

# דרכי במערכת הבריאות

חיים דורון

אוסף שיחות וזיכרונות

לנעמי

לילדים שלנו

לנכדים שלנו

ולנינים שלנו

באהבה רבה מאוד

עריכה מדעית

פרופ' שפרה שורץ, פרופ' גבי בן נון

## על הספר

### הקדמת העורכים

"דרכי במערכת, בכל שנות פעילותי הונחתה על ידי אמונתי העמוקה בדרכה של הציונות המגשימה ותהליך קיבוץ גלויות, ראיית עקרונות הרפואה הציבורית השוויונית והעזרה ההדדית תוך הבטחת הרמה הרפואית הטובה ביותר במסגרתה, אחד מאבני היסוד של החברה בישראל" כתב פרופ' חיים דורון ז"ל בהקדמה לספרו "הרפואה בקהילה" (2004). ואכן לא הייתה זו אמירה בעלמה- עקרונות אלה היו עמוד האש שלאורם פעל פרופ' דורון ז"ל בחמישים שנות פעילותו כאחד ממנהיגי ומעצבי מערכת הבריאות הציבורית בישראל.

ספר אוטוביוגרפי זה של פרופ' חיים דורון ז"ל נולד במהלך פרויקט של המכון הלאומי לתיעודם של ראשוני, מייסדי ומנהיגי מערכת הבריאות בישראל במלאת 20 שנים לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במסגרת זו ועוד בטרם חלה, רואיין וצולם פרופ' דורון במשך עשרות שעות על "דרכו במערכת הבריאות", כפי שהוא קרא לה. בעקבות ההקלטות ועושר הראיונות עלתה היוזמה להוציא ספר שיוקדש לחייו ופעילותו במערכת הבריאות בישראל. לא ידענו אז כי זמנו קצוב, והתמזל מזלנו שיכולנו להשלים את הראיונות מבעוד מועד. פרופ' דורון ז"ל הלך לעולמו בנובמבר 2017.

ספר זה מהווה אפוא מקור ראשון למורשתו של פרופ' דורון ולתולדות מערכת הבריאות בישראל המשולבים גם יחד. הראיונות המצולמים והמוקלטים אשר שימשו בסיס לספר זה, עתידים להישמר באתר המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות ויעמדו לרשותם של חוקרים אשר יוכלו לקבל מידע ישיר וממקור ראשון על תולדות מערכת הבריאות הציבורית בישראל.

בהיותו ספר אוטוביוגרפי המתבסס על הראיונות המקוריים שנערכו עם פרופ' דורון ז"ל, שמרנו בדבקות על סגנון דבריו ולשונו, הכנסנו הבהרות ופרטים על האישים הנזכרים בדבריו באמצעות מראי מקום בלבד, וכל זאת על מנת לשמור על לשון המקור. פרופ' דורון עצמו הפקיד בידינו את המשימה לעריכת הספר זמן קצר טרם פטירתו, ואנחנו השתדלנו במהלך העריכה לשמור על "רוח דבריו".

קוראי הספר, ותיקי מערכת הבריאות ימצאו בספר זה נושאים רבים מוכרים וכאלה שהיו והינם קרובים לליבם ואף נושאים ופעילויות שהם עצמם לקחו בהם חלק. הקוראים הצעירים ימצאו בספר זה תיעוד ייחודי של אחד "מארייות" מערכת הבריאות הציבורית ישראל, שפעל כל חייו באמונה מלאה וללא לאות להגשמת ערכי היסוד של המערכת "צדק שוויון ועזרה הדדית".

דורון ז"ל נהג תמיד לומר כי "סוף מעשה במחשבה תחילה", כך אמר וכך גם נהג. גם כששומעיו העלו ספקות, הם נדרשו לאחר מעשה להודות בצדקתו.... כך נולדו רעיונות גדולים כגון זה של רפואת המשפחה, או מרכזי בריאות אזוריים ועוד... כך הוקם בית הספר לרפואה באוניברסיטת בן גוריון בנגב וכך גם נוסד המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. לדבריו, אם משוכנעים בצדקת

הרעיון אסור להרפות ממנו ולחכות להזדמנות המתאימה. ולא הייתה זו סתם אמירה בעלמא, כך נהג דורון כל חייו.

"דורון היה האיש שידע להפוך חזון למעשה" אמרה פרופ' אורלי מנור יו"ר הועד המנהל של המכון הלאומי שדורון היה מייסדו ויו"ר חבר הנאמנים שלו, ואילו ד"ר דורית וייס האחות הראשית של קופת חולים הכללית אמרה כי "דורון היה הבן גוריון של מערכת הבריאות הציבורית בישראל".

ספר זה בא להציג אפוא את סיפור חייו של רופא ציוני, הוגה ואיש חזון שהקדיש את חייו להגשמת רעיונות היסוד של מערכת הבריאות הציבורית בישראל, הלכה למעשה.

פרופ' שפרה שורץ, פרופ' גבי בן נון,

עורכי הספר

אוקטובר 2018

## על פרופ' חיים דורון ז"ל מאבות הרפואה בנגב

### פרופ רבקה כרמי, נשיאת אוניברסיטת בן גוריון בנגב,

פרופ' חיים דורון היה קשור בנגב מיום עלייתו ארצה. מרופא ראשוני ביישובי הנגב ובבאר שבע למנהל מחוז הנגב של קופ"ח הכללית, ליו"ר ההנהלה המרכזית של הקופה. עבורנו בפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן גוריון הוא היה ויהיה תמיד מקים בית הספר לרפואה, שברבות הימים נקרא ע"ש ארווין וג'ויס גולדמן, יחד עם פרופ' משה פריבס, ומייסד ההתמחות במקצוע רפואת המשפחה שתחילתה בפקולטה שלנו.

אבל התיאור היפה הזה איננו מחזיק את אפס קצהו של המיזם האדיר של ב"הס לרפואה באוניברסיטת בן גוריון, תוצאת שיתוף ייחודי שלא היה מובן מאליו בזמנו, לא כל שכן בימינו, בין אקדמיה לבין קופת חולים, ואשר מטרתו הייתה ליצור סוג אחר של רופא. אמנם המניע הראשוני להקמת בית הספר לרפואה היה המחסור הקשה בכוח אדם רפואי בכפר, בספר ובאזורי הפיתוח אבל חיים דורון ראה אותו כפועל יוצא ממצבה העגום של הרפואה הראשונית בישראל, רמתה ומקומה במערכת הבריאות.

פרופ' דורון היה הראשון להניח את התיזה שנחוצה מהפיכה יסודית, רב שנתית בשלושה תחומים עיקריים: החינוך הרפואי, השירות הרפואי והמחקר. מבחינתו, חלק יסודי של אותה מהפיכה היה

"הקמה של בית ספר לרפואה בנגב, ברמה גבוהה, ברוח הומניסטית, תוך ראייה קהילתית בולטת... בייס לרפואה שיבסס את קבלת התלמידים על תכונות אופי, אישיות ומחויבות חברתית המקדמות את המטרה החינוכית שלו ולא רק על הישגים סכולסטיים. בייס שתוכנית הלימודים שלו תכלול חשיפה, מיום א' ללימודים, לחולה כאדם שהוא חלק ממשפחה וקהילה ולא כאבחנה רפואית בשנה הרביעית ללימודים. האדם במרכז ולא המחלה..."

תזה זו היא אשר הביאה אותי אישית להחלטה להגיע לבאר שבע עם סיום לימודי הרפואה שלי בבית הספר לרפואה בירושלים... פרופ' דורון טען בחום שהוא יהיה מודל לבתי ספר אחרים בארץ ובעולם בתחום השירות בקהילה. אכן את שירותי הרפואה בקהילה בנגב הקימו בוגרי המחזור הראשונים ורב בוגרי לימודי רפואה בארץ המאכלסים אותם כיום הם בוגרי בית הספר שלנו. ואכן, הוא הפך למודל בינלאומי ומושא לחיקוי של בתי ספר אחרים לרפואה ברחבי העולם.

אבל בעיני, גדולתו הייחודית של פרופ' דורון היתה במנהיגותו הערכית את הארגון קופ"ח כללית, בכל האמור לאחריותו הציבורית לבריאות העם בכלל ולזו של הפריפריה במיוחד, בתוקף היותו הגורם הגדול והעיקרי בתחום במדינת ישראל. פרופ' דורון ראה זכות מוסרית לקופת חולים לדרוש מממשלת ישראל ומהמוסדות הממלכתיים הנוגעים בדבר, לאפשר ולסייע כדבריו "בהגשמתו של הנסיון הנועז והחשוב הזה".

ואכן, קופת החולים בהנהגתו התגייסה להעמיד ממקורותיה להקמת המיזם המשותף בין אוניברסיטה לקופה, למיטב ידיעת מיזם ייחודי בעולם כולו... המיזם המשותף הזה הוא סיפור הצלחה יוצא דופן ואת איכותו המיוחדת של בוגר ב"הס לרפואה של אוני' בן-גוריון מכיר כ"א במערכת הבריאות בישראל. אבל זה איננו סיפור ההצלחה היחיד של פרופ' דורון.

ההכרה ברפואת משפחה כהתמחות רפואית מקצועית היא תוצר ישיר מבית מדרשו, גם שיתוף הפעולה של צוותי רפואה מהמודל של אחות-רופא בישובי ספר וישובים מרוחקים כמו ישובי הערבה, בהם אני אישית התנסיתי כמתמחה ברפואת ילדים, לעבודת צוות במרפאות עירוניות גדולות, הוא פרי חזונו של פרופ' חיים דורון שמאוחר יותר גם תמך מאד בהוראה הבין מקצועית בפקולטה למדעי הבריאות.

את רעיון העברת כובד הוראת הרפואה לקהילה העלה כל פעם מחדש כמו קאטו הזקן ברומא, בכל מקום ובכל הזדמנות, שהרי עיקר השירות הרפואי ניתן בקהילה וככל שהרפואה מתקדמת ביכולותיה הטכנולוגיות השירות בקהילה הופך לגולת הכותרת ולמוקד הפעילות, בה בשעה שאת רב רובה של הוראת הרפואה אנחנו עדין מקיימים, באמת באופן ערכאי, ליד מיטת החולה בבתי החולים.

הוא סרב לקבל את המיגבלות הטכניות והתקציביות שבהוראה כזו ולא אחת כאשר דנו בנושא, לא יכולתי שלא לחשוב על כך שאילו הוא היה עומד בראש הפירמידה, העברת מרכז הכובד של הוראת רפואה לקהילה היתה כבר מזמן עובדה פשוטה ומובנת מאליה.

אנחנו באוניברסיטת בן גוריון רואים למרחוק כי אנחנו עומדים על כתפיהם של ענקים. חיים דורון היה ענק ששכן ביננו עד יומו האחרון ולנו היתה זכות גדולה לא רק לעמוד על כתפיו אלא גם לחבור עימו לפעולה כתף לכתף, בעת ובעונה אחת.

פרופ' חיים דורון לא ידע מעולם, ועד הרגע האחרון, את פירוש המושג "לשבת על זרי הדפנה" אף שהיו לו אין ספור זרי דפנה לשבת עליהם. הוא הכיר עשייה ועשייה בלבד ואנחנו מחויבים להמשיך את העשייה הזו לא רק ברוח מורשתו אלא גם כצו שעה.

ספטמבר 2018

# פרופ' חיים דורון ז"ל - ממעצבי דמותה של הרפואה הציבורית ושרותי בריאות כללית בישראל

## פרופ' אהוד דודסון, מנכ"ל שרותי בריאות כללית

הכרתי את פרופ' חיים דורון בשנים האחרונות לחייו על רקע ישיבות מועצת הבריאות של משרד הבריאות. שם, בישיבות המועצה, השמיע תמיד קול נמרץ וברור לגבי חשיבות הרפואה הציבורית, ומרכזיותה של רפואת המשפחה.

כמנהל שנים רבות במסגרת קופת חולים כללית, הכרתי היטב את פועלו של פרופ' דורון, ואת תרומתו רבת השנים למערכת הבריאות הציבורית בישראל ובדגש לנגב. ראיתי בו תמיד את אחד האבות המייסדים של הרפואה בישראל, החל מהפרויקט המדהים של העלאת רופאים עולים להתיישב ולשרת בנגב, דרך תפקידו המרכזי בהקמת הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב, ועד לגולת הכותרת לדעתי: הקמת מסלול ההתמחות ברפואת המשפחה בקהילה, בעת כהונתו כמנכ"ל קופת חולים כללית. בכך שינה פרופ' דורון לעד את טיבה של רפואת המשפחה בישראל, והפך את המקצוע למקצוע אטרקטיבי, יוקרתי ומבוקש.

באחד המפגשים של מועצת הבריאות ביקש פרופ' דורון להיפגש אתי בארבע עיניים. כיהנתי אז כמנהל מרחב דרום ומנהל המרכז הרפואי סורוקה של שירותי בריאות כללית- תפקיד בו החזיק פרופ' דורון עצמו שנים רבות קודם לכן. הייתי סקרן לדעת על מה רצה לשוחח. התברר לי כי פרופ' דורון היה מוטרד מעתיד רפואת המשפחה בנגב. הוא חש כי על הנהגת כללית באזור ליזום מהלך לשדרוג והובלה של רפואת המשפחה איכותית באזור, כפי שהאמין מגיע לתושבי הנגב. התרגשתי לראות אותו חוזר לאהבתו הראשונה, ורקמנו תכניות כיצד מקדמים את הנושא.

חלפו עשרות שנים מאז כיהן פרופ' דורון כיו"ר מרכז קופ"ח (מנכ"ל כיום) והנה אני מוצא עצמי שוב בנעליו הגדולות, והפעם כמנכ"ל הקופה. בתפקיד זה אני נושא עמי את מורשתו לגבי חשיבות הרפואה הציבורית וחובתנו לחזק אותה, ואת רפואת המשפחה כמובילה אותה.

אני מברך את עמיתי, פרופ' שפרה שורץ ופרופ' גבי בן נון על העריכה המדעית של כתב היד של פרופ' חיים דורון ז"ל. אני בטוח כי הספר יהווה אבן דרך משמעותית בהבנת תולדות הרפואה בישראל.

אוקטובר 2018

## תוכן

12.....	דברי תודה
13.....	פתח דבר
14.....	מארגנטינה לישראל – רקע אישי
16.....	צעדים ראשונים במערכת הבריאות בארץ
16.....	שנים ראשונות בנגב
16.....	בקיבוץ גברעם
17.....	בבאר-שבע
19.....	התכנית להעלאת רופאים מדרום אמריקה לנגב
21.....	לקראת תפקידיי הבאים
21.....	הזדהותי הרעיונית עם קופת החולים ועקרונותיה
22.....	מבאר-שבע ללונדון
23.....	רופא מחוזי בנגב
24.....	תולדות הקמתו של בית הספר לרפואה בנגב
25.....	צעדים ראשונים להקמתו של בית הספר
27.....	שאלת הקמתו של בית ספר נוסף לרפואה בארץ
27.....	ועדת ברנזון - חיפה או באר-שבע
28.....	גישתו של סורוקה וגישתי לחינוך הרפואי, ושיתוף הפעולה בינינו
29.....	מזיכרון יעקב ועד להקמת בית ספר לרפואה בבאר-שבע
32.....	השקפתי על בית הספר לרפואה בבאר-שבע, אחר ארבעים ושלוש שנים להקמתו
37.....	מרכז קופת חולים הכללית
37.....	הניהול הדואלי בקופת החולים
38.....	מודל המרחבים
38.....	נסיבות מינויי במנהל קופת חולים הכללית
40.....	דרכי במוסד
42.....	תחייתה של רפואת המשפחה בישראל
42.....	השקפתי בנוגע לרפואת משפחה
42.....	צעדים ראשונים לתחייתה של רפואת המשפחה בארץ
43.....	צוות רופא-אחות



44.....	השתלמויות לרופאי המרפאות
44.....	השילוב בין בית החולים לקהילה
45.....	ההתמחות ברפואת המשפחה
46.....	החוג לרפואה קהילתית באוניברסיטת תל-אביב
48.....	בתי החולים של קופת חולים הכללית
48.....	הדאגה לרמה הפיזית והמקצועית של בתי החולים
48.....	סורוקה – אדריכל מערכת האשפוז במדינת ישראל
49.....	רמתם המקצועית של בתי החולים
50.....	בית חולים העמק בעפולה
51.....	בית חולים הכרמל החדש בחיפה
52.....	בית חולים מאיר בכפר סבא
55.....	בית חולים בילינסון
57.....	מרכז שניידר לילדים
59.....	בית חולים השרון בפתח תקווה
60.....	בית חולים קפלן ברחובות
62.....	בית חולים סורוקה בבאר-שבע
63.....	בית החולים יוספטל באילת ומרחב שלמה
65.....	בתי חולים נוספים
65.....	האשפוז באשדוד
65.....	בתי חולים בירושלים
65.....	בתי החולים של הדסה
66.....	בית החולים שערי צדק
68.....	בית החולים ביקור חולים
68.....	פסיכיאטריה, גריאטריה, שיקום ורפואת שיניים בקופת חולים הכללית
68.....	פסיכיאטריה בקופת חולים הכללית
70.....	שיקום וגריאטריה שיקומית
70.....	בית החולים לווינשטין
71.....	בית החולים רבקה
72.....	בית החולים הרצפלד בגדרה

72.....	רפואת שיניים בקופת חולים הכללית
74.....	גלגוליו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי
74.....	רקע – קופת החולים וההסתדרות
74.....	כפיפותה של קופת החולים להסתדרות
74.....	בעיית הגבייה
75.....	מגבית ההסתדרות בארצות הברית והמגבית העצמאית של קופת החולים
76.....	ניגוד העניינים בין ההסתדרות לקופת החולים
77.....	הצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי
79.....	הרקע להקמתה של ועדת נתניהו
79.....	ועדת נתניהו – הועדה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות
79.....	הרכב הוועדה
80.....	המלצות ועדת נתניהו
82.....	חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994
82.....	עקרונות החוק
83.....	היסודות שנעדרו מן החוק
85.....	גורלו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי
85.....	חוקי ההסדרים במשק
85.....	ביטול המס המקביל
87.....	תכניות השב"ן
88.....	ההשתתפויות העצמות
88.....	הצעות שלא עברו בחוק ההסדרים
89.....	שחיקת מנגנוני העדכון לסל הבריאות
89.....	הפרטה
90.....	סיכום
91.....	שביתת הרופאים – גורמיה ותוצאותיה
91.....	רפואה ציבורית ורפואה פרטית – הרקע לשביתת הרופאים
91.....	דרישות השכר של הרופאים במערכת הציבורית לאורך השנים
92.....	תמורות באפשרות לפרקטיקה פרטית
93.....	שירותי רפואה פרטית בבתי החולים

95.....	שביתת הרופאים 1983.....
95.....	ההסתדרות הרפואית – איגוד מדעי או איגוד מקצועי לענייני שכר?.....
96.....	המתודה של השביתה.....
97.....	הניסיונות לסיום השביתה.....
98.....	תוצאותיה של השביתה.....
99.....	התפטרותי מתפקיד מנכ"ל קופת חולים הכללית.....
101.....	מדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות – פעילותי לאחר פרישתי מקופת החולים.....
101.....	המכון הלאומי למדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות בישראל.....
101.....	המאמצים בנושא מדיניות בריאות בתקופת שירותי במרכז קופת החולים הכללית.....
102.....	שנת השבתון – צעדים ראשונים להקמת המכון הלאומי למדיניות בריאות.....
103.....	המרכז למדיניות בריאות בנגב.....
104.....	הקמת המכון הלאומי למדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות בישראל.....
105.....	פעולותיו של המכון הלאומי.....
107.....	קליטת רופאים עולים מברית המועצות לשעבר.....
107.....	בית הספר למקצועות הבריאות באוניברסיטת תל-אביב.....
110.....	עם הפנים לעתיד.....

## דברי תודה

תודתי מקרב לב נתונה לרעייתי נעמי, לבני ישעיהו ולבתי חנה, על דברי העידוד כל זמן הכנת הספר וכתובתו.

תודה לפרופסור שפרה שורץ, היסטוריונית הרפואה המצטיינת, חברת הנהלת המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות. היא שיזמה את הקלטת סיפוריהם של כמה אישים במערכת הבריאות, ובעקבות הקלטת סיפורי, הגתה את הרעיון שאכתוב ספר זה. תודה לפרופ' גבי בן נון אשר נאות לבקשתה של שפרה והצטרף לעריכת הספר. כן תודה גם לעוזרת המחקר של שפרה גבי' איה בר עוז, תודה למנהל המדעי של המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות, פרופ' אלק אבירם; ולמנהלת האדמיניסטרטיבית, זיוה ליטבק. תודה לסיגל שפר ולביאנקה דקל מצוות המכון הלאומי, ולכל השותפים והמסייעים בתהליך עריכת הספר במכון.

ולבסוף תודתי מקרב לב לנכדתי היקרה רבקה דורון, על עזרתה הבלתי רגילה בעבודת ההכנה לספר, גם – ובמיוחד – בתקופת חולי.

## פתח דבר

הספר שלפניכם הוא ספר אוטוביוגרפי. כלולים בו קורותיי בשישים וחמש שנות פעילותי במערכת הבריאות בישראל בשנים 1952-2017, בתוכן שלושים וחמש שנות פעילות בקופת חולים הכללית. אין בכוונתי לפאר את מעשיי, אלא לספר על אודות דרכי במערכת הבריאות, ומתוך כך להביע דעה בסוגיות ובבעיות שיש ערך בדיון בהן לדורות הבאים ואולם אין עיקר כוונתי לספר עליהם, אלא לתאר את תהליכי הקמתם של כמה מפעלי יסוד שהייתה לי הזכות להיות שותף בייסודם – ולעתים אף שותף מכריע. כאלו הם לדוגמה בית הספר לרפואה בנגב, עיגונה של רפואת המשפחה כהתמחות מוכרת בישראל, הקמת המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל ועוד. מפעלים נוספים שזכיתי להשתתף בהם ואיני מפחית בערכם הם הקמתו של בית הספר למקצועות הבריאות באוניברסיטת תל-אביב; איתורו של מר ארווינג שניידר ושכנועו להקים את בית החולים הראשון בישראל לילדים (מוסד שהינו לתפארת בריאותם של ילדי ישראל כמה דורות) ועוד.

בספר באה לידי ביטוי השקפתי בדבר הכרחיות בלעדיותה של הרפואה הציבורית השוויונית, ופסילת כל עירוב ו'שעטנז' בינה לבין הרפואה הפרטית. כדברי יוסף מאיר<sup>1</sup> בספרו 'הרפואה והציבור', אף אני סבור שכסף הוא אמצעי פסול בתיווך בין רופא לחולה.

אם ביום מן הימים ימצא לנכון חוקר התקופה ההיא להתעמק בעובדות כהווייתן, אני מקווה שחומר זה, שיתווסף לארכיון של המכון הלאומי, יהיה לו לתועלת.

---

<sup>1</sup> ד"ר יוסף מאיר (1890-1953), יליד גליציה, למד רפואה בווינה, עלה לישראל בשנת 1911, היה מנהלה של קופת חולים כללית משנת 1928 ועד קום המדינה והמנהל הכללי של משרד הבריאות ממאי 1949 עד ספטמבר 1950. יזם ואירגן את הרכבת האווירית להעלאתם של עולי תימן בשנת 1950. רופא מומחה לשחפת. ראה בהרחבה, סטולר ליס ש., שורץ ש., שני מ., **להיות עם בריא בארצנו**, הוצאת אוניב. בן גוריון בנגב, 2016 עמ' 29-52; יוסף מאיר, **הרפואה והציבור**: לקט מאמרים; לקט וערך מ. תמרי; הקדים מבוא יצחק קנב, תל אביב: מרכז קופת-חולים, תשט"ו 1955.

## מארגנטינה לישראל – רקע אישי

נולדתי בבואנוס איירס בירת ארגנטינה, במרץ 1928; נכד לאחד המהגרים שהיגרו לארגנטינה בשנת 1900 מסלונים שבמזרח אירופה (היום בלארוס, אז פולין). הגירה זו נעשתה ביוזמת הברון הירש, שניסה לפתור את מצוקתם של יהודי מזרח אירופה על ידי ייסוד התיישבות חקלאית בדרום אמריקה, ובייחוד ארגנטינה. סבי התיישב באזור החקלאי של העיירה מוזסוויל, שהייתה אחת משלוש העיירות המרכזיות בתולדות ההתיישבות החקלאית של יהודי מזרח אירופה בארגנטינה.

מעניינת העובדה שעל אף שהיגר לארגנטינה, התפלל הסבא שלוש פעמים ביום: "ותחזינה עניינו, שבוך לציון". ולא זו בלבד, אלא שמהשליבים המוקדמים ביותר של ההתיישבות בדרום אמריקה, גם הצעירים התארגנו במסגרת התנועה הציונית באזורי הכפר השונים.

בעודו צעיר לימים היגר אבי ז"ל לארגנטינה עם אביו, ומצעירותו היה ציוני בלב ובנפש, מסור מאוד לתנועה הציונית ומסורתי. הדאגה לחינוך היהודי של ילדיו הייתה ממש בנפשו, ובמיוחד חינוכי שלי. מאז שהתחלתי ללכת לבית ספר יסודי ארגנטינאי בבוקר, רשם אותי אבי ז"ל גם לבית ספר אחר הצהריים – בית ספר הראשון והיחיד בזמנו שלמדו בו 'עברית בעברית', עם מורים שליחים מארץ ישראל. למדתי אפוא עברית, וכן למדתי לימודי גמרא עם מורה פרטי.

כל שנות נעוריי הייתי פעיל מאוד בתנועה הציונית. שימשתי בתור המזכיר הכללי של כל תנועות הנוער והמרכזים הציוניים של הצעירים בארגנטינה במשך שנים, ובנושא העלייה ארצה ראיתי את עיקר הפעילות הציונית. השקפתי הייתה שציונות אמיתית מתבטאת בעלייה, והאמנתי שאין עוד הצדקה למי שרואה את עצמו ציוני להישאר בגולה – במיוחד אחרי הקמת המדינה. את השקפתי זו העזתי לבטא בקונגרס של ציוני אמריקה הלטינית. (השליחים שבאו לקונגרס מארץ ישראל לא אהבו כל כך את התבטאותי זו, אולי בגלל שחשבו שהמדינה אינה מוכנה עדיין לקליטת עלייה). אני עצמי התכוננתי לעלייה ועשיתי צעדים לקראתה.

לאחר שסיימתי תיכון, חשבתי תחילה ללמוד משפטים, ודפדפתי כמה שבועות בספרי משפט בינלאומי. אך הידיעה שבארץ אין זקוקים למשפטנים אלא לרופאים, הובילה אותי להחלטה ללמוד רפואה. היה זה הצעד הראשון שביטא את הקשר בין השקפתי הציונית לבין פעילותי במערכת הבריאות. קשר זה יעבור כחוט השני בכל מה שאספר על אודות פעילותי במערכת הבריאות בארץ.

אספר אנקדוטה מעניינת – כשהתחלתי ללמוד רפואה, חגגתי יום הולדת בביתי. אמי ז"ל הכינה כיבוד, ובאו חברים מתנועת הנוער החלוצית שהייתי שותף לה. מצאתי לנכון להודיע שאיני הולך בדרך של הכשרה ועלייה לקיבוץ בארץ, אלא אני לומד רפואה ומתכוון לעלות ולהיות רופא בישראל. אחת החברות, (שעלתה אחר כך לקיבוץ גזית של תנועת השומר הצעיר ופרסמה ספר על כך), התערבה ואמרה שצריך לסלק אותי מהתנועה. דעתה הייתה שציונות היא רק הכשרה לחיי קיבוץ בארץ, ורצוני להיות רופא אקדמאי בארץ עומד בסתירה לציונות.

עמדתי על שלי והמשכתי בדרכי. נישאתי לנעמי לבית גוטמן, שהייתה גם היא פעילה בתנועה חלוצית, ולמדה לימודי סיעוד כדי להיות אחות בישראל. לאחר תקופת התמחותי בבית החולים היהודי בבואנוס איירס והיכרות עם הרפואה המסחרית של יהודי ארגנטינה בימים ההם, עלינו

נעמי ואנוכי לארץ, בראשית שנת 1953. בסוף שנת 1952, ערב העלייה, כתבתי מכתב למרכז קופת חולים הכללית, שהייתה אז הקופה שביטחה את רוב אזרחי ישראל. במכתב ביקשתי שיימצא לי מקום עבודה ביישובי כפר, ספר ואזורי פיתוח בנגב. המחסור ברופאים היה כה חמור, שכעבור עשרה ימים כבר התקבלה תשובה מפורטת, בחתימת ראש כוח האדם הרפואי, ד"ר ליאון גולדמן.<sup>2</sup> בתשובתו הוא פירט את היישובים שבהם אשמם רופא: היישוב הגדול ביותר שבו התרכזה הפעילות הרפואית של האזור היה קיבוץ גברעם, על יד גבול רצועת עזה דאז. סביבו היו שני יישובי עולים – בית שקמה – יישוב של עולי טריפולי (ולא כאן המקום לתאר את חומרת המצב החברתי והרפואי שמצאתי בבואי לשם), וגהה – יישוב של ניצולי שואה. היו באזור גם שני קיבוצים – ארז ותלמי יפה. עלינו אפוא ארצה ובאנו לגור בגברעם, כדי שאשמם רופא אזורי במקום.

---

<sup>2</sup> ד"ר לאון גולדמן (1914-2014) יליד גליציה (אוסטרו-הונגריה), למד רפואה באיטליה, שירת כרופא בצבא האדום ובצבא אנדרס, עלה לישראל 1943, מ-1947 שימש רופא מחנות העקורים באיטליה ובצרפת, מ-1950 רופא בקופת החולים הכללית, מחלוצי השיקום והטיפול בחולים כרוניים וקשישים בקופה, וממייסדי בתי החולים הרצפלד בגדרה, בית "לוינשטיין" ברעננה ובית רבקה בפתח תקווה. לוי נסים, לוי יעל, רופאיה של א"י - 1948-1799, הוצאת בחור, מהדורה שלישית 2017, עמ' 166, להלן לוי, רופאיה של א"י.

## צעדים ראשונים במערכת הבריאות בארץ

### שנים ראשונות בנגב

#### בקיבוץ גברעם

באנו לפגישה במחוז יהודה של קופת חולים הכללית, ברחוב בנימין 3 ברחובות. שם קיבלו אותנו הרופא המחוזי ד"ר צבי כנעני,<sup>3</sup> שהיה מומחה לסוכרת ולרפואה פנימית, והמנהל האדמיניסטרטיבי של המחוז, משה אדלכאום. (בתקופה ההיא היה הניהול בקופת החולים דואלי, ועוד אדרש לנושא זה בהמשך). הם התפלאו לפגוש בנו – שני אנשים צעירים מאוד, רופא ואחות עולים חדשים, דוברי עברית שוטפת, הרוצים ללכת לנגב! הם קבעו שבראשון במאי, עלי להתחיל לעבוד באזור גברעם. אבל קודם עלי להיות בהשתלמות של שבועיים על יד רופא ותיק בקבוצת יבנה. וכן כדי שנעמי תהיה אחות 'טיפת חלב' ותטפל בתינוקות ובאמותיהם, עליה להשתתף במשך שבועות מספר בהשתלמות ברפואה מונעת במעברות וביישובי עולים.

דרכי בחיים היא שתאריך הוא תאריך ושעה היא שעה, ללא פשרות. כשהגיע האחד במאי, הגעתי בדרך כלשהי לאזור אשקלון, וגיליתי שהתחבורה הציבורית משותקת, בגלל שזהו יום הפועלים הבין לאומי. התחלתי אפוא ללכת ברגל, על כביש אשקלון – עזה, בדרך לגברעם. הלכתי מרחק לא מבוטל, עד שלפתע הופיע אוטו קטן שבו ישב ראש המועצה. הוא שאל: "אתה הרופא הצעיר שבא אלינו היום?" וכך הכניס אותי לרכבו והסיע אותי ליעדי.

לאחר ימים מספר בגברעם, הצטרפה אלי נעמי. קיבלנו חדר קטן למגורים, שהיה צר מלהכיל את כל הציוד שהבאנו עמנו מארגנטינה. נעמי בישלה את ארוחות הערב על פתילייה, שהייתה בארון הקיר של המרפסת. התמקמנו בגברעם והתחלתי לעבוד כרופא. אז גיבשתי את השקפתי אודות עבודת הרופא בקיבוץ, שמסקנתה הסופית הייתה: רופא הקיבוץ אינו צריך להיות חבר בו. זאת מכיוון שהרופא והאחות במרפאת הקיבוץ מקבלים החלטות חשובות בנוגע לחיי החברים בקיבוץ (ולעתים האחות אף יותר מן הרופא, שכן היא ראש ועדת הבריאות בקיבוץ): הם מחליטים על הדיאטה שזקוק לה חבר זה או אחר, על שעות העבודה שלו, סדרי העבודה ותנאיה ועוד. כדי לקבל החלטות כאלו, לא טוב שהרופא והאחות יהיו חברים בחברה שלגביה הם מחליטים; אלא עליהם להיות בעלי מקצוע שבאים מחוצה לה, להתמודד עם בעיות הבריאות של החברה.

בזמן שעבדתי כרופא באזור ביום ובלילה, עבדה נעמי במעברות של אשקלון (מגידל דאז). הימים היו ימי הפדאיונים, ומצב הביטחון באזור היה רעוע. לצורך עבודתי קיבלתי מקופת החולים גיפ (שוודאי הייתם מחייכים היום למראהו), ואיתו נסעתי ליישובים השונים. לילה גשום אחד, נהגתי בגיפ לכיוון בית החולים קפלן, והתהפכתי איתו. הגעתי לחדר המיון בבית החולים בתור מטופל. חדר מיון זה נפתח רק שבועות מספר לפני התאונה שעברתי. שם טיפלו בי, ומטיפול זה נשארה לי צלקת עד עצם היום הזה. תאונה זו הייתה נקודת משבר מסוימת עבורי.

<sup>3</sup> ד"ר צבי (הנדלר) כנעני, 1911-2005, יליד צכוסלובקיה, למד רפואה בווינה ובברטיסלבה, עלה לישראל 1939, היה רופאם של הקיבוצים דגניה וכנרת במלחמת העצמאות, טיפל בעולי תימן במחנה בעדן, רופא קופת החולים מחוז דרום 1950-1954, משנת 1954 רופא בבית החולים קפלן, ממייסדי האגודה הישראלית לסוכרת. לוי, רופאיה של א", עמ' 278.



החלטנו אז לעבור מגברעם, כי רצינו להיות גם חלק מעשייה חברתית שמתאימה לנו, ולא רק רופא ואחות. כאמור, דעתי היא שאל לו לרופא הקיבוץ להיות חבר קיבוץ; וגם מעולם לא סברתי שמתאים לי אישית להיות חבר קיבוץ. את תקופת הביניים לקראת המעבר ניצלתי כדי לצאת להשתלמות של שישה שבועות במחלקה פנימית ב' בבית החולים קפלן, בראשותו של ד"ר פנחס אפרתי.<sup>4</sup> אפרתי היה נותן שיעורים יוצאים מן הכלל על ידי מיטתו של החולה בבית החולים. הוא היה הרופא הפדגוג הטוב ביותר שהכרתי בכל דרכי בחינוך הרפואי ובהתמחות.

## בבאר-שבע

הגענו לבאר-שבע. בימים ההם הייתה באר-שבע מדבר שממה, שבאמצעו קולנוע 'קרן', העיר העתיקה ושתי שכונות עולים – שכונה א' ושכונה ג'. להערכתי, מספר התושבים בעיר באותם ימים עמד על כשבעת אלפים נפש. "שנה לאחר כיבוש באר שבע, ולאחר דיונים והכנות ממושכים בין צה"ל והסתדרות הדסה, הועבר בית-החולים הצבאי בעיר, על בניינו ותכולתו, לידי הדסה, ונקרא על שמו של ד"ר חיים יסקי.<sup>5</sup> במקביל פתחה קופת חולים מרפאה בניהולו של ד"ר יצחק שתל.<sup>6</sup> בית-החולים אמנם הכפיל את מספר המיטות ל-50 תוך זמן קצר, אך תפקודו במבני הממשל הטורקי הישנים ללא מים זורמים וללא חשמל, העלה ספקות ביחס לעתיד. מצוקת האשפוז דרשה פתרון". שובצתי לעבודה במרפאה בשכונה א'. היו שם עומס גדול וצפיפות איומה, והמטופלים היו עולים מכל קצוות תבל – מעיראק וממרוקו, ממצרים ומהונגריה, מרומניה ומתימן ועוד – כמעט מכל מוצא שתעלו בדעתכם. עבדנו במרפאה שלושה רופאים יחד, וגם אנו ביטאנו את קיבוץ הגלויות: ד"ר דנון מבולגריה,<sup>7</sup> ד"ר קורי בועסון רופאה מהולנד<sup>8</sup> ואני (ד"ר דורון) מארגנטינה. זו הייתה ההתמודדות הגדולה הראשונה שלי בסוגיית בריאות העולים החדשים. רבים מהם לא הבינו כלל עברית, ולכן פתחתי קורס לימוד עברית אחרי שעות הקבלה במרפאה, עבור המטופלים. במשך שנים עבדתי במרפאה זו, ולאחר מכן עבדתי גם במרפאה בשכונה ג'. אחרי שעות העבודה, בשעות הערב, היינו יוצאים לעבוד ביישובי הנגב, בשל המחסור הקטסטרופלי ברופאים בנגב.

כדי להמחיש מחסור זה אספר על פגישתי הראשונה עם ד"ר יצחק שתל, רופא שומר מצוות מהולנד, שהיה הרופא המחוזי של קופת החולים בנגב כאשר הגענו לשם. (שתל טען שהוא הרופא והמוהל הראשון בנגב מאז אברהם אבינו; ואכן, גם את בנו הבכור הוא מל בזמנו). בתור הרופא המחוזי, היה עליו לשלב בעבודה הקלינית גם ענייני ניהול ברמה הבסיסית ביותר. אבל עיקר

<sup>4</sup> פרופ' פנחס אפרתי, 1907-1988, יליד סלובקיה, למד רפואה בפראג, עלה לישראל 1933, פרופ' לרפואה פנימית בבית הספר לרפואה בירושלים ומנהל המחלקה הפנימית ב"ח קפלן, מראשוני המומחים במורפולוגיה של הדם בישראל. לוי, רופאיה של א", עמ' 119.

<sup>5</sup> ד"ר חיים יסקי, יליד קשינב בסרביה, למד רפואה באודסה ובג'נבה, עלה לישראל בשנת 1919, מנהל הדסה בא"י בשנים 1928-1948, נפל בשיירת הדסה להר הצופים 13.4.1948, לוי, רופאיה של א"י עמ' 265.

<sup>6</sup> ד"ר יצחק שתל, רופא ממוצא הולנדי, רופא מחוזי של קופת החולים הכללית בבאר שבע והנגב משנת 1949. טל הילה, לתולדות שירותי הרפואה בנגב, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 1993. ע"מ 91-106. להלן טל.

<sup>7</sup> ד"ר גבריאל דנון, (1921-2007) בוגר הפקולטה לרפואה בסופיה, עלה לישראל ב-1949, עבד עם ד"ר חיים דורון כרופא משפחה בשכונת א בבאר שבע, עבר בשנות השישים לרמת גן, שמש כרופא אזורי בקופת החולים הכללית ברמת יצחק, נפטר לאחר תאונה ב-2007.

<sup>8</sup> ד"ר קורי בועסון, 1912-2009, רופאה ילידת הולנד, למדה רפואה בהולנד ובאנגליה, עלתה לישראל 1939, עבדה רק תקופה קצרה כרופאה, ולאחר מכן פנתה לספרנות רפואית בירושלים. לוי, רופאיה של א", עמ' 128, טל הילה, לתולדות שירותי הרפואה בנגב, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 1993.

העומס שהוטל על כתפיו היה קבלת המוני מטופלים וטיפול בהם. על כן כשהגעתי לראיון העבודה עמו בתחילת דרכי בנגב, במקום לראיון אותי הוא אמר: "כבר הודיעו לי על בואך, טוב שהגעת. אולי תוכל להתחיל לבדוק כעת את החולים?". אני באתי לראיון, לשאול, לשמוע, לראות במה מדובר וכן הלאה; אך המחסור ברופאים היה כה חמור, ששתל 'גייסי' אותי מיד לעבודה.

דמות נוספת הזכורה לי היא דמותו של ד"ר ארווין כהן.<sup>9</sup> כהן היה קרדיולוג פרטי בתל-אביב, אך ויתר על קריירה זו והפסיק את עבודתו כדי לבוא לנגב ולטפל בחולים. הוא היה מבוגר יותר מאתנו, והיה נוסע בגיפ מיישוב ליישוב לטפל בחולים, ובלילות מתארח בירוחם – זאת כדי להיות מוכן לטפל בבן גוריון בשדה בוקר, לפי הצורך. פעם הייתה לו תאונה עם הגיפ, ומחמתה הוא צלע במשך שנים.

יחד עם כל הקשיים, חשנו שמחה גדולה לחיות בבאר-שבע ולהיות חלק מהחברה שמפתחת את העיר ואת הנגב כולו. תקופה קצרה ביותר אחרי שהגענו, יזמתי הקמת במה חופשית לדין ועיון בבעיות היסוד של החברה הישראלית. הזמנו אישים שונים כמו פרופ' ישעיהו ליבוביץ'<sup>10</sup>, ופרופ' אהרון קציר<sup>11</sup> (מראשי המדענים של מכון ויצמן, שהיה מרצה בחסד עליון. לצערי, אחר שנים הוא נרצח בשדה התעופה בן גוריון על ידי טרוריסט יפני), ועוד.

אני זוכר שערב גשום אחד, הזמין אותי ראש העירייה הראשון של באר-שבע, דוד טוביהו<sup>12</sup>, ליבית יציב, יחד עם המורה שרה בהט ועם גרשון אוסטרובסקי<sup>13</sup>, שבא מקיבוץ עין חרוד. לאוסטרובסקי היה חזון, להקים מרכז תרבותי מיוחד במקום הזה. עצם ההרגשה שאנחנו חלק מהיצירה ה'באר-שבעית' שימחה ומילאה אותנו סיפוק. אמנם קראו לנו ותיקים, אך היינו עולים חדשים. המושג ותיקים נקבע לא לפי ותק ושנים אלא לפי ידיעת עברית, מקצוע, ידיעת קרוא וכתוב וכן הלאה.

כשהתמנתי בשנת 1968 למנהל הרפואי של קופת החולים, לאחר שבע שנות שימוש בתפקיד רופא מחוזי בנגב, עוד התגוררנו בבאר-שבע ולא רצינו לעוזבה. במשך חמש שנים, עד שנת 1973 (חודשים מעטים לפני מלחמת יום הכיפורים), הייתי נוסע מדי יום מבאר-שבע למרכז קופת חולים כללית בתל-אביב. עד שיום אחד אמרתי לנעמי רעייתי שצריך לבחור אחד מהשניים: או שאתפטר מעבודתי או שנעזוב את באר-שבע, כי בלתי אפשרי להמשיך כך. יום העבודה שלי היה ארוך יותר

<sup>9</sup> ד"ר ארווין כהן, יליד גרמניה, למד שם רפואה, עלה לישראל 1938, בשנת 1951 התנדב לעבוד כרופא בנגב, היה מרופאיו של דוד בן גוריון, התגורר חלקית בבאר שבע ובשדה בוקר. לוי, רופאיה של א", עמ' 273; טל עמ' 96-101.

<sup>10</sup> פרופ' ישעיהו ליבוביץ' (1903-1994, ירושלים), יליד ריגה לטביה. מדען והוגה דעות. שימש עורך האנציקלופדיה העברית, פרופסור לביוכימיה, לכימיה אורגנית ולנוירופיזיולוגיה באוניברסיטה העברית בירושלים. פרסם ספרים ומאמרים רבים, שבהם פירט את משנתו הפילוסופית, הדתית והפוליטית.

<sup>11</sup> פרופ' אהרון קציר, (1913-1972), פרופסור במכון ויצמן למדע, חבר האקדמיה הלאומית הישראלית למדעים וחתן פרס ישראל. נרצח על ידי מחבלים יפניים בטבח בנמל התעופה לוד.

<sup>12</sup> דוד טוביהו (1898 – 1975), היה ראש העירייה הראשון של באר שבע אחרי הקמת מדינת ישראל. למד משפטים ומדע המדינה באוניברסיטת לבוב ועלה לארץ ב-1920. על פי בקשתו של דוד בן-גוריון הגיע בסוף 1948 לבאר שבע ועמד בראש המועצה הממונה, כמו כן שימש כמנהל "סולל בונה" בדרום הארץ. בפברואר 1950 נתמנה טוביהו לראשות עיריית באר שבע. עם פרישתו מראשות העירייה בשנת 1961 פעל להקמת "המכון להשכלה גבוהה בנגב", שהפך לימים לאוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בשנת 1964 זכה לאזרחות כבוד של העיר באר שבע וב-1973 הוענק לו התואר "עמית כבוד" מטעם אוניברסיטת באר שבע.

<sup>13</sup> גרשון אוסטרובסקי (1900-) יליד אוקראינה, 1923 עלה לישראל, חבר גדוד העבודה, קיבוץ עין חרוב משנת 1949 מנהל המחלקה לעבודות ציבוריות בבאר שבע, מייסד "בית יציב" (1953) מרכז הארחה, בית נוער ומרכז מבוגרים לנוער, למורים בבאר שבע, יקיר העיר באר שבע 1978.

משמונה שעות. הייתי חוזר בשעה מאוחרת, וכל בוקר בשעה שבע ועשרים, רכבי כבר חנה במרכז קופת החולים בתל-אביב (והכביש לא היה מה שהוא היום). נכון שהייתי מלווה בנהג, אבל כשהנהג היה מתקשה לקום בבוקר, הייתי עולה לרכב ונוהג לבדי. הוא היה נאלץ להשיג אותי ולנסוע באוטובוסים מתל-אביב לבאר-שבע...

התקופה שבה חיינו בבאר-שבע ארכה למעלה מתשע עשרה שנה, ואם נמנה גם את התקופה שהיינו בגברעם, נמצא שחינו יותר מעשרים שנה בנגב. הייתה זו התקופה המרגשת ביותר בדרכנו בארץ.

### **התכנית להעלאת רופאים מדרום אמריקה לנגב**

הבעיה החמורה ביותר שהעסיקה את מחשבותיי יותר מכל בתקופת מגוריי בבאר-שבע הייתה בעיית המחסור ברופאים בנגב, ביישובי העולים בכלל, בעיירות הפיתוח ובאזורי הספר. חושבני שבעיה זו, על כל משמעותה הלאומית, הייתה אחד הכישלונות הגדולים במבצע העלייה ההמוני ההיסטורי של הימים ההם. מי לא ניסה לפתור בעיה זו?! ראש הממשלה בן גוריון הציע כמה הצעות; היה ניסיון לגייס רופאים ל'שירות חובה' בטיפול בחולים באזורים אלו – דבר שההסתדרות הרפואית מעולם לא קיבלה, וכן לא שרת העבודה גולדה מאיר; נוסתה שנת שירות, נוסו תמריצים ופתרונות שונים – והבעיה לא נפתרה.

כשהגעתי לבאר-שבע בשנת 1954, שאלתי את עצמי – מדוע חברי שלמדו איתי רפואה בארגנטינה, לא יבואו לשמש רופאים באזורים אלו? הרי גם הם סולדים מהרפואה המסחרית הארגנטינאית, וחלק מהם אף פעילים במרכזים ציוניים; אם כן, מדוע אינם עולים ארצה? הסברתי לעצמי שהם אינם באים כי הם חוששים מהלא נודע. הם אינם יודעים מהי ישראל, וכיצד פועלת מערכת הבריאות בארץ; אינם מכירים את השפה, חוששים שלא יסתדרו וכן הלאה. הגיתי תכנית שתציע פתרונות לחששותיהם. מפחדים לבוא לבדם? יבואו בקבוצות. חוששים מאי ידיעת השפה? נדאג קודם ללימודי עברית באולפן עבורם. חוששים מאי הכרת מערכת הבריאות בארץ? ניתן להם קורס מבוא למערכת הבריאות בארץ.

פניתי אז לשני הגורמים שיכולים היו להוציא אל הפועל יחד תכנית כזו: מצד אחד הסוכנות היהודית, האחראית לעליית יהודים ארצה, ומצד שני קופת החולים הכללית, האחראית למתן השירות הרפואי. קודם כל, פניתי ליצחק קנב, יושב ראש מרכז קופת חולים דאז. קנב היה ההוגה ההיסטורי של הביטחון הסוציאלי בישראל. הוא היה יו"ר הוועדה שהכינה את חוק הביטוח הלאומי, ויו"ר ועדות שונות של הצעות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי במשך השנים. על אף שהיה יו"ר מרכז קופת חולים והיה איש ההסתדרות, ואף ניסה לשמור על האינטרסים של ההסתדרות – הוא היה בעד חוק ביטוח ממלכתי, שהיה בראש מעייניו. הוא היה מושפע מאוד מהכלכלנים של London School of Economic. באתי אליו אפוא עם תכניתי, והוא מיד הגיב בהתלהבות ושאל: "אולי אתה רוצה לנסוע לארגנטינה להביא את הרופאים?" לא היה לי כל עניין בנסיעה כזו, ואמרתי לו שאין שום צורך שאסע. אם התכנית תצא לפועל, יהיו שם שליחים מתאימים ויהיה מי שיארגן את התכנית שם. אז באתי עם התכנית גם לידידי עוד מימי בארגנטינה, עו"ד אפרים אביגור, שהיה ראש המדור לאמריקה הלטינית במחלקת העלייה של הסוכנות. גם הוא התלהב מיד, ונתן ידו לביצוע התכנית. בזמן ההוא היה בסוכנות היהודית ארגון

ושמו PATWA (Professional & Technical Aliya), שהתפתח באנגליה ומעט בדרום אמריקה. דרך ארגון זה פרסמנו את התכנית.

בקצרה, בסופו של דבר קלטנו דרך תכנית זו שלוש עשרה קבוצות – כמאתיים וחמישים רופאים צעירים מדרום אמריקה. הקבוצה הראשונה הגיעה ארצה בשנת 1956, בימי מלחמת סיני. היות שבשנה זו עדיין לא קם בית החולים המרכזי לנגב, קלטנו אותם בבית החולים קפלן ברחובות. זוג רופאים אחד לקח את המזוודות, נסע ללוד ועלה על מטוס חזרה לארגנטינה, ואולם היתר נשאר כולם. בסופו של דבר, מתוך מאתיים וחמישים הרופאים הללו, למעלה מ-90% נשארו בארץ, אף על

פי שלא חויבו לכך על פי התכנית. הם הגיעו עם משפחותיהם והיו תנאים נוחים למשפחות באולפן. הדסה גרשוני<sup>14</sup> ושרה בץ<sup>15</sup> היו מורות מצטיינות, שלימדו את הרופאים העולים ואת משפחותיהם עברית במשך שלושה חודשים באולפן בבאר-שבע. לאחר לימודי האולפן הם עברו לתקופה של לימודי מבוא לשירותי הבריאות בארץ, בבית החולים המרכזי בנגב – הקרוי כיום בית החולים סורוקה. התמסרותי לרופאים עולים האלו הייתה הרבה מעבר לחלק הממסדי – זכורני שדאגתי אישית לחימום דירותיהם בחורף, וביתנו בבאר-שבע היה פתוח לרווחה לקליטת העולים. העברתי לכמה מן הקבוצות (ואולי לכולן) את הקורס לטרמינולוגיה רפואית בעברית ואת קורס המבוא למערכת הבריאות.

על פי התכנית, הם חויבו רק בשנת שירות אחת באזורי הפיתוח והכפר, ואחר כך יכלו לבחור בין סיוע במציאת מקום עבודה המתאים להם לבין המשך העבודה באזורים אלו. רוב הרופאים נשארו בנגב יותר משנה. חלק מהם הגיעו אחר כך לתפקידים בכירים במערכת הבריאות, ואף היו מנהלי מחלקות וכדומה; ומספר לא מבוטל מהם היו רופאי משפחה. בבית החולים הדסה עין כרם ובבית החולים בבאר-שבע, היו מנהלי מחלקות מתכנית זו במחלקות אף-אוזן-גרון, גינקולוגיה וגריאטריה.

להצלחת התכנית היו שתי תוצאות: ראשית, היא הפכה לדפוס לקליטת רופאים עולים גם מארצות אחרות. זכורני שפרופ' שמעון גליק,<sup>16</sup> דיקן בית הספר לרפואה בבאר שבע, פנה אלי וביקשני למסור לו את כל הפרטים על אודות התכנית, כדי שהיא תשמש דפוס לעליית רופאים גם מארצות אחרות. ושנית, היא גרמה תנופה גדולה לעצם העלייה של יהודי דרום אמריקה בכלל; ובפרט לעליית יהודי דרום אמריקה לקיבוצים באזור הנגב, ולעליית הורים של חברי קיבוצים אלו. אגב, הצלחת התכנית גרמה גם האצה לעלייה אינדיבידואלית של רופאים.

<sup>14</sup> הדסה גרשוני

<sup>15</sup> שרה בץ, (1923, יבנאל) הגיעה לבאר שבע בשנת 1952, מהמורות הראשונות לעברית בבאר שבע, בעלת תואר שני בחינוך, מנהלת בית הספר היסודי "אחוה" בבאר שבע, מיוזמות הקמת בית הספר התיכון מקיף א' בעיר, בשנת 1957 פתחה את האולפן האקדמי הראשון לעולם אותו ניהלה 20 שנים, היתה אשה הראשונה שנבחרה למועצת העיר באר שבע מטעם מפא"י, חיברה ספרי לימוד רבים בעיקר לאולפנים ופעלה במשך שנים רבות למען עולים חדשים בנגב.

<sup>16</sup> פרופ' שמעון גליק, נולד בשנת 1932 בארה"ב, סיים את לימודי הרפואה ואת התמחותו ברפואה פנימית ואנדוקרינולוגיה בארה"ב. עלה לארץ בשנת 1974 עם פתיחת הפקולטה לרפואה בסורוקה ונתמנה למנהל מחלקה פנימית במרכז הרפואי סורוקה וכיו"ר החטיבה הפנימית הראשונה בארץ. כיהן כדיקן הפקולטה משנת 1986 ועד לשנת 1990 ונמנה עם דור המייסדים. עמד בראש המרכז לחינוך רפואי והמרכז לאתיקה רפואית, שני תחומים שקיבלו מקום מרכזי בתהליך החינוך המקצועי של תלמידי הפקולטה.

תכנית זו שהגיתי מבטאת את הקשר שלי הן למערכת הבריאות והן לעלייה. אך קשר זה לא הצטמצם רק בה אלא התבטא בטיפול בנושא העלייה גם בתפקידים אחרים ששימשתי בהם (כמו יו"ר ועדת הקליטה של הרופאים מברית המועצות, בשנות העלייה ממנה). נושא זה עמד תמיד במרכז התעניינותי ומחשבותיי, עד עצם היום הזה.

הייתה תקופה שאמרו שמי שאינו יודע ספרדית – אינו יכול לעבוד בבית החולים בבאר-שבע. (אמנם אחר כך באה תקופה שאמרו שמי שאינו יודע רוסית – אינו יכול לעבוד בבית החולים בבאר-שבע). אלה היו הימים של פיתוח תנופת העלייה של עולי אמריקה הלטינית בבאר-שבע. אז נוסד בבאר-שבע הסניף של התאחדות עולי אמריקה הלטינית בישראל, ובשלבם מאוחרים יותר הפכה באר-שבע לאחד מריכוזי הקליטה המרשימים ביותר של עולי אמריקה הלטינית בארץ.

## **לקראת תפקידי הבאים**

### **הזדהותי הרעיונית עם קופת החולים ועקרונותיה**

בעיית המחסור ברופאים בנגב ובאזורי הפיתוח לא התבטאה רק באי נגישותם. אכן, חמור הוא שאישה ותינוקה צריכים לעמוד בשמש ולחכות לטרמפ, כדי לקבל טיפול רפואי במרחק מביתם – אך בכך לא הסתכמה הבעיה. עיקר הבעיה הייתה טיבם של הרופאים שהסכימו לבוא ולעבוד בנגב – רופאים מבוגרים, רופאים שאינם מומחים ברפואה ראשונית אלא בתחומים שונים אחרים, רופאים שעלו ממדינות 'העולם השלישי' ורמתם הרפואית לוקה בחסר. כל אלו גם היו מתחלפים תכופות – כל חודשיים, ולא יכלו לתת את המענה ההולם לבעיות הבריאות של האוכלוסייה.

בעצם, נוצרו בתקופה ההיא שתי מערכות בריאות – בבתי החולים עבדו רופאים צעירים, ברמה גבוהה יותר מבחינה רפואית; חלקם בוגרי לימודי הרפואה בירושלים וחלקם עולים שכבר היו מעורים בארץ. לעומת זאת, במרכזים הרפואיים הקהילתיים עבדו רופאים קשישים, מתחלפים, מתחומי התמחות שונים, ללא בסיס מקצועי מתאים לרפואה בקהילה. מבחינת מספרם, היה אפילו עודף ברופאים בתקופה ההיא בארץ, אבל היה מחסור חמור ברופאים בגילאים המתאימים ובעלי בסיס מקצועי מתאים. היו שולחים לעבודה במרפאות באזורי הכפר והספר רופאים בני שבעים או שמונים, בלי לתת את הדעת לבעייתיות שבכך. זכורני שפעם נשלח לאזור שער הנגב רופא אלכוהוליסט, והוא לקח את הגיפ ונסע לעזה של אותם הימים... כמובן, שהחזירו אותו. סיפורים כאלו היו מתרחשים.

