ביחס להצלחת תוכנית באר שבע. בהרצאה שנשא בינואר 1970 בנושא "קופת חולים לעת תמורה" הציג סורוקה את אכזבתו מהמסד הרפואי שהתעלם מצרכי המדינה והסתגר במגדל השן הרפואי- אקדמי. לדעת סורוקה לא רק ראשי ההשכלה הרפואית בישראל טמנו ראשם בחול אלא גם ההסתדרות הרפואית עשתה כן. סורוקה ראה בהר"י שותפה לאשמה, בהיותה אחד הגורמים המרכזיים שהתנגדו לחיוב בוגרי רפואה לשרות חובה בכפר ובספר. סורוקה קבל על קברניטי המדינה שהשקיעו כספים רבים בחינוך רפואי אך נמנעו ממעורבות בקביעת יעדיו. לדעתו היה פסול בהקצאת כספי ציבור למטרות אשר אינן טובת הציבור, וזכותם של האזרחים בקהילה בכפר ובספר לקבל שרותי בריאות שווים לשאר האזרחים. "בעניין זה הזניחה המדינה את אחת מאושיות הרפואה, הפקיעה אותה מזכותה ומסרה לחוגים אינטרסנטיים".²⁰⁸

תפקידו של בית הספר לרפואה בבאר שבע היה אפוא כפול: גם להציב יעדים חדשים לחינוך הרפואי בישראל וגם להוכיח כי אפשר גם אחרת וליישם את הפתרון למענו נילחמו סורוקה, דורון והנהלת קופת חולים מזה עשור שנים.

בפברואר 1970 החלה ועדת קלימן בדיוניה. חברי הועדה כללו שלושה מומחים מארצות הברית, פרופ' איידלמן, פרופ' שניידר ופרופ' קלימן עצמו. אליהם הצטרפו פרופ' רחמילביץ, פרופ' חנני, דר' דורון, דר' שטרן מנהל בית החולים המרכזי לנגב ודר' טרק מנהל המחלקה האורתופדית בנגב ופרופ' עצמון, לשעבר קצין רפואה ראשי. פרופ' פריבס ופרופ' גיטר הסכימו לשמש כיועצים לועדה. צרופו של גיטר, דיקן בית הספר לרפואה בתל אביב כיועץ, נעשה בעיקר משום שהודיע על תמיכתו בהקמת בית ספר לרפואה בנגב, ואילו פריבס, אשר התנגד בשנים עברו להקמת בית ספר שלישי לרפואה צורף כיועץ לאחר שכתב לסורוקה ולדורון כי הוא שינה דעתו והוא תומך עתה בהקמת בית ספר "אחר-שונה" לרפואה. פריבס הדגיש כי בית הספר שיקום חייב יהיה להיות "שונה" אחרת לו תהיה הצדקה לקיומו.²⁰⁹ ניתן להעריך כי על ידי צרופ גיטר ופריבס קיוו חברי הועדה להשפיע על גורמים מובילים בתחום החינוך הרפואי בישראל. באשר לפריבס ניתן להניח כי בנוסף לחשיבות תמיכתו בהקמת בית הספר, צרופו לועדה עתיד היה להבטיח כי יעמוד בתמיכתו ולא ישנה דעתו בנושא.

במאי 1970 פרסמה ועדת קלימן את מסקנותיה.²¹⁰ לדעתה יש מקום להקמת בית ספר לרפואה נוסף בבאר שבע. ארגון בית הספר יהיה במסגרת המכון להשכלה גבוהה בנגב, הנהלת בית הספר תורכב במשותף מנציג קופת חולים ונציגי המכון, תוכנית הלימודים תימשך על פני חמש שנים, בהכשרת הסטודנט יושם דגש מיוחד על העבודה הרפואית בקהילה, המרפאות האזוריות של קופת חולים ישמשו מרכזים להוראה בקהילה, תוכנית הלימודים תכלול תקופת סטאג' בת שנתיים, כאשר שנת הסטאג' הראשונה תהיה דומה לזו הנהוגה בבתי הספר האחרים לרפואה ותתקיים ברובה בבית החולים ושנת הסטאג' השנייה תוקדש להתנסות בקהילה. כמו כן יושם דגש מיוחד במהלך הלימודים על הקשר שבין רפואה, סביבה ומצב סוציאקונומי. הועדה ציינה כי לדעתה יש לצאת מייד לבחירת הנהלת בית הספר ולבנות לוח זמנים לפעולה, גם על מנת לקבל את אישורי הממשלה וגם על מנת להכין את התשתית המנהלתית והאקדמית לפתיחת בית הספר. לדעת הועדה ניתן יהיה לפתוח בלימודים באוקטובר 1971.

בסכום המלצותיה ציינה הועדה כי תשתית בית הספר לרפואה עתידה לשמש בסיס להקמתם של בתי ספר נוספים למקצועות הבריאות בקהילה בבאר שבי החל מעבודה סוציאלית ושיקום וכלה בפסיותרפיה וסיעוד.

למרות הערכותיה האופטימיות של ועדת קלימן, היה ברור כי ללא אישור ממשלה לא ניתן יהיה להוציא את התוכנית לפועל. ביולי 1970 נישלה ליגאל אלון שר החינוך ולחברי ממשלת ישראל הדו"ח המסכם של ועדת קלימן בתוספת הערכות כלכליות על העלות הצפויה של התוכנית לפתיחתו של בית ספר רביעי לרפואה בנגב. חברי הוועדה ביקשו מיגאל אלון ליזום במהירות דיון בנושא גם בממשלה וגם במועצה להשכלה גבוהה לשם אישור התוכנית להקמת בית הספר. תשובת אלון לא אחרה להגיע: "קיבלתי את התוכנית..." כתב אלון בתשובתו, "לא אכנס לפרטי התוכנית שיש בה קוים המושכים את ליבי.... כי נראה לי שאין אוניברסיטת הנגב בשלה לתכנית כזאת... התפתחות האוניברסיטה היא מעל לכל מה שאפשר היה לחזות מראש. אולם אין היא צריכה לקבל על עצמה יותר מדי, מהר מדי... אני בטוח שדברי אלה יובנו כרוחם כי הם נכתבים תוך דאגה כנה לאוניברסיטה ורצון עז לראות בביסוסה..."²¹¹.

תשובת אלון שפכה מים צוננים על התלהבות היוזמים. לאנשי הנגב וקופת חולים הוברר כי על מנת להגשים את התוכנית יש להכשיר את הקרקע במישור הפוליטי על מנת לשכנע את מקבלי ההחלטות בדבר נחיצות הקמת בית הספר לרפואה בנגב. לנוכח תגובת אלון היה ברור כי לא ניתן יהיה לפתוח את שנת הלימודים באוקטובר 1971 כפי שהמליצה ועדת קלימן.

תשובת אלון לא היתה בעלמא. בקיץ 1970 עדיין עסקו ראשי המכון להשכלה גבוהה בנגב בהכנת תוכנית האב של האוניברסיטה. כינוס חבר הנאמנים הראשון תוכנן רק לנובמבר 1970, והמוסד פעל ללא נשיא נבחר. היה ברור כי האוניברסיטה הצעירה תזדקק לכל משאביה וכוחותיה לביסוס המחלקות הקיימות בשנותיה הראשונות, הקמת בית ספר לרפואה הדורש משאבים כלכליים רבים והשקעה רבה מאוד בגיוס כוח אדם אקדמי-רפואי יכול היה כאמור לדעת אלון, לסכן את קיומו היציב של המוסד.

סרוב אלון לתמוך בנושא הוביל את דורון, סורוקה טוביהו וחנני למיפגש נוסף- הפעם במטרה לתכנן כיצד ניתן לשנות את דעת שר החינוך ולשכנעו לתמוך בהקמת בית הספר לרפואה בבאר שבע. בסכום הדברים שהוציא דורון נקבע כי היוזמים יפעלו לקיום פגישות אישיות עם גורמים בממשלה ועם יגאל אלון במיוחד ויפעלו בנחרצות על מנת לקבל אישור לפתיחת בית הספר באוקטובר 1972. לדעתם, עימות פומבי עם שר החינוך יהיה חסר תועלת ורק עלול להשפיע עליו בכיוון ההפוך דוקא, מאידך, העברת ההחלטה בנושא לגורם אחר המקובל עליו, תוכל לשחרר אותו מהאחריות הציבורית ולאפשר קידום הנושא למרות עמדתו המסתייגת. הפתרון שגובש היה אפוא לשכנע את שר החינוך להסכים לכך כי ההחלטה תועבר לידי המועצה להשכלה

גבוהה. בחודשים הבאים קיימו דורון, חנני, סורוקה וטוביהו חליפת מכתבים ערנית עם שר החינוך כאשר הם נזהרים מפגיעה בכבודו של אלון, אך לוחצים באופן תקיף על קידום הנושא והבאתו לדיון למועצה להשכלה גבוהה.²¹² לכולם היה ברור כי החלטה חיובית במועצה להשכלה גבוהה תשפיע גם על שינוי עמדת אלון ותאפשר מעקף מנומס של התנגדותו. במקביל נפגשו נציגי האוניברסיטה עם שר האוצר לדיון בעלות הכספית של הקמת בית הספר. פרופ' חנני ודורון גם יזמו התייעצויות על אישים בולטים בתחום החינוך הרפואי על מנת לבחון מועמדים מתאימים למינוי דיקן בית הספר העתיד לקום. הם קיוו כי מינוי דיקן וקידום ההיכרות עם אלון יאפשרו הבאת התוכנית לדיון מהיר בממשלה ובמועצה להשכלה גבוהה וקבלת אישור לפתיחת הלימודים בתוך שנה.

במקביל המשיכו האוניברסיטה וקופת חולים לפעול להשלמת המהלכים הפנים אוניברסיטאיים להקמת בית הספר: אישורי הסנאט, הועד הפועל וחבר הנאמנים וזאת כאילו מכתבו של אלון הדוחה את התוכנית למועד בלתי ידוע- לא נכתב.

בספטמבר 1971 פנה חנני במכתב חוזר לאלון וביקשו לדון מחדש בנושא כאשר הוא מציין כי הועד הפועל של האוניברסיטה אישר להנהלת האוניברסיטה בשותפות עם קופת חולים לפנות למועצה להשכלה גבוהה לקבלת אישור לפתיחת בית הספר לרפואה והוא מניח כי ועדה של המועצה להשכלה גבוהה תבדוק אף היא את הנושא. הפניה החוזרת לאלון נעשתה במידה רבה על מנת למנוע מצב בו יחשוב שר החינוך כי אוניברסיטת בן גוריון וקופת חולים פועלים מאחורי גבו. אך אלון השהה את תשובתו. חודשיים לאחר מכן, פנו שוב סורוקה ודורון יחד עם הנהלת האוניברסיטה ליגאל אלון בבקשה כי יעביר את הדיון בנושא למועצה להשכלה גבוהה. לדעתם העברת הנושא להחלטת המועצה להשכלה גבוהה תהיה לשר החינוך, נוחה מבחינה פוליטית, היות וזה יחסוך לו את הצורך להצהיר על עמדתו, ויאפשר לו להעביר את האחריות לכך לגורמים הרלוונטיים. להערכתם, לבית ספר לרפואה בנגב היה סיכוי טוב לקבל את אישור המועצה להשכלה גבוהה. במחצית 1971, בבחירות לתפקיד הדיקן של בית הספר לרפואה בירושלים, גבר פרופ' בלר על פרופ' פריבס בהפרש קטן של קולות. ימים ספורים לאחר מכן, בכנס של ההנהלה הרפואית של קופת חולים הכללית שהתקיים בבית ההבראה מבטחים בזכרון יעקב, פנה דורון לפריבס, שבא להרצות בכנס, והציע לו לקחת על עצמו התפקיד של מתכנן ודיקן ראשון של בית הספר לרפואה בנגב. [פריבס, שעמד לצאת לתקופת הקיץ לארצות הברית, בקש להרהר בהצעה והבטיח להשיב לאחר חזרתו. אך הרעיון שבה את ליבו והוא לא המתין,

וכבר בעת שהותו באוניברסיטת צפון קרוליינה שבצ'פל היל, הוא כתב טיוטא ראשונה ומסמך עקרונית להקמת בית ספר לרפואה בנגב.²¹³ עם חזרתו הגיש פריבס את המסמך לדורון ומסר שאם התוכנית שתיאר מקובלת, הוא מכן לקחת על עצמו את התפקיד.

פנית דורון לפריבס היתה מפתיעה. כזכור, בשנים שקדמו התחבט פרופ' פריבס בנושא הקמת בתי ספר לרפואה נוספים על אלו של תל אביב וירושלים. בועדת ברנזון הביע פריבס בגלוי את התנגדותו להקמת בית ספר שלישי לרפואה. במאמרים שפרסם פריבס בנושא החינוך הרפואי הוא הסתייג מדרישת קופת חולים להכשרת רופאים באקדמיה לעבודה בקהילה. לאחר הקמת בית הספר בחיפה המשיך פריבס להתחבט בשאלה האם יש מקום לבית ספר לרפואה נוסף במתכונת בתי הספר הקיימים ובסדרת מכתבים בינו לבין משה סורוקה שהתקיימה בשנים 1970-1971 הוא פסח על פני שני הסעיפים והסכים כי יש מקום להקמת בית ספר לרפואה שונה אשר יפעל להכשרה רחבה יותר של כוח אדם רפואי באוריינטציה קהילתית והסכים כי מקומו הטבעי של בית ספר כזה הינו בבאר שבע במסגרת אוניברסיטת הנגב ובשותפות עם קופת חולים. המהפך הסופי בעמדתו של פריבס מהתנגדות דרך הסתייגות ועד לתמיכה מובהקת בהקמת בית ספר לרפואה בנגב חל כנראה במהלך שנת 1971 עם התקדמות הדיונים עם שר החינוך על הגשת ההצעה לאישור המועצה להשכלה גבוהה. ניתן להעריך כי להפסדו של פריבס בבחירות לדיקן רפואה בירושלים בשלהי 1971 הייתה השפעה לא מבוטלת על נכונותו לצאת ממסגרת פעילותו באוניברסיטה העברית ולהתגייס למען אישורו של בית הספר לרפואה בנגב. מבחינות רבות היה פריבס "פנוי" לפעילות אקדמית ופוליטית, מאחר ויכולתו לפעול בירושלים הצטמצמה עד מאוד עם חילופי הגברי שם.

בדצמבר 1971 פנתה אפוא הועדה להקמת בית הספר באופן רישמי אל פרופ' פריבס בבקשה שיסכים

לקחת על עצמו את תפקיד יו"ר הועדה האקדמית המכינה של בית הספר.

מעיון בדברים שכתב פריבס עולה כי הוא ראה בהקמת בית הספר ניסוי הכרחי שהצלחתו תהיה בעלת

השפעה עמוקה על כלל מערכת הבריאות והחינוך הרפואי בישראל בעתיד. באופן ברור ציין פריבס כי בין מטרות בית הספר יהיה לשכנע את רוב בוגריו לעבוד כרופאי משפחה מומחים בקהילה ולדעתו רוב הבוגרים ירצו לעשות זאת בהשפעת החינוך הרפואי לו יהיו חשופים במשך שנות שהותם בבית הספר. מסמך פריבס מעיד יותר מכל על המהפך החשבתי בעמדתו בסוגיה, כאשר ממתנגד חריף הפך לתומך נלהב.

הצטרפות פריבס לקבוצת באר שבע והסכמתו להוביל את התהליך כולו עד להשגת אישור המועצה

להשכלה גבוהה להקמת בית הספר לרפואה בנגב היו צעד מקדם לקראת אישור התוכנית.

בינואר 1972 כאשר נראה כי הצטרפותו העתידית של פרופ' פריבס תפנה את כל המכשולים לקבלת

אישור לפתיחת בית הספר התגלה, מכשול חדש בדרך. אם עד אותה עת סוגיית הקמת בית הספר נדונה

במסגרת השאלה הכללית האם יש מקום לבית ספר נוסף לרפואה, הרי שבינואר 1972 החלה אוניברסיטת בר

אילן בפעילות למען הקמת בית ספר לרפואה במסגרתה. אוניברסיטת בר אילן הציגה עמדה הקובעת כי יש

מקום להקמת בית ספר נוסף לרפואה בישראל, והשאלה בה יש לדון היא לא האם צריך אלא היכן ובאיזו

מסגרת. לדעת אנשי בר אילן, האוניברסיטה שלהם היא המקום המתאים ביותר לכך. אנשי באר שבע מצאו

עצמם שוב בפני איום ממוסד מתחרה, כפי שהיה במאבק מול חיפה, והחשש היה כי שוב יפסידו בגין מיקומם

הגיאוגרפי הנחות ושותפותם עם קופת חולים. גם הפעם גוייסו כל הכוחות והאישים, כולל ראשי ההסתדרות

ארגון האם של קופת חולים אשר ניסו לדחוק את שר החינוך אל הקיר על מנת שיבהיר את עמדתו חד

משמעית ויודיע כי הוא תומך בהקמת בית ספר בבאר שבע. במכתב אישי לאלון כתב יצחק בן אהרון מזכ"ל

ההסתדרות "נאמר לי שכאילו הברירה היא בין אישור הפקולטה לבר אילן לבין האוניברסיטה של באר שבע.

העניין לא מתיישב בדעתי שאמנם יש ניגוד בין השניים, ובמידה והוא קיים שיש לדחוק את רגלה של באר

שבע בנידון". אלון שסרב להתחייב בעד צד זה או אחר הסכים עתה להעביר את הנושא להכרעת המועצה

להשכלה גבוהה. המועצה מצידה דרשה להקים ועדה מטעמה, בראשות פרופ' מיכאל פלדמן ממכון ויצמן,

שתמליץ בפניה לפני הבאת הנושא להצבעה. ועדת פלדמן שמונתה רשימית באוקטובר 1971, נדרשה להכין

דו"ח בנושא תוך שנה. לאנשי באר שבע היה ברור כי שוב נדחתה פתיחת בית הספר בשנה הפעם לשנת

1973. מאידך, היה זה פרק זמן הולם לפעילות פוליטית והסברתית ענפה בקרב כל גורמי המפתח באקדמיה

ובממשל למען קידום העניין, כאשר היעד המרכזי הוא שר החינוך יגאל אלון, העומד בראש המועצה להשכלה

גבוהה.

6. ועדת פלדמן וההכנות לקראת פתיחת בית הספר לרפואה בנגב

בראשית 1972 קיבל על עצמו פרופ' משה פריבס את ראשות הוועדה המכינה להקמת בית ספר לרפואה

במסגרת אוניברסיטת הנגב. במרץ 1972 החליטה אוניברסיטת הנגב למנות את פריבס ליו"ר המרכז

האוניברסיטאי למדעי הרפואה בנגב (העתיד לקום) בנוסף למינויו הקודם כיו"ר הועדה המכינה. לבקשת פריבס ניקבע כי עם כינון בית הספר הוא יתמנה לדיקן הראשון שלו. על כתב המינוי חתמו גם ראשי אוניברסיטת הנגב אך גם סורוקה ודורון מטעם קופת חולים. השותפות בין שני הצדדים בוצעה במלואה הלכה למעשה. כדרכו, נכנס פריבס לתפקידו במלוא הכוח כשהוא פועל בכל המישורים האפשריים ובעיקר מנסה לתמרן בין הגופים הפוליטיים לאנשי האקדמיה ואנשי קופת חולים והנגב. בשונה מסורוקה ודורון אשר הלכו בדרך המלך ופעלו בעקביות במשך עשור שנים, צעד אחר צעד, לקבלת הסכמתם של הגורמים הרלוונטיים בממשל ובאקדמיה להקמת בית הספר, הרי שפריבס "ירה לכל הכיוונים" בהנחה כי לא תמיד הגופים הממונים על קבלת ההחלטות הם בעלי היכולת לעשות כן, ולפעילות רב כיוונית יש סיכוי טוב לפגוע גם במטרות הסמויות מן העין, ליצור הסכמה לאומית להקמת בית הספר בבאר שבע, לקבל את האישורים הרשמיים מגורמי הממשל ובעיקר להוביל בהצלחה את המהלך במועצה להשכלה גבוהה. בשונה מסורוקה, דורון ואנשי הנגב שלא הקימו להם אויבים ומתנגדים במישור האישי במהלך פעילותם למען הקמת בית ספר לרפואה בנגב, הרי שפעילות פריבס מעצם טבעה צפנה בתוכה גם סיכונים, בעיקר כאלה שיולידו התנגדות לתוכנית על בסיס אישי. הסכנה העיקרית הייתה כאמור מכיוון ירושלים, אשר בנוסף להתנגדות הקבועה להקמת בית ספר נוסף לרפואה ראתה בנטישת פריבס את ירושלים והצטרפותו לבאר שבע מעין בגידה.

מינוי פריבס מטעם אוניברסיטת הנגב וההודעה על מינויה של ועדת פלדמן מטעם המועצה להשכלה גבוהה הכניסו את הפעילות למען הקמת בית ספר לרפואה בנגב להילוך גבוה. לפריבס עצמו היה ברור כי אם לא יצליח להטמיע בציבור ובאקדמיה הרפואית בישראל את המהפכה הצפויה בחינוך רפואי בבית הספר לרפואה בנגב יחד עם הדגשת השמירה על רמת הוראה אקדמית גבוהה, הרי שיהיה קשה לשכנע את המערכת האקדמית והפוליטית בישראל בנחיצות ובהצדקה להקמת בית הספר. התוכנית הייחודית לחינוך רפואי בנגב כפי שהותוותה על ידו, הדגשת האחריות הלאומית יחד עם מצוינות מקצועית בהכשרת רופאים לקהילה והשותפות עם קופת חולים היו המפתח לאישורה במועצה להשכלה גבוהה, כמו גם מחסום מרכזי כנגד טיעוני המתנגדים- כי הרי אין זה עוד בית ספר לרפואה כשלושת הקודמים, אלא בית ספר לרפואה אחר, ייחודי, המביא בשורה חדשה של רגישות חברתית ואחריות קהילתית בחינוך הרפואי בישראל.

בחודשים מרץ-יוני 1972 פעלה מחלקת המחקר של קופת חולים יחד עם הועדה המכינה בראשות

פריבס להגשת הצעת התוכנית להקמת בית הספר לוועדת פלדמן. בדו"ח קופת חולים שהוגש על ידי דורון

צוינו המרכיבים הייחודיים בשרותי הבריאות בנגב תוך הדגשת שיתוף הפעולה הקיים והעתידי בין משרד הבריאות, שרותי קופת חולים ובית הספר העתידי לקום. דורון הדגיש את התנאים האופטימליים הקיימים בנגב בעיקר בתחום העבודה הרפואית הקהילתית, עבודת הצוות הנהוגה בכל מרפאות קופת חולים, שילוב השירותים רפואיים והמונעים (שרותי טיפת חלב במרפאות הקופה במושבים וכו'). השילוב בין הרפואה הכללית ובריאות הנפש, מרכזיותו של בית החולים בנגב וההקמה המתוכננת של המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע, כל אלה לדעת דורון ישמשו שדה פעילות אידיאלי להכשרת רופאים תוך פיתוח רגישות לצרכי האוכלוסייה בכל התחומים הבריאותיים. בסכום הדו"ח כתב דורון כי "מאז הקמתה סמכה למעשה ממשלת ישראל על קופת חולים הכללית כספק כמעט בלעדי של השרות הרפואי הראשוני באזורי הכפר, הספר והפיתוח...כידוע שורשי המשבר של אי הליכתם של רופאים צעירים לתפקידים בשרות הרפואי הראשוני הקיים בארץ, וברוב המכריע של ארצות העולם, מקורם בחינוך הרפואי. מדובר על תוכנית- כפי שהוצגה על ידי פרופ' פריבס ובה התמודדות של ממש עם האתגר לחנך טיפוס של רופא בעל גישה שונה וחיונית יותר לנושא זה. נראה לנו שזכותה המוסרית של קופת חולים לדרוש ממשלת ישראל ומהמוסדות הממלכתיים הנוגעים בדבר, לאפשר ולסייע בהגשמתו של ניסיון נועז וחשוב זה".²¹⁴

באפריל 1972 עוצבה כאמור הטיטא הראשונה של תוכנית הפעולה לפתיחת בית הספר כולל הערכות תקציבית ומנהלתית, הגדרת הקשר של בית הספר לרפואה עם שאר המחלקות כגון מדעי החיים ומדעי ההתנהגות. הקמת מחלקות נלוות בפקולטה כגון בית ספר למינהל וכלכלת בריאות ובית ספר להשתלמויות רופאים, ופרוט הפעילות המתבצעת בבית החולים, במשרד הבריאות ובמרפאות קופת חולים בקהילה לשם הכנת המערכת לקליטת תלמידים.

רק ביוני אותה שנה השלים פריבס את גיבוש התוכנית האקדמית והעלה על הכתב את יעדי בית הספר מנקודת מבט אקדמית-לאומית. במסמך המסכם שנשלח לועדת פלדמן כתב פריבס: "המשבר הפוקד היום את שרותי הבריאות והחינוך הרפואי בישראל אינו תוצאה של מחסור כמותי בכוח אדם רפואי אלא קשור באיכותו של כוח אדם זה...הבעיה איננה אפוא כמה רופאים נחנך, אלא איזה רופאים נחנך. נוכחנו לדעת "שיותר מאותו סוג" (more of the same) לא יביא לנו גאולה ולא יפתור את הבעיה...התנאי הראשון הוא כמובן שינוי שיטת שרותי הבריאות במרפאות על מנת להפכן לכוח מושך לרופאים צעירים... קשה להפוך עולמות בין לילה, אך יש מקום לנסות צורת התארגנות חדשה בגבולות אזור אחד

לדוגמא... לא מדובר כאן על יצירת ועדות תאום בין מוסדיות או כל סידור אפלטוני דומה אלא על מיזוג ושילוב מלא של כל שירותי הבריאות במסגרת של מרכז אזורי אחד ועצמאי... מה נידרש אפוא ממערכת החינוך הרפואי על מנת שגם היא תתרום את חלקה לשינוי פני הדברים לעתיד? נדרוש מהחינוך הרפואי "לצאת החוצה"... "לרדת" לקהילה ולקחת לידי אחריות מלאה להגשת שרות רפואי טוב יותר לכל...היום באף בית ספר לרפואה בארץ אין תלמיד רואה את מוריו מחוץ לכותלי בית החולים או מחוץ למעבדות המחקר שלהם. ה"עבודה השחורה" במרפאות או בשירותי היקף מאוסה עליו ולעיתים הוא לועג לה... "דמות האב" של מורה ברפואה שאתו ורק אתו רוצה המתלמד הצעיר להזדהות ידועה היטב בחינוך הרפואי. בתנאים שלנו אין תלמיד רפואה מוצא בבית הספר דמות של מורה אקדמאי העוסק ברפואה טובה בשירותי היקף.... במילים אחרות כל זמן שבית הספר לרפואה לא יקבל על עצמו אחריות מלאה להגשת שירותי רפואה לכל האוכלוסייה באזור...לא יתכן שינוי במערכת החינוך הרפואי הקיים... הקמת מרכז רפואי אוניברסיטאי ואזורי המושתת על העקרונות שהובאו לעיל ניתנת לביצוע בנגב... המערך הבריאותי שיקום בת נאים אלה יהווה "מעבדה" מצוינת לחינוך תלמידי רפואה-והדבר לא יעשה בחסד מטעם המוסדות השונים אל בזכות המרכז הרפואי האחראי לכל שירותי הבריאות המשותפים לו...הסיסמא של המרכז הרפואי בנגב היא: כל אחד שמלמד-משרת, ואילו כל אחד שמשרת- מלמד, בצורה כזו כל רופאי הנגב הם חברים פוטנציאליים של הפקולטה לרפואה העומדת לקום...מיזוג החינוך הרפואי עם שרותי הבריאות ייעשה לא רק בשטח המדעים הקליניים אלא גם במדעי היסוד הניסיוניים ובמדעי ההתנהגות. אין שום מניעה שפרופסור לוורולוגיה, ביוכימיה או גנטיקה- לא יהיה מעורב ואחראי לבעיות וירליות, מטבוליות...של אוכלוסיית הנגב...הוא הדין לגבי פסיכולוגים, סוציולוגים, אנתרופולוגים וכו' המהווים את צוות המורים והחוקרים במדעי ההתנהגות. רק בשילובם עם האחריות לשרת את אוכלוסיית הנגב נוכל להוסיף לעבודתם ההוראתית והמחקרית את אות המשמעות והחשיבות שאנו מחפשים לבטא ולהבליט במרכז הרפואי החדש. שינוי במשימה אין פירושו שינוי סטנדרטים. בלי סטנדרטים גבוהים לא נגיע לשינוי במשימות"²¹⁵

באשר למבנה הפקולטה שתקום ציין פריבס כי היא תכלול מכון למדעי החיים, מכון למדעי ההתנהגות, בית ספר לרפואה, בית ספר למתמחים, בית ספר להשתלמויות רופאים, בית ספר למינהל

וכלכלת בריאות, בית ספר לסייעוד, בית ספר למקצועות עזר לרפואה, וכל בתי הספר ישתייכו לפקולטה לרפואה שתפעל כפקולטת אם.

בשאלת כוח האדם האקדמי פרט פריבס כי הפקולטה תסתמך בשנותיה הראשונות על מספר רב של מרצים אורחים מובילים בתחומם בעולם אשר יבואו לתקופות של מספר שבועות על מנת לסייע בהוראה ובמחקר. הפקולטה על כל מחלקותיה תפעל בשותפות מלאה עם קופת חולים, בית החולים והקהילה, ועם משרד הבריאות ושרותי בריאות הנפש שבאזור. אל הדו"ח צרף פריבס רשימת מרצים אורחים אשר הבטיחו את בואם לישראל, מרצים אשר היו מהשורה הראשונה בעולם האקדמי הרפואי, בעיקר מארצות הברית. יחד עם התמיכה האקדמית השיג פריבס הבטחות לסיוע כספי ולוגיסטי גם מארגון מלב"ן וארגון האב שלו הגו'ינט, וגם מקרנות מחקר פרטיות כקרן בת שבע דה רוטשילד, או רוברט ווד ג'ונסון בארצות הברית. על מנת שלא להשאיר את התמיכה הבינלאומית שהשיג להקמת בית ספר לרפואה בנגב לספקנים, ארגן פריבס סמינר מדעי במימון בת שבע דה רוטשילד במינהל רפואי וכלכלת בריאות, כנס אשר עתיד היה להביא את כל אותם חוקרים בכירים למפגש ראשון בבאר שבע לדיונים בנושא זה.

ניתן להניח כי לנספח עם שמות החוקרים המוזמנים מחו"ל ולתוכנית סמינר בת שבע היתה השפעה חיובית על חברי ועדת פלדמן אשר נידרשו להחליט האם יכולה האוניברסיטה להתמודד עם משימה כזו.

בסיום הדו"ח כתב פריבס כי הוא מתכנן הקמתה של ועדה ציבורית המורכבת מנציגי הישובים בנגב, "ועדה אשר תדאג לטיפוח המרכז הרפואי, להרחבת התודעה לבריאות וגם תייצג במידה מסוימת את דרישות אוכלוסיית הנגב לשיפורים בשירותי הבריאות בפני המרכז. הועדה תדאג גם להגברת שרות בהתנדבות לחולה, לקשיש ולכל אחד הזקוק לעזרה או הדרכה".²¹⁶ ייעדים אלה לדעת פריבס ייחדו את בית הספר לרפואה שיקום בבאר שבע משאר בתי הספר בישראל ולפיכך חובה על מדינת ישראל לאשר את הקמתו. פריבס חזר על האני מאמין את התווה לבית הספר לרפואה בכל אחד מהמסמכים אשר העביר לוועדת פלדמן בנוסחים שונים- אך המסר היה עיקבי ואחיד- יש צורך בהקמת בית ספר לרפואה "אחר", חובה על מדינת ישראל לאשר הקמתו, והמקום האידיאלי להקמתו היא אוניברסיטת הנגב. בהצעת המבנה המנהלי והאקדמי שנישלח אף הוא על ידו לוועדת פלדמן כתב פריבס "מטרתו החינוכית של המרכז היא להקים דור בוגרי ועובדי רפואה שמשיתמם הראשית תהיה הבטחת שירותי בריאות נאותים לעם.

משימה עיקרית זו באה לשנות מטרות מבלי לפגוע ברמתו הגבוהה של מדע הרפואה בארץ".²¹⁷

ניתן לומר כי פריבס חזר בזאת על דברים שכבר כתב במסמך הטיוטא ששלח שנה קודם לכן,

בדצמבר 1971 לסורוקה ודורון בעת שהותו באוניברסיטת צפון קרולינה, מסמך בו הביע פריבס את האני מאמין האישי שלו בתחום החינוך הרפואי בישראל. השותפות עם אוניברסיטת הנגב נתנה לדבריו משנה תוקף לתוכנית, והובילה את המסגרת הרעיונית שגיבש לכלל תוכנית פעולה. במידה רבה היו דברים אלה דומים למשנתם של דורון וסורוקה כפי שהביעו אותה שנים רבות קודם לכן, כאשר הצביעו על הצורך באיחוד השרות הרפואי עם החינוך הרפואי בישראל ועל החובה המוסרית הנדרשת מבתי הספר לרפואה בישראל לבריאות העם.