אם כן, בשנות החמישים והשישים היה מחסור ברופאים בגילאים המתאימים, בעלי התמחות מתאימה, שמוכנים לעבוד גם באזורי הכפר והספר המרוחקים.

חמש עשרה שנים הייתי רופא ראשוני בנגב, חלק גדול מהן במרפאה בבאר-שבע, ובשל המחסור ברופאים – גם במושבים וביישובי עולים באזורים אחרים בנגב. בשמונה השנים הראשונות של עבודתי למדתי להכיר את בעיות התקופה, ולהעריך את פועלה של קופת החולים דאז. אני יכול לספר על הצריפים הראשונים של קופת החולים בשדרות, וקלטתי בצריף המרפאה הקטנטן (מטר על מטר) גם את העולים הראשונים שהגיעו לדימונה, בחום הכבד של האזור. גם בנתיבות עבדתי בשני הצריפים של קופת החולים. בבאר-שבע הצפיפות והקושי היו כה גדולים, שפעם בגלל התפרעויות אלימות נאלצנו לסגור את המרפאה בשכונה ג.

לכן בשמונה השנים הראשונות הללו, יכולתי להבין את ערכה של קופת החולים הכללית. העיקרון הראשון של קופת החולים היה שהיא אינה כמו ה'קראנקן קאסה' הגרמנית<sup>17</sup>, שמחזירה החזר כספי על הוצאות רפואיות. קופת החולים אמנם אחראית גם לבטח את חבריה מבחינה כלכלית, אך עיקר תפקידה לפתח שירותי בריאות ברמה נאותה בכל יישוב, מושב, קיבוץ ושכונה בארץ; וגם בבתי החולים שלה, שיהיו כולם ברמה אקדמית. עיקרון נוסף היה עיקרון השוויון והעזרה ההדדית – מסי החברים באזורי המרכז מסייעים לפיתוח שירותים רפואיים באזורי הפריפריה. ועיקרון אחרון – הכסף אינו מתווך ביחסי הרופא והחולה (כפי שהסביר ד"ר יוסף מאיר בספרו 'הרפואה והציבור')<sup>18</sup>.

התנאי היסודי של רמה רפואית נאותה, החתירה המתמדת לשוויון ואי ההסכמה לתיווכו של הכסף ביחסי הרופא והחולה – כל אלו קסמו לי, כי הכרתי גם את הרפואה המסחרית. עשיתי סטאז' בבית החולים היהודי בבואנוס איירס, ושם הכרתי את תוצאותיה של רפואה כזו (מאוחר יותר עוד חלה הידרדרות קשה בבית החולים הזה). הזדהיתי אפוא הזדהות מוחלטת עם ערכי הרפואה הציבורית הישראלית, כפי שהבנתי אותם וכפי שביטאתי אותם בתפקידי השונים בקופת החולים. הזדהות זו עוברת כחוט השני בכל דרכי – בתפקידי השונים בקופת חולים, בהוראתי באוניברסיטאות תל-אביב ובן גוריון, ובפעילותי ההתנדבותית בנושא ארגון שירותי בריאות, כפי שיוספר להלן.

#### **מבאר-שבע ללונדון**

שבע שנים אחרי הגיעי לנגב, עמד ד"ר יצחק שתל, הרופא המחוזי והמנהל הרפואי של קופת חולים בנגב, לצאת לפנסיה, ואני עמדתי להתמנות לתפקיד במקומו. ד"ר טובה ישורון-ברמן,<sup>19</sup> המנהלת הרפואית של קופת החולים, הציעה לשלוח אותי להשתלמות ברפואה ציבורית באוניברסיטת לונדון. לשם כך היא השיגה בקושי רב מלגה של ארגון הבריאות העולמי, מן המלגות הבודדות שמשרד הבריאות היה מחלק בארץ (משרד הבריאות לא שש להקציב מלגות לקופת חולים אלא העדיף לתת אותן לשירותים שהוא היה אחראי עליהם ישירות). קודם נסעתי לבדי, להכין את התנאים, ואחר כך באה נעמי עם שני ילדינו. לימודים אלו היו ציון דרך בדרכי ברפואה.

התעמקתי באפידמיולוגיה. אני זוכר שבאתי לפרופסור לאפידמיולוגיה, ושאלתי אותו אם מיזוג הגלויות בארץ הוא קרקע פורייה כדי להתעמק במחקר אפידמיולוגי. הוא ענה לי – "כן, אבל עליכם לעשות זאת במהירות, כי הגלויות הולכות להתמזג מהר מאוד...". סר אוסטין בארטפורד היל (Sir Austin Bradford Hill), מראשוני הסטטיסטיקאים בנושאי בריאות, היה המורה שלי לסטטיסטיקה. בקורס שלו למדתי רבות, ונקשרתי מאוד לנושא של ארגון שירותי הבריאות.

בתקופה ההיא פתחו באנגליה ובסקוטלנד את מרכזי הבריאות הקהילתיים הראשונים. במסגרת העבודה על מרכזי הבריאות החדשים באנגליה אז, סרקתי את מרב מרכזי הבריאות שהיו בעולם

<sup>17</sup> "קראנקן קאסה" בגרמנית, קופת חולים.

<sup>18</sup> יוסף מאיר, רפואה והצבור: לקט מאמרים; לקט וערך מ. תמרי; הקדים מבוא יצחק קנב, תל אביב: מרכז קופת-חולים, תשט"ו 1955. (ראה אור לאחר מותו)

<sup>19</sup> ד"ר טובה ישורון-ברמן, 1898-1997, ילידת אוקראינה, למדה רפואה בקייב, עלתה לישראל בשנת 1923, בשנת 1948 נבחרה כחברה במרכז קופת חולים וחברה במחלקה המדיצינית, במקומו של ד"ר יוסף מאיר, אשר התמנה למנכ"ל משרד הבריאות. שימשה בתפקיד זה עד 1952, לאחריו מונתה ליו"ר המחלקה המדיצינית במרכז קופת חולים ומילאה תפקיד המנהלת הרפואית של הקופה עד 1968. ציפורה שחורי-רובין, ד"ר טובה ישורון-ברמן, הגברת הראשונה בממלכת קופת חולים, דקל - הוצאת ספרים, 2013.

בתקופה ההיא – הגעתי עד לסטראנראר (Stranraer) בצפון סקוטלנד, כולל אדינבורו וגלזגו, שבהם היו מרכזים חשובים מאוד. בסטראנראר היה מרכז בריאות מעניין, כי היה בו שילוב של בית חולים ושירות קהילתי ('קוטג' הוספיטל'). בשלב מאוחר יותר העתקתי את הדגם של מרכז זה לבית החולים יוספטל באילת.

עבודת הגמר שלי בקורס הייתה בנושא ארגון שירותי הבריאות בישראל.

עם סיום הקורס, המלגה כללה סיור מטעם ארגון הבריאות העולמי לקבוצה שבה היו חמישה או שישה אנשים – אנוכי, אחד מירדן, אחד מגאנה, אחד מפולין ועוד. ביקרנו בסרייבו (יוגוסלביה). בתקופה ההיא התיידד לפתע הדיקטטור היוגוסלבי המרשל יוסיפ ברוז טיטו, עם עבדול נאצר, הדיקטטור המצרי, ולכן ביקרה משלחת אומנותית מצרית בסרייבו, בימים שגם אנו שהינו שם. ראש המשלחת של ארגון הבריאות העולמי הציג אותי בפני ראש המשלחת המצרית, וכמובן, הצגתי את עצמי – "נעים מאוד, אני מישראל". כעבור כמה רגעים שאל אותי ראש המשלחת במידה מסוימת של רוגזה: "האם אתה תמיד חייב להזכיר את העובדה שאתה מישראל?" למחרת, הוזמנו לפגישה בלשכת הבריאות בסרייבו. שם קיבלו את פנינו שישה רופאים בחלוק לבן, במעבדה. המעבדה הייתה מיועדת למלחמה נגד מגפת המלריה. בתוך השיחה, טען נציג משרד הבריאות הירדני שירדן הייתה מקדמת את המאבק נגד המלריה, אבל ישראל מסרבת לשתף פעולה עמה. לדבריו אלו הגבתי בחריפות. חיש מהר התברר לי שכל ששת הרופאים המארחים שלנו הם יהודים. ביום מן הימים טלפן אלי אחד מהם כדי להתייעץ האם לעלות לארץ, ובסופו של דבר הגיע לבאר-שבע.

היה לנו גם סמינר של שישה שבועות בניהול שירותי בריאות באוסלו, שאותו העביר מנכ"ל משרד הבריאות בנורבגיה, ד"ר קארל אוונג. אוונג היה ראש ארגון הבריאות העולמי- WHO באותה תקופה, והיה פדגוג בחסד עליון לבריאות הציבור. בשנות החמישים הוא הוזמן לארץ, וכתב דו"ח המשבח את שירותי הבריאות בימים ההם בארץ. לאחר הסמינר באוסלו הגענו לקוטב הצפוני, ולמדנו שם את סוגיית שירותי הבריאות באוכלוסיית הלאפים<sup>20</sup>.

### רופא מחוזי בנגב

חזרתי ארצה (נעמי והילדים חזרו כמה שבועות לפני). מיד עם שובי מלונדון, רמז לי חברי ד"ר אורי ספירמן<sup>21</sup> (לימים, סגני וירש מקומי בתפקיד הרופא המחוזי של קופת חולים), שיש שמועות שמנהל המחוז לוחץ לדחות את פרישתו של ד"ר שתל, כדי לדחות את מינויי. באותם ימים המצב היה שמנהל המחוז הוא זה ששלט ללא מעצורים בכל ענייני הקופה. ד"ר טובה ישורון ברמן, המנהלת הרפואית של הקופה, התנגדה לכך בחריפות, לחצו נכשלו, וכך התמניתי לרופא המחוזי – תפקיד שכיום נקרא מנהל רפואי של המחוז.

שימשתי בתפקיד המנהל הרפואי של המחוז בין השנים 1961-1968. תוך כדי עבודתי זו גם עבדתי פעם או פעמיים בשבוע כרופא כללי ראשוני; ביישוב תפרח של פועלי אגודת ישראל – עם אוכלוסייה חרדית, וכן במושב נבטים – עם עולים מקוציין שבהודו. כשהייתי שואל את העולים

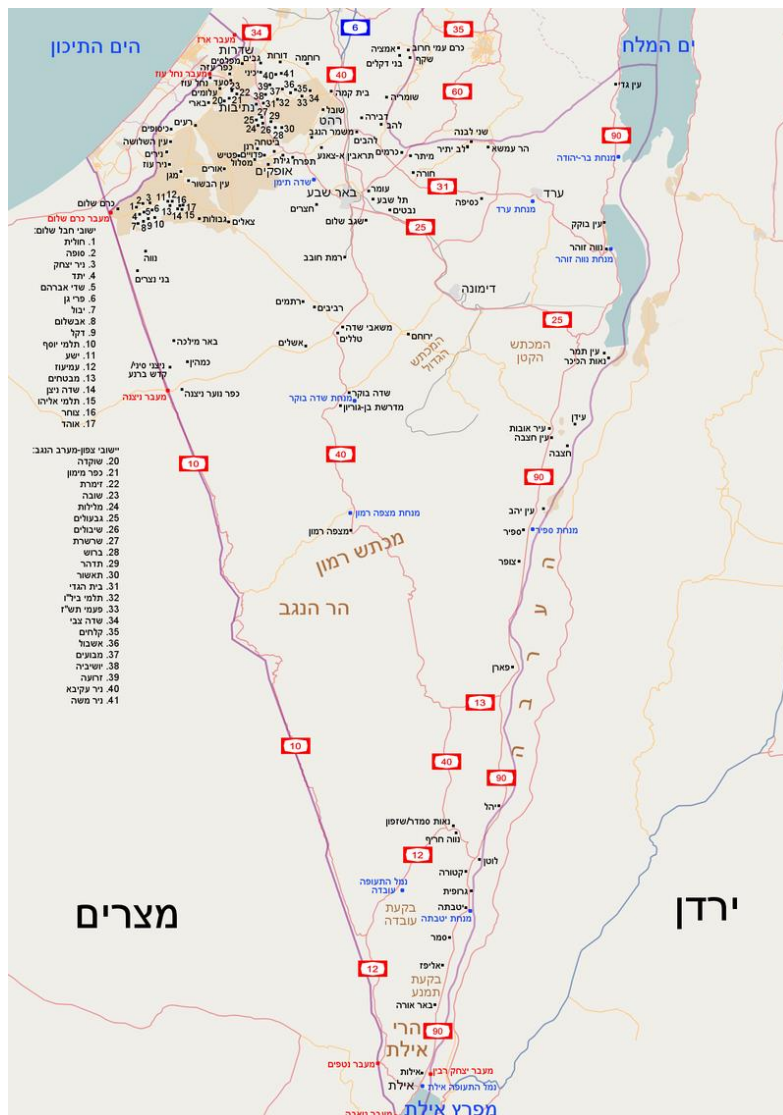
<sup>20</sup> לאפים-בני העם היושב בלפלנד שבצפון סקנדינביה.

<sup>21</sup> ד"ר ליאונרד (אורי) ספירמן, עליה לישראל מצ'ילי בשנת 1955, הצטרף לקבוץ דביר, ארכיון טוביהו, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תיק ראיונות חלוצי הרפואה בנגב.

אם בטנס כואבת, הם היו עונים – "כן", אך מתכוונים להיפך... נאלצתי לבקש מתורגמנית לעבודה הרפואית השוטפת.

באוגוסט של שנת 1968, לאחר שבע שנות עבודה בתור מנהל רפואי של מחוז הנגב, התמניתי למנהל רפואי של מרכז קופת חולים הכללית. כאמור, הזדהיתי הזדהות מוחלטת עם ערכי הרפואה הציבורית הישראלית, כפי שהבנתי אותם וכפי שביטאתי אותם בתפקידי השונים בקופת החולים. אפשר לומר בפרפראזה "והגית בו יומם ולילה" – כשהיינו מטיילים עם המשפחה ברחבי הארץ ונכנסים לאיזה מקום, מיד הייתי מחפש את המרפאה, ובדק את רמתה ואת תנאיה.

### מפת הנגב



מאת Ori ~ - נוצר על ידי מעלה היצירה / http://www.openstreetmap.org/ based on User:Orias, CC BY-SA 2.0, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=11246596



## תולדות הקמתו של בית הספר לרפואה בנגב

### צעדים ראשונים להקמתו של בית הספר

היוזמה להקמת בית הספר לרפואה בנגב נולדה מחזון ההתיישבות בנגב בכללו. כדי להבין יוזמה זו, יש להבין את מצב ההתיישבות בנגב ובמדינת ישראל בכלל בשנות החמישים ובמחצית השנייה של שנות השישים. בימים ההם, בן גוריון התיישב בשדה בוקר ויצא בקריאה דרמטית לבני הנוער ובעיקר לבני המושבים והקיבוצים לרדת (או לעלות – כדבריו, שכן לנגב אין יורדים אלא עולים) ולהתנדב ביישובי העולים בנגב. מעשי הטרור לא נעדרו בתקופה זו בנגב. מלבד זאת, הייתה דרישה מאנשי ציבור שונים ובראשם משה דיין, לפיזור האוכלוסייה – כלומר לדאוג שההתיישבות לא תרוכז בין חדרה לגדרה אלא תפוזר גם בנגב ובגליל.

מאז בואי לנגב, גרסתי שלא יהיה פיזור אוכלוסייה בלי 'פיזור' מוסדות החינוך הגבוה והמחקר. כבר מימי הראשונים בנגב, בראותי את תמונת המצב של המחסור החמור ברופאים, חלמתי על בית ספר לרפואה בבאר-שבע. לראש העירייה הראשון של באר-שבע, דוד טוביהו, היה חזון של הקמת אוניברסיטה בבאר-שבע. (ואכן, רבה זכותו בקיומה של אוניברסיטת בן גוריון בבאר-שבע. הוא זה שהקים בשלב הראשון את המכון להשכלה גבוהה בנגב, שהיה הגרעין לפיתוחה ולהקמתה של האוניברסיטה). לשם כך הוא כונן ועדה יוזמת ראשונה להקמת האוניברסיטה, שבה השתתפו אנשי מקצוע לייצוג המקצועות הראשיים: כימיה, פיזיקה גרעינית, הנדסה, משפטים ורפואה. אני הייתי חבר הוועדה המייצג את הרפואה. מאותו רגע שהוקמה ועדה זו, הדרישה והמאבק להקמת בית ספר לרפואה השתלבו עם המאבק להקמת האוניברסיטה.

כתוצאה מן הדרישה להקמת האוניברסיטה, הקים ראש הממשלה לוי אשכול את ועדת גיליס. פרופ' יוסף גיליס היה אחד המדענים החשובים של מכון ויצמן למדע, ועל הוועדה בראשותו הוטל לבחון אם יש מקום להקמת אוניברסיטה בבאר-שבע. כשהוא עמד לסכם את הדיונים, באתי עם רעייני נעמי לארוחת ערב בביתו, ואמרתי לו: "בסך הכול, אני מבקש שתכתוב שייבדקו התנאים להקמת בית הספר בעתיד". לא העזתי לבקש יותר מכך. חבר הוועדה שתמך בעמדתי היה פרופ' אנדרה דה פריס מבית חולים בלינסון, אחד היוזמים להקמת בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל-אביב. בסופו של דבר, בתוך דו"ח ועדת גיליס לראש הממשלה, הצלחנו להגניב משפט שלפני ייבדקו התנאים להקמת בית ספר לרפואה בעתיד, בבית החולים המרכזי בנגב, ובנגב בכלל.

באותו זמן, פרופ' יוסף שטרן, מנהל בית החולים המרכזי בנגב<sup>22</sup>; פרופ' אליהו ליהמן, מנהל המחלקה הפנימית בבית החולים (שניהל קודם את בית חולים הדסה הישן בבאר שבע)<sup>23</sup>; ופרופ'

<sup>22</sup> פרופ' יוסף שטרן, (1913 – 28 ביולי 1992), מנהלו הראשון של בית החולים סורוקה (1960–1978). יליד רוסיה, עלה לישראל 1936. למד רפואה בבולוניה שבאיטליה. משנת 1950 רופא פנימי בבית החולים בלינסון שבפתח תקווה. בשנת 1959, עם הקמת בית החולים המרכזי לנגב (שב-1972 נקרא על שם משה סורוקה) מונה לשמש כמנהלו הראשון, במקביל לניהול המחלקה הפנימית בבית החולים. במקביל לתפקידו כמנהל בית חולים, הקים שטרן את בתי הספר למקצועות הסיעוד, הפיזיותרפיה והפרמדיק, וב-1974 הפך את בית החולים למרכז רפואי אוניברסיטאי. בנוסף, הקים את בית הספר למנהל רפואי ואת בית הספר לרפואה, הפועל בשיתוף פעולה עם אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. יקיר העיר באר שבע לשנת 1978.

<sup>23</sup> פרופ' אליהו ליהמן, (1914–2011), רופא פנימאי, מראשוני הרופאים בנגב. ייסד וניהל את בית החולים הראשון בבאר שבע (בית החולים "הדסה"). ליהמן היה מנהלה הראשון של מחלקה פנימית א' במרכז הרפואי סורוקה במשך כ-20 שנה. בשנת 1975 היה לאזרח הראשון שקיבל את התואר "יקיר העיר באר שבע".

גבריאיל טורק<sup>24</sup>, מנהל המחלקה האורתופדית בבית החולים החדש – הציעו לי את תפקיד יו"ר הוועדה לבחינת התנאים להקמת בית הספר. זאת, אף על פי שלא הייתי מנהל מחלקה בבית החולים אלא הרופא המחוזי, בודעם שמשמעות המינוי הוא המשך מאבקי לשם הקמתו של בית הספר.

אחת מן הפעולות הראשונות שנקטתי הייתה לנסוע לשדה בוקר ולבקש מבן גוריון שיעזור לי בעניין הקמת בית הספר לרפואה. הכרתי את בן גוריון, טיפלתי בו מתוקף תפקידי כרופא. היינו מגיעים לצריפו מדי פעם לשוחח בעניינים שונים. באתי אפוא לצריף שלו ואמרתי לו: "בן גוריון, אנחנו רוצים להקים בית ספר לרפואה בבאר-שבע, אני מבקש את עזרתך". הוא הסתכל עליי ושאל: "מי שר הבריאות היום?" אמרתי לו: "ישראל ברזילי". בן גוריון ענה לי: "עם שר הבריאות הזה איני מדבר". אכן, בן גוריון היה יריב פוליטי של ישראל ברזילי, אבל הסתתרה מאחורי טיעון זה סיבה אחרת לאי תמיכתו. בתחילת הדרך, בן גוריון היה נגד הקמת אוניברסיטה בבאר-שבע, כיוון שרצה להקים אוניברסיטה כמו אוקספורד או קיימברידג' בשדה בוקר. רק בשלבים מתקדמים מאוד, כשכבר נקבעו העובדות בשטח וקיומה של האוניברסיטה בבאר-שבע היה לעובדה, ראש העיר טוביהו הצליח לשכנע את בן גוריון שאין להשיב את הגלגל אחור. אם הוא צדק או לא – ההיסטוריה הוכיחה. ובכן, יצאתי מבן גוריון ללא עזרה ותמיכה בנושא הקמת בית הספר לרפואה בבאר-שבע.

התחלתי לחפש מועמד לדיקן. באותה עת מונה ד"ר צירלס קלימן למנהל מחלקה פנימית בבית החולים הדסה עין כרם, לתקופה של שנה. קלימן הגיע מלוס אנג'לס, שם היה מנהל מחלקה נפרולוגית בבית חולים "סידרס סיני". בגיחותיי לגייס רופאים לארץ, ביקרתי גם בלוס אנג'לס והתיידדתי עמו. הנושא שחיבר בינינו היה חשיבותה של הרפואה בקהילה. קלימן התעמק בנושא זה והחשיבו מאוד. ראיתי בו מועמד אפשרי לתפקיד דיקן בית הספר, ופניתי אליו בתקופה זו, שבה הוא היה בארץ. לצערי, אשתו לא הייתה מעוניינת להישאר בארץ, והם חזרו ללוס אנג'לס.

בתקופה זו כבר קם "המכון להשכלה גבוהה בנגב", ובשיתוף עמו כינסנו את הוועדה להקמת בית הספר לרפואה. מטרתה הייתה לבחון את האפשרות להקמתו מן ההיבטים הפיזיים, ובעיקר לגבש את תכנית הלימודים, שתתאים לצרכים הקהילתיים של מערכת הבריאות במדינה. לוועדה הזו הזמנתי את פרופ' משה רחמילביץ', מבית החולים הדסה ומיוזמי בית הספר לרפואה בירושלים; פרופ' משה פריבס<sup>25</sup>, שהיה ראש המחלקה לחינוך רפואי בבית הספר לרפואה בירושלים; פרופ' שמעון גיטר, שהיה הדיקן השני של בית הספר לרפואה בתל-אביב, ועוד שניים או שלושה פרופסורים מארצות הברית. הוועדה כונסה וישבה כמה ימים בערד, ואחרי יומיים-שלושה גובש

---

<sup>24</sup> פרופ' גבריאיל טורק, (1917-1991) רופא ניצול שואה (צ'כוסלובקיה), מייסד ומנהלה הראשון של המחלקה האורתופדית במרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה. מייסדי בית הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון. המחלקה נפתחה עם 25 מיטות, ונחשבה למחלקה גדולה גם בקנה מידה ארצי של אותם ימים. טורק שימש גם כיושב ראש ועד רופאי בית החולים סורוקה.

יחד עם רעייתו היה בין מייסדי בית הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בבאר שבע.

<sup>25</sup> פרופ' משה פריבס (MD) (פולין 1914-1998) הדיקן הראשון של בית הספר לרפואה והפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב, למד רפואה בפריז ובוורשה, במלחמת העולם השנייה שרת בצבא הפולני, נפל בשבי במהלכו שימש כרופא במחנה שבויים בגולאג בסיביר. אחרי המלחמה שימש חבר ההנהלה רפואית של ארגון הבריאות היהודי OSE (אוז"ה) בפריז, יזם את התוכנית לביעור שחפת, גרענת וגזזת בקהילות היהודיות בצפון אפריקה בשנים 1947-1951, עלה לישראל בשנת 1951 ומונה דיקן משנה לחינוך רפואי בפקולטה לרפואה שהוקמה בירושלים. פריבס היה הנשיא הראשון של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב בשנים 1969-1974.

דו"ח חשוב, שהגדיר את התנאים הנחוצים להקמתו של בית ספר לרפואה בבאר-שבע עם מבט לקהילה, לפי השקפתנו: חמש שנות לימוד ושנתיים סטאז', תוך עידוד קיום הסטאז' בעבודה בקהילה. כינונה של הוועדה והמלצותיה היו תחילת המאבק הגדול להקמת בית ספר לרפואה בבאר-שבע.

### **שאלת הקמתו של בית ספר נוסף לרפואה בארץ**

זכויות היסטוריות מיוחדות בתולדות הרפואה בארץ שמורות לבית הספר לרפואה המשותף לאוניברסיטה העברית ולהדסה, בירושלים. בית ספר זה היה חלוץ ההכשרה של עשרות רופאים, מנהלי מחלקות, בכל בתי החולים בארץ. אבל לאנשיו הייתה חולשה – בכל פעם שעלתה יוזמה להקמת בית ספר נוסף לרפואה בארץ, בתל-אביב, חיפה או באר-שבע, ההתנגדות שלהם הייתה קיצונית. הנימוק העיקרי להתנגדותם היה שאין צורך בבית ספר נוסף בארץ, ונימוק זה חיזק את נטייתו הטבעית של משרד האוצר להתנגד להקמת בית ספר לרפואה.

ביוזמה להקמת בית הספר בתל-אביב השתתפו שני אישים: פרופ' אנדרה דה פריס מבית חולים בילינסון, שהוכשר בהדסה מעין כרם, ופרופ' חיים שיבא מנהל בית החולים תל השומר. אנשי האוניברסיטה העברית גילו התנגדות בלתי סבירה להקמת בית הספר בתל-אביב. בוודאי לא היו נימוקים סבירים להתנגדות, במיוחד אם ניקח בחשבון את עובדת קיומן של שפע מיטות אשפוז בבתי חולים אוניברסיטאיים באזור תל-אביב. אותה התנגדות הם גילו היה גם ביוזמה להקמת בית הספר לרפואה בחיפה, שבה היה פרופ' דוד ארליך הכוח המניע. ובוודאי שכך היה גם ביוזמה להקמת בית הספר לרפואה בבאר-שבע. המאבק נגד בית הספר לרפואה בבאר-שבע היה דרמטי במיוחד; וההסברים לכך יובאו להלן.

### **ועדת ברנזון - חיפה או באר-שבע**

שר הבריאות ישראל ברזילי הקים ועדה, והעמיד בראשה את השופט צבי ברנזון. חברי הוועדה היו פרופ' פנחס אפרתי מבית החולים קפלן, שהיה קשור לבית הספר לרפואה בירושלים (עד היום בית החולים קפלן מסונף לשם); ופרופ' משה פריבס, שהיה ראש המחלקה לחינוך רפואי בירושלים. מבית הספר לרפואה בתל-אביב הובאו פרופ' חיים שיבא ופרופ' אנדרה דה פריס; ומן הכנסת היה חבר בה' ש' רוזן, שהיה יו"ר הוועדה לענייני שירותים ציבוריים של הכנסת, שעסקה אז בענייני בריאות.

השר ברזילי ביקש את חוות דעתה של הוועדה בנוגע לשלוש שאלות: א. האם יש צורך בבית ספר לרפואה שלישי במדינה? ב. אם אכן המסקנה היא שיש צורך בכך, היכן להקימו – בחיפה או בבאר-שבע? ג. אם המסקנה היא שאין צורך בבית חולים נוסף, מהם הפתרונות בנוגע לבעיה החמורה של מחסור ברופאים בכפר, בספר וביישובי עולים? זאת כיוון שבעיית המחסור ברופאים, היא שהייתה הנימוק הבסיסי להרחבת החינוך הרפואי בארץ.

בתור מנהל רפואי של קופת חולים הכללית, הגשתי לוועדה דוח מפורט על המחסור ברופאים בפריפריה; ובמיוחד על סוגיית המחסור ברופאים צעירים ברפואה הראשונית, ושאלת הרמה הרפואית באזורים אלה.

בפני הוועדה הופיעה משלחת של סטודנטים מבית הספר לרפואה בירושלים, והודיעה בלא כחל וסרק: "דעו לכם, אנחנו לא נלך לשרת ביישובי כפר וספר בפריפריה, כי זו איננה הרפואה שאליה

מחנכים אותנו. מלמדים אותנו רפואת בית חולים, מכינים אותנו למחקר, אבל לא לעבודה בקהילה, וודאי לא בתנאים של קליטת עלייה. ההכשרה שאנו מקבלים אינה מתאימה לתפקיד הזה... הודעתם זו נתנה לי הרבה חומר למחשבה, והשפיע על כל דרכי ועל היוזמות שיזמתי, כפי שעוד יסופר להלן.

הפתעת רבים, ועדת ברנזון החליטה: אין מקום להקמת בית ספר שלישי לרפואה בארץ – כי הקמתו נוגדת את האינטרסים של האוניברסיטאות בירושלים ובתל-אביב. כשייוצרו תנאים נאותים, אפשר יהיה להקים בית ספר נוסף, אבל קודם כל בחיפה ואחר כך בבאר-שבע. ההחלטה החיובית שלהם הייתה להחזיר סטודנטים ישראלים שיצאו לחו"ל (בעיקר לאיטליה) להשתלם בלימודיהם, לשנות הלימודים האחרונות בתל-אביב או בירושלים.

לפני שוועדת ברנזון קיבלה את החלטותיה, באתי פעם לתל השומר בשבע בבוקר לפגישה חצי סודית עם פרופ' שיבא. (באותם ימים, משה סורוקה<sup>26</sup> היה מנכ"ל קופת חולים ואני המנהל הרפואי; ובין שיבא לסורוקה היה אנטגוניזם קשה). פרופ' שיבא היה הרופא של בן גוריון, והוא ידע שאני מטפל בו, ולכן הייתה לו מידה כל שהיא של יחס חיובי אליי. אמרתי לו: "אני יודע שאתם תחליטו לטובת חיפה, שם יש בית חולים ממשלתי, ואני גם מודה שכיום יש שם תנאים מתאימים יותר. יש לי רק בקשה אחת, שבהחלטות של הוועדה תכללו פסקה שלפיה בעתיד יהיה מקום להקמת בית ספר בבאר-שבע". הוא הבטיח וקיים. בהחלטות של ועדת ברנזון נאמר שבעתיד יוקם בית ספר לרפואה בחיפה, ואחר כך בבאר-שבע.

בחיפה, איש הרפואה היוזם להקמת בית הספר היה פרופ' דוד ארליך, וראש העיר היוזם היה אבא חושי). אבא חושי היה אולי ראש העיר החזק ביותר בהיסטוריה של מדינת ישראל מבחינה פוליטית. אחרי ועדת ברנזון הוא הפעיל השפעה פוליטית על שר החינוך יגאל אלון, ובעזרתו הצליח להעביר החלטת ממשלה בנידון. אף על פי שהמלצה הייתה שלא להקים בית ספר שלישי, התקבלה בממשלה החלטה מתוחכמת, שהסטודנטים שיוחזרו מחו"ל ישלימו את לימודי הרפואה בחיפה; וכך הוקם בית הספר דה פקטו. המאבק להקמת בית ספר לרפואה בבאר-שבע נותר בבדידותו.

### **גישתו של סורוקה וגישתי לחינוך הרפואי, ושיתוף הפעולה בינינו**

בזמן שהייתי המנהל הרפואי של קופת החולים, היה משה סורוקה מנהלה הכללי. עמדותינו בנושא החינוך הרפואי בישראל היו זהות במסקנתן, אבל שונות במניעים לה. סורוקה לא היה רופא. נוכח המחסור ברופאים באזורי הכפר והספר, סורוקה ראה בהתנהלות החינוך הרפואי בארץ בגידה בציונות. הוא חש שאנשי החינוך הרפואי מחנכים, פרופסורים ואנשי מחקר דגולים, אך אינם נאמנים לצרכים האובייקטיביים של המדינה בתקופה ההיא.

<sup>26</sup> משה סורוקה (1903-1972), מנהלה של קופת החולים הכללית בשנים 1968-1972, מראשוני קופת החולים ומחלוצי הרפואה הציבורית בישראל. סורוקה היה היוזם והדמות המרכזית בהקמתם של בתי החולים של הקופה, החל מבית החולים העמק (1930) בית החולים בילינסון (1936), המרכז הרפואי קפלן ברחובות (1953), המרכז הרפואי מאיר בכפר סבא (1956) והמרכז הרפואי יוספטל באילת (1968). סורוקה היה היוזם המרכזי להקמת בית החולים מרכזי לנגב- כיום המרכז הרפואי סורוקה (1960) שנקרא על שמו, היה אחראי להקמה של מערך המרפאות, המעבדות, מכוני המחקר ובתי הבראה במסגרת קופת החולים הכללית. עדית זרטל, "ימים ומעשים", מחברות לספרות 1975.

אני ראיתי את הדברים אחרת. אותם אנשים היו משרתים בצה"ל בחיל הרפואה במסירות ובנאמנות, ולא חשתי שאינם נאמנים לצורכי המדינה. זכרתי מה שאמרו הסטודנטים לרפואה בדו"ח ועדת ברנזון, שיש הבדלי רמה בין מערכת הבריאות בבתי החולים למערכת הבריאות הקהילתית. בבתי החולים משמשים רופאים צעירים ברמה גבוהה, ובמערכת הקהילתית – רופאים קשישים מתחלפים. ידעתי שעד שלא נעלה את רמת אנשי הרפואה במרפאות ונשווה אותה לרמת אנשי הרפואה בבתי החולים, לא נפתור את הבעיה. עד שלא נדאג לחינוך רפואי ובעיקר להתמחות מקצועית ברפואת הקהילה ברמה גבוהה, לא ישתנה דבר. כלומר, לדעתי הנושא לא היה 'ציונות או לא ציונות' אלא 'רפואה טובה או גרועה'. מצדי, חשבתי שזהו נושא שמתחיל בחינוך רפואי, וממשיך בהשתלמות ובמיוחד בהתמחות ברפואת משפחה.

יחד עם זאת, שיתוף הפעולה בין סורוקה וביני היה לתפארת, ולא רק בנושא זה. כשנסעתי לאמריקה לחפש דיקן לבית הספר לרפואה בנגב, סורוקה דאג להקים מבנה למחלקה פנימית נוספת בבית החולים בנגב, כדי שיהיה לסטודנטים מקומות לימוד רבים יותר, ואפשרויות לימוד רבות יותר בבית החולים.

בכל פעם שקם בית ספר חדש לרפואה, בתל-אביב או בחיפה, סורוקה ניסה להציע שותפות עם קופת החולים, ואפילו מתן תקציבים מטעמה. ולא שהיה כה פשוט עבורו בתור גזבר קופת חולים, להשקיע כסף בחינוך רפואי.

#### **מזכרון יעקב ועד להקמת בית ספר לרפואה בבאר-שבע**

עוד לפני שנוסדה אוניברסיטת בן גוריון בנגב, זימן אותי דוד טוביהו,<sup>27</sup> ראש העירייה הראשון של באר שבע, לשיחת התייעצות. הוזמנתי מתוקף תפקידי כחבר הוועדה היוזמת להקמת אוניברסיטה; ובוודאי גם מתוקף היותי מעוניין להיאבק על הקמת בית ספר לרפואה בה. הוא זימן לשיחה שניים או שלושה אנשים נוספים, ובתוכם מיכה טלמון,<sup>28</sup> מנהל מחוז הדרום של משרד השיכון. השיחה התקיימה בעירייה, שהייתה אז במבנה המסגד בכניסה לעיר העתיקה, וטוביהו פרש על השולחן מפה עם שלושה מקומות אפשריים להקמת האוניברסיטה. האחד – מעבר לפסי הרכבת, תחנת רכבת צפון דאז, (שכונת רמות של היום). השני – במקומו של מלון נאות מדבר (שנהרס לפני שנים ספורות), בדרך לאשקלון. והשלישי – מול בית החולים. זכורני שנאבקתי בישיבה הזו מול דעות אחרות, שהאוניברסיטה צריכה לקום מול בית החולים, כדי שבית הספר לרפואה יהיה ממוקם בקרבתו של בית החולים. דעתי התקבלה על דוד טוביהו, ובשלב מאוחר יותר, נאבקנו פרופי פריבס ואנוכי על כך שבית ספר לרפואה לא יהיה בקמפוס של האוניברסיטה אלא בקמפוס של בית החולים (שאחר כך נקרא על שם משה סורוקה).

<sup>27</sup> דוד טוביהו, (1898 – 1975), ראש העירייה הראשון של באר שבע אחרי הקמת מדינת ישראל. תרומותיו הגדולות לפיתוחה של העיר כללו הקמת תשתיות של מים וחשמל, בניית שיכונים, וסלילת כבישים. מיזמי ופעילי הקמת בית החולים המרכזי לנגב מטעם קופת החולים הכללית כיום המרכז הרפואי סורוקה. עם פרישתו מראשות העירייה בשנת 1961 הקדיש טוביהו את עיקר מרצו להקמת "המכון להשכלה גבוהה בנגב", שהפך לימים לאוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בשנת 1971 זכה להניח את אבן הפינה לקמפוס החדש של האוניברסיטה בבאר שבע.

<sup>28</sup> מיכה טלמון, (1922-2013), הגיע לבאר שבע בשנת 1949, שימש במשך עשור כמנהל חבל הנגב, ומנהל מחוז הנגב במשרד השיכון, ניהל את הבניה הציבורית בבאר שבע ובאזור (מושבי הנגב המערבי, שדרות אופקים ונתיבות), לאחר מכן שימש במשך עשור כמנכ"ל מנהל מקרקעי ישראל, פעל ביחד עם ראש העיר דוד טוביהו להקמת אוניברסיטת בן גוריון בנגב, שימש כמבקר האוניברסיטה, חבר הוועד הפועל ומיזמי הקמת ארכיון טוביהו לתולדות הנגב. זכה באות יקיר העיר באר שבע 1999.

פרופ' משה פריבס, שהיה ראש המחלקה לחינוך רפואי בירושלים, היה יהודי חכם. בוועדת ברנזון הוא הצביע נגד הקמת בית הספר בבאר-שבע. אבל בשלב כל שהוא הוא החל לחשוב שהרעיון של דורון ושל קופת החולים על אודות בית הספר בבאר-שבע אינו סתם רעיון. הוא כתב מכתב לסורוקה, ובו הוא נתן להבין שאולי יש מקום לשינוי דעתו בנושא. היוזמה שלו הייתה לעשות תרגיל דומה לזה שהיה בהקמת בית הספר לרפואה בחיפה – להביא סטודנטים ישראלים מחו"ל להמשך לימודים בבאר-שבע, ואז להכשיר אותם לעבודה בקהילה. סורוקה ענה לו במכתב – "אני שמח לקבל את מכתבך" וציטט את דברי חז"ל: "במקום שבעלי תשובה עומדים, צדיקים גמורים אינם יכולים לעמוד".

לקופת החולים הייתה אז מועצה רפואית – צמרת אנשי הרפואה של המוסד – והיינו מכנסים אותה פעמיים או שלוש פעמים בשנה. (יתר הדברים היו נעשים דרך ועדות: ועדה לרפואת ילדים, ועדה לבריאות הנפש וכן הלאה). באותם הימים, הכנס של המועצה הרפואית התקיים בבית ההבראה היפה 'מבטחים', בזיכרון יעקב. בין ההרצאות, הזמנו את פריבס להרצות בנושא החינוך הרפואי. כשהוא הגיע, ביקשתיו לשוחח אֶתו לאחר ההרצאות. ידעתי שכמה ימים לפני הכנס, הוא הפסיד בבחירות לדיקן בבית הספר לרפואה בירושלים מול פרופ' אהרון בלר – שהיה ראש המחלקה לנוירוכירורגיה בית החולים הדסה עין כרם. העימות הזה היה גם עימות אישי, אך גם עימות בין גישות שונות. גישתו של פרופ' בלר הייתה מחקרית, קלינית ומדעית יותר – גישת רופא בית החולים; ואילו גישתו של פרופ' פריבס הייתה רחבה וקהילתית יותר. הוא הפסיד בבחירות בקולות בודדים. ישבנו לשיחה אחרי ההרצאות, ואמרתי לו "אני מציע לך להיות הדיקן הראשון של בית הספר לרפואה בבאר-שבע, שאותו נקים במשותף". הוא לא השיב לי מיד, אלא אמר "אני נוסע מחר לשלושה שבועות לארצות הברית, אתעמק בנושא, וכשאחזור נדבר". הוא נסע, ובשובו הביא לי תכנית, ואמר "אם קופת חולים תקבל את תכניתי, אני בפנים. אם היא לא תקבל אותה, אין לי עניין בהקמת בית ספר ככל בתי הספר הקיימים".

בקצרה, העקרונות של תכניתו היו: א. חינוך רפואי אינו עניין בפני עצמו אלא יש לו מטרה – השירות הרפואי. החינוך הרפואי חייב לשרת את צרכי השירות הרפואי. ב. מתוך כך הוא גרס שיש לשלב שירותי חינוך, מחקר ושירות יחד. היה לו סלוגן: "מי שישירת יחנך, מי שיחנך ישירת". ג. הוא הציע שהדיקן יהיה מנהל המרחב של קופת חולים בנגב. הצעה זו לא הייתה פשוטה מבחינתו. אמנם הייתי מנהל רפואי ולא מנהל אדמיניסטרטיבי, אך לא פשוט היה לי להחליט לתת חלק מן הסמכויות של מנהל מרחב של קופת החולים – לאוניברסיטה.<sup>29</sup> פרופ' פריבס גם עמד על קיום ראיון קבלה למועמדים ללימודי הרפואה בבית הספר. מטרתו של הריאיון תהיה להעריך האם האישיות של המועמד מתאימה לתפקידו כרופא. בימים ההם, בבתי הספר לרפואה בארץ הקבלה הייתה על סמך ציון מבחן פסיכומטרי וציוני הבגרות בלבד. ואכן עד היום, תנאי זה מתקיים בבית הספר בבאר-שבע, ואומץ גם בבתי הספר האחרים.

פרופ' פריבס גם העמיד את שירותי הקהילה של מערכת הבריאות בנגב במרכז התכנית של בית הספר. הוא הדגיש את חשיבותה של הרמה המקצועית הן של בית החולים והן של שירותי הקהילה – עיקרון שקופת החולים תמיד הדגישה. הוא יצר את המושג 'רוח באר-שבע', שמלווה את בית הספר עד עצם היום הזה. אינני יכול להגיד אם הוא הראשון שטבע את הביטוי, אבל

<sup>29</sup> על המבנה הניהולי של קופת החולים בהקשר זה ראה בהרחבה בפרק הבא.

האידיאולוגיה שלו שפורטה כאן, היא שהובילה לכך – בית ספר עם ראייה הוליסטית ועם מבט לקהילה.

מכאן והלאה נעשינו שותפים למאבק להקמת בית הספר. פרופ' פריבס היה המועמד לדיקן. הוא ידע כי חלק מן ההתנגדות להקמת בית הספר בבאר-שבע, היא התנגדות אישית אליו מצד יריביו בירושלים, לאחר העימות הקשה שהיה ביניהם בבחירות שם. שר החינוך יגאל אלון צריך היה לקבל את ההחלטה בנושא (עד היום, שרי החינוך במדינת ישראל הם גם יו"ר המועצה להשכלה גבוהה). שר החינוך היה במבוכה קשה – לא ברור היה לו שיוכל לחייב את תקציבי המדינה להקמת בית ספר לרפואה בבאר-שבע, והוא גם לא ידע אם כבר יש תנאים מתאימים להקמת בית הספר. הוא מינה ועדה בראשות פרופ' מיכאל פלדמן, אחד המדענים הראשיים במכון וויצמן למדע. חברי הוועדה היו צריכים לקחת את תכנית פריבס שאותה אימצו, ולחוות את דעתם על אודותיה. הגשתי לוועדה נתונים על המחסור ברופאים, הצורך ברופאים באזורי הספר וכן הלאה. בראש המתנגדים עמד פרופ' אהרון בלר, שהיה אז הדיקן של בית הספר בירושלים. היה אז (וישנו גם היום) איגוד של הדיקנים, שיושב הראש שלו מתחלף ברוטציה בין הדיקנים השונים מבתי הספר לרפואה. בתקופה ההיא היה פרופ' בלר יושב הראש של איגוד הדיקנים, והוא שלח מכתבים קשים ביותר בשם האיגוד, נגד הקמת בית הספר בבאר-שבע. פרופ' גיטר, שהיה דיקן בבית הספר לרפואה בתל-אביב (ומנהל המכון לפיזיולוגיה בבית חולים בילינסון) ניסה לרכך את ההתנגדות, אך הצליח בכך מעט מאוד.

בו בזמן היו דיונים שנתיים של האוצר עם קופת החולים, על השתתפות הממשלה בתקציב קופת חולים. הישיבה התקיימה בבית ההבראה 'ארזה', ומנכ"ל האוצר הזהיר אותנו: "דעו לכם שאם תקימו בית ספר לרפואה בבאר-שבע דה פקטו, בלי אישור הממשלה, אנו נבטל את כל ההצעה להשתתפות הממשלתית בתקציב קופת חולים". אף על פי כן, באחד מן הימים כינסתי בביתו בבאר-שבע ישיבה בהשתתפות ארבעה אנשים: דוד טוביהו, ראש העיר ויו"ר המכון להשכלה גבוהה בנגב; פרופ' משה פריבס, הדיקן המיועד לבית הספר לרפואה; משה סורוקה, מנכ"ל קופת חולים; ואנוכי. חתמנו את ההסכם הראשון בין המכון להשכלה גבוהה בנגב לבין קופת חולים הכללית, שאנחנו מקימים בית ספר לרפואה בבאר-שבע! זוהי תעודה היסטורית שאי אפשר להכחיש אותה.

הגיע רגע ההכרעה. דו"ח ועדת פלדמן היה חיובי בנוגע לתכנית פריבס. הדו"ח הוגש למועצה להשכלה גבוהה, והתקיימה ישיבה של המועצה, בראשות שר החינוך יגאל אלון. ההתנגדות המרכזית הייתה של משלחת החברים מטעם האוניברסיטה העברית. ראש הדוברים היה פרופ' יגאל ידן, שנאם נאום חריף מאוד נגד הקמת בית הספר בבאר-שבע. פרופ' אברהם הרמן, נשיא האוניברסיטה העברית, אמר לפריבס בשיחה פרטית: "לא יקום ולא יהיה". ההצבעה הסתיימה בתוצאה של חמישים אחוזים בעד הקמת בית הספר וחמישים אחוזים נגדה. שר החינוך יגאל אלון, בתור יו"ר המועצה, צריך היה להכריע. הוא החליט לאשר את הקמת בית הספר לרפואה בבאר-שבע.

הכנו פתיחה חגיגית, בהשתתפות הגב. גולדה מאיר, ראש הממשלה; הסנאטור אדוארד קנדי; דוד טוביהו, ראש עיריית באר-שבע ועוד. פתיחת בית הספר התעכבה בשנה, בשל מלחמת יום

הכיפורים. בית הספר נפתח בשנת 1974, ולמיטב זכרוני, פתחנו את שנת הלימודים עם שלושים סטודנטים.

בבית חולים המרכזי לנגב דאז פעל בית ספר לאחיות על שם פולה בן גוריון.<sup>30</sup> אני הייתי המורה לאנטומיה בבית הספר, ועל כן הכרתי היטב את התנאים בו. בית הספר לאחיות היה בית ספר לא אקדמי, כמו בתי הספר האחרים לסייעוד בארץ. ביום בהיר אחד, כשהייתי במרכז קופת חולים, ביקש יוסף תקוע, נשיא האוניברסיטה בנגב, להיפגש עמי. (תקוע נבחר לנשיא האוניברסיטה לאחר שסיים את תפקידו בייצוג ישראל באו"ם). הוא סיפר לי שאחד מהאחים רקנאטי מוכן לתרום להקמת בית הספר לסייעוד באוניברסיטה, בתנאי שיהיה זה בית ספר אקדמי. סיפרתי לו שיש בבית החולים בבאר-שבע בית ספר לסייעוד על שם פולה בן גוריון. לא קל יהיה להיאבק עם משפחתה של בן גוריון על העניין, ואין להעלות על הדעת שיהיה בבית החולים בית ספר לאחיות, ובאוניברסיטה בית ספר אקדמי לסייעוד. עוד אמרתי לו שברוח בית הספר לרפואה בבאר-שבע, אני עומד על כך שהאוריינטציה של בית ספר לסייעוד בנגב צריכה להיות קהילתית.

אנשים שונים מקופת החולים (לא אני אישית), נשאו ונתנו לא מעט עם משפחתה של פולה בן גוריון, ובסוף התקבלה הסכמת המשפחה, ובית הספר האקדמי הוקם. פרופ' משה פריבס, שכבר היה בתפקיד של דיקן הפקולטה למדעי הבריאות, מינה את ידידי ד"ר ראובן אלדר למנהל הראשון של בית הספר למקצועות בריאות קהילתית.<sup>31</sup> ד"ר אלדר היה קודם קצין רפואה ראשי, והיה נזירולוג בהתמחותו; הוא התמסר מאוד לבית הספר. (אחרי ניהול בית הספר הוא קיבל תפקיד בבית החולים רמב"ם בחיפה; מאוחר יותר הצעתי לו לנהל את בית החולים "לוינשטיין", ובשנים האחרונות הוא עמד בראש מכון למחקר בבית החולים "לוינשטיין").

באשר למושג 'בית ספר עם אוריינטציה קהילתית' – מושג זה ביטא את השקפתי על מערכת הבריאות בארץ, השקפה שנקבעה לא מעט על סמך ניסיוני בתקופתי הראשונה בנגב. החיסרון הבולט ביותר שראיתי היה קיומן של שתי מערכות בריאות: בתי החולים ברמה גבוהה, ושירותי קהילה לא מסודרים, ברמה נמוכה, מחסור ברופאים וכן הלאה. ראיתי בהפיכתה של רפואת המשפחה להתמחות מוכרת מטרה עליונה. כבר אז הבנתי שבלי מהפכה בחינוך הרפואי, לא נוכל להשיג את המטרה הזו בשירות הרפואי. זו הייתה נקודת המוצא לפעילותי בעניין אופיו של בית הספר.

#### **השקפתי על בית הספר לרפואה בבאר-שבע, אחר ארבעים ושלוש שנים להקמתו**

משה סורוקה, שהיה מנכ"ל קופת חולים הכללית, נפטר זמן קצר לפני שפתחנו את בית הספר לרפואה בנגב. כעבור תקופת ביניים, נבחרתי למנכ"ל קופת החולים, ובשלבם האחרונים של חתימת ההסכם הרשמי בין קופת החולים לאוניברסיטה, כבר הייתי בתפקידי כמנכ"ל הקופה. בהמשך, מוניתי לחבר בוועדת גולדמן, שתפקידה לעקוב אחר בית הספר ולהמליץ את המלצותיה. אירווינג גולדמן היה יהודי שתרם תרומה גדולה מאוד לבית הספר לרפואה בנגב. התרומה הייתה הקמת קרן צמיחה, שמפרותיה יועידו לבית הספר למטרות פיתוח שירותים, חינוך, מחקר וכן

<sup>30</sup> בית הספר לאחיות על שם פולה בן גוריון פועל כיום כתכנית אקדמית לסייעוד, במסגרת בית הספר למקצועות הבריאות ע"ש רקנאטי - הפקולטה למדעי הבריאות שבאוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>31</sup> בית הספר למקצועות הבריאות על שם רקנאטי היו חלק מהפקולטה למדעי הבריאות שבאוניברסיטת בן גוריון בנגב. בית הספר כולל מחלקות ללימודי סיעוד, פיזיותרפיה ורפואת חרום.



הלאה. אבל היה לו תנאי: תוקם ועדה (שקיימת כבר קרוב לעשרים שנה), שתהא מורכבת משלושה פרופסורים אמריקאים ושלושה פרופסורים ישראלים. תפקידה יהיה להתכנס פעם בשנה או שנה וחצי, לעקוב אחרי פעילות בית הספר, להעיר הערות ולהמליץ את המלצותיה בנוגע להשקעת כספי הקרן. הצטרפתי לוועדה זו זמן קצר אחרי הקמתה, והנני חבר בה שבע עשרה שנים. כל שנה או שנה וחצי אני משתתף בדיוני הוועדה; והעיקר – רואה מחובתי לשמור על החזון המקורי של בית הספר שלא יאבד.

הייתה לי אפוא הזכות לעקוב אחר הפעילות של בית הספר לרפואה בבאר-שבע כמנהל הרפואי של קופת החולים הכללית, השותפה להקמתו; כמנכ"ל הקופה ואחר כך אף כחבר ועדת גולדמן. ולכן ברצוני לסכם את תוצאות המאבק להקמת בית הספר, ולבטא בכנות את דעתי על המפעל, עבור הדורות הבאים:

כיום, ארבעים ושלוש שנה לאחר הקמתו של בית הספר, אוכל לומר בגילוי לב – הוקם בית ספר ברמה מצוינת, מטובי בתי הספר בארץ. לכל הדעות, רמתו של בית הספר לרפואה בנגב היא לתפארת. קיומו של בית הספר מהווה תרומה מרחיקת לכת לאוניברסיטה בבאר-שבע ולנגב כולו. זאת ניתן ללמוד מן העובדה שבשנים האחרונות, כאשר רצו לפתח את הגליל, הבינו שהדרך לכך היא הקמת בית ספר לרפואה בצפת. תרומה מרחיקת לכת של בית הספר היא לרמתו של בית החולים סורוקה, ואולי לעצם קיומו. אינני מעלה על הדעת שאפשר היה לפתח את בית חולים סורוקה (שהיום הוא בית חולים מרכזי במדינה), מבלי שהייתה אפשרות לספק לו מנהלי מחלקות ורופאים בעלי תארים אקדמאים ברמה גבוהה. בית הספר גם משפיע על הרמה של שאר בתי החולים המסונפים לו: בית החולים הממשלתי לבריאות הנפש בבאר-שבע, בית החולים ברזילי באשקלון; ועכשיו לשמחתי, בית החולים באשדוד, שיהיה מסונף לו גם הוא.

הרעיון של פרופ' פריבס, שאדם אחד ישמש דיקן בית הספר לרפואה ומנהל המרחב בקופת החולים גם יחד, לא החזיק מעמד לאורך שנים. שלושת הדיקנים הראשונים: פרופ' משה פריבס, פרופ' לחיים נגן ופרופ' שמעון גליק, היו גם מנהלי מרחב. פורמלית, גם הדיקן הרביעי פרופ' שמעון מוזס<sup>32</sup> שימש עדיין מנהל מרחב, אך למעשה בזמנו, השילוב הזה כבר לא צלח כל כך. הסיבות לכך היו ששילוב זה אינו טבעי – קופת החולים היא מוסד שעוסק בשירות רפואי, ובית הספר עוסק בחינוך רפואי. אף על פי שיש השקה בין השניים, הם אינם זהים. העיקרון של שני התפקידים באדם אחד לא החזיק מעמד. אבל עד היום יש רופאים בודדים שמגשימים את עיקרון השילוב הזה בעבודתם; בעיקר ראשי חטיבות שונות – הם פעילים בשירות הרפואי וגם בחינוך הרפואי ובמחקר, בעת ובעונה אחת. 'רוח באר-שבע' הוא מושג שקיים עד עצם היום הזה. אחד הדברים שמאפיינים את בית הספר הוא שבראשית הלימודים נוצר מגע עם החולה והקהילה:

---

<sup>32</sup> פרופ' שמעון מוזס, פרופסור שמעון מוזס MD (1926-גרמניה). עלה לארץ בשנת 1938. במלחמת העולם השנייה לחם בבריגדה היהודית, למד רפואה בליידן (הולנד) ובאוניברסיטה העברית בירושלים, התמחה ברפואת ילדים. בשנת 1961 עבר לבאר שבע להקים את מחלקת הילדים בבית החולים סורוקה בבאר שבע, אז בית החולים המרכזי לנגב. פרופסור מוזס חקר ופרסם רבות בתחום של מחלות מטבוליות בילדים והיה מחלוצי המחקר בדיסאטונומיה משפחתית (FD) בישראל, פרסם מעל 130 מאמרים ואף כתב ספר עם עמית מחקר בנושא זה. פרופ' מוזס ניהל את מחלקת הילדים במרכז הרפואי סורוקה עד 1990 עד לבחירתו לדיקן הפקולטה למדעי הבריאות שבאוניברסיטת בן גוריון בנגב. תחת הנהגתו הוקם אגף חדש לספריה הרפואית בבית החולים, הוחל בתכנון ועיצוב בניינו החדש של בית הספר לרפואה בקמפוס בית החולים ונערך מבצע לקליטת חמישים רופאים עולים מברית המועצות לשעבר, למרכז הרפואי סורוקה, וזאת בליווי תכנית סיוע מיוחדת. פרופסור מוזס פרש ב 1994 וניהל מאז עד 2015 מחקר בטיפולי ים המלח.