משה סורוקה וחיים דורון יכלו להיות מרוצים לנוכח כתב היסוד ועקרונות היסוד של המרכז הרפואי בנגב כפי שנוסח על ידי פריבס. לאחר עשור שנים של מאבק לשינוי מגמה וכיוון בחינוך הרפואי בישראל ולהסכמה לאיחוד כוחות של השרות הרפואי עם חינוך הרפואי המסר הופנם והוטמע ועמד לקרום עור וגידים בנגב. נותר עתה רק להשיג את הסכמת המועצה להשכלה גבוהה, כאשר כל המערכות עמדו מוכנות לפעולה. למרות הפעילות האינטנסיבית המבטיחה של פריבס, סורוקה ודורון לא היו שקטים, יותר מדי פעמים עלו התוכניות על שרטון או שינוי כיוון- הפעם הם רצו להבטיח שהתוכנית תצא לפועל. צריך היה להשיג תמיכה פוליטית רחבה יותר לקראת הדיון במועצה להשכלה גבוהה. גם פריבס עצמו הבין כי עליו לפעול לקידום הנושא עד הרגע המכריע ולא להתיר. על מנת להרחיב את בסיס התמיכה בתוכנית פנה פריבס לפרופ' ברוך פדה, מנכ"ל משרד הבריאות והשיג את תמיכתו בהקמת בית הספר. פדה שחשש להביע את עמדתו בגלוי פן יביא עליו את זעמם של ראשי בית הספר לרפואה בירושלים, הבטיח לפריבס כי בשעת הצורך יפעל לטובת הנושא. ב-18 ליוני 1972, כתב פדה מכתב לפריבס שסווג כסודי ובו הוא מתחייב בשם משרד הבריאות לשיתוף פעולה מלא בין כל מוסדות ושרותי משרד הבריאות בנגב לבין בית הספר לרפואה שיקום, בנוסף התחייב פדה לסייע במילגות לחוקרים ולתלמידים מקרנות שהובטחו לו בארגון הבריאות העולמי וממוסדות שונים. באופן יוצא דופן התחייב פדה כי משרד הבריאות במחוז הדרום יהיה כפוף מקצועית לדיקן בית הספר אשר ינהל את כל שרותי הבריאות במחוז תוך שמירה על הרמוניה מלאה. צעד דומה עשה פריבס מול דר' ראובן אלדר קצין רפואה ראשי, אשר הבטיח אף הוא את תמיכתו בהקמת בית הספר ואף ציין כי צה"ל ישמח להשתתף בתוכנית. אלדר הבטיח כי יפתח את מרפאות החיל בפני התלמידים לעתיד. תמיכת אלדר בשם חיל הרפואה היתה חשובה, למרות שאלדר עצמו התנגד להקמת בית

ספר נוסף לרפואה ואף ציין זאת בפני פריבס במכתבו. "אני אישית אינני חושב שמדינתנו זקוקה לבי"ס לרפואה נוסף וגם בתוקף תפקידי עלי לאמר שחיל הרפואה איננו נזקק לרופאים צעירים נוספים על אלה שמסיימים היום את בתי הספר הקיימים, אך אני מקבל בחיוב את השינוי והחידוש אשר בחנוך הרפואי כפי שהם משתקפים בתוכניתך".²¹⁸

7. השלב האחרון

במאי 1972 פנה אברהם הרמן נשיא האוניברסיטה העברית בירושלים אל שמואל בנדור, מזכיר המועצה להשכלה גבוהה במחאה על הצעדים המנהליים והאקדמיים הנעשים על ידי אוניברסיטת הנגב בנושא הקמת בית ספר רביעי לרפואה. הרמן טען כי עוד בטרם נדון העניין במועצה להשכלה גבוהה ובטרם התקבלה החלטה כל שהיא, מינתה כבר האוניברסיטה דיקן עתידי והחלה בגיוס כספים נרחב בארצות הברית ואיתור מרצים עתידיים מחו"ל לבית הספר. לדעת הרמן "פעילות זו היא בלתי חוקית" והוא מבקש מהמועצה לפעול להפסקת הפעילות בנידון.²¹⁹ במקביל פנה הרמן אל רקטור האוניברסיטה העברית ואל דיקן בית הספר לרפואה שם, פרופ. א. בלר, וביקשם להוסיף פרטים על הידוע להם בנושא פעילותה "הבלתי חוקית" לדבריו, של אוניברסיטת הנגב. הרמן ציין במכתב כי אם המועצה להשכלה גבוהה לא תחסום את פעילות אוניברסיטת הנגב בנושא הוא מתכוון לפנות אל ועדת החינוך של הכנסת על מנת שתפעל בנידון.²²⁰

התנגדות הרמן לא היתה יחידה. פרופ' בלר, דיקן רפואה הנבחר בירושלים, לא ראה גם הוא בעין יפה את פעילותו האינטנסיבית של פרופ' פריבס למען קידום הנושא ובעיקר את מינויו של פריבס לדיקן הראשון של בית הספר ולנשיא אוניברסיטת הנגב גם יחד. בדצמבר אותה שנה, העלה בלר במסגרת איגוד דיקני בתי הספר לרפואה את הנושא ודרש שאיגוד הדיקנים יצא בהחלטה כנגד הקמת בית ספר רביעי לרפואה בבאר שבע. בהשפעת בלר יצא איגוד הדיקנים בהכרזה כי "האיגוד גיבש עמדה בדבר הסכנה הטמונה בפתיחת בת"ס לרפואה נוספים בארץ. עמדה זו הוצגה בפני המועצה להשכלה גבוהה, מתוך תחושת אחריות של האיגוד לשמירת רמת הרפואה בארץ".²²¹

באוקטובר 1972 התפרסם דו"ח ועדת פלדמן בנושא הקמתו של בית ספר לרפואה רביעי בישראל- במסגרת אוניברסיטת הנגב. דו"ח הוועדה המליץ תוך הסתייגויות על פתיחת בית ספר לרפואה בנגב במסגרת

מצומצמת בשנים הראשונות (30 סטודנטים) כאשר הוא מדגיש את ייחודיות התוכנית והשילוב המתוכנן של הוראת הרפואה עם מערך שרותי הרפואה בנגב. מאידך הדגיש הדו"ח את הצורך בשמירה מתמדת ובהקפדה על רמת ההוראה. דו"ח הועדה שהיה חיובי בעיקרו אישר את הבאת הנושא לדיון במועצה להשכלה גבוהה. עמדתה החיובית של ועדת פלדמן חיזקה את אנשי הנגב. בדצמבר 1972, חודש לאחר פרסום הדו"ח, הוציאה אוניברסיטת הנגב נייר עבודה ראשון המתאר את ההכנות שנעשו על ידי הועדה האקדמית המכינה לפתיחת בית הספר לרפואה, כולל פרוט תוכנית הלימודים במיועדת לשלוש השנים הראשונות, מאפייני ההתנסות הקלינית של הסטודנטים תוך הדגשת ההיבט הנפשי-חברתי, רשימת המרצים המיועדת ובניית השיתוף של כל גורמי הבריאות בנגב בהתאם לחזון בית הספר. פרסום נייר העבודה והתפוצה הרחבה שניתנה לו, דחקו בקבוצת מתנגדי בית הספר בהנהגת ראשי האוניברסיטה העברית לנסות ולהפעיל לחץ אישי ומקצועי גם על אנשי המועצה להשכלה גבוהה וגם על פריבס עצמו, כדי למנוע פתיחת שנת הלימודים בראשית 1973 כמתוכנן.

בדצמבר 1972, מייד לאחר פרסום נייר העבודה עם תוכנית בית הספר, שלח איגוד דיקני בתי הספר לרפואה מכתב לפרופ' פריבס, ובו נאמר כי "שמענו בצער שאוניברסיטת הנגב ממשיכה בהכנותיה להקמת בי"ס לרפואה נוסף בארץ...אנו משוכנעים כי אין מיקום להקמת בי"ס נוסף לרפואה בארץ, ויהיו אשר יהיו האידאות שמאחורי ההקמה...אנו מקוים כי אוניברסיטת הנגב תשקול מחדש את עמדתה ותבין כי מוטב להפנות את כספי הציבור לצרכים הדחופים והבוערים של הרפואה בארץ...במקום להקמת בי"ס נוסף...אשר רק יחמיר את בעיית עודף הרופאים ולא יפתור שום בעיה. אנו תקווה כי השיקול ההגיוני יגבר ואוניברסיטת הנגב לא תפעל בכיוון שתוצאותיו עלולות להיות חמורות מאוד לרפואה בארץ".²²² שבוע לאחר מכן, ב-4 לינואר 1973, יזם בלר דיון נוסף באיגוד הדיקנים והוביל את חבריו להחלטה על יציאה לפעולה אקטיבית על מנת למנוע את הקמת בית הספר בכל מחיר. על פי החלטת האיגוד נקבע כי ישלחו תזכירים למועצה להשכלה גבוהה המסבירים מדוע אסור לאשר את הקמת בית הספר בבאר שבע תוך עידכון נשיאי ורקטורי המוסדות להשכלה גבוהה בארץ, מהם ציפה איגוד הדיקנים לתמוך ולסייע בפעילות לביטול התוכנית.²²³

ב-5 לינואר הוציא פרופ' בלר בשם איגוד הדיקנים מסמך מפורט תחת הכותרת "נימוקים נגד הקמת בי"ס לרפואה נוסף בארץ". בלר הצביע על כמה סיבות להתנגדות: האחת- "האיכות השונה" אשר מצד אחד

אינה מבטיחה פתרון לבעיות רפואת המשפחה, לפי ניסיונם של בתי ספר דומים בעולם, ומהצד השני יכולה להוביל להוראה ברמה ירודה אשר תסכן את כל רמת הרפואה בישראל. אשר לתוכנית השילוב של בית הספר עם השרותים הרפואיים באזור, הציע איגוד הדיקנים כי קודם יופעל מערך שירותים משולב יחד עם האוניברסיטה ורק לאחר שתיבחן הצלחתו תידון ההצעה להקמת בית ספר לרפואה שיסתייע בו. כן ציינו הדיקנים כי המבנה המוצע של בית הספר יכול להתבצע בכל אחד מאזורי הארץ ואין כל סיבה לבחור דוקא בבאר שבע. אשר לסוגיית מחסור בכוח אדם רפואי הולם לקהילה ציינו הדיקנים את התוכנית להתמחות ברפואת משפחה לאחר לימודי הרפואה וציינו כי לדעתם יהיה בכך די. מסקנתם הכוללת היא שאין מקום להקמת בית ספר רביעי לרפואה ולא משנה עד כמה ייחודית או חדשנית היא תוכנית הלימודים המוצעת. בסיפא של נייר העמדה נדונה גם שאלת התקציב. עמדת איגוד הדיקנים היתה כי התקציב המיועד לבאר שבע הינו גדול ובזבזני ואין לו מקום באקדמיה בישראל. שבוע לאחר מכן הוציא האיגוד נייר עמדה נוסף אשר נישלח למועצה להשכלה גבוהה. נייר העמדה חזר על עיקרי הדברים שנוסחו קודם לכן ואף חידד כמה סעיפים נוספים כמו עודף הרופאים הקיים בישראל והחשש מפני אי יכולת בעתיד לקליטתם של רופאים עולים אשר יגיעו לישראל. לסכום מציין האיגוד כי "לאחר עיון בדו"ח ועדת פלדמן והכרת שרותי הרפואה בארץ והן בהסתמך על הספרות ודיונים עם אנשי מקצוע, אנו בדעה כי המלצות ועדת פלדמן אינן מובילות לפתרון הבעיות המרכזיות שנדונו לעיל. אין אנו רואים פתרון לבעיית רפואת המשפחה בהקמת בתי ספר נוספים לרפואה. איגוד בתי הספר לרפואה מציע כי הדרך הנכונה לשיפור שרותי הרפואה הוא בשינוי סדרי השרותים וארגונם בכיוון שילוב הרפואה... מכתב זה מוגש על דעת הדיקנים ודיקני המשנה של בתי הספר לרפואה בירושלים, תל אביב וחיפה"²²⁴

לדעת הדיקנים הארגון הלקוי של השרות הרפואי של קופת חולים הוא הסיבה המרכזית לבעיות בשרות והקמת בית ספר נוסף לא תפתור זאת. הייתה זו חזרה על הטיעון שליווה שנים רבות קודם לכן את דעתם של המתנגדים לדרישות ויוזמות קופת חולים לשינוי החינוך הרפואי בישראל והגברת הכשרת רופאים לקהילה. האשמת קופת חולים בארגון לקוי שימשה כאמצעי קל וזמין על מנת לנגח כל יוזמה. עיון בפרוטוקולים של איגוד הדיקנים אשר ליוו את ניירות העמדה אשר יצאו כנגד בית הספר בבאר שבע בזה אחר זה בשלהי 1972 ובראשית 1973 העלו כמה עמדות שהיו שונות מדעת הרוב. פרופ' גיטר, דיקן תל אביב הביע דעתו במהלך הדיונים כי אין לפסול את הקמת בית הספר בבאר שבע וכי הוא אישית

תומך ביוזמה זו. לקראת ניסוח העמדה המייצגת של הדיקנים ביקש גיטר כי העמדה תהיה מתונה יותר אבל שאר הדיקנים התנגדו, ודעת הרוב המתנגדת היא זו שהתקבלה גיטר טען כי "לא צריך להציג התנגדות עקרונית להקמת בי"ס לרפואה דוקא בבאר שבע" וטען שהבעיה המרכזית היא לא התוכנית אלא ההשקעה התקציבית הגבוהה הנדרשת- השקעה בה המערך האקדמי לא יוכל לשאת. אך כאמור דעת גיטר הוצנעה ובנייר העמדה הסופי כלל לא הוזכרה. מזכרי איגוד הדיקנים שנוסחו על ידי בלר ניסו אף לאיים או להבהיל את מקבלי ההחלטות ובעיקר את נציגי המוסדות במועצה להשכלה גבוהה. במזכר ששלח בלר בינואר 1973 הוא ציין כי פתיחת בית הספר בבאר שבע תוביל "להורדה כללית של רמת הרפואה בארץ... ולגירוש מכוון ומתוכנן של בני הארץ אשר שירתו בצה"ל ועמדו במבחנים הקשים של בתי הספר הקיימים". כאשר התקרב מועד ההצבעה במועצה להשכלה גבוהה פעלו בלר והרמן כאיש אחד על מנת למנוע אישור התוכנית, וגייסו לעזרתם את כל נציגי האוניברסיטה העברית בירושלים לסייע להם.

במרץ 1973 ניקבעה ההצבעה במועצה להשכלה גבוהה. המועצה המונה 20 חברים בראשות שר החינוך דנה באריכות בדו"ח פלדמן. את עמדות המתנגדים ייצג פרופ' יגאל ידן, נציג האוניברסיטה העברית במועצה, אשר יצא בהתקפה אישית חריפה כנגד התוכנית. במהלך הדיון בו השתתפו גם אברהם הרמן ופרופ' פריבס, אמר הרמן לפריבס כי "תהיה בטוח שבית הספר בבאר שבע לא יעבור". בסיום הדיון עם ספירת תוצאות ההצבעה התברר לצדדים כי הפור לא הוכרע. עשרה נציגים תמכו בהקמת בית הספר ואילו עשרה נציגים אחרים התנגדו להקמתו. תקנון המועצה להשכלה גבוהה קובע כי במצב של תיקו נידרש שר החינוך להכריע בקולו. יגאל אלון, אשר התלבט עד אותה עת האם אוניברסיטת הנגב תוכל להתמודד עם כובד המשימה, וסרב להביע דעתו האישית כל אותה העת לא בכתב ולא בעל פה, החליט עתה לתמוך בהקמת בית הספר. הפור נפל ובית הספר לרפואה בבאר שבע הפך לעובדה קיימת. מעיון במאורעות ובפעילות אנשי הנגב בחודשי 1973 הראשונים עולה בבירור כי כל מובילי הרעיון ובעיקר חיים דורון ומשה פריבס פעלו לגיוס תמיכה רחבה אך בעיקר לנסות ולהשפיע על עמדתו של שר החינוך. לכולם היה ברור כי קבלת תמיכתו תהיה חשובה ביותר במהלך ההחלטה, איש לא שער כי היא תהיה מכרעת ובזכות קולו בית הספר יצא לפועל.

התנגדות נחרצת להקמת בית ספר לרפואה בנגב היתה גם בועד המפקח של קופת חולים הכללית.

סורוקה ודורון הביאו את ההצעה על הקמת בית הספר לאישור הועד המפקח הארצי של קופת חולים

כנידרש. במהלך הדיון היו כל חברי הועד כנגד ההצעה. סורוקה שראה את דורון מודאג מתגובתם של חברי הועד שלח לו פתק בזו הלשון: "אל תדאג, מעולם לא הבאתי דבר חשוב לפורום הזה מבלי שאתקל בהתנגדות". בסופו של דבר אושר הדבר גם במוסדות הקופה.

ההחלטה על הקמת בית הספר באה מאוחר מדי רק לאדם אחד- משה סורוקה. באוגוסט 1972 הלך סורוקה לעולמו כאשר הוא מודאג מתוצאותיה של ועדת פלדמן, תוך כמה חודשים התהפכו היוצרות ותוכנית בית הספר יצאה לפועל, אך סורוקה כאמור כבר לא היה בין החיים. האחריות על הביצוע נותרה אפוא בידיהם של פריבס ודורון. באוקטובר 1974, כאשר שנת הלימודים הראשונה הסתיימה בהצלחה והכל המאבק הממושך כאילו נישכח, כתב פריבס לדורון מכתב אישי ובו הוא מודה על השותפות של דורון וקופת חולים בהקמת בית הספר. "חיים יקר", כתב פריבס, חשבתי לכתוב לך מאז החליטה הנהלת קופ"ח את החלטותיה בעניין המרכז למדעי הבריאות בנגב. אני ניזכר באותה תקופה קשה של סוף אוגוסט לפני יציאתי לחו"ל וגם את הימים שחלפו מאז חזרתי ארצה ועד יום ההחלטה. הייתי עד קרוב לכל התלבטויותיך וידעתי שהנך נתון בלחץ חמור שבין הפטיש והסדן. מצד אחד ראית בעינים פקוחות את המצב הריאלי והפתרון ההגיוני שנתבקש לטובת המוסד, ומצד שני היית נתון בתוך רשת של רגשות שקשרו את לבך וידיך. המאבק לא היה קל, תאמין לי שהשתדלתי להקל עליך עד כמה שיכולתי ועד הגבולות הסופיים של פשרה. יתכן ועזרתי, יתכן ולא. עכ"פ בא הרגע בו התגברת על המצב (ואולי על עצמך) ועל כך מגיע לך יישר כוח חם ממני ולחיצת יד של חבר וידיד. אני משוכנע שההחלטה שנתקבלה וכאשר תתאשר במרכז קופת חולים תביא לאותן תוצאות חיוביות בשינוי פני הרפואה בארץ שכולנו שואפים אליהן. מי ייתן ונעמוד יחד בעתיד כבעבר על שמירת העקרונות שלמענם הקמתנו יחדיו את המרכז בנגב ונתרום להקמתו לתפארת המדינה והעם בישראל.²²⁵

מאז ועד עתה

א - מספר הרופאים יחסית לאוכלוסייה

במשך כל שנות המחצית השנייה של המאה ה-20 נמצאה ישראל באחד המקומות הראשונים המבליט עודף רופאים, וזאת גם בהשוואה לארצות רבות ושונות ממערב וממזרח (טבלאות 1,2,3). שיעור הרופאים עד גיל 65 לאלף נפש עלה בין השנים 1980-1998 מ-2.5 ל-1.6 (טבלה 3, נתוני 1997) ובשנת 2000 ל-3.72. שני גורמים עיקריים גרמו לתופעה זו: הראשון, והעיקרי, עליית הרופאים הקבועה והגלים ההמוניים השונים שלה, ע"פ חוק השבות (1950). השני, מספר רב מאד של ישראלים שלמדו וממשיכים ללמוד רפואה בחו"ל ומגדילים בהרבה את המספר היציב יחסית של תלמידי רפואה בארבעה בתי ספר שבאוניברסיטאות בישראל, כ-300 בשנה.

ב – הרכב ציבור הרופאים לפי גיל ומין

בראשית המחצית השנייה של המאה ה-20, כמחצית הרופאים היו בני 50 ויותר. אחוז גבוה ביותר מבין הרופאים שלאחר גיל הפנסיה המשיכו בעבודה במשרות חלקיות (87% מהם בסקר משנת 1963). בראשית תקופה זו אחוז הרופאות היה 19.3%. בשנות ה-90 היה הרכב הגילי של כ-60% עד גיל 50. מבין ציבור הרופאים היו בשנת 2000 38% רופאות. (טבלאות 5,6) כשאחוז הרופאים שמעל גיל 65 מכלל הרופאים היה של 20%.

לתמורה זו שבהרכב הרופאים לפי גיל ומין תרמו הרופאים הישראלים, בוגרי ארבעה בתי הספר לרפואה בארץ (300 עד 350 לשנה), תלמידי רפואה ישראלים בחו"ל עם שובם לעבודה בארץ ובמיוחד הרכב גלי עלייה מסוימים של רופאים. בשנת 2000, היה הרכב גל העולים בעיקר מבריה"מ לשעבר (שעלו מ-1989 והילך) של 52% עד גיל 44, מהם 38% רופאות⁽¹⁷⁾.

ג – תמורות שע"פ מקום הלימוד של הרופאים

בשנים הראשונות לקיום מדינת ישראל ציבור הרופאים היה מורכב רובו ככולו מבוגרי בתי ספר לרפואה בחו"ל כולל 1,000 רופאים שבאו ממוסדות מרוחקים ביותר ממרכזי רפואה במערב. אלה האחרונים, בד"כ בגילים גבוהים יותר, מצאו ברוב המקרים מקום עבודה ברפואה הראשונית, בקהילה. בסקר משנת 1952 היו 74 רופאים תושבי ישראל בלבד, שלמדו רפואה בחו"ל. טבלה 8 מצביעה על הגידול המרשים של לומדי רפואה בישראל שבין השנים 1950-1998, גם של אלה שלמדו בבתי ספר במערב אירופה – הכוללים

ישראלים רבים מאד – ובכל חלקי יבשת אמריקה. בשנות ה-70 חל גידול של הרופאים שלמדו במז' אירופה ובהמשכו הגל הגדול במיוחד בעשור שבין השנים 1989-1998.

בשנת 2000 אנו מוצאים מבין הרופאים שעד גיל 65: 34% שלמדו בישראל, 20% במערב, 44% בארצות מזרח אירופה. לתמורה דרמטית זו, יחסית למצב בראשית המחצית השניה של המאה ה-20, משמעות מיוחדת אשר לרמתו של השירות הרפואי, במיוחד כשלוקחים בחשבון גם התמורות שחלו החל משנת 1988, כשנחקק חוק "בחינות הרישוי לרופאים מחול" והרחבתו המרשימה של מפעל ההתמחות הרפואית.

ד – מומחיות ברפואה

הכרת התמורה שחלה בשטח ההתמחות הרפואית במחצית השניה של המאה ה-20 מחייבת לקחת בחשבון שבשנות ה-60 הוסמכה המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל ליישם את תקנות המתייחסות למומחיות הרפואית ולתאר מומחה המוענק ע"י המנהל הכללי של משרד הבריאות ע"פ המלצה של המועצה המדעית. כשאנו מתייחסים למומחים שלפני תקופה זו, מדובר על תארים שהתקבלו בארצות חוץ שונות כשאינו לנו ידיעה על רמתם המקצועית והתנאים להענקתם. כיום, מסמכים אלה שהרופא העולה מביא מחו"ל נבדקים ע"י הועדות המקצועיות השונות של המועצה המדעית הקובעת אם יש מקום להכיר בהם, ואם חלקית מה נדרש בישראל להשלמת התמחות זו.

בשנת 1957 היו בישראל, מתוך 3,717, 42.8% ללא כל התמחות מוכרת. רופאים אלה הוגדרו כ"רופאים כלליים" ורובם המכריע נקלטו במרפאות הרפואה הראשונית, גם חלק מתוך 600 הרופאים שהוגדרו כ"מומחים ברפואה פנימית" וחלק מתוך 369 רופאי ילדים עבדו בשירותים אלה. הסקר שנערך בשנת 1963 לקראת דיוני ועדת הלוי, רק 25% היו ללא התמחות כלל.

טבלה 9 מתייחסת למומחים שהוכרו ע"י המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל ובה אנו רואים עלייה בולטת של אחוז המומחים ברפואה הישראלית בין השנים 1970-2000 והמגיע ל-42% מהרופאים. בתרשים 15 משנת 2000 אנו רואים שרפואת המשפחה הנה ההתמחות של 12.1% מהרופאים. אשר לרפואה הראשונית יש להוסיף שחלק מהמומחים ברפואת ילדים וברפואה פנימית, מועסקים ברפואה הראשונית. התופעה של התמחות ברפואת המשפחה ומד"ב הנה התמורה החשובה ביותר ברפואה הקהילתית בישראל במחצית השניה של המאה ה-20 ונתייחס אליה בנפרד.

ה – החלוקה הגיאוגרפית

בשנת 1952 מתוך 3,717 רופאים נמצאו 1,278 בת"א (34.38%), 603 בירושלים (16.22%), 516 בחיפה (13.88%), 447 בערים אחרות (12.83%), 62 במושב, בנגב ובגליל (1.66%).

בשנת 1993 מתוך 24,344 רופאים 5,915 מהרופאים (24%) היו במחוז ת"א, 3,061 (12.5%) במחוז ירושלים. במחוז חיפה – 3,400 (13.84%), מבחינת מספר הרופאים הכולל את רופאי בתי החולים והקהילה חלה ירידה של כ-15% בריכוז הרופאים בשלוש הערים הגדולות לטובת המחוזות האחרים, כולל האזורים הפריפריים. (טבלה 17)

ו – התמורות ברפואה הראשונית

בראשית שנות ה-50 תמונת הרפואה הראשונית, בעיקרה בשרותי קופות החולים, אופיינו בציבור של רופאים ללא התמחות כל שהיא בצרוף מיעוט של בעלי הימחוויות בחו"ל ברמות שונות ובמקצועות שונים, בחלקם הגדול ממוקדים בענף ספציפי אחד וללא רקע ברפואה כללית. יוצאים מן הכלל היו אלה שלהם הייתה התמחות ברפואת ילדים או ברפואה פנימית. גילם הממוצע של הרופאים ברפואה הראשונית היה גבוה למדי.

אפילו בשנת 1963 המשיכו רופאים רבים מאוד לעבוד בשירותים אלה מעבר לגיל הפנסיה (65 לגברים ו-60 לנשים). מרב הצעירים דרכם הייתה בדרך כלל לעבודה בבתי החולים. הרופאים בקהילה שהגיעו למדו רפואה בעשרות בתי ספר לרפואה בעולם המערבי והמזרחי. הרמות היו שונות ולעיתים גם משונות. המחסור הרופאים בכפר, בספר ובאזורי הפתוח היה קשה ביותר. כתוצאה מכך היו לעיתים תקופות של ישובים ללא רופא, תחלופה רבה מאוד, אי התאמה של הרופא לספת הדיבור של העולים בריכוזיהם, רמה ירודה ומשבר עמוק.

התמונה שהצטיירה בסוף המאה ה-20 הייתה כדלקמן: מתוך קרוב ל-5000 רופאים ראשוניים שבמרפאות קופת חולים⁽¹⁸⁾, 20% הם מומחים ברפואת המשפחה שסיימו תכנית התמחות ישראלית. 17% הם מומחים ברפואת ילדים, 9.5% הם מומחים ברפואה פנימית. 2.6% מומחים בענפי רפואה אחרים. לזאת יש להוסיף שבקופות החולים נמצאים כיום (תרם הבחינות להתמחות של סוף 2002) 261 מתמחים, ברפואת המשפחה בשלבים שונים של התמחותם.

יש מקום לציין האחוז הגבוה של נשים נבין רופאי הרפואה הראשונית (43%), כש-32% מהרופאים נולדו בישראל ו-27% סיימו לימודי רפואה בישראל. 40.3% מרופאי הרפואה הראשונית הם עד גיל 44 ורק 8% מגיל 65 ומעלה.

אין ספק שבפנינו תמונה שונה בתכלית השוני המצביעה על רמת שירות רפואי ראשוני שעלתה ביותר מהמחצית השנייה של המאה ה-20 ונמצאת בהמשך תהליך הקידום והשיפור.

התמורות החיוביות שחלו בהתפתחותה של הרפואה הראשונית בישראל הם תולדה של מספר גורמים, בחלקם הגדול כשלעצמו אינם גלויים במדיניות בריאות מוגדרת. ביניהם: גלי העלייה של רופאים, גידול במספר הישראלים מבין הרופאים, הן בוגרי בתי הספר לרפואה בישראל והן ישראלים שלמדו רפואה בארצות חוץ. גם תמורות שחלו במערכת השירותים הן במרפאות והן בהתרחבותה של שיטת הרופא העצמאי תרמו לכך.

בסוף המאה ה-20 שיעור הרופאים שעד גיל 65 לאלף נפש הגיע בישראל ל-3.72, זאת אומרת 269 אנשים לרופא שעד גיל 65. מעל מחציתם שעד גיל 50. בקרב הרופאים שעד גיל 65 34% היו בוגרי בתי ספר לרפואה בישראל, ויותר מכך, ילידי הארץ. אחוז המומחים מביניהם הגיע בשנת 2000 ל-42%. באותה שנה מבין הרשיונות החדשים למומחים ניתנו 41.1% מהם להתמחויות: רפואת המשפחה, רפואה פנימית ורפואת ילדים. ברור שבזמן שכל המומחים ברפואת המשפחה משולבים בעבודה בקהילה ברפואה הראשונית, ר חלק מהמומחים ברפואה פנימית וברפואת ילדים עובדים במסגרת זו.

יג – סוף מעשה במחשבה תחילה

בשנות ה-60 שתי בעיות יסוד האפילו על קיומה והתפתחותה של מערכת רפואה ציבורית בנויה על עקרונות חברתיים נעלים של עזרה הדדית וחתימה לשוויון. הראשונה, המחסור ברופאים בכפר, ספר וריכוזי עולים. השנייה, בקשר הדוק לקודמת, מתייחסת לפער העמוק שבין שני חלקי מערכת הבריאות: בתי החולים ברמה הרפואית המתקדמת עם ציבור רופאים ברובם בגילים צעירים יותר עם אחוז גדול של ישראלים, בוגרי בתי חולים אקדמיים, ובתהליכו הספציאליזציה ברפואה המאפיינים את העולם המפותח כולו במאה ה-20, המפתחים את תכניות ההתפתחות השונות. מצד שני מרפאות, במיוחד אלה של הרפואה הראשונית, עם רופאים בהרכב גילי מבוגר יותר, עם אחוז גבוה של אלה מעל לגיל הפרישה הממשיכים לעבוד עקב מחסור שהתייחס למקצוע, הגיל והחלוקה הגיאוגרפית. נוצר מעגל קסמים של מחסור, חוסר יציבות, ורמה נמוכה

בחלקה הגדול שהובאה ע"י רופאים מכל פינות תבל, ורקע לימודי ומקצועי שונה ומשונה. אלה, במיוחד בריכוזי עולים ללא שפה משותפת עם המטופלים, בתנאי צפיפות וניתוק ניכר מבתי החולים האזוריים.

18) "הרופא הראשוני בישראל: שיעור מכלל הרופאים ופוטנציאל המצטרפים לרפואה הראשונית". דינה פלפל, עינב שמש, אמה סמטניקוב, מיכאל צור. אוניברסיטת בן-גוריון. המח' לאפידמיולוגיה והערכת שירותי בריאות ומשרד הבריאות. מרץ 2000. חיפושי דרך רבים למדי לפתרון אספקת רופאים לאזורים הפריפריים נכשלו או שבוצעו לתקופות קצרות וגם אז היה ברור שלא היה בהם פתרון לאורך ימים. תדמיתו של השירות הרפואי הציבורי הקהילתי היה בשפל. המשכיות השירות בקהילה, ורמתו הדאיגו במיוחד את ראשי קופת חולים הכללית שראו בהעדר פתרונות איום של ממש לעתידה של הרפואה הציבורית בישראל. בהיותו השירות בעל אופי לא ממלכתי אלא ציבורי וקשור להסתדרות העובדים הכללית – אם כי פעל בתחושת אחריות לאומית כוללת – זכה המצב לתשובות שטחיות ובלתי רציניות כדוגמת: "זה בגלל ארגון הרפואה בישראל, הלקוי." הוצעו גם רעיונות שלא התאימו לאפשרויות האובייקטיביות של המערכת כדוגמת המלצות ועדת מן (1969) (ראה 2,3).

המנהל הרפואי של קופת חולים 1968-1976 ומנכ"ל המוסד (1976-1988) אמץ מראשית דרכו מספר מחשבות שהגשמתן הסיסטמטית במשך השנים הנ"ל מהווה פרק חשוב במדיניות בריאות שתתבסס על תמורה מרחיקת לכת במערכת הרפואה הציבורית בקהילה ותמורה נאותה לתהליך של גישור בין שני חלקי מערכת הבריאות: הרנסנס של רפואת המשפחה בישראל.

מה הייתה ה"מחשבה תחילה"? א-סוגיית הרופאים ברפואה הראשונית לא תגיע לפתרון ע"י טלאים, לא של גיוסים, ולא של שירותי חובה ואף לא של תמריצים רווחיים או מקצועיים (שכולם נוסו). ב-דרוש תהליך ארוך טווח ובמסגרתו תמורות מרחיקות לכת בתהליך החינוכי של הרופאים על כל שלביו (ביה"ס לרפואה, השתלמות והתמחות), מצד אחד ותמורות בארגון השירותים של הרפואה הראשונית בקהילה. יש לפתח מומחיות, כתוצאה מתהליך לימודי תיאורטי ומעשי יכשיר את הרופא לראייה כוללת ויסודית של האדם ומשפחתו, ע"פ מודל ביו-פסיכו-סוציאלי וראיית כל שלבי הרפואה: המונעת, הטיפולית והמשקמת. למומחיות זו, רפואת המשפחה, יתרונות על פני הרפואה הראשונית הפנית במסגרתה הרפואה הראשונית מהווה רק ענף אחד עליו להתחרות עם כל ענפי הספציאליזציה המודרנית שברפואה פנימית. ג-רפואת המשפחה שתלמד במחלקות מיוחדות בבתי הספר לרפואה, תהווה גם מסלול להתקדמות אקדמית של רופאים, המקבילה לזו של

כל יתר הספציאליזציות שברפואה. היא תפתח מחקר, תהיה אטרקטיבית לדורות צעירים של רופאים ותיצור תשתית של רפואה ראשונית בעלת רמה נאותה וללא היכר. ד-הגורם המרכזי לשאת במשימת הפיתוח של רפואת המשפחה חייבת להיות קופת חולים המשרתת ברפואה הראשונית את מירב אוכלוסיית המדינה. היא צריכה לשאת באחריות הן לשיפור השירותים והן ליוזמה הפעילה לתמורות בבתי הספר לרפואה. היא עשתה זאת הן ע"י הסיוע בהקמת מחלקות בכל ארבעת בתי הספר לרפואה והן ע"י היוזמה להקמתו של ביה"ס לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון במגמה קהילתית והומניסטית שתתרום תרומה חשובה של השפעה עקיפה על כלל יתר מוסדות החינוך הרפואיים בישראל ותרום צנועה יותר, ישירה להכשרתם של רופאי משפחה ורופאים ראשוניים נוספים. ה-באותה תקופה שנות ה-60 וראשית שנות ה-70 – היו התפתחויות מקבילות, בד"כ צנועות, במדינות אחרות. הכנס הבינלאומי מ-1972 כינס במסגרתו את טובי הרופאים בשטח זה בהרצליה ובאמצעותו השיגה קופת חולים גם ליצור קשרים מתאימים במישור הבינלאומי וגם מעמד בישראל לענף רפואי חשוב זה. ו-פיתוח המתקנים המתאימים ("מרפאות מורכבות") ובעמדת המדריכים שע"פ דרישות ההתמחות ברפואת המשפחה לרשות התכנית, יצירתם של תקציבים מיוחדים למתמחים, כל זה היו מתפקדיה של קופת חולים כללי. בשנת 1994 החלה קופת חולים מכב"י, השניה בגודלה בישראל, לפתח גם היא את רפואת המשפחה. ז-אין ספק שכל המפורט לעיל קשור לטעויות, אולם מכירן מהווה חלק מצומצם ביותר מהעלות של רפואה ראשונית שלא על רמה נאותה, המבזבזת בדיקות מיותרות, פעולות אבחוניות ותרופות שלו לצורך, הפניות לרופאים מומחים ולבתי חולים בחלקן מיותרות במשך שנים רבות.