הבית של החולה, הרקע החברתי שלו ועוד. לא אשכח שיחה עם מנהל מחלקה פנימית בבית חולים מאיר בכפר סבא, (שהיה אחר כך דיקן בתל-אביב). כששאלתי אותו על בוגרי באר-שבע, הוא אמר לי "כשבא אליי מועמד להתמחות במחלקתי, והוא אומר לי שהוא בוגר באר-שבע – אני 'חוטף' אותו בשתי ידיים, כי אני יודע שיכולתו ביחסי רופא – חולה, גבוהה הרבה יותר משל היתר". שמעתי הערות כאלה גם מבוגרי בית הספר וגם ממנהלי מחלקות. 'רוח באר-שבע' היא מבט הומניסטי יותר, שמתחשב יותר בחולה, ורואה את האדם ולא רק את מחלתו. (עכשיו גם משרד הבריאות נכנס למהלך של העמדת החולה במרכז).

לבית הספר הייתה וישנה השפעה ניכרת על יתר בתי הספר לרפואה בארץ. בית הספר בבאר-שבע היה הראשון שקיים ראיון למועמדים ללימודי הרפואה, וכיום נוהגים כך גם ביתר בתי הספר לרפואה בארץ.

הוקמו חטיבות משולבות לשירות, חינוך ומחקר, אבל לצערי לא תמיד הן ממשיכות לעבוד במשולב. כך נאמר לי בישיבות של ועדת גולדמן. דבר אחד מחובתי להדגיש: החטיבה לבריאות הקהילה הוקמה מיד עם ייסוד בית הספר. בשלב הראשון היא הוקמה על יסוד המחלקה לרפואת המשפחה, ממחלקות קליניות, מחלקת ילדים וכן הלאה, וממחלקות כמו בריאות הציבור, אפידמיולוגיה, סוציולוגיה רפואית וכו' – וכל המחלקות הללו עבדו יחד, ופיתחו גם מחקר ברמה נאותה ומרכזי סאל למחקר ברפואת משפחה ורפואה ראשונית. אבל אחר כך בשלב מסוים, הייתה הפרדה בתוכן. בכלל, המטרה המקורית שלנו בהקמת בית הספר הייתה מכוונת במיוחד להעלאת הרמה ושיפור השירות הרפואי הקהילתי בנגב. זאת, בשונה מן המטרה שהייתה במשך שנים בבתי ספר האחרים לרפואה בארץ, שהייתה מכוונת יותר לעבודת בתי החולים.

אם כן, החטיבות הללו לשירות, חינוך ומחקר היו קיימות, וקיימות גם היום. אך נכשלו במגמה הקהילתית. אין לבית הספר מגמה קהילתית מיוחדת, כפי ששאפנו שיהיה בראשית הדרך. אם נדון לפי מספר הבוגרים שהולכים לעבודה בקהילה, לצערי הרב, מספר הבוגרים המופנים לעבודה ראשונית בקהילה מיתר בתי הספר לרפואה בארץ, עולה על מספר הבוגרים הללו מבאר-שבע.

בראשית הדרך עשינו מאמצים גדולים מאוד לשפר את התנאים במרפאות בקהילה כדי שיתאימו להתמחות הסטודנטים, והקמנו אגודה מיוחדת מכספי הגיונט לשם כך. הוספנו מזכירות ועובדות סוציאליות, והיו הישגים יפים מאוד בנתיבות (שהייתה אז מעברה והיו בה תנאים איומים), בשדרות, באופקים ועוד. אחר כך התחילה ההתרופפות, מפני שבראשית הדרך, פרופ' פריבס ופרופ' גליק חשבו שכדי לפתח רפואה ראשונית בקהילה צריך לפתח רפואה פנימית ראשונית ורפואת ילדים ראשונית. חלקתי על גישתם זו מן ההתחלה. לא האמנתי ואינני מאמין עד היום שהרפואה הפנימית הראשונית יכולה להתחרות עם ההתמחויות האחרות ברפואה פנימית – הקרדיולוגיה, הגסטרואנטרולוגיה וההמטולוגיה, שנחשבות כביכול ברמה טובה יותר בתהליך ה'אטומיזציה' של הרפואה בתקופתנו. היום הרופא יודע יותר ויותר על פחות ופחות. הוא יודע על האבר יותר, ועל האדם כולו פחות, וזה נחשב יוקרתי יותר; ונאמר את האמת – כלכלי ומשתלם יותר. (המספרים מוכיחים איזו גישה הוכיחה את עצמה. כמובן, אינני נגד רפואה פנימית ראשונית, יש דגם מצוין בירוחם, ודגם של רפואת ילדים ראשונית באופקים – אבל אלה הם היוצאים מן הכלל).

כשראיתי שביית הספר בבאר-שבע אינו 'עולה על הפסים' של רפואת קהילה ברמה גבוהה, הזמנתי את עצמי לישיבה של מועצת הפקולטה, ואמרתי להם "רבותי, הדרך שלכם אינה מובילה להתפתחות הרפואה הראשונית בקהילה ברמה גבוהה. רק התמחות ברפואת המשפחה תתרום לכך". הצלחתי לשכנע שכדאי להביא ראש מחלקה מהעמק. ואז קיבלו את דבריי והקימו את המחלקה לרפואת המשפחה, שקיימת עד היום בתור מחלקה, אך מתרכזת במרפאות שונות המוכרות לצרכי התמחות. בשכונה י"ד בבאר-שבע יש מרפאה כזו וישנן עוד. אבל הרופאים בה כבר אינם רחוקים מגיל הפנסיה.

ההתרופפות הגדולה ביותר ברעיון של רפואת קהילה באה משום שהדיקנים שבאו אחרי ארבעת הדיקנים הראשונים סברו שככל שביית הספר יעמיק יותר במחקר ויתרחק יותר מהקהילה, הוא יהיה יוקרתי יותר. זאת טעות מוחלטת (ואינני נגד פיתוח מחקר חלילה). בסופו של דבר, הדמוקרטיה האוניברסיטאית האקדמית, שבה בכל כמה שנים נבחר דיקן ברוב קולות, איננה הדבר הרצוי ביותר. השיקול הרלוונטי שצריך להישקל בבחירת הדיקן הוא היותו האדם המתאים ביותר למטרות בית הספר. היו דיקנים מצוינים כדיקנים, אבל לא עבור הגשמת הרעיון של רפואת קהילה, שהיה מן המטרות הראשיות של בית הספר.

בכל ישיבה של ועדת גולדמן, ביוזמתי וביוזמת אחרים כגון פרופ' סטיב שיינבאום,<sup>33</sup> שהיה יו"ר הוועדה במשך שנים וגם היו"ר הקודם לו; המלצנו המלצות בנוגע לחיזוקה של הרפואה הראשונית בקהילה. ואולם לצערנו לא היו תוצאות להמלצותינו. הכספים הופנו לבית החולים ולמחקר, ולא לרפואה בקהילה.

כל אלו גרמו לנסיגה ברעיון, אבל האירוע הדרמטי ביותר מבחינת הפניית המשאבים לרפואה בקהילה היה חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 וכניסתו לתוקף בשנת 1995, ועמו ביטול המס המקביל.<sup>34</sup> הציבור עוד אינו יודע להעריך כמה נזק הוא גרם למערכת הבריאות ולחינוך הרפואי בארץ. ביטול מס זה ומה שהתרחש בעקבותיו, 'השכיבו' את קופת החולים ב'מיטת סדום' תקציבית. קופת החולים, גם אם הייתה משוכנעת ברעיון של הפניית תקציבים לחינוך רפואי, לא יכולה הייתה לעשות זאת בתנאים שנוצרו. אלו היו תוצאות הפילוסופיה האומללה של ההפרדה, השולטת ברפואה עד היום – תוצאות העובדה ששרד הבריאות עוסק רק בשירות הרפואי, ומשרד החינוך והמל"ג עוסקים בחינוך הרפואי. הפיצול הזה פגע בשותפות של בית הספר לרפואה עם קופת חולים כללית, וחיסל את ההסכם ביניהם. ביטול המס המקביל היה אפוא הגורם הראשי לפגיעה בחזון המקורי של בית הספר לרפואה. השילוב בין שירות רפואי חינוך רפואי ומחקר נפגע, ו'ההפרדה הישראלית' השתלטה על באר-שבע. בית הספר לרפואה בנגב הוא בית ספר מצוי, אבל כבר אינו מזוהה לחלוטין עם החזון המקורי בעניין רפואת קהילה. את העובדה הכואבת הזו אני מבטא את באופנים שונים בישיבות של ועדת גולדמן.

<sup>33</sup> פרופ' סטיבן סי. שיינבאום, MD, MPH, ניו אינגלנד, ארצות הברית, חבר הוועדה המייעצת הבינלאומית של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות ויו"ר הוועדה האקדמית הבינלאומית לביה"ס לרפואה ע"ש ג'ויס וארווינג גולדמן בבאר-שבע; בשנת 2014 הוא ניהל ועדה חיצונית שסקרה את בתי הספר לרפואה בישראל. הוא חבר כבוד של המכללה המלכותית לרופאים.

<sup>34</sup> המס המקביל – מס יעודי ששימש כמקור למימון פעולתן של קופות החולים. המס נגבה מהמעבידים על-ידי המוסד לביטוח-לאומי, וחולק בין קופות החולים באופן יחסי למספר החברים בכל קופה (בהתאם למפקד שערך המוסד לביטוח-לאומי מדי שנים אחדות) ולפי קריטריונים נוספים, שעל טיבם ניטש ויכוח בין קופות החולים. המס בוטל בשנת 1997, במסגרת חוק ההסדרים.

יום אחד ביקשתי להיפגש עם פרופ' רבקה כרמי<sup>35</sup>, נשיאת האוניברסיטה בבאר-שבע (אני מכיר אותה מהימים שהייתה הגנטיקאית של בית החולים סורוקה). היא באה לביתנו בירושלים, ודיברתי אתה על הנושא של נטישת החזון של ההתמחות ברפואת הקהילה. שאלתי 'לאן כל זה הולך?' והיא שאלה אותי מה אני מציע לעשות. אמרתי לה שהצעתי היא לגייס לטובת העניין פרופסור לרפואת המשפחה מהארץ או מחו"ל. יש מועמדים טובים, ואפשר להציע תנאים טובים כדי לחזק את הכוחות הקיימים; ובכך לתת תנופה להתפתחות של התמחות זו בנגב. שאלתי אותה איזה תפקיד הם יציעו למועמד כזה. כרמי ענתה לי שהוא יוכל להיות יועץ נשיאת האוניברסיטה לפיתוח רפואת המשפחה. אחרי כמה שבועות נודע לי על פרופ' מיכאל וינגרטן, רופא מצוין שהיה ראש אחת המחלקות החשובות לרפואת המשפחה בארצות הברית, שהוא דובר עברית ורוצה לעלות ארצה. שלחתי את קורות החיים שלו לפרופ' כרמי מיד, והיא ענתה שיש למצוא מועמד מהארץ, כי מועמד מחו"ל לא יתאים לעניין. בכך הסתיים הדו שיח, ואיש לא עשה מאמץ נוסף למצוא מועמד מתאים. אני היום גמלאי בשלבים המתקדמים של הגמלאות, ואינני יכול לעשות יותר. אני משער שרופא כוינגרטן, שהוא מטובי הפרופסורים לרפואת המשפחה בארץ, אם לא הטוב ביותר, היה בא בשמחה לבאר-שבע, לו היו מציעים לו. אבל לא הייתה כל יוזמה מצד בית הספר (בסופו של דבר הוא התנדב לבוא לצפת).

עדיין דעתי היא שיש לגייס פרופסור אחד או שניים מומחים לרפואת המשפחה, בעלי כושר ניהול טוב, למטרת התחדשותה של רפואת המשפחה בנגב. יש מרפאות שמתאימות להיות מרפאות מוכרות לצרכי התמחות, התנאים הפיזיים ישנם. ניתן לממן זאת מכספי ועדת גולדמן, או ממקורות אחרים מתרומותיה הלא מבוטלות של אוניברסיטת בן גוריון. אבל צריך לרצות בהגשמת חזון מקורי זה. אין ביכולתי 'להזריק' רצון לעשות זאת. בנינו מודל שהועתק מאתנו בתחילה, והיום הוא מודל לחיקוי בארצות שונות; אך באופן פרדוקסלי, בישראל אנו 'בורחים' מהגשמתו.

---

<sup>35</sup> פרופ' רבקה כרמי- MD (1948-), בוגרת בית הספר לרפואה הדסה של האוניברסיטה העברית בירושלים, סיימה התמחות ברפואת ילדים והתמחות על ברפואת פגים ותינוקות במרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה. התמחות על נוספת בגנטיקה רפואית השלימה בבית החולים לילדים ובבית הספר לרפואה של אוניברסיטת הרווארד בבוסטון. פרופ' כרמי ניהלה את המכון הגנטי במרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה. משנת 1995 היא מחזיקת הקתדרה לגנטיקה פדיאטרית על-שם קרן קרייטמן ובשנת 2000 נבחרה לתפקיד דיקנית הפקולטה למדעי הבריאות, אותו מילאה משך 5 שנים. בין השנים 2002 ו-2005 כיהנה גם כיו"ר איגוד דיקני בתי הספר לרפואה בישראל. בשנת 2015 קיבלה תואר מפקדת במסדר האימפריה הבריטית (CBE) מהמלכה אליזבת השנייה על פעילותה המחקרית-אקדמית. מכהנת כנשיאת אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ממאי 2006. היא האישה הראשונה שכיהנה כדיקן פקולטה למדעי הבריאות 2005-2000, וכנשיאת אוניברסיטה בישראל.

## במרכז קופת חולים הכללית

### הניהול הדואלי בקופת החולים

כאמור, באוגוסט של שנת 1968, לאחר שבע שנות עבודה בתור מנהל רפואי של מחוז הנגב, התמנתי למנהל רפואי של מרכז קופת חולים הכללית. קופת החולים הייתה אז המוסד הגדול ביותר במערכת הבריאות בארץ, ובתקופות שונות היו מבוטחים בה בין 90% ל-85% מן האוכלוסייה המבוטחת.

עד מינויי למנהל מרכז קופת החולים, למדתי להכיר את הדואליזם במנהל קופת החולים. הניהול הכפול בקופת חולים התקיים בכל הדרגים: בראש כל אזור (מרכז, צפון ודרום) עמדו רופא ומנהל (ד"ר ישורון-ברמן הייתה קוראת להם 'הציוויליים'), וכן בראש כל מחוז. גם בבתי החולים של קופת החולים היו שני מנהלים (אם כי בדרך הטבע, בבית החולים המנהל הרפואי היה חזק יותר, כי ההיבטים הרפואיים מובהקים יותר בנושאים שבית החולים עסוק בהם. ועדיין, בבתי החולים של קופת החולים היה מעמד חזק גם למנהל האדמיניסטרטיבי).

אפילו במרפאה, שהיא היחידה הבסיסית, היו רופא אזורי ופקיד. הפקיד, שהיה בדרך כלל חסר השכלה, חשב עצמו למנהל המרפאה, ועשה הכול כדי להוכיח זאת. מבחינתו, תפקיד הרופא האזורי היה לאשר מרשמים, תעודות מחלה, אישורים לביקורי בית וכדומה.

בתור הרופא המחוזי נוכחתי לדעת שיש פער בין הרופא המחוזי למנהל בהבנת תפקידיהם. המנהלים האדמיניסטרטיביים ראו בעצמם מנהלי המחוז ומקבלי ההחלטות, וסברו שהרופא המחוזי הוא רק היועץ הרפואי שלהם. תפיסתם זו קיבלה עידוד וחיזוק מגזברות קופת החולים, כי השפעת הגזבר בתוך המוסד עברה דרך מנהלים אדמיניסטרטיביים אלו (הכוונה לגזברים שכיחנו לפני סורוקה, שהיה גם המנהל הכללי וגם גזבר המוסד). המעמד של המנהל האדמיניסטרטיבי היה חזק מאוד, ובא לדי ביטוי בתפקידים שונים ובביטויים שונים, כמו סוג הרכב של המנהל לעומת זה של הרופא. המנהלים עשו הכול כדי להוכיח את שליטתם ואת עליונותם בניהול העניינים. נגרמו מכך סכסוכים רבים בין הרופא המחוזי למנהל הכללי. בלבול שמכויות שלט בכל והניהול נעשה בלתי אפשרי.

כאמור, הכרתי את השיטה, חשתי את מגרעותיה 'על בשרי' וסבלתי ממנה סבל רב, עוד בימי כרופא אזורי בנגב. כאשר התמנתי למנהל הרפואי של מרכז קופת חולים כללית, ידעתי שזוהי שיטה פסולה שיש להיאבק נגדה, וראיתי מחובתי לשנות את המצב בהדרגה. הבנתי שלא אצליח לשנות לחלוטין את המצב בבת אחת, אלא עלי לעשות זאת אט-אט, ובדרכים מחוכמות. הייתה זו אחת המשימות הקשות להצלחה, כי במרכז קופת החולים היה רוב של מנהלים אדמיניסטרטיביים ומיעוט של רופאים. גם בהנהלה היה רוב למנהלים, אבל היא כבר הייתה יותר פונקציונלית, לפי חלוקת המקצועות בתוך קופת החולים.

המדיניות שלי הייתה הובלה הדרגתית למנהל אחד מוסמך. הוא אינו חייב להיות רופא – תלוי באיזו יחידת ניהול מדובר, אבל חובה שתהיה לו השכלה בסיסית מוכחת בענייני בריאות. רופא או לא רופא – העיקר שיהיה מנהל אחד, שרמתו האינטלקטואלית והמקצועית מתאימה לתפקיד. דאגתי שיהיה איזון – אם במקום אחד מיניתי רופא, במקום אחר מיניתי מנהל אדמיניסטרטיבי. זו הייתה הדרך הטקטית היחידה לשינוי המצב.

## מודל המרחבים

בתקופת כהונתי, המחלקה הרפואית של קופת החולים הייתה משולבת – היא עסקה גם בבתי החולים וגם במרפאות. רק לאחד מכן הפרידו בין השניים. על כן במדיניות זו של מנהל אחד לכל יחידה, שילבתי גם את השקפתי בדבר ניהול משותף של בית החולים ושירותי הקהילה. הקמתי מרחבים אזוריים שלהם מנהל אחד, והם כוללים את בית החולים האזורי ואת המרפאות גם יחד. בכלל, הייתי בעד 'אזוריות' – מושג סוציו אקונומי מכריע בענייני בריאות, שכמעט נשכח בתקופת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

הקמתי אפוא ארבעה מרחבים: מרחב הנגב – שבו השילוב בין בית החולים לשירותי הבריאות של הקהילה היה חיוני, בגלל המחסור ברופאים. מרחב העמק – ובו שימשו דמויות חלוציות מראשית דרכה של קופת חולים, שאפשר היה לסמוך עליהן ולהפקיד בידיהן את ניהול המרחב. מרחב השרון ופתח תקווה – ובמרכזו בית חולים השרון. ואחרון – מרחב חיפה והגליל המערבי. מנהל מרחב הנגב היה רופא, וכן מנהל מרחב השרון (פרופ' יעקב הרט<sup>36</sup>), רופא משפחה במקצועו, שהחליף אותי קודם לכן בתפקיד הרופא המחוזי בנגב). במרחב העמק התחלפו ברוטציה רופא ומנהל אדמיניסטרטיבי; ומנהל מרחב חיפה והגליל המערבי אמנם לא היה רופא, אך היה אדם שראוי לתפקיד מנהל מרחב (אלי פרסר)<sup>37</sup>.

היתרונות של מודל המרחבים הם לפי העיקרון שהחולה המטופל במרפאה הוא אותו חולה שנשלח במקרים מסוימים לבית החולים. החולה יוצא מן הקהילה לבית החולים, וחוזר אליה, ועל כן המשכיות הטיפול בין בית החולים לקהילה היא חיונית. עוד יתרון הוא היכולת של הרופא בבית החולים לפגוש את המטופל בסביבה המשפחתית והקהילתית שלו. כאשר בית החולים נפרד מן המרפאה, אין הזדמנות לרופא להכיר את סביבתו הטבעית של המטופל, ולפגוש במחלה במרפאתו, אפילו לא כאפיזודה. ויתרון נוסף הוא מבחינת כוח אדם וכלכלת בריאות. מודל זה חוסך בכוח אדם, ובתקופת המחסור ברופאים, חיוני היה שרופאי בתי החולים ישלבו גם עבודה במרפאות בפריפריה.

## נסיבות מינויי במנהל קופת חולים הכללית

ברצוני לפרט את הנסיבות לשלושת המינויים שלהם זכיתי בקופת החולים, היות שהן יכולות לשפוך אור על דרכי במוסד.

המינוי הראשון שלי לרופא מחוזי בנגב בשנת 1961, היה מינוי מקצועי ולא פוליטי. קדמו לו הפנייתי להשתלמות בבריאות הציבור בלונדון, ושורה של תפקידים קודמים בנגב, כדוגמת האחריות לבריאות התעסוקתית של פועלי התעשייה והמפעלים הראשונים בנגב. למרות התנגדותי למבנה הניהול הדואלי בקופת החולים, הזדהיתי לחלוטין עם מפעל פיתוח באר-שבע

<sup>36</sup> פרופ' יעקב הרט MD – (1944) למד רפואה בירושלים (1967), פרופ' חבר קליני וראש המחלקה לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת-בי"ס לרפואה אוניברסיטת תל אביב (1995-1991); מנהל בית חולים השרון (1975-1995); מנהל בי"ח לוינסטין (1998-2011); יו"ר איגוד מנהלי בתי החולים בישראל (1991-2011), נשיא מכללת נתניה (2017), חתן פרס בן גוריון למחקר אקדמי מטעם ההסתדרות הכללית (1982).  
<sup>37</sup> אלי פרסר – מנהלו האדמיניסטרטיבי הראשון של בית החולים מרכזי לנגב- המרכז הרפואי סורוקה, היה מנהלו של בית החולים במשך 15 שנים. פרסר החל לעבוד בבית החולים כשנה לפני פתיחתו והיה אחראי על ציודו, אישור והפעלתו במועד. המוטו שהנחה אותו היה, שאדמיניסטרציה רפואית אינה מדע מדויק כי אם אמנות. בשנות ה-70 עבר פרסר לניהול בית החולים כרמל בחיפה שם עבד עד יציאתו לגמלאות.

והנגב, קליטת רופאים עולים בנגב, ובכלל, עם יישובי הנגב וחלוציו. על כן טבעי היה לי לשמש רופא מחוזי בנגב.

שונות היו הנסיבות למינויי לראש האגף הרפואי במרכז קופת חולים הכללית, בשנת 1968. היה אז מתח עצום בעניין הניהול הדואלי בקופת החולים, והתנגדות קשה מאוד של הרופאים למועמדותו של סורוקה, שהיה אז גזבר הקופה, לתפקיד מנכ"ל קופת החולים. הרופאים דרשו שבראש המוסד יעמוד רופא, ואף איימו בשביתה בנושא. הרקע לכך היה המרירות על גובה השכר וההתנגדות לשלטון העסקנים בקופת החולים. מזכ"ל ההסתדרות דאז, אהרון בקר, הכריז על פשרה: אמנם סורוקה יתמנה למנכ"ל הקופה, אבל הרופא המחוזי הצעיר של הנגב, חיים דורון, יתמנה למנהל האגף הרפואי (היות שד"ר טובה ישורון ברמן פרשה לגמלאות). פשרה זו זכתה להסכמת הרופאים.

עם הקמת מפלגת רפ"י על ידי בן גוריון, בשנת 1965, לא הסתרתי את הזדהותי עם המפלגה ועם דרכה הממלכתית. אם כי רפ"י חזרה והתאחדה עם מפא"י בשנת 1968, אני מניח שלנציג רפ"י בהסתדרות, גד יעקבי, הייתה השפעה על גיבוש הפשרה של בקר. לאחר גיבוש הפשרה בהסתדרות, קיבלתי טלפון משמעון פרס, שרצה להציע את מועמדותי למנכ"ל קופת החולים. לא התלהבתי מתכניתו, והעדפתי אז את התפקיד של מנהל רפואי, בין השאר משום שהערכתי שהצעתו מושפעת מיריבותו עם גד יעקבי (לשעבר עוזרו של שר משה דיין כשר החקלאות).

בכל שנות פעילותי בניהול המרכזי של קופת חולים הכללית, ענייני מערכת הבריאות, השיקולים של רמתה הרפואית, טוהר דרכה ויציבותה היו בראש מעייניי. המבנה הפוליטי הפריע לי, ועשיתי מה שיכולתי כדי להקטין את השפעתו. באחד הימים, ערב מערכת בחירות לכנסת, ולאחר התפטרותו של משה דיין ממשלת בגין, הופיעה באחד השבועונים 'הדלפה' שלפיה דיין מתכנן לרוץ לכנסת עם רשימה עצמאית משלו. נאמר שם ש"מספר שתיים ברשימה יהיה יו"ר מרכז קופת חולים פרופסור חיים דורון". לא היה לי שמץ של מושג מהיכן הגיע ידיעה זו, ומה לי ולה. כעבור כמה ימים קיבלתי טלפון מדיין והזמנה לפגישה איתו בכנסת. הוא פתח את השיחה בשאלה: "אתה תהיה לנצח בקופת חולים?" עניתי שכן, ושם למעשה הסתיימה השיחה. לא היו לי כל תכניות להשתלב במפלגה.

המינוי למנכ"ל קופת החולים בשנת 1976 היה על רקע אחר לגמרי. אחרי מותו של משה סורוקה מנכ"ל הקופה, פנחס ספיר שר האוצר ויצחק בן אהרון מזכ"ל ההסתדרות, סיכמו על מינוי של אשדר ידלין מזכיר חברת העובדים דאז ליו"ר מרכז קופת חולים. היה זה מינוי פוליטי מובהק. הוא כיהן תקופה קצרה. אך שאיפותיו הפוליטיות היו בכיוון הכלכלי גרידא, ועם פרסום מועמדותו לתפקיד נגיד בנק ישראל, התגלתה פרשת שחיתות בהתנהלותו. נפתחה חקירה פלילית שהסתיימה בהרשעתו. בתור 'מספר שתיים' בקופת החולים, הפכתי אוטומטית לממלא מקום ראש המרכז – מנכ"ל בפועל.

הייתה זו תקופה קשה מאוד עבורי. דרכי בחיים, שאותה ירשתי מהוריי, והזדהותי הרעיונית והנפשית עם קופת החולים, היו מנוגדות לחלוטין לפרשה מסוג זה. קשה היה לי לפגוש את עובדי קופת חולים שהיו מסורים בכל שנות עבודתם, ומזדהים עם דרכו הטהורה של המוסד, ולהשיב לשאלתם "כיצד זה קרה בתוכנו?". לא אשכח איך באותם ימים, לפני כל חתימה על מסמך היססתי, ובקשתי את אישורו של היועץ המשפטי, ידידי עו"ד עמירם שגיב.

היה אז מובן מאליו לכל, במוסד ומחוצה לו, שאתמנה ליו"ר קבוע. זאת הן מבחינת מעמדו במוסד, והן מבחינת העשייה רבת המשמעות הציבורית בתפקידי בתור המנהל הרפואי של המוסד. אמנם נכון שעד אז לא עמד רופא בראש המוסד, ובוודאי לא רופא בעל דעות עצמאיות וגישה ממלכתית. ימים ספורים לפני המינוי הקבוע המיועד, התקשר אלי מזכ"ל ההסתדרות דאז ירוחם משל, הוא שאל אותי אם אסכים לשמש ממלא מקום. תשובתי הייתה שלילית לחלוטין, על כל המשתמע ממנה. הוא ויתר. כך התמנה בפעם הראשונה בתולדות קופת החולים רופא למנהל המוסד. ולא זו בלבד שהייתי רופא אלא שהיו לי דעות עצמאיות וגישה ממלכתית; ובתור מנכ"ל המוסד ערכתי הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתית שלא התיישבה עם עמדתה של ההסתדרות.

## דרכי במוסד

אף על פי שקופת החולים הייתה מוסד של ההסתדרות, גישתי בניהולו הייתה גישה ממלכתית, וטובת מערכת הבריאות עמדה לנגד עיני. בשנות החמישים, השישים והשבעים של המאה הקודמת היו התנגדות, חוסר הסכמה וחיכוכים קשים בין משרד הבריאות לקופת חולים הכללית. גם בתקופתי בניהול המוסד עדיין הייתה קיימת התנגדות זו. אך אישית, אף פעם לא הבנתי מדוע היא קיימת, לא הזדהיתי אתה ולא קיבלתי אותה; וידעתי שהיא אינה לטובת מערכת הבריאות כלל.

כשלעצמי, השתדלתי ששיקולי יהיו ענייניים בלבד, לטובת מערכת הבריאות. לדוגמה, לא היססתי לעשות צעד ממלכתי, ולחתום על הסכם האשפוז האזורי משנת 1981 עם משרד הבריאות, שבראשו עמד שר הבריאות אליעזר שוסטק ומנהלו הכללי היה פרופ' ברוך מודן. הסכם זה פתח את כל בתי החולים, כולל בתי החולים של קופת חולים הכללית, לחברי כל הקופות. היה בו ויתור מסוים של קופת חולים הכללית על העדיפות שהייתה לה בקבלת חולים לבתי חולים משלה. הסכם זה גם כלל את ארגון האשפוז בארץ על בסיס של אזוריות, (בניגוד להסדר הכלכלי המסובך שקיים היום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הנוכחי, שלדעתי מתעלם מהיבטים רפואיים חיוניים). לא הסכמתי לחתום על ההסכם, עד שלא ייכלל בו סעיף שלפיו זכותו של כל רופא משפחה לאשפוז חולה על פי שיקול דעתו המיוחד בכל בית חולים (אף שההתארגנות הכללית הייתה על בסיס אזורי), ועמדתי על כך אישית. חתימתי על הסכם זה הייתה אפוא הפתעה עבור אנשי משרד הבריאות. היא לא הייתה בדיוק בהתאם למסורת ההתנגדות והחיכוך בין קופת החולים למשרד הבריאות.

עוד בתפקידי כמנהל רפואי של הקופה, כאשר סורוקה היה מנהלה הכללי, עשיתי מאמץ להתעלם מהעימות הזה, ולחתור לשיתוף פעולה אמתי לגופם של דברים. ואמנם אנשי בתי החולים הממשלתיים חשו זאת. אתן לכך כמה דוגמאות: לעיל הזכרתי את פגישתי עם פרופ' שיבא ערב ההחלטה על הקמת בית הספר לרפואה בחיפה, ואת בקשתי ממנו שיצוין בהמלצות הוועדה שבת הספר הרביעי יוקם בנגב. פגישה זו התקיימה בימים שבהם היה עימות חריף ביותר בין פרופ' שיבא ואנשי בתי החולים הממשלתיים לבין סורוקה ואנשי קופת החולים. ואמנם שיבא קיים את הבטחתו לי, ודאג לציין זאת על פי בקשתי. דוגמה נוספת: שיבא כתב מאמר בעיתון הארץ, שבו הביע את דעתו נגד פעולתו של סורוקה, שהקים את בית חולים הרצפלד בגדרה ולא בקמפוס של בית החולים קפלן. מבחינה מקצועית אובייקטיבית, היה צדק בדבריו, אבל למעשה הוא לא צדק. זאת כיוון שקופת החולים לקחה על עצמה לבנות את בית חולים על שם הרצפלד, בשטח שאותו נתן הרצפלד לשם הקמת בית החולים ועל פי בקשתו (בית חולים זה עבר אחר כך תמורה בכיוון



גריאטרי שיקומי). אמנם במאמרו זה, כתב שיבא שהוא מוכן שהרופא הצעיר מהנגב, שהתמנה זה עתה למנהל הרפואי בקופת החולים, יכריע מי צודק... כלומר הוא חש את גישתי העניינית.

אתן גם דוגמאות של שיתוף פעולה ביני לבין פרופ' מרדכי שני,<sup>38</sup> מנהל תל השומר (גם בתקופה המאוחרת יותר של הניגוד והאנטגוניזם בין קופת החולים לבתי החולים הממשלתיים): יחד הקמנו בכפר המכבייה מכון לשיקום של חולים אחרי התקף לב – בשיתוף קופת החולים ובית החולים תל השומר. יחד הקמנו את ההוספיס בתל השומר. היינו שותפים גם בהקמת מרכז לרפואה ציבורית, לפני הקמת המכון הלאומי; ובנושאים נוספים. לא ראיתי שום הצדקה לפיצול ולניגוד הללו, השתדלתי להתעלם מהם, ובדברים קונקרטיים גם לשתף פעולה ככל שיכולתי.

דוגמה נוספת, בימים של מלחמת יום הכיפורים, מנכ"ל משרד הבריאות היה פרופ' ברוך פדה<sup>39</sup> (שהיום קרוי על שמו בית חולים פורייה). הייתי בידידות רבה ובשיתוף פעולה עמו. כשפרצה המלחמה יצאנו יחד לכל בתי החולים בארץ, כדי לראות אלו חולים אפשר לשחרר מבית החולים, ולפנות מיטות לפצועי המלחמה. אז לקחתי על עצמי לפתח בארץ את ה- 'Home Care' – הטיפול בבית לחולים כרוניים סיעודיים, שהוקם באותם הימים בכספי קופת חולים (פדה הבטיח תקציב ממשלתי לכך, אך בסופו של דבר לא קיבלנו תקציב כזה).

דוגמה נוספת לגישתי הייתה עמדותי בנוגע להקמת בית החולים בנגב. בן גוריון סבר שבית החולים צריך להיות ממשלתי. כידוע, הזדהיתי מאוד עם הגישה הממלכתית של בן גוריון ועם תורת 'הסרת הפיגומים' שלו. סבורני שגישתו זו הייתה חיונית לשם גיבושה של מדינת ישראל בשנות הקמתה. אבל בעניין בית החולים לא הזדהיתי עם עמדתו, כיוון שידעתי שאין זו טובתם של תושבי הנגב. ציפיתי מאדם כמו בן גוריון לוותר על עיקרון כללי מסוים, לטובת העניין העומד על הפרק (ועם זאת, המשכתי להיות אוהד חם ומסור של בן גוריון במשך שנים רבות). בתקופה ההיא, המוסד היעיל ביותר לפיתוח בית חולים מודרני היה קופת חולים הכללית, ללא כל ספק. וכיוון שזו הייתה טובת העניין, זו הייתה גם עמדותי. אם כן, גישתי הייתה גישה ממלכתית, בניהולו של מוסד לא ממלכתי כקופת החולים.

---

<sup>38</sup> פרופ' מרדכי שני (1938 - ) מנכ"ל משרד הבריאות בשתי תקופות כהונה, מנהל המרכז הרפואי שיבא, שותפו של פרופ דורון להקמת המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות, ממקדמי החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, מייסד (2005) ומנהל בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת תל אביב, יו"ר ועדת סל הבריאות- הוועדה הקובעת את הרכבו של סל השירותים והתרופות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתיתחן פרס ישראל (2009) על מפעל חיים ותרומה למערכת הבריאות.

<sup>39</sup> פרופ' ברוך פדה (1908-2001), רופא, קצין רפואה ראשי, מנהל בית החולים פוריה בטבריה ומנכ"ל משרד הבריאות, פרופסור לרפואה פנימית, חתן פרס ישראל (1985) לרפואה.

## תחייתה של רפואת המשפחה בישראל

### השקפתי בנוגע לרפואת משפחה

ברצוני להרחיב בנושא היוזמות לתחייתה של רפואת המשפחה בישראל, שבהן זכיתי לקחת חלק בתפקידי במרכז קופת חולים הכללית. כבר הזכרתי את הרושם העמוק שעשתה עליי ההודעה של הסטודנטים לרפואה מירושלים בוועדת השופט צבי ברנזון, בדבר הפער העצום בין רמתה הגבוהה של רפואת בית החולים הנלמדת בבתי הספר לרמתה הנמוכה של הרפואה בקהילה. הודעה זו השפיעה עלי ליזום ולקדם יוזמות שונות עבור תחייתה של רפואת המשפחה בישראל.

מהי רפואת משפחה טובה? ראשית, להשקפתי, על רפואת משפחה להיות ענף הוליסטי, שרואה את האדם בכללותו. רפואת המשפחה צריכה להיות אינטגרטיבית – רפואה הרואה את החלקים הגופני והנפשי כאחד (היום, כשעוסקים ברפורמה בבריאות הנפש, סבורני שפוסחים על תפקידו של רופא המשפחה בהבנת מצבים מסוימים בבריאות הנפש). שנית, על רפואת המשפחה לראות את האדם כולו במרכז, ולא רק את האיבר המסוים שבו התגלתה מחלה או בעיה. היום, בעידן ה'אטומיזציה' של כל ההתמחויות השונות, חיוני שהיה אדם שירכז את כל ההיבטים של בריאות האדם, וידע לגשר על פני גישות שונות – וזהו תפקידו של רופא המשפחה. אגב, לפעמים בין מומחה אחד למשנהו חלוקות הדעות בנוגע לטיפול הרפואי המתאים (לדוגמה בין קרדיולוג לבין מומחה ללחץ דם גבוה, יש היום דעות שונות על הטיפול הרפואי. הטיפולים סותרים, ועל כן חיוני הוא התפקיד של סינתזה והעמקה באשר לפרמקולוגיה קלינית, בעידן המחלות הממושכות). שלישית, על רפואת המשפחה לעסוק בכל שלבי הבריאות. תפקידה אינו מתמצה בחלק האבחוני-טיפולי האקוטי של הרפואה הראשונית, אלא היא אמורה לכלול את כל שלבי הרפואה; החל מקידום הרפואה, דרך רפואה מונעת, טיפול רפואי בקהילה, או אם יש צורך, הפנייה לאשפוז, וכלה בשיקום הרפואי. לעתים הגבולות בין שלבי הרפואה הללו מטושטשים.

הושפעתי רבות (וכך גם קודמתי בתפקיד, ד"ר טובה ישורון ברמן), מגישתו של פרופ' סידני קרק.<sup>40</sup> הוא ורעייתו עלו מדרום אפריקה, והיו מומחים לבריאות הציבור. הם הביאו מדרום אפריקה לארץ את המושג של "community oriented primary care" כלומר: רפואה ראשונית שיש בה ראייה של המצב של המשפחה, הקהילה, השכונה, או היישוב שבהם האדם חי. לגישתו זו הייתה השפעה גדולה מאוד עליי. האשפוז הוא אפיזודה בחייו של האדם – כמובן, אפיזודה חשובה ביותר, אך אינה כוללת את כל היבטי בריאותו. לכן חובה לעסוק בכל היבטי הבריאות בחיי האדם.

### צעדים ראשונים לתחייתה של רפואת המשפחה בארץ

ניצנים ראשונים לקידומה של רפואת המשפחה על פי ההשקפות הללו נעשו ביוזמתו של ד"ר מנדל פולאק,<sup>41</sup> שהיה רופא משפחה מדרום אפריקה – רופא מוכשר, יסודי, מסור ונאמן – אין מילים

<sup>40</sup> פרופ' סידני קרק (1911-1998) רופא יהודי-דרום אפריקאי, פרופסור וחלוץ של שיטות רפואה חברתית בעולם, בדרום אפריקה ובישראל. גישה זו (Community Oriented Primacy Care: COPC) הפכה לגישה חשובה ומרכזית ברפואת משפחה בעולם.

<sup>41</sup> פרופ' מנדל פולאק (1929-2000), יליד ליטא, בגיל 3 היגר עם משפחתו לדרום אפריקה, סיים לימודי רפואה באוניברסיטת קייפטאון, עלה לישראל 1962, ראש החוג לרפואת משפחה בפקולטה לרפואה אוניברסיטת תל אביב, (1973-1991) ויו"ר איגוד רופאי המשפחה הראשון בישראל.

לשבתו. הוא הגיע לבית הספר לרפואה בתל-אביב והיה הראשון שהחל לבחון האם אפשר להקים מחלקה לרפואת המשפחה שם. כאמור, בזמן ההוא היו בבאר-שבע פקפוקים בנוגע לשאלה מה יקדם את הרפואה בקהילה – השקעה ברפואה פנימית ראשונית וברפואת ילדים ראשונית, או השקעה ברפואת משפחה. וכאמור, דעתי הנחרצת הייתה שיש להקים מחלקה לרפואת משפחה, אך בקושי הצלחנו לשכנע להתחיל בהקמתה.

אחת היוזמות הראשונות שיזמתי בתפקידי בתור מנהל רפואי של הקופה, בנוגע לרפואת המשפחה לפי ההשקפות הנ"ל, היה כינוס כנס בין לאומי לרפואת המשפחה. הכנס נערך בספטמבר 1972 במלון השרון בהרצלייה פיתוח. שלושה מארגנים היו לכנס: ד"ק מנדל פולאק, ד"ר ג'ק מדלי<sup>42</sup> ואנוכי. ד"ר מדלי היה רופא משפחה יסודי מאוד, ואפידמיולוג שעשה עבודה אפידמיולוגית חשובה בירושלים ובתל-אביב. הבאנו את טובי הפרופסורים ברפואת המשפחה משלוש עשרה מדינות, מאירופה המערבית וארצות הברית. הם השתתפו גם במליאה וגם בוועדות השונות שדנו בכל ההיבטים: חינוך, התמחות, שירות ומחקר ברפואת המשפחה. את ברכת המדינה הביא שר הבריאות דאז, ויקטור שם טוב, שראה את היוזמה שלנו בחיוב רב. לאחר מכן פרסמה קופת החולים את כל ההרצאות והדיונים בכנס, בספר מיוחד שנקרא "דיונים ברפואת המשפחה".

#### **צוות רופא-אחות**

לשם קידום רפואת משפחה איכותית, סברתי שאין אפשרות של 'סולו פרקטיס' (עבודת הרופא לבדו) ברפואה הראשונית; וכך אני סובר עד היום. על הרופא לעבוד עבודת צוות יחד עם האחות במרפאה. תפקיד האחות אינו תפקיד צדדי של מתן זריקות וחבישות תחבושות בלבד, אלא תפקידה לחבור לרופא בקידום מכלול היבטי הבריאות של האדם. לכן פיתחתי את המודל של צוות רופא-אחות. בעבודת הצוות, תפקיד האחות הוא הראשון והחשוב ביותר הוא קידום בריאות – חינוך האדם לתזונה נכונה, לפעילות גופנית וכדומה. עוד היא עסוקה במניעת מחלות על ידי בדיקת לחץ הדם, בדיקת הסוכר במרפאה וכדומה. עליה גם להבין היטב את הרקע של האדם הבא למרפאה, ולברר מהו מצבו המשפחתי והחברתי, היכן הוא עובד ועוד. השפעת מקום העבודה ועיסוקו של האדם על בריאותו היא חשובה, ויש נטייה לשכוח זאת. (ביטול המס המקביל, בין יתר מגרעותיו, השפיע גם על היכולת לטפל בהיבט זה של הקשר בין בריאות האדם למקום עיסוקו). הגענו להפעלת שבע מאות יחידות של צוות רופא-אחות, גם בכפר וגם בעיר. הוכח שביחידות אלה, התוצאות בטיפול בלחץ דם גבוה לדוגמה, היו טובות הרבה יותר מאשר במרפאות שבהם לא הופעלו יחידות כאלו.

היות שבשנותיי הראשונות בתפקידי בקופת החולים היה ניהול דואלי של מנהל אדמיניסטרטיבי ורופא, היה עלי לשכנע את המנהלים להוציא כסף לשם כך. בתקופה ההיא היה מחסור ברופאים ועומס גדול במרפאות, שגרר אי שביעות רצון מצד הציבור. שכנעתי אותם שביטול עבודת הצוות

<sup>42</sup> פרופ' ג'ק מדלי (1922-2006) יליד ארה"ב, גדל בדרום אפריקה, למד רפואה בקיפטאון והשתתף כרופא במלחמת העולם השנייה. במאי 1948 עלה לישראל במסגרת המח"ל וצורף לחיל הרפואה. בתחילת שנות הששים הקים בירושלים את "הדסה הקטנה", מרפאת רפואת המשפחה בקריית יובל בירושלים. מייסד ההתמחות ברפואת המשפחה, איגוד רופאי המשפחה בישראל ויו"ר החוג הראשון בארץ לרפואת המשפחה באוניברסיטת תל אביב והפרופסור הראשון ברפואת המשפחה בישראל. הקימו את איגוד רופאי המשפחה בישראל.

ירד העומס, ושביעות הרצון תגדל. זה היה מדויק ונכון, אך מצדי לא ראיתי בעבודת הצוות אמצעי להורדת העומס, אלא קונספציה רפואית חדשה לגמרי, מן הנימוקים שהוזכרו לעיל.

לאחר שעזבתי את תפקידי בקופת החולים בוטלו יחידות אלו, והיו לכך כמה סיבות. מבחינת תקציב, חישבנו אז שכדי ליישם את המודל של צוות רפא-אחות במרפאה של ארבעה רופאים, יש להוסיף חצי משרה לאחות. זהו עניין תקציבי שצריך לשקול אותו. אך לדעתי, אם לוקחים בחשבון את התוצאות ארוכות הטווח במשך שנים, יש בכך חיסכון כלכלי. לצערי, אף פעם אין עושים את החשבון הזה, אלא תמיד מביטים רק שנה קדימה. עוד קושי בהפעלת צוות רפא-אחות היה העימות שנוצר לעתים ביניהם, שבא במקום המחשבה על טובת הטיפול בחולה שיש בעבודת הצוות. אינני בקיא במשקלן של הסיבות השונות שמנתי, אבל העובדה היא שהיום נשמעים יותר ויותר קולות בנוגע לחיוב שבעבודת הצוות רפא-אחות. ואני מאמין באמונה שלמה שחיזוקה של רפואת המשפחה בעתיד תכלול גם את שיטת עבודת הצוות.

לא הסתפקתי בהנהגת צוות רפא-אחות. הנהגתי גם את הצוות המורחב, שכלל גם את העובדת הסוציאלית ואף את מזכיר המרפאה. (לשמחתי, רעיון הצוות המורחב מיושם בחלקו עד היום, במתכונת של פגישות צוות חודשיות).

העבודה הסוציאלית הרפואית הייתה עד אז רק בבתי החולים. הנהגתי עבודה סוציאלית רפואית בקהילה. הבאתי לקופת החולים את ברוך עובדיה, שהיה העובד הסוציאלי הראשי של המשרד לקליטת עלייה, וכך הוא עמד במשך שנים בראש השירות הסוציאלי בקופת החולים. כל עובד סוציאלי עבד בשתיים עשרה מרפאות, והשתתף בישיבה חודשית בכל מרפאה, יחד עם צוות רפא-אחות ועם מזכיר המרפאה.

#### **השתלמויות לרופאי המרפאות**

היה לי ברור שההשתלמות שמקבלים רופאי המרפאות אינה מספקת. הנהגנו זכות לעשרים וארבעה ימי השתלמות לרופא בשנה, בשיתוף פעולה הדוק עם ועד רופאי המרפאות. הקמנו מכון משותף לקופת חולים ולבית הספר לרפואה בירושלים, וקראנו לו המכון האוניברסיטאי להשתלמות רפואית. על מכון זה הטלנו את האחריות לביצוע עשרים וארבעה ימי ההשתלמות בשנה לכל רופאי המרפאות – רופאים ראשוניים, רופאים מקצועיים וכן הלאה. המכון פיתח דפוסי השתלמות שונים: יום קבוע לפי בחירת הרופא, שבו ישתלם במחלקה הפנימית של בית החולים; קורסים מרוכזים בנושאים שונים; וכן הלאה. בנושא זה מחובתי להזכיר את הזכויות ההיסטוריות של קודמתי בתפקיד, ד"ר טובה ישרון ברמן, שקדמה לי בפיתוח ההשתלמות הרפואית בקופת חולים.

#### **השילוב בין בית החולים לקהילה**

עוד מימי כרופא מחוזי בנגב, השילוב בין המרפאות לבתי החולים היה אצלי נקודת מפתח לניהול כוח האדם הרפואי ולהעלאת רמתה של הרפואה בקהילה. סברתי שתפקיד הרופא במרפאת החוץ של בית החולים אינו מתמצה בבדיקת החולה לפני אשפוז ובמעקב אחריו אחרי אשפוז. שאפתי שהרופא במרפאת בית החולים ישמש גם רופא מייעץ בכל המקצועות עבור האדם בקהילה. דרך ראשונה של שילוב הייתה ההכרזה שהרופאים במרפאה ייתנו מענה לשני הצרכים גם יחד – לבית החולים ולקהילה. (קודם לכן הייתה לדוגמה מרפאה מחוזית 'רמז' ברחובות, שהייתה מנותקת

מבית החולים לגמרי). מיד אחרי שהנהגנו שינוי זה בנגב, ואלי אפילו קודם לכן, היו ניצנים לשינוי זה בשאר אזורי הארץ. כשפתחנו את בית חולים הכרמל, לא פתחנו מרפאת חוץ אלא הכרזנו שמרפאת 'לין' הגדולה והקהילתית היא מרפאת החוץ של בית החולים, והיא תשמש לשני התפקידים יחד. כך גם בעמק, בפתח תקווה ובמקומות אחרים בארץ. דרך נוספת של שילוב הייתה בשליחת רופאים המתמחים במקצועות שונים בבית החולים לעבודה במרפאות הקהילה, עקב המחסור ברופאים. ועוד דרך של שילוב הייתה בשליחת רופאים בכירים מבית החולים סורוקה לעבודה בעיירות הפיתוח, כמו דימונה, אופקים, נתיבות וקריית גת.

### **ההתמחות ברפואת המשפחה**

עם כל המאמצים האלו, היה ברור לי שהם אינם מספיקים. ידעתי שהדבר שיכריע את מעמדה של רפואת המשפחה הוא ההתמחות ברפואת משפחה. המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית היא הגוף האחראי על ההתמחויות השונות ברפואה בארץ. כפי שיש למועצה המדעית תכניות להתמחות של ארבע וחצי או חמש שנים במקצועות שונים (ויש מקצועות שההתמחות אף ארוכה יותר), כך שאפתי שתהיה התמחות של ארבע שנים ברפואת המשפחה. על התכנית לכלול: שנתיים ברוטציה במחלקות השונות של בית החולים ושנתיים במרפאה מוכרת שיש בה עבודת צוות רופא-אחות; מדריך, שחייב להיות מומחה ברפואת המשפחה; וכמו בכל יתר ההתמחויות – שתי בחינות: שלב א ושלב ב. בעניין זה היה שיתוף פעולה של המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית, והיא אישרה את תכנית ההתמחות ברפואת המשפחה.

פרופ' יאיר יודפת, שהיה מחלוצי ההנהגה של שיטת הצוות במרפאת בית שמש, כתב חוברת ושמה 'רפואת המשפחה'. שם הוא קובע שהגורם המכריע לפיתוח רפואת המשפחה היה שהענקתי מאה וחמישים תקנים להתמחות ברפואת המשפחה, כדי להתחיל להניע את התהליך. אני רואה בכך זכות גדולה. לא היה לי פשוט לעשות כן, כי הייתי אחראי גם על תקציבה של קופת החולים כולה, אבל הבנתי שזהו צעד חיוני.

הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי – OECD, יצא בשבחים מיוחדים על מערכת הרפואה הראשונית בארץ. מדוע? בגלל כל אותם אלפי מומחים לרפואת המשפחה, ששינו את רמתה של רפואת המשפחה בארץ (וגם בגלל תכנית המדדים, שבלעדיה כל הרעיון לא היה יוצא אל הפועל. בזכות המסה הקריטית של מעל אלפיים מומחים לרפואת המשפחה ברמה גבוהה, רופאים ומנהלי מרפאות (ובזכות תכנית המדדים), הם ציינו את מערכת הרפואה הראשונית בארץ, אולי בתור המערכת הטובה ביותר בעולם המערבי.

כאן המקום לציין את המחלקה הראשונה לרפואת המשפחה של קופת החולים הכללית, שהוקמה בבית החולים המרכזי לעמק בעפולה. היוזמת להקמתה והמנהלת שלה במשך שנים רבות הייתה פרופ' חוה טבנקין,<sup>43</sup> מאוניברסיטת בן גוריון בנגב, ולא במקרה. המחלקה עסקה בהתמחות של רופאי משפחה בצפון.

<sup>43</sup> פרופ' חוה טבנקין-פרופ' מן המניין ברפואה ועו"ד, נולדה בירושלים בשנת 1947, סיימה לימודי רפואה בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר בתל אביב בשנת 1975. 1982 סיום התמחות ברפואת המשפחה. עבדה שנים רבות כרופאת משפחה בישובי בקעת הירדן, בית שאן ובקיבוצי עמק יזרעאל. בין השנים 1987-2014 מנהלת המחלקה לרפואת המשפחה של מרכז רפואי העמק ומחוז הצפון של הכללית, כיהנה כיו"ר איגוד רופאי

כשנפתח בית חולים הכרמל החדש, ראיתי שיש שם תנאים מתאימים להקמת מחלקה לרפואה קהילתית, כולל רפואת משפחה, ברוח גישתו של פרופ' סידני קרק – "Community Oriented Primary Care". הבאנו את פרופ' ליאון אפשטיין,<sup>44</sup> שהיה אחד מתלמידיו של פרופ' קרק, להיות מנהל המחלקה. הוא התיישב בחיפה והתחיל לפתח אפידמיולוגיה ורפואת משפחה, והיה מבקר במרפאות בגליל ובצפון כולו. דיקן הפקולטה לרפואה של הטכניון בחיפה היה פרופ' דוד ברזילי, והיינו בידידות רבה. סיכמנו שנעבוד כשותפים במחלקה הזאת. כאשר הוא רצה לכלול אותה בתכנית הלימודים של בית הספר לרפואה של הטכניון, באנו פרופ' ברזילי ואנוכי לראשי הטכניון בבקשה לסנף את המחלקה. הבאנו נתונים, והסברנו את בקשתנו. הם הסתכלו עלינו בתדהמה, כאילו ראו יצורים מעולם אחר – סינוף של מחלקה לרפואת משפחה לבית ספר לרפואה במגמה טכנולוגית לא היה מובן להם כלל. יצאנו משם בידיים ריקות. שנים עברו עד שהטכניון הסכים להכיר במחלקה הזו. בשלב מסוים (לא בתקופתנו), הופרדה המחלקה מן הטכניון. המחלקה לרפואת המשפחה עברה לאחת המרפאות של קופת חולים בחיפה, וזו אחת המחלקות הטובות של רפואת המשפחה בארץ. גם באוניברסיטה בירושלים קמה מחלקה לרפואת המשפחה. ד"ר אברהם הרמן, נשיא האוניברסיטה העברית בירושלים, שבזמנו התנגד נחרצות להקמת בית ספר בנגב, פגש אותי באירוע כלשהו. הוא פנה אלי ואמר לי בשמחה שהשיג תרומה להקמת מחלקה לרפואת המשפחה בירושלים. ואכן, מחלקה זו, שבראשה עומד פרופ' אמנון להד,<sup>45</sup> היא אחת המחלקות הטובות לרפואת המשפחה עד היום.

רופאי המשפחה המומחים הראשונים בארץ הקימו את איגוד רופאי המשפחה, כדוגמת כל האיגודים המדעיים בישראל. לאיגוד תפקידים חשובים בהעמקת המקצוע והאדרתו, המתבטאות גם בכנס השנתי המדעי לרפואת המשפחה. הכנס התחיל בתור יוזמה של המחלקה בעפולה, ומייצג כיום את כל המחלקות ובתי הספר לרפואה בארץ.

#### **החוג לרפואה קהילתית באוניברסיטת תל-אביב**

דבר נוסף שנעשה לקידום רפואת המשפחה היה פתיחת החוג לרפואה קהילתית באוניברסיטת תל-אביב. כאמור, בשנים ההם היה מאבק של ארגון רופאי קופת החולים באגף המרפאות, לשנות את מצב הניהול הדואלי המרפאות. לשינוי המיחל הגענו על ידי קביעה שמנהל המרפאה הוא הרופא. קבענו תנאים מסוימים לרופא זה – היום הוא צריך להיות מומחה (לאו דווקא ברפואת משפחה אלא יכול להיות גם מומחה לרפואה פנימית או לרפואת ילדים). בו בזמן, בהדרגה גם

---

המשפחה בישראל, הייתה הפרופסורית (אישה) הראשונה לרפואת משפחה בישראל, בשנים 2009-2018- הייתה חברת הנהלת הפקולטה לרפואה של בר אילן בגליל ויועצת הדיקן להוראה בקהילה.

<sup>44</sup> פרופ' ליאון אפשטיין (1935) אפידמיולוג ומומחה לרפואה חברתית, עלה לישראל מדרום אפריקה בשנת 1958, בשנים 1965-1975 המחלקה לרפואה חברתית, בית הספר לרפואה האוניברסיטה העברית, ירושלים, 1979-1981 מנהל בית חולים רמב"ם, חיפה, ובשנים 1975-1990 מנהל המחלקה לבריאות המשפחה והקהילה, הפקולטה לרפואה, הטכניון ושל שירותי בריאות כללית, חיפה, 1990-2003 מנהל המחלקה לרפואה חברתית, הדסה ובית הספר לבריאות הציבור ורפואה חברתית, האוניברסיטה העברית, ירושלים.