תמונת רפואת המשפחה בישראל בסוף הייתה כדלקמן:

1. מס' רופאי המשפחה: מומחים: 998

מתמחים: 261 (185 בשירותי בריאות כללית, 63 במכב"י, 13 בלאומית

((בשלב שונים))

סה"כ: 1,259 רישיונות חדשים בשנת 2000, 12.1% מכלל הרישיונות

למומחים.

2. גילם של רופאי המשפחה: הגילים: 44-31 49%

54-45 41%

3. מקום הלידה (אחוזים):

ישראל	מע' אירופה	מז' אירופה	צפ' אמריקה/אוקיאניה	דר' אמריקה	אפריקה	אסיה
42%	8%	33%	6%	5%	4%	3%

4. מקום הלימוד - רופא משפחה עד גיל 65.

למדו ב:	ישראל	מערב	מזרח אירופה
	34%	20%	44%

5. פיזור גיאוגרפי: "יש לציין את הפיזור הגיאוגרפי האחד יחסית של רופאי משפחה במחוזות השונים"

. מדו"ח מקצועות רפואיים משרד הבריאות. סוף 1993.

שיעורי רופאי משפחה ל-100,000 נפש (1993)

כל הארץ	ירושלים	מ. צפון	מ. חיפה	מ. המרכז	מ. ת"א	מ. הדרום	לא ידוע
9	10	9	6	12	9	8	7

מחוז צפון (שירותי בריאות כללית) יולי 2002. מתוך 270 ברפואה הראשונית: ברפואת משפחה:

מומחים - 94, מתמחים שלב א' - 5, מתמחים שלב ב' - 11, מתמחים ברוטציה בבי"ח - 22.

מחוז דרום - (שירותי בריאות כללית) יולי 2002. מתוך 382 ברפואה הראשונית, ברפואת המשפחה:

מומחים - 134, מתמחים - 46 מהם בשלב א' - 17. רוטציות - 10, שלב ב' - 10. (20 מומחים ברפואה פנימית, 74 - בילדים).

משמעותם של הנתונים הנ"ל, יצירת בסיס רחב ההולך הגדל של רפואה קהילתית ציבורית טובה,

התמחות רפואית אליה פונים רופאים, מרביתם בגילים הצעירים יותר, חלק גדול מהם בוגרי ביה"ס לרפואה בישראל והמפוזרים בכל חלקי הארץ בפיזור יחסית אחיד.

המדיניות של קידום רפואת המשפחה במישור החינוכי והארגוני כאחד היא זאת שתרמה תרומה

מכרעת לתמורה שמקצה לקצה במצב של הרפואה הראשונית, שחשיבותה ומשקלה הולכים וגדלים בעולם כולו.

נספח 1 : הרופאים חברי הקבוצה מאשרים בחתימותיה את המידע שקיבלו בנושא התעודות

והאישורים שעליהם להביא ארצה:

"אנו החתומים מטה, חברי הקבוצה מספר 10 של רופאים מאמריקה הלטינית, מאשרים שקיבלנו

מידע על הצורך להביא לישראל:

1. דיפלומה של רופא מאושרת על ידי שגרירות ישראל בבואנוס איירס.

2. אישור עבודה מבתי החולים מאז קבלת הדיפלומה ועד עזיבת ארגנטינה.

3. רישיון עבודה של רופא בארגנטינה.

נמסר לנו גם מבלי להמציא את אישורי העבודה בבתי החולים מלאחר תאריך קבלת הדיפלומה של

רופא, עבודה של פחות שמנה אחת, נאלץ להשלים תקופה זו של עבודה בבית חולים בישראל במעמד
ובשכר סטאז'ר.

בואנוס איירס 23.12.1964

חתום על ידי הרופאים

נספח 2:

רופאים ורופאים ראשוניים בישראל במחצית השנייה של המאה ה-20

(1) מספר הרופאים יחסית לאוכלוסייה

טבלה 1: סקר ארגון הבריאות העולמי- מספר נפשות לרופא במדינות ניבחרות 1966.²²⁶

מדינה	שנה	מספר נפשות לרופא
ישראל	1963	430
אוסטריה	1963	560
גרמניה המערבית	1963	650
ארגנטינה	1962	670
ארצות הברית	1963	690
צרפת	1963	870
נורווגיה	1962	890
בריטניה	1963	840

טבלה 2: מספר נפשות לרופא בישראל ביחס למדינות המזרח התיכון. סקר ארגון הבריאות העולמי.²²⁷

מדינה	שנה	מספר נפשות לרופא
ישראל	1963	430
לבנון	1962	1000
מצרים	1962	2500
ירדן	1963	4800
עירק	1963	4800
סוריה	1963	5400

טבלה 3:²²⁸ שיעור הרופאים לאלף נפש בשלהי המאה העשרים

המדינה	1980	1990	1995	1998
ישראל	2.5	2.5	3.4	3.6
אוסטריה	1.6	2.2	2.7	3.0
אנגליה	1.3	1.4	1.6	1.7
ארה"ב	2.0	2.4	2.6	2.7
גרמניה	2.3	3.1	3.4	3.5
נורווגיה	2.0	3.1	2.8	2.4
צרפת	2.0	2.6	2.9	3.0

טבלה 4 : מאפיינים דמוגרפים של רופאים בישראל בשנים 1970-2000

מס' רופאים	שיעור רופאים לאלף נפש	מס' אנשים לרופא	מס' רופאים עד גיל 65	שיעור רופאים עד גיל 65 לאלף נפש	מס' אנשים לרופא עד גיל 65	
1970	7,465	2.47	405	5,936	1.96	509
1975	10,941	3.13	319	8,771	2.51	398
1980	14,168	3.61	277	11,557	2.95	339
1985	16,515	3.87	258	13,606	3.19	314
1990	19,012	3.94	254	14,943	3.10	323
1995	25,877	4.61	217	20,718	3.69	271
2000	29,895	4.69	213	23,688	3.72	269

התמורות בהרכב הגילי של הרופאים ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾.

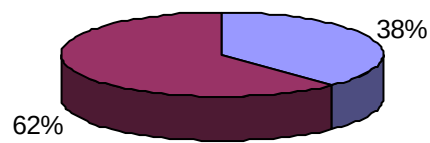
טבלה 5 : רופאים, סוף 1993 - התפלגות לפי גיל ומין (אחוזים)

גיל	סה"כ	מהם מומחים
-30	3.3%	
30-44	41.6%	35.1%
45-54	21.0%	25.5%
55-59	8.3%	9.4%
60-64	6.0%	7.3%
65-69	6.4%	8.5%
70+	12.5%	14%
לא ידוע	0.9%	0.2%

התפלגות רופאות לפי גיל ומומחיות

גיל	רופאות סה"כ	רופאות מומחות
-30	4.2%	
30-44	41.6%	36.9%
45-54	18.8%	19.4%
55-59	9.8%	10.3%
60-64	6.6%	8.4%
65-69	7.4%	11.0%
70+	10.6%	13.9%
לא ידוע	0.9%	0.1%

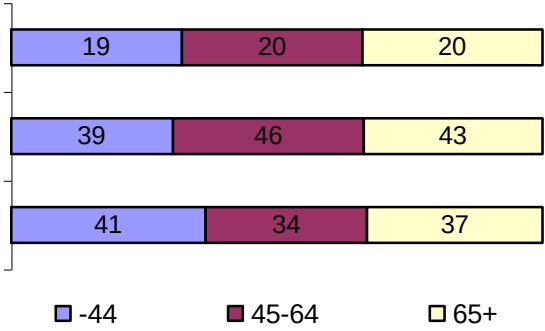
הרכב לפי מין



2000

75+	65-74	55-64	45-54	31-44	-30	סה"כ	
					1,16		
3,038	2,879	4,395	8,447	9,685	1	29,895	סה"כ
2,033	1,714	2,850	5,586	5,585	581	18,494	זכרים
1,005	1,165	1,573	2,861	4,100	580	11,392	נקבות
10.3%	9.7%	14.8%	28.5%	32.7%	3.9%	100.0%	סה"כ
11.1%	9.4%	15.4%	30.5%	30.5%	3.2%	100.0%	זכרים
8.9%	10.3%	13.9%	25.4%	36.3%	5.1%	100.0%	נקבות

סה"כ כולל גיל ומין לא ידוע



3. רופאים על-פי מקום לימוד²²⁹.

טבלה 7: רופאים לפי מקום לימוד, שנת 2000.

	סה"כ*	ישראל	מזרח אירופה	מערב אירופה	אמריקה / אוקיאניה	אסיה / אפריקה
רופאים	29,895	8,531	13,569	4,227	2,331	997
	100%	29%	46%	14%	8%	3%
רופאים עד גיל 65	23,688	7,952	10,265	3,005	1,756	590
	100%	34%	44%	13%	7%	3%

* סה"כ כולל מקום לימוד לא ידוע.

חלוקה של מקומות הלימוד של רופאים בסוף 1998 ניתנת בטבלה 8.

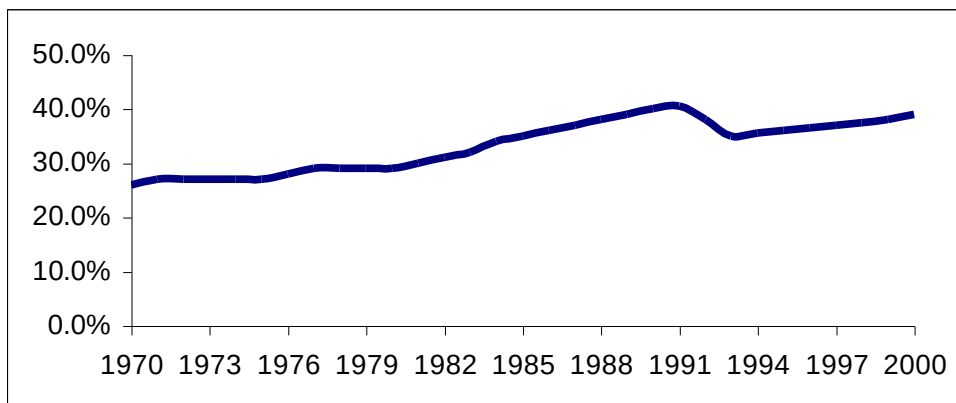
טבלה 8: מספר רופאים עד סוף 1998 לפי מיקום לימוד

שנה	סה"כ	ישראל	מז' אירופה	מז' אירופה	אסיה / אפריקה	צפ' אמריקה	מרכז ודר' אמריקה	א
1950-	162	9	77	51	10	0	8	7
1955	1,713	164	517	749	141	8	32	99
1960	2,702	406	986	912	203	24	62	103
1965	3,848	726	1,381	1,087	293	49	184	111
1970	5,312	1,120	1,722	1,396	428	157	333	121
1975	8,524	1,964	3,252	1,704	559	287	570	135
1980	12,066	3,270	4,250	2,442	669	366	853	141
1985	15,018	4,564	4,827	3,104	751	495	1,024	160
1990	18,241	5,875	5,782	3,617	870	610	1,190	188
1995	25,835	7,130	11,430	3,932	964	740	1,279	234

4. מומחיות ברפואה

אחוז המומחים מכלל הרופאים בין השנים 1970-2000

היה במגמת עליה ובסוף 2000 הגיע ל-42%²³⁰



טבלה 10: רופאים סוף 1993 - התפלגות המומחיות לפי מין והתמחות (מספרים מוחלטים ואחוזים)

נקבות		זכרים		סה"כ		מומחיות
%	סה"כ	%	סה"כ	%	סה"כ	
25	2,624	75	7,866	100	10,487	סה"כ
19	275	81	1,187	100	1,462	רפואה פנימית
35	177	65	324	100	501	רפואת משפחה
21	19	79	71	100	90	גריאטריה
39	550	61	849	100	1,399	רפואת ילדים
44	22	56	532	100	554	כירורגיה כללית

		6		00		
--	--	---	--	----	--	--

טבלה 11: רופאים, סוף 1993 התפלגות המומחיות לפי גיל והתמחות (אחוזים)

מומחיות / קב' גיל	סה"כ	30-44	45-54	55-59	60-64	65-69	70	לא ידוע
סה"כ	100	30	29	10	7	8	15	
רפואה פנימית	100	34	23	10	7	8	17	0
רפואת משפחה	100	62	19	2	3	3	12	1
גריאטריה	100	26	26	17	10	9	13	0
רפואת ילדים	100	33	27	8	7	9	16	1
כירורגיה כללית	100	21	28	10	10	11	20	0

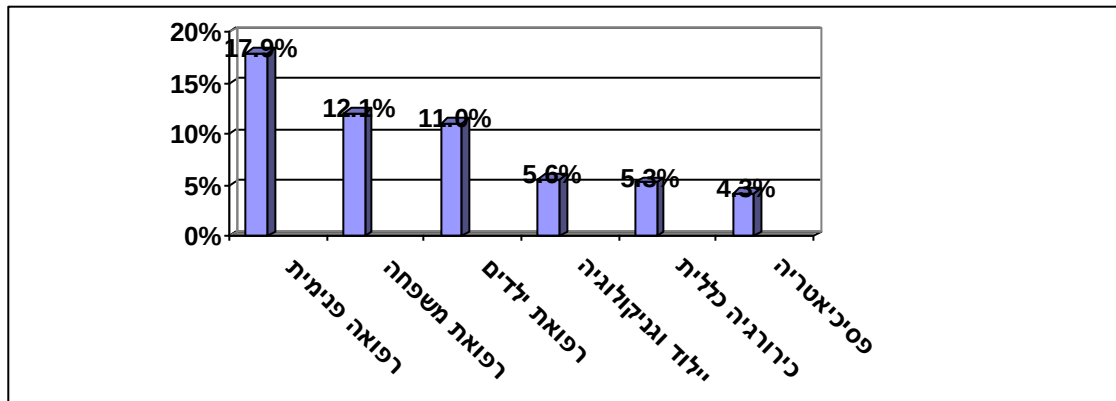
הטבלאות הבאות מדגימות את מספרי המומחים ברפואה שבשנת 2000. שיעורם עד גיל 65 לאלף נפק, והחלוקה, באחוזים, על-פי קבוצות גיל.

טבלה 12: שיעור הרופאים עד גיל 65 לשנת 2000

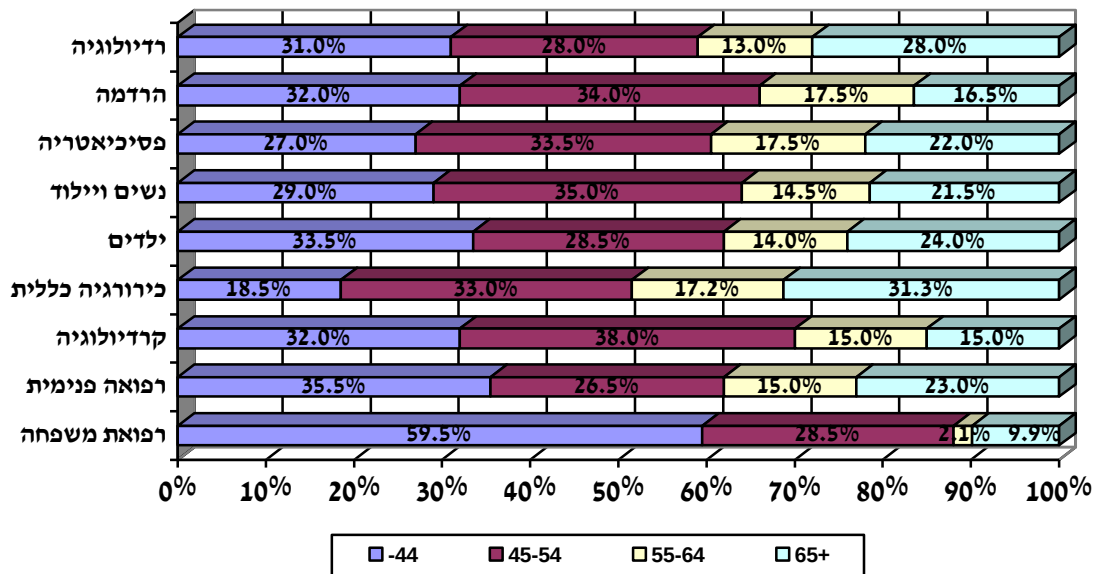
מומחיות	סה"כ	שיעור עד גיל 65		אחוזים				
		ל-1000 נפש	סה"כ	31-44	45-54	55-64	65-74	75+
סה"כ	12,422	1.789	100	30	35	14	11	10
רפואת משפחה	887	0.129	100	49	41	3	3	15
רפואה פנימית	2025	0.250	100	37	29	12	11	10
כירורגיה כללית	643	0.071	100	19	36	16	6	13

מומחיות	סה"כ	שיעור עד גיל 65		אחוזים				
		לאלף נפש	סה"כ	31-44	45-54	55-64	65-74	
רפואת ילדים	1,854	0.225	100	31	33	13	10	1
יילוד וגניקולוגיה	1,048	0.129	100	24	38	16	10	1
פסיכיאטריה	931	0.113	100	24	37	16	13	9
הרדמה	526	0.070	100	31	34	19	10	5
בריאות הציבור	160	0.013	100	19	18	16	16	3
מנהל רפואי	153	0.016	100	1	27	38	30	4

טבלה 14: מצביעה על ההתמחויות השונות ברפואה : רשיונות חדשים באחוזים, 2000



טבלה 15: רופאים מומחים לפי גיל והתמחות



החלוקה הגיאוגרפית

טבלה 16: חלוקת הרופאים, ע"פ מקום מגוריהם בערים ובאזורים כפריים בשנת 1963, יחסית לחלוקת

האוכלוסייה, ניתנת לבחינה (באחוזים) גם ע"פ דו"ח שהגיש, ממשרד העבודה, בשנת 1964 לועדת הלוי²³¹

אזור גיאוגרפי	אחוז	
	רופאים	אוכלוסיה
אזור ירושלים	12.9	7.5
אזור תל אביב - יפו	44.1	31.5

אזור חיפה והקריות	8.8	13.0
ערים אחרות עם אוכלוסיה של 15,000 תושבים ומעלה.	20.6	19.5
יישובים עם פחות מ-15,000 תושבים.	31.6	10.5

טבלא 17:

נפת מגורים	סה"כ	מהם מומחים
סה"כ	457.2	172.6
ירושלים	485.4	209.0
מחוז צפון	266.0	75.2
מחוז חיפה	482.7	201.4
מחוז מרכז	430.1	178.3
מחוז תל-אביב	517.3	242.2
מחוז הדרום	323.9	95.9
יש"ע	285.6	106.8

טבלא 18: רופאים מומחים בישראל על פי יבשת לידה והתמחות באחוזים.

	מס' רופאים	ילידי ישראל	מערב אירופה	מזרח אירופה	צפון אמריקה	דרום אמריקה	אפריקה	אסיה
רפואת משפחה	887	42	8	33	6	5	4	3
רפואה פנימית	2026	40	6	39	5	4	3	3
רפואת ילדים	1854	42	8	35	4	8	3	2

1	4	4	5	55	5	25	168	גריאטריה
4	3	3	2	38	5	45	1048	יילוד וגניקולוגיה
2	3	11	5	48	8	25	931	פסיכיאטריה
3	7	8	5	48	8	21	526	הרדמה
1	8	8	5	42	11	28	160	בריאות הציבור
1	7	4	-	38	8	43	153	מנהל רפואי
2	7	13	5	37	10	27	60	רפואה גרעינית
2	2	8	1	55	8	23	99	רפואה תעסוקתית
10	10	-	-	70	-	10	10	רפואה משפטית

7. הרפוא הראשוני בישראל בסוף מאה ה-20

הטבלה הבאה מציגה לנו נתונים על הרופאים הראשוניים בישראל בסוף המאה ה-20 וחלוקתם בין

העובדים במרפאות הראשוניות של קופת חולים ובין האחרים.

לענייננו ההתמחויות של הרפואה הראשונית הנן : רפואת המשפחה, רפואת ילדים ראשונית ורפואה

פנימית ראשונית.

רופאים עד גיל 70 לפי התמחות ומקום עבודה²³²

טבלה 22:

התמחות	סה"כ	רופאים שעובדים במרפאות ראשוניות של קופת חולים	רופאים שאינם עובדים במרפאות ראשוניות של קופת חולים
סה"כ רופאים בישראל	24,695	4,822	19,873
מומחים ברפואת המשפחה	719	638	81
מומחים ברפואת ילדים	1,467	840	627
מומחים ברפואה פנימית	1,581	475	1,106
מומחים במקצועות אחרים	6,009	131	5,878
ללא התמחות	14,919	2,738	12,181

טבלה 23 מדגימה נתונים דמוגרפיים שונים של רופאי הרפואה הראשונית. בתוכם, המומחים ברפואת המשפחה, ברפואת ילדים וברפואה פנימית. כמו כן בעלי מומחיות אחרת והרופאים חסרי ההתמחות

טבלה 23 : רופאים עד גיל 70 לפי מקום עבודה, מאפיינים דמוגרפיים ומקצועיים.

רופאים שאינם עובדים במרפאות ראשוניות של קופת חולים N %		רופאים עובדים במרפאות ראשוניות של קופת חולים N %		%	סה"כ	מאפיינים דמוגרפיים
74	13,992 ^(א)	26	4,822 ^(א)	100	18,814 ¹ (א)	סה"כ
99	1,069	1	15	100	1,084	גיל: >30
76	6,201	24	2,000	100	8,201	31-44
66	4,460	34	2,283	100	6,743	45-59
79	1,205	21	330	100	1,535	60-64

84	1,057	16	194	100	1,251	65-70
75	8,166	25	2,720	100	10,886	מין: גברים
73	5,824	27	2,102	100	7,926	נשים
11	81	89	638	100	719	התמחות: משפחה
43	627	57	840	100	1,497	ילדים
70	1,106	30	475	100	1,581	פנימית
	(ג')		131	100	131	אחר (ב')
82	12,181	18	2,734	100	14,919	ללא התמחות
99	774	1	5	100	779	שנות ותק ברפואה בישראל: עד שנה
92	4,530	8	402	100	4,932	מ-1 עד 5 שנים
75	3,753	25	1,238	100	4,991	מ-6 עד 9 שנים
61	4,933	39	3,177	100	8,110	+10
74	3,928	26	1,353	100	5,281	ארץ קבלת התואר : ישראל
67	356	33	176	100	532	אסיה-אפריקה
77	7,151	23	2,159	100	9,310	מז' אירופה
69	2,483	31	1,115	100	3,598	ארצות המערב
70	3,694	30	1,569	100	5,233	ארץ הלידה: ישראל
69	707	31	325	100	1,032	אסיה-אפריקה
77	7,721	23	2,312	100	10,033	מז' אירופה
75	1,885	25	614	100	2,499	ארצות המערב
75	12,103	25	4,071	100	16,174	קבוצת אוכלוסייה : יהודי
57	845	43	646	100	1,491	ערבי
86	335	14	55	100	390	אחר

א') סיכום מס' הרופאים בקטגוריות השונות אינו זהה תמיד לסה"כ בגלל מקרים לא ידועים

ב') "אחר" מציין רק רופאים בעלי מומחיות אחרת שעובדים במרפאות ראשוניות של קופת חולים.

ג') אינם שייכים לאוכלוסייה שנכללה בעיבוד זה.

טבלה 24 מתייחסת לרופאים העובדים במרפאות הראשוניות של קופות החולים, ע"פ מאפיינים דמוגרפיים ומקצועיים. יש להעיר שמתוך 4,998 שעבדו עד סוף 1998 במרפאות אלה 800 עבדו ביותר מקופה אחת. מכלל רופאים אלה 5.5% היו בגיל שמעבר לגיל הפרישה הפורמלי מעבודה (60 לנשים – 65 לגברים).

טבלה 24: רופאים העובדים במרפאות הראשוניות של קופת חולים לפי מאפיינים דמוגרפיים

ומקצועיים.

מאפיינים דמוגרפיים	N	%
סך הכל (א')	4,998	100
מין:		
גברים	2,837	57
נשים	2,161	43
ארץ הלידה:		
ישראל	1,572	32
אסיה-אפריקה	339	7
מז' אירופה	2,448	49
ארצות המערב	636	13
ארץ קבלת התואר:		
ישראל	1,363	27
אסיה-אפריקה	188	4
מז' אירופה	2,279	46
ארצות המערב	1,148	23
קבוצת אוכלוסייה:		
יהודי	4,244	85
ערבי	648	13
אחר	55	1
מומחיות:		
סה"כ לא מומחים	2,818	56
סה"כ מומחים	2,180	44
מהם: רפואת משפחה	649	13
רפואת ילדים	885	18

10 3	505 141	רפואה פנימית מומחיות אחרת
0.3 40 46 7 4	15 2,000 2,283 330 194 176	גיל: >30 31-44 45-59 60-64 65-74
	(9.0)15 14	שנות ותק ברפואה בישראל:
	12 (0.6)	שנות ותק בישראל : ממוצע

א' סה"כ הרופאים בקטגוריות השונות אינו מסתכם תמיד ל-4,998, בגלל חוסר נתונים.

מראי מקום והערות

¹ מכתב דר' חיים שיבא המנהל הכללי של משרד הבריאות אל סגן אלוף נחמיה ארגוב משרד הבטחון, 4.3.51, ארכיון המכון למורשת בן גוריון, להלן אב"ג.

² לעיל.

³ מ. הלפמן, הרופאים בארצות הברית, מכתב לחבר, 303, 1952 עמ' 437.

⁴ R.FEIN, STUDIES ON PHYSICIANS SUPPLY AND DISTRIBUTION, AJPH 44(1954)

⁵ Thomas C. Ricketts, Thomas R. Konrad, Edward H. Wagner, An Evaluation of Subsidized Rural Primary care Programs: II. The Enviromental Contexts, AJPH, april 1983(73)4 pp406-413.

⁶ Tamas Fulop, Milton I. Roemer, Reviewing health manpower development, WHO, Geneva, 1987 pp.12-65.; The Demographic aspects of health manpower, report on a working group, Paris june 16-21 1971, Regional office for Europe, WHO Copenhagen 1971, p. 49.

Janet Brooks, Australia develops national strategy for bringing physicians to rural areas,⁷

Canadian medical association Journal, 1994; 150(4) 576-578

מכתבים למערכת⁸

Can. Med. Assoc. J. 1994; 151(5) p. 512; 1995; 152(4) p. 465-466;

Cecil G. Sheps, Miriam Bachar, Rural areas and personal health services: current⁹

strategies, AJPH, 1981 (71) 71-82.

Milton I. Roemer, Rith L. Roemer, Health care systems and comparative manpower¹⁰

policies, Marcell Dekker, New york and Basel, 1981, p. 291-295.

Terry D. Stratton, Jeri W. Dunkin, nyla Juhl, Redefining the nursing shortage: a rural¹¹

perspective, nursing outlook, 3-4(1995) 71-77.

Morris L. Barer, Amiram gafni, Jonathan Lomas, Accomodating Rapid Growth in¹²

Physicians Supply: Lessons from Israel, Warning for Canada, Int. J. H. S, 19(1) 95-115,

1989.

Victor R. Fuchs, Who Shall Live, Basic Books, p. 70.¹³

Steven A. Schroeder, Western European responses to Physician Oversupply, JAMA¹⁴

July, 1984, 252(3) 373-384.; Ernest P. Schloss, Beyond Gmenac-Another phsycians shortage from 2010-2030? NEJM, April 1988 ,(318) 14, p. 920-922; David A. Kindig,

Charles M. Taylor, Growth in the International Physician Supply, 1950-1979, JAMA

June 1985, 253(21) pp.3129-3132; Johm Iglehart, How Many Doctors Do We Need?

JAMA October 1985 254(13) pp 1785-1788.

¹⁵ דורון נידרלנד, השפעת העולים הרופאים מגרמניה על התפתחות הרפואה בארץ ישראל, קתדרה 30

.(1983)

¹⁶ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הרופאים ורופאי השיניים בישראל סוף 1952, סוף 1951, סדרת פרסומים

מיוחדים מס. 14 ירושלים, אב תשי"ג 1953.

¹⁷ מדינת ישראל, משרד הבריאות, דין וחשבון של הועדה לבירור בעיית המחסור ברופאים 1963-1964,

ירושלים דצמבר 1964, עמ' 1-34. להלן ועדת הלוי.

¹⁸ UNITED NATIONS STATISTICAL YEARBOOK 1963.

¹⁹ דו"ח ועדת הלוי, עמ' 67.

²⁰ H. Smith, Manpower Surveys-Doctors, State of Israel, Ministry of Labour: Manpower

Planning Authority, 1964.

²¹ World Health Organization, Regional Office for Europe, Methods of Estimating Health Manpower, Report on a Symposium, Budapest 15-19-10-1968, WHO Copenhagenm 1969.

²² המכון למחקר ומידע בע"מ, ביקוש לכוח אדם אקדמאי בישראל, פרויקט מס' 14-70, מרץ 1971.

²³ משרד החינוך, דין וחשבון הועדה לבתי ספר לרפואה בישראל ("ועדת פלדמן") אוקטובר 1972.

²⁴ מכתב דר' טובה ברמן אל ועד הרופאים בנושא עשרה רפואות בקפריסין, 1.7.47 ארכיון העבודה מכון לבון

[אה"ע] IV243-4-500; מכתב דר' ביקלס יו"ר ארגון רופאי קופת חולים מה- 12.9.1947 למרכז קופת

חולים בנושא גיוס רופאים לקפריסין, אה"ע IV243-4-500. דר' ביקלס כיו"ר ארגון הרופאים התנגד לגיוס

חובה סתמי ודרש שהפעולה תתואם בין ארגון הרופאים להנהלת הקופה תוך שמירה על זכויותיהם של

הרופאים כבעלי מקצוע חופשי.

²⁵ מכתב דר' ביקלס יו"ר ארגון רופאי קופת חולים הכללית אל מרכז קופת חולים מה- 24.12.1947 בנושא

גיוס רופאים לשירות רפואי לצרכי בטחון; החלטות הועד הארצי של ארגון רופאי קופ"ח 16.12.47:

החלטות המועצה הארצית של ארגון רופאי קופ"ח מה- 28.10.47 בנושא גיוס לשרות הבטחון, אה"ע - 243-

IV4-500.

²⁶ מדברי דר' י. ביקלס בישיבת הועד הפועל ביום 23 לפברואר 1950, הרופא במוסד, אפריל 1950, חוברת

43 עמ' 31-32.

²⁷ שם.

²⁸ מפקד הרופאים 11.4.50 אה"ע IV104-81-17

²⁹ חוק לחיזוק השרות הרפואי במחנות, הארץ, 23.1.50 עמ' 4.

³⁰ הרופאים בנקודות הקטנות, הרופא במוסד, ינואר מרץ 1949, שנה רביעית, חוברת מספק 28, עמ' 4.

³¹ יומן בן גוריון, יום שישי, 25.8.1950, ארכיון המכון למורשת בן גוריון.

³² קופת חולים זקוקה לרופאים וכלי רכב, דבר, 1.10.50 עמ' 4; הישיבה המאה תשעים וארבע של הכנסת

הראשונה 22. נובמבר 1950, רשומות הכנסת, ישיבה קצ"ד, הצעות לסדר היום, כרך 7, עמ' 308.

³³ רופאים יגוייסו למעברות, דבר 29.12.50 עמ' 1. זכרון דברים בדבר גיוס הרופאים למעברות, כפרי עבודה

וישובי ספר אשר התקיימה ביוזמת משרד העבודה בירושלים בבניין משרד הבריאות, ב- 24.12.50 בשעה

1900, ארכיון המכון למורשת בן גוריון שדה בוקר.

³⁴ מכתב דר' שרשבסקי אל דר' נוימן, 14.12.50, תיקי חיל הרפואה, ארכיון צה"ל.

³⁵ שכתוב דברים מפגישה עם מרכז קפ"ח בלשכת השר 1.1.51, נדונו: גיוס רופאים ואחיות, ארכיון המכון

למורשת בן גוריון.

³⁶ מכתב דר' חיים שיבא אל מפקד חיל הרפואה דר' עצמון בנושא גיוס רופאים צעירים לצה"ל, 7.1.51;

מכתב דר' עצמון (בלומוביץ) קצין רפואה ראשי אל דר' שיבא מנכ"ל משרד הבריאות מה- 7.1.51 בתשובה

למכתבו בנושא גיוס רופאים צעירים לצה"ל. מכתב דר' שיבא אל דר' שתקאי מרכז קופת חולים מה-

22.1.51 בנושא גיוס רופאים צעירים לצה"ל, אה"ע IV243-3-139

³⁷ פגישה ביום 21.2.51 במרכז קו"ח בעניין גיוס הרופאים, אה"ע, IV 104-38.

³⁸ מכתב דר' חיים שיבא לקופ"ח מכבי וקופ"ח עממית, דר' פרידנטל ודר' כצנלסון, 20.2.51, ארכיון צה"ל,

תיקי חיל הרפואה.

³⁹ מכתב דר' חיים שיבא אל סגן אלוף נחמיה ארגוב, משרד הבטחון, תחת הכותרת סודי מידי, 4.3.51,

ארכיון המכון למורשת בן גוריון שדה בוקר.

⁴⁰ זכרון דברים מפגישת הועדה לדיון בתביעות קופ"ח לכוח אדם רפואי, 22.4.51, תיקי המוסד לתאום,

ארכיון המכון למורשת בן גוריון שדה בוקר. פרטיכל ישיבת המוסד לתיאום, 18.4.51, ארכיון המכון

למורשת בן גוריון, שדה בוקר.

⁴¹ מכתב ד"ר שטרנברג אל ד"ר טובה ישורון ברמן 16.3.50. אה"ע IV243-3-138.

⁴² מכתב ד"ר שטרנברג אל מרכז קופת חולים, 1.10.50, אה"ע IV-243-3-138

⁴³ סכום ישיבה מיום 20.3.51, משרד הבריאות, משתתפים דר' אביגדורי, דר' גברט, דר' ישורון, מר ליכטמן,

דר' שרשבסקי, דר' שיבא ודר' שטרנברג, אה"ע IV-243-3-139

⁴⁴ יומן בן גוריון, 4.3.51 המכון למורשת בן גוריון שדה בוקר.

⁴⁵ יומן דוד בן גוריון, 4.3.51, ארכיון המכון למורשת בן גוריון שדה בוקר.

⁴⁶ מהם תפקידי הרופא המגוייס למעברות, מכתב לחבר, 274, פברואר 1952 עמ' 41.

⁴⁷ במה חופשית, הרהורים על השרות הרפואי במעברות, מכתב לחבר, 288, 1952 עמ' 244.

⁴⁸ דבר, 13.1.52 עמ' 2.

⁴⁹ מברק מרדכי נמיר אל דוד בן גוריון ראש הממשלה, 25.4.51, ארכיון המכון למורשת בן גוריון שדה

בוקר.

⁵⁰ קופת חולים בריכוזי העולים בשנת תשי"ג, מרכז קופת חולים, תל אביב תשי"ד, עמ' 2. בהשוואה ראה

מספר הרופאים בארץ, רישום לסוף שנת 1951, מכתב לחבר, 290, 1952, עמ' 269. מעיון במספרים לסוף

שנת 1952 עולה כי במהלך אותה שנה לא חל כל שינוי בחלוקה הפנימית של הרופאים בין הישובים

העירוניים לכפריים. מכתב לחבר, 315, 1953, עמ' 591.