<sup>45</sup> פרופ' אמנון להד, (1958) לימודי רפואה באוניברסיטה העברית בירושלים 86-1980, התמחות ברפואת המשפחה של הכללית בירושלים 92-1988; MPH והתמחות בבריאות הציבור, באוניברסיטת סיאטל – ארה"ב 95-1992; ניהול מרכז שמשון [שבו פרופ' דורון ופרופ' יודפת הקימו את עבודת הצוות] 2016-1998; מנהל המחלקה וראש החוג לרפואת המשפחה באוניברסיטה העברית והכללית בירושלים, החל מ 1997 יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הקהילה מ 2007.

התפתחו באוניברסיטאות לימודי מנהל בריאות, והמנהלים האדמיניסטרטיביים יכלו להתמקצע. כך בהדרגה שונה המצב, והיום הפקיד במרפאה אינו עסקן, אלא אדם משכיל שיש לו לפחות תואר ראשון במנהל בריאות.

כשהנהגתי שינויים אלו, הבנתי שבלי לחנך את הרופאים לניהול נכון של המרפאה, הרפואה הקהילתית תישאר עניין תיאורטי. כדי לפתור בעיה זו, במקביל לתפקידי כמנכ"ל קופת חולים כללית, פתחתי חוג לרפואה קהילתית בפקולטה ללימודי המשך של אוניברסיטת תל-אביב. אביבה רון, שהייתה מנהלת המחלקה לתכנון והערכה של שירותי הבריאות של הקופה בתקופתי, ריכזה את הקורס הזה. הייתה הרשמה של רופאים רבים מאוד, ונפתחו מחזורים רבים. לימדנו אפידמיולוגיה, סטטיסטיקה רפואית, סוציולוגיה רפואית, מנהל בריאות וארגון שירותי בריאות בארצות אחרות. רבים מהמומחים ברפואת המשפחה היו לומדים יום בשבוע בחוג הזה, וכמובן שקופת החולים השתתפה במימון שכר הלימוד, בפרופורציה סבירה. החוג הזה היה הבסיס ללימודי מנהל בריאות שנלמדים כיום בכל האוניברסיטאות ובמכללות לא מעטות בארץ, והיום אפשר לעשות גם תארים שני ושלישי במנהל בריאות.

אם כן, תחייתה של רפואת המשפחה והפיכתה להתמחות מוכרת בישראל היו בראשונה מפעל של קופת חולים הכללית. חשוב להדגיש שהמפעל הפך בהמשך לנחלתם של כל ארבע קופות החולים, ולנושא לימודים במחלקות של ארבעת בתי הספר לרפואה בארץ (סבורני שבית הספר לרפואה החדש שהוקם על ידי אוניברסיטת בר אילן בצפת, חדור גם הוא ברוח פיתוחה וחיזוקה של הרפואה הראשונית בקהילה). אמנם משרד הבריאות, בתור המנהל של בתי החולים הממשלתיים, לא היה מעורב בתהליך חשוב זה, הקשור לעתידה ורמתה של הרפואה בקהילה. כיום, יש לראות את עתידה של רפואת המשפחה בתור משימה לאומית, הקובעת במידה רבה מאוד את רמת הרפואה בארץ. עתיד ההתמחות ברפואת המשפחה תלוי במידה רבה מאוד בתמריצים שהמדינה חייבת להעניק בפריפריה, ללא הבדל בין ההתמחות ברפואת משפחה לבין התמחויות אחרות. חשיבות מיוחדת יש לתפקידם של בתי הספר לרפואה בארץ, ולחיזוקן של המחלקות לרפואת המשפחה הקיימות בתל-אביב, בבאר-שבע, בחיפה ובירושלים.

## בתי החולים של קופת חולים הכללית

### הדאגה לרמה הפיזית והמקצועית של בתי החולים

#### סורוקה – אדריכל מערכת האשפוז במדינת ישראל

מראשית הדרך, ראו אנשי קופת החולים בבתי החולים חלק בלתי נפרד ממערכת השירותים של הקופה. זאת גם כאשר בתקופות שונות, מערכת האשפוז של קופת החולים סיפקה במוצע מחצית מצריכת ימי האשפוז של מבוטחיה, ויתר ימי האשפוז נרכשו מבתי חולים ממשלתיים או ציבוריים. גישתה זו של קופת החולים נבעה מכך שהיא אף פעם לא ראתה בעצמה מוסד להחזר הוצאות רפואיות למבוטחיה, אלא מוסד רפואי הדואג לרמתם הרפואית של בתי החולים והמרפאות שלו.

אחד הנושאים המרכזיים שעסקתי בהם בתקופת שירותי בקופת החולים, הן כמנהל רפואי והן כמנכ"ל הקופה, היה רמת הרפואה בבתי החולים. זאת לא רק בבתי החולים הכלליים, אלא גם בבתי החולים הפסיכיאטריים, הגריאטריים והשיקומיים.

בין שיבא ואנשי בתי החולים הממשלתיים, לבין סורוקה, מנכ"ל קופת חולים הכללית, ניטש ויכוח היסטורי על אודות האשפוז. שיבא טען שרפואה טובה אפשר לעשות גם בצריפים של פורייה ותל השומר, ואין צורך בהשקעת משאבים בתשתיות פיזיות לבתי החולים. לעומתו טען סורוקה שרפואה טובה אפשר לעשות רק כשיוצרים תשתית רפואית פיזית רצינית, ובונים בתי חולים. זאת משום שיש לחשוב על מענה רפואי נאות לדורות של חולים, ולא רק על המתרחש 'כאן ועכשיו'. לדידי, בוויכוח הספציפי הזה סורוקה צדק, ולשמחתי במשך השנים גם המערכת הממשלתית אימצה את הגישה הזאת; וגם בתי החולים הממשלתיים הם היום ברמה פיזית טובה מאוד. בכל אופן, ארבעה עשר בתי החולים של קופת חולים הכללית הם חלק מאותה תשתית שאפשרה לחוקק את חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994.

הערה בעניין היחסים עם שיבא ואנשי בתי החולים הממשלתיים: בין שאר הסיבות לו, הוויכוח בין שיבא לבין סורוקה נבע גם מהעובדה שבשנות שלטון מפא"י, הגישה של סורוקה למקורות מימון הייתה טובה הרבה יותר מזו של המערכת הממשלתית. גם לא נעדרו מן הוויכוח רגשות אישיים, שמקורם בסכסוך בין קופת החולים לבין שיבא ואנשיו בשנת 1946.

ובנושא התשתיות – כאמור בעיניי, משה סורוקה היה האדריכל של מערכת האשפוז במדינת ישראל, בכך שהקים את התשתית הפיזית החשובה של בתי החולים של קופת החולים. אינני מזלזל בערך העצום של בתי החולים הממשלתיים והציבוריים, יש בתוכם לתפארת. אבל אי אפשר לערער על זכויותיו העצומות של סורוקה בהקמת בתי החולים, ובהחדרת הגישה המחייבת את בניית התשתיות הפיזיות, מאז קום המדינה.

לכן, שמחתי שהייתה לי הזכות להיות יושב הראש בישיבת ההנהלה שנתנה לבית החולים המרכזי לנגב את שמו של סורוקה. (הייתה על כך מחלוקת, כיוון שגם בית חולים העמק רצה להיקרא על שמו, ונימוקו עמו: סורוקה רכב על סוס וגבה את המסים הראשוניים ליישובי העמק...). היום, כל כתב טלוויזיה ורדיו אומר "בית חולים סורוקה", אך איני בטוח שרבים יודעים מי היה סורוקה – הוא היה יהודי ליטאי חכם מאוד, ואיש מעשה מן השורה הראשונה. הוא היה מתבל את דברו



באמרות באידיש, כדוגמת: "צריך לגלות פעילות" – זה היה הסלוגן שלו (אמרות אלה לא היו זרות עבורי, הכרתי אותן מבית הוריי). בזמן שנבחרתי לתפקיד המנהל הרפואי של קופת החולים, חשש סורוקה בתחילה שאני מין 'סוס טרויאני' של הרופאים במרכז קופת החולים, נגדו. אך המציאות הייתה הפוכה בדיוק – גיליתי מיד את תכונותיו התרומיות של אדם זה, ועבדתי בשיתוף פעולה הדוק אתו. בהקמת כל בית חולים הוא עבד עם אדריכל אחר – שרון, רכטר, יסין. עם כולם הוא עבד, ובנה מרפאות בכל הארץ.

### רמתם המקצועית של בתי החולים

שיתוף הפעולה ביני לבין סורוקה היה אפוא לתפארת. עם כל הצניעות אגיד שהוא בנה את המבנים ואת התשתית הפיזית החיונית והחשובה, ובחלקי נפלה נתינת התוכן הרפואי להם. שניהם גם יחד משלימים זה את זה וקובעים את רמתם של בתי החולים ושל המרפאות. אתן לכך כמה דוגמאות: בזמן מלחמת יום הכיפורים, סורוקה השלים את בניית בית חולים לווניטשין החדש, ודאג לכל התשתית הפיזית שלו. אני נתתי לבית החולים את התוכן של בית חולים שיקומי. סיפקתי את כוח האדם הנחוץ וגם את הציוד המתאים, על פי דגמים שהעתיקתי ממרכזים כאלו בעולם. כך היה גם באילת – סורוקה בנה את בית החולים (שאחר כך קראנו לו בית החולים ע"ש גיורא יוספטל), ואנוכי נתתי לו את התוכן של שילוב שירותי רפואה בקהילה עם בית החולים האזורי.

כאמור, בראשית דרכי במרכז קופת החולים הייתה הדאגה לרמה הרפואית של בתי החולים של הקופה בראש מעייניי. עשיתי זאת על ידי חיפוש קפדני של טובי המועמדים למכרזים של מנהלי מחלקות ורופאים בכירים, בארץ ובחו"ל. במכרזים אלו השתתפו גם נציגי הרופאים שייצגו אינטרסים אישיים אלו ואחרים. 'הוצאתי את הנשמה' לנציגי המכרז קודם לו, ופרט במקרה אחד שבו 'עקפו' אותי, בכל יתר המקרים נדמה לי שהצלחתי להשפיע לטובת הרמה הרפואית ונגד האינטרס האישי.

בגיחות של עשרים וארבע עד ארבעים ושמונה שעות לחו"ל, ראיינתי רופאים יהודים שהיו ראויים לתפקידים בכירים בבתי החולים. חשבתי שאפשר לפעול גם במעגל של רופאים ישראלים המעוניינים לחזור ארצה או מתלבטים אם לעשות זאת, וגם במעגל של רופאים יהודים שמתעניינים בעלייה – את כל אלו אפשר לשכנע. אפיזודות בלי סוף יש על כל מה שהתרחש אז במשרדי הסוכנות היהודית של ניו-יורק (park av. 515), בחדרון הקטנטן של מחלקת העלייה והקליטה. כך לדוגמה הבאתי את פרופ' מיכאל בלומנטל<sup>46</sup>, מנהל מחלקת העיניים בבית החולים סורוקה בבאר-שבע, ועוד. לא רק מניו יורק, גם מבואנוס איירס, שיקאגו, לונדון, וושינגטון, פריז וממקומות נוספים, הבאנו רופאים שחיזקו את מערכת הבריאות בארץ והעלו את רמתה.

<sup>46</sup> פרופ' מיכאל בלומנטל (1935 - 2007), יליד טבריה, למד רפואה (1954) באוניברסיטה העברית בירושלים והתמחה במחלקת העיניים בבית החולים הדסה עין כרם (1965). עבד בארצות אפריקה (1965-1966) ולאחר מכן נסע להשתלמות בארה"ב; בשנים 1970 - 1976 שימש מנהל מחלקת עיניים בבית החולים סורוקה בבאר שבע ואחר כך, עד שנת 1993 ניהל את מחלקת עיניים בבית החולים שיבא, תל השומר. בשנת 1984 יסד את המרכז לרפואת עיניים "עין טל" בתל אביב. בשנת 1985 התמנה לפרופסור מן המניין באוניברסיטת תל אביב. פיתח שיטת ניתוח קטרקט הקרויה על שמו. בלומנטל כיהן כיו"ר איגוד רופאי העיניים בישראל בשנים 1992 - 1996, ונשיא האגודה האירופאית לקטרקט וקוצר ראייה בשנים 1995 - 1997.

כל בתי החולים של קופת חולים היו ברמה אקדמית ראויה בתקופתי. ראיתי בשלישייה של שירות, חינוך ומחקר מקשה אחת. עד כמה שיכולתי, עודדתי לא רק את החינוך הרפואי אלא גם את המחקר. (אתן לכך דוגמאות בהמשך). כבר אז, רוב המחלקות בבתי החולים של קופת חולים היו מוכרות להתמחות; ומחלקה שלא הייתה מוכרת – עשיתי הכול כדי להעמידה ברמה נאותה ולהכשירה לכך.

להלן אסקור בקצרה את פעילותי ופעילות אנשי מרכז קופת החולים לקידום של בתי החולים של הקופה ברחבי הארץ.

### **בית חולים העמק בעפולה**

בית חולים העמק בעפולה היה בית החולים הראשון של קופת החולים, אחרי 'הצריף' בעין חרוד. מראשית הדרך עמדו בראשו רופאים דגולים וחלוצים. וגם בהמשך, בגלי העלייה של הרופאים מארצות שונות, הגיעו ל'עמק' מטובי הרופאים. חלקם רופאים מדרום אמריקה שהובאו במסגרת התכנית להעלאת רופאים, והיו בשנת עבודה בכפר, בספר ובאזורי הפיתוח.

הבעיה המרכזית של בית החולים בתקופתי הייתה המגורים של הרופאים, שתוכננו בחצר של בית החולים (כמו שהיה גם בבית החולים קפלן, לאחריו). הרופאים הבכירים התמרדו נגד מגורים אלו והתחילו להיאבק על מגורים במקום אחר. הבנתי שיש פה תהליך שקשה להימנע ממנו. חשבתי שמספיק אם משאירים את הכווננים והתורנים בחצר בית החולים, ומנהלי המחלקות יכולים להגיע ממקומות מגוריהם, בקרבת בית החולים; וכך נעשה.

עשינו מאמץ להפנות את טובי הרופאים לבית החולים בעמק, וזה לא היה קל. היום קל יותר להביא לשם רופאים מומחים, כי בית החולים מסונף לבית הספר לרפואה של הטכניון בחיפה, ומשמש גם להתמחות עבור בית הספר לרפואה בצפת. (הייתה תחרות מסוימת בין שני בתי הספר לרפואה – כשבית הספר בגליל נפתח, הייתה תקופה שדיקן בית הספר לרפואה בטכניון התמנה למנהל מחלקה גינקולוגית בבית החולים בעפולה).

הקמנו את המחלקה הראשונה לרפואת המשפחה בעמק, בראשות פרופ' חוה טבנקין. מחלקה זאת מיועדת להתמחות ברפואת המשפחה עבור רופאי משפחה בכל צפון הארץ, וממלאה במשך כל השנים ייעוד זה.

אתן דוגמאות למאמץ לפתח את בית החולים העמק ולהביא אליו מטובי הרופאים:

ד"ר ויקטור מגל היה רופא צעיר שהגיע בתכנית להעלאת רופאים מדרום אמריקה לנגב. הוא עבד בקיבוץ בארי, ואחרי שסיים את התקופה שהתחייב אליה (ואף יותר מכך), הוא בחר להתמחות בפסיכיאטריה. הוא עלה לירושלים והתמחה בבית חולים טלביה. אחרי סיום התמחותו, הבאתי אותו לבית החולים העמק, לשם הקמת מחלקה פסיכיאטרית. זאת היות שהייתי 'חסיד' של מחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים, ונגד האשפוז הפסיכיאטרי הנפרד והסטיגמה הנלווית אליו. הטלתי עליו את האחריות למערך רפואי פסיכיאטרי אזורי, שכלל את המחלקה בבית חולים, המרפאה הפסיכיאטרית 'עומר' בעפולה, והמרפאה הפסיכיאטרית שפתחנו בבית שאן, עבור גלי העלייה החדשים. הוא ניהל גם את האשפוז הפסיכיאטרי וגם את זה המערך הפסיכיאטרי הקהילתי, שאין להפריד ביניהם; וקידם את נושא בריאות הנפש בעמק ובעפולה לאין ערוך.

ד"ר נחום סדן היה מראשוני הרופאים העולים מארגנטינה, (מקיבוץ משמר הנגב), והוא היה מנהל מחלקת ילדים בבית החולים העמק (לאחר מכן העברתו לבית החולים מאיר בכפר סבא). ד"ר פרץ רזניצקי היה מבכירי הרופאים במחלקה פנימית בבית החולים קפלן בניהולו של פרופ' פנחס אפרתי, שתרמה רופאים רבים וטובים לבתי החולים של קופת החולים. הוא ניהל את המחלקה הפנימית בבית החולים העמק בהצלחה רבה.

הבאנו מארגנטינה גם את ד"ר ערן גולדין, בתור גסטרואנטרולוג לבית החולים העמק. (לאחר מכן הוא היה ראש המערך הגסטרואנטרולוגי בהדסה במשך שנים רבות; וכיום הוא מכהן כראש המכון הגסטרואנטרולוגי בשערי צדק).

ד"ר יעקב זילבר היה רופא צעיר, עולה מברית המועצות, בגל העלייה של שנות השבעים. הוא התיישב בבית שאן ושימש רופא משפחה. גיליתי שם את כישוריו, ומיניתי אותו למנהל בית החולים העמק. (לאחר מכן הוא עבר להיות ראש המחלקה לרפואה קהילתית במרכז קופת החולים, ואחר כך היה מנהל בית חולים הכרמל החדש עד יציאתו לפנסיה, בהצלחה בלתי רגילה).

בתקופתי גם יזמנו את הקמתה של מכבסה מכנית מרכזית בקרבת בית החולים העמק, ששירתה את מרב בתי החולים של קופת חולים.

לפי התפיסה המרחבית הידועה שלי, אחד המרחבים הראשונים שפיתחתי היה מרחב העמק. בית החולים עמד במרכז המרחב, ומנהלו היה מנהל המרחב (הראשון בהם היה ד"ר זילבר). לפי התפיסה המרחבית, מרפאת החוף של בית החולים הייתה צריכה לשמש בשני תפקידים (וכך היא משמשת עד היום): מרפאת חוף של בית חולים לבדיקות לפני אשפוז ולאחריו, ומרפאה מייעצת לכל האזור. כך מתהדק הקשר בין רופאי בתי החולים לרפואה בקהילה. בתי החולים בעמק ובנגב היו הראשונים שבהם יישמו רפורמה חשובה זו.

### **בית חולים הכרמל החדש בחיפה**

הטקס הראשון שהשתתפתי ואף נאמתי בו בתור המנהל הרפואי של קופת החולים היה טקס פתיחת בית החולים הכרמל החדש, בעת שסורוקה סיים את בנייתו. אחת מהחלטותי הראשונות בתור מנהל האגף הרפואי של הקופה הייתה שלא לסגור ולא למכור את הבניין הישן, אלא להקים שם שתי מחלקות – מחלקה פסיכיאטרית ומחלקה גריאטרית – בסמיכות לבית החולים הכללי. החלטה זו נבעה מהשקפתי שאין הפרדה בין רפואת הגוף לרפואת הנפש, וזוהי השקפתי עד היום.

כרגיל, בחרנו בטובי מנהלי המחלקות עבור בית החולים. במיוחד אציין את נושא הקרדיולוגיה, שבו הייתה בעיה שהייתי צריך להתמודד איתה: בית החולים המרכזי בחיפה היה (והינו) בית החולים רמב"ם. ברמב"ם, המחלקה לכירורגיה של הלב לא נתנה מענה הולם לצרכים אלו באזור הצפון. לא יכולתי להשלים עם מציאות זו ושאפתי לתקנה בבית חולים הכרמל החדש. אך מנכ"ל משרד הבריאות לא הסכים להקמת מחלקה לכירורגיה של הלב בבית חולים הכרמל. זאת משום שלנגד עיניו עמד האינטרס של בתי החולים הממשלתיים, שבית החולים רמב"ם נמנה עליהם. הבאתי אפוא את פרופ' גדעון מרין, מטובי הרופאים הבכירים בהדסה ירושלים, לשם פתיחת מחלקה לכירורגיה של הלב בבית חולים הכרמל החדש; וכדי לצלוח את התנגדותו של מנכ"ל משרד הבריאות, הסכמתי שפרופ' מרין ינתח פעם או פעמיים בשבוע גם בבית החולים רמב"ם. זה היה הפתרון לבעיה, וכך הוקמה בבית החולים הכרמל החדש מחלקה לכירורגיה של הלב

לתפארת. למנהל המחלקה הקרדיולוגית מיניתי את פרופ' בזיל לואיס, מטובי הקרדיולוגים בהדסה ירושלים, אם לא הטוב ביותר בהם אז. השיתוף של פרופ' לואיס הקרדיולוג ופרופ' מרין הכירורג, נתן לתושבי הצפון את המענה הטוב ביותר בארץ לבעיות קרדיולוגיה. (מאוחר יותר פרופ' מרין עבר לבית החולים שערי צדק, ואחר כך עבר לנהל את המחלקה לכירורגיה של הלב בבית החולים הדסה במשך שנים).

עוד לפני פתיחת בית החולים החדש, בנה סורוקה מרפאה גדולה לתפארת – מרפאת לין – במרחק נסיעה מבית חולים הכרמל, בעיר התחתית (לין היה ראש המרכז לביטחון סוציאלי בהסתדרות). מיד ייעדתי את מרפאת לין לתפקיד כפול: היא שימשה גם בתור מרפאת החוץ של בית חולים הכרמל וגם בתור המרפאה המחוזית המייעצת. למיטב ידיעתי, היא ממשיכה למלא תפקיד כפול זה עד היום, ובכך נשמרת רציפות הטיפול בחולה בין בית החולים לרפואה בקהילה.

מתוך השקפתי זו בדבר חשיבות רציפות הטיפול בין בית החולים לקהילה, הקמנו בבית החולים כרמל החדש גם את המחלקה לרפואת המשפחה והקהילה, ולשם כך הבאתי את פרופ' ליאון אפשטיין שהיה חניך של פרופ' סידי קרק (שהביא מדרום אפריקה את המושג של Community Oriented a Family Medicine). הוא הקים שם מחלקה לתפארת, ופעל בשני מישורים: ראשית, הוא היה ועודו אפידמיולוג, שהקים מחלקה טובה מאוד לאפידמיולוגיה, (כאמור לדעתי, מחלקה לאפידמיולוגיה צריכה להיות צמודה גם לשירותי בית חולים וגם לשירותי הרפואה בקהילה). שנית, הוא הקים מחלקה לרפואת המשפחה, והוא גם היה נוסע להדריך רופאי משפחה במקומות שונים בגליל.

היה לי שיתוף פעולה טוב מאוד עם פרופ' דוד ברזילי, דיקן בית הספר לרפואה בטכניון. יחד באנו לראשי הטכניון, לבקש את סינון המחלקה לרפואת המשפחה בבית חולים הכרמל החדש לבית הספר לרפואה. הייתה לכך הצדקה מבינת רמתה של המחלקה. כאמור, הרעיון כולו היה זר ומוזר עבורם, ולקח זמן רב עד שמחלקה זו סונפה לטכניון.

בתקופתי איחדנו למרחב אחד את מחוזות חיפה והגליל המערבי, בית חולים הכרמל החדש ומרפאת לין, ובראשו של המרחב מינינו את מנהל מחוז הגליל המערבי. צעד זה אפשר את שיפור רמתם של שירותי הרפואה באזור כולו.

### **בית חולים מאיר בכפר סבא**

ראשיתו של בית חולים מאיר היא בבית חולים לחולי ריאות. בעליות ההמוניות של סוף שנות הארבעים ותחילת שנות החמישים הראשונות, היו מקרים רבים של שחפת. במימון של "קרן הנכות"<sup>47</sup>, קופת חולים הכללית החלה לבנות בכפר סבא בית חולים לחולי ריאות. במשך השנים, הודות לפעילות הברוכה של שירותי הבריאות בארץ, ירד פלאים מספר חולי השחפת. הנהלת קופת החולים הגיעה למסקנה שאין הצדקה להחזקת בית חולים מיוחד לחולי שחפת, אלא מספיק שיהיה בית חולים כללי שבו יש מחלקה מרכזית לחולי ריאות; וכך נעשה. בית החולים אחראי לאזור כפר סבא, הרצלייה, רעננה ויישובי המיעוטים בסביבה.

<sup>47</sup> קרן הנכות, נוסדה על ידי קופת החולים הכללית בתקופת המנדט הבריטי תחת השם "קרן האינולידים" על מנת לספק שירותי בריאות ושיקום לנכים ובעלי לקויות שונות.

שוב 'התגייסתי' להביא את טובי מנהלי המחלקות. אספר סיפור – היה זה תקופה קצרה אחרי שנכנסתי לתפקיד המנהל הרפואי של הקופה, והוגענו את מוחנו בשאלה מי ינהל את המחלקה המרכזית לחולי ריאות. היה מועמד מהדסה עין כרם, אבל לא היינו משוכנעים שזהו המענה הנכון. יחד עם סורוקה החלטתי שאסע לארצות הברית לחפש מועמד מתאים. סורוקה זכר שהיה רופא עולה מארגנטינה בבילינסון שעסק ברפואת ריאות, לא ככירורג אלא כרופא למחלות פנימיות. רופא זה ירד מן הארץ, וסורוקה הציע לראיין גם אותו. מיד הודעתי לאנשי הסוכנות שאני מבקש להזמין רופא זה לריאיון. הגעתי לחדרון בניו יורק ברחוב פארק 515 וגם הוא הגיע לריאיון. לא הכרנו כל כך זה את זה, אבל דיברנו בספרדית והסתדרנו יפה. לפני הריאיון סיכמתי עם סורוקה כי עבור העניין הזה יש 'שיק פתוח', כיוון שזוהי מחלקה מרכזית בבית החולים ויש להשקיע בה ממון רב. הרופא המרואיין אמר לי שמומחיותו זקוקה לצוות שאיננו יכולים לספק לו. שאלתי 'מהו?' והוא ענה: 'כך וכך רופאים, אחיות, טכנאי ריאות וכן הלאה'. רשמתי לפני ואמרתי לו שנדאג להביא את כל אנשי הצוות הללו. הוא הופתע, ואז אמר שהוא צריך גם ציוד, מכשיר כזה ואחר... רשמתי לפני, ואמרתי לו שאנו מסכימים גם לזאת. הרופא היה במבוכה, והזמין אותי לבוא איתו ועם רעייתו להצגת תיאטרון בערב... רציתי כל כך לשכנע אותו ולהביאו, שנעניתי להצעתו. הייתי עייף ביותר, ואני מקווה שלא נרדמתי בהצגה... אחרי ההצגה הוא השאיר שם את רעייתו וליווה אותי למלון, ואז הוא אמר לי: "אגיד לך את האמת, איני מעוניין לחזור ארצה". בכך נגמר המשא ומתן. בביקור זה עוד ראינתי רופאים אחרים לתפקידים אחרים, וחזרתי לארץ. לבסוף התמנה לתפקיד המועמד מהדסה עין כרם. התפתחה מחלקה טובה מאוד לחולי ריאות, שתפקדה היטב במשך שנים רבות.

מנהל תחום ההרדמה היה רופא מדרום אפריקה. היהדות הליטאית הדרום אפריקאית הצטיינה ברופאים, ובמיוחד רופאים מן השורה הראשונה בתחומי הרדמה ומשפחה. היה רופא עולה מדרום אפריקה ושמו ד"ר הופמן, שהתעניין באפשרויות העלאת רופאים מדרום אפריקה. הוא בא אליי, והצעתי לו לטוס לדרום אפריקה להביא רופאים – ובעיקר מרדמים כמותו, ששם יש רבים ופה בארץ תמיד היה חסר. הוא עשה זאת והצליח. (גם את ד"ר מנדל פולק, חלוץ רפואת המשפחה בארץ, שלחתי להביא רופאים, בעיקר רופאי משפחה, מדרום אפריקה).

רופאים נוספים שהתמנו בבית החולים מאיר היו מטובי הרופאים הבכירים במחלקה של פרופ' אפרתי בבית החולים קפלן: לדוגמה, פרופ' קליימן, שהתמנה למנהל מחלקה בבית החולים; פרופ' אריה רוזנשטיין, עולה מארגנטינה שהתמנה למנהל המעבדות בבית החולים (ובד בבד היה מנהל המחלקה למדעי החיים באוניברסיטת בר אילן), הוא היה משכמו ומעלה, ופיתח את המעבדות בבית החולים מאיר, ברמה מצוינת. בשל רמתו הגבוהה של בית החולים, אף פעם לא הייתה שאלה בעניין סינופו לבית הספר לרפואה.

ברצוני להזכיר שבשלב מאוחר יותר, מונה למנהל מחלקה פנימית פרופ' יוסי מקורי. מקורי ראוי לציון לא רק בשל היותו הדיקן של בית הספר בתל-אביב, אלא גם בזכות היותו חוקר מבריק. בשנה האחרונה לשירותי בקופת חולים 'גייסתי' תורם לשם הקמת מכון למחקר רפואי על שם פזנשטיין, שהוא היום בבית החולים שניידר לילדים. את פרופ' יוסי מקורי מיניתי למנהל הראשון של מכון מחקר זה. אנשי בילינסון לא היו מרוצים, שכן סברו שמנהל הקמפוס של מכון המחקר מוכרח להיות דווקא מבילינסון ולא מבית החולים מאיר. לא הצלחתי להבין את ההיגיון

בטיעוניהם – הרי מכפר סבא לפתח תקווה נוסעים עשר דקות או רבע שעה... אבל לא הצלחתי לשכנעם.

עם פתיחתו של בית החולים מאיר, הוקם בו אודיטוריום המיועד במיוחד לכינוסים בנושאים קליניים. חשבתי שראוי לתת לאודיטוריום זה את שמו של פרופ' יוסף קוט, מנהל "קרן הנכות" בזמן שהתקבלה ההחלטה לבנות את בית החולים; וכך היה (את קוט הכרתי בביקורו בארגנטינה טרם עלייתי ארצה, כאשר הגיע בתור יו"ר מד"א. ביתו בתל-אביב היה הבית הראשון שרעייתי ואני ביקרנו בו כשהגענו לארץ).

בזמן היותי המנהל הרפואי של קופ"ח, הגעתי להסכמה עם מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' ברוך פדה (שעל שמו בית החולים פוריה כיום), בנוגע לסגירת בתי היולדות והעברתם לבתי החולים הכלליים (עד אז היו בתי היולדות נפרדים מבתי החולים הכלליים, גם במוסדות קופת החולים וגם במוסדות הממשלתיים). החלטנו על העברתם, כיוון שבבתי החולים הכלליים מתאפשרת רמת טיפול רפואי גבוהה יותר, וכמובן יש לכך יש השפעה על שיעור תמותת האימהות והיילודים. בין בתי היולדות שסגרנו היה בית יולדות ותיק בכפר סבא, שאותו העברנו לבניין בית החולים מאיר. בבניין בית היולדות שנסגר הקמנו מחלקה גריאטרית (היום יש שם מיטות אשפוז לגריאטריה, והמחלקה הגריאטרית בתוך בית החולים מאיר) ומרפאות של מרחב השרון; זאת בהתאם להשקפה המרחבית שהוסברה לעיל.

הבנתי שכדי להעביר את בית היולדות לבית החולים מאיר מוכרחים להקים בניין יולדות בדחיפות, לפני שסוגרים את בית היולדות הוותיק. אבל לא היה לי תקציב עבור בניין כזה. פניתי למנהל בנק הפועלים יעקב לוינסון, שעזר לי ליחסים טובים (הוא היה אז בארצות הברית), וביקשתי ממנו שיעזור לי במציאת תורם עבור מטרה זו. הוא מצא עבורי תורם ששמו שטולברג, ראש אחד האיגודים המקצועיים של תופרי בגדי הנשים.<sup>48</sup> שטולברג הסכים להשקיע שלושה מליון דולר בבניין היולדות בבית החולים. אמנם ללוינסון היה תנאי, שבית החולים ייקרא על שם פנחס ספיר (ספיר היה שר האוצר שעודד את התקדמותם של יעקב לוינסון ועוד שורה של אישי ציבור צעירים). הוא היה תושב כפר סבא, ולוינסון רצה להעצים את יוקרתו בהזדמנות זו). אבל בית החולים כבר היו קרוי על שם מאיר. מצד אחד, לא יכולתי לעשות זאת, בשל משפחתו של מאיר, ומצד שני הייתי מוכרח לקבל את התרומה הזו לשם הקמת בניין היולדות. קבעתי כך: בית חולים מאיר יימשך להיקרא בשמו. בית החולים הגריאטרי בבניין בית היולדות, בית החולים לחולי נפש 'שלוותה' באזור, בית החולים לשיקום ע"ש "לוינסון", והמרפאות באזור לקהילה – כל אלו יקראו בשם הכולל 'מרכז רפואי ספיר', ובתוכו גם בית החולים מאיר. משפחת מאיר לא הייתה כל כך מרוצה, אבל לא התנגדה בנחרצות, וכך השגתי את התרומה ובניתי את הבניין ובו שתי המחלקות של ילדות החיוניות לאזור.

הערה בעניין השמות לבתי החולים: איני מאמין בהחלפת השמות שנעשת בתמרונים מסוג זה. לדוגמה, לבית החולים איכילוב קראו מרכז רפואי סורסקי. איך קוראים לו היום? איכילוב. לבית החולים בלינסון קראו מרכז רפואי רבין. איך קוראים לו היום? בלינסון. לבית חולים השרון

<sup>48</sup> איגוד תופרי בגדי הנשים בארצות הברית וקנדה ILWGU, אחד האיגודים המקצועיים הראשונים בארצות הברית, נוסד 1900, על ידי פועלי טקסטיל יהודיים, הונהג ברוב שנותיו על ידי פעילים יהודיים ופעל במשך שנים רבות בשיתוף פעולה על ההסתדרות הכללית וגיסי תרומות להקמתם של מוסדות בריאות בישראל, ביניהם בית החולים סורוקה בבאר שבע.

קראנו על שם גולדה מאיר, כי ערכנו עבורו מגבית מאמריקה וגולדה הייתה אמריקאית. איך קוראים לו היום? בית חולים השרון. התמרונים הללו אינם מצליחים. יש מסורת.

## בית חולים בילינסון

בית החולים בילינסון היה בית החולים השני שקופת החולים בנתה, בשנת 1936. ד"ר משה בלינסון<sup>49</sup> היה הוגה דעות, רופא, עיתונאי ובתקופה מסוימת עורך העיתון "דבר". ובמשך כל שנות קיומו של בית החולים ועד היום, הוא בית החולים המרכזי של קופת חולים כללית, ואחד מבתי החולים המרכזיים בארץ (בחלוקה הכלל ארצית של מערכת הבריאות היום, שני בתי החולים המרכזיים של קופת חולים כללית הם בילינסון וסורוקה). בבית החולים בילינסון יש את כל מחלקות בתי החולים הנצרכות (חוץ מחלקה גריאטרית, שאותה בנינו בבניין חדש 'בית רבקה', המשמש בית חולים גריאטרי אזורי). כמו בכל בתי החולים, דאגתי להביא מנהלי מחלקות ורופאים ברמה גבוהה. אבל בבילינסון השקעתי אף מאמצים רבים יותר, בשל מרכזיותו.

הייתה לי דאגה מיוחדת בעניין מציאת מנהל מחלקה ורופאים ברמה גבוהה עבור מחלקה לחולי סרטן; הן בשל מרכזיותו של בית החולים והן משום שאז הייתה מחלת הסרטן הגורם השני למוות (היום זהו הגורם הראשון). נסעתי לכל פינה בעולם וחיפשתי מועמדים, ולא הצלחתי כל כך במאמצי. פעם נסעתי רחוק, לקליפורניה, ונפגשתי עם ד"ר צבי פוקס ישראלי שסיים את לימודיו בירושלים, ועבד תקופה קצרה בתור רופא בכיר ומנהל האונקולוגיה בבית חולים הדסה עין כרם. לאחר מכן הוא התמנה למנהל מחלקת הרדיולוגיה האונקולוגית בבית החולים סלון קטרינג בניו יורק. ניהלתי עמו משא ומתן, והיה לי רושם שייתכן שאצליח להביאו. הוא בא לארץ, והתברר שבו בזמן שהוא ניהל משא ומתן איתי על בילינסון, הוא ניהל גם משא ומתן עם פרופ' משה פריבס לתפקיד בסורוקה, וגם עם אישים אחרים. לבסוף הוא החליט ללכת להדסה עין כרם, וכעבור שנה או שנתיים חזר לסלון קטרינג.

ביום מן הימים נפטר מנהל המחלקה הגניקולוגית בבילינסון בטרם עת, והתחלנו לחפש לו מחליף. לא מצאתי בארץ מועמד מתאים, אבל שמעתי שבדרום אפריקה יש רופא יהודי ושמו ד"ר יואל כהן, שהוא מומחה משכמו ומעלה בכירורגיה גניקולוגית, וגם ציוני נלהב. כשד"ר מנדל פולאק נסע לדרום אפריקה, אמרתי לו שיאתר את ד"ר יואל כהן, ויציע לו לעלות ארצה, ולהתמנות לתפקיד מנהל המחלקה הגניקולוגית. ד"ר פולאק חזר ואמר שהוא דיבר אתו, והוא התעניין, הופתע, אבל לא 'התעלף' ולא נשמע נלהב מאוד. הוא אמר שהוא יבוא ארצה לשוחח איתי. הוא אכן הגיע לארץ, ושוחחנו רבות. הדרישות שלו היו גבוהות מאוד והסכמתי לכולן, כי הייתי מעוניין מאוד להביאו. ואכן הוא עלה ארצה, ניהל את המחלקה בבילינסון וקידם אותה מאוד, עד יציאתו לפנסיה.

<sup>49</sup> דר משה בילינסון (1889-1936) יליד רוסיה, למד באוניברסיטאות מוסקבה, פריבורג ובזל והוסמך כדוקטור לרפואה. הצטרף לתנועה הסוציאליסטית הרוסית, וממנה עבר לצינונות. בין השנים 1917-1923 חי באיטליה, והיה פעיל בתנועה הציונית שם. בשנת 1924 עלה לארץ ישראל, התיישב במושבה פתח תקווה ועבד כפועל בחבורת "מעבר". בשנת 1925, עם ייסוד עיתון "דבר", נענה בילינסון להזמנת עורכו, ברל כצנלסון, הצטרף למערכת העיתון וכתב בו מאמרים. בילינסון, שהפך לדוברת הראשי של תנועת העבודה, ביטא בכתביו עמדות של איש מצפון, ובלט בביקורתו נגד ממשלת המנדט הבריטי. בילינסון היה חבר הוועד הפועל של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל וחבר מרכז מפא"י. היה חבר באספת הנבחרים והוועד הלאומי. בילינסון היה היוזם של הקמת "בית החולים למושבות יהודה והשרון", שלאחר מותו שונה שמו לבית חולים בילינסון (כיום קמפוס בילינסון בתוך מרכז רפואי רבין). בנוסף, היה יו"ר הוועד המפקח של קופת חולים.

בתקופת כהונתו של פרופ' צ'ירו סרודיו בתור מנהל בית חולים בילינסון, הוא בא וסיפר לי על רופא שהוא משכמו ומעלה בנושא השתלות איברים. הוא הציע לי להקים בבית החולים מחלקה למטרה זו. לשם כך נדרש תקציב מכובד מאוד. למרות זאת הסכמתי להקמתה, ובמשך כל השנים מחלקה זו פועלת בתור אחת המחלקות המתקדמות ביותר בישראל להשתלות איברים (אם לא המתקדמת שבהן).

ללא ספק, הנושא הרציני והקשה ביותר היה הנושא של ניהול בילינסון. מנהל בית החולים המרכזי של הקופה צריך להיות משכמו ומעלה הן בתור רופא והן בתור מנהל. הוא גם צריך להיות כזה שמנכ"ל קופת החולים יכול להשפיע עליו, אם לא כן, מתפתחת 'מדינה בתוך מדינה'. מיניתי את צ'ירו סרודיו למנהל המחלקה האורולוגית ומנהל בית החולים, משום שהוא הצליח מאוד בבית החולים העמק. לאחר התפטרותו, מיניתי למנהל בית החולים את פרופ' אנדרה דה פריס, שניתן להגדירו אחד מאבות הרפואה הישראלית; ולאחריו מיניתי את פרופ' יהודה דנון<sup>50</sup>, שהיה קצין רפואה ראשי, רופא ילדים ולאחר מכן מנהלו הראשון של בית החולים שניידר.

פרופ' אנדרה דה פריס היה עולה מהולנד, אחד הרופאים הבכירים במחלקה הפנימית בהדסה עין כרם. הוא היה רופא פנימי מצוין, איש מחקר רפואי מהשורה הראשונה, וגם מחנך. הוא היה מעולה בביצועיו: הוא זה שגילה את הנסיוב נגד הצפע הנפוץ בארץ, והיו לו עוד הישגים רבים ביותר. ביום מן הימים, יחד עם שיבא הוא יזם את הקמתה של אוניברסיטת תל-אביב, ואחר כך יזם את הקמת בית הספר לרפואה. הוא היה אחד הרקטורים הראשונים של האוניברסיטה, וגם דיקן ראשון של בית הספר לרפואה. עוד לפני שהייתי מנכ"ל הקופה, סורוקה ניהל אתו משא ומתן, ומינה אותו למנהל מחלקה בבילינסון. הוא הקים בבית החולים מכון למחקר שנקרא על שם רוגוב. (מאוחר יותר השגתי את התרומה למכון על שם פנשטיין, ש'ירש' את המכון הזה).

אחרי התפטרותו השנייה של פרופ' סרודיו, חשבתי על התאמתו של פרופ' דה פריס לתפקיד מנהל בית החולים. חשבתי על מינויו מתוך רצון להעלות את רמתו של בית החולים בילינסון גם מחקרית וגם אקדמית. הוא כבר לא היה רקטור ודיקן באוניברסיטת תל-אביב. ניהלתי אתו משא ומתן בנושא, ואנשים שונים קרובים לי הזהירו אותי ואמרו שאני 'מזמין לעצמי צרות' במינוי כזה, כי דה פריס לא יהיה כפוף לי ולא ילך בכיוון שאני חושב עליו.

אמנם אני אף פעם לא חששתי מאנשים כמותו. אמרתי שאם מינויו טוב עבור העניין עצמו, הוא יהיה טוב גם עבורי. אתן עוד דוגמאות לגישתי זו: הייתה לי 'חולשה' מיוחדת להעסקת פנסיונרים ברמה גבוהה. את פרופ' משה רחמילביץ', 'האדם מספר אחד' בבית הספר לרפואה בירושלים, מנהל מחלקה פנימית, העסקתי בתור מדריך לרופאים בכירים בבילינסון, כמה שנים טובות אחרי גיל הפנסיה שלו. (מאוחר יותר נהניתי מאוד מחברתו בוועדה למינויים אקדמיים של באר-שבע). דוגמה נוספת: פרופ' ברוך פדה היה מנהל תל השומר ומנכ"ל משרד הבריאות. אני כידוע הייתי בקופת חולים. למרות כל הבעיות והניגוד בין המוסדות, היה שיתוף פעולה מלא, הייתה הבנה

---

<sup>50</sup> פרופ' יהודה דנון (1940-) נולד בבולגריה ועלה לישראל ב-1948, משפחתו בעלת מסורת של רופאים ועוסקים במקצועות הבריאות. גדל והתחנך בקבוץ אפיקים, וסיים בשנת 1967 את לימודיו בבית הספר לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים, התמחה ברפואת ילדים בבית החולים בילינסון ובאימונולוגיה במכון ויצמן למדע. שימש כמנהל בית החולים בילינסון עד לשנת 1986. שרת כקצין רפואה ראשי בשנים 1987-1991. יזם את הקמת מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל ושימש כמנהלו הראשון עד לשנת 1997; מכהן כיו"ר המועצה הלאומית לבריאות הילד ופדיאטריה של משרד הבריאות מאז היווסדה. משנת 2012 משמש כנשיא אוניברסיטת אריאל בשומרון.



מוחלטת ואף הייתה ידידות בינינו, ועשינו דברים רבים יחד. (כאמור, במלחמת יום הכיפורים סירנו יחד בכל בתי החולים, 'לשחרר' מיטות עבור הפצועים; ולאחר מכן, בתיאום אתו הקמתי בקופת חולים את ה-home care). אחרי שפרש לפנסיה, העסקתי אותו במרפאות בקריית שמונה ובחצור. הוא התיישב בקצרין והיה נוסע כל יום עם הגיפ שלו לקריית שמונה ולחצור, ליעוץ בסוכרת, בגריאטריה, וברפואה פנימית. (הוא גם היה מגיע פעם בשבוע לתל השומר, כי הוא היה המטולוג במעבדה ההמטולוגית).

מיניתי אפוא את פרופ' דה פריס למנהל בית החולים, והכול הלך כשורה. היה לו 'תחביב' – להדריך רופאים ערבים בנצרת, הוא ראה בכך חשיבות רבה (ביקרתי אותו שם פעם או פעמיים). יום אחד נודע לי שיש ניגוד עניינים בינו לבין אישים שונים שזה מקרוב באו באוניברסיטת תל-אביב, ועל כן הוא ניסה לאט ובשקט לסנף את בילינסון לבר אילן. כמובן, המל"ג אז טרם אישר הקמת בית ספר לרפואה בבר אילן. אנשי אוניברסיטת תל-אביב פנו אליי והפנו את תשומת ליבי לכך. קראתי לו לשיחה ידידותית, ונתתי לו להבין שאין מקום לפעילות כזו מבחינתי, והוא אכן זנח אותה. כעבור תקופה, הוא התפטר מתפקידו כמנהל בית החולים. אנו נשארנו בידידות לאורך השנים, ואחרי שעזבתי את קופת החולים, הוא הזמין אותי ואת רעייתי נעמי לביתו לארוחת ערב.

### מרכז שניידר לילדים

מצבה הפיזי של מחלקת הילדים בבית חולים בילינסון היה קשה ביותר במשך שנים רבות. סורוקה הכין תכנית צנועה להקמתה של מחלקה חדשה, אבל לא זכה להגשימה. לימים, במיוחד לאחר המהפך השלטוני של שנת 1977 והצמצום הקיצוני של תקציבי הפיתוח, בתי חולים רבים בארץ החלו בגיוס תרומות בארצות הברית. לא יכולתי להשלים עם מצבה של קופת החולים. החלטתי לפתוח בגיוס כספים עצמאי של קופת החולים בארצות הברית, והקמתי בניו יורק מוסד ושמו MERFDI (על כך עוד יסופר להלן, בפרק 'גלגוליו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי').

שמעתי על ארווינג שניידר<sup>51</sup>, שהיה סגן יו"ר של חברת נדל"ן גדולה בניו יורק, ועל שמו קרוי בית חולים לילדים בניו יורק. נודע לי שיש לו יועץ משפטי ושמו ארנולד פוסטר, שהוא ציוני חם, המבקר פעמיים בשנה בארץ, וביקשתי לפגוש אותו. התברר לי בפגישה שפוסטר אכן קשור מאוד לארץ, ואף יש לו משפחה בקרית גת. התפתחה שיחה לבבית, סיפרתי לו שאני מחפש תורם להקמת מחלקת ילדים צנועה בבית חולים בלינסון, ושאלתי אותו על שניידר. מר פוסטר אמר לי: "העובדות שלך נכונות – מר שניידר הקים בית חולים לילדים על שמו בלונג איילנד, והוא אוהד ישראל. אבל עליך לדעת: הוא משוגע לדבר אחד – בתי חולים לילדים. אם תצליח לקדם רעיון כזה, אולי יהיה לך סיכוי כל שהוא".

חזרתי לארץ וזמן מה לא עסקתי בנושא. לימים, נודע לי מטדי קולק, ראש העיר ירושלים, שהיה בידידות עם שניידר, ששניידר עומד לבקר בארץ. שניידר היה חבר הנהלת הסוכנות היהודית בחלק הנקרא 'לא ציוני', והוא בא לארץ ליעץ לטדי קולק בעניין הפיכת בנייני האומה למרכז קונגרסים.

<sup>51</sup> ארווינג שניידר (1919-2012), נדבן יהודי אמריקאי, המייסד והתורם של "מרכז שניידר לרפואת ילדים" בפתח תקווה בסמוך למרכז הרפואי בילינסון בניהול שרותי בריאות כללית. שניידר היה תורם נדיב גם בארה"ב. הוא תרם לאוניברסיטאות, כמו בראנדייס ולונג איילנד, ולמטרות יהודיות אינספור בניו יורק. את הוננו עשה מאחזקות נדל"ן בארה"ב, בעיקר באיזור בניו יורק. הוא גם השקיע בישראל. שניידר הותיר אחריו שתי בנות, שממשיכות ללוות מקרוב את פעילותו של בית החולים.

עם טדי קולק שיתפתי פעולה קודם לכן, בהקמתו של מרכז הבריאות בשייח ג'ראח – מרכז אינטגרלי שמשרת עד עצם היום הזה עשרות אלפי תושבים ממזרח ירושלים. ביקשתי אפוא את עזרתו בארגון ארוחת ערב מצומצמת לכבוד שניידר ורעייתו, בהשתתפותי. קולק הבטיח שהוא יעזור בנושא, ואכן הצלחנו לקיים את הארוחה. טלפנתי למוטה גור שהיה אז שר הבריאות, והזמנתי אותו לארוחת הערב. בהתאם לידידות בינינו, ביקשתי מגור שלא 'יחטוף' את שניידר עבור בתי החולים הממשלתיים. הוא הבטיח וקיים. הזמנתי לארוחת הערב גם את ד"ר אביבה רון, ראש המחלקה לתכנון והערכת שירותים בקופת החולים, ואת יהודה דנון, אז מנהל בית חולים בילינסון. בארוחה ההיא, שארכה כשלוש שעות, שניידר לא חדל לשאול שאלות קשות, כגון: האם מדינת ישראל זקוקה לבית חולים לילדים? למה דווקא בקופת החולים? ועוד ועוד... על אף שלכתחילה לא הייתי משוכנע ברעיון של בית החולים לילדים, כנראה שהצלתי לענות עליהן ולעמוד באתגר בכבוד, ולא שכחתי את העצה של ארנולד פוסטר אף לרגע... כשיצאנו מהארוחה, פגשנו את טדי קולק יושב ומחכה לנו. כשאנו עומדים, שניידר, קולק ואנוכי, אמר קולק לשניידר באנגלית: "פתח תקווה אינה ירושלים, אבל תעשה את זה בפתח תקווה".

אחרי ארוחת הערב ההיא, שניידר שלח לארץ ועדה לבדיקת הנושא, שהשתתפו בה שלושה אנשים: מתכנן שירותי בריאות מסאן פרנסיסקו, אדריכל של בתי חולים לילדים מבוסטון ומנהל בית חולים שניידר לילדים בניו יורק – יהודי מדרום אפריקה. הם שהו בארץ כשלושה שבועות, ביקרו בכל בית חולים גדול ובמקומות אחרים, ולבסוף שכנעתי אותם להקים את בית החולים לילדים סמוך לבית החולים בילינסון. וזאת מסיבה אחת – בית חולים שלישוני מסוג זה צריך שיהיו לו רשת של מרפאות ילדים ראשוניות הפזורות בכל הארץ. רשת כזו יכולה רק קופת חולים הכללית לספק, שכן היו לה אז מעל חמש מאות מרפאות כאלה. חושבני שהנימוק הזה הכריע לטובת בילינסון, אף שבתקופה ההיא היו שני מוסדות שניסו להשפיע שבית החולים הראשון בישראל לילדים יתקיים בהם: בית החולים שיבא ובית החולים הדסה עין כרם.

שניידר אהב מאוד טקסים. באתי אז לידידי, יו"ר הכנסת דאז, שלמה הלל, וסיפרתי לו על שניידר ועל התגייסותו להקמת בית החולים לילדים. מיד הוא הזמין את שניידר ורעייתו לארוחת צהריים בכנסת, ושוחחנו שם רבות בידידות ובנעימות. בארוחה זו גם סוכם שטקס חתימת ההסכם בין שניידר לבין קופת חולים הכללית יתקיים באולם שאגאל בכנסת, ברוב עם וברוב הדר, וכך היה. עו"ד ג'רי סילברט קרא את ההסכם, והחתיים שם בפומבי את שניידר ואותי. כך נפתח הפרק של תכנון בית החולים לילדים, שעליו הופקדו האמריקאים, בהשתתפות פרופ' יהודה דנון, אז מנהל בילינסון והמועמד להיות המנהל הראשון של בית החולים לילדים.

תפקידה של ועדת הפרויקטים של משרד הבריאות היה לאשר כל תכנית בנייה של מחלקה חדשה או בית חולים חדש בארץ. בתחילה, ועדה זו לא אישרה את הקמתו של בית חולים שניידר לילדים. על כן ביקשתי משרת הבריאות שושנה ארבלי אלמוזנינו לאשר זאת, והיא חתמה על האישור ברצון. בטקס הנחת אבן הפינה נכחנו עם שניידר ואשתו, נשיא המדינה חיים הרצוג ושרת הבריאות שושנה ארבלי אלמוזנינו.

המשא ומתן הקונקרטי בנוגע לכל פרט ופרט בבניין בית החולים, ובנוגע לקשרים בין בילינסון לבין שניידר, ארך כשלושה שבועות. הוא נערך בחדרון קטן שעל יד משרד הנהלת בית חולים שניידר בניו יורק. בתקופה הראשונה של הבנייה עדיין הייתי בתפקיד יו"ר קופת החולים. שניידר

היה בא כל שבועיים לראות את התקדמות הבנייה. היינו נפגשים לארוחת בוקר במלון דן בתל-אביב, ומשוחחים על התכניות. ביכולתי להעיד שהוא ידע על כל מרצפת חדשה בבניין.

בתקופה ההיא סבלתי מסיקור עיתונאי קשה, במיוחד מצד מי שעמד בראש אחד מבתי החולים הגדולים הממשלתיים, ולא זכה להתקדמות בשטח זה. באחד מפרסומי התקשורת כונה רעיון בניין בית החולים לילדים: "הפיל הלבן של דורון".

בימים ההם של הלחצים והביקורת בכלי התקשורת, חשבתי לתומי שאולי יש לנסות להקפיד את בניית הקומה העליונה של בית החולים בשלב זה, ולבנותה מאוחר יותר. ביקשתי מאביבה רון, שהכירה היטב את אחת מבנותיו של שניידר, לבדוק את הרעיון. שניידר הגיב בכעס עצום, ולא העזנו להעלות שוב רעיון זה. הבנייה נמשכה, ובית החולים היה לעובדה. כך בעקשנות, נולד בית חולים לילדים הראשון בישראל. כיום הוא שופע פעילות מקסימלית, ומבטיח טיפול רפואי ברמה גבוהה לדורות של ילדי ישראל.

### בית חולים השרון בפתח תקווה

בית חולים השרון בפתח תקווה הוקם בשותפות של עיריית פתח תקווה וקופת חולים כללית. ראש עיריית פתח תקווה ההיסטורי היה פנחס רשיש, ובמשך שנים רבות הוא היה גם יו"ר הוועד המפקח הארצי של קופת חולים. הוא הגה את הקמת בית חולים ציבורי עירוני בעיר, וכך הקימו את בית חולים השרון. אף על פי שגם בית החולים בילינסון ממוקם בפתח תקווה, מרחק קצר מבית חולים השרון, ראיתי בקיומו של בית חולים השרון היגיון רב. בילינסון הוא בית חולים מרכזי לכל הארץ, ובו מחלקות מיוחדות. לעומת זאת, בית חולים השרון הוא בית חולים אזורי, עם מחלקות של בית חולים אזורי בלבד (לפי החלוקה שחילקנו בשנת 1981). ראיתי בקיומו הזדמנות טובה מאוד להנהיג את התפיסה המרחבית שלי; וליצור מרחב של פתח תקווה והיישובים סביבה (של מיעוטים ושל יהודים). מיניתי את פרופ' יעקב הרט שהיה אז סגן רופא מחוזי בנגב, לתפקיד מנהל בית החולים ומנהל המרחב. הוא אימץ בשתי ידיו את גישת המרחבים, ופיתח בפתח תקווה את אחד המרחבים המוצלחים, עם יתרונות רבים. אינני מתבייש להגיד שבית חולים השרון היה הייבוי שלי (לא על חשבון שום מוסד אחר), כי ראיתי בו את היכולת לממש את דגם המרחב. חיפשתי את טובי מנהלי המחלקות בשבילו, ואכן, היו בו מנהלי מחלקות מהשורה הראשונה. ליוויתי את בית החולים מקרוב. בכל ערב יום כיפור, הסעודה המפסקת שלי הייתה עם מנהלי המחלקות של בית חולים השרון, ודיברנו על הבעיות של בית החולים ועל הפיתוח שלו. לא הבטחתי הבטחות רבות, אבל את אלו שהבטחתי, קיימתי, וכך פיתחנו את בית החולים.