⁵¹ יומן בן גוריון 19.7.51, אב"ג

⁵² אברהם דורון, ביטוח בריאות ועמדת הרופאים: המאבקים של שנות החמישים הראשונות, עיונים 6, 1996,

עמ' 250-270.

⁵³ יומן בן גוריון 3.7.51 אב"ג.

⁵⁴ מכתב דר' חיים שיבא המנהל הכללי של משרד הבריאות אל מזכיר הועד הפועל של ההסתדרות, 6.12.51,

אה"ע IV208-1-6639.

⁵⁵ על "חטא" של רופא עירוני, מנחם תלמי, דבר 17.8.51 עמ' 6

⁵⁶ מכתב לחבר, מס' 281, 1952.

⁵⁷ מכתב לחבר, 288, 1952, עמ' 244-245.

⁵⁸ מכתב לחבר, 288, 1952, עמ' 245.

⁵⁹ רופאים לכפר, סכום הועדה בינוסדית להפניית רופאים לכפר, מכתב לחבר, 363, 1954, עמ'

1462. מכתב לחבר 362, עמ' 1351-1350.

-
- ⁶⁰ המכון למורשת בן גוריון, 26.8.52 התכתבות שוטפת, אב"ג.
- ⁶¹ נתן אלתרמן, הטור השביעי, לעזרת הרופא, תל אביב 1975, כרך א' עמ' 343.
- ⁶² דוד בן גוריון אל נתן אלתרמן, 17.8.52 התכתבות, אב"ג.
- ⁶³ מכתב לחבר, 323, מרץ 1954, עמ' 718.
- ⁶⁴ קופת חולים בכפר, דבר, 2.7.54 עמ' 7.
- ⁶⁵ מכתב לחבר, 327, יוני 1954, עמ' 776.
- ⁶⁶ ידיעות משרד הבריאות, גליון 10, יולי 54, עמ' 10-11.
- ⁶⁷ ידיעות משרד הבריאות, גליון 11, אוגוסט 54, עמ' 5-6.
- ⁶⁸ התנגדות במועצת הבריאות לחייב רופאים צעירים שיצאו לכפר, דבר, 29.12.54 עמ' 2.
- ⁶⁹ מכתב לחבר, 334-335, אוגוסט 1954, עמ' 878-879.
- ⁷⁰ מכתב לחבר, ינואר 1955 חוברת 340 עמ' 959.
- ⁷¹ על הצתת המרפאה בנגב על ידי עולי פרס, ראה ידיעה ב'דבר' 20.11.51 עמ' 2. על הפגנות התושבים בגלל העדר רופא ילדים ראה ראיון עם ראובן קליגלר, מנהל מחוז הנגב, ארכיון טוביהו. הראיון מצוטט בספרה של הלה טל, לתולדות שרותי הרפואה בנגב, באר שבע וירושלים 1993 עמ' 115-116.
- ⁷² קופת חולים בריכוזי העולים בשלהי תשי"ג, ההסתדרות הכללית של העובדים העברים בארץ ישראל, מרכז קופת חולים, תל אביב תשרי תשי"ד עמ' 1.
- ⁷³ מכתב דר' טובה ברמן אל חברי הועדה המרכזת, משרד הבטחון תל אביב, משרד הבריאות ירושלים, מטה חר"פ, דר' יוספטל הסוכנות היהודית, א. שקולניק הסוכנות היהודית [צ"ל ל. שקולניק- לוי אשכול ש.ש.].
- וגולדה מאירסון [מאיר] שרת העבודה והבניה, 1.7.51 אב"ג.
- ⁷⁴ לעיל, הערה 70, עמ' 3.
- ⁷⁵ מכתב לחבר, 334-335, 18.8.1954, עמ' 879.
- ⁷⁶ דבר, 8.1.51 עמ' 2.
- ⁷⁷ שם.
- ⁷⁸ דבר, 13.8.54 עמ' 8.
- ⁷⁹ שם.

⁸⁰ דבר 31.3.55 עמ' 6.

⁸¹ שם.

⁸² הפרשה כינוי כולל לפרשת התפטרותו של פנחס לבון מתפקיד שר הבטחון בעקבות האשמתו כי יזם הפעלתה של רשת מודיעין במצרים למעשי חבלה שלא נועדה להם מתחילתה. לבון הואשם כי הוא שנתן את ההוראה לכך. בסוף שנת 1960 תבע לבון לאור ממצאים חדשים לטהרו מן האשמה. בן גוריון התנגד ובמהלך המחלוקת נטבע המונח הפרשה ככינוי לכל העניין. במאבק לבון- בן גוריון גברה יד בן גוריון והוא אף הביא להדחת לבון מתפקיד מזכ"ל ההסתדרות הכללית. ספיחי הפרשה הביאו להתטרות הסופית של בן גוריון מראשות הממשלה, פילוג במפא"י- תחילה פרשת לבון ואח"כ פרישת בן גוריון ממפא"י והקמתה של רפ"י.

⁸³ מכתב שיפריין להרכבי, 26.12.1950, אצ"מ S32/1731

⁸⁴ תזכיר דר' בנשלוס על דרישות מינימום להכרה מקצועית של בעלי מקצועות רפואיים, 18 יולי 1950.

אצ"מ S32/365

⁸⁵ מכתב שיפריין להרכבי, 19.3.1951, אצ"מ S32/1731/

⁸⁶ מכתב ח. דורון למשה קיטרון בישראל, מיום 28.1.1953, ארכיון פרטי, חיים דורון, רמת גן.

⁸⁷ אפריל גורמן אביגור, 1918-1987, יליד ארגנטינה (אנטרה ריוס), עלה לישראל 17.1.1950, הצטרף

לקבוצת מפלסים, עם סיום לימודי ממשל בארגנטינה הוסמך גם בישראל, לאחר שלוש שנים בקבוצת עבר

ללוד, מונה מנהל המדור לאמריקה הלטינית, במחלקה הקליטה של הסוכנות היהודית.

⁸⁸ מכתב האוסליך אך ברוכיס, 5.1.1960, אצ"מ S32/1730/

⁸⁹ חיים דורון, קליטת רופאים עולים, הרצאה שהושמעה בפני הקונגרס העולמי התשיעי של הר"י בירושלים,

23.5.1973.

⁹⁰ שרות המרפאה בקופת חולים, דו"ח לוועד המפקח 7.2.1954, אה"ע IV-208-7376

⁹¹ Rivett Geoffrey, From Cradle to Grave, Fifty years of the NHS, Kinks Fund Publication,

October 1997, p.21

⁹² הנ"ל עמ' 84.

⁹³ יצחק קנב, העזרה הרפואית בקופ"ח, דבר 7.3.1956, עמ' 2.

⁹⁴ שינוי שיטת העבודה בקופת חולים, דבר, 20.4.1956, עמ' 8.

⁹⁵ הופעל ההסתדרו החדש בשירותי קופ"ח, דבר 19.9.1958, עמ' 1.

⁹⁶ דר' נח קפלינסקי, דיקן משנה בית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב, חבר מרכז קופת חולים.

- ⁹⁷ במספר מאמרים כונתה קופת חולים כ"מדינה המקיפה שני שליש מהאוכלוסייה", ק. שבתאי, דבר 6.3.1957, עמ' 2.
- ⁹⁸ חביב כנען, קופ"ח קובלת על אי-שיתופה בקרן לקליטת רופאים עולים, הארץ, 3.2.1970.
- ⁹⁹ Polliack M.R., Doron H., Medalie J.H., 'The family Physician' Proceeding of the International Workshop on Family Physician, Kupat Holim, Herzelia 1972, pp.121-122 P. Starr, The Social Transformation of American Medicine, BasicBooks, Harper & Collins USA 1982, pp.370-374.
- ¹⁰⁰ הנ"ל עמ' 122-124, 151-157, 158-160.
- ¹⁰¹ בשנת 1989 הכנס העולמי של WONCA הארגון העולמי לרפואת המשפחה התקיים בירושלים.
- ¹⁰² Polliack M.R., Doron H., Medalie J.H., 'The family Physician' Proceeding of the International Workshop on Family Physician, Kupat Holim, Herzelia 1972, pp.15-27.
- ¹⁰³ רבקה ברגמן, יחסי גומלין בין רופא לאחות, הרפואה, 80, חוברת יב, עמ' 664-665, 1971.
- ¹⁰⁴ רב שיח על התוכנית לארגון השירותים הרפואיים במרפאות הקהילה, מידע לרופא, ההסתדרות הרפואית, אפריל 1977, עמ' 22-23.
- ¹⁰⁵ Y. Yodfat, a new method of teamwork in family medicine in Israel with the participation of nurses as physicians' assistants, AJPH, 7, 62(1972)7.
- ¹⁰⁶ הנ"ל.
- ¹⁰⁷ עבודת צוות ארגונה והפעלתה במרפאה אזורית, קופת חולים הכללית, מחוז השרון והמחלקה למחקר וסטטיסטיקה, מרכז קופת חולים, תל אביב דצמבר 1970. קדם לו סקר על שיטת הצוות רופא אחות בקופ"ח חיפה שפורסם בנובמבר 1966 תחת הכותרת "המרפאה כמרכז לטיפול רפואי סוציאלי בעבודת צוות", המחלקה למחקר, מרכז קופ"ח, פרסום מספר 39, נובמבר 1966, 183 עמ'.
- ¹⁰⁸ זיו פ., ביאליק, עשרת אלפים בקורים לשנה, רופא המשפחה, ח', חוברת 1, אוגוסט 1978.
- ¹⁰⁹
- Y.Yodfat, A new methods of teamwork in family medicine in Israel with the participating of nurses as physicians' assistants, AJPH July 1972(62)7.
- ¹¹⁰ פוריסמן פ., שניידר מ., עבודת צוות ארגונה והפעלתה במרפאה אזורית, קופ"ח המחלקה למחקר, נובמבר 1970.
- ¹¹¹ שביט נ., רויזמן פ., המחלקה למחקר קופ"ח, פרסומים וסקרים מס' 39 נובמבר 1966.
- ¹¹² פולאק מ., שביט נ., היקף האשפוז בפרקטיקה של רופא משפחה, רופא המשפחה, כרך ו' חוברת 3 מאי 1977.
- ¹¹³ שביט נ., רויזמן פ., המחלקה למחקר קופ"ח, פרסומים וסקרים מס' 39 נובמבר 1966.

- Y.Yodfat, A new methods of teamwork in family medicine in Israel with the participating of nurses as physicians' assistants, AJPB July 1972(62)7.
- ¹¹⁵ בקורים במרפאות קופת חולים הכללית לשנים 1978-1979, המחלקה לפיתוח שירותים, קופת חולים אפריל 1980
- ¹¹⁶ קופת חולים הכללית, מחוז חיפה, המרפאה כמרכז לטיפול רפואי סוציאלי בעבודת צוות, המחלקה למחקר, מרכז קופת חולים, מס' 39, כסליו תשכ"ז 183 עמ'.
- ¹¹⁷ P. Saks, "Visits to Physicians : A Critical Review of the Literature on Ambulatory Utilization in Israel" IMAJ.Vol 3. Issue 1 January 2001.pp 53-58.
- ¹¹⁸ פרץ יקותיאל, תחלואה במרפאות הרפואה הראשונית ב-29 קיבוצים. הרפואה, 1991, 121, 83-8; טבנקין, פוטלמן, וכו' – שיעור ביקורים לרופאי משפחה בעמק יזרעאל, הרפואה, 1993, 124-121; ספרי עבודה חדשים במרפאות עירוניות (רפואת משפחה ורפואת ילדים), מדריך לפגישות צוות. קופת חולים ההנהלה המרכזית, ינואר 1981.
- Eleanor C. Lamberstein. New York Columbia University, 1953. Nursing Team: Organization and Functioning
- האם זוהי עבודת דוקטור או מאמר- חסרים פרטים?
- OECD Health Data, OECD, Paris 1998. ¹¹⁹
- Donald S. Silverberg, L Baltuch, Y. Hermony, P. Eyal, R. Viskoper and E. Paran ¹²⁰
- The Role of the Doctor – Nurse team in Control of hypertension in family practice in Israel..Israel Journal of Medical Siences. Vol. 19, 1983
- Medalie J. Kohn Neufeld and Riss. Five Year Myocardial infarction Incidence. J. Ch. Dir 26, pp 329-349
- Holtzman E. Golbourt U. Rosenthal T. Yari S. and Neufeld H. (1983). Hypertension in Midle Aged Men. Assosiated Factors and Mortality ExperienceS IS. Jour. M. Sc. 19 pp 25-33
- Silverberg D. Baltuch L., Hermoni Y. and Eyal P. (1982). Cotrol of Hyper Tension in Family Practice by the Doctor- Nurse team. J.R. Coll. BRN. Pract. 32. pp 184-186.
- C. Hopp, A Community Program in Primary Care for Control of Cardiovascular Risk Factores. Israel Journal of Medical Sciences, Vol. 19, 1983.
- Paran E. Weitzman S. and Ronen D. Hypertension Control and Evaluation Program in the Negev in "Hypertension Control in the Community" (J. Rosenberg and D. Silverberg, Eds.) pp 38-41 John Libbey & Co. london 1985

-
- Yodfat Y. Fidel J. and M. Eliakim "Analysis of the World of Nurse Practitioners in ¹²¹ Family Practice and its Effect on the Physicians Activities.". Journal of Family Practice 4: 345-350, 1997
- J. Muir, D. Mant, L. Jones, P. Yudkin. Effectiveness of Health Checks Conducted by Nurses in Primary Care: Results of the OX Check Study. BMJ, Vol. 308, 29 - I, 1994
- 1974, 9, 4: "רפואת ילדים בעיירות פיתוח" ר. גורודישר. רופא משפחה 4: 9, 1974 ¹²²
- "Education and training of nurse, teachers and managers with special regard to primary ¹²³ health care." Report of WHO Expert Committee, Geneva, 3-7 October 1983. Published in 1984
- "Multiprofessional team training within the Health Care Sector" by Nils-Holger ¹²⁴ Areskog, Linköping University, Sweden, 5-7 March 1986. European Network for Development of Multiprofessional Education in Health Sciences. Published by the secretariat Prof. Nils-Holger Areskog, 1990
- Millis J.S. "The Graduate Education of Physicians." Report of the Citizens' ¹²⁵ Commission on Graduate Medical Education." Chicago: citizens Commission on graduate Medical Education." Chicago: American Medical Association, 1966
- "A Primary Care Paradigm for the 21st Century." Philip R. Lee, M.D and Lisa Simpson, ¹²⁶ MB. BCH. MPH. Institute for Health Policy Studies
- Lalond, M. "A new perspective on the Health of Canadians." Ottawa: Ministry ¹²⁷ of National Health and welfare. 1974
- Report of the working Party on "Primary Medical Care." British Medical ¹²⁸ Association Planning unit report no' 4, May 1970, London
- World Health Organization (1978). "Report of the international conference on primary ¹²⁹ health care. Alma Ata USSR 1978." WHO Geneva
- ¹³⁰ Rabbi Moshe Ben Maimon (Rambam) "Mishne Torah" Part 2 "Hilhot Deot" chapter 4, pp 57-59. Hebrew, 7th edition. Jerusalem, 1981.
- 1955, ת"א, "הרפואה והציבור", דר' יוסף מאיר. הוצאת מרכז קופת חולים. ת"א, 1955. ¹³¹
- ¹³² Recommendations of the Committee on the Organization of Health Services in Israel". I.M.A. June 1969. Prof. K.J. Mann (chairman).

¹³³ Targets for Health for All. WHO ROE. Target 28, Primary Health Care, pp106-110. Copenhagen, 1985-1986.; IOM committee on Primary Care, Washington, 1994. Defining Primary Care. Critical Assumptions.

¹³⁴ Th. Grusshka. Health Services in Israel, p. 118. Jerusalem, 1968.

Mozes and Gorodisher, "Hanetuah" 15.03.1984 Soroka M.C. Report on a new model of ¹³⁵
integration of preventive and curative primary pediatrics

Brown T., Fee L., Palliatives Will No Longer Do: The Deep Roots and Continuing ¹³⁶
Dynamic of Community-Oriented Primary Care, AJPH, 11/2002.

¹³⁷ "מרכזי בריאות", קופת חולים, המרכז יולי 1979, דו"ח ועדה (יו"ר דר' ל. בלטוק).

First Report of the Consultative Council on Medical on Allied Services on the Future ¹³⁸
Provision of Medical and Allied Services. H.M.S.O., London, 1920

¹³⁹ "Health Centers or Medical Centers ?" Leading article in the Lancet.

21.01.1961, London, p.149.

¹⁴⁰ "Report on Health Centers", Medical Practitioners Union, October 1960.

Based on the survey carried out by J. Sluggett, M.D.

הדו"ח על מרכזי הבריאות בבריטניה כלל בנוסף תאור של שבע "פרקטיקות קבוצתיות", שני
מרכזי אבחון ושלוש יחידות הוראתיות ברפואה כללית.

¹⁴¹ פירוט השירותים נמסר ע"י הנהלת המרכז.

"מרכזי בריאות" קופת חולים, המרכז יולי 1979. (דף 6). סקר מרכזי בריאות של קופת חולים.

¹⁴² עדה קמחי, "שילוב שירותי החינוך לבריאות בארגון ביטוח בריאות מקיף", הרצאה בועידה הבינלאומית
ה-11 בנושא החינוך לבריאות בהוברט, אוסטרליה. אוגוסט 1982;

¹⁴³ Health Education for the Ethiopian Community in the Negev. Ts. Bental, R.

Gerstein and M. Alkan. Is. J. of Med. Sciences. 1993, 29: pp 429-437.