לאביגדור קפלן<sup>52</sup>, שהיה מנכ"ל קופת החולים אחרי פרישתי, הייתה גישה שונה – גישה כלכלית ניהולית. לדידו צריך היה לרכז את כל המחלקות בבילינסון, ולהשאיר את בית החולים השרון עם השירותים המינימליים ביותר. הוא גם ביטל את הקמת המרפאה האזורית החדשה על שם רשיש.

<sup>52</sup> ד"ר אביגדור קפלן – (1939-) מנכ"ל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים מינואר 2017. הוא כיהן כמנכ"ל המרכז הרפואי הדסה בשנים 2013–2014, כיו"ר כלל עסקי ביטוח ממרץ 2008 ועד יוני 2013, כמנכ"ל כלל עסקי ביטוח במשך 11 שנים, כראש מנהל כוח האדם במשטרת ישראל ומשנה למנכ"ל התעשייה האווירית לישראל. בנובמבר 1992 מונה לתפקיד מנכ"ל קופת חולים כללית. הוא שימש בתפקיד זה בתקופה בה נותק הקשר בינה להסתדרות הכללית ונחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי ששינה את מערכת הבריאות בישראל. תכנית הבראה שהוביל קפלן הביאה להקטנת הגירעון הגבוה של הקופה.

הוא והבאים אחריו הלכו במדיניות של איבוד בית חולים השרון. קפלן גם היה נגד ההשקפה של מרחב, הוא היה בעד השקפה שהמחוז קונה שירותים בבית החולים, ובית החולים מוכר שירותים למחוז. כמובן, השקפותיו לגיטימיות לחלוטין. כשלעצמי חלקתי על גישתו, ואני חולק עליה עד היום. קראתי לגישה של קניית השירותים של המחוז אצל בית החולים 'יוסי מכה את יוסי'. סבורני שגם גישתו בנוגע לבית החולים השרון נכשלה, כיוון שבמשך השנים התברר שהאזור זקוק לבית חולים אזורי. מחצית המחלקות בבילינסון אינן מחלקות של בית חולים אזורי, אלא מחלקות של בית חולים ארצי כללי. היו צריכים אפוא להתחיל להשקיע בשיפוצים של בית חולים השרון, שייבשו' והזניחו אותו. מי שיבקר היום בבית חולים השרון ייווכח מה מצבו: לקחו בית חולים ישן והיו צריכים לשפץ אותו מכל הצדדים. בטוחני שבמשך השנים, השקיעו בחידוש הציוד ובשיפוץ של בית חולים השרון הרבה יותר ממה שחשבו שחסכו. אם כן, לא תמיד הגישה הכלכלית היא אכן כזו. היום הוא פועל כבית חולים אזורי. כפי שהזכרתי, קראו לו על שם גולדה מאיר.

קפלן גם איחד את בית חולים השרון עם המרכז הרפואי רבין, אחרי רצח רבין. לשם חיזוק השקפתי נגד מהלך האיחוד, אצטט את דבריו של פרופ' ערן הלפרין, מנכ"ל המרכז הרפואי רבין (בחוברת של בית החולים בילינסון שקיבלתי לפני זמן מה): "בימים אלה נבנה בבית חולים השרון מתחם חדיש של חדרי ניתוח בסטנדרטים גבוהים". אני חושב שאיני צריך להוסיף על דבריו ולהכביר מילים.

עוד סיפור בעל ערך הקשור בבית חולים השרון: במשך שנים רבות היה שם רופא ששימש מנהל מחלקה כירורגית כללית, ועשה את עבודתו נאמנה בלא כל בעיות. כעבור זמן הוא הגיע לגיל הפנסיה, ולפתע החלו להגיע תלונות רבות על ניתוחים שהוא ביצע. כשראיתי את התלונות, לא היססתי לדרוש ממנו שיפרוש מניהול המחלקה הכירורגית. לימים הוא כתב ספר, ובו נאמר שקיצרתי את חייו. לדעתי, אסור להסס במקרים כאלו. בידיהם של מנהלי מחלקות כירורגיות מופקדים חיי אדם, וכאשר מתחילות להגיע תלונות על טיב הניתוח, אין מקום להתלבטויות. בתפקידים כמו התפקיד שהייתה לי הזכות למלא, לא תמיד אפשר להישאר ידידים, על חשבון פגיעה בבריאות הציבור. בכל מקרה, בריאות הציבור קודמת לידידות האישית (היה לי מקרה כזה גם בבית החולים בילינסון, בנוגע למנתח לב פתוח).

כשהתחלנו לתכנן את 'שניידר', ביטלתי חלק ממיטות האשפוז במחלקות הילדים בבית חולים קפלן ובבית חולים מאיר בכפר סבא, וביטלתי את המחלקה כולה בבית חולים השרון. זאת כדי לאפשר את ריכוז המיטות. פרופ' יצחק ורסנו היה מנהל מחלקת ילדים מבריק בבית חולים השרון. כשהתחלנו לתכנן את בית החולים שניידר, הפכנו את המחלקה שלו בבית החולים השרון למחלקה של אשפוז יום. הוא לא התנגד לכך, זה התאים להשקפתו שטוב יותר לטפל בילדים במסגרת של אשפוז יום ולא באשפוז מלא. לימים הוא הקים בקמפוס של בילינסון יחידת יום לטיפול בילדים, אחת מהראשונות בארץ.

### **בית חולים קפלן ברחובות**

חודשים מספר לאחר עלייתנו ארצה ותחילת עבודתי כרופא כפר בעוטף עזה, קופת חולים פתחה את בית החולים קפלן ברחובות. היה זה בית חולים לתפארת, שהיה בנוי בשיטת הביתנים, ובחצרו היו ביתנים למגורי רופאים הבכירים, מנהלי המחלקות וכו'. בקפלן לא הייתה הבעיה

שהייתה בבית חולים העמק, בנוגע למגורי הרופאים. הדאגה לרמת המגורים הייתה מקסימלית, גם של אלה שקדמו לי בתפקיד מנכ"ל הקופה וגם שלי בשנות תפקידי.

מטובי הרופאים בארץ מונו לתפקידים בכירים בבית החולים קפלן. אקדיש כמה מילים לפנחס אפרתי, שהיה הפדגוג הרפואי הטוב ביותר שהכרתי כל ימי חיי. עם פתיחת בית החולים, הובא פרופ' אפרתי מטבריה להיות מנהל מחלקה פנימית ב' בבית החולים קפלן. פרופ' אפרתי היה גם המטולוג שעסק במחקר המטולוגי (גם אחרי שפרש לגמלאות). במקביל לתפקידו כמנהל מחלקה וחוקר המטולוגיה בקפלן, הוא היה ראש המחלקה למדעי החיים באוניברסיטת בר אילן, במשך שנים. תפקיד זה הוא מסר מאוחר יותר לתלמידו, פרופ' אריה רוזנשיין (שאותו הזכרתי לעיל בהיותו מנהל המעבדות בבית החולים מאיר בכפר סבא). פרופ' אפרתי היה זה שמראשית הקמתו של בית החולים, דאג לסנפו לבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים. סינוף זה קיים עד עצם היום הזה ותורם לרמתו הרפואית של בית החולים קפלן, ולהפניית בכירי הרופאים אליו.

כאמור, בין תקופת היותי רופא בגברעם לתקופת היותי רופא בבאר-שבע, הייתי בהשתלמות במחלקתו של פרופ' אפרתי. הוא היה האיש שממנו למדתי רבות, בפגישות הקליניות של רופאי המשפחה על יד מיטתו של החולה בבית החולים (היה לו יחס מיוחד לרופאים הראשונים בקהילה, ובמיוחד בפריפריה). קשה להפריז בהערכת איכותם של ההסברים הרפואיים שנתן פרופ' אפרתי על יד מיטתו של החולה. אני זוכר את התקופה הזו בהערכה רבה מאוד.

אחרי שסיימתי את תפקידיי בנגב ועברתי למרכז קופת החולים, נשארתי בקשר אישי הדוק עם פרופ' אפרתי. כשהייתה לי איזו בעיה סבוכה של ניהול רפואי, לא היססתי לבקש ממנו שישמש יו"ר של ועדה בנושא. כך היה בנוגע לפרשה שאירעה בבית היולדות בכפר סבא. פרופ' אפרתי התעמק בפרשה זו וחיווה את דעתו על חומר הרבה. מנהל בית היולדות היה ידיד אישי שלי, אך לא היססתי לרגע לגרום לפרישתו. בלוייתו, זמן מה לאחר מכן, אחד המספידים דיבר על כך שלמרות הידידות האישית, לא ניתן לו להמשיך בתפקיד. כפי שכבר אמרתי, בריאות הציבור (ובמקרה זה בריאות האישה), קודמת לידידות, לקשרים ולהערכה אישית. בתפקידים כגון אלו, חובה לדעת שהשיקול של בריאות הציבור עולה על כל שיקול אחר.

אדם נוסף שאינני יכול שלא לספר עליו בהקשר של בית החולים קפלן הוא ד"ר חיים גורדון. גורדון היה רופא פנימי בכיר בבית החולים בילינסון, והבאתי אותו משם כדי שינהל את בית החולים קפלן. הוא ניהל את בית החולים ביושר וביד רמה שנים רבות. הוא היה אדם ישר והגון באופן יוצא מן הכלל. כעבור זמן, אחד ממנהלי המחלקות רצה לרשת את תפקידו, החל לגלגל מהלכים שונים ו'לבחוש' בנעשה. גורדון מיד הגיש התפטרות, הוא היה רגיש מאוד. אחרי תפקידו זה, היה זמן מה ממלא מקום מנהל האגף הרפואי במרכז קופת החולים. אבל לאחר מכן הוא עבר לתפקיד אחר. הוא היה שריד שואה מסלובקיה, והיה קשור מאוד לעלייה הבלתי לגאלית מהגוש הסובייטי במשך כל השנים. על כן הוא מונה לנציג של מוסד כלשהו הקשור ביהודי מזרח אירופה, וישב בבודפשט. נעמי רעייתי ואני ביקרנו אותו שם, ונשארתי בידידות רבת שנים אתו. הערכתו מאוד את מסירותו.

אחרי התפטרותו של ד"ר חיים גורדון, מיניתי למנהל בית החולים את פרופ' יוסי פרוסט. לימים מונה פרופ' פרוסט למנהל מחוז ירושלים של קופת החולים, וקיבל את פנינו במרפאה השכונתית בירושלים, כשהגענו לגור בעיר.

### בית חולים סורוקה בבאר-שבע

כבר תיארתי מה היה מצבו של בית החולים הדסה הישן בבאר-שבע כשהגענו לעיר; בננו הבכור נולד שם. אמנם לארגון הדסה הייתה תכנית להקים בית חולים צנוע בבאר-שבע, אבל כשהיא החליטה להתרכז בשני בתי החולים שלה בירושלים, היא ביטלה את התכנית בבאר-שבע. לדוד טוביהו, ראש העיר באר-שבע, היה חזון לא רק בנוגע לאוניברסיטה בבאר-שבע אלא גם בנוגע לבית חולים גדול. הזכרתי את הוויכוח בין בן גוריון, שרצה שבית החולים יהיה של המדינה, ובין טוביהו, שהיה מעוניין שקופת החולים תבנה את בית החולים. היום המציאות מוכיחה מי צדק.

'בית חולים המרכזי לנגב' – כשמו אז, נפתח בינואר 1960. לשם כך הייתה תרומה של דוד דובינסקי מהאיגודים המקצועיים האמריקאים, דרך מגבית ההסתדרות. אלא שכאשר ההסתדרות 'תרגמה' אותה ל'נטו', כבר לא נשאר ממנה הרבה.<sup>53</sup>

גם סורוקה וגם ישראל ברזילי, שהיה שר הבריאות באותה תקופה, היו חולי לב. כשברזילי אושפז, סורוקה ביקר אותו בבילינסון, והם חתמו שם על הסכם שהממשלה תבנה בית חולים באשקלון (כיום זהו בית חולים ברזילי), וקופת החולים תבנה בבאר-שבע (כיום זהו בית החולים סורוקה). כאמור, הסכם זה לא מצא חן בעיניי בן גוריון, אך הוא הפך למציאות שהוגשמה. קופת החולים מינתה את פרופ' יוסף שטרן למנהל בית החולים החדש ומנהל מחלקה פנימית ב' בו. פרופ' שטרן למד רפואה ומדעי החיים באיטליה, והוא היה רופא פנימי בבית החולים בילינסון, ותקופה מסוימת הוא ניהל את המחלקה לרפואה דחופה בבילינסון.

יחד עם בית החולים, נבנה מולו בניין מגורים לשיכון מנהלי מחלקות חדשים בבאר-שבע. בבדיחות הדעת קראנו לו כל השנים 'בלייר האוסי'. שם שוכנו המשפחות של פרופ' יוסף שטרן, מנהל בית החולים; פרופ' נח בן אדרת,<sup>54</sup> מנהל מחלקת נשים ויולדות, שהובא מבית החולים קפלן; פרופ' גבריאל טורק, מנהל המחלקה האורתופדית, שבא מבית החולים הממשלתי בפרדס כץ; פרופ' מנחם הירש,<sup>55</sup> רדיולוג ומנהל מחלקת הדימום של בית החולים. נוספו אליהם בבית החולים פרופ' אליהו ליהמן, שניהל את בית חולים הדסה הישן בעיר, ומונה למנהל מחלקה פנימית א' (פרופ' ליהמן המשיך להתגורר בביתו שבעיר העתיקה) וד"ר וילהלמינה כהן,<sup>56</sup> מנהלת

<sup>53</sup> ILWGU - איגוד תופרי בגדי הנשים בארצות הברית וקנדה. ( לעיל הערה 38). תרומת האיגוד להקמת בית חולים מרכזי בנגב הייתה של מיליון דולר בשנת 1956, מסכום זה הורידה ההסתדרות \$600,000 בנימוק שזהו חלקה של ההסתדרות במגביה. לבניית בית החולים נותרו אפוא רק \$400,000. ראה בהרחבה שורץ שפרה, "קופת חולים, הסתדרות ממשלה" (הוצאת המכון למורשת בן-גוריון, 2000) עמ' 211-230.

<sup>54</sup> פרופ' נח בן אדרת (1925-1988), גינקולוג, למד רפואה באוניברסיטה העברית, מומחה ברדיולוגיה אבחנתית, מחלוצי המרכז הרפואי סורוקה ובית הספר לרפואה של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>55</sup> פרופ' מנחם הירש (1926 רומניה), היא ייסדה וניהלה את מחלקת הילדים הראשונה (כיום אינדונזיה), הראשונה שעבדה במקצוע שלה בבאר שבע. פרופ' וילהלמינה כהן (1916 – 2000) הייתה רופאת ילדים ישראלית, ילידת איי הודו ההולנדיים (כיום אינדונזיה), הראשונה שעבדה במקצוע שלה בבאר שבע. היא ייסדה וניהלה את מחלקת הילדים הראשונה בבית החולים המרכזי לנגב, לימים המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה. פרופ' וילהלמינה כהן הייתה פרופסור חבר בפקולטה למדעי הבריאות, ביתה ספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב ויקירת באר שבע.

מחלקת הילדים, שעברה גם היא מבית חולים הדסה הישן לבית החולי החדשה ( וגם היא נשארה להתגורר בביתה שבעיר העתיקה).

חושבני שיתוף הפעולה ההדוק בין מנהל בית החולים פרופ' שטרן לביני בתפקידי כרופא מחוזי, תרם לבריאות תושבי הנגב כולו. כזכור, היה אז מחסור קטסטרופלי ברופאים בנגב, וגם עבור בית החולים קשה היה להביא רופאים. באר-שבע אז לא הייתה אטרקטיבית כפי שהיא היום. מה עשינו יחד? ראשית, מרפאת החוץ של בית החולים הייתה בתחילה מיועדת רק לבדוק חולים לפני האשפוז ולאחריו. הפכנו אותה למרפאה מחוזית מיעצת לכל הנגב, ועל ידי זה פתרנו בעיה רצינית ביותר בנוגע למחסור ברופאים. שנית, מינינו רופאים מקצועיים בכירים מבית החולים לרופאים מיעצים בקהילה. שלישית, הושבנו רופאים שעבדו בבית החולים במקומות מגורים שבהם לא היו רופאים.

בשל שיתוף הפעולה ההדוק בינינו, כשפרופ' יוסף שטרן יצא לשנת שבתון, הוא מינה אותי, הרופא המחוזי, למלא את מקומו בניהול בית החולים. אף שבדרך כלל, מקובל היה למנות את אחד ממנהלי המחלקות. כך במשך שנה, הייתי ממלא מקום מנהל בית החולים. נפלה בחלקי הזכות העצובה לקבל אז את פולה בן גוריון, בשעותיה האחרונות. בשנה ההיא תרמתי ככל יכולתי לחיזוקו של בית החולים בבאר-שבע.

מאוחר יותר, כשהחל המאבק להקמת בית ספר לרפואה בנגב, שלושה ממנהלי המחלקות – פרופ' שטרן,<sup>57</sup> פרופ' טורק ופרופ' ליהמן – פנו אלי שאהיה יו"ר הוועדה להקמת בית הספר (המשך השתלשלות העניינים תוארה בדברי על אודות בית הספר לרפואה בנגב).

עוד תרומה לבריאות תושבי הנגב הייתה הקמת מרכז ההשתלמות לעולים רופאי הנגב בבית החולים. הקבוצה הראשונה של רופאים עולים מארגנטינה הגיעה לבית החולים קפלן, כיוון שבית החולים בבאר-שבע עוד לא נפתח. כל יתר שתיים עשרה קבוצות הרופאים שהגיעו, עברו את השתלמותן בבאר-שבע. השתתפתי בחלק גדול מהשתלמויות אלו, שכן העברתי את קורס המבוא לשירותי הבריאות בארץ, ואת הקורס טרמינולוגיה רפואית בעברית.

למרות הצמצום בתקציבי הפיתוח בתקופת היותי מנכ"ל קופת החולים, עשינו מאמצים מיוחדים וסיימנו את בניית הבניין השני של בית החולים. היום, בית החולים הוא בית החולים המרכזי של בית הספר לרפואה שנבנה בסמיכות אליו. הוא נקרא בית החולים האוניברסיטאי, והיתר ידוע לכל.

### **בית החולים יוספטל באילת ומרחב שלמה**

באילת היה בית חולים ממשלתי ישן, ברמה נמוכה. מבחינת מספר התושבים הקבועים, לא הייתה הצדקה לפתוח בית חולים. אבל מבחינת התיירות הייתה הצדקה. אם רוצים לפתח תיירות, צריך להבטיח רפואה נאותה. כמו בכל עניין רפואי בארץ בתקופה ההיא, קופת החולים התנדבה להקים 'קוטג' הוספיטל' באילת.

<sup>57</sup> לימים, נקרא האודיטוריום בבית החולים על שמו של פרופ' יוסף שטרן; ובהמשך, עם בנייתו של אודיטוריום חדש, נקרא גם הוא על שמו.

בהיותי רופא מחוזי בנגב, אני זוכר שהזעקתי לא פעם למרפאה הראשונית של קופת חולים באילת. קשה היה להביא רופאים לאילת. הרופאים היו ד"ר רפאל קונפינו (שאחר כך היה מומחה לרפואת המשפחה, ורופא מחוזי ביפו), ורעייתו, שהייתה רופאת ילדים. הם התנדבו לרדת לאילת.

תהיתי, איך נוכל לשרת את העיר עם בית החולים? אלו רופאים יתנדבו ויבואו אליו? גייסנו רופאים לעבודה משולבת בקהילה ובבית החולים. מנהל המחלקה היה אחראי גם למקצוע שלו בקהילה, ועל ידו היה רופא צעיר. נעמי רעייתי ואנוכי היינו יורדים הרבה לאילת (ומקבלים שם דירות עם dessert cooler) עד שהושלם פיתוח בית החולים.

לפני זמן מה הזכיר לי המנהל האדמיניסטרטיבי של בית החולים, רוני מזרחי, כיצד שכנעתי את מנהל המחלקה הפנימית ד"ר אדוארד חרדון לבוא לאילת. ד"ר חרדון היה אז סגן מנהל מחלקה פנימית בבית חולים קפלן (המנהל היה ד"ר נאור). באתי והצעתי לו: ירד לאילת ותהיה מנהל מחלקה שם במשך שנתיים, ואחר כך אדאג שתהיה מנהל מחלקה בקפלן. הוא ירד לאילת, והוא שם עד עצם היום הזה. היום הוא גמלאי.

סורוקה בנה את בית החולים, ובשנה - שנתיים האחרונות לחייו כבר היו בבית החולים חמש מחלקות קטנות: גינקולוגיה - יולדות, פנימית, כירורגית, ילדים ואורתופדיה. בתקופת היותי מנכ"ל הקופה, הוספנו בבית החולים את תא הלחץ, שעד אז היה רק בבית החולים רמב"ם. זאת עשינו בשל העובדה שהיו צוללנים באילת. היום בית החולים באילת יכול לשמש גם מקום להתמחות. הוא הצליח יפה.

בתקופתי ניתן לבית החולים יוספטל שמו זה, על שם גיורא יוספטל. הוא היה אדם שמאוד הערכתני, חבר קיבוץ גלעד, והיו לו זכויות מרחיקות לכת בעניין קליטת עלייה המונית. הוא היה גזבר הסוכנות היהודית בתקופה שפתחנו את בית החולים, ולאחר מכן, שר הקליטה ושר העבודה, והיה לי קשר הדוק אתו. רעייתו סנטה יוספטל עזרה לי רבות בתפקידה כראש המחלקה לקליטת עלייה בהסתדרות. היא עזרה לי להקים קרן להשתלמות רופאים עולים. הקרן הזו עזרה מאוד לקבוצות הרופאים העולים בהמשך דרכם.

ולסיום פרק זה, אספר גם על הקמת המרפאה בשארם א שייך: מרחב שלמה (סיני) עד שארם א-שייך, היה אז בידי מדינת ישראל. בראשו כיהן בתור ממונה כללי, ראובן אלוני, בעלה של שולמית אלוני (שעמדתה בקשר ל'שטחים' הייתה ידועה). אלוני לא הרפה ממני שאקים מרפאה בשארם א-שייך. בתקופה ההיא היה יצחק רבין ראש ממשלה, ומשה דיין אמר ש'עדיף שארם א שייך בלי שלום מאשר שלום בלי שארם א שייך'. הלחץ של אלוני גבר עד שברגע מסוים נכנעתי לו, על אף שלא הייתי משוכנע בצורך במרפאה שם. הקמנו בשארם א שייך מרפאה למופת, עם חדר לרופא משפחה, חדר לרופא ילדים, חדר לרופא שיניים ובית מרקחת. הזמנתי את ראש הממשלה רבין לנאום בטקס הפתיחה. איני יודע מה היה גורל המבנה הזה, אבל לצערי היום אין לנו לא שלום ולא שארם א שייך.



## בתי חולים נוספים

### האשפוז באשדוד

בצהרי יום שישי אחד נפגשתי לארוחת צהרים עם ראש עיריית אשדוד, צבי צילקר, איש מפלגת חירות. קודם הפגישה הכנו טיוטה של חוזה, שלפיו נבנה יחד בית חולים באשדוד. לא הייתה אז הצדקה להקצאת מיטות אשפוז באשדוד, ולכן הרעיון שלי היה להקים בית חולים מקומי, לפי הדגם של בית חולים השרון, בשותפות של קופת חולים עם השלטון המקומי. במקום שיהיו פזורים בעיר פה מעבדה, פה מוקד מיון קטן, ושם מרפאה מקצועית כזו או אחרת, ראש העיר ייתן את שטח עבור בית חולים עתידי; ואנחנו נפתח בו את כל השירותים הרפואיים לקהילה. אחר כך נבנה מיון, כדי שתושבי העיר לא יצטרכו לנסוע לאשקלון או לקפלן ברחובות לכל צורך קטן. ולאחר מכן, לפי קצב גידול האוכלוסייה, נתחיל לפתח מחלקות ומיטות אשפוז, (בתחילה אולי אפילו בדגם של בית החולים באילת). שר הפנים אז היה יוסף בורג, ומנכ"ל משרד הפנים היה חיים קוברסקי ושניהם פסלו את התכנית הזו. הם התנגדו לכך שהשלטון המקומי יהיה שוב מעורב בהקמת בתי חולים. (בעיניי הייתה זו גישה צרה וחלקית, כי אם היינו בונים כך בית חולים, זה היה חוסך למדינה הרבה כסף). אני זוכר את הביטוי של צבי צילקר: "אני זה לא אתם ואתם זה לא אני, אבל בית חולים אני אבנה רק אתכם". זה בדיוק מה שקרה, חתמנו על ההסכם, אבל הממשלה ביטלה אותו. הגישה שלנו הייתה ממלכתית. במקרה זה, הממשלה פעלה בניגוד לאינטרס של מערכת הבריאות.

שנים לאחר מכן, באחת משיבות מועצת הבריאות, פתח שר הבריאות יעקב ליצמן ודיבר על התרשמותו החיובית מהישגי תיירות המרפא. מיד הגבתי שאם כך הוא, למה לא להפוך את 25% המיטות שהאוצר כלל במכרז על בית החולים באשדוד, למיטות עבור תיירות מרפא? זאת, במקום לחלק את אוכלוסיית אשדוד בין אלה המסוגלים לשלם עבור האשפוז ובין אלה שאינם מסוגלים לכך. בהמשך, הצעתי הצעה זו ליו"ר אסותא פרופ' יהושע (שוקי) שמר,<sup>58</sup> גם כאן ללא הצלחה. ביום מן הימים, משרד האוצר ומשרד הבריאות התחילו לראות את הסכנות שבהמשך הכרסום של הרפואה הציבורית על ידי הרפואה הפרטית. או אז הם שילמו מאות מיליונים לאסותא, כדי לקנות ממנה בחזרה את 25% המיטות שנמכרו לה עבור רפואה פרטית, ולתקן הטעות של המכרז.

### בתי חולים בירושלים

#### בתי החולים של הדסה

קופת חולים הכללית וההסתדרות המדיצינית הדסה היו שני המוסדות העיקריים ברפואה הציבורית הוולונטרית בישראל בתקופת המנדט ובתקופת המדינה. לשתיהן זכויות מרחיקות לכת במערכת הבריאות בארץ, כמובן, יחד עם יתר חלקי מערכת הבריאות, הממשלתית והציבורית.

קופת החולים צמחה בקרב ציבור הפועלים בארץ ישראל. לעומתה הדסה קמה בתור הסתדרות של נשים בקרב הציונות האמריקאית. מערכת היחסים בין שני גופים אלו ידעה עליות ומורדות

<sup>58</sup> פרופ' יהושע (שוקי) שמר (1948), יושב ראש מועצת המנהלים של חברת אסותא. בעבר שימש בין היתר כקצין רפואה ראשי של צה"ל בדרגת תת-אלוף, כמנכ"ל מכבי שירותי בריאות וכמנכ"ל משרד הבריאות. פרופ' מן המניין לרפואה פנימית באוניברסיטת תל אביב.

במשך השנים. אין ספק בתרומתה ההיסטורית של הדסה בתור מרכז שירות רפואי מהשורה הראשונה, ובזכויותיה בחינוך הרפואי בישראל. היא שהקימה את בית הספר לרפואה הראשון בישראל, בשיתוף האוניברסיטה העברית. בית ספר זה חונך דורות של רופאים ברמה גבוהה, וממנו יצאו רבים ממנהלי המחלקות בבתי החולים בארץ, והם שקבעו במידה רבה את רמתה המצוינת של הרפואה בישראל.

להדסה גם זכויות מיוחדות בתולדות המחקר הרפואי בארץ, מראשיתו ועד ימינו. השיתוף של האוניברסיטה העברית עם הדסה אפשר גם הקמת בתי ספר נוספים, חיוניים למערכת הבריאות בישראל. אמנם התפתחותם של יתר בתי החולים המרכזיים במדינה כמו שיבא, בילינסון, איכילוב, רמב"ם וסורוקה, הוסיפו על תרומתה ההיסטורית של הדסה. גם התפתחותם של בתי ספר נוספים לרפואה בתל-אביב, בבאר-שבע, בחיפה ובצפת, תרמו לכלל מערכת החינוך הרפואי במדינה. ואולם הזכויות ההיסטוריות של הדסה ושותפתה האוניברסיטה העברית נשארות ללא ערעור.

בראשית שנות השבעים, יחד עם צוות עוזרים התחלתי להתעמק בנושא בסיסי בכלכלת הבריאות: עלות האשפוז. בימים ההם פיתחנו בבתי החולים של הקופה תכנית שבסיסה הקצאת ימי אשפוז למחלקות בהתאם להרכב הגילי של אוכלוסיית האזור, תוך התעמקות בנושא ממוצע שהייה בבית החולים. התוצאה הייתה טובה מאוד. ביום מן הימים, הפנו חברי הצוות את תשומת ליבי שמספר ימי האשפוז בהדסה ירושלים, שעליהם היו מחייבים את קופת החולים, הם מופרזים וללא פרופורציה לאלה שבבתי חולים אחרים. מדובר היה בהוצאה כספית יתרה של כמה מיליוני דולרים בשנה, וזאת גם אם מורידים את מספר החולים הנחשבים 'מקרים מיוחדים', המופנים להדסה מחוץ לירושלים.

פניתי לידידי פרופ' קלמן מן, מנכ"ל הדסה,<sup>59</sup> והראיתי לו את המספרים. פרופ' מן ביקש זמן לבירור עם מנהלי המחלקות, אך לא נמצא כל פתרון. הצעתי לו כמה פתרונות חלופיים, כדוגמת תכנית אשפוז אזורי או תורנות אשפוז בין בתי החולים בירושלים, ולא קיבלתי את הסכמתו. לפי הרושם שלי, ההתנגדות לפתרונות המוצעים הייתה במיוחד של מנהלי המחלקות בהדסה.

#### בית החולים שערי צדק

בית חולים "שערי צדק" קיים בירושלים כבר מעל למאה שנה. במשך כל השנים הוא תפקד ברמה נאותה, והיה בית חולים בעל צביון דתי, המאפשר כל אזור באשר הוא. במחצית השנייה של שנות השמונים של המאה ה-20, הוקם בשכונת בית הכרם בניין חדש לבית החולים, שבא להחליף את הבניין ההיסטורי שבמרכז העיר. הבניין החדש נבנה לפי תכנית מצוינת ומיוחדת במינה. את התכנית לבנייתו הגה פרופ' דוד מאיר, רופא פתולוג ממוצא אמריקאי, שניהל את בית החולים באותה תקופה. הקמת הבניין גררה עמה חובות כבדים, שבעקבותיהם נקלע 'שערי צדק' למשבר פיננסי. ראשי המוסד מצאו לנכון לסיים את תקופת ניהולו של פרופ' מאיר, ולפתוח תקופה חדשה בניהול המוסד.

<sup>59</sup> פרופ' קלמן יעקב מן (1912–1997) היה רופא ופעיל ציבור ישראלי, ממקימי בתי החולים "הדסה" בירושלים, ונשיא אגודת "יד שרה"

באותם ימים שבהם חיפשתי פתרון לנושא עלות האשפוז ב'הדסה' בירושלים, הכרתי שני יהודים דתיים אמריקאיים. היו אלו צ'רלס בנדהיים ולודוויג יסלזון, שהחזיקו את בית החולים "שערי צדק" בפעילותם ובמימון שאספו מיהדות אמריקה עבורו. שני אישים אלה היו מעוניינים בקשר טוב עם קופת חולים הכללית, במיוחד בשל הצורך לצאת מן המשבר הכלכלי שבית החולים נקלע אליו. התפתח קשר ונוצרה שפה משותפת ביני לבינם, ובהמשך גם בין רעייתי נעמי לנשותיהם.

תמיד העסיקה אותי בעיית העדר בית חולים של קופת החולים בירושלים. זכורני ששיחתי האחרונה עם משה סורוקה בביתו, עסקה בין היתר בנושא זה. בשל כך ובשל מצב היחסים שהתפתח עם הדסה, ניהלנו משא ומתן עם בית החולים "שערי צדק". הגענו להסכם שנקרא "joint management agreement". היה זה הסכם לניהול משותף של בית החולים, מבלי לפגוע בבעלות עליו (דבר שגם לא היינו מעוניינים בו). נאלצתי לעכב לזמן מה את חתימת ההסכם, עקב בעיית השר"פ<sup>60</sup>. בעקבות הדסה, גם "שערי צדק" הגיע להסכם עם הרופאים הבכירים להנהגת שר"פ. אמנם ממדי השר"פ בשערי צדק היו מצומצמים יותר, אך שר"פ הוא שר"פ, וקופת החולים מעולם לא ראתה אותו בחיוב. אבל לא הייתה אפשרות אחרת, כי הסכמי העבודה בין הרופאים לבית החולים היו בלתי ניתנים לשינוי, ורצוננו היה בהסכם. ההסכם התקבל בשביעות רצון ובשמחה רבה על ידי ראש העיר של ירושלים דאז, טדי קולק, ראשי ההסתדרות בירושלים ובארץ, ואנשי מוסדות קופת חולים הכללית.

ההסכם פעל לשביעות רצון שני הצדדים במשך עשר שנים, עד שבאחד המשברים של קופת החולים, זמן רב אחרי פרישתי, הנהלת הקופה משכה ממנו את ידיה. אז פנו אליי ראשי שערי צדק, וביקשו ממני להמשיך אישית את חברותי בדירקטוריון בית החולים, והסכמתי לכך ברצון. וכך המשכתי במשך שנים לשמש חבר הוועד המנהל של בית החולים "שערי צדק", בהתנדבות כמובן.

בראשית דרכו של ההסכם לניהול משותף, פנו אליי ראשי "שערי צדק", וביקשו שאציע מנכ"ל חדש למוסד. חיפשתי מועמד מתאים בקרב רופאי קופת החולים, וחברי לעבודה הפנה את תשומת ליבי לאחד מסגני מנהלי המחלקות הפנימיות בבית החולים בילינסון, שהצטיין בתפקידי ארגון בחיל הרפואה (והוא גם חובש כיפה). הזמנתי אותו מיד לשיחה. התרשמתי מהתאמתו, ובהסכמתו הפניתי אותו לראיון עם ראשי שערי צדק. היה זה פרופ' יונתן הלוי<sup>61</sup> בוגר המחזור הראשון לרפואה של אוניברסיטת תל-אביב, רופא פנימי בכיר שהתמחה במחלות כבד. עם כתיבת שורות אלה הוא מגיע לוותק של שלושים שנה בתפקיד מנכ"ל "שערי צדק", ובתקופתו קודם המוסד לאין שיעור. פרופ' יונתן הלוי מנהל את בית החולים בכישרון רב, גם במישור הרפואי, במישור יחסי אנוש, וגם במישור הכלכלי.

<sup>60</sup> שר"פ- שרות רפואי פרטי, הונהג בבתי החולים הציבוריים בירושלים החל משנות ה-50 של המאה ה-20.  
<sup>61</sup> פרופ' יונתן הלוי,

יונתן הלוי MD (1948-), מנהל המרכז הרפואי אוניברסיטאי שער צדק בירושלים משנת 1988 ועד היום. למד רפואה בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב. התמחה ברפואה פנימית בבית החולים ע"ש בילינסון (כיום המרכז הרפואי ע"ש רבין) ונתמנה כסגן מנהל מחלקה. הלוי הוא מומחה לרפואה פנימית, למחלות דרכי העיכול ולמינהל רפואי. פרופ' הלוי הוא פרופסור חבר קליני מטעם הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים.

## בית החולים "ביקור חולים" בירושלים

במשך שנים, הייתי מודע למצבו של בית החולים "ביקור חולים"<sup>62</sup> בירושלים. למעשה, מפלגה מסוימת ניהלה אותו, והיו בו כמעט בהתמדה גירעונות עצומים. הגורמים המוסמכים חיפשו כל הזמן דרכים לפתרון הבעיה, אך ללא הצלחה. בזמן כלשהו הגיע המשבר הגדול, שבו לא שולמו משכורות לעובדים במשך חודשים מספר. משרד האוצר פנה לבית החולים "שערי צדק", בבקשה לבדוק אפשרות לסנף את בית החולים "ביקור חולים" אליו.

בדיונים הפנימיים בנושא, בדירקטוריון בית החולים, גיבשנו את התנאים להסכם. העיקרי שבהם היה שזכותו של "שערי צדק" לסגור כל שירות בביקור חולים או לפתוח אחר. התנאי הזה התקבל על ידי האוצר. סוגיית כוח האדם הגיעה לפתרונה בשיתוף ההסתדרות הרפואית ומועצת פועלי ירושלים – חלק מהמועסקים נשארו במוסד, חלק נקלטו בשערי צדק וחלק פרשו. כיום פועל בית החולים "ביקור חולים" באופן סדיר ומאוזן, בתור סניף של "שערי צדק" ובפיקוח רפואי צמוד שלו (כולל במחלקת היולדות).

## פסיכיאטריה, גריאטריה, שיקום ורפואת שיניים בקופת חולים הכללית

### פסיכיאטריה בקופת חולים הכללית

מראשית הדרך, קופת החולים לא עשתה את ההפרדה המוטעית בין בריאות הנפש לבריאות הגוף. ד"ר טובה ישורון ברמן, קודמתי בתפקיד המנהל הרפואי של מרכז קופת החולים, החשיבה מאוד את נושא בריאות הנפש. אף אני הדגשתי את הנושא של בריאות הנפש, הן בבתי החולים והן בקהילה.

בעזרת "קרן הנכות" שהקימה הקופה כדי לבנות בתי חולים מיוחדים, הוקמו בתי החולים לבריאות הנפש: בית חולים "גהה" בפתח תקווה, בית חולים "שלוותה" במגדאל; וכן פותח בית חולים "טלביה" בירושלים, שהיה במבנים שהושכרו מן הכנסייה היוונית. מחובתי לציין ששלושת בתי החולים הללו לבריאות הנפש היו תמיד ברמה אקדמית, מסונפים לבתי ספר לרפואה במשך שנים, ורמתם הרפואית הייתה מעולה. כבר מתחילת דרכם עמדו בראש מוסדות אלו מנהלים דגולים: פרופ' צבי וויניק, מנהל בית חולים "טלביה"; פרופ' צבי ויסנביק, מנהל בית חולים "גהה"; וכן ר' יפה, מנהלת בית חולים "שלוותה". פרופ' וויניק היה איש מפתח בפיתוח בריאות הנפש בבית ספר לרפואה בירושלים, ופרופ' ויסנביק ויפה שימשו בתפקיד זה בבית הספר לרפואה בתל-אביב.

סורוקה היה זה שבנה את הבניין החדש של בית חולים "גהה" בקמפוס "בלינסון", מה שתאם את השקפתי שאין להפריד בין האשפוז של חולי הנפש לאשפוז של כלל האוכלוסייה (אם לא כן, דבקה הסטיגמה בחולי הנפש ואינה נמחקת לעולם, ויש לכך תוצאות מרחיקות לכת). בתקופתי נבנה בניין חדש לבית החולים "שלוותה", ובו התמקדנו בנושא בריאות הנפש לילדים. ראיתי

<sup>62</sup> בית החולים "ביקור חולים" בירושלים נוסד באמצע המאה ה-19 בעיר העתיקה בירושלים. בשנת 1925 עבר בית החולים למושב חדש ברחוב הנביאים. בדצמבר 2012 הפך בית החולים לחלק מהמרכז הרפואי שערי צדק ובמבנה שברחוב הנביאים ממשיכות לפעול כיום (2014) רק מספר מצומצם של מחלקות.

מתפקידי להקים מחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים של הקופה. לכן, נוסף על המחלקות לבריאות הנפש בעמק ובחיפה (שהוזכרו לעיל), הקמתי גם מחלקות לבריאות הנפש בבית החולים "קפלן" ברחובות ובבית החולים "סורוקה" (מחלקה זו התקיימה עד לפתיחת המרכז לבריאות הנפש - בית החולים הממשלתי בבאר-שבע, וכשהוא נפתח, השארנו בסורוקה את השירות הפסיכיאטרי האמבולטורי בלבד).

פרק מיוחד הוא הפרק של בריאות הנפש בקהילה. ראינו בנושא בריאות הנפש את אחד התפקידים החשובים של רופא המשפחה, ואחד הדברים המשמעותיים בתהליך תחייתה של רפואת המשפחה. בהגדרות של רפואת המשפחה תמצאו את הדגש גם על בריאות הנפש. מצבי הנפש שרופא המשפחה נפגש עמם אינם רק מחלות פסיכיאטריות מובהקות, הנוגעות לאחוז קטן מן האוכלוסייה. המושג 'מצוקה נפשית' כולל הפרעות של חרדה, דיכאון, מורל נמוך ודחק, גם כאשר הסימפטומים אינם עומדים בקריטריונים של אבחנה פסיכיאטרית ספציפית. לעתים הם קשורים למצבים של שכול או אובדן בן משפחה, מחלה קשה, גירושין, פיטורים או בעיות במקום העבודה; וכן מצב כלכלי או מצב בטחוני קשים. במחקר יסודי של פרופ' רויטל גרוס ז"ל וד"ר שולי ברמלי גרינברג ממכון ברוקדייל (שפורסם בשנת 2009 בספרי "מערכת הבריאות לאן?")<sup>63</sup> 25% מהנשאלים דיווחו שחוו את התחושות הללו בשנה האחרונה, ועוד 7% דיווחו שחוו תחושות אלו בזמן כל שהוא בחייהם. 44% מהנשאלים פנו לאיש מקצוע כל שהוא, ו-37% פנו לרופא המשפחה. אם כן, תפקידו של רופא המשפחה במצבים כאלו הוא חשוב וחיוני ביותר. לכן, כחבר במועצת הבריאות בזמן הרפורמה בבריאות הנפש, ביקרתי את העובדה שמובילי הרפורמה לא דאגו לנתינת מקום ראוי לנושא הכנת רופא המשפחה לתפקידו בבריאות הנפש.

פרופ' פרנץ בריל עלה לארץ והיה בתחילה חקלאי באחד ממושבי השרון. לאחר מכן הוא הקדיש את שנות חייו המקצועיים לבריאות הנפש בקהילה, והיה מגדולי מפתחי נושא בריאות הנפש הקהילתית בישראל. הוא עמד בראש הוועדה לבריאות הנפש של קופת החולים, וחברי הוועדה היו פרופ' ויניק, ופרופ' ויסונביק ויפה. בתור המנהל הרפואי של הקופה, השתתפתי תמיד בדיוני הוועדה, והחשבתי מאוד את מסקנותיה. פרופ' בריל הקים את המרכז לבריאות הנפש ברמת חן, שהיה המרכז החשוב ביותר לבריאות הנפש בקהילה. כשהוא סיים את תפקידו, החליף אותו פרופ' יהודה פריד, שגם הוא העצים נושא זה והשקיע בו. יחד עם פרופ' בריל הייתי יוצא לפגישות במרפאות הקהילה, לדון במקרים מיוחדים בתחום בריאות הנפש שרופאי המשפחה היו מכינים לנו לדיון. מבחינה מקצועית אישית, נהניתי מאוד מפגישות בלתי נשכחות אלו. אחר כך גם רופאים פסיכיאטרים אחרים, ובמיוחד רופאה אחת מבית החולים "גהה", התמסרו מאוד לנושא של פגישות עם רופאי משפחה בקהילה.

לימים הקמנו ברעננה מרפאה משולבת עם בית החולים שלוותה. וכבר הזכרתי לעיל את המערך של המחלקה בבית החולים "העמק" והמרפאות בעומר, בעפולה ובבית שאן. היו לי קשיים בנושא ניהול המרפאות ובתי החולים לבריאות הנפש. בבריאות הנפש, לא קל 'להלביש' מנהל על הרופאים. אמנם לא כך היה ב"טלביה" – ופרופ' ויניק דאג שיורשו בניהול בית החולים יהיה קסילובסקי, דמות מעניינת בפני עצמה. קסילובסקי גם שימש לימים היועץ הארצי של קופת החולים לנושא בריאות הנפש.

<sup>63</sup> חיים דורון ( עורך ) מערכת הבריאות לאן, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב - תשס"ט 2009

בנוגע לפיתוח פסיכיאטריה ברפואת הילדים הזמנו גם שני מומחים מחו"ל. אחד מהם היה פרופ' אלברט סולניט, מאוניברסיטת ייל בקונטיקט. שנת השבתון שלו הייתה בנגב, והוא ביקר בקיבוצים בכל האזור. כשביקר בקיבוץ בארי, אמר בבדיחות הדעת שלשמתו, הוא מצא ילד אחד שלא הופנה לפסיכולוג... בירושלים, הייתה זו הרופאה ד"ר נחמה דה שליט שפיתחה את הפסיכיאטריה לילדים ברמה טובה מאוד.<sup>64</sup>

כשנעשתה הרפורמה בבריאות הנפש, התברר שיש פער משמעותי בין קופת חולים כללית לשאר הקופות מבחינת ההיערכות לבריאות הנפש. והדברים ברורים.

## שיקום וגריאטריה שיקומית

### בית החולים לוינשטיין<sup>65</sup>

בנושא שיקום, קופת החולים תמיד נתנה את המקום הראוי לנושא, ובנתה את בית החולים "לוינשטיין" (הבניין הישן) מכספי "קרן הנכות" של קופת החולים הכללית. מנהל בית החולים הראשון היה תיאודור נחנזון,<sup>66</sup> שניתן להגדירו חלוץ השיקום הרפואי בישראל (יחד עם פרופ' אבי עורי).<sup>67</sup> הוא פיתח את בית החולים "לוינשטיין" גם במישור האקדמי, והוא היה מראשוני החוג לשיקום בבית הספר לרפואה בתל-אביב. את הבניין החדש של בית החולים "לוינשטיין" בנה סורוקה והספיק לסיימו. כפי שהזכרתי, כשפרצה מלחמת יום הכיפורים סיירתי עם פרופ' ברוך פדה, מנכ"ל משרד הבריאות, כדי 'לשחרר' מיטות אשפוז לפצועי המלחמה. פדה ואני עשינו שני דברים: ראשית, הקמנו את ה home care – הטיפול הביתי השיקומי, שקיים עד עצם היום הזה בקופת חולים כללית. שנית, סיכמנו בנינו שפצועי הראש מהמלחמה יאושפזו ב"לוינשטיין", ופצועי גפיים ואחרים – בבית החולים שיבא. כך הייתה חלוקת עבודה בין בית החולים "לוינשטיין" לבית החולים שיבא מבחינה שיקומית, וניתן לה גיבוי של משרד הביטחון.

לא קל היה לאייש את הצוות הרפואי של לוינשטיין בדחיפות, בזמן מלחמת יום הכיפורים. קשה לרופא שעבד במקצוע אחר להחליט לפתע להגדיר את עצמו כרופא שעוסק בשיקום רפואי, מה גם

<sup>64</sup> ד"ר נחמה דה שליט-אגמון (לבית מייזוס) (1927-1998) למדה רפואה בז'נבה התמחתה ברפואת ילדים. בשנות ה-50 עשתה הסבה לפסיכיאטריה והתמחתה בפסיכיאטריה של הילד. עבדה בבית"ח באר יעקב ואחר-כך במרפאה לבריאות הנפש ברמת-חן, בניהולו של פרופ' פרנץ בריל, שהטביע את חותמו על מקצוע בריאות הנפש בארץ. כהנה בועדות שונות בקופ"ח כללית ובמשרד הבריאות בנושא בריאות הנפש.

<sup>65</sup> בית החולים "לוינשטיין" נקרא על שם יצחק לוינשטיין, מראשי קרן הנכות של ההסתדרות. בית החולים נוסד על ידי קופת החולים הכללית בשנת 1945 כבית חולים למחלות ריאה ושחפת. במקביל ייסדה הקופה את בית החולים פיינסטון לחולים כרוניים, שהפך בהדרגה לבית חולים שיקומי. בשנת 1958, אוחדו שני בתי החולים וב-1974 הושלמה בנייתו של הבניין הקיים היום במערב רעננה. בית החולים מסונף לפקולטה לרפואה של אוניברסיטת תל אביב כחלק ממסלול לימודים, בלימודי המשך של רופאים ובמקצועות הפרא-רפואיים והסיעוד.<sup>66</sup> פרופ' תיאודור נחנזון סיים את לימודי הרפואה בארגנטינה ב-1945. עלה לארץ כציוני סוציאליסט ב-1951 תחילה לקיבוץ דליה... בית פיינסטון ברמות השבים נוסד ב-1944, טיפל בחולי נפש, חולי שחפת ונכים כרוניים למשל משיתוק ילדים. נחנזון הצטרף לדר' לודוויג גינצבורג בבית פיינסטון. ב-1959 מונה נחנזון למנהל מחלקה שם. ראה בהרחבה עורי א., "מבוא לתולדות הרפואה השיקומית בישראל", הוצאת אוניברסיטת תל אביב, 1966.

<sup>67</sup> אבי עורי, יליד נתניה 1948, סיים לימודי הרפואה באוניברסיטת תל אביב ב-1973. לאחר פציעה ונפילה בשבי המצרי במלחמת יום, ותקופת החלמה קצרה, צורף למחלקה (צבאית) לשיקום נאורולוגי בתל השומר, תחת ניהולו של פרופ' רפי רוזין. 1979-1980 השתלמויות באנגליה וארה"ב. 1988 פרופ' חבר ובשנת 2000 פרופ' מן המניין לרפואה שיקומית באוניברסיטת תל אביב.

שהתפתחות השיקום בארץ הייתה אז בחיתוליה. נעזרתי אז רבות ברופאים מהעלייה הארגנטינאית בנגב – ד"ר בקר, וד"ר סולסי ואחרים, וחלקם עובדים בבית החולים "לוינסטיין" עד עצם היום הזה.

כשפרופ' נחנזון פרש לגמלאות, פרץ וויכוח בינינו לבין המועצה המדעית של בית החולים "לוינסטיין" בראשותו של פרופ' שמואל טיאנו, בנוגע לניהול בית החולים. המועמד שלנו לנהל את בית החולים היה פרופ' ראובן אלדר, שהיה נוירולוג, ולפני כן קצין רפואה ראשי וראש בית הספר למקצועות הבריאות בבאר-שבע. הוא גם עסק שנים במחקר. חשבתי שהוא המתאים ביותר לניהול בית החולים, אך רופאי "לוינסטיין" התנגדו. הם טענו באמצעות המועצה המדעית, שהמנהל צריך להיות אדם מתוך בית החולים. היה זה ויכוח קשה ביותר, משום שההתנגדות למינויו של אלדר לא הייתה לגופו של עניין ובשם ההיגיון. היא הייתה מתוך האינטרס של האיגוד המקצועי של רופאי בית החולים "לוינסטיין", שלחצו כדי למנות מישהו משלהם. זו הסיבה לכך שאני רואה פגם בעובדה שמועצה מדעית היא חלק של איגוד מקצועי. אני מבקר את הדגם שבו בוועדה של ההסתדרות הרפואית בוחרים במוסדות של המועצה המדעית, בדיוק כפי שבוחרים במוסדות של האיגוד המקצועי. על פגם זה הצביעו גם יו"רים לשעבר של המועצה המדעית, בפגישות עמי בארבע עיניים, לאחר שסיימו את תפקידם.

בארץ היה מפעל "גפים" של משרד הבטחון, שלו היה סניף בבית חולים לוינסטיין. בהדסה ירושלים היה בית מלאכה מקומי וכן היו ספקים פרטיים.<sup>68</sup>

הייתי משוכנע שמרכז לשיקום מקצועי צריך להיות בשטח של מרכז לשיקום רפואי. זאת כדי ליצור המשכיות בטיפול השיקומי, וכדי שאדם שעדיין מאושפז, יוכל ללמוד ולצעוד את צעדיו הראשונים במקצוע, לפי מצבו החדש. בנושא זה היה לי ויכוח עם חברי ההנהלה, בעיקר עם יואל פלגי, שהיה אחראי לבנייה. הוא טען שיש מצוקה כספית ואי אפשר לבנות מרכז לשיקום מקצועי בבית החולים. היה זה ויכוח הגיוני, לגופו של עניין. אמרתי שאבקש מהממשלה תקציב, וכך היה.

הזמנתי את שר העבודה דאז, משה קצב, כדי לשכנע אותו שהביטוח הלאומי יממן הקמת מרכז לשיקום מקצועי בשטח של בית החולים "לוינסטיין". אכן הצלחתי לשכנעו והוא החליט להקציב את הכסף לשם כך. אם תבקרו היום ב"לוינסטיין", תמצאו את בניין המרכז לשיקום מקצועי, שנבנה בשיתוף משרד העבודה, הביטוח הלאומי וכן הלאה.

### בית החולים "בית רבקה"<sup>69</sup>

"קרן הנכות" של קופת החולים הקימה את בית החולים רבקה – בית חולים לסיעוד בפתח תקווה. טיבם של בתי חולים גריאטריים לסיעוד שהם מתפתחים לבתי חולים גריאטריים שיקומיים, שאם לא כן, אין להם עתיד. בתקופתי דאגתי שיוקם בניין חדש לתפארת, וכן דאגתי

<sup>68</sup> דוד לואיס, מעשירי אנגליה, תרם במלחמת יום הכיפורים רבע מיליון לירות שטרלינג וביקש שזה יופנה למשרד הבריאות. בהתייעצות עם פדה, מנכ"ל משרד הבריאות, סוכם שהתרומה תופנה לשיקום אורתופדי. במשך שנים הוא נתן מענקים לבתי החולים לשיקום. במסגרת זו ניתמך גם מרכז גפים. בהמשך המרכז לגפים עבר הפרטה. בשנת 1982 עבר משרד הבריאות לרכש מרכזי של אביזרים [פרוטזות, אורטוזות ונעלים] למשרד הבריאות וכן פרוטזות למשרד הביטחון...

<sup>69</sup> בית רבקה, מקבוצת כללית, נוסד בשנת 1957 על ידי קופת חולים הכללית וקרן נכות. בית החולים נקרא על שמה של הגב' רבקה נוביק ז"ל, שהייתה עובדת סוציאלית במקצועה ויו"ר ויצ"ו, וכן חברת מועצת העיר השניה בפתח תקווה. גב' נוביק פעלה רבות בתחומי רווחה וסעד. היא נפטרה ב-1948 ועל שמה נקרא בית החולים.

להבאת מנהל מומחה לגריאטריה. ד"ר שי בריל<sup>70</sup> היה גריאטר מהמרכז הרפואי שיבא והוא מנהל את בית החולים "בית רבקה" עד עצם היום הזה.

### בית החולים "הרצפלד" בגדרה<sup>71</sup>

אברהם הרצפלד היה ראש המרכז החקלאי האגדתי של החקלאות בארץ, ואחד ממייסדי קופת חולים הכללית. הוא ראה מה קורה עם חבריו המזדקנים, ובא לקופת החולים ואמר: "אני נותן לכם קרקע ותקימו בית חולים, כדי שיהיה איפה למות". בקרקע הזו, סורוקה הקים בית חולים לתפארת. כפי שכבר הזכרתי, מתוך האנטגוניזם בין פרופ' חיים שיבא למשה סורוקה, שיבא פרסם מאמר שבו הוא מבקר את סורוקה על הקמת בית החולים בגדרה, במקום בשטח של בית החולים "קפלן" ברחובות. שיבא כתב שהוא מוכן שהרופא הצעיר שהתמנה למנהל הרפואי של קופת החולים, יחווה את דעתו מי צודק. הרגשתי שרק זה חסר לי... חשבתי שמבחינה מקצועית שיבא צודק, אבל סורוקה היה ממונה עלי. שיבא גם לא לקח בחשבון שהרצפלד בעצם מימן את הקמת בית החולים וקבע את העניין כולו, וקופת החולים הייתה רק הגוף המבצע. אז שתקתי, אבל דעתי הייתה ברורה ועדיין היא כזו. בשיחות אישיות לא היססתי להגיד שיש פה טעות. ד"ר טובה ישורון ברמן דאגה להעלות לארץ מאנגליה את פרופ' ארנולד רוזין,<sup>72</sup> שהוא חלוץ הגריאטריה בארץ, והעברתי אותו לנהל את בית החולים "הרצפלד" בגדרה. הוא הפך אותו למוסד שיקומי ברמה גבוהה, לתפארת.

### רפואת שיניים בקופת חולים הכללית

המצב של רפואת השיניים בארץ היה תמיד אחת הבעיות הסוציאליות הרפואיות הקשות ביותר. במשך שנים פיתחה קופת החולים מרפאות שיניים ציבוריות לא מעטות. אמנם הטיפול בהן לא היה כלול בביטוח הרפואי של חברי הקופה, אך הונהג בהן תשלום סביר וצנוע. המרפאות הוקמו במיוחד בפריפריה וביישובי העולים, שבהם הן היו חיוניות (הוקמו גם שלוש מרפאות מרכזיות בתל-אביב), וכולן היו ברמה נאותה. רפואת השיניים דאז הייתה כולה פרטית. היה מחסור בכוח אדם ברפואת השיניים, והיינו קולטים רופאי שיניים עולים, שאת חלקם היינו מביאים במיוחד מארצות המוצא. אך כעבור תקופה קצרה, כאשר רופאים אלו ראו מה מתרחש בשוק הפרטי, הם היו עוברים לפרקטיקה פרטית ועוזבים את הרפואה הציבורית, שבה השכר לא היה גבוה במיוחד. הייתה אפוא נייזות גדולה של כוח אדם מרפואת השיניים הציבורית לזו הפרטית.

<sup>70</sup> ד"ר שי בריל, בוגר ב"ס לרפואה ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל אביב. שרת בצה"ל כרופא במגוון תפקידים, את התמחותו ברפואה פנימית ביצע בבית חולים בילינסון ואת התמחותו בגריאטריה בבית חולים שיבא. מ-1990 משמש כמנהל בית החולים ומנהל מחלקה לשיקום גריאטרי בבית רבקה בפתח תקוה, השייך לשירותי בריאות כללית (נוסד בשנת 1957 על ידי קופת חולים הכללית וקרן נכות).

<sup>71</sup> כיום "המרכז הרפואי הגריאטרי הרצפלד", בית החולים נוסד ב-22 ביוני 1969 במטרה לשמש בית החלמה לטיפול בעולים מבוגרים וקשישים חשוכי-מרפא. הרצפלד גייס את המשאבים הדרושים, והמועצה המקומית גדרה הקצתה לשם כך קרקע. מנהלו הראשון של בית החולים היה ד"ר ארנולד רוזין, שעלה מבריטניה לארץ ב-1969 עם משפחתו. בשנת 1983 הוסב בית החלמה לבית חולים גריאטרי, ובשנת 1994 הוא אוחד מנהלתית עם מרכז רפואי קפלן שברחובות.

<sup>72</sup> פרופ' ארנולד רוזין (1930, גלגו שבסקוטלנד) למד רפואה בגלגו סקוטלנד, התמחה בגריאטריה בלונדון. ב-1969 עלה לארץ, ניהל את בית החולים הרצפלד למחלות כרוניות בגדרה, משנת 1977 ועד צאתו לגמלאות בשנת 1996 – ניהל את המחלקה הגריאטרית במרכז הרפואי "שערי צדק" בירושלים, ב-1985 התמנה לפרופסור בבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית. ב-1982 ייסד את מלב"ב (מרכז לטיפול בקשיש בקהילה) כדי להעניק סיוע לחולי אלצהיימר בירושלים. בזכות פועלו בשנת 2010 נבחר ליקיר העיר ירושלים.



הייתה גם בעיה של מרפאי שיניים שעלו מרומניה, בלא תארים. היינו צריכים למנוע את השתתפותם בשירות הציבורי. הייתה זו בעיה לאומית לא פשוטה, כיוון שהייתה בה התנגשות בין האינטרס של קליטת עלייה לבין האינטרס של מערכת הרפואה ובריאות הציבור.

בתקופתי כמנהל רפואי וכמנכ"ל, מי שעמד בראש המחלקה לרפואת שיניים בקופת חולים הכללית היה ד"ר מאיר גולדנברג. הוא תרם רבות בכלל המאמצים שנעשו בנושא של רפואת השיניים הציבורית, שאפרט להלן. ראשית, הוא גייס רופאי שיניים מחו"ל, במיוחד מאמריקה הלטינית. אבל כאמור, רבים מהם עברו מהר מאוד לפרקטיקה הפרטית. שנית, עשינו שתי פעולות מהפכניות בנושא רפואת השיניים:

פניתי לפרופ' שלמה סימונסון, רקטור אוניברסיטת תל-אביב, והחלטנו יחד על הקמת בית ספר לרפואת שיניים, בשיתוף קופת החולים והאוניברסיטה. עד אז, בית הספר היחיד לרפואת שיניים בארץ היה בירושלים. כיצד יכולנו להסביר את ההצדקה לשותפותה של קופת החולים במיזם כזה, הכולל הקמת בניין לבית הספר לרפואת שיניים בקמפוס של אוניברסיטת תל-אביב? לפי התכנית המקורית, בשנים הראשונות לבית ספר, הוא נועד עבור תלמידים שכבר למדו שלוש שנים רפואת שיניים בארץ או בחו"ל, ומעוניינים להשלים בו את לימודיהם. (החזרנו כך תלמידים רבים מחו"ל). תלמידים אלו התחייבו לשרת כרופאי שיניים בפריפריה, בכפר, בספר ובאזורי פיתוח, משך שלוש שנים. הם חתמו על התחייבות משפטית לכך, שעמדה במבחן של בית המשפט כאשר מישוהו רצה להתחכם. עשרות רופאים למדו בבית הספר ושירתו במסגרת זאת.

ביום מן הימים בסוף תקופתי כמנכ"ל הקופה, האקדמיה כמובן רצתה שבית הספר יהיה כמו כל בתי הספר – מסגרת לימוד רגילה של שש שנים ברפואת שיניים, בלא כל התחייבות. האמביציה הייתה גדולה, ועברו לשש שנות לימוד, כמו בירושלים. כמובן, אז ביטלה קופת החולים את שותפותה בבית הספר, כי לא הייתה כל הצדקה להשתתפותה. בית הספר לרפואת שיניים בתל-אביב אז נכנס למשברים פיננסיים קשים, והיה איום אמיתי שבקושי נמנע, לסגירת המוסד.

פעולה נוספת שעשינו הייתה ייסוד ביטוח לרפואת שיניים, בשיתוף קופת החולים וחברת הביטוח 'הסנה' של ההסתדרות. קראנו לביטוח זה 'דקלה' (הוא קיים עד היום, אבל הוסב לסיעוד ולא לרפואת שיניים). באמצעות 'דקלה', הצלחנו לבטח קבוצות של עובדים במקומות העבודה, ואפילו הקמנו מרפאות לרפואת שיניים במקומות עבודה מעטים מסוימים. לימים, התפרקה חברת 'הסנה' ועברה מהעולם.

ביטוח ממלכתי לרפואת השיניים הוא דבר יקר מאוד, ולדעתי, ביטוח ממלכתי סיעודי קודם לו. בכל זאת, חושבני שבמשך השנים ראוי שנגיע גם לכך. אבל הדבר החמור ביותר היום הוא עניין רפואת השיניים של הקשישים. המוני קשישים מסתובבים בשנים האחרונות לחייהם בלי שיניים בפה, דבר שיש לו משמעות חמורה מבחינה גסטרו אונטרולוגית וכן הלאה. אני חושב שביטוח ילדים וקשישים קודם לביטוח כללי. מחובתי לומר שפועלו של סגן שר הבריאות יעקב ליצמן בנושא של רפואת שיניים ציבורית לילדים ונוער הוא חשוב ביותר, ואני מעריך אותו מאוד. לצערי, עדיין הוא אינו פותר את הבעיה של רפואת השיניים למבוגרים, ובעיקר לקשישים בישראל. זו אחת הבעיות הסוציאליות הקשות במדינה.

## גלגוליו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

### רקע – קופת החולים וההסתדרות

#### כפיפותה של קופת החולים להסתדרות

קופת חולים כללית הוקמה בשנת 1911. במשך שבעים וחמש שנה היא הייתה שייכת להסתדרות, וכפופה לעקרונותיה והחלטות מוסדותיה.<sup>73</sup> כפיפותה להסתדרות התבטאה במיוחד בשכר ובתנאי העבודה של עובדי הקופה (לימים, פרט לרופאים). ואולם בנושאים של מדיניות בריאות, הייתה לקופת החולים תמיד עצמאות מוחלטת. בכל תפקידי ושנות פעילותי במנהל קופת החולים, היה ביטוח הבריאות מותנה בחברות בהסתדרות ובתשלום דמי החברות – 'המס האחיד'.

היו יתרונות לשילוב החברות בהסתדרות ובקופת החולים, בעיקר בעשורים הראשונים לקיומה של הקופה. היתרונות לשילוב החברות היו הדדיים: הוא חיזק את ההסתדרות, שכללה בשירותיה ביטוח בריאות; וחיזק גם את קופת החולים, שמספר מבטחים כלל את כל חברי ההסתדרות. ואולם במשך הזמן, שותפות זו הפכה לרועץ. זאת במיוחד כאשר התעוררה השאלה מדוע חייבים להיות חברי הסתדרות גם כאשר אין מזדהים עם דרכה, כדי ליהנות מביטוח בריאות? תוצאה משאלה זו החלה עזיבה של קופת החולים ואי הצטרפות אליה, בתור התנגדות לחברות בהסתדרות. לא אומר שכל העזיבות היו מסיבה זו, שכן קופת החולים הייתה גוף המוני, ובגוף המוני תמיד יש גם עזיבות. אבל חלק גדול מן העזיבות היו קשורות באי הנכונות להיות חברי הסתדרות. מחמת מצב זה, היה גידול של מספר החברים ב"קופת חולים מכבי" על חשבון מספר חבריה של קופת חולים הכללית.

#### בעיית הגבייה

הבעיה הקשה ביותר בשותפות בין ההסתדרות לקופת החולים הייתה בנושא גביית הכספים. לשכת המס של ההסתדרות הייתה גובה את הכספים מחבריה, ומחלקת אותם בינה לבית קופת החולים. חלוקה זו מעולם לא הייתה לנו נהירה.

יתרה מכך: מדי פעם היו מגיעים היטלים, לתרבות וכן הלאה; והיו מחייבים גם את קופת החולים באותם היטלים, שבעצם היו שייכים לחלק של ההסתדרות. אמר לי פעם חברי הטוב אברהם רגב, שהיה כמה שנים גזבר הקופה בתקופת כהונתי כמנכ"ל: "חיים, עשה לי טובה, שלח אותי לאן שאתה רוצה, אבל אל תשלח אותי לשיבות של המס האחיד בהסתדרות, כי אף פעם אי אפשר להגיע שם לאמת". אמירה זו מבטאת היטב את הבעייתיות שבשותפות בין ההסתדרות לקופת החולים בנושא הגבייה.

אספר סיפור: לאחר שהתפטרתי מתפקידי בקופת החולים (ואספר על כך בהמשך), ישראל קיסר, המזכיר הכללי של ההסתדרות, קיים ראיונות למועמדים לתפקיד מנכ"ל קופת חולים. אחד

<sup>73</sup> הקופה שהוקמה על ידי אנשי העלייה השנייה בשנת 1911 כקופת חולים לפועלים, פעלה כגוף בריאותי עצמאי עד שנת 1921, השנה בה הצטרפה להסתדרות הכללית שנוסדה בשנת 1920, בראשות דוד בן גוריון. עד שנת 1936 נוהלה החברות בקופה בנפרד מהחברות בהסתדרות הכללית. בשנת 1936 אוחדה החברות בהסתדרות עם החברות בקופת החולים, דמי החבר בקופה אוחדו עם דמי החבר בהסתדרות תחת השם "מס אחיד" והקופה הפכה להיות מוסד הסתדרותי מן המניין. ראה בהרחבה חיים דורון, שפרה שורץ, "הרפואה בקהילה", הוצאת אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 2004, עמ' 13-21.

המועמדים היה אריה שחר, שהיה גם הוא מבאר-שבע, ואחד הבכירים במפעלי ים המלח. לפני שהוא בא לראיון, הוא התייעץ עם יעקב גדיש – ידיד אישי שלי שהיה הממונה על התקציבים באוצר תקופה ארוכה, ובתור שכזה היה מצוי היטב בנעשה בקופת החולים. גדיש ייעץ לשחר להדגיש בריאיון את נושא הגבייה, כי הגבייה מקפחת את קופת החולים. שחר בא לראיון, ואמר לקיסר שהוא מוכן לקבל את התפקיד אך יש לו תנאי – שינוי בנושא הגבייה. הוא הציע שבמקום שההסתדרות תגבה את התשלומים ותפריש לקופת החולים, קופת החולים תגבה אותם, ותפריש להסתדרות. וכך סיפר לי דב פלג, שהשתתף בשיחה מתוקף תפקידו כראש המרכז לביטחון סוציאלי בהסתדרות, שברגע ששחר העלה את הצעתו זו, מועמדותו ירדה מהפרק. סיפור זה מבטא את כל הבעיה 'על רגל אחת'.

ההסתדרות הצרה אפוא את צעדיה של קופת החולים בנושא גבייה. דוגמה לכך היא התנגדות ההסתדרות לתשלום סמלי למניעת בזבוז בתרופות. היה מצב של בזבוז תרופות בקופת חולים. לדוגמה, ידענו שבמרפאת בני ברק בערב פסח, היו רבים שהיו באים וזורקים כמות עצומה של תרופות שלא רצו להחזיק, משום שלא היו כשרות לפסח. פעם פרסמתי בחוברת של קופת החולים סיפור על ילדים שהביאו למורתם עוגה המצופה בקפסולות אכרומיציין לכבוד יום הולדתה... היה לנו ברור שיש תופעות שצריך לבלום אותן, כיוון שהן פוגעות בבריאות הציבור, וגורמות גם לבזבוז עצום של כספי ציבור. לכן רצינו להנהיג תשלום סמלי על תרופות, למניעת תופעות כאלו. ולמען הסר ספק – לא ביקשנו תשלום שהוא חלק מעלות התרופה, כפי שנעשה כיום, אלא תשלום סמלי שירתיע מן הבזבוז. רעיון זה של גביית תשלום סמלי עלה עוד לפי תקופת כהונתי, אך לקח זמן רב לממשו, בשל התנגדותה של ההסתדרות. בסופו של דבר רק לאחר מאמצים רבים, הצלחנו בקושי להעביר החלטה כזאת.

#### **מגבית ההסתדרות בארצות הברית והמגבית העצמאית של קופת החולים**

ההסתדרות הייתה עורכת מגבית בארצות הברית, שמרכיב השכנוע העיקרי בה היה קופת החולים. בפועל, במשך שנים חלק הכספים שהיה מגיע לקופת החולים היה מינימלי, אם בכלל. סורוקה ניסה להתמרד נגד מצב זה, הוא פתח משרד עצמאי של קופת החולים בשיקאגו, ושיגר לשם את המנהל האדמיניסטרטיבי של בית החולים קפלן דאז, מר גולדווסר. מזכיר ההסתדרות דאז, מרדכי נמיר, הורה מיד לסגור את המשרד ולהחזיר את הנציג לארץ. לסורוקה לא נותרה ברירה אלא לעשות זאת.

בסוף שנות השבעים והשמונים, כספי ההסתדרות לפעילות השוטפת ולפיתוח של קופת החולים הכללית התמעטו ואף פסקו לחלוטין, ומנגד, לבתי חולים רבים היו פעילויות להתרמה בארצות הברית. החלטתי להתמרד בעניין המגבית. ביקרתי בארצות הברית, והקמתי בניו יורק גוף בשם (medical research foundation for Israel) MERFDI שיועד להתרים למען מוסדות קופת החולים. לשמחתי, ג'רי סילבר, עו"ד ותיק בניו יורק שכבר קודם תרם לבית החולים סורוקה, הסכים לשמש יו"ר הגוף החדש. בעזרתו ובעזרת קונסול ישראל בניו יורק אורי בר נר, הצלחנו להקים הנהלה ולהתחיל בפעילות.

באותו זמן, מגבית ההסתדרות החלה להתפורר. היו לכך מכמה סיבות, חלקן אובייקטיביות: דורות חדשים של יהודים היו בארצות הברית, לא היו אלו היהודים שהיו עומדים בראש האיגודים המקצועיים האמריקאים, וגם לא דוברי היידיש. הדורות החדשים לא היו מעוניינים

לתרום להסתדרות, ואולי היו גם סיבות אחרות לתהליך ההתפוררות. עסקני המגבית טענו שפעילות קופת החולים תרמה להרס מגבית ההסתדרות. טענה זו לא הייתה נכונה, כיוון שקופת החולים לא ניהלה מגבית פופולרית. לדוגמה, ביוזמה להקמתו של בית החולים שניידר, קופת החולים היא זו שאיתרה את שניידר. שניידר בוודאי גם לא היה תורם סכומים כאלו למגבית ההסתדרות.

#### ניגוד העניינים בין ההסתדרות לקופת החולים

בראש מעיינים של ראשי ההסתדרות עמד היותה של ההסתדרות גוף חזק המייצג את הפועלים, ובאינטרס של קופת החולים הם ראו מרכיב משני. לעומת זאת, קופת החולים הייתה מוסד בגודל כמעט ממלכתי, ויתרה מכך: גישתי בניהול קופת החולים הייתה גישה ממלכתית ובראש מעייני עמדה טובת מערכת הבריאות. על כן נוצר ניגוד עניינים ואנטגוניזם בין ההסתדרות לקופת החולים.

בתקופתה הקשה של ההסתדרות, כשהיו בה עזיבות רבות, חלק מאנשי ההסתדרות ראו לנכון להאשים את קופת החולים בכך. לא אשכח כיצד בחנוכת המרפאה בקצרין קיבלתי מראש המועצה דאז תמונה של בית הכנסת העתיק בקצרין, מתנת הוקרה. בכך עוררתי עלי את זעמו של יו"ר ההסתדרות, כיצד זה מעריכים ומוקירים את פועלה של קופת החולים, ואין מזכירים אותה ואת ההסתדרות.

כאשר שכנעתי את מר שניידר לתרום להקמת בית החולים לילדים, קיבלתי מיו"ר ההסתדרות דאז שיחת טלפון נזעמת, שבו האשים אותי בפגיעה בהסתדרות ביוזמה זו (בגלל הנושא של מגבית ההסתדרות). לאחר שיחת טלפון זו, יזם יו"ר ההסתדרות ישיבות רבות, הן בהסתדרות והן בקופת החולים, בהשתתפותו. מטרתן של ישיבות אלו להצביע ליקוייה האמתיים או המדומים של קופת החולים בתור הגורם הראשי לעזיבות הרבות של ההסתדרות.

במשא ומתן השנתי של קופת החולים עם האוצר עד שנת 1977, היו יתרונות לקשר של קופת החולים עם ההסתדרות. זאת כיוון שהאוצר היה גמיש יותר, וציפה גם מן ההסתדרות ליתר גמישות בדרישות בענייני תוספת היוקר וכדומה. אבל לאחר המהפך וחילופי השלטון בשנת 1977 חלו שינויים בקשר עם משרד האוצר. בתחילה, בימי שר האוצר שמחה ארליך, היה הקשר חיובי יותר. אך כעבור זמן קצר, בעיקר בתקופתו של השר יגאל הורביץ ההתנגדות וההתנגשות היו קיצוניות, והמשא ומתן הפך לנושא פוליטי והיה כמעט בלתי אפשרי.

בענייני שכר, אספר סיפור שממחיש את המגבלות שהיו לנו, בעיקר בתקופת שינויי השלטון, ונבעו במידה רבה מן הקשר עם ההסתדרות. בבתי החולים (וכן במרפאות) היה ציוד יקר רב, שלא היה מנוצל בשעות אחר הצהריים והערב; בו בזמן שהרופאים לחצו לשיפור בתנאי ההשתכרות ללא

הרף. הנהגתי מה שקוראים 'ססיות'. "ססיון" (*sesión*) היא מילה בספרדית שמשמעותה "ישיבה", "פגישת עבודה", תרגמתי אותה לשעות עבודה מוגדרות בשעות אחרי הצהריים והערב, בתשלום של קופת החולים ולא של החולה. בתקופה ההיא סיכס מזכיר ההסתדרות קיסר עם שר האוצר ניסים סלם של אי העלאת השכר לרופאים בקופה. מכיוון שכך, הם לא ראו ב'ססיות' פתרון חיוני כלכלי לבזבוז של הציוד הרפואי ולתורים הארוכים, אלא הם ראו בו אמצעי להגדלת ההשתכרות. נקראתי לבירור, לישיבה שהשתתפו בה שר האוצר נסים, מזכיר ההסתדרות קיסר ואנוכי. שר האוצר זימן את ידידו שהיה יו"ר ועדת הכספים, והעבירו מיד החלטה שמוסד המקבל

תמיכה מאוצר המדינה אינו יכול להגדיל את ההשתכרות. בכך הכניסו את קופת החולים  
בחרצובות של חוסר אפשרות לעשות דבר בענייני שכר, וכמובן שביטלו את ה'ססיות'.

עוד בעיה שהייתה בכפיפותה של קופת החולים להסתדרות היא שהביקורת על ההסתדרות  
והמאבק נגדה הביאו גם לביקורת מיותרת ובלתי רצינית על קופת החולים. אספר על שיחה  
שהייתה לי פעם עם יצחק נבון, שהייתי מיודד עמו, בביקור בביתו. נבון אמר לי: "אתה יוצא  
מגדרך ומשקיע מאמצים לחיזוקה של קופת חולים, אבל קופת חולים היא הסתדרותית, ואת  
ההסתדרות שונאים". אם הייתי צריך לתמצת במשפט אחר את הגדרתה של קופת חולים הכפופה  
להסתדרות הייתי אומר שהיה זה מוסד לא ממלכתי, בגודל ממלכתי כמעט. זו הייתה הסתירה  
הפנימית הגדולה שבגללה קופת חולים כללית לא יכלה להישאר כפופה להסתדרות לאורך שנים.

### הצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי

הנושא של ביטוח סוציאלי וביטוח בריאות ממלכתי היה תמיד נושא מרכזי בהגותי. הוועדה  
הראשונה שעסקה בהצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי קיבלה כתב מינוי בשנת 1957, והגישה את  
מסקנותיה בשנת 1959. בראשה עמד יצחק קנב<sup>74</sup> (שהכרתיו היטב ותמיד הערצתי את תרומתו  
בנושא זה), ועל פי מסקנותיה הוקם הביטוח הלאומי של מדינת ישראל. בכך למעשה התחילה  
ההיסטוריה של הצעות חוק ביטוח הבריאות. הצעות חוק אלו הפכו לנושא פוליטי מרכזי, ולאחד  
ההבדלים המרכזיים במצען של המפלגות השונות.

בעשרות השנים הראשונות שלאחר הקמת המדינה, בן גוריון דגל ב'תורת הפיגומים'. לדעתו, אחרי  
הקמת המדינה יש צורך 'לפרק את הפיגומים' וכל המערכות צריכות להפוך למערכות ממלכתיות.  
כך הוא פירק את הפלמ"ח והביא לצבא אחד, ביטל את הזרמים בחינוך וקבע חוק חינוך ממלכתי  
חינם (גם אם יש בו זרם ממלכתי דתי), קבע לשכת תעסוקה ממלכתית וכן הלאה. וכך גם בנושא  
של הבריאות, דעתו הייתה בעד ביטוח בריאות ממלכתי. השקפתו זו נגדה את האינטרסים של  
ההסתדרות ושל 'המס האחיד'.

במשך השנים היו ועדות שונות להצעת החוק. לפי יו"ר הוועדה והשקפתו הפוליטית, אפשר היה  
לדעת באיזה כיוון יתקבלו מסקנותיה. מסקנות ועדת אבא חושי (ראש עיריית חיפה), התאימו  
להשקפת מפא"י. הוועדה בראשות פרופ' עזרא זוהר (מנהל מחלקה פנימית בתל השומר, ובעל  
השקפה ימנית) דגלה בהלאמת הרפואה, וכן הלאה. שר הבריאות שקידם חוק ביטוח בריאות  
ממלכתי אף על פי שהיה מנוגד להשתייכותו הפוליטית היה ויקטור שם טוב(איש מפ"ס).

המחלוקת העיקרית בין כל הוועדות הללו נסבה סביב השאלה אם ביטוח הבריאות יעשה דרך  
קופות החולים הקיימות (או אלו שיקומו) או דרך הלאמת הרפואה, כדוגמת שירות הבריאות  
הלאומי הבריטי. מה ההבדל בין השניים? אופיים של מקורות המימון. בשירות הבריאות הלאומי  
הבריטי אין קופות חולים, ומרב ההכנסות הן מתקציב המדינה. בקופות החולים בעולם המערבי,  
במסגרת הביטוח הסוציאלי, המימון מבוסס בחלקו על המבוטח ובחלקו על המעסיק שלו.

<sup>74</sup> יצחק קנב (קנבסקי) (22 באפריל 1896 – 8 במאי 1980) היה כלכלן ישראלי, ממנהיגי הסתדרות העובדים  
הכללית וחבר הכנסת הראשונה מטעם מפא"י, יו"ר מרכז קופת חולים ומנהל המכון למחקר סוציאלי בהסתדרות  
ומיזמי הקמת המוסד לביטוח לאומי. חתן פרס ישראל במדעי החברה לשנת תשכ"ב (1962).

פעם באחת ההכנות לכנסי ים המלח<sup>75</sup>, הבאתי עבודה שפורסמה בזמנו, על ביטוח הבריאות במדינת ישראל. הוכח בה שמדינת ישראל (על כל פנים אז), היא המדינה היחידה שמקיימת ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות קופות החולים, שבו פרט למס הבריאות של אזרחי המדינה, מקור המימון הוא בתקציב הממלכתי, על כל חסרונותיו ובעיותיו. למעשה ניתן להגיד שעם ביטול המס המקביל, מערכת הבריאות 'הושכבה במיטת סדום' של התקציב הממלכתי. ובכך נפגעים כושר התכנון הרב שנתי והגמישות, החיוניות לניהול מערכת בריאות.

קופת חולים הכללית הייתה תמיד בעד ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות קופות החולים הקיימות. משה סורוקה, שהיה גם חכם וגם אמיץ מאוד, כתב פעם למזכיר ההסתדרות בן אהרון מכתב ידוע, שבו הוא קובל על שני דברים: האחד, על הצורך החיוני לחדש את הדיונים על חוק ביטוח בריאות ממלכתי (גם אם דרישה זו נוגדת את האינטרסים של ההסתדרות); והשני, על הבעיה של הרפואה בקהילה, ודרישתו מהחינוך הרפואי בארץ שישקיע בכך.

הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהייתי שותף לה, אינה כה ידועה בציבור, ובעיני היא הצעה חשובה. בשנת 1965, פילג בן גוריון את מפא"י והקים את רפ"י. תמכתי בבן גוריון (הייתי בקשר עמו, הייתי מבקר הרבה בצריף בשדה בוקר גם כרופא וגם כידיד, רעייתי נעמי גם התיידדה עם רעייתו פולה). אנשי רפ"י פנו אליי בתור רופא, ואל יוסף צ'חנובר, שהיה היועץ המשפטי של משרד הביטחון, בתור משפטן; כדי שנציע הצעת חוק שרפ"י תתמוך בה בכנסת. ובכן, הצעת החוק שלנו עסקה בארגון מערכת הבריאות באמצעות קופות החולים הקיימות ובתי החולים הקיימים. ההצעה הייתה בנויה על מרחבים – בית חולים מרכזי באזור, וסביבו מרפאות לקהילה (כאמור, עיקרון זה של מרחבים פיתחתי לאחר מכן בתוך קופת החולים). שכן לדעתי יש חשיבות רבה לרציפות הטיפול בין הקהילה לבין בית החולים. למיטב זכרוני, הצעה זאת הייתה ההצעה היחידה שלא הייתה פוליטית אלא עניינית – כיצד לארגן את מערכת הבריאות. היא הייתה חלק מהמצע של רפ"י לבחירות ההן. כשרפ"י נכנסה לכנסת, בכל פעם שהיו רוצים להציע הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אנשי רפ"י היו מבקשים ממני להכין את החומר, ועשיתי זאת ברצון.

פרסמתי אפוא הצעת חוק של קופת החולים, שעקרונותיה היו: 1. ביטחון סוציאלי של מקורות המימון – המבוססים על דמי המבוטחים ודמי המעסיקים. 2. קופת חולים המפתחת שירותים עצמאיים ודואגת לרמתם הרפואית, (שלא כמו קופת החולים הגרמנית הבנויה על החזר ההוצאות הרפואיות של המבוטח בלבד). 3. הקופה צריכה להיות מושתת על העיקרון של ערבות הדדית בין הפריפריה והמרכז, ובין שכבות סוציו אקונומיות חלשות, לכאלו חזקות ומבוססות. 4. הכסף אינו גורם ביחסים בין הרופא לחולה, אלא המימון הוא ציבורי. בכך גם מתאפשרים הגמישות והתכנון הרב שנתי, החיוניים כל כך למערכת בריאות.

---

<sup>75</sup> כנס ים המלח – כנס שנתי המתקיים על ידי המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות ובו משתתפים בכירי מערכת הבריאות מכל המגזרים לדיון בשאלות מרכזיות העומדות על סדר היום באותה שנה. הכנס הראשון התקיים בשנת 2000, ומאז כנסים אלו מתקיימים מידי שנה תחת הכותרת "כנס ים המלח", ודיווחיהם נשלחים למקבלי ההחלטות במערכת הבריאות. פורום ים המלח אינו בגדר גוף מחליט, ומהווה במה להצגת עמדות באופן מקצועי, משוחררות מזהויו מוסדי, תוך גיבוש ניירות עמדה עם יתרונות, חסרונות וחלופיות מדיניות שונות לסוגיות העומדות לדיון.

## הרקע להקמתה של ועדת נתניהו- הוועדה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות

מהם הגורמים להקמתה של ועדת החקירה הממלכתית בנושא מערכת הבריאות, בראשות השופטת נתניהו? ראשית, החרפת המשבר הכספי – מצד אחד חלה התייקרות ברפואה, ומצד שני הייתה התנגדות מצד הממשלה להשתתפות מספקת בהוצאות הבריאות. שנית, היה משבר כלכלי כללי. בל נשכח שבמחצית שנות השמונים, היה בארץ משבר של היפר אינפלציה. הגורם השלישי והידוע פחות הוא המאבק בתוך מפא"י בין ההסתדרות לבין ראשי מפא"י, שמעון פרס ויצחק רבין; מאבק שהחריף יותר ויותר. פרס ורבין היו בעד ביטוח בריאות ממלכתי, באמצעות קופות החולים, אבל שניהם היו בהחלט נגד קופת חולים 'הסתדרותית'.

הייתה לי פעם שיחה על התקציב עם שמעון פרס, בתפקידו כראש ממשלה. הוא אמר לי: "יש לך ארבעים מיליון ביקורים, תגבה כסף". אלא שגם הוא ידע היטב שההסתדרות אינה מאפשרת לי לגבות כסף. הייתה לי גם שיחה אדיבה ונחמדה עם יצחק רבין אודות בעיות התקציב, אבל גם היא לא הובילה לפתרון.

באחד התקציבים שפרס חיבר, נוכחנו לדעת שקופת החולים אינה קיימת – אין הקצאה עבורה. יתרה מכך, היה צמצום של כל הוצאות הבריאות בשירותים שמשרד הבריאות היה אמון עליהם. שר הבריאות דאז, מוטה גור, הציע לי אז ללכת יחד למזכירות מפא"י, ששם יושבים גם ראשי מפא"י וגם ראשי ההסתדרות, ולחפש פיתרון. הגענו לשם, וסיפרנו על המצב. פרס ראה זאת בתור מאבק נגדו אישית, אך לא היה בזה שמץ של אמת. פעם, כשקופת החולים הייתה זקוקה להלוואה גדולה מאוד מבנק הפועלים, והבנק היסס, פרס המליץ על ההלוואה בתור ראש ממשלה. הוא גם נתן המלצה לתרומה כלשהי עבור הקופה. ולכן כעת הוא ציפה ממני לתמוך בו, וראה בהתנגדותי לתקציב זה אי נאמנות אישית. אך אני הייתי מחויב לדאוג לטובת העניין, ולא עשיתי כל חשבונות אישיים. מעולם לא הייתי איש 'של מישהו', אלא פעלתי תמיד לטובת העניין או המפעל. אולי זהו ההבדל בין פוליטיקאי לבין איש ציבור שאיננו פוליטיקאי.

## ועדת נתניהו

### הרכב הוועדה<sup>76</sup>

המצב המתואר לעיל הוביל להחלטת הממשלה על הקמתה של 'ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל', בראשות השופטת שושנה נתניהו, להלן ועדת נתניהו. חושבני שגם התפטרותי מתפקידי תרמה תרומה כלשהי לוועדת נתניהו. אינני חושב שאני מפריז באמירתי זו, מכיוון שהתפטרותי ביטאה את המשבר שקופת החולים 'ההסתדרותית' הייתה נתונה בו.

באותה תקופה היה שלושה זרמים במערכת האשפוז הישראלית: זרם ממשלתי, שמטעמו התמנה לוועדה מרדכי שני; זרם ציבורי, שכלל את בתי החולים הדסה, שערי צדק ואחר כך עוד בתי חולים, שמטעמו התמנה לוועדה פרופ' שמואל פנחס, מנהל הדסה. הזרם השלישי כלל את בתי החולים של קופות החולים, ובמיוחד אלו של קופת חולים הכללית, שלה היו ארבע עשרה בתי חולים כלליים ומיוחדים בכל חלקי הארץ. אמנם התפטרתי וסיימתי את תפקידי בקופת החולים,

<sup>76</sup> בראש הוועדה ישבה שופטת בית המשפט העליון הגב. שושנה נתניהו, חבר הוועדה היו: פרופ' מרדכי שני, פרופ' שמואל פנחס, פרופ' אריה שירום וד"ר דב צ'רניחובסקי.

אך כאבה לי העובדה שלא היה בוועדה ייצוג לזרם של בתי החולים של הקופות. נכללו בוועדה עוד שני משתתפים, שייצגו את הזרם של הביטחון הסוציאלי. אחרי הגשת דו"ח הוועדה, הייתה לי שיחה אישית עם השופטת נתניהו בביתה, ובה ביטאתי את חוסר שביעות הרצון שלי מהרכב הוועדה. היא אמרה שהטענות צריכות להיות מופנות לשופט שהרכיב את הוועדה, השופט מאיר שמגר.

### המלצות ועדת השופטת נתניהו

ברצוני לפרט את מסקנות ועדת נתניהו, ולהביע דעתי עליהן, ובמיוחד להצביע על השפעתה של קופת החולים בעדויותיה בוועדה. ערב צאתי לשבתון, הופעתי בוועדת נתניהו במשך כמה ימים, שעות על גבי שעות. חושבני שעדויותיי לא היו לשווא, והייתה להן השפעה על מסקנות הוועדה (ובהמשך אפרט באיזה נושא הן השפיעו במיוחד).

דעתי על המלצות הרוב בוועדת נתניהו:

- א. הוועדה המליצה על ביטוח כללי לכלל האוכלוסייה. זהו הישג יפה. עם זאת יש לראותו בפרופורציה מתאימה. ביטוח הבריאות הלא ממלכתי וקופת חולים כללית במרכזו, הביאו למצב של 86.4% מבוטחים במדינה, וועדת נתניהו המליצה על ביטוח חובה של 100% מבוטחים במדינה. לדידי היה לי חלק צנוע בתהליך זה, כי כל השנים חתרתי להרחבת החברות בקופת החולים, גם בלי לבקש את הסכמת ההסתדרות. לדוגמה צירפתי את "פועלי אגודת ישראל", צעירי "אגודת ישראל", בדרכים שונות.<sup>77</sup> היו גם הסכמים עם עולים חדשים, עם העובדים בנציגויות הדיפלומטיות, וכדומה. בתקופות מסוימות קופת חולים הכללית ביטחה 85% מן המבוטחים. במשך השנים התפתחו גם קופות החולים האחרות.
- ב. נושא שהודגש בוועדה הוא הדאגה לכל שלבי הבריאות: מקידום הבריאות, דרך רפואה מונעת, רפואה טיפולית קהילתית, עד אשפוז ורפואה טיפולית, אשפוז מיוחד ושיקום. אף אנוכי לא התעייפתי כל השנים מלדרוש את 'תורת השלבים' הזו, ובעצם רפואת המשפחה התפתחה על בסיסה של תורה זו.
- ג. ועדת נתניהו קבעה שעל משרד הבריאות להפסיק לספק שירותים, אלא עליו לשמש מפקח ולקבוע מדיניות, תכנון, פיקוח ובקרה. גם עם מסקנה זו הזדהיתי מאוד. לא היה ראיון ברדיו בתקופת כהונתי בקופת החולים, שבו לא טענתי שתפקידו של משרד הבריאות כמפעיל שירותים רפואיים עומד בסתירה לתפקידו כמנהל ומפקח על כלל שירותי הבריאות בארץ. כי בזמן שהוא מפעיל בתי חולים ממשלתיים, שירותי טיפת חלב ושירותי רפואה מונעת אישית, הוא איננו מסוגל לבצע כראוי את תפקידו הבסיסיים. טענתי כל השנים שהשירותים האישיים של הרפואה המונעת, טיפת חלב, נשים הרות ותינוקות, אינם צריכים להיות נפרדים משאר שירותי קופת החולים, וכל השנים נלחמתי על האינטגרציה ביניהם (את המאבק הזה התחילה קודמתי בתפקיד, המנהלת הרפואית ד"ר טובה ישורון ברמן). לא ראיתי הצדקה לכך שבאופקים שבנגב יהיו מרפאת ילדים של קופת החולים, ושירותי טיפת חלב של משרד הבריאות. על אבסורד זה מספרים שלפי ההנחיות של האחות המפקחת,

<sup>77</sup> פועלי אגודת-ישראל, או בראשי תיבות פא"י וכן פאג"י, היא תנועת פועלים חרדית אשר פעלה תחילה במסגרת אגודת-ישראל ומאוחר יותר מחוצה לה, והייתה קשורה בהסכם עם ההסתדרות הכללית. במסגרת זו חבריה היו חברים בקופת החולים הכללית



האחיות של משרד הבריאות סירבו להגיש קפה לאחיות של קופת החולים... תמיד היו גם תחנות טיפת חלב של קופת החולים, אבל משרד הבריאות דאג שלא להגדיל את מספרן. לדעתי מצב זה מנוגד לאינטרס הכלכלי והרפואי של מערכת הבריאות. עד היום זוהי סוגיה בלתי פתורה.

ד. על פי מסקנות הוועדה, בתי החולים ימשיכו בבעלותם הנוכחית. כאן יש סתירה בהמלצות הוועדה – אם בתי החולים הממשלתיים ימשיכו בבעלות הממשלה, כיצד יוכל משרד הבריאות לשמש מפקח, מתכנן ומבקר בלבד?!

ה. הוועדה הציעה לחלק את הארץ לחמישה או שישה אזורים, עם קופות חולים אזוריות. כאן הייתה לי הסתייגות. תמיד הייתי 'חסיד' של עיקרון האזוריות, והצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי שניסחתי יחד עם יוסף צ'חנובר הייתה על בסיס של אזוריות. אבל הצעה זו, לפצל את קופות החולים על פי אזורים, שלכל אזור תהיה קופה נפרדת, הייתה בעיני בחזקת 'שבירת כלים'.

ו. בהמלצת הוועדה שיהיה מעבר חופשי בין הקופות, ושקופת החולים תהיה חייבת לקבל כל מבטח שירצה בכך, ראיתי היגיון רב. אגב, כבר קודם הנהגתי בקופת חולים הכללית מעבר חופשי בין כמה מרפאות, דבר שלא היה קודם לכן. הייתה תקופה שאנשים היו שייכים למרפאה אחת בלבד. לאחריה ניתנה אפשרות לבחור בין שלוש מרפאות נוספות. אבל המעבר החופשי בין המרפאות והיכולת לקבל עזרה רפואית קהילתית בכל מרפאה ואצל כל רופא שמעוניינים בהם, כולל רופאים עצמאיים, נקבע בתקופתי.

ז. ועדת נתניהו המליצה שהמקורות למימון ביטוח הבריאות יהיו מס הבריאות – המס המקביל, שהיה קיים בתור חוק משנת 1973. אכן, בחוק מס מקביל חובה ראינו צעד ראשון לקראת ביטוח בריאות ממלכתי. בקיומו המדינה רק משלימה את מקורות המימון, ואינה מקור המימון הבסיסי.

ח. הוועדה המליצה שגביית הכספים תיעשה על ידי הביטוח הלאומי. זוהי המלצה חיובית מאוד, כי הגבייה על ידי הביטוח הלאומי הייתה מתקדמת ויעילה יותר.

ט. למסקנה אחרת של הוועדה, שאמנם הוזכרה בשולי הדברים, התנגדתי. היה להם יחס חיובי לשר"פ – שירותי רפואה פרטית, ולערבוב בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית. נכון שגם קופת חולים כללית הייתה רוכשת ממקור פרטי, כאשר היה חסר לה דבר מה ולא הייתה לה ברירה אחרת. אך זו הייתה תופעה שולית ביותר. ההתנגדות של קופת החולים לשירותי רפואה פרטית ופרקטיקה פרטית התמידה לאורך כל השנים.

דעתי על דו"ח המיעוט של פרופ' אריה שירום :

בדו"ח המיעוט היה דגש על חזון הרפואה הציבורית מול הרפואה הפרטית, והתנגדות מוחלטת לשירותי רפואה פרטית. כמוכן, לכך גם הסכמתי אני. שירום גם טען שאשמת המשבר אינה במצב החוק, אלא במדיניות המימון הממשלתית. פה אני חולק עליו. לפי דבריו ניתן היה להבין שלדידו המבנה של קופת חולים 'הסתדרותית' יכול להמשיך להתקיים. ולדידי, מבנה זה הגיעה לסוף דרכו.

השפעת עדותי על מסקנות הוועדה הייתה במיוחד בסעיף שבנושא כוח אדם. בין המלצות רבות שם, נכתב כך: "לקדם את רפואת המשפחה ומעמדו של רופא המשפחה כשומר הסף, שיימנע

ריבוי שירותים והוצאות מיוחדות". תחייתה של רפואת המשפחה הייתה נושא מרכזי בפעילות בקופת החולים, ואני משער שעדויותיי בוועדה השפיעו על סעיף זה. אלא שיש הבדל בין גישת אנשי הוועדה לגישתי. הנימוק לסעיף זה לפי דבריהם הוא כלכלי גרידא, כיוון שמנהלי הדסה ותל השומר היו רחוקים מנושאים אלו. אבל הנימוק העיקרי שלי הוא נימוק רפואי לא פחות מאשר כלכלי. אני חושב שבתחייתה וקידומה של רפואת המשפחה, חל שינוי עצום ברמתה של הרפואה הראשונית במדינה ביחס למצב שהיה קודם לכן.

### חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994

כדי להעביר את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שר הבריאות, חיים רמון, צריך היה להתפטר, להציע את עצמו בתור מזכיר ההסתדרות, להיבחר; ולהפריד את קופת החולים מן ההסתדרות.

#### עקרונות החוק

אפרט את עקרונות החוק המקוריים, לפני שנעשו בו תמורות ושינויים:

הבסיס של החוק, שמתבטא כבר בסעיף הראשון שלו, מדבר על "צדק, שוויון ועזרה הדדית", וכן על הבטחת שירות בריאותי לכל תושב כזכות יסוד ולא כמצרך. אם כן, העיקרון הברור שאין עליו ויכוח, בנוגע לביטוח של כלל האוכלוסייה, עמד בבסיסו של החוק. בהמשך אצביע על התמורות שחלו בחוק בנוגע לעיקרון זה.

החוק קובע שיש למבוטח בחירה חופשית של הקופה שבה הוא מעוניין, ואפשרות למעבר מקופה לקופה. זוהי החלטה הגיונית, המונעת "cream skimming" – "הסרת השמנת" קבלה סלקטיבית של מבוטחים שמשלם יותר לקופה לבטחם (צעירים, בריאים, ועשירים).

על פי החוק, כל תושב זכאי לסל שירותים בסיסי. דגם הסל המוצע בחוק נבנה לפי הדגם של סל השירותים בקופת חולים הכללית. עובדה זו מעידה על כך שסל השירותים של קופת החולים הכללית היה מאוזן הן מבחינה רפואית והן מבחינה כלכלית; וכן שהתנהלותה של הקופה הייתה תמיד קורקטית והגונה משתי בחינות אלו.

החוק קובע שהגבייה תיעשה דרך הביטוח הלאומי, על פי ההכנסה של כל מבוטח. אכן החלטה זו הקטינה את הוצאות הגבייה, ועשתה אותה פרוגרסיבית יותר.

בחוק מופיעה חלוקת המקורות לקופות החולים על פי קפיטציה<sup>78</sup> לפי מספר המבוטחים, והרכב הגילאים שלהם. אכן, למרות החשיבות הרבה של המס המקביל בתור מקור למימון קופות החולים, היה בו ליקוי בעניין זה של חלוקה לפי הרכב הגילאים. היו לי מאבקים קשים ביותר בעניין צורת החלוקה, כי היו מחלקים את המס המקביל רק לפי מספר המבוטחים בכל קופה, והיו מתעלמים מהרכב הגילאים. כך היה שנים רבות, עד שבזמן מסוים התחילו לקחת בחשבון גם את הרכב הגילאים.

<sup>78</sup> קפיטציה, שימוש מעוברת מלטינית למילה ראש, נפש. Per capita - מלטינית- תשלום לפי נפש; נוסחת הקפיטציה הינה כינוי לנוסחה המשמשת לקביעת אופן הקצאת המקורות לקופות החולים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהתאם לנוסחה מחולקים מדי שנה המקורות לקופות החולים לפי חלקן של הנפשות המתוקנות בכל קופת חולים ביחס לסה"כ הנפשות המתוקנות בקופות החולים תוך התחשבות בגיל המבוטחים ובתבחינים נוספים המתעדכנים מעת לעת.

לפי החוק, תקציב המדינה הוא מקור מימון משלים לביטוח הבריאות, ולא מקור המימון הבסיסי. זהו עיקרון מרכזי של ביטוח בריאות שהוא חלק מהביטחון הסוציאלי.

החוק קבע את המכניזם לשינוי סל הבריאות, והספקתו לפי יסודות של איכות, בזמן ובמרחק סבירים עבור המבוטח. תמיד הייתה ביקורת על קופת החולים, מדוע היא מקימה מרפאות בכל יישוב, מושב וקיבוץ. אבל האמת שמדיניותה זו הפכה לאחד היתרונות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הערותיי בנוגע לוועדת הסל: כאשר ועדת הסל דנה כל שנה ושנה בסל הבריאות תוך התייחסות לשינויים ופיתוחים טכנולוגיים ואחרים, הרי היא גוף רציני שפועל היטב. היא עושה את עבודתה נאמנה תוך התלבטויות קשות מאוד הן במישור הפילוסופי העקרוני, הן במישור הרפואי והן במישור הכלכלי. אבל בשל הפיכת תקציב הממשלה למקור מימון מרכזי של סל הבריאות (במקום המס המקביל), הרי שאותה ועדת סל חשובה וטובה הושכבה ב'מיטת סדום' של תקציב המדינה, ואינה יכולה לעשות את תפקידה כראוי.

אם כן, לחוק ביטוח בריאות ממלכתי היה אופי ציבורי וסולידרי, לפני שעבר תמורות ושינויים. השתמע ממנו שהתחרותיות תהיה לפי טיב השירות – הקופה שתספק שירות רפואי מוצלח וזמין יותר וברמה גבוהה יותר, תזכה באהדת הציבור ובחברות רבה יותר בה.

ולסיום, איני מוכן להצניע את חשיבותו של סעיף 52.2 בחוק, שלפיו הוקם המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות. תרומתו היסודית של המכון, ותרומתו לעידוד לימודי מנהל בריאות ולפיתוח מחקר הבריאות, מתבטאים בשיפור מרשים ברמת הניהול של שירותי הבריאות בישראל (ועוד אעמוד על יתרונותיו הרבים בהמשך).

#### היסודות שנעדרו מן החוק

עם יתרונותיו של החוק המקורי, היו גם יסודות שנעדרו ממנו, ומחלקם סובלת מדינת ישראל עד היום. בחוק לא הוזכר כלל הקשר בין בתי החולים וקופות החולים. התעלמו בו לחלוטין מן ההסכם משנת 1981 (שהוזכר לעיל) לפתיחת כל בתי החולים לכל מבוטחי הקופות ואשפוז על בסיס אזורים, תוך מתן חופש לרופא לשקול אשפוז בבית חולים אחר מסיבות מיוחדות. במקום יישום הסכם זה, מחפשים 'טלאים' ופתרונות מאולצים בנושא, עד עצם היום הזה. בוועדת הכספים של הכנסת, חברי הכנסת מתחלקים לשניים: אלה שבעד קופות החולים, הם בעד הנחה גדולה יותר על תשלום רכש שירותי אשפוז, ואלה שבעד בתי החולים, הם בעד הנחה גדולה פחות. בעוד שהפיתרון האמתי טמון בפתיחת כל בתי חולים לכל הקופות באופן שווה, על בסיס אזורים. 'יוסי מכה את יוסי'. לפי שיטה זו מטלטלים חולים מבית חולים למשנהו, כי לקופה כדאי להפנות את החולים לבתי החולים שהיא משלמת להם פחות. עם 'היגיון כלכלי' הזה גם לעתים קרובות עושים את כל הבדיקות מחדש, וכך העלות גבוהה יותר.

גם נושא בריאות הנפש לא היה כלול בחוק המקורי, ולשמחתי ליקוי זה תוקן בשנתיים האחרונות, עם הרפורמה בבריאות הנפש. מחובתי לומר, שמעולם לא הייתה הפרדה בין נושא בריאות הגוף לנושא בריאות הנפש בקופת חולים הכללית. כך מצאתי את מצב העניינים עוד לפני הגעתי, בזמן כהונתה של ד"ר טובה ישורון ברמן, שקדמה לי בתפקיד המנהל הרפואי של הקופה. בשלב די מוקדם בקיומה של הקופה הוקמה קרן נכות, שבעזרתה התפתחו בתי החולים הפסיכיאטריים

וגם אלו השיקומיים. אחת החוויות הגדולות שחוויתי הייתה השתתפותי בדיונים של הוועדה הפסיכיאטרית בראשותו של ד"ר בריל, שהקים את המרפאה הקהילתית המרשימה בארץ לבריאות הנפש (ליד רמת חן). בריל הציע שיונהגו ביקורים של רופאי בריאות הנפש במרפאות הקהילה, לדיון עם רופאי המשפחה במקרים הקשורים בבריאות הנפש. רעיון זה אימצתי מיד, והנהגנו אותו קופת חולים הכללית. מובן שמאוחר יותר, עם פיתוח מרפאות הצוות, הייתה אפשרות לפתח רעיון זה יותר ויותר. נראה שבקופות החולים האחרות, עניין בריאות הנפש הוא בחזקת השתלה של נושא חדש.

היה גם את העניין של שילובן של המרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש. באתי פעם לישיבה של מועצת הבריאות, ושמעתי שהאוצר מציע להנהיג תשלום לביקורים במרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש לקראת הרפורמה. שאלתי אם מי שמציע הצעה כזו מבין באיזו אוכלוסייה מדובר, שהוא מעז להציע זאת.

לאחרונה פורסמה בכלי התקשורת כתבה על ביקור בארבעה עשר בתי חולים סיעודיים, ותוארו בה זוועות גדולות ביותר. עבורי, אין בכך חידוש. במשך שנים ידעתי שבניגוד לרמה המצוינת שפותחה בבתי החולים של קופת החולים – "הרצפלד", "בית רבקה", ובית "לוינשטיין" לשיקום; בתי החולים הממשלתיים הם ברמה נמוכה מאוד, בשל המימון הממשלתי הדל.

באופן כללי, חושבני שתשובת המדינה לנושא של החולה הסיעודי בתקופת הארכת תוחלת החיים, והדומיננטיות של המחלות הכרוניות, היא בחזקת חרפה. אין בפי מילים לגנות ולבקר את העובדה שלא קיבלו את הצעתו של סגן שר הבריאות הנוכחי יעקב ליצמן, להעלות בחצי אחוז את מס הבריאות, או אפילו ביותר מכך, כדי להנהיג ביטוח בריאות סיעודי כחלק מביטוח הבריאות הממלכתי. הנכונות לעשות כן שייכת ליחס ההומני לקשישים דלי האמצעים הדרים בקרבנו, שמספרם עולה וניכר יותר ויותר. ואין זה נוגע רק לקשישים במצב סיעודי, אלא לקשישים בכלל.

לדוגמה, בעניין תשלום על תרופות לקשיש. ועדת נתניהו לא הכניסה עניין זה לחוק, בגלל חששה מההוצאות הגבוהות. השיקול הכלכלי הוא שהכריע, והם רצו שלפחות הסעיפים שהם מציעים ברפורמה יוכלו להתקיים. האמת היא שבתקופת קיומו של המס המקביל, אפשר היה לתת פתרון גם לנושא הזה.

גם נושא רפואת השיניים לא נכלל בחוק המקורי. ייאמר לזכותו של ליצמן, שהנהיג טיפולי שיניים חינם לילדים עד גיל ארבע עשרה. לפני הנהגתו זו, 95% מההוצאות על רפואת שיניים בישראל היו במימון פרטי, בלי התחשבות כלל בקושי של השכבות דלות האמצעים לממן טיפולי שיניים. היום העוול הבולט ביותר הוא שוב, בנושא טיפולי השיניים לקשישים. ולפי דעתי, גם בנושא זה יש צורך במאמץ מסוים ובהקצאת תקציב מצד הממשלה. אמנם משרד הבריאות השיג את הכסף לטיפול השיניים חינם על ידי הורדה מההקצבה השנתית של ועדת השר לשינויים טכנולוגיים, בכל זאת הגענו למצב יותר סביר ממה שהיה בהתחלה שהטיפול כולו היה על חשבון הכיס הפרטי.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי גם לא נכלל הנושא של רפואה מונעת, ומחמת ליקוי זה, מערכת הבריאות במדינת ישראל מתנהלת על ידי האוצר יותר ויותר. לדוגמה, השתלטה גישת האוצר שאפשר למסור להפרטה את שירות הרפואה המונעת לתלמיד בבית הספר. גישה זו מעידה על חוסר הבנה בסיסית של חשיבות השירותים האישיים של הרפואה המונעת.

## גורלו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

### חוק ההסדרים במשק

בין שנת 1996 לשנת 1998 התרחש תהליך משמעותי של שחיקה חמורה מעקרונות החוק. כך ולא אחרת. תהליך זה נעשה באמצעות חוקי ההסדרים במשק. חוקי ההסדרים במשק נולדו באמצע שנות השמונים, כשהיה מצב של היפר אינפלציה והיה צורך בפעולות חירום קשות שתבוצענה מיידית. משמעותו של חוק ההסדרים במשק היא שהוא אינו צריך לעבור תהליך פרלמנטרי יסודי של דיון לקראת קריאה טרומית, קריאות שנייה ושלישית ושמיעת כל הגורמים. אלא שהוא עובר יחד עם תקציב המדינה. אם יש משמעת קואליציונית ואפשר להעביר את תקציב המדינה בשעות המאוחרות של הלילה, מעבירים איתו גם את חוקי ההסדרים במשק. על הליך זה הושמעה ביקורת קשה ביותר של שופטי בית הדין העליון, וכן ביקרו אותו קשות השופט יצחק זמיר שהיה בזמנו גם היועץ המשפטי לממשלה, וגם שופט בבית הדין העליון, והשופט חשין. אבל מכל מקום, באמצעות חוקי ההסדרים במשק, אנשי האוצר רוקנו כמחצית מתוכנו הרעיוני, הסוציאלי והרפואי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

המגמה שעברה כחוט השני בכל השינויים שהוכנסו דרך חוקי ההסדרים במשק הייתה הפחתת מימון המערכת מהמקור הציבורי והגדלת מימונה מהכיס הפרטי, באופן קיצוני ביותר. זוהי גם הסיבה לכך שמשרד האוצר מנהל את הבריאות במדינת ישראל, וגם התוצאה של עובדה זו. אינני אומר שמערכת הבריאות, ואפילו חוק ביטוח בריאות ממלכתי כחלק מהביטחון הסוציאלי, יכולים להתנהל ללא התחשבות בכלכלת המדינה. ודאי שלא כך הוא. אבל יחד עם זאת, צריך להיות איזון בין השיקולים הרפואיים והסוציאליים לבין השיקול הכלכלי. היום אין איזון בין השיקולים, וחוקי ההסדרים במשק תרמו תרומה מכרעת להפרת האיזון בין המימון הציבורי למימון הפרטי.

### ביטול המס המקביל

המשמעות של ביטול המס המקביל שנעשה בחוק ההסדרים במשק, היא קודם כל העברת חוק ביטוח הבריאות מחוק המגשים את עקרונות הביטחון הסוציאלי, לחוק המגשים בחציו את הביטחון הסוציאלי ובחציו את ההלאמה. ובעצם זוהי הלאמה, כי מס הבריאות הפך לחלק ממס ההכנסה, רק בכותרת של מס בריאות. הזכרתי קודם את עבודת המחקר שהבאתי לאחד הדיונים במכון הלאומי. עבודה זו מציגה את העובדה שבארצות המערב שבהן המערכת מאורגנת באמצעות ביטוח בריאות ממלכתי דרך קופות החולים, המימון מגיע חלקו מהמעסיק וחלקו מהמבוטח. מדינת ישראל היא אפוא 'חלוצה' בביטול חלקו של המעסיק. ואגב, בזמנו היו דיבורים על כך שביטול המס המקביל יוזיל את עלות העבודה. דיבורים אלו הם בחזקת עורבא פרח. למעשה, לא הוזלה העבודה באגורה אחת, והוכיח זאת במספרים גבי בן נון<sup>79</sup> במחקרו שהתפרסם בספר "מערכת הבריאות לאן"<sup>80</sup>. מה שרצו ואף הצליחו להשיג בביטול המס המקביל הוא תלות של תקציב ביטוח הבריאות בתקציב המדינה, על קיצוציו ועל עדיפויותיו השונות (גם אם עדיפויות

<sup>79</sup> בוגר החוק לכלכלה באוניברסיטה העברית ומנהל מערכות בריאות מאוניברסיטת ברנדייס בבוסטון. עד שנת 2008 שימש כסמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות. כיום מרצה במחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון. ממעצבי חוק ביטוח בריאות וממייסדי המכון הלאומי למדיניות בריאות.