Physician Integration, H. Doron and A. Ron. Kupat-Holim Yearbook. Vol.2, 1972 ¹⁴⁴

¹⁴⁵ Logan R.F.L.: Some Problems in Medical Care, Medical Annual, 1969. pp 20-
34

Stevens R. : Medical Practice in Modern England: the Impact of Specialization and ¹⁴⁶
State Medicine. Yale University Press, 1966. p. 364

¹⁴⁷ Physician Integration, H. Doron and A. Ron. Kupat-Holim Yearbook. Vol.2,
1972.

¹⁴⁸ סקירה על שלוב ואזוריות בפתח תקוה, מכתבו של פרופ' יעקב הרט אל פרופ' חיים דורון, 25.3.03

¹⁴⁹ שילוב הרפואה הראשונית בבית"ח, כיצד? "מידע לרופא". דצמבר 1977, עמ' 8-10.

- ¹⁵⁰ יודפת י., בית החולים כשרות קהילתי, הרפואה, 330(85), 1973 עמ' 149.
- ¹⁵¹ יודפת י., שלוב שרותי הבריאות של הקהילה עם בית חולים אזורי-ישראל, 1987, הרפואה כרך כ"ב חוברת 10, 1987, עמ' 518-519.
- ¹⁵² עזרא זוהר, מידע לרופא, דצמבר 1977, חוברת 12 עמ' 9.
- ¹⁵³ "רופא המשפחה" חוברת 1 (פרק 4), אוקטובר 1974. ח. דורון.
- ¹⁵⁴ "רופא המשפחה" כרך ו', חוברת 3. פברואר 1982.
- ¹⁵⁵ ב. רוזן, ד. יובל, א. גבאי, ד. אופנהיים, רופאים עצמאיים בקופת חולים הכללית, רקע היסטורי וארגוני, נייר עבודה, ברוקדייל ג'וינט, ירושלים.
- ¹⁵⁶ ח. טבנקין, ר. גרוס, ש. ברמלי-גרינברג, ד. שרירא, הרופא הראשוני כשומר שער: נקודת מבט של המבוטחים, הרופאים הראשוניים וקובעי המדיניות, דו"ח למכון הלאומי למדיניות בריאות, ירושלים, 1998.
- ¹⁵⁷ י. יודפת, העלייה בניצול שירותי הרפואה ותפקידו של רופא המשפחה כשומר סף מפני ניצול יתר של שירותים, הרפואה, (3) 126, 1994.
- ¹⁵⁸ Report on a General Evaluation of the Health Services in Israel. November 1959 – January 1960. Karl Evang, M.D. D.G. of H. Serv. In Norway, p.101
- ¹⁵⁹ Health Services in Israel. Edited by Th. Grushka, M.D. Published by the Ministry of Health, Jerusalem 1968
- ¹⁶⁰ פרופ' ש. רוגל, דו"ח המכון להשתלמות רפואית, "מידע לרופא", 42, דצמבר 1985. עמ' 6.
- ¹⁶¹ Health Sciences in Israel. Edited by Th. Grushka, M.D. Published by the Ministry of Health, Jerusalem, 1968. p.321
- ¹⁶² "מידע לרופא" 42, דצמבר 1985. דף 9 (דו"ח של פרופ' א. זלקסון, מנהל ביה"ס).
- ¹⁶³ מיזכר סורוקה לא. דה פריז, אה"ע 21-93-104-IV, תיק ב', מה- 20.9.66, תשובת דה פריז, 25.9.66, שם.
- א. דה פריז, "מטרת ביה"ס לרפואה- שירות החברה", למרחב, 4.10.1966, עמ' 4; "עיצוב דמותו של הרופא- כיצד?" על המשמר, 10.10.66 עמ' 5.
- ¹⁶⁴ לעיל.
- ¹⁶⁵ מ. וינגרטן, ג' לדרר, התפתחותה של רפואת משפחה בישראל, רפואת משפחה, 1995(27) 599-604.
- ¹⁶⁶ Pollack M.R. Organization of Medical Services in Community Clinics. Family Physician, (Tel Aviv), 1977(4) pp. 45-52.
- ¹⁶⁷ חיים דורון. "השלב השני בהתחדשות רפואת המשפחה" הרצאה בכנס השנתי של איגוד רופאי המשפחה. ת"א. "רופא המשפחה". כרך יד', חוברת 2, ספטמבר 1986.

- ¹⁶⁸ י. ידפת. "הוראה נפרדת של רפואת המשפחה?" הרפואה, 1976 (90) עמ' 387-388.
- ¹⁶⁹ משה פריבס, יאיר יודפת, ניסיון בהוראת רפואה כללית לתלמידי בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה ירושלים, הרפואה, 1967, כרך ע"ג חוברת ד' עמ' 130-134.
- ¹⁷⁰ א. זלוצובר, מ. פריבס, הצלחה בלימודים וקריירה מקצועית של בוגרי רפואה בישראל, מגמות, ט"ו, 2-3, אוגוסט 1967 עמ' 231-249.
- ¹⁷¹ רופא המשפחה, כרך 8, 1998 (5) עמ' 49-50.
- 1) ¹⁷² Epstein. L. Family Medicine and Community Medicine – Complementary Components of Health Care. Isr. J. Med. Sci. 1983. 19: 719-722.
- ¹⁷³ דו"ח פעילות של המח' לרפואת המשפחה בחיפה לשנים 1973-1975. קופת חולים כללית, מחוז חיפה והגליל המערבי – הטכניון. הפקולטה לרפואה ע"ש ב. רפפורט.
- ¹⁷⁴ Carmi Z. Margolis "Division of Health in the Community: Development, Structure and Function" in The Beer Sheva Experiment, Edited by S. Glick, L. Naggan, M. Prywes. Israel Journal of Medical Sciences, Jerusalem, 1987. p.119.
- ¹⁷⁵ The Development of Family Medicine in Israel. International Family Medicine. Michael Weingarten, Jeffrey Lederer. Vol. 27 – No' . p.602
- ¹⁷⁶ "The politics of Reform in Medical Education and Health Services". The Negev Project. Basil Porter – William E. Seidelman. N.Y. 1992.
- ¹⁷⁷ דורון חרמוני, הכנס הראשון לחינוך רפואי לזכרו של פרופ' פריבס, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 8.10.02
- ¹⁷⁸ Mark Fridberg and Shimon Glick. "Choosing a Career in Primary Care: The Road not Taken". Education for Health. Vol. 13. N.2, 2000. pp 187-196
- ¹⁷⁹ Polliack M.R. Vocational Training for Family Practice in Israel. Israel J. of Med. Sci. 1983, 19: 783-786.;
- ¹⁸⁰ "רופא המשפחה". כרך ז/3 – אפריל 1978: מדריך להתמחות ברפואת המשפחה, איגוד רופאי המשפחה. מ.ר. פולאק ופ. זיו.
- ¹⁸¹ G. Perkoff, research in Family Medicine: Clasification, Directions and Cost, Journal of Family Practice, 13:553, 1981
- ¹⁸² The family Physician, Proceedings of the International Workshop on Family Medicine, vol. 4, special edition, August 1974, pp.191-198.

M.R.Pollack, Research in General Practice. A Report on Study Tour in U.K. February-¹⁸³
March 1973. Kupat Holim and Tel Aviv University.

¹⁸⁴ J.P. Leyman, Family Practice: Foundatio of Changing Health care, Connecticut.
1985 pp.243

¹⁸⁵ הדרי ז. טל ה., פרקים בתולדות האוניברסיטה, עמ' 49, הוצאת אוניב. בן גוריון יולי 1984. הדברים
אושרו על ידי פרופ' חיים דורון, 2002.

¹⁸⁶ מכתב דה פריס לסורוקה, 25.9.66, ארכיון העבודה- מכון לבון, IV-104-21-B, תיקי קופת חולים. להלן
אה"ע.

¹⁸⁷ א. דה פריס, עיצוב דמותו של הרופא-הכיצד?, תשובה למשה סורוקה, על המשמר, 10.10.66; למרחב,
4.10.66.

¹⁸⁸ מסיבה לרגל פתיחת שנת הלימודים א בבית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב, 23.10.66 אה"ע
IV-104-21-B.

¹⁸⁹ פריבס מ., שראל מ., יודפת י., "הנסיון בהוראת רפואה כללית לתלמידי בית הספר לרפואה של
האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים", הרפואה ע"ג, חוברת ד' 1967 עמ' 130-134.

¹⁹⁰ זלוצ'ובר א., פריבס מ., "הצלחה בלימודים וקרירה מקצועית של בוגרי רפואה בישראל", מגמות, ט"ו, 2-
3, אוגוסט 1967, עמ' 230-249.

¹⁹¹ שם, עמ' 247.

¹⁹² משה סורוקה, בין ועידה לוועידה, הרצאה בוועידה השמינית של קופת חולים הכללית, הצעות לוועדה
המתמדת, ירושלים, 13-15 פברואר 1968. עמ' 4-6.

¹⁹³ מכתב סורוקה לדה פריס, 3.10.1968, אה"ע IV-104-93-21B
שם עמ' 4.

¹⁹⁵ חביב כנען, הארץ, 8.5.68.

¹⁹⁶ מכתב פריבס אל סורוקה, 19.5.1968, אה"ע, IV-104-93-21B.
¹⁹⁷ שם.

¹⁹⁸ מכתב סורוקה לפריבס, 30.5.68, אה"ע, IV-243-4-460.

¹⁹⁹ יוסף גילת, פקולטה לרפואה מקומה בבאר שבע, על המשמר, 15.9.68.

²⁰⁰ הועדה לעניין בתי הספר לרפואה, דין וחשבון, עמ' 2. ארכיון פרטי, פרופ' חיים דורון.

²⁰¹ פרטיכל ועדת גיליס מיום 23.1.69 הדן באפשרויות הקמת בית ספר לרפואה באזורנו, אה"ע, 104-21-A
IV93 עמ' עמ' 1-6.

²⁰² דה פריס הציע להתפטר מועדת ברנזון ולהעביר את החברות בה לפרופ' גיטר הדיקן החדש של בית הספר
לרפואה בתל אביב.

²⁰³ שם עמ' 5.

- ²⁰⁴ מכתב סורוקה לדורון, 5.3.1972, המתכתב מתייחס לדיוני האוצר ומשרד הבריאות שנערכו באפריל 1969 בבית ההבראה ארזה על פעילותה של קופת חולים להשקעות כספים בבית החולים המרכזי לנגב על מנת להכשירו לצרכי הוראה.
- ²⁰⁵ דוח ברנזון, שם, עמ' 5.
- ²⁰⁶ כתב הצהרת כוונות (הסכם מוקדם) בין אוניברסיטת הנגב לבין קופת חולים של ההסתדרות, אה"ע 104-A-IV93-21.
- ²⁰⁷ מכתב טוביהו לסורוקה, 29.12.69, אה"ע IV-104-21-A. הצופה 8.12.69, "בית ספר רביעי לרפואה עומד לקום בבאר שבע".
- ²⁰⁸ משה סורוקה, קופת חולים לעת תמורה, תל אביב ינואר 1970, עמ' 4.
- ²⁰⁹ M. Prywes, Some reflections in connection with the planning of a new medical school in Beer Sheva, First draft, Feb. 1970.
- ²¹⁰ דו"ח הועדה ליסוד בית הספר לרפואה באוניברסיטת הנגב, 14 מאי 1970, אה"ע IV-243-4-460.
- ²¹¹ מכתב יגאל אלון אל פרופ' חנני, 16.8.1970, אה"ע IV-243-4-460.
- ²¹² מכתב בן אהרון מזכיר ההסתדרות אל שר החינוך יגאל אלון, 9.1.1972, אה"ע IV-104-93-21A.
- ²¹³ Prywes M., The Regional Center for Health Sciences of the Negev University and Kupat Holim in Beersheba, Israel Durham, North Carolina, December 1971
- ²¹⁴ חיים דורון, הקמתו של מרכז אוניברסיטאי לחינוך רפואי בנגב, מוגש לוועדה
- ²¹⁵ משה פריבס, מיזוג שרותי בריאות עם חינוך רפואי, המרכז האזורי למדעי הבריאות בנגב- רקע ויעדים, מוגש לוועדת פלדמן, יוני 1972, אה"ע IV-104-93-21A. עמ' 1-9.
- ²¹⁶ שם עמ' 8.
- ²¹⁷ משה פריבס, הצעת מבנה מינהלי ואקדמי של המרכז האוניברסיטאי למדעי הרפואה בנגב, אה"ע 104-93-IV-A21.
- ²¹⁸ מכתב אלדר אל פריבס, 22 יוני 1972, אה"ע IV-104-93-21A.
- ²¹⁹ מכתב הרמן אל בנדור, 5.5.1972, ארכיון הנגב על שם טוביהו, אוניברסיטת בן גוריון, הספרייה, תיק מספר 0808.05.005
- ²²⁰ שם.
- ²²¹ פרוטוקול איגוד בתי הספר לרפואה, סיכום דיוני האיגוד הארצי של בתי הספר לרפואה 1972.
- ²²² מכתב אלי גולן יו"ר ההתאחדות אל פרופ' פריבס, 27.12.72, העתקים ממכתב זה נישלחו לשר החינוך, המועצה להשכלה גבוהה, דיקני כל בתי הספר לרפואה ויו"ר ההסתדרות הרפואית. ארכיון הנגב על שם טוביהו, אוניברסיטת בן גוריון, הספרייה, תיק מספר 0808.05.005

²²³ סיכום ישיבת איגוד הדיקנים מיום 4.1.1973, ארכיון הנגב על שם טוביהו, אוניברסיטת בן גוריון,

הספריה, תיק מספר 0808.05.003

²²⁴ מכתב איגוד דיקני בתי הספר לרפואה למועצה להשכלה גבוהה, 14.1.1973, ארכיון טוביהו, תיק מספר

0808.05.002.

²²⁵ מכתב פריבס לדורון, 28.10.74, ארכיון פרטי פרופ' חיים דורון. מכתב פריבס נשלח לא רק

בכדי להודות לדורון על פועלו, אלא גם במסגרת לחציו של פריבס לקבוע שמנהל שירותי קופת חולים בנגב

יהיה הדיקן שגם ינהל את משרד הבריאות בנגב. ברור היה שהרעיון היה כמעט בלתי אפשרי במבנה

המוסדות הקיים וחייב מאמץ עצום על מנת לבצעו.

²²⁶ ²²⁶ "השוואות בינלאומיות במערכות בריאות" ארצות OECD וישראל, 1980-1998, משרד הבריאות

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, יוני 2001, ירושלים

²²⁷ "הנ"ל.

²²⁸ "הנ"ל.

²²⁹ "כוח אדם במקצועות הבריאות 2000", משרד הבריאות, ירושלים, 2001. דף 16. משרד הבריאות, האגף לשירותי מידע ומחשוב

תחום מדע.

²³⁰ כח אדם במקצועות הבריאות, 2000, ירושלים, 2001

²³¹ Source: Herbert Smith, Manpower Report, Doctors in Israel, Ministry of Labour, Jerusalem, 1964.

יש לציין שהטבלה הנ"ל מחברת את האזורים הכפריים עם הערים בהן האוכלוסייה פחותה מ-15,000 תושבים

"בריאות בישראל, נתונים נבחרים". משרד הבריאות. שירותי מידע ומחשוב.

"Health Service in Israel". Edited by Th. Grushka, M.D. Published by the 1998

Ministry of Health, Jerusalem, 1968, p.337

²³² "הרופא הראשוני בישראל" שיעור מכלל הרופאים ופוטנציאל המצטרפים לרפואה הראשונית.

דינה פלפל, ענת שמש, אמה סמטניקוב, מיכאל צור. אוניברסיטת בן-גוריון, הפקולטה למדעי הבריאות,

המחלקה לאפידמיולוגיה והערכת שירותי הבריאות ומשרד הבריאות. האגף לכלכלת בריאות ומנהל

רפואה. מרץ 2000. הנתונים משני מקורות. א- רשימות כל הרופאים המועסקים במרפאות הראשוניות

של קופת חולים שאוחדו בקובץ אחד וללא כפילויות והכולל 4,998 רופאים. ב- מתוך קובץ מקצועות רפואיים של משרד הבריאות והכולל את כל הרופאים שקיבלו רשיון בישראל וחיים בישראל. כל הנתונים ממקור זה מתייחסים לדצמבר 1998.



משפחת דרצ'ינסקי בבואנוס איירס: האב משה, האם חנה והילדים חיה וחיים רפאל



עם המשפחה במרפאת קופת חולים במושב נבטים בנגב



עם המשפחה בבאר־שבע, שנות השישים



חיים דורון עם דוד בן־גוריון בתקופת הקמת רפ"י (מפלגת פועלי ישראל), 1965



חיים דורון עם דוד בן-גוריון בוועידת מפלגת רפי, 1965



סיום קורס הכשרה של קבוצת רופאים עולים מדרום אמריקה, 1970



טקס פתיחת המרפאה ע"ש פולה בן-גוריון במדרשת שדה-בוקר, 1971



עם יצחק רבין בטקס פתיחת מרפאת קופת חולים כללית באופירה (שארם א-שייך), 1977



טקס השבעת סטודנטים חדשים לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, 1976



טקס חלוקת תעודות תואר דוקטור לרפואה, לבוגרי המחזור הראשון באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, 1981



טקס חלוקת פרס פלג - שבעים שנה לקופת חולים כללית, 1981



טקס הנחת אבן הפינה לבית החולים שניידר לילדים, 1987



הקמת בית ספר למקצועות הבריאות באוניברסיטת תל אביב, 1989



בטקס חגיגת 20 שנים למכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, שהוא היה ממיסדיו



חגיגת יום הולדת שישים לחיים דורון, עם רעייתו נעמי, מרץ 1988



עם המשפחה