<sup>80</sup> גבי בן נון, מחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד עידן הזהב והפלטיון, בתוך "מערכת הבריאות לאן" (עורך: חיים דורון), הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 2009, עמ' 7-48.

אלו רציניות וחשובות ככל שיהיו, ואין ויכוח על כך). תוצאת ביטול המס המקביל היא שהחלק מתקציב המדינה המוקצב למערכת הבריאות אינו עולה כמעט, בה בשעה שהשתתפות הכיס הפרטי בהוצאות הבריאות הולכת וגדלה. על פי חוק המס המקביל, המעסיק הגיע (בהדרגה) לתשלום של 4.95% מהשכר. לפי מחקרו של גבי בן נון, עד שנת 2000, המס המקביל תרם ל 40% מהוצאות קופות החולים. בשנת 2000 לא היה כלל צורך להשלים את המימון מן התקציב הממשלתי, מפני שההכנסות מהמס המקביל ודמי ביטוח בריאות היו מספיקים. למס המקביל גם יש היסטוריה עוד לפני חוק מס מקביל חובה. אז הוא היה חלק מהסכמי העבודה שבין המעסיקים לבין העובדים, והיו לכך יתרונות גדולים מאוד מבחינות נוספות.

ברצוני לעמוד על נושא אחד שידוע פחות בנושא שיתוף המעסיק בהוצאות הבריאות. החשיבות העצומה של שיתוף המעסיק בהוצאות הבריאות, אפילו באחוז אחד מהן, נובעת מהעובדה שהאדם העובד מבלה לפחות שליש מהיממה במקום העבודה שלו. על כן, מקום העבודה הוא המקום לחנך את האדם לקידום הבריאות, וישנם מקומות עבודה שעשו כן. כשהתחלנו לפתח את ביטוח בריאות השיניים בקופת חולים הכללית, הזמנתי את יו"ר מזכירות ועד עובדי התעשייה הצבאית, והקמנו יחד מרפאה לטיפולי שיניים בתעשייה הצבאית. מרפאה זו שיפרה את מצב ההגעה לטיפולי השיניים של העובדים, והפחיתה את ההיעדרות מן העבודה עקב כאבי שיניים. לדעתי, יש לעודד את האינטרס של המעסיק לבריאות פועליו. אין זה מתבטא רק במאבק נגד האזבסט, אלא בנושאים רבים של בריאות תעסוקתית ובטיחות בעבודה.

הזכרתי שיחד עם פרופ' יובל נאמן, הצלחתי בזמנו להכניס לחוק המס המקביל את ההקצאה של 0.01% למחקר על בריאות תעסוקתית. בכסף זה הקמתי שני מכוני מחקר: האחד מכון למחקר על בריאות העובד ושיקומו, בבית "לוינסטיין"; והשני מכון מחקר כללי יותר, בבית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל-אביב, ובו עסקו במפגעי עבודה, מחלות תעסוקתיות ובטיחות בעבודה. היום, כמעט בכל יום שומעים ברדיו או קוראים בעיתון על פועל שנפל במקום העבודה; ונשאלת השאלה, איך נראית בטיחות העבודה? אחרי ביטול המס המקביל, ביטלו גם את שני המכוני למחקר על בריאות תעסוקתית, ונגרמה פגיעה של ממש בבריאות הפועלים ובטיחותם. (כתב על כך גם ראש המחלקה לבריאות תעסוקתית במשרד הבריאות, שהיה גם ראש המחלקה בבית הספר לרפואה בתל-אביב). זהו נושא שאינו נלקח בחשבון כשמדובר על אודות ביטול המס המקביל.

אז כיצד קרה דבר כזה במדינת ישראל, ללא תגובה מספקת של מערכת הבריאות? לשיבה של ועדת הכספים בא היועץ של האוצר בענייני בריאות. בישיבה זו השתתף רק יו"ר הוועדה, הרב אברהם רביץ, והיועץ הסביר שבעצם מדובר בעניין טכני – מתקציב המדינה יינתן סכום זהה, והשינוי רק יוזיל את עלות העבודה (וכאמור, עלות העבודה לא הוזלה, כי את אותו הסכום נלקח למטרות אחרות לביטוח הלאומי). היו"ר רביץ אמר "אינני מבין דבר ממה שהסברת, אבל אם אתה אומר שזה עניין טכני בלבד, אז אנו מקבלים זאת", והוא הצביע בעד ביטול המס המקביל.

כאשר שר הבריאות דאז יהושע מצא, בא וסיפר שחושבים לבטל את המס המקביל במסגרת חוק ההסדרים במשק; תגובתי הספונטנית כחבר מועצת הבריאות הייתה: "מערכת הבריאות תשב שבעה על ביטול המס המקביל". שכשאנו רואים מה מתרחש כיום במערכת הבריאות בכל ההיבטים, אינני חוזר בי מאף מילה שאמרתני אז. כמובן, היו עוד שדיברו נגד הביטול. יהושע מצא לקח על עצמו לברר מה אפשר לעשות, וחזר ואמר שאין מה לעשות.

כך עבר חוק ביטוח הבריאות הממלכתי שינוי מחוק המגשים את הביטחון הסוציאלי לחוק ביטוח התלוי בתקציב המדינה; וגם התחזקה מגמת ניהול מערכת הבריאות על ידי פקידי האוצר. קשה להאמין, אבל כך זה קרה.

### תכניות השב"ן

'הישג' נוסף של חוק ההסדרים במשק משנת 1998 היה הכנסת תכניות השב"ן (שירותי בריאות נוספים) והביטוחים המשלמים. פרופ' צבי אדר,<sup>81</sup> מן הוועד המנהל של המכון לחקר מדיניות הבריאות, ואחד מכלכלני הבריאות הטובים ביותר, התבטא בנוגע לתכניות השב"ן ואמר שהן "אבי אבות הטומאה במערכת הבריאות". המציאות הוכיחה את הנכונות של ביטוי זה. ראשית, תכניות השב"ן חילקו את המבוטחים לבעלי יכולת ומחוסרי יכולת כלכלית. נכון שסטטיסטית, מדווחים שכבר הגיעו ל-80% מן האוכלוסייה שמשלמים על ביטוח רפואי נוסף, אך זהו דיווח מטעה. זאת מכיוון שבאזורים שבהם המבוטחים הם ברמה סוציו-אקונומית גבוהה, ייתכן שיש אפילו 90% ויותר; אך לעומת זאת באזורים הבעייתיים (שיש בהם בעיות לא רק מבחינה סוציו-אקונומית אלא גם מבחינה רפואית, כי יש הקבלה ביניהן) האחוזים נמוכים בהרבה. אם כן למעשה, חילקו את מבוטחי ביטוח הבריאות במדינת ישראל לאלו שיכולים לשלם ואלו שאינם יכולים לשלם. בנושא זה גם יש תרומה של קופת חולים מכבי למצב. במכבי היה 'מכבי מגן' עוד לפני שהיה ביטוח משלים כזה בקופת חולים הכללית. אבל היו דברים אחרים הקשורים בתמהיל הרפואה הציבורית והפרטית, שאותם קופת חולים הכללית כן ירשה גם בזמן ההוא, בשל התחרות עם מכבי.

בזמנו, נאמר שתכניות השב"ן מיועדות רק לדברים שאינם חיוניים לבריאות. אבל לי היה ברור שבמשך השנים הם יכללו גם דברים חיוניים לבריאות, וכך היה. על פי הדו"ח הסטטיסטי הממשלתי, בשנת 2015 אחוז מתקציב הבריאות שבא מן הכיס הפרטי עמד על שלושים ושמונה אחוז; ולתכניות השב"ן יש תרומה עצומה לגידול זה. הערכתי היא שכיום, אחוז התמ"ג מן הכיס הפרטי עומד על 40%, ואולי על יותר מכך; ואנחנו עם ארצות הברית ודרום קוריאה, מהמדינות הראשונות ב OECD שמשלמים מהכיס הפרטי את ביטוח הבריאות הממלכתי. כל זאת מתרחש במדינה שקולטת עלייה, ושיש בה פערים גדולים בין המרכז לפריפריה וכן הלאה.

היה לי גם ברור מלכתחילה שהביטוח המשלים יגרור בעקבותיו את התוספות וה'הפליטנומים' למיניהם, וכך היה. היום, כשאני מחייג כדי לקבוע תור לרופא בשירות הרגיל של ביטוח הבריאות, אני שומע קודם שמציעים לי 'פליטנום' כזה ואחר, אחות שתשמור על ההיריון וכן הלאה. וכיום מציעים שתכניות אלו יכללו גם תרופות מצילות חיים, עם כל המשמעות של עובדה זו.

ציינתי קודם שבתקופת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ראיתי בתחרותיות על רמת השירות את העיקר. תוצאה חמורה נוספת של הכנסת תכניות השב"ן היא העברת מושג התחרות ממושג שמשמעותו תחרות על רמת השירות, למושג שמשמעותו תחרות על תכניות השב"ן; כלומר, מתחרות על טיב השירות כזכות, לתחרות על טיב המוצר שאותו צורכים.

<sup>81</sup> פרופ' צבי אדר (1938-2006) כלכלן בריאות, אוניברסיטת תל אביב.

## ההשתתפויות העצמות

'בשורה' נוספת של חוק ההסדרים 1998 היא בנושא ההשתתפויות העצמות. בעבר הונהג בקופת חולים הכללית תשלום סמלי עבור תרופות. אך אף פעם לא הונהג תשלום עבור ביקורים אצל הרופא (וגם היום אין תשלום בביקור אצל רופא ראשוני). לעומת זאת, במכבי היה תשלום סמלי גם עבור ביקורים. חוק ההסדרים במשק העביר את המושג השתתפות עצמית ממושג שפירושו השתתפות סמלית, למושג שפירושו השתתפות באחוזים מעלות התרופה. מובן ששינוי זה גרם מיד לעליית הכנסתן של קופות החולים ממכירת התרופות, מ-5% ל-11%, ולאחר מכן לעליות נוספות בהכנסות. אמנם קבעו 'תקרות' שונות, ובכל זאת ההוצאות על תרופות עשויות להגיע לסכומים לא מבוטלים. היום כאשר אני משלם עבורי ועבור רעייתי תשלום לתרופות, (ועוד לנו יש הנחה של 50% בתור עובדי קופת חולים), אני שואל את עצמי איך יכול קשיש ממיעוטי היכולת לשלם סכומים כאלה. שמעתי לא פעם את הרוקחת מספרת על מבוטחים שאין ידם משגת לקניית התרופות. מבוטח בא ומסמיק ואומר: "החודש אני אקח את התרופות בשבילי, ובחודש הבא אקח בשביל רעייתי"; או: "לא אקח את התרופה, כי איני יכול לשלם עבורה". וידוע שיש חלק מהאוכלוסייה שמתלבט בין קניית תרופות ובין קניית הלחם במכולת. במשך שנים הייתי חבר מועצת הבריאות, ודיברתי לא פעם נגד המצב הזה, שבו קשישים מעוטי יכולת מחויבים לשלם עבור תרופות. בכל פעם הובטח לי שעוול זה יתוקן, ובינתיים מעולם לא עשו זאת. כנראה שגם זוהי תוצאת המצב שבו משרד האוצר מנהל את הבריאות, ואין איזון בין השיקול הכלכלי לבין השיקול הרפואי והסוציאלי.

לסיכום, ברצוני לומר לדורות שיבואו אחריי – אנחנו גאים שתוחלת החיים בישראל היא מהגבוהות בעולם, גם לנשים וגם לגברים. וכשבאים לדבר על המחסור במיטות ובכוח אדם, מיד עוברים לדבר על הישגי מערכת הבריאות. אכן, הישגים נאים לה, אך אם המדיניות של חוקי ההסדרים במשק מן התקופה ההיא תימשך, היא תתחיל להתבטא בהאטת השיפורים במדדים של התחלואה ושל התמותה. אם מדיניות זו לא תתוקן, אני רואה בהאטה זו תהליך בלתי נמנע.

## הצעות שלא עברו בחוק ההסדרים

ברצוני להזכיר שתי הצעות שלא עברו בחוק ההסדרים במשק, לשמחתי. אבל עצם העובדה שאנשי האוצר הציעו אותן, מלמדת לאיזו מידה של נסיגה מהרפואה הציבורית הם היו מוכנים. הצעה אחת היא הקמת קופת חולים למטרת רווח. הצעה זו נובעת מן האמביציה הבלתי מוגבלת לתחרותיות, והייתי מכנה אותה אפילו אובססיה לתחרותיות. אנחנו יודעים מהו גובה ההוצאה הלאומית על בריאות בארצות הברית, שהיא הגבוהה בעולם. אין ספק כי הצעה כזו אם הייתה מתקבלת, הייתה מביאה את מדינת ישראל למצב דומה.

הצעה נוספת – סל דיפרנציאלי, זאת אומרת שהתחרות בין הקופות תהיה על סוגי השירותים והתרופות – מי נותן תרופות רבות וחדשות יותר, וכן הלאה. גם הצעה זו קשורה באובססיה התחרותיות וההשקפה האמריקנית שביטא האוצר.

אספר סיפור: כשהתקבל חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הייתי בשבתון. הלכתי עם פרופ' מרדכי שני ברחובות סאן פרנסיסקו, והוא סיפר לי על כל הדימויים האחרונים בעקבות החוק. בין השאר, הוא סיפר לי שביטוח הבריאות ייעשה על בסיס ארבע קופות החולים הקיימות. בספונטניות שאלתי – "מדוע ארבע?" ושני השיב לי שזה בשביל התחרותיות. חשבתי אז ואני חושב עד היום



שהתחרותיות צריכה להיות בתוך המרפאות ובין הצוותים על השירות ממש, ולא על תכניות שב"ן למיניהן.

אחרי העברת החוק, כשהיינו מתכנסים בוועדה המייעצת הבינלאומית של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות בניו יורק, השתתף בישיבות פרופ' סטיוארט אלטמן, שהיה מומחה עולמי לכלכלת בריאות.<sup>82</sup> זכורני שהלכנו ברחובות ניו יורק, ושאלתי לדעתו על כך שביטוח הבריאות הוא על יסוד ארבע קופות החולים. הוא אמר לי: "לא, אתה תראה שיהיו הרבה קופות חולים, ותהיה תחרותיות". הערתי לו בצניעות שאני מסופק בקשר לכך. אנחנו רואים היום שבקושי ארבע קופות החולים מתקיימות. כפי שאמרתי, השקפתי היא שהתחרות במערכת הבריאות צריכה להיות תחרות הנוגעת לאיכות השירות, בצוותים, במרפאות, ולאזו דווקא תחרות על מוצרים כמו תכניות השב"ן.

#### שחיקת מנגנוני העדכון לסל הבריאות

נוק נוסף שנעשה לחוק הוא בנושא 'עדכון עלות הסל' – שחיקת מנגנוני העדכון המקוריים למימון סל הבריאות. כידוע, אם רוצים שרמתה של מערכת הבריאות תישמר, חיוני לעדכן בכל שנה את עלותה. בשנים הראשונות לקיום חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עודכנה עלות הסל רק באופן חלקי על פי אחוז הגידול באוכלוסייה, ולאחר כך מכן נוספו לה עדכונים לפי ההרכב הגילאי, לפי מחירי הציוד הרפואי והתרופות בשוק, וכמובן גם לפי שכר העבודה, ולפי שינויים טכנולוגיים. אמרתי כבר שאת ועדת הסל 'השכיבו במיטת סדום' והיו שנים שלא הייתה בכלל הקצבה לוועדת הסל.

#### הפרטה

מאז חוקי ההסדרים במשק יש תהליך של הפרטה זוחלת, ואם חלילה מצב זה יימשך, לא תהיה רפואה ציבורית. כשהרפואה הציבורית נחלשת, הרפואה הפרטית מתחזקת; וידוע שקיומה של רפואה פרטית פעמים רבות גם אינו מבטיח רמה רפואית נאותה. בשנת 2015, ההוצאה על בריאות מהתמ"ג במדינת ישראל עמדה על 7.5%. לשם ההשוואה עם יתר מדינות ה-OECD, בשנת 2014 החציון של אחוז ההוצאה לבריאות במדינות הללו היה 9.4%. אנחנו בפיגור. באשר להוצאה מן הכיס הפרטי, כבר הזכרתי קודם שהיא עמדה על 38% בשנת 2015, ועכשיו ודאי הרבה יותר.

עד עצם היום הזה, הנהלת האוצר מאפשרת לקופות החולים ולבתי החולים להיכנס לגירעונות. לאחרונה שר הבריאות הכריז שבית חולים שיעבור את התקציב, לא יקבל פיצוי. בימים אלה ועדת הכספים של הכנסת דנה בגירעון של 90 מיליון ש"ח, של בית החולים רמב"ם בחיפה, ובגירעון נוסף של בית החולים בנהריה, (גירעון שנגרם לא רק בגלל הפצעים מסוריה, אלא מכל הוצאות בית החולים). בסוף השנה אחרי ש'סוגרים' את כל הגירעונות, מנהלים 'סחר מכר' עם קופת החולים ובתי החולים, כמו בשטייטעל [כינוי לעיירה יהודית במזרח אירופה] – מנסים לתת כמה שפחות

<sup>82</sup> סטיוארט ה' אלטמן (-1937), כלכלן בריאות אמריקאי שמחקריו הם בעיקר בתחום מדיניות הבריאות. פרופסור למדיניות בריאות באוניברסיטת ברנדייס, בבית הספר הלאומי למדיניות חברתית וניהול. כיהן כנשיא זמני של ברנדייס בשנים 1990-1991. אלטמן כיהן 12 שנים כיו"ר ועדת החקירה שהוקמה כדי לייעץ לקונגרס בנוגע לתפקוד מערכת הביטוח הרפואי כמו כן, הוא מכהן כיו"ר פורום בריאות הציבור, אשר מפגיש בין קבוצות מומחים מגוונים כדי למצוא פתרונות לבעיות הניצבות בפני מערכת הבריאות. בין השנים 1997 ל-1999, הוא כיהן בוועדת הנשיאות הלאומית של הנשיא ביל קלינטון שדנה בעתיד המדיקייר (medicare).

וסוחבים גירעונות במשך שנים. כל זאת נגרם מן המצב של עדכון חלקי של סל הבריאות לפי המדדים שפירטתי.

אחד הביטויים למצב זה הוא במספר המיטות ביחס לכמות האוכלוסייה, בבתי החולים בכלל ובבתי החולים בפריפריה בפרט. בחודשי החורף אנו רואים את המחזות של תורים ארוכים במערכת הבריאות, שמובילים לפנייה לרפואה הפרטית; ואין זה לטובת הרפואה במדינת ישראל. יש לדעת שבתי החולים הציבוריים עדיין מובילים ברמת השירות. כאשר מתרחשים סיבוכים רפואיים בבתי החולים הפרטיים, מעבירים את החולים מיד לבית החולים הציבורי. אכן, הרמה הרפואית עדיין קיימת בבתי החולים הציבוריים, אולם השחיקה הובילה למצב שבו יש בהם מיטות פרטיות עבור תכניות השב"ן של קופות החולים. קופ"ח מכבי הייתה 'חלוצה' בעניין זה, כשהקימה את בית חולים "אסותא" בתור בית חולים פרטי, מכספי חברת "כלל ביטוח". כאב לי מאוד לשמוע שמתוך התחרותיות, קופת חולים הכללית קנתה לפני שנים מספר מיטות פרטיות בבית חולים פרטי בהרצלייה [הרצליה מדיקל סנטר].

אלה שמצדדים בשירותי הרפואה הפרטיים, מסבירים שהליקוי הגדול של הרפואה הציבורית הוא בחוסר אפשרות הבחירה החופשית (זה גם היה אחד הנימוקים בעד תכניות השב"ן, שהן יכללו אפשרות לחוות דעת נוספת, ואפשרות לניתוח פרטי תוך החזר כספי מסוים). לדעתי, אפשר להכניס את קבלתה של חוות דעת נוספת גם במסגרת הביטוח הבסיסי. אין זו הוצאה גדולה, והיא עדיפה עשרת מונים על חיזוק תכניות השב"ן ושירותי הרפואה הפרטית.

עד כדי כך הגיעו מים עד נפש, שכשעמדו בפני פתיחת בית החולים החדש באשדוד (ניפתח בנובמבר 2017), האוצר התנה את קבלת המכרז על ידי 'אסותא' בהקצאת 25% מיטות פרטיות בבית החולים! כלומר, יש פה חלוקה של האוכלוסייה מראש לחלק שיכול לשלם ולחלק שאינו יכול לשלם. הצעתי פעם בישיבה של מועצת הבריאות לשר הבריאות, שלכל הפחות יתנה ש25% אלו ממיטות בית החולים ישמשו לתיירות מרפא בלבד, ולא למטרה של חלוקת האוכלוסייה לבעלי היכולת ומיעוטי יכולת. השנה, האוצר שילם 340 מיליון שקלים לערך ל'אסותא', כדי לוותר על הזכות ל 25% מיטות פרטיות.

#### לסיכום פרק זה

לסיכום התמורות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אחזור ואדגיש את תמצית השקפתי. חונכתי על פי תורתו של ד"ר יוסף מאיר, בעד עקרונות הרפואה הציבורית, שהם – רמה רפואית נאותה, עזרה הדדית, דאגה לכל שלבי הבריאות, ופסילת הכסף כמתווך בין רופא לחולה. רק המסגרת של הביטוח הסוציאלי ומקורות המימון שלו יכולים להבטיח את התנאים הבסיסיים של גמישות בהספקת השירות ותכנון רב שנתי, החיוניים להעמדת מערכת בריאות כזו.

התמורות שחלו במשך שלוש השנים שלאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי במערכת הבריאות, עומדות בסתירה למטרות המקוריות של החוק. אם מדינת ישראל תרצה לחזור לעקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית בשירות בריאות ציבורי ממלכתי, לא תיקונים אלו ואחרים יובילו לכך. לא נוכל לצאת מהמצב הסבוך שאליו נקלעה מערכת הבריאות בדרך של 'הדבקת טלאים' מלאכותיים, שמנסים ללכת בה עכשיו; כגון ביטול 25% מיטות פרטיות בבית החולים 'אסותא' באשדוד, תיקון זה או אחר בתכניות השב"ן או הקצאת 900 מיליון ₪ לביטול תורים.

בעניין התורים, לדעתי התורים עשויים להיות כחומר ביד היוצר בידי הגורם הפרופסיונלי, כדי לשפר את רמת חייו (ואיני מזלזל עקרונית בשיפור רמת חייו). כשרופאי ההסתדרות הרפואי הישראלית רצו לארגן שביתה בשנת 1983, פתאום היו המון תורים, ואחרי השביתה לפתע לא היו תורים. בסופו של דבר, הרופא הוא שמחליט אם יש להזמין את הפצינט פעם, פעמיים או שלוש, או שכלל אין צורך בביקורת. ודאי שאמת המידה לכך צריכה להיות רפואית טהורה; אך לצערנו, בחברה שנהיית חומרנית יותר ויותר, אמות המידה עשויות להשתנות בהתאם.

אם כן, ה'טלאי' של ביטול תורים אולי יצליח לכמה חודשים, אך לא ייתן מענה אמתי לבעיות היסוד. המענה האמתי למצב הוא בהקמת וועדת חקירה ממלכתית חדשה. רק ועדה חדשה כזו, שתבחן את כל הנושא ביסודיות רבה, תוכל להשיב את החוק למטרותיו המקוריות.

## שביתת הרופאים – גורמיה ותוצאותיה

### רפואה ציבורית ורפואה פרטית – הרקע לשביתת הרופאים

#### דרישות השכר של הרופאים במערכת הציבורית לאורך השנים

בשנות למודי הרפואה שלי, כששימשתי סטאז'ר בחוף לארץ, הכרתי את הרפואה הפרטית הארגנטינאית, והסתייגתי ממנה. 'ידעתי מה זה ניתוח אפנדיציט אם צריך או לא צריך'. ועוד תופעות מסוג זה.<sup>83</sup> מצעדי הראשונים בארץ, הזדהיתי עם תנאיו של ד"ר מאיר לרפואה הציבורית שהוזכרו לעיל.

במהלך ההיסטוריה של מערכת הרפואה בארץ, חלו תמורות שונות בנושא הרפואה הפרטית. הרפואה הציבורית בארץ התפתחה בעיקר על ידי רופאים שכירים. המגבלות האובייקטיביות להעלאת שכרם (מסיבות של תגובות שרשרת במשק או מגבלות תקציביות של המערכת) יצרו במשך השנים משברים רבים ברפואה הציבורית. יש לקחת בחשבון את העלייה ההמונית של רופאים מגרמניה בשנות השלושים, ואת עליית הרופאים מרוסיה בסוף שנות השמונים וראשית שנות התשעים (שהייתי יו"ר הוועדה המתכננת לקליטתם). בגלי עלייה אלו, עצם מציאת התעסוקה לכל הרופאים העולים הייתה בעייתית. גם העובדה שמשרד הבריאות לא עסק בפיקוח והסדרה של כלל מערכת הבריאות בארץ אלא בניהול יום-יומי של בתי החולים שלו; והפיצול בין בתי חולים ממשלתיים לבתי חולים של קופת החולים ובתי החולים הציבוריים, השפיע על השוני בנושא רמת השכר של הרופאים, (ובהמשך אפרט).

בשנותיה המוקדמות של מערכת הבריאות היו שני אירועים של התקוממות בקרב הרופאים, בדרישה לאפשר רפואה פרטית. בשנת 1920 היה מרד של רופאי הדסה נגד המנהל ד"ר יצחק רובינוב, שדגל בביטוח סוציאלי והתנגד בחריפות לרפואה פרטית.<sup>84</sup> ובשנת 1946, בבית החולים בילינסון היה מרד של קבוצת רופאים ובראשם ד"ר שיבא, בעד רפואה פרטית ונגד אנשי קופת

<sup>83</sup> לדברי דורון ברפואה הפרטית בארגנטינה היו רופאים שהסירו אפנדיציט גם אם לא היה צורך רפואי בכך בשל שיקולים כספיים.

<sup>84</sup> על מרד הרופאים בהדסה ראה גם שפרה שורץ, "קשר רופאי הדסה, פרקטיקה פרטית, רפואה שחורה וצמיחתו של דגם הרופא השכיר בישראל", 'הרפואה', 135, חוב' ט, 1998, עמ' 406-401; רן לחמן, שלמה נוי, 'כתם שחור על חלוק לבן, רפואה שחורה בישראל', הוצאת רמות, אוניב. תל אביב, 1998, ע"מ 17-26,

חולים הכללית.<sup>85</sup> תוצאותיו היו בעיקר הניגוד והמחלוקת הקשה בין ראשי קופת חולים לבין אנשי משרד הבריאות ובתי החולים הממשלתיים. המאחד בשני אירועים אלו הוא הסכמתם של המעסיקים (הדסה וקופת חולים הכללית) לכל דרישות השכר, פרט לדרישה אחת: פרקטיקה פרטית במערכת הציבורית. לכך הייתה התנגדות מוחלטת, הן בהדסה והן בבילינסון. כלומר בקופת החולים הייתה תמיד רגישות ל'שעטנז' ולערבוב בין רפואה ציבורית לרפואה פרטית. לכן הצטערתי במיוחד כאשר קופת החולים מכבי רכשה בית חולים פרטי ['אסותא']. ויותר מכך הצטערתי שקופת חולים כללית רכשה מיטות ב'מדיקל סנטר' – בית חולים פרטי בהרצלייה, בשל התחרות בין הקופות.

בשנותיה הראשונות הייתה קופת החולים מנהלת עם עובדי בתי החולים שלה את הסכמי השכר שלהם. לעומת זאת, בבתי החולים הממשלתיים, ניהלו את הסכמי השכר עם הממונה על השכר באוצר, על כל המגבלות הכרוכות בכך. נגרמה מכך התמרמרות רבה של עובדי המדינה ותחושת קיפוח שלהם ביחס לרופאי קופת החולים. כשמוניתי למנהל האגף הרפואי במרכז קופת החולים בשנת 1976, שר האוצר היה יהושע רבינוביץ', ובאותה תקופה הייתה שביתת רופאים. רבינוביץ' מינה אותי ליו"ר הוועדה להסכם שכר חדש. הממונה על השכר באוצר דאז היה מר אפרים ירמנס, שהיה נוקשה בעמדותיו. אבל באותו משא ומתן, בפעם הראשונה בתולדות מערכת הבריאות בארץ, הצלחתי לכלול בהסכמי העבודה מושגים כמו: כונויות, תורנויות, מתמחה, מומחה, וכו'. כמוכן שמשמעותם הייתה גם העלאת ההשתכרות של הרופאים, אבל הם גם היו מושגים שאפשרו לארגן יותר טוב יותר את העבודה בבתי החולים. המושגים האלה שרירים וקיימים עד עצם היום הזה. כשרבינוביץ' היה פוגש אותי אחרי ההסכם הזה, הוא היה קורא לי: "ד"ר דורון היקר, היקר מאוד..." ההסכם עלה לו כסף רב, אבל הוא היה הישג גדול למערכת הבריאות.

#### תמורות באפשרות לפרקטיקה פרטית

במהלך השנים היו התפתחויות שונות בנושא של רפואה פרטית מול רפואה ציבורית; ואציין כמה מהן:

בתקופות שונות, הרופאים הציעו לעבור לעבודה במשרה חלקית. אלא שיש לדעת – אין אפשרות להפעיל בית חולים ציבורי ברמה גבוהה על בסיס משרות חלקיות. מלבד זאת, יש לזכור שהרופאים לא הציעו הצעה כזו כדי לעסוק במשרה שנייה בעיסוק אחר, אלא כדי לעסוק בעיסוק זהה בדיוק לזה שבו הם עוסקים, בפרקטיקה פרטית. הצעה כזו אם הייתה מתקבלת, הייתה מביאה לחיזוק ה'שעטנז' בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית. מחובתי להגיד שגם במערכת הממשלתית וגם בקופת החולים הכללית (עוד קודם לתקופת כהונתי כמנכ"ל הקופה, ומעט מאוד בתקופתי), הייתה כניעה הדרגתית בנושא זה. אפשרנו למנהלי מחלקות לעבוד במשרה של 95%, וביתר הזמן להציע שרותי רפואה פרטית. בשנות כהונתי צמצמתי הסדר זה ואפשרתי אותו רק לכמה מנהלי מחלקות שהיינו מעוניינים לא להפסידם. עשיתי ניסיון אחד עיקרי להגדיל את אחוזי המשרה ולבטל את הזכות לפרקטיקה פרטית, תמורת הגדלת ההשתכרות (אלו רעיונות שחוזרים היום בוועדת גרמן<sup>86</sup>) ועוד. אין חדש תחת השמש). התחלתי בהסכם כזה עם רופאים בנגב, אך

<sup>85</sup> על מרד הרופאים בבילינסון ראה גם שורץ שפרה, "יובל שנים למרד הרופאים בבילינסון (1947)", 'הרפואה', 133, חוב' ה-ו, 1997, עמ' 232-237;

<sup>86</sup> וועדת גרמן – הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל (2015) בראשות שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן

כעבור ימים אחדים, משרד האוצר הטיל וטו על ההסכם, כפי שהטיל וטו גם על היססיות שהנהגתי (שהיו מיועדות לניצול מלא של הציוד בבתי החולים).

לדעתי, 'אבי אבות הטומאה' ותחילת ההידרדרות בנושא הרפואה הפרטית הייתה החלטה שהתקבלה באחת מוועידות ההסתדרות הרפואית לפני עשרות שנים. ההחלטה הייתה שאין זה מעניינה של המערכת מה יעשה הרופא אחר שעות עבודתו במשרה מלאה. אחר שמילא את חובתו במשרה מלאה ברפואה הציבורית, הוא חופשי ויכול לנהל פרקטיקה פרטית. נתאר לעצמנו שהייתה מתקבלת החלטה כזו בנוגע לשוטרים או לשופטים – מה הייתה משמעותה?!

החלטה זו הביאה לפערי השתכרות עצומים בין הרופאים השונים, אפילו עבור רופאים בכירים ומנהלי מחלקות, שקיבלו במערכת הציבורית מעמד, זכויות סוציאליות ואקדמיות וכו'; אבל לא הייתה להם אפשרות לעסוק בפרקטיקה פרטית. הייתה זו פריצת הסכר הראשונה והחמורה בעניין הישעטנז' בין רפואה ציבורית ורפואה פרטית.

בענייני יחסי עבודה יש 'מחלה' ישראלית כללית הקרויה בפי טרטיקוליס בצוואר'. האחד מסתכל על האחר ומבקש לעצמו את רמת השכר שלו – העובד הסוציאלי מסתכל על המורה, המורה על הרופא, הרופא על השופט וכן הלאה. זוהי 'מחלה' שקשה מאוד להשתחרר ממנה. המטרה הראויה בהסכמי עבודה היא שנוסף על ההטבה עם העובד גם ייטיבו עם השירות שהוא מספק. אך 'מחלת' הרצון להשתכר יותר משפיעה לשלילה וגורמת לאי השגת מטרה זו.

יחד עם התמורות השונות, בתקופה של הגברת החומרנות בחברה הישראלית, התפתחה גם התופעה החמורה של הרפואה השחורה; בין אם באמצעות תשלום ישיר לרופא, ובין אם באמצעות 'תרומה' לקרן מחקרים ועוד טובות הנאה שונות ומשונות. שנים רבות איני יכול להשתחרר מן הרושם שעשה עלי סיפור שסיפר לי קרוב משפחה, שאחיו זקוק היה לניתוח לב באחד מבתי החולים המרכזיים במדינה. בימים ההם היו כירורגים מעטים שניתחו ניתוחי לב. הכירורג בבית החולים ההוא הסכים לנתחו, וליד דלתו בבית החולים הוא גבה ממנו את הדולרים – תשלום על הניתוח. לשמחתי, המערכת הקהילתית שליוויתי כה מקרוב הייתה נגועה מעט מאוד, אם בכלל, בערבוב בין הרפואה הפרטית לרפואה הציבורית. (נושא נוסף שקשור לערבוב זה הוא נושא רפואת השיניים בישראל, ואדון בו בהמשך).

#### שירותי רפואה פרטית (שר"פ) בבתי החולים

רצוני להביע דעה גם בנושא השר"פ. השר"פ הוא שירות רפואי פרטי בבתי חולים ציבוריים, על פי הסדרה פנימית של בתי החולים בנוגע לשעות הפעלת השירות ומידתו. לשמחתי, למשל בהדסה בשנים האחרונות יש איסור מוחלט לקיים שר"פ בבוקר, עד השעות שתיים וחצי או שלוש אחרי הצהריים. איסור זה הבריא את המוסד מבחינת הפגיעה בשירות הציבורי שהייתה בו.

ראשיתו של השר"פ בהדסה בשנת 1954, הנהיג אותו פרופ' קלמן מן, והוא הועתק לבתי חולים ציבוריים נוספים (שאינם שייכים לא למשרד הבריאות ולא לקופות החולים); כמו "שערי צדק", "לניאדו" ואחרים. העובדה שמשרד הבריאות לא עסק בפיקוח והסדרה, אלא בניהול יום יומי של בתי חולים, מנע את יכולתו לקבל החלטה פשוטה מאוד: שבית חולים המקבל חולים במסגרת קופות החולים (גם בתקופת הביטוח הרצוני), אינו רשאי להנהיג שר"פ. החלטה כזו יכולה הייתה לפתור את בעיית פערי ההשתכרות המובילה לישעטנז' הרפואה הפרטית והרפואה הציבורית.

היו דרישות לשר"פ גם בבתי החולים של קופת חולים הכללית, אבל מעולם לא הייתה הסכמה לכך. בתקופתי, לא העליתי על הדעת להסכים לשירותי רפואה פרטית בבתי החולים הציבוריים. תמיד פסלתי את השר"פ, ולשמחתי עד היום אין בבתי החולים של קופת החולים שר"פ. היו שרי בריאות שונים שנטו לראות בשר"פ פיתרון לבעיות שונות, ואולי גם הבטיחו לרופאים הבטחות בנושא זה במסגרת משא ומתן עמם. כך היה עד שהיועץ המשפטי לממשלה, אליקים רובינשטיין, הורה ברורות למשרד הבריאות לאסור הנהגת שר"פ בבתי חולים ממשלתיים. צר לי מאוד שלא הייתה ליועץ המשפטי לממשלה אפשרות להרחיב איסור זה לבתי החולים הציבוריים. אם ניתן היה לו לעשות כן, המערכת כולה הייתה הומוגנית יותר בנושא זה.

כשהייתה טיוטה של הסכם בין קופת חולים הכללית לבית החולים שערי צדק, עיכבתי את החתימה לחודשים, בגלל מציאות השר"פ ב"שערי צדק". אבל בסופו של דבר היו לי שתי אפשרויות – או לא לחתום ולא להיכנס לjoint management agreement, או לחתום על ההסכם ול'בלוע' את השר"פ. החלטנו לחתום על ההסכם ולקבל בלית ברירה את השר"פ ב"שערי צדק". היום, בראייה רטרוספקטיבית, ביודעי על כל האפשרויות השונות לרפואה פרטית בתקופה חומרנית זו, אני חושב שהשר"פ ב"שערי צדק" הוא אולי הרע במיעוטו. אבל עדיין איני מקבל אותו ואיני מסכים לו, ולא הייתי יוזם להנהיג אותו באף בית חולים ציבורי.

התומכים בשר"פ וברפואה הפרטית בכלל מסתמכים על הנימוק שיש לאפשר לפציינט בחירה חופשית של הרופא המנתח. לדעתם, ודאי שאדם העומד בפני ניתוח קשה ואבחנה חמורה ירצה לשלם כל סכום עבור הרופא הטוב ביותר, ולא יחזיק באידיאולוגיה של רפואה ציבורית. הם מעמידים את ערך הבחירה החופשית מול ערך השוויוניות.

חובה לומר בבהירות – האפשרויות של בתי החולים הפרטיים הן מוגבלות. ואם ניתוח מסתבך, יש להביא את החולה מיד לבית החולים הציבורי, שבו יש את כל אפשרויות הטיפול. נוסף על כך, כל בתי החולים בארץ הם אקדמיים, וכל המחלקות הן מחלקות מוכרות להתמחות, כלומר רמתם הרפואית מצוינת. אם תופיע אבחנה חמורה, ינתח את החולה כירורג בכיר ברמה גבוהה, ואם זקוקים לפיקוח יינתן הפיקוח. זאת אומרת שבהתנגשות בין בחירה חופשית לשוויוניות, לדעתי אין סיבה לוותר על החתירה לשוויוניות. יש ניגוד כלשהו – עושים כנסים על שוויוניות, עורכים מחקרים על השוויוניות; אבל אין נוקטים צעדים ממשיים שיכולים לקרב את השוויוניות ולבטל את אי השוויוניות באופן סיסטמתי, אפילו במקצת. ההפך הוא הנכון – נוקטים צעדים המחריפים את חוסר השוויון. כחבר מועצת הבריאות במשך שבע עשרה שנה, טענתי כל השנים, שניתן לתקן באמצעים מינימליים את העוול שבו קשישים צריכים להתלבט בין אוכל לבין תרופות; אך עוול זה לא תוקן עדיין. לצערי הסיבה לכך היא שמשרד האוצר מנהל את המערכת הבריאות יותר ממה שמנהל אותה משרד הבריאות.

לדעתי, ניתן היה לעשות שינויים מספר שיאפשרו בחירה במערכת הציבורית – אינני רואה כל סיבה עניינית לאי העברת הזכות לחוות דעת נוספת מהביטוחים המשלימים לסל הבריאות הבסיסי. הסיבה היחידה לכך היא הרווח הנקי של הביטוחים המשלימים מן העניין. חוות דעת נוספת במערכת הציבורית הייתה מחזקת את המערכת. אף על פי כן ולמרות כל הדיבורים בדבר הסכנה שבהשתלטות הרפואה הפרטית על הרפואה הציבורית, אין עושים זאת.

עוד מחובתי לציין שבהסכם משנת 1981 בין שר הבריאות אליעזר שוסטק לקופת החולים, הייתה כלולה בחירה חופשית של בתי החולים, לפי שיקול דעתו של הרופא הראשוני. השיטה הנוהגת היום שבה קופות החולים משלמת לבתי החולים השונים עומדת בסתירה לבחירה חופשית זו. למרות כל הנאומים על שוויון נוהגים בדיוק ההפך. זהו אבסורד שהשיקול הכלכלי הוא השיקול היחיד המכריע, כי לטווח ארוך גם אין בכך רווח כלכלי. כוונתי ל-Capping<sup>87</sup>.

## שביתת הרופאים 1983

### ההסתדרות הרפואית – איגוד מדעי או איגוד מקצועי לענייני שכר?

הנושא של שביתת הרופאים בין מרץ ליוני בשנת 1983 הוא נושא כאוב מאוד. הייתי מגדיר שביתה זו 'רעידת אדמה במערכת הבריאות', שפגעה קשות ברפואה הציבורית.

כאמור, מאבקים על גובה השכר היו מאז ועולם במערכת הבריאות בארץ. בתקופתי כרופא ראשוני בנגב הכרתי מקרוב את המאבק של רופאי קופת החולים, שהיו לו שני היבטים – ראשית היה מאבק מוצדק על השכר. זאת כיוון שבתקופה ההיא, דגלה ההסתדרות במדיניות של שכר שוויוני – נהג באגד ורופא הרוויחו שכר זהה, והרופאים התמרדו נגד מדיניות זו. שנית, היה מאבק נגד 'שלטון הפקידים' בהנהלת קופת החולים של הימים ההם. הרופאים ראו בפקידים ובמנהלים האדמיניסטרטיביים את הגורם לדיכויים (במצואות, זה לא היה מדויק).

בו בזמן התפתחה ההסתדרות הרפואית הישראלית (הר"י) בתור איגוד מדעי להשתלמויות, לרישיונות וכן הלאה. הוא לא היה כאיגודים מקצועיים אחרים לענייני שכר. ענייני השכר ותנאי העבודה של עובדי קופת החולים נוהלו בידי איגוד רופאי קופת החולים, ואלו של עובדי המדינה, בידי איגוד רופאי המדינה. ההסתדרות היא שהכריעה במאבקים בין רופאי קופת החולים לקופת החולים. אך ההסתדרות הייתה בניגוד עניינים מובהק – מצד אחד ייצגה את הרופאים, ומצד שני ייצגה את קופת החולים. לכן נוצר מצב של התרחקות רופאי קופת החולים מן ההסתדרות והליכה להסתדרות הרפואית. במשך הזמן ראו בהסתדרות הרפואית את הנציג הפרופסיונלי, וגם רופאי המדינה הלכו לשם, וכך הפכה ההסתדרות הרפואית לנציגתם המוחלטת של הרופאים. כל השנים למדתי שהצירוף בין איגוד מקצועי העוסק בתנאי העסקה ושכר, לבין מועצה מדעית שעוסקת בהתמחות – הוא פסול. יו"רים של המועצה המדעית סיפרו לי אישית שכך הוא; ויתרה מכך, חשתי זאת על בשרי.

פעם בכנס בין לאומי כלשהו, אחד מהיו"רים של המועצה המדעית נאם והסביר לאורחים מחו"ל כמה מוצלחת ההסתדרות רפואית עם מועצה מדעית, וכן הלאה. ביקשתי את רשות הדיבור, ושאלתי: "אם היו מזמינים אותך למדינה בלתי מפותחת, שמעוניינת לארגן הסתדרות רפואית, האם היית מציע שהאיגוד המקצועי יהיה יחד עם המועצה המדעית או בנפרד ממנה?". הוא לא ענה לשאלתי זו, והמשיך בדבריו. לא במקרה אני מדגיש כאן מצב זה.

מכל מקום יחד עם מצב זה, במשך עשרות שנים נשארו ענייני השכר של רופאי הקהילה בתחום של משא ומתן ישיר, בין מרכז קופת חולים הכללית לבין רופאי הקהילה. אחרי שרופאי קופת

<sup>87</sup> Capping - שיטת התחשבות בין בתי החולים וקופות החולים שלפיה נקבעת מראש תקרת צריכה לכל בית חולים למול כל קופת חולים. צריכת שירותים מעבר לתקרה זו מחויבת בתעריף מופחת..

חולים הכללית היו מגיעים להסכם עם הקופה, עבר ההסכם גם לרופאים השכירים של יתר קופות החולים.

בתור מנכ"ל קופת חולים הכללית, תמיד הסכמתי שיש להעלות את שכר המתמחים, המומחים שאין להם פרקטיקה פרטית ורופאי הקהילה. אבל כפי שהזכרתי קודם, ההסתדרות הרפואית הישראלית (הר"י) לא נבדלה משאר האיגודים המקצועיים בנטייתה ל'טרטיקוליס בצוואר'. היא לא יכלה לסכם על העלאת שכר למגזר אחד, בלי להעלות את שכרם של כלל הרופאים, כולל מנהלי מחלקות עם פרקטיקה פרטית; ועל ידי כך להעמיק את אי-השוויון בהשתכרות של המועסקים.

### המתודה של השביתה

לא דרישות השכר הן שהקשו עלי והפריעו לי, אלא המתודה של השביתה (שספק אם אפשר להגדיר אותה שביתה). ראיתי שכוונתם של חלק מהרופאים (לא כולם) היה לשנות את המצב שבו כסף אינו מתווך ביחסי הרופא והחולה, ולהגיע למצב שכסף הוא הוא המתווך ביחסים אלו. עקרונות הרפואה הציבורית הפריעו להם להעלות את שכרם ואת רמת חייהם עוד ועוד, לפי רוחות החומרנות החדשות שהופיעו כבר אז כבר בחברה הישראלית. על כן נאבקתי, כמעט לבדי, נגד השביתה הזאת ותוצאותיה (שלימדו שצדקתי במאבק).

לא הייתה זו שביתה במובנה הרגיל. בתחילה טופלו החולים בתשלום של 600 שקלים לביקור בתוך הבית חולים ובתוך המרפאה (אם כי רופאי המרפאות לא הזדהו עם רעיון זה). כשהתחילו לגבות כספים בבתי החולים, משרד הבריאות פנה לבית הדין לעבודה, והוא פסק שאסור לרופאים לגבות כספים בבתי החולים. כאשר לא ניתן להם להמשיך לגבות תשלום בבתי החולים, הם פתחו מוקדי טיפול במלונות ובמקומות דומים, וגבו 600 שקלים לביקור. יחד עם זאת, הייתה עזיבה משמעותית של רופאים את בתי החולים, וברור לכל מה משמעותה. משרד הבריאות הוציא צווי ריתוק, והרופאים לא כיבדו אותם. מתוך כך נולד ההסכם בין שר הבריאות אליעזר שוסטק לבין השופט יצחק זמיר, שעקרונותיו היו: אישור שליש מהיקף העבודה בבתי החולים, סגירת כל מרפאות הקהילה, ללא יוצאות מן הכלל, וצמצום הסמכויות של מנהלי בית החולים. אינני יודע איך ייתכן ששר בריאות חותם על הסכם כזה, אבל כך היה. ראיתי בחומרה רבה את ההסכם הזה, ונאבקתי נגדו מאבק פעיל מאוד.

ראשית, ראיתי בסגירת המרפאות חוסר אחריות ועוול מבחינה רפואית. לא היו אז מחשבים, ומשמעותה של סגירת המרפאה היא סגירת הכרטיסייה וכל המידע הרפואי שבה. אם קודם לשביתה אדם עשה צילום שבו נראה ממצא חשוד, עם סגירת המרפאה כבר אין אפשרות להגיע לצילום, ואין יודעים מגילוי זה. ועל אחת כמה וכמה שאדם שאין לו 600 שקלים זמינים להוצאה על ביקור רופא, אינו יכול כלל לבדוק ולגלות מחלות בגילוי מוקדם.

שנית, הייתה בכך החמרת הניגוד והחיכוך בין קופת החולים למשרד הבריאות. במצב שבו שר הבריאות חותם על הסכם לסגירת כל מרפאות קופת החולים, לא יכולים להיות יחסי אהדה ושיתוף פעולה בינו לבין ראשי הקופה. יום אחד הזמין שר הבריאות את עצמו אלי למשרד, וניסה לשכנע אותי שאסכים לקבל את ההסכם הזה ולהיאבק לחידוש המו"מ עם הממשלה. סירבתי, ואמרתי לו שכל עוד הוא נותן את ידו לסגירת המרפאות, לא אוכל לקבל את ההסכם. אם הוא ייסוג מכך, אוכל לשתף פעולה אתו בכל מה שירצה. חושבני היום שבסגירת המרפאות היה גם



ניסיון לפגוע בקופת החולים, כי כל מי ששילם 600 שקלים, בא למחרת לקופת החולים לקבל את ההחזר.

בהסכם בין שר הבריאות לשופט זמיר גם סוכם שעל יד מנהל בית החולים יוצב ממונה מטעם ההסתדרות הרפואית, שיבדוק אם הוא פועל במסגרת ההסכם. כל זאת התאפשר על ידי הקמת חברה בע"מ, שנרשמה כבר בשנת 1977 אצל רשם החברות, לאספקת שירותי רפואה חילופיים, והוסמכה למשוך ולגבות כספים. בו בזמן, נשכרו חברת ארגון פרטית וחברת יחסי ציבור על ידי ההסתדרות הרפואית. כלומר למעשה, ההסתדרות הרפואית הקימה מנגנון להחלפת הרפואה הציבורית בארץ. אם כן, לפחות עבור חלק מהוגיה, לא הייתה זו שביתה רגילה שמטרתה העלאת השכר בלבד, אלא ניסיון לקעקע את יסודות הרפואה הציבורית; ולהחליף את שיטתה בשיטת "תשלום עבור שירות", הנוהגת ברפואה הפרטית.

לפני תחילת השביתה ביקש יו"ר ההסתדרות הרפואית, ד"ר רם ישי (שאותו הכרתי היטב מימיו כרופא במחוז הנגב, כאשר הייתי אני מנהל המחוז) להיפגש עמי. בפגישה זו הוא לא חשף בפני את כל הקלפים, אבל הוא נתן לי להבין מה תהיה המתודה של השביתה, ומה עומד להתרחש. לא אשכח את תגובתי הספונטנית לדבריו: "אם תארגנו את השביתה ככל השביתות, לא אוכל לתמוך בה כמעסיק, אבל בסך הכול אשתדל לעזור ככל הניתן. אבל אם תעשו זאת במתודה שאתה רומז עליה, דע לך שאאבק בה בכל כוחי". וכך היה. לצערי, לא היו לי שותפים רבים במאבק זה.

כשהתחילה השביתה גיליתי שהרופאים חלוקים בגישותיהם: חלקם היו אכן מעוניינים בשבירת המערכת וחלקם ראו בשביתה מתודה לשיפור תנאי התעסוקה והשכר בלבד. גישתם של אלו האחרונים באה לידי ביטוי בשביתת הרעב של הרופאים בבאר-שבע במטרה להביא לסיום השביתה הכללית.

בזמן השביתה, מפלגת העבודה הייתה באופוזיציה, ושמעון פרס היה ראש המפלגה. היות שד"ר רם ישי ואנוכי היינו שנינו חברי מפלגת העבודה, (אם כי לא פעילים בענייני המפלגה), חשב פרס שהוא יוכל לתווך בינינו, וזימן את שנינו. מובן שלא יצא דבר מפגישה זו. הניגודים היו חדים, ולא היה בסיס להסכמה בינינו.

#### **הניסיונות לסיום השביתה**

ניסיתי לחשוב אפוא מה אוכל לעשות לטובת סיום השביתה, וניגשתי למשא ומתן עם רופאי הקהילה. כאמור, בניהול משא ומתן עם רופאי הקהילה בזמן השביתה, לא עשיתי דבר חדש וחריג, אלא המשכתי בנוהל המקובל של משא ומתן בין מרכז הקופה לרופאיה. בו בזמן, המשא ומתן של רופאי בתי החולים הפך למשא ומתן בין מוסדי – בין ההסתדרות הרפואית לבין משרדי הממשלה, ובראש ובראשונה עם הממונה על השכר במשרד האוצר.

כפי שציינתי היו שני סוגי רופאים: אלו שהיו בעד שבירת המערכת, ואלו שהיו מעוניינים בסיום השביתה כמה שיותר מהר. עם רופאים כאלו יכולתי לנהל משא ומתן. השביתה החלה באמצע תקופה שבה עשיתי מאמצים עליונים לתחייתה של רפואת המשפחה. לכן היה לי אז שיתוף פעולה הדוק מאוד עם רופאי המרפאות, ובמיוחד עם היו"ר שלהם, ד"ר מרים צאנגן, שהייתה נאמנה מאוד לערכי הרפואה הראשונית. רוב רופאי המרפאות השתתפו בשביתה הזו כמי שכפאם שד. הם היו הנפגעים העיקריים של השביתה. זאת כיוון שאם ממילא הייתה חובה לשלם 600 שקלים

לביקור אצל רופא, האנשים העדיפו ללכת לרופאי בתי החולים; ורופאי המרפאות הפסידו השתכרות. ניהלתי את המשא ומתן בתיאום עם מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' ברוך מודן, כי ידעתי שאם אעבור מעבר ל'יקו האדום' של הממשלה, ממילא ייפסלו ההסכמים. כמובן, במשא ומתן עם רופאי הקהילה לא הייתה לי כל כוונה לפגוע בהסתדרות הרפואית או ברופאי בתי החולים. נלחמתי לסיים את סגירת המרפאות, ולא נלחמתי נגד רופאי בתי החולים חלילה. להפך, הייתי מעוניין לשפר את שכרם, בפיצוי של הממשלה. יש לזכור שלקופת חולים הכללית היו אז ארבעה עשר בתי חולים.

תמצית ההסכם שהשגתי עם רופאי המרפאות: שיפור משמעותי בשכר, שיפור בתנאי העבודה של רופאי המרפאות וקידום תחילתה של רפואת המשפחה. ד"ר מרים צאנגן לא הייתה מוכרחה להביא את ההסכם לאישור ההסתדרות הרפואית, כי מעולם לא עשינו כך במשא ומתן בעבר. אבל היא הייתה ישרה כסרגל, ולא רצתה שההסכם יתפרש כפגיעה ברופאי בתי החולים. בפורום המצומצם הראשון של ההסתדרות הרפואית, ההסכם עבר על חודו של קול, ובפורום הרחב יותר, הוא נכשל. זאת לא משום שהתנגדו להסכם עצמו, אלא בשל החשש מפגיעה במאבק ובמשא ומתן עם רופאי בתי החולים. בינתיים המרפאות נשארו סגורות.

ראוי לציין שאחרי השביתה, ההסתדרות הרפואית על כל המגזרים בה, בחרה פה אחד את ד"ר מרים צאנגן ליו"ר ההסתדרות הרפואית.

כאמור, נאבקתי כמעט לבדי בשביתה זו. עמדתה של ההסתדרות בשביתה הייתה ניטרלית, ובמקרה הטוב, היא לא לקחה חלק פעיל במתרחש. כעבור זמן, מזכיר ההסתדרות כינס פגישה עם הרופאים הלוחמניים ביותר, כאילו קופת החולים היא זו שהייתה צריכה ללכת לקראתם.

אלה בין הרופאים שרצו בסיום מהיר של השביתה, כי כאב להם ההרס של הרפואה הציבורית, הגיעו לשביתה רעב. לא מקרה הוא ששביתה הרעב פרצה דווקא בבאר-שבע – בה הקמנו את בית הספר לרפואה ששלטו בו המגמה הקהילתית וראיית צרכי הבריאות של כלל הציבור. דווקא מרופאים בבית החולים בבאר-שבע יצאה התביעה לסיים את השביתה במהירות, לטובת הרפואה הציבורית. יום בהיר אחד שכנע אותי מזכיר ההסתדרות דאז, משיי?????, לבקר אצל שובתי הרעב בבאר-שבע. היה זה מפגש רווי עגמת נפש עמוקה וצער עצום.

כשהגיעו מים עד נפש, נסענו פרופ' מרדכי שני, מנהל תל השומר, ואנוכי לירושלים, לפגישה עם ראש הממשלה מנחם בגין מחלתו של בגין כבר ניכרה בפניו, וכבר התקשה להקשיב לנו. אבל הוא עשה מאמץ רב והקשיב. פגישה זו הועילה – איני יודע אם משום ששנינו הופענו יחד או מסיבה אחרת. בכל אופן, שכנענו אותו יחד שמבחינה רפואית, השביתה אינה יכולה להימשך. כעבור כמה ימים הוא ניהל ישיבת ממשלה, והורה לאוצר לסיים את השביתה.

#### תוצאותיה של השביתה

האם טעיתי בראיית חומרתה של שביתה זו? קודם כל, מחובתי להגיד ש'שביתה' זו כללה תופעות חמורות מאוד – החמרה במצב של חולים, אי גילוי מחלות ועוד. יתרה מכך, תוצאותיה היו חמורות. החוקרת יעל ישי כותבת בספרה 'כוחה של מומחיות': "שביתת הרופאים נתנה תאוצה לתופעת הרפואה השחורה, כי כל אחד צריך לדאוג לעצמו בכל צורה שנראית לו, והרבה פעמים

ללא התחשבות בסייגים אתיים, בנהלי עבודה ובמשמעת עבודה, שבלעדיה לא תיתכן רפואה טובה".

ההיבטים שגרמו לכאבי העמוק בשביתה זאת היו ראשית כל, הפגיעה החמורה ברפואה הציבורית. שנית, פריצת סכרים לבצע-כסף ברפואה הציבורית במדינת ישראל. ושלישית – אי ראיית הנולד בקרב אנשים קרובים. היו אנשים שמיניתי וקירבתי ממשית, והם האמינו כמותי ברפואה הציבורית, ולבסוף הייתי כמעט בודד במערכה זו.

לאחר השביתה, מיניתי ועדה בראשותו של פרופ' לחיים נגן, שהיה הדיקן השני של בית הספר לרפואה בבאר-שבע, ושמה היה 'הוועדה להערכה מחודשת של שירותי קופת חולים'. ההרכב היה של טובי האנשים במערכת, והמלצותיה היו המשך הרפורמות שכבר עסקנו בהם לפני השביתה. היו גם עבודות רציניות, כולל אלו של המחלקה לאפידמיולוגיה ולהערכת שירותי בריאות בבית הספר לרפואה בבאר-שבע, שהוכיחו את הנזק הממשי הרפואי לחולים בשביתה. פרופ' שמעון גליק, הדיקן השלישי של בית הספר לרפואה בבאר שבע כתב ב "journal of medical ethics" בשנת 1985: "יכולה להיות מעט מאוד הצדקה לשביתת רופאים, לא חשובה העילה לכך. המטופלים תמיד סובלים, ולפעמים נפטרים, הרופאים ממורמרים בתהליך. אין מנצחים בשביתות רופאים. כך היה גם הפעם".<sup>88</sup> ולסיום אוסיף הערה אישית: שערותיי לא הלבינו במשך עשרות שנים. אבל במידה שיש שערות שיבה בראשי, השביתה היא שגרמה להם. היה זה משבר שקשה לתארו.

### **התפטרותי מתפקיד מנכ"ל קופת חולים הכללית בשנת 1988**

כמה סיבות היו להתפטרותי מתפקיד מנכ"ל קופת חולים הכללית. בארגונינה היה אדם ששמו ויטו דומס, שרצה להסתובב בודד בסירה בעולם כולו, והיה מן 'משוגע לדבר'. ברגע מסוים ראיתי את עצמי כויטו דומס, בעניין האחריות לקופת חולים הכללית. הסיבות שבשליך הוקמה ועדת השופטת נתניהו, הן גם אלו שהובילו להתפטרותי – ראשית, המצב היה שאין תקציב ואין סיכויים לתקציב. שנית, ההסתדרות הייתה משענת לא ראווה, וגם לא הייתה לי תמיכה מספקת מראש הממשלה. ובסיכומו של דבר, לא היה בכוחי להביא לשינוי המצב. נוסף על כך הייתה לי אכזבה קשה באשר לציבור הרופאים מהשביתה הגדולה של שנת 1983. התייעצתי עם קרוב משפחה שהוא היום פרופסור, ואז היה מרצה בכיר בעניינים ארגוניים באוניברסיטאות בר אילן ותל-אביב, ותיארתני בפניו את המצב. לקח לו כמה ימים לנתח את המצב, והוא וחזר ואמר לי "חיים, אין לך שום סיכוי לשנות את המצב בתפקידך זה, תתפטר". למחרת בשבע בבוקר הזמנתי את מזכירתי שושנה קוזק וניסחתי מכתב התפטרות. לא רציתי שההתפטרות תתפרש בתור מאבק נגד אנשים או מוסדות. אמרתי שאחרי שלושים וחמש שנה שנות פעילות בקופת החולים, הגיע הזמן ליחלופי גברי, והיות שבעוד חודשיים צריכה להיות ועידה של הקופה, אני מודיע על אי מועמדותי להיבחר מחדש בוועידה.

---

<sup>88</sup> Glick SM. "Physicians' strikes--a rejoinder " J Med Ethics. 1985 Dec;11(4):196-7

ההתפטרות הגיעה באותו בוקר לישראל קיסר, מזכיר ההסתדרות. הוא זימן אותי לשיחה וביקש לגלות אם אני יוצא נגדו או נגד ההסתדרות. הוא שאל אותי מדוע אני מתפטר, ואמרתי לו בדיוק מה כתבתי במכתב ההתפטרות, לא יותר ולא פחות. לא השארתי מקום לויכוחים ולא הבנות. למחרת הלכתי לראיון ב"קול ישראל", וסיפרתי על אי מועמדותי להיבחר בוועידה הקרובה. כך סיימתי שלושים וחמש שנות פעילות בקופת חולים, וסבורני שלא הייתה לי אפשרות אחרת. ראיתי בהתפטרותי סיומו של פרק מסוים בפעילותי במערכת הבריאות בישראל, אם כי לא פרק אחרון בה.

## מדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות – פעילותי לאחר פרישתי מקופת

### החולים הכללית

#### המכון הלאומי למדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות בישראל

##### המאמצים בנושא מדיניות בריאות בתקופת שירותי במרכז קופת החולים הכללית

בשלבים הראשונים להקמת בית הספר לרפואה בבאר-שבע הכרתי את פרופ' ססיל שפס,<sup>89</sup> שהיה איש בריאות הציבור מהשורה הראשונה באמריקה. הכרנו באוניברסיטה של דרום קרוליינה והתיידדנו מאוד. פעם סיפר לי שבצעירותו במזרח אירופה, הוא היה איש ה"בונד" – מפלגה אנטי ציונית, שאחרי השואה והקמת המדינה חלק מאנשיה הפכו לתומכי מדינת ישראל (כי אחרי הקמת המדינה, היה מיעוט קטן מאוד של אנטי ציונות בעם היהודי). פרופ' שפס היה אחד מאלו שהפכו לפטרוטים ארצישראלים. בתקופתי כמנהל רפואי וכמנכ"ל של קופת החולים, ראיתי צורך למנותו ליועץ בעניין ארגון שירותי הבריאות של הקופה.

יום אחד ישבתי עם שפס לפגישה. אמרתי לו שיש לי בקופת החולים שלושים אלף עובדים מכל המקצועות, וביקשתי עצה כיצד לארגן את ההדרכה שלהם. למטרה זו הביא אז שפס אתו אחד מראשי מנהל הבריאות בארצות הברית, יהודי גם הוא. הם הסתובבו יחד במוסדות קופת החולים בכל הארץ, והגישו לי דו"ח. על פי מסקנות דו"ח זה הקמתי את המכון להדרכת עובדים, ומיקמתי אותו בצריפים של המרכז להדרכה שמול בית החולים בלינסון בפתח תקווה.

כשעזבתי את קופת החולים, הוענקו לי באותו מרכז להדרכת עובדים חדר עבורי, חדר למזכירה, וחדר ארכיון, וכמה שנים עבדתי משם. מיניתי ועדה מייעצת בין לאומית ובראשה עמד פרופ' מרטין צ'רקסקי, שהיה מנהל בית החולים אלברט איינשטיין של הישיבה יוניברסיטי בניו יורק שנים רבות. אתו מיניתי גם את פרופ' שאול פרבר, שהיה דיקן בית הספר לרפואה של אוניברסיטת ניו יורק; פרופ' הווארד ניומן,<sup>90</sup> שהיה ראש מנהל בריאות באוניברסיטת ניו יורק וכן את פרופ' שפס עצמו. את הוועדה הזו הייתי מכנס פעם בשנה בערך, וכולם היו מייעצים לקופת החולים. אלו שקדמו לי בתפקידי במרכז הקופה לא היו מעלים על הדעת שיהיה יועץ חוץ ושתהייה וועדה מייעצת לקופת החולים. הם ראו את קופת החולים ובעיותיה בגבולותיה הארצישראליים ובעיותיה היומיומיות; אך לי הייתה גישה ממלכתית רחבה יותר של תפקידי המוסד. שם מתחיל גם סיפור הקמתו של המכון הלאומי למדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות.

<sup>89</sup> פרופ' ססיל ג' שפס (1913-2004), רופא וחוקר, ממיסדי תחום חקר שירותי הבריאות בעולם והמנהל-המייסד (1968-72) של המרכז לחקר שירותי הבריאות (ששמו שונה בשנת 1991 במרכז ססיל ג' שפס לחקר שירותי הבריאות) באוניברסיטת צפון קרוליינה בצ'פ'ל היל (UNC-CH). בשנים 1980-1988 שימש יועץ ארגוני של קופת החולים הכללית.

<sup>90</sup> פרופ' הווארד ניל ניומן (1935-2011), אוקלנד קליפורניה, מומחה בנייהול מערכות בריאות ובריאות הציבור, פעל שנים רבות בתפקידי מפתח בממשל הפדרלי האמריקאי וניהל את מחלקת הבריאות של שירותי הבריאות (HCFA) תחת מינהל קרט. שימש כדיקן בית הספר של ואגנר באוניברסיטת ניו יורק של שירות ציבורי ופרופסור למנהל הבריאות. ניומן היה מעורב מאוד במערכת הבריאות הישראלית, וכיהן במועצת הייעוץ האמריקאית של מכון ברוקדייל בישראל.

סיימתי את תפקידי בקופת החולים בוועדה שהתקיימה במאי 1988. לאחר עשרים ושבע שנות שירות בשלושה תפקידים בקופת החולים ולאור הניסיון שצברתי, הרגשתי שמדיניות בריאות וחקר שירותי בריאות זהו הנושא החשוב שמערכת הבריאות בישראל זקוקה לפיתוחו. גם סברתי שזה נושא הנוגע לכלל מערכת הבריאות בישראל ולא רק לקופת החולים, והחלטתי שאתמקד בנושא זה לאחר סיום תפקידי בקופת החולים. בקצרה – מסקנתי הייתה שהכרת המערכת, הניסיון ומסירות הנפש שהיו לקודמיי ולי בניהול המערכת אינם מספיקים, ויש צורך גם במחקר, בניתוח נתונים ובהעמקת כלי הניהול.

באשר להעמקת כלי הניהול, בכך הייתי פעיל גם במרוצת תפקידי. מחובתי גם להזכיר שלפני הקמתו של המכון, הקמנו מרכז לבריאות הציבור שפעל זמן קצר, בשיתוף מרדכי שני, מנהל 'שיבא'. הטלנו על שמואל פנחס את העבודה הראשונה של תכנון כוח האדם לרפואה בישראל. אחרי כמה חודשים פרופ' דן מיכאלי, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, הטיל וטו על התכנית. הוא חשב שבהקמת מכון למדיניות בריאות יש פלישה לתפקידים ששייכים למשרד הבריאות. גם שרגא הבר המשנה למנכ"ל משרד הבריאות טען כך. היה זה חוסר הבנה מוחלט של תפקידו של מכון כזה. ומוטה גור, שהיה שר הבריאות, הסכים אתנו, אך לא הצליח לשכנע את מיכאלי.

שלושה שבועות לפני עזיבתי את התפקיד, מצאתי לנכון לכנס בבית ההבראה 'ארזה' שבמוצא, יום עיון שלם בנושא מדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות בישראל. ב'ארזה' כינסתי גם את הוועדה המייעצת לקופת החולים; גם את פרופ' גיון בק, שהיה אז יו"ר הוועדה המייעצת הבינלאומית לבית הספר לרפואה בנגב, וגם את פרופ' שמעון גליק, פרופ' מרדכי שני, ועוד אנשים שתרומתם לנושא יכולה הייתה להיות משמעותית. המסקנה מיום העיון הייתה שיש צורך להקים מרכז לדיון במדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות בישראל, ברמה אקדמית. אגב, אני חשבת שצריך להקימו בנגב. הקשר שלי לנגב הוא קשר בל ינותק עד עצם היום הזה, אם כי פיזית, כיום איני מתגורר בו (כזכור, נאלצנו לעזוב את באר-שבע בשל עבודתי במרכז קופת החולים).

#### **שנת השבתון – צעדים ראשונים להקמת המכון הלאומי למדיניות בריאות**

עם פרישתי מקופת חולים הכללית בשנת 1988, יצאתי לשנת שבתון. החלטתי ששנת השבתון שלי תהייה מוקדשת לחקר שירותי בריאות, והקמת מכון למדיניות בריאות בארץ. ביקשתי מידי פרופ' שפס לארגן לי תכנית לשנת השבתון עבור מטרותי. הוא ארגן תכנית; ולא זו בלבד אלא הוא התקשר לראש של כל מרכז שהייתי מיועד להגיע אליו בשבתון הזה, ופיתח תכנית משותפת בארבעה מרכזים: ב'קינגס פאונד' בלונדון; במרכז של פרופ' סטיוארט אלטמן למדיניות בריאות באוניברסיטת ברנדס בבוסטון; באוניברסיטת קליפורניה בסאן פרנסיסקו (שהייתה המקום המרתק ביותר מבחינתי); ובמחלקה למנהל בריאות באוניברסיטת ניו יורק. כל המקומות דאגו לנו לדיון, והכול היה מסודר כהלכה. עוד דאג שפס עבורי לפגישות במוסדות שונים, (מתוכן אציין רק את הפגישה החשובה ביותר שהייתה לי במכון הלאומי לרפואה בושינגטון). רוב החוקרים, המומחים והרופאים שאותם פגשתי היו יהודים...

למדתי הרבה במכון בושינגטון, והיו לי פגישות אישיות עם חוקרים שונים, וביקורים במוסדות שונים – הכול לפי תכניתו של שפס עבורי. בו בזמן התחלתי לבדוק היכן אמצא מקורות מימון להקמת מכון כזה בארץ. בעניין זה, הקשר הראשון שיצרתי היה עם פרופ' מרטין צ'רקסקי. נוסף

לתפקידו כמנהל בית החולים אלברט איינשטיין, הוא היה מעורב בג'וינט, ושם הוא ניסה לגייס כספים, אך ללא הצלחה.

הייתי אורח רשמי של המכון ללימודי מדיניות בריאות בסן פרנסיסקו, והכרתי שם כמה חוקרים, שאת חלקם הזמנו לאחר מכן לכנסים בארץ. שם פגשתי את פרופ' פיל לי – מקים המכון והאישיות המרשימה ביותר שפגשתי בכל שנת השבתון. פרופ' לי היה אוהד גדול של ישראל. הוא הזמין אותי ללמד סמינר על מערכת הבריאות בארץ אצלו במכון. אגב, אחר כך הוא התמנה לסגן שר הבריאות בארצות הברית; כלומר, הוא היה איש המקצוע הראשון בכל המדינה (מעליו נמצא השר – איש הפוליטיקה). אחר כך, בתקופה שהוא ישב בושינגטון, ביקרתי אצלו פעמים רבות ונעזרתי בתמיכתו. ערב אחד ארגן פרופ' לי אצלו בבית קבלת פנים לי ולרעייתי, עשרות אנשים הגיעו לכבודנו, ואנחנו די נדהמנו מהיחס המכובד והאוהד. בין האנשים שהגיעו, הוא הכיר לי את ראש קרן קורט. הוא ציפה שקרן זו תממן את המכון הלאומי עבורנו. אחרי שהכרתי את אנשי הקרן, קבעתי להיפגש עמם.

כאמור, סברתי שהקמת מכון לאומי לחקר מדיניות בריאות אינה שייכת רק לקופות החולים ונותני ביטוח בריאות. סברתי שעבור מכון כזה, יש צורך בקואליציה רחבה ככל האפשר בתוך מערכת הבריאות, ושאפתי לשתף בכך את מוסדות הרפואה הממשלתיים. לכן, לא רציתי להתחיל לבדי במגע עם קרן קורט.<sup>91</sup> פניתי לפרופ' מרדכי שני, שאתו שיתפנו פעולה קודם לכן במרכז לבריאות הציבור (בימים ההם הוא כבר היה מעורב בהכנות ובהתייעצויות בנוגע לחוק ביטוח בריאות ממלכתי). ביקשתי ממנו שיבוא לסן פרנסיסקו, יכיר את פרופ' לי ויפגש עמי עם ראשי קרן קורט. אכן כך היה, פרופ' לי שמח להכירו, והלכנו יחד ברגל להיפגש עם ראשי קרן קורט. בשלב מסוים גורם ישראלי אחר היה מעוניין בכספי הקרן, וראשי הקרן החליטו שהמטרה שלו חשובה להם יותר ממכון למדיניות בריאות בישראל. בכך נפגעה יוזמה זו, וה'רומן' עם קרן קורט הסתיים.

בשנת 1989 חזרנו לארץ. בתקופה זו עסקתי בעיקר בשלושה נושאים, כמובן בהתנדבות: הראשון הוא קליטת רופאים עולים (בנושא זה ארחיב בהמשך), השני הוא מדיניות בריאות בנגב, והשלישי – המשך פיתוח ומחקר של רפואת המשפחה בישראל – הקמת רשת רמב"ם.

#### המרכז למדיניות בריאות בנגב

יוזמה מרכזית שהעסיקה אותי בתקופה ההיא הייתה הקמת מרכז למדיניות בריאות בנגב. בשלבים הראשונים, תפקידו המרכזי היה קשור לעניין תחייתה של רפואת המשפחה. פרופ' לחיים נגן, שהיה סגן נשיא האוניברסיטה למחקר, הכיר לי נדבנית מדרום אפריקה, שבעלה תרם בזמנו לאוניברסיטה. היא תרמה תרומה מכובדת, שממנה יכולתי להשקיע במחקר ברפואת המשפחה. הקמנו את רשת רמב"ם למחקר ברפואת המשפחה, שקיימת עד היום, וגם קיימנו דיונים במדיניות בריאות בבאר-שבע.

במסגרת המרכז למדיניות בריאות בנגב הפעלתנו את תכנית סלע, שאותה קשרתי עם קליטת רופאים עולים מברית המועצות. על פי התכנית, לאחר מיון קפדני, קבוצת רופאים צעירים מברית

<sup>91</sup> Koret foundation - קרן פרטית הממוקמת בסן פרנסיסקו קליפורניה, נוסדה 1978, מחויבת לחיזוק הקהילה היהודית שם וטיפול המשכיות העם היהודי בעולם.

המועצות קיבלה מימון להתמחות ברפואת המשפחה שכללה תקופת התמחות של שנתיים בבית חולים ושנתיים במרפאות. כמובן, היה עליהם לעבור את שתי הבחינות של ההתמחות, ואם כן, הבטחנו להם עבודה באזור שאותו הם יבחרו בארץ. אחד מאנשי באר-שבע עשה מחקר, והתברר שתוצאות הבחינות של קבוצת העולים הזו היו טובות יותר משל מתמחים ישראלים.

בתקופה ההיא עסקתי גם בהוראה במחלקה לניהול מערכות בריאות שבפקולטה למדעי הבריאות שבאוניברסיטת בן גוריון בנגב. (אז היו רק לימודי תואר ראשון במנהל בריאות). הנושא המרכזי שלי היה מערכות בריאות בין לאומיות, והיו גם נושאים נוספים.

#### הקמת המכון הלאומי למדיניות בריאות וחקר שירותי הבריאות בישראל

בו בזמן פעילויותיי בקליטת רופאים עולים ובהקמת מכון מדיניות בריאות בבאר-שבע, עסקתי גם בפעילות להקמת המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות בארץ. היינו קומץ אנשים שפעלנו לשם כך – אזכיר את שמותיהם של פרופ' מרדכי שני ופרופ' גבי בן נון שהיו שותפים ביוזמה. הגדרנו את המטרות בשטח מדיניות הבריאות ובשטח של מחקר שירותי בריאות.

התלבטנו איך לממן מכון כזה. בתהליך הכנת חוק ביטוח בריאות, סעיף 52 בחוק שייך למועצת הבריאות, והחלטנו להכניס את עניין המכון דרך סעיף זה.

בשנת 1973, חוקק חוק מס מקביל חובה. שר העבודה דאז, יוסף אלמוגי, ראה בו אחד החוקים הראשונים לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בחוק זה הוא בעצם רצה לעקוף את ההתנגדות שהסתדרות לחוק ביטוח בריאות. בזמן הכנת החוק, הוא בא להתייעץ אתנו בקופת החולים לגביו. או אז קמתי וביקרתי אצל נשיא אוניברסיטת תל-אביב דאז, פרופ' יובל נאמן. אמרתי לו שאנחנו זקוקים לכסף למחקר בבריאות תעסוקתית – זהו אינטרס משותף לאוניברסיטה ולקופת החולים. אם כן, הצעתי שנעמוד על כך שבחוק מס מקביל יהיה סעיף שלפיו סכום סביר של כ-0.01% מהתקציב יהיה מיועד למחקר. הוא התלהב מאוד מהצעתי, והצליח להכניס סעיף כזה בחוק, בתמיכתי הפעילה.

כשהגיע זמנו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אמרתי לפרופ' מרדכי שני שזהו הדגם, ויש להכניס סעיף כזה בחוק. הצלחנו להכניס סעיף שלפיו לצורך מועצת הבריאות, יש לממן מכון מחקר שישרת אותה. המכון תלוי למעשה במועצת הבריאות, וממומן לפני סעיף 52 של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. פורמלית, חוקתית ומשפטית, מועצת הבריאות הוא הגוף הציבורי שבמסגרתו פועל המכון הלאומי. סעיף זה בחוק אפשר את המימון של המכון הלאומי על כל מחקריו ופרסומי הדיונים שלו, ומאפשר זאת עד היום. זאת הייתה הצלחה.

אני הייתי חבר במועצת הבריאות משנת 1999 עד פרישתי לפני חודשים מספר, בשנת 2016. בכל פעם מינו אותי לקדנציה נוספת, אף על פי שמעולם לא ביקשתי מינוי כזה. בתור קוריוז אספר שאצלי בבית בין הניירות, ניתן למצוא מינוי לחברות במועצת הבריאות הראשונה, בחתימת שר הבריאות ישראל ברזילי. מועצה זו הייתה פוליטית בהרכבה, לפי קופות. הוויכוחים היו של ח"כים מהאופוזיציה, מהקואליציה וכו'. שנים רבות הייתי חבר מועצת הבריאות הזו. לא חשבתי שזו הדרך, אבל זאת הייתה המציאות. במרכז מועצת הבריאות עמדו האנטגוניזם והניגוד בין קופת חולים הכללית למשרד הבריאות, ובין המפלגות השונות שנטו לכל אחד מן המוסדות. סברתי שאחת המטרות החשובות ביותר היא שיהיה שולחן משותף לכולם – כל הקופות, כל



מוסדות הרפואה, כל בתי הספר לרפואה וכל מכוני המחקר שעוסקים במערכת הבריאות. זוהי מטרה מרכזית של המכון הלאומי, ואחד ההישגים המרכזיים שלו. בכל הפעילויות של המכון משתתפים כולם יחד. אם בבאר-שבע ישנה 'רוח באר-שבע', גם למכון יש את רוחו שלו – 'רוח המכון', שמשמעותה רוח של שיתוף פעולה ועבודה משותפת. ועל הדורות הבאים לדעת, שחלילה להם לפגוע במטרה חשובה זו.

המכון הוא האחראי על הפעלת "התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה"<sup>92</sup>, שנולדה מן המחקר על אפשרות של מדדי בריאות בקהילה (שהגיע גם הוא מבאר-שבע). את התכנית הפעיל המכון בסיכום עם משרד הבריאות, שהקציב עבורה מתוך תקציבי המכון. יש מי שמחשיב את התחרות בין קופות החולים יותר ממני, ויש שמחשיבה פחות ממני. אבל כולם יודו שרק הודות לתכנית המדדים, יצא הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי OECD בשבחים למערכת הבריאות הקהילתית בישראל, והגדיר אותה כמערכת מהטובות ביותר מתוך מדינות ה OECD. וזה דבר שאין לזלזל בו. סין פנתה למכון בבקשה ללמוד כיצד לארגן מדדי בריאות קהילתיים. חשיבות זו של המכון ושל תכנית המדדים ברצוני להדגיש, עבור הדורות הבאים.

#### פעולותיו של המכון הלאומי

פעילויות המכון בנושאי מדיניות בריאות אינן מקריות. ראשית אציין את הכנס הבין לאומי. לכנס זה יש 'היסטוריה' – עוד בתקופתי בקופת החולים שאפתי להרחיב את הפרספקטיבה של הדיון בבעיות מערכת הבריאות. זאת כיוון שרבות מן הבעיות במערכת הבריאות משותפות לארצות שונות בעולם. ראיתי אפוא בפעילות הבין לאומית נושא חשוב מאוד, וריכזתי אותה במכון עד לפני שנים מספר. היום אחראי לנושא זה פרופ' שלמה מור יוסף<sup>93</sup>.

ואחזור אחורה- לקראת שנת השבתון בארצות הברית ובאנגליה, החלטתי לעבור גם דרך ז'נבה, כיוון ששם ישב ד"ר יהושע כהן ששימש בתפקיד בכיר בארגון הבריאות העולמי W.H.O, ורציתי להיפגש עמו. כהן היה אחד מאנשי משרד הבריאות הישראלי ההיסטוריים, ועסק כאן בתכנון בתי חולים. הוא שיתף פעולה עם סורוקה בעניין זה, ובניגוד לאחרים, יחסיו עם ראשי קופת החולים היו טובים. לאחר מכן, במשך תשע עשרה שנה הוא שימש יד ימינו של פרופ' מלר, ראש ה W.H.O (ארגון הבריאות העולמי). הניסיון שלו היה יוצא מן הכלל. הוא חיבר את התכנית של ארגון הבריאות העולמי 'בריאות לכל', (אמנם פרופ' מלר היה חתום עליה, אבל ד"ר כהן היה מחברה בפועל). ידעתי עליו והכרתי אותו מעט, וכן לפני השבתון טלפנתי אליו וביקשתי לעבור דרכו, להיפגש ולהתייעץ אתו על הפעילות הבין לאומית של המכון העתידי. עדיין כל תכנית המכון הייתה בשלב המחשבה וההגות. ישבתי אתו אפוא בז'נבה, והוא סיפר לי שהוא עתיד לחזור בקרוב

<sup>92</sup> תכנית המדדים הלאומית החלה כיוזמה של קבוצת חוקרים מאוניברסיטת בן-גוריון בנגב, בשיתוף ארבע קופות החולים ובמימון המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות. בשלב המחקרי פותחה מערכת מדדים אחידה עבור רפואת הקהילה בצורה שתאפשר הערכה מהימנה ומתמשכת של איכות הטיפול מול יעדים לאומיים ובינלאומיים. ב-2004 אומץ הפרויקט על ידי משרד הבריאות והפך לתוכנית לאומית שמופעלת באופן קבוע על ידי הצוות היוזם ובחסות המכון הלאומי.

<sup>93</sup> פרופ' שלמה מור יוסף

פרופ' שלמה מור-יוסף MD (1951 בירושלים), הוא רופא ישראלי, בוגר בית הספר לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית, התמחה במיילדות וגינקולוגיה ומנהל ציבורי (הרווארד). מנכ"ל רשות האוכלוסין וההגירה. כיהן כמנכ"ל המוסד לביטוח לאומי בשנים 2012-2016, כמנכ"ל המרכז הרפואי הדסה בשנים 2001-2011 וכמנכ"ל המרכז הרפואי סורוקה 1997-2001.

ארצה. אמרתי שאם כן, רצוני שהוא יצטרף אלינו לעבודה על הקמת המכון. הוא הגיע ארצה כאשר המכון כבר היה קיים והצטרף לפעילות המכון.

ראש המחלקה הבין לאומית במכון הייתה גב' פנינה הרצוג, אשתו של יעקב הרצוג (שנבחר לרב ראשי של יהדות אנגליה, וויתר על התפקיד בשביל להיות מנכ"ל משרד ראש הממשלה בימי בן גוריון). היה לה יחס חם כלפי קופת חולים, כלפי וכלפי רעייתי. היא הייתה מקרבת אותנו ומזמינה אותנו לקבלות פנים בביתה. פעם היא בקשה ממני למלא שליחות מטעם המדינה בעניין רפואה ראשונית, למשרד האירופי בקופנהגן של ה.W.H.O, ואמנם זאת עשיתי. היא גם ביקשה מאתנו לערוך את הדו"ח השנתי על מצב הבריאות בישראל עבור ארגון הבריאות העולמי, וזו הייתה העבודה הראשונה המשותפת שלי עם ד"ר יהושע כהן.<sup>94</sup>

לאחר שסיכמנו על כנס בין לאומי, ד"ר יהושע כהן עמד בראש הכנס הבין לאומי הראשון, שהצליח מאוד. היה לנו חילוקי דעות על כל פעילות, ודיונים רבים על כנס ים המלח השנתי. המתודיקה של הכנס שסוכמה וקיימת עד היום הזה אינה מקרית והיא נבנית אחרי הכנה של ועדות (בדרך כלל שלוש). כמובן שבכל כנס נעשים שינויים קטנים כאלו ואחרים, אבל התבנית הכללית היא – הבאת נושא מרכזי המעסיק את מערכת הבריאות, ולאחר מכן סדנאות עם אורחים מחו"ל, ושיתוף רעיונות וניסיון של מומחים מארצות אחרות.

וישנו גם הכנס השנתי הארצי, שמשתתפים בו כשבע מאות איש מכל המקצועות. ואגב, שיתוף כל הגורמים המתקיים במכון הוא גם שיתוף כל מקצועותיה של מערכת הבריאות. שיתוף זה בא לידי ביטוי בהשתתפות כולם בדיוני הכנס הארצי בנוגע למחקרים הנבחרים שהמכון מעודד.

בנוגע למחקרים, מתחילת קיומו של המכון הגדרנו שלושה נושאים מרכזיים למכרזים, והם: ארגון שירותי בריאות, כלכלת הבריאות, איכות שירותי הבריאות. כיום מוסיפים בכל שנה גם נושא מיוחד, לפי הצורך המיוחד של הזמן. לפעמים היינו פונים לחברי מועצת הבריאות שיציעו נושאים למחקר, אבל לא הייתה היענות רבה לפנייתנו. כיום מנכ"ל משרד הבריאות מודע מאוד למכון ולהישגיו, ולפעמים הוא מעלה נושא למחקר, וכמובן המכון נענה בחיוב. כמובן, כל דיוני הכנסים של המכון מתפרסמים, יש גם מועדון חוקרים ועוד.<sup>95</sup>

לסיכום, אומר לדורות הבאים כי הדברים הללו שינו מקצה לקצה את אופיו ואיכותו של מנהל הבריאות בישראל – קיומו של המכון הלאומי, לימודי מנהל הבריאות שהתפתחו בכל מוסדות ההשכלה הגבוהה (ולמכון בוודאי הייתה השפעה על תהליך זה), והתמורות במנהל הבריאות שהתחלתי בהן בקופת החולים. לכל אלו הייתי קורא ירנסאנס של מנהל הבריאות במדינת ישראל!

<sup>94</sup> פרופ דורון ניפגש עם דר' כהן בג'נבה ושכנע אותו שעם חזרתו המתוכננת לישראל הוא ישתלב בפעילות המכון החדש, ואכן כך היה. דר' כהן חזר לישראל בשנת 1992, ריכז את הכנס הבינלאומי הראשון של המכון. עם חזרתו לישראל ולבקשת המחלקה הבינלאומית של משרד הבריאות כתב דר' כהן את דו"ח הבריאות השנתי הראשון של ישראל. בספטמבר 1992 גובש מסמך היסוד של "המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות", על ידי ד"ר יהושע כהן ועל ידי פרופ' לאון אפשטיין – שיפורה - הפרטים הללו כבר כתובים בפרק <sup>95</sup> מועדון החוקרים של המכון הלאומי נוסד בשנת 1993, שנת פעילותו הראשונה כמכון. מטרת "מועדון החוקרים" הייתה לאפשר דיון פתוח בבעיות בתחומים שונים של מדיניות בריאות ושירותי בריאות, כאשר הציפיה היתה שהאינטראקציה בין חוקרים ואנשי מנהל בכירים תוביל לדיון פורה, להפקת לקחים, להצגת אפשרויות ליישום ממצאי המחקר ולמדיניות עתידית. ן.

## קליטת רופאים עולים מברית המועצות לשעבר

בשנת 1988 (מעט לפני שסיימתי את תפקידי כמנכ"ל קופת חולים הכללית, או מעט לאחר מכן) הוזמנתי לפגישה במשרד הבריאות עם שני שרים: שר הבריאות יעקב צור, ושר הקליטה הרב יצחק חיים פרץ. דנו בשאלה כיצד נקלוט את מספר הרופאים העצום שעומד להגיע בגל העלייה הגדול מברית המועצות. התמנתה ועדה, וביקשו ממני לעמוד בראשה. הצעתי את הרכב הוועדה: פרופ' שמעון גליק מבר-שבע; פרופ' אריה הראל,<sup>96</sup> שהיה מנהל בית חולים איכילוב וקודם לכן שגריר ישראל במוסקבה (וזו הסיבה שהצעתי אותו); וד"ר פיטר ורדי, שהיה ראש המחלקה לכוח האדם הרפואי במשרד הבריאות, והיה חיוני לשתפו. הפעלתי את הוועדה כבר לאחר פרישתו ממנכ"לות הקופה. ישבנו בחדר במרכז להדרכה והתחלנו לעבוד משם. אמרו לנו להתחיל במציאת פיתרון לאלפיים רופאים. אך בכל שבוע הייתי מקבל שיחה מיוסי קוצ'יק, סמנכ"ל משרד הבריאות דאז, שאמצא פתרון לעוד חמש מאות רופאים, ולעוד חמש מאות... לפי הידיעות שהיו מקבלים מברית המועצות.

נתקלנו בבעיות קשות, מפני שבחינוך הרפואי ברוסיה היו נותנים תואר רופא לשלושה בעלי מקצוע שונים לחלוטין: גריאטר, רופא M.D., ורופא 'היגייניסט' לבריאות הציבור – שמשמעותו רופא לרפואה מונעת. עם רופאים כאלו לבריאות הציבור, יכולנו לעשות מעט מאוד.

פיתחנו תכניות מיוחדות, לפי הניסיון הקודם שלי בקליטת רופאים מאמריקה הלטינית: קודם לימודי אולפן, לאחר מכן לימודים להכרת מערכת הבריאות בארץ, ואחר כך שנת ניסיון. כך קלטנו כעשרת אלפים רופאים! בזמן העבודה הייתי מקבל טלפונים נרגשים: "אני רופאה מנקה רחובות", "אין לי עבודה" וכדומה.<sup>97</sup>

## בית הספר למקצועות הבריאות באוניברסיטת תל-אביב

לילה אחד בהיותי בשנת השבתון בסן פרנסיסקו, קיבלתי בשלוש בלילה שיחת טלפון מדיקן הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב דאז, פרופ' עודד שפרלינג. בעודי רדום למחצה, הסביר לי שפרלינג כי מעוניינים להקים בית ספר למקצועות הבריאות באוניברסיטה, ואנשי החוגים הציעו לפנות אליי כדי שאעמוד בראשו. אמרתי לו שפניי לנושא של מדיניות בריאות, ולא לנושא הזה. אם עליי לתת תשובה מיידית, אזי התשובה שלילית; אבל כשאשוב לארץ אפשר יהיה לדון בעניין ולראות במה מדובר.

וכך היה. חזרתי לארץ והתברר לי שבין השנים 1968-1985 הוקמו בפקולטה לרפואה בתל-אביב ארבעה חוגים: סיעוד, הפרעות תקשורת, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק. חלוצי החוגים הללו היו: פרופ' מ' רובינשטיין, בחוג להפרעות בתקשורת (שעד היום קיים במכון האודיולוגי של בית חולים שיבא); פרופ' ר' רוזן, בחוג לפיזיותרפיה וריפוי בעיסוק; ופרופ' רבקה ברגמן, שאותה הערכתי מאוד – חלוצת האקדמיזציה של הסיעוד במדינת ישראל. אישית, החשבתי מאוד את החוגים האלה. זאת משום שבעידן המחלות הממושכות, שיתוף הפעולה בין הרפואה לבין המקצועות הללו הוא חיוני. זו הייתה הסיבה העיקרית שראיתי בחיוב את ההצעה, ונכנסתי למשא ומתן

<sup>96</sup> אריה הראל (שטרנברג) (1911 - 1998) היה דיפלומט ורופא ישראלי, פרופסור לאנדוקרינולוגיה. כיהן כשגריר ישראל בברית המועצות, כמנהל המרכז הרפואי (איכילוב) ת"א ונשיא מגן דוד אדום.

<sup>97</sup> נורית ניראל, ברוך רוזן, "מגמות בהעסקת רופאים בעידן של יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי", ביטחון סוציאלי' (מרץ 2004), מס' 65, 83-55.

בעניין. כאמור לעיל, סברתי שעבודת הצוות של רופא עם שאר אנשי מקצועות הבריאות (אז בעיקר אחיות), היא חיונית וחשובה לרפואה הראשונית.

קיבלתי עליו את התפקיד להקים את בית הספר, ויום אחד בשבוע הייתי נוסע לבאר-שבע לקדם את הנושא שהעדפתי אישית: מדיניות בריאות. (הקמנו אז את המרכז למדיניות בריאות בנגב, וגם הרציתי זמן מה בקורס למנהל בריאות בבאר-שבע). הדבר הראשון שעשיתי היה לסלק את הטרמינולוגיה שהתנגדתי לה. (יש לי זכויות כל שהן בנוגע להכנסת טרמינולוגיה במערכת הבריאות...). חשבתי שהמינוח 'מקצועות פרה רפואיים', מבטא שאלו מקצועות המשרתים את הרפואה באופן כל שהוא. לעומת זאת המינוח 'מקצועות בריאות' נותן סטטוס נכון יותר למקצועות אלו במערכת הבריאות, כל שכן בענייני שיקום למשל.

קבעתי לעצמי את המשימות הנדרשות להקמת בית הספר, ובראשן היערכות ארגונית, ייסוד תקנון וכמובן בניית תקציב. זמנית, מיקמנו את הקליניקה של ריפוי בעיסוק בבניין של רפואת השיניים. מתחילה הבנתי שהחדרים הצפופים של הפקולטה לרפואה אינם מתאימים לנושא; והשקעתי את כל כוחותיי בהשגת מימון לבניית בניין עבור בית הספר למקצועות הבריאות. אחרי מאמץ עצום של כמה שנים, הצלחתי להשיג מימון לשם כך. הקמנו ועדת תכנון מיוחדת לבניין בראשותי, שנבנה בשטח של 3000 מ"ר ברוטו. בשלושה עשר למאי 1996 הונחה אבן הפינה לבניין, והיום ניתן לראות את הבניין של בית הספר למקצועות הבריאות בין הבניין של הרפואה לבניין של רפואת השיניים. הבניין משמש לפעילות השוטפת של שלושה חוגים: סיעוד, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק. כפי שציינתי, החוג להפרעות בתקשורת פועל בעיקרו במכון האודיולוגי של בית החולים שיבא.

הקמנו יחידה למחקר, ולה כמה תפקידים: מיפוי מחקרי הסגל לצרכיו; ועדת מחקר בין חוגית למחקרים בשיתוף של כלל החוגים (ועדה שמאוד החשבת); סיוע לאנשי סגל במחקר; ייעוץ סטטיסטי לסגל בית הספר; ריכוז מידע בנושא שיטות מחקר, סדנאות לסגל ולסטודנטים לתארים מתקדמים. מלבד זאת, קרן מלגות מיוחדת לעבודות מחקר, שאת הכסף עבורה קבלתי מארווינג שניידר. הוא התנה את המימון בכך שהמחקרים יהיו מיועדים לחקר בריאות הילדים.

ראיתי בחיוב לימודים משותפים של החוגים האלה, ועדיין זוהי עמדתי, אבל בעניין זה לא הצלחתי. יש פטריוטיזם של כל חוג ומחלקה באוניברסיטה, ולא הצלחתי 'לפרוץ' אותו כפי שניסיתי. נסעתי להשתלם באוניברסיטה ליד שטוקהולם, שפיתחה נושא זה, (במסגרת ארגון הבריאות העולמי); אבל הצלחתי לא הייתה מלאה.

בכל זאת, היו לימודים משותפים של פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק בנושאים אנתרופולוגיה, סוציולוגיה, פתולוגיה, נזירי פיזיולוגיה, נזירו אנטומיה ומבוא לפסיכולוגיה. בחוג לסיעוד היה קורס 'טיפול כוללני באדם ומשפחתו על ידי מקצועות הבריאות'. מעבר לכך לא הצלחתי, ואני אומר זאת בגלוי. ניסיתי להקים חוגים נוספים כמו למשל אופטומטריה ברמה גבוהה (אז לא היו לימודי אופטומטריה ברמה גבוהה בארץ. היה בית ספר אחד מקצועי). אבל יוזמה זו התנגשה עם רצונו של שר החינוך דאז, פרופ' אמנון רובינשטיין, לפתח את המכללות. דעתו הייתה שלימודים אלו צריכים להילמד במכללות ולא באוניברסיטאות. לדעתי זו טעות, לימודים אלו יכולים להיות גם במכללות וגם באוניברסיטאות. על כל פנים, עמדתו זו עצרה אותי ברצוני להרחיב את בית הספר למקצועות הבריאות.

מספר התלמידים בשבע השנים שבהן כיהנתי כראש בית הספר גדל מ 941 ל 1607. מספרים אלה אינם כוללים סטודנטים לרפואה עולים שלמדו לימודי מבוא, ותלמידי לימודי המשך. אף על פי שהוצע לי להמשיך בתפקיד, הצעתי את פרופ' חנן מוניץ במקומי, ופניתי לפעילות בנושא מדיניות בריאות בהתנדבות.

## עם הפנים לעתיד

אם הייתי צריך להדגיש בפני הדורות הבאים כמה היבטים ומסקנות בסיסיות העולות מקורות פעילותי במערכת הבריאות שגוללו בספר זה, היו אלו הדברים הבאים:

רפואת המשפחה בתור התמחות מוכרת, היא הבסיס לרפואה ציבורית טובה. זאת במיוחד בעידן שה'סופר ספציאליזציה' וההתפתחות הטכנולוגית מפצלים את הרפואה יותר ויותר. יש לראות את עתידה של רפואת המשפחה בתור משימה לאומית, הקובעת במידה רבה מאוד את רמת הרפואה בארץ. עתיד ההתמחות ברפואת המשפחה תלוי במידה רבה מאוד בתמריצים שהמדינה חייבת להעניק בפריפריה, ללא הבדל בין ההתמחות ברפואת משפחה לבין התמחויות אחרות. חשיבות מיוחדת יש לתפקידים של בתי הספר לרפואה בארץ, ולחיזוקם של המחלקות לרפואת המשפחה הקיימות בתל-אביב, בבאר-שבע, בחיפה ובירושלים.

הקמתה של הפקולטה למדעי הבריאות בנגב, בתוך האוניברסיטה הפורחת בבאר-שבע, על רמתה החינוכית הגבוהה, אינה רק תרומה מרחיקת לכת לבאר-שבע ולנגב. פקולטה זו תורמת לחינוך הרפואי בארץ כולו, ולרמת השירות, החינוך והמחקר הרפואי במדינת ישראל. המושג 'רוח באר-שבע' בא לידי ביטוי באופי עבודתם של כל בוגרי בית הספר בבתי החולים, וברמת השירותים של רפואת הקהילה בנגב. כל זאת, גם אם היו לי בנושא זה תקוות רבות יותר.

לפעילותי בבאר שבע אוכל להוסיף את התכנית הראשונה המאורגנת ביוזמתי לקליטת רופאים עולים, תכנית שהפכה לדפוס לקליטת רופאים עולים גם מארצות אחרות ואשר מעל 90% מהעולים במסגרתה נשאר בארץ;

באשר לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אני רואה חשיבות בעדותי בפני ועדת נתניהו ובמיוחד להצביע על השפעתה של קופת החולים בעדויותיה בוועדה. חושבני שעדויותיי לא היו לשווא, והייתה להן השפעה על מסקנות הוועדה. השפעת עדותי על מסקנות הוועדה הייתה במיוחד בסעיף שבנושא כוח אדם. בין המלצות רבות שם, נכתב כך: "לקדם את רפואת המשפחה ומעמדו של רופא המשפחה כשומר הסף, שיימנע ריבוי שירותים והוצאות מיוחדות". תחייתה של רפואת המשפחה הייתה נושא מרכזי בפעילותי בקופת החולים, ואני משער שעדויותיי בוועדה השפיעו על סעיף זה.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות הוא גוף מרכזי המלכד את כל חלקי מערכת הבריאות במדינה, על כל מקצועותיה. הוא גרם הן להתפתחותו של המחקר בשטח שירותי בריאות, והן להתפתחות לימודי מנהל בריאות באוניברסיטאות (יחד עם מהפכה שלמה במנהל הרפואי המקצועי והלא עסקני). את כל אלה יש לחזק, ואיתם אפשר יהיה לשמור על רפואה ציבורית שוויונית, שהייתה ותהייה גאוותנו לדורי דורות. אם ימשיכו בדרך זו, ייגרמו לעליית התעניינותם של מערכות הבריאות בעולם במערכת הבריאות הישראלית. תהליך זה כבר התחיל בקיומם של הכנסים הבין לאומיים המרשימים של המכון הלאומי, ובלמודי מדדי בריאות בקהילה של ישראל לסינים. בנושאים אלה יש למדינת ישראל אינטרס לאומי מובהק. חלק מהם גם גרמו לביטויי המצוינות של מערכת הבריאות הקהילתית הישראלית, מצד הארגון OECD.

## פרופ' חיים דורון ז"ל – זיכרונות משלושים שנות עבודה משותפת

### פרופ' שפרה שורץ

#### הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

מבין מגוון ציוני הדרך של פרופ' דורון במערכת הבריאות הישראלית, אני רוצה לשתף אכם שתף אתכם בשתי נקודות ציון מרכזיות של פרופ' דורון אותם חקרתי לאורך השנים ומהן למדי רבות על אופיו: קליטת רופאים עולים והקמת בית הספר לרפואה בנגב.

בשנת 1953 הגיע ד"ר דורון הצעיר לעבודה כרופא ראשוני בנגב. אין זה דבר של מה בכך שיגיע רופא צעיר עולה חדש, בראשית שנות ה-50, עם אמונה ציונית עמוקה, יבחר לעבוד בפריפריה, בנגב, בהשפעת קריאתו של דוד בן גוריון, "יאבחן" תוך זמן קצר את אבן הנגף המרכזית של הרפואה הציבורית בנגב, המחסור ברופאים בכפר ובספר, ויחליט לעשות מעשה ולפעול להבאתם של מאות רופאים צעירים מוכשרים ציונים לעלות לישראל ולהתיישב במכוון בנגב,

בראשית שנת 1953, ערב עלייתו של דורון לישראל היו בארץ 3,717 רופאים, מחציתם היו חסרי התמחות, רובם מעל גיל 50, חלקם הגדול השתייך לעולי שנות השלושים ממרכז אירופה, אחרים היו ניצולי שואה שהשלימו את לימודי הרפואה או הוציאו זכאות לתואר לאחר המלחמה, ורק מיעוטם היה בגילאים צעירים יותר.

תוך זמן קצר ועל הבסיס הצעתו של דורון, קרם הרעיון לקליטת ועלית רופאים מאמריקה הלטינית עור וגידים. בשנים 1956-1967 הגיעו מעל 250 רופאים, צעירים בגילאי 30-40 במסגרת תכניתו של דורון, רובם ככולם נקלטו בקופת החולים הכללית, מחציתם נקלטו והתיישבו בנגב, רק משפחה אחת חזרה לחו"ל, כל האחרים נשארו בארץ. רובם היוו את התשתית המקצועית שאפשרה אתה קמתו של בית החולים המרכזי לנגב-המרכז הרפואי סורוקה בשנת 1960. קליטת הרופאים העולים מדרום אמריקה בנגב הייתה כל כך בולטת עד שאנשי באר שבע נהגו להתלוצץ כי תנאי יסוד לעבודה בסורוקה הוא ידיעת השפה הספרדית.

ואם יורשה לי להתייחס לכך בהערה אישית – בכל מסמכי קופת החולים הכללית או במסמכים של גופים ציבוריים במערכת הבריאות במדינה לא מצאתי מבצע דומה בהיקפו ובמידת הצלחתו שנולד ב"מוחו הקודח" של איש אחד שראה נכוחה, הגה את הרעיון ועוד יותר מכך הוציאו לפועל בהצלחה. המודל הייחודי שגיבש דורון לקליטת רופאים מאורגנת בקבוצה תוך הקמת אולפן מיוחד שיכשירם לא היה רעיון חד פעמי והוא אומץ שנים אחרי כן עם עלייתם של הרופאים העולים מברית המועצות לשעבר, ולא רק לגבי הרופאים אלא לכלל בעלי המקצועות הרפואיים.

הנקודה השנייה אליה אני רוצה להתייחס היא לצד האישי באופן פעולתו של פרופ' דורון.

פרופ' דורון חשב תמיד שנים קדימה, וגם כששומעו העלו ספקות, הם נדרשו לאחר מעשה להודות בצדקתו.... כך נולדו רעיונות גדולים כגון זה של רפואת המשפחה, או מרכזי בריאות אזוריים ועוד... כששוחחנו על כך אמר דורון כי אם משוכנעים בצדק הרעיון אסור להרפות ממנו, ולחכות להזדמנות המתאימה. לא אחת הוא ציין בפני כי הוא היה חסיד של שיטת משה סורוקה-

להכין תכנית מגירה ולחכות להזדמנות המתאימה, אין צורך לעלות על בריקדות אלא להיעזר בסבלנות וכשמגיעה ההזדמנות, גם במחיר של ויתור על קרדיט אישי או כבוד והוקרה- יש לנצלה, האינטרס הציבורי גובר באופן מוחלט על הכבוד או האינטרס האישי. לא הייתה זו רק אמירה בעלמא- כך נהג דורון לכל אורך דרכו ואביא כדוגמא את הקמת בית הספר לרפואה בבאר שבע.

בשנת 1961 חזר פרופ' דורון מלימודי בריאות הציבור בלונדון והתמנה למנהל הרפואי של מחוז הנגב של קופת החולים הכללית, זמן קצר לאחר חזרתו בפגישה עם ראשי המחלקות בבית החולים סורוקה שניפתח שנה קודם לכן עלתה לדיון האפשרות להקים בית ספר לרפואה בנגב במסגרת ובשיתוף המכון להשכלה גבוהה בנגב שהגה דוד טוביהו ראש העיר באר שבע דאז. בשנת 1966 לאחר הקמת בית הספר לרפואה בתל אביב החליטו דורון, סורוקה וטוביהו לקדם את הרעיון לכלל יוזמה. באופן רשמי הועלתה היוזמה על הכתב במרץ 1969 כאשר דורון עומד בראשה. ראשי המחלקות של סורוקה בהנהגת דורון ציינו כי לדעתם יש ביכולתו של בית החולים לשמש מסגרת להפעלתו האקדמית של בית ספר לרפואה ...

ואני מצטטת את דורון :

" באתי לשדה בוקר ואמרתי לבן גוריון : ,בן גוריון אנחנו רוצים להקים ביי"ס לרפואה בבאר שבע, אני מבקש את עזרתך" אז הוא מסתכל עליי ואומר "מי זה שר הבריאות היום?" אז אני אומר "ישראל ברזילי". "עם שר הבריאות הזה אני לא מדבר" ... "

אבל דורון כדרכו אינו מותר וממשיך לפעול במרץ ביחד עם ראש העיר טוביהו שנרתם במלוא אונו למשימה. זה לא המקום לציין את דרך החתחתים שעברה הקבוצה הבאר שבעית בדרך למטרה, בעיקר ההתנגדות עזה מירושלים והקמת בית ספר לרפואה בחיפה שטרפדה את היוזמה של באר שבע, אך דורון שהתמנה בינתיים ליו"ר האגף הרפואי בקופת החולים המשיך לפעול בנושא באופן שיטתי. הוא ניפגש עם כל המי ומי שיכול היה לסייע בנושא, והכין את הקרקע להזדמנות המתאימה כדבריו. ואם יורשה לי להוסיף מדבריו- "לא תמיד די בהכרת ההזדמנות, יש לעתים צורך לזוז הצידה כדי לאפשר להזדמנות לפעול גם במחיר ויתור על זכות הראשונים".

ואכן כך עשה. בשנת 1970 פנה דורון לפרופ' משה פריבס מבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים, הציע לו להצטרף ליוזמה להקמת בית הספר לרפואה בבאר שבע, והבטיח לו את הובלת המהלך כשהוא דורון יפעל מאחורי הקלעים יחד עם קופת חולים לתמיכה בו, וכל זאת על מנת להגשים את החזון. התנאי היה כי בית הספר יפעל להכשרת רופאים בעלי אחריות ותודעה חברתית, עם דגש וכולל עבודה רפואית בקהילה. איש משכנע היה פרופ' דורון, ופרופ' פריבס שקודם לכן התנגד נחרצות להקמת בית ספר לרפואה בבאר שבע הסכים, אימץ במלואו את חזון דורון, ויצא לדרך. בסיוע מסיבי ומתמיד של דורון וקופת החולים הכללית מאחורי הקלעים, כולל הפעלת לחץ כבד מטעמו של דורון על שר החינוך יגאל אלון להצביע לטובת באר שבע, החליטה המועצה להשכלה גבוהה ב-21 למרץ 1973 וברוב של קול אחד- 10 נגד ו-11 בעד הקמת בית ספר לרפואה בבאר שבע, כשהקול המכריע הוא של יגאל אלון שר החינוך- שהתחייב לדורון לתמוך במהלך.



כמובטח פרופ' משה פריבס התמנה לדיקנו הראשון כשהוא גם מקבל את הקרדיט והכבוד כמוביל המהלך. בשיחות שקיימתי עם פרופ' דורון על כך, לפני מספר שנים, וזאת לאחר שקראתי את כל המסמכים, המכתבים והמזכרים שנמצאים גם בארכיון בן גוריון, גם בארכיון קופת החולים ובארכיון האוניברסיטה בנושא, ושאלתי אותו מדוע לא דאג לגם לעצמו באותה עת לכבוד ולהכרה הציבורית כשותף שווה לפרופ' פריבס בהקמת בית הספר ולאחר מכן בהקמת הפקולטה למדעי הבריאות? בתשובתו לא עלתה ולו לרגע אחד איזו חרטה על כך כי בבחירתו להעביר את שרביט היוזמה לפרובס כשהוא פועל מאחורי הקלעים, הוא הפסיד קרדיט אישי כאבי הרעיון שגם תרם מאחורי הקלעים להצלחתו. הוא היה שלם לחלוטין עם עצמו בכך, לדבריו הוא הבין כי דווקא האיש שהתנגד ליוזמת הקמת בית הספר לרפואה בבאר שבע אך היה בעל קסם אישי וקשרים פוליטיים ואקדמיים רבים, הוא זה שיצליח במשימה. דורון הדגיש כי בחירתו להמשיך ולפעול להקמת בית ספר לרפואה בבאר שבע כשהוא בהנהלת קופת החולים, ויכול היה לפעול בעוצמה מאחורי הקלעים, הייתה ההחלטה הנכונה וכי בלעדי תמיכתה של הקופה, גם בניצול כוחה הארגוני וגם במימון העצום שנידרש להקמת בית ספר לרפואה בשיתוף עם בית החולים, ספק אם פריבס לבדו היה מצליח. בבדיחות הדעת נהג דורון לומר כי אילו היה פועל כך היום סביר להניח כי מעמידים אותו לדין על ניצולי מעמדה ומשאביה של קופת החולים לשם הקמת בית ספר לרפואה... כזה היה פרופ' דורון שהלך מעמנו לפני כחודש ימים

עבדתי עם דורון במשך 30 שנים, את ספרנו המשותף הראשון על "הרפואה בקהילה" כתבנו על שולחן חדר האוכל בביתו שברמת גן, פרופ' דורון נהג להכין את הניירות יום קודם לכן, וכשהגעתי הכל היה מוכן, מסודר לדיון בינינו ולאחר שהסכמנו על התוכן לקחתי את החומר הביתה להדפסה, כך עבדנו באופן שיטתי במשך כשנה, וכשדורון לא הספיק להכין את החומר הוא נהג להתקשר אלי ולהתנצל ולקבוע מועד חדש בו החומר יהיה מוכן לדיון. בעת עבודתנו המשותפת היה דורון בגילו של אבי, למרות זאת, ואולי הודות לכך, היה זה פשוט תענוג לעבוד עמו, פרופ' דורון ז"ל היה ג'נטלמן מהדור הישן, עם משנה סדורה ומאורגנת עם קו מחשבה בהיר וברור, שבנוסף לעבודה המשותפת ידע גם לתת עצות ולסייע באופן אישי, לשאול לשלומי ולהציע עזרה וזאת תמיד בלי רעש ומהומה, תמיד דיסקרטי ותמיד לויאלי. עם לכתו, חולף ונעלם גם העולם הישן של דור המייסדים.

שני תיאורים שנקשרו לדמותו ואשר אותם הצגנו בהקדמה, אכן מתארים את דורון נכוחה: "איש שידע להפוך חזון למעשה" וגם "הבן גוריון של מערכת הבריאות הציבורית בישראל..." אני מסכימה עם שתיהן וחושבת כי גם פרופ' דורון ז"ל היה שבע רצון אם כך נזכור אותו, יהי זכרו ברוך.

**מתוך דברים שנאמרו לזכרו של פרופ' חיים דורון ז"ל בכנס המכון הלאומי, מאי 2018.**